

Anesteziologicko-algeziologické aspekty perioperační péče o pacientky gynekologicko-porodnické kliniky

**Štourač P.(1,2), Gbelcová R.(1), Doubek R.(3), Křikava I.(1,2), Štoudek R.(1), Ševčík P.(1,2),
Haklová O.(2)**

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny LF MU a FN Brno(1)

Oddělení léčby bolesti FN Brno(2)

Gynekologicko-porodnická klinika LF MU a FN Brno – pracoviště Bohunice(3)

Úvod

Anesteziolog a algeziolog jsou vedle gynekologa v rámci multidisciplinárního přístupu k perioperační péči o pacientky gynekologicko-porodnické kliniky důležitými postavami. Předkládané sdělení si klade za cíl vyzdvihnout úlohu kontinuální epidurální blokády v perioperačním období jako bezpečné a účinné metody k anestézii a analgezii. Dále popisuje používaná řešení na pracovišti autora při nemožnosti ji zavést či jejím selhání.

Metodika

Rutinní postup u rodiček ve FN Brno-Bohunice (FNB) spočívá ve striktním zavádění epidurálního katétru (EK) v rámci porodnické analgezie, jeho následném využití při S.C. a k pooperační analgezii. Při konverzi na S.C. rozšiřujeme porodnickou analgezii na anestézii individualizovaným rozšířením blokády 0,5% bupivacainem 14-16ml a sufentanilem 10 µg. Při plánovaném S.C. je metodou volby ve FNB epidurální anestézie se zavedeným EK k pooperační analgezii preferenčně v úrovni L2/3 0,5% bupivacainem 16-18ml a sufentanilem 10 µg. Při kontraindikaci zavedení EK či akutním císařským řezu volíme subarachnoidální anestézii 0,5% bupivacainem. V případě nebezpečí z prodlení, zejména u emergentního císařského řezu, volíme anestézii celkovou (CA). K pooperační analgezii preferenčně využíváme EA 0,125% bupivacainem a sufentanilem bez adjuvancií. Zahajujeme podáním rychlostí 6ml/hod. a rychlost dále přizpůsobujeme dle analgetického efektu. K posílení analgezie a při nezavedeném EK volíme preemptivní podání paracetamolu 1000 mg i.v. či diclofenacu 100 mg supp. Bolest standardně monitorujeme vizuálně analogovou škálou bolesti po třech hodinách a dávkování upravujeme dle její hodnoty.

Výsledky

Na Gynekologicko-porodnické klinice FN Brno-Bohunice bylo v roce 2006 uskutečněno 2340 porodů, v roce 2007 2514. K S.C. bylo přistoupeno v roce 2006 ve 393 (16,8%) případech, v roce 2007 ve 365 (14,5%). Porodnickou analgezii mělo zavedeno v roce 2006 458 (19,6%) rodiček, v roce 2007 553 (22%). V epidurální anestézii s EK absolvovalo S.C. v roce 2006 154 ze 393 (39,2%) a v roce 2007 119 ze 365 (32,6%) rodiček s indikací k S.C. Nechtěnou punkci dury mater jsme zaznamenali v roce 2006 v 7 a v roce 2007 v 5 případech. Většinou se podařilo zavedením režimových opatření zabránit rozvoji postpunkčního syndromu. Preventivní aplikaci krevní záplaty rutinně neprovádíme. V roce 2006 v jednom případě došlo k totální subarachnoidální anestézii bez trvalých následků pro plod či matku. V roce 2006 došlo v jednom případě k vysokému vystoupaní epidurální anestézie s nutností umělé plicní ventilace po dobu 2 hodin. K postpunkčnímu syndromu s nutností aplikace krevní záplaty autologní krví došlo v roce 2006 ve 2 případech, v roce 2007 v jednom případě, ta byla ve všech případech účinná a nebylo nutné její opakování. Ve sledovaných obdobích jsme nezaznamenali výskyt epidurálního hematomu či abscesu.

Tab. 1) Četnosti anesteziologických příhod na pracovišti FN Brno-Bohunice

	2006	2007
Počet porodů	2340	2515
S.C.	393 (16,8%)	365 (14,5%)
Porodnická analgezie	458 (19,6%)	553 (22,0%)
S.C. v epidurální analgezii s EK	154 (39,2%)	119 (32,6%)
Nechtěná pukce dury mater při EPI	7(1,3%)	5 (0,8%)
Postpunkční sy. s aplikací krevní záplaty	2(0,4%)	1 (0,2%)

Diskuze

Při porovnání let 2006 a 2007 vzrostl počet porodů o 7,4%. Pozitivním trendem je snižující se podíl S.C. o 2,3%. Podíl S.C. pod 25% je častý ve Švýcarsku (1), Velká Británie udává 21% (2), u nás je 17% (3) a celosvětově variabilita značně kolísá dle zaběhlé praxe. Rovněž tak je nárůst EA o 2,4% pozitivním trendem. Jejich relativní počet 19,6-22,0% ze všech porodů je srovnatelný se zeměmi jako Německo (18%) a Anglie (24%). Naproti tomu ve Švýcarsku se EA podílí na 46% všech porodů, což je vysvětlováno rozsáhlou osvětou v této oblasti v 90-tých letech (1). Zajímavý je přes preferenci kontinuální neuroaxiální blokády při S.C. pokles jejího užití o 6,6%. Tuto skutečnost si vysvětlujeme zúžením indikačních kritérií k S.C. a větším zastoupením akutních a emergentních S.C., kdy na našem pracovišti volíme subarachnoidální či celkovou anestézii. K tlumení bolesti po emergentních a akutních S.C. používáme diclofenac supp. 100 mg a paracetamol 1000 mg i.v., často v kombinaci. Diclofenac supp. (i.m.) může být užit v monoterapii, v kombinaci s paracetamolem nebo v kombinaci opioidy (4,5,6). Nechtěná punkce dury mater při epidurální blokádě se pohybovala na úrovni 0,8-1,3% za rok. Postpunkční syndrom s aplikací krevní záplaty jsme zaznamenali ve 3 případech (0,2-0,4%), literární údaje hovoří o incidenci 0,5-8,3% (2,7,8). Trvalá úleva po podání autologní krve bez nutnosti opakování záplaty je udávána v 70-98% případů (8). Epidurální hematom a absces jsou i v literatuře udávány jako velmi raritní komplikace (2,7,9). Vysoce vystoupaný blok a totální subarachnoidální anestézie jsou zřídka komplikace s dobrou prognózou při správné terapii (10).

Závěr

Kontinuální epidurální blokáda je vhodným, účinným(11) a bezpečným prostředkem léčby bolesti v peripartálním období s možností bezproblémové individualizace analgetické dávky. K bezpečnému a účinnému kontinuálnímu epidurálnímu podání je nezbytným předpokladem úzká spolupráce anesteziologického, gynekologicko-porodnického týmu a samotné rodičky. Vhodným momentem k navázání kontaktu a spolupráce je společná beseda s pacientkami (9) event. individuální edukace v průběhu těhotenství na anesteziologické ambulanci. I při nemožnosti zavést epidurální blokádu máme v rukou účinné analgetické řešení podáním diclofenacu v kombinaci s paracetamolem.

Literatura :

1. Zwetsch-Rast G., Schneider MC., Siegemund M. Analgesie und Anästhesie zur Geburtshilfe in der Schweiz 1999. Anaesthesist. 2002, Vol. 51, 2, s. 103 – 109.
2. Šturma J. Úvodní část In Skalická H. Předoperační vyšetření. 2007, Praha : Grada, s. 11-16.
3. Doležal A. Sectio Caesarea In Doležal A. Porodnické operace. Praha: Grada, 2007, s. 205-278.
4. Al-Waili NS. Efficacy and safety of repeated postoperative administration of intramuscular diclofenac sodium in the treatment of post-caesarean section pain : a double blind study. Arch Med Res.. 2001, Vol. 32(2), s. 148-154
5. Siddik SM, Aouad MT, Jalbout MI, Rizk LB, Kamar GH. Diclofenac and/or paracetamol for postoperative pain management after cesarean delivery in patients receiving controlled analgesia morphine. Reg Anesth Pain Med. 2001, Vol 26(4), s. 305-310
6. Wilder-Smith CH, Hill L., Dyer RA., Torr G, Coetzee E. Postoperative sensitization and pain after cesarean delivery and the effects of single im doses of tramadol and diclofenac alone and in combination. Anesth Analg. 2003, Vol. 97(2), s. 526-533
7. O'Connor P. Complications of Obstetric Regional Anesthesia in Finucane B. Complications of Regional Anesthesia. 2007, Springer, s. 241-257.
8. Lubušský M., Berta E., Procházka M., Marek O., Kudela M. Optimalizovaný postup při provádění spinální anestezie pro císařský řez. Praktická Gynekologie. 2007, Vol 11 (1) s. 11-15.
9. Ruppen W., Sheena D., McQuay H., Moore A. Incidence of Epidural Hematoma, Infection and Neurological Injury in Obstetric Patients with Epidural Analgesia/Anesthesia. Anesthesiology. 2006, Vol. 106, s. 394-399.
10. Twomey C. Complications of Epidural Blockade in Finucane B. Complications of Regional Anesthesia. 2007, Springer, s. 167-192.
11. Hansen B. U. Pros and Cons of Epidural Analgesia During Labor : Recent Research. OmniNerd.com, 2007, dostupný z : http://www.omninerd.com/articles/Pros_and_Cons_of_Epidural_Analgesia_During_Labor_Recent_Research.