

Postępowanie w dystocji barkowej u pacjentki rodzącej do wody - studium przypadku

The management in shoulder dystocia during water birth-case study

Sylwia Rychlewicz¹, Aleksandra Werczyńska¹, Grażyna Bączek¹, Ewa Dmoch-Gajlzerska¹

¹ Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, ul. Żwirki i Wigury 63, 02-091 Warszawa, PL

Streszczenie

Wstęp: Praca dotyczy postępowania w dystocji barkowej u kobiety rodzącej do wody. Zawiera wytyczne postępowania podczas dystocji barkowej opracowane w Katedrze i Oddziale Klinicznym Ginekologii i Położnictwa w Tychach.

Opis przypadku: Praca przedstawia opis kobiety rodzącej do wody. Wykorzystane przez położną postępowanie w II fazie porodu pozwoliło na sprawne i szybkie urodzenie dziecka.

Wnioski: Poród do wody nie jest przeszkodą do wdrożenia postępowania związanego z dystocją barkową.

Słowa kluczowe: dystocja barkowa, postępowanie, poród do wody

Abstract

Background: This study describes a management of shoulder dystocia during water birth. It contains a guideline for the management of shoulder dystocia developed by the Obstetrics and Gynecology Ward and Chair in Tychy.

Case Report: The study shows the description of a water birth complicated by shoulder dystocia. A childbirth was smooth and quick, because of the management provided by the midwife in the II stage of labour.

Conclusions: Water birth does not prevent the implementation of shoulder dystocia procedures.

Key words: shoulder dystocia, management, water birth

Otrzymano: 9-07-2018 → Zaakceptowano: 29-11-2022 → Opublikowano: 1-12-2022

✉ Sylwia Rychlewicz, e-mail: sylwia.debska@onet.pl — adres prywatny w dyspozycji Redakcji

Wstęp

Przez ostatnie 20 lat obserwuje się zwiększenie częstotliwości występowania dystocji barkowej podczas porodu [1]. Dystocję barkową definiuje się jako nagłą sytuację położniczą, w której dochodzi do zablokowania przedniego barku o spojenie łonowe, następuje nieudana próba traktacji główki w dół, co w efekcie hamuje postęp porodu [2]. Niestety, mimo wielu badań naukowych oraz zebranych doświadczeń położniczych i położników, dystocja barkowa jest sytuacją nie do przewidzenia. U wielu pacjentek obarczonych ryzykiem nie występuje dystocja barkowa [3]. Zdarza się, że powikłanie to występuje także u pacjentek bez czynników ryzyka [4]. Najczęściej dzielimy je na: matczyne, płodowe i jatrogenne.

Matczyne to: nadmierna masa ciała >90 kg, znaczny przyrost masy ciała w ciąży >20 kg, wielorodność, zaawansowany wiek matki >35 lat, niski wzrost <155 cm, cukrzyca, ciąża po terminie (>40 HBD), przeżyty poród z dystocją barkową, mięśniaki macicy czy też patologiczna budowa miednicy.

Płodowe to: makrosomia, wady oraz guzy płodu.

Jatrogenne czynniki ryzyka to: indukcja porodu, konieczność wykonania zabiegów pochwowych, nieprawidłowy sposób prowadzenia porodu, zabieg Kristellera [5].

Zawód położnej jest zawodem samodzielnym, co pozwala jej na indywidualne prowadzenie porodu fizjologicznego [6]. Jednocześnie zwiększyła się jej odpowiedzialność, m. in. za prawidłowy przebieg porodu oraz za udzielenie pomocy w stanach nagłych, w razie nieobecności lekarza [3]. To położna stała się pierwszą osobą, która jest w stanie najszybciej rozpoznać dystocję barkową. Do typowych objawów dystocji barkowej zaliczamy: zatrzymanie postępu porodu po urodzeniu główki, brak zwrotu zewnętrznego główki, „objaw żółwia” (główka wygląda tak, jakby cofała się do sromu) [7]. Jeżeli od urodzenia główki mija ponad 60 sekund [8] lub też po 2 skurczach mięśnia macicy barki wciąż się nie urodziły należy rozpoznać dystocję barkową [9]. Położna musi także pamiętać o konsekwentnym prowadzeniu dokumentacji medycznej w tej sytuacji [9]. Większość porodów fizjologicznych powikłanych dystocją barkową odbywa się w „warunkach lądowych”, w związku z czym, ciekawym przypadkiem wydaje się poród, który odbywa się do wody. Mimo utrudnień, które wynikają z prowadzenia porodu do wody, w razie wystąpienia dystocji barkowej położna jest w stanie szybko i sprawnie podjąć odpowiednie działania. Przenosi pacjentkę z wanny na fotel ginekologiczny i rozpoczyna postępowanie takie, jakie obowiązuje na „suchym lądzie” [10].

Najbardziej znanym postępowaniem jest HELPPER. Aby zwiększyć jego skuteczność, różne światowe towarzystwa poszerzyły to postępowanie o dodatkowe czynności i manewry. Ważne jednak jest, aby nie powtarzać manewrów, które nie dają efektu, ponieważ niepotrzebnie wydłuża to czas trwania II okresu porodu powikłanego dystocją barkową [11]. Po rozpoznaniu dystocji należy podjąć szybkie i skuteczne działania, aby jak najszybciej urodzić barki. Personel medyczny ma na to tylko od 4 do 5 minut, ponieważ obniża się pH krwi u dziecka, prowadząc do znacznej kwasicy [12]. Literatura światowa i krajowa przedstawia różne opisy określonych manewrów wykorzy-

stywanych w dystocji barkowej. Najciekawszym wydaje się być algorytm postępowania opracowany w Katedrze i Oddziale Klinicznym Ginekologii i Położnictwa w Tychach [12].

1. Na samym początku należy poinformować pacjentkę o istniejącej sytuacji. Cel: lepsza współpraca z rodzącą.
2. Założyć cewnik do pęcherza moczowego. Cel: eliminacja przeszkody porodowej jaką jest pełny pęcherz moczowy.
3. Wezwać wszystkich na pomoc HELPPER (położne, położnik, neonatolog). Cel: każda para rąk w tej sytuacji jest potrzebna.
4. Wykonać Manewr Mc Robertsa. Polega on na silnym przygięciu kończyn dolnych w stawach biodrowych rodzącej w kierunku tułowia, tak aby uda dotykały tułowia. Cel: zmniejszenie kąta inklinacji miednicy, zniesienie lordozy lędźwiowej, wyprostowanie kąta między kręgosłupem a kością krzyżową.
5. Wykonać ucisk nadłonowy. Cel: zsunięcie barku pod spojenie łonowe. Położnik uciska bark przedni od strony grzbietu płodu, w kierunku miednicy rodzącej.
6. Wykonać rozległe nacięcie krocza. Cel: poszerzenie kanału rodniego w celu wykonania ewentualnych manewrów wewnętrznych.
7. Wykonać zabieg Woods’a. Cel: zrotowanie barków z wymiaru prostego do wymiaru skośnego lub poprzecznego, poprzez ucisk palców na przednią powierzchnię tylnego barku (obojczyk) w kanale rodnym.
8. Uwolnienie tylnego barku. Cel: Przygotowanie tylnego barku do jego urodzenia. Operator używa lewej ręki, aby uchwycić lewą kość ramienną płodu (bark tylny). Następnie po odnalezieniu stawu łokciowego, należy zgąć go, przyginając przedramię do ramienia. Zgiętą kończynę płodu prowadzi się wzdłuż klatki piersiowej płodu, aż do uchwycenia dłoni w celu jej urodzenia. W zagłębieniu krzyżowo-biodrowym wciąż znajduje się bark tylny. Rączka dziecka służy do wydobywania/urodzenia tylnego barku.
9. Pozycja kolankowo-łokciowa, zwana Manewrem Gaskin. Cel: zwiększenie wymiaru przednio-tylnego wchodu miednicy o ok. 1–2 cm, dzięki ruchomości stawu krzyżowo-biodrowego, co umożliwia zsunięcie się barku pod spojenie łonowe.

W przypadku wystąpienia dystocji barkowej rodzącej nie wolno przeć między skurczami, personelowi wykonywać zabiegu Kristellera oraz nadmiernie pociągać za główkę dziecka [12]. Jeżeli manewry nie odniosły sukcesu, mogą one być wykonane jeszcze raz po kolei [13]. Istnieją również manewry używane tylko w ostateczności. *Symphysiotomia* to przecięcie spojenia łonowego oraz manewr Zavanelliego polega na ponownym wprowadzeniu główki do kanału rodniego w celu wykonania cięcia cesarskiego [12].

Opis przypadku

Dane zebrano na podstawie dokumentacji medycznej papierowej oraz elektronicznej, w jednoprofilowym szpitalu położniczym. Kobieta lat 35, ciąża II, poród II, 38 HBD.

Stan po cięciu cesarskim w 2010 r. GBS(+) dodatni. Wywiad ogólny: BMI 25 kg/m² — przed ciążą, 31 kg/m² — obecnie. Wywiad rodzinny: matka chorująca na nadciśnienie tętnicze. Wywiad ginekologiczny: I miesiączka — 13 rż, częstotliwość co 28 dni, czas trwania ok. 5 dni, bezbolesne i mierne miesiączki. Wywiad położniczy: cięcie cesarskie w 2010 r. z powodu zagrażającej zamartwicy wewnątrzmacicznej płodu. SZD 3580/57/10 pkt w skali Apgar.

Przebieg obecnej ciąży: ostatnia miesiączka — 24.09.2013, termin porodu 01.07.2014, termin porodu wg usg — 28.06.2014, obecne choroby: niedoczynność tarczycy, przyjmowane leki w trakcie ciąży: Euthyrox 50 µg Dane położnicze: położenie płodu: podłużne główkowe, ustawienie II, ułożenie płodu: przygięciowe, wysokość dna macicy: 36 cm. Obwód brzucha — 125 cm, masa płodu wg USG — 3300 g z dn. 13.06.14. Budowa miednicy kostnej: wymiar międzykolcowy — 26 cm, wymiar międzygrzebieniowy — 28 cm, wymiar międzykrętarzowy — 31 cm, sprzężna zewnętrzna — 20 cm, czworobok Michaelisa — symetryczny.

Opieka położnicza: nad pacjentką sprawowano opiekę zgodnie ze standardem okołoporodowym. Stan ogólny pacjentki określono jako dobry (parametry życiowe wynosiły: temp. 36,6°C Celsjusza, ciśnienie tętnicze: 120/70 mm/Hg, tętno: 80 ud/min i utrzymywały się w tych granicach przez cały poród). I okres porodu: Co 2h wykonywano dwudziestominutowy zapis KTG w którym oceniano czynność skurczową mięśnia macicy (czynność skurczowa regularna, skurcze co 3–4 minuty, amplituda 50 mm/Hg, czas trwania 20 s, napięcie podstawowe: 20 mm/Hg) oraz czynność serca płodu (FHR — 130 ud/min, oscylacja falująca, zapis reaktywny). Wykonywano ocenę stanu położniczego co 2h świadczącą o postępującym porodzie. Regularnie informowano pacjentkę o stopniu zaawansowania porodu. Regularnie oceniano czynność serca płodu co 15 min aparatem UDT: FHR: 130–140 ud/min

Wykorzystano odpowiednie metody łagodzenia bólu pacjentki (imersja wodna, pozycje wertykalne), które rodząca oceniała jako skuteczne. Przeprowadzono rozmowę z pacjentką na temat dwóch sposobów ukończenia porodu: do wody (w przypadku braku przeciwwskazań) lub w warunkach lądowych. Rodząca wyraziła zgodę na poród do wody.



Ryc. 1. Poród do wody

Opieka nad pacjentką w II okresie porodu (godz. 8:50) Oce-

niano stan ogólny pacjentki co 30 min (tętno: 84 ud/min, ciśnienie tętnicze: 125/80 mm/Hg, temperatura: 36,5°C. Oceniano czynność serca płodu po każdym skurczu za pomocą aparatu UDT (FHR: 130–140 ud/min). Zachęcano rodzącą do kierowania się własną potrzebą parcia. Przyjęcie rodzącej się główki o g. 9:25. Nie urodzenie się reszty tułowia dziecka w następnym skurczu. Brak IV zwrotu główki, „objaw żółtwa”. Rozpoczęto postępowanie podczas dystocji barkowej. Wezwano wszystkich na pomoc. Wyjęto pacjentkę z wanny z wykorzystaniem pomocy męża. Bezpiecznie przeniesiono pacjentkę z wanny na fotel ginekologiczny. Ułożono pacjentkę na fotelu ginekologicznym w pozycji litotomijnej. Poinformowano pacjentkę o zaistniałej sytuacji i konieczności współpracy z położną. Poinstruowano pacjentkę o konieczności zmiany sposobu parcia na kierowane. Wykonano Manewr McRoberts. Przyjęcie dziecka godz. 9:28. Szybkie odpępnienie. Przekazano noworodka pod opiekę neonatologiczną. Udokumentowano całą sytuację. SZD 3960 g/56 cm, zielone wody, 6/7/7/9 pkt w skali Apgar.

Dyskusja

Mimo dostępności nowoczesnego sprzętu oraz szerokiej wiedzy lekarzy i położnych, dystocję barkową wciąż traktuje się jako sytuację trudną do przewidzenia. Na samym początku, należy ocenić ryzyko jej pojawienia się uwzględniając czynniki ryzyka zarówno ze strony matki jak i dziecka. Rodząca, której BMI wynosiło 31 kg/m² (czyli ponad ≥30 kg/m²) jest w znacznym stopniu obciążona ryzykiem pojawienia się dystocji barkowej. Otyłość nie dość, że stanowi czynnik ryzyka wystąpienia dystocji barkowej, to jednocześnie utrudnia zastosowanie manewrów mających na celu urodzenie dziecka [14]. Zaawansowany wiek matki tj. 35 lat zwiększa ryzyko wystąpienia dystocji barkowej. Overland et al. podają, że dystocja barkowa wystąpi w 0,98% przypadków porodów kobiet w wieku ≥ 35 lat [15]. Makrosomia, wady oraz guzy płodu to najczęstsze wymieniane w literaturze czynniki ryzyka ze strony dziecka. O makrosomii płodu mówi się, gdy jego masa wynosi ponad 4000 g.

Podczas USG wykonanego 13.06.2014r masę płodu oszacowano na 3300g. W rzeczywistości ważyło 3960g. Jest to dowód na to, że ultrasonografia mimo, że dostarcza pewnych informacji na temat wielkości płodu czy też jego masy, obciążona jest niedokładnością, która nie pozwala jej używać jako jedynej metody przewidywania dystocji barkowej [16]. Jeśli płód waży 3000–3499 g (masa płodu wg USG — 3300 g) w 38–39 tygodniu ciąży to ryzyko wystąpienia dystocji barkowej wynosi 0,12%. U płodu ważącego 3500–3999 g w tym samym tygodniu ciąży (rzeczywista masa płodu: 3960 g) prawdopodobieństwo pojawienia się tego powikłania jest równe 0,51% [15].

Pacjentka urodziła donoszonego żywego syna. W jednym z badań wykazano, że spośród porodów powikłanych dystocją częściej rodziły się dzieci płci męskiej (61,6%) [17]. Mimo znajomości wyżej wymienionych czynników ryzyka, personel medyczny jest w stanie przewidzieć tylko 20% przypadków dystocji barkowej [5].

W literaturze brak jest jakichkolwiek doniesień, aby poród

do wody stanowił czynnik ryzyka wystąpienia dystocji barkowej. Niemniej jednak należy pamiętać, że podczas takiego porodu dystocja również może wystąpić. W pierwszej kolejności należy pomóc rodzącej opuścić wannę i ułożyć ją na łóżku porodowym w pozycji ginekologicznej. Przeniesienie pacjentki zazwyczaj umożliwia zrotowanie się barku płodu, po którym poród dalej może przebiegać bez powikłań [9]. Położna przyjmująca poród musi jak najszybciej wdrożyć postępowanie zgodne z wytycznymi. Należy pamiętać, że organizacja pracy jest w tym przypadku kluczowa dla życia matki i dziecka, dlatego położna prowadząca poród opisanej pacjentki od razu wezwała na pomoc inne osoby [18]. Jedne z badań wykazały, że położne w porównaniu z lekarzami położnikami lepiej prowadziły 65% porodów powikłanych dystocją barkową. Pomyślnie zakończyło się 47% z nich [3]. Kolejnym krokiem jest poinformowanie pacjentki o zaistniałej sytuacji. Dzięki temu można sprawniej wykonać manewry, jednocześnie zmniejszając ryzyko powikłań. Kolejnym zalecanym elementem postępowania jest założenie cewnika do pęcherza moczowego (usunięcie nadmiaru moczu zebranego w pęcherzu, który może stanowić przeszkodę porodową dla płodu pokonującego kanał rodny).

Z racji regularnego oddawania moczu przez wyżej opisaną pacjentkę, nie założono jej cewnika do pęcherza. Pierwszym manewrem, który powinien być wykonany w przypadku wystąpienia dystocji barkowej jest manewr McRoberts'a. Następnym krokiem jest wykonanie ucisku nadłonowego, który można także wykonywać jednocześnie z manewrem McRoberts'a [19]. W jednym z francuskich szpitali zastosowanie manewru McRoberts'a oraz ucisku nadłonowego w pierwszej kolejności było realizowane w 85,9% przypadków dystocji, a ich skuteczność wynosiła 58,6% [20]. Jednocześnie O'Leary wykazał 90% skuteczność wykonywania manewru McRoberts'a dla dystocji barkowej o stopniu niewielkim lub umiarkowanym [12]. Postępowanie u wyżej opisanej pacjentki wymagało jedynie zastosowania manewru McRoberts'a, tak więc można stwierdzić, że stopień dystocji był lekki [1].

Wnioski

Podjęte działania w opisanym przypadku były zgodne z wytycznymi postępowania podczas dystocji barkowej. Zastosowany manewr McRoberts'a jest skuteczny w dystocji lekkiego stopnia. Poród do wody nie jest przeszkodą do wdrożenia postępowania podczas porodu powikłanego dystocją barkową: rodząca musi tylko opuścić wannę i zakończyć poród na łóżku porodowym. Dobra organizacja działań położnej, czyli osoby, która jako pierwsza rozpoznaje dystocję barkową, pozwala na podjęcie szybkich i trafnych decyzji, które przyspieszają urodzenie się dziecka.

Bibliografia

1. Bręborowicz G. *Operacje w położnictwie t.3*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2012. ISBN 978-83-200-4272-6.
2. Dmoch-Gajlzerska E. *Stany nagłe w położnictwie*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2011. ISBN 978-83-200-4228-3.
3. Iwanowicz-Palus G. *Stany nagłe w okresie okołoporodowym*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2008. ISBN 978-83-200-3478-3.
4. DeCherney A.H. and Nathan L., Laufer N. i Roman A. S. *Current Diagnosis & Treatment Obstetrics & Gynecology*. McGraw-Hill Companies, 2013. ISBN 978-0071638562.
5. Werczyńska A. *Dystocja barkowa*. Poło. Nauk. Prak, 2009.
6. *Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarzy i położnej, Dz. U. z dnia 23 sierpnia 2011.*
7. Dudenhausen J.W., Pschyrembel W. i Obladen M. *Położnictwo praktyczne i operacje położnicze*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2010. ISBN 978-83-200-4032-6.
8. Hacker N., Gambone J. i Hobel C. *Essentials of Obstetrics and Gynecology*. Elsevier, 2010. ISBN 9781455775583.
9. Iwanowicz-Palus G. *Prowadzenie porodu*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2011. ISBN 978-83-200-4081-4.
10. Iwanowicz-Palus G. *Alternatywne metody opieki okołoporodowej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2012. ISBN 978-83-200-3646-6.
11. Chazan B. *Udany poród: Jak wcześniej zapobiec dystocji i ją leczyć*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2014. ISBN 9788320044430.
12. Poręba R. *Algorytm prewencji i postępowania w dystocji barkowej*. GinPolMedProject, 2007.
13. Callahan T. i Caughey A. *Obstetrics and Gynecology*. Lippincott Williams & Wilkins, 2007. ISBN 978-1451117028.
14. Mehta S.H., Blackwell S.C., Bujold E. et al. *What factors are associated with neonatal injury following shoulder dystocia?* J Perinatol, 2006.
15. Øverland E.A., Vatten L.J. i Eskild A. *Pregnancy week at delivery and the risk of shoulder dystocia: a population study of 2 014 956 deliveries*. BJOG, 2014.
16. Kudła M., Chromy G. i Bojdyś-Szyndlar M. *Czy ultrasonograficzna ocena masy płodu może być podstawą do operacyjnego zakończenia ciąży celem uniknięcia dystocji barkowej?* GinPolMedProject, 2007.
17. Burkhardt T., Schmidt M. i Kurmanavicius J. *Evaluation of fetal anthropometric measures to predict the risk for shoulder dystocia*. Ultrasound Obstet Gynecol, 2014.
18. Curtis K. i Guillien L. *Shoulder Dystocia Drills: How One Unit Prepares for Potential Obstetric Emergencies*. Nurs Womens Health, 2009.
19. Maticot-Baptista D., Collin A., Martin A. et al. *Prévention de la dystocie des épaules par la sélection échographique en début de travail des fœtus à fort périmètre abdominal*. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2007.
20. Monier I. *La dystocie des épaules, une analyse des pratiques à l'hôpital Foch-de-Suresnes*. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2011.

Wkład autorów/authors' contribution: Sylvia Rychlewicz – redakcja wstępu, redakcja opisu przypadku, redakcja dyskusji, opracowanie wniosków, zebranie materiału, korekta artykułu; Aleksandra Werczyńska – redakcja wstępu, redakcja opisu przypadku, korekta artykułu; Grażyna Bączek – redakcja dyskusji, opracowanie wniosków, korekta artykułu; Ewa Dmoch-Gajlzerska – korekta artykułu