Położna od serca

PAULINA WINIARCZYK · POŁOŻNA

EDUKACJA PRZEDPORODOWA · PORADNIK DLA CIEBIE

Gdy poród potrzebuje wsparcia

Interwencje i procedury na sali porodowej: od wenflonu i KTG po próżnociąg i cięcie cesarskie.

mgr położnictwa Paulina Winiarczyk
Położna POZ

NA POCZĄTEK

Zanim zaczniesz czytać

Ten poradnik powstał po to, aby nic, co wydarzy się na sali porodowej, nie było dla Ciebie zaskoczeniem.

Większość porodów przebiega naturalnie i bez większych interwencji. Czasem jednak Ty lub Twoje dziecko potrzebujecie wsparcia: leku, badania, zabiegu albo operacji. Kiedy wiesz, **co** się dzieje i **po co**, łatwiej zachować spokój, współpracować z zespołem i podejmować decyzje razem z nim.

Nie musisz czytać wszystkiego naraz. Wracaj do rozdziałów, które Cię interesują. Zapisuj pytania na stronach z notatkami na końcu i zabierz je na kolejne spotkanie ze mną albo do szpitala.

TWOJE PRAWA W PIGUŁCE

- Masz prawo do **informacji**: zrozumiałego wyjaśnienia, co zespół proponuje, dlaczego i jakie są możliwości.
- Masz prawo do **świadomej zgody**, a także do odmowy. Każdą procedurę wykonuje się za Twoją zgodą, z wyjątkiem sytuacji nagłego zagrożenia życia.
- Masz prawo do **osoby towarzyszącej**, **intymności** i **szacunku**.
- Masz prawo zadawać pytania, także w trakcie porodu. Proste „Co teraz robimy i dlaczego?” to zawsze dobre pytanie.

Spis treści

CZĘŚĆ I · INTERWENCJE KOŃCZĄCE PORÓD

Rozdział 1. Poród zabiegowy drogami natury: próżnociąg i kleszcze 3

Rozdział 2. Cięcie cesarskie od A do Z 6

CZĘŚĆ II · NARZĘDZIA I PROCEDURY NA SALI PORODOWEJ

Rozdział 3. „Trzy filary” standardu szpitalnego 9

Rozdział 4. Mniejsze zabiegi i procedury 13

NA KONIEC

Pytania, które warto zadać w szpitalu 15

Słowniczek 16

Moje notatki 17

Poród zabiegowy drogami natury: próżnociąg i kleszcze

Czasem w ostatniej fazie porodu dziecko potrzebuje drobnej pomocy, aby szybko i bezpiecznie przyjść na świat. Wtedy lekarz może użyć próżnociągu albo kleszczy.

Poród zabiegowy wykonuje się w **drugim okresie porodu**, czyli gdy rozwarcie jest już pełne (10 cm), pęcherz płodowy jest pęknięty, a główka dziecka znajduje się nisko w kanale rodnym. Narzędzie nie „wyciąga” dziecka siłą. **Pomaga Twojemu parciu**: lekarz delikatnie pociąga w rytmie skurczu, a Ty w tym samym momencie przesz.



Czym różnią się te narzędzia?

	Próżnociąg (vacuum)	Kleszcze
Wygląd	Okrągła miseczka (pelota) z silikonu, tworzywa lub metalu, z uchwytem. Przypomina małą, miękką przyssawkę.	Dwie metalowe, zaokrąglone łyżki, które wkłada się osobno i łączy w zamek. Kształtem przypominają dwie dłonie złożone wokół główki.
Jak działa	Miseczkę przykłada się do czubka główki. Urządzenie wytwarza podciśnienie, a lekarz pociąga podczas skurczu.	Łyżki obejmują główkę po bokach (okolica skroni i policzków). Lekarz prowadzi główkę podczas skurczu, czasem też ją obraca.
Dla Ciebie	Zwykle łagodniejszy dla krocza i dróg rodnych.	Częściej wymaga nacięcia krocza i częściej wiąże się z pęknięciami.
Dla dziecka	Obrzęk w miejscu przyłożenia miseczki, czasem siniak.	Zaczerwienienie lub odciski na policzkach i skroniach, zwykle znikają w kilka dni.

Kiedy wybierany: Wybór zależy od sytuacji położniczej (np. jak nisko i w jakim ustawieniu jest główka), pilności i doświadczenia lekarza. Oba narzędzia są bezpieczne, jeśli stosuje się je we właściwych warunkach.

Mit vs. fakt: „Czy to nie uszkodzi główki?”

MIT	FAKT
Próżnociąg „wyciąga” główkę i zostawia trwały ślad albo uszkadza mózg dziecka.	Podciśnienie działa tylko na skórę i tkanki miękkie na czubku główki. Powstały obrzęk to przejściowa zmiana, która **wchłania się samoistnie**.

Przedgłowie to miękki obrzęk na tej części główki, która „prowadzi” w kanale rodnym. Tworzy się z płynu w tkankach podczas ucisku w trakcie porodu. Bardzo często występuje także po porodzie zupełnie naturalnym. Przy próżnociągu obrzęk ma wyraźniejszy, okrągły kształt w miejscu przyłożenia miseczki (bywa nazywany „guzem próżniowym”). **Zwykle znika w ciągu 1–3 dni** i nie wymaga leczenia.

Czasem pojawia się też **krwiak podokostnowy**: miękkie, wyraźnie odgraniczone uwypuklenie po jednej stronie główki. Wygląda niepokojąco, ale krew zbiera się *na zewnątrz* kości czaszki, a nie w mózgu. Krwiak wchłania się wolniej, przez kilka tygodni. Neonatolog obejrzy dziecko, a położna środowiskowa sprawdzi, jak się wchłania. Takie dzieci częściej mają żółtaczkę, dlatego obserwuje się je trochę uważniej.

Jak możesz pomóc podczas zabiegu?

1. **Słuchaj jednego głosu.** Na sali może być kilka osób. Skup się na poleceniach lekarza lub położnej prowadzącej. Twoja osoba towarzysząca może pomóc, powtarzając je spokojnie.
2. **Przyj wtedy, kiedy jest skurcz i kiedy Cię o to proszą.** Ciągnięcie narzędziem jest skuteczne tylko razem z Twoim parciem. To prawdziwa praca zespołowa.
3. **Przestań przeć, gdy usłyszysz „stop” albo „dyszymy”.** W momencie rodzenia się główki zwolnienie tempa chroni krocze. Oddychaj wtedy krótko i płytko, jak przy dmuchaniu na gorącą zupę.
4. **Mów, co czujesz.** Dostaniesz znieczulenie miejscowe krocza, a jeśli masz znieczulenie zewnątrzoponowe, może zostać „doładowane”. Jeśli coś boli bardziej niż ucisk, powiedz o tym.
5. **Pozwól sobie na emocje.** Zabieg trwa zwykle kilka minut i kończy się zazwyczaj po kilku skurczach. Za chwilę zobaczysz swoje dziecko.

WARTO WIEDZIEĆ: KIEDY PODEJMUJE SIĘ TĘ DECYZJĘ?

- **Niepokojące zmiany tętna dziecka** w drugim okresie porodu, gdy dziecko trzeba urodzić szybciej, a jest już nisko w kanale rodnym.
- **Twoje wyczerpanie**: parcie trwa długo, a siły się skończyły mimo zmiany pozycji, odpoczynku i wsparcia.
- **Przedłużający się drugi okres porodu**: główka nie postępuje mimo skutecznych skurczów.
- **Twoje choroby**, przy których lekarz zaleca skrócenie parcia.

Zabieg wykonuje lekarz położnik, a dzieckiem zaraz po urodzeniu zajmuje się neonatolog.

Po porodzie zabiegowym

- Kontakt skóra do skóry jest zwykle możliwy od razu, jeśli dziecko jest w dobrym stanie.
- Krocze może być bardziej obolałe niż po porodzie bez zabiegu. Regularne leki przeciwbólowe, zimne okłady i dobra higiena bardzo pomagają (więcej w rozdziale 4).
- Jeśli poród był dla Ciebie trudny, porozmawiaj o tym z położną. To naprawdę pomaga.

Cięcie cesarskie od A do Z

Cięcie cesarskie to operacja, podczas której dziecko rodzi się przez nacięcie powłok brzucha i macicy. Może być zaplanowane wcześniej albo wykonane w trakcie porodu.

Planowe czy nagłe?

CIĘCIE PLANOWE

Termin ustala się wcześniej, zwykle nie wcześniej niż od 39. tygodnia ciąży, jeśli nie ma innych wskazań. Masz czas, aby się przygotować, zadać pytania i spakować.

CIĘCIE W TRYBIE PILNYM LUB NAGŁYM

Decyzja zapada w trakcie porodu, gdy zdrowie Twoje lub dziecka tego wymaga, albo poród nie postępuje. Wszystko dzieje się szybciej, a zespół działa sprawnie i konkretnie.

Przygotowanie do cięcia planowego

- **Zgłoszenie do szpitala** zwykle dzień wcześniej albo rano w dniu zabiegu. Dopytaj o godzinę i miejsce.
- **Badania i konsultacja**: morfologia, grupa krwi, krzepliwość, rozmowa z anestezjologiem (zapytaj o znieczulenie, leki, alergie).
- **Bycie na czczo**: zwykle bez jedzenia przez ok. 6–8 godzin przed zabiegiem. Klarowne płyny, takie jak woda, są często dozwolone do ok. 2 godzin przed. *Dokładne zasady przekaże Ci szpital lub anestezjolog. To one są wiążące.*
- **Higiena**: prysznic, bez makijażu i lakieru na paznokciach, bez biżuterii i soczewek. Okolicę bikini przygotowuje się według zasad szpitala. Nie gól się sama brzytwą dzień wcześniej, bo drobne ranki zwiększają ryzyko zakażenia.
- **Profilaktyka**: często pończochy uciskowe lub zastrzyk przeciwzakrzepowy, lek osłonowy na żołądek, antybiotyk podawany przed operacją.

Czym różni się tryb nagły?

Gdy liczy się czas, wiele rzeczy dzieje się **jednocześnie**: ktoś podłącza kroplówkę, ktoś zakłada cewnik, ktoś pyta o zgodę. Zespół mówi krótko i rzeczowo. To nie oznacza braku troski, tylko skupienie. Możesz odczuwać strach, drżenie, przyspieszone bicie serca. To naturalna reakcja na **adrenalinę**.

- Jeśli masz już znieczulenie zewnątrzoponowe, anestezjolog zwykle „doładuje” je silniejszą dawką.
- Gdy czas na to nie pozwala, stosuje się znieczulenie ogólne. Wtedy śpisz, a osoba towarzysząca zwykle czeka poza salą.
- Skup się na oddechu: długi, spokojny wydech. Możesz poprosić: „Proszę, mówcie mi, co się dzieje”.

Na sali operacyjnej krok po kroku

1. **Wenflon i kroplówka.** Przez wenflon podaje się płyny i leki.

2. **Znieczulenie przewodowe (podpajęczynówkowe).** Siedzisz lub leżysz na boku i zaokrąglasz plecy jak „koci grzbiet”. Anestezjolog znieczula skórę w okolicy lędźwiowej i cienką igłą podaje lek. Po kilku minutach nogi robią się ciepłe, ciężkie i odrętwiałe. Anestezjolog sprawdzi, czy znieczulenie działa, np. dotykając Cię czymś zimnym.
3. **Cewnik do pęcherza moczowego.** Zakłada się go najczęściej już po znieczuleniu, więc zwykle nic nie czujesz. Pusty pęcherz chroni go podczas operacji.
4. **Parawan** zostaje rozpięty na wysokości klatki piersiowej. Widzisz anestezjologa i (jeśli jest) osobę towarzyszącą. Pole operacyjne pozostaje zasłonięte.
5. **Dezynfekcja i operacja.** Cięcie wykonuje się najczęściej poprzecznie, nisko nad spojeniem łonowym, „w linii bikini”. Dziecko rodzi się zwykle już po kilku–kilkunastu minutach. Zszywanie trwa jeszcze ok. 30–45 minut.

„Czujesz dotyk, ucisk i pociąganie, ale nie czujesz bólu.”

Przy wydobywaniu dziecka możesz poczuć silny ucisk na brzuch, szarpanie albo kołysanie. To normalne. Zdarzają się też **nudności, drżenie, uczucie zimna lub duszności** (to efekt znieczulenia i emocji). Powiedz o tym od razu anestezjologowi, który jest cały czas przy Twojej głowie i może szybko pomóc.

Pierwsze chwile z dzieckiem

- **Osoba towarzysząca**: w wielu szpitalach może być przy Tobie podczas cięcia planowego w znieczuleniu przewodowym. Zasady różnią się między placówkami, więc *zapytaj wcześniej*. Przy znieczuleniu ogólnym i w trybie nagłym zwykle czeka poza salą.
- **Kiedy zobaczysz dziecko?** Zwykle zaraz po urodzeniu: położna lub lekarz pokaże Ci je nad parawanem. Potem neonatolog krótko je obejrzy, często w tej samej sali.
- **Kangurowanie**, czyli kontakt skóra do skóry: jeśli Twój stan i stan dziecka na to pozwalają, położna może położyć dziecko na Twojej klatce piersiowej **już na sali operacyjnej**, okryte i pod obserwacją. Jeśli to niemożliwe, kangurować może tata lub osoba towarzysząca, a Ty dołączysz na sali pooperacyjnej. Pierwsze przystawienie do piersi często udaje się właśnie tam.

ZAPISZ W PLANIE PORODU

„W razie cięcia cesarskiego chcę kontaktu skóra do skóry jak najszybciej. Jeśli to niemożliwe, proszę o kangurowanie przez osobę towarzyszącą.” Możesz też poprosić o opuszczenie parawanu na moment narodzin lub o informację, kiedy dziecko się rodzi.

Po operacji

Pierwsze wstawanie: dlaczego boli i dlaczego jest konieczne

Pionizacja następuje zwykle w ciągu kilku do kilkunastu godzin po zabiegu, pod okiem położnej. Boli, bo rana obejmuje kilka warstw tkanek, a mięśnie brzucha biorą udział w każdym ruchu. Mimo to **wczesne wstawanie bardzo przyspiesza powrót do formy**:

- zmniejsza ryzyko zakrzepicy, czyli groźnych skrzepów w żyłach nóg,
- pobudza pracę jelit i zmniejsza wzdęcia,
- poprawia wentylację płuc,

- ułatwia samodzielną opiekę nad dzieckiem.

JAK WSTAĆ Z ŁÓŻKA, OSZCZĘDZAJĄC RANĘ

1. Weź leki przeciwbólowe ok. pół godziny wcześniej. Są bezpieczne w czasie karmienia piersią.
2. Ugnij nogi, przytul poduszkę lub dłoń do rany i przekręć się na bok.
3. Spuść nogi z łóżka i jednocześnie odepchnij się ręką, aby usiąść.
4. Posiedź chwilę. Jeśli kręci Ci się w głowie, poczekaj. Wstań z pomocą i wyprostuj się na tyle, na ile możesz.

Cewnik z pęcherza usuwa się zwykle w ciągu doby. Pić możesz zazwyczaj krótko po zabiegu, a jedzenie wraca stopniowo, według zaleceń szpitala.

Karmienie piersią po cięciu cesarskim

- Po cięciu cesarskim **możesz karmić piersią**. Leki stosowane po operacji są dobierane tak, aby było to bezpieczne.
- Pokarm może pojawić się w większej ilości nieco później, ale **częste przystawianie** (8–12 razy na dobę) skutecznie pobudza laktację.
- Wygodne pozycje to **leżąca na boku** i **spod pachy** („futbolowa”), w których dziecko nie uciska rany. Poduszka na brzuchu też pomaga.
- Proś o pomoc położną lub doradczynię laktacyjną już w pierwszej dobie.

Połóg po cięciu cesarskim

- **Krwawienie (odchody połogowe)** pojawia się tak samo jak po porodzie drogami natury i trwa kilka tygodni.
- **Rana**: utrzymuj ją w czystości i suchości, myj wodą z łagodnym mydłem i osuszaj. Szwy zdejmuje się zwykle po ok. 7–10 dniach, chyba że są wchłanialne.
- **Oszczędzaj się przez ok. 6 tygodni**: nie dźwigaj nic cięższego niż dziecko, przyjmuj pomoc i odpoczywaj, kiedy dziecko śpi.
- Położna środowiskowa odwiedzi Cię w domu na wizytach patronażowych.

SKONTAKTUJ SIĘ Z LEKARZEM LUB POŁOŻNĄ, JEŚLI:

masz gorączkę; rana jest zaczerwieniona, gorąca lub sączy się z niej ropa; krwawienie nagle się nasila albo pojawiają się duże skrzepy; łydka jest bolesna, obrzęknięta lub zaczerwieniona; brakuje Ci tchu albo boli Cię w klatce piersiowej; smutek, lęk lub brak radości trwają dłużej niż 2 tygodnie. **W nagłych sytuacjach dzwoń pod numer 112.**

ROZDZIAŁ 3

„Trzy filary” standardu szpitalnego

Wenflon, KTG i badanie wewnętrzne spotkasz niemal na każdej sali porodowej. Dobrze wiedzieć, czemu służą i jaki masz na nie wpływ.

1. Kaniulacja (wenflon): Twoja „polisa ubezpieczeniowa”

Wenflon to cienka, miękka rurka (kaniula) wprowadzana do żyły, zwykle na przedramieniu lub grzbiecie dłoni. Igłę wyjmuje się od razu, a w żyle zostaje tylko elastyczny plastik. Założenie trwa chwilę i przypomina pobranie krwi.

Wenflon **nie oznacza, że coś jest nie tak**. Przypomina ubezpieczenie: najlepiej, gdy nigdy się nie przyda, ale gdy jest potrzebny, oszczędza cenne minuty.

- **Krwotok poporodowy** zdarza się rzadko, ale wtedy liczy się każda minuta, a przy dużej utracie krwi żyły „zapadają się” i trudno je nakłuć.
- Przez wenflon szybko poda się **oksytocynę**, **antybiotyk** (np. przy dodatnim posiewie w kierunku paciorkowca GBS), **płyny** lub **leki przeciwbólowe**.
- Jest niezbędny przed **znieczuleniem zewnątrzoponowym** i przed cięciem cesarskim.

Czy mogę odmówić?

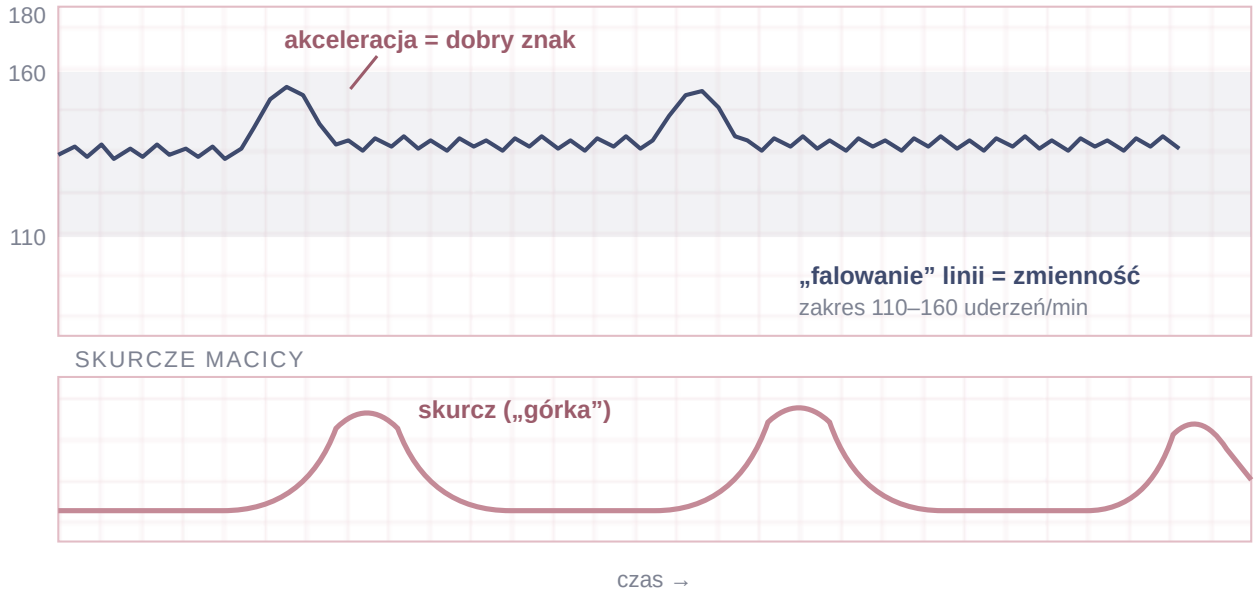
Standard organizacyjny opieki okołoporodowej zakłada **unikanie niepotrzebnych interwencji** w porodzie fizjologicznym, a każda procedura wymaga Twojej zgody. Przy porodzie niskiego ryzyka masz więc prawo zapytać o potrzebę wenflonu i podjąć świadomą decyzję. Wiele szpitali zakłada go jednak wszystkim rodzącym jako zabezpieczenie.

DOBRY KOMPROMIS

Wenflon może być **założony i zabezpieczony, bez podłączonej kroplówki**. Nie ogranicza wtedy ruchu: możesz chodzić, korzystać z piłki, wanny czy prysznica (po osłonięciu go). Poproś o założenie na rękę, której mniej używasz, i nie w zgięciu nadgarstka.

2. Kardiotokografia (KTG)

KTG zapisuje jednocześnie **tętno dziecka** i **Twoje skurcze**. Na brzuchu mocuje się dwie głowice: jedna (ultradźwiękowa) „słucha” serca dziecka, druga rejestruje napięcie macicy.



Schemat prawidłowego zapisu KTG: u góry tętno dziecka, u dołu skurcze macicy

Jak „czytać” zapis prostym językiem?

- **Górna linia to serce dziecka.** Prawidłowe tętno wynosi zwykle 110–160 uderzeń na minutę. Liczy się **rytm podstawowy** (wokół jakiej wartości „kręci się” linia), a nie pojedyncze liczby na ekranie.
- **Zmienność**, czyli lekkie „falowanie” linii, to bardzo dobry znak: świadczy o tym, że układ nerwowy dziecka dobrze reaguje. Prosta, płaska linia może oznaczać, że dziecko śpi, ale położna obserwuje to uważniej.
- **Akceleracje**, czyli krótkie wzrosty tętna, zwykle przy ruchach dziecka, są oznaką dobrostanu.
- **Deceleracje**, czyli spadki tętna, zdarzają się często, zwłaszcza w czasie skurczów i parcia. Położna ocenia ich kształt, głębokość i moment wystąpienia. Nie każdy spadek oznacza problem.
- **Dolna linia to skurcze**, czyli te „górki”. Liczy się ich **częstotliwość i regularność**. Wysokość górki zależy też od ułożenia głowicy i nie mówi dokładnie, jak mocny jest skurcz ani jak bardzo boli.

WARTO WIEDZIEĆ

Głośne „pikanie” często na chwilę cichnie albo spada. Zwykle to **głowica przesunęła się** albo zapisuje Twoje tętno zamiast tętna dziecka. Nie wpadaj w panikę. Położna poprawi głowicę. Jeśli coś Cię niepokoi, po prostu zapytaj: „Czy zapis wygląda dobrze?”.

KTG tradycyjne czy telemetryczne?

	KTG tradycyjne (z kablami)	KTG telemetryczne (bezprzewodowe)
Jak działa	Głowice są połączone kablami z aparatem przy łóżku.	Głowice wysyłają sygnał bezprzewodowo, a zapis widać na monitorze w dyżurce i przy łóżku.
Ruch	Ogranicza: zwykle leżysz lub siedzisz blisko aparatu.	**Możesz chodzić, kołysać się na piłce, klęczeć, stać**, a w niektórych modelach nawet korzystać z prysznica lub wanny.
Dla porodu	Sprawdza się przy krótkim zapisie.	Ułatwia **pozycje wertykalne**, które wspierają postęp porodu i łagodzą ból.

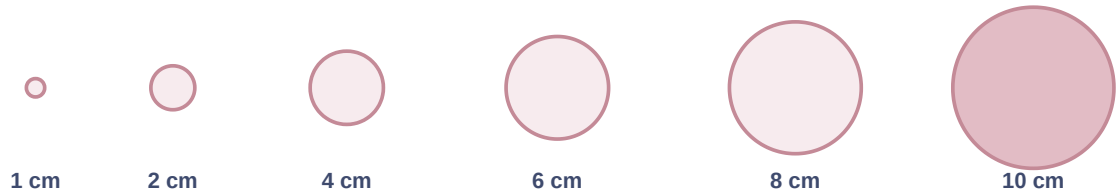
ZAPYTAJ O TELEMETRIĘ

Jeszcze przed porodem zapytaj w szpitalu: *„Czy macie KTG telemetryczne i czy mogę z niego korzystać?”*. Przy porodzie niskiego ryzyka tętno dziecka często kontroluje się też **okresowo** (osłuchiwanie lub krótki zapis), a ciągłe KTG stosuje się, gdy są do tego wskazania. Zapytaj, jak jest u nich.

3. Badanie wewnętrzne (przez pochwę)

To najważniejszy sposób oceny, **jak postępuje poród**. Położna lub lekarz wprowadza do pochwy dwa palce w jałowej rękawiczce i sprawdza:

- **Szyjkę macicy**: czy jest skrócona (zgładzona), miękka i gdzie się znajduje.
- **Rozwarcie**: o ile centymetrów otworzyła się szyjka, od 0 do 10 cm (pełne rozwarcie).
- **Pęcherz płodowy**: czy jest cały, czy pęknięty.
- **Główkę dziecka**: jak nisko się wstawia (zstępuje w miednicy) i jak jest ustawiona, co ocenia się po szwach i ciemiączkach.



Rozwarcie szyjki macicy – wielkość poglądowa (10 cm to mniej więcej średnica bajgla)

Jak często? Twoje prawo do delikatności i pytań

Przy prawidłowym postępie porodu badanie wykonuje się orientacyjnie **co ok. 2 godziny**. Nie robi się go częściej bez wyraźnego powodu, bo każde badanie to dyskomfort i niewielkie ryzyko zakażenia, zwłaszcza po odejściu wód. Dodatkowe badanie bywa potrzebne np. przy odczuwaniu parcia, przed podaniem znieczulenia lub przy zmianach w zapisie KTG.

TWOJE PRAWA

- Możesz poprosić, by badanie odbyło się **między skurczami**, a nie w trakcie skurczu.
- Możesz poprosić o **wygodniejszą pozycję** i o **chwilę na przygotowanie się**.
- Możesz powiedzieć **„stop”**, jeśli boli. Badanie powinno zostać przerwane.
- Masz prawo do **wyniku**: zapytaj, ile jest rozwarcia i jak postępuje poród.
- Możesz zapytać: *„Co ile powinno się wykonywać badanie i czy teraz jest ono potrzebne?”*

JAK SOBIE UŁATWIĆ BADANIE

Rozluźnij pośladki i uda, zrób długi, powolny wydech przez usta, jakbyś dmuchała na świeczkę, ale jej nie gasiła. Napięte mięśnie sprawiają, że badanie jest bardziej nieprzyjemne. Rozluźnienie naprawdę pomaga.

Mniejsze zabiegi i procedury

O tych procedurach rzadko mówi się głośno, a dobrze wiedzieć o nich wcześniej. Żadna z nich nie powinna być wykonywana rutynowo, „bo tak się robi”, ale każda ma swoje uzasadnione zastosowanie.

Amniotomia (przebicie pęcherza płodowego)

Pęcherz płodowy to błony, w których znajduje się dziecko i płyn owodniowy. Zwykle pęka samoistnie. Czasem położna lub lekarz przebija go celowo cienkim, plastikowym narzędziem z haczykiem (amniotomem), podczas badania wewnętrznego.

Kiedy się to robi?

- gdy poród **zwalnia**, a chcemy go przyspieszyć: po przebiciu pęcherza skurcze często stają się silniejsze i częstsze,
- podczas **indukcji** (wywoływania) porodu,
- gdy trzeba ocenić **kolor płynu owodniowego** lub dokładniej monitorować dziecko.

CZY TO BOLI?
Wiele kobiet obawia się „przekłucia” czegoś w środku.

FAKT
Samo przebicie **nie boli**, bo błony płodowe nie mają nerwów. Odczuwasz jedynie badanie wewnętrzne, a potem ciepły wypływ płynu. Dziecko też tego nie czuje.

Zabieg wykonuje się, gdy główka jest dobrze ustalona w miednicy. Po przebiciu pęcherza położna kontroluje tętno dziecka. Pamiętaj, że **skurcze mogą szybko się nasilić**, więc zawczasu przygotuj sposoby radzenia sobie z bólem.

Nacięcie krocza (epizjotomia)

MIT
„Każdej rodzącej, zwłaszcza przy pierwszym porodzie, rutynowo nacina się krocze, żeby nie pękło.”

FAKT
Rutynowe nacinanie krocza **nie jest zalecane**. Nacięcie wykonuje się tylko wtedy, gdy są do tego konkretne wskazania. Wiele kobiet rodzi bez nacięcia i bez pęknięcia albo z drobnym pęknięciem, które dobrze się goi.

Kiedy nacięcie może być potrzebne?

- gdy dziecko trzeba urodzić **szybko**, np. przy niepokojącym tętnie,
- przy **porodzie zabiegowym**, szczególnie kleszczowym,
- gdy krocze jest bardzo napięte i grozi mu **rozległe, głębokie pęknięcie**.

Nacięcie wykonuje się zwykle skośnie, w znieczuleniu miejscowym (albo w szczycie skurczu, kiedy tkanki są mocno rozciągnięte i mniej wrażliwe). Po urodzeniu łożyska krocze zszywa się nićmi wchłanialnymi w znieczuleniu.

OCHRONA KROCZA: CO MOŻESZ ZROBIĆ

- **Masaż krocza** od ok. 34. tygodnia ciąży (zapytaj mnie o technikę).
- **Pozycje** na boku, w klęku podpartym lub w pozycjach wertykalnych zmniejszają napięcie krocza.
- **Ciepłe okłady** na krocze w drugim okresie porodu.
- **Spokojne rodzenie główki**: słuchaj położnej, kiedy prosi o dyszenie zamiast parcia.

Jak goi się krocze (po nacięciu lub pęknięciu)?

- Ból i obrzęk są największe przez pierwsze dni. Zwykle wyraźnie słabną po **7–14 dniach**. Szwy wchłaniają się same.
- **Podmywaj się** letnią wodą po każdej wizycie w toalecie i **osuszaj, przykładając** czysty ręcznik, bez pocierania. Często zmieniaj podpaski.
- **Zimne okłady** (przez materiał) w pierwszych dobach zmniejszają obrzęk i ból.
- Siadaj na pośladku albo bokiem. Wietrz krocze, leżąc bez bielizny na podkładzie.
- **Unikaj zaparć**: pij dużo wody, jedz błonnik. Przy wypróżnianiu możesz przyłożyć do krocza czystą podpaskę. Szwy nie „puszczą".

ZGŁOŚ SIĘ, JEŚLI:

ból krocza się nasila zamiast słabnąć, pojawia się ropa lub nieprzyjemny zapach, rana się rozchodzi, masz gorączkę albo masz problem z utrzymaniem gazów lub stolca.

Cewnikowanie pęcherza moczowego

Pęcherz moczowy leży tuż przed macicą. Gdy jest **pełny**, zabiera miejsce w miednicy i może:

- utrudniać **zstępowanie główki** dziecka i spowalniać poród,
- osłabiać skurcze,
- zwiększać ból i dyskomfort,
- być narażony na uraz podczas porodu zabiegowego lub cięcia cesarskiego.

Po znieczuleniu zewnątrzoponowym często **nie czujesz parcia na mocz**. Jeśli nie możesz oddać moczu sama, położna opróżni pęcherz **cewnikiem jednorazowym**, czyli cienką, miękką rurką wprowadzaną na chwilę przez cewkę moczową. Trwa to około minuty. Możesz poczuć krótkie pieczenie lub ucisk. Później wiele kobiet odczuwa wyraźną **ulgę**, a poród często „rusza" dalej.

WARTO WIEDZIEĆ

Idź do toalety co ok. 2 godziny w czasie porodu, nawet jeśli nie czujesz potrzeby. To najprostszy sposób, by uniknąć cewnikowania. Po porodzie postaraj się oddać mocz w ciągu kilku godzin. Jeśli się nie udaje, powiedz położnej.

NA KONIEC

Pytania, które warto zadać w szpitalu

Zaznacz pytania, które są dla Ciebie ważne, i zadaj je podczas wizyty w szpitalu, na izbie przyjęć albo w trakcie porodu.

Przed porodem

- [ ] Czy mogę mieć wenflon założony bez podłączonej kroplówki?
- [ ] Czy macie KTG telemetryczne? Kiedy stosujecie ciągły zapis KTG, a kiedy okresowe osłuchiwanie?
- [ ] Jakie metody łagodzenia bólu są dostępne (immersja wodna, gaz, znieczulenie zewnątrzoponowe, TENS)? Czy znieczulenie jest dostępne całą dobę?
- [ ] Czy mogę rodzić w pozycji wertykalnej lub na boku? Jakie sprzęty są na sali (piłka, worek sako, drabinki, wanna)?
- [ ] Jakie jest Wasze podejście do nacinania krocza? Czy stosujecie ciepłe okłady?
- [ ] Jak często przy prawidłowym postępie wykonujecie badanie wewnętrzne?
- [ ] Czy osoba towarzysząca może być przy cięciu cesarskim (planowym i pilnym)?
- [ ] Czy kontakt skóra do skóry jest możliwy na sali operacyjnej?
- [ ] Czy w szpitalu pracuje doradczyni laktacyjna?

W trakcie porodu

- [ ] Co teraz proponujecie i dlaczego? Jakie są inne możliwości?
- [ ] Co się stanie, jeśli poczekamy jeszcze chwilę?
- [ ] Jakie jest rozwarcie i jak postępuje poród?
- [ ] Czy zapis KTG wygląda dobrze?
- [ ] Czy mogę zmienić pozycję, chodzić, napić się?

Moje pytania

NA KONIEC

Słowniczek

Akceleracja – Krótkotrwały wzrost tętna dziecka w zapisie KTG, dobry znak.

Amniotomia – Celowe przebicie pęcherza płodowego.

Anestezjolog – Lekarz, który wykonuje znieczulenie i czuwa nad Tobą podczas operacji.

Cewnik – Cienka rurka do opróżniania pęcherza moczowego: jednorazowo albo pozostawiona na dłużej (np. przy cięciu cesarskim).

Cięcie cesarskie (CC) – Operacyjne urodzenie dziecka przez nacięcie brzucha i macicy.

Deceleracja – Spadek tętna dziecka w zapisie KTG. Położna ocenia, czy jest niepokojący.

Epizjotomia – Nacięcie krocza wykonywane ze wskazań w drugim okresie porodu.

Indukcja porodu – Wywoływanie porodu lekami lub metodami mechanicznymi.

Kangurowanie – Kontakt skóra do skóry: nagie dziecko na nagiej klatce piersiowej mamy lub taty.

Kleszcze – Narzędzie z dwiema łyżkami do prowadzenia główki dziecka w porodzie zabiegowym.

Krwiak podokostnowy – Zbiornik krwi pod okostną kości czaszki dziecka. Wchłania się w ciągu kilku tygodni.

KTG – Kardiotokografia: zapis tętna dziecka i skurczów macicy.

Neonatolog – Lekarz specjalista od noworodków.

Odchody połogowe – Krwawienie i wydzielina z macicy po porodzie, trwające kilka tygodni.

Okresy porodu – I: rozwieranie szyjki; II: parcie i narodziny dziecka; III: urodzenie łożyska; IV: pierwsze 2 godziny po porodzie.

Oksytocyna – Hormon wywołujący skurcze macicy. Podawana też jako lek przez kroplówkę.

Pionizacja – Pierwsze wstanie z łóżka po porodzie lub operacji.

Połóg – Ok. 6 tygodni po porodzie, gdy organizm wraca do stanu sprzed ciąży.

Próżnociąg (vacuum) – Narzędzie z miseczką przykładaną do główki, wspomagające parcie.

Przedgłowie – Przejściowy obrzęk tkanek miękkich na główce dziecka po porodzie. Wchłania się sam w kilka dni.

Rozwarcie – Stopień otwarcia szyjki macicy, od 0 do 10 cm.

Telemetria – Bezprzewodowe KTG, które pozwala swobodnie się poruszać.

Wenflon (kaniula) – Miękka rurka w żyle do podawania leków i płynów.

Znieczulenie zewnątrzoponowe – Znieczulenie przewodowe łagodzące ból porodowy, podawane przez cienki cewnik w kręgosłupie lędźwiowym.

NA KONIEC

Moje notatki

Miejsce na Twoje pytania, plan porodu i ważne informacje ze szpitala.

TWOJA POŁOŻNA

mgr położnictwa Paulina Winiarczyk
Położna POZ

Telefon: _____

Godziny kontaktu: _____

Szpital, w którym planuję rodzić: _____

Masz prawo pytać, rozumieć i współdecydować. Powodzenia!