

ANALGEZIE U VAGINÁLNÍHO PORODU

Doporučený postup

České gynekologické a porodnické společnosti (ČGPS)
České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP)

Pracovní skupina: Bláha J.¹, Černý V.^{2,3,4,5}, Janků P.⁶, Kameníková M.⁷, Kokrdová Z.⁸, Korbel M.⁹, Nosková P.¹, Pařízek A.⁸, Pařízková P.¹⁰, Seidlová D.¹¹, Štourač P.¹², Trenkler Š.¹³

Jména autorů jsou uváděna v abecedním pořadí, role/podíl jednotlivých autorů je uveden na konci práce.

¹Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice, Praha, Česká republika

²Klinika anesteziologie, perioperační a intenzivní medicíny, Univerzita J. E. Purkyně, Masarykova nemocnice, Ústí nad Labem, Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Praha, Česká republika

³Centrum pro výzkum a vývoj, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Česká republika

⁴Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta, Hradec Králové, Česká republika

⁵Dept. of Anesthesia, Pain Management and Perioperative Medicine, Dalhousie University, Halifax, Canada

⁶Gynekologicko-porodnická klinika, Fakultní nemocnice Brno, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Brno, Česká republika

⁷Gynekologicko-porodnická klinika, Fakultní nemocnice Brno, Česká republika

⁸Gynekologicko-porodnická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice, Praha, Česká republika

⁹I. gynekologicko-pôrodnická klinika Lekárskej fakulty Univerzity Komenského a Univerzitná nemocnica Bratislava, Slovenská republika

¹⁰Česká společnost porodních asistentek

¹¹III. ARO, Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Fakultní nemocnice Brno, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Brno, Česká republika

¹²Klinika dětské anesteziologie a resuscitace, Fakultní nemocnice Brno, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Brno, Česká republika

¹³I. klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny Lekárskej fakulty Univerzity P. J. Šafárika, Košice, Slovenská republika

Oponenti: výbor Sekce perinatologie a fetomaternální medicíny ČGPS ČLS JEP

výbor ČGPS ČLS JEP

výbor Sekce analgezie a intenzivní medicíny při ČGPS ČLS JEP

výbor České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (ČSARIM) ČLS JEP

výbor Sekce porodnické anestezie a analgezie ČSARIM ČLS JEP

výbor České společnosti porodních asistentek (ČSPA)

Schváleno výborem ČGPS ČLS JEP dne 1. 3. 2018

Čes. Gynek., 2018, 83, č. 2, s. 145–149

1. ÚVOD

V předloženém dokumentu jsou formulována doporučení pro volbu analgezie v průběhu vaginálního porodu. Dokument je určen primárně porodním asistentkám a lékařům porodníkům. Jednotlivá doporučení vycházejí z dostupných publikovaných odborných zdrojů k dané problematice

a názorů členů pracovní skupiny, včetně externích oponentů. Implementace v textu formulovaných doporučení musí být vždy zvažována v aktuálním klinickém kontextu a z pohledu poměru přínosu a rizika jednotlivých konkrétních postupů. Doporučený postup nenahrazuje základní vzdělávací/odborné zdroje dané problematiky a neuvá-

dí povinnosti zdravotnických pracovníků určené jinými zákonnými, podzákonnými nebo jinými profesními normami.

2. DEFINICE A TERMINOLOGIE

Bolest je podle International Association for the Study of Pain (IASP) definována jako nepříjemná senzorká a emocionální zkušenost spojená se skutečným nebo potenciálním poškozením tkání a je vždy subjektivní.

Analgezie (z řečtiny: $\alpha\nu$ - + $\acute{\alpha}\lambda\gamma\omicron\varsigma$ = bolest \rightarrow bez bolesti) je ztráta schopnosti cítit bolest bez ztráty vědomí.

Anestezie (z řečtiny: $\alpha\nu$ - + $\alpha\iota\sigma\theta\eta\sigma\iota\varsigma$ = vnímání \rightarrow bez vnímání) je vyřazení veškerého vnímání, jak smyslového, tak vnímání bolesti (celková anestezie), nebo znecitlivění určité části jeho těla (regionální, lokální anestezie).

3. METODOLOGIE A PRINCIPY FORMULOVÁNÍ JEDNOTLIVÝCH DOPORUČENÍ

Z důvodu nedostupnosti dostatečných národních zdrojů pro vznik doporučení de novo metodami, kterými vznikají mezinárodní doporučení (např. GRADE), byly k formulování jednotlivých doporučení/stanovisek využity: a) publikovaná doporučení se vztahem k tématu, b) systematická/kritická analýza vybrané odborné literatury vztahující se k problematice jednotlivých doporučení, c) jiné citovatelné zdroje, d) názory členů autorského kolektivu v době vzniku dokumentu.

Jednotlivá doporučení/stanoviska nemají uvedenu sílu/naléhavost doporučení a přesvědčivost důkazů. Pracovní skupina dokumentu se shoduje v názoru, že uvedená doporučení by měla být vnímána jako ekvivalent pojmů „správná léčebná praxe“ či „popis správného postupu“, která odrážejí stav odborného poznání k dané problematice a názor autorského kolektivu v čase vzniku dokumentu.

V dokumentu jsou proto používány následující pojmy:

- **doporučujeme** (ekvivalent „silného“ doporučení),
- **nedoporučujeme**.

Pro formulaci každého doporučení/stanoviska muselo být dosaženo konsenzu minimálně 80 % všech členů pracovní skupiny, tj. vždy nejméně šest členů pracovní skupiny muselo hlasovat „pro“, aby bylo doporučení přijato. Pro případ nedosažení dostatečného počtu souhlasného vyjádření pro dané doporučení byl přijat princip „hledat formulaci doporučení tak dlouho, než bude dosaženo konsenzu“.

4. ZÁKLADNÍ VÝCHODISKA

4.1. Bolest v souvislosti s vaginálním porodem

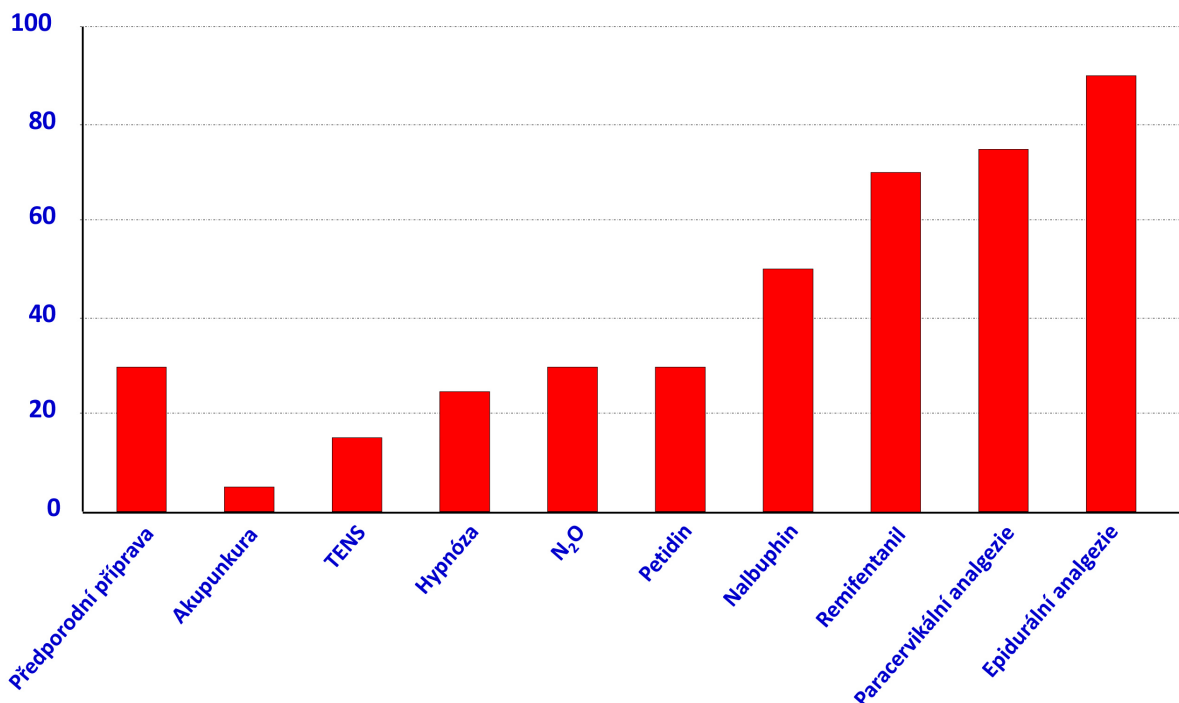
- Porodní bolest je způsobena fyziologickým podnětem a provází téměř každý spontánní porod. Bývá různé intenzity, pro některé ženy může být až nesnesitelná. Jedná se o akutní bolest, do které se prolínají kombinované patofyziologické mechanismy (viscerální, nociceptivní a neuropatické);
- neposkytnutí adekvátní léčby porodní bolesti může způsobit:
 - duševní a fyzické vyčerpání rodičky,
 - riziko poškození zdraví matky a/nebo dítěte;
- důsledky nezvládnuté porodní bolesti způsobují:
 - poruchu funkce děložního svalstva,
 - poruchu acidobazické rovnováhy a stres plodu/novorozence,
 - negativní zkušenosti z porodu, které mohou navodit i dlouhodobé duševní trauma ženy;
- každá těhotná žena má právo na poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni a léčba porodní bolesti je součástí neodkladné péče;
- výběr metody/způsobu úlevy od porodní bolesti by měl být založen na preferenci rodící ženy, dostupnosti jednotlivých metod a podle indikací a zejména kontraindikací každé z nich.



Obr. 1 Volba analgezie u porodu

Tab. 1 Metody analgezie u porodu

Nefarmakologické metody	Psychologické metody	<ul style="list-style-type: none"> • předporodní příprava • audioanalgezie • hypnóza
	Elektroanalgezie	<ul style="list-style-type: none"> • TENS (transkutánní elektrická nervová stimulace)
	Hydroanalgezie	<ul style="list-style-type: none"> • relaxační koupel • porod do vody • intradermální injekce (obstříky) sterilní vodou
	Alternativní polohy	
	Fytoterapie, aromaterapie	
	Homeopatie	
	Akupunktura, akupresura	
Farmakologické metody	Systémová analgezie	<ul style="list-style-type: none"> • inhalační analgezie • intramuskulární nebo intravenózní analgezie
	Regionální analgezie	<ul style="list-style-type: none"> • pudendální analgezie • paracervikální analgezie • epidurální analgezie • spinální analgezie • kombinovaná spinální a epidurální analgezie



Graf 1 Porovnání účinnosti analgetických metod u porodu

4.2. Metody porodní analgezie

- Metody porodní analgezie zahrnují nefarmakologické a farmakologické postupy (tab. 1), účinnost jednotlivých metod porodní analgezie ukazuje graf 1;
- volba analgetické metody záleží na:
 - individuálním rozhodnutí rodičky (obr. 1),
 - aktuálním klinickým průběhu porodu,
 - personálním a materiálně technickým vybavením daného pracoviště;
- epidurální analgezie (v kontextu porodní analgezie vždy jako katéetrová technika) je považována za nejúčinnější metodu porodní analgezie a podle současného stavu odborného poznání, ve srovnání s metodami systémové analgezie z hlediska matky anebo plodu/novorozence, přináší méně vedlejších účinků.

5. DOPORUČENÍ

Doporučení 1

Doporučujeme, aby každé porodnické zařízení mělo vypracován edukační program o možnostech porodní analgezie pro lektoři předporodní přípravy těhotných žen.

Doporučení 2

Doporučujeme, aby každé porodnické zařízení mělo vypracovávánu vlastní organizační normu pro porodní analgezie v průběhu vaginálního porodu, zohledňující personální a materiální možnosti pracoviště.

Doporučení 3

Doporučujeme organizační zajištění dostupnosti anesteziologa pro metody porodní analgezie v nepřetržitém režimu.

Doporučení 4

Doporučujeme použití nefarmakologických postupů ke snížení vnímání bolesti, strachu, napětí a/nebo úzkosti u všech rodičích žen.

Doporučení 5

Doporučujeme použití farmakologických postupů při nedostatečném účinku nefarmakologických metod.

Doporučení 6

Při jakémkoliv farmakologické metodě porodní analgezie doporučujeme sledování základních fyziologických funkcí rodičky a intermitentní kardiotokegrafické monitorování plodu.

Doporučení 7

V případě žádosti rodičky o tlumení porodních bolestí doporučujeme epidurální analgezie jako metodu první volby, zejména při předpokladu prolouvaného vaginálního porodu nebo předpokladu konverze vaginálního porodu na císařský řez.

Doporučení 8

Epidurální analgezie je možno zahájit u rodičky bez ohledu na vaginální nález.

Doporučení 9

Rutiní koagulační vyšetření a vyšetření krevního obrazu před zavedením epidurální analgezie (za předpokladu absence krvácivého stavu v anamnéze a adekvátního počtu trombocytů v posledních dvou měsících) nedoporučujeme.

Doporučení 10

V případě epidurální analgezie doporučujeme přidat k lokálnímu anestetiku přídavnou látku – sufentanil – s cílem dosažení maximální analgezie při co nejnižší koncentraci použitého lokálního anestetika, a minimalizovat tak riziko motorické blokády rodičky.

Doporučení 11

Nelze-li z jakéhokoliv důvodu použít metodu epidurální analgezie, doporučujeme pro tlumení porodních bolestí farmakologické postupy systémové analgezie (směs 50 % N₂O : 50 % O₂, nalbuphin nebo remifentanil) podle možnosti a vybavenosti pracoviště.

Doporučení 12

Použití petidinu pro systémovou analgezie u porodu nedoporučujeme.

LITERATURA

1. <https://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>
2. **Zákon č. 372/2011 Sb.** – Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.
3. **Amin-Somuah, M., Smyth, R., Jones, L.** Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(12):CD000331.
4. **Reynolds, F.** The effects of maternal labour analgesia on the fetus. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 2010, 24(3), p. 289–302. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2009.11.003. Epub 2009 Dec 11.
5. **Reynolds, F.** Labour analgesia and the baby: good news is no news. Int J Obstet Anesth, 2011, 20(1), p. 38–50. doi: 10.1016/j.ijoa.2010.08.004. Epub 2010 Dec 13.
6. **Pařízek, A., a kol.** Analgezie a anestezie u porodu. Praha: Galén, 2012, s. 113–119.
7. **American College of Obstetricians and Gynecologists.** ACOG Committee Opinion No. 295: Pain Relief during Labor. Washington, DC: ACOG. July 2004 (Reaffirmed 2015). [Review].
8. **Ullman, R., Smith, LA., Burns, E., et al.** Parenteral opioids for maternal pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 9. Art. No.: CD007396. DOI: 10.1002/14651858. CD007396.pub2.
9. **Jones, L., Othman, M., Dowsell, T., et al.** Pain management for women in labour: An overview of systemic reviews. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(3):CD009234.

10. **Jones, L., Othman, M., Dowell, T., et al.** Pain management for women in labour: An overview of systemic reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(3):CD009234.
11. **American College of Obstetricians and Gynecologists.** ACOG Committee Opinion No. 295: Pain Relief during Labor. Washington, DC: ACOG. July 2004 (Reaffirmed 2015). [Review]
12. **American College of Obstetricians and Gynecologists.** ACOG Practice Bulletin No. 36: Obstetric Analgesia and Anesthesia. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists, 2002.
13. **Ohel, G., Gonen, R., Vaida, S., et al.** Early versus late initiation of epidural analgesia in labor: Does it increase the risk of cesarean section? A randomized trial. *Am J Obstet Gynecol*, 2006, 194, p. 600–605.
14. **Wassen, MMLH., Zuijlen, J., Roumen, LJM., et al.** Early versus late epidural analgesia and risk on instrumental delivery in nulliparous women: A systematic review. *Br J Obstet Gynecol*, 2011, 118(6), p. 655–661.
15. **Practice Bulletin No. 177:** Obstetric Analgesia and Anesthesia. *Obstet Gynecol*, 2017, 129(4), p. e73–e89. doi: 10.1097/AOG.0000000000002018.
16. **Wassen, MMLH., Smits, LJM., Scheepers, HCJ., et al.** Routine labour epidural analgesia versus labour analgesia on request: A randomized non-inferiority trial. *BJOG*, 2015, 122, p. 344–350.
17. **Segal, S.** Labor epidural analgesia and maternal fever. *Anesth Analg*, 2010, 111, p. 1467–1475. [Review].
18. **Koughnan, F., Crli, M., Romney, M., et al.** Epidural analgesia and backache: A randomized controlled comparison with intramuscular meperidine for analgesia during labor. *Br J Anaesth*, 2002, 89(3), p. 466–472.
19. **Zákon č. 372/2011 Sb.**

Podíl autorů

Členové pracovní skupiny se podíleli na přípravě, průběžném připomínkování a na finální verzi doporučeného postupu. Členové oponentní skupiny připomínkovali verzi připravenou pracovní skupinou. Koordinátorem přípravy doporučeného postupu byl A. Pařízek.

Finálními editory textu byli A. Pařízek a V. Černý.