

OPIEKA NAD PACJENTKĄ PODCZAS INDUKCJI PORONIENIA CIAŻY OBUMARŁEJ W PIERWSZYM TRYMESTRZE

Uwagi ogólne

Poronienie definiowane jest jako ukończenie ciąży przed 22. tygodniem jej trwania lub jako urodzenie dziecka o masie ciała mniejszej niż 500 gramów. Granica różniująca poronienie i poród przedwczesny wyznacza również potencjalne możliwości przeżycia urodzonego żywego wcześniaka. Poronienie jest częstym powikłaniem wczesnej ciąży. Najwięcej strat dokonuje się jeszcze przed implantacją zarodków. Literatura naukowa podaje, że odsetek poronień sięga około 20% rozpoznanych ciąż. Zdecydowana większość strat (80%) odbywa się przed ukończeniem 12. tygodnia¹.

Przyczyn, z powodu których dokonuje się poronienie wczesnej ciąży, jest bardzo dużo. Czasami powód nie zostanie w ogóle poznany. Najczęściej podawaną grupą przyczyn są zaburzenia genetyczne, a w nich – aberracje chromosomowe. W każdym przypadku poronienia dokonanego przed 12. tygodniem uznaje się je jako urodzenie martwego dziecka. Obumarcie zarodka odbywa się na różnym etapie i w różnym też mechanizmie. W wielu sytuacjach nie można określić czasu, w jakim ono nastąpiło. Klinicznie rozpoznaje się:

- poronienie w toku, kiedy w obrębie rozwartego kanału szyjki oglądanej we wzornikach widoczne są roniące się tkanki. Sytuacji tej najczęściej towarzyszy krwawienie z macicy o różnym nasileniu;
- poronienie dokonane zupełne – w obrazie USG nie widać ciąży, a jedyną informacją o poronieniu jest wywiad oraz dodatnia próba ciążowa – określone β -HCG;

1 J. Skrzypczak, *Poronienie*, [w]: *Położnictwo i ginekologia. Tom I*, red. G.H. Bręborowicz, Warszawa 2015, s. 85–91.

- poronienie dokonane niezupełne – w obrazie USG widać tzw. resztki po poronieniu, najczęściej widoczne jest także krwawienie z macicy o różnym nasileniu;
- poronienie zatrzymane – widoczny w USG pęcherzyk ciążowy z zarodkiem bez czynności serca, rzadko obserwowane są inne objawy zwiastujące;
- puste jajo płodowe – widoczny w USG pęcherzyk zarodkowy bez cech zarodka, najczęściej bez objawów zwiastujących².

Głównymi objawami sugerującymi poronienie lub towarzyszącymi mu są krwawienie z macicy oraz dolegliwości bólowe. Najczęściej obserwowane są one w sytuacji poronienia w toku oraz poronienia niezupełnego. Nasilenie krwawienia jest w tych sytuacjach kryterium wszczęcia postępowania zabiegowego. Zabieg wyłyżeczkowania macicy oczyszczający ją z tkanek jaja płodowego jest w tej sytuacji ratującym zdrowie i życie kobiety³.

Inną klinicznie sytuacją jest poronienie zupełne. Rzadko towarzyszą mu nasilone krwawienie oraz ból. Najczęściej pacjentka podaje dokonanie się poronienia w domu. Może zgłosić się na izbę przyjęć z tkankami jaja płodowego. Jeśli tak, to zadaniem położnej jest zabezpieczenie ich do badania histopatologicznego lub – na życzenie rodziców – genetycznego. Po wykonaniu USG i rozpoznaniu w nim poronienia całkowitego, w sytuacji posiadania tkanek poronionych, nie jest konieczna hospitalizacja. Wyznacznikiem będzie stan ogólny i ginekologiczny kobiety. W sytuacji nieposiadania zabezpieczonych tkanek jaja płodowego i braku cech ciąży w USG kobieta powinna być przyjęta do szpitala w celu wyjaśnienia tej sytuacji. Należy podejrzewać możliwość występowania ciąży ektopowej, która może być stanem zagrożenia życia. Różnicowanie ciąży poronionej i ektopowej opiera się na badaniu ginekologicznym oraz na przynajmniej dwóch wynikach stężenia β -HCG ilościowego ocenianego co 2–3 dni i badaniach USG wykonywanych najlepiej co 5–7 dni.

Poronienie zatrzymane oraz puste jajo płodowe to zahamowanie rozwoju zarodka na określonym etapie organogenezy. Zanim dojdzie do wydalenia tkanek z jamy macicy, mogą pojawić się zaburzenia w układzie krzepnięcia. Jeśli ten stan kliniczny przedłuży się, wówczas nie można poprzestać na postępowaniu wyczekującym jako formie leczenia. Brak oznak dokonującego się poronienia oraz wykładników infekcji (poziom leukocytów, stężenie CRP) pozwalają na planową hospitalizację. Według zaleceń Królewskiego Kolegium Położników i Ginekologów (RCOG),

2 Z. Malewski, *Poronienie samoistne*, [w:] *Krwotoki położnicze*, red. Z. Słomko, K. Drews, Warszawa 2010, s. 78–82.

3 Tamże, s. 81–82.

w razie niestwierdzenia wskazań do zabiegowego postępowania należy wdrożyć postępowanie farmakologiczne⁴.

Podobnie w sytuacji poronienia niezupełnego, jeśli nie ma nasilonego krwawienia, braku stabilności hemodynamicznej, cech infekcji, można wdrożyć postępowanie farmakologiczne⁵.

Opiera się ono na podaniu kobiecie syntetycznego analogu prostaglandyn dopochwowo lub podjęzykowo. W Polsce powszechnie wykorzystuje się pochodną prostaglandyny E₁ – Misoprostol. Działanie preparatów zawierających prostaglandyny może wywołać poronienie lub poród, niezależnie od czasu trwania ciąży. Liczba receptorów dla wychwytu prostaglandyn nie zmienia się w czasie (w odróżnieniu od receptorów oksytocynowych). Z tego względu preparaty takie jak Misoprostol są szeroko stosowane na oddziałach ginekologii, patologii wczesnej ciąży na świecie, również w Polsce⁶. Prostaglandyny E₁, łącząc się z receptorami w mięśniu macicy, powodują czynność skurczową oraz wpływają na zmianę konsystencji i rozwieranie szyjki macicy. W takim mechanizmie przyczyniają się do wydalenia jaja płodowego⁷.

W przypadku indukcji farmakologicznej poronienia w pierwszym trymestrze ciąży WHO zaleca podawanie dwóch lub trzech dawek leku w wielkości 0,8 mg do pochwy lub 0,6 mg podjęzykowo (odpowiednio cztery lub trzy tabletki 0,2 mg). Wielokrotność ponawianych dawek zależy od czasu trwania ciąży. W prezentowanych badaniach przez A. Zwierzchowską i współautorów do wydalenia jaja płodowego dochodziło najczęściej w przeciągu 24–48 godz. po podaniu jednej dawki, czasami powtórzonej po 6 godz.⁸

W Polsce nie ma standardu odnośnie do indukcji poronienia za pomocą Misoprostolu. Proponowane schematy postępowania są zindywidualizowane i omawiane z pacjentką przy przyjęciu do szpitala. Pacjentce przedstawia się korzyści i wady każdej z form postępowania. Indukcja farmakologiczna doprowadza do samo-

4 A. Zwierzchowska, M. Głuszak, Z. Jabiry-Zieniewicz, A. Banaszek-Wysoczańska, W. Dzia-decki, E. Barcz, *Ocena skuteczności i bezpieczeństwa leczenia zachowawczego w przypadkach ciąży obumarłej w pierwszym trymestrze*, „Ginekologia Polska” nr 83 (2012), s. 760–765.

5 Tamże, s. 763.

6 *Safe abortion* – World Health Organisation, apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf, dostęp: 1 lutego 2017; Q. Ambusaidi, A. Zutshi, *Effectiveness of Misoprostol for Induction of First-Trimester Miscarriages*, „SultanQaboos University Med J” nr 15, 4 (2015), s. 534–538.

7 A. Stupak, A. Kwaśniewska, *Aktualne rekomendacje postępowania w poronieniu*, „Wiadomości lekarskie” nr 68, 1 (2015), s. 79–87.

8 A. Zwierzchowska, M. Głuszak, Z. Jabiry-Zieniewicz, A. Banaszek-Wysoczańska, W. Dzia-decki, E. Barcz, *Ocena skuteczności i bezpieczeństwa...*, dz. cyt., s. 764.

dzielnego wydalenia jaja płodowego z jamy macicy w wyniku rozwierania kanału szyjki macicy i czynności skurczowej. Towarzyszą tej sytuacji dolegliwości bólowe i/lub zwiększone krwawienie z macicy. Jeśli sytuacja będzie wymagała interwencji zabiegowej, to ominie pacjentkę etap mechanicznego rozszerzania kanału szyjki macicy. Czas pobytu w szpitalu jest różnie długi, czasami kilkudniowy. Daje to dodatkową korzyść, a mianowicie pozwala na udzielenie pacjentce również pomocy psychologicznej.

Zabieg wyłyżeczkowania jamy macicy to zwykle procedura jednodniowa. Wykonywany jest w znieczuleniu krótkotrwałym dożylnym. Trwa kilkanaście minut. Po wybudzeniu i kilkugodzinnej (4–6 godz.) obserwacji na oddziale możliwy jest wypis do domu. Bez wstępnego przygotowania szyjki macicy w trakcie zabiegu potrzebne jest mechaniczne rozszerzenie kanału szyjki. Może być to powodem późniejszej niewydolności cięśniowo-szyjkowej. Zabiegowe oczyszczenie jamy macicy z resztek jaja płodowego może być powikłane uszkodzeniem mięśnia macicy, a także powstaniem zrostów wewnątrzmacicznych (zespół Ashermana)⁹.

Pacjentka, zgadzając się na indukcję farmakologiczną, musi również mieć świadomość, że w przypadku pojawienia się zwiększonego krwawienia zagrażającego jej zdrowiu lub życiu będzie miała wykonany zabieg wyłyżeczkowania jamy macicy.

Procedura indukcji farmakologicznej zwykle opiera się na podaniu do pochwy 0,8 mg Misoprostolu oraz kontroli ultrasonograficznej postępu poronienia po 6 godz. od założenia tabletek. Jeśli postępowanie jest nieefektywne, może zostać powtórzone przez pacjentkę. Bywa że pacjentki kategorycznie odmawiają wykonania zabiegu wyłyżeczkowania jamy macicy, zgadzając się natomiast na kolejne dawki prostaglandyn. Bywają też zachowania odwrotne. Nie ma żadnych dowodów na szkodliwość wielokrotnych dawek Misoprostolu, nie ma też konkretnych wytycznych mówiących o maksymalnej dozwolonej ich liczbie¹⁰.

Lekarskie obserwacje postępów poronienia po założeniu tabletek Misoprostolu do pochwy dokonywane są na podstawie ultrasonografii. Więcej zadań w opiece nad kobietą roniącą ma położna. Pacjentka przyjęta do indukcji poronienia to kobieta, którą dotknęła osobista tragedia. Położna musi wykazać się empatią i profesjonalizmem w postępowaniu, tak aby nie nasila negatywnych emocji podczas pobytu kobiety w szpitalu. W przypadku indukcji poronienia dla świadczonej opieki bardzo duże znaczenie ma współpraca pacjentki i położnej. Od samego początku należy zadbać o zdobycie zaufania kobiety i stworzenie warunków bezpieczeństwa. Zwykle przy przyjęciu pacjentka powinna również otrzymać wszelkie informacje

9 A.M. Garipey, N.L. Stanwood, *Postępowanie terapeutyczne w przypadkach niepowodzeń wczesnej ciąży*, „Ginekologia po Dyplomie” nr 4, 86 (2013), s. 31–37.

10 Tamże, s. 34.

o możliwości pochowania dziecka i przysługujących świadczeniach socjalnych. Ze względu na stan emocjonalny kobiety i zmniejszone możliwości percepcji najlepiej te informacje przekazywać w formie pisemnej¹¹.

Przyjmując pacjentkę do szpitala, należy zapoznać ją z topografią oddziału, przedstawić personel położnych oraz podać nazwisko lekarza prowadzącego. Należy również zaprowadzić pacjentkę do jej sali, wskazać łóżko oraz szafkę. Pokazać, w którym miejscu znajdują się węzeł sanitarny. Czynności wykonywane przy przyjęciu pacjentki na oddział ginekologii to:

- zapoznanie się z dokumentacją medyczną;
- sprawdzenie wiarygodności wyniku grupy krwi, w przypadku jego braku – jak najszybsze jej wykonanie;
- zapewnienie dostępu do naczynia żylnego¹².

Po założeniu przez lekarza tabletek Misoprostolu do pochwy pacjentka powinna pozostać w łóżku około 2 godz. Później może poruszać się w obrębie sali. O każdej zmianie samopoczucia powinna zawiadamiać położną. Ponieważ zawsze istnieje ryzyko obfitego krwawienia, a zatem konieczności wykonania zbiegu wyłyżeczki jamy macicy, pacjentka pozostaje na ścisłej diecie.

Do zadań położnej w trakcie trwania indukcji poronienia należą:

- założenie karty intensywnego nadzoru i pomiar parametrów przez pierwsze 2 godz. co 15 minut, później co 30 min przez 2 godz. i dalej co 1 godz. lub w miarę potrzeb;
- kontrola krwawienia z dróg rodnych – zapewnienie pacjentce ligniny w celu lepszej oceny wizualnej krwawienia oraz worka na zużyte wkładki;
- zapewnienie słoja do oddawania moczu – opisanie go danymi pacjentki i wstawienie do ubikacji;
- w razie konieczności defekacji podanie pacjentce basenu;
- obserwacja stanu emocjonalnego pacjentki;
- reagowanie na każdą zmianę samopoczucia oraz potrzeby pacjentki;
- wykonywanie zleceń lekarskich zgodnie z kartą zleceń.

11 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo – ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz.U. 2015 poz. 2007).

12 M. Jodłowska-Sowińska, *Rola położnej w opiece nad kobietą roniącą* „Położna Nauka i Praktyka” nr 3, 15 (2011), s. 42–47.

Do zadań położnej po dokonaniu się aktu poronienia należą:

- zabezpieczenie poronionych tkanek – umieszczenie ich w pojemniku do badania histopatologicznego oraz – jeśli pacjentka sobie życzy – do badania genetycznego, a następnie zalanie ich odpowiednim rodzajem utrwalacza (badanie histopatologiczne – 10-procentowy roztwór formaliny; badanie genetyczne – 0,9-procentowy roztwór NaCl), opisanie ich danymi pacjentki oraz wstawienie do lodówki;
- uzyskanie od pacjentki stosownych oświadczeń w sprawie zabrania tkanek w celu ich pochowania;
- przekazanie pojemnika z tkankami do pracowni histopatologicznej razem ze stosownym skierowaniem;
- ewentualne przekazanie rodzicom tkanek do badania genetycznego;
- ocena stanu ogólnego pacjentki;
- ocena krwawienia z dróg rodnych;
- ocena stanu emocjonalnego i ewentualne zapewnienie opieki psychologa;
- reagowanie na potrzeby pacjentki;
- wykonywanie zleceń lekarskich według karty zleceń.

Po wykonaniu USG i stwierdzeniu całkowitego poronienia pacjentka może opuścić szpital.

Poniżej zaprezentowano dwa przykłady procesu pielęgnowania przez położną kobiet mających prowadzoną indukcję poronienia.

PRZYPADEK PIERWSZY

W dniu 13 listopada 2015 r. o godz. 20.30 do izby przyjęć jednego z warszawskich szpitali zgłosiła się 32-letnia kobieta będąca w 10. tygodniu pierwszej ciąży. Powodem przyjęcia na oddział ginekologii było stwierdzone poronienie zatrzymane. Kobieta nie zgłaszała dolegliwości bólowych ani krwawienia. Zaproponowano jej farmakologiczną indukcję poronienia preparatem Cytocec (Mizoprostol). O godz. 22.30 lekarz do tylnego sklepienia pochwy założył cztery tabletki Cytotecu 200 mikrogramów (całkowita dawka 800 mikrogramów).

Postępowanie położnej po założeniu tabletek:

- ocena stanu ogólnego – pomiar ciśnienia tętniczego, tętna oraz temperatury ciała co 15 min. przez 2 godz., następnie co godzinę lub w zależności od potrzeb. W celu monitorowania parametrów założono Kartę Intensywnego Nadzoru;
- poinformowanie pacjentki, iż przez 2 godz. musi przebywać w pozycji leżącej w celu zmniejszenia ryzyka wypadnięcia tabletek;

- ocena krwawienia – ocena na podstawie liczby zużytych wkładek z ligniny, podano pacjentce czerwony worek, w którym gromadziła zużyte wkładki;
- monitorowanie dolegliwości bólowych pacjentki – ocena na podstawie parametrów stanu ogólnego, jak również na podstawie informacji przekazywanych przez pacjentkę;
- dbałość o zapewnienie potrzeb fizjologicznych. Wyposażenie pacjentki w słój na mocz w celu zabezpieczenia przed poronieniem tkanek do toalety;
- monitorowanie stanu emocjonalnego.

Pacjentka była spokojna, wyciszona. Parametry stanu ogólnego w normie, nie gorączkowała. O godz. 3.30 zgłosiła obfite krwawienie z dróg rodnych oraz silne skurcze. Położna oceniła krwawienie jako mierne. Pacjentka nie skorzystała z leków przeciwbólowych. Do rana pozostała na czczo w celu wykonania ewentualnego zabiegu wyłyżeczkowania jamy macicy po uprzednim wykonaniu badania USG.

Następnego dnia pacjentka w stanie ogólnym dobrym nie zgłaszała dolegliwości bólowych, występowało umiarkowane krwawienie z dróg rodnych. Wykonano badanie wewnętrzne, podczas którego stwierdzono w pochwie skrzepy krwi i fragmenty tkankowe – materiał utrwalono w roztworze formaliny do badania histopatologicznego. W celu stwierdzenia, czy poronione zostały wszystkie tkanki, wykonano badanie USG. Stwierdzono w nim: trzon macicy o wymiarach 49×42 mm; endometrium niejednorodne o grubości 25 mm. Lekarz zaproponował pacjentce kontynuację farmakologicznej indukcji poronienia lub skorzystanie z zabiegu wyłyżeczkowania jamy macicy. Kobieta nie wyraziła zgody na zabieg, zdecydowała się na kontynuację leczenia zachowawczego. Pacjentka pozostawała na diecie lekkostrawnej. Przekazano jej druk oświadczenia, w którym wyraziła zgodę na pozostawienie poronionych tkanek. O godz. 21.50 założono dwie tabletki Cytotecu (400 mikrogramów) do tylnego sklepienia pochwy. Postępowanie położnej było takie, jak podczas pierwszego założenia tabletek. Parametry stanu ogólnego utrzymywały się w normie, krwawienie było mierne. W celu złagodzenia zgłaszanych dolegliwości bólowych o godz. 3.00 podano Pyralgin 2,5 mg dożylnie i dwie ampułki Papaweryny domięśniowo. Pacjentka była w stanie emocjonalnym dobrym. Pozostała na czczo do badania USG w dniu następnym.

Kolejnego dnia, 15 listopada, stan ogólny i emocjonalny pacjentki był dobry, nie gorączkowała. Nie zgłaszała dolegliwości bólowych. Utrzymywało się skąpe krwawienie z dróg rodnych. W godzinach przedpołudniowych wykonano badanie USG – opis badania: jama macicy szerokości 30 mm wypełniona niejednorodną, echogeniczną treścią – resztki po poronieniu. Pacjentka otrzymała immunoglobulinę anty Rh D w dawce 50 mikrogramów domięśniowo z powodu grupy krwi

A Rh minus. Lekarz zaproponował pacjentce kontynuację farmakologicznej indukcji poronienia lub skorzystanie z zabiegu wyłyżeczkowania jamy macicy. Kobieta nie wyraziła zgody na zabieg, nadal chciała kontynuować leczenie zachowawcze. O godz. 21.10 w celu farmakologicznego opróżnienia jamy macicy założono dopochwowo kolejne dwie tabletki Cytotecu (400 mikrogramów). Postępowanie położnej było takie, jak podczas pierwszego założenia tabletek. Parametry stanu ogólnego utrzymywały się w normie, krwawienie z pochwy było mierne. Pacjentka nie zgłaszała żadnych dolegliwości bólowych. Pozostała na czczo do rana do badania USG.

Dnia 16 listopada wykonano badanie USG. Stwierdzono w nim trzon macicy w przodozgięciu o jednorodnej echogenności, wymiar AP w dnie macicy 45 mm. Endometrium niejednorodne o grubości 32 mm. Jajniki prawidłowe. Zatoka Douglasa bez wolnego płynu.

Po badaniu USG pacjentce zaproponowano zabieg wyłyżeczkowania jamy macicy lub kontynuację leczenia zachowawczego. Kobieta nie wyraziła zgody na zabieg, w związku z tym zdecydowano o dwukrotnym podaniu dwóch tabletek Cytotecu. Preparat założono o godz. 14.45 oraz o godz. 23.30. Postępowanie położnej w obu przypadkach było analogiczne do postępowania podczas pierwszego dnia hospitalizacji.

Parametry stanu ogólnego były w normie, z dróg rodnych utrzymywało się plamienie. Pacjentka zgłosiła dolegliwości bólowe o miernym nasileniu. O godz. 16.30 podano Perfalgan (1 g) dożylnie, po którym dolegliwości ustąpiły. Pozostała na czczo do rana do badania USG.

Następnego dnia wykonano badanie USG, w którym stwierdzono trzon macicy w przodozgięciu o jednorodnej echogenności z wymiarem AP w dnie 38 mm. Endometrium niejednorodne o grubości 12 mm. Jajniki: prawy o wymiarach 33 × 14 mm i lewy o wymiarach 30 × 22 mm, obustronnie z cechami PCO (zespół policystycznych jajników). Zatoka Douglasa – bez wolnego płynu.

Pacjentka nie zgłaszała dolegliwości bólowych, nie gorączkowała, jej stan ogólny był dobry. Występowało mierne krwawienie z dróg rodnych. Zdecydowano o wypisaniu pacjentki do domu z zaleceniem przyjmowania Sumamed 500 mg 1 × 1 tabl. przez 2 dni, Trilac 3 × 1 kaps., Arthrotec forte 2 × 1 tabl. doustnie przez 5 dni oraz zgłoszenie się po miesiączce na badanie USG.

PRZYPADEK DRUGI

W dniu 19 grudnia 2016 r. o godz. 23.00 pacjentka lat 28 (ciążą drugą, poród drugi) została przyjęta do oddziału ginekologii z rozpoznaniem poronienia zatrzymanego. Podjęto decyzję o indukcji poronienia za pomocą czterech tabletek (0,8 mg) Mizoprostolu podanego dopochwowo. Tabletki założono o godz. 23.20.

Postępowanie było następujące:

- przejście opieki nad pacjentką. Zapoznanie się z dokumentacją medyczną pacjentki, zebranie wywiadu pielęgniarского. Przyjęcie opieki o godz. 23.15;
- zapewnienie dostępu do podaży dożylnych leków – założenie kaniuli dożylnej na lewym przedramieniu z zachowaniem wszystkich zasad aseptyki i antyseptyki;
- obserwacja stanu ogólnego – pomiar parametrów stanu ogólnego i ocena wyglądu skóry i śluzówek dwa razy w ciągu doby. Po aplikacji o godz. 0.30 Mizoprostolu dopochwowo założenie Karty Intensywnego Nadzoru (KIN). W KIN pomiar parametrów stanu ogólnego i ocena wyglądu skóry i śluzówek przez 2 godz. co 15 min, przez następne 2 godz. co 30–60 min, w zależności od objawów. Pomiar o godz. 23.20: RR 125/80 mmHg, tętno 80 uderzeń/min, temperatura 36,8°C, śluzówki odpowiednio wilgotne, skóra prawidłowo napięta i różowa. Pomiar o godz. 7.00: RR 110/75 mmHg, tętno 70 uderzeń/min, temperatura 36,6°C, stan śluzówek i skóry bez zmian w stosunku do oceny godz. 23.20. Pozostałe parametry stanu ogólnego nie budziły zastrzeżeń, wpisywano je na bieżąco do karty KIN;
- obserwacja stanu emocjonalnego – obserwacja zachowania pacjentki oraz jej reakcji na ból i sytuację, w jakiej się znalazła. Pacjentka przygnębiona stratą drugiego dziecka. Nie wyraziła potrzeby rozmowy z psychologiem ani położną;
- postępowanie mające na celu zmniejszenie dolegliwości bólowych – podanie leków zgodnie z kartą zleceń lekarskich. O godz. 2.00 podano lek przeciwbólowy drogą dożylną: Ketonal 100 mg i.v. Dolegliwości bólowe zmniejszyły się;
- zapewnienie odpowiedniej diety – pacjentka ma dietę ścisłą. Uświadomienie pacjentce konieczności takiego postępowania do czasu podjęcia decyzji o dalszych krokach po kontrolnym badaniu USG;
- kontrola krwawienia z dróg rodnych – ocena krwawienia z dróg rodnych po podaniu Mizoprostolu. Kontrola wkładek. Zapewniono pacjentce ligninę oraz czerwony worek na zużyte wkładki. Przy pomiarach stanu ogólnego oraz na życzenie pacjentki dokonywano oceny krwawienia z dróg rodnych. O godz. 2.30 pacjentka zgłosiła nasilenie krwawienia;
- zabezpieczenie i przygotowanie wszystkich tkanek jaja płodowego po poronieniu do badania histopatologicznego i genetycznego – utrwalenie materiału tkankowego w przeznaczonym do tego pojemniku i rozworze utrwalacza. O godz. 2.30 nastąpiło wydalenie z macicy martwego zarodka. Materiał tkankowy rozdzielono do dwóch pojemników. Do badania histopatologicznego utrwalono materiał, stosując roztwór formaliny, do badania genetycznego – roztwór soli fizjologicznej. Pojemniki opisano danymi pacjentki i umieszczono w lodówce;

- zaprowadzenie pacjentki na kontrolne badanie USG – wykonanie badania USG przez lekarza dyżurnego w celu potwierdzenia lub wykluczenia poronienia zupełnego. Badanie USG wykonano o godz. 6.30. Stwierdzono: Trzon macicy w przodozgięciu, o jednorodnej echogeniczności, prawidłowej wielkości. Wymiar AP w dnie macicy 45 mm. Endometrium 9 mm, niejednorodne. W cieśni i kanale szyjki do 13 mm. Szyjka macicy prawidłowa. Jajniki: prawy o wymiarach 32 × 19 mm, prawidłowy, lewy o wymiarach 24 × 15 mm, prawidłowy. Zatoka Douglasa bez wolnego płynu.
- profilaktyka konfliktu serologicznego – podaż immunoglobuliny anty-RhD zgodnie ze zleceniem lekarskim. Ze względu na grupę krwi o Rh minus podano domięśniowo 50 mg immunoglobuliny anty-RhD i.m. o godz. 12.30;
- edukacja pacjentki w zakresie samoobserwacji i samopielegnacji po poronieniu. Rozmowa z pacjentką na temat postępowania po poronieniu: czasie powrotu do aktywności seksualnej, higieny krocza, proponowanej diety, możliwości skorzystania z pomocy psychologa;
- przygotowanie pacjentki do wypisu ze szpitala – przyjęcie pacjentki do oddziału na zlecenie lekarza dyżurnego, ustny przekaz istotnych informacji o stanie zdrowia pacjentki przez położną izby przyjęć, a także zapoznanie z dokumentacją medyczną, przekazanie pacjentce dokumentacji medycznej oraz informacji o konieczności zgłoszenia się na wizytę do lekarza prowadzącego ciążę. O godz. 14.00 pacjentka opuściła oddział.

Podsumowanie

Skuteczność Misoprostolu bywa różna. Nie zawsze jest możliwe całkowite wydalenie tkanek w stosunkowo krótkim czasie. Z reguły w sytuacji zaaplikowania pierwszej dawki 0,8 mg Mizoprostolu do pochwy i uzyskania postępu poronienia kolejne dawki są o połowę mniejsze niż początkowa. Takie postępowanie wdrożono w pierwszym przypadku. Pacjentka nie wyraziła zgody na wykonanie zabiegu wyłyżeczkowania jamy macicy. Ponieważ jej stan ogólny nie budził zastrzeżeń, nie obserwowano zwiększonego krwawienia z jamy macicy i zgodnie z oczekiwaniami pacjentki kontynuowano leczenie farmakologiczne – w konsekwencji uzyskano zamierzony efekt terapeutyczny. Podobny rozkład dawkowania Misoprostolu jest obecnie proponowany przez towarzystwa naukowe oraz WHO¹³. W drugim przypadku przebieg indukcji poronienia nie odbiegał od założeń tej metody leczenia. Ewakuacja tkanek dokonała się w czasie 24 godz.

13 A. Stupak, A. Kwaśniewska, *Aktualne rekomendacje postępowania...*, dz. cyt., s. 79.

W obydwu przypadkach podczas opieki nad pacjentką monitorowano jej stan ogólny oraz krwawienie z macicy, szczególnie intensywnie w pierwszych godzinach po założeniu tabletek do pochwy. Takie postępowanie pielęgniariskie jest podyktowane ryzykiem wystąpienia skutków ubocznych prostaglandyn. Zaliczamy do nich: obfite krwawienie, nudności, wymioty, dolegliwości bólowe w dole brzucha, dreszcze, gorączkę, zawroty głowy. U opisywanych pacjentek nie wystąpiły wyżej wymienione powikłania poza dolegliwościami bólowymi, ale ze względu na indywidualną reakcję na lek zawsze wskazany jest monitoring stanu pacjentki.

Zapewnienie naczynia, do którego pacjentka oddaje moc, to forma zabezpieczająca przed wydaleniem roniących się tkanek do muszli klozetowej. Podobne znaczenie ma podawanie basenu w celu defekacji. Jest to niedopuszczenie do niegodnego zachowania wobec ciała ludzkiego.

Po dokonaniu poronienia i zabezpieczeniu tkanek pracownicy szpitala powinni uszanować potrzebę rodziców pożegnania z ich dzieckiem. Powinny być do tego celu stworzone odpowiednie warunki, a personel odpowiednio przeszkolony. Najlepiej jeśli w takim akcie uczestniczy psycholog.

Każda ciąża, niezależnie od jej losów, na zawsze zmienia środowisko wewnętrzne i zewnętrzne kobiety. Strata ciąży jest zawsze kryzysem i to, w jaki sposób kobieta sobie z nim poradzi, będzie miało odniesienie w przyszłości. Możliwość aktywnego udziału w ronieniu inicjuje prawidłowo przebiegający proces żałoby. Uświadamia znaczenie sytuacji, która się dokonała. Daje kłam powszechnej opinii społecznej – traktowania poronienia jako nic nieznaczącego incydentu. Nie każda pacjentka decyduje się na pochowanie ciała dziecka poronionego, ale każda powinna uzyskać informację o takim prawie i samodzielnie dokonać wyboru¹⁴.

Postępowanie farmakologiczne w przypadku poronienia zatrzymanego, pustego jaja płodowego lub poronienia niezupełnego jest sprawdzoną formą terapeutyczną. Według doniesień naukowych – również akceptowaną przez kobiety. Według doświadczeń własnych autorek daje dużo mniejszy odsetek powikłań niż elektywne postępowanie zabiegowe.

14 M. Lewicka, M. Sulima, M. Pyć, B. Stawarz, *Charakterystyka poronień i prawa przysługujące kobiecie po stracie ciąży*, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie” nr 59, 1 (2013), s. 123–129.