

OBSTETRIC ANAESTHESIA AND ANALGESIA MONTH ATTRIBUTES - REÁLNÁ ZPRÁVA O ANESTEZIOLOGICKÉ PRAXI NA ČESKÝCH PORODNÍCH ODDĚLENÍCH

Snad každý, kdo to s nějakou profesní či volnočasovou činností myslí vážně, se dříve či později nutně dostal k otázkám: „Dělám to dobře?, Jak to dělají ostatní?, Existují nějaké jiné, lepší postupy?“. Nově ustavená Expertní skupina pro porodní anestezii a analgezii ČSARIM (ESPAA) to se svojí činností vážně myslí, a proto již od začátku své činnosti zjišťujeme, jaká je vlastně reálná praxe v porodnické anestezii a analgezii v naší zemi. Nástrojem se stal projekt měsíčního sledování anesteziologické praxe na porodních sálech OBAAMA-CZ (OBstetric Anaesthesia and Analgesia Month Attributes in Czech). Validací této prospektivně designované studie byla retrospektivní část demograficky popisující základní parametry anesteziologické péče v peripartálním období v České republice v roce 2010. Jak tedy na tom v naší praxi skutečně jsme? Je praxe na českém sále na úrovni 21. století?

Výsledné úsilí 49 zapojených center (obr. 1) pokrylo více než 59 % porodů v ČR v roce 2010, a proto lze výsledky považovat za reprezentativní. Pozitivním zjištěním je, že se projektu zúčastnily porodnice od nejmenších až po perinatologická centra ve všech krajích naší republiky. Nemalou zásluhu na této skutečnosti má jistě fakt, že byla zvolena osobní forma náboru center do projektu. Trendem dnešní doby je maximalizovat komfort pacientky v období porodu a navodit atmosféru domácího prostředí s přítomností blízkých osob. Otec či jiný rodinný příslušník byl přítomný u aplikace porodní analgezie ve více než 70 % případů, u císařského řezu (Sectio Caesarea, SC) v neuroaxiální blokádě ve více než 45 % případů, při celkové anestezii na 25 % pracovišt.

Pro rozvoj porodnické analgezie bylo významným milníkem zavedení nepřetržité anesteziologické služby pro porodní sál D. D. Moirem v roce 1964. Na našich pracovištích tomu tak bylo v roce 2010 ve více než 80 % případů. Důležitou podmínkou fungování peripartální anesteziologické péče (zejména emergentní), je vyčlenění anesteziologického týmu jen pro potřebu porodního oddělení v pracovní době, což na více než 50 % pracovišt stále není běžnou praxí.

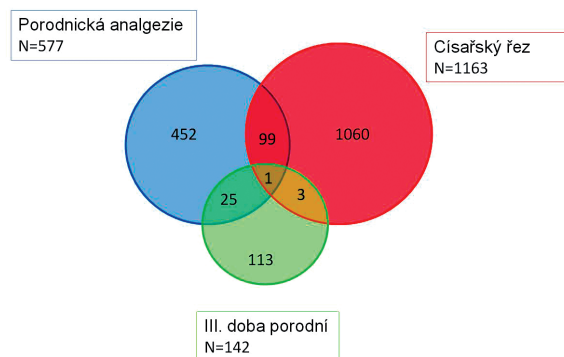
V samotné porodní analgezii naprosto převažuje epidurální analgezie, proto je i u laické

veřejnosti zakotveno synonymum pro porodní analgezii „epidurál“. Využití dalších analgetických metod bylo marginální, a to i přes aktuální dostupnost remifentanilu, nalbufinu či oxidu dusného. Remifentanil je v této indikaci slibnou alternativou pro dobrou účinnost při absenci typických kontraindikací neuroaxiální blokády [1, 2, 3]. Limitací může být nutnost vybavení porodního sálu infuzními pumpami s režimem pacientkou kontrolované analgezie (PCA), u nalbufinu a oxidu dusného aplikace samotnými porodníky.

Překvapením není skutečnost, že nejvíce anesteziologických výkonů v peripartálním období bylo poskytnuto při ukončení těhotenství císařským řezem a nejméně při revizích či manuálních lýzách placenty ve III. době porodní (< 10 %) – obrázek 2. Ani studie OBAAMA-CZ neprokázala vyšší četnost císařského řezu po aplikaci neuroaxiální blokády v rámci porodní analgezie. Alarmujícím zjištěním, které vyplynulo z dat obsažených v databázi, byla skutečnost, že epidurální analgezie byla poskytnuta jen u 12 % porodů proběhlých v centrech zapojených do projektu OBAAMA-CZ. Tato hodnota byla velmi variabilní (< 1 % až 48,9 %). I přes relativně nízkou četnost podání byla ve sledovaném období epidurální analgezie zlatým standardem tlumení porodních bolestí, obdobně jako ve světě [4, 5]. Zajímavou skutečností bylo, že výhradně



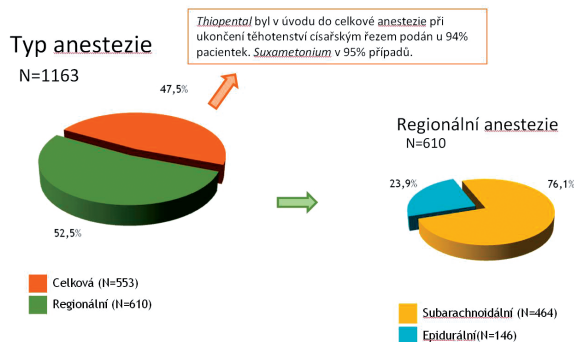
Obr. 1 Zapojená pracoviště



Obr. 2 Anesteziolog u výkonů v peripartálním období

používaným lokálním anestetikem byl bupivakain s přidavkem sufentanilu a že nebyl použit nejen v roce 2011 nedostupný ropivakain, ale ani běžně dostupný, avšak ekonomicky náročnější levobupivakain.

Získaná data částečně vyvracejí oblíbené rčení o císařském řezu jako 20minutovém výkonu. Průměrná délka jeho trvání byla 48 minut. Naproti tomu se potvrdilo, že většina císařských řezů je provedena z akutní indikace (> 55 %). Pozitivním trendem byla preference neuroaxiální blokády u císařského řezu (> 51 %), která na některých pracovištích dosáhla četnosti větší než 80 %. Převažujícím typem regionální anestezie byla subarachnoidální blokáda (76 %) – obrázek 3. Zvítězila tak jednoduchost, bezpečnost a ekonomičnost nad možností neuroaxiální pooperační analgezie. Nejčastěji podaným lokálním anestetikem u subarachnoidální blokády byl 0,5% bupivakain (91 %), u epidurální 2% lidokain s adrenalinem (55 %) následovaný 0,5% bupivakainem (43 %). Preference lidokainu je velmi zajímavá, je však dána aktuální nedostupností ropivakainu a snaze najít rychle nasedající lokální anestetikum pro top-up epidurální anestezii v jed-



Obr. 3 Anestezie u císařského řezu

nom ze zapojených center. Byla-li podána celková anestezie u SC, byla při úvodu prakticky vždy užívána kombinace thiopental (94 %) a suxamethonium (95 %), jejíž užití v rámci bleskového úvodu je běžné od 70. let minulého století [6].

Domnívám se, že česká porodní analgezie a anestezie v konfrontaci s moderními trendy obstála. Prostor pro zlepšení je však na mnoha pracovištích, zejména v rozšíření neuroaxiální porodní analgezie, což samozřejmě vyžaduje pozitivní mezioborovou spolupráci s porodníky a porodními asistentkami.

Věřím, že dalšímu rozšíření moderních anesteziologických technik v peripartálním období napomůže i série článků připravovaných členy ESPAA, které budou publikovány v následujících číslech časopisu Anesteziologie a intenzivní medicína [7, 8].

LITERATURA

- Štourač, P., Suchomelová, H., Stodůlková, M. et al. Comparison of Parturient-Controlled Remifentanyl with Epidural Bupivacain and Sufentanil for Labour Analgesia: Randomised Controlled Trial. *Biomed.*, P 2012; 3 DOI: 10.5507/bp.
- Schnabel, A., Hahn, N., Broscheit, J., Meuellenbach, R. M., Rieger, L., Roewer, N., Kranke, P. Remifentanyl for labour analgesia: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Eur. J. Anaesthesiol.*, 2012, 29, p.177–185.
- Kranke, P., Lavand'homme P. The relief of pain in labour and the role of remifentanyl. *Eur. J. Anaesthesiol.*, 2012, 29, p. 116–120.
- ACOG committee opinion. Pain relief during labor. *Obstet. Gynecol.*, 2004, 104:213.
- Volmanen, P., Palomäki, O., Ahonen, J. Alternatives to neuraxial analgesia for labor. *Curr. Opin. Anesthesiol.*, 2011, 24, p. 235–241.
- Stept, W. J., Safar, P. Rapid induction/intubation for prevention of gastric content aspiration. *Anesth. Analg.*, 1970, 49, p. 633–636.
- Bláha, J. et al. Císařský řez v roce 2012: perioperační souvislosti. *Anest. intenziv. Med.*, 24, 2013, 2.
- Bláha, J. et al. Císařský řez v roce 2012: celková anestezie. *Anest. intenziv. Med.*, 24, 2013, 3.

MUDr. Petr Štourač, Ph.D.
 Odborný koordinátor projektu OBAAMA-CZ,
 Expertní skupina pro porodnickou anestezii
 a analgezií ČSARIM; Ordinář pro anestezii,
 KARIM LF MU a FN Brno