

PREHRANJEVANJE IN PITJE MED PORODOM

EATING AND DRINKING DURING LABOUR

Mihaela Skoberne

UDK/UDC 618.4:612.39

DESKRIPTORJI: porod; pitje; hranjenje

DESCRIPTORS: labour; drinking; eating

Izvleček – Večina obstoječih negovalnih postopkov glede prehranjenih potreb porodnice – najpogosteje načrtovana vzdržnost pri hrani in omejitev tekočine – ima namen preprečiti regurgitacijo želodčne vsebine in vdihavanje le-te (Mendelsonov sindrom, ki je zelo redek).

Mnogim ženskam prepoved uživanja hrane ne predstavlja problema, za druge pa je npr. vsiljena lakota v prvi porodni dobi lahko neprijetna izkušnja.

Članek nas seznaja z nekaterimi dosedanjimi ugotovitvami, ki lahko prispevajo k boljšemu razumevanju in bolj pogumnemu iskanju alternativ v obstoječi praksi ter nas vodijo pri informiranju žensk, da bi se le-te tehtno odločale glede uživanja hrane in tekočine med porodom.

Abstract – Most of the existing nursing proceedings regarding nutritional needs of women in labour – which in most cases consist of planned abstinence from food and drink with the aim of preventing regurgitation of stomach contents and its inhalation (Mendelson's syndrome, which is, however, very rare).

To many women, abstinence from food does not present a problem, but for some, such an imposed hunger during the first labour period can be a traumatic experience.

The article brings some findings which can contribute to better understanding and more audacious search for alternatives in the frames of the existing practice and can direct us in informing women about consumption of food and drink in labour.

Preostane nam stanje brez gotovosti in dokončnega odgovora na vprašanje: »Ali lahko ženska brez nevarnosti je in pije med porodom?«

(Champion in McCormick, 2002).

Uvod

Rojevanje z možem/partnerjem ob strani je bilo še v začetku 80-ih let za par bolj privilegij kot pravilo. Zbujalo je odpor in nasprotovanje, kmalu pa je postalo vsakdanje in prisotnost bodočega očeta v porodni sobi po mnenju babic ni le samoumevna, temveč celo nujna. Ta sprememba vnaša tudi nova razmišljanja o rojevanju. Avtorica Waltonova (1995) v svoji knjigi »Sexuality and the motherhood« razmišlja o spolnosti med porodom: »Je rojevanje spolno in erotično? Rojstvo otroka je končni izid procesa, ki se prične povsem zasebno med dvema človekoma. Ljubita se, ženska zanosi in rodi, kar jima spremeni življenje. Psihološke reakcije med porodom so podobne spolnim, proces je osredinjen na genitalije in je tudi močno emocionalno obarvan. Škoda, da se tega nihče ne zaveda, celo sami pari ne. Morda se, pa tega ne priznajo in oboji zatajijo, tako pari kot ostali navzoči.«

Waltonova ni edina, ki o tem razmišlja. Čeprav to ni tema članka, se ob njej lahko vprašamo: »Danes, ko spolnost ni več tabu, zakaj ostaja vprašanje o uživanju hrane in tekočine med porodom sporno?«

Mnogi specialisti, vključno s porodničarji, babicami, anesteziologi, fiziologi, medicinskimi sestrami – specialistkami ter skupinami uporabnikov, so pisali o rezultatih preiskav ali svojih lastnih pogledih na to vprašanje, ne da bi prišli do soglasja. Tema prehranjevanja in pitja med porodom je tako kompleksna, da se je v celoti v članku ne da predstaviti. Vsekakor pa ta vsebuje mnoge dosedanje ugotovitve, ki lahko prispevajo k boljšemu razumevanju in pogumnejšemu iskanju alternativ v obstoječi praksi ter nas vodijo pri informiranju žensk, da bi se le-te tehtno odločale glede uživanja hrane in tekočine med porodom.

Vidiki uživanja hrane in tekočine med porodom

Uživanje hrane in tekočine med porodom je bilo v preteklosti podvrženo kulturnim in zgodovinskim vplivom. Hrano so imeli za odločilno pri premagovanju telesnih in psihičnih naporov. Nekaj povsem normalnega je bilo, da je ženska med porodom jedla in pila, če je to želela. Rojevanje v bolnišnicah, uporaba anestetikov v porodnem procesu in raziskovanje o posledicah tega je tedanjio prakso postavilo pod vprašaj. Vse to je pozitivno vplivalo na varnost pri porodu, je pa omajalo zaupanje v ženske instinkte in lastno vedenje o tem, kako uspešno roditi. Kako lahko babice, porodničarji

in anesteziologi trdimo, kaj je najboljša za žensko, ki jo negujemo. Zelo malo raziskav imamo, da bi delali splošne zaključke, kar je poudaril Odent (1994; cit. po McCormick in Champion, 2002): »Dojeti moramo, da so prehrabne potrebe žensk med porodom preveč obsežne, da bi o njih odločali le pomočniki ob porodu.« Odrniti žensko od uživanja hrane in tekočine med porodom je poseg, kot je tudi poseg, da pije in je. Nočemo nadomestiti enega omejevalnega pravila z drugim. Ključno vprašanje je, kaj ženska želi?

Obravnava prehranjevanja in pitja med porodom v strokovni literaturi

Splošno razširjeno mnenje, da se je potrebno vzdržati pri hrani in pijači potem, ko se je porod začel, je najti tudi v kratkem sestavku, ki sta ga pripravili Gee in Glynn (1997) v knjigi *Essential Midwifery*. »Regurgitacijo in aspiracijo kisle želodčne vsebine je prvi opisal Mendelson (1946). Ta resen zaplet je bil vzrok smrti dveh mater med letoma 1989 in 1990 (Department of Health, 1994). Kakorkoli že, prepoved uživanja hrane in tekočine vsem ženskam med porodom je preveč omejevalna, čeprav je osnovana na predpostavki, da bodo morda potrebovale splošno anestezijo. Vzdržnost pri hrani in tekočini ne jamči, da je želodec prazen. Omejevanje hrane povzroči ketozo in poslabša aktivnost miometrija. Priporočeni so majhni obroki nemastne, lahko prebavljive hrane v pogostih presledkih pri porodnici brez predvidenih problemov (Crawford, 1978). Lakota je neprijetna izkušnja in čeprav mnogo žensk med porodom ne želi jesti in piti, je odrekanje hrane nekomu, ki potrebuje mnogo energije in želi jesti, nespametno. Ženska potrebuje tekočino, da se prepreči dehidracija – tople pijače pomirjajo. Tudi v primeru, ko porodnica dobi opiate, ki zavirajo praznjenje želodca, je dajanje tekočine še vedno primerno. Rutinsko dajanje antacidov med porodom z namenom, da se prepreči aspiracija pri omejitvi hrane in pijače, je le delno učinkovito.« Na koncu navajata kot razumen nasvet stališče (Hazle, 1986), naj bi žensko vzpodbudili k uživanju ogljikovih hidratov (manjši pogosti prigrizki) in tekočine pred porodom, da se pripravi na rojevanje ter se zavzema za strokovno tehniko pri splošni anesteziji, da se prepreči aspiracija (Johnson in sod., 1989).

Cassidy (2001) je v poglavju »Vodenje prve porodne dobe« (Myles Textbook for Midwives) navedla podobne informacije glede uživanja hrane in tekočine med porodom, ki sledijo.

Nasvet pred sprejemom v porodnišnico. Med porodom ženska potrebuje energijo, ki ji jo zagotovijo ogljikovi hidrati. Hrana, kot je prepečenec, zajtrk iz žit, jogurt, sadni sok, čaj, navaden biskvit in čista juha so lahko prebavljivi. Osvežujoč je tudi sladoled. Pitje tekočine je dovoljeno, čeprav jo ženske same omejujejo, ko se bliža porod (Roberts in Ludka, 1994).

Uživanje hrane in tekočine v latentni fazi poroda. Mnenja glede uživanja hrane in tekočine med porodom so deljena in pravila se spreminjajo od bolnišnice do bolnišnice. Kjer je manjše tveganje, da bi ženska potrebovala splošno anestezijo, lahko dobi nemastno in redko dieto glede na tek. V nekaterih centrih ne dobijo več jesti potem, ko se je porod že začel, razen koščkov ledu za sesanje. So mnenja, da lahko pitje in uživanje hrane povzroči nevarnost regurgitacije in aspiracije želodčne vsebine (Johnson in sod., 1989).

Aspirirana vsebina želodca lahko vsebuje neprebavljeno hrano, zaradi česar pride do obstrukcije dihalne poti. Če je porodnica tešča, lahko inhalira kisli želodčni sok, kar povzroči pnevmonijo (Mendelsonov sindrom). Vhod v želodec zaradi vpliva progesterona popusti in omogoča odtekanje želodčnega soka v požiralnik (regurgitacija). Ta pojav, skupaj z edemom žrela, je v nosečnosti dokaj pogost in oteži postopek intubacije pri splošni anesteziji.

Različna hrana in tekočine se tudi prebavljajo različno dolgo; praznjenje želodca pa je upočasnjeno še posebej po aplikaciji narkotikov. Johnson in sod. (1989) so opozorili, da vzdržnost pri hrani in tekočini med porodom ne zagotavlja, da bo želodec prazen v primeru, ko bi varovanka potrebovala splošno anestezijo. Na vsebino in kislost želodca pri ženski, ki rojeva, lahko profilaktično vplivamo z dajanjem antacidov.

Potrebe po glukozi in vodi. Močne mišične kontrakcije uterusa med porodom zahtevajo stalno nadomeščanje energije z glukozo. Če tega ne zagotovimo z dieto, bo telo začelo presnavljati beljakovine in maščobe iz lastne zaloge, da si zagotovi glukozo (glukoneogeneza), brez katere pride do slabih popadkov. To relativno neučinkovito pridobivanje glukoze se odraža v nastopu ketoacidoze. Če hrana ni dovoljena, je potrebno dati intravenozno infuzijo, da reguliramo porušeno homeostatsko ravnotežje z dovajanjem glukoze in tekočine.

Oceniti moramo potrebe posamezne porodnice, da ne pride do preobremenitve krvnega obtoka. Visoke koncentracije glukoze lahko umetno povečajo stopnjo glukoze v krvi ploda in s tem povzročajo plodov hiperinzulinizem (Lowe in Reiss, 1996).

Skrb za dobro počutje. Malo verjetno je, da bo prišlo do dehidracije pri porodnici, ko ji dovolimo, da zadovolji lastne potrebe po tekočini. Tudi tako preprost postopek, kot je umivanje zob in izpiranje ust, pripomore k dobremu počutju in preprečuje izsušitev ustne sluznice.

Mendelsonov sindrom

Mendelson (1946; cit. po McCormick in Champion, 2002) je opravil veliko retrospektivno študijo

44.016 nosečih žensk v New York Lying-in Hospital-u med letom 1932 do 1945. Incidenca aspiracije želodčne vsebine je bila 0,15 % (66 žensk). Ženske, ki so aspirirale, so imele neznatno višjo incidenco prolongiranega poroda (30 ur ali več) in podatki o porodu razkrivajo, da je bilo od tega samo 44 % spontanov porodov, carskih rezov 21 % in 35 % instrumentalno dokončanih porodov. Nekaj več kot pol od teh jih je imelo operativni poseg s splošno anestezijo, ki je bila daljša in bolj globoka kot pri tistih, ki so rodile spontano. Podatki o porodu navajajo, da so bile vse ženske, ki so aspirirale, anestezirane do določene stopnje med drugo porodno dobo. Uporabljena je bila mešanica kisika in etra. Mendelson ni pojasnil v svojem članku rutinske prakse v bolnišnici, kot je npr., da so bile vse ženske anestezirane v drugi porodni dobi in ali so ženske jedle in pile med porodom. Tudi ni pojasnil, ali so vse ženske sodile v skupino z večjim tveganjem, kar je možno, saj so se odločale roditi v porodnišnici, kar v tistem času ni bilo običajno.

Med študijo je bilo 66 zabeleženih primerov aspiracije želodčne vsebine v pljuča. Ta ugotovitev bi lahko vzbudila dvom, ker »regurgitacije ni lahko prepoznati« (Parker, 1954; cit. po McCormick in Champion, 2002) in ker so bili primeri aspiracijske asfiksije potrjeni post mortem.

V Mendelsonovi študiji je bila v 45 primerih zabeležena vrsta aspiriranega materiala.

Dve ženski sta umrli zaradi zadušitve; pljučni traheji sta bili blokirani s kompaktnim materialom, ostale tri pa so uspele izkašljati oviro. Pri ostalih 40 ženskah, ki so aspirirale tekoči material, je prišlo do astmi podobnega sindroma – aspiracijskega pnevmonitisa. Vse so si opomogle, čeprav so bile nekatere v kritičnem stanju.

Kljub nepopolnosti Mendelsonovega dela ima njegova razprava zelo pomemben vpliv na babištvo ter anestezijsko in porodniško zdravstveno nego. Pred njegovo raziskavo so ženske vzpodbujali, da na začetku poroda pojedjo krepak obrok, Mendelson (1946; cit. po Pengelley, 2002) pa je vztrajal, da naj med porodom ne jedo. Cilj tega je bil, izogniti se med splošno anestezijo, ki je bila pogosto uporabljana pri normalnemu porodu, dvojni nevarnosti: obstrukciji pljuč s koščki hrane (zadužitvi) in sindromu, imenovanem po njem – inhalaciji izbruhane kisle želodčne vsebine v pljuča. To sproži izrazito draženje bronhijev in alveol, kar povzroči bronhiospazem in pljučni edem. Znaki so: huda dispnoa, cianoza in tahikardija. Lahko pride do hipotenzije in smrti (Tiran, 2000). Mendelson je tudi priporočil naj bi bila vsebina želodca pri porodnici čim bolj alkalna, njene energijske potrebe krite intravenozno; prednost naj bi dali lokalni anesteziji.

Vzdržnost pri hrani

Z vzdržnostjo pri hrani med porodom želimo zmanjšati ali odstraniti vsebino želodca, da preprečimo bru-

hanje ali regurgitacijo med porodniško anestezijo. Številni avtorji se strinjajo, da se poveča nevarnost maternalne mortalitete in morbiditete, če ženska aspirira vsebino želodca, več kot 0,4 ml/kg (28 ml za 70 kg težko žensko) oziroma s $\text{pH} < 2,5$ (Moir in Thornburn, 1986; cit. po Micklewright in Champion, 2002).

Ludka in Roberts (1993) sta po pregledu literature potrdila, da je prizadevanje, obdržati želodec prazen nemogoča naloga. Roberts in Shirley (1976; cit. po Micklewright in Champion, 2002) sta zaključila študijo o vsebinah želodca pri rojevajoči ženski z ugotovitvijo, da noben časovni interval med zadnjim obrokom in začetkom poroda ne zagotavlja, da je vsebina želodca manj kot 100 ml. Te ugotovitve pomenijo, da moramo pri rojevanju vsake ženske, ki potrebuje splošno anestezijo, upoštevati, da je želodec poln in uporabiti primerno anestezijsko tehniko.

Manj obsežna sodobna študija (Carp in sod., 1992; cit. po Micklewright in Champion, 2002), kjer so uporabili ultrazvok, je pokazala, da je 16 od 39 porodnic med aktivnim porodom imelo hrano v želodcu kljub temu, da so strdale od 8 do 24 ur.

Regurgitacija

Regurgitacija je zatekanje vsebine želodca nazaj v požiralnik in tudi v usta. Sinonim za regurgitacijo je gastroezofagealni refluks – vzdigovanje (Slovenski medicinski slovar, 2002). Je bolj pasivno dejanje, ki lahko nastane brez opozorila, ko je pritisk v spodnjem sfinktru požiralnika, ki se nahaja na prehodu v želodec nižji, kot je pritisk vsebine želodca. Dejavniki, ki zvišujejo verjetnost pasivne regurgitacije med anestezijo pri noseči ženski, so: velike količine tekočine v želodcu s $\text{pH} < 3$, zvišan intraabdominalni pritisk in relaksacija krikofaringealnega sfinktra, ki jo povzroči mišični relaksans (Atkinson, 1987; cit. po Micklewright in Champion, 2002).

Escott-Stump (1992; cit. po Micklewright in Champion, 2002) trdi, da hormon gastrin in visokoproteinska hrana, kot so pusto meso, bele ribe in posneto mleko, zvišujejo pritisk v spodnjem sfinktru požiralnika. Kajenje cigaret, določena hrana in pijače, kot je alkohol, maščobe, čokolada, kola, pepermint, prava kava in brezkofeinska kava, čebula in česen pa ga znižujejo.

Energijske potrebe ženske med normalnim porodom

»Rečeno je (Ludka in Roberts, 1993), da je potrošnja energije med porodom med 2,9 in 4,2 MJ (700–1000 cal/na uro, 10-krat večja kot je povprečna poraba energije v zadnji tretjini nosečnosti. Hazle (1986) in Lewis (1991) smatrata žensko, ki poraja, kot maratonsko tekačico. Iz tega sledi, da je aktivnost mišičja povečana in da je za oskrbo aktivnosti osnovnega pomena uživanje hrane per os. Drugi pisci, npr. Odent

(1994) in Anderson (1998), so mnenja, da uterus kot gladka mišica deluje mnogo bolj učinkovito kot skeletno mišičje, zato tudi nima tako velikih energijskih zahtev. Domnevata, da je ženska v primeru fiziološkega poroda bolj introvertirana (usmerjena v svojo notranjost) zaradi povečane možganske aktivnosti in da njeno skeletno mišičje počiva. Zato so njene energetske potrebe manjše od običajnih« (cit. po Micklewright in Champion, 2002).

Potrebe ženske po tekočini med rojevanjem

Malo užite tekočine in pretirano potenje lahko povzroči dehidracijo. Zdrava nosečnica ima na koncu nosečnosti dovolj vode v razširjenem medceličnem prostoru. Čeprav se zdi to dovolj, da zadovolji njene potrebe med porodom (Dumoulin in Foulkes, 1984; cit. po Micklewright in Champion, 2002) lahko le s skrbnim nadzorom zaužite in izločene tekočine preprečimo dehidracijo in potrebo po intravenozni tekočini.

Prvi znak dehidracije je utrujenost. Greenleaf in sod. (1983; cit. po Micklewright in Champion, 2002) so odkrili, da že 5 % izguba vode lahko zmanjša telesno sposobnost za 20–30 %. Materina telesna aktivnost se med porodom zmanjša, če je slabo hidrirana. Avtorja Dumoulin in Foulkes (1984; cit. po Micklewright in Champion, 2002) sta tudi mnenja, da zmerna ketoza matere skupaj s stradanjem in utrujenostjo lahko vodi do neučinkovitega delovanja maternice. Posledica tega je, da se utegne porod umetno pospešiti z intravenoznimi tekočinami in medikamenti oziroma dokončati instrumentalno (Broach in Newton, 1988; cit. po Micklewright in Champion, 2002).

Mendelsonovo priporočilo (1946), naj se ženskam ne dovoli prehranjevanje per os med porodom in se ga nadomesti s parenteralnim, kjer je potrebno, je vzpodbudilo porodničarje in babice, da so opazovali prisotnost ketonov v urinu in to upoštevali kot indikator potrebe po parenteralnem nadomeščanju. Tak način nadomeščanja hrane in pijače z intravenoznimi tekočinami je nezanesljiv.

»Johnson s sodelavci (1989) je v zvezi z navedenim pregledal kar nekaj kontrolnih znanstvenih eksperimentov. Ti razkrivajo nekaj pomembnejših pomanjkljivosti pri uporabi intravenoznih raztopin glukoze pri rehidraciji in preventivi ketonourije. Dvig materine serumske glukoze (Inman, 1971; Ames in sod., 1975; Lawrence in sod., 1982, Morton in sod., 1985, Evans in sod., 1986) je povezan z dvigom serumskega insulina (Morton in sod., 1985), kar učinkuje tudi na plod (Evans in sod., 1986) in se kaže z morebitnim znižanjem pH arterialne krvi v popkovnici (Lawrence, 1982). Fetus lahko trpi zaradi hiperinzulinizma, ki se konča z neonatalno hipoglikemijo. Pretirana uporaba raztopin, v katerih ni natrijevega klorida, vodi v hiponatremijo pri materi in plodu (Tarnow-Mordi in sod., 1981)«, cit. po Micklewright in Champion, 2002.

Glede na te podatke sta Micklewrightova in Championova (2002) pripravili nekaj načel, ki naj bi jih zdravstveni delavci in nosečnice upoštevali v zvezi s prehranjevanjem in pitjem med porodom. Ob tem je treba vedeti, da je bilo opravljenih zelo malo raziskav, kako določena hrana in tekočina vplivata na napredovanje poroda; glede prehrabnih potreb žensk med porodom pa obstajajo različni pogledi.

Telesna aktivnost med porodom je pri ženskah različna in nekatere želijo jesti in piti, druge ne. Primeri sta hrana in tekočina z naslednjimi lastnostmi:

- pomaga vzdrževati visok tlak v spodnjem sfinktru požiralnika,
- je kašasta ali tekoča,
- se hitro prebavi,
- ne povečuje kislosti želodca.

Newton in Champion (1997; cit. po Micklewright in Champion, 2002) sta razdelili porodnice na tiste z večjim tveganjem in tiste, pri katerih je manjše tveganje, da pride med porodom do zapletov in se porod dokonča operativno. Prve naj bi pile le čisto tekočino, za druge je primerna hrana z naslednjimi značilnostmi:

- nemastna,
- bogata z ogljikovimi hidrati/živila z višjim glikemičnim indeksom,
- lahko prebavljiva,
- homogena, tekoča ali kašasta,
- osmotsko uravnovešena,
- pH nevtralna,
- nevtralne temperature in
- okusna.

V enem zadnjih del, ki se nanašajo na oralno prehranjevanje med porodom, Scrutton in sod. (1999; cit. po Micklewright in Champion, 2002) predlagajo, da »izotonične tekočine, za katere se je izkazalo, da se hitro praznijo iz želodca in absorbirajo v gastrointestinalnem traktu, lahko predstavljajo alternativo v prehranjevanju porodnic«.

Spremembe glede prehranjevanja in pitja med porodom

Rojstvo otroka je izjemen dogodek, ki za vedno zaznamuje življenje ljudi, ki so vključeni. Staršem, predvsem materi, pri tem pripada aktivna vloga, ki jim omogoča, da skupaj z zdravstvenimi delavci sprejemajo odločitve. Le tak pristop jim daje določeno stopnjo nadzora nad izkušnjo rojevanja, ki je lahko prijetna ali celo mučna. Tisto, kar za starše predstavlja izkušnjo, za babico oziroma zdravstvene delavce ostaja izziv: kako zagotoviti največje možno fizično in psihično udobje? Odgovor je preprost: potrebno je slediti spremembam v filozofiji rojevanja ter jih z osebno zavzetostjo udejaniti v vedno bolj stehiniranem področju (Skoberne, 2000).

Danes imajo porodnice možnost, da izberejo položaj med porodom, tehniko lajšanja porodne bolečine, prisotnost partnerja pri porodu, porod v vodi; zakaj ne bi imele možnosti odločanja glede prehranjevanja in pitja med porodom? »Morda se bo le malo žensk odločilo za to, toda mnoge morda cenijo že dejstvo, da izbira obstoji« (Roberts, 1993).

»Kaj menite glede uživanja hrane in tekočine med porodom?« je bilo vprašanje, na katerega so odgovorile nosečnice, porodnice in babice v Porodnišnici Ljubljana meseca oktobra 2003.

Nada, 26 let, prva nosečnost: »Nimam izkušnje s porodom zato ne vem, kaj naj si o tem mislim. Ker vem, da lahko pride do komplikacij in bo mogoče potrebna anestezija, bi se verjetno bala jesti.«

Patricija, 38 let, druga nosečnost: »Lahko povem samo zase in moje mnenje je, da bi mi bilo pri porodu zelo nerodno, če bi mi ušlo blato, zato bi se hrani raje odpovedala.«

Ana, 32 let, druga nosečnost: »Med prvim porodom mi hrana sploh ni prišla na misel. Nekako si bolj okupiran z vsemi ostalimi stvarmi in na to sploh ne pomisliš.«

Veronika, 34 let, otročnica, drugi porod: »Odvisno od situacije. Prvi porod se je strašno vlekel. V porodnišnico sem prišla, ko mi je odtekla plodovnica, popadkov nisem imela in takrat bi se mi prileglo kaj pojesti. Pri drugem porodu, ki pa je potekal zelo hitro, mi to sploh ni prišlo na misel.«

Mia, 26 let, otročnica, prvi porod.: »Moram reči, da med samim porodom nisem pogrešala hrane. Bi se mi pa prileglo malo več tekočine. Samo močenje ust in kamilice po požirkih mi ni bilo dovolj.«

Petra, 27 let, otročnica, prvi porod: »Med porodom mi ni bilo do hrane. Popadki so me preveč zdelali. Bi pa želela malo več piti. Lakota me je zgrabila šele po porodu in tiste tri ure po porodu brez hrane so se zares vlekle.«

Babica 1: »Mislim, da ženskam med popadki maternica pritiska na želodec in nimajo kakšne pretirane želje po hrani – vsaj kolikor vem iz svojih izkušenj. Mogoče je to v tujini drugače, ker so sprejete v porodnišnico dosti prej – ko se še nič ne dogaja.«

Babica 2: »To je zelo delikatna zadeva. Za anestezijo bi to lahko pomenilo velike komplikacije. Lahko bi se sklicevali na to, da tudi v primeru urgentnega carskega reza želodec ni prazen, vendar zakaj bi silili v težave. Drugače je seveda, če se še nič ne dogaja (ni popadkov) in ne pričakujemo poroda v kratkem. Seveda bi bilo treba doreči, kakšno hrano bi se dajalo v tem primeru. Gotovo ne velikih količin. Mogoče kaj malega, kar da veliko energije. Je pa res, da različni ljudje različno reagirajo in da je ženskam po uživanju hrane lahko slabo, kar tudi ni najbolj prijetno.«

Babica 3: »Mislim, da pri tem babice nimamo veliko besede. Sama bi se za hrano med porodom odločila le, če bi vse potekalo brez problemov. Tudi bi bilo treba vedeti, kaj (kakšno juho ali prepečenec, ne težke hrane) in koliko. Je pa res, da po hrani nekatere ženske bruhaajo, predvsem če daš kakšen analgetik. Verjetno tistim, ki si hrano želijo, tudi ne bo slabo.«

Ameriški babici Robertsova in Ludkova (1993) pravi: »Trebaja vedeti, da hrana in tekočina ne preprečujeta le lakote in žeje, ampak imata tudi pozitivne socialne lastnosti. Lahko vplivata na udobje porodnice in oseb, ki ji nudijo oporo. Pomena možnosti svobodne izbire porodnice in njenega delnega nadzora nad okoljem nikoli ne smemo podcenjevati.«

Splošno razširjeno prakso glede vzdržnosti pri hrani in omejitve tekočine potem, ko se je porod začel, lahko sprostimo z določenimi navodili, ki jih babice izvedejo v fizioloških okvirih. Izkušnje, ki jih pri tem pridobimo, vključno z raziskovanjem, dolgoročno vodijo k vsklajenemu načrtovanju prehranjevanja in pitja pri normalnem porodu tako, da to postane ustaljena praksa. Nottingham City Hospital NHS Trust, porodniški oddelek (1999) je pripravil naslednja

Navodila za uživanje hrane in tekočine med porodom

Obsežen pregled literature, vključno z elektronsko bazo informacij do avgusta 1999, razkriva sodobne spremembe v porodniški praksi, ki omogočajo nekaterim ženskam brez problemov v nosečnosti, da lahko jedo in pijejo med porodom (Pergelley, 1998). Raziskav s področja prehrabnih potreb ni, obstaja pa domneva, da se normalen porod lahko spremeni v patološkega zaradi stradanja.

Večina negovalnih postopkov na tem področju skuša preprečiti regurgitacijo želodčne vsebine in vdihavanje le-te (Mendelsonov sindrom, ki je zelo redek).

Scrutton in sod. (1999) izražajo mnenje, da uživanje hrane med porodom zmanjšuje ketozo, toda povečuje prostornino želodca.

Obstajata dva pomembna pogleda na fiziologijo želodca:

- praznjenje želodca in
- želodčni pH.

Sedanja praksa si prizadeva okrepiti ti dve pomembni funkciji oziroma ju vsaj ne zmanjšati, da bi zavarovala žensko, ki rojeva.

Zaradi povečane uporabe lokalnih anestetikov in analgetičnih tehnik, se je zmanjšala uporaba opiatov med porodom, kar je prispevalo, da se je pojav Mendelsonovega sindroma zmanjšal.

Praznjenje želodca ovirajo: bolečina, opiat, kisla hrana (pH < 3), visokoosmotska živila, mastna hrana, vključno mleko, hrana v večjih kosih, mrzle pijače (možni so le manjši koščki ledu).

Praznjenje želodca pospešita: metoklopramid, cisaprid.

Želodčni pH znižujejo: antacidi, ranitidin, cimetidin.

Ženske z manjšim tveganjem

Ženske pri katerih ni zaslediti potencialnih porodniških problemov in ne potrebujejo analgezije razen aromaterapije, masaže, akupunkture, TENS-a in poroda v vodi; tiste, pri katerih je porod induciran s prostoglandini in ne zahtevajo analgezije ter ženske z epiduralno analgezijo za lajšanje bolečin pri normalno potekajočem porodu lahko dobijo, če želijo uživati hrano in pijačo, naslednji nasvet:

I. Čvrsta hrana: nemastna, lahko prebavljiva kot je n.pr. prepečenec z maslom in dodatki (džem in med), koruzni kosmiči, posneto mleko s sladkorjem (< 100 ml) in enostaven lahko prebavljiv biskvit.

II. Tekočine: nemastni jogurtovi napitki, sadni sokovi v tetrapaku (vendar ne izdelki z dolgim rokom trajanja – predvsem ne limonini, jabolčni in ananasovi), čaj s posnetim mlekom, juhe (paradižnikova, porova, brokolijeva in kurja), iztisnjene pijače (vendar ne preveč koncentrirane), voda, primerne so tudi naravne mineralne vode brez CO₂.

Odsvetuje se naslednja hrana: šumeče pijače (čeprav CO₂ stopnjuje praznjenje želodca, so te pijače hiperosmotske in povečana količina plina lahko povzroči trebušno napenjanje in spahovanje (refluks)), polnomastno mleko, šipkov sirup in ostale pijače z visoko koncentracijo sladkorja, razne energijske tablete, vsa čvrsta hrana, džem in med (kot samostojna jed), jabolčni sok in ostale pijače s pH < 3, alkohol.

Antacidi naj se rutinsko ne predpisujejo.

Ženske z manjšim tveganjem, ki izražajo potrebo po analgeziji

Ženske, ki uporabljajo dušikov oksidul ali pa epiduralno analgezijo (če je edina indikacija porodnična zahteva), naj bi dobile do 100 ml/uro naslednjih tekočin:

– nemastni jogurtovi napitki, sadni sokovi v tetrapaku (vendar ne izdelki z dolgim rokom trajanja – predvsem ne limonini, jabolčni in ananasovi), čaj s posnetim mlekom, juhe (paradižnikova, porova, brokolijeva in kurja), iztisnjene pijače (vendar ne preveč koncentrirane), voda, primerne so tudi naravne mineralne vode brez CO₂.

Antacidi naj se rutinsko ne predpisujejo.

Ženske z večjim tveganjem

Naslednja stanja, ki dovoljujejo uživanje per os le majhne količine čistih tekočin so:

- uporaba opiatov,
- brazgotina po raztrganju maternice, carskem rezu ali histerotomiji,
- večplodna nosečnost,
- medenična vstava,
- ugotovljena IUGR,
- počasno napredovanje poroda,
- poskus poroda,
- bolezenska stanja,
- Rh – izosenzibilizacija,
- nosečnostna hipertenzija,
- krvavitve v nosečnosti,
- sumljiv, oziroma patološki CTG,
- mekonijska plodovnica,
- morebitni anestezijski zapleti.

Predpisovanje antacidov.

Ranitidin 150 mg, na 6 ur oralno za ženske z večjim tveganjem.

Intravenozno dajanje tekočin

Tudi pri aplikaciji intravenoznih tekočin so možne komplikacije tako pri materi kot pri plodu. To je posebno pomembno pri hiperosmotskih raztopinah kot je 10 % dekstroza, ki naj bi se uporabljala le pri hipoglikemiji.

Sklep

Ne moremo zanikati, da je Mendelsonovo raziskovanje spodbudilo izvajanje restriktivnih pravil – kasnejše raziskave so jih podprle – ki so učinkovito vplivala na varnost pri porodu v smislu zmanjševanja incidence Mendelsonovega sindroma. Avtorici Champion in McCormick (2002) nas glede na raziskave, mnenja ter vzpodbude, ki jih utemeljuje bolj humanističen pristop in ga podpirajo socialne znanosti, vzpodbujata k različnim pristopom, da bi bili sposobni uvideti posledice pravil, katere izzovemo, če upoštevamo le en vidik. Vprašanje o fizioloških in psiholoških izkušnjah porodnic, ki jih imajo s stradanjem postaja aktualno in ga podpira tudi javno mnenje v babištvu oziroma načelo v mednarodnem kodeksu etike za babice, da morajo imeti ženske možnost izbire. Znanje iz fiziologije nam lahko pomaga, da opazujemo, kar je bistveno – primerno prehranjevanje v začetku poroda in vzdržnost pri hrani, ko porod napreduje. To od nas zahteva, da premislimo o posledicah našega delovanja ob prehodu fetusa v ekstrauterino življenje. Hkrati pa nas opominja, da zaradi nerazumevanja tako kompleksnega procesa lahko neprimerno ukrepamo. »Ni enostavno odgovoriti na vprašanje o uživanju hrane in tekočin med porodom« menita avtorici. »Poznati moramo dosedanje ugotovitve, naše lastne klinične izkušnje, občutja posamezne ženske ter jo vzpodbuditi k utemeljeni odločitvi. Lahko si pripravimo splošna navodila, vendar moramo upoštevati zaplete pri vsaki ženski posebej, ne pa jih uporabljati rutinsko«.

Bistveno je, da se pri pripravi in izvajanju navodil o uživanju hrane in pijače med porodom osrediščimo na porodnico. Pravila, ki jih oblikujemo, ne vplivajo le na izkušnje žensk temveč imajo posledice, ki jih morda niti ne predvidimo, za celotno družino.

Res je, da na nekatera osnovna vprašanja ne poznamo odgovorov, kot je npr.: energijske potrebe ženske, ki rojeva (Enkin in sod., 1995) oziroma kako se čvrsta in kašasta hrana prebavljata med porodom. Ni potrebno, da čakamo na znanje, ki bi temeljilo na medicinskih raziskavah, kot je bilo to v preteklosti. Diplomirane babice v praksi bi lahko združile moči s strokovnjaki drugih strok, kot so fiziologija, psihologija in sociologija ter pripravile bolj tehten vpogled. *Zaenkrat nam še vedno preostaja stanje, kjer ni dokončnega odgovora na vprašanje ali lahko ženska brez nevarnosti je in pije med porodom.*

Literatura

1. Cassidy P. Management of the first stage of labour. In: Benett VR, Brown LK, eds. Myles textbook for midwives. 13th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1999.
2. Champion P, McCormick C. Putting the evidence into practice. In: Champion P, McCormick C, eds. Eating and drinking in labour. Oxford: Books for Midwives, 2002.
3. Enkin M, Keirse M, Chalmers J. Effective care in pregnancy and childbirth. Oxford: Oxford University Press, 1995.
4. Gee H, Glynn N. The physiology and clinical management of labour. In: Henderson C, Jones K, eds. Essential midwifery. London: Mosby, 1997.
5. Ludka LM, Roberts CC. Eating and drinking in labor: literature review. Journal of Nurse – Midwifery 1993; 38(4): 199–207.
6. McCormick, Champion P. Cultural and historical perspectives on eating and drinking in labour. In: Champion P, McCormick C, eds. Eating and drinking in labour. Oxford: Books for Midwives, 2002.
7. Micklewright A, Champion P. Labouring over food: the dietitian's view. In: Champion P, McCormick C, eds. Eating and drinking in labour. Oxford: Books for Midwives, 2002.
8. Pengelley L. Eating and drinking in labour. The Practising Midwife 1998; 1: 34–7.
9. Pengelley L. Eating and drinking in labour: the consumer's view. In: Champion P, McCormick C, eds. Eating and drinking in labour. Oxford: Books for Midwives, 2002.
10. Roberts CC, Ludka LM. Eating and drinking in labour. Proceedings of the International Confederation of Midwives 23rd International Congress, 1993. Vancouver: ICM 3: 1559–72.
11. Scrutton MJ, Medcalfe GA, Lowy C, Seed PT, O'Sullivan G. Eating in labour: A RCT assessing the risks and benefits. Anaesthesia 1999; 54: 329–34.
12. Skoberne M. Telesni položaji in lege med porodom. Obzor Zdr N 2000; 34: 59–61.
13. Slovenski medicinski slovar. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 2002.
14. Tiran D. Baillière's midwives' dictionary (10th edition). Edinburgh: Baillière Tindall, 2000.
15. Walton I. Sexuality and motherhood. Cheshire: Books for Midwives Press, 1995.