

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství
Studijní obor: Ošetřovatelství
ID studijního oboru:5341R003

Drahomíra Hamplová

Ošetřovatelská kazuistika u novorozence s orofaciálním rozštěpem
Nursing Case Study of Newborn with Orofacial Cleft

Bakalářská závěrečná práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Pavla Pavlíková

Praha, 20.03.2009

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem uvedl/a všechny použité informační zdroje.

V Praze, 20.03.2009

Podpis

Poděkování:

Děkuji PhDr. Pavle Pavlíkové za vedení mé závěrečné bakalářské práce, za cenné rady a připomínky při jejím zpracování. Dále děkuji staniční sestře neonatologické jednotky intenzivní péče paní Janě Kudláčkové za pomoc při sbírání a zpracovávání informací.

A. Úvod.....	6
B. Klinická část	8
1. Charakteristika onemocnění	8
1.1 Etiologie.....	8
1.2 Rozdělení obličejových rozštěpových vad	10
1.3 Klinický obraz rozštěpových vad obličeje.....	12
1.4 Diagnostika	14
1.5 Léčba	14
1.6 Ošetrovatelská péče.....	15
1.7 Prognóza	17
1.8 Edukace	18
2. Identifikační údaje.....	18
3. Lékařská anamnéza a diagnóza.....	19
3.1 Lékařská anamnéza	19
3.2 Lékařské diagnózy.....	20
4. Přehled provedených významných vyšetření	20
4.1 Fyzikální vyšetření při přijetí.....	20
4.2 Měření fyziologických funkcí, sledování hmotnosti.....	21
4.3 Laboratorní vyšetření.....	21
4.4 Ostatní vyšetření.....	24
5. Přehled terapie.....	25
6. Stručný průběh hospitalizace	28
C. Ošetrovatelská část.....	29
1. Ošetrovatelská anamnéza a současný stav dítěte	29
1.1 Základní fyziologické potřeby	29
1.2 Psychosociální potřeby	30
2. Ošetrovatelské diagnózy.....	32
3. Plán ošetrovatelské péče	33
4. Edukace.....	43
5. Závěr a prognóza.....	44

D. Seznam použité literatury, zdroje informací.....	45
E. Přílohy.....	46

A. Úvod

Pracuji 4 roky na neonatologické jednotce intenzivní péče FTNsP Praha. Naše oddělení je jedno ze dvou center v Praze, které se zabývá časným řešením rozštěpu rtu – primární suturou rtu v 1. týdnu života dítěte. I když tato vrozená vývojová vada bezprostředně neohrožuje dítě na životě, je podkladem pro obtíže spojené s příjmem potravy, způsobuje dechové obtíže a časté respirační infekty. Tento zákrok zlepšuje zdravotní stav novorozence, významně podporuje psychickou pohodu celé rodiny, předchází mnohým zdravotním komplikacím.

Pro svou práci jsem si vybrala donošeného novorozence s nesyndromovým rozštěpem rtu, čelisti a patra, bez rodinné genetické zátěže. Kasuistiku jsem zpracovávala se souhlasem rodičů dítěte.

Časná sutura rtu má výhody medicínské i psychosociální. Nejedná se však o operaci z vitální indikace, a proto musí být zvážena všechna rizika a předem vyloučeny možné komplikace. O provedení či odložení operace a jejím načasování rozhoduje neonatolog na základě výsledků vyšetření, klinického stavu dítěte a možných rizik. Existují-li jakékoliv pochybnosti, je nutné operaci odložit.

Rozštěpové vady obličeje patří mezi vrozené vývojové vady známé od starověku. Vzhledem k tomu, že postihují obličej, byly vždy obtížně snášeny jak rodinou, tak jejím okolím. Plná rehabilitace těchto nemocných vyžaduje multidisciplinární léčbu, která začíná bezprostředně po narození a trvá až do dospělosti, protože na vrozený defekt navazuje hypoplazie postižené oblasti. Na komplexní léčbě se postupně, v závislosti na postnatálním vývoji, zdravotním stavu a růstu postiženého podílí specializovaný tým, jehož základ tvoří plastický chirurg, stomatolog (ortodontista, maxilofaciální chirurg, stomatochirurg a protetik), logoped, foniatr, audiolog a v neposlední řadě klinický psycholog. Nedílnou součástí léčby je spolupráce rodičů. Charakter defektu má těžké negativní funkční důsledky na polykání, dýchání, kousání a tvorbu řeči. (5)

Roční incidence novorozenců s obličejovými rozštěpy je poměrně stabilní a kolísá okolo dlouhodobého průměru 1,7 na 1000 porodů. Výskyt vykazuje etnické rozdíly, nejvyšší prevalence se uvádí u asiátů a indiánů, nejnižší v populacích afrických černochů. Výskyt rozštěpů se regionálně liší, což může odrážet rozdíly v místní koncentraci embryotoxických a teratogenních faktorů. (1)

B. Klinická část

1. Charakteristika onemocnění

1.1 Etiologie

Obličejové rozštěpy spočívají v poruše různých embryonálních pochodů. Na diferenciaci obličeje se účastní všechny tři zárodečné listy. U nemocných s orofaciálním rozštěpem navazuje na vrozenou vadu hypoplazie všech tkání centropaciální oblasti.

Embryologický vývoj obličeje začíná začátkem čtvrtého týdne a trvá do konce osmého týdne gestace. Pochod je extrémně složitý. Během krátkého období čtyř týdnů je enormní požadavek na koordinaci buněčné separace, migrace a interakce. Správné množství tkáně musí být na správném místě v pravý čas, jakákoliv chyba vede ke katastrofálním následkům. (5)

„Ve vývoji obličeje můžeme zaznamenat tři kritické periody. První kritická perioda pro vznik izolovaného rozštěpu rtu se nachází mezi 27. – 35. dnem prenatalního vývoje. Druhá kritická perioda pro vznik izolovaného rozštěpu patra narušením vývoje patrových plotének je mezi 37. – 53. dnem prenatalního vývoje a poslední třetí kritická perioda, kdy lze vyvolat izolovaný rozštěp patra zpomalením růstu dolní čelisti leží mezi 53. – 57. dnem vývoje. V závislosti na tom, v jaké kritické periodě a jak dlouho teratogen působí lze vyvolat různé kombinace rozštěpů od jednoduchého rozštěpu rtu až po rozštěpy celkové. Je důležité vědět, že po uplynutí kritické vývojové periody již příslušnou morfológickou vadu nelze vyvolat žádným impulsem. Pro praxi to znamená, že všechna preventivní opatření, mají-li být účinná, musí být zaměřena na konec prvního a celý druhý měsíc těhotenství. Po uplynutí druhého měsíce těhotenství jsou jakákoliv ochranná opatření proti vzniku obličejových rozštěpů bezpředmětná.“(5)

Přesné příčiny vzniku těchto vad dosud nejsou objasněny. Pravděpodobně vznikají na podkladě vrozené vnímavosti k množství různých faktorů vyvolávajících vznik rozštěpových vad.

Příčiny vzniku rozštěpových vad

◆ **Vnitřní dědičná dispozice** – asi 20% pacientů. Důležité je, že se tato vada nedědí dominantním způsobem (kromě výjimek) a v dalších generacích se postupně vytrácí.

◆ **Zevní příčiny** – asi 60 – 70% pacientů

vliv toxických látek

- chemikálie
- léky (tetracyklin, vitamin A)
- alkohol
- další teratogenní látky

vliv fyzikálních příčin

- úrazy v době těhotenství
- vysoká teplota

vliv biologických faktorů

- infekce (virosoy, chřipky)
- poruchy ve výživě plodu
- abnormality těhotenství
- vícečetná těhotenství
- vyšší věk matky
- další onemocnění matky : poruchy výživy, gynekologická onemocnění, stres, nervové vlivy

◆ **Kombinace příčin** – asi 10 – 20% pacientů

Dědičná dispozice se projeví až působením silného vnějšího činitele vyvolávajícího vznik rozštěpových vad. (5)

Riziko narození dalšího dítěte s rozštěpem

Rodiče bez vady, jedno dítě má rozštěp	1:20
Rodiče bez vady, dvě děti mají rozštěp	1:4
Jeden rodič má rozštěp	1:20
Jeden rodič a jedno dítě mají rozštěp	1:4
Oba rodiče mají rozštěp	1:4

(2)

1.2 Rozdělení obličejových rozštěpových vad

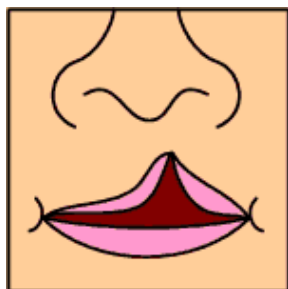
Obličejové rozštěpy se dělí na dvě základní skupiny - typické a atypické.

Rozštěpy typické

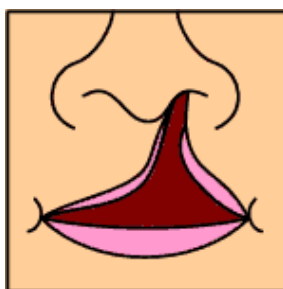
- retní rozštěpy (cheiloschisis)
- retní a čelistní rozštěpy (cheilognatoschisis)
- patrové samostatné rozštěpy (palatoschisis)
- celkové rozštěpy (cheilognatopalatoschisis)

Rozdělení rozštěpů je zobrazeno na obrázku č. 1 a 2.

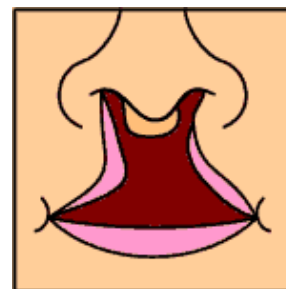
Obrázek č. 1 Rozdělení rozštěpů



Jednostranný neúplný rozštěp rtu

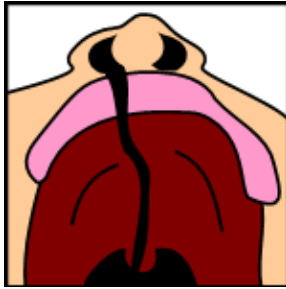


Jednostranný celkový rozštěp

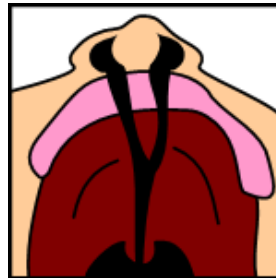


Oboustranný celkový rozštěp

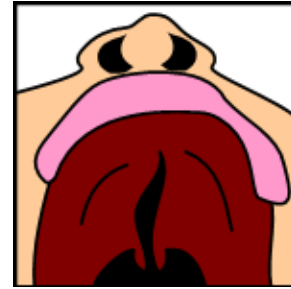
Obrázek č. 2 Rozdělení rozštěpů



Jednostranný celkový rozštěp



Oboustranný celkový rozštěp



Neúplný rozštěp patra

Rozštěpy atypické

- příčné rozštěpy (meloschisis, macrostoma) směřující od ústního koutku k ušnímu boltci
- horní střední rozštěpy (fissura mediana): nosu, horního rtu, horního rtu s defektem mezičelisti
- dolní střední rozštěpy:
 - dolního rtu (fissura labii inferioris)
 - dolního rtu a čelisti (fissura labii inferioris et mandibulae)
- šikmé rozštěpy (fissura obliqua):
 - rtu a tváře
 - rtu, tváře a dolního víčka, případně pokračující vzhůru na čelo s rozštěpem patra typickým nebo atypickým

(7)

Z embryologického hlediska lze typické rozštěpy rozdělit na rozštěpy primárního a sekundárního patra.

Rozštěp primárního patra – rozštěp v předozadním směru, zasahuje od rtu alveolární oblouk přes foramen incisivum. Mezi rozštěpy primárního patra patří všechny formy rozštěpu rtu a čelisti (úplné, neúplné, naznačené, pravostranné i levostranné).

Rozštěp sekundárního patra – rozštěp ve směru zadopředním, zasahuje uvulu, měkké patro a přechází přes patro tvrdé po foramen incisivum.

Mezi rozštěpy primárního i sekundárního patra dále patří celkový jednostranný i oboustranný rozštěp.

Foramen incisivum je místem, kde se v embryonálním vývoji setkává premaxila a laterálně základy horní čelisti. Název rozštěp tedy neodpovídá skutečnosti neboť vada nevzniká rozpolcením dříve jednotné čelisti, nýbrž vzniká nespojením původně samostatných obličejových struktur. (2,4)

1.3 Klinický obraz rozštěpových vad obličeje

Rozštěp rtu – podle stupně poruchy vývoje rozeznáváme *naznačený* rozštěp rtu, při kterém je viditelná jenom rýha laterálně od filtra, která směřuje do nosního otvoru. *Neúplný* rozštěp rtu zasahuje jenom červeň, anebo sahá proximálně do různé výšky směrem k nosní dírci. *Úplný* rozštěp rtu rozděluje ret v celé jeho výšce až do nozdry, části jsou rozestouplé, kruhový ústní sval se vytáčí vzhůru a upíná se na čelisti. Deformace nosu je zvýrazněna defektem nosního prahu. Všechny tyto formy retního rozštěpu se mohou vyskytovat buď jednostranně nebo oboustranně. S vystupňováním závažnosti přibývá u oboustranné podoby zkrácení nosní přepážky s otupěním nosního hrotu; filtrum, kterému se v této podobě říká prolabium, se zmenšuje. U úplného rozštěpu je již prolabium velmi hypoplastické a neobsahuje žádnou svalovou tkáň, která sem nemohla ze stran prorůst.

Rozštěp čelisti – neexistuje v samostatné podobě, nýbrž pouze ve spojení s rozštěpem rtu. Vyznačuje se tím, že rozštěp rtu pokračuje přes alveolární výběžek čelisti až po foramen incisivum. Patro je neporušené.

Rozštěp patra – podle stupně poruchy vývoje je nejlehčí formou *submukózní* rozštěp patra, při kterém je přítomen defekt svaloviny, případně i kosti a patra, ale

sliznice nosní i ústní dutiny jsou neporušené, takže není přítomna komunikace mezi nosní a ústní dutinou. Dále ve směru zadopředním může jít jen o *rozštěp uvuly*, anebo *rozštěp měkkého patra*, který sahá do různé hloubky směrem do tvrdého patra a *rozštěp celého patra* směrem dopředu až po foramen incisivum. Při hypoplastickém vomeru probíhá rozštěp ve střední čáře mezi laterálními základy horní čelisti. Výsledkem toho je pak široká komunikace mezi nosní a ústní dutinou. Zůstane-li septum spojeno s jednou stranou patra, jeví se rozštěp jako jednostranný. Samostatné rozštěpy patra jsou častější u děvčat.

Rozštěp celkový – je kombinací všech doposud popsaných typů. Je představován rozestupem tkání rtu, čelisti a patra. V úplné podobě jsou všechny útvary široce rozštěpené, zdeformované a podvyvinuté. U jednostranné formy je přítomna značná deformace nosu; jeho osa je deviována ke zdravé straně a postižená strana je výrazně pokleslá. Mediální okraj rtu je hypoplastický v důsledku podvývinu svaloviny. V laterálním okraji je svalovina, které rozštěp zabránil prorůst. Čelistní díly nesledují plynulost oblouku, nýbrž jsou různě skloněny a posunuty proti sobě navzájem a mají hypoplastické okraje. U celkového oboustranného rozštěpu je nejvýraznější silně předsunutá mezičelist. Prolabium je značně zmenšeno, nosní přepážka prakticky schází. Celkové rozštěpy se mohou vyskytovat také v neúplné podobě, to je s mosty, buď jednostranně nebo oboustranně. Tyto mosty jsou někdy „měkké“, tvořené zachovanou určitou částí rtu, nebo „kombinované“, kdy ani čelist není zcela rozštěpena, případně může být neporušena i přední část tvrdého patra. Tyto mosty, zejména „kombinované“, podstatně zlepšují prognózu vývoje postižených útvarů. Celkové rozštěpy tvoří nadpoloviční většinu všech rozštěpů, jsou častější u hochů.

(2,4)

1.4 Diagnostika

Rozštěpové vady v oblasti horního rtu a patra patří mezi ultrazvukem dobře detekovatelné vady s možností jejich záchytu při screeningovém ultrazvukovém vyšetření ve druhém trimestru těhotenství. Během fyziologického těhotenství je u nás doporučeno provádět tři ultrazvuková vyšetření, v každém trimestru jedno. První screeningové vyšetření mezi 11. a 14. týdnem gravidity může odhalit závažné obličejové defekty. Záchyt drobných izolovaných defektů je však velmi obtížný. Druhé ultrazvukové vyšetření, prováděné mezi 19. a 22. týdnem, může při dobrých akustických podmínkách již s vysokou pravděpodobností odhalit prenatálně vzniklý defekt. Provádění 3D ultrazvukového vyšetření či MRI může vést ke zvýšení senzitivity a specifity vyšetření u indikovaných případů.

Prenatální záchyt obličejového defektu je považován za indikaci k podrobné specializované genetické konzultaci s následnou invazivní prenatální diagnostikou - amniocentézou s cílem vyšetřit karyotyp plodu a vyloučit chromozomální aberaci. (1)

1.5 Léčba

V dnešní době vysoké specializovanosti lékařských oborů nemůže samotný plastický chirurg úspěšně léčit vadu, která postihuje tolik funkcí. K její léčbě je zapotřebí mnoho specialistů z dalších lékařských oborů. Patří mezi ně pediatr, foniatr, logoped, otolog, stomatolog, ortodont, genetik, psycholog.

Plastický chirurg provádí sérii operací k uzavření rozštěpové štěrbiny, koriguje vzniklé deformity okolních tkání. Mezi základní plastické operace řešící defekt obličeje patří primární sutura rtu. Původně byl tento zákrok dle závažnosti prováděn až mezi 1. – 2. rokem života dítěte, operace patra v 5 – 6 letech. Nyní se obě operace řeší do jednoho roku věku dítěte. (1,4)

Neonatální operace rtu, zejména u dětí s velmi širokými celkovými rozštěpy má pozitivní vliv na celkovou psychickou pohodu rodiny. U novorozence přispívá k časnému zahájení přirozené výživy a je sníženo riziko infekcí HCD. Operace je

možná již v prvních dnech života, kdy přetrvává tzv. „fetální způsob hojení“, který se vyznačuje spíše tkáňovou regenerací a proliferací, než tvorbou jizvy. Důvodem je přetrvávající vysoká hladina kyseliny hyaluronové ve tkáních, která během druhého týdne života klesá na trvalou celoživotní hodnotu. Časné sutury rtu v prvním týdnu života se v České republice provádí od roku 2005, v současné době na pracovištích – FN Brno, v Praze FTNsP, FN Motol. (1,5)

1.6 Ošetrovatelská péče

V současné době, při narození dítěte s orofaciálním rozštěpem, kontaktují novorozenecká oddělení lékaře specializovaného pracoviště a je naplánován termín operace s plastickým chirurgem a anesteziologem. Novorozenci, u kterých není kontraindikován plánovaný operační zákrok, jsou na oddělení překládáni dle domluvy, krátce po porodu.

Předoperační péče

Na oddělení je lékařem odebrána anamnéza, rozšířená o podrobnější informace o VVV a genetické zátěži v rodině.

Krátce po příjmu na oddělení je dítěti odebrána krev na vyšetření: biochemické, koagulační, vyšetření krevního obrazu a diferenciálního rozpočtu leukocytů, vyšetření krevní skupiny, Rh faktoru. Objednává se krev do rezervy k operačnímu výkonu.

Dále dítě absoluuje sonografická vyšetření mozku, srdce, ledvin pro možnost zjištění vývojových vad, které jsou kontraindikací operačnímu zákroku.

Edukaci rodičů uvádím v kapitole 1.8

Příprava pacienta na operaci

Příprava pacienta k operaci zahrnuje:

- monitoraci vitálních funkcí,
- zajištění 2 periferních venózních vstupů,
- novorozenec lační 6 hodin před výkonem, před odjezdem na operační sál se odsává zbytkový žaludeční obsah,
- 2 hodiny před výkonem jsou dle ordinací podána ATB,
- probíhá infúzní terapie.

Pomůcky k transportu novorozence, k operačnímu výkonu

Je třeba připravit:

- vyhřátý převozový inkubátor,
- kyslíkovou lahev,
- monitor vitálních funkcí,
- lineární dávkovač,
- odsávačku,
- fonendoskop,
- ambuvak,
- resuscitační kufr,
- pomůcky k intubaci:
 - endotracheální kanyly č. 3; 3,5; 4 – „jižní typ“ - umožňující dobrý přístup k operované části obličeje – kanyla směřuje distálně, je fixována k dolní čelisti
- řádně označená infúze,
- dokumentace, identifikační štítky dítěte,
- nosní dlahy: zevní fixátor nosních dírek příslušné velikosti, dle nosu dítěte.

Operační výkon

Neonatolog a dětská sestra jsou součástí operačního týmu. Během výkonu sledují a řeší společně s anesteziologem možné komplikace, které mohou

vzniknout při intubaci (je nutná důkladná fixace ETC), provedení tamponády dutiny ústní (krev se nedostane z operační rány do žaludku nebo trachey), při poklesech TK – volumoterapie.

Pooperační péče

Po příjezdu na oddělení JIPN je nutno zajistit:

- umístění dítěte na vyhřevné lůžko,
- napojení na ventilátor – režim SIMV + VG,
- aplikaci parenterální výživy,
- kontinuální tlumení,
- monitoraci FF, ABR,
- péči o dutinu ústní, odstranění tamponády,
- péči o operační ránu,
- péči o zevní fixátor nosu.

Děti jsou operovány v celkové anestezii s orotracheální intubací, po operaci jsou zajištěny analgosedací a extubovány v intervalu 12-24 hodin po operaci. První pooperační den jsou živeny pomocí orogastrické sondy a od 2.- 3. dne jsou kojeny nebo pijí savičkou. Při rozštěpu patra se s výhodou používá lahvička opatřená Habermanovou savičkou. (1)

1.7 Prognóza

Děti s rozštěpovými vadami obličeje jsou dlouhodobě sledování plastickým chirurgem. Plán návštěv se řídí aktuálním stavem dítěte. V případě celkových rozštěpů spolupracují s lékaři dalších oborů – stomatochirurgie, ortodontie, logopedie aj.. Léčba rozštěpu provází dítě až do dospělosti. (2)

1.8 Edukace

Při návštěvě na oddělení sestra informuje rodiče o provozním chodu oddělení, možnosti návštěv, nutnosti dodržování zásad BOP, ošetrovatelské péči o jejich dítě, o možnostech výživy dítěte (vlastní nebo cizí pasterizované mateřské mléko, umělé mléko), o možnosti následného přijetí matky na oddělení. Dále je matka poučena o způsobech podpory laktace. V případě, že matka není hospitalizována s dítětem, je informována o zacházení s mateřským mlékem.

Rodiče jsou při každé návštěvě informováni lékařem o aktuálním zdravotním stavu jejich dítěte.

Před operací podává lékař informace o operačním výkonu, anestezii, možnosti zavedení CŽK, TRF a o možných komplikacích. Po vzájemné komunikaci rodiče podepisují informované souhlasy: s hospitalizací, operačním výkonem, anestezií, se zavedením CŽK, s transfúzí.

2. Identifikační údaje

Jméno: J.J.

Oslovení: Honzíku

Věk: 12 hodin

Adresa: Roudnice nad Labem

Osoba, kterou lze kontaktovat: rodiče

Pojišťovna: 111

Datum přijetí: 15.12.2008

Hlavní důvod přijetí: primární sutura rtu při diagnóze pravostranný celkový rozštěp (cheilognatopalatoschisis)

Chlapečka jsem přijímala a ošetřovala v době od 15.12.2008 do 19.12.2008.

3. Lékařská anamnéza a diagnóza

3.1 Lékařská anamnéza

Rodinná anamnéza

Matka – Z. J. 1979, zdráva, vdaná,

KS A Rh pos., HbsAg, HIV, RRR, TPHA, GBS vše negativní,
gravida/para: I/I.

Otec – P. J. 1980, zdrav.

Sociální anamnéza

Dítě z 1. plánované, sledované gravidity.

Osobní anamnéza matky

- gravida/para I/I
- fyziologické těhotenství, matka sledována v Mladé Boleslavi
- porod spont. záhlavím, plodová voda čirá, odtok včasný
- týden těhotenství 41+3

Osobní anamnéza novorozence

- porodní hmotnost 3430g / délka 53 cm
- Apgar skóre 9-10-10
- poporodní adaptace dobrá, krátce insuflace kyslíku pro cyanózu, dále kardiopulmonálně stabilní

Nynější onemocnění

Po porodu zjištěna vrozená vývojová vada – kompletní rozštěp rtu, čelisti a patra vpravo, asymetrie nosu. Aplikován Kanavit 0,1 ml i.m., nekrmen, domluven překlad z novorozeneckého oddělení nemocnice v Mladé Boleslavi na JIPN Fakultní Thomayerovy nemocnice k časně operaci rtu.

3.2 Lékařské diagnózy

Cheilognatopalatoschisis l. dx - Celkový pravostranný rozštěp

4. Přehled provedených významných vyšetření

4.1 Fyzikální vyšetření při přijetí

Hmotnost/Délka 3430g/53cm

TT 36,7°C

P 140´

D 52´

TK 77/52/61

Hlava - brachycefalická, obvod 34cm, VF 2x2,5 cm v úrovni

Oči - ve středním postavení, bez sekrece

Uši - bez anomálií

Nos - průchodný, asymetrický

Dutina ústní - kompletní rozštěp rtu, čelisti a patra vpravo

Krk - normální délka i pohyblivost

Jícen - průchodný

Hrudník - souměrný

Břicho - volně prohmatné, nezvětšené, pupečník – 3 cévy, játra + , slezina nezvětšena

Záda - bez defektů

Končetiny - souměrné, pohyblivé

Genitál - zralý, testes sestouplá

Anus - průchodný

Stav CNS - dítě vigilní, bez třesu, reflexy výbavné

Respirační systém - dýchání volné, poslech plic symetrický

Kardiovaskulární systém - AS pravidelná, 140´ bez šelestu, normotenzní, prokrvení dobré, kapilární návrat v normě

Gastrointestinální systém - peristaltika slyšitelná, smolka odešla

Urogenitální systém - močil

Kosterně-svalový systém - tonus normální, končetiny bez anomálií

Stav výživy a hydratace - dosud nekrmen

Kůže - růžová, suchá, pergamenová

4.2 Měření fyziologických funkcí, sledování hmotnosti

Tabulka č. 1 Fyziologické funkce po operaci

Datum	16.12.					17.12.		
Hodina	12.00	15.00	18.00	21.00	24.00	03.00	06.00	09.00
TT	36,9	37,0	36,8	37,0	37,0	37,1	37,0	36,8
P	136'	146'	132'	140'	145'	151'	140'	136'
D	37/0	37/0	37/2	37/5	37/5	37/15	37/8	37/12
TK	77/52/ 61	82/60/ 65	88/59/ 68	79/49/ 59	70/42/ 55	88/55/ 66	81/50/ 59	75/49/ 58
Sat.O2	92%	99%	100%	99%	100%	100%	95%	98%

Tabulka č. 2 Vývoj hmotnosti

Datum	15.12.	16.12.	17.12.	18.12.	19.12.
Hmotnost	3430g	3330g	3250g	3300g	3360g

4.3 Laboratorní vyšetření

Před operačním výkonem

V den přijetí (15.12.) v rámci předoperačního vyšetření byla odebrána krev na

- biochemické vyšetření
- vyšetření acidobazické rovnováhy
- vyšetření krevního obrazu a diferenciálního rozpočtu leukocytů
- koagulační vyšetření
- KS, Rh faktor, objednan erytrocytový koncentrát

Výsledky uvádím v tabulce č. 3, 4, 5, 6.

Po operačním výkonu

Honzíkovi se po operačním výkonu opakovaně odebírala krev na vyšetření acidobazické rovnováhy, kontrolní biochemické vyšetření a vyšetření krevního obrazu, viz tabulky č. 3, 4, 5.

Tabulka č. 3 Biochemické vyšetření krve

Datum	15.12.	16.12.		17.12.	
Hodina	10.30	11.46	17.43	08.17	17.48
Na	138	136	135	132	134
K	4,2	3,5	3,9	3,2	6,6
Cl	105	105	102	98	107
Ion. Ca	1,18	1,31	1,33	1,26	1,24
Glykemie	5,1	13,2 ↑	6,0	4,8	5,0
Laktát	3,0	2,1	1,4	1,0	1,2
AST	1,18	–	–	1,07	–
ALT	0,35	–	–	–	–
GMT	1,57	–	–	1,16	–
CRP	2,8	–	–	15,0	–
Bili/př.	129/9,8	–	–	202/14	–
Urea	5,3	–	–	5,2	–

Poznámka:

Hodnoty - iontů , urey, glykemie, laktátu uvedeny v mmol/l

ALT, AST, GMT uvedeny v ukat/l

Bilirubinu uvedeny v umol/l

CRP uvedeny v mg/l

Referenční rozmezí:

AST 0,20 – 1,10 ukat/l

Natrium 133 -146 mmol/l

ALT 0,20 – 0,70 ukat/l

Kalium 3,2 – 6,0 mmol/l

Urea 1,0 – 5,0 mmol/l

Chloridy 96 – 116 mmol/l

CRP 0,0 – 5,0 mg/l

Ionizované Calcium 1,08 – 1,25 mmol/l

GMT 0,17 – 1 ukat/l

Glykemie 3,0 – 5,6 mmol/l

Laktát 0,5 – 3,0 mmol/l

Tabulka č. 4 Vyšetření acidobazické rovnováhy

Datum	15.12.	16.12.		17.12.	
Hodina	10.30 V	11.46 K	17.43 K	08.17 V	17.48 K
pH	7,413	7,348	7,387	7,381	7,407
pCO ₂	4,71	5,74	5,80	6,13	5,36
pO ₂	7,76	10,9	6,27	6,78	8,46
HCO ₃	23,4	22,5	24,6	25,3	24,8
BE	-1,1	-2,3	0,6	1,3	0,6

Vysvětlivky V - venózní krev

Hodnoty pCO₂, pO₂ uvedeny v kPa

K - kapilární krev

BE, HCO₃ uvedeny v mmol/l

Referenční rozmezí:

pH 7,200 – 7,490

pCO₂ véna 5,45 – 6,78 kPa

arterie 3,60 – 5,40 kPa

pO₂ véna 2,7 – 5,3 kPa

arterie 8,1 – 10,1 kPa

BE -5 - +5 mmol/l

HCO₃ 19 - 24 mmol/l

Tabulka č. 5 Vyšetření krevního obrazu a diferenciálního rozpočtu leukocytů

Datum	15.12.	17.12.	Referenční
Hodina	10.30	08.17	rozmezí
Leukocyty	17,2	9,0	8,0-38,0x10 ⁹ /l
Erytrocyty	6,0	5,80	4,0-6,6x10 ¹² /l
Hemoglobin	213	177	140-220 g/l
Hematokrit	0,62	0,60	0,43-0,63 l/l
Trombocyty	145	290	140-440x10 ⁹ /l
Tyče	0,03	0,05	0,01 - 0,1 l/l
Segmenty	0,66	0,45	0,58-0,62 l/l
Monocyty	0,70	0,19	0,07-0,13 l/l
Lymfocyty	0,22	0,28	0,18-0,22 l/l

Tabulka č. 6 Koagulační vyšetření krve

Datum / Hodina	15.12. / 10.30	Referenční rozmezí
Quick	12,8	9,8 - 14 s
INR	2,08	0,9 - 1,2
APTT	52,3	25 - 40 s
Antitrombin III	34,0	75 - 125 %
Fibrinogen	2,0	2 - 4 g/l

Krevní skupina A, Rh faktor pozitivní.

Mikrobiologické vyšetření

15.12.2008 Výtěr krk - negativní

Výtěr stolice - negativní

4.4 Ostatní vyšetření

Echokardiografické vyšetření 15.12.2008

Foramen ovale apertum s levo-pravým zkratem, perzistentní ductus arteriosus hemodynamicky významný.

Sonografické vyšetření CNS 15.12.2008

Normální nález.

Sonografické vyšetření ledvin 15.12.2008

Normální nález.

5. Přehled terapie

Operační výkon

V celkové anestezii byla provedena primární sutura rtu dle Tennisona, s repozicí septa a nosního křídla na rozštěpové straně. Tennisonův lalůček je trojúhelníkovitý lalůček na laterální straně rozštěpu, kterým se doplní nedostatek tkáně na kontralaterální straně. Průběh operace byl bez komplikací, po celou dobu bylo dítě oběhově stabilní. Výkon trval 75 minut. Ponechány 2 tampony ke kontrole krvácení. Transport v převozovém inkubátoru zpět na JIPN.

Léky podávané intravenózně

Ampicilin inj

Dávka - 2x160mg (6.00 -18.00)

Generický název - ampicilinum

Indikační skupina - antibiotikum

Nežádoucí účinky - nauzea, zvracení, průjem, alergické kožní reakce

Doba podání - od 2. dne hospitalizace (2 hodiny před výkonem) po dobu 36
hodin

Gentamicin inj

Dávka - 1x14mg (6.00)

Generický název - gentamicinum

Indikační skupina - antibiotikum

Nežádoucí účinky - nefrotoxicita, ototoxicita, alergické kožní reakce, zvýšení
hodnot jaterních transamináz, nauzea, zvracení
riziko superinfekce

Doba podání - od 2. dne hospitalizace (2 hodiny před výkonem) po dobu 36
hodin

Sufenta forte inj

Dávka - 50ug do 30ml 5% G, rychlost 1-3ml/h dle potřeby tlumení

Generický název - sufentanilum

Indikační skupina - opioid

Nežádoucí účinky - útlum dechového centra, poruchy srdečního rytmu křeče,
vazodilatace s poklesem krevního tlaku, zácpa

Doba podání - od 2. do 3. dne hospitalizace

Infúzní terapie

Příklad rozpisu na 24 hodin:

Infúzní roztok glukózy 10%	154,6ml
Infúzní roztok glukózy 20%	40,5ml
10% Primene	72,7ml
infúzní roztok aminokyselin	
10% NaCl	6,2ml
infúzní roztok chloridu sodného	
7,45% KCl	3,6ml
injekční roztok ionizovaného draslíku	
10% calcium gluconicum	4,8ml
injekční roztok ionizovaného vápníku	

Infúzní terapie je rozepisována dle aktuálních výsledků acidobazické rovnováhy a iontů.

Infúzní terapie aplikována od 15.12. do 19.12. (1. až 5. den hospitalizace).

Léky podávané rektálně

Paralen supp.

Dávka - 3x50mg rektálně

Generický název - paracetamolium

Indikační skupina - analgetikum, antipyretikum

Nežádoucí účinky - při dlouhodobém podávání trombocytopenie, agranulocytóza,
poškození jater

Doba podání - od 3. dne hospitalizace jako navazující pooperační analgezie

Dietoterapie

Před operačním výkonem

Honzík byl krmen stříkačkou cizím pasterizovaným mateřským mlékem do 10ml po 3 hodinách. Perorální příjem ukončen 6 hodin před výkonem. Dále zahájena infúzní léčba.

Po operačním výkonu

15.-19.12. pokračováno v aplikaci parenterální výživy, od 17.12. perorální příjem mateřského mléka, dávky se postupně zvyšovaly (v průměru o 10-15ml denně), dle stavu operační rány příjem stravy zajištěn sondou, stříkačkou, savičkou (Haberman).

Pohybový režim

Honzík polohován každé 3 hodiny, po operaci nelze polohovat na břicho z důvodu rizika porušení integrity operační rány.

Ostatní terapie

UPV od 16.12. po dobu 31 hodin, režim SIMV+VG, FiO₂ - 21%

Lokální terapie

Převazy operační rány – Octenisept, sterilní krytí.

40% G na krvácející místa aplikována pokapáním.

O-septonex na nostrilky při jejich zavádění do nosní dutiny.

6. Stručný průběh hospitalizace

Honzík je donošený novorozenec z 1. fyziologického těhotenství, porod v termínu v Mladé Boleslavi, poporodní adaptace byla dobrá. Zjištěna VVV-cheilognatopalatoschisis I. dx. Byl přeložen na JIPN FTNsP v Praze ve věku 12 hodin k časně sutuře rtu. V den příjmu byla provedena předoperační laboratorní vyšetření, sonografická vyšetření mozku, ledvin s normálními nálezy, UZ srdce – hemodynamicky významná tepenná dučej.

16.12.2008 provedena operace v celkové anestezii - primární sutura rtu. Dítě bylo po operaci hospitalizováno na JIPN, kde bylo napojeno na UPV, tlumeno Sufentou po dobu 24 hodin. Dítě bylo kardiopulmonálně stabilní, jen operační rána více krvácela. Krvácení bylo stavěno 40% glukózou. Extubace v 31. hodině po operaci, bez problémů, rána již nekrvácela. Iniciován perorální příjem zpočátku sondou, od 3. pooperačního dne byl chlapec přikládán k prsu, ale pro široký rozštěp patra bylo kojení zatím neúspěšné. Matka umí odstříkávat mateřské mléko a daří se jí krmit Honzíka Habermanovou savičkou.

Doplňková infúzní terapie byla ponechána do 5. dne. Maximální váhový úbytek na 3250g ve 4. dni, dále se váhová křivka zvedala. Operační rána se hojila per primam. 5. pooperační den byl Honzík přeložen na intermediární oddělení, kde byl hospitalizován na pokoji s matkou. Maminka byla zacvičena v péči o dítě, v ošetřování nosních dlah.

C. Ošetřovatelská část

1. Ošetřovatelská anamnéza a současný stav dítěte

1.1 Základní fyziologické potřeby

Potřeba dýchání

Před operací

- dýchání pravidelné
- frekvence 52'

Po operaci

- UPV – režim SIMV + VG
- v dutině nosní zavedeny nosní dlahy – po ukončení analgosedace Sufentou dýchal ztíženě, dechová frekvence 50'– 60'

Potřeba výživy

- porodní hmotnost 3480g
- hmotnost při přijetí 3430g
- novorozenec starý 12 hodin, dosud nekrmen
- sací reflex výbavný, bez vytvoření dostatečného podtlaku pro sání
- při příjmu rozepsaná infuzní terapie, dávky pasterizovaného cizího mateřského mléka do 10 ml dle stavu stříkačkou nebo sondou každé 3 hodiny
- při krmení stříkačkou polyká hodně vzduchu, má vzedmuté břicho, pláče

Potřeba vyprazdňování

- smolka odešla 1x na porodním sále
- břicho je měkké, prohmatné
- močí dostatečně, ke sledování diurézy jsou váženy pleny

Potřeba tepla a pohodlí

- TT při příjmu 36,7°C
- vzhledem k plánované operaci s medikamentózním útlumem byl chlapec uložen

na vyhřevné lůžko, v současné době nepotřebuje vyšší teplotu prostředí

Potřeba být bez bolesti

- bolest posuzují podle výrazu tváře, srdeční akce, přítomnosti pláče
- při příjmu chlapec nevykazoval známky bolesti, spokojeně spal
- při odběrech krve projevoval Honzík známky akutní bolesti pláčem, zvýšením tepové frekvence

Po operaci

- kontinuální analgosedace Sufentou po dobu 24 hodin
- následná analgésie Paralenem p. r.

Stav kůže, potřeba hygieny

Při přijetí

- kůže růžová, suchá, pergamenová
 - vzhled odpovídá donošenému až lehce přenášenému novorozenci
 - kůže bez ikteru, cyanózy, eflorescencí
 - dítě čisté
 - pupeční pahýl klidný, ošetřen Cutaseptem
1. den hospitalizace zavedeny 2 periferní venózní vstupy (v. basilica oboustranně)

Po operaci

- operační rána v oblasti sahající od horního rtu po spodinu nosní dutiny
- vpichy po opakovaných odběrech krve

1.2 Psychosociální potřeby

Potřeba zdraví

Honzík je donošený novorozenec s VVV - celkový pravostranný rozštěp, byl přijat k časné operaci rtu. Ostatní orgány bez funkčních poruch.

Potřeba bezpečí, jistoty

U novorozence vyvolává pocit bezpečí poloha podobná uložení dítěte v děloze,

hlas matky, tlukot jejího srdce. Honzík byl uložen na vyhřevné lůžko. Při příjmu dítěte byl přítomen otec, choval si ho, mluvil s ním. Matka je v tuto dobu hospitalizována na gynekologii v Mladé Boleslavi.

Potřeba lásky, sounáležitosti

Pro matku i dítě je velice důležitý častý kontakt pro vytvoření pevného citového vztahu. Po propuštění z gynekologie bude matka přijata jako doprovod k dítěti.

Potřeba informací

Otec je informován lékařem o předpokládaném průběhu operace, seznámen s možnými riziky zákroku i souvisejících výkonů. Otec sám aktivně vyhledává další informace na internetu.

2. Ošetrovatelské diagnózy

Na základě získaných informací jsem formulovala ošetrovatelské diagnózy.

Pořadí ošetrovatelských diagnóz jsem stanovila dle naléhavosti ošetrovatelské péče. Rozdělila jsem je na ošetrovatelské diagnózy před operací a po operaci, z hlediska času na aktuální a potenciální.

Před operací (15. 12. 2008)

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

- 1) Porucha polykání z důvodu anomálie dutiny ústní
- 2) Akutní bolest v souvislosti s odběry krve a zaváděním periferních venózních vstupů

Potenciální ošetrovatelské diagnózy

- 1) Riziko vzniku infekce vzhledem k zavedeným periferním venózním vstupům
- 2) Riziko narušení vztahu matka – dítě z důvodu odloučení dítěte od matky

Po operaci (16. 12. 2008)

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

- 1) Změna dýchání v souvislosti s medikamentózním útlumem vyžadující UPV
- 2) Porucha kožní integrity v souvislosti s operačním výkonem
- 3) Ztížené dýchání v souvislosti se zavedením nosních dlah
- 4) Akutní bolest břicha v souvislosti s poruchou polykání
- 5) Neefektivní kojení z důvodu anomálie dutiny ústní

Potenciální ošetrovatelské diagnózy

- 1) Riziko vzniku poruchy tkáňové integrity pooperační jizvy z důvodu mechanického dráždění
- 2) Riziko vzniku infekce v souvislosti s operační ranou
- 3) Riziko vzniku bolesti v souvislosti s operační ranou

3. Plán ošetrovatelské péče

Porucha polykání z důvodu anomálie dutiny ústní

Cíl:

Dítě bude dostatečně hydratované a vyživované.

Bude dosaženo odpovídající tělesné hmotnosti.

Nedojde k aspiraci.

Ošetrovatelské intervence:

- zhodnotit polykací schopnosti podáním malého množství mateřského mléka
- ukládat dítě do zvýšené polohy
- krmit pomalu s přestávkami
- pomáhat vyvolat u dítěte sací reflex podrážděním patra
- pomáhat dítěti polykat „ucpáním“ defektu
- podávat stravu zavedenou žaludeční sondou, alternativními metodami
- aplikovat infúzní terapii dle rozpisu lékaře

Realizace:

Honzíka jsem krmila vždy ve zvýšené poloze, v pravidelných intervalech tři hodin.

Po prvním krmení dávkou 0,5ml mateřského mléka jsem se přesvědčila, že je schopen malé množství spolknout, přičemž jsem mu napomáhala ucpat rozštěpový defekt prstem přiloženým na patro. Pro únavu a nadměrné polykání vzduchu, jsem krmení stříkačkou střídala se sondováním. Sondování snášel dobře. Infúzní terapii jsem aplikovala dle rozpisu.

Hodnocení:

K aspiraci nedošlo. Při současné aplikaci infúzní terapie je dítě dobře hydratované. Bylo dosaženo odpovídající tělesné hmotnosti.

Akutní bolest v souvislosti s odběry krve a zaváděním periferních venózních vstupů

Cíl:

Minimalizovat bolest.

Ošetrovatelské intervence:

- odběry provádět rychle a šetrně
- provádět nefarmakologické tišení bolesti
- nestresovat dítě ostrým světlem
- dle potřeby ošetřit místo vpichu
- sterilně krýt periferní venózní vstupy

Realizace:

Během odběrů a zavádění periferních venózních vstupů jsem se snažila postupovat rychle a šetrně. Obličej jsem chránila před ostrým světlem. Uklidňovala jsem dítě tichým klidným hlasem, podala jsem pár kapek glukózy na dudlík. Místa po odběrech krve a periferní venózní vstupy jsem sterilně kryla.

Hodnocení:

Honzík projevoval známky akutní bolesti pláčem, zvýšením tepové frekvence. Po ukončení výkonů klidně usnul.

Riziko vzniku infekce vzhledem k zavedeným periferním venózním vstupům

Cíl:

Žilní vstupy budou bez známek infekce.

Ošetrovateľské intervence:

- při zavádění a fixaci kanyl postupovat přísně sterilně
- sledovat FF novorozence
- sledovat barvu kůže, otoky v místě vpichu
- sledovat celkové projevy infekce

Realizace:

Při zavádění a fixaci periferních venózních vstupů jsem postupovala přísně sterilně. Pravidelně jsem kontrolovala místo zavedení kanyly, průběh infúzní terapie. Monitorovala jsem FF a hodnoty jsem zaznamenávala do dokumentace.

Hodnocení:

Cíl se mi podařilo splnit. Během mého ošetřování nedošlo k projevům místní ani celkové infekce. Okolí periferních venózních vstupů bylo klidné, nedošlo k žádným patologickým projevům.

Riziko narušení vztahu matka dítě - z důvodu odloučení dítěte od matky

Cíl:

Vztah mezi matkou a dítětem bude harmonický.

Dítě je klidné a spokojené.

Matka má o dítěti dostatek informací.

Ošetrovateľské intervence:

- seznámit rodiče s možností návštěv a přijetí matky na oddělení
- informovat matku o zdravotním stavu dítěte, o ošetrovateľské péči
- zpětnou vazbou si ověřit porozumění podávaným informacím
- dbát, aby informace byly jednotné
- zajistit kontakt matky a dítěte

- zbavit matku obav z ošetřování novorozence, povzbuzovat ji a chválit

Realizace:

Matku jsem seznámila s harmonogramem oddělení, s možností návštěv, s možností přijetí na oddělení. Při každé návštěvě byla lékařem informována o zdravotním stavu dítěte. Podle možností jsem jí dávala Honzika pochovat, zapojovala jsem jí do ošetrovatelské péče o dítě. Matku jsem instruovala v odstříkávání mateřského mléka, edukovala o jeho uchovávání a manipulaci do doby jejího přijetí na oddělení. Matka byla přijata 4. den hospitalizace dítěte.

Hodnocení:

Rodiče Honzika navštěvovali každý den, matka nosila mateřské mléko. Často dítě chovala, zúčastňovala se ošetrovatelské péče. Po překladu dítěte z JIPN využila možnosti přijetí jako doprovod k dítěti. Vztah mezi matkou a dítětem nebyl narušen.

Změna dýchání v souvislosti s medikamentózním útlumem vyžadující UPV

Cíl:

Udržovat volné dýchací cesty.

Dítě bude mít růžovou barvu.

FF budou v normě.

Hodnoty ABR budou ve fyziologickém rozmezí.

Ošetrovatelské intervance:

- dbát na sterilitu ventilačního okruhu
- zajistit volné dýchací cesty odsáváním
- sledovat množství a charakter odsátého hlenu
- sledovat polohu a fixaci ETC

- podle potřeby provádět laváže s FR
- podle potřeby provádět vibrační masáž hrudníku
- zajistit podávání zvlhčeného, ohřátého vzduchu
- sledovat FF
- sledovat hodnoty ABR

Realizace:

Každé 3 hodiny jsem odsávala malé množství bílého hlenu. Podle potřeby jsem prováděla laváže s FR s následnými vibračními masážemi. Pečlivě jsem sledovala polohu a fixaci ETC.

Hodnoty FF a ABR byly ve fyziologickém rozmezí. Každý výkon jsem zaznamenala do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení:

Cíl byl splněn, po ukončení tlumení Sufentou a nástupu spontánní dechové aktivity, byl chlapec extubován po 31 hodinách.

Porucha kožní integrity v souvislosti s operačním výkonem

Cíl:

Pooperační rána se bude hojit per primam.

Dítě bude klidné, spokojené.

Ošetrovatelské intervence:

- vytvořit vhodné podmínky pro hojení rány
- při převazech postupovat asepticky a šetrně
- používat nedráždivé dezinfekční roztoky
- pečovat o hygienu dutiny ústní
- výkony zaznamenávat do ošetrovatelské dokumentace
- při krvácení aplikovat místně 40% G

Realizace:

Podle potřeby a ordinací lékaře jsem ránu převazovala. Používala jsem nedráždivý dezinfekční prostředek – Octenisept. Jizvu jsem kryla Omnifixem, později jen sterilními stripy. Podle potřeby jsem odsávala a čistila dutinu ústní. Na krvácející místa jsem lokálně pokapáním aplikovala 40% G. Výkony jsem zaznamenávala do ošetřovatelské dokumentace.

Hodnocení:

Rána se zhojila po 5 dnech per primam. Jiné defekty se na kůži neobjevily.

Ztížené dýchání v souvislosti se zavedením nosních kanyl

Cíl:

Dítě dýchá volně, bez námahy.

Klidné, spokojené dítě, bez známek dyskomfortu.

Ošetřovatelské intervence:

- zajistit volné dýchací cesty odsáváním
- zajistit průchodnost a čistotu nosních dlah
- zajistit správné zavádění nosních dlah
- zajistit pevnou fixaci dlah v dutině nosní

Realizace:

Podle potřeby jsem šetrně odsávala nosní dutinu, dlahy jsem čistila vodou, desinfikovala Procurou a poté opláchla sterilní vodou. Před zavedením do nosu jsem na dlahy aplikovala O-Septonex. Dbala jsem na správné zavedení dlah (viditelná část připomíná A). Dlahy jsem fixovala stripy k okolí nosu.

Hodnocení:

Honzík občas projevoval známky dyskomfortu ztíženým dýcháním, pláčem.

Akutní bolest břicha v souvislosti s poruchou polykání

Cíl:

Minimalizovat bolest.

Klidné, spokojené dítě.

Bříško nebude vzedmuté.

Ošetrovatelské intervence:

- krmit dítě ve zvýšené poloze
- při sondování odsát vzduch ze žaludku
- po krmení nechat dítě dostatečně odříhnout
- sledovat velikost a prohmatnost břicha
- sledovat střevní peristaltiku a odchod stolice
- dle potřeby zavést rektální rourku
- provádět šetrnou masáž břicha

Realizace:

Honzíka jsem krmila ve zvýšené poloze, po krmení jsem ho nechala odříhnout.

Při sondování jsem před aplikací mléka ze žaludku odsála vzduch. Při pláči a známkách dyskomfortu jsem prováděla masáž břicha nebo zavedla rektální rourku. Sledovala jsem velikost břicha a odchod stolice.

Hodnocení:

V prvních dnech aplikace enterální výživy Honzík projevoval bolest břicha často. Bolest jsem se snažila tlumit polohováním a masážemi břicha. Se zvyšující se fyzickou aktivitou bolesti břicha ustupovaly.

Neefektivní kojení z důvodu anomálie dutiny ústní

Cíl:

Kojení bude efektivní.

Spokojené dítě i matka.

Ošetrovatelské intervence:

- zajistit průchodnost nosu a úst dítěte
- zajistit správnou polohu dítěte
- edukovat matku o správné technice kojení
- naučit matku odstříkávat mateřské mléko
- nespěchat a podporovat snahu matky

Realizace:

Chlapec byl poprvé přiložen k prsu 3. pooperační den. Pro velký rozštěpový defekt se i přes opakované příkládání a změny poloh zatím nedokázal přisát. Maminka zvládá odstříkávat mateřské mléko a daří se jí úspěšně krmit Honzika Habermanovou savičkou.

Hodnocení:

Kojení zatím není efektivní, ale dítě i matka jsou spokojeni.

Riziko vzniku poruchy tkáňové integrity pooperační jizvy z důvodu mechanického dráždění

Cíl:

Nebude porušena integrita jizvy.

Rána se bude hojit per primam.

Ošetřovatelské intervence

- nepolohovat dítě na břicho
- nedávat dítěti dudlík
- nenechat dítě plakat
- zamezit styku ruček dítěte s pooperační ranou
- krmit dítě šetrně

Realizace:

Pečlivě jsem dbala na šetrné zacházení zejména při krmení dítěte alternativními způsoby.

Honzíka jsem nepolohovala na břicho, abych zamezila mechanickému dráždění rány, taktéž jsem mu první dny nedávala dudlík, pláč jsem tišila chováním, kapkami glukózy per os. V případě potřeby jsem navlékala dítěti bavlněné rukavičky pro zamezení poškození kůže a porušení rány.

Hodnocení:

Cíl byl splněn.

Riziko vzniku infekce v souvislosti s operační ranou

Cíl:

U dítěte nedojde k projevům místní, ani celkové infekce.

Pooperační rána se bude hojit per primam.

FF budou ve fyziologickém rozmezí.

Ošetřovatelské intervence:

- převazy provádět přísně asepticky
- dbát na hygienu dutiny ústní, okolí rány

- dodržovat zásady BOP
- sledovat barvu kůže, případný otok v okolí jizvy
- sledovat FF

Realizace:

Převazy rány jsem prováděla podle ordinací nebo dle potřeby, postupovala jsem asepticky, používala jsem nedráždivý desinfekční prostředek. Podle potřeby jsem odsávala a čistila dutinu ústní, dbala jsem na čistotu zejména v okolí rány. Sledovala jsem FF a vše zaznamenávala do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení:

Nedošlo k projevům místní ani celkové infekce.

Riziko bolesti v souvislosti s operační ranou

Cíl:

Minimalizovat riziko vzniku bolesti.

Ošetrovatelské intervence:

- všímat si projevů bolesti
- upozornit lékaře na projevy bolesti
- podávat ordinované léky
- provádět nefarmakologické tlumení bolesti
- tlumit hluk, minimalizovat světlo
- sledovat FF dítěte

Realizace:

Dítě bylo po operaci kontinuálně tlumeno Sufentou po dobu 24 hodin, dále byla aplikována navazující analgezie Paralenem ve formě čípků. FF dítěte se pohybovaly ve fyziologickém rozmezí. Dle ordinací jsem aplikovala ordinované

léky. Dítě jsem chránila před hlukem a nadměrným světlem.

Hodnocení:

Chlapec neprojevoval známky bolesti, navazující analgezie Paralenem byla účinná.

4. Edukace

Příčina vzniku rozštěpových vad není známa. Především je vždy zapotřebí ujistit rodiče, kteří zažili psychický šok, že nenesou naprosto žádnou vinu na vzniku anomálie u svého dítěte. Ve vztahu k rodičům není na místě projev lítosti, ale je zapotřebí, aby jim lékař realistickým přístupem vysvětlil léčebný plán. Nezastupitelnou úlohu v edukaci má sestra. Edukuje a zacvičuje matku do ošetrovatelské péče o dítě.

Rodiče Honzíka jevíli velký zájem o jeho zdravotní stav. Při návštěvách jsem podávala rodičům informace o vyvíjejícím se stavu z pohledu ošetrovatelské péče. Trpělivě jsem odpovídala na dotazy rodičů, zpětnou vazbou jsem si ověřovala porozumění podaným informacím. Při příjmu matky na oddělení jsem ji seznámila s oddělením a jeho chodem. Edukovala jsem matku v dodržování BOP. Poučila jsem matku o způsobech rozvoje laktace, o uchování mateřského mléka, o alternativních způsobech krmení.

Edukace před propuštěním do domácí péče je důležitá pro další rozvoj dítěte. Po překladu na oddělení intermediární péče byli rodiče Honzíka informováni o dalším sledování na klinice plastické chirurgie, o celkové péči o dítě po propuštění, která je zaměřena na výživu novorozence, péči o pokožku, běžnou ošetrovatelskou péči, zahrnující i zásady první pomoci v případě selhání životních funkcí. Byli také edukováni o dalším ošetřování pooperační jizvy, která spočívá v promašťování sádlem a provádění tlakové krouživé masáže.

5. Závěr a prognóza

Ve své práci jsem se zaměřila na ošetrovatelský proces u dítěte s diagnózou celkový pravostranný rozštěp, které bylo přijato k primární suture rtu. Dítě jsem přijímala a starala se o něj v době od 15.12. do 19.12. 2008.

Podařilo se mi realizovat všechny naplánované intervence.

Operace i pooperační průběh byl bez komplikací. Matka uvítala přijetí na oddělení, aktivně se zapojila do péče o své dítě. Dítě bylo propuštěno do domácího ošetřování 7. den. Operační rána byla zhojena per primam.

Dítě bude sledováno operatérem na oddělení plastické chirurgie. V časovém horizontu několika měsíců čeká dítě operace patra a následná multidisciplinární péče. Rodiče byli s lékařskou i ošetrovatelskou péčí spokojeni.

Při léčení obličejových rozštěpových vad je třeba spolupráce mnoha odborníků. Jejich léčení představuje komplikovaný systém operačních a konzervativních výkonů, i pečlivé celkové zdravotní péče. V těžších případech musí být prováděno až do dospělosti pacienta.

D. Seznam použité literatury, zdroje informací

- 1) ČERNÝ, M.; BORSKÝ, J.; ZOBAN, P. a kol. *Časná korekce rozštěpových vad obličeje - krok správným směrem?* Neonatologické listy, roč.13, č.2, 2007, s. 8-12. ISSN 1211-1600
- 2) DVOŘÁK, Z. *Dítě s rozštěpem obličeje*. Dostupné na [www: http://www.operativa.cz](http://www.operativa.cz)
- 3) FENDRYCHOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v neonatologii*. IDV PZ Brno, 2000, ISBN 80-7013-322-8
- 4) KABELKA, M. *Dětská chirurgie*. Karolinum, Praha 1992. ISBN 80-7066-561-0
- 5) PETERKA, M. *Vývojové poruchy orofaciální oblasti*. Dostupné na [www: http://www.rozstepy.ic.cz](http://www.rozstepy.ic.cz)
- 6) RYŠAVÁ, M.; NEČASOVÁ, A.; FENDRYCHOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy a jejich přiřazení k vybraným lékařským diagnózám v neonatologii*. IDV PZ Brno 2002, ISBN 80-7013-360-0
- 7) TOŠOVSKÝ, V. *Dětská chirurgie*. Avicenum 1983. ISBN neuvedeno

Zdroje informací

Pozorování

Zdravotnická dokumentace

Ošetřující personál

Rodiče

E. Přílohy

- Příloha č. 1 Seznam zkratk
- Příloha č. 2 Plán individualizované péče
- Příloha č. 3 Ošetřovatelská anamnéza
- Příloha č. 4 Edukační záznam
- Příloha č. 5 Obrázek - nosní dlahy
- Příloha č. 6 Obrázek - ETC
- Příloha č. 7 Fotodokumentace

Příloha č. 1 Seznam zkratk

ABR - acidobasická rovnováha

ATB - antibiotika

VVV - vrozená vývojová vada

JIPN - jednotka intenzivní péče novorozenců

HCD - horní cesty dýchací

ETC - endotracheální kanyla

TK - krevní tlak

SIMV - synchronized intermittent positive pressure ventilation

VG - volume guarantee

FF - fyziologické funkce

BOP - bariérová ošetrovatelská péče

CŽK - centrální žilní katétr

TRF - krevní transfuze

KS - krevní skupina

RRR - rychlá reaginová reakce

TPHA - Treponema pallidum hemaglutinace

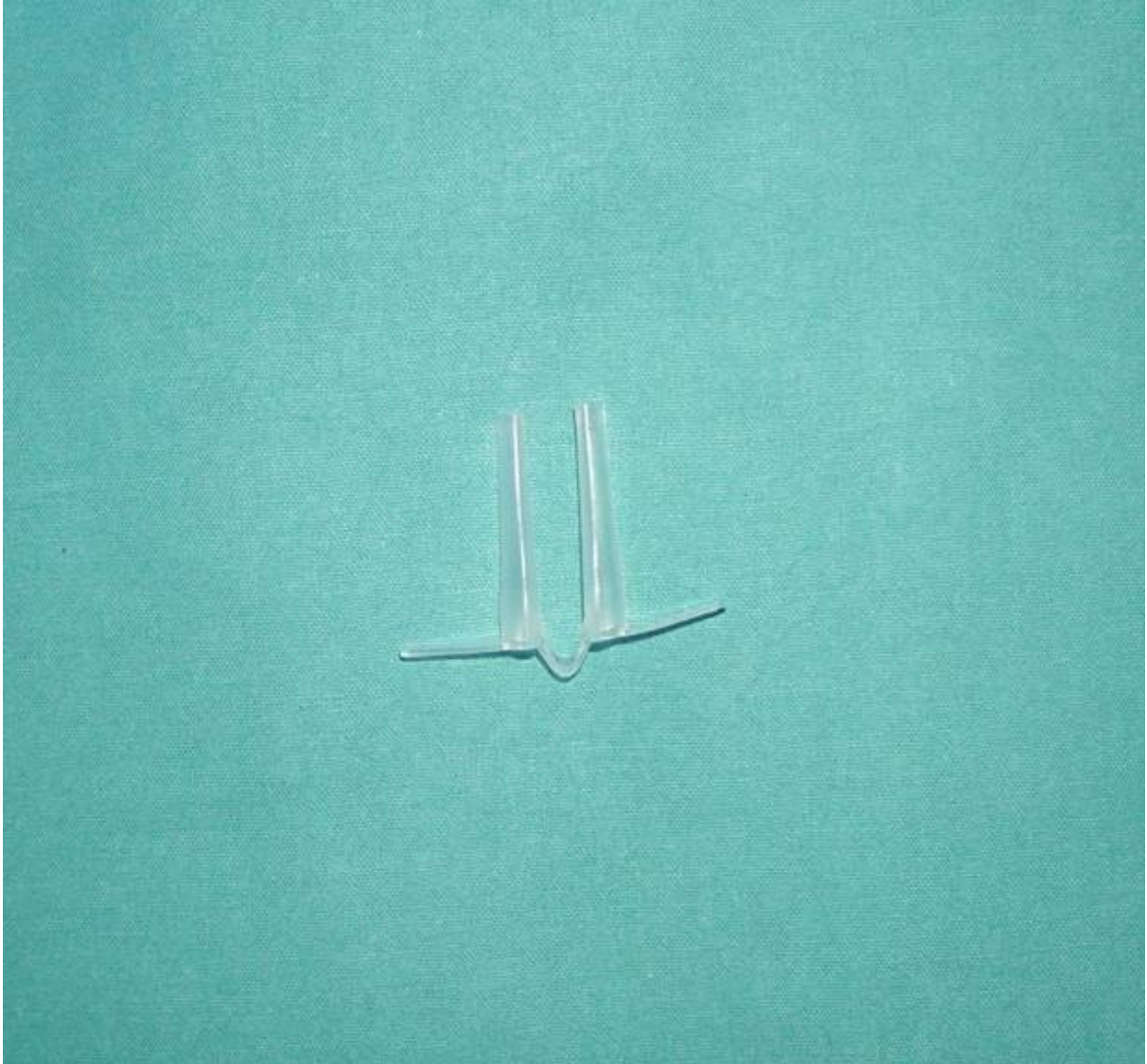
GBS - streptokok skupiny B

VF - velká fontanela

CNS - centrální nervový systém

FR - fyziologický roztok

Příloha č. 5 Obrázek – nosní dlahy



Příloha č. 6 Obrázek - ETC



Příloha č. 7 Fotodokumentace dítěte

Fotodokumentace byla pořízena s laskavým svolením rodičů











**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

V dne

jméno a příjmení zájemce

EVIDENCE VÝPŮJČEK

Prohlášení:

Beru na vědomí, že odevzdáním této závěrečné práce poskytuji svolení ke zveřejnění a k půjčování této závěrečné práce za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

V Praze, 20.03.2009

Podpis autora závěrečné práce

Jako uživatel potvrzuji svým podpisem, že budu tuto práci řádně citovat v seznamu použité literatury.

Jméno	Ústav / pracoviště	Datum	Podpis

