

Universita Karlova v Praze
1. Lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství

Bakalářské studium ošetrovatelství

ZÁVĚREČNÁ BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Ošetrovatelská kazuistika u
extrémně nezralého novorozence

Květen 2006

Jana Fridrichová

Poděkování

Děkuji celému oddělení neonatologie na Gynekologicko – porodnické klinice Všeobecné fakultní nemocnice, za jejich pomoc na ošetrovatelské praxi. Dále bych chtěla poděkovat své vedoucí práce PhDr. Pavle Pavlíkové za její ochotu a pomoc při tvorbě této bakalářské práce.

OBSAH

A. ÚVOD.....	5
B. KLINICKÁ ČÁST.....	6
1.Charakteristika onemocnění.....	6
1.1 Anatomické a fyziologické zvláštnosti nezralého novorozence.....	6
1.1.1 Nezralý novorozenec.....	6
1.1.2 Charakteristické znaky nezralosti.....	6
1.1.3 Nezralost funkcí.....	7
1.2 Syndrom dechové tísně (RDS).....	8
1.2.1 Fyziologické poznámky.....	8
1.2.2 Příčiny RDS a klinické zhodnocení.....	8
1.3. Ventilací podpora a umělá plicní ventilace.....	9
1.3.1 Klinické projevy respiračního selhání.....	9
1.3.2 Laboratorní projevy respiračního selhání.....	9
1.3.3 Základní pojmy umělé plicní ventilace.....	9
1.3.4 CPAP.....	10
1.3.5 Konvenční UPV.....	10
1.4 Otevřená tepenná dučej (PDA, DA).....	11
1.5 Výživa předčasně narozených dětí.....	11
1.5.1 Enterální výživa.....	11
1.5.2 Složení enterální výživy.....	12
1.5.3 Techniky krmení nedonošených dětí.....	12
1.6 Termoregulace, udržování termoneutrality.....	13
1.6.1 Význam.....	13
1.6.2 Ošetřování dětí v inkubátoru.....	13
1.6.3 „Klokankování“.....	13
2.Základní identifikační údaje.....	14
3. Lékařská anamnéza a diagnózy.....	14
3.1 Lékařská Anamnéza	14
3.2 Lékařská diagnóza.....	15
4. Přehled provedených dg. významných vyšetření.....	15

5. Přehled terapie.....	18
6. Stručný průběh hospitalizace.....	19
C. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....	21
1. Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu.....	21
1.1 Objektivní náhled na hospitalizaci.....	21
1.2 Fyziologické potřeby	21
1.3 Psycho – sociální potřeby	23
1.4 Existenční potřeby.....	24
2. Ošetrovatelské diagnózy.....	25
3. Plán ošetrovatelské péče.....	26
4. Závěr a prognóza.....	31
D. Použitá literatura.....	32
Přílohy.....	33

A. ÚVOD

Neonatologie je obor medicíny, který se zabývá péčí o zdravého novorozence přes novorozence s VVV (vrozené vývojové vady) až extrémně nezralé děti s porodní hmotností kolem 500 g. Neonatologie spolupracuje s odborníky lékařských i nelékařských oborů.

Na oddělení neonatologie bych chtěla pracovat, proto jsem závěrečnou bakalářskou práci zpracovávala právě zde. Je to oddělení, kde se setkáváme s radostí rodiny z právě narozeného dítěte přes hluboký otřes a strach o jeho život. Velice záleží na spolupráci a komunikaci mezi rodinou a zdravotním personálem.

Děti se v této době rodí ženám okolo 30 let, což může mít vliv na to, že se rodí více nedonošených dětí. Samozřejmě na to má vliv i uspěchaná doba, stres, kancerogeny... Medicína je v této době na takové úrovni, že přežívají i tak extrémně nezralé děti, které by před 20. lety neměly šanci na přežití.

B. KLINICKÁ ČÁST

1. CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

1.1 Anatomické a fyziologické zvláštnosti nezralého novorozence

Vývoj plodu trvá 40 gestačních týdnů (± 2 týdny). Gestačnímu věku zhruba odpovídá hmotnost i délka novorozence. Životaschopnost plodů je od 24. – 25. gestačního týdne, asi od hmotnosti 500 – 800 g.

Statistická hranice mezi zralým a nezralým, mezi donošeným a nedonošeným je 2500 g. V České republice se rodí kolem 6% nezralých dětí. (2, 7)

1.1.2 Nezralý novorozenec

Je novorozenec narozený od hranice životaschopnosti tj. od 24. – 25. týdne do konce 37. gestačního týdne

Porodní hmotnost bývá pod 2500 g (rozmezí 500 – 2499 g) – mohou se narodit děti vážící méně než 500 g – pokud přežijí prvních 24 hodin po narození, počítají se mezi novorozence, pokud zemřou během 24 hodin, je to už potrat.

Příčinou adaptačních problémů po narození je nezralost orgánů a tkání. Čím dříve je dítě narozené, tím více je nezralé, tím více je zranitelné. Více přitom záleží na gestačním věku než na hmotnosti. (1, 2)

1.1.3 Charakteristické znaky nezralosti

- kůže – u těžce nezralých je živě červená, průsvitná, želatinózní, chybí mázek, lanugo bývá řídké; je často prosáklá, tvoří se na ní otoky, zvl. na končetinách. Kůže u extrémně nezralých je velmi citlivá ke všem desinfekčním roztokům. I jemné otření kůže desinfekcí může způsobit rozsáhlé popáleniny.
- prsní bradavky – jsou u těžce nedonošených jen naznačeny, nebo zcela chybí.
- ušní boltce – bývají měkké, u těžké nedonošenosti i neúplně vyvinuté.
- genitál – u chlapců často nesestouplá varlata, u dívek vulva zeje, velké stydké pysky nepřekrývají malé. (1, 2)

1.1.4 Nezralost funkcí

- termolabilita (nedokonalá regulace tělesné teploty) – malé, nedonošené dítě, s minimální vrstvou podkožního tuku, velmi snadno a rychle ztrácí tělesné teplo. Reakcí novorozence na chlad je zvýšená produkce tepla. Podchlazený novorozenec mívá apnoické pauzy, záchvaty cyanosy, hypoglykémii, metabolickou acidosu.
- respirační problémy – vznikají v průběhu adaptace na mimoděložní prostředí (deprese dýchání, apnoe, RDS). Nedokonalá funkce plic je způsobena nedostatkem surfaktantu. Alveoly po každém výdechu kolabují a novorozenec musí při každém nádechu vyvinout úsilí jako při prvním vdechu po narození. Hrozí zde velké riziko pozdějšího vzniku bronchopulmonální dysplázie (BPD) a retinopatie u nedonošených dětí.
- kardiovaskulární problémy – často hypovolemická hypotenze, poruchy srdečního rytmu různého původu, přetrvávající otevřená tepenná dučej (DAP), vasodilatace při sepsi...
- neurologické poruchy a postižení – nedonošení novorozenci jsou náchylní k postižením a poruchám funkcí CNS. Registruje se častější výskyt edému mozku, krvácení do CNS a posthypoxické encefalopatie.
- metabolické poruchy – častý výskyt hypoglykémie, hypokalcémie, hyperbilirubinémie.
- problémy s výživou a funkcí GIT – je třeba volit velmi pozorně množství a způsob podávání mléka. Předčasný porod je výrazným rizikovým faktorem pro vznik velmi závažné nekrotizující enterokolitidy. Výživa je v prvních dnech výhradně parenterální – špatná tolerance perorální stravy. Čím nezralejší dítě, tím déle potřebuje parenterální výživu. Perorální strava se podává sondou do žaludku, když se objeví sací reflex a dítě je bez výraznějších dechových potíží, zkouší se krmení ze stříkačky nebo lahve.
- vyšší výskyt infekcí - je důsledek nezralosti imunitního systému a to jak složky celulární, tak i humorální imunity. Infekce může být způsobena nejen obecně známými patogenními mikroby, ale i tzv. nozokomiální infekcí. Opatření proti šíření infekcí na odděleních pro nedonošené děti zahrnuje řadu postupů a režimů tzv. bariérového způsobu ošetřování.

(1, 2)

1.2 SYNDROM DECHOVÉ TÍSNĚ (RDS)

1.2.1 Fyziologické poznámky

Nástup spontánního dýchání a nahrazení tekutiny v plicích vzduchem je spolu s přestavbou oběhového systému podmínkou úspěšného průběhu bezprostřední poporodní adaptace. U zdravého zralého novorozence probíhá adaptace velmi rychle. Změna charakteru a frekvence dýchání je podkladem syndromu dechové tísně (RDS). Příčiny dechových problémů u novorozenců mohou být plicní i mimoplicní.

1.2.2 Příčiny RDS a klinické zhodnocení

RDS je způsoben sníženou schopností nebo neschopností plicní tkáně přijímat kyslík z okolní atmosféry. Nedostatečná funkce plic po narození může vážně zkomplikovat průběh kardiopulmonální přestavby.

RDS je anatomická i funkční nezralost plic. Jako nejdůležitější příčina je dán nedostatek surfaktantu. Ten je v plicích přítomen v dostatečném množství zhruba od 35. gestačního týdne.

Hlavní příznaky syndromu dechové tísně jsou: centrální cyanóza, tachypnoe – více než

60 /min, tachykardie – více než 160 /min, zatahování mezižebří a úponu bránice, grunting, alární souhyb. (2)

Terapie RDS:

- oxygenoterapie – je nutná k zabránění hypoxického poškození orgánů, zejména mozku. Je vždy přísně dávkovaná, aby se zabránilo poškození oční sítnice. Kyslík musí být ohřátý, zvlhčený.
- ventilační podpora – buď se použije umělá plicní ventilace (vyžaduje zavedení endotracheální roury), nebo distanční léčba (CPAP aplikovaný nosní kanylou).
- surfaktant – je to pravidelná a kauzální léčba RDS. Je k dispozici preparát přírodní (získávaný z hovězích a prasečích plic). Aplikuje se bolusově do endotracheální roury. Účinek je téměř okamžitý (↑ poddajnost plic).
- cirkulační podpora – je nutná při známkách oběhového selhání. Často provází RDS
- parenterální výživa – musí poskytovat dostatek energie, živin, minerálů a vitamínů
- analgosedace – důležitá pro odstranění nežádoucí motorické aktivity dechového úsilí

dítěte s rytmem ventilátoru.

- Příznaky RDS mohou být vyvolány i řadou mimoplicních příčin (infekce, sepse; VVV dýchacích cest, srdeční choroby, ...). (2)

1.3 VENTILAČNÍ PODPORA A UMĚLÁ PLICNÍ VENTICE

1.3.1 Klinické projevy respiračního selhání

- tachypnoe, bradypnoe
- zvýšené respirační úsilí
- opakované apnoické pauzy (více jak 3 pauzy za 6 hodin) – závažnost je dána poklesem saturace O₂, poklesem srdeční akce, změnou barvy kůže a poklesem krevního tlaku
- cyanosa, nereagující na léčbu O₂
- pokles krevního tlaku s tachykardií, bledostí (1, 4)

1.3.2 Laboratorní projevy respiračního selhání

- parciální tlak O₂ v krvi méně než 6, 8 kPa při FiO₂ více než 0, 6
- parciální tlak CO₂ více než 6, 8 kPa u dětí vážících nad 1500 g a více než 8, 1 kPa u dětí do 1500 g
- pH v arteriální krvi méně než 7, 25 (1, 4)

1.3.3 Základní pojmy umělé plicní ventilace

- průtok – nastavený průtok směsi plynů v litrech za minutu
- FiO₂ – koncentrace kyslíku ve směsi plynů
- T_{in} – inspirační čas
- T_{ex} – expirační čas
- P_{in} – inspirační tlak
- PEEP – tlak v plicích na konci výdechu
- CPAP – hodnota přetlaku v dýchacích cestách dítěte při kontinuálním průtoku směsi plynů
- MAP – střední tlak v dýchacích cestách (v cm H₂O)

(1)

1.3.4 CPAP

Kontinuální přetlak v dýchacích cestách u spontánně dýchajícího dítěte volíme jako metodu respirační podpory.

Indikace: u nezralých dětí s apnoickými pauzami
u dítěte spontánně dýchajícího se zhoršující se oxygenací
při odpojování z respirátoru při UPV
jako prevenci kolapsu okrsků plic po extubaci

Základní dva způsoby aplikace CPAP:

1. nasální kanyla a 2. endotracheální kanyla (u intubovaného dítěte)

Výhodou nasálního CPAPu je neinvazivita metody, při nižších hodnotách tlaku neovlivňuje srdeční výdej. Zabraňuje kolapsu plicních sklípků.

Nevýhodou může být poměrně obtížné udržení nosních kanyl v dané pozici. (1, 4)

1.3.5 Konvenční UPV

Tato metoda je indikována při klinických a laboratorních známkách respiračního selhání. UPV se používá u intubovaných nemocných. Výhodou intubace je stabilita polohy endotracheální roury (ETC) se sníženým rizikem náhodné extubace.

Základní nastavované parametry na ventilátoru jsou: FiO_2 , průtok, PEEP, frekvence, MAP, Tin, Tex, Pin..

Prokazatelně toxický účinek má kyslík v koncentracích 60% a více. V případech, kdy se nedaří snížit CO_2 v krvi, je třeba upravit režim nebo přejít na nekonvenční ventilační podpory (vysokofrekvenční pozitivní tlaková ventilace, vysokofrekvenční trysková ventilace, vysokofrekvenční oscilační ventilace).

Nežádoucí účinky UPV: = barotrauma (plicní intersticiální emfyzem, pneumotorax, pneumomediastinum, pneumoperikard, systémová vzduchová embolie). (1)

1. 4 OTEVŘENÁ TEPENNÁ DUČEJ (PDA, DA)

Tepennou dučejí u plodu proudí smíšená krev z plicnice do sestupné aorty a zásobuje spodní část těla. Po narození se vlivem vzestupu PaO₂ rychle uzavírá. U zdravých novorozenců se do 24 hodin uzavře asi ve 40%, do 48 hodin asi v 90% a do 96 hodin ve 100%. U nedonošených často PDA přetrvává, incidence je tím větší, čím je porodní hmotnost nižší. Po narození způsobuje PDA levo - pravý zkrat, který zvyšuje průtok plicním řečištěm, levou síní, levou komorou a aortou. V systémovém řečišti vzniká diastolický steal. Hemodynamicky významný PDA nepříznivě působí na plicní funkci

Hemodynamicky významný PDA je možné rozpoznat podle klinických příznaků a potvrdit echokardiografickým nálezem. Léčení je většinou farmakologické (indometacin, ibuprofen), při jeho neúspěchu chirurgický podvaz.

(2)

1.5. VÝŽIVA PŘEDČASNĚ NAROZENÝCH DĚTÍ

1.5.1 Enterální výživa

Optimální výživa je definována tak, že musí zajistit takový růst a vývoj dítěte, aby odpovídal třetímu trimestru intrauterinního života.

Nedonošené dítě se liší od donošeného v mnoha aspektech:

1. nezralé sací a polykací reflexy především u dětí narozených před 34. týdnem gestace, relativně vysoké kalorické požadavky s malou žaludeční kapacitou, s nedostatečnou žaludeční sekrecí
2. nezralý a inkompetentní jícnový svěrač, vedoucí k refluxu a riziku aspirace
3. nevyvážená střevní peristaltika
4. nezralá funkce ledvin

(1, 5)

Při enterální výživě nedonošených dětí se objevují četné komplikace: zvracení, dispenze žaludku a trávicího traktu, poruchy vodního a elektrolytového hospodářství.

Děti vážící více jak 1500 g se začínají krmit obvykle po počáteční stabilizaci. Nezávažnějším problémem jsou děti krajně nezralé. Začíná se s první dávkou fyziologického roztoku, dále mateřské mléko naředěné 1 : 1 s fyziologickým roztokem, pozvolna přecházet na plné mateřské mléko ve 2 ml porcích ve 2 – 3 hodinových intervalech dle tolerance. (5)

1.5.2 Složení enterální výživy

Výživa dítěte předčasně narozeného musí zajistit optimální vývoj a růst centrálního nervového systému. Složení mateřského mléka u žen, které předčasně porodily se liší od mateřského mléka matek donošených novorozenců

Bílkoviny - optimální příjem je 3 g/kg/den, vyšší příjem může vést k metabolické acidose...

Cukry – hlavní zdroj energie, nezbytné pro mozek a normální metabolismus. Mозek potřebuje asi 8 mg/kg/den.

Tuky – jsou hlavním zdrojem pro růst, metabolismus a svalovou aktivitu.

V případě nedostatku mateřského mléka se používají umělé přípravky, které jsou speciálně upraveny pro nedonošené děti – Nenatal, Enfalac.

Pokud nedostačuje kalorická hodnota mateřského mléka, je možno použít doplňky fortifikující mateřské mléko. (1)

1.5.3 Techniky krmení nedonošených dětí

Intermitentní krmení pomocí nasogastrické či orogastrické sondy jsou užívány u dětí, které mohou být na enterální výživě, jejich zažívací trakt je intaktní, ale perorální příjem je nedostatečný.

používá se cévka v průměru 2,5 cm, která se zavede nosem nebo ústy do žaludku. Strava se nesmí aplikovat pod tlakem, měla by do žaludku stékat pomocí gravitace.

Nesmí se také zapomínat na doplnění minerálů. Jejich spotřeba je vyšší, čím je novorozenec nezralejší.

Další možnost krmení nedonošených dětí je pomocí parenterální výživy. Parenterální výživu můžeme přivádět cestou periferní žíly nebo cestou velkých cév. Rostoky pro parenterální výživu musí obsahovat všechny základní živiny v optimálním poměru.

Kojení nedonošeného dítěte je možné zahájit poté, co dosáhne určitého stupně vyzrálости. Než začne být nedonošené dítě plně kojeno, je pro něj nejvhodnější výživou mléko vlastní matky.

1.6 TERMOREGULACE, UDRŽOVÁNÍ TERMONEUTRALITY

1.6.1 Význam

Teplota dítěte je výsledkem rovnováhy mezi produkcí a ztrátami tepla. Jako tepelně neutrální prostředí se označují takové podmínky, kdy jsou jak spotřeba kyslíku, tak energetické nároky na udržení tělesné teploty v mezích normy nejmenší.

Nedonošené dítě do 32. gestačního týdne nemá schopnost pocení. Po narození pak dochází k rychlému zrání potních žláz. Vzhledem k malému objemu svalové tkáně, relativně velkému tělesnému povrchu, tenkému kožnímu krytu a velkému krevnímu zásobení kůže, je tendence k tepelným ztrátám výraznější zejména u nedonošených novorozenců.

Teplotu měříme buď rektálně, axilárně nebo pomocí kožního čidla. Nejčastější příčiny hypotermie jsou nízká teplota (TT) prostředí, infekce, nízká porodní hmotnost, podvýživa, některé VVV. (1)

1.6.2 Ošetřování dětí v inkubátoru

Důležitým faktorem ošetřování dětí v inkubátorech je vlhkost prostředí. V nezvlhčených inkubátorech se pohybuje relativní vlhkost okolo 25 – 40%. Tuto vlhkost snáší většina dětí dobře, kromě extrémně nedonošených, kdy perspirace je hlavní příčinnou ztrát vody a poklesu tělesné teploty. Relativní vlhkost by se tedy u nich měla pohybovat okolo 50 – 60%. Pobyt dítěte v inkubátoru má i své negativní stránky. Horší přehled o dítěti (vizuální), méně snadný přístup k dítěti, hladina hluku v inkubátoru.

Ošetřování dětí na otevřeném lůžku má výhodu právě v lepší manipulaci s dítětem. Nevýhodou je relativně vysoká ztráta tepla do okolí a ztráta tepla odpařováním. Proto je nutné častější měření tělesné teploty. Tepelným ztrátám dítěte na otevřeném lůžku jde částečně předejít použitím plastického krytu.

1.6.4 „Klokánkování“

Pokud je dítě klidné a má stabilní hodnoty FF, může si matka vzít dítě do náruče a pochovat si ho. Většinou sedí v křesle vedle inkubátoru a má dítě položené na nahé pokožce na hrudníku. Dítě je také nahé a je přikryto dekou proti prochladnutí. Takto může sedět a chovat své dítě

matka i 3 hodiny. „Klokánkování“ se využívá k vytvoření a prohloubení vztahu mezi matkou a dítětem.

2. ZÁKLADNÍ IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

pohlaví: muž

jméno: D. T. P.

oslovení: Duong

datum narození: 23. 2. 2006

porod v gestačním týdnu a dnu: 23 + 1

aktuální gestační týden: 29 + 1

adresa: Praha 4

stav: dítě

kontaktní osoba: matka, otec

pojišťovna: 111

povolání: dítě

vzdělání: 0

alergie: neudává

den hospitalizace: 39. – 43. den

datum mého ošetřování: 3. – 7. 4. 2006

3. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A DIAGNÓZY

3.1 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA

RA: matka 31 zdravá, otec 34 zdrav, sourozenec: sestra, v příbuzenstvu nikdo vážněji nestonal.

PA: děvče v roce 2000

OA: dítě z 2. gravidity, fyziologické těhotenství, předčasný porod v gestačním stáří 23 + 1, porodní váha 550 g. Porod spontánní, APGAR skóre 8 – 8 – 9, po porodu intubace, aplikace

surfaktantu a transport na neonatologické oddělení. Úrazy 0, dětské infekční onem. 0.

SA: dítě z 2. gravidity

AA: neudává

GA: 0

NO: nyní hospitalizován na oddělení neonatologie, Gyn. – por. kliniky VFN pro extrémní nezralost, 23 + 1, ventilován.

FA: Tinktura opíí 0, 1 ml p. o.; Aminophylin cps. p. o.; Rohypnol p. o.; O – septonex gtt do obou očí

Monitorace FF – 24 hodin

Průměrné hodnoty v týdnu 3. 4. – 7. 4. 2006.

- TT 36,6-37,0 °C
- teplota inkubátoru 29 - 33 °C
- P (min) 135 - 155', pravidelný
- D (min) UPV 42 - 60/min
- SpO₂ 88 – 92%
- TK se neměřil

3.2 LÉKAŘSKÁ DIAGNÓZA

- Extrémní nezralost
- RDS (respiratory distress syndrom – syndrom dechové tísně)
- st.p. ligaci DA (ductus arteriosus)
- dlouhodobá ventilace
- abstinenční syndrom po podávaných opiátech

4. PŘEHLED PROVEDENÝCH DG. VÝZNAMNÝCH VYŠETŘENÍ

FYZIOLOGICKÉ FUNKCE

- stav vědomí: při vědomí, spolupráce žádná, extrémně dráždivý, trvale neklidný
- zornice a oční pozadí se u extrémně nezralých dětí standardně vyšetřuje až ve 32. gestačním týdnu.

- puls od 135 - 155', pravidelný
- dech – UPV od 42 - 60/min, silně zahleněn
- tlak se za mé praxe neměřil
- TT 36,6-37,0 °C, teplota inkubátoru od 29 - 32 °C
- SpO2 od 88 – 92%
- váha v týdnu mé praxe: 765 g, 800 g, 780 g,
- délka 24 cm
- obvod hlavy od 23, 0 cm

LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Laboratorní vyšetření krve - Vyšetření se prováděla z kapilární krve odebírané z paty

Tabulka číslo 1 – Acidobazická rovnováha ze dne 6. 4. 2006

Název vyšetření	Výsledky, jednotky	Referenční rozmezí
pH	7,341 ↓	7,36 – 7,44
Hemoglobin	127 g/l	100 – 130 g/l
pCO ₂	7,20 kPa ↑	4,66 – 6,00 kPa
HCO ₃ aktuální	28,4 mmol/l ↑	22,0 – 26,0 mmol/l
pO ₂	3,9 kPa ↓	10,4 – 14,3 kPa
O ₂ saturovaný	55,3 % ↓	94 – 99,0 %

■ ostatní hodnoty ABR jsou v normě

Krevní skupina - 0 Rh +

Tabulka číslo 2. – Biochemická vyšetření ze dne 6. 4. 2006

datum	3. 4. 06	4. 4.	5. 4.	6. 4.	7. 4.	Referenční rozmezí
Na	137	139	131	140	139	128 – 146 mmol/l
K	4,0 ↓	4,0 ↓	5,2 ↓	4,3 ↓	4,2 ↓	4,7 – 6,5 mmol/l
ioniz.Ca	1,37	1,36	1,21	1,28	1,26	1,0 – 1,5 mmol/l
Cl	104	102	110	105	107	96 – 116 mmol/l
glykémie	5,2 ↑	6,5 ↑	7,5 ↑	6,8 ↑	4,1	2,6 – 4,2 mmol/l
laktát	1,20	1,70	2,10	2,50	1,30	0,5 – 3,0 mmol/l
bilirubin				0		0 – 29 µmol/l
Hemoglobin	131 ↑	140 ↑	138 ↑	127 ↑	125 ↑	100 – 130 g/l

DALŠÍ VYŠETŘENÍ

Zobrazovací metody

- RTG hrudníku 4. 4. 2006

Závěr: Endotracheální roura zavedena v hloubce 6,5 cm. Ventilovány obě plíce.

- SONO srdce 24. 3. 2006

Závěr: PDA pulsativního charakteru s L – P zkratem, doporučena ligace.

- SONO CNS 17. 3. 2006

Závěr: bez dilatace mozkových prostor, parenchym bez ložiskových změn a známek zánětu.

Krvácení po porodu se spontánně zastavilo, nové nevzniká.

Tabulka číslo 3 – Příjem a výdej tekutin

	3.4.2006	4.4.2006	5.4.2006	6.4.2006	7.4.2006
Příjem tekutin /24 h	109,6ml	112ml	93ml	98ml	105,4ml
Výdej tekutin /24 h	85,3ml	95,2ml	90,4ml	94,8ml	96,3ml

5. PŘEHLED TERAPIE

Léky podávané per os:

Tinktura opíí

Dávka: 0, 1 ml – á 6 hodin

IS: opiové analgetikum

NÚ: možnost vzniku závislosti, zácpa

Aminophylin cps (kapsle)

Dávka: 2, 5 mg 1/denně

IS: bronchodilatans, antiastmatikum

NÚ: zažívací trakt – nausea, zvracení; podráždění CNS – bolest hlavy, neklid, poruchy spánku

Rohypnol tbl (tablety)

Dávka: při neklidu 0,1 ml

IS: myorelaxans, hypnotikum

NÚ: možnost vzniku závislosti, únavnost, svalová slabost

Místní aplikace:**Ophalmoseptonex gtt**

Dávka: 1 kapka do obou očí 1x /3 hodiny

IS: Oftalmologikum, antiseptikum

NÚ: alergie na složky léku

Dietoterapie

Dieta kojenecká, podávání fortifikovaného mateřského mléka od vlastní matky. Mléko je připravováno v mléčné kuchyni.

Fyzioterapie

Duong nemá žádnou naordinovanou RHB. Když se probudí, tak je čilý a dráždivý občas se zavrtí. Má individuální režim, proto se polohuje dle jeho potřeby.

6. STRUČNÝ PRŮBĚH HOSPITALIZACE

Narození ve 23 + 1 týdnu, porod spontánní. Chlapeček je Vietnamské národnosti. Po porodu byl Duong velmi vigilní, ještě na sále byl zaintubován a byl mu podán surfaktant. Na oddělení zavedeny pod RTG kontrolou umbilikální katetry k infúzní terapii. Došlo k spontánnímu odchodu smolky. Od 4. hodiny života se objevuje masivní zahlenění dolních dýchacích cest, nutnost častějšího odsávání. Duongovi byla zjištěna na SONO vyšetření široce otevřená PDA (ductus arteriosus persistens). Proto byla zahájena léčebná kúra Ibuprofu. Otevřená PDA přetrvává i po třech kúrách Ibuprofu (24. 2., 1. 3., 11. 3. 2006). Pro zvýšení zánětlivých markerů v KO (krevní obraz) byla nasazena dvojkombinace antibiotik. Od 6. dne došlo

k rozvratu vnitřního prostředí. Měl sytý, výrazný ikterus. Pro neklidnost byla nutná sedace – podávána sufenta kontinuálně v dávce 80 ng/kg/hod. Dne 24. 3. byla provedena na oddělení neonatologie lékaři z kardiocentra FN Motol ligace DA (ductus arteriosus). Operace byla úspěšná, bez komplikací. Pro podporu oběhu podána nízká dávka tensaminu i.v. 32. den byl proveden pokus o extubaci. Bez UPV vydržel 4 hodiny. Další pokus o extubaci byl ve 40. dnu – 33 hodin vydržel bez ventilátoru, reintubován pro nárůst dušnosti, hyposaturace. V současné době je Duong zaintubován a napojen na UPV, je velmi neklidný a dráždivý (abstinenční syndrom po ukončení podávání sufenty). Nyní je mu podávána opiová tinktura a má individuální klidový režim. Maminka ho chodí každý den navštěvovat.

C. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

1. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A HODNOCENÍ SOUČASNÉHO STAVU

Duongův současný zdravotní stav a jeho vývoj jsem měla možnost hodnotit po dobu mé praxe ve dnech 3. 4. - 7. 4. 2006

1.1 OBJEKTIVNÍ NÁHLED NA HOSPITALIZACI

Pacient je 2měsíční dítě, které se narodilo předčasně spontánním porodem ve 23. týdnu gravidity. Duong je hospitalizován na oddělení neonatologie. Je napojen na UPV. Leží v inkubátoru. Má zavedenu endotracheální kanylu a žaludeční sondu. Je 24 hodin monitorován. Nyní již bez žilních vstupů. Je zcela nesoběstačný, bez schopnosti spolupráce. Denně ho chodí navštěvovat matka s tetou, matka přináší odstříkané mateřské mléko.

1.2 FYZIOLOGICKÉ POTŘEBY

Dýchání

Chlapec je zaintubován endotracheální kanylou číslo 3. 3.4.2006 extubace a 2. pokus o spontánní dýchání s pomocí CPAP. Pro nárůst dušnosti a hyposaturace druhý den reintubován. UPV – režim ventilátoru: PSV – VG. PEEP 4, 5, FiO₂ 21 -25%.

Hloubka zavedení kanyly se vždy zkontroluje na RTG snímku. Je silně zahleněn. Dle potřeby se dýchací cesty odsávají. Při potřebě se pro uvolnění hlenu podává FR, který se vstříkne endotracheální rourou do plic, nechá chvíli působit a poté pomocí odsávačky odsaje.

Výživa

Duong má zavedenu nasogastrickou sondu, kterou se krmí. Je krmen fortifikovaným mateřským mlékem od vlastní matky. Do mléka je v mléčné kuchyni přidáván chlorid sodný a roztok fosforu. Mléko dostává pouze sondou, ještě nemá dostatečně vyvinut sací reflex.

Je krměn pomocí injekční stříkačky 8 x za den 14 ml mléka. Stravu přijímá bez komplikací, zbytky nemá. Někdy si ublinkne.

Při posledním vážení vážil 770g.

Vyprazdňování

Moče: nemá žádné obtíže s močením. Používá dětské pleny, které se vždy před a po použití zvaží. Zbarvení moče je normální, bez příměsí.

Stolice: stolice je řídká, stříkavá, žluto – hnědé barvy. Některá stolice byla formovanější ve formě bobek a s příměsí hlenu. Stolice odchází každý den. Bříško má Duong měkké a prohmatné.

Spánek a odpočinek

Pro uklidnění je mu podávána opiová tinktura. Jednu noc za mého ošetřování mu byl podán rohypnol. Spí podle fyziologického režimu, který je dán věkem nemocného 18 – 20 hodin denně.

Tělesná aktivita

Duong měl zcela individuální režim, proto se polohoval až když byl vzhůru, nebo pokud se mu měřily FF a krmil se. Pokud je vzhůru vrtí se v inkubátoru. Bez rehabilitace.

Teplota a pohodlí

Duong je od narození uložen v inkubátoru, kde je možná regulace teploty podle jeho aktuální potřeby. Nyní už je schopný delší dobu udržet si stabilní teplotu, proto není v inkubátoru tak vysoká teplota. Za mé praxe měl pouze jednu teplotu 37,0 °C, jinak byl stále bez teplot. Teplota se měří každé 3 hodiny digitálním teploměrem v podpaží, a po tomto měření má ještě v inkubátoru kožní čidlo, které je pokládáno pod něj pro orientační hodnotu. Pro sníženou autoregulační schopnost udržet teplotu se Duongovi nasadila flaušová čepička a na nohy ponožky. Byl přikryt flaušovou dekou. Jako antidekubitární a polohovací pomůcka se používá

dekuba, která se dá dle potřeby ohrnout. Na oddělení je zvykem polohovat po 3 hodinách, ale kvůli velké dráždivosti má Duong individuální režim. Jeho inkubátor je zvenku kryt bavlněnou pokrývkou pro větší šero v inkubátoru.

Bolest

Duong je velmi dráždivý při jakékoliv manipulaci. Proto má zaveden individuální klidový režim. Ve spánku dítěte jsem nezaznamenala žádný projev bolesti.

Hygiena a stav kůže

Každý den byl Duong otřen speciálními navlhčenými ubrousky pro děti. Pokud má sušší kůži namaže se dětským olejíčkem.

Kůže je čistá, napnutá, růžová. V oblasti střední podklíčkové čáry malá jizva po ligaci DA. Predilekční místa (chodidla, kolena, lokty) kryta tegadermem. Na kůži nejsou žádné dekubity. Hydratace a prokrvení kůže v normě.

1. 3 PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY

Bezpečí a jistota

Po porodu byl převezen na oddělení neonatologie, kde je do této doby. Je uložen v bezpečí v inkubátoru. Chlapec není schopen udržet tělesnou teplotu na hodnotách, při kterých by mohl zůstat déle mimo inkubátor. Duong stále není stabilizovaný do té míry, aby s ním maminka mohla „klokánkovat“.

Láska a sounáležitost

Každý den přichází na návštěvu maminka s tetou, pokud má otec čas, tak i on. Jednou týdně je uspořádána schůzka s bratrem otce, který umí česky a dělá jim tlumočnicka. Rodiče jeví o dítě zájem. Doma na něj čeká 5letá sestřička.

1. 4 EXISTENCIONÁLNÍ POTŘEBY

Zdraví

Duongův zdravotní stav se zlepšuje. Je extrémně dráždivý a je trvale neklidný. Schopnost spolupráce žádná, je zcela odkázán na pomoc sester.

Vnímání: zrak a sluch dozrává s věkem dítěte.

Soběstačnost

Duong je zcela závislý na péči personálu oddělení a své rodině. Není schopen žádné spolupráce.

Komunikace

Komunikace s Dugongem je možná na úrovni taktilní stimulace matka – dítě. Z chlapcoví strany není zatím moc vítána. Více se komunikuje s rodinou. Otec umí trochu česky, matka velice málo. Z tohoto důvodu se každý týden koná schůzka s ošetřujícím lékařem a bratrem otce, který tlumočí rodině zprávy od lékaře.

Sebeúcta a realizace

Kvůli věku Duonga nejsem schopna na tuto otázku odpovědět.

Duchovní potřeby

Není pokřtěn.

2. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

1. Zvýšené zahlenění dýchacích cest z důvodu nezralosti plicní tkáně a mechanického dráždění ETK (endotracheální kanyla), projevující se poklesy saturace a neschopností samostatného dýchání bez UPV.

2. Porucha termoregulace z důvodu nezralosti termoregulačního centra a chybění podkožního tuku, projevující se sníženou TT (tělesná teplota).

3. Porucha výživy z důvodu nezralosti gastrointestinálního traktu, projevující se váhovým úbytkem.

4. Porucha vztahu matka – dítě z důvodu předčasného narození dítěte, odloučení dítěte od matky.

5. Riziko infekce z důvodu nezralosti imunitního systému a zavedení ETK, nasogastrické sondy.

6. Riziko poruchy integrity kůže z důvodu nezralé pokožky, nedostatku podkožního tuku.

Pořadí ošetřovatelských diagnóz jsem stanovila podle vlastního uvážení a podle závažnosti stavu chlapěčka.

3. CÍL, PLÁN, REALIZACE, HODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

1. Zvýšené zahlenění dýchacích cest z důvodu nezralosti plicní tkáně a mechanického dráždění ETK, projevující se poklesy saturace a neschopností samostatného dýchání bez UPV.

Cíl: Dojde k zlepšení ventilace plic, fyziologické funkce budou v normálním rozmezí, dítě dýchá volně bez námahy

Plán:

- zvlhčovat vzduch
- kontrolovat fyziologické funkce, saturaci krve kyslíkem
- kontrolovat laboratorní výsledky – vyšetření krevních plynů
- sledovat množství odsátého hlenu, jeho barvu a konzistenci
- kontrolovat, zda nedochází k projevům cyanózy
- zajistit volné dýchací cesty odsáváním
- podat léky na uklidnění dítěte dle ordinace lékaře

Realizace:

Duong měl zavedenu ETK a byl napojen na UPV. Množství vdechovaného kyslíku bylo 21 – 25%. Kontrolovala jsem fyziologické funkce a saturaci krve kyslíkem na monitoru. Sledovala jsem laboratorní výsledky a zapisovala je do dokumentace. Sledovala jsem při odsávání barvu, množství a konzistenci hlenu. Duong se 5. 4. extuboval. Po extubaci se převedl na CPAP. Vydržel dýchat sám 33 hodin, poté byl pro poklesy saturace a pro únavu opět zaintubován. Byl to již 2. pokus o extubaci. Pro uklidnění se podávala tinktura opíí dle ordinace lékaře.

Hodnocení: Během mého ošetřování došlo k extubaci a následné intubaci Duonga pro zhoršení dechových obtíží. Je stále napojen na ventilátor. FF a laboratorní výsledky jsou v normě.

2. Porucha termoregulace z důvodu nezralosti termoregulačního centra a chybění podkožního tuku, projevující se sníženou TT.

Cíl: Nedojde k prochladnutí dítěte.

Plán:

- zajistit dítěti termoneutrální prostředí
- měřit TT v určených intervalech
- upravit teplotu a vlhkost dle aktuální potřeby dítěte
- nezapomínat zavírat okénka inkubátoru
- sledovat FF, barvu kůže
- nesahat na dítě studenýma rukama

Realizace: Dle ordinace lékaře jsem v pravidelných intervalech měřila a zapisovala FF, v určených intervalech jsem Duongovi měřila TT. Po práci v inkubátoru jsem vždy zavřela okénka na inkubátoru. Snažila jsme se na něj nesahat se studenýma rukama.

Hodnocení: Duong měl za mé praxe pouze jednu TT 37,0°C, jinak se jeho TT pohybovala ve fyziologických hodnotách. Během mého ošetřování nedošlo k prochladnutí dítěte.

3. Porucha výživy z důvodu nezralosti gastrointestinálního traktu, projevující se váhovým úbytkem.

Cíl: Dítě bude přibývat na váze.

Plán:

- sledovat hmotnost dítěte
- sledovat peristaltiku a odchod stolice
- podávat stravu odpovídající věkové skupině dítěte
- sledovat bilanci tekutin

Realizace: Každý den jsem sledovala Duongovu peristaltiku a odchod stolice. K jídlu dostával mateřské mléko které mu maminka každý den nosila, do dokumentace jsem zapisovala zvážené pleny pro změření bilance tekutin.

Hodnocení: Cíl nesplněn, Duong nezačal přibývat na váze.

4. Porucha vztahu matka – dítě z důvodu předčasného narození dítěte, oddělení dítěte od matky.

Cíl: Matka chápe vzniklou situaci, je schopna uspokojit potřeby svého dítěte.

Plán:

- seznámit rodiče s možností návštěv
- dávat dostatek informací o stavu dítěte
- zjistit, zda informacím rozuměli
- informovat rodiče o chování dítěte, pokrocích ve vývoji
- zapojit matku do péče o dítě

Realizace: Rodiče věděli o možnosti návštěv a využívali je, od lékařů a sester dostávali podrobné informace o vývoji jejich syna. Protože neuměli dostatečně česky, museli se jim informace předávat přes bratra. Každý den matka chodila na návštěvu. Pro svůj zdravotní stav musel ale Duong zůstat v inkubátoru.

Hodnocení: Matka chápe vzniklou situaci, byla by schopna uspokojit potřeby svého dítěte, ale zdravotní stav jejich syna jí to nedovoluje. Pro upřesnění informací se pořádá jednou týdně s rodiči, lékaři a otcovo bratrem schůzka, kde bratr všechny informace od lékařů přetlumočí rodičům.

5. Riziko infekce z důvodu nezralosti imunitního systému a zavedení ETK, nasogastrické sondy.

Cíl: Nedojde ke vzniku infekce, laboratorní výsledky jsou v normě, má normální FF, nemá žádné patologické projevy na kůži.

Plán:

- mýt si ruce před a po manipulaci s dítětem
- udržovat průchodnost ETK, nasogastrické sondy
- převazy provádět za aseptických podmínek
- kontrola laboratorních výsledků a fyziologických funkcí
- sledovat toleranci stravy
- informovat lékaře při projevech infekce
- při pozitivních laboratorních výsledcích podávat ATB dle ordinace lékaře

Realizace: Při každé manipulaci s dítětem jsme si řádně omyla a odesinfikovala ruce, vzala rukavice. Vše jsem prováděla za aseptických podmínek, sledovala jsem toleranci stravy, kontrolovala a zapisovala do dokumentace výsledky vyšetření.

Hodnocení: Nedošlo ke vzniku infekce, Duong měl všechna vyšetření bez patologických hodnot.

6. Riziko poruchy integrity kůže z důvodu nezralé pokožky, nedostatku podkožního tuku.

Cíl: Nepoškozená kůže a podkoží.

Plán:

- měnit polohu dítěte v pravidelných intervalech
- zajistit dobrou hygienu, časté přebalování

- uložit dítě na antidekubitární podložku
- kontrolovat správné uložení fixačních a terapeutických pomůcek
- predilekční místa krýt tegadermem
- pravidelně měnit strany končetin pro čidla měřící FF

Realizace: Duong byl velice dráždivý, proto mu lékař naordinoval individuální režim. Pokud se probudil, tak se přebalil, přendalo se kožní čidlo na druhou nohu, zkontrolovalo se uložení fixačních pomůcek. Na predilekční místa se mu nalepil tegaderm. Při každém rozbalení se kontroloval stav kůže, zda nedošlo k jejímu porušení.

Hodnocení: Během mého ošetřování nedošlo k poškození kůže. Duong se polohoval dle potřeby, každé 3 hodiny se mu zapisovaly FF do dokumentace.

4. ZÁVĚR A PROGNÓZA

Předčasně narozený chlapec je hospitalizován na oddělení neonatologie. Je zaintubován a napojen na UPV. V týdnu mého ošetřování se provedl druhý pokus o extubaci, který byl neúspěšný. Naše ošetrovatelská péče byla zaměřena na prevenci vzniku komplikací, které mohou u takto nezralých dětí vznikat. Hlavní ošetrovatelské problémy u Duonga jsou:

dlouhodobá umělá plicní ventilace s rizikem přechodu do chronicity, abstinenční syndrom, neschopnost udržet stálou tělesnou teplotu, nepřibírání na váze.

Pomocí SONO vyšetření bylo vyloučeno krvácení do CNS. Po operačním uzávěru se provedlo opětovné sonografické vyšetření, kde se konstatoval úplný uzávěr tepenné dučeje. Ve 32. týdnu se vyšetřuje oční pozadí, nejde zatím určit, zda se nerozvine retinopatie.

Byl velký problém komunikace s matkou, která neuměla dostatečně česky a bratr jejího muže, který plnil roli překladatele, s ní každý den na návštěvu do nemocnice nechodil. Také ještě nebyl Duong natolik stabilizovaný, aby s ním mohla maminka „klokánkovat“. Až to bude možné, maminka se ráda zapojí do péče o své dítě.

Na oddělení neonatologie se mi opravdu dobře pracovalo. Všichni na oddělení byli velice ochotní mi vše vysvětlit a ukázat. Líbil se mi program – mateřský klub, kde se učí matky pečovat o svá miminka a mohou se zeptat na vše, co jim dělá problémy.

Všechny nedonošené děti jsou po propuštění vedeny na rehabilitačním a neurologickém oddělení, a to až do konce prvního roku. U Duonga nyní nelze jednoznačně stanovit, jakou bude mít prognózu, ale při současných terapeutických možnostech má šanci, že jeho bio – psycho - sociální vývoj bude s minimálními riziky.

D. POUŽITÁ LITERATURA

1. BOREK, Ivo a kolektiv. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské praxe.*

Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80 -7013 – 338 – 4

2. DORT, Jiří a spolupracovníci. *Neonatologie: vybrané kapitoly pro studenty LF.*

Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80 – 246 – 0790 – 5

3. FENDRYCHOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v neonatologii.*

Brno: IDVPZ, 2000. ISBN 80 – 7013 – 322 - 8

4. PLAVKA, R; ZLATOHLÁVKOVÁ, B; ŠVIHOVEC, P; KOPECKÝ, P; SEBRONĚ, V.
Poruchy dýchání u novorozenců.

In: Kolektiv autorů: Neonatologický edukační program, Modul III., Česká neonatologická společnost, Česká pediatriká společnost, Slovenská pediatriká společnost, Třinec, 1996.

ISBN neuvedeno.

5. POLÁČEK, M; PLAVKA, R; PAULOVÁ, M. *Metabolismus vody a elektrolytů.*

In: Kolektiv autorů: Neonatologický edukační program, Modul V., Česká neonatologická společnost, Česká pediatriká společnost, Slovenská pediatriká společnost, Třinec, 1996.

ISBN neuvedeno.

6. RYŠAVÁ, M; NEČASOVÁ, A; FENDRYCHOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy a jejich přiřazení k vybraným diagnózám v neonatologii.*

Brno: IDVPZ, 2002. ISBN 80 – 7013 – 360 – 0

7. ZOBAN, P; ČERNÝ, M. *Kategorizace rizikových skupin novorozenců*

In: Kolektiv autorů: Neonatologický edukační program, Modul I., Česká neonatologická společnost, Česká pediatriká společnost, Slovenská pediatriká společnost, Třinec, 1996.

ISBN neuvedeno.

PŘÍLOHY

Příloha číslo 1.a – ošetrovatelská dokumentace – ukázka

příloha číslo 1. b – ošetrovatelská dokumentace – ukázka

příloha číslo 1. c – lékařská ošetrovatelská dokumentace - ukázka

příloha číslo 2 - plán individualizované péče

Plán ošetrovateľskej péče

Ošetrovateľské diagnózy aktuální a potenciální ošetrovateľské problémy nebo poruchy v uspokojovaní potreb seřazené v pořadí jejich naléhavosti	Cíle ošetrovateľské péče časově vymezené a měřitelné cíle	Plánované ošetrovateľské aktivity činnosti sestřer zajišťující dosažení cílů	Hodnocení poskytnuté péče	
			efekt (ve vztahu k cílům)	datum podpis primární sestry
<p>vyšší zhlédnutí dýchacích gest z důvodu nezálosti trávicího traktu a hemodynamického draždění ETK, projevu se zpřesnění saturace, nesíťnosti sáňostat- ho dýchání bez OPV.</p>	<p>DOJDE KE ZLEPŠENÍ VENTILACE PLIV PF BUDOU V NORMATNÍM ROZMĚRU DÍTĚ DÝCHA VOLNĚ BEZ KAMAHY.</p>	<p>ZVĚŘOVAT VĚDĚLI, KONTROLOVAT FF, SATURACI KRVĚ KYSLÍKEM, KONTROLOVAT LABORATORNÍ VÝSLEDKY, SLEDOVAT HLUBĚTI PĚSATEHO HLENY KONTROLOVAT ŽDA NEDODRŽÍ K PROJEVU CY- ANDRY, ZAJISTIT VOČE DÝCHACÍ GĚSTY DĚSA- VÁNÍM, PODAT LĚKY VĚKOVĚ DĚTĚ DLE ORDINACE LĚKÁŘE.</p>	<p>BĚHEM MĚHO OŠETŘOVÁNÍ DOŠLO K EXTUBACI A LÁŠ- LEDNĚ REINTUBACI PRO ZHORŠENÍ DÝCHOVÝCH OB- TÍŽÍ. JE STĚLE KAPOJEN NA UDU. PFA LABORATORNÍ VÝSLEDKY JSOU V LOSTĚ.</p>	<p>3.4.2006 Fridrichová</p>
<p>PORUCHA TERMOREGULACE Z DŮVODU NEZÁLOS- TĚRMOREGULAČNÍHO CENTRA A RHYTMU PODKOŽNÍ HOTOUKY, PROJEVUJÍCÍ SE SMĚŘOVU</p>	<p>NEDOJDE K PROCHLADUTÍ DÍTĚTE.</p>	<p>ZAJISTIT DÍTĚTE TĚRMO NEUTRÁLNÍ PĚSTŘEDÍ, MĚ- ŘIT TT V URČENÝCH INTERVÁLECH, UPRAVIT TĚ- A VLHKOST DLE AKTUÁLNÍ POTŘEBY DÍTĚTE, MĚ- ZAPOMÍNAT ZAVRÁT OKÉNKA INKUBÁTORU, SLE- DOLAT FF, BARVU KŮŽE, NĚSÁHAT NA DÍTĚ STU- DĚNÝMA RUKAMA.</p>	<p>DUONĚ MĚL TT VE FYZIO- LOGICKÝCH HODNOTÁCH, POU- ZE JEDLOU TT 37,0°C, BĚ- HEM MĚHO OŠETŘOVÁNÍ. KE DOŠLO K PROCHLADUTÍ DÍ- TĚTE.</p>	<p>3.4.2006 Fridrichová</p>
<p>PORUCHA VYŽIVY Z DŮVODU NEZÁLOS- TÍ, PROJEVUJÍCÍ SE VÁHOMÍ UBYTKEM.</p>	<p>DÍTĚ BUDE PŘIBÝVAT NA VÁŽE</p>	<p>SLEDOVAT HTOUOST DÍTĚTE, SLEDOVAT PĚ- DISTALTIKU A ODRHOD STOLICE, PODÁVAT STRAVU ODPOVÍDAJÍCÍ VĚKOVĚ SKUPINĚ DÍTĚTE, SLEDOVAT BILANCI TEKUTIN.</p>	<p>GIZ NESPLNĚN DUONĚ NEZÁEL PŘIBÝVAT NA VÁŽE</p>	<p>3.4.2006 Fridrichová</p>
<p>PORUCHA VZTAHU MATEK-DÍTĚ, Z DŮVODU PĚDCASUVĚHO NAROZENÍ DÍTĚTE, ODĚLE- DÍTĚTE OD MATEK.</p>	<p>MATEK CHÁPE VZNIKLOU SITUACI, JE SCHOPNÁ USPOKOJIT POTŘEBY SVĚHO DÍTĚTE.</p>	<p>SEZNÁMÍT KODICE SHTĚNOSTÍ, MĚSŤEV, DÁVAT DOSTATEK INFORMACÍ O STÁVU DÍTĚTE, ZJISTIT ŽDA INFORMACÍM ROZUMĚLÍ, INFORMOVAT RODIČE O CHOVÁNÍ DÍTĚTE, POKRČCH VE VÝVOJÍ, ZA- POJIT MATEK DO PĚCE O DÍTĚ.</p>	<p>MATEK CHÁPE VZNIKLOU SI- TUACI, PRO UPŘESNĚNÍ INFORMACÍ SE PĚŘÁDA JEDNĚ TÝDNĚ S RODIČI, LĚKÁŘI A OKOLO BRATŘE SCHŮZKA - TLUČO.</p>	<p>5.4.2006 Fridrichová</p>
<p>RIZIKO INFEKCE Z DŮVODU NEZÁLOS- TÍ HEMITNÍHO SYSTĚMU A ZAVEDENÍ ETK, NASOGASTRICKÉ SONDU.</p>	<p>NEDOJDE KE VĚNIKU INFEKCE, LABORA- TORNÍ VÝSLEDKY JSOU V NORMATNÍM ROZ- MĚRU, FF, ŽADNĚ PATOLOGICKĚ PROJE- VY NA KŮŽI.</p>	<p>MŤ SI PŘĚDA PO MANIPULACI S DÍTĚTEM RUCI, YDĚŽOVAT PŘĚCHODOST ETK, NASOGASTRICKÉ SONDY, PŘEVÁZY PŘĚVĚT ZA ASEPTICKÝCH PODMÍNEK, KONTROLA LABORATORNÍCH VÝSLEDKŮ, SLEDOVAT TOLERACI STRAVY, INFORMOVAT LĚKÁŘE PŘI PRO- JĚVĚCH INFEKCE.</p>	<p>NĚDOLO KE VĚNIKU INFEKCE, DUONĚ MĚL VŠĚCHNA VYŠĚTŘENÍ BEZ PATOLO- GICKÝCH HODNOT.</p>	<p>6.4.2006 Fridrichová</p>
<p>RIZIKO PORUCHY INTEGRITY KŮŽE Z DŮVODU NEZÁLE POKOŽKY, NĚDOSTATEK PODKOŽNÍHO TKU.</p>	<p>MĚDOŠKORELA KŮŽE A PODKOŽÍ.</p>	<p>MĚNIT POLOHU DÍTĚTE V PRAVDĚLNÝCH INTERVÁLECH ZAJISTIT DOBRŮU HYGIENU, MĚSŤ PŘĚBALOVÁNÍ, ULOŽIT DÍTĚ NA ANTIDEKUBITÁRNÍ PODLOŽ- KU, KONTROLOVAT SPRÁVNĚ ULOŽENÍ, FIXAC- KŮCH K TĚRÁPEUTICKÝCH POKYČEK, PŘĚDĚLA- ČNÍ MĚSŤA KRYT TĚSADĚRHEM.</p>	<p>BĚHEM MĚHO OŠETŘO- VÁNÍ NĚDOŠLO K POS- KŮŽENÍ KŮŽE.</p>	<p>6.4.2006 Fridrichová</p>