

Střední a Vyšší zdravotnická škola

5.května 51,Praha 4

Absolventská Práce

Ošetrovatelský proces u novorozence
s abstinenčním syndromem

Zpracovala: **Kateřina Sedláčková**

studentka II.ročníku oboru Diplomovaná sestra pro intenzivní péči

Vedoucí práce: **Mgr. Libuše Laifrová**

Praha, duben 2004

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem absolventskou práci vypracovala samostatně a všechny použité podklady jsem uvedla v seznamu literatury.

V Praze dne 30.dubna 2004

.....

vlastnoruční podpis autora

Teoretická část

1. Fyziologické těhotenství

V nitroděložním vývoji člověka rozeznáváme dvě období:

-období embryogenezy : zahrnující prvních 8 týdnů po oplodnění vajíčka. První dva týdny lze označit jako **fázi blastogenezy** - oplodnění, migrace, nidace a několikadenní další vývoj, v němž se vytvoří základ plodu a plodových obalů. Od 3. do 8. týdne probíhá **fáze embryogenezy** - končí vývojem embrya, které má již lidskou podobu, má založené jednotlivé orgánové systémy i vlastní nutriční systém.

-období fetální - od 9. týdne do porodu se dělí na **rané fetální období** - od 9. týdne do konce 26. týdne se vyvíjí a dozrávají orgánové systémy plodu, takže nabyde relativní životaschopnosti. **Pozdní fetální období** od 27. týdne do porodu, kdy vzrůstá schopnost plodu adaptovat se na zevní podmínky.

Po skončení embryogenezy se mluví o embryu, později o fetu a po porodu o novorozenci.

1. 2. Období embryogenezy

Oplodnění - Je splynutí pohlavní buňky-gamety, mužské spermie s ženskou pohlavní buňkou-vajíčkem. Obě gamety prodělaly zrací dělení a mají poloviční-haploidní počet chromosomů. Vajíčko má vždy 22 autozomů a jeden gonozom X tedy vždy 23 X, spermie má 22 autozomů a gonozom X nebo Y, tedy 23X nebo 23Y. Spermie si zachovávají schopnost proniknout do vajíčka ještě 26 hodin i déle po souloži. Vajíčka pozbývají schopnost být oplodněna asi 12 hodin po ovulaci. Spojením jader haploidních gamet vznikne diploidní oplozené vajíčko zygota. Chromosomálním uspořádáním zygoty je dáno genetické pohlaví jedince 46XY-mužské nebo 46XX-ženské.

Segmentace a migrace - Zygota je peristaltickými pohyby vejcovodu a kmitáním řasinek buňek tubulární sliznice posunována směrem k děložní dutině-migruje. Přitom se mimoticky dělí již po 22-30 hodin po oplození vznikly z zygoty **blastoméry** hranice blastomer se jeví jako rýhy, a proto se dělení zygoty nazývá též rýhování. Dalším vývojem stadia, 5. den po oplodnění, vzniká blastocysta tvoří se obal blastocysty-trofoblast, zevnitř k němu přiléhá shluk větších buněk-embryoblast.

Z trofoblastu se později vyvíjí plodové obaly, embryoblast je základem pro budoucí embryo a plod.

Implantace-nidace- Za 6-7 dnů po oplození získává blastocysta schopnost zanořit se do děložní sliznice. Otvor se po zanoření zalepí fibrinem a přeroste epitelem. Tomuto ději, který je ukončen asi 9 dnů po oplození se říká nidace nebo implantace. Blastocysta získává v této době výživu z rozpuštěné tkáně endometria. V termínu očekávané menstruace začíná trofoblast produkovat HCG stimuluje žluté tělísko, které produkuje estrogeny a progesteron a jejichž účinkem se mění děložní sliznice.

Vývoj plodového vejce po nidaci -Na povrchu blastocysty se kolem 11. až 13. dne po ovulaci začnou tvořit nitkovité výběžky- primární klky, které jsou tvořeny buňkami cytotrofoblastu a na povrchu mají vrstvu plasmodia. Druhotně do nich proniká vazivová osa z primárního mesodermu. Na zárodečném terčíku, který je s trofoblastem široce spojen s diferencujícími vrstvy ektoderm a entoderm. Dutina blastocysty je vyplněna primárním mesodermem. Z ektodermu se vytvoří nervový systém, kůže s adnexy, oči, uši a mezi vrstvami se vytvoří amniální dutina. Z entodermu se vytvoří žloutkový váček a do jeho stěn později prorůstají ze základů aorty, cévy čímž se vytvoří žloutkový oběh. Jeho prostřednictvím čerpá zárodek výživu. Dále se vytvoří gastrointestinální trakt s játry, žlučníkem, žlučovými cestami, pankreas, štítná žláza a plíce. Primární mesoderm je dutinkami v něm vznikajícími a splývajícími zatlačován k trofoblastu, kde z něho vzniká chorion. Z mesodermu se vytvoří kosti, svaly, vazivo, cévní a urogenitální systém.

Fáze vlastní embryogeneze- Toto období vzniká třetím týdnem po oplození a končí 8. týdnem po oplození. Ze zárodečného terčíku se v této době vytvořilo embryo se založenými nejdůležitějšími orgány. Vytváří se též nutriční systém-placenta.

Vývoj plodových obalů a placenty - Při nidaci se celé plodové vejce zanořilo do endometria. Na začátku embryonálního stadia je plodové vejce na celém povrchu pokryto nitkovitými primární klky do nich proniká vazivová osa z primárního mesodermu vytlačeného ke stěně plodového vejce a vzniknou sekundární klky. Stěna plodového vejce je v této době tvořena amniem, chorionem, cytotrofoblastem a syncytiotrofoblastem.

Zárodečný terčík je spojen s uterinním plem plodového vejce zárodečným stvolem do něhož pronikly cévy.

Koncem prvního gestačního měsíce se vytvořil alantionový oběh, zajišťující cirkulaci mezi embryem a klky. V této době zaniká žloutkový krevní oběh. Ve druhém měsíci gestace mizí klky a na konci druhého měsíce zůstávají na uterinním pólu plodového vejce. Klky rostou, zvětšují se a bohatě větví.

Z nich se vytvoří definitivní orgán výživy plodového vejce-**placenta**. Z původního zárodečného stvolu vznikne **finiculus umbilicalis**-pupečník. Období tvorby placenty se označuje jako **období placentace**.

1.3. Období fetální

Rané fetální období -Je období mezi 9. a 26. týdnem gravidity, kdy se dokončuje morfologický a funkční vývoj plodu a jeho orgánů, až do stadia relativní životaschopnosti. Anatomicky a funkčně dozrávají jednotlivé orgány: játra, žlázy zažívacího traktu, mazové žlázy kůže a žlázy sliznice zahajují sekreční činnost. Ledviny tvoří moč, která je odváděna do plodové vody. V trávicím traktu se z odloupaných epitelíí, žluče a zbytků spolykané plodové vody tvoří zelené mazlavé mekonium-smolka. Srdeční akce je již od 6.-7. týdne prokazatelná ultrazvukem, od 12. týdne znatelná na EKG a slyšitelná stetoskopem od 18.-20. týdne. Svalová činnost plodu se projeví pohyby viditelnými ultrazvukem, které primagravida rozpozná od 20. týdne a vícerodička již od 18. týdne. Těhotnou vnímané pohyby plodu jsou doteky končetin stěny plodového vejce.

Pozdní fetální období- Fáze vývoje plodu od 27. týdne gestace do porodu. Jednotlivé orgány funkčně dozrávají. Plod roste, jeho hmotnost přibývá a získává schopnost adaptovat se na zevní prostředí. Intrauteriní růst je předurčen geneticky do jisté míry je však podmíněn zevními faktory jako krevní zásobení placenty, sekreční funkce placenty, poruchy látkové výměny a chorobné stavy matky.

Plodové vejce na konci těhotenství- Na povrchu jsou plodové obaly-placenta, která zajišťuje zásobení plodového vejce a zároveň je orgánem výživy plodu, na okraj placenty se upínají tenké plodové blány-amnion a chorion. Uvnitř plodového vejce je v amniální dutině uložen plod spojený s plodovou plochou placenty pupečníkem. Vnitřek dutiny je vystlán amniem, které přichází též na pupečník. Amniální dutina je vyplněna plodovou vodou.

Placenta-Placenta má kruhový nebo oválný tvar, na konci těhotenství má 15-20cm v průměru, uprostřed je 2-3cm vysoká. Bez tenkých blan a pupečníku má hmotnost 500-700g.

Uvnitř plodového vejce je hladká plodová plocha, od níž odstupuje pupečník, navenek je mateřská plocha, na níž jsou placentární klky. Plodová plocha je pokryta perleťově lesklou bílou blánou-amniem. Placentární klky se mnohonásobně větví, takže jejich celková plocha je přibližně 7-12m². Ve vazivu klků je bohatá kapilární síť odhadovaná, až na 50km délky.

Mateřskou plochou přiléhá placenta k děložní stěně, kryté těhotensky změněnou děložní sliznicí-deciduou.

Mezi decidou a klky je štěrbinový intervilózní prostor, do něhož cévami prostupujícími decidou proudí arteriální krev asi 500-600ml/min., která omývá povrch klků, proniká mezi ně a pak odtéká do děložních žil a venózních splavů po obvodu placenty tzv.**uteroplacentární oběh**

Fetoplacentární oběh:Fetální srdce vhání krev do oběhu plodu a dvou pupečnickových arterií k placentě a dále, až do kapilární sítě klků.Odtud krev proudí do žilního oběhu, obohacená o kyslík a živiny a pupečnickovou žilou je odváděna zpět k plodu. Plodová krev v kapilární síti klků je oddělena od mateřské krve v intervilózním prostoru tenkou vrstvičkou vaziva a buňkami trofoblastu.

Funkce placenty: Placenta je ochrannou bariérou pro plod, zajišťuje jeho výživu i odstraňování odpadních produktů metabolismu.V placentě se tvoří řada hormonů a enzymů, které jsou nezbytné pro normální vývoj a průběh těhotenství.Plod i placenta potřebují pro své aktivity a metabolismus velké množství kyslíku.

Ochranná funkce spočívá ve vytváření bariery proti škodlivinám, které by mohly přejít z mateřského organismu nebo ze zevního prostředí přes mateřský organismus k plodu. Chrání také plod před imunologickou reakcí matčina organismu.

Výživná funkce-Placenta zprostředkovává látkovou výměnu mezi matkou a plodem, v první polovině těhotenství úplně a od pátého měsíce přebírají část látkové výměny také játra plodu.Přechod látek mezi mateřským a fetoplacentárním oběhem probíhá difúzí, aktivním přenosem.Největší výměna se týká vody, té se vymění 100l/24 hodin.Placentou prochází většina léků, anestetické plyny a snadno jí procházejí vitamíny, nepronikají některé hormony- progesteron,ACTH,kortikoidy,insulin.

Sekreční funkce- Placenta je mohutnou vnitřně sekretorickou žlázou.Trofoblast začne již 11.den po oplození produkovat **HCG**-choriový gonadotropin, dále estrogény, které na počátku gravidity produkuje žluté tělísko a od 3.měsíce tuto funkci postupně přebírá placenta. **Beta-estradiol** těsně před a při porodu zvyšuje dráždivost děložní svaloviny a nepřímo podporuje děložní stahy.

Progesteron-produkuje žluté tělísko a od 3.měsíce toto funkci opět přebírá placenta.Zajišťuje během gravidity klid dělohy a připravuje mléčnou žlázu na poporodní sekreční činnost.

Placentární laktogen látka podobná růstovému hormonu,začíná se tvořit v placentě na konci prvního trimestru a jeho produkce se zvyšuje až do porodu.ovlivňuje zbytnění mléčné žlázy,tukový a bílkovinný metabolismus plodu.

Enzymy v placentě se jich tvoří více,než šedesát.Nejznámější je oxytocinóza, která inaktivuje oxytocin vyvolávající děložní kontrakce.Její hladina v průběhu těhotenství stoupá v jeho závěru klesá.

Plodová voda- Je čirá sterilní tekutina obsahuje v nízké koncentraci glukósu, bílkoviny, močovinu. Plodová voda je ideální prostředí pro plod, umožňuje mu pohyblivost, zajišťuje stálou teplotu, chrání před otřesy chrání placentu a její krevní oběh před tlakem. Do plodové vody přecházejí některé buňky a zplodiny metabolismu plodu.

Pupečník-funiculus umbilicalis- Pupečník je provazec nestejného průměru 15-20mm nejčastěji 60-70cm dlouhý, spojující plod s placentou. Uvnitř v rosolovité hmotě jsou dvě a. umbilicalis, které vedou okysličenou krev od plodu k placentě a v. umbilicalis, kterou protéká okysličená krev od placenty k plodu.

Uložení plodu v děloze- Do 32.-34. týdne těhotenství není uložení v plodu stálé. Teprve po 8. měsíci zaujme plod obvykle definitivní uložení. poloha plodu je v 96.5% v poloze podélné hlavičkou a ve 3% v poloze podélné pánevním koncem.

Termín porodu- Těhotenství u člověka trvá 280 dní, tedy 10 lunárních měsíců. Počítáno od prvního dne poslední menstruace. Takto určený termín porodu je přibližný. Pojem donošenosti je parametr časový, musí být odlišen od pojmu zralosti, který je pojmem biologickým.

2. Prenatální péče

Prenatální péče spočívá ve sledování zdravotního stavu těhotných žen a vývoje plodu. Jejím cílem je včasné odhalení všech nepravidelností a jejich léčba. Všechny těhotné ženy jsou dispenzarizované v prenatálních poradnách. První vyšetření by mělo být provedeno do 12. týdne gravidity. Při první návštěvě je především zjišťovaná anamnéza se speciálním zaměřením na rizikové faktory jak biologické tak sociální a dále porodnickou anamnézu. Je provedeno klinické vyšetření, změření pánevních rozměrů, zevní a vnitřní palpační vyšetření, odběr na cytologii. Součástí vyšetření je i vyšetření prsů, je odebíraná krev na vyšetření krevní skupiny, BWR, Hbs Ag, se souhlasem na HIV1,2. Doporučováno je serologické vyšetření na toxoplasmozu a CMV. Také je provedeno MOP vyšetření a těhotná je zvážena. Pravidelně je měřen krevní tlak a odběr na moč + sediment ke zjištění množství bílkovin v moči, abychom včas zjistili příznaky ranné gestózy. Budoucí maminka také podstupuje stomatologické vyšetření, interní vyšetření, které zahrnuje i elektrokardiografické vyšetření a tokografie monitor.

Selektivní screening je povinně prováděn u žen s rizikem kardiovaskulárního onemocnění či s rizikem vrozené vývojové vady plodu.

Do prenatalní péče zahrnujeme i otce, kdy je otci odebrána krev na krevní skupinu a informujeme budoucí rodiče o možnosti přítomnosti otce u porodu.

Při dalších návštěvách je postupně doplňovaná anamnéza, tělesná hmotnost, krevní tlak, vyšetření moči. Kontrola krevního obrazu je provedena v 36. týdnu. Ultrazvukový screening je prováděn poprvé mezi 18.-20. týdnem, další ultrazvukový screening je prováděn mezi 30.-32. týdnem ke zjištění uložení a rozměrů plodu.

Výsledky klinického vyšetření, laboratorní výsledky a ostatní sledované parametry jsou zapisovány v průkazce pro těhotné.

Při prenatalních poradnách existují nabídky k přípravě k porodu s doprovodnou psychoprophylaxí.

2.1. Prenatální péče o těhotné užívající návykové látky

Těhotná žena užívající návykové látky by měla být vyšetřena nejen lékařem, porodní asistentkou, ale také drogovým specialistou. Prenatální péče je shodná a měla by být doplněna kontaktem s nízkoprahovým střediskem zabývajícím se touto problematikou.

Prenatální péče má několik fází, nejdříve provádíme depistáž pomocí streetworkerů, nízkoprahových středisek či hygienické služby. Nejdříve je nutné zmapovat motivaci klientky. Při užívání menšího množství stimulačních drog je možná ambulantní léčba, u masivního užívání stimulačních drog je doporučována ústavní léčba.

U klientek, které užívají opiáty do 300mg je doporučována detoxifikační léčba a následně ambulantní léčba. Je zde třeba zvážit motivaci klientky a její reálná abstinence.

U klientek, které nejsou schopny dodržet abstinenci nebo užívají dávku vyšší než 500mg je doporučována substituční terapie Subutexem či Methadonem. Při výběru substituční terapie zohledňujeme sociální situaci klientky, jelikož na Subutex musí klientka připlácet.

V případě zařazení do substitučního programu je tří měsíční doba na adaptaci ve smyslu, že může přetrvávat užívání ostatních nelegálních návykových látek. Před zařazením do substitučního programu je lékařem provedeno interní vyšetření. Do substitučního programu dochází klientka každý den a zde je pravidelně kontrolován lékařem zdravotní stav klientky a je prováděna kontrola moči na přítomnost nelegálních návykových látek. Během těchto tří měsíců probíhá tzv. Nízkoprahová fáze. Klientka v této fázi navazuje kontakt s gynekologem a provádí se všechna nezbytná vyšetření. Také je důležité provést sociální šetření bydlení, hygienických podmínek a abstinenci partnera. V případě nevyhovujících sociálních podmínek je doporučeno absolvování terapeutické komunity Karlov.

Po třech měsících navazuje na fázi nízkoprahovou , tématická fáze, která trvá až do porodu. Během této fáze se monitoruje zdravotní stav, abstinence od návykových látek, spolupráce se zdravotními pracovníky či vyřizování sociálních dávek. V této fázi probíhají konzultace, které probíhají dvakrát týdně a sledujeme jak je klientka motivovaná k abstinenci také reálný náhled na svou osobu a situaci ve které se nachází.

Je kladen důraz na vyřizování sociálních dávek, vyřizování dokladů nebo žádosti o bydlení, eventuálně je zprostředkována právní poradna. Dále jsou klientky připravovány na roli matky a partner na roli otce. V Centru pro rodinu probíhá předporodní příprava, kterou provádí porodní asistentka. Předporodní příprava zahrnuje dechová cvičení, předporodní cvičení a teoretické informace o hygienickou péči o matku a dítě v období těhotenství a šestinedělí. tato předporodní příprava tvá od 6. měsíce do 9. měsíce. Spolupracující klientky dostávají s sebou do porodnice lékařskou zprávu, která zahrnuje informace o spolupráci klientky, výši substituční dávky a vyjadřuje se k podpoře o ponechání dítěte. Subutex dostávají klientky s sebou a v případě metadonové substituce je dovážen metadon do porodnice dle doporučené denní dávky a pod dohledem lékaře či sestry.

Po porodu zůstávají klientky v programu jeden rok a zůstávají ve fázi tématické nebo přecházejí do fáze růstové. V těchto fázích jsou upevňovány sociální postoje, sociální dovednosti a dovednosti související s péčí o dítě. Monitoruje se zvládání péče o dítě, zvládání vyřizování soc. dávek a sociálních kontaktů. Je již více možné se zaměřit na rozvoj psychosociálních vztahů klientky ve společnosti nebo v rodinných či partnerských vztahů. Nadále se monitoruje abstinence klientek. Často v souvislosti s touto péčí je doporučován soudní dohled.

U nespolupracujících klientek je dítě svěřeno do péče státu a přechází do kojeneckého ústavu, i v tomto případě je možné motivovat matku v terapeutické komunitě i s dítětem, eventuálně je doporučena individuální ústavní léčba. U silně patologických osobností, které nejsou ovlivnitelné psychoterapií či další léčbou a je zde riziko ohrožení dítěte se nedoporučuje svěřením dítěte do péče matky.

3. Psychosociální rizika v těhotenství

Rizika spojená s perinatálním zdravím matky a dítěte zahrnují demografické faktory, zdravotní rizika a chování matky. Tyto rizikové faktory mohou ovlivnit zdraví matky a dítěte přímo či nepřímo. Tato rizika také mohou ovlivňovat užívání návykových látek v těhotenství.

Demografické faktory-Životní úroveň a etnický původ ovlivňují psychický stav matky. Přístup ke kvalitní zdravotní péči mohou být z jednou příčin, které mohou vést k předčasnému porodu a následně s nízkou porodní váhou novorozence.

Rasový, etnický původ- Prevalence nízké porodní hmotnosti u černé populace je dvojnásobná ve srovnání s bílou. Etiologie rasových rozdílů je pravděpodobně multifaktoriální-nižší vzdělání, vyšší počet neprovdaných žen a častější užívání návykových látek či z důvodů jiných onemocnění. Spojitost je zde také s rodinným prostředím.

Výživa a nárůst hmotnosti v těhotenství- Nárůst hmotnosti v těhotenství je ovlivněn mnoha faktory. Vedle příjmu stravy má vliv hmotnost před otěhotněním, výška těhotné, vliv těhotenství a velikost plodu. Úroveň výživy je ukazatelem zdravotního stavu matky a perinatálních rizik. Váhový přírůstek méně než 10kg je spojen dvakrát až třikrát častěji s růstovou retardací v porovnání s těhotnými, které mají váhový přírůstek nad 10kg. Během těhotenství je potřebný dostatečný kalorický příjem a přísun živin jak pro matku tak pro správný vývoj plodu. Do rizikové skupiny patří nezletilé matky, ženy s nízkým příjmem, striktní vegetariánky, nevzdělané ženy či uživatelky návykových látek.

Stres- Stres je významné riziko pro matku a dítě, stejně tak jako úzkost a deprese vedou ke změně B a T lymfocytů, což má za následek snížení imunitních funkcí a mohou vyvolat předčasný porod. Stresové situace mohou také vést ke škodlivému způsobu života.

Fyzická aktivita pokud je přiměřená má pozitivní účinek, snižuje psychické napětí a riziko gestačního diabetu.

Fyzické násilí a rodinné konflikty- Prevalence fyzického násilí vůči těhotným je 12%. V jejich důsledku bývá nižší porodní hmotnost až po možné důsledky traumat iniciující abrupci placenty, děložní kontrakce vedoucí k předčasným porodům. Rodinné problémy a konflikty v těhotenství bývají spojené s chronickým stresem, zvýšenou izolací matky, depresivními syndromy a následnému zanedbávání zdravotní péče.

4. Užívání psychoaktivních látek v těhotenství

Psychoaktivní látkou rozumíme drogu, čímž myslíme přírodní či syntetickou látku, která má psychotropní efekt a při kontinuálním užívání vede k psychické či fyzické závislosti. V populaci jsou nejrozšířenější drogy alkohol, tabák a kofein.

Závislost je definovaná Světovou zdravotnickou organizací, dle 10. revize klasifikace uvádí, že definitivní diagnosa závislosti by se měla stanovit tehdy, jestliže během posledního roku došlo k následujícím jevům:

- potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek, ukončení či množství látky.
- pokud se objeví somatický odvykací stav při snížení či vynechání dávky.
- silná touha užívat látku
- průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinků, původně vyvolaných nižšími dávkami.

- Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků, jak somatických tak psychických.
- Postupné zanedbávání jiných potěšení či zájmů ve prospěch užívané látky a zvýšení množství času k získání či užívání látky nebo k zotavení z jejího účinku.

Psychoaktivní látky působí na organismus **psychostimulačně** –vyvolávají stavy euforie, zrychlují psychomotoriku a **psychoinhibičně** potlačují úzkost a depresi, snižují psychomotoriku a působí **desinterakčně**–vyvolávají iluze a halucinace.

Tyto látky se dostávají do organismu per os, intravenózně, inhalačně–kouřením, čicháním či šňupáním.

Drogy se třídí do kategorií dle somatického a psychického účinku. Základní kategorie jsou legální (alkohol, tabák, kofein) a nelegální

- opiáty
- sedativa
- stimulancia
- halucinogeny
- organická rozpouštědla

Závislosti mohou vyvolávat jak somatické problémy mezi, které nejčastěji patří hepatitis typu B a C, vředová choroba, kožní onemocnění, záněty dásní tak i psychické poruchy jako paranoidní poruchy osobnosti, psychózy, neurotické a úzkostné poruchy.

Akutní intoxikace–Stav, který vzniká po užití psychoaktivní látky.

Odvykací stav– Soubor abstinenčních příznaků, které vznikají při odnětí či snížení dávky psychoaktivní látky.

4.1. Metabolismus léčiv v placentě a plodu

Plod je chráněn před působením léčiv přítomných v mateřské krvi dvěma způsoby. Placenta je nejen semipermeabilní bariérou, ale i zároveň místem, kde probíhá metabolismus některých léčiv, která probíhají placentou. Ve tkáni placenty probíhá celá řada metabolických reakcí, jimiž je metabolisován například ethanol. Léčiva, která prostoupí placentou se dostávají v. umbilicalis do cirkulace plodu, asi 40-60% krve přicházející pupečnickovou žilou se dostává přímo do jater plodu, zbytek obchází játra do systémové cirkulace plodu. Léčiva, která jsou krví dopravena do jater plodu zde mohou být metabolisovaná dřívě, než-li se do systémové cirkulace plodu vůbec dostanou. Navíc se může podstatná část léčiva vracející se do placenty pupečnickovou arterií, dostávat zkratem přes placentu zpět do v.umbilicalis a tím opět do jater plodu.

Metabolismus methadonu Methadon je rozpustný v tucích a dobře se z gastrointestinálního traktu absorbuje do krve. Rozkládá se především v játrech a tam podléhá metabolismu. Velmi dobře se váže na albumin a další plazmatické proteiny a na tělesné tkáně, a to zejména na plíce, ledviny, játra a slezinu. Koncentrace megafonu v těchto orgánech je mnohem vyšší než v krvi. Metabolity megafonu se vylučují močí a stolicí a je obsažen v potu a slinách. Metadon byl ve vysokých koncentracích zjištěn v žaludečních šťávách. koncentrace v placentární krvi během těhotenství dosahuje poloviny krevní koncentrace matky

4.2. požívání alkoholu v těhotenství

Abúsus alkoholu v těhotenství je spojováno jak s krátkodobými tak i dlouhodobými negativními zdravotními účinky. Alkohol prochází volně placentární bariérou a může dosahovat v krvi plodu i vyšší hladinu, než v krvi matky. Aktivita alkoholdehydrogenázy je nízká a schopnost eliminovat alkohol je nepatrná.

Nadměrný přívod alkoholu je škodlivý po celé gestační období. Během prvního trimestru může alterovat buňčnou membránu a embryologickou organizaci tkání.

Během gestace přímo ovlivňuje metabolismus sacharidů, lipidů a proteinů a tím retarduje růst buňek a jejich dělení.

Třetí trimestr je obdobím nejrychlejšího růstu mozku. Vysoká koncentrace alkoholu v této době může zhoršit růst CNS, vývoj intelektových schopností a způsobit **Fetální alkoholový syndrom**.

4.3. Fetální alkoholový syndrom

Je charakterizován soustavou vážných defektů plodu. Zahrnuje prenatální a postnatální růstovou retardaci, poruchy CNS a abnormální kraniofaciální rysy. Vedle prenatálně exponovaných dětí s defekty je skupina s tzv. **fetálními alkoholovými účinky**, kdy nejsou vyjádřeny všechny symptomy. Prevalence této skupiny je třikrát větší, než fetálního alkoholového syndromu.

Ženy požívající jednu dávku alkoholu denně mají signifikantně menší děti s menším obvodem hlavy, než ženy abstinující. Vývojové poruchy jsou spojeny s pravidelným příjmem nejméně 285ml alkoholu denně. Riziko menší porodní hmotnosti u matek požívající 3-5 dávek denně je třikrát vyšší, než u abstinentelek.

Alkohol může nejvíce škodit v době, kdy těhotná o těhotenství neví. Období začátku gravidity spojené s úzkostí a depresí může vést ke konzumaci alkoholu k uvolnění tense.

Požívání alkoholu více jak dvě dávky denně zahrnuje častěji rizikové etnické skupiny, starší ženy, multipary a s nižším školním vzděláním.

4.4. Užívání opiodů v těhotenství

Tato skupina drog se řadí mezi alkaloidy, což jsou přírodní látky zásadité povahy získané ze surového opia. Mezi základní patří morfin a kodein oba byly postupně ze surového opia chemickou cestou izolovány a z obou byly později připraveny účinnější deriváty.

Opiáty napodobují účinek některých peptidů, které se přirozeně vyskytují v těle

- endorfiny
- enkefaliny
- dynorfiny

Opiátové účinky na centrální nervový systém: Euforie, příjemné teplé pocity v oblasti břicha, utlumení bolesti, ospalost, spánek, nusea, zvracení, respirační útlum, křeče, pocit tíže v končetinách.

Opiátové účinky na periferní nervový systém: Sucho v ústech, očích a nose, zpomalení peristaltiky, midriáza zornic, špatná pasáž moči.

Opiáty indukovaný histaminový efekt:
Svědění, pocení, zarudnutí, zčervenání kůže.

Účinky, u nichž se nepodařilo prokázat kausální vztah: Redukce či absence menstruačního cyklu, změněná sexuální touha, halucinace, otoky nohou a kotníků, zpožděné dosahování a kontrola orgasmu, anxiozita.

Účinky na plod a novorozence: Patří sem nízká porodní váha a abstinenční syndromy u novorozence.

Nízká porodní váha je zjišťovaná až u 25% dětí, k tomu přispívá špatný životní styl matky jako chudoba, podvýživa, kouření tabáku, nedostek spánku či stres.

Novorozenecký abstinenční syndrom může nastat až 95% dětí matek užívající opiáty. Neonatální abstinenční syndrom nemá vždy přímý vztah k množství opiátů, které matka užívá ani k množství opiátů v krvi dítěte. Obvykle nastupuje během 48 hodin po porodu, v malém procentu případů se může opozdit o 7-14 dnů.

Abstinenční syndrom u dětí se projevuje podrážděností, poruchy spánku, kýčání, cumlání pěstiček, pronikavý křik, vodnatá stolice, obecná hyperaktivita, neefektivní sání, nízký přírůstek na váze, světloplachost, zívání, zvracení, zvýšená produkce hlenu, zvýšená reakce na zvuky a křeče.

Mezi další obtíže novorozenců, které se spojují s užíváním opiátů patří syndrom náhlého úmrtí kojence, hepatitis typu B či C.

Heroin-Opium upravené laboratorně, byl syntetizován v roce 1898 a původně sloužil jako lék proti kašli. Navozuje pocit blaha, uvolnění, lhostejnosti a úniku ze společnosti. Dochází i k negativním prožitkům jako je neklid, návaly horka a zimy, dechové obtíže. Při vysazení či snížení dávky se objevuje neklid, třes, viscerální bolesti, křeče, zvracení, průjem, bolesti kloubů a svalů.

Nejrozšířenějším způsobem aplikace je kouření, inhalování z aluminové folie či nitrožilní aplikace, která je spojena s rizikem podkožních i orgánových abscesů, tromboflebitid, embolií a zejména riziko infekčních chorob-AIDS, hepatitis B, C.

Braun-Derivát kodeinu má silný euforizační efekt, ale ve srovnání s heroinem slabší tlumivý reflex.

Antagonické látky: **Nalorex**-uspíší abstinenční příznaky, přináší nepříjemné počitky.

Naloxon-Látka, která je používána při předávkování opiáty. Má krátkodobý účinek, podává se opakovaně intravenózně a dávky jsou určeny tempem dýchání a hloubkou kómatu.

Methadon-Substituční terapie, která se používá při léčbě heroinové závislosti. Objev methadonu se datuje k roku 1939 a první obchodní jméno znělo Dolophine. V ČR se methadon užívá per os v tekuté formě 1krát denně, kdy klienti docházejí do methadonového centra. Klienti musí dodržovat řád a pravidla.

Indikací je opakovaná neúspěšná ústavní léčba, kriminální činnost, těhotenství uživatelky, zdravotní stav je také rozhodující faktor. Methadon má účinky na plod i novorozence související nízkou váhou novorozence a abstinčním syndromem.

Abstineční příznaky u methadonu se vyskytují v 70-85%, druhý až sedmý den po porodu. Abstineční příznaky jsou stejné jako u opiátů.

Subutex- Buprenorfinum - 0,4mg, 2 mg, 8mg. Substituční léčba závislosti na opioidech. Lék se aplikuje pod jazyk ve formě tbl. Tableta musí být držena pod jazykem dokud se nerozpustí, což je 5-10min. Zahajovací dávka se pohybuje v rozmezí 0,8-4mg/denně.

koontrindikace: • závažná respirační insuficience
• závažná jaterní insuficience
• Akutní alkoholismus či delirium tremens
• Děti do 15 let

Chronické užívání Subutexu v posledních třech měsících těhotenství může způsobit u novorozenců abstinční příznaky a depresi dýchacího centra.

Buprenorfin je metabolizován v procesu 14-N-dealkylace a konjugace originální molekuly a dealkylovaného metabolitu s kyselinou glukuronovou. Vylučuje se převážně ve stolici prostřednictvím žlučové exkrece metabolitů konjugovaných s kyselinou glukuronovou 80%, zbytek se vylučuje s močí.

4.5. Kanabidy a jejich vliv na těhotenství

Mezi zástupce patří Cannabis Sativa, existují různé formy lišící se obsahem pryskyřice a množstvím účinné látky THC-tetrahydrocannabinol.

Hašiš- Zaschlá a zformovaná pryskyřice ze samičích rostlin konopí.

Marihuana-Sušené či jinak upravené listy ze samičích rostlin konopí.

Účinky jsou sucho v ústech, euforie, smích, zvýrazněné vnímání okolí, bušení srdce, pocit úzkosti, dráždivý kašel a zvýšená chuť k jídlu. Konopí lze kouřit, avšak jsou běžné i jiné úpravy. Při dlouhodobém a intenzivním užívání se mohou objevit poruchy menstruačního cyklu a snížená obranyschopnost organismu, také se hovoří o snížené pohyblivosti spermií a sníženém množství spermií, což vede k omezení plodnosti. Existují zprávy o nízké porodní hmotnosti novorozence a předčasných porodech.

4.6. Vliv účinků sedativ v těhotenství

Sedativní účinky barbiturátů jsou známé od roku 1902 a o tři roky později byl popsán v Německu první případ závislosti a abstinčních příznaků po vysazení. V 60. letech byl rozmach benzodiazepinů, Librium a Valium se pokládalo za určitý symbol moderního člověka. Benzodiazepiny přinášejí pocit klidu, vyrovnanosti, mírné euforie, odstraňují pocit nejistoty a úzkosti.

Stav bez drog se stává nesnesitelný, objevuje se úzkost, která zahrnuje paniku, člověk se cítí bezradný je snížena schopnost vyrovnat se s stresovou situací. Užíváním může být způsobena či zhoršena deprese, která se rovněž stává součástí abstinčního syndromu.

Dále se objevuje neklid, nevykonnost, tinnitus, třes může dojít k oběhovému kolapsu nebo epileptickému záchvatu.

Velké dávky v těhotenství mohou mít za následek deformace obličeje, malformace prstů, retardace, zpomalený vývoj novorozence a dlouhodobé, pravidelné užívání vede k neonatálnímu abstinčnímu syndromu.

4.7. Stimulační drogy v těhotenství

Nejčastěji zneužívané stimulační drogy jsou legální a všude přítomné – káva, čaj a tabák. K ilegálním drogám této kategorie patří především koka a její účinná látka kokain a dále syntetické látky, zejména amfetamin a jeho deriváty, v ČR nejznámější pervitin.

Kofein - Kofein je jedna z nejvíce užívaných drog vůbec, nejméně 52% lidí pije kávu, 29% čaj a 58% nealkoholické nápoje obsahující kofein. Vztah k nízké porodní hmotnosti a předčasným porodům není prokázán, avšak kofein stimuluje krevní oběh matky, což může mít vliv na plod.

Tabák - Existuje pevné spojení mezi kouřením a růstovou retardací plodu. Kouření zpomaluje fetální růst, porodní váha je redukována o 150-300g u dětí kuřáček. Závisí na dávce, počtu cigaret, ale i dlouhodobý pobyt v zakouřeném prostředí představuje riziko. Kouření může přispět asi ve 14% předčasných porodů. Ženy, které přerušily kouření před třetím trimestrem, měly nižší podíl růstové retardace ve srovnání s těmi, které kouřit nepřestaly. Přestane-li těhotná kouřit v 7.-8. měsíci, je patrný kladný efekt na fetální růst. Účinky pasivního kouření ukazují zvýšenou frekvenci respiračních infekcí u dětí exponovaných tomuto kouření. Dle údajů kouří přibližně 20-25% žen během těhotenství.

Mladé, svobodné, nezaměstnané, s nižším vzděláním, všeobecně s nižší životní úrovní kouří častěji v těhotenství a více, než polovina žen pobývá v zakouřeném prostředí.

Koka a kokain-Koka, původně divoce rostoucí keř, se v jižní Americe pěstovala již před koncem prvního tisíciletí po Kr. Stimulující účinky koky byly v Evropě známy od 16. stol. V roce 1858 chemik Neiman izoloval z kokových lístků kokain, který začal být později používán jako lokální anestetikum. Vlastním objevitelem účinků byl moravský rodák, zakladatel psychoanalýzy Sigmund Freud, který použil kokain při léčbě morfinismu.

V 80. letech se na trh v USA dostává kokain upravený ke kouření tzv. crack.

Kokain zvyšuje krevní tlak a působí nepravidelný srdeční rytmus. Užívání ve vyšším stadiu těhotenství může matce přivodit srdeční záchvat. Konzumace jakékoliv drogy během těhotenství zvyšuje nebezpečí poškození plodu, úmrtnosti i narušení následného vývoje. Dítě se může narodit předčasně či s nízkou porodní hmotností, může být náchylné k vážným zdravotním komplikacím, zažívacím problémům, infekcím apod. Existuje také riziko prenatální úmrtnosti. Užívání drog v prvním trimestru zvyšuje riziko vrozených vad. Jiné problémy se mohou týkat opožděného vývoje dítěte. Možné komplikace představuje i skutečnost, že drogová závislost je úzce spojena s ekonomickou a sociální deprivací. Specifické působení kokainu se projevuje schopností drogy zúžovat cévy a tím omezit proud krve od matky k plodu a zpět, a to může vést ke spontánním potratům.

Amfetamin-První syntetické stimulant bylo připraveno v roce 1887. Amfetamin a jeho deriváty (metamfetamin, fenmetrazin) se dlouho používaly k léčení obezity, deprese, narkolepsie u dětí při poruchách pozornosti a hyperkinézách. Nejrozšířenější stimulační drogou v ČR je **pervitin**, základem pro výrobu je efedrin.

Jako ostatní stimulant urychluje motoriku, usnadňuje vnímání většího počtu podmětů. Pocit zvýšené vigily, ztráta ostychu a zábrán, zvýšení empatie, sebevědomí, příliv energie, časté je vyplavení úzkosti a agresivity. Po odeznění účinku se dostavuje deprese a při dlouhodobém užívání se rozvíjí paranoidní syndrom. Aplikuje se šňupáním a intravenózně. Amfetaminy jsou spojené s výskytem vývojových anomálií srdce.

Ecstasy-MDMA-Mezi hlavní účinky se řadí empatický efekt, který nastává asi půl hodiny po užití per os v formě tablety. Při nedostatku tekutin dochází k přehřátí je zde riziko oběhového kolapsu, akutního selhání ledvin či riziko toxických psychóz.

Při dlouhodobějším užívání některé ženy uvádějí, že jejich menstruační cyklus začal být nepravidelný a menstruace byla silnější než obvykle či se nedostavila vůbec. Při graviditě je zde riziko potratu. Abstinenční syndrom po MDMA není prokázán.

4.8. Užívání halucinogenů v těhotenství

Halucinogenní drogy představují širokou skupinu přírodních i syntetických substancí. K přírodním halucinogenům patří látky obsažené v různých druzích hub, kaktusů a divokých i kultivovaných bylin. Ze syntetických halucinogenů je nejznámější LSD.

Halucinogeny mají psychotropní účinek a v 60. letech se LSD používalo k léčebným terapiím oblasti psychických a osobnostních poruch, další indikací byly terminální stavy.

V nižších dávkách působí pouze euforii, zvýšenou vigilitu a vyvolává změnu vnímání. Při dávkách 100-300 mikrogramů se dostavují halucinace mohou být nepříjemné s úskostnými a depresivními epizodami. Stav intoxikace může nabýt hloubky závažné toxické psychózy. Abstinenční příznaky se u halucinogenů neobjevují, novorozeně však může být neklidné či plačtivé.

4.9. Užívání těkavých látek v těhotenství

Tuto skupinu organických rozpouštědel, ředidel, lepidel, čistících prostředků, barev a laků u nás reprezentuje především toluen. Látky se inhaluje z napuštěné tkaniny, účinná dávka toluenu je několik mililitrů. Účinek se dostavuje během několika minut a odezní během několika desítek minut. Vdechování působí poruchu vědomí, oblužení provázené živými barevnými halucinacemi. Při delším zneužívání dochází k celkovému otupění, poruchám emotivity a chování, zejména k afektivní labilitě, agresivitě, ztrátě zájmu a výkonnosti. Jde o typický organický psychosyndrom, daný zneužíváním toxické látky na mozkovou tkáň. Často dochází k toxickému poškození jater a ledvin, k dalším komplikacím patří poleptání dýchacích cest.

Vzhledem k tomu, že všechny těkavé látky mohou proniknout placentou do fetálního oběhu, je zde nesmírné riziko poškození plodu:

- malformace plodu
- opožděný vývoj
- výskyt mentální retardace
- vyšší riziko kojenecké mortality
- syndrom náhlého úmrtí kojence
- poporodní útlum dýchacího centra

Dále hrozí toxické postižení detoxifikačních orgánů. Po porodu se mohou objevit abstinenční příznaky.

5. Abstinenční syndrom

Abstinenční syndrom se může objevit po 1-2 dny po snížení či odnětí dávky. Závažnost syndromu ovlivňuje pacientova anxióza. Při vysazení opiátů dochází k nárazově zvýšené aktivitě neuronů, která ústí v ustanovení nové hladiny noradrenalinu. Právě tento proces se zvýšenou anxiózou způsobuje klasické symptomy abstinence

- zeslábnost
- zívání, kýčání
- pocení
- zvýšená teplota se zimnicí
- tremor
- insomnie
- podrážděnost, agresivita
- svalové spasmy a záškuby
- průjem
- nevolnost, zvracení
- bolesti kloubů

Abstinenční syndrom u novorozence:

Abstinenční syndrom u novorozence v případě heroínu se vyskytuje u 40-70% dětí do 24 hodin po porodu, u methadonu u 70-85% dětí druhý až sedmý den po porodu. Neonatální abstinence syndrom nemá vždy přímý vztah k množství opiátů, které matka užívá, ani k množství opiátů v krvi dítěte. S neonatálním abstinence syndromem se spojuje

- podrážděnost a poruchy spánku
 - kýčání
 - cumlání pěstiček
 - pronikavý křik
 - vodnatá stolice
- obecná hyperaktivita
 - neefektivní sání
 - nízký přírůstek na váze
 - světloplachost
 - zívání
 - zvracení
 - tachypnoe, dyspnoe
 - zvýšená produkce hlenu
 - zvýšená reakce na zvuku
 - vzácně křeče

Dále se s užíváním návykových látek spojuje:

- kojenecká mortalita
- syndrom náhlého úmrtí kojenců
- hepatitida B, C

Veškeré příznaky se zaznamenávají do skórovací tabulky (viz. příloha) a dle výsledného skóre následuje léčba.

5.1. Léčba abstinenčního syndromu novorozence

Začátek symptomů abstinenčního syndromu je proměnlivý od 24-48hodin až do 2 týdnů věku, výjimečně i později.

Léčba novorozence s abstinenčním syndromem- 40% nevyžaduje medikamentózní léčbu pouze • zavinovačku

- chování a kolébání
- šero, klidné prostředí
- hyperkalorické krmení (24cal/30ml)

• medikamentózní léčba **A. Roztok opiové tinktury pro novorozence**

* 1% tinctura opii 25x ředěná pro inj. na výslednou koncentraci, ekvivalentní 0,4mg/ml morfinu.

Dávkování: 0,05ml/kg nebo 2 kapky/kg a 4-6 hod., zvyšovat a 2 kapky po každé 4 hod. periodě, až do dosažení odezvy.

Alternativní dávkovací schéma podle abstinenčního skóre:

1. Skóre 8-10 0,8ml/kg a den rozděleno do 6 dávek
2. Skóre 11-13 1,2ml/kg a den
3. Skóre 14-16 1,6ml/kg a den
4. Skóre 17 a víc 2,0ml/kg a den

Při dávce nad 2,0 ml/kg a den, která je bez efektu se přidává Phenobarbital.

Při adekvátní dávce a skóre pod 8, trvajícím 1-2 dny možno medikaci snižovat denně o 10% celkové denní dávky. Při skóre nad 8 vrátit se k předchozí dávce. Při dávce pod 0,3 ml/kg a den zkusit léčbu přerušit.

B. Alternativní medikace

- Phenobarbital 5-8 mg/kg a den ve třech dílčích dávkách (i.m.,p.os). Snižuje nutnou dávku Opiového roztoku a tlumí vliv drog na CNS.
- Morfin 0,1-0,2 mg/kg jako urgentní medikace křečí či šoku pro akutní abstinenční syndrom.
- Diazepam Používat velmi opatrně, riziko respirační deprese. Byly popsány rekurence křečí, poruchy dýchání, bradykardie. Event. dávka 0,1-0,3 mg/kg i.m., po dosažení odezvy se dávka snižuje na polovinu, po 12 hod. znovu snížit.

Úloha sestry: • odběr moči a smolky

- hodnocení skórovacího systému á 2-8 hod. a vit. funkcí
- zajištění klidné a láskyplné péče
- podávání léků.

Praktická část

6. Osobní údaje

Zde uvádím osobní údaje mé pacientky a její maminky , o které jsem pečovala v období mé praxe na neonatologickém oddělení.

Jméno: Kateřina P.

Datum narození: 14.9.2003

Pohlaví: ženské

Hmotnost: 2820 g

Délka: 49 cm

Obvod hlavy: 32cm

6.2. rodinná anamnéza

- matka narozena 1974, povoláním kuchařka
- 4 roky abusus heroinu, od roku 1999 abstinence, nyní na Subutexu.
- KS Brh+, BWR, HIV, HBs Ag , EBV, CMV, HSV1,2, rubeola, parvo, toxo neg.
HCV poz., Ig G poz.
- primagravida, primapara
- otec neuveden
- myopie +13 D

6.2.Lékařská diagnóza

- novorozenec s abstinenčním syndromem
- palatoschizis

6.3. Péče o novorozence na porodním sále

Kačenka se narodila 14.9.2003 v 11 hodin dopoledne. Donošený novorozenec, porod spontánně záhlavím ve 39+6 gestačního týdne gravidity, sledována pro podávání Subutexu matce. Porodní hmotnost 2820g, délka 49 cm, voda plodová čirá, odtok 6 hodin před porodem. Po porodu mírná cyanóza, dítě křičí po taktilní stimulaci.

Kačenka byla odsáta aseptickým způsobem z dýchacích cest nejdříve z úst, nosohltanu a z nosu. Po zajištění průchodnosti dýchacích cest, byl sterilním způsobem ošetřen pupečník, 0,05% chlorhexidinem, což je 70% líh. Pupečník byl podvázán sterilním podvazem 2-3 cm nad úponem a zbytek pupečníku byl odstraněn. Pupečník byl překryt sterilním čtvercem. Byla provedena desinfekce spojivkových vaků ophthalmoseptonexem. Kačence byla na ručičku přivázána cedulka se jménem a na tělíčku označena jménem. U dítěte byla změřena délka, zvážena hmotnost. Byl zhodnocen její stav dle Apgar skóre.

| | 0 | 1 | 2 |
|-----------------------|--------------|--------------|---------------|
| srdeční akce | chybí | ozvy pod 100 | ozvy nad 100 |
| dýchání | chybí | slabý křik | jasný pláč |
| barva kůže | bledá, modrá | akrocyanóza | růžová |
| svalový tonus | atonie | hypotonie | normotonie |
| odpověď na podráždění | žádná | naznačená | grimasa, pláč |

U fyziologického novorozence je výsledný součet 8-10.

Kačenka měla Apgar skóre 9 skóre v 1. minutě.

Celkové vyšetření novorozence na porodním sále zahrnuje kontrolu:

- **základních životních funkcí**- stav vědomí, puls, dech, tělesná teplota, tlak.
- **Hlava**- Lékaře zajímá velikost hlavy, tvar lebky, malá fontanela, která se uzavírá na konci těhotenství až do 2.měsíce věku. Velká fontanela nás informuje o stavu dítěte v novorozeneckém a kojeneckém věku. Jestliže je vyklenutá, jde o zvýšení intrakraniálního tlaku, když je vpadlá jde o dehydrataci. tato fontanela se uzavírá kolem 1.roku, nejpozději do 18 měsíců. Dále sleduje postavení očí, kontrola dutiny ústní, nosu a uší.
- **Kůže dítěte**- Nejdříve si lékař všímá zda není cyanóza může být při neprůchodnosti dýchacích cest, vrozených vývojových vadách dýchacích cest nebo srdce. Dále žlutého zbarvení kůže či sklér, což je způsobeno zvýšeným množstvím volného bilirubinu v krvi a ve tkáních. Také si všímá přítomnosti lanuga, névy, milia, mongolské skvrny, alergického erytému a petechií. Petechie mohou být na tváři po traumatickém porodu nebo jsou průvodní známkou krevních onemocnění a těžkých septických stavů.
- **Vlasy a nehty**- Řasy a obočí jsou přítomné již při narození. Nehty mohou být dlouhé a ostré, u nezralých dětí jsou měkké a nepřesahují konce prstů, u fetálního alkoholového syndromu mohou být hypoplastické.

- **Prsní žlázy-** Mohou být po porodu zvětšené v důsledku vysoké hladiny hormonů v matčině krvi.
- **Pupečník-** Lékař sleduje zbarvení a tloušťky pupečníku či zda není přítomna anomálie v počtu cév.
- **Horní a dolní končetiny-** Zda jsou celistvé, kontrola prstů zda není přítomna anomálie či přítomnost kontraktur nebo spasmů.
- **Břicho-** lékař vyšetřuje palpačně velikost jater, sleziny, zda je břicho měkké, pomocí fonendoskopu zjišťuje funkci střevní peristaltiky.
- **Nervový systém-** Kontrola reflexů
- **Genitál-** Lékař hodnotí u děvčátek zda není hlenovitá či krvavá sekrece z vulvy. U fetálního alkoholového syndromu může být hypoplazie stydkých pysků. U chlapčků se hodnotí sestoupení varlat, da je přítomna hydrotéka, fimóza nebo mikropenis, epispadie či hypospadie u M.Down.
- **Kontrola anu-** Přítomnost a průchodnost anu.

Dle ordinace lékaře byl proveden toxikologický screening moči matky a dítěte. Kačenka byla i s maminkou přijata na oddělení fyziologických novorozenců FNM.

7. Průběh hospitalizace

Kačenka byla přijata na oddělení fyziologických novorozenců bez abstinčních příznaků. Byla krmena z kojenecké lahve, umělou stravou SU-HA 50-60 ml 8 krát denně. po dvou dnech hospitalizace byl při lékařské prohlídce zjištěn rozštěp horního patra. Kačenka byla přeložena na Jednotku intenzivní péče.

7.1. Příjem na JIP

Stav při přijetí:

Hmotnost: 2540g, délka 49cm, obvod hlavy 32cm. Donošený drobnější novorozenec, neklidný, dráždivý, hydratace přiměřená, kůže čistá, růžová. hlava mesocefalická, velká fontanela v úrovni, O, U, N bez sekrece, rozštěp měkkého i tvrdého patra. Eupnoe, dýchání čisté, symetrické, AS pravidelná, 2 ohr ozvy, břicho měkké, játra, slezina nezvětšené, genitál dívčí. Končetiny bez deformit a otoků, moro + symetr. TT- 37,3°C, D-44/min.

Dne 16.9.2004 v 9.00 byla Kačenka přijata i s maminkou na JIP. Zde byla Kačenka uložena do lůžka opatřené BABYSENCE, které snímá dechové pohyby dítěte, v případě apnoe by došlo ke spuštění alarmu. Kačenka byla napojena na monitor s nastavenými alarmy pomocí tří svodového ekg a pomocí saturačního

čidla, které je přilepeno na nožičku dítěte a připojeno na pulsní oxymetr. Na monitoru byla tedy sledovaná ekg křivka, saturace, počet dechů a pulsů. Krevní tlak byl sledován neinvazivní metodou pomocí manžety. Fyziologické funkce byly monitorovány po 4 hodinách.

Diuréza se sledovala vážením pomočených plen. Bylo provedeno vyšetření dle Astrupa a dle skórovacího systému abstinčních příznaků byl hodnocen stav Kačenky (viz. příloha 1) a 2 hodiny. Dle ordinací lékaře byl podán

- Kanavit 1gtt. p.os
- AD vitamin 1gtt. p.os
- Phenemaletten tbl. 2-0-2 p. os

Maminka byla i s Kačenkou přijata na oddělení, kde jí sestřičky ukázaly pokoj, seznámily s řádem na oddělení a samozřejmě ukázaly v jaké postýlce Kačenka leží. Maminku se snažily psychicky podpořit a uklidnit, protože byla vyděšená z překladu svého dítěte. Také mamince doporučily, aby se snažila odpočívat a být v psychické pohodě.

V den mého příchodu na oddělení, byla Kačenka uložena v lůžku a stále byly monitorovány její fyziologické funkce.

Při vizitě ošetřující lékařka zhodnotila celkový stav Kačenky, informovala se o průběhu noci na chování Kačenky, ale i maminky

Ordinace: - Kanavit 1 gtt. p.os

- AD vitamin 1 gtt. p.os
- fyziologické funkce 6x denně
- hmotnost 1x denně , sledovat diurézu
- abstinční skóre po 2 hodinách
- tlumení dle skóre abstinčních příznaků a ordinace lékaře
- strava Su-Ha 60 ml po 3 hodinách
- používat speciální savičku při krmení
- nedávat dudlík
- rooming in pouze přes den

7.2. Ošetřování během dne

- v průběhu dne jsem po 4 hodinách měřila a do sesterské dokumentace zapisovala fyziologické funkce.
- Kačenku jsem přebalovala, vážila jsem pleny a vypočtenou diurézu jsem zapisovala.
- edukovala jsem maminku při koupání Kačenky a při kojení
- doprovod na vyšetření-rtg kyčlí

8. Způsob ošetřování

8.1. monitorace tělesné teploty

Dle ordinací lékaře jsem měřila teplotu manuálně v rektu každé 4 hodiny. Teplotu jsem měřila pomocí rtuťového teploměru tzv. rychloběžka. Před zavedením do konečníku jsem zkontrolovala celistvost teploměru, konec jsem natřela mastí a zavedla asi 2 cm. Po odečtení hodnot jsem teploměr otřela a uložila do označené zkumavky s desinfekčním roztokem. Kačence jsem naměřila teplotu v rozmezí 37,2-37,6°C

8.2. monitorace krevního tlaku

U Kačenky se krevní tlak měřil neinvazivní metodou pomocí manžety umístěné na HK každé 4 hodiny. Místo měření jsem pravidelně střídala jako prevenci otlaků. U Kačenky se hodnota krevního tlaku pohybovala 75/55

8.3. monitorace pulsů

Puls je měřen pomocí elektrod ekg a saturačního čidla je důležité hodnotit rychlost a kvalitu. Při posuzování hodnot srdeční frekvence je důležité brát v úvahu aktuální stav dítěte.

Srdeční frekvence Kačenky byla v průměru 148/min.

8.4. monitorace EKG

Monitorace EKG byla provedena pomocí tří elektrod, které jsme upevnili na hrudník a připojili k monitoru. Elektrody by se měly používat co nejmenší, aby se daly často měnit tím se předcházelo případným otlakům či maceracím.

Elektrody snímají také srdeční frekvenci a počet dechů.

8.5. monitorace dýchání

Počet dechů je měřen pomocí EKG elektrod. Je nutné sledovat a hodnotit jak dechovou frekvenci tak pravidelnost, typ a kvalitu.

Kačence se pohybovala dechová frekvence kolem 44/min.

8.6. monitorace saturace

Nasycení krve kyslíkem je měřena pomocí pulsní oxymetrie. Podle této hodnoty, která je uváděna v procentech, a výsledku se upravuje oxygenoterapie.

Kačence byla naměřena hodnota Sp O₂ 96%.

8.7. monitorace bilance tekutin

Na základě výsledků bilance lékař předepisuje infuze a příjem stravy. Příjem tekutin zahrnuje enterální a parenterální příjem.

Výdej tekutin zahrnuje diurézu, zvracení, event. odpady z drenáží, stomií. U Kačenky se diuréza sledovala pomocí vážení plen.

Sestra zapisuje do bilančního listu všechny údaje o příjmu a výdeji tekutin.

8.8. monitorace abstinenčních příznaků

Hodnotíme na základě skórovacího systému neonatálních abstinenčních příznaků (viz. příloha 1). Hodnotíme á 2 hodiny po 48 hodin a dle výsledků se upravuje léčba.

9. Diagnostické a vyšetřovací metody

Na každém oddělení by měla sestra znát postupy při odběru biologického materiálu. Na neonatologickém Jirp je nutné se seznámit s odlišnostmi v novorozeneckém věku, indikacemi, kontraindikacemi a komplikacemi u daného diagnostického výkonu. Laboratorní hodnoty se odvíjí od věku dítěte a jeho zdravotního stavu.

9.1. Celkové fyzikální vyšetření

Jako součást celkového vyšetření při vizitě se provádí poslech, poklep, pohmat. Sledují se fyziologické funkce, délka, hmotnost, obvod hrudníku, hlavy a břicha.

9.2. Laboratorní vyšetření

Zásady při odběru biologického materiálu:

- s biologickým materiálem zacházíme vždy jako by byl infekční
- aseptický přístup a používání ochranných pomůcek
- minimalizace odběrů
- pomůcky na jedno použití
- pečlivé označení zkumavky a žádanky
- zápis do dokumentace

9.2.1. biochemické vyšetření

krve

U Kačenky byl proveden odběr venózní krve z periferní žíly na hlavičce na celkové biochemické vyšetření. Po odběru bylo místo vpichu sterilně překryto. Biochemické vyšetření nás informuje o celkovém stavu metabolismu, stavu jater, ledvin, pankreatu, hladině glykémie apod.

moče

Odběr moče na biochemické vyšetření se provádí pomocí sběrného sáčku nalepeného na očištěný genitál. Vzorek moče přelijeme do označené zkumavky.

9.2.2. Vyšetření acidobazické rovnováhy

Toto vyšetření bylo Kačence provedeno při přijetí na JIRP, vyšetření můžeme provést odběrem arteriální, kapilární či venózní krve.

Kačence byla odebrána kapilární krev z patičky. Kdy se nejdříve odezinfikuje místo vpichu, jehlou se provede 2-3 mm hluboký vpich a krev se odebírá do připravené kapiláry.

Místo vpichu bylo sterilně kryto. Nejpřesnější výsledky ABR má arteriální krev.

9.2.3. Hematologické vyšetření

K tomuto vyšetření se odebírá venózní nesrážlivá krev. Při přijetí na Jirp byly provedeny tyto vyšetření: KO+dif., APTT.

9.2.4. Mikrobiologické vyšetření

Tímto vyšetřením se diagnostikují infekční agens. Odběr se provádí za sterilních podmínek.

9.2.5 Izoserologické vyšetření

Jde o vyšetření krevní skupiny, Rh faktor, Rh izoimunizaci, protilátky..

9.2.6. Virologické vyšetření

Vzhledem k pozitivě HbS ag matky bylo provedeno i u Kačenky

9.3. Sonografické vyšetření

Je vyšetření založené na schopnosti ultrazvuku procházet tkáňmi a odrážet se na jejich rozhraních. U Kačenky bylo provedeno sono CNS.

10. Hygienická péče

10.2. Koupel a péče o kůži

Koupel jsem prováděla v umyvadlu s teplou vodou, při koupeli jsem edukovala maminku. Dále jsem si připravila dvě žínky, dětské mýdlo, látkovou plenu na utření, dětský olej, štětičky, plenku na přebalení a šatičky. Kačenku jsem jemně omyla vodou a mýdlem a poté jsem mýdlo smyla čistou vodou. Zvláštní péči jsem věnovala obličejí a genitálu. Dále jsem ji utřela do sucha a natřela dětským olejíčkem. Vyčistila jsem nos a uši, genitál a konečník jsem natřela mastí proti opruzeninám. Po koupeli jsem si připravila váhu na kterou jsem položila čistou plenu a zvážila Kačenku. Poté jsem ji zabalila do plenky, oblékla a uložila do předem ustlaného lůžka.

Dutina ústní se může vytrít sterilní štětičkou namočenou v FR. Rty se proti osychání chrání Infadolanem.

10.3. Péče o vyprazdňování

10.2.1 Péče o močení

Diuréza se měřila pomocí vážení plen. Plena se zvážila před a po vymočení. Váhový rozdíl se rovná množství moči. Kačenku jsem přebalovala dle potřeby a později již Kačenku přebalovala maminka. Znečistěnou plenu jsem zvážila a vypočtené množství jsem zapsala do bilančního listu. Pečlivě jsem dbala na prevenci opruzenin. Po každém močení jsem Kačence důkladně omyla a ošetřila zadeček mastí. Na oddělení se používají jednorázové pleny. Kačenka po dobu hospitalizace neměla problémy s močením ani s opruzeninami.

10.2.2 . Péče o stolici

Součástí hodnocení klinického stavu je sledování odchodu stolice, sledování barvy, příměsí, konzistence a vzhledu břicha je velmi

důležité. Nutná je i kontrola střevní peristaltiky poslechem fonendoskopem. Frekvence odchodu stolice záleží na celkovém zdravotním stavu, typu a množství podané stravy.

V případě, že stolice neodchází se nejdříve miminku aplikuje rektální rourka, současně se také může provádět jemná masáž břicha po směru hodinových ručiček či se může aplikovat teplý obklad.

Nepodaří-li se dítě takto vyprázdnit je nutné podat klyzma. Rektální rourka se šetrně zavede do konečníku asi do vzdálenosti 3 cm a stříkačkou se nejčastěji aplikuje mateřské mléko. Po aplikaci se rektální rourka šetrně vytáhne a dítě se zabalí do plenek.

Kačenka měla řídkou stolicí a objevovali se u ní průjmy, což vyžadovalo zvýšenou péči o zadeček a častější přebalování.

10.4. krmení

Kačenka byla zpočátku krmena náhradní stravou za mateřské mléko SU-HA kojeneckou lahví se speciálním dudlíkem, po třech dnech hospitalizace začala být přikládána k prsu matky.

11. Péče o psychiku novorozence

Ke každému nemocnému je důležitý individuální přístup, snažíme se vypořádat a pochopit jeho potřeby. Dítě s abstinčním syndromem potřebuje pocit jistoty, lásky a dostatečné péče. Je zde důležitá spolupráce s matkou. Maminka Kačenky měla zájem o Kačenku, ale byla zde potřeba edukace matky. Byl zde kontakt se sociální pracovníci, která rozhodla že Kačenka může být svěřena do péče matky.

Každé dítě při vstupu do života potřebuje projevy lásky, něhy a pocitu jistoty. Je důležité na dítě mluvit při ošetrovatelských výkonech. V tomto případě je také důležitá psychická podpora matky, která se bude obávat ze své nové role a bude se obávat selhání.

Maminku jsem povzbuzovala, zapojila jsem ji do ošetrovatelské činnosti jako je přebalování a péče o pokožku.

Maminka byla hospitalizovaná s Kačenkou, což prospívalo stavu dítěte a po dvou dnech hospitalizace byl umožněn rooming in zpočátku pouze přes den po stabilizaci stavu i na noc.

Důležité je, aby rodič dostával co nejvíce pravdivých informací o stavu dítěte. Tyto informace by měly být podány tak, aby rodič rozuměl jejich obsahu a mohl tak spolurozhodovat o následující léčbě.

Určitě by neměl být maminkám uživatelkám či bývalým uživatelkám vytýkan životní styl, který maminka vedla. Jelikož to vede k sebeobviňování matky a k psychické nepohodě jak matky tak i dítěte.

Takováto maminka by měla být naopak co nejvíce podporována. Je zde také důležitá spolupráce mezi matkou, sociální pracovníci a ambulantním střediskem zabývajícím se drogovou problematikou, kam by maminka měla docházet.

12. Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces probíhá v několika fázích, které se vzájemně prolínají a opakují. Sestra musí nemocného nejdříve poznat, zjistit jeho základní problémy z ošetrovatelského hlediska, rozhodnout se pro správnou cestu jeho ošetřování a nakonec zhodnotit efekt poskytované ošetrovatelské péče.

12.1. Získávání informací

Mé poznatky vycházely z objektivního i subjektivního pohledu na celkový zdravotní stav a potřeby pacienta. Informace jsem získala z dokumentace, od ošetrojících sester a lékařů a samozřejmě od maminky. Mé pozorování však bylo podstatou pro stanovení ošetrovatelské diagnózy.

12.2 Naplánování ošetrovatelské péče

S ošetrojícím personálem jsem konsultovala správnost postupů ošetrovatelské péče. Má práce zahrnuje stanovení ošetrovatelské diagnózy, cílů, realizaci plánů ošetrovatelské péče a jejich zhodnocení.

12.3. Ošetrovatelská diagnóza 1

Zvýšené riziko aspirace z důvodu vrozené vývojové vady- rozštěp horního patra.

Cíl

- Zamezit či snížit riziko aspirace
- Včasné rozpoznání rizikových faktorů

Plán

Kontrola vědomí, sledování hodnot saturace, zvýšená kontrola při krmení.

Realizace

Kačenku jsem hlavně sledovala při krmení, jelikož zde bylo největší riziko aspirace. Ke krmení jsem používala speciální dudlík vzhledem k jejímu základnímu onemocnění. Dále jsem sledovala hodnoty saturace k jejichž poklesům docházelo výjimečně a celkově jsem sledovala stav dítěte a případnou cyanózu. Po krmení jsem ukládala Kačenku na bříško a maminku jsem upozornila, aby častěji kontrolovala Kačenku.

Hodnocení

K aspiraci po celou dobu hospitalizace nedošlo.

12.4. Ošetrovatelská diagnóza 2

Porušený spánek související s abstinenčním syndromem projevující se krátkou dobou spánku po jídle.

Cíl

Zlepšení spánku

Plán

Poskytnout dostatek ticha a šera, balit do zavinovačky, případně medikace dle ordinace lékaře, umožnit kontakt s maminkou.

Realizace

Na oddělení jsem se s ostatními sestřičkami pohybovala tiše. Přes lůžko Kačenky jsem přehodila plenu, abych zajistila šero. také jsem zavolala maminku, aby Kačenku pochovala (dítě si uvědomí pocit bezpečí, jistoty a lásky).

Hodnocení

Po několika dnech hospitalizace se doba spánku po jídle prodloužila na 3 hodiny.

12.5. Ošetrovatelská diagnóza 3

Riziko vzniku poruchy integrity kůže v důsledku opruzenin a otlaků.

Cíl

Zamezit vzniku poruchy integrity kůže

Plán

Častá péče o kůži, zvláště predilekční místa. Přebalování dle potřeby. Přelepování EKG elektrod.

Realizace

Na oddělení se používaly co nejmenší EKG elektrody, aby se dala místa nalepení často měnit a předcházelo se tak maceracím a otlakům. Proto, aby se miminka cítila co nejpříjemněji jsme používali tzv. rohlíčky (polštářky naplněné kuličkami polystyrenu ve tvaru podkovy), které je pomáhají udržet v klubíčku, což alespoň částečně napodobuje polohu v děloze. Kačenku jsem dle potřeby přebalovala, při každém přebalování jsem pokožku omyla, otřela a namazala speciální mastí proti opruzeninám. Tento postup jsem ukázala mamince.

Hodnocení

U Kačenky nevznikla významnější porucha celistvosti kůže ani nedošlo k opruzeninám.

12.6. Ošetrovatelská diagnóza 4

Riziko vzniku infekce související se sníženou obranyschopností organismu.

Cíl

Zamezit vzniku infekce či snížit riziko jejího vzniku.

Plán

Pravidelné, asepticky prováděné převazy. Sledování fyziologických funkcí (tělesná teplota, dýchání, činnost srdce), sledovat celkový stav, v případě potřeby zánětlivé markery. Důkladné mytí rukou ošetřujícího personálu a maminky.

Realizace

Při příchodu na oddělení jsem si vždy pečlivě umyla ruce desinfekčním mýdlem, edukovala jsem maminku, aby vždy než si Kačenku vezme umyla pečlivě ruce a vysvětlila jsem jí, že je to prevence proti vzniku infekce. Při provádění ošetřovatelského výkonu jsem pracovala aseptickým způsobem. Také jsem sledovala Kačenčin celkový stav a její fyziologické funkce.

Hodnocení

Po dobu mé praxe neměla Kačenka žádné známky infekce a její fyziologické funkce a laboratorní hodnoty byly v normě.

12.7. Ošetřovatelská diagnóza 5

Průjem související s abstinenčním syndromem, projevující se častou řídkou stolicí.

Cíl

Obnovit normální fungování střev

Plán

Sledovat množství a charakter stolice, vyšetření břicha poslechem, sledování celkového stavu a fyziologických funkcí, přebalování dle potřeby a prevence opruzenin, sledování hydratace a homeostázi organismu.

Realizace

Kačenku jsem pravidelně přebalovala a sledovala konsistenci její stolice. Vzhledem k častému vyprazdňování jsem zvýšila péči o zadeček, kam jsem aplikovala při každém přebalování mast proti opruzeninám. Lékařka při vizitě vyšetřila poslechem břicho a situaci zhodnotila jako příznak abstinenčního syndromu. Dále jsem sledovala celkový stav a fyziologické funkce. Také byla provedeno vyšetření na acidobazickou rovnováhu.

Honocení

Průjem se podařilo zvládnout, ale vyprazdňování řídké stolice přetrvávalo.

12.8. Ošetrovatelská diagnóza 6

Riziko narušení rodičovství související s nejistotou matky v nové roli.

Cíl

Snížit toto riziko

Plán

Psychická podpora matky, upevnit matku v její nové rodičovské roli, podpora celé rodiny, povzbuzovat matku a trpělivě ji vše vysvětlit, doporučit kontakt s nízkoprahovým střediskem starající se o matky na substituční terapii.

Realizace

Maminku jsem se snažila povzbuzovat, vše jsem ji laskavým a trpělivým způsobem vysvětlovala. Snažila jsem se o psychologický přístup a dala jsem mamince kontakt na středisko DROP IN, které pracuje s matkami na substituční terapii.

Hodnocení

Maminka se centrem zkontaktovala pouze 1x, o dalším vývoji nemám bohužel informace.

12.9. Ošetřovatelská diagnóza 7

Porucha termoregulace související se základní diagnózou, projevující se zvýšenou teplotou.

Cíl

Zamezit poklesu či přílišnému zvýšení teploty

Plán

Měření tělesné teploty dle ordinace lékaře, zajistit aby nedocházelo k úniku tepla, při přetrvávající zvýšené teplotě medikace dle ordinace lékaře.

Realizace

Kačence jsem měřila manuálně teplotu v rektu dle ordinace lékaře a zaznamenávala do dokumentace. Hygienickou péči jsem prováděla rychle, aby Kačenka neprochladla. Důležité je také časté přebalování, aby se zkrátil, pobyť, v mokrých a studených plenách.

Hodnocení

Kačenka mívala zvýšenou teplotu kolem 37.2, ale ke konci pobytu se telesná teplota udržovala v normě.

13. Závěr

Na neonatologickém oddělení je práce sestry náročná jak po stránce psychické tak po fyzické. Sestra na tomto oddělení musí mít nejen odborné předpoklady, ale také dostatek trpělivosti a dostatek komunikačních schopností při práci s rodiči. Také musí mít organizační schopnosti, protože v tomto oboru spolu spolupracují sociální pracovníci, RHB sestry, kojenecké ústavy a ostatní střediska.

Kačenčin případ dopadl dobře jak z hlediska zdravotního, kdy se objevily abstinční příznaky, ale v lehčí formě. Tak z hlediska sociálního, kdy byla mamince svěřena do péče a nemusela jít do kojeneckého ústavu.

Poslední den mé praxe byla Kačenka i s maminkou propuštěna do domácí péče.

14. Resumé v českém jazyce

Pro zpracování mé absolventské práce jsem si vybrala neonatologické oddělení JIRP ve Fakultní nemocnici Motol. Jejím cílem bylo prokázat schopnost samostatně uplatnit jak praktické, tak i teoretické znalosti léčby a ošetřování novorozenců s abstinenčním syndromem. Bylo důležité uvědomit si rozdíly v poskytování intenzivní a resuscitační péče novorozenci a dospělému člověku.

Absolventská práce je rozdělena na dvě části. První teoretická část pojednává o psychosociálních faktorech ovlivňující těhotenství, o účincích návykových látek na plod a zahrnuje léčbu abstinenčního syndromu.

V druhé, praktické části jsem se snažila popsat péči, kterou jsem poskytovala svému pacientovi. Uvádím v ní nejdůležitější ošetřovatelské diagnózy, jejich cíle, plány, realizaci a nakonec hodnocení.

Moje pacientka se narodila 14.9.2003 ve 40 týdnu těhotenství a vážila 2265 g. Dne 19.9.2003 byla s maminkou propuštěna do domácí péče.

15. Resumé v Anglickém jazyce

For my final year work I chosen neonatologic ward. My final year work is dividided into two parts- theoretical and practical.

Theoretical part contains psychosocial risk, effect drugs in gravidity and treatment temperance syndrom.

Practical part describes care about my patient, I mention important nursing diagnoses, objectives, plans, realizations and valuetion.

My patient was new born-children and has abstinent syndrom after five days in hospital was dismiss to home care.

16. Seznam zkratek

| | |
|---------------|---|
| ABR | acidobazická rovnováha |
| ACTH | adenokortikotropní hormon |
| AIDS | Aquired Immunno- Deficiency Syndrome |
| APTT | parciální protrombinový čas |
| ASTRUP | vyšetření acidobazické rovnováhy |
| BWR | Bordetova- Wassermannova reakce |
| CMV | cytomegalovirus |
| CNS | centrální nervová soustava |
| DK | dolní končetina |
| EKG | elektrokardiogram |
| FR | fyzilogický roztok |
| g | gram |
| h | hodina |
| HBsAg | antigen viru hepatitidy B |
| HCG | choriový gonadotropin |
| HIV | virus lidského imunodeficitu |
| HK | horní končetina |
| i.v. | intravenózní |
| JIRP | jednotka intenzivní a resuscitační péče |
| kg | kilogram |
| KO+dif | krevní obraz a diferenciál |
| LSD | dietylamid kyseliny d-lysergové |
| MDMA | methylenedioxyamfetamin |
| mg | miligram |

| | |
|--------------|-------------------------------|
| min | minuta |
| ml | mililitr |
| MOP | mikroskopický obraz poševní |
| p. os | per os |
| SP O2 | nasycení hemoglobinu kyslíkem |
| THC | tetrahydrocannabinol |
| TK | tlak krve |
| TT | tělesná teplota |

17. Seznam příloh

příloha 1 : Léky používané při resuscitaci novorozence

příloha 2 : Péče o novorozence drogově závislé matky

příloha 3 : Oběh plodu

příloha 4 : Oběh novorozence

příloha 5 : Skórovací systém neonatálních abstinčních příznaků

18.Seznam použité literatury

[1] Česká a slovenská neonatologická společnost : Neonatologické edukační programy – moduly I. a II

(T-print s.r.o., Třinec, 1996)

[2] Drogy v ulicích : Andrew Tyler

(Ivo Železný, Praha, 1998)

[3] Kapesní průvodce zdravotní sestry : Marilyn E. Doenges, Mary Frances Moorhouse

(Grada, Praha, 2001)

[4] Drogy v ordinaci praktického lékaře : MUDr. et PhDr. Kamil Kalina

(Edice FILIA, svazek 4, Praha, 1997)

[5] Porodnictví : Prof. MUDr. František Macků, CSc

(UK v Praze, Karolinum, Praha 2000)

[6] Drogy na předpis II. / Vše o Metadonu : Andrew Preston

(Votobia, Olomouc 1999)

Úvod

Ke zpracování mé absolventské práce jsem si vybrala oddělení neonatologie v Fakultní nemocnici Motol. Vykonávala jsem zde ošetrovatelskou péči u novorozence s abstinenčním syndromem.

Úkolem mé absolventské práce bylo seznámení s provozem neonatologického oddělení, s povinnostmi sestry a zvláštnostmi intenzivní a resuscitační péče. Práce je zaměřena především na aktuální ošetrovatelskou péči a řešení problémů s ní související.

Poděkování

Děkuji Mgr. Libuši Laifrové za trpělivost a velmi cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé absolventské práce. Zvláště děkuji sestře školitelce Jaroslavě Saxlové a celému zdravotnímu personálu neonatologického oddělení Fakultní nemocnice Motol, kteří mi ochotně pomáhali při vykonávání ošetrovatelské péče u mé pacientky.

V Praze dne 30.Června 2004

.....

vlastnoruční podpis autora

Obsah

Teoretická část

| | |
|---|-----------|
| 1. Fyziologické těhotenství | 6 |
| 1.2. Období embryogenezy | 6 |
| 1.3. Období fetální | 8 |
| 2. Prenatální péče | 10 |
| 3. Psychosociální rizika v těhotenství | 11 |
| 4. Užívání psychoaktivních látek v těhotenství | 12 |
| 4.1. Abstinenční syndrom | 13 |
| 4.2. Metabolismus léčiv v placentě a plodu | 14 |
| 4.3. Vliv požívání alkoholu v těhotenství | 15 |
| 4.4. Užívání opioidů v těhotenství | 15 |
| 4.5. Kanabidy a jejich vliv na těhotenství | 17 |
| 4.6. Vliv účinků sedativ v těhotenství | 18 |
| 4.7. Stimulační drogy v těhotenství | 18 |
| 4.8. Užívání halucinogenů v těhotenství | 20 |
| 4.9. Užívání těkavých látek v těhotenství | 20 |
| 5. Léčba abstinenčního syndromu | 21 |

Praktická část

| | |
|---|-----------|
| 6. Osobní údaje | 23 |
| 6.1. Rodinná anamnéza | 23 |
| 6.2. Lékařská diagnóza | 24 |
| 6.3. Péče o novorozence na porodním sále | 24 |
| 7. Průběh hospitalizace | 25 |
| 7.1. Příjem na Jip | 25 |
| 7.2. Ošetřování během dne | 26 |
| 8. Způsob ošetřování | 26 |
| 8.1. monitorace tělesné teploty | 26 |
| 8.2. monitorace krevního tlaku | 27 |
| 8.3. monitorace pulsů | 27 |
| 8.4. monitorace EKG | 27 |
| 8.5. monitorace dýchání | 27 |
| 8.6. monitorace saturace | 27 |
| 8.7. monitorace bilance tekutin | 27 |
| 8.8. monitorace abstinenčních příznaků | 28 |
| 9. Diagnostické vyšetřovací metody | 28 |
| 9.1. Celkové fyzikální vyšetření | 28 |
| 9.2. Laboratorní vyšetření | 28 |
| 9.2.1. Biochemické vyšetření | 29 |
| 9.2.2. Vyšetření acidobazické rovnováhy | 29 |
| 9.2.3. Hematologické vyšetření | 29 |
| 9.2.4. Mikrobiologické vyšetření | 29 |
| 9.2.5. Izoserologické vyšetření | 29 |
| 9.2.6. Virologické vyšetření | 29 |
| 9.3. Sonografické vyšetření | 30 |

| | |
|--|-----------|
| 10. Hygienická péče | 30 |
| 10.1. Koupel a péče o kůži | 30 |
| 10.2. Péče o vyprazdňování | 30 |
| 10.2.1. Péče o močení | 30 |
| 10.2.2. Péče o stolici | 31 |
| 10.3. Krmení | 31 |
| 11. Péče o psychiku novorozence | 31 |
| 12. Ošetrovatelský proces | 32 |
| 12.1. Získávání informací | 32 |
| 12.2. Naplánování ošetrovatelské péče | 32 |
| 12.3. Ošetrovatelská diagnóza 1 | 33 |
| 12.4. Ošetrovatelská diagnóza 2 | 34 |
| 12.5. Ošetrovatelská diagnóza 3 | 35 |
| 12.6. Ošetrovatelská diagnóza 4 | 36 |
| 12.7. Ošetrovatelská diagnóza 5 | 37 |
| 12.8. Ošetrovatelská diagnóza 6 | 38 |
| 12.9. Ošetrovatelská diagnóza 7 | 39 |
| 13. Závěr | 40 |
| 14. Resumé v Českém jazyce | 41 |
| 15. Resumé v Anglickém jazyce | 42 |
| 16. Seznam zkratk | 43 |
| 17. Seznam příloh | 45 |
| 18. Seznam použité literatury | 46 |

Souhlasím s tím, aby moje absolventská práce byla půjčovaná ke studijním účelům. Žádám, aby citace byly uváděny způsobem užívaným ve vědeckých pracích, a aby se vypůjčovatelé řádně zapsali do přiloženého seznamu.

V Praze, dne

.....
podpis

Seznam vypůjčovatелů:

| Pořadové číslo | jméno čtenáře | č. obč. průkazu | Bydliště | Datum půj. vrác. |
|----------------|---------------|-----------------|----------|--------------------------|
| | | | | |