

CHYBY V PÉČI O NOVOROZENCE PO PROPUŠTĚNÍ Z NEMOCNICE – II. ČÁST

MUDr. Magdalena Weberová

Dětské oddělení, Nemocnice Havlíčkův Brod

Chyby a omyly v péči o novorozence po propuštění z nemocnice lze rozdělit do několika okruhů, které spolu vzájemně úzce souvisejí. Článek je rozdělen na dvě části.

II. část článku se zabývá přehledem možných chyb a omylů v běžné péči o novorozence po propuštění z nemocnice. Důraz je kladen na formování správných návyků v oblasti hygieny, režimu a zdravého spánku novorozence. Pozornost je věnována sledování psychomotorického vývoje dítěte. Pohled na nejčastější omyly je dán do kontextu formování vztahu rodiče–dítě. Chybou zdravotníků jako celku je, že na různých úrovních péče o dítě rodičům často poskytují protichůdné informace. Důsledkem je narušení nutného vztahu důvěry mezi rodiči a lékařem.

I. část článku v předchozím čísle se zabývala omyly a chybami v oblastech:

- A. vnímání projevů a potřeb dítěte v rámci formující se interakce matka–dítě
- B. chyby v režimových opatřeních v souvislosti s kojením
- C. omyly spojené s kojením.

II. část článku se zabývá omyly a chybami v oblastech:

- D. ošetřování novorozence v domácím prostředí
- E. polohování dětí a chování v náruči – psychomotorický vývoj dítěte.

Klíčová slova: chyba, informace, ošetřování novorozence, ikterus, hygiena, psychomotorický vývoj dítěte, rizikový novorozenec.

MISTAKES IN THE CARE ABOUT A NEWBORN FOLLOWING HOSPITAL DISCHARGE

Mistakes and errors in care of a newborn following discharge from hospital can be divided in several areas, which are mutually related. Article is divided into two parts.

Second part deals with an overview of mistakes and errors in standard care about a newborn following discharge from hospital. Emphasis is on a formation of correct habits in hygiene, regimen and healthy sleep of the newborn. Attention is paid on the follow-up of psychomotor development of the child. Insight onto the most frequent mistakes is put in a context with formation of parent-child relationship. Health personnel's mistake as a whole is giving parents often opposing information in different levels of care. It results in disturbance of necessary trust between parents and doctor.

Part I in previous issue dealt with mistakes and errors in areas:

- A. understanding expressions and needs of the child within a forming mother-child interaction
- B. mistakes in regimen arrangements in relation to breast feeding
- C. mistakes connected to breast feeding

Part II deals with mistakes and errors in areas:

- D. newborn home nursing
- E. positioning of children and cradling a child in arms – psychomotor development

Key words: mistake, information, nursing a newborn, icterus, hygiene, psychomotor development of a child, risky newborn.

Úvod II. části

II. část článku volně navazuje na část I. Orientuje se na nejčastější omyly a chyby v oblasti hygieny a běžné péče o novorozence a malého kojence po propuštění z porodnice. Zmíněna je problematika ikteru v novorozeneckém věku. Článek upozorňuje na nejčastější dotazy rodičů stran hygieny dítěte, zdravého spánku a polohování dětí v náruči a postýlce. Pozornost je věnována významu časné diagnostiky eventuálních nedostatků v psychomotorickém vývoji v návaznosti na další zdravý vývoj dítěte. Chyby rodičů se mohou prolínat s omyly pediatriů a dětských sester. Chybou zdravotníků jako celku je, že na různých úrovních péče o dítě dostávají rodiče často protichůdné informace. Tato situace ve-

de k vnitřní nejistotě matky, která se strachuje o zdravý vývoj dítěte. Chybou je, že podávané informace nejsou rodičům podrobněji vysvětleny a to z důvodů časových nebo jen proto, že to lékaře nebo sestru nenapadne. Zdůrazněna je potřeba podpory rodiny, podpora formování vzájemných vztahů rodičů a dítěte. V případě rizikových novorozenců a dětí s prokázaným handicapem je zdůrazněn význam komplexní rané péče pro optimální rozvoj dítěte.

D. Ošetřování novorozence v domácím prostředí

Každé dítě je od počátku neopakovatelnou originální bytostí a přijetí každého dítěte jako osobnosti je proces. Potřeba péče a zvláště krmení po narození zabírá rodičům nejvíce času

a energie. Na základě uspokojení této primární potřeby péče postupně přidáváme jednotlivé zkušenosti života a to nejen jako děti. Stejně důležitá je potřeba péče ve formě „krmení“ podněty. To je veškerá něžná a láskyplná péče, kdy si s dítětem rodič povídá, dotýká se jej, mazlí se s ním (5).

Rytmus dne dítěte je předmětem zamyšlení bodu A a B v I. části. V minulém čísle byl zmiňován především v souvislosti s kojením. I u dítěte živěného formulí je dobré respektovat jeho individuální potřebu spánku a bdění, dítě zbytečně nebudit, vnímat signály únavy a zbytečně nepřetěžovat podněty v době, kdy by dítě nejraději spalo.

Někdy se rodiče rozhodují, zda kojit nebo ne, nejsou si jisti množstvím a kvalitou mléka. Chybou, ale běžně dávanou radou je dokrm

„něčím silnějším“. Tato rada je nesmyslná ze samé podstaty. Počáteční mléka, jak je trh nabízí nemohou, mít větší obsah živin a kcal než mléko mateřské, které je výrobcům vzorem. Stává se, že přes veškeré úsilí ženy není možné dítě plně kojit. V tom případě přichází ke slovu umělá výživa. Ženy v sobě někdy mívají pocit viny, že dítěti nedaly vše, co měly. Matka by měla být ujištěna, že dítěti může svou lásku dávat nejen kojením. Při dokrmu je vhodné užít různé alternativní způsoby. Je-li dítě živeno z lahvičky, je dobré je aspoň občas krmit v intimním kontaktu „skin to skin“. Říká se, že u miminek prochází láska kontaktem kůže na kůži (13). Důležitý je oční kontakt s novorozencem, nesmyslné je tradované tvrzení, že novorozenec „ještě nevidí“. Kožní kontakt je vhodný také při zkldňování dětí s baby-kolikou v poloze břicho na břicho.

K bytostným potřebám lidského mláděte patří touha po stále přítomnosti matky (pečující osoby). Rodiče často volí společný spánek s dítětem na jednom lůžku. Rodiče by měli být poučeni, že sdílení lůžka s další osobou může být riskantní, a to z důvodu většího množství volných měkkých materiálů v okolí dítěte a z možnosti přehřátí dítěte. Rodiče by měli být již v porodnici poučeni, že je lépe přistavit postýlku k lůžku na dosah. Tak má matka s dítětem úzký kontakt a má možnost uklidnit ho dotekem, je-li třeba (1).

Ikterus v novorozeneckém a raně kojeneckém období může být důležitý diagnostický a terapeutický problém. Hladina bilirubinu je v novorozeneckém věku pod vlivem řady faktorů, které zasahují do jeho metabolismu na různých úrovních. Jedním z faktorů, který bývá spojován s ikterem novorozenců je i kojení. Odhaduje se, že 1–2% plně kojeneckých dětí může mít prolonoovaný ikterus (18). Tento tzv. ikterus z mateřského mléka („true breast-milk jaundice“) může odeznívat i několik týdnů. Rysem tohoto ikturu je dobrý stav dítěte. Dítě je „žluté“ nikoliv nemocné (18). Podle stavu dítěte je tedy možné nezasahovat, dítě sledovat a podpořit kojení. Častou chybou bývá doporučení čaje z důvodu lepší hydratace dítěte. Stejně chybné je nahrazovat mateřské mléko formulí. Možné je 1–2 dávky kojení nahradit odstříkaným, na 56 °C ohřátým mlékem vlastní matky. Nevhodné je podávání fenobarbitalu (2, 18).

Chybou v přístupu k ikturu u dítěte kojeneckého může být podcenění diferenciální diagnostiky. Vhodnější je i v případě předpokládaného ikturu z mateřského mléka provést vyšetření hladiny bilirubinu a to i přímého, hodnoty transamináz, eventuálně další laboratorní vyšetření. Pojem ikterus z mateřského mléka bývá pro rodiče zavádějící a spojují si ho s určitou nedokonalostí mateřského mléka.

Je dobré matce vysvětlit podstatu prolono- vaného ikturu, ujistit matku, že dítě je zdravé a dítě sledovat. Toto vede v převážné většině případů k uklidnění matky i rodiny (2).

Rozporuplné informace týkající se hygieny dítěte se vyskytují v rodinách i na všech úrovních péče o novorozence. Jak často má být dítě koupané, jakou kosmetiku používat, jak čistit nos, uši... tyto otázky jsou všudypřítomné v ordinacích praktických dětských lékařů i v porodnicích. Dle nejnovějších poznatků je dobré novorozence koupat a celého mydlit asi 2x týdně (8).

Pokud dítěti i matce činí koupel spojená s případnou masáží radost, může být koupání (bez mýdla) častější. Chybou je buzení dítěte a koupel v zájmu zajištění pravidelného režimu dítěte (viz i část I). Péče o kůži je natolik rozsáhlé téma, že přesahuje rámec tohoto sdělení.

Čištění uší je zdánlivě banální problém. Dříve platilo, že ouška dítěte musí být denně vyčištěna. Uši mají samočisticí schopnost. Za pomoci mazu, který se pomalu sune zvukovodem ven, se odstraňují odloučené buňky a nečistoty. Chybou je pokládat ušní maz za špínu. Tuková vrstva mazu chrání citlivou kůži zvukovodu a tato kůže vytváří ochrannou bariéru. Je-li kůže zvukovodu maximálně čištěná, vysychá a zevní zvukovod pak následně vytváří více mazu, než je nutné. Také čištění nosu by se mělo provádět jen dle potřeby.

V souvislosti s uchem – tentokrát středním je dobré si uvědomit, že časté sání dudlíku, stejně jako krmení z lahve může narušovat tlakové poměry v oblasti ústí Eustachovy trubice. Obecně platí, že děti, které jsou kojeny mají menší výskyt otitid v kojeneckém věku. Svou roli jistě sehrává i imunologický vliv mateřského mléka. Chybou je rodičům z důvodu neklidu dítěte dudlík doporučovat.

Ošetřování a správná hygiena genitálu je další otázkou, kterou rodiče kladou lékařům i sestřám. U novorozeneckých chlapců je předkožka přetažitelná asi ve 4%. Konglutice je fyziologický stav. Akumulace odlučujících se buněk vede k nenásilnému, přirozenému oddělení vnitřního listu předkožky od žaludu. Vývoj k široké, plně separované předkožce probíhá různě dlouho dobu. Podle literárních zdrojů se udává, že ve věku 0–6 měsíců má 80% chlapců předkožku nepřetažitelnou, v roce je to 50% chlapců, ve 2 letech 20% a ve 3 letech 10% chlapců s nepřetažitelnou předkožkou (19). Další příčinou nepřetažitelnosti předkožky je fimóza. Po narození je fimóza víceméně fyziologická a má chránit vyústění uretry a glans penis před mechanickou traumatizací. Získaná fimóza je někdy následkem zánětu, častěji je následkem opakované traumatizace a následného jizvení. Je chybou

násilně přetahovat předkožku u kojence v případě fyziologické konglutice. Rodiče i lékaři by měli respektovat přirozený vývoj předkožky. Disoluce je pro dítě výkon bolestivý a traumatizuje okraje předkožky (19). Hygiena genitálu u chlapců tedy spočívá v omytí kůže vodou, event. s použitím jemného mýdla. Glans penis se umývá čistou vodou po citlivém přetažení předkožky podle stupně separace jejích listů. Pravidelné jemné přetahování předkožky podporuje její oddělení (11).

Matky dívek je nutné názorně poučit o hygieně genitálu. Genitál dívky je nutné omývat shora dolů, matce musí být zdůrazněna nezbytnost oddálení labia majora od labia minora a důkladná očista těchto míst. Nutná bývá praktická ukázka při prohlídce dítěte a při jeho přebalení, protože pouhému popisu matky většinou nerozumí. Důkladné poučení o hygieně v této oblasti může dívence ušetřit bolesti při eventuálním pozdějším rozrušení synechií.

Neprůchodnost slzných cest se klinicky projevuje u 3–6% novorozenců a kojenců. Názory na léčbu a ošetřování nejsou jednotné. Ontogenetický vývoj slzných cest probíhá i po narození a v 90% dochází ke spontánnímu zprůchodnění slzných cest do 3 měsíců. Minimálně do této doby, případně i déle, je indikována jen lokální léčba. Nejčastějším projevem je slzení a opakované konjunktivitidy v postiženém oku. V léčebném postupu není úplná shoda, převažují však následující doporučení. Vhodná je aplikace antibiotických nebo dezinfekčních roztoků do spojivkového vaku a možná je hydrostatická masáž. Rodiče musí být poučeni o způsobu provádění masáže (4).

E. Chyby v polohování dětí a chování v náručí

Polohováním novorozenců a kojenců se rozumí správné ukládání dítěte do postýlky, do kočárku nebo na hrací deku a jeho chování v náručí.

Na základě studia základních vrozených vzorců novorozeneckého chování se ukázalo, že novorozenec je pasivní nošenec. Z pohledu evoluce jde o mládě, které je nošené, houpané a držené na těle matky (14). Tomu odpovídají i vývojové zvláštnosti novorozence, škála reflexního chování a hlasové signály, které dítě k matce vysílá. Houpaní a nošení novorozence patří k jeho fyziologické normě (14). Dítě nemůže být z objektivních důvodů nošené stále, proto je dobré matky poučit o zásadách správného polohování dítěte v postýlce a o zásadách správného spánku novorozence.

Dítě nesmí být ke spánku uloženo na břicho, **poloha na zádech** představuje nejmenší riziko z hlediska nebezpečí syndromu náhlého úmrtí kojence (SIDS) (1). Rodiče (i zdravotníci) se obávají aspirace, proto preferují spánek

na boku, což je nevhodná, nestabilní poloha. Chybou je ponechat dítě v poloze na zádech neustále. Pokud je dítě bdělé a pod dozorem matky, je naopak polohování dítěte na bříšku vhodné vzhledem k fyziologickému vyzrávání, vzpřimování a vyvážené stimulaci dítěte.

Poloha novorozence a kojence v postýlce by měla být taková, aby světelný zdroj byl umístěn v nohách dítěte, případně střídavě z obou stran, hračky by měly být umísťovány cca 20–25 cm před obličej, nikoliv za hlavu dítěte (17).

Velká část novorozenců se rodí s různou mírou **predilekce hlavičky**. Při predilekci hlavičky je vhodné umístit dítě v postýlce tak, aby světelný zdroj (okno, velké zrcadlo) případně akustické podněty přicházely ze strany neoblíbené. Chybou může být polohování dítěte s predilekci za pomoci překážek, které mají bránit oblíbené poloze hlavičky. Dítě se samo zpolohuje kolem překážky (pytlíky s cukrem, pískem apod.) a stav se může zhoršit ve smyslu rozvoje svalové dysbalance.

Správným způsobem **chování v náruči** lze novorozence relaxovat, vhodně stimulovat a tak jej připravovat ke správnému způsobu vzpřimování v takovém časovém pořadí, v jakém je tento proces naprogramován. Nejvhodnější je chování dítěte v klubičku. Častou neuvědomělou a nedoceněnou chybou je nesprávné chování dítěte v náruči. Hlavička dítěte sice bývá podpírána, ale tak, že je v záklonu. Hlava u novorozence nesmí být v záklonu dlouhodobě, jinak dochází k aktivaci tonických šíjových reflexů a rozvoji svalové dysbalance. Tato může narušovat další vývoj postury a motoriky dítěte. Porucha posturálního vývoje je jednou z hlavních příčin pozdějšího vadného držení těla a hybných poruch ve vyšším věku. Chybně založené držení těla má také dopad na morfologický vývoj těla. Klíčová období pro podchycení posturálních poruch je věk 6 týdnů, 3,5 a 6 měsíců. Děti, které v těchto obdobích vykazují výraznější posturální odchylky, je vhodné zařadit do rehabilitační péče. Ovlivnění posturální vady v době vzniku této poruchy má mnohem větší efekt než v době, kdy je porucha již fixovaná (3).

I zralý novorozenec se rodí s neukončeným vývojem nervové soustavy, která je velice citlivá jak na vlivy těla matky v období prenatalním, tak na přímé faktory vnějšího

prostředí v období peri- a postnatálním (16). Včasné rozpoznání i drobných abnormalit ve vývoji může ovlivnit míru patologických projevů rozvíjející se nemoci. Přehlédnutí i zdánlivě malých odchylek ve vývoji může vést k obtížně napravitelnému, celoživotnímu poškození psychomotorických dovedností (3, 17).

K samostatné kapitole by patřila péče o novorozence rizikové, dovolím si jen několik poznámek v souvislosti s následnou péčí o děti s prokázaným nebo možným handicapem.

Do skupiny **rizikových novorozenců** patří novorozenci nedonošení, hypotrofičtí, novorozenci s vrozenými vývojovými a metabolickými vadami a děti s porodním traumatizmem nebo prodělanou perinatální asfyxií (10, 16). Rodinám těchto dětí je praktický pediater průvodcem daleko bližším, než je tomu u rodin dětí zdravých. Provázení rodin těchto dětí vyžaduje individuální, citlivý a trpělivý přístup. V některých případech je nezbytná komplexní pomoc, která zahrnuje péči rehabilitační, neurologickou, smyslovou stimulaci a použití speciálních hraček a pomůcek. Nutná pak bývá psychologická a emocionální podpora rodičů, dostatek pravdivých informací o typu handicapu nebo onemocnění dítěte a toto vše v kombinaci s účinnou pomocí v oblasti sociální (10, 15).

Takto účinnou komplexní pomoc nemůže zajistit sám praktický lékař. V ČR je k dispozici rozvíjející se síť středisek rané péče. **Raná péče** je komplex sociálních služeb v kombinaci s pomocí v oblasti speciální pedagogiky, psychologie, rehabilitace a speciálních medicínských oborů. Cílem je co nejoptimálněji rozvoj dítěte s prokázaným nebo možným handicapem v co nejranějším věku, kdy je schopnost CNS dané postižení kompenzovat největší (15). Chybou je rodinám rizikových novorozenců a dětí s handicapem nenabídnout kontakty na tuto pomoc.

Závěr

Smyslem článku v I. i II. části bylo upozornit na nejběžnější chyby a omyly v péči o novorozence a to nejen v oblasti těla. Velký důraz byl kladen na kojení jako nejpřirozenější prevenci nemocí dospělosti. Veškeré zmiňované omyly a možné chyby byly dány do kontextu formování vztahu matka-dítě v rodině.

Obě části článku si nekladly za cíl kritizovat ani vyčerpávajícím způsobem radit. Cílem bylo jen upozornit na nejčastější rozporuplné informace, které rodiče dostávají a nevědí si s nimi rady. Pokud článek bude příčinou diskuse o nejběžnějších, zdánlivě banálních problémech našich novorozenců a jejich maminek, splnil svůj účel.

Literatura

1. Doporučení Americké pediatrické akademie. Doporučení pro spánek kojenců. Sborník přednášek PLDD. Zásady správné výživy v 1. roce. vyd. NV pro podporu kojení, český výbor pro UNICEF 2000: 68.
2. Hodr R, Mydlilová A. Ikterus kojených dětí. Neonatologický zpravodaj 1+2/1994: 44–49.
3. Kolář P. Vadné držení těla z hlediska posturální ontogeneze. Pediatrie pro praxi 2002/3: 106–109.
4. Komínek P. Léčba vrozené neprůchodnosti slzných cest. MaMiTa 8/2004: 10–11.
5. Lucká Y, Koblíř L. O potřebě péče. Děti a my 1/2004: 31–33.
6. Nevorál J, et al. Výživa v dětském věku: HH 2003.
7. Matějčíček Z. Co děti nejvíce potřebují: Portál 1994: 13–17.
8. Polášková S. Péče o kůži – plenková dermatitida. MaMiTa 2/2002: 28–29.
9. Pouthas, Jouen. Psychologie novorozence: Grada Publishing, 2000; 1. vyd.: 14–27.
10. Sobotková D, Jahnová H. Péče o rizikového novorozence propuštěného do domácí péče pohledem klinického psychologa. Pediatrie pro praxi 2003/4: 226–228.
11. Šmakal O. Fimóza v dětském věku. Pediatrie pro praxi 2003; 1: 30–31.
12. Špaňhelová I. Dítě. Grada, 2003; 1. vyd.: 17–33.
13. Špaňhelová I. Týmová spolupráce pediatra a psychologa v péči o dítě do jednoho roku. Sborník přednášek PLDD: Zásady správné výživy v 1. roce, 2000: 26–30.
14. Šráčková D, Šráček J. Chováme se k novorozenci jako k nošenci? MaMiTa 2003; 5: 10–11.
15. Šulcová E. Projekt integrovaná raná péče. Praha, Open Society Fund 1999.
16. Vacuška M, Vacušková M, Dreiseitlová A. Rizikový novorozenec propuštěný do domácího prostředí pohledem dětského neurologa. Pediatrie pro praxi 2003; 3: 145–147.
17. Vacuška M, Vacušková M, Ryšavá M. Psychomotorický vývoj dítěte a jeho sledování sestrou, Pediatrie pro praxi 2003; 1: 43–45.
18. Valtrová V. Ikterus kojených novorozenců, Sborník přednášek PLDD: Zásady správné výživy v 1. roce. 2000: 32–33.
19. Zeman L, Rygl M. Balanitidy v dětském věku. Pediatrie pro praxi 2002; 3: 101–102.
20. Očkovací průkaz. vyd. 2004.