

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U DÍTĚTE
S HYDRANENCEPHALIÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

JANA PEŇÁKOVÁ

Praha 2012

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U DÍTĚTE
S HYDRANENCEPHALIÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

JANA PEŇÁKOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Hana Belejová, PhD.

Praha 2012

Souhlas tématem

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 25.5.2012

Jana Peňáková

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji PhDr. Haně Belejové, Ph. D. za metodické vedení mé práce, za ochotný přístup a poskytnutí materiálů ke zpracování práce.

V Praze dne 25.5.2012

ABSTRAKT

PEŇÁKOVÁ, Jana. *Ošetrovateľský proces u dieťaťa s hydranencefalií*. Vysoká škola zdravotnícká, o.p.s. Stupeň kvalifikácie: Bakalár (Bc.). Vedúca práce: PhDr. Hana Belejová, PhD. Praha. 2012. 44 s.

Bakalárska práca pojednáva o vrozenej vývojovej vadi mozgových hemisfér, hydranencefalií. V teoretickej časti je rozvedeno, ako toto ochorenie postihuje vývoj mozku, aký má vplyv na ďalší vývoj dieťaťa. Sú tu uvedené konkrétne príznaky tohto postihnutia, prognóza a v súvislosti s týmto postihnutím tiež možnosti prípadnej liečby. Vzhľadom k tomu, že má hydranencephalie veľký vplyv na psychomotorický vývoj dieťaťa, je v práci tiež uvedené, ako sa vyvíja fyziologický kojenec. Konečnou časťou teórie tvorí špecifika poskytovanej starostlivosti dieťaťu s hydranencefalií.

Praktická časť sa zaoberá ošetrovateľským procesom u konkrétneho dieťaťa s týmto ochorením. Súčasťou praktickej časti je tiež popis, ako sa dieťa prejavuje a rozvíja.

Kľúčové slová:

Hydranencephalie. Mozkomíšňový mok. Psychomotorický vývoj.

ABSTRACT

PEŇÁKOVÁ, Jana. Nursing process for child with hydranencephaly. The College of Healthcare, o.p.s. A qualification degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Hana Belejová, Ph.D. Praha. 44 p.

The thesis deals with congenital defect of the brain hemispheres, hydranencephaly. In the theoretical part is elaborated on how this disease affects brain development, which has an impact on further development of the child. There are only these symptoms of this disorder, prognosis, and in connection with this condition also possible treatment options. Given that hydranencephaly has a great influence on psychomotor development of children is at work also shows how the infant develops physiological. The final part of the theory are the specifics of care a child with hydranencephaly.

The practical part deals with the nursing process for a particular child with this disease. The practical part is a description of how the child develops and manifests.

Keywords:

Hydranencephaly. Cerebrospinal fluid. Psychomotor development.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ

SEZNAM TABULEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	11
I. TEORETICKÁ ČÁST	12
1 Hydranencephalie	12
1.1 Patogeneze	13
1.2 Diagnostika	13
1.3 Klinické projevy	14
1.4 Prognóza	15
1.5 Léčba	15
2 Mozkomíšní mok.....	16
2.1 Proudění mozkomíšního moku	16
2.2 Základní typy drenážních výkonů.....	17
2.2.1 Dočasné drenáže	17
2.2.2 Trvalé drenáže.....	17
2.2.3 Endoskopické operace.....	18
3 Psychomotorický vývoj kojence	19
4 Specifika ošetrovatelské péče u dítěte s hydranencephalií	21
4.1 Poloha a pohybový režim	21
4.2 Výživa.....	22
4.3 Psychomotorický vývoj.....	22
II. PRAKTICKÁ ČÁST	23
5 Ošetrovatelský proces u dítěte s hydranencephalií.....	24
6 Doporučení, jak pečovat o dítě s hydranencephalií.....	40
ZÁVĚR.....	42
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	43
SEZNAM PŘÍLOH	45

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – Hydranencephalie.....	12
Obrázek 2 – Transluminace.....	14
Obrázek 3 – Cirkulace mozkomíšního moku.....	16

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Vybraná vývojová data kojence.....	20
Tabulka 2 – Pediatrické Glasgow Coma Scale.....	28
Tabulka 3 – hodnocení bolesti dle stupnice FLACC.....	29

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Antikonvulzivní – proti křečím

Autosomálně recesivní dědičnost – typ dědičného onemocnění, kdy je nutné předání mutovaného genu od obou rodičů, aby došlo k rozvinutí choroby u jejich potomka

Behaviorální automatismy – stereotypní, neúčelné vzorce chování

Cerebelomedulární cisterna – prostor mezi spodní plochou mozečku a horní stranou prodloužené míchy

Distální – vzdálený od středu těla

Dyskonjugované - nesouvislé

Ependym – výstelka dutin centrálního nervového systému

Gastroesofageální reflux – návrat obsahu žaludku do jícnu

Hypoxie – nedostatek kyslíku v tkáních

Choroideální plexus – část mozku, kde se vytváří mozkomíšní mok

Korová inhibice – zpomalení růstu mozkové kůry

Kraniální – směřující k lebce

Makrocefalie – patologicky velká hlava

Pia mater – měkká plena (mozková)

Porencefalické cysty – dutinky v mozkových hemisférách

Proliferativní vaskulopatie – porucha cévní stěny s chorobným růstem tkáně

Shunt - zkrat

Spastické - křečovité

Subarachnoideální prostor- prostor mezi arachnoideou (zvně), a pia mater (uvnitř).

Subdurální kolekce – hromadění moku pod tvrdou mozkovou plenou

Termoregulace – schopnost organismu udržet optimální teplotu těla

ÚVOD

Hydranencephalie je poměrně vzácné onemocnění, se kterým se setkáme jen zřídka. Postihuje méně než jedno dítě z 10 000 narozených po celém světě.

Jedná se o vrozenou vadu, která vzniká následkem poškozeného vývoje mozku během těhotenství. Rozsah poškození se u každého dítěte liší a tím i příznaky a prognóza. Některé děti s hydranencephalií se dožívají několika let, ale ve většině případů dochází k selhání životních funkcí jen několik měsíců po porodu. Vzhledem k tomu je péče o takto postižené děti založena zejména na zmírňování příznaků a zamezení komplikací.

Péče o děti s hydranencephalií nemá žádná konkrétní specifika, odvíjí se od příznaků onemocnění. Nejvíce zkušeností s péčí o tyto postižené děti mají právě jejich rodiče, kteří se jim intenzivně věnují a snaží se jim zajistit co nejkvalitnější život. Své poznatky si předávají prostřednictvím webových stránek, či organizací. Tyto informace jsou však uváděny především v zahraničních zdrojích, neboť hydranencephalie je tak vzácné onemocnění, že informace týkající se této diagnózy jsou v rámci české literatury velmi obtížně dohledatelné.

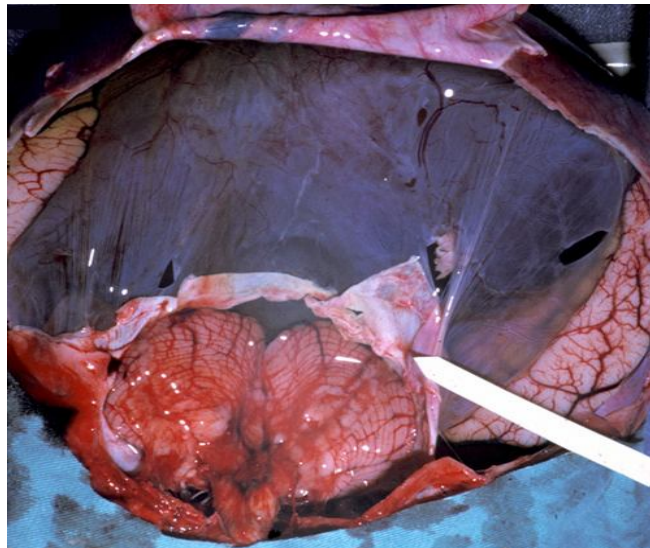
Cílem mé bakalářské práce je zjištění jak správně a kvalitně pečovat o dítě s hydranencephalií. Doufám, že tato práce přiblíží čtenářům dané téma, a poskytne důležité informace o ošetrovatelské péči u takto postižených dětí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Hydranencephalie

Jedná se o vzácnou vývojovou vadu postihující méně než 1 dítě z 10 000 narozených po celém světě (WAGNER, 2011)

U hydranencephalie jsou mozkové hemisféry nahrazeny membranózními vaky vyplněnými mozkomíšním mokem tvořené gliózní tkání. Meningeální obaly jsou neporušené. Mozkový kmen a mozeček jsou zachovány, taktéž mohou být přítomny ostrůvky spánkového, týlního a čelního laloku a mezimozek (MENKES et al., 2006, STEVENSON et al., 2006).



Zdroj: AGAMANOLIS, 2010.

Obrázek 1 – Hydranencephalie

Na obrázku je viditelný membranózní vak nahrazující mozkové hemisféry, zachován je mozeček a mozkový kmen, v pravé části lebeční dutiny je přítomen okrsek spánkového laloku (AGAMANOLIS, 2010).

1.1 Patogeneze

Přesná příčina vzniku tohoto postižení není známa. Jsou popisovány mnohé faktory narušující vývoj mozkových hemisfér. Vzhledem k zachovalému ependymu a zúženému mokovodu se může jednat o extrémní nitroděložní hydrocephalus.

Jako jiná příčina vzniku je popisována proliferativní vaskulopatie s autosomálně recesivní dědičností projevující se zablokováním krčních tepen. Následkem tepenné neprůchodnosti dochází k narušení vývoje mozkové kůry.

Další z možných příčin může být narušení ontogeneze velkých cév s následkem uzávěru vnitřních karotid. Uzávěr karotid může také způsobit infekce, nebo trauma, které proběhne po dvanáctém týdnu těhotenství.

Hydranencephalie může vzniknout také následkem ozáření, hypoxie plodu nebo účinkem toxických látek. Vysoký vliv na vznik tohoto postižení může mít i expozice oxidu uhelnatého během těhotenství (MENKES et al., 2006; NOGGLE et al., 2012; WEISS, 2009).

1.2 Diagnostika

U každého dítěte s makrocefalií, nebo při neobvykle narůstající velikosti hlavičky je indikováno sonografické vyšetření, které napomáhá k objasnění příčiny nárůstu objemu hlavičky. Příčinou hromadění mozkomíšního moku může být hydrocephalus, porencefalické cysty nebo subdurální kolekce.

Přesné anatomické hranice cystického defektu, mezimozek, struktury zadní jámy lebeční a také chybějící průtok v karotidách stanovuje magnetická resonance (MENKES et al., 2006).

Dalším možným vyšetřením stanovujícím hydranencephalii je takzvaná transluminace. Jedná se o prosvícení hlavičky, které bylo před dostupností ultrasonografie používáno jako screeningové vyšetření u kojenců s makrocefalií (BAROZZINO; SGRO, 1995-2012).



Zdroj: BAROZZINO; SGRO, 1995-201

Obrázek 2 – Transluminace

1.3 Klinické projevy

Po narození je velikost hlavičky postiženého novorozence často fyziologická, nebo je přítomna nenápadná makrocefalie, která rychle narůstá. V prvních dnech života dítěte se jeho vývoj v rámci pohybové aktivity a reflexů jeví jako normální, ale přibližně ve druhém až třetím týdnu dochází k viditelným změnám.

Chybějící korová inhibice má za následek zvýšené reflexní reakce a přetrvává primitivní reflexologie. Mohou nastat poruchy termoregulace, nepravidelnost spánku, zpomalení růstu. Dítě ve vývoji znatelně zaostává, má spastické držení končetin, často se projevují i epileptické záchvaty. Ve většině případů jsou děti s hydranencephalií slepé a hluché. Dyskonjugované pohyby očí se jeví, jako že dítě sleduje, ale jedná se o náhodnou reakci. Děti přežívajících více let jsou těžce psychicky postižené. U starších dětí lze sledovat tzv. behaviorální automatismy jako odpověď na zevní podněty (MENKES et al., 2006; NOGGLE et al., 2012).

1.4 Prognóza

Asi polovina dětí narozených s hydranencephalií umírá do jednoho měsíce života. Méně jak 15% dětí přežije déle jak rok. Nicméně jsou dokumentovány i případy dětí, které se dožily až dvaceti let, u těchto postižených však dochází k mnohým komplikacím a častým lékařským zákrokům (STEVENSON et al., 2006).

1.5 Léčba

Žádná léčba hydranencephalie neexistuje. Mohou být pouze zmírněny příznaky tohoto onemocnění. Hlavním problémem u hydranencephalie je riziko epileptických záchvatů, proto jsou podávány antikonvulzivní léčiva.

V ojedinělých případech lze provést chirurgický zákrok ve formě drenáže mozkomíšního moku, aby došlo k odlehčení tlaku vlivem narůstajícího hydrocephalu (NOGGLE et al., 2012).

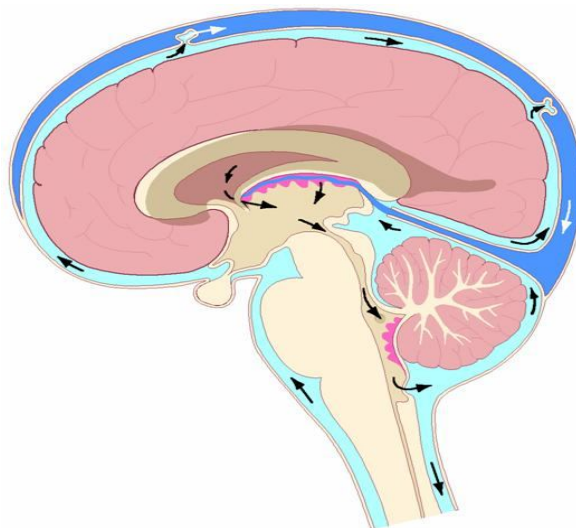
V případě, kdy není implantace shuntu indikována, dochází ke shromažďování mozkomíšního moku v lebeční dutině, to má za následek zvětšování objemu hlavičky a narůstající tlak na okolní tkáň. Tlak mozkomíšního moku způsobuje dítěti bolesti, a proto se podávají analgetika. Narůstající hlavička může dosáhnout až takového objemu, že dítěti brání ve volném pohybu. U imobilních dětí pak vznikají další potíže, jako je například porucha vyprazdňování, riziko dekubitů, svalových kontraktur, nebo pneumonie. Proto je velmi důležitá správná ošetrovatelská péče, která může těmto rizikům zabránit.

2 Mozkomíšní mok

Během dne vznikne až 600 ml mozkomíšního moku a to bez závislosti na věku jedince. Mozkomíšní mok je konstantně obnovován. Za zdroje moku jsou považovány cévy choroideálního plexu, pia mater a tkáň mozku. Asi 50% - 70% mozkomíšního moku, který vyplňuje mozkové komory a subarachnoideální prostory, se tvoří v choroideálních plexech, zbývající mok vzniká kolem mozkových cév. Celkové množství moku kolísá od 80 do 150 ml (KALA et al., 2008; KALVACH et al., 2010).

2.1 Proudění mozkomíšního moku

Pohyb mozkomíšního moku v lebeční dutině a páteřním kanále je udržován srdečním cyklem. Během systoly přitéká krev do mozku a způsobuje pulsaci tkáně vytláčující mozkomíšní mok z lebeční dutiny do páteřního kanálu. Naopak během diastoly proudí z dutiny lebeční krev rychleji než v systole, což spolu s rytmem pulsace mozkové tkáně vede k proudění moku směrem kraniiálním (KALA, 2005).



Zroj: EKLUND et al., 2007

Obrázek 3 – Cirkulace mozkomíšního moku

2.2 Základní typy drenážních výkonů

2.2.1 Dočasné drenáže

Zevní komorová drenáž

Je rychlým řešením u akutních forem hydrocephalu. Komorový mozkomíšní mok je odváděn do rezervoáru. Jedná se o dočasné řešení, které může onemocnění zvládnout úplně, nebo vytvoří podmínky pro další možnou chirurgickou léčbu.

Zevní lumbální drenáž

Provádí se především u komunikujícího hydrocephalu. V případě lehkých forem je možné upravit stav pomocí opakovaných punkcí.

Ventrikulosubgaleální drenáž

V prostoru lebeční klenby je vytvořena kapsa, do které je odváděn mozkomíšní mok z postranní komory nedominantní hemisféry. Mok je z této kapsy punktován, nebo se sám resorbuje.

2.2.2 Trvalé drenáže

Ventrikulocisternální drenáž (Torkildsenova)

Implantací speciálního katétru je obnovena komunikace mezi cerebelomedulární cisternou a postranní komoru, která byla zneprístupněna patologickým procesem v akveduktu nebo v zadní jámě lebeční.

Ventrikuloperitoneální drenáž

Katétr je veden z oblasti postranní komory do peritoneální dutiny, kde dochází k absorpci mozkomíšního moku. Systém je opatřen jednocestným ventilem. Tyto ventily můžeme podle výše hodnoty otevíracího tlaku rozdělit na nízkotlaké, střednětlaké a vysokotlaké.

Ventrikuloatriální drenáž

Mozkomíšní mok je odváděn z postranní komory do pravé srdeční síně.

Lumboperitoneální drenáž

Tento způsob drenáže je prováděn pouze u komunikujících hydrocefalů. Mok je odváděn ze spinálního prostoru do peritoneální dutiny.

2.2.3 Endoskopické operace

Endoskopická ventrikulostomie třetí komory

Endoskopická ventrikulostomie třetí komory - ETV spočívá v provedení otvoru do spodiny třetí komory.

Endoskopická plastika akveduktu

Cílem operace je kauzální obnovení průchodnosti Sylviova mokovodu pomocí endoskopické operační techniky (KALA, 2005, s. 25- 27).

3 Psychomotorický vývoj kojence

Kojenecké období trvá první rok života dítěte. Je charakterizováno jako období velmi rychlých vývojových změn. Po fyzické stránce dochází k prudkému vzrůstu, dítě během kojeneckého období poroste až o 20 centimetrů a jeho váha se ztrojnásobí. V oblasti hrubé motoriky taktéž nastávají velké změny. Z polohy vleže se dítě začíná přetáčet, posazovat, ložit a ve věku 1 roku se zpravidla staví a učí se chodit (ŠULOVÁ, 2010; KELNAROVÁ, 2010).

Motorický vývoj probíhá ve třech směrech:

1. Kefalokaudální směr – od hlavy (kefale) k „ocas“ (kauda). Motorický vývoj postupuje směrem od hlavičky k distálním částem těla. Nejdříve dítě zvedá hlavičku, následně se posazuje, plazí se po kolenech a nakonec se staví na nožky. Postupně se rozvíjí aktivita okohybných a mimických svalových skupin, která dále postupuje přes krční, hrudní a bederní páteř až k dolním končetinám.

2. Proximodistální směr – motorika se rozvíjí postupem od velkých kloubů k malým, od centra těla k periférii. Nejdříve dítě pohybuje velkými klouby (ramena, kolena), rozvíjí se tak hrubá motorika a následně aktivuje menší klouby, rozvoj jemné motoriky.

3. Ulnoradiální směr – od malíkové strany dlaně směrem k palci. Z počátku dítě uchopuje na základě reflexu s preferencí malíkové strany, postupně přechází na hrabavé uchopování s dlaní natočenou k podložce, začleňuje se tak palcová strana úchopu až dojde k aktivnímu používání palce a tzv. „klíčkovému úchopu“ (ŠULOVÁ, 2010).

Kojenecké období je sice krátké, ale pro další vývoj rozhodující období, které ukazuje základní vrozené dispozice. V období prvního roku života se dispozice rozvinou tak, že je dítě schopno provádět účelné, vůlí řízené aktivity. Je schopno vzpřímeně stát, záměrně uchopovat a pouštět předměty. Rozvinula se jeho praktická inteligence a je připraveno učit se verbální komunikaci. Navázalo vztahy s blízkými osobami (LANGMEIER et al., 2006).

Tabulka 1 - Vybraná vývojová data kojence

Vývoj uchopování předmětu	Ulnární dlaňový úchop Radiální dlaňový úchop Prstový úchop radiální Nůžkový úchop Spodní klíšťkový úchop Vrchní klíšťkový úchop	1.-6. měsíc 6.-7. měsíc 8. měsíc 8. měsíc 9.-10. měsíc 11. měsíc
Vývoj řeči	Jednotlivé samohlásky Brouká (a-a-a, e-e-e) Jednotlivé slabiky (ba, da) Zdvojování slabik Napodobuje zvuky 1 slovo s významem 2 slova s významem	od 2. měsíce od 3. měsíce po 6. měsíci 8. – 9. měsíc od 8. měsíce od 9. měsíce od 12. měsíce
Porozumění řeči	Reaguje na hlas matky Reaguje na zavolání jménem, na ne-ne Dělá paci-paci ap. na výzvu Podá předmět na výzvu, ale nepustí Podá předmět na výzvu a pustí z ruky Vyhledá očima několik věcí podle názvu	od 2. - 3. týdne od 8. měsíce od 9. měsíce od 10. – 11. měsíce od 12. měsíce od 12. měsíce
Sociální projevy	Necílený úsměv Cílený úsměv Odliší matku od ostatních osob Rozezná cizí osoby Jí z části tuhou stravu Drží láhev Pije s hrnku s malou dopomocí	od 1. – 2. týdne od 2. – 3. týdne od 3. měsíce od 6. měsíce od 6. měsíce po 6. měsíci od 10. měsíce

Zdroj: KOMÁREK et al., 2008, s. 9-10

4 Specifika ošetrovatelské péče u dítěte s hydranencephalií

Vzhledem k tomu, že děti s hydranencephalií mají velmi negativní prognózu a velké procento z nich umírá do prvního měsíce života, nejsou dána žádná konkrétní specifika poskytované péče u tohoto onemocnění. Ošetřování takto postižených dětí se odvíjí na základě rozsahu postižení, na velikosti hlavičky, zda má dítě voperovaný shunt apod.

4.1 Poloha a pohybový režim

Zajištění pohybové aktivity u dítěte s hydranencephalií závisí především na rozsahu postižení. Jedním z příznaků hydranencephalie je spastické držení končetin, proto se musí pravidelně rehabilitovat. Cílem rehabilitace je předcházení svalových kontraktur.

V souvislosti s rehabilitací se provádí také pravidelné polohování a podkládání speciálními polštářky. Zejména u dětí, kterým nebyl voperován shunt a dochází u nich k narůstajícímu objemu hlavičky, makrocefalická hlavička způsobuje dítěti překážku ve volném pohybu a je ohrožena vznikem dekubitů. Polohování by mělo probíhat nejméně v intervalech co 2 hodiny, ale i častěji. Polohováním se předchází jak svalovým kontrakturám, tak proleženinám, které vznikají na základě tlaku váhy těla na podložku, proto je proleženinami nejvíce ohrožená právě makrocefalická hlavička. V prevenci vzniku proleženin je také velmi důležité, na čem dítě leží. Podložka musí být vypjatá, aby nedocházelo k zvyšování tlaku na predilekční místa. Vhodné je používání různých antidekubitárních podložek, které výši tlaku snižují. Vhodné jsou speciální polštářky vyplněné polystyrénovými kuličkami, tzv. „paměťové matrace“, či „dekuba“.

Do ručiček je vhodné vkládat různé měkké hračky, aby povolilo pevné sevření pěstiček, které je také příznakem hydranencephalie. Proti vzniku kontraktur podkolenních vazů se podkládají kolínka. V rámci rehabilitace může sestra provádět různé povolovací cviky během denních aktivit, které mohou dítě stimulovat i v oblasti

psychomotorického vývoje. Jedná se o takzvané „škádlivky“ jako například: motání ručkama, paci - paci, naznačování „tááá je veliký“ apod.

4.2 Výživa

V oblasti výživy dochází často k poruchám sacího a polykacího reflexu. I když mohou děti s hydranencephalií přijímat potravu ústy je pro ně tato činnost velmi namáhavá. Obvykle dochází k zakašlávání se u jídla, protože je narušena činnost hltanové příklopky, která má bránit průniku tekutiny, nebo jídla do dýchacích cest. Vzniká tak velké riziko aspirace a následné pneumonie. Kromě potíží s polykáním tyto děti trpí gastroesofageálním refluxem. Ten se projevuje říháním a zvracením a to riziko aspirace zvyšuje. Lékaři z tohoto důvodu doporučují krmení nasogastrickou, nebo gastrostomickou sondou (*Rays of sunshine*, 2011).

4.3 Psychomotorický vývoj

Mnozí lékaři tvrdí, že nemá smysl dítě s hydranencephalií nějakým způsobem stimulovat. Rodiče těchto dětí však věří, že v rámci psychomotorického vývoje dochází u jejich dětí alespoň k minimálnímu postupu, pokud se jim někdo intenzivně věnuje. Existují různé organizace a webové stránky, kde si rodiče předávají své zkušenosti v péči o děti s hydranencephalií a poskytují si zde cenné informace, jak zkvalitnit život takto postiženým dětem.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části práce jsou shrnuty podstatné informace o konkrétním dítěti s hydranencepahlí. Tyto informace byly čerpány z lékařské a sesterské dokumentace dítěte. Další informace týkající se ošetřování dítěte jsou získány vlastními zkušenostmi při poskytování ošetrovatelské péče tomuto dítěti.

Na základě získaných informací o dítěti jsou zde uvedeny aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy. U nejdůležitějších z nich je stanoven ošetrovatelský proces.

Konečnou část tvoří doporučení pro ošetřující osoby, které by se mohli s takto postiženým dítětem v rámci poskytování péče setkat.

5 Ošetrovatelský proces u dítěte s hydranencephalií

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: K. N. **Pohlaví:** ženské
Datum narození: 30. 6. 2011 **Věk:** 10 měsíců
Datum přijetí: 14. 7. 2011 **Typ přijetí:** ústavní péče ze zdravotních důvodů
Oddělení: Kojenecký Ústav **Ošetřující lékař:** MuDr. M. S.

Medicínská diagnóza: hydranencephalie

Důvod přijetí: na základě prognózy krátkého přežití a potřebě specializované péče bylo matce doporučeno umístění dítěte do kojeneckého ústavu.

Nynější onemocnění: dítě má makrocefalickou hlavičku, občas problémy s krmením, patrně má i bolesti hlavy.

ZÁKLADNÍ VYŠETŘENÍ PŘI PŘIJETÍ

Hmotnost: 4 050 g **Délka:** 55 cm
Obvod hlavy: 41,5 cm **Obvod hrudníku:** 35 cm
Pulz: 120/min **Dech:** 25 **TT:** 36,3 °C

RODINNÁ ANAMNÉZA

Matka: mononukleóza v 11 letech. Nekouří.

Otec: neudán

Sourozenci: 0

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Dítě z prvního těhotenství, 2. měsíc těhotenství matka prodělala virózu, léčila se Paralenem, do 4. měsíce užívala hormonální antikoncepci, v 5. měsíci byla na RTG zubu.

Porod dle dokumentace ukončen císařským řezem ve 38 týdnu pro alteraci ozev, spontánní odtok plodové vody 35 hodin před porodem, plodová voda čirá, pupečník omotán 3x kolem krku, nekříšena, po porodu viditelná makrocefalie.

Potíže s krmením, občas krmeno sondou.

Váha: 3400 g **Délka:** 51 cm **APGAR score:** 10, 10, 10

Překonané a chronické onemocnění: opakované infekty HDC

Úrazy: 0

LÉKOVÁ ANAMNÉZA

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Tramal	guttae	Tramadoli hydrochloridum 100 mg/ml	2 – 2 – 3	analgetikum
Rivotril	guttae	Clonazepamum 2,5 mg/ml	3 – 3 – 3	Antiepileptikum, antikonvulzivum
Sab simplex	guttae	Simeticonum 69,19 mg/1ml	10 – 10 – 10 – 10	Deflatulens, digestivum
Chloralhydrát	solutio		0 – 0 - 15 ml	
Glycerinový čípek	suppositorium	Glycerolum 2,06 g v 1 čípku	½ - 0 – 0	laxativum

Lactulosa	sirup	Lactulosum 66,7 g/100ml	5ml – 0 – 0	Digestivum, laxativum
-----------	-------	----------------------------	-------------	--------------------------

Očkování: z důvodu infaustní prognózy stanovené lékaři nebylo dítě očkováno.

Alergologická anamnéza: žádná alergie u dítěte nebyla doposud zjištěna.

Gynekologická anamnéza: nevýznamná

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Otec neuveden, sourozence nemá. Dítě je umístěné v kojeneckém ústavu ze zdravotních důvodů. Maminka za dítětem dříve docházela několikrát do týdne, brala si jej na krátké vycházky, na Vánoce jej měla i doma. Nyní maminka chodí 2x-3x do měsíce. Občas se za dítětem přijde podívat i babička.

Posouzení ze dne 30. 4. 2012

	Subjektivní	Objektivní
Hlava a krk		Hlava – masivní makrocefalie, rozestup švů, velká i malá fontanela neuzavřeny
		Oči – syndrom „zapadajícího slunce“, oči nedovře, bez sekrece
		Uši – bez sekrece
		Nos - bez sekrece
		Ústa – rty narůžovělé
		Jazyk – růžový, bez povlaku, vlhký
		Držení hlavy - neschopnost udržet hlavu pro její velikost
		Obvod hlavy při narození: 37 cm
		Obvod hlavy nyní: 72 cm
Hrudník		Obvod hrudníku při narození: 34 cm
		Obvod hrudníků nyní: 43
		Tvar hrudníku – astenický, bez deformit

Dýchací systém		Dýchání pravidelné. Opakované respirační infekty, dítě bývá často zahleněné.
		Počet dechů: 20
Srdečně-cévní systém		Bez potíží
		Pulz: 103/min
Břicho a GIT		Břicho je měkké, na pohmat bolestivé. Silný meteorismus, bolestivost břicha při vyprazdňování a vlivem nadýmání, peristaltika oslabená. Vyprazdňuje se pomocí laxantiv, nebo se vyprázdní po aplikaci Chloralhydrátu per rectum.
Uropoetický systém		Bez deformit a vrozených vad, pohlavní orgán dívčí. Vyprazdňování moči fyziologické.
Kostrovo-svalový systém		Zvýšený svalový tonus, horní končetiny jsou převážně ve flexi s možností natažení, dolní končetiny taktéž hypertonické, ale pohybuje s nimi dle polohy. Při změně polohy občas přítomny třesy končetin.
Nervově-smyslový systém		Přetrvávající hledací, sací a úchopový reflex, na hlas reaguje pohybem očí, někdy se zklidní, na hlasité zvukové efekty reaguje leknutím, za zvukem se snaží otočit. Pohledem přímo nefixuje, ale je schopno pozorovat hračky nad sebou zavěšené, snaží se jich dotýkat. Také sleduje sestru při krmení. V poloze na boku se snaží dotknout jejího plyšového medvídka, který leží vedle ní. Náhodně se směje. Při chování si brouká.
Endokrinní systém		Nevyšetřován
Imunologický systém		Uzliny nezvětšeny
		TT: 36,7°C
Kůže a její adnexa		Kůže na těle čistá, na tvářích se nepravidelně projevuje exantém, vlivem slin vytékajících z úst při pláči. Exantém se zpravidla hojí do 4-5 dnů při promazávání

		Sudocrémem. Koupání je prováděno jednou za dva dny, ráno, jinak je provedena hygiena 2x denně na přebalovacím stole otřením navlhčenou žínkou.
--	--	--

HODNOCENÍ VĚDOMÍ U DĚTÍ

Tabulka 2 - *Pediatrické Glasgow Coma Scale*

Otevírání očí	spontánní	4	4		
	na oslovení	3			
	na bolest	2			
	žádné	1			
Nejlepší motorická odpověď	odpovídající podnětu	6			
	lokalizující bolest	5			
	úhyb flexí	4			
	abnormální flexe	3	3		
	extenze	2			
	žádná odpověď	1			
Nejlepší odpověď na slovní a vizuální stimuly	> 2 roky		< 2 roky		
	dobrá orientace	5		5	úsměv, sledování
	zmatenost	4	4	4	utišitelný pláč
	nepřiměřená slova	3		3	přetrvávající pláč
	nesrozumitelná slova	2		2	vzrušení, neklid
	žádná odpověď	1		1	žádná odpověď
	endotracheální kanyla	T		T	kanyla
Celkové skóre			11		

Hodnocení:

12 – 9 bodů = střední porucha vědomí

8 – 3 body = závažná porucha vědomí

(FENDRYCHOVÁ, 2004)

Dle daného hodnocení má dítě střední poruchu vědomí.

Tabulka 3 – hodnocení bolesti dle stupnice FLACC

KATEGORIE	HODNOCENÍ			Celkové hodnocení
	0	1	2	
Obličej	Žádný určitý výraz, nebo úsměv	občas se zamračí nebo zašklebí, bez zájmu, stažený do sebe	často nebo stále se mu třese brada, sevřené čelisti	1
Nohy	Normální pozice, nebo uvolněné	Neklidné, napjaté	Kope, nebo má nohy přitažené k břichu	1
Aktivita	leží klidně, normální pozice, uvolněně se pohybuje	napjatý, kroutí se, vrtí se tam a zpět	napjatý do oblouku, hází sebou, strnulý	1
Pláč	nepláče (spí nebo je vzhůru)	naříká, kňourá, občas si stěžuje	stále pláče, ječí nebo vzlyká, často si stěžuje	1
Uklidnění	spokojený, uvolněný	uklidní se občasným dotykem, pohlazením, tím, že se na ně mluví, dá se odvést pozornost	je obtížné ho utěšit nebo uklidnit	2

Zdroj: KALOUSOVÁ et al., 2008, s. 8.

Hodnocení:

Bodové rozmezí je od 0 do 10, kdy 0 značí žádnou bolest, 10 je největší bolest.

Hodnocení bolesti u dítěte bylo provedeno v době, kdy mělo bolesti spojené s vyprazdňováním. Stupeň bolesti dítěte byl 6.

AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

Příjem potravy

Dítě je krmeno ze lžičky přibližně od 5. měsíce, s kombinací pití z lahve. Přibližně od 9. měsíce pití z lahve odmítá, vystrkuje jazykem savičku, pláče a nechce polykat, dává se. Je schopno nuceně vypít 50 - 80 ml tekuté stravy, což je první ranní dávka. Samo upřednostňuje lžici, proto od 10. měsíce vyzkoušen přechod na příkrm. Zvládne mletou stravu, která dítěti velice chutná, dokonce upřednostňuje některá jídla. Má rádo různé kremáčky, krupici a masové omáčky. Občas nastane problém s krmením, kdy jídlo odmítá pro bolesti břicha. Odmítá příjem tekutin.

Vyprazdňování stolice

Stolice nepravidelná, užívá laxantiva, po kterých se nevyprazdňuje vždy, zpravidla se vyprazdňuje po aplikaci Chloralhydrátu per rectum – stolice bývá bobkovitá, nebo formovaná, 1x-3x denně. Při vyprazdňování pláče a kope nožkami. Trpí meteorismem, na který užívá Sab Simplex, břicho je masírováno Flatulinem, užívání rektální rourky s malým efektem.

Vylučování moči

Vylučování moči je v normě.

Spánek a bdění

Dítě má velice nepravidelný spánek, někdy prospí celé dopoledne a odpoledne je vzhůru, nebo naopak. Jindy spí téměř celý den. V noci většinou spí, ale někdy se probere s pláčem, který lze utišit pouze chováním.

Trávení dne

Dítě je vzhledem ke svému postižení upoutáno na lůžko a ve veškerém pohybu odkázáno na pomoc druhých, musí být pravidelně polohováno, samo se snaží otáčet, ale zvládne jen minimální natočení ze zad na bok, z boku se přetočí na záda. Při neschopnosti pohybu se vzteká, natahuje končetiny a pláče. Dobře snáší polohu vpolosedě.

Dopoledne je u dítěte prováděna rehabilitace, po které je vždy velmi unavené a ihned usíná. Odpoledne po obědě je uloženo do kočárku na balkon, kde je velmi spokojené.

V době bdělosti je dítě stimulováno hračkami. Nejeefektivněji reaguje na zvukové hračky, při zvuku hračky zpozorní, při pláči se zklidňuje. U dítěte je také prováděna stimulace pomocí plyšového medvěda, kdy sestra ručkou dítěte hračku hladí a to pak ruky samo povoluje. Když má dítě plyšového medvěda na dosah, snaží se jej dotknout, vypadá to jako by hračku hladilo. Natahuje ruce na hračky nad ním zavěšené. Rádo také pozoruje světlo.

Na přítomnost sestry reaguje pozitivně, občas si pláčem snaží vynutit pozornost ve formě přidržování dudlíku, houpání s kočárkem, nebo chování. Dítě je uloženo samostatně na ložnici, aby mělo klid na spánek a nedošlo k poranění jinými dětmi. Někdy, když dítě slyší sestru ve vedlejší pokojí, začne poplakávat, aby na sebe upozornilo. Je rádo mezi ostatními dětmi, kde bývá uloženo do houpací sedačky.

Posouzení doprovázející osoby

Vzhledem k prognóze krátkého přežití dítěte, bylo mamince psychologem a lékaři doporučeno, aby dítě předala do péče kojeneckému ústavu. Maminka dítě pravidelně navštěvuje a ptá se, zda nemá bolesti, jak se vyvíjí apod. Vždy, když maminka přijde na návštěvu, má smutný výraz, ale přesto si s dítětem vesele povídá, chová jej, snaží se jej i nakrmit.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT ZE DNE 30.4.2012

Ordinovaná vyšetření:

Žádná vyšetření nejsou ordinována.

Konzervativní léčba:

Dieta: K8m

RHB: k udržení rozsahu pohybu kloubů a prevence kontraktur

Výživa: per os, mletá strava

Medikamentózní léčba:

Per os:

Tramal gtt.	2 – 2 – 3
Rivotril gtt.	3 – 3 – 3
Sab Simplex gtt.	10 – 10 – 10 – 10
Lactulóza sir.	5 – 5 – 5 ml

Intra venózní: 0

Per rectum:

Chloralhydrát sol.	0 – 0 – 15 m
Glycerinový čípek	½ – 0 – 0

Jiná: 0

Chirurgická léčba: neindikována

SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 30.4.2012

Stav dítěte je stabilní, momentálně netrpí žádným akutním onemocněním. Jsou mu podávány obvyklé léky. Dítě je pravidelně polohováno v intervalech co 2 hodiny. Žádné projevy na kůži nemá.

V oblasti výživy jsou malé problémy s krmením. Dítě je krmeno lžičkou, jí s chutí, aktivně otevírá ústa, ale při polykání se občas zakašlává. Příjem tekutin odmítá vystrkováním jazyka. Tekutou stravu není schopno sát a nechce ji ani polykat.

I přes pravidelné polohování, masáž břicha a podaná laxativa dítě trpí zácpou a meteorismem. Při změně polohy a vzniku mírného tlaku na břicho, se snaží zapojit břišní lis a vyprázdnit se. Při stlačení břicha kolínky dítěte dochází k nadměrnému úniku plynů.

Během dopoledne byla u dítěte provedena rehabilitace rehabilitační sestrou. Ihned po rehabilitačním cvičení usnulo. Spalo asi dvě a půl hodiny, v době oběda bylo aktivní, snažilo se natahovat ručičky na hračky. Vzhledem k velikosti a riziku snadného narušení celistvosti kůže na hlavě je dítě uloženo v postýlce s podloženou hlavičkou speciálními pomůckami. Odpoledne spalo v kočárku na balkóně, kde bylo velmi spokojené.

Stanovení sesterských diagnóz ze dne 30.4.2012 a jejich uspořádání podle priorit:

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:

1. Snížený příjem tekutin v souvislosti s narušeným polykáním tekuté stravy projevující se tuhou stolicí, suchými rty
2. Riziko vzniku dekubitů na hlavě vzhledem na objem hlavičky
3. Porucha vyprazdňování stolice v souvislosti s nedostatkem pohybu projevující se nepravidelným, bolestivým vyprazdňováním tuhé stolice
4. Chronická bolest břicha v souvislosti se ztíženým vyprazdňováním projevující se pláčem, bolestivým vyprazdňováním
5. Riziko aspirace vzhledem k narušenému polykání
6. Snížená imunita vzhledem k celkovému onemocnění projevující se častými infekty dýchacích cest
7. Riziko vysychání spojivek vzhledem k neschopnosti zavřít oči
8. Ztížená pohyblivost v souvislosti se základním onemocněním dítěte projevující se neschopnosti se volně pohybovat vzhledem k věku dítěte
9. Zhoršený příjem tekuté stravy v souvislosti s narušeným polykáním projevujícím se odmítáním tekuté stravy, vystrkování jazyka při pití, dávením se
10. Zvýšený svalový tonus vzhledem k poškození projevující se třesem končetin při změně polohy.
11. Nepohodlí (fyzické i psychické) v souvislosti s neschopnosti volného pohybu projevující se pláčem a napínáním končetin
12. Opožděný psychomotorický vývoj v souvislosti se základním onemocněním projevující se zaostáváním motorických a psychických projevů

1. Snížený příjem tekutin v souvislosti s narušeným polykáním tekuté stravy projevující se tuhou stolicí, suchými rty

Cíl: Dítě má zajištěn dostatečný příjem tekutin.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Dítě vypije během dne minimálně 1 litr tekutin – **do 24 hodin**
- Dítě nemá potíže s příjmem tekutin – **po dobu hospitalizace**
- Stolice dítěte není tuhá, sliznice jsou vlhké – **po dobu hospitalizace**

Plán intervencí:

- Zjistí, z jaké nádoby bude dítě nejlépe přijímat tekutiny (lahvička, hrníček se „sosákem“, kelímek) – **sestra**
- Zjistí, jaká tekutina dítěti nejvíce chutná, případně oslad' čaj, podej ovocnou šťávu – **sestra**
- Aktivně dítěti tekutiny nabízej a zapisuj do dokumentace množství vypitých tekutin – **sestra**
- Podávej tekutiny i ve stravě – **sestra**
- Informuj lékaře o sníženém příjmu tekutin – **sestra**

Realizace:

- Dítěti byly aktivně nabízeny tekutiny z lahvičky, hrníčku se „sosákem“ a z kelímku
- Do čaje byl přidán ovocný sirup
- Tekutiny byly dítěti nabízeny v hodinových intervalech

Hodnocení:

- Bylo zjištěno, že dítě nejlépe přijímá tekutiny z kelímku
- Nejvíce dítěti chutná čaj ochucený ovocným sirupem
- Dítěti byly tekutiny nabízeny v hodinových intervalech, pilo po malých doušcích
- Dítě vypilo během dne 500 ml tekutin
- Cíle bylo dosaženo jen částečně, je třeba pokračovat v intervencích

2. Riziko vzniku dekubitů na hlavě vzhledem na objem hlavičky

Cíl: nedojede ke vzniku dekubitu na hlavě

Priorita: střední

Výslední kritéria:

- Na hlavě nejsou přítomny žádné známky poškození celistvosti kůže – **po dobu hospitalizace**
- Dítě je pravidelně polohováno – **co 2 hodiny**
- Dítě má podkládanou hlavičku speciálním polštářem s polystyrénovými kuličkami a „dekubou“ – **po dobu hospitalizace**

Plán intervencí:

- Pravidelně dítě polohuj a zapiš čas a polohu do dokumentace (viz příloha A) – **sestra**
- Podkládej hlavičku dítěte antidekubitárními podložkami – **sestra**
- Porušenou kůži ošetřuj dle ordinace lékaře – **sestra**

Realizace:

- Hlavička dítěte je podkládána speciálním polštářem s polystyrénovými kuličkami a „dekubou“
- Dítě je polohováno v pravidelných intervalech co dvě hodiny

Hodnocení:

- k poškození kůže na hlavě nedošlo
- cíl byl splněn, je třeba pokračovat v intervencích

3. Porucha vyprazdňování stolice v souvislosti s nedostatkem pohybu projevující se nepravidelným, bolestivým vyprazdňováním tuhé stolice

Cíl: Dítě má fyziologické vyprazdňování

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Dítě se vyprazdňuje pravidelně 2krát denně – **po dobu hospitalizace**
- Při vyprazdňování u dítěte nesledujeme bolestivé projevy – **do 24 hodin**
- Stolica je formovaná, není tuhá – **po dobu hospitalizace**

Plán intervencí:

- Pravidelně dítě polohuj – **sestra**
- Prováděj masáž břicha kroužením ve směru chodu hodinových ručiček – **sestra**
- Podávej dítěti tekutiny, alespoň 1l denně – **sestra**
- Zajisti, aby strava dítěte byla bohatá na vlákninu – **sestra**
- Podávej léky dle ordinace lékaře – **sestra**

Realizace:

- Dítě je polohováno v pravidelných intervalech po 2 hodinách
- 3x denně bylo provedeno masírování břicha
- Dítě vypilo 500 ml tekutin za den
- Byly podány léky dle ordinace lékaře

Hodnocení:

- Dítě se během dne vyprázdnilo
- Cíl byl splněn, je třeba pokračovat v intervencích

4. Chronická bolest břicha v souvislosti se ztíženým vyprazdňováním projevující se pláčem, bolestivým vyprazdňováním

Cíl: Dítě neprojevuje známky bolesti.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Dítě se vyprazdňuje bezbolestně – **po dobu hospitalizace**
- Dítě neprojevuje známky bolesti – **do 24 hodin**
- Dle hodnotící škály bolest FLACC je bolest na stupni 3, nebo méně – **do 24 hodin**

Plán intervencí:

- Zhodnot' intenzitu bolesti dle FLACC škály – **sestra**
- Proved' zápis do dokumentace (viz příloha B) - **sestra**
- Pokládej dítě do úlevové polohy na břicho – **sestra**
- Prováděj pravidelné masáže břicha 3x denně ve směru chodu hodinových ručiček – **sestra**
- Podávej dítěti léky dle ordinace lékaře – **sestra**
- Proved' zápis do Záznamu hodnocení bolesti (viz příloha B) – **sestra**

Realizace:

- Dítě je ukládáno do úlevové polohy
- Při poloze vpolosedě, zatíná břišní svaly a pláče
- Provedeno hodnocení bolesti dle škály FLACC

Hodnocení:

- Bolesti dítěte se během dne zmírnily na stupeň 5
- Cíle bylo dosaženo jen částečně, je třeba pokračovat v intervencích

Celkové hodnocení dítěte dne 7.5.2012 - 7 dní po stanovení diagnóz

Dítě bylo do kojeneckého ústavu přijato na základě doporučení lékařů. Předpokládaná prognóza přežití byla odhadována na několik měsíců.

Zpočátku docházelo k velkým komplikacím při krmení, kdy dítě neustále plakalo a nebylo schopno se přisát k savičce. Občas bylo krmeno injekční stříkačkou, nebo sondou. Postupem času se naučilo sát z lahve za pomoci speciálního uchopení pusinky. Palec a ukazováček přidržují tváře a prostředník mírně tlačí bradičku nahoru a je tak cítit, jak dítě polyká. V období okolo 5. měsíce začalo být dítě krmeno lžičkou a sací reflex opět vymizel. Tekutiny přijímá obtížně, ale z kelímku vypije okolo 500 ml za den.

V rámci polohování a rehabilitace dítěte je zajišťována prevence proleženin a vzniku svalových kontraktur. Hybnost jednotlivých kloubů byla vlivem intenzivního cvičení zvýšena a dítě se snaží samo o větší rozsah pohybu. Příkladem je natahování ruček po hračkách, kdy zpočátku mělo dítě ruce jen ve flekčním postavení. Díky pravidelnému polohování a ošetřování kůže nedošlo doposud k narušení celistvosti kůže.

S vyprazdňováním má dítě chronické problémy, při poloze vpolosedě začne zatínat břišní svaly a snaží se vyprázdnit. I přes veškeré intervence a splněné ordinace trpí dítě při vyprazdňování bolestí na stupni 2 – 7, dle hodnotící škály FLACC.

V oblasti psychomotorického vývoje došlo jen k minimálnímu pokroku. Dítě se snaží otáčet, natahovat ruce. Občas se náhodně zasměje, při chování v náruči si brouká. Reaguje na světlo a zvuk, má rádo společnost, ale není mu příjemný hluk.

6 Doporučení, jak pečovat o dítě s hydranencephalií

Péče o děti s hydranencephalií se odvíjí od příznaků, které jejich stav provázejí. Závisí na rozsahu poškození mozku, které není u každého dítěte stejné. Proto je důležité zjistit, na jaké úrovni je dítě schopno se rozvíjet.

- **Krmení**

Další komplikací jsou problémy s krmením, tyto děti mívají často narušen sací a polykací reflex. Je ale možné, že se aktivní a vytrvalou stimulací naučí normálně pít i jíst. Pomocí speciálního hmatu s přidržováním pusinky a tlakem na spodní část brady se dítě naučilo účinně pít z lahve.

Některé děti mají však velké obtíže s krmením a často se u jídla zakašlávají. Aby nedošlo k vzniku aspirace, je dětem zavedena sonda. Proto se rodiče musí naučit jak správně o sondu pečovat.

- **Psychomotorika**

Častým příznakem je spasticita končetin, proto je velmi důležité s dítětem cvičit a aktivně jej polohovat, aby nedocházelo k omezení pohybu.

Značně se osvědčilo uplatnění bazální stimulace pomocí různých hraček. Dítě se zpočátku nechtělo dotýkat žádných předmětů, při vkládání předmětů do ruček neotevíralo pěstičku a plakalo. Vhodné je tedy začínat s plyšovými hračkami, které jsou na pohmat příjemné. Výhodou je, pokud jde navíc o hračku zvukovou, nebo se světelným efektem, aby docházelo ke stimulaci více oblastí. Dítě si postupně na hračku zvykne a je možné, že na ni začne spontánně reagovat.

V tomto případě, bylo dítě stimulováno plyšovým medvědem se zvukovým efektem. Na zvuk dítě reaguje zklidněním. Při pokládání ruky dítěte na hračku, začalo

povolovat pěst a samo se snaží hračky dotýkat. Velice pozitivně reaguje na světelné podněty, které vždy upoutají jeho pozornost.

V oblasti psychomotoriky může dojít k jistým pokrokům, ale jsou jen minimální a nejlépe jim rozumí pouze osoba, která o dítě pečuje. Proto si nenechte brát odhodlání se dítěti naplno věnovat a pocít radosti, z toho, že se něco naučilo, byť je to jen maličkost.

ZÁVĚR

Jak již bylo v práci několikrát zmíněno, hydranencephalie je poměrně vzácné onemocnění, a ještě vzácnější je přežití jednoho roku života u takto postižených dětí. Jsou případy, kdy se děti dožily i více let. A proto je důležité získat informace, jak o tyto děti pečovat.

Ošetrovatelské péči o tyto děti není věnována téměř žádná literatura. Informace týkající se hydranencephalie jsou dohledatelné především v zahraniční literatuře, neboť u nás je výskyt tohoto onemocnění velmi nízký. Informace jak pečovat a takto postižené děti, je možno dohledat na webových stránkách neziskových organizací, které vznikly právě na základě nedostatku edukace o tomto postižení.

Rodiče postižených dětí si prostřednictvím internetu předávají zkušenosti získané péčí o své postižené dítě a také radosti, které se svými dětmi prožívají. Jen oni nejlépe vědí jak se svým potomkem komunikovat, jak uspokojit jeho potřeby.

V péči o dítě s hydranencephalií je důležité myslet především na jeho pohodlí. Kromě biologických potřeb, má i takto postižené dítě potřeby psychické. Chce se volně hýbat, chce být ve společnosti, rádo se chová...

Účelem této práce bylo zjištění, jak co nejkvalitněji pečovat o dítě s hydranencephalií. Vzhledem k převážnému splnění ošetrovatelských cílů a minimálnímu výskytu komplikací u konkrétního dítěte, lze hodnotit cíl jako splněný.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- AGAMANOLIS, Dimitri P. 2010. *Special ischemics lesions*. 2010. [online]. [cit. 2012-05-13]. Dostupné z WWW: <http://neuropathology-web.org/chapter3/chapter3Porencephaly.html>
- BAROZZINO, Tony; SGRO, Michael. 2012. *Transillumination of the neonatal skull: seeing the light*. [cit. 2012-05-14]. Dostupné z WWW: <http://www.cmaj.ca/content/167/11/1271.full>
- EKLUND, Anders; MANCHESTER, Ian; AMBARKI, Khalid et al. 2007. *Identification of the Cerebrospinal Fluid System Dynamics*. [cit. 2012-05-14]. Dostupné z WWW: <http://www.control.tfe.umu.se/Ian/CSF/>
- FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. 2004. *Hodnotící metodiky v neonatologii*. 1. vyd. Brno: NCO NZO BRNO, 2004. 87 s. ISBN 80-7013-405-4.
- KALA, Miroslav. 2005. *Hydrocefalus*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 145 s. ISBN 80-7262-303-6.
- KALA, Miroslav; MAREŠ, Jan. 2008. *Lumbální punkce a mozkomíšní mok*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008. 137 s. ISBN 978-80-7262-568-0.
- KALOUSOVÁ, Jana; ROUSKOVÁ, Blanka; PACHMANNOVÁ, Daniela et al. 2008. Bolest u dětí: *Hodnocení a některé způsoby léčby*. [online]. [cit. 2012-05-20]. Dostupné z WWW: <http://www.solen.cz/pdfs/ped/2008/01/02.pdf>
- KALVACH, Pavel et al. 2010. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3. přeprac. a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 456 s. ISBN 978-80-247-2765-3.
- KOMÁREK, Vladimír.; ZUMROVÁ, Alena et al. 2008. *Dětská neurologie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2008. 195 s. ISBN 978-80-7262-492-8.
- LANGMEIER, Josef; KREJČÍŘOVÁ, Jana. 2006. *Vývojová psychologie*. 2. autorizované vyd. Praha: Grada publishing, a. s., 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
- MENKES, John H.; SARNAT, Harvey B.; MARIA, Bernard L. 2006. *Dětská neurologie*. 7. vyd. Praha: Triton, 2011. 1069 s. ISBN 978- 80-7387-341-7.
- NOGGLE, Chad A.; DEAN, Raymonds R.; HORTON, Arthur M. 2012. *The Encyclopedia of Neuropsychological Disorders*. New York: Springer Publishing Company, LLC. 2012. 804 s. ISBN 978-0-8261-9854-9.
- Rays of Sunshine*. 1998-2011. [online]. [cit. 2012-05-13]. Dostupné z WWW: <http://www.hydranencephaly.com/Feeding/feeding.htm>

STEVENSON, Roger E.; HALL, Judith G. 2006. *Human Malformations And Related Anomalies*. 2. vyd. Oxford University Press, 2006. 1495 s. ISBN – 13: 978-0-19-516568-5, ISBN – 10: 0-19-516568-3.

ŠULOVÁ, Lenka. 2010. *Raný psychický vývoj dítěte*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2010. 247 s. ISBN 978-80-246-1820-3.

WAGNER, Andrew L. 2011. *Imaging in Hydranencephaly*. [online]. [cit. 2012-05-13]. Dostupné z WWW: <http://emedicine.medscape.com/article/409520-overview>)

WEISS, Thomas C. 2009. *Hydranencephaly Definition Information and Facts*. [online]. [cit. 2012-05-13]. Dostupné z WWW: <http://www.disabled-world.com/health/neurology/hydranencephaly.php>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A Polohování, prevence dekubitů.....	I
Příloha B Záznam hodnocení bolesti.....	II
Příloha C Rešerše.....	III


Příloha A Polohování, prevence dekubitů

Polohování, prevence dekubitů:

Datum:														
	čas	poloha	čas	poloha	čas	poloha	čas	poloha	čas	poloha	čas	poloha	čas	poloha
Legenda: PB - pravý bok LB - levý bok Z - záda B - břicho ZP - záda s hlavíčkou napravo ZL - záda s hlavíčkou nalevo BP - břicho s hlavíčkou napravo BL - břicho s hlavíčkou nalevo														

Zdroj: SZPD Olomouc

Příloha B Záznam hodnocení bolesti



Sdružení zařízení pro péči
o dítě v Olomouci

ZÁZNAM HODNOCENÍ BOLESTI

Příloha č. 29

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

odd.:

List č.:

Datum a čas	Analgetika	Topologie Kde to bolí ?	Intenzita Jak moc to bolí (označ číslic)	Ovlivnitelnost Co zmiřňuje bolest, co zesiluje bolest ?	Reakce dítěte na bolest	Jmenovka a podpis sestry
	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano					
	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano					
	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano					
	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano					
	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano					
	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano					

Zdroj: SZPD Olomouc

Příloha C Rešerše



NÁRODNÍ LÉKAŘSKÁ KNIHOVNA
Sokolská 54, 121 32 Praha 2
www.nlk.cz, fax: 296 335 959
rešeršní odd. tel.: 296 335 918, 296 335 919
e-mail: hercova@nlk.cz

Podle Vaší objednávky rešerše ze dne 20.12.2011 na téma

Ošetrovatelský proces u dítěte s hydranencephalií.

Vám posíláme zpracovanou rešerši.

Pro:

Jana Peňáková

V Praze dne 19.1.2012

Rešeršní oddělení NLK

Knihy:

Dětská neurologie. 7. vyd.

AU: Menkes, John H., 1928-2008 - Sarnat, Harvey B. - Maria, Bernard L.

CI: Praha, Triton 2011. 2 sv., il., tab., Obsahuje rejstřík a literaturu

ISBN: 978-80-7387-341-7

LA: cze RT: 2 - monografie

AB: Knihy uloženy v kartonovém pouzdru

DE: PEDIATRIE; NEUROLOGIE; NERVOVÝ SYSTÉM - NEMOCI; DÍTĚ;
MONOGRAFIE

SG: K 87009/1

AN: 00175363

DT: 201108

Dětská neurologie (vybrané kapitoly). 2. vyd.

AU: Komárek, Vladimír, 1949- - Zumrová, Alena, 1957-

CI: Praha, Galén 2008. 195 s., il., tab., Obsahuje rejstřík ISBN:

978-80-7262-492-8

LA: cze RT: 2 - monografie

DE: NEUROLOGIE PEDIATRIE; NERVOVÝ SYSTÉM - NEMOCI; DÍTĚ;
NEUROLOGIE;

PEDIATRIE; UČEBNICE VYSOKÝCH ŠKOL
SG: K 82817
AN: 00159414 DT: 200806

Jaké jsou dlouhodobé důsledky poškození mozku a neuroprotektivní léčby na další vývoj motorických a kognitivních funkcí nezralého jedince?

AU: Kubová, Hana, 1959-
KA: Fyziologický ústav (Akademie věd ČR)
CI: Praha, IGA MZ ČR 2004. Přeruš. str., tab., grafy, Obsahuje literaturu
LA: cze RT: 2 - monografie
CZ NF6474
AB: Doba řešení 2001-2003
DE: STATUS EPILEPTICUS; MOZEK - POŠKOZENÍ CHRONICKÉ; VÝVOJOVÁ BIOLOGIE;
EXCITAČNÍ AMINOKYSELINY; PSYCHOMOTORICKÉ PORUCHY;
NEUROPROTEKTIVNÍ
LÁTKY; DÍTĚ; NEUROLOGIE; NEUROCHIRURGIE; FARMAKOLOGIE;
PEDIATRIE;
ZÁVĚREČNÉ ZPRÁVY O ŘEŠENÍ GRANTU IGA MZ ČR
SG: G 3041
AN: 00120173 DT: 200510

Vybrané kapitoly z dětské neurologie pro speciální pedagogy

AU: Šlapal, Radomír, 1958-
CI: Brno, Paido 2002. 35 s., Literatura: s. 35 ISBN: 80-7315-017-4
LA: cze RT: 2 - monografie
DE: PEDAGOGICKÁ PSYCHOLOGIE; NEUROLOGIE; NERVOVÝ SYSTÉM - NEMOCI ;
PEDIATRIE; NEUROLOGIE; PEDIATRIE
SG: K 74721
AN: 00083309 DT: 200208

Dětská neurologie (vybrané kapitoly)

AU: Komárek, Vladimír, 1949- - Zumrová, Alena, 1957-
CI: Praha, Karolinum 2000. 195 s., tab., il., Rejstřík: s. 181-195 ISBN:
80-246-0190-7
LA: cze RT: 2 - monografie
DE: DIAGNOSTICKÉ TECHNIKY NEUROLOGICKÉ; NERVOVÝ SYSTÉM - NEMOCI ;
NEUROLOGICKÉ SYMPTOMY; NEUROLOGICKÉ VYŠETŘENÍ;
NEUROLOGIE; DÍTĚ;
KOJENEC; NEUROLOGIE
SG: K 73113
AN: 00072511 DT: 200105

Prenatální diagnostika hydranencefalie plodu - kasuistika

AU: Kacerovský, M. - Ondrejovič, P. - Dernerová, Alena
AD: Gynekologicko porodnické oddělení, Žatec, CZ

CI: Gynekolog, Roč. 16, č. 4 (2007), s. 136-137. ISSN: 1210-1133. Lit. 12
LA: cze RT: 3 - článek
DE: HYDRANENCEFALIE - DIAGNÓZA, KOMPLIKACE, PATOFYZIOLOGIE;
PRENATÁLNÍ
DIAGNÓZA - METODY, TRENDY, VYUŽITÍ; MAGNETICKÁ REZONANCE -
ZOBRAZOVÁNÍ -
METODY, VYUŽITÍ; ULTRASONOGRAFIE - METODY, VYUŽITÍ;
KAZUISTICKÝ PŘÍSTUP ; LIDÉ; TĚHOTENSTVÍ; ŽENSKÉ POHLAVÍ
SG: 312 A / B 1791
AN: 08004211 DT: 200804

Hydranencefalie či "total brain infarction"? - kazuistický rozbor klinického
a CT obrazu

AU: Obenberger, Jiří, 1956- - Seidl, Zdeněk, 1950- - Süssová, Jana, 1940-
AD: Neurologická klinika 1. LF UK, Praha, CZ
CI: Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie, Roč. 58/91, č. 4 (1995), s.
206-207. ISSN: 1802-4041. Lit: 5, Souhrn en
LA: cze RT: 3 - článek
DE: HYDRANENCEFALIE - DIAGNÓZA, PATOLOGIE,
RENTGENDIAGNOSTIKA ; HYDROCEFALUS - ETIOLOGIE ; TOMOGRAFIE
RENTGENOVÁ POČÍTAČOVÁ - VYUŽITÍ ; DIAGNÓZA
DIFERENCIÁLNÍ; LIDÉ; DÍTĚ; KOJENEC; MUŽSKÉ POHLAVÍ; KAZUISTIKY
AN: 95009333 DT: 199509

Príspevok k etiopatogeneze hydranencefalie

AU: Pohanka, P.
CI: Československá pediatrie, Roč. 35, č. 8 (1980), S. 432-433. ISSN:
0069-2328. Lit: 7, Souhrn
LA: slo RT: 3 - článek
DE: NERVOVÝ SYSTÉM - ABNORMALITY ; TĚŽKÉ VROZENÉ VADY -
DIAGNÓZA, ETIOLOGIE;
FRANCISELLA - PATOGENITA ; DIAGNÓZA DIFERENCIÁLNÍ;
NOVOROZENEC; KOJENEC; KAZUISTIKY
AN: 80006050 DT: 198012

Hydranencephaly. Demonstration and moving picture record (proceedings of a
symposium held in Prague, on November 12th-13th, 1962)

AU: Dietze, Rosemarie
CI: Experimental embryology and neuroanatomy, (1964), s. 129-130
LA: eng RT: 3 - článek
SG: K 31820
AN: 64030080 DT: 201011

Hydranencefalie zánětlivého původu

AU: Šimková, Míla, 1939- - Vojta, Václav, 1917-2000 - Stein, Jiří, 1920-1971
CI: Čes.-slov. Pediat., Roč. 18, č. 12 (1963), s. 1090-1095
LA: cze RT: 3 - článek
SG: 731 / B 39
AN: 64030091 DT: 201011

Internetové odkazy

Atlas fetální patologie:

http://atlases.muni.cz/atlases/feto/atl_cz/main+fetopatologie+vvvorgsyst.html#vvvnsheet+vvvmozkuhot+braindisrplod+hydranencephlod

Zdroj: NÁRODNÍ LÉKAŘSKÁ KNIHOVNA