

Ošetření novorozence po porodu

Narození živého dítěte je jeho úplné vypuzení nebo vynětí z těla matky, bez ohledu na délku těhotenství – jestliže plod po narození dýchá nebo projevuje jiné známky života jako srdeční činnost, pulzaci pupečníku nebo nesporný pohyb kosterního svalstva, ať už pupečník byl či nebyl přerušen nebo placenta připojena. ^[1]

Novorozence musíme ihned po porodu ošetřit, aby například neprochladl.

První ošetření novorozence

Fyziologického novorozence ošetřuje dětská sestra nebo porodní asistentka. Patologického a nedonošeného novorozence ošetřuje dětská sestra a lékař (neonatolog nebo pediatr).

Přerušení pupečníku

U novorozenců, kteří nevyžadují resuscitaci, se doporučuje odložené přerušení pupečníku (*delayed cord clamping*) neboli přerušení pupečníku nejméně minutu po porodu nebo po dotepání pupečníku. ^[2]

Prevence ztráty tepla

Pokud novorozenec nevyžaduje resuscitaci, tzn. že má normální svalový tonus, dýchá, pláče a je donošený, stačí jej osušit, položit na matčin hrudník (*skin-to-skin*) a přikrýt suchou přikrývkou. Pokud novorozenec vyžaduje stabilizaci nebo resuscitaci, musíme jej umístit na vyhřevné lůžko, osušit ho, odstranit z něj mokré pleny, zprůchodnit mu dýchací cesty a stimulovat ho. ^[2]

Zhodnocení srdeční akce a dýchání

30 s po porodu se hodnotí akce srdeční a dýchání. Při bradykardii (akce srdeční < 100/min), apnoe či lapavém dýchání se zahajuje umělá plicní ventilace (dále viz kardiopulmonální resuscitace novorozence); ^[2]

Hodnocení Apgar skóre

V 1., 5. a 10. minutě po porodu se hodnotí skóre podle Apgarové. Tato škála hodnotí dýchání, akci srdeční, barvu kůže, tonus a reakci na podráždění (0-10 bodů).

Skóre se hodnotí v 1., 5. a 10. minutě po porodu a jako výsledek se uvádí všechny tři hodnoty (max. 10-10-10). Prognosticky je důležitý výsledek v 5. minutě.



Přerušení pupečníku



Zhodnocení srdeční akce a dýchání

Vzhled a barva kůže
<input checked="" type="radio"/> růžová <input type="radio"/> akrocyanóza <input type="radio"/> bledá nebo modrá
Srdeční frekvence
<input checked="" type="radio"/> srdeční frekvence >100/min. <input type="radio"/> srdeční frekvence <100/min. (bradykardie) <input type="radio"/> asystolie
Dýchání
<input checked="" type="radio"/> silný křik (eupnoe) <input type="radio"/> nepravidelné, pomalé (bradypnoe) <input type="radio"/> žádné (apnoe)
Svalový tonus a svalová aktivita
<input checked="" type="radio"/> aktivní pohyby <input type="radio"/> slabá flexe končetin <input type="radio"/> bez pohybu
Reakce na podráždění (grimasy při odsávání nosu)
<input checked="" type="radio"/> kašel <input type="radio"/> stažení nosu <input type="radio"/> žádné

Výsledek: 10 (normální novorozenec)

Definitivní podvaz pupečníku

Dle zvyklostí pracoviště se pupečník podvazuje buď svorkou, nebo gumičkou.

Vážení, měření délky a TT

U polohy koncem pánevním se měří délka novorozence později. Musíme počkat na uvolnění flekčního postavení dolních končetin.

Identifikace novorozence

Abychom předešli záměně novorozenců, musíme ho být schopni identifikovat minimálně dvěma systémy dle zvyklostí porodnice. Jedná se např. o identifikační náramek, číslo na hrudi a číslo na ručičce.

Oblečení novorozence

Novorozence zavineme, aby neprochladl, a nasadíme mu čepičku, protože právě přes hlavu ztrácí nejvíce tepla.

Kapání do očí

Prevenčí gonokokové konjunktivitidy u novorozenců je kapání O-Septonexu gtt. do očí. Odborně se tomu říká kredeizace.

Podání vitamínu K

Vitamin K podáme ihned po porodu i.m. nebo p.o. Intramuskulární vitamin K stačí podat jednorázově, zatímco per os se musí podávat jednou týdně po dobu 12 týdnů. Předcházíme tím krvácení z nedostatku vitamínu K, které může být neočekávané a dochází k němu většinou u zcela zdravě se jevících novorozenců a kojenců. ^[3]

Podpora kojení

Pro správné zahájení laktace bezprostředně po porodu je důležité, aby byla matka dostatečně poučena. Dítě musí být včas v těsném kontaktu s matkou a ničím nerušeno. Každé dítě se adaptuje rozdílně rychle a matka musí správně reagovat na jeho touhu sát. Novorozenec začne sát efektivně přibližně po hodině života.

Zavedení dokumentace

Nesmíme zapomenout, že novorozenec je vlastně nově příchozí člověk, a proto ho musíme začít vést v našem registru pacientů založením dokumentace. ^[4]

Vyšetření pupečníkové krve

Krátce po porodu následuje také odběr krve z pupečního pahýlu zbylého na placentě. Krev se posílá na:

- **Vyšetření sérologické** pro vyloučení syfilis (pomocí TPHA a RRR). To se provádí rutinně a povinně u všech novorozenců,
- **Vyšetření ABR** při podezření na perinatální asfyxii,
- **Vyšetření krevní skupiny** dítěte a Coombsův test, když hrozí riziko inkompatibility.

Péče o novorozence s rizikem infekce GBS

U GBS pozitivních či nevyšetřených matek (*Streptococcus agalactiae* v pochvě), u kterých nebyla dostatečná intrapartální chemoprophylaxe (Penicilin G i.v. každé 4 hodiny až do porodu) a nejsou přítomny rizikové faktory, se doporučuje zvýšená observace novorozence po dobu 48 hod. (monitorování akce srdeční, dechu, teploty v intervalech ne delších než 3 hod.).

Pokud je navíc přítomen některý z rizikových faktorů (febrilie matky při porodu, předčasný odtok plodové vody déle než 18 hod., gestační týden 35 a méně, předchází dítě s GBS infekcí, GBS bakterurie v těhotenství), doporučuje se zvýšená observace novorozence po dobu 48 hod., vyšetření (KO + diff., CRP, hemokultura do 12 hod. po porodu) a terapie při klinických nebo laboratorních známkách infekce.

Při porodu císařským řezem nejsou nutná žádná opatření v případě, že nedošlo k porušení plodových obalů a odtoku plodové vody před císařským řezem a porod nezačal. ^[5]

 *Podrobnější informace naleznete na stránce Infekce způsobené Streptococcus agalactiae.*

Péče o novorozence s rizikem hypoglykemie

Mezi novorozence se zvýšeným rizikem hypoglykemie patří:

- nezralí novorozenci včetně *late-preterm* (35. až 37. t.t.),
- hypotrofičtí novorozenci,
- hypertrofičtí novorozenci,
- novorozenci diabetických matek,
- novorozenci vystavení perinatální asfyxii

Mezi preventivní opatření patří časně zahájení výživy (kojení) a monitorace glykemie. ^[6]

Poznámky

Očkování proti TBC

- od listopadu 2010 se neprovádí očkování proti TBC povinně, je výhradně určeno dětem vystaveným zvýšenému riziku tuberkulózy.

Hormonální reakce

- u některých donošenců můžeme pozorovat hormonální jevy dané vlivem mateřských estrogenů, progesteronu a prolaktinu;
 - reakce prsní žlázy (Halbanova reakce) – přechodné zduření žlázy, někdy i se sekrecí;
 - nebo může dojít k hlenovému výtoku z pochvy děvčátek (příp. i ke krvácení);
- obě afekce se upraví bez léčby.

Osifikace lebky

- zdravý donošenec má otevřenou velkou fontanelu, švy nejsou srostlé;
- velká fontanela se uzavírá do 12.–18. měsíce života;
- malá (pokud byla otevřena) se uzavírá do 2–4 měsíců.^[7]

Odkazy

Související články

- Kardiopulmonální resuscitace novorozence
- Charakteristika novorozeneckého období

Reference

1. ÚZIS ČR. . *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : Instrukční příručka* [online] . 10. vydání. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2018. 250 s. s. 183, 184. Dostupné také z <https://www.uzis.cz/system/files/mkn-instrukcni-prirucka_1-1-2018.pdf>. ISBN 978-80-7472-169-4.
2. Resuscitation Council (UK). *Newborn Life Support : Resuscitation guidelines 2010* [online]. Resuscitation Council (UK), ©2010. [cit. 2013-03-12]. <<https://www.resus.org.uk/resuscitation-guidelines/>>.
3. HANZL, Milan. Prevence krvácení novorozenců a malých kojenců způsobené nedostatkem vitamínu K. *Pediatric pro praxi* [online]. 2011, roč. 12, vol. 1, s. 61, dostupné také z <<https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2011/01/17.pdf>>.
4. DORT, Jiří, et al. *Neonatologie : vybrané kapitoly pro studenty LF*. 1. vydání. Praha : Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0790-5.
5. MACKO, J a J ZACH. *Doporučené postupy České neonatologické společnosti : Postup péče o novorozence *Streptococcus agalactiae* (GBS) negativních, pozitivních a nevyšetřených matek* [online]. ©2008. [cit. 2011-11-24]. <<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-16/?pdf=10>>.
6. HARRIS, DL, PJ WESTON a JE HARDING. Incidence of Neonatal Hypoglycemia. *The Journal of Pediatrics*. 2012, roč. -, vol. 161, s. 787-791,
7. BENEŠ, Jiří. *Studijní materiály* [online]. ©2007. [cit. 2009]. <<http://www.jirben.wz.cz/>>.