

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNÍCH STUDIÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Lucie Kaprálová

FAKULTA ZDRAVOTNÍCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

Lucie Kaprálová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R000

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA SE
ZLOMENINOU PÁNVE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Markéta Kottová

Plzeň 2013

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 19. 3. 2013

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji MUDr. Markétě Kottové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji MUDr. Martinu Saláškovvi za poskytování odborných materiálů.

ANOTACE

Příjmení a jméno: Kaprálová Lucie

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelská péče o pacienta se zlomeninou pánve

Vedoucí práce: MUDr. Markéta Kottová

Počet stran: číslované 53, nečíslované 23

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 22

Klíčová slova: zlomenina pánve, ošetrovatelský proces, nemocný, traumatologie

Souhrn:

Ve své bakalářské práci se věnuji ošetrovatelské péči o pacienta se zlomeninou pánve. V teoretické části se věnuji anatomii pánve, diagnostice a léčbě zlomenin. Dále popisuji ošetrovatelskou péče pacienta při operačním a konzervativním postupu léčby.

Praktická část je zpracována formou kaziistiky. Je soustředěna na ošetrovatelský proces a plánování ošetrovatelské péče pacientky se zlomeninou pánve, přijatou k hospitalizace ke konzervativnímu postupu léčby.

ANNOTATION

Surname and name: Kaprálová Lucie

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: Nursing care of a patient with a fracture of the pelvis

Consultant: MUDr. Markéta Kottová

Numer of pages: numbered 53, unnumbered 23

Numer of appendices: 6

Numer of literature items used: 22

Key words: pelvis fracture, nursing process, patient, traumatology

Summary:

In my bachelor thesis I have focused on taking care of patients affected by pelvis fracture. In theoretical part I have concentrated on pelvis anatomy and its fracture diagnostics and treatment.

Practical part was written in casuistry form. It mainly focuses on both treatment processes and treatment planning of taking care of the hospitalized patient being cured for pelvis fracture by the conservative approach.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 ANATOMIE.....	10
1.1 Stavba pánve	10
1.2 Spojení na pánvi.....	11
2 ZLOMENINY PÁNVE	13
2.1 Etiologie poranění pánevního kruhu	13
2.2 Klasifikace zlomenin pánevního kruhu	13
3 DIAGNOSTIKA.....	15
3.1 Anamnéza	15
3.2 Klinické vyšetření	15
3.3 Zobrazovací metody	16
4 LÉČBA ZLOMENIN PÁNVE.....	18
4.1 Konzervativní léčba	18
4.2 Operační léčba	18
4.2.1 Metody miniinvazivní fixace zadního segmentu.....	19
4.2.2 Metody miniinvazivní fixace předního segmentu	20
4.2.3 Implantáty pro otevřenou osteosyntézu	20
5 KOMPLIKACE	22
6 TRVALÉ NÁSLEDKY	23
7 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE PŘI KONZERVATIVNÍ LÉČBĚ ZLOMENINY PÁNVE.....	24
7.1 Pohybovou aktivita	24
7.2 Hygiena.....	24
7.3 Bolest	25
7.4 Výživa.....	26
7.5 Vyprazdňování.....	26
8 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE PŘI OPERAČNÍ LÉČBĚ ZLOMENINY PÁNVE.....	28
8.1 Předoperační péče	28
8.2 Pooperační péče	29
8.3 Rehabilitace	31
PRAKTICKÁ ČÁST	32
9 FORMULACE PROBLÉMU	32
10 CÍL PRÁCE	33
11 VZOREK RESPONDENTŮ	34
12 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	35
12.1 Sběr informací o nemocném	35
12.2 Diagnostika.....	36
12.3 Průběh hospitalizace.....	38
13 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL VIRGINIA HENDERSON.....	42
14 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	47
14.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy	47
14.2 Potenciální ošetřovatelské diagnózy	51
15 EDUKACE	54
15.1 Edukační plán 1	54
15.2 Edukační plán 2	55
16 DISKUZE	57

ZÁVĚR.....	60
SEZNAM ZDROJŮ	62
SEZNAM ZKRATEK.....	64
SEZNAM OBRÁZKŮ	66
SEZNAM PŘÍLOH	67

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je péče o pacienta se zlomeninou pánve. K hlavní problematice tohoto poranění řadíme riziko vysokého počtu komplikací, které mohou bezprostředně ohrozit život.

Pracuji na oddělení traumatologie pohybového ústrojí již 7 let, a proto je mi problematika daného tématu blízká. Péče o každého nemocného je vždy individuální především v závislosti na typu poranění pánve. Zdravotní sestry jsou s nemocnými v neustálém kontaktu a právě od nich je vyžadováno sledování stavu a včasné vyhodnocení případných komplikací.

Ošetrovatelská péče o nemocného s poraněním pánve zahrnuje především péči o individuální potřeby nemocného, jeho mobilizaci a péči o psychický stav. Nemocní jsou téměř vždy odkázáni na péči sestry vzhledem k naprostému klidovému režimu v prvních dnech/ týdnech od poranění.

Ve své bakalářské práci v teoretické části popisuji anatomii pánve, mechanismy poranění a klasifikaci zlomenin. Dále se věnuji diagnostice a způsobům léčby včetně druhů používaných implantátů při operačním řešení zlomenin. Hlavní body ošetrovatelské péče o nemocného jsou popsány na závěr teoretické části. Pro vypracování praktické části jsem zvolila starší ženu, která si následkem pádu způsobila zlomeninu dolního raménka kosti stydké vpravo a zlomeninu sakra vpravo. Popisuji ošetrovatelskou péči o nemocnou během hospitalizace na traumatologickém oddělení, kam byla přijata ke konzervativní léčbě. V diskuzi se zabývám zhodnocením ošetrovatelské péče a stavu nemocné během hospitalizace.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE

1.1 Stavba pánve

Pánev jako celek je složena ze čtyř kostí – ze dvou kostí pánevních, z kostí křížové a z kostrče. (6)

Pánevní kost vzniká vývojově ze tří kostí: kost kyčelní (os ilium), kost sedací (os ischii) a kost stydká (os pubis), které spolu srůstají a v dospělosti nejsou původní hranice mezi nimi patrné. Jamka kyčelního kloubu (acetabulum) vzniká srůstem těchto 3 kostí (viz Obrázek 3). Na pánevní kosti popisujeme celou řadu útvarů, především hřebeny pánve (cristae iliacae), přední a zadní trny kyčelních kostí (spinae iliacae anteriores et posteriores superiores), sedací hrbol (tuber ischiadicum) a trn sedací kosti (spina ischiadica). Pánevní kosti a jejich spoje vytvářejí pevný a pružný prstenec, který je podepřen hlavicemi stehenních kostí. (6, 10)

Hřebeny pánve jsou zesílené díky úponům svalů břišní stěny, konkrétně zevní šikmý břišní sval (musculus obliquus abdominis externus), vnitřní šikmý břišní sval (musculus obliquus internus abdominis), příčný břišní sval (musculus transversus abdominis) a čtyřhranný sval bederní (musculus quadratus lumborum). (6)

Zadní horní trny kyčelních kostí jsou přítomny na zadním konci hřebenů pánve. Přední horní trny kyčelních kostí leží na předních koncích hřebenů pánve. K předním trnům se upínají kosterní svaly, které ovlivňují svou funkcí kyčelní a kolenní kloub. Jde o sval krejčovský (musculus sartorius), napínač stehenní povázky (musculus tensor fasciae latae) a přímý sval stehenní (musculus rectus femoris), který na předních horních trnech začíná. (6)

Hrbol sedací kosti se nachází na kosti pánevní a začíná na něm několik kosterních svalů. Jedná se o svaly patřící do zadní skupiny svalů stehna, konkrétně dvouhlavý sval stehenní (musculus biceps femoris), poloblanitý sval (musculus semimembranosus) a pološašitý sval (musculus semitendinosus). (6)

Trn sedací kosti je ostrý kostěný útvar umístěný nad sedacím hrbolem a směřuje šikmo vzad proti kostrči a dolnímu konci křížové kosti. K tomuto trnu se upíná kosterní sval (musculus coccygeus) a jeden ze silných vazů pánve, (ligamentum sacrospinale). (6, 10)

Křížová kost je složena z pěti křížových obratlů, které srůstají v jedinou kost. „*Srůstem obratlových těl (corpus vertebrae) vzniká střední část křížové kosti. Srůstem obratlových*

oblouků (arcus vertebrae) vzniká souvislý kanál procházející podélně celou křížovou kostí (canalis sacralis) a končí otvorem v dolní části křížové kosti (hiatus sacralis). Srůstem příčných výběžků obratlů (processus transversarii) vznikají postranní části křížové kosti. Trnové výběžky křížových obratlů srůstají rovněž, čímž vzniká podélná kostěná hrana ve střední čáře (crista sacralis mediana), ze které jednotlivé trny vyčnívají.“ (6, str. 14, 15)

Na přední a zadní ploše kosti křížové je deset otvorů (foramina sacralia dorsalia et pelvina), které složí pro výstup míšních nervů z páteřního kanálu. V horní části křížové kosti je umístěna kloubní plocha (facies articularis) sloužící ke skloubení s kostí pánevní, mající obdobnou kloubní plochu. Vzadu od obou těchto ploch jsou umístěny kostěné hrboly (tuberositas sacralis a tuberositas iliaca), které slouží k úponu krátkého pevného vazy mezi oběma kostmi (ligamentum sacroiliacum interosseum). (6, 10)

Hiatus sacralis je otvor ukončující páteřní kanál ležící v oblasti horního konce rýhy mezi hýžděmi. (6)

Kostrč je složena z 3 -5 zakrnělých ocasních obratlů. *„Kostrč společně se svými svaly a se spojením s křížovou kostí patří k nejvýznamnějším místům osového orgánu a pohybového aparátu vůbec“ (6, str. 22)*

Silné vazy pánve – zajímáme se především o ligamentum sacrospinale, lig. sacrotuberale a ligg. iliolumbalia. Lig. sacrospinale se upíná k dolnímu konci křížové kosti a k trnu sedací kosti (spina ichiadica). Tento vaz je částečně srostlý se svalem, jehož částečně překrývá. Lig. sacrotuberale se upíná ke kosti křížové výše než lig. sacrospinale, druhým koncem se vaz upíná k sedacímu hrbolu (tuber ischiadicum). Ligg. iliolumbalia spojují hřeben kyčelní kosti s příčnými výběžky 4. a 5. bederního obratle. (6)

1.2 Spojení na pánvi

Křížokyčelní kloub

Křížokyčelní kloub (dále SI kloub) se od ostatních kloubů liší tvarem svých kloubních ploch ležících na kosti pánevní a na kosti křížové. Anatomicky jej řadíme mezi klouby ploché. Toto ovšem platí pouze v dětství. U dospělého člověka jsou kloubní plochy nepravidelné, s různými nerovnostmi. Tyto nerovnosti jsou na obou kloubních plochách a navzájem do sebe zapadají. (6)

Štěrbina SI kloubu je zakřivená, zužuje se a může se uzavřít vazivem, vzácněji dochází ke kostěnému srůstu. K tomuto procesu dochází věkem. Přední část štěrbinu je kratší, obsahuje vlastní SI kloub se synoviální dutinou a kloubní pouzdro. Zadní část

štěrbinu navazuje na přední a je vyplněna krátkými a silnými vazy (ligg. sacroiliaca interossea), které se upínají do protilehlých drsnatin na křížové kosti a pánevní kosti. Dále máme vazy překrývající štěrbinu SI kloubu a to z přední strany ligg. sacroiliaca ventralia a ze zadní strany ligg. sacroiliaca dorsalia. (6)

Spona stydká

Spona stydká spojuje raménka pravé a levé stydké kosti. Obě spojované kosti mají tenčí vrstvy hyalinních chrupavek a uprostřed vrstvu chrupavky vazivové. Spona je zesílena dvěma vazy, z nichž jeden přestupuje z horní strany (lig. pubis superius), druhý ze spodní strany (lig. arcuatum pubis). (6)

Spojení křížové kosti a kostrče (articulatio sacrococcygea)

Nejčastějším spojením mezi křížovou kostí a kostrčí je vazivová chrupavka. Tento kloub je ze všech stran zesílený vazy, které ho pokrývají. Přesto se v místě spojení mezi kostrčí a křížovou kostí může objevit jakýkoliv z pevných kloubů. Pohyby v sacrococcygeálním kloubu zajišťují svaly upínající se ke kostrči. Zde uvádíme kosterní sval (musculus coccygeus), musculus levator ani a dolní část musculus gluteus maximus. (6)

2 ZLOMENINY PÁNVE

2.1 Etiologie poranění pánevního kruhu

Vysokoenergetický mechanismus – jedná se o mechanismus poškození pánve při dopravních nehodách, pádů z výše a zavalení. (13)

Nízkoenergetický mechanismus – násilí způsobující poranění v menším rozsahu. Nejčastěji jsou to patologické zlomeniny při osteoporotických zlomeninách, tumorech, infekcích, kostních cystách. (13)

Pokud dojde k poranění jedné oblasti pánve, je zákonitě poškozena i protilehlá oblast, neexistuje tedy izolovaná zlomenina pánve. Výjimka je u starších lidí, kdy při osteoporóze může dojít pouze k poranění předního segmentu. Důležitá pro prognózu a léčbu zlomeniny pánve je stabilita pánevního prstence při poranění. (5, 13)

2.2 Klasifikace zlomenin pánevního kruhu

Uvádíme klasifikaci dle AO – ASIF což je společnost pro otázky osteosyntézy (16)

Zlomeniny stabilní

Vazy spojující kost křížovou a kost kyčelní jsou neporušeny a není tedy přítomna dislokace na zadní straně pánevního prstence. Řadíme sem tedy zlomeniny bez dislokace a zlomeniny avulzní, charakterizované tahem svalů nebo jejich odtržením. Konkrétně mezi stabilní zlomeniny pánve řadíme zlomeniny acetabula, zlomeniny lopaty kosti kyčelní, hřebene kosti kyčelní a příčné zlomeniny sakra a kostrče. Dále zlomeniny ramének kosti stydké a dislokaci sakrokoxygeálního skloubení. (5, 13, 20)

Zlomeniny částečně nestabilní, rotačně nestabilní

Kritériem je zachování vertikální stability zadního segmentu pánve. U rotačně nestabilní zlomeniny uvádíme poranění z předozadní komprese při zlomenině ramének kosti stydké a rozevření části SI kloubu, nebo z boční komprese, kde se navíc můžeme setkat se zlomeninou zadní části lopaty kosti kyčelní a možnou kompresí přední části kosti křížové. (5,13, 19)

Zlomeniny nestabilní, vertikálně a rotačně nestabilní

.....Jedná se o porušení jak vertikální, tak rotační stability zadního segmentu pánve a to jednostranné nebo oboustranné. (5)

Kompletní jednostranné poranění zadního segmentu se týká především kompletní vertikální zlomeniny kosti křížové, zlomeniny ramének kosti stydké (nebo jejich kombinace), dle průběhu se rozlišují kompletní vertikální zlomeniny zadní části lopaty kosti kyčelní a SI luxace. (3, 5, 13)

Jednostranné kompletní poranění zadního segmentu se může také zkombinovat se zlomeninou částečně nebo rotačně nestabilní na druhé straně pánve. (5, 13)

Bilaterální poranění, kompletní léze obou zadních pánevních segmentů rozlišujeme opět dle průběhu linie v kosti křížové. Uvádíme jednostranné a oboustranné kompletní zlomeniny kosti křížové, luxace SI skloubení a poranění zadní části lopaty kosti kyčelní. (3, 5, 13)

Jako příklad uvedeme některé z nejčastějších zlomenin:

1. zlomenina typu „otevřená kniha“ je charakterizovaná tím, že násilí, ke kterému dojde, deformuje pánev do zevní rotace. Dochází k roztržení stydké spony, která se rozestoupí, nebo dochází ke zlomenině ramének kosti stydké a tímto se raménka od sebe oddálí (viz obrázek 5, 6). (5)
2. laterální kompresní zlomenina „ucho od vědra“ vzniká násilnou deformací pánve do vnitřní rotace. Síla tlaku tedy přichází z boku. Zde také dochází ke zlomenině ramének kosti stydké, u kterých dochází naopak ke zkrácení (viz obrázek 7, 8, 9). (5)

3 DIAGNOSTIKA

3.1 Anamnéza

Zajímáme se o mechanismus úrazu, velikost zevního násilí, které úraz způsobilo. Zjišťujeme údaje o stavu nemocného před úrazem, zda netrpěl potížemi s kyčelními klouby nebo s páteří a jestli doposud chodil s oporou. Posuzujeme celkový stav nemocného včetně přidružených chorob.

3.2 Klinické vyšetření

Při vlastním fyzikálním vyšetření porovnááme délku končetin a manuálně vyšetřujeme stabilitu pánve. Mezi možné známky nestabilního poranění patří deformita pánevního kruhu nebo patrná velká dislokace, která se projevuje jako zkrat nebo rotace dolní končetiny na poraněné straně. Dále rozsáhlý traumatický edém a hematoma (z oblasti pánevního kruhu přesahuje do perinea a zevního genitálu, dorzálně do lumbální krajiny). Velká nestabilita při palpační vyšetření – příznak rozevírajícího pánevního kruhu. Dále vyšetřujeme přítomnost otevřených zlomenin, současné poranění pánevních orgánů, neurologické a cévní poranění. (2, 5, 9, 14)

Při vyšetření kůže včetně perinea sledujeme hematomy, otevřené rány, abraze, nebo snížené kožní citlivost na hrázi. Dále zjišťujeme přítomnost krvácení z uretry a vyšetřujeme pacienty per rektum a per vaginam u žen, pro známky krvácení. U mužů hrozí kraniální dislokace prostaty. (5, 14)

Bolest patří k nejčastějším příznakům. Vychází zejména z kostí, drážděním algoreceptorů v periostu nebo měkkých tkání. Lokalizaci bolesti určujeme nejen z anamnestických údajů, jindy je třeba až vlastních klinických vyšetření. Zjišťujeme dobu vzniku bolesti, její trvání, intenzitu a průběh, při čemž vyšetřujeme bolest jak spontánní, tak tlakovou, eventuálně poklepovou. (1, 17)

K dalším příznakům zlomeniny pánve patří neschopnost pohybu, poruchy citlivosti periferie dolních končetin, poruchy močení.

3.3 Zobrazovací metody

RTG vyšetření

Standardně se provádí AP projekce. Je zde možnost provedení i dalších RTG projekcí a to vchodová a východová. Kromě RTG pánve se často doplňuje i RTG hrudníku a boční snímek páteře (pokud není prováděno vstupní CT). Při operaci se využívá ještě boční projekce na os sacrum. (13)

USG vyšetření

Ultrasonografie je většinou rychlé vyšetření zaměřené na detekci volné tekutiny. Přehledně zobrazuje dutinu břišní, retroperitoneum, většinou doplněné i o orientační vyšetření pleury a perikardu. Cílem USG je vyhodnocení přítomnosti volné tekutiny. Detekce hemoperitonea, detekce pleurálního a perikardiálního výpotku. V případě dostupnosti provádíme USG již během transportu zraněného člověka do zdravotnického zařízení. Možné jsou opakované použití vyšetření pro kontrolu stavu. (13)

CT vyšetření

CT vyšetření je standardní vyšetření u hemodynamicky stabilních nemocných. U hemodynamicky nestabilních jen v případě plné resuscitace oběhu během vyšetření a v přítomnosti CT na urgentním příjmu. U polytraumatizovaných nemocných provádíme většinou celotělové CT – vyšetření hlavy, páteře, hrudníku, břicha, pánve až do oblastí proximálních femurů. Je zde možnost vytváření 2D a 3D rekonstrukcí, přesné vyhodnocení typu a průběhu zlomenin, hodnocení přidružených poranění především orgánů dutiny břišní. (13)

Při podání kontrastní látky je možné provedení CT angiografie pro detekci cévních poranění. Dále je možnost doplnění CT cystografie (kontrastní látka přes PMK), při které lze vytvářet rekonstrukce močového měchýře a uretry při podezření na poranění těchto struktur. (13)

CT vyšetření má nižší rozlišení měkkých tkání a orgánů malé pánve než MRI, stejně tak málo přesné zobrazení nervových kořenů. (13)

MRI vyšetření

V urgentní situaci se vzhledem k časové náročnosti z indikace poranění pánevního kruhu neprovádí. Je ale vhodná po stabilizaci celkového stavu pro detekci celkového poranění –

MRI neurografie, dále poranění svalů pánevního dna. MRI podává lepší zobrazení orgánů malé pánve než CT vyšetření díky vyššímu rozlišení měkkých tkání. (13)

Kontraindikace tohoto vyšetření je u nemocných s kardiostimulátory, pokud není uvedena jejich kompatibilita s MRI a u nemocných s kovovými implantáty, které nemají schválenou MRI kompatibilitu. (13)

Angiografie

Při urgentním příjmu se užívá jen digitální subtrakční angiografie, která je spojena s intervenčním zákrokem. Indikací je přetrvávající nestabilita krevního oběhu (krvácení) a průkaz extravazace kontrastní látky na CT vyšetření. Cílem je nalezení zdroje arteriálního krvácení a jeho ošetření embolizací poraněné tepny. Embolizace tepny se provádí vhodným materiálem, většinou jsou to želatinové částice – Gelaspon. Možné je i provedení coilingu – zavedení cévních spirálek do poraněné tepny, zavedení stentu, nebo jen balonkové komprese před cévně – chirurgickým výkonem. Angiografie je možná provádět i peroperačně. (13)

Klasická cystografie

Klasická nebo konveční cystografie se provádí po naplnění močového měchýře kontrastní látkou (cca 150 – 200 ml u dospělého). Jejím cílem je vyloučení poranění močového měchýře a uretry. Je méně přesná než CT cystografie, proto se v současnosti indikuje méně. Toto vyšetření je také možné provádět i peroperačně. (13)

4 LÉČBA ZLOMENIN PÁNVE

4.1 Konzervativní léčba

Konzervativní léčba je indikována u většiny stabilních poranění, bez hrubé dislokace a neurologického deficitu. Dále u vhodných typů poranění s částečnou nestabilitou a rotační nestabilitou zlomenin bez významné dislokace a jen s malou rotací zadního segmentu. (5, 15)

U závažnějších poranění, zejména u zlomenin vertikálně a rotačně nestabilních je konzervativní léčba kontraindikována. Konzervativně se postupuje vynuceně při špatném celkovém stavu nemocného. Zde je poté vysoké riziko zhojení ve špatné pozici s rozvojem pakloubů. (15)

Konzervativní léčba spočívá v klidovém režimu na lůžku, polosedu do 45°, bez polohování nemocného na poraněnou stranu. V závislosti na typu zlomeniny se lůžko upravuje tak, aby se omezil vliv dislokujících svalových sil. U zlomenin lopaty kosti kyčelní volíme navíc semiflexi v kyčelních kloubech. Doba klidového režimu se volí dle typu poranění pánevního kruhu a s ohledem na celkový zdravotní stav. U stabilních zlomenin je klidový režim 1 až 2 týdny, u poranění částečně nestabilních až 3 týdny. Při konzervativní léčbě nestabilních a závažných zlomenin pánve je klid na lůžku od 3 do 6 týdnů v závislosti na druhu poranění a zdravotním stavu nemocného. (15)

4.2 Operační léčba

U nemocných se stabilními zlomeninami pánve volíme operační postup u dislokovaných zlomenin kosti křížové, výrazně dislokovaných zlomenin ramének kosti stydké nebo lopaty kyčelní, otevřené zlomeniny a poranění s neurologickým deficitem. (5, 13)

Poranění typu částečně nestabilních zlomenin vyžaduje operaci zejména významná vnitřní rotace zadního segmentu, hrubě dislokované zlomeniny ramének, oboustranné poranění se zevní i vnitřní rotací. Dále zde volíme operační léčbu při přidružených poranění urogenitálního traktu. (5, 15)

Nemocným s nestabilními zlomeninami pánevního kruhu je indikována operační léčba se stabilizací předního i zadního pánevního segmentu, pokud tomu nebrání kontraindikace vzhledem k celkovému stavu. (5)

4.2.1 Metody miniinvazivní fixace zadního segmentu

C svorka je indikována pro urgentní stabilizaci pánevního kruhu při nestabilních poranění bez významné vnitřní rotace. Kontraindikována je absolutně u kominutivních zlomenin lopaty kosti kyčelní, kosti křížové, zejména při vnitřně rotační pozici, kdy hrozí rozvoj neurologického deficitu. C svorka dosahuje dostatečné komprese v oblasti zadního segmentu, její stabilita ale není dostačující pro mobilizaci. Výhodou je umožnění dobrého přístupu k poranění břicha a pánve. (13, 15)

Zevní fixátor je indikován při urgentní stabilizaci, dále u otevřených zlomenin, při infekčních komplikacích a špatném stavu měkkých tkání. Po zavedení fixátoru je vhodná RTG kontrola pozice. Nevýhodou fixátoru je omezení přístupu k poranění břicha a pánve.(15)

Iliosakrální šrouby (IS) – Při urgentní situaci jen 1 šroub na poraněné straně, zavádí se pod RTG kontrolou. Před zavedením je nutné předvrtání Kirchnerovým drátem a jeho skiagrafická kontrola. Rizikem je neurovaskulární poranění, které roste při použití u dislokovaného zadního segmentu, kdy se zmenšuje velikost bezpečné zóny pro zavedení. Při implanatci u hemodynamicky stabilních pacientů se v případě poranění typu nestabilních zlomenin zavádějí většinou 2 šrouby na poraněné straně. Pro jejich zavedení lze použít 2D nebo 3D RTG navigaci, nebo CT navigaci. Navigované metody mají nižší riziko neurovaskulární léze a špatné repozice zadního segmentu. (13, 15)

TIFI (transiliakální vnitřní fixátor) je indikován u poranění typu nestabilních zlomenin, kde není přítomna zlomenina zadní části lopaty kosti kyčelní. Dále u vybraných částečně nestabilních zlomenin. Kontraindikací jsou právě zlomeniny lopaty kosti kyčelní. TIFI se skládá ze dvou polyaxilárních šroubů a příčnicku. Šrouby se zavádějí za skiagrafické kontroly do zadní poloviny lopaty kosti kyčelní. Příčnick se zavádí podkožním tunelem a následně spojuje oba polyaxilární šrouby. (13, 15)

Transiliakální LCP dlahá představuje dlahovou obdobu TIFI. Dlahá se zavádí také podvlečením podkožím, její konce je třeba vytvarovat tak, aby dobře přiléhaly na zadní okraj lopaty kosti kyčelní. Indikace a kontraindikace jsou stejné jako u TIFI. (15)

Svorníky jsou 2 tyče, které se zavádějí do zadní části lopaty kosti kyčelní. Po předvrtání obou lopat kostí kyčelních se následně zajišťují 2 matkami na každé straně pro každý svorník. Indikace a kontraindikace jsou opět stejné jako u TIFI. (15)

4.2.2 Metody miniinvazivní fixace předního segmentu

Retrográdní intramedulární šroub („plazivý šroub“) je implantát vhodný pro operaci horního raménka kosti stydké. Při skiagrafické kontrole a při možnostech zavřené repozice se zavádí perkutánně. Plazivé šrouby lze s výhodou implantovat také za pomoci 2D RTG navigace. (13, 15)

Subkutánní ventrální vnitřní fixátor (SVFI) je implantát vhodný pro symfyzeolýzu, pro transpubické poranění, zlomeniny ramének kosti stydké, pokud je možné dosáhnout zavřené repozice. Při této metodě se zavádí dva šrouby do oblasti kosti kyčelní nad acetabulem. Fixaci doplňuje příčník, jenž se aplikuje subkutánně. (15)

Miniinvazivní dlaho pro přední segment (pelvic bridge) je miniinvazivní perkutánně zaváděná dlaho pro přední pánevní segment zvaná také pánevní můstek. Dlaho se podvléká podkožím. Tato dlahová technika fixace předního segmentu je vhodná pro zlomeniny ramének, kde lze dosáhnout dobré pozice zavřenou repozicí. (15)

Přední subkutánní pánevní vnitřní fixátor – ASPIF (anterior subcutaneous pelvic internal fixation) je metoda, která využívá polyaxilární šrouby a spojovací příčník. Polyaxilární šrouby jsou zaváděny oboustranně do oblasti kosti kyčelní nad acetabulem za skiagrafické kontroly. Po zavřené repozici následuje spojení podkožně zavedeným příčníkem. ASPIF je spojen s vysokým rizikem výskytu neurologického poranění po zavedení. (15)

Zevní fixátor pro akutní stabilizaci se užívá při stabilizaci otevřených zlomenin, poranění s oběhovou nestabilitou při kontraindikaci C svorky, popřípadě IS šroubů. Nevýhodou této metody je omezení přístupu k dolním kvadrantům břicha.

4.2.3 Implantáty pro otevřenou osteosyntézu

Mattova dlaho je dlaho pro operaci předního segmentu pánve.(15)

Šrouby o průměru 3,5mm lze využít buď samostatně jako doplnění fixace zlomenin lopaty kosti kyčelní nebo s kombinací s dlahou. (15)

Spinopelvická fixace se skládá z polyaxilárních šroubů, spojovacích tyčí a příčníku. Používá se zejména u zlomenin kosti křížové a při operaci zadního segmentu pánve. Polyaxilární šrouby se zavádějí do zadní části lopaty kosti kyčelní, případně do těla obratle L5 nebo L4 (pokud je přítomna zlomenina L5). V některých případech lze použít i miniinvazivní zavedení. Nevýhodou, stejně jako u TIFI, svorníků a transiliakální dlahy, je

nutnost pronační polohy, která omezuje použití u polytraumatizovaných pacientů s těžkým poraněním hrudníku nebo břicha. (13, 15, 18)

Dlouhodobě vstřebatelná vlákna se používají pro fixaci symfyzeolýzy (horní okraje ramének kostí stydkých nejsou v jedné rovině) u dětí a adolescentů. Mají sice nižší biomechanickou stabilitu než pánevní dlahy pro přední segment, ale díky vstřebatelnosti odpadá extrakce implantátů. (15)

Kirchnerovy dráty jsou při operaci pánevního kruhu u dospělých používány minimálně. Využívají se při předvrtání a následném zavádění kanylovaných šroubů. Větší použití je v dětské traumatologii, kde je lze použít pro fixaci dislokovaných zlomenin kosti křížové nebo lopaty kosti kyčelní. (13, 15)

5 KOMPLIKACE

Komplikace lze rozdělit na peroperační, pooperační časné a pozdní. (13)

Peroperační komplikace hrozí především u poranění hrudníku při nesprávné poloze nemocného. Hrozí zde krevní ztráty a následná oběhová nestabilita. K obecným peroperačním komplikacím patří především aspirace a celá řada peroperačních poranění.

Nejzávažnější pooperační komplikací je krvácení, které může ohrozit život nemocného. Dále je častá nedokonalá repozice zejména u nestabilních zlomenin pánve a poranění neurologické. (13)

K časným pooperačním komplikacím patří hematom. Infekce operační rány vzniká nejčastěji jako následek otevřené zlomeniny nebo komplikace při operaci. Dále se může objevit redislokace zlomeniny při selhání osteosyntézy. K rozpoznání redislokace většinou dojde až v průběhu hojení a musí být provedena reoperace. Mezi časné pooperační komplikace také patří tromboembolická nemoc. K její prevenci je zahájena u každého nemocného miniheparinizace a další opatření jako bandáže dolních končetin, kontrolní náběry krve na koagulaci a poučení pacienta o cvičení s dolními končetinami, pokud je to možné. (5, 13)

Mezi nejzávažnější pozdní pooperační komplikace patří rozvoj pkloubu, což znamená, že nedošlo ke zhojení zlomeniny a řeší se rovněž reoperací. (5, 13)

6 TRVALÉ NÁSLEDKY

Trvalé následky u nemocného se zlomeninou pánve specifikujeme jako následky způsobené samotným poraněním pánve, dále poraněním dalších orgánů, iatrogenním poškozením nebo následkem pooperačních komplikací. (13)

Poruchy chůze patří mezi nejčastější trvalé následky. Příčinou bývá asymetrie pánve po zhojení, která může způsobit rozdíl délky končetin a je často bolestivá. Při poškození neurologickém dochází zejména k poruchám urologickým, k sexuálním poruchám, případně k inkontinenci stolice. Toto může být ale také způsobeno samotným poraněním urogenitálního nebo trávicího ústrojí nebo cévním poškozením. U nemocných dochází nejčastěji k inkontinenci močové i inkontinenci stolice a dalším dysurickým problémům. U mužů se setkáváme s bolestmi při erekci, jejími poruchami a poruchami ejakulace, může se objevit i impotence. Ženy mají problémy s porodem, někdy i s otěhotněním z důvodu změny uspořádání porodních cest následkem poranění. (13, 14)

7 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE PŘI KONZERVATIVNÍ LÉČBĚ ZLOMENINY PÁNVE

7.1 Pohybová aktivita

Nemocný s poraněním pánve zaujímá úlevovou polohu na lůžku. Je to vynucená poloha, kdy nemocný člověk hledá pozici, ve které pociťuje co nejmenší bolesti. Většinou je to poloha s pokrčenými dolními končetinami a v polosedě. Pro nemocného je obtížné natáhnout dolní končetiny. Způsobuje to tlak a bolest v pánevní oblasti. Proto nemocným podkládáme dolní končetiny polštáři a polohujeme lůžko do pozice, která bude co nejpříjemnější.

Omezení hybnosti nemocného se odráží i na jeho psychice. Objevuje se podrážděnost, nervozita, smutek a někdy i agrese. Je to v závislosti na povaze člověka a změnou jeho soběstačnosti. Sestra musí s nemocným co nejvíce komunikovat o jeho potřebách a snažit se co nejvíce o jeho podporu a pomoc v oblastech, které momentálně nemocný nezvládne. Jde především o oblasti hygieny a vyprazdňování, při kterých je nemocný člověk zcela odkázaný na péči sestry. (12)

Nemocného s poraněním pánve při konzervativní léčbě ohrožuje imobilizační syndrom. Velké riziko zde představuje rozvoj dekubitů, kterým se snažíme od příjmu nemocného na oddělení zabránit. Sestra zhodnotí dle škály Norton rizikovost nemocného ke sklonům k rozvoji dekubitů. Důležitá je spolupráce s fyzioterapeutem, kdy se snažíme s ohledem na typ zlomeniny nemocného co nejvíce mobilizovat s ohledem na jeho celkový zdravotní stav. Sestra dále pečuje pravidelně o kůži a používá antidekubitní pomůcky. Rehabilitační ošetřování a včasná mobilizace pomáhá předcházet vzniku tromboembolické nemoci, která představuje rovněž vysoké riziko komplikací. Z medikamentózní léčby prevenci TEN podporujeme podáváním miniheparinizace. Imobilizační syndrom představuje i riziko vzniku pneumonie, tomuto předcházíme taktéž včasnou mobilizací nemocného a dechovou rehabilitací. Důležité je poučení nemocného a jeho ochota ke spolupráci v rehabilitaci. (12)

7.2 Hygiena

Hygiena je základní biologickou potřebou člověka sloužící k ochraně a podpoře zdraví. Způsob jakým o sebe člověk pečuje a jak se obléká, vypovídá nejen o jeho životním stylu, jeho povaze, momentální náladě ale také o tom, jaký má postoj k vlastnímu zdraví. K biologickým rovinám potřeb hygieny můžeme definovat podporou čistoty, odstraňování

mikroorganismů z těla a udržování kůže v dobrém stavu, který brání vzniku infekcí. Psychologicky navozuje pozitivní emoce člověka s čímž souvisí také sociální aspekty vytvářející dobré mezilidské vztahy. (12)

Při příjmu nemocného na oddělení sestra provádí hodnocení soběstačnosti v oblasti hygieny a hodnocení stavu kůže nemocného. Hodnotíme barvu kůže, kožní turgor, otoky, kožní léze. K posouzení stupně sebezpečí sestra používá Barthelův test základních všedních činností a jeho zhodnocení dokumentuje. (12)

Nemocný se zlomeninou pánve léčený konzervativně je zcela odkázaný v oblasti hygieny na péči sestry. I přes snahu nemocného se mobilizovat, není schopen sám vykonat všechny potřeby k provedení celkové očisty a péče o kůži. Hygiena se pro klid na lůžku provádí na pokoji a sestra zajistí nemocnému soukromí. V rámci mobilizace necháme nemocného co nejvíce spolupracovat a dopřejeme mu čas a prostor. Sestra připraví veškeré pomůcky k hygieně a zkontroluje nemocnému stav kůže, zvláště predilekční místa a zaznamená riziko a rozvoj dekubitů do dokumentace. Nemocný musí mít čisté a suché lůžko včetně oděvu a dohlížíme, aby vše bylo dostatečně napnuté a nemocný neležel na záhybech, které podporují rozvoj dekubitů. Pokožku nemocného ošetřujeme krémy a promašťujeme, zvláště predilekční místa. (12)

7.3 Bolest

Bolest je nepříjemný subjektivní pocit, který je účelný jako varovný signál organismu upozorňující na ohrožení. Bolest, jejíž intenzita překračuje snesitelnou míru, je považována za neúčelnou, až škodlivou. Sestra pozorováním a komunikací s nemocným hodnotí jeho bolest. Nemocný s traumatickým poraněním pociťuje bolest akutní. Ta se dostavuje okamžitě po bolestivém podnětu, a přesto že je krátkodobá, představuje pro nemocného člověka vysokou zátěž. Při hodnocení bolesti se sestra zaměřuje na anamnézu bolesti, především na lokalizaci, intenzitu, kvalitu a typ bolesti a faktory, které ji vyvolávají. Nemocnému člověku dáváme prostor k vyjádření se, jak bolest zvládá. Sestra pravidelně hodnotí intenzitu bolesti dle vizuální analogové škály a zapisuje do dokumentace. (12)

Společně s lékařem sestra zahajuje a mění terapii individuálně ke každému nemocnému, protože každý člověk zvládá bolest jinak. Sledujeme účinek podaných analgetik a zajišťujeme možnost úlevové polohy a přikládání chladu k postižené oblasti zraněného.

7.4 Výživa

Správnou výživou dodržujeme rovnováhu energetického příjmu a výdeje. Pro život a zdraví člověka je příjem pevné a tekuté stravy nezbytně důležitý. Lidé v nemoci a při různých zátěžových situacích často trpí nechutenstvím a to může výrazně ovlivnit rovnováhu organismu. Energetické požadavky nemocného a zdravého člověka se liší. Velkou roli při tom hraje emocionální stav člověka a způsob jakým v závislosti se stravováním je zvyklý řešit stresovou situaci. Někteří jedinci například nejsou schopni přijímat potravu vůbec, jiní se naopak přejídají. Úkolem sestry je zhodnotit celkový zdravotní stav nemocného a zvolit dietní opatření, které bude v rámci onemocnění a možnostem nemocnému vyhovovat. (12, 21)

Nemocnému s poraněním pánve volíme šetřící dietu, která je nenadýmavá a lehce stravitelná. Tento dietní režim má přiměřené výživové nároky a nezpůsobuje nemocnému jiné potíže, které by mohly způsobit větší bolesti v oblasti břicha, právě v závislosti na nadýmání nebo zácpu. Pokud nemocný člověk trpí kromě traumatického poranění jinou, závažnější chorobou, nebo není schopen sám přijímat potravu ústy, volíme způsob a dietní opatření vhodné k přidruženým onemocněním.

Sestra při příjmu nemocného na oddělení zhodnotí jeho stav výživy a úroveň sebeděče a soběstačnosti při stravování. Úroveň sebeděče hodnotí sestra v rámci screeningového vyšetření a využívá bodovací systém škály dle Barthela. Výsledky zapíše do dokumentace a pravidelně hodnotí změny. (12)

Dále dbáme na vyrovnanou bilanci tekutin každého nemocného. Sledujeme dostatečný příjem a pokud nemocný není schopen z důvodu přidružených poranění a onemocnění sám tekutiny přijímat, volíme infuzní terapii dle ordinace lékaře.

7.5 Vyprazdňování

Při posuzování vyprazdňování v rámci ošetřovatelské anamnézy přistupuje sestra k nemocnému diskrétně a s respektem. Při neprofesionálním chování lehce ztratíme důvěru a tím mohou nastat další komplikace. Nemocný nebude ochoten hovořit o jiných, nastalých problémech a může být raněna i jeho psychika. (10, 12)

Potřeba vyprazdňování patří k biologickým potřebám člověka a je samozřejmě spojena s potřebami psychosociálními. Jde o základní proces látkové výměny organismu. Uspokojování potřeb v oblasti vyprazdňování je u každého člověka individuální. Při neuspokojení potřeby se může objevit psychická odezva problematrická nejen jako

negativní emocionální stavy, ale může přivodit další potíže v oblasti gastrointestinální. (12, 21)

U nemocných se zlomeninou pánevního kruhu sestra sleduje častost a konzistenci stolice. Vyprazdňování probíhá na podložní míse na lůžku a setra zajišťuje nemocnému co největší soukromí a dostatek času na vykonání potřeby. Při příměsích krve ve stolici sestra musí ihned informovat lékaře.

Nemocný je ohrožen vnitřním krvácením a poraněním močových cest a břišních orgánů. Dále sestra pomůže nemocnému s hygienou a zkontroluje stav pokožky v oblasti hýždí a genitálu. Zajistí antidekubitní péči a ošetří případné opruzeniny. (10, 12)

V oblasti močení je důležité sledovat častost, množství a přítomnost krve v moči. Zakládáme kartu s bilancí tekutin, kam sestra zapisuje příjem i výdej tekutin. Poranění pánve nese velké riziko poranění močového měchýře a močových cest. Pokud se objeví krev moči, je nezbytně nutné informovat lékaře a zajistit další vyšetření. V tomto případě nesmíme nemocnému zavádět močový katétr. (8, 12)

8 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE PŘI OPERAČNÍ LÉČBĚ ZLOMENINY PÁNVE

8.1 Předoperační péče

Operační výkon nemocného se zlomeninou pánve může být plánovaný nebo urgentní. Pokud operace snese odklad, je dostatek času na přípravu nemocného. Jedná se především o plánované výkony, například vynětí již zavedených implantátů.

Urgentní zákrok je pro nemocného vždy velkou zátěží. Na předoperační přípravu je vymezen krátký čas a nemocnému jsou podány jen základní informace, což vede k dalšímu zhoršení jeho psychického stavu. (7, 10)

Do každé předoperační péče se zahrnuje předoperační vyšetření. Pokud jde nemocný na plánovaný výkon, předoperační vyšetření si zařizuje sám, ovšem výsledky nesmí být starší 14 dní. Nemocný dostane písemné informace zahrnuté ve formulářích písemných souhlasů s výkony o prováděné operaci. Na základě rozhodnutí ortopedického lékaře zajistíme nemocnému vyšetření lékařem z interní kliniky. Toto vyšetření zahrnuje vyšetření krve na krevní obraz, koagulaci a základní biochemii, vyšetření moče na moč + močový sediment. Lékař při příjmu provede základní fyzikální vyšetření a sestra změří fyziologické funkce, včetně EKG a zajistí rentgenové vyšetření srdce a plic. Předoperační vyšetření také zahrnuje náběh krve na krevní skupinu a Rh faktor. Poté sestra objedná transfuze k operaci. Základní předoperační vyšetření mohou být doplněna o další vyšetření, o kterých rozhoduje lékař v závislosti na celkovém stavu nemocného. (8, 10, 11, 22)

Krátkodobá předoperační příprava představuje období 24 hodin před provedením operace. Každý nemocný musí být 8 až 12 hodin lačný, eventuálně zajišťujeme přísun tekutin parenterální cestou. Pokud nemá nemocný zavedený permanentní močový katetr, dbáme na dostatečné vymočení před odjezdem na operační sál a důležité je také vyprázdnění tlustého střeva. Po tom co sestra zhodnotí soběstačnost nemocného, dohlédne na jeho celkovou hygienu. Musí být odstraněn lak z nehtů pro viditelnost prokrvení periferie končetin a oholeno operační pole s jeho dezinfekcí. Jako prevence tromboembolické nemoci se přikládají bandáže na dolní končetiny nebo kompresní punčochy a dle ordinace lékaře je podána miniheparinizace. Nemocný před odjezdem na operační sál musí být zbaven veškerých kovových předmětů a cenností, musí mu být vyjmuta zubní náhrada a kontaktní čočky. (8, 10, 11)

Anesteziologická příprava je zahájena příchodem anesteziologa na oddělení. Lékař zhodnotí stav nemocného a seznámí ho s anestezií a jejími riziky. Pokud se

anesteziologické vyšetření provádí den před plánovaným výkonem, ordinuje anesteziolog hypnotika a sedativa pro nerušený spánek a lepší zvládnutí stresu nemocného. (8, 11)

Psychická příprava nemocného před operací je poskytována jak lékaři, tak sestrami. Cílem je zmírnit strach a úzkost nemocného před výkonem. Zapojujeme nemocného do rozhodování a nebagatelizujeme jeho dotazy, i třeba opakované. Na závěr se ujistíme, zda nemocný vše chápe, popřípadě vysvětlíme fráze použité při podávání informací. Důvěra k sestře hraje v péči o jeho psychiku velkou roli. Neklidný a úzkostlivý člověk je vždy obtížný pro spolupráci, která je ohledně předoperační péče velmi důležitá. (8, 11)

Bezprostřední předoperační příprava zahrnuje kontrolu nemocného před odjezdem na operační sál. Sestra kontroluje lačnění nemocného, operační pole, vyprázdnění, odložení cizích předmětů a celkové provedení předoperační péče a dokumentaci. Premedikaci sestra aplikuje dle ordinace anesteziologa v předoperační dobu, kterou lékař určí. (8, 10)

Příprava k urgentní operaci není nikdy z důvodu krátkého času pro její vykonání dostačující. To nese velké riziko možných komplikací. Předoperační příprava je omezena na odběry krve na STATIM a objednání transfúzí. Co se týče hygieny, sestra zajistí pouze operační pole, odstraní hrubé nečistoty a vyjme zubní náhradu a další cizí předměty, výše uvedené. Podmínky lačnění je nutné konzultovat s anesteziologem, popřípadě odsajeme žaludeční obsah sondou. Vyprazdňování tlustého střeva klyzmaty je kontraindikováno. Je třeba zajistit žilní vstup, prevenci tromboembolické nemoci a aplikujeme premedikaci dle anesteziologa. (8)

8.2 Pooperační péče

Po ukončení operačního výkonu zůstává nemocný pod intenzivním dohledem. Po extubování a probuzení nemocného z narkózy je sledováno spontánní dýchání, reakce na oslovení a zachování obranných reflexů – schopnost odkašlat a polykat. Pokud je nutné pokračovat v umělé plicní ventilaci, nebo nemocný není dostatečně stabilizovaný, je z operačního sálu převezen na ARO nebo na jednotku intenzivní péče. Po operačním výkonu je za přítomnosti anesteziologa předán sestře pooperačního oddělení. Anesteziolog popíše sestře průběh operace a případné komplikace nastalé při probouzení z narkózy, naposledy zkontroluje stav vědomí nemocného a předá sestře záznam. Operatér při předání pacienta taktéž zkontroluje jeho stav, stav operační rány, periferie a průchodnost drénů a předá sestře chorobopis s operačním protokolem, který se týká bezprostředních pooperačních ordinací léčiv a péče o nemocného. (8, 10)

Na pooperačním oddělení sestra pravidelně kontroluje stav nemocného, monitoruje jeho fyziologické funkce a to vědomí, krevní tlak, tep, frekvenci dechu a tělesné teploty v pravidelných časových intervalech dle ordinace lékaře. Všechny údaje sestra zaznamenává do dokumentace. Dále je sledován stav operační rány, možné prokrvácení obvazu, funkčnost a odvod drénů. Důležitá je kontrola periferie dolních končetin a saturace kyslíku v krvi a pooperační kontrola krevního obrazu pro zhodnocení krevních ztrát. Sestra sleduje barvu kůže nemocného, jeho bolest, diurézu, bilanci tekutin a psychický stav. (8, 10, 11)

Bezprostřední pooperační péče o nemocného se zlomeninou pánve zahrnuje jeho stabilizaci do polohy na zádech s elevací dolních končetin. Důležité je jeho poučení, pokud to jeho stav dovolí, aby v této poloze setrval. Po příjezdu na oddělení je zahájena kyslíková terapie ve formě kyslíkové masky nebo nebulizátoru. Po zhodnocení stupně bolesti – používáme vizuální analogovou škálu, sestra aplikuje nemocnému analgetika dle ordinace lékaře a sleduje jejich účinnost. Zaznamenává do dokumentace čas podání, druh a množství léčivé látky. Při sledování diurézy je nutné, aby se nemocný do 6 až 8 hodin po operaci vymočil, jinak se provádí katetrizace močového měchýře, pokud se nezavedl permanentní močový katetr již před operací. Z důvodu přetrvávajícího lačnění jsou podávány intravenózně infuzní roztoky, popřípadě transfuze při vysokých krevních ztrátách. Infuzní terapii ponecháváme u přetrvávajícího zvracení nemocného, které se může objevit jako následek premedikace, anestezie nebo podávání analgetik. Zvracení řadíme mezi pooperační komplikace, jež mohou nemocného ohrozit na životě aspirací zvratků do dýchacích cest. Dle ordinace lékaře jsou podány léky tlumící nauzeu a zvracení a sledován jejich účinek. (8, 10)

Do pooperační péče o nemocného se zlomeninou pánve je zahrnuta velice důležitá prevence proleženin. Zásadou je pečlivě upravené lůžko a péče o kůži, zvláště predilekčních míst. Přesto, že nemocný zaujímá polohu na zádech, je nutné, aby ve spolupráci s fyzioterapeutem byla tato poloha mírně pozměňována do polohy na poloboku. Sestra podkládá paty nemocného polštáři nebo antidekubitními válečky a sleduje pravidelně predilekční místa. K prevenci tromboembolické nemoci přistupujeme stejně jako před operací. Ponecháváme bandáže dolních končetin a pokračujeme v aplikaci miniheparinizace. Dále je nutné pasivní cvičení na lůžku, dechová rehabilitace a masáže dolních končetin. Riziko tromboembolické nemoci je navýšeno u nemocných, kteří již tuto

chorobu prodělali, objevila se v rodinné anamnéze, nebo nemocní s kardiovaskulárními chorobami. (8)

8.3 Rehabilitace

Rehabilitační ošetřovatelství slouží nejen pro normalizaci tělesných funkcí, ale také pro prevenci řady komplikací jako je plicní embolie, močové infekce, atrofie svalstva a zatuhnutí kloubů. Rehabilitace je součástí léčby nemocného se zlomeninou pánve jak při konzervativním nebo operativním postupu. Časnou pohybovou aktivitou přispíváme k posílení svalstva a zlepšení celkové kondice. Při konzervativní léčbě zlomeniny pánve jde o rozcvičení kloubní ztuhlosti, posílení svalů a postupné zvyšování tolerance zátěže. Při operačním řešení je rehabilitace zahájena již před plánovaným výkonem. Rehabilitací připravujeme nemocného na operační zátěž a učíme ho základy cvičení nutné pro pooperační období. (2, 4, 16)

V pooperačním období nemocný cvičí na lůžku. Důležitá je dechová rehabilitace, prováděná několikrát denně, sloužící k zajištění plicní ventilace. Dechová cvičení nemocný provádí většinou současně s aktivním cvičením horních končetin s fyzioterapeutem. Dechové cvičení, cvičení končetin na lůžku a mobilizace také slouží jako prevence tromboembolické nemoci. Po skončení klidového režimu je rehabilitace zaměřena nejen na posilování svalů. Nemocný je postupně vertikalizován a zahajujeme nácvik chůze o berlích eventuálně v chodítku. Vše závisí na typu zlomeniny a operace. Postup rehabilitační léčby vždy určuje lékař. Po skončení doby hospitalizace na traumatologickém oddělení je nemocný přeložen na oddělení následné rehabilitace, kde pokračuje v rehabilitačním režimu, dokud není schopen plné soběstačnosti v domácí péči. (2, 4)

PRAKTICKÁ ČÁST

9 FORMULACE PROBLÉMU

Zlomenina pánve představuje pro nemocného zátěž v oblasti kvality jeho života. Zraněný člověk trpí bolestmi a neschopností pohybu. Vzniká deficit v oblasti hygieny a sebek péče, a tím možné psychické komplikace a pocity méněcennosti. Zdravotní stav nemocného ohrožuje celá řada komplikací, kterých se snažíme vyvarovat plněním ordinací lékaře ohledně přímé léčby. Ošetrovatelská péče hraje neméně důležitou roli. Věnujeme se především rehabilitaci, prevenci dekubitů, tlumení bolesti a kromě ošetrovatelské stránky dbáme na psychické pohodlí nemocného.

10 CÍL PRÁCE

Cílem práce je sestavení ošetřovatelského plánu, ošetřovatelských diagnóz a zhodnocení péče. Dále se chci věnovat edukaci nemocného v oblastech předcházejících vzniku komplikací. Pro sběr informací o nemocném jsem zvolila model dle Hendersonové zabývající se teorií základní ošetřovatelské péče.

11 VZOREK RESPONDENTŮ

Pro tuto práci jsem zvolila paní hospitalizovanou po úraze pro zlomeninu pánve. Léčba této pacientky spočívá v konzervativním postupu, klidovém režimu a mobilizaci na lůžku. Pacientka byla přijata na oddělení traumatologie B ve Fakultní nemocnici V Plzni – Lochotín.

Zdroj informací:

Zdravotnická dokumentace, pacientka, syn pacientky, zdravotnický personál

12 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

12.1 Sběr informací o nemocném

Osobní údaje

Pohlaví: žena

Rok narození: 1927

Národnost: česká

Zaměstnání: důchodce, dříve učitelka ZŠ

Rodinný stav: ovdovělá

Rodinná anamnéza

Otec: zemřel ve věku 67 let na karcinom jater

Matka: zemřela ve věku 71 let na Diabetes Mellitus

Sestra nar. 1920: zemřela na Infarkt myokardu

Sestra nar. R 1915: zemřela na selhání ledvin

Děti: 2, zdravý

Osobní anamnéza

Onemocnění: Arteriální hypertenze od roku 2007, Diabetes mellitus 1. typu cca 18 let

Operace: Operace obou očí pro šedý zákal v roce 2007, Zlomenina krčku kosti stehenní v roce 2009 – řešeno cervikokapitální endoprotézou kyčelního kloubu

Abúzus: kouření 0, alkohol 0, drogy 0, káva 2x denně bez kofeinu

Sociální anamnéza

Nemocná žije se synem v bytě.

Alergická anamnéza

Neudává žádné alergie

Gynekologická anamnéza

Porody: 2 bez komplikací

Potraty: 0

Klimakterium: od 50 let

Farmakoterapie

Clexane 0,4 ml s.c.	0 – 0 - 1
Betaloc 200mg tbl	½ - 0 – 0
Godasal 100mg tbl	1 – 0 – 0
Actrapid s.c.	14j – 14, - 14j
Insulatard s.c.	0 – 0 – 0 – 10j
Novalgin 500mg i.v. á 8h při bolesti	
Dipidolor 15mg i.m. á 8h při bolest	

12.2 Diagnostika

Fyzikální vyšetření sestrou při příjmu k hospitalizaci

Nemocná byla při příjmu na oddělení plně při vědomí, orientovaná místem i časem. Kůže bez známek cyanózy, sliznice vlhké. Dolní končetiny bez otoků, hybnost a citlivost prstů v normě.

Tělesná teplota: 36,7 °C

Puls: 100/ min

Dech: 16 / min

Krevní tlak: 130/90 mmHg

Váha: 90 kg

Výška: 156 cm

BMI: 37

Saturace krve kyslíkem: 97 %

Glykémie: 6,4mmol/l

Zrak: nosí brýle na čtení, novinové písmo přečte i bez brýlí

Sluch: slyší šepot

Lékařské diagnózy

S 3270 Fractura pelvis I.dx (zlomenina raménka vpravo, zlomenina sakra vpravo) (viz obrázek 4)

E 108 Diabetes mellitus 1. typu

E 660 Obezita způsobená nadměrným příjmem kalorií

Z 966 Přítomnost ortopedických kloubních implantátů

Použité škály

Klasifikace tíže tromboflebitis dle Madonna

– Sestra při příjmu nemocné na oddělení zhodnotila stav PŽK zavedeného již z úrazové ambulance. Hodnocení: 0 není bolest ani reakce v okolí.

Hodnocení rizika pádu

Sestra při příjmu nemocné na oddělení zhodnotila stav nemocné a její sklon k pádu z lůžka. Hodnocení – 3 , ohrožení rizikem pádu.

Vizuální analogová škála bolesti

V den úrazu nemocná trpěla intenzivními bolestmi, před podáním analgetik sestra vyhodnotila stupeň analogové vizuální škály – 3 intenzivní bolest

Interference bolesti s denními aktivitami

Rozhovorem a pozorováním nemocné sestra vyhodnotila omezování nemocné bolesti dle škály interference bolesti s denními aktivitami – stupeň 3 - od bolesti nelze zcela odpoutat pozornost, ruší v provádění běžných činností.

Barthelův test všedních činností

Při přijetí k hospitalizaci byl proveden sestrou na úrazové ambulanci Barthelův test všedních činností k vyhodnocení soběstačnosti nemocné. Hodnocení – 45b – závislost středního stupně.

Hodnotící škála Nortonové

Dle anamnestických údajů a zhodnocením celkového zdravotního stavu nemocné sestra v první den hospitalizace zhodnotila riziko vzniku dekubitů dle škály Nortonové. Hodnocení 19b – střední riziko vzniku dekubitů.

12.3 Průběh hospitalizace

Den první

Nemocná byla přijata při plném vědomí na standardní oddělení traumatologie přes úrazovou ambulanci ke konzervativnímu postupu léčby v 15 hodin odpoledne. Na úrazové ambulanci byl proveden RTG plic a pánve, CT vyšetření a vyšetření celkového stavu lékařem. Sestra zavedla periferní žilní katétr.

V první řadě byla nemocná seznámena s chodem oddělení a právy pacientů. Na standardním oddělení zahájen klidový režim nemocné na lůžku. Nemocné byly podloženy dolní končetiny polštáři a sestra ji poučila o prevenci dekubitů a úlevové poloze, poloha nemocné byla orientována na polosed. Pravidelně byl kontrolován celkový stav nemocné, stav periferie, hybnost a cití dolních končetin a odebrána anamnéza. Nemocné byl změřen TK, P,TT, EKG. Nabrána krev na základní biochemické vyšetření, koagulaci a krevní obraz.

Následně byl pozván ke konziliárnímu vyšetření lékař z interní kliniky. Interní lékař doporučil nízkomolekulární heparin vzhledem k diagnóze diabetes mellitus a z anamnestických údajů zjištěné fibrilaci síní, též jako prevenci TEN. Ordinaci inzulinoterapie doporučil jako doposud s nutnou kontrolou glykémie.

Sestra měřila nemocné TK 3x denně a glykémii 4x denně dle ordinace lékaře a zapisovala je do zdravotnické dokumentace. Hodnoty krevního tlaku se v den přijetí pohybovaly v rozmezí 130/90 až 140/90 mmHg. Hodnoty glykémie byly mírně zvýšené od 6,4 do 7,1 mmol/l. Nemocné byly aplikovány pravidelné dávky inzulínu po nahlášení hodnoty glykémie lékaři.

Vzhledem ke konzervativnímu postupu léčby nebyl omezen příjem stravy a tekutin nemocné. Pro onemocnění diabetem byla zvolena diabetická dieta. Dietní stravu dnes nemocná nejedla, zvolila vlastní potraviny.

S močením nemocná problémy neudávala, močila pravidelně do podložní mísy každé 3- 4 hodiny. Zvedání pánve na podložní mísu bylo pro nemocnou obtížné a bolestivé, přesto nebyla zacévkována v rámci rehabilitace a prevence dekubitů.

V 18 hodin byl nemocné podán Clexane 0,4 s.c. k prevenci tromboembolické nemoci a Tramal 100mg i.m. proti bolesti. Při večerní vizitě nemocná neudávala zhoršení zdravotního stavu, zmínila se o obavách ze špatné adaptace na změnu prostředí. Večer byla provedena hygiena nemocné, důsledné osušení pokožky a aplikován Menalind krém na predilekční místa.

Před usnutím nemocná projevila strach, že spadne z lůžka a žádala zábrany, které sestra na její přání zajistila k lůžku. K utlumení bolesti na noc sestra nemocné podala Novalgin 1 amp. i.v. a nemocná do rána spala.

Den druhý

Nemocná se cítí dobře. Ráno a večer jí byla poskytnuta dopomoc s osobní hygienou včetně péče o pokožku. Stav kůže bez patologických změn.

Hodnoty vitálních funkcí nemocné jsou v normě, hodnoty glykémie mírně zvýšené v rozmezí od 6,4 do 6,6mmol/l, zapisovány do zdravotnické dokumentace. Pokračujeme v inzulínoterapii bez nutných změn dávek inzulínu. PŽK průchodný, bez známek infekce.

Dopoledne zahájena rehabilitace s fyzioterapeutem a nemocná byla posazována k jídlu. Velký důraz je kladen na zlepšení mobilizace nemocné, zvláště při zvedání na podložní mísu, které ji stále činí problém.

S močením nemocná problémy neudává. Na stolici zatím nebyla.

Příjem a výdej tekutin nemocné sestra zapisuje do zdravotnické dokumentace. Zhodnocení za 24 hodin vykazuje mírné odchylky: příjem tekutin 1800ml, výdej tekutin: 1600ml. Se stravou je dnes nemocná i přes dietní omezení spokojena a snědla celé porce.

Analgetika jsou podávána nemocné v pravidelných intervalech dle ordinace lékaře, bolesti po podání analgetik nemocné ustupují. Sestra vyhodnocuje stupeň bolesti dle analogové škály bolesti a uklidňuje nemocnou. Po přesvědčení, že bolesti budou každým dnem mírnější se nemocná cítí lépe.

Sestra opakovaně edukuje nemocnou o správném režimu prevence dekubitů. Nemocná se dobře adaptovala na hospitalizaci, je komunikativní.

V odpoledních hodinách nemocnou navštívili oba synové. Při edukaci nemocné o dodržování diabetické diety, sestra využila jejich přítomnosti a ujistila se, že nemocné nebudou nadále nosit nevhodnou stravu.

V noci nemocná klidně spala 7 hodin se dvěma přestávkami na močení.

Den třetí

Nemocná je posazována na lůžku k provedení hygieny a péči o kůži s částečnou dopomocí sestry. Pokračujeme v antidekubitním režimu a edukujeme nemocnou.

Po rehabilitaci dnes nemocná pociťuje větší bolesti, analgetika stále podávány v pravidelných intervalech dle ordinace lékaře. Po podání analgetik bolesti ustupují.

Vitální funkce a celkový stav nemocné beze změn. Sestra kontroluje hodnoty glykémie 4x denně a aplikuje inzulin dle ordinace lékaře. Vše zapisuje do zdravotnické dokumentace. Ordinace lékaře dnes nezměněny. Vzhledem k neprůchodnosti PŽK provedena výměna.

Nemocná je posazována k jídlu. Příjem a výdej tekutin nemocné vyrovnány 1800ml. Nemocná se stále hůře zvedá na podložní mísu při močení. Stěžovala si, že nebyla již tři dny na stolici. Sestra proto aplikovala glycerinový čípek a nemocná se do půl hodiny vyprázdnila.

V noci nemocná spala dobře 7 hodin s jedním probuzením na močení.

Den čtvrtý

Nadále nemocné pomáháme s provedením osobní hygieny a pečujeme o kůži v rámci prevence dekubitů. Posazujeme nemocnou na lůžku k mytí. Stav kůže nemocné bez patologie.

Hodnoty vitální funkcí nemocné jsou v normě. Sestra měří hodnoty glykémie 3x denně a aplikuje inzulin dle ordinace lékaře. Nemocná dnes pocítuje menší bolesti než předešlé dny a analgetika jsou podávána pouze ráno před rehabilitací a večer. PŽK průchodný, bez známek zarudnutí.

Režim nemocné nezměněn. Pokračujeme v rehabilitaci, kde zaznamenáváme výrazné zlepšení nemocné. Pokrok v mobilizaci se projevil i ve zvedání nemocné na podložní mísu, což ji nečiní takový problém jako dopsud.

Příjem a výdej tekutin nemocné vyrovnány 1900 ml. K jídlu je nemocná posazována na lůžku a jí celé porce. Během noci má nemocná problém s udržením moči při zvedání na podložní mísu, dvakrát pomočena. Nemocné bylo převlečeno celé lůžko a provedena hygiena genitálu a hýždí. Se spánkem potíže neudávala.

Den pátý

Stále je nutná dopomoc nemocné s posazením a s hygienou. Sestra pečuje o kůži a dbá na antidekubitní režim. Kůže nemocné nejeví známky patologie.

Nemocná má stále problém s únikem moči. Během dopoledne sestra nemocné zavedla permanentní močový katétr v rámci prevence dekubitů a zhoršení psychického stavu. PMK odvádí čistou moč a nezpůsobuje nemocné pálení ani řezání. Příjem a výdej nemocné je vykazuje mírnou odchylku, příjem tekutin 1700 ml, výdej 1600 ml.

Nemocná se cítí dobře, jiné problémy neudává. Je více soběstačná, vyžaduje minimální pomoc zdravotnického personálu. Režim nemocné a ordinace lékaře nezměněny.

Hodnoty vitálních funkcí bez patologických změn. Sestra kontroluje glykémii 3x denně a aplikuje inzulin dle ordinace lékaře. Vše je zapisováno do zdravotnické dokumentace. PŽK je průchodný, bez známek zarudnutí.

Analgetika nemocná žádá pouze dvakrát denně, bolesti ustupují. Spala bez potíží celou noc.

Den šestý

Ráno je provedena hygiena nemocné včetně péče o kůži. Kůže nejeví známky projevujících se dekubitů ani jiné poškození.

Dopoledne překládáme nemocnou na doléčovací lůžka, kde bude pokračovat v rehabilitaci a nácviku soběstačnosti. Syn nemocné je informován.

Nemocná je částečně soběstačná. Dopomoc nutná při posazování na lůžku a s hygienou. PMK odvádí čistou moč v dostatečném množství. Vitální funkce, stav kůže bez patologie. Hladiny glykémie se pohybuje okolo 6mmol/l. Sestra odstranila PŽK.

Nemocná se cítí dobře, je spokojená a těší se na skončení léčby a propuštění do domácího ošetřování.

13 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL VIRGINIA HENDERSON

Pro sběr informací o nemocné jsem zvolila ošetřovatelský model dle Virginia Henderson – teorie základní ošetřovatelské péče. Tento model je vhodný pro částečnou nebo úplnou poruchu soběstačnosti.

Dýchání

Subjektivně

Nemocná neudává potíže s dýcháním. V mládí kouřila cca 10 cigaret denně. Při plánování rodiny s kouřením přestala.

Objektivně

Klientka netrpí dušností, ani jinými potížemi s dýcháním. Není potřeba terapie kyslíkem ani jinými medikamenty.

Výživa a hydratace

Subjektivně

Nemocná udává, že před úrazem jedla ráda, velké porce a často. Libovala si na kalorických jídlech a nedodržovala diabetickou dietu. To se projevilo na značném přibrání na váze cca 23 kg za poslední 3 roky. Potížemi s nauzeou a zvracením netrpí. Po přejídání se občas dostaví pálení žáhy. Nemocná má horní zubní protézu, která jí nečiní problémy. K oblíbeným nápojům patří zejména ochucené minerální vody a káva bez kofeinu, příjem tekutin doma 2 litry na den. Po přijetí do nemocnice nemá chuť k jídlu, nechutná jí nemocniční strava a diabetická dieta. Vypije necelé dva litry tekutin.

Objektivně

Nemocná váží 90 kg a měří 156 cm, trpí obezitou. Diabetickou dietu nedodržuje. Návštěvy nemocné pravidelně donáší sušenky, ovoce a ochucené minerální vody. Je zapotřebí nemocnou k jídlu posadit, najíst se zvládne bez potíží sama. Pokud nemocná leží, doléváme jí tekutiny do hrnečku a pobízíme k pití. Příjem tekutin činí 1600 ml za den. Kůže nemocné je v dobrém stavu, hydratovaná.

Vylučování

Subjektivně

Nemocná neudává potíže s močením ani se stolicí. V domácím prostředí chodí na stolicí 1x denně.

Objektivně

S močením nejsou žádné potíže. Nemocná močí do podložní mísy, pravidelně a v dostatečném množství. Moč je bez příměsí, barva fyziologická. Zápach moče odpovídá acetonovému zápachu u diabetiků. Na stolicí nemocná zatím nebyla.

Pohyb

Subjektivně

Nemocná cítí velké omezení v pohybu z důvodu poranění a následného klidového režimu. Udává, že před onemocněním chodila se synem často na procházky do parku a vedla aktivní život. Chodila bez kompenzačních pomůcek a v oblasti pohybu byla zcela soběstačná. Po dřívější zlomenině krčku stehenní kosti se zcela zmobilizovala.

Objektivně

Současné onemocnění způsobilo vysokou úroveň nesoběstačnosti v oblasti pohybu. Nemocná je zcela upoutána na lůžko. Vzhledem k nadváze a bolesti v oblasti pánve má nemocná problém s používáním podložní mísy. Je třeba dopomoc dvou a více sester. Dodržuje klidový režim a cvičí dolními končetinami. Neschází jí elán a chuť se mobilizovat.

Spánek a odpočinek

Subjektivně

Obvykle nemocná spí dobře, nemá problémy usnout a po spánku se cítí odpočatá. Neužívá léky na spaní ani nemá žádné zvláštní rituály a zvyklosti před usnutím. Spí 6-8 hodin denně.

Objektivně

Během noci se nemocná probudila pouze jednou na močení. Dále spala bez potíží celou noc. Ráno vypadala spokojeně, ale jevila známky únavy. Nemocná přes den často pospávala a spíše odpočívala, než se mobilizovala.

Oblékání

Subjektivně

Nemocná dává přednost pohodlnému oblečení. Ráda si kupuje nové věci a pečuje o svůj vzhled.

Objektivně

Nemocná je oblečena pouze do nočního prádla. S převlékáním je zapotřebí pomoci druhé osoby.

Regulace tělesné teploty

Subjektivně

Nemocná je zvyklá na chladnější prostředí. Doma často větrá a v noci spí s otevřeným oknem. Špatně snáší přetopený nemocniční pokoj a udává pocit horka a zvýšenou produkci potu.

Objektivně

Sestra na přání nemocné často větrá pokoj a na noc nechává otevřenou ventilaci. Nemocná se viditelně zvýšeně potí v oblastech podpaží a na čele. Po změření tělesné teploty zjištěna hodnota 36,7°C.

Hygiena

Subjektivně

Nemocná je zvyklá o sebe pečovat. Hygienu prováděla každý den včetně péče o vlasy a chrup. Pravidelně dochází na pedikúru a dbá na úpravu nehtů. Po přijetí k hospitalizaci potřebuje s hygienou pomoci, vzhledem ke zranění, které jí způsobilo vysokou nesoběstačnost v této oblasti.

Objektivně

Kůže nemocné nejeví žádné patologické změny. Po připravení pomůcek k mytí si nemocná zvládne umýt obličej a horní polovinu těla. Sestra pečuje o hygienu dalších částí těla. Nemocná provádí hygienu a péči o chrup 2x denně. Nehty má ostříhané a vlasy si myje 1x denně ráno.

Ochrana před nebezpečím

Subjektivně

Nemocná doposud neužívala ochranné kompenzační pomůcky. Potíže se sluchem neudává a nosí brýle na čtení. Cítí se plně při vědomí. Nemocná je informovaná o provozním řádu a s právy pacientů. Má strach ze špatné adaptace na změnu prostředí. Také sděluje obavy z pádu z lůžka během spánku. Oporou nemocné jsou její synové.

Objektivně

Při přijetí k hospitalizaci byla nemocná seznámena s chodem oddělení, právy pacientů a vyplnila potřebné souhlasy nutné pro hospitalizaci. Signalizační zařízení má v dosahu a používá jej dle potřeby. Nezaznamenáváme potíže se smysly ani s vědomím. Adaptace na nové prostředí nemocné nečiní problém. Synové nemocné matku navštívili a jeví zájem o její zdravotní stav. Na přání nemocné sestra zvedla postranice lůžka na noc.

Komunikace, kontakt

Subjektivně

Nemocná si ráda povídá a nerada tráví čas sama. Komunikační bariéry pocítuje pouze ve špatném psychickém rozpoložení.

Objektivně

Při rozhovoru nemocná udržuje oční kontakt. Je velice hovorná a nejeví známky komunikační bariéry. Mluví plynule a srozumitelně. Je orientována.

Víra

Subjektivně

Nemocná je ateista.

Objektivně

Nemocná je ateista.

Práce

Subjektivně

V současné době je nemocná v důchodu a cítí se spokojeně. Dříve pracovala jako učitelka na základní škole. Toto zaměstnání měla velmi ráda.

Objektivně

Nemocná je v důchodu. Hovoří o svém bývalém zaměstnání s nadšením.

Aktivity, zájmy

Subjektivně

Nemocná má od doby, co je v důchodu spoustu zájmů. Často peče a vaří pro syna, s kterým žije. Ráda háčkuje a čte romány. Pokud je příznivé počasí, tráví čas procházkami po městě. Nikdy aktivně necvičila ani nesportovala. V době hospitalizace se aktivně věnuje rehabilitaci. Pokud zrovna necvičí, sleduje televizi a čte si.

Objektivně

Rehabilitace a nácvik sebepečce je pro nemocnou prioritou pro rychlé zotavení po úraze. Na poučení sestry reaguje kladně a je snaživá. V době odpočinku si čte časopisy a knihu a večer sleduje oblíbené seriály.

Učení

Subjektivně

Maximální dosažené vzdělání nemocné bylo ukončeno maturitou. Celý život se však aktivně obohacuje o nové poznatky v různých oblastech. V nemocničním zařízení se seznámila ústavním režimem. Učí se rehabilitačním technikám a režimu léčby.

Objektivně

Nemocná dodržuje pokyny lékaře a sester. Seznámila se s nemocničním režimem a dokumenty při přijetí k hospitalizaci. Sestra edukuje nemocnou v oblastech aktivního cvičení na lůžku a dodržování diabetické diety. Nemocná vše chápe a je snaživá.

14 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

V této části se věnuji aktuálním a potenciálním ošetřovatelským diagnózám dle taxonomie NANDA. Ke stanovení těchto diagnóz slouží ošetřovatelská anamnéza nemocného, na jejím základě vyhodnotíme problém a stanovíme cíl ošetřovatelské péče. Pro uskutečnění cíle je nezbytné plnění ošetřovatelských intervencí v závislosti na standardních ošetřovatelských postupech. Na závěr hodnotíme celkový efekt ošetřovatelského plánu a stav nemocného.

14.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy

00132 Akutní bolest související s poraněním pánve projevující se:

Subjektivně: Slovním vyjádřením a mimikou

Objektivně: Neklidem, snahou o úlevovou polohu, bolestným výrazem v obličeji

Cíl: Nemocná udává zmírnění bolesti do 1 hodiny

Ošetřovatelské intervence:

- Posuďte intenzitu a charakter bolesti dle analogové škály bolesti
- Zjistěte lokalizaci a frekvenci bolesti
- Podejte nemocné dostatek informací o příčině bolesti
- Akceptujte reakce nemocné na bolest, projeďte empatii
- Informujte nemocnou o úlevové poloze a předepsaných analgetikách
- Vybidněte, aby o své bolesti nemocná hovořila
- Podejte analgetika dle ordinace lékaře, zaznamenejte do dokumentace a sledujte jejich účinnost

Hodnocení: Po podání analgetik nemocná udává zmírnění bolesti za 30 min.

00085 Zhoršená pohyblivost související s poraněním pánve projevující se:

Subjektivně: Sníženou svalovou silou, ztrátou kontroly pohybu

Objektivně: Verbalizací bolesti při pohybu, omezeným rozsahem pohybu, neschopností využívat správnou techniku pohybu při změně polohy

Cíl: Nemocná je schopná využít správnou techniku změny polohy na lůžku do dvou dnů.

Ošetřovatelské intervence:

- Vyhodnoťte úroveň pohyblivosti dle Barthelova testu všedních činností
- Informujte nemocnou o správných technikách mobilizace na lůžku
- Kontrolujte správnost provedení technik mobilizace na lůžku
- Společně s fyzioterapeutem provádějte s nemocnou kondiční a izometrické cvičení
- Aplikujte nemocné analgetika dle ordinace lékaře před zahájením rehabilitace

Hodnocení: Nemocná dokázala sama změnit polohu na lůžku třetí den.

00108 Deficit sebezpečí při koupání a hygieně související se zhoršenou pohyblivostí projevující se:

Subjektivně: Špatným pocitem z neschopností dostatečně umývat celé tělo

Objektivně: Neschopností zajistit si vodu a potřeby k provedení hygieny

Cíl: Nemocná má pocit spokojenosti z tělesné čistoty po provedení hygieny (2x denně)

Ošetřovatelské intervence:

- Zhodnoťte úroveň soběstačnosti nemocné dle Barthelova testu všedních činností
- Zajistěte nemocné soukromí
- Připravte nemocné potřebné pomůcky k provedení hygieny
- Dohlížejte na nemocnou a dbejte na bezpečnost při provádění hygieny
- Pomáhejte nemocné s hygienou v oblastech, které není sama schopna provést

Hodnocení: Po provedení hygieny má nemocná pocit čistoty a je spokojená.

00110 Deficit sebepéče v oblasti vyprazdňování související se zhoršenou pohyblivostí projevující se:

Subjektivně: Neschopnost si dojít na toaletu a dodržet správnou hygienu

Objektivně: Neschopnost se přesunout na toaletu a dodržet správnou hygienu, obavami z vyprázdnění se do podložní mísy

Cíl: Nemocná je schopna se vymočit do podložní mísy do 4 hodin od přijetí k hospitalizaci

Ošetrovatelské intervence:

- Zhodnoťte úroveň soběstačnosti v oblasti vyprazdňování dle Barthelova testu všedních činností
- Poučte nemocnou o použití signalizačního zařízení při potřebě na vyprázdnění
- Zajistěte nemocné dostatek soukromí a dostatek času při vyprazdňování
- Poučte nemocnou o nutnosti a důležitosti pravidelného močení a stolice
- Dbejte na dostatečný pitný režim nemocné
- Upravte polohu nemocné při vyprazdňování do podložní mísy
- Sledujte barvu, zápach, množství a častost moče
- Sledujte barvu, zápach, množství, konzistenci a častost defekace
- Zaznamenávejte dobu močení do dokumentace
- Věnujte pozornost provedení hygieny po každém vyprázdnění

Hodnocení: Nemocná se vymočila do podložní mísy za 3 hodiny.

00011 Zácpa související s nedostatečnou fyzickou aktivitou projevující se:

Subjektivně: Verbalizací nemocné, pocitem tlaku v rektu

Objektivně: Neschopností nemocné se vyprázdnit

Cíl: Nemocná se vyprázdní do 24 hodin

Ošetrovatelské intervence:

- Zjistěte dobu trvání obtíží
- Zkontrolujte stravovací návyky nemocné
- Dbejte na dostatečnou hydrataci nemocné
- Doporučte nemocné potraviny se zvýšeným množstvím vlákniny
- Zajistěte nemocné dostatek soukromí při vykonávání potřeby
- Podejte nemocné glycerinové čípky, popřípadě klyzma dle ordinace lékaře, dokumentujte a sledujte jejich účinnost

Hodnocení: Nemocná se vyprázdnila po podání glycerinových čípků. Vyprázdnila se do 24 hodin.

00017 Stresová inkontinence moči související se zvýšenou fyzickou námahou projevující se:

Subjektivně: Nemocná si únik moče neuvědomuje, až při pocitu vlhka při zvýšené námaze.

Objektivně: Únikem moči při zdvihnutí pánve, dříve než nemocná dosedne na podložní mísu.

Cíl: Nemocná se nepomočí ani při zvýšeném nitrobřišním tlaku do 12 hodin

Ošetrovatelské intervence:

- Poskytněte nemocné psychickou oporu
- Nabízejte nemocné podložní mísu každé dvě hodiny
- Poučte nemocnou o prevenci inkontinence
- Poučte nemocnou o použití signalizačního zařízení při každém pocitu na močení bez dlouhodobého zadržování moče
- Dbejte na zvýšenou hygienu nemocné a pečujte o kůži v oblasti hýždí a genitálu
- Zaveďte nemocné permanentní močový katétr, dokumentujte a sledujte jeho funkčnost

Hodnocení: Nemocné byl zaveden permanentní močový katétr.

00148 Strach ze špatné adaptace na cizí prostředí projevující se:

Subjektivně: Verbalizací nemocné

Objektivně: Veklidem, nervozitou

Cíl: Nemocná se dobře adaptuje na změnu prostředí do 24 hodin

Ošetrovatelské intervence:

- Seznamte nemocnou s chodem oddělení
- Představte nemocné ošetrovatelský personál a spolupacientky
- Hovořte s nemocnou o jejích pocitech, buďte empatická
- Vysvětlete nemocné režim léčby
- Poučte nemocnou o použití signalizačního zařízení
- Umožněte nemocné návštěvy příbuzných

Hodnocení: Nemocná se adaptovala na změnu prostředí do 24 hodin.

14.2 Potenciální ošetrovatelské diagnózy

00086 Riziko vzniku periferní neurovaskulární dysfunkce související se zlomeninou pánve

Cíl: Po dobu hospitalizace nedojde u nemocné k poruchám čítí a cirkulace krve dolních končetin

Ošetrovatelské intervence:

- Posuďte riziko vzniku neurovaskulární dysfunkce
- Kontrolujte pravidelně teplotu, prokrvení a otok dolních končetin
- Sledujte pravidelně bolest a hybnost dolních končetin
- Udržujte zvýšenou polohu dolních končetin
- Pobízejte nemocnou k procvičování prstů a kloubů dolních končetin v rozsahu, jakém je to vzhledem k poranění možné
- Společně s fyzioterapeutem mobilizujte nemocnou
- Podávejte miniheparinizaci a analgetika dle ordinace lékaře

Hodnocení: Během hospitalizace nedošlo u nemocné k poruše periferní neurovaskulární dysfunkce dolních končetin

00004 Riziko vzniku tromboflebitidy související se zavedením periferního žilního katétru

Cíl: V místě zavedení PŽK nevznikne infekce po dobu jeho zavedení

Ošetrovatelské intervence:

- Kontrolujte pravidelně místo zavedení PŽK
- Převazujte místo zavedení PŽK sterilním krytím
- Poučte nemocnou o riziku vzniku tromboflebitidy a její prevenci
- Kontrolujte pravidelně průchodnost PŽK
- Vyměňujte PŽK každé tři dny od jeho zavedení

Hodnocení:

V místě zavedení PŽK nevznikla infekce po dobu jeho zavedení. Třetí den byla provedena výměna v rámci prevence tromboflebitidy. Druhý zavedený PŽK byl zaveden další tři dny bez známek infekce, průchodný.

00155 Riziko pádů související s porušenou tělesnou mobilitou

Cíl: Po dobu hospitalizace nedojte u nemocné k pádu z lůžka

Ošetrovatelské intervence:

- Zhodnoťte rizikovost pádu nemocné dle škály Hodnocení rizika pádu
- Poučte nemocnou o riziku pádu a ujistěte se, zda daný problém chápe
- Dejte nemocné na dosah ruky signalizační zařízení a poučte ji o jeho použití
- Informujte nemocnou o případných bezpečnostních opatřeních – postranice, osvětlení

Hodnocení: Během hospitalizace u nemocné nedošlo k pádu z lůžka.

00047 Riziko vzniku dekubitů související se sníženou tělesnou mobilitou

Cíl: Po dobu hospitalizace nedojde u nemocné ke vzniku dekubitů

Ošetrovatelské intervence:

- Zhodnoťte riziko vzniku dekubitů nemocné dle Norton škály
- Provádějte hygienu nemocné 2x denně a pečujte o kůži, zvláště o predilekční místa
- Udržujte lůžko nemocné suché a čisté
- Dbejte aby, nemocná měla napnuté prostěradlo a volný oděv bez záhybů
- Poučte nemocnou o prevenci vzniku dekubitů
- Používejte vhodné antidekubitní pomůcky
- Kontrolujte pravidelně povrch kůže, zvláště predilekční místa
- Měňte pravidelně polohu nemocné v závislosti na jejím celkovém zdravotním stavu
- Podporujte návrat soběstačnosti nemocné rehabilitací

Hodnocení: Po dobu hospitalizace nedošlo u nemocné ke vzniku dekubitů

15 EDUKACE

15.1 Edukační plán 1

Účel edukačního plánu: Poskytnout nemocné informace o nutnosti aktivního cvičení na lůžku

Cíl: V následujících 30 minutách nemocná předvede správnou techniku aktivního cvičení na lůžku

Výukové metody: Teoreticko-praktická, diskuze, názorná demonstrace

Pomůcky: literatura

Oblast kognitivní

Specifický cíl: Nemocná bude umět popsat správnou techniku aktivního cvičení na lůžku

Hlavní body plánu: Vysvětlím nemocné správnou techniku aktivního cvičení na lůžku

Časová dotace: 5 minut

Hodnocení: Nemocná popsal správnou techniku aktivního cvičení na lůžku

Specifický cíl: Nemocná bude akceptovat nutnost aktivního cvičení na lůžku

Hlavní body plánu: Vysvětlím nemocné nutnost aktivního cvičení na lůžku.

Popíši nemocné rizika, které mohou nastat při její nespolupráci

Časová dotace: 5 minut

Hodnocení: Nemocná akceptovala nutnost aktivního cvičení na lůžku

Oblast afektivní

Specifický cíl: Nemocná vyjádří obavy z nezvládnutí správné techniky aktivního cvičení

Hlavní body plánu: Pohovořím s klientkou o případných obavách z nezvládnutí správné techniky aktivního cvičení

Časová dotace: 5 minut

Hodnocení: Nemocná vyjádřila obavy z nezvládnutí správné techniky aktivního cvičení

Specifický cíl: Obavy nemocné z nezvládnutí správné techniky aktivního cvičení se zmírní

Hlavní body plánu: Vysvětlím nemocné, že nemusí mít strach, pokud bude dodržovat správné postupy a pokyny

Časová dotace: 5 minut

Hodnocení: Obavy nemocné se zmírnily

Oblast psychomotorická

Specifický cíl: Nemocná předvede správnou techniku aktivního cvičení na lůžku

Hlavní body plánu: Vysvětlím a předvedu nemocné správnou techniku aktivního cvičení na lůžku

Časová dotace: 10 minut

Hodnocení: Nemocná předvedla správnou techniku aktivního cvičení na lůžku

15.2 Edukační plán 2

Účel edukačního plánu: Poskytnout nemocné informace o nutnosti dodržování diabetické diety

Cíl: V následujících 25 minutách se klientka naučí zásady diabetické diety a bude schopna popsat příznaky hypoglykémie a hyperglykémie a jejich léčbu.

Výukové metody: Teoretická - diskuze

Pomůcky: Informační letáky, ukázky jídelníčků

Oblast kognitivní

Specifický cíl: Nemocná bude umět vyjmenovat příznaky hypoglykémie a hyperglykémie a jejich léčbu

Hlavní body plánu: Vysvětlím a popíši nemocné jednotlivé příznaky a následnou léčbu

Časová dotace: 5 minut

Hodnocení: Nemocná umí vyjmenovat jednotlivé příznaky a jejich léčbu

Specifický cíl: Nemocná bude schopna určit vhodné a nevhodné potraviny pro diabetickou dietu a sestavit jídelníček

Hlavní body plánu: Vytvořím s nemocnou cvičný jídelníček a vyloučím nevhodné potraviny

Časová dotace: 10 minut

Hodnocení: Nemocná umí sestavit jídelníček a vyvarovat se nevhodných potravin

Oblast afektivní

Specifický cíl: Nemocná vyjádří obavy z komplikací při nedodržení diabetické diety

Hlavní body plánu: Pohovořím s nemocnou o případných obavách z nedodržení diabetické diety a případných komplikací

Časová dotace: 5 minut

Hodnocení: Nemocná vyjádřila obavy

Specifický cíl: Obavy nemocné z komplikací se zmírní

Hlavní body plánu: Vysvětlím nemocné, že nemusí mít strach, pokud bude dodržovat dietu

Časová dotace: 5 minut

Hodnocení: Obavy nemocné se zmírnily

16 DISKUZE

Ke stanovení postupů ošetrovatelské péče je zapotřebí správné odebrání anamnézy a vyhodnocení celkového stavu nemocného. Vždy klademe důraz na přidružená onemocnění a poranění, dle kterých péči přizpůsobujeme. Nevědomost zdravotnický personál neomlouvá a může způsobit fyzické i psychické poškození nemocného.

K posouzení ošetrovatelské anamnézy jsem vybrala ošetrovatelský model dle Virginie Henderson. Jde o humanistický model zabývající se schopností člověka uspokojovat své biologické, psychologické a sociální potřeby s ohledem na nemoc. Tento model se zaměřuje na spolupráci nemocného v rozvoji vlastní soběstačnosti a úlohu sestry vést nemocného k návratu ke zdraví.

Na základě sběru informací o nemocné dle ošetrovatelského modelu Henderson jsem vyhodnotila následující: V oblasti dýchání jsem nezaznamenala žádný problém. V oblasti výživa a hydratace se zaměříme na obezitu nemocné, pomoc při podávání stravy a edukaci v nutnosti dodržování diabetické diety. Oblast vylučování bez problému. V oblasti pohybu jsem zhodnotila vysokou úroveň nesoběstačnosti, edukujeme nemocnou v aktivním cvičení na lůžku a snažíme se o zlepšení mobility. Oblast spánek a odpočinek bez problému. Oblast oblékání zaznamenala pouze pomoc s oblékáním nočního oděvu. V oblasti regulace tělesné teploty se zaměřujeme na pohodlí nemocné ohledně teploty vzduchu. V oblasti hygieny je zapotřebí pomoci sestry k provedení celkové očisty nemocné a sledování a péče o pokožku v rámci prevence dekubitů. Oblast ochrana před nebezpečím byla zhodnocena bez větších problémů. Na přání nemocné a pro její pocit bezpečí byly pouze zvednuty postranice u lůžka na noc. V oblastech komunikace, kontakt, víra a práce jsem nezaznamenala problém. V oblastech aktivity, zájmy a učení se věnujeme rehabilitaci nemocné, edukace v oblastech aktivního cvičení a dodržování diabetické diety.

Splnění cílů ošetrovatelské péče hodnotíme po celou dobu hospitalizace. Ošetrovatelský plán tvoříme na základě aktuálních a potenciálních diagnóz/ problémů nemocné, které se během pobytu v nemocničním zařízení objevily. V této části diskuze bych se chtěla věnovat celkovému zhodnocení cílů jednotlivých plánů ošetrovatelské péče po celou dobu hospitalizace nemocné.

Hodnocení ošetrovatelské diagnózy 00132: První den hospitalizace nemocná udávala intenzivní bolest v oblastech zlomeniny pánve. Dle vizuální analogové škály bolesti stupeň 3. Po podání analgetik bolest ustoupila na stupeň 1. Účinek analgezie působil 3 hodiny,

poté docházelo opětovné zvyšování intenzity bolesti. Druhý a třetí den nemocná pociťuje intenzivní bolest pouze při námaze a rehabilitaci. Po podání analgetik bolest ustupuje ustálená na stupni 1. Analgetika podávána pravidelně. Čtvrtý a pátý den nemocná žádá analgetika pouze dvakrát denně. Bolest udává na stupni 2 – nepříjemná bolest. Šestý den nemocná udává nepříjemnou bolest. Analgetika podána ráno, poté bolest ustoupila a následně byla nemocná převezena na doléčovací lůžka.

Hodnocení ošetrovatelské diagnózy 00085: První den hospitalizace není nemocná schopna většího rozsahu pohybu bez pomoci ošetrovatelského personálu. Vyhodnocení Barthelova testu všedních činností činí 45b, z toho odvětví v rámci pohyblivosti bodů 5. I přes podání analgetik nedokáže nemocná využít správnou techniku změny polohy na lůžku a zvedání na podložní mísu. Druhý a třetí den se nemocná učí rehabilitačním technikám. Lépe se pohybuje na lůžku, s pomocí je posazována. Přesto jí nadále dělá problém zdvihnout pánev na podložní mísu. Čtvrtý den zaznamenáváme výrazné zlepšení v mobilizaci. Nemocná si sama vyhledá úlevovou polohu na lůžku a zajišťuje si pohodlí. Bez pomoci druhé osoby dokáže zdvihnout pánev na podložní mísu. Pokračujeme v rehabilitaci a nácviku soběstačnosti. Pátý den je nemocné zaveden permanentní močový katétr, přesto cviky se zvedáním pánve provádí několikrát denně v rámci prevence dekubitů a mobilizace. Pokračujeme v rehabilitaci a nácviku soběstačnosti. Šestý den je nemocná v dobrém stavu přeložena na doléčovací lůžka, kde bude nadále pokračovat v rehabilitační režimu.

Hodnocení ošetrovatelské diagnózy 00108: Během hospitalizace byla nemocné poskytnuta pomoc s hygienou dvakrát denně. Byla nutná pomoc s umýváním zad, genitálu, hýždí a dolních končetin. S ohledem na omezení z důvodu zranění, vyjadřovala nemocná spokojenost s provedenou hygienou.

Hodnocení ošetrovatelské diagnózy 00110: Nemocná močila pravidelně do podložní mísy od přijetí k hospitalizaci, v dostatečném množství. Močila pravidelně po čtyřech hodinách. Moč měla zápach typický pro nemocné s diabetem. Potíže s močením nemocná neudávala. Pátý den byl nemocné zaveden permanentní močový katétr pro stresovou inkontinenci.

Hodnocení ošetrovatelské diagnózy 00011: Od přijetí k hospitalizaci nemocná trpěla zácpou. Zvýšený přísun tekutin, ani vhodná strava neměly efekt. Třetí den hospitalizace byly nemocné aplikovány per rectum 2 glycerinové čípky dle ordinace lékaře. Nemocná se úspěšně vyprázdnila a pocítila úlevu.

Hodnocení ošetrovatelské diagnózy 00017: Čtvrtý den během noci se u nemocné objevila tlaková (stresová) inkontinence při zvýšení nitrobřišního tlaku při námaze při každém použití podložní mísy. Pátý den hospitalizace problém přetrvával. Aby u nemocné nedošlo k psychické deprivaci a poškození kůže vzhledem k neustálé vlhkosti, byl zaveden permanentní močový katétr.

Hodnocení ošetrovatelské diagnózy 00148: Nemocná se již první den hospitalizace adaptovala na nové prostředí bez problému i přes zmíněné obavy. Během hospitalizace nevznikly žádné potíže v této oblasti.

U všech potenciálních diagnóz vzhledem k provedení režimových opatření nedošlo k problému a cíle byly splněny v plném rozsahu.

V edukační části bakalářské práce se zabývám dvěma edukačními plány. První je soustředěn na edukaci v oblasti aktivního cvičení na lůžku, jenž je nezbytně důležitý pro prevenci TEN a dalších komplikací. Edukaci nemocné o dodržování diabetické diety se věnuji v zásadě proto, že přesto, že nemocná trpí diabetem už několik let, dietu nedodrží.

ZÁVĚR

V dnešní době se počet poranění pánve výrazně zvýšil, především v důsledku automobilových nehod a zvýšeným počtem nemocných s osteoporózou. Ošetrovatelská péče musí být vždy komplexní ve spolupráci sester, lékařů, fyzioterapeutů a v neposlední řadě s nemocným, pokud to jeho zdravotní stav dovolí. Správným postupem ošetřování nemocného přispívá zdravotnický personál k předcházení vzniku širokého spektra komplikací a včasnému návratu do běžného plnohodnotného života.

V teoretické části bakalářské práce popisují kostní anatomii pánve, klasifikaci zlomenin pánve včetně etiologie vzniku poranění. Dále se zabývám diagnostikou, léčbou včetně komplikací a trvalých následků a ošetrovatelskou péčí nemocného v jednotlivých typech léčebného postupu. Pro zdravotníky je nezbytně důležité uvědomovat si komplikace, které mohou nemocného ohrozit jak v závislosti se samotným poraněním, tak v důsledku nesprávné ošetrovatelské péče. Člověk s poraněním pánve je zcela odkázaný na pomoc druhých a je výrazně pohybově omezený. Péče sester by proto měla bezprostředně vést k prevenci imobilizačního syndromu, kterým je nemocný ohrožen. Důležitá je informovanost o zahájení včasné rehabilitace a návratu soběstačnosti. V neposlední řadě je nutné sledování celkového stavu nemocného, jeho psychického stavu a změn v chování, které mohou být příznakem závažných komplikací léčby samotného poranění pánve.

V praktické části se v první řadě věnuji formulaci problematiky a stanovuji cíl práce. Ke stanovení jednotlivých cílů ošetrovatelské problematiky je nutné podrobné odebrání anamnézy nemocného, na jejíž základě uskutečňuji plánování ošetrovatelské péče. Výsledek mé práce prokazuje, že je nutné sledovat celkový stav nemocného po celou dobu hospitalizace a věnovat se všem jeho aktuálním i potenciálním problémům. Psychické pohodlí a uspokojení potřeb nemocného vede ke snaze se navrátit do plnohodnotného života. Nemocná, kterou jsem zvolila k vypracování ošetrovatelského procesu byla od první chvíle snaživá, ovšem zapotřebí byla spolupráce sester a fyzioterapeuta, aby nemocnou edukovali o správných technikách rehabilitace.

Na závěr bych chtěla zdůraznit, že péče o nemocné s poraněním pánve je vždy individuální. Ošetrovatelskou péčí přizpůsobujeme dle přidružených poranění, věku nemocného a onemocněními, kterými nemocným trpí nebo se objevili v průběhu hospitalizace. Každý člověk vnímá onemocnění jinak, jinak snáší bolest a pohybové

omezení. Správně prováděná ošetrovatelská péče si získává důvěru nemocného v ošetřující personál a to vede k jeho snaze spolupracovat a urychlení celkové léčby.

SEZNAM ZDROJŮ

1. SOSNA, Antonín. *Základy ortopedie*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2001, 175 s. ISBN 80-725-4202-8.
2. ZEMAN, Miroslav. *Chirurgická propedeutika*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2000, 516 s. ISBN 80-716-9705-2.
3. MUDR. PANEŠ, Václav. *Vybrané kapitoly z chirurgie, traumatologie, ortopedie a protetiky*. 1.vyd. Olomouc: EPAVA, 1993, 180s. ISBN 80-901471-2-7.
4. KOUDELA, Karel. *Ortopedie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004, 281 s. ISBN 80-246-0654-2.
5. KOUDELA, Karel. *Ortopedická traumatologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002, 147 s. ISBN 80-246-0392-6.
6. TICHÝ, Miroslav. *Dyfunkce kloubu 2: Páneve*. 2. vyd. Praha: Miroslav Tichý, 2009, 142s. ISBN 80-239-7742-4.
7. WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ a Ivana ŠTEFKOVÁ. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén, 2012, 117 s. ISBN 978-807-2628-940.
8. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 264 s. ISBN 978-802-4731-292.
9. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 300 s. ISBN 978-802-4731-308.
10. WORKMAN, Barbara A a BENNETT, Clare L. *Klíčové dovednosti sester*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2006, 259 s. ISBN 80-247-1714-X.
11. RICHARDS, Ann EDWARDS, Sharon. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004, 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
12. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2001, 185 s. ISBN 80-701-3324-4.
13. PAVELKA, T. a KOLEKTIV. Poranění pánevního kruhu. *Acta chirurgiae orthopaedicae et traumatologiae checosl.* 2006, č. 73, s. 9.
14. DŽUPA, V. a KOLEKTIV. Multicentrická studie pacientů a poraněním pánve: přehled klinických výsledků a trvalých následků. *Acta chirurgiae orthopaedicae et traumatologiae checosl.* 2011, č. 78, s. 6.

15. SALÁŠEK, Martin a Tomáš PAVELKA. Současné možnosti léčení poranění pánevního kruhu. *Časopis lékařů českých*. 2011, 150 (8), s. 5.
16. CHALOUPKA, Richard. *Vybrané kapitoly z LTV v ortopedii a traumatologii*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2001, 186 s. ISBN 80-7013-341-4.
17. KELNAROVÁ, Jarmila. *První pomoc II: pro studenty zdravotnických oborů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 183 s. Sestra. ISBN 978-802-4721-835.
18. KRŠKA, Zdeněk. *Techniky a technologie v chirurgických oborech: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 262 s. ISBN 978-802-4738-154.
19. ŽÁK, Ivo. *Traumatologie ve schématech a RTG obrazech*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 205 s. ISBN 80-247-1347-0.
20. KELLAM, Ed.-in-chief Marvin Tile; sect. ed. David L. Helfet; James F. *Fractures of the pelvis and acetabulum*. 3. ed. Philadelphia [u.a.]: Lippincott Williams, 2003. ISBN 07-817-3213-1.
21. FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetrovatelstvo - teória*. 3. ed. Martin: Osveta, 2001, 134 s. ISBN 80-806-3086-0.
22. VESELÝ, Radek. *Perioperační péče o pacienta v traumatologii*. 3. ed. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011, 202 s. ISBN 978-807-0135-396.

SEZNAM ZKRATEK

SI (kloub)	Křížokyčelní (kloub)
AO - ASIF	Association for Osteosynthesis - Association for the Study of Internal Fixation
AP	Předozaďní
RTG	Rentgen
CT	Výpočetní tomografie
USG	Ultrasonografie
2D	Dvourozměrný
3D	Trojrozměrný
PMK	Permanentní močový katétr
MRI	Magnetická rezonance
TIFI	Transiliakální vnitřní fixátor
LCP	Locking Compression Plates
IS	Iliosakrální
SVFI	Subkutánní ventrální vnitřní fixátor
ASPIF	Anterior subcutaneous pelvic internal fixation
L4	Lumbální obratel čtvrtý
L5	Lumbální obratel pátý
TEN	Tromboembolická nemoc
EKG	Elektrokardiograf
Rh faktor	Rhesus faktor
ARO	Anesteziologicko resuscitační oddělení
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
i.v.	Intravenózně
i.m.	Intramuskulárně
s.c.	Subkutánně
p.o.	Perorálně
PŽK	Periferní žilní katétr
TK	Krevní tlak
P	Puls

BMI

Body max index

SEZNAM OBRÁZKŮ

- Obrázek 1 Anatomie pánve s anglickým popisem
Zdroj <http://www.google.cz/search?q=pelvis>
- Obrázek 2 Pánev
Zdroj <http://www.google.cz/search?q=pelvis>
- Obrázek 3 Pánev z boční strany s popisem acetabula
Zdroj <http://www.google.cz/search?q=pelvi>
- Obrázek 4 RTG snímek pánve nemocné zvolené pro vypracování kasuistiky
Zdroj Win Medicalc FN Plzeň
- Obrázek 5 CT snímek 3D rekonstrukce komprese přední části kosti křížové vpravo, zlomenina obou ramének, kosti stydké, zlomenina typu „ucho od vědra“
Zdroj Win Medicalc FN Plzeň
- Obrázek 6 CT snímek komprese přední části kosti křížové vpravo, zlomenina obou ramének kosti stydké, zlomenina typu „ucho od vědra“
Zdroj Win Medicalc FN Plzeň
- Obrázek 7 RTG snímek zlomeniny pánve typu „otevřená kniha“
Zdroj Win Medicalc FN Plzeň
- Obrázek 8 CT snímek zlomeniny pánve typu „otevřená kniha“
Zdroj Win Medicalc FN Plzeň
- Obrázek 9 RTG snímek pánve před extrakcí implantátů IS šroubu a Mattovy Dlahy
Zdroj Win Medicalc FN Plzeň

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Vizuální analogová škála bolesti

Zdroj: Deník odborné praxe/ OPAVSKÝ, J. *Základní dotazníkové a popisné metody pro hodnocení bolesti v klinické praxi*. Bolest, 1998, 3, s. 64-67.

Příloha 2 - Škála interference bolesti s denními aktivitami

Zdroj: Deník odborné praxe/ OPAVSKÝ, J. *Základní dotazníkové a popisné metody pro hodnocení bolesti v klinické praxi*. Bolest, 1998, 3, s. 64-67.

Příloha 3 - Hodnotící škála pro rozvoj dekubitů dle Nortonové

Zdroj: Vlastní/ Dokumenty FN Plzeň

Příloha 4 – Hodnotící škála rizika pádu

Zdroj: Deník odborné praxe/ http://vnl.xf.cz/ose/ose-riziko_padu.php

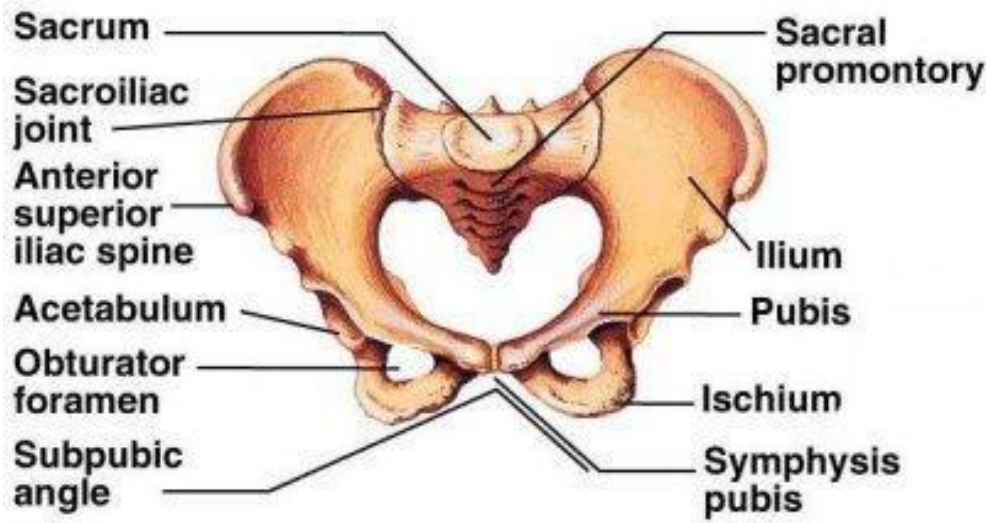
Příloha 5 - Barthelův test všedních činností

Zdroj: Deník odborné praxe/ <http://vnl.xf.cz/ose/ose-bartel.php>

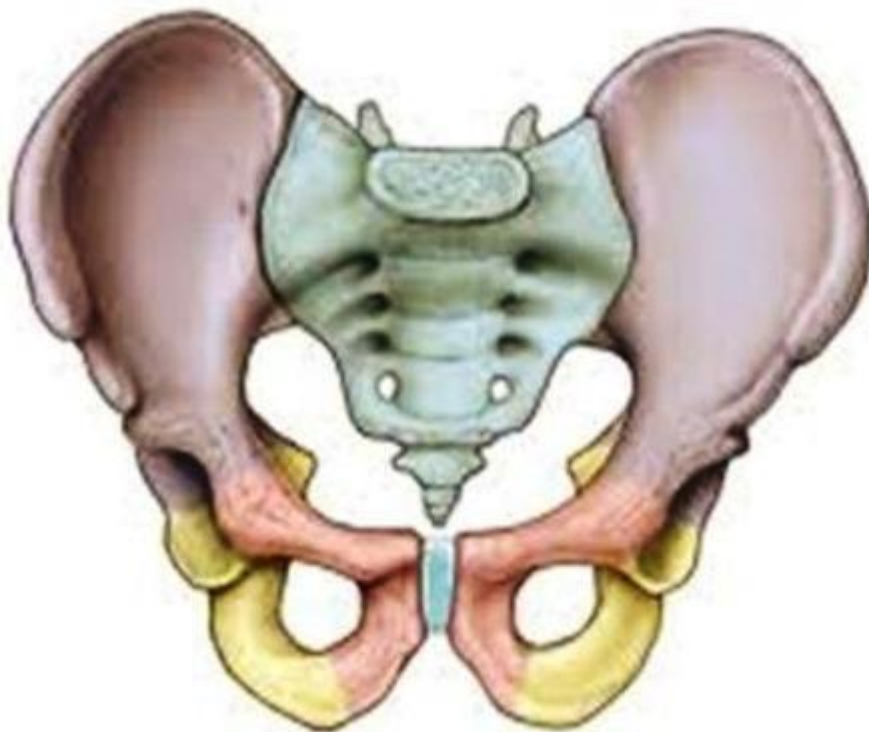
Příloha 6 - Škála klasifikace tíže tromboflebitis dle Madonna

Zdroj: HUSKOVÁ J, KAŠNÁ P. *Ošetřovatelství – ošetřovatelské postupy pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2855-1

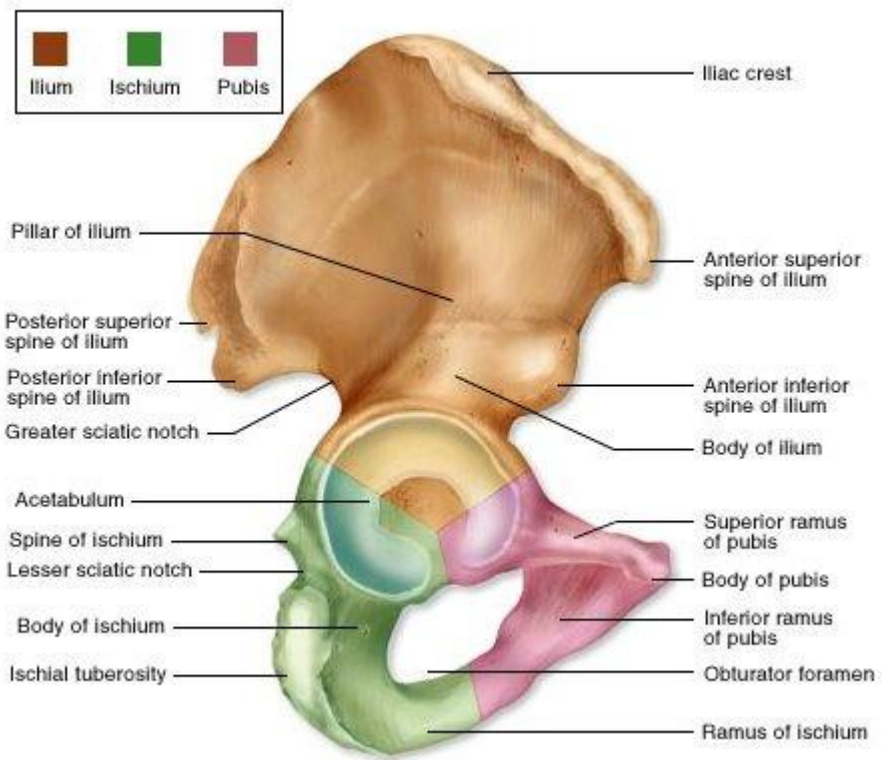
Obrázek 1



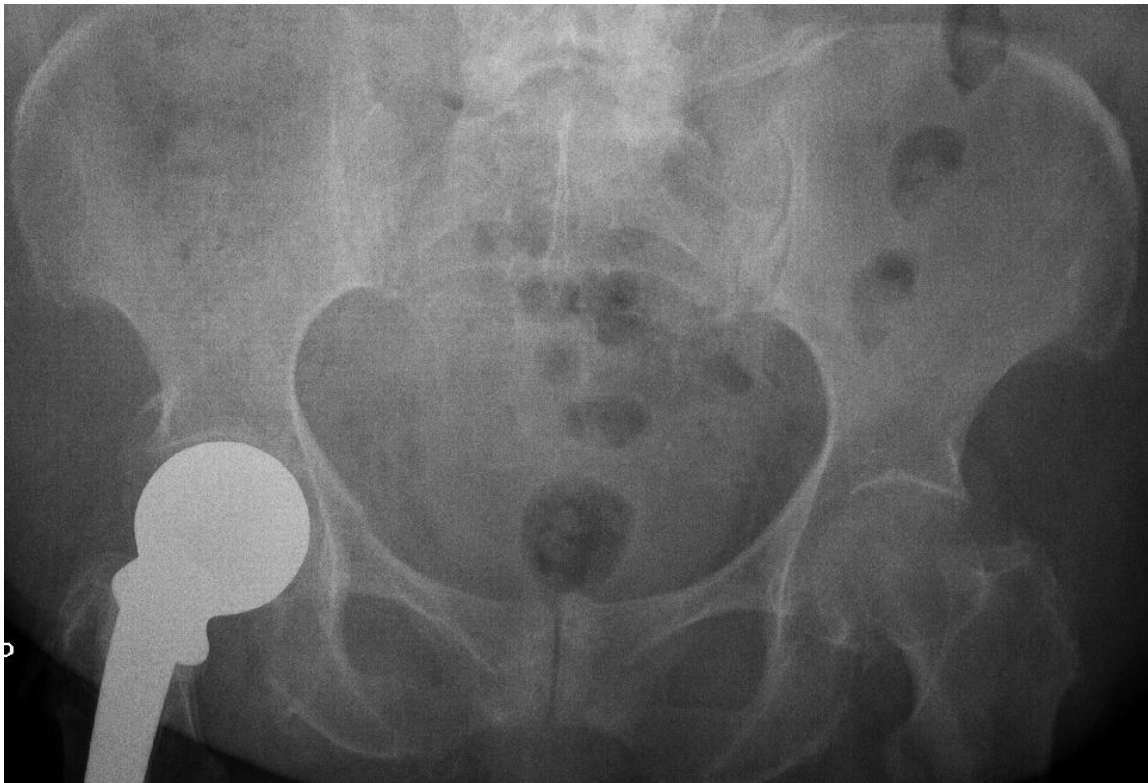
Obrázek 2



Obrázek 3



Obrázek 4



Obrázek 5



Obrázek 6



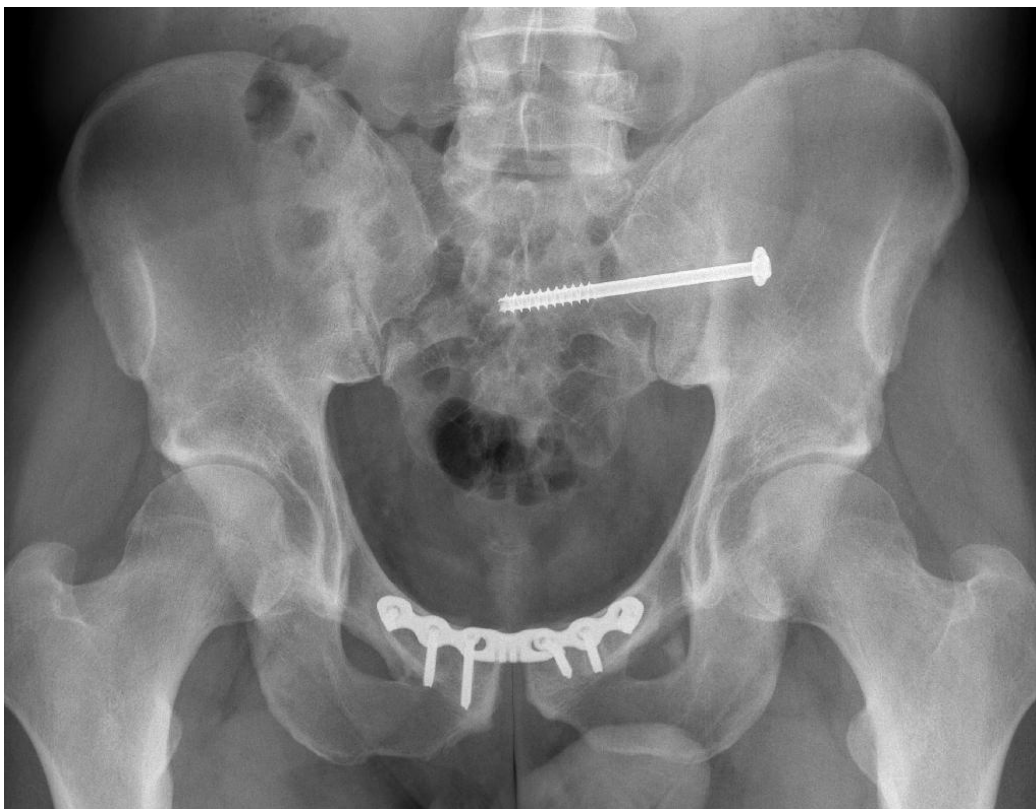
Obrázek 7



Obrázek 8



Obrázek 9



Příloha 4

Škála hodnocení rizika pádu

Pohyb	0	neomezený
	2	používá pomůcky
	1	potřebuje pomoc k pohybu
	1	neschopen přesunu
Vyprazdňování	0	nevyžaduje pomoc
	1	nykturie / inkontinence
	1	vyžaduje pomoc
Medikace	0	- neužívá rizikové léky
	1	Užívá následující léky: diuretika, antiepileptika, antiparkinsonika, antihypertenziva, psychotropní látky, benzodiazepiny
Smyslové poruchy	0	žádné
	1	vizuální, smyslový deficit
Mentální status	0	orientován
	1	občasná noční dezorientace
	1	dřívější dezorientace / demence
Věk	0	18 až 75 let
	1	nad 75 let
Pád v anamnéze	1	Ano

Vyhodnocení:

skóre 3 a vyšší = pacient je ohrožen rizikem pádu

Příloha 5

Barthelův test všedních činností

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
Najedení napití	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Koupání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
Kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Přesun lůžko - židle	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
Chůze po rovině	Samostatně nad 50 m	15
	S pomocí 50 m	10
	Na vozíku 50 m	5
	Neprovede	0
Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0

Příloha 6

Klasifikace tíže tromboflebitis dle Madonna

0	Není bolest, ani reakce v okolí
1	Pouze bolest, není reakce v okolí
2	Bolest a zarudnutí
3	Bolest, zarudnutí, otok, bolestivý pruh v průběhu žíly
4	Hnis, otok, zarudnutí a bolestivý pruh v průběhu celé žíly