

Ošetrovatelský proces u pacienta po úrazu ruky

Bakalářská práce

Eva Jindřišková

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s

PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Andrea Pohlová

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně. Všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Dávám také svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána pro další studijní účely.

Praha 31. březen 2009

.....

Eva Jindřišková

Abstrakt

JINDŘIŠKOVÁ, Eva. *Ošetrovatelský proces u pacienta po úrazu ruky*. Praha, 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.. Bakalář všeobecné sestry. Školitel: PhDr. Andrea Pohlová.

Hlavním tématem bakalářské práce je péče o pacienta po úrazu ruky. Teoretická část práce je zaměřena nejen na anatomii ruky, ale i na možnosti léčby úrazů. V bakalářské práci je zmiňováno poranění šlach, chirurgické řešení pomocí kožních štěpů a laloků. V práci se také hovoří o obecném dělení ran a jejich příčinách vzniku. Zabývá se i úlohou zdravotní sestry při péči o pacienta po úrazu ruky, péčí během hospitalizace i po ní.

Praktická část práce pojednává o péči o konkrétního pacienta s poraněnou horní končetinou.

Klíčová slova: Úraz. Ruka. Kožní štěp. Kožní lalok. Rána.

Abstrakt

JINDŘIŠKOVÁ, Eva. *Prozess der Pflege über einen Patienten mit Handverletzung*. Prag, 2009. Bakkalararbeit. Gesundheitsschule „Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.“. Bakkalararbeitsleiter: PhDr. Andrea Pohlová.

Das Hauptthema der Bakkalararbeit ist die Pflege über einen Patienten mit Handverletzung. Der theoretische Teil der Arbeit widmet sich nicht nur der Handanatomie aber auch der Behandlung der Verletzungen. In der Bakkalararbeit gibt es Angaben über Sehnenverletzungen und chirurgische Lösungen durch Hautspalten und Hautlappen, weiter gibt es da auch eine Verletzungsklassifikation . Die Arbeit begriff auch die Rolle der Pflegeschwestern im Prozess der Patientenbetreuung im Laufe der Hospitalisierung und auch danach.

Der praktische Teil der Arbeit beschreibt Betreuung eines konkreten Patienten mit Handverletzung.

Stichwörter: Verletzung. Hand. Hautspalten. Hautlappen. Wunde.

Předmluva

Bakalářská práce vznikla ve snaze ukázat na problematiku úrazu ruky .

Výběr tohoto tématu byl ovlivněn praxí na specializovaném pracovišti ve Vysokém nad Jizerou a snahou dozvědět se o této problematice více informací, vytvořit si souvislejší pohled. Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie se zaměřuje na úrazy ruky. Podklady pro zpracování práce jsem čerpala z odborné literatury, lékařské dokumentace a časopisu.

Bakalářská práce je určena studentům, kteří se zajímají o tuto problematiku. Práce by mohla posloužit také pacientům, které postihne úraz ruky, a jejich rodinám, kteří se chtějí dozvědět základní možnosti léčby.

V příloze uvádím obrázky pacientů, které pořídili lékaři v Ústavu chirurgie ruky a plastické chirurgie ve Vysokém nad Jizerou, při operacích. Obrázky byly pořízeny se souhlasem pacientů a pacienti souhlasí s jejich využitím k prezentaci a dalšímu studiu lékařů a stážistů.

Chtěla bych poděkovat paní PhDr. Andree Pohlové za podnětné rady a podporu při vypracovávání bakalářské práce. Děkuji, že trpělivě vedla celou moji bakalářskou práci. Mé poděkování patří také kolektivu zdravotníků Ústavu chirurgie ruky a plastické chirurgie, kteří mi ochotně poskytli informace, dokumentaci a obrázkový materiál. Rovněž děkuji, své rodině, která mi byla po celou dobu psaní bakalářské práce velkou oporou.

Obsah

Úvod	9
Teoretická část	10
1 Anatomie ruky a její funkce	10
1.1 Kostí ruky	10
1.2 Svaly ruky	10
1.3 Arteriální zásobení.....	11
1.4 Funkce ruky.....	11
2 Poranění ruky.....	13
2.1 Úraz	13
2.2 Poranění měkkých tkání	13
2.3 Poranění extenzorových šlach.....	13
2.4 Poranění flexorových šlach	14
2.5 Dominantní vyšetřovací metody	15
2.6 Chirurgická řešení	15
2.6.1 Krytí defektu kožním štěpem.....	16
2.6.2 Kožní laloky	16
2.6.3 Cross- Finger Flap	17
2.6.4 Dvířkový lalok z podbřišku.....	17
2.6.5 Tubulovaný jednostopkový lalok z podbřišku	18
2.6.6 Dvoustopkový lalok z podbřišku	18
2.6.7 Sutura šlach	18
2.7 Farmakoterapie.....	20
2.8 Fyzikální terapie	20
2.9 Pooperační péče o štěpy.....	20
2.10 Pooperační péče u dvířkového laloku	21
2.11 Pooperační péče po odebrání kostního štěpu	21
2.12 Péče o jizvu	22
3 Rány	23
3.1 Poškození kožního krytu	23
3.2 Vztah ran k dutinám.....	23
3.3 Infikované rány	23

3.4	Etiologie ran	24
3.4.1	Vulnus scissum	24
3.4.2	Vulnus sectum	24
3.4.3	Vulnus punctum	24
3.4.4	Vulnus sclopetarium	25
3.4.5	Vulnus morsum	25
3.4.6	Vulnus lacerum	25
3.4.7	Vulnus contusum.....	25
3.5	Hojení ran	25
3.6	Stadia hojení rány	26
3.7	Pevnost jizvy	26
3.8	Faktory ovlivňující hojení ran	26
	Praktická část.....	28
4	Charakteristika práce sestry na chirurgickém oddělení.....	28
4.1	Specifika ošetrovatelské péče u pacientů po úrazu ruky.....	29
4.2	Přehled možných ošetrovatelských problémů u pacientů po úrazu.....	29
4.3	Informace o nemocném	30
4.3.1	Základní údaje	30
4.3.2	Anamnéza	31
4.3.3	Provedená vyšetření.....	31
4.3.4	Příjem pacienta	32
4.3.5	Lékařské diagnózy	32
4.3.6	Fyzikální vyšetření sestrou.....	32
4.4	Ošetrovatelská anamnéza dle M. Gordonová rozpracovaná do NANDA II diagnostických domén	33
4.4.1	Doména: Podpora zdraví	33
4.4.2	Doména: Výživa	33
4.4.3	Doména: Vylučování a výměna	34
4.4.4	Doména: Aktivita a odpočinek	35
4.4.5	Doména: Vnímání - poznávání	36
4.4.6	Doména: Vnímání - Sebe sama.....	37
4.4.7	Doména: Vztahy.....	37
4.4.8	Doména: Sexualita	38
4.4.9	Doména: Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu	38

4.4.10 Doména: Životní princip	39
4.4.11 Doména: Bezpečnost - ochrana	39
4.4.12 Doména: Komfort	40
4.4.13 Doména: Růst /Vývoj.....	40
4.5 Přehled ošetrovatelských diagnóz	41
4.6 Ošetrovatelské diagnózy	42
Závěr	52
Seznam literatury	53
Seznam příloh.....	55

Úvod

Jako téma své bakalářské práce jsem si zvolila problematiku úrazu ruky. Teoretická část bakalářské práce se zabývá nejen anatomíí ruky, příčinami vzniku úrazu, ale i různými druhy léčby při úrazu ruky. V práci jsou zmiňována především chirurgická řešení poraněných rukou. Jedná se o vybraná chirurgická řešení defektů, převážně o jejich plastická řešení. V práci se zabývám i pooperační péčí o kožní i kostní štěpy, o laloky. V teoretické části je uvedena definice úrazu. Připomínám zde obecné dělení ran, dělení ran podle příčiny vzniku, hojení ran a stádia hojení, faktory, které ovlivňují hojení ran. Každý autor ve své knize definuje ránu jinak. V teoretické části zmiňuji dvě definice, každou podle jiného autora.

V praktické části bakalářské práce je obecně charakterizována práce sestry na chirurgickém oddělení. Uvádím zde pravidla péče o poraněnou ruku, se kterými jsem se seznámila v Ústavu chirurgie ruky a plastické chirurgie ve Vysokém nad Jizerou. Ve Vysokém nad Jizerou se specializují převážně na chirurgická řešení vrozených vad a úrazů rukou.

Praktická část je věnována konkrétnímu pacientovi. Tento pacient byl po devastujícím úrazu ruky hospitalizován v Ústavu chirurgie ruky a plastické chirurgie. Najdete zde základní informace o pacientovi, základní lékařské diagnózy, provedené základní vyšetření, fyzikální vyšetření sestrou. Problémy pacienta člením podle třinácti domén vycházejících z ošetrovatelské dokumentace podle M. Gordonové. Na konci každé domény jsem stanovila ošetrovatelský problém. V závěru praktické části se snažím pro každý ošetrovatelský problém navrhnout řešení a rozpracovávám jej v ošetrovatelských diagnózách.

Cílem bakalářské práce je ukázat na problematiku úrazu ruky a seznámit čtenáře s možnostmi léčby poraněných rukou.

Teoretická část

1 Anatomie ruky a její funkce

1.1 Kostí ruky

Kosti ruky - ossa manus jsou představovány kostmi zápěstními – ossa carpi a kostmi záprstními - ossa metacarpi.

Kostru zápěstí tvoří soubor osmi krátkých kostí, uložených ve dvou řadách. Proximální řadu tvoří od palcového (radiálního) okraje k malíkovému okraji: kost loďkovitá - os scaphoideum, kost poloměsičitá - os lunatum, kost trojná - os triquetrum a kost hrášková - os pisiforme. Distální řadu karpálních kostí tvoří ve stejném směru: kost mnohostranná větší - os trapezium, kost mnohostranná menší - os trapezoideum, kost hlavatá - os capitatum, kost hákovitá - os hamatum. Těchto osm kostí tvoří a udává tvar zápěstí - carpus. Jednotlivé kosti zápěstí jsou spojeny řadou drobných kloubů umožňujících mimořádnou pohyblivost celé ruky.

Kosti záprstní pro první a pátý prst se skládají z basis, části střední - corpus. Jsou zakončeny hlavičkou - caput. I. metakarp je nejkratší a nejsilnější. Má typickou sedlovitou plošku. II. Metakarp je nejdelší. III. metakarp má na radiálním okraji výběžek - processus styloideus, na nějž se upíná šlacha musculus extensor carpi radialis brevis. IV. metakarp je oproti třetímu metakarpu slabší. Na ulnárním okraji V. metakarpu je mírná drslna pro úpon šlachy musculus extensor carpi ulnaris.

Články prstů - phalanges, jsou na každém prstu tři, na palci dva. Nejdelší článok je první (proximální, bazální), nejkratší je článok třetí (distální). První článok se nazývá phalanx proximalis - prima, druhý je phalanx media - secunda, třetí je phalanx distalis-tercia.

1.2 Svaly ruky

Svaly ruky - muscoli manus, rozdělujeme na svaly palcového valu - thenaru, malíkového valu - hypothenaru a svaly středního dlaňového prostoru.

Svaly thenaru jsou inervovány z nervus medianus. Patří sem musculus abductor pollicis brevis - funkce tohoto svalu je abdukce palce. Musculus flexor pollicis brevis-jeho funkce je flexe v metakarpofalangovém kloubu. Musculus opponens pollicis zajišťuje opozici palce a musculus adductor pollicis zajišťuje addukci palce.

Svaly hypothenaru inervuje nervus ulnaris. Řadíme sem musculus palmaris brevis, musculus abductor digiti minimi. Jeho funkce spočívá v abdukci 5. prstu, musculus flexor digiti minimi brevis zajišťuje flexi článku 5. prstu, musculus opponens digiti minimi zajišťuje opozici 5. prstu.

Svaly středního dlaňového prostoru - muscili lumbricales a muscili interossei - vyplňují prostory mezi metakarpy.

1.3 Arteriální zásobení

Arteriální zásobení ruky zajišťují arterie radialis (tepna vřetení) a arterie ulnaris (tepna loketní).

Pod musculus biceps brachii (dvouhlavý sval na přední straně paže) začíná v loketní jamce arteria ulnaris. Podbíhá začátek flexorů antebrachia (předloktí). Arteria ulnaris pokračuje společně s nervus ulnaris (nerv loketní) mezi musculus flexor carpi ulnaris. V dlani se odděluje ramus palmaris profundus (hlubokou dlaňovou větev) a loketní tepna pokračuje dále samostatně jako silnější a povrchový oblouk. Hlavní větví arteria ulnaris je na předloktí arteria interossea communis. Tato tepna je dlouhá přibližně jeden až tři centimetry, proniká do hloubky mezi vřetenní a ulnární kostí. Posléze se dělí na arteria interossea anterior a arteria interossea posterior. Flexory vyživují přední větve, extenzory předloktí jsou vyživovány zadní větví. Z povrchového oblouku odstupují tři arterie a ty se ve výši metakarpů dělí pro jednotlivé prsty.

Arteria radialis začíná v loketní jamce v úrovni krčku radia. Jde mezi musculus brachioradialis a pronator teres. Na této tepně je hmatný tep.

Úchop a stlačení ruky zvyšuje cirkulaci pumpující krve z dlaně na hřbet ruky.

(Elišková, Naňka, 2006) (Dylevský, 2000)

1.4 Funkce ruky

Ruce hrají ve vývoji člověka důležitou roli. Používáme je jako pracovní nástroj a umožňují nám kontakt s okolím. Základní funkcí ruky je úchop. Ruce jsou nejen orgánem úchopovým, ale u neslyšících jsou i orgánem komunikačním. Pomocí rukou vnímáme předměty, kterých se dotýkáme a můžeme je rozeznat bez kontroly zraku.

Úchop může být prováděn různými způsoby. Vždy se však jedná o samostatné natažení a ohnutí druhého až pátého prstu s palcem v opozici. Pro úchop je nejdůležitější používání krátkých dlouhých flexorových šlach.

Funkce prstů ruky je extenze, flexe, abdukce, addukce. Vysoké nároky jsou kladeny na hybnost jednotlivých prstů. Neklademe pouze požadavky na celé prsty, požadavky jsou kladeny i na jednotlivé články prstů.

(Smrčka, Dylevský, Mařík, 1998)

2 Poranění ruky

2.1 Úraz

Úraz je tělesné poškození, které vzniká nezávisle na vůli postiženého náhlým a násilným působením zevních sil.“

(V. Pokorný, Traumatologie, 2002, str. 19)

Trauma (úraz, poranění) může poškodit organismus dočasně nebo trvale. Vážnější úrazy mohou končit smrtí jedince. Na vzniku poranění se podílí řada faktorů. Mezi faktory, které se podílejí na vzniku úrazu řadíme vlivy mechanické, chemické či biologické.

Riziko úrazu je nutné snižovat, je tedy důležité své zdraví chránit a přistupovat k němu zodpovědně.

2.2 Poranění měkkých tkání

Poranění měkkých tkání vznikají nejčastěji úrazem. V častých případech se také poraní skelet (kostra). Podle typu vzniku úrazu rozlišujeme poranění ruky na povrchová, hluboká, devastující či zráťová (příloha č. 1 a 2).

Nejčastější příčiny úrazu rukou jsou v souvislosti s manipulací hoblovkou, sekyrou, okružní pilou (příloha č. 3), teplými či studenými válci, lisem, popálením. V období Nového roku také přibývají úrazy horních končetin v důsledku špatné, nevhodné a neodborné manipulace s pyrotechnikou.

2.3 Poranění extenzorových šlach

Extenzor je sval, který provádí natažení v daném kloubu. Extenzor provádí extenzi. Extenzorové šlachy jsou uloženy povrchně, proto je časté jejich poranění. Přerušení šlach v důsledku traumatu nemusí být provázeno pouze zkrácením, odtažením či smrštěním poraněného šlachového konce.

Na dorzu prstů, ruky a předloktí jsou různé podmínky pro suturu šlach. Z tohoto důvodu bylo přijato na kongresu v Rotterdamu (v r. 1980) Verdanovo rozdělení poranění extenzorových šlach do osmi zón.

Verdanovo rozdělení šlach do osmi zón rozlišuje osm zón na prstech a osm zón na palci.

Zóna na palci se dělí na zónu T1 - nad interphalangeálním kloubem (IP). Zóna T2 – nad proximálním článkem, zóna T3 – nad metakarpophalangeálním kloubem (MP), zóna T4 – je zóna nad prvním metakarpem. Zóna 7 je pod dorzálním zápěstním retinakulem. Zóna 8 je distální oblast předloktí.

Zóna na prstech se dělí na zónu 1 – nachází se nad distálním interphalangeálním kloubem (DIP). Zóna 2 – je zóna nad středním článkem. Zóna 3 – se nachází nad proximálním interphalangeálním kloubem (PIP). Zóna 4 – je nad základním článkem. Zóna 5 – zóna se nachází nad metakarpophalangeálním kloubem (MP), zóna 6 – je oblast dorza ruky. Zóna 7 – se nachází pod dorzálním zápěstním retinakulem. Poslední zóna 8 – je distální předloktí.

Pro poranění šlach je typická nemožnost vykonat pohyb poraněnou částí. Tyto úrazy ohrožují pacienta následnou poruchou funkce celé ruky nebo pouze postiženého prstu. Postižení záleží na místě poškození.

Léčba poraněných extenzorových šlach je složitější než léčba poranění flexorových šlach. Je to způsobeno komplikovanější funkční anatomií extenzorového aparátu.

(Smrčka, Dylevský, Mařík, 1998)

2.4 Poranění flexorových šlach

Flexor je sval, který provádí ohnutí v určitém kloubu. Flexor provádí flexi.

Podobně jako u poranění extenzorových šlach byla na kongresu v Rotterdamu rozdělena flexorová poranění do pěti zón.

Na prstech i na palci se nachází pět zón. Na prstech Zóna 1 – je distálně od PIP (proximální interphalangeální kloub) kloubu, zóna 2 – je od prvního anulárního poutka k PIP (proximální interphalangeální kloub). Zóna 3 – vede od distálního konce karpálního tunelu k prvnímu anulárnímu poutku, zóna 4 – zahrnuje karpální tunel. Zóna 5 – je proximálně od karpálního tunelu.

Na palci je zóna T1 – distálně od IP (interphalangeální kloub) kloubu. Zóna T2 vede od anulárního poutka k IP kloubu (interphalangeální kloub), zóna T3 je thenarová eminence. Zóna 4 – je karpální tunel. Poslední zóna 5 – směřuje proximálně ke karpálnímu tunelu.

Za primární ošetření šlach se považuje provedená sutura (sutura je sešití rány po úrazu či operaci) do 24 hodin. Nelze-li provést suturu do této doby, považujeme primární suturu za odloženou. K této sutuře můžeme přistupovat do dvou týdnů.

Po pěti týdnech již nelze provést primární suturu, proto je možné udělat sekundární suturu flexorové šlachy.

(Smrčka, Dylevský, 1999)

2.5 Dominantní vyšetřovací metody

Mezi dominantní vyšetřovací metody při úrazu ruky se využívá především pohled. Pohledem se zjišťuje jak je úraz rozsáhlý, zjistí se, zda jde o ztrátové poranění. Poznává se, zda chybí měkké tkáně a zda jsou amputované prsty. Pohledem zjistíme, zda poraněná končetina otéká, zda s ní pacient může hýbat. Pohledem poznáme zda je končetina vitální.

Další důležitou vyšetřovací metodou je rentgenové vyšetření. Provádí se především nativní rentgenový snímek. Provádějí se dva snímky. Projekce bývá zadopřední a bočná. Dva snímky se provádějí pro přesnější diagnostikování.

Neméně důležité je i provedení základního vyšetření krve. Provádí se vyšetření krve biochemické, hematologické (krevní obraz), hemokoagulační (QUICK, APTT-aktivovaný parciální tromboplastinový čas).

2.6 Chirurgická řešení

Ranné plochy je nejdůležitější co nejdříve uzavřít a zabránit tak vzniku infekce. Způsob a technika léčení poranění závisí na rozsahu, hloubce a kvalitě poraněné tkáně, která je buď postižena, nebo zda zcela tkáň chybí.

Nelze-li použít při léčbě sešití poraněné tkáně, je možné použít krytí kožním transplantátem - štěpem, místním nebo vzdáleným lalokem. Před krytím poraněné tkáně je třeba odstranit veškeré nečistoty a nekrotické tkáně (odumřelá tkáň). Jestliže se poraněné místo nevyčistí od nečistot, vzrůstá riziko komplikací při hojení rány. Mezi komplikace při hojení rány patří zejména infekce.

2.6.1 Krytí defektu kožním štěpem

Krytí poranění pomocí dermoepidermálních štěpů se hodí především ke krytí mělkých defektů. Kožní transplantáty mohou mít různou tloušťku. Transplantáty rozeznáváme tenké, střední nebo slabé.

Autotransplantát je štěp, odebraný stejnému jedinci. Kůže se pacientovi odebírá ze zdravé části a přikládá se na postiženou plochu.

Xenotransplantát je kožní štěp z jiného druhu. Xenotransplantát lze nazvat jako dočasnou náhradu kůže. Nejčastěji se používají štěpy z prasečí kůže. Tato metoda se používá především při rozsáhlých popáleninách 2. stupně. Její účel spočívá ve zmenšení vstupní brány infekce, brání ztrátám tekutin, solí a bílkovin, podporuje spontánní epitelizaci.

K odběru dermoepidermálních štěpů se používá speciální Watsonův nůž. Vhodné místo odběru transplantátu volí lékař podle potřebné velikosti štěpu. Nejčastější odběrové místo je vnitřní strana zápěstí nebo předloktí, pro větší plochy poranění se štěpy se odebírají z hýždě či zevní strany stehen.

Po přiložení kožního štěpu na defekt dojde k jeho přilnutí. Lze provést fixaci pouze přiložením kompresivního obvazu. Zde však hrozí posunutí štěpu pod krycí vrstvou. Proto je častější a vhodnější fixovat kožní štěp jednotlivými stehy a potom použít tlakový obvaz.

Zbude-li lékaři část dermoepidermálního štěpu, lze ho uschovat k případné další aplikaci u téhož pacienta. Štěp se ukládá na rozprostřený čtverec, který je zvlhčený fyziologickým roztokem. Srolovaný čtverec se vkládá do sterilní Petriho misky a v ledničce se uchovává při teplotě 4° C. Takto uskladněný štěp se dá použít do 10 dnů od odběru.

2.6.2 Kožní laloky

Jedná se o přesun tkáně se zachovanou výživou na místo, kde je tkáň poraněna. Tkáň, která se přenáší touto metodou není zbavena krevního zásobení. Výživa prochází z odběrového místa pomocí stopky do přenášeného místa. Kůže se přenáší společně s podkožím, podle potřeby i se svailem. Po přihojení tkáně může být stopka přerušena. Po přesunutí laloku vzniká v místě jeho odpreparování defekt, který se dá sešít nebo uzavřít kožním transplantátem.

Tato metoda je vhodná pro krytí hlubších defektů. Důležitým předpokladem pro správné přihojení laloku je dostatečné zásobení - dobrá stopka.

Tato metoda není bez komplikací. Mezi komplikace, které mohou u místního laloku vzniknout, řadíme hematomy, další komplikace mohou být způsobené nadměrným tahem při nesprávně zvolené poloze laloku, či při otoku. Je zde také riziko vzniku infekce. Jestliže je edém veliký a neustupuje, zatíží se žilní odtok a může vzniknout nekróza.

Mezi nejčastěji používané kožní laloky řadíme Gross - Finger Flap, dvířkový lalok z podbřišku, tubulovaný jednostopkový lalok z podbřišku, dvoustopkový lalok z podbřišku.

(Stockarová, 1994)

2.6.3 Cross - Finger Flap

Jedná se o metodu zkříženého lalůčku z prstu na prst. Tato metoda se používá při léčbě drobnějších defektů na některém z prstů ruky. Při této metodě se z torza sousedního zdravého prstu odklopí lalůček, který svým tvarem připomíná dvířka a našije se do defektu. Tyto dva prsty zůstávají dočasně spojeny do doby, než se lalůček přihojí. (příloha č. 4)

Rány se kryjí mastným tylem, měkkým krytím a transplantát se ještě přitlačí pro lepší přilnutí sterilním molitanem. Důležité je dbát také o správnou polohu prstů, aby lalůček nebyl pod tahem. Proto je vhodné zajistit vhodnou polohu přiložením krátké sádrové dlahy. Pacient dochází pravidelně na kontroly a převazy.

Rozpojení prstů se provádí přibližně za 2 - 3 týdny od spojení prstů. Tento výkon se provádí ambulantně. Po odstranění stehů je pacient poučen o správné rehabilitaci. Používají se koupele v heřmánkovém či řepíkovém odvaru, později postačí tekoucí voda a mýdlo. Je také vhodné poučit pacienta o tlakových masážích, promašťování hojících se ran a okolí, o tom jak prsty rozevíčovat.

2.6.4 Dvířkový lalok z podbřišku

Dvířkový lalok z podbřišku - kožně fasciální lalok lze provádět v místní nebo v celkové anestezii.

V podbřišku se vytvoří tzv. dvířkový lalok (připomínající dveře). Po zvednutí dvířkového laloku, který se skládá z kůže, podkoží a tukové tkáně, se vykrývá defekt na ruce. Okraje laloku se přišívají tak, aby kůže nebyla pod tahem.

Pacient má tímto lalokem připoutánu ruku k podbřišku.

2.6.5 Tubulovaný jednostopkový lalok z podbřišku

Lékař k tomuto výkonu přistupuje tehdy, jestliže došlo ke skalpaci, částečné či k úplné amputaci prstu na ruce. Tento typ laloku se také používá, je-li potřeba přenést na končetinu větší množství materiálu.

Jestliže by lalok nahrazoval amputovaný prst, kde chybí kost, je nutné jej asi po půl roce vyztužit. Do lalokového prstu se vkládá kostní štěp. Kostní štěp se odebírá z žebra nebo lopaty kosti kyčelní.(příloha č. 5) (příloha č. 6)

2.6.6 Dvoustopkový lalok z podbřišku

Tato metoda se používá v případě, jestliže je potřeba větší množství lalokového materiálu a výživa z jednostopkového laloku je nedostatečná.

Při této metodě se nejdříve vytvoří v podbřišku útvar, který má dvě vyživující stopky. Operace se provádí v celkové anestezii. Po operaci pacient tři dny leží na lůžku, smí pouze na toaletu a k umyvadlu. Pacienta převazujeme každý den. Pátý den se již může sprchovat a neobjeví-li se komplikace, můžeme pacienta propustit do domácí péče.

Přibližně po třech týdnech se odpojuje jedna část laloku a do takto připraveného laloku se vsije defekt. Defekt se mezitím vyčistil od nekrotických tkání.

Po dalších třech týdnech se odpojuje i druhá stopka laloku.

Důležitou roli zde hraje včasná rehabilitace. S rehabilitací se začíná již pár dní po výkonu. Před propuštěním do domácího ošetření se pacient pod dohledem fyzioterapeuta naučí rehabilitovat, aby mohl ve cvičení pokračovat i doma.

(Časopis Sestra – mimořádná příloha, 2004)

2.6.7 Sutura šlach

Sutura je sešití rány po úraze či operaci.

Flexorové šlachy mají kulatý či oválný tvar. Extenzorové šlachy se na prstech ztenčují až na tloušťku fascie (vazivový obal svalu či skupiny svalů). Ztenčená šlacha má menší pevnost, s tím musí operatér počítat i při šití poraněných šlach.

Sešitá šlacha má tendenci jizevnatět a fixovat se ke kůži i ke kosti. Důsledkem tohoto jizvení je omezený rozsah pohybu.

U sutury flexorových konců je důležité, aby se začátek šlachy posunul do operačního pole flexí zápěstí (ohnutím).

Jsou-li okraje poraněných šlach zhmožděné či roztřepené, je nutno seříznout ostře okraje.

Imobilizace extenzorů trvá déle oproti flexorům. Imobilizace trvá přibližně 5-6 týdnů. Flexory, které vytvářejí opačný pohyb, jsou mnohem silnější a sešití je méně pevné.

Sutury šlach je nutné u dětí provádět v celkové anestezii (znecitlivění, ztráta vnímání podnětů) a v bezkrevnosti. U dospělých se sešití sutury provádí v axilárním bloku, také v bezkrevnosti.

Axilární blok je metoda místní anestezie používaná při traumatologických a rekonstrukčních operacích horních končetin v oblasti ruky, předloktí a lokte, které jsou časově velmi náročné. Tento druh znecitlivění není pro pacienta takovou zátěží jako celková narkóza. Výhodou této metody je dlouhodobé znecitlivění operovaného místa (až 20 hodin).

(Časopis Sestra – mimořádná příloha, 2004)

Sutury šlach se provádějí až po osteosyntéze (operativní léčebná metoda kostních zlomenin, kdy se kovovými hřebíky a dlahami připoutají úlomky kostí k sobě) kostěného podkladu. Cévy a nervy se šijí až po sešití šlach. Technika vyhledávání poškozeného konce šlachy musí být jemná, aby se neporanilo okolí poraněné šlachy. Jestliže je pahýl šlachy nějakým způsobem zhmožděn, snese se pouze ta část pahýlu, která je zhmožděna.

Sutura šlach by měla být pevná, aby se mohlo začít co nejdříve s rehabilitačními cviky. Také je důležité, aby byl povrch šlach hladký, bez uzlů a zbytků šicího materiálu. Pohyb šlachy nesmí být ničím rušen.

(Smrčka, Dylevský, 1999)

2.7 Farmakoterapie

Přítomnost otoku při léčbě poraněné ruky patří mezi komplikace.

Jako prevence vzniku otoku se používá přípravek Dexamed injekce. Dexamed injekce patří do lékové skupiny hormonů glukokortikoidů. Forma podání intramuskulární (do svalu) nebo intravenózní (do žíly).

2.8 Fyzikální terapie

Pro zabránění vzniku otoku se provádí ledování poraněného místa, správná poloha ruky, závěs na ruku v lůžku (příloha č. 7), farmakoterapie, motodlahy (příloha č. 8) a lymfoven (příloha č. 9). Pro rychlejší cévní obnovu se provádějí tlakové masáže.

Při správné poloze pacient nosí poraněnou končetinu zvednutou nad hlavu. Případně si smí poraněnou horní končetinu „položít“ na hlavu tzv. „vysocký pozdrav“. (příloha č. 10)

2.9 Pooperační péče o štěpy

V pooperačním období je důležité dodržování zásad asepse a zvláštní péče o štěp. Správné přihojení štěpu může být narušeno několika faktory, kterým se snaží zdravotníci předcházet.

Pohyb mezi štěpem a lůžkem naruší fázi přihojování a prorůstání kapilár. Proto je nutná a důležitá opatrná manipulace s obvazem při převazování rány.

Vznik hematomu brání přímému styku štěpu s lůžkem. Jestliže štěp nepřilne k lůžku, hrozí jeho odumření. Štěp lze zachránit při zjištění hematomu jeho evakuací. Evakuace hematomu musí být provedena do tří dnů od operace, jinak je zde pravděpodobnost, že štěp nepřilne a odumře. Proto se první převaz provádí třetí den po operaci, aby se dal odčerpat případný hematoma.

Jestliže spodina defektu nebyla dostatečně čistá, může vzniknout hnis. Nahromadili se hnis, štěp se uvolní od lůžka a rozpustí se. V tomto případě se přikládá tzv. mešovaný štěp, kdy sekret odchází otvory.

V péči o odběrovou plochu je třeba dbát na to, abychom zabránili vzniku infekce. Odběrové místo kryjeme mastným tylem a silnou vrstvou sterilních čtverců. Jestliže vrstva obvazů je suchá, čistá a bez zápachu, provádíme první převaz přibližně kolem 5. dne. Jinak převaz provádíme podle potřeby. Sundáme pouze vrstvu čtverců, mastný

tyl ponecháme. Mastný tyl se sundává přibližně za týden až deset dní. Plochu důkladně promašťujeme. Nejvhodnější přípravky jsou Dermazulen unguentum, Menalind spray.

Vhodné je pacienta naučit tlakové masáže, které si bude dělat několikrát denně pro zlepšené prokrvení odběrového místa. Nutné je poučit pacienta, aby si několikrát za den promašťoval odběrová místa mastnými přípravky a prováděl tlakové masáže. Také je důležité pacienta upozornit, že by se alespoň 1 rok neměl vystavovat slunci.

2.10 Pooperační péče u dvířkového laloku

Po výkonu nesmí pacient dva až tři dny vstávat z lůžka. Třetí den již smí na toaletu a k umyvadlu. Pacient leží na zádech s mírně pokrčenými končetinami, aby se zabránilo tahu v ráně. Sutura kryjeme mastným tylem a suchým krycím obvazem. Je nutné, aby pacient měl končetinu ve správné poloze, jinak by docházelo k tahu a zalomení stopky a tím by se mohla porušit výživa. Podpaží se vymývá vlažnou vodou a následně se vkládá do podpaží čtverec se zásypem proti vzniku opruzenin.

Pátý den po operaci se pacient může sprchovat. Sprcha odstraňuje případné nekrózy a působí jako jemná masáž rány. Nevyskytnou-li se komplikace, pacient může být propuštěn do domácí péče. Je nutné, aby pacient a jeho rodina byli poučeni o každodenním převazování.

Odpojení stopky laloku probíhá přibližně za tři týdny. Pacient nějakou dobu po odpojení stopky zůstává hospitalizovaný. Po zahojení laloku se pacient učí provádět tlakové masáže. Masáže se provádějí pro lepší prokrvení a změkčení jizvy.

Po několika měsících se mohou dále provádět případné modelace a redukce laloku.

2.11 Pooperační péče po odebrání kostního štěpu

Pacient již první den po operaci smí vstávat z lůžka. Ale vzhledem k provedenému výkonu je pohyb velice bolestivý. Krytí rány se mění podle potřeby, ale nejméně jednou za den. Je důležité sledovat, zda se v ráně netvoří hematoma.

Nevzniknou-li komplikace, pacient zůstává hospitalizovaný přibližně týden. Po odpojení laloku je také možné provést případnou modelaci prstu.

(Časopis Sestra – mimořádná příloha, 2004)

2.12 Péče o jizvu

Tlakové masáže se provádějí pod mírným tlakem na zhojené místo rány. Masáže se provádějí palcem nebo loktem. Mírně se stlačí palcem či loktem prokrvované místo. Po dobu třiceti vteřin se vyvíjí tlak na postiženou část. Pak se tlak povolí a po dalších třiceti vteřinách se tlak opakuje. Tlakové masáže se doporučuje opakovaně provádět během dne.

3 Rány

„ Rána je porušení celistvosti tkání působením zevních faktorů.“

(A. Ferko, a kol. Chirurgie v kostce, 2002, str. 41)

„ Akutní rána je vřed ochranných krycích tkání s jejich poškozením, vzniklý působením zevních faktorů.“

(Repetitorium hojení ran, J. Stryja, 2008, str. 29)

Rány dělíme podle několika faktorů: podle poškození kožního krytu, podle vztahu k dutinám, podle přítomnosti infekce, podle příčiny vzniku rány.

3.1 Poškození kožního krytu

Podle poškození kožního krytu dělíme na rány otevřené a rány zavřené.

Otevřená rána je taková, kdy je porušena celistvost kůže v různé hloubce a různým způsobem.

Rány zavřené (jednoduché rány) jsou ty, které postihují pouze povrchové vrstvy (kůži, podslizniční vazivo).

3.2 Vztah ran k dutinám

Rány, které pronikají do tělních dutin, o nich mluvíme jako o ranách penetrujících (pronikající rány). Jedná se o rány, které poškozují orgány v hloubce a označujeme je jako rány komplikované.

3.3 Infikované rány

Rány s přítomností infekce dělíme na rány čisté, čisté - kontaminované, kontaminované - znečištěné, znečištěné - infikované.

Čistá - netraumatická rána je bez známek infekce. U netraumatických ran nedošlo k porušení gastrointestinálního traktu (zažívacího traktu), biliárního traktu (žlučového traktu), močového a dýchacího traktu.

Čistá rána - kontaminovaná je také netraumatická rána. Na rozdíl od předešlé rány došlo k částečnému znečištění rány v důsledku otevření některého ze systémů (zažívací trakt, žlučový trakt, močový trakt, dýchací trakt).

Kontaminovaná rána – znečištěná je traumatická rána, kdy otevření z výše uvedených traktů způsobilo masivní kontaminaci rány.

3.4 Etiologie ran

Rány mají několik příčin (etiologie) vzniku. Příčiny vzniku ran jsou mechanické a termické.

3.4.1 Vulnus scissum

Mechanická příčina způsobuje vulnus scissum (rána řezná). Řezné rány vznikají tlakem a tahem ostrého předmětu po kůži. Jejich tvar je většinou přímočarý nebo obloukovitý. Okraje rány mohou být ostré a hladké, způsobí-li poranění ostrý předmět. Je-li zraňující předmět tupější, okraj rány je nerovný. Rána je nejhlubší uprostřed a k oběma koncům rány hloubka ubývá. V důsledku poranění cév a přetětí nervových vláken tyto rány krvácejí a poranění doprovází pálivá bolest.

3.4.2 Vulnus sectum

Vulnus sectum (rána sečná) vzniká kolmým nebo šikmým dopadem ostrého předmětu na povrch těla. Svým zevním tvarem mohou sečné rány připomínat spíše rány řezné. Jsou z pravidla úzké a jejich tvar může připomínat klíny. V celém průběhu má rána většinou stejnou hloubku. Jsou-li sečné rány hluboké, mohou poškodit nervové svazky, cévní svazky, šlachy. Podle ostří a tvaru předmětu, který způsobil poranění, jsou okraje rány hladké, ostré a do hloubky se klínovitě zužují. Rány vedené velkou silou mohou vést až k amputaci.

3.4.3 Vulnus punctum

Dalším typem rány může být Vulnus punctum (rána bodná). Bodná rána vzniká prudkým vniknutím tenkého ostrého nebo tupého předmětu do hloubky těla. Hloubka

poranění závisí na tom, jaká síla byla vynaložena při bodnutí. U hlubokých bodných ran se rozlišuje vbod, průbod a výbod. Ostré okraje zanechává ostrý předmět, nerovné okraje předmět tupý. Výbod bývá vzácný. Mívá menší průměr než vbod. Nebezpečí tohoto druhu ran spočívá v jejich hloubce. Dochází k průniku do tělních dutin, k jejich poškození a k následnému poranění orgánů.

3.4.4 Vulnus sclopetarium

Vulnus sclopetarium (rána střelná) se dělí na projektilové a na střepinové, způsobené střepinami min, granátů či bomb. U těchto ran rozlišujeme postřel, průstřel a zástřel.

3.4.5 Vulnus morsum

Vulnus morsum (rána kousnutím)- rána kousnutím může být způsobena zvířetem nebo člověkem. Podle síly skusu může mít charakter kontuze (zhmoždění, pohmoždění), část podkoží může chybět. Rány a pohmoždění opisují tvar čelisti.

Rány kousnutím bývají často infikované a špatně se hojí.

3.4.6 Vulnus lacerum

Vulnus lacerum (rána tržná) vzniká prudkým puknutím kůže vlivem tahu. Mívá tvar klikatý, nepravidelný. Okraje rány jsou nerovné, nebývá hluboká. Poměrně málo krvácí.

3.4.7 Vulnus contusum

Vulnus contusum (rána zhmožděná) vzniká stlačením kůže a hlubší tkáň mezi pevnější podklad a vlastní skelet při pádu. Okraje rány bývají zhmožděné, s přítomností hematomu. Často se tento druh ran spojuje s potrháním, roztržením měkkých tkání. Tyto rány se pak označují jako rány tržně zhmožděné (vulnus contusolacerum).

3.5 Hojení ran

Všechny tkáň v organismu, kromě kostí a pojiva, se hojí jizvou. Hojení ran rozlišujeme na hojení primární a hojení sekundární.

Primární hojení - sanatio per primam intentionem je hojení přímé, bez komplikací s hladkou a klidnou jizvou.

Sekundární hojení - per secundam intentionem je hojení rány při zkomplikovaném hojení. Mezi komplikace, které způsobují sekundární hojení řadíme především infekci a hnisání. Jizva mívá obvykle nepravidelný tvar.

3.6 Stadia hojení rány

První fáze hojení rány se je exudativní (čistící). Tato fáze trvá přibližně tři dny. V poraněné tkáni dochází k rozvoji lokální zánětlivé reakci. Reakce je základem hojení. Postupně se začíná vytvářet krevní sraženina (koagulum), která má za následek spojení okraje rány. Přibližně 10 minut po poranění se do rány dostávají protilátky a leukocyty. Cizí tělesa v ráně jsou ničena a vyloučena fagocytózou. Na celé reakci se podílí řada tkáňových faktorů.

Druhá fáze je označována jako proliferační. V této fázi dochází k tvorbě granulační tkáně. Granulační tkáň je složená z nově tvořených cév a vaziva, které přerůstá přes poškozená místa či ránu. Nové kapiláry (vlásečnice) postupně prorůstají do nové tkáně a tak zajišťují její vyživování. Granulační tkáň vede k hojení rány. Proliferační fáze trvá jeden až šest dnů.

Třetí fáze je fáze diferenciací (je to proces vyžívání, během něhož jednotlivé buňky získávají konkrétní vlastnosti a funkce). V této době dochází k tvorbě jizvy. K třetí fázi dochází šestý až desátý den po poranění.

3.7 Pevnost jizvy

V průběhu tří týdnů dosáhne jizva čtyřicetiprocentní pevnosti původní tkáně. Mezi sedmým a osmým týdnem je jizva pevná ze sedmdesáti procent své původní pevnosti.

Pevnost jizvy se postupně zvyšuje až po dobu dvou let.

3.8 Faktory ovlivňující hojení ran

Faktory, které ovlivňují průběh a dobu hojení dělíme na faktory lokální (místní) a faktory celkové.

K lokálním faktorům řadíme prokrvení tkáně. Je to jeden z nejdůležitějších faktorů ovlivňující hojení. Poruchy prokrvení mají za následek prodloužené hojení. Komplikují

hojení především na dolních končetinách. Nejlépe prokrvenými místy jsou místa na tvářích, peritoneum (pobřišnice). Obtížně se hojí rána, které vysychá spodina při aplikaci nesprávného krytí na ránu. Zbytky nekrotické tkáně na spodině rány nejsou vhodné pro optimální léčbu. Dalším ovlivňujícím faktorem je charakter rány. Lépe se hojí rány sečné a tržné. Rány střelné bývají často infikovány. Zbývající lokální faktory jsou přítomnost infekce v ráně, cizí tělesa v ráně, nevhodný postup ošetření.

Do celkových faktorů řadíme anemii, věk. Ve vysokém věku se celkově zhoršuje hydratace a výživa. Kůže ve vyšším věku vykazuje atrofické změny a kůže pacientů je velice náchylná na poranění. Hojení ovlivňuje terapie, kterou pacienti užívají dlouhodobě, jedná se převážně o kortikoidy, chemoterapie, immunosuprese, antikoagulancia. Do celkových faktorů také řadíme diabetes mellitus, obezitu nebo naopak podvýživu. Hojení ran je náročný proces, při kterém je na organismus kladen vysoký nárok na výdej energie. Podvýživa výrazně ovlivňuje regenerační proces.

Většina těchto faktorů má za následek zhoršené prokrvování poraněného místa.

Pro léčbu a hojení ran je vhodné, aby byla přítomnost rizikových faktorů zaznamenána do zdravotnické dokumentace a do anamnézy pacienta.

Rozpoznání těchto faktorů, hraje důležitou roli při správné místní i celkové léčbě.

(A. Ferko, Z. Vobořil, K. Šmejkal, J. Bedrna, Chirurgie v kostce, 2002)

(Repetitorium hojení ran, J. Stryja, Repetitorium hojení ran, 2008)

Praktická část

4 Charakteristika práce sestry na chirurgickém oddělení

Chirurgie patří k základním medicínským oborům. Tento medicínský obor prošel dlouhým historickým vývojem. K největšímu rozvoji docházelo v období válek, kdy se stále zdokonalovalo ošetřování raněných. Postupně se od všeobecné chirurgie oddělovaly dnes již samostatné lékařské obory - gynekologie, traumatologie (lékařský obor, který se zabývá celkovou léčbou poranění), ortopedie (chirurgický obor, zabývající se diagnostikou a nápravami poškozeného pohybového aparátu - vrozenými a získanými vadami, poraněním kostí, kloubů a páteře), transplantační chirurgie (lékařský obor, zabývající se přenášením orgánu či tkáně z jednoho místa na druhé) atd.

K chirurgickému oboru také patří oddělení anesteziologie a jednotka intenzivní péče.

Lůžková část chirurgického oddělení se dělí na ošetrovací jednotky standardní aseptické (tzv. „čisté“ - bez přítomnosti mikroorganismů), standardní septické (tzv. „špinavé“ - přítomnost mikroorganismů) a jednotku intenzivní péče.

Na chirurgickém oddělení se zajišťuje základní diagnosticko- terapeutická péče. Další péčí je péče o pacienty, kteří se mají podrobit operačnímu výkonu, jsou v pooperačním období nebo si jejich úraz vyžaduje konzervativní ošetrovatelskou péči.

V převazovacích místnostech, kde se provádějí převazy a ošetřování nemocných, je nutné zajistit sterilní prostředí. Přísné dodržování aseptických zásad zde hraje při provádění výkonů důležitou roli.

Zdravotní sestra na oddělení musí zvládat nejen zajištění základních potřeb nemocných, poskytování předoperační a pooperační péče u různých operativních zákroků, ale i techniku správného převazování operativních ran nebo asistenci.

Sestra provádí odběry biologického materiálu na různá vyšetření. Zde je důležité, aby znala správné techniky a postupy odběru. Poučuje pacienty před vyšetřením, po vyšetření. Je nutné, aby komunikovala s pacientem, sdělovala mu důležité informace, ptala se pacienta, jestli jsou pro něj poskytnuté informace dostatečné, zda chce něco doplnit, upřesnit. Je také nezbytné, aby si ověřila, že jí pacient správně porozuměl. Provádí přípravu k výkonům.

Sestra pomáhá pacientům při obnově sebepéče po operaci či úrazech.

Další z mnoha činností, které sestra provádí je péče o chirurgické nástroje – dezinfekce (ničení všech choroboplodných zárodků) a sterilizace (zničení mikroorganismů k předcházení infekci). V dnešní době se sterilizace pomůcek provádí v centrálních sterilizacích, které sterilizují veškerý materiál pro jednotlivá oddělení celé nemocnice. Od sestry je vyžadována trpělivost a empatie.

4.1 Specifika ošetrovatelské péče u pacientů po úrazu ruky

Důležitým předpokladem pro správné hojení poraněné horní končetiny je prevence otoku, a aby poraněné místo bylo dobře prokrvováno.

Zdravotní sestra na specializovaném pracovišti sleduje nejen celkový stav pacienta jeho fyziologické funkce jako je dech, krevní tlak, pulz. U pacientů s poraněnou končetinou sleduje převážně barvu poraněné končetiny, citlivost. Všimá si také, zda se netvoří otok. Sleduje, zda neprosakuje přes obvaz např. krev. U pacientů zjišťuje stupeň soběstačnosti, případně jim dopomáhá.

4.2 Přehled možných ošetrovatelských problémů u pacientů po úrazu

- 00085 Zhoršená pohyblivost
- 00109 Deficit sebedpěče při oblékání a úpravě zevnějšku
- 00108 Deficit sebedpěče při koupání a hygieně
- 00102 Deficit sebedpěče při jídle
- 00126 Deficitní znalost
- 00118 Porušený tělesný obraz
- 00148 Strach
- 00146 Úzkost
- 00004 Riziko infekce
- 00046 Porušená kožní integrita
- 00044 Porušená tkáňová integrita
- 00132 Akutní bolest

4.3 Informace o nemocném

Pan K. souhlasil s používáním osobních dat při tvorbě mé bakalářské práce. Souhlasil s použitím obrazového materiálu, který používám v obrázkových přílohách.

O pana K. M. jsem se starala v Ústavu chirurgie ruky a plastické chirurgie ve Vysokém nad Jizerou od 1. července do 31. července 2008.

Pan K. Byl přijat pro devastující poranění pravé ruky. Úraz se stal 11. června 2008 studeným lisem.

Pacient prodělal na speciálním pracovišti již několik operačních zákroků a řada dalších ho ještě čeká.

Při přijetí se ze změti prstů podařilo vyprostit čtvrtý a pátý prst. Tyto prsty se jevily jako vitální a daly se vyrovnat do své osy. Po vyrovnání se fixovaly. Druhý a třetí prst zcela chyběl až ke karpu (k zápěstí). Z palce zbývaly zbytky. (přílohy č. 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19)

16. června byla provedena u pacienta nekrektomie (chirurgické odstranění odumřelé tkáně), 18. června byly opět sneseny nekrotické části v oblasti dorza a v dlani. Provedl se také převaz. 26. a 30. června byl proveden převaz v celkové anestezii. 3. července se opět provedla nekrektomie na pravé končetině a na prvním paprsku (palci). 8. července převaz v celkové anestezii. 13. července vytéká velké množství exudátu. Provedla se toaleta rány, výplach chloraminem, krytí Betadinou. Kolem defektu se použila zinková mast. Ruka se zafixovala dlahou. 21. července defekt vypadá čistěji. 24. července byl proveden lalok.

(výtah z lékařské dokumentace)

4.3.1 Základní údaje

Jméno: K. M.

Pohlaví: muž

Rok narození: 1945

Věk: 64 let

Bydliště: Jilemnice

Vzdělání: středoškolské

Stav: ženatý

Zaměstnání: dělník (obsluha strojů a zařízení)

Typ přijetí: Akutní onemocnění – hospitalizace

Oddělení: ÚCHR a PCH – přízemí (Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie)

Datum přijetí: 23. června 2008

Pojišťovna: 111

Hospitalizován na ÚCHR a PCH poprvé

4.3.2 Anamnéza

RA (rodinná anamnéza): Matka - zemřela na karcinom (nádor) prsu, otec - neví přesně na co. Syn - zemřel 2006 při autonehodě, dcera - zdráva.

OA (osobní anamnéza): Hospitalizace v r. 1960 pro APPE, očkovan proti tetanu v r. 2005, očkovan proti chřipce v r. 2007.

FA (farmakologická anamnéza):

Název léku	Způsob podání	Síla	Dávkování	Léková skupina
Augmentin	i. v.	1, 2 g	6- 14- 22	antibiotikum
Lozap H	p. o.		1- 0- 0	antihypertenzivum
Ramil	p. o.	2, 5 mg	0- 0- 1	antihypertenzivum
Presid	p. o.	10 mg	0- 0- 1	vazodilatans
Gujacuran	p. o.		1- 0- 2	anxiolytikum

i. v. léky podané intravenózně (do žíly)

p. o. léky podané orálně (ústy)

AA (alergologická anamnéza): neudává

Abúzus (nadměrné užívání): Alkohol - občas pivo, nekouří, káva - třikrát denně, jiné drogy neužívá.

4.3.3 Provedená vyšetření

Pacient se podrobil dominantním vyšetřením mezi které řadíme vyšetření pohledem, rentgenové vyšetření a základní odběr krve.

Pohledem bylo zjištěno amputační drtivé poranění částí ruky.

Druhý den po přijetí (12. června 2008) bylo panu K. provedeno rentgenové vyšetření.

Při příjmu pacienta na oddělení panu K. byla odebrána krev. Výsledky z biochemického, hematologického a hemokoagulačního vyšetření byly bez patologických výchylek.

4.3.4 Příjem pacienta

Pacient byl přijat do ÚCHR a PCH – přízemí (Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie). Pan K. Byl uložen do lůžka, které bylo doplněno závěsem pro zvýšenou polohu poraněné končetiny.

Pacient se seznámil se svým ošetřujícím lékařem a sestrou, s organizací oddělení, se signalizačním zařízením.

4.3.5 Lékařské diagnózy

Amputační drtivé poranění pravé ruky studeným lisem se ztrátou podstatných částí ruky.

Hypertenze

Stav po appendicitis (APPE)

Zvýšená hladina cholesterolu

4.3.6 Fyzikální vyšetření sestrou

Krevní tlak: při přijetí 140/ 90 mm/ Hg aktuální 130/ 70 mm/ Hg

Puls: 90' - zrychlený

Dýchání: 22' - pravidelný

Tělesná teplota: při přijetí 37, 1°C aktuální 36, 6°C

Výška: 170 cm

Hmotnost: 105 kg

BMI (body mass index): 36, 3

Chybějící části těla: poraněná končetina (naprostá devastace celé pravé ruky, včetně zápěstí, ztráty skeletu, prstů a kůže)

Chůze: bez omezení, bez kompenzačních pomůcek

Kůže: normální, kožní turgor v normě

Celkový stav, úprava: pacient je upravený, čistý, pacient dbá o svůj zevnějšek

Riziko dekubitů u pacienta nehrozí. Podle Nortonové vzniká při 25 bodech a méně.

Pan K. má 32 bodů.

Vyšetření hlavy: Zornice jsou izokorické, skléry bílé. Rty jsou souměrné, růžové.

Pacient má svůj vlastní chrup v dobrém stavu. Sliznice a jazyk jsou vlhké. Jazyk se plazí ve střední čáře.

Vyšetření krku: Štítná žláza je nehmatná.

Vyšetření dolních končetin: Dolní končetiny jsou bez otoků

4.4 Ošetřovatelská anamnéza dle M. Gordonová rozpracovaná do NANDA II diagnostických domén

4.4.1 Doména: Podpora zdraví

Pro udržení svého zdravotního stavu se pan K. stará o svůj dům a zahradu. Na svém domě si vše dělá a opravuje sám. Pro svá vnoučata vymýšlí na zahradě zábavné atrakce. Rád zahradničí a stará se o zahradu, převážně o růže. Růže jsou jeho chloubou. Ve volném čase chodí s vnoučaty a s manželkou na procházky do přírody.

Během posledního roku pacient neprodělal žádné vážnější onemocnění. Pouze běžné rýmy a občas kašel.

Přibližně šest let se léčí s vysokým krevním tlakem. Léky bere pravidelně. Doma se každé ráno měří vlastním tonometrem (přístroj k měření krevního tlaku). Pacient chodí k lékaři na pravidelné preventivní prohlídky.

Lékařská doporučení se pan K. snaží dodržovat.

Při vzniku úrazu pacientovi zavolali kolegové lékařskou první pomoc. Lékaři pacienta přivezli na specializované pracoviště. (ÚCHR a PCH)

Ošetřovatelský problém v této doméně není.

4.4.2 Doména: Výživa

Pacient má velice dobrou chuť k jídlu. Nechutenstvím netrpí. V poslední době výrazně nepřibral ani výrazně nezhubl. Pacient je obézní. BMI má 36, 3.

Pan K. má vlastní chrup v pořádku. Normální stravu přijímá per os (ústý). Poruchu polykání nemá. Na obtíže při příjmu potravy si nestěžuje. Pálení žáhy, nauzeu (nevolnost) či zvracení neudává.

Typický denní příjem potravy pacienta se skládá ze snídaně, oběda, odpolední svačiny a večeře. Mezi denními jídly si pacient dá rád ještě něco „na zub“. Rád si dá čokoládu, sušenky, k televizi chipsy.

U pana K. je velice důležité zredukovat hmotnost. Menší tuková vrstva je vhodnější pro našití laloku a následné hojení pravé ruky. Ve velké tukové vrstvě není cévní zásobení, které je důležité pro správné hojení.

Pacient má od začátku hospitalizace naordinovanou nízkocholesterolovou dietu (č. 7). Pan K. je o své dietě poučen. Ví, jaké jsou pro něho vhodné potraviny a naopak, kterým by se měl vyhnout.

Dietní omezení doma žádné neměl. Manželka, která chodí za panem K. uvádí, že se bude po propuštění manžela starat o jeho zdravější stravování a životní styl.

Pacient je schopen se částečně najíst sám. Je nutné mu jídlo přinést ke stolu a nakrájet na menší kusy. Pacient má postiženou svoji dominantní končetinu. Proto jeho sebezpečí při příjmu potravy je omezená.

Pan K. má optimální denní příjem tekutin. Za den vypije přibližně 2- 3 litry. Když je teplo nebo provádí nějakou namáhavou činnost, tak vypije ještě víc. V ÚCHR a PCH má k dispozici dostatečné množství tekutiny (čaj). Manželka mu nosí minerální vody.

Doma si pan K. chodí posedět s přáteli přibližně 2x za týden do oblíbené hospůdky. Tam si dá tak tři piva. Tvrdý alkohol nepije. S manželkou si doma dají příležitostně červené víno. Pan K. říká: „Většinou nám ještě druhá půlka lahvinky zbude na příště. My toho sami se ženou příliš nevypijeme“.

Pocit sucha v ústech pacient neudává. Snaží se pít dostatečné množství tekutin. Kožní turgor má pan K. dobrý. Sliznice jsou bledé.

Stav vlasů u pacienta je dobrý. Nevypadávají mu, lupy nemá.

Nehty na zdravé končetině má na krátko ostříhané, upravené. Nehty jsou dobré.

Ošetřovatelský problém je nadměrná výživa.

4.4.3 Doména: Vylučování a výměna

Pan K. si na problémy s vylučováním moče nestěžuje. Říká: „Když toho vypiji tolik, tak by bylo divné, kdybych nějaké problémy měl.“ Během posledních týdnů nepocituje

pálení či řezání. Pacient je schopen si na toaletu dojít a potřebu vykonat sám. Množství moče je přiměřené. V moči nejsou viditelné příměsi (krev).

Pan K. k urologovi na prohlídky nechodí.

Pacient udává obtíže se stolicí. Stolica je nepravidelná - zácpa. Pan K. chodí na stolicí přibližně jednou až dvakrát za týden. Barva stolice je fyziologická. Pan K. na vyprazdňování neužívá preparáty. Během vyprazdňování si pacient nestěžuje na obtíže.

Pacient momentálně nepociťuje poruchu dýchání. Panu K se dýchá dobře. Občas při námaze pociťuje dušnost. V současné době pacient neudává pocit dušnosti. Pan K. říká: „Když nic nedělám a skoro celý den ležím, tak se zadýchat nemůžu.“ Pacientovi se kyslíková terapie nepodává.

Pokožku má pacient zbarvenou dorůžova. Známky akrální (okrajové) cyanózy (namodralé zbarvení kůže, které je způsobeno nedostatkem kyslíku) nejsou přítomny.

Ošetřovatelský problém je zácpa.

4.4.4 Doména: Aktivita a odpočinek

Pacient si na problémy se spánkem nestěžuje. Večer si před spánkem rád čte historické romány. V noci se nebudí ze spánku. Pan K. neužívá léky na spaní. Přes den pan K. nespí. Dívá se na televizi, čte si, povídá si s pacienty. Po spánku se pacient cítí odpočatý. Rušivé faktory pro spánek pan K. neudává.

Denně doma spí přibližně 6 hodin. V ÚCHR a PCH spí přibližně 8 hodin. Pan K. říká: „Doma spím 6 hodin a chodím do práce a dělám na zahrádce. Tady spím delší dobu, namáhavou činnost nedělám a skoro celý den ležím v posteli, tak unavený být nemůžu. Až na tu ruku si tady připadám jak na dovolené.“

Domácí aktivity pan K. zvládal před úrazem sám. Nyní bude potřebovat pomoc manželky. Již v ÚCHR a PCH se pacient snaží obsloužit sám.

Pan K. samostatně provádí své tělesné aktivity. Pacient má neomezený pohybový režim. S manželkou se při každé návštěvě procházejí po areálu ÚCHR a PCH.

Koordinace pacienta je dobrá.

Panu K. v důsledku úrazu chybí na pravé ruce zcela druhý (ukazovák) a třetí (prostředník) prst. Palec chybí částečně. Čtvrtý a pátý prst je v pořádku. Kompenzační pomůcky pan K. nepoužívá. Základní obsluhu zvládá s pomocí. Snaží se však, aby byl co nejschopnější. Aby se o sebe doma dokázal postarat, aby manželku stále s něčím neobtěžoval. Pohybový režim pana K. je neomezený. Při návštěvě manželky nebo

jiných známých společně chodí po parku v areálu ÚCHR a PCH na procházky. O svém pohybovém režimu je poučen.

Pan K. v současném stavu nepocítuje dostatek síly a životní energie. Říká: „Když přijdete náhle o syna, pak přijdete během chvíle o kus ruky, tak to není na optimismus. Ale chce to čas a zase to půjde.“ Pan K. se mi jeví jako člověk, který se snaží nad svůj současný stav povznést. Nedává své pocity příliš najevo. Snaží se být optimista a příjemný společník pro ostatní pacienty.

Pan K. si na únavu nestěžuje. Říká, že tady spí déle než doma.

Pan K. pravidelně nesportuje. Stará se o svoji zahrádku, s manželkou a vnoučaty chodí na procházky. Občas vezme vnoučata na výlet na kolech nebo jdou společně plavat.

Úroveň soběstačnosti u pana K. hodnotím pomocí testu soběstačnosti číslem 2 (pacient potřebuje menší pomoc, dohled, radu). (Číslo 0 - pacient nepotřebuje pomoc, číslo 5 - absolutní deficit sebepečce, potřeba úplné pomoci, pacient není schopen pomáhat).

Ošetřovatelský problém je deficit sebepečce při oblékání, deficit sebepečce při koupání a hygieně.

4.4.5 Doména: Vnímání - poznávání

Pacientova pozornost je úmyslná i neúmyslná. Pan K. na mě nepůsobí roztržitě. Pacient je plně orientován místem, časem, osobou, vědomí je jasné.

Pan K. si na problémy se sluchem nestěžuje. Sluch je v pořádku, pacient slyší dobře. Kompenzační pomůcky nepoužívá.

Pacient má problémy s viděním na blízko. Pan K. používá kompenzační pomůcku - brýle na blízko. Používání čoček panu K. nevyhovuje.

Pacientova paměť je neporušená. Věci nezapomíná.

Styl učení je jak logický tak i mechanický.

Řeč pana K. je plynulá, srozumitelná. Pacient udržuje rád kontakt otevřený. Mluvenému slovu rozumí.

Pan K. si nestěžuje na nedostatek informací o svém zdravotním stavu. Udává, že lékaři i zdravotnický personál mu ochotně odpoví na vše a trpělivě vysvětlí průběh následující léčby.

Ošetřovatelský problém v této doméně není.

4.4.6 Doména: Vnímání - Sebe sama

Pacient si myslí, že býval optimista. Ale v současné době se cítí pesimisticky. Myslí si, že kdyby se mu přihodil pouze úraz a nepostihlo ho úmrtí syna, tak by vše snášel lépe. Zdá se mi, že pan K. se snaží vše zvládnout. Plně si důvěřuje. Věří, že svůj zdravotní stav zvládne a zase bude s manželkou poklidně žít.

Pacient nedokáže říci na co talent má a na co ne. Jinak si o sobě myslí, že je zručný v zaměstnání a v pracích v domácnosti - převážně v péči o zahradu.

Pan K. má strach z budoucnosti. Obává se, zda bude schopný se sám obsloužit, zda se bude dále moci věnovat své zahradě, která ho těší a je jeho chloubou.

Hněv pan K. neudává. Nemá se prý na koho hněvat. Za svůj úraz viní sebe a říká: „Stalo se a je pozdě říkat, že jsem to neměl dělat. Je už pozdě plakat nad rozlitym mlékem.“

Zlost mívá občas sám na sebe.

Smutek pacient nepocítuje.

Pan K. bývá občas nervózní ve svém zaměstnání. Stres a nervozitu ze zaměstnání mu pomáhají zvládat vnoučata. S těmi prý myslí na něco jiného, než na problémy v zaměstnání.

Se svým vzhledem je pan K. spokojený. Říká: „Tak tohle vůbec neřeším.“

Ošetrovatelský problém v této doméně není.

4.4.7 Doména: Vztahy

Pacientova rodina pana K. po úraze podporuje. Snaží se s lékaři ÚCHR a PCH spolupracovat a pomáhat jim v léčbě.

Pan K. bydlí v rodinném domě s manželkou, vnoučaty a se snachou. Dříve s nimi bydlel syn. V domě společně žije 6 osob. Rodina funguje dobře a pro pana K. Je velkou hodnotou.

Celá rodina mívá běžné i závažnější problémy. Všechny problémy se snaží rodina řešit společně a vzájemně se v řešení problémů podporují. Většinou své problémy řeší tím, že o nich mluví a hledají jejich nejvhodnější řešení.

Pacient je v současné době v pracovní neschopnosti. Pracuje ve strojírenské společnosti v Jilemnici jako dělník (obsluha strojů a zařízení). Pan K. si myslí, že se do práce již nevrátí.

Pan K. je člověk, který má rád společnost. Kontakty se svými kamarády rád vyhledává. Pan K. měl strach, že v ÚCHR a PCH bude sám a jednou za čas za ním přijede manželka. Manželka pana K. za ním do Vysokého nad Jizerou jezdí denně. Příbuzní a známí za ním jezdí o víkendech. Pacient tak má stálý kontakt se svými přáteli. Rodina má o pacienta zájem, je mu velkou oporou. V ÚCHR a PCH se seznamuje s ostatními pacienty z celé republiky. K veškerému personálu a ostatním pacientům se pan K. chová velice přátelsky.

Pan K. je se svým zaměstnáním velice spokojený.

Ošetrovatelský problém v této doméně není.

4.4.8 Doména: Sexualita

Pacient neudává obtíže s prostatou. Urologa nenavštěvuje.

Ošetrovatelský problém v této doméně není.

4.4.9 Doména: Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu

Pacient momentálně udává strach, co bude s ním, s jeho manželkou. Bojí se, že přijde o práci kvůli úrazu. Ještě se stále nesmířil s tím, že mu zahynul syn při autonehodě. Bojí se, že manželce v budoucnu příliš nepomůže a zůstane jí jako zátěž. Jako největší svůj současný problém udává strach z budoucnosti.

Pacient si na cizí prostředí zvyká dobře. Nějakou chvíli trvalo, než si pan K. zvykl na nemocniční prostředí. Jakmile pacient poznal chod oddělení, přizpůsobil se novému nemocničnímu režimu. Pacienti na pokoji panu K. mu pomohli v „rozkoukání se“.

Pan K. napětí zažívá zřídka. Napětí vyvolává většinou shon v zaměstnání. Napětí pomáhá panu K. snižovat posezení s přáteli, s rodinou nebo relaxace na zahrádce. Napětí snáší různě. Záleží na okolních situacích, na současném psychickém stavu. Je-li pacient v dobrém psychickém stavu, v rodině je vše v pořádku, tak své napětí v zaměstnání zvládne vyřešit sám. Jinak mu pomáhá manželka vyrovnávat se s napětím. Proto je i u pana K. individuální délka vyrovnání.

Stresové situace zvládá sám, ale i s podporou rodiny. Pan K. říká: „Když zemřel syn, tak jsem to zvládl jen díky své rodině. Bolelo nás to všechny stejně, pro všechny to byla veliká ztráta, ale nemohli jsme to vzdát už kvůli vnoučatům. Proto jsme se vzájemně podporovali.“

Pan K. jako důležité změny v posledních dvou letech uvedl ztrátu syna, úraz ruky a narození vnučky (dceři).

Ošetrovatelský problém je strach.

4.4.10 Doména: Životní princip

O náboženské víře pan K. příliš nepřemýšlel. Přemýšlel o tom pouze v době úmrtí syna, kdy přemýšlel, proč mladý muž musel zemřít. Jinak pan K. je ateista. Víra při pobytu v ÚCHR a PCH pro pana K. není důležitá. Pacient nemá potřebu návštěvy duchovního či návštěvy nemocniční kaple.

Pan K. určil pořadí hodnot. Na prvním místě určil zdraví své i rodiny a rodinu, dále je důležité pro pacienta mít zaměstnání, peníze, záliby, cestování a v neposlední řadě i ta víra v uzdravení. Pan K. říká: „I když v nic nevěřím, tak v navrácení zdraví věřím.“

Ošetrovatelský problém v této doméně není.

4.4.11 Doména: Bezpečnost - ochrana

U pana K. je potencionální vznik infekce. Pacient má zavedenou periferní žilní kanylu na levé horní končetině.

Pan K. neudává známky, které by byly projevem porušené ústní sliznice.

Tkáňová integrita u pacienta je porušena. Na pravé horní končetině - naprostá devastace celé pravé ruky, ztráta skeletu, prstů a kůže.

Pacient problémy s chrupem neudává. Na preventivní prohlídky k zubnímu lékaři chodí pravidelně 2x do roka. Chrup má pan K. vlastní, v pořádku.

Riziko pádu u pana K. nehrozí. Riziko pádu hrozí, když je skóre vyšší než 3. Pan K. má skóre 1.

Pacient v alergologické anamnéze neudal alergie. Proto u pana K. alergická reakce nehrozí.

Tělesná teplota pana K. je v normě. Při příjmu měl tělesnou teplotu 37, 1°C. Současná tělesná teplota je 36, 6°C.

Ošetrovatelský problém je riziko infekce, porušená tkáňová integrita.

4.4.12 Doména: Komfort

Pacient v současné době akutní ani chronickou bolest neudává. Panu K. se analgetika (léky proti bolesti) nepodávají.

Pan K. během hospitalizace pocítuje pocit nevolnosti. Pocit nevolnost je způsoben zácpou. Po vyprázdnění se panu K. uleví. Za celou dobu hospitalizace pan K. nezvracel.

Pacient si na pocit osamění nestěžuje. Je spokojený. Manželka za panem K. jezdí každý den na návštěvu. O víkendu ho navštěvuje dcera, snacha a vnoučata. Když má pan K. dlouhou chvíli, tak na pokoji hraje se svými spolupacienty společenské hry, nebo se dívá na televizi. Také velice rád čte historické romány, které mu manželka stále nosí. Rád se také prochází po areálu ÚCHR a PCH . V parku si sedá na lavičku do stínu a vyhlíží svoji paní.

Ošetřovatelský problém v této doméně není.

4.4.13 Doména: Růst /Vývoj

Pacient prospívá dobře.

Mezi chronické problémy patří hypertenze (vysoký krevní tlak) pacienta.

Panu K. byl vysoký krevní tlak zachycen v roce 2003 Pan K. pravidelně užívá léky, navštěvuje svého lékaře. Doma si měří vlastním tonometrem (přístroj na měření krevního tlaku). Krevní tlak má kompenzovaný, panu K. nezpůsobuje problémy.

Od pana K. se mi informace sbíraly dobře. Pacient se mnou spolupracoval, ochotně mi odpovídal na otázky.

Ošetřovatelský problém v této doméně není.

4.5 Přehled ošetřovatelských diagnóz

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

00148 Strach z budoucnosti, z důvodu nezvratného poranění horní končetiny projevující se upozorňováním na strach, vyhledáváním kontaktu se zdravotníky.

00044 Porušená tkáňová integrita z důvodu traumatu ruky pravé horní končetiny projevující se ránou, poraněním hlubokých tkáňových struktur a chybějící částí pravé horní končetiny.

00108 a 00109 Deficit sebepěče při koupání a hygieně, deficit sebepěče při oblékání a úpravě zevnějšku z důvodu poraněné horní končetiny, projevující se neschopností obléci si např. košile, neschopností provést hygienu, verbálním upozorňováním na deficit, číslem 2 v testu soběstačnosti.

00011 Zácpa z důvodu snížené motility střev, projevující se tlakem v podbřišku, pocitem nevolnosti, nepravidelným vyprazdňováním jednou až dvakrát za týden.

00001 Nadměrná výživa z důvodu zvýšeného příjmu potravy, projevující se BMI 36,3.

Potencionální ošetřovatelské diagnózy:

00004 Riziko infekce z důvodu zavedené periferní žilní kanyly na levé horní končetině.

4.6 Ošetřovatelské diagnózy

00148 Strach z budoucnosti, z důvodu nezvratného poranění horní končetiny projevující se upozorňováním na strach, vyhledáváním kontaktu se zdravotníky.

Cíl:

Pacient nepocítuje strach.

Priorita:

Střední.

Výsledná kritéria:

1. Pacient zná relaxační techniky do 4 hodin
2. Pacient se cítí uvolněně do 24 hodin
3. Pacient konzultuje s psychologem do 2 dnů
4. Pacient mluví o svém strachu do 2 dnů

Plán intervencí:

1. Zajisti pacientovi aktivity během dne - sestra
2. Během dne si popovídej s pacientem o jeho problémech - sestra
3. Zajisti pacientovi kontakt s psychologem - sestra - do 4 hodin
4. Pouč pacienta o možnostech relaxačních technik – sestra do 3 hodin
5. Umožni pacientovi kontakt s rodinou - sestra - vždy
6. Empaticky přistupuj k pacientovi - sestra - vždy
7. Ochoťně odpovídej na otázky pacienta - sestra – vždy

Realizace:

U pacienta byl zjištěn důvod strachu. O strachu z budoucnosti a jiných pacientových problémech se mluvilo. Pacientově rodině se umožnil každodenní kontakt.

Hodnocení:

Pacient udává částečné zmírnění strachu. Zajímá se více o další průběh své léčby. Snaží se lépe zvládat svůj strach. Přemýšlí nad řešením celé situace. Kontakt s psychologem pacient nevyžadoval, s pomocí rodiny zvládá řešení celé situace. Při

spolupráci pacienta a jeho rodiny je velký předpoklad ve zvládnutí tohoto ošetrovatelského problému. Doporučuji nadále pokračovat v daných intervencích.

00044 Porušená tkáňová integrita z důvodu traumatu ruky pravé horní končetiny projevující se ránou, poraněním hlubokých tkáňových struktur a chybějící částí pravé horní končetiny.

Cíl:

Pacient má hojení tkáňové integrity bez komplikací.

Priorita:

Střední

Výsledná kritéria:

1. Pacient zná možnosti léčby porušené tkáňové integrity do 2 hodin.
2. Pacient zná a umí vyjmenovat možné komplikace procesu hojení do 4 hodin
3. Pacient podstupuje převazy poraněné končetiny dle ordinace lékaře
4. Pacient aktivně spolupracuje na léčbě do 4 hodin.
5. Pacient jeví známky hojení per primam do týdne

Intervence:

1. Zajisti pacientovi dostatečné informace o možnostech léčby – sestra – do 2 hodin
2. Vysvětlí pacientovi veškeré jeho dotazy – sestra – vždy
3. Přístupuj k pacientovi empaticky – sestra – vždy
4. Dodržuj při převazech aseptické podmínky vždy – sestra
5. Vysvětlí pacientovi možné komplikace do 4 hodin sestra
6. Nauč pacienta zachovávat zvýšenou hygienu do 4 hodin sestra

Realizace:

U pacienta se prováděly převazy v celkové anestezii. Pacientovi byly vysvětleny možnosti léčby (laloky). Pochopil význam dodržování zvýšené hygieny a sám ji prováděl.

Hodnocení: U pacienta docházelo k postupnému hojení hlubších tkáňových struktur bez komplikací.

00108 a 00109 Deficit sebezpečí při koupání a hygieně, deficit sebezpečí při oblékání a úpravě zevnějšku z důvodu poraněné horní končetiny, projevující se neschopností obléci si např. košile, neschopností provést hygienu, verbálními upozorňováními na deficit, číslem 2 v testu soběstačnosti.

Cíl:

Pacient má zachovanou sebezpečí při koupání, hygieně, oblékání a úpravě zevnějšku v maximální možné míře.

Priorita:

Střední.

Výsledná kritéria:

1. Pacient se myje s pomocí do 2 dnů
2. Pacient se aktivně obléká do 2 dnů
3. Pacient se adekvátně obléká do 2 dnů
4. Pacient se obléká sám do konce hospitalizace
5. Pacient provádí samostatně osobní hygienu do konce hospitalizace
6. Pacient neudává problém do konce hospitalizace

Intervence:

1. Procvičuj motoriku ruky na zdravé končetině – sestra – během dne
2. Vysvětli pacientovi zásady oblékání při poranění – sestra – během dne
3. Procvičuj během dne s pacientem oblékání – sestra
4. Pomoz při oblékání pacienta – sestra
5. Při hygieně dej poraněnou končetinu do nepromokavého obalu (např. igelit) – sestra
6. Pouč pacienta o vhodných oděvech (triko, kalhoty na gumu) – sestra- ihned
7. Dbej, aby se pacient snažil oblékat sám - sestra - vždy
8. Empaticky přistupuj k pacientovi - sestra - vždy
9. Přistupuj k pacientovi trpělivě při nácviku oblékání - sestra – vždy
10. Pomoz pacientovi s hygienou – sestra – vždy
11. Dohlížej na hygienu pacienta – sestra - vždy
12. Trpělivě s pacientem nacvičuj hygienické návyky – sestra – vždy

13. Doporuč pacientovi používání vany – sestra – do 3 hodin
14. Zajisti kontakt s rehabilitačním pracovníkem – sestra – do 3 hodin
15. Zapoj rodinu do aktivizace pacienta – sestra – při každé návštěvě rodiny

Realizace:

U pacienta byli zhodnoceny nedostatky při koupání, hygieně, oblékání a úpravě zevnějšku. Průběžně se pacient povzbuzoval k provádění samostatnějším činnostem. Pacientovi i jeho rodině bylo doporučeno používání vhodnějšího oblečení (volná trika s krátkým rukávem, kalhoty v pase do gumy, nazouvací boty, sandále na suchý zip atd.). Pacientovi bylo k provedení osobní hygieny doporučeno používání vany.

Hodnocení:

V oblékání a úpravě zevnějšku prokazuje zlepšení. Zlepšení se také prokazuje v provádění osobní hygieny. Pacient již zvládá bez pomoci zdravotnického personálu provést celou svoji osobní hygienu. Pacient se dokáže bez pomoci zdravotnického personálu sám obléci a upravit se. V uvedených intervencích bych přesto doporučovala dále pokračovat, aby si pacient činnosti dostatečně osvojil. Převážně ve spolupráci s rehabilitačním pracovníkem. Po opakování testu soběstačnosti hodnotím číslem 1 (pacient potřebuje minimální pomoc).

00011 Zácpa z důvodu snížené motility střev, projevující se tlakem v podbřišku, pocitem nevolnosti, nepravidelným vyprazdňováním jednou až dvakrát za týden.

Cíl:

Pacient má pravidelné vyprazdňování.

Priorita:

Střední

Výsledná kritéria:

1. Pacient zná, které potraviny jsou vhodné do 2 hodin
2. Pacient používá vhodné tekutiny do 12 hodin
3. Pacient nepocítuje tlak v podbřišku do 24 hodin
4. Pacient nepocítuje nevolnost do 24 hodin

Intervence:

1. Během dne sleduj celkový stav pacienta - sestra
2. Pacientovi podávej během dne dostatečné množství tekutin - sestra
3. Během dne kontroluj pitný režim pacienta - sestra
4. Dbej o vyváženou stravu pacienta (vláknina) během dne - sestra
5. Prováděj pacientovi masáže břicha během dne - sestra
6. Nacvič s pacientem vyprazdňovací reflex – sestra – do 3 dnů
7. Zjisti pacientovi vyprazdňovací návyky – sestra - do 2 hodin
8. Informuj pacienta o vhodných potravinách – sestra – do 2 hodin
9. Informuj pacienta o používání vhodných tekutin – sestra – do 2 hodin
10. Umožni pacientovi provést své vyprazdňovací návyky – sestra – vždy

Realizace:

U pacienta byl zjištěn problém s vyprazdňováním. Doporučilo se pacientovi, aby zvýšil denní příjem tekutin. Také se pacientovi doporučilo, aby přijímal více zeleniny a ovoce. S pacientem byl nacvičen vyprazdňovací reflex. Pacient si prováděl masáže břicha.

Hodnocení:

Pacient udává zlepšení ve svém vyprazdňování. Stolicí má jednou za dva dny. Doporučovala bych pokračovat v provádění intervencí, aby si pacient osvojil vyprazdňovací návyky a předcházelo se tomuto problému.

00001 Nadměrná výživa z důvodu zvýšeného příjmu potravy a snížené pohybové aktivity, projevující se BMI- 36, 3.

Cíl:

Pacient má fyziologickou hmotnost ke své konstituci

Priorita:

Střední.

Výsledná kritéria:

1. Pacient chápe důvody obezity do 2 hodin
2. Pacient zná zásady správné výživy do 2 hodin
3. Pacient chce snížit svoji váhu do 4 hodin
4. Pacient spolupracuje na redukčním režimu do 24 hodin
5. Pacient zredukuje svoji váhu o 0.5 kg za týden

Intervence:

1. Doporuč pacientovi vhodný pohyb a cvičení – sestra - během dne
2. Podej pacientovi dostatek informací o správném životním stylu – sestra - vždy
3. Empaticky odpovídej na dotazy pacienta - sestra – vždy
4. Optimisticky povzbuzuj pacienta při snižování váhy – sestra – vždy
5. Pouč pacienta o zdravotních rizicích plynoucích z obezity - sestra do 2 hodin
6. Pouč pacienta o zásadách správné výživy – sestra – do 2 hodin
7. Doporuč pacientovi vhodnou dietu – sestra - do 2 hodin
8. Doporuč schůzku s dietní sestrou – sestra - do 2 hodin
9. Vysvětli pacientovi nutnost zařazení do jídelníčku ovoce a zeleninu – sestra – do 2 hodin
10. Poskytni pacientovi i jeho rodině příslušnou literaturu – letáky o správné výživě – sestra – při návštěvě rodiny

Realizace:

U pacienta byly zjištěny nedostatky v oblasti výživy. Pacientovi bylo doporučeno snížit svoji hmotnost. Pacientovi i jeho rodině byly poskytnuty informace o úpravě jídelníčku pomocí různých brožur. Pacient se průběžně povzbuzoval.

Hodnocení:

Na konci měsíce pacient zhubl tři kg. Pacient jevil snahu dále hubnout. Během hospitalizace spolupracoval na úpravě jídelníčku. Osvojoval si správné stravovací návyky. Při další spolupráci s pacientem bude předpoklad pro další úbytek na váze. Doporučovala bych pokračovat v ošetrovatelských intervencích.

00004 Riziko infekce z důvodu zavedené periferní žilní kanyly na levé horní končetině.

Cíl:

Pacient nejeví známky infekce.

Priorita:

Nízká.

Intervence:

1. Kontroluj místo zavedení periferní žilní kanyly - sestra - vždy
2. Sleduj průchodnost a funkčnost periferní žilní kanyly - sestra - vždy
3. Pečuj o zavedenou periferní žilní kanylu -sestra – vždy
4. Sleduj projevy infekce - sestra - vždy
5. Dodržuj aseptické postupy při zavádění periferní žilní kanyly - sestra
6. Dodržuj aseptické postupy při manipulaci periferní žilní kanyly - sestra
7. Informuj pacienta o projevech zánětu - sestra - ihned
8. Při změnách informuj lékaře - sestra
9. Podle potřeby zaveď znovu periferní žilní kanylu – sestra
10. Po třech dnech zaveď novou periferní žilní kanylu na jiné místo - sestra

Realizace:

U pacienta byly provedeny všechny intervence. Pacient byl poučen o projevech infekce.

Hodnocení:

Pacient nejeví známky infekce. Doporučovala bych pokračovat v ošetrovatelských intervencích po celou dobu hospitalizace.

Závěr

Jako cíl práce jsem si stanovila poukázat na problematiku úrazu ruky a seznámit čtenáře s možnostmi léčby pacientů po úrazu.

Zaměřila jsem se na řešení postižení ruky. Studovala jsem odbornou literaturu. Poznatky jsem čerpala z praxe při práci na lůžkovém i ambulantním oddělení v Ústavu chirurgie ruky a plastické chirurgii. Zde jsem se seznámila i s panem K., který se tu léčil po úrazu. Trávili jsme spolu spoustu času. Svěřoval se mi se svými problémy a starostmi. Společně jsme se snažili hledat řešení. Některé problémy jsem mu pomohla vyřešit.

V bakalářské práci uvádím jen základní postupy a řešení a byla bych ráda, kdyby v ní studenti a začínající zdravotníci našli informace, které použijí při svém studiu.

Potěšilo by mně, kdyby tady našli odpovědi na své otázky také pacienti s podobným postižením.

Seznam literatury

DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie*. Olomouc : Epava, 2000. ISBN 80-86297-05-5.

ELIŠKOVÁ, Miloslava; NAŇKA, Ondřej. *Přehled anatomie*. Praha : Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1216.

FERKO, A. a kol. *Chirurgie v kostce*. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0230-4.

MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3.

POKORNÝ, Vladimír. *Traumatologie*. Praha : Triton, 2002. ISBN 80-7254-277-X.

SMRČKA, V.; DYLEVSKÝ, I.; MAŘÍK, I. *Extenzory ruky*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1998. ISBN 80-7013-260-4.

SMRČKA, Václav; DYLEVSKÝ, Ivan. *Flexory ruky*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. ISBN 80-7013-280-9.

STOCKAROVÁ, Dagmar. *Chirurgické způsoby náhrad defektů měkkých tkání*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1994.

STRYJA, Jan. *Repetitorium hojení ran*. Semily : Geum, 2008. ISBN 978-80-86256-60-3.

VOKURKA, Martin, HUGO, Jan. *Praktický slovník medicín*. Praha : Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-123-3.

KAŠPAROVÁ, Lenka; NOVOTNÁ, Hana. *Pharmindex brevif*. Praha : MediMedia, 2005. ISBN 80-86336-06-9.

ČASOPIS SESTRA, MIMOŘÁDNÁ PŘÍLOHA; 2004 číslo 3. Praha : Sanoma
Magazines Praha. ISSN 1210-0404.

Seznam příloh

- Příloha č. 1 - Ztrátové poranění - ztráta ukazováku před a po operaci
- Příloha č. 2 - Ztrátové poranění palce a ukazováku před a po operaci
- Příloha č. 3 - Poranění okružní pilou před a po operaci
- Příloha č. 4 – Cross - Finger Flap
- Příloha č. 5 - Tubulovaný jednostopkový lalok z podbřišku
- Příloha č. 6 - Laloky po odpojení - před modelací
- Příloha č. 7 - Závěs horní končetiny
- Příloha č. 8 - Motodlaha
- Příloha č. 9 - Lymfoven
- Příloha č. 10 - Poloha poraněné končetiny (tzv. „ vsocký pozdrav“)
- Příloha č. 11 – Dorzo (hřbet) pana K.
- Příloha č. 12 - Zbývající části pravé ruky
- Příloha č. 13 - Dorzo (hřbet) pravé ruky
- Příloha č. 14 - Fixace čtvrtého a pátého prstu
- Příloha č. 15 - Fixace čtvrtého a pátého prstu
- Příloha č. 16 - Rentgenový snímek poraněné ruky
- Příloha č. 17 - Poraněná končetina s prsty
- Příloha č. 18 - Poraněná ruka po první operaci - dlaň
- Příloha č. 19 - Poraněná ruka po operaci - hřbet



Příloha č. 1 - Ztrátová poranění- ztráta ukazováku před a po operaci



Příloha č. 2 - Ztrátové poranění palce a ukazováku před a po operaci



Příloha č. 3 - Poranění okružní pilou před a po operaci



Příloha č. 4 - Cross- Finger Flap



Příloha č. 5 - Tubulovaný jednostopkový lalok z podbřišku



Příloha č. 6 - Laloky po odpojení- před modelací



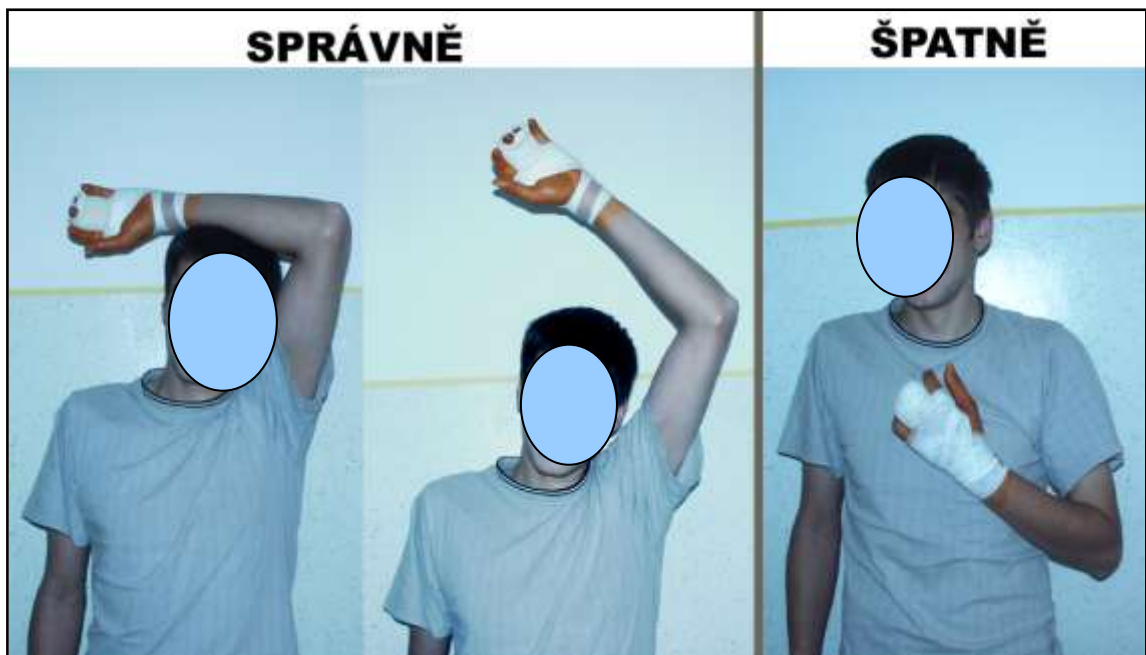
Příloha č. 7 - Závěs horní končetiny



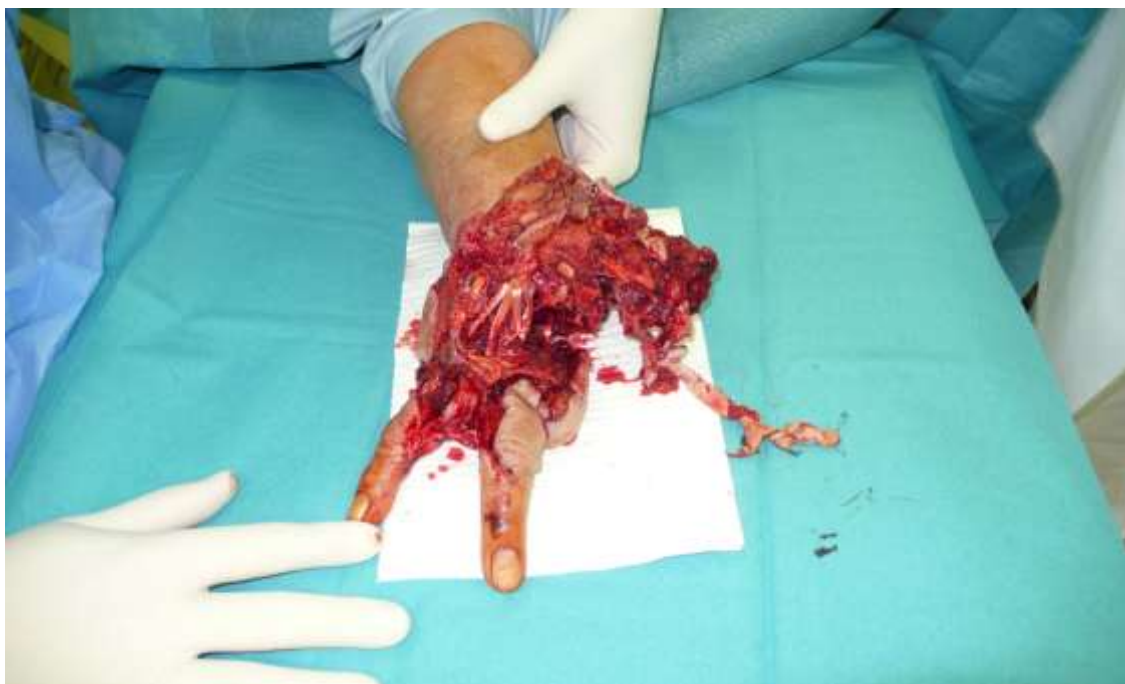
Příloha č. 8 - Motodlaha



Příloha č. 9 - Lymfoven



Příloha č. 10 - Poloha poraněné končetiny (tzv. „ vysoký pozdrav“)



Příloha č. 11 – Dorzo (hřbet) pana K.



Příloha č. 12 - Zbývající části pravé ruky



Příloha č. 13 – Dorzo (hřbet) pravé ruky



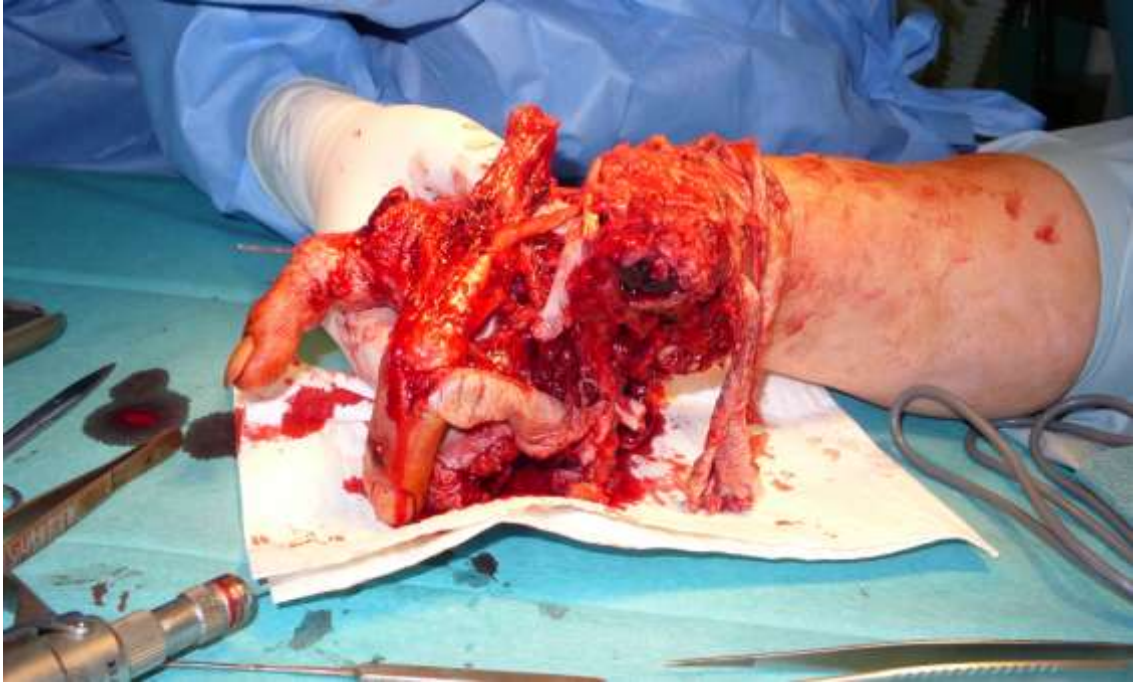
Příloha č. 14 - Fixace čtvrtého a pátého prstu



Příloha č. 15 - Fixace čtvrtého a pátého prstu



Příloha č. 16 - Rentgenový snímek poraněné ruky



Příloha č. 17 - Poraněná končetina s prsty



Příloha č. 18 - Poraněná ruka po první operaci - dlaň



Příloha č. 19 - Poraněná ruka po operaci - hřbet