

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2012**

**Zuzana Kuraňková**

**Prohlášení:**

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

V Plzni dne 14. března 2012

.....  
vlastnoruční podpis

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji paní Mgr. Berkové, vrchní sestře Neurochirurgického oddělení Fakultní nemocnice Lochotín v Plzni, za vedení mé bakalářské práce a především za její laskavý a trpělivý přístup ke mně.

Také bych chtěla poděkovat samotným nemocným za poskytnutí informací a spolupráci.

## **OBSAH**

Úvod.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 Chirurgická problematika orofaciální oblasti .....	11
1.1 Chirurgie .....	11
1.1.1 Historie chirurgie.....	11
1.1.2 Traumatologie .....	11
1.1.3 Historie české orální a maxilofaciální chirurgie.....	12
1.1.4 Současnost maxilofaciální chirurgie.....	13
1.1.5 Pracoviště maxilofaciální chirurgie.....	13
1.2 Chirurgická anatomie orofaciální oblasti .....	15
1.2.1 Horní třetina obličeje .....	15
1.2.2 Střední třetina obličeje.....	15
1.2.3 Dolní třetina obličeje .....	15
1.3 Cévní a lymfatické zásobení .....	16
1.4 Inervace orofaciální oblasti .....	16
2 Rány .....	17
2.1 Druhy ran .....	17
2.1.1 Poranění ostrými nástroji.....	17
2.1.2 Poranění tupými nástroji.....	17
2.1.3 Zlomeniny.....	18
2.1.4 Poranění chrupem.....	18
2.1.5 Poranění střelou .....	19
2.1.6 Poranění účinkem vysoké teploty.....	19
2.1.7 Poranění účinkem nízké teploty .....	20
2.1.8 Poranění elektrickým proudem.....	20
2.2 Vlastnosti ran .....	20

2.2.1 Vztah k infekci .....	20
2.2.2 Vztah ke krvácení .....	20
3 Etiologie a epidemiologie úrazů obličeje.....	21
4 Příznaky poranění orofaciální oblasti .....	21
5 Diagnostika traumat v orofaciální oblasti.....	22
6 Obecné zásady první lékařské pomoci.....	22
7 Léčba nejčastějších poranění orofaciální oblasti .....	23
7.1 Zlomeniny dolní čelisti .....	23
7.2 Zlomeniny střední etáže .....	23
7.3 Zlomeniny lící kosti .....	23
7.4 Zlomeniny spodiny očníce .....	23
7.5 Zlomeniny nazomaxilárního komplexu .....	24
8 Poranění měkkých tkání obličeje .....	24
9 Dentální traumatologie .....	24
9.1 Přehled následků úrazů zubů.....	25
10 Poranění čelistního kloubu.....	25
11 Péče o pacienta s chirurgickou léčbou traumat v orofaciální oblasti.....	26
11.1 Předoperační příprava .....	26
11.1.1 Dlouhodobá předoperační příprava .....	26
11.1.2 Krátkodobá předoperační péče .....	26
11.1.3 Bezprostřední předoperační příprava .....	27
11.2 Pooperační péče po výkonu v orofaciální oblasti .....	28
12 Způsoby a formy speciální výživy u pacientů po chirurgických zákrocích v orofaciální oblasti .....	29

II PRAKTICKÁ ČÁST.....	31
13 Koncepční model Marjory Gordon.....	32
13.1 Ošetřování klienta s traumatem v orofaciální oblasti, kazuistika číslo jedna .....	34
13.1.1 Shromažďování údajů v oblasti uspokojování potřeb u klienta číslo jedna .	38
13.1.2 Ošetřovatelský plán číslo jedna .....	43
13.1.4 Hodnocení efektivity péče k plánu číslo jedna.....	53
13.2 Ošetřování klienta s traumatem v orofaciální oblasti, kazuistika číslo dvě .....	58
13.2 Shromažďování údajů v oblasti uspokojování potřeb u klienta číslo dvě.....	63
13.2.2 Ošetřovatelský plán číslo dvě .....	68
13.2.3 Hodnocení efektivity péče k plánu číslo dvě.....	74
14 Diskuse.....	80
Závěr .....	85

SEZNAM OBRÁZKŮ

SEZNAM CIZÍCH SLOV

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM LITERATURY

## ANOTACE ČESKY

Bakalářská práce na téma Ošetřovatelská péče o klienta s traumatem v orofaciální oblasti se zabývá problematikou ošetřování nemocných po úrazech v oblasti úst a obličeje. Teoretická část této práce obsahuje informace, které jsou pro všeobecnou sestru důležité k poznání specifčnosti ošetřování osob s tímto druhem poranění. A k porozumění potřeb, které je nutno saturovat, pro pochopení úkonů vedoucích k naprosté rovnováze bio-psycho-sociální a spirituální osobnosti jedince.

V druhé části bakalářské práce se věnuji aplikaci teoretických znalostí v praxi. Účelově si vybírám 2 klienty s tímto druhem traumatu a individuálně stanovuji ošetřovatelské problémy a na základě intervencí se je snažím řešit a poté hodnotím, zda ohnisko zásahu bylo zvoleno správně a problém byl zvládnut díky ošetřovatelskému procesu.

V samotném závěru poukazuji na důležité postavení všeobecné sestry v procesu prevence, diagnostiky i léčby poranění orofaciální oblasti. Nastiňuji řešení pro zlepšení praxe. Také zdůrazňuji důležitost znalosti specifik, které obnáší péče o klienta s traumatem v orofaciální oblasti a které by měla všeobecná sestra bezesporu znát a využívat v praxi.

Toto téma jsem si zvolila proto, že mám zájem v budoucnu pracovat na oddělení traumatologie.

## **ENGLISH ANNOTATION**

Bachelor thesis on nursing care for clients with trauma in the orofacial area deals with the care of patients after injuries in the mouth and face. The theoretical part of this work contains information that is relevant to general nurse to know specificity of treating people with this type of injury. And understanding needs to be saturated, for understanding the actions leading to a complete balance of bio-psycho-social and spiritual personality of the individual.

In the second part of the thesis is devoted to the application of theoretical knowledge in practice. Assigned I choose 2 clients with this type of trauma and the individual sets of nursing problems and interventions are based on trying to solve them and then are whether the focus of intervention was chosen correctly and the problem was handled through the nursing process.

At the very end point to the importance of general nurses in the process of prevention, diagnosis and treatment of injuries of the orofacial region. And outlines solutions to improve practice. Also emphasize the importance of specific knowledge, which involves caring for clients with trauma in the orofacial area and that should definitely know the general nurse and used in practice.

The theme I chose from the interest in future work at the Department of Traumatology.



## **CÍL PRÁCE**

1. Porozumět problematice orofaciální traumatologie.
2. Zjistit potřeby klienta s traumatem v orofaciální oblasti, jejichž saturace může být vlivem tohoto druhu úrazu ohrožena.
3. Zjistit specifika ošetřování klientů s tímto druhem poranění.
4. Hledat řešení, která by vedla ke zlepšení ošetřovatelské péče o tyto klienty.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Orofaciální oblast, trauma, ošetřovatelský proces, kvalita života

## ÚVOD

Obličej má pro každého člověka velký význam. Obnova jeho poruch a funkcí vede k obnově mechanického charakteru souvisejícího s úpravou fyziologických pochodů dýchání a trávicího ústrojí, fonace a senzitivních funkcí, ale i k obnově estetické funkce, která má nemalý význam pro komunikaci člověka s jeho okolím. Při kombinovaných poraněních obličej se spolupracuje maxilofaciální chirurg s ostatními medicínskými obory (ORL, neurochirurgie, oční, anesteziologie a resuscitace). (16)

Poranění obličej patří mezi velmi časté úrazy. Vzhledem k tomu, že obličej patří mezi velmi exponované části těla, každá změna na obličej působí zpětně i na psychiku podstatně více než změny na ostatních částech těla. V lokalitě obličej se nacházejí vedle vstupu do dýchacího a zažívacího ústrojí i důležité smyslové orgány jako jsou zrak, čich, chuť, sluch. Při léčení těchto poranění je hlavním smyslem obnovení těchto funkcí i dosažení nejlepšího kosmetického efektu. Tento efekt má zásadní význam pro celý další život pacienta a pro jeho uplatnění ve společnosti. (1)

Aby sestra vedla ošetrovatelskou péči o klienty s tímto druhem poranění správně, je potřeba, aby byla v této problematice erudovaná, aby znala jednak anatomii a fyziologii orofaciální oblasti, dokázala popsat, jaká poranění mohou být v lokalitě obličej a úst, znala úkony prevence, diagnostiky, léčby a samozřejmě ošetrovatelskou péči poskytovanou pacientům s traumatem v orofaciální oblasti a zvládla uspokojit všechny potřeby, které mohou být v době léčby nemocného narušeny.

# **I TEORETICKÁ ČÁST**

## **1 CHIRURGICKÁ PROBLEMATIKA OROFACIÁLNÍ OBLASTI**

### **1.1 Chirurgie**

Chirurgie je základním lékařským oborem, který se zabývá prevencí, diagnostikou a operační léčbou onemocnění různých orgánů včetně poranění. Člení se na všeobecné a specializované obory, podstatou je maximální týmová spolupráce, která se opírá i o výsledky jiných lékařských oborů. Od všeobecné chirurgie se oddělila například i traumatologie. (9)

#### **1.1.1 Historie chirurgie**

Chirurgie prošla dlouhým historickým vývojem. Její začátky jsou ve světě datovány již od doby prvobytně pospolné společnosti. K největšímu rozvoji chirurgie docházelo v období častých válek, při kterých se neustále zdokonalovalo ošetřování raněných. I v českých zemích se objevilo v 17. století několik jedinců, kteří se zasloužili o rozvoj medicíny. Až od 19. století se začínají zřizovat chirurgické kliniky. (9)

#### **1.1.2 Traumatologie**

Traumatologie je medicínským oborem zabývající se poraněním. Poraněním rozumíme poruchu zdraví, která vznikla úrazem. Poranění jsou otevřená či zavřená. Úraz definujeme jako zevní událost, působící na organismus náhle a mající za následek poruchu zdraví. (2)

### **1.1.3 Historie české orální a maxilofaciální chirurgie**

Maxilofaciální chirurgie je úzce spjata se vznikem oboru zubní lékařství, to se začalo vyvíjet na počátku 19. století. Tento obor se začal výrazně rozvíjet až v roce 1882 a v roce následujícím, kdy byla zřízena Česká lékařská fakulta. Pomalu a celkem nepozorovaně se tvořily základy ústní a čelistní chirurgie v rámci chirurgie všeobecné. Válečná poranění a jejich doléčování přinášela s sebou zdokonalení repositionální a imobilizační techniky a rozšíření osteoplastických operací na čelistech. V roce 1916 byla v rezervní nemocnici v Lupáčově ulici na Žižkově zřízena čelistní stanice. Vedl ji prof. Dr. Jesenský a jeho spolupracovníky byli Dr. Wachsmann, Dr. Karfík a Dr. Příkryl.

Druhá etapa ve vývoji oboru začíná v roce 1920, kdy prof. Dr. Jan Jesenský přeměnil zubní ambulatorium na zubní kliniku s lůžkovou částí. První oficiální název kliniky až do roku 1938 zněl Zubní klinika Karlovy university. Klinika se stala kolébkou české stomatochirurgie. V roce 1938 byl název kliniky změněn na Kliniku nemocí zubních, ústních a čelistních.

Za začátek třetího období ve vývoji československé ústní a čelistní chirurgie lze považovat rok 1945. Svědectvím prudkého poválečného rozvoje je zřízení mnoha nových specializovaných pracovišť klinických i nemocničních. Na postupně vzrůstající vědecké úrovni oboru se podílelo i založení odborných mezinárodních společností orální a maxilofaciální chirurgie.

Poslední etapa vývoje oboru je datována rokem 1990, kdy dochází k převratným změnám ve všech oblastech života naší společnosti.

Po stránce organizační dochází k osamostatnění oboru a vzniká Společnost maxilofaciální chirurgie. (14)

### **1.1.4 Současnost maxilofaciální chirurgie**

Společnost maxilofaciální chirurgie

Společnost MFCH sdružuje lékaře pracující v odbornosti maxilofaciální chirurgie (dříve ústní, čelistní a obličejová chirurgie). V současné době má společnost 105 členů.

### **1.1.5 Pracoviště maxilofaciální chirurgie**

Praha            Název: Stomatologická klinika UK 1.LF a VFN

Přednosta:    prof. MUDr. Jiří Mazánek, DrSc. (Obr. č. 10.)

Brno            Název: II. Stomatologická klinika MU a FN u Sv. Anny

Přednosta:    prof. MUDr. Jiří Vaněk, CSc.

Brno            Název: Klinika ústní, čelistní a obličejové chirurgie MU a FN Brno

Přednosta:    doc. MUDr. Oliver Bulik, PhD.

Praha            Název: Dětská stomatologická klinika UK 2.LF a FN Motol

Přednosta:    Prof. MUDr. Taťjana Dostálová, DrSc., MBA

Praha            Název: Oddělení čelistní, obličejové a plastické chirurgie ÚVN Praha

Přednosta:    MUDr. Pavel Voska

Ústí nad Labem    Název: Oddělení ústní, čelistní a obličejové chirurgie

Přednosta:    MUDr. et MUDr. Štefan Nátek, Ph.D.

Ostrava                      Název: Klinika ústní, čelistní a obličejové chirurgie FN sP Ostrava

Přednosta:      MUDr. Petr Michna

Hradec Králové                      Název: Stomatologická klinika FN a LFUK HK

Přednosta:      doc. MUDr. Radovan Slezák, CSc.

Plzeň                      Název: Stomatologická klinika LF UK a FN Plzeň

Přednosta:      doc. MUDr. Antonín Zicha, CSc.

Olomouc                      Název: Klinika ústní, čelistní a obličejové chirurgie LF UP a FN

Přednosta:      prof. MUDr. Jindřich Pazdera, CSc.

Pardubice                      Název: Krajská nemocnice Pardubice

Oddělení ústní, čelistní a obličejové chirurgie

Liberec                      Název: Krajská nemocnice Liberec

Oddělení ústní, čelistní a obličejové chirurgie

Přednosta:      prim. MUDr. Ladislav Džán

České Budějovice                      Název: Nemocnice České Budějovice, a.s.

Stomatochirurgické oddělení (15)

## **1.2 Chirurgická anatomie orofaciální oblasti**

Z traumatologického hlediska se kostra orofaciální oblasti rozděluje zpravidla na třetiny a to na třetinu horní, střední a dolní.

Horní třetina se nachází nad horizontální linií vedenou kořenem nosu. Střední třetinou je označována oblast mezi horizontálními liniemi vedenými nosním kořenem a okluzní rovinou zubů a dolní třetinu tvoří oblast dolní čelisti.

### **1.2.1 Horní třetina obličeje**

Horní třetina obličeje se dále rozděluje na část horní, která sestává z kostí kryjících mozek a na část dolní zahrnující oblast frontoethmoidální (nejslabší místo lební báze), zygomaticofrontosfenoidální, sfenopalatinální (poranění této oblasti může být provázeno poruchou citlivosti patra) a oblast temporomandibulárního kloubu.

### **1.2.2 Střední třetina obličeje**

Střední třetina obličeje se dělí na část centrální (maxila, os nasale, os lacrimale, vomer, os ethmoidale, proc. pterygoideus ossis sphenoidalis) a část laterální (os zygomaticum a arcus zygomaticus). Výše zmíněné kosti ohraničují duté prostory orbit, nosní dutinu a paranazální dutiny. Strukturu tvoří křehký systém, který je ochranou báze lební. Zlomeniny v této oblasti mají zpravidla tříštivý charakter.

### **1.2.3 Dolní třetina obličeje**

Tuto oblast tvoří dolní čelist. Bývá nejčastěji zraňovanou oblastí. Canalis mandibulae prochází dolní čelistí, obsahuje nervus alveolaris inferior a stejnojmennou žílu a tepnu. Při dislokovaných zlomeninách dochází často k poranění tohoto nervu a k hypestezii v oblasti brady. Poranění cév je pak příčinou větších hematomů. Dalšími nervy probíhající dolní třetinou obličeje jsou nervus facialis, n. auriculotemporalis (poranění způsobí hypestezie v temporální a aurikulární oblasti) (13)

### **1.3 Cévní a lymfatické zásobení**

V oblasti obličeje je cévní a lymfatické zásobení velice bohaté a vyznačuje se velkým množstvím anastomózujících kolaterál a vyvinutím spojek mezi pravou a levou částí obličeje. To je příčinou tvorby hematomů a sufuzí a většího krvácení při poranění, současně ale dovoluje větší možnosti indikace různých rekonstrukčních postupů.

Arteriálně je orofaciální oblast zásobena větvemi arteria carotis externa, odtok krve zajišťují vena jugularis externa a vena jugularis interna. Lymfatickou drenáž zajišťují povrchové a hluboké krční uzliny, retroaurikální, parotické, tvářové, retrofaryngeální, submentální, submandibulární.

### **1.4 Inervace orofaciální oblasti**

Senzitivní inervaci zajišťuje nervus trigeminus dělící se na nervus ophthalmicus, nervus maxillaris a nervus mandibularis. Motorickou inervaci tvářových svalů zabezpečuje nervus facialis a senzorickou inervaci zajišťuje rovněž nervus facialis a nervus glossopharyngicus.



## **2 RÁNY**

### **2.1 Druhy ran**

Ranou rozumíme poškození celistvosti kůže nebo sliznice mechanickou energií. Rány rozdělujeme jednak na povrchové, kdy se jedná o poškození pouze kůže a podkoží anebo hluboké, kdy jsou poškozeny i jiné struktury např. šlachy, nervy apod.

Dále rány rozdělujeme dle způsobu vzniku na rány:

#### **2.1.1 Poranění ostrými nástroji**

Řezné rány, které jsou způsobeny tahem a tlakem ostrého předmětu. Jejich okraje jsou hladké, rovné, dosti krvácí, protože ostře prořáté kapiláry a cévy zejí, značně bolí.

Sečné, které způsobí dopad ostrého předmětu. Okraje jsou rovné, ale lehce zhmožděné. Krvácí méně, než rána řezná, rovněž méně bolí.

Bodné, způsobené ostrým, špičatým předmětem. Jsou nebezpečné tím, že bývají zpravidla hluboké a mohou způsobit poranění některého z životně důležitých orgánů. Pronikne-li bodná rána do některé tělní dutiny (např. břišní, hrudní), mluví se o ráně penetrující. (Obr. č. 5.)

Rány tržné, které vznikají tahem působícím ve směru povrchu kůže, jsou charakterizovány nerovnými okraji, málo krvácí.

Rány tržně-zhmožděné vznikající tlakem cizího předmětu na povrch kůže, mají stejné vlastnosti jako rána tržná.

Střelné, jejichž charakter je určen druhem střely. (projektil, střepina)

Všechny tyto typy ran se mohou též vyskytnout v orofaciální oblasti. (2)

#### **2.1.2 Poranění tupými nástroji**

Mezi tupé nástroje, které všechny nelze pro jejich množství vyjmenovat, patří kromě částí lidského těla (rukou, nohou) především tyče, kladiva, tupé konce seker, kameny, nádobí, nejrůznější stroje a jejich části, stěny, podlaha, vozovka, patníky, stromy apod. (Obr. č. 17.) Způsobují poranění od zcela nepatrných poškození po těžká. Na kůži účinkem tupého předmětu nalézáme nejčastěji začervenání, podkožní krevní výron, edém kůže a podkoží, oděrky, tržně zhmožděné rány.(3)

### **2.1.3 Zlomeniny**

Většina zlomenin vzniká při traumatu, tyto zlomeniny označujeme jako traumatické. Vzácně dojde k spontánní zlomenině a to například při křečích u epilepsie nebo tetanu. Patologické zlomeniny vznikají v místě, kde je kost oslabena například zánětem kosti, cystou apod.

Dle stupně postižení kosti rozeznáváme nalomení kosti, tzv. infrakci, zlomeniny bez posunu úlomků, tzv. nedislokované zlomeniny, zlomeniny s posunem úlomků, tzv. dislokované zlomeniny.

Dle počtu lomných štěrbin rozlišujeme jednoduché zlomeniny, což znamená, že kostí prochází jen jedna lomná linie. Dále mnohočetné zlomeniny, kdy v příslušné kosti nalzáme 2 a více lomných linií. Zlomenina tříštivá, která má nepravidelně probíhající lomné linie a defektní zlomeniny u kterých vždy chybí část kostní tkáně.

Zlomeniny mohou být též přímé, které vznikají v místě působení síly anebo nepřímé, které vznikají jejím přenosem následkem zakřivení kostí.

Dle mechanismu vzniku dělíme zlomeniny vzniklé ohnutím kosti, tlakem, torzí nebo abrupcí, akcelerační zlomeniny, které vznikají úderem a decelerační, vznikající nárazem anebo kombinací těchto dvou akceleračně- decelerační zlomeniny. Všechny druhy zlomenin, orofaciální oblast nevyjímaje, se rozdělují též na otevřené a zavřené. (13) (Obr. č. 20 – 24.)

### **2.1.4 Poranění chrupem**

Lidský chrup způsobí při slabém stisku zcela povrchové pohmoždění kůže, při stisku silnějším vznikají v místě tlaku pohmožděliny hlubších tkání projevující se krevním výronem popř. oděrkou. Pokud chrup prokousne kůži, vzniká rána tržně zhmožděná či může být část tkáně ukousnuta. (Obr. č. 3. a 4.)

Kousnutí psem se podle intenzity stisku čelistí projevuje jako otisky, oděrky, pohmoždění s krevními výronky nebo jako bodné rány, které jdou kónicky do hloubky. Prokousne-li pes kůži a nepustí ihned svou oběť uvolněním čelistí, dochází nastalým lomcováním k tržně zhmožděným, někdy velmi hlubokým ranám až k vytržení tkáně. (3) (Obr. č. 19.)

### **2.1.5 Poranění střelou**

Poranění vzniklé vypálením střely ze střelné zbraně nazýváme střelnou ranou. Střelnou ranou též nazýváme například zranění způsobená přístroji sloužícími k nastřelování hřebíků či klínů do zdí, úlomky kovu při výbuchu granátu, miny apod. Poškození organismu se může jevit jako průstřel (kdy střela vnikla do těla, pronikla jím a vylétla ven), zástřel (kdy střela vnikla do těla a zůstala v něm), postřel (kdy střela vytvořila jen rýhu na povrchu těla) nebo nástřel (kdy střela neprorazí kůži a odrazí se od ní). Poranění orofaciální oblasti střelnou zbraní má velice často fatální následky.

### **2.1.6 Poranění účinkem vysoké teploty**

Jedním z nejobávanějších poranění orofaciální oblasti jsou bezesporu popáleniny způsobené plamenem, působením elektrického proudu, poleptáním kyselinami, horkým vzduchem, horkým nebo hořícím tukem, žhavými tělesy, roztaveným kovem, dehtem, asfaltem. Popálení se projevuje charakteristickými změnami kožními a při závažnějších poraněních i změnami celkového stavu pacienta.(2) Podle hloubky poranění rozeznáváme obvykle čtyři stupně popálení. Rozsah popálené plochy se vyjadřuje v procentech.

Neméně závažné poranění orofaciální oblasti způsobuje opaření. K opaření dochází stykem páry nebo horké tekutiny s povrchem těla. Podle závažnosti rozeznáváme tři stupně opaření. Vznikají nejčastěji jako pracovní úrazy nebo úrazy v domácnosti. (3) (Obr. č. 8. a 9.)

Dalším závažným traumatem orofaciální oblasti je bezesporu poleptání. Toto poranění způsobují kyseliny nebo zásady. Škodlivý účinek závisí na jejich koncentraci, síle, na reakci s tkáněmi, především s bílkovinami a tuky a na době působení. V dnešní době k tomuto zranění dochází často pracovním úrazem, ale bohužel i jako úmyslně spáchaný čin s účelem napadeného zohyzdit. (3) Tento druh poranění je častý u žen ze zemí vyznávající islámské náboženství. Nejvíce závažný je, že pachateli bývají příbuzní nebo manželé takto poraněných žen. Píše o tom například internetový server idnes.cz. (18) (Obr. č. 18.)

V naší zemi žije početná skupina občanů z arabských zemí, je zde tedy možnost, že se všeobecná sestra může setkat s ošetřováním i těchto pacientek.

### **2.1.7 Poranění účinkem nízké teploty**

Poranění orofaciální oblasti účinkem nízké teploty nazýváme omrznutím. Podle hloubky rozeznáváme čtyři stupně poškození.

### **2.1.8 Poranění elektrickým proudem**

Vzniká průchodem proudu organismem po styku s proudovodičem. Elektrický proud může poškodit jakoukoli část lidského těla. Orofaciální oblast nevyjímaje. Jako příklad bych uvedla mediálně známý příběh američana Dallase Wiense, který byl těžce zraněn elektrickým proudem, ten ho připravil téměř o celou tvář a také oči. Pětadvacetiletý muž jako vůbec první člověk na území Spojených států podstoupil v březnu roku 2011 úplnou transplantaci obličeje. Celou operaci provedl lékařský tým pod vedením českého chirurga Bohdana Pomahače. (17) (Obr. č. 1., 2. a 11.)

## **2.2 Vlastnosti ran**

### **2.2.1 Vztah k infekci**

Rány rozdělujeme z tohoto hlediska na aseptické, které jsou čisté, nejsou infikovány choroboplodnými zárodky, nejsou ani jinak znečištěné. Jejich hojení probíhá per primam. A dále na rány septické, kdy jsou v ráně přítomny choroboplodné zárodky, které se do rány dostávají současně se zraňujícím předmětem, což je infekce primární, anebo se do rány dostávají při poskytování první pomoci či definitivním ošetření, jedná se o infekci sekundární. A tyto rány se hojí po odeznění zánětu per secundam.

### **2.2.2 Vztah ke krvácení**

Rozlišujeme krvácení:

Kapilární, venózní a arteriální.

Kapilární krvácení je malé, které se zastavuje samo, bez poskytnutí pomoci někdy je výhodné, protože se jím odplavují nečistoty zanesené do rány.

O venózním krvácení hovoříme, pakliže dojde k poranění žíly. Je charakterizováno pomalým krevním proudem tmavé žilní krve. Při poskytnutí první pomoci je suverénním prostředkem kompresivní obvaz.

Při arteriálním krvácení z rány stříká v rytmu srdeční činnosti jasně červená okysličená krev. K menšímu krvácení stačí přiložit kompresivní obvaz, u většího krvácení je nutno použít škrtidla nebo stlačení tlakových bodů. (2)

### **3 ETIOLOGIE A EPIDEMIOLOGIE ÚRAZŮ OBLIČEJE**

Za nejčastější příčinu úrazů lze označit poranění vzniklá při fyzickém napadení druhou osobou a nehody při dopravě, což jsou úrazy dopravní, strmý nárůst je zaznamenán rovněž u poranění střelných. Úrazy vzniklé fyzickými konflikty mezi lidmi označujeme jako kriminální. A dále úrazy domácí, které vznikají například při uklouznutí v domácnosti apod. Pracovní úrazy tvoří asi 5% zranění orofaciální oblasti. V neposlední řadě je třeba zmínit poranění, která vznikla při vyšetřování nebo ošetřování pacienta lékařem, která jsou samozřejmě neúmyslná a nazývají se iatrogenní. K iatrogennímu poranění může dojít například při ošetření zubů, jde o poranění měkkých tkání či zlomeninu čelisti. Vyšší výskyt poranění orofaciální oblasti pozorujeme u mužů, kteří tvoří 80% všech zraněných. Nejčastější zraňovanou věkovou skupinou jsou mladí lidé ve věku od 21 do 30 let, kteří představují 31% zraněných z celkového počtu. A nejčastější zraňovanou lokalitou je dolní obličejová etáž a okolní tkáně. (13)

### **4 PŘÍZNAKY PORANĚNÍ OROFACIÁLNÍ OBLASTI**

Objektivně pozorujeme začervenání, krevní podlitiny, otok, oděrky, porušení celistvosti tkáně obličeje, krvácení, poruchu funkce tzn. například omezení pohybu, patologickou pohyblivost úlomků, dislokaci v mandibule. Dalším objektivním příznakem je asymetrie obličeje. Pokud dojde ke kompresi nervus infraorbitalis vzniká anestezie nebo hypestezie v inervační zóně nervu, tj. tváře, křídla nosního a zubů horní čelisti. Pokud linie lomu kosti prochází očnicí, můžeme pozorovat exoftalmus či diplopii. Z celkových příznaků můžeme pozorovat synkopu nebo jinou poruchu vědomí z reakce na ztrátu krve nebo psychického úleku z pohledu na krev, bolesti a také příznaky při současném poranění CNS, apod.

Subjektivně klient často popisuje zejména bolest, vertigo, diskomfort, nevolnost, strach a úzkost, zmatenost, snížení sebeúcty atd. (1)

## **5 DIAGNOSTIKA TRAUMAT V OROFACIÁLNÍ OBLASTI**

V prvé řadě je nutné od pacienta odebrat základní anamnézu, je-li toho schopen. Ptáme se zejména na mechanismus vzniku úrazu. Zdali šlo o pád na obličej, kriminální čin s úderem do tváře, sportovní, pracovní, dopravní úraz atp.

Dále nemocného vyšetřujeme fyzikálně, vždy je ovšem nutné postupovat podle zásad ABC, myslet nejprve na zabezpečení dýchacích cest. Klienta vyšetříme pohledem a pohmatem. Úplné zhodnocení poranění obličeje vyžaduje RTG vyšetření z více projekcí nebo CT. O celkovém stavu pacienta nás informují též laboratorní vyšetření krve a moče, měření fyziologických funkcí (TK, P, D, saturace O<sub>2</sub>, TT), EKG. (5)

## **6 OBECNÉ ZÁSADY PRVNÍ LÉKAŘSKÉ POMOCI**

Zajištění základních životních funkcí tzn. zajištění průchodnosti dýchacích cest, opatření proti asfyxii a to odstraněním cizích předmětů z dutiny ústní s následnou intubací či tracheostomií je základem. Velkou pozornost je třeba současně věnovat i prevenci aspirace krve. Při poskytování první lékařské pomoci není vhodná podpora dýchání usilovným dýcháním s pomocí obličejové masky, jelikož hrozí průnik vzduchu do měkkých tkání a do nitrolebí při poranění střední obličejové etáže vyššího typu. Krvácení se staví tamponádou rány, opichy nebo podvazy větších cév. V případě výtoku mozkomíšního moku se nedoporučuje provádět nosní tamponádu z důvodu možného zanesení infekce do nitrolebí. Provádíme primární ošetření rány, tzn. dezinfekce rány, přiložíme sterilní mul a obinadlo.

Dalším důležitým opatřením je doplnění volumu cirkulující krve makromolekulárním roztokem (např. Voluven) nebo krevní plazmou. K tlumení psychomotorického neklidu se používá například Diazepam, Chlorprothixen apod. Nutné je též tlumit bolest analgetiky či anodiny. Důležité je zajištění zraněného proti rozvoji infekce, tzn. především sterilní krytí rány. Bezpodmínečně nutná je i profylaxe tetanická a transport zraněného na nejbližší nemocniční chirurgické pracoviště. (13)

## **7 LÉČBA NEJČASTĚJŠÍCH PORANĚNÍ OROFACIÁLNÍ OBLASTI**

Přehled poranění, která jsou zmíněna výše, je velice rozmanitý, proto je léčba individuální dle druhu traumatu. Léčba se rozděluje na konzervativní a chirurgickou. Při postižení obličejového skeletu se nejčastěji setkáváme se zlomeninami popsánymi dále.

Léčba zlomenin čelistních obecně spočívá jednak v repozici, fixaci, imobilizaci, prevenci infekce a funkční rehabilitaci.

### **7.1 Zlomeniny dolní čelisti**

U tohoto poranění léčba spočívá buď v konzervativní terapii, tzn. přiložením dlah nebo Ivyho kliček a v intermaxilární fixaci. Je-li nutná chirurgická léčba, provádí se chirurgická repozice a fixace kostním stehem nebo mini-plate systémem. Délka fixace se pohybuje okolo 1 měsíce. (1)

### **7.2 Zlomeniny střední etáže**

Ošetření spočívá v imobilizaci zlomenin fixací titanovými mini-dlažkami a šroubky, které se většinou neodstraňují. Tekutou, později kašovitou stravu pacienti s tímto druhem onemocnění přijímají 5-6 týdnů. (1)

Nebezpečná jsou traumata střední obličejové etáže vyššího typu, která mohou být sdružena s poraněním CNS. (13)

### **7.3 Zlomeniny lícní kosti**

Léčení dislokovaných zlomenin vyžaduje chirurgickou repozici a fixaci pomocí mini-plate systému.

### **7.4 Zlomeniny spodiny očnice**

Léčba spočívá buď zavedením balónku vyplněného tekutinou do čelistní dutiny, ten zajišťuje, aby dno očnice nepokleslo. Přívodná cévka balónku je vtažena do nosního průchodu. Tudy se balónek po 3-4 týdnech vytahuje. Druhým způsobem je vykrytí defektu titanovou mřížkou s přístupem tzv. extraorálním-subciliárním. Tato poranění jsou často ošetřována společně stomatology a neurochirurgy.

## 7.5 Zlomeniny nazomaxilárního komplexu

Léčení spočívá v repozici a fixaci. Tam, kde je indikováno - ve spolupráci s oftalmologem - obnovení průchodnosti slzných cest. (1)

## 8 PORANĚNÍ MĚKKÝCH TKÁNÍ OBLIČEJE

Řadíme sem zranění tváře, jazyka, slinných žláz apod. Poranění orofaciální oblasti mají svá specifika oproti zraněním v jiných anatomických lokalitách lidského organismu. Je to zejména blízkost dýchacích cest a jejich možná neprůchodnost způsobená zraněním, bezprostředně ohrožující život. Dále pak bohaté cévní zásobení obličeje a dutiny ústní na jedné straně způsobuje někdy až dramatické krvácení při poranění, na straně druhé zajišťuje dobrou hojivost obličeje. Dalším důležitým faktem je přítomnost smyslových orgánů a bohaté nervové zásobení orofaciální oblasti, které jsou příčinou zvýšené citlivosti a bolestivosti. A v neposlední řadě poúrazové defekty v obličeji kromě defektů funkčních (poranění jazyka, slinných žláz, kontrakce obličejových jizev, poruchy žvýkání a rozměňování potravy, poruchy řeči...) způsobují také významné psychické trauma. (13)

## 9 DENTÁLNÍ TRAUMATOLOGIE

Poranění zubů je důsledkem jak přímého či nepřímého působení násilí. Vznikají nejčastěji při fyzickém napadení druhou osobou, dopravní nehodě, pádech na obličej z nejrůznějších příčin apod.

V dentální traumatologii se setkáváme s řadou poranění, od banálních po vážná. Pacient na stomatochirurgii přichází například s částečným odlomením korunky, úplným odlomením korunky, zlomeninou kořene zubu, kontuzí zubu, subluxovaným či luxovaným zubem, zlomeninou alveolárního výběžku, zlomeninou čelisti atd.

Při ošetření traumat zubů u dospělých bereme v úvahu celkový stav chrupu, význam zubu jako případného protetického pilíře a stáří pacienta. V intervalu mezi úrazem a reparací by měl být luxovaný zub uložen ve vlhkém prostředí (fyziologický roztok, slina, mléko apod.) V souvislosti s reparací zubu je vhodné zajistit pacienta antibiotiky a přesvědčit se, zda byl pacient očkovaný proti tetanu. (7)



## **9.1 Přehled následků úrazů zubů**

Poruchy prořezávání a vývoje zubů, změny barvy zubů, obliterace dřeňové dutiny a kořenového kanálku, poúrazové odumření zubní dřeně a chronická periodontitida, posttraumatické zánětlivé resorbce tvrdých zubních tkání, změny marginálního parodontu. (13)

## **10 PORANĚNÍ ČELISTNÍHO KLOUBU**

Nejčastějším poraněním čelistního kloubu je luxace, kontuze a distorze. Luxací kloubu rozumíme stav, kdy kloubní hlavice opouští kloubní jamku do nefyziologického postavení před kloubní hrbolek, opírá se zadním okrajem o něj a v této pozici je čelist zaklíněna křečí žvýkacích svalů a napnutými kloubními vazy. Kloubní pouzdro není poškozeno. Terapie spočívá nejčastěji v manuální repozici pomocí tzv. Hippokratova hmatu. Kontuze a distorze čelistního kloubu znamená lézi disis articularis s porušením chrupavčitého povlaku kloubních ploch, popřípadě o porušení vazivového pouzdra a ligamentózního aparátu. Kloub bolí spontánně a na pohmat, dolní čelist je posunuta ke zdravé straně. Terapie je konzervativní. (13)

# 11 PÉČE O PACIENTA S CHIRURGICKOU LÉČBOU TRAUMAT V OROFACIÁLNÍ OBLASTI

## 11.1 Předoperační příprava

Důsledně provedená předoperační vyšetření u klienta mohou vést k zabránění vzniku pooperačních komplikací. Operační výkony jsou rozdělené na plánované, urgentní a neodkladné výkony z vitální indikace. (9)

Plánovaný operační výkon u pacienta s traumatem v orofaciální oblasti zahrnuje:

### 11.1.1 Dlouhodobá předoperační příprava

Na základě rozhodnutí chirurga k operačnímu výkonu je klient odeslán k internímu předoperačnímu vyšetření, které nesmí být starší 14 dnů před plánovaným operačním výkonem. Zahrnuje EKG vyšetření, rentgenové vyšetření srdce a plic u pacientů nad 50 let, klinické a laboratorní vyšetření. (screeningové vyšetření moče - M+S, krve - KO+diff, biochemické vyšetření krve, APTT, Quick, FW), popřípadě je možný odběr autotransfuze v případě předpokladu krevních ztrát při operaci. (9) Další důležitou součástí plánovaného chirurgického výkonu v orofaciální oblasti je zhotovení rtg snímků orofaciální oblasti, zhotovení sádrových modelů čelistí.

Pokud je pacient warfarinizován, je potřeba, aby byl převeden nejméně 5 dní před plánovaným výkonem na nízkomolekulární heparin. (Clexane, Zibor, Fraxiparine...)

(8)

### 11.1.2 Krátkodobá předoperační péče

Období krátkodobé předoperační přípravy je omezeno na 24 hodin před samotným výkonem.

Pacient stvrzuje podpisem souhlas s výkonem v celkové anestezii a informovaný souhlas s operačním výkonem. Sestra odebírá sesterskou ošetrovatelskou anamnézu, lékař odebírá lékařskou anamnézu. Všeobecná sestra u pacienta změřívá výšku, hmotnost, fyziologické funkce, seznámí pacienta s prostředím a provozem na oddělení, s právy pacientů.

Fyzická příprava:

Spánek a odpočinek- den před operací ordinuje anesteziolog sedativa a hypnotika.

Výživa a tekutiny- před operačním výkonem je klient alespoň 6-8 hodin lačný, nepije a nekouří. Sestra zavádí periferní žilní katétr. U klientů s poruchami výživy se zajišťuje přívod energie parenterální cestou.

Vyprazdňování- těsně před operací by se měl pacient vymočit.

Hygienická péče- podle zhodnocení soběstačnosti provádí klient celkovou hygienu. Je potřeba odstranit líčidla z obličeje, odlakovat nehty. Sestra zajistí oholení operačního pole, zkontroluje, zda má pacient vyndané protetické pomůcky, piercing a jiné šperky.

Prevence tromboembolické nemoci- dle ordinace lékaře sestra zajistí přiložení bandáží, podává nízkomolekulární heparin.

Anesteziologická příprava- před operací s pacientem dále hovoří anesteziolog, který přichází na oddělení, hodnotí jeho zdravotní stav a seznamuje klienta s anestezií a také s rizikem, které může nastat v průběhu operace. Rozhoduje o premedikaci u klienta. (9)

Psychologická příprava:

Pacient musí být seznámen s tím, že po operaci může mít čelisti zafixované k sobě a že nebude moci otevřít ústa a že bude přijímat mixovanou stravu. Cílem je minimalizace strachu a stresu z operace. Na tomto úkolu se podílejí lékaři i sestry. Nikdy nesmíme bagatelizovat otázky a obavy pacienta, které se bezprostředně týkají operačního výkonu, délky anestezie, nepříznivého výsledku operace, pooperačních bolestí, imobilizace a také starosti o rodinu.(9)

### **11.1.3 Bezprostřední předoperační příprava**

Omezuje se na časový úsek cca 2 hodiny před operací. Součástí je kontrola dokumentace, operačního pole, chrupu, lačnění, vyprázdnění. Sestra aplikuje premedikaci dle ordinace lékaře. Často je před operací nutný výplach úst dezinfekčním roztokem dle ordinace lékaře. Nejčastěji Chlorhexidinem 0,12%.(9)

## 11.2 Pooperační péče po výkonu v orofaciální oblasti

Při doznívající anestezii má pacient mírný záklon hlavy k zachování průchodnosti dýchacích cest, poté se ukládá do zvýšené polohy. Provádíme monitoring vitálních funkcí, včetně měření SPO<sub>2</sub>. Dvě hodiny po výkonu sledujeme vitální funkce po 10 minutách, dále pak po hodině. Oxygenoterapii zajišťujeme pomocí nebulizátoru O<sub>2</sub>. Podle potřeby odsáváme sekrety z dutiny ústní, sestra provádí očistu dutiny ústní boroglycerinovými štětičkami, zvlhčuje rty borovou vodou nebo borovou mastí a přikládá ledové obklady. Pacient má zavedenou periferní žilní kanylu, kam sestra podává infuzní roztoky, antibiotika a další naordinované léky. Aplikuje se kontinuální analgezie, kdy podáváme nejčastěji analgetika opiátového nebo tramadolového typu. Důležité je sledování prosakování obvazu a odvodu krve drény. Sestra sleduje bilanci tekutin 24 hodin. Do lékařské dokumentace zaznamenává údaje o vitálních funkcích, podaných lécích, infuzní terapii, diuréze, bilanci tekutin, odebraném biologickém materiálu. V ošetrovatelské dokumentaci eviduje všechny potřeby pacienta a způsob jejich uspokojování. Čtyři hodiny po operaci začíná pacient přijímat tekutiny enterální cestou. Nejdříve čaj po lžičkách nebo trubičkou, následující den přijímá stravu mixovanou pomocí stříkačky, brčka či lžičky. Stravu podáváme v menších dávkách, ale častěji. Někteří pacienti tuto stravu neakceptují, proto je nutný individuální přístup a konzultace s nutričním terapeutem. Více o výživě klientů s traumatem v orofaciální oblasti v kapitole 12.

V neposlední řadě bych zmínila důležitost nepřetržitého uložení štípacích kleští v blízkosti pacienta k neprodlenému přerušení mezičelistní fixace při náhlém zvracení či dušení. (8)

Pozornost je třeba věnovat vzniku možných komplikací. Mezi časné komplikace řadíme krvácení, asfyxii, poruchy CNS, šok. Mezi pozdní komplikace patří infekce rány, traumatická osteomyelitida, plicní komplikace. (1)

## **12 ZPŮSOBY A FORMY SPECIÁLNÍ VÝŽIVY U PACIENTŮ PO CHIRURGICKÝCH ZÁKROCÍCH V OROFACIÁLNÍ OBLASTI**

Strava musí být kaloricky vydatná a speciálně upravená. Dostatečný a vyvážený přísun stravy by měl patřit mezi priority v léčebném a ošetrovatelském procesu.

Prezentace nejčastějších diet v souvislosti s onemocněním pacienta:

Dieta číslo 3 – 9500 kJ

Jedná se o dietu základní. Podává se převážně v den příjmu pacienta na oddělení nebo do doby operačního zákroku v orofaciální oblasti.

Dieta číslo 3 mletá – 9500 kJ

Podává se pacientům po menších chirurgických zákrocích v orofaciální oblasti.

Dieta číslo 1 kašovitá – 9500 kJ

Dieta je plně kaloricky hodnotná, veškeré komponenty stravy jsou mleté nebo kašovité. Dietu podáváme po větších chirurgických zákrocích v orofaciální oblasti. Tato dieta není vhodná pro dlouhodobou výživu, jelikož pro organismus je optimální normální konzistence stravy.

Dieta číslo 9 – 7400 kJ

Podává se pacientům trpícím diabetem mellitus v den příjmu nebo do doby léčebného zákroku.

Dieta číslo 9 mletá – 7400 kJ

Hodnoty základních živin a energie jsou stejné jako u diety číslo 9 s tím rozdílem, že tato dieta je mleté konzistence. Opět věnujeme pozornost časovému intervalu podávání této diety. Není vhodná pro dlouhodobou výživu.

Dieta číslo 0 tekutá – 6000 kJ (10)

Tato dieta je neplnohodnotná, proto je nutné ji doplnit speciálními tekutými přípravky, které se volí individuálně dle nutričních potřeb daného pacienta. (Nutridrink, Fresubin Original Drink, ProvideXtra Drink, Resource 0,2 kcl Fibre, Fortimel, Diben Drink, Diasip, Novasource Diabetes, Cubitan, Oral Impact prášek, Supportan Drink, Nutrison) (20) Popíjení těchto přípravků se nazývá sipping. Při rozsáhlých operačních výkonech je u indikovaných případů nutné podávat tuto dietu nazogastrickou sondou a to pouze na dobu nezbytně nutnou, kterou stanoví operatér. Do sondy se tyto přípravky aplikují pomocí enterálních pump. Nejčastěji se tato dieta ordinuje u pacientů s velkou protetickou úpravou dolní čelisti, při zlomenině horní a dolní čelisti, kde je léčba intermaxilární fixací, při zlomeninách obličejového skeletu typu Le-Fort I – III, po chirurgických korekcích u pacientů s vývojovými vadami dolní a horní čelisti apod. (10)

Pitný režim

V pooperačním období se denně pečlivě zapisuje hodnocení příjmu tekutin do ošetrovatelské dokumentace. A to jak enterální tak parenterální příjem tekutin. (10)

## **II PRAKTICKÁ ČÁST**

Pro svůj kvalitativní výzkum jsem zvolila dva klienty s poraněním v orofaciální oblasti. Výzkumné šetření probíhalo ve Fakultní nemocnici v Plzni Lochotín na Stomatologické klinice – ÚČOCH, lůžkového oddělení. Použila jsem koncepční model dle Marjory Gordonové.

### **CÍLE PRAKTICKÉ ČÁSTI**

1. Vybrat jednotlivce s orofaciálním traumatem
2. Vybrat prostředí pro výzkumnou činnost
3. Vybrat správný ošetřovatelský model
4. Shromáždit data
5. Formulovat ošetřovatelské problémy u jednotlivce
6. Řešit stanovené ošetřovatelské problémy
7. Interpretovat zjištění
8. Zhodnotit ošetřovatelskou péči u jednotlivce
9. Navrhnout doporučení pro praxi
10. Navrhnout doporučení pro další výzkumné šetření

## 13 KONCEPČNÍ MODEL MARJORY GORDON

Jedná se o tzv. „Model funkčního typu zdraví.“ Zařazujeme jej mezi modely ošetrovatelských intervencí nebo také interakční modely.

Ošetrovatelským cílem je odpovědnost jedince za své zdraví a rovnováha biopsychosociální interakce. Klienta vnímá, jako holistickou bytost se svými biologickými, vývojovými, psychologickými, sociálními, kulturními, behaviorálními, kognitivními, duchovními a spirituálními potřebami. Bytost s funkčním nebo dysfunkčním typem zdraví.

Rolí sestry je systematické získávání informací v jednotlivých oblastech, zvládnutí a používání standardních metod, jakým je například rozhovor, posouzení funkčního a dysfunkčního typu zdraví, analýza informací, diagnostikování klientových problémů, plánování a vyhodnocení péče. Základní strukturu modelu tvoří 12 oblastí, podle nichž sestra získává potřebné informace.

1. Vnímání zdraví
2. Výživa a metabolismus
3. Vylučování
4. Aktivita - cvičení
5. Spánek a odpočinek
6. Vnímání, citlivost a poznávání
7. Sebepojetí a sebeúcta
8. Role – mezilidské vztahy
9. Sexualita
10. Stres
11. Víra – životní hodnoty
12. Jiné (19)



S tímto souvisí termín ošetřovatelský proces, který byl zavedený v 50. letech 20. století. Obsahuje systematické shromažďování údajů o pacientovi a jeho problémech, rozpoznání problému, plánování, realizaci a hodnocení ošetřovatelské péče. American Nurses Association Social Policy Statements a ANA Standards of Practice se staly podnětem pro užívání ošetřovatelských diagnóz. Severoamerická asociace pro ošetřovatelskou diagnózu – NANDA ji charakterizuje jako : „Klinický úsudek o odpovědi jedince, rodiny nebo komunity na aktuální nebo hrozící zdravotní problémy/životní procesy. Ošetřovatelské diagnózy jsou určující pro výběr ošetřovatelských intervencí, zaměřených k dosažení cílů a výsledků, za něž je zdravotní sestra zodpovědná.“(21)

### **13.1 Ošetřování klienta s traumatem v orofaciální oblasti, kazuistika číslo jedna**

Nemocnice: Fakultní nemocnice v Plzni

Oddělení: Stomatologická klinika – ÚČOCH, lůžkové oddělení

Zdroj informací: pacient, lékařská a ošetřovatelská dokumentace (se souhlasem nemocného), zdravotnický personál oddělení

Osobní anamnéza

Jméno: XY

Pohlaví: muž

Věk: 53 let

Stav: ženatý

Národnost: česká

Státní občanství: Česká republika

Prodělaná onemocnění: st. p. plastice pupeční kýly

Abúzus: nekouří, alkohol příležitostně, drogy neužívá, kávu pije 2x denně

Farmakologická anamnéza

Dosud neužíval pravidelně žádné léky.

Pracovní anamnéza

Vzdělání: absolvent středního odborného učiliště

Zaměstnání: soustružník

Nejbližší příbuzní: manželka, dcera

## Nynější onemocnění

53 letý muž dne 11. 10. 2011 kolem 5. hodiny ranní spadl cestou do práce z kola. Bezvědomí nelze vyloučit. Helmu neměl, na úraz si nepamatuje. Utrpěl rozsáhlé poranění obličeje a došlo zřejmě k aspiraci části zubu. Přivezen na emergency Fakultní nemocnice Plzeň Lochotín při vědomí, oběhově i ventilačně stabilní.

Dle celotělového CT vyloučena vnitřní poranění. Po sutuře ran horního a dolního rtu a bronchoskopickém vyšetření přijat na CHK – JIP1. Na kontrolním CT vyloučeno aspirované těleso.

Dne 12. 10. 2011 přeložen k doléčení obličejového traumatu na oddělení Stomatologie.

## Lékařské diagnózy

S015 Otevřená rána rtu a dutiny ústní

S0601 Otřes mozku

T179 Susp. aspirace části zubu

S025 Zlomenina zubu 31, radix in situ v čelisti

S032 Avulze zubu 22, luxace zubu 21

## Terapie

Operační: sutura tržných ran horního a dolního rtu 12. 10. 2011, stehy ex 20. 10. 2011

Konzervativní: farmakoterapie

Amoksiklav 1,2g  $\bar{a}$  8 hod. i.v.

Ambrobene 1 amp.  $\bar{a}$  8 hod. i.v.

Quamatel 1 amp.  $\bar{a}$  12 hod. i.v.

Ketonal při bolesti i.v.

Paralen 500mg při hypertermii

Infuse krystaloidů

Duomox 500mg  $\bar{a}$  8 hod. p.o.

Clexane 0,3  $\bar{a}$  24 hod. s.c.

Septonex gtt. do obou očí přes den

Septonex ung. do obou očí na noc

Nebulizace

Výplachy úst Chlorhexidin 0,12%

Invazivní vstupy

Nasogastrická sonda: 12. 10. – 17. 10. 2011

Periferní žilní katétr: levá horní končetina, nová  $\bar{a}$  72 hodin

Permanentní močový katétr: 12. 10. – 17. 10. 2011

Fyziologické funkce

TK – 140/80

P – 68/ min..

D – 16/ min

TT – 38,5°C

Saturace – 99%

Výška - 180 cm

Váha - 75 kg

BMI – 23

Fyzikální vyšetření dne 12. 10. 2011

Klient je normotenzní, s normální tepovou frekvencí, s normální dechovou frekvencí, bez vedlejších zvukových fenoménů, saturace v normě, má zvýšenou tělesnou teplotu. Kůže suchá, čistá, teplá, hydratace přiměřená. Eutrofický pacient. Sliznice bledé, atrofické. Povlaky naschlé krve v dutině ústní. Defektní chrup. Na obličejí pozorujeme brýlové hematomy, otoky víček. Exkoriace čela, nosu. Tržné rány horního i dolního rtu. Zornice izokorické, reagují na osvit. Oční kontakt udržuje. Pacient orientován místem, prostorem, časem i osobou. Odpovědi na dotazy jsou adekvátní, spolupracuje. Celkový vzhled hodnotím jako upravený. Slyší dobře i šepot, vidí dobře, novinové písmo přečte pomocí brýlí. Snížená soběstačnost v souvislosti s klidovým režimem po otřesu mozku.

Měření dle škál

Měření soběstačnosti

Barthelův test základních všedních činností (ADL) – celkové skóre pacienta = 30

Hodnocení závislosti: vysoce závislý

Škála hodnocení bolesti – Melzackova škála bolesti

Hodnocení bolesti: pacient udává silnou bolest, stupeň č. 3

### 13.1.1 Shromažďování údajů v oblasti uspokojování potřeb u klienta číslo jedna

#### 1. Vnímání zdraví

Subjektivně:

Pacient říká, že nikdy dříve vážněji nestonal, svého zdraví si váží a snaží se proto o zdravý životní styl. Alkohol pije jen příležitostně a nekouří, pravidelně navštěvuje svého praktického lékaře při preventivních prohlídkách a prý v posledním roce neměl absence v zaměstnání takřka žádné. Až nyní v souvislosti s úrazem obličeje musel vyhledat lékařskou pomoc a je to pro něj velmi frustrující. Vnímá svůj zdravotní stav jako relativně dobrý a přemýšlí, jak se to mohlo stát. Pacient uvádí, že by si přál vrátit čas. Že by si příště dal větší pozor, aby se mu úraz nestal.

Objektivně:

Klient dodržuje léčebný režim, pozorujeme snahu k navrácení zdraví.

#### 2. Výživa a metabolismus

Subjektivně:

Pacient uvádí, že nemá chuť k jídlu, má bolesti v dutině ústní, nemá z potravy nyní potěšení. Cítí se slabý.

Objektivně:

Eutrofický muž (BMI 23), zvýšená tělesná teplota (38°), pocení, defektní chrup, potravu přijímá nasogastrickou sondou v kašovité konzistenci, poranění dolního a horního rtu. Tekutiny je schopen přijmout ústy v menším množství. Tekutiny doplňovány parenterálně. Sledování bilance tekutin, která je momentálně pozitivní.

### 3. Vylučování

Subjektivně:

Pacient uvádí, že mu není příjemné se vyprazdňovat na lůžku, ale chápe, že po otřesu mozku zatím nesmí opouštět lůžko. Je si vědom, že je to pouze dočasné a co nejdříve bude moci chodit na toaletu s doprovodem a později i sám. Pacient udává problémy s vyprazdňováním stolice a permanentní močový katétr mu působí dyskomfort. Pociťuje nepohodlí i v souvislosti s pocením.

Objektivně:

Pacient se nadměrně potí v souvislosti se zvýšenou tělesnou teplotou, vyprazdňování stolice probíhá na lůžku (z důvodu klidového režimu po otřesu mozku), vyprazdňování močového měchýře probíhá pomocí permanentního močového katétru do sběrného močového sáčku. Stolica není pravidelná (vyprazdňuje se  $\bar{\alpha}$  4 dny), ale normální konzistence, barvy, příměsí i zápachu. Moč je čirá, bez patologických příměsí, v normálním množství. Sledujeme příjem a výdej tekutin u pacienta.

### 4. Aktivita - cvičení

Subjektivně:

Momentálně prý nemá pocit dostatečné síly a životní energie, cítí se být slabý. Udává, že když byl v domácím prostředí, chodil pravidelně každý týden hrát fotbal s přáteli. „Nyní jsem schopen si sám alespoň vyčistit zuby a s vaší pomocí se na lůžku i umyji.“

Objektivně:

Nutná dopomoc při hygienické péči (podání pomůcek k hygieně, dopomoc s mytím zad, dolních končetin, ošetření okolí PMK), vyprazdňování (pacient se vyprazdňuje pomocí PMK, vyprazdňování stolice na podložní míse, nutnost podávat laxativa), výživě (stravování pomocí NGS, parenterální výživa, sám ústy vypije několik doušek čaje nebo vody) i oblékání (není schopen se sám obléci). Během dne se nejčastěji dívá na televizi nebo si čte knihy, časopisy, noviny, hraje hry na mobilním telefonu, luští křížovky. Na lůžku je schopen se pohybovat sám (otočí se, posune se, sedne si).

## 5. Spánek a odpočinek

Subjektivně:

Pacient říká, že se cítí unavený, v noci má někdy problém s usínáním, protože ho bolí obličej a dutina ústní. Častokrát se i během noci vzbudí.

Objektivně:

Klient vypadá objektivně unavený, ale během dne nespává. Stále vyhledává nějakou aktivitu, ačkoli má klidový režim. Celková doba spánku činí dle ošetřujícího personálu zhruba 6 hodin. Po podání analgetik do jedné hodiny usne.

## 6. Vnímání, citlivost a poznávání

Subjektivně:

Pacient říká, že vidí i slyší celkem dobře. Nemá problém se zapamatováním a vybavením informací. Pouze si nevzpomíná na okolnosti související s okamžikem úrazu, pociťuje bolest obličej a dutiny ústní, které lze zvládnout pomocí analgetik.

Objektivně:

Pacient je orientován místem, prostorem, časem, osobou. Je při vědomí. Komunikuje bez potíží, odpovědi na otázky jsou adekvátní. Má brýle na čtení, zubní náhradu nemá, sluchový aparát nemá.

## 7. Sebepojetí a sebeúcta

Subjektivně:

Pacient se cítí dle svých slov mizerně, modřiny v obličejí, ztráta dentice a otoky jsou pro něj degradující. Nerad se na sebe dívá do zrcadla.



Objektivně:

Celkové emocionální ladění je spíše pesimistické, vlastní hodnocení vzhledu je negativistické.

## 8. Role – mezilidské vztahy

Subjektivně:

Rodinu charakterizuje jako harmonickou. Říká, že má mnoho známých, ale jen několik opravdových přátel. Každý týden s nimi chodí hrát fotbal. V zaměstnání s kolegy vychází dobře, někteří z nich se stali pro něj i přáteli, se kterými občas zajde na pivo do místní restaurace. Cítí se zde trochu osamělý.

Objektivně:

Pacient se chová velice slušně a vlídně. Někdy vypráví vtipy. Je přátelský nejen k ošetřujícímu personálu, ale i k ostatním hospitalizovaným pacientům. Klient bydlí se svou manželkou a dcerou v panelovém domě.

## 9. Sexualita

Subjektivně:

V této oblasti nepociťuje žádné problémy. Se ženou mají harmonický vztah a intimní život je jeho nedílnou součástí. Klient projevuje lítost nad tím, že mají pouze jedno dítě. Klient udává, že zatím nemá problémy s předstojnou žlázou.

Objektivně:

Klient má jedno dítě, dceru. Pohlavně přenosné choroby v minulosti neguje.

## 10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Subjektivně:

Pacient říká, že mu hospitalizace není příjemná, necítí se tu ve své kůži. V domácím prostředí žádné problémy nemá. Ale pokud se vyskytnou, tak při řešení životních problémů mu nejvíce pomáhají přátelé, rodina a především jeho žena.

Objektivně:

Pozoruji mírné napětí, nervozitu. Alkohol ani jiné návykové látky pacient neužívá k řešení svých problémů.

## 11. Víra – životní hodnoty

Subjektivně:

Během pobytu nepocítuje žádné omezení, pokud jde o náboženskou víru, protože pacient není věřící. Největší potěšení má ze své dcery, která studuje vysokou školu. Jako nejvyšší možnou hodnotu života považuje především zdraví.

Objektivně:

Během pobytu ve zdravotnickém zařízení neprojevil přání náboženských služeb.

### 13.1.2 Ošetřovatelský plán číslo jedna

#### 1. Problém

00132 Akutní bolest související s poraněním orofaciální oblasti projevující se:

Subjektivně: změnou chuti k jídlu, stížností na bolest

Objektivně: výrazem v obličeji, držení se za obličej

Očekávané výsledky

U pacienta dojde k zmírnění bolesti do 1 hodiny od podání analgetik.

Ošetřovatelské intervence

Sledujte bolest, zhodnoťte její lokalizaci, charakter, intenzitu, trvání, zhoršujících faktory, sledujte verbální i neverbální projevy klienta, odved'te klientovu pozornost od bolesti, podávejte analgetika a fyzikální terapii (led) dle ordinace lékaře a sledujte účinnost.

#### 2. Problém

00048 Poškozená dentice související s traumatem projevující se:

Subjektivně: bolestí

Objektivně: traumatickou ztrátou zubů, ulomenými zuby

Očekávané výsledky

Pacient zná správný způsob hygieny dutiny ústní a ovládá čištění zubů do jednoho dne.

Pacient přijímá stravu vhodné konzistence po dobu nutnou k zhojení obličejového traumatu.

### Ošetřovatelské intervence

Podávejte pacientovi Chlorhexidin 0,12% k výplachům dutiny ústní 4-5x denně. Vysvětlete pacientovi, aby dutinu ústní čistil měkkým zubním kartáčkem případně pacientovi dopomožte. Po dobu zavedení NGS podávejte stravu v přesně stanovených intervalech, dbejte na správné množství, konzistenci, složení a teplotu stravy. Dbejte, aby pacientův příjem tekutin byl přibližně 2 litry/24 hodin. Podávejte antibiotika dle ordinace lékaře k léčbě poranění v dutině ústní a sledujte jejich účinky. Podejte pacientovi informace, jakým způsobem pečovat o dentální hygienu v době po propuštění do domácího ošetřování.

### 3. Problém

00045 Poškozená ústní sliznice související s traumatem rtů projevující se:

Subjektivně: bolestivostí, stížnostmi

Objektivně: otokem, ránou na horním a dolním rtu

Očekávané výsledky

U pacienta dojde k ústupu nepříjemných příznaků poranění jako je bolest a otok, dojde k zhojení defektu do týdne po sutuře ran.

### Ošetřovatelské intervence

Po dobu hojení obličejového traumatu ponechejte NGS. Provádějte hygienickou péči o dutinu ústní pomocí čištění zubů a vyplachování pomocí roztoku. Podávejte léky dle ordinace lékaře a sledujte jejich účinnost. Hematomy v oblasti obličeje ošetřete Heparoidem. Podávejte fyzikální terapii (led) ke zmírnění bolestivosti rtů. Po extrahování stehů doporučte klientovi jizvy promazávat například Infadolanem.

#### 4. Problém

00007 Hypertermie související s traumatem projevující se:

Subjektivně: pocitem horka

Objektivně: tělesnou teplotou zvýšenou nad normu, pocením

Očekávané výsledky

Pacientova teplota bude udržována v mezích normy po podání antipyretik do jedné hodiny.

Ošetřovatelské intervence

Monitorujte fyziologické funkce pacienta, sledujte laboratorní nálezy, podávejte antipyretika, analgetika a antibiotika dle ordinace lékaře a sledujte jejich účinnost, podávejte tekutiny též parenterálně, sledujte bilanci tekutin. Zajistěte, aby měl pacient vždy čisté a suché ložní i osobní prádlo.

#### 5. Problém

00146 Úzkost související s hospitalizací projevující se:

Subjektivně: znepokojením, verbalizací

Objektivně: neklidem, nespavostí

Očekávaný výsledek

U pacienta dojde ke snížení úzkosti na únosnou míru do tří dnů.

Ošetřovatelské intervence

Mluvte s pacientem klidně, beze spěchu, používejte krátké věty, naslouchejte pacientovi se zájmem, úctou a respektem, informujte podle svých kompetencí pacienta o léčebném postupu a o nutnosti jeho spolupráce, umožněte pacientovi popsat jeho pocity a v klidném prostředí vyjádřit emoce, zapojte pacienta do nejrůznějších aktivit, které mohou odvést pozornost od problému.

## 6. Problém

00120 Situačně snížená sebeúcta související s poraněním obličeje projevující se:

Subjektivně: slovním vyjádřením negativního sebehodnocení

Očekávané výsledky:

Pacient vyjadřuje pozitivní sebehodnocení do týdne.

Ošetřovatelské intervence:

Povzbuzujte pacienta k vyjádření svých pocitů, naslouchejte aktivně jeho obavám, poskytněte dostatek informací pacientovi dle svých kompetencí, zajistěte kontakt s rodinnými příslušníky.

## 7. Problém

00095 Porušený spánek související s bolestí projevující se:

Subjektivně: usínáním delším než 30 minut, únavou, stížnostmi na potíže s usínáním

Objektivně: kratší celkovou délkou spánku oproti délce odpovídající věku

Očekávané výsledky

U pacienta dojde k zlepšení spánku do 3 dnů.

Ošetřovatelské intervence:

Podávejte analgetika dle ordinace lékaře přibližně hodinu před plánovaným usnutím a sledujte jejich účinek. Zajistěte vhodné prostředí pro spánek. Vyvětrejte místnost, zajistěte tiché prostředí, zajistěte, aby byl pacient v suchu a v čistotě.

## 8. Problém

00083 Únava související s nedostatečným spánkem projevující se:

Subjektivně: verbalizací, nedostatkem energie

Objektivně: výrazem obličeje

Očekávané výsledky:

Klient nebude pociťovat únavu, bude se cítit odpočatý, bude mít více energie do 3 dnů.

Ošetřovatelské intervence:

Zaměřte se na řešení primární příčiny únavy, tj. porucha spánku, akceptujte opravdovost pacientových stížností na únavu, nebagatelizujte jeho pocity, dopomožte pacientovi v těch aktivitách, které není schopen provést samostatně.

## 9. Problém

00108 Deficit sebepečce při koupání a hygieně související s klidovým režimem po otřesu mozku projevující se:

Objektivně: neschopností si umýt jednotlivé části těla (záda, dolní končetiny, genitál)

Očekávané výsledky:

Klient bude mít zajištěnou dopomoc při koupání a hygieně po dobu trvání klidového režimu.

Ošetřovatelské intervence:

Při úkonech hygienické péče dbejte na dostatek soukromí pacienta, zajistěte vhodné pomůcky pro hygienu pacienta, používejte motorickou i slovní instrukci při provádění hygienické péče, oceňujte snahu pacienta zapojit se.

## 10. Problém

00109 Deficit sebeděče při oblékání a úpravě zevnějšku související s klidovým režimem po otřesu mozku projevující se:

Objektivně: zhoršenou schopností se obléci a svléci

Očekávané výsledky:

Pacient bude schopen se samostatně obléci a svléci do tří dnů.

Ošetřovatelské intervence:

Dopomožte klientovi s oblékáním těch svršků, které není schopen si obléknout sám, podporujte klienta v samostatnosti, dejte pacientovi dostatek času a dbejte na jeho soukromí, oceňujte vhodným způsobem snahu pacienta se samostatně obléci.

## 11. Problém

00110 Deficit sebeděče při vyprazdňování související s klidovým režimem po otřesu mozku projevující se:

Subjektivně: úzkostí, pocity studu

Objektivně: neschopností se samostatně přemístit na toaletu, neschopností provádět řádnou hygienu po vyprázdnění

Očekávané výsledky:

Pacient bude znát důvody vyprazdňování na lůžku do jednoho dne.

Pacient bude mít zajištěnu pomoc v této oblasti po dobu trvání klidového režimu.



Ošetřovatelské intervence:

Zajistěte, aby měl klient signalizační zařízení vždy po ruce, dbejte na včasnost vysazení pacienta na podložní mísu, provádějte důsledně hygienu anální oblasti, dbejte na naprosté soukromí pacienta při vyprazdňování, zajistěte příslušné pomůcky, poskytněte pacientovi dostatek času, zaměřte se na prevenci vzniku zácpy, sledujte a zaznamenávejte vyprazdňování tlustého střeva a včas řešte problém s vyprazdňováním.

## 12. Problém

00102 Deficit sebezpečí při jídle související s traumatem v orofaciální oblasti projevující se:

Subjektivně: pocity neschopnosti, verbalizací

Objektivně: neschopností přijímat potravu ústy, neschopností samostatně přijmout stravu pomocí NGS

Očekávané výsledky:

Po dobu zavedení NGS bude mít pacient zajištěnou dopomoc při podání stravy.

Pacient bude náležitě poučen o konzistenci, výživové hodnotě a teplotě stravy, kterou by měl přijímat po odstranění NGS.

Ošetřovatelské intervence:

Poskytněte pacientovi dostatek informací v této oblasti, podávejte pacientovi stravu vhodné konzistence, výživové hodnoty, teploty a množství v pravidelných intervalech. NGS ponechte zavedenou jen nezbytně nutnou dobu a postupně pacienta převádějte na kašovitou stravu přijímanou ústy.

### 13. Problém

00011 Zácpa související se snížením frekvence pohybu projevující se:

Subjektivně: nechutenstvím, nepohodou, nepříjemnými pocity v oblasti břicha

Objektivně: sníženou frekvencí defekace, namáhavou defekací

Očekávané výsledky:

Klient se bude pravidelně vyprazdňovat v intervalech 2 – 3 dní.

Ošetřovatelské intervence:

Věnujte pozornost charakteru, barvě, příměsím a zápachu stolice, dbejte na dostatek soukromí při defekaci, zajistěte, aby signalizační zařízení měl pacient vždy po ruce, vysaďte pacienta na podložní mísu včas, podávejte léky dle ordinace lékaře a sledujte jejich účinek, zaznamenávejte vyprázdnění střeva do dokumentace, zajistěte dostatečnou hygienu po vyprázdnění, povzbuzujte klienta, aby rehabilitoval alespoň na lůžku. Konzultujte s lékařem délku trvání klidového režimu, aby nedošlo k rozvoji imobilizačního syndromu. A včas klienta aktivizujte. Podávejte stravu bohatou na vlákninu, tekutiny v množství minimálně 2 litry/24 hodin.

### 14. Problém

00025 Riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin související se zvýšenou tělesnou teplotou.

Očekávané výsledky:

Klientova bilance tekutin bude pozitivní po dobu trvání horečky.

Ošetřovatelské intervence:

Měřte fyziologické funkce, sledujte příjem a výdej tekutin, zaznamenávejte tělesnou hmotnost klienta, sledujte známky případné dehydratace na kůži a sliznicích. Podávejte léky dle ordinace lékaře k řešení hypertermie.

## 15. Problém

00004 Riziko infekce související s invazivními vstupy a úrazem v orofaciální oblasti.

Očekávané výsledky

U klienta nevznikne infekce po dobu hospitalizace.

Ošetřovatelské intervence

Monitorujte rizikové faktory výskytu infekce, dodržujte aseptický postup při převazu rány, nechte pacienta 4-5x denně vyplachovat ústa Chlorhexidinem 0,12% a důsledně dbejte na dentální hygienu, sleduj možné známky infekce v okolí invazivních vstupů. Periferní žilní katétr vyměňte za nový  $\bar{a}$  72 hodin, permanentní močový katétr ponechejte dle udání výrobce, většinou max. na cca 3 týdny. Podávejte léky dle ordinace lékaře.

## 16. Problém

00155 Riziko pádu související se základní diagnózou

Očekávané výsledky:

Pacient nebude ohrožen pádem po dobu hospitalizace.

Ošetřovatelské intervence:

Zajistěte bezpečné prostředí pro pacienta, seznamte pacienta se všemi bezpečnostními opatřeními (klidový režim na lůžku).

## 17. Problém

00039 Riziko aspirace související se stravou podávanou pomocí nasogastrické sondy a traumatem v orofaciální oblasti.

Očekávané výsledky:

Zamezení aspirace po dobu zavedení nasogastrické sondy a zhojení obličejového traumatu.

Ošetřovatelské intervence:

Mějte na paměti rizika podávání enterální výživy, zejména možnost regurgitace anebo posunutí NGS. Správné uložení sondy kontrolujte auskultací, dbejte na to, aby pacient při krmení sondou zaujímal pokud možno vzpřímenou polohu. Při hygieně dutiny ústní sledujte, zda je dentice pevně zakotvená v dásni, při uvolnění může pacient zub aspirovat. (21, 22)

#### **13.1.4 Hodnocení efektivity péče k plánu číslo jedna**

Problém číslo: 1.

Akutní bolest

Datum: 12. 10. 2011

Hodnocení stavu: Po podání analgetik si pacient nestěžuje na bolest, výraz obličeje nasvědčuje tomu, že jsou účinná.

Datum: 17. 10. 2011

Klient uvádí snížení bolesti, nevyžaduje analgetika tak často. Dávka se snížila, pouze na 1 tbl. na noc.

Datum: 20. 10. 2011

Klient říká, že bolest je snesitelná bez užití analgetik. V tento den je propuštěn do domácího ošetřování.

Problém číslo: 2.

Poškozená dentice

Datum: 13. 10. 2011

Hodnocení stavu: Klient dodržuje opatření k zamezení vzniku infekce v dutině ústní, stravu přijímá pomocí NGS. Chrup je kontrolován stomatologem. Chápe způsob správné hygieny dutiny ústní.

Datum: 17. 10. 2011

Klient přijímá stravu kašovitě konzistence per os. Nasogastrická sonda byla extrahována. V dutině ústní nejsou známky infekce.

Datum: 20. 10. 2011

Klientovi byla nasazena Kapničkova dlaha v rozsahu 4+4. Při dimisi pacient bez větších obtíží. Doporučení: řádná hygiena dutiny ústní, kašovitá strava

Problém číslo: 3.

Poškozená ústní sliznice

Datum: 20. 10. 2011

Hodnocení stavu: Klient se cítí dle svých slov dobře, bolesti jsou jen mírné, otok ustoupil. Sutura rány rtu zhojena per primam. Odstraněny stehy. Doporučení: jizvy promazávat Infadolanem, dutinu ústní vyplachovat dezinfekčním roztokem.

Problém číslo: 4.

Hypertermie

Datum: 12. 10. 2011

Hodnocení stavu: Klientovi teplota po podání antipyretik klesla. Zvýšeně se nepotí, cítí se dobře, nemá pocity horka.

Datum: 16. 10. 2011

Klient si udržuje tělesnou teplotu v mezích normy. Antipyretika již není nutné podávat.

Kontrola tělesné teploty 1x denně

Problém číslo: 5.

Úzkost

Datum: 15. 10. 2011

Hodnocení stavu: Klientova úzkost z hospitalizace se zmírnila, udává, že není v napětí, cítí se lépe. Lépe se mu spí.

Problém číslo:6.

Situačně snížená sebeúcta

Datum: 15. 10. 2011

Hodnocení stavu: Pacient vyjádřil pozitivní sebehodnocení. Sleduje opadnutí otoku v obličeji, hematomy se postupně vstřebávají.

Problém číslo 7.

Porušený spánek

Datum: 15. 10. 2011

Hodnocení stavu: Klientovi se lépe spí, udává, že díky analgetikům je schopen spát celou noc, nebudí se a cítí se odpočatý. Má více energie.

Problém číslo: 8.

Únava

Datum: 15. 10. 2011

Hodnocení stavu: Klient se cítí dobře, má více energie, cítí se více odpočatý díky kvalitnějšímu spánku.

Problém číslo: 9. – 12.

Deficit sebeděče

Datum: 16. 10. 2011

Hodnocení stavu: Pacient pochopil, proč musel dodržovat klid na lůžku. Po dobu klidového režimu měl zajištěnou dopomoc personálu. Již nemusí dodržovat klid na lůžku, pohybuje se po oddělení nejprve s pomocí, později sám. Jeho pohyby jsou koordinované a chůze jistá. Je poučen o vhodné konzistenci i teplotě stravy.

Problém: 13.

Zácpa

Datum: 14. 10. 2011

Hodnocení stavu: Klient se nevyprázdnil ani po podání glycerinového čípku.

Datum: 16. 12. 2011

Hodnocení stavu: Klient se vyprázdnil na toaletě. Udává, že díky tomu, že nemusí již dodržovat klid na lůžku, se bude jistě vyprazdňovat lépe, následující dny byl 1x denně na stolici

Problém číslo: 14.

Riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin

Datum: 16. 10. 2011

Hodnocení stavu: Po dobu trvání zvýšené tělesné teploty byla bilance tekutin pozitivní.

Problém číslo: 15.

Riziko infekce

Datum: 20. 10. 2011

Hodnocení stavu: Po dobu hospitalizace infekce nevznikla.



Problém číslo: 16.

Riziko pádu

Datum: 20. 10. 2011

Hodnocení stavu: Po dobu hospitalizace nedošlo k pádu.

Problém číslo: 17.

Riziko aspirace

Datum: 17. 10. 2011

Hodnocení stavu: Po dobu zavedení NGS nedošlo k aspiraci žaludečního obsahu.

## **13.2 Ošetřování klienta s traumatem v orofaciální oblasti, kazuistika číslo dvě**

Nemocnice: Fakultní nemocnice v Plzni

Oddělení: Stomatologická klinika – ÚČOCH, lůžkové oddělení

Zdroj informací: pacient, lékařská a ošetřovatelská dokumentace, zdravotnický personál oddělení

Osobní anamnéza

Jméno: XZ

Pohlaví: muž

Věk: 37 let

Stav: ženatý

Národnost: vietnamská

Státní občanství: Česká republika

Abúzus: nekouří, alkohol příležitostně, drogy neužívá, kávu nepije.

Farmakologická anamnéza

Dosud neužíval pravidelně žádné léky.

Pracovní anamnéza

Vzdělání: absolvent středního odborného učiliště

Obor: Strojní mechanik

Zaměstnání: prodavač bot

Nejbližší příbuzní: manželka (české národnosti), 2x syn (12 a 6 let)

Nynější onemocnění

37 letý muž havaroval dne 18. 10. 2011 jako řidič osobního vozu se střetl s kamionem okolo 19. hodiny. Na místě ošetřen vozem RZS Karlovarského kraje. GCS 2-1-4. Orotracheální intubace provedena v CA, zajištěn intraoseální vstup, poté transportován LZS na Emergency ARK Fakultní nemocnice Plzeň Lochotín, příjem ve 21 hodin.

Po vstupní diagnostice provedena pro pneumotorax vlevo hrudní drenáž, dále na OS zavedeno ICP čidlo k monitoraci nitrolebního tlaku a nemocný byl přijat k další léčbě na lůžko ARK.

Poranění hrudníku a páteře indikováno ke konzervativní léčbě. Na lůžku ARK pokračováno v komplexní resuscitační terapii. Nemocný byl farmakologicky tlumen, řízeně ventilován. Léčebná hypotermie při přijetí hodnoty ICP – do 10 torr.

Vzhledem k poranění obličejového skeletu provedena dne 20. 10. 2011 časná punkční dilatační tracheostomie. Při uspokojivých hodnotách ICP a minimální antiedematózní terapii doporučuje konziliář NCH pacienta odtlumit.

S ohledem na suspektní nález kontuze sleziny a jater opakovaně provádíme USG vyšetření. Bez nutnosti chirurgické intervence.

21. 10. 2011 Provedeno kontrolní CT vyšetření mozku. Nález bez progresu, pokračováno v odtlumování. Přechodně nemocný zmatený, až agresivní, postupná stabilizace stavu vědomí. ICP čidlo odstraněno 22. 10. 2011. V dalších dnech postupně plná kompenzace, nemocný oběhově i ventilačně stabilní.

Při dobrém lokálním nálezu a zmenšení otoku dne 25. 10. 2011 provedena stabilizace zlomenin dolní čelisti v ATB cloně. V dalším průběhu nemocný spolupracující. Při dobré svalové síle a spontánní ventilaci odpojen od ventilátoru. Nyní spontánně dýchající přes nos a tracheostomii. Těsnící manžeta byla vyfouknuta k umožnění domluvy. Nemocný již nadále nevyžadoval hospitalizaci na lůžku akutní resuscitační péče. Traumata v oblasti hlavy, hrudníku a břicha jsou stabilizována.

Dne 30. 10. 2011 přeložen na Stomatologickou kliniku ÚČOCH k dořešení obličejového traumatu.

## Lékařské diagnózy

T07 Polytrauma

S0620 Vícečetné drobné hemorhagie při bazi lební a ve vrcholech obou hemisfér

S0280 Zlomeniny P pyramidy, vpravo lomná linie zasahující do kloubní jamky tempomandibulárního kloubu a do karotického kanálu. Zlomenina zadní laterální stěny maxil. sinu v.s., bez dislokace.

S0260 Zlomenina dolní čelisti vpravo lomná linie tvaru „Y“ probíhající oblastí krčku a proc. Coronoideus, vlevo - lomná linie v oblasti úhlu, zasahuje až k 3. stoličce.

St.p. osteosynthesis mandibulae bilat. In angulo I. sin. et ramus mandibulae subcondylaris I. dx. Dne 25. 10. 2011.

S2210 Zlomenina příčných výběžků Th 1 vpravo, L2-L4 vlevo. Řešeno konzervativně.

S2240 Mnohočetné zlomeniny žeber vlevo 1. - 10. (2. – 10. žebro v zadní až střední axilární čáře, 1. - 8. žebro v paravertebrální čáře a 3. – 8. žebro ve scapulární čáře, 1. - 3. žebro v medioklavikulární čáře.)

S2700 Traumatický pneumotorax vpravo

V4700 Řidič zraněný při dopravní nehodě

S2730 Oboustranné kontuze dorsálních partií horních i dolních laloků s drobnými laceracemi parenchymu, vpravo kontuze ventrální partie horního laloku.

Z930 Tracheostomie punkční dilatační

J948 Hemothorax bilat.

J985 Pneumomediastinum

S3610 Kontuze prvního jaterního laloku

S3600 Kontuze sleziny

S4210 Zlomenina lopatky zavřená, vlevo

S014 Otevřená rána tváře vlevo

## Terapie

Operační: Osteosynthesis mandibulae bilat. 25. 10. 2011, zavedení ICP čidla 18. 10. 2011 (odstraněno 22. 10. 2011), hrudní drenáž

### Konzervativní: farmakoterapie

Augmentin  $\bar{a}$  8 hodin do 31. 10. 2011

Cefazolin  $\bar{a}$  8 hodin do 31. 10. 2011

Ciprinol  $\bar{a}$  8 hodin do 31. 10. 2011

Morfin 1 amp. i. v. při bolesti infúzně rychlostí 0,5–5 mg/hod

Ketonal 1 amp. i. v. při bolesti

### Oxygenoterapie

Výplachy DÚ Chlorhexidin 0,12%

Infadolan unguentum na jizvu

### Invazivní vstupy

Nasogastrická sonda: 31. 10. 2011 ex

Centrální žilní katetr: od 18. 10. 2011

Tracheostomie: od 20. 10. 2011

### Fyziologické funkce

TK – 110/75                      P – 70/min.                      D – 18/min.

TT – 36,5°C                      Saturace – 98%

Váha – 65 kg                      Výška – 160 cm                      BMI – 25

Fyzikální vyšetření dne 30. 10. 2011 (den přeložení na ÚČOCH), 5. den po operaci

Klient je normotenzní, s normální tepovou frekvencí, s normální dechovou frekvencí, dýchá částečně ústy i přes tracheostomickou kanylu, saturace v normě, normální tělesná teplota. Kůže suchá, čistá, teplá, hydratace přiměřená. Eutrofický pacient. Na obličeji pozorujeme hematomy, otok dolní čelisti, ránu na tváři vlevo (stehy od 25. 10. – 1. 11. 2011). Zornice izokorické, reagují na osvit. Oční kontakt udržuje. Pacient orientován místem, prostorem, časem i osobou. Odpovědi na dotazy jsou adekvátní, spolupracuje. Rozumí i mluví českým jazykem. Celkový vzhled hodnotím jako upravený. Slyší dobře i šepot, vidí dobře, novinové písmo přečte. Snížená soběstačnost.

Měření dle škál

Měření soběstačnosti

Barthelův test základních všedních činností (ADL) – celkové skóre pacienta = 45

Hodnocení závislosti: závislost středního stupně

Škála hodnocení bolesti – Melzackova škála bolesti

Hodnocení bolesti: pacient udává nepříjemnou bolest, stupeň č. 2

GCS – hodnocení stavu vědomí

Hodnocení: skóre 15 = žádná porucha vědomí

## **13.2 Shromažďování údajů v oblasti uspokojování potřeb u klienta číslo dvě**

### 1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Subjektivně:

Pacient říká, že se nyní necítí být zdravý, nikdy dříve nikterak vážně nestonal. Každý den chodí do práce, aby uživil rodinu, vyhýbá se tedy alkoholu i cigaretám. Uvádí, že ho moc mrzí, co se stalo, nevzpomíná si, kdo za dopravní nehodu nese zodpovědnost, vyčítá si, že mohl ublížit i manželce, která s ním ve voze seděla jako spolujezdkyně. „Necítím se vůbec dobře.“

Objektivně:

Klient dodržuje lékařská i ošetrovatelská doporučení, snaží se co nejdříve navrátit k plné soběstačnosti.

### 2. Výživa a metabolismus

Subjektivně:

Pacient udává, že v posledních týdnech rapidně zhubnul. Pociťuje dobrou chuť k jídlu, ale těší se na tužší stravu. Chápe dietní opatření. Říká, že se mu polyká dobře a NGS jej velice obtěžuje. Je šťastný, že se mu rány v obličeji dobře hojí.

Objektivně:

Klient přijímá stravu kašovitě konzistence, momentálně má zavedenou NGS, ale postupně začínáme zkoušet příjem per os, kdy si pacient polyká okolo sondy a zjišťujeme, že je schopen takto přijímat potravu. NGS ponecháváme do 31. 10. 2011 a poté je pacient schopen již jíst ústy samostatně. Pacient sní celou porci jídla, vypije přibližně 2 litry tekutin za 24 hodin. Hmotnost pacienta je zatím v mezích normy. Kůže je čistá, kožní turgor v normě, stav vlasů, nehtů je dobrý.

### 3. Vylučování

Subjektivně:

Pacient udává, že nemá potíže s vyprazdňováním tlustého střeva ani moči. Cítí se zatím slabý, je rád, že ho personál na toaletu doprovodí.

Objektivně:

Klient se vyprazdňuje 1x denně, takže s vyprazdňováním tlustého střeva nemá potíže. Močí také přiměřeně, vzhled moči je normální, bez atypického zápachu. Potí se přiměřeně.

### 4. Aktivita, cvičení

Subjektivně:

Pacient říká, že se cítí být momentálně slabý, bez energie, ale v domácím prostředí v minulosti byl schopen vykonávat veškeré aktivity. Na sport ale neměl nikdy příliš času, musí hodně pracovat.

Objektivně: Klient je částečně soběstačný, potřebuje pomoc ve všech aktivitách všedních denních činností. Tzn. především pomoc při oblékání, při hygienické péči, zajištění doprovodu na toaletu. Chůze je zatím relativně vratká, pohybová koordinace není zcela v normě. Přes den rád maluje a komunikuje s ostatními pacienty i s ošetřujícím personálem.

### 5. Spánek, odpočinek

Subjektivně:

Pacient udává, že se cítí unavený, nemůže spát, má bolesti a starosti o svou rodinu. Stále se budí a nemá příliš energie. Říká, že doma se mu spalo dobře. Nikdy neužíval žádná hypnotika.



Objektivně:

Pacient má unavený výraz v obličeji, je slabý. Dle noční směny nezamhouřil oka, kdykoli se sestra přišla podívat na pacienta, byl bdělý. Přes den pospával málokdy.

## 6. Vnímání, poznávání

Subjektivně:

Pacient říká, že vidí i slyší dobře, rozumí mluvené i psané řeči. Nyní pociťuje silnou bolest zad a obličeje. Udává, že nemá problém se zapamatováním ani vybavením informací. Má pocit nejistoty.

Objektivně:

Pacient nepoužívá sluchadla ani brýle, hovoří dobře českým jazykem (v ČR od roku 1994), je orientován místem, prostorem, časem i osobou. Jeho odpovědi na dotazy jsou adekvátní. Je při vědomí.

## 7. Sebepojetí, sebeúcta

Subjektivně:

Pacient o sobě říká, že je strašně moc ošklivý, že se na sebe ani nemůže podívat do zrcadla, že mu není z toho vůbec dobře, rád by jel domů, je moc daleko, bojí se, že ho žena asi nepozná. „Jsem nešťastný hlavně z toho, jak jsem naboural do toho kamionu, jsem neschopný, stydím se za sebe.“

Objektivně:

Vyjádření negativního sebehodnocení. Celkové emocionální ladění je spíše smutné.

## 8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Subjektivně:

Pacient uvádí, že bydlí se svou ženou a dvěma syny v panelovém domě. Říká, že se svou ženou má harmonický vztah, ale když se hádají, tak to souvisí s rozdílným pohledem na výchovu dětí nebo finanční potíže. Momentálně ale říká, že je vše v naprostém pořádku. Označuje sám sebe za Čecha s vietnamským původem, ale pro české občany prý nejspíš nebude nikdy Čechem. Stýká se především s vietnamskou minoritou žijící v České republice. Mezilidské vztahy hodnotí jako dobré. Ale už se mnohokrát setkal s rasismem vůči jeho osobě nebo jeho blízkým.

Objektivně:

Pacient je vstřícný, komunikativní, milý. Klient patří k vietnamské minoritě žijící v ČR. S okolím vychází dobře.

## 9. Sexualita, reprodukční schopnost

Subjektivně:

Pacient se cítí být po této stránce naprosto zdravý, intimní život hodnotí jako uspokojivý.

Objektivně:

Onemocnění prostaty ani pohlavně přenosné choroby pacient neprodělal. Pacient má dva zdravé syny.

## 10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance

Subjektivně:

Pacient udává napětí, tíseň, strach. Nesnáší dobře cizí prostředí, je daleko od rodinných příslušníků, cítí se sám.

Objektivně:

Pacient je nervózní, často hovoří o tom, že by chtěl být propuštěn, nebo alespoň přeložen na oddělení poblíž svého bydliště. Smutný a ztrápený výraz v obličeji.

#### 11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Subjektivně:

Jako nejvyšší hodnotu svého života považuje rodinu, zdraví a lásku. Hlásí se ke křesťanskému náboženství. Jeho životním cílem je především zabezpečit rodinu. Pobyt v nemocnici pro něj nepředstavuje omezení, pokud jede o náboženskou víru.

Objektivně:

Během pobytu ve zdravotnickém zařízení pacient nevyjádřil přání náboženských služeb.

### 13.2.2 Ošetrovatelský plán číslo dvě

#### 1. Problém

00132 Akutní bolest související s poraněním orofaciální oblasti a s poraněním páteře projevující se:

Subjektivně: stížnostmi na bolest, nespavostí, úzkostí

Objektivně: hledáním úlevové polohy, bolestivým výrazem v obličeji pacienta

Očekávané výsledky

Pacient bude udávat, že je bolest zmírněna/zvládnuta max. do 1 hod. od podání analgetik.

Ošetrovatelské intervence

Sledujte bolest, zhodnoťte její lokalizaci, charakter, intenzitu, trvání, zhoršujících faktory, sledujte verbální i neverbální projevy klienta, odved'te klientovu pozornost od bolesti, podávejte analgetika a fyzikální terapii (led) dle ordinace lékaře a sledujte účinnost.

#### 2. Problém

00095 Porušený spánek související s bolestí a s hospitalizací projevující se:

Subjektivně: nespavostí, probouzením se během noci, usínáním delším než 1 hodina

Objektivně: kratší celkovou délkou spánku oproti délce odpovídající věku

Očekávané výsledky

U pacienta dojde ke zlepšení spánku a odpočinku do tří dnů.

## Ošetřovatelské intervence

Podávejte analgetika dle ordinace lékaře přibližně hodinu před plánovaným usnutím a sledujte jejich účinek. Zajistěte vhodné prostředí pro spánek. Vyvětrejte místnost, zajistěte tiché prostředí, konzultujte s lékařem možnost naordinování hypnotik, zajistěte kontakt s rodinou. Vyslechněte pacientovy obavy, buďte empatická a vstřícná, nebagatelizujte pacientovo sdělení.

### 3. Problém

00083 Únava související s nedostatečným spánkem projevující se:

Subjektivně: verbalizací, nedostatkem energie

Objektivně: výrazem obličeje

Očekávané výsledky:

Klient nebude pociťovat únavu, bude se cítit odpočatý, bude mít více energie do 3 dnů.

Ošetřovatelské intervence:

Zaměřte se na řešení primární příčiny únavy, tj. porucha spánku, akceptujte opravdovost pacientových stížností na únavu, nebagatelizujte jeho pocity, dopomožte pacientovi v těch aktivitách, které není schopen provést samostatně.

### 4. Problém

00046 Porušená kožní integrita související s traumatem rtů projevující se:

Subjektivně: bolestivostí, stížnostmi

Objektivně: otokem, ránou na levé tváři

Očekávané výsledky

U pacienta dojde k ústupu nepříjemných příznaků poranění jako je bolest a otok, dojde k zhojení defektu do týdne po sutuře ran.

## Ošetřovatelské intervence

Po dobu hojení obličejového traumatu ponechejte NGS. Provádějte hygienickou péči o dutinu ústní pomocí čištění zubů a vyplachování pomocí roztoku. Podávejte léky dle ordinace lékaře a sledujte jejich účinnost. Hematomy v oblasti obličeje ošetřete Heparoidem. Podávejte fyzikální terapii (led) ke zmírnění bolestivosti. Po extrahování stehů doporučte klientovi jizvy promazávat například Infadolanem.

00146 Úzkost související s hospitalizací projevující se:

Subjektivně: znepokojením, verbalizací

Objektivně: neklidem, nespavostí

Očekávaný výsledek

U pacienta dojde ke snížení úzkosti na únosnou míru do tří dnů.

## Ošetřovatelské intervence

Mluvte s pacientem klidně, beze spěchu, používejte krátké věty, naslouchejte pacientovi se zájmem, úctou a respektem, informujte podle svých kompetencí pacienta o léčebném postupu a o nutnosti jeho spolupráce, umožněte pacientovi popsat jeho pocity a v klidném prostředí vyjádřit emoce, zapojte pacienta do nejrůznějších aktivit, které mohou odvést pozornost od problému.

## 6. Problém

00120 Situačně snížená sebeúcta související s poraněním obličeje projevující se:

Subjektivně: slovním vyjádřením negativního sebehodnocení

Očekávané výsledky:

Pacient vyjadřuje pozitivní sebehodnocení do týdne.

Ošetřovatelské intervence:

Povzbuzujte pacienta k vyjádření svých pocitů, naslouchejte aktivně jeho obavám, poskytněte dostatek informací pacientovi dle svých kompetencí, zajistěte kontakt s rodinnými příslušníky.

## 7. Problém

00108 Deficit sebedpěče při koupání a hygieně související s celkovou slabostí projevující se:

Objektivně: neschopností si umýt jednotlivé části těla, neschopností samostatně dojít do koupelny

Očekávané výsledky:

Klient bude mít zajištěnou pomoc při koupání a hygieně po dobu, než bude tyto aktivity schopen vykonat samostatně.

Ošetřovatelské intervence:

Při úkonech hygienické péče dbejte na dostatek soukromí pacienta, zajistěte vhodné pomůcky pro hygienu pacienta, používejte motorickou i slovní instrukci při provádění hygienické péče, oceňujte snahu pacienta zapojit se.

## 8. Problém

00109 Deficit sebedpěče při oblékání a úpravě zevnějšku související s únavou projevující se:

Objektivně: zhoršenou schopností se obléci a svléci

Očekávané výsledky:

Pacient bude schopen se samostatně obléci a svléci do tří dnů.

Ošetřovatelské intervence:

Dopomožte klientovi s oblékáním těch svršků, které není schopen si obléknout sám, podporujte klienta v samostatnosti, dejte pacientovi dostatek času a dbejte na jeho soukromí, oceňujte vhodným způsobem snahu pacienta se samostatně obléci.

## 9. Problém

00004 Riziko infekce související s invazivními vstupy a úrazem v orofaciální oblasti.

Očekávané výsledky

U klienta nevznikne infekce po dobu hospitalizace.

Ošetřovatelské intervence

Monitorujte rizikové faktory výskytu infekce, dodržujte aseptický postup při převazu rány, nechte pacienta 4-5x denně vyplachovat ústa Chlorhexidinem 0,12% a důsledně dbejte na dentální hygienu, sledujte možné známky infekce v okolí invazivních vstupů. Podávejte léky dle ordinace lékaře. (ATB) Odsávejte pravidelně sekrety z dýchacích cest přes tracheostomickou kanylu, zamezíte tak rozvoji hrozící pneumonie.

## 10. Problém

00155 Riziko pádu související se sníženou tělesnou silou

Očekávané výsledky:

Pacient nebude ohrožen pádem po dobu hospitalizace.

Ošetřovatelské intervence:

Zajistěte bezpečné prostředí pacienta, seznamte pacienta se všemi bezpečnostními opatřeními, doprovodte pacienta do koupelny i na toaletu a zpět..



## 11. Problém

00039 Riziko aspirace související se stravou podávanou pomocí nasogastrické sondy a traumatem v orofaciální oblasti.

Očekávané výsledky:

Zamezení aspirace po dobu zavedení nasogastrické sondy a zhojení obličejového traumatu.

Ošetřovatelské intervence:

Mějte na paměti rizika enterální výživy, zejména možnost regurgitace anebo posunutí NGS. Správné uložení sondy kontrolujte auskultací, dbejte na to, aby pacient při krmení sondou zaujímal pokud možno vzpřímenou polohu. (21, 22)

### 13.2.3 Hodnocení efektivity péče k plánu číslo dvě

Problém číslo: 1.

Akutní bolest

Datum: 30. 10. 2011

Hodnocení stavu: I při pravidelném podávání analgetik si pacient stěžuje na bolesti. Udává, že bolest je ale mírnější, přesto ji pociťuje. Pacient říká, že v oblasti obličeje je bolest jen minimální, ale bolesti zad jsou celkem nepříjemné.

Datum: 2. 11. 2011

Hodnocení stavu: Pacient udává zmírnění bolesti. Po podání analgetik necítí takřka žádné, jinak je bolest střední intenzity. Říká, že se mu i lépe spí.

Datum: 7. 11. 2011

Hodnocení stavu: Pacient byl dnes přeložen do nemocnice do krajské nemocnice poblíž svého bydliště. Uvádí, že obličej již nebolí, bolesti zad jsou snesitelné, ale ještě to dle jeho slov není ono. Spal celou noc. Vyjadřuje radost, že nebude již daleko od rodiny, která po celou hospitalizaci pacienta nenavštívila.

Problém číslo: 2.

Porušený spánek

Datum: 2. 11. 2011

Hodnocení stavu: Pacient spí klidněji, nebudí se tak často, jeho bolesti jsou mírnější intenzity. Vypadá odpočatý.

Datum: 7. 11. 2011

Hodnocení stavu: Od chvíle, kdy pacient zjistil, že bude přeložen, spí celou noc, nebudí se, usíná do 30 minut od ulehnutí. Jeho úzkost se zmírnila.

Problém číslo: 3.

Únava

Datum: 2. 11. 2011

Hodnocení stavu: Pacient se podle svých slov již necítí být unavený, má více energie. V noci spí klidně.

Problém číslo: 4.

Porušená kožní intenzita

Datum: 1. 11. 2011

Hodnocení stavu: Otok obličeje se zmírnil, hematomy se postupně resorbují. Dnes stehy z obličeje ex. Jizva promazávána Infadolanem. Rána se hojí per primam.

Problém číslo: 5.

Úzkost

Datum: 2. 11. 2011

Hodnocení stavu: Klient udává, že si na hospitalizaci zvyknul. Spí se mu lépe, přesto stále myslí na svou rodinu. Chtěl by co nejdříve domů, nebo by rád byl v nemocnici, kam za ním bez problémů může rodina přijet na návštěvu. Úzkost se mírně snížila.

Problém číslo: 6.

Situačně snížená sebeúcta

Datum: 7. 11. 2011

Hodnocení stavu: Klient vyjádřil pozitivní sebehodnocení, otoky jsou zmírněné, hematomy takřka resorbované, rána se zhojila per primam.

Problém číslo: 7. – 8.

Deficit sebepéče

Datum: 2. 11. 2011

Hodnocení stavu: Klient je schopen se sám obléci, zatím potřebuje dopomoc při hygienické péči. Doprovod na toaletu i do koupelny.

Datum: 5. 11. 2011

Hodnocení stavu: Pacient je schopen si sám dojít na toaletu. Je schopen dojít do koupelny a sám se umýt, vyčistit si zuby. Nejprve za dozoru oš. personálu, později provádí zcela samostatně.

Problém číslo: 9.

Riziko infekce

Datum: 7. 11. 2011

Hodnocení stavu: Klient byl přeložen v dobrém stavu, za dobu hospitalizace na oddělení Stomatologie nedošlo k rozvoji infekce. Doporučení: Péče o tracheostomickou kanylu, postupně je možné ji vyjmout. Důsledná péče o centrální žilní katétr. Důsledná péče o dutinu ústní, péče o dentální hygienu, výplachy dezinfekčním roztokem.

Problém číslo: 10.

Riziko pádu

Datum: 7. 11. 2011

Hodnocení stavu: Klient se cítí dobře, jeho chůze je koordinovaná a stabilní. Klient by neměl být ohrožen pádem.

Problém číslo: 11.

Riziko aspirace

Datum: 31. 10. 2011

Hodnocení stavu: Klient si sám odstranil nasogastrickou sondu, opětovně mu již zavedena nebyla, protože v předchozím dni jsme již postupně přecházeli na perorální příjem, pacient neměl problémy s polykáním stravy kašovitě konzistence. V tomto pokračujeme i po odstranění nasogastrické sondy s dobrým výsledkem. Za dozoru ošetřujícího personálu je pacient schopen se sám najíst, s polykáním nemá problémy. K aspiraci nedošlo.

Datum: 7. 11. 2011

Hodnocení stavu: Klienta jsme stále monitorovali z hlediska rizika aspirace. Pacient po dobu hospitalizace na Stomatologickém oddělení neaspiroval.

## Sesterská překladová zpráva u pacienta číslo dvě

Identifikační údaje pacienta

Jméno: XZ

Rodné číslo: xxxxx/xxxx

Zdravotní pojišťovna: xxx

Datum překladu: 7. 11. 2011

Schopnost sebeobsluhy: **schopen** X s pomocí X neschopen

Úroveň kontaktu: **dobrá** X obtížná X neklid

Pohyblivost: **chodící** X s pomocí X ležící

Příjem potravy: **sám** X s pomocí X krmem X sonda

Dieta číslo: 1, kašovitá šetřící

Vyprazdňování: **kontinentní** X inkontinentní

PMK: ano X **ne**

Datum poslední stolice: 7. 11. 2011

Datum posledního převazu: CŽK: 7. 11. 2011

Tracheostomie: 7. 11. 2011

Jizva v orofaciální oblasti: Infadolan ung. 7. 11. 2011

**Kanyla**, cévka, sonda zavedena dne: CŽK zaveden 18. 10. 2011

Tracheostomie zavedena 20. 10. 2011

Ordinace: Ketonal 1 amp. i. v. při bolesti

Oxygenoterapie, Infadolan ung. na jizvu

Výplachy DÚ Chlorhexidin 0,12%

Sociální šetření: ano X **ne**

Významný handicap: ano X **ne**      smyslový (vada zraku, sluchu, řeči)  
   tělesný (amputace, protéza, ochrnutí, obrna)

Cennosti:

Občanský průkaz, průkazka zdravotní pojišťovny, hodinky, finanční hotovost 1000Kč

Přítomnost dekubitů: ano X **ne**

Stupeň: -

Datum: 7. 11. 2011

Název kliniky, oddělení:

Fakultní nemocnice v Plzni

Stomatologická klinika – ÚČOCH –  
lůžkové oddělení

Podpis sestry: xxxx xxxxxxxx

## 14 DISKUSE

K tomu, abych se zabývala touto problematikou, mě vedl jednak fakt, že poranění tohoto druhu rapidně přibývá a povědomí o péči o takto raněné je dle mého názoru nízké. A v druhé řadě zájem v budoucnu pracovat na oddělení traumatologie

Téma bakalářské práce jsem se rozhodla zpracovat formou ošetrovatelského procesu, abych zjistila, jaká jsou specifika péče o klienty s traumatem v orofaciální oblasti. Vyhledala jsem tedy klienty s tímto druhem poranění a stanovila u nich nejdůležitější ošetrovatelské diagnózy, které jsem se snažila řešit v rámci ošetrovatelského procesu.

Celkové hodnocení strategie péče u nemocného XY Kazuistika č. 1:

Klient byl na Stomatologickém oddělení hospitalizován od 12. 10. – 20. 10. 2011 za tuto dobu došlo k rapidnímu zlepšení, co se týče fyzického i psychického stavu pacienta a byl propuštěn v relativně dobrém stavu do domácího ošetrování. Nedošlo k žádným komplikacím, které by nežádoucím způsobem ovlivnily léčbu klienta. Hodnotím tedy ošetrovatelskou péči jako dobrou, ohnisko zásahu bylo zvoleno správně. Ošetrovatelské problémy se podařilo v rámci možností vyřešit. Veškeré očekávané výsledky byly splněny ve stanoveném termínu.

Pokud bude pacient dodržovat léčebný režim i v domácím prostředí je prognóza jeho zdravotního stavu dobrá. Pacient byl poučen zejména o důsledné hygieně dutiny ústní včetně výplachů dezinfekčním roztokem, o péči o jizvu po sutuře ran horního a dolního rtu, o nutnosti dodržovat dietní opatření po dobu hojení ran v orofaciální oblasti. Při bolesti užít analgetikum dle ordinace lékaře a dostavit se na kontrolu stomatologem zhruba za týden po propuštění.



Celkové hodnocení strategie péče u nemocného XZ Kazuistika č. 2:

Klient byl na Stomatologickém oddělení – ÚČOCH FN Plzeň hospitalizován od 30. 10. 2011 – 7. 11. 2011 poté byl přeložen do nemocnice poblíž svého bydliště k doléčení. Ošetrovatelskou péči bych hodnotila jako dobrou. Důležitá byla snaha pacienta o co nejvčasnější navrácení zdraví. Jeho maximální spolupráce, dodržování léčebných doporučení. Podařilo se nám v oblastech potřeb, které byly vlivem traumatu narušeny, dojít k uspokojivému výsledku. Ne zcela se odstranila úzkost spojená s hospitalizací, ale velice dobře byla eliminována bolest a s ní spojené další problémy, jako je porucha spánku a únava. Během hospitalizace nedošlo k žádným komplikacím.

Myslím, že stanovené cíle se mi podařilo splnit. Zvolila jsem správné prostředí pro šetření, tedy pracoviště zaměřené na ústní, čelistní a obličejovou chirurgii, vybrala jsem vzorek respondentů, který splňoval kritérium traumatického poškození obličeje, zvolený model obsáhl všechny důležité aspekty života jedince, tedy bio-psycho-sociální a spirituální potřeby holistické bytosti. Shromáždila jsem všechna data, potřebná k stanovení ošetrovatelských problémů. Dle svých možností, teoretických znalostí a praktických dovedností jsem se pokusila je řešit.

Jestliže bych měla porovnat navzájem oba případy, byly si velice blízké, co se týkalo stanovených ošetrovatelských diagnóz. Samozřejmě nelze je použít paušálně u každého, ale je to jedna z věcí, která mě při ošetřování pacientů zaujala. Ukázalo se, jak je fyzická stránka osobnosti spjata s tou psychickou. A že porucha v oblasti fyzické vyvolá poruchu v oblasti psychické a naopak. V kazuistice číslo jedna, úraz vyvolal psychickou odezvu související s fyzickým vzhledem. V kazuistice druhé jsem pozorovala úzkost spojenou s léčením obličejového traumatu mimo bydliště pacienta. V obou případech pociťovali pacienti bolest, museli přijímat potravu ve změněné konzistenci, dále byla narušena komunikace u obou pacientů. U prvního pacienta z důvodu zavedení tracheostomické kanyly a u druhého z důvodu chybění dentice a poranění rtu. V obou případech jsem musela bedlivě hlídat, aby nedošlo k aspiraci či infekci. V kazuistice číslo dvě ještě aby nedošlo k pádu pacienta. Proto jsem se rozhodla shrnout určitá doporučení, která se týkají péče o podobně raněné osoby.

Ačkoli oba klienti, které jsem si pro svou práci vybrala, měli rozličná poranění, našlo se hned několik společných aspektů, na které by sestra neměla zapomenout.

Na jaké nejdůležitější oblasti je tedy potřeba se v péči o takto zraněné klienty zaměřit? Dle poznatků, které jsem získala při zpracovávání bakalářské práce, jich uvádím několik jako doporučení pro praxi.

### 1. Efektivní průchodnost dýchacích cest

Proč? Pro blízkost dýchacích cest může samotným úrazem dojít k obstrukci. Dalším nebezpečím je aspirace a to jednak pevných materiálů, jako jsou odlomené zuby, či vdechnutí krve, zvratků.

Jak zabránit komplikacím? Důsledným sledováním fyziologických funkcí, zajištěním průchodnosti dýchacích cest intubací. Pacienta udržujeme ve zvýšené poloze. Pokud má pacient mezičelistní fixaci, je nutné, aby byly vždy v blízkosti štípací kleště, pokud by pacient zvracel. Jestliže má pacient nasogastrickou sondu, sestra sleduje, zda nedošlo k změně její polohy v trávicím traktu (povytažení). Sestra přikládá fyzikální terapii (led) k zmírnění otoku.

### 2. Zvládnutí bolesti

Proč? Bolest je nepříjemným emocionálním prožitkem, oblast obličeje je dobře inervována a její poranění, je pro pacienta velice nepříjemné z hlediska bolestivosti. Bolest nepříznivě ovlivňuje psychickou pohodu klienta, fyziologické funkce a narušuje základní potřeby lidského jedince (spánek).

Jak může sestra pomoci? Tlumení bolesti farmakologicky, fyzikální terapií, psychologickou cestou.

### 3. Problematika výživy

Proč? Pro poranění dutiny ústní nemůže pacient přijímat stravu tuhé konzistence, nebo nemůže přijímat ústy žádnou potravu.

Jak může sestra pomoci? Sestra zajistí adekvátní nutriční omezení. To znamená, že objedná stravu v tekuté nebo kašovitě konzistenci. Nabídne pacientovi doplňky výživy ve formě sippingů, kontaktuje nutriční terapeutku, aby vybrala vhodnou stravu pro pacienta. Pokud pacient není schopen výživy ústy, zavádí nasogastrickou sondu a náležitě o ni pečuje.

### 4. Psychické trauma

Proč? Jak jsem se v mé práci již několikrát zmiňovala, obličej je nejvíce exponovanou částí lidského těla. Jeho poranění může mít následky v podobě od nehezských jizev až po chybění některých částí obličeje. Hovořila jsem o poleptání kyselinami, úrazu elektrickým proudem, pokousání zvířetem...to jsou devastující poranění pro obličej, které často vyžadují transplantaci.

Jak může sestra pomoci? Sestra neudílí rady, ale trpělivý, vlídný a empatický přístup je pro pacienta velice důležitý. Nesmí bagatelizovat pacientovo sdělení. A pokud je to nutné, neváhá zajistit pomoc odborníka (psychologa).

Někdy je nutné, aby pacient vyhledal pomoc odborníka i po propuštění do domácího ošetřování, což není zcela standardní oproti jiným poraněním. Je důležité sledovat projevy nemocného, mohou se vyskytnout různé poruchy chování související se změnou vzhledu. Je samozřejmé, že je vyrovnání se s novou životní situací individuální, podle osobnosti jedince a podle druhu poranění. Nutno podotknout, že poranění obličeje může mít následky, kterým bychom se měli snažit zabránit. Pacient se může bát podívat se na sebe do zrcadla, dotknout se jizev, může mít tendenci se izolovat od společnosti, propadá depresím a v nejkrajnějším případě si může sáhnout i na život. Nakolik je pacientova psychika narušena by se mělo přijít ještě v nemocničním prostředí a začít adekvátně řešit.

## 5. Problematika komunikace

Proč? Poranění orofaciální oblasti může způsobit nemožnost verbální komunikace.

Jak sestra může s pacientem komunikovat? Pokud se jedná o izolované poranění, tak je pacient schopen psát. Sestra tedy zajistí pomůcky pro dorozumívání – tužku a papír. Jestliže pacient nemůže psát z důvodu dalších poranění, pokusí se sestra dorozumět gesty, na kterých se s pacientem domluví (zamrkání očima, kývnutí hlavou aj.). Pokud je pacient jiné národnosti, může ke komunikaci využít piktogramy. To, že pacient není schopen verbálně komunikovat, by nemělo vést k absenci komunikace ze strany sestry.

## 6. Riziko infekčních komplikací

Proč? Každé poranění je spojené s rizikem vzniku infekce. Při poranění v dutině ústní je riziko zvýšené. Také pokud má pacient zavedenou tracheostomii, hrozí riziko rozvoje bronchopneumonie.

Jak tomu může sestra zabránit? Důslednou péčí o ránu. Pokud je rána na povrchu obličeje, asepticky ji převazuje, pokud je uvnitř dutiny ústní, zajistí pravidelnou dentální hygienu, výpachy dezinfekčním roztokem. Při zavedené tracheostomii pravidelně odsává sekrety z DC.

## ZÁVĚR

V bakalářské práci : „Ošetřování klienta s traumatem v orofaciální oblasti“ jsem toto obsáhlé téma rozdělila do dvou částí. V teoretické části jsem se věnovala zejména obecné problematice orofaciální traumatologie, anatomickým poznámkám, popisu druhů ran a obecnému popisu ošetrovatelské péče o pacienty s chirurgickým řešením traumatu, které by měly vést k bližšímu pochopení tématu. V druhé části popisují konkrétní případovou studii, díky které zjišťuji potřeby klienta s traumatem v orofaciální oblasti, jejichž saturace může být vlivem tohoto druhu úrazu ohrožena a dále pak specifika ošetřování klientů s tímto druhem poranění.

Pro praxi je důležité, jak jsem několikrát předesílala, aby byla adekvátně poskytnuta první pomoc při tomto druhu poranění. Stručně bych tedy shrnula její zásady.

1. Přivolání odborné pomoci
2. Zástava krvácení
3. Kontrola dechu a srdeční akce
4. Zprůchodnění dýchacích cest (odstranění cizího tělesa, Heimlichův hmat, Trojitý Esmarchův manévr, drenážní poloha u dětí, úder mezi lopatky...)
5. Diagnostikujeme-li zástavu oběhu, provádíme KPR (dýchání z plic do plic nebo ambuvakem a masáž srdce).
6. Nepodaří-li se nám obnovit srdeční akci a je-li to možné, použijeme elektrický výboj defibrilátorem.
7. Kardiopulmonální resuscitaci ukončujeme pokud: došlo k obnovení vitálních funkcí, jsme zcela vyčerpaní, předáme pacienta odborníkům, trvá-li KPR déle, než hodinu, pokud při KPR nedošlo po dobu 20 minut k známám okysličení organismu, jako je například zúžení zornic, měřitelná SpO<sub>2</sub>...). Indikaci k ukončení KPR by měl určit lékař.
8. Dezinfikujeme a kryjeme ránu obličeje

Každý z nás jistě ve svém okolí zaregistroval osobu, která si sama přivodila, nebo jí bylo způsobeno poranění v oblasti obličeje nebo úst. Toto trauma se týká jak žen, mužů, tak i dětí. V mém okolí jsem vyzorovala, že muži bývají zraněni nejčastěji při dopravních nehodách a rvačkách. Ženy utrpí poranění orofaciální oblasti fyzickým napadením druhou osobou. Děti při hře, ať už se jedná o pády, vylití horké tekutiny do obličeje strhnutím ubrusu či vykousnutí části obličeje domácím mazlíčkem. Poranění je bolestivé, hojně krvácí a osoba takto raněná je ohrožená na životě z důvodu neprůchodnosti dýchacích cest. V mé práci jsem se snažila co nejlépe nastínit tuto problematiku i z hlediska prvotní péče o ně. Samozřejmě i péče o pacienty v nemocničním prostředí je neméně důležitá. Věřím, že poznatky z mé bakalářské práce poslouží k pochopení orofaciální traumatologie a povedou k zlepšení péče o tyto klienty.

A závěrem bych předslala myšlenku, že by bylo zajímavé se v dalším šetření zaměřit na psychologickou a etickou problematiku transplantací obličeje, která souvisí s mým tématem bakalářské práce. Jelikož je v dnešní době možné rozsáhlé orofaciální trauma řešit tímto způsobem. Myslím, že by bylo skvělé zjistit, jaká pozitiva a negativa to s sebou přináší z pohledu příjemce darovaného orgánu. Úrazů tohoto druhu stále přibývá a tento obor má dle mého názoru velkou budoucnost.

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Muž po úrazu elektrickým proudem před a po transplantaci obličeje.

Obrázek č. 1.



Obrázek číslo 2.



2.Zdroj: <http://www.ahaonline.cz/clanek/musite-vedet/58556/prvni-uplna-transplantace-tvare-v-usa-tohle-mu-usil-cech.html>

1. Zdroj: [http://www.ceskenoviny.cz/zpravy/index\\_img.php?id=171581](http://www.ceskenoviny.cz/zpravy/index_img.php?id=171581)

Žena po útoku šimpanze před a po transplantaci obličeje.

Obrázek číslo 3. a 4



3. a 4. Zdroj:<http://www.ahaonline.cz/galerie/musite-vedet/60954/?foto=1>

Čtyřletý chlapec zakopl a zabodl si nůžky do obličeje.

Obrázek číslo 5.



5. Zdroj: <http://www.ahaonline.cz/clanek/cerna-kronika/44042/chlapec-4-zapichl-si-nuzky-do-obliceje-a-prezil.html>

Obrázek číslo 6.

Obrázek číslo 7.



6.Zdroj:  
[http://img.ahaonline.cz/static/old\\_aha/big/10\\_03\\_2/16\\_otv\\_rtg.jpg](http://img.ahaonline.cz/static/old_aha/big/10_03_2/16_otv_rtg.jpg) 8

7.Zdroj:  
[http://img.ahaonline.cz/static/old\\_aha/big/10\\_03\\_28/16\\_otv\\_po\\_operaci.jpg](http://img.ahaonline.cz/static/old_aha/big/10_03_28/16_otv_po_operaci.jpg)



Popáleniny v oblasti obličeje

Obrázek číslo 8.



8. Zdroj: [http://instinkt.tyden.cz/rubriky/ostatni/tema/mam-znetvorenou-tvar-aleziju\\_25633.html](http://instinkt.tyden.cz/rubriky/ostatni/tema/mam-znetvorenou-tvar-aleziju_25633.html)

Obrázek číslo 9.



9. Zdroj: [http://instinkt.tyden.cz/rubriky/ostatni/tema/mam-znetvorenou-tvar-aleziju\\_25633.html](http://instinkt.tyden.cz/rubriky/ostatni/tema/mam-znetvorenou-tvar-aleziju_25633.html)

Obrázek číslo 10

Prof. MUDr. Jiří Mazánek, DrSc. přednosta Stomatologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze



10. Zdroj: <http://www.zdn.cz/rozhovory/predstavujeme/445778>

Obrázek číslo 11

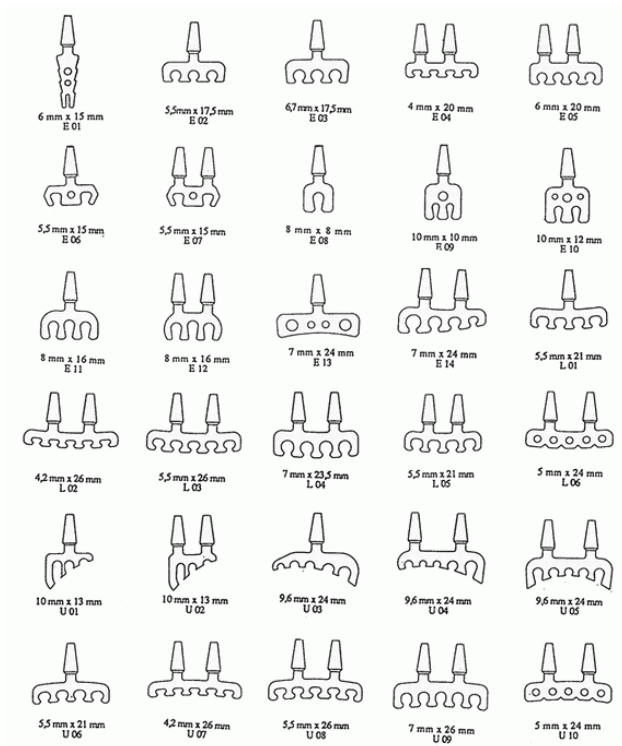
Plastický chirurg MUDr. Bohdan Pomahač, působící ve Spojených státech amerických a pocházející z České republiky



11. Zdroj: [http://www.denik.cz/z\\_domova/pomahac-nikdo-se-nemusi-bat-.html](http://www.denik.cz/z_domova/pomahac-nikdo-se-nemusi-bat-.html)

Obrázek číslo 12.

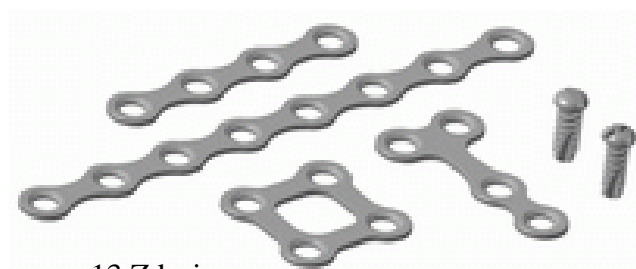
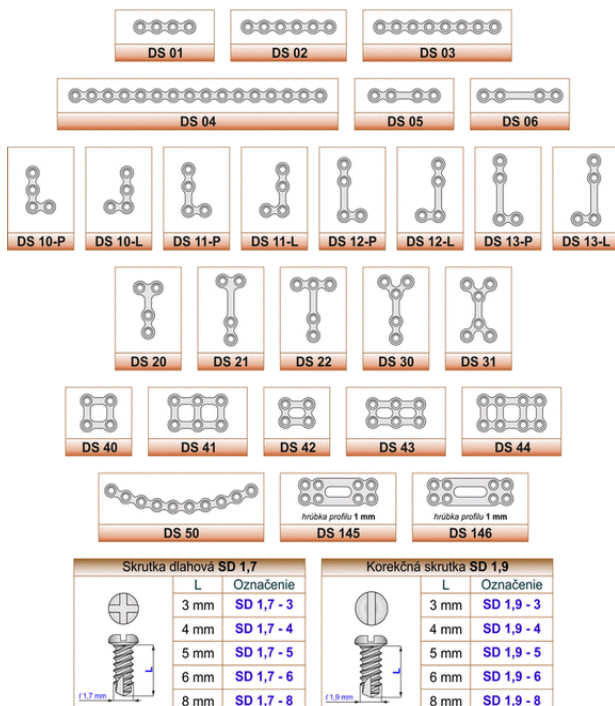
Zubní implantáty – Žiletkové MTI a MTID



12. Zdroj: [http://www.martikan.eu/?id=dentalne-implantaty\\_ziletkove-mti-mtid](http://www.martikan.eu/?id=dentalne-implantaty_ziletkove-mti-mtid)

Obrázek číslo 13.

Titanové dlahy DS



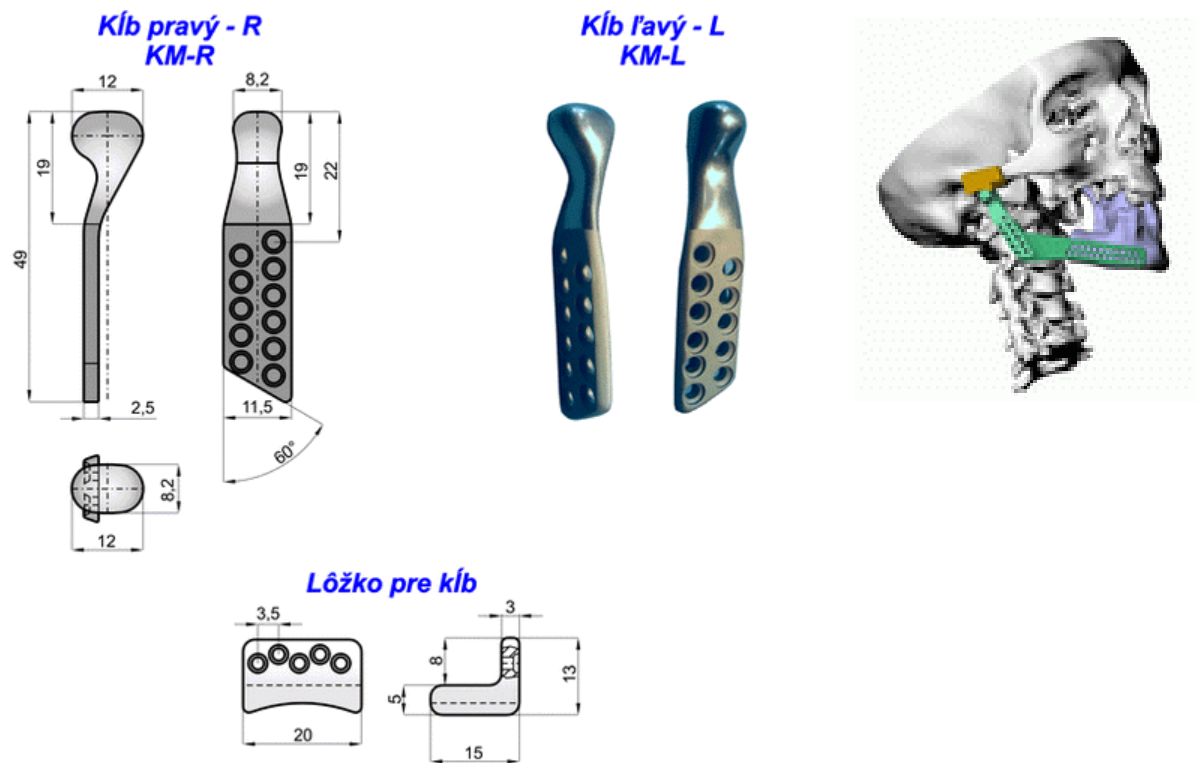
13.Zdroj:

[http://www.martikan.eu/?id=titanove-dlahy\\_dlahy-ds](http://www.martikan.eu/?id=titanove-dlahy_dlahy-ds)

titanove-dlahy\_dlahy-ds

Obrázek číslo 14.

Čelistní klouby



14. Zdroj: <http://www.martikan.eu/?id=celustne-klby>

Obrázek číslo 15.

Nosič medikamentů ve stomatologii



15. Zdroj: <http://www.sixthsense.cz/dent/?page=13&protetik=17>

Obrázek číslo 16.

Ochranná dlaha při onemocnění čelistních kloubů



16. Zdroj: <http://www.stomatologie-pardubice.cz/index.cfm/sluc5beby/zhotoveni-ochrannc3bdch-dlah-pc599i-onemocnc49bnich-c48delistnich-kloubc5af/>

Obrázek číslo 17.

Muž po pádu z kola



17. Zdroj: <http://www.ahaonline.cz/clanek/zhave-drby/48936/poraneny-poslanec-vodrazka-ods-50-stehu-ve-tvari-rika-uz-nejsem-ken-vypadam-jako-valecny-veteran-z-afghanistanu.html>

Obrázek číslo 18.

Poleptání obličeje kyselinou



18. Zdroj: <http://tn.nova.cz/zpravy/zahranici/poleptal-kyselinou-spoluzacku-za-trest-mel-prijit-o-oko.html>

Obrázek číslo 19.

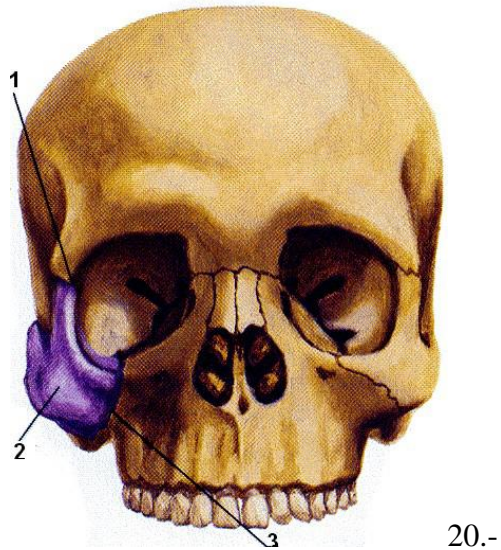
Batole po útoku psa



19. Zdroj: <http://svetacek.blgz.cz/2010/09/Batole-ma-v-obliceji-200-stehu-po-utoku-babiccina-ovcaka.html>

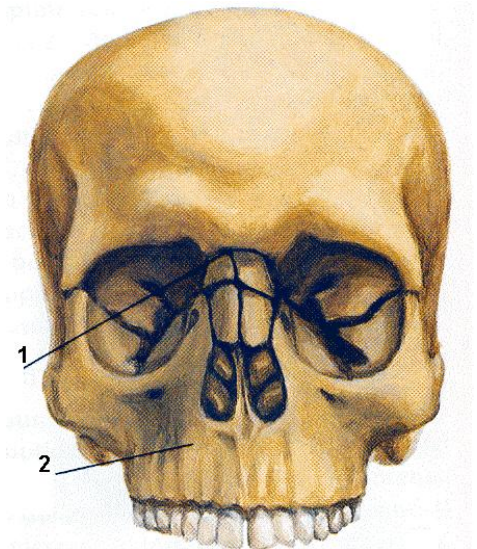
Obrázek číslo 20.

Zlomenina v sutuře zygomaticofrontální  
a zygomaticomaxilární s poklesem očnice.



Obrázek číslo 21.

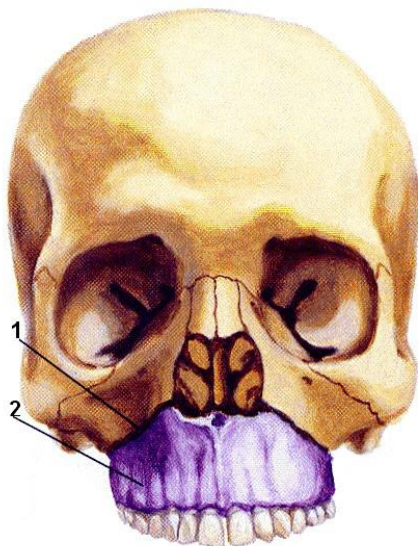
LeFort III, zlomenina nosních  
kůstek a stěn očnice



24. Zdroj: <http://www.lfhk.cuni.cz/orl/eORL/12%20ORL%20TRAUMATOLOGIE.pdf>

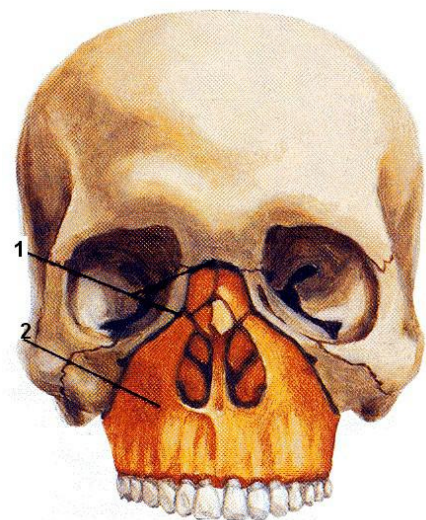
Obrázek číslo 23.

Zlomenina LeFort I.



Obrázek číslo 24.

LeFort II se zlomeninou nosních kůstek.



## SEZNAM CIZÍCH SLOV

Abúzus = nadměrné užívání, zneužívání

Alveolární výběžek = jeden ze 4 výběžků horní čelisti

Analgetika = léky používající se k tlumení bolesti

Anastomóza = je vzájemné propojení dvou cév či nervů v těle

Anestezie = znecitlivění

Anodyna = léky tlumící silné bolesti

Antibiotika = jsou látky, které inhibují růst (množení) mikroorganismů (bakteriostatické), nebo je usmrcují (baktericidní).

Antiedematózní = působící proti otokům

Antipyretika = léky snižující horečku

Arcus zygomaticus = jařmový oblouk

Arteria carotis externa = zevní krkavice

Asfyxie = nedostatek kyslíku, dušení

Aspirace = vdechnutí

Asymetrie = nesouměrnost

Atrofie = regresivní změnou postihující normálně vyvinutý orgán nebo tkáň

Aurikulární oblast = oblast ušních boltců

Auskultace = vyšetření poslechem

Avulze = odtržení

Axilární = týkající se podpaží

Bagatelizace = zlehčování

Behaviorální = týkající se chování

Bronchoskopie = je endoskopickou vyšetřovací metodou, která se používá k optickému vyšetření (zrakem) dolních cest dýchacích

Canalis mandibulae = kanál dolní čelisti

Defekace = vyprazdňování tlustého střeva



Dentální = zubní

Dimise = propuštění z nemocnice

Diplopie = dvojité vidění

Disis articularis = je ploténka vazivové chrupavky, která je vložena mezi plochy některých kloubů

Diskomfort = nepohodlí

Dislokace = posuv

Dorzální = hřbetní, zadní

Dysfunkce = narušená funkce

Enterální = střevní

Eutrofický = dobře živěný

Exkoriace = je povrchovým poškozením kůže zasahující jen do pokožky, ale je hlubší než eroze

Exoftalmus = vystouplé oční bulby

Exponovaný = vystavený pozornosti

Extrahovat = odstrařit

Extraorální-subciliární = mimo dutinu ústní, pod řasami

Fatální následek = neblahý, smrtelný

Fixace = zpevnění

Frontoethmoidální = týkající se kosti čelní a čichové

Frustrace = stav při závažném neuspokojení nebo oddálení uspokojení potřeb lidského jedince

Hematom = krevní výron

Hemorhagie = krvácení

Hemothorax = přítomnost krve v pleurální dutině

Hypertermie = zvýšená tělesná teplota

Hypestezie = porucha čítí

Hypnotika = je léčivo, které vyvolává spánek nebo usnadňuje usínání

Hypotermie = je stav, v kterém teplota organismu klesne pod hodnotu normální

Imobilizace = krátkodobé nebo dlouhodobé znehybnění

In angulo = v rohu

Interakce = vzájemné působení

Intraoseální = nitrokostní

Intubace = jedná se o zavedení endotracheální trubice (trubice, která pomáhá při ventilaci) pomocí laryngoskopu přes ústa, hrtan, hlasivky až do průdušnice

Kognitivní = poznávací, myšlenkový

Kolaterály = postranní cévy

Komprese = stlačení

Koniopunkce = nábodnutí lig. Cricothyreoideum (vazivová membrána hrtanu mezi chrupavkou štítnou a prstencovou)

Kontinuální = plynulý

Kontraindikace = vylučující některé léčebné postupy, výkony, užívání některých medikamentů

Kontuze = zhmoždění

Korekce = oprava

Kožní turgor = kožní napětí

Lacerace = potrhání

Laterální = boční, postranní

Léze = poškození

Ligamentózní aparát = vazivový aparát

Luxace = vykloubení

Manuální = ruční

Marginální = okrajový

Maxilofaciální = týkající se obličeje a horní čelisti

Medioklavikulární = středem klíční kosti

Motorická inervace = pohybové zásobování nervovými vlákny

Nasogastrická sonda = hadička zavedená nosem do žaludku (většinou za účelem výživy)

Nervus alveolaris inferior = nerv inervující dásně

Nervus auriculotemporalis = nerv inervující boltec a spánkovou oblast

Nervus facialis = lící nerv

Nervus glossopharyngicus = jazykohltanový nerv

Nervus infraorbitalis = nerv probíhající očnicí

Nervus mandibularis = třetí větev trojklanného nervu probíhající dolní čelistí

Nervus ophthalmicus = oční nerv

Nervus trigeminus = trojklanný nerv

Neurochirurg = lékař, který se zabývá operační léčbou nemocí nervového systému

Normotenze = normální hodnota tlaku krve

Obliterace = neprůchodnost

Obstrukce = neprůchodnost

Oftalmolog = oční lékař

Orbita = očníice

Orofaciální = týkající se úst a obličeje

Orotracheální = týkající se úst a průdušnice

Os ethmoidale = kost čichová

Os lacrimale = slzní kost

Os nasale = nosní kost

Os zygomaticum = kost lící

Osteomyelitida = zánětlivé onemocnění kosti

Osteosynthesis = spojení kostí při zlomenině

Oxygenoterapie = léčba za pomoci kyslíku

Paranasální = vedlejší dutiny nosní

Paravertebrální = v okolí páteře

Parenterální = podání léků (výživy) do krevního řečiště

Parodont = závěsný aparát zubu

Parotické = příušní

Per primam = na poprvé

Per secundam = s komplikacemi, na podruhé

Periférní = okrajový

Periodontitida = zánět podpůrných tkání zubu

Permanentní = trvalý

Piktogram = obrázkové sdělení

Pneumomediastinum = přítomnost plynu v mezihrudí

Pneumonie = zánět plic

Pneumotorax = stav vznikající při proniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny

Polytrauma = označuje současné poranění nejméně dvou tělesných systémů, z nichž postižení alespoň jednoho z nich nebo jejich kombinace ohrožují základní životní funkce člověka

Posttraumatický = poúrazový

Premedikace = podávání určitých farmak před anestezií

Proc. Coronoideus = korunní výběžek

Proc. pterygoideus ossis sphenoidalis = křídlový výběžek kosti klínové

Profylaxe = prevence

Progrese = pokrok, zhoršení

Protetický = náhradní, umělý

Psychomotorika = koordinace vědomého ovládní pohybového ústrojí

Punkční dilatační tracheostomie = je výkon, kdy je průdušnice uměle vyústěna na povrch těla pomocí nabodnutí

Regurgitace = je zpětný pohyb tekutého žaludečního obsahu do úst

Reparace = oprava, náhrada

Repozice = napravení, narovnání

Resorbce = vstřebání

Retroaurikální = za ušním boltcem

Retrofaryngeální = v oblasti za hltanem

Saturace = nasycení, uspokojení

Scapulární = lopatkový

Screening = metoda vyhledávání časných forem nemocí nebo odchylek od normy prováděná formou testů

Sedativa = léky používané ke zklidnění

Sfenopalatinální = kosti klínové a patrové

Sfuze = rozsáhlejší, splývající krvácení do kůže

Spirituální = duchovní

Spontánní = bezprostřední, bezděčný, samovolný

Stomatolog = zubní lékař

Subluxace = částečné, neúplné vykloubení

Submandibulární = podčelistní

Suspektní = podezření

Sutura = chirurgické spojení tkání

Synkopa = mdloba

Temporální oblast = spánková

Tempomandibulární = související se kostí spánkovou a dolní čelistí

Terapie = léčba

Tracheostomie = vyústění průdušnice na povrch těla

Trauma = poranění

Tromboembolie = vznik krevní sraženiny uvnitř cévního řečiště a její vmetení do cév na jiném místě těla

Vena jugularis externa a vena jugularis interna = zevní a vnitřní hrdelní žíla

Ventrální = přední nebo břišní

Vertigo = závrat'

Vomer = kost radličná

Zygomatikofrontosfenoidální = týkající se kosti lící, čelní a klínové

## **SEZNAM ZKRATEK**

amp. = ampule

APTT = aktivovaný částečný tromboplastinový čas

ARK = anesteziologicko-resuscitační klinika

ATB = antibiotika

BMI = body mass index

CA = celková anestezie

CNS = centrální nervový systém

CT = počítačová tomografie

CŽK = centrální žilní katetr

D = dech

DC = dýchací cesty

DÚ = dutina ústní

EKG = elektrokardiografie

ex = extrahó (vytažení)

FN = fakultní nemocnice

FW = sedimentace erytrocytů

GCS = glasgow coma scale

gtt. = kapky

CHK = chirurgická klinika

i.v. = intravenózně (nitrožilně)

JIP = jednotka intenzivní péče

kJ = kilojoule

KO+diff. = krevní obraz a diferenciál

KPR = kardiopulmonální resuscitace

LZS = letecká záchranná služba

M+S = moč a sediment

MFCH = maxilofaciální chirurgie

mg = miligram

NGS = nasogastrická sonda

NCH = neurochirurgie

ORL = otorhinolaryngologie

OS = operační sál

Oš. = ošetrovatelský

P = puls

p.o. = perorálně (ústy)

PMK = permanentní močový katetr

RTG = rentgen

RZS = rychlá záchranná služba

s.c. = subkutánně (podkožně)

Tbl. = tableta

TK = krevní tlak

TT = tělesná teplota

ÚČOCH = ústní, čelistní a obličejová chirurgie

ung. = mast



## SEZNAM LITERATURY

1. KOZÁK, Jiří. Úrazy obličeje. *Zdravotnické noviny*. 2002, Roč. 51, č. 40, s. 25-26. ISSN 1214-7664.
2. VALENTA, Jiří, et al. *Chirurgie : Pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha : Karolinum, 2003. 237 s. ISBN 80-246-0644-5.
3. HÁJEK, Stanislav; ŠTEFAN, Jiří. *Příčiny, mechanismus a hodnocení poranění v lékařské praxi*. Vydání 2. doplněné. Havlíčkův Brod : Grada Publishing, 1996. 232 s. ISBN 80-7169-202-6.
4. ZIBOLENOVÁ, Mária; BUCHOVÁ, Viera. Úrazy maxilofaciálnej oblasti. *Sestra*. 2005, 4., 11, s. 36-37. ISSN 1335-9444.
5. ŽVÁK, Ivo, et al. *Traumatologie ve schématech a RTG obrazech*. Vyd. 1. Praha : Grada, 2006. 208 s. ISBN 80-247-1347-0.
6. C. GANGALE, Debra . *Rehabilitace orofaciální oblasti*. 1. vyd. Praha : Grada, 2004. 229 s. ISBN 80-247-0534-6
7. PAZDERA, Jindřich; MAREK, Oldřich. *Neodkladné situace ve stomatologii*. Vyd.1. Praha : Grada, 2005. 136 s. ISBN 80-247-0622-9.
8. HAVLENOVÁ, Kateřina; KRÝDLOVÁ, Ljerka. Péče o pacienta po korekční operaci obličejového skeletu. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 2, s. 28-30. ISSN 1210-0404.
9. SLEZÁKOVÁ, Lenka, et al. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty II: Pediatrie, chirurgie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 200 s., iv s. ISBN 978-80-247-2040-1.
10. ŠLEZINGROVÁ, Soňa. Způsoby a formy speciální výživy u pacientů po chirurgických zákrocích v dutině ústní a u pacientů s mezičelistní fixací. *Sestra*. 2003, 13, 10, s. 41. ISSN 1210-0404.
11. JAROŠOVÁ, Darja. *Vybrané ošetrovatelské modely a teorie*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2002. 84 s. ISBN 80-7042-339-0.

12. NOVOTNÁ, Jana. Když je v sázce život: Děti se často zraní. *Moje zdraví*. 2010, roč. 8, 3, s. 22-24. ISSN 1214-3871.
13. MAZÁNEK, Jiří. *Traumatologie orofaciální oblasti*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha : Grada, 2007. 177 s. ISBN 978-80-247-1444-8.
14. MAZÁNEK, Jiří. Historie a současnost české orální a maxilofaciální chirurgie. *Sanquis* [online]. 2007, č. 50, [cit. 2011-08-13]. Dostupný z WWW: <<http://www.sanquis.cz/index1.php?linkID=art144>>. ISSN 1212-6535.
15. MFCH [online]. Olomouc : 2002, 21.7.2011 [cit. 2011-08-13]. Společnost maxillofaciální chirurgie. Dostupné z WWW: <<http://www.mfch.cz/charakteristika.php>>.
16. MACHÁLKA, Milan. Med.muni.cz : *Učební texty z traumatologie* [online]. Brno : 2001 [cit. 2011-08-14]. Poranění obličejových kostí a zubů. Dostupné z WWW: <[http://www.med.muni.cz/Traumatologie/Ustni\\_chirurgie/Ustni\\_chirurgie.htm](http://www.med.muni.cz/Traumatologie/Ustni_chirurgie/Ustni_chirurgie.htm)>.
17. Zpravy.ihned.cz [online]. 10. 5. 2011, [cit. 2011-08-14]. *Američan předvedl svůj transplantovaný obličej*. Dostupné z WWW: <<http://zpravy.ihned.cz/svet-usa/c1-51812280-american-predvedl-svuj-transplantovany-oblicej-operaci-vedl-cesky-chirurg>>. ISSN 1213-7693.
18. Zpravy.idnes.cz [online]. 15. dubna 2010 ,[cit. 2011-08-14]. *Příbuzné jí poleptaly obličej kyselinou, mladá Pákistánka jim dokázala odpustit*. Dostupné z WWW: <[http://zpravy.idnes.cz/pribuzne-ji-poleptaly-oblicej-kyselinou-mlada-pakistanka-jim-dokazala-odpustit-gdb-/zahranicni.aspx?c=A100415\\_143909\\_zahranicni\\_aha](http://zpravy.idnes.cz/pribuzne-ji-poleptaly-oblicej-kyselinou-mlada-pakistanka-jim-dokazala-odpustit-gdb-/zahranicni.aspx?c=A100415_143909_zahranicni_aha)>.
19. ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. *Přehled vybraných ošetřovatelských modelů*. 1.vyd. Hradec Králové : Nucleus, 2003. 104 s. ISBN 80-86225-33-X.(19)
20. TOMÍŠKA, Miroslav. Přípravky enterální klinické výživy. *Remedia* [online]. Leden 2009, č.1, [cit. 2011-12-07]. Dostupný z WWW: <<http://www.remédia.cz/Okruh-temat/Gastroenterologie/Pripravky-enteralni-klinicke-vyzivy/8-12-xX.magarticle.aspx>>.
21. DOENGES, Marilyn E.; MOORHOUSE, Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2.vyd. Praha : Grada Publishing, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.

22. Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové. *Ošetřovatelství* [online]. Hradec Králové : MultiMedia SoftWare, 2006 [cit. 2011-12-19]. Multimediální trenažér plánování ošetřovatelské péče. Dostupné z WWW: <<http://ose.zshk.cz/info/uvod.aspx>