

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Úrazy v těhotenství a problematika ošetrovatelské péče

Bakalářská práce

Vedoucí práce

PhDr. Vlasta Koudelková

Autor

Alena Čermáková

2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Úrazy v těhotenství a problematika ošetrovatelské péče“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne:.....

.....

Alena Čermáková

Poděkování

Chtěla bych touto cestou poděkovat své vedoucí bakalářské práce PhDr. Vlastě Koudelkové za ochotu, trpělivost, poskytnutí informací a cenné rady, které mi pomohly při psaní mé bakalářské práce.

Abstract

Injuries in pregnancy and issue of nursing care.

This bachelor's thesis focuses on the injuries in pregnancy and the issue of nursing care.

The theoretical part of the bachelor's thesis characterises the occurrence of injuries, moreover it deals with individual types of injuries and healing, poly-traumas and prevention of pregnant women travelling by car.

In the practical part, four goals and four research questions were prepared. The target of this thesis was to find out what kind of injuries occur in pregnancy at most, what is the impact of the injuries on the health of the pregnant women, if the pregnant women realise the danger while utilizing the public transport means and what are the most frequent problems in the nursing care of women after the injuries. The research questions associated with the goals followed: what are the most frequent injuries in pregnancy, what is impact of injuries on the health state of the pregnant woman, in what way it is possible to assure the safety of a pregnant woman while utilizing the public transport means and how the pregnant women perceive the risks occurring during the travelling by means of the public transport.

For the qualitative investigation a talk and casuistry of individual women after the injuries in pregnancy were chosen. Talks and casuistry were performed with women after the injury in the Hospital in České Budějovice, a.s.

The targets of thesis were met and the research questions answered.

At present, it is necessary to inform pregnant women how they shall fasten the seat belts during the car riding correctly and how to protect their health and the health of their child. Designing the leaflets or brochures to be freely available in consulting rooms of general gynaecologist and in hospital is recommended. Also a TV-warning would be beneficial.

Obsah

Úvod.....	3
1. Současný stav.....	4
1.1. Úrazy, jejich definice a dělení.....	4
1.1.1. Dopravní úrazy.....	4
1.1.2. Pracovní úrazy.....	5
1.1.3. Domácí úrazy.....	5
1.1.4. Sportovní úrazy.....	6
1.1.5. Kriminální úrazy.....	7
1.2. Zlomeniny, jejich definice a dělení.....	7
1.2.1. Diagnostika zlomenin.....	7
1.2.2. Hojení a léčba zlomenin.....	8
1.2.3. Poruchy hojení kosti.....	9
1.3. Poranění hlavy (kraniocerebrální poranění - KCP) v těhotenství.....	9
1.3.1. Příznaky poranění hlavy a první pomoc.....	9
1.3.2. Zlomeniny kalvy v těhotenství.....	10
1.3.3. Poranění baze lební v těhotenství.....	10
1.3.4. Poranění mozku v těhotenství.....	10
1.4. Poranění obličeje i měkkých tkání v těhotenství a poskytnutí první pomoci....	12
1.5. Poranění hrudníku v těhotenství.....	12
1.5.1. Otevřená poranění hrudníku a první pomoc.....	13
1.5.2. Zavřená poranění hrudníku a první pomoc.....	14
1.5.3. Zlomeniny žeber.....	14
1.5.4. Zlomeniny sterna.....	15
1.5.5. Poranění plic.....	15
1.6. Poranění břicha a první pomoc v těhotenství.....	15
1.6.1. Poranění jater a poskytovaná specifická péče.....	16
1.6.2. Poranění sleziny a poskytovaná specifická péče.....	17
1.6.3. Poranění retroperitonea v těhotenství.....	17
1.6.4. Poranění pánve v těhotenství a poskytovaná specifická péče.....	18

1.7.	Úrazy končetin v těhotenství	18
1.7.1.	Podvrtnutí – distorze končetin v těhotenství a první pomoc.....	19
1.7.2.	Vykloubení – luxace končetin v těhotenství a poskytovaná péče.....	19
1.7.3.	Poranění horní končetiny a akromioklavikulárního kloubu v těhotenství a poskytovaná péče.....	20
1.7.4.	Zlomeniny dolních končetin v těhotenství a poskytovaná péče.....	21
1.8.	Polytrauma v těhotenství.....	23
1.8.1.	Ošetření a poskytnutí první pomoci v přednemocniční neodkladné péči.....	25
1.8.2.	Specifika akutní péče o těhotnou při příjmu v traumacentru a úkoly porodnického týmu.....	25
1.8.3.	Specifika ošetrovatelské péče na oddělení ARO a péče poskytovaná porodnickým týmem.....	26
1.9.	Abrupce placenty při úrazech těhotných.....	27
1.10.	Diseminovaná intravaskulární koagulopatie (DIC) v souvislosti s úrazem.....	28
1.11.	Specifika ošetrovatelské péče poskytované na oddělení konzervativní gynekologie.....	29
1.12.	Specifika ošetrovatelské péče poskytované na oddělení rizikového těhotenství.....	30
1.13.	Vybrané ošetrovatelské diagnózy u žen s úrazem.....	31
1.14.	Edukace porodní asistentkou v prenatální péči o používání bezpečnostních pásů při jízdě automobilem.....	33
2.	Cíle práce a výzkumné otázky.....	34
2.1.	Cíle práce.....	34
2.2.	Výzkumné otázky.....	34
3.	Metodika.....	35
3.1.	Použité metody.....	35
3.2.	Charakteristika zkoumaného vzorku.....	35
4.	Výsledky kvalitativního šetření.....	36
4.1.	Kasuistiky respondentek.....	36

4.2. Rozhovory s respondentkami.....	61
4.3. Souhrnná tabulka rozhovorů s respondentkami.....	70
4.4. Diagnózy úrazů v těhotenství u respondentek za rok 2007.....	75
5. Diskuze.....	76
6. Závěr.....	83
7. Seznam použitých zdrojů.....	85
8. Klíčová slov.....	88
9. Přílohy.....	89

Úvod

V dnešním uspěchaném světě se neustále setkáváme s velkým nebezpečím a s riziky, které ohrožují naše životy. Jedno z velkých nebezpečí je riziko vzniku úrazu. V současné době zaznamenáváme úrazy denně a jsou to především úrazy způsobené dopravními nehodami, které se svým počtem zraněných i mrtvých řadíme k nejvyššímu počtu úrazů celkově. Důsledkem úrazů vznikají postiženým jedincům zdravotní problémy, ale dochází ke změnám v sociální, psychické a ekonomické oblasti.

Každý den slyšíme z médií o velkém množství nehod, které končí tragicky a nebo v lepším případě o nehodách s trvalými následky. Následky úrazů negativně ovlivňují jak mortalitu, tak i morbiditu všech věkových skupin zúčastněných.

Úrazy v těhotenství jsou zvláště nebezpečné, jelikož ohrožují zdraví a život těhotné ženy, ale i plodu. I zdánlivě malý tupý náraz na těhotnou dělohu může vyvolat odloučení placenty a proto je dobré situaci nepodcenit. Vždy je nutné následně kontaktovat gynekologa, raději přímo v nemocnici na gynekologicko-porodnickém oddělení, kde je v případě potřeby možno ihned objektivně monitorovat stav plodu ultrazvukem a v druhé polovině těhotenství hlavně kardiokografií. Velmi nebezpečná jsou přímá poranění, kdy je ohrožená zvětšená děloha rupturou a samostatný plod je ohrožen na životě. Dopravní úrazy tvoří 70 % všech těžkých úrazů během těhotenství.

Lidé a především těhotné ženy, by měli klást důraz na prevenci a vyvarovat se rizikovým činnostem, u kterých může dojít k nechtěnému úrazu. U těhotných žen je například velmi vhodnou prevencí při jízdě autem používání norského doplňku k běžnému bezpečnostnímu pásu BeSafe Pregnant, který svým unikátním mechanismem zvyšuje účinnost připoutání se při jízdě automobilem. V případě dopravní kolize spodní část bezpečnostního pásu zabrání nárazu na břicho a také nárazu na těhotnou dělohu.

Tato práce má zmapovat úrazy v těhotenství a přiblížit specifika ošetrovatelské péče poskytovanou ošetrovatelským týmem, zjistit nejčastější obavy těhotných žen postižených úrazem a problémy, které z jejich pohledu vznikají při provádění ošetrovatelské péče.

1. Současný stav

Úrazová chirurgie se nazývá traumatologie a vyjadřuje nauku o ráně, poranění. Již v minulosti se tento obor označoval za moderního pokračovatele středověkého ranhojičství a umění léčit rány. Spolu s porodnictvím se traumatologie vždy počítala k nejstarším odvětvím lékařství. Léčení ran vzniklo jako speciální chirurgický obor, kdy ošetřování poraněných a zraněných jedinců patřilo k nejstarší léčebné činnosti lidstva. V dřívějších dobách se člověk snažil ošetřit veškerá zranění, která utrpěl v boji nebo na lovu. Zakryl si ránu, zastavil krvácení a snažil se tlumit bolesti např. znehybněním končetiny.

Archeologické nálezy poukazují na to, že naši předkové trpěli podobnými traumaty jako člověk dnešní. „Některá poranění, dokonce i zlomeniny se při primitivních způsobech léčení hojily a dokonce i úspěšně vyléčily“ (2).

1.1 Úrazy, jejich definice a dělení

„Jako úraz definujeme tělesné poškození, které vzniká nezávisle na vůli postiženého náhlým a násilným působením zevních sil“ (24).

Úrazy rozdělujeme na úrazy neúmyslné, to jsou např. dopravní nehody, pády, utonutí a úmyslné, které vznikají ze zlého úmyslu někomu ublížit, např. rány bodné. Dále se mohou úrazy rozdělit dle okolností jejich vzniku, kdy je rozdělujeme na úrazy dopravní, pracovní, zemědělské, lesnické, domácí, kriminální a sportovní.

1.1.1 Dopravní úrazy

Jsou nejčastějším problémem, který se vyskytuje v traumatologii ve všech vyspělých státech. Počet dopravních úrazů neustále stoupá a navyšuje se i jejich závažnost. Nejčastěji se vyskytují mnohočetné úrazy u jednotlivých osob (polytrauma) a někdy je zraněno více osob najednou, když dojde k hromadným neštěstím.

Dopravní úrazy jsou způsobeny náhlou decelerací vysoké kinetické energie. „Při vzájemné kolizi vozidel se jejich okamžité rychlosti sčítají“ (24). Některé úrazové mechanismy jsou typické např. pro dvoustopá vozidla, kdy jde o poranění hlavy nárazem na přední část interiéru vozidla, dále poranění hrudníku, která jsou způsobená

nárazem na volant, jakož i poranění dolních končetin, která jsou způsobená nárazem na přístrojovou desku. Zde většinou dochází k poranění kolena, stehenní kosti, kyčle, pánve a k pohybu krční páteře při nárazu vozidlem ze zadu. V automobilech jsou různé konstrukční prvky pasivní ochrany, které by měly přispět k bezpečnosti posádky. Jsou to např. bezpečnostní pásy, Air-Bagy, hlavové opěrky, deformační zóny karosérie a ochranné rámy. Bezpečnostní pásy snížily výskyt těžkých poranění hlavy a hrudníku, ale při jejich špatném zapnutí se také výjimečně setkáváme s poraněním jater a mesenteria.

„V převážné většině případů je příčinou selhání člověk, účastník nehody“ (29).

1.1.2 Pracovní úrazy

Jsou to specifické úrazy podle povahy pracovní činnosti. Většinou se jedná o poranění dolních končetin, o řezné a bodné rány, těžké devastace ruky, včetně poranění ztrátových. Při pádech z výšky se setkáváme s mnohačetnými úrazy a s polytraumaty, které vznikají při přímáčknutí břemenem a při závalech u výkopových prací. Zejména při závalech musí mít pro zraněné horníky specifické vybavení speciální týmy vyškolených profesionálních záchranářů, kteří zajišťují odbornou pomoc. Příčina pracovních úrazů bývá většinou nedbalost při práci, nedostatečné zaškolení nových pracovníků, porušování bezpečnostních předpisů, nevhodné pracovní prostředí, nevhodný oděv a obuv při práci. Prevence pracovních úrazů spočívá v dodržování bezpečnostně pracovního řádu i podmínek a dostatečného zaškolení pracovníků.

1.1.3 Domácí úrazy

Zde se jedná především o následky pádů z malé výšky a pády na kluzké podlaze. K domácím úrazům se také řadí úrazy při práci na zahradě jako jsou např. pády ze stromů při česání ovoce nebo odřezávání větví.

Nejrizikovějším místem v bytě je kuchyně, kde jsou sporáky, nestabilně umístěné vařiče, nádoby s horkou vodou, konvice s horkým mlékem, čajem, nádoby s horkou polévkou, které jsou umístěné na pracovní desce nebo čisticí prostředky schopné vznícení a elektrické zásuvky. Dalším rizikovým místem v bytě je koupelna,

kde jsou umístěny boilers s vysokou výstupní teplotou vody, která teče z kohoutků, ze sprchy, do vany a proto je nebezpečné vypouštění vroucí vody z pračky do vany. Dále to jsou lékárníčky s léky i hořlavinami a elektrické zásuvky. Posledním rizikovým místem v bytě je obývací pokoj, kde jsou umístěny nízké stolky se skleněnými deskami, na nich je postavená káva nebo čaj, jsou zde radiátory, televize a elektrické zásuvky.

Největší podíl poranění u těhotných žen je popálení při domácích činnostech a to do 5 % tělesného povrchu. Od 32. týdne gravidity se zvyšuje riziko prostých pádů způsobených zhoršenou stabilitou těhotné. V odborné literatuře se uvádí až 80 % všech úrazů těhotných, vzniklých v domácím prostředí.

1.1.4 Sportovní úrazy

Při provozování sportu, jak rekreačního nebo profesionálního musíme brát na vědomí to, že přináší jisté zdravotní problémy. Jedná se především o poranění končetin a u některých rizikových sportů se vyskytují poranění mnohočetná (např. jezdeckví). Pokud jde o organizované sportovní akce, kde je možno předpokládat vznik úrazů, zajišťuje se odborná zdravotní pomoc. Pro těhotné ženy, které často sportují je důležitá výživa a dostatečná regenerace organismu pro snížení výskytu poranění nebo přímo úrazu. Časté sportovní úrazy nebo zranění způsobují různé svalové problémy, křeče, bolesti kloubů, bolesti v zádech, zlomeniny, podvrtnutí, naražení a natržení svalů.

V těhotenství se nedoporučuje plavání ve veřejných lázních, v řece, rybníku, v moři a to především v druhé polovině těhotenství z důvodu získání infekce nebo vzniku křečí a následnému utonutí. Dále by se těhotná žena měla vyhnout tzv. problémovým sportům. Např. tenisu, bruslení, jízdě na kole, kde hrozí pády a v tím by žena mohla ohrozit nejenom sebe, ale i plod. Lyžování v těhotenství také nebývá pro ženu a plod bezpečné. Žena si musí uvědomit rizika, která na sebe tento sport bere a nebo je potřebné, aby byla poučena ošetřujícím gynekologem a porodní asistentkou.

„Sport je vhodným doplňkem pro psychickou i fyzickou kondici těhotné, ale každá žena sama musí více než jindy rozumně zvážit své schopnosti a možnosti“ (22).

1.1.5 Kriminální úrazy

V minulosti byl výskyt kriminálních úrazů výjimečný, ale v poslední době těchto úrazů významně přibývá. V současné době se kriminální úrazy vyskytují v 6,5 %. Zranění nejčastěji vznikají při rvačkách a při násilné trestné činnosti. Jde především o rány bodné, sečné a střelné, ale i rány v důsledku úmyslných výbuchů, kde se jedná o mnohočetná poranění. Vznikají především vlivem druhého jedince nebo sebepoškozováním. Významnou roli zde hraje alkohol, užívání omamných a psychotropních látek. „V některých pokusech o suicidium hrají významnou úlohu linky důvěry“ (16).

1.2 Zlomeniny, jejich definice a dělení

„Zlomenina je definována jako porucha kontinuity kosti. Je zpravidla úplná, ale může být i neúplná“ (23).

Zlomeniny rozdělujeme na zlomeniny traumatické, které vznikají u zdravých kostí jednorázovým násilím. Násilí, které působí na kost může být násilí ohybové, kompresní, torzní, avulzní (to jsou dvou, tří, čtyř-úlomkové nebo tříštivé zlomeniny) a střížné nebo se mohou jednotlivá násilí jednotlivě kombinovat. Na kost potom působí mechanismus přímo nebo nepřímo. Dále mohou vzniknout zlomeniny z únavy při opakovaném přetěžování skeletu a patologické zlomeniny, které se mohou objevit u nemocných kostí (např. onkologické onemocnění). Zlomeniny můžeme dělit také podle linie lomu na příčné, šikmé, spirální, vertikální a tangenciální.

1.2.1 Diagnostika zlomenin

Klinická diagnostika se zaměřuje na příznaky jisté u deformací končetiny, nebo patologické pohyblivosti a na příznaky pravděpodobné např. při bolesti, funkčním omezení, ohraničeném krevním výronu a otoku. Dále diagnostikujeme zlomeniny rentgenovými snímky ve dvou klasických projekcích a u některých specifických zlomenin je nutno provést speciální projekce, popřípadě tomografii. Vyšetření CT se provádí u zlomenin páteře nebo nitrokloubních zlomenin.

1.2.2 Hojení, léčba a rehabilitace zlomenin

Základní podmínky dobrého zhojení kostí v místě zlomeniny je odpovídající imobilizace a dobrá vaskularizace.

Primární hojení zlomenin je typické pro stabilní osteosyntézu. Na hojení se podílí cévní zásobení z Haverských kanálů. Hojení probíhá ve dvou fázích. První fáze odbourává nekrotické kosti a na okrajích lomné linie - osteoklasty. Ve druhé fázi dochází k formování nové kosti díky osteoblastům. Toto hojení je přímé a hojí se bez přítomnosti periostálního svalku.

Při sekundárním hojení zlomenin se vytváří provizorní svalek z vaziva nebo hyalinní chrupavky. Svalek je závislý na dostatečném krevním zásobení a vycházející ze tří oblastí. A to z periostu, z endostu a cév Haverských kanálů. Hojení probíhá ve třech fázích. První fáze je zánětlivá, kde dochází k odstranění nekrotické tkáně v oblasti zlomeniny. Na této fázi se podílí bílá krevní řada a to především makrofágy. Dále je to fáze reparační, zde se přeměňuje hematoma na granulační tkáň, která obsahuje fibroblasty, endotelové buňky, osteoblasty a chondroblasty. Vazivový svalek vznikne z granulační tkáně. „Ve fázi osifikace dochází k mineralizaci a uspořádávání kostních trámčů ve směru působící zátěže“(28).

V průběhu osifikace se vytváří a vzniká kostní svalek. Obnoví se původní tvar a struktura kosti. Toto sekundární hojení zlomenin je typické pro konzervativní léčbu a při relativně stabilní osteosyntézu.

Léčbu zlomenin dělíme na konzervativní, operativní a funkčně – konzervativní. Při konzervativní léčbě musíme zlomeninu vždy definitivně ošetřit. Pokud se jedná o dislokovanou zlomeninu, tak musíme v první řadě provést repozici, tj. uvedeme všechny fragmenty kosti do fyziologického postavení, které zaručuje zhojení s dobrým funkčním výsledkem. Retence spočívá v znehybnění zlomeniny, kdy musíme co nejdříve fixovat úlomky podle lokalizace a typu zlomeniny.

Rehabilitace je nedílnou součástí konzervativního i operativního léčení zlomenin. Jejím úkolem je udržet pacienta v celkové dobré fyzické a psychické kondici. Rehabilitaci dělíme na obecnou (respirace, dechová gymnastika, aktivace pohybů,

udržování dobrého psychického stavu) a na speciální, jejímž úkolem je obnovit hybnost kloubů a normalizovat jeho funkci.

1.2.3 Komplikace vznikající při hojení kostí

Hojení kostí může být prodloužené, zejména při vzniku komplikací, kdy je doba hojení delší než 6-8 měsíců. Může vzniknout malunion, což znamená zhojení v nesprávném postavení. Rozděluje se na symptomatické, to je hojení bez funkčních následků nebo symptomatické a to se projevuje v omezení funkce kosti. Dále je to nonunion, což je nezhojení zlomeniny, projevují se známky pakloubu. „Pakloub je charakterizován jako stav, kdy nedošlo ke kostěnému srůstu úlomků“ (28). Lomná linie je vyplněna vazivem a je obklopena vazivovým pouzdem, které obsahuje tekutinu. Pakloub může vzniknout vitální a avitální. Vitální pakloub vyžaduje ke zhojení stabilizaci a avitální pakloub vyžaduje ke zhojení stabilizaci, biologickou stimulaci a spongioplastiku.

1.3 Poranění hlavy (kraniocerebrální poranění - KCP) v těhotenství

Mozek chrání lebeční kosti, které jsou uspořádány mozaikovitě a jsou spojeny švy navzájem. Pevnost a elasticitu zajišťuje kulovitý tvar lebky. Mozkové obaly se skládají z dury mater, arachnoidei a pia mater.

„Nejvíce všech zraněných, cca 60%, tvoří úrazy při dopravních nehodách“ (8).

Mechanismus poranění vzniká přímým direktivním násilím nebo nárazem hlavy při pádech na různé překážky. Poranění hlavy mohou být uzavřená a nebo otevřená.

Při otevřených poraněních nastává zpravidla velké krvácení vzhledem k bohatému cévnímu zásobení měkkých částí lebky. Rány, při kterých dochází ke skalpování lebky, pokládáme za specifická poranění.

1.3.1 Příznaky poranění hlavy a první pomoc

U poranění hlavy je hlavním příznakem porucha vědomí, která se u pacientky může projevovat pozvolně, kdy se objevuje nauzea, zmatenost, poruchy v komunikaci,

dále se objevuje zvracení, porucha oběhu i dýchání, nestejnost zornic, mohou se objevit křeče nebo ochrnutí končetin a obličejového svalstva.

První pomoc, kterou poskytujeme u pacientky při vědomí, spočívá v základních opatřeních, kdy postiženou dáme do polohy na boku se zvýšenou polovinou těla ošetříme otevřená poranění, dále sledujeme základní fyziologické funkce, komunikujeme s postiženou a rychle jí transportujeme do zdravotnického zařízení.

U pacientky v bezvědomí se snažíme se zastavit krvácení, zajistíme a sledujeme základní fyziologické funkce. Popřípadě zahájíme kardio-pulmonální resuscitaci (KPR) a následně volíme rychlou zdravotnickou pomoc, kdy postiženou transportujeme do zdravotnického zařízení. Poraněným nepodáváme per os žádné léky, jídlo ani pití!

1.3.2 Zlomeniny kalvy v těhotenství

Vznikají při tupém nebo ostrém poranění, většinou při dopravních úrazech. Poranění kalvy bývají součástí polytraumat, nebo penetrujících poranění. Poranění diagnostikujeme klinickým vyšetřením, Rtg a CT vyšetřením. U těhotných musí lékař zvážit nutnost těchto vyšetření z důvodu poškození plodu. Následně po poranění kalvy mohou vzniknout komplikace, jako je např. epidurální hematom, subdurální hematom, epilepsie nebo osteomyelitis. U těhotných se snažíme o terapii konzervativní a operativní terapii volíme v ohrožení života ženy.

1.3.3 Poranění baze lební v těhotenství

Vzniká většinou z hrubého násilí. „Lomné linie mohou zasáhnout jednotlivé lební jámy nebo všechny současně“ (8). Objevuje se krevní výron do očnice, krvácení nebo únik mozkomíšního moku do zevního zvukovodu a nosu. Pacientka krvácí ze zvukovodu a je nutné si dát pozor na aspiraci. Následně se může objevit infekce nitrolebního prostoru, jako pozdní komplikace.

1.3.4 Poranění mozku v těhotenství

Rozlišujeme postižení difúzní nebo-li mozkovou komoci, která se léčí konzervativně. Ložisková je mozková kontuze, kdy podle stavu rozlišujeme léčbu

konzervativní nebo operační. Poslední postižení je kompresní, při kterém se objevuje nitrolební krvácení, epidurální i subdurální hematomy, kdy je léčba pouze chirurgická. Nitrolební poranění diagnostikujeme anamnézou, kdy posuzujeme stav vědomí, stav zornic, dále provádíme klinické vyšetření, pomocí zobrazovací metody Rtg nebo CT. Uvedená vyšetření musí být pečlivě zvážena lékařem, jelikož může následovat ohrožení plodu.

Otřes mozku – komoce je krátkodobá porucha mozkových funkcí. Při této poruše nedochází k poškození mozkové tkáně. Projevuje se krátkodobou poruchou vědomí, nevolností, zvracením a závratí. „Prognóza poranění je dobrá“ (8).

Při zhmoždění mozku - kontuzi dochází k anatomickému poškození mozkové tkáně, kde vznikají kontuzní ložiska. Poranění nejčastěji vzniká při tupém násilí, které poškozuje mozek v místě působení, ale působí i na protilehlou stranu mozku. Objevuje se krvácení a při tomto zranění je prognóza závažná. Poraněná je ohrožená komplikacemi.

Utlačení mozku – komprese patří mezi nejzávažnější nitrolební poranění. Nejčastější příčinou je vpáčená kost, epidurální nebo subdurální hematom a otok mozku. U tohoto poranění je nejdůležitější příznak tzv. lucidní interval. Poraněná krátce upadá do bezvědomí, po kterém následuje stav jasného vědomí. Poraněná se zdá být v pořádku, ale později dochází ke zhoršení stavu, které je provázeno bolestmi hlavy, nauzeou, zvracením až hlubokým bezvědomím. Zraněná nereaguje na oslovení a ani na bolestivý podnět.

Úrazový edém mozku patří mezi nejčastější komplikace zhmoždění mozku. Dochází ke zvýšení nitrolebního tlaku zvětšením objemu mozku, mozkomíšního moku nebo zvětšením objemu cirkulující krve. „Pokud trvá určitou dobu, může být příčinou smrti i při relativně malém primárním poranění“ (8).

Epidurální hematom je způsoben krvácením mezi lebeční kost a tvrdou plenu mozkovou. Vzniká následkem tepenného krvácení. Celkově se vyskytuje se u 2 % poraněných a ve 25 % poranění umírají.

Příčinou subdurálního hematomu je žilní krvácení pod tvrdou plenu mozkovou. Vyskytuje se častěji než epidurální hematom a dochází k němu v odstupu několika dnů nebo i týdnů po úrazu.

Subarachnoidální hematom je krvácení mezi pavučnici a měkkou plenu mozkovou, které vzniká poraněním cév mozkové kůry.

Intracerebrální hematom je nejzávažnějším typem krvácení. Úmrtnost je až v 80 %. Nejčastěji se objevuje u starších lidí na podkladě sklerózy mozkových tepen.

1.4 Poranění obličeje i měkkých tkání v těhotenství a poskytnutí první pomoci

Poranění obličeje a měkkých tkání vzniká většinou přímým působením síly na oblast obličeje např. při úderu nebo prudkém nárazu. Při těchto nárazech může dojít k rozlámání obličejových kostí, které doprovází krvácení z nosu a úst. Poraněná může vdechnout krev nebo cizí těleso do dýchacích cest (kostní úlomky nebo zuby). Dále může dojít i k poranění očí, kdy hrozí porucha nebo ztráta zraku. Příznaky jsou viditelné na první pohled. Zraněná má deformity na obličeji s masivním krvácením i s výrazným otokem obličeje. Objevuje se částečná nebo úplná neprůchodnost dýchacích cest, kdy pacientka namáhavě dýchá a následně může dojít k zástavě dýchání. Dále následuje bezvědomí se zástavou srdeční činnosti. U poranění oka se objevuje bolestivost, snížené vidění, krvácení a deformace.

Při první pomoci se snažíme uvolnit i zprůchodnit dýchací cesty a vyčistíme ústa. Snažíme se zastavit krvácení. Poraněné oko kryjeme obvazem, pokud je cizí těleso v oku, nevyndáváme jej. Při bezvědomí nejdříve zkontrolujeme základní fyziologické funkce, ihned zahájíme kardiopulmonální resuscitaci a urychleně voláme rychlou záchrannou službu.

1.5 Poranění hrudníku v těhotenství

„Hrudní koš chrání vitálně důležité orgány: srdce, plíce, magistrální cévy, hlavní bronchy a jícn“(23). Mezižeberní svaly a bránice se podílí na mechanice dýchání. Na mechanice dýchání se podílí i svaly pletence ramenního, svaly zádové a břišní.

„Trauma hrudníku je příčinou úmrtí třetiny všech smrtelných úrazů. Představuje širokou škálu traumat od lehkých zranění až po těžká poranění, spojená s poškozením některého z nitrohručních orgánů“ (28,18).

K poranění hrudní stěny dochází nejčastěji přímým násilím, např. pádem na hrudník, kdy dojde k jeho stlačení a úderem do hrudníku, střelným nebo bodným poraněním. K poranění hrudníku dochází kontuzí, kompresí a decelerací. K poranění vnitřních orgánů dochází přímo nebo nepřímo při tzv. deceleraci.

Poranění hrudníku rozdělujeme na poranění otevřená a zavřená.

1.5.1 Otevřená poranění hrudníku a první pomoc

Při otevřených poraněních hrudníku se nejčastěji objevuje pneumotorax. Dochází k porušení stěny hrudní, vzduch vniká do hrudníku mezi plíci a stěnu hrudní do prostoru, který se nazývá pohrudniční dutina. Plíce kolabuje a přestává se podílet na dýchání. Pneumotorax rozdělujeme na otevřený, uzavřený a záklopkový.

Otevřený pneumotorax vzniká při bodných, střelných nebo tupých poranění hrudníku, kdy dojde k perforaci hrudního koše. Vzduch vnikne do pohrudniční dutiny a vyřadí příslušnou plíci z její činnosti. Nemocná dýchá pouze jednou plící. Situace je ve většině případů spojena s krvácením do dutiny hrudní, nebo i se zevním krvácením. „Zraněná bývá v šoku, obtížně dýchá, má namodralé rty a vzduch se může dostat i do podkoží“ (8).

Při otevřeném pneumotoraxu provádíme první pomoc následovně. Zraněnou ženu zklidníme, doporučíme jí pravidelné a klidné dýchání. Ženu uložíme do polosedu, ránu na hrudníku překryjeme sterilním krytím nebo čistou látkou, přiložíme poloprodyšný obvaz, kdy ránu, která je sterilně krytá, přelepíme ze tří stran čtvercem igelitu a jednu stranu necháme volnou. To znamená, že vzduch může unikat z pohrudniční dutiny ven, ale je zabráněno vniknutí vzduchu dovnitř. Zraněnou transportujeme v polosedě rychlou záchrannou službou do nemocnice.

K záklopkovému (ventilovému) pneumotoraxu dochází při porušení hrudního koše. Při vdechu se nasává vzduch do pohrudniční dutiny, při výdechu se otvor v hrudníku uzavírá a vzduch nemá možnost unikat ven. V pohrudniční dutině se

hromadí vzduch, který stlačuje nitrohruční orgány (poraněnou plíci, zdravou plíci, srdce, velké cévy). Poranění rychle zhoršuje celkový stav a pacientka se začíná dusit.

První pomoc spočívá v okamžitém uzavření otvoru v hrudní stěně a pacientku musíme co nejrychleji transportovat do nemocnice.

1.5.2 Zavřená poranění hrudníku a první pomoc

Při zavřeném poranění hrudníku dochází většinou k izolovanému poranění, nebo mnohočetnému zlomení žeber, které omezí mechaniku dýchání. Zlomené žebro může poranit plíci uvnitř hrudníku bez viditelného zevního poranění a způsobit zavřený pneumotorax. Při vdechu i výdechu se vzduch z poraněné plíce hromadí v pohrudniční dutině a otvor kudy vzduch uniká, nelze uzavřít. Zraněná nedostatečně dýchá, má velké bolesti, které jí omezují v dýchací pohybech.

První pomocí spočívá v podpoře základních životních funkcí a v rychlém transportu postižené do zdravotnického zařízení.

Hemothorax je poranění, kdy se krev hromadí v pohrudniční dutině. Příčinou je buď poraněná plíce nebo přerušená céva v hrudní stěně. Léčba se odvíjí od velikosti krevní ztráty. Dělá se hrudní drenáž, pravidelně se kontroluje u pacientky krevního obraz, acidobazická rovnováha, vitální funkce, dále se provádí UZ kontroly a sleduje se sekrece, která je odváděná drénem z pohrudniční dutiny.

„Komplikace hrudních traumat jsou relativně časté: empyém hrudníku, mediastinitida, ranné komplikace“ (28).

1.5.3 Zlomeniny žeber a první pomoc

Zlomeniny žeber se liší podle počtu a charakteru zlomeniny, kdy se rozdělují na zlomeniny jednoduché a to je zlomenina jednoho až dvou žeber v jednom místě a zlomeniny sériové, což jsou zlomeniny třech nebo více žeber v jednom místě. Tyto zlomeniny mohou být jednostranné nebo oboustranné.

Zlomeniny žeber jsou velmi bolestivým poraněním a většinou vznikají pádem na hranu, nebo tupým úderem. Projevují se špatným dýcháním i odkašláním. Léčba

spočívá v lehké fixaci hrudníku a v podávání analgetik. Postiženou transportujeme v polosedě.

1.5.4 Zlomeniny sterny a léčba

Zlomeniny sterny bývají velice vzácné. „Léčí se převážně konzervativně“ (28). Operují se pouze takové stavy, kde jsou výrazné dislokace úlomků, při nesnesitelných bolestech, nebo jedná-li se o zlomeniny spojené s dalším nitrohručním traumatem.

1.5.5 Poranění plic a podávaná terapie

Poranění plic se vyskytuje vzácně, je způsobeno prudkou kompresí hrudníku velkou silou, prudkou decelerací, což je nejčastěji zapříčiněno tupým úderem. K určení diagnózy je nutné Rtg i CT vyšetření a vyšetření krevních plynů. Léčba je konzervativní, podávají se mukolytika, antibiotika a bronchodilatancia. Operativní řešení se provádí jen při progresi nálezu, vzniku abscesu nebo nekrózy. „Operačním řešením je zpravidla lobektomie“ (28).

1.6 Poranění břicha a první pomoc v těhotenství

Poranění břicha se vyskytuje přibližně u 12 % všech úrazů. Tupé trauma břicha je nejčastějším poraněním. Dochází k poranění bez závažného poškození břišní stěny s následkem poranění vnitřních orgánů např. řeznou, bodnou nebo střelnou ránou. U pacientky se objevuje bolest břicha, rozvíjí se známky šoku, vzniká typický příznak - prknovitě tvrdé břicho, objevuje se mělké, rychlé dýchání a u otevřených, penetrujících poranění jsou známky krvácení s výhřezem břišních orgánů.

Poranění břicha často ohrožuje zraněnou přímo na životě. Poranění také může vzniknout důsledkem tzv. decelerace, kdy se jedná o poranění nebo odtržení břišních orgánů vlivem náhlé ztráty rychlosti. K natržení nebo utržení závěsného aparátu u břišních orgánů dochází při nárazu, kdy se tělo náhle zastaví vlivem setrvačnosti. Vzniká často prudké krvácení z orgánů v dutině břišní, jako jsou např. játra, slezina, ledviny, střeva, větší cévy nebo dochází ke krvácení z velkých cév, jako je např. aorta nebo dolní dutá žíla. Příznaky vnitřního zranění jsou nejčastěji bolesti různého

charakteru a intenzity, kdy dochází k rozvoji šokového stavu, dále je přítomna nevolnost, zvracení, pocení a zrychlený puls, který je provázen poklesem krevního tlaku. Stav může vyústit až do ztráty vědomí. „ Na zavřené poranění břicha myslíme vždy při automobilové nehodě u nemocného v šoku s bolestmi břicha, při každém pádu, nárazu na břicho, nebo do bederní krajiny (do zad) “(28).

Dále může dojít k perforaci střev s následným rozvojem zánětu pobřišnice, k roztržení močových cest, kdy zánět může vzniknout v okolí močových cest a k poranění ženských pohlavních orgánů, zejména v těhotenství, kdy může dojít k ruptuře dělohy nebo vaječníků.

Při první pomoci se snažíme se zastavit krvácení, cizí těleso z rány nevytahujeme, vyhřezlé orgány pouze překryjeme a bráníme tomu, aby neoschly. Poraněnou položíme do protišokové polohy s podloženými dolními končetinami. Kontrolujeme základní fyziologické funkce, předcházíme rozvoji šoku a zajistíme lékařskou odbornou pomoc.

1.6.1 Poranění jater a poskytovaná specifická péče

Poraněná játra jsou se slezinou nejčastěji poraněným orgánem dutiny břišní. Mechanismy poranění jater vznikají většinou na podkladě tupých poranění a nebo pronikajících poranění do dutiny břišní. Tupá poranění vznikají při prudké deceleraci nebo při kompresi mezi žebry a páteří. „Příčinou penetrujících poranění jsou obvykle bodná nebo střelná zranění“ (28).

Závažnost poranění jater se odvíjí od anatomických změn a rozsahu poškození jater, kdy se může objevit lacerace jaterního pouzdra, subkapsulární hematom až ruptura jater s poraněním jaterních žil nebo dolní duté žíly. Hlavním příznakem těžkého poranění je krvácení do břicha s přidruženou hypotenzí, tachykardií a hemoragickým šokem. Poranění diagnostikujeme CT vyšetřením, někdy diagnostickou laparoskopií, která se musí u těhotných žen zvážit. Léčbu u těhotných, pokud to dovolí jejich zdravotní stav, volíme především konzervativní, která spočívá v klidu na lůžku, monitorování základních životních funkcí, sledování pohybů i ozev plodu a jsou prováděny kontroly UZ vyšetřením.

Při těžkých stavech provázených masivním krvácením je nutné provést operativní léčbu. U 2/3 jaterních poranění se krvácení zastaví spontánně.

1.6.2 Poranění sleziny a poskytovaná specifická péče

Vzniká následkem tupého poranění břicha nebo jako penetrující poranění břicha a ruptury patologicky zvětšené sleziny při minimálním poranění. Ve 25 % se vyskytuje jako poranění izolované a je často spojeno s dalšími nitrobřišními traumaty. Poranění sleziny vzniká jako následek dopravní nehody nebo je způsobeno pracovním úrazem. „Někdy jsou zdánlivě nenápadné – pád na hranu chodníku nebo kámen, u dětí náraz na řídítka koloběžky“ (23). Poranění postihuje pouzdro sleziny, parenchym sleziny nebo slezinné cévy.

Příznaky poranění sleziny jsou krvácení, slabost, bolesti v levém rameni, břicho se vyklenuje, je hmatatelné vyklenutí Douglasova, objevuje se tachykardie, hypotenze, pokles hodnot krevního obrazu, leukocytóza a pokles diurézy. Poranění diagnostikujeme z anamnézy, provádíme Sono a CT, kde je nálezem prokázána tekutina kolem sleziny a v dutině břišní. U těhotné ženy je potřeba zvážit její stav, pokud je to možné, postupujeme konzervativně, kdy sledujeme ozvy i pohyby plodu, žena má klid na lůžku, monitorujeme fyziologické funkce, provádíme kontroly sleziny pomocí UZ vyšetření a pokud je ohrožen život ženy je nutné provést operační zákrok.

1.6.3 Poranění retroperitonea v těhotenství

Retroperitoneum je dobře chráněno proti zevnímu násilí. Retroperitoneum je bohatě cévně zásobený prostor, který obsahuje velké cévy, nervy, ledviny a močovody. Při poranění jsou nejčastěji postiženy orgány krvácením nebo rupturou. K nejčastějším příznakům poranění patří krvácení s velkou ztrátou krve a rozvíjející se hemoragický šok. Rozvoj akutního stavu je velice rychlý a zraněná dříve zemře, než je jí poskytnuta adekvátní záchranná pomoc. Léčení a řešení závisí na rozsahu poranění a na stabilitě krevního oběhu. „Oběhová instabilita jako výraz pokračujícího krvácení je důvodem k urgentní operaci“ (28). U stabilní pacientky lze provést CT vyšetření, ultrasonografii,

popřípadě urgentní angiografii. Na základě těchto vyšetření je zvolena terapie a při závažném zdravotním stavu je pacientka hospitalizovaná na oddělení ARO.

1.6.4 Poranění pánve v těhotenství a poskytovaná specifická péče

„Pánevní prstenec je složený ze dvou kostí pánevních (os innominatum), kosti křížové (os lacrum) a kostrče (os coccygis)“(28).

Poranění pánve vznikne nejčastěji při autonehodě hrubým mechanismem, nebo při pádu z výšek. Zlomenina pánve se projevuje bolestí při pohybu dolních končetin v kyčli, při tlaku na lopaty kosti kyčelní nebo nemožností se postavit. Zlomeninu pánve dělíme na dvě základní skupiny s horizontální linií lomu a s vertikální linií lomu.

Zlomeniny s vertikální linií lomu jsou funkčně významné. Většinou bývá indikována operační léčba a prognóza je pro těhotenství nejistá.

Zlomenina s horizontální linií lomu bývá u zlomenin stydkých a kyčelních kostí, ty mohou být buď jednostranné nebo oboustranné. Léčení bývá konzervativní, je ordinován klid na lůžku.

Pokud se jedná o poranění celého pánevního kruhu, poraněná je ohrožena na životě důsledkem krvácení, které vychází z poraněných pánevních žil. Krevní ztráty dosahují až několika litrů. Tento úraz je spojen s poraněním pánevních orgánů, především močové soustavy. U některých zlomenin může dojít k rozestupu stydkých kostí více než o 2 cm. U rozestupu stydkých kostí je vhodná léčba operativní a tento postup se většinou neslučuje s trváním těhotenství, kdy u ženy dojde k potratu nebo následkem traumatu dojde k poškození plodu a jeho následnému odumření.

„Těžké, dislokované nebo nestabilní pánevní fraktury mohou předem znemožnit následný porod per vias naturales“(14)

1.7 Úrazy končetin v těhotenství

Značné zvýšení výskytu úrazu zejména na končetinách přinesl rozvoj techniky a moderní doba. Poranění končetin tvoří přibližně 50 % všech úrazů. Při úrazech končetin mezi hlavní příznaky řadíme bolest, deformace s postižením struktur a funkce končetin, krvácení při rozsáhlejších otevřených poraněních a otoky poraněných oblastí.

Při vzniku poranění na končetinách může vzniknout pohmoždění měkkých tkání, podvrtnutí kloubů, vymknutí kloubů, fraktury dlouhých i krátkých kostí a zlomeniny kostí, které jsou spojené s vymknutím v přilehlém kloubu.

Zlomeniny dělíme s ohledem na další léčení na zlomeniny otevřené a zlomeniny zavřené, dále pak na zlomeniny stabilní a nestabilní.

Správné poskytnutí první pomoci, již na místě úrazu, poskytnutí i odborné pomoci při zásahu a převozu záchranou službou, jsou hlavní složky, které se podílí na úspěšném vyléčení poraněné končetiny. Na to navazuje odborné léčení a péče v nemocnici na oddělení traumatologie.

1.7.1 Podvrtnutí – distorze končetin v těhotenství a první pomoc

Podvrtnutí vzniká nepřímým zásahem, většinou prudkým pohybem v kloubu, kdy dochází k poranění kloubních vazů nebo kloubního pouzdra. Pohyb v kloubu překročí jeho fyziologický rozsah. Podvrtnutí se projevuje omezením hybnosti postiženého kloubu, otokem, bolestí a může se objevit i krevní výron.

Při první pomoci se doporučuje těhotné klid, je důležité, aby si postižená poraněnou končetinu šetřila, nezatěžovala jí, postižené místo stáhneme elastickým obvazem a přikládáme led. Následně vyhledáme lékařskou pomoc, kdy lékař diagnostikuje distorzi.

1.7.2 Vykloubení – luxace končetin v těhotenství a poskytovaná péče

Vykloubení je poranění kloubu, ke kterému dochází při velkém násilí. Kloubní plochy se dostanou mimo sebe a nedotýkají se. Dochází k poškození kloubního pouzdra, vazů a okolní tkáně. Vykloubení se projevuje bolestí, nemožností pohybu v postiženém kloubu, otokem a hematomem.

První pomoc provádíme u postižené tím, že kloub zafixujeme v poloze, která je nebolestivá, končetinu nenapravujeme, přikládáme led a vyhledáme lékařskou pomoc. Lékař diagnostikuje luxaci a vykloubenou končetinu v lokální anestézii vrátí do kloubní jamky. Postižená žena musí mít alespoň týden klid a končetinu nezatěžovat.

1.7.3 Poranění horní končetiny a akromioklavikulárního kloubu v těhotenství a poskytovaná péče

Při těchto poraněních se jedná zejména o luxace, kdy na Rtg snímku zjistíme posun klíční kosti směrem nahoru. U těhotných žen se provádí Rtg tak, že se oblast dělohy a břicha zastíní Rtg zástěrou, aby paprsky nepoškodily plod. Otázkou zůstává operativní řešení problému, který se řeší podle naléhavosti stavu poraněné ženy.

Luxace ramene je poškození ramenního kloubu, kdy se hlavičky pažní kosti dostane mimo kloubní jamku. K diagnostice nám poslouží Rtg vyšetření, kdy chceme vyloučit zlomeniny. Léčba je převážně konzervativní, kdy je postižené ženě provedena repozice v lokální anestézii a postižené místo fixujeme obvazem cca 3 týdny. Při opakovaných luxacích je nutné provést operaci – artroskopickou stabilizaci. Pokud je nutná operace u těhotné, tak se provádí, až po porodu plodu.

„Zlomeniny klíční kosti vznikají přímým nárazem na rameno nebo přímo při pádu na nataženou končetinu“ (28). Vyskytují se nejčastěji při sportu nebo při dopravní nehodě. Při první pomoci dáme končetinu do závěsu a postiženou těhotnou dopravíme na traumatologickou ambulanci. Diagnózu stanovíme pomocí Rtg vyšetření, kdy Rtg zástěrou chráníme oblast břicha i dělohy a léčíme speciální fixací a tím, že postižená nosí ruku v závěsu, cca 3 týdny.

Zlomenina lopatky je způsobena zejména v důsledku přímého násilí, kdy se nejčastěji zlomí krček lopatky. Po Rtg vyšetření a stanovení diagnózy se zlomenina lopatky léčí konzervativně. „Rameno se fixuje v Désaultově nebo Gilchirstově ortéze na 2 až 4 týdny“ (28). Tím fixuje postiženou oblast. U těhotných žen se tento úraz vyskytuje vzácně a operace se provádí výjimečně.

Zlomeniny pažní kosti jsou způsobeny pádem na horní končetinu nebo na ohnutý loket, kdy dojde u těhotné k prasknutí pažní kosti. V klimakteriu to jsou důsledky řídnutí kostí tzv. osteoporózy. Léčba probíhá konzervativně, většinou přiložením Désaultova obvazu a sádrou fixací pažní kosti po předchozím Rtg vyšetření. Léčba může být také operační a to osteosyntézou. Záleží v jaké části nebo

výběžcích pažní kosti zlomenina vznikla. Nutné je vyšetřit funkci vřeteního nervu, který může být poraněn a po provedené operaci je vhodné provést fixaci. Po sejmutí fixace je nutná včasná a soustavná rehabilitace, aby se zamezilo následkům omezení hybnosti končetiny nebo lokte.

Zlomeniny loketní a vřetení kosti vznikají buď na jedné nebo na obou předloketních kostech. Zlomeniny diafýzy loketní a vřetení kosti s dislokací jsou léčeny operativně. Provádí se osteosyntézou dlahami. Důležité je i znehybnění operované fraktury ulny a radia vysokou sádrovou nad loket. Operace se provádí u těhotné po Rtg vyšetření, kdy se cloní oblast břicha a dělohy.

Při zlomeninách zápěstních kůstek většinou dochází ke zlomenině člunkové kosti. Tato zlomenina se může přehlédnout i při Rtg vyšetření, proto je zapotřebí zhotovit Rtg vyšetření každého poraněného zápěstí ve 3 projekcích nebo snímek opakovat po 10 až 14 dnech. Příkladá se sádrová fixace a postižená těhotná musí nosit ruku v závěsu.

Zlomeniny záprstních kostí a článků prstů se vyskytují zejména při přímém násilí. Na základě Rtg vyšetření a po chirurgickém ošetření se ruka i prsty fixují v sádrových nebo plasticky modelovaných dlahách. Tato poranění bývají kombinována poraněním šlach i kloubů a proto se vyžaduje pečlivý plasticko-chirurgický výkon.

1.7.4 Zlomeniny dolních končetin v těhotenství a poskytovaná péče

Při zlomeninách dolních končetin nejčastěji bývá postižena stehenní kost, dále to může být poranění v oblasti kolenního kloubu i měkkého kolene, poranění bérce a hlezna, ruptura Achillovy šlachy, zlomenina patní kosti, hlezenní kosti, luxace přednoží a zlomeniny metatarzů a prstů nohy.

Stehenní kost je nejdelší a nejsilnější kostí v těle. Zlomeniny stehenní kosti vznikají hrubým násilím, nejvíce při autonehodách. Zlomeniny stehenní kosti dělíme na zlomeniny otevřené a zavřené. Tyto zlomeniny jsou závažné, zejména při polytraumat, kdy se mohou objevit značné krevní ztráty až 2 000 ml a proto je nutná operativní léčba s následným přiložením sádrového obvazu. Těhotná musí být nejdříve v klidu na lůžku

a podle ordinace lékaře i podle typu zlomeniny se učí postupně používat podpůrné pomůcky a následně se provádí rehabilitace.

Poranění v oblasti kolenního kloubu se vyskytují zejména u dopravních úrazů a bývají to často otevřené zlomeniny. Kost je chráněna pouze kůží s malým množstvím pojiva a proto je snadno zranitelná. Zlomeniny horního konce tibie vznikají často hrubým násilím při autonehodách. Všechny zlomeniny v oblasti kolenního kloubu u těhotných diagnostikujeme Rtg vyšetřením a většinou se léčí operativně, aby nedošlo k deformaci kolenního kloubu. Tato poranění jsou někdy spojena s poraněním vazivového aparátu kolenního kloubu a s velkým krvácením do svalových skupin bérce. Poranění měkkého kolene vzniká při sportu rotačním mechanismem. Dojde k ruptuře menisků nebo vazů. Při klinickém vyšetření jsou známky otoku a je patrná náplň kolenního kloubu. Při poranění zkříženého vazů bývá v dutině kloubu krev a při poranění menisků bývá v dutině kloubu tekutina. Klinické vyšetření nám stanoví diagnózu a Rtg vyšetření určí zlomeninu. Následuje pouze operativní léčba.

Zlomeniny bérce patří mezi nejčastější dopravní úrazy, vznikají přímým nebo nepřímým mechanismem. Zlomeniny diagnostikujeme Rtg vyšetřením a léčba je většinou operativní.

„Zlomeniny v oblasti hlezna jsou nejčastější frakturou na dolní končetině“(28). Vyskytují se ve všech věkových kategoriích, vznikají při sportu nebo při špatném došlápnutí těhotné ženy. Klinicky se objevuje výrazný otok a defigurace hlezna. Provádíme Rtg vyšetření a podle závažnosti poranění aplikujeme léčbu konzervativní nebo i operativní. Při poranění vazů hlezna může dojít ke vzniku krevního výronu. K diagnostice nám poslouží klinické vyšetření, které potvrdí nestabilitu vazů. Provádí se konzervativní léčba a u kompletní ruptury vazů je indikována sutura.

„Zlomeniny v této oblasti vznikají nejčastěji po pádu nebo po seskoku z výšky“(28). Při klinickém vyšetření objevujeme značný otok a krevní výron. Rtg vyšetření diagnostikuje charakter poranění a při prokázání komprese úlomků je nutná operativní léčba. Většinou se tato zlomenina léčí konzervativně.

Zlomenina hlezenní kosti vzniká pádem na ohnutou nebo nataženou končetinu. Při klinickém vyšetření je přítomen krevní výron, úlomek kosti může být vyklouben a je hmatný pod kůží. Zlomeninu hlezenní kosti je nutné operativně reponovat.

Luxace přednoží bývá často následkem autonehody, kdy je noha poraněna pedálem. Metatarzy bývají vykloubeny různým směrem, nejčastěji dorzálně. Je nutné po Rtg vyšetření provést repozici a osteosyntézu drátem. Někdy může dojít při autonehodě ke zlomeninám metatarzů a prstů nohy, které vznikají přímým násilím. Léčba probíhá konzervativně přiložením sádrové fixace.

1.8 Polytrauma v těhotenství

„Pojmem polytrauma označujeme mnohočetná či sdružená poranění nejméně dvou tělesných systémů a dutin, která vedou k bezprostřednímu ohrožení základních životních funkcí – dýchání, krevnímu oběhu a vědomí“ (7).

Nejčastější příčinou polytraumat jsou dopravní nehody, ale mohou to být i tupá traumata. „Jsou odpovědné v 7,2 % za mateřskou mortalitu a v 15 % za mortalitu plodů“ (7).

U polytraumat může dojít k selhávání celého organismu, kdy následná léčba je komplikovaná a nemusí být vždy úspěšná.

Pacientka, která utrpěla polytrauma je ohrožena rozvojem traumatického šoku. Proto je nutné pacientku po poskytnutí přednemocniční péče transportovat rychlou záchrannou službou na oddělení ARO a tím jí dát šanci na přežití. U polytraumat je také důležité zvládnout excesivní krvácení např. při zlomeninách pánve, při poranění aorty nebo při poranění velkých cév. Při hemoragickém šoku může dojít i ke smrti pacientky z důvodu poruchy koagulace (DIC), ke vzniku syndromu akutní respirační tísně (ARDS) nebo k syndromu multiorgánové dysfunkce (MODS).

V současné době, kdy přibývá těhotných žen řidiček, ale i těhotných žen spolujezdkyň, které v automobilech cestují, se polytrauma vyskytují více, než tomu bylo dříve. Ženy často ve vyšší stupni těhotenství samy vozidlo řídí, což není pro ně zrovna pohodlné a také bezpečné. Je prokázáno, že hormony, které se vyplavují u žen pouze v těhotenství, snižují pozornost a rychlost reakcí při řízení vozidla. Přímým poraněním

je ohrožena zvětšená děloha, ale i samotný plod. Při úrazu těhotné ženy jsou ohroženy dva životy, jak život nastávající matky, tak i jejího nenarozeného dítěte. „Nejzávažnější příčinou polytraumat u našich těhotných je nepřipoutání se ve vozidle“(13). Důsledky většinou bývají tragické. Pokud nepřežije matka, nepřežije většinou ani její plod.

Poranění při dopravní nehodě jsou způsobena vysokou decelerací při kolizi, nebo převrácením vozu. Poranění těhotné ženy nemusí být viditelné hned na první pohled. Mohou se objevit penetrující poranění jako jsou například střelné i bodné rány, může se jednat o tupá poranění a poranění způsobená pádem nebo napadením. Těhotná žena je ve stavu, kdy je ohrožen bezprostředně její život a proto jsou indikována taková opatření, aby byl přednostně zachráněn její život, kdy se žena nejdříve stabilizuje a poté se věnuje pozornost stavu plodu.

Po celou dobu těhotenství jsou postiženy dva organismy. Plod během těhotenství nabývá vlastní viability a to je od 24. týdne těhotenství, kdy můžeme tedy hovořit o životaschopném plodu.

Kinetika a charakter poranění se délkou těhotenství mění, mění se také vlivem zvětšující se dělohy a změnami jejího obsahu. Bránice je posunuta výše o 4 cm, má mírně změněnou strukturu a při velkém násilí snadno vznikne ruptura bránice. Při přímém traumatu může vzniknout ruptura dělohy a pánve. Děloha se může retrahovat natolik, že žena může i přežít.

Specifické změny v organismu těhotné vedou ke zvětšení kolujícího objemu krve. Koncentrace hemoglobinu je lehce nižší než u netěhotných žen. Krevní ztráta vyšší než 1000ml vede ke změnám tepové frekvence a krevního tlaku, dochází ke snížení perfúze fetoplacentární jednotkou o 10-20 % a plod trpí distresem. K dalším změnám dochází v ostatních vitálně důležitých orgánech a orgánových systémech. Je zvýšena spotřeba kyslíku, dýchání není ekonomické a objevuje se snadné vychýlení v metabolismu např. dochází k hypoglykémii. Hypotenze matky má také nepříznivý vliv na uteroplacentární perfúzi.

Komplikací u polytraumat v těhotenství může být úraz hlavy s vnitřním krvácením, vnitřní krvácení z orgánů, smrt plodu v děloze, předčasný porod nebo potrat.

Předčasné odloučení placenty, zhmoždění dělohy, ruptura dělohy nebo přímé poranění plodu, např. fraktura lebky.

1.8.1 Ošetření a poskytnutí první pomoci v přednemocniční neodkladné péči

Poskytnutí první pomoci by mělo být rychlé a šetrné, jelikož časné těhotenství nemusí být známo. Při pokročilém těhotenství vidíme, že děloha dosahuje k pupku, přibližně ve 24. týdnu těhotenství. Provádíme specifická opatření. Těhotné ženě dáme hlavu do zvýšené polohy, podložíme jí pravou kyčli, ale pokud má mnohočetné zlomeniny, tak s ní nehýbáme. Jsou zajištěné základní vitální funkce (resuscitace a intubace), které se monitorují (EKG, TT, TK, P, SpO₂), hodnotíme Glasgow scóre, zajistí se periferní žilní vstupy, žena je napojená na umělou plicní ventilaci a pokud nesehaly životní funkce, podává se kyslík inhalačně. Vhodná je stabilizace krční páteře Schanzovým límcem. Další průběh terapie se odvíjí od stupně postižení těhotné a ordinací lékaře, kdy podáváme i.v. Magnezium-sulfát, opioidy např. Sufentu, krystaloidní (Plasmacell) a koloidní roztoky (Gelofusin). Transport by měl být co nejdříve a co nejrychleji do traumacentra, kde je poskytnuta maximální péče traumatologem, internistou, porodníkem a neurochirurgem. Nutné je přesné ohlášení situace a stavu zraněné těhotné ženy příslušnému traumacentru telefonicky.

1.8.2 Specifika akutní péče o těhotnou při příjmu v traumacentru a úkoly porodnického týmu

Po příjezdu do traumacentra je těhotná žena ihned vyšetřena traumatologicko-porodnickým týmem, který se soustředí nejen na polytrauma, ale i na nejčastější kombinace skrytého mozkolebního poranění a poranění břicha. Zkontroluje se zajištění vitálních funkcí těhotné, hodnotíme Glasgow scóre a dále probíhají vyšetření: Rtg srdce a plic, který je zaměřený na rupturu bránice, magnetická rezonance hlavy, retroperitonea, krční páteře, míchy a mozkového kmene a echokardiografie. Porodník provádí sonografii břicha, kde se odhalí abrupce placenty a podává zprávu orientačně o stavu plodu.

Všechna vyšetření při konzervativní léčbě je nutno opakovat nejdéle po 4 hodinách. Hemokoagulace se vyšetří ihned a kontroluje po 4 – 6 hodinách. Lékař objedná Statim 1 nebo z vitální indikace dostatečný počet TU krve i mražené plazmy a hradíme krevní ztráty. Podle výsledků vyšetření a podle stavu, žena zůstává buď v traumacentru a nebo je přeložena na oddělení ARO.

1.8.3 Specifika ošetrovatelské péče na oddělení ARO a péče poskytovaná porodnickým týmem

Těhotná žena, která je přijatá na ARO je kontinuálně monitorovaná. Ošetrovatelský tým dbá od prvního kontaktu s klientkou na kvalitní zajištění životních funkcí, stabilizuje oběh a udržuje průchodnost dýchacích cest. Zajistí invazivní vstupy (zavedení centrálního venózního katétru), odběry biologického materiálu, natočení EKG, diagnostické vyšetřovací metody jako je Rtg, CT, konsiliární vyšetření a zajistí veškerou ošetrovatelskou a lékařskou péči, která vede ke stabilizaci těhotné. „Zahrnuje pohotovou diagnostiku a život zachraňující invazivní výkony na poraněných orgánech a vyřešení i akutních komplikací ohrožujících život“(12). Spadají sem i přidružená onemocnění organismu a netraumatické momenty (např. dlouhodobá medikace nebo podchlazení).

Hlavní úkoly zdravotních sester při monitoraci klientky jsou celkové sledování klientky, verbální i neverbální projevy klientky. Pacientka má zavedený permanentní močový katétr, kdy se sleduje bilance tekutin. Dále sledují vitální funkce a znají jejich fyziologické hodnoty. Porodnický tým přichází a kontroluje krvácení z rodidel, ozvy plodu a zda jsou přítomné děložní kontrakce, provádí UZ plodu a sleduje předčasné odlučování. Monitoruje se respirační systém - dechová frekvence, pulzní oxymetrie SpO2 a kapnometrie. Dále se monitoruje kardiovaskulární systém – EKG, probíhá hemodynamické monitorování - arteriální TK, centrální žilní tlak a srdeční výdej. Sleduje se nervový systém – vědomí podle Glasgow coma scale, kdy hodnotíme reakci na oslovení, na podněty, hodnotíme stav zornic (šíři a symetrii), reakci na osvit, mydriázu, miózu a postavení bulbů. Sledujeme svalový tonus, zda těhotná žena nemá křeče a sleduje se nitrolební tlak. Vše se zapisuje do dokumentace po ordinovaných

intervalech lékařem, provádějí se odběry biologického materiálu dle lékaře (Astrup, minerály, koagulační faktory, krevní obraz, CRP, apod.) a hradí se krevní ztráty.

1.9 Abrupce placenty při úrazech těhotných a úloha porodní asistentky

Při úrazech může dojít u těhotných k odtržení nebo k odlučování lůžka a vyskytuje asi v 1 % všech těhotenství. Většinou se projevuje do 4 hodin po úraze. Pokud se odloučí více jak 50 % plochy placenty, vede to k úmrtí plodu. Předčasné odlučování lůžka vzniká u těhotných s vysokým krevním tlakem, při náhlé změně tlaku, při preeklampsii, eklampsii a při chorobách ledvin. Dále je příčinou tupý úraz břicha těhotné, myom v děložní stěně nebo absolutně krátký pupečník.

Abrupce placenty je marginální, kdy se lůžko odloučilo v hraně placenty. Krev vytéká mezi děložní stěnou a blanami placenty. Projevuje se slabým krvácením z rodidel. Odloučení placenty může být v centru a označujeme je jako centrální odloučení placenty. Zde se vytváří retroplacentární hematom. Krvácení z rodidel se nemusí hned projevit. U pacientky se odlučování projeví rozvíjejícím šokem, bolestí a alterací ozev plodu. Děloha je napjatá i citlivá a začíná objevovat krvácení z rodidel tmavší krví. Plod projevuje známky distresu, zvýšením pohybů a změnou frekvence ozev nad 160 min. Později dochází k bradykardii plodu pod 60 min. a následně pohyby plodu i jeho ozvy vymizí. A i u zdánlivě malých traumat může dojít k fetomaternální transfúzi (průnik fetálních erytrocytů do oběhu matky). „Kleihauer-Betkeho testem lze posoudit stupeň průniku fetálních erytrocytů do oběhu matky a možnou fetální anemii in utero“(14).

Abrupce placenty se může projevit i opožděně, a to 48 hodin po úraze. Doporučuje se pro tuto dobu kontinuální sledování plodu monitorem k odhalení prvních známek distresu. „Do myometria_mohou proniknout více než 2 litry krve, aniž se to projeví zevním krvácením z pochvy“(14).

Při závažných znamkách abrupce placenty se indikuje urgentní císařský řez. Krevní ztráta v těhotenství může být rozdílná v souvislosti s úrazem, kdy v posledním trimestru mohou být krevní ztráty vyšší než v netěhotném ženském organismu. Do děložní dutiny může vniknout krev a postupná krevní ztráta může být až 4 000 ml.

V pánvi subperitoneálně, při zlomenině pánevního kruhu i při traumatech, které jsou způsobené nárazem na palubní desku v autě a s přímým nárazem, krevní ztráta může být až 5 000 ml. V retroperitoneu, při nárazu do lumbální krajiny, může vzniknout krevní ztráta až 4 000ml krve a není přítomno hemoperitoneum.

Porodní asistentka sleduje u abrupce placenty krvácení z rodidel, hypertonus dělohy, děložní dráždivost až kontrakce, stav plodu, pohyby plodu, monitoruje CTG a základní fyziologické funkce. Dále sleduje příjem a výdej tekutin, venózní vstupy a výsledky vyšetření. Porodní asistentka by měla udržet těhotnou ženu v klidu na lůžku, komunikovat s ní a mít zpětnou vazbu těhotné, zda všemu rozumí. Trpělivě ji vysvětlovat veškeré výkony.

1.10 Diseminovaná intravaskulární koagulopatie (DIC) v souvislosti s úrazem a úloha porodní asistentky

Rozvoj DIC u těhotné ženy s úrazem je možný, jelikož se uvolní veliké zásoby tromboplastinu. Jedná se o závažnou poruchu hemostázy, kdy jsou postiženy všechny její složky. Vzniká z různých příčin, např. při šokovém stavu, při sepsi, po popáleninách, nebo při infekci atd.

Při DIC se uplatňují tyto mechanismy. Dochází k masivnímu vyplavení tromboplastických látek, k poškození mikrocirkulace, k shlukování trombocytů pomocí působením biologicky aktivních látek, generalizované poškození endotelu cév při sepsi a různých onemocněních kapilár. Mechanismy se často mezi sebou prolínají.

DIC probíhá ve čtyřech stádiích. První stadium je němé s hyperkoagulací. Druhé stadium přechází do hypokoagulace. Spotřebuje se řada koagulačních faktorů, především fibrinogen a krevní destičky. Fibrin se ukládá v orgánech v drobných cévách a tím vzniká další stadium. Třetí stadium provází hypokoagulace. Objevuje se masivní fibrinolýza s masivním krvácením. Ve čtvrtém stadiu dochází ke zhroucení hemostázy, k orgánovým poruchám až k multiorgánovému selhání.

Příznaky DIC jsou orgánové poruchy až multiorgánové selhání, krvácení z vpichů, krvácení do kůže, spontánní krvácení ze sliznic, těžké krvácení

z gastrointestinálního traktu. Průběh DIC může být asymptomatický, velmi rychlý a nebo kompenzovaný.

Diagnostika DIC závisí na krvácivých projevech a uvedených stavů postižené ženy. Laboratorně vyšetříme hemokoagulační vyšetření krve, zjistíme počet trombocytů, hladinu fibrinogenu a uděláme průkaz degradačních produktů fibrinu. Hemokoagulační vyšetření pomáhá určit o jaké stadium se jedná a snadněji se zaměříme na terapii.

Léčba u náhle vzniklých komplikací spočívá v podání Heparinu (nejčastěji podáme 10.000-30.000 j./d kontinuálně i.v.), poté podáváme Antitrombin III. (1000-2000 j./d i.v., pak obvykle 4-6x 500 j. i.v.) k dosažení hladiny AT III., mraženou plazmu (asi 15ml/kg.d), trombocytární náplav při těžké a progredující trombocytopenii (<10.000-30.000/ μ l) a erytrocytární masu při těžké posthemoragické anémii.

Úkolem porodníků je vést těhotenství při úraze podle výsledků provedených vyšetření, spolupracovat s týmem specialistů (hematolog, traumatolog, anesteziolog, internista, kardiolog, apod.) a při patologických hodnotách výsledků ukončit ihned těhotenství císařským řezem. Porodní asistentky sledují projevy krvácení na kůži, projevy krvácení z rodidel ženy, fyziologické funkce (TK, P, TT, SPO₂, EKG), monitorují stav vědomí ženy, sledují ozvy, pohyby plodu, tvrdnutí břicha, kontrakce děložní, příjem i výdej tekutin, intravenózní vstupy a celkový stav ženy. Vše zaznamenávají do dokumentace a sledují výsledky vyšetření.

1.11 Specifika ošetrovatelské péče poskytované na oddělení konzervativní gynekologie

Těhotná žena, která je hospitalizovaná na oddělení konzervativní gynekologii je celkově sledována porodní asistentkou. Sleduje se stav plodu CTG monitorem, poslouchají se ozvy plodu a sledují se pohyby plodu. Lékař provede gynekologické vyšetření, ověří stav plodu a vyloučí případné komplikace např. předčasné odlučování placenty. Dále lékař těhotné ženě provede UZ vyšetření a velocimetrii. Porodní asistentka sleduje u těhotné ženy spontánní odtok plodové vody. Průkaz odtoku plodové vody porodní asistentka určí pomocí Temešváry roztoku, nebo sadou PROM test. Dále sleduje základní fyziologické funkce – TK, puls, TT, krvácení z rodidel, kontrakce,

bolesti v podbřišku, sleduje celkové projevy těhotné, např. vědomí a chování. Dle ordinace lékaře aplikuje a podává léky, odebírá biologický materiál na vyšetření.

Porodní asistentka pečuje o potřeby těhotných žen, potřebu být bez bolesti, dostatek spánku a odpočinku, správnou výživu, dostatek tekutin, vyprazdňování, zajišťuje těhotné ženě možnost neomezených návštěv, klidné prostředí, kontakty s rodinou a podává informace podle svých kompetencí.

1.12 Specifika ošetrovatelské péče poskytované na oddělení rizikového těhotenství

Těhotná žena, která je přijatá k hospitalizaci na oddělení rizikového těhotenství je gynekologicky vyšetřena. Sleduje se u ní TK, puls a TT. Točí se klientce kardiografický záznam, poslouchají se ozvy plodu a sledují se pohyby plodu. Dále se sleduje u těhotné ženy krvácení z rodidel, špinění a otoky. Kontroluje se jizva po císařském řezu, zda nebolí a není napjatá. Sleduje pocit tlaku v nadbřišku a děložní kontrakce. Při inkompetenci hrdla děložního těhotná žena leží v Trendelenburgově poloze kvůli udržení těhotenství. Tato poloha působí proti gravitaci. Dále je nutné sledovat vyprazdňování těhotné a zda nepotřebuje upravit stravu. Vyšetřuje se moč indikačním papírkem. Kontroluje se hladina cukru v krvi (glykémie). U naordinovaného Gynipralu lékařem porodní asistentka hlídá hladinu draslíku v séru. Gynipral může nepříznivě ovlivnit činnost srdce. Jednou za 14 dní se natočí u těhotných žen EKG. Porodní asistentka podává a aplikuje léky dle ordinace lékaře a dělá náběry biologického materiálu dle potřeby.

1.13 Vybrané ošetrovatelské diagnózy u žen s úrazem

Akutní bolest v souvislosti s úrazem projevující se úlevovou polohou, verbalizací, pocením.	00132
Chronická bolest v souvislosti s onemocněním projevující se podrážděností, nespoluprací, nezájmem.	00133
Riziko pádu v souvislosti s poruchou tělesné mobility.	00155
Riziko traumatu v souvislosti s neopatrností klientky.	00038
Poškozená kožní integrita v souvislosti s operační ránou projevující se zduřením okolních tkání, sekrecí z rány.	00046
Porušený spánek v souvislosti s působením nemocničního prostředí projevující se podrážděností, spaním přes den, neklidem.	00095
Poškozená paměť v souvislosti s neurologickou poruchou projevující se zapomínáním, zmateností.	00131
Posttraumatický syndrom v souvislosti s autonehodou projevující se neklidem, nočními můrami, pocity viny.	00141
Strach v souvislosti s nejistou diagnózou projevující se pláčem, ústředností, nervozitou.	00148
Úzkost v souvislosti o nenarozené dítě projevující se neklidem, uzavřeností, nesoustředěností.	00146
Riziko infekce v souvislosti se sníženou obranyschopností organismu.	00004
Hypertermie v souvislosti se zánětlivým procesem projevující se pocením, třesavkou, zčervenáním v obličeji.	00007
Nauzea v souvislosti s těhotenstvím projevující se bledostí, nechutenstvím, podrážděností.	00134

Zácpa v souvislosti s nedostatečnou hydratací organismu projevující se tuhou stolicí, obtížným vyprazdňováním, vzedmutým břichem.	00011
Změny v uteroplacentárním prokrvení v souvislosti s abrupcí placenty projevující se patologickou křivkou CTG, vymizení pohybů a ozev plodu.	
Neefektivní tkáňová perfuze (mozkové, plicní, periferní) v souvislosti s poraněním orgánu projevující se sníženým dýcháním,	00024

1.14 Edukace porodní asistentkou v prenatální péči o cestování a používání bezpečnostních pásů při jízdě automobilem

Cestování v autě pro těhotnou ženu přináší určitá rizika a není možné spolehlivě zajistit její bezpečí. Není vhodné, aby se těhotná žena vydala i jako spolujezdec na dlouhou jízdu autem. Pokud musí cestovat, měla by rozhodně dělat při jízdě větší přestávky na relaxaci, protažení, zvláště při nevolnostech nebo zvracení. Porodní asistentka doporučuje ženě pouze nutné a krátké jízdy autem, pokud se jí nedělá při jízdě špatně. Těhotná žena je také poučena, že by neměla sama auto řídit, jelikož je prokázáno, že ženy v těhotenství mají zpomalené reakce vlivem hormonálních změn. Porodní asistentka doporučuje těhotné ženě používání bezpečnostních pásů při jízdě autem a názorně jí ukáže, jak se správně připoutat.

Bezpečnostní pásy nezaručují ve 100 % ochranu před zraněním, ale riziko dopadu poranění se může o hodně snížit a tím se zvyšuje bezpečnost všech cestujících při všech typech kolizí. Připoutaná žena má třikrát vyšší šanci, že při autonehodě, že přežije ona i její plod. Při havárii u nepřipoutaných těhotných žen je riziko smrti plodu 2,8krát vyšší než u žen připoutaných. „Mnoho těhotných žen nemá žádné vědomosti o správném použití bezpečnostních pásů, nebo mají obavy z jejich použití“ („mám strach, že uvážnu v havarovaném vozidle“, „že poškodím své dítě“)(15).

Bezpečnostní pásy mohou být bohužel příčinou tzv. seat belt syndromu. Je to nesprávné umístění pásů přes nejvíce vyčnívající část těhotné dělohy. Pás zvyšuje tlak na dělohu a tím se může poranit děloha nebo plod. Při správném umístění pásů na dělohu ke tlaku nedochází. Za vhodné pásy jsou považovány pouze třibodové (ať už s Air-Bag, nebo bez něj). Spodní pás musí probíhat co nejhlouběji pod břichem (pod dělohou), nikdy se nesmí dostat do takové polohy, aby přecházel kolmo přes břicho budoucí maminky. Ramenní pás je umístěn mezi prsy, nad vrcholem těhotné dělohy. Pásy nesmí být příliš upnuté, aby se těhotná cítila pohodlně a také nesmí sklouzávat z ramene. Nutná je instruktáž i edukace žen v těhotenských poradnách (samolepka do průkazky pro těhotné, plakáty do čekáren, výuka v autoškolách, atd.) o používání bezpečnostních pásů, ale také poučení o bezpečnosti jízdy v autě (Příloha 2, 3).

2. Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1 Zjistit, jaké se nejčastěji vyskytují v těhotenství úrazy.

Cíl 2 Zjistit, jaký dopad mají úrazy na zdravotní stav těhotné ženy.

Cíl 3 Zjistit, zda si těhotné ženy uvědomují velké nebezpečí při používání hromadných dopravních prostředků.

Cíl 4 Zjistit, jaké jsou nejčastější problémy v ošetrovatelské péči u žen po úrazech.

2.2 Výzkumné otázky

Otázka 1 Jaké jsou nejčastější úrazy v těhotenství?

Otázka 2 Jaký dopad mají úrazy na zdravotní stav těhotné ženy?

Otázka 3 Jakým způsobem je možné zajistit bezpečnost těhotných žen při používání dopravních prostředků?

Otázka 4 Jak vnímají těhotné ženy rizika, která vznikají při používání prostředků hromadné dopravy?

Otázka 5 Jaké jsou nejčastější problémy při ošetrovatelské péči u žen po úrazech?

3. Metodika

3.1 Použité metody

Ke sběru dat a dosažení stanovených cílů byl použit kvalitativní výzkum. Pro kvalitativní výzkumné šetření byl zvolen rozhovor a kazuistiky jednotlivých žen po úrazech v těhotenství. Kazuistik bylo celkem 5 a byly zaměřené na ženy po úrazech. Dále byly údaje zjišťovány z dokumentace zraněných těhotných žen.

Rozhovor byl zcela anonymní a byl určen ženám po úraze v těhotenství. Rozhovor obsahoval 23 otázek, které byly zaměřeny na druh úrazu v těhotenství, kterým žena utrpěla, příčiny nynějšího úrazu v těhotenství, jaké má těhotná žena v současné době zdravotní potíže a zda byla informovaná o prevenci v dopravních prostředcích (Příloha 1).

3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumným souborem byly těhotné ženy po úraze, které byly hospitalizované v Nemocnici v Českých Budějovicích a.s. na gynekologicko-porodnickém oddělení a na traumatologickém oddělení. Kazuistiky byly zpracovány u 5 těhotných žen.

Rozhovory byly uskutečněny s 5 těhotnými respondentkami, které byly hospitalizované po úraze v období od listopadu roku 2008 do května roku 2009.

4. Výsledky kvalitativního šetření

4.1 Kazuistiky respondentek

Respondentka 1

Iniciály klientky jsou V.M. a rok narození je 1978. Klientka zná důvody k přijetí a informace k přijetí ji poskytl lékař. Lékařské dg. jsou grav. hebd. 34 + 6 dnů, prematuritas. Klientka dnes 14/11 v 18.45 hod. upadla na pravý bok a proto přichází na kontrolu.

Klientka je rozvedená a přeje si kontakt s příbuznými. Je zaměstnaná jako odborná asistentka, nyní je na mateřské dovolené. Chodí pravidelně na kontroly do prenatalní poradny ke své ošetřující lékařce. Pojišťovnu má 211.

Vzhledem k tomu, že již jednou byla klientka hospitalizovaná od 14.8.-18.8. 2008 pro abortus iminens i bolesti v podbřišku, rozhoduje se lékař pro hospitalizaci.

Žena neprodělala žádné operace a neměla v minulosti žádný úraz. V dětství prodělala běžné dětské choroby a jiná onemocnění neudává. Žádné léky neužívá. Dietu žádnou nedrží. Termín porodu má 20.12.2008. Klientka nekrvácí ani nešpiní. Bolesti nemá. Kontrakce neudává, ale na CTG záznamu je děložní činnost viditelná. Pohyby plodu cítí. Rozměry pánevní jsou distantia bispinalis 26 cm, distantia bicristalis 28cm, distantia bitrochanterica 30 cm a conjugata externa 19 cm. Zevní vyšetření klientky je normotonus, PPHL, postavení levé, pánev je prostorná. Při vnitřním vyšetření je nález: vaginální čípek na falangu, mediosakrálně, střední konzistence, zevní branka pro prst a hrdlo je uzavřeno. Hlavička naléhá, VP neodtéká a vak blan je zachován. CTG je bez patologického nálezu, je zde viditelná děložní činnost. Frekvence ozev plodu je fyziologická. Bylo provedeno UZ vyšetření, kde je jeden živý plod, PPHL, postavení levé, placenta je na přední stěně a nezasahuje do DDS. UZ se jeví bez patologického nálezu. Velocimetrie ukazuje fyziologický tvar křivky.

Klientka neudává žádné alergie, její krevní skupina je AB a Rh faktor pozitivní. Transfúzi krve v minulosti neměla. Z výsledků vyšetření vyšlo, že je HBsAg negativní, TPHA negativní, GBS bylo nevyšetřeno a HIV je negativní. Klientka dýchá pravidelně,

18 dechu za minutu. Puls má pravidelný, 82 za minutu, krevní tlak je 120/75 mm/Hg a TT je 36,1 °C. Klientka je vysoká 167 cm a váží 67 kg. Nepije, nekouří a drogy neguje.

Klientce bylo naordinováno vstupní CTG, byla jí zavedena i.v. kanyla a podána infúze s 3 amp. Mg SO₄ do 250 ml F1/1 a po vykapání infúze je ordinováno kontrolní CTG. CTG bylo fyziologické.

Klientka se pohybuje bez omezení. Je úplně soběstačná. Kompenzační pomůcky nepoužívá. Klientka se stravuje pravidelně, má chuť k jídlu. Stravu má normální bez diety. Dyspeptické potíže nepociťuje. Příjem tekutin je za den 2 l. Pocit žízně nemá. Sliznice má vlhké a kožní turgor normální. Klientka se potí fyziologicky. Otoky nemá. Má vlastní chrup.

Klientka močí spontánně bez potíží. Barva moči je slámově žlutá. Vyšetření moče indikačním papírkem vyšlo negativně. Na WC chodí sama a spontánně se vyprazdňuje. Barva stolice je hnědá a konzistence formovaná. Projímadla neužívá.

Kašel nemá a dušná také není. Klientka spí 8 hodin a více, po probuzení se cítí odpočínutá. Přes den odpočívá pasivně, čte si knihy. Cítí dobře, vědomí má jasné, plně se orientuje a je klidná. Mluví plynule a žádné kompenzační pomůcky nepoužívá.

Klientka je společenský typ, optimista. Oční kontakt udrží. Na nové prostředí v nemocnici si zvykla bez potíží. Rodina klientku navštěvuje pravidelně a je dobře sociálně zabezpečená.

Před těhotenstvím měla klientka menstruaci pravidelnou 28/5 dní, krvácení bylo fyziologické. Dříve antikoncepci užívala. Nynější těhotenství je první a porod také první.

Pacientka neprožívá stres ani napětí. Nábožensky založená není. Měla zavedenou periferní kanylu, jelikož ji byla podávána infúze MgSO₄ do 250 ml F1/1. Vše bylo v pořádku. Klientka si měří TT pravidelně 3krát za den, která je fyziologická.

Klientka má normální kůži, nehty čisté, vlasy čisté. Hygienu provádí sama bez pomoci, ráno a večer.

Pacientka je bez vrozených vývojových vad, držení těla má vzpřímené, koordinaci pohybu má fyziologickou a na RHB nedochází.

Klientka je po propuštění schopna se sama o sebe postarat. Může ji pomoci rodina a přítel.

Během hospitalizace byla bez potíží. Nekrvácí, nešpiní a bolesti nepocítuje. Voda plodová je zachována. Je afebrilní, eupnoická, normotenzní. Monitor CTG je fyziologický.

Klientka si přeje dimisi. Je jí vyhověno, je lékařem poučena, kontrolu má u svého obvodního gynekologa, při potížích má ihned přijet do nemocnice. Lékař těhotné ženě předepsal pro domácí užívání medikaci MgSO₄, Magnosolv 1-0-0 tbl.

Tabulka 1 - Respondentka 1

Věk	31 let
Týden těhotenství	34+6 týdnů
Četnost těhotenství, parita	Jednočetné těhotenství po spontánním otěhotnění, I/ I
Diagnóza	grav. hebd. 34 + 6 dnů, prematuritas
Projevy zdravotních potíží	Bolesti – pravidelné kontrakce
Projevy psychických potíží	Strach, úzkost
Návštěva prenatální poradny	Pravidelné návštěvy obvodního gynekologa
Klid na lůžku	Nemá
Infúzní terapie	Ano, infúze – 3. amp. MgSO ₄ do 250 ml F1/1
Perorální terapie	Magnosolv 1-0-0
Sledování celkového stavu	Ano, po celý den
Sledování TK	Ano, nyní 3x denně
Sledování TT	Ano, 2x denně
Sledování kontrakcí	Ano, po celý den
Sledování krvácení	Ano, po celý den
Kontrola odtoku plodové vody	Ano, po celý den
CTG	Ano, po celý den
Sledování pohybů plodu	Ano, po celý den
Největší obavy ženy	Převažují obavy o dítě
Zájem rodiny	Ano, časté návštěvy
Podání informací o stavu ženy	Lékař –ano
Úroveň podaných informací	Dobrá
Problémy při poskytování ošetrovatelské péče	Žádné nemá
Přání klientky	Přeje si stabilizaci svého stavu, jít domů a porod zdravého dítěte.
Následky úrazu pro plod	Žádné obtíže spojené s úrazem, dimise, kontrola u svého gynekologa

Respondentka 2

Iniciály klientky jsou S.M. Příjímací diagnózy jsou: gravidita hbd. 29 týdnů gemini, st. p. IVF a preventivní hospitalizace. Klientka zná důvody k hospitalizaci. Rodina je informována lékařem. Klientka je vdaná a rok narození je 1973. Pracovala jako servírka a nyní je na rizikovém těhotenství. Pojišťovnu má 201 a přijetí je to první.

Klientka je hospitalizovaná na oddělení rizikového těhotenství od 8.9.2008. Ráno v 9 hodin ve sprše pocítila slabost, v bezvědomí nebyla, nezvracela, nauzeu nepociťuje, cítí se dobře a bolesti hlavy nemá. TK byl naměřen 105/60 mm/Hg a P 80 za minutu. Večer se šla osprchovat a ve sprše náhle zkolabovala a na události si nepamatuje. Nevolnost necítila. Při pádu se udeřila do zátylku, ale zranění nebylo otevřené. První ošetření po úraze jí bylo poskytnuto sloužícím lékařem. Byla provedena základní laboratorní vyšetření, vyšetření gravidity a UZ vyšetření, dále je klientka objednána na konzilium na traumatologické vyšetření.

Klientce byl změřen TK 105/60mmHg, puls 80 za minutu, je eupnoická, na hlavě má klientka minimální palpační citlivost. Klientka má izokorické zornice, jazyk plazí středem, inervace n. VII. je správná, uši a nos je bez výpotku. C páteř je ve flexi na 1 prst, lateroflexe je do 30 stupňů volně, pacientka hýbe volně horními končetinami a je bez parestézií. RTG vyšetření po domluvě s klientkou se nedělalo. Denní režim na oddělení má klientka omezený. Je naordinovaný klid na lůžku bez omezení použití sprchy a WC. Pacientka má mít dostatek tekutin per os, má se měřit TK a P každou hodinu.

Klientka prodělala operaci v roce 2006/4, kdy byla provedena laparoskopie pro cysty. Úrazy neudává. V dětství klientka prodělala běžné dětské choroby a jiná onemocnění neudává. V graviditě užívá leky Duphaston a Aktiferin.

Průběh těhotenství před přijetím. Příjem je na doporučení lékaře-gynekologa k preventivní hospitalizaci, gemini 30 týden. Současný stav klientky je stabilizovaný, klientka nekrvácí, nešpiní, kontrakce neudává, plodová voda neotéká a pohyby cítí. Klientka má pánevní rozměry distantia bispinalis 23 cm, distantia bicristalis 26 cm, distantia bitrochanterica 29 cm, conjugata externa 17 cm. Zevní vyšetření klientky subjektivně – nekontrahuje, pohyby cítí, nekrvácí, VP neodtekla, palpačně je děloha

kulovitá F X/3, normotonus, palpačně nebolestivá, v děloze jsou gemini a pánev se jeví prostorná. Při vnitřním vaginálním vyšetření je čípek sakrálně, tuhý, hrdlo uzavřeno na ½ falangy a přední klenba se počíná vyvíjet. Ozvy plodu jsou pravidelné.

Při UZ vyšetření jsou potvrzeny gemini, plod A, PPHL, postavení II, BIP 79 HC 291, AC 256, FL 57, stáří plodů je 31+0, váha je odhadována 1528g, je patrná amniální přepážka a placenta je umístěna ve fundu, na zadní stěně. Plod B, vlevo, PPHL postavení levé. Placenta je umístěna na zadní stěně a plodové vody je přiměřené množství.

Klientka netrpí žádnou alergií, krevní skupina byla vyšetřena 0 a Rh faktor je pozitivní a transfúze u klientky nebyla před tím podána. Vyšetření HBsAg vyšlo negativně, TPHA je negativní, HIV je negativní a také GBS je negativní.

Pacientka má 18 dechů za minutu, dechy jsou pravidelné, puls má 80 za minutu také pravidelný. Krevní tlak je 105/60mmHg a TT je 36,4°C. Výšku má klientka 159cm a váží 55 kg. Alkohol nekonzumuje a nekouří.

Lékař naordinoval klid na lůžku, jinak je pacientka soběstačná. Jiné kompenzační pomůcky nemá.

Klientka netrpí nechutenstvím k jídlu, ale má dyspeptické potíže a trpí pálením žáhy, lékař naordinoval racionální dietu a pacientka je schopná se najíst sama. Vypije přibližně 2litry tekutin za den. Pocitem žízně netrpí. Sliznice má vlhké a kožní turgor normální. Potí se fyziologicky. Otoky nemá a chrup má vlastní.

Vyprazdňování moči je bez potíží, moč je bez příměsí a má slámově žlutou barvu. Vyšetření moče indikačním papírkem je negativní. Na WC chodí sama. Stolicí má pravidelně 1 za 2 dny, hnědou a konzistence je formovaná. Projímadla neužívá.

Klientka spí denně 10 hodin a spí celou noc. Ráda si odpočine u čtení knihy. Má vědomí jasné, je plně orientována. Je klidná a komunikativní. Mluví řečí plynulou a plně slyší. Klientka trpí krátkozrakostí, proto nosí brýle a občas i kontaktní čočky. Klientka je společenský typ, oční kontakt udrží. Klientka má rodinu a přátele. V ekonomicko-sociální oblasti je zabezpečená.

Ve 20-ti letech klientka prodělala adnexitis a byla léčena. Od roku 2002 byla léčena pro sterilitu. Klientka měla od 12-ti let menstruaci pravidelnou, nebolestivou.

Typ 28/5 dní a dříve užívala antikoncepci. Nynější těhotenství je po IVF-2 plody. V předchozím těhotenství byl spontánní porod v termínu, bez komplikací. V šestinedělí klientka dostala mastitis, kdy byla léčena a kojila 14 dní.

Klientka je nyní v klidu, ale někdy prožívá stres. Vše řeší s partnerem. Byla jí zavedená periferní kanyla. Sleduje se u ní pravidelně TT, která je fyziologická. Klientka pečuje o sebe sama, hygienu také zvládá sama.

Klientce byl naordinován Magnosolv 1 sáček denně, Aktiferin 1-0-0 tbl., CTG, klid na lůžku, UZ vyšetření a i.v. infúze s MgSO₄ 20 % 10ml do 250 ml F1/1. Poranění na hlavě se zahojilo bez komplikací a jiné projevy úrazu klientka neměla.

Dne 30.10. bylo těhotenství ukončeno neodkladným císařským řezem pro hrozící hypoxii plodu B gemini biamniati bichoriati.

Tabulka 2 - Respondentka 2

Věk	36 let
Týden těhotenství	29 týdnů
Četnost těhotenství, parita	Dvoučetné těhotenství po IVF, II/ II.
Diagnóza	Gemini, preventivní hospitalizace, předčasné otevírání děložního hrdla, zavřené poranění hlavy - zátylek
Projevy zdravotních potíží	Bolesti – pravidelné kontrakce V oblasti poranění – zvýšená citlivost
Projevy psychických potíží	Strach, úzkost
Návštěva prenatální poradny	Pravidelné návštěvy obvodního gynekologa
Klid na lůžku	Ano, dovoleno pouze WC a provádění hygieny
Infúzní terapie	Ano, infúze – MgSO ₄ 20 % do 250 ml F1/1
Perorální terapie	Magnosolv 1 sáček denně, Aktiferin 1-0-0 tbl.
Sledování celkového stavu	Ano, po celý den
Sledování TK	Ano, nyní 3x denně
Sledování TT	Ano, 2x denně
Sledování kontrakcí	Ano, po celý den
Sledování krvácení	Ano, po celý den
Kontrola odtoku plodové vody	Ano, po celý den
CTG	Ano, po celý den
Sledování pohybů plodů	Ano, po celý den
Největší obavy ženy	Převažují obavy o děti
Zájem rodiny	Ano, časté návštěvy
Podání informací o stavu ženy	Lékař –ano
Úroveň podaných informací	Dobrá
Problémy při poskytování ošetrovatelské péče	Přesvědčování lékařů, o propuštění do domácí péče, pokud nemají rozumný důvod k hospitalizaci. Díky nekvalitní nemocniční stravě navrácení potíží se zácpou
Přání klientky	Přeje porod zdravých dětí.
Následky úrazu pro plody	Těhotenství ukončeno s.c. pro hypoxii plodu B

Respondentka 3

Iniciály klientky jsou M.E. a rok narození je 1990. Příjímá diagnóza je falešná porodní činnost jako vnější příčina úrazu. Klientka zná důvody k přijetí a rodina je informována. Informace klientce poskytl lékař.

Hospitalizovaná je poprvé. Ve 21.týdnu gravidity byla na ambulanci pro bolesti břicha.

Klientka upadla 13.11. v 7.30 hodin (30. týden gravidity) uklouzla a spadla na břicho, od té doby cítí bolesti v podbřišku. VP neteče, pohyby plodu cítí normálně, nekrvácí. Prenatální péče probíhá u obvodního gynekologa. Těhotenství je fyziologické, oGTT je ještě nevyšetřeno. Klientka je svobodná, ještě studuje a je v přímém kontaktu s rodinou. Pojištěná je u všeobecné pojišťovny.

Operaci žádnou neprodělala a úraz v minulosti měla, jednalo se o frakturu palce PDK, LHK a komoci mozku. V dětství prodělala běžné dětské choroby. V těhotenství jí byl zjištěn šelest srdce. Zatím je bez léčby. Jiným onemocněním netrpí. Léky žádné neužívá a dietu nedrží.

Klientka nekrvácí, nešpiní. Kontrakce nepocítuje. Cítí jen bolesti v podbřišku. Pohyby plodu cítí. Rozměry pánevní, distantia bispinalis je 25 cm, distantia bicristalis je 28 cm, distantia bitrochanterica 31 cm a conjugata externa je 20cm. Zevní vyšetření klientky subjektivně - po pádu na zem cítí bolesti v podbřišku, nekrvácí a voda plodová je zachována. Objektivně je děloha podélná ovoidní v normotonu, fundus děložní X/4, PPHL a postavení levé. Při vnitřním vyšetření je její nález: vaginální čípek je mediosakrálně, na větší falang, střední konzistence, zevní branka je otevřená pro špičku prstu, volně naléhá velká část na vchod a ozvy plodu jsou pravidelné.

Dle vyšetření UZ se v děloze nachází jeden živý plod, PPHL, postavení levé, stáří plodu je 31+4 dny a velocimetrie je fyziologická. Placenta je v pravé hraně na přední stěně dělohy a známky předčasného odlučování nejsou patrné.

Lékař naordinoval vstupní CTG, sledovat ozvy plodu, klid na lůžku a kontrolu celkového stavu. Pacientce byla zavedena kanylka a byla podána infúze i.v. F1/1 250 ml + 3 amp. MgSO₄ 20 %. Po dokapání infúze bude provedeno kontrolní CTG. Dále

klientce bylo naordinován Magnosolv 1-0-0 sáček, Aktiferin 1-0-0 tbl. a odběr krevního obrazu Statim, jehož hodnoty byly fyziologické.

Klientka alergií netrpí, krevní skupina ji byla vyšetřena A, Rh je pozitivní. Transfúze klientce nebyla nikdy podána. Bylo vyšetřeno HbsAg, které je negativní, TPHA je také negativní, GBS je negativní a HIV je také negativní.

Pacientka má menstruaci od 10ti let, pravidelnou. Typ 28/5 dní. Toto těhotenství je první. Klientka dýchá klidně a pravidelně. Pulsů má za minutu 88 a je pravidelný. Krevní tlak má 100/60mm/Hg a TT je 36,1°C. Vysoká je 157 cm a váží 65 kg. Alkohol nepije, nekouří, drogy neguje.

Kompenzační pomůcky nemá. Pohybový režim má omezený, je jí naordinovaný klid na lůžku. Klientka se stravuje pravidelně, má chuť k jídlu i když trpí dyspeptickými potížemi a občas zvrací. Dietu má racionální a je schopna se najíst sama. Vypije 1,5l za tekutin 24 hodin. Sliznice má vlhké, kožní turgor je normální a pocení je fyziologické. Otoky nemá a chrup má vlastní.

Klientka močí spontánně, bez potíží. Moč má slámově žlutou. Vyšetření moče indikačním papírkem vyšlo negativně. Na WC chodí klientka sama. Stolicí má pravidelnou, barva je hnědá a konzistence je formovanou. Projímadla neužívá. Nemá kašel a ani není dušná.

Spí přibližně 12 hodin a budí se v noci. Klientka hygienickou péči zvládá sama. Vědomí má jasné, je plně orientovaná. Projevuje se klidně. Řeč má plynulou, slyší a vidí dobře. Kompenzační pomůcky nepoužívá. Klientka je společenský typ, bez problémová. Oční kontakt udrží.

Je sociálně a ekonomicky zabezpečená. Má rodinu a přátele. Klientka neprožívá stres. Není věřící.

Po zavedené terapii bolesti v podbřišku ustaly, klientka nekontrahuje, je normotonus děložní, nekrvácí a cítí se dobře. Neprojevily se žádné obtíže spojené s pádem a proto je následně klientka propuštěná do domácího ošetřování. Má se na kontrolu dostavit ke svému obvodnímu gynekologovi.

Tabulka 3 - Respondentka 3

Věk	19 let
Týden těhotenství	30 týdnů
Četnost těhotenství, parita	Jednočetné těhotenství po spontánním otěhotnění, I/ I
Diagnóza	Falešná porodní činnost, vnější příčina úrazu
Projevy zdravotních potíží	Bolesti v podbřišku
Projevy psychických potíží	Strach, úzkost
Návštěva prenatální poradny	Pravidelné návštěvy obvodního gynekologa
Klid na lůžku	Ano, dovoleno pouze WC a provádění hygieny
Infúzní terapie	Ano, infúze – 3. amp. MgSO ₄ do 250 ml F1/1
Perorální terapie	Magnosolv 1-0-0 sáček, Aktiferin 1-0-0 tbl.
Sledování celkového stavu	Ano, po celý den
Sledování TK	Ano, nyní 3x denně
Sledování TT	Ano, 2x denně
Sledování kontrakcí	Ano, po celý den
Sledování krvácení	Ano, po celý den
Kontrola odtoku plodové vody	Ano, po celý den
CTG	Ano, po celý den
Sledování pohybů plodu	Ano, po celý den
Největší obavy ženy	Převažují obavy o dítě
Zájem rodiny	Ano, časté návštěvy
Podání informací o stavu ženy	Lékař –ano
Úroveň podaných informací	Dobrá
Problémy při poskytování ošetrovatelské péče	Dodržovat klid na lůžku
Přání klientky	Přeje si stabilizaci svého stavu, jít domů a porod zdravého dítěte.
Následky úrazu pro plod	Žádné obtíže spojené s úrazem, dimise, kontrola u svého gynekologa

Respondentka 4

Iniciály klientky jsou B.I. a rok narození je 1986. Je vdaná a nyní je mateřské dovolené. Docházela do prenatální péče ke svému obvodnímu gynekologovi. Klientka je nyní hospitalizovaná na oddělení traumatologie, pojišťovnu má 111, datum přijetí 11.06.2008 a datum propuštění 01.07.2008. Údaje o svém těhotenství oznámila pacientka až 15.06 a dne 18.06.2008 byl proveden UZ na ženském oddělení, kdy byla zjištěna gravidita 12+6 dnů.

Nynější onemocnění - dnes večer 11.6.2008 kolem 18.45 hodiny se polila doma horkým až vařícím olejem na PHK a obou DK na dorsu nohou a pro popáleniny II.B až III. st. na PHK a PDK přijata k převazům a analgetické terapii na oddělení.

Klientka váží 64 kg a výšku má 167 cm. Plocha těla je 1.72, BMI má 22,95, TK je 130/80mmHg a tepů má 80 za minutu, TT má 36,5°C a počet dechů je 12 za minutu.

Pacientka je při vědomí, orientovaná a spolupracuje. Hlava má normální nález, bez traumatu a zevní oční nález je negativní. Uši a nos je bez výtoku. Šíje volná a meningeální. Hrudník je symetrický a axilární uzliny jsou bez zvětšení. Plíce: dýchání je čisté sklípkové, bez známek městnání. Srdce: akce je pravidelná, klidná, ozvy zvukné a ohraničené. Horní končetiny: LHK bez traumatu, na dorsu II.-IV. prstu je popálenina III. st., okrsek je bez kapilárního návratu, povrchní dermis není escharována a je pevně lpící. Břicho je měkké, nebolestivé a není přítomno peritoneální dráždění. Per rektum nebyla pacientka nevyšetřena. Dolní končetiny: bez TEN, bez otoku, popálenina III. stupně na dorsu pravé nohy v rozsahu palce rozšiřující se až na všechny prsty, mediálně na nártu stržená epidermis, je patrné blednutí kůže a kapilární návrat je chabý. Dysestézie až anestézie okrsku mediální strany dorsa nohy, na LDK v rozsahu I.-III. prstu popálenina II. B stupně s bulami a spodina hůře prokrvena.

Neurologický nález: orientačně normální nález.

Byly stanoveny diagnózy: Combustio Mn l. dx. Et dorsi penis l. dx. Gr. III., Combustio Mn l. dx. Digit. I. – III. l. dx. Dr. III., Combustio dorsi penis l. dx. gr. III., Combustio digitor. I. – III. penis l. sin gr. II.B. Pacientka byla poraněna doma horkým olejem s popáleninou třetího stupně zápěstí a ruky Mn. l. dx. Gr. III. Další diagnózy byly dle

doporučení a přijímací diagnóza byla popáleniny III. stupně kyčelní krajiny a dolní končetiny. Základní diagnóza byla vnější příčina úrazu

Pacientka měla vedený záznam o ošetřování popálenin dospělých, dala Informovaný souhlas pacienta s operací pro oddělení Plastické chirurgie – popáleniny a dala Informovaný souhlas o podání anestézie.

Dne 11.06. 2008 byly na traumatologické ambulanci ošetřeny popáleniny, pomocí Dermazinu a Rivanolu, provedeno sterilní krytí Adaptic a byl aplikován TAT i.m. Dále bylo ordinováno měření TK a P měření po 4 hodinách, byla zavedena kanyla i.v. a podán F1/1 1000 ml, H1/1 500 ml i.v., Tralgit 100 mg i.m. po 6 hodinách při bolesti, Dolsin 100 mg i.m., po 6 hodinách při bolesti a Noax 0-0-1tbl. Při bolesti se mají ledovat postižená místa, podávat Aescin 2-2-2 tbl., při prosáknutí rány vyměnit nebo převázat obvaz a je nutné provést kontrolu i převaz co nejdříve s plastickým chirurgem. Byly provedeny standardní odběry biologického materiálu a podán Zorav 1-0-0 tbl. Ve 20:00 hodin byl pro bolest aplikován Tramal 100 mg i.m.

Klientka je při vědomí, je klidná, spolupracuje, GCS je 14-15, TK a P měříme po 4 hodinách a hodnoty jsou fyziologické. Klientka je afebrilní, dýchá spontánně, rána je převazována AMBU. Klientka cítí bolest, proto je aplikován Tralgit 100 mg. i.m. po 6 hodinách a Dolsin 100mg i.m. po 6 hodinách. Dietu má racionální a dostatečně pije.

Močí spontánně a stolici má pravidelnou. Klientka občas potřebuje pomoci s hygienou. Stav kůže je fyziologický. Polohuje se sama a dekubity není ohrožena.

Dne 12.06. 2008 je provedeno koagulační vyšetření, které je v normě, krevní obraz je v normě, ale hematokrit je mírně snížený 31,2 % a moč je kvalitativně v pořádku. Sérum je v normě kromě močoviny, která má hodnotu 1,6mmol/l, draslík je 3,70mmol/l, vápník je 2,2mmol/l a celková bílkovina 58mmol/l.

Dne 13.06 2008 je klientka afebrilní, celkově bez alterace, dolní končetiny jsou klidné bez známek tromboembolické nemoci. Je proveden převaz popáleniny III. st. distálního nártu a proximálních článků prstů, plocha je bez inflamace 13krát 8 cm, podáno Iandone a sterilní krytí. Dále naordinován převaz jednou denně s Persterilem, a příští týden v úterý nebo ve středu naložení bude provedeno 40 % kyseliny benzoové s následující chemickou nekrektomií a otranplantováním.

Provádí se měření TK a pulsu 3krát denně. Pacientka má hodně pít nebo bude aplikován H1/1 500 ml i.v., dále je ordinován Tralgit 100mg i.m. po 6 hodinách při bolesti, Dolsin 100mg i.m. po 6 hodinách při bolesti, Noax 0-0-1 tbl. při bolesti, má se přikládat led postižená místa, je podáván Aescin 2-2-2 tbl., při prosáknutí rány je nutné obvaz vyměnit nebo převázat. Jsou provedeny standardní odběry biologického materiálu.

Dne 14.06. 2008 je pacientka bez obtíží, pociťuje jen mírné bolesti, je afebrilní, celkově bez alterace, DK jsou klidné bez známek TEN. Je proveden převaz popáleniny III. st. distálního nártu a proximálních článků prstů, bez inflamace, plocha je 13krát 8 cm. Je aplikován Iandone a podáno sterilní krytí. Dále je naordinován převaz jednou denně s Persterilem a příští týden v úterý nebo ve středu bude provedeno naložení 40 % kyseliny benzoové s následující chemickou nekrektomií a otransplantováním.

Pravidelně se měří TK a puls 3krát denně. Pacientka má hodně pít nebo bude aplikován H1/1 500 ml i.v., dále se podává Tralgit 100mg i.m. po 6 hodinách při bolesti, Dolsin 100mg i.m., po 6 hodinách při bolesti, Noax 0-0-1 tbl. při bolesti, ledují se postižená místa, podává se Aescin 2-2-2 tbl. a při prosáknutí rány se musí obvaz vyměnit nebo převázat. Byly provedeny standardní odběry biologického materiálu. Byl proveden převaz prosáknuté rány s dezinfekcí Jodisolem a mastným tylem a byl přiložen obklad. Ve 21.50 hodin byl podán Ibalgin 1 tbl per os.

Dne 15.06 2008 údaje o své graviditě klientka oznámila ošetřujícímu personálu až dnes, je bez obtíží, pociťuje jen mírné bolesti, je afebrilní, celkově bez alterace, DK jsou klidné bez známek TEN. Je proveden převaz popáleniny III. st. distálního nártu a proximálních článků prstů, bez inflamace, plocha je 13krát 8 cm, je aplikován Iandone a podáno sterilní krytí. Dále je naordinován převaz jednou denně s Persterilem a příští týden v úterý nebo ve středu bude provedeno naložení 40 % kyseliny benzoové s následující chemickou nekrektomií a otransplantováním.

Dále je podáván Brufen 400 mg 1-1-1 tbl. při bolesti, Almiral 1 amp.i.m. maximálně po 12 hodinách při bolesti, Aescin 2-2-2 tbl., při prosáknutí rány je nutné vyměnit obvaz nebo udělat převaz. Byl podán Brufen ve 13.00 hodin a ve 20.20 hodin 1 tbl per os.

Dne 17.06. 2008 bylo provedeno interní vyšetření a natočeno EKG. EKG křivka je fyziologická. Je aplikován i.m. TAT. Klientka se už cítí lépe, bolesti má snesitelnější. Je eupnoická, akce srdeční má pravidelnou, hydratovaná je fyziologicky, převaz z předchozího dne neprosakuje a dnes bude proveden převaz s plastickým chirurgem.

Měří se TK a pulsu 3krát denně. Pacientka musí hodně pít nebo bude aplikován H1/1 500 ml i.v., je ordinován Tralgit 100mg i.m. po 6 hodinách při bolesti, Dolsin 100mg i.m. po 6 hodinách při bolesti, Noax 0-0-1 tbl. při bolesti, mají se ledovat postižená místa, je podán Aescin 2-2-2 tbl. a při prosáknutí rány obvaz vyměnit nebo převázat. Dnes se vyndala kanyla. V 09.45 hodin byl podán Dolsin 100mg i.m., TK je 110/60mmHg, puls má klientka 67 za minutu, v 10.15 hodin byl podán Torecan 1 amp. i.v. a v 18.30 hodin Tralgit 100 mg i.m. Dnes byl zhotoven převaz z plastickým chirurgem na obou DK a podán mastný tyl s borovou vodou jako obklad, na PHK byl podán mastný tyl s borovou vodou jako obklad.

Dne 18.06. 2008 je klientka beze změn. Byl proveden převaz pravé nohy na dorsu a na prstech s popálenou plochou III. st, v okrajích se odlučují buly s dehiscencí, bude provedena nekrektomie, je provedena toiletta, aplikován Pitinol mast na kůži, centrálně je podána benzoová kyselina a rána je krytá. Na pravé ruce na dorsu II., III. a IV. prstu obdobný nález, je provedena toiletta rány, přiložen mastný tyl, Betadine a sterilní krytí.

Bylo provedeno UZ na ženském oddělení, kdy byla zjištěna gravidita 12+6 dnů. Ambulantní zpráva z gynekologie udává, že palpačně je vulva i pochva bpn., hrdlo hladké, tuhé i uzavřené, děloha kulovitá, velikost gravidity 13 týdnů, děloha je hladká měkká a nebolestivá a okolí je bpn. UZ je diagnostikován intrauterinně jeden živý plod, AS+, CRL 59 odpovídá stáří těhotenství 12+6 dnů, okolí je fyziologické a UPT na žádost matky nelze provést. Klientka užívala Neurol, čeká ji zákrok ze strany popálenin, vhodná je konzultace na genetice. Z osobní anamnézy klienty - alergie udává a proto trvale užívá Zorav 1-0-0 tbl. Vážněji nestonala. Z gynekologické anamnézy – menses má klientka od 13 let, nepravidelnou. PM 23.3. 08. Údajně do 2. měsíce užívala HAK – Janine. Gravidita je nechtěná. První těhotenství bylo v roce 2005 a narodil se zdravý

syn, druhé těhotenství bylo v roce 2007 následně byla UPT a třetí těhotenství je nyní rok 2008. Žije s manželem ve společné domácnosti.

V pátek se má připravit klientka k výkonu v celkové anestézii. Převaz popáleniny na ruce bude proveden ve čtvrtek.

Dále je ordinován Brufen 400 mg 1-1-1tbl. při bolesti, je podán v 15 hodin, Almíral 1 amp. i.m. maximálně po 12 hodinách při bolesti a Aescin 2-2-2 tbl. V 9.20 hodin byl aplikován Almíral 1 amp. i.m. a ve 21.30 hodin 1 amp i.m.

Dne 19.06 2008 je těhotenství na gynekologii potvrzené UZ vyšetřením, pacientka je těhotná 4 měsíce. Je podána zpráva o genetickém vyšetření, kdy je sestřenice klientky údajně mentálně retardovaná a jiná zátěž není známa.

Subjektivně má pacientka bolesti poraněného dorza nohy a pravé ruky, byl proveden převaz na dorzu prstů plochy 2B, III. stupně 2, 3 a částečně i 4 prst na dorzu nohy s odlučujícími se nektrózami. Dnes nebo zítra půjde pacientka na sál k nekrektomii eventuelně k ATR v celkové anestézii. Ordinovaná medikace je Brufen 400 1-1-1 tbl. při bolesti, Almíral 1 amp. maximálně po 12 hodinách při bolesti, v 6.45 hodin byl podán i.m., dále bude podáván po operaci Dolsin 50 mg i.m. při bolesti.

Byl proveden operačního výkonu převaz nekrektomie PDK a PHK. TK měla pacientka před výkonem 130/80mmHg, puls před výkonem je 100 za minutu. Anestézie byla provedená podáním Thiopentalu 350 a 150 mg, AIR 2/2, Isoflurane 2 %-1 %, byl přidán Sufentanil 10 mg, Sufenta 1 amp. i.v. Trvání anestézie bylo 60 minut. TK po anestézii byl 123/67 mmHg a puls 84 za minutu. Pacientka byla předána na oddělení v bdělém stavu, dýchá spontánně, oběh stálý, byla zavedena flexila G 20 do LHK a kape F1/1 500 ml na 2 hodiny.

Byla provedena operace nekrektomie, operace plánovaná, aseptická, poloha pacientky je na zádech. Anestezie celková, pálení monopolární, umístění neutrální elektrody je na hýždích. Průběh operace: v celkové anestézii po přípravě operačního pole byly sneseny zčásti odloučené nektrózy na dorzu pravé nohy a na dorzech prstů, ještě lpící nektrózy excitovány, na okrajích plochy na dorzu nohy celkem pěkné granulace, pod odloučenými nektrózami byly ještě hojné výbledy a plocha hnisavě povleklá. Jsou dokončeny excute nektrózy, provedeno opakované omytí Persterilem,

přiložen COM, obklady s Persterilem a přiloženo krytí. Na dorzech II., II. a IV. prstu pravé ruky jsou nekrózy celkem cca 10 cm 2 - excuze nekróz, podány COM obklady a krytí. Po operaci se měří TK, P, SpO2 po 30ti minutách 2 hodiny. V 16.45 hodin je pacientka plně lucidní, eupnoická, KPP kompenzovaná a nekrvácí.

Dne 21.06 2008 subjektivně má pacientka bolesti poraněného dorza a pravé ruky, po provedené nekrectomii na dorzu prstů. Objektivně obvazy na ruce a noze neprosakují, jsou klidné, pacientka afebrilní, KPR kompenzovaná a bez známek TEN. Je ordinován Brufen 400 1-1-1 tbl. při bolesti, Almiral 1 amp. i.m. maximálně po 12 hodinách při bolesti a Dolsin 50 mg po 6 hodinách i.m. při bolesti. Zítra bude proveden převaz v celkové anestézii na traumatologické ambulanci v 8.30 hodin (nahlášeno na ARO). Zítra nebude pacientka snídat a pít. Dolsin 50 mg byl podán i.m. v 8.30 hodin, 17.30 hodin byl podán Brufen 1 tbl, ve 21 hodin byl aplikován Almiral 1 amp i.m.

Dne 22.06 2008 subjektivně má pacientka bolesti poraněného dorza a pravé ruky po provedené nekrectomii. Objektivně obvazy na ruce a noze neprosakují, jsou klidné, pacientka afebrilní, KPR kompenzovaná a je bez známek TEN. Byl proveden převaz na prstech pravé ruky – spodina je klidná, na provlhčení je použit Rivanol. Na noze je spodina lehce povleklá, je provedeno provlhčení Persterilem a přiloženo sterilní krytí. Je ordinován Brufen 400 1-1-1 tbl. při bolesti a Dolsin 50 mg po 8 hodinách i.m. při bolesti. Bude provedena konzultace s gynekologem o podávání analgetik. Je doporučena elevace nohy a ruky v klidu. Převaz bude proveden bez celkové anestezie na traumatologické ambulanci v 8.30 hodin, zítra nesnídat a nepít. V pondělí bude kontrola plastickým chirurgem.

Dne 23.06 2008 subjektivně má pacientka bolesti poraněného dorza a pravé ruky po provedené nekrectomie. Objektivně obvazy na ruce a noze neprosakují, jsou klidné, pacientka afebrilní, KPR kompenzovaná a je bez známek TEN. Byl proveden převaz na prstech pravé ruky. Spodina klidná, je provedeno provlhčení Rivanolem, na noze je spodina lehce povleklá, je provedeno provlhčení Persterilem a přiloženo sterilní krytí. Dnes byl proveden převaz s plastickým chirurgem a zítra bude pacientka připravení k plastickému výkonu. Je ordinován Brufen 400 1-1-1 tbl. při bolesti, Dolsin 50 mg po 8 hodinách i.m. při bolesti a Tramal 50 mg po 6 hod i.m. při bolesti. Tramal byl lékařem

zrušen po zvracení pacientky. Byla provedena konzultace analgetik s gynekologem. Vhodná analgetika v těhotenství jsou Paralen, Ibalgin, Tramal a nevhodný je Dipidolor. Dále je ordinován klid a elevace ruky a nohy. Převaz bude proveden na traumatologické ambulanci v 8.30 hodin, pacientka nemá jíst a pít.

Dne 24.06. 2008 má pacientka subjektivně bolesti poraněného dorza a pravé ruky. Objektivně obvazy na ruce a noze neprosakují, jsou klidné, pacientka afebrilní, KPR kompenzovaná a je bez známek TEN. Byl proveden převaz na prstech pravé ruky. Spodina je klidná, bylo provedeno provlhčení Rivanolem, na noze je spodina lehce povleklá, je provedeno provlhčení Persterilem a přiloženo sterilní krytí. Dnes bude proveden plastický výkon. Je ordinován Brufen 400 1-1-1 tbl. při bolesti a Dolsin 50 mg po 8 hodinách i.m. při bolesti.

TK před výkonem je 120/80mmHg a puls je 80 za minutu. Anestezie byla provedena Thiopentalem 400 a 100mg, N2O/O2 4:2, Narcotanem 0-3 % a Sufentamilem 10 mg. Byly provedeny výkony autotransplantace, MESH. Operace je plánovaná, aseptická, poloha pacientky je na zádech. Anestezie je celková, pálení monopolární a umístění neutrální elektrody je na PDK.

V klidné CA snímáme COM na dorsu P nohy, kde je na spodině čistá granulace, bez povlaku, sekrece, obdobný nález je i na dorsu II.-IV. prstu pravé ruky, celkem je to plocha 2 %. Akudermatomem odebíráme tenký transplantát z pravého stehna a meshujeme 1 : 1,5 a přikládáme na plochy a svorkujeme. Odběr plochy ošetřujeme s na-ultra, velkými čtverci. Na transplantované plochy pokládáme Adaptic, obklady a Betadinem, elastika.

TK po anestézii 115/75 mmHg, pulsů je 68 za minutu, doba trvání anestézie je 40 minut. Pacientka je předána na oddělení při vědomí, je plně lucidní, eupnoická, KPR kompenzovaná a nekrvácí. Podán Admiral 1 amp do infúze FR1/1 100ml 2krát denně. Po operaci se provádí měření TK, P, SpO2 po 30ti minutách 2 hodiny. Operace TK, P á 30 min 2 hod, kontrola vymočení, při bolesti Tramal 100mg amp i.m. á 6 hod, Dolmina amp i.m. á 8 hod, polohovat končetiny nahoru a převaz bude ve čtvrtk

Dne 25.06. 2008 pacientka má periferie teplé prokrvené, bez parestézií. Je prováděna kontrola močení, při bolesti je ordinován Tramal 100mg amp. i.m. po 6

hodinách, Dolmina amp. i.m. po 8 hod, mají se polohovat končetiny nahoru a převaz bude proveden ve čtvrtek. Ještě je ordinován Brufen 400 1-1-1 tbl. při bolesti a Dolsin 50 mg po 8 hodinách při bolesti. Ve 20.00 hodin byl podán Dolsin 50mg i.m., ve 23.30 hodin Ibalgin 1tbl per os a ve 3.50 Dolsin 50mg i.m.

Dne 26.06. 2008 je ordinován Brufen 400 1-1-1 tbl. při bolesti a Dolsin 50 mg po 8 hodinách při bolesti. Elevace ruky a nohy a zachovávat klid. Je proveden převaz plastickým chirurgem na noze, kde je mírná zápachající sekrece, štěpy se přihojují na dorzu, ale na prstech zatím ne. Je provedena desinfekce Peroxidem, Betadinem, Inadine a přiloženo sterilní krytí. Byl poslán materiál na bakteriologii a dle výsledků eventuelně podávat ATB. Je nutná konzultace s gynekologem o možnosti podání ATB v těhotenství a další převaz bude v sobotu. V 19.00 hodin byl podán Tramal 100mg i.m.

Dne 27.06. 2008 je proveden převaz a použita dezinfekce Peroxidem, Inadine, přiložen obklad s Betadinem a sterilní krytí. V 8.30 hodin je aplikován Dolsin 50 mg i.m. a ve 23.00 hodin Tramal 100mg i.m.

Dne 28.06. 2008 je proveden převaz na prstech PHK, kde je klidný terén, na PDK se objevila macerace a sekrece při III.-V. prstu, štěp se přihojuje. Je ordinován Brufen 400 1-1-1 tbl. při bolesti a Dolsin 50 mg po 8 hodinách při bolesti, dále elevace ruky a nohy a zachovávat klid. Je proveden převaz a odběr materiálu z pravého stehna, rána je zasypána Framykoinem a přiloženo sterilní krytí. Na PHK a PDK je provedena desinfekce s Jodisolem, Inadine, Betadine a přiloženo sterilní krytí. V 9.00 hodin je podán Dolsin 50mg i.m. a ve 20.10 hodin Tramal 50mg i.m.

Dne 29.06. 2008 subjektivně je klientka beze změn. Objektivně je lucidní, afebrilní, eupnoická, KPR kompenzovaná, krytí ve všech lokalitách je suché, prokrvení a citlivost je normální. Byl proveden převaz na prstech PHK, je zde klidný terén, na PDK macerace a sekrece při III.-V. prstu, štěp se přihojuje. Je ordinován Brufen 400 1-1-1 tbl. při bolesti a Tralgit 50 mg po 8hodinách i.m.při bolesti. Tralgit 50mg byl podán ve 20.15 hodin i.m.

Dne 30.06. 2008 subjektivně je klientka beze změn. Při převazu byly sneseny svorky, byla provedena desinfekce rány Inadine, přiloženy obklady s Rivanolem a suché krytí.

Dne 01.07. 2008 subjektivně Při převazu je rána je bez inflamace, dorzum nohy zhojeno v celém rozsahu, dorza prstů ještě zhojena nejsou, dochází k sekundárnímu hojení, je provedena desinfekce, vyjmutí svorek, přiložen mastný tyl, Betadine obklad a sterilní krytí.

Dnes bude dimise s medikací Brufen 400 1-1-1 tbl. při bolesti je klientka beze změn. Objektivně je lucidní, afebrilní, eupnoická, krytí je ve všech lokalitách suché, prokrvení a citlivost je normální.

Závěrem byla kontaktována Teratologická informační služba v Praze kvůli lékové aplikaci s následujícím závěrem. Užívání orální antikoncepce v ranném těhotenství nebo při jejím selhání není spojeno s vyšším výskytem nežádoucích výsledků těhotenství než u neexponované populace (některé přípravky z orální antikoncepce užívané po 8. týdnu těhotenství jsou podezřelé z ovlivnění vývoje zevního genitálu). Klientka je od 12. týdne léčena několika preparáty, především antiflogistiky a analgetiky. Žádný z preparátů sám o sobě nezvyšuje riziko embryotoxicity. Jejich účinky se mohou nahromadit. Na 13.06. je plánovaná plastická operace. Samostatný úraz a jeho léčba i plastická operace v celkové anestézii probíhají na samém konci hlavní kritické periody. Jednotlivé faktory nezvyšují embryotoxicitu. Riziko se může zvýšit jejich vzájemnou potenciací a nahromaděním. Z genetického hlediska není v současné fázi těhotenství indikace k UPT. Vzhledem k řadě faktorů působících na konci kritické periody doporučujeme těhotenství důsledně sledovat (vysokorozlišovacím ultrazvukem) převážně s ohledem na vývoj zevního genitálu a vývoj patra a srdce. Klientka je informována.

Tabulka 4 - Respondentka 4

Věk	23 let
Týden těhotenství	12+6 týdnů
Četnost těhotenství, parita	Jednočetné těhotenství po spontánním otěhotnění, IV/ III.
Diagnóza	Vnější příčina úrazu, popáleniny II. a III. stupně
Projevy zdravotních potíží	Bolesti
Projevy psychických potíží	Strach, úzkost
Návštěva prenatální poradny	Pravidelné návštěvy obvodního gynekologa
Klid na lůžku	Ano
Infúzní terapie	Ano, infúze
Perorální terapie	Noax O-O-1, Aescin 2-2-2, Ibalgin 1-1-1
Sledování celkového stavu	Ano, po celý den
Sledování TK	Ano, nyní 3x denně
Sledování TT	Ano, 2x denně
Sledování kontrakcí	Ano, po celý den
Sledování krvácení	Ano, po celý den
Kontrola odtoku plodové vody	Ano, po celý den
CTG	Ano, po celý den
Sledování pohybů plodu	Ano, po celý den
Největší obavy ženy	Převažují obavy o dítě
Zájem rodiny	Ano, časté návštěvy
Podání informací o stavu ženy	Lékař –ano
Podání informací o stavu těhotenství	Lékař – genetik a gynekolog – ano
Úroveň podaných informací	Dobrá
Problémy při poskytování ošetrovatelské péče	Bolesti při převazech
Přání klientky	Přeje si stabilizaci svého stavu, jít domů a porod zdravého dítěte.
Následky úrazu pro plod	Kontrola vysokofrekvenčním UZ - s ohledem na vývoj zevního genitálu a vývoj patra a srdce

Respondentka 5

Iniciály klientky jsou M.J. a rok narození 1979. Klientka zná důvody k přijetí. Informace k přijetí ji poskytl lékař. Lékařské diagnózy jsou pohmoždění obličejové části hlavy, kdy vnější příčinou úrazu je autonehoda. Klientka je přijata k observaci.

Datum přijetí 15.11. 2008. Klientka dnes řídila osobní automobil, narazila do stojícího auta před ní. Nebyla připoutaná. Narazila čelem do předního skla, které prorazila. Hrudníkem narazila do volantu, který rozbila. Klientka v bezvědomí nebyla, nauzeu nemá, nezvracela, na událost si pamatuje. Klientka je vdaná, manžel je o události informován. Klientka je zaměstnaná jako referent na Městském magistrátu a pojišťovnu má 111.

Přijetí je to první. Dříve žádný úraz neměla, nyní má tržnou ránu na hlavě. V dětství prodělala běžné dětské choroby, jiná onemocnění neudává. Žádné léky neužívá. Dietu žádnou nedrží.

Alergie neudává. Klientka váží 60 kg a výšku má 155 cm. Plocha těla je 1,59, TK je 110/70mmHg, puls je 72 min, TT je 36,5°C a počet dechů za minutu je 14. Klientka je při vědomí, orientována a spolupracuje. Na dolním rtu má tržnou ránu 2 cm dlouhou, která nyní nekrvácí. Hlava je na poklep nebolestivá, zornice má izokorické, reakce jsou na dva kříže, záškuby a třes očí se neobjevil, výtok z nosu ani uší není. Jazyk plazí středem. Krk má symetrický, šíje je volná, trny C páteře má nebolestivé. Hrudník má palpačně nebolestivý, symetrický, pevný, bez krepitace. Axily má bez zvětšených uzlin. Plíce má symetrické, dýchání je čisté, sklípkové. Horní končetiny jsou bez fraktury, normální konfigurace bez omezení hybnosti. Poruchu cítí a prokrvení nemá. Břícho má měkké, nebolestivé, bez známek peritoneálního dráždění. Pánev má pevnou, nebolestivou. Dolní končetiny mají normální konfiguraci bez omezení hybnosti, bez varixů a bez známek flebitidy. Bez poruchy cítí a prokrvení.

Sleduje se TK, puls a stav vědomí po 1 hodině, klientka má přijímat dostatek tekutin a má být kontrolována 1. službou, TK je 110/70mmHg a puls 70 minutu.

Byly ordinovány odběry KO, biochemie, urea a kreatinin. RTG vyšetření lebky klientka odmítla na ambulanci, jelikož je ve 12. týdnu těhotenství. V 18.00 hodin bude provedena kontrola lékařem. Subjektivně je klientka bez obtíží. Objektivně je klidná,

eupnoická, zornice má izokorické. Uši a nos jsou bez výpotku. Jazyk plazí středem. Šíjí má volnou, hrudník volný, břicho měkké, bez známky peristaltického dráždění

Dne 16.11. 2008 klientka se celkově cítí dobře. Je afebrilní, eupnoe, TK je 115/75mmHg a KPP kompenzovaná. Hlavu má klientka pokleповě nebolestivou, zornice izokorické, je symetrická foto reakce a jazyk plazí středem. Hrudník má lehce citlivý, ale dýchá volně bez potíží. Břicho má měkké, palpačně nebolestivé. Dolními končetinami hýbe volně, jsou bez známek tromboembolické nemoci. RTG vyšetření lebky a hrudníku klientka odmítla, jelikož je těhotná ve 12. týdnu. Dnes bude provedeno neurologické a gynekologické vyšetření.

Nález neurologického vyšetření: klientka řídila osobní automobil, narazila do stojícího auta před ní. Nebyla připoutaná. Narazila čelem do předního skla, které prorazila. Hrudníkem narazila do volantu, který rozbila. Klientka v bezvědomí nebyla, nauzeu nemá, nezvracela, na událost si pamatuje. Klientka je těhotná ve 4 měsíci. Subjektivně se klientka cítí dobře. Bez zásadnějších potíží. Objektivně je při vědomí, orientovaná a spolupracuje. Hlavu má normocefalickou, pokleповě nebolestivou, nález na Mn přim. HKK i DKK postavení – tvar i tonus je symetrický, bez paréz a bez poruchy citlivosti. C páteř je v ose, bez výraznější poruchy. RES: Stav po úrazu hlavy a bez mozkové komoce. Objektivně neurologický nález je přiměřený. RTG z důvodu gravidity neměla. Doporučení z neurologického hlediska bez zvláštního opatření.

Nález z gynekologické vyšetření: TK 120/70 mmHg, puls za minutu 80 a TT 36°C. Klientka je gravidní 12+6dnů dle PM i UZ. Klientka udává čelní náraz a úder do sternu od volantu a úder do hlavy od čelního skla. Má kontuzi pravého kolene bez bolesti. S ničím se neléčí, léky nebere. Porody 0, UPT 0, IUD 0. Subjektivně nyní zcela bez obtíží, afebrilní, eupnoe, nauzeu nemá, nezvracela, mikce a defekce normální, bolesti břicha neudává, cefaleu neguje, KPP kompenzovaná, bez kolapsových stavů. Při vaginálním vyšetření je vulva a pochva bez pozitivního nálezu, čípek je hladký, křehčí, cylindrický, hrdlo uzavřeno, děloha v AVF a velikost odpovídá gestačnímu stáří. Patologie v oblast adnex nehmatám, čípek s TZ, nekrvácí, nešpiní a fluor není. Vyšetření UZ: jeden živý plod o velikosti odpovídající g. h. 12+6, AS +, s aktivními pohyby plodu, bez viditelného hematomu, patologie v oblast adnex a volná tekutina za

dělohou není. Břicho měkké, prohmatné, bez známek peritoneálního dráždění, Tapott. Bilat neg., děloha normotonická, klidná. Resumé: jedná se o fyziologickou graviditu. Cefaleu t.č. nejuje. V případě RTG vyšetření hlavy prosím o odstínění těla. Dále klidový režim, v příštím týdnu kontrola u svého obvodního gynekologa. V případě náhlých gynekologických obtíží kontrola ihned zde. Pacientka poučena o diagnóze a hrozícím potratu.

Celkový průběh během hospitalizace probíhal bez potíží a bez komplikací u klientky. Dle neurologa se nejednalo o mozkovou komoci. Neurologicky je nález v normě. Dle gynekologa se jedná o normální nález, gr.h. 12+6 dnů.

Dnes bude dimise na vlastní žádost při podepsání negativního reversu. Klientka je při dimisi bez potíží, afebrilní, eupnoe, KPR kompenzovaná, zornice jsou izokorické, symetrická foto reakce, jazyk plazí středem, hrudník je nebolestivý, dýchá volně v celém rozsahu, akce srdeční je pravidelná, břicho měkké a volně prohmatné. Doporučení pro doma je zachovávat klidový režim a provést kontrolu u svého gynekologa příští týden, při zhoršení kdykoliv.

Tabulka 5 - Respondentka 5

Věk	30 let
Týden těhotenství	12+6 týdnů
Četnost těhotenství, parita	Jednočetné těhotenství po spontánním otěhotnění, I/ I
Diagnóza	pohmoždění obličejové části hlavy, vnější příčina úrazu je autonehoda
Projevy zdravotních potíží	Bolesti – pravidelné kontrakce
Projevy psychických potíží	Strach, úzkost
Návštěva prenatální poradny	Pravidelné návštěvy obvodního gynekologa
Klid na lůžku	Je doporučený
Infúzní terapie	Sine
Perorální terapie	Diazepam
Sledování celkového stavu	Ano, po celý den
Sledování TK	Ano, nyní 3x denně
Sledování TT	Ano, 2x denně
Sledování kontrakcí	Ano, po celý den
Sledování krvácení	Ano, po celý den
Kontrola odtoku plodové vody	Ano, po celý den
CTG	Ano, po celý den
Sledování pohybů plodu	Ano, po celý den
Největší obavy ženy	Převažují obavy o dítě
Zájem rodiny	Ano, časté návštěvy
Podání informací o stavu ženy	Lékař –ano
Podání informací o stavu těhotenství	Lékař – gynekolog – ano
Úroveň podaných informací	Dobrá
Problémy při poskytování ošetrovatelské péče	Dodržovat klid na lůžku
Přání klientky	Přeje si stabilizaci svého stavu, jít domů a porod zdravého dítěte.
Následky úrazu pro plod	Žádné obtíže spojené s úrazem, dimise- podepsání reversu, kontrola u svého gynekologa

4.2 Rozhovory s respondentkami

Tabulka 1 Věk žen

	R1	R2	R3	R4	R5
15-19			x		
20-24					
25-29				x	
30-34		x			
35-39	x				x
40 a více					

Z 5 žen, které prodělaly úraz v těhotenství, byla jedna těhotná žena (R3) ve věku 15 až 19 let, ve věku 20 až 24 let žádná těhotná žena neprodělala úraz, ve věku 25 až 29 let (R4) prodělala úraz v těhotenství, ve věku 30 až 34 let (R2) prodělala úraz v těhotenství, ve věku 35 až 39 let dvě ženy (R1, R5) prodělaly úraz v těhotenství. Ve věku 40 a více let žádná žena neprodělala úraz.

Tabulka 2 Nejvyšší dosažené vzdělání žen

	R1	R2	R3	R4	R5
Základní			x		
Středoškolské	x				x
Vysokoškolské		x		x	

Z 5 žen, které prodělaly úraz v těhotenství, měla jedna těhotná žena (R3) základní vzdělání, dvě ženy (R1, R5) měly středoškolské vzdělání a dvě ženy (R2, R4) měly vysokoškolské ukončené vzdělání.

Tabulka 3 První hospitalizace u žen v nemocnici

	R1	Rs2	R3	R4	R5
Ano					x
Ne	x	x	x	x	

Z 5 žen byly čtyři ženy (R1, R2, R3, R4) dříve hospitalizované v nemocnici a jedna žena (R5) byla hospitalizovaná v nemocnici poprvé.

Tabulka 4 Četnost těhotenství

	R1	R2	R3	R4	R5
Poprvé		x	x	x	
Podruhé	x				
Potřetí					x

Z 5 žen byly tři ženy (R2, R3, R4) těhotné poprvé, jedna žena (R1) byla těhotná podruhé a jedna žena (R5) byla těhotná potřetí.

Tabulka 5 Týden těhotenství žen

R1	R2	R3	R4	R5
30 týden	34+6 týden	30 týden	13 týden	20 týden

Z 5 žen byla těhotná žena (R1) ve 30. týdnu těhotenství, druhá žena (R2) ve 34+6 týdnu těhotenství, třetí žena (R3) ve 30. týdnu těhotenství, čtvrtá žena (R4) ve 13. týdnu těhotenství a pátá žena (R5) ve 20. týdnu těhotenství.

Tabulka 6 Úraz žen v minulosti

	R1	R2	R3	R4	R5
Ano					
Ne	x	x	x	x	x

Pět těhotných žen (R1, R2, R3, R4, R5) z pěti dříve neprodělaly úraz v těhotenství.

Tabulka 7 Současný úraz

R1	R2	R3	R4	R5
Úder do zátylku hlavy	Pád na pravý bok	Pád na břicho	Prokousnutí rtu, poranění hlavy	Pád na břicho

Z 5 žen, jedna žena (R1) upadla a udeřila se do zátylku hlavy, druhá žena (R2) upadla při chůzi na pravý bok, třetí žena (R3) upadla při chůzi na břicho, čtvrtá žena (R4) měla autohavárii a prokousla si dolní ret a měla poraněnou hlavu a pátá žena (R5) upadla při chůzi na břicho.

Tabulka 8 Příčiny úrazu

	R1	R2	R3	R4	R5
Pád při chůzi		x	x		
Jízda na kole					x
Jízda autem(autohavárie)				x	
Pád ve sprše	x				

Z 5 žen, jedna žena (R1) upadla ve sprše, druhá a třetí žena (R2, R3) upadly při chůzi, čtvrtá žena (R4) měla autohavárii, pátá žena (R5) upadla při jízdě na kole.

Tabulka 9 Informace u žen o riziku používání dopravních prostředků

	R1	R2	R3	R4	R5
Ano		x			x
Ne	x		x	x	

Z 5 žen jsou dvě ženy (R2, R5) informovány o rizicích v používání dopravních prostředků, tři ženy (R1, R3, R4) nemají informace o rizicích v používání dopravních prostředků.

Tabulka 10 Nezávažnější rizika pro těhotné ženy při úraze dle jejich mínění

	R1	R2	R3	R4	R5
Předčasný porod		x			x
Odtok plodové vody		x			x
Předčasné kontrakce		x			x
Úraz hlavy					x
Potrat		x			

Z 5 žen dvě ženy (R2, R5) si myslí, že nejzávažnějším rizikem v těhotenství je předčasný porod, odtok plodové vody a předčasné kontrakce. Žena (R2) si myslí, že rizikem je potrat a žena (R5) si myslí, že rizikem je úraz hlavy.

Tabulka 11 Připouštění si úrazu těhotnými ženami v při používání dopravních prostředků

	R1	R2	R3	R4	R5
Ano	x	x			
Ne			x	x	x

Z 5 žen, si dvě ženy (R1, R2) připouští úraz při používání dopravních prostředků, tři ženy (R3, R4, R5) si nepřipouští úraz při používání dopravních prostředků.

Tabulka 12 Používání bezpečnostních pásů těhotnými ženami při jízdě v autě

	R1	R2	R3	R4	R5
Ano	x	x	x	x	x
Ne					

Z 5 žen se všechny ženy (R1, R2, R3, R4, R5) poutají bezpečnostním pásem při jízdě autem.

Tabulka 13 Znalosti žen o správném připoutání bezpečnostním pásem v autě

	R1	R2	R3	R4	R5
Ano	x	x		x	
Ne			x		x

Z 5 žen, tři ženy (R1, R2, R4) vědí, jak se správně připoutat bezpečnostním pásem v autě, dvě ženy (R3, R5) neví, jak se připoutat bezpečnostním pásem v autě.

Tabulka 14 Zajištění bezpečnosti těhotných žen při používání dopravních prostředků z jejich pohledu

	R1	R2	R3	R4	R5
Správným připoutáním v autě		x			
Dodržováním předepsané rychlosti		x			
Dodržováním bezpečné vzdálenosti mezi jednotlivými prostředky		x			x
Dodržováním bezpečnostních předpisů	x	x	x		x
Označením auta speciální nálepkou pro těhotné				x	

Z 5 žen si čtyři ženy (R1, R2, R3, R5) myslí, že dodržováním bezpečnostních předpisů zajistí bezpečnost těhotných žen při používání dopravních prostředků. Dále dvě ženy (R2, R5) si myslí, že dodržováním bezpečné vzdálenosti mezi jednotlivými prostředky zajistí bezpečnost těhotných žen při používání dopravních prostředků. Jedna žena (R2) si ještě myslí, že správným připoutáním se v autě a dodržováním předepsané rychlosti zajistí bezpečnost těhotných žen při používání dopravních prostředků. A jedna žena (R4) si myslí, že označením auta speciální nálepkou pro těhotné, zajistí bezpečnost těhotných žen při používání dopravních prostředků.

Tabulka 15 Zdravotní potíže těhotných žen po úraze

	R1	R2	R3	R4	R5
Bolesti hlavy	x			x	
Bolesti dolních končetin				x	
Bolesti hrudníku				x	
Špinění					x
Tvrdnutí břicha	x	x	x		x
Slabost	x				
Necítila pohyby		x			

Z 5 žen, dvě respondentky (R1, R4) odpověděly na otázku jaké máte zdravotní potíže po úraze, že mají bolesti hlavy. Respondentka (R1) tvrdlo břicho a pociťovala slabost. Dále si respondentka (R4) stěžovala na bolesti dolních končetin a bolesti hrudníku. Respondentka (R2) měla potíže po úraze, že ji tvrdlo břicho a necítila pohyby. Respondentka (R3) po úraze tvrdlo břicho. A respondentka (R5) po úraze špinila a tvrdlo ji břicho.

Tabulka 16 Sledování těhotných žen porodními asistentkami

	R1	R2	R3	R4	R5
Měření krevního tlaku a pulsu			x	x	x
Měření teploty	x	x	x	x	x
Kontrola ozev plodu	x	x	x	x	x
Sledování pohybů plodu			x		
Sledování špinění					x

Respondentkám (R1, R2, R3, R4, R5) porodní asistentky sledovaly tělesnou teplotu. Dále všem respondentkám (R1, R2, R3, R4, R5) porodní asistentky poslouchaly ozvy plodu. Respondentkám (R3, R4, R5) porodní asistentky měřily krevní tlak a puls. Respondentce (R3) porodní asistentky kontrolovaly pohyby plodu. A respondente (R5) porodní asistentky kontrolovaly špinění.

Tabulka 17 Omezený pohybový režim na oddělení

	R1	R2	R3	R4	R5
Ano	x				x
Ne		x	x	x	

Z 5 žen, dvě ženy (R1, R5) měly omezený pohybový režim na oddělení rizikového těhotenství. Tři ženy (R2, R3, R4) neměly omezený pohyb na oddělení.

Tabulka 18 Vyšetření těhotných žen ultrazvukem

	R1	R2	R3	R4	R5
Ano	x	x	x	x	x
Ne					

Z 5 žen měly všechny ženy (R1, R2, R3, R4, R5) proveden ultrazvuk plodu.

Tabulka 19 Informovanost žen lékařem o průběhu jejich léčby

	R1	R2	R3	R4	R5
Ano	x	x	x	x	x
Ne					

Z 5 žen, měly všechny ženy (R1, R2, R3, R4, R5) informace o průběhu jejich léčby lékařem.

Tabulka 20 Srozumitelnost a potřebnost informací podaných lékařem z pohledu žen

	R1	R2	R3	R4	R5
Ano	x		x	x	x
Ne					
Částečně		x			

Z 5 žen, čtyři ženy (R1, R3, R4, R5) měly srozumitelné a potřebné informace od lékaře a jedna žena (R2) měla částečně srozumitelné informace od lékaře a odpověď ne nevedla žádná žena.

Tabulka 21 Soběstačnost těhotných žen po úraze

	R1	R2	R3	R4	R5
Ano	x	x	x	x	x
Ano, s částečnou pomocí					
Ne					

Z 5 žen, všechny ženy (R1, R2, R3, R4, R5) byly úplně soběstačné.

Tabulka 22 Potíže při ošetrovatelské péči

	R1	R2	R3	R4	R5
Dodržování klidu na lůžku			x		x
Přesvědčování lékařů, o propuštění do domácí péče, pokud nemají rozumný důvod k hospitalizaci. Díky nekvalitní nemocniční stravě navrácení potíží se zácpou		x			
Žádné potíže	x			x	

Z 5 žen dvě ženy (R1, R4) neměly žádné potíže při ošetrovatelské péči. Jedna žena (R2) přesvědčovala lékaře, aby ji pustili do domácí péče a udávala navrácení potíží se zácpou díky nekvalitní nemocniční stravě. Dvě respondentky (R3, R5) měly potíže dodržovat klid na lůžku.

4.3 Souhrnná tabulka rozhovorů s respondenkami

	R 1	R 2	R 3	R 4	R 5
Věk respondentek	35-39 let	30-34 let	15-19 let	25-29 let	35-39 let
Dosažené vzdělání	Středoškolské s maturitou	Vysokoškolské	Základní	Vysokoškolské	Středoškolské s maturitou
První hospitalizace v nemocnici	Ne	Ne	Ne	Ne	Ano
Četnost těhotenství	Podruhé	Poprvé	Poprvé	Poprvé	Potřetí
Týden těhotenství	30 týden	34+6 týden	30 týden	13 týden	20 týden
Úraz v minulosti	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne
Současný úraz	Úder do zátylku hlavy	Pád na pravý bok	Pád na břicho	Prokousnutí rtu, poranění hlavy	Pád na břicho
Příčina úrazu	Pád ve sprše	Pád při chůzi	Pád při chůzi	Jízda autem (autohavárie)	Jízda na kole
Informace u žen o riziku při používání dopravních prostředků	Ne	Ano	Ne	Ne	Ano
Nejzávažnější rizika pro těhotnou ženu při úraze dle jejich názoru a mínění		Předčasný porod, odtok plodové vody, předčasné kontrakce, potrat.			Předčasný porod, odtok plodové vody, předčasné kontrakce, úraz

					hlavy.
Připouštění úrazu v těhotenství	Ano	Ano	Ne	Ne	Ne
Používání bezpečnostních pásů	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Znalost žen o správném připoutání se v autě při jízdě	Ano	Ano	Ne	Ano	Ne
Zajištění bezpečnosti těhotných žen při používání dopravních prostředků	Dodržováním bezpečnostních předpisů	Správným připoutáním v autě, dodržováním předepsané rychlosti, dodržováním bezpečné vzdálenosti mezi jednotlivými prostředky a dodržování bezpečnostních předpisů.	Dodržování bezpečnostních předpisů.	Označení auta speciální nálepkou pro těhotné.	Dodržováním bezpečnostních předpisů, dodržováním bezpečné vzdálenosti mezi jednotlivými prostředky.
Zdravotní potíže těhotných žen po úraze	Bolesti hlavy, tvrdnutí břicha, slabost.	Tvrdnutí břicha, necítila pohyby.	Tvrdnutí břicha.	Bolesti hlavy, dolních končetin a hrudníku.	Špinění, tvrdnutí břicha.
Sledování těhotných žen porodní asistentkou	Měření tělesné teploty, kontrola ozev plodu.	Měření tělesné teploty, kontrola ozev plodu.	Měření krevního tlaku a pulsu, tělesné teploty, kontrola ozev plodu a pohyby plodu.	Měření krevního tlaku a pulsu, tělesné teploty, kontrola ozev	Měření krevního tlaku a pulsu, tělesné teploty, kontrola ozev plodu a kontrola špinění.

				plodu.	
Omezený pohybový režim na oddělení	Ano	Ne	Ne	Ne	Ano
Vyšetření těhotné ženy UZ	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Podané informace o průběhu léčby	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Porozumění podaným informacím od lékaře	Ano	Ne	Ano	Ano	Ano
Soběstačnost těhotných žen po úraze	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Potíže při ošetrovatelské péči	Bez potíží	Přesvědčování lékařů, o propuštění do domácí péče, pokud nemají rozumný důvod k hospitalizaci. Díky nekvalitní nemocniční stravě navrácení potíží se zácpou	Dodržovat klid na lůžku.	Bez potíží	Dodržovat klid na lůžku.

Z 5 žen, které prodělaly úraz v těhotenství, byla jedna těhotná žena (R3) ve věku 15 až 19 let, má základní vzdělání. Ve věku 20 až 24 let žádná těhotná žena neprodělala úraz, ve věku 25 až 29 let (R4) prodělala úraz v těhotenství a má vysokoškolské vzdělání. Ve

věku 30 až 34 let (R2) prodělala úraz v těhotenství, má vysokoškolské vzdělání. Ve věku 35 až 39 let dvě ženy (R1, R5) prodělaly úraz v těhotenství. R1 a R2 mají středoškolské vzdělání s maturitou. Ve věku 40 a více let žádná žena neprodělala úraz. R1, R2, R3, R4 byly dříve hospitalizované v nemocnici a R5 byla hospitalizovaná v nemocnici poprvé. R2, R3, R4 jsou těhotné poprvé, R1 je těhotná podruhé a R5 je těhotná potřetí. R1 je ve 30 týdnu těhotenství, R2 ve 34+6 týdnu těhotenství, R3 ve 30. týdnu těhotenství, R4 ve 13. týdnu těhotenství a R5 ve 20. týdnu těhotenství. Z uvedených respondentek neprodělala žádná žena úraz v těhotenství. R1 upadla a udeřila se do zátylku hlavy, R2 upadla při chůzi na pravý bok, R3 upadla při chůzi na břicho, R4 měla autohavárii a prokousla si dolní ret a měla poraněnou hlavu a R5 upadla při chůzi na břicho. R1 upadla ve sprše, R2, R3 upadly při chůzi, R4 měla autohavárii, R5 upadla při jízdě na kole. R2 a R5 jsou informovány o rizicích v používání dopravních prostředků, R1, R3, R4 nemají informace o rizicích v používání dopravních prostředků. R2 a R5 si myslí, že nejzávažnějším rizikem v těhotenství je předčasný porod, odtok plodové vody a předčasné kontrakce. R2 si myslí, že rizikem je potrat a R5 si myslí, že rizikem je úraz hlavy. R1 a R2 si připouští úraz při používání dopravních prostředků, R3, R4 a R5 si nepřipouští úraz při používání dopravních prostředků. R1, R2, R3, R4, R5 se poutají bezpečnostním pásem při jízdě autem. R1, R2, R4 vědí, jak se správně připoutat bezpečnostním pásem v autě, R3 a R5 neví, jak se připoutat bezpečnostním pásem v autě. R1, R2, R3, R5 si myslí, že dodržováním bezpečnostních předpisů zajistí bezpečnost těhotných žen při používání dopravních prostředků. R2, R5 si myslí, že dodržováním bezpečné vzdálenosti mezi jednotlivými prostředky zajistí bezpečnost těhotných žen při používání dopravních prostředků. R2 si dále myslí, že správným připoutáním se v autě a dodržováním předepsané rychlosti zajistí bezpečnost těhotných žen při používání dopravních prostředků. R4 si myslí, že označením auta speciální nálepkou pro těhotné, zajistí bezpečnost těhotných žen při používání dopravních prostředků. R1 a R4 mají po úraze bolesti hlavy, R1 tvrdlo břicho a pociťovala slabost. R4 si stěžovala na bolesti dolních končetin a bolesti hrudníku. R2 tvrdlo břicho a necítila pohyby. R3 po úraze tvrdlo břicho. R5 špinila a tvrdlo ji břicho. R1, R2, R3, R4 a R5 porodní asistentky sledovaly tělesnou teplotu. R1, R2, R3, R4, R5

porodní asistentky poslouchaly ozvy plodu. R3, R4 a R5 porodní asistentky měřily krevní tlak a puls. R3 porodní asistentky kontrolovaly pohyby plodu. R5 porodní asistentky kontrolovaly špinění. R1 a R5 mají omezený pohybový režim na oddělení rizikového těhotenství. R2, R3, R4 neměly omezený pohyb na oddělení. R1, R2, R3, R4 a R5 měly proveden UZ. R1, R2, R3, R4 a R5 měly podané informace o průběhu léčby od ošetřujícího lékaře. R2 neporozuměla podaným informacím a R1, R3, R4, R5 porozuměly. R1, R2, R3, R4 ,R5 jsou soběstačné. R1, R4 nemají žádné potíže při ošetrovatelské péči. R2 přesvědčovala lékaře, aby ji pustili do domácí péče a udávala navrácení potíží se zacpou díky nekvalitní nemocniční stravě. R3 a R5 měly potíže dodržovat klid na lůžku.

4.4 Diagnózy úrazů v těhotenství u respondentek za rok 2007

Základní diagnózy	Znění diagnózy	Počet těhotných žen
S00	Povrchní poranění hlavy	2
S01	Otevřená rána hlavy	2
S06	Nitrolební poranění	19
S20	Povrchní poranění hrudníku	6
S30	Povrchní poranění břicha, dolní části zad a pánve	4
S32	Zlomenina bederní páteře a pánve	2
S40	Povrchní poranění ramene a paže (nadloktí)	1
S42	Zlomenina ramene a paže (nadloktí)	3
S51	Otevřená rána předloktí	1
S52	Zlomenina lokte a předloktí	2
S61	Otevřená rána zápěstí a ruky	1
S70	Povrchové poranění kyčle a stehna	1
S71	Otevřená rána kyčle a stehna	1
S72	Zlomenina kosti stehenní	4
S82	Zlomenina bérce, včetně kotníku	6
S83	Vymknutí, podvrknutí a natažení kloubů a vazů kolena	1
S92	Zlomenina-fraktura nohy pod kotníkem	1
T11	Jiná poranění horních končetin, úroveň neurčena	1
T17	Cizí těleso v dýchacím ústrojí	1
T29	Popáleniny a poleptání více částí těla	1
T42	Otrava antiepileptiky, sedativy a hypnotiky	4
T44	Otrava léčivý působící primárně na autonomní nervovou soustavu	1
T46	Otrava prostředky působící primárně na kardiovaskulární soustavu	1
T80	Komplikace po infúzi, transfúzi a injekci	1
T81	Komplikace výkonů, nezařazené jinde	6
T88	Jiné komplikace zdravotnické péče, nezařazené jinde	
Celkem		74

Zdroj: www.uzis.cz [22.1.2009].

5. Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo zjistit jaké se vyskytují nejčastější úrazy v těhotenství, jaký mají dopad na zdravotní stav těhotné ženy a jaké jsou nejčastější problémy v ošetrovatelské péči.

Výzkumného šetření se zúčastnilo 5 žen, u kterých byly vypracované kazuistiky a s dalšími 5 ženami byl veden rozhovor při úraze v těhotenství na oddělení rizikového těhotenství a traumatologickém oddělení.

Respondentka 1 přichází na kontrolu celkového stavu a plodu, jelikož upadla při chůzi na pravý bok. Měla obavy o své dítě. Lékař ji doporučil hospitalizaci, se kterou těhotná žena souhlasí. Předpokládá, že pod odborným dohledem a v péči lékařů bude ona i plod v pořádku. Klientka nekrvácí ani nešpiní. Kontrakce neudává, ale na CTG záznamu je děložní činnost viditelná. Pohyby plodu cítí. UZ vyšetřením je prokázán jeden živý plod, PPHL, postavení levé, placenta je na přední stěně a nezasahuje do DDS. UZ je fyziologický a bez známek abrupce placenty. Velocimetrie ukazuje fyziologický tvar křivky. Je podána infúze s 3 amp. Mg SO₄ do 250 ml F1/1 a po vykapání infúze je ordinováno kontrolní CTG. Klientka se pohybuje bez omezení. Klientka neměla žádné obtíže spojené s úrazem, po třech dnech sledování je klientka propuštěna domů. Kontrolu má u svého gynekologa.

Respondentka 2 byla hospitalizovaná na doporučení od svého gynekologa. V noci se šla osprchovat a náhle omdlela a při pádu na zem se udeřila do zátylku hlavy. Ihned byl zavolán lékař, který provedl základní vyšetření klientky, naordinoval klid na lůžku bez omezení použití sprchy a WC. Doporučil dostatek tekutin per os, měření TK a P každou hodinu. Klientka je objednána na traumatologické vyšetření. CTG záznam po pádu je fyziologický. Klientka se cítí dobře. RTG vyšetření po domluvě s klientkou se nedělalo. Klientka nekontrahuje, pohyby cítí, nekrvácí a VP neodtekla. Palpačně je děloha kulovitá, F X/3, normotonus, palpačně nebolestivá, v děloze jsou diagnostikovány gemini a pánev se jeví prostorná. Při vnitřním vaginálním vyšetření je čípek sakrálně, tuhý, hrdlo uzavřeno na 1/2 falangy a přední klenba se počíná vyvíjet. Ozvy plodu jsou pravidelné.

V graviditě klientka užívá leky Duphaston a Aktiferin. Klientce byl naordinován Magnosolv 1 sáček denně, Aktiferin 1-0-0 tbl., CTG, klid na lůžku, i.v. infúze s MgSO₄ 20 % 10ml do 250 ml F1/1. Poranění na hlavě se zahojilo bez komplikací a jiné projevy úrazu klientka neměla. Těhotenství těsně po úrazu probíhalo fyziologicky a bez komplikací. Až dne 30.10. bylo těhotenství ukončeno neodkladným císařským řezem pro hrozící hypoxii plodu B gemini biamniati bichoriati.

Těhotné ženy si často dávají pozor, aby se jim nic nestalo, ale v náhlém návalu slabosti nebo při kolísání krevního tlaku se nedá zamezit občasným nehodám, i když dbají zvýšené opatrnosti.

Respondentka 3 uklouzla a spadla při chůzi. Od pádu cítí bolesti v podbřišku. Přišla na kontrolu do porodnické ambulance, kde ji doporučili hospitalizaci. Lékař provedl gynekologické vaginální vyšetření, kdy je čípek mediosakrálně, na větší falang, střední konzistence, zevní branka je otevřená pro špičku prstu, volně naléhá velká část na vchod a ozvy plodu jsou pravidelné. Dle vyšetření UZ se v děloze nachází jeden živý plod, PPHL, postavení levé, stáří plodu je 31+4 dny a velocimetrie je fyziologická. Placenta je v pravé hraně na přední stěně dělohy. Předčasné odlučování lůžka není prokázáno. Abrupce placenty se může projevit až do 48 hodin po úraze. Je doporučována zvýšená monitorizace plodu, zda plod neprojevuje známky distresu – zvýšení pohybů plodu, frekvence ozev plodu nad 160/min a v další fázi se ozvy plodu mění na bradykardii pod 60 úderů/min. V konečné fázi vymizí ozvy a pohyby plodu. Tuto problematiku popsala MUDr. Drábková ve své knize (7).

VP neteče, pohyby plodu cítí normálně, nekrvácí. Lékař naordinoval klid na lůžku, kontrolu celkového stavu, CTG záznam, podání infúze F1/1 250 ml + 3 amp. MgSO₄ 20% i.v., Magnosolv 1-0-0 sáček, Aktiferin 1-0-0 tbl. a odběr krevního obrazu Statim, jehož hodnoty byly fyziologické.

Po zavedené terapii bolesti v podbřišku ustaly, klientka nekontrahuje, je normotonus děložní, nekrvácí a cítí se dobře. Neprojevily se žádné obtíže spojené s pádem a proto je následně klientka propuštěná do domácího ošetřování. Má se na kontrolu dostavit ke svému obvodnímu gynekologovi.

Respondentka 4 se doma polila horkým až vařícím olejem na PHK a obou DK na dorsu nohou, pro popáleniny II.B až III. St. na PHK a PDK byla přijata k převazům a analgetické terapii na oddělení traumatologie. 18.06.2008 byl proveden UZ na ženském oddělení, kde byl diagnostikován intrauterinně jeden živý plod, AS+, CRL 59 odpovídá stáří těhotenství 12+6 dnů, okolí je fyziologické a UPT na žádost matky nelze provést.

Při gynekologickém vyšetření je palpačně vulva i pochva bpn., hrdlo hladké, tuhé i uzavřené, děloha kulovitá, hladká, měkká a nebolestivá i okolí je bpn.

Klientka se pro popáleniny léčila v nemocnici přibližně měsíc. Během hospitalizace ji byla provedena nekrectomie. Byly jí naordinovány převazy a analgetická terapie.

Při demisi naordinovaná medikace Brufenu 400 1-1-1 tbl. při bolesti. Objektivně je lucidní, afebrilní, eupnoická, krytí je ve všech lokalitách suché, prokrvení a citlivost je normální. Popáleniny se dobře hojí, ale probíhá sekundární fáze hojení.

Nejčastější popáleniny jsou při domácích činnostech, přibližně do 5 % tělesného povrchu podle MUDr. Drábkové (7).

Těžké popáleniny v těhotenství jsou vzácné, pokud se vyskytují, je těhotná žena převezena do popáleninového centra.

V další kasuistice respondentka 5 řídila automobil a narazila do stojícího auta před ní a nebyla připoutaná! Narazila čelem do předního skla, které prorazila. Hrudníkem narazila do volantu, který rozbila. Klientka v bezvědomí nebyla, nauzeu nemá, nezvracela a na událost si pamatuje. Klientka je při vědomí, orientována a spolupracuje. Na dolním rtu má tržnou ránu 2 cm dlouhou, která nyní nekrvácí. Klientku hospitalizovali na traumatologickém oddělení. U klientky se sleduje TK, puls a stav vědomí po 1 hodině, klientka má přijímat dostatek tekutin a má být kontrolována 1. službou.

Ambulantně ji vyšetřili na gynekologickém oddělení, kde zkontrolovali stav plodu UZ a provedli gynekologické vyšetření. Vyšetření UZ: jeden živý plod o velikosti odpovídající g. h. 12+6, AS +, s aktivními pohyby plodu, bez viditelného hematomu, patologie v oblasti adnex a volná tekutina za dělohou není. RTG vyšetření klientka ihned odmítla z důvodu gravidity. Klientce byly naordinovány odběry

biologického materiálu (KO, biochemie, moč) a měření TK a pulsu po 1 hodině. TK je 110/70mmHg a puls 70 minutu.

Celkový průběh během hospitalizace probíhal bez potíží a bez komplikací. Dle neurologa se nejednalo o mozkovou komoci. Neurologický nález je v normě. Dle gynekologa se jedná o normální nález, gr.h. 12+6 dnů. Klientka druhý den podepsala negativní revers. V případě náhlých gynekologických obtíží kontrola ihned v nemocnici. Pacientka poučena o diagnóze a hrozícím potratu.

Respondentka 5 při rozhovoru sdělila, že podle jejího názoru, kdyby byla připoutaná bezpečnostními pásy v autě při jízdě, že by potratila. Myslí si, že tak prudký pohyb a náraz tlaku na břicho, které by vyvinul bezpečnostní pás, by plod nepřežil, což je subjektivní názor respondentky, který není založen na medicínských poznacích. MUDr. Kepák neustále publikuje, že nejzávažnější příčinou polytraumat u těhotných žen je nepřipoutání se ve vozidle! Nejčastější příčinou smrti nebo vážného poranění těhotné je úraz hlavy. Úrazy spojené s prudkým nárazem nebo tlakem na břišní stěnu, popř. další úrazy spojené s poraněním ze setrvačnosti (typické pro autohavárie) mohou způsobit závažné následky z vnitřního krvácení (14).

V rozhovoru bylo osloveno pět žen, které utrpěly úraz v těhotenství. Z Tabulky 1 vyplývá kolik žen utrpělo úraz v těhotenství ve věku od 15-19 let, úraz utrpěla jedna žena (R3). Ve věku od 20-24 let žádná žena neutrpěla úraz v těhotenství. Ve věku od 25-29 let utrpěla úraz jedna žena (R4). Ve věku 30-34 let úraz utrpěla jedna žena (R2). Ve věku 35-39 let měly dvě těhotné ženy (R1, R5) úraz v těhotenství. Ve věku od 40 let a více žádná žena úraz neměla. Podle mého názoru jsou těhotné ženy opatrnější, pokud dříve utrpěly nějaký úraz.

Nejvyšší dosavadní vzdělání ženy udávaly, že jedna respondentka (R1) měla ukončené vzdělání základní, dvě respondenty (R1, R5) měly ukončené vzdělání středoškolské a dvě respondentky (R2, R4) měly ukončené vzdělání vysokoškolské (Tabulka 2).

V Tabulce 3 ženy odpovídaly na otázku, zda jsou v nemocnici hospitalizované poprvé. Respondentky (R1, R2, R3, R4) odpověděly, že již dříve byly hospitalizované v nemocnici a jedna respondentka (R5) byla poprvé hospitalizovaná v nemocnici. Žádná

z žen v nemocnici neležela v těhotenství. Pro ženu musí být hospitalizace deprimující a psychicky náročná. Hlavně u žen, které mají doma už jedno dítě, o které se nemohou postarat z důvodu své hospitalizace.

Další údaje se týkají těhotenství. Tři respondentky (R2, R3, R4) jsou poprvé těhotné, jedna respondentka (R1) je těhotná podruhé a jedna respondentka (R5) je těhotná potřetí (Tabulka 4).

V Tabulce 5 a 6 se charakterizuje týden těhotenství všech respondentek. Podle literatury a informací MUDr. Kepáka, jsou úrazy a polytraumata v těhotenství velmi nebezpečné. Jsou ohroženy dva životy, matky a plodu. Přežití plodu závisí na tom, zda přežije i matka. Ve své prezentaci pan MUDr. Kepák charakterizuje následky polytraumatu v jednotlivých trimestrech. V I. trimestru je nebezpečí poškození vývoje plodu při podávání léků, ionizující záření. Ve II. trimestru je riziko zhmoždění dělohy nebo odloučení placenty. Ve III. trimestru hrozí ruptura dělohy, přímé poranění plodu nebo urgentní císařský řez.

Těhotné ženy jsou na sebe více opatrné, ale pokaždé se úrazu nedá předejít (Tabulka 7), zde jsou zaznamenány úrazy těhotných žen a v Tabulce 8, co bylo příčinou úrazu. Nejčastější příčiny úrazu byly pád na břicho, pád na pravý bok, úraz hlavy, pád z kola a autohavárie. V dnešní době jsou autonehody na denním pořádku. Dopravní úrazovost je středem pozornosti na celém světě píše Zeman a kolektiv (29).

V dnešním vyspělém světě, by si každý mohl myslet, že lidé znají obecně rizika v používání dopravních prostředků. Jak je uvedeno v Tabulce 9 jsou dvě těhotné ženy (R2, R5) informovány, jaká rizika se mohou vyskytnout v těhotenství při používání dopravních prostředků. Respondentky informace vyčetly z knih a odborných časopisů. Zbývající tři respondentky (R1, R3, R4) nemají žádné informace o rizicích. Z Tabulky 10 je možné vyčíst, že dvě respondentky (R2, R5) si myslí, že nejvážnější rizika jsou předčasný porod, odtok plodové vody, předčasné kontrakce, úraz hlavy a potrat. Nejvíce záleží na druhu a typu úrazu.

Jak si ženy připouští nebezpečí úrazu je znázorněno v Tabulce 11. Dvě ženy (R1, R2) si připouští, že by se jim mohl stát v těhotenství úraz při používání dopravních prostředků. Ostatní respondentky (R3, R4, R5) si tuto skutečnost zatím nepřipustily.

Z následujících údajů je možné vyčíst, že se všech pět těhotných žen poutá v autě bezpečnostním pásem. MUDr. Kepák prezentuje, že těhotné ženy často cestují a řídí automobil ve vyšším stupni těhotenství, ale najdou se i takové ženy, které se ve vozidlech nepřipoutají bezpečnostními pásy. Jsou i ženy, které nevědí, jak správně umístit přes břicho bezpečnostní pás. Tři respondentky (R1, R2, R4) vědí, jak se mají správně připoutat bezpečnostním pásem v osobním automobilu. A dvě respondentky (R3, R5) neznají správný způsob připoutání se bezpečnostním pásem při jízdě osobním automobilem (Tabulka 12, 13).

Jakým způsobem je možné zajistit bezpečnost žen při používání dopravních prostředků je znázorněno v Tabulce 14. Čtyři respondentky (R1, R2, R3, R5) si myslí, že nejdůležitější způsob, jak zajistit bezpečnost těhotných žen při používání dopravních prostředků je dodržování bezpečnostních předpisů. R2 si myslí, že je důležité i správné připoutání se v osobním automobilu a dodržování předepsané rychlosti. R3 si dále myslí, že je důležité i dodržování bezpečné vzdálenosti mezi jednotlivými dopravními prostředky. R4 je přesvědčena o tom, že je důležité označit osobní automobil samolepkou se znakem těhotné ženy.

Zdravotní potíže v současné době po úraze, které popisují ženy jsou následující: R1 a R2 pociťují bolesti hlavy, R1 dále pociťovala tvrdnutí břicha a celkovou slabost. R2 udávala za potíže, že ji tvrdlo břicho a necítila pohyby. R3 tvrdlo také břicho. R4 měla ještě bolesti dolních končetin a hrudníku. A R5 po úraze špinila a tvrdlo ji břicho (Tabulka 15).

Nejčastější sledování porodními asistentkami při poskytování ošetrovatelské péče bylo měření tělesné teploty u R1, R2, R3, R4, R5. Dále u R1, R2, R3, R4, R5 porodní asistentky poslouchaly ozvy plodu. U R3, R4, R5 porodní asistentky měřily krevní tlak a puls. Pohyby plodu sledovaly porodní asistentky u R3 a u R5 porodní asistentky sledovaly špinění. Těhotné ženy po úraze je nutné pečlivě sledovat, zda se neprojeví pozdější příznaky (Tabulka 16).

Omezený pohybový režim na oddělení znázorňuje Tabulka 17. Dvě těhotné ženy (R1, R5) se nesměly volně pohybovat na oddělení, měly omezený pohybový režim

na oddělení rizikového těhotenství. Pouze si mohly dojít na WC a osprchovat se. Zbývající tři těhotné ženy (R2, R3, R4) měly neomezený pohyb na oddělení.

Tabulka 18 znázorňuje, zda těhotné ženy měly ultrazvukové vyšetření po úraze během hospitalizace. Všechny respondentky (R1, R2, R3, R4, R5) měly ultrazvukové vyšetření. V medicíně má ultrazvukové vyšetření velké zastoupení. V našem případě má možnost odhalit např. abrupci placenty při přímém nárazu na břicho nejčastěji při autonehodách. Dokonce i zdánlivě malý náraz může totiž způsobit odloučení (abrupci) placenty se všemi jejími fatálními důsledky pro matku i plod (14).

Informovanost těhotných ženy lékařem o průběhu jejich léčby a srozumitelnosti podaných informací je znázorněno v Tabulce 19 a 20. Respondentky (R1, R2, R3, R4, R5) na tuto otázku odpověděly kladně. Lékaři jsou povinni sdělovat informace o průběhu léčby hospitalizovaným těhotným ženám. R1, R3, R4, R5 všem informacím rozuměly, ale R2 neměla úplně jasno o podaných informacích od lékaře. Nebylo jí jasné, proč lékaři trvají na její hospitalizaci, když jí nic není. Podle mého názoru si tato klientka si neuvědomuje rizika, která mohou zkomplikovat průběh těhotenství. Lékař R2 následně všechno vysvětlil a uklidnil ji.

Tabulka 21 znázorňuje, jak jsou respondentky (R1, R2, R3, R4, R5) v současné době soběstačné po úraze. Všech pět dotazovaných respondentek odpovídá, že jsou úplně soběstačné. Nepotřebují pomoc od zdravotnického personálu.

Co činí respondentkám (R1, R2, R3, R4, R5) největší potíže při ošetrovatelské péči je vidět na Tabulce 22. R1 a R4 nemají žádné potíže při poskytování ošetrovatelské péče. R2 nechce být hospitalizovaná v nemocnici, tvrdí, že jí nic není. R2 není spokojená s nemocniční stravou, podle respondentky je nekvalitní a chybí jí zelenina a vlákniny. Díky nekvalitní nemocniční stravě se R2 vrátila zácpa. R3 a R5 mají dodržovat klid na lůžku. Respondentky si na klid na lůžku nemohou zvyknout, jelikož nejsou zvyklé být v celodenním klidu.

6. Závěr

Tato práce poukazuje na úrazy v těhotenství, které jsou v dnešním světě poměrně časté a i smrtelné, což potvrzuje i Český statistický úřad. V souvislosti s touto problematikou není spojeno mnoho specifických informací v odborné literatuře, které by podávaly validní informace o úrazech v těhotenství.

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaké se nejčastěji vyskytují v těhotenství úrazy, jaký dopad mají úrazy na zdravotní stav těhotné ženy, zda si těhotné ženy uvědomují velké nebezpečí při používání hromadných dopravních prostředků a jaké jsou nejčastější problémy v ošetrovatelské péči u žen po úrazech. Na cíle navazovaly výzkumné otázky, které měly zodpovědět, jaké jsou nejčastější úrazy v těhotenství, jaký dopad mají úrazy na zdravotní stav těhotné ženy, jakým způsobem je možné zajistit bezpečnost těhotných žen při používání dopravních prostředků a jak vnímají těhotné ženy rizika, která vznikají při používání prostředků hromadné dopravy.

V kvalitativním výzkumném šetření byly cíle práce splněny a výzkumné otázky zodpovězeny získanými výsledky. Docházíme k závěru, že i když je všeobecně známo, že se mají používat při jízdě automobile bezpečnostní pásy, není toto prakticky prováděno a respektováno (R5). Pro těhotné ženy je určitě důležité vědět, jak se chránit před úrazy, především v automobilech a v hromadných dopravních prostředcích. Měly by vědět, jak se poutat bezpečnostními pásy v automobilech a měly by znát rizika při používání dopravních prostředků pro plod a pro sebe. Dále je patrné z výsledků, i že malý úraz může vést ke komplikacím pro těhotnou ženu a plod, které mohou mít fatální následky. Ženě hrozí předčasné odlučování lůžka, krvácení, rozvoj DIC, předčasný porod a nebo potrat v počátku těhotenství. Může dojít i k vymizení pohybů plodu a ozev plodu. Proto je i péče poskytovaná porodními asistentkami a sestrami na traumatologických odděleních nebo odděleních ARO specifická.

Na základě výsledků šetření je možné stanovit hypotézy. První hypotéza zní: Úrazy v těhotenství jsou způsobené dopravními nehodami. Druhá hypotéza zní: Těhotné ženy si nepřipouštějí rizika spojená s používáním dopravních prostředků. Třetí hypotéza zní: Těhotné ženy při jízdě automobilem nepoužívají bezpečnostní pásy.

Výsledky bakalářské práce mohou být poskytnuty jako informační materiál pro porodní asistentky a pro ostatní zdravotníky v Nemocnici České Budějovice, a.s.

Podle mého názoru by bylo vhodné pro těhotné ženy uspořádat různá informační setkání, kde by se dozvěděly o prevenci úrazů, jak správně se poutat bezpečnostními pásy v autě. Vhodné by bylo vytvořit letáčky a brožurky pro těhotné ženy, jak mají být správně připoutané při jízdě autem bezpečnostními pásy, neboť v této souvislosti panuje mezi ženami mnoho polopravd a omylů, které mohou mít pro těhotnou ženu fatální následky. Pokud je těhotná žena řidička nebo spolujezdec, měla by se pro svojí bezpečnost aktivně zajímat o správném používání bezpečnostních prvků při cestování v jakémkoliv vozidle. Součástí těhotenské průkazky by mohla být samolepka pro těhotné, která označí auto, ve kterém těhotná žena právě sedí. V široké veřejnosti by se měla šířit prevence úrazů.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ADAMS, B. a kolektiv autorů. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. vydání Praha: Grada Publishing, a.s., 1999. 488 s., ISBN 80-7169-843-8.
2. Autor neuveden, *Dějiny oddělení úrazové chirurgie*. Dostupné z: <http://www.nemcb.cz/cz/page/82/Dejiny-oddeleni-urazove-chirurgie.html?detail=447> [10.2.2009]
3. ČAPKOVÁ, M., TORÁČOVÁ, L.: *Co proti úrazům, aneb jak chránit své zdraví*. ZSF JU Č. Budějovice: 2006. 19 s. ISBN 80-7040-912-6.
4. ČAPKOVÁ, M.: *Venku číhá džungle aneb, jak se chránit před úrazy*. JU v ČB ZSF, 2006. 73 s. ISBN 80-7040-905-3.
5. ČEPICKÝ, P., KURZOVÁ, H.: *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře*. Vydání 1., nakladatelství Karolinum, Praha 2003. 174 s., ISBN 80-246-0677-1
6. ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., SRP, B. a kol. *Porodnictví*. 2. vydání Grada Publishing, a.s., 2006, 544 s., ISBN 80-247-1313-9.
7. DRÁBKOVÁ, J. *Polytrauma v intenzivní medicíně*. Grada Avicium, 2002. 307 s., ISBN 80-247-0419-6.
8. ELIÁŠOVÁ, M., OLDŘICH, M.: *Úrazy III.*, Odborný časopis Sestra, 11/2008, 57 s. ISSN 1210-0404
9. HÁJEK, Z. a kol.: *Rizikové a patologické těhotenství*. Vydání 1. české, Praha 2004: Grada publishing, a.s. 443 s., ISBN 80-247-0418-8

10. HRABOVSKÝ, J. a kol.. *Chirurgie*. 2.vydání. Eurolex Bohemia, s.r.o. Praha. 2006. 444 s., ISBN 80-86861-41-4
11. MUDr. JURÁŇ, V., MUDr. SMRČKA, M. Ph.D., Doc. MUDr. SMRČKA, V. Csc. Poranění mozku. Dostupné z: http://www.med.muni.cz/Traumatologie/Neurochirurgie/Medici_traum.htm [10.02.2009]
12. KAPOUNOVÁ, G.,: *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Vydání 1., Praha 2007: grada Publishing, a.s. 350 s., ISBN 978-80-247-1830-9
13. MUDr. KEPÁK, J. CSc, *Dopravní polytrauma a těhotenství- nezbytnost a možnosti*. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2005-8/clanek.php?c=3revence>. [25.11.2008]
14. MUDr. KEPÁK, J. CSc, *Dopravní polytrauma v těhotenství*. Dostupné z: <http://www.porodnice.cz/4-kurz-prezentace-prednasek> [25.11.2008]
15. MUDr. KEPÁK, J. CSc, *Polytrauma a těhotenství I. Nezbytnost a možnosti prevence*. Dostupné z: <http://www2.rozhlas.cz/izurnal/kepak.pdf> [25.11.2008]
16. MUDr. KŘIKAVKA, K. CSc: *Prevence nehodovosti, úrazy podle místa výskytu*. Dostupné z: http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zcsk/xsl/3141_1362.html [17.3.2009]
17. MACHART, S. *Poranění břicha*, [Online]. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/poraneni-bricha/> [20.01.2009]
18. MACHART, S. *Poranění hrudníku*, [Online]. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/poraneni-hrudniku/> [20.01.2009]

19. MAREČKOVÁ J.; JAROŠOVÁ D. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2005. ISBN 80-7368-030-0.
20. MIKEŠOVÁ, Z., FRONKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M.: *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. 2 aktualizované a doplněné vydání. Grada publishing, a.s. 2006, 172 s., ISBN 80-247-1443-4
21. PAŘÍZEK, A.: *Kniha o těhotenství a porodu*. 2 vydání. Galen, Praha 2006. 414 s., ISBN 80-7262-411-3
22. PETERKA, M.: *Sportovní úrazy- zranění*. Dostupné z: <http://www.prirodni-pripravky.cz/uraz-sportovni-zraneni-lecba-priznaky.htm> [19.04.2009]
23. POKORNÝ, V. a kol. *Traumatologie*. Triton 2002, 308 s., ISBN 80-7254-277-1.
24. ROZSYPAL, H.: *Intenzivní péče v infektologii*. Dostupné z: <http://www1.lf1.cuni.cz/~hrozs/infjip5.htm>[10.2.2009]
25. ROZTOČIL, A. a kol.: *Intenzivní péče na porodním sále*. První vydání, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně 1996. 274 s., ISBN 80-7013-2302
26. TORÁČOVÁ, Z., ČAPKOVÁ, M., VELEMÍNSKÝ, M.: *Prevence úrazů: od narození až do předškolního věku*. ZSF JU Č. Budějovice: 2006. 32 S. ISBN 80-7040-913-4.
27. VALENTA, J., ŠEBOR, J., MATĚJKA, J., RUNT, J. *Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 1. vydání, Univerzita Karlova v Praze, 2005. 237 s., ISBN 80246-0644-5.

28. VIŠNA, P., HOCH, J. a kol. *Traumatologie dospělých*. 1. vydání Praha: Maxdorf s.r.o. 2004. 157 s., ISBN 80-7345-034-8.

29. ZEMAN, M. a kol.: *Chirurgická propedeutika*. Vydání druhé, přepracované a doplněné, Praha 2000: Grada Publishing a.s. 2003. 524 s., ISBN 80-7169-705-2

8. Klíčová slova

Léčba

Ošetrovatelská péče

Plod

Těhotenství

Těhotná žena

Úraz

9. Přílohy

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 Rozhovor s respondentkami

Příloha 2 Těhotná žena řidička

Příloha 3 Těhotná žena spolujezdec

Příloha 4 Odhad gestačního stáří

Příloha 5 Používání bezpečnostních pásů v automobilech na dálnici

Příloha 6 Používání bezpečnostních pásů v automobilech mimo obec

Příloha 7 Používání bezpečnostních pásů v automobilech v obci

Příloha 8 Silniční bezpečnost v Evropě

Příloha 9 Silniční úmrtí v roce 2006

Příloha 1 Rozhovor

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosavadní vzdělání?
3. Jste v nemocnici hospitalizovaná poprvé?
4. Po kolikáté jste těhotná?
5. V jakém jste týdnu těhotenství?
6. Měla jste dříve nějaký úraz?
7. Jaký jste úraz utrpěla nyní?
8. Co bylo příčinou úrazu?
9. Byla jste informována o tom, jaká rizika se mohou vyskytnout v těhotenství při používání dopravních prostředků?
10. pokud ano, mohla by jste označit, nejmávanější rizika?
11. Připustila jste si někdy, že by se Vám v těhotenství mohl stát úraz při používání dopravních prostředků?
12. Když jezdíte autem nebo jste spolujezdec, jste vždy připoutaná?
13. Víte, jakým způsobem má být těhotná žena v autě správně připoutaná?
14. Jakým způsobem, podle Vašeho názoru, by bylo možné zajistit bezpečnost těhotných žen při používání dopravních prostředků?
15. Jaké máte v současné době zdravotní potíže?
16. Co u Vás porodní asistentky sledují?
17. Máte omezený pohybový režim na oddělení?
18. Bylo u Vás provedeno ultrazvukové vyšetření?
19. Informoval Vás lékař o průběhu léčby?
20. Rozuměla jste všem podaným informacím?
21. jste v současné době úplně soběstačná?
22. Co Vám činní nyní největší potíže při ošetrovatelské péči?

Příloha 2 Těhotná žena řidička



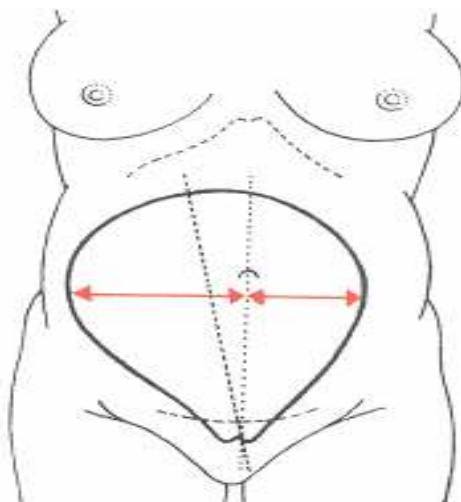
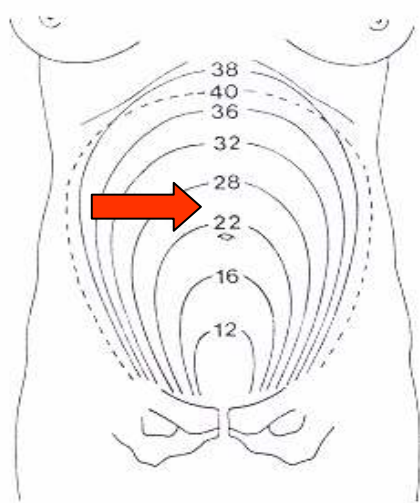
Zdroj: http://www.porodnice.cz/upload/prednasky-kurz4/dopravni_polytrauma.ppt
[26.02.2009]

Příloha 3 Těhotná žena spolujezdcem



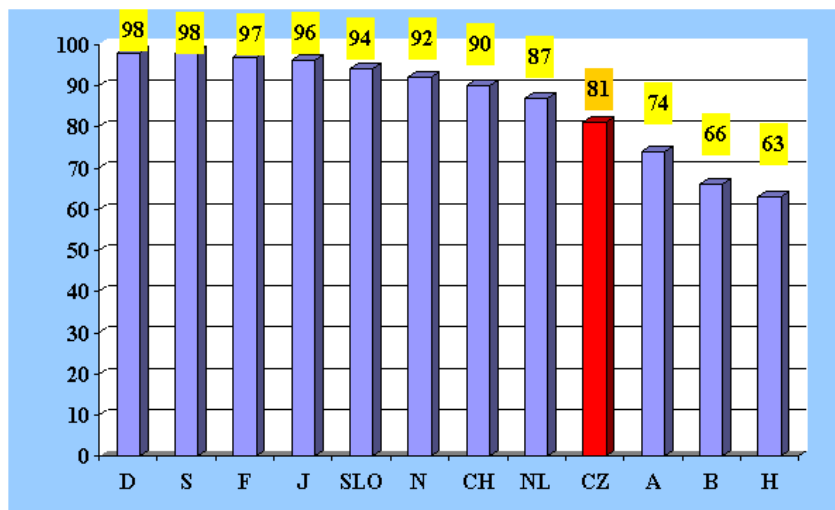
Zdroj: http://www.porodnice.cz/upload/prednasky-kurz4/dopravni_polytrauma.ppt
[26.02.2009]

Příloha 4 Odhad gestačního stáří



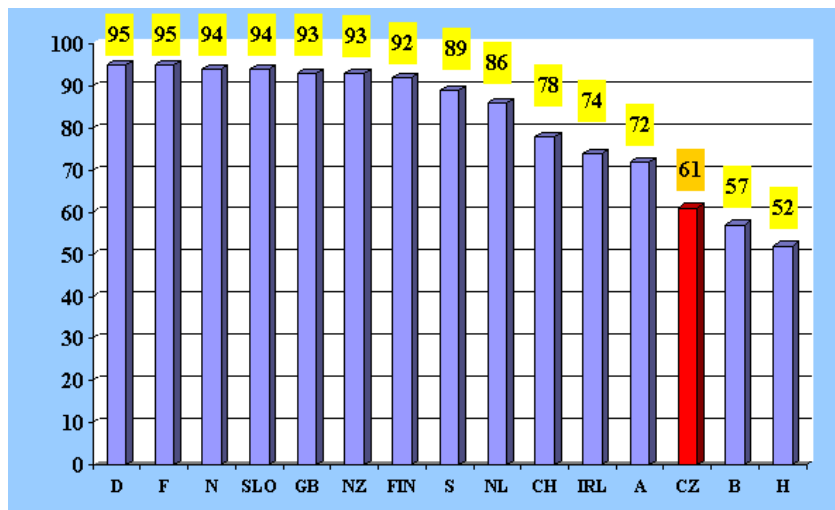
Zdroj: http://www.porodnice.cz/upload/prednasky-kurz4/dopravni_polytrauma.ppt
[26.02 2009]

Příloha 5 Používání bezpečnostních pásů v automobilech na dálnici



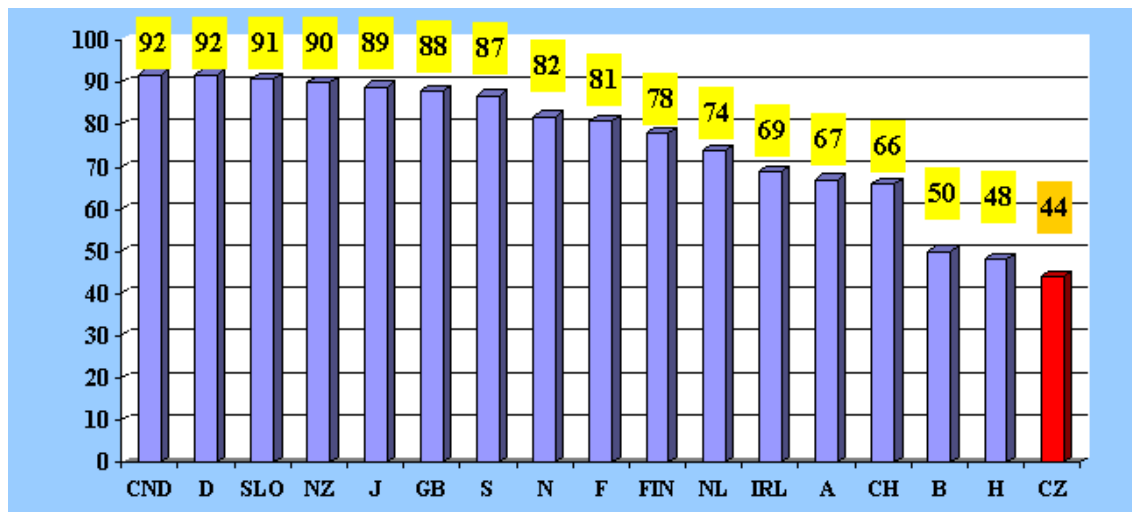
Mezinárodní srovnání používání bezpečnostních pásů v automobilech na dálnicích - %
Zdroj: http://www.porodnice.cz/upload/prednasky-kurz4/dopravni_polytrauma.ppt
[26.02 2009]

Příloha 6 Používání bezpečnostních pásů v automobilech mimo obec



Mezinárodní srovnání používání bezpečnostních pásů v automobilech mimo obec - %
Zdroj: http://www.porodnice.cz/upload/prednasky-kurz4/dopravni_polytrauma.ppt
[26.02.2009]

Příloha 7 Používání bezpečnostních pásů v automobilech v obci



Mezinárodní srovnání používání bezpečnostních pásů v automobilech v obci - %
Zdroj: http://www.porodnice.cz/upload/prednasky-kurz4/dopravni_polytrauma.ppt
[26.02.2009]

Příloha 8 Silniční bezpečnost v Evropě

Vývoj silniční bezpečnosti v Evropě (počet úmrtí do 30 dnů po nehodě)						
současná data			dlouhodobé trendy			
stát	2006	2007	srovnání 2007-2006	srovnání s rokem 1980	srovnání s rokem 1990	srovnání s rokem 2000
Dánsko	306	406	+32.7%	-41%	-36%	-18%
Česko	1063	1222	+15.0%	-3%	-5%	-18%
Finsko	336	377	+12.2%	-32%	-42%	-5%
Polsko	5243	5583	+6.5%	-7%	-24%	-11%
Belgie	1069	1067	-0.2%	-55%	-46%	-27%
Francie	4709	4620	-1.9%	-66%	-59%	-43%
Německo	5091	4949	-2.8%	-67%	-55%	-34%
Rakousko	730	691	-5.3%	-65%	-56%	-29%
Maďarsko	1303	1232	-5.4%	-24%	-49%	3%
V.Británie	3172	2946	-7.1%	-51%	-44%	-14%

Zdroj: http://www.porodnice.cz/upload/prednasky-kurz4/dopravni_polytrauma.ppt
[26.02.2009]

Příloha 9 Silniční úmrtí v roce 2006

Silniční úmrtí 2006					
Počet úmrtí na 100 000 obyvatel		Počet úmrtí na 100 000 motorových vozidel		Počet úmrtí na miliardu ujetých vozidlo-kilometrů	
Nizozemí	4.5	Švýcarsko	7.2	Švédsko	5.9
Švédsko	4.9	Norsko	8.0	Švýcarsko	5.9
Švýcarsko	5.0	Nizozemí	8.4	V.Británie	6.3
Norsko	5.2	Švédsko	8.5	Finsko	6.4
V.Británie	5.4	Německo	9.3	Norsko	6.5
Dánsko	5.7	V.Británie	9.5	Německo	7.4
Německo	6.2	Finsko	11.3	Nizozemí	7.7
Finsko	6.4	Dánsko	12.0	Dánsko	7.7
Francie	7.7	Francie	12.6	Francie	8.5
Rakousko	8.8	Rakousko	13.7	Rakousko	8.9
Belgie	10.2	Belgie	17.1	Belgie	11.1
Česko	10.4	Česko	21.5	Slovinsko	16.5
Maďarsko	12.7	Slovinsko	22.5	Česko	20.6

Zdroj: http://www.porodnice.cz/upload/prednaskykurz4/dopravni_polytrauma.ppt
[26.02.2009]