

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetřovatelství

Bakalářské studium ošetřovatelství

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

Ortopedie - oddělení Aloplastiky

Ošetřovatelská kazuistika u pacientky s totální endoprotézou kolene.

Nursing casuistry of patient after total knee joint endoproteze.

2007/2008

Karolína Víchová

Vedoucí práce: PhDr. Helena Chloubová

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s použitím literatury uvedené v seznamu.

Souhlasím, aby byla práce uložena v knihovně Ústavu teorie a praxe ošetrovatelství Karlovy univerzity a zpřístupněna ke studijním účelům.

V Praze dne 25. dubna 2008

Karolína Víchová

Chtěla bych tímto poděkovat za odborné vedení, cenné rady a trpělivost při vypracování mé bakalářské práce paní PhDr. Heleně Chloubové.

Mé díky patří i všem pracovníkům oddělení Aloplastik v Nemocnici na Bulovce a mé pacientce paní M.Š za souhlas s mojí péčí a ochotu spolupracovat.

Obsah:

<u>A. Úvod</u>	4
<u>B. Klinická část</u>	5
1. Charakteristika onemocnění	5
1.1 Alopastika kolenního kloubu	9
2 Prognóza onemocnění	13
3. Identifikační údaje	14
4. Lékařské diagnózy a anamnéza	14
5. Diagnosticko – terapeutická péče	17
5.1 Diagnostická péče	17
5.2 Terapeutická péče	19
6. Průběh hospitalizace	25
<u>D. Ošetrovatelská část</u>	26
1. Ošetrovatelská anamnéza a současný stav nemocného	26
1.1 Vnímání hospitalizace pacientem	26
1.2 Fyziologické potřeby	26
1.3 Potřeby psychosociální	32
2. Ošetrovatelské diagnózy	35
3. Ošetrovatelské cíle, plán a realizace ošetrovatelské péče	36
3.1 Předoperační diagnózy	36
3.2 Pooperační diagnózy	41
4. Edukace	50
5. Celkové hodnocení	54
5.1 Prognóza	54
5.2 Sebereflexe	54
<u>E. Seznam použité literatury a dalších zdrojů</u>	55
Přílohy	56

A. Úvod

Pro vypracování mé bakalářské práce jsem si vybrala oddělení aloplastik v nemocnici Na Bulovce, kde jsem v druhém ročníku strávila několik dní v rámci praxe. Jsou zde léčeni pacienti s kloubními obtížemi, kteří jsou převážně léčeni chirurgicky, kloubní náhradou. Toto téma mě zaujalo, protože v dnešní době je velký nárůst kloubních obtíží a pacientů vyžadujících kloubní náhrady přibývá.

Toto se týká převážně starší populace České republiky, ale nejsou ani výjimkou mladí lidé. Kloubní onemocnění jsou způsobená vlivem nežádoucího životního stylu (kam můžeme řadit špatnou výživu a na ní navazující obezitu, stres, nedostatečný pitný a pohybový režim atd.) a svůj podíl zde má i genetika.

Onemocnění postihuje přes 10 až 12% naší populace, je velmi časté v pokročilém věku, uvádí se 60% výskyt mezi 55. a 64. rokem a až 90% výskyt v období mezi 75. a 84. rokem. První osteoartrotické změny lze však zjistit již kolem 20. roku věku. Je jednou z nejběžnějších příčin zdravotní neschopnosti a významně se podílí na výšce nákladů na zdravotní péči. (3)

B. klinická část

1 Charakteristika onemocnění – Osteoartróza

Obecná charakteristika

Jedná se o degenerativní proces hyalinní chrupavky, kdy dojde ke ztrátě chrupavky (chondropatie) a současně dojde k hypertrofii (novotvorbě/nárůstu) kosti periartikulární. Na kosti tak například mohou vzniknout osteofyty (výrůstky na kosti). Jedná se o nejčastější onemocnění, které postihuje klouby. Hyalinní chrupavka je vaskulární elastická tkáň, která se skládá z buňek (chondrocytů) a matrix, která je jimi produkována. Podstatou této matrix je spleť kolagenních fibril. (5)

OA nejčastěji postihuje –

kyčelní klouby – Koxartróza, komplikuje Osteoporóza

kolenní klouby - Gonartróza

malé klouby ruky - Risartróza

páteř - Spondylartróza (6)

Etiologie –

Uplatňují se zde faktory jak exogenní tak endogenní. Mezi rizikové faktory řadíme – vyšší věk, ženské pohlaví, zvýšenou tělesnou váhu, mechanické přetížení kloubu prací, sportem či důsledek vrozené displazie kloubu, nitrokloubní zlomeniny, aseptická nekróza kloubní, metabolická systémová onemocnění, chronické kloubní záněty, genetické vlivy. Rozeznáváme artrózu primární (idiopatickou), kde neznáme vlastní vyvolávající příčinu a artrózu sekundární, která vzniká v patologickém prostředí.(5)

Patogeneza –

Rozlišujeme **artrózu primární**, která se odvíjí od metabolické poruchy chondrocytární syntetické aktivity. Snižuje se množství vytvářené matrix a produkované struktury jsou často anomální. Následuje rozpad chondrocytů a uvolnění jejich buněčných enzymů vede k destrukci struktur matrix a ke kolapsu chrupavky. Chrupavka měkne, snižuje se výška její vrstvy, vytvářejí se v ní trhliny a v kloubu se objevuje chrupavčitý detritus, který vede k sekundární synovialitidě. Nastává hyperprodukce synoviální tekutiny, přičemž se zhoršují její vlastnosti z hlediska výživy chrupavky a kloubní lubrikace, což celý proces dále zhoršuje. Organismus se brání, ve snaze o reparaci dochází k subchondriální kostní hypertrofii, kterou nazýváme subchondriální

sklerózou. V subchondriální oblasti jsou v této fázi časté i zlomeniny trabakul provázené nekrózou a resorpcí, jejich výsledkem jsou kostní pseudocysty. Degenerativní proces stále častěji doprovázený sekundární zánětlivou složkou postihuje i další části kloubu, zejména pouzdro kloubní a vyzy, může ovlivňovat stabilitu kloubní, může se objevit porucha kloubní osy, způsobená kolapsem pseudocyst v některém kompartmentu kloubu.

O **artróze sekundární** hovoříme tehdy, leží-li vyvolávající příčina mimo chrupavku.

- Mechanické přetížení – osová deviace, nadváha, chronické přetěžování kloubu prací, sportem atd.
- Kloubní diskongruence – důsledek vrozené kyčelní dysplazie, coxa vara adolescentium, nitrokloubní zlomeniny atd.
- Aseptická nekróza kloubní – kyčelní kloub u alkoholiků, nemocných pod kortikosteroidy apod.
- Metabolická systémová onemocnění – ochronóza, Gaucherova nemoc, krystalová artropatie;
- Chronické kloubní záněty – revmatoidní artritida, psoriáza, infekty;

Patogeneze je identická. A vzniklé poškození chrupavky je u obou typů zcela ireverzibilní. (5)

Gonartróza

Jde o osteoartrózu koleních kloubů. Postihuje jeden nebo více kompartmentů, tj.

- 1) tibiofemarální kloub
- 2) patelofemorální kloub – mediální či laterální část

Klinický obraz Gonartrózy - bolest kolenního kloubu, zpočátku po větší zátěži kloubu, později klidová a noční, rušící spánek. Typicky bývá i startovací bolest na začátku pohybu a ranní ztuhlost, která postupně přechází ve zhoršování funkce, zmenšuje se rozsah pohybu v kloubu. Jsou slyšitelné krásoty, pocit ztuhlosti, blokády a výpotky. Může být viditelný otok měkkých tkání a porucha osy – varus či vagus. Onemocnění má období latence a aktivizace. Nemusí být shoda mezi RTG nálezem a klinickým nálezem. (5,3)

Diagnostika –

Spočívá v anamnéze a klinickém vyšetření lékařem a dále v zobrazovacích metodách.

Laboratorní vyšetření

Screeningové vyšetření je normální. Při vyšetření kloubního punktátu je synoviální výpotek čirý, žlutavý, cytologie prokazuje obvykle méně než 2000 buněk.

RTG obraz

Na snímcích z přední a boční strany (anteroposteriorní nebo bočné projekci, případně v axiální projekci na česku) nalézáme plus a minus změny, či patologické subluxační postavení česky ve femorálním žládku. Dále bývají přítomny zúžení kloubní štěrbiny, subchondrální skleróza, pseudocysty, nekrózy kostí, ossicula, osteofyty, subluxační postavení česky, poruchy osy, subluxace, deformity a destrukce kloubu.

Dělení na stádie dle Kellgrena-Lawrence z roku 1957

I.stádium – možné zúžení kloubní štěrbiny a počátek tvorby drobných marginálních osteofytů.

II.stádium – zřetelné zúžení kloubní štěrbiny, jasná tvorba osteofytů, lehká subchondrální skleróza.

III.stádium – výrazné zúžení kloubní štěrbiny, mnohočetné osteofyty, subchondrální skleróza, tvorba cyst, počínající deformity.

IV.stádium – vymizení kloubní štěrbiny, velké osteofyty se sklerózou a pseudocystami subchondrální kosti, pokročilé deformity.

Magnetická rezonance

Je vhodná k zobrazení měkkých struktur a k posouzení patologických změn v oblasti menisků a vazů.

CT a Sono

Výpočetní tomografie 3D je vhodná v předoperačním vyšetření TEP. Sono zobrazí výpotek. Pro stanovení diagnózy a terapie nejsou obvykle potřebné.

(5,3)

Terapie –

U primární artrózy kauzální terapie neexistuje, protože její etiologie je neznámá. Důležité je zaměřením se na prevenci vzniku závažných strukturálních změn, omezování progresu změn již vzniklých a tlumení symptomů, zejména bolesti. Důležité je včasné načasování operačního výkonu a neodsouvat operaci do pozdějších věkových období. Je důležitá spolupráce pacienta, praktického lékaře, internisty a ortopeda. Léčba závisí i na

stupni poškození kloubů a věku pacienta. Léčbu dělíme na konzervativní, medikamentózní a operační.

Konzervativní a fyzikální terapii

Lze doporučit základní pravidla léčby, mezi něž patří:

- Patří sem každodenní cvičení jako běžná domácí gymnastika, pohybové aktivity pokud možno na čerstvém vzduchu, vyvarovat se sedavému způsobu života, každou klidovou činnost kompenzovat pohybem.
- Redukce váhy a dieta – preferovat ovoce, zeleninu, vlákninu, vyvarovat se červeného masa (hovězí, vepřové) a jíst bílé maso (králíci, krůtí, mořské ryby).
- Sporty, kde doporučujeme plavání a jízdu na kole a vyvarovat se sportů s tvrdými běhy a doskoky.

Fyzikální terapie zahrnuje vodoléčbu, elektroléčbu, masáže, léčbu teplem. Účinná je i klidová terapie s Priessnitzovým obkladem, který aplikujeme jen na 1 až 2 hodiny. Na kloub se přikládá plátno namočené ve studené vodě, a zabalí se do teplého vlněného šálu. Končetinu vypodložit ve vyšší poloze, po sejmutí obkladu je nutno kloub rozhýbat a ponechat ho v suchém teple. Nejvhodnější aplikace je těsně před spaním. V pozdějších stádiích doporučujeme ortopedické pomůcky, jako hole a berle k odlehčení končetiny.

Medikamentózní léčba

Je velmi rozsáhlá a řadíme sem řadíme analgetika, nesteroidní antiflogistika a kortikosteroidy.

Analgetika jsou léky proti bolesti, rychle odstraní bolest, která je průvodním příznakem artrózy.

Nesteroidní antiflogistika mají účinky protizánětlivé, analgetické a antipyretické. Existuje více jak 200 preparátů této skupiny léčiv, mechanismus účinku těchto léků spočívá i inhibici enzymů syntetizujících prostaglandiny a dalších místních působků nutných pro rozvoj zánětlivých změn. Lze je užívat ve formě tablet a injekcí. Pacienti mají v oblibě i gely a masti s protizánětlivým účinkem.

Kortikosteroidy se užívají u dekompenzované artrózy, nejčastěji se užívají pro nitriklobní aplikaci, někdy pro obstríky bolestivých úponů šlach a ligament. Mají protizánětlivý a supresivní autoimunitní účinek. Snižují produkci synoviálního výpotku, zmírňují bolest a zlepšují funkci kloubu. Absolutní kontraindikací aplikace kortikosteroidů je zánět, viróza a tuberkulóza. Většinou se používají tehdy, když ostatní léčba je neúčinná a pacient není únosný k operačnímu léčení. Aplikace musí být prováděna za přísně aseptických podmínek.

Operační léčba

Indikujeme pacienta tehdy selhala li konzervativní léčba. Operační výkony dělíme na výkony preventivní, kdy včasné léčíme vrozené dysplazie, úrazy a výkony léčebné. Kam patří korekční osteotomie, artrodéza a aloplastika.

Korekční osteotomie – spočívá v protěti kosti a vyrovnání její osy a rotace. Fixace se provádí pomocí dlah, šroubů nebo hřebů.

Artrodéza – rozumíme znehybnění kloubu resekci jeho ploch a následným srůstem ve vhodné pozici.

(3,5)

1.1 ALOPLASTIKA KOLENNÍHO KLOUBU

Je to náhrada kolenního kloubu implantátem.



(7, str. dle www adresy)

Přední a boční pohled na koleno po totální náhradě kolenního kloubu.

Materiálově se uplatňují různé kovy a jejich slitiny, plasty a keramika nebo jejich kombinace.



Tibiální komponenta bezcementová.

(8, str. dle www adresy)



Kolenní náhrada cementová.

Endoprotézy dělíme:

1) Podle počtu nahrazených ploch

Totální – nahrazují se všechny kloubní plochy

Částečné – nahrazuje se jen poškozená část kloubu, ale část, která zůstává původní musí být plně funkční

2) Podle způsobu fixace do kosti

cementové – k fixaci protézy se používá tzv. kostní cement, někdy s přísadou antibiotik, implantát zakotven prostřednictvím kostního cementu, tj. tmelu na bázi polymetylmetakrylátu

necementové – protéza je spojena s kostí jejím postupným prorůstáním do speciálně upraveného povrchu endoprotézy - nejčastěji s hydroxyapatitovým nástřikem.

hybridní (smíšené) – protézy mají jednu komponentu cementovanou a druhou necementovanou.

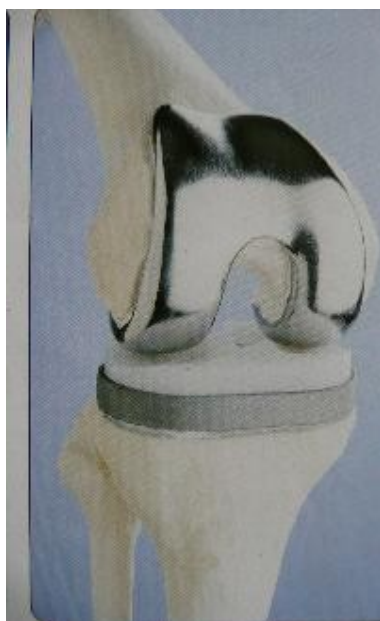
Použití určité endoprotézy má své odborné indikace a nedá se v žádném případě říci, že necementované endoprotézy jsou lepší než cementované nebo naopak.

3) Podle tvaru

Rozlišují se různé tvary jednotlivých částí endoprotéz. Jejich použití je vybíráno individuálně podle tvaru kloubu a anatomických poměrů každého pacienta. Ani v tomto případě proto nelze určit, který tvar je nejlepší.

Volba vhodné endoprotézy proto závisí vždy na rozhodnutí operátora, jenž vychází z vyšetření pacienta a zkušeností pracoviště. (9)

V současné medicíně se při TEP kolene nahrazují pouze poškozené kloubní plochy. Operace je v podstatě jen náhrada povrchu kloubu a kloubní chrupavky. Je odstraněna pouze malá část kosti. Původní vazy, šlachy a svaly jsou ponechány a zpět upevněny. Různé osové úchyly (koleno do O a X) mohou být během operace odstraněny



(5, str. 97)

správným seříznutím kostí, odstraněním výrůstků (osteofytů) a upravením délky vazů. Dále se aplikuje kostní cement, který zajišťuje pevné spojení mezi protérou a kostí. Aplikací protézy nedojde k uzdravení kloubu. Je to nutná náhrada za nemocný kloub, který již nemohl vykonávat svoji funkci. Ani tak pevné součásti protézy nejsou schopny odolávat vysokým nárokům, které jsou na kolenní kloub kladeny během každodenní činnosti. Proto je důležité navyknout určité životosprávě, která

umožní co nejdelší životnost umělého kolenního kloubu. (3,5)

Indikace k aloplastice

Považujeme kloubní bolesti, neřešitelné konzervativně či zásadní poruchy funkce kloubu, nepříznivě ovlivňující život nemocného, zejména jeho soběstačnost.

- Gonartróza
- Revmatoidní artritida
- Poúrazová artróza
- Artróza při některých artropatiích (hemifilické, psoritické ...)

Kontraindikace

Jsou závažná interní onemocnění, chronická nebo neléčená infekce kdekoliv v těle a neochota či nezpůsobilost nemocného k aktivní spolupráci a rehabilitaci. Věk i hmotnost jsou dnes považovány za vedlejší indikační kritéria. (C)

Komplikace

Pooperační komplikace dělíme v základě na celkové (flebotrombóza, trombembolická nemoc, cévní mozkové příhody...) a místní komplikace.

Zlomeniny – mohou vznikat před operačně v oblasti femuru i tibie anebo mohou vzniknout kdykoli po operaci, většinou následkem úrazu. Tyto zlomeniny léčíme pomocí dlah, šroubů a nitrodřeňových hřebů.

Infekční komplikace – riziková pacientů jsou nemocní po septické artritidě, osteomyelitidě, zvýšené riziko je i u pacientů trpících malnutricí, obezitou, diabetem, neolitem, uroinfekcemi....

Krvácení - které ve většině případů vyžaduje krevní transfúzi. Samozřejmě je výhodnější autotransfúze. I když je možnost přenosu infekce HIV a hepatitidy B,C z krevních konzerv dárce minimalizována. Mohou vzniknout také nežádoucí reakce při podání nebo po aplikaci transfúze. Jsou však málo časté.

Časná infekce – se projeví celkovými příznaky (horečka, bolest, otok, zarudnutí operační rány, vysokou sedimentací a CRP).

Dehiscence rány – je nutné provést chirurgické ošetření rány.

Instabilita kolena – vzniká následkem chybného vyvážení vazivového aparátu během operace. Projevuje se pocitem nestability a přeskokováním v kloubu.

Mechanické uvolnění endoprotézy – postihuje častěji tibiální komponentu. Projevuje se bolestí při zátěži, poruchou osy, kontrakturou.

Nestabilita česky – se projeví subluxací až luxací česky zvláště při flexi.

Paréza nervus fibularis – příčinou je otlak nervu v oblasti hlavičky fibuly o podložku při zevně rotačním postavení končetiny po operaci. Prevencí je vypodkládat koleno měkkou podložkou. (3)

Ošetrovatelská péče –

Předoperační péče:

Pacient jde na plánovaný zákrok, na který je odeslán od svého obvodního či ortopedického lékaře. 1 měsíc dopředu si zajistí interní vyšetření (laboratorní vyšetření krve biochemické a hematologické, EKG). U rizikových pacientů je připravena šetrná miniheparinizace dle stavu pacienta. Při příchodu pacienta na oddělení se ho ujme a usadíme ve vyšetřovací místnosti, představíme se mu a odebereme ošetrovatelskou anamnézu, z které bude vyplývat naše péče o potřeby pacienta. Při rozhovoru je důležité, jak na pacienta zapůsobíme, protože od toho se odvíjí vztah k celému zdravotnímu personálu, který by měl být na úrovni důvěry. Každý pacient reaguje na hospitalizaci individuálně, je proto důležité nechat pacientovi dostatek času, který potřebuje a nespěchat na něj, tím bychom mohli prohloubit jeho úzkost a zhoršit somatický stav. Při příchodu do nemocnice se potíže nemocných zvětšují, toto musíme eliminovat. Při rozhovoru mluvíme klidně, dle stavu a věku pacienta, nezatěžujeme ho příliš mnoha informacemi. Necháme pacientovy prostor ke kladení otázek a necháme ho zabydlet v novém prostředí. Ujistíme ho o naší podpoře a pomoci, ať se nebojí požádat a vyhledat nás.

Dále pacienta seznámíme s chodem oddělení a provedeme ho v novém prostředí. Následně pacienta navštíví lékař, vyšetří ho a odebere si lékařskou anamnézu. Seznámí pacienta s průběhem léčby, operačním zákrokem, způsobem anestézie a případnými komplikacemi.

Sestra poučí pacienta o předoperační přípravě. Nutnosti lačnění večer před zákrokem, zákazem kouření a přijímání tekutin po půlnoci. Dle stavu pacienta a způsobu operace pomůže s hygienou, příprava operačního pole a vyprázdnění. Večer před operací podat glycerinový čípek, ráno před premedikací vymočit. Informujeme pacienta o času operace, kde bude po operaci uložen, v jaké poloze, důležitost rehabilitace a nácvik sebeobslužnosti ve spolupráci fyzioterapeuta. Před spaním podáme dle ordinace lékaře uklidňující léky či léky na bolest, aby se pacient vyspal a nebyl

vyčerpaný. Měříme a sledujeme stav pacienta, zajistíme klid v jeho okolí, místnost dostatečně vyvětráme a upravíme lůžko, aby se pacient cítil pohodlně.

Ráno před operací pacient sundá všechny protézy – zubní, končetin, paruku, čočky, brýle, sluchadlo, ženy nesmí mít nalakované nehty a být nalíčeny, dojde si na WC a je podána premedikace. Zajistíme ostatní preventivní opatření tromboembolických komplikací, aplikace antikoagulancií, bandáž neoperované končetiny. Pacient odjíždí s dokumentací na sál.

Pooperační péče:

Pacient je po operaci uložen na JIP, kde je 24 hodin monitorován jeho stav somatický i psychický. Sledují se fyziologické funkce po 1 hodině (tlak, pulz, dech. Saturace, příjem tekutin a výdej moče) a zaznamenávají se do dokumentace. Pacient je uložen do polohy na zádech a polohují se končetiny po 4 až 6 hodinách, záleží na ordinaci lékaře. Monitoruje se bolest a psychický stav. Pacient má klid na lůžku, je mu zaveden PMK, pro lepší kontrolu odchodu moče a sledování P+V. Následně dle stavu je přeložen na standardní oddělení. Podávají se analgetika, antibiotika a chronická medikace dle rozpisu lékaře. Noc tráví pacient na JIP.

Pacient je ráno převezen na standardní oddělení, kde začíná s včasnou mobilizací a rehabilitací. Je podporován v aktivní sebedpěči a zapojen do ošetrovatelské péče. Opět pacienta ujistíme o naší pomoci, že nemá důvod se zbytečně trápit, ale ať nás vyhledá. K lůžku se připraví pomůcky k sebedpěči a signalizace. Pečujeme o potřeby klienta individuálně, dle stavu. Podporujeme ho v rehabilitaci a poučíme o nutnosti pohybu, zopakujeme čeho by se měl vyvarovat. Je poučen o poloze končetiny, nácviku chůze. Dbáme na prevenci pádu, zajistíme pomůcky a okolí. Pečujeme o ránu a jiné invazivní vstupy. Monitorujeme bolest. Umožníme návštěvy rodiny a zábavy přes den. Vedeme pacienta k zdraví a soběstačnosti. (2)

2. Prognóza onemocnění

Důležité je včasné načasování operačního výkonu a neodsouvat operaci do pozdějších věkových období. Totální endoprotézy mají určitou životnost a za standart se považuje přežívání 10-15 let. Důležitá je včasná výměna, čímž se zabrání vzniku rozsáhlé kostní destrukce a s tím spojeného problému řešení složitých a rozsáhlých kostních defektů. Alopastika je technicky, biologicky a ekonomicky nejnáročnějším, ale i dlouhodobě nejúspěšnějším řešením těžkých kloubních postižení. (3,5,11)

3. Identifikační údaje

Jméno a příjmení: M. Š.

Oslovení: paní Š.

Rodné číslo: 46****/****

Věk : 62 let

Stav: vdaná

Adresa: Praha

Pojišťovna: 211

Vzdělání: má vystudovanou střední školu ekonomickou s maturitou

Zaměstnání: nyní je 6 let ve starobním důchodu

Dřívější zaměstnání: pracovala na českých drahách v účtárně

Národnost: česká

Vyznání: katolička

Kontaktní osoba: manžel, telefon uveden ve zdravotnické dokumentaci

Datum přijetí: 28.3 2008

Nástup na oddělení: 31.3 2008

Datum operace: 1.4 2008

ošetřovala jsem pacienta od 31.3 2008 do 4.4 2008

Diagnóza při přijetí: M170, Primární gonartróza, oboustranná
(13, 12)

4. Lékařské diagnózy a anamnéza

Lékařská diagnóza

Hlavní diagnóza

- Genu varum arthroticum l. sin

Ostatní diagnózy

- Hypertensis arterialis
- Ischemická choroba srdeční t. č. oběhově kompenzovaná
- Vředová choroba gastro-duodena nyní v klidu
- 4.násobný by-pass srdce + operace chlopně
- Hyperurikémie

Lékařská anamnéza

Nynější onemocnění:

Pacientka si stěžuje na dlouhodobě přetrvávající bolesti v levém kolenním kloubu. Konzervativní terapie bez efektu, proto byla objednána na operaci.

Osobní anamnéza :

Onemocnění:

- běžná dětská onemocnění bez komplikací.
- Ischemická choroba srdeční..
- Arteriální hypertenze cca. 10 let na terapii.
- Dna.
- Vředová choroba gastroduodena v anamnéze toho času v klidu. r. 2001
- Dyslipidemie od 2002

Operace:

- Stav po konizaci čípku v roce 1985.
- Stav po čtyřnásobným aortokoronálním bypassu v roce 2002 + stav po náhradě aortální chlopně bioprotézou s převahou mírné stenózy mitrální chlopně a významná trikuspidální regurgitace.
- Stav po TEP pravého kolene v roce 2006 v listopadu v Mladé Boleslavi.
- Stav po TEP pravé kyčle po traumatu v roce 2007 v březnu.

Rodinná anamnéza:

Otec zemřel v 86 letech a matka zemřela v 93 letech stáří. Matka, také trpěla artrózou. Sourozenci a děti jsou bez zátěže.

Alergická anamnéza:

Neuvádí.

Sociální anamnéza:

Důchodkyně, žije s manželem v panelákovém bytě 2+1, bydlí v 1. patře. V domě je výtah.

Abusus:

Nekuřačka, kouřila v mládí, tak 6 let kolem 5 cigaret denně, alkohol příležitostně.

Objektivní nález:

Při vědomí, orientovaná, spolupracuje, afebrilní, bez otoku a cyanosy. Psychomotorické tempo v normě. Hydratace a kolorit přiměřený, kůže v normě bez eflorescencí..

Hlava a krk: bpn., dutina ústní klidná, lymfatické žlázy nezvětšeny, štítná žláza nezvětšena, bez rezistence. Žíly bez náplně.

Hrudník: bpn., prsy bez rezistence, jizva po sternotomii zhojena per primam, klidná. Bez dušnosti, poklep plný a jasný, dýchání čisté, sklípkové

Břicho: měkké, prohmatné, bpn., slezina a játra nehmatná. Bez známek peritoneálního dráždění. Tapotmat negativní.

HK: periferie v normě.

DK: periferie a prokrvení v normě, inervace správná, PDK jizva po TEP kolene je klidná, zhojena per primam. Pravá kyčel po TEP, kůže klidná. Palpačně nebolestivá, hybnost 0 – 100stupňů. Levá kyčel nebolestivá, volný a plný pohyb.

Lokální nález:

Chůze s napadáním na pravou DK. Levý kloub zhrubělý, deformován, bez otoku, bez náplně, palpačně bolestivý, krepitace a krásoty. Pravý kolenní kloub nebolestivý, pooperační jizva klidná, hybnost ve flexi 90stupňů. Obě DKK délkou identické.

Farmakologická anamnéza: trvalá medikace

Enap 5mg tbl.	1 – 0 - 1	Antihypertenzivum, ACE Inhibitor
Egilok tbl.	1\2 – 0 – 1\2	Antihypertenzivum, selektivní β blokátor
Moduretic tbl.	1 – 0 – 1	Diuretikum K šetřící
Godasal tbl.	1- 0 – 0	Analgetikum, Antipyretikum, Antiflogistikum
Milurit 100mg tbl.	1 – 0 – 0	Antiuratum
Maalox tbl.	p.p.	Antacidum
Helicid tbl.	p.p.	Antiulcerotikum
Diazepam tbl.	p.p.	Anxiolytikum

(13, 12)

5. Diagnosticko – terapeutická péče

5.1. Diagnostická péče

5.1.1 Fyziologické funkce

FF	31.3. při příjmu	1.4. 0. operační den	2.4. 1. operační den	3.4. 2. operační den	4.4. 3. operační den
TK +P 800	--	150 90 64	150 85 82	150 90 65	140 70 70
1400	155 85 74	Viz - JIP záznam Příloha č.1	140 85 76	155 85 75	150 85 79
1800	160 90 78		160 90 82	140 75 72	--
2030	150 90 62		--	--	--
D	18		22	19	18
TT 600	36,5		36,4	36,6	36,7
1800	36,7		36,5	36,8	--
2030	--		--	37,8	--
stolice	ano	ne	ne	ne	ano
vědomí	při vědomí	somnolence	při vědomí	při vědomí	při vědomí

výška: 158 cm

váha: 67 kg

BMI: 26,84 = nadváha

5.1.2 Laboratorní vyšetření

000 – nízká hodnota

000 – vysoká hodnota

Tabulka č. 1 Biochemie krve

	7.3 2008	1.4 2008	Referenční mez
Urea	12,5	-	2.5 - 8.3 mmol/l
Kreatinin	122	-	60 – 115 umol/l
Kyselina močová	244	-	120 – 380 umol/l
Na	139,1	137,8	135-146 mmol/l
K	5,74	5,56	3,6 – 5,3 mmol/l
Cl	101,4	116	95 – 107 mmol/l
Bilirubin celkový	7,9	-	3 – 22 umol/l
ALT	0,74	-	0,1 – 0,7 ukat/l
AST	0,59	-	0,1 – 0,65 ukat/l
GMT	2,81	-	0,05 – 1 ukat/l

ALP	3,46	-	0,4 – 2,5 ukat/l
CRP	42	-	0 – 10mg/l

Tabulka č.2 Hematologie krve – krevní obraz

	31.3	2.4	Referenční mez
Leukocyty	7,1	9,5	4,0 – 10,0 10 ⁹ /l
Erytrocyty	4,08	3,42	4,2 – 5,4 10 ¹² /l
Hemoglobin	120,0	100	120 – 160 g/l
Hematokrit	0,383	0,310	0,370 – 0,460 l/l
Objem ery	93,9	90,6	82 – 99 fl
Hb Ery	29,4	29,2	27 – 33 pq
Hb koncentrace	0,313	0,323	0,320 – 0,360 g/ml
Trombocyty	277	209	140 – 440 10 ⁹ /l
Anisocytosa ery	-	15,6	11,6 – 13,7 %
Destičkový Hct	-	0,189	0,190 – 0,360 %

Tabulka č.3 Koagulace krve

	31.3	Referenční mez
Quickův test – čas	13,8	10,9 – 15,0 s
Quickův test - INR	1,08	0,80 – 1,20 s
APTT	38,5	26,8 – 40, 2 s
APTT R	1,14	0,80 – 1,20
Qt - normal	13,0 s	
APTT - normal	33,7 s	

5.1.3 Další vyšetření

Viz. Příloha č. 3 Riziko pádu a dekubitů, Bártlův test, zkrácený mentální test, interní vyš..

Před operací

31.3 Imunohematologické vyšetření

Normální nález. Senzibilizace erytrocytů nezjištěna. Volné i specifické autoprotilátky v séru neprokazujeme. Krevní skupina A1 Rh|D|pozitivní, Genotyp CcD.ee.

31.3 RTG kolene --) střed levého kolena je lateralizován o 25cm od mechanické osy.

Po operaci

1.4 RTG nález --) L koleno, sál: provedena totální endoprotéza kolena. Postavení je vyhovující. (10, 12)

5.2 Terapeutická péče

5.2.1 Chirurgická terapie

Premedikace:

31.3 2008 v 20:00

A) n.n *Oxazepam 10mg tbl.* per os Anxiolytikum.

B) *glycerinový čípek supp.* Per rektum Laxativum

C) měření *tlaku a pulsu* – TK150|90 P 62

1.4 2008

A) v **6:00** aplikace *Clexane 0,4mg s.c* Antikoagulancium

B) v **6:00** podání chronické medikace *Enap 5mg* – Antihypertenzivum, ACE Inhibitor

Egilok – Antihypertenzivum, Selektivní β blokátor

C) v **6:00** odběr *krve na ionty* Na – **137,8** K – **5,56** Cl - 116

D) v **7:00** *Oxazepam 20mg tbl.* per os Anxiolytikum.

E) v **8:00** měření *tlaku a pulsu* – TK150|95 P 64

D) připravit ATB *Kefzol 2g* ve 100ml FR sebou na sál.

(11, 12)

Operační protokol viz přílohy.

Před osmou hodinou jsme pacientku převezli na sál, kde ji do péče převzal anesteziolog. Sestra ji v 8:00 napíchla periferní žilní kanylu do pravé horní končetiny nad zápěstí a aplikovala připravené antibiotikum a dle ordinace anesteziologa nadále kontinuálně kapal fyziologický roztok 500ml a Ringrův roztok 1000ml. Anesteziolog použil anestézii epidurální. V místě bederní páteře mezi L2 a L3 aplikoval anestetikum Markaine spinale 0,5%. Poté byla pacientka napolohovaná na operačním stole, byl jí podán kyslík a připojena ke kontrole fyziologických funkcí na monitor. Těsně před začátkem operace anesteziolog aplikoval Ephedrin 10mg. Operace proběhla bez komplikací a trvala jednu hodinu, do operační rány jí byl zaveden Redonův drén.

U operace jsem byla také přítomna, zpříjemňovala jsem pacientce dobu během operace, komunikací a informacemi o průběhu operace. Zároveň jsem sledovala samotnou

operaci a postup operatérů, abych lépe pochopila funkci implantátu a s tím vyplývající péči.

Operační rána

Rána se nachází na levém koleni, dlouhá 15 centimetrů.

1.4 2008 operační ránu instrumentářka odezinfikovala a kryla sterilními čtverci. Převázala jsem koleno fáčem a obinadlem. Kontrolovali jsme prosakování a bolestivost a sleduje se odvod drénu. Bylo přikládáno ledování.

2.4 2008 rána je bez převazu, kontrolovala jsem prosakování, bolestivosti a odvodu drénu, přikládala jsem ledování.

3.4 2008 rána je bez převazu, kontrolovala jsem prosakování, bolestivosti, lékař odstranil drén.

4.4 2008 staniční sestra provedla převaz rány, dezinfikovala okolí rány a kryla ji sterilními čtverci a ránu obvázala. Rána je klidná, lehce oteklá, nesákne.

Periferní žilní katetr

Pacientce na sále 1.4 2008 v 8:00 zavedla anesteziologická sestra do pravé horní končetiny v oblasti nad zápěstím periferní žilní katetr, ošetřen krycí fólií. Místo vpichu jsem denně kontrolovala a zajišťovala průchodnost. Kanylu jsem odstranila 3.4 v 9:15. Místo vpichu klidné, bez známek zánětu. Ošetřila jsem místo vpichu dezinfekcí Septonex a kryla sterilním tampónem.

Redonův drén

Zavedl lékař během operace 1.4 2008 do levého kolenního kloubu v místě operační rány Redonův drén. Drén jsem kontrolovala, jeho průchodnost a odvod exudátu. Drén odváděl minimálně. Byl odstraněn 3.4 kolem osmé hodiny lékařem.

Zaveden 1.4 2008 (**1den**) – odváděl minimálně.

2.4 2008 (**2den**) – množství odpadu ani ne 5 ml.

3.4 2008 (**3den**) – drén vytažen, odpad do 5ml.

Bandáž PDK

Pacientka měla k dispozici elastickou punčochu. Před operací jsem jí ji nandala na pravou neoperovanou končetinu. Po operaci jí nosila nadále na PDK hlavně při rehabilitaci.

Pooperační léčebná poloha LDK

Po operaci musela pacientka trávit čas na lůžku v poloze na zádech, dolní končetiny se pod kolena polohovaly ve flexi a extenzi po 4 hodinách vyvýšením dolní části lůžka. Po příchodu na standardní oddělení, se pokračovalo v polohování. Kolena se podkládala molitanovým kvádrem, k zabránění dlouhodobého propnutí kolene. První pooperační den se začalo s rehabilitací.

Oxygenoterapie

Na sále během operace byl pacientce podán kyslík 6/l za minutu pomocí kyslíkové masky. Po celou dobu operace. Po příjezdu na JIP, jsem pacientce pomocí kyslíkových brýlí podala kyslík 5/l za minutu.

Fyziologické funkce z JIP

Viz. Přílohy FF

Permanентní močový katétr

Byl zaveden pacientce na JIP sloužící sestrou k lepšímu monitorování odchodu moče a sledování příjmu a výdeje tekutin. Pacientka byla informována o nutnosti správné hygieny a péče o permanentní močový katétr. Pacientce jsem poskytla potřebné pomůcky k hygieně, péči o sebe zvládla pacientka sama na lůžku. Po vytažení, jsem pacientce umožnila omytí genitálu. S rehabilitační sestrou jsme po 2 hodinách došli na WC, pacientka močila bez problémů.

1.4 2008 (**1. den**) Přijala 3400ml + Vyloučila 1500 ml

2.4 2008 (**2. den**) Přijala kolem 2000ml + Vyloučila 1250 ml

3.4 2008 (**3. den**) Jsem permanentní močový katétr vytáhla.

(11, 12, 14)

5.2.2 Farmakoterapie

Infúzní terapie

Pacientce se na sále do pravé horní končetiny v oblasti zápěstí zavedl periferní žilní katetr, ošetřen krycí fólií.

Intra venózně – na sále

Operace a JIP	Množství tekutiny	Typ tekutiny	Čas podání
1.4 2008	500 ml	Fyziologický roztok	8:30 – 9:15
1.4 2008	1 000 ml	Ringerův roztok	9:15 – 13:50
1.4 2008	1 000 ml	Ringerův roztok	14:00 – 19:15

Intra venózně

Degan Prokinetikum Antiemetikum

S: Metokloprmidu hydrochloridum 10,5

2.4 2008	10:00 – 10:45	1 ampule ve 100ml FR
----------	---------------	----------------------

ATB Intra venózně

Kefzol 2g

S: Cefalosporinové ATB

1.4 2008	Aplikace v 8:20 – 8:50	Aplikace v 16:00 – 16:30	Aplikace v 24:00 – 00:45
2.4 2008	Aplikace v 8:00 – 8:30	Aplikace v 16:00 – 16:30	ATB EX.
2 ampule po 1g ve 100 ml FR			

Intra venózně

Novalgin Analgetikum Antipyretikum

S: Metamizolum natrium monohydricum 500mg v 1ml.

Tramal Analgetikum Anodinum

S: Tramadoli hydrochloridum 50mg v 1ml.

1.4 2008	Aplikace v 11:50	1 amp. Novalginu a 1 amp. Tramalu ve 100ml FR
2.4 2008	Aplikace v 7:00	1 amp. Novalginu a 1 amp. Tramalu ve 100ml FR
3.4 -4.4 08	Ex	---

Injekční terapie

Sub cutálně

Clexane 0,4 mg antitrombotikum, antikoagulans.

S: Enoxaparinum natriicum 100 mg v 1 ml injekčního roztoku

31.3 2008	Aplikace v 10:00 – lék jsem aplikovala do oblasti pupku. Místo vpichu jsem dezinfikovala, uchopila jsem kožní řasu a aplikovala lék, poté jsem stříkačku vytáhla a pustila kožní řasu.
1.4 2008	Aplikace v 6:00 – lék aplikován noční sestrou kol pupku
2.4 2008	Aplikace v 6:00 – lék aplikován noční sestrou kol pupku
3.4 2008	Aplikace v 6:00 – lék aplikován noční sestrou kol pupku
4.4 2008	Aplikace v 6:00 – lék aplikován noční sestrou kol pupku

Intra muskulárně

Dipidolor 1 ampule 2ml Analgetika

S: Derivát difenylpropylaminu

1.4 2008	Aplikace v 11:20	Aplikace v 17:00	Aplikace ve 22:00
2.4 2008	-	-	Aplikace ve 21:35
3.4 2008	Aplikace ve 12:30	-	-
4.4 2008	-	-	-

Lék jsem aplikovala v poloze na boku, do musculus medius. Místo vpichu jsem dezinfikovala, kůži vypnula a švihem zavedla jehlu do svalu, aspirovala jsem, bez příměsi krve a poté vpravila lék.

Farmakoterapie --) chronická terapie

per os od 31.3 – 4.4 2008

1) Godasal 100 tbl. 1 – 0 – 0 Analgetikum, Antipyretikum, Antiflogistikum

1.4 - ex

S: Acidum acetylsalikum 500mg, Glicinum 250 mg v 1tbl

2) Milurit 100mg tbl. 1 – 0 – 0 Antiuratum

31.3 – 4.4

S: Allopurinolum

3) Enap 5 mg tbl. 1 – 0 – 1 Antihypertenzivum, ACE Inhibitor

31.3 – 4.4

S: Enalaprili maltas

4) Egilok tbl. ½ - 0 – ½ Antihypertenzivum, Selektivní β blokátor

31.3 – 4.4

S: Metoproloti tartas

5) Maalox tbl. p.p Antacidum

nepodáno

S: Aluminii hydroxidum 3,5 g

Magnesii hydroxidum 4,0 g ve 100 ml suspenze.

Per rektum 31.3 2008

Glycerinový čípek supp. Aplikace v 17:00 Laxativum

S: Suppositoria glycerini

Dietoterapie

Před operací - dieta č. 6 - poslední jídlo oběd, do půlnoci jen strava tekutá č.1, po půlnoci 3N – nepít, nejíst, nekouřit

Po operaci – dieta č. 6 - dieta nízkobílkovinová, po dohodě lékaře a staniční sestry (11, 12)

Fyzioterapie

31.3 pondělí

Pohybový režim po oddělení. Edukace pacientky o pooperačním stavu, nácvik o vstávání z lůžka.

1.4 úterý

0.operační den, pacientka má naordinován klid na lůžku, polohování á 4hodiny – flexe a extenze.

2.4 středa

První pooperační den, pacientka převezena na oddělení. Podložení pat, kolen a křížové oblasti antidekubitními pomůckami. Pacientka začíná rehabilitovat dopoledne ve 12:00 pod vedením fyzioterapeutky cvičením na lůžku (prohýbat kotníky, ohýbat

zdravou končetinu, zvedat bedra nad postel zapřením o hrazdičku.), pak nácvik sedu a stoje u lůžka. Odpoledne ve 14:00 cvičí pacientka na Mobilimatu cca 15minut na 0-30 stupňů. V 17:00 opět rehabilitace na lůžku + sed, stoj a chůze u lůžka o 2 francouzských holích.

3.4 čtvrtek

Druhý pooperační den v 9:00 rehabilitace na lůžku + sed, stoj a chůze po pokoji o dvou francouzských holích, došli na WC. Odpoledne v 14:00 cvičení na Mobilimatu 20 minut na 0-40 stupňů. Kolem páté opět cvičení na lůžku, sed, sto a chůze po pokoji.

4.4 pátek

Třetí pooperační den ráno kolem 9:30 rehabilitace na lůžku + sed, stoj a chůze po chodbě. Odpoledne kolem 14:00 cvičení na Mobilimatu na 0-50 stupňů.

(11, 12, 13)

6. Průběh hospitalizace

Při příchodu pacientky na oddělení jsem se jí představila a uvedla ji na pokoj. Uložila jsem ji na lůžko v blízkosti WC. S denní sestrou jsem odebrala ošetřovatelskou anamnézu, z které budeme vycházet po dobu hospitalizace pacientky. Seznámily jsme ji s chodem oddělení a upozornila jsem ji, že bude-li potřebovat pomoc, ať neváhá o ni ihned požádat. U lůžka jsem ji ukázala signalizační zařízení a jak ho má použít, kterým kdykoli může zazvonit.

S pacientkou jsem navázala snadno kontakt a důvěryhodný vztah a vzájemná komunikace a spolupráce byla bez problému. Operace proběhla bez komplikací. Na sále jsem byla s pacientkou, jako doprovod. Zpříjemňovala jsem pacientce dobu během operace a zároveň jsem sledovala samotnou operaci a postup operatérů, abych lépe pochopila funkci implantátu a s tím vyplývající péči.

Po operaci byla na 24 hodin uložena na JIP k monitorování tělesného a duševního stavu, vše proběhlo v pořádku. Poté byla převezena na standardní oddělení, kde začala s včasnou mobilizací a vertikalizací. Podávala jsem chronickou medikaci a analgetika, pečovala jsem o potřeby pacientky, invazivní vstupy, monitorovala jsem FF, bolest, ránu a psychický stav.

Během hospitalizace nenastali žádné komplikace, pacientka byla velmi snaživá a těšila se velmi domů. (11, 12, 14)

D. Ošetrovatelská část

1. Ošetrovatelská anamnéza a současný stav nemocného

31.3 – před operací

1.4 – operace a JIP

2.4 – po operaci

1.1 Vnímání nemoci a hospitalizace:

Pacientka vnímá hospitalizaci jako nutnou a přínosnou pro další život. K lékaři ji přivedly bolesti v koleni, které ji omezovaly v pohybu. Je již po dvou endoprotézách, které proběhly bez komplikací, neobává se léčby, má již zkušenosti. Čeká zlepšení svého zdravotního stavu.

1.2 Fyziologické potřeby:

Potřeba být bez bolesti:

Anamnéza: Pacientka trpí oboustrannou artrózou kolen. Dlouhá léta měla potíže přibližně kolem 20let. Zprvu se bolesti projevovaly při pohybu, jako pálivá bolest či jako píchnutí v koleni s radiací nebo se pacientce znenadání podlomila kolena. Postupem zhoršování artrózy, bolesti se stupňovaly. Začaly se projevovat i v klidu, hlavně po ránu, než se pacientka rozchodila. Nejvíce jí bolela při chůzi do schodů a ze schodů. K zmírnění bolesti brala Ibuprofen, používala ortézy při pohybu, brala vitamínové doplňky a výživy na kloubní chrupavku (Kondro-forte, Astro-stop) a úlevu jí přinášely teplé koupele. Snažila se cvičit a chodila do bazénu. Spánek jí bolesti nenarušoval. Bolesti snášela dlouhou dobu, pravé koleno trápilo pacientku více. Potíže měla při chůzi, kdy odlehčovala bolestivé pravé koleno a napadala na levou končetinu. V roce 2006 podstoupila TEP pravého kolene, vše bez komplikací. Postupem se začalo zhoršovat i koleno levé, které dlouho přetěžovala. Začala napadat na pravou končetinu. Byla objednána na operaci v 2007, operaci zkomplikoval úraz, kdy si pacientka zlomila krček femuru na pravé dolní končetině. Podstoupila TEP kyčle, bez komplikací.

Před operací: Bolestivost na VAŠ škále od 1 do 10 uvádí klientka 2 až 3, tedy mírná až střední bolestivost, kdy záleží na aktivitě – viz. příloha. Nyní pacientka nastoupila k operaci levého kolene pro bolest a omezený pohyb. Na bolesti po operaci se netěší, ale je s bolestí smířená, vnímá ji jako nutnou, avšak přechodnou záležitost. Podobnou bolest již zažila, má za sebou dvě TEP. Jiné bolesti neudává.

Po operaci: Pacientka podstoupila operaci v epidurální anestézii. Po ukončení operace byla převezena na JIP. Tak 2 hodiny po operaci začala cítit **bolest akutní** v operační ráně. Bolest pacientka projevovala verbalizací a neverbálními projevy (mimikou tváře). Bolest jsem

monitorovala viz. příloha č. 3. Bolest byla ostrá, řezavá, cítila ji v klidu i při pohybu. Den operace se levé koleno polohovalo, k zmírnění jsem podávala led k ráně a analgetika se podávala dle ordinace lékaře a na žádost pacientky. Bolesti pociťovala při rehabilitaci. Jiné bolesti neudávala.

Potřeba aktivity:

Anamnéza: Pacientka je v důchodu, volný čas tráví s manželem doma, na chalupě. Rádi navštěvují divadla, kino, má ráda ruční práce, televizi a procházky přírodou. Artróza jí v posledních letech omezovala při chůzi, více času trávila doma, hůl moc nepoužívala. Pouze po první TEP. Doma má rotoped a denně cvičí minimálně 5 minut a ráda chodí do bazénu. Pacientka slyší dobře, naslouchadlo nemá. Potíže se zrakem – je dalekozraká, na čtení má kolem 2D na obě oči, na dálku vidí dobře, nestěžuje si. Nosí brýle, čočky kontaktní nenosí. Protéza při mluvení ji potíže nedělá.

Před operací: Na oddělení pacientku doprovodil manžel. Pacientka má volný pohybový režim po oddělení. Při chůzi se kolíbala, kulhala. Vlastní berle si nedonesla, byli jí poskytnuty nemocniční francouzské hole. Volný čas trávila se spolupacientkou u televize nebo si četla. Donesla si sebou časopisy a knihy, sebou má své brýle na čtení. Rehabilitační sestra pacientku poučila o pooperačním režimu a nácviku vstávání z lůžka. (viz. příloha edukace)

Po operaci: Pacientka má operační den klid na lůžku, je uložena v poloze na zádech a koleno se polohuje á 4 hodiny ve flexi a extenzi. Křížovou oblast a kolena jsem vypořádala. Je poučena co smí a co ne, je poučena o riziku pádu. První operační den začíná rehabilitovat na lůžku, postupně zkouší sed a stoj u lůžka s pomocí fyzioterapeutky s francouzskými holemi. Rehabilitaci zvládla, cvičila i na lůžku s pomocí Mobilimatu. Ve volném čase si čte a nebo si povídá se spolupacientkou. Spoustu času jsem také trávili spolu a povídali si. Pravidelně ji navštěvoval manžel.

Potřeba soběstačnosti:

Anamnéza: Pacientka se doma stará o domácnost, vnoučata, vše zvládá spolu s manželem. Bydlí v panelovém domě v 1.patře. Potíže jí činí chůze, chodí pomalu. Mají s mužem auto, na nákupy tedy jezdí. Až půjde po operaci domů, postará se o ní její manžel.

Před operací: Pacientka chůzi zvládá bez hole, své si nedonesla. Rehabilitační sestra jí poskytla nemocniční francouzské hole. Péči o sebe zvládla bez pomoci (hygiena, stravování, tekutiny) došla na WC.

Po operaci: Pacientka má klid na lůžku, po operaci má potíže s chůzí, kvůli bolesti a po operaci. Pravidelně rehabilituje, pacientku aktivujeme a zapojujeme do péče o sebe. Péči o sebe v rámci lůžka zvládá, stačí malá dopomoc a příprava pomůcek k hygieně, stravování. Příjem potravy a tekutin zvládá bez obtíží.

Potřeba spánku a odpočinku:

Anamnéza: Pacientka potřebuje k pocitu vyspání kolem 7 hodin. Doma potíže při spánku neudává, cítí se vyspalá. Usíná dobře, budí se tak dvakrát do noci a dojde si na WC. Obvykle spí kolem 8 hodin. Večer usíná obvykle v 22:30. Nejlépe se jí usne na levém boku, na zádech se jí spí těžko. Léky na spaní (Diazepam) si bere jen příležitostně, je-li rozrušená. Během dne se snaží nespát, občas si zdřímne při čtení na 10 minut.

Před operací: Pacientka přes den měla aktivitu, televizi, knihy, komunikovala se spolupacientkou. Nepocítovala potřebu spát přes den. Na noc jí byl podán Oxazepam 10mg. V noci spala.

Po operaci: Po operaci se pacientka mnoho nevyspala, cítila bolesti v operační ráně. Dostala na noc Dipidolor i.m. Druhý pooperační den se cítila nafouklá. V noci spala v poloze na zádech, což jí moc nevyhovovalo. Pospávala i přes den, cítila se unavenější. Snažila se co nejvíce hýbat a zaměstnat se během dne.

Potřeba osobní hygieny a stav kůže:

Anamnéza: Pacientka o sebe dbá, ráda nakupuje pěkné oblečení. Nejraději se sprchuje spíše ráno. Kůži má normální, doma se ošetřuje kosmetikou Nivea, která jí nejvíce vyhovuje. Pouze nohy má sušší. Žádné kožní onemocnění nemá, potíže jí netrápí.

Před operací: Pacientka hygienu a péči o sebe zvládla. Hygienické přípravky si donesla své z domova. Kůži si ošetřovala Niveou. Večer před operací se vysprchovala. Zubní protézu si uložila. Pacientka má slabé, špatné hmatné žíly, které komplikují odběry. Na PDK má jizvy po TEP kolene a kyčle. Na LDK jizvu na stehnu mediálně po odběru v.saphena magna. Na hrudi jizvu po sternektomii. Všechny jizvy jsou klidné.

Po operaci: Pacientka má porušenou kožní integritu z operační rány na levém koleni v rozsahu kolem 15 cm a v ráně zaveden Redonův drén. Také má zaveden PŽK nad předloktím PHK a na JIP zavedenu permanentní močovou cévku. Hygienu provádí na lůžku, zvládá ji sama. Připravila jsem jí pomůcky, mísu s vodou k lůžku. A očistila jsem zubní

protézu. Poučila jsem ji o nutnosti hygieny genitálu a okolí močového katetru. Na břicho a HK má drobné hematomy z aplikace Clexanu s.c a odběrů krve. Nohy ošetřujeme krémy.

Potřeba výživy:

Anamnéza: Pacientka má totální zubní protézu. Horní celou, dolní částečnou. V dolní čelisti má své čtyři zuby, řezáky. Zubní protéza jí při jídle potíže nepůsobí. Dutina ústní je klidná, bez otlaků. Protézu má již 4 roky, plánuje její výměnu. Nejraději má mléčné výrobky, ale jí vše, nevybírá si, pouze moc nemusí polévky, přijde jí, že jí zbytečně zaplní. Žádnou speciální dietu nedrží, alergie neudává, sama se snaží jíst naposledy v pět večer. Ale občas zhřeší. Nechutenstvím netrpí, občas jí pálí žába, často po sladkém. Pomáhá jí žvýkačka. V zimě bere vitamínové doplňky – Celaskon. Pacientka se snaží jíst zdravě ovoce, zeleninu, má ráda i maso, ryby. V mládí bývala plnoštíhlá kolem 58kil. V posledních 10 letech se dostala na dnešní váhu, kterou se snaží si udržet. Teď o Vánoce přibrala 2 kila, které doufá, že v létě shodí.

Před operací: Její váha je 67 kg, měří 158 cm = BMI je 26,84, což je nadváha. Den před operací naposledy obědvala, do půlnoci jen pila. Pacientce byla naordinována dieta číslo 6- nízkobílkovinová dle lékaře, ve výživě je soběstačná.

Po operaci: Po operaci pacientka pila a začala obědem. Nemocniční strava jí celkem chutnala, jedla i polévky, snídaně jí vyhovovaly. Večeře ale moc ne, na večer má raději lehké věci, teplé jídlo na večer nechtěla. Rodina ji nosila ovoce, vody. Na hlad si nestěžovala.

Potřeba hydratace:

Anamnéza: Od nového roku se pacientce příjem tekutin zvýšil, v lednu a únoru 2008 trpěla na záněty močových cest. Brala ATB, začala dodržovat pitný režim (urologické čaje) a klid na lůžku, poté zlepšení. Snaží se více pít na doporučení lékaře. Dříve pila kolem 1litru, dnes se snaží vypít kolem 2 litrů. Alkohol pije příležitostně, má ráda kávu, pije ji 2krát denně. Pije meltu, mléko, džusy. Nikdy jí moc nechutnalo bílé víno.

Před operací: Pacientce rodina donesla dostatek tekutin. Vypila kole 1,5 tekutin. Poučila jsem ji o vhodném příjmu tekutin a důležitosti v prevenci tromb embolické nemoci. Pacientka je hydratovaná, dolní končetiny bez otoků.

Po operaci: Pacientka má dostatek tekutin u lůžka, rodina ji zásobuje. Pije zde Dobrou vodu a Mattoni. Vypije kolem 1,5l. Pokožka je hydratovaná, pacientka při vědomí, komunikuje – deficitem netrpí.

Potřeba vyprazdňování moče:

Anamnéza: V lednu a únoru 2008 trpěla na záněty močových cest. Cítila potíže při močení pálení a řezání. Brala ATB, poté zlepšení. Inkontinencí netrpí, což je ráda. Frekvence močení je tak 6krát za den. Nyní potíže neudává.

Před operací: Pacientka je bez potíží, v noci se kvůli močení nebudí, naposledy močila půl hodiny před operací. Potíže neudává.

Po operaci: Po příchodu na JIP jí kolem 14:00 zavedli permanentní močový katétr. Moč byla čirá, žluté barvy, bez zápachu. Sledoval se příjem a výdej.

Potřeba vyprazdňování stolice:

Anamnéza: Pacientka chodí pravidelně každý den, spíše po ránu. Stolice je normální konzistence, na zácpu netrpí. Projímadla neužívá.

Před operací: Pacientka byla na stolici doma než přišla na oddělení. Večer kolem 17:00 jí byl podán glycerinový čípek, kdy do cca půl hodiny se šla vyprázdnit.

Po operaci: Po operaci neměla potřebu, plyny odcházeli. Pacientku jsem informovala, že pokud bude potřebovat, ať zazvoní a přinesu jí podložní mísu. Pacientka na stolici nebyla.

Potřeba dýchání:

Anamnéza: Pacientka je 6 let po 4-násobném by-pasu. Při chůzi do kopce se lehce zadýchá, proto chodí pomalu. Jiné potíže neudává. V mládí kouřila kolem šesti let, cca 4-8 cigaret denně. Nyní již nekouří. Dýchacími onemocněním v životě netrpěla.

Před operací : Je bez známek cyanózy a dušnosti. Frekvence dýchání je pravidelná. Potíže neudává. Kašlem, rýmou, dušností netrpí. Dýchání pravidelné 18 dechů za minutu.

Po operaci: Pacientka po operaci má klid na lůžku. V poloze na zádech se zvednutým hrudníkem se jí dýchá dobře, potíže neudává. Kašlem, rýmou, dušností netrpí. Rehabilitaci zvládá bez obtíží. Dýchání je pravidelné 16 dechů za minutu.

Potřeba tepla a pohodlí:

Anamnéza: Pacientka je zvyklá z domova na pevnou, tvrdší matraci. Má ráda teplo ale ne suchý vzduch. Nejraději spí na boku s jedním polštářem. Přikrývku má doma teplou deku.

Před operací : Pacientku jsem uložila na třílůžkovém pokoji u dveří v blízkosti WC.

Po operaci: Spolupacientky jí nerušily, ba naopak si spolu povídaly. V pokoji se cítila dobře, bylo jí teplo, často větraly. Lůžko i lůžkoviny jí vyhovovaly. Její tělesná teplota byla kolem 36,7 – nemá porušenou termoregulaci.

Sexuální potřeby:

První menstruaci dostala ve 14 letech, délku cyklu okolo 30 dní. Menopauza nastoupila kolem 42 roku. Hormonální substituci, vápníkové doplňky nebrala. Na mammograf chodí pravidelně jednou za dva roky. Samo vyšetření prsů si neprovádí, pacientku jsem poučila. Porody měla dva spontánní v termínu, má syny. Potrat nepodstoupila žádný.

(13, 14)

1.3 Psychosociální potřeby

31.3 – 4.4 2008

Základní psychosociální potřeby - existencionální

Zdraví –

Pacientka se snaží žít zdravě, bere vitamínové doplňky, jí ovoce a zeleninu. Snaží se jíst naposledy v pět večer. S manželem rádi cestují, problémem byly její klouby, doufá v to, že se to po operaci zlepší. Většinu volného času přes léto tráví na chalupě na jižní Moravě, kam za nimi přijíždějí synové s rodinami. Přes zimu navštěvují kina, divadla, mají rádi kulturní život. Nyní trpí pacientka nadváhou, ráda by pár kilo zhubla. V mládí byla plnoštíhlá. Žádnému sportu se nevěnovala profesionálně, spíše rekreačně (kolo, lyže), dnes cvičí denně alespoň pět minut na rotopedu, navštěvuje bazén. Je nekuřačka, alkohol pije příležitostně. O svém zdravotním stavu a péči má dostatek informací, má již za sebou dvě operace endoprotéz, tolik se neobávala. Poskytla jsem ji dostatek času na otázky, komunikovala s lékařem.

Ekonomické a sociální jistoty-

Pacientka je spolu s manželem v důchodu, mají v Praze svůj byt 2+1, ve kterém jsou spokojeni. Vztahy se sousedy jsou kladné. S penězi vyjdou, nemají ekonomické potíže. Mohou se plně spolehnout na syny v případě nouze. Sociálních služeb pro důchodce nevyužívají.

Potřeba bezpečí, jistoty a soběstačnost-

Pacientka doufá v to, že ještě nějaký čas bude schopná se o sebe postarat, bude nezávislá a zdraví jim ještě nějakou dobu poslouží. Životní jistota a bezpečný „přístav“ je pro ní manžel, ten před rokem prodělal lehkou mozkovou mrtvičku, bez následků. Uvědomuje si, jak je život křehký a chce si ho užít s blízkými. Obávala se celkové anestézie, bála se kvůli srdci. S anesteziologem si domluvili epidurální analgézii, kdy pacientka bude při vědomí, ale bez bolesti. Při převozu z JIP na oddělení se jí udělalo nevolno při pohybu lůžka. Doma se pohybovala bez obtíží, hole nepoužívala, pouze po předchozích endoprotézách po dobu rehabilitace, pak je odložila. Doma mají sprchový kout, zabezpečený protiskluzovou podložkou. Po propuštění jí domů odveze syn autem.

Vyšší psychosociální potřeby-

Důvěra-

Pacientka důvěřuje své rodině a přátelům. Může se na ně kdykoli obrátit a i ona jim ráda pomůže, je-li to v její moci. Zdravotnímu personálu důvěřovala, má dobré zkušenosti z předešlých hospitalizací. Obávala se celkové anestézie, bála se kvůli srdci.

Komunikace-

Pacientka dobře slyší, je dalekozraká, na dálku problémy neudává. Byla velmi komunikativní, nedělalo jí problémy se mnou hovořit o svém životě. Hned se spřátelila se spolu-pacientkami, rádi si povídali. Rodina ji nosila noviny a časopisy, takže o světě byla informovaná. Televizi na pokoji k dispozici neměly.

Rodina, Potřeba lásky a sounáležitosti-

Pacientka má s manželem dva syny. Jednomu je 39 a druhému 34. Oba jsou ženatí a mají jedno dítě, tedy dva vnuky a na cestě je další vnouče, doufá, že to bude děvčátko. S manželem jsou svoji již 40 let, na malé roztržky spolu vycházejí a stále se mají rádi. Jsou spolu spokojeni a žijí si dobře. Manžel ji navštěvoval každý den, měl to kousek. Pacientka má i mnoho kamarádek, se kterými chodí na kávu a do bazénu na cvičení. V létě na chalupě tráví volný čas, nejraději s vnuky. Rodinné vztahy jsou dobré, se snachami vychází.

Sebeúcta a sebepojetí-

Pacientka o sebe ráda dbá, pěkně se obléká. Nerada se nudí doma, i když proti chvilce klidu nic nemá. Ráda je mezi lidmi, s přáteli. Navštěvuje divadla, chodí na cvičení do bazénu. Najde si čas zajít ke kadeřnici, kosmetiku. Trápí ji, že nezvládá již jako dřív cestování, schůzky s přáteli a těší se a doufá, že po operaci se bude moci více zapojit ve společnosti. Naplňuje ji péče o vnoučata, že může pomoci synům.

Seberealizace –

Pacientka s mužem žijí rádi kulturním životem, navštěvují kina, divadla zvláště v zimním období. V létě jsou na chatě a jezdí po výletech.

Duchovní potřeby-

Pacientka je katolička neortodoxní. Věří v duchovno a v něco víc v životě, v rodinu a přátele.

(13,14)

2. Ošetřovatelské diagnózy

2.1 Před operací

31.3 2008

- 1) **Úzkost a strach** z důvodu operace a analgésie projevující se verbalizací nejistoty a zvýšeným krevním tlakem.
- 2) **Chronická bolest** a porušená pohyblivost z důvodu gonartrózy projevující se kulháním, nejistou chůzí a stížnostmi na bolest kolene.
- 3) **Porucha sebezpečí** z důvodu snížené pohyblivosti projevující se obavami o společenský život.
- 4) **Riziko Tromboembolické Nemoci** z důvodu operačního výkonu, hypertenze, ICHS a snížené pohyblivosti.
- 5) **Riziko pádu** z důvodu onemocnění pohybového aparátu.

2.2 Po operaci

1.4 – 4.4 2008

- 1) **Akutní bolest** z důvodu operačního zákroku TEP levého kolene projevující se stížnostmi pacientky, pocením, mimikou.
- 2) **Porušená integrita tkání**, prevence vzniku infekce a časných komplikací z důvodu operačního výkonu projevující se operační ranou na levém koleni, zavedením Redonova drénu, periferního žilního katétru a snížením komplikací krvácení, subluxe a infekce.
- 3) **Změna močení** z důvodu zavedení permanentního močového katétru a sledování bilance tekutin s rizikem infekce a obstrukce.
- 4) **Porucha hybnosti** z důvodu operačního zákroku TEP na levém koleni projevující se omezenou pohyblivostí v koleni a léčebným režimem a sníženou soběstačností.
- 5) **Porucha spánku** z důvodu bolesti operační rány a polohy na zádech projevující se stížnostmi pacientky, únavou.
- 6) **Nevolnost** z důvodu převozu z JIP projevující se přechodným nechutenstvím, pocitem žaludku na vodě a verbalizací potíží.
- 7) **Porucha vyprazdňování stolice** v důsledku meteorismu projevující se bolestivostí břicha, křečemi a stížnostmi pacientky.
- 8) **Riziko Tromboembolické Nemoci** z důvodu operačního výkonu, hypertenze, ICHS a snížené pohyblivosti.

(13, 14,10)

3. Ošetrovatelské diagnózy a plán ošetrovatelské péče

3.1 ošetrovatelské diagnózy před operací - 31.3 2008

1) Úzkost a strach z důvodu operace a analgésie projevující se verbalizací nejistoty a zvýšeným krevním tlakem.

2) Chronická bolest a porušená pohyblivost z důvodu gonartrózy projevující se kulháním, nejistou chůzí a stížnostmi na bolest kolene.

3) Porucha sebepojetí z důvodu snížené pohyblivosti projevující se obavami o společenský život.

4) Riziko Tromboembolické Nemoci z důvodu operačního výkonu, hypertenze, ICHS a snížené pohyblivosti.

5) Riziko pádu z důvodu onemocnění pohybového aparátu.

1) Úzkost a strach z důvodu operace a anestézie projevující se verbalizací nejistoty a zvýšeným krevním tlakem.

Cíl:

Pacientka bude mít dostatek informací o své nemoci a terapii.

Pacientka otevřeně mluví o svých obavách a strachu.

Pacientka bude mít zmírněný strach a úzkost.

Pacientka má důvěru k anestézii.

Plán:

Promluvit si s pacientkou o jejích pocitech a využívat prvků haptiky.

Dát pacientce najevo, že chápu její obavy a strach.

Nechat pacientku vyjádřit své negativní emoce a zabavit jí od chmurných myšlenek.

Motivovat a povzbuzovat pacientku, věnovat jí dostatek času.

Informovat pacientku o výkonech, vyšetřeních a léčebném plánu.

Sledujeme fyziologické funkce a chování pacientky.

Pozorně naslouchat a reagovat na potřeby pacientky.

Podání uklidňujících léků a léků na snížení tlaku dle ordinace lékaře.

Zajištění klidného prostředí před operací.

Realizace:

Pacientku navštívil před operací lékař anesteziolog a domluvili se na epidurální anestézii, kde klientka bude vše vnímat, ale bude bez bolestí. Vysvětlil jí postup operace. Se sestrou jsme pacientce objasnili pooperační péči. Kdy 24 hodin po operaci stráví na JIP, kde bude sledována a druhý den bude převezena zpět na oddělení.

Zde začne s rehabilitací a časnou mobilizací z lůžka. Poučili jsme pacientku o předoperační přípravě, sejmutí šperků, protéz, provedení celkové koupele. Přes den jsem pacientce měřila FF. Ve volné chvíli jsme spolu hovořili o životě a rodině. Vyslechla jsem jí a umožnila jí vypovídat se ze strachu a zmírnit pocit obavy. Ve volné chvíli si četla a šla se spolu-pacientkou na televizi ve společenské místnosti, byla klidná. Na noc byly podány uklidňující léky dle ordinace lékaře..

Hodnocení:

Cíl částečně splněn, pacientka udává zlepšení, přes noc spala, krevní tlak stále zvýšený. Dostatek informací o hospitalizaci klientka měla, dbala jsem na to, abychom ji nepřetížily mnoha informacemi a tak nezvýšily její strach. Anestézie se stále obává, při operaci jsem byla s pacientkou na sále a snažila se jí rozptýlit. Operaci zvládla v klidu bez komplikací.

2) Chronická bolest a porušená pohyblivost z důvodu gonartrózy projevující se kulháním, nejistou chůzí a stížností na bolest kolene.

Cíl:

Pacientka pociťuje mírnou únosnou bolest a zvládá ji.

Zná zmírňující a úlevové postupy.

Pacientka ví jak změnit životní styl a využívá možností léčby.

Plán:

Posouzení intenzity a charakteru bolesti.

Zjistit vyvolávající příčinu a zmírňující faktory bolesti.

Zajistit a podpořit metody ke zmírnění bolesti.

Sledování fyziologických funkcí.

Poskytnout léky ke zmírnění bolesti dle ordinace lékaře.

Zajištění možnosti odpočinku a aktivit během dne.

Zjistit životní styl pacientky a navrhnout změny zmírňující bolest.

Realizace:

Pacientky jsem se ptala na bolest, charakter, intenzitu, její trvání (viz. Fyziologické potřeby- být bez bolesti). Padala jsem jí chronickou medikaci (Godasal – analgetikum p.o), jiné léky na bolest nežádala. Měřila jsem jí FF, byli v normě až na hypertenzi, během dne si četla, sledovala TV ve společenské místnosti. Ke zmírnění bolesti si mazala koleno analgetickým gelem, snažila se pohybovat. Probrali jsem její život, kvalitu stravy, tělesné váhy a pohybu.

Hodnocení:

Cíl splněn. Pacientka pociťuje zmírněné bolesti. Zná metody k její odstranění. Pacientka se snaží žít zdravě, jíst kvalitní stravu, pohybovat se. Uznává, že by měla zhubnout, alespoň 5 kilogramů.

3) Porucha sebepojetí z důvodu snížené pohyblivosti projevující se obavami o společenský život.

Cíl:

Pacientka si uvědomuje faktory působící na její životní styl.

Zná metody k jeho zlepšení či zkvalitnění.

Pacientka je motivována ke změně v životě.

Plán:

Umožnit vyjádřit pocity pacientky a vyslechnout ji.

Zjistit osobní a sociální anamnézu pacientky.

Uvědomí si faktory, způsobující sníženou pohyblivost.

Pomoci pacientce osvojit si pozitivní společenské dovednosti.

Realizace:

Z dokumentace a z rozhovoru jsem zjistila anamnézu pacientky. Vyslechla jsem jí a umožnila vyjádřit její pocity, přání a trápení. Promluvili jsme o jejím životním stylu a dopadu na její život, co by se dalo změnit, co upravit, pro lepší život a návrat do společnosti.

Hodnocení:

Cíl splněn, pacientka si uvědomuje, co negativně působilo na její život a doufá, ve změnu a zlepšení. Chce zhubnout, kolem 5 kil, doufá, že se to podaří. Pohyb má ráda, po operaci chce začít více sportovat.

4) Riziko Tromb-Embolicke-Nemoci z důvodu operačního výkonu, hypertenze. ICHS a snížené pohyblivosti.

Cíl: Pacientka nebude ohrožena komplikacemi.

Zná důvody aplikace Klexanu s.c.

Pacientka je informována o dalších faktorech vzniku TEN a jejich prevenci.

Plán:

Časně mobilizovat pacientku.

Podávat antikoagulantia dle ordinace lékaře.

Zajistit elevaci a bandáž dolní končetiny.

Sledovat barvu, bolestivost, otoky a teplotu DK a zajistit hygienu DK.

Informovat pacientku o důležitosti cvičení DK na lůžku a dostatečné hydratace.

Realizace:

Dle ordinace lékaře se aplikovali antikoagulantia s.c do oblasti pupku. A vysvětlila jsem pacientce důležitost aplikace léku a k čemu je důležitý. Hygienu zvládala pacientka sama na lůžku, promazávala si končetiny, na pravé noze nosila stahovací punčochu. Informovala jsem ji o nutnosti příjmu dostatku tekutin, pohybu a rehabilitace po operaci. O vhodnosti pohybovat končetinami na lůžku (špička, pata). Sledovala jsem končetiny, prokrvení, teplotu, otoky, bolestivost.

Hodnocení:

Cíl splněn. Pacientka je bez komplikací. Zná důvod podání Clexanu. Spolupracuje při rozhovoru, informace o prevenci TEN zná již z předchozích operací.

5) Riziko pádu z důvodu onemocnění pohybového aparátu.

Cíl:

Nedojde k pádu pacientky.

Pacientka zná způsoby prevence pádu.

Pacientka zvládne pooperační období bez poranění.

Plán:

Při mobilizaci dbát na bezpečnost pacientky, zajistit dostatečný počet personálu.

Zajistit bezpečnou polohu, využít dostupné pomůcky (nástavec na WC, bezbariérový přístup, madla, válce, podložky ...)

Zjistit riziko pádu, změření testem.

Zabránění pádu a poranění.

Odstranit z okolí všechny překážky při chůzi.

Realizace:

Před rehabilitací jsem pacientku vyzvala, aby se posadila a alespoň 5 minut seděla, abychom předešli kolapsu z ortostatické hypotenze. Cítila-li bolesti, podala jsem jí před cvičením analgetika i.m. Při chůzi měla pacientka u sebe dvě francouzské hole a veškeré pomůcky k rehabilitaci a polohování. Rehabilitovala vždy v doprovodu zdravotního personálu, snažila se. Spolupracovala s rehabilitační sestrou, vysvětlili jsme jí rizika pádu. Sama měla tendenci cvičit aktivně na lůžku. Lůžko měla v blízkosti WC. Okolí lůžka jsem upravila, aby se pacientka nezranila. Riziko pádu – 4 body, tedy zvýšené riziko viz. Příloha č.2.

Hodnocení:

Cíl splněn. Pacientka se nezranila. Umí se pohybovat v prostředí, zná postup při chůzi o holích. Zvládla pooperační rehabilitaci a chůzi bez obtíží a komplikací. Sama již třetí pooperační den došla na WC bez doprovodu. (1, 10, 13, 14)

3.2 Pooperační diagnózy

1.4 – 4.4 2008

- 1) Akutní bolest z důvodu operačního zákroku TEP levého kolene projevující se stížnostmi pacientky, pocením, mimikou.
- 2) Porušená integrita tkání, prevence vzniku infekce a časných komplikací z důvodu operačního výkonu projevující se operační ranou na levém koleni, zavedením Redonova drénu, periferního žilního katétru a snížením komplikací krvácení, subluxace a infekce.
- 3) Změna močení z důvodu zavedení permanentního močového katétru a sledování bilance tekutin s rizikem infekce a obstrukce.
- 4) Porucha hybnosti z důvodu operačního zákroku TEP na levém koleni projevující se omezenou pohyblivostí v koleni a léčebným režimem a sníženou soběstačností.
- 5) Porucha spánku z důvodu bolesti operační rány a polohy na zádech projevující se stížnostmi pacientky, únavou.
- 6) Nevolnost z důvodu převozu z JIP projevující se přechodným nechutenstvím, pocitem žaludku na vodě a verbalizací potíží.
- 7) Porucha vyprazdňování stolice v důsledku meteorismu projevující se bolestivostí břicha, křečemi a stížnostmi pacientky.
- 8) Riziko Tromboembolické Nemoci z důvodu operačního výkonu, hypertenze, ICHS a snížené pohyblivosti

1) Akutní bolest z důvodu operačního zákroku TEP levého kolene projevující se stížnostmi pacientky, pocením, mimikou.

Cíl:

Zmírnění bolesti po odeznění epidurální anestézie do 1 hodiny.

Pacientka má zmírněnou bolest do 3 dnů.

Bolest neruší spánek pacientky.

Chápe příčinu bolesti.

Pacientka má FF dle věku a zdravotního stavu.

Plán:

Zjistit lokalizaci, charakter, trvání a stupeň bolesti.

Založit záznam sledování.

Podáváme analgetika dle ordinace lékaře a sledujeme jejich účinky.

Věnovat pozornost psychickému stavu.

Zajistit vhodný způsob rehabilitace - polohování, cvičení.

Informovat o prevenci bolesti a zmírňujících metodách.

Realizace:

Založila jsme záznam sledování bolesti a zjistila veškeré podrobnosti viz. Příloha č.3. Analgetika jsem podávala na žádost pacientky. Podávala jsem Novalgin a Tramal i.v či Dipidolor i.m. Po aplikaci udávala zlepšení stavu. Analgetika se podávala také na noc, pro klidný a nerušený spánek či před rehabilitací. Analgetika se podávala i.v či i.m. Pacientka se první den cítila malátná a unavená. Další dny se cítila lépe, motivovala ji k rehabilitaci, chtěla být co nejdříve fit, denně se jí věnovala fyzioterapeutka a cvičila na Mobilimatu. DK se polohovala ve flexi a extenzi, k ránu se podával led k zmírnění bolesti. Pro větší pohodlí a udržení psychického stavu, se kolena podkládala molitanovým obdélníkem a sakrum molitanovým čtvercem. Pečovala jsem o lůžko, denně úprava a výměna prádla dle potřeby. Sledovala jsem FF, měřila KT + P 3krát denně. Sledovala jsem psychiku pacientky.

Hodnocení:

Cíl splněn, po odeznění epidurální anestézie udávala zmírnění bolesti do 1 hodiny. Bolestivost byla do pátku snížena. Bolest rušila spánek, při podání analgetik usnula dobře, v noci se budila, ale ráno se cítila vyspalá. Příčinu bolesti chápe, věří v postupné zlepšení. Fyziologické funkce jsou v normě, pacientka trpí hypertenzí. Pacientka je orientovaná, klidná, spolupracuje při péči o sebe sama. Dále se pokračuje v plánu péče.

2) Porušená integrita tkání, prevence vzniku infekce a časných komplikací z důvodu operačního výkonu projevující se operační ranou na levém koleni, zavedením Redonova drénu, periferního žilního katétru a snížením komplikací krvácení, subluxe a infekce.

Cíl:

Zhojení defektu bez komplikací.

Pacientka se nenakazí nozokomiální nákazou v průběhu hospitalizace a nebude ohrožena infekční komplikací.

Pacientka nebude mít pooperační komplikace a ví jak jim předcházet.

Pacientka spolupracuje při kontrole rány a invazivních vstupů.

Plán:

Kontrola vstupů a operační rány, zjišťování známek infekce.

Sledujeme stav výživy, hydratace a fyziologické funkce..

Pečujeme o hygienu kůže.

Udržujeme lůžko v suchu a čistotě.

Včas odhalit místní známky infekce, kontrola 1krát denně.

Při každé manipulaci postupovat asepticky.

Převazy provádět dle potřeby, pravidelná kontrola rány.

Dbát na hygienu rukou personálu a bariérové opatření.

Kontrola laboratorních výsledků, teploty.

Sledovat funkčnost drénu, P+V, projevy krvácivosti, barvu kůže, prokrvení.

Včasná mobilizace, rehabilitace.

Cvičení aktivní a pasivní, polohování.

Realizace:

Pravidelně jsem kontrolovala vstupy a zjišťovala známky infekce, sledovala odvod moči a Redonova drénu, drén odváděl minimálně, byl odstraněn lékařem 2. pooperační den. Sledovala jsem i prosakování rány, rána se převazovala 3. pooperační den, rána klidná, lehce oteklá, převaz prováděla staniční sestra. Kontrolovala jsem prokrvení končetin, pokožku. Při manipulaci se vstupy jsem postupovala asepticky, dezinfekce a hygiena rukou. Sledovala jsem délku zavedení vstupu. Den po operaci začala pacientka rehabilitovat, vertikalizovat. Denně jsem kontrolovala teplotu. Pacientka dostatečně pije, chutná jí. Denně jsem pečovala o čistotu a estetičnost lůžka, hygienu prováděla v rámci lůžka sama, pouze jsem jí poskytla pomůcky k lůžku. Denně jsem kontrolovala okolí kanyly a sledovala známky infekce, kontrolovala jsem průchodnost kanyly, kanylu jsem vytáhla 3. pooperační den a místo vpichu

dezinfikovala a kryla sterilním tampónem. Pacientku jsem poučila o příznacích zánětu, aby při jakémkoli podezření informovala mě či zdravotnický personál.

Hodnocení: Cíl splněn. Hojení probíhá bez komplikací per primam, pacientka je bez známek infekce. Neprokazuje pooperační komplikace, zná metody k jejich předcházení (hydratace, pohyb a RHC...). Dále se postupuje v ošetrovatelském plánu a péči o pacientku.

3) Změna močení z důvodu zavedení permanentního močového katétru a sledováním bilance tekutin s rizikem infekce a obstrukce.

Cíl:

Zabránění vzniku močové infekce a obstrukce.

Pacientka zná důvod zavedení PMK.

Zná techniky k prevenci močové infekce.

Po vytažení má obnoveno fyziologické močení.

Plán:

Sledovat P+V, barvu, příměsi, zápach moče.

Pečovat o permanentní močový katétr, kontrola průchodnosti.

Zapojit pacientku do péče o permanentní močový katétr.

Zajistit správnou fixaci PMK a polohu sběrného sáčku.

Zajistit dostatečnou hygienu genitálií.

Zajistit dostatečný příjem tekutin.

Realizace:

Důležitá je kontrola, vzhledem k předchozím infektům. Sledovala jsem množství moče, byla bez příměsí, zápachu, normální barvy. V operační den měla zaveden močový katétr, byl ponechán 3 dny. Od 3.4 byl vytažen, proto jsme se snažily, aby pacientka došla na WC a eliminovali jsem používání podložní mísy a nefyziologické vyprázdnění na lůžku. Sestra na JIP před zavedením poučila pacientku o nutnosti jeho zavedení a péče o něj. Pacientka dodržovala hygienu genitálu a okolí cévky, sama se zapojila do vlastní péče. Céвка byla průchodná. Dostatek tekutin měla, denně vypila kolem 1,5 litru.

Hodnocení: Cíl splněn. Pacientka je bez infekce. Zná důvody zavedení PMK. Aktivně spolupracovala při péči o okolí cévky, hygienu prováděla ráno. Po odstranění katétru do dvou hodin došla s pomocí na WC a vymočila se, potíže neudávala.

4) Porucha hybnosti z důvodu operačního zákroku TEP na levém koleni projevující se omezenou pohyblivostí v koleni a léčebným režimem a sníženou soběstačností.

Cíl:

Pacientka zvládá chůzi s pomocí kompenzačních pomůcek.

Nedojde ke komplikacím z imobility.

Pacientka aktivně spolupracuje k získání úplné soběstačnosti.

Pacientka je edukována o svém rehabilitačním programu.

Plán:

Má dostatek informací o důležitosti pohybu a následné zatěžující rehabilitaci.

Aktivizování pacientky v sebepěči a časná mobilizace.

Zajištění dostatku kompenzačních pomůcek k usnadnění pohybu a úprava prostředí.

Pravidelné cvičení s rehabilitační sestrou.

Zjištění rizika dekubitů, prevence dekubitů.

Sledování příjmu tekutin a potravy a pobízení nemocné k pití.

Podání analgezie před rehabilitací a při bolesti.

Zajistit pomůcky k hygieně, vyprazdňování, stravování.

Aktivně nabízet pomoc pacientce.

Motivovat pacientku v péči o sebe sama.

Realizace:

Pacientce jsme s rehabilitační sestrou podaly informace o důležitosti pohybu, k brzkému zotavení, viz přílohy edukačního. Dle rizika dekubitů dle Nortonové má pacientka 29 bodů viz. příloha. V prevenci dekubitů, jsem pacientce vypodložila sakrální oblast, kolena a paty, proti otlakům molitanovým čtvercem. Pacientka se sama snažila cvičit na lůžku, denně rehabilitovala. Již 3. pooperační den směla již sama dojít na WC. Chodila o dvou francouzských holích v doprovodu zdravotníků. Vše potřebné měla v dosahu, lůžko v blízkosti WC. Pacientka dobře pila, chuť k jídlu měla, síla jí nechyběla. Analgetika jsem aplikovala před rehabilitací nebo po ní, podle toho jak si pacientka přála. Pacientka se sama snažila co nejvíce pohybovat a získat sílu k uzdravení a soběstačnosti. V rámci lůžka zvládala sebepěči s malou pomocí, pouze připravit pomůcky, potřebné k činnostem péče o sebe sama.

Hodnocení:

Cíl splněn, pacientka chůzi o holích zvládala, má již za sebou dvě TEP, rychle se učila. K žádným komplikacím z nehybnosti nedošlo, pacientka se jež první den po operaci začala mobilizovat, aktivně spolupracovala. Zná svůj rehabilitační program.

5) Porucha spánku z důvodu bolesti operační rány a polohy na zádech projevující se stížností pacientky, únavou.

Cíl:

Pacientka se postupně adaptuje na nemocniční prostředí.

Pacientka je na noc bez bolesti, necítí únavu a ospalost.

Pacientce vytvořit vhodné prostředí a zajistit spánkové návyky.

Plán:

Aplikace analgetik dle ordinace lékaře na noc.

Úprava polohy, polohování.

Nalezneme vhodnou polohu ke spaní.

Úprava prostředí, klid, čisto, příjemný vzduch...

Aktivizace pacientky přes den.

Rovnováha mezi aktivitou a odpočinkem.

Sledovat kvalitu spánku a zjistit spánkové rituály.

Realizace:

Pacientce se 1 hodinu před spaním podal analgetika dle ordinace lékaře. Na ránu přiložen led. K večeru již odpočívala na lůžku, ke zklidnění pooperační rány. Přes den jsem s pacientkou za přítomnosti fyzioterapeutky rehabilitovala nebo jsem s ní šla na procházku po chodbě. Od 3.4 měla vytažen močový katétr, proto jsme se snažily, aby pacientka došla na WC a eliminovali jsem používání podložní mísy a nefyziologické vyprázdnění na lůžku. Pacientka aktivně spolupracovala. Přes den si četla a každý den jí dělala společnost manžel. Na noc se vyvětral pokoj a lůžko se upravilo. Pacientka musela ležet v poloze na zádech, což jí moc nevyhovovalo, proto se jí pro větší pohodlí, podložila kolena a paty, lehce jsme nadzvedli pod hlavou. Je zvyklá chodit spát po desáté hodině. Usne do půl hodiny.

Hodnocení:

Cíl částečně splněn, bolesti na noc ustoupily, usnula jak je zvyklá, ale přesto se pacientka v noci budila. Přisuzovali jsme to nemocničnímu prostředí v kterém byla a bolesti. Ráno se cítila odpočatá. Poloha jí ovšem stále nevyhovuje. Pokračujeme v plánu.

6) Nevolnost z důvodu převozu z JIP projevující se přechodným nechutenstvím, pocitem žaludku na vodě a verbalizační potíží.

Cíl:

Pacientka nemá nauzeu.

Pacientka bude mít chuť k jídlu do 2 hodin.

Potravu přijímá bez vedlejších projevů žaludečních potíží.

Plán:

Zjistit důvod nevolnosti.

Aplikace antiemetik dle ordinace lékaře, sledovat jejich účinek.

Kontrola P+V, FF.

Poučení o stravě a tekutinách.

Zvýšená péče o dutinu ústní.

Poskytnutí pomůcek (emitní miska, buničina).

Péče o okolní prostředí.

Realizace:

Pacientka po příjezdu z JIP udávala žaludeční potíže, proto jsem jí k lůžku dala emitní misku a buničinu a podala Degan i.v ve 100 ml FR dle ordinace lékaře. Sledovala jsem FF. Do 15 minut cítila pacientka zlepšení. Doporučila jsem jí pít jen vodu bez bublinek a vyvarovat se sladkému pití a dráždivé stravě. Jíst méně a ve více porcích, žvýkat pomalu. Před podáním oběda, jsem v pokoji vyvětrala, provedla hygienu umělého chrupu a pacientka si vypláchla ústa. Oběd snědla již s chutí, bez potíží.

Hodnocení:

Cíl splněn. Pacientka nezvracela, potíže od žaludku necítila. Náhlý pohyb při převozu jí neudělal dobře. Po zklidnění, stabilizaci a léku se cítila lépe, do 2 hodin měla chuť k jídlu.

7) Porucha vyprazdňování stolice v důsledku meteorismu projevující se bolestivostí břicha, křečemi a stížností pacientky.

Cíl:

Pacientka netrpí meteorismem.

Vyprázdní se do 24 hodin.

Plán:

Zajistit metody k odstranění meteorismu.

Podpořit peristaltiku střev.

Zajistit více pohybu, dostatek tekutin, stravu s vlákninou.

Poučit o břišním dýchání.

Realizace:

V noci ze 3.4 na 4.4 jí trápil meteorismus. Pacientka byla naposledy na velké den před operací 31.3. Ráno jsem jí zavedla rektální rourku a pacientku podložila pro větší pohodlí jednorázovou podložkou. Rourku měla zavedenou 1 hodinu. Doporučila jsem jí masáž břicha ve směru tlustého střeva, k rozprouštění peristaltiky a prodýchání pomalé hluboké do břicha. Po snídani začala s rehabilitací, mohla již i sama chodit, aby se více rozhýbala. Po snídani si došla na WC a došlo k vyprázdnění stolice. Formovaná, bez příměsí, přirozeného zápachu. Dostatek tekutin má u lůžka.

Hodnocení:

Cíl splněn, meteorismus pacientku přešel, díky metodám k jeho odstranění. došlo k vyprázdnění do 3 hodin.

8) Riziko Tromb-Embolicke-Nemoci z duvodu operačního výkonu, hypertenze, ICHS a snížené pohyblivosti.

Cíl:

Pacientka nebude ohrožena komplikacemi - flebotrombózou.

Nemá příznaky TEN.

Je dostatečně hydratována.

Aktivně se podílí na prevenci TEN.

Plán:

Navázat na ošetrovatelský plán před operací viz. strana 40.

Podávat antikoagulancia dle ordinace lékaře.

Motivovat pacientku k dostatečnému příjmu tekutin.

Časně mobilizovat pacientku.

Zajistit elevaci a bandáž končetin.

Sledovat barvu, otoky, bolestivost a teplotu DK.

Zajistit hygienu DK.

Informovat pacientku o důležitosti cvičení DK na lůžku a RHC.

Realizace:

Po operaci, jsem polohovala DK pacientky a 4 hodiny – flexe a extenze. Den po operaci začala pacientka cvičit na lůžku, vertikalizovala se. Sama se aktivně snažila cvičit, pohybovat končetinami. Dle ordinace lékaře se aplikovali antikoagulancia s.c do oblasti pupku. Na pravé noze nosila stahovací punčochu. Rehabilitovala, velmi se snažila. Na lůžku měla podložené končetiny molitanovými čtverci. Sledovala jsem končetiny, prokrvení, teplotu, bolestivost každý den. Poučila jsem pacientku o příznacích TEN a dodržování zásad, které jsme probraly před operací. U lůžka měla dostatek tekutin, pobízela jsem ji, vypila přes 1,5 litru.

Hodnocení:

Cíl splněn. Pacientka je bez komplikací TEN. Je dostatečně hydratovaná, nejeví známky dehydratace, je při vědomí, orientovaná, bukání sliznice a jazyk má vlhké. Na péči o sebe, končetiny spolupracovala. Sama cvičila. (1, 10, 13,14)

4. Edukace

1) Poučení o rehabilitaci před operací a v pooperačním režimu.

Před operací poučit pacientku o pooperačním režimu a nácvik vstávání a položení na lůžku. Po náhradě kolenního kloubu začíná rehabilitace první pooperační den, procvičuje se úplné natažení, tak ohnutí kolenního kloubu do 90°. Operovaná dolní končetina se střídavě polohuje a podkládá v ohnutí a v natažení. Důležité je úplné natažení dolní končetiny, protože pokud kolenní kloub zatuhne v mírném pokrčení, nelze se o dolní končetinu správně opřít ve stoji a chůzi. Posílení čtyřhlavého svalu stehenního, aby bylo možno koleno úplně narovnat. Nácvik správného stereotypu chůze. Při chůzi o francouzských holích je nutno dbát na odlehčování operované končetiny a na ohýbání operovaného kolenního kloubu. TEP mechanicky vydrží při chůzi plnou zátěž, ale vzhledem k určité míře bolestivosti se doporučuje operovanou končetinu při chůzi odlehčovat.

Rehabilitace je individuální dle věku a schopnostech pacienta, ale všichni by se měli dobrat stejného výsledku. Ošetřující lékař může rehabilitační postup upravit.

Způsob chůze o holích

1. berle před sebe na délku kroku
2. mezi berle položit nemocnou končetinu
3. vzepřít se na berlích a zdravou končetinu položit před berle.

Chůze ze schodů – stejně

Chůze do schodů

1. zdravá DK
2. nemocná DK
3. berle

Sed, nohy z postele dolů

1. chytit se oběma rukama hrazdičky, opřít se zdravou nohou a posunout se nahoru.
2. opřít se oběma rukama za zády a sednout si.
3. chytit si nemocnou nohu oběma rukama pod stehnem a posouvat postupně nohy dolů z postele.

Leh zpět na postel

1. posunout hýždě co nejvíce do zadu na postel, tak aby kolena byly na posteli.
2. chytit oběma rukama nemocnou nohu pod stehnem a posouvat postupně nemocnou a zdravou nohu na postel. A opakovat.

Cvičební jednotka při pobytu v nemocnici (10 až 14 dní).

1.-2. pooperační den

Pohyby v kotnících (špička a fajfka), zatnout stehenní sval, zatnout hýžděové svaly, aktivně pokročit operovanou dolní končetinu, Mobilimat (přístroj na pasivní ohýbání kolena) 0-60o nebo do bolesti, stoj či zvládne-li pacient chůze o berlích.

3.-14. pooperační den

To co první dny plus pokrčit obě dolní končetiny, mírně nadzvednout pánev nad podložku, zvednout nataženou končetinu mírně nad podložku (zpočátku s dopomocí), cvičení s válci, kdy válec je podložený pod kolena a pacient střídavě zvedá paty od podložky, leh na břicho, kdy pacient ohýbá operované končetiny v koleni nebo se opře o špičky, zatne hýždě a zvedne kolena od podložky, chůze o berlích.

Před propuštěním je dobré vyzkoušet.

Chůzi po schodech, leh na břicho a bocích.

Berle se odkládají individuálně podle instrukcí lékaře, přibližně po 3 měsících. Návrat k původním aktivitám určuje lékař cca do 3-6 měsíců.

Po operaci TEP kolene je dále nutné dodržovat tyto zásady.

- Spát na pevném a rovném lůžku (jeden polštář pod hlavou).
- V lehu kolena a palce směřují do stropu, ve stoji a při chůzi dopředu – nevytáčet DK ven ani dovnitř.
- Neotáčet se na břicho bez klínu mezi nohama.
- Vícekrát denně, po menších časových úsecích, provádět celkové intenzivní cvičení podle pokynů fyzioterapeuta.
- Častěji měnit polohy – sedět maximálně půl hodiny.
- Sedět na obou půlkách hýždí – ne nakřivo.
- Dlouho nestát – ve frontě, při žehlení apod.
- Chodit v obuvi s pružnou, elastickou podrážkou.
- Chůze o francouzských holích (podpažních berlích).
- Nechodit po mokřem terénu – mytá podlaha, v zimním období použít nástavce na berle.
- Nepřetěžovat operovanou DK dlouhými pochody – řídit se podle pocitu únavy.
- Boty obouvat za pomoci dlouhé lžice.
- Nekoupat se v horké vodě, v sedě – raději se sprchovat vlažnou vodou.
- Sledovat svoji hmotnost – nadváha vede k většímu opotřebování endoprotézy.

2) Prevence TEN

Trombózou rozumíme vznik krevní sraženiny, trombu, uvnitř uzavřeného krevního oběhu, nejčastěji v jeho žilní části. Trombus může vzniknout i v nemocném srdci, případně v tepenném řečišti nad sklerotickým plátem. V postižené oblasti, kde se sraženina nachází, dojde ke zpomalení průtoku krve případně poškození cévní stěny.

Ke vzniku trombózy napomáhají tři faktory.

a) Prvním z nich je zpomalení proudu krve v krevním oběhu, především v dolních končetinách, kde ke vzniku trombózy dochází nejčastěji. Při sezení svaly dolních končetin nepodporují návrat žilní krve k srdci a navíc ke zpomalení přispívá i odpor z ohnutí a tlaku okolní tkáně na žíly v podkolenní jamce. Každá dlouhodobě vynucená strnulá poloha zpomaluje návrat žilní krve a stává se z jedním z faktorů vzniku trombózy.

b) Žilní návrat také zhoršuje zvýšená teplota prostředí, nedostatečný příjem tekutin, jenž má za důsledek zahuštění krve a nedostatečný výkon srdce.

c) Dále je to zvýšená náchylnost ke srážení krve (trombofilii), může být vrozená nebo získaná. Nesmíme zapomenout, že vliv na krevní srážlivost mají některé léky, například hormonální antikoncepce. Posledním faktorem je poškozená cévní výstelka, většinou jako důsledek jiné choroby, např. aterosklerózy.

Jak tady snížit riziko vzniku tromboembolické nemoci?

Podpořit v mezích možností žilní návrat a hodně pít. V praxi to znamená:

- 1) mít vzdušné přezůvky a volné ponožky
- 2) cvičit s prsty na nohou 10 - 15 minut
- 3) měnit polohu dolních končetin tak, aby byly co nejvýše a měnit úhel ohnutí kolen, chůze, rehabilitace aktivní i pasivní, vsedě se protáhnout a napnout a povolit břišní svaly, srovnat páteř.
- 4) doplňovat tekutiny neslazenými nealkoholickými nápoji, alespoň 2 litr denně. Ideální jsou minerální vody a čaj.
- 5) léčba antikoagulancia a antitrombotiky dle doporučení a ordinace lékaře. Podání s.c, per os. Léčba se zahájí před operací a pokračuje se i po operaci
- 6) úprava životního stylu, dostatečný tělesný pohyb, vyhnout se rizikovým faktorům jako kouření, alkohol, zvýšenému příjmu živočišných tuků, cukrů, které způsobují obezitu, DM a aterosklerózu.

3) Samo-vyšetření prsou

Při sběru ošetřovatelské anamnézy pacientka zmínila, že pravidelně dochází na mammografii, ale samo-vyšetření prsou si neprovádí. Nikdy jí to nikdo neukázal. Jelikož je v dnešní době rakovina prsu u žen na prvním místě, je samo-vyšetřování důležité. Proto jsem pacientku o vyšetření prsů poučila verbálně výkladem a ukázkou.

S pacientkou jsem si v klidu sedla a popsala jí kroky, jak při vyšetřování prsou postupovat.

- A) Zvolit si den v měsíci, kdy bude prohlídku provádět a opakovat.
- B) Nejdříve prsa zkontrolovat pohledem, s rukama podél těla a za hlavou, všímat si tvaru, barvy a struktury kůže, sekretu z bradavky.
- C) Poté jsme přistoupily k vlastnímu pohmatu prsou, třemi prsty pomocí krouživého pohybu.
- D) Pohmat začít v horním zevním kvadrantu a pohybovat se dokola prsu krouživým pohybem. Ruka v u ošetřovaného prsu je za hlavou. Všímat si tuhých bulek a bolestivosti. Takto prohmatat obě prsa.
- E) Při jakémkoli podezření navštívit svého praktického lékaře či gynekologa.

(11, 12, 13, 14, 15)

5 Celkové hodnocení

Pacientka snášela pobyt v nemocnici dobře. Denně za ní docházel manžel. Byla při vědomí, komunikovala bez obtíží, orientovaná, spolupracovala. Před operací dodržovala pokyny lékaře a sester. Pacientka se obávala celkové narkózy, operace proběhla tedy v epidurální anestézii. Byla jsem přítomna u její operace, pacientka při operaci vnímala okolí, po psychické stránce snášela operace dobře.

Po operaci se zotavovala dobře, bez komplikací. V prvních dnech ji trápily bolesti. Plnili jsme ordinace lékaře, monitorovali bolest a aplikovali analgetika a led podle potřeby pacientky, podávali chronickou medikaci, měřili fyziologické funkce, polohovali, rehabilitovali. Při operaci i na JIP jsem pacientku doprovázela, pečovala o ni a dělala jí společnost. Pacientka první den trávila na lůžku, v rámci lůžka byla soběstačná s minimální dopomocí. Hygienu prováděla na lůžku, stravování, péči o sebe zvládala. Měla zaveden permanentní močový katétr, drén a periferní žilní kanylu. Sledovala jsem P+V, odvod drénu, kontrolovala známky infekce. PMK byl zrušen 2. pooperační den, nadále zvonila na podložní mísu, či v rámci rehabilitace došli na WC. Na stolici byla až 3. pooperační den. Denně i třikrát rehabilitovala, na lůžku i mimo lůžko, sed a chůzi. Velmi se snažila, chtěla se co nejdříve rozchodit. Chůzi zvládala s doprovodem o dvou francouzských holích.

5.1 Prognóza

Pacientka podstoupila již TEP kolena a kyčle na pravé končetině. Vše proběhlo bez komplikací, dobře se zrehabilitovala, nyní je bez obtíží. Pooperační průběh byl v pořádku, neočekávají se problémy. Pacientka rehabilitovala a každým dnem se zlepšovala. Po 10 až 14 dnech má být propuštěna do domácího ošetřování. Postará se o ni manžel a synové. Lázně odmítla, v listopadu byla s kyčlí, proto chce být nyní doma a do lázní odjet až později.

5.2 Sebereflexe

Kazuistiku jsem zpracovávala na oddělení aloplastik. K práci jsem si vybrala pacientku, která byla přijata na TEP levého kolene. Starší 64-letá dáma. Je již po operaci srdce a dvou TEP kolene a kyčle na pravé končetině. Vybrala jsem si ji, protože jsem usoudila, že její péči bude potřebovat a také ji ocení. Se spoluprací souhlasila a vycházely jsme spolu dobře. Byla ráda, že jí krátím dlouhou chvíli. Na oddělení se mi pracovalo skvěle, zdravotníci nás vzali do kolektivu. Staniční sestra mi umožnila, abych mohla s pacientkou na sál a JIP. (13, 14)

E. Seznam použité literatury a jiných zdrojů

- 1) DOENGES, M.E., MOORHOUSE, M.F. Kapesní průvodce zdravotní sestry
Grada Publishing, 2001 (565 s.). ISBN 80-247-0242-8

- 2) KOLEKTIV AUTORŮ. Základy ošetřování nemocných
Učební texty Univerzity Karlovi v Praze, Praha
Karolinum, 2005, (145s.) ISBN 80-246-0845-6

- 3) KOUDELA, K. a kolektiv, Učební texty Univerzity Karlovy v Praze,
Nakladatelství Karolinum v Praze 2004, Ovocný trh 3, 116 36 Praha 1
(281s.) ISBN 80-246-0654-2

- 4) STAŇKOVÁ, M. České ošetřovatelství 6
Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi
Brno: NCO NZO, 2004 (55 s.).ISBN 80-7013-323-6

- 5) SOSNA, A., VAVŘÍK, P., KRBEC, M., POKORNÝ, D. Základy ortopedie
Nakladatelství Triton s.r.o 2001, Vykáňská 5, 100 00 Praha 10
(175s.) ISBN 80-7254-202-8

- 6) www.artroza.com - <http://www.artroza.com/artroza.html>
- 7) www.orthes.cz - <http://www.orthes.cz/whattkr.htm>
- 8) www.primat.cz
<http://www.primat.cz/cuni-lf1/predmety/ortopedie-q303/ortopedie-nastroje-m746/>
- 9) www.lekari-online.cz –
<http://www.lekari-online.cz/ortopedie/novinky/endoprotezy- nahrady>

- 10) měřicí techniky
- 11) ošetřovatelský personál
- 12) dokumentace
- 13) pacient - rozhovor
- 14) vlastní sledování - pozorování

- 15) [www. Ordinace.cz](http://www.Ordinace.cz)

F. Seznam příloh

Příloha č.1 Záznam z JIP

Příloha č. 2 Doplnující lékařská vyšetření

Příloha č. 3 Měřicí ošetrovatelské technika – riziko dekubitů dle Nortonové

Příloha č. 4 Měřicí ošetrovatelské technika – riziko pádu

Příloha č. 5 Měřicí ošetrovatelské technika – Bártlův test základních všedních činností

Příloha č.6 Měřicí ošetrovatelské technika – zkrácený mentální bodovací test dle Gajda

Příloha č. 7 Monitorace bolesti po operaci

Příloha č. 8 Operační protokol

Příloha č. 9 Žádoucí a nežádoucí účinky léků

Příloha č. 6 Ošetrovatelský dotazník

Příloha č. 7 Ošetrovatelské diagnózy

Příloha č.1 Záznam z JIP

pooperační záznam 1.4 2008

9:30 1.4 2008 až 9:00 2.4 2008

- kontrola fyziologických funkcí
- kontrola periferie LDK
- ledovat
- polohování flexe – extenze á 4hodiny
- zaveden PMK a sledován příjem a výdej
- péče o potřeby pacientky

Příjem – per os 1.4 2008

15:00	150 ml
18:00	150 ml
22:00	150 ml
24:00	150 ml

- i.v

16:00	ATB – 100 ml FR
24:00	ATB – 100 ml FR
11:50	Novalgin + Tramal – 100 ml FR
14:00	Ringerův roztok - 1 000 ml

Celkem přijala na JIP 1 900 ml + ze sálu 1 500 = 3 400 ml.

Výdej

Vyloučila 1500 ml moče.

Drén odváděl minimálně.

Fyziologické funkce – tlak a puls

ČAS	TLAK	PULS	SATURACE
10:00	110 70	60	98%
11:00 – 04:00	130 70 – 170 95	58 - 85	95% - 100%

ČAS	TEPLOTA	DECH	VĚDOMÍ
10:00	36,7	16	somnolence
11:00 – 04:00	36,5 - 37	16 - 23	somnolence

Příloha č. 2 Doplňující lékařská vyšetření

25.2 EKG

Sinusový rytmus 66/min, vyšší hrotnatá T v hrudních svodech, křivka bez podstatných změn.

25.2 ECHO

Náhrada aortální chlopně s dobrou funkcí, degenerativní změny mitrální chlopně s mírnou regurgitací a významnou trikuspidální regurgitací. Doporučení: pokračovat v zavedené léčbě, prevence endokarditidy, z kardiologického hlediska nejsou kontraindikace od chirurgického výkonu.

6.3 RTG S+P

--> změny na plicích nejsou patrné, úhly ostré, hilus přiměřený

--> srdce do stran na + prst rozšířené

7.3 Kultivační vyšetření moče – nález 10 na 3/ml, směs 3 druhů gram. neg. tyčků

11.3 Interní vyšetření

Z interního hlediska není námitek k výkonu v celkové či jiné zvolené anestézii. Riziko úměrné věku, typu výkonu, prevence TEN a endokarditidy. 4 dny před výkonem aplikace Clexane 0,4.

Příloha č. 3 Měřicí ošetřovatelské technika – riziko dekubitů dle Nortonové

Změřila jsem riziko 2.4 2008 v 10:15 h.

<i>Schopnost spolupráce</i>	<i>Věk</i>	<i>Stav kůže</i>	<i>Zvláštní rizika</i>	<i>Fyzický stav</i>	<i>Body</i>
úplná	do 10 let	normální	žádné	dobrý	4
malá	do 30 let	suchá, šupinatá	snížení imunity, DM	zhoršený	3
částečná	do 60 let	vlhká	obezita, anemie	špatný	2
žádná	60 let +	alergie, porušená	onem. cév, kachexie, karcinom	velmi špatný	1
4	1	4	1	3	

<i>Stav vědomí</i>	<i>Aktivita</i>	<i>Pohyblivost</i>	<i>Inkontinence</i>	<i>Body</i>
bdělý	chodící samostatný	úplná	kontinentní	4
apatický	chodící s doprovodem	částečně omezená	občasná inkontinence	3
zmatený	sedící v lůžku	velmi omezená	inkontinence převážně moče	2
bezvědomí	ležící	Žádná	inkontinence moče i stolice	1
4	3	3	4	Celkem 27 b.
Riziko vzniku dekubitů	nízké 25-24 b.	střední 23-19 b.	vysoké 18-14 b.	velmi vysoké 13-9 b.

Celkem 27 bodů

Riziko dekubitů je u pacienta, dosáhne-li 25 a méně bodů. Pacientka má z 36 bodů 27- mírné riziko. K prevenci dekubitů se pacientce podložila bedra, kolena a paty molitanovým čtvercem, rehabilitovala.

Příloha č. 4 Měřící ošetrovatelské technika – riziko pádu

Riziko jsem změřila 2.4 2008 v 10:25

▪ věk 70 let a více	0
▪ pád v anamnéze	1
▪ pooperační období (prvních 24 hodin)	1
▪ závratě	0
▪ epilepsie	0
▪ zrakový / sluchový problém	0
▪ inkontinence	0
▪ hypotenze	0
▪ problém s pohyblivostí	1
▪ dezorientace	0
▪ užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, antidepresiva, antihypertenziva, laxantia)	1

Celkem – 4 body

Hodnocení:

- bez rizika: **0 - 1 bodů**
- riziko vzniku pádu: **2 - 11 bodů**

Riziko pádu je při 2 a více bodech, pacientka je v riziku pádu. Při rehabilitaci, pacientka užívala francouzské hole, chodila vždy v doprovodu zdravotníka. Před chůzí chvíli poseděla. Byla uložena na lůžku blízko WC. K dispozici měla hrazdičku na lůžku.

Příloha č. 5 Měřicí ošetřovatelské technika – Barthelův test základních všedních činností

Test jsem změřila 2.4 2008 v 10:30.

Barthelův test základních všedních činností			
	Činnosti	Provedení činnosti	Bodové skóre
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	Kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	Kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	Použití wc	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8.	Přesun lůžko-židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
Celkem			75 bodů
Hodnocení stupně závislosti:			
ADL 4 0 – 40 bodů vysoce závislý			
ADL 3 45 – 60 bodů závislost středního stupně			
ADL 2 65 – 95 bodů lehká závislost			
ADL 1 96 – 100 bodů nezávislý			

Celkem: 75 bodů

Rozmezí 65 – 95 kam řadím pacientku je lehká závislost. Pacientka je na lůžku soběstačná.

Při chůzi a pohybu z lůžka je nutný doprovod. Na WC též.

Příloha č.6 Měřicí ošetřovatelské technika – zkrácený mentální bodovací test dle Gainda

Test jsem měřila 31.3 v 13:10.

Zjistěte u nemocného otázkami a úkoly:	
1. věk	1
2. kolik je asi hodin	1
3. adresu	1
4. současný rok	1
5. kde je hospitalizován	1
6. poznání alespoň dvou osob	1
7. datum narození	1
8. jméno současného prezidenta	1
9. odečítat zpět od 20 do 1 nebo vyjmenovat pozpátku měsíce v roce od prosince k lednu	1
10. adresu opět zopakovat	1

Z deseti možných, získala pacientka plný počet. Byla orientovaná v čase, místě, osobě. Spolupracovala bez problémů.

Příloha č. 7 Monitorace bolesti po operaci

1.4 2008 - den operace

Charakter bolesti : *bolest akutní
v klidu i při pohybu*

Na stupnici od 1 do 10 : *vedla 5-6, tedy silná bolest*

0 je žádná bolest

1-2 mírná bolest

3-4 střední bolest

5-6 silná bolest

7-8 velmi silná bolest

9 krutá bolest

10 nesnesitelná bolest

Verbálně udala: *ostrá, pulsující, kolikovitá, šíří se*

Lokalizace bolesti : *levá dolní končetina, oblast kolene*

Psychický stav: *únava
spánek rušen bolestí*

Prevence: Aplikace analgetik dle OL a potřeby pacientky, ledování rány, pravidelné cvičení aktivní i pasivní. Sledování fyziologických funkcí. Polohování.

2.4 2008 – první pooperační den

Bolest akutní, v klidu i při pohybu, oblast levého kolene, pulsující, ostrá bolest, na stupnici uvedla 4-5 střední až silná bolest. Po psychické stránce se cítí lépe, v noci se budí. Při rehabilitaci a na noc byla aplikována analgetika.

3.4 2008 – druhý pooperační den

Bolest akutní, v oblasti levého kolene, ostrá bolest s propagací. V klidu udává intenzitu na stupnici 1-2 mírná bolest, při pohybu 3-4 střední bolest. Po psychické stránce se cítí dobře. V noci se stále budí. Při rehabilitaci a na noc byla aplikována analgetika.

4.4 2008 – třetí pooperační den

Bolest akutní, v oblasti levého kolene, udává zmírnění bolesti, v klidu 1-2 mírná bolest, při rehabilitaci a pohybu 2-3 mírná až střední. Po psychické stránce se cítí dobře. V noci ji bolesti netrápily. Při rehabilitaci a na noc byla aplikována analgetika.

Příloha č. 8 Operační protokol

Datum zahájení operace: 1.4 2008 8:15

Datum ukončení operace: 1.4 2008 9:19

Urgentnost operace: plánovaná

Typ anestézie: epidurální

Operační sál: č: 5

Doba trvání operace: 1 hodina 4 minuty

Přítomní: 1. operatér, 2. asistenti, 1. anesteziolog, 1. instrumentářka

Operační diagnóza: M170 Primární gonartróza, oboustranná

Gonartrosis l. sin.

Operační výkon: Implantace TEP genus l. sin. Sigma

Průběh:

V klidné epidurální anestézii, po aseptické přípravě s pneumatem – bezkrvě pronikáme mediálním přístupem, ozřejmujeme pokročilé degenerativní změny v mediálním kompartmentu.

Začínáme resekci tibie v mírném dorsálním sklonu. Mediálně snášíme osteofyty, pokračujeme resekci femuru, provádíme mediální sleeving, poté dokončujeme resekci dorsálních okrajů konsulů femuru.

Zkoušíme femorální komponentu velikosti 3, tibiální velikost 3 s plateau 12?5 mm, koleno je stabilní, pohyb 0-100 stupňů, proto implantujeme. Provádíme výplach, zavádíme drén, provádíme futuru. Pneumatické bezkreví 45 minut, krevní ztráty stopa.

Epidurální anamnéza

Pacientka uložena v poloze v leže na boku, stočená do klubička. Vyhmatán bod vpichu, dezinfekce místa vpichu. Aplikace anestetika na třetí pokus do oblasti L2 a L3. Aplikován Marcaine spinal 0,5%.

Marcaine spinal 0,5%. Injekční roztok.	IS: anestetikum Účinkuje 4-6 hodin	S: Bupivcaini hydrochloridum monohydricum	I: Intratékání anestézie (subarach., spinal.) v chirurgii na DK	KI: přecitlivělost na složky přípravku, akutní onemocnění CNS, sepse, kardiogení a hypovolémický šok
--	--	---	--	--

Příloha č. 9 Žádoucí a nežádoucí účinky léků

Degan Prokinetikum Antiemetikum

I: poruchy motility horní části GIT, nauzea, zvracení neznámého původu.

NÚ: přípravek obvykle dobře snášen, ale přesto se mohou vyskytnout následující nežádoucí účinky: pocit únavy, ospalost, neklid, bolesti hlavy, zmatenost, závratě, deprese, trávicí obtíže, kopřivka a suchost úst.

Novalgin Analgetikum Antipyretikum

I: Silné bolesti při poranění, operaci, novotvary, zuby, klouby...

NÚ: Mírnější anafylakticko/anafylaktoidní reakce se projevují kožními a slizničními příznaky (jako jsou svědění, pálení, zarudnutí, kopřivka, otoky), dyspnoí a méně často GIT potížemi. Mírnější reakce se mohou rozvinout do těžkých forem s generalizovanou urtikarií, těžkým angioedémem (včetně larynx), těžkým bronchospasmem, srdeční arytmií, poklesem krevního tlaku (kterému někdy předchází zvýšení krevního tlaku), a oběhovým šokem.

Tramal Analgetikum Anodinum

I: akutní a chronické střední a silné bolesti různé etiologie zejména chirurgické.

NÚ: pocení, závrať, nevolnost, pocit na zvracení až zvracení, suchost v ústech, únava a ospalost. Předávkování se může projevovat příznaky podobnými nežádoucím účinkům jako nevolností, zvracením, zácpou, celkovou slabostí, ospalostí; mohou být však vystupňovány k útlumu vědomí až bezvědomí, křečím, útlumu dýchání.

Kefzol 2g

I: Těžké stafylokokové infekce (endokarditida), chirurgická profylaxe.

NÚ: intolerance k alkoholu zčervenání, pocení, hypotenze, tachykardie, závratě. Alergická reakce, toxicita.

Clexane 0,4 mg Antitrombotikum, Antikoagulans.

I: Profylaxe tromboembolické nemoci ve všeobecné, onkologické a ortopedické chirurgii.

NÚ: Krvácení, mírná, asymptomatická trombocytopenie.

Dipidolor Analgetika

I: silné a velmi silné pooperační bolesti a neplazmatické bolesti.

NÚ: Rovněž se může objevit nevolnost, zvracení, zácpa, žlučnickový záchvat nebo obtíže při močení. Vzácné jsou mírný pokles krevního tlaku, svědění kůže nebo vyrážka. Při vysoké dávce nebo u citlivých pacientů může dojít k dechovým obtížím.

U všech silně účinných léků tlumících bolest, včetně přípravku Dipidolor, může vést dlouhodobé podávání k návyku, kdy je k dosažení stejného účinku zapotřebí zvyšujících se dávek.

Glycerinový čípek supp.

I: Glycerin obsažený v čípku ,na sebe váže vodu, změkčuje stolicí a zvětšuje její objem v dolní části tlustého střeva a usnadňuje tak její odchod. Účinek se dostaví za 10-20 minut

NÚ: průjem.

Godasal 100 tbl. Analgetikum, Antipyretikum, Antiflogistikum

I: Léčba bolesti mírné a střední intenzity různé etiologie.

NÚ: Je obvykle dobře snášen. Během užívání se mohou vyskytnout zažívací potíže (nevolnost až zvracení, bolesti, vzácně krvácení do zažívacího traktu), u přecitlivělých osob se mohou objevit alergické projevy (kožní vyrážka, astmatický záchvat). Při dlouhodobém užívání může dojít k zvýšené krvácivosti, projevující se neobvyklou tvorbou modřin.

2) Milurit 100mg tbl. Antiuratum

I: dna, zvýšená kyselina močová, sekundární hyperurikémie, terapie urátové nefrolitiázy

NÚ: Dochází k svědění, kožní léze, drobné podkožní krvácení, horečka, bolesti kloubů, zvětšení lymfatických uzlin, nevolnost, zvracení, bolesti břicha, průjem, ospalost a slabost.

3) Enap 5 mg tbl. Antihypertenzivum, ACE Inhibitor

I: léčba všech stupňů esenciální hypertenze, renální hypertenze, všechny stupně srdečního selhání, dystrofie levé komory po AIM

NÚ: Během užívání Enapu jsou nežádoucí účinky obvykle mírné a přechodné a většinou není třeba léčbu přerušovat. Obzvláště na počátku léčby se může objevit výrazné snížení krevního tlaku doprovázené závratí, mdlobou a rozmazaným viděním, bolesti hlavy, únava a nevolnost. Zřídka se může objevit průjem, žloutenka, svalové křeče, kožní vyrážky, změna chuťového vnímání nebo porucha hlasu. Během léčby Enapem se může vyskytnout suchý, dráždivý kašel. Doporučujeme poradit se s lékařem, který zjistí příčinu kašle a doporučí odpovídající postup. Při přecitlivosti na léčivo tj. výskytu otoku rtů a obličeje, krku, chraptu a při

dýchacích potíží, při nenadálém výskytu horečky, třesavky a při ztíženém polykání přestaňte léčivo užívat a neprodleně vyhledejte lékaře.

4) Egilok tbl. Antihypertenzivum, Selektivní β blokátor

I: hypertenze všechny stupně, AP, IM, sekundární prevence ICHS, doplněk při léčení treotoxikózy

NÚ: Během léčby se může vyskytnout některý z těchto nežádoucích účinků: únava, bolesti hlavy, nevolnost, bolesti břicha, průjem nebo zácpa, závratě, poruchy spánku, pomalá tepová frekvence, kožní reakce např. vyrážky nebo zčervenání kůže, pocit chladu v končetinách, zvýšené pocení, zrakové poruchy, dušnost.

5) Maalox tbl. Antacidum

I: Přípravek se užívá k léčbě obtíží souvisejících s nadbytkem žaludeční kyseliny, jako je pálení žáhy (pyróza), nadměrné říhání, zatékání (regurgitace) kyselého žaludečního obsahu do úst a bolesti v žaludeční krajině nalačno.

NÚ: Přípravek je obvykle dobře snášen, ale mohou se vyskytnout poruchy vyprazdňování jako je zácpa nebo průjmy. Ve vzácných případech se mohou vyskytnout příznaky přecitlivělosti ve formě kožní vyrážky. Při dlouhodobém užívání může dojít ke snížení vstřebávání fosfátů ze zažívacího traktu.

Oxazepam tbl. Anxiolytikum.

I: Se užívá pro zmírnění nervozity, napětí, úzkosti a neklidu, u duševních depresí se zvýšenou dráždivostí, u nespavosti provázené úzkostí.

NÚ: Se může objevit únavnost, ospalost, závratě, méně často zapomnětlivost až zmatenost, bolesti hlavy, nejasné vidění, obtíže při mluvení - porucha výslovnosti, kožní vyrážky.