



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetřovatelství

**Ošetřovatelský proces u nemocného
se zlomeninou krčku kosti stehenní**

Nursing the patient with femoral neck fracture

případová studie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha, únor 2009

Hana Kosková

Autor práce: **Hana Kosková**

Bakalářský studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Bakalářský studijní obor: **Zdravotní vědy**

Vedoucí práce: **Mgr. Lenka Gutová, MBA**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústřední vojenská nemocnice Praha**

Odborný konzultant: **MUDr. Slavoj Lopuchovský**

Pracoviště odborného konzultanta: **Litomyšlská nemocnice, a.s.**

Termín obhajoby: **duben 2009**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 26. února 2009

Hana Kosková

Poděkování

Děkuji za odborné vedení při vypracování bakalářské práce Mgr. Lence Gutové, MBA, MUDr. Slavoji Lopuchovskému, MUDr. Janu Doskočilovi a dalším, kteří mi ochotně pomáhali.

Obsah

1. Úvod	6
2. Klinická část	7
2.1. Charakteristika onemocnění.....	7
2.1.1. Historie.....	7
2.1.2. Anatomie horního konce stehenní kosti.....	7
2.1.3. Typy zlomenin, klasifikace.....	8
2.1.4. Klinický obraz a diagnostika.....	9
2.1.5. Terapie.....	10
2.1.6. Komplikace léčení.....	11
2.1.7. Prognóza.....	13
2.1.8. Závěr.....	13
2.2. Základní údaje o nemocném.....	14
2.2.1. Identifikační údaje.....	14
2.2.2. Lékařská anamnéza.....	14
2.2.3. Souhrn provedených vyšetření po přijetí.....	16
2.2.4. Hospitalizace a její průběh.....	20
2.2.5. Farmakoterapie.....	24
3. Ošetrovatelská část	28
3.1. Ošetrovatelský proces.....	28
3.2. Koncepční model ošetrovatelství.....	29
3.3. Ošetrovatelská anamnéza.....	30
3.4. Ošetrovatelské diagnózy.....	34
3.5. Psychologická problematika nemocného.....	43
3.6. Edukace.....	45
3.7. Prognóza.....	46
4. Závěr	47
Seznam použité literatury	48
Seznam zkratk	50
Příloha	51

1. Úvod

Cílem závěrečné bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o nemocného J. K. (78) se zlomeninou krčku kosti stehenní. V klinické části se zabývám historií, anatomí, typy zlomenin, diagnostikou a klinickým obrazem u poranění horního konce kosti stehenní. Dále uvádím vyšetřovací metody používané v diagnostice, popisuji způsoby terapie, možné komplikace a rovněž prognózu a statistické údaje.

V ošetrovatelské části používám model Marjory Gordon k hodnocení informací o nemocném a sestavení ošetrovatelské anamnézy. Při realizaci ošetrovatelské péče používám modelu ošetrovatelského procesu. Analýzou informací ze zdravotnické dokumentace, informací získaných od nemocného a jeho rodiny, informací od členů zdravotnického týmu a vlastního pozorování jsem sestavila aktuální a potencionální ošetrovatelské problémy. K vyřešení jednotlivých problémů jsem stanovila plán ošetrovatelské péče. V textu dále popisuji realizaci a hodnocení ošetrovatelských intervencí.

V závěru popisuji prognózu a zdravotní stav pacienta. Práci uzavírám seznamem zkratk, seznamem odborné literatury a přílohou.

2. Klinická část

2.1. Charakteristika onemocnění

2.1.1. Historie

Zlomeniny horního konce stehenní kosti provázejí lidstvo odnepaměti. Jsou známy z kosterních pozůstatků pravěkých lovců, starých Egyptanů a středověkých králů. Z historických výzkumů vyplývá, že také císař Karel IV. pravděpodobně zemřel na následky zlomeniny krčku.

Techniky léčení a operační způsoby léčení zlomenin v oblasti horního konce stehenní kosti prodělaly dlouhodobý vývoj. První osteosyntézy hřeby a šrouby byly provedeny v polovině 19. století. Výsledky však byly katastrofální a až do 20 let 20 století byly tyto zlomeniny považovány za neléčitelné.

Až vývoj anestézie, zásady asepse, moderní implantáty a operační postupy zachovaly život a navrátily možnost pohybu mnoha nemocným, kteří byli dříve několik měsíců upoutáni na lůžku, obtěžováni skeletální trakcí a často podléhali dekubitální sepsi, urosepsi, zánětu plic nebo plicní embolisaci.

V současné době jsou aktuální otázky volby správné léčby pacientů se zlomeninou krčku kosti stehenní zejména ve vztahu k další kvalitě života těchto nemocných.

2.1.2. Anatomie horního konce stehenní kosti

Kost stehenní je nejdelší a nejmohutnější kostí lidského těla. Proximální konec - hlavice stehenní kosti, caput femoris má tvar koule. Na vrcholu hlavice mírně dorzálně je jamka, do níž se upíná nitrokloubní vaz ligamentum capitis femoris. Hlavice se oploštělým krčkem, collum femoris připojuje k tělu kosti. Cévní zásobení je zajištěno z arteria circumflexa femoris medialis a lateralis, větve arteria femoralis. Obtácejí krček a vysílají ascendentní větve po krčku do hlavice. Čím je linie

zlomeniny blíže hlavici, tím je pravděpodobnější poškození cévního zásobení hlavice a zvyšuje se riziko avaskulární nekrózy.

Krček stehenní kosti je uvnitř pouzdra kyčelního kloubu - je tedy uložen intraartikulárně. Synoviální výstelka pokrývá krček, a tam kde probíhají tepenné větve zásobující hlavici, tvoří výstelka synoviální řasy. Délka krčku je u dospělých lidí kolem 5 cm. Úhel, který svírá krček s diafýzou (tzv. kolodíafyzární úhel) je při narození téměř 160 stupňů, v dospělosti se snižuje na 125 (ženy) - 135 (muži) stupňů.

Nad krčkem je na femuru vytvořen velký kostěný výběžek velký chocholík, trochanter major. Je to významný orientační bod na dolní končetině, jeho hmatný vrchol orientuje o poloze hlavice femuru, která leží ve výši trochanteru. Pod krčkem je malý chocholík, trochanter minor. Vpředu oba trochantery spojuje drsná čára, linea intertrochanterica, která odpovídá úponu kloubního pouzdra. Vzadu s ní koresponduje kostní hrana, crista intertrochanterica pro úpon svalů.

U osob starších padesáti let se i za zcela fyziologických poměrů zvětšuje dřevná dutina a podpěrná deska krčku postupně mizí. Zatížená kost se pak snáze v krčku láme.

2.1.3. Typy zlomenin, klasifikace

Pro léčbu a indikaci typu osteosyntézy nebo aloplastiky využíváme různé typy klasifikací.

Podle anatomické lokalizace

1) Zlomeniny hlavice femuru: jako izolované zlomeniny vzácné, častěji jako součást polytraumatu či sdružených poranění spolu se zlomeninou pánve. Podrobnější Pipkinova klasifikace dělí zlomeninu hlavice ještě do 4 typů.

2) Zlomeniny krčku femuru:

podle vztahu lomné linie k pouzdru kyčelního kloubu

- a) intrakapsulární (subkapitální, mediocervikální): tento typ představuje velké riziko poškození cévního zásobení a rozvoj avaskulární nekrózy hlavice
- b) extrakapsulární (bazicervikální)

podle biomechanických vlastností linie lomu- Pauwellova klasifikace:

- a) typ I: lomná linie svírá s horizontálou úhel do 30°, umožňuje dokonalé zhojení zlomeniny, příznivá prognóza
- b) typ II: lomná linie svírá s horizontálou úhel 30-50°, je zde větší působení střížných sil
- c) typ III: úhel je větší než 50°, převládají zde střížné síly a zlomenina je nestabilní.

podle rizika vzniku avaskulární nekrózy- Gardenova klasifikace

- a) typ I: zaklíněná valgózní zlomenina, prognóza dobrá
- b) typ II, typ III, typ IV: kompletně dislokovaná zlomenina, špatná prognóza

3) Zlomeniny pertrochanterické: tzv. laterálního typu, extrakapsulární

- a) AO klasifikace - prakticky méně využívaná
- b) stabilní a nestabilní zlomeniny - jednodušší dělení pro praktické využití

4) Zlomeniny subtrochanterické: jejichž lokalizace je distálně od trochanteru

2.1.4. Klinický obraz a diagnostika

Tyto zlomeniny vznikají u starších lidí typicky pádem, u mladých nemocných jde naopak o násilí vysokoenergetické, tato věková kategorie bývá však postižena méně.

Subjektivně si zranění stěžují na bolest v poraněné kyčli, končetina je zkrácená a nejčastěji v zevní rotaci. Pokus o pohyb v kyčelním kloubu je bolestivý, nemocný se na končetinu nepostaví. Diagnosticky obtížnější jsou zlomeniny nedislokované a zaklíněné, kde chybí zkrácení končetiny a někdy je možný i pohyb.

Pro přesnou diagnózu je rozhodující rtg snímek ve 2 projekcích, při nejistotě jsou použitelné i další zobrazovací metody (CT, MRI).

2.1.5. Terapie

Léčba zlomenin proximálního femuru závisí na mnoha faktorech: typu zlomeniny, věku (a to spíše biologickém, než kalendářním) a celkovém zdravotním stavu, kvalitě kosti, stavu kyčelního kloubu před zlomeninou (artróza), aktivitě a mobilitě pacienta před úrazem.

Způsobů ošetření je v současné době celá řada: osteosyntéza pomocí DHS, gama hřebu, rekonstrukčních hřebů, proximálního femorálního hřebu, Enderových prutů. U biologicky starých pacientů aloplastika pomocí cervikokapitální protézy nebo TEP. Jen výjimečně konzervativní postup pro svou vysokou rizikovost a podstatně horší výsledky.

DHS (dynamic sliding screw), skluzný kompresivní šroub je implantát sloužící k osteosyntéze zlomenin proximálního femuru. První zmínky o použití samokompresivního šroubu pocházejí z 50. let, na přelomu 70. - 80. let dochází k prudkému rozvoji této metody. Principem je zavedení šroubu přes krček femuru do hlavice, kterému předchází repozice zlomeniny zavřenou cestou na extenčním stole. Šroub není pevně spojen s podpůrnou dlahou, která je fixována k diafýze femuru. Je umožněn pohyb v podélné ose šroubu při vyloučení rotačních pohybů. Tím je umožněna stálá komprese úlomků kompresivním šroubem - peroperačně nebo samovolně při zatížení končetiny. Konstrukce DHS šroubu a dlahy zabezpečuje částečně i rotační stabilitu v místě zlomeniny. DHS dlahy mohou mít 2 - 6 otvorů k

fixaci dlahy kortikálními šrouby k diafýze femuru. Nejčastěji se zavádí 135 st. dlahy.

Indikace použití DHS tvoří:

- a) basicervikální, mediocervikální, vhodné subkapitní zlomeniny krčku
- b) jednoduché a stabilní pertrochanterické zlomeniny

Gamma hřeb má v porovnání s ostatními nejlepší biomechanické vlastnosti, umožňuje lepší retenci fragmentů zlomeniny, časnou plnou zátěž, přemostění zlomenin s defektní zónou a osteosyntézu zavřenou technikou bez nutnosti otevírání místa zlomeniny. Hlavní indikací použití standartního hřebu jsou nestabilní pertrochanterické zlomeniny a subtrochanterické zlomeniny.

Cílem léčby je zhojení zlomeniny při dodržení zásady časně mobilizace pacienta.

2.1.6. Komplikace léčení

CELKOVÉ

- porucha hojení operační rány: u nekomplikovaných operací se vyskytuje asi v 1%,
- trombembolická nemoc,
- zvýšení teploty: přechodné, po operaci,
- alergická reakce: přecitlivělost na léky, dezinfekční prostředky, prádlo a další látky
- se mohou projevit přechodnými kožními reakcemi, dýchacími potížemi až anafylaktickým šokem,
- nesnášenlivost materiálu použitého při operaci: šicí materiály, různé implantáty, kovy. Při závažných reakcích je nutné materiály odstranit,
- komplikace po podání krve a krevních derivátů: zejména alergická nebo hemolytická reakce, eventuelně zvýšení teploty,

- zhoršení chronických onemocnění: DM, ICHS, hypertenze, psychická onemocnění,
- přechodná zmatenost vlivem stresu, hospitalizace, operace nebo léků,
- plicní zánět se může vyskytnout po velkých operacích u imobilních nemocných nebo při již dřívějším onemocnění plic nebo srdce,
- infekce močových cest v souvislosti s celkovým oslabením a cévkováním,
- místní komplikace po injekční aplikaci léků do svalu nebo do žíly,
- komplikace spojené se zajištěním centrální žíly: krvácení, pneumotorax, hemotorax, hematom, poškození nervu, srdeční arytmie,
- rozvoj chorob, které byly dříve skryté a při operační zátěži se manifestují.

PEROPERAČNÍ

- při zavádění implantátů může dojít k dalšímu rozlomení úlomků,
- poranění velkých cév v místě zlomeniny nebo operačního zákroku,
- poranění nervů v místě zlomeniny nebo operačního zákroku,
- poranění kloubní jamky a penetrace implantátu do pánve.

POOPERAČNÍ

- hojení rány: serom, hematom,
- infekce: povrchová, hluboká,
- zánět žil, plicní embolizace,
- komplikace z dlouhodobé imobilizace (pneumonie, dekubity),
- selhání osteosyntézy: uvolnění kovového materiálu a nutnost reoperace.

NÁSLEDKY ÚRAZU

Trvalé následky se odvíjejí od typu poranění a celkového stavu pacienta. Může dojít ke zkratu končetiny, omezení hybnosti v kyčelním kloubu a kolenu. Při nezhojení zlomeniny dochází k tvorbě pakloubu. Při špatné výživě některých úlomků se může s odstupem 1 až 2 let vytvořit nekróza kosti. Tento stav vyžaduje většinou reoperaci

a náhradu kyčelního kloubu totální endoprotézou.

2.1.7. Prognóza

Prognóza závisí na:

- věku pacienta
- celkovém zdravotním stavu pacienta
- typu zlomeniny
- typu zvolené osteosyntézy
- zkušenosti operatéra
- výskytu pooperačních komplikací
- snaze pacienta být opět mobilní
- na rehabilitaci a včasném načasování zátěže končetiny

2.1.8. Závěr

Zlomenina krčku kosti stehenní představuje velký zásah do života pacienta i jeho rodiny. U většiny pacientů je dočasně nebo trvale snížena jejich soběstačnost a jsou odkázáni na pomoc rodiny nebo sociálních pracovníků. Více než polovina pacientů musí trvale používat berle, francouzské hole nebo chodítka. Celková doba rekonvalescence čítá několik měsíců, po propuštění z nemocnice nebo ze zařízení následné péče je pacient v péči praktického lékaře s pravidelnými kontrolami v nemocnici, kde byl operační výkon proveden.

Statisticky nejpočetnější skupinu pacientů se zlomeninou horního konce femuru tvoří ženy kolem 80 let a incidence se u nás pohybuje kolem 50 - 60 na 100 000 obyvatel a má stoupající trend. Se stárnoucí populací a zvyšující se délkou lidského života lze očekávat nárůst počtu zlomenin i finančních nákladů na jejich léčbu.

2.2. Základní údaje o nemocném

2.2.1. Identifikační údaje

Iniciály nemocného: J. K.

Pohlaví: muž

Věk: 78 let

Stav: vdovec

Národnost: česká

Bydliště: Hrušová

Hospitalizace: od 25. 11. 2008 do 27. 11. 2008 na chirurgické mezioborové JIP, nemocnice Litomyšl.

Důvod přijetí: zlomenina krčku kosti stehenní.

2.2.2. Lékařská anamnéza

RA

- otec zemřel v 90 letech stářím
- matka zemřela v 77 letech, DM II

- bratr zemřel ve 40 letech tragicky
- syn a dcera zdraví

OA

- vážněji nestonal
- v dětství prodělal běžné choroby
- žádný vážný úraz neprodělal
- glaukom, DM od 60 roků, ICHS, hypertenze

AA

- negativní

FA

- pacient pravidelně užívá tyto léky:

Humulin M3 2x denně

Tritace 2,5 1 - 0 - 1

Lusopres 1 - 0 - 1

oční kapky Azopt a Combigan ráno a večer v rozmezí 1/2 hodiny, Xalatan v poledne

SPA

- starobní důchodce, pracoval v zemědělství
- 8 let vdovec, žije s dcerou a její rodinou
- abusus - exkuřák, kouřil příležitostně, alkohol příležitostně.

NO

- pacient se zlomeninou krčku kosti stehenní přijat k perioperační péči

Stav při přijetí

Váha: 80 kg.

Výška: 175 cm.

BMI: 26,1.

TK: 120/80 mmHg.

Tep: 70 za min.

Počet dechů: 16 za min.

Teplota: 36,2 °C.

Vědomí: lucidní, orientace dobrá, psychomotorický klid, spolupracuje.

Hydratace: dobrá, přiměřené výživy.

Ventilace: spontánní, saturace O₂ : 95%.

Status: Hlava: zornice izokorické, fotoreakce +, spojivky bledší, skléry bílé, jazyk vlhký.

Krk: štítná žláza + LU 0, orientačně náplň žil nezvětšená, puls karotid symetrický.

Plicce: dýchání oboustranně čisté, sklípkové, bez vedlejších fenoménů.

Srdce: As pravidelná, 70 / min., sinusový rytmus, ozvy ohraničené, bez šelestu.

Břicho: v niveau, měkké, prohmatné, nebolestivé, bez rezistence, hepar 0, lien 0, peristaltika +.

DK: LDK bez otoku a známek zánětu, PDK zkrácená, zevní rotace.

2.2.3. Souhrn provedených vyšetření po přijetí

Zpráva o ambulantním vyšetření

25. 11. 2008, 10:40 hodin

Pacient přivezen posádkou RZP, včera doma na dvorku uklouzl a upadl na pravý bok, nemohl se postavit, do domu se doplazil. Jeho dcera dnes ráno zavolala sanitu.

Objektivně při vědomí, PDK v zevní rotaci a zkrácení, palpační bolestivost pravé kyčle, otok v oblasti pravé kyčle, pulsace hmatná do periferie, hybnost omezená, periferie chladnější. Od RZP zajištěný PŽK, aplikován Tramal 100 mg i.v., kape infusní roztok F1/1 250 ml.

Subjektivně udává bolest v pravé kyčli, mírnou nauzeu, nezvracel.

Rtg pravé kyčle: fractura pertrochanterica 1. dx.

Rtg pánve: bez traumatických změn

Rtg srdce a plic: srdce i plíce velikostně v normě, bez zjevných zánětlivých změn.

Diagnóza: fractura pertrochanterica femoris 1. dx.

Doporučení: příjem na mezioborovou chirurgickou JIP, krevní odběry, interní předoperační vyšetření, anesteziologické předoperační vyšetření, nic nejíst, nepít, pacient jedl naposledy před hodinou, diabetik na inzulínu.

Výsledek vyšetření z biochemie

Datum a čas odběru: 25. 11. 2008, 10:52 hodin

Krevní sérum		
<i>Vyšetření</i>	<i>Výsledek</i>	<i>Referenční meze</i>
osmolalita - výpočet	307,30 mmol/kg	275 - 295
Močovina	14,26 mmol/l	2,5 - 8,3
kreatinin	129,19 umol/l	44 - 115
sodík	130,00 mmol/l	135 - 147
Draslík	5,27 mmol/l	3,6 - 5,4
chloridy	97,84 mmol/l	96 - 107
Vápník	2,17 mmol/l	2,1 - 2,6
Fosfor	1,54 mmol/l	0,81 - 1,61
Hořčík	1,06 mmol/l	0,65 - 1,05
bilirubin celkový	15,81 umol/l	3 - 19
bilirubin přímý	3,29 umol/l	0 - 5,13
ALT	0,50 ukat/l	0,1 - 0,78
AST	1,08 ukat/l	0,05 - 0,72
GMT	0,47 ukat/l	0 - 1,01
ALP	1,62 ukat/l	0,7 - 2,3
Amyláza	0,58 ukat/l	0 - 1,92
glukóza	33,04 mmol/l !!!!	3,8 - 5,6

Celková bílkovina	61,74 g/l	64 - 82
albumin	36,48 g/l	35 - 52
CRP	62,63 mg/l	0 - 5
Triglyceridy	1,03 mmol/l	0,23 - 1,7
Cholesterol	4,07 mmol/l	2,6 – 5,2

Výsledek vyšetření z moče

V moči mírně zvýšené erytrocyty a leukocyty, jinak v normě.

Výsledek vyšetření z hematologie

Datum a čas odběru: 25. 11. 2008, 10:53 hodin

Krevní sérum		
<i>Vyšetření</i>	<i>Výsledek</i>	<i>Referenční meze</i>
KREVNÍ OBRAZ+DIFFERENCIÁL		
leukocyty	10,07 G/l	3,9 - 9,4
Erytrocyty	3,984 T/l	4,5 - 5,9
Hemoglobin	11,11 g/dl	13,5 - 17,2
hematokrit	32,68	40 - 52
střední objem ery	82,02 fl	84 - 98
hemoglobin ery	27,89 pg	26 - 34
Barevná koncentrace	34 g/dl	32 - 36
segment neutrofilní	0,796	0,48 - 0,7
Trombocyty	284, 7 G/l	139 – 335
Lymfocyt	0,142	0,23 - 0,45
monocyt	0,054	0,02 - 0,11
eosinofilní segment	0,002	0,01 - 0,04
basofilní segment	0,006	0 - 0,01
QUICKUV TEST INR		
pacient QT index	1,04 IND	0,8 - 1,2

INR antikoagulační léčba	1,05 INR	2 - 4,5
Quick procenta	92%	
APTT INDEX		
APTT pacient	25,6 s	
APTT index	0,85 IND	0,9 - 1,2

Interní předoperační vyšetření

25. 11. 2008, 12:04 hodin

Závěr:

- Kardiopulmonálně kompenzován
- Diabetes mellitus 2 typu, na inzulinu dekompenzován
- Diabetická neuropatie dolních končetin
- Stav po amputaci distálního článku třetího prstu LHK pro osteomyelitidu
- Glaukom
- Chronická ICHS
- Esenciální arteriální hypertenze

Kardiovaskulární riziko operačního výkonu středně zvýšeno.

Doporučení:

nutná kompenzace diabetu - infusní roztoky, F 1/1, Actrapid dávkovačem kontinuálně 2 - 4j za hodinu pak G10% 500ml + Actrapid 12j 100 ml / h, dle hodnoty glykemie.

Anesteziologické předoperační vyšetření

25. 11. 2008, 15:00 hodin

Závěr:

- schopen anestezie po - viz doporučení
- ASA III E
- Mallampathi score I.

Doporučení:

F 1/1 1000ml, před odjezdem na sál kontrola glykemie glukometrem,
miniheparinizace: dle operátora

PREMEDIKACE: Dormicum 7,5 mg per os

2.2.4. Hospitalizace a její průběh

První den hospitalizace, 0 pooperační den

Pan J. K. byl přijat na mezioborovou chirurgickou JIP 25. 11. 2008 v dopoledních hodinách s diagnózou zlomenina krčku kosti stehenní. Byl umístěn na dvoulůžkový box, spolupacientka byla starší paní se stejnou diagnózou, již po operaci.

Pacient měl hotová RTG vyšetření. Byl seznámen s ošetřujícím lékařem a sestrou i ostatním personálem ve směně. Pacient velmi dobře spolupracuje. Dle ordinace lékaře byla odebrána krev na základní předoperační laboratorní vyšetření, včetně krevní skupiny a nakřížení dvou krevních transfuzí. Pacient obdržel "informovaný souhlas pacienta pro operaci zlomeniny horního konce kosti stehenní". Neměl však u sebe brýle, proto mu to lékař přečetl a pacienta tak současně informoval o dalším postupu. Pan J. K. rozuměl a podepsal souhlas s operací.

Pacient byl dále zacévkován, odebrána moč na kultivaci, natočeno EKG. Objednáno interní předoperační vyšetření a anesteziologické vyšetření. Z laboratoře telefonicky nahlášena vysoká hodnota glykémie 33 mmol/l. Dle ordinace lékaře podán FR 1000 ml i.v. na hodinu, Humulin R 20 jednotek do 20ml FR i.v. na hodinu a kontrola glykémie ve 13 hodin.

Další lékařské ordinace:

dieta: nic per os do operace, od zítra dieta č. 9 diabetická + druhá večeře,
režim: A (klid na lůžku), elevace PDK,
farmaka: Clexane 0,4 ml ve 20 hodin,
Tramal 300 mg do 20 ml FR kontinuálně injekční pumpou, posun 0,8 ml/hod,
Dipidolor 15 mg i.m. podle potřeby pacienta, maximálně 2x denně a Dolmina 1 amp. i.m. podle potřeby pacienta, 1x denně,
Cefazolin 1g i.v. podat hodinu před operací a dále dle ordinace operátora,
premedikace dle anesteziologického vyšetření, insulín dle glykémie,
Combigan a Azopt oční kapky - po jedné kapce do obou očí ráno a večer, Xalatan oční kapky - jedna kapka do obou očí v poledne,

Ve 13 hodin odebrána krev na vyšetření glykémie a ASTRUP, v 14.15 znovu glykémie + Na, K, Cl a M + S.

Hodnota glykémie v 14:15 hod je 14,9. V 15 hodin proběhlo vyšetření anesteziologem. Po 16 hodině pacient odjíždí na operační sál.

Datum a čas operace: 25. 11. 2008, 16:10 - 17:50 hodin

Operační diagnóza: S721 Fractura pertrochanterica femoris 1. dx. instab AO 31 - A.

Název operace: Repositio cruenta, OSA PFN Beznoska Titan, Redon 3x.

Indikace: jedná se o nestabilní pertrochanterickou zlomeninu vpravo - úraz včera, pád na pravou kyčel.

Krevní ztráty: cca 85 ml

Koagulace: nepoužita

Osvět: 3 min 15 s

Anestezie: klidná celková anestezie.

Doporučení: OS stabilní pro včasnou RHB bez zátěže PDK.

Ze sálu je pacient přijat v 18 hodin. Je při vědomí, oběhově stabilní, připojen na monitor, je nutné sledovat TK + P, EKG křivku, saturaci po 15 minutách 2 hodiny, poté dle ordinace lékaře po hodině. Kyslík nosními brýlemi 3 l / min, sleduje se

bilance tekutin, diuréza a množství krve ve třech Redonových drénech. Rána sterilně kryta, neprosakuje. Bolest tlumena dle ordinací lékaře. O chvíli později začal být pacient neklidný a zmatený. Stav se po hodině upravuje, pacient je již klidný, pospává. V 21 hodin je ordinováno kontrolní vyšetření glykémie, podán Cefazolin 1 gr i.v. V noci spal, na bolest si nestěžoval.

Druhý den hospitalizace, 1 pooperační den

U pacienta nadále sledujeme TK, P, saturaci, bilanci tekutin, výdej z Redonových drénů, operační ránu, tělesnou teplotu a laboratorní parametry. Kontinuálně podáván Tramal i. v. rychlostí 0,8 ml/hod. Ranní hygiena je provedena na lůžku, pacient je schopen umýt si pouze horní část těla, při otáčení si výrazně stěžuje na bolest. Podány proto analgetika i.m. dle ordinací a s otáčením se čtvrt hodiny vyčkalo. Pacient poučen o nutnosti změny polohy na lůžku jako prevenci vzniku proleženin. Obvaz operační rány prosáklý, močová cévka odvádí, pacient neudává s močením potíže. Flexila na LHK funkční, okolí klidné, provedena dezinfekce a převaz katétru z důvodu znečištění obvazu, stav zaznamenán do ošetřovatelské dokumentace. PDK elevována, bolesti snesitelné. Ranní glykémie 9,02 mmol/l. Inzulín 40 j. (po konzultaci s dia poradnou) podán subkutánně vlastním inzulínovým perem. Pacient snídá v posteli vsedě. Zubní protézu nepoužívá, není na to zvyklý ani doma, říká, že i tak sní téměř vše. Doma mu jídlo připravuje dcera, požádal o namazání a rozkrájení chleba na malá sousta. Po vizitě a převazu operační rány dostává léky dle ordinací. Z ranních laboratorních výsledků vyplývají nízké hodnoty krevního obrazu, lékař ordinuje podání dvou krevních transfuzí vykřížených předchozí den. Převod krevních transfuzí proběhl bez komplikací. Přes den pacient odpočívá, pospává, oběd snědl, odpoledne přicházejí na krátkou návštěvu dcera s vnučkou. Pacient je optimistický, bolesti jsou snesitelné i při pohybu na lůžku, ochotně spolupracuje.

Třetí den hospitalizace, 2 pooperační den

Pacient se cítí dobře, bojí se ale bolesti při ranní hygieně, žádá již dopředu o injekci na bolest. Je mu nabídnuta možnost posadit se s nohama z postele, čehož využívá. Ranní hygienu tak vykonává samostatněji, než předešlý den. V této poloze i snídá. Podán inzulin dle glykémie. Při dopolední vizitě shledává lékař jeho stav uspokojivý, je možné pacienta přeložit na standardní chirurgické oddělení.

Souhrn hospitalizace

27. 11. 2008

Pacient přijat pro frakturu krčku kosti stehenní. Při přijetí glykémie 33 mmol/l, ordinováno podávání insulínu i.v. kontinuálně. Stav se podařilo zkompenzovat, ještě týž den provedena OS. Další pobyt již bez větších komplikací. Dnes přišel výsledek moči, kde je močový infekt. Nasazena ATB dle citlivosti. V den překlady se pacient subjektivně cítí dobře, z obtíží udává silnou bolest operované končetiny, nemůže ji zvednout. Břicho nebolí, dech je dobrý. Objektivně je pacient bez poruchy vědomí, bez klidové dušnosti a cyanózy, afebrilní, spolupracuje. TK, P, saturace je opakovaně v normě, bilance tekutin také v normě. Pacient jí a pije s dobrou tolerancí, poslední stolice dne 25. 11. 2008.

Operační rána neprosakuje, Redon č. 1 odvedl 60 ml, Redon č. 2 odvedl 100 ml, Redon č. 3 odvedl 50 ml. Periferie obou DK je teplá, dobře prokrvená, ale hybnost distálních částí obou DK je pro diabetickou neuropatii minimální. Krevní obraz dnes vyhovuje, bez leukocytosy. V biochemickém vyšetření dnes nižší Na, P - proto ordinována i. v. substituce. Glykémie dnes ráno 8,4 mmol/l, ponechán na svém inzulinu.

Doporučení: Dieta č. 9 diabetická + druhá večeře ve 21 hodin, pravidelné kontroly glykémie, dnes ráno 8,4 mmol/l, podáno 40j combiinsulínu (konzultace s dia poradnou), dále dle glykémie. Vhodné ponechat na dvou dávkách jeho inzulinu (užíval 34 - 0 - 18).

Analgetika, RHB dle ošetřujícího lékaře.

Clexane 0,4 ml s.c. ve 20 hodin.

1. Furantoin 100 mg 10 - 18 - 02 pro močový infekt, ponechat 7 dní.

Chronická medikace: Tritace 1 - 0 - 0, combiinsulin dle glykemie R - V, Combigan 1 kapka do obou očí R - V, Azopt 1 kapka do obou očí R - V za půl hodiny, Xalatan 1 kapka do obou očí P.

Ranní medikace podána, infusi nechat zvolna dokapat.

ATB terapie během hospitalizace : Furantoin dnes 1 tbl 100 mg per os, Cefazolin jako profylaxe 2 gr i.v.

2.2.5. Farmakoterapie

V průběhu hospitalizace na JIP byly podávány tyto léky:

Azopt, Combigan, Xalatan

Aplikační forma: oční kapky

IS: k léčbě glaukomu (zeleného zákalu)

Indikace: na snížení zvýšeného nitroočního tlaku, který může vést k onemocnění glaukomem

NÚ: dočasně rozmazané vidění, pocit pálení nebo píchání v oku, pocit cizího tělíska v oku, zčervenání, podráždění, pálení, svědění očí nebo očních víček, změna barvy léčeného oka

Délka užívání: po celou dobu hospitalizace

Tramal 100 mg

Aplikační forma: injekční roztok

IS: analgetikum

Indikace: k léčbě středně silných až silných bolestí

NÚ: nauzea, závratě, bušení srdce, rychlá srdeční akce, pocit na omdlení až kolaps

Délka užívání: bolusově podán RZP, kontinuálně od příjmu až do konce hospitalizace

Dolmina inj

Aplikační forma: injekční roztok

IS: nesteroidní antirevmatikum, analgetikum

Indikace: bolesti zad, kloubů, žlučnickové a ledvinové kameny, zánětlivé a bolestivé stavy v gynekologii, prevence pooperačních bolestivých stavů.

NÚ: zažívací obtíže, bolesti břicha, nauzea, zvracení, krvácení ze zažívacího traktu, bolest hlavy, ospalost, únava aj.

Délka užívání: dle ordinace podle potřeby pacienta, 1x denně, obvykle před ranní hygienou pacienta

Dipidolor 15 mg

Aplikační forma: injekční roztok

IS: analgetikum, opioid

Indikace: používá se ke zmírnění silné bolesti

NÚ: únava a ospalost, nevolnost, zvracení, zácpa, svědění kůže, vyrážka

Délka užívání: dle ordinace podle potřeby pacienta, 2x denně

Cefazolin 1 gr

Aplikační forma: injekční roztok

IS: širokospektré antibiotikum z I. generace cefalosporínů

Indikace: infekce respiračního traktu, urogenitálního traktu, kůže a měkkých tkání, aj. a jako ochrana v perioperativním období (operace dělohy, žlučníku, srdce, kostí a kloubů)

NÚ: cefazolin může vyvolat reakce z přecitlivělosti, jako jsou léková horečka, exantém a erytém, kopřivka, anafylaktická reakce

Délka užívání: v 15 a 21 hodin v operační den

Furantoin 100 mg

Aplikační forma: enterosolventní tablety

IS: močové chemoterapeutikum

Indikace: k léčbě akutních a chronických infekcí dolních močových cest

NÚ: nejčastěji se týkají zažívacího traktu (průjem, zažívací obtíže, zvracení, nadýmání, nechutenství), bolesti hlavy

Délka užívání: od 3 dne hospitalizace po 8 hodinách, ponechat 7 dní

Clexane 0,4 ml

Aplikační forma: injekční roztok

IS: antitrombotikum, antikoagulans

Indikace: profylaxe trombembolické nemoci

NÚ: krvácení, trombocytopenie, lokální reakce

Délka užívání: po celou dobu hospitalizace

Dormicum 7,5 mg

Aplikační forma: potahované tablety

IS: hypnotikum

Indikace: poruchy spánku

NÚ: většinou dobře snášen, při dlouhodobém užívání riziko lékové závislosti.

Délka užívání: jednorázově jako premedikace celkové anestezie.

Actrapid 100 mj / ml

Aplikační forma: injekční roztok

IS: humánní inzulín k léčbě diabetu

Indikace: hyperglykémie

NÚ: hypoglykémie

Délka užívání: korekce hyperglykémie první den hospitalizace

Tritace 2, 5 mg

Aplikační forma: tablety

IS: antihypertenzivum

Indikace: používá se k léčbě vysokého krevního tlaku, preventivně se podává pacientům s ICHS a pacientům s DM, u kterých významně snižuje výskyt srdečního infarktu, cévní mozkové příhody a úmrtí ze srdečně cévních příčin.

NÚ: většinou jako důsledek náhlého poklesu TK (točení hlavy, závrať)

Délka užívání: pacientova chronická medikace

Lusopress

Aplikační forma: tablety

IS: antihypertenzivum, blokátor vápníkového kanálu.

Indikace: léčba vysokého krevního tlaku

NÚ: bolesti hlavy, pocit horka, otoky kolem kotníků, zčervenání obličeje

Délka užívání: pacientova chronická medikace

Infuzní terapie

fyziologický roztok

Aplikační forma: infuzní roztok

Indikace: léčba izotonické extracelulární dehydratace, léčba deplece sodíku, jako vehikulum nebo rozpouštědlo kompatibilních léčiv pro parenterální podání

NÚ: mohou být spojeny s technikou podání nebo souvisejí s přebytkem Na

Délka užívání: po dobu hospitalizace.

3. Ošetrovatelská část

3.1. Ošetrovatelský proces

Posláním sester ve společnosti je pomáhat jednotlivcům, rodinám a skupinám uspokojovat aktuální potřeby a dosahovat jejich maximální tělesné, psychické a sociální možnosti v souladu s prostředím, ve kterém žijí a pracují. (14)

Ošetrovatelství je vědou a uměním zároveň. Sestra musí mít specifické znalosti a dovednosti charakteristické pro toto povolání. Pracuje samostatně a za poskytovanou péči je odpovědná. (14)

Profesionální ošetrovatelská péče vyžaduje systematický přístup, speciální vědomosti, dovednosti a postoje založené na vědeckém základě.

Pacienta nelze pokládat za pasivní bytost a stejná lékařská diagnóza u dvou pacientů není vůbec stejná z hlediska ošetrovatelské péče. V potaz zde musíme brát člověka, který přichází z různého prostředí, kultury, má odlišné názory na život, zdraví a nemoc a patří k němu jeho rodina, partner, sociální skupina nebo komunita.

Vývoj společnosti, nové poznatky a požadavky na kvalitu poskytované péče sebou přinášejí nutnost vytvoření nové koncepce ošetrovatelství.

Teorie a modely v ošetrovatelství vznikaly postupně a byly poplatné době a systémům zdravotnické péče.

Ošetrovatelství jako činnost zaměřená na pomoc nemocným tu bylo od nepaměti. Ve druhé polovině minulého století ve zdravotnictví nastal tzv. kult technologie, který má svoje filozofické pozadí v materialismu. Lékařská péče se soustředila na nemoc a ošetrovatelství především na techniku výkonů.

Od 80 let minulého století, zřejmě jako reakce na přetechnizování, se v zahraničí objevuje snaha zlidštit ošetrovatelství tj. respektovat pacienta jako holistickou bytost.

Termín *ošetřovatelský proces* byl zaveden v 50. letech a byl všeobecně přijat jako základ ošetřovatelské péče. Nyní je součástí koncepce všech učebních osnov i právní definice ošetřování ve většině států. Ošetřovatelský proces je účinnou metodou usnadňující klinické rozhodování a řešení problematických situací. Ošetřovatelský proces vyžaduje naučit se systematicky shromažďovat údaje o pacientovi a jeho problémech, rozpoznat problém, plánovat, realizovat a hodnotit (posouzení účinnosti plánu a změna plánu, pokud to vyžadují aktuální potřeby). Všechny tyto dovednosti, třebaže jsou jmenovány samostatně jako různé činnosti, spolu úzce souvisí a vytváří neustálý koloběh myšlení a jednání. (12)

Používání ošetřovatelských diagnóz sestřám umožňuje dorozumět se stejným jazykem při rozpoznávání obtíží nemocných, pomáhá ve výběru ošetřovatelských postupů a poskytuje návod pro hodnocení. Ošetřovatelské diagnózy jsou určující pro výběr ošetřovatelských intervencí, zaměřených k dosažení cílů a výsledků, za něž je sestra zodpovědná.

3.2. Koncepční model ošetřovatelství

Pro mou práci jsem zvolila koncepční model podle **Marjory Gordon**. Jedná se o tzv. model funkčních vzorců zdraví. Zdravotní stav pacienta může být funkční nebo dysfunkční v každé z celkem 12 oblastí modelu.

Marjory Gordon je profesorka ošetřovatelství z Boston College v Massachusetts, USA. Se svým týmem realizovala výzkum, jehož výsledek - model péče, je jedním z nejkompexnějších postupů péče o pacienta.

Jedná se o zhodnocení pacienta v těchto oblastech:

1. vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

2. výživa a metabolismus
3. vylučování
4. aktivita, cvičení
5. spánek, odpočinek
6. vnímání, poznávání
7. sebepojetí, sebeúcta
8. plnění rolí, mezilidské vztahy
9. sexualita, reprodukční schopnost
10. stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance
11. víra, přesvědčení, životní hodnoty
12. jiné ⁽¹⁶⁾

3.3. Ošetřovatelská anamnéza

Přijetí k hospitalizaci pana J. K proběhlo 25. 11. 2008 v dopoledních hodinách. Pan J. K. byl v nemocnici naposledy hospitalizován před dvěma lety na interním oddělení pro dyspepsii a dekompenzovaný diabetes mellitus. Vstupní ošetřovatelské informace jsem získala do dvou hodin po přijetí pacienta.

Po uložení na lůžko jsem se panu J. K. představila jako jeho sestra, na tomto oddělení se praktikuje systém individuální péče. Lékař pacientovi vysvětlil následující postup a nutnost operačního řešení jeho stavu. Pacient byl připojen na monitor, odebrána krev na laboratorní vyšetření, zacévkován, odebrána moč na kultivační vyšetření, dle ordinací podány léky. Poté byl čas na vysvětlení chodu oddělení a ošetřovatelskou anamnézu. Požádala jsem pana J. K. zda souhlasí, abych s ním provedla rozhovor o jeho nemoci a problémech. Nejprve jsem s nemocným vyplnila záznam ošetřovatelské anamnézy (viz příloha) a poté se ptala na všechny další a doplňující informace. Pacient spolupracoval a ochotně odpovídal na dotazy.

Vnímání zdraví

Pan J. K. se připojuje ke všeobecně rozšířenému názoru, že být zdravý je na prvním místě v žebříčku hodnot. Celý život těžce pracoval, jako dítě zažil válku a strádání. Říká, že když byl mladý ani o tom nepřemýšlel, měli tehdy jiné starosti. A se stářím se prý s nemocemi počítat musí. Je po operaci očí pro zelený zákal, má cukrovku a při chůzi používá hůl. Včera na dvorku upadl, byl čerstvý sníh a uklouzl, když šel pro uhlí. Snaží se být ještě užitečný, a že si něco zlomil ho překvapilo. Myslel si, že si jenom narazil bok, ale když se na nohu nepostavil ani druhý den a tolik to bolelo, dcera usoudila, že bude lepší se nechat vyšetřit.

Říká, že si lékařů váží a zdravotníkům důvěřuje. Doufá, že po operaci začne brzy rehabilitovat a chodit, aby se mohl co nejdříve vrátit domů.

Výživa a metabolismus

Pacient kvůli onemocnění cukrovkou ví, že musí jíst pravidelně a přiměřeně, s omezením cukru. Nedělá mu to velké problémy, nikdy prý nebyl na sladké a nemoc má asi po mamince, která tím také trpěla. Na inzulinu je asi dva roky. V jídlu vybíravý není, sní vše, co mu dcera připraví. Je jí za to velmi vděčný, vařit se nikdy nenaučil. Prý ani inzulín si nepíchá sám a ostatní léky a oční kapky mu dcera také

aplikuje. Zubní protézu má, ale nepoužívá ji, sní téměř všechno i bez ní. Denně vypije asi 1,5 l vody nebo čaje a odpoledne a večer malou kávu.

V nemocnici první den z důvodu plánovaného operačního výkonu nesmí nic per os. Dále má ordinovanou dietu diabetickou a tzv. druhou večeři.

Vylučování

Doma se pacient vyprazdňuje pravidelně ráno a bez větších obtíží. Poslední stolice byla dnes ráno. Má trochu obavy, zdali a jak bude schopen se vyprázdnit na lůžku. Močení je bez obtíží. V nemocnici mu byl před operací zaveden permanentní močový katétr. Potíže neuvádí, jen se ujišťuje, že to skutečně odvádí moč samo do sběrného sáčku. U pacienta se sleduje bilance tekutin. Denní diuréza je v den příjmu 2200 ml z důvodu hyperglykémie, další dny již v normě, bilance tekutin vyrovnaná. Moč je čirá a bez příměsí.

Aktivita a cvičení

Pan J. K. se doma pohybuje samostatně, když se někdy cítí nejistý vezme si hůl. Nejčastěji tráví čas doma, v létě také na dvorku nebo vykonává lehčí práci na zahradě. O svou domácnost se kromě jídla stará sám. Rád poslouchá rozhlas, někdy sleduje televizi, skoro nečte z důvodu onemocnění očí.

V nemocnici pacient z důvodu operačního výkonu potřebuje pomoc sestry s hygienou, oblékáním i jídlem.

Spánek a odpočinek

Pacient uvádí, že doma spí dobře, ale ne dlouho. Byl zvyklý celý život vstávat brzy a i teď v důchodu vstává kolem sedmé hodiny. Je zvyklý si odpočinout po obědě a často se mu stane, že usne. Léky na spaní nikdy neužíval.

V nemocnici má pacient se spánkem potíže, bolí ho operovaná končetina a ruší ho

nemocniční provoz. Odpočívá a hodně pospává přes den.

Vnímání a poznávání

Pan J. K. je orientovaný v místě, času i prostoru. Rozumí nutnosti operačního zákroku a je rád, že díky tomu začne také brzy rehabilitovat. Nechtěl by zůstat upoutaný na lůžko. Po operaci pociťuje silnou bolest v operované končetině, zejména při změně polohy.

Pacient používá brýle na dálku i na blízko. Jiné kompenzační pomůcky nepoužívá. Sluch má dobrý. Na paměť si nestěžuje.

Sebepojetí a sebeúcta

Pan J. K. říká, že byl v mládí velmi aktivní. Hodně pracoval a sám umí ocenit dobře odvedenou práci. Doufá, že se operace zdaří a sám se bude velmi snažit, aby mohl zase brzy chodit. Dle mého názoru jeho biologický věk odpovídá kalendářnímu.

Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacient žije celý svůj život ve vesnici, kde se narodil. Svou ženu měl velmi rád a bylo to pro něho velmi těžké, když zemřela. Jeho dvě děti mají své rodiny, je čtyřnásobným dědečkem a také pradědečkem. Zejména své dceři je vděčný za péči, kterou mu poskytuje. Neumí si představit, že by žil v nějakém sociálním zařízení a doufá, že jeho hospitalizace bude trvat jen nejnnutnější dobu. Ve vsi má své dlouholeté přátele, často se navštěvují.

Sexualita, reprodukční schopnost

Neptala jsem se, nepřišlo mi to vzhledem k věku vhodné.

Stres, zátěžové situace a jejich zvládnání

Pacient říká, že toto prý nikdy příliš neřešil. Jeho generace neměla život lehký, ale nezávidí to ani dnešní mladé generaci. Rodina byla a je jeho velkou oporou, spíš než o sebe se obává právě o své blízké.

Je však vidět, že z nastalé situace a z operačního výkonu má obavy. To je ovšem zcela přirozené a pochopitelné a je dobře, že má chuť se co nejdříve "postavit na nohy".

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pacient je věřící, do kostela chodí nepravidelně. K víře ho vychovali rodiče. Cení si zdraví a života. Smrt bere jako součást života a doufá, že zemře doma a v klidu, protože ústavy nemá rád.

Jiné

Pan J. K. je příjemný pán, je vidět, že musel od mládí hodně pracovat. Přesto není nijak zaujatý, často mi odpovídal otázkou a zajímal se i o ostatní pacienty.

3.4. Ošetřovatelské diagnózy

Podle dostupných informací získaných rozhovorem s panem J. K., vlastním pozorováním a dle záznamů z lékařské dokumentace jsem stanovila akutní a potenciální ošetřovatelské diagnózy.

Ošetrovateľské diagnózy u pacienta se zlomeninou krčku kosti stehenní stanovené pro první den hospitalizace, 0 operační den.

- 1/ Akutní bolest z důvodu zlomeniny krčku kosti stehenní a operačního výkonu.
- 2/ Strach z operačního výkonu.
- 3/ Změna v příjmu a vylučování tekutin z důvodu hyperglykémie, žízeň, únava.
- 4/ Porucha kožní integrity a riziko infekce z důvodu operační rány, zavedení PŽK, PMK, opakovaných odběrů na glykémii.
- 5/ Porucha soběstačnosti.
- 6/ Riziko vzniku dekubitů z důvodu imobilizace.
- 7/ Riziko pádu z důvodu přechodné pooperační psychické alterace, změny prostředí.
- 8/ Riziko zácpy důvodu imobilizace, analgosedace a psychického stresu.
- 9/ Potencionální porucha spánku z důvodu bolesti, nemocničního prostředí a vynucené polohy na lůžku.

Ošetrovateľská diagnóza č. 1

Akutní bolest z důvodu zlomeniny krčku kosti stehenní a operačního výkonu

Cíl:

- bolest zmírnit až odstranit,
- navodit pacientovu psychickou a tělesnou pohodu,
- v případě vzniku bolesti zvolit správnou strategii proti bolesti.

Plán:

- akceptuj a uzněj bolest tak, jak ji vnímá a popisuje pacient,
- sleduj a dokumentuj charakter, intenzitu a lokaci bolesti,
- vysvětli pacientovi příčinu bolesti, pokud ji nezná,
- zhodnot' intenzitu bolesti dle stupnice,
- podávej analgetika dle ordinace lékaře,

- zhodnot' a sleduj účinek podávaných léků,
- informuj a pomoz pacientovi v hledání úlevové polohy.

Realizace:

Pacient dostal analgetikum již v přednemocniční péči, po přijetí na JIP bylo lékařem ordinováno kontinuální podávání analgetika intravenózně. Při vyplňování vstupní ošetřovatelské anamnézy, na stupnici od 0 do 10 udává pacient bolest na čísle 8. Bolest je sledována po celou dobu pobytu na JIP a pacient uvádí postupné zmírňování bolesti. Ví o možnosti říci si o analgetikum navíc, dle ordinace lékaře, což využívá nejčastěji před ranní hygienickou péčí. Obvykle je aplikována Dolmina, 1 amp. i.m.

Hodnocení:

Panu J. K. je zřejmé, že takový úraz bolí a ví, že po operaci to bolí vždy a velmi oceňoval, že si může sám určovat, kdy chce lék na bolest navíc. Jako nejméně snesitelnou označoval bolest ráno.

Ošetřovatelská diagnóza č. 2

Strach z operačního výkonu

Cíl:

- navodit pocit bezpečí a jistoty,
- zmírnit až odstranit obavy, strach, úzkost,
- odstranit somatické projevy strachu (tachykardie, pocení apod.).

Plán:

- poskytni pacientovi dostatek informací,
- dej mu prostor k vyjádření obav a k položení otázek,
- sleduj také neverbální projevy nemocného,

- ověř si, že nemocný všemu porozuměl.

Realizace:

Informaci o nutnosti operačního zákroku panu J. K. sdělil a souhlas s operací nechal podepsat lékař. Pacient uváděl, že je po rozhovoru s lékařem mnohem klidnější a jako hlavní pozitivum vyzdvihoval, že začne brzy rehabilitovat a snad také opět chodit.

Hodnocení:

Dle mého názoru se u pana J. K. úspěšně podařilo zvládnout přirozený strach z operace a ostatních výkonů spojených s hospitalizací.

Ošetrovatelská diagnóza č. 3

Změny v příjmu a vylučování tekutin z důvodu hyperglykémie, žízeň, únava

Cíl:

- snížit glykémii,
- vyrovnat bilanci tekutin,
- pacient se nebude cítit unavený.

Plán:

- podávej inzulin a prováděj kontrolu glykémie dle ordinace lékaře,
- sleduj pacientovu diurézu,
- zajisti tekutiny per os ovšem s ohledem k plánovanému operačnímu zákroku,
- zajisti mu klid a odpočinek.

Realizace:

Dle ordinace byl podáván inzulin kontinuálně i.v. a sledována diuréza, pacientovi byl postup zdůvodněn.

Hodnocení:

Pacientovi se podařilo snížit hladinu glykémie tak, že anesteziolog svolil k operaci. Diuréza se upravila. Hladina glykémie byla nadále sledována.

Ošetrovatelská diagnóza č. 4

Porucha kožní integrity a riziko infekce z důvodu operační rány, zavedení PŽK, PMK, opakovaných odběru krve na glykémii

Cíl:

- operační rána bude klidná, bez zánětlivých projevů,
- Redonovy drény budou funkční,
- místo zavedení PŽK bude klidné, bez zánětlivých projevů a katétr bude volně průchodný,
- PMK bude odvádět, moč bude čirá,
- odběry budou prováděny šetrně,
- pacient nebude jevit známky infekce.

Plán:

- pravidelně sleduj operační ránu a Redonovy drény, zda jsou funkční a charakter a množství toho co odvádějí,
- dodržuj zásady asepsy při ošetřování a manipulaci s drény,
- pravidelně sleduj stav nitrožilního katétru a místo vpichu,
- důsledně dodržuj zásady asepsy při péči o vstupy a operační ránu, kontroluj správnou funkci vstupů a známky místní a celkové infekce,
- sleduj denní diurézu a příměsy v moči,
- prováděj správnou hygienickou péči o genitál,
- časté odběry krve na glykémii prováděj asepticky a šetrně, pacientovi je zdůvodni.

Realizace:

Operační rána a drény se kontrolovaly několikrát denně. Obvaz mírně prosakoval, převaz byl proveden 1 operační den operátorem, výměna Redonových drénů probíhala 1x denně.

Intravenózní kanylu jsem kontrolovala pravidelně při podávání infuzí a ostatních léků dle ordinace lékaře. Převaz jsme provedla asepticky a zkontrolovala místo vpichu a funkčnost kanyly. Pacient byl několikrát dotázán, zda nemá potíže v místě vpichu.

Při každém odběru krve na glykémii jsem provedla řádnou dezinfekci prstu, střídala jsem je a odběr provedla co nejšetrněji s vysvětlením důvodu.

Hodnocení:

U pacienta se nevyskytly žádné známky infekce, periferní kanyla byla zrušena před překladem na standardní oddělení, po stabilizování hladiny glykémie se odběry prováděly již standardně 3x denně. Z laboratoře přišel pozitivní výsledek kultivace moči, lékař ordinoval antibiotika per os dle citlivosti.

Ošetřovatelská diagnóza č. 5

Porucha soběstačnosti

Cíl:

- provádět hygienu samostatně, případně s dopomocí,
- dokázat se sám najíst,
- sám se dokázat obléknout
- umět použít pomůcky k vyprazdňování, později dokázat si dojít na toaletu,
- zvládat aktivní polohy na lůžku,
- umět si říci o pomoc v případě potřeby,
- mít pocit pohodlí a spokojenosti ze samostatně prováděné činnosti.

Plán:

- zhodnot' soběstačnost pacienta,
- motivuj a povzbuzuj pacienta k samostatnosti,
- zajisti mu potřebné pomůcky,
- respektuj jeho soukromí,
- zajisti bezpečné provádění činností,
- poskytni radu, pomoc,
- povzbuzuj a za zlepšení nemocného pochval,
- projevuj dostatek trpělivosti a času.

Realizace:

Hygienická péče probíhala ráno a večer, v časném pooperačním období vždy s dopomocí sestry. Velkým omezením v samostatnosti byla pro pacienta bolest.

Najíst se dokázal pan J. K sám, vyžadoval pouze pomoc se zvolením vhodné polohy a přípravou jídla. Vylučování moči bez obtíží přes PMK, na stoličce po dobu hospitalizace na JIP nebyl. Při změně polohy byl zpočátku zcela odkázán na pomoc sestry, postupně se dokázal pohybovat na lůžku sám.

Hodnocení:

Pan J. K. po operaci vyžadoval dopomoc při všech základních činnostech, jeho stav se ale postupně zlepšoval, byl samostatnější a po překladech na standardní oddělení, 3 pooperační den začal s nácvikem chůze o berlích.

Ošetřovatelská diagnóza č. 6

Riziko vzniku dekubitů z důvodu imobilizace

Cíl:

- zabránit vzniku dekubitů střídáním polohy a užitím vhodných pomůcek,
- zajistit čisté a upravené lůžko,
- navodit pocit pohodlí a spokojenosti.

Plán:

- udržuj lůžko pacienta v čistotě a suchu,
- vysvětli pacientovi nutnost střídání polohy,
- využij možnosti použití antidekubitárních pomůcek.

Realizace:

Pacient ležel nejčastěji na zádech s elevovanou PDK. Změna polohy pro něho byla bolestivá, ale s dopomocí a podložením bolestivé končetiny střídal polohy na bocích.

Denně kontrola kůže se zapsáním stavu do ošetrovatelské dokumentace,
Pravidelné výměny osobního a ložního prádla.

Hodnocení:

U pacienta nevznikly dekubity.

Ošetrovatelská diagnóza č. 7

Riziko pádu z důvodu přechodné psychické alterace, změny prostředí.

Cíl:

- pacient se nezraní,
- pacient se dovolá pomoci,
- pacient bezpečně dosáhne na noční stolek.

Plán:

- zajistit bezpečně lůžko,
- zajistit signalizaci k lůžku,
- zajistit potřebné věci na dosah pacienta.

Realizace:

Panu J. K. jsem vysvětlila obsluhu signalizace, hrnek s čajem měl postavený tak, aby na něho dobře dosáhl. V době, kdy byl po operaci přechodně psychicky alterovaný se lůžko zajistilo, aby se zabránilo pádu.

Hodnocení:

Nedošlo ke zranění pacienta.

Ošetrovatelská diagnóza č. 8**Riziko zácpy z důvodu imobilizace, analgosedace a psychického stresu.****Cíl:**

- navodit normální vyprazdňování,
- pacient se vyprázdní nejpozději 4 operační den.

Plán:

- podávej vhodnou stravu,
- zajisti klid a soukromí při defekaci na lůžku,
- pokud je to možné, umožni pacientovi co nejdříve přesun na toaletu,
- sleduj a zaznamenávej četnost vyprazdňování stolice a upozorni lékaře v případě potřeby.

Realizace:

Pacient byl na stolicí naposledy doma, ráno v den přijetí. Po dobu třídní hospitalizace na JIP na stolicí nebyl.

Hodnocení:

Při překladu pacienta na standardní oddělení byl ošetřující personál upozorněn, že pacient nebyl tři dny na stolicí.

Ošetrovatelská diagnóza č. 9

Porucha spánku z důvodu bolesti a změny prostředí (nemocničního prostředí a vynucená poloha na lůžku)

Cíl:

- pacient bude v noci spát alespoň 5 hodin nepřerušovaně,
- jsou odstraněny nebo zmírněny rušivé faktory,
- je mu umožněno zvolit vhodnou polohu.

Plán:

- sleduj pacientův spánek a odstraň rušivé faktory,
- zajisti, aby byl dodržován noční klid na oddělení,
- podávej analgetika a hypnotika dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinnost.

Realizace:

Pacientovi jsem před spaním nabídla úpravu lůžka a zajištění vhodné polohy. Druhou noc si vzal tabletu na spaní.

Hodnocení:

Pacient si několikrát postěžoval, že se mu špatně spí. Bohužel i při minimalizování rušivých faktorů se nepodařilo zajistit v noci panu J. K. kvalitní odpočinek. Často spal přes den.

3.5. Psychologická problematika nemocného

Nemocí nebo úrazem není postižena pouze tělesná stránka, ale současně se tyto stavy promítají do psychiky člověka. Každé onemocnění i úraz ovlivňuje více či

méně nepříznivě život člověka, jeho chování, reakce i emoční projevy, u zvláště závažných či chronických onemocnění také rysy osobnosti.

Znalostí z psychologie využíváme v posuzování osobnosti klienta, jeho povahových vlastností, temperamentu, schopností a v odhadu, jak bude zvládat náročnou situaci spojenou s nemocí. S těmito znalostmi můžeme zvolit vhodný přístup k nemocnému a snažit se ho motivovat ke spolupráci.

Přijetí do nemocnice je pro nemocného vždy náročnou životní situací. Přináší mnoho nových a neznámých situací, často spojených s bolestí, nejistotou, úzkostí a strachem. Fyziologické podklady strachu a úzkosti jsou podobné, ale při úzkosti nemá člověk přesnou představu o tom, čeho se konkrétně bojí, ale přesto se cítí ohrožen. Strach je silná emocionální reakce na určité, známé skutečnosti, na konkrétní objekty, které jedinec vnímá jako nebezpečné. (2)

Důležitým příznakem mnohých onemocnění nebo poranění je bolest. Smyslem bolesti je signalizovat hrozící nebo již vzniklé poškození tkáně nebo orgánu. Je to obranná reakce organismu. Prožívání bolesti a hodnocení bolesti je vždy subjektivní, nelze ji objektivně potvrdit ani vyloučit. Důležitou zásadou při ošetřování nemocných je, že jejich bolest nezpochybňujeme. Vnímání bolesti je velmi individuální, je dáno typem osobnosti, ovlivněno kulturním prostředím, učením, předchozími zkušenostmi apod. Obecně se extroverti o svých potížích dovedou vyjadřovat a více na ně upozorňovat, než introverti, což ovšem neznamená, že bolesti nemají.

Je velmi důležité, aby ošetřující personál informoval nemocného srozumitelným způsobem o zákroku, který ho čeká, o průběhu výkonu nebo operace, o způsobu, jakým se bude provádět, kdy a jak dlouho to bude trvat, v jaké poloze a o všech dalších skutečnostech, které se k tomu vztahují. Informovanost nemocnému pomáhá snížit úzkost z neznámé situace a tím i snížit bolest. Pacient by měl být rovněž informován, jaké potíže mohou nastat po zákroku nebo operaci, není pak nastalou

situací tolik zaskočen a může přiměřeně reagovat a spolupracovat. Měl by být ujištěn, že může sestru kdykoliv zavolat a že na požádání může dostat lék proti bolesti.

Psychický stav pacienta J. K. v průběhu hospitalizace

Pacientův úraz vznikl náhle po pádu. Pan J. K. si z počátku ani neuvědomoval závažnost situace. Domníval se, že jde o bolestivé pohmoždění pravého boku a pouze si to mazal mastí. V noci ho to však bolelo, a když se na nohu nemohl postavit, rozhodla jeho dcera o nutnosti vyšetření a zavolala sanitu.

Pacient se diagnózu a to, že je nutné operační řešení situace dozvěděl po příjmu na JIP. Ošetřující lékař mu vše náležitě vysvětlil a pacient to dle mého názoru přijal velmi dobře. Žádné nepřiměřené projevy strachu jsem u pacienta nezaznamenala. Uvedl, že lékařům a zdravotnickému personálu důvěřuje, potěšila ho zejména skutečnost, že po operačním zákroku začne brzy rehabilitovat.

V pooperačním průběhu se asi hodinu po příjezdu ze sálu u pacienta projevila zmatenost, agresivita a neklid. Ošetřující lékař byl o stavu informován, stav spontánně odezněl po necelé hodině a pacient usnul. Na tuto epizodu si druhý den ráno vůbec nevzpomněl. Hospitalizace pak již probíhala bez komplikací, prioritou bylo tlumení pooperační bolesti, což se dle pacientova hodnocení dařilo. Mohl si sám určit, kdy požádat o injekci na bolest navíc ke kontinuálnímu podávání analgetika i.v. Psychický stav pacienta byl při překladu na standardní chirurgické oddělení stabilizovaný.

3.6. Edukace

Sestra nemocného edukuje v průběhu celé hospitalizace při ošetřování. Je to prostor pro ni a nemocného, jak získat důvěru i potřebné informace. Sestra svým přístupem vyjadřuje zájem, starostlivost i respekt k osobnosti pacienta, seznamuje se s jeho

rodinou. Při edukaci je zároveň nutná spolupráce celého zdravotnického týmu. Pacienta před operačním zákrokem edukoval lékař, pacient podepsal informovaný souhlas pro operaci zlomeniny horního konce kosti stehenní. Pan J. K. se po operaci aktivně zajímal o průběh na operačním sále a jestli to dobře dopadlo. Byl ujištěn operátorem, že se operace zdařila a dle stavu může začít s brzkou rehabilitací. Pana J. K. jsem před každým jednotlivým prováděným výkonem informovala o důvodu a snažila se mu poskytnout dostatek informací v rámci svých kompetencí. Pokud se jedná o jeho chronické zdravotní potíže, pacient zná výživová doporučení při onemocnění diabetem a hypertenzí. Léky na vysoký krevní tlak bere pravidelně dle ordinací praktického lékaře. Pravidelně v doprovodu dcery navštěvuje diabetologickou poradnu a umí si aplikovat inzulin. Raději se však spoléhá na pomoc své dcery. Rovněž oční kapky, které má po operaci zákalu se mu samotnému aplikují špatně, a vyžaduje to pomoc další osoby. V nemocnici začal pacient 4 operační den intenzivní rehabilitaci s nácvikem chůze o berlích. Vzhledem k dobrému rodinnému zázemí byl 12 den propuštěn do domácího ošetřování. Rodina i pacient byli poučeni o dalším postupu léčby, rehabilitace a kontrolních vyšetřeních v nemocnici.

3.7. Prognóza

Z medicínského hlediska je prognóza tohoto pacienta dobrá. Operační zákrok proběhl bez komplikací, druh zvolené osteosyntézy je vhodný pro zahájení časně rehabilitace. I pooperační průběh probíhal standardně. Empatický přístup zdravotnického personálu, dostatek informací o průběhu léčby a hospitalizace pomohly nemocnému snížit obavy, které se u tohoto typu zranění přirozeně objevují. Pacient byl seznámen s vhodnými protetickými a kompenzačními pomůckami. Celkový uspokojivý stav nemocného, jeho motivace, být co nejdříve soběstačným, včasná vertikalizace a dobře zvolený operační postup jsou zárukou dobré prognózy u 78letého pacienta se zlomeninou krčku kosti stehenní. Pacient má dobré

předpoklady vrátit se ke svému dřívějšímu životnímu stylu.

4. Závěr

Součástí komplexní péče o pacienty nejen se zlomeninou krčku kosti stehenní je ošetrovatelská péče, která zahrnuje kromě somatické stránky i oblast psychosociální a edukační. Role sestry je v této oblasti nezastupitelná.

V klinické části jsem charakterizovala patofyziologický a klinický obraz poranění dolní končetiny, přehled operačních řešení a možných komplikací. V ošetrovatelské části jsem využila metodu ošetrovatelského procesu s použitím modelu Marjory Gordon. Pomocí informací získaných hlavně od pacienta, jeho rodiny a ze zdravotnické dokumentace jsem stanovila ošetrovatelské diagnózy. Z nich pro pacienta jistě nejzásadnější byla bolest, která je přes veškerou snahu součástí tohoto typu poranění dolní končetiny. I v dlouhodobém ošetrovatelském plánu je bolest hodnocena jako aktuální diagnóza.

Je zřejmé, že počet pacientů se zlomeninou krčku kosti stehenní bude přibývat. Souvisí to s demograficky se zvyšujícím věkem celé populace. Možnosti primární prevence jsou omezené. Jde o celospolečenský problém pohledu na stáří, o komplexní péči o seniory se zaměřením na jejich zdravotní stav, fyzickou i duševní kondici.

Seznam použité literatury

1. Adams, B., Harold, C. E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Praha: Grada, 1999.
2. Čechová, V., Mellanová, A., Kučerová, H. *Psychologie a pedagogika II*. Praha: Informatorium, 2004.
3. Dylevský, Ivan. *Somatologie*. Olomouc: nakladatelství EPAVA, 2000.
4. Havlová, V. Edukace pacienta s diabetem. *Sestra*, 2002,12, s. 25-26.
5. Hoza, P., Hála, T., Pilný, J. Zlomeniny proximálního femuru a jejich řešení. *Medicína pro praxi*, 2008, 5(10):393-397
6. <http://www.anamneza.cz/moduly/clanek.php3?id=841>
7. http://biomech.ftsv.cuni.cz/pbpk/kompendium/anatomie/dk_stehno_...
8. http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_6872.html
9. <http://www.farmaceutika.info/>
10. <http://www.lekarna.cz/>
11. <http://www.jcn.co.uk/>
12. Jarošová, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV nakladatelství, Praha, 2000

13. Kapounová, G. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007.
14. Mastiliaková, D. *Úvod do ošetřovatelství I*. Praha: Karolinum, 2003.
15. Mc Rae, R., Esser, M. *Practical Fracture Treatment*. London: Churchill Livingstone, 2002.
16. Pavlíková, S. *Modely ošetřovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006.
17. Richards, A., Edwards, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2003
18. Tidemark, J. Quality of life and femoral neck fractures. *Acta Orthop Scand Suppl* 2003,

Seznam použitých zkratek

AA	alergická anamnéza
amp.	ampule
APTT	aktivovaný protrombinový čas
AST	aspartát-aminotransferáza
ATB	antibiotika
°C	Celsiův stupeň
Ca	kalcium
CRP	C-reaktivní protein
CT	computer tomography, počítačová tomografie
EKG	elektrokardiograf
FA	farmakologická anamnéza
g	gram
g / l	gram na litr
ICHS	ischemická choroba srdeční
i.m.	intramuskulárně
IS	indikační skupina
INR	protrombinový čas
i.v.	intravenózně
JIP	jednotka intenzivní péče
K	kalium
KO	krevní obraz
KS	krevní skupina
LHK	levá horní končetina
Mg	magnesium
mg	miligram
mmol/l	milimol na litr
NO	nynější onemocnění
NÚ	nežádoucí účinky
OA	osobní anamnéza
PAD	perorální antidiabetika
PMK	permanentní močový katétr
RHB	rehabilitace
RTG S+P	rentgen srdce a plic
RZP	rychlá záchranná pomoc
SPA	sociálně pracovní anamnéza
SpO2	saturace krve kyslíkem
tbl	tableta
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota

Příloha

Ošetrovatelská dokumentace