



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetřovatelství

**Ošetřovatelská péče o nemocného po
totální endoprotéze kyčelního kloubu**

*Nursing care of the patient with total hip
replacement*

případová studie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha, únor 2009

Jana Šustrová

Autor práce: **Jana Šustrová**

Bakalářský studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Bakalářský studijní obor: **Zdravotní vědy**

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

Pracoviště vedoucího práce: **ÚVN Praha**

Odborný konzultant: **MUDr. Jakub Ježek**

Pracoviště odborného konzultanta: **FN Královské Vinohrady v Praze**
Ortopedicko-traumatologická klinika

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 21. února 2009

Jana Šustrová

OBSAH

1. ÚVOD.....	- 5 -
2. KLINICKÁ ČÁST	- 7 -
2.1 ZÁKLADY ANATOMIE.....	- 7 -
2.1.1 <i>Obecná stavba kloubu</i>	<i>- 7 -</i>
2.1.2 <i>Kloub kyčelní.....</i>	<i>- 8 -</i>
2.1.3 <i>Pohyby kyčelního kloubu.....</i>	<i>- 9 -</i>
2.2 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ.....	- 9 -
2.2.1 <i>Osteoartróza.....</i>	<i>- 9 -</i>
2.2.1.1 <i>Dělení osteoartrózy dle příčiny vzniku:.....</i>	<i>- 10 -</i>
2.2.1.2 <i>Rentgenový obraz osteoartrózy</i>	<i>- 11 -</i>
2.2.2 <i>Koxartróza.....</i>	<i>- 11 -</i>
2.2.2.1 <i>Patogeneze koxartrózy.....</i>	<i>- 11 -</i>
2.2.2.2 <i>Klinický obraz koxartrózy.....</i>	<i>- 12 -</i>
2.2.2.3 <i>Diagnostika koxartrózy</i>	<i>- 13 -</i>
2.2.2.4 <i>Rentgenový obraz koxartrózy.....</i>	<i>- 14 -</i>
2.2.2.5 <i>Léčba koxartrózy.....</i>	<i>- 14 -</i>
2.3 ALOPLASTIKA KYČELNÍHO KLOUBU.....	- 16 -
2.3.1 <i>Indikace totální náhrady kyčelního kloubu.....</i>	<i>- 16 -</i>
2.3.2 <i>Kontraindikace totální náhrady kyčelního kloubu.....</i>	<i>- 16 -</i>
2.3.3 <i>Typy totálních endoprotéz kyčelního kloubu.....</i>	<i>- 16 -</i>
2.3.4 <i>Komplikace totální náhrady kyčelního kloubu</i>	<i>- 18 -</i>
2.3.5 <i>Rehabilitace.....</i>	<i>- 19 -</i>
2.3.6 <i>Prognóza.....</i>	<i>- 20 -</i>
2.4 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM.....	- 22 -
2.4.1 <i>Údaje z lékařské anamnézy.....</i>	<i>- 22 -</i>
2.4.2 <i>Předoperační vyšetření.....</i>	<i>- 23 -</i>
2.4.2.1 <i>Ortopedické vyšetření.....</i>	<i>- 23 -</i>
2.4.2.2 <i>Rentgenové vyšetření</i>	<i>- 24 -</i>
2.4.2.3 <i>Interní předoperační vyšetření</i>	<i>- 24 -</i>
2.4.3 <i>Léčba v průběhu hospitalizace</i>	<i>- 24 -</i>
2.4.4 <i>Průběh hospitalizace</i>	<i>- 30 -</i>
3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	- 35 -
3.1 ÚVOD - TEORIE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU A ZVOLENÝ OŠETŘOVATELSKÝ MODEL.....	- 35 -
3.2 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA.....	- 36 -
3.3 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY 2. DEN HOSPITALIZACE (DEN OPERAČNÍHO VÝKONU)	- 44 -
3.4 KRÁTKODOBÝ PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE 2. DEN HOSPITALIZACE (DEN OPERAČNÍHO VÝKONU).....	- 45 -
3.5 DLOUHODOBÝ PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	- 52 -
3.6 PSYCHOLOGICKÁ PROBLEMATIKA NEMOCNÉHO	- 59 -
3.7 SOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA NEMOCNÉHO	- 60 -
3.8 PROGNOZA.....	- 61 -
3.9 EDUKAČNÍ PLÁN NEMOCNÉHO	- 62 -
4. ZÁVĚR	- 65 -
5. SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY.....	- 67 -
6. SEZNAM ZKRATEK	- 69 -
7. PŘÍLOHY.....	- 70 -

1. ÚVOD

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o nemocného po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. V této studii se věnuji šedesátišestiletému pacientovi, který byl přijat na ortopedicko-traumatologické oddělení s diagnózou koxartróza levého kyčelního kloubu k plánovanému operačnímu výkonu totální náhrady kyčelního kloubu. Hospitalizace trvala 12 dní. Nemocného s touto diagnózou jsem si zvolila, jelikož mě tato problematika zajímá a také je mi blízká, protože pracuji na ortopedicko-traumatologickém oddělení. Má bakalářská práce obsahuje část klinickou a ošetrovatelskou.

V klinické části jsem zpracovala základy anatomie kyčelního kloubu, obecné patologicko-anatomické a rentgenové změny u osteoartrózy, patogenezi, klinický obraz, diagnostiku a léčbu koxartrózy. Způsob léčby koxartrózy jsem rozdělila na konzervativní a chirurgickou. V chirurgické léčbě jsem se zaměřila zvláště na aloplastiku kyčelního kloubu a typy endoprotéz. Pokračovala jsem možnými komplikacemi po totální endoprotéze kyčelního kloubu a rehabilitací, která je velice důležitá pro rekonvalescenci a návrat do běžného života. Klinická část dále obsahuje základní údaje o nemocném včetně údajů z lékařské anamnézy, předoperačního vyšetření a stručného popisu průběhu hospitalizace.

Úvod ošetrovatelské části jsem věnovala teorii ošetrovatelského procesu a ošetrovatelského modelu dle Majory Gordonové. Pokračovala jsem sestavenou ošetrovatelskou anamnézou pacienta dle modelu fungujícího zdraví Majory Gordonové. Informace o nemocném pro ošetrovatelskou anamnézu jsem získala pozorováním, rozhovorem s nemocným a s jeho rodinou a od ostatních členů ošetrovatelského týmu. Ošetrovatelskou anamnézu jsem odebrala při příjmu nemocného k hospitalizaci. Dále jsem ji dle potřeby doplňovala a upravovala vzhledem k aktuálnímu stavu nemocného a jeho potřeb, zejména po operačním výkonu. Dle těchto informací jsem stanovila ošetrovatelské diagnózy pro krátkodobý i dlouhodobý plán ošetrovatelské péče. Ošetrovatelské diagnózy pro krátkodobý plán péče jsem stanovila 2. den hospitalizace. Tento den byl pacient po operačním výkonu a jeho potřeby, problémy a denní režim se zásadně změnil. Podrobně jsem vypracovala cíle a plány ošetrovatelské péče, popsal jsem

realizaci ošetrovatelských plánů a na závěr jsem zhodnotila, zda došlo ke splnění cílů péče. Dále uvádím dlouhodobý plán ošetrovatelské péče, jehož struktura je obdobná, po kterém následuje část věnovaná následné péči.

Část obsahující psychologickou problematiku nemocného je zaměřena převážně na reakci nemocného na nemoc, na hospitalizaci a motivaci k léčbě. V části věnované sociální problematice nemocného jsem se snažila zhodnotit sociální zázemí pacienta a podmínky pro péči v domácím prostředí. Edukační plán nemocného zahrnuje rehabilitaci a režimová opatření po operaci endoprotézy kyčelního kloubu a zásady péče o jizvu.

2. KLINICKÁ ČÁST

2.1 Základy anatomie

2.1.1 Obecná stavba kloubu

Kloub je pohyblivé spojení dvou, popřípadě více kostí, jež se uvnitř vazivového pouzdra dotýkají plochami tvořenými chrupavkou. Tyto styčné kloubní plochy jsou zpravidla utvářeny tak, že jedna z nich, jamka kloubní, je konkávní a druhá, hlavice kloubní, je konvexní.

Chrupavka styčných ploch je většinou chrupavka hyalinní, bez krevních i mízních cév a bez nervů. Je to vlastně neosifikovaný zbytek původní chrupavky kostního základu. Tloušťka kloubní chrupavky je různá v jednotlivých kloubech, podle druhu kloubu a jeho zátěže.

Kloubní pouzdro se skládá ze dvou vrstev, vnější (fibrosní) a vnitřní (synoviální). Vazivová vnější vrstva pokračuje a přechází ve vazivo periostu kostí, jež se v kloubu stýkají. Vazivo této vrstvy je převážně kolagenní. Není tedy pružné a tím přispívá ke stabilitě kloubu.

Vnitřní vrstva kloubního pouzdra, *synoviální membrána*, vystýlá nitro kloubu všude kromě kloubních ploch. Její vnitřní povrch je hladký a lesklý. Synoviální membrána je bohatě zásobena krevními i mízními cévami a nervy. Do nitra kloubu produkuje synoviální tekutinu (kloubní maz).

Synoviální tekutina je vazká čirá tekutina. Zvyšuje kluznost styčných ploch a má velký význam pro výživu jejich chrupavek.

Kloubní vazy zesilují pouzdro a ovlivňují pohyby v kloubu. Některé vazy pouze zesilují pouzdro, jiné vedou a zajišťují pohyb v kloubu, popřípadě brání nežádoucímu vedlejšímu pohybu; některé vazy významně omezují pohyby v kloubu.

Kloubní disky a menisky jsou ploténky vazivové chrupavky vložené mezi kloubní plochy. Mají jednak význam pružné vložky mezi kloubními plochami, jednak vyrovnávají nestejně zakřivení ploch jamky a hlavice, jednak jakožto mírně pohyblivá kloubní plocha umožňují komplikovanější pohyby v kloubu.

Tíhové váčky se vyskytují v řídkém vazivu v okolí kloubů jako dutiny, vystlané synoviální membránou a obsahující tekutinu velmi podobnou kloubní synovii. Vznikají zejména v místech, kde se šlachy svalů nebo vazy třou pod určitým tlakem po kloubním pouzdru.

Kloubní lem je vyvýšený okraj kloubní plochy tvořený vazivovou chrupavkou, rozšiřuje plochu kloubní jamky.

(Čihák, 2001)

2.1.2 Kloub kyčelní

Kyčelní kloub (articulatio coxae) je, podle tvaru styčných ploch, kloub kulovitý omezený, s hlubokou jamkou, o jejíž okraje se pohyby zastavují. Styčné kloubní plochy tvoří *hlavice kosti stehenní* (caput femoris) a *jamka* (acetabulum) uložena v pánevní kosti.

Kost pánevní (os coxae) se za vývoje skládá ze tří synchrondrosou spojených kostí. Jsou to: *kost kyčelní* (os ilium), *sedací* (os ischii) a *stydka* (os pubis). Na zevní straně pánevní kosti je, nápadný okrouhlý útvar o průměru kolem 5 cm, jamka kyčelního kloubu (acetabulum).

Kost stehenní (os femoris) je největší a nejsilnější kost těla. Rozeznávají se čtyři hlavní části. Jsou to *hlavice kosti stehenní* (caput femoris); *krček kosti stehenní* (collum femoris), připojující hlavici k tělu kosti; *tělo kosti stehenní* (corpus femoris); *kondyly kosti stehenní* (condyli femoris), rozšířené kloubní hrboly pro spojení s tibií. Tělo kosti stehenní vybíhá proximálně ve dva hrboly, *chocholíky* (trochantery). *Velký chocholík* je umístěn laterokraniálně. *Malý chocholík* je na straně mediální, vybíhá mediálně a dozadu.

Pouzdro kyčelního kloubu začíná při okrajích acetabula a upíná se na krček kosti stehenní, zesíleno je třemi vazy. Stabilita kloubu je zajištěna kloubními vazy, kloubním pouzdem a pelvifemorálním svalstvem.

(Čihák, 2001)

2.1.3 Pohyby kyčelního kloubu

Kyčelní kloub není z funkčního hlediska jen zařízením pro pohyb dolní končetiny vůči pánvi. Oba kyčelní klouby nesou trup a balančními pohyby přispívají k udržení rovnováhy trupu, která je vázána na sklon pánve. Vlastní pohyby kyčelního kloubu jsou otáčivé pohyby hlavice v jamce, které jsou krčkem stehenní kosti, postaveným v úhlu 125° vůči tělu stehenní kosti, převáděny v úhlovité pohyby těla stehenní kosti. Při vzpřímeném stoji jsou možné tyto pohyby:

- a) *flexe* - přibližně do 120° , může se zvětšit za současné abdukce;
- b) *extenze* - nepatrná, přibližně do 13° ;
- c) *abdukce* - do 40° , ještě větší je za současné flexe;
- d) *addukce* - do 30° ;
- e) *rotace* – zevní rotace do 40° , vnitřní rotace do 35° .

Abdukce, addukce a rotace oběma směry se výrazně zvětší při současné flexi.

Střední postavení kyčelního kloubu je ve střední flexi s mírnou abdukci a s malou zevní rotací.

(Čihák, 2001)

2.2 Charakteristika onemocnění

2.2.1 Osteoartróza

Degenerativní artróza je nezápřetlivé degenerativní kloubní onemocnění, charakterizované degradací kloubní chrupavky, subchondrální sklerózou, tvorbou osteofytů a změnami měkkých tkání, které zahrnují synoviální membránu, kloubní pouzdro, kloubní vazy i svaly.

Sled patologicko-anatomických změn chrupavky u osteoartrózy je možné shrnout následovně:

1. První fází makroskopických změn je změknutí chrupavky, projevující se změnou průhlednosti a pružnosti. Původně čirá chrupavka se kalí, stává se matnou. Dochází k omezení schopnosti vázat vodu, chrupavka tím ztrácí pružnost a odolnost vůči mechanické zátěži.

2. Další, makroskopicky zřetelnou fází degenerativního procesu, je fibrilace chrupavky, následovaná fragmentací až ulcerací s obnažením subchondrální kosti. Váhonosná funkce chrupavky je vyřazena, dochází k mikrofrakturám subchondrální kosti s tvorbou subchondrálních cyst, jejichž stěny kolabují a podílejí se na deformačních změnách kloubního povrchu. V subchondrální kosti se tvoří nová kost v důsledku hojení mikrofraktur. Hypertrofovaná synoviální tkáň přerůstá na okrajích při úponu kloubního pouzdra kloubní plochu a invazí novotvořených cév do ještě zdravé, avaskulární chrupavky vznikají osteofyty. Jsou pokryty neosifikovanou měkkou vazivovou tkání, v níž probíhá proces osifikace. Růst osteofytů pokračuje, není-li mechanicky omezován okolními tkáněmi.

K patologii chrupavky přistupují i změny synovialis a kloubního pouzdra.

(Dungl, 2005)

2.2.1.1 Dělení osteoartrózy dle příčiny vzniku:

1. Primární artróza neboli idiopatická, příčina vzniku je neznámá. Vzniká v dosud ničím nepoškozeném kloubu.

2. Sekundární artróza má vyvolávající příčinu mimo chrupavku. Jedná se zejména o následující příčiny:

a) mechanické přetížení (nadváha, chronické přetěžování kloubu prací, sportem atd.);

b) kloubní diskongruence (důsledek vrozené kyčelní dysplazie, nitrokloubní zlomeniny atd.);

c) aseptická nekróza kloubní (kyčelní kloub u alkoholiků, nemocných pod kortikosteroidy atd.);

d) metabolická systémová onemocnění (ochronóza, krystalové artropatie atd.);

e) chronické kloubní záněty (revmatoidní artritida, infekty atd.).
(Sosna et.al., 2001)

2.2.1.2 Rentgenový obraz osteoartrózy

Na rentgenovém snímku dochází postupně k zúžení kloubní chrupavky, později k tvorbě okrajových osteofytů, subchondrální skleróze, u některých kloubů k tvorbě pseudocyst, v pozdějších stádiích s možností vzniku nekrózy, v závěrečných stádiích až k obrazu ankylózy.

Pro hodnocení stupně artrózy se nejčastěji používá dělení na stadia podle Kellgrena-Lawrence (1957):

- I. stadium: možné zúžení kloubní štěrbiny a počátek tvorby drobných osteofytů;
- II. stadium: zřetelné zúžení kloubní štěrbiny, jasná tvorba osteofytů, lehká subchondrální skleróza;
- III. stadium: výrazné zúžení kloubní štěrbiny, mnohočetné osteofyty, subchondrální skleróza, tvorba cyst, počínající deformity;
- IV. stadium: vymizení kloubní štěrbiny, velké osteofyty se sklerózou a pseudocystami subchondrální kosti, pokročilé deformity.

(Sosna et.al., 2001)

2.2.2 Koxartróza

Koxartróza je osteoartróza kyčelních kloubů. Postihuje jeden nebo oba kyčelní klouby, může být primární i sekundární.

2.2.2.1 Patogeneze koxartrózy

U primární koxartrózy se mohou uplatnit faktory dědičnosti a chronické přetížení.

Sekundární koxartróza se většinou rozvíjí v důsledku kloubní inkongruence, vzniklé na podkladě dysplazie kyčelního kloubu nebo na podkladě

traumatických změn. Výjimečně vzniká v důsledku specifického či nespecifického kloubního zánětu.

2.2.2.2 *Klinický obraz koxartrózy*

- Bolest

Zpočátku se projevuje nenápadně namáhavou bolestí kyčle, později je bolest i při obvyklé zátěži chůzi a často i tzv. startovací bolest na začátku pohybu. Později se přidává i bolest klidová, rušící spánek.

- Omezený rozsah pohybu

Postupně se zhoršuje rozsah pohybu kyčelního kloubu, přičemž je typické, že nejdříve dochází k omezení rotací, zejména vnitřní rotace. Nacházíme bolestivost v krajních polohách kloubu, u pokročilejších stádií i omezení dalších složek pohybu.

- Úlevová poloha, vznik kontraktur

Kyčelní kloub má tendenci zaujímat postavení, ve kterém je kloubní pouzdro co nejvíce uvolněno - tedy mírnou flexi a lehkou zevní rotaci. V této pozici záhy vzniká kontraktura.

- Antalgická klaudikace

Při chůzi je typická antalgická klaudikace, která se projevuje rychlým provedením kroku přes postižený kloub.

- Další příznaky

Pokud koxartróza vzniká na podkladě vrozené kyčelní dysplazie, bývají přítomny ještě další příznaky, jako výraznější rozdíl délek končetin nebo zcela atypické postavení postižené končetiny a pánve. Zkrácení postižené končetiny může být přítomno i bez dysplazie, a to při větší destrukci hlavice kosti sehnenní.

(Sosna et.al., 2001)

2.2.2.3 Diagnostika koxartrózy

Ortopedického nemocného vede k lékaři řada příčin a příznaků. Tyto příznaky jsou pro lékaře prvním vodítkem k volbě diagnostického postupu.

- Anamnéza

Anamnézu zahajujeme vždy identifikací základních příznaků, které nemocného vedly k lékaři, a teprve dalšími dotazy ji upřesňujeme a rozvíjíme. Mezi časté příznaky patří bolest (kdy bolest vzniká, zda je trvalá, jak závisí na pohybu, kde je pociťována), porucha funkce končetiny (průběh postupného omezování hybnosti kloubu, omezování akčního radiu chůze, neschopnost určitých druhů pohybu), obava nebo strach z určitého postižení (strach z postupující invalidizace), kosmetické postižení (rozdíl délky končetin).

- Klinické vyšetření

Klinické vyšetření je vždy přizpůsobováno údajům zjištěným anamnézou. Vycházíme z příznaků, které vedou nemocného k lékaři. Do klinického vyšetření patří aspekce (zřetelné deformace, poruchy pohybu), palpace (místa s bolestivostí, reliéf a tvar svalstva a skeletu, patologické fenomény spojené s pohybem), měření délek a obvodu končetin (atrofie svalových skupin, dysplazie končetin), vyšetření kloubní pohyblivosti (kloubní kontraktura, ankylóza, volný nebo bolestivý pohyb a odpor pohybu) a vyšetření svalové síly dle svalového testu.

- Rentgenové vyšetření

Nativní snímek, společně s klinickým vyšetřením, má základní význam pro stanovení diagnózy, vhodné léčby a prognózy koxartrózy. Ortoped musí umět zhodnotit rentgenový snímek sám a nikdy se nesmí při stanovení diagnózy spokojit s popisem rentgenového snímku.

- Speciální zobrazovací metody

V diagnostice koxartrózy se tyto vyšetřovací metody většinou nepoužívají (CT, 3D rekonstrukce, MRI).

- Laboratorní vyšetření

Screeningové vyšetření je normální.

(Sosna et.al., 2001)

2.2.2.4 *Rentgenový obraz koxartrózy*

Rozdělení koxartrózy podle závažnosti umožňují stadia podle Kellgrena-Lawrence (1957):

- I. stadium: zúžení kloubní štěrbiny mediálně a počátek tvorby osteofytů okolo hlavice;
- II. stadium: určité snížení kloubní štěrbiny inferomediálně, jsou vytvořeny zřetelné osteofyty a subchondrální skleróza;
- III. stadium: kloubní štěrbina je výrazně zúžena, jsou přítomny osteofyty, sklerocystické změny, cysty hlavice i acetabula, deformace tvaru hlavice i acetabula;
- IV. stadium: vymizení kloubní štěrbiny se sklerózou a cystami, pokročilá deformace hlavice i acetabula.

(Dungl, 2005)

2.2.2.5 *Léčba koxartrózy*

Konzervativní léčba

- Úprava režimu a životosprávy

Omezit přetěžování postiženého kloubu, odlehčit použitím opěrných pomůcek, snížit případnou tělesnou nadváhu, preferovat sporty bez přetěžování kloubů.

- Rehabilitace

Udržuje dobrou trofiku svalových skupin v oblasti postiženého kloubu, omezuje rizika vzniku kloubních a svalových kontraktur. Kvalitní svalový tonus také chrání kloub před rázovým přetížením a poškozením.

- Protizánětlivá fyzikální léčba

Zahrnuje vodoléčbu, elektrické a magnetické pole, ultrazvuk a rentgenové ozáření nízkou protizánětlivou dávkou. Indikace jednotlivých procedur a jejich intenzita je závislá na pokročilosti a fázi onemocnění a momentálním klinickým nálezem.

- Lázeňská rehabilitační léčba

Je sumací metod uvedených v předchozích bodech, aplikovaných intenzivní formou během ústavního pobytu.

- **Medikamentózní léčba**

Preparáty lze v principu rozdělit na skupinu rychle působících léků (analgetika, nesteroidní antirevmatika), skupinu pomalu symptomaticky působících léků (chondroprotektiva) a skupinu kortikosteroidů (steroidní antirevmatika).

(Sosna et.al., 2001)

Chirurgická léčba

V chirurgické léčbě koxartrózy se uplatňují následující druhy operací.

- **Osteotomie**

Principem je změna vzájemného postavení a kontaktu kloubních povrchů, kdy méně postižené okrsky chrupavky jsou osteotomií přemístěny do tlaku více exponovaných zón a přebírají tak funkci chrupavky artrózou devastované.

- **Resekční plastika**

Tato metoda je dnes využívána výjimečně a její princip spočívá v odstranění poškozené hlavice, v aplikaci skeletální trakce zhruba na dobu 8 týdnů. Během této doby se vytvoří místo kloubu vazivové interpozitum. Tento stav umožňuje relativně nebolestivou chůzi, ale se zkratem dolní končetiny asi o 5 cm a omezení pohybu.

- **Artrodéza**

Artrodéza, ztužení kloubu, je dnes využívána zcela výjimečně. Před érou endoprotéz (a i v jejím začátku) byla indikována u mladých pacientů.

- **Aloplastika**

Patří dnes k nejčastějším ortopedickým operacím, kdy destruovaná kloubní jamka i hlavice jsou nahrazeny endoprotézou.

(Sosna et.al., 2001)

2.3 Alopplastika kyčelního kloubu

Další část textu budu věnovat aloplastice neboli totální náhradě (endoprotéze) kyčelního kloubu. Tento druh operace je v současné době nejčastějším řešením koxartrózy a byl způsobem terapie pana J. K.

Každá totální endoprotéza se skládá z dřívku (femorální komponenta), který je zaveden do dřevňové dutiny stehenní kosti, z jamky (acetabulární komponenta) a hlavičky.

2.3.1 Indikace totální náhrady kyčelního kloubu

- Primární a sekundární koxartróza
- Stavy po infektech (Individuální posouzení dle lokálního stavu. Alternativním řešením je artrodéza.)
- Poškození kyčelního kloubu úrazem
- Destrukce kloubu v důsledku revmatického onemocnění
- Kostní nádory

2.3.2 Kontraindikace totální náhrady kyčelního kloubu

- Nezpůsobilý interní stav pacienta
- U nemocných, u kterých není předpoklad mobilizace
- Pokročilá osteoporóza
- Stavy po mnohočetných operacích kyčelního kloubu
- Probíhající infekce v organizmu

2.3.3 Typy totálních endoprotéz kyčelního kloubu

Totální endoprotézy kyčle v zásadě rozdělujeme podle typu ukotvení do kosti na cementované, kdy jsou obě komponenty fixovány kostním cementem, necementované, kde jsou komponenty fixovány do kosti bez cementové mezivrstvy, a endoprotézy hybridní, kde je každá z komponent fixována rozdílnou technikou.

(Dungl, 2005)

- Cementovaná endoprotéza

Skládá se z polyetylenové kloubní jamky, která je do upraveného acetabula, zbaveného destruované kloubní chrupavky a osteofytů, upevněna metylmetakrylátovým kostním cementem. Vždy je třeba přesně dodržet směr a postavení jamky, protože kloub po náhradě endoprotézou je v počátečních stádiích stabilizován proti luxaci pouze kolemkloubním svalstvem.

Dřík endoprotézy může být zhotoven z chromkobaltmolybdenové slitiny nebo korozivzdorné nemagnetické oceli. Je rovněž pomocí kostního cementu upevněn do proximální části stehenní kosti zbavené spongiózy a může být buď spojen s hlavicí, což je starší způsob, nebo zakončen kuželovým konusem, na který se hlavice nasazuje teprve podle vzniklé situace v souladu s požadavky na kloubní stabilitu a délku končetiny.

Hlavice jsou zhotovovány nejčastěji z keramiky nebo chromkobaltmolibdenové slitiny nebo ze speciální nerezavějící a nemagnetické oceli. Jejich povrch musí být dokonale hladký, protože každým pohybem hlavice proti jamce dochází k abrazi drobných částic polyetylénu a je příčinou pozdějšího uvolnění implantátu.

- Necementovaná endoprotéza

Využívá ke své fixaci dokonalý kontakt přesně opracovaného kostního lůžka s povrchem endoprotézy.

Implantáty jsou zhotoveny z titanu, výjimečně z chromkobaltmolybdenové slitiny.

Hlavice endoprotéz jsou nejčastěji vyrobeny z korundové keramiky nebo keramiky zirkoniové. Mohou však být zhotoveny z dokonale vyleštěných a povrchově speciálně upravených kovových slitin. Dokonale hladký povrch hlavice má zásadní význam pro životnost endoprotézy, protože každá nerovnost zvyšuje otěr artikulační části jamky.

(Sosna et.al., 2001)

K fixaci endoprotézy do skeletu se uplatňuje princip primární a sekundární fixace. Primární fixace je dočasná (asi 2-3 měsíce) a je zajištěna mechanicky v kosti (zašroubováním, rozepřením, zaražením do přesného otvoru).

K dlouhodobé (trvalé) fixaci endoprotézy je nutné, aby proběhla sekundární fixace, tím že kost proroste do speciálně upraveného povrchu implantátu.

Implantáty bývají opatřeny porézním povrchem, který je vytvořen zvláštní slévačskou technologií nebo plazmatickým nástřikem oxidů titanu. Na povrch takto upravený nanášejí někteří výrobci ještě hydroxyapatit. Tato úprava má dvojitý význam. Makroporézně upravený povrch zvětšuje kontakt s okolní kostí a umožňuje zlepšení sekundární fixace. Hydroxyapatitový nástřik nanesený na takto zhruběný povrch aktivuje osteoblasty k vazebné osteogenezi. (Sosna et.al., 2001)

- Hybridní endoprotéza

Je kombinací většinou necementované jamky a cementovaného dřívku.

2.3.4 Komplikace totální náhrady kyčelního kloubu

Kromě peroperačních komplikací, daných lokalitou, rozsahem a charakterem výkonu existuje celá řada komplikací celkových i místních. Můžeme je rozdělit na peroperační a pooperační.

Peroperační komplikace

- Smrt v souvislosti s operačním výkonem

Kromě našťastí vzácných mors in tabula vinou masivního infarktu myokardu je nejčastější příčinou mortality, v souvislosti s implantací totální endoprotézy, kardiopulmonální selhání a tromboembolická nemoc.

- Nestejná délka končetin
- Poranění nervů a cév

Pooperační komplikace

- Tromboembolická nemoc
- Akutní infarkt myokardu
- Krvácení v operační ráně
- Uvolnění totální endoprotézy

Uvolnění endoprotézy může být aseptické a septické. Aseptické vzniká v důsledku osteolýzy, mechanickým selháním endoprotézy či v důsledku

periprotetické fraktury. Septické uvolnění vzniká infekcí zavlečenou při implantaci nebo vzniklou sekundárním osídlením (hematogenní cestou, lymfatickou cestou, přímým přestupem).

- Otěr totální endoprotézy

Vzniká pohybem mezi protilehlými komponentami v zátěži. Dochází k otěru polyetylenu a vzniku tzv. polyetylenového granulomu, který usuruje kost na rozhraní s endoprotézou. Granulom se postupně šíří pod jamku a podél dříku a způsobuje aseptické uvolnění endoprotézy.

- Luxace totální endoprotézy

Způsobena nevhodně řízenou rehabilitací nebo nesprávným nastavením pozice implantátu.

- Heterotopická osifikace

Příčina vzniku není známá, zvažovány byly velké kostní resekce, rozsáhlé zhmoždění měkkých tkání při obtížné operaci, peroperační svalová ischémie i trauma v pooperačním období.

- Periprotetická zlomenina

Periprotetické zlomeniny femuru se dělí (dle místa fraktury, fixace dříku a kvality kosti) do tří typů. Klasifikace má dát odpověď na otázku, která zlomenina vyžaduje reimplantaci.

Periprotetické zlomeniny acetabula, naštěstí vzácné, jsou klasifikovány podle rentgenového obrazu jako stabilní a nestabilní.

- Infekce totální endoprotézy

Vzniká přímou inokulací bakteriálního agens při operaci nebo sekundárním osídlením (hematogenní cestou, lymfatickou cestou, přímým přestupem).

(Dungl, 2005)

2.3.5 Rehabilitace

Rehabilitace po totální endoprotéze kyčelního kloubu je obvykle rozdělována ve vztahu k vlastnímu chirurgickému výkonu do tří fází na:

předoperační rehabilitaci;

*pooperační rehabilitaci během hospitalizace;
rehabilitační program po propuštění z hospitalizace.*

- **Předoperační rehabilitace**

Předoperační rehabilitace je ideálem, který však naráží na finanční i organizační překážky. Pacient, který přichází k operaci s již obnovenými pohybovými stereotypy, ovládá chůzi o berlích a zná předem cvičení, reaguje mnohem lépe na rehabilitační postupy po operaci, ochotně spolupracuje, což v důsledku také umožňuje zkrátit dobu hospitalizace. Edukace pacienta s ohledem na předpokládané bolesti a obtíže s chůzí po operaci výrazně snižuje psychickou zátěž.

- **Pooperační rehabilitace během hospitalizace**

Cílem této fáze rehabilitace je vertikalizace pacienta a nácvik samostatné chůze o berlích se simulací nášlapu a nácvik sebeobsluhy. Do pooperační rehabilitace patří dechová a kondiční cvičení, aktivní cvičení v kyčelním kloubu, vertikalizace a nácvik chůze o berlích (i po schodech). Zvýšené nebezpečí luxace endoprotézy je snižováno eliminací zakázaných pohybů, především zevní rotace a addukce. Dalším z těchto pohybů je flexe nad 90°. Úkolem pooperační rehabilitace je rovněž informovat pacienta o situacích v běžném životě, při nichž k těmto pohybům dochází, a současně i možnostech, jak se jim vyhnout.

- **Rehabilitační program po propuštění z hospitalizace**

Ústavní rehabilitace nebo komplexní lázeňská léčba je velice výhodná. Je přínosem zvláště po stránce upevnění pohybových stereotypů a posílení oslabených svalových skupin. Dále zde hraje velkou roli zpětná vazba nezbytná pro kvalitní motorické učení, kterou poskytuje neustálá kontrola a opravování fyzioterapeutem.

(Dungl, 2005)

2.3.6 Prognóza

Prognóza pacienta po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu je většinou dobrá. Je ovlivněna správným načasováním operace, pečlivě a precizně

provedeným operačním výkonem a vhodnou volbou implantátu. Další faktory, které ovlivňují prognózu pacienta, jsou věk a mobilita před operačním výkonem, schopnost spolupráce, včasná a kvalitní rehabilitace, dodržování pooperačního režimu a sociální zázemí pacienta.

2.4 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM

Jméno: J. K.

Věk: 66 let

Pohlaví: muž

Pan J. K. byl přijat k plánovanému výkonu na Ortopedicko-traumatologické oddělení, s lékařskou diagnózou pokročilá koxartróza levého kyčelního kloubu (coxarthrosis gravis l. sin.), k implantaci totální endoprotézy vlevo.

2.4.1 Údaje z lékařské anamnézy

Rodinná anamnéza

Otec zemřel v 56 letech na cévní mozkovou příhodu, matka v 65 letech na infarkt myokardu. Pan J. K. má mladšího bratra a dva syny, všichni jsou zdraví. Žádná další závažná onemocnění v rodině pacient neudává.

Osobní anamnéza

V dětství prodělal běžná dětská onemocnění, jinak vážněji nestonal. V roce 2005 diagnostikovány hemeroidy, léčba kryoterapií. V roce 2007 zjištěna hypertenze, v současné době kompenzována medikací. Úrazy, další operace a jiná onemocnění neguje.

Pracovní a sociální anamnéza

Pan J. K. je starobní důchodce, pracoval jako učitel. Je ženatý, bydlí s manželkou v rodinném domě.

Farmakologická anamnéza

Agen 5mg, tbl., p. o. 1-0-0

Prestarium 4mg, tbl., p. o. 1-0-0

Alergická anamnéza

Alergie neguje.

Abusus

Nekuřák, alkohol pouze příležitostně.

Nynější onemocnění

Na počátku roku 2008 byl pan J. K. odeslán obvodním lékařem ke konzultaci na ortopedickou ambulanci pro přetrvávající bolesti levého kyčelního kloubu. Od léta 2008 pacient udává progredující bolesti levého kyčelního kloubu, které jsou klidové, startovací i noční. Dodržuje klidový režim, chodí o jedné francouzské holi. Dle ordinace ambulantního lékaře užívá Olfen tbl. při bolesti. Nyní přijat k plánované operaci levého kyčelního kloubu. Toho času bez nachlazení a bolesti v krku.

Stav při přijetí

Váha: 105 kg	TK: 155/90 torr	Počet dechů: 16 za minutu
Výška: 180 cm	Tep: 78 za minutu	Tělesná teplota: 36,5 °C
BMI: 32		

Obézní pacient, plně orientovaný všemi kvalitami, anikterický, bez cyanózy, hydratovaný, afebrilní. Hlava i krk bez patologického nálezu. Zornice isokorické, fotoreakce pozitivní, šije volná, štítná žláza nezvětšena. Hrudník klenutý, dýchání čisté, sklípkové. Akce srdeční pravidelná, 2 ozvy ohraničené. Břícho měkké, prohmatné, játra i slezina nezvětšeny.

Status lokalis: levý kyčelní kloub.

Kůže v oblasti levého kyčelního kloubu neporušena. Hybnost omezená, flexe 110 stupňů, abdukce 30 stupňů, addukce 10 stupňů, rotace 0, krajní polohy výrazně bolestivé. Periferie bez neuro-cirkulačního deficitu.

2.4.2 Předoperační vyšetření

2.4.2.1 Ortopedické vyšetření

Bolesti levého kyčelního kloubu, klidové, startovací i noční. Šetřící režim levé dolní končetiny, chůze s pomocí jedné francouzské hole. Pravý kyčelní kloub a oba kolenní klouby funkčně bez postižení. Kůže v oblasti levého kyčelního kloubu neporušena. Hybnost omezená, flexe 110 stupňů, abdukce 30 stupňů,

addukce 10 stupňů, rotace 0, krajní polohy výrazně bolestivé. Dolní končetiny: periferie bez neuro-cirkulačního deficitu, bez známek trombózy a bez varixů.

Závěr: pokročilá koxartróza levého kyčelního kloubu.

2.4.2.2 Rentgenové vyšetření

Rentgen obou kyčelních kloubů: vpravo varózní postavení, štěrbina vlevo je kraniálně maximálně zúžená, remodelace hlavic osteofyty, cystoidní přestavba levé hlavice, drobné kalcifikace v oblasti levého krčku femuru.

Závěr: coxarthrosis III. stupně vlevo, II. stupně vpravo.

Rentgen plic a srdce: parenchym plicní je bez čerstvých infiltračních změn. Normální nález na plicích. Srdce uloženo příčně, nezvětšeno.

2.4.2.3 Interní předoperační vyšetření

Anamnéza pacienta a klinické vyšetření vše v normě. Laboratorní screening obsahující sedimentaci krve, krevní obraz, koagulaci, biochemické vyšetření krve a vyšetření moči chemicky i močový sediment vše v mezích normy, serologický screening negativní. Krevní skupina je B Rh negativní. EKG bez čerstvých ložiskových ischemických změn.

Závěr: pacient schopen operačního výkonu v celkové anestezii.

2.4.3 Léčba v průběhu hospitalizace

V této části uvádím přehled léků a infuzních roztoků, které byly pacientovi podávány v průběhu hospitalizace, jejich indikaci a nežádoucí účinky. Dále pokračuji podávanou medikací, dietou a doporučenou rehabilitací takto: první, druhý a třetí den hospitalizace uvedu samostatně, čtvrtý až šestý den hospitalizace a sedmý až dvanáctý den hospitalizace shrnu do dvou celků, každý samostatně a zdůrazním důležité oblasti terapie.

Léky podávané v průběhu hospitalizace

AGEN: indikován k léčbě hypertenze a k profylaktické léčbě stabilní anginy pectoris.

Indikační skupina: antihypertenziva, blokátory kalciových kanálů.

Nežádoucí účinky: hypotenze (při zahájení léčby, při hypovolémii), alergie, bolesti hlavy, mdloba, spavost, nevolnost, bolesti břicha.

PRESTARIUM: indikován k terapii arteriální hypertenze a městnavého srdečního selhání.

Indikační skupina: antihypertenziva, ACE inhibitor.

Nežádoucí účinky: hypotenze (při zahájení léčby, při hypovolémii), alergie, dýchací obtíže jako kašel a dušnost, nevolnost, zvracení, bolesti břicha, průjem, zácpa.

HYPNOGEN: indikován při nespavosti, jako součást premedikace před operačním výkonem.

Indikační skupina: hypnotika, sedativa.

Nežádoucí účinky: zmatenost, halucinace, noční můry, neklid, nervozita, podrážděnost, agresivita, poruchy chování, náměsíčnost, deprese, léková závislost, tolerance na hypnotický účinek, syndrom z náhlého vysazení při dlouhodobém užívání (zmatenost, dezorientace).

DORMICUM: indikován k sedaci při vědomí před diagnostickým nebo terapeutickým zákrokem s nebo bez lokální anestezie, k premedikaci před úvodem do anestezie, k úvodu a udržování anestezie, k dlouhodobé sedaci na jednotkách intenzivní péče.

Indikační skupina: hypnotika, sedativa.

Nežádoucí účinky: nepříjemné probuzení, únava, zmatenost, halucinace, bolest hlavy, závratě, anterográdní amnézie, nauzea, zvracení, zácpa, sucho v ústech, respirační útlum, zástava dýchání či srdce, alergie, léková závislost, tolerance na hypnotický účinek, syndrom z náhlého vysazení při dlouhodobém podávání (zmatenost, dezorientace).

CEFAZOLIN: indikován k léčbě infekčních onemocnění, způsobených mikroorganismy citlivými na Cefazolin, jako ochrana v perioperativním období.

Indikační skupina: širokospektrá antibiotika, I. generace cefalosporinů.

Nežádoucí účinky: alergie, zažívací potíže, nechutenství, nevolnost, zvracení, průjem, superinfekce, rezistence.

CLEXANE: indikován k profylaxi tromboembolické nemoci.

Indikační skupina: antikoagulancia, antiagregancia.

Nežádoucí účinky: krvácení, trombocytopenie, lokální reakce.

DIPIDOLOR: indikován k léčbě silné a velmi silné pooperační bolesti.

Indikační skupina: analgetika, anodyna.

Nežádoucí účinky: sedace, útlum funkce dýchacího centra, zácpa, nauzea, zvracení, retence moče, alergie, tolerance, léková závislost, syndrom z náhlého vysazení při dlouhodobém podávání.

NOVALGIN: indikován k léčbě akutní nebo chronické bolesti, ke snížení horečky.

Indikační skupina: analgetika, antipyretika.

Nežádoucí účinky: alergie, hypotenzní reakce.

TORCAN: indikován k prevenci a léčbě nevolnosti, zvracení a závratí.

Indikační skupina: antiemetika, antivertiginóza.

Nežádoucí účinky: alergie, hypotenzní reakce, únava, spavost, závratě, bolesti hlavy, neklid, sucho v ústech.

Infuzní roztoky podávané v průběhu hospitalizace

PLASMALYTE ROZTOK: izotonický infuzní roztok určený k náhradě objemu ztracené tekutiny v důsledku různých stavů včetně ztrát při operaci.

VOLUVEN ROZTOK: koloidní infuzní roztok určený k náhradě plazmy a frakce plazmatického proteinu.

INFUSIO GLUCOSI 10%: mírně hypertonický infuzní roztok určený ke krytí energetických potřeb a doplnění vody v organismu.

HUMULIN R: aplikace do roztoku Glukosa 10%.

Indikační skupina: antidiabetika, humánní inzulin.

Nežádoucí účinky: hypoglykémie, projevující se netečností, zmateností, bušením srdce, bolestmi hlavy, pocením a zvracením, alergie.

RINGER INFUSION – HUMAN: infuzní roztok určený k parenterální dodávce tekutin a elektrolytů při stavech izotonické a hypotonické dehydratace a hypovolémie.

(Martínková et.al., 2007)

1. den hospitalizace

Podávané léky:

Agen 5mg, tbl., p. o. 1-0-0

Prestarium 4mg, tbl., p. o. 1-0-0

Novalgín 500mg, tbl., p. o. 1-1-1-1 při bolesti

Hypnogen 10mg, tbl., p. o. 0-0-0-1 na noc (součást premedikace anesteziologa)

Clexane 0,6ml, inj., s. c. 12 hodin před operačním výkonem, ve 20 hodin

Dieta: racionální

Rehabilitace: bez speciální rehabilitace

2. den hospitalizace – den operačního výkonu

Podávané léky:

před operačním výkonem:

Dormicum 5mg, inj., i. m. aplikace 15 minut před transportem pacienta na operační sál.

během operačního výkonu:

Cefazolin 3g, inj., i. v.

Plasmalyte roztok i. v. 1000ml

Voluven roztok i. v. 500ml

po operačním výkonu:

Cefazolin 1g, inj., i.v. s periodou 6 hodin, v 18, ve 24 a v 6 hodin.

Novalgín 5ml, inj., i. v. 0-1-1-1 při bolesti

Dipidolor 2ml, inj., i. m. 0-1-1-1 při bolesti, s periodou 6 hodin.

Torecan 1amp., inj., i. v. 0-1-1-1 při nevolnosti a zvracení.

Infusio Glucosi 10% i. v. 1000ml s 16 m.j. Humulin R, rychlostí 120 ml/hod.

Ringer infusion – human i. v. 1000ml, rychlostí 120 ml/hod.

Dieta: před operačním výkonem nic p. o., po operačním výkonu čajová dieta.

Rehabilitace: klidový režim na lůžku, správná poloha na loži.

Správná poloha na loži:

leh na zádech - vleže na zádech musí být trup rovně a obě dolní končetiny od sebe, špičky a kolena obou končetin míří ke stropu (dolní končetiny s trupem tvoří písmeno Y), pro zachování správné polohy operované dolní končetiny je nasazena „antirotáční bota“,

leh na boku – (pouze s asistencí sestry) pro otáčení na zdravý bok používáme molitanový klín, který vložíme již vleže na zádech mezi stehna, kolena a kotníky mírně pokrčených dolních končetin a otočíme se na zdravý bok. Operovaná končetina nesmí sklouznout z klínu dolů.

3. den hospitalizace – 1. pooperační den

Podávané léky:

Agen 5mg, tbl., p. o. 1-0-0

Prestarium 4mg, tbl., p. o. 1-0-0

Cefazolin 1g, inj., i. v. s periodou 6 hodin, poslední aplikace ve 12 hodin.

Novalgín 5ml, inj., i. v. 1-1-1-1 při bolesti

Dipidolor 2ml, inj., i. m. 1-1-1-1 při bolesti, s periodou 6 hodin.

Clexane 0,6ml, inj., s. c. 1-0-0

Infusion Glucosi 10% i. v. 1000ml s 16 m. j. Humulin R, rychlostí 80 ml/hod.

Ringer infusion – human i. v. 1000ml, rychlostí 80 ml/hod.

Dieta: racionální

Rehabilitace: cvičení na lůžku - dechová cvičení, cévní cviky, kondiční cvičení, izometrické cvičení gluteálních svalů a musculus quadriceps femoris, nácvik aktivní hybnosti operované dolní končetiny (zpočátku s dopomocí) s důrazem na obnovu správných pohybových stereotypů a eliminaci souhybu pánve. Pokud celkový pooperační stav dovolí, nacvičujeme posazování na lůžku se spuštěnými bérce a postavování o dvou francouzských holích u lůžka.

4. -6. den hospitalizace – 2. -4. pooperační den

Podávané léky:

Agen 5mg, tbl., p. o. 1-0-0

Prestarium 4mg, tbl., p. o. 1-0-0

Novalgín 5ml, inj., i. v. 1-1-1-1 při bolesti

Dipidolor 2ml, inj., i. m. 1-1-1 při bolesti, s periodou 8 hodin.

Clexane 0,6ml, inj., s. c. 1-0-0

Dieta: racionální

Rehabilitace: cvičení na lůžku stejné jako 1. pooperační den. Návík otáčení na neoperovaný bok s klínem mezi dolními končetinami. Návík posazování na lůžku se spuštěnými bérce, postavování a třídobé chůze o dvou francouzských holích s odlehčením operované končetiny na 1/3 hmotnosti těla. Chůze po rovině. Návík posazování na WC.

7. -12. den hospitalizace – 5. -10. pooperační den

Podávané léky:

Agen 5mg, tbl., p. o. 1-0-0

Prestarium 4mg, tbl., p. o. 1-0-0

Novalgín 500mg, tbl., p. o. 1-1-1-1 při bolesti

Clexane 0,6ml, inj., s. c. 1-0-0

Dieta: racionální

Rehabilitace: cvičení na lůžku s cílem obnovit správný pohybový stereotyp v operovaném kyčelním kloubu a postupně vyrovnávat svalovou dysbalanci. Návík stereotypu chůze o dvou francouzských holích po rovině. Návík otáčení na břicho, posazování na židli, sbírání předmětů z podlahy. Návík chůze o francouzských holích po schodech.

2.4.4 Průběh hospitalizace

1. den hospitalizace

Pan J. K. přichází k plánovanému příjmu na Ortopedicko-traumatologické oddělení. Na vyšetřovně, v soukromí, byla sepsána lékařská anamnéza pacienta, včetně klinického vyšetření, a zkontrolováno předoperační vyšetření, které bylo v pořádku. Pacient si promluvil s operátorem, který se o něj staral již v ambulantní péči. Lékař mu opět vysvětlil způsob operace, možné komplikace a důležité momenty v pooperačním období, hlavně rehabilitaci. Po předchozím vysvětlení pacient podepisuje informované souhlasy s operačním výkonem, s podáním transfuzních přípravků a s poskytováním informací o jeho zdravotním stavu (včetně nahlížení do jeho zdravotnické dokumentace) osobám, které pacient určil. V odpoledních hodinách je naplánována konzultace s anesteziologem, který pacientovi vysvětlí možné způsoby anestezie, včetně výhod a nevýhod. Pacient se rozhodl pro celkovou anestezii. Anesteziolog naordinoval medikaci na noc a premedikaci před operací. Dále byl pacient, v odpoledních hodinách, poučen sestrou instrumentářkou o péči na operačním sále.

První den je věnován sběru ošetrovatelské anamnézy, seznámení pacienta s oddělením, s právy pacientů, s řádem oddělení a předoperační přípravě. Důležitá data z ošetrovatelské anamnézy a z ní vyplývající ošetrovatelské diagnózy jsem zaznamenala do ošetrovatelské dokumentace. Identifikační štítek má nemocný na pravé ruce. Pacient je poučen o předoperační přípravě a pooperační péči. O pochopení informací jsem se přesvědčila zpětnou vazbou. Odebrala jsem vzorek krve pro objednání třech krevních transfuzí. Poslední jídlo pacienta před operací byla lehká večeře, do půlnoci pacient přijímal pouze tekutiny a poté do rána dodržoval lačnost. V rámci předoperační přípravy jsem provedla oholení operačního pole, vyprázdnění tlustého střeva pomocí klyzmatu a označení operované dolní končetiny. Před spaním pacient užil Hypnogen 1tbl. p. o.

2. den hospitalizace – den operačního výkonu

Ráno, před operačním výkonem jsem pacientovi změřila fyziologické funkce, lékař při vizitě zkontroloval celkový stav pacienta, hodnoty fyziologických funkcí a místo operačního pole. Poté pacient provedl celkovou hygienu ve sprše. Před transportem nemocného na operační sál jsem zkontrolovala, zda je vymočen, zda sejmul všechny šperky, hodinky a brýle a provedla jsem bandáž zdravé dolní končetiny. Aplikovala jsem premedikaci (Dormicum 5mg, inj., i. m. – 15 minut před transportem na operační sál) a poté již pacient nesměl vstávat z lůžka. Pacienta jsem v doprovodu sanitáře odvezla na operační sál s jeho dokumentací a RTG snímky.

Operační výkon byl proveden v celkové anestezii. Pacientovi byla implantována hybridní totální endoprotéza levého kyčelního kloubu Duraloc/Fjord (Duraloc-necementovaná jamka, Fjord-cementovaný dřík). Pacient má zaveden 1x periferní žilní katétr na pravé horní končetině a 3x Redonův drén (první a druhý drén spojen do systému Bellovac ABT Sangvia. Krevní ztráty během operace byly 500ml, hrazeny infuzními roztoky. Operace proběhla bez komplikací.

Po operačním výkonu jsem pacienta přivezla na ortopedickou JIP, kde byly monitorovány a zaznamenávány fyziologické funkce (stav vědomí, TK, P, saturace kyslíkem první dvě hodiny po 15-ti minutách, poté po 1 hodině, TT po 6-ti hodinách) do rána. Sledovala jsem obvazy v oblasti operační rány (případné krvácení), funkčnost a odvod do drénů, průchodnost periferního žilního katétru a možné známky zánětu v okolí místa vpichu, diurézu a bilanci tekutin po 6-ti hodinách a za 24 hodin a prokrvení a inervaci dolních končetin. Jako prevenci tromboembolické nemoci (TEN) jsem provedla bandáž operované dolní končetiny (bandáž zdravé dolní končetiny provedena již před operací). Dle ordinace lékaře jsem pacientovi podávala medikaci a infuzní terapii.

Bellovac ABT Sangvia

Tato technika spočívá ve sběru krve z operačního pole pomocí drénu do speciálního autotransfuzního vaku (zcela nepyrogní). Pacientovi je krev vrácena pomocí speciálního retransfuzního setu do šesti hodin od začátku sběru. Odsátá

krev je přirozenou cestou defibrinována (z tohoto důvodu není nutná aplikace antikoagulačních látek). Výhodou je jednoduché použití, minimalizace rizika kontaminace okolního prostředí krví, možnost zpětné transfuze při současném odsávání krve, zachování sterility získané a zpětně podané krve a možné řešení u pacienta odmítajícího aplikaci transfuze. Po šesti hodinách od zavedení drénu je dále systém použit jako standardní drenáž.

(Kapounová, 2007)

Pacientovi jsem podala 500ml retransfuze do 6-ti hodin od začátku sběru krve a poté napojila vak na standardní drenáž. Za 1 hodinu po aplikaci retransfuze jsem, dle ordinace lékaře, odebrala kapilární krev na množství hemoglobinu pomocí přístroje Hemocue, výsledek byl Hb (hemoglobin) 120 g/l. Večer byl proveden RTG snímek pánve a obou kyčelních kloubů na lůžku. Provedena hygienická péče na lůžku, se spoluprací pacienta, včetně prevence dekubitů.

3. den hospitalizace – 1. pooperační den

Pacient je stále na ortopedickém JIP, fyziologické funkce dále monitorovány a zaznamenávány po 1 hodině. Sledována diuréza a bilance tekutin po šesti hodinách a za 24 hodin. Ráno jsem pacientovi odebrala krev k analýze standardního screeningu po operaci (KO, APTT, urea, kreatinin, ALT, AST, bilirubin, Na, K, Cl, celková bílkovina, albumin, glykémie) dle ordinace lékaře a výsledky byly v normě. Podávána medikace a infuzní terapie dle ordinace lékaře.

Proveden převaz operační rány za aseptických podmínek, všechny drény zatím ponechány. Odvody do drénů minimální. Operační rána je klidná, bez známek zánětu, nekrvácí. Kontrolovala jsem místo vpichu periferního žilního katétru 2x denně, který je ošetřen semipermeabilní průhlednou fólií (bez známek zánětu). Periferní žilní katétr funkční. Vyměnila jsem infuzní linku 1x za 24 hodin. Jako prevenci TEN jsem provedla bandáž dolních končetin. Pacient zvládl hygienickou péči na lůžku 2x denně (ráno a večer) s mojí pomocí. Zaměřila jsem se na prevenci dekubitů (kontrola a ošetření predilekčních míst, čistota lůžka a kůže pacienta, masáž zad, polohování). V rámci rehabilitace pacient zvládl cvičení

na lůžku, posazení na lůžku se spuštěnými bérce a postavení o 2 francouzských holích, s pomocí fyzioterapeuta, bez problémů.

4- 6. den hospitalizace – 2- 4. pooperační den

4. den hospitalizace byl pacient stále na ortopedickém JIP. Fyziologické funkce (TK, P, TT) jsem měřila po šesti hodinách, sledovala jsem diurézu za 24 hodin a podávala medikaci, vše dle ordinace lékaře. Lékař naordinoval odběr krve na analýzu KO, výsledky v normě. Byl odstraněn 1x Redonův drén a periferní žilní katétr. 5. den hospitalizace byly fyziologické funkce měřeny 3x denně, odstraněn 2x Redonův drén (spojen do systému Bellovac ABT) a podávána medikace, vše dle ordinace lékaře. Poté byl pacient přeložen na standardní jednotku Ortopedicko- traumatologického oddělení. 6. den hospitalizace jsem sledovala fyziologické funkce 2x denně a podávala medikaci dle ordinace lékaře. Po celou tuto dobu jsem se zaměřila zejména na prevenci TEN, péči o operační ránu (klidná, bez známek zánětu), hygienickou péči u pacienta, včetně prevence dekubitů, nácvik soběstačnosti nemocného a rehabilitační ošetřovatelství, jako součást fyzioterapie. Pacient se sám umí posadit na lůžku se spuštěnými bérce. Dále nemocný nacvičuje otáčení na zdravý bok a chůzi o francouzských holích pod dohledem fyzioterapeuta nebo ošetřující sestry. Otáčení na zdravý bok zvládá pacient s pomocí, nácvik chůze provádí sám, bez chyb, pouze pod dohledem a s instrukcemi fyzioterapeuta nebo ošetřující sestry.

7- 12. den hospitalizace – 5- 10. pooperační den

V tomto období byla péče zaměřena zvláště na nácvik rehabilitace a zvyšování sebeobsluhy a soběstačnosti. Pacient získává jistotu při chůzi o francouzských holích, prodlužuje dobu nácviku chůze, umí se správně posadit na židli nebo na WC. Dobře zvládá otáčení na zdravý bok, nacvičuje otáčení na břicho. Trénuje chůzi o francouzských holích po schodech, sbírání předmětů z podlahy nebo navlékání ponožek. Pacient je poučen o signalizačním zařízení v koupelně, v jídelně i na WC a ví, jak ho má použít. Dále jsou měřeny fyziologické funkce, podávána medikace, prováděny kontroly a převazy operační rány dle ordinace lékaře. Každý den je provedena bandáž dolních končetin jako

prevence TEN. Hygienickou péči ve sprše již pacient zvládá sám, pouze s kontrolou sestry. Stále provádím kontrolu predilekčních míst a masáž zad (prevence dekubitů). Jelikož se pacient rozhodl pro aplikaci Clexane 0,6ml s. c. (prevence TEN) i po propuštění do domácího prostředí, edukuji nemocného o způsobu aplikace a společně provádíme praktický nácvik. 11. den hospitalizace pacient již sám umí aplikovat injekci (Clexane 0,6ml) pod kůži. 12. den hospitalizace byly odstraněny stehy, operační rána byla klidná. Před propuštěním do domácího prostředí byl pan J. K. poučen o způsobu užívání léků, péči o jizvu, režimu v domácím prostředí a rehabilitaci (poučení provádí ošetřující lékař, ošetřující sestra a fyzioterapeut). Pooperační kontrola byla naplánována za 6. týdnů od operace, datum je zapsán v lékařské propouštěcí zprávě.

3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

3.1 ÚVOD - TEORIE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU A ZVOLENÝ OŠETŘOVATELSKÝ MODEL

Ošetřovatelský proces je vědecká metoda řešení problémů nemocných, které může profesionálně ovlivnit sestra. Je to logická metoda poskytování ošetřovatelské péče založená na 5 komponentách. V evropské literatuře se nejčastěji setkáme s následujícím označením jednotlivých fází:

1. zhodnocení nemocného - zjišťování informací;
2. stanovení ošetřovatelské diagnózy;
3. plánování ošetřovatelské péče;
4. provedení navržených opatření;
5. hodnocení efektu poskytnuté péče.

Ošetřovatelský proces je série vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch nemocného, případně za jeho spolupráce při individualizované ošetřovatelské péči. Tyto ošetřovatelské činnosti umožňují, aby se sestra samostatně rozhodovala pro nejvhodnější způsob péče, dosahovala stanovených cílů a mohla měřit pokrok, kterého pacient jejím přičiněním dosáhl. Tak může zhodnotit účinnost ošetřovatelské péče.

(Staňková, 1999)

Modely ošetřovatelské péče se snaží odrážet podstatu ošetřovatelství. Cílem ošetřovatelského modelu je pomoci sestřím zkvalitnit jejich práci.

(Mastiliaková, 2004)

Ošetřovatelskou anamnézu jsem získala při příjmu formou rozhovoru dle modelu fungujícího zdraví Majory Gordonové. V průběhu hospitalizace jsem tuto anamnézu doplňovala a upravovala vzhledem k měnícímu se stavu pacienta a změněným potřebám po operačním výkonu. Při použití tohoto modelu jsem získala komplexní informace o zdravotním stavu pacienta, jeho vnímání sebe ve zdraví i v nemoci, a to vše jsem použila ke stanovení ošetřovatelských diagnóz a realizaci ošetřovatelského procesu. Ošetřovatelský model Majory Gordonové

výrazně podporuje sebeobsluhu a sebepěči a pomáhá pacientům s návratem do běžného života, což je u ortopedických pacientů žádoucí.

Základní strukturou tohoto modelu tvoří celkem dvanáct oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu člověka.

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

(Mastiliaková, 2004)

3.2 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

Ošetřovatelskou anamnézu jsem získala převážně formou rozhovoru s pacientem. Část informací o nemocném jsem zjistila jeho pozorováním, rozhovorem s rodinou nemocného a od ostatních členů ošetřovatelského týmu. Ošetřovatelskou anamnézu jsem odebrala při příjmu nemocného na ortopedicko-traumatologické oddělení. Po operaci jsem ji dle potřeby doplňovala a upravovala vzhledem k aktuálnímu stavu nemocného a jeho potřeb.

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Pan J. K. hodnotí svůj zdravotní stav jako celkem dobrý. Vlastně se celý svůj život s ničím neléčil ani neměl žádný úraz. Až v posledních třech letech se u něj projevil zdravotní obtíže. Problémy s hemeroidy, které se projevovaly

bolestivou defekací a příměsí krve ve stolici, považoval sice za velice intimní situaci, ale jejich řešení bylo poměrně rychlé a v současné době nemá žádné potíže. Hypertenze je dle jeho slov mnohem složitější problém, sice nebolí a vlastně mu nezpůsobuje žádné obtíže, ale je si vědom všech možných komplikací v souvislosti s touto chorobou. K praktickému lékaři dochází na pravidelné kontroly, které zahrnují mimo jiné i měření krevního tlaku a odběry krve a moče. Má pocit, že je od svého lékaře dostatečně informován o režimových opatřeních v souvislosti s hypertenzí. Snaží se dodržovat jak zdravé stravování, tak i pravidelnou pohybovou aktivitu. Každý den asi hodinovou procházku, rád chodí s vnoučaty a se svým psem, hraje rekreačně fotbal a tenis, rád plave. V současné době mu však pohyb dělá potíže, během posledního roku se výrazně zhoršily bolesti levého kyčelního kloubu a to ho omezuje. Rekreačních sportů zanechal asi před rokem. Teď mu bohužel dělají problémy i běžné pochůzky několik desítek metrů, proto používá jednu francouzskou hůl. Operaci vidí jako jediné možné řešení těchto problémů a vlastně se na ní i těší. V péči ambulantního ortopedického lékaře je asi jeden rok a je velice rád, že operace je již nyní, protože bolesti se rychle zhoršují a objevují i v noci. Seznámen s objektivizací bolesti pomocí desetistupňové škály intenzity bolesti, pan J. K. udává bolest na stupni 4 (příloha č. 2). Má pocit, že léky proti bolesti již neúčinkují. Těší se, že bude opět moci chodit na procházky s vnoučaty.

Den operačního výkonu – po operaci (2. den hospitalizace)

Jako největší problém pan J. K. udává bolest v oblasti levého kyčelního kloubu, která má intenzitu 6 na desetistupňové škále intenzity bolesti (příloha č. 2). Je pálivá a řezavá. Dle slov pana J. K. s touto situací počítal a věděl, že operační výkon je spojen s bolestí, ale věří, že tým lékařů a zdravotních sester mu pomůže nynější stav zvládnout, stejně jako rehabilitační cvičení, na které se již těší.

2. Výživa a metabolismus

Pacient udává, že jeho strava není nijak výjimečná. V současné době jí 4x denně, spíše menší porce. Většinou má jedno teplé jídlo denně k obědu, ráno často snídá tmavé pečivo a čaj, dopoledne si rád dopřeje čerstvé ovoce nebo jogurt a večer má rád spíše studenou večeři, která obsahuje čerstvou zeleninu nebo zeleninové saláty. Stolovat se snaží v klidu, bez stresu a to si opravdu užívá, jelikož v zaměstnání si pravidelné stravy v klidném prostředí moc neužil. Pracoval totiž jako učitel na základní škole a má pocit, že často se v jídle odbýval nebo raději nejedl vůbec. Samozřejmě si rád dopřeje i klasickou českou kuchyni, ale nyní jen v omezené míře, jelikož se snaží dodržovat zásady zdravé výživy, ať už vzhledem k onemocnění hypertenzí, tak i proto, že za poslední rok přibral na váze. Příčinu vidí v omezení pohybové aktivity a nemožnosti sportovat. Váha pacienta je 105 kg a výška 180 cm, BMI 32 (obezita). Příjem tekutin hodnotí jako dostatečný, vypije asi 2 litry neperlivé vody, v létě často i více. Minerální vody nebo džus pije spíše výjimečně. Co si rád dopřeje je jedna turecká káva denně a pivo po nedělním obědě. Nechutenstvím ani poruchou polykání netrpí, sní celou porci, zubní protézu nemá. Pravidelně navštěvuje zubního lékaře, naposledy byl před měsícem. Stav kůže, vlasů, nehtů a sliznic hodnotí jako bezproblémové. Hojení drobných ran a odřenin v minulosti vnímá jako dobré. Dle hodnocení rizika vzniku dekubitů u pacienta pomocí rozšířené stupnice Nortonové (příloha č. 1), pacient dosáhl 29 bodů, není riziko porušení kožní integrity (dekubitů).

Den operačního výkonu – po operaci (2. den hospitalizace)

Největší problém pacient vidí v pocitu nevolnosti a zvracení. Netušil, že by mohl takto reagovat na anestezii. Ví, že v den operace nebude nic jíst a tekutiny bude přijímat po lžičkách, až odezní nausea. Stav kůže v okolí zavedení periferního žilního katétru je bez známek zánětu (zarudnutí, bolest, otok), v oblasti operační rány je viditelný mírný otok, sterilní krytí operační rány neprosakuje krví. Tělesná teplota ihned po operačním výkonu je 34,9°C, za 3 hodiny po operaci již 36,6°C a dále již nestoupá. Žádné viditelné defekty na kůži a sliznicích po operaci nepozorují. Dle hodnocení rizika vzniku dekubitů u pacienta

pomocí rozšířené stupnice Nortonové (příloha č. 1), pacient dosáhl 24 bodů, je nízké riziko porušení kožní integrity (dekubitů).

3. Vylučování

Pan J. K. si není vědom problémů s vylučováním. Na stolici chodí pravidelně 1x denně ráno, někdy i 2x denně dle stravy. Stolice tvarovaná, hnědá nebo barva dle stravy (nikdy nebyla černá), bez příměsí. Projímadla nikdy nepoužíval. S močením problémy nemá, retence moči se nikdy nevyskytla. Inkontinenci neudává.

Den operačního výkonu – po operaci (2. den hospitalizace)

Po operaci je pacient poučen o používání pomůcek k vylučování na lůžku, vzhledem ke klidovému režimu na lůžku. Ví, jak má použít močovou láhev. S vyprazdňováním moči problémy nemá, močí spontánně za 6 hodin po operaci. Nucení na stolici neudává, má pocit úplného vyprázdnění po klyzmatu, které bylo součástí předoperační přípravy. Dle pacienta bolesti břicha nemá a plyny odcházejí.

4. Aktivita, cvičení

Pan J. K. se považuje za člověka s aktivním přístupem k životu. Od mládí má rád sport, vždyť celý svůj profesní život vyučoval tělesnou výchovu na základní škole a vedl sportovní zájmové kroužky pro mládež. Ve volném čase hrál rekreačně fotbal a tenis. Fotbal hrál méně, spíše o víkendech. Také trénoval mladší žáky ve fotbale. Tenisu se věnoval více, několikrát týdně. Rád plave, do bazénu chodil 1x týdně. Nejraději má ale dlouhé procházky s vnučaty a se svým psem. V současné době musel většinu těchto aktivit přerušit pro přetrvávající bolesti levého kyčelního kloubu. Nyní používá k pohybu jednu francouzskou hůl. Dle jeho slov veškeré denní činnosti zvládá sám, bez pomoci. Pacient je

soběstačný, získal 100 bodů v testu základních všedních činností, Barthel test všedních činností (příloha č. 1)

Den operačního výkonu – po operaci (2. den hospitalizace)

Po operaci pacient dodržuje klid na lůžku. Dle jeho celkového stavu a sil provádí pouze dechová cvičení na loži. Pomocí testu základních všedních činností dle Barthelové (příloha č. 1) jsem zjistila stupeň vysoké závislosti pacienta na ošetrovatelské péči (35 bodů). Během odpoledne se již pacient pokouší o nácvik soběstačnosti na lůžku s pomocí ošetrovatelského personálu. Těší se na rehabilitaci a nácvik chůze o francouzských holích. Není rád závislý na jiné osobě a proto se snaží některé úkony provádět sám, bez pomoci.

5. Spánek, odpočinek

Problémy se spánkem pacient nikdy netrpěl, ráno se vždy budil svěží a odpočínutý. Doma chodil spát asi ve 23 hodin a budil se kolem 7 hodiny. Potíže s usínáním neudává. V poslední době ho však trápí noční bolesti kyčelního kloubu, proto se budí a často již nemůže usnout. Ráno je pak unavený a bez energie. Léky na spaní neužívá. Pokud ho vzbudí bolest, užije tabletu proti bolesti.

Den operačního výkonu – po operaci (2. den hospitalizace)

Noc před operačním výkonem se pan J. K., dle jeho slov, krásně vyspal a nebudil se. Myslí si, že je to díky tabletě na spaní (součást premedikace anesteziologa), kterou užil večer před spaním. Po operaci se cítí unavený a vyčerpaný, proto doufá, že se dnes také dobře vyspí. Na pokoji je sám a věří, že pokud nebude mít bolesti, usne bez problémů.

6. Vnímání, poznávání

Pacient je při vědomí, spolupracuje, odpovídá přiměřeně, orientován všemi kvalitami, tedy časem, prostorem i osobou. S pamětí ani s učením nikdy problémy neměl, vždyť v zaměstnání to byl jeho denní chléb. I v současné době se snaží trénovat paměť, rád čte, hlavně knihy s historickými tématy, luští sudoku a sleduje dokumentární filmy. Smyslové vnímání hodnotí jako bezproblémové, používá pouze brýle na čtení. Na kontroly k oční lékařce dochází pravidelně jedenkrát ročně. Trápí ho pouze bolesti levého kyčelního kloubu. Na desetistupňové škále intenzity bolesti udává stupeň 4. S kvalitou podaných informací o svém zdravotním stavu a způsobu léčby je spokojen. Již v ambulantní péči byl rámcově poučen o průběhu hospitalizace, operačním výkonu, předoperační přípravě a pooperační péči a hlavně o intenzivním rehabilitačním cvičení.

Den operačního výkonu – po operaci (2. den hospitalizace)

Po operaci je pacient při vědomí, spolupracuje, komunikace bez obtíží, orientován všemi kvalitami. Na desetistupňové škále intenzity bolesti udává stupeň 6. Bolest je pálivá a řezavá, lokalizovaná v oblasti levého kyčelního kloubu. Pacient je spokojen s podanými informacemi od zdravotnického personálu ohledně pooperační péče a rozumí jim.

7. Sebepojetí, sebeúcta

Pacient se hodnotí jako optimistický člověk. Vždy se snažil řešit problémy s humorem a nadhledem. Věří v dobré konce, a v to, že i neúspěch má svůj důvod a smysl. Alespoň se poučíme a získáme nové zkušenosti. Nyní je pozitivně laděný a vlastně se na operaci těší. Je přesvědčen o tom, že má dostatek energie zvládnout pooperační období včetně rehabilitace.

Den operačního výkonu – po operaci (2. den hospitalizace)

Pacient se po operaci cítí unavený a vyčerpaný. Na bolest, která ho trápí, byl předem připraven. Doufá, že injekce proti bolesti bude účinná. Jako nepříjemné vnímá, že je v pooperačním období závislý na pomoci sester, jelikož byl zvyklý vždy spoléhat spíše na sebe nebo na pomoc svých blízkých. Chce co nejdříve zahájit intenzivní rehabilitaci a být soběstačný. I dnes by se chtěl pokusit některé úkony zvládnout sám.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Bydlí s manželkou a starším synem a jeho rodinou v rodinném domě na vesnici. Mladší syn žije s rodinou v rodinném domě v blízké vesnici. Všichni se často a rádi setkávají. Pan J. K. má čtyři vnoučata, kterým se moc rád věnuje. Dle slov pacienta ho celá rodina podporuje a věří, že rekonvalescenci zvládne dobře. Rádi mu se vším pomohou. Do nemocnice přivezl pacienta starší syn a manželka. Na návštěvu přijdou opět pozítří odpoledne.

Den operačního výkonu – po operaci (2. den hospitalizace)

Večer po operaci je již pan J. K. v kontaktu s rodinou pomocí mobilního telefonu, sděluje jim důležité informace a pocity po operaci. Těší se na zítřejší návštěvu rodiny.

9. Sexualita, reprodukční schopnost

Pacient žije normálním sexuálním životem se svou manželkou, žádné problémy nikdy neměl. Pohlavní choroby a potíže s prostatou nejuje.

Den operačního výkonu – po operaci (2. den hospitalizace)

Po operaci jsme tuto otázku dále neřešili. Případné otázky pacienta na sexuální aktivity v pooperačním období je možné řešit později, v rámci edukace.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Pan J. K. hodnotí svůj život jako poměrně poklidný, závažnější problémy se vždy snažil řešit sám a s chladnou hlavou. Nejtěžší situací v jeho životě bylo úmrtí jeho rodičů, ale s podporou své manželky nakonec vše zvládl. Je si jistý, že v současné době se může plně spolehnout na podporu celé své rodiny. Nikdy nekouřil ani neřešil těžké situace v životě alkoholem nebo drogami. Dle jeho slov by mohl zátěží také nazvat nutnost zanechat jeho koníčku, sportovních aktivit, ale doufá, že časem ještě sportovat bude.

Den operačního výkonu – po operaci (2. den hospitalizace)

On sám operaci nepovažuje za zátěžovou situaci. Spíše se těší, na nácvik rehabilitace a věří, že bude moci ještě v omezené míře sportovat.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pan J. K. není věřící. Věří pouze sám sobě, své rodině a přátelům. Operace kyčelního kloubu je pro něj vlastně pomyslným odrazovým můstkem. Chtěl by se zbavit bolesti a opět sportovat. Doufá, že si brzy osvojí zásady správné rehabilitace a režimu po operaci, aby mohl co nejdříve opustit nemocnici. Těší se na celou svoji rodinu, jsou pro něj totiž velice důležití.

Den operačního výkonu – po operaci (2. den hospitalizace)

Žádné změny v životních hodnotách u pacienta po operaci nenastaly.

13. Jiné

Pan J. K. zatím nemá pocit, že by bylo téma, které bychom měli ještě probrat. Ovšem nevylučuje, že by se takové téma v průběhu hospitalizace mohlo ještě objevit.

3.3 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY 2. DEN HOSPITALIZACE (DEN OPERAČNÍHO VÝKONU)

Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila 2. den hospitalizace. Tento den byl pacient po operačním výkonu a jeho potřeby, problémy a denní režim se zásadně změnil. Ošetrovatelská péče byla zaměřena na zmírnění pooperační bolesti, monitorování a včasné řešení případných pooperačních komplikací, odstranění problémů pacienta (nevolnost, zvracení, podchlazení), uspokojení potřeb nemocného (příjem tekutin, vyprazdňování, hygiena), sledování a předcházení rizikům (infekce operační rány, periferního žilního katétru, poruchy kožní integrity, tromboembolické nemoci). Ošetrovatelské diagnózy a jejich pořadí jsem stanovila dle svých zkušeností a částečně po dohodě s pacientem. Podrobně jsem vypracovala cíle a plány ošetrovatelské péče, popsala jsem realizaci ošetrovatelských plánů a na závěr jsem zhodnotila, zda došlo ke splnění cílů péče. Dále uvádím seznam aktuálních ošetrovatelských diagnóz krátkodobého plánu ošetrovatelské péče.

1. Akutní bolest z důvodu operačního výkonu.
2. Riziko časných pooperačních komplikací z důvodu operačního výkonu, anestezie.
3. Nevolnost a zvracení z důvodu anestezie.
4. Hypotermie z důvodu operačního výkonu a pobytu pacienta na operačním sále.
5. Porucha soběstačnosti v oblasti příjmu tekutin, vyprazdňování a hygieny z důvodu pooperačního klidového režimu na lůžku.

6. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení periferního žilního katétru a operační rány.
7. Riziko poruchy kožní integrity (dekubitů) z důvodu klidového režimu na lůžku.
8. Riziko tromboembolické nemoci (TEN) z důvodu operačního výkonu a klidového režimu na lůžku.

3.4 KRÁTKODOBÝ PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE 2. DEN HOSPITALIZACE (DEN OPERAČNÍHO VÝKONU)

1. Akutní bolest z důvodu operačního výkonu.

Cíl ošetrovatelské péče:

- ❖ Zmírnit bolest pacienta ze stupně 6 na stupeň 2 do dvou hodin od operace.

Ošetrovatelský plán péče:

- ❖ Zajisti maximálně možný nebolestivý přesun pacienta z operačního sálu na ortopedickou JIP.
- ❖ Monitoruj bolest, urči její lokalizaci, intenzitu, charakter, trvání a šíření.
- ❖ Informuj o úlevové poloze, pomoz pacientovi zaujmout úlevovou polohu (poloha pacienta na zádech, mírná elevace a abdukce dolních končetin) a podpůrných prostředcích (ledování v oblasti operační rány).
- ❖ Aplikuj ordinovaná analgetika a sleduj jejich účinek, případně nežádoucí účinky.
- ❖ Pouč pacienta o nutnosti včas signalizovat bolest.
- ❖ Založ záznam sledování bolesti a dokumentuj čas a efekt podaného analgetika.
- ❖ Informuj pacienta o základních nežádoucích účincích analgetik a o možnosti kdykoliv použít signalizační zařízení.

Realizace ošetrovatelského plánu:

Pacient je šetrně přeložen z operačního sálu na lůžko ortopedické JIP. Uložen do úlevové polohy a je ledována oblast operační rány. Pacient udává

bolest intenzity 6 na desetistupňové škále (s tímto způsobem objektivizace bolesti byl seznámen již při příjmu na standardní jednotku oddělení), která je pálivá a řezavá, v oblasti levého kyčelního kloubu. Aplikovala jsem ordinované analgetikum a poučila pacienta o základních nežádoucích účincích. Vše je zaznamenáno do lékařské a ošetrovatelské dokumentace. Za 60 minut od operace je pacient klidný, pospává a udává zmírnění bolesti na stupeň číslo 4. Za dvě hodiny je bolest zmírněna na stupeň číslo 2. Pacient je poučen, že v případě zvýšení intenzity bolesti může bez ostychu požádat o analgetika. Má k dispozici signalizační zařízení.

Hodnocení:

Pacient udává zmírnění bolesti na stupeň číslo 2 za dvě hodiny po aplikaci analgetika (od operace). Je klidný, pospává.

2. Riziko časných pooperačních komplikací z důvodu operačního výkonu, anestezie.

Cíl ošetrovatelské péče:

- ❖ Nemocný nebude mít časně pooperační komplikace
- ❖ Sestra včas zjistí případné časně pooperační komplikace

Ošetrovatelský plán péče:

- ❖ Sleduj kvalitativní a kvantitativní stav vědomí.
- ❖ Sleduj základní životní funkce po 15 minutách 2 hodiny, poté po 1 hodině.
- ❖ Kontroluj obvazy v oblasti operační rány.
- ❖ Kontroluj funkčnost Redonových drénů.
- ❖ Sleduj, zda došlo k spontánnímu vyprázdnění moči do osmi hodin od operace.
- ❖ Kontroluj průchodnost periferního žilního katétru.
- ❖ Sleduj a zaznamenávej příjem a výdej tekutin po šesti hodinách a za 24 hodin.
- ❖ Kontroluj krvácení z operační rány a odvod do drénů.
- ❖ Sleduj prokrvení a inervaci dolních končetin.
- ❖ V případě komplikací ihned informuj lékaře.

Realizace ošetrovatelského plánu:

Pacient přijat z operačního sálu při vědomí, orientovaný, napojen na trvalý monitoring, sledovány a zaznamenávány fyziologické funkce. Sledovala jsem, zda operační rána nekrvácí, obvazy neprosakují. Kontrolovala jsem funkčnost drénů a jejich odvod. Sledovala jsem funkčnost periferního žilního katétru. Orientačně jsem hodnotila prokrvení a inervaci dolních končetin. Nemocný se spontánně vymočil za 6 hodin od operace. Sledovala a zaznamenávala jsem bilanci tekutin po šesti hodinách a za 24 hodin.

Hodnocení:

U nemocného se nevyskytly žádné pooperační komplikace.

3. Nevolnost a zvracení z důvodu anestezie.

Cíl ošetrovatelské péče:

- ❖ Nemocný nemá nevolnost a nezvrací do 6 hodin od operace.
- ❖ Prevence aspirace do plic.

Ošetrovatelský plán péče:

- ❖ Včas diagnostikuj pocit nevolnosti u pacienta.
- ❖ Zajisti zvýšenou Fowlerovu polohu a vyvětrej pokoj.
- ❖ Připrav emitní misku a buničitou vatu v dosahu pacienta, v případě použití ihned zlikviduj.
- ❖ Sleduj frekvenci, množství a obsah zvratků.
- ❖ Podávej antiemetika dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek.
- ❖ Kontroluj celkový stav pacienta každých 15 minut a pouč ho o použití signalizačního zařízení v případě nevolnosti.
- ❖ Zajisti zvýšenou péči o dutinu ústní.
- ❖ Pouč pacienta a zajisti, aby 2 hodiny po operaci nepřijímal žádné tekutiny, poté pouze čaj po lžičkách, maximálně 100ml za 1 hodinu.
- ❖ Kontroluj příjem a výdej tekutin.

Realizace ošetrovatelského plánu:

Po přijetí pacienta z operačního sálu ho uložíme do zvýšené polohy v polosedě. Poučíme ho o možném pocitu nevolnosti a zvracení, o použití

signalizačního zařízení. K lůžku připravíme emitní misku a buničitou vatu. Poučila jsem pacienta, že 2 hodiny po operaci nebude přijímat žádné tekutiny ani stravu a poté pouze čaj po lžičkách. Nemocného kontroluji každých 15 minut. Pacient zvracel 2x (400ml) 1 hodinu po operaci, podána antiemetika, zajištěna péče o dutinu ústní, vyvětrán pokoj. Za 1 hodinu začínám podávat čaj po lžičkách. Nemocný dále nezvrací ani netrpí pocitem nevolnosti.

Hodnocení:

Nemocný nezvrací, nemá pocit nevolnosti a přijímá tekutiny za 2 hodiny od operace. Nedošlo k aspiraci do plic.

4. Hypotermie z důvodu operačního výkonu a pobytu pacienta na operačním sále.

Cíl ošetrovatelské péče:

- ❖ Nemocný bude mít fyziologické hodnoty TT do 5 hodin od operace.

Ošetrovatelský plán péče:

- ❖ Změř TT po příjezdu z operačního sálu.
- ❖ Zahřívaj povrch těla pacienta pomocí termofólie.
- ❖ Sleduj celkový stav pacienta, barvu kůže a sliznic.
- ❖ Kontroluj TT po 1 hodině.

Realizace ošetrovatelského plánu:

Po příjezdu z operačního sálu jsem změřila pacientovi TT, má TT 34,9 °C. Barva kůže i sliznic je normální. Zahřívám povrch těla nemocného pomocí termofólie. Za 1 hodinu po operaci má pacient TT 35,5 °C, za 2 hodiny je TT 36,0 °C, ovšem nemocný má stále pocit chladu a je mu zima. Dále ho zahřívám pomocí termofólie a za 3 hodiny má TT 36,6 °C. Pacient se cítí dobře, je mu teplo. Snímám termofólii, TT dále nestoupá.

Hodnocení:

Pacient má fyziologické hodnoty TT za 2 hodiny od operace.

5. Porucha soběstačnosti v oblasti příjmu tekutin, vyprazdňování a hygieny z důvodu pooperačního klidového režimu na lůžku.

Cíl ošetrovatelské péče:

- ❖ Pacient dosáhne maximální možné soběstačnosti s ohledem na klidový režim na lůžku.
- ❖ Dokáže sám přijímat tekutiny za 2 hodiny po operaci.
- ❖ Umí a zná způsob vyprazdňování na lůžku do 6 hodin od operace.
- ❖ Zvládne s pomocí sestry osobní hygienu na lůžku do 24 hodin po operaci.

Ošetrovatelský plán péče:

- ❖ Pouč pacienta o způsobu přijímání tekutin, vyprazdňování a osobní hygieně na lůžku, snaž se vzbudit jeho důvěru (pacient ví, že se na sestru může s čímkoliv obrátit, pokud si není jistý)
- ❖ Pacient má v dosahu signalizační zařízení a ví, jak ho použít.
- ❖ Připrav všechny potřebné pomůcky k lůžku nemocného (vždy v jeho dosahu).
- ❖ Pacient večer zvládne osobní hygienu na lůžku s pomocí sestry.
- ❖ Motivuj pacienta a poskytni mu dostatek času.

Realizace ošetrovatelského plánu:

Pacient je poučen o způsobu přijímání tekutin, vyprazdňování a osobní hygieně na lůžku. Ví, že se může na sestru obrátit v případě nejasností nebo pokud určitý úkon nezvládne. Za 2 hodiny od operace již zvládá přijímat tekutiny po lžičkách sám. Na sklenku dosáhne. Močovou láhev má v dosahu u lůžka. Spontánně se vymočil za 6 hodin po operaci. Osobní hygienu na lůžku zvládl pacient s pomocí sestry, která mu přichystala veškeré potřebné pomůcky k lůžku v jeho dosahu. Nemocný si umyl horní polovinu těla a vyčistil si zuby sám, dolní končetiny a záda s pomocí sestry. Osobní hygienu prováděl večer po operaci. Pacient se snaží většinu úkonů provádět sám, bez pomoci. Proto je mu poskytnuto dostatek času.

Hodnocení:

Pacient zvládá přijímat tekutiny sám do 2 hodin po operaci, vyprazdňuje se do močové láhve za 6 hodin od operace a provedl osobní hygienu na lůžku

s pomocí sestry večer po operaci. Pacient se snaží o co největší možnou soběstačnost.

6. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení periferního žilního katétru a operační rány.

Cíl ošetrovatelské péče:

- ❖ U pacienta nedojde k infekci.

Ošetrovatelský plán péče:

- ❖ Kontroluj místo vpichu periferního žilního katétru a operační ránu 2x za 24 hodin a dokumentuj stav místa vpichu a operační rány.
- ❖ Dbej na řádnou hygienu rukou před ošetřováním periferního žilního katétru a operační rány.
- ❖ Převazy prováděj 1x za 24 hodin za přísně aseptických podmínek (při použití semipermeabilní folie na převaz periferního žilního katétru je možno měnit 1x za 3 dny).
- ❖ Udržuj krytí operační rány suché a čisté.
- ❖ Sleduj a dokumentuj funkčnost periferního žilního katétru.
- ❖ Spojovací hadičku napojenou na kanylu a infuzní soupravu vyměňuj 1x za 24 hodin.

Realizace ošetrovatelského plánu:

Převaz operační rány byl proveden ráno 1 den po operaci (po lékařské vizitě). Nejprve je provedena hygienická dezinfekce rukou sestry. Poté je šetrně odkryto krytí operační rány, která je klidná, bez sekrece a zarudnutí. Dezinfekce operační rány Jodisolem na sterilních tampónech, které jsou uchyceny ve sterilním peánu. Po zaschnutí dezinfekčního roztoku jsou přiloženy sterilní mulové čtverce na operační ránu a vypodloženy vstupy Redonových drénů. Vše přelepeno polopropustnou náplastí. Stav rány zaznamenán do ošetrovatelské dokumentace.

Místo vpichu periferního žilního katétru jsem kontrolovala po příjezdu z operačního sálu a večer v den operace (použita semipermeabilní fólie), nebyly zde známky zánětu a kanyla byla funkční. Vše jsem zaznamenala do

ošetřovatelské dokumentace. Převaz kanyly za 3 dny nebo dle potřeby, výměna infuzní soupravy včetně hadičky napojené na kanylu naplánováno na zítra (1. pooperační den).

Hodnocení:

U nemocného se nevyskytly infekční komplikace.

7. Riziko poruchy kožní integrity (dekubitů) z důvodu klidového režimu na lůžku.

Cíl ošetřovatelské péče:

- ❖ U pacienta nedojde k porušení kožní integrity (dekubitů) za 24 hodin od operačního výkonu (nutno dodržovat klid na lůžku).

Ošetřovatelský plán péče:

- ❖ Udržuj čisté, suché a upravené lůžko.
- ❖ Zajisti hygienickou péči pacienta na lůžku, dle jeho schopností.
- ❖ Kontroluj a ošetřuj predilekční místa vzniku dekubitů.
- ❖ Informuj pacienta o nutnosti rehabilitace a polohování od zítřka.

Realizace ošetřovatelského plánu:

Pacienta z operačního sálu uložím na čisté, suché, upravené lůžko a dále takto lůžko udržuji. Kontroluji možné znečištění lůžka (krvácení z operační rány). Večer pacient provedl hygienu na lůžku s asistencí sestry. Zkontrolovala jsem predilekční místa vzniku dekubitů, zvláště jsem se zaměřila na záda, hýždě a patu operované dolní končetiny. Operovaná dolní končetina je uložena v „antirotáční botě“ a často zde vznikají otlaky a dekubity. Provedla jsem masáž kůže zad a dolních končetin. Pacienta jsem poučila, že následující den zahájíme rehabilitaci a polohování (záda, zdravý bok). Ráno je opět provedena hygiena, kontrola a ošetření predilekčních míst.

Hodnocení:

U pacienta se nevyskytly známky poruchy kožní integrity (dekubitů) za 24 hodin od operace.

8. Riziko tromboembolické nemoci (TEN) z důvodu operačního výkonu a klidového režimu na lůžku.

Cíl ošetrovatelské péče:

- ❖ U pacienta se nevyskytnou příznaky TEN za 24 hodin od operačního výkonu.

Ošetrovatelský plán péče:

- ❖ Proved' bandáž operované dolní končetiny (zdravá dolní končetina opatřena bandáží již před operací).
- ❖ Sleduj funkčnost bandáží, barvu kůže, vznik otoků, prokrvení dolních končetin 3x denně.
- ❖ Zajisti elevaci dolních končetin.
- ❖ Podávej antikoagulační terapii dle ordinace lékaře, sleduj nežádoucí účinky.

Realizace ošetrovatelského plánu:

Po příjezdu z operačního sálu jsem provedla bandáž operované dolní končetiny. Zajistila jsem elevaci dolních končetin. Kontrolovala jsem funkčnost bandáží, barvu kůže, vznik otoků a prokrvení dolních končetin 3x denně. Antikoagulační terapie podána ráno, první den po operaci.

Hodnocení:

U pacienta se nevyskytly příznaky TEN za 24 hodin od operace.

3.5 DLOUHODOBÝ PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

V dlouhodobém plánu ošetrovatelské péče jsem stanovila pět ošetrovatelských diagnóz. Tyto ošetrovatelské diagnózy a jejich pořadí jsou odrazem spolupráce pacienta a ostatních členů ošetrovatelského týmu.

1. Zhoršená pohyblivost z důvodu operačního výkonu na pohybovém aparátu.

Dlouhodobý cíl ošetrovatelské péče:

- ❖ Pacient se sám posadí na lůžku se spuštěnými bérce do 4. dne hospitalizace.
- ❖ Pacient zvládne chůzi o 2 francouzských holích na WC a do koupelny s dohledem do 6. dne hospitalizace.
- ❖ Pacient umí chodit o 2 francouzských holích po schodech do 11. dne hospitalizace.
- ❖ Pacient bude schopen (s pomocí či dohledem) uspokojovat své potřeby v oblasti výživy, hygieny, vyprazdňování do 11. dne hospitalizace.

Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče:

- ❖ Spolupracuj s fyzioterapeutem.
- ❖ Podílejte se na nácvičování rehabilitace v rámci rehabilitačního ošetrovatelství.
- ❖ Kontrolujte provádění rehabilitačních cvičení pacienta a nácvičování vertikalizace (správné provádění).
- ❖ Provádějte s pacientem nácvičování sebezpečenosti.

Realizace ošetrovatelského plánu:

Již 3. den hospitalizace pacient nacvičuje sed se spuštěnými bérce na lůžku a postavení o 2 francouzských holích vedle lůžka s fyzioterapeutem. Od 4. dne hospitalizace se zvládá posadit sám několikrát denně. Dále trénuje chůzi o 2 francouzských holích pod dohledem fyzioterapeuta nebo ošetřující sestry, 5. den hospitalizace zvládne chůzi asi 20m bez přestávky, dojde na WC a do koupelny. Od 10. dne hospitalizace provádí nácvičování chůze o 2 francouzských holích po schodech, 11. den chodí po schodech bez problémů. Pacient byl soběstačný v oblasti výživy, najedl se sám. Do 7. dne hospitalizace se stravoval na pokoji u jídelního stolu, poté docházel do jídelny pacientů. Potřeboval pomoci pouze s donáškou jídelního podnosu, z důvodu chůze o 2 francouzských holích. Hygienickou péči prováděl pacient sám, pomoc potřeboval pouze s mytím dolních končetin a zad. Od 5. dne hospitalizace zvládl hygienu ve sprše pouze s dohledem sestry. Ve sprše jsou madla a zvýšená sedačka. Pacient do 5. dne hospitalizace

používá k vyprazdňování močovou láhev. V dalších dnech již pacient dojde na WC a s pomocí se posadí. Toaleta je vybavena nástavcem na WC, důležitá jsou také madla.

Hodnocení:

Pacient se od 4. dne hospitalizace posazuje na lůžku se spuštěnými bérce sám, 5. den dojde do koupelny a na WC, 11. den chodí po schodech. Pacient zvládá uspokojovat své potřeby v oblasti výživy, hygieny, vyprazdňování od 5. dne hospitalizace pouze s malou pomocí či kontrolou. Dlouhodobý cíl byl splněn.

2. Riziko pádu z důvodu pooperačního stavu (zhoršená pohyblivost, chůze o 2 francouzských holích, užívání analgetik, antihypertenziv)

Dlouhodobý cíl ošetrovatelské péče:

- ❖ Zabránit pádu pacienta v průběhu hospitalizace.
- ❖ Předejít pádu v domácím prostředí.

Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče:

- ❖ Zajisti prevenci pádu úpravou a zabezpečením prostředí.
- ❖ Pouč pacienta o signalizačním zařízení a jeho používání.
- ❖ Informuj o možných rizicích pádu, o prevenci pádu a dodržování zásad prevence pádu i v domácím prostředí.

Realizace ošetrovatelského plánu:

Pacientovi jsem upravila prostředí v jeho okolí (signalizační zařízení, potřebné věci na dosah, zabrzděná kolečka u lůžka, světlo atd.). Kontrola při chůzi o 2 francouzských holích (WC, sprcha). Pacient umí používat signalizační zařízení u lůžka, na WC a ve sprše.

Pacienta jsem poučila o rizikových faktorech a prevenci pádu:

- ✓ Z lůžka nebo ze židle vstávejte opatrně, pozor na závratě.
- ✓ Noste obuv s pevnou patou, pantofle a boty na podpatku nejsou vhodné.
- ✓ Mějte správně nastavené berle, kroky dělejte kratší a jisté.
- ✓ Nepřeceňujte své síly, v případě únavy chvíli zastavte, případně zavolejte pomoc.

- ✓ Při chůzi na delší vzdálenosti vyžadujte doprovod.
- ✓ Dávejte pozor na čerstvě vytřenou podlahu a mokré povrchy ve sprše.
- ✓ Pokud si sedáte na židli s kolečky, zkontrolujte jejich zabrzdění nebo je raději vůbec nepoužívejte.
- ✓ Neotáčejte se, neměňte rychle směr chůze.
- ✓ Dodržujte správný stereotyp chůze o francouzských holích.

Hodnocení:

Prostředí v okolí pacienta jsem zabezpečila. Poučila jsem pacienta o rizikových faktorech a prevenci pádu, nemocný všemu rozumí. Je si vědom nutnosti dodržovat tyto zásady i v domácím prostředí. V průběhu hospitalizace k pádu nedošlo.

3. Akutní bolest z důvodu operačního výkonu.

Dlouhodobý cíl ošetrovatelské péče:

- ❖ Zmírnit bolest pacienta na stupeň 2 do 2 hodin po aplikaci analgetik.
- ❖ Zajistit nekomplikovaný průběh rehabilitace.

Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče:

- ❖ Pouč pacienta o nutnosti včas signalizovat bolest, určit její lokalizaci, intenzitu, charakter, trvání a šíření.
- ❖ Aplikuj ordinovaná analgetika a sleduj jejich účinek, případně nežádoucí účinky.
- ❖ Prováděj záznam sledování bolesti a dokumentuj čas a efekt podaných analgetik.

Realizace ošetrovatelského plánu:

Pacient umí objektivizovat intenzitu bolesti pomocí škály intenzity bolesti od 1 do 10. Dokáže určit lokalizaci, charakter, trvání a šíření bolesti, zná základní nežádoucí účinky analgetik. V průběhu hospitalizace se intenzita bolesti měnila, po operaci udával pacient intenzitu bolesti 6 a do 2 hodin po aplikaci analgetik došlo k zmírnění bolesti na stupeň 2. V dalších dnech intenzita bolesti klesala, v klidu pacient udával intenzitu do stupně 2. Pacient je poučen, že pokud by se

bolesti zvyšovaly (např. při rehabilitaci), je nutné na to upozornit. Do 6. dne hospitalizace pacient vyžaduje Dipidolor 1amp. i. m. před rehabilitací a na noc. Rehabilitaci zvládá bez obtíží, pouze s mírnou bolestí do stupně 2. Od 7. dne hospitalizace užívá pouze Novalgin 500mg p. o. na noc. Pacient udává účinnost analgetik do ½ až 1 hodiny od aplikace, bolest hodnotí stupněm 1-2. Pacient umí zaujmout úlevovou polohu a využívá jí při odpočinku na lůžku, společně s ledováním místa operační rány. Aplikaci analgetik jsem zaznamenala do lékařské i ošetrovatelské dokumentace, sledovala jsem účinek a případné nežádoucí účinky analgetik.

Hodnocení:

Pacient udává bolesti do stupně 2. Rehabilitaci zvládá bez obtíží, pouze s mírnou bolestí. Dlouhodobý cíl splněn.

4. Riziko tromboembolické nemoci (TEN) z důvodu operačního výkonu a omezené pohyblivosti.

Dlouhodobý cíl ošetrovatelské péče:

- ❖ U pacienta se nevyskytnou příznaky TEN.
- ❖ U pacienta budou včas odhaleny příznaky TEN a bude na ně adekvátně reagováno.

Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče:

- ❖ Pouč pacienta o příznacích a prevenci TEN.
- ❖ Denně prováděj bandáž dolních končetin, na noc je sejmí (sleduj funkčnost bandáží, barvu kůže, vznik otoků, prokrvení dolních končetin).
- ❖ V době odpočinku pacienta na lůžku zajisti elevaci dolních končetin.
- ❖ Podávej antikoagulační terapii dle ordinace lékaře, sleduj nežádoucí účinky.
- ❖ Dohlížej na provádění cévních cviků na lůžku, spolupracuj s fyzioterapeutem a podílej se na nácviku rehabilitace (v rámci rehabilitačního ošetrovatelství pacienta).
- ❖ Pouč pacienta o nutnosti dodržovat tyto zásady i v domácím prostředí.

Realizace ošetrovatelského plánu:

Pacienta jsem poučila o možnosti vzniku TEN z důvodu operačního výkonu a omezené hybnosti po operaci. Vysvětlila jsem mu příznaky trombózy žil dolních končetin (bolest lýtka hlavně při došlapu a na pohmat, jednostranný otok dolní končetiny, zvýšená náplň postižených žil, namodralá barva končetiny) a prevenci TEN. Každý den jsem prováděla bandáže dolních končetin, sledovala jsem funkčnost bandáží, barvu kůže, vznik otoků a prokrvení dolních končetin. Dolní končetiny bez poruchy prokrvení, barva normální, bez otoků. Bandáže funkční, v případě shrnutí či zaškrcení bandáží jsem je ihned upravila. Antikoagulační terapii (Clexane 0,6 ml s. c. 1-0-0) jsem podávala dle ordinace lékaře, bez nežádoucích účinků. Pacient denně prováděl cévní cviky a trénoval rehabilitaci pod dohledem fyzioterapeuta. Dohlížela jsem na provádění cévních cviků minimálně 3x denně. Pacient prováděl rehabilitaci dle instrukcí fyzioterapeuta či ošetřující sestry. Při odpočinku pacienta na lůžku jsem zajistila elevaci dolních končetin. Pacienta jsem poučila o nutnosti dodržovat tyto zásady i v domácím prostředí.

Hodnocení:

Pacient nemá příznaky TEN. Zná zásady prevence TEN, které má dodržovat v domácím prostředí.

5. Riziko infekce z důvodu operační rány.

Dlouhodobý cíl ošetrovatelské péče:

- ❖ U pacienta nedojde k infekci.

Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče:

- ❖ Dbej na řádnou hygienu rukou před ošetřováním operační rány.
- ❖ Převoz prováděj dle ordinace lékaře a dle potřeby.
- ❖ Udržuj krytí operační rány suché a čisté.
- ❖ Při převazu operační rány postupuj asepticky.
- ❖ Pokud se vyskytnou příznaky infekce operační rány (zarudnutí, otok, horečka) informuj lékaře.

Realizace ošetrovatelského plánu:

Převaz operační rány jsem prováděla 1x denně od 3. do 6. dne hospitalizace, poté 1x za 48 hodin (nebo dle potřeby). Před každým ošetřováním operační rány jsem provedla hygienickou dezinfekci rukou a postupovala jsem asepticky. Krytí operační rány jsem udržovala suché a čisté (např. po hygienické péči ve sprše). Po celou dobu hospitalizace se nevyskytly příznaky infekce rány. Operační rána se zhojila per primam, 12. den hospitalizace byly odstraněny stehy.

Hodnocení:

Pacient nemá příznaky infekce operační rány.

Následná péče

Pan J. K. byl po 12 denní hospitalizaci propuštěn do domácího prostředí. Během hospitalizace nedošlo ke komplikacím, operační rána se zhojila per primam, rehabilitaci zvládl v potřebném rozsahu. V další rehabilitaci bude pokračovat i v domácím prostředí a dále po kontrole na ortopedické ambulanci (za 6 týdnů od operace) na lůžkovém rehabilitačním oddělení. Tento postup určil lékař - operátor. Fyzioterapeut předal pacientovi informační leták (Cvičení a životospráva pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu), opět všechny zásady ústně vysvětlil a odpověděl na otázky pacienta. Ošetřující lékař předal pacientovi propouštěcí zprávu a vysvětlil veškerá doporučení, které tato zpráva obsahuje. Ošetřující sestra opět zdůraznila důležité zásady rehabilitace, připomněla, že v případě komplikací se má okamžitě obrátit na naše zdravotnické zařízení. Mezi nejčastější komplikace patří TEN, infekce (zvýšená teplota, horečka, zčervenání v oblasti operační rány, sekret z operační rány), luxace (vyšší intenzita bolesti v oblasti kyčelního kloubu, zkrat či abnormální postavení operované dolní končetiny). Dále ho poučila o péči o jizvu.

3.6 PSYCHOLOGICKÁ PROBLEMATIKA NEMOCNÉHO

Psychologie nemoci

Nemoc je také subjektivní prožívání jejího průběhu. Pacient prožívá různé kvality, které předtím většinou neznal.

Jsou to:

1. bolest a různé potíže podle druhu nemoci;
2. emoce - strach, naděje, změna kvality životních cílů;
3. volní úsilí odolávat nemoci;
4. je závislý na informacích a racionálních postupech.

Je prokázáno, že prožívání nemá přímý vztah k závažnosti nemoci. Každá nemoc u každého pacienta probíhá v subjektivní sféře poněkud jinak, i když vyvolává stejné symptomy. Rozhoduje o tom charakter nemoci, zda je akutní či chronická, jakou léčbu nemoc vyžaduje (chirurgickou) a jak člověka omezuje.

Dále záleží na okolnostech vzniku a v jakém prostředí se vyvíjí. Mimo domov snáší pacient nemoc hůře. V nemocničním prostředí působí na pacienta víc negativních než kladných podnětů - odloučení, různé závažné choroby ostatních pacientů, umírání u nevléčitelných apod. Pacient přemýšlí také o pocitech zavinění, jednak vlastním a jednak cizím včetně iatropatogenie. Rozhoduje také věk, ve stáří se pacient snadněji smiřuje s nemocí, ve středním věku na pacienta dopadají nepříznivé sociální důsledky nemoci, snížený příjem, invalidita, důchod, ztráta kvalifikace apod. To vše může také změnit vztahy v rodině a negativně ovlivňovat průběh léčby a rekonvalescence. Každý člověk je jinak citově založen a jinak prožívá bolest a strach. (Klabusay- Podolská, 1994)

Psychika nemocného

Po psychické stránce jsem u pacienta během hospitalizace nezaznamenala výraznější výkyvy. Komunikoval bez obtíží a nevyskytly se žádné komunikační bariéry. Bez zábran hovořil o prožívání své nemoci, ale i o svých koníčcích, rodině a blízkých. Nemocný se cítil poměrně dobře. Obavy a strach si, dle jeho slov, prožil v období, kdy problémy začaly (bolest, omezená hybnost kyčelního kloubu). Vlastně si nechtěl připustit, že by se toto onemocnění týkalo i jeho.

Během konzultací u odborného lékaře obavy postupně slábly. Dostal dostatek potřebných informací o jeho onemocnění a způsobu léčby. V období, kdy se intenzita bolesti značně zvýšila, zažil paradoxně pocit radosti z budoucí operace. Do nemocnice nemocný přišel vyrovnaný se způsobem léčby (s operací). Nemocný říká, že měl vždy dostatek informací o léčebných a ošetrovatelských postupech a věděl, co ho čeká. Vždy dostal srozumitelnou odpověď na jeho dotazy, proto neměl důvod k obavám a strachu. Při pobytu v nemocnici se zmírnily bolesti levého kyčelního kloubu, ve srovnání s předoperačním obdobím. Volný čas v nemocnici trávil nemocný nácvikem rehabilitace, četbou dobré knihy nebo rozhovorem se spolupacienty. Rodina docházela na návštěvu každý den, proto neměl důvod ke stesku. Velice se těší na návrat domů, do svého známého prostředí, a na své blízké. V rodině má velkou oporu. V domácím prostředí mu bude nejvíce pomáhat manželka, ale pomoc slíbili i oba synové s manželkami. Do budoucnosti má dostatek vůle zvládnout období rekonvalescence a alespoň částečně se vrátit ke svým koníčkům.

3.7 SOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA NEMOCNÉHO

Role pacienta

Role pacienta je vesměs nedobrovolná, vnucená, leckdy náhlá, člověk je obvykle nepřipraven. Nemocný člověk se dostává do cizího a nového prostředí, již to samo o sobě navozuje nejistotu a pasivitu. Situace je pro něj zpravidla nová, neznámá, nejistá. Pacient musí často odkrývat intimní sféry svého života či těla a ztrácí své soukromí. Opouští všechny role a přijímá jedinou. Vzdává se svobody jednání a podřizuje se rozhodnutí lékaře. Nemoc je doprovázena často bolestmi, nevolností, slabostí. Pro pacienta je jeho nemoc centrálním problémem jeho života.

(Křížová, 1993)

Sociální problematika nemocného

Nemocný bydlí s manželkou, starším synem a jeho rodinou v rodinném domě na vesnici. Domácnosti mají oddělené. Mladší syn žije s rodinou v rodinném domě v blízké vesnici. Vztahy v rodině hodnotí jako velice dobré. S rodinou staršího syna se vídají denně, mladší syn s rodinou jezdí často na návštěvy. Nemocný s manželkou mají bytovou jednotku v přízemí, do domu se vstupuje po dvou schodech. Bytové úpravy provedli synové již v průběhu hospitalizace nemocného. V koupelně mají sprchový kout. Zde umístili sklopnou, zvýšenou sedačku a madla pro bezpečnější pohyb ve sprše. Madla umístili také na WC. Zvýšené WC bylo původní. Postel v ložnici je dostatečně vysoká, bylo nutné pouze vyměnit matraci s pevným lamelovým roštem.

Nemocný i jeho manželka jsou ve starobním důchodu, proto péči v domácím prostředí bude zastávat manželka. Pomoc agentury domácí péče nemocný odmítl.

Bez výrazných problémů nemocný hodnotí i ekonomickou situaci.

Pan J. K. pracoval jako učitel, vyučoval fyziku a tělesnou výchovu na základní škole. Vedl sportovní zájmové kroužky pro mládež.

Ve volném čase hrál rekreačně fotbal a tenis. Fotbal hrál méně, spíše o víkendech. Také trénoval mladší žáky ve fotbale. Tenisu se věnoval více, několikrát týdně. Také rád plave, do bazénu chodil 1x týdně. Nejraději má procházky s vnučaty a se svým psem. V důsledku zhoršování zdravotních obtíží musel většinu těchto aktivit přerušit. Věřící, že k některým těmto aktivitám se, s odstupem času, opět vrátí.

3.8 PROGNOZA

Prognóza pana J. K. je velice dobrá. Pacient je optimistický člověk. Je přesvědčen o tom, že má dostatek energie a vůle zvládnout rekonvalescenci včetně rehabilitace. V průběhu hospitalizace se nevyskytly žádné komplikace, rehabilitaci zvládl v potřebném rozsahu. Dodržuje pooperační režim a dbá na zásady rehabilitace. Sociální zázemí pacienta je velice dobré, má podporu ze strany rodiny. Do domácího prostředí je propuštěn řádně poučen o režimu po

operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. V další rehabilitaci bude pokračovat za 6 týdnů od operace na lůžkovém rehabilitačním oddělení.

3.9 EDUKAČNÍ PLÁN NEMOCNÉHO

Edukaci nemocného jsem zaměřila hlavně na rehabilitaci a režimová opatření po operaci endoprotézy kyčelního kloubu. Všechny zásadní informace pacient samozřejmě získal od fyzioterapeuta včetně praktického nácviku. Mojí snahou bylo pacienta motivovat k rehabilitaci a odpovídat na případné otázky. Dále jsem pacienta poučila jak pečovat o jizvu po propuštění z nemocnice.

Základní polohy vleže na lůžku

- ✓ Leh na zádech - vleže na zádech musí být trup rovně a obě dolní končetiny od sebe, špičky a kolena obou končetin míří ke stropu.
- ✓ Leh na boku - pro otáčení na zdravý bok používejte molitanový klín nebo polštář, který vložíte již vleže na zádech mezi stehna, kolena a kotníky mírně pokrčených dolních končetin a otočíte se na zdravý bok. Operovaná končetina nesmí sklouznout z klínu dolů. Na operovaný bok se smíte otáčet až po 6-12 týdnech od operace.
- ✓ Leh na břiše - při otáčení na břicho se mezi kolena vkládá menší polštář, otáčíte se jako „kláda“. Nekřížit dolní končetiny.

Zásady správného sedu

- ✓ Nikdy si nesmíte sedat s nohama nataženýma na lůžko.
- ✓ Trup je vsedě vzpřímený.
- ✓ Zatěžujeme obě poloviny pánve stejně.
- ✓ Nohy jsou mírně od sebe.
- ✓ Nesmíte se předklánět k zemi.
- ✓ Operovaná dolní končetina má být lehce natažená dopředu a do strany.

Zásady správné chůze o francouzských holích

- ✓ Pro dobrou stabilitu při chůzi je důležitá správná obuv (obuv s plnou špičkou a zavřenou patou, nazouvací) a vhodné pohodlné oblečení.

- ✓ Správné nastavení výšky holí.
- ✓ Při chůzi dbejte na vzpřímené držení těla, stejnou délku kroku, správné odvíjení chodidla od podlahy, špičky nohou musí mířit dopředu.
- ✓ Dodržujte správný stereotyp chůze o francouzských holích.

Zakázané polohy a pohyby

- ✓ Křížit nohy přes sebe vleže, vsedě a ve stoji.
- ✓ Vytáčet operovanou končetinu špičkou ven.
- ✓ Otáčení na zdravý bok bez pomoci klínu nebo polštáře (až 1 rok od operace).
- ✓ Posazování do hlubokého nebo měkkého křesla.
- ✓ Hluboké předklony a dřepy.
- ✓ Chůze bez holí, pokud to nedovolí lékař.
- ✓ Jízda v autě po dobu 6 týdnů od operace.
- ✓ Řízení auta po dobu 3 měsíců od operace.

Doporučení pro první 3 měsíce po operaci

- ✓ Spěte na pevném a rovném lůžku.
- ✓ Střídejte chůzi, sed a leh, omezte dlouhodobé stání.
- ✓ Při posazování nesmíte mít ohnutý kyčelní kloub více než do pravého úhlu.
- ✓ Pro práci v domácnosti používejte vyšší židli (s nastavitelnou výškou a opěrkami pro ruce).
- ✓ Několikrát denně cvičte.
- ✓ Používejte i doma obuv s pevnou patou.
- ✓ Při obouvání používejte dlouhou lžici, nezavazujte si sami tkaničky.
- ✓ Ponožky si oblékejte s pomocí ručníku nebo oblékače ponožek.
- ✓ Odstraňte doma všechny volně ležící koberce, předložky, rohožky - chráníte se tím pádu.
- ✓ Pravidelně kontrolujte technický stav vašich holí.

Trvale platná doporučení

- ✓ Nenoste těžká břemena (nad 2kg).
- ✓ Vyvarujte se prudšího běhu a skoků, kontaktních sportů, jízdy na koni, lyžování v náročném terénu.
- ✓ Netrénujte nadměrně vytrvalostní chůzi ani jízdu na rotopedu (opotřebování endoprotézy).
- ✓ Doporučit lze plavání, chůzi, jízdu na kole.
- ✓ Dodržovat určitý šetřící režim je nutné až do konce života.

Péče o jizvu

Péče o jizvu je velmi důležitá. Má nejen význam estetický, ale i zdravotní. Při nedostatečné péči by mohla vznikat adheze. Je nutné začít včas, hned jak jizva bude zhojena.

Jak se o jizvu starat?

- ✓ Masáž - tlaková: palcem ruky působíme na jizvu. Tlak s výdrží několika sekund, pomalu povolíme a přesuneme na vedlejší neošetřený úsek
- ✓ Masáž - vibrační: palcem ruky mírně chvějeme v délce jizvy.
- ✓ „Esíčka“ a „Céčka“ („Podkůvky“)
- ✓ Míčkování
- ✓ Mazání jizvy mastí: nejobvyklejší masti jsou - měsíčková mast, Infadolan, Calcium Pantothenicum, Contractubex; vhodné je i sterilní vepřové sádlo (k zakoupení v lékárně).

4. ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo zpracování případové studie ošetrovatelské péče o pacienta po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. Ošetrovatelskou anamnézu jsem získala při příjmu formou rozhovoru dle modelu fungujícího zdraví Majory Gordonové. Sbírala jsem údaje podle jednotlivých oblastí, vyhledávala, kde má pacient těžkosti a potíže. Dle těchto údajů jsem sestavila krátkodobý plán ošetrovatelské péče pro druhý den hospitalizace. Tento den byl pacient po operačním výkonu a jeho potřeby, problémy a denní režim se zásadně změnil. Ošetrovatelská péče byla zaměřena na zmírnění pooperační bolesti, monitorování a včasné řešení případných pooperačních komplikací, odstranění problémů pacienta (nevolnost, zvracení, podchlazení), uspokojení potřeb nemocného (příjem tekutin, vyprazdňování, hygiena), sledování a předcházení rizikům (infekce operační rány, periferního žilního katétru, poruchy kožní integrity, tromboembolické nemoci). Ošetrovatelské diagnózy a jejich pořadí jsem stanovila dle svých zkušeností a částečně po dohodě s pacientem. Podrobně jsem vypracovala cíle a plány ošetrovatelské péče, popsala jsem realizaci ošetrovatelských plánů a na závěr jsem zhodnotila, zda došlo ke splnění cílů péče. Dále jsem stanovila dlouhodobý plán ošetrovatelské péče, který má za úkol vyřešit dlouhodobou problematiku ošetrovatelské péče. Ošetrovatelské diagnózy pro dlouhodobý plán péče a jejich pořadí jsem sestavila s maximální spoluprací pacienta. V popředí byla zhoršená pohyblivost, riziko pádu, akutní bolest, riziko tromboembolické nemoci a riziko infekce rány. V průběhu hospitalizace byl pacient edukován o správné rehabilitaci, před propuštěním byl opět poučen o rehabilitaci a režimových opatřeních po operaci endoprotézy kyčelního kloubu a o péči o jizvu.

Závěrem bych chtěla zhodnotit změnu, ke které většinou dochází po implantaci totální náhrady kyčelního kloubu. Obvykle tato operace vede ke zlepšení kvality života pacienta, který jí podstoupí, i když přináší omezení ve formě trvalého nepřetěžování kloubu. Velice důležitým faktorem, který ovlivňuje výsledek operačního výkonu a kvalitu života pacienta, je dokonalá spolupráce pacienta a zdravotnického personálu a následné dodržování režimových opatření i v domácím prostředí. Pokud si pacient tyto zásady neosvojí, nelze zajistit

očekávaný výsledek operačního výkonu. Proto má zásadní význam pro rekonvalescenci, po operaci totální náhrady kyčelního kloubu, edukace pacienta.

5. Seznam odborné literatury

1. Čihák, R.: Anatomie 1. Praha: Grada, 2001. 516 s.
2. Dauber, W. (přeložili Čihák, R., Grim, M.): Feneisův obrazový slovník anatomie. Praha: Grada, 2007. 548 s.
3. Dungl, P.: Ortopedie. Praha: Grada, 2005. 1273 s.
4. Ferko, A. et.al.: Chirurgie v kostce. Praha: Grada, 2002. 596 s.
5. Jobánková, M. et.al.: Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky. Brno: NCO NZO, 2004. 225 s.
6. Kapounová, G.: Ošetřovatelství v intenzivní péči. Praha: Grada, 2007. 368s.
7. Klabusay, L., Podolská, M.: Vademecum zdravotní sestry v praxi. Brno: IPVPZ, 1994. 154 s.
8. Kolektiv autorů: Základy ošetřování nemocných. Praha: Karolinum, 2005. 145 s.
9. Křivohlavý, J.: Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002. 200 s.
10. Křížová, E.: Úvod k sociologii medicíny a zdravotnictví. Praha: Karolinum, 1993. 97 s.
11. Martínková, J. et.al.: Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů. Praha: Grada, 2007. 380 s.
12. Mastiliaková, D.: Úvod do ošetřovatelství I. díl. Praha: Karolinum, 2004. 187 s.
13. Mastiliaková, D.: Úvod do ošetřovatelství II. díl. Praha: Karolinum, 2004. 160 s.
14. Plaňava, I.: Průvodce mezilidskou komunikací. Praha: Grada, 2005. 148 s.
15. Richards, A., Edwards, S. (přeložila Šeclová, S.): Repetitorium pro zdravotní sestry. Praha: Grada, 2004. 376 s.
16. Sosna, A. et.al.: Základy ortopedie. Praha: Triton, 2001. 175 s.
17. Staňková, M.: České ošetřovatelství 3: Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe. Brno: IPVPZ, 1999. 49s.
18. Staňková, M.: České ošetřovatelství 4: Jak provádět ošetřovatelský proces. Brno: NCO NZO, 2004. 66 s.
19. Venglářová, M., Mahrová, G.: Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada, 2006. 144 s.

20. Vokurka, M.: Praktický slovník medicíny. Praha: Maxdorf, 1994. 360 s.
21. Vybíral, Z.: Psychologie komunikace. Praha: Portál, 2005. 319 s.

6. Seznam zkratek

ALT	jaterní testy (alaninaminotransferáza)
amp.	ampule
APTT	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
AST	jaterní testy (aspartátaminotransferáza)
BMI	index tělesné hmotnosti
Cl	chlorid
CT	počítačová tomografie
EKG	elektrokardiograf
g	gram
i. m.	do svalu
inj.	injekčně
i. v.	do žíly
JIP	jednotka intenzivní péče
K	draslík
KO	krevní obraz
mg	miligram
m. j.	mezinárodní jednotka
ml	mililitr
MRI	magnetická rezonance
Na	sodík
P	puls
p. o.	ústy
RTG	rentgen
s. c.	pod kůží
tbl.	tableta
TEN	tromboembolická nemoc
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota

7. Přílohy

Příloha č. 1: ošetřovatelská anamnéza

Příloha č. 2: hodnocení bolesti

Příloha č. 3: kloub kyčelní

Příloha č. 4: femur (kost stehenní)

Příloha č. 5: klasická cementová endoprotéza

Příloha č. 6: necementovaná endoprotéza

Příloha č. 7: nástavec na WC

Příloha č. 8: oblékač punčoch


Příloha č. 9: lžice na boty

Příloha č. 1: ošetrovatelská anamnéza

Příjmení:
 Jméno:
 R.č.:

Ošetrovatelská anamnéza

ÚVN Střešovice



Oddělení:

Datum čas přijetí na odd.:

Přijat od:

Opakované přijetí: ano ne

Rodina informována: ano ne

Vědomí:

Orientace: ano ne

Bez vědomí: ano ne

Porucha vědomí: ano ne

Bezvědomí: ano ne

Psychický stav:

Spolupracuje: ano ne

Klidný: ano ne

Orientovaný: ano ne

Provedl posuzování aktuálního psychologického stavu (viz str.2)

Dýchání:

Potíže: ano ne UPV

Kuřák: ano ne

Dušnost: klidová cyanoza

námahová kašel

noční

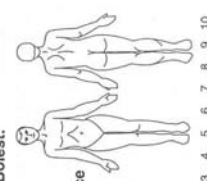
Kašel:

dráždivý s expektorací


Bolest:

ano ne

Lokalizace



Intenzita



Fyziologické hodnoty při přijetí:

TK: P: TT:

Hypertenze v anamnéze: ano ne

Výživa / hydratace:

Váha / výška: BMI:

Soběstačný: ano ne

Parenterální: ano ne

Kanýla zavedena dne:

Enterální: ano ne

Sonda zavedena dne:

Diabetik: ano ne

Obezita / BMI 30 a vyšší: ano ne

př. kladně odpověď informuj lékaře a vešlejší sestru

-kontakt DS: ano ne

Vyprazdňování:

Problémy s močením: ano ne

Pálení: ano ne

Retence: ano ne

Moč. katetr zaveden dne:

Problémy se stolicí: ano ne

Pravidelná: ano ne

Zápcha: ano ne

Průjem: ano ne

Inkontinence: ano ne

Kůže:

Změny na kůži: ano ne

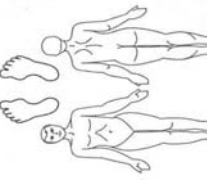
Otoky: ano ne

Dekubity: ano ne

Jméno:

stupeň:

- zčervenání
- tvorba puchýřů
- hluboké poškození kůže a tkáně
- dekubitus na kost - nekroza



Soběstačnost / pohyblivost

soběstačný nesoběstačný

Hodnocení stupně závislosti:

0-40 vysoce závislý

45-60 závislost středního stupně

65-95 lehká závislost

96-100 nezávislý

Významný handicap: Pomůcky:

Problémy se zrakem: brýle čokky berle/hůl

Problémy se sluchem: sluchové vložky sluchový aparát

Problémy s řečí: protetický aparát

Cizinec: ano ne

Riziko pádů:

Skóre rizika pádů:

ano ne

Spánek:

Narušený: ano ne

Alergie: ano ne

Alergen:

Důležitá upozornění:

Schopnost edukace:

nemocný - ano ne

rodina - ano ne

Požeba edukace:

ano ne

léma/viz edukační záznamy:

Plánování propuštění

není schopen vykonávat aktivity denního života a sebepečí

onemocnění s dlouhodobými následky

není orientován (čas, místo, osoba)

problémy s medikací

vyžaduje následnou rehabilitaci

bydlí sám

je v péči

Kontakt se sociálními sestrami:

ano ne

Podpis a razítko sestry:

Datum:

Čas:

Podpis a razítko lékaře:

Riziko vzniku dekubitu dle stupnice Nortonové

Dat	Soběstačnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružené onemocnění	Frakční stav	Star vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence	Součet							
1. últahá	4	<10	4	normální	4	žádná	4	období	4	žádná	4	není	4				
2. časově	3	<30	3	lépší	3	DM, TT	3	zhoršeny	3	apatický	3	časově	3	časově	3		
3. omezená	2	>60	2	lehká	2	anémie, lachrymace	2	špatný	2	mešterý	2	setřeba	2	omezená	2	přehrábí moč 2	
4. velmi omezená	1	>80	1	suchá	1	ironická, obezita	1	velmi špatný	1	bezvědomí	1	bedí	1	velmi omezená	1	moč. stříkač 1	
5. žádná	1			karcom	1									žádná	1	žádná	1

Ošetrovateľská anamnéza

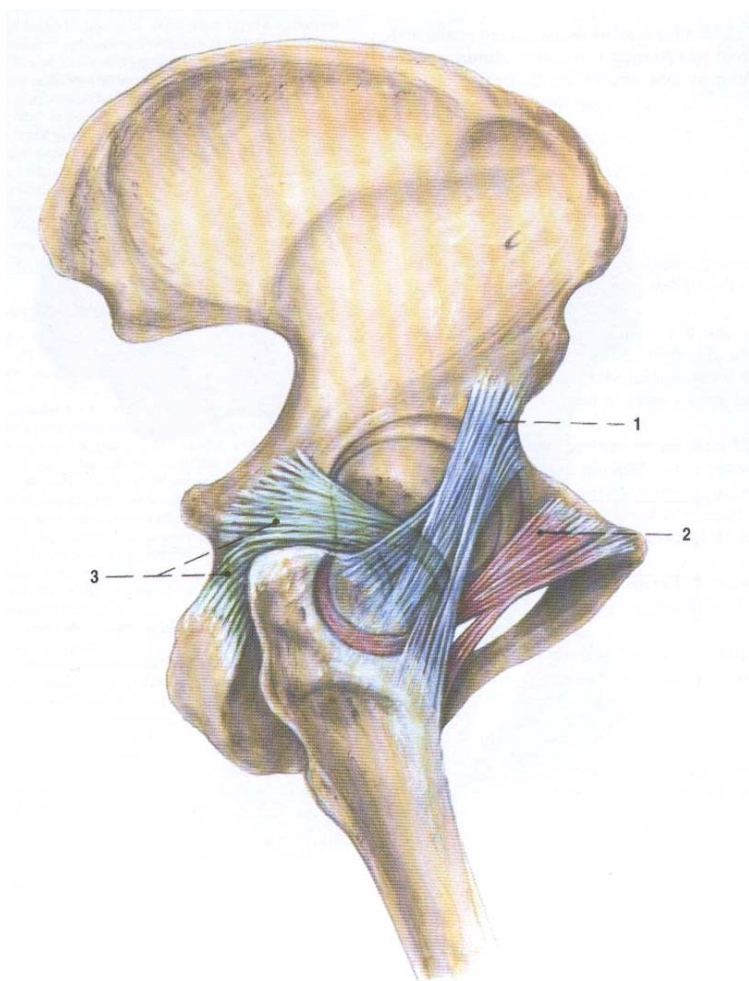
Barthelův test základních všedních činností		
příjem potravy a tekutin	10 5 0	10 5 0
oblékání	10 5 0	10 5 0
koupání	5 0	5 0
osobní hygiena	5 0	5 0
kontinence moči	10 5 0	10 5 0
kontinence stolice	10 5 0	10 5 0
použití WC	10 5 0	10 5 0
presun na lůžko – židli	15 10 5 0	15 10 5 0
chůze po rovině	15 10 5 0	15 10 5 0
chůze po schodech	10 5 0	10 5 0
CELKEM	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	
Postupuj dle metodického návodu č. 8/2003 Hodnocení stupně závislosti: 0 – 60 informuj lékaře a kontaktuj fyzioterapeuta		

A. vědomí jmeno datum dnešního dne kde je (místo) kolik je roků (asi) pocítat od 10 na výtzu zavřít/otevřít oči	B. emoce plachťnosť uzkost(magľatý, tenisti) smutek (plesnismus, deprese) hyperaktivita (zrychlený) uzavřenost (nesdílný)	C. chování agrese zposolupřice apatie/nezájem
1 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Skóre 3 a více informuj ošetrujícího lékaře. Skóre 3 a více informuj ošetrujícího lékaře.		

Určení nutričního stavu Otázka A: Zhubnul nemocný, aniž by se o to pokoušel? (období posledních 3 měsíců) Otázka B: Nemocný ubyl na váze. Otázka C: Jí v současné době nemocný méně, třpi nechutenstvím?	Ano – jděte na otázku B Ne – jděte na otázku C Neví – jděte na otázku C 0,5 – 5 Kg 6 – 10 Kg 11 – 15 Kg více než 15 Kg neví Ne Ano	2 0 1 1 2 3 4 2 1 2
Nutriční skóre:		
Skóre vyšší než 3, postupuj dle metodického návodu č. 9/2003. Informuj lékaře a volej dietní sestru!		

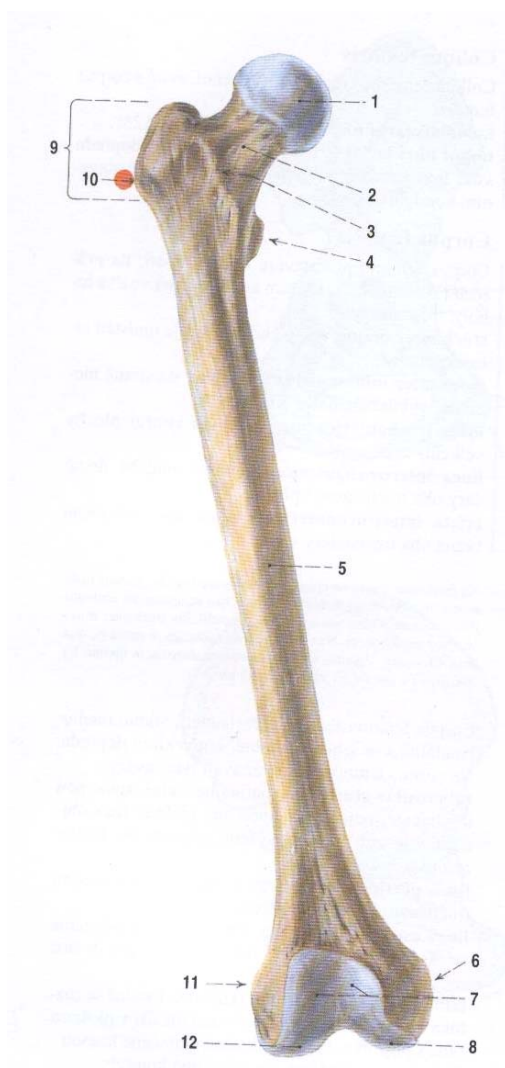
Zjištění rizika pádu	Skóre	
Aktivita		
Pohyb		
Neomezzený	0	Žádné
Používá pomůcku	1	Vizuální, sluchové, smyslový deficit
Potřebuje pomoc k pohybu	1	Orientován
Neschopen přesunu	1	Občasná/noční desorientace
Nevyžaduje pomoc	0	Historie desorientace/demence
V anamnéze rykturie/inkontinence	1	18-75
Vyžaduje pomoc	1	75 a výše
Neužívá rizikové léky	0	Pád v anamnéze
Užívá léky ze skupiny diuretik, antiepileptika, aniparkinsonik, antihypertenziv, psychotropní léky nebo benzodiazepiny	1	Celkové skóre
		Skóre vyšší než 3, postupuj dle os. standardu č. 17.

Příloha č. 3: kloub kyčelní



Příloha č. 4: femur (kost stehenní)

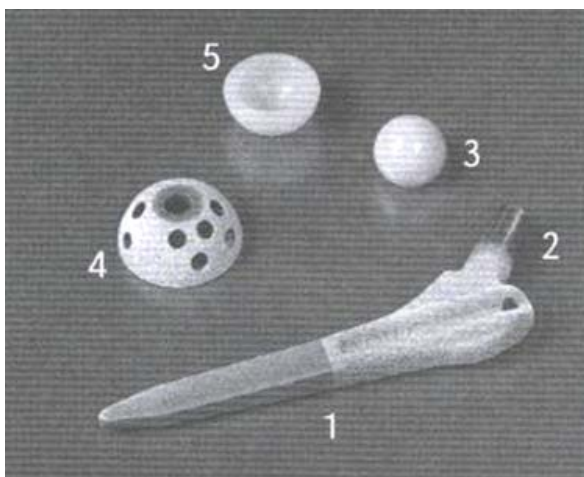
- 1- caput femoris
- 2- collum femoris
- 3- linea intertrochanterica
- 4- trochanter minor
- 5- corpus femoris
- 6- epicondylus medialis
- 7- facies patellaris
- 8- condylus medialis
- 9- trochanter major
- 10- měrný bod na trochanteru (bitrochanterického rozměru)
- 11- epicondylus lateralis
- 12- condylus lateralis



Příloha č. 5: klasická cementová endoprotéza



Příloha č. 6: necementovaná endoprotéza



- 1- dřík zaváděný do dřevného kanálu femuru
- 2- krček dříku
- 3- hlavička nasazená na krčku
- 4- umělá jamka – kotvící kovová část
- 5- polyetylenová vložka

Příloha č. 7: nástavec na WC



Příloha č. 8: oblékač punčoch



Příloha č. 9: lžíce na boty

