

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2010

Adéla Erlebachová

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Ošetřovatelství



Adéla Erlebachová

Ošetřovatelská kazuistika u pacientky po totální endoprotéze kyčelního kloubu

Nursing Care for a Patient after a Hip Replacement

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Helena Chloubová

Datum obhájení práce

Praha, 2010

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby tato závěrečná práce byla archivována v Ústavu vědeckých informací 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a zde užívána ke studijním účelům. Za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

Souhlasím se zpřístupněním elektronické verze mé práce v Digitálním repozitáři Univerzity Karlovy v Praze (<http://repozitar.cuni.cz>). Práce je zpřístupněna pouze v rámci Univerzity Karlovy v Praze.

Souhlasím

V Praze, 30. 4. 2010

ADÉLA ERLEBACHOVÁ

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce PhDr. Heleně Chloubové za poskytnutí rad a připomínek během vedení mé bakalářské práce.

ABSTRAKT

Příjmení a jméno autora:	Erlebachová Adéla
Instituce:	Univerzita Karlova v Praze 1. lékařská fakulta Ústav teorie a praxe ošetrovatelství
Název práce:	Ošetrovatelská kazuistika u pacientky po totální endoprotéze kyčelního kloubu
Vedoucí práce:	PhDr. Helena Chloubová
Počet stran:	83
Počet příloh:	4
Rok obhajoby:	2010
Klíčová slova:	Kyčelní kloub Totální endoprotéza Pacient Standardní péče Předoperační příprava Pooperační péče

Závěrečná bakalářská práce s názvem „ Ošetrovatelská kazuistika u pacientky po totální endoprotéze kyčelního kloubu“ se zaměřuje na problematiku totálních endoprotéz kyčelního kloubu, na onemocnění koxartrózy, na předoperační a pooperační péči o pacientku po totální endoprotéze kyčelního kloubu.

Cílem práce je zjistit úroveň předoperační přípravy a pooperační péče o pacientku po totální endoprotéze kyčelního kloubu ve vybraném zdravotnickém zařízení a posouzení této péče se všeobecnými standardy v předoperační a pooperační péči. Dalším cílem je na základě informací získaných z předoperační a pooperační situace navrhnout vlastní standardy.

V práci jsem použila metodu kvalitativního sledování metodou ošetrovatelské kazuistiky.

ABSTRACT

Author:	Erlebachová Adéla
Institution:	Charles University in Prague First Faculty of Medicine Institute of Nursing Theory and Practice
Title:	Nursing Care for a Patient after a Hip Replacement
Tutor:	PhDr. Helena Chloubová
Number of pages:	83
Number of supplements:	4
Year:	2010
Key words:	Hip Total joint replacement Patient Standard care Preoperative preparation Postoperative care

Final bachelor's thesis on „Nursing care for a patient after a hip replacement“ bachelor's thesis focuses on the problem of total hip replacement, as the disease coxarthrosis to preoperative and postoperative care of patient after total hip replacement.

The objective is to determine the level of preoperative and postoperative care of patient after total hip replacement. in selected hospital and assess the general standards of care in the preoperative and postoperative care.

Another objective is based on information obtained from preoperative and postoperative situation to propose their own standards.

In the bachelor's thesis I used the method of qualitative monitoring undertaken using a case study of nursing.

Obsah

Úvod.....	6
1 Teoretická část	7
1.1 Klinická část	7
1.1.1 Koxartróza.....	7
1.1.2 Totální endoprotéza kyčelního kloubu:	13
1.2 Ošetrovatelská část.....	22
1.2.1 Ošetrovatelské standardy.....	22
1.2.2 Návrh standardu před a pooperační péče u pacienta po TEP kyčelního kloubu v celkové anestézii. 29	
2 Praktická část kvalitativního sledování metodou ošetrovatelské kazuistiky	31
2.1 Ošetrovatelský proces	31
2.2 Použití ošetrovatelského procesu	32
2.2.1 Ošetrovatelský model dle Marjory Gordonové	32
2.3 Ošetrovatelská kazuistika.....	33
2.3.1 Základní identifikační údaje:.....	33
2.3.2 Lékařská diagnóza:.....	34
2.3.3 Lékařská anamnéza:	34
2.3.4 Diagnostika:	35
2.3.5 Terapie:	39
2.3.6 Průběh hospitalizace v období od 27. 11. – 29. 11. 2009	45
2.3.7 Stručný přehled diagnosticko - terapeutické péče	50
2.3.8 Ošetrovatelská anamnéza a sledování současného stavu.....	51
(26. 11. – 27. 11.).....	51
2.3.9 Potřeby pacientky.....	52
2.3.10 Ošetrovatelské diagnózy	61
2.3.11 Cíle, plány, realizace a hodnocení ošetrovatelské péče	62
2.3.12 Edukace pacientky	77
2.3.13 Ošetrovatelský závěr a prognóza.....	78
3 Závěr	80
4 Zdroje informací o nemocném	81

Seznam Tabulek

Tabulka 1 - Fyziologické funkce	35
Tabulka 2 - Fyziologické funkce v den operace: 27. 11. 2009.....	35
Tabulka 3 - Krevní obraz.....	36
Tabulka 4 - Koagulační vyšetření.....	36
Tabulka 5 - Biochemické vyšetření	37
Tabulka 6 - Infúzní terapie	41
Tabulka 7 - Akutní medikace injekční	42
Tabulka 8 - Akutní medikace per os.....	42
Tabulka 9 - Příjem a výdej tekutin	53

Úvod

Závěrečná bakalářská práce je věnována problematice totálních endoprotéz kyčelního kloubu. Toto téma jsem si vybrala z důvodu zvyšující se frekvence těchto operací a zajímavosti technického provedení výměny kloubů. V praktické části jsem formou ošetřovatelské kazuistiky zachytila péči o pacientku s totální endoprotézou kyčle, o kterou jsem pečovala v Česko - německé horské nemocnici na oddělení akutní medicíny ve Vrchlabí, kde pracuji. Práce se skládá z teoretické a praktické části.

Teoretická část má svou část klinickou, kde se zabývám problematikou onemocnění koxartrózy, jejími příčinami, diagnostikou a možností terapie, především chirurgické terapie. V ošetřovatelské teorii se věnuji standardním ošetřovatelským postupům v před a pooperační péči o nemocné s totální endoprotézou kyčle.

Praktická část je věnována kvalitativnímu sledování metodou ošetřovatelské kazuistiky u 61 leté pacientky po totální endoprotéze kyčelního kloubu. Metodou ošetřovatelského procesu, jsem provedla ošetřovatelskou anamnézu, zhodnotila současný stav pacientky a na základě těchto informací jsem postavila 2 předoperační a 6 pooperačních diagnóz a plán péče. Dále jsem realizovala individuální péči a nakonec jsem u každé diagnózy zhodnotila efekt poskytnuté péče.

V závěru jsou zhodnoceny ošetřovatelské standardy na všeobecnou předoperační přípravu a pooperační péči s individuálním postupem u vybrané 61 leté pacientky. Ošetřovatelský proces je vypracován podle modelu Gordonové.

1 Teoretická část

1.1 Klinická část

1.1.1 Koxartróza

1.1.1.1 Definice

Jedná se o degenerativní onemocnění kyčelního kloubu, které postihuje až 50% lidí po šedesátém roce života. Nejčastější příčinou bolestí pohybového aparátu v dospělém věku je osteoartróza. (Kačinetzová, 2003)

„Artróza je nezánettivé degenerativní kloubní onemocnění, které je charakterizované degradací kloubní chrupavky, subchondrální sklerózou, tvorbou osteofytů a změnami měkkých tkání, do kterých patří synoviální membrána, kloubní pouzdro, kloubní vazy a svaly. Jedná se o onemocnění velmi časté, s věkem přibývá. Postiženy jsou častěji ženy. Změny mohou být patrné na drobných kloubech rukou, váhonosných kloubech a páteři.

Přibližně 15 % populace trpí artrózou, u osob starších 65 let je postižena většina a nad 75 let dokonce 80 % populace.“ (Dungl, 2005 str. 177)

1.1.1.2 Patogeneze

Při artróze dochází nejdříve k poškození kloubní chrupavky (chondropatie), poté ke změnám na kostech, kde se tvoří tzv. osteofyty (kostěné výrůstky). Osteofyty, které rostou na okrajích kloubů vznikají jako výsledek reparačních změn a snahy organismu znovu najít ztracenou rovnováhu kloubu. Chondropatie může existovat samostatně bez vzniku osteofytů a někdy lze vidět i osteofyty bez poškozené chrupavky. Jako artrózu označujeme pouze kombinaci obou procesů, to jsou změny na chrupavce i kosti. Kloubní chrupavka je tkáň, která obsahuje pouze málo buněk, nazývají se chondrocyty. Tkáň mezi chondrocyty se nazývá matrix. Matrix obsahuje 70% vody, kolagenní vlákna a tzv. proteoglykany, které obsahují keratansulfát, chondroitinsulfát a kyselinu hyaluronovou. Při artróze praskají kolagenní vlákna, klesá obsah kyseliny hyaluronové, chrupavka dále nasává vodu a objevují se trhliny, které se postupně šíří. Chrupavka je rozvlákněná a zaniká. Chondrocyty produkují volné radikály, prostaglandiny a kysličník dusnatý, tyto látky dále přispívají k destrukci chrupavky a způsobují zánět kloubu. Chrupavka neobsahuje cévy, nemá nervová vlákna. Vznik bolesti se vysvětluje drážděním nervových zakončení v kloubním pouzdře. (Kačinetzová, 2003)

1.1.1.3 Vývoj artrózy

- **Primární koxartróza**

Vývoj artrózy není výsledkem stárnutí, věk je ale významným predispozičním faktorem. Senilní změny spočívají v zúžení kloubní štěrbiny, ztráty elasticity a proporcionálním úbytku kostní hmoty.

Pravé artrotické degenerativní změny: Nevznikají vlivem věku, ale působením patogenetických faktorů. K opotřebení kloubu vede čas a dysfunkce.

Preartrotické změny: Následkem je dysfunkce, která se projeví změnami kloubní mechaniky. K tomu přistupuje faktor tkáňové méněcennosti, způsobený vrozenými a získanými změnami (systémové vady, záněty, úrazy, operace). Dobu, za kterou přejde preartróza v artrózu lze těžko určit. Je to dáno tím, že artrotici přicházejí k vyš. až po dlouhé době trvání obtíží, tehdy je již plně rozvinutá artróza vždy patrná. Nebolestivé období skončí, když dojde k vývoji kostních strukturálních změn nebo k pokročilému zúžení kloubní štěrbiny. Zvýšená denzita subchondrální kosti patří k RTG známkám přechodu preartrózy v artrózu. Mezi pravé artrotické změny patří subchondrální skleróza, zúžení kloubní štěrbiny, poruchu sféricky a nerovnost kloubních ploch, nepravidelnost trabekulárního systému spongiozy, cystické subchondrální změny a tvorbu osteofytů na okrajích kloubních ploch. (Dungl, 2005)

- **Sekundární koxartróza**

Vyvíjí se z preartrotického stavu. U preartrózy zůstává zachována normální šíře kloubní štěrbiny, nejsou zde přítomny degenerativní strukturální kloubní změny a dále chybí produktivní změny. K obrazu preartrózy patří subchondrální cysty. Tyto změny však mohou být reverzibilní. Preartróza pak přechází po určité době v pravou artrózu. Vzniká nejčastěji ve 4. decenniu života, častěji než primární (42% primárních, 58% sekundárních).

Artrotický proces může postihovat různé části kyčelního kloubu. Nejčastější forma je superolaterální. Ta se vyskytuje v 60% a vede k proximolaterální migraci proximálního femuru s pokračující destrukcí hlavičky. Medioklavikulární forma je méně častá, frekvence je 25%, bývá spojena s retroverzí hlavičky. Častá je u sportovně aktivních. Častým příznakem je bolest při flexi a addukci, omezena je zevní rotace. Nejméně častá je koncentrická forma. Každá z těchto forem se může dělit na typy hypertrofické s výraznou formou osteofytů a subchondrální kostní sklerózou a formy atrofické s úbytkem kosti i chrupavky. (Dungl, 2005)

1.1.1.4 Rozdělení

„Dělení koxartrózy dle RTG snímku dle Kellgrena- Lawrence (1957)

- 1.stupeň: zúžení kloubní štěrbiny mediálně a počátek tvorby osteofytů okolo hlavice
- 2.stupeň: určité snížení kloubní štěrbiny inferomediálně, jsou vytvořeny zřetelné osteofyty a subchondrální skleróza.
- 3.stupeň: kloubní štěrbina je výrazně zúžena, jsou přítomny osteofyty, sklerocystické změny, detritové cysty hlavice i acetabula, deformace tvaru hlavice a acetabula
- 4.stupeň: vymizení kloubní štěrbiny se sklerózou a cystami, pokročilá deformace hlavice i acetabula.

Jednotlivé příznaky se nevyskytují vždy ve stejném zastoupení. U hypertrofických forem se více vyskytují změny osteoproduktivní (osteofyty, skleróza), u formy atrofické zase převažuje zúžení kloubní štěrbiny a lytická destrukce hlavice.“ (Dungl, 2005 str. 902)

1.1.1.5 Příčiny

- **Primární artróza**

Odvíjí se od metabolické poruchy chondrocytární syntetické aktivity. Množství vytvářené matrix se snižuje a produkované struktury bývají často anomální. Dochází k rozpadu chondrocytů a uvolnění buněčných enzymů vede k destrukci struktur matrix a kolapsu chrupavky. Chrupavka postupně měkne, snižuje se její výška, vytvářejí se trhliny, v kloubu se objevuje chrupavčitý detritus. Při reparačních mechanismech organismu dochází k subchondrální kostní hypertrofií (subchondrální skleróza). V této fázi jsou v subchondrální oblasti časté i zlomeniny trabakul, doprovázené nekrózou a resorpcí. Výsledkem jsou kostní pseudocysty. Degenerativní proces postihuje i další části kloubu. Jedná se o kloubní pouzdro, vazy, může ovlivňovat kloubní stabilitu a objevit se i porucha kloubní osy. (Sosna, 2001)

- **Sekundární artróza**

Vzniká tehdy, je-li vyvolávající příčina mimo chrupavku. Jedná se zejména o:

1. Mechanické přetížení: Osová deviace, nadváha, chronické přetěžování kloubu prací či sportem.
2. Kloubní dyskongruence: Jedná se o důsledek vrozené kyčelní dysplazie, coxa vara adolescentium, nitrokloubní zlomeniny

3. Aseptická kloubní nekróza: Jedná se o kyčelní kloub u alkoholiků nebo nemocných užívající kortikosteroidy.
4. Metabolická systémová onemocnění: Zde patří Gaucherova nemoc, krystalová artropatie
5. Chronické kloubní záněty: revmatoidní artritida, psoriáza, infekty. (Sosna, 2001)

1.1.1.6 Faktory přispívající ke vzniku artrózy

- **„Genetické faktory:** Genetické, rodinné dispozice jsou u artrózy nepřehlédnutelné, určité formy artrózy jsou spojeny s určitými geny, ale také s určitými návyky pohybovými a stravovacími
- **Hormonální funkce:** Estrogeny (ženské hormony) mají na vznik artrózy vliv, svědčí pro častý nástup onemocnění v období klimakteria. V buňkách chrupavky byly objeveny estrogenové receptory, znamená to, že tyto buňky jsou estrogeny ovlivňovány
- **Úrazy:** Poškození kloubu úrazem výrazně přispívá k manifestaci artrózy, změni se mechanika zatěžování kloubu a vytvoří se určité slabé místo v pohybovém systému u člověka, který má ke vzniku artrózy předpoklady – genetické a metabolické
- **Tvarové změny kloubu:** Poškození kyčelního kloubu v dětství může vést k předčasnému vzniku koxartrózy v dospělém věku.
- **Narušení pohybových stereotypů:** Při bolestech zad, ochrnutí dolních končetin, po úrazech, zkrácení jedné dolní končetiny dojde k nerovnoměrnému zatěžování končetin a tím i kloubů. Šetřením některých struktur nebo kloubů se jiné přetíží a dojde k urychlení degenerativního procesu.“ (Kačinetzová, 2003 str. 59 - 61)

1.1.1.7 Příznaky

- Hlavním příznakem artrózy je tzv. startovací bolest, kdy se po delším klidu provede první pohyb a kloub začne bolet, po rozhýbání bolest pomalu mizí. Další bolest se objevuje k večeru, kdy je kloub přetížen po celodenní námaze. Bolest námahou se postupně může změnit v bolest v bolest klidovou. (Kačinetzová, 2003)
- Bolesti se mohou promítat do třísla a hýžd'ové krajiny, mohou se projevit jako lokalizované nebo vystřelující. V počátečních stádiích koxartrózy pac. udávají bolesti při

flexi a vnitřní rotaci. V pokročilých stádiích se stále více projevuje omezení pohybu, které může zůstat relativně dlouho bez bolesti.

- Mezi další příznaky řadíme kulhání, pocit ztuhlosti kloubu s obtížným vstáváním ze sedu, obtížné vystupování z automobilu, nemožnost přehodit nohu přes koleno druhé nohy, obtíže při oblékání ponožek a obouvání. (Dungl, 2005)

1.1.1.8 Diagnostika

- **Anamnéza**

Zjišťujeme abúzus alkoholu, užívání kortikoidů, profesionální aktivity a úrazy.

- **Klinické vyšetření**

Vyšetření bolesti: při vyšetření kyčelního kloubu je základním úkolem rozlišit mezi bolestí, která vychází z kyčelního kloubu a bolestí extraartikulární. Extraartikulární bolest může předstírat kyčelní patologii. Mezi extraartikulární příčiny bolesti, vzhledem k uložení kyčle, bývá lumbosakrální páteř, sakroiliakální kloub, postižení nervová a cévní, dále se může jednat i o afekci abdominální a z orgánů malé pánve. Po vyloučení těchto příčin dále rozlišujeme bolesti nitrokloubní a periartikulární. Mezi příčiny bolesti periartikulární můžeme zařadit burzitidy, záněty, tumory kostí a měkkých tkání. Mezi příčiny bolesti nitrokloubní patří degenerativní artrózy, nekrózy hlavice, onemocnění synoviális, strukturální abnormality nebo vrozené systémové vady.

Klinické vyšetření: zahrnuje vyšetření chůze, délek končetin, rozsah pohybu, palpaci kyčelní krajiny, neurologické a cévní vyšetření končetiny. (Dungl, 2005)

Mezi další diagnostické metody patří RTG vyšetření, jako doplněk dále laboratorní vyšetření krve. (Pokorný, 2000)

1.1.1.9 Terapie

Léčba artrózy je zaměřena na prevenci vzniku závažných strukturálních změn, omezení progresu vzniklých změn a tlumení příznaků, zejména bolesti. Léčbu můžeme rozdělit na konzervativní a chirurgickou.

Konzervativní léčba: Nefarmakologická

- Úprava režimu a životosprávy: Spočívá v omezení přetěžování postiženého kloubu, odlehčení použitím opěrných pomůcek (hůl), redukce tělesné hmotnosti, provozovat sporty, kde nedochází k přetěžování kloubů (např. plavání, jízda na kole)
- Rehabilitace: Udržuje trofiku svalových skupin a omezuje rizika vzniku kloubních a svalových kontraktur. Kvalitní svalový tonus chrání kloub před přetížením a poškozením.
- Protizánětlivá fyzikální léčba: patří sem vodoléčba, elektrické a magnetické pole, ultrazvuk. Indikace procedur je závislá na pokročilosti a fázi onemocnění. Nadměrná aplikace těchto procedur, může stav nemocného zhoršit. (Sosna, 2001)

Konzervativní léčba: Farmakologická

- Léčiva s krátkodobým účinkem:

Používá se zde několik skupin léků zklidňující bolest a zánět kloubních struktur. (Kačinetzová, 2003)

Nesteroidní antirevmatika: Jsou stále nejužívanější léky při léčbě artrózy. Účinek je protizánětlivý i analgetický. Léčba je pouze symptomatická. Při dlouhodobém užívání nesteroidních antirevmatik může dojít k rychlejší progresi artrózy, z důvodu toho, že je kloub analgetickým účinkem zbaven schopnosti signalizovat patologické situace a je dále nadměrně přetěžován. Tyto léky mohou vyvolat i řadu nežádoucích účinků např. gastropatií. Perorální terapie proto nesmí být dlouhodobá, je střídána s rektální aplikací. U rizikových skupin zajišťujeme preventivní podání antagonistů H₂ receptorů (Ranital). Mezi nejčastěji užívané léky řadíme Ibuprofen, Diclofenac. (Sosna, 2001)

Analgetika: Jsou to léky pouze s čistě analgetickým účinkem bez protizánětlivé funkce. Patří sem analgetika s lehkým opioidním účinkem bez rizika vzniku závislosti a nepodléhající režimu zacházení s opiáty. K nejpoužívanějším patří Tramadol, Dihydrocodein (Kačinetzová, 2003)

Kortikosteroidy: U artrózy se používají k nitrokloubní aplikaci. Jako obštrik se malé množství vpraví do kloubní štěrbin. Do kyčelního kloubu se často aplikují společně s lokálním anestetikem (Mesokain). Provádí se za ultrazvukové kontroly. (Kačinetzová, 2003)

- Léčiva s dlouhodobým účinkem:

Účinek léčiv nastupuje pomaleji, úleva od bolesti přichází až po delším užívání, zároveň ale efekt přetrvává i několik měsíců po vysazení léčby. Léky z této skupiny mají minimální nežádoucí účinky. Označují se zkratkou SYSADOA – symptomatic slow acting drugs of osteoarthritis. Řadíme sem glukosaminsulfát, kyselina hyaluronová, diacerein, výtazek z avokáda a sojových bobů. (Kačinetzová, 2003)

Chirurgická léčba:

- **Osteotomie:** Principem je změna vzájemného postavení a kontaktu kloubních povrchů, méně postižené okrsky chrupavky jsou osteotomií přemístěny do více exponovaných zón a přebírají funkci devastované chrupavky.
- **Totální endoprotéza kyčelního kloubu** (Sosna, 2001)

1.1.2 Totální endoprotéza kyčelního kloubu:

1.1.2.1 Anatomie kyčelního kloubu

„Je kloubem kulovitým omezeným, protože hlavice femuru zapadne do hluboké jamky – acetabula. Jamka je zvětšena lemlem z vazivové chrupavky – labrum acetabulare. Kloubní pouzdro je silné a je zesíleno třemi ligamenty:

- ligamentum iliofemorale: vede od kyčelní kosti na femur
- ligamentum pubofemorale: vede od stydké kosti na femur
- ligamentum ischiofemorale: vede od sedací kosti na femur
- ligamentum capitis femoris: uložen uvnitř kloubu

Kinetika kloubu

„Ze vzpřímeného stoje, který je základním postavením, je možná extenze do 13 – 15°, flexe do 120°, abdukce do 40°, addukce ze základního postavení – překřížují se dolní končetiny do 10°. Jsou možné i zevní rotace do 15° a vnitřní rotace do 35°. Na tento kloub je přenášena váha celého lidského těla a proto tento kloub trpí největším opotřebením.“ (Elišková, a další, 2006 str. 46)

1.1.2.2 Základní údaje

„Endoprotéza kyčelního kloubu nabývá v současné době stále většího významu. V tomto důsledku dochází ke zvyšování průměrné délky života. Dle amerických autorů by potřebovalo endoprotézu kyčelního kloubu 306 mužů na 100 000 ve věku 65-74 let a 421 žen ve věku mezi 75-84 let na 100 000 žen této kategorie. Ročně je v České republice implantováno kyčelních endoprotéz více než 10 000. V současnosti patří operace TEP mezi základní ortopedické operace.“ (Dunzl, 2005 str. 917)

1.1.2.3 Historie

TEP kyčle byly uvedeny do běžné praxe koncem 60. let minulého století. Základní princip i technika implantace prodělali vývojové změny. Základem zůstává jamka, která je vyrobena z vysokomolekulárního polyetyleny, je pevně ukotvená do vyfrézovaného acetabula kostním cementem. Femorální dřík je vyroben z ušlechtilé slitiny nebo koroziivzdorné oceli. Je zacementovaný do lůžka v proximálním femuru. Cement umožňoval okamžitou fixaci implantátu do kosti.

Během dalších desetiletí se měnil tvar komponent, materiálové složení a způsob ukotvení do kosti. V 80. letech 20. století byly do praxe zavedeny necementované implantáty. Z materiálů začal převládat titan a hlavičky se vyráběly z korundové nebo zirkoniové karamiky. (Dunzl, 2005)

1.1.2.4 Důvody k provedení endoprotézy kyčelního kloubu

- „Degenerativní onemocnění kyčelního kloubu – koxartróza
- Poškození kyčelního kloubu úrazem – zlomenina krčku kosti stehenní, poúrazová destrukce kloubu
- Destrukce kloubu v důsledku revmatického onemocnění
- Destrukce hlavice kosti stehenní, zapříčiněná jiným onemocněním
- Nádorové onemocnění horního konce stehenní kosti.“ (Sosna, a další, 1999 str. 17-18)

1.1.2.5 Skladba endoprotézy

Endoprotéza se skládá z dřívku, ten je zaveden do dřevného kanálu stehenní kosti. Je vyráběn z různých kovových slitin o vysoké pevnosti a dobré toleranci k organismu. Na krček dřívku je nasazena hlavička, vyrobena buď ze stejné kovové slitiny nebo z keramiky. Důležitou vlastností hlaviček je jejich hladkost. Čím hladší povrch, tím je menší opotřebení polyetylenové vložky v kloubní jamce. Mezi další část endoprotézy patří jamka. Můžeme rozdělit několik druhů jamek například sférické, konické. Dále se liší materiálem a povrchovou úpravou. (Sosna, a další, 1999)

1.1.2.6 Fixace endoprotézy

Rozlišujeme dva způsoby fixace endoprotézy ke kostnímu lůžku. Do první skupiny patří cementované, ty jsou určeny k ukotvení pomocí kostního cementu. Jedná se o speciální tuhnoucí hmotu. Do druhé skupiny řadíme endoprotézy necementované. V místě kontaktu s kostí umožní povrchová úprava fixaci bez cementu. (Sosna, a další, 1999)

Základem dlouhodobých dobrých výsledků je kvalitní fixace endoprotézy. Fixaci do kosti lze rozdělit do 3 stadií:

- **1. primární stabilita:** Fixuje endoprotézu ihned po implantaci. Trvání je ohraničeno na dobu 3 měsíců. Závisí na operační technice.
- **2. sekundární stabilita:** Nastupuje po primární. Kostní trámce vrůstají do povrchové struktury necementovaného implantátu. U cementovaných se proces nazývá endosteální a kortikální remodelace. Probíhá několik prvních let od implantace
- **3. terciální stabilita:** dochází k ní za 5 – 10 let. Představuje optimální osteointegraci endoprotézy, kost se remodeluje dle zátěže. (Dungl, 2005)

1.1.2.7 Technika cementování

Z historického hlediska dělíme techniku cementování do 3 období:

- **1. generace:** Spojeno se jménem CHARNLEYE, který propracoval systém cementovaných endoprotéz. K výrobě acetabulárních komponent doporučil polyetylen. V přístupu ke kyčelnímu kloubu volil odtínání velkého trochanteru a jeho refixování

distálněji a laterálněji oproti původnímu místu. Tato endoprotéza je s drobnými modifikacemi vyráběna i v současnosti. Při cementování 1. generace je cement do vyfrézovaného acetabula zaváděn manuálně. Do femuru se cement vkládal po vypláchnutí a vysušení lůžka.

- **2. generace:** Spočívalo v používání cementové pistole k výplni femorálního lůžka endoprotézy a uzavření dřeňové dutiny zátkou zajišťující centrické postavení apexu dřívku. Dále se používala pulsující laváž k vysušení femorální dutiny.
- **3. generace:** Obsahuje všechna zlepšení z předchozích generací. Vzniklo míchání cementu ve vakuu a jeho centrifugace z důvodu snížení přítomnosti vzduchových bublinek v cementu. Zvýšené pevnosti bylo dosaženo i povrchovou úpravou implantátu. (Dungl, 2005)

1.1.2.8 Necementované TEP

Již koncem 60. let a počátkem 70. let 20. století byly navrženy první necementované endoprotézy. Hojně se začaly používat v 80. letech s cílem snížit selhání a usnadnit reimplantaci. Vycházelo se z teorie, že zmenšením kostní resekce a přesným usazením komponent do lůžka dojde k těsnému kontaktu endoprotézy s kostí. Toto spojení umožní vrůstání kostních trámčů do povrchu acetabulární i femorální náhrady. U necementovaných náhrad je snaha eliminovat tvorbu vazivové membrány obsahující histiocyty, které vedou k osteolýze a uvolnění implantátu. Primární stability je dosaženo press - fit mechanismem. Primární stabilita přechází ve stabilitu sekundární, které je dosaženo vrůstáním kosti do povrchu implantátu. (Dungl, 2005)

1.1.2.9 Typy endoprotéz kyčelního kloubu

Tep kyčle můžeme rozdělit podle typu ukotvení do kosti na cementované, necementované a hybridní. U cementovaných jsou obě komponenty fixovány kostním cementem. U necementovaných jsou komponenty fixovány do kosti bez cementové mezivrstvy a u hybridních je každá z komponent fixována rozdílnou technikou. (Dungl, 2005)

Femorální komponenty:

Základní dělení je dle typu ukotvení do kosti a tím i dle dosažení primární stability. Dělí se na cementované a necementované dříky.

- **Cementované dříky:** Jsou oblého tvaru, aby nedocházelo k tlakovým trhlinám cementu. Při cementování se vytvoří kolem dříku obal cementu. Na hrot dříku se přidá centralizér, zajišťující centrální uložení dříku v dřeňové dutině. Má okamžitou primární stabilitu. K nevýhodám, které jsou však sporné, patří kardio - pulmonální komplikace a dále to může být toxické působení cementového monomeru.
- **Necementované dříky:** Také nazývané press-fitové. Dělí se na anatomické a nebo s rovným dříkem.

Anatomické: Tvar dříku je co nejvíce podobný tvaru dřeňové dutiny. Primární stability je dosaženo co nejpřesnějším vyplněním vyrašpované dřeňové dutiny proximálního femuru. Jsou vyráběny ve stranové variantě pro oba kyčle.

Rovné dříky: Mají čtyřhranný průřez. Primární stability je dosaženo zaklíněním hran do vnitřní plochy kortikális dřeňové dutiny.

- **Povrchová úprava:**

Cementované dříky: Jsou vyráběny pouze v povrchově leštěné variantě. V poslední době se ale ukazuje, že daleko pevnější je vazba cementu a drsného povrchu. Toto spojení však snadněji vede k rozvoji mikrofraktur cementu. Je zakázáno cementování neleštěných dříků.

Necementované dříky: Jsou vyráběny v neleštěné variantě s různou strukturou drsnosti povrchu.. Povrchové drsnosti je dosaženo např. pískováním, tryskáním atd. Dále se plazmově nanáší bioaktivní povlak osteokonduktivního materiálu hydroxyapatitu. Povrchová úprava slouží k usnadnění osteointegrace dříku, zároveň k dosažení sekundární stability.

- **Konstrukce:**

Z hlediska stavby dělíme endoprotézy na modulární a varianta monoblok. Monobloková varianta znamená, že celá endoprotéza je vyrobená z jednoho kusu, tedy i z jednoho materiálu. V případě modulární endoprotézy je dřík sestaven z více komponent. Základem je dřík s krčkem, který je zakončený eurokonusem, na který se nasazují hlavičky z různého materiálu. Tyto typy představují stavebnicový systém. Můžeme je přizpůsobit

individuální dřevňové dutině i anatomickým poměrům původního femuru. Stabilitu představují spoje jednotlivých komponent. Mezi komplikace patří rozvoj elektrokorozí, oslabení mechanické pevnosti a uvolnění spojů. Modulární varianta má o 20% menší pevnost než monoblok.

Dále se používají typy TEP s límcem a bez límce. Límec představuje plošné rozšíření endoprotézy v místě přechodu na krček. Slouží jako uzávěr dřevňové dutiny, vymezuje správnou hloubku ukotvení a brání dalšímu zanoření dřívku. Nevhodné je u necementovaných dřívků, kde brání dalšímu zanoření a tím i dosažení větší stability.

- **Materiál:**

Mezi základní materiál patří antikorozi ocel (s příměsí chromu a molybdenu), využívaná převážně u necementovaných endoprotéz. Necementované dřívky jsou dále hojně vyráběny z CCM slitin (chrom, kobalt, molybden s přísadkou niklu, uhlíku) a slitiny titanu.

(Dungl, 2005)

Acetabulární komponenty:

- **Typ kotvení:**

Typy kotvení dělíme na cementované a necementované jamky. Cementované jamky jsou výhradně vyráběny z polyetyleny a variantě monoblok. U necementovaných jamek se používají stejné druhy drsných povrchů jako u necementovaných dřívků. Varianty leštěné se nepoužívají. (Dungl, 2005)

Cementované jamky se skládají z polyetylenové části. Necementované jamky se skládají z části kovové kotvící, do ní se vkládá vložka z vysokomolekulárního polyetyleny. Ukotvení bez kostního cementu je zajišťováno tvarem a úpravou povrchu. (Sosna, a další, 1999)

- **Konstrukce:**

Necementované jamky jsou nejčastěji modulární, ve verzi exact-fit, press-fit, nebo závitorezná. V případě exact a press - fitových jamek je acetabulum frézováno. U exact - fitové jamky je implantována kovová část acetabulární komponenty stejné velikosti jako je průměr použité frézy. U press - fitové jamky je použit implantát o 2mm větší než průměr použité frézy. U závitorezných jamek je acetabulum frézováno frézou, která respektuje orientaci jamky. (Dungl, 2005)

- **Hlavičky:**

Mezi základní požadavky patří co nejdokonalejší sféricita a co nejhladší povrch. Otázka hlaviček se týká modulárních endoprotéz. U hlaviček se hodnotí materiálová volba, volba kontaktních třecích povrchů, velikost průměru hlavičky

- **Materiál:**

Hlavičky máme kovové či keramické. Kovové jsou vyráběny z antikorozi oceli nebo z CCM slitiny. Keramické jsou vyráběny na bázi korundové nebo zirkoniové. Výhodou je velká odolnost proti otěrům. Nevýhodou je jejich křehkost.

- **Rozdělení artikulačních povrchů:**

Mezi nejčastější kontaktní povrchy patří kov – polyetylen. Druhým nejčastějším je keramika – polyetylen. Dále se mohou vyskytovat keramika – keramika. Polyetylen s nízkou molekulární hmotností se používá jako nosný povrch totálních endoprotéz. (Dungl, 2005)

1.1.2.10 Komplikace totální náhrady kyčelního kloubu

Komplikace můžeme rozdělit na celková a místní. Mezi nejzávažnější patří smrt, v praxi je nejčastější bolest, dále luxace TEP, periprotetické zlomeniny, heterotopické osifikace nebo nervová obrna. Mortalita je kategorizována na nemocniční, do 30. pooperačního dne, do 90. pooperačního dne. Mezi vzácné patří mors in tabula, z důvodu nezvladatelných krvácení, masivního infarktu myokardu. Mezi nejčastější příčinu mortality patří kardiopulmonální selhání a tromboembolická nemoc. U bolesti je třeba vyloučit extraartikulární příčinu. Bolest vycházející z TEP může být z důvodu uvolnění, infekce. Uvolnění endoprotézy může být aseptické z důvodu osteolýzy, mechanickým selháním endoprotézy nebo periprotetické zlomeniny. Septické uvolnění vzniká infekcí zavlečenou při implantaci nebo vzniklou hematogenní či lymfatickou cestou.

- **1. Otěr u totální endoprotézy kyčle:**

Otěr vzniká pohybem mezi protilehlými komponentami v zátěži. Mechanická konsekvence otěru limituje životnost implantátu, objevují se otěrové partikule, které reagují s biologickým prostředím a projevují se klinickými příznaky. Dojde k fagocytóze, aktivují se makrofágy, ty uvolní cytokiny, které zahájí peripatetickou kostní resorpci. Ztráta kosti způsobí uvolnění TEP.

- **2. Heterotopická osifikace:**

Vzniká častěji u mužů někdy z nejasné příčiny. Častěji se mohou vyskytovat např. u celkových chorob jako je morbus Bechtěrev, morbus Forestier, hypertrofická osteoartróza, posttraumatická sekundární artróza nebo septická coxitida. Přesná příčina není známá, zvažovány jsou velké kostní resekce, rozsáhlé zhmoždění měkkých tkání, peroperační svalová ischemie a trauma v pooperačním období. Heterotopická osifikace se vyvíjí záhy po operaci. Vzniká činností pojivých buněk s fibroblastickou aktivitou. Nejdříve se objevuje kalcifikace, poté progreduje v rozsáhlou kostní novotvorbu. Osifikace je nebolestivá, u 5 – 7% dojde k omezení pohybu. Operační odstranění osifikace se nedoporučuje. Revize se indikuje při výrazném omezení pohybu.

- **3. luxace endoprotézy:**

Základní požadavek na TEP je její stabilita. Ta je zajištěna správným mechanickým nastavením komponent a dostatečnou tenzí měkkých tkání. Frekvence výskytu je 1 – 10% u primární implantace a 20% u reimplantacích. Mezi rizikové faktory ze strany pacienta je mozková dysfunkce a abúzus alkoholu. Nejčastější je zadní luxace. Nejvíce luxací vzniká během prvního měsíce. Mechanismus luxace: 1. spontánní luxace při nedostatečné stabilitě endoprotézy, z důvodu technické chyby nebo rizikového pacienta. 2. páčení krčku femorální komponenty o okraj náhrady retabula 3. páčení kostěného femuru o kostní prominenci pánve. V počátku je vždy konzervativní. Spočívá v jednorázové repozici a sádrové fixaci. Imobilizace se pohybuje mezi 3 – 12 týdny.

- **4. periprotetické zlomeniny:**

Peripatetické zlomeniny se nejčastěji objevují při implantacích v nižším věku. Implantát má pac. dlouhou dobu a dochází k úbytku kostní hmoty.

- **5. Nestejná délka končetin:**

U 18 – 32% lidí se po operaci TEP zjistí nestejně dlouhá končetina. V častějších případech se objevuje končetina prodloužená. Prodloužení končetiny do 4 cm obvykle nepůsobí obtíže. Při větších odchylkách hrozí přechodné nebo trvalé parézy nn. ischiatici

- **6. Poranění nervů:**

V pooperačním období může dojít k poškození nervů při velkém prodloužení končetiny, při poranění nesprávným založením hrotnatého elevatoria (n.femoralis, n.ischiadicus).

- **7. Infikovaná TEP kyčelního kloubu:**

Frekvence je 1 – 2% všech endoprotéz. Infekce se častěji projevuje jako chronická komplikace než jako akutní septická komplikace. Polovina infekcí vzniká vzdušnou cestou v souvislosti s operací. Mezi opatření patří operace na superseptických sálech s prouděním sterilního vzduchu, antibiotická profylaxe, režimová opatření na operačních sálech. Dále vzniká infekce sekundárně při chronických infekcích urogenitálního traktu, u dentálních infekcí a diabetických komplikací. Vznik infekce je častější u lidí obézních, diabetiků, alkoholiků, revmatiků, s imunosupresivní léčbou, při užívání kortikoidů. Mezi další rizikové faktory patří nemocniční infekce, délka operačního výkonu, předchozí operace kyčelního kloubu, infekce močového traktu. Mezi příznaky infikované TEP patří bolestivost, v akutním průběhu se projeví laboratorně zánětlivé markery. Infikovaná TEP se nejlépe diagnostikuje punkcí kloubu s aspirací výpotku, dále scintigrafie. Základem terapie je 1. antibiotická terapie 2. incize a drenáž kloubu 3. revize kyčelního kloubu 4. extrakce TEP 5. exartikulace kyčelního kloubu. Povrchové infekty se objevují dříve než infekty hluboké. Některé pozdní infekty se mohou projevit jako povrchové a přestoupit do kyčelního kloubu. Povrchové infekty musejí být řešeny co nejdříve, abychom zabránili šíření do hloubky. (Dungl, 2005)

V pooperačním období se věnuje pozornost prevenci tromboembolické nemoci, zejména prevence plicní embolie a selhání životnosti endoprotézy. (Sosna, a další, 1999)

1.2 Ošetrovatelská část

1.2.1 Ošetrovatelské standardy

V této části bych se ráda věnovala ošetrovatelským standardům. Zjistila jsem, že konkrétní ošetrovatelské standardy na předoperační a pooperační péči o pacienty po totálních endoprotézách kyčelních kloubů nejsou vypracované na žádném, mnou navštíveném fakultním i nefakultním zdravotnickém zařízení (Česko – německá horská nemocnice ve Vrchlabí, fakultní nemocnice Motol, fakultní nemocnice na Bulovce). Ve své práci proto uvádím pouze všeobecné pokyny k předoperační přípravě a pooperační péči. Srovnávám zde vypracované standardy fakultní nemocnice na Bulovce s knižním vydáním předoperační a pooperační péče (Ošetrovatelství, Nejedlá)

1.2.1.1 Obecná předoperační příprava

Citováno dle standardu vypracovaného Fakultní nemocnicí na Bulovce (FNB)

(viz příloha č. 4)

Definice

- Předoperační příprava začíná rozhodnutím pro operaci a končí převozem na operační sál. Operace je chirurgický výkon, při němž je obvykle narušen povrch těla.

Cíl

- Snížit riziko operace na minimum, zabránit komplikacím.
- Klient zná: termín plánované operace, očekávanou délku pobytu v nemocnici, důvody předoperační přípravy, souhlasí s operací, má uspokojeny základní potřeby spánku, odpočinku, výživy, hydratace, je v dobrém psychickém stavu.

Pomůcky:

- Dokumentace, informované souhlasy, pomůcky na klyzma, pomůcky k odběru biologického materiálu, pomůcky na holení operačního pole.

Postup dle FNB

- **Před procesem:** Předoperační přípravu dělíme na všeobecnou a zvláštní.

Všeobecná: Psychická příprava, souhlas klienta s výkonem, komplexní interní vyšetření včetně laboratorních vyšetření (dle typu výkonu), změření fyziologických funkcí, příprava operačního pole.

Zvláštní: Závislá na stavu klienta a na druhu operace. Další příprava je dle druhu operace a onemocnění klienta, sestra edukuje a zajistí: intimitu, vyprázdnění střeva dle druhu operace, seznámí s hygienou před výkonem, vyčištění pupku, připraví klienta na návštěvu anesteziologa, vysvětlí potřebu nepřijímat potravu a tekutiny dle druhu operace, vysvětlí nutnost odstranění zubní náhrady, brýlí, šperků, protetických pomůcek, naslouchadel, laku na nehty, vysvětlí i pooperační režim (dle možností ukázat pokoj kde bude klient po operaci, upozorní na omezení aktivit, dietní omezení), na ordinaci operátéra zajistí krev nebo krevní skupinu

- **V den operace:** Vhodnou komunikací zmírní obavy z operace, zkontroluje splnění všech ordinací, zajistí ranní hygienu event. koupel, připraví operační pole (holení), přiloží antiembolické punčochy nebo elastická obinadla dle ordinace lékaře a druhu operace, zkontroluje, zda klient nepřijímal nic per os, zkontroluje odložení zubní protézy, šperků, zajistí uložení cenností, před aplikací premedikace se klient vymočí, po podání premedikace již klient nevstává., Aplikuje premedikaci dle ordinace anesteziologa 30 min. před operací
- **U diabetiků:** odběr glykémie ráno nalačno, zajištění žíly, informování lékaře
- **Příprava klienta na akutní operaci:** Všechna naordinovaná vyšetření provádět statim, příprava operačního pole, zajistit intimitu, klyzma nepodávat, odložení šperků a zubní protézy, aplikace premedikace, přiložit antiembolické punčochy nebo elastická obinadla dle ordinace lékaře a druhu operace. Zajistit převoz klienta s veškerou dokumentací na operační sál.

Potenciální ošetřovatelské diagnózy před operací dle FNB:

- Úzkost a strach
- Změny fyziologických funkcí
- Porucha močení
- Porucha vyprazdňování
- Riziko infekce
- Riziko trombo-embolické nemoci
- Riziko časných komplikací

Komplikace:

- Strach: z výsledků operace, odloučení od rodiny, komplikace v souvislosti s operací, negativní zkušenosti z minulé operace, nedostatek informací,
- Porucha spánku: důvodem je stres, příprava k operaci.

Postup (Nejedlá, 2004 str. 20-24)

- „Předoperační přípravu rozlišujeme na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední.
- **Dlouhodobá:** dělají se zde základní a částečně i odborná vyšetření před nástupem k operaci. Výsledky nesmějí být starší 14 dnů. Chirurgická příprava spočívá v diagnostice problému a vyšetření pomocí RTG, UZ, endoskopie. Interní příprava spočívá v provedení základních testů a klinického vyšetření. Mezi základní vyšetření krve patří biochemické, hemokoagulační, hematologické, odběr krve na krevní skupinu, vyšetření moče na moč + sediment, EKG vyšetření a RTG srdce a plic. U vybraných výkonů je možné odebrat krev na autotransfuzi
- **Krátkodobá:** Jde o přípravu 24 hodin před výkonem. Dělí se na fyzickou přípravu, kdy nemocný musí být 6 – 8 hodin lačný, vyprázdnění GIT se řídí pokyny chirurga, spontánní vyprázdnění močového měchýře, katetrizace se provádí pouze u náročných operací, celková hygienická očista, nenalakované nehty, umyté vlasy, ženy musejí být odličené.

Příprava operačního pole spočívá v odstranění nečistot v operované oblasti a oholení operační plochy. Prevence TEN, bandáže či antiembolické punčochy. Uložení cenností pacienta do předepsaného trezoru. Návčik prvků pooperačního režimu, Poučít nemocného o nutnosti změny vyprazdňování (močová láhev, podložní mísa), návčik pohybu na lůžku za pomoci hrazdičky, odkašlávání – nemocný si musí přidržet ránu. Psychická příprava má za účel minimalizovat strach a stres z operace, podáváme dostatek informací týkající se operace, zajistíme adekvátní odpočinek, zajistíme večerní premedikaci.

- **Bezprostřední:** Týká se přibližně 2 hodin před výkonem. Příprava dokumentace pacienta, změřeny fyziologické funkce, podány naordinované léky. Kontrola bandáží, operačního pole, chrupu a lačnosti, spontánní vyprázdnění močového měchýře před podáním premedikace. Premedikace, účelem je farmakologicky ovlivnit průběh anestezie, minimalizovat strach a usnadnit úvod do anestezie. Podává se per os nebo i.m u dětí per rectum, podává se 30 minut před operací a vleže, nemocný již nevstává
- **Příprava diabetika, zvláštnosti:** V dlouhodobé přípravě navštívit diabetologa, hospitalizace jeden den před výkonem, zajistit žilní vstup, při lačnění podávat i.v roztok glukózy s inzulínem, kontrola glykemií.
- **Urgentní operace:** Základní odběry krve provádět STATIM, očistit pouze hrubé nečistoty, vyjmout zubní protézu, oholení operačního pole, žilní vstup, bandáže dolních končetin, premedikace, kontraindikace klyzmatu.“

Analýza

V obou standardech se předoperační příprava dělila jiným způsobem, ale princip práce a postupů byl v obou standardech stejný. Ve standardech byly podrobně rozepsány postupy u běžných plánovaných operací, ale bylo myšleno i na diabetiky a urgentní příjmy.

Dle FNB by se mělo připravovat operační pole (oholení, čistota) v den operace, dle skript MUDr. Nejedlé se čistota operačního pole týká krátkodobé předoperační přípravy tj. 24 hodin před operací. Z vlastních zkušeností vím, že čistota operačního pole (holení, mytí) se na většině pracovištích provádí den před plánovanou operací. V den operace se pouze kontroluje udržení čistoty. Dále se standardy ve FNB nezabývají návčikem prvků pooperačního režimu

jako je tomu ve skriptech MUDr. Nejedlé (změny v močení, nemožnost okamžitého vstávání, jak se chovat k operační ráně, jak vykašlávat aby si pacient neublížil, jak vstávat z lůžka).

1.2.1.2 Pooperační péče:

Citováno dle standardu vypracovaného Fakultní nemocnicí na Bulovce. (FNB)

Definice:

Pooperační péče na JIP spočívá v zajištění intenzivní ošetrovatelské a léčebné péče v maximálním rozsahu, většinou za pomoci monitorovacích jednotek a dalších dostupných odborných prostředků.

Cíl:

Cílem je zajištění nekomplikovaného uzdravení klienta, dosažení maximálního efektu jak v oblasti fyzického hojení, tak v oblasti psychické pohody klienta. Prioritou je návrat klienta, pokud možno do původního sociálního zařazení, nejen v osobním, ale i profesním životě.

Pomůcky:

Monitorovací jednotky pro měření vitálních funkcí, přístrojové vybavení, dostatečné množství zdravotnického materiálu, podle předpisu vedená dokumentace, podle předpisu vybavený pohotovostní vozík s léky a vybavením pro neodkladnou kardiopulmonální resuscitaci.

Postup dle FNB

- U menších výkonů jsou klienti po stabilizaci a probuzení uloženi na standardní lůžko jednotky, u větších výkonů vyžadují klienti monitorování na JIP. Uložení klienta na lůžko, zajištění bezpečnosti, signalizaci k lůžku, kontrola fyziologických funkcí dle ordinace lékaře, sledování bolesti a její význam, pomoc v zajištění hygienické péče, dle typu operačního výkonu a zdravotního stavu klienta zajištění výživy a pitného režimu, vertikalizace pod dohledem.

- Bezprostředně po přijetí na JIP je klient napojen na monitorovací jednotku, kde jsou sledovány hodnoty vitálních funkcí – záznam do dokumentace podle ordinace (v intervalu 15 min po dobu 2 h, dále v intervalu 30 min po dobu dalších 2 hodin a dále v intervalu 1 hodina až do té doby, neurčí-li lékař jinak).
- Sleduj: U obvazů a všech invazivních vstupů a výstupů: i.v. kanyly, CŽK, arteriální kanyly, Drenáží – zhodnocení množství a charakteru obsahu, průchodnosti močového systému, průchodnosti a zajištění přístupů enterální výživy, kontrola bilance tekutin, zajištění parenterální výživy, event.podání krevních derivátů, kontrola glykémie u diabetiků
- Plnění dalších ordinací lékaře: odběr biologického materiálu k laboratornímu vyšetření, podání ATB, interních léků, enterální výživa, pomoc při vyprazdňování, především odchod plynů a defekaci u ležících klientů.
- Rehabilitace klientů (jak na lůžku tak i vertikalizace) mimo návštěvu rehabilitačního pracovníka, pomoc při hygieně.
- Po celou dobu pobytu je klient opakovaně informován o všem, co se týká jeho léčení, sestry k němu přistupují profesionálně a zároveň s maximální empatií, aby si získaly klientovu důvěru a ten se tak mohl cítit v jejich péči bezpečně a spokojeně, což je základním předpokladem pro úspěch léčby. Sestra zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace všechny své kroky a postupy, zároveň hodnotí fyzický i psychický stav klienta z ošetrovatelského hlediska

Potenciální ošetrovatelské diagnózy po operaci dle FNB:

- úzkost, strach
- bolest
- změny fyziologických funkcí,
- poruchy močení,
- porucha vyprazdňování,
- porucha hydratace,
- riziko pádu, riziko infekce, riziko TEN, riziko časných komplikací.

Komplikace:

- oběhová dekompenzace,
- Septická reakce po operačních a derivačních výkonech v případě výskytu nesterilního prostředí v močových cestách, v trávicím traktu, velké krevní ztráty, rozvoj šoku, nejčastěji ze ztráty tekutin, alergická reakce různého rozsahu a původu, krvácení z operační rány do obvazu nebo do organismu klienta, nesprávná poloha nebo neprůchodnost jakéhokoli katétru, sondy, drenáže, úmyslná nespolupráce klienta na procesu uzdravení.

Postup dle (Nejedlá, 2004 str. 25-27)

- „Nemocný po výkonu přeložen na dospávací pokoj, pokud je pacient bez komplikací je dále přeložen na standartní pokoj, při rozsáhlejších operacích je pacient přeložen na JIP.
- Na standartní pokoj: transport po stabilizaci stavu, uložení do čistého lůžka, dostupnost signalizace, zajistíme bezpečnost pac., sledujeme fyziologické funkce (nejdříve 1/4 po hodině, dále po 3 hodinách), kontrola operační rány, prosakování obvazů, funkčnost drénů, množství a vzhled odpadů. Kontrola vyprázdnění močového měchýře – do 6 hodin po operaci, sledujeme bolest, nauzeu, zvracení, bandáže dolních končetin, podpora časného vstávání dle stavu pacienta, dostatek informací.
- Péče o diabetika: Vhodné umístit nemocného na JIP, pravidelné kontroly glykémie, podávat nejdříve krátkodobé inzulíny, přísné aseptické ošetřování ran, diabetik je vnímavější k infekci.“

Analýza:

- V obou standardech je dobře rozepsáno, co by měl zdravotnický personál u pacienta po operaci sledovat. Ve standardech FNB je navíc i rozepsáno přijetí pacienta na JIP. Ve FNB je i zmíněna nutnost sledovat odchod plynů a stolice, ve skriptech MUDr. Nejedlé je zmíněna pouze nutnost sledovat močení. Důležité je zde i vedení dokumentace, které uvádí pouze FNB, měli by zde být zaznamenány veškeré kroky a postupy. Co se týká potencionálních diagnóz ve standardech FNB, měli by být lehce doplněny, například u diagnózy bolesti, by mělo být doplněno, že se jedná o akutní bolest, dále u poruchy hydratace by mělo být uvedena i výživa která je většinou v pooperačním období omezena. Dále uvést u poruchy vyprazdňování že se jedná o poruchu vyprazdňování stolice. Dále by

bylo vhodné zde uvést diagnózu porucha integrity tkáně a možná z toho rizika (krvácení, infekce).

1.2.2 Návrh standardu před a pooperační péče u pacienta po TEP kyčelního kloubu v celkové anestézii.

1.2.2.1 Předoperační příprava:

Všeobecná příprava

- Interní předoperační vyšetření: Spočívá v komplexním vyšetření pacienta interním lékařem, včetně laboratorního vyšetření krve a moče, RTG srdce a plic a EKG

Zvláštní příprava

- Ortopedické vyšetření: vyšetření kyčelního kloubu, kontrolní RTG snímky
- Autotransfuze: před plánovaným výkonem je možné odebrat a uchovat krev pacienta pro případné doplnění krevního oběhu v průběhu operace nebo v časném pooperačním období. Snižuje se riziko pooperačních komplikací
- Rehabilitační příprava: Spočívá v posilování oslabených svalových skupin, především hýžd'ového svalstva, svaly kyčle, břišní svalstvo, posilování horních končetin, posilování zdravé dolní končetiny jako příprava na chůzi o berlích. Návčik pohybových stereotypů v pooperačním období, návčik sedu, stoje, přetáčení na bok s polštářem mezi kolena, chůze o berlích, redukce váhy, dechová gymnastika. Příprava domácnosti, vhodná obuv, sedák do vany, madla v koupelně a na WC.

Vzdálená příprava

- Jedná se o přípravu den před operací
- Zjištění alergií
- Podepsat souhlas s operací
- Oholení operačního pole a zajištění celkové hygieny
- Edukovat pacienta o zákazu od 24h jíst, pít, kouřit

- Anesteziologické konzilium: Spočívá v edukaci pacienta anesteziologem o průběhu a způsobu provedení celkové anestezie. Anesteziolog rozhodne, zda-li je pacient schopen výkonu v celkové anestezii.
- Aplikace večerní premedikace naordinované anesteziologem
- Sledovat psychický a fyzický stav pacienta

Bezprostřední příprava

- Jedná se o přípravu v den operace
- Zajistit lačnost pacienta
- Aplikace premedikace 30 min před operací dle ordinace anesteziologa
- Před aplikací premedikace se musí pacient vymočit a pak již z lůžka nevstává
- Pacient si musí sundat veškeré šperky, zubní protézu, oční čočky a odlíčit se
- Provedeme bandáž neoperované končetiny jako prevence TEN
- Změřit fyziologické funkce
- S pacientem na sál posíláme veškerou dokumentaci

Psychická příprava

- Edukace pacienta o způsobu provedení operace, o přípravě k operaci, léčebném režimu po operaci, způsobu provedení celkové anestezie. Informovat pac. o předběžné délce hospitalizace

1.2.2.2 Pooperační péče

- Pacienti po TEP kyčelního kloubu jsou po operaci nejčastěji uloženi na jednotku intenzivní péče, i když záleží na stavu pacienta a mohou být přeloženi z operačního sálu zpět na standardní ošetrovací jednotku chirurgického nebo ortopedického oddělení

Příjem pacienta na JIP

- Pacient po příjmu napojen na monitor vitálních funkcí. Kontinuálně měřena akce srdeční, krevní tlak, saturace kyslíku v krvi, dech. Kontrola vědomí.

- Poloha pacienta: pac. pokládáme do vodorovné polohy, mírně zvedneme záhlaví o 30 st. nad horizontálu. Operovanou končetinu musí mít pac. v abdukci a mírné vnitřní rotaci. Tuto polohu nohou pomáhá udržovat polohovací klín mezi dolními končetinami
- Kontrola operační rány: kontrola prosakování obvazu krví, pokud má pac. drény pravidelně kontrolujeme množství sekretu v drénu.
- Plnění ordinací lékaře
- Sledujeme subjektivní projevy pacienta: Sledujeme bolest operované končetiny a snažíme se ji dle ordinací lékaře účinně tlumit, dále nauzeu, zvracení, nevolnost.
- Sledujeme močení: pokud nemá pac. zavedený PMK na sáček, měl by se vymočit do 6-8 hodin po operaci. Pravidelně hlídáme množství moče a zapisujeme (příjem a výdej)
- Sledujeme meteorismus a vyprazdňování stolice: meteorismus by se měl objevit do 24h po operaci a pac. by se měl vyprázdnit za 2-3 dny
- Pac. mohou přijímat tekutiny 2 hodiny po operaci a pokud byl pac. v dopoledních hodinách na zákroku, může již večeřet.
- Další pooperační dny a dle stavu pacienta by měl za pac. docházet rehabilitační pracovník a s pac. postupně začít rehabilitovat. Rehabilitace spočívá v nácvičku sedu, stoje, vstávání a ulehání na lůžko.
- Pacient je edukován o zakázaných pohybech, které by mohli vést k vykloubení kyčelního kloubu (nekřížit dolní končetiny, neprovádět rovný předklon.)

2 Praktická část kvalitativního sledování metodou ošetřovatelské kazuistiky

2.1 Ošetřovatelský proces

„Jedná se o způsob profesionálního uvažování sestry o nemocném a jeho individuální problematice, který ovlivňuje její způsob práce s nemocným, tedy její jednání i vlastní ošetřovatelskou péči.“

Ošetřovatelský proces je logický, systematický přístup k celkové péči o nemocného. Je to způsob řešení praktických ošetřovatelských situací vycházející z interakce mezi pacientem/klientem a sestrou

Teorie ošetrovatelského procesu se v Evropě objevilo na konci 60. let. Vychází z teoretického modelu ošetrovatelství, který je podkladem pro jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu. Na základě zhodnocení pacienta, sestra ve spolupráci s ním, stanoví poruchy potřeb a problémy a plánuje jejich uspokojení prostřednictvím aktivní ošetrovatelské péče. Nakonec zhodnotí efektivitu poskytnuté péče. “ (Staňková, 1996 str. 82-83)

5 fází ošetrovatelského procesu:

1. zhodnocení nemocného, zjišťování informací
2. stanovení ošetrovatelské diagnózy
3. plánování ošetrovatelské péče
4. provedení navržených opatření
5. zhodnocení efektu poskytnuté péče (Staňková, 1996 st. 83)

2.2 Použití ošetrovatelského procesu

2.2.1 Ošetrovatelský model dle Marjory Gordonové

Do své práce jsem si zvolila ošetrovatelský model dle Marjory Gordonové. Jedná se o model funkčních vzorců zdraví.

Model je odvozený z interakcí osoba – prostředí. Zdravotní stav je vyjádřen bio-psycho-sociální interakcí. Model tvoří dvanáct funkčních vzorců. Každý vzorec je určitá část zdraví a ta může být funkční nebo dysfunkční.

Dvanáct vzorců zdraví:

- Vnímání zdraví – udržení zdraví: obsahuje vnímání zdraví a způsoby jedince jakými se stará o své zdraví.
- Výživa: zahrnuje způsob přijímání potravy a tekutin
- Vylučování: zahrnuje exkreceční funkci střev, močového měchýře a kůže
- Aktivita: obsahuje způsoby udržení tělesné kondice cvičením nebo jinými aktivitami. Dále zahrnuje aktivity denního života a volného času

- Spánek – odpočinek: zahrnuje způsob spánku a relaxace
- Vnímání – poznávání: obsahuje schopnost smyslového vnímání a poznávací schopnosti jako je orientace, řeč, paměť, myšlení...
- Sebepojetí – sebeúcta: vyjadřuje jak jedinec vnímá sám sebe
- Role, vztahy: obsahuje přijetí a plnění životních rolí a úroveň personálních vztahů.
- Reprodukce – sexualita: zahrnuje reprodukční období a sexualitu
- Stres, zátěžové situace – zvládání: obsahuje zvládání a toleranci ke stresovým situacím
- Víra – životní hodnoty: obsahuje individuální vnímání životních hodnot cílů a přesvědčení, včetně víry.
- Jiné (Pavlíková, 2006)

2.3 Ošetřovatelská kazuistika

2.3.1 Základní identifikační údaje:

Jméno a příjmení: V. B.

Oslovení: Paní B.

Rodné číslo: 485000/000

Věk: 61 let

Stav: Rozvedená

Vyznání: Bez vyznání

Vzdělání: Střední škola - maturita

Povolání: Zdravotní sestra

Kontaktní osoba: Otec, dcera - mobil

Pojišťovna: 211

Národnost: ČR

Adresa: Hradec Králové

Datum přijetí: 26. 11. 2009

Důvod přijetí: Palčivé bolesti levého kyčelního kloubu, se stupňující se intenzitou

Diagnóza při přijetí: Coxarthrosis l. sin. st. 4., necrosis cap femoris l. sin.

Datum plánované operace: 27. 11. 2009

Druh operace: Totální endoprotéza levého kyčelního kloubu, necementovaná

Datum mého ošetřování: 26. 11. – 29. 11. 2009 (1,2)

2.3.2 Lékařská diagnóza:

Coxarthrosis l. sin. st.4

Necrosis cap femoris l. sin.

St.p. sactosalpinx

Pac. přijata k plánovanému operačnímu výkonu pro totální endoprotézu levého kyčelního kloubu, z důvodu coxarthrosis l. sin. st. 4 (1)

2.3.3 Lékařská anamnéza:

- **Osobní anamnéza:**

V dětství vážněji nestonala, poslední hospitalizace: Gynekologické oddělení Fakultní nemocnice Hradec Králové (1972)

Operace: Sactosalpinx – LSK (Laparoskopie) 2 krát (1968, 1972)

Abusus: Nekuřačka, alkohol příležitostně

- **Nynější onemocnění:**

Pac. přijata na operační plánovaný výkon pro totální endoprotézu levého kyčelního kloubu, 26. 11. 2009 v 11h. Pac. přijata na standardní chirurgické oddělení.

Pac. udává 2 roky potíže s levým kyčelním kloubem. Při pohybu se objevují palčivé až křečové bolesti levého kyčelního kloubu. Od ledna 2009 intenzivnější bolesti.

Objektivně: Hybnost levého kyčelního kloubu do flexe 100 stupňů, rotace třetinové, bolestivé. Pac. objednána na plánovanou operaci na totální endoprotézu levého kyčelního kloubu

- **Alergologická anamnéza:** Alergii pacientka neudává
- **Gynekologická anamnéza:** 1 porod (1 dcera), Stav po sactosalpinx (2 krát), Pravidelné prohlídky u gynekologického lékaře 1x za rok
- **Psychosociální anamnéza:** Pac. žije v rodinném domě s otcem a dcerou
- **Rodinná anamnéza:** Otec žije, zdravý, matka zemřela v 75 (demence), sourozence nemá, dcera zdráva. (1)

2.3.4 Diagnostika:

Tabulka 1 - Fyziologické funkce

	Příjem 26. 11. 2009	28.11. 2009	29.11. 2009	Výška	166 cm
TK	130/90	125/80	130/90	Váha	76 kg
P	75/min	70/min	74/min	BMI	27,5
D	18/min	17/min	18/min		
TT	36st.C	38.1st.C (16h)	36,5st.C		

Zdroj: vlastní

- Mírná nadváha,
- BMI změřen při příjmu – 26. 11. 2009
- **Vědomí:** orientována v místě, čase a sobě

Po operaci se fyziologické funkce nacházely v normě, pouze 1. den po operaci pac. febrilní. Fyziologické funkce monitorovány kontinuálně po celý den.

Tabulka 2 - Fyziologické funkce v den operace: 27. 11. 2009

	TK	P
10:50	120/75	72/min
11:00	125/70	71/min
11:15	120/90	76/min
11:45	110/60	75/min
12:15	125/70	76/min
13:00	130/80	74/min
14:00	120/70	73/min
15:00	125/80	74/min

Zdroj: vlastní

Dále se fyziologické funkce nacházely v normě.

Tělesná teplota se pohybovala ve fyziologickém rozmezí

- **Laboratorní vyšetření:**

Hematologické vyšetření krve:

Tabulka 3 - Krevní obraz

	26. 11. 2009 Příjem	27. 11. 2009 Po operaci	28. 11. 2009 6:00	29. 11. 2009 6:00	Referenční rozmezí
Hemoglobin	120 g/l	87 g/l	84 g/l	74 g/l	116 – 163 g/l
Hematokrit	0,330 g/l	0,261 g/l	0,242 g/l	0,215 g/l	0,330 – 0,470 g/l
Leukocyty	6,8 10*9/l	7,2 10*9/l	6,3 10*9/l	6,5 10*9/l	4 – 10,7 10*9/l
Trombocyty	277 10*9/l	276 10*9/l	294 10*9/l	276 10*9/l	140 – 440 10*9/l
Erytrocyty	3,50 10*12/l	2,58 10*12/l	2,49 10*12/l	2,18 10*12/l	3,54 – 5,18 10*12/l

Zdroj: vlastní

Tabulka 4 - Koagulační vyšetření

	26. 11. 2009 Příjem	27. 11. 2009 Po operaci	28. 11. 2009 6:00	29. 11. 2009 6:00	Referenční rozmezí
Quick test INR	1,13 s	1,2 s	1,13 s	1,09 s	0,8 – 1,25 s
Fibrinogen	3,0 g/l	3,1 g/l	3,2 g/l	4,33 g/l	2 – 4 g/l
APTT	27,7 s	28,8 s	31,4 s	36,8 s	26,7 – 40,1 s

Zdroj: vlastní

Tabulka 5 - Biochemické vyšetření

	<i>26. 11. 2009 Příjem</i>	<i>27. 11. 2009 Po operaci</i>	<i>28. 11. 2009 6:00</i>	<i>29. 11. 2009 6:00</i>	<i>Referenční rozmezí</i>
Urea	5,2 umol/l	5,3 umol/l	5,3 umol/l	5,6 umol/l	2 – 6,7 umol/l
Kreatinin	71 umol/l	72 umol/l	69 umol/l	62 umol/l	44 – 104 umol/l
Kyselina močová	194 umol/l	195 umol/l	207 umol/l	193 umol/l	140 – 360 umol/l
Na	141 mmol/l	140 mmol/l	137 mmol/l	140 mmol/l	132 – 149 mmol/l
K	4,09 mmol/L	4,08 mmol/l	3,8 mmol/l	3,34 mmol/l	3,8 – 5,5 mmol/l
Cl	103 mmol/l	102 mmol/l	102 mmol/l	101 mmol/l	97 – 108 mmol/l
Ca	2,4 mmol/l	2,3 mmol/l	2,1 mmol/l	1,95 mmol/l	2 – 2,75 mmol/l
P	0,96 mmol/l	0,96 mmol/l	0,90 mmol/l	0,80 mmol/l	0,65 – 1,61 mmol/l
Mg	0,87 mmol/l	0,85 mmol/l	0,79 mmol/l	0,74 mmol/l	0,7 – 1 mmol/l
Bilirubin	7,4 umol/l	8,7 umol/l	8,4 umol/l	6 umol /l	2 – 17 umol/l
ALT	0,30 ukat/l	0,40 ukat/l	0,39 ukat/l	0,27 ukat/l	0,1 – 0,75 ukat/l
AST	0,36 ukat/l	0,37 ukat/l	0,38 ukat/l	0,28 ukat/l	0,10 – 0,72 ukat/l
ALP	0,58 ukat/l	0,59 ukat/l	0,65 ukat/l	0,64 ukat/l	0,66 – 2,2 ukat/l
GMT	0,20 ukat/l	0,23 ukat/l	0,24 ukat/l	0,30 ukat/l	0,14 – 0,68 ukat/l
S – Amyláza	1,0 ukat/l	1,06 ukat/l	1,25 ukat/l	1,20 ukat/l	0,30 – 167 ukat/l
Celková bílkovina	58,6 g/l	43,7 g/l	45,5 g/l	44,9 g/l	65 – 85 g/l
Albumin	30,2 g/l	27,1 g/l	27,7 g/l	27,7 g/l	35 – 53 g/l
CRP	4,3 mg/l	4,4 mg/l	73,3 mg/l	90 mg/l	0 – 5 mg/l
Glykémie	5,0 mmol/l	10 mmol/l	6,8 mmol/l	5,6 mmol/l	4,2 – 6,3 mmol/l

Zdroj: vlastní

Vyšetření:

Interní předoperační vyšetření 10. 11. 2009

- TK 120/70, akce srdeční 76/ min, pravidelná, ozvy ohraničené
- Dýchání čisté, sklípkové
- EKG: Pravidelný sinusový rytmus, frekvence 76/ min, převod času v mezích normy, ST – izoelektrické, vlny T pozitivní, normální křivka
- Na hlavě i krku fyziologický nález přiměřený věku
- Ohraničené břicho bez patologického nálezu
- Dolní končetiny bez otoků či varixů
- Vyšetření provedeno ve Fakultní nemocnici Hradec Králové

Předoperační RTG

- ***Snímek hrudníku 10. 11. 2009***

Drobná apikální pachypleura vlevo, jinak věku přiměřený nález na nitrohruďních orgánech, bez čerstvých změn. Vyšetření provedeno ve Fakultní nemocnici Hradec Králové

- ***RTG levého kyčelního kloubu 16. 11. 2009***

Štěrbina vlevo úzká, nekróza horního kvadrantu hlavičky s počínajícím kolapsem, vyšetření provedeno ve Fakultní nemocnici Hradec Králové

- ***UZ vyš. levého kyčelního kloubu 16. 11. 2009***

Vlevo větší výpotek v levém kyčelním kloubu, vyšetření provedeno ve Fakultní nemocnici Hradec Králové

Anesteziologické konzilium 26. 11. 2009

- Kardio–pulmonálně kompenzovaná, bez trvalé interní medikace, alergie pac. nejuje, laboratorní výsledky se nacházejí v normě, schopna výkonu v celkové anestezii, vyšetření provedeno anesteziologem v nemocnici Vrchlabí.

Plánovaná vyšetření:

Pooperační kontrola na oddělení akutní medicíny, monitoring fyziologických funkcí (EKG, TK, P, Dýchání, SpO₂, TT), diuréza moče po 1 h, bilance moče po 6 h., kontrola Redonova drénu, RTG levého kyčelního kloubu (dle stavu pacientky), kontrolní odběry krve 1/ den (ráno). (1)

2.3.5 Terapie:

Chirurgická terapie:

- Operační protokol:

„Operace provedena v celkové anestézií. Anterolaterálním přístupem proniknuto ke kloubnímu pouzdru, které excidováno. Extrahována hlavice a osteotomován krček. Na dně retabula hypertrofická červená synovialis, značně krvácející. Opracováno acetabulum na velikost 48 a natlučena Plasmacup jamka s keramickou vložkou 32. Po změně polohy opracován horní konec femuru, 2 krát nerašplována dutina a implantována femorální komponenta Bicontact č. 12, hlavice S keramika, repozice, pohyby volné, bez lux. tendencí. 3 krát Redon, sutura po vrstvách. Sterilní krytí. krevní ztráta do 500 ml.“ (5)

- **Předoperační příprava: 26. 11. 2009**

Všeobecná

Pac. poučena o operačním zákroku (totální endoprotéza levého kyčelního kloubu) od ošetřujícího lékaře, poučena o způsobu provedení operace, provedení anestezie (celková anestezie), o pohybovém režimu po operaci (0. den bude muset pac. pouze ležet na zádech, dolní končetiny v abdukční poloze a mírné vnitřní rotaci. 1. a 2. pooperační den se bude moci posadit na lůžku s dolními končetinami v lůžku. Podepsán souhlas s operačním výkonem – pac. podepsala souhlas s provedením operace a s celkovou anestézií. Souhlas s operačním výkonem je založen v chorobopise pacientky. Provedeno interní předoperační vyš. – EKG a laboratorní rozbor krve (viz str.33-34). U pac. nebyly zjištěny žádné alergie. Zajištění celkové hygieny – Pac. se den před operací samostatně vysprchovala.

Pac. edukována o zákazu jídla den před operací, edukována o zákazu kouření a pití od 24 h, vysvětlena nutnost lačnosti z důvodu předcházení komplikací celkové anestezie

(lačností se sníží riziko aspirace při intubování dýchacích cest a zlepšení celkové snášenlivosti anestetik)

Provedeno anesteziologické konzilium s naordinovanou premedikací, večerní premedikace podána v 21 h – naordinovaný Diazepam 10mg tbl, pac. kardio - pulmonálně kompenzovaná, schopna výkonu v celkové anestézií.

Prevence trombo – embolické nemoci, pac. v den výkonu ráno před operací aplikován Clexane 0,4 mj s.c. (antikoagulant) dále se pac. zabandážovala pravá dolní končetina.

Pac. seznámena s pohybovým režimem po operaci a s následnou nutnou rehabilitací v pooperačním období. Pac. doporučeny kompenzační pomůcky (francouzské berle, molitanové podložky nebo polštáře na vypodložení operované levé dolní končetiny).

Zvláštní

Příprava operačního pole den před výkonem - oholení třísel a okolí levého kyčelního kloubu. Pac. jsem informovala o nutnosti oholení třísel před operací z důvodu důkladné čistoty operačního pole. Pac. jsem donesla žiletku a pěnu a pac. se samostatně oholila.

Psychologická příprava

Pac. plně edukovaná o operačním výkonu i o anestézií (viz výše). Pac. jsem se ptala, zda všemu rozumí, jestli nepotřebuje dále něco vysvětlit. Pac. mě ujistila, že je o všem informovaná a všemu plně rozumí.

Ptala jsem se pac. zda se operačního výkonu nebojí, pac. udala, že je zdravotní sestra a zdravotnickému zařízení věří.

Bezprostřední

Ráno, v den operace jsem se pac. zeptala, zda od půlnoci nejedla, nepila a nekouřila, pac. pokyny dodržela. Ráno aplikovány preventivně ATB Axetine 1,5 g intra venosně.

Pac dostala 15 minut před operací premedikaci – Dolsin 50 mg intra muskulárně.

Byl zaveden PMK na sáček, před odjezdem na sál zkontrolována čistota operačního pole, pac. si sundala veškeré šperky. Pac. byla zabandážována pravá dolní končetiny, pac. poučena že se jedná o prevenci trombo – embolické nemoci. Před odjezdem změřeny fyziologické funkce. PŽK zavedena na operačním sále. (2,3)

Farmakoterapie:

Tabulka 6 - Infúzní terapie

Datum	Název léku	Forma	Dávkování	Způsob podání (do PŽK)	Léková skupina
27. 11. 2009 Před operací	Fyziologický roztok 100 ml	Roztok	6:00 – 7:00	Intra venosně	Isotonický roztok Chloridu sodného
	+ Axetine 1,5g	Roztok	6:00 – 7:00	Intra venosně	Antibiotika
27. 11. 2009 Na oper.sále	Fyziologický roztok 1.500 ml	Roztok	8:30 – 10:30	Intra venosně	Isotonický roztok chloridu sodného
	Haes 6% 500 ml	Roztok	8:30 – 10:30	Intra venosně	Infundabilium Onkoticky účinný hydrokoloid
27. 11. 2009 Po operaci	Fyziologický roztok 1000 ml	Roztok	10:40 – 22:00	Intra venosně	Isotonický roztok Chloridu sodného
	+ Celaskon 2A	Roztok	10:40 – 22:00	Intra venosně	Vitamín
	Glukoza 10% 500 ml	Roztok	10:40 – 22:00	Intra venosně	Infundabilium
	+ Humulin R 8 j	Roztok	10:40 – 22:00	Intra venosně	Inzulín
	Fyziologický roztok 1000 ml	Roztok	22:00 – 10:00	Intra venosně	Isotonický roztok Chloridu sodného
28. 11. 2009 1. pooper.den	Fyziologický roztok 1000 ml	Roztok	10:00 – 10:00	Intra venosně	Isotonický roztok Chloridu sodného
	Glukoza 10% 500 ml	Roztok	1:00 – 10:00	Intra venosně	Infundabilium
	+ Humulin R 12 j	Roztok	1:00 – 10:00	Intra venosně	Inzulín
	Aminoven 10% 500 ml	Roztok	10:00 – 1:00	Intra venosně	Infundabilium Roztok aminokyselin
29. 11. 2009 2. pooper.den	Fyziologický roztok 1000 ml	Roztok	10:00 – 10:00	Intra venosně	Isotonický roztok Chloridu sodného
	Glukoza 10% 500 ml	Roztok	1:00 – 10:00	Intra venosně	Infundabilium
	+ Humulin R 12 j	Roztok	1:00 – 10:00	Intra venosně	Inzulín
	Aminoven 10% 500 ml	Roztok	10:00 – 1:00	Intra venosně	Infundabilium

Zdroj: vlastní

Tabulka 7 - Akutní medikace injekční

Datum	Název léku	Forma	Dávkování	Způsob podání	Léková skupina
27. 11. 2009 Před operací	Clexane 0,4 ml	Roztok	1-0-0	Sub cutánně	Antikoagulanc
	Atropin 0, 5 mg	Roztok	8:00	Intra musculárně	Parasympatolytikum (premedikace)
27. 11. 2009 Po operaci	Ranital 1A 50 mg	Roztok	12 – 24 – 7h	Intra venosně	Antiulcerozum
	Dipidolor 30mg ad F1/1 20 ml	Roztok	Kontinuálně dle skore bolesti	Intra venosně	Opiodní analgetikum
28. 11. 2009 1. pooperační den	Ranital 1A 50 mg	Roztok	12 – 24 – 7h	Intra venosně	Antiulcerozum
	Dipidolor 30mg ad F1/1 20 ml	Roztok	Kontinuálně dle skore bolesti	Intra venosně	Opiodní analgetikum
	Novalgin 5 ml ad F 1/1 20 ml	Roztok	16 h	Intra venosně	Antipyretikum Analgetikum
29. 11. 2009 2. pooperační den	Ranital 1A 50 mg	Roztok	12 – 24 – 7h	Intra venosně	Antiulcerozum
	Dipidolor 30mg ad F1/1 20 ml	Roztok	Kontinuálně dle skore bolesti	Intra venosně	Opiodní analgetikum

Zdroj: vlastní

Tabulka 8 - Akutní medikace per os

Datum	Název léku	Forma	Dávkování	Způsob podání	Léková skupina
26. 11. 2009 Před operací	Diazepam 10 mg	Tablety	0-0-0-1	per os	Sedativum

Zdroj: vlastní

Chronická medikace per os:

Pac. bez chronické medikace per os. (1)

Transfuze

- 29. 11. 2009 byly pac. aplikovány krevní deriváty z důvodu poklesu hemoglobinu v krvi (74 g/l). Krevní skupina pac. je 0 Rh pozitivní

1. EBR 8:00 – 10:00

1. Plazma 8:00 – 10:00

Fyziologické funkce před: TK 110/75, P 72/min, TT 36,6 stupňů Celsia

Fyziologické funkce po: TK 120/70, P 74/min, TT 36,5 stupňů Celsia

2. EBR 14:00 – 16:00

2. Plazma 14:00 – 16:00

Fyziologické funkce před: TK 120/75, P 73/min. TT 36,5 stupňů Celsia

Fyziologické funkce po: TK 110/70, P 74/min, TT 36,5 stupňů Celsia

- Všechny krevní transfuze proběhly bez komplikací, pac. afebrilní, bez subjektivních příznaků (třesavka, pocity horka.). Všechny transfuze kapaly do PŽK na pravé horní končetině do oblasti vnitřního předloktí. Pac. byla během transfuze neustále kontrolována.

(1,3)

Pohybový režim, léčebný režim a poloha

26. 11. 2009:

1. den hospitalizace má pac. neomezený pohybový režim, při chůzi se u pac. objevují palčivé až křečové bolesti v levém kyčelním kloubu. Bolest se objevuje zhruba po deseti minutách chůze

27. 11. 2009

0. pooperační den má pac. omezený pohybový režim. Musí ležet na zádech, levá dolní končetina musí být v abdukčním postavení a mírné vnitřní rotaci. Polohu pomáhá pac. udržet polohovací klín mezi dolními končetinami a ortéza na levé dolní končetině. Pac. edukována o nutnosti držení abdukčního postavení levé dolní končetiny aby se předešlo vykloubení kyčelního kloubu. Pac. edukovaná o polohách, kterých se musí vyvarovat (vytáčení špičky chodidel zevně, addukci, překřížování dolní končetiny, ohýbání levé dolní končetiny). Pac. polohu na zádech dodržuje

28. 11. 2009

1. pooperační den má pac. stále omezený pohybový režim. Pac. už se může posazovat na lůžku se zvednutým záhlavím a s dolními končetinami v lůžku. Levá dolní končetina stále musí být v abdukční poloze a mírné vnitřní rotaci. Ráno byla pac. sundána ortéza z levé dolní končetiny, pouze polohovací klín mezi dolními končetinami byl ponechán, aby pac. nedávala dolní končetiny příliš k sobě.

29. 11. 2009

2. pooperační den má pac. omezený pohybový režim. Pac. se stále posazuje na lůžku s dolními končetinami v lůžku a se zvednutým záhlavím lůžka. Levá dolní končetina v abdukční poloze a mírné vnitřní rotaci. (3)

Fyzioterapie

Na oddělení akutní medicíny probíhala fyzioterapie pouze v rámci samoobsluhy pac. a posazování pac. na lůžku s dolními končetinami v lůžku. Rehabilitace s fyzioterapeutem je naplánována na 30. 11. 2009 tj. po překladech na standardní chirurgické oddělení. Pac. využívá jako kompenzační pomůcky molitanové podložky a polohovací klíny pro udržení optimální polohy operované levé dolní končetiny. (3)

2.3.6 Průběh hospitalizace v období od 27. 11. – 29. 11. 2009

- **Stav vědomí :**

0. den po operaci: Pac. přivezena na oddělení akutní medicíny z operačního sálu v 10:30h. Pac. probuzená, na výzvu reaguje, pospává, orientovaná v místě, čase, osobě

1. den po operaci: Pac. při vědomí, orientovaná v místě, čase, osobě, pospává. Neurologický nálezný orientačně v mezích normy, není lateralizace, reflexy pozitivní

2. den po operaci: Pac. při vědomí, orientovaná v místě, čase, osobě

- **Fyziologické funkce:**

0. den po operaci

Pac. okamžitě při příjmu na oddělení napojena na monitor vitálních funkcí (snímáno EKG, TK, P, SpO₂, dýchání). Do 12 h měřen TK každých 10 – 15 min, kontrola EKG a akce srdeční a saturace kyslíku v krvi byla nepřetržitá. Pac. oběhově stabilní, odpoledne měřen TK každou půl hodinu, poté každou hodinu

1. den po operaci

Pac. oběhově kompenzovaná, monitorace vitálních funkcí přetrvává, spontánně ventiluje bez kyslíku. Poslechově dýchání symetrické, čisté, sklípkové, poklep plný, jasný. Akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené. Odpoledne změřena tělesná teplota pac., zjištěna teplota 37, 6 °C, zahájeno fyzikální chlazení pacientky. V 16 h teplota přeměřena, pac. febrilní 38,1 stupňů Celsia. Informován lékař, který naordinoval léky na snížení teploty. (viz. str.)

2. den po operaci

Pac. oběhově stabilní, krevní tlak měřen po 1 hodině – normotenzní. EKG křivka a akce srdeční kontrolovány průběžně celý den a večer. Saturace kyslíku v krvi je dobrá (98 – 99 %) Pac. afebrilní.

- **Invazivní vstupy:**

0. den po operaci

Pac. má ze sálu zavedený PŽK na PHK v oblasti vnitřního předloktí. PŽK je bez známek zánětu (bolest, otok, zarudnutí). Pac. má také zavedený PMK na sáček, pac. nevadí.

1. den po operaci

PŽK na PHK v oblasti vnitřního předloktí je funkční, bez známek zánětu (bolest, otok, zarudnutí). Do PŽK jsou aplikovány infuzní léčebné roztoky.

PMK na sáček je funkční, pac. nepocítuje pálení, řezání ani svědění. Katétr pac. nevadí.

2. den po operaci

Pac. má zavedený PŽK na pravé horní končetině v oblasti vnitřního předloktí. Katétr bez známek zánětu (bolest, otok, zarudnutí). Do PŽK jsou aplikovány léčebné roztoky. Pac. má i nadále zavedený PMK na sáček. Katétr funkční, odvádí slámově žlutou moč. Pac. nevadí, nepocítuje pálení, ani řezání

• Operační rána a drény

0. den po operaci

Pac. má na levé dolní končetině v oblasti levého kyčelního kloubu operační ránu. Rána je sterilně kryta mulovými čtverci a lepením. Sterilní krytí ze sálu ponecháno, rána nepřevazována. Okolí rány bez podráždění, klidné

Z operační rány vyvedeny tři Redonovy drény. Ihned byla zkontrolována funkčnost drénů (podtlak), drény popsány čísly z operačního sálu. Drén č. 1 zaveden v oblasti kloubu, drén č. 2 v podfasciálním prostoru a drén č. 3 v subkutánním prostoru

1. den po operaci

Dnes převaz operační rány. Sundáno sterilní krytí ze sálu, rána čistá, dlouhá přibližně 15 – 20 cm, bez prosaku. Hojí se per primam. Po konzultaci s chirurgickým lékařem vyndán drén č. 2 (z podfasciálního prostoru) a drén č. 3 (z subkutánního prostoru). Drén č. 1 ponechán. Rána vydezinfikována Betadine spray, sterilně kryta a pevně zalepena. Množství tekutiny, kterou odvedly drény za 24 h (od 27.11 11h do 28.11. 6 h ráno)

Drén č. 1 – 700ml (serosanguinolentní sekrece)

Drén č. 2 – 100 ml

Drén č. 3 – 0 ml

V noci ve 23h se u pac. objevilo náhlé silnější prosakování obvazu na ráně krví. Rána byla kryta silnější vrstvou sterilních mulových čtverců a zafixováno lepením. Rána

byla každou hodinu kontrolována. K dalšímu prosakování krví až do rána nedošlo. Do redona č. 1 žádná krev nenatekla. Ke krvácení došlo z okolí drénu č.1.

2. den po operaci

Rána klidná, sundán obvazový materiál, který je bez známek čerstvé krve. Rána je nyní bez sekrece. Rána ošetřena dezinfekcí betadine spray, sterilně kryto mulovými čtverci, fixováno lepením. Stehy ponechány. Redon č. 1 bez sekretu, drén ponechán

• Bolest

0. den po operaci

Pac. se cítí „ celkem dobře „, pouze pocítuje silnou, tupou, ale snesitelnou bolest operované levé končetiny s maximem v levém kyčelním kloubu. Bolest má akutní charakter. Pac. by bolest hodnotila na škále bolesti číslem 4, kdy číslo 5 je nejhorší.

Pac. byly okamžitě připraveny léky na bolest. Byly ji aplikovány kontinuálně přes dávkovač opiátová analgetika Dipidolor 30 mg ad 20ml F 1/1.

1. den po operaci

Pac. udává tupou bolest v levé dolní končetině stále s maximem v levém kyčelním kloubu. Bolest má akutní charakter, od 0. pooperačního dne má klesající intenzitu. Úlevu od bolesti pac. poskytuje klid a minimální pohyblivost levé dolní končetiny.

2. den po operaci

pac. stále udává tupou bolest levého kyčelního kloubu. Intenzita bolesti má klesající tendenci. Pac. by bolest přirovnala na škále bolesti od 1 – 5 kdy číslo 5 je nejhorší, číslem 2. Aplikace léků na bolest již není nutná, pac. léky nevyžaduje.

• Soběstačnost

0. den po operaci

Pac. částečně soběstačná v hygieně, stravování a vyprazdňování. Okolo 18 h. provedena hygiena pac. Pac. si pouze omyla obličej a horní polovinu těla. Pac. jsem ustlala postel a nechala jí dál spát.

1. den po operaci

Pac. je částečně soběstačná v hygieně, stravování a vyprazdňování. Ráno jsem pac. přinesla k lůžku umyvadlo s vodou. Zvedla jsem pac. záhlaví a pac. se na posteli posadila.

Zvládla se umýt samostatně, pouze jsem pac. pomohla umýt záda. Nabídla jsem pac. namazání zad větrovou emulzí proti proleženinám, pac. odmítla. S pomocí ostatního zdravotnického personálu jsem pac. ustlali lůžko. Pac. se opřela o zdravou dolní končetinu a lehce nadzvedla hýždě a záda. Tak jsme vypnuly prostěradlo a vyměnili podložku pod pacientkou.

2. den po operaci

Pac. částečně soběstačná v hygieně, stravování a vyprazdňování. Ráno při hygienách se pac. posadila na lůžko s dolními končetinami v lůžku a se zvednutým záhlavím lůžka. Pac. jsem donesla k lůžku umyvadlo s vodou a pac. se samostatně umyla. Pac. jsem akorát pomohla umýt záda. S pomocí ostatního zdravotnického personálu jsme stejnou technikou jako 1. pooperační den vyměnili a ustlali pod pac. lůžko.

• Poloha

0. den po operaci: Pac. zaujímá polohu na zádech, elevace hrudníku o 30 st. nad horizontálu, levá dolní končetina je v abdukci a mírné vnitřní rotaci

1. den po operaci: Pac. zaujímá polohu v leže na zádech, možný sed na posteli s dolními končetinami v lůžku. Levá dolní končetina zaujímá polohu v abdukci a mírné vnitřní rotaci. Polohu ji pomáhá udržet polohovací klín mezi dolními končetinami.

2. den po operaci: Pac. zaujímá polohu vleže na zádech. Operovaná levá dolní končetina je držena v abdukci a mírné vnitřní rotaci.

• Pohybový režim

0. den po operaci

Pac. má pohybový režim omezený, smí pouze ležet na zádech se zvednutým záhlavím o 30 st. nad horizontálu. Operovanou levou dolní končetinu musí mít v abdukci a mírné vnitřní rotaci. Tuto polohu nohou ji pomáhá udržovat polohovací klín mezi dolními končetinami

1. den po operaci

Pac. má omezený pohybový režim. Smí ležet pouze na zádech, 1 pooperační den si už může sednout na lůžko s dolními končetinami v lůžku. Levá dolní končetina musí být v abdukční poloze

2. den po operaci

Pac. má omezený pohybový režim. Smí pouze ležet na zádech, nebo sedět na lůžku s dolními končetinami v lůžku. Operovaná levá dolní končetina musí být v abdukční poloze s mírnou vnitřní rotací.

• Oxygenoterapie

0. den po operaci: Pac. přivezena na oddělení se saturací 96%, Pro snadnější dýchání dána pac. kyslíková maska s průtokem kyslíku 3 l/min. Večer vyměněna kyslíková maska za kyslíkové brýle. Průtok kyslíku jsme snížili na 2 l/min

1. den po operaci: Ráno po hygienách už pac. Kyslíkovou terapií odmítá, dýchá se jí dobře.

2. den po operaci: Bez kyslíkové terapie

• Dietoterapie

0. den po operaci: Po přivezení pac. na pokoj dodržuje pac. dietu nic per os. okolo 15 h dostává pac. napít po douškách čaje. Pac. netrpí nauzeou ani nezvrací

1. den po operaci: Pac. dodržuje dietu č. 3 tj. racionální. Ráno pac. nemá chuť k jídlu, přesto snědla 1 chléb. K obědu si dala pac. pouze polévku a k večeři 1 rohlík. Pac. jídlo stačilo, víc nechtěla. Příjem tekutin per os dostatečný.

2. den po operaci: Pac. dodržuje dietu č. 3 tj. racionální. Pac. má větší chuť k jídlu. S chutí snědla snídani, oběd i večeři. Jídlo ji stačilo k pocitu nasycení. Příjem per os dostatečný.

• Rehabilitace:

Pac. rehabilituje celé tři dny pouze v rámci samoobsluhy a aktivity v lůžku.

Odborná rehabilitace s fyzioterapeutem naplánována na 30. 11. 2009 (2)

2.3.7 Stručný přehled diagnosticko - terapeutické péče

61 letá pac. přijata na chirurgické oddělení k plánovanému operačnímu výkonu pro totální endoprotézu levého kyčelního kloubu z důvodu coxarthrosis l. sin. 4. st. 26. 11. 2009

Pac. udává přibližně 2 roky potíže s levým kyčelním kloubem. Při pohybu se objevují palčivé až křečové bolesti levého kyčelního kloubu. Od ledna 2009 pozoruje pac. intenzivnější bolesti.

Při příjmu je pac. klidná, při vědomí, orientovaná v čase, místě, osobě. Spolupracující. Oběhově kompenzovaná. Schopna výkonu v celkové anestézii. BMI – mírná nadváha. Pac. informovaná a souhlasí s operačním výkonem

27. 11. 2009 v 8:30 pac. zavezena na operační sál. Výkon proveden v celkové anestézii.

Po výkonu (11h) pac. přijata na oddělení akutní medicíny z důvodu náročnosti operačního výkonu a pro sledování celkového stavu pac.

0. den po operaci je pac. při vědomí, lze ji probudit, orientovaná v místě, čase, osobě. Oběhově kompenzovaná. Operační rána klidná, neprosakuje, sterilní krytí ponecháno ze sálu. Z rány vyvedeny 3 Redonovy drény (odvádějí min. množství). 1. pooperační den rána přechodně krvácí, pac. febrilní, další dny již bez komplikací. Hydratace zajišťována infuzní terapií přes PŽK a PHK v oblasti vnitřního předloktí. Bolesti jsou tupé a silné, avšak snesitelné. Bolest tlumena opiátovými analgetiky.

Pac. se po operaci nepohybovala, pouze ležela na zádech, levá dolní končetina v abdukci a mírné vnitřní rotaci. Mezi dolními končetinami má pac. polohovací klín pro udržení optimální polohy.

2. pooperační den je pacientka bez komplikací, spolupracující, její stav je již stabilizovaný a vše se vyvíjí dle standardní pooperační péče.

Z důvodu krvácení z operační rány a následným snížením hemoglobinu v krvi naordinovány 2 TU EBR a 2 TU plazmy. Transfúze proběhly bez komplikací. Bolesti levé dolní končetiny snesitelné, medikamentózní řešení bolesti již není nutné. (1,3)

2.3.8 Ošetřovatelská anamnéza a sledování současného stavu

(26. 11. – 27. 11.)

2.3.8.1 Objektivní hodnocení:

Paní B. přichází na chirurgické oddělení 26. 11. 2009 k plánované operaci totální endoprotézy levého kyčelního kloubu. Pac. je střední postavy, přiměřené výživy. Je soběstačná v základních denních činnostech (hygiena, stravování, vyprazdňování). Pohybový režim pac. je omezený z důvodu artrózy 4. stupně a necrosis cap femoris.

Pac. do nemocnice přivedly palčivé až křečové bolesti levého kyčelního kloubu při chůzi. Před půl rokem se začali bolesti objevovat s větší intenzitou. Bolest levé dolní končetiny obvykle nastupuje po deseti minutách chůze.

Pac. je orientovaná v místě, čase, osobě. Je emocionálně klidná, snaží se spolupracovat. Na dotazy odpovídá souvislými větami

Dýchání je čisté, sklípkové, břicho nebolestivé, oběhově kompenzovaná. Kůže čistá, přiměřeně hydratovaná, bez otevřených defektů. Pac. působí upraveným dojmem, má čisté, umyté vlasy a krátce střižené nehty.

O svém zdravotním stavu plně informovaná. Podepsaný souhlas s operací.

(1,2,3)

2.3.8.2 Subjektivní hodnocení:

- **Před operací:**

Paní B. se cítí dle svých slov „ celkem dobře.“ Jediné co ji trápí a omezuje je bolest v levém kyčelním kloubu při chůzi. Po psychické stránce se cítí stabilní.

Paní B. se prý operace nebojí, ráda by se už zbavila nepříjemné chronické bolesti levého kyčelního kloubu. Nemocniční prostředí ji nevadí. Nadstandardní pokoj na chirurgickém oddělení, na kterém pac. leží se jí líbí, prostředí na pac. působí čistě. Chválí si zdravotnický personál.

- **Po operaci:**

Pac. se cítí dobře, pouze pociťuje akutní tupou bolest v levém kyčelním kloubu. Pac. by bolest na škále bolesti od 1 – 5, kdy číslo 5 je nejhorší, ohodnotila čísle 4. Pac. v pohybové aktivitě omezuje nutné upoutání na lůžku v poloze na zádech a abdukční držení operované končetiny. Pac. si je vědoma nutnosti dodržovat léčebný režim, z důvodu vyvarování se komplikací operace endoprotézy (vykloubení kyčelního kloubu). (2,3)

2.3.9 Potřeby pacientky

2.3.9.1 Fyziologické potřeby:

- **Dýchání:**

Anamnéza:

Pac. v domácím prostředí nepociťovala žádné problémy s dýcháním, dušná nebyla. Pracovní podmínky bez prašného prostředí. Pac. je nekuřačka, v rodinné anamnéze se nevyskytuje žádné plicní onemocnění (karcinom plic, CHOPN).

Před operací:

Pac. bez rýmy a kašle, bez dušnosti, nekuřačka. Horní i dolní dýchací cesty bez známek zánětu.

Po operaci:

Pac. operovaná v celkové anestezii, intubovaná endotracheální kanylou č. 7,5 a převedena na umělou plicní ventilaci. Po výkonu extubována na operačním sále a převedena na spontánní ventilaci.

Při příjmu pac. na oddělení dýchá spontánně, pouze za podpory oxygenoterapie přes kyslíkovou masku s průtokem kyslíku 3l/min. Okolo 15h na žádost pac. kyslíková maska vyměněna za kyslíkové brýle a snížen průtok kyslíku na 2l/min. Pac. se dýchá bez problémů, bez bolesti či škrábání v krku, bez kašle.

- **Hydratace:**

Anamnéza:

Pac. soběstačná v příjmu tekutin, přiměřeně hydratovaná. V domácím prostředí pila přibližně 1 – 1,5 l/ 24h. Pac. si myslí, že je to malé množství. Sama přiznává, že pokud se nehlídá, je příjem tekutin ještě nižší.

Od ledna 09 kdy se objevily intenzivnější bolesti levé dolní končetiny, se příjem tekutin snížil. Pac. si myslí, že je to z důvodu bolestivé chůze (do kuchyně pro tekutiny, poté na WC). Nejraději pije obyčejnou vodu s citronem, nepije kolu. Pac. netrpí otoky, neužívá diuretika

Před operací:

Paní B. nejví známky dehydratace (vytažená kožní řasa, suchá kůže, oschlé rty, bukání sliznice, únava, bolest hlavy, snížení kognitivních funkcí, snížená náplň krčních žil). Pac. bez otoků, bez terapie diuretiky. Pac. v hydrataci samostatná, pocit žízně zachován, má k dispozici dostatek tekutin. Poučena od půlnoci nejíst, nepít, nekouřit.

Po operaci:

0. pooperační den

Při příjmu pac. na oddělení akutní medicíny dodržuje dietu nic per os. V 16h dostává pac. po douškách napít čaje. Pac. po čaji nezvrací ani nemá pocity na zvracení. Celou noc si pac. samostatně popíjí čaj.

Hydratace je zajišťována i parenterální cestou přes PŽK na pravé horní končetině v oblasti vnitřního předloktí. (viz str. 38-39)

Tabulka 9 - Příjem a výdej tekutin

	Příjem	Výdej	Bilance
27. 11. 2009	2. 250 ml	1. 870 ml	+ 380 ml
28. 11. 2009	3. 390 ml	2. 450 ml	+ 940 ml
29. 11. 2009	4. 170 ml	3. 030 ml	+ 1. 140 ml

Zdroj: vlastní

• **Výživa:**

Anamnéza:

Pac. se doma stravovala samostatně. Doma vařila pro otce a dceru. Pac. jí skoro vše, akorát nemusí sladká jídla. Pac. nemá žádné dietní omezení. Stav chrupu je dobrý. Pac. má akorát na horní čelisti nový můstek, jinak má chrup vlastní. Stav chrupu ji nijak neomezuje ve stravování.

Před operací:

Paní B. je přiměřené výživy. BMI 27, 5 – mírná nadváha. Pac. samostatná v příjmu potravy. stav chrupu dobrý, na horní čelisti má pac. nový můstek. Pac. dostala v nemocnici oběd, večeři už nedostala. Od půlnoci pac. poučena o zákazu jídla i pití. Pac. bez dyspeptických potíží a bolestí břicha

Po operaci:

0. pooperační den

Pac. po příjmu na oddělení dodržuje dietu nic per os. Od 16h dodržuje pac. dietu 0s tj. čajová. 0. den je zajišťována hydratace a ztráta objemu tekutin z krevních ztrát (Redonovy drény) parenterální cestou. Pac. popíjení čaje snáší bez zvracení.

• **Vyprazdňování moče a stolice:**

Močení:

Anamnéza:

Pac. neměla v domácím prostředí žádné problémy s močením, nepocítovala žádné pálení, řezání či svědění při močení. Nepozorovala žádné příměsi v moči. Moč byla čirá, slámově žlutá. Zachována kontinence moče. Frekvence močení přijde pac. přiměřená, odvíjela se od množství přijatých tekutin

Před operací:

Pac. neudává žádné problémy s močením, bez dysurických potíží (pálení, řezání). Moč žlutavé barvy, bez patologických příměsí

Po operaci:

0. pooperační den

Na operačním sále zaveden PMK na sáček č. 16. Pac. nepocítuje problémy s močením, PMK pac. nevadí. Moč je čirá, slámově žlutá, bez zvláštního zápachu a nebo pěny. Okolí katétru je bez podráždění a známek infekce 27. 11. 2009 – PMK zaveden 1. den

Defekace:***Anamnéza:***

Pac. se vyprazdňuje bez problémů, udává stolici normální konzistence. Nepozoruje žádné příměsi ve stolici (krev, hlen), netrpí zácpou ani průjmem. Nikdy neužívala žádná projímadla. Stolice pravidelná 1/ den, obvykle ráno. Rituály pro snadnější vyprázdnění pac. nemá. Pac. je soběstačná ve vyprazdňování

Před operací:

Pac. bez problémů s vyprazdňováním stolice. Odpoledne 26. 11. 2009 se pac. v nemocnici vyprázdnila, bez pomoci projímadel. Stolice normální bez příměsí

Po operaci:

0. pooperační den: Pac. nemá nutkání na stolici, cítí se vyprázdněná

• Tělesna a duševní aktivita:**Tělesná: *Anamnéza:***

Doma byla pac. v rámci svých možností tělesně aktivních. V tělesné aktivitě ji omezovala bolest levého kyčelního kloubu. Pac. po delší chůzi (zhruba po deseti minutách) pociťovala palčivé až křečové bolesti levého kyčelního kloubu. Bolesti se objevují přibližně dva roky, od ledna 2009 jsou však bolesti intenzivnější. Pac. nepoužívala žádné kompenzační pomůcky (hole, berle). Bolest má chronický charakter. Bolest by pac. přirovnala na škále bolesti od 1 – 5, kdy číslo 5 je nejhorší, číslem 4 při pohybu, číslem 1 v klidu.

Před operací:

Pac. má omezený pohybový režim, při chůzi se u pac. objevují palčivé až křečové bolesti v levém kyčelním kloubu. Pac. v rámci svých možností aktivní, dojde si kam potřebuje (sociální zařízení). Bolesti se objevují zhruba po deseti minutách chůze

Po operaci:

0. pooperační den

Pac. má omezený pohybový režim. Musí ležet na zádech, levá dolní končetina musí být v abdukčním postavení a mírné vnitřní rotaci. Polohu pomáhá pac. udržet polohovací klín mezi dolními končetinami a ortéza na levé dolní končetině. Pac. edukována o nutnosti držení abdukčního postavení levé dolní končetiny aby se předešlo vykloubení kyčelního kloubu. Pac.

edukovaná o polohách, kterých se musí vyvarovat (vytáčení špičky chodidel zevně, addukci, překřížování dolní končetiny, ohýbání levé dolní končetiny). Pac. polohu na zádech dodržuje

Duševní: *Anamnéza:*

Pac. je stále zapojena do pracovního procesu ze své vlastní iniciativy vypomáhá ve zdravotnickém zařízení. Profese zdravotní sestry pac. baví, ale bolest levého kyčelního kloubu pac. omezovali v práci. To byl jeden z hlavních důvodů, proč zašla pac. s bolestí levého kyčelního kloubu k lékaři a podstoupila následně operaci. Pac. si ráda čte knihy a chodí na krátké procházky.

Před operací:

V nemocnici pac. čte knihy a sleduje televizi, která je umístěna na nadstandardním pokoji. Hospitalizace pac. nestresuje.

Po operaci:

0.den po operaci je pac. unavená a skoro celé odpoledne spí a nebo jen odpočívá

• **Spánek a odpočinek:**

Anamnéza:

Pac. doma neměla žádné problémy se spánkem. Obvykle spí 7 – 8 hodin denně, pac. stačí k pocitu vyspání a odpočinku. Pac. usíná lehce a bez problémů, v noci se nebudí, netrpí ani brzkým vstáváním. Léky na spaní nebere. Bolest v klidu je mizivá, nijak neovlivňuje kvalitu spánku. Pac. si občas zdřímne i během dne.

Před operací:

V nemocnici je pac. uložena na nadstandardním jednolůžkovém pokoji. Noc před operací dostala pac. v rámci premedikace Diazepam 10 mg, aby se v klidu vyspala. Pac. se vyspala dobře.

Po operaci:

0. pooperační den:

Pac. spí celý den, pooperační bolest je tlumena analgetiky. Pac. spala celou noc, bolestí spánek nebyl narušen. Pac. pouze vadilo nutnost dodržování léčebné polohy na zádech, nemožnost se otočit na bok. Pac. však chápe důvod polohy. Na oddělení akutní

medicíny pac. uložena na pokoji s dvěma dalšími pacienty, intimita zajištěna závěsem. Přítomni pacienti klidní, navzájem se nerušili.

- **Bolest:**

Anamnéza:

Přibližně dva roky pac. pociťuje palčivé až křečové bolesti levého kyčelního kloubu, bez radiace. Od ledna 2009 jsou bolesti intenzivnější. Intenzitu bolesti při pohybu, by pac. přirovnala na škále bolesti od 1 – 5, kdy číslo 5 je nejhorší, číslem 4. V klidu by ji přirovnala k číslu 1. Bolest má chronický charakter. Bolest je závislá na pohybu, při chůzi se bolest zhoršuje. Pac. neujde delší vzdálenosti, zhruba po deseti minutách se dostavuje palčivá až křečová bolest levého kyčelního kloubu. Na bolest pac. pomáhá být v klidu. Občas si vzala Ibuprofen (ale jen někdy). Kvalitu spánku bolest neovlivňovala (v klidu byla pac. bez bolesti).

Před operací:

Pac. pociťuje stejné bolesti jako v domácím prostředí. V nemocnici si pac. dojde na sociální zařízení, jinak odpočívá.

Po operaci:

0. den po operaci:

Při příjmu pac. na oddělení akutní medicíny, pociťuje pac. středně silné, pooperační bolesti levé dolní končetiny. Bolest má akutní, tupý charakter. Je maximálně citlivá celá levá dolní končetina. Pac. by bolest levé dolní končetiny přirovnala na škále bolesti od 1 – 5, k číslu 4, kdy číslo 5 je nejhorší. Pac. nasazena opiátová analgetika Dipidolor 30 mg ad 20 ml F 1/1 kontinuálně do PŽK na PHK v oblasti vnitřního předloktí. Start na 1 ml/ h, dále dle skóre bolesti. Odpolednena žádost pac. analgetika zvýšeny na 2 ml /h, dávka uspokojivá. Pac. má bolest utlumenou. Vzhledem k analgetikám pac. spala celou noc.

- **Teplo a pohodlí:**

Anamnéza

Doma se pac. cítí pohodlně a příjemně, žije v přiměřené domácí teplotě. Má ráda spíše teplo, než chladnější prostředí

Před operací:

Pac. leží v nemocnici na jednolůžkovém nadstandardním pokoji. Pokojová teplota přiměřená, pac. si na nic nestěžuje, cítí se pohodlně. Pac. afebrilní, bez návalů horka.

Po operaci:

0. pooperační den: Pac. se cítí pohodlně, afebrilní

• **Tělesná hygiena a stav kůže:**

Anamnéza:

Pac. je doma plně soběstačná v hygieně, obvykle se koupala večer. Raději se koupe ve vaně, než sprchuje. Pac. se samozřejmě pečuje o svoji pokožku, nehty a vlasy. Plet' si každé ráno i každou noc ošetřuje krémy. Krémy na tělo pac. nepoužívá, nesnese na sobě nic mastného. Kůže pac. je spíše mastná, žádné změny pac. na kůži nepozoruje. Na břichu patrné dvě malé jizvy po laparoskopické operaci, zahojeny per primam.

Před operací:

Stav kůže stejný jako v domácím prostředí, pac. soběstačná v hygieně.

Po operaci:

0. pooperační den:

Stav kůže je stále stejný. V oblasti levého kyčelního kloubu je přibližně 10 – 15 cm dlouhá operační rána po totální endoprotéze kyčelního kloubu. Rána šita a sterilně kryta. V oblasti operační rány zavedeny 3 Redonovy drény. Okolí rány i drénu klidné, obvaz neprosakuje, krytí ponecháno z operačního sálu. Redony odvádějí serosanguinální obsah. 2. a 3. drén odvádí minimální množství (20 – 30 ml) 1. Drén odvádí 700 ml / 24h. Večer si pac. samostatně omyla pouze obličej a hrudník. Lůžku bylo pouze ustláno a připraveno na spánek

• **Sexuální a mateřské potřeby:**

Pac. je již několik let rozvedená, přítele nemá a je spokojená. Jeden porod, má jednu dceru, se kterou sdílí domácnost. Pac. po klimakteriu (2)

2.3.9.2 Psychosociální potřeby:

Paní B. je 61 let, pracuje z vlastní iniciativy jako zdravotní sestra. Mimo bolesti levého kyčelního kloubu ji nic netrápí a cítí se být zdravá. Od pobytu v nemocnici očekává, že ji pomůže od bolesti. Pac. působí po psychické stránce stabilně, je sociálně zajištěná.

EXISTENCIONÁLNÍ:

- **Zdraví:**

Anamnéza

Pac. se až na chronické bolesti levého kyčelního kloubu (které trvají přibližně dva roky) cítí být zdravá. Netrpí žádnou poruchou zraku či sluchu. Pac. trpí mírnou nadváhou. Uvědomuje si, že po operaci kyčelního kloubu bude muset zredukovat svoji váhu. Pac. edukovaná o zásadách zdravé výživy. Pac. nekuřačka, alkohol pije pouze příležitostně. Pac. plně informovaná o operačním zákroku, od ošetřujícího lékaře i od anesteziologa. Přeptala jsem se pac. zda všemu rozuměla, zda nepotřebuje ještě něco vysvětlit. Pac. mě ujistila, že všemu rozumí. Strach z operace je přiměřený. Pac. podepsala informovaný souhlas o operační zákroku. Pac. edukovaná o nutnosti dodržovat určité zásady při pohybu s umělým kyčelním kloubem. (Po dobu dvou měsíců nesedět na nízké židli a předklánět se např. při obouvání bot nebo nasazování ponožek. Používat nadstavec na WC. Při spaní mít mezi nohama vsunutý polštář a neležet na operované straně). Pac. bude mít v domácím prostředí vše připravené.

Před operací:

Pac. se adaptovala na nemocniční prostředí rychle a bez problémů, zdravotní personál si chválí. Bolesti pociťuje stejně jako v domácím prostředí.

Po operaci:

V pooperačním období se u pac. vyskytovaly tupé bolesti levého kyčelního kloubu, které jsme řešili intra venosní aplikací opiátových analgetik. Bolesti postupně ustupovaly

- **Bezpečí a jistota:**

Anamnéza:

Doma se pac. cítí bezpečně a jistě, má ekonomické, pracovní i sociální jistoty. Cítí se bezpečně i díky své soběstačnosti a nezávislosti na druhé osobě. Největší oporu cítí ve

svém dceři a otci, se kterými sdílí jednu domácnost. Kontaktní adresa a telefon uveden v chorobopise.

Před operací:

V nemocnici se paní B. cítí také bezpečně, důvěřuje zdravot. personálu. Na nemocniční prostředí se pac. adaptovala velice rychle a bez problémů.

Po operaci:

V pooperačním období se pac. cítí také bezpečně. Pádu z lůžka se pac. nebojí, bezpečnost zvyšují postrannice připevněné okolo lůžka. Pac. si je jistá, že chůzi po operaci znovu nacvičí a bude se pohybovat bez pomoci druhé osoby.

- **Soběstačnost:**

Anamnéza:

Doma byla pac. plně soběstačná v základních i instrumentálních denních činnostech (hygiena, stravování, vyprazdňování). S domácností ji pomáhá dcera a otec, se kterými sdílí domácnost.

Před operací:

1. den hospitalizace – pac. plně soběstačná v základních denních činnostech (hygiena, vyprazdňování, stravování).

Po operaci:

0. den po operaci – je pac. částečně soběstačná v hygieně a vyprazdňování. Musí ležet pouze na lůžku. Ranní hygiena provedena s pomocí zdravotnického personálu na lůžku pomocí umyvadla s vodou. (2)

2.3.9.3 AFILIAČNÍ – VZTAHOVÉ:

- **Důvěra a komunikace**

Komunikace a důvěra byly navázány poměrně rychle a bez problémů. Pac. ochotně a bez problémů souhlasila se sepsáním této kazuistiky. Paní B. mi ochotně povídala o svých problémech. Pac. má v nemocnici vlastní mobil, díky kterému může komunikovat se svoji dcerou a otcem.

- **Rodina:**

Pac. je přibližně 6 let rozvedená. Nyní žije s dcerou a otcem v jedné domácnosti a je spokojená. S bývalým manželem má 1 dceru (27 let). S bývalým manželem se nestýká. V nemocnici ji nikdo nenavštěvuje z důvodu daleké vzdálenosti trvalého bydliště od nemocnice (Hradec Králové – Vrchlabí). Dcera se informuje o zdravotním stavu přes telefon. Skutečnou oporou je pac. dcera a otec.

- **Sebeúcta a sebepojetí:**

Pacientka má málokdy pocit zbytečnosti a marnosti. Ví, že má pro koho žít. Paní B. je oblíbená a má spoustu přátel. Vystudovala střední zdravotnickou školu, prakticky celý život dělá zdravotní sestru. Na práci si nestěžuje. (2)

2.3.10 Ošetřovatelské diagnózy

2.3.10.1 Ošetřovatelské diagnózy před operací:

- Chronická bolest levého kyčelního kloubu z důvodu vzniku základního onemocnění (artróza levého kyčelního kloubu), projevující se středně snesitelným stupněm bolesti a palčivým charakterem bolesti.
- Porucha tělesné hybnosti z důvodu chronické, palčivé bolesti levého kyčelního kloubu, projevující se omezenou hybností především při chůzi bez použití kompenzačních pomůcek.

2.3.10.2 Ošetřovatelské diagnózy po operaci:

- Akutní bolest levého kyčelního kloubu z důvodu operativní výměny levého kyčelního kloubu, projevující se intenzivním a tupým charakterem bolesti, omezenou hybností a částečnou poruchou soběstačnosti.

- Zhoršené dýchání v pooperačním období pro celkovou anestézii s oxygenoterapií přes kyslíkovou masku.
- Omezená hybnost levé dolní končetiny z důvodu pooperačního léčebného režimu s vynucenou polohou levé dolní končetiny a postupnou rehabilitační zátěží a úlevou zátěže levé dolní končetiny s kompenzačními pomůckami.
- Omezená soběstačnost v základních denních činnostech (hygieně, stravování, vyprazdňování), z důvodu operativní výměny levého kyčelního kloubu a akutní bolesti levého kyčelního kloubu, projevující se sníženou sebepéčí v hygieně a omezenou hybností.
- Porušená integrita tkání z důvodu operativní výměny levého kyčelního kloubu a invazivních vstupů (PŽK na pravé horní končetině v oblasti vnitřního předloktí a tři Redonovy drény) s rizikem vzniku komplikací (krvácení, subluxace, zánět).
- Riziko komplikací v pooperačním období (trombo – embolická nemoc, subluxace, riziko pádu)
- Riziko vzniku komplikací pro zavedený PMK na sáček (infekce močových cest, obstrukce katétru).

2.3.11 Cíle, plány, realizace a hodnocení ošetrovatelské péče

2.3.11.1 Před operací:

Chronická bolest levého kyčelního kloubu z důvodu vzniku základního onemocnění (artróza levého kyčelního kloubu), projevující se středně snesitelným stupněm bolesti a palčivým charakterem bolesti.

Identifikace: 26. 11. – 29. 11. 2009

Cíl:

- Pac. udává zmírnění chronické bolesti o 1 – 2 stupně
- Pac. má dostatek informací o zmírnění a odstranění bolesti.
- Pac. je edukovaná o příčinách bolesti a jejímu operačnímu řešení vedoucí k odstranění bolesti

Plán:

- Snaž se navázat důvěryhodný vztah s nemocnou
- Zjisti stupeň a charakter bolesti, lokalizaci, závažnost a další faktory.
- Monitoruj bolest na číselné škále bolesti po celou dobu výskytu nemoci
- Pozoruj neverbální projevy bolesti (grimasy obličeje.)
- Pečuj o pohodlí pac.
- Komunikuj s pac., vysvětli jí příčiny akutní bolesti v pooperačním období a možnostech terapií.
- Konzultuj s lékařem o možné analgetické terapii a dle potřeby podej pac. analgetika a sleduj jejich účinnost.
- Sleduj základní fyziologické parametry
- Snaž se odpoutat pac. pozornost od bolesti
- Snaž se tlumit bolest především v noci.
- Edukuj pac. o možnostech operačního řešení, vedoucí k odstranění bolesti a možných komplikacích.

Realizace:

- S pac. jsem navázala poměrně rychle důvěryhodný vztah.
- Při příjmu pac. posuzovala bolest na škále bolesti od 1 – 5.
- Bolest levého kyčelního kloubu před operací by přirovnala k číslu 4, kdy číslo 5 je nejhorší.
- Pac. přes den bolest neudávala, říkala, že největší bolesti se objevují při chůzi
- Paní B. zaujímala přirozenou polohu
- Nejčastější faktor, způsobující bolest je námaha a pohyb.
- Pac. se v nemocnici snažila šetřit, pouze polehávala v posteli nebo si došla pouze na sociální zařízení
- Přes den ani v noci žádná analgetika nedostávala, pac. je odmítala.
- Pac. se těšila na operační výkon, věřila, že jí lékaři pomůžou v odstranění bolesti.

- U pac. se 1/ den měřily fyziologické funkce, které se nacházely v normě.
- Pac. je poučena o možných pooperačních komplikacích a o dodržování omezené námahy.

Hodnocení:

- Bolest levého kyčelního kloubu se nezlepšila ani nezhoršila, pac. udává, že se cítí stejně jako doma. Věří, že až operační zákrok ji pomůže od bolesti.
- Pac. je edukována o možných pooperačních komplikacích při nedodržování léčebného a pohybového režimu.

Porucha tělesné hybnosti z důvodu chronické, palčivé bolesti levého kyčelního kloubu, projevující se omezenou hybností především při chůzi bez použití kompenzačních pomůcek.

Identifikace: 26. 11. – 29. 11. 2009

Cíl:

- Omezení tělesné hybnosti zatím s farmakologickým tlumením
- Edukace o pooperačním rehabilitačním režimu a nutnosti kompenzačních pomůcek
- Uspokojení potřeb pacienta

Plán:

- Vysvětlí pacientce princip zátěže levé dolní končetiny a chůze.
- Zajisti pac. dostatek odpočinku a klid na lůžku
- Dle potřeby pac. podávej analgetika dle ordinace lékaře
- Sleduj projevy bolesti, naslouchej pac.

Realizace:

- Doma byla pac. v rámci svých možností přiměřeně tělesně aktivní.
- V tělesné aktivitě ji omezovala bolest levého kyčelního kloubu. Pac. po delší chůzi (zhruba po deseti minutách) pociťovala palčivé až křečové bolesti levého kyčelního kloubu. Bolesti se objevují přibližně dva roky, od ledna 2009 jsou však bolesti intenzivnější. Pac. nepoužívala žádné kompenzační pomůcky (hole, berle)
- Bolest má chronický charakter
- Bolest by pac. přirovnala na škále bolesti od 1 – 5, kdy číslo 5 je nejhorší, číslem 4 při pohybu, číslem 1 v klidu.
- Před operací pac. dodržovala klid na lůžku, snažila se celý den odpočívat.
- Pouze si došla na sociální zařízení.
- Pac. udávala stále stejné bolesti jako doma. (na škále od 1 – 5 udává číslo 4 při pohybu, v klidu číslem 1)
- Analgetika na noc pac. odmítla
- Pac. byla edukovaná o léčebně – rehabilitačním pooperačním režimu (vyvarovat se addukci, zevní rotaci operované končetiny, pac. by měla v noci používat molitanový polštářek mezi nohama, neležet na operované končetině, nekřížit dolní končetiny, nesedat na nízké židle, v časném pooperačním období používat berle na odlehčování operované končetiny s postupným zatěžováním).

Hodnocení:

- Pohybové schopnosti se nijak nezměnily. Při delší chůzi se stále objevují palčivé až křečové bolesti intenzity čísla 4.
- V klidu na lůžku pac. nepociťuje skoro žádné bolesti (číslo 1 na škále bolesti)
- Pac. bolest velice omezuje v chůzi, těší se, až bude mít po operaci a pohybové schopnosti se obnoví do původního stavu (pac. bez bolesti ujde kolik potřebuje)
- Pac. rozumí a je připravena na pooperační rehabilitačně – léčební režim.

2.3.11.2 Po operaci:

Akutní bolest levého kyčelního kloubu z důvodu operativní výměny levého kyčelního kloubu, projevující se intenzivním a tupým charakterem bolesti, omezenou hybností a částečnou poruchou soběstačnosti

Identifikace: 27. 11. – 29. 11. 2009

Cíl:

- Pac. udává vymizení nebo zmírnění bolesti o 2-3 stupně v pooperačním období
- Pac. má dostatek informací o zmírnění a odstranění bolesti a spolupracuje v jejím zmírnění.
- Pac. je soběstačná v základních denních činnostech

Plán:

- Zjistí stupeň, charakter, intenzitu a lokalizaci bolesti
- Znázorni bolest na číselné škále bolesti
- Zjistí zhoršující faktory bolesti
- Nauč pac. zaujímat úlevovou polohu, pečuj o pohodlí pac. a sleduj pohybově-léčebný námahový režim.
- Pozoruj neverbální projevy bolesti (grimasy v obličeji, zaujímání úlevové polohy)
- Pomoc pac. v sebepěči
- Při zhoršujících bolestech podej naordinovaná analgetika a sleduj jejich účinek
- Snaž se zmírnit bolest nefarmakologickými prostředky – fyzikální chlazení oper. rány.

Realizace:

- Při příjmu pac. na oddělení akutní medicíny, pociťuje pac. středně silné, pooperační bolesti levé dolní končetiny.
- Bolest má akutní, tupý charakter.
- Je maximálně citlivá celá levá dolní končetina

- Pac. by bolest levé dolní končetiny přirovnala na škále bolesti od 1 – 5, k číslu 4, kdy číslo 5 je nejhorší.
- Pac. nasazena opiátová analgetika Dipidolor 30 mg ad 20 ml F 1/1 kontinuálně do PŽK na PHK v oblasti vnitřního předloktí. Start na 1 ml/ h, dále dle skóre bolesti. Odpoledne na žádost pac. analgetika zvýšeny na 2 ml /h, dávka uspokojivá. Pac. má bolest utlumenou.
- Vzhledem k analgetikám pac. spala celou noc.
- 1. pooperační den pac. udává ustupování bolesti
- Na škále bolesti od 1 -5 by bolest přirovnala k číslu 3 (číslo 5 nejhorší)
- Pac. jsou nadále aplikovány kontinuálně opiátová analgetika, sníženy na 1 ml/h.
- Bolest se lokalizuje na levý kyčelní kloub
- Byly podávány chladivé léčebné obklady na levou dolní končetinu
- Kvalitu spánku bolesti nezhoršují
- 2. pooperační den bolesti tupé, lokalizované v oblasti levého kyčelního kloubu
- Intenzita bolesti je mírnější, přirovnány k číslu 2 na škále bolesti od 1 – 5, kdy číslo 5 je nejhorší.
- Opiátová analgetika snížena na 0,5 ml/h, večer už stopnuta.

Hodnocení:

- Podle pac. jsou bolesti snesitelné, mírnější, je si jistá že za pár dnů úplně vymizí. Po propuštění pac. z OAM není potřeba analgetická terapie. Pac. má dostatek informací o zmírnění a odstranění případné bolesti (úlevová poloha operované končetiny, případně analgetická terapie)

Zhoršené dýchání v pooperačním období pro celkovou anestézií s oxygenoterapií přes kyslíkovou masku.

Identifikace: 27. 11. – 29. 11. 2009

Cíl:

- Pac. bez pocitu dušnosti
- Pac. dýchá spontánně bez potřeby oxygenoterapie

Plán:

- Zjistí saturaci kyslíku v krvi pac.
- Podej pac. kyslík přes kyslíkovou masku
- Zjistí příčinu ztíženého dýchání
- Sleduj projevy dušnosti (lapání po dechu, cyanóza, snížení saturace kyslíku v krvi)

Realizace:

0. den po operaci

- Pac. přivezena na oddělení se saturací 96%
- Dýchání je pro pacientku obtížnější z důvodu celkové anestezie a intubace.
- Pro snadnější dýchání dána pac. kyslíková maska s průtokem kyslíku 3 l/min. Pac. se okamžitě začalo dýchat lépe. Kyslík byl ponechán. Kontinuálně po celý den a noc se měřila saturace kyslíku v krvi. Saturace byla vyhovující (96 – 98 %)
- Večer vyměněna kyslíková maska za kyslíkové brýle. Průtok kyslíku jsme snížili na 2 l/min, průtok vyhovující.

1. den po operaci

- Ráno po hygienách už pac. oxygenoterapií odmítá, dýchá se ji dobře.

2. den po operaci

- Bez kyslíkové terapie

Hodnocení:

- Obtíže pac. byly vyvolány celkovou anestezií a intubací dýchacích cest. Pac. byla 0. pooperační den na oxygenoterapií, stav se do druhého dne upravil a další dny již pac. oxygenoterapií odmítá.

Omezená hybnost levé dolní končetiny z důvodu pooperačního léčebného režimu, s vynucenou polohou levé dolní končetiny a postupnou rehabilitační zátěží a úlevou zátěže levé dolní končetiny s kompenzačními pomůckami.

Identifikace: 27. 11. – 29. 11. 2009

Cíl:

- Postupné navrácení bezbolestné hybnosti
- Uspokojit základní potřeby pac.
- Edukovat pac. o způsobu námahy a obnovit schopnost chůze

Plán:

- Edukuj pac. o postupu rehabilitace
- Sleduj projevy bolesti při pohybu, popřípadě se je snaž utlumit
- Edukuj pac. o nutnosti dodržování léčebného pohybového režimu

Realizace:

- 0. pooperační den má pac. omezený pohybový režim.
- Musí ležet na zádech, levá dolní končetina musí být v abdukčním postavení a mírné vnitřní rotaci. Polohu pomáhá pac. udržet polohovací klín mezi dolními končetinami a ortéza na levé dolní končetině
- Pac. edukována o nutnosti držení abdukčního postavení levé dolní končetiny aby se předešlo vykloubení kyčelního kloubu.
- Pac. edukovaná o polohách, kterých se musí vyvarovat (vytáčení špičky chodidel zevně, addukci, překřížování dolní končetiny, ohýbání levé dolní končetiny.)
- Pac. polohu na zádech dodržuje
- 1. pooperační den má pac. stále omezený pohybový režim.
- Pac. už se může posazovat na lůžku Se zvednutým záhlavím a s dolními končetinami v lůžku.
- Levá dolní končetina stále musí být v abdukční poloze a mírné vnitřní rotaci.

- Ráno byla pac. sundána ortéza z levé dolní končetiny, pouze polohovací klín mezi dolními končetinami byl ponechán, aby pac. nedávala dolní končetiny příliš k sobě.
- 2. pooperační den má pac. omezený pohybový režim
- Pac. se stále posazuje na lůžku s dolními končetinami v lůžku a se zvednutým záhlavím lůžka.
- Levá dolní končetina v abdukční poloze a mírné vnitřní rotaci.

Hodnocení:

- Pohybové schopnosti zůstaly i nadále omezeny z důvodu dodržování léčebně pohybového režimu. Po přeložení na standardní oddělení začne probíhat rehabilitace chůzí a nácvik chůze.

Omezená soběstačnost v základních denních činnostech (hygieně, stravování, vyprazdňování), z důvodu operativní výměny levého kyčelního kloubu a akutní bolesti levého kyčelního kloubu, projevující se sníženou sebepéčí v hygieně a omezenou hybností.

Identifikace: 27. 11. – 29. 11. 2009

Cíl:

- Navrácení soběstačnosti v hygieně, vyprazdňování, stravování
- Uspokojit základní potřeby pac.

Plán:

- Nech pac. aby si základní sebepéči udělala sama, v rámci svých možností
- Pomoc pac. při neschopnosti provést úkon
- Uspokoj potřeby pac.
- Uspořádat potřebné pomůcky například k hygieně na dosah pacientky

Realizace:

- 0. den po operaci
 - Pac. částečně soběstačná v hygieně, stravování a vyprazdňování.
 - Okolo 18 h. provedena hygiena pac. Pac. si pouze omyla obličej a horní polovinu těla. Pac. jsem ustlala postel a nechala jí dál spát
1. den po operaci
- Pac. je částečně soběstačná v hygieně, stravování a vyprazdňování.
 - Ráno jsem pac. přinesla k lůžku umyvadlo s vodou. Zvedla jsem pac. záhlaví a pac. se na posteli posadila. Zvládla se umýt samostatně, pouze jsem pac. pomohla umýt záda. Nabídla jsem pac. namazání zad větrovou emulzí proti proleženinám, pac. odmítla. S pomocí ostatního zdravotnického personálu jsem pac. ustlali lůžko. Pac. se opřela o zdravou dolní končetinu a lehce nadzvedla hýždě a záda. Tak jsme vypnuly prostěradlo a vyměnili podložku pod pacientkou.
 - Pac. dodržuje dietu č. 3 tj. racionální. Pac. tpí spíše nechutenstvím, k snídani snědla pouze půl chleba se sýrem, k obědu přibližně 100 ml polévky, druhé jídlo odmítla.
 - K večeři si dala jeden chléb. Výživa je dále zajišťována parenterální cestou přes PŽK na pravé horní končetině v oblasti pravého předloktí.
 - Močení zajišťováno přes PMK na sáček. Nutkání na stolicí pac. nemá, větry odcházejí.
2. den po operaci
- Pac. částečně soběstačná v hygieně, stravování a vyprazdňování. Ráno při hygienách se pac. posadila na lůžku s dolními končetinami v lůžku a se zvednutým záhlavím lůžka. Pac. jsem donesla k lůžku umyvadlo s vodou a pac. se samostatně umyla. Pac. jsem akorát pomohla umýt záda. S pomocí ostatního zdravotnického personálu jsme stejnou technikou jako 1. pooperační den vyměnili a ustlali pod pac. lůžko.
 - Výživa je stále zajišťována přes PŽK na PHK
 - Pac. už pociťuje lepší chuť k jídlu. K snídani snědla chléb, k obědu půl porce polévky i druhého jídla a k večeři opět chléb.
 - Pac. nezvrací, nemá pocity na zvracení, bez dyspeptických potíží a bolestí břicha.
 - Nutkání na stolicí zatím nemá.

Hodnocení:

- Soběstačnost byla postupně částečně obnovena. Pac. se s pomocí samostatně omyla, najedla. Po propuštění na standardní oddělení se bude soběstačnost zvyšovat i z důvodu postupného rehabilitačního pohybového režimu.

Porušená integrita tkání z důvodu operativní výměny levého kyčelního kloubu a invazivních vstupů (PŽK na pravé horní končetině v oblasti vnitřního předloktí a tři Redonovy drény) s projevy krvácení a febrilií a s rizikem vzniku komplikací (subluxace, zánět).

Identifikace: 27. 11. – 29. 11. 2009

Cíl:

- Pac. je edukovaná a spolupracuje při kontrole operační rány a invazivních vstupů (PŽK, Redonovy drény).
- Okolí operační rány a invazivních vstupů je klidné
- Operační rána a invazivní vstupy se hojí per primam bez krvácení a dalších komplikací
- Pac. zná význam PŽK na PHK v oblasti vnitřního předloktí
- Levá dolní končetina je ve předepsaném postavení (v abdukci a mírné vnitřní rotaci) jako prevence subluxace

Plán:

- Zjistí stav kůže v okolí operační rány tj. v oblasti levého kyčelního kloubu
- Sleduj, zda obvaz na ráně neprosakuje.
- Sleduj známky zánětu (začervenání v místě operačního vstupu, otok, bolest, teploty.)
- Zajisti převaz operační rány, sleduj místa vstupu Radonů
- Sleduj a změř obsah tekutin v Redonu.
- Sleduj okolí zavedené kanyly
- Udržuj místo vpichu v čistotě
- Sleduj průchodnost a funkčnost kanyly

- Edukuj pac. o možnosti vzniku infekce a rozpoznání infekce (pálení, svědění, bolest, otok v místě vpichu)
- Sleduj fyziologické funkce (TT, TK, P, vědomí)

Realizace:

- Po příjezdu ze sálu má pac. na levé dolní končetině v oblasti levého kyčelního kloubu operační ránu. Rána je sterilně kryta mulovými čtverci a lepením. Sterilní krytí ze sálu ponecháno, rána nepřevazována, neprosakuje.
- 1. den po operaci proveden převaz operační rány. Sundáno sterilní krytí ze sálu, rána čistá, dlouhá přibližně 15 – 20 cm, bez prosaku. Hojí se per primam. Po konzultaci s chirurgickým lékařem vyndán drén č. 2 (z podfasciálního prostoru) a drén č. 3 (z subkutánního prostoru). Drén č. 1 ponechán.

Rána vydezinfikována Betadine spray, sterilně kryta a pevně zalepena.

Množství tekutiny, kterou odvedly drény za 24 h:

(od 27.11 11h do 28.11. 6h ráno)

Drén č. 1 – 700ml (serosanguinolentní sekrece)

Drén č. 2 – 100 ml

Drén č. 3 – 0 ml

V noci ve 23h se u pac. objevilo náhlé silnější prosakování obvazu na ráně krví. Rána byla kryta silnější vrstvou sterilních mulových čtverců a zafixováno lepením. Rána byla každou hodinu kontrolována. K dalšímu prosakování krví až do rána nedošlo. Do redona č. 1 žádná krev nenatekla. Ke krvácení došlo z okolí drénu č.1.

Ráno i dopoledne pac. afebrilní, odpoledne v 15h pac. subfebrilní 37,8 stupňů Celsia, zahájeno fyzikální chlazení pacientky. V 16 h teplota přeměřena, pac. febrilní 38,1 stupňů Celsia. Informován lékař, který naordinoval léky na snížení teploty. (Novalgin 5 ml i. v .)

2. den po operaci rána klidná, sundán obvazový materiál, který je bez známek čerstvé krve. Rána je nyní bez sekrece. Rána odezinfikována betaine spray, sterilně kryto mulovými čtverci, fixováno lepením. Stehy ponechány. Pac. afebrilní

PŽK na pravé horní končetině v oblasti vnitřního předloktí, bez komplikací. Invazivní vstup sterilně kryt speciálním lepením na PŽK.

Hodnocení:

- Operační rána se hojí per primam. Od 2. pooperačního dne bez komplikací, bez projevů infekce a krvácení, stehy ponechány.
- PŽK na PHK v oblasti vnitřního předloktí ponechán, je bez známek infekce. Levá dolní končetina je ve správném postavení

Riziko komplikací v pooperačním období (trombo – embolická nemoc, subluxace, riziko pádu)

Identifikace: 27. 11. – 29. 11. 2009

Cíl:

- Pac. je edukovaná o vlivu pooperačního stavu na riziko pádu.
- Pac. edukovaná o možnosti vzniku a prevence trombo-embolické nemoci
- Pac. edukovaná o nutnosti dodržovat pohybově – léčebný režim jako prevence vzniku komplikací (subluxace)

Plán:

- Pouč pac. o riziku pádu spojených s pooperačním stavem např. ortostatická hypotenze, změna hybnosti levé dolní končetiny
- Pouč pac. o možnostech zabránění pádu
- Pravidelně sleduj a kontroluj pac., především levou dolní končetinu
- Aktivně se informuj u pac. o subjektivních pocitech
- Zabandážuj pac. pravou dolní končetinu
- Dle ordinací lékaře aplikuj antikoagulační léky
- Po operaci se snaž pac. co nejdříve vertikalizovat a aktivovat s ohledem na stav pac.

Realizace:

- Ráno, v den operace, jsem pac. zabandážovala pravou dolní končetinu a aplikovala jsem Clexane 0, 4ml subcutánně v 8h (antikoagulanc).

- Pac. přivezena ze sálu se zabandážovanou pravou dolní končetinou. Pac. se cítí dobře, bez závratí. Pac. celý den leží v poloze na zádech, operovaná levá dolní končetina v abdukci a mírné vnitřní rotaci jako prevence zabránění vzniku komplikací (subluxace)
- Bezpečí pac. bylo zajišťováno zábranami okolo postele.
- 1. pooperační den si už může sednout na lůžku s dolními končetinami v lůžku. Levá dolní končetina musí být v abdukční poloze. Po vertikalizaci horní poloviny těla se pac. cítí dobře, objevují se pouze mírné závratě, které po chvíli odezní.
- 2. pooperační den může pac. stále jenom sedět na lůžku se zvednutým záhlavím a s dolními končetinami v lůžku. Pac. neudává žádné závratě či nevolnost.
- Po celou dobu hospitalizace na oddělení akutní medicíny byla pac. ponechána bandáž na pravé dolní končetině a byly aplikovány antikoagulant.

Hodnocení:

- Pac. byla edukovaná o možnosti pádu po možné operační slabosti o možnosti vzniku trombo-embolické nemoci a o možnosti vzniku komplikací při nedodržování pohybově – léčebného režimu.
- K pádu nedošlo, pac. se opatrně pohybovala v lůžku. Zábrany byly 1. pooperační den z lůžka odstraněny.
- Subcutánní antikoagulační terapie trvala po celou dobu hospitalizace na OAM
- Bandáže také ponechány po celou dobu hospitalizace na OAM.

Riziko vzniku komplikací pro zavedený PMK na sáček (infekce močových cest, obstrukce katétru).

Identifikace: 27. 11. – 29. 11. 2009

Cíl:

- Pac. má funkční PMK bez známek infekce.
- Pac. nemá známky infekce močových cest
- Permanentní močový katétr je volně průchodný

- Okolí močového katétru je klidné
- Pac. zná význam zavedeného PMK a prevenci komplikací

Plán:

- Sleduj místní a celkové známky zánětu (bolest, otok, začervenání, teploty, pálení, řezání, svědění při odchodu moče)
- Kontroluj barvu, zápach a příměsí v moči
- Zajisti důkladnou hygienu genitálu
- Sleduj příjem a výdej tekutin.
- Kontroluj průchodnost katétru a jeho zavedení

Realizace:

- PMK byl zaveden 27. 11. 2009
- Pac. snáší katétru bez potíží, nepocituje pálení ani řezání.
- Pac. si samostatně omyla genitál a okolí katétru.
- Pac. poučena o důvodu zavedení PMK
- Moč slámově žlutá bez příměsí, okolí katétru klidné bez známek zánětu
- 28. 11. 2009 – PMK zaveden 2. den
- 29. 11. 2009 – PMK zaveden 3. den

Hodnocení:

- PMK bez komplikací, infekce se neprojevila, katétru funkční, okolí klidné.
- Pacientce byl PMK ponechán z důvodu stálého upoutání na lůžko. Pacienka z lůžka nevstávala z důvodu krvácení a febrilií v 1. pooperačním dni. Rehabilitace mimo lůžko naplánována po stabilizaci stavu a překladi pacientky na standardní oddělení.

2.3.12 Edukace pacientky

2.3.12.1 Doporučené pohyby

- Dodržovat doporučenou zátěž operované končetiny, neodkládat předčasně berle.
- Používat nástavec na WC a sedat si tak, aby byla operovaná končetina vedle prkénka. Kyčelní kloub by neměl být ohnutý víc než je pravý úhel
- Při poloze na boku ležet na neoperované straně a vkládat si mezi kolena polštář aby byla stehna od sebe přibližně 10 – 15 cm
- Spát na pevném lůžku, sed je vhodný na vyšší židli, podložit si hýždě polštářem a obě plosky nohou mít pevně na zemi
- Používat obuv s pevnou patou, nevhodné jsou pantofle a boty na podpatku, které zvyšují riziko úrazu, vhodné je dvakrát denně přibližně půl hodiny ležet na břiše, protahují se tím pasivně svaly na přední straně steh
- Při jízdě autem na zadním sedadle sedět s nataženou dolní končetinou na sedadle
- Samostatně řídit auto lze až po třech měsících
- Při infekčních onemocnění a při malých chirurgických zákrocích je nutná antibiotiková profylaxe, při používání ortopedu cvičit bez zátěže
- Nutnost informovat lékaře vždy když se objeví v oblasti kyčelního kloubu bolest, zarudnutí, sekrece z jizvy, při pocitech omezení pohybu v kloubu, při horečce a nebo zkrácení končetiny. (Kačinetzová, 2003)
- Při přetáčení na lůžku by měl být vždy mezi kolena polštář, přikrývku na lůžku mít připravenou tak, aby nedošlo k předklonění
- Správné uléhání na lůžko: šikmo o berlích dojít k lůžku, otočit se a dojít k lůžku zády, vsunout operovanou končetinu vpřed, opřít se rukama o lůžko a pomalu se spustit na lůžko. Nejdříve se zvedne na lůžko neoperovaná až poté operovaná končetina.
- Správné vstávání z lůžka: Posunout se na okraj lůžka neoperované strany, spustit neoperovanou končetinu na zem a dále pomalu sesouvat operovanou končetinu. Kyčelní kloub nesmí být nadměrně ohnut. Vztyčit se na neoperované končetině a vzít si berle.
- Chůze o berlích: obě berle předsunout před sebe a vzepřít se na nich. Operovanou končetinou vykročit mezi berle ale nezatěžovat ji a přisunout neoperovanou končetinu a přenést na ni zátěž

- Chůze po schodech: Zvednout neoperovanou končetinu na schod a přenést na ni váhu. Poté přitáhnout operovanou končetinu a na schod zvednout berle.
- Chůze ze schodů: Přesunout berle o schod dolů, přisunout operovanou končetinu a spustit neoperovanou končetinu, na kterou se přenesou váha. (Sosna, a další, 1999)

2.3.12.2 Zakázané pohyby

- Neprovádět rovný předklon, neshýbat se pro spadlé věci k podlaze
- Neotáčet prudce trupem
- Nesedat si hýždí na hranu lůžka ani do nízkého měkkého křesla
- Nepřehazovat nohu přes nohu
- Nesedět na posteli s nataženými dolními končetinami
- Po operaci si samostatně neoblékat ponožky a neobouvat se, používat oblékač ponožek a na boty dlouhou lžící
- Nenosit těžká břemena
- Netrénovat vytrvalostní chůzi. (Kačínová, 2003)

2.3.13 Ošetřovatelský závěr a prognóza

61 - letá pac., povoláním zdravotní sestra, přijata na oddělení pro operativní výměnu levého kyčelního kloubu po artróze 3. stupně. Paní B. udává 2 roky potíže s levým kyčelním kloubem. Při pohybu se objevují palčivé až křečové bolesti levého kyčelního kloubu. Od ledna 2009 intenzivnější bolesti.

Pac. operovaná 27. 11. 2009 v 8 h dopoledne. Operace proběhla klasickým způsobem, necementovanou metodou, bez komplikací. Pooperační stav proběhl také bez komplikací.

Poslední den mého ošetřování tj. 2. den po operaci, pac. udává pouze minim. bolesti levého kyčelního kloubu.

Pac. edukovaná o celoživotní nutnosti dodržování pohybově léčebného režimu a udržení optimální tělesné hmotnosti – pac. se musí vyvarovat přetáčení špičky chodidla zevně – zevní rotace, přetáčení špičky chodidla dovnitř – vnitřní rotace, přílišnému přitážení dolních

končetin – addukce, překřížení přes operovanou končetinu, ohnutí kyčle nad 90 stupňů – flexe.

Pokud bude pac. dodržovat léčebný režim, je prognóza onemocnění velice příznivá.

S navázáním komunikace jsem neměla problémy, paní B. mi velice ochotně povídala o tom, co ji trápí, čím kdysi onemocněla a jak se léčila.

SEBEREFLEXE:

Zpracování této bakalářské práce bylo pro mě velice přínosné. Naučila jsem se lépe komunikovat s pacienty, protože každý člověk je individuální. Důležité bylo zjištění, o čem chce pacientka mluvit a jaké téma ji není vůbec příjemné. Dále byla bakalářská práce přínosná v získávání informací i od jiných zdrojů, především ze zdravotnické dokumentace.

3 Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se věnovala problematice totálních endoprotéz kyčelního kloubu. Práci jsem rozdělila na dvě části. V klinické části jsem se stručně popsala dle současné literatury onemocnění koxartrózou. Zabývala jsem se jejími příčinami, diagnostikou, možnostmi terapie a především operativní technikou totálních endoprotéz kyčelního kloubu. Dále jsem věnovala pozornost ošetrovatelských standardům. Zjistila jsem, že konkrétní ošetrovatelské standardy na předoperační a pooperační péči o pacienty po totálních endoprotézách kyčelních kloubů nejsou vypracované na žádném, mnou navštíveném fakultním i nefakultním zdravotnickém zařízení. Ve své práci proto uvádím pouze všeobecné pokyny k předoperační přípravě a pooperační péči. Vybrala jsem si standardy z fakultní nemocnice Bulovka. Standardy jsem srovnávala s knižním vydáním ošetrovatelství od Nejedlé. Až na některé drobnosti měly standardy uvedeny stejné ošetrovatelské postupy v předoperační a pooperační péči. Dále bych ráda zhodnotila standardní všeobecnou předoperační a pooperační péči vypracovanou FNB s postupem v Česko – německé horské nemocnici ve Vrchlabí u vybrané 61 leté pacientky. Dle mého názoru byly zachovány postupy, které jsou v souladu se standardní ošetrovatelskou předoperační a pooperační péčí. Pacientka byla po operaci přijata na oddělení akutní medicíny. Jediné co se lišilo ve standardním předoperačním postupu, byl to, že pacientce nebyl v předoperačním období nabídnut odběr krve na autotransfuzi.

Praktická část je věnována kvalitativnímu sledování metodou ošetrovatelské kazuistiky, konkrétně pacientce po totální endoprotéze kyčelního kloubu. Moje sledování pacientky začalo den před operací a následně pokračovalo až do 3. pooperačního dne. Den před operací jsem u pacientky provedla sběr základních informací a proběhla příprava k operaci. Další den byla provedena totální endoprotéza poškozeného kyčelního kloubu v celkové anestézii bez komplikací. Hned po operaci jsem s pacientkou stanovila základní ošetrovatelské problémy – diagnózy. Další pooperační dny jsem se snažila saturovat všechny potřeby pacientky a vyřešit ošetrovatelské problémy, které byly stanoveny 0. den po operaci. Dále jsem se věnovala edukaci a tím postupnému zlepšování celkového zdravotního stavu pacientky.

4 Zdroje informací o nemocném

- Dokumentace pacientky (1)
- Rozhovor s pacientkou (2)
- Pozorování (3)
- Ošetřující personál oddělení (4)
- Operační protokol (5)

Seznam literárních zdrojů

1. DUNGL, P. a kolektiv, *Ortopedie*. 1.vydání. Praha : Grada, 2005. 1273 s. ISBN 80-247-0550-8.
2. ELIŠKOVÁ, M. NAŇKA, O. *Přehled anatomie*. 1. vydání. Praha : Karolinum, 2006. 309 s. ISBN 80-246-1216-x.
3. KAČINETZOVÁ, A. *Bolesti kyčelních kloubů*. 1. vydání. Praha : Triton, 2003. 135 s. ISBN 80-7254-335-0.
4. NEJEDLÁ, M. SVOBODOVÁ, H. ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetřovatelství*. 1. vydání. Praha : Informatorium, 2004. 158 s. ISBN 80-7333-031-8.
5. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetřovatelství v kostce*. 1. vydání. Praha : Grada, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
6. POKORNÝ, D. *Artróza*. Praha : Jan Vašut, 2000. 32 s. ISBN 80-7236-184-8.
7. SOSNA, A. et al. *Základy ortopedie*. 1. vydání. Praha : Triton, 2001. 175 s. ISBN 80-7254-202-8.
8. SOSNA, A. POKORNÝ, D. JAHODA, D. *Endoprotéza kyčelního kloubu : Průvodce pacienta obdobím operace, rehabilitace a dalším životem*. 1. vydání. Praha : Triton, 1999. 40 s. ISBN 80-7254-046-7.
9. STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetřovatelství*. 1. vydání. Praha : Karolinum, 1996. 193 s. ISBN 80-7184-243-5

Seznam zkratek

ATB – antibiotika

BMI – body mass index

Dieta 0s – čajová dieta

EKG – elektrokardiograf

FNB – fakultní nemocnice na Bulovce

i.v – intra venosně

JIP – jednotka intenzivní péče

LSK – laparoskopie

nn. – nerví

OAM – oddělení akutní medicíny

P – puls

Pac. – pacient

PMK – permanentní močový katétr

PŽK – periferní žilní kanylace

RTG – rentgen

s.c – sub cutánně

TBL – tableta

TEP – totální endoprotéza

TK – tlak krve

TT – tělesná teplota

UZ – ultrazvuk

Seznam příloh

Příloha A - Vstupní ošetřovatelský dotazník

Příloha B - Sledování ošetřování operační rány

Příloha C - Operační protokol

Příloha D - Standardy fakultní nemocnice na Bulovce

Příloha A - Vstupní ošetřovatelský dotazník

Ústav teorie a praxe ošetřovatelství, 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

VSTUPNÍ OŠETŘOVATELSKÝ ZÁZNAM

Jméno a příjmení: *V. B.*

Oslovení: *PAŇI B.*

Rodné číslo:.....xxxxx.....

Věk:.....

Stav *BOZNEBEHA*

Adresa: *HRADEC KRÁLOVÉ*

Osoba, kterou lze kontaktovat: *NEJEDNA, OTEC - MOBIL*

Pojišťovna:.....

Povolání: *ZDRAVOTNÍ ČESTRA*

Vzdělání: *STŘEDNÍ ŠKOLA - MATURITA*

Národnost: *ČESKÁ*

Vyznání: *BĚZ VYZNÁNÍ*

Datum přijetí: *26. 11. 2009*

Hlavní důvod přijetí: *PALČIVÉ AŽ KREČOVÉ BOLESTI PRÁVĚHO KYČEHO KLBOU
SE STUPŇOVITĚ SE INTENZIVOU*

Lékařská diagnóza:

*COXAARTROZIS L-SIU. ST. II
NECROSIS CAP FEMORIS L-SIU.
ST. P. SACROSPINIX*

Jak je nemocný informován o své diagnóze?

ANO

Osobní anamnéza:

*VĚTŠINU VĚKŮ NEBOLEVA, PRŮBĚHŮ HOSPITALIZACE FUNK. GYNÉKOLOGICKÉ
ONEMĚNÍ, OPERACE: SACROSPINIX - LSK 2X (1968, 1972)*

Rodinná anamnéza:

*OTEC ŽIVĚ - ZDRAV
MATEK + 75 (BENEFICE), SOUROZENCE NEJĚ, 1 NEJEDNA - ZDRAVÁ*

Vyšetření:

*INTERNÍ PŘEZKOPEÁNÍ 10. 11. 2009
PŘEZKOP. RTG HRUBŠTIVKA (10. 11. 2009) + PRÁVĚHO KYČEHO KL. (16. 11. 2009)
UZ PRÁVĚHO KYČEHO KL. (16. 11. 2009)*

Terapie: -

Nemocný má u sebe tyto léky: *PAC. ŽÁDNÉ LÉKY NEVYUŽIVÁ*

Je poučen, jak je má brát? -

Obecná rizika: -

(Zhodnot'te, využijte hodnoticí škály)

nikotismus		<input checked="" type="radio"/> ne	ano	pokud ano, kolik denně:
alkoholismus		<input checked="" type="radio"/> ne	ano	
drogy		<input checked="" type="radio"/> ne	ano	pokud ano, jaké a jak dlouho:
alergie	jídlo	<input checked="" type="radio"/> ne	ano	pokud ano, které:
	léky	<input checked="" type="radio"/> ne	ano	pokud ano, které:
	jiné	<input checked="" type="radio"/> ne	ano	pokud ano, na co:

dekubity -
pneumonie -

Důležité informace o stavu nemocného: PAC JE NEKURÁŽKA, RAKOVINA SI JÁ
POUZE VYŠETŘENÍ (SKORO ZADNY) PŘEDBÍJE PAC. NEBUDE.

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)? K PLÁNOVANÉ OPERACI ŽE VĚHO KYČENÍHO
KLOUBU. PRO PÁLIVÉ AŽ KŘEŽOVÉ BOLESTI ŽE VĚHO KYČENÍ H. LOUBU.
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? NEVÍ
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? PAC OČEKÁVÁ BOLEST
V POHYBLIVOSTI => PAC NECHCE TAM DLOUHÉ VĚRZENOSTI UR ŽE JE BILA ŽYVA
4. Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane? PAC OČEKÁVÁ VYHÍZENÍ BOLESTI ŽE VĚHO KYČENÍ RAKOVINU
5. Jak to pro vás je být v nemocnici? PAC POBYT V NEMOCNICI NEVÍMÁ
6. Kolik času podle vašeho odhadu strávíte v nemocnici? 1 TÝDEN
7. Máte dostatek informací a vašem léčebném režimu? ANO
8. Máte dostatek informací o nemocničním režimu? ANO
9. Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici? Upřesněte: NE

Stupeň soběstačnosti (je-li porušena, změřte stupeň poruchy):

PAC JE V KONKRETNÍM POKROČILÉM VÍKĚ SOBĚSTAČNÁ V HVOZDĚ VYPOŘÁDÁNÍM,
SILNOUČNÁ. TELEFONÁ LNOSTI SE UHROUŽEVA PÁČIVOU AŽ KŘEŽOVOU
BOLESTI ŽE VĚHO KYČENÍ RAKOVINU PAC CHUZI.

Komunikace:

- | | | | |
|-------------------|--|--------------|-------------------|
| • stav vědomí | <input checked="" type="radio"/> při vědomí | somnolence | kóma |
| • kontakt navázán | <input checked="" type="radio"/> ano | s obtížemi | nenavázán |
| • komunikace | <input checked="" type="radio"/> bez problémů | bariéry | nekomunikuje |
| • spolupráce | <input checked="" type="radio"/> snaží spolupracovat | nedůvěřivost | odmítá spolupráci |

HODNOCENÍ NEMOCNÉHO

1. Bolest a nepohodlí

- ✓ Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného? ano
pokud ano, upřesněte: PAC. POCIŤUJE PŘI CHŮZĚ PŘI KLADNĚ AŽ KŘEŽKOVĚ
PŘI PŘÍJEMNĚ KÝČELIHO KLUBU. ne
- ✓ Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím do nemocnice?
pokud ano, upřesněte: PŘI PŘÍJEMNĚ AŽ KŘEŽKOVĚ POCIŤUJE PŘI PŘÍJEMNĚ KL. PŘI CHŮZĚ
jak dlouho? PŘI PŘÍJEMNĚ ne
- ✓ Na čem je vaše bolest závislá? NA KLUBU CHŮZĚ
- ✓ Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíže)? BYT V KLUBU, STÁT
- ✓ Kde pociťujete bolest? V RŮZNĚ KÝČELIHO KLUBU
- ✓ Pokud budete mít u nás bolesti/obtíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění? ...
NECHAT PAC. V KLUBU

Objektivní hodnocení sestry:

pocit pohodlí (lůžko, teplo), projevy bolesti: PAC. JE V NEMOCNICI SPOKOJEN, JE HOSPITALIZOVANÁ NA NASTAVENÝM POKOJI (SPOKOJENÁ).
NEMOCNICI POKOJI PAC. VYHODNĚ
charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změřte): PAC. MÁ PŘI PŘÍJEMNĚ AŽ KŘEŽKOVĚ
POCIŤUJE PŘI PŘÍJEMNĚ KL. PŘI CHŮZĚ, PAC. BY BOLESTI NA ŠPATĚ BOLESTI
OD 1-5 KŮD ŽIHO 5 JE NEŠHORŠI OBOJNĚ: PAC. PŘI PŘÍJEMNĚ E. 4, V KLUBU 2. 1

2. Dýchání

- ✓ Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním? ano ne
pokud ano, upřesněte: -
- ✓ Měl jste potíže před příchodem do nemocnice? ano
pokud ano, upřesněte: -
jak jste je zvládal? -
- ✓ Máte nyní potíže s dýcháním? ano
pokud ano, co by vám pomohlo? -
- ✓ Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů? (pokud pacient odpověděl na předchozí
otázky negativně, tuto otázku nepokládejte) nevím ano
pokud ano, zvládnete to? -
- ✓ Kouříte? ano
pokud ano, kolik? -

Objektivní hodnocení sestry:

dušnost, frekvence, pravidelnost, rýma, kašel, sputum atd.: PAC. NEMÁ ŽÁDNÉ ŽÁDNÉ, BEZ ŽÁDNÉ ŽÁDNÉ, FREKVENCE NA ŽÁDNÉ/MLU
PAC. BEZ ŽÁDNÉ ŽÁDNÉ

3. Osobní péče

- ✓ Můžete si všechno udělat sám? ano ne
- ✓ Potřebujete pomoc při mytí? ano ne
- ✓ Potřebujete pomoc při čistění zubů? ano ne
- ✓ Potřebujete pomoc při koupání či sprchování? ano ne
- ✓ Kdy se obvykle koupete nebo sprchujete? vždy

Objektivní hodnocení sestry:

soběstačnost, upravenost, zanedbanost atd.: PAC. PŮSOBI UPRAVENÝM DOVĚDÍM. MA DÍSTĚ, KAPITCE STRIŽAVĚ NEŽITÝ, PAC. SOBĚSTAČNÁ V SEBEPEČI

4. Kůže

- ✓ Pozorujete změny na kůži? ano ne
- ✓ Máte obvykle kůži? suchou mastnou normální
- ✓ Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť? PAC. SI OŠETŘUJE POUZE OBKLADY, POUŽÍVÁ VĚTR
- ✓ Svědí vás kůže? ano ne

Objektivní hodnocení sestry:

celistvost, vyrážka, hematomy, opruzeniny, rány, jizvy atd.: PAC. BEZ PORUŠENÍ KOŽNÍ INTEGRITY, BEZ DEKUBIT A OPANZENIN

5. Strava a dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup? dobrý vadný
- Máte zubní protézu? dolní horní žádnou
 - Dělá vám stav vašeho chrupu při jídle potíže? ano ne
pokud ano, upřesněte:
 - Máte rozbolavělá ústa? ano ne
pokud ano, ruší vás to při jídle?
- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu přiměřenou vyšší (o kolik) nižší (o kolik)
- c) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu? ano ne
pokud ano, o kolik kg jste zhubnul/přibral:
- d) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu? ano ne
- Co obvykle jíte? SHORO VSE
 - Je něco co nejíte? Proč? ŠTAVIA JÍDLA
 - Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován? ano ne
pokud ano, upřesněte:
 - Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice? NE
pokud ano, upřesněte:
 - Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? NE
pokud ano, očekáváte, že ji budete schopni dodržovat?

Objektivní hodnocení sestry

stav výživy, enterální výživa, dieta, parenterální výživa, soběstačnost: STAV VÝŽIVY JE DOBRÝ, PAC. PŘIJÍMÁ STRAVU PŘAČ, NEJDE ŽADOU DÍŤU

6. Příjem tekutin

- ✓ Změnil jste příjem tekutin od té doby, co jste onemocněl?
zvýšil nezměnil
- ✓ Co rád pijete? VODA S CITRÓNEM
- ✓ Co nepijete rád? COHU
- ✓ Kolik tekutin denně vypijete? 1-1,5 L
- ✓ Máte k dispozici dostatek tekutin? ano ne

Objektivní hodnocení sestry:

(projevy dehydratace, soběstačnost při příjmu tekutin, tekutiny v dosahu):

PAC. DOSTAČNĚ TEKUTINY SAMOSTATNĚ, BEZ PROJEVŮ DEHYDRATACE, PAC. MÁ DOSTATEK TEKUTIN V DOSAHU.

7. Vyprazdňování stolice

- ✓ Jak často chodíte obvykle na stolicí? 1 DENNĚ
- ✓ Máte obvykle normální stolice
zácpu
průjem
- ✓ Kdy se obvykle vyprazdňujete? RÁNO
- ✓ Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnil? NE
- ✓ Berete si projímadlo? nikdy příležitostně často pravidelně
- ✓ Pokud ano, jaké
- ✓ Máte nyní problémy se stolicí? ano ne
pokud ano, jak by se daly vyřešit:

Objektivní hodnocení sestry:

konzistence, barva, frekvence, příměsi atd. (pokud při vyplňování vstupního záznamu znám) meteorismus, flatulence:

PAC. MÁ PRAVIDELNOU STOLICI, PŘÍMĚRNĚ KONZISTENCE, BEZ PŘÍMĚSÍ CI ZÁCPŮ, VYPRAZDŇUJE SE 1X DENNĚ, PŘÍMĚSI VE STOLICI NEPŘECÍKÁ

8. Vyprazdňování moči

- ✓ Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice? ano ne
pokud ano, upřesněte:
jak jste je zvládal?
- ✓ Co by vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici?
- ✓ Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice? ano ne
pokud ano, myslíte, že to zvládnete?

Objektivní hodnocení sestry:

diuréza, barva atd.:

PAC. NEVYKÁŽE ŽÁDNÉ PROBLÉMY S MOČENÍM (PŘÍJEM, ŘEŠENÍ, SLEZENÍ)

9. Lokomotorické funkce

- ✓ Máte potíže s chůzí? ano ne
pokud ano, upřesněte: *OSLEHČOVÁNÍ LÁK*
- ✓ Měl jste potíže s chůzí už před přijetím? ano ne
pokud ano, upřesněte: *BOLEST V LEVÉM KYČELNÍM KLÁUBU → OSLEHČOVÁNÍ LÁK*
- ✓ Řekl vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil? ano ne
pokud ano, upřesněte:
- ✓ Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění? neví ano ne
pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete?

Objektivní hodnocení sestry:

10. Smyslové funkce

- ✓ Máte potíže se zrakem? ano ne
pokud ano, upřesněte: *SPATNÁ VIDITELNOST NA BĚŽNO*
- ✓ Nosíte brýle? ano ne
pokud ano, máte s nimi nějaké problémy? *NE*
- ✓ Slyšíte dobře? ano ne
pokud ne, užíváte naslouchadlo? ano ne
jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl?

Objektivní hodnocení sestry: *PAC. UDÁVÁ, ŽE UŽÍ SPATNĚ POUZE NA BĚŽNO
NA ŠATKOU VÍŠI SPOLEK. NÁSLOUŠKADLO PAC. NEPOTŘEBUJE, ŠAVŠI JAKŽE
KORUNNÁČEK NEBYLA NADĚŠENÁ*

11. Fyzická a psychická aktivita

- ✓ Chodíte do zaměstnání? Pokud ano, co děláte? *ZDRAVOTNÍ SESTRA*
- ✓ Máte potíže pohybovat se v domácnosti? ano ne
- ✓ Máte doporučeno nějaké cvičení? Pokud ano, upřesněte: *ANO - NÁCVIK SEBEOBSLUHY*
- ✓ Víte, jaký je váš pohybový režim v nemocnici? ano ne
- ✓ Co děláte rád ve volném čase? *ČTENÍ KNIH, ZAHŘÍVAVA*
- ✓ Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici? *SLYZOVÁNÍ TV + ČTENÍ KNIH*
- ✓ Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění? *ANO NE*

Objektivní hodnocení sestry: *PAC. SE ZAMĚSTNÁVÁ JAKO ZDRAV. SESTRA
V ZÁK. ÚSTAVU. PAC. MÁ KOPROVEDLO CVIČENÍ
NA POSILNÍ SYST. H+D KONZISTIV*

12. Odpočinek a spánek

- ✓ Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání? 7-8 h
 ✓ Máte doma potíže se spánkem? ano (ne)
 pokud ano, upřesněte:
- ✓ Kolik hodin obvykle spíte? 8 h
 ✓ Usínáte obvykle těžko? ano (ne)
 ✓ Budíte se příliš brzo? ano (ne)
 pokud ano, upřesněte:
- ✓ Co podle vás způsobuje vaše potíže?
- ✓ Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát? ČTENÍ KNIH
 ✓ Berete doma léky na spaní? ano (ne)
 pokud ano, které:
- ✓ Zdrímnete se i během dne? Jak často a jak dlouho? NĚKDY ANO

Objektivní hodnocení sestry:

únava, denní a noční spánek apod.: PAC NEMÁ V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ PROBLÉMY SE SPÁNKEM, SÍLÍ OBYKLE 8 H, KTERÝCH SI STAČÍ K POCITU VYSPÁNÍ. BOLEST LEVÉHO KOLENÍHO KLoubU JE V NOCI MIZIVÁ,

13. Sexualita

(otázky závisejí na tom, zda pacient považuje potřebné o tom mluvit)

- ✓ Způsobila vaše nemoc nějaké změny ve vašem partnerském vztahu? ano (ne)
 pokud ano, upřesněte:
- ✓ Očekáváte, že se změní po odchodu z nemocnice váš intimní život? ano (ne)
 pokud ano, upřesněte:

- pacient o sexualitě nechce hovořit

- otázky nebyly položeny z důvodu vysokého věku nemocného

14. Psychologické hodnocení

- | | | | |
|--|-----------------|---------------------|------------|
| • emocionalita | stabilní | spíše stabilní | labilní |
| • autoregulace | dobře se ovládá | hůře se ovládá | |
| • adaptabilita | přizpůsobivý | nepřizpůsobivý | |
| • příjem a uchovávání informací | bez zkreslení | zkresleně (neúplně) | |
| • orientace | orientován | dezorientován | |
| • celkové ladění | úzkostlivý | smutný | rozzlobený |
| | sklíčený | apatický | |

15. Rodina a sociální situace

- ✓ S kým doma žijete? DCERA A TATINEK
- ✓ Kdo je pro vás nejdůležitější člověk (nejbližší) člověk? DCERA A TATINEK
- ✓ Komu mohou být poskytnuty inf. o vašem zdrav. stavu? DCERA A TATINEK
- ✓ Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu? BEZ PROBLÉMU
- ✓ Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštěvovat? ANO
- ✓ Je na vás někdo závislý? NE
- ✓ Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? DOBŘE
- ✓ Kdo se o vás může postarat? DCERA A OTEC

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci atd.):

PACIENTKA BYDÍ V DOMU S OTCÍ A DCEROU (25 LET) A JE S NIMI OTCÍ. SPOKOJENÍ ZVÁDÁ BEZ PROBLÉMU, VYKÁŽE SI DCERA. KONTAKTY SE SOUSEDY MŮŽOU, VĚTŠINY JSOU KLADNÉ

Chcete mi ještě něco říci, co by vám pomohlo v ošetrovatelské péči:

PAC. JE S OŠETROVATELSKOU PÉČÍ SPOKOJENÁ.

16. Souhrnné hodnocení nemocného

Shrnutí závěru důležitých pro ošetrovatelskou péči

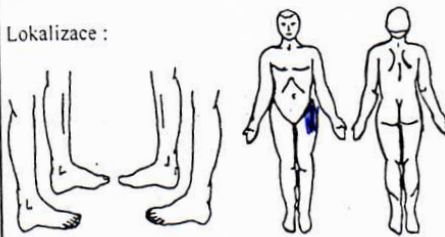
PAC. PŘICHÁZÍ 26. 11. 2004 NA CHIRURGICKÉ ODDĚLENÍ K PLÁNOVANÉ OPERACI TĚP LEVÉHO KOLENITHO KLoubU. PAC. JE STŘEDNÍ VĚTŠINY, PRŮVĚBNĚ VŽDY SOBĚSTÁTNÁ V ZÁKLADNÍCH ŽIVNOSTECH (HYGIENA, STRAVOVÁNÍ, POKOJENÍ). PAC. SE NEMOCNICE PŘIVĚŠA, PRAVIDLĚ AŽ KROUŽKOVĚ CHARAKTERICKÉ BOLESTI LEVÉHO KOLENITHO KLoubU PŘI CHŮZI. PAC. ORIENTOVANÁ V ČASE, MÍSTĚ, OSOBĚ. VĚROUSNĚ POUŽÍVÁ

Příloha B - Sledování ošetřování operační rány

Cesko - německá horská nemocnice Krkonoše s.r.o.

STANDARDNÍ PLÁN OŠETŘOVÁNÍ RÁNY

Datum : 27.11.2009

Všeobecné údaje		Charakteristika rány	Stupeň :
Druh rány : Dekubit Bércový vřed Operační rána		Velikost rány (cm) : Délka : 25-30 cm Šířka : 1,5 cm Hloubka : 2	I. zčervenání II. Tvorba puchýřků III. Poškození kůže IV. Hluboké poškození tkáně V. Poškození až na kost
Drén : DZ100 3x		Spodina rány : <input type="checkbox"/> Nekrotická <input type="checkbox"/> Povleklá <input checked="" type="checkbox"/> Čistá <input type="checkbox"/> Granulace <input type="checkbox"/> Epitelizace	Terapie
Lokalizace : 		Sekrece z rány : <input checked="" type="checkbox"/> Žádná mírná <input type="checkbox"/> Střední Velká	Toaleta rány a okolí :
Dosavadní léčba : Alergie : P		Sekret rány : <input type="checkbox"/> Hnisavý <input type="checkbox"/> Seriózní <input type="checkbox"/> Zapáchající	Krycí materiál :
Celkový stav pacienta : ICHS <input type="checkbox"/> Arthritis Hypertenze <input checked="" type="checkbox"/> Obezita Onem. periferních cév <input type="checkbox"/> Kachexie Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Anemie		Okolí rány : <input checked="" type="checkbox"/> Klidné <input type="checkbox"/> Zánětlivé <input type="checkbox"/> Otok <input type="checkbox"/> Macerace	Další používané léčebné prostředky :
		Fáze hojení rány : Fáze čištění Fáze granulace Fáze epitelizace	Kompresivní terapie : Ano Ne
			Bolest Stálá Občas Při převazu Nikdy Užívané léky :

NEBEZPEČÍ DEKUBITU VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MĚNĚ

Přepřpracovaná Nortonova stupnice

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Každé další onemocnění dle odpov. stáří	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	Součet
4 <input checked="" type="checkbox"/> plná	4 < 10	4 <input checked="" type="checkbox"/> normální	4 žádná	4 <input checked="" type="checkbox"/> dobrý	4 <input checked="" type="checkbox"/> vědomý	4 chodí	4 <input checked="" type="checkbox"/> úplná	4 <input checked="" type="checkbox"/> ani	4
3 <input type="checkbox"/> mála	3 < 30	3 <input type="checkbox"/> alergie	3 diabet. teplota, anemie, kachexie	3 zhoršený	3 <input type="checkbox"/> spátlý	3 s doprovodem	3 <input type="checkbox"/> částečně omezena	3 <input type="checkbox"/> občas	3
2 <input type="checkbox"/> částečná	2 < 60	2 <input type="checkbox"/> vřívka	2 ucpáv. ledem.	2 špatný	2 <input type="checkbox"/> zmatený	2 <input type="checkbox"/> sedavka	2 <input type="checkbox"/> velmi omezena	2 <input type="checkbox"/> přev. málo	2
1 <input type="checkbox"/> žádná	1 60 a více	1 <input type="checkbox"/> suchá	1 karcinom	1 velmi špatný	1 <input type="checkbox"/> bezvědomí	1 <input type="checkbox"/> lež	1 <input type="checkbox"/> žádná	1 <input type="checkbox"/> mod. - stál	1

Datum	Průběh hojení rány (spodina, sekrece, zápach...)	Lokální terapie	Podpis sestry
27.11.	Operační rána v oblasti levého kolenou hluboká, nekrotická, okolí klidné, 3x drén	Střední krev z rány Douchání	[Podpis]
28.11.	Rána čistá, hluboká, hojí se pod povlákou bez poškození, drén 2+3 x ve 13h bude pokračovat obvazem na operační ránu	Středně čerstvý, středně hluboký + drén	[Podpis]
30.11.	Rána hluboká, obrovská bez zvrhnutí středně krev, rána bez sekrece, středně poškozená, drén 1 + douchání	Středně krev, hluboká drén + drén	[Podpis]

Příloha C - Operační protokol

Operační vložka chirurgická do záznamu o zdraví a nemoci

Označení ústavu	číslo záznamu	Číslo vložky
-----------------	---------------	--------------

Příjmení a jméno pacienta:

Operace dne: 27.11.2009 08:30

Doba trvání:

Anestezie:

Operatér:

Asistent 1:

Asistent 2:

Sestra:

Diagnóza: M16.9 Coxartrosis I. sin gr IV

Hl. oper. výkon: 66612 coxae I.sin. keramika Plasmacup 48, Bicontact 12, hlavice S keramika

Duh operace:

Začátek operace:

Konec operace:

Operační čas: 105

V CA anterolaterálním přístupem proniknuto ke kloubnímu pouzdru, které excidováno. Extrahována hlavice a osteotomován krček. Na dně acetabula hypertrofická červená synovialis, značně krvácející
Opracováno acetabulum na velikost 48 a natlučena Plasmacup jamka s keramickou vložkou 32. Po změně polohy opracován horní konec femuru, 2x přerašplována dutina a implatována fem komponenta Bicontact č.12, hlavice S keramika, reposice, pohyby volné, bez lux. tendencí. 3x Redon. Sutura po vrstvách. Sterilní krytí.
Nástroje, roušky souhlasí. Krevní ztráta do 500ml
Pooper ordinace v dekurzu

Histologie:

Příloha D - Standardy fakultní nemocnice na Bulovce

Příloha D - Standardy fakultní nemocnice na Bulovce

Příloha D - Standardy fakultní nemocnice na Bulovce

Příloha D - Standardy fakultní nemocnice na Bulovce



Fakultní nemocnice Na Bulovce

Budínova 2, 180 81 Praha 8
<http://www.fnb.cz> <http://intranet>

PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA- OBECNÁ

Standardní postup č.:	O 45
Verze č.:	3
Autor:	Eva Hrudková, Miroslava Štípková
Odborný garant:	MUDr. Petr Klézl, tel.: 2260
Četnost revize:	1x ročně
Určeno pro:	všeobecná sestra, dětská sestra, porodní asistentka
Místo použití:	ambulantní a lůžkové oddělení
Za dodržení zodpovídá:	staniční sestra, vrchní sestra
Platnost od:	24.5.2007
Datum poslední revize:	29.5.2009
Schvaluje:	Mgr. Soňa Mendlová

1. Definice a zkratky

Předoperační příprava začíná rozhodnutím pro operaci a končí převozem na sál. Operace je chirurgický výkon při němž je obvykle narušen povrch těla.

2. Cíl

Snížit riziko operace na minimum, zabránit komplikacím.

Klient zná:

- termín plánované operace
- očekávanou délku pobytu v nemocnici
- důvody předoperační přípravy
- souhlasí s operací
- má uspokojeny základní potřeby spánku, odpočinku, výživy, hydratace
- je v dobrém psychickém stavu

3. Pomůcky

- Dokumentace, Informované souhlasy
- Pomůcky na klyzma (O 41)
- Pomůcky k odběru biologického materiálu (O 26)
- Pomůcky na holení operačního pole

4. Postup

4.1. PŘED PROCESEM

Předoperační přípravu dělíme na všeobecnou a zvláštní.

Všeobecná – psychická příprava, souhlas klienta s výkonem, komplexní interní vyšetření včetně laboratorních vyšetření (dle typu výkonu), změření fyziologických funkcí,

příprava operačního pole

Zvláštní – závislá na stavu klienta a na druhu operace

4.2. PŘÍPRAVA

Další příprava je dle druhu operace a onemocnění klienta..sestra edukuje a zajistí:

- intimitu
- vyprázdnění střeva dle druhu operace
- seznámí s hygienou před výkonem, vyčištění pupku!
- připraví klienta na návštěvu anesteziologa
- vysvětlí potřebu nepřijímat potravu a tekutiny dle druhu operace
- vysvětlí nutnost odstranění zubní náhrady, brýlí, šperků, protetických pomůcek, naslouchadel, laku na nehty
- vysvětlí i pooperační režim (dle možnosti ukázat pokoj kde bude klient po operaci, upozorní na omezení aktivit, dietní omezení...)
- na ordinaci operátora zajistí krev nebo krevní skupinu

V den operace

- Vhodnou komunikací zmírní obavy z operace
- Zkontroluje splnění všech ordinací
- Zajistí ranní hygienu event. koupel
- Připraví operačního pole (holení)
- Přiloží antiembolické punčochy nebo elastická obinadla dle ordinace lékaře a druhu operace
- Zkontroluje zda klient nepřijímal nic per os
- Zkontroluje odložení zubní protézy, šperků...
- Zajistí uložení cenností
- Před aplikací premedikace se klient vymočí, po podání premedikace již klient nevstává
- Aplikuje premedikaci dle ordinace anesteziologa 30 min před operací

U diabetiků:

- odběr glykémie ráno nalačno (dle ordinace a výsledek nahlásit ošetřujícímu lékaři)
- zajištění žíly

Při přípravě klienta na akutní operaci

- Všechna naordinovaná vyšetření provádět STATIM
- Příprava operačního pole – zajistit intimitu
- Klyzma nepodáváme
- Odložení šperků, zubní protézy ...
- Aplikace premedikace
- Přiložit antiembolické punčochy nebo elastická obinadla dle ordinace lékaře a druhu operace

Zajistit převoz klienta s veškerou dokumentací na operační sál.

4.3. PO PROCESU

- Připravit vše potřebné na návrat klienta z operačního sálu viz O 46

POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:

- > úzkost a strach
- > změny fyziologických funkcí
- > porucha močení
- > porucha vyprazdňování
- > potencionální riziko infekce
- > potencionální riziko tromboembolické nemoci

- > potenční riziko časných komplikací

5. Komplikace

Strach – z výsledku operace, odloučení od rodiny, komplikace v souvislosti s operací, negativní zkušenosti z event. minulou operací, nedostatek informací

Poruchy spánku – důvodem je stres, příprava k operaci

6. Související dokumenty a použitá literatura

Ošetrovatelstvo 2 – Barbara. Kozierová, Glenora Erbová, Rita Olivierová

Chirurgie II- František Vyhánek a kol.

Perioperační medicína – Anthony Nicholas, Iain Wilson

Ošetrovatelství – M. Nejedlá, H. Svobodová, A. Šafránková

Standardy pro jednotlivé ošetrovatelské postupy

7. Přílohy



Fakultní nemocnice Na Bulovce

Budínova 2, 180 81 Praha 8
<http://www.fnb.cz> <http://intranet>

POOPERAČNÍ PÉČE

Standardní postup č.:	O 46
Verze č.:	3
Autor:	Kateřina Mayerová, Věra Růžičková
Odborný garant:	MUDr.Petr Klézl, tel.: 2260
Četnost revize:	1x ročně
Určeno pro:	všeobecná sestra, dětská sestra, porodní asistentka
Místo použití:	JIP + lůžkové oddělení
Za dodržení zodpovídá:	staniční sestra, vrchní sestra
Platnost od:	24.5.2007
Datum poslední revize:	29.5.2009
Schvaluje:	Mgr.Soňa Mendlová

1. Definice a zkratky

Pooperační péče na JIP spočívá v zajištění intenzivní ošetrovatelské a léčebné péče v maximálním rozsahu, většinou za pomoci monitorovacích jednotek a dalších dostupných odborných prostředků.

2. Cíl

Cílem je zajištění nekomplikovaného uzdravení klienta, dosažení maximálního efektu jak v oblasti fyzického hojení, tak v oblasti psychické pohody klienta. Prioritou je návrat klienta, pokud možno do původního sociálního zařazení, nejen v osobním, ale i profesním životě.

3. Pomůcky

- monitorovací jednotky pro měření vitálních funkcí
- přístrojové vybavení
- dostatečné množství zdravotnického materiálu
- podle předpisu vedená dokumentace
- podle předpisu vybavený pohotovostní vozík s léky a vybavením pro neodkladnou kardiopulmonální resuscitaci

4. Postup

U menších výkonů jsou klienti po stabilizaci a probuzení uloženi na standardní lůžko jednotky, u větších výkonů vyžadují klienti monitorování na JIP

- Uložení klienta na lůžko, event.zajištění bezpečnosti, signalizaci k lůžku
- Kontrola fyziologických funkcí podle ordinace lékaře
- Sledování bolesti a její záznam viz O33
- Pomoc event.zajištění hygienické péče

- Podle typu operačního výkonu a zdravotního stavu klienta zajištění výživy a pitného režimu
- Vertikalizace pod dohledem

Bezprostředně po přijetí na JIP je klient napojen na monitorovací jednotku, kde jsou sledovány hodnoty vitálních funkcí – záznam do dokumentace podle ordinace (v intervalu 15 minut po dobu 2 hodin, dále v intervalu 30 minut po dobu dalších 2 hodin a dále v intervalu 1 hodina až do té doby, neurčí-li lékař jinak)

- Sleduj a zaznamenej:
 - U obvazů a všech invazivních vstupů a výstupů: i.v. kanyly, centrální žilní katétry, arteriální kanyly
 - Drenáží: zhodnocení množství a charakteru obsahu
 - Průchodnosti močového systému
 - Průchodnosti a zajištění přístupů enterální výživy
 - Kontrola bilance tekutin, zajištění parenterální výživy, event.podání krevních derivátů
 - Kontrola glykémie u diabetiků (výsledky hlásit ošetřujícímu nebo službu konajícímu lékaři)
- plnění dalších ordinací lékaře: odběr biologického materiálu k laboratornímu vyšetření, podávání antibiotik, interních léků, enterální výživy
- pomoc při vyprazdňování, především odchod plynů a defekaci u ležících klientů
- rehabilitace klientů (jak na lůžku, tak i vertikalizace) mimo návštěvu rehabilitačního pracovníka
- pomoc při hygieně

Po celou dobu pobytu je klient opakovaně informován o všem, co se týká jeho léčení, sestry k němu přistupují profesionálně a zároveň s maximální empatií, aby si získaly klientovu důvěru a ten se tak mohl cítit v jejich péči bezpečně a spokojeně, což je základním předpokladem pro úspěch léčby. Sestra zaznamenává do ošetřovatelské dokumentace všechny své kroky a postupy, zároveň hodnotí fyzický i psychický stav klienta z ošetřovatelského hlediska

POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:

- > úzkost a strach
- > bolest
- > změny fyziologických funkcí
- > porucha močení
- > porucha vyprazdňování
- > porucha hydratace
- > potencionální riziko pádu
- > potencionální riziko infekce
- > potencionální riziko tromboembolické nemoci
- > potencionální riziko časných komplikací

5. Komplikace

- oběhová dekompenzace
- septické reakce po operačních a derivačních výkonech v případě výskytu nesterilního prostředí v močových cestách, v trávicím traktu (dlouhodobě zavedený močový katétr, výskyt kamene v močových cestách, jiná obstrukce močových cest spojená s retencí moče, základní onemocnění střev...)
- velké krevní ztráty (v průběhu výkonu, drény, z rány...)
- rozvoj šoku, nejčastěji ze ztráty tekutin
- alergická reakce různého rozsahu a původu

