



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



ÚSTAV LÉKAŘSKÉ ETIKY
ZDRAVOTNÍ VĚDY

**Ošetrovatelská péče o pacienta s totální
endoprotézou kyčelního kloubu na operačním sále**

*Nursing Care of the Patient with Total Hip
Replacement in the Operating Room*

Bakalářská práce

Únor 2010

Helena Kocmanová

Autor práce: Helena Kocmanová

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Zdravotní vědy

Vedoucí práce: Ph.Dr. Marie Zvoníčková

Odborný konzultant: MUDr. Radek Bartoška

Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetrovatelství 3. LF UK Praha

Datum a rok obhajoby: 7. duben 2010

Prohlášení

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

V Praze dne 28.února 2010

Helena Kocmanová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala svým konzultantům
PhDr. Marii Zvoníčkové a MUDr. Radkovi Bartoškovi za odborné vedení,
cenné rady, podněty a připomínky při zpracování méj bakalářské práce.

Obsah

OBSAH	5
ÚVOD	7
1. TEORETICKÁ ČÁST	8
1.1 ANATOMIE KYČELNÍHO KLOUBU	8
1.2 OSTEOARTRÓZA A COXARTRÓZA	9
1.2.1 KLINICKÝ OBRAZ.....	10
1.2.2 DIAGNOSTIKA.....	10
1.2.3 TERAPIE.....	11
1.2.4 ALOPLASTIKA KYČELNÍHO KLOUBU.....	12
1.2.5 REHABILITACE A ALOPLASTIKA KYČELNÍHO KLOUBU.....	14
1.2.6 KOMPLIKACE ALOPLASTIKY KYČELNÍHO KLOUBU.....	15
2. KLINICKÁ ČÁST	18
2.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTOVI	18
2.2 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA	19
2.3 OBJEKTIVNÍ VYŠETŘENÍ PŘI PŘIJETÍ	19
2.4 PRŮBĚH HOSPITALIZACE	20
2.4.1 PŘEDOPERAČNÍ OBDOBÍ.....	20
2.4.2 STAV VE DNI OPERACE A V POOPERAČNÍM OBDOBÍ.....	20
2.4.3 INDIKAČNÍ SKUPINY LÉKŮ.....	24
4. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	28
3.1 CHARAKTERISTIKA OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU	28
3.2 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA	29
3.2.1 VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU, AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU.....	30
3.2.2 VÝŽIVA A METABOLISMUS.....	30
3.2.3 VYLUČOVÁNÍ.....	31
3.2.4 AKTIVITA, CVIČENÍ.....	31
3.2.5 SPÁNEK, ODPOČINEK.....	31
3.2.6 VNÍMÁNÍ, POZNÁVÁNÍ.....	31
3.2.7 SEBEPOJETÍ, SEBEÚCTA.....	31
3.2.8 PLNĚNÍ ROLÍ, MEZILIDSKÉ VZTAHY.....	32
3.2.9 SEXUALITA A REPRODUKČNÍ SCHOPNOSTI.....	32
3.2.10 STRES, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE, JEJICH ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE.....	32
3.2.11 VÍRA, PŘESVĚDČENÍ, ŽIVOTNÍ HODNOTY.....	32
3.3 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	33
3.3.1 PŘEHLED AKTUÁLNÍCH OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ.....	33
V PERIOPERAČNÍM OBDOBÍ.....	33
3.3.2 PŘEHLED POTENCIÁLNÍCH OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ.....	33
V POOPERAČNÍM OBDOBÍ.....	33
3.4 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE PRO OPERAČNÍ DEN	34
3.4.1 STRACH Z OPERAČNÍHO VÝKONU.....	34
3.4.2 RIZIKO INFEKCE OPERAČNÍ RÁNY.....	35
3.4.3 RIZIKO POPÁLENÍ PACIENTA BĚHEM OPERAČNÍHO VÝKONU.....	37
3.4.4 RIZIKO ÚRAZU PACIENTA V SOUVISLOSTI S NESPRÁVNOU POLOHOU.....	38

NA OPERAČNÍM STOLE	38
3.4.5 RIZIKO SNÍŽENÉHO OBJEMU TĚLESNÝCH TEKUTIN V DŮSLEDKU	39
OPERAČNÍHO VÝKONU	39
3.4.6 RIZIKO SNÍŽENÍ TĚLESNÉ TEPLoty BĚHEM OPERAČNÍHO VÝKONU	40
3.5 DLOUHODOBÝ OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN.....	41
3.5.1 RIZIKO AKUTNÍ BOLESTI PO OPERAČNÍM VÝKONU	41
3.5.2 OMEZENÍ POHYBU V DŮSLEDKU DODRŽENÍ LÉČEBNÉHO	42
REŽIMU PO OPERAČNÍM VÝKONU	42
3.5.3 PORUCHA SEBEPÉČE V DŮSLEDKU PORUCHY HYBNOSTI	44
3.6. PSYCHOSOCIÁLNÍ ZHODNOCENÍ PACIENTA	45
3.7. EDUKACE	46
3.8. PROGNÓZA.....	48
4. ZÁVĚR.....	49
5. SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	50
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	51
7. SEZNAM PŘÍLOH	52

Úvod

Jako téma své bakalářské práce jsem si vybrala Ošetrovatelská péče o pacienta s totální endoprotézou kyčelního kloubu na operačním sále.

V klinické části se zabývám objektivním vyšetřením pacienta, lékařskou diagnostikou, patofyziologickým a klinickým obrazem artrózy kyčelního kloubu – coxartrózy, základními vyšetřovacími metodami vedoucími k lékařské diagnóze a použitým operačním postupem při terapii pacienta.

Ve speciální ošetrovatelské části své práce používám metodu ošetrovatelského procesu. Informace o pacientovi jsem získala při edukačním pohovoru v předoperační den, ze zdravotnické dokumentace a konzultací s ošetřujícími lékaři. Během edukačního pohovoru v předoperační den jsem zpracovala ošetrovatelskou anamnézu podle koncepčního modelu Marjory Gordonové. Vlastním pozorováním v operační den jsem stanovila aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy. Pro řešení jednotlivých problémů jsem sestavila plán ošetrovatelské péče. Ve své práci dále popisuji jeho realizaci a zabývám se i hodnocením výsledků ošetrovatelské péče. Součástí ošetrovatelské části je také kapitola věnovaná rehabilitaci pacienta.

V závěru práce se věnuji prognóze onemocnění uvedeného pacienta a závěrečnému hodnocení. Práci uzavírá seznam informačních zdrojů a literatury s přílohami.

1. Teoretická část

1.1 Anatomie kyčelního kloubu

Skelet kyčelního kloubu je tvořen částí kosti pánevní, která se nazývá acetabulum a proximálním koncem kosti stehenní, který je zakončen hlavicí femuru.

Acetabulum má tvar duté polokoule, o poloměru asi 2,5 cm. Nachází se v místě, kde se stýkají těla tří pánevních kostí. Horní část je tvořena os ilium, dolní zadní část os ischii a dolní přední část os pubis.

Proximální konec femuru je tvořen hlavicí, krčkem a trochanterickým masivem. Hlavice je přímým pokračováním krčku femuru a jeho osa prochází středem hlavice. Krček dosahuje délky 4-5 cm, nejširší je při své bazi, nejúžší ve svém středu. Trochanterický masiv tvoří velký a malý trochanter.

Kyčelní kloub má silný vazivový aparát. Je tvořen cirkulárním komplexem labrum acetabulare, na které navazují ligamentum capitis femoris a ligamentum transversum acetabuli.

Další částí vazivového aparátu je kloubní pouzdro, které je zesíleno dalšími mohutnými vazy, které s ním srůstají v jeden celek. Vnitřní plochu pouzdra pokrývá synoviální membrána.

Pohyb kyčelního kloubu zajišťuje 22 svalů různé mohutnosti, tvaru a průběhu. Ty umožňují vykonávat kloubní pohyby: flexi- ohýbání přibližně do 120°, extenzi- natažení pouze do 13°, addukci – přitažení ze základního postavení do 10°, abdukci – odtažení asi do 40°, vnitřní do 35° a zevní rotaci do 15°.

Střední postavení kyčelního kloubu je poloha, při které je kloubní pouzdro nejvíce uvolněno. Jedná se o polohu ve střední flexi s mírnou abdukci a s malou zevní rotací. (1)

1.2 Osteoartróza a coxartróza

Osteoartróza je degenerativní nezápálivé onemocnění kloubů, které způsobuje omezení pohybu postiženého kloubu. Postihuje nadpoloviční většinu osob starších 65 let, převážně ženy. Rizikovými faktory pro vznik tohoto onemocnění jsou věk, pohlaví, genetické predispozice, obezita a úrazy.

V počátku onemocnění dochází k poškození chrupavky, která hrubne, vznikají v ní ulcerace, na kosti pod chrupavkou vznikají zhuštěná místa, defekty a cysty. Po té se na kosti tvoří výrůstky – osteofyty, které omezují pohyb kloubu, dráždí nervová vlákna a následkem toho dochází k reflexnímu stažení svalů. Z velkých kloubů osteoartróza nejčastěji postihuje kloub kyčelní, vzniká coxartróza.

Coxartróza je degenerativní onemocnění kyčelního kloubu. Může postihnout jeden nebo oba kyčelní klouby. Zpočátku se projevuje námahovou bolestí kyčle, později se bolest objevuje i při normální chůzi, většinou na začátku – do rozchození. V pozdějším období se projevuje i klidovou bolestí, především v noci. Charakterizuje ho degradace kloubní chrupavky, subchondrální skleróza, tvorba osteofytů a změny měkkých tkání, které zahrnují synoviální membránu, kloubní pouzdro, kloubní vazy a svaly. Jedním z predispozičních faktorů jsou senilní změny, které spočívají v zúžení kloubní štěrbiny v důsledku částečné ztráty elasticity a v proporcionálním úbytku kostní hmoty. K degenerativním změnám dochází působením patogenetických faktorů, ke kterým řadíme např. systémové vady, záněty, úrazy, operace, v dlouhém čase. (2)

1.2.1 Klinický obraz

Z anamnézy zjistíme únavnost, bolest kloubu a omezení funkce. Tyto potíže se zprvu objevují po námaze, později i v klidu a v noci. Objektivně zjišťujeme antalgickou chůzi, kdy pacient šetří bolestivou končetinu. Bývá omezená a bolestivá vnitřní rotace především v 90° flexi, v pozdější fázi onemocnění se objevují abdukční, semiflekční a zevně rotační kontraktury a postupně dochází k omezení hybnosti kyčelního kloubu. Dále dochází k hypotrofii stehenního svalstva, zkratu končetiny vlivem kontraktur a změnám v oblasti bederní páteře způsobeným odlehčováním postižené končetiny.

1.2.2 Diagnostika

Diagnózu stanovíme na základě klinického vyšetření a zobrazovacích metod.

Při klinickém vyšetření zjistíme bolesti z kyčelního kloubu, které se promítají do třísla a hýžděové krajiny, mohou vystřelovat do stehna až kolena. Dalším důležitým příznakem je kulhání, pocit ztuhlosti, obtížné vstávání ze sedu, vystupování z automobilu, při oblékání ponožek a obouvání. Klinické vyšetření se zaměří také na chůzi, délku končetin, rozsah pohybu, palpaci kyčelní krajiny, neurologické a cévní vyšetření končetiny.

Ze zobrazovacích metod využíváme především nativní rentgen pánve v předozadní projekci k posouzení obou kyčelních kloubů, počítačovou tomografii a magnetickou rezonanci. Na nativním RTG snímku rozeznáváme změny ve smyslu plus a minus.

Rozeznáváme čtyři stadia artrózy:

1. zúžení kloubní štěrbiny
2. subchondrální a okrajové produktivní změny (skleróza, osteofyty)
3. subchondrální cysty a deformace kloubních konců
4. zánik kloubní štěrbiny, destrukce kloubu, kostní nekrózy, patologické postavení v kloubu. (2)

1.2.3 Terapie

Terapie má být komplexní a zasahovat léčbu konzervativní, medikamentózní i operační. Důležité je včasné naplánování operačního výkonu a neodkládat ho do pozdějšího věkového období, kdy může být pacient zatížen dalšími přidruženými chorobami interními nebo neurologickými, které by potom mohli být kontraindikací k provedení ortopedického výkonu. Mezi základní pravidla léčby patří každodenní cvičení, sporty – především plavání a jízda na kole. U některých pacientů je nutná redukce váhy. Doporučuje se dodržování diety preferování zeleniny, ovoce, potraviny s vysokým obsahem vlákniny, bílá masa – ryby, králíci, kuřecí.

Fyzikální terapie zahrnuje pohybovou aktivitu, vodoléčbu, masáže, léčbu chladem nebo teplem, ultrazvukem.

Při medikamentózní léčbě využíváme analgetika na odstranění bolesti, nesteroidní antiflogistika, která mají protizánětlivé, analgetické a antipyretické účinky. Především při dekompenzované artróze se využívají kortikosteroidy. Zmírňují bolest, mají protizánětlivý účinek, snižují produkci synoviálního výpotku a zlepšují funkci kloubu. Aplikují se za přísných aseptických podmínek nitrokloubně.

Operační léčba spočívá v náhradě kyčelního kloubu kloubem umělým – aloplastika. (3)

Indikace k provedení aloplastiky kyčelního kloubu:

- Osteoartróza - degenerativní onemocnění kloubů
- Úraz kloubu – zlomeniny acetabula, zlomeniny krčku stehenní kosti
- Revmatická onemocnění kyčelních kloubů
- Nádorová onemocnění

1.2.4 Aloplastika kyčelního kloubu

Vývoj kompletní náhrady kloubu, kdy endoprotéza nahrazovala kyčelní jamku i hlavici, zahájil P. Wales v roce 1938. Svůj první typ kovové náhrady navrhl v roce 1940 G.K.McKnee a v roce 1951 byla implantována pacientům.

Začátkem 60. let J. Charnley použil kovovou femorální komponentu v kombinaci s plastovou jamkou. Obě komponenty byly upevněny pomocí cementu. Tento postup se používá i dnes.

V naší zemi se coxartróza operačně léčila na I. Ortopedické klinice profesora Zahradníčka. První česká endoprotéza byla vyrobena zásluhou profesora Oldřicha Čecha, který dokázal zajistit nejen výrobu implantátů a instrumentarií, ale také zavést tyto metody do praxe v celé tehdejší Československé republice. V roce 1969 byla v Československu implantována první Müllerova totální endoprotéza kyčelního kloubu a byla zároveň předlohou pro vývoj endoprotézy ve spolupráci s Poldi Kladno. Od roku 1970 byla k dispozici endoprotéza Poldi – Čech I. generace. Od roku 1974 byly klinicky používány implantáty Poldi – Čech II. generace. Femorální komponenta Poldi – Čech patří mezi nejstarší osvědčené cementované komponenty. (1)

Předoperační příprava

Aloplastika kyčelního kloubu je náročný operační výkon, na který je pacient většinou objednan několik měsíců předem. Je tedy dostatek času pacienta na tento výkon připravit jak psychicky, tak fyzicky. Nejdůležitější a často pacienty podceňované je posilování zkrácených svalů, nácvik správné rehabilitace a chůze o berlích. Zároveň by měli mít doma připravené pomůcky pro lepší zvládnutí sebepečce, pevnou vyšší židli, sedátko do koupelny, nástavec na WC a madla. Pokud pacient nemá vhodné domácí zázemí, je možné předem domluvit přeložení z nemocnice do rehabilitačního lůžkového zařízení, kde péči lépe zvládne.

V rámci předoperační přípravy je pacientovi provedeno předoperační vyšetření, které nesmí být starší než 14 dnů. Jedná se o laboratorní vyšetření krve (krevní obraz a diferenciál, sedimentace erytrocytů, aktivovaný parciální tromboplastinový čas, Quickův test, sérové hladiny minerálů, urey, kreatininu, kyseliny močové, bilirubinu, jaterní testy, glykémie, HbsAg) a chemické vyšetření moči a sedimentu. Dále je provedeno interní vyšetření včetně EKG s popisem a RTG srdce a plic s popisem. Pacientům, kteří jsou po infarktu myokardu nebo s ischemickou chorobou srdce se provede také kardiologické a případně echokardiografické vyšetření. Další vyšetření se plánují podle základního onemocnění. Pacientům, kteří mají antikoagulační terapii (Warfarin, Pelentan, Ibustrin apod.), je nutné tuto 5 – 10 dnů před výkonem vysadit nebo převést na nízkomolekulární Heparin. Pacientům, kteří mají zájem je proveden odběr krve na autotransfúzi.

Typy totálních endoprotéz

Totální endoprotézy kyčelního kloubu dělíme podle typu ukotvení do kosti do tří skupin:

1. Cementované endoprotézy kdy jsou obě komponenty fixovány kostním cementem. Na hrot dřívku je přidán centralizér, který zajistí centrální uložení dřívku v dřeňové dutině. Jamky jsou vyráběny z polyethylenu jako monoblok. Hlavička je kovová nebo keramická s různou délkou krčku (S,M,L, XL,XXL).
2. Necementované endoprotézy jsou fixované bez použití kostního cementu, anatomické dřívky mají tvar co nejvíce podobný dřeňové dutině proximálního femuru, proto jsou vyráběny ve stranové variantě pravá/levá komponenta. Jamka je tvořena kovovou komponentou do které se zavádí artikulační vložka, která je vyrobená z polyethylenu nebo keramiky. V tomto případě většinou volíme hlavičku keramickou, protože mají lepší otěrové vlastnosti.

3. Hybridní endoprotézy, kdy je každá komponenta fixována jinou technikou, jamka necementovaná a dřík pomocí kostního cementu. Hlavičku volíme kovovou nebo keramickou.
4. Tumorózní endoprotézy se používají k náhradě defektu v proximální části femuru po tumorech.(1)

1.2.5 Rehabilitace a aloplastika kyčelního kloubu

Rehabilitace je velmi důležitou součástí aloplastiky kyčelního kloubu.

V předoperačním období je důležité začít protahovat a posilovat oslabené svalstvo. Zároveň je vhodné naučit se správně provádět otáčení na lůžku pomocí klínu, správné sezení, chůze o podpažních berlích s odlehčenou končetinou. Po vlastním výkonu to pak půjde snáze.

Po operačním výkonu se zaměřujeme především na prevenci pooperačních komplikací, ke kterým řadíme tromboembolickou nemoc, bronchopneumonii a dekubity. V prvních dnech po operaci provádíme dechová cvičení, aktivní cvičení hlezna a celé neoperované končetiny, posilování hýžd'ového a stehenního svalstva. Provádíme včasnou vertikalizaci pacienta, nácvik přetáčení na lůžku, sedu, stoje a chůze o podpažních berlích. Zároveň nacvičujeme sebeobsluhu pacienta. Před propuštěním do domácího ošetřování nacvičujeme chůzi po schodech. V našem nemocničním zařízení mají pacienti možnost využít služeb lůžkového rehabilitačního oddělení, kam mohou být přeloženy po ukončení hospitalizace na standardním ortopedickém oddělení. Dále jsou sledovány při kontrolách v ortopedické ambulanci po 2, 4, 6, 12 měsících a dále v ročních intervalech od operačního výkonu. Zátěž operované končetiny je postupně povolována od 6. týdne po operaci, podle druhu implantátu, věku a zdravotního stavu pacienta. Při ambulantních kontrolách je pacient vyšetřen klinicky a je prováděno kontrolní rentgenové vyšetření, na kterém se posuzuje postavení endoprotézy, integrace do skeletu, či event. časná diagnotiska uvolnění nebo selhání endoprotézy kyčelního kloubu. V případě vzniku komplikací jsou pacienti poučeni, že mají ambulanci kliniky navštívit ihned.

1.2.6 Komplikace aloplastiky kyčelního kloubu

Komplikace dělíme podle časového hlediska na peroperační, časné a pozdní. Dále na komplikace celkové a v místě operační rány.

1. Peroperační komplikace:

Celkové komplikace:

- Hypotenzi na podkladě velkých krevních ztrát řešíme doplněním řečiště.
- Alergická reakce na dezinfekční roztok, anestetikum, implantát, cement.
- Interní komplikace – arytmie, infarkt myokardu, plicní embolie
- Neurologické komplikace – náhlá cévní mozková příhoda

Místní komplikace

- Zlomenina, kterou řešíme například cerkláží.
- Poranění velkých cév (arteria femoralis a její větve), ošetření suturou event. podvazem.
- Poranění nervů - nervus femofalis či nervus ischiadicus jsou nejčastěji poranění tlakem elevatoria nebo elektrokoagulací, většinou dochází ke spontánní úpravě poškozených nervů.

2. Časné komplikace:

Celkové komplikace:

- Hemoragický šok - krvácení většinou stačí uhradit krevními konzervami, v případě podezření na poranění cévy je nutná operační revize rány.
- Hematologické komplikace - poruchy srážlivosti DIC – diseminovaná intravaskulární koagulopatie
- Kardiální komplikace – arytmie, fibrilace komor a síní (především u pacientů po infarktu myokardu a s hypertenzí), u pacientů, kteří mají voperovaný kardiostimulátor nesmíme použít ke koagulaci monopolární tyčinku, ale pouze bipolární pinzetu.
- Hypoxie – poruchy dýchání

- Nevolnost a zvracení
- Neurologická komplikace – náhlá mozková příhoda postihuje především pacienty s hypertenzí.
- Syndrom tukové embolie, při jeho vzniku se uplatňuje vliv toxického monomeru, který se uvolňuje při cementování. V případě objevení příznaků je nutné zahájit protišokovou léčbu.
- Tromboembolická nemoc – klademe důraz na prevenci (profylaktické podávání nízkomolekulového heparinu po dobu pěti dnů, po té Warfarin tři měsíce, cvičení, bandáže, včasná mobilizace a řízená rehabilitace).
- Pneumonie se může vyskytnout u starších lidí. Preventivně provádíme dechová cvičení a včasnou vertikalizaci pacienta.

Místní komplikace:

- Dehiscence rány při kterém je nutné provést chirurgické ošetření (excizi, výplach a resuturu).
- Hematom v podkoží operační rány je potřeba evakuovat a chirurgicky zrevidovat operační ránu.
- Časná infekce, která se většinou projeví bolestí, zarudnutím, otokem, horečkou nad 38°C, zvýšenými hodnotami sedimentu a C-reaktivního proteinu. Provedeme revizi rány, odstranění nekrotické tkáně, laváž, odebereme vzorky na bakteriologické vyšetření a nasadíme protistafylokoková antibiotika intravenózně.
- Luxace endoprotézy, kterou reponujeme v celkové anestezii.
- Bolest

3. Pozdní komplikace:

Celkové komplikace:

- Tromboembolická nemoc, která může při masivní embolizaci ohrozit pacienta na životě. Vždy znamená přerušeni rehabilitace a prodloužení rekonvalescence. Prevencí je antitrombotická profylaxe.
- Kardiální komplikace – sem řadíme arytmie, fibrilace síní a AV blokády, dušnost způsobená edémem plic při levostranné srdeční nedostatečnosti.

- Tromboflebitis vzniká po operačním výkonu v důsledku zpomalení toku krve a zvýšení její viskozity. Prevencí je heparinizace, bandáže dolních končetin a včasná rehabilitace.
- Pneumonie se může vyskytnout u déle ležících pacientů. Prevencí jsou dechová cvičení a včasné vstávání.
- Renální insuficience může postihnou ledviny poškozené před operačním výkonem (hypertenze, pyelonefritis, diabetes mellitus) nebo ledviny zdravé, které náhle selhávají následkem šoku, transfúze inkompatibilní krve. Oligurie – označujeme tvorbu abnormálně malého množství moči pod 20 ml za hodinu. Úplnou zástavu močení nazýváme anurie.

Místní komplikace:

- Mitigovaná infekce se projeví mírnými známkami zánětu a postupným uvolněním endoprotézy do dvou let od operace.
- Pozdní infekce se objevuje kdykoli po operaci, vzniká hematogenní cestou po chirurgických, ORL nebo stomatologických výkonech.
- Latentní infekce je způsobena kontaminací implantátu bez známek zánětu. Může se projevit jako aseptické uvolnění implantátu.
- Paraartikulární osifikace se objevují u poúrazových stavů, při zhmoždění měkkých tkání nebo po nešetrném provedení operace. Pokud osifikace limitují pohyb kloubu, provedeme jejich odstranění.
- Uvolnění a migrace, které má několik příčin: otěr polyethylenu a fragmentace kostního cementu, chybná konstrukce TEP, chyby při implantaci TEP, špatná operační technika, latentní infekce. Prevencí tohoto stavu je pravidelná pooperační kontrola jednou ročně, aby došlo ke včasnému zachytu tohoto stavu a mohla být provedena replantace dříve, než dojde k velkým kostním defektům. (3,4,5)
- Periprotetické zlomeniny femuru v těsném kontaktu s náhradou způsobené pádem. Řeší se operačně výměnou za delší dřík v kombinaci s cercláží pomocí pásek.
- Bolesti zad způsobené dlouhodobým odlehčováním končetiny a špatným držetím těla.

2. Klinická část

2.1 Základní údaje o pacientovi

Při zpracování základních údajů o pacientovi jsem čerpala informace pouze ze zdravotnické dokumentace pacienta.

Jméno a příjmení:	V.J.
Datum narození:	červen 1956
Pohlaví:	muž
Věk:	53 let
Stav:	ženatý
Vyznání:	bez vyznání
Povolání:	ředitel školy
Adrese bydliště:	město Nymburk
Nejbližší příbuzný:	manželka
Oslovení:	přeje si být osločován pane J.
Datum přijetí:	2.6.2009
Důvod přijetí:	plánovaná operace totální endoprotézy pravého kyčelního kloubu
Lékařská diagnóza. :	Coxarthrosis postraumatica l. dx
Doba hospitalizace:	2.6.2009 – 13.6.2009

/C/

2.2 Lékařská anamnéza

Pan J. byl přijat na standardní ošetrovací jednotku ortopedie s diagnózou poúrazová coxartróza vpravo k provedení plánované totální endoprotézy pravého kyčelního kloubu.

Rodinná anamnéza: Otec zemřel na akutní leukemii v 62 letech,
matka žije – zdravá, mladší bratr je také zdrav.

Osobní anamnéza: Asi před 20 lety fraktura hlavice femuru při autonehodě, byla provedena osteosyntéza pomocí hřebíku, který zde byl ponechán. Od této doby trpí pacient stále se zhoršujícími bolestmi, pohyblivost končetiny je velmi snížena. Před 15 lety provedena tonsilektomie, léčí se na ORL oddělení pro polypektomie s častými recidivami, nyní vyšetřen ORL lékařem a doporučen k operaci. Pacient 1krát za 3 měsíce navštěvuje interní ambulanci, má sklony k bradykardii a hypertenzi, chron. Medikace Lusopres 1-0-0, jinak je zdrav. Alergie neudává, je nekuřák, alkohol pije pouze příležitostně.

Sociální anamnéza: Pan J. pracuje jako ředitel školy, bydlí společně s manželkou v rodinném domě.

2.3 Objektivní vyšetření při přijetí

TK: 135/80 mmHg

P : 56/min.

D: 22/min

TT: 36,6°C

Váha: 92 kg

Výška: 180 cm

Pacient je normostenického habitu, kůže a sliznice jsou prokrvené, vlhké, bez ikteru a cyanozy, bez známek zánětu. Je lucidní, orientovaný, dobře spolupracuje.

Hlava a krk: zornice iskorické, sklery bez ikteru, štítná žláza nezvětšená, uzliny nehmatné.

Hrudník: symetrický, kůže intaktní, dýchání čisté sklípkové pravidelné bez vedlejších fenoménů, akce srdeční ohraničená, pravidelná

Břicho: měkké, prohmatné, palpačně nebolestivé, bez rezistence a peritonéálního dráždění, játra a slezina nehmatná.

Páteř : pokleповě nebolestivá, stěžuje si na občasnou bolest v bederní krajině. (4)

/B,C,D/

2.4 Průběh hospitalizace

2.4.1 Předoperační období

Pan J. se dostavil do příjmové ambulance jeden den před plánovaným výkonem. Všechna předoperační vyšetření, včetně anesteziologického, byla v normě a pacient po podepsání informovaného souhlasu s anestezií a operačním výkonem mohl být přijat na standardní jednotku ortopedického oddělení.

V období přípravy k operaci byl ještě proveden RTG snímek pánve a pravé kyčle, který bude operátorovi k dispozici během operačního výkonu.

Tento den byl nasazen Clexan 0,4 ml s.c. z důvodu prevence tromboembolických komplikací.

Večerní premedikace Diazepam 10 mg byla podána per os.

2.4.2 Stav ve dni operace a v pooperačním období

V den operace bylo oholeno operační pole a provedena elastická bandáž levé dolní končetiny, zaveden permanentní močový katetr pro sledování pooperační diurezy.

Na pokyn anesteziologické sestry aplikována premedikace Dolsin 50 mg a Atropin 0,5 mg i.m..

Před odjezdem pacienta na operační sál byly změřeny hodnoty fyziologických funkcí: **TK:**130/75 mmHg, **P:** 64/min., **D:** 20/min., **TT:** 36,7°C

Operace byla provedena v epidurální anestezii. Před jejím zahájením byl pacientovi podán Cefazolin 1g i.v. jako profylaktické krytí operačního výkonu. Pro provedení aloplastiky operatér zvolil anterolaterální přístup.

V klidné anestezii po zapolohování pacienta, dezinfekci kůže, zarouškování a nalepení incizní folie je podélně v ose stehenní kosti proveden kožní řez v délce přibližně 15 cm. Ve stejném rozsahu protneme tractus iliotibialis, uvolníme přední část úponu musculus gluteus medius a minimus.

Kloubní pouzdro otevřeme a extirpujeme po částech. Hlavici luxujeme z acetabula a provedeme osteotomii krčku stehenní kosti a odstraníme hlavici kyčelního kloubu. Založíme Hohmanova elevatoria okolo acetabula.

Kost acetabula je pevná, acetabulum je deformované a velké. Sneseme okrajové a centrální osteofyty a frézou upravujeme lože až do subchondrální kosti na velikost 61. Po výplachu acetabula implantujeme necementovanou acetabulární komponentu velikosti 62 a vkládáme polyethylenovou vložku. Končetinu převádíme do polohy a trepanujeme femorální kanál, který je prostorný. Pomocí rašplí ho postupně upravíme až na velikost 16 na které vyzkoušíme stabilitu endoprotézy a kontrolujeme délku dolní končetiny.

Implantujeme necementovanou femorální komponentu velikosti 16,5 a testujeme stabilitu a pohyb endoprotézy se zkušební hlavičkou 36/5 . Stabilita TEP je dobrá, délka dolních končetin je stejná a napětí měkkých tkání je přiměřené a proto nasazujeme keramickou hlavici 36/5.

Po výplachu a zakloubení TEP zavádíme Redonův drén do kloubu. Provedeme reinzerci gluteálních svalů, suturu facie, podkoží a kůže. Po omytí a osušení je operační rána natřena dezinfekcí Betadine a zakryta sterilním kompresním obvazem.

Operace proběhla bez komplikací a větších krevních ztrát.

Pan J. byl po stabilizaci na dospávacím pokoji převezen na jednotku intenzivní péče ortopedického oddělení.

/C/

Pooperační péče:

1. Měření TK a P po 1 hodině: TK 100/60, P 92 později se upravuje na 110/65 – 126/ 74, P 70-84
2. Monitorace EKG a pulsní oxymetr: saturace krve kyslíkem: 92-98%, podáván kyslík intranasálně maskou
3. Periferní i.v. kanylace: vstupy A a B
Vstup A: F 1/1 500ml, RL 500 ml, Hartmann 500ml
Vstup B: Cefazolin 1 g i.v. á 8 hod. ve 100ml F1/1
4. Příjem a výdej tekutin á 6 hod.
Bilance tekutin za 24 hodin:
infuzní terapie: 1800 ml
tekutiny per os od 6 hodin po operaci celkem: 1200 ml čaj a voda
pacient vymočil: 1800 ml pomocí močového katétru
redonův drén odvedl: 700 ml
P/V 3000/2500 ml
5. Prevence TEN:
bandáže dolních končetin
aplikace Clexane 0,4ml s.c. á 24 hod.
od 3. pooperačního dne Warfarin 5 mg p.o. 1-0-1
6. Analgezie:
po odeznění epidurální anestezie Morphin 1 amp. i.m. á 6 hodin (4 dny),
při přetrvávajících bolestech v mezidobí Novalgin 1 amp. i.m.
ledování operační rány
7. Sledování tělesné teploty:
1. pooperační den při vzestupu TT nad 38°C podán dle ordinace ošetřujícího lékaře Paralen 500 mg p.o., po 1 hod. TT 37,5°C

8. Sledování operační rány:

Při převazu 2. pooperační den operační rána s hemorrhagickou sekrecí, provedena dezinfekce roztokem Betadine a sterilně kryta.

9. Fyzioterapie:

0. pooperační den - dechová cvičení, lehké izometrické cvičení na lůžku, kdy jsou stahovány svaly, ale neprovádí se žádný pohyb. Provádí se tlakem končetiny na pevnou překážku a slouží ke zlepšení svalového tonu.

1. pooperační den - dechová cvičení, izometrické cvičení, polohování na zdravý bok pomocí klínu

2. pooperační den - dechová cvičení, izometrické cvičení, polohování na zdravý bok pomocí klínu, posazení na lůžku

2. pooperační den je pacient přeložen na standardní lůžkové oddělení

Pacient je kardiopulmonálně kompenzován (TK 120-135/70-80, P 68 – 80)

bez klidové dušnosti

Krevní obraz v normě

subfebrilní (TT 37,2 – 37,7)

periferní kanylace – ponechán vstup A, vstup B zrušen

ATB zrušena

analgetika: Novalgin 1 amp. i.m. při bolesti

Clexane 0,4 ml s.c. á 24 hod., Warfarin 5 mg 1-0-1 od 3. pooper.dne

operační rána dnes převázána

redonův drén odvádí malé množství do 50 ml za den

PK ex.- močí spont.

Pokračování fyzioterapie na standardním oddělení:

3. pooperační den - dechová cvičení, izometrické cvičení, polohování na zdravý bok pomocí klínu, posazení na lůžku, postavení u lůžka pomocí podpažních berlí, nácvik správného držení těla s berlemi

4. pooperační den – dechová cvičení, posazení na lůžku, postavení u lůžka pomocí podpažních berlí, nácvik chůze o francouzských berlích s oporou

5. pooperační den - posazení na lůžku, postavení u lůžka pomocí francouzských berlí, nácvik chůze o francouzských berlích bez opory, nácvik sebeobsluhy.
6. a 7. pooperační den - nácvik chůze o francouzských berlích bez opory, nácvik sebeobsluhy
8. pooperační den – pacient začíná nacvičovat chůzi po schodech pomocí francouzských holí
9. pooperační den – pokračujeme v nácviku chůze po schodech
10. pooperační den je pacient propuštěn do domácího léčení

Operační rána se zhojila per primam, stehy byly odstraněny 10. pooperační den. Pacient byl propuštěn do domácího léčení 10. pooperační den. Bude nadále užívat Warfarin 5 mg 1-0-0 s kontrolou INR u svého praktického lékaře, kam se má do 3 dnů dostavit ke kontrole. Kontrola na ortopedické ambulanci u operátora za 4 týdny, při potížích kontrola ihned v nemocničním zařízení – pacient poučen.

/B,C,D/

2.4.3 Indikační skupiny léků

- 1. Atropin:** antagonist acetylcholinových muskarinových receptorů
parasympatolytikum

Vyvolává útlum sekrece v bronších, slinných žlázách (sucho v ústech), žaludku, střevech, a proto se používá před podáním anestezie. Dále způsobuje relaxaci hladkého svalstva, tachykardii (zrychlení srdeční činnosti) a mydriázu (roztazení zorniček).

Kontraindikace: glaukom (ztráta zraku způsobená zvýšením tlaku uvnitř oka), hypertrofie prostaty, tachykardie, hypoxie, zvýšený nitrolebeční tlak, stenóza pyloru, těžká porucha acidobazické rovnováhy.

Nežádoucí účinky: útlum sekrece slinných žláz, mydriáza, porucha akomodace, bolesti hlavy, tachykardie, arytmie

2. Cefazolin: je širokospektré antibiotikum z 1. generace cefalosporinů.

Aplikuje se intravenózně a intramuskulárně. Proniká v terapeutických koncentracích do kloubního prostoru. Používá se k léčbě infekčních onemocnění způsobených mikroorganismy citlivými na Cefazolin (infekce respiračního a urogenitálního traktu, kůže, žlučových cest, osteomyelitis, endokarditis a systémová septická onemocnění). Dále se využívá jako ochrana v perioperačním období podáním 1g Cefazolinu i.v. 30-60 minut před plánovaným výkonem. Při ortopedických operacích s použitím implantátů se doporučuje pokračovat v podávání Cefazolinu ještě 3-5 dnů po operačním výkonu dle ordinací ošetřujícího lékaře.

Nežádoucí účinky: Cefazolin může vyvolat reakce z přecitlivělosti (kopřivku, lékovou horečku, erythém až anafylaktickou reakci).

3. Clexane: antitrombotikum a antikoagulans.

Používá se k léčbě tromboembolické nemoci a hluboké žilní trombózy. Zároveň se využívá v operačních oborech jako profylaxe tromboembolické nemoci.

Kontraindikace pro léčbu jsou alergie na enoxaparin sodný, krvácivé stavy v souvislosti s poruchou hemostázy, aktivní peptický vřed, hemoragická cévní mozková příhoda.

Nedoporučuje se tento lék kombinovat s preparáty obsahujícími kyselinu acetylsalicylovou a nesteroidními antirevmatiky, protože by došlo ke zvýšení rizika krvácení a poškození gastrointestinální sliznice.

4. Diazepam: lék ze skupiny benzodiazepinů, anxiolytikum.

Užívá se ke zmírnění pocitu napětí, úzkosti, strachu tam, kde je příčina těchto stavů přechodná např. před operačním výkonem.

Kontraindikací k podávání je chorobně zvýšené svalová slabost, těžké poškození jater a ledvin, přecitlivělost na přípravek, děti do 3let, první třetina těhotenství a kojení.

Nežádoucí účinky: spavost, únava, porucha koordinace pohybů, závrat, porucha zraku, řeči, alergické kožní projevy, zažívací potíže.

5. Dolsin: analgetikum, anodynum (tlumící velmi silnou bolest).

Lék je indikován k tlumení silné akutní bolesti po operacích, úrazech a při zhoubných nádorech, potlačuje dušnost při selhání srdce, plicním edému a embolií, uvolňuje křeče hladkého svalstva zažívací soustavy a při ledvinné kolice.

Kontraindikace: přecitlivělost na léčivou látku pethidin hydrochlorid, dechová nedostatečnost při chron. obstrukční chorobě plic, zvýšený nitrolební tlak, úraz hlavy, křečové stavy, akutní infarkt myokardu, poruchy funkce jater, zvýšená funkce štítné žlázy.

Nežádoucí účinky: nevolnost, zvracení, ospalost.

Přípravek zvyšuje účinnost perorálních antikoagulancií, při podání s tricyklickými antidepresivy může vyvolat útlum centrálního nervového systému a dýchání.

6. Lusopress: patří do skupiny antihypertenziv, blokátor vápníkového kanálu
Snižuje napětí hladkých svalů cév a tím snižuje krevní tlak.

Nesmí být užíván při přecitlivělosti na účinnou látku nitrendipin.

Nežádoucí účinky: bolest hlavy, otoky kotníků, nevolnost, bušení srdce, zrychlení srdeční činnosti, mravenčení končetin a kožní vyrážka.

7. Morphin: indikační skupina je analgetikum – anodynum

Používá se k tlumení bolestí po operačních výkonech, úrazech, popáleninách, nádorových onemocnění.

Kontraindikace: přecitlivělost na léčivou látku trihydrát morfin – hydrochlorid, útlum dýchacího centra, průduškové astma, obstrukční plicní nemoc, úrazy hlavy, zvýšený nitrolební tlak a těžké onemocnění jater.

Nežádoucí účinky: nevolnost, zvracení, zácpa, útlum dechu, ospalost, zmatenost, hypotenze, bušení na srdci, riziko lékové závislosti. Lék snižuje účinek diuretik (léky na zvýšení tvorby a vylučování moči) a laxativ (projímadel).

8. Novalgin: analgetikum, antipyretikum

Přípravek se používá k tlumení bolesti poraněných tkání, při bolesti hlavy, zubů, kloubů a nádorových onemocněních.

Kontraindikace: alergie na metamizol a pyrazolony, porucha funkce kostní dřene, porucha hematopoézy (procesu tvorby krevních destiček a krvinek).

9. Warfarin: antikoagulantium

Warfarin snižuje krevní srážlivost, využívá se při léčbě fibrilace síní, hluboké žilní trombózy dolních končetin, jako prevence plicní embolie. Nástup vymizení účinku je pomalé, proto je nutné ho před plánovaným operačním výkonem vysadit. Warfarin na sebe vzájemně působí s vitamínem K, proto nadměrná konzumace vitamínu K (brokolice, zelí, špenát, salát) může snížit účinky tohoto léku.

Kontraindikace: těhotenství, krvácivé stavy, žaludeční vředy, po krvácivé mozkové příhodě, operace centrálního nervového systému a oka, závažná jaterní insuficience.

Nežádoucí účinky: zvýšené krvácení, intrakraniální krvácení při neléčené hypertenzi, nevolnost, zvracení, průjem, alergická kožní vyrážka.

Nutná kontrola srážecí schopnosti krve – Quickův (INR) test – kolikrát déle trvá než se krev pacienta srazí oproti normálu.

4. Ošetrovatelská část

3.1 Charakteristika ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces je metodologický rámec pro realizaci cílů ošetrovatelství, který umožňuje individuální přístup při ošetrování každého nemocného v nemocniční i terénní péči. Péče je systematická, důsledná a kontinuální. Jedná se o sérii vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch nemocného. Ošetrovatelský proces je rozdělen do pěti fází:

1. Zhodnocení nemocného – ošetrovatelská anamnéza
2. Stanovení ošetrovatelské diagnózy
3. Plánování ošetrovatelské péče
4. Provedení navržených opatření = realizace
5. hodnocení efektu ošetrovatelské péče

Ve fázi zhodnocení nemocného vycházíme ze zvoleného teoretického modelu ošetrovatelství, kdy se zabýváme především biologickými, psychickými, sociálními i spirituálními potřebami nemocného. Všíáme si i schopnosti adaptace nemocného, být soběstačným. Na základě zhodnocení nemocného sestra ve spolupráci s ním stanoví nejzávažnější poruchy potřeb - ošetrovatelské diagnózy. Dále ošetrující sestra stanoví cíl a očekávané výsledky ošetrovatelské péče a po té se na denních poradách ošetrujícího týmu navrhuje a vypracovává individuální plán ošetrovatelské péče, který obsahuje sestrami navržené intervence, kterými chtějí dosáhnout stanoveného cíle. Další částí ošetrovatelského procesu je realizace aktivní individualizované péče. Na závěr zhodnotíme efekt poskytnuté péče, bylo dosaženo stanoveného cíle? Pokud cíle zatím dosaženo nebylo plánujeme další péči nebo změny v plánování ošetrovatelské péče. Vše přesně zaznamenáváme do ošetrovatelské dokumentace, protože přesně vedená dokumentace přináší užitek jak pacientům, tak poskytovatelům zdravotní péče. (5,6)

3.2 Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelskou anamnézu jsem zpracovala v den příjmu pana J. na ortopedické oddělení k plánovanému operačnímu výkonu během osobního pohovoru.

Použila jsem koncepční model Marjory Gordonové. Tento model vychází z hodnocení kvality zdraví jedince, vyjadřuje jeho celkovou bio-psycho-sociální integritu. Při kontaktu s pacientem sestra identifikuje funkční nebo disfunkční vzorce zdraví, dle Gordonové může být zdravotní stav člověka funkční nebo dysfunkční. Vzorce zdraví vyjadřují úseky chování jedince v určitém čase a reprezentují základní ošetřovatelské údaje.

Základní strukturu modelu tvoří dvanáct oblastí, které autorka označuje jako dvanáct funkčních vzorců zdraví. Dysfunkční vzorec je buď projevem aktuálního onemocnění nebo znakem potenciálního problému. Sestra tento dysfunkční vzorec identifikuje, zformuluje ošetřovatelskou diagnózu a pokračuje v ošetřovatelském procesu. (7)

Během operačního výkonu je ošetřování zabezpečováno zdravotnickým odborným personálem operačního sálu.

Perioperační sestry se zaměřují především na :

- edukaci pacienta před operačním výkonem
- ochranu pacienta před zraněním a infekcí
- ochranu kůže před poraněním při pohybu a změně polohy
- udržování polohy
- používání vhodných ochranných pomůcek
- sledování pacienta
- vedení příslušné dokumentace
- ošetřovatelské výkony
- kontrola sterility používaných nástrojů a materiálu
- vlastní instrumentování během operačního výkonu
- asistence instrumentáře, příprava nástrojů, pomůcek, materiálu, vyhledání a podávání požadovaných implantátů
- kontrola a počítání použitých chirurgických nástrojů a materiálu (8)

3.2.1 Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdravotního stavu

Pacient přijat k hospitalizaci na ortopedické oddělení k plánované operaci totální endoprotézy pravého kyčelního kloubu.

Klient utrpěl asi před 20 lety při autonehodě frakturu hlavice kyčelního kloubu, která byla operačně řešena pomocí hřebíků. Od tohoto období trpěl bolestmi v kyčelní oblasti, které se postupně začaly rozšiřovat do beder a kolene. Bolest začala omezovat většinu jeho aktivit a v noci ho často budila. Postupně došlo k omezení pohybu v postiženém kloubu, což panu J. působí problémy při zavazování tkaniček. Postiženou končetinu se snaží odlehčovat, aby si ulevil od bolesti. Nadměrně při tom zatěžuje zdravou končetinu, která ho už také začíná bolet. Zároveň často pociťuje i bolesti v oblasti bederní páteře, způsobené špatným držením těla. Nejvíce mu vadí, že bolest ho omezuje při řízení automobilu.

Klient je zaměstnán jako ředitel střední průmyslové školy, nekouří, alkohol pije pouze občas (1 pivo). Svůj současný zdravotní stav hodnotí jako uspokojivý, nikdy se neléčil se žádnou vážnou chorobou, na preventivní prohlídky chodí pravidelně. Nyní se obává operace a eventuálních pooperačních komplikací. Z tohoto důvodu ji několikrát odložil.

3.2.2 Výživa a metabolismus

Pacient před operací redukoval svou hmotnost, při 180 cm vážil 108 kg. Podařilo se mu upravit pravidelnost stravování, především se naučil snídat a omezil tuky a sůl. Nyní váží 92 kg. Pije neslazené čaje a vodu z vodovodu asi 1,5 – 2 litry denně. Jednou denně si dopřeje šálek instantní kávy s mlékem. Klient má stálý chrup, ale trpí paradentózou a proto nejí tvrdé potraviny (oříšky apod.).

Pacient byl v rámci edukačního pohovoru informován o lačnění před operačním výkonem: od půlnoci: nejíst, nepít, nekouřit.

3.2.3 Vylučování

Pacient močí bez obtíží, ale častěji z důvodu lehce zbytnělé prostaty. Na stolicí chodí pravidelně jednou denně ráno. Nezvrací, nijak výrazně se nepotí.

3.2.4 Aktivita, cvičení

Na lékařovo doporučení chodí občas plavat a šlapat na ortopedu. Jízdu na kole a práci na zahrádce musel omezit pro zvyšování intenzity bolesti a neschopnosti se ohnout z důvodu omezené flexe postiženého kloubu. Chodí na krátké procházky se psem. Rád sleduje sportovní aktivity alespoň v televizi a čte knihy.

3.2.5 Spánek, odpočinek

Pacient je zvyklý spát asi 6 hodin denně, preferuje chladnější, dobře vyvětrané prostředí. S usínáním problému nemá, ale od 3. hodiny ranní ho často probouzely křečovitě bolesti v kyčli, které vystřelovaly do kolene a lýtka. Musel vstát z lůžka a chvíli se procházet až bolest odezněla. Žádná analgetika neužívá. V rámci předoperační přípravy byla pacientovi podána premedikace před spaním Diazepam 1 tbl. na noc p.o.

3.2.6 Vnímání, poznávání

Pacient je plně orientovaný, komunikující. Nosí brýle na čtení, sluch, čich, chuť jsou v pořádku. Slovní projev je ucelený, řeč srozumitelná.

3.2.7 Sebepojetí, sebeúcta

Klient se vnímá jako klidný, vyrovnaný, je si vědom svého strachu z dobrého výsledku operace. Přiznává, že nemá dobré zkušenosti s rekonvalescencí po předchozích operacích a proto odkládal i tento výkon.

3.2.8 Plnění rolí, mezilidské vztahy

Klient žije ve společné domácnosti s manželkou v rodinném domě se zahradou. Mají dvě dospělé děti, které už mají své rodiny. Pravidelně se s nimi navštěvují. Rodiče klienta žijí ve svém domě a jsou soběstační. Po operaci si klientova manželka naplánovala dovolenou, aby o něho mohla pečovat a pomohla mu s aklimatizací v domácím prostředí. Klient bude v pracovní neschopnosti, ale bude v pravidelném kontaktu se svými zaměstnanci, protože pracuje ve vedoucí funkci a má obavu, aby po dobu jeho nepřítomnosti nedošlo v zaměstnání k problémům.

3.2.9 Sexualita a reprodukční schopnosti

Sexuální vztah s manželkou dobrý, další děti již neplánují.

3.2.10 Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Pro klienta je nyní stresující hlavně bolest, která ho budí ze spaní a přes den omezuje běžné aktivity. Stresuje ho i strach z průběhu operace. Už se těší až bude moci po výkonu rehabilitovat, aby jeho omezení soběstačnosti bylo co nejkratší. Prostudoval rehabilitační techniky a používání pomůcek. Je si vědom, že závislost na pomoci druhých bude dočasný stav a snaží se s tím vyrovnat. Problémové situace probírá s manželkou a dětmi.

3.2.11 Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Klient není věřící. Je pro něho důležité zdraví, rodina a dobré vztahy v rodině a se známými. Důležitá je pro něho i spokojenost v zaměstnání, které ho velmi baví, zároveň potřebuje kontakt s lidmi.

/A,D/

3.3 Ošetrovateľské diagnózy

Ošetrovateľské diagnózy jsem stanovila na základě anamnestického pohovoru, vyšetření a zhodnocení fyziologických funkcí, míry soběstačnosti a celkového stavu pana J. v den příjmu a rozdělila je na aktuální a potenciální diagnózy. Zároveň jsem stanovila rizika, která ohrožují zdraví pacienta během operačního výkonu.

3.3.1 Přehled aktuálních ošetrovateľských diagnóz

v perioperačním období

1. Strach z operačního výkonu
2. Riziko vniknutí infekce do operační rány
3. Riziko popálení pacienta během operačního výkonu
4. Riziko úrazu pacienta v souvislosti s nesprávnou polohou na operačním stole
5. Riziko sníženého objemu tělesných tekutin v důsledku zvýšených krevních ztrát
6. Riziko snížené tělesné teploty během operačního výkonu

3.3.2 Přehled potenciálních ošetrovateľských diagnóz

v pooperačním období

1. Riziko akutní bolesti po operačním výkonu
2. Omezení pohybu v důsledku dodržení léčebného režimu po operačním výkonu
3. Porucha sebepěče v důsledku poruchy hybnosti /A,D/

3.4 Plán ošetrovatelské péče pro operační den

3.4.1 Strach z operačního výkonu

Cíl: Pacient reálně hodnotí danou situaci a před operací se cítí v psychické a fyzické pohodě.

Plán ošetrovatelské péče: Pacient před plánovaným výkonem je edukován sálovou sestrou, která pacientovi vysvětlí jak proběhne jeho pobyt na operačním sále. Upozorní ho, že bude na operačním stole fixován pomocí popruhů a zarážek. Informuje ho o používané dezinfekci a zjistí zda na ní nemá alergii.

Upozorní ho na přiložení neutrální elektrody od koagulačního přístroje a nepříjemný zvuk vrtačky a pily, který může během výkonu slyšet. Nabídne mu možnost poslechu hudby pomocí sluchátek. Sestra povzbuzuje pacienta, aby se ptal na vše, co mu není jasné, používá výrazy, kterým pacient rozumí.

Udrží oční kontakt s pacientem, informace podává postupně a poskytuje pacientovi časový prostor pro otázky.

Realizace: Pana J. jsem navštívila odpoledne v den příjmu a poprosila ho, aby si šel se mnou na vyšetřovnu, kde bych ho chtěla informovat o průběhu jeho operace. Vyšetřovnu jsem zvolila úmyslně, protože jsem chtěla, aby náš rozhovor probíhal v klidu. Také pan J. mi řekl, že je mu nepříjemné o svém zdraví a pocitech hovořit před ostatními pacienty. Informovala jsem ho o průběhu operace dle plánu ošetrovatelské péče. Pan J. se mi svěřil, že má největší strach z epidurální anestezie přesto, že byl anesteziogickým lékařem o jejím způsobu provedení poučen. Sdělila jsem mu, že jeho obavy chápu a že to není nic nepřírozeného, ale že k životu prostě patří a mají v něm svůj význam. V žádném případě by se za ně neměl stydět, ale naopak se s nimi svěřit ošetřujícímu personálu.

Další obavu, která trápila pana J. byla starost, jak zvládne pooperační období, především deficit sebepéče a délka pobytu v nemocničním zařízení. Svěřil se mi, že jeho obavy jsou hodně způsobeny negativními zkušenostmi jeho známých. Vysvětlila jsem mu, že u každého pacienta probíhá rekonvalescence jinak. Vysvětlila jsem mu, že průběh a rychlost rekonvalescence může sám ovlivnit svým pozitivním myšlením a aktivním přístupem k rehabilitaci.

Na závěr jsem panu J. doporučila, aby se dnes co nejvíce zdržoval ve společenské místnosti, kde ostatní pacienti sledují televizní program a zároveň by se mu tím naskytla příležitost komunikace s ostatními pacienty. Tím se alespoň částečně odpoutá jeho mysl od operačního výkonu.

Hodnocení: Obavy z operačního výkonu zcela nepominuly, ale pan J. je už dokáže verbalizovat a je si vědom toho, že výkon je nutný a jeho další odklad by nic nevyřešil.

Druhý den, jsem se setkala s panem J. už na sále. Potěšilo ho, že vidí známou tvář. Když jsem se ho zeptala, jak se cítí, řekl mi, že už je klidnější než včera a prý se i dobře vyspal. (9)

3.4.2 Riziko infekce operační rány

Cíl: Minimalizace rizika infekce operační rány.

Plán ošetřovatelské péče: Předoperační příprava pacienta a operačního pole se provede v co nejkratší době před operací, aby se zabránilo nosokomiální nákaze. Operační výkon provádíme na operačních sálech, které mají ventilaci s pozitivním tlakem vůči okolí a vzduch zde proudí laminárně přes filtry. Během operačního výkonu dodržujeme zásady asepsy a bariérových ošetřovacích technik.

Realizace: V operační den ráno sanitářka oholila pacientovi operační pole pomocí pěny a plastové žiletky. Na našem oddělení upřednostňujeme tuto mokrou metodu. Při použití žiletky nebo břitvy dochází k mikroskopickým řezným zraněním kůže, ve kterých se mohou usídlit a rozmnožovat mikroorganismy. (10) Po té se pacient osprchoval a asi za 1 hodinu byl přivezen na operační sál. Pacienta jsem s pomocí sanitářů přeložila na operační stůl, přikryla ho rouškou a vlasy mu zakryla čepicí. Po té jsem ho předala anesteziologickému týmu spolu s 1g Cefazolinu, který anesteziologická sestra aplikuje i.v. 15 min. před operačním výkonem jako antibiotickou profylaxi a začala se připravovat na tento operační výkon.

Během pohybu v traktu operačních sálů jsem oblečena do sálového oděvu, vlasy mám zakryté čepicí a před nos a ústa ústenku.. Před vstupem na sál si dezinfikuji ruce roztokem Sterilium.

Připravila jsem si sterilní pomůcky, jednoúčelové rouškování a nástroje. Již ráno jsem si zkontrolovala expirace nyní jsem si ještě ověřila, že nedošlo k poškození obalu. Po té je již přivezen pan J. na operační sál. Společně se sanitářem a druhou sestrou uložíme pacienta na stole do operační polohy.

Po té jsem si umyla ruce dezinfekčním mýdlem Braunosan, vetřela dezinfekční roztok Sterilium a nechala zaschnout. Oblékla jsem si sterilní plášť a rukavice a sterilně si připravila potřebné nástroje a pomůcky za pomoci kolegyně.

Sterilně jsem oblékla lékaře a společně jsme natřeli operační pole roztokem Beranině. Nechali jsme ho důkladně zaschnout. Po té jsme zarouškovali pana J. jednoúčelovým rouškováním, které se lépe fixuje k operační ráně, je nepropustné a hlavně na rozdíl od látkového, nevíří prach. Na závěr byl operační přístup přelepen incizní folií. Po ukončení operačního výkonu jsem okolí operační rány umyla 3% hydrogenii peroxidum, osušila, potřela tamponem namočeným v Betadině a zakryla sterilními čtverci. Toto sterilní krytí bude na ráně ponecháno 48 hodin. (11)

Hodnocení: Ihned po operačním výkonu nebylo možné zhodnotit úspěšnost realizace ošetřovatelského plánu. Při propuštění do domácího ošetření byla

operační rána bez známek časně infekce (bolestivost, zarudnutí, otok), stehy byly odstraněny. /C/

3.4.3 Riziko popálení pacienta během operačního výkonu

Cíl: Minimalizace rizika popálení pacienta během operačního výkonu.

Plán ošetrovatelské péče: Pokud budeme během operačního výkonu používat koagulační přístroj, přiložíme k tělu pacienta neutrální elektrodu.

Pacient musí být uložen na izolační operační podložce na suchém prostěradle. Všechny vodivé povrchy a místa dotyku musí být izolovány od pacienta. Jedná se především o opěrky rukou a nohou.

Pro dezinfekci operačního pole používáme dezinfekci bez alkoholu, aby nedošlo při koagulaci ke vznícení alkoholových par. Zároveň dbáme, aby tato dezinfekce nezatekla pod tělo pacienta a operační pole rouškujeme až po jejím zaschnutí, protože tekutina se nemá po zarouškování kam odpařit a je vodivá pro elektrický proud. Použití koagulačního přístroje zaznamenáme do ošetrovatelské dokumentace a do provozního denníku tohoto přístroje. (12)

Realizace: Po uložení pana J. na operační stůl jsem mu na levé stehno přidělala pomocí popruhu neutrální elektrodu a zapojila ji pomocí kabelu do elektrokoagulačního přístroje.

Jelikož se pan J. dotýkal pravou horní končetinou kovové hrazdy stolu, odizolovala jsem ji pomocí roušek a obinadla. Pro dezinfekci operačního pole jsem použila roztok Betadine, který neobsahuje alkohol. Přebytečnou dezinfekci, která zatekla do oblasti pravého třísla, jsem odsála pomocí sterilních papírových ubrousků.

Před začátkem operace jsem zkontrolovala funkčnost elektrody a její správné zapojení do přístroje, které provedl sanitář. Vše bylo v pořádku. O použití elektrokoagulačního přístroje během operace jsem provedla záznam do ošetrovatelské dokumentace a provozního denníku použitého přístroje.

Hodnocení: Operace proběhla bez komplikací. Při překládání pana J. na lůžko jsem kontrolovala jeho kůži v místě přiložení neutrální elektrody a na ostatních částech těla. Kromě operační rány nebylo na těle pacienta žádné zarudnutí ani jiné poškození kůže.

3.4.4 Riziko úrazu pacienta v souvislosti s nesprávnou polohou na operačním stole

Cíl: Minimalizace rizika úrazu pacienta během operačního výkonu.

Plán péče: Překlad pacienta na operační sál provádí sálová sestra spolu se sanitářem přímo na pojízdný operační stůl s využitím pomocné překládací desky. Stůl i lůžko pacienta musí být při překládání zabrzděny. Pacient je uložen na operační stůl na zádech, po stranách je zajištěn pomocí zarážek, aby nedošlo k jeho pádu na zem v případě naklonění stolu pro lepší přístup operátora do rány. Je důležité zmínit, že proleženiny, které jsou způsobeny špatnou polohou pacienta na operačním stole, jsou často mylně popisovány jako vysokofrekvenční popáleniny. (13) Proto je třeba dbát, aby riziková místa byla vypodložena pomocí molitanových podložek.

Realizace: Po příjezdu pana J. na předsálí jsem ho s pomocí sanitářů a překládací desky přeložila na operační stůl. Po provedení epidurální anestezie byl pacient převezen na operační sál. Zde jsem s pomocí sanitáře a obíhající sestry dala pana J. do operační polohy. Panu J. byla nepříjemná poloha na rovné desce, proto jsem mu pod hlavu a ramena vložila molitanový klín. Pravá část jeho těla musela lehce přesahovat okraj operačního stolu. Na levý okraj jsem upevnila zarážky, aby nedošlo při naklonění stolu k pádu pana J. na zem. Pravou horní končetinu jsem omotala rouškou a pomocí elastického obinadla ji vyvázala na hrazdu nad hlavu pana J. Levou horní končetinu jsem uložila na područku a připevnila ji molitanovým popruhem. Paty pana J. jsem podložila molitanovou podložkou. Při

manipulaci s operačním stolem během operačního výkonu, jsem dávala pozor, aby se instrumentační stolek nedotýkal končetin pana J. Po operačním výkonu jsem pomohla přeložit pana J. zpět do lůžka a zároveň zkontrolovala, že na jeho těle nejsou žádné změny na kůži.

Hodnocení: Operační výkon proběhl bez komplikací, na těle nebyly po operačním výkonu kromě operační rány žádné změny na kůži. Toto jsem také zaznamenala do ošetrovatelské dokumentace sálové sestry. (14)

3.4.5 Riziko sníženého objemu tělesných tekutin v důsledku

operačního výkonu

Cíl: Minimalizujeme riziko sníženého objemu tělesných tekutin především omezením krevních ztrát.

Plán péče: Ke snížení objemu tělesných tekutin dochází u pacientů vlivem předoperační přípravy (od pŕlnoci nic per os) a v důsledku krevních ztrát.

Krevní řečiště během operačního výkonu doplňuje anesteziologická sestra infuzními roztoky dle ordinací lékaře.

Povinností perioperační sestry je minimalizovat krevní ztráty tím, že bude na případné zvýšené krvácení připravena. Před operačním výkonem musí zkontrolovat funkčnost koagulačního přístroje a odsávačky. Na instrumentačním stolku musí mít připravené nástroje ke stavění krvácení – peány a šití na podvazy cév. Zároveň musí sledovat dění v operační ráně a rychle reagovat na pokyny operátéra.

O případném zvýšeném krvácení ihned informujeme anesteziologa.

Realizace: Před operačním výkonem pana J. jsem zkontrolovala funkčnost odsávačky a koagulačního přístroje. Na stolcích jsem měla připravené nástroje přehledně srovnané včetně peánů na stavění krvácení, dostatečné množství

břišních roušek a podvazový šicí materiál. Během operačního výkonu operatér stavěl krvácení pomocí elektrokoagulace.

K většímu krvácení nedošlo.

Hodnocení: Krevní ztráty pana J. byly 300 ml. K žádnému většímu krvácení nedošlo.

3.4.6 Riziko snížení tělesné teploty během operačního výkonu

Cíl: Minimalizujeme riziko poklesu tělesné teploty.

Plán: Dbáme, aby z klimatizace proudil ohřátý vzduch na 22-24°C. Pacienta ukládáme na operační stůl na suchou podložku a dbáme, aby pod jeho tělo nezatekl dezinfekční roztok. Místa mimo operační pole zakryjeme rouškami a termoizolační fólií. Pro výplach operační rány používáme ohřátý roztok na 37°C.

Realizace: Každý den ráno kontroluje perioperační sestra mající noční službu funkčnost klimatizace a teplotu vzduchu na všech operačních sálech. Stejně tomu bylo i v den operačního výkonu pana J.

Po jeho přeložení na operační stůl, byl přikryt rouškou a dekou. Během dezinfekce operačního pole jsem stékající dezinfekci včas vysušila sterilní rouškou, aby nedošlo k jejímu zatečení pod tělo pacienta. Místa mimo operační pole byla zakryta rouškami. Pro výplach operační rány jsem použila ohřátý 10% roztok Betadine.

Po operačním výkonu si pan J. stěžoval, že je mu zima, jeho kůže byla chladná a bledá, začínal se třást. Ihned jsem ho zakryla teplou dekou a přeložila s pomocí ostatního personálu do lůžka.

Hodnocení: Po operačním výkonu došlo pouze k malému poklesu tělesné teploty z 36,7°C na 36,2°C, který se projevil bledou a chladnou kůží a lehkým třasem. Jinak byl pacient oběhově stabilní, bez cyanózy nehtových lůžek.

3.5 Dlouhodobý ošetrovatelský plán

3.5.1 Riziko akutní bolesti po operačním výkonu

Cíl: Cílem je zmírnit bolest pacienta.

Plán péče: Poučíme pacienta o úlevové poloze.

Informujeme pacienta o nutnosti včas signalizovat bolest, podáváme analgetika, sledujeme jejich účinek a případné nežádoucí účinky. Informujeme pacienta o jejich nežádoucích účincích. O podávání analgetik vedeme záznam v ošetrovatelské dokumentaci. Pokud nebude léčba bolesti účinná, informujeme ošetřujícího lékaře.

Realizace: Po operačním výkonu jsme pana J. šetrně přeložili z operačního stolu do lůžka pomocí překladové desky. Na operační ránu jsem přiložila ledový obklad.

Upozornila jsem ho, že má mít operovanou končetinu v úlevové poloze – v lehké abdukci a vnitřní rotaci, aby špička operované končetiny nepřepadávala vpravo. Zároveň jsem ho poučila, že po odeznění účinku epidurální anestezie začne operační rána bolet. Zdůraznila jsem, že bolest nesmí nechat bolest vystupňovat, ale včas o ní informovat sestru, aby mu podala léky proti bolesti, které mu naordinoval ošetřující lékař. Jednalo se o Morphin 1 amp. i.m. a 6 hod. při bolestech a v mezidobí Novalgin 1 amp. i.m. Pana J. jsem po operačním výkonu navštívila a ptala se ho jestli má bolesti a jak jsou intenzivní. Použila jsem stupnici: 0- žádná bolest, 1- mírná bolest,

2- nepříjemná, 3- silná bolest, 4- velmi silná bolest, 5- nesnesitelná bolest. V první dva pooperační dny pan J. bolest hodnotil stupněm č. 4 jako velmi intenzivní řezavou až pálivou, ale po půl hodině od podání injekce se tato bolest zmírnila na stupeň č. 2. V další dny hodnotil bolest stupněm č. 2, jako tupou, po podání analgetika po 30 minutách hodnotí bolest č. 1. Od 6. pooperačního dne se

snaží svou mysl soustředit na rehabilitaci a bolest už tolik nevnímá. Pouze v noci ještě vnímá bolest více, hodnotí ji stupněm č. 2 a žádá před spaním 1 amp. Novalginu i.m.

Operační ránu stále leduje a na lůžku ukládá končetinu do úlevové polohy.

Hodnocení: Pan J. se naučil hodnotit intenzitu bolesti, nenechal ji vystupňovat a včas o ní informoval sestry. Zároveň se snažil pomoci si úlevovou polohou a ledováním operační rány. Věděl, že se jedná o dočasný stav a snažil se svou mysl odpoutat od bolesti četbou a rehabilitací.

3.5.2 Omezení pohybu v důsledku dodržení léčebného režimu po operačním výkonu

Cíl: Pacient chápe důvody omezení pohybu. Pacient před propuštěním do domácího ošetření udržuje správnou polohu těla, umí se posazovat na lůžku, vstávat z lůžku a přesunout se do křesla. Zároveň zná a používá správnou techniku chůze o berlích včetně chůze po schodech.

Plán péče: Pan J. se posadí sám na lůžku se spuštěnými bérceci do 3. dne hospitalizace, do 5. dne zvládne chůzi o berlích a do konce hospitalizace zvládne chůzi po schodech o 2 berlích.

Podle instrukcí fyzioterapeuta budeme s pacientem provádět nácvik rehabilitačního cvičení a kontrolovat jeho správné provádění.

Realizace: Již 1. pooperační den pana J. navštívil fyzioterapeut a informoval ho o plánu rehabilitace, který bude přizpůsoben momentálnímu zdravotnímu stavu pana J.

Hlavní zásady, které musí pan J. dodržovat:

- V žádné poloze, ani na lůžku nesmí dávat nohu přes nohu.
- Pro pohyb na lůžku např. při přetáčení těla jsem dala panu J. molitanový

polštář vysoký 15 cm, který měl vložený mezi kolena.

- Příkrývku na lůžku mít tak, aby se nemusel předklánět, pokud to nelze, musí požádat o pomoc sestru. (15)

Druhý pooperační den začal pan J. nacvičovat posazení na lůžku pod vedením fyzioterapeuta.

Třetí operační den již zvládl postavení u lůžka pomocí podpažních holí. Problém mu činilo zvednutí operované končetiny na lůžko. Naučila jsem ho používat jako pomůcku popruh navlečený přes chodidlo, pomocí kterého nohu zvedl. Zároveň jsem požádala manželku, aby mu přivezla pevné přezůvky, protože v pantofle, které měl mu padaly z nohou a hrozilo nebezpečí pádu.

Od 4. dne již pod mým dohledem byl schopen dojít o podpažních berlích do křesla. Upozornila jsem ho na nutnost nikdy v sedu neohýbat kyčel více než do pravého úhlu.

5. den již zvládl dojít do koupelny a s pomocí se osprchovat. Nadále jsem s panem J. trénovala správnou chůzi o podpažních berlích. Pan J. měl tendenci se na berle „věšet“ celou vahou těla, proto jsme nejprve nacvičovali udržení správného vzpřímeného postoje. Bylo důležité, aby obě berle předsunul před sebe, vzepřel se na nich a váhu přenesl dlaněmi na madla, operovanou odlehčenou končetinou vykročil, přisunul neoperovanou končetinu a přesunul na ni zátěž. Zároveň jsme začali cvičit chůzi o francouzských berlích.

Od 8. dne již pan J. chodí samostatně a nacvičuje chůzi po schodech.

Hodnocení: Během rehabilitace pana J. nedošlo k luxaci protézy, ani k žádným jiným komplikacím. Pacient při propuštění zvládá samostatně pohyb pomocí podpažních berlí včetně chůze po schodech.

3.5.3 Porucha sebezpečí v důsledku poruchy hybnosti

Cíl: Pacient bude aktivně spolupracovat při osobní hygieně. Před propuštěním do domácího ošetření pacient dosáhne maximální míry soběstačnosti a bude seznámen s možnostmi využití pomůcek.

Plán péče: Nejprve zjistíme míru soběstačnosti pacienta.

Připravíme podmínky a prostředí, abychom mohli pacienta aktivně zapojit do provedení hygienické péče. Připravíme vhodné pomůcky, které mu usnadní hygienickou péči a zajistí jeho bezpečnost s ohledem na prevenci úrazu. Nemocnému poskytneme dostatek času a zajistíme soukromí.

Kontrolujeme provedení těchto činností a nemocného za jejich správné provedení pochválíme a povzbudíme ho k další aktivitě.

Realizace: Pan J. byl v den operace zcela závislý na poskytnutí celkové ošetrovatelské péče, proto byla celková hygienická péče provedena na lůžku.

1. pooperační den se pan J. zapojil do ošetrovatelské péče na lůžku. Sám si omyl obličej, ruce a vyčistil zuby. S další péčí jsem mu pomohla.

Druhý pooperační den se již pan J. posadil na lůžku a sám si umyl horní polovinu těla. Dopomoc potřeboval v oblasti zad a dolních končetin.

Třetí a čtvrtý pooperační den jsem pomocí vozíku dopravila pana J. do sprchy, kde provedl osobní hygienu v sedě na stoličce.

Od pátého pooperačního dne byl již pan J. schopen dojít do sprchy sám s pomocí podpažních berlí. Pomáhala jsem mu s přenášením hygienických potřeb a dohlížela na jeho přemísťování, aby zbytečně nedošlo k jeho pádu a následnému vykloubení kyčle nebo k jinému úrazu.

Samozřejmě jsem panu J. ponechávala dostatečný časový prostor pro zvládnutí sebezpečí a pochvalou ho povzbuzovala v jeho činnosti.

Hodnocení: Pan J. je schopný aktivní spolupráce při sebezpečí, udává příjemný pocit tělesné čistoty. Před propuštěním do domácího ošetření je schopen sám provádět sebezpečí pomocí pomůcek.

3.6. Psychosociální zhodnocení pacienta

Koxartróza kyčelního kloubu znamenala pro pana J. zátěž, protože bolest se zintenzivňovala. Vykonávání oblíbených aktivit bylo bolestí výrazně omezeno. Bolest ho obtěžovala i v noci a neumožnila mu plnohodnotný spánek. Ráno pak pociťoval vlivem nevyspání zvýšenou nervozitu a napětí.

Z důvodu strachu z operačního výkonu, po předchozí špatné zkušenosti, plánovanou operaci několikrát odložil.

Na nemocniční prostředí se adaptoval dobře. Byl mile překvapen vstřícností personálu a velmi dobrým průběhem pooperační péče a rehabilitace.

Po operačním výkonu se mnou komunikoval stále více a byl uvolněnější, ochotněji hovořil o svých předoperačních obavách.

Velmi dobře spolupracoval při rehabilitaci, sám se snažil být aktivní, používal doporučené pomůcky. Jeho hlavní motivací bylo, aby byl co nejdříve soběstačný a manželka s ním měla v domácím péči co nejméně práce.

Sociální izolací během hospitalizace netrpěl, pravidelně ho navštěvovala manželka, dcera i syn. Přesto se těšil, až bude propuštěn do domácího prostředí, protože na pokoji byl hospitalizován s dalšími dvěma pacienty a měl pocit nedostatku soukromí. Bohužel kapacitní důvody nám neumožnily, umístit pana J. na jednolůžkový pokoj.

Po propuštění do domácího ošetřování se bude o pana J. starat manželka, která si na toto období naplánovala 14 dnů dovolené. Žijí v rodinném domě, obytné místnosti i sociální zařízení mají v přízemí domu.

Pomoc sociální služby nevyžadují.

3.7. Edukace

V současné době klademe stále větší důraz na zapojení pacienta do léčby. Edukace se tedy stává důležitou součástí léčby. Nejedná se o pouhé předávání informací, ale klademe důraz i na názornost – předvedení činnosti, kterou chceme pacienta naučit.

Při edukaci pacienta jsme trpěliví, umožníme mu opakování činnosti, upozorníme ho na chyby a hlavně chválíme za každý i sebemenší pokrok.

Při své edukaci pana J. jsem volila před operačním výkonem verbální způsob poučení. Zaměřila jsem se především na popis průběhu jeho pobytu na sále a odpovídala na jeho dotazy.

Po operačním výkonu jsem pana J. použila v rámci prevence tromboembolické nemoci o nutnosti nosit elastické bandáže dolních končetin, pravidelně cvičit podle pokynů rehabilitační sestry a dodržovat pitný režim.

Po propuštění do domácího ošetřování bude pacient nadále užívat Warfarin, proto jsem ho poučila, že nadměrná konzumace vitamínu K snižuje účinek tohoto léku. Je obsažen ve špenátu, brokolici, zelí a salátu.

Dále se má do tří dnů dostavit ke kontrole INR u své ošetřující lékařky.

Pro lepší zvládnutí pooperační bolesti, jsem pana J. seznámila se stupnicí jejího hodnocení, kterou měl zapsanou na kartičce a zaznamenával si její křivku. Na našem oddělení používáme stupnici 0-5: (0- žádná bolest, 1- mírná bolest, 2- nepříjemná, 3- silná bolest, 4- velmi silná bolest, 5- nesnesitelná bolest).

Zároveň jsem ho poučila o správném uložení operované končetiny, aby nedošlo k její luxaci v operovaném kyčelním kloubu.

V další pooperační dny jsem s panem J. procvičovala změny poloh, sed, chození pomocí berlí a postupné zvládnutí sebezpečí podle jeho aktuálního zdravotního stavu. Poučila jsem pana J. o nutnosti dodržet opatření omezení některých pohybů a odlehčování končetiny i po propuštění do domácího ošetřování.

Pro lepší názornost jsem ho vybavila informační brožurou s nákresey rehabilitačního cvičení, které jsme spolu nacvičovali.

Ke kontrole na ortopedické ambulanci se má dostavit za čtyři týdny. Poučila jsem ho, že pokud by nevyskytly nějaké obtíže, může samozřejmě přijít ihned. (9)

Režimová opatření – prevence luxace operovaného kyčelního kloubu:

1. Není vhodný hluboký sed (nízké měkké křeslo, sedadlo v automobilu, WC bez nástavce), při kterém by mohlo dojít k luxaci operovaného kyčelního kloubu.
2. Při chůzi nezatěžovat operovanou dolní končetinu, váhu přenést na berle.
3. Berle neodkládejte, dokud Vám to ošetřující lékař nedovolí.
4. Držet dolní končetiny od sebe, při spánku používat polštář mezi kolena, křížení končetin je nevhodné.
5. Držet operovanou končetinu ve správné rotaci – špička směřuje směrem ke zdravé končetině.
6. Několikrát denně cvičte.
7. Při oblékání ponožek použijte navlékač ponožek nebo požádejte o pomoc další osobu.
8. Důležité je dbát na prevenci pádu, především vhodná obuv s pevnou patou. Zvlášť opatrní musí být pacienti v koupelně – kluzká mokrá podlaha. Je nutné využívat pomůcky: madla, sedátko do sprchy, nástavec na WC, protiskluzové podložky do sprchy.
9. Střídejte chůzi, sed a leh, ležte dvakrát denně 30 minut na břiše. Věnujte pozornost únavě a nepřeceňujte své síly.
10. Dodržujeme zásady správné výživy, protože nadváha vede k opotřebování endoprotézy. (15)

3.8. Prognóza

Pan J. byl v celkovém dobrém zdravotním stavu a také pooperační rekonvalescence a rehabilitace probíhala velmi dobře. Pokud bude dodržovat režimová opatření a nedojde k rozvoji žádné pooperační komplikace, má pacient velmi dobrou prognózu.

Životnost komponenty je závislá na způsobu života, především obezita má vliv na dřívější opotřebení komponenty. Je třeba si uvědomit, že kloubní náhrada neznamena plné uzdravení, ale že šetřící režim je nutný po zbytek života.

Je vhodné se vyvarovat nošení těžkých břemen, kontaktních sportů, sjezdového lyžování v těžkém terénu, jízdy na koni, prudšího běhu a skoků.

Vhodné jsou především procházky v přírodě a rekreační sportování.

Pan J. se chce, až mu to zdravotní stav dovolí, věnovat jízdě na kole a procházkám se psem. Aby se mohl věnovat práci na zahrádce, nechá si postavit skleník se zvýšenými záhony, aby se nemusel ohýbat. Pracuje v kanceláři, proto nebude v zaměstnání nijak omezen.

4. Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo zpracování případové studie **Ošetrovatelská péče o pacienta s totální endoprotézou kyčelního kloubu na operačním sále.**

Teoretická část práce je věnována anatomii kyčelního kloubu a charakteristice onemocnění coxartróza kyčelního kloubu.

V klinické části jsou uvedeny základní údaje o pacientovi se kterým jsem pracovala, jeho lékařská anamnéza a popis průběhu operace a pooperačního období. Informace jsem čerpala z rozhovoru s pacientem, ošetřujícím lékařem a ze zdravotnické dokumentace.

V ošetrovatelské části se věnuji charakteristice ošetrovatelského procesu.

Ošetrovatelskou anamnézu jsem zpracovala podle koncepčního modelu Marjory Gordonové během edukačního pohovoru den před operačním výkonem.

Tento model se vychází z hodnocení kvality zdraví jedince, vyjadřuje jeho celkovou bio-psycho-sociální integritu.

Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila v operační den. Týkají se pobytu na operačním sále. Potenciální ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila pro nejbližší pooperační období. Zformulovala jsem cíle péče a postupně jsem realizovala ošetrovatelskou péči podle připraveného plánu. Úspěšnost realizace jsem zhodnotila.

Součástí mé práce je i psychosociální zhodnocení pacienta.

Pacient byl před propuštěním do domácího léčení poučen o další péči a režimových opatřeních. Vše je popsáno v kapitole edukace. V další kapitole jsem se zabývala prognózou pana J.

Práci uzavírá seznam informačních zdrojů a použité literatury a příloh.

5. Seznam informačních zdrojů

- A** rozhovor s pacientem
- B** rozhovor s ošetřujícím lékařem a ostatními členy ošetřujícího týmu
- C** chorobopis a ošetřovatelská dokumentace
- D** vlastní pozorování pacienta

7. Seznam použité literatury

1. Bartoníček, J., Heřt, J. Základy klinické anatomie pohybového aparátu. Praha: Maxdorf s.r.o., 2004. 256s.
ISBN 80-7345-017-8
2. Dungl, P. a kol. Ortopedie. Praha: Grada, 2005. 1280 s.
ISBN 80-247-0550-8
3. Koudela, K. a kol. Ortopedie. Praha: Karolinum, 2004.
281 s. ISBN 80-246-0654-2
4. Nejedlá, Marie. Fyzikální vyšetření pro sestry. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1150-8
5. Doenges, M. E., Moorhouse, M. F. Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha: Grada, 2001. 568 s.
ISBN 80-247-0242-8
6. Mikšová, Z., Froňková, M., Hernová, R., Zajíčková, M. Kapitoly z ošetrovatelské péče I. Praha: Grada, 2006.
248 s. ISBN 80-247- 1442-6
7. Pavlíková, S. Modely ošetrovatelství v kostce. Praha: Grada, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3
8. Mikšová, Z., Froňková, M., Hernová, R., Zajíčková, M. Kapitoly z ošetrovatelské péče II. Praha: Grada, 2006.
172 s. ISBN 80-247- 1443-4
9. Venglářová, M., Mahrová, G. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8
10. Podstatová, R., Maňar, R. Prevence infekcí v místě chirurgického výkonu. Sestra, 2007, roč. 17, č. 4/2007, příloha instrumentářka s. 8-10
11. Kapounová, Gabriela. Ošetrovatelství v intenzivní péči. Praha: Grada, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9
12. Duda, M. Práce sestry na operačním sále. Praha: Grada, 2000. 392 s. ISBN 80-7169-642-0
13. Fénix s.r.o., Elektrochirurgie Martin - manuál. Brno, 1999. 16 s.

14. Marečková, Jana. Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách.
Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3
15. Sosna, A., Pokorný, D., Jahoda, D. Náhrada kyčelního kloubu.
Praha: Triton, 2003. 58 s. ISBN 80-7254-302-4

7. Seznam příloh

Příloha č. 1: Ošetrovatelský záznam perioperačních sester

2: Sesterská dokumentace - standard