



**UNIVERZITA KARLOVA
V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**



Ústav ošetrovatelství

Lucie Brachtlová

**Ošetrovatelská péče o pacientku po TEP kyčelního
kloubu**

Nursing Care of a Patient after Total Hip Replacement

Bakalářská práce

Praha, červen 2014

Autor práce: Lucie Brachtlová

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **PhDr. Marie Zvoníčková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Odborný konzultant: **MUDr. Tomáš Lena**

Pracoviště odborného konzultanta: **Ortopedicko-traumatologická
klinika, FNKV**

Datum a rok obhajoby: červen 2014

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 2. 6. 2014

Lucie Brachtlová

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla velmi poděkovat své vedoucí práce PhDr. Marii Zvoníčkové a odbornému konzultantovi MUDr. Tomáši Lenovi za trpělivost, užitečné poznatky a odborné vedení mé bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat pacientce E. S., bez jejíhož souhlasu a spolupráce by tato práce nemohla vzniknout.

Obsah

1	KLINICKÁ ČÁST	8
1.1	Anatomie	8
1.1.1	Kloub kyčelní (articulatio coxae)	8
1.1.2	Pohyby kyčelního kloubu	8
1.1.3	Cévy a nervy kyčelního kloubu	9
1.1.4	Svaly kyčelního kloubu (musculi coxae).....	10
1.2	Koxartróza (coxarthrosis).....	10
1.2.1	Patofyziologie	11
1.2.2	Etiologie.....	11
1.2.3	Rizikové faktory	11
1.2.4	Klinický obraz.....	12
1.2.5	Rozdělení koxartrózy	12
1.2.6	Diagnostika	12
1.2.7	Terapie koxartrózy	14
1.3	Totální endoprotéza kyčelního kloubu (TEP).....	15
1.3.1	Indikace TEP kyčelního kloubu	16
1.3.2	Kontraindikace.....	16
1.3.3	Typy používaných endoprotéz	16
1.3.4	Komplikace.....	17
2	ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTCE	19
2.1	Operační protokol.....	21
2.2	Průběh hospitalizace.....	22
2.3	Medikace	25
3	OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A POSOUZENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU DLE MODELU GORDONOVÉ	27
3.1	Posouzení zdravotního stavu při příjmu	27
3.2	Aktuální posouzení zdravotního stavu 4. den hospitalizace, 2. pooperační den	30
3.3	Krátkodobý ošetrovatelský plán.....	32
3.3.1	Narušená integrita kůže (00046).....	33
3.3.2	Akutní bolest (00132).....	33
3.3.3	Deficit sebepéče při koupání a hygieně (00108)	34
3.3.4	Deficit sebepéče při vyprazdňování (00110)	35
3.3.5	Riziko infekce (00004)	36

3.3.6	Riziko pádů (00155)	37
3.3.7	Riziko pooperačních komplikací - dislokace kyčelního kloubu	38
3.3.8	Riziko vzniku TEN z důvodu pooperačního klidového režimu	39
3.4	Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče	40
3.5	Prognóza	40
3.6	Psychická stránka pacientky	41
3.7	Edukace	42
3.7.1	Režimová opatření	42
3.7.2	Cvičení v domácím prostředí	46
4	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	49

Úvod

Téma své bakalářské práce Ošetrovatelská péče o pacientku po TEP kyčelního kloubu jsem si vybrala, protože mi je tato oblast ortopedie blízká a vždy mě velmi zajímala.

Cílem mé bakalářské práce bylo zpracování případové studie u pacientky ve věku 75 let, která byla hospitalizovaná na 4. stanici Ortopedicko-traumatologické kliniky ve FNKV k plánovanému výkonu - totální endoprotéze kyčelního kloubu.

Svojí bakalářskou práci jsem rozdělila na tři oblasti, ve kterých se zabývám klinickou částí, případovou studií a ošetrovatelskou částí.

V úvodu klinické části se budu věnovat anatomii a fyziologii kyčelního kloubu. Další kapitolu věnuji charakteristice koxartrózy - patofyziologii, příznakům, diagnostice a její terapii. Dále se budu zabývat totální endoprotézou kyčelního kloubu. Zde bych uvedla indikace, kontraindikace, typy totálních endoprotéz a možné komplikace.

V další části poté uvádím případovou studii pacientky E. S., která byla hospitalizovaná 9. 12. 2013 k plánované TEP kyčelního kloubu. Informace jsem získala převážně z dokumentace pacientky.

V ošetrovatelské části zpracuji získané údaje o pacientce podle modelu Marjory Gordonové. Nejprve popíši anamnézu a posouzení zdravotního stavu pacientky při příjmu a poté bych ráda ještě aktualizovala informace ze čtvrtého dne hospitalizace a dále druhý pooperační den, na který jsem si stanovila krátkodobý ošetrovatelský plán.

Ke stanovení ošetrovatelských diagnóz jsem použila klasifikaci NANDA, jelikož je spojena právě s ošetrovatelským modelem Marjory Gordonové. Podle této klasifikace jsem vytvořila šest ošetrovatelských problémů, další dva potencionální problémy jsem musela vypracovat zvlášť, jelikož nejsou zahrnuty do klasifikace NANDA.

Dále se ve své práci budu věnovat dlouhodobému ošetrovatelskému plánu, psychické stránce pacientky, edukaci, pooperačnímu pohybovému režimu a možné prognóze.

1 KLINICKÁ ČÁST

1.1 Anatomie

1.1.1 Kloub kyčelní (*articulatio coxae*)

Jedná se o kloub jednoduchý, kulový, omezený. (1)

Kloubní jamka (*acetabulum*) má tvar polokoule o průměru přibližně 5 cm a leží v nejmasivnějším oddílu kosti pánevní. Dno acetabula je vystláno kloubní chrupavkou (*facies lunata*). Okraj je na ventrokaudálním obvodu přerušen (*incisura acetabuli*) a přemostňuje jej *ligamentum transversum acetabuli*. (2)

Hlavice má tvar rotačního elipsoidu a je nasazena na krček stehenní kosti – (*os femoris*). (1)

Kloubní plochy tvoří hlavice kosti stehenní (*caput femoris*) a *facies lunata* doplněna o vazivově chrupavčitý lem. Silné a pevné kloubní pouzdro je zpevněno několika vazy. Od *spina iliaca anterior inferior* k *linea intertrochanterica* vede nejmohutnější vaz lidského těla *ligamentum iliofemorale*. Od stydké kosti sbíhá *ligamentum pubofemorale* k *linea intertrochanterica*. Od sedací kosti sbíhá *ligamentum ischiofemorale* k hornímu okraji krčku. Vazivový prstenec *zona orbicularis* obemyká krček femuru a je pokračováním předchozích vazů na spodní ploše pouzdra. Kloubní pouzdro sbíhá vzadu na *colum femoris* a vpředu od okrajů acetabula na *linea intertrochanterica*.(3)

1.1.2 Pohyby kyčelního kloubu

Kloub svojí stavbou umožňuje v menším rozsahu všechny typy pohybu, které se zastavují o okraje hluboké jamky:

- abdukce - do 40°, zvyšuje se při současné flexi
- addukce - do 10°

- rotace - vnitřní a vnější
- flexe - do 120°, zvyšuje se za současné abdukce
- extenze - do 13°, omezuje ji lig. iliofemorale

Při středním postavení kyčelního kloubu je malá zevní rotace a střední flexe s mírnou abdukci. (2)

1.1.3 Cévy a nervy kyčelního kloubu

Tepny

- vycházejí z periartikulární cévní sítě, zásobují hluboké a povrchové tepny
- povrchové tepny vyživující fibrosní vrstvu, jsou na povrchu pouzdra, větvičky procházejí pouzdrem a končí v synoviální vrstvě
- hluboké tepny procházejí pouzdrem při jeho úponu pod synovii a probíhají dále po povrchu kostí až ke kloubním plochám, zde končí a kolem vytvářejí cévní okruh (*circulus vasculosus subsynovialis Hunteri*)
- do mohutnější části sítě kolem báze krčku femuru vstupují větve z *aa. circumflexae (femoris, medialis a lateralis)*, *aa. gluteae (superior, inferior)* a z *a. perforans*
- druhá část cévní sítě kolem acetabula tvoří větve z *a. glutea (superior, inferior)*, z *a. obturatoria*, *a. pubenda interior*, *a. circumflexa femoris medialis* a menší větve z *a. iliaca externa*, a z *a. profunda femoris* a z *a. femoris* (2)

Žíly

- odvádí krev do pletení kolem pouzdra dále podél přívodných tepen (2)

Nervy

- horní a zevní strana pouzdra je inervována z *n. ischiadicus* a z *n. gluteus superior*
- přední strana kloubního pouzdra je inervována z *n. femoralis*
- mediální strana je inervována z *n. obturatorius* (větévky *n. posterior* pronikají i do kloubu)
- dorzální strana kloubu je inervována z *n. ischiadicus* (2)

1.1.4 Svaly kyčelního kloubu (musculi coxae)

Dělí se na ventrální (přední) a dorzální (zadní) skupinu svalů.

Svaly na ventrální straně kyčelního kloubu - *m. psoas major*, *m. iliacus* a *m. psoas minor* tvoří funkční jednotku *m. iliopsoas*.

Svaly na dorzální straně kyčelního kloubu - zahrnuje svaly **hýžd'ové** (*m. gluteus maximus*, *m. gluteus medius*, *m. gluteus minimus*, *m. gluteus ventralis*) a **hluboké pelvitrochanterické svaly** (*m. piriformis*, *m. obturatorius internus*, *m. gemellus superior*, *m. gemellus inferior*, *m. quadratus femoris*).

Inervace: *mm. glutei* jednotlivými nervy z *plexus sacralis* pelvitrochanterické svaly přímými větvkami z plexu.

Funkce: svaly na ventrální straně - flexe, extenze a rotace hluboké pelvitrochanterické svaly - převážně zevní rotace. (2,4)

1.2 Koxartróza (coxarthrosis)

Koxartróza je artróza kyčelního kloubu a jedná se o nečastější onemocnění kyčelního kloubu ve vyšších věkových dekádách.

Patří mezi degenerativní onemocnění, které vede k omezení pohybu a častěji postihuje pacienty vystavené větší fyzické námaze. (5,7)

1.2.1 Patofyziologie

Artróza se projevuje poškozením chrupavky, která postupně hrubne a kloub se stává inkongruentní. V chrupavce vznikají ulcerace, odlupuje se a kost pod ní se na některých místech nepravdělně zahušťuje – subchondrální sklerotizace. V některých místech na povrchu vznikají trhlinky a cysty.

Reakcí na odloupanou chrupavku se tvoří v kloubní štěrbině více enzymů, které napomáhají odklidit odpadlé částičky, ale zároveň chrupavku dále poškozují.

Na okrajích kloubů vznikají osteofyty pomáhající odlehčení poškozené chrupavce. Osteofyty omezují pohyb v kloubu, dráždí nervy v kloubu, a tím dochází k reflexnímu stažení svalů.

Bolest se dále přenáší i na další klouby a šlachy a dochází ke změně osy končetin a páteře. (7)

1.2.2 Etiologie

Koxartróza může vznikat primárně (idiopaticky), nebo sekundárně. Na vzniku se podílejí faktory endogenní a exogenní. Mezi exogenní patří úraz a endogenním faktorem je např. destabilizace mezi syntézou a odbouráváním chrupavčité matrix.

Rozdělení koxartrózy:

- primární koxartróza - vzniká nejspíše trvalým přetěžováním kloubů (při obezitě, náročném sportu, nesprávném pracovní zařazení, vlivem špatné výživy, atd.)
- sekundární koxartróza - vzniká na podkladě jiného onemocnění a preartrotických stavů, mezi které patří vrozené vady, pouřazové stavy, artritidy, artropatie a získaná onemocnění. (5,7)

1.2.3 Rizikové faktory

Na vzniku artrózy se podílí vyšší věk, ženské pohlaví, zvýšená tělesná váha, přetěžování kloubu sportem nebo těžkou fyzickou prací a také genetické

vlivy. (5)

1.2.4 Klinický obraz

Mezi příznaky nemoci patří únavnost, bolest, krepitus, kontraktury, svalové hypotrofie až ankylózy kloubu a tím vším dochází k omezení funkce. Potíže se ze začátku objevují po námaze, později se projevují i v klidu a v noci.

Bolest je mechanického typu a souvisí se zátěží a únavou. Zhoršuje se při chůzi po nerovném terénu a ze schodů. U destrujícího a pokročilého onemocnění může být bolest i klidového a nočního charakteru.

Koxartróza je doprovázená postupným omezením hybnosti v kloubu. Nejdříve je pohyb omezen ve vnitřní rotaci a flexi. Projevem je kulhání, které je obranou, odlehčující reakcí, a později je podmíněno i svalovou slabostí (pozitivní Trendelenburgovo znamení). (5,8)

1.2.5 Rozdělení koxartrózy

„Rozdělení koxartrózy podle závažnosti umožňují RTG stádia podle Kellgrena - Lawrence (1957):

- I. stádium: zúžení kloubní štěrbiny mediálně a počátek tvorby osteofytů okolo hlavice.*
- II. stádium: určité snížení kloubní štěrbiny inferomediálně, jsou vytvořeny zřetelné osteofyty a subchondrální skleróza.*
- III. stádium: kloubní štěrbina je výrazně zúžená, jsou přítomny osteofyty, sklerocystické změny, detritové cysty hlavice i acetabula, deformace tvaru hlavice i acetabula.*
- IV. stádium: vymizení kloubní štěrbiny se sklerózou a cystami, pokročilá deformace hlavice i acetabula.“ (Dungl et al., 2005, str. 902)*

1.2.6 Diagnostika

Anamnéza - 50% ortopedických onemocnění lze objasnit při správně

odebraném sběru informací z rodinné, osobní, pracovní, sportovní a sociální anamnézy. (6,10)

Fyzikální vyšetření - pohled (vzhled kůže, tvar, otok), pohmat (drásoty, vrzoty, lokální teplota). (10)

Vyšetření kyčelního kloubu v poloze vleže na zádech:

Pohledem se sleduje držení končetiny v kyčli a možné kontraktury a ankylózy. Sleduje se postavení velkého trochanteru vůči pánvi (Roserova - Nelatonova linie, Bryantův trojúhelník). Pohmatem se vyšetřuje *spina iliaca ant. sup.*, *spina iliaca ant. inf.*, ventrální kloubní pouzdro, *tuber ossis ischii*, horní a dolní raménko kosti stydké, krajinu velkého trochanteru a průběh gluteálních svalů. (6)

Vyšetření kyčelního kloubu v poloze vestoje:

Sleduje se osa bederní páteře, typ chůze, kulhání, šetření končetiny, způsob sedání a pozoruje se statika kyčle (Trendelenburgův test). (6)

Funkční vyšetření

„Funkčním vyšetřením zjednodušeně rozumíme zjištění aktivní a pasivní pohyblivosti v jednotlivých kloubech končetin a v jednotlivých úsecích páteře. Stanovujeme rozsah aktivního a pasivního pohybu a vždy srovnáváme s druhou stranou.“ (Dungl et. al., 2005, str. 38)

Rozsah pohybu v jednotlivých kloubech se vyšetřuje podle metody SFTR ve třech rovinách:

S - sagitální rovina (flexe, extenze)

F - frontální rovina (addukce, abdukce)

T - transverzální/horizontální rovina, vyšetřuje se při 90° flexi v kyčli a rameni

R - rotace (vnitřní, zevní)

Pacient se vyšetřuje vleže na zádech, v poloze na boku se vyšetřuje extenze. Rozsah pohybu se zaznamenává SFTR: S 15-0-140, F 60-0-40, T 80-0-30, R 50-0-40. První číslo zaznamenává pohyb od těla, druhá hodnota je nulové postavení, třetí číslo udává pohyb směrem k tělu. (6)

Zobrazovací metody

- RTG: nativní snímek v anteroposteriorním postavení, doplňuje se boční a axilární projekcí
- CT: výpočetní tomografie
- MR: magnetická rezonance (5)

Laboratorní vyšetření - biochemické (metabolismus kostí, homeostázy organismu, záněty), hematologické a hemokoagulační, sérologické, imunologické vyšetření. (9)

Kloubní punkce (artrocentéza) - mikroskopické, makroskopické, mikrobiologické, cytologické, biochemické vyšetření. (9)

1.2.7 Terapie koxartrózy

„Vlastní terapie artrózy závisí na fázi choroby, jejím stupni, věku pacienta a jeho toleranci k medikamentózní, event. jiné léčbě.“ (Koudela et. al., 2003, str. 89)

Konzervativní terapie - kombinace nefarmakologických a farmakologických prostředků:

- *nefarmakologická opatření*: redukce hmotnosti, aktivní rehabilitace bez zátěže, fyzikální terapie (vodoterapie, elektroterapie), lázeňská terapie
- *medikamentózní terapie*:
 - analgetika - léky proti bolesti (paracetamol)
 - nesteroidní antirevmatika - nejpoužívanější v léčbě artrózy, nejčastěji se používá ibuprofen (*Brufen, Ibuprofen*), diclofenak

(*Voltaren, Veral, Dolmina, Diclofenac*), nimesulid (*Aulin*), rofecoxib (*Vioxx*), celecoxib (*Celebrex*), meloxicam (*Movalis*)
chondroprotektiva - patří do skupiny pomalu působících léků s pomalým nástupem účinku a dlouhodobým přetrváváním příznivého účinku,

- celkově aplikované - glukosaminsulfát (DONA), chondroitinsulfát (Condrosulf), diacerin (Artrodar)
- lokální aplikace - deriváty kyseliny hyaluronové (Hyalgan, Synvisc)

steroidní antirevmatika - ve formě intraartikulárních injekcí, u koxartrózy se méně používají (6,10)

Chirurgická terapie - operační terapie je indikována u spolupracujících pacientů při vyčerpání a neúčinnosti konzervativní terapie. Závisí také na věku pacienta a typu artrózy. V pozdějším věku je nejužívanější operace totální endoprotéza kyčelního kloubu. (5)

„Typy operace:

- *pomocné*
- *korekční*
- *TEP - cementované, necementované (fixace do kosti), hybridní.“* (Slezáková et al. 2010, str. 120)

1.3 Totální endoprotéza kyčelního kloubu (TEP)

Jedná se o komplexní náhradu kloubní jamky a také hlavice a krčku kosti stehenní.

TEP kyčelního kloubu je indikována tehdy, je-li kloub postižen degenerativním procesem a nelze očekávat stav bez bolesti s dobrou funkcí při konzervativním léčení.

V současné době, kdy se výrazně posunuly možnosti anesteziologického týmu, se posunula věková hranice pro implantaci TEP, ale stále je významným

indikačním kritériem celkový zdravotní stav pacienta.

Každá endoprotéza je tvořena dříkem, který se zavádí do dřeňového kanálu kosti stehenní. Dřík je vyroben z různých pevných kovových slitin. Na krček dříku se nasazuje hladká hlavička, ta je buď z kovového materiálu, nebo keramická. Kloubní jamka může být ukotvena kostním cementem, nebo u necementovaných jamek je fixována zašroubováním (závitořezná jamka), či press-fit technikou, kdy se kotvící část do kostěného lůžka pevně zarazí. (9,11)

1.3.1 Indikace TEP kyčelního kloubu

V našich podmínkách je nejčastější indikovanou příčinou primární koxartróza. Mezi další nejčastější indikace patří:

- zlomenina krčku kosti stehenní, poúrazová destrukce kloubů, poškození kloubu úrazem
- destrukce hlavičky kosti stehenní, nebo kyčelního kloubu (revmatické onemocnění)
- nádorová a metabolická onemocnění horního konce stehenní kosti a acetabula - vzácněji se používá. (8,12)

1.3.2 Kontraindikace

- celkový zdravotní stav (komorbidity, celková infekce, kardiopulmonální onemocnění)
- nespolupracující pacient
- lokální a kožní hnisavá onemocnění
- bércové vředy (13)

1.3.3 Typy používaných endoprotéz

Totální endoprotézy se rozdělují na základě typu ukotvení do kosti:

- cementované endoprotézy - obě komponenty jsou upevněny kostním cementem

- necementované endoprotézy - komponenty jsou upevněny do kosti bez cementové mezivrstvy na základě osteointegrace mezi kostí a povrchem endoprotézy
- hybridní endoprotézy - komponenty jsou upevněny kombinací výše uvedených technik. (6)

1.3.4 Komplikace

Z časového hlediska se komplikace dělí na peroperační, časně, středně pozdní a pozdní. (5)

Peroperační komplikace:

- poranění velkých cév - nejčastěji a. femoralis
- zlomeninu v oblasti acetabula, Adamsova oblouku a zlomeninu kosti stehenní – tzv. peroperační periprotetické zlomeniny
- poranění nervů - n. femoralis, n. ischiadicus, n. fibularis.

Časně komplikace:

- krvácení - ztráty se hradí krevními konzervami, při poranění cév je nutná okamžitá revize specialistou - angiologem
- luxace endoprotézy - projevuje se bolestivostí a patologickým postavením končetiny, repozice se provádí nejčastěji v celkové anestezii, při neúspěchu se provádí otevřená operační revize, při opakovaných luxacích se provádí re-implantace
- syndrom tukové embolie - vzniká vlivem uvolňovaného toxického monomeru při cementování
- TEN - důležitá je prevence (podávání nízkomolekulárního heparinu, bandáže, rehabilitace, časná mobilizace).

Středně pozdní komplikace:

- rozestup rány (dehiscence) - nutné chirurgické ošetření (excize, výplach, resutura)
- pozdní hematoma - u většího hematoma se provádí revize rány, evakuace hematoma
- časná infekce - provádí se revize rány a stěr a odběr tkáně na bakteriologické vyšetření, podávají se ATB.

Pozdní komplikace:

- mitigovaná infekce - projevuje se mírnými známkami zánětu a na RTG je viditelné progredující uvolnění endoprotézy
- pozdní infekce - vzniká hematogenní cestou
- latentní infekce - způsobená kontaminací implantátu a neprojevují se známky zánětu
- paraartikulární osifikace - při omezení pohybu v kloubu se provádí odstranění osifikace – avšak zde je vysoké procento recidiv
- aseptické uvolnění a migrace endoprotézy - projevuje se bolestí, zkrácení končetiny a kulháním
- pooperační periprotetická zlomenina.(5)

2 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTCE

Iniciály: E. S.

Pohlaví: žena

Narození: 30. 10. 1938

Hospitalizovaná od: 9. 12. 2013

Dg.: Coxarthrosis l. dx. gr. III - IV

Vedlejší dg.: Arteriální hypertenze

Chronická ICHS

stav po aortálním bypassu 3x

DM 2. typu

Alergie: intolerance blokátorů vápníkových kanálů

Anamnéza

RA: bezvýznamná

OA:

- běžné dětské nemoci
- hypertenze na medikaci
- ICHS chronická
- stav po aortálním bypassu v r. 2009, pro namáhavou dušnost
- DM 2. typu na PAD
- dyslipidemie

FA:

Prenewd 4/1, 25 tbl. p.o. 0-0-1

PrenesSa 4 mg tbl. p.o. 0-0-1

Rosunop 20 mg tbl. p.o. 0-0-1

Eglymad 4 mg tbl. p.o. 1-0-0

Glucophage 500 mg tbl. p.o. 1-0-1

Nebivolol Sandoz 5 mg tbl. p.o. 1/2-0-0

Cynt 0,3 mg tbl. p.o. 1-0-0

Sorbifer durules cps. p.o. 1-0-1

SA - žije sama, v bytě, chůze o dvou holích

NO - cca od r. 2011 bolesti v křížové oblasti, vyšetřena na neurologii pro kořenové dráždění L4, L5, v terénu chronická axonální neuropatie, postupně koxalgie horší vpravo, bolesti z počátku zátěžové, nyní bolesti i klidové a noční nereagující na medikaci, dg. Coxarthrosis bilat., horší vpravo, pro selhání konzervativní metody indikována k TEP.

Stav při příjmu:

Váha: 80 kg

Výška: 165 cm

BMI: 29,4

TK: 130/60 mmHg

TF: 72'

TT: 36,4° C

- při vědomí, orientovaná, spolupracující, afebrilní, eupnoe, hydratace kůže, turgor přiměřené věku, bez ikteru a cyanózy

Hlava - přiměřená věku a habitu, bez zjevných patologií, jazyk plazí ve střední rovině, zornice izokorické, reagující na osvit, spojivky růžové, skléry bílé, výstupy hlavových nervů nebolestivé.

Krk - uzliny nezvětšené, náplň krčních žil nezvětšené.

Hrudník - pevný symetrický, jizva po sternotomii, klidná, dýchání čisté, sklípkové, AS pravidelná, 2 ozvy, ohraničené.

Břicho - nad niveau, měkké, prohmatané bez patologických rezistencí, játra nehmatná, slezina nenaráží, tapotement bilaterálně negativní.

Končetiny - HKK volné nebolestivé, periferie bez neurovaskulárního deficitu.

Status localis - pravá kyčel - kožní kryt intaktní, bez otoku či hematomu, palpační bolestivost nad velkým trochanterem, hybnost algicky omezená, F: 0° - 10° - 85°, VR 0°, ZR: 0° - 25°, ABD: 0° - 25°, DSM: (distantio spino-malleolaris) –

0,5 cm, periferie orientačně bez neurovaskulárního deficitu.

Levá kyčel - kožní kryt intaktní, bez otoků či hematomů, palpačně bez bolesti, hybnost omezená, F: $0 < 90^\circ$, VR: $0^\circ - 10^\circ$, ZR: $0^\circ - 25^\circ$, ABD: $0^\circ - 25^\circ$, periferie bez neurovaskulárního deficitu.

2.1 Operační protokol

operace: 10. 12. 2013 10:20 - 12:25 (2:05 h)

anestezie: spinální-epidurální

dg. Coxarthrosis l. dx.

implantace cementované TP kyčle vpravo

implantát: Zimmer, ZCA 51/28, Geradschaft 12,5, hlavička keramická (Sulo) M /28, Palacos s ATB

Průběh operace:

- v klidné spinální-epidurální anestezii na zádech přistoupeno k operaci pro těžkou koxartrózu vpravo
- Bauerovým přístupem proniknuto ke kloubu, arthroscopie, vytéká synovie
- osteotomie krčku stehenní kosti, vynětí hlavice, která je deformovaná, bez chrupavky v nosné zóně, výplachy, opracování dna acetabula, 8 kotevních otvorů, odstranění osteofytů z ventrálního okraje, implantace jamky, která je dobře krytá
- otevření dutiny proximálního femuru, opracování dutiny, test femorální komponenty s hlavičkou velikosti M, endoprotéza stabilní, bez luxačních fenoménů
- následně zacementován dřík velikosti 12,5, použita hlavička Sulo M/28, endoprotéza vyhovuje, stabilní, pohyb F: 100, rotace a dukce 20, DMS se jeví + 0,5
- výplachy, Bellocac ke kloubu (rekuperizace), rekonstrukce svalů, dále sutura po vrstvách, měkký obvaz

- krvácení asi 400 ml, stavěno, trvání 75 min (10:55 - 12:10)
- před incizí 2 g Cefazolinu i.v, RTG na předsáli, na JIP

2.2 Průběh hospitalizace

9. 12. 2013 (1. den hospitalizace)

Pacientka měla splněná předoperační vyšetření (interní fyzikální vyšetření, pomocné laboratorní vyšetření, EKG).

Pacientka přišla na ambulanci v 8 hodin ráno, poté byla hospitalizovaná na oddělení v 11 hodin dopoledne, během příjmu a dále v průběhu dne byla klidná, spolupracující, byla seznámena s chodem na oddělení, proběhla předoperační příprava. Během dne udávala bolest jako snesitelnou.

Byl jí zaveden PŽK (1. den, funkční) a PMK (1. den, odvádí).

Bilance tekutin:

příjem tekutin: 3000 ml

výdej: 1800 ml.

10. 12. 2013 (2. den hospitalizace, 0. operační den)

Pacientka byla připravená na operaci, lačnila, nepila od 24:00, byla podána premedikace dle anesteziologa a Cefazolin 2g i.v. ve 100 ml FR (30min před zahájením operace). Vzhledem k onemocnění cukrovkou byla ráno sledována glykémie a jako prevence hypo či hyperglykémie byla podána infuze 500ml 10% glukózy a tomu odpovídající množství inzulínu HMR. Jelikož byla na hranici normoglykémie (5,5 mmol/l), bylo aplikováno 12j HMR.

Pacientka byla odvezena na sál v 10:00 hod., průběh operace byl bez komplikací, přivezena na monitorované lůžko JIP ve 12:25.

Pacientka byla po probuzení při vědomí, orientovaná, spolupracující, bolesti byly tlumeny.

Ve 14:00 hod. měla pacientka pocit slabosti, vertigo, později udávala i nauzeu (glykémie naměřená 5,8), nezvracela. Byl podán Ondansetron 4mg i.v. dle připsané ordinace lékaře.

V 17:00hod měla pacientka nauzeu a poté i zvracela – vyřešeno další dávkou

Ondansetronu, TK byl stabilní, P byl spíše bradykardický.

V noci pacientka nepila, udávala nevolnost a 1x zvracela, večer a ráno paní E.S. dostávala vodu po douškách.

Bilance tekutin:

příjem tekutin i.v.: 3920 ml

příjem tekutin p.o.: 40 ml

výdej tekutin: 1700 ml

RD: 10 ml

Bell: 220 ml

celková bilance tekutin: 2030 ml

PŽK: 2. den, funkční

PMK: 2. den, odvádí.

11. 12. 2013 (3.den hospitalizace, 1.pooperační den – na JIP)

Během dne se pacientka cítila dobře, bolesti byly tlumeny, byla předepsaná kontrola bilance tekutin po 12 hodinách.

Návrat k běžné stravě a příjmu tekutin, předchozí den odpoledne limitováno nauzeou a zvracením, avšak příjem tekutin p.o. vzhledem k typu anestezie možný prakticky okamžitě po příjezdu na JIP po operaci, pevná strava doporučena 4 hodiny po operaci.

V rámci rehabilitace byla pacientka posazována a vertikalizována u lůžka za pomoci podpažních berlí (pacientka byla edukovaná o nutném používání do 6. týdne od operace).

Během noci byla pacientka E.S. v pořádku, bolesti udávala snesitelné, v noci spala.

Bolest přes den udávala mezi 1 - 2, aplikoval se led na ránu, v noci bolest udávala 3, po aplikaci ledu na operační ránu udávala zlepšení na 1. Pacientka se nedožadovala medikamentózního tlumení bolesti.

Vzhledem ke stabilizovanému stavu a normálnímu pooperačnímu vývoji bylo rozhodnuto o přemístění pacientky na standardní oddělení.

Bilance tekutin:

příjem tekutin i.v.: 3200ml

příjem tekutin p.o.: 800 ml

výdej tekutin: 1700 ml

PŽK: 1. den, funkční (pro nefunkčnost PŽK nutná výměna žilního vstupu)

PMK: 3. den, odvádí.

12. 12. 2013 (4. den hospitalizace, 2. pooperační den)

Dle ordinace lékaře se prováděla mírná elevace DK, sledoval se TK a TF 4x denně. Prováděl se převaz rány, rána byla klidná bez známek infekce, byl odstraněn Redonův drén pro malé množství odvodu (pod 50ml), použila se běžná dezinfekce Cutasept, bylo přiloženo suché obvazové krytí. Sledovala se bolest a krvácení.

Během dne pacientka udávala bolest mezi 3 a 2, byl ji přiložen led, poté pacientka udávala zlepšení na 1. Byla podána chronická medikace dle ordinace lékaře.

Během dne si pacientka na nic nestěžovala, byla klidná a spolupracující.

V rámci rehabilitace (2x denně) byla pacientka posazována a vertikalizována u lůžka a prováděla za asistence fyzioterapeutky první kroky kolem lůžka.

V noci paní udávala snesitelné bolesti, byla v pořádku, spala.

Bilance tekutin:

příjem tekutin i.v. :1800 ml

příjem tekutin p.o. :2000 ml

výdej tekutin :1700 ml

RD: 50 ml

PŽK :2.den, funkční

PMK :4. den, odvádí.

13. 12. 2013 (5. den hospitalizace, 3. pooperační den)

Dle ordinace lékaře se měřil TK a P 2x za den, ráno měla naměřený TK 150/80 mmHg a 76 pulzu, večer měla naměřený TK 145/79 mmHg a 87 pulzu. Byla podaná chronická medikace dle ordinace lékaře. Sledovala se bolest, kterou pacientka udávala snesitelnou mezi 2 a 3, byl ji přikládán led, po kterém udávala pacientka zlepšení na 1.

Rehabilitace probíhala 2x denně (dopoledne a odpoledne), pacientka s rehabilitační sestrou dále nacvičovaly sed a stoj a chůzi kolem lůžka, a podle fyzických možností pacientky také po pokoji.

Během dne se pacientka cítila dobře, bolesti byly tlumeny ledováním.

V noci byla pacientka v pořádku, bolesti byly snesitelné. Spala.

Bilance tekutin za den:

příjem tekutin p.o.: 2000 ml

příjem tekutin i.v.: 1000 ml

výdej tekutin: 1800 ml

PŽK: 3. den, funkční

PMK: 5. den, odvádí.

14.-18.12. 2013 (6.-9. den hospitalizace, 4.-8. pooperační den)

Další dny již probíhaly bez komplikací, pacientka byla kardiopulmonálně kompenzována, vývoj rány byl bez krvácivých a zánětlivých komplikací. Z rehabilitace pacientka E.S. zvládla chůzi o podpažních berlích po pokoji, následně také po chodbě a schodech. Postupně základní sebeobsluhu a hygienu. Dále se pokračovalo v podávání chronické medikace.

Po 9 dnech hospitalizace byla pacientka přeložena k další RHB do Léčebného a rehabilitačního střediska Chvaly.

2.3 Medikace

analgézie - (dle VAS s cílem 2-3)

1. Dolsin 100 mg i.m. max. á 6 hodin (max. 400 mg/den)
2. Novalgin 1g ve 100 ml FR i.v., max. á 6 hodin (max. 4g/den), kapat 30 min

chronická medikace:

Prenewel 4/1,25 tbl. p.o. 1-0-0 při tlaku nad 140/90 mmHg

Prenessa 4 mg tbl. p.o. 0-0-1 při tlaku nad 140/90 mmHg

Rosumop 20 mg tbl. p.o. 0-0-1

Glucophage 500 mg tbl. p.o. 1-0-0

Nebivo Sandoz 5 mg tbl. p.o.	1/2-0-0	při tlaku nad 140/90 mmHg
Cynt 0,3 mg tbl. p.o.	1-0-0	
Sorbifer durules cps	1-0-0	
Ranital 150 mg tbl. p.o.	1-0-1	
Fraxiparine 0,4 ml s.c	20:00	

3 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A POSOUZENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU DLE MODELU GORDONOVÉ

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala Model funkčních vzorců zdraví od Majory Gordonové pro jeho přehlednost.

Model M. Gordonové je odvozený z interakce osoba - prostředí. Při kontaktu s pacientem sestra identifikuje funkční nebo dysfunkční vzorec zdraví (projev aktuálního onemocnění nebo znak potencionálního problému).

Strukturu modelu tvoří dvanáct oblastí (funkčních vzorců zdraví).

Model funkčních vzorců zdraví umožňuje systematické hodnocení zdravotního stavu pacienta v jakémkoli systému zdravotní péče. (14)

3.1 Posouzení zdravotního stavu při příjmu

VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU, AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ

Pacientka udává, že během svého života často nestonala. Celý svůj život se snažila nemocem předcházet. Dbala na prevenci a snažila se docházet pravidelně na preventivní prohlídky, obzvláště po té, co odešla do důchodu a byla jí diagnostikována asi před deseti lety cukrovka. Paní přistupuje k diabetu zodpovědně a uvědomuje si možné komplikace v souvislosti s nedodržením léčby a dietního opatření. Také dodržuje farmakologickou terapii, která ji prý neomezuje.

Kromě preventivních prohlídek se snaží v posledních letech dodržovat zdravou životosprávu a získávat přírodní vitamíny především z ovoce a zeleniny. Bolest se snaží neřešit pomocí léků a využívá přirozenější způsoby, např. při bolestech kyčle ji pomáhal přiložený led.

Paní nekouří a nekouřila, alkohol pije jen příležitostně.

Během života neprodělala závažnější úrazy. První operaci podstoupila v roce 2009.

VÝŽIVA A METABOLISMUS

Při příjmu pacientka vážila 80 kg a měřila 165 cm, BMI 29,4 (nadváha).

Pacientka se snaží od zjištění diabetu dodržovat diabetickou dietu, která jí vyhovuje a nijak zvlášť neomezuje. Sladkosti ve svém jídelníčku vynechává a snaží se trochu omezovat tučné jídlo. Jinak ve stravování není vybíravá.

Dříve, když ještě pracovala, měla problém s dodržováním pravidelného stravování, ale od té doby co odešla do důchodu a byla jí zjištěna diabetes, se snaží jíst pravidelně a zdravě. Dává přednost hlavně zelenině a ovoci.

Nechutenství ji příliš netrápí. Nevadilo by ji, kdyby trochu zhubla.

Doma se snaží dodržovat pitný režim, během dne se snaží vypít alespoň litr a půl tekutin. V tekutinách dává přednost vodě a čaji. Kávu příliš nepije i kvůli svému vysokému tlaku.

V průběhu posledních dvou let udává zvýšení své hmotnosti, prý se spravila. Připisuje to hlavně nedostatku pohybu, jelikož ji omezovala bolest. Ale nevadilo by ji, kdyby trochu zhubla.

Poslední roky si všimla, že se jí trochu více vypadávají vlasy a lámou nehty, tyto změny připisuje stárnutí a příliš jí to netrápí. O kůži často pečuje a promazává krémy, problémy s kůží neudává.

Pacientka má pevně připevněný zubní můstek. O zuby se vždy snažila pečovat a problémy neudává.

VYLUČOVÁNÍ

Pacientka udává, že v posledních letech ji trápí časté zácpy. Připisuje to nedostatečnému pohybu. Doma tento problém řešila užíváním Gutalaxu, který jí vyhovoval.

Potíže s močením ji během života netrápily. Záněty a kameny močových cest neudává.

V létě se hodně zvýšeně potí, v jiných ročních obdobích ji pocení výrazně netrápí.

AKTIVITA, CVIČENÍ

Poslední dva roky pacientka pocítuje méně energie a životní síly. Pacientka si to zdůvodňuje nedostatkem pohybu. Doma se snaží pravidelně cvičit každé ráno.

Během života příliš aktivně neprovozovala žádný sport. Relaxačně

vykonávala převážně míčové sporty a plavala. Věnovala se hlavně turistice. Od dětství chodila na různé výlety a túry v přírodě a po horách.

SPÁNEK A ODPOČINEK

Pacientka má problémy se spaním již delší dobu. Začalo to, když se starala o nemocného manžela. Problémy má hlavně s usínáním. Na potíže si už zvykla a snaží se spát i někdy přes den. Podle toho, kolik hodin spí, tak se cítí být odpočatá. Energii příliš nemá.

VNÍMÁNÍ, POZNÁVÁNÍ

Pacientka nemá problémy se sluchem. Problémy se zrakem udává v souvislosti se stoupajícím věkem. Používá brýle na čtení. Zhoršení zraku ji v životě příliš neomezuje. Zhoršená paměť a pozornost souvisí s věkem, ale změna není výrazná.

Pacientka si myslí, že je dostatečně informována o svém stavu, když něčemu nerozumí, tak ji nedělá problém oslovit lékaře nebo sestru.

SEBEKONCEPCE, SEBEÚCTA

Pacientka se vnímá spíše za introvertní typ. Často spoléhá na sebe sama a svůj úsudek, ale když si neví s něčí rady, tak si ráda vyslechne radu někoho jiného. Pacientka je se sebou spíše spokojená. Je optimistka.

PLNĚNÍ ROLÍ, MEZILIDSKÉ VZTAHY

Pacientka bydlí sama v bytě. Před několika lety ji zemřel manžel, se kterým žila a později se o něj starala, když byl nemocný. Ráda chodí na procházky a na návštěvy svých přátel. Během posledních let návštěvy omezila z důvodu omezené pohyblivosti a bolesti. Její přátelé ji často navštěvovali u ní doma.

SEXUALITA, REPRODUKČNÍ SCHOPNOST

U pacientky probíhá menopauza bez větších problémů. Nemá žádné děti. O potratech a gynekologických potížích nechtěla se mnou hovořit. Bylo na pacientce patrné, že je toto téma pro ní citlivé.

STES, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE, JEJICH ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE

Pro pacientku bylo nejvíce stresující úmrtí manžela, o kterého se starala. Toto téma pacientku rozrušilo a nechtěla o tom dále hovořit. Pacientka je celý život optimistkou, a to ji pomáhá k zvládnutí těžkostí a stresu. Také ji pomáhá, že se může kdykoli spolehnout na své přátele, kteří jsou pro ní oporou.

VÍRA, PŘESVĚDČENÍ, ŽIVOTNÍ HODNOTY

Pro pacientku je důležité zdraví, a proto se snaží o sebe pečovat. V životě ji pomáhá optimismus a pozitivní naladění. Pacientka nepotřebovala duchovní službu, jelikož udávala, že nevěří v Boha. Pro pacientku je v životě důležitá víra, že to všechno nějak dobře dopadne.

3.2 Aktuální posouzení zdravotního stavu 4. den hospitalizace, 2. pooperační den

VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU, AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ

Pacientka je po operaci spokojená a je ráda, že už to má za sebou. Hlavně je ráda, že to dobře dopadlo a těší se už domů.

VÝŽIVA METABOLISMUS

Pacientka je druhý den po operaci. Nemocniční strava ji tolik nevyhovuje. Pacientka má naordinovanou dietu diabetickou - 9.

V nemocnici nevypije tolik tekutin jako doma. Přes den pije hlavně hořký čaj a vodu. Včera během dne vypila 800 ml čaje a příjem i.v. měla 3200 ml. Dnes během rána vypila 400 ml čaje.

VYLUČOVÁNÍ

Poslední stolici pacientka měla před dvěma dny (v den operace). Zažívací potíže pacientka zatím neudává.

PMK (Foley č. 20) má pacientka zavedený 4. den, odvádí světlou moč, bez známek infekce. Během včerejšího dne byl výdej moči 1700 ml.

AKTIVITA, CVIČENÍ

Po operaci pacientka cvičí s fyzioterapeutkou dvakrát denně a snaží se cvičit i sama během dne v lůžku. Alespoň protahuje nohy a ruce, podle toho jak ji to doporučila fyzioterapeutka. Zatím s fyzioterapeutkou nacvičovaly sed a dnes by měla pacientka nacvičovat stoj.

Snaží se, aby co nejdříve získala soběstačnost a mohla už chodit.

SPÁNEK A ODPOČINEK

Pacientka udává, že se jí spí stejně špatně jako doma, počítala s tím a spí i někdy přes den, jelikož nemá příliš velkou aktivitu během dne. Problém má hlavně s usínáním. Dnes spala docela dobře. Cítí se spíše unavená a bez větší energie, zdůvodňuje to hlavně nedostatkem pohybu.

VNÍMÁNÍ, POZNÁVÁNÍ

Pacientka v nemocnici používá brýle na čtení.

Pacientka si myslí, že je dostatečně informována o svém stavu, když něčemu nerozumí, tak ji nedělá problém oslovit lékaře nebo sestru.

SEBEKONCEPCE, SEBEÚCTA

Paní se snaží být co nejvíce soběstačná, aby už nemusela být tolik závislá na pomoci druhých. Také ji nevyhovuje nemocniční oblečení, dneska si proto chce po hygieně obléci vlastní noční košili.

PLNĚNÍ ROLÍ, MEZILIDSKÉ VZTAHY

V nemocnici paní nikdo nenavštěvuje, protože si to nepřála. Zdůvodňuje to tím, že má každý dost svých starostí, ale těší se, až bude více soběstačná, bude doma a bude se navštěvovat s přáteli.

SEXUALITA REPRODUKČNÍ SCHOPNOST

Žádné změny.

STRES, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE, JEJICH ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE

Pacientka udává, že pobyt v nemocnici není pro ni příliš stresující, jelikož si příliš nepřipouští možné komplikace a problémy. Zároveň ale také udává, že se velmi těší, až to bude mít za sebou a zbaví se chronické bolesti a hlavně bude moci vykonávat více pohybu než doposud.

VÍRA, PŘESVĚDČENÍ, ŽIVOTNÍ HODNOTY

Žádné změny.

3.3 Krátkodobý ošetrovatelský plán

Ošetrovatelské diagnózy, které jsem si stanovila na 4. den hospitalizace (2. pooperační den), jsem vytvořila podle NANDA taxonomie. (16)

Dvě potencionální ošetrovatelské diagnózy jsem vytvořila zvlášť, jelikož nejsou zahrnuty do NANDA klasifikace.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

- 00046 narušená integrita kůže
- 00132 akutní bolest
- 00108 deficit sebepěče při koupání a hygieně
- 00110 deficit sebepěče při vyprazdňování

Potencionální ošetrovatelské diagnózy:

- 00004 riziko infekce
- 00155 riziko pádů

Potencionální ošetrovatelské diagnózy, které nejsou zahrnuty do NANDA klasifikace:

- Riziko pooperačních komplikací - dislokace
- Riziko vzniku TEN z důvodu pooperačního klidového režimu

NANDA je profesionální sesterská organizace pro standardizaci sesterské terminologie. Úkolem NANDA taxonomie je uspořádání ošetrovatelských diagnóz

podle určitého principu. Cílem je vytvoření standardních a jednotných názvů.

Vychází z Modelu funkčních vzorců zdraví Marjory Gordonové. Obsahuje 13 diagnostických domén, každá z nich se dále větví na diagnostické třídy. Diagnostické třídy obsahují ošetřovatelské diagnózy s číselnými kódy. (15)

3.3.1 Narušená integrita kůže (00046)

Doména: 11 - bezpečnost/ochrana

Třída: 2 - fyzické poškození

Určující znaky: proniknutí tělesnými strukturami

Související faktor: mechanické faktory

Ošetřovatelský cíl: případné komplikace hojení rány budou včas rozpoznány

Intervence:

- kontrolovat hojení operační rány při převazu
- sledovat možné komplikace hojení operační rány

Realizace:

Operační rána se dnes převazovala. Sleduje se výskyt možného krvácení, hematomu a otoku.

Zhodnocení: Cíl byl splněn. Nenastaly možné komplikace v souvislosti s operační ránou.

3.3.2 Akutní bolest (00132)

Doména: 12 -komfort

Třída: 1 - tělesný komfort

Určující znaky: sdělení, označení bolesti

Související faktor: operační rána

Ošetřovatelský cíl: zmírnit pocit bolesti

Intervence:

- u pacientky pravidelně sledovat výskyt bolesti (lokalizaci, charakter, intenzitu - použij k hodnocení škálu bolesti)
- všímat si slovních a mimických projevů bolesti u pacientky
- zapisovat v dokumentaci záznam o bolesti
- přikládat dle potřeby led na operační ránu a sledovat účinek
- podávat analgetika dle ordinace lékaře a sledovat jejich účinek a informovat lékaře

Realizace:

Pravidelným dotazováním pacientky se sledovala intenzita bolesti. Lékař pacientce naordinoval Dolsin 100 mg i.m. a Novalgin 1g i.v. (s cílem dle VAS 2-3) a přikládání ledu na operační ránu. Přikládaný led se pacientce pravidelně vyměňoval každé dvě hodiny.

Zhodnocení:

Pacientka vnímá menší bolest než před operací. Během dne hodnotila bolest mezi 3 - 2 a po přiložení ledu udávala zlepšení na škále bolesti číslem 1. Pacientka byla poučena o možnostech využití medikace při bolesti, které nechtěla využít.

3.3.3 Deficit sebekpěče při koupání a hygieně (00108)

Doména: 4 - Aktivita/odpočinek

Třída: 5 - Sebekpěče

Určující znaky:

- neschopnost umýt si (celé) tělo
- neschopnost dostat se do koupelny
- neschopnost opatřit si potřeby ke koupání
- neschopnost získat nebo se dostat ke zdroji vody

Související faktory: bolest

Ošetrovatelský cíl: pacientka bude mít uspokojené základní potřeby v oblasti hygieny

Intervence:

- zhodnotit aktuální stav pacientky a stupeň soběstačnosti
- informovat pacientku o vhodné poloze při koupání a upozornit na nevhodné polohování operované končetiny
- zajistit dopomoc pacientce a potřebné pomůcky k hygieně
- motivovat a aktivizovat pacientku při zvládnání péče o sebe sama
- sledovat stav kůže

Realizace:

Soběstačnost byla vyhodnocena dle testu Barthelové jako vysoce závislá (40 bodů). Pacientce byl ráno přineseno umyvadlo s vodou vyhovující teploty. Hygienické potřeby měla pacientka uložené na dostupném místě v zásuvce nočního stolku. Pacientka se posadila a umyla si části těla, na které dosáhla. Nohy a záda jsem jí umyla a osušila. Poté jsem ji pomohla namazat kůži hydratačním krémem. Pacientce jsem ráno nachystala pomůcky k čištění dutiny ústní, kterou si zvládla vyčistit sama. Pacientka se už těší, až bude moci dojít do koupelny a umýt se pořádně.

Zhodnocení:

Posouzení funkční úrovně pacienta při koupání a hygieně je hodnocena 3 - potřebuje pomoc od další osoby a pomocné prostředky.

Cíl byl splněn, pacientka měla uspokojeny základní potřeby v oblasti hygieny.

3.3.4 Deficit sebezpečie při vyprazdňování (00110)

Doména: 4 - aktivita/odpočinek

Třída: 5 - sebezpečie

Určující znaky: neschopnost přemístit se na toaletu či pojízdný klozet

Související faktory:

- bolest
- zhoršená schopnost se přemístit
- zhoršená pohyblivost

Ošetrovatelský cíl: pacientka bude mít uspokojené základní potřeby v oblasti vyprazdňování

Intervence:

- zhodnotit stupeň soběstačnosti
- sledovat frekvenci vyprazdňování stolice
- sledovat subjektivní pocity pacientky (nadýmání, plynatost, bolest břicha)
- informuj pacientku o nutnosti dostatečného příjmu tekutin
- umístit signalizační zařízení na dostupné místo

Realizace:

Na stolici pacientka nebyla 2. den. Na bolesti břicha a nadýmání si pacientka nestěžovala. Pacientka byla poučena o důležitosti dostatečného množství přísunu tekutin, které se snažila dodržet. Během dne vypila 2 litry tekutin, převážně hořkého čaje. Pacientka měla signalizační zařízení na dostupném místě.

Zhodnocení:

Posouzení funkční úrovně pacientky při vyprazdňování je hodnocena 3 - potřebuje pomoc od další osoby a pomocné prostředky.

Pacientka sice neměla uspokojené základní potřeby v oblasti vyprazdňování, ale pacientka je 2. den po operaci a na stolici nebyla zatím jen dva dny.

3.3.5 Riziko infekce (00004)

Doména: 11 - bezpečnost/ochrana

Třída: 1 - infekce

Rizikové faktory: invazivní vstupy, operační výkon

Ošetrovatelský cíl: známky případné infekce budou včas rozpoznány

Intervence:

- sledovat operační ránu/ invazivní vstupy a možné známky infekce
- sledovat datum zavedení a funkčnost kanyly
- dodržovat aseptický postup při převazech
- sledovat subjektivní pocity pacientky
- sledovat fyziologické funkce (TT, TK, P) a laboratorní projevy infekce (KO, CRP)
- hodnocení zaznamenávat do dokumentace

Realizace:

Dnes byl proveden převaz operační rány. Rána se hojí per primam. Pro malé množství (50 ml) byl odstraněn Redonův drén. Operační rána se dezinfikovala Cutaseptem a bylo přiložené sterilní krytí.

Pacientka má zavedenou růžovou kanylu (č. 20 G) v předloktí levé ruky druhý den. Funkčnost PŽK se kontrolovala proplachem FR před podáváním infuzí a léku do PŽK. Dnes ráno se provedl se převaz. Okolí zavedení bylo bez známek infekce.

Zhodnocení:

Operační rána a PŽK byly bez známek infekce. Cíl byl splněn.

3.3.6 Riziko pádů (00155)

Doména: 11 - bezpečnost/ochrana

Třída: 2 - tělesné poškození

Rizikové faktory: pooperační stav

Ošetrovatelské cíle: minimalizovat riziko pádu, minimalizovat případné následky pádu

Intervence:

- umístit signalizační zařízení na dostupné místo pro pacientku

- zajistit bezpečné prostředí (postranice)
- informovat pacientku, aby nevstávala sama
- kontrolovat TK a P dle ordinace lékaře

Realizace:

Pacientka byla poučena o možném riziku pádu. Signalizační zařízení měla na dostupném místě. Pacientka si uvědomovala nutnost opatření (zvednuté postranice) pro její bezpečí. TK a P se pacientce měřil ráno, večer a před vstáváním z lůžka dle ordinace lékaře.

Zhodnocení: Cíle byly splněné. Pacientka neupadla.

3.3.7 Riziko pooperačních komplikací - dislokace kyčelního kloubu

Ošetrovatelský cíl: minimalizovat vznik dislokace kyčelního kloubu.

Intervence:

- edukovat pacientku o nesprávných pohybech a polohách operované končetiny
- kontrolovat dodržování správné polohy operované končetiny.
- spolupracovat s fyzioterapeutem
- při změně polohy používat vhodné pomůcky.

Realizace:

Pacientka byla informovaná o nevhodných polohách a pohybech operované končetiny (aby nekřížila DKK a nevytáčela zevně špičku operované končetiny). Spolu s ostatními ošetrovatelskými pracovníky jsme pacientku upozorňovali na vhodný postup při změně polohy. Při otáčení pacientky na bok a při poloze do sedu s nohama na zem jsme používali polštář umístěný mezi kolena.

Zhodnocení:

Pacientka znala a řídila se vhodným postupem při změně polohy. K dislokaci operovaného kyčelního kloubu nedošlo. Cíl byl splněn.

3.3.8 Riziko vzniku TEN z důvodu pooperačního klidového režimu

Ošetrovatelský cíl: minimalizovat riziko vzniku TEN. Včas rozpoznat příznaky TEN.

Intervence:

- informovat pacientku o možném vzniku TEN v rámci svých kompetencí
- informovat pacientku o možnostech prevence vzniku TEN v rámci svých kompetencí
- zabandážovat dolní končetiny a pravidelně sledovat jejich přiložení
- sledovat ordinace lékaře a podat naordinované antikoagulancium (Fraxiparine 0,4 s.c.)
- spolupracovat s fyzioterapeutkou
- mobilizovat pacientku dle aktuálního stavu a doporučení lékaře a fyzioterapeutky
- sledovat možné příznaky TEN (dušnost, bolest a otok lýtky)
- při výskytu příznaků informovat lékaře.

Realizace:

Pacientka byla informována o možném vzniku TEN a o preventivních opatřeních, které se u ní prováděly (bandáže, aplikace Fraxiparinu s.c.). Pacientka znala informace o tromboembolické nemoci a preventivních opatřeních z předešlé operace srdce (aortální bypass). Pacientce se ráno po hygieně prováděla bandáž dolních končetin. Během dne jsem kontrolovala správné přiložení bandáží na dolních končetinách. Pacientka během dne cvičila s fyzioterapeutkou a dnes se poprvé postavovala. Také podle instrukcí fyzioterapeutky vykonávala během dne

cviky v lůžku.

Zhodnocení:

Pacientka byla informovaná o možném vzniku TEN. Příznaky TEN se u pacientky neprojevily. Cíle byly splněné.

3.4 Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče

V dalších následujících dnech se bude pokračovat v preventivních opatřeních tromboembolické nemoci (bandáže DKK, aplikace Fraxiparine - od 3. pooperačního dne se navyšuje na 0,6 ml s.c.).

Stále se bude sledovat výskyt bolesti, který ovlivní i postupná rehabilitace. Bude se přikládat led na operační ránu a podávat analgetika dle ordinace lékaře.

Další převazy rány se standardně provádí ve dvoudenních intervalech, ale záleží hlavně na aktuálním stavu operační rány. Od šestého dne po operaci se bude aplikovat na operační ránu tekutý obvaz (Novikov). Stehy se odstraňují přibližně mezi 12. až 14. dnem po operaci.

Dále se pokračuje v rehabilitaci, vertikalizaci a postupnému navyšování soběstačnosti, která bude úměrná aktuálnímu stavu pacientky.

Pokud lékař neurčí jinak, bude pacientka ve středu plánovaně přeložena do Léčebného a rehabilitačního střediska Chvaly, kde si předem pacientka domluvila následnou rehabilitační péči. Zde by měl pobyt trvat dalších šest týdnů.

Další kontroly plánovaně proběhnou v šestém týdnu a třetím měsíci po operaci.

3.5 Prognóza

Pacientka po celou dobu hospitalizace spolupracovala, dodržovala režimová opatření a doporučení lékařů i sester.

Paní E.S. se cítila po operaci spokojená. Během hospitalizace nenastaly

komplikace a podle zhodnocení lékaře je operovaný kloub plně funkční. Postupem času a postupným navyšováním zátěže lze očekávat, že se pacientka zbaví bolestivosti v oblasti operovaného kyčelního kloubu a stane se tak nosným. Postupně nejspíše začne dominovat bolest na dalších neoperovaných artrotických kloubech (dle RTG - obě kolena a levý kyčelní kloub) a v plánu bude nejspíše další endoprotetické řešení postižených lokalit podle aktuálních obtíží pacientky.

3.6 Psychická stránka pacientky

„Duševní stav nemocného s poruchami pohybového ústrojí a jeho aktivita v léčebném procesu má nesmírný význam pro brzké zlepšení či vyléčení stavu.“
(Müller, 1993, str.35)

Pacientka je optimistka a považuje se spíše za introvertní typ.

Paní při příjmu působila vyrovnaně a klidně. Strach a stres vnímala jen minimálně a nervozita u ní nepřevládala.

Byla informovaná o svém zdravotním stavu a o plánovaném průběhu hospitalizace. O svůj zdravotní stav se velmi zajímala a snažila se dělat vše proto, aby si nemusela pobyt v nemocnici prodlužovat zbytečnými komplikacemi.

Na nemocniční prostředí byla již zvyklá z předešlé plánované hospitalizace (aortální bypass). Tedy většina ošetrovatelských výkonů byla pro ni už známá a uvědomovala si jejich význam.

Pacientka vnímala svoji situaci optimisticky a snažila si možné komplikace nepřipouštět, ale zároveň nepopírala, že by mohly nastat.

Pacientka se velmi těšila na to, až bude mít výkon a celou hospitalizaci za sebou a hlavně, že se zbaví chronické bolesti a omezeného pohybu. Byla tedy velmi motivovaná, což umožňovalo dobrou spolupráci s lékaři, se sestrami a s rehabilitační sestrou. Snažila se tedy řídit jejich doporučením. Velmi se snažila o to, aby co nejdříve získala zpátky svoji soběstačnost.

Paní také uvedla, že ji k zvládnutí této životní situace pomáhal vlídný přístup personálu. Další věc, která ji pomáhala, byla představa brzkého propuštění. Dlouhé chvíle během dne trávila četbou knih a časopisů, aby přišla na jiné myšlenky.

3.7 Edukace

Pacientka byla opakovaně edukovaná ze strany zdravotních sester, lékařů a fyzioterapeutky o pooperačním režimu a nevhodných pohybech, které by mohly léčbu zkomplikovat.

Hlavní důraz se kladl na správné postavení operované končetiny. Pacientka byla opakovaně poučena o tom, že nesmí křížit dolní končetiny, aby nesedala do hlubokého křesla, neshýbala se a nepředkláněla, neohýbala operovaný kloub více než do pravého úhlu, aby vleže, při změně polohy používala polštář umístěný mezi kolena a používala vhodnou pevnou obuv bez podpatku.

Dále byla edukovaná o tom, že v prvních 6 týdnech bude používat berle vysoké podpažní a poté bude moci používat francouzské hole.

Pacientka byla poučena o možném vzniku tromboembolické nemoci a o preventivních opatřeních. Pacientka znala postup aplikace Fraxiparinu už z předešlé operace a postup si jen zopakovala. Také byla poučena o nutnosti používání elastických punčoch, které už měla zakoupené.

3.7.1 Režimová opatření

Nutná omezení, které vedou k prevenci vykloubení umělého kyčelního kloubu, platí nejméně tři měsíce od výkonu. (8)

Mezi základní pokyny pro pacienty po TEP platí:

- v sedu by pacienti neměli mít ohnutý kyčelní kloub více než do pravého úhlu
- pacienti by se neměli předklánět, shýbat se a otáčet prudce trupem
- při pohybu na lůžku, přetáčení těla, je třeba používat polštář mezi kolena (doporučená výška cca 10 cm)
- v polohách vleže, vsedě, vestoje nikdy nepřekřížovat nohy
- zbytečně nezatěžovat operovanou končetinu

Zásady správného uléhání na lůžko:

- pomocí berlí dojděte šikmo k lůžku, pootočíte se a přibližujte zády k jeho okraji, dokud se ho nedotknete
- vysuňte operovanou končetinu mírně vpřed
- opřete se rukama o postel co nejdále za sebou, posaďte se pomalu na lůžko ohnutím kolen
- posunujte se pomalu a opatrně hýžděmi po matraci, až dosáhnete kolenem na matraci
- nejprve zvedněte na lůžko neoperovanou dolní končetinu
- poté pomalu nasuňte na lůžko operovanou dolní končetinu

Zásady správného sesunutí z lůžka:

- posuňte se na okraj lůžka pokud možno na straně neoperované končetiny
- nejdříve spusťte na zem neoperovanou dolní končetinu
- opřete se rukama o lůžko
- pomalu sesunujte na zem i operovanou dolní končetinu (nadměrně neohýbejte operovaný kloub)
- uchopte berle a vztyčte se na neoperované dolní končetině

Zásady při sedu na židli:

- pro sed používejte stabilní vyšší židli s pevným opěradlem a opěrkami na ruce, nikdy si nesedejte na nízké křeslo, na židli se nikdy nepředklánějte
- k židli se přibližujte pomalu zády, odložte berle, až když se dotknete zadní stranou končetin židle
- opřete se rukama o opěrku
- s nataženou operovanou končetinou pomalu dosedejte na sedátko

Zásady při chůzi o berlích:

- obě berle předsunujte před sebe a vzepřete se na nich,

- váhu těla přeneste dlaněmi na madla
- operovanou dolní končetinu vykročte mezi berle, nezatěžujte ji
 - poté přisuňte neoperovanou dolní končetinu a přeneste na ni zátěž
 - při chůzi toporně nepropínejte kolena a udržujte vzpřímený postoj

Zásady při oblékání:

- oblékejte si raději volné, pohodlné oděvy
- při oblékání začínějte operovanou dolní končetinou
- naopak při svlékání začínějte nejdříve neoperovanou dolní končetinou
- používejte pohodlnou, pevnou obuv s uzavřenou špičkou a patou, bez podpatku
- používejte dlouhou lžici při obouvání
- velmi opatrně si oblékejte ponožky na operovanou dolní končetinu, případně používejte speciální podávač punčoch

Zásady při koupeli, osobní hygieně

- vhodnější je používat sprchový kout opatřený madlem a protiskluzovou podložkou
- vanu je vhodné dovybavit sedátkem do vany, madlem a protiskluzovou podložkou
- na sedátko ve vaně usedejte stejným způsobem jako při uléhání na lůžko
- je vhodné používat mycí houbu na dlouhém držadle
- do vany si nesedejte, raději v ní zůstaňte stát jako ve sprchovém koutě
- při pohybování v koupelně buďte velmi opatrní, hlavně na kluzkou podlahu

Chůze do schodů:

- nejdříve zdravá noha, přeneste na ni váhu
- poté přisuňte operovanou nohu
- na konec přesuňte na schod berle

Chůze ze schodů:

- nejprve přesunete berle o schod dolů
- poté přisuňte operovanou nohu
- na konec zdravou nohu, vzepřete se do berlí, spustíte a zatížete neoperovanou končetinu (9)

Stručné dvacatero pro první tři pooperační měsíce

1. *„Spěte na pevném, rovném lůžku.*
2. *Střídejte chůzi, sed a leh. Věnujte pozornost únavě a nepřeceňujte své síly.*
3. *Přizpůsobte si výšku pracovní židle, nesedejte si do hlubokých křesel. Na obyčejnou židli sedejte pouze s polštářem. Nekřížte nohy pod sebe.*
4. *Při sezení na židli obě chodidla spočívají celou ploškou na zemi, kolena jsou mírně od sebe.*
5. *Několikrát denně cvičte.*
6. *Používejte i doma pevnou obuv s pevnou patou. Neužívejte papuče či pantofle.*
7. *Vleže na zdravém boku vkládejte mezi kolena pevný polštářek.*
8. *Neodkládejte berle, pokud to nedovolí Váš lékař, dodržujte jím doporučenou zátěž operované končetiny. Ztratíte-li však rovnováhu a hrozí Vám pád, raději došlápněte na operovanou končetinu.*
9. *Dvakrát denně ležte cca 30 minut na břiše.*
10. *Nenechte si nikým vyprovokovat k extrémním výkonům. Na schodech se věnujte chůzi a s nikým se nebavte. Zabráníte tak případné ztrátě rovnováhy a pádu. Neposkakujte.*
11. *Význam plavání je přeceňován. Pro posílení svalstva je vhodnější a*

účinnější cvičení na suchu. V blízkosti plaveckých bazénů buďte opatrní a pozorní (pozor na uklouznutí).

- 12. Nespěchejte, chraňte se pádu. Odstraňte doma všechny volně ležící předložky a rohožky.*
- 13. Pravidelně si kontrolujte technický stav Vašich berlí (matičky, protiskluzné nástavce).*
- 14. Oblékání ponožek v prvních týdnech po operaci nechte na druhých, nebo užívejte oblékač ponožek. Později si oblékejte ponožky a zavazujte tkaničky s velkou opatrností. Při obouvání bot užívejte dlouhou lžici.*
- 15. Dodržujte doporučení lékaře o prevenci tromboembolické nemoci. Používejte zdravotní punčochy nebo elastická obinadla od špiček prstů nad koleno.*
- 16. Při těžkých infekcích, operacích a invazivních vyšetřeních preventivně užívejte antibiotika. Pro informaci ošetřujících lékařů slouží příležitostný průkaz o antibiotické prevenci.*
- 17. Nenoste zvlášť těžká břemena (dvoukilový nákup stačí).*
- 18. Netrénujte vytrvalostní chůzi, ani zbytečně nejezděte na rotopedu.*
- 19. Nezapomínejte na pravidelné roční kontroly u Vašeho ortopěda, i když nemáte žádné obtíže.*
- 20. Při obtížích vyhledejte lékaře (náhle vzniklá, nová bolest, zarudnutí, či sekrece v jizvě, zkrat končetiny, omezení pohybu, horečky) nebo své obtíže alespoň konzultujte telefonicky.“ (Sosna et. al., 2003, str. 57-58)*

3.7.2 Cvičení v domácím prostředí

Důležitou součástí léčby je i cvičení po propuštění z nemocnice. Vyspělá operační technika a moderní konstrukce implantátů usnadňuje návrat do normálního života, ale k tomu je také nutné nacvičovat pohybové stereotypy a posilovat svalstvo pro správnou funkci endoprotézy.(8)

Cvičit je možné v polohách na zádech, na boku, na břiše, vsedě nebo ve stoje.

Cviky v poloze na zádech:

- v lehkém roznožení zatahujeme stehenní svaly
- přitahujeme a napínáme špičky chodidel
- stahujeme současně hýždě a propínáme kolena
- sunutím operované končetiny po patě ohýbáme koleno a kyčel max. do 90°, koleno nevytáčíme do strany
- sunutím operované končetiny do strany unožujeme, prsty směřují do stropu, nevytáčíme nohu

Cviky při poloze na břiše:

- ležíme na břiše asi 30 minut, cvičíme 2x denně
- v lehkém roznožení dolních končetin, se opíráme o špičky a stahujeme hýždě
- v lehkém roznožení dolních končetin se opřeme o prsty nohy, propneme kolena a stáhneme hýždě
- v lehkém roznožení dolních končetin, provádíme skrčení kolenního kloubu, pata míří k stropu
- v lehkém roznožení dolních končetin zanožujte natažené dolní končetiny, neprohýbejte se v kříži a nezvedejte pánev
- v lehkém roznožení dolních končetin zanožujte dolní končetinu pokrčenou v kolenním kloubu, pata míří na strop

Cviky při sedu na pevné židli:

- vsedě na vysoké židli, či lůžku střídavě natahujeme do maxima nohy v kolenou, lze provádět i s 0,5 kg závažím

Cviky ve stoje:

- nejlépe před zrcadlem
- nakračujeme operovanou končetinu, stahujeme hýždě, hlídáme výšku boků, kontrolujeme rotační tendence pánve.(9)

Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala případovou studií týkající se ošetrovatelské péče o pacientku po TEP kyčelního kloubu.

V klinické části jsem zabývala informacemi o anatomii a fyziologii kyčelního kloubu, o koxartróze a TEP kyčelního kloubu. Informace jsem shromáždila především studiem knih a odborných článků.

Informace o pacientce z anamnézy, perioperačního protokolu a průběhu hospitalizace jsem shromáždila z její dokumentace a rozhovorem s pacientkou.

V ošetrovatelské části jsem použila ke zpracování anamnézy Model funkčních vzorců zdraví M. Gordonové. Stanovené ošetrovatelské diagnózy jsem vytvářela podle NANDA taxonomie, jelikož je tato klasifikace odvozená právě z Modelu funkčních vzorců zdraví. Mezi tuto klasifikaci nebyly zahrnuty dva potencionální problémy, které jsem zformulovala zvlášť.

V závěru jsem se věnovala dlouhodobému plánu, psychologické stránce, edukaci a režimovým opatřením po operaci.

K práci je také připojen seznam použité literatury podle postupného uvádění zdrojů a seznam příloh s přílohami.

4 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BARTONÍČEK, Jan, HEŘT, Jiří: *Základy klinické anatomie pohybového aparátu*. Praha: MAXDORF, 2004, ISBN 80-7345-01-8
2. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie I*. 2. vyd. Praha: Grada publishing, spol. s. r. o, 2001. ISBN 80-7169-970-5
3. GRIM, Miloš, DRUGA, Rastislav et al.: *Základy anatomie: 1. obecná anatomie a pohybový systém*. Praha: Galén, 2001,2006, ISBN 80-7262-112-2
4. NAŇKA, Ondřej, ELIŠKOVÁ, Miroslava: *Přehled anatomie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2009, ISBN 978-80-7262-612-0
5. KOUDELA, Karel et. al.: *Ortopedie*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2003, ISBN 978-80-246-0654-5
6. DUNGL, Pavel et. al.: *Ortopedie*. Praha: Grada Publishing a.s., 2005, ISBN 80-247-0550-8
7. ŠRÁMKOVÁ, Alena, NEJEDLÁ, Marie: *Interní ošetřovatelství II*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, ISBN 80-247-1777-8
8. TRNAVSKÝ, Karel, KOLAŘÍK, Jaromír: *Onemocnění kloubů a páteře v praxi*. Praha: Galén, 1997, ISBN 80-85824-65-5
9. SLEZÁKOVÁ, Lenka et. al.: *Ošetřovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, ISBN 978-80-247-3130-8
10. SOSNA, Antonín, POKORNÝ, David, JAHODA, David: *Náhrada kyčelního kloubu: rehabilitace a režimová opatření*. Praha: Tritron, 2003, ISBN 80-7254-302-4
11. JANÍČEK, Pavel et al.: *Ortopedie*. 3. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2012, ISBN 978-80-210-5971-9
12. VALENTA, Jiří. et. al.: *Základy chirurgie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007, ISBN 978-80-7262-403-4
13. TALIÁNOVÁ, Magda, Marie HOLUBOVÁ a Jaroslav PILNÝ. *Péče o nemocného po totální endoprotéze kyčelního kloubu*. *Sestra* [online]. 2009, č. 1 [cit. 2014-05-19]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/pece-o-nemocneho-po-totalni->

endoproteze-kyčelního-kloubu-417261

14. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra: *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, ISBN 80-247-1211-3.
15. SČEPOŇCOVÁ, Sabina. NANDA taxonomie 2. *Sestra* [online]. 2009, č. 11 [cit. 2014-5-19]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/nanda-taxonomie-ii-448158>.
16. HERDMAN, T. Heather (ed.): *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2012-2014*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. ISBN 978-80-247-4328-8.
17. MÜLLER, Ivan: *Ortopedie pro zdravotní sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno, 1993, ISBN 80-7013-154-3.

Seznam použitých zkratek

a	arteria (tepna)
aa.	arterie (tepny)
ABD	abdukce (odtažení)
ant.	anterior (přední)
ATB	antibiotikum
AS	akce srdeční
bilat.	bilateralně
BMI	Body Mass Index
C°	Celsiův stupeň
cm	centimetr
cps.	kapsle
dg.	diagnóza
DKK	dolní končetiny
DM	diabetes mellitus
DSM	distantio spino-malleolaris
dx.	dexter (pravý)
F	frontální rovina
FA	farmakologická anamnéza
FNKV	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
FR	fyziologický roztok
g.	gram
HKK	horní končetiny
ICHS	Ischemická choroba srdeční
i.m.	intramuskulární aplikace léků
i.v.	intravenózní aplikace léků
JIP	jednotka intenzivní péče
kg	kilogram
L4	4. lumbální (bederní) obratel
L5	5. lumbální (bederní) obratel
m/h	rychlostí mililitr za hodinu
m.	musculus (sval)

max.	maximálně
mg	miligram
ml	mililitr
mm.	musculi (svaly)
mmHg.	milimeter rtuti
n.	nervus (nerv)
NANDA	North American for Nursing Diagnosis Association (Severoamerické sdružení pro sesterské diagnózy)
např.	například
NO	nynější onemocnění
OA	osobní anamnéza
PAD	perorální antidiabetika
PMK	permanentní močová katétr
p.o.	per os (příjem ústy)
PŽK	periferní žilní katétr
R1/1	Ringerův roztok
RA	rodinná anamnéza
RD	Redonův drén
RTG	rentgen
SA	sociální anamnéza
s.c.	subkutánní aplikace léků
sup.	superior (horní)
tbl.	tableta
TEN	tromboembolická nemoc
TEP	totální endoprotéza
TF	tepová frekvence
TP	totální protéza
TT	tělesná teplota
VAS	vizuální analogová škála
VR	vnitřní rotace
ZR	zevní rotace

Seznam příloh

- | | |
|-----------|--|
| Příloha 1 | Ošetřovatelská anamnéza (převzato z: Ústav ošetřovatelství
3. LF UK) |
| Příloha 2 | Plán ošetřovatelské péče (převzato z: Ústav ošetřovatelství
3. LF UK) |

Ošetřovatelská anamnéza

(Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK – pro studijní účely)

Oddělení : 4. STANICE ORTOPEDICKO-TRAUMATOLOGICKÉ KLINIKY FNKV

Datum a čas odběru anamnézy : 10⁰⁰

Jméno (iniciály) : E.S. Pohlaví : Ž Věk : 75

Datum přijetí : 9.12.2013

Stav : VDOVA Povolání : DUCHOVNÍK

Rodina informována o hospitalizaci : ano ne

Diagnóza při přijetí (základní) : COXARTHOISIS 1. dx gy II-IV

Chronická onemocnění : ARTERIÁLNÍ HYPERTENZE
CHRONICKÁ ICHS
DM 2. TYP

Infekční onemocnění : NE ANO

Režimová opatření :

Léčba:

Operační výkon : TEP KYČELNHO KLUBRU Pooperační den : 2

Farmakoterapie : PRSMEVEL 4x1,25 AM po 10:0 ZAVITA 150mg AM po 1-0-1

PREMESA 4mg AM po 0-0-1

DOXUMOP 20mg AM po 0-0-1

GLUCOPHAGE 500mg AM po 1-0-0

NEBIVO SANDOL 5mg AM po 1/2-0-0

CYNT 0,2mg AM po 1-0-0

SOLIFER INELES cps 1-0-0

Jiné léčebné metody : FRAXIPARINE 0,4 s.c. 20⁰⁰

Má nemocný informace o nemoci : ano ne částečně

Alergie : ano ne jaké : INTOLERANCE BLOKÁTORŮ CALCANALU

Fyziologické funkce : P : 35' TK : 135/70 D : 18 SpO2 : 97% TT : 36,5°C

1) Vědomí

stav vědomí : při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC : 15

Orientovaný Dezorientovaný

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba)..... HYPERTENZE, ICHS, DM

Úrazy: ano ne jaké:

6) Výživa, metabolismus

Dieta:..... 9..... Nutriční skóre:.....

Hmotnost:..... 80 kg Výška:..... 165 cm BMI:..... 29,4

Chuť k jídlu: ano ne

Potíže s přijímáním potravy: ano ne jaké:

Užívá doplňky výživy: ano ne jaké:

Enterální výživa Parenterální výživa.....

Denní množství tekutin:..... 800-1500 ml Druh tekutin:..... ČAJ

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době: ano ne o kolik:

Umělý chrup: ano ne horní dolní

Potíže s chrupem: ano ne

7) Vyprazdňování

problémy s močením: ano pálení řezání retence inkontinence
 ne

problémy se stolicí: ano průjem zácpa inkontinence
 ne

stolice pravidelná: ano ne

datum poslední stolice:..... 10. 12. 2013

Způsob vyprazdňování: podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení:..... 4.....

Rektální odvodný systém:.....

Stomie:.....

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim:..... klidový, klid na lůžku.....

Barthel test:..... 40 bodů, výsoké závislosti.....

Riziko pádu: ANO skóre:..... STŘEDNÍ RIZIKO..... NE

Pohyblivost: chodící samostatně chodící s pomocí

Sonda : ano ne jaká : datum zavedení :

Stomie : ano ne jaká : stav :

Endotracheální kanyla : ano ne č.ETR : datum zavedení:

Tracheotomie : ano ne č.: od kdy:

Arteriální katétr : ano ne

Epidurální katétr: ano ne

Jiné invazivní vstupy:.....

Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

1. Barthelové test základních všedních činností (ADL - activities of daily living)

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
5. kontinence moči	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
6. kontinence stolice	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
9. chůze po rovině	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0

Zdroj: Staňková, M.: České ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

0-40 bodů: vysoce závislý
45-60 bodů: závislost středního stupně
65-95 bodů: lehce závislý
100 bodů: nezávislý

2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	< 10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobry 4	Bdely 4	Chodi 4	Úplná 4	Neni 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Část. omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	< 60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč+stolice 1

Zdroj: Staňková, M.: České ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

3. Hodnocení nutričního stavu

NRS – Nutritional Risk Screening

Je BMI (kg/m ²) pod 20,5?	ANO	NE
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO	NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	NE
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?	ANO	NE

Hodnocení:

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

Zdroj: Grofová, Z., Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry, Grada 2007

4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

Rizikové faktory pro vznik pádu	
Anamnéza:	
<input type="checkbox"/> DDD (dezorientace, demence, deprese)	3 body
<input checked="" type="checkbox"/> věk 65 let a více	2 body
<input type="checkbox"/> pád v anamnéze	1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překládu na lůžkové odd.	1 bod
<input type="checkbox"/> zrakový/sluchový problém	1 bod
<input type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, laxativa)	1 bod
Vyšetření	
<input type="checkbox"/> Soběstačnost	
- úplná	0b
- částečná	2b
- nesoběstačnost	3b
<input type="checkbox"/> Schopnost spolupráce	
- spolupracující	0b
- částečně	1b
- nespoupracující	2b
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetrovatelského personálu)	
<input type="checkbox"/> Míváte někdy závratě?	ANO 3 body
<input type="checkbox"/> Máte v noci nucení na močení?	ANO 1 bod
<input type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout ?	ANO 1 bod
Celkem:	
0-4 body	Bez rizika
5 – 13 bodů	Střední riziko
14 – 19 bodů	Vysoké riziko

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK©

Plán ošetrovatelské péče

Datum a čas stanovení plánu péče... 12.12.2013 10:30

Datum a čas hodnocení poskytnuté péče... 12.12.2013 11:30

Ošetrovatelská diagnóza	Cíl ošetrovatelské péče	Plán ošetrovatelské péče	Realizace plánu péče	Hodnocení poskytnuté péče
NARUŠENÁ INTÉZITA KŮŽE (00046)	PŘÍPADNÉ KOMPLIKACE HOJENÍ RÁNY BUDOU VČAS ROZPOZNÁVĚ	<ul style="list-style-type: none"> KONTROLOVAT HOJENÍ OP. RÁNY PŘI PŘEVÁZU SLEDOVAT HOJENÉ KOMPLIKACE HOJENÍ OP. RÁNY 	<ul style="list-style-type: none"> DVA SE OPERAČNÍ RÁNA PŘEVÁZOVALA SLEDUJE SE VÍŠETI KŮŽEČEK A HEMATOMU A OTOKU 	<ul style="list-style-type: none"> NEVYSTALY ŽÁDNÉ KOMPLIKACE V SOUVISLOSTI S OPERAČNÍ RÁNOU CÍL BYL SPLNĚN
AKUTNÍ BOLEST (00152)	ZMÍRNIT POCIT BOLESTI	<ul style="list-style-type: none"> PRAVIDELNĚ SLEDOVAT VÍŠETI BOLESTI (LOKALIZACE CHARAKTERISTICKÝCH INTENZIT) VŠIMAT SI SLOVNÍKŮ ANAMNÉZIS PELVAŽADAT LED NA OP. RÁNU PODAT ANALGETIKA DLE ODD. LÉKÁŘE 	<ul style="list-style-type: none"> PACIENTKA MĚLA ANAMNÉZIS DŮSLEDNĚ 1. A 2. DNE PO PŘEKLÁDÁNÍ LEDU U RÁNY ZLEPŠENÍ MÁ 1. CÍL BYL SPLNĚN 	<ul style="list-style-type: none"> PACIENTKA MĚLA ANAMNÉZIS DŮSLEDNĚ 1. A 2. DNE PO PŘEKLÁDÁNÍ LEDU U RÁNY ZLEPŠENÍ MÁ 1. CÍL BYL SPLNĚN
DEFICIT SEBEPĚČEŘÍ KOUŘÁNÍ A HYGIENĚ (00108)	PACIENTKA BUDE MÍT USPOKOJENÉ ZÁKLADNÍ POTŘEBY V OBLASTI HYGIENY	<ul style="list-style-type: none"> ZHODNOTIT AKTUÁLNÍ STAV PACIENTKY ZAJISTI DOPROSTOC SLEDUJ STAV KŮŽE MOTIVUJ AKTUÁLNÍUS PACIENTKU 	<ul style="list-style-type: none"> SORĚSTACNOSTI HODNOCENÁ DLE TESTUNDARTEHOUE 406 PACIENTKA JESETI DOPROSTOC 14 POTOMKLA JESETI 11 NARŮČET KŮŽI ANIDATAKVNÍ KREVENETI 	<ul style="list-style-type: none"> CÍL BYL SPLNĚN
DEFICIT SEDEPĚČE PŘI VYPRÁZDNOVÁNÍ (00100)	PACIENTKA BUDE MÍT USPOKOJENÝ ZÁKLADNÍ POTŘEBY V OBLASTI VYPRÁZDNOVÁNÍ	<ul style="list-style-type: none"> ZHODNOTIT STUPEŇ SORĚSTACNOSTI SLEDOVAT FREKVENCI VYPRÁZDNOVÁNÍ STOLICE UJITĚT SIGNALIZACNÍ ZARÍZENÍ NA DOSTUPNĚ MÍSTO 	<ul style="list-style-type: none"> PACIENTKA NEVYSTALA NA STOLICI 2. DEN 	<ul style="list-style-type: none"> PACIENTKA NEVYSTALA NA STOLICI ŽÁDNĚ JEN 2 DNY
RIZIKO INFEKCE (00004)	ZMĚŤEKY PŘÍPADNĚ INFEKCE BUDOU VČAS ROZPOZNÁVĚ	<ul style="list-style-type: none"> SLEDOVAT OPERAČNÍ RÁNU, IMARIZOVÁNÍ VSTUPY SLEDOVAT DATUM ZAVĚŠENÍ A FUNKČNOST KANŮLK DODRŽOVAT ASEPTICKÝ POSTUP PŘI PŘEVÁZKĚ 	<ul style="list-style-type: none"> ODVĚS BYL PROVEDEN PŘEVÁZ RÁNY A PĚŽ ZA ASEPTICKÝCH PODMÍNEK 	<ul style="list-style-type: none"> OPERAČNÍ RÁNA A PĚŽ BYLY BEZ ZMĚŤEK INFEKCE CÍL BYL SPLNĚN

Plán ošetrovateľské péče

Datum a čas stanovení plánu péče: 17.12.2018

Datum a čas hodnotení poskytnuté péče: 17.12.2018

Ošetrovateľská diagnóza	Cil ošetrovateľské péče	Plán ošetrovateľské péče	Realizace plánu péče	Hodnocení poskytnuté péče
RIZIKO PÁDU (00155)	<ul style="list-style-type: none"> • MINIMALIZOVAT RIZIKO PÁDU • MINIMALIZOVAT NÁSLEDKY PÁDU 	<ul style="list-style-type: none"> • UMÍSTIT SIGNALIZAČNÍ ZABĚH NA DOSTUPNÉ MÍSTO • ZAJISTIĆ BEZPEČNÉ PROSTŘEDÍ / POSTAVANICE 	<ul style="list-style-type: none"> • PACIENTKA BYLA POUČENA OTÍROVÁNÍ RIZIKU PÁDU • SIGNALIZAČNÍ ZABĚH NEBYL NA DOSTUPNÉM MÍSTĚ 	<ul style="list-style-type: none"> • CÍLE BYLY SPLNĚNY • PACIENTKA NEUPADLA
RIZIKO POOPERACNÍCH KOMPLIKACÍ - DISLOKACE KYČEŇNÍHO KLOUBU	<ul style="list-style-type: none"> • MINIMALIZOVAT VZNIK DISLOKACE KYČEŇNÍHO KLOUBU 	<ul style="list-style-type: none"> • EDUKOVAT PACIENTKU O NESPRÁVNÝCH POMĚCH • KONTROLOVAT DODRŽOVÁNÍ SPRÁVNÉ POLOHY OPEROVANÉ KYČEŇNÍHO KLOUBU • PŘI ZMĚNĚ POLOHY POUŽÍVAT POMAČKY 	<ul style="list-style-type: none"> • PACIENTKA BYLA INFORMOVÁNA NA O NESPRÁVNÝCH POLOHÁCH OP. KOUČETIN • PŘI ZMĚNĚ POLOHY SE POUŽÍVAL POMAČKY UMIŠTĚNÉ MEZI KOLÉNA 	<ul style="list-style-type: none"> • CÍL BYL SPLNĚN
RIZIKO TEN ZPŮVODU POOPERACNÍHO KLDOVÉHO REŽIMU	<ul style="list-style-type: none"> • MINIMALIZOVAT RIZIKO TEN • UČÁS ROZPOZNAT PĚŇNÁM TEN 	<ul style="list-style-type: none"> • INFORMOVAT PACIENTKU O MOŽNĚM VZNIKU TEN • INŠTRUKTOVAT PACIENTKU O MOŽNOSTECH PREVENČNÍ TEN • BANDÁŽE DK. PRIPRAVIT 	<ul style="list-style-type: none"> • PACIENTKA BYLA INFORMOVÁNA • BYLY PROLEZENY BANDÁŽE DK • PACIENTKA PĚŇNĚ DNE CUKRŮ S FYZIOTERAPIECOU • BYL APLIKOVÁN TRANIPARINOLINOL 	<ul style="list-style-type: none"> • CÍLE BYLY SPLNĚNY