

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství

Bakalářské studium ošetrovatelství

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

Téma:

Ošetrovatelská kazuistika u pacientky po totální endoprotéze kyčelního kloubu
Nursing Care for a Patient after a Hip Replacement

2006/2007

Martina Joklová

Vedoucí práce: PhDr. Helena Chloubová

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

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

2007

Martina Joklová

Obsah:

A. Úvod.....	5
B. Klinická část.....	6
1. Obecná charakteristika onemocnění.....	6
1.1 Artróza.....	6
1.2 Etiologie.....	6
1.3 Příznaky.....	6
1.4 Vyšetřovací metody.....	7
1.5 Léčba.....	7
1.6 TEP.....	7
1.7 Komplikace TEP.....	8
1.8 Ošetrovatelská péče o nemocného s TEP.....	10
2. Identifikační údaje.....	12
3. Lékařská anamnéza a diagnóza.....	12
3.1 Lékařská anamnéza.....	12
3.2 Objektivní nález.....	13
3.3 Lékařská diagnóza.....	13
4. Diagnosticko – terapeutická péče.....	14
4.1 Fyziologické funkce.....	14
4.2 Laboratorní vyšetření krve.....	14
4.3 Vyšetření moče.....	15
4.4 Ostatní vyšetření.....	15
5. Terapie.....	16
5.1 Chirurgická terapie.....	16
5.1.1 Premedikace.....	16
5.1.2 Průběh operačního výkonu.....	16
5.1.3 Operační rány.....	17
5.1.4 Epidurální katetr.....	17
5.1.5 Redonův drén.....	17
5.1.6 Péče o ránu.....	17
5.1.7 Periferní žilní katetr.....	17
5.1.8 Poloha, pohybový režim po výkonu.....	18
5.1.9 Fyziologické funkce.....	18
5.1.10 Komplikace.....	18
5.2 Farmakoterapie.....	18
5.2.1 Premedikace.....	18
5.2.2 Injekční.....	19
5.2.3 Transfuze.....	20
5.2.4 Infuzní.....	21
5.2.5 Per os a per rektum.....	21
5.3 Fyzioterapie.....	22
5.4 Dietoterapie.....	22
6. Průběh hospitalizace.....	23
C. Ošetrovatelská část.....	24
1. Ošetrovatelská anamnéza a současný stav pacienta.....	24
1.1 Subjektivní náhled pacienta na nemoc a hospitalizaci.....	24
1.2 Fyziologické potřeby.....	24
1.3 Psychosociální potřeby.....	28
2. Ošetrovatelské diagnózy.....	30
3. Ošetrovatelský cíl, plán, realizace a hodnocení.....	31

4. Edukace.....	39
5. Závěr a prognóza.....	40
D. Použitá literatura a zdroje informací.....	41
Přílohy: č. 1 – č. 9	

A Úvod

Ročně se v naší republice provede přes deset tisíc kyčelních endoprotéz. Tento výkon lidem umožňuje bezbolestný pohyb a návrat do života.

Obor ortopedie jsem si zvolila z několika důvodů. S touto problematikou jsem se seznámila již na praxi na střední škole, kde mě velmi zaujala.

Pohyb je nedílnou součástí našeho života, potřebujeme ho ke všem činnostem, které vykonáváme. Jakékoliv omezení pohyblivosti nás limituje v pracovním i osobním životě.

Paní O.H. podstoupila endoprotézu pravého kyčelního kloubu v roce 2006. Zajímalo mě její osobní srovnání výkonu i pooperačního období.

S pacientkou jsem ihned navázala kontakt, protože byla velmi komunikativní a vstřícná.

B. Klinická část (4,5,8)

1. Obecná charakteristika onemocnění

1.1 Artróza

Jedná se o degenerativní onemocnění, které postihuje zejména nosné klouby. Vývoj artrózy není výsledkem stárnutí, i když věk je významný predispoziční faktor.

Charakteristické senilní změny spočívají zúžení kloubní štěrbiny, v důsledku částečné ztráty elasticity, v úbytku kostní hmoty. Čas a dysfunkce vedou k opotřebení kloubu.

Mezi pravé artrotické změny patří: subchondrální skleróza, snížení kloubní štěrbiny, nerovnost kloubních ploch, nepravidelnost trabekulárního systému spongiózy a tvorbu osteofytů na okrajích kloubních ploch.

1.2 Etiologie

Etiologie je multifaktoriální, uplatňují se faktory exogenní a endogenní. Mezi exogenní faktory lze zařadit např. úraz, mezi endogenní se uplatňuje destabilizace mezi syntézou a odbouráváním chrupavčité matrix.

Mezi rizikové faktory vzniku artrózy řadíme: vyšší věk, ženské pohlaví, zvýšená tělesná váha, přetěžování kloubů těžkou fyzickou prací nebo sportem, genetické vlivy.

Artrózu rozeznáváme primární, kde neznáme vlastní vyvolávající příčinu, a sekundární, která vzniká v patologickém terénu tzv. preartrotických stavů (vrozené vady, získaná onemocnění, poúrazové stavy, artropatie, artritidy).

Sekundární koxartróza (artróza kyčelního kloubu) vzniká nejčastěji ve 4. deceniu života a je častější než primární.

Nejčastější příčinou je kyčelní dysplazie.

1.3 Příznaky

V anamnéze zjišťujeme únavnost kloubu, bolest, která je zprvu ponámahová, později klidová a noční. Typická je startovací bolest při rozcházení. Onemocnění á období latence a aktivizace.

S pokročilostí degenerativních změn se stále více projevuje omezení pohybu, které dlouho může zůstat relativně nebolestivé.

Zevně rotační postavení, omezení abdukce, nemožnost vnitřní rotace, flexní kontraktura a relativní zkrat jsou známkou pokročilé koxartrózy, stejně jako svalové atrofie v hýždřové oblasti.

1.4 Vyšetřovací metody

Mezi vyšetřovací metody při diagnostice artrózy řadíme: nativní RTG, magnetická rezonance, výpočetní tomografie, sonografie.

1.5 Léčba

A) Konzervativní

- 1.) režimová opatření (redukce tělesné hmotnosti, strava bohatá na vápník, každodenní cvičení)
- 2.) fyzikální terapie: pohybová aktivit, vodoléčba, léčba chladem nebo teplem, ultrazvuk, magnetoterapie, rtg terapie
- 3.) farmakoterapie: analgetika, nesteroidní antiflogistika, kortikosteroidy, chondroprotektiva

B) Radikální – operační řešení

- 1.) Korekční osteotomie spočívá v protěti kosti a vyrovnání její osy.
- 2.) Artrodéza je znehybnění kloubu resekci jeho ploch a následným srůstem ve vhodné pozici.
- 3.) Aloplastika (endoprotéza) je náhrada poškozeného kloubu nebo jeho částí kloubem umělým.

1.6 Totální endoprotéza kyčelního kloubu (TEP)

Základem totální endoprotézy kyčelního kloubu je **jamka**, vyrobená z vysokomolekulárního polyetyleny, pevně ukotvená do vyfrézovaného acetabula kostním cementem, a **femorální dřík**, vyrobený z ušlechtilé slitiny nebo korozivzdorné oceli, zacementovaný do lůžka v proximálním femuru.

TEP kyčle rozdělujeme podle typu ukotvení do kosti na **cementované**, kdy jsou obě komponenty fixovány kostním cementem, **necementované**, kde jsou komponenty fixovány do kosti bez cementové mezivrstvy a endoprotézy **hybridní**, kde je každá část fixována rozdílnou technikou.

1.7 Komplikace TEP

Nejzávažnější je smrt v souvislosti s operačním výkonem (velká nezvladatelná krvácení, kardiopulmonální selhání, TEN).

K dalším komplikacím, které se mohou vyskytnout patří: luxace TEP, periprotetické zlomeniny, poranění nervů, nestejná délka končetin, infikování TEP.

Luxace TEP

Mechanismus luxace endoprotézy je zhruba trojí:

- Spontánní luxace při nedostatečné stabilitě endoprotézy ať již z důvodu technické chyby, či rizikového pacienta.
- Páčení krčku femorální komponenty o okraj náhrady acetabula.
- Páčení kostěného femuru o kostní prominenci pánve.

Terapie je zpočátku vždy konzervativní a spočívá v jednorázové repozici a následné sádrové fixaci. Doba imobilizace je různá od 3 do 12 týdnů.

Reoperace u luxovaných TEP se provádí po 3 konzervativních repozičních pokusech, doplněných laterální abdukční dlahou s pohyblivým kloubem.

Revizní operace pro luxaci mají 75% nadějí na úspěch, zejména pro závažné oslabení gluteálních svalů po opakovaných operacích.

Periprotetické zlomeniny

Tyto zlomeniny jsou klasifikovány podle RTG obrazu jako **stabilní a nestabilní**.

Stabilní by měly být léčeny konzervativně, eventuální revize je indikována po zhojení zlomeniny.

Nestabilní vyžadují revizi a ošetření acetabulárním košíkem nebo dlahami při pánevní diskontinuitě.

Nestejná délka končetin

Častěji je končetina operací prodloužena, než-li zkrácena.

Přesným předoperačním měřením a peroperační kontrolou délky je možno se nežádoucím prodloužením vyvarovat, ale není to vždy úplně možné s ohledem na stabilitu implantované endoprotézy.

Peroperační kontrola délky končetin je obtížná a vzhledem k poloze pacienta na operačním stole objektivně těžko měřitelná.

Poranění nervů

K peroperačnímu poškození nervu může dojít při velkém prodloužení končetiny, ale i při prolongaci do 3 cm byly parézy nn. ischiadici pozorovány.

Také velký hematom může kompresí způsobit parézu. Tato komplikace je častější u implantací TEP hemoofilikům.

Kompletní úprava stavu se dá očekávat ve 40% případů, 40% se upraví částečně a ve 20% je paréza trvalá.

Infikování TEP kyčelního kloubu

Polovina infektů vzniká přímou inokulací bakteriálního agens v souvislosti s operací.

Velká část infektů vzniká sekundární kolonizací při bakteriemiích, které se objevují při exacerbaci chronických infektů urogenitálního traktu, u dentálních infektů, pyodermií a diabetických komplikacích.

Výskyt infekcí je vyšší u pacientů trpících obezitou, diabetem, u alkoholiků, revmatiků, u pacientů s imunosupresivní terapií, při dlouhodobém užívání kortikoidů a při antikoagulační terapii.

Rovněž předoperační kolonizace nemocničními kmeny zvyšuje riziko infekcí, proto je žádoucí operovat do 24hod. od přijetí.

Další rizikové faktory představuje trvání operačního výkonu déle než 2 hodiny, předchozí operace kyčelního kloubu s infektem i bez něho, infekce močového traktu, nekróza okrajů operační rány a hematom ráně.

Klinicky se infikovaná TEP projevuje bolestí, při akutním průběhu celkovou alterací stavu s vysokými hodnotami zánětlivých markerů.

Terapie - jednotlivé postupy se částečně překrývají

- 1) antibiotická terapie
- 2) incize a drenáž kyčelního kloubu
- 3) revize kyčelního kloubu s jedno nebo dvoudobou reimplantací
- 4) extrakce TEP a modifikovaná Gildlestova resekční artroplastika
- 5) exartikulace kyčelního kloubu

Revizní operace TEP kyčelního kloubu je indikována :

- u bolestivého, aseptického uvolnění jedné nebo obou komponent
- u progresivní ztráty kosti
- u progredující deformace nebo neúplné zlomeniny dřívku, při úplné fraktuře
- u bolestivé, progredující subluxace nebo luxace
- u infikované TEP v jedno či dvoudobé reimplantaci

1.8 Ošetrovatelská péče o nemocné s TEP

Předoperační příprava:

- plánovaný výkon v celkové anezii
- interní předoperační příprava podle běžných standardů
- zásady běžné předoperační přípravy
- příprava operačního pole (hygienická očista, oholení)
- autotransfúze
- šetrná miniheparinizace nemocného podle individuálních požadavků stavu klienta
- všechna ostatní preventivní opatření tromboembolických komplikací
- informovanost pacienta ze strany lékaře, operátora, anesteziologa, sestry, fyzioterapeuta

Informovanost klienta ze strany sestry – co nemocného čeká v bezprostředním a následném pooperačním období:

- kde bude po operaci uložen
- jak bude zajištěno plnění základních biologických potřeb (výživa, vyprazdňování....)
- jaká bude jeho pooperační poloha
- zvláštní pozornost je věnována pooperační rehabilitaci a nácviku sebeobslužnosti.

Nácvik sebeobslužnosti a rehabilitace pro pooperační období:

- nácvik správné polohy končetiny v pooperačním a následné období pomocí pomůcek (abdukční klín, molitanové kroužky, pytlíky s pískem, francouzské hole)
- edukace o kontraindikované poloze končetiny v pooperačním a následném období

- nácvik chůze o francouzských holích, výběr pomůcek podle postavy (výška, zátěž)

Zásady ošetrovatelské péče v pooperačním období

- klient se ukládá v bezprostředním pooperačním období na ortopedickou JIP, podle stavu je překládán na standardní ortopedické oddělení
- uplatňují se všechny prvky běžné pooperační péče
- vzhledem k tomu, že nejde o zásah na GIT, je možné zahájit dle individuálnosti stavu výživu ihned po odeznění anestezie – doušky čaje, přechod přes O/S, O,1 až na dietu před operací.

Další komplikace: krvácení, poruchy hemokoagulace, uvolnění TEP, luxace endoprotézy, infekce, příznaky imobilizačního syndromu.

2. Identifikační údaje (1,2)

Jméno a příjmení: O.H.

Oslovení: paní H.

Věk: 67 let – rodné číslo 406115/0000

Pojišťovna: VZP

Kontaktní osoba: manžel – kontakt: adresa, telefon

Povolání: starobní důchodkyně, dříve prodavačka – pokladní

Vzdělání: učební obor prodavačka

Datum přijetí: 30.3.2007

Diagnóza k přijetí: TEP coxae l. sin.

Datum operace: 2.4.2007

Ošetřovala jsem ve dnech: 2. – 6.4 .2007

3. Lékařská anamnéza a diagnóza (2)

3.1 Lékařská anamnéza

RA: bez zátěže

OA: běžná dětská onemocnění, 2003 radikulopatie L4 bilat, - chronická neurologická leze m. vasus med. (dle EMG), 2004 struma gl. thyr. na konzervativní terapii

Úrazy a operace: 1997 curretage – benigní výsledek hist.vyš., 1999 extirpace gigantocel xantogr. z III. prstu PHK, 2001 ex. amalganového tělíska z horní pravé čelisti, TEP coxae l. dx. 4/2006

GA: 2 porody, stolice močení: častější nucení na močení embolie 0

AA: neguje

SA: starobní důchodkyně, vdaná – žije s manželem ve 4.patře (s výtahem)

FA: Moduretic (diuretikum, antihypertenzivum) ½ **tbl.** – 0 – 0

(pacientka měla v období klimakteria zvýšený krevní tlak)

Letrox (hormon štítné žlázy) ½ **tbl.** – 0 – 0

Aulin (analgetikum) **1tbl.** při bolesti

NO: od roku 1999 bolesti levého kyčle, postupně pocity brnění až podklesávání PDK, po implantaci TEP coxae l. dx. 4/06 s úlevou, přichází k implantaci druhé strany

3.2 Objektivní nález

SP: při vědomí, spolupracuje, bez ikteru a cyanózy,

Hlava a krk: bpn., hrudník bpn., břicho měkké, prohmatné, bez patologických rezistencí

HK: klidní, jizva na břišku III. prstu PHK, periferie v normě, inervace správná

DK: PDK jizva po implantaci TEP coxae l. dx. , kyčel S 0 – 0- 100, rotace 20 – 0- 0, periferie bez alterace, bez difference délek

SL: lokální nález: LDK kyčle S 0 – 0 – 90, rotace F 0 s bolestí pokus o pohyb, periferie bez alterace,

bez známek TEN, tep nad ADP/ ATP hmatán, bez varixů

OP: kůže, ret, dutina ústní – klidná

lymf. žlázy - nezvětšeny

štítná žláza: nezvětšená, bez rezistence

prsy: bez rezistence

břicho (slezina) – nehmatná, bez rezistence

genitál – bez patologických změn

3.3 Lékařská diagnóza

Chirurgická diagnóza: TEP coxae l. sin.

Coxarthrosis l. sin.

St.p. impl. TEP coxae l. dx.

Hypothyreóza

4. Diagnosticko – terapeutická péče (1,2,3)

4.1 Fyziologické funkce

	TK	P	D	TT	Vědomí
30.3. 07 při příjmu	140/80	85	18	36,8	orientovaná
2.4. 07 před výkonem	135/80	78	20	36,6	orientovaná
2 hod. po výkonu měřeno každých 15 min´., dále každou hodinu 1krát, pohybovaly se v rozmezí:	105/55 – 120/70	75 – 81		36,7	orientovaná
3.4. 07	100/60	82		36,8	orientovaná
4.4. 07	110/60	79		36,5	orientovaná
5.4. 07	120/60	82		36,7	orientovaná
6.4. 07	130/70	85		36,6	orientovaná

Výška: 158 cm

Váha: 52 kg

BMI: 20,8

4.2 Laboratorní vyšetření

Hematologická vyšetření

	22.2. 07 (předoperační vyš.)	15.3. 07	3.4.07	4.4. 07	Referenční hodnoty
LEU	3,8 . 10⁹/l	3,9 . 10⁹/l	3,9 . 10⁹/l	4,2. 10 ⁹ /l	4 - 11. 10⁹/l
ERY	4,49 . 10 ¹² /l	4,69 . 10 ¹² /l	2,39 . 10¹²/l	3,0	4,2 – 5, 4. 10¹²/l
Hgb	13,7 g/dl	13,9 g/dl			12 – 16 g/dl
Hct	40,6 %	39,7 %			37 – 47 %
Hb	90,4 fl	84,6 fl	74 fl	91 fl	81 – 99 fl
MCH	30,5 pg	29,6 pg			27 – 33 pg
Hb konc.		35,0 g/dl			32 – 37 g/dl
LDW	33,8 g/dl				32 – 37 g/dl
TROM	294. 10 ⁹ /l	284 . 10 ⁹ /l	217 . 10 ⁹ /l	173. 10 ⁹ /l	130 – 450 . 10⁹/l
ERY křivka	12,2	12,8			11,5 – 14,5
MPV	7,6 fl	6,8 fl			7,4 – 11 fl
Diff. analyzátor					
Lymfocyty		42,0 %			20 – 45 %
Monocyty		9,2 %			5,5 – 11,7
Neutrofilní bb.		47,3%			40 – 70 %
Eosinofily		1,2 %			0 - 7
Bazofily		0,3 %			0 - 2

Biochemická vyšetření

	22.2. 07 (předoperační vyš.)	3.4. 07	Referenční hodnoty
urea	4,6 mmol/l	4,69 mmol/l	2,5 – 8,3 mmol/l
kreatinin	87 mmol/l	75 mmol/l	60 – 115 mmol/l
Na	140,0 mmol/l	138,9 mmol/l	135 – 146 mmol/l
K	4,24 mmol/l	4,13 mmol/l	3,6 – 6,3 mmol/l
Cl	99,0 mmol/l	107 mmol/l	95 – 107 mmol/l
glu	6,3 mmol/l		3,5 – 6,3 mmol/l

Koagulační vyšetření (15.3. 2007)

		Referenční hodnoty
QUICK	0,98 INR	0,85 – 1,25 INR
APTT	31,9 s	
APTT kontrola	33,0 s	

4.3 Vyšetření moče – chemické + sediment (předoperační)

GLU, PRO, BIL - vše negativní

URO + norm.

pH 5,0

BLD, KET, NIT, LEU – vše negativní

4.4 Ostatní vyšetření

4.4.1 Předoperační interní vyš. 19.3. 07

OA: chron. VAS s radikulopatií L4 bilat., struma euthyr., 1997 kyretáž s benigním nálezem, 4/06 TEP coxae l.dx.

NO: plánovaná TEP coxae l.sin.

AA: negat.

Status prezens: TK 130/80 P 80

Eupnoe, orientovaná, hlava pokleповě nebolestivá, hrdlo klidné, zornice izokorické, hlav. nervy s norm. funkcí, krk bpn, dýchání alv. čisté, břicho palpačně nebolestivé, bez patologické rezistence, hepar a lien 0, DK – bez otoku

EKG – normální křivka, bez patolog. změn

Závěr: pacientka schopna plánovaného výkonu v běžné premedikaci, prevence TEN.

4.4.2. Předoperační endokrinologické vyš. 16.3. 2007

Pacientka léčena pro chron. tyreoiditis s vývojem drobněuzlové strumy.

Je toho času dobře kompenzovaná.

Z endokrinologického hlediska není kontraindikace plánovaného výkonu v běžné anestezii.

Do dne operace LETROX 50 (1/2 tbl.denně), v den operace nebere lék, obnoví ihned po obnovení p.o. příjmu.

4.4.3. RTG pánve s kyčelními klouby

16.1. 07 Závěr: Vyhovující TEP kyčle vpravo s patrným drobným kovově sytým stínem, v.s. jde o kus odlomeného acetabulárního prstence.

Vlevo coxarthroza III. Stupně s podezřením na nekrozu hlavice.

2.4. 07 Kontrolní operační RTG: Provedena totální endoprotéza kyčle, postavení je vyhovující.

3.4. 07 Kontrolní RTG: Provedena totální endoprotéza kyčle, postavení je vyhovující.

4.4.4 Autotransfuze

Odběr proveden dne 23.3. 07, expirace 27.4.07

Indikace: hrazení operačních krevních ztrát dle indikace operátora. Nutno podávat Ferronat retard 2x1 tbl. denně. Nezapijet čajem, mlékem.

5. Terapie (2,3)

5.1 Chirurgická terapie

5.1.1 Premedikace (viz. farmakoterapie s. 18)

1.4. 07 ve 20hod. Hypnogen (Zolpidemi tartras) **1 tbl.**, (hypnotikum)

2.4. 07 9¹⁰ hod. Dolsin (Pethidini hydrochloridum) **50mg**, (anodynum, analgetikum) + **Atropin** (Atropini sulfas monohydricus) **0,5 mg**, (parasimpatikolytikum) **i.m.**

Bandáž DK + Clexane 0,4 ml, (antitrombotikum,antikoagulans) **s.c. 6 hod.**

(prevence TEN)

2.4. zaveden PŽK do oblasti pravého předloktí

5.1.2 Průběh operačního výkonu (viz. příloha č. 1)

2.4. 07 TEP l. sin., výkon proveden v epidurální anestezii, bez komplikací.

Trvání výkonu 75 minut, ztráta krve 200 ml.

5.1.3 Operační rána : řez na laterální straně levého kyčelního kloubu 20 cm

sutura incize 13 stehy, nevstřebatelným šicím materiálem

5.1.4 Epidurální katetr zaveden 2.4. 07 na operačním sále, po výkonu odstraněn.

5.1.5 Redonův drén

Zaveden 2 cm od operační rány, po příjezdu na JIP funkční, za prvních 24 hod. obsahoval 500 ml sekretu, drén odsáván, obvaz neprosakoval.

3.4. 07 Redonův drén funkční, provedeno jeho odsátí, dezinfekce okolí drénu + sterilní krytí

4.4. 07 Redonův drén vyndán, množství sekretu – 40 ml, dezinfekce Cutasept + sterilní krytí

5.1.6 Péče o operační ránu

2.4. 07 po příjezdu na JIP kontrola obvazů, obvaz neprosakoval, rána chlazená ledem.

3.4. 07 po příjezdu na oddělení kontrola obvazů, obvaz neprosakoval, rána chlazená ledem.

4.4. 07 sundání obvazu, rána klidná, bez známek infekce, převaz rány dezinfekce Cutasept + sterilní krytí, chlazení ledem.

5.4. 07 sundání obvazu, rána klidná, bez známek infekce, převaz rány dezinfekce Cutasept + sterilní krytí, chlazení ledem.

6.4. 07 sundání obvazu, rána klidná, bez známek infekce, převaz rány dezinfekce Cutasept + sterilní krytí

5.1.7 Péče o PŽK

2.4. 07 zaveden PŽK do oblasti pravého předloktí.

Každý den proveden převaz kanyly (dezinfekce Cutasept + nové krytí a fixace).

5.4. 07 PŽK vyndán, místo vstupu mírně zarudlé, nebolestivé.

6.4. 07 místo vstupu po PŽK je nebolestivé, normální barvy.

5.1.8 Poloha, pohybový režim po výkonu

Pacientka přivezena po výkonu na JIP v poloze na zádech, molitanové podložky umístěny pod kolena a paty, mezi DK dán molitanový trojúhelník, levý přední kotník fixován pytlem s pískem, z důvodu zabránění zevní rotaci, klid na lůžku.

3.4. 07 pacientka poučena fyzioterapeutkou o zakázaných pohybech, přetáčet se pouze s molitanem mezi kolena, dechová cvičení, tonizace svalů, cvičení periferie (propínání špičky a paty)

4.4. 07 tonizace svalů, cvičení periferie, vertikalizace

5.4. 07 rotace, vertikalizace, chůze o 2FH po pokoji

6.4. 07 nácvik chůze o 2FH po oddělení

5.1.9 Fyziologické funkce v normě (viz. str. 9)

5.1.10 Komplikace

V pooperačním období se žádné vážné komplikace neobjevily.

5.2 Farmakoterapie

5.2.1 Premedikace

1.4. 07 ve 20hod. Hypnogen (Zolpidemi tartas) 1 tbl., (hypnotikum)

Nežádoucí účinky: zmatenost, halucinace, noční můry, noční neklid, agresivita, náměsíčnost, deprese, točení a bolest hlavy, kožní reakce (vyrážka, svědění), trávicí poruchy (zvracení)

2.4. 07 v 9¹⁰ hod. Dolsin (Pethidini hydrochloridum) 50mg, (analgetikum, anodynum) + Atropin (Atropin sulfas monohydricus) 0,5 mg, (parasympatikolytikum) i.m.

Aplikováno jednorázově do oblasti musculus gluteus maximus.

Nežádoucí účinky – Dolsin: nevolnost, zvracení, zácpa, nízký krevní tlak, ospalost, zmatenost, sucho v ústech, pocení, zčervenání v obličeji, neklid, zadržování moče, křeče žlučovýchodů, křeče

Nežádoucí účinky – Atropin: sekrece slinných žláz, mydriáza, zvýšení nitroočního tlaku, retence moče, bolest hlavy, obstrukce

5.2.2 Injekční farmakoterapie

s.c.

Clexane (Enoxaparinum natrium) 0,4 ml 6⁰⁰hod., (antitrombotikum, antikoagulans)
(1.dávka 2.4. 07) aplikováno vždy jednorázově do břišní krajiny

Nežádoucí účinky: krvácení, trombocytopenie, lokální podráždění v místě vpichu

i.m.

Dipidolor (Piritramidum) 1 amp., (analgeticum, anodynum)

2.4.07 (JIP) v 13³⁰, 18⁰⁰, 23⁰⁰hod

3.4. 07 (JIP, 12⁰⁰ příjezd na oddělení) v 5³⁰, 22⁰⁰hod., aplikováno jednorázově do
oblasti musculus gluteus maximus (dx.)

4.4. 07 v 8⁰⁰, 22⁰⁰hod., aplikováno jednorázově do oblasti musculus gluteus
maximus (dx.)

*Nežádoucí účinky: únava, ospalost, nevolnost, zvracení zácpa, žlučnickový záchvat,
obtíže při močení*

Novalgin (Metamizolum natricum monohydricum)1 amp., (analgetikum)

5.4.07 v 8hod., aplikováno jednorázově do oblasti musculus gluteus maximus (dx.)

*Nežádoucí účinky: kožní i celkové alergické reakce (kopřivka, dýchací obtíže),
leukopenie, trombocytopenie*

i.v.

Vulmizolin (Cefazolinum natrium) 2g, (antibiotikum)

2.4. 07 14⁰⁰,22⁰⁰hod., aplikováno ve formě spádové infuze spolu s 100 ml
fyziologického roztoku do PŽK na pravém předloktí

3.4. 07 6⁰⁰, 14⁰⁰,22⁰⁰hod., aplikováno ve formě spádové infuze spolu s 100 ml
fyziologického roztoku do PŽK na pravém předloktí

4.4.07 6⁰⁰, 14⁰⁰,22⁰⁰hod., aplikováno ve formě spádové infuze spolu s 100 ml
fyziologického roztoku do PŽK na pravém předloktí

*Nežádoucí účinky: kožní i celkové alergické projevy, změny krevního obrazu
(leukopenie, trombocytopenie), gastrointestinální obtíže (nausea, zvracení, průjem)*

Torecan (Thiethylperazini hydrogenomalas) **1 amp.**, (antiemetikum, antivertiginózum)
2.4. 07 13³⁰, 22⁰⁰ hod., aplikováno jednorázově spolu s 5 ml fyziologického roztoku do PŽK na pravém předloktí

Nežádoucí účinky: somnolence, závratě, bolesti hlavy, neklid, křeče, extrapyramidové příznaky (rigidita, grimasy v obličeji)

Degan (Metoclopramidi hydrochloridum monohydricum) **1 amp.**, (prokinetikum, antiemetikum)

2.4.07 16¹⁵ hod., aplikováno jednorázově spolu s 5 ml fyziologického roztoku do PŽK na pravém předloktí

Nežádoucí účinky: pocit únavy, neklid, bolest hlavy, zmatenost, závratě, deprese, trávicí obtíže, kopřivka, suchost v ústech

5.2.3 Transfuze (JIP)

3.4. 07

1.) Autotransfuze plná krev 1 TU, KS B Rh (D) pozitivní, 410 ml, 8³⁰ – 9⁴⁵ hod., aplikováno spádově do PŽK na pravém předloktí.

Příjemce anti – A - anti – B + KS B

TP anti – A - anti - B + KS B

Před TRF TT 36,8 TK 105/55 P 81 vyš. moče: nemočila

Po TRF 36,7 105/60 77 vyš. moče: nemočila

2.) EBR Erytrocyty bez bc. resus. 1 TU, 261 ml, 9⁴⁵ - 11⁰⁰, aplikováno spádově do PŽK na pravém předloktí

KS ověřena B+, test kompat. neg.

Před TRF TT 36,7 TK 105/60 P 77 vyš. moče: nemočila

Po TRF 36,6 105/55 75 vyš. moče: bil. +, keto +

5.2.4 Infuzní farmakoterapie

Vše aplikováno i.v., ve formě spádové infuze do PŽK.

2.4. 07 (JIP)

Ringer 500 ml i.v., podáno na sále – 11⁴⁵hod.

(krystaloidní roztok, indikace: k úpravě vodního a minerálního hospodářství)

Nežádoucí účinky:alergické lokální i celkové reakce, otok nebo zarudnutí v místě podání.

12⁰⁰ HES 6% 500 ml i.v.

(izotonický infuzní roztok, určený k náhradě objemu ztracené tekutiny)

Nežádoucí účinky: alergické kožní i celkové reakce, podráždění v místě podání (otok, zarudnutí).

16⁰⁰ Hartmann 1/1 500 ml i.v.

22⁰⁰ Hartmann 1/1 500 ml i.v.

4⁵⁰ Hartmann 1/1 500 ml i.v.

(krystaloidní roztok, indikace: k úpravě vodního a minerálního hospodářství)

Nežádoucí účinky: lokální nebo celkové kožní alergické reakce, svědění, otok kůže, obličeje nebo hrtanu, kašel, dýchací obtíže.

3.4. 07 (JIP, 12⁰⁰ příjezd na oddělení). Plasmalyte 1000 ml i.v. 11⁰⁰ - 16⁰⁰ hod

(izotonický infuzní roztok, určený k náhradě objemu ztracené tekutiny)

Nežádoucí účinky: alergické reakce, křeče, kopřivka, v místě podání se může vyskytnout otok, zarudnutí.

5.2.5 Per os a per rektum farmakoterapie

3.4. – 6.4. 07

Moduretic (Amiloridi hydrochloridum dihydricum) ½ tbl. – 0 - 0

(diuretikum,antihypertenzívum)

Nežádoucí účinky: bolest hlavy, nevolnost, nechutenství, vyrážky, závratě

Letrox 50 mg (Levothyroxinum natrium) ½ tbl. – 0 – 0, (hormon štítné žlázy)

Nežádoucí účinky: pouze při předávkování se objevují projevy zvýšené funkce štítné žlázy

5.4. – 6.4. 07

Sorbifer (Ferosi sulfas hydricus) **1 tbl.- 0 – 0**, (antianemikum, hematinikum)

Nežádoucí účinky: pocit plnosti, tlak v žaludku, zácpa, průjem přechodné černé zbarvení stolice.

5.4. 07 Suppositoria glycerini (Glycerolm 85%)**1čípek** (laxativum) **per rektum**

Nežádoucí účinky: svědění a pálení v oblasti konečníku.

6.4. 07

Novalgín (**Metamizolum natricum monohydricum**) **1 tbl. p.p.**, (analgetikum)

Nežádoucí účinky: kožní i celkové alergické reakce (kopřivka, dýchací obtíže), leukopenie, trombocytopenie

5.3 Fyzioterapie – prováděna jedenkrát denně pod vedením fyzioterapeutky.

2.4. 07 (JIP) klid na lůžku

3.4. 07 dechová cvičení, tonizace svalů, cvičení periferie

4.4. 07 tonizace svalů, cvičení periferie, vertikalizace

5.4. 07 tonizace na lůžku, cvičení levého kyčelního kloubu – aktivní flexe, abdukce, vnitřní rotace, vertikalizace, chůze o 2FH po pokoji

6.4. 07 nácvik chůze o 2FH po oddělení

5.4 Dietoterapie

2.4. 07 od 24hod. nic per os (nejíst, nepít, nekouřit, nežvýkat), 2 hod. po operaci (JIP) čaj

3.4. – 6.4. 07 dieta č. 3

6. Průběh hospitalizace (1,2,3)

Pacientka přijata dne 30.3. 07 na ortopedické oddělení (alloplastiky) k plánovanému výkonu – TEP I. dx. Pacientka si sebou přinesla nutná předoperační vyšetření.

Pacientka uložena na trojlůžkový pokoj s vlastním sociálním zařízením.

S paní O.H. byl sepsán vstupní ošetřovatelský záznam, byla seznámena se svými právy a oddělením. Podrobně jí byla vysvětlena předoperační příprava, epidurální anestézie, fyzioterapie.

Dne 31.3. na propustce.

1.4. 07 návrat pacientky na oddělení, večer se osprchovala, na noc podána premedikace 1 tbl. Hypnogenu.

2.4. 07 v 6 hod. aplikován Clexane 0,4 ml s.c., změřeny fyziologické funkce, zaveden PŽK do oblasti pravého předloktí, provedeno oholení operačního pole, na pravou DK dána elastická punčocha.

Premedikace podána v 9hod., poté pacientka převezena na operační sál. Výkon probíhal bez komplikací. Po operaci byla pacientka převezena na JIP.

Na standardní oddělení přeložena druhý den po výkonu 3.4.07. Zkontrolovala jsem pacientky celkový stav a fyziologické funkce. Pacientku jsem napolohovala, na ránu dala sáček s ledem.

U paní H. přetrvávala pooperační nausea, slabost.

U pacientky se sledovala bilance tekutin. Byly jí aplikovány léky dle ordinace lékaře.

Pacientka již nezvracela ale nausea přetrvávala.

4.4. 07 pacientku pálila žáha. Aplikovala si jednorázově antacidum. V průběhu hospitalizace se již tyto problémy nevyskytovaly.

Pacientka od prvního dne po operaci rehabilitovala bez obtíží (viz. fyzioterapie). Pacientce se každý den převazovala operační rána, která se hojila per primam.

Redonův drén byl vyndán 4.4. 07. Rána po Redonově drénu byla čistá, klidná, bez známek infekce.

5.4. 07 pociťovala pacientka tlak v podbřišku, nemohla se vyprázdnit. Po aplikaci glycerinového čípku se pacientka vyprázdnila bez dalších problémů. Následující den se vyprázdnila spontánně, bez aplikace laxativ.

Po zbytek mé praxe se žádné komplikace u paní H. nevyskytly.

C. Ošetrovatelská část

1. Ošetrovatelská anamnéza a současný stav pacientky 2.4. 07 (1, 2,3, 6)

1.1 Subjektivní náhled pacientky na nemoc a hospitalizaci

- Od roku 1999 pacientku trápí zhoršující se bolesti obou kyčelních kloubů, s velkým omezením pohybu.

Bolest se objevovala nejprve po námaze, postupně i v klidu.

V roce 2006 pacientka podstoupila TEP pravého kyčle. Hospitalizace a následná rehabilitace tehdy probíhala bez problémů. Pacientka doufá, že tomu bude tak i nyní. Těší se na návrat do běžného života bez bolesti.

1.2 Fyziologické potřeby

- Dýchání

Před operací: Pacientka udává, že v minulosti nepocítovala potíže s dýcháním. Nikdy nekouřila. DF 18 dechů/minutu.

Po operaci: DF 20 dechů/ minutu. Pacientka dýchá bez obtíží.

- Hydratace

Před operací: Pacientka si k snídani dávala šálek čaje, odpoledne kávu s mlékem a něčím sladkým. Dodržovala pitný režim, vypila zhruba 2000 ml tekutin za den. Zejména vody a ovocných čajů. Alkohol nepije. Pocit žízně zachován. Bez otoků DK.

Po operaci: U pacientky sledován příjem a výdej tekutin .

2.4. 07 P 2760 ml i.v. + 150 ml p.o./ V 1000ml (moč) + 500 ml (Redonův drén)

P 2910 ml i.v. / V 1500 ml

3.4. 07 P 1300 ml i.v. + 1200 p.o./ V 1100 ml (moč) + 80 ml (Redonův drén)

P 2500 ml / V 1180 ml

Další dny P + V nesledovány. Pacientka vypila 2000 ml tekutin (neperlivá voda). Pocit žízně zachován, otoky pacientka nemá.

- **Výživa**

Před operací: Paní O. H. sní podle svých slov všechno. S příjmem potravy nikdy problémy neměla. Má částečnou snímatelnou zubní náhradu horních stoliček. Pacientka měří 158 cm a váží 52 kg, BMI 20,8 svědčí o normální váze. Váha pacientky nekolísá. 2.4. 07 od 0⁰⁰ hod. pacientka lačnila.

Po operaci: Pacientku po výkonu 2.4.07 trápila nevolnost, nausea, zvracení, pálení žáhy, pocity tlaku v žaludku. Vypila pouze 150 ml čaje.

3.4. 07 – 1. den po výkonu se pacientka cítila velmi slabá, po vypití ½ skleničky čaje ihned zvracela, neobědvala. Žaludeční obsah bez stop příměsí, hlenu, krve. Pacientka dále již nezvracela, pila po douškách neslazený čaj a vodu, večeřela jeden bílý rohlík.

Pacientka měla od 3.4. 07 dietu číslo 3 – racionální.

- **Bolest**

Před operací: Pacientku od roku 1999 trápí bolest obou kyčlí. V roce 2006 podstoupila operaci TEP I. dx.

Bolest v oblasti levého kyčle se stále stupňovala. Pacientka ji popisovala jako krutou, palčivou s radiací do stehna a zad. Zhoršovala se při změnách počasí (horko, chlad). Pacientka byla schopna pohybu po bytě a také prováděla běžné domácí práce (vaření, úklid, žehlení atd.). Venku ji bolest omezovala při chůzi. Chodila pouze na malé procházky v doprovodu svého manžela.

Pacientka užívala Aulin, zejména na noc, aby ji bolest dovolila usnout. Bolest jsem monitorovala pomocí Vizuální analogové škály před podáním analgetik 7 (viz. příloha č. 5).

Po operaci: 3.4. 07 pacientka pociťuje bolest v oblasti palčivou bolest v oblasti operační rány s radiací do stehna. Po aplikaci analgetik a ledování bolest výrazně ustupuje.

Bolest jsem monitorovala pomocí Vizuální analogové škály před podáním analgetik 8, po aplikaci analgetik 3 (viz příloha č. 5).

Nultý den po operaci (2.4. 07), kdy byla pacientka na JIP se dobře nevyspala. Budil ji hluk z přístrojů, činnost sester a také jí vadilo stísněné prostředí.

3.4. 07 byla pacientka převezena na standardní oddělení, kde v noci spala bez větších obtíží.

- **Vyprazdňování**

Vyprazdňování moče

Před operací: Pacientka udává občasnou polakisurii. Pravidelně užívá diuretikum (Moduretic ½ tbl. ráno), pokud ráno vypije větší množství tekutin (nad 400ml), močí dopoledne častěji. Inkontinenci pacientka neudává.

Po operaci: Pacientka se 6 hodin po výkonu bez potíží vymočila.

Vyprazdňování stolice

Před operací: Bez obtíží, chodí pravidelně každý den ráno. Naposledy byla na stolici 1.4. 07.

Po operaci: U pacientky se objevila zácpa, na stolici byla 5.4. 07 po aplikaci glycerinového čípku. Stolice bez patologických příměsí.

- **Osobní hygiena**

Před operací: Pacientka byla upravená, měla výrazně prošedivělé vlasy na krátko ostříhané. Vlasy si myje jedenkrát za týden běžným šampónem, poté je upravuje elektrickou kulmou. Nehty na rukou si pravidelně piluje do obloučku, na nohou je stříhá rovně. Nehty si nelakuje.

Pacientka byla zvyklá se sprchovat každý den večer. Má spíše suchou kůži. Aplikovala si běžné krémy (Nivea, Indulona).

Na pravém kyčli má jizvu po TEP, další jizva se nachází na III. prstu pravé ruky. Hematomy, vyrážku ani varixy nemá.

Ráno před operací sestra pacientce oholila levou kyčel a tříslu.

Po operaci:

Pacientka má porušenou integritu kůže v oblasti levého kyčle vertikálním 20 cm operačním řezem se 13 stehy + sterilně krytí., výstupem Redonova drénu a PŽK zavedenou do pravého předloktí 2.4. 07.

U pacientky jsem v průběhu hospitalizace hodnotila schopnost soběstačnosti, riziko vznik dekubitů (viz. příloha č.6, č.7)

První 3 dny po výkonu se pacientka myla na lůžka. Sestra ji k lůžku přinesla umyvadlo s teplou vodou a kelímek s vodou na vyčištění zubů. Sestra jí umyla záda a promazala je francovkovým krémem. 4. den po operaci jsem pacientku doprovodila do koupelny, kde se sama osprchovala. Pomohla jsem jí s mytím zad, osušením a návratem na pokoj.

- **Teplo a pohodlí**

Před operací: Pacientka má ráda jarní a podzimní teploty, přílišné horko a zimu nemá ráda. Pacientka ležela na trojlůžkovém pokoji, na prostředním polohovacím lůžku.

Po operaci: První noc strávila na JIP, kde se cítila stísněně a vadil jí nedostatek soukromí a ticha. Druhý den po návratu na standardním oddělení se cítila lépe. Pacientka vnímala na lůžku určité nepohodlí, které bylo způsobeno vynucenou polohou. Pacientce také vadilo, že musí také několik dnů z velké části ležet, protože je zvyklá stále něco dělat.

- **Spánek a odpočinek**

Před operací: Pacientka hůře usínala z důvodu bolesti levého kyčle. Je zvyklá spát 6 – 7 hod.

Před spaním si proto občas vzala Aulin. Před operací se příliš nevyspala kvůli obavám z výkonu a změně prostředí.

Po operaci: Pacientka byla první noc po operaci na JIP, kde téměř nespala z důvodu stísněného prostředí, hluku a vynucené polohy.

Na standardní oddělení se jí spalo lépe. Hrudník měla v mírně zvýšené poloze, jak je zvyklá z domova. Vynucená poloha na zádech ji výrazně nevadila.

Před spaním jí sestra aplikovala dle potřeby a ordinace analgetika.

Spala 6 hod., unavená se necítila.

- **Fyzická a psychická aktivita**

Před operací: Paní H. se sportu nikdy nevěnovala, spíše občas rekreačně.

Má ráda domácí práce (vaření, šití, pletení, háčkování). Také si ráda čte.

Pohyb po bytě zvládala bez obtíží, ale při delší chůzi nebo při chůzi po schodech ji bolest levé kyčle velmi omezovala.

Kompenzační pomůcky (francouzské hole, hůl) nepoužívala.

Po operaci: 2.4. 07 (JIP) klid na lůžku, po přeložení na oddělení pacientka pod vedením fyzioterapeutky aktivně rehabilitovala. Přes dechová cvičení, tonizaci svalů na lůžku, vertikalizaci a chůzi o dvou francouzských holích.

Četla si knihu, sledovala televizi a povídala si s ostatními pacientkami.

- **Sexuální potřeby**

Na tyto otázky pacientka nechtěla odpovídat. S manželem si rozumí.

1.3 Psychosociální potřeby

- **Existenciální potřeby**

Před operací: Pacientka podle svých slov po ekonomické a sociální stránce nestrádá. Dříve s manželem cestovali, dnes z důvodu jejího onemocnění to už není možné.

Pacientka pociťuje obavy a strach z operace, ale doufá, že vše dobře dopadne. Na tomto oddělení jí byl již před rokem operován pravý kyčel. S péčí zde byla spokojená, má velkou důvěru ve zdejší lékaře i sestry.

Pacientka se snaží žít zdravě, občas hřeší sladkostmi. Jí dostatek zeleniny i ovoce. Má zejména ráda letní ovoce (melouny, broskve apod.).

Pacientka žije se svým manželem v pražském bytě, často je navštěvuje jedna s dcer, která bydlí nedaleko. Druhá dcera bydlí mimo Prahu, navštěvuje své rodiče zhruba jednou měsíčně podle pracovního vytížení.

Pacientka byla edukována o chodu oddělení, o svém léčebném režimu i fyzioterapii.

Po operaci: Pacientka se operace obávala, ale vše proběhlo bez komplikací. V nemocnici se cítí v bezpečí. Má dostatek informací o pooperačním režimu, fyzioterapii.

Omezeních po výkonu se neobává. Má za sebou již TEP pravého kyčle, a tak zná detailně průběh fyzioterapie i období rekonvalescence.

- **Láska a sounáležitost**

Před operací: Pacientka žije se svým manželem, má dvě dcery a tři vnučky.

S manželem jsou si velmi blízcí, s přibývajícimi léty se více potřebují.

Manžel je jí také velkou oporou, pomáhá jí i s domácností.

Po operaci: Pacientku navštěvoval každý den manžel. Také dcery a vnučky pacientku v nemocnici navštívily. Pacientka také s rodinou komunikovala prostřednictvím mobilního telefonu.

S personálem pacientka komunikovala bez obtíží. Také se pacientkami neměla paní H. žádný problém. Pacientky byly přibližně stejného věku, navzájem si rozuměly, povídaly si spolu.

- **Sebepojetí a sebeúcta**

Před operací: Pacientka je ve svém životě spokojená, až na trápení s kyčli.

Domácí práce zvládala bez obtíží, pouze venku si nebyla v chůzi příliš jistá.

Chodila pouze na malé procházky kolem domu v doprovodu svého manžela.

Dříve s manželem cestovali, chodily do lesa na houby. Pacientka doufá, že až bude mít konečně obě kyčle po operaci, bude se moci k těmto koníčkům vrátit.

Pacientka má také ráda domácí práce (šití, háčkování, pletení) a velkým koníčkem je jí rodina zejména vnučky.

Po operaci: Pacientka se těší na návrat domů a na odložení francouzských holí.

- **Duchovní potřeby**

Pacientka je bez vyznání. Věřící pouze v sebe a rodinu.

2. Ošetrovatelské diagnózy (1, 2,3)

Před operačním výkonem 2.4. 07

- 2.1 Strach z důvodu operačního výkonu projevující se nervozitou a obavami.
- 2.2 Chronická bolest levého kyčelního kloubu z důvodu pokročilé artrózy projevující se bolestivostí LDK, omezením pohybu a poruchou spánku.

Po operačním výkonu 3.4. 07

- 2.3 Akutní bolest v oblasti operační rány levého kyčelního kloubu projevující se omezenou pohyblivostí a verbalizací bolestivých projevů.
- 2.4 Zažívací obtíže po operačním výkonu a anestezii projevující se nevolností, zvracením, pálením žáhy, pocity tlaku v žaludku.
- 2.5 Omezená pohyblivost z důvodu operačního výkonu a pooperačního režimu projevující se omezenou schopností provádět činnosti denní potřeby.
- 2.6 Poškozená integrita kůže operační ranou s drénem, PŽK, s rizikem vzniku komplikací (krvácení, luxace, infekce).
- 2.7 Riziko TEN – tromboembolické nemoci z důvodu velkého operačního zákroku, omezené pohyblivosti a stáří.

5.4. 07

- 2.8 Porucha vyprazdňování stolice z důvodu sníženého příjmu potravy, snížené pohyblivosti a pooperačního stavu projevující se zácpou, pocity tlaku v podbříšku.

3. Plán ošetrovatelské péče (1,2,3, 6,7)

3.1 Strach z důvodu operačního výkonu projevující se nervozitou a obavami.

Cíl: Pacientka je před operací klidnější.

Pacientka má dostatek informací.

Pacientka cítí důvěru ve zdravotnický personál.

Pacientka je standartně připravena k operaci.

Plán:

- Navázat s nemocnou pomocí rozhovoru důvěryhodný vztah.
- Zjistit čeho se nemocná nejvíce obává.
- Zajistit rozhovor s operátorem a anesteziologem.
- Pacientce poskytnout dostatek informací, vše jí v klidu vysvětlit.
- Premedikovat dle ordinace lékaře.
- Omezení příjmu potravy a tekutin před operací (2.4. 07 od 0⁰⁰ hod. nejíst, nepít, nekouřit, nežvýkat).

Realizace:

- Pacientce jsem zodpověděla všechny informace, které ji zajímaly (zejména časné pooperační období, pobyt na JIP).
- Pacientku také před výkonem navštívil operátor a anesteziolog.
- Pacientka před výkonem lačnila.
- Pacientce byla před výkonem podána premedikace dle ordinace.

Hodnocení: Pacientka byla před výkonem klidnější, měla dostatek informací.

Pacientka měla ve zdravotnický personál důvěru, protože zde již byla jednou operována.

3.2 Chronická bolest levého kyčelního kloubu z důvodu pokročilé artrózy projevující se bolestivostí LDK, omezením pohybu a poruchou spánku.

Cíl: Pacientka nebude mít silné bolesti před operací.

Pacientka se dobře se vyspí před plánovaným výkonem.

Plán:

- Rozhovorem s pacientkou zjistit vyvolávající příčiny bolesti, co přináší zlepšení a zhoršení obtíží.
- Monitorovat a hodnotit bolest.
- Najít vhodnou úlevovou polohu.
- Zajistit klidné prostředí a spánek.
- Podat dle ordinace lékaře premedikaci na noc.
- V případě potřeby podat vhodné analgetikum po konzultaci s lékařem.

Realizace:

- Pacientka užívá při bolestech Aulin (Nimesulidum), po dobu hospitalizace ho neužívala.
- Bolest jsem monitorovala pomocí Vizuelní analogové škály zpětně ráno před výkonem 3 (viz. příloha č. 5).
- Pacientka dostala ve 20⁰⁰ premedikaci dle ordinace lékaře (Hypnogen 1 tbl.)
- Spala na operovaném boku, k ránu se budila nervozitou z výkonu.

Hodnocení: Pacientka se před výkonem klidně vyspala, pouze k ránu se budila.

Nepocítovala silné bolesti.

3.3 Akutní bolest v oblasti operační rány projevující se omezenou pohyblivostí a verbalizací bolestivých podnětů.

Cíl: Pacientka bude cítit zmírnění bolesti v operační ráně.

Pacientka se bude po spánku cítit dostatečně odpočatá.

Plán:

- Monitorovat a hodnotit bolest.
- Provést posouzení bolesti pomocí Vizuální analogové škály.
- Edukovat pacientku, aby včas upozornila sestru, že cítí bolest a zajistit její aktivní spolupráci.
- Aplikovat analgetika dle ordinace a hodnotit – konzultovat s lékařem.
- Chladit ránu sáčkem s ledem.
- Pomoci nemocné zaujmout úlevovou polohu, fixovat léčebnou polohu.
- Monitorovat operační ránu (krvácení, otok, známky infekce).
- Sledovat celkový stav a fyziologické funkce.
- Zajistit klidný spánek – vhodná poloha, klidné a tiché prostředí, aplikace analgetik.

Realizace:

- Pacientka udávala palčivou bolest v oblasti operační rány, s radiací do stehna.
- Bolest jsem monitorovala a hodnotila pomocí Vizuální analogové škály před 8 a po aplikaci analgetik 3 (viz. příloha č. 5).
- Pravidelně jsem se na bolest pacientky dotazovala, aplikovala analgetika dle ordinace a ránu ledovala.
- Pacientce jsem pomáhala zaujmout vhodnou polohu, tak aby stále neležela pouze na zádech.
- Rána se hojila per primam.
- Pacientce bylo vždy před spaním vyvětráno, podle potřeby aplikována analgetika.
- Pacientka byla první noc po operaci na JIP, kde téměř nespala z důvodu stísněného prostředí, hluku a vynucené polohy.
- Na standardní oddělení se jí spalo lépe. Hrudník měla v mírně zvýšené poloze. Vynucená poloha na zádech jí výrazně nevadila.

Hodnocení: Pacientka cítila zmírnění bolesti, spala bez obtíží.

3.4 Porucha trávení po operačním výkonu a anestezii projevující se nevolností, zvracením, pálením žáhy, pocití tlaku v žaludku.

Cíl: Pacientka nepocítuje problémy s trávením.

Pacientka se po jídle bude cítit lépe, bude přijímat dostatečné množství tekutin a potravy.

Plán:

- Sledovat celkový stav pacientky a fyziologické funkce.
- Pacientku dát do polohy s mírně zvednutým hrudníkem.
- Zajistit dostatečnou hydrataci, sledovat příjem a výdej tekutin.
- Pacientce dát k lůžku emitní misku a buničinu.
- Monitorovat projevy obtíží, frekvenci zvracení – množství, příměsí.
- Být u pacientky, dát jí najevo účast.
- Aplikovat léky dle ordinace lékaře.

Realizace:

3.4. 07 – den po výkonu se pacientka cítila velmi slabá, po vypití ½ skleničky čaje ihned zvracela, neobědvala. Žaludeční obsah bez stop příměsí, hlenu, krve.

Pacientka ležela na zádech s mírně zvednutým hrudníkem. Na pokoji jsem otevřela okno.

U pacientky jsem sledovala bilanci tekutin P 1300 ml i.v. + 1200 p.o./ V 1100 ml (moč) + 80 ml (Redonův drén), P 2500 ml / V 1180 ml

Paní H. byla dostatečně hydratovaná. Dále již nezvracela, pila po douškách neslazený čaj a vodu, večeřela jeden bílý rohlík.

Druhý den ráno cítila pálení žáhy, vzala si 1 tbl. Rennie a pálení vymizelo.

Pacientka se bez potíží nasnídala a po zbytek mé praxe se u ní problémy s trávením neobjevily.

Hodnocení: U pacientky došlo k vymizení obtíží s trávením, cítila se dobře.

Pacientka začala přijímat tekutiny a postupně i stravu.

3.5 Omezený tělesný pohyb z důvodu operačního rány a pooperačního režimu projevující se omezenou schopností provádět činnosti denní potřeby.

Cíl: Pacientka bude s pomocí provádět činnosti denní potřeby.

Pacientka je informována o svém pohybovém režimu a spolupracuje při postupné rehabilitaci.

Plán:

- Pacientku edukovat o rehabilitačním režimu.
- Dát pacientce k lůžku noční stolek, aby na něj bez problémů dosáhla.
- Umístit nad lůžko hrazdičku, vedle postele francouzské hole.
- Změřit stupeň soběstačnosti.
- Změřit stupeň rizika vzniku dekubitů.
- Pomoci pacientce provádět činnosti denní potřeby.
- Pacientku polohovat dle instrukcí fyzioterapeuta a spolupracovat s ním.
- Pacientce aplikovat v případě potřeby analgetika dle ordinace lékaře.

Realizace:

Pacientce jsem po příjezdu z JIP dala pod kolena a paty molitanové podložky, mezi DK molitanový čtverec, k zevnímu kotníku operované nohy jsem umístila sáček s pískem, aby nedošlo k zevní rotaci (luxaci TEP). Pacientce se leželo pohodlně.

K lůžku jsem jí přisunula noční stolek, kam jsem dala konvici s čajem a skleničku.

Pacientka začala týž den odpoledne zvolna rehabilitovat. Prováděla s fyzioterapeutkou dechová cvičení, tonizaci svalů, cvičení periferie (propínání paty a špičky). Další dny zvládala vertikalizaci, chůzi s francouzskými holemi po pokoji a chodbě. Paní H. jsem aplikovala před rehabilitací analgetika.

U pacientky jsem provedla Barthelův test základních všedních činností (viz. příloha č. 6),

3.4. 07 45 bodů – závislost středního stupně, 6.4. 07 85 bodů – lehká závislost.

Dále jsem pak změřila riziko vzniku dekubitů (viz. příloha č. 7), 3.4. 07 - 22 bodů, 6.4 07 - 26 bodů.

Pacientka prováděla s pomocí sestry hygienu na lůžku, poslední den mé praxe jsem pacientku doprovodila do koupelny, kde se sama osprchovala.

První den po příjezdu z JIP se pacientka vyprazdňovala do podložní mísy, další dny chodila s pomocí francouzských holích na toaletu u pokoje.

Hodnocení: Pacientka bez potíží rehabilitovala a s malou pomocí sestry byla soběstačná.

3.6 Poškozená integrita kůže operační ranou s drénem, PŽK, s rizikem vzniku komplikací (krvácení, luxace, infekce).

Cíl: Pacientce se rána hojí bez komplikací (krvácení, luxace, infekce).

Pacientka je aktivní a spolupracuje při kontrole rány a drénu.

Pacientka nepociťuje výraznou bolest a obtíže v souvislosti s operační ranou, drénem ani PŽK.

Plán:

- Dodržovat aseptický přístup při ošetřování operační rány, kontrolovat obvaz a monitorovat možné komplikace hojení (krvácení, otok, zarudnutí, bolest).
- Kontrolovat funkčnost a okolí Redonova drénu.
- Monitorovat a měřit množství sekretu odváděné Redonovým drénem.
- Sledovat funkčnost PŽK, místo zavedení (bolest, zarudnutí, otok).
- Každý den provést převaz PŽK.
- Sledovat a monitorovat fyziologické funkce a celkový stav.

Realizace:

Péče o operační ránu

3.4. 07 po příjezdu na oddělení byla provedena kontrola stavu obvazů, změřeny FF.

4.4.- 5.4. 07 každý den převaz operační rány – rána čistá, klidná, bez známek infekce, v okolí hematomy, dezinfekce Cutasept + sterilní krytí.

6.4. 07 sundání obvazů, rána čistá, klidná, bez známek infekce, osprchování rány, na ránu aplikován Cutasept.

Hodnocení: operační rána se hojí per primam, bez komplikací.

Péče o Redonův drén

Po příjezdu na oddělení byl drén funkční obsahoval 80 ml sekretu, provedeno jeho odsátí, obvaz neprosakoval.

4.4. 07 drén funkční, množství sekretu 40 ml, dezinfekce Cutasept, drén vyndán, sterilní krytí.

Hodnocení: Rána po drénu je klidná, čistá, bez známek infekce.

Péče o PŽK

2.4. 07 zaveden PŽK do oblasti pravého předloktí.

Každý den proveden převaz kanyly (dezinfekce Cutasept + nové krytí a fixace).

5.4. 07 PŽK vyndán, místo vstupu mírně zarudlé, nebolestivé.

Hodnocení: 6.4. 07 místo vstupu po PŽK je nebolestivá, normální barvy.

3.7 Riziko TEN – tromboembolické nemoci z důvodu velkého operačního zákroku a omezené pohyblivosti.

Cíl: TEN u pacientky nevznikne.

Plán:

- Aplikovat antikoagulancia dle ordinace lékaře a provádět kontroly vyšetření krve QUICK, APTT.
- Každé ráno než pacientka vstane provést bandáž DK.
- Monitorovat barvu, prokrvení, bolest a otoky DK.
- Sledovat fyziologické funkce.
- Upozornit pacientku na možné kožní projevy po s.c. aplikaci antikoagulancií.
- Časná rehabilitace pacientky po výkonu.

Realizace:

Pacientce byla aplikována antikoagulancia dle ordinace lékaře (1. dávka 2.4. 07 Clexane 0,4 ml).

Každé ráno jsem paní H. pomáhala obléci elastickou punčochu na zdravou DK a na operovanou bandáž elastickým obinadlem.

DK byly dobře prokrvené, mimo operační ránu nepocítovala paní H. bolest DK.

Pacientka měla po s.c. aplikaci antikoagulancií v okolí vpichu drobné hematomy.

Paní H. rehabilitovala každý den, bez obtíží.

Hodnocení: U paní H. TEN nevznikla.

5.4. 07

3.9 Porucha vyprazdňování stolice z důvodu sníženého příjmu potravy, snížené pohyblivosti a pooperačního stavu projevující se zácpou, pocity tlaku v podbříšku.

Cíl: Pacientka se bude pravidelně vyprazdňovat.

Plán:

- Zajistit pacientce dostatek tekutin, stravu bohatou na vlákninu.
- Zajistit pacientce na vyprázdnění intimity.
- Motivovat a podporovat pacientku k rehabilitaci.
- Aplikovat laxativum.

Realizace:

Pacientce jsem poskytla dostatek tekutin, denně vypila zhruba 2000 ml vody a ovocného čaje.

Měla dietu číslo 3 – racionální, na večeri dcera přinesla ovocný salát.

Pacientka chodila na toaletu vedle pokoje, kde měla dostatek klidu a soukromí.

5.4. 07 jsem pacientce aplikovala glycerinový čípek, po kterém se rychle vyprázdnila.

6.4. 07 se pacientka dopoledne vyprázdnila bez obtíží.

4. Edukace

Paní H. má již zkušenosti s životem po totální endoprotéze kyčle, přesto je důležité ji znovu edukovat o všech úskalích, které tento výkon přináší.

Pacienti musí dodržovat celoživotně určitá pravidla nutná k tomu, aby endoprotéza fungovala, jak má.

Pacientka byla edukována od počátku hospitalizace fyzioterapeutkou o pohybovém režimu, zakázaných pohybech (viz. příloha č. 2,3). Edukace probíhala nejenom ústní formou, pacientka dostala také několik brožur s potřebnými informacemi.

Pacientka musí po dobu třech měsíců užívat perorální antikoagulancia. Paní H. jsem upozornila na možné projevy předávkování, režimová opatření (viz. přílohy) a na nutnost pravidelných kontrol srážlivosti krve INR u praktického lékaře.

Z důvodu anemie má pacientka naordinován Sorbifer, o jehož užívání a vedlejších účincích jsem ji poučila.

Nedílnou součástí terapie je také používání elastických punčoch, o jejichž nošení jsem paní H. poučila.

Pacientku jsem také seznámila s péčí o ránu po propuštění z nemocnice (promazávání, masáže).

5. Ošetrovatelský závěr, prognóza a sebereflexe

Paní H. byla přijata dne 31.3. 07 k TEP levého kyčelního kloubu. Výkon byl proveden 2.4. 07. Po tomto výkonu je délka hospitalizace 10 – 14 dnů, probíhá-li bez komplikací, tak jako je tomu u paní H.

Propuštění paní H. do domácího ošetřování je tedy plánováno nejpozději na 13.4. 07. Po propuštění se o ni postará manžel a dcera, která bydlí nedaleko pacientky.

Pacientka se návratu do domácího prostředí neobává, má upravenou domácnost vhodnými kompenzačními pomůckami.

Rehabilitace paní H. probíhá zcela bez obtíží. Pacientka zvládá chůzi po oddělení s francouzskými holemi.

Pacientka byla poučena fyzioterapeutem a mnou o nevhodných pohybech a polohách po TEP kyčle (viz. příloha č. 3).

Operační rána je klidná, bez známek infekce. Pacientka je edukována o péči o ránu po propuštění z nemocnice (promazávání, masáže).

Ošetrovatelská prognóza se mi jeví u paní H. velmi dobrá, protože dodržuje všechna léčebná i režimová opatření.

Paní H. je člověk velmi komunikativní, vstřícný, energický a spolupracující. Ihned a bez potíží jsem s ní navázala kontakt.

Myslím si, že naše spolupráce byla přínosná pro obě strany. Pokud měla pacientka nějaký problém, ihned ho verbalizovala a společně jsme hledaly vhodné řešení.

D. Použitá literatura a zdroje informací

- 1.) Pacient – rozhovor, pozorování
- 2.) Dokumentace
- 3.) Zdravotnický personál
- 4.) Dungl, P. a kolektiv: Ortopedie. Praha: Grada, 2006. ISBN 80 – 247 – 0550 - 8
- 5.) Koudela, K.: Ortopedie. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80 – 246 – 0654 - 2
- 6.) Staňková, M.: České ošetrovatelství 6, Hodnotící a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80 – 7013 – 323 – 6
- 7.) Doenges, M.; Moorhouse M.F.: Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha: Grada, 2001. ISBN 80 – 247 – 0242 – 8
- 8.) Juřeníková, P.; Hůsková, J.: Ošetrovatelství 2. část. Uherské Hradiště: 2001. ISBN 80 – 248 – 052 - 5
- 9.) www.vareni.cz
- 10.) www.forumzdravevyzivy.cz

Přílohy

- 1.) Operační protokol
- 2.) Průběh fyzioterapie po TEP kyčelního kloubu
- 3.) Nedoporučené činnosti po TEP + vhodné pohybové aktivity v rekonvalescenci
- 4.) Dieta při antikoagulační léčbě
- 5.) Hodnocení bolesti
- 6.) Barthelův test základních všedních činností
- 7.) Hodnocení rizika vzniku dekubitů podle Nortonové
- 8.) Vstupní ošetrovatelský záznam
- 9.) Plán ošetrovatelské péče

Příloha č. 1

Operační protokol

Operační dg. Primární koxartróza, oboustranná

Pooperační dg. Jiná dysplastická koxartróza

Předoperační rozvaha: oboustranná postdysplastická coxartróza před rokem TEP I. dx.nyní indikována operace druhé strany.

Anestezie: epidurální průběh: bez komplikací

Operační výkony: TEP I. sin. kompletní

Operační přístup: Watson - Jones

Náplň kloubu: čirá

Luxace hlavice: ne

Kloubní chrupavka: abradovaná

Subchondální kost neporušená

pouzdro kloubní: zesílené

tvár hlavice: hřibovitý

acetabulum: dysplastické

kvalita kosti: přiměřená

Jamka

Typ/velikost

Poldi/48

Specifikace: s centralizerem

K cement: CMW 2

Spongioplastika: ano

Acetabuloplastika: ne

Hlavice

Typ/velikost

Kovová s povlakem/28

Tonus protézy: přiměřený

Femorální komponenta

Typ/velikost

Poldi střední 110/11

K. cement CMW 2

uzavření dř. dutiny: ano

krček – délka: L- long

stabilita protézy: zcela stabilní

Průběh:

J. přístup, podkoží tenké, svalovina dobře vyvinutá, pouzdro kloubní zesílené, extirpováno, hlavice ve varozita kraniálně z poloviny nekrytá, po osteotomii extrahováno.

Acetabulum dysplastické ovoíni fresováno na jamku 48 s centralizerem, která plně kryta. 4 kotevní otvory, cementováno.

Femur porotický, rašplován po odebrání zátky na střední dřík 11 mm, po vyzkoušení zvolen dlouhý krček stejně jako na druhé straně, kloub stabilní, délka končetin stejná, výplach Betadinem, sutura po vrstvách.

Krevná ztráta: 200 ml

Počet odsavných drénů: 1

Komplikace: bez komplikací

Trvání výkon: 75 minut od 9:30 do 10:40 hod.

Pokyny pro rehabilitaci: časná, bez omezení

Příloha č. 2

Průběh fyzioterapie po TEP kyčelního kloubu

1. pooperační den jsou ordinována dechová cvičení, kondiční cvičení neoperovaných končetin s důrazem na natahovače lokte pro jejich význam při chůzi o berlích. Na operované končetině se aktivně cvičí hlezno a izometricky gluteální svaly a musculus quadriceps femoris.

2. – 3. pooperační den přidáváme aktivní cvičení v kyčelním kloubu s dopomocí, jde především o flexi do 90° s obdukci a vnitřní rotací. Pacient nacvičuje sed na lůžku se svěřenými nohama a začíná s vertikalizací. Nacvičuje se trojdobá chůze o francouzských holích.

4. – 5. pooperační den přidáváme přetáčení na zdravý bok s molitanovým čtvercem mezi dolními končetinami. Na boku může pacient v odlehčení za pomoci fyzioterapeuta cvičit flexi a také odpočívat. Kolenní kloub podkládáme válcem, na kterém pacient cvičí flexi a extenzi.

6. – 7. den připojujeme cvičení vleže na břicho s izometrickým cvičením gluteálních svalů a musculus quadriceps a cvičení flexe a extenze v kolenním kloubu. Pacient začíná cvičit vnitřní rotaci v sedě na lůžku se spuštěnými nohama.

8. – 12. den přidáváme nácvik chůze po schodech. Pokračuje cvičení sebeobsluhy.

13. – 14. den je pacient obvykle před propuštěním poučen o domácím režimu. V indikovaných případech doporučíme některé úpravy v bytech, jako je nainstalování madel na WC a k vaně, pomůcky jako jsou nástavce na WC, navlékač punčoch.

Z nemocnice by měl pacient odcházet samostatně chodící, zatěžující operovanou kyčel asi třetinou hmotnosti.

Za šest týdnů od operace následuje obvyklá klinická kontrola, po které obvykle dovolíme poloviční zátěž o dvou francouzských holích.

Ve třech měsících proběhne rentgenová kontrola a operatér po zhodnocení snímku individuálně doporučí postupné odkládání berlí s eventuálním přechodem na vycházkovou hůl, přetrvává-li pocit nejistoty.

Příloha č. 3

Nedoporučené činnosti po TEP

- 1) Nesedět nikdy tak, aby v kyčli byl větší než pravý úhel. Je proto třeba sedět na vysokých a tvrdých židlích, vyvarovat se pohodlných a hlubokých křesel. Vždy si při sedání natáhnout nebo předsunout DK.
- 2) Nedělat dřepy, neshýbat se a nepředklánět. Všechny tyto pohyby představují nežádoucí flexi nad 90 stupňů.
- 3) Nedávat nohu přes nohu. Tento pohyb přímo vyvolává luxační manévr na TEP (addukci a zevní rotaci).
- 4) Nepřetáčet se na lůžku bez polštáře mezi kolena a bércei, to opět může vyvolat addukci a zevní rotaci.
- 5) Necvičit flexi s nataženou DK, protože to zvyšuje zátěž na okraj jamky, která působí na kyčelní kloub a zvyšuje riziko luxace.
- 6) Nepoužívat na chůzi pantofle nebo bačkory, ale výhradně pevné boty s pevnou podrážkou.
- 7) Neřídít 6 měsíců od operace automobil.
- 8) Nenosit předměty těžší než 5 kg.
- 9) Neobouvat si ponožky a boty sám alespoň v prvních 6 týdnech po operaci, poté s pomůckami (navlékač punčoch, dlouhá lžice na boty) velmi opatrně.
- 10) Nepřetěžovat jednostranně operovanou DK, střídat polohy (sed – leh – chůze),alespoň jednou za 30 minut měnit polohu při sezení.
- 11) Nedoskakovat na operovanou DK:

Pacient s TEP by ml pravidelně navštěvovat lékaře i s běžnými infekcemi.

Podávat preventivní dávky ATB u stomatologických a drobných chirurgických výkonů.

Udržovat normální tělesnou hmotnost, konat každodenní procházky, jezdit na ortopedu se zvýšeným sedátkem, plavat a cvičit v bazénu. Doporučené sporty po 6 měsících od operace: golf, rozumná turistika, jízda na kole.

Příloha č. 4

Dieta při antikoagulační léčbě (8,9)

Při užívání perorálních antikoagulancií je třeba omezit potraviny obsahující větší množství **vitamínu K**, který účinek těchto léků ruší.

Užíváte-li vitamínové přípravky, čtěte pečlivě příbalový leták. Používejte jen ty, co neobsahují vitamín K.

Z potravy vylučte: **červenou řepu, avokádo, špenát, hlávkový salát, bílé i červené zelí, brokolici, kapustu, pórek, petrželovou nat', čerstvá rajčata, papriky, čerstvý hrách, játra, sóju.**

Ze zeleniny můžete konzumovat: kořenovou zeleninu – mrkev, celer, petržel, ředkvičky, kyselou okurku malé zralé rajče, malé množství luštěnin.

Zralé ovoce lze konzumovat bez obav, výjimku tvoří kiwi.

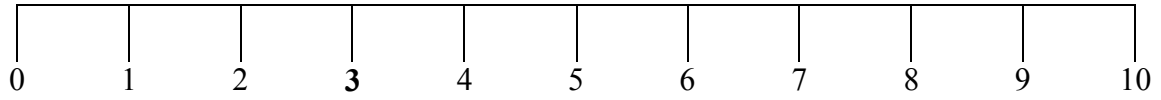
Při přípravě pokrmů omezte používání rostlinných olejů.

Dodržujte dostatečný pitný režim. Vyvarujte se popíjení alkoholu. Vyhněte se přílišné konzumaci bylinných čajů a čaje zeleného. Nepijte více než jeden šálek kávy za den.

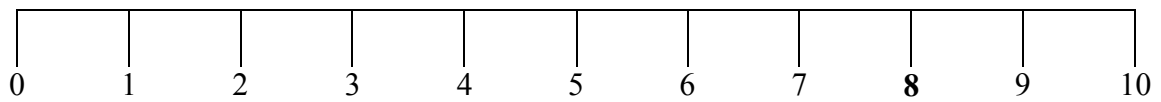
Příloha č. 5

Vizuální analogová škála – hodnocení bolesti

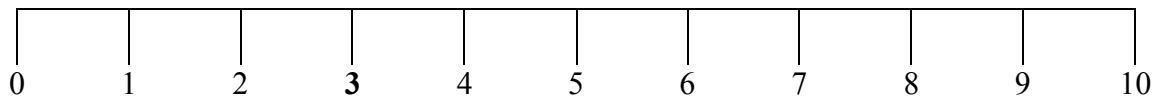
2.4. 07 před aplikací analgetik



3.4. 07 před aplikací analgetik



3.4.07 po aplikaci analgetik



Příloha č. 6

Barthelův test základních všedních činností

3.4. 07

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50	10
	na vozíku 50	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Celkem bodů: 45 – závislost středního stupně

0 – 40 bodů vysoce závislý

45 – 60 bodů závislost středního stupně

65 – 95 lehká závislost

96 – 100 bodů nezávislý

Barthelův test základních všedních činností

6.4. 07

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50	10
	na vozíku 50	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Celkem bodů: 80 – lehká závislost

0 – 40 bodů vysoce závislý

45 – 60 bodů závislost středního stupně

65 – 95 lehká závislost

96 – 100 bodů nezávislý

Příloha č. 7

Hodnocení rizika vzniku dekubitů- rozšířená stupnice Nortonové

3.4. 07

Schopnost spolupráce	Věk	Další nemoci	Tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita	4
úplná	do 10	žádné	dobrý	dobrý	úplná	není	chodí	4
malá	do 30	▪ anemie	zhoršený	apatický	částečně omezená	občas	doprovod	3
částečná	do 60		špatný	zmatený	velmi omezená	převážně močová	sedačka	2
žádná	nad 60		Velmi špatný	bez- vědomí	žádná	stolice i moč	upoután na lůžko	1

▪ diabetes, horečka, **anémie**, kachexie, onemocnění cév, karcinom, obezita podle stupně závažnosti 3 – 1 bod

22 bodů riziko vzniku dekubitů.

6.4.07

Schopnost spolupráce	Věk	Další nemoci	Tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita	4
úplná	do 10	žádné	dobrý	dobrý	úplná	není	chodí	4
malá	do 30	▪ anemie	zhoršený	apatický	částečně omezená	občas	doprovod	3
částečná	do 60		špatný	zmatený	velmi omezená	převážně močová	sedačka	2
žádná	nad 60		Velmi špatný	bez- vědomí	žádná	stolice i moč	upoután na lůžko	1

▪ diabetes, horečka, **anémie**, kachexie, onemocnění cév, karcinom, obezita podle stupně závažnosti 3 – 1 bod

26 bodů – bez rizika vzniku dekubitů.

Zvýšené riziko vzniku dekubitů je u pacientů, který dosáhne méně než 25 bodů.

