

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství

Ošetrovatelská péče o pacienta po totální endoprotéze kyčelního kloubu

Nursing care of the patient after total endoprosthesis of hip joint

Případová studie

Bakalářská práce

Praha, červen 2018

Monika Schránilová

Autor práce: Monika Schránílová

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Tereza Bakusová

Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetrovatelství 3. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

Odborný konzultant: MUDr. Jiří Mašek

Pracoviště odborného konzultanta: ortopedicko-traumatologické oddělení Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v Praze

Datum a rok obhajoby: 25. 6. 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou 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

.....

Monika Schránílová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí práce Mgr. Tereze Bakusové a odbornému konzultantovi MUDr. Jiřímu Maškovi za trpělivost, cenné rady, odborné vedení a jejich čas, který mi věnovali při psaní mé bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat pacientce M. K., protože bez jejího souhlasu a spolupráce by tato práce nemohla vzniknout.

Obsah

1. Úvod	7
2. Teoretická část.....	8
2.1 Anatomie	8
2.1.1 Pletenec pánevní	8
2.1.2 Kyčelní kloub.....	9
2.1.3 Cévy a nervy kyčelního kloubu	10
2.1.4 Svaly kyčelního kloubu	10
2.2 Charakteristika onemocnění	11
2.2.1 Etiologie	11
2.2.2 Klinický obraz.....	12
2.2.3 Rizikové faktory	12
2.2.4 Rozdělení onemocnění	12
2.2.5 Diagnostika	13
2.2.6 Terapie.....	13
2.3 Alopplastika kyčelního kloubu.....	15
2.3.1 Indikace	15
2.3.2 Kontraindikace.....	16
2.3.3 Typy endoprotézy.....	16
2.3.4 Operační sály, technika operace	17
2.3.5 Komplikace	17
2.3.6 Rehabilitace	18
3. Praktická část.....	20
3.1 Lékařská anamnéza	20
3.2. Ošetřovatelská anamnéza	23
3.3. Průběh hospitalizace od 23. 1. 2018 do 31. 1. 2018	23
3.3.1 První den hospitalizace 23. 1. 2018.....	23
3.3.2 Druhý den hospitalizace 24. 1. 2018-Operační den	24
3.3.3 Třetí- pátý den hospitalizace 25. 1. 2018- 27. 1. 2018	26
3.3.4 Čtvrtý- sedmý den hospitalizace 27. 1. 2018- 29. 1. 2018	28
4. Ošetřovatelská část	31
4.1 Charakteristika ošetřovatelského procesu.....	31
4.2 Jednotlivé fáze ošetřovatelského procesu	32

4.4 Ošetrovatelská anamnéza	34
4.5 Přehled ošetrovatelských diagnóz.....	39
4.5.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy.....	40
4.5.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy.....	46
4.6 Prognóza.....	50
4.7 Edukace a motivace k léčbě	50
4.8 Cvičební jednotka po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu.....	51
4.9 Režimová opatření.....	51
5. Diskuze	53
6. Závěr.....	56
Seznam použitých zkratk:.....	57
Přehled použité literatury	60
Příloha č. 1- Ošetrovatelská anamnéza	62
Příloha č. 2.....	69

1. Úvod

Tématem mé bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o pacienta s totální endoprotézou kyčelního kloubu. Zajímala jsem se o tuto problematiku již na střední škole a v průběhu studia na vysoké škole a myslím si, že je v dnešním světě aktuální.

Práce se skládá z teoretické, praktické, ošetrovatelské části a diskuze. V teoretické části se budu zabývat anatomii pánve a kyčelního kloubu. Dále se budu věnovat charakteristice onemocnění koxartrózy, jaké jsou příznaky, příčiny, rizikové faktory, rozdělení onemocnění, jaká je diagnostika a léčba tohoto onemocnění. Dále do teoretické části zařadím indikace a kontraindikace k výkonu totální endoprotézy. Poslední část bude obsahovat typy implantátu, průběh operace a možnosti komplikací předoperační, operační a pooperační.

V praktické části se věnuji podrobnému popisu péče o konkrétního pacienta. V ošetrovatelské části popisuji ošetrovatelský proces dotyčného pacienta. Veškeré informace jsem získala rozhovorem s pacientem, z ošetrovatelské dokumentace na oddělení, z rozhovoru s ostatním ošetřujícím personálem. Ze získaných informací jsem stanovila aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy. Popisuji zde cíle a plán ošetrovatelské péče, realizaci a nakonec hodnotím efekt poskytnuté péče.

Poslední částí mé bakalářské práce je diskuze. V této části se budu věnovat implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu, která je v dnešní době velmi rozšířeným výkonem. Hlavně se zaměřím na ošetrovatelskou péči u pacientů po tomto výkonu. Budu porovnat teorii, praxi a postupy v nemocnicích.

Na závěr shrnu obsah mé bakalářské práce.

Práce je doplněna přehledem použité literatury, seznamem zkratk a seznamem příloh.

2. Teoretická část

2.1 Anatomie

2.1.1 Pletenec pánevní

Pánevní pletenec je složen ze dvou pánevních kostí a z křížové kosti (os sacrum). Kruh pánevních kostí je spojen tuhým křížokyčelním kloubem a chrupavčitou sponou (symfýzou).

Spojením párových pánevních kostí vznikne pánev (pelvis), ohraničující pánevní prostor. Kostra pánve plní opornou funkci, uvnitř ni jsou uloženy některé orgány břišní a pánevní orgány. Horní část prostoru je větší- velká pánev; dolní užší, válcovitý oddíl je označován jako malá pánev nebo "porodnická pánev". Malá pánev je důležitou porodní cestou.

Pánevní kost (os coxae) je u dospělého člověka jednotná. Vzniká spojením tří, původně samostatných kostí: kyčelní kosti, stydké kosti a sedací kosti. (Dylenský, Funkční anatomie, 2009, str. 172-178)

Kyčelní kost

Kyčelní kost (os ilium) tvoří největší část pánevní kosti. Tělo kosti se rozšiřuje v plochou lopatu s ostrým horním okrajem (hřebenem), který dopředu vybíhá v hmatný horní přední trn kyčelní kosti (spina). Vnitřní plocha kyčelní kosti je vyhloubena v mělkou jámu kyčelní, kde je kloubní plocha křížokyčelního kloubu. (Dylenský, Funkční anatomie, 2009, str. 173)

Stydká kost a sedací kost

Stydká kost (os pubis) je nejútlejší částí pánevní kosti, tvořící přední a dolní ohraničení foramen obturatum. Rozděluje se na tělo a dvě ramena.

Sedací kost (os ischii) je masivní kost, která tvoří dolní okraj pánevní kosti a obkružuje foramen obturatum. Tělo kosti se účastní tvorby acetabula a široké rameno vytváří sedací hrbol. (Dylenský, Funkční anatomie, 2009, str. 173)

Stydká spona

Stydká spona (symfýza) je chrupavčité spojení obou stydkých kostí. Spojení kostí je doplněno silnými vazivovými pruhy, které jsou hlavně po dolním a horním okraji obou kostí. (Dylenský, Funkční anatomie, 2009, str. 175)

2.1.2 Kyčelní kloub

Kyčelní kloub (artikulatio coxae) je omezený kulový kloub s hlubokou jamkou, spojující stehenní kost (resp. volnou dolní končetinu) s pletencem dolní končetiny (resp. s pánevní kostí).

Kloubní plochy kyčelního kloubu tvoří hlavice femuru, jamka a kyčelní kosti. Hlavicí je kost stehenní (caput femoris) která se rovná 3/4 povrchu koule. Jamka kyčelního kloubu, acetabulum, má tvar duté polokoule. Kloubní plochou acetabula je ale pouze poloměsíčitá plocha (facies lunata), která je také jako jediná potažena kloubní, hyalinní chrupavkou.

Pouzdro kyčelního kloubu začíná na okrajích acetabula a upíná se na krček kosti stehenní. Uvnitř pouzdra je synoviální výstelka a ta pokrývá nejen vazivovou vrstvu pouzdra, ale i část krčku.

Kloubní pouzdro zesilují čtyři vazy. První ligamentum iliofemorale je nejsilnějším vazem v těle. Tento vaz ukončuje extenzi kyčelního kloubu a zabraňuje záklonu trupu. Dalším vazem, který nalezneme v kloubním pouzdru je ligamentum pubofemorale, který omezuje abdukcii a zevní rotaci v kyčelním kloubu. Třetím vazem je ligamentum ischiofemorale, který je krátký a omezuje addukci a vnitřní rotaci v kloubech. Další vaz je Zona orbicularis,

který j pokračováním druhého vazy. Vytváří vazivový prstenec, který podchycuje hlavu femuru. Poslední vaz je ligamentum capitis femoris, který je štíhlý a jde uvnitř kloubu.

V kyčelním kloubu je možné provádět flexi (přibližně do 120 stupňů- zvětšuje se při současné abdukci), extenzi (jen do 13 stupňů) abdukci (do 40 stupňů- zvětšuje se při současné flexi), addukce (do 10 stupňů), zevní rotaci (do 15 stupňů) a vnitřní rotaci (do 35 stupňů). Rotace oběma směry se zvětšuje při současné flexi v kyčelním kloubu.(Čihák, Anatomie 1, 2001, str. 289- 290)

2.1.3 Cévy a nervy kyčelního kloubu

Tepny kyčelního kloubu vycházejí z cévní sítě kolem kloubu. Jedna část sítě se větví okolo acetabula, přijímá větve z a. glutea superior et inferior, a. obturatoria, a. pudenda interna a další drobnější větve. Druhá část sítě je kolem krčku femuru. Její zásobení je z aa. circumflexae femoris, medialis et lateralis, aa. gluteae, superior et inferior a z hlubokého stehenního řečiště. Z obou částí sítě se oddělují větvičky pro kloubní pouzdro.

Žíly kyčelního kloubu odcházejí do pletení pouzdra a dále pokračují podél přírodních arterií.

Nervy kyčelního kloubu přicházejí z velkých kmenů, které jsou v blízkosti. Přední strana kloubního pouzdra je inervována z n. femoralis. Dorsální strana kloubu je inervována větvičkou z n. ischiadicus, zevní a horní strana pouzdra je zásobena z n. gluteus superior a z n. ischiadicus.(Čihák, Anatomie 1, 2001, str. 293)

2.1.4 Svaly kyčelního kloubu

Svaly kyčelního kloubu se dělí na přední a zadní skupinu.

Přední skupina obsahuje m. iliopsoas, složený z m. psoas major a m. iliacus. Jejich funkcí je flexe kyčelního kloubu, pomocná addukce kyčelního kloubu spojená se zevní rotací a udržují rovnováhu trupu. Inervovány jsou z n. femoralis.

Zadní skupina obsahuje na povrchu mm. glutei (svaly hýžd'ové) a to m. gluteus maximus (povrchový), m. gluteus medius (hlubší), m. gluteus minimus (nejhlubší) a m. tensor fasciae latae (nejdále vpředu). Jejich funkce je abdukce, rotace a extensce kyčelního kloubu. Inervace přichází z plexus sacralis cestou n. gluteus inferior pro m. gluteus maximus a cestou n. gluteus superior pro ostatní svaly.

V hloubce jsou tzv. pelvitrochanterické svaly, m. piriformis, mm. gemelli superior et inferior, m. obturatorius internus a m. quadratus femoris. Všechny tyto svaly jsou zevní rotátory kyčelního kloubu. Inervace je přímými vlákny z plexus sacralis.(Čihák, Anatome 1, 2001, str. 430- 435)

2.2 Charakteristika onemocnění

Koxartróza je artróza kyčelního kloubu. Onemocnění, která nově vzniknout, se prezentují nejčastěji mezi 50. až 60. rokem života, nejdříve více u mužů, později u žen. Každý třetí pacient má oboustranné potíže. Toto onemocnění postihuje častěji jedince vystavené větší fyzické zátěži. (Koudelka a kol., Ortopedie, 2003, str. 92)

Je to tedy degenerativní progresivní a multifaktoriální onemocnění kyčelního kloubu a okolní tkáně, které jsou poškozeny probíhajícími zánětlivými a degenerativními procesy. Koxartróza vzniká z důvodu atrofických změn, jako jsou subchondrální skleróza, snížení kloubní štěrbin, porucha sfericity a nerovnost kloubních ploch, nepravidelnost trabekulárního systému spongiózy, cystické subchondrální změny a tvorbu osteofytů na kloubních plochách. (Dungl a kol., Ortopedie, 2015, str. 733- 734)

2.2.1 Etiologie

U primární koxartrózy není příčina známá, ale můžeme zde uplatnit dědičné faktory a také chronické přetěžování kyčelního kloubu. (Sosna a kol., Základy ortopedie, 2001, str. 101)

Sekundární koxartróza vzniká nejčastěji po vývojové dysplazii kyčle. Mezi další příčiny můžeme zařadit úrazy, např. dislokované zlomeniny acetabula, Perthesovu chorobu, zánětlivé změny v kyčelním kloubu, metabolická onemocnění, systémové choroby nebo idiopatickou nekrózu hlavice. (Koudelka a kol. Ortopedie, 2003, str. 92)

2.2.2 Klinický obraz

Při tomto onemocnění zjistíme z anamnézy bolest, únavnost a omezení funkce kloubu. Potíže jsou zprvu námahové, později přechází do klidové a noční. Bolest velmi často vystřeluje na vnitřní stranu stehna až do kolenního kloubu nebo k velkému trochanteru.

Objektivně můžeme vidět u pacientů s tímto onemocněním kulhavou chůzi, pacient šetří postiženou končetinu, chůze bývá omezená a bolestivá vnitřní rotace zvláště v 90° flexi. V pozdější fázi onemocnění se objevují addukční, semiflekční a zevně rotační kontraktury a postupně dochází k omezení hybnosti kyčelního kloubu. U koxartrózy je patrna hypotrofie stehenního svalstva. U semiflekční kontraktury bývá hyperlordóza bederní páteře a následkem addukční kontraktury se objevuje relativní zkrat končetiny. Na rentgenovém snímku můžeme vidět plus a minus změny, které mohou být v horním, dolním kvadrantu nebo ve všech kvadrantech kyčelního kloubu. (Koudelka a kol., Ortopedie, 2003, str. 92)

2.2.3 Rizikové faktory

Mezi rizikové faktory vzniku koxartrózy nebo obecně artrózy můžeme zařadit genetické vlivy, pohlaví, přičemž onemocnění postihuje více ženy ve vyšším věku než muže. Dalšími rizikovými faktory, které vedou ke vzniku nebo zhoršení již vzniklého onemocnění je přetěžování kloubu fyzickou zátěží a nadměrná hmotnost jedince. (Koudelka a kol., Ortopedie, 2003, str. 87)

2.2.4 Rozdělení onemocnění

Obecně můžeme rozdělit koxartrózu na primární koxartrózu a sekundární koxartrózu.

Primární koxartróza se vyvíjí bez známé příčiny.

Sekundární koxartróza se vyvíjí z preartrotického stavu, z důvodu jiného onemocnění. Rozvoji této artrózy předchází prvotní poškození kyčelního kloubu. Vzniká ve 4. dekádě a je častější než primární. Sekundární koxartrózu můžeme dále rozdělit dle závažnosti (z RTG obrazu) a to na:

I. stádium, kdy je zúžení kloubní štěrbiny mediálně a nastává zde počátek tvorby osteofytů okolo hlavice

II. stádium, kdy dochází k určitému zúžení štěrbiny inferomediálně a jsou viditelné zřetelné osteofyty a subchondrální skleróza

III. stádium, kdy je štěrbina výrazně zúžena, jsou přítomny osteofyty a sklerotické změny, dále cysty a deformace hlavice i acetabula

IV. stádium, kdy vymizení kloubní štěrby, poté nastává skleróza, cysty, deformace hlavice a acetabula (Dungl a kol., Ortopedie, 2005, str. 902)

2.2.5 Diagnostika

Koxartrózu diagnostikujeme za pomoci klinického vyšetření, za pomoci zobrazovacích metod a běžného laboratorního vyšetření.

Při klinickém vyšetření zjišťujeme osobní anamnézu, v ní se zaměříme na bolest, únavnost a omezení funkce kloubu, palpační bolestivost kloubu, omezenou hybnost se svalovým spazmem, celkovou únavu, ale i únavu co se týče končetiny, dále vyšetřujeme chůzi a délku končetin.

Ze zobrazovacích metod používáme k diagnostice nejčastěji rentgenové vyšetření kyčelního kloubu, kdy na rentgenovém snímku můžeme pozorovat plus a minus změny v různém kvadrantu kloubu. Mezi další zobrazovací metody, které lze použít, je CT vyšetření a magnetická rezonance. Tyto dvě metody jsou méně časté a používají se při nejasnosti rentgenového vyšetření, dále je vhodné při předoperačním plánování aloplastiky kyčelního kloubu (např. u těžké postdysplastické koxartrózy), ke stanovení výběru typu a velikosti jednotlivých komponent. Další vyšetřením je sonografické vyšetření, které se osvědčilo při vyšetřování preartrotického stavu a při detekci výpotku.

Laboratorní vyšetření se provádí jako běžný screening a vyšetření punktátu. Má význam spíše pro diagnostiku zánětlivých onemocnění kyčelního kloubu. (Koudelka a kol. Ortopedie, 2003, str. 87- 89)

2.2.6 Terapie

Léčbu koxartrózy můžeme rozdělit na konzervativní a operativní.

Cílem konzervativní léčby je především vysvětlit klientovi podstatu onemocnění, zmírnit bolest postiženého kyčelního kloubu a zlepšit jeho pohyblivost. Důležité je omezit přetěžování postiženého kloubu použitím kompenzačních pomůcek pro odlehčení končetiny a také se vyvarovat chůzi po nerovném povrchu a chůzi po schodech. Vhodné je také snížení hmotnosti u klientů s nadváhou. Dále se doporučuje pohybová rehabilitace, do které můžeme zařadit plavání a jízdu na rotopedu.

Dobré uplatnění má i fyzikální terapie. Při tomto druhu léčby se používá magnetoterapie, vodoléčba, elektroléčba nebo léčba pomocí laseru, masáže, léčba teplem nebo chladem, ultrazvukem a RTG terapii. Žádná z těchto metod nedokáže artrózu vyléčit, jen tlumí vedlejší nepříjemné reakce, které ji provázejí. Při léčení artrózy nesmíme zapomenout na klidovou terapii a polohování postižené končetiny s přikládáním tzv. napařovacích obkladů. V pozdějších fázích artrózy se doporučuje používání ortopedických pomůcek, jako jsou berle francouzské nebo podpažní pro odlehčení a zlepšení chůze. Velký význam má také nošení vhodné pevné obuvi bez podpatku.

Medikamentózní terapie je velmi rozsáhlá a léky lze rozdělit do několika základních skupin a to analgetika, nesteroidní antiflogistika a kortikosteroidy. Analgetika ale není vhodné užívat pravidelně, pouze při zhoršení obtíží. U dlouhodobějšího užívání analgetik může nastat analgezie, která svádí nemocného k přetěžování postiženého kloubu. Nesteroidní antirevmatika, která můžeme zařadit do takzvané skupiny rychle působících léků. Nesteroidní antirevmatika mají účinky protizánětlivé, analgetické a antipyretické. Mechanismus účinku těchto léků spočívá v inhibici enzymů syntetizujících prostaglandiny a v inhibici dalších místních působků nutných k rozvoji zánětlivých změn. NSA se rozděluje na COX-1 a COX 2. U pacientu se zažívacími problémy a krvácejícími projevy se používají specifické inhibitory COX- 2. Tyto přípravky můžeme podávat ve formě tablet, injekcí či mastí a gelů. Kortikosteroidy se nejčastěji používají pro nitrokloubní aplikaci, někdy pro obstríky bolestivých úponů šlach a ligament. U koxartrózy se nedoporučují nitrokloubní aplikace depotních kortikosteroidů z důvodu častých komplikací, jako jsou nekrózy hlavice a zánět.

Operativní léčba artrózy je vhodná u pacienta, který není z hlediska interního lékaře kontraindikován k operaci pro závažné onemocnění a tam, kde se předpokládá spolupráce pacienta. Obecně lze říci, že pacienta s artrózou indikujeme k operaci tehdy, selže-li konzervativní léčba a při zhoršení funkce postiženého kloubu. Záleží na typu artrózy a věku pacienta. U mladších jedinců se používá korekční osteotomie nebo a v pozdějším věku a stupni onemocnění je nejúčinnější operací je totální náhrada kyčelního kloubu. (Koudelka a kol., Ortopedie, 2003, str. 89- 92)

2.3 Aloplastika kyčelního kloubu

Aloplastika kyčelního kloubu patří dnes k nejčastějším ortopedickým operacím, kdy poškozená kloubní jamka i hlavice jsou nahrazeny umělou endoprotézou, kdy se používají nejčastěji kovy a jejich slitiny, plasty a keramika. Náhrada kyčle je pro nemocného vždy závažnou a zatěžující operací. Běžná životnost implantátů se pohybuje kolem 15 let. (Sosna a kol. Základy ortopedie, 2001, str. 102, 110)

Do historie aloplastiky se zapsal v českých zemích prof. Chlumský, který kolem roku 1900 prováděl pokusy s transplantací kovů a umělých hmot. O skutečný rozvoj aloplastiky kyčelního kloubu, se zasloužil prof. Čech, který se aloplastikou systematicky zabýval a ve spolupráci s Poldi Kladno. V roce 1970 vyvinul cementovanou totální endoprotézu kyčelního kloubu (TEP) také včetně instrumentária, která byla implantována tisícům pacientů s velmi úspěšným výsledkem. Prof. Čech stanovil také indikace k operaci aloplastiky kyčelního kloubu, vypracoval operační postup a upozornil na komplikace. První úspěšné endoprotézy kyčelního kloubu byly cervikokapitální endoprotézy podle Austina a Moora (1950) a podle Thomsona (1952). V současné době se cervikokapitální endoprotézy, které nahrazují pouze horní konec femuru, používají jen u zlomenin krčku stehenní kosti u biologicky starých jedinců.

Další průlom do aloplastiky byl v roce 1960, kdy Charley poprvé referoval o zkušenostech s náhradou s nízkým třením. Jednalo se o cementový typ protézy, kdy jamka a dřík jsou po opracování acetabula a dřeně femuru fixovány pomocí kostního cementu, připraveného smícháním prášku a tekuté složky. (Koudelka a kol. Ortopedie, 2003, str. 99-100)

2.3.1 Indikace

K implantaci totální endoprotézy přistupujeme po vyčerpání a neúčinnosti konzervativní léčby koxartrózy a to jak primární tak sekundární.

Další indikací k aloplastice kyčelního kloubu jsou zánětlivá onemocnění (např. zánětlivá artritida, revmatoidní artritida, juvenilní idiopatická artritida, ankylozující spondylitida a osteoartritida), vývojová dysplazie kyčle, Perthesova a Pagetova nemoc, zlomeniny v oblasti kyčelního kloubu, ať už na kosti stehenní (proximálním femuru), nebo v oblasti jamky (acetabulu). Dále také výrazné deformity postiženého kyčelního kloubu, také při kostních nádorech a při nekróze kosti, kterou může způsobit např. neznámá příčina,

trauma, metabolická onemocnění. Důvod k implantaci totální endoprotézy může být také reimplantace předchozí náhrady, kdy došlo k luxaci již provedené endoprotézy.

Před operací je nutné vyloučit jinou příčinu, která by mohla způsobovat obtíže, související s onemocněním kyčelního kloubu. (Koudelka a kol., Ortopedie, 2003, str. 100, Canale S. T., Beaty J. H. & Campbell W. C., Campbell's Operative Orthopaedics, 2013, str. 179)

2.3.2 Kontraindikace

Kontraindikace k implantaci totální endoprotézy kyčle můžeme rozdělit na relativní a absolutní.

Mezi relativní kontraindikace můžeme zařadit celkový zdravotní stav, jako je věk nemocného, nadváha, další závažná onemocnění pacienta, která by mohla omezit aktivní spolupráci před operací i po operaci. Dále mezi kontraindikace patří infekce dýchacích cest, infekce urogenitálního traktu nebo infekce v dutině ústní.

Absolutní kontraindikace k podstoupení operace je ischemická choroba dolních končetiny, bércové vředy, opakované záněty žil, infekce v postižené kloubu nebo závažné kardiopulmonální onemocnění. (Dungl a kol., Ortopedie, 2005, str. 917- 922)

2.3.3 Typy endoprotézy

Endoprotéza kyčelního kloubu může být buď cementová, necementová nebo hybridní.

Cementové endoprotézy jsou obě kloubní náhrady do kosti fixovány pomocí cementu.

Necementované endoprotézy kyčelního kloubu jsou kloubní náhrady přímo mechanicky upevněny do kostí bez použití kostního cementu. Tyto endoprotézy dělíme na primární, sekundární a terciální stabilitu:

U primární stability je důležité zaražení dřívku kloubní endoprotézy do přesně určeného místa.

U sekundární stability dosáhneme velké pevnosti a trvanlivosti tím, že dochází k vrůstání kostních trámčů do materiálu povrchové struktur tedy do kloubní endoprotézy.

K terciální stabilitě dochází během několika let (5-10let) od operace, kdy dochází ke kostní přestavbě (osteointegrace endoprotézy).

Posledním typem je hybridní endoprotéza jedna komponenta, připevněna jiným způsobem než druhá komponenta. (Dungl a kol. Ortopedie, 2005, str. 919- 922)

2.3.4 Operační sály, technika operace

Operace, při kterých se provádí implantace protézy do kyčelního kloubu, jsou prováděny v aseptickém režimu. Důležitá je příprava pacienta před operací, která spočívá v likvidaci ložisek kdekoliv v těle, která by mohla být zdrojem infekce. Především je nutné se zaměřit na kožní infekce, infekce urogenitálního traktu, infekce v dutině ústní jako jsou stomatologické infekce a v neposlední řadě ještě ORL infekce.

Vlastní operace aloplastiky se provádí nejčastěji v poloze na zádech a v celkové anestezii. Po implantaci protézy se zavádí drenáž s aktivním sáním, v některých případech se přikládá elastické obinadlo a bandáže. Podle zvyklosti oddělení a zdravotnického zařízení, operovanou končetinu na dva dny dáme do antirotační botičky, která snižuje riziko luxace protézy v prvních dnech po operaci. (Koudělka a kol., Ortopedie, 2003, str. 100)

2.3.5 Komplikace

Komplikace po aloplastice kyčelního kloubu dělíme z časového hlediska na perioperační, časné, středně pozdní a pozdní.

Mezi perioperační komplikace po totální endoprotéze kyčle řadíme zlomeninu v oblasti Adamsova oblouku (calcar femorale) a zlomeninu diafýzy femuru. Tyto komplikace řešíme osteosyntézou (cerkláž, dlaha) nebo doplňujeme aplikací spongiózních štěpů. Další komplikace během operace může být poranění velkých cév (a. femoralis a eventuálně jejích větví) při kterém je nutná okamžitá revize a sutura tepny, poranění menších větví podvazujeme. Při poranění nervů (n. femoralis, n. ischiadicus) se zvyšuje riziko semiflekční kontraktury kyčle. Většinou dochází ke spontánní úpravě poškozených nervů. Pokud k tomu nedojde, je nutné provést vyšetření elektromyografií.

Časné komplikace při totální endoprotéze je krvácení, kdy postačí hradit krevní ztráty krevními konzervami. Luxace endoprotézy se projeví bolestí a patologickým postavením končetiny. Syndrom tukové embolie vznikne vlivem toxického monomeru, který se uplatňuje

při cementování. V častých komplikacích můžeme narazit také na tromboembolickou nemoc, u které je velmi důležitá prevence, např. cvičení, bandáže dolních končetin, podávání nízkomolekulárních heparinu.

Středně pozdní komplikace jsou dehiscence, rozestup rány, kdy je potřeba ihned provést suturu rány, pozdní hematom a časná infekce, která se většinou projeví do 14 dnů bolestí, zarudnutím, otokem a horečkou nad 38 °C.

Mezi pozdní komplikace po implantaci totální endoprotézy patří mitigovaná infekce, která je mírným znakem infekce. Vyskytuje se nejčastěji do dvou let po operaci. Pozdní infekce, která vzniká kdykoliv po implantaci hematogenní cestou. Dále latentní infekce, která je způsobena kontaminací implantátu bez známek zánětu. Paraartikulární osifikace, kdy tuto komplikaci vidíme častěji u pouřazových stavů, kdy došlo ke zhmoždění měkkých tkání nebo při nešetrných operacích. Další komplikací je uvolnění a migrace endoprotézy, kdy se uvolnění projevuje bolestí, zkratem končetiny, a kulháním. (Koudelka a kol., Ortopedie, 2003, str. 101-104)

2.3.6 Rehabilitace

Rehabilitaci dělíme na předoperační, pooperační v nemocničním zařízení a pooperační v domácím prostředí.

Předoperační rehabilitační cvičení spočívá v protahování a relaxaci zkrácených svalových skupin na dolních končetinách a zádočných svalů, v posilování ochablých svalů také na dolní končetině, zádočných a břišních svalů a reedukaci správného stereotypu extenze a abdukce kyčle. Důležitý je nácvik pohybových stereotypů nezbytný pro pooperační rehabilitaci.

Cílem pooperační rehabilitace v nemocničním nebo všeobecně zdravotnickém zařízení je vertikalizace pacienta a nácvik samostatné chůze o berlích se simulací nášlapu. Zvýšené nebezpečí luxace endoprotézy je sníženo eliminací zakázaných pohybů jako je zevní rotace kyčelního kloubu, abdukce a flexe nad 90°.

První pooperační den jsou ordinována dechová cvičení, které je prováděno na lůžku, cvičení neoperované končetiny pro zvýšení svalové síly. Na operované končetině je aktivně cvičeno hlezno. Druhý až třetí den po operaci se přidává aktivní cvičení v kyčelním kloubu s dopomocí, jedná se o flexi do 90° s abdukcí a vnitřní rotací. Dále se přidává sed na lůžku se svěšenými nohama z lůžka a následuje vertikalizace pacienta. Nejprve se zkouší chůze okolo postele, po pokoji a během dalších pooperačních dní se ušlá vzdálenost zvětšuje. Nacvičuje se

tedy trojbodová chůze o francouzských nebo podpažních holích. Návčik chůze začíná simulací nášlapu. Další cvik, který pacient provádí je přetáčení na bok s molitanovým čtvercem mezi dolními končetinami. Jestliže pacient zvládá bez větších problémů chůzi o francouzských nebo podpažních holích na delší vzdálenost, přidává se chůze do schodů. Poslední co fyzioterapeut pacienta naučí, je správné posezení na WC a na židli.

Při propuštění pacienta do domácího prostředí rehabilitace spočívá v tom, aby dotyčný dodržoval vše, co se v nemocnici naučil. Pacient dále může navštěvovat ambulantní rehabilitační ošetřování, lázeňskou léčbu nebo ústavní rehabilitační léčbu. Pacientovi se nedoporučují, nebo jsou spíše zakázány pohyby a činnosti, jako jsou dřepy, pacient by se neměl shýbat např. při obouvání bot, ponožek apod., nepředklánět se, tedy flexe nad 90°, nesedat si do nízkých křesel, nepřetáčet se v posteli bez čtverce mezi koleny, nepoužívat obuv s nepevnou podrážkou, neřídít automobil do 6 týdnů od operace, nenosit předměty těžší než 5 kg, nepřetěžovat končetinu, nedoskakovat na operovanou končetinu, a v neposlední řadě nedávat při sedu nohu přes nohu na co se dost často zapomíná. (Dungl a kol. Ortopedie, 2015, str. 797- 799)

3. Praktická část

Kazuistika pacientky M. K.

3.1 Lékařská anamnéza

Rodinná anamnéza

Otec mé pacientky za svůj život neprotrpěl závažně onemocnění. Matka pacientky protrpěla v roce 2005 rakovinu prsu, nyní je pod lékařským dohledem, v pořádku. Dále se léčí s hypertenzí. Pacientka má o 5 let staršího bratra, který se léčí s hypertenzí.

Osobní anamnéza

Pacientka narozená v roce 1969 se léčí pouze s revmatoidní artritidou. V dospělosti ani v dětství další vážnější onemocnění neprodělala. Pacientka v průběhu života podstoupila čtyři operace. První operace v roce 2001 laparotomii ovariální cysty, v roce 2005 odstranění varixů, v roce 2012 sutura ruptury šlach na pravé horní končetině, v roce 2015 implantace totální endoprotézy kyčelního kloubu vpravo.

Alergie

Pacientka udává alergickou reakci na Biseptol, Amoclen.

Abúzus

Pacientka nepije alkohol, nekouří a neužívá ani jiné návykové látky.

Gynekologická anamnéza

Pacientka pravidelně menstruuje, bez bolesti a dalších problémů. Pacientka neprodělala ve svém životě žádný porod ani potrat.

Farmakologická anamnéza

Pacientka bere svou chronickou medikaci dle těchto ordinací:

Prednison 5 mg tbl. p. o. 0,5-0-0

Movalis 15 mg tbl. p. o. 0-0-1

Omeprazol 20mg cps. p. o. 1-0-0

Acidum Folicum tbl. p. o. 1-0-0

Methotrexat 2,5 mg tbl. p. o. 1-1-1

Sociální anamnéza

Pacienta žije s přítelem v domku s několika schody ve vesnici u Písku. Dříve pacientka při chůzi nepotřebovala žádné kompenzační pomůcky, jako jsou francouzské nebo podpažní hole. Poslední tři týdny před operací pacientka při chůzi na delší vzdálenost používala jednu francouzskou holi.

Pracovní anamnéza

Dříve pacientka pracovala jako prodavačka, nyní je na invalidním důchodu z důvodu onemocnění revmatoidní artritida.

Nynější onemocnění

Pacientka s anamnézou revmatoidní artritidy trpí přibližně rok bolestmi levého kyčelního kloubu bez prodělaného úrazu. Bolesti byly zpočátku pozátěžové, postupně se objevily i klidové a noční bolesti, které již nereagují na konzervativní terapii. Rentgenologické vyšetření prokázalo koxartrózu III. stupně. Vzhledem ke klinickým obtížím a nálezů na rentgenu byla pacientka indikována k implantaci totální endoprotézy levého kyčelního kloubu. Dne 23. 1. 2018 byla pacientka přijata na ortopedicko-traumatologické oddělení Nemocnice Písek k operačnímu výkonu.

Stav při přijetí

Celkový stav: Pacientka je při vědomí, orientována osobou, místem i časem, spolupracuje, klidově eupnoe (bez dušnosti či opresí na hrudi), afebrilní.

Hlava: Je bez zjevných známek traumatu, skléry bílé, spojivky růžové, bez sekrece, bulby ve středním postavení, nos a uši bez sekrece, hrdlo klidné, jazyk bez povlaku, plazí ve střední čáře, chrup sanovaný.

Krk: Šíje je volně pohyblivá, pulzace karotid symetrická, štítná žláza nezvětšená.

Hrudník: Je symetrický, dýchání bez vedlejších fenoménů.

Srdce: Akce srdeční je pravidelná (P-78') – 2 ozvy ohraničené.

Břicho: Je v úrovni hrudníku, měkké, volně prohmatné, bez palpační citlivosti, povislá kůže po redukci hmotnosti.

Páteř: je klidná, palpačně a pokleповě nebolestivá.

Dolní končetiny:

Levá kyčel: kožní kryt intaktní, bez otoku či zarudnutí, palpační bolestivost v třísle nad velkým trochanterem, hybnost algicky omezena F: 0-85st., ZR: 0-25st., VR: 0-10st., ABD: 0-20st., DSM (distantia spinomalleolaris) -2cm (zkrat končetiny vůči zdravé).

Pravá kyčel: Kožní kryt je intaktní, jizva klidná pevná, bez otoku či zarudnutí, palpačně bez bolesti, volně pohyblivá v rámci již prodělané TEP kyčle.

Hybnost v ostatních segmentech dolních končetin je volná nebolestivá, periferie je bez neurovaskulárního deficitu.

Horní končetiny: Kožní kryt je intaktní, bez otoku, volně hybné ve všech segmentech, nebolestivé, periferie končetin je bez neurovaskulárního deficitu.

Fyziologické funkce:

TK-120/80	P-80'	D-13'	TT-36,2°C	SAT-99%
-----------	-------	-------	-----------	---------

Váha: 72 kg

Výška: 168 cm

Dieta: vegetariánská

3.2. Ošetrovatelská anamnéza

Viz. Příloha číslo 1.

K vyplnění jsem použila ošetrovatelskou anamnézu z Ústavu ošetrovatelství 3. Lékařské univerzity Karlovy.

3.3. Průběh hospitalizace od 23. 1. 2018 do 31. 1. 2018

Před vlastní hospitalizací musela pacientka absolvovat standardní předoperační vyšetření v rámci **dlouhodobé předoperační přípravy**. Patří tam interní vyšetření, které obsahuje získání anamnézy a fyzikálního vyšetření také zhodnocení vitálních funkcí, screeningové vyšetření krve a moči, elektrokardiografii, rentgenové vyšetření srdce a plic. Platnost jednotlivých vyšetření nesmí být starší než jeden měsíc. Další vyšetření, které pacientka musela podstoupit, bylo gynekologické vyšetření. Její operace byla plánovaná, pacientka tedy podstoupila odběr krve na autotransfuzi, k doplnění možných krevních ztrát během operace. Pacientce bylo doporučeno zlepšení tělesné kondice z důvodu lepší rekonvalescence. (Janíková, Zeleníková, Ošetrovatelská péče v chirurgii, 2013, str. 26- 28)

3.3.1 První den hospitalizace 23. 1. 2018

- Pacientka byla přijata na ortopedické oddělení.
- Pacientka podepsala veškeré dokumenty potřebné pro hospitalizaci a provedení operačního výkonu (souhlas s hospitalizací, souhlas s podáním krevních derivátů, souhlas s anestezií, souhlas s operací, stranový protokol).
- Pacientce bylo provedeno anesteziologické vyšetření, kde se rozhodlo, že typ anestezie bude svodná, celková.

- Pacientku jsem poučila o krátkodobé předoperační přípravě, která se odehrává 24 hodin před samostatným výkonem. Do této předoperační přípravy patří poučení o lačnění, tedy od půlnoci nejíst, nepít, nekouřit, dále provedení celkové hygieny, odlakování nehtů, odlíčení, příprava operačního pole jako je oholení, hygiena onoho pole. V krátkodobé přípravě se již podává premedikace. (Janíková, Zeleníková, Ošetřovatelská péče v chirurgii, 2013, str. 34-35)
- Dále jsem pacientce zajistila venózní vstup a to na pravé horní končetině, na předloktí. Velikost kanyly 20 (růžová).
- V 18:00 jsem pacientce podala její chronickou medikaci.
- Také jsem ji podala premedikaci, před spaním v 22:00 Hypnogen 10mg 1 tbl. p. o.

3.3.2 Druhý den hospitalizace 24. 1. 2018-Operační den

- Pacientce jsem změřila fyziologické funkce: TK-125/85 P-85' TT-36°C
- Provedena vizita: Pacientka se seznámila se s operujícím lékařem. Lékař označil operovanou končetinu. Také zde byla možnost pro otázky pacientky.
- Provedla jsem kontrolu operačního pole, zda je bez ochlupení a bez nečistot.
- Pacientce jsem zavedla permanentní močový katétr, velikost 16.
- Před odjezdem na sál jsem provedena bezprostřední předoperační přípravu (kontrolu lačnosti, odložení šperků, kontrolu celkové čistoty, odložení veškerého oděvu, kontrolu periferního žilního katetru, kontrolu dokumentace a bandáž pravé dolní končetiny).
- Poté jsem podala premedikace: Dormicum 7,5 mg 0,5 tbl. p. o. a antibiotika - Azepo 2g v 100 ml fyziologického roztoku i. v., pacientka byla odvezena sanitářem na operační sál.
- **Předání pacientky na operační sál v 12:00.** Po operaci bude pacientka převezena na ortopedickou JIP, kde stráví 2-3 pooperační dny.
- **Pacientka byla přijata z operačního sálu na ortopedický JIP v 14:30.** Operace byla provedena v celkové anestézii. Průběh operačního výkonu byl bez komplikací.
- Krevní ztráty byly 400 ml a hrazeny na sále pomocí Plazmalyte 2000 ml.
- Ze sálu měla pacientka zavedeny 2 Redonovy drény – Redonův drén 1 a 2
- Obvaz na operační ráně neprosakoval.

- Pacientka byla kardiopulmonálně kompenzována, afebrilní, orientována a spolupracovala. Bolesti měla přiměřené k operačnímu výkonu. Periférie dolních končetin byly bez porušení prokrvení a inervace. Dolní končetiny byly bez známek tromboembolické nemoci. Pacientce byla nasazena na levou dolní končetinu antirotační botička.
- **Kontrola krevního tlaku a pulzu 3x po 30 minutách**
 14:30-130/85 75'
 15:00-125/70 68'
 15:30-110/60 80'
- **Kontrola bolesti**
 Ordinance lékaře: Při VAS 1-6 Novalgin 5ml i.v. do 100ml FR na 30min á 6 hodin
 Při VAS 7-10 Neodolplasse 250ml i. v. á 6 hodin
 Ledový obklad na operovanou končetinu
 Při příjezdu ze sálu pacientka udávala bolest VAS 6.
 Podala jsem ledový obklad na operovanou končetinu a podávala analgetika dle ordinace lékaře. Po 30 minutách jsem se kontrolovala účinnost analgetik. Podaná analgetika účinkovala s efektem na VAS 4.
- Pacientce bylo kontinuálně měřeno EKG.
- Kontrolovala jsem odvody z drénů: RD1-100 ml a R2-150 ml.
- Také jsem kontrolovala bilanci tekutin za 24 hod.
 - per os- 750 ml (až po 2 hodinách z operačního sálu)
 - intravenózně-4000 ml
 - močení pomocí PMK-500 ml
 - bilance +4000 ml
- V 18:00 jsem podána pacientce večerní chronickou medikací.
- V 20:00 pacientka udávala bolest VAS 8.
 Podala jsem pacientce analgetika dle ordinace lékaře. Podaná analgetika účinkovala s efektem na VAS 4.
- Pacientka spala klidně celou noc.

3.3.3 Třetí- pátý den hospitalizace 25. 1. 2018- 27. 1. 2018

1. -3. pooperační den na ortopedické JIP

- Pacientka po celé tři dny byla orientována, spolupracovala, komunikovala a byla oběhově i dechově stabilní.
- Druhý pooperační den jsem před podáním ranní medikace provedla kontrolní odběry krve na biochemii a krevní obraz. Veškeré hodnoty byly v mezích odpovídajících proběhlému operačnímu zákroku, bez nutnosti substituce.
- Pacientce jsem podávala každý den ranní a večerní chronickou medikaci+ Eliquis 2,5 mg tbl. p. o. 1-0-0

➤ **Kontrola fyziologických funkcí**

1. den 125/80 70' 36, 2° C

2. den 130/70 68' 36° C

3. den 120/68 75' 36, 3° C

➤ **Kontrola bolesti**

Ordinace lékaře: VAS 1-3 Metamizol STADA 500mg 1 tbl. p. o. á 6 hod.

 VAS 4-5 Zaldiar 37,5 mg 2tbl p. o. á 6 hod.

 VAS 6-7 Paracetamol Kabi 10 mg/10 ml i. v. á 6 hod.

 VAS 8-10 Neodolplasse 250ml i. v. á 6 hod.

1. den

8:00- Pacientka udávala bolest VAS 6, podala jsem analgetika s efektem na VAS 3.

14:00- Pacientka udávala bolest na VAS 4, podala jsem analgetika s efektem na VAS 2.

20:00- Udávala pacientka bolest na VAS 5, podala jsem analgetika s efektem na VAS 2.

2. den

8:00- Pacientce jsem podala z důvodu bolesti na VAS 3 s efektem na VAS 2.

18:00- Udávala pacientka bolest na VAS 6, podala jsem analgetika s efektem na VAS 2.

3. den

10:00- Podala jsem pacientce analgetika, protože udávala bolest na stupnici VAS 3 s efektem na VAS 2.

17:00- Pacientka udávala bolest na VAS 4, podala jsem s efektem na VAS 2.

Všechna analgetika jsem podávala podle ordinace lékaře.

- Pacientce byla první den prováděna hygiena na lůžku s mojí pomocí. Další dny na JIP jsem pacientce dopomáhala do sprchy. Na kůži jsem nezaznamenala poruchu integrity po celou dobu pobytu na JIP. Každý den jsem pacientce kontrolovala predilekční místa vzniku dekubitů, paty a oblast křížové kosti jsem vždy stříkala sprejem Cutozinc.
- Po hygienické péči jsem pacientce každý den kontrolovala operační ránu a funkčnost Redonových drénů.

- **Převaz rány:**

1. den

Provedla jsem převaz, který spočíval v sejmutí obvazu a ošetření operační rány desinfekcí a zakrytí sterilními čtverci a Curapore. Rána byla klidná, nekrvácela a byla bez známek infekce.

2. den

Provedla jsem převaz operační rány. Na převaz rány jsem již nepoužila sterilní čtverce, ale jen Curapore, protože rána již nekrvácela. Rána byla klidná a bez známek infekce. Odstranila jsem Redonův drén č. 1, protože již odváděl malé množství krve (50ml). Odstranění drénu proběhlo bez problému. Redonův drén č. 2 jsem ještě ponechala pro odvod krve (250 ml). Dále jsem pacientce odstranila periferní žilní kanylu, protože již nebylo potřeba pacientce aplikovat léky intravenózně.

3. den

Provedla jsem převaz operační rány jako den předešlý. Rána byla klidná, nekrvácela a byla bez známek infekce. Ránu po vyjmutí Redonova drénu jsem také převázala. Převaz spočíval v sejmutí náplasti, dezinfekce a zakrytí Curapore. Rána byla klidná, nekrvácela a byla bez známek infekce.

- Třetí pooperační den jsem pacientce odstranila permanentní močový katetr. Pacientka zvládala s podpažními berlemi a s doprovodem dojít na WC. Močení bylo bez problému.

- **Fyzioterapie:**

Pacientka se naučila rehabilitaci na lůžku (dechová cvičení, cévní cviky a izometrická cvičení). V rámci rehabilitace byla pacientka fyzioterapeutem edukována o správném polohování operované dolní končetiny. Bylo jí sděleno, že nesmí křížit nohy přes sebe vleže, vsedě a ve stoji. Dále nesmí vytáčet operovanou levou dolní končetinu špičkou ven. Nesmí ležet na operované končetině. Nesmí provést flexi v kyčli operované končetiny nad 90 stupňů. Při otáčení na zdravý bok musí mít klín nebo polštář mezi koleny dolních končetin. Kdyby tyto pokyny nedodržela, mohlo by dojít k luxaci

endoprotézy. Dále se běžně doporučuje operovanou končetinu odlehčovat – zejména u necementované endoprotézy. Po skončení rehabilitace pacientka dostala edukační leták, kde byly všechny důležité informace a pokyny, kterými se má řídit v dalších měsících.

1. den

Pacientka prováděla pouze cvičení na lůžku, protože se necítila moc dobře.

2. den

Pacientka se učila sed na lůžku se svěřenými dolními končetinami z lůžka, přetáčení na bok a sama se snažila provádět rehabilitaci na lůžku, kterou se naučila předešlý den.

3. den

Pacientka byla tento den již plně vertikalizována, postavila se u lůžka a udělala pár kroků v rámci pokoje s podpažními berlemi a odlehčovala operovanou končetinu. Dovolená zátěž na operovanou končetinu pro pacientku byla asi 1/3 hmotnosti.

Každý den pacientka cvičila hodinu dopoledne a hodinu odpoledne. Po celou dobu rehabilitace byla velmi snaživá.

- Pacientka dne **27. 1. 2018 v 10:30 byla převezena z jednotky intenzivní péče na standardní ortopedické oddělení** schopna vertikalizace s odlehčením operované končetiny. Chůzi zvládala pomocí podpažních holí.

3.3.4 Čtvrtý- sedmý den hospitalizace 27. 1. 2018- 29. 1. 2018

3. -5. Pooperační den

- Pacientka byla převezena na standardní ortopedické oddělení v 10:30, plně orientovaná, spolupracovala, dechově i oběhově stabilní.
- Čtvrtý pooperační den před podáním ranní medikace jsem provedla kontrolní odběry krve na biochemii a krevní obraz. Veškeré hodnoty byly v mezích odpovídajících proběhlému operačnímu zákroku, bez nutnosti substituce.
- Pacientce jsem podávala každý den ranní i večerní chronickou medikaci+ Eliquis 2,5 mg tbl. p. o. 1-0-0.
- **Kontrola fyziologických funkcí**

3. den	120/68	75'	36,3° C
4. den	138/70	64'	36,1° C
5. den	135/78	72'	36,0° C

➤ **Kontrola bolesti:**

Ordinace lékaře: VAS 1-4 Metamizol STADA 500mg 1 tbl. p. o. á 6 hod.
VAS 5-8 Zaldiar 37,5 mg 2tbl p. o. á 6 hod.
VAS 8-10 Morphin Biotika 1% 2 ml 1 amp. s. c.

3. den

12:00- Pacientka udávala bolest na VAS 4, podala jsem analgetika s efektem na VAS 1.

20:00- Pacientka udávala bolest na VAS 5, podala jsem analgetika s efektem na VAS 2.

4. den

14:00- Pacientce jsem podala analgetika na bolest VAS 4 s efektem na VAS 1. Poté během dne pacientka neudávala bolesti.

5. den

18:00- Pacientce jsem podala analgetika na bolest VAS 3 s efektem na VAS 1. Během dne pacientka neudávala bolesti.

Veškeré analgetika jsem podávala podle ordinace lékaře.

➤ Pacientka chodila do sprchy o podpažních holích s doprovodem zdravotnického personálu.

➤ **Převaz rány:**

3. den

Převaz operační rány jsem provedla sejmutím starého krytí a zkontrolovala jsem operační ránu. Ta byla bez prosaku, klidná a bez známek infekce. Ránu jsem odezinfikovala a zakryla ránu pomocí Curapore. Redonův drén č. 2 byl funkční a odváděl 100 ml krve za 24 hodin.

4. den

Převaz operační rány jsem již provedla pomocí tekutého obvazu Opsite sprej, protože po konzultaci s lékařem již nebylo třeba ránu kryt Curapore. Podle ordinace lékaře jsem odstranila Redonův drén č. 2 s tím, že do drénů již nepřibilo žádné množství krve za 24 hodin. Odstranění drénu proběhlo v pořádku.

5. den

Operační ránu jsem přestříkala Opsite sprejem, rána byla klidná, bez známek infekce. Rána po vytažení Redonova drénu č. 1 byla také klidná, bez známek infekce a také byla přestříkaná Opsite sprejem. Po vyjmutí Redonova drénu č. 2 jsem sejmula staré krytí, odezinfikovala jsem ránu a použila nové krytí Curapore.

➤ **Fyzioterapie:**

Každý den k pacientce docházel fyzioterapeut.

3. den

Pacientka chodila po chodbě o podpažních berlích s doprovodem fyzioterapeuta, který ji upozorňoval na možné chyby při chůzi. Během dne pacientka sama rehabilitovala již naučené cviky.

4. den

Tento den pacientka zkoušela chůzi ze schodů a do schodů. Oba úkoly zvládla bez problému. Při chůzi již nepotřebovala doprovod a zvládala chůzi sama s podpažními berlemi.

5. den

Pacientka chůzi o podpažních holích zvládala bez problému.

- **29. 1. 2018**, sedmý den hospitalizace, tedy pátý pooperační den, byla **pacientka přeložena na rehabilitační oddělení**, kde dále bude pokračovat rehabilitace operované končetiny a celého těla. Pacientka by na tomto oddělení měla strávit cca 7-10 dní.

4. Ošetrovatelská část

4.1 Charakteristika ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces je základním a také metodickým rámcem pro realizaci všech cílů v ošetrovatelství. Je to vědecká metoda pro řešení problémů nemocných, které může profesionálně ovlivnit zdravotnický pracovník a to sestra. Dále se jedná o logistickou metodu, která se používá při poskytování ošetrovatelské péče. Tento proces umožňuje systematický a specifický způsob, jak docílit individualizovaného přístupu k ošetrování nemocného v nemocniční nebo terénní péči. Je to kontinuální a cyklický proces.

Slovo „proces“ můžeme pochopit jako průběh ošetrovatelské péče, jako způsob práce s nemocným, přístupu k péči.

Ošetrovatelský proces je vlastně série vzájemně propojených činností, provádějí se ve prospěch nemocného, nebo za jeho spolupráce při individualizované péči. Tyto činnosti jsou proto, aby se sestra sama mohla rozhodnout pro nejvhodnější způsob péče, aby dosáhla stanovených cílů a mohla měřit pokrok, který pacient udělal. Přesně tak může zhodnotit, jakou účinnost měla ošetrovatelská péče.

Ošetrovatelský proces se odráží především v aktivních činnostech sestry, ke kterým se sama rozhodne na základě poznání pacienta, a to zejména toho, který své potřeby dostatečně nesignalizuje. Buď to proto, že toho není schopen, anebo proto, že signalizovat neumí, nemůže nebo nechce. Proto ošetrovatelský proces potřebuje aktivní, nabízenou ošetrovatelskou péči.

Každá fáze je sice samotná, ale přístup k péči musí být jako celek. Každý krok je závislý na ostatních krocích. Jednotlivé fáze se prolínají a to tak, že sestra nejprve musí poznat svého nemocného, zjistit jeho problémy z ošetrovatelského hlediska, rozhodnout se ve spolupráci s nemocným nebo jeho blíznými pro správný plán v jeho ošetrování a nakonec zhodnotit výsledky, kterých společně dosáhly. (Staňková, České ošetrovatelství 3, 2002, str. 7-8)

4.2 Jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu

1. Zhodnocení nemocného („kdo je můj nemocný?“)

-vyplnění ošetrovatelské anamnézy

-zhodnocení nemocného pomocí rozhovoru, pozorování, testování, měření

2. Stanovení ošetrovatelských potřeb, problémů, diagnóz („co ho trápí?“)

-ošetrovatelské problémy identifikované sestrou

-problémy pocíťované nemocným

-dohoda s nemocným o pořadí jejich naléhavosti

3. Vypracování individualizovaného plánu ošetrovatelské péče („co pro něho můžu udělat?“)

-stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů ošetrovatelské péče

-návrh vhodných opatření pro jejich dosažení

-dohoda s nemocným o pořadí naléhavosti jejich provedení

4. Realizace aktivní individualizované péče

4. Zhodnocení efektu poskytované péče („pomohla jsem mu?“)

-objektivní změření účinku péče

-zhodnocení fyzického a psychického stavu pacienta

-úprava ošetrovatelského plánu

(Staňková, České ošetrovatelství 3, 2002, str. 15)

4.3 Model fungujícího zdraví podle Marjory Gordonové

V současné době existuje názor odborníků na ošetrovatelskou teorii, že model fungujícího zdraví je z hlediska holistické filozofie to nejkompexnější pojetí člověka v ošetrovatelství, které bylo zatím vytvořeno. Model se využívá ve vzdělávání sester na vysokých školách i v poskytování ošetrovatelské péče v praxi. Splňuje požadavek pro rámcový standard pro ošetrovatelské hodnocení zdravotního stavu pacienta.

Model je odvozený z interakcí osoba- prostředí. Tedy zdravotní stav je vytvořený bio-psycho- sociální interakcí. Podle tohoto modelu se zdravotní stav pacienta rozděluje na **funkční a dysfunkční**. Dále sestra pomocí tohoto modelu získá komplexní informace k ošetrovatelské anamnéze, stanoví aktuální a potencionální ošetrovatelské problémy a může dále efektivně plánovat a realizovat svoji péči o pacienta.

Pacient je podle Gordonové popisován jako holistická bytost s biologickými, psychologickými, sociálními, kulturními, behaviorálními, kognitivními a spirituálními potřebami. Je to jedinec s funkčním nebo dysfunkčním typem zdraví.

Funkční typy zdraví jsou ovlivněny biologickými, vývojovými, kulturními, sociálními a duchovními (spirituálními) faktory.

Dysfunkční typ zdraví je projevem aktuálního onemocnění jedince nebo znakem potencionálního problému. Když tento dysfunkční typ zdraví sestra zjistí, stanoví aktuální i potencionální ošetrovatelské problémy podle priorit a tím vytvoří plán ošetrovatelské péče jak u konkrétních chorobných stavů ale i u relativně zdravých jedinců. U těchto jedinců se v případě neposkytování adekvátní péče dojde k závažnému narušení zdraví a vzniku choroby.

Pro to, aby sestra mohla vyhodnotit, zda jde o typ funkční nebo dysfunkční, musí mít dostatečné znalosti a dovednosti, zejména v oblasti klinické propedeutiky a psychologie. Sestra systematicky získává informace v jednotlivých oblastech vzorců zdraví pomocí standartních metod (pozorování, rozhovor, fyzikální vyšetření).

Cíl ošetrovatelství podle Gordonové je zdraví, zodpovědnost jedince za své zdraví, rovnováha bio-psycho- sociálních interakcí.

Základní struktura tohoto modelu je tvořena dvanácti oblastmi (vzorci), kde každá představuje funkční a dysfunkční součást zdravotního stavu. Dvanáct vzorců zdraví podle Marjory Gordonové jsou: Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví, výživa a metabolismus, vyprazdňování, aktivita a cvičení, spánek a odpočinek, vnímání a poznávání,

sebekoncepce a sebeúcta, plnění rolí a mezilidské vztahy, sexualita a reprodukční schopnosti, stres a zátěžové situace jejich zvládnání a tolerance, víra a přesvědčení a životní hodnoty poslední vzorec patří pro takzvané jiné oblasti, které se mohou zahrnout do dvanácti vzorců.

Vzorec jsou úseky chování jedince v určitém čase a ukazují základní ošetrovatelské údaje v subjektivním i objektivním světle.

(Pavlíková, Modely ošetrovatelství v kostce, 2006, str. 99- 102; Trachtová, Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, 2006, str. 167- 169)

4.4 Ošetrovatelská anamnéza

Při získávání ošetrovatelské anamnézy jsem použila model fungujícího zdraví podle Marjory Gordonové. Pro ošetrovatelskou anamnézu jsem si vybrala 1. pooperační den. Informace jsem se dozvěděla během rozhovoru s pacientkou, pomocí vlastního pozorování a fyzikálního vyšetření, ze zdravotnické dokumentace, od ošetrojícího lékaře, fyzioterapeutů a dalších zdravotnických pracovníků.

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Pacientka M. K. měla asi 3 roky bolesti levé kyčle. Zpočátku pociťovala jen mírnou bolest v oblasti třísel a levé kyčle, která se šířila ke kolenům, hlavně při delším stání a při chůzi delší vzdálenosti. Došlo až do stavu, kdy musela zpomalovat chůzi, aby ji to nebolelo. Pacientka nezatěžovala levou kyčel sportem, protože již před několika lety prodělala endoprotézu pravé kyčle. Pacientka měla již na operaci již před 2 lety, ale z rodinným důvodů musela operaci odložit až na tento rok.

Pana M. K. je již v invalidním důchodu z důvodu onemocnění revmatoidní artritidy, ale dříve pracovala jako prodavačka v potravinách. Bolest obou kyčlí ji omezovala ve výkonu povolání, protože převážně stála na nohou dvanáct hodin. Posléze již nemohla vykonávat povolání.

Pacientka je nekuřačka, nepije alkohol. Snaží se žít zdravým životním stylem. Ráda chodí na procházky, nordic-walking. Pro pacientku je také velmi důležitá jízda automobilem, protože jízdu bere jako odpočinek.

Pacientka se cítila první pooperační den lépe, i když ji to samozřejmě bolelo. Byla moc ráda, že se operační výkon zdařil, a že už je to za ní. Na svůj nynější zdravotní stav si

zvyká rychleji, protože už ví, co ji v následujících dnech čeká. Největší změnou, kterou pociťuje, je pro ni závislost na druhých při vykonávání denních činností.

První pooperační den jsem ji s fyzioterapeutem edukovala o zakázaných pohybech a polohách, které nesmí vykonávat, z důvodu možné luxace endoprotézy. Pacientka si byla vědoma veškerých rizik spojených implantací totální endoprotézy.

2. Výživa a metabolismus

Pacientka se stravuje pravidelně 5x denně (snídaně, svačina, oběd, svačina a večeře) a snaží se, aby byla strava co nejvíce pestrá a málo kalorická. Pacientka není pečivo a maso. Denně vypije minimálně 2 litry tekutin a to pouze minerální neochucenou vodu nebo ovocný neslazený čaj. Párkrát do měsíce si dá rozpustnou kávu s mlékem. Chuť k jídlu měla doma i po celou dobu hospitalizace.

První pooperační den měl pacient dietu vegetariánskou, kterou bude mít podle ordinace lékaře po celý zbytek hospitalizace. Měla chuť k jídlu a snědla poloviční porci všeho, co ji bylo přineseno. Pacientka říkala, že nemocniční porce jsou na ni moc velké. Během dne přijímala 2,5 l tekutin.

Body mass index (BMI) měla pacientka 25,5 (při tělesné hmotnosti 72 kg a výšce 168 cm), což značilo mírnou nadváhu.

Stav kůže byl normální, bez defektů, kožní turgor byl v normě. Pacientka tělesná teplota byla 36,2 °C. Sliznice byly vlhké, bez porušení. Pacientka netrpí problémy s vlasy ani nehty. Chrup má pacientka trvalý a ve výborném stavu.

3. Vylučování

Pacientka neměla žádné problémy s vyprazdňováním stolice ani při močení. Na stolicí chodila každý den vždy po ránu, kdy vypila 250 ml teplé vody. Nikdy neužívala projímadla. S močením problémy také neměla.

První pooperační den pacientka měla zavedený permanentní močový katetr. Na stolice v tento den pacientka nebyla. Pacientka se nijak výrazně nepotí.

4. Aktivita, cvičení

Před onemocněním byla pacientka velmi aktivní. Chodila na procházky se svým psem i na několik hodin. Ve volném čase se věnuje zahradničení, má ráda řízení motorových vozidel, četbu, přírodu, zvířata, tanec, chodí ráda na již zmíněné procházky s přítelem a jeho rodinou. Pacientka také ráda vaří. Před několika lety pacientka hodně sportovala, ale z důvodu onemocnění revmatoidní artritidy se již nemůže sportům plně věnovat.

Poslední rok měla velmi silné bolesti levé kyčle, že již nebyla schopna vykonávat žádné fyzicky náročné práce a koníčky. Byla ráda, že ušla denně několik kroků. Nejhorší pro pacientku bylo vstávání po dlouhém sezení. Trvalo jí i několik minut, než se vůbec rozchodila. Během chůze musela často zpomalovat, aby zmírnila bolest.

Pacientka byla první pooperační den nesoběstačná v oblasti hygieny na lůžku, vyprazdňování, mobility a oblékání. Bylo potřeba jí při vykonávání těchto činností dopomoci. Pacientka se mi svěřila, že má obavy, jestli vše zvládne i v domácím prostředí, protože hodně pomáhá příteli s jeho rodiči a s prací okolo domu. Bylo na ni vidět, že nechce být na nikom závislá a chce se co nejdříve osamostatnit. Ubezpečila jsem ji, že prvních dnech po operaci je zcela běžné pomáhat pacientům, že se nemusí ničeho bát.

5. Spánek a odpočinek

Pacientka M. K. nemá doma žádné problémy s usínáním. Nepoužívá žádná hypnotika ani nemá žádné rituály spojené s usínáním. Většinou chodí spát kolem půlnoci a spí průměrně 7 hodin. Před spaním si ráda čte nebo poslouchá rádio. Vyhovuje jí chladnější a vyvětraná místnost.

První pooperační den neměla pacientka žádné problémy s usínáním. Kvalita spánku ale byla v nemocnici narušena, tím, že pacientku průběžně kontrolovala noční služba, jestli je vše v pořádku a pacientka se pokaždé probudila. Říkala, že jí to bylo nepříjemné ale nic co by se nedalo vydržet. Více jí vadilo to, že musí ležet pouze v poloze na zádech, na což nebyla doma zvyklá.

6. Vnímání a poznávání

Pacientka je orientovaná místem, časem i osobou. Je při vědomí a komunikuje se zdravotnickým personálem. Je schopna se samostatně rozhodnout. Má kultivovaný slovní projev bez jakýkoliv vad řeči. Pacientka slyší výborně.

První pooperační den se cítila pacientka trochu unavená. Během dne občas pospávala. Pacientka v 8 hodin ráno udávala bolest VAS 6, proto jsem podala analgetika s efektem na

VAS 3. V 14:00 pacientka znovu udávala bolest na VAS 4, proto jsem podala analgetika s efektem na VAS 2. Na noc ve 20:00 udávala pacientka bolest na VAS 5, podala jsem analgetika s efektem na VAS 2. Všechny analgetika jsem podávala podle ordinace lékaře. Během dne jsem ještě tišila bolest tím, že jsem pacientce přikládala na operovanou končetinu ledový obklad.

S informacemi o svém zdravotním stavu byla spokojená. V rámci rehabilitace ji byl poskytnut edukační materiál. Pacientce bylo řečeno, že se může se svými případnými dotazy obrátit buď na ošetřující zdravotní sestru, fyzioterapeuta nebo svého ošetřujícího lékaře.

7. Sebekoncepce a sebeúcta

Pacientka vnímá sama sebe jako optimistu a realistu. Je spíše introvert. Považuje se za člověka, který je klidný, vyrovnaný a jedná s rozvahou. Pacientka má ráda sebe samu teď o něco více, protože se jí podařilo zhubnout několik kilo. V „novém těle“ se cítí moc dobře.

Pacientka se těžko se smíruje se závislostí na druhých osobách ve vykonávání některých běžných denních činností, které před operačním výkonem zvládala bez pomoci sama. Paní M. K. se mi svěřila, že má strach, jak to bude v následujících měsících doma všechno zvládat. Pevně doufá, že se její zdravotní stav bude zlepšovat a opět se stane soběstačným člověkem, který všechno zvládne sám.

Pacientka nedává najevo verbálním ani nonverbálním způsobem nějaké negativní emoce. Bez problému se mnou komunikuje i o osobnějším věcech klidným a příjemným tónem.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Paní M. K. bydlí s přítelem a jeho rodinou (přítelovi rodiče a jeho dcera) v domě ve vesnici u Písku. Je spokojená a neměnila by, se všemi členy rodiny vychází dobře. Zanedlouho se s přítelem budou brát.

Všichni rodinní příslušníci a přátelé pacientku pravidelně navštěvují a psychicky podporují. Pacientka si je vědoma toho, že několik měsíců bude indisponovaná, co se týče práce okolo domu, ale je rozhodnutá, že všechno zvládne.

9. Sexualita a reprodukční schopnosti

Paní M. K. je ve vztahu se svým přítelem spokojená. Pacientky jsem se na sexuální život neptala, protože rozhovor probíhal na pokoji za přítomnosti ještě jedné pacientky.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance

Pro pacientku bylo těžké přijmout a vyrovnat se s nemocí, protože ji onemocnění zkomplikovalo život. Největší životní změnou v posledních dvou letech byl pacientky zdravotní stav, hlavně bolesti levé a pravé kyčle, který ji omezoval v pohybu při běžných denních činnostech. Ze strany rodiny a přátel měla pacientka velkou podporu, což ji hodně pomohlo vyrovnat se s danou situací. Pacientka se plánovaného výkonu obávala, ale méně, protože již před lety absolvovala stejnou operaci, ale trápila se, jak zákrok dopadne. Pacientka zvládá zátěžové situace dobře, říká, že ji jen tak něco nerozhodí.

První pooperační den na mě pacientka působila klidným a vyrovnaným dojmem. Byla lékařem ujištěna, že se operace zdařila. Bylo ji řečeno, že záleží už jen na něm, jak bude přistupovat k rehabilitaci v současné i v budoucí době a také jak bude přistupovat celkově ke svému zdraví. Pacientka mi slíbila, že bude vše dodržovat, protože ji na tom velmi záleží.

11. Víra, přesvědčení a životní hodnoty

Paní M. K. není věřící. Pacientka za největší životní hodnotu staví zdraví, rodinu a lásku. Svoji budoucnost vidí pozitivně. Jeden nejhlavnější cíl je zlepšení svého zdravotního stavu. Věří v postupně zlepšení a těší se, až bude zpátky doma.

4.5 Přehled ošetřovatelských diagnóz

Ošetřovatelské diagnózy jsem stanovila první pooperační den hospitalizace pacientky na ortopedické JIP. Informace jsem se dozvěděla během rozhovoru s pacientkou, pomocí vlastního pozorování a fyzikálního vyšetření, ze zdravotnické dokumentace, od ošetřujícího lékaře, fyzioterapeutů a dalších zdravotnických pracovníků. Na základě těchto informací jsem sestavila ošetřovatelské diagnózy, které jsem seřadila podle stupně naléhavosti.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

1. Akutní bolest levé dolní končetiny z důvodu operačního výkonu
2. Riziko luxace endoprotézy kyčelního kloubu z důvodu nedodržení doporučených pohybů a poloh
3. Riziko pádu z důvodu operačního výkonu
4. Deficit soběstačnosti v oblasti hygieny, vyprazdňování, mobility a oblékání z důvodu operačního výkonu
5. Strach se zvládnutím sebeobsluhy v domácnosti z důvodu omezené pohyblivosti

Potenciální ošetřovatelské diagnózy:

6. Potenciální riziko vzniku infekce z důvodu zavedení periferního žilního katétru
7. Potenciální riziko vzniku infekce z důvodu zavedení permanentního močového katetru
8. Potenciální riziko vzniku infekce z důvodu operační rány
9. Potenciální riziko vzniku tromboembolické nemoci z důvodu klidového režimu na lůžku

4.5.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy

1. Akutní bolest levé dolní končetiny z důvodu operačního výkonu

Ošetřovatelský cíl:

- Pacientka je informována o příčinách bolesti.
- Zmírnit bolest levé dolní končetiny nebo úplně bolest odstranit.

Ošetřovatelské intervence:

- Vysvětlit pacientovi možné příčiny bolesti.
- Monitorovat bolest v průběhu dne a zjistit intenzitu, charakter, trvání a lokalizaci bolesti (ke stanovení intenzity bolesti používejte analogovou dle stupnice VAS 0-10).
- Vést záznam o intenzitě bolesti.
- Aplikovat analgetika dle ordinace a sledovat účinnost podaných analgetik.
- Používat nefarmakologické tišení bolesti (ledový obklad).
- Zajistit pacientce klid na pokoji.
- Umístit signalizační zařízení na dosah pacientky.

Realizace:

Paní M. K. byla informována, že příčinou její bolesti levé dolní končetiny je operační výkon, který podstoupila. Ošetřující lékař ji ujistil, že se jedná o zcela normální pooperační průběh a v následujících dnech se budou bolesti operované končetiny postupně zmírňovat.

U pacientky jsem hodnotila bolest průběžně během dne. Seznámila jsem ji s analogovou škálou, podle které pacientka určovala bolest končetiny. Vysvětlila jsem pacientce, že podle této škály se bolest hodnotí tak, že číslice 0, znamená, že nepocítuje žádnou bolest, číslice 1– 2 je mírná bolest, číslice 3– 5 je střední bolest, číslice 6– 9 je silná bolest, číslice 10 je nesnesitelná bolest). Podle odpovědi pacientky jsem zjistila, že má bolest na stupni číslo 4-6 během dne. Po podání analgetik podle ordinace lékaře se bolest zmírnila na stupeň číslo 2-3. Všechny hodnoty jsem zapsala do dokumentace. Sledovala jsem účinnost podaných analgetik. Všimla si i neverbálních projevů bolesti.

Pacientce jsem po celý den přikládala ledový obklad na operační ránu.

V blízkosti lůžka měla pacientka umístěné signalizační zařízení, aby si mohla v případě jakýkoliv problémů přivolat sestru nebo jiný zdravotnický personál.

Hodnocení:

Stanovené ošetřovatelské cíle byly splněny. Pacientka byla informována o příčinách bolesti. Po podání analgetik podle ordinace lékaře a pomocí nefarmakologického tišení bolesti se bolest zmírnila na snesitelnou úroveň, ale k úplnému vymizení nedošlo.

2. Riziko luxace endoprotézy kyčelního kloubu z důvodu nedodržení doporučených pohybů a poloh

Ošetřovatelský cíl:

- Pacientka je informována o zakázaných pohybech, při kterých by mohlo dojít k luxaci endoprotézy. Poskytnutým informacím pacientka rozumí.
- Nedošlo k luxaci endoprotézy.

Ošetřovatelské intervence:

- Sledovat polohu operované levé dolní končetiny- musí být v abdukci a vnitřní rotaci.
- Domluvit konzultaci s fyzioterapeutem, aby pacientku edukoval o správném polohování operované levé dolní končetiny.
- Připomenout pacientce zakázané pohyby, které nesmí vykonávat.

Realizace:

V průběhu dne jsem sledovala polohu pacientky a operované dolní končetiny.

Při rehabilitaci jsem pacientku společně s fyzioterapeutem edukovala o správném polohování levé dolní končetiny.

Pacientka byla informována o tom, že nesmí křížit nohy přes sebe vleže, vsedě ani ve stoji. Nesmí vytáčet operovanou levou dolní končetinu špičkou ven. Při otáčení na zdravý bok musí mít vždy klín nebo polštář mezi koleny.

Pacientce bylo řečeno, že pokud tyto pokyny nebude dodržovat, mohlo by dojít k vykloubení neboli luxaci endoprotézy. Po skončení rehabilitace jsem pacientce dala edukační leták, kde byly napsány všechny důležité pokyny a informace, kterými se má řídit.

Hodnocení:

Stanovené ošetrovatelské cíle byly splněny. Pacientka byla informována o pohybech, které nesmí vykonávat. Všem poskytnutým informacím porozuměla. K luxaci endoprotézy z důvodu nedodržování doporučených pohybů a poloh nedošlo.

3. Riziko pádu z důvodu operačního výkonu

Ošetrovatelský cíl:

- Pacientka je informována o riziku pádu.
- Snažit se o minimální riziko pádu.
- Pacientka neupadne v průběhu hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence:

- Zhodnotit riziko pádu podle hodnotící škály (hodnocení dle Morse).
- Edukovat pacientku o prevenci pádu, pomůckách a opatřeních.
- Přizpůsobit okolí pacientky jejím potřebám (dle možnosti oddělení).
- Umístit signalizační zařízení na dosah pacientky.

Realizace:

První pooperační den jsem zhodnotil u pacientky riziko pádu dle Morse. Podle tohoto zhodnocení má pacientka střední riziko pádu. Pacientku jsem informovala o riziku pádu z důvodu prodělaného operačního výkonu. Edukovala jsem ji o správném pohybování v rámci lůžka. Zdůraznila jsem, že dnes nebude vstávat z postele sama, jen v přítomnosti fyzioterapeuta, ošetřujícího lékaře nebo sestry a k chůzi bude používat podpažní berle.

Okolí pacientky jsem přizpůsobila jejím potřebám. Umístila jsem na dosah vše potřebné pro pacientku i signalizační zařízení. Zkontrolovala jsem zabrzděné lůžko i stolek vedle postele.

Hodnocení:

Stanovené ošetrovatelské cíle byly splněny. Pacientka byla informována o riziku pádu z důvodu operačního výkonu. Riziko pádu bylo sníženo na minimum. Pacientka neupadla.

4. Deficit soběstačnosti v oblasti hygieny, vyprazdňování, mobility a oblékání z důvodu operačního výkonu

Ošetrovatelský cíl:

- Pacientka je informována o možnostech pomoci v oblasti hygieny, vyprazdňování, mobility a oblékání.
- Dopomoci pacientce v oblastech hygieny, vyprazdňování, mobility a oblékání.

Ošetrovatelské intervence:

- Zjistit stupeň soběstačnosti pacientky podle Barthel test základních všedních činností ADL (aktivity daily living).
- Informovat pacientku o možnostech pomoci v oblasti hygieny, vyprazdňování, mobility a oblékání.
- Zajistit soukromí pacientky při hygieně, vyprazdňování a oblékání.
- Připravit všechny potřebné pomůcky (hygienické pomůcky, oblečení, věci osobní potřeby pro pacientku).
- Aktivizovat pacientku k co největší soběstačnosti, kterou dokáže. Dopomoc pacientce při hygieně, vyprazdňování, mobility, oblékání, polohování.
- Zapojit pacientku při polohování v lůžku, dbát na rehabilitační cvičení během dne.
- Spolupracujte s fyzioterapeutem při nácviu mobility.
- Umístit signalizační zařízení na dosah pacientky.

Realizace:

Pro začátek jsem zjistila stupeň soběstačnosti pacientky podle Barthel testu základních všedních činností ADL (aktivity daily living). V tomto testu pacientka získala. Pacientka je tedy vysoce závislá na pomoci druhých. Pacientka potřebovala pomoci při osobní hygieně, oblékání, možném pohybování mimo lůžko a při vyprazdňování stolice na lůžku.

Informovala jsem ji, že se na mě může kdykoliv obrátit, kdyby měla s něčím problém.

Ráno jsem připravila všechno pomůcky k hygienické péči. Hygiena probíhala na lůžku na pokoji za přítomnosti dalších pacientek, proto jsem použila zástěnu, aby pacientka M. K. měla soukromí. Pomohla jsem pacientce umýt a osušit místa, kde si sama nebyla schopna zajistit dostatečnou hygienu. Během dopomoci s hygienou jsem zkontrolovala predilekční místa vzniku dekubitů jako je oblast sakrální a paty obou dolních končetin. Kůže na obou

oblastech byla v pořádku, bez otlaku a začervenání. Pacientce jsem z preventivního důvodu nastříkala již zmíněné místa Cutozinc.

Ve spolupráci s fyzioterapeutem jsem pacientku postupně aktivizovala. Během dne jsem kontrolovala, jestli pacientka samostatně provádí rehabilitaci na lůžku, kterou ji naučil fyzioterapeut. Byly to zejména dechová cvičení, cévní cviky (např. přitahování špičky dolních končetin nahoru a dolů, kroužky v obou kotnících dolních končetin na jednu a na druhou stranu) a izometrická cvičení (např. propnout kolena, stáhnout stehenní a hýžd'ové svaly a povolit). Pacientka se velmi snažila.

Na dosah pacientky jsem umístila signalizační zařízení, aby si v případě jakýkoliv problémů nebo jakékoliv potřeby zazvonila. Na dosahu ruky měla pacientka také ovladač na polohování lůžka, aby si polohu mohla přizpůsobit vlastní potřebě. U lůžka měla pacientka stolek, kde měla svoje osobní věci, ovoce a tekutiny.

Hodnocení:

Stanovené ošetrovatelské cíle byly splněny. Pacientka byla informována o možnostech pomoci v oblastech hygieny, vyprazdňování, mobility a oblékání. V těchto oblastech bylo pacientce dopomoženo.

5. Strach se zvládnutím sebeobsluhy v domácnosti z důvodu omezené pohyblivosti

Ošetrovatelský cíl:

- Poskytnutí pacientce co nejvíce informací ke zmírnění strachu.
- Zmírnění strachu na minimum, nebo úplné odstranění.

Ošetrovatelské intervence:

- Pobízet pacientku, aby vyjádřila své pocity.
- Mluvit s pacientkou jasně a zřetelně.
- Být trpělivý při komunikaci s pacientkou.
- Zajistit kontakt s rodinou
- Informovat rodinu o tom, aby přizpůsobila domácí prostředí pro pacientku dřív, než ji propustí z nemocnice (například nástavec na WC, lůžko a křeslo vhodné výšky a podobně)
- Zajistit konzultaci s lékařem.

Realizace:

Během dne jsem se snažila komunikovat s pacientkou a přivést ji na jiné myšlenky, aby nemyslela na to, co se bude dít doma po propuštění z nemocnice. Při rozhovoru jsem nikam nespěchala a vyslechla si vše, co pacientku trápilo. Pacientce to velmi pomohlo.

V odpoledních hodinách přišel za pacientkou její přítel. Na základě rozhovoru s ním jsem ho informovala o tom, aby přizpůsobil on i jeho rodina domácí prostředí proto, aby byla pacientka co nejvíce soběstačná.

Zařídila jsem konzultaci s ošetřujícím lékařem, který pacientku informoval, že se nemusí ničeho bát. Na rehabilitačním oddělení, na kterém pacientka stráví 7- 10 dní se všechno naučí zvládat lépe a procvičí si jak operovanou dolní končetinu, tak celé tělo a nabere síly.

Hodnocení:

Stanovené ošetrovatelské cíle byly splněny. Pacientka se po konzultaci s lékařem cítila lépe. Uklidnila se a už nepocítovala takový strach jako na začátku. Přítel pacientky slíbil, že přizpůsobí domácnost podle jejích potřeb a že ji bude nápomocný.

4.5.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy

6. Potenciální riziko vzniku infekce z důvodu zavedení periferního žilního katétru

Ošetrovatelský cíl:

- Včas rozpoznat známky možné infekce.
- Pacientka nebude udávat známky místní ani celkové infekce.

Ošetrovatelské intervence:

- Informovat pacientku o počátečních příznacích místní infekce (otok, zarudnutí, bolest, teplota, porucha funkce).
- Dbát na řádnou hygienu rukou.
- Kontrolovat místo vpichu a průchodnost kanyly při každé aplikaci léků.
- Převazovat asepticky místo vpichu dle potřeby a podle krytí.
- Při nefunkčnosti periferního žilního katétru nebo výskytu známek infekce informovat lékaře a zajistit nový žilní vstup.
- Sledovat fyziologické funkce (krevní tlak, pulz, dech, tělesná teplota).

Realizace:

Pacientka byla informována o počátečních příznacích místní infekce. V případě jejich výskytu měla přivolat sestru pomocí signalizačního zařízení.

Po ranní hygieně jsem provedla aseptický převaz periferního žilního katétru. Odstranila jsem krytí Tegaderm Film poté jsem odezinfikovala okolí kanyly, propláchla katetr 10 ml fyziologického roztoku a zalepila novým krytím Tegaderm Film, které podle standardů nemocnice převazujeme po 3 dnech.

V průběhu dne jsem kontrolovala okolí místa vpichu a průchodnost kanyly.

Pacientka měla tento den všechny fyziologické funkce v normě. Tělesná teplota byla 36,2° C

Hodnocení:

Stanovené ošetrovatelské cíle byly splněny. Místo v okolí vpichu bylo klidné a bez známek infekce. Pacientka neprojevovala žádné známky místní ani celkové infekce u důvodu zavedení periferního žilního katétru.

7. Potenciální riziko vzniku infekce z důvodu zavedení permanentního močového katetru

Ošetrovatelský cíl:

- Včasné rozpoznání možné infekce
- Pacientka nebude vykazovat známky místní ani celkové infekce

Ošetrovatelské intervence:

- Informovat pacientku o známkách infekce.
- Při zavádění permanentního močového katetru pracovat asepticky.
- Kontrolovat funkčnost katetru.
- Při nefunkčnosti nebo dlouhé délce zavedení katetru informovat lékaře a katetr vyndat.
- Kontrolovat fyziologické funkce (krevní tlak, pulz, dech, tělesná teplota).
- Informovat lékaře o výskytu infekce.

Realizace:

Pacientku jsem informovala o známkách celkové infekce. Pacientka všem informacím porozuměla. Na dosah ruky měla signalizační zařízení, aby při jakýkoliv problémech mohla přivolat sestru.

Pacientce jsem předešlý den zaváděla permanentní močový katetr za aseptických podmínek. První pooperační den byl katetr funkční a odváděl moč. Pacientce se katetr ještě ponechal z důvodu snížené mobility.

Pacientka neudávala žádné příznaky celkové infekce. Fyziologické funkce byly v normě.

Hodnocení:

Stanovené ošetrovatelské cíle byly splněny. Pacientka neudávala známky místní ani celkové infekce z důvodu zavedení permanentního močového katetru.

8. Potencionální riziko vzniku infekce z důvodu operační rány

Ošetrovatelský cíl:

- Pacientka nebude udávat známky místní ani celkové infekce
- Včasné rozpoznání známek infekce

Ošetrovatelské intervence:

- Informovat pacientku o možných znamkách infekce.
- Před převazem operační rány dbát na řádnou hygienu rukou.
- Před převazem nabídnout pacientce analgetika.
- Operační ránu převazovat asepticky dle potřeby a ordinace lékaře.
- Kontrolovat funkčnost a odvod z Redonových drénů.
- Informovat lékaře o výskytu infekce.

Realizace:

Pacientku jsem informovala o možných znamkách infekce. Pacientka všemu porozuměla a v případě obtíží měla v dosahu signalizační zařízení, kterým si mohla přivolat sestru.

Pacientka před převazem operační rány odmítla analgetika. První pooperační den jsem provedla převaz operační rány, který spočíval v sejmutí obvazu a ošetření operační rány desinfekcí a zakrytí sterilními čtverci a Curapore. Vše jsem provedla asepticky.

Dva Redonovy drény byly funkční a odváděly přiměřené množství krve (Redonův drén č. 1-50 ml krve a Redonův drén č. 2-150 ml krve).

Hodnocení:

Stanovené ošetrovatelské cíle byly splněny. Pacientka neudávala známky místní ani celkové infekce z důvodu operační rány. Rána byla klidná, nekrvácela bez známek infekce.

9. Potenciální riziko vzniku tromboembolické nemoci z důvodu klidového režimu na lůžku

Ošetrovatelský cíl:

- Včasné rozpoznání příznaků tromboembolické nemoci
- Pacientka nemá příznaky tromboembolické nemoci

Ošetrovatelské intervence:

- Informovat pacientku o příznacích tromboembolické nemoci.
- Sledovat příznaky tromboembolické nemoci (otok a bolest dolních končetin v oblasti lýtky, plicní embolie).
- Podávat antikoagulantia dle ordinace lékaře.
- Zdůraznit pacientce nutnost rehabilitace a cvičení dolních končetin na lůžku.
- Ukázat pacientce základní cévní cviky.
- Zajistit elevaci dolních končetin.
- Sledovat barvu a teplotu dolních končetin.
- Časná mobilizace pacientky dle aktuálního stavu.
- Sledovat výskyt krvácivých projevů důsledku podávání antikoagulantů.

Realizace:

Pacientku jsem informovala o příznacích tromboembolické nemoci a během dne jsem tyto příznaky sledovala. Pacientka všem informacím porozuměla.

Podle ordinace lékaře jsem pacientce podala antikoagulantia Eliquis 2,5 mg tbl. 1-0-0, na základě toho jsem sledovala krvácivé projevy. Žádné tyto projevy jsem nezaznamenala.

Fyzioterapeut pacientce M. K. ukázal dechové, cévní a izometrickým cvičením na lůžku. Informoval pacientku, že je velmi důležité tyto cviky provádět průběžně během dne. Mobilizace pacientky proběhla pouze v rámci lůžka. Pacientka měla dolní končetiny v mírné elevaci. Během dne jsem sledovala stav, teplotu a barvu dolních končetin.

Hodnocení:

Stanovené ošetrovatelské cíle byly splněny. První pooperační den pacientka nemá příznaky tromboembolické nemoci.

4.6 Prognóza

U paní M. K. byla prognóza příznivá, i když trpí revmatoidní artritidou. Po provedení operačního zákroku byl proveden rentgen levého kyčelního kloubu a zjistilo se, že nedošlo žádným komplikacím.

Pacientka při chůzi o dvou podpažních holích mohla našlapovat na operovanou levou dolní končetinu 1/3 svojí váhy. Po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu se pacientce výrazně ulevilo od bolestí, kterými trpěla předtím. Po určitém čase se zvýší rozsah pohybu v operovaném kyčelním kloubu.

Pacientka si uvědomovala, že šetřící režim je nutný dodržovat po celý zbytek života.

Životnost totální endoprotézy kyčelního kloubu časově omezená. V závislosti na implantátu se pohybuje mezi 12 – 25 lety při šetrném zacházení.

4.7 Edukace a motivace k léčbě

Pro paní M. K. bylo největší motivací to, že se zbaví bolesti levého kyčelních kloubů a bude moci žít opět plnohodnotným životem.

Při rehabilitaci se velmi snažila provádět naučené cviky pod vedením fyzioterapeuta. Během dne sama prováděla cviky na lůžku. Paní M. K. se těšila na překlad na rehabilitační oddělení, kdy bude pokračovat v rozcvičení operované dolní končetiny a celého těla.

Pacientku M. K. jsem společně s ošetřujícím lékařem a fyzioterapeutem edukovala o následující rehabilitaci a o všeho co se týká jejího zdravotního stavu. Edukace probíhala jak slovně tak pomocí edukačního materiálu v podobě brožurek. V nemocnici je edukace součástí pracovní náplně každého lékaře a zdravotnických pracovníků (všeobecná sestra, nutriční terapeut, fyzioterapeut).

Pacientka očekávala, že bude plně informována o všem, co se s ní bude dít během hospitalizace v nemocnici a následně po propuštění domů. V pooperačním období byla edukace zaměřena na postupnou aktivizaci pacientky a vedení k co největší soběstačnosti.

V oblasti rehabilitace se kladl důraz na aktivní pohyblivost operované levé dolní končetiny, na správný pohyb v kyčelním kloubu, na chůzi o dvou podpažních berlích po rovině a do schodů. Také se kladl důraz na to, aby pacientka dosáhla co největšího stupně soběstačnosti v lůžku i mimo něj. Pacientka byla poučena o rizikových polohách a pohybech, při kterých by mohlo dojít k luxaci (vykloubení) endoprotézy.

4.8 Cvičební jednotka po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu

Cvičení je po operaci velmi důležitou součástí léčby. Správnou funkci endoprotézy zjistíme stabilizací svalstva. Je nutné posílit svalstvo, naučit správné pohybové stereotypy a zvýšení kloubního rozsahu.

Při cvičení je důležitá pravidelnost, vytrvalost a postupné zvyšování zátěže a správné provedení jednotlivých cviků. Během rehabilitace se nesoustředíme pouze na operovanou dolní končetinu, ale na celý organismus. Cvičíme pravidelně 2-5x denně. Počet cviků zvyšujeme postupně.

Musíme si uvědomit, že i při správném a pravidelném cvičení dosáhneme dobré a dlouhodobé funkce endoprotézy.

4.9 Režimová opatření

- Pravidelně pečovat o zhojenou operační ránu.
- Operační ránu denně sprchovat pod vlažnou vodou, nepoužívat mýdlo, nedrhnout žínkou. Lehce osušit.
- Spát na pevném vyvýšeném lůžku, aby se při posazování dodržel úhel operované dolní končetiny do 90°.
- Omezovat dlouhodobé stání. Odlehčovat operovanou dolní končetinu.
- Při posazování nesmíte být ohnutý kyčelní kloub operované dolní končetiny více než 90°. Nesedat do hlubokých křesel.
- Nekřížit nohy pod sebe. Nedávat nohu přes nohu vsedě, vleže ani ve stoje.
- Několikrát denně provádět cviky naučené po dobu hospitalizace.

- Při otáčení z boku na bok používat polštářek nebo klín mezi kolena dolních končetin.
- Používat pevnou obuv bez podpatku, k obouvání používat lžici na boty. Nepoužívat pantofle. Při nasazování ponožek požádat o pomoc druhých nebo používat pomůcku na nasazování.
- Vyvarujte se pádu, nepřeceňovat své síly, vyvarovat se prudšího běhu, kontaktním sportům, skokům, sportům v těžkém terénu. Doporučené sporty jsou např. plavání, chůze nebo jízda na kole.
- Odstranit volné koberečky z podlahy.
- Kontrolovat stav berlí.
- Neodkládat berle dokud to nedovolí lékař.
- Pro osobní hygienu je nejvhodnější používat sprchový kout. Pokud není k dispozici, pořídit sedátko do vany nebo ve vaně stát. Důležité je také použití protiskluzové podložky a madla. Používat nástavec na WC.
- Nenosit těžká břemena více než 5 kg.
- Předměty ze země zvedat v mírném předklonu a operovanou dolní končetinu zanožit, udělat „holubičku“.
- Nevytáčet operovanou dolní končetinu špičkou ven.
- Nprovádět prudké otáčení trupem.
- Nprovádět hluboké předklony a dřepy.
- Zakázaná je jízda autem po dobu 6 týdnů od operace.
- Řízení automobilu je zakázané po dobu 3 měsíců od operace.
- Chůze po rovině v pořadí: berle, operovaná dolní končetina, neoperovaná dolní končetina
- Chůze do schodů v pořadí: neoperovaná dolní končetina, operovaná dolní končetina, berle
- Chůze ze schodů v pořadí: berle, operovaná dolní končetina, neoperovaná dolní končetina

5. Diskuze

V této části bakalářské práce bych se věnovala implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu, nejprve teoretické části, poté bych porovнала ošetrovatelskou péči u pacientů s tímto zákrokem v různých nemocnicích a také jinou bakalářskou práci s touto tematikou.

V knize Ortopedie, jejíž autorem je profesor Dungal, se uvádí, že se ročně implantuje více než 10 000 totálních endoprotéz kyčelního kloubu v České republice a toto číslo by se mělo zvyšovat vzhledem k očekávanému stárnutí populace. Každý rok se na světě uskutečňuje více než jeden milion implantací.

V teoretické části jsem již uvedla možné komplikace u implantace totální endoprotézy. Jednu z největších komplikací, ke které může dojít, je aseptické uvolnění kyčelních implantátů. V takovém případě je to závažný ortopedický problém. Potenciální metodou k určení uvolnění protézy je analýza kolísání kostního implantátu pomocí vibrační techniky. Této studii se věnovali ve Švédsku. Cílem průzkumné studie bylo vyhodnotit vibrační chování totální endoprotézy kyčle. Dlouhodobým cílem je, aby se tato metoda stala součástí klinické praxe pro hodnocení endoprotéz. Výsledkem bylo, že frekvenčních změny odhalily jasné rozdíly mezi dobře fixovaným a uvolněným implantátem. (Medical Engineering & Physics, 2013) Vybrala jsem si tento článek, protože mě velmi zaujal tento nápad, jak zabránit potencionálnímu problému a zamezit revizním operacím a reimplantacím.

Nyní bych věnovala ošetrovatelské péči u pacientů podstupujících implantaci totální endoprotézy. Z mého pohledu má sestra velký přínos pro pacienta v předoperační a pooperační péči, ale také v edukaci o pohybovém režimu, který se po implantaci zásadně změní. Během své praxe na ortopedickém oddělení v nemocnici jsem si všimla, jak velký význam má zdravotní sestra právě v edukaci.

Dostupné zdroje, které jsem ke své práci použila, se shodují v předoperační přípravě, kde se zmiňuje podepsání informovaného souhlasu, nepřijímání nic per os, celková hygiena, zákaz kouření, odstranění šperků, u žen odlakování nehtů, podání antibiotické profylaxe a navléknutí elastické punčochy. Měla jsem možnost absolvovat praxi na ortopedickém oddělení v Praze v Ústřední vojenské nemocnici, v nemocnici Písek a v nemocnici v Českých Budějovicích. Elastické punčochy se v rámci předoperační přípravy používaly jen v nemocnici v Českých Budějovicích. Z toho je patrné, že některé postupy nejsou všude stejné a bylo by lepší je více sjednotit.

Každá nemocnice má své postupy a standardy, ale myslím si, že by bylo lepší jak pro pacienty, tak pro zdravotnický personál postupy sjednotit, a to nejen u předoperační přípravy, ale u celé hospitalizace.

Pooperační péče se také mnohdy liší a to v počtu dní, kolik stráví pacienti na ortopedické jednotce intenzivní péče, na standardním oddělení a kdy jsou přeloženy na specializovaná pracoviště, kde probíhá rehabilitace.

V písecké a českobudějovické nemocnici jsem se setkala s tím, že pacienti jsou překládáni z jednotky intenzivní péče 3. pooperační den, zatímco v Ústřední vojenské nemocnici se pacienti překládají na standardní oddělení již 1. pooperační den. Toto je dáno hlavně velkým tlakem z operačních sálů, z důvodu velkého množství ortopedických operací. V písecké nemocnici jsou například 5. pooperační den přeloženi na rehabilitační oddělení, kde stráví 7-10 dní. V Ústřední vojenské nemocnici jsou pacienti ze standardní oddělení, kde jsou po dobu průměrně 10 dnů a poté jsou přeloženi do specializovaných zařízení nebo na oddělení následné rehabilitační péče přímo v nemocnici. Samozřejmě veškeré překlady pacientů se uskutečňují s přihlédnutím na jeho zdravotní stav.

Uvádí se, že hospitalizace se člení na 2. - 5. a 6. - 10. pooperační den. Během 2. -5. pooperačního dne se obvykle k odstraňuje periferní žilní katetr, permanentní močový katetr a Redonovy drény. Dostupné zdroje tvrdí, že extrakce stehů si stanoví každé pracoviště dle svých zvyklostí. (Péče o pacienta před a po TEP kyčelního kloubu, Sestra, 2013)

Pacientka M. K. byla hospitalizována 7 dnů. Na jednotce intenzivní péče jsem ji druhý pooperační den odstranila periferní žilní katetr a Redonův drén č. 1. Třetí pooperační den jsem ji odstranila i permanentní močový katetr a byla přeložena z jednotky intenzivní péče na standardní oddělení. Na standardním oddělení jsem pacientce čtvrtý pooperační den odstranila Redonův drén č. 2. Vše tedy proběhlo podle výše uvedeného zdroje. Pátý pooperační den byla pacientka přeložena na rehabilitační oddělení, kde strávila 10 dní.

Pooperační průběh u pacientky M. K. probíhal za standardních podmínek, jak je popsáný v literatuře a člancích, bez komplikací.

V poslední části bych porovnála jednu bakalářskou práci na stejné téma z roku 2015, jejíž autorkou je Martina Vörösová. Zaměřila bych se na předoperační a pooperační péči a porovnála celkové zvládnutí hospitalizace dvou různých pacientů se stejným operačním výkonem.

Pacientka M. O. byla hospitalizována pro implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. Délka její hospitalizace na ortopedickém oddělení byla 9 dní, poté podstoupila lázeňskou léčbu. Už zde si můžeme všimnout rozdílu u doby hospitalizace. Pacientka M. K.

byla hospitalizována na ortopedickém oddělení 7 dnů. Myslím si, že počty dnů se liší jen z různých zvyklostí daného oddělení a nemocnice.

Předoperační příprava se u pacientů lišila pouze nasazení elastických punčoch na neoperovanou končetinu. U pacientky M. K. se elastické punčochy nepoužívaly. Tento rozdíl je podle mého názoru dán také zvyklostmi v různých nemocnicích.

Průběh hospitalizace probíhal u těchto pacientů v zásadě stejně. Žádné velké rozdíly v ošetrovatelské péči jsem nezaznamenala. Odlišovaly se pouze dny, kdy byl pacientům odstraněn periferní žilní katetr, periferní močový katetr a Redonovy drény. Myslím si, že to bylo dáno zdravotním stavem pacienta v onen den a zvyklostmi na oddělení.

Pacientka M. K. zvládala rehabilitaci tak, jak je uvedené v teoretické části této práce. Vše zvládala a nic ji nečinilo velké obtíže, protože již jednu implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu podstoupila před několika lety. Pacientce M. O. činila rehabilitace větší problémy a to hlavně s chůzí a cvičením na lůžku kvůli bolesti. Podle mého názoru tento rozdíl byl dán věkem, protože pacientka M. O. byla starší o 29 let.

Zde můžeme vidět, že pro každého pacienta je důležitý individuální přístup. Musíme respektovat jeho zkušenosti, protože pacienti mohou mít stejnou diagnózu, ale každý má jiné potřeby.

6. Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se věnovala onemocnění artrózou kyčelního kloubu a ošetrovatelské péči o pacienta po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu.

V teoretické části jsem se zaměřila na charakteristiku onemocnění a na jeho operační řešení, které podstoupila pacientka M. K.

V praktické části jsem se věnovala ošetrovatelské péči o pacientku M. K., která byla přijata na ortopedické oddělení s indikací k výkonu totální endoprotézy levého kyčelního kloubu. Popisovala jsem zde předoperační péči, podrobnou pooperační péči o pacientku na jednotce intenzivní péče i na standardním oddělení.

V ošetrovatelské části jsem si zvolila Model fungujícího zdraví dle Marjory Gordonové. Podle tohoto modelu jsem odebrala ošetrovatelskou anamnézu a stanovila akutní a potenciální ošetrovatelské diagnózy.

V diskuzi jsem se hlavně věnovala ošetrovatelské péči a porovnávala jsem ošetrovatelskou péči o pacienta s implantací totální endoprotézy v různých nemocnicích.

Díky této práci jsem získala více znalostí o onemocnění koxartróza. Poznatky, které jsem získala při psaní této bakalářské práce, jsou pro mě velice důležité, a to z důvodu mého zájmu o obor ortopedie.

Seznam použitých zkratk:

a.	arterie (tepna)
aa.	arteriae (tepny)
ABD	abdukce
ADL	aktivity daily living-Barthel test základních všedních činností
amp.	ampule
BMI	body mass index
cm	centimetr
COX 2	rozdělení nesteroidních antirevmatik
COX-1	rozdělení nesteroidních antirevmatik
cps.	kapsle
CT	výpočetní tomografie
č.	číslo
D	dech
DSM	distantia spinomalleolaris- zkrat končetiny vůči zdravé
EKG	elektrokardiograf

F	flexe
FR	fyziologický roztok
g	gram
i. v.	intravenózní podání léků (do cévního řečiště)
inf.	infuzní roztok
inj.	injekce
JIP	jednotka intenzivní péče
kg	kilogram
m.	musculus (sval)
mg	miligram
ml	mililitr
mm	musculi (svaly)
n.	nervus (nerv)
NSA	nesteroidní antirevmatika
ORL	otorinolaryngologie
P	pulz
p. o.	per os (ústy)

RD1	Redonův drén 1
RD2	Redonův drén 2
RTG	rentgen
s. c.	subkutánní podání léků (podkožní)
SAT	saturace
sol.	Roztok
sukl	státní ústav pro kontrolu léčiv
tbl.	tablety
TEP	totální endoprotéza kyčelního kloubu
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
VAS	vizuální analogová škála
VR	vnitřní rotace
ZR	zevní rotace

Přehled použité literatury

1. Dylenský, Ivan. *Funkční anatomie*. 1. vydání Praha: Grada, 2009, 532 s. ISBN 9788024732404.
2. Čihák, R. *Anatomie 1*. Praha: Grada, 2001, 497 s. ISBN 80-7169-970-5.
3. Koudela, K. et. al. *Ortopedie*. Praha: Karolinum, 2003, 281 s. ISBN 80-246-0654-2.
4. Dungl, Pavel. *Ortopedie. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2014, 1168 s. ISBN 978-80-247-4357-8.
5. Dungl, Pavel. *Ortopedie. Vyd. 1*. Praha: Grada, 2005, 1273 s. ISBN 8024705508.
6. Sosna, A. et. al. *Základy ortopedie*. Praha: Triton, 2001, 175 s. ISBN 80-7254-202-8.
7. Janíková, Eva; Zeleníková, Renáta. *Ošetrovatelská péče v chirurgie pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013, 249 s. ISBN 978- 80-247- 4412-4.
8. Staňková, M. *České ošetrovatelství 3 – Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. Praha: IPVZ, 2002. 49 s. ISBN 8070132825.
9. Pavlíková, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*, Praha: Grada, 2006, 160 s. ISBN 978-80-247-1211-6.
10. Trachtová Eva, *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, Brno, NCONZO, 2006, 185 s. ISBN 80-7013-324-4.

11. Novotná, Jana, Holubová, Marie. *Péče o pacienta před TEP a po TEP kyčelního kloubu*. Sestra. 2013, (10), 52-53. ISSN 1210-0404.

12. Kolektiv Medical Tribune CZ, *Breviř*, 26. vydání, Praha, Medical Tribune 2017, 1326 s. ISBN 80-87135-83-0

13. Vörösová, Martina, *Ošetrovatelská péče o pacientku s artrózou kyčelního kloubu*, bakalářská práce, Praha, 2015

Internetové zdroje:

14. *sukl.cz* (online) 2018, citace 2018-3-21. Dostupné z:
<https://www.sukl.cz>

Zahraniční zdroje:

15. Canale S.T., Beaty J.H. & Campbell W.C, *Campbell's Operative Orthopaedics*, Philadelphia, Elsevier/Mosby, 2013, 4776 s. ISBN 9780323091367

16. Rieger, Johannes Sebastian; Jaeger, Sebastian; Schuld, Christian; Kretzer, Jan Philippe; Bitsch, Rudi Georg, *Medical Engineering & Physics, March* 2013, Vol. 35 Issue 3, p329-337

Příloha č. 1- Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelská anamnéza

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

Oddělení : ORTOPEDIE - JIP

Datum a čas odběru anamnézy : 25. 1. 18 14.00

Jméno (iniciály) : M. K. Pohlaví: žena Věk : 49 let

Datum přijetí : 23. 1. 18

Stav: rozvedená

Povolání: invalidní důchodkyně

Rodina informována o hospitalizaci : ano ne

Diagnóza při přijetí (základní): sekundární koxartroza L

Chronická onemocnění : Revmatoidní artritida

Infekční onemocnění: NE ANO

Režimová opatření: —

Léčba:

Operační výkon: Implantace totální endoprotézy kyčle L. Pooperační den: 1.

Farmakoterapie:

Prednison	5mg	Hol.	p.o.	0-0-0
Movalis	15mg	Hol.	p.o.	0-0-1
Omeprazol	20mg	cps.	p.o.	1-0-0
Aspidum Folium		Hol.	p.o.	1-0-0
Methotrexat	2,5mg	Hol.	p.o.	1-1-1

Jiné léčebné metody: Rehabilitace

Má nemocný informace o nemoci : ano ne částečně

Alergie : ano ne jaké: Disseptol, Amoclen

Fyziologické funkce : P : 40' TK : 125/80 D : 16' SpO2 : 100% TT : 36,2 °C

1) Vědomí

stav vědomí : při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC : 15 b.

Orientovaný Dezorientovaný

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba): Pacientka se po operaci cítí v rámci možností dobře. Je ráda, že to má za sebou

Úrazy: ano ne jaké:

6) Výživa, metabolismus

Dieta: vegetariánská Nutriční skóre: 4x NE

Hmotnost: 42 kg Výška: 168 cm BMI: 25,51

Chut' k jídlu: ano ne

Potíže s přijímáním potravy: ano ne jaké:

Užívá doplňky výživy: ano ne jaké:

Enterální výživa: Parenterální výživa:

Denní množství tekutin: 2,5 l Druh tekutin: voda, 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: 20.1.18

Způsob vyprazdňování: podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr 16 počet dní zavedení: 2. den

Rektální odvodný systém:

Stomie:

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: ležící v lůžku z důvodu operace

Barthel test: 55 b. závislost středního stupně

Riziko pádu: ANO skóre: 35 b. dle Morse NE

Pohyblivost: chodící samostatně chodící s pomocí

ležící pohyblivý

ležící nepohyblivý

pomůcky

jaké: Podpažní herky

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku: 4 hod hodina usnutí: půlnoc

poruchy spánku: ano ne jaké:

hypnotika: ano ne

návyky související se spánkem: chladnější, vyvětraná místnost

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem: ano ne jaké:

potíže se sluchem: ano ne jaké:

porucha řeči: ano ne jaká:

kompensační pomůcky: ano ne jaké:

orientace: orientován

dezorientovaný místem časem osobou

11) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu

Emocionální stav: klidný rozrušený

Pocit strachu nebo úzkosti: ano ne z důvodu omezení soběstačnosti

Úroveň komunikace a spolupráce: dobrá obtížná

Plánování propuštění

Bydlí doma sám: ano ne

kdo bude o klienta pečovat po propuštění: přítele, rodinu

kontakt s rodinou: ano ne

12) Invazivní vstupy

Drény: ano ne

jaké: Peritoneální drenáž datum zavedení: 24. 1. 18

Permanentní močový katétr: ano ne

i.v. vstupy: ano

periferní

datum zavedení: 23. 1. kde: PHK, předloktí

Stav: funkční, bez známek infekce

centrální

datum zavedení: kde:

stav:

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, napítí	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
2. oblekání	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
6. kontinence stolice	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko-židle	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomoci	5
	neprovede	0

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

556.

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 ošetřovatelství 6- Hodnoticí a měřicí techniky v ošetřovatelské 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 posledních 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 rádeček 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 type="checkbox"/> věk 65 let a více	2 body
<input type="checkbox"/> pád v anamnéze	1 bod
<input type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překlada 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 ošetřovatelského 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 ošetřovatelství, 3. LF UK©

5. Hodnocení vědomí

Glasgow Coma Scale

Hodnocený parametr	Reakce	Body
Otevření očí	spontánně otevřené	4
	na slovní výzvu	3
	na bolestivý podnět	2
	oči neotevře	1
Slovní odpověď	přiléhavá	5
	zmatená	4
	jednotlivá slova	3
	hlásky, sténání	2
	neodpovídá	1
Motorická reakce	pohyb podle výzvy	6
	na bolestivý podnět účelný pohyb	5
	na bolestivý podnět obranný pohyb	4
	na bolestivý podnět jen flexe	3
	na bolestivý podnět jen extenze	2
	na bolestivý podnět nereaguje	1
Hodnocení:	15 bodů - pacient při plném vědomí 3 body - pacient v hlubokém bezvědomí	

Zdroj: NEUWIRTH, J. Sledování a hodnocení fyziologických funkcí. In: KOLEKTIV AUTORŮ *Základy ošetrování nemocných*. Praha: Karolinum, 2005, s. 46-56. ISBN 80-246-0845-6

Ošetrovatelské zhodnocení

Pacientka první pooperační den po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu vlevo.
 Pacientka při vědomí, orientována, spolupracuje.
 Udává bolest na stupnici VAS 4, podány analgetika dle ordinace lékař.
 Ošetření operační rány pomocí dezinfekce a sterilních chvěří. Rána
 vložena, nekervatí, bez známek infekce.
 Pacientka dnes prováděla rehabilitaci pouze v lůžku.
 Pacientka má 2 ledovky drény, funkční, odvádí c.1 - 50ml, c.2 - 150ml.
 Pík funkční, bez známek infekce. 3. den zavedení.
 Pík funkční, bez známek infekce. 2. den zavedení.
 Fyziologická funkce v normě.

Příloha č. 2

Farmakoterapie

(Medical Tribune CZ, Breviř, 2017)

www.sukl.cz

Prednison 5 mg tbl. per os

Indikační skupina: Prednisonum, hormon ze skupiny glukokortikoidů

Indikace: K léčbě revmatických onemocnění, difuzní onemocnění pojiva, těžkých forem alergických reakcí, těžké dermatózy, při hematologických, maligních onemocněních, některých gastrointestinálních, očních, respiračních a neurologických onemocněních.

Kontraindikace: Hypersenzitivita na složky přípravku, neléčená floridní vředová gastroduodenální choroba, čerstvá střevní anastomóza, podezření na náhlou příhodu břišní, floridní Cushingův syndromu, akutní psychóza, neléčená systémová mykóza, neléčená celková infekce, dekompenzovaný diabetes mellitus, očkování v intervalu 2–8 týdnů, oční forma herpes simplex, herpes zoster, těhotenství, kojení.

Nežádoucí účinky: onemocnění srdce, zvýšený počet leukocytů v krvi, poruchy spánku, bolesti hlavy, euforie, neklid, změny chování a nálad, onemocnění očí, gastrointestinálního traktu, bolesti břicha, rozšíření mizních cév, strie, ztenčení kůže, akné, zhoršené hojení kožních ran, modřiny, ochabnutí svalů a svalová slabost, bolest svalů, řídnutí kostí, což může vést ke snížený růst u dětí, vysoký krevní tlak, zvýšené riziko aterosklerózy a krevních sraženin, snížená odolnost vůči infekcím, absence menstruace, pokles potence a libida u mužů

Movalis 15 mg tbl. per os

Indikační skupina: Meloxicamum

Indikace: Léčivý přípravek, který patří do skupiny tzv. nesteroidních protizánětlivých léků (NSA). Je určen ke krátkodobé léčbě příznaků osteoartrózy a dlouhodobé léčbě příznaků některých zánětlivých revmatických onemocnění (revmatoidní artritidy a ankylozující spondylitidy).

Kontraindikace: třetí trimestr těhotenství, hypersenzitivita látku v přípravku, gastrointestinální krvácení nebo perforace v souvislosti s předchozí léčbou nesteroidními antirevmatiky, těžké poškození funkce jater, nedialyzované těžké selhání ledvin, gastrointestinální krvácení, cerebrovaskulární krvácení a další krvácivá onemocnění, srdeční selhání, poškození jater, peptický vřed

Nežádoucí účinky: Dyspepsie, nauzea, gastrointestinální potíže, bolest hlavy, závrať, vertigo, somnolence, desorientace, zmatenost, anemie, hypertenze, návaly, zadržování vod a sodíku v těle, hyperkalemie, arytmie, palpitace, svalová slabost, pruritus, vyrážka na kůži, otoky končetin, obličeje, poruchy nálady, noční můry, sníženého počtu leukocytů a trombocytů, zvýšené riziku infekce, modřiny nebo krvácení z nosu, tinitus, astma, poruchy zraku, hepatitida, akutní selhání ledvin, dýchací obtíže

Omeprazol STADA 20 mg cps. per os

Indikační skupina: Omeprazolium

Indikace: Léčba peptického vředu, léčba *Helicobacter pylori*, refluxní ezofagitida, refluxní choroba jícnu, pálení žáhy, regurgitace

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku, užívání nelfinavarinu, přecitlivělost na substituované benzimidazoly

Nežádoucí účinky: bolest hlavy, gastrointestinální potíže, poruchy spánku, poškození jater, otoky, kožní vyrážky, únava, problémy s hodnotami krevního vyšetření, alergie, poruchy nálad, dušnost, poruchy chuti, vidění, poruchy ledvin

Acidum Folicum tbl. per os

Indikační skupina: antianemikum, vitamin (B12, kyselina listová)

Indikace: prevence a léčba karence folátů

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku, perniciozní anemie neléčená vitamínem B12

Nežádoucí účinky: pocit na zvracení, tlak v břiše, pachuť v ústech, poruchy spánku, podrážděnost, alergické reakce (kopřivka, svědění, vyrážka a horečka), dýchací obtíže až celková alergická

Methotrexat Ebewe 2,5 mg tbl. per os

Indikační skupina: cytostatikum

Indikace: aktivní revmatoidní artritida u dospělých, polyartikulární formy těžké juvenilní idiopatické artritidy

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku, porucha funkce ledvin a jater, abúzus alkoholu, krevní dyskrázie, imunodeficit, infekce, stomatitida, vředy v dutině ústní, vředová choroba GIT, těhotenství, kojení, současné očkování živými vakcínami

Nežádoucí účinky: plicní obtíže, horečka, bolesti v krku, vředy v ústech, celkový pocit nemoci a silného vyčerpání, krvácení z nosu nebo drobné červené skvrny na kůži, závažné olupování kůže nebo tvorba puchýřů, neobvyklé krvácení, tvorba modřin, průjem, černá nebo tmavá stolice, žloutenka, obtíže při močení, žízeň, záchvaty křečí, ztráta vědomí, rozmazané nebo zhoršené vidění, zvracení a ztráta svalové funkce

Hypnogen 10 mg tbl. per os

Indikační skupina: hypnotikum

Indikace: krátkodobá léčba nespavosti u dospělých

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku, porucha jater, obstrukční spánková apnoe, myasthenia gravis, respirační nedostatečnost, těhotenství, kojení

Nežádoucí účinky: ospalost, bolest hlavy, závrať, zhoršená nespavost, ztráta paměti, únava, GIT potíže, infekce, změny nálad, třes, porucha vidění, svalová slabost, vyrážka, svědění, kopřivka, nadměrné, respirační obtíže

Dormicum 7,5 mg tbl. per os

Indikační skupina: hypnotikum, sedativum

Indikace: krátkodobá léčba nespavosti, sedace při premedikaci před chirurgickými nebo diagnostickými výkony

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku nebo na benzodiazepiny, respirační insuficience, spánkové apnoe, jaterní nedostatečnost, do 18 let, těhotenství, kojení, léčba inhibitory CYP3A, myasthenia gravis

Nežádoucí účinky angioedém, zmatenost, emoční porucha, poruchy libida neklid, agitovanost podrážděnost, agresivita, bludy, záchvaty zuřivosti, noční můry, halucinace, psychózy, ospalost, bolest hlavy, závrať, snížení bdělosti, porucha koordinace pohybů, přechodná ztráta paměti, dvojité vidění, gastrointestinální poruchy, kožní reakce, poruchy svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně

Azepo 1g inj. inf. sol.

Indikační skupina: širokospektré antibiotikum z 1. Generace cefalosporinu

Indikace: léčba infekcí vyvolaných mikroorganismy citlivými na cefalosporin, infekce kůže a měkkých tkání, kloubů, kostí

Kontraindikace: přecitlivělost na antibiotika, na penicilin nebo na beta- laktamové antibiotikum, těhotenství

Nežádoucí účinky: bolest v místě vpichu vyrážka, orální kandidóza svědění otoky, horečka, křeče, pneumonie tromboflebitida, Stevens-Johnsonův syndrom, závažná alergická reakce s vysokou horečkou, infekce pohlavních orgánů a jejich okolí, zánět pochvy, změny v krevním obraze, hepatitida, závratě, pocit nepohody, únava, bolest na hrudi, dýchací obtíže, rýma, gastrointestinální obtíže, onemocnění ledvin, zvýšená srdeční frekvence, pokles krevního tlaku, anafylaktický šok, noční můry, závratě, hyperaktivita, nervozita nebo úzkost, nespavost, slabost, návaly horka, poruchy barevného vidění, zmatenost

Eliquis 2,5 mg tbl. per os

Indikační skupina: antikoagulancium

Indikace: prevence cévní mozkové příhody, systémové embolie u dospělých, kteří podstoupili náhradu kyčelního nebo kolenního kloubu

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku, aktivní krvácení, jaterní onemocnění, léčba jinými antikoagulancii

Nežádoucí účinky: anémie, trombocytopenie, hypersenzitivita, alergický otok, pruritus, krvácení, hematom, hypotenze, respirační, hrudní a mediastinální poruchy, gastrointestinální poruchy, nauzea, poruchy jater a žlučových cest, vyrážka, poruchy svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně, poruchy ledvin a močových cest, poruchy reprodukčního systému a prsu

Novalgin 500 mg/ml 5 ml inj. sol.

Indikační skupina: analgetikum, antipyretikum

Indikace: akutní nebo chronická bolest, horečka

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku, útlum krvetvorby, jaterní porfyrie, defekt glukózo-6-fosfát dehydrogenázy, hypotenze, nestabilní krevní oběh, těhotenství, kojení

Nežádoucí účinky: poruchy krvetvorby, krvácení, petechie, zánětlivé změny, alergické reakce, kožní změny, dýchacími a zažívacími potíže, nepravidelností srdečního rytmu, poklesem tlaku krve, šok, Kounisův, Stevens-Johnsonův a Lyellův syndrom, poruchy ledvin a močových cest

Neodolpasse 0,3MG/ML250 ml inf. sol.

Indikační skupina: antirevmatikum, antiflogistikum, myorelaxanc

Indikace: akutní bolest, zánět, vertebrogenní bolest, při revmatických onemocněních, pooperační bolest

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku, gastrointestinální krvácení, ulcerace, perforace, ileus (tyto problémy již v anamnéze), hematologické onemocnění, tachyarytmie, selhání jater, ledvin, srdce, krvácení, arteriální onemocnění, myasthenia gravis, bulbární paralýza, glaukom, poruchy ledvin, těhotenství, věk do 18 let

Nežádoucí účinky: poruchy trávicího traktu, edémy, vysoký krevní tlak a srdeční nedostatečnost, poruchy ucha a labyrintu, závratě, podráždění žíly, zánět žil, poruchy jater a žlučových cest, bolest hlavy, vyrážka, poruchy ledvin a močových cest, hypersenzitivita dýchací, hrudní a mediastinální poruchy, poruchy krvetvorby, srdeční poruchy, poruchy vidění, porucha vnímání, nálady, duševní poruchy, dezorientace, aseptická meningitida, impotence poruchy, snížená sekrece potních žláz

Metamizol stada 500mg tbl. per os

Indikační skupina: analgetikum, antipyretikum

Indikace: akutní pooperační bolest, kolika, nádorová bolest, horečka

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku, porucha funkce kostní dřeně a krvetvorby, jaterní porfyrie, defekt glukózo-6-fosfát dehydrogenáza, věk do 10 let, těhotenství, kojení

Nežádoucí účinky: nafialovělá až tmavě červená kožní vyrážka, pokles krevního tlaku, zvýšená srdeční frekvence, bledost, třes, závrať, pocit na zvracení a bezvědomí, otoky, dušnost, potíže s trávicím traktem, změny na krevním obraze, zánětlivé změny bolest v krku, potíže s polykáním, vysoká horečka, zimnice Stevens-Johnsonův syndrom, porucha funkce ledvin

Zaldiar 37,5 mg tbl. per os

Indikační skupina: analgetikum

Indikace: střední až silná bolest

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku, intoxikace alkoholem, hypnotika, centrálně působící analgetika, opioidy, psychotropní látky, porucha funkce jater, epilepsie, těhotenství, kojení, věk do 12 let

Nežádoucí účinky: pocit na zvracení, spavost, závratě, gastrointestinální potíže, svědění, pocení, bolest hlavy, třes, stavy zmatenosti, poruchy spánku, změny nálady, zvýšení krevního tlaku, bušení srdce, zrychlený nebo nepravidelný tep, potíže nebo bolesti při močení, kožní reakce, brnění, necitlivost, mravenčení v končetinách, ušní šelesty, mimovolní svalové záškuby, výpadky paměti, potíže s dýcháním, porucha vidění, porucha řeči, hypoglykemie

Morphin Biotika 1% 10mg/ml inj. sol.

Indikační skupina: analgetikum, anodynum

Indikace: léčbě bolesti při zhoubných nádorech, po těžkých úrazech, popáleninách, po operacích, při akutní bolesti při infarktu myokardu, a k premedikaci před anestezií

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku, stavu útlumu dýchacího centra, průduškové astma, chronická obstrukční nemoc, úrazy hlavy, zvýšený nitrolební tlak, otrava alkoholem a křečovými jedy a lokálními anestetiky, špatné prokrvení věnčitých tepen, snížená

funkce štítné žlázy, těžké onemocnění jater a žlučníku, zbytnění prostaty, porfyrie, zástava srdeční činnosti, kojící, těhotné

Nežádoucí účinky: nevolnost, zvracení, zácpa, útlum dechu, ospalost, zmatenost, hypotenze, zadržování moče, sucho v ústech, pocení, zčervenání v obličeji, závratě, snížení nebo zvýšení srdeční frekvence, bušení na srdci, snížení tělesné teploty, změny nálady, tělesná slabost, bolest hlavy, poruchy spánku, zastřené vidění, zúžení zornic, poruchy chuti, snížení chuti k jídlu, alergie, svědění, kopřivka, bronchospasmus, riziko lékové závislosti