

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA
S TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZOU KYČELNÍHO KLOUBU
METODOU RECUP

Bakalářská práce

ELIŠKA MÁLKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S V PRAZE

Prof. MUDr. Z. Vacek, DrSc.

Stupeň kvalifikace: Bakalář
Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2008-03-31
Datum obhajoby:

Praha 2008

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně za použití odborné literatury, odborných časopisů a dalších materiálů a uvedla v seznamu literatury všechny použité literární a odborné zdroje. Text je zhotoven pomocí textového procesoru MS Word 6.0. Obrázky dokumentující danou problematiku byly naskenovány a po upravení v programu Magicolor 5430DL přidány k textu. Práci jsem vypracovala pod vedením Profesora Zdeňka Vacka a Mgr. Andrey Pohlové. Souhlasím s tím, aby moje bakalářská práce byla půjčována ke studijním účelům.

.....

Eliška Málková

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala Prof. MUDr. Zdeňku Vackovi, Mgr. Andree Pohlové, MUDr. Petru Žofkovi, zdravotnickému personálu a týmu lékařů, rehabilitačních pracovníků za řadu cenných informací a připomínek k obsahu i formě textu.

3 ABSTRAKT

Málková, Eliška: Ošetrovatelská péče o pacienta s totální endoprotézou kyčelního kloubu. Bakalářská práce (Eliška Málková – Vysoká škola zdravotnická, o.p.s v Praze).

Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář v všeobecná sestra.

Školitel: Prof. MUDr. Z. Vacek, DrSc.,

Konzultant: Mgr. Andrea Pohlova. Vysoká škola zdravotnická Praha, 2008.

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou problematikou pacienta po totální endoprotéze kyčelního kloubu ReCup.

Teoretická část práce obsahuje historii totální endoprotézy dále jen (TEP) a současnost, anatomii a fyziologii, patofyziologii onemocnění důvody proč se náhrada kloubu provádí, příčiny, druhy endoprotéz, léčbu. Dále je zaměřena na vybraný typ povrchové endoprotézy ReCup, předoperační a pooperační péči, rehabilitaci.

Praktická část práce se zabývá ošetrovatelským procesem dle modelu Majory Gordonové, do které jsou zahrnuty údaje o pacientovi, ošetrovatelské anamnézy, stanovení ošetrovatelských diagnóz a předoperační a pooperační období, stanovení ošetrovatelského plánu, jeho realizaci a hodnocení. V poslední části je práce zaměřena na edukaci při propuštění pacienta do domácího ošetření.

Práce je doplněna seznamem použité literatury a přílohami.

ABSTRACT IN ENGLISH

Málková Eliška: Nursing of patient with total hip arthroplasty.

Bachelor study (Eliška Málková - Vysoká škola zdravotnická, o.p.s in Prague.

Degree of expert qualification: Bachelor general nurse teacher:

Prof. MUDr. Z. Vacek, DrSc.

Consultant: Mgr. Andrea Pohlova. Vysoká škola zdravotnická Praha, 2008.

Bachelor study is focused on patient with total ReCup hip prosthesis matters.

Theoretical part of the study contains history and present of total hip hemiarthroplasty, anatomy and physiology, pathophysiology of the disease, reasons why the joint replacement should be done, causes, kinds of hemiarthroplasty and treatment.

Furthermore the study is focused at type of ReCup prosthesis, preoperative and postoperative nursing and rehabilitation.

Practical part of the study is focused on nursing process according to Majora Gordon's model which contains information about patient, nursing anamnesis and ways of its assesment, patient's rehabilitation and evaluation.

Final part of the study is focused on matter of releasing the patient to home after-care.

The study contains list of the literature and annexes

4 PŘEDMLUVA

Zdraví nastávající generace je prioritou každé společnosti.

Téma práce vzniklo ve snaze přiblížit novou operační metodu, která pomůže ulevit pacientům s artrózou kyčelního kloubu od bolesti. Cílem práce je zaměřit se v dané problematice na význam edukační činnosti v práci všeobecných sester o pacienta. Důležité je poukázat na skutečnost, že edukační proces by neměl být procesem náhodným, ale procesem cílevědomým a plánovitým, který respektuje individuální potřeby pacienta.

Výběr tématu práce byl ovlivněn mou prací na ortopedickém oddělení a absolvováním stáže v jiných nemocnicích. Materiál jsem čerpala z domácí i zahraniční odborné literatury.

Výsledky této práce jsou zpracovány tak, aby z nich mohli čerpat studenti všeobecných sester, ošetrovatelství a stejně tak v ní mohli najít podnětné rady i sestry z praxe, které se věnují péči o ortopedické pacienty s danou problematikou.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucímu bakalářské práce Prof. MUDr. Zdeňku Vackovi, Mgr. Andree Pohlové, a všem zdravotnickým pracovníkům kteří se na mé práci podíleli, za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou my poskytli při vypracování bakalářské práce.

5 OBSAH

Úvod	9
Cíl práce	10
A TEORETICKÁ ČÁST	11
1 Klinická charakteristika onemocnění	12
1.1 Anatomie kyčelního kloubu	12
1.2 Všeobecné anatomicko – fyziologické poznámky	13
2 Artróza	16
2.1 Osteoartróza - patofyziologie onemocnění	17
2.2 Diagnostika	21
2.3 Terapie Artrózy	22
2.3.1 Konzervativní léčba kompenzované artrózy	22
2.3.2 Chirurgická léčba	23
3 Historie totálních endoprotéz	24
4 Současnost totálních endoprotéz	26
4.1 Typy používaných endoprotéz	26
4.2 Dělení endoprotéz	27
4.3 Indikace totální endoprotézy	29
4.4 Kontraindikace totální endoprotézy	30
4.5 Výhody TEP	31
4.6 Komplikace	31
5 Hip Resurfacing – ReCup systém (Biomet)	37
5.1 Indikace	38
5.2 Kontraindikace	38
5.3 Předoperační Plánování	38
5.4 Operační technika	38
5.5 Výhody ReCup	39
5.6 Nevýhody ReCup	39
6 Ošetrovatelský proces	39
6.1 Předoperační příprava	39
6.2 Pooperační péče	41
6.3 Rehabilitace po implantaci TEP ReCup	42

B PRAKTICKÁ ČÁST	43
7 Ošetrovatelský proces	44
7.1 Model funkčního zdraví M.Gordonové	44
7.2 Ošetrovatelská část u vybraného pacienta	46
Posouzení stavu pacienta	47
7.3 Výtah z lékařské dokumentace	47
7.3.1 Lékařská anamnéza	47
7.4 Sesterské anamnestické údaje a fyzikální vyšetření	48
7.5 Vyšetření	49
7.6 Léčba v průběhu hospitalizace	49
7.7 Rozhovor s pacientem při příjmu	50
7.8 Průběh hospitalizace	58
8 Ošetrovatelská péče	61
8.1 Plán ošetrovatelské péče	61
Ošetrovatelské diagnózy před operací.	62
8.2 Plán ošetrovatelské péče, po operaci	66
9 EDUKACE PACIENTA	75
9.1 Edukační list	75
9.2 Edukační záznam – realizace	75
9.3 Edukační diagnózy	75
9.4 Edukační plán zaměřený na správné zásady po TEP	77
9.4.1 Cíl edukačního plánu	77
9.4.2 Význam	77
9.4.3 Technika (Metodika)	77
9.4.4 Kontrolní otázky pro sestru	77
9.4.5 Postup při zaškolování pacienta	77
9.4.6 Kontrolní otázky pro pacienta	78
10 EDUKACE PACIENTA PŘI PROPUŠTĚNÍ	79
11 Zhodnocení ošetrovatelské péče	83
12 Následná péče	84
13 Prognóza	85
14 ZÁVĚR	86
15 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	87
16 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	90
17 PŘÍLOHY	91

1 Úvod

Jedním z největších dobrodiní moderní ortopedie je bezesporu endoprotéza kyčelního kloubu, která nabývá stále většího významu se zvyšující se průměrnou délkou života. Podle celosvětového výzkumu v současnosti potřebuje endoprotézu kyčelního kloubu 306 mužů na 100 000 ve věku 65 – 74 a 421 žen ve věku mezi 75.- 84. rokem (<http://www.zelenahvezda.cz/mame-reseni-pro/ortopedie/artroza-osteoartroza>).

Především se jedná o primární koxartrózu a v našich podmínkách jsou tyto počty modifikované 40% vysokým podílem sekundární, zejména postdysplastické gonartrózy. Ročně je v naší republice implantované 10 000 kyčelních endoprotéz a s očekávaným stárnutím populace se toto číslo bude určitě stále zvyšovat. V současnosti je operace totální endoprotézy dále jen TEP stejně rutinní operací jaké je třeba operace hallux valgus nebo artroskopie kolenního kloubu. V dnešní době tedy se vzrůstající délkou života, s přibývajících civilizačními nemocemi, nevyjímaje také obezitu, vzrůstajícím počtem úrazů atd. bude jenom dále narůstat počet pacientů s postižením pohybového aparátu, který pro zlepšení svého zdravotního stavu musí podstoupit operaci.

Endoprotézy kyčelního kloubu byly uvedeny do běžné klinické praxe koncem 60. let minulého století a jejich základní princip i technika implantace prodělali značné změny. Současný výzkum hledá kompromis mezi rozumnou cenou implantátu, jeho dobrými biomechanickými vlastnostmi, materiálem, otázkou cementování a necementování, ulehčení implantace revizních endoprotéz a v nemalém také zkrácení doby rekonvalescence a tím i pobytu v nemocnici.

V mé bakalářské práci se budu zabývat problematikou zdravotní ošetrovatelské péče u pacienta po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu Hip resurfacing. Tato problematika je mi blízká, neboť pracuji jako zdravotní sestra na ortopedickém oddělení Oblastní nemocnice v Kladně, kde se tento typ operace provádí od roku 2005 a ročně se operuje přibližně 10-12 pacientů. Jednou z nejčastějších indikací implantace tohoto druhu totální endoprotézy je artróza kyčelního kloubu. Problematickou koxartrózy se budu zabývat v teoretické části mé bakalářské práce.

V praktické části rozeberu kazuistiku pacienta s diagnózou Coxarthrosis bilat., praecip. l. dx.

CÍL PRÁCE

Cílem mé bakalářské práce je přiblížit novou operační metodu, která pomůže ulevit pacientům s artrózou kyčelního kloubu od bolesti. Informovat společnost o nových možnostech léčby endoprotézy kyčelního kloubu.

Dalším cílem je dokázat, že ošetrovatelský proces pomáhá zkvalitnit ošetrovatelskou péči o pacienta a hlavně mu pomáhá zvládnout problémy, které přináší hospitalizace a rehabilitace, tak i zapojení do běžného života.

A TEORETICKÁ ČÁST

1 Klinická charakteristika onemocnění

1.1 Anatomie kyčelního kloubu

Pánevního pletence – kosti pánevní tvoří kruh (pletenec), na který je v křížokyčelním kloubu přenášena převážná část hmotnosti. Pletenec pánevní je složen ze **dvou kostí pánevních** (ossa coxae) a **kostí křížové** (os sacrum). Kruh pánevních kostí je spojen tuhým křížokyčelním kloubem a chrupavčitou sponou (symfýzou). Kostěný prstenec vytváří **páneve** (pelvis), ohraničující pánevní dutinu. Pletenec pánevní, kromě své funkce oporné, plní i funkci kostěné schránky pro část orgánů břišní dutiny a dutiny pánevní.

Kost pánevní (os coxae) - je u dospělého člověka jednotná. Vzniká spojením tří původně samostatných kostí: kosti kyčelní (os ilium), kosti stydké (os pubis) a kosti sedací (os ischii).

Kost kyčelní (os ilium) – tvoří horní část kosti pánevní. Je to plochá lopatovitá kost (lopata kosti kyčelní) s ostrým hřebenem vybíhající v trny kosti kyčelní (spinae). Na zevní ploše pánevní kosti je hluboká jamka (acetabulum), kde se spojují a osifikují všechny tři pánevní kosti

Kost stydká a sedací – lemují otvor foramen obturatum uzavřený vazivovou blánou a svaly. Dolní obvod sedací kosti vybíhá v mohutný **sedací hrbol**. Zadní okraj pánevních kostí je vykrojen přítomností incisura ischiadica major et minor. Kosti pánevní (ossa coxae) jsou kloubně spojeny s křížovou kostí (os sacrum). Vzhledem k potřebné stabilitě pánevního pletence jsou v tomto skloubení možné nepatrné kývavé pohyby. V kloubu jsou odpruženy nárazy přenášené z páteře (např. při chůzi a dopadech na dolní končetiny) na kostru pánve. Kloubní konce kostí jsou navzájem spojeny kloubními pouzdry a vazy.

Kloubní pouzdra – jsou složena ze dvou vrstev – vazivové a synoviální.

Vazivová vrstva – tvoří pevný vnější obal, zesílený svazky kolagenních vláken, kterým říkáme – **vazy – ligamenta**.

Synoviální membrána - (nitroblána kloubní) je blána z řídkého vaskularizovaného vaziva, cirkulárně vystýlající kloubní dutinu. Synoviální blána produkuje synoviální tekutinu snižující tření v kloubu.

Kloubní pouzdro je dobře prokrvené a bohatě inervované. Při poranění prudce bolí.

Kloubní hlavice – hlavice a jamky tvoří styčné plochy kloubu, které jsou kryty hyalinní chrupavkou. Chrupavka je odkázána na výživu ze synoviální tekutiny a na difúzi látek k kostních konců. Mezi kloubními konci kostí mohou být vloženy nitrokloubní destičky (disky a menisky), které vyrovnávají zakřivení hlavic. Dolní končetina je k pánevním kostem připojen v **kloubu kyčelním** (articulatio coxae). Kloubní hlavice femuru a hluboká jamka (acetabulum) dovolují provádět v kyčelním kloubu flexe (ohnutí) a extenze (natažení stehna), rotace a odtažení (abdukce) a přitažení (addukce) dolní končetiny (Čihák., 2004).

1.2 Všeobecné anatomicko – fyziologické poznámky

Kost – má funkci mechanickou a metabolickou. Jednotlivé kosti se anatomicky velmi liší, avšak současně mají celou řadu obecných vlastností jako například: vývoj, růst, způsob vzájemného spojení aj. Vývojově vznikají kosti, ať z vaziva nebo chrupavky, pochodem zvaným kostnatění, neboli *osifikace*. Zralá kost se skládá z části organické a části anorganické. Tvrdost a pevnost kosti výrazně závisí na složení její anorganické části. Za výstavbu kosti jsou odpovědné tzv. kostitvorné buňky – *osteoblasty*, odbourávání kosti provádějí *osteoklasty*. Kost významně ovlivňuje metabolismus minerálů tím, že je skladuje a podle potřeby uvolňuje. Tak je zajištěna stálá plazmatická koncentrace vápníku a fosforu. Kostní tkáň - *lamely kosti* - jsou stále odbourávány a novotvořeny. Při poruše kostního metabolismu dochází k projevům typických kostních syndromů: *osteoporózy, osteomalacie a osteodystrofie*. Kostí se v těle navzájem spojují pevně nebo pohyblivě. Pevné spojení vzniká vazivem - *syndesmóza*, chrupavkou - *synchondróza*, nebo kostí - *synostóza*. Pohyblivé spojení kostí umožňuje *kloub*.

Kloub – *articulatio* - je spojení dvou nebo více kostí, které umožňuje vzájemný pohyb, přičemž všechny části kloubu jsou ideálně přizpůsobeny požadavkům pohybu. Kloubní plochy v každém kloubu jsou upraveny tak, že vypouklá *kloubní hlavice* zapadá do vyduté *kloubní jamky*. Kloubní plochy jsou pokryty *kloubní chrupavkou*, která má dokonale hladký povrch a je pružná. Kloubní chrupavka je zcela bezcévná a je vyživována ze synoviální tekutiny. Tyto její vlastnosti zaručují minimální odpor při pohybu kloubu a tlumení nárazů. Klíčovou vlastnost kloubní chrupavce dodávají chemické látky - *proteoglykány*. Tření v kloubu je ještě dále zmírňováno přítomností lubrikační tekutiny, tzv. kloubního mazu, neboli *synovie*. Synovie je filtrát plasmy produkovaný synoviálními buňkami. Vlastní spojení kostí obstarává *vazivové pouzdro*, většinou zpevněné silnými kloubními vazy – *ligamenta* (Dylevský., 1998).

K jednomu ze složitých kloubů, patří právě **kloub kyčelní - articulatio coxae**. Složitost je dána vývojem v souvislosti z bipediální chůzí a u ženského pohlaví s vývojem pánve.

Svaly kyčelního kloubu

V kyčelním kloubu lze provést tyto základní pohyby:

- 1) flexi – extenzi
- 2) abdukci – addukci
- 3) vnitřní rotaci – zevní rotaci

Flexe:

- ❖ m. iliopsoas
- ❖ m. rectus femoris
- ❖ m. pectineus
- ❖ m. sartorius

Extenze:

- ❖ m. gluteus maximus
- ❖ m. biceps femoris
- ❖ m. semimembranosus
- ❖ m. semitendinosus

Abdukce:

- ❖ m. gluteus medius
- ❖ m. gluteus minimus
- ❖ m. tensor fasciae latae
- ❖ m. piriformis
- ❖ m. sartorius

Addukce:

- ❖ m. adductor magnus
- ❖ m. adductor longus
- ❖ m. adductor brevis
- ❖ m. pectineus
- ❖ m. gracilis

Zevní rotace:

- ❖ mm. obturatorii externus et internus
- ❖ m. piriformis
- ❖ mm. gemelli superior et inferior
- ❖ m. quadratus femoris
- ❖ m. gluteus maximus

Vnitřní rotace

- ❖ m. gluteus minimus
- ❖ m. tensor fasciae latae
- ❖ m. sartorius

(Čihák., 2004)

2 Artróza (osteoarthritis)

O artróze se někdy hovoří jako o nemoci 21. století. Postihuje stále více lidí ve stále mladším věku. V příštích 20 letech se má počet lidí s postiženými klouby zdvojnásobit. Souvisí to s celkovým stárnutím populace, ale i se změnou životního stylu. Nejčastěji jsou postiženy kyčelní a kolenní klouby, jelikož jsou nejvíce namáhány. Artróza se může projevit již ve věku 30. let. Rentgenové snímky vykazují z 40% žen a mužů ve věku mezi 45 a 65 let artrotické změny, ve věku 65 let je výskyt téměř u 70% lidí (<http://www.zelenahvezda.cz/mame-reseni-pro/ortopedie/artroza-osteoartroza>). Ženy jsou postiženy dvakrát častěji než muži. Je to spojeno s postmenopauzálním deficitem estrogenů.

2.1 Osteoartróza - patofyziologie onemocnění

Osteoartróza (dále OA) je degenerativní onemocnění kloubu, které vede k snižování, zdrsnění povrchu, rozpadu chrupavky a znetvoření kloubu kostními výrůstky (osteofyty) subchondrální obnažené kosti. Jde o poškození kloubní chrupavky a kosti vznikající z opotřebení. Patří mezi dlouhotrvající, pomalu se vyvíjející onemocnění jednoho nebo více kloubů, kde v popředí stojí (degenerace) kloubní chrupavky (Sochorová., 1999, s.8). Klouby každého z nás se zatěžují a opotřebovávají při běžném každodenním pohybu. Naše tělo se s tím vyrovnává neustálým obnovováním chrupavek. Nic ale netrvá věčně. Přibližně po 40. roku věku se schopnost obnovy snižuje. Povrch chrupavky se zdrsňuje snížením proteoglykánů rozvláknuje a ztenčuje. Mizí synoviální tekutina a rozvíjí se artróza. Za rychlejší opotřebování chrupavek a rozvoj artrózy odpovídá především nadměrné zatížení kloubů a geneticky podmíněné biochemické změny v chrupavce (Pavelka a kol., 2003, s. 29). Kromě mechanického zatěžování se uplatňují mezi příčinami vzniku choroby i biochemické změny v samotné chrupavce (Pavelka a kol., 2003). Artróza nepostihuje jen chrupavky a kosti. Ovlivňuje celý kloub. Vzhledem k bolestem vznikajícím při pohybu postiženého kloubu je rozsah pohybu omezený. Na to reagují i okolní vazy, klouby a svaly. Ztrácejí na své původní síle. Původní obtíže se tím ještě zhoršují. Na kosti vznikají výrůstky, které deformují a zcela mění původní stavbu kloubu.

Klinické vymezení choroby je mnohem obtížnější, neboť patologické změny, zjištělé zobrazovacími metodami (RTG vyšetření, CT, MR), nejsou v korelaci s klinickými příznaky. Hlavní těžiště patogeneze OA spočívá v metabolických pochodech poškozené kloubní chrupavky. Hyalinní kloubní chrupavka se skládá z nízkého počtu chondrocytů, které jsou obklopeny mezibuněčnou substancí tvořenou kolagenem, proteoglykány a ostatními proteiny. Vysoký obsah vody v kloubní chrupavce zajišťuje pevnost v tlaku, nutnou k absorbování vysokých zátěží (Dungl a kolektiv, 2005, s. 177). Mezi chondrocyty není přímý mezibuněčný kontakt, jejich výživa se děje difuzí synoviální tekutiny, která je pohybem vmasírována do kloubní chrupavky.

Synoviální tekutina (synovie) je ultrafiltrátem plazmy, její důležitou složkou je hyalurovaná kyselina. Vysoká lubrikační schopnost vazké synovie je nutná k minimalizaci tření mezi kloubními povrchy, mezi chrupavkou a menisky i mezi chrupavkou a synoviální membránou (Dungl a kol., 2005, s. 177). Toto tření je nutné k umožnění pohybů ve značné zátěži. Dospělá kloubní chrupavka nemá ani cévní, ani nervové zásobení, a tím má i špatnou tendenci ke zhojení. Rovněž mechanické faktory hrají nesporně důležitou roli při rozrušení (destrukci) chrupavky.

OA však není lokalizována jen na nemocný okrsek chrupavky, ale zřejmě je nemocí celého synoviálního kloubu. Tak např. *subchondrální skleróza* je časnou známkou OA a pravděpodobně přechází změnám na chrupavce. Kostní novotvorba je velmi důležitým faktorem v patofyziologii OA. Novotvorbou kosti se rozšiřuje kloubní povrch, tvoří se kostní výrůstky - *osteofyty*. V kyčli dochází k přesunu - *lateralizaci* hlavice, protože v centru kloubní jamky (acetabula) se tvoří nová kost. U pokročilé OA s tvorbou nové kosti v bazálních vrstvách kalcifikované chrupavky je rozšířená hraniční zóna - *tide mark*. Je zaměněna i architektura kloubních kondylů, je zvýšen i kostní obrat, který je součástí patofyziologického procesu rozvoje choroby. Chrupavka, která je podepřena abnormálně denzní kostí, je vystavena nadměrným tlakům, které přispívají k její degeneraci. Navíc degenerace chrupavky snižuje její schopnost přenášet zatížení, a tím se vytvářejí okrsky zvýšeného bodového zatížení. Pokračující degenerace chrupavky vede k uvolnění růstových faktorů, což nadále podporuje lokální tvorbu kosti a vrůstání cév do chrupavky (Dungl a kol., 2005, s. 179).

Abnormální chrupavka podléhá abrazi v místech největšího zatížení a je obnažena subchondrální kost, ve které se tvoří *subchondrální cysty* jako výsledek vnikání synovie do spongiózní kosti. Tyto cysty oslabují nosnost kosti, která kolabuje. Výsledkem je zvětšený, deformovaný, ztuhlý a bolestivý kloub (Dungl a kolektiv, 2005). Kdy současná produkce prostaglandinů v důsledku tvorby MMPs exacerbuje zánětlivé změny, stimuluje resorpci kosti a moduluje imunitní odpověď. Právě prostaglandiny jsou odpovědné za řadu příznaků artrózy.

Příčiny:

Na vzniku a vývoji artrózy se podílí několik faktorů. Mezi nejdůležitějšími faktory, které ovlivňují vznik artrózy jsou:

- ❖ vrozené a získané vady
- ❖ genetická dispozice
- ❖ choroby látkové výměny (DM, dna)
- ❖ úrazové příhody
- ❖ vysoká zátěž

Dále se na vzniku podílejí:

- ❖ kloubní záněty
- ❖ změny složení kloubní tekutiny
- ❖ nadváha (obezita)
- ❖ trvalá stereotypní zátěž kloubů
- ❖ chirurgické zákroky
- ❖ a v neposlední řadě stárnutí (Dunkd a kol., 2005)

Ve stáří ztrácí kloubní chrupavka svou elasticitu a je křehčí. Současně s chrupavkou se mění i složení kloubní tekutiny, která je řidší a její množství se i sníží. Trpí také okolní svalstvo, jehož činnost je omezena kloubními bolestmi, postupně oslabuje a uvolňují se vazy.

Artróza se řadí mezi dystrofie a probíhá v několika stádiích, které na sebe navazují.

Patologickoanatomicky je možno klasifikovat čtyři stupně choroby:

- 1) zdrsnění povrchu chrupavky
- 2) prolínání změn z povrchu do hloubky tkáně, vznik prvních okrajových hyperplazií
- 3) v místech maximálního přetěžování devastace chrupavky, zbylá část je silně rozvlákněná: výrazná změna konfigurace kloubu osteofyty
- 4) chrupavka neplní již svou funkci, kost se obrušuje a přestavuje se

Dělení artrózy:

- 1) podle způsobu vzniku:
 - a) primární – artróza, která vzniká v dosud ničím nepoškozeném kloubu
 - b) sekundární – artróza vznikající v kloubu, který byl předtím něčím poškozen (nejčastěji vrozená a získaná vada, dále např. trauma)
- 2) podle aktivace:
 - a) kompenzovaná artróza (neaktivovaná)
 - b) dekompenzovaná artróza (aktivovaná zánětlivá)

Příznaky artrózy jsou velmi rozmanité s různým stupněm intenzity:

- ❖ počáteční stádium doprovázející bolesti jen po námaze
- ❖ v pozdějším stádiu jsou to i bolesti klidové a noční
- ❖ krátkodobá ranní ztuhlost
- ❖ bolesti závislé na změnách počasí a klimatických podmínkách
- ❖ omezení kloubní pohyblivosti
- ❖ drásoty v kloubu, projevují se při zatížení
- ❖ při zánětu je zvýšená citlivost na pohmat, klouby jsou teplejší než okolní tkáň a jsou oteklé

- ❖ **Potíže:** Jelikož se v kloubní chrupavce nenacházejí nervy a zánik probíhá v začátcích bez zánětu, vznik OA je delší dobu nepozorovatelný. Bolesti počínají až v poměrně pokročilém stádiu, kdy vlivem zánětlivých látek vznikají záněty kloubního pouzdra a kloub zduří. Následují bolesti v kloubech, které při pohybu pomalu polevují tzv. („startovací“ bolest), ale po dalším zatížení se znovu objevují – oteklé nohy, bolestivost kloubů při zatlačení, zmenšování pohyblivosti (Sosna a kolektiv., 2001).

Artróza může postihnout všechny klouby v těle. Častěji jsou však postiženy nosné klouby končetin, ale může být postižena i páteř a ramenní kloub.

Právě kyčelní klouby jsou místa, kde se artróza často objevuje. Kyčelní kloub totiž nese hmotnost celého našeho těla při stoji a chůzi. Koxartróza může omezovat životní kvalitu více než jiné osteoartrózy. Pro další mnohdy rychlý vývoj změn artrózy kyčelního kloubu může vést až k neschopnosti chůze.

2.2 Diagnostika

Nejpřesnějším stanovením diagnostiky je především dáno anamnézou, klinickým vyšetřením, RTG vyšetřením kde vidíme rozvoj deformativních změn, nacházíme postupné zužování kloubní štěrbiny, nerovnosti kloubních ploch, osteofyty, sklerotická zahuštění subchondrální kosti. V dalších stádiích se objevují pseudocysty, které často korespondují v obou částech kloubu.. V místech mechanického odlehčení kost řídne. U těžké artrózy kloubní štěrbina zaniká, dochází ke sklerotizaci přilehlých kostních ploch, objevuje se nestabilita.

Dále nám k diagnostice přispívají zobrazovací metody CT, MIR, laboratorní vyšetření a speciální vyšetřovací metody. Nesmíme opomenout vlastní ortopedické vyšetření ortopedem (Paneš., 1993).

2.3 Terapie Artrózy

Je mnoho metod léčení artróz. Dělí se na léčbu konzervativní a operační.

2.3.1 Konzervativní léčba kompenzované artrózy:

- ❖ více pohybu, vyloučit přetížení
- ❖ teplé obklady
- ❖ medikamentózní léčba – preparáty ovlivňující kloubní chrupavku, NSAID – nesteroidní antirevmatika – látky zmírňující bolest, otoky a zánět v kloubu
- ❖ fyzikální léčba (např. magnet, laser, ultrazvuk)
- ❖ ortézy upravující osu končetin (koleno)

Konzervativní léčba dekompenzované artrózy:

- ❖ klid a odlehčení
- ❖ použití chladu a aplikace zábalů
- ❖ ortézy upravující osu končetin
- ❖ použití elektroléčby (ultrazvuk, světloléčba, vodoléčba)
- ❖ lázeňská léčba
- ❖ medikamentózní léčba – preparáty ovlivňující kloubní chrupavku, NSAID – nesteroidní antirevmatika – látky zmírňující bolest, otok a zánět v kloubu
- ❖ Pokud tyto léčebné postupy nepřinášejí žádná zlepšení a přetrvávají bolesti a značné funkční omezení v kloubu, indikuje se operační léčba, která zmírňuje bolesti nebo dopomáhá k úplnému vymizení bolesti.

2.3.2 Chirurgická léčba

Existuje několik operačních metod:

- ❖ osteotomie (upravuje se sklon kostí)
- ❖ totální endoprotéza (TEP) kyčelního kloubu

- ❖ Boj proti artróze je stejně obtížným problémem jako boj proti osteoporóze. Zásada přiměřenosti zátěže platí i zde jako preventivní i léčebné východisko. Pro prevenci, léčbu artrózy jsou uváděny některé zásady, které by měly být uplatňovány ve všech věkových kategoriích i druzích sportu, ale i v zaměstnání:
 - ❖ správný výběr pohybové aktivity a inaktivity
 - ❖ respektovat princip postupného nárůstu kvality a kvantity zátěže
 - ❖ nezatěžovat nad hranici tolerance
 - ❖ neprovádět cvičení a jinou zátěž v období snížené výkonnosti
 - ❖ přihlížet ke klimatickým podmínkám
 - ❖ správně volit terén a obutí
 - ❖ uplatnění zásad zdravé výživy

Totální endoprotéza kyčelního kloubu je osvědčenou a dlouhodobě vyzkoušenou metodou chirurgického léčení nemocí a vad kyčelního kloubu. Tento implantát nahrazuje obě artikulující části, to zn. jak jamku, tak hlavici (Dungl., 2005).

3 Historie totálních endoprotéz

S rozvojem kostní operativy datujícím se od konce minulého století nalézáme vedle zpráv o rozvíjejících se metodách osteosyntéz i první zprávy o aloplastice (náhradě kloubů či jejich částí).

Česká ortopedie drží krok s celosvětovým vývojem již od vzniku oboru v polovině 19. století. To bylo potvrzeno i v posledních čtyřech desetiletích, kdy se ve světě počala rozvíjet aloartroplastika. Ta se stala základní chirurgickou metodou, která řeší ztrátu normální funkce lidského kloubu. Technika náhrady kyčelního kloubu, která řešila bolesti v kloubu, byla zvládnuta na vysoké úrovni. To se týká indikace, techniky operace i pooperační rehabilitace. Aloartroplastika by se nemohla zdárně rozvíjet bez úzké vědeckotechnické spolupráce ortopedů s odborníky z oborů metalurgie, nauky o kovech, pružnosti a pevnosti materiálů, biomechaniky, strojírenské technologie atd. Aloartroplastika v té podobě, jak ji dnes známe, se začala ve světovém měřítku systematicky rozvíjet na začátku šedesátých let tohoto století.

Obdobně jako u osteosyntéz byly i začátky aloplastiky značně ovlivněny nedostatkem vhodných materiálů, takže k vlastnímu rozvoji a širší klinické aplikaci dochází až po druhé světové válce.

První pokus o totální endoprotézu kyčelního kloubu provedl v roce 1938 Willes, tato náhrada byla celokovová. Bližší informace o typu a výsledcích implantace nejsou známy (Čech.,1983).

Do počátku celé této historie se významně zapsal i jeden ze zakladatelů československé ortopedie – *prof. Chlumský*, který systematicky prováděl pokusy s alotransplantací.

Problematiku totální náhrady kyčelního kloubu jako první začal systematicky rozpracovávat *Mc Kee* (*obr. č. 5*), který v roce 1940 navrhl jednu z prvních totálních endoprotéz. Náhrada byla celokovová, zhotovená z kobaltové slitiny. Jamka byla do pánve původně fixována masivním šroubem a operace byla úspěšná pouze v 51%.

V roce 1956 si začal v praxi ověřovat návrh TEP *Saváš* z Moskvy. Vyvinul celokovovou totální náhradu, u níž je jamka uzamčena na hlavici femorální komponenty, což zabraňuje luxaci.

Otcem aloplastiky kyčelního kloubu je Angličan *John Charnley* (obr.č.6). Zkonstruoval a jako první v roce 1960 použil polyetylénovou jamku a kovový dřík zavedený do dřevnaté dutiny stehenní kosti s hlavicí malé velikosti (Štědrý, 2002). Komponenty fixoval ke skeletu kostním cementem.

Celý vývoj vlastní cervikokapitální endoprotézy je ukončen cervikokapitální endoprotézou *Christiansenovou* (1969) a prakticky současně i cervikokapitální endoprotézou *Weberovou*, tzv. rotační cervikokapitální endoprotézou.

Od konce 70. let se objevily endoprotézy k jejichž fixaci nebyl použit kostní cement tzv. necementované protézy.

Československo se zařadilo mezi aktivní badatelské země v oblasti aloartroplastiky v roce 1969. Štěstím pro tehdy československou ortopedii byla kladenská huť Poldi, disponující vhodnou slitinou, která začala již v r. 1972 vyrábět českou modifikaci Müllerovy endoprotézy (obr.č.7) podle návrhu Čecha a Beznosky.

(Beznoska – osobní sdělení, 2003). Tato endoprotéza je vyráběna dodnes a byla implantována 70 000 pacientů.

V naší republice byla první generace implantátů „Poldi“ zavedena do klinické praxe profesorem *Čechem* na I. ortopedické klinice v Praze v roce 1970. Po roce 1989 se do České republiky dostaly další cementované typy náhrad kyčelního kloubu různých zahraničních firem.

4 Současnost totálních endoprotéz

Zejména v posledních letech dochází k bouřlivému rozvoji této operační metody. Vznikají nové typy endoprotéz (tzv. „implantátů“), vyráběné novými špičkovými technologiemi. Operační technika se neustále zdokonaluje a je předmětem průběžné vědecké diskuse. Rozšiřuje se škála kloubních postižení, která lze náhradou kloubu vyřešit. Snižuje se věková hranice, kdy je náhrada prováděna – tento fakt umožňuje prodlužující se životnost používaných endoprotéz.

Se vzrůstajícím počtem pacientů s kloubní náhradou však logicky narůstá také počet pacientů, kterým je třeba endoprotézu vyměnit. Tyto výkony je nutno provést v případě selhání endoprotézy, jejího uvolnění z kostního lůžka či infekční komplikace. Pro řešení těchto složitých situací proto byly vyvinuty speciální, tzv. revizní endoprotézy, které operatérovi dovolí tuto výměnu provést. (Čech, 2005)

4.1 Typy používaných endoprotéz

Pro náhradu kyčelního kloubu může být použita tzv. endoprotéza **cervikokapitální**, kdy je nahrazena pouze hlavice stehenní kosti, nebo endoprotéza **totální**, která umožňuje nahradit endoprotézou jak hlavici, tak kloubní jamku. Obě tyto varianty mají pro pacienta své výhody a nevýhody. V současnosti narůstá spíše počet náhrad endoprotézami totálními. Zde záleží především na celkovém zdravotním stavu operovaného a jeho schopnosti snést o něco větší operační výkon.

Dalším rozlišujícím faktorem je způsob fixace endoprotézy ke kostnímu lůžku. Implantáty v první skupině – tzv. „**cementované**“, (obr.č.20) jsou určeny k ukotvení pomocí tzv. „kostního cementu“, což je speciální rychle tuhnoucí hmota. Do druhé skupiny patří endoprotézy tzv. „**necementované**“ (obr.č.21) či „bezcementové“, jejichž povrchová úprava v místech kontaktu s kostí umožňují fixaci bez tohoto cementu. Opět každá tato skupina má své jasné výhody i nevýhody. Třetí skupinu tvoří tzv. „**hybridní**“ endoprotézy – cementovaný femur a necementované acetabulum. Volbu mezi těmito typy musí učinit operatér často až v průběhu vlastního výkonu podle aktuálního nálezu. Nepravdivé je zatracování jedné nebo druhé skupiny či její označování za „nemoderní“ (Sosna a kol., 1999).

Každá endoprotéza se skládá z **dříku**, který je zaveden do dřevnatého kanálu stehenní kosti. Ten je vyráběn z různých kovových slitin o vysoké pevnosti a ověřené dobré toleranci organismu. Na krček tohoto dříku je nasazována **hlavička**, která je vyráběna buď ze stejné kovové slitiny jako dřík, nebo ze speciální keramiky.

Velmi důležitou vlastností u těchto hlaviček je jejich maximální hladkost, neboť čím hladší je povrch, tím menší je opotřebenění polyetylenové vložky v kloubní jamce umělého kyčelního kloubu při každém pohybu. Proto i snahou všech výrobců umělých kloubů je vývoj a používání stále nových, dokonalejších materiálů pro výrobu těchto hlaviček.

Další komponentou umělého kloubu je umělá **jamka**. Typů umělých jamek je celá řada. Liší se jednak tvarem, dále se odlišují materiálem, ze kterého jsou vyráběny a také povrchovou úpravou.

Jamky ukotvené pomocí cementu se skládají pouze z jedné – polyetylenové části, jamky bezcementové se skládají z kovové kotvící části, do které se vkládá vložka z vysokomolekulárního polyetylenu dlouhé životnosti.

Klasickým příkladem endoprotézy, kde jsou obě komponenty fixované cementem, je implantát dříve vyráběný v Poldi SONP Kladno, jehož výrobu převzala nyní firma Beznoska – Meditech.

4.2 Dělení endoprotéz:

Z hlediska rozsahu náhrady:

- a/ Povrchové** – nahrazují povrchovou kontaktní plochu hlavičky femuru
- b/ Cervikokapitální** – nahrazují celou hlavičku femuru jako jednu ze dvou komponent kyčelního kloubu
- c/ Totální** – nahrazují obě komponenty kyčelního kloubu - hlavičku femuru i acetabulum
- d/ Atypické** – nahrazují kromě hlavičky ještě určitou část femuru

Podle typu upevnění endoprotézy

a/ Cementovaná – jsou cementované obě komponenty. Používají se tam, kde je obava, že pacient nebude po operaci vázán na lůžko, dále u starých lidí nad 80 let se značně porotickým skeletem, kde hrozí uvolnění materiálu.

b/ Necementované - fixace obou komponent je bez použití cementu. Používá se převážně u mladých lidí, s plnohodnotnou kostní matrix.

c/ Hybridní – cementovaný femur a necementované acetabulum. Používá se u lidí mezi 70 - 80 let a tam, kde do femuru nelze zavést necementovaný dřík (např. osteoporóza).

d/ Hip resurfacing - neresekuje se krček, opracovává se jen hlavice. Tato endoprotéza nemá femorální část jen hlavici. Indikace je u mladší věkové skupiny. Provádí se většinou u mužů, méně ohrožení osteoporózou (obr.č.26).

Podle složení endoprotézy:

a/ Monobloky – komponentu tvoří jeden blok – dřík, krček i hlavice jsou vcelku, nebo v případě jamky pevně spojeny polyetylenem s kovovým pláštěm

b/ Modulární typ – ve standardním provedení je vyměnitelná hlavička na kónickém krčku nebo dále kovový plášť s polyetylenovou vložkou u necementovaných jamek. Tento typ je velmi používaný u revizních a tumorových endoprotéz.

Podle typu dříku (necementovaného)

a/ Press – fit – fixace v dřevěné dutině je dosaženo zaražením do přesně opracovaného, obvykle kónického lůžka.

b/ S porézním povrchem (kovovým nebo například biokeramickým či hydroxyapatitovým) – fixace vrůstem kosti do pórů endoprotézy.

Podle použitého materiálu:

např. - ocelove antikorové slitiny se složkou Cr – Mo – Ni

- titánové

- kombinovane s keramikou

(Sochorová., 1999, s.11).

4.3 Indikace totální endoprotézy

Totální endoprotézy jsou indikovány u bolestivých stavů a destrukci kyčelního kloubu, u nichž jsou tyto patologickoanatomické nálezy:

- 1) primární koxartróza
- 2) sekundární koxartróza u vrozených a získaných vad a u idiopatických nekróz hlavice
- 3) stavy zánětlivé a pozánětlivé – progresivní polyartritidy, stavy po specifických koxitidách a protruze acetabula
- 4) stavy po neúspěšných rekonstrukčních a paliativních operacích v oblasti kyčelního kloubu – po plastikách s auto-, homo – i heterotransplantáty, derotacích krčku femuru, valgozujících či varozujících osteotomiích, aj.
- 5) poškození kyčelního kloubu úrazem – zlomenina krčku stehenní kosti, pouřazová destrukce kloubu a pouřazové stavy – pseudoartróza krčku femuru s nekrózou hlavice či bez ní, nekróza hlavice samostatná, zlomeniny acetabula
- 6) destrukce kloubu v důsledku revmatického onemocnění
- 7) kostní nádory a jím podobné útvary

U primární i sekundární koxartrózy je indikována totální endoprotéza, jestliže jsou všechny metody konzervativní léčby vyčerpány, obtíže stále přetrvávají a na rentgenu je nález. Věková hranice je pro provedení totální endoprotézy jen orientačním hlediskem.

Ke každému pacientovi je třeba přistupovat individuálně. Kromě místního nálezu je nutné brát zřetel na osobnost, zaměstnání a způsob jeho života (Beznoska.,2004).

4.4 Kontraindikace totální endoprotézy

Kontraindikace totální endoprotézy se dělí do dvou základních skupin:

A) Kontraindikace zásadní - absolutní

- ❖ nezpůsobitelný interní stav, kdy je třeba znát názor zkušeného internisty, který musí znát dokonale pacienta a rizika, která by mohla vzniknout po operaci
- ❖ pokročilá mozková ateroskleróza – těmto nemocným je třeba věnovat zvýšenou pozornost, protože při nesprávném zhodnocení může narkóza a přechodně snížený krevní tlak způsobit to, že pacient přestane spolupracovat a někdy je i dezorientovaný
- ❖ recidivující chronické flebitidy s postižením hlubokého žilního systému. Tito pacienti se musí sledovat se zvýšenou opatrností, protože komplikace by mohla vést až k embolii
- ❖ u nemocných, u kterých není předpoklad mobilizace

B) Kontraindikace relativní

Jsou dočasné či trvalé a někdy vznikne po spojení dvou a více indikací relativních kontraindikace zásadní a je třeba do operace upustit a zvolit konzervativní léčbu.

- ❖ vrozená luxace kyčelního kloubu s gracilní lopatou kosti kyčelní a plochým dysplastickým původním acetabulem.
- ❖ pokročilý nekompenzovaný diabetes, u kterého lze výkon provést až po stabilizaci diabetu
- ❖ pokročilá celková osteoporóza, eventuelně spojená s protruzí acetabula
- ❖ varikózní komplex s pokročilými trofickými změnami kůže
- ❖ zadní traumatická luxace kyčelního kloubu s defektem zadní třetiny acetabula, provázená rozsáhlými osifikacemi (lze řešit atypickou endoprotézou nebo acetabuloplastikou)
- ❖ stavy po specifické koxitidě, u kterých i po dvaceti až třiceti letech klidu specifického procesu může dojít po zavedení implantátu k recidivě procesu
- ❖ u spastiků se indikují jen výjimečně

- ❖ stavy po mnohočetných operacích kyčelního kloubu se značným zjizvením, bývá často poškozeno i svalstvo
- ❖ jakékoli infekce probíhající v organismu (např. infekce močových cest aj.), které je před výkonem nezbytné vyléčit

(Sochorová., 1999, s.13).

4.5 Výhody TEP

Po implantaci totální náhrady kyčelního kloubu se pacientovi uleví od bolesti, zvýší se mu rozsah pohybu a umožní často neomezenou chůzi. Bude se moci účastnit aktivit, které byly před operací nemožné. Je však třeba mít stále na paměti, že máte kloub umělý!

Nejčastějším důvodem, který vede lékaře k doporučení operace je bolest. A s tím související výrazná porucha funkce kloubu, která vede k omezení celkové mobility pacienta. U všech nemocných, u kterých vznikne sebemenší podezření na zhoršení imunobiologické situace, je nutné imunobiologické vyšetření, podle něhož posoudí lékař stav nemocného a rozhodne další léčebné postupy.

4.6 Komplikace

Všechny operace v sobě nesou potencionální riziko, z tohoto důvodu musí být případné výhody pečlivě zváženy. Některé komplikace souvisí přímo s konkrétním operačním zákrokem a některé jsou spojeny se zdravotním stavem pacienta. Proto kvalitní předoperační vyšetření a odpovídající předoperační příprava výrazně snižují výskyt celkových komplikací. Při operaci v oblasti kyčelního kloubu může dojít k řadě komplikací, a to díky anatomickému uspořádání této oblasti. Jde o problém, který je nutno dořešit. Lékaři se snaží o prevenci komplikací a aktivní řešení již vzniklých komplikací (Sochorova.,1999, s.14).

Komplikace dělíme na:

- 1) peroperační
- 2) pooperační časné
- 3) pooperační středně pozdní
- 4) pooperační pozdní

1) Peroperační komplikace:

Komplikace mohou vzniknout již během operačního výkonu. Je nutné si to uvědomit a kladně je ovlivnit.

Patří sem:

- a) Peroperační zlomeniny
- b) Poranění velkých cév a masivní krvácení
- c) Poranění nervů
- d) Nestabilita TEP
- e) Perforace dna acetabula či diafýzy femuru
- f) Mors in tabula

2) Časné pooperační komplikace

Vznikají bezprostředně po operaci a mohou pacienta ohrozit i na životě. Proto ho musíme po operaci sledovat a věnovat mu zvýšenou péči. Příznaky komplikací se objevují do doby zhojení kožního krytu, tzn. do deseti až čtrnácti dnů. Patří sem:

a) Krvácení

Po úpravě krevního tlaku může dojít ke zvýšenému krvácení v operační ráně, a to se projeví zvýšeným odsáváním Redonových drenáží. Jestliže jde o difúzní krvácení, většinou se spontánně upraví. Jde-li o nadměrné krvácení, může být poškozena velká céva, a proto je revize operační rány nezbytná. Dále může vzniknout v místě operační rány hematom, který je nejčastější příčinou infekcí, a proto se musí opět operačně odstranit.

b) Luxace endoprotézy

Nejčastější luxace končetiny je dopředu a nahoru. Pokud dojde k luxaci totální endoprotézy, lékaři se ihned pokouší v celkové anestézii o repozici. Jestliže se zavřená repozice nepovede, reponuje se otevřeně.

c) Tuková embolie

Vzniká při aplikaci cementovaných TEP, kdy při zavádění dřívku dochází ke zvýšení tlaku v dřevěné dutině. Projeví se poklesem krevního tlaku, poruchami srdečního rytmu a výjimečně i srdeční zástavou. V roce 1970 lékaři zjistili, že se cement nesmí předčasně aplikovat do dřevěného kanálu, protože obsahuje zvýšené množství volného monomeru. Dále se musí před aplikací kostního cementu zasunout drén do dřevěného kanálu, aby se nadměrně nezvýšil nitrodřevový tlak. A jestliže je u pacienta zvýšené riziko vzniku tukové embolie, aplikují lékaři preventivně cholonfosfolipidy. Vznikne-li obraz tukové embolie, musíme zahájit protišokovou léčbu a nemocného přeložit na JIP či ARO dle stavu pacienta.

d) Tromboembolická choroba

Je stejně vážná komplikace jako infekce. Je jednou z nejčastějších a nejzávažnějších komplikací při TEP kyčelního kloubu. Diagnostika bývá někdy jasná, jindy pravděpodobná, nebo ji nezjistíme vůbec. Ohrožuje život operovaného embolem nebo dlouhodobými poruchami krevního oběhu. Profylaxe dosud známými léky není stoprocentní. Za nejlepší profylaxi sami považujeme časnou mobilizaci pacienta (Sochorová, 1999).

e) Časná infekce

Dělí se na povrchovou a hlubokou. Do infekce povrchové je zařazovaná dehiscence rány, která zasahuje do podkoží. Při nesprávné léčbě se může snadno vytvořit infekce hluboká. Proto každé porušené hojení operační rány musíme věnovat velkou pozornost a hlavně průběh hojení pravidelně sledovat. Tato komplikace se řeší okamžitou revizí rány, tzn. vyprázdnit infikovaný hematoma, odstranit nekrózu, drénovat ránu a sešít, dále aplikovat antibiotika ve vysokých dávkách, jak celkově, tak pomocí výplachové drenáže (Sochorová, 1999).

3) Středně pozdní pooperační komplikace

Toto období je pro operovaného rozhodující, a to jak z hlediska hojení operační rány, tak i z hlediska jeho celkového stavu. Nepříznivý vývoj v tomto období může podstatně oddálit rekonvalescenci a rehabilitaci.

U starých pacientů může být také příčinou dlouhodobé dekompenzace jejich dříve vyrovnaného stavu. Tyto komplikace se objevují do dvou až tří měsíců po operaci (Sochorová, 1999). Nejčastějšími komplikacemi tohoto období jsou:

a) Dehiscence rány

Vzniká na podkladě nekrózy kůže nebo infekce. Musí být ošetřována co nejpečlivěji, aby nedošlo k vzniku infekce do hlubších vrstev. Nekrotickou tkáň je nutno odstranit, ránu drénovat a sešít (MUDr. Pilnáček – osobní sdělení, 2007).

b) Pozdní hematomy

Mohou se objevit často na podkladě nadměrně prodloužené doby srážlivosti při antikoagulační léčbě. Jsou velkým rizikem pro možnost vzniku infekce. Hematomy musí být chirurgicky ošetřeny a drénovány. Jestliže vznikne infekce, postupuje se jako při léčbě infekcí u jiných orgánů.

c) Z poruchy funkce vnitřních orgánů

Tato komplikace se objevuje u starých pacientů. Patří sem například:

- ❖ retence moči
- ❖ infekce močových cest
- ❖ plicní komplikace
- ❖ gastrointestinální krvácení
- ❖ zánětlivé srdeční komplikace

Dále je třeba vzít v úvahu komplikace místní jako například:

- ❖ hluboká flebotrombóza
- ❖ hluboký hematom v ráně
- ❖ pomalé hojení rány
- ❖ hluboká časná infekce v ráně, hluboká pozdní infekce v ráně

Z toho vyplývá, že musíme znát dokonale předoperační celkový stav pacienta a důkladně zvážit peroperační a pooperační rizika. To znamená pečlivou předoperační internistickou přípravu a důslednou pooperační péči v úzké spolupráci ortopeda, internisty a rehabilitačních pracovníků (MUDr. Žofka – osobní sdělení, 2007).

4) Pozdní pooperační komplikace

Komplikace, které vznikají po dvou až třech měsících po operaci. Patří sem:

a) Pozdní infekce

Je nejzávažnější pozdní komplikací. Zprvu vyvolává neurčité obtíže, někdy dojde k mírnému vzestupu teploty a místní zánětlivé reakci se subakutním průběhem. Léčba závisí na druhu infekce. U akutní formy se zasahuje co nejdříve a reoperuje se, (hematom a hnis se vypustí, nekrotická tkáň se exciduje a podávají se vysoké dávky antibiotik – celkově i místně). Jestliže se infekci nepodaří zvládnout, je nutné implantát vyjmout včetně kostního cementu, zavést výplachovou drenáž a operační ránu zavřít (Sochorová, 1999). U chronické formy se lékaři snaží implantát vyjmout co nejdříve. Jestliže je to nutné, zahájí se stejná léčba jako u akutní formy. Z toho vyplývá, že největší úsilí by se mělo věnovat prevenci infekce.

b) Nedostatečná stabilita – luxace TEP

c) Nedostatečná funkce

Nedostatečnou funkci podmiňuje řada okolností např.:

- ❖ špatná svalová funkce jednak následkem dlouhodobé ankylózy kyčelního kloubu nebo opakované operace kyčelního kloubu, např. po paréze nervus femoralis, fibularis či dokonce ischiadicus, jestliže nedošlo k obnově inervace v oblasti kyčelního kloubu
- ❖ rozsáhlé kalcifikace
- ❖ značná bolestivost při pohybu v kyčelním kloubu a při zatížení dolní končetiny podmíněná infekcí či uvolněním TEP
- ❖ nesprávně provedené techniky pro zavádění TEP atd.

(Sochorová., 1999, s. 18)

Někteří pacienti mají k tvorbě kalcifikace větší dispozice. Objevují se vždy v jizevnaté a nekrotické tkáni. Posuzování kalcifikace je obtížné. Někteří pacienti s mohutnými kalcifikacemi mají výbornou pooperační hybnost, zatímco u jiných pohyblivost značně vázne a kalcifikaci u nich nenajdeme.

Tvorbě osifikací nelze většinou zabránit. Přispívají k ní: nešetrné operace se zhmožděním měkkých tkání, ponechání volných kostních úlomků a kostní drti v operačním poli nebo odloučení části periostu vklíněného mezi měkké tkáně (Sochorová,1999).

U nemocných, u kterých se předpokládají tyto komplikace, se používá totální endoprotéza s delším krčkem a provádí se prevence podávání bifosfonátů, indometacinových preparátů nebo radioterapie.

e) Uvolnění a migrace TEP

Tato komplikace patří spolu s infekcí a tromboembolickou komplikací k nejzávažnějším a dostává se stále více do popředí.

Příčiny, proč se TEP uvolňují, je několik a často se kombinuje více faktorů:

- ❖ nevhodná či chybná operační technika
- ❖ vznik kostních nekrotů jednak vlastním výkonem při opracování acetabula a dřeňové dutiny, jednak působením kostního cementu
- ❖ nadměrné zatěžování či traumata
- ❖ pokročilá osteoporóza
- ❖ rozdílná elasticita kostí, kostního cementu a rigidních implantátů

PROGNÓZA

Prognóza koxartrózy je dobrá, pokud se při léčbě onemocnění splní následující podmínky:

- ❖ správně načasovaná operace
- ❖ ochota pacienta ke spolupráci před a po operaci
- ❖ precizně provedený operační výkon vhodně zvolený typ operace
- ❖ včasná a kvalitní rehabilitace
- ❖ dodržování pooperačního režimu pacienta

5 Hip Resurfacing – ReCup systém (Biomet)

Doposud jsem se zabývala všeobecnými zásadami totální endoprotézy, kam patří: dělení TEP, indikace, kontraindikace, komplikace, léčba.

Dále se budu zabývat novým druhem totální endoprotézy Hip Resurfacing, ReCap systém (Biomet). U tohoto typu TEP platí veškeré všeobecné zásady, které byly doposud uvedené. Dále stručně uvedu odchylky, které se týkají tohoto typu totální endoprotézy.

Od ledna 2005 provádíme u indikovaných pacientů Hip resurfacing. Konstrukce implantátu se snaží maximálně anatomicky a biomechanicky přiblížit zdravému kyčelnímu kloubu.

ReCap představuje náhradu kyčelního kloubu pro pacienty s poškozenou chrupavkou a dobrou stavbou kostí. Velmi přesné instrumentárium umožňuje zacílit dřík do hlavice femuru krčku. Acetabulární část-jamka- je na vnější straně implantátu opatřena porocoatem pro necementovanou aplikaci, vnitřní strana je vysoce leštěná pro použití kov na kov. Tato jamka může sloužit jako protějšek k povrchové náhradě ReCap, nebo při použití "standardního" dříku s kovovou hlavicí Magnum.

Od klasické TEP se liší: je zde lepší předpoklad funkce po operaci. Indikace Hip resurfacingu je možná u pacientů, u kterých nejsou velké anatomické změny v oblasti kyčelního kloubu. Vhodná je rovněž u pacientů, u kterých je vzhledem k věku a úrovni pohybové aktivity implantace dříkové náhrady problematická, nebo je pravděpodobnost předčasného mechanického selhání. Tato nová endoprotéza se používá většinou u mužů, méně ohrožených osteoporózou. Většinou je též indikována u mladší věkové skupiny. Velká výhoda je též v tom, že případné mechanické uvolnění lze dobře řešit implantací klasické endoprotézy. Dále při operaci je menší kostní resekce, anatomicky příznivější rekonstrukce, artikulace kov – kov → omezení polyetylenové choroby, stabilnější kloub → menší riziko luxace. Též je velká výhoda že se , neresekuje krček, opracovává se jen hlavice. Tato endoprotéza nemá femorální část jen hlavicí.

Hip Resurfacing je nová operační metoda řešení koxarthrózy, implantát dává svou konstrukcí předpoklad lepšího funkčního výsledku. Je to metoda, která při vhodné indikaci a precizním technickém provedení navrací pacienta do plnohodnotného aktivního života.

RESURFACING KYČLE

ReCap systém (Biomet)

5.1 INDIKACE

- ❖ Primární , pouřazová či postdysplastická koxarthroza
- ❖ Převážně muži – méně ohroženi osteoporozou

5.2 KONTRAINDIKACE

- ❖ 1. Obecné
- ❖ 2. Specifické -revmatoidní artritida
 - aseptická kostní nekróza
 - varózní deformita
 - velké cysty
 - deformace hlavice
 - pokročilá osteoporóza

5.3 PŘEDOPERAČNÍ PLÁNOVÁNÍ

- ❖ změření velikosti hlavice a acetabula.
- ❖ změření osy krčku.
- ❖ změření umístění Steinmannova hřebu na laterální kortikalis femuru.

5.4 OPERAČNÍ TECHNIKA

Operace se provádí na boku, neresekuje se krček, opracovává se jen hlavice.

Totální dezinzerce zevních rotátorů (m. piriformis, „triceps coxae“) - parciální dezinzerce m. glut. maximus. Náhrada se tvarem a funkcí maximálně přibližuje fyziologické kyčli. Použité materiály mají dobrou toleranci zátěže a nízký otěr (kov-kov bez PE. Je zde předpoklad dlouhé – doživotní funkce.

5.5 VÝHODY RECAP

- ❖ menší kostní resekce
- ❖ anatomicky příznivější rekonstrukce
- ❖ možnost konverze na „klasickou“ TEP
- ❖ artikulace kov – kov → omezení polyetylenové choroby
- ❖ stabilnější kloub → menší riziko luxace

5.6 NEVÝHODY RECAP

- ❖ „rozsáhlý“ operační přístup
- ❖ cena
- ❖ krátkodobá klinická zkušenost

Předtím, než je pacient přijat do nemocnice, musí být provedeno předoperační vyšetření.

6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

6.1 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Když je lékařem stanoven termín operace je odeslán ke svému praktickému lékaři, který provede celkové kompletní předoperační vyšetření, které musí zhodnotit celkový zdravotní stav pacienta. Výsledky tohoto vyšetření by neměly být starší než jeden měsíc ke dni operace.

Jestliže praktický lékař, případně internista, uzná, že pacient je operace schopen, pacient obdrží od ortopeda termín operace. U žen je nutné tento termín stanovit mimo období menstruace. Předoperační vyšetření musí obsahovat: vyšetření krve (krevního obrazu, sedimentace, krvácivosti, srážlivosti, biochemického vyšetření včetně hladin iontů, jaterních testů, glykémie, celkové bílkoviny, cholesterolu, močoviny, kreatininu a dále protilátky proti žloutence a anti HIV). Je nutno odebrat také krev na krevní skupinu a RH faktor. Dále se vyšetřuje moč a sediment.

Důležité je rentgenologické vyšetření srdce a plic, EKG. Všechny tyto vyšetření mají zhodnotit zdravotní stav pacienta a jeho způsobilost k provedení operace v celkové nebo svodné anestézii. Internista posoudí jestli je pacient schopný operačního výkonu.

Ve stanovený den nastoupí pacient do nemocnice. Přinese s sebou předoperační vyšetření od svého praktického lékaře, které odevzdá ošetřujícímu lékaři, který sepíše anamnézu a pacienta podrobně vyšetří, vysvětlí operační výkon i období po něm. Pacient opět podstoupí rentgenovou kontrolu postiženého kloubu. Poté je přijat sestrou na oddělení, kde je sepsána ošetrovatelská anamnéza týkající se zdraví a biopsychosociálních potřeb pacienta, změřeny fyziologické funkce. Důležitá je anesteziologická příprava, kdy anesteziolog navštíví pacienta a společně proberou anestézii a její možná rizika. Rehabilitační sestra naučí již před operací chůzi o berlích a vysvětlí pacientovi co smí a nesmí provádět za pohyby.

Vlastní příprava na operaci spočívá v oholení operačního pole. Důraz se klade na hygienu prstů a nehtů, u žen odlakování nehtů. Důkladné vyprázdnění pacienta a aplikace klyzmatu v předvečer operace. Pacient nevečeří a do půlnoci může pít, výjimku tvoří diabetici, kteří večeří.

V den operace pacient nic nejí a nepije. Sestra zajistí žilní přístup pro podání infuzního roztoku. Provádí se dále miniheparinizace a krytí antibiotiky dle operátora. Dle ordinace lékaře sestra podá premedikaci.

Vlastní fyzickou přípravu pacienta k operaci doplní sestra rovněž psychickou přípravou, kdy odborným, empatickým přístupem pomáhá zvládat stres a úzkost, který doprovází každého pacienta před zátěžovou situací, kterou přináší operační výkon.

Po celou dobu přípravy k výkonu, zejména pokud má pacient silné bolesti postiženého kloubu, je na místě pokračování konzervativní léčby kloubního onemocnění (Sosna.,1999).

6.2 POOPERAČNÍ PÉČE

Sanitář v doprovodu se sestrou z jednotky intenzivní péče (nadále JIP), přiváží pacienta na JIP, kde pacient setrvává 1 den. Po jednom dni je pacient transportován sestrou na standardní oddělení. Pacient zaujímá polohu na zádech, dolní končetiny se elevují, operační rána se leduje, aby se předešlo otokům. Pozornost věnujeme Redonovým drénům, které jsou zavedeny v operační ráně a musíme dbát na jejich funkčnost, a také aby nedošlo k vytažení. Důležitá je bandáž obou končetin, která je taky součástí předoperační přípravy jako prevence tromboembolické nemoci. Sestra kontroluje fyziologické funkce a podává léky dle ordinace lékaře.

Hlavní prevence tromboembolické nemoci je podávání nízkomolekulárního heparinu, který se aplikuje 1x nebo 2x denně dle ordinace lékaře. Doba ležení pacienta na lůžku je závislá na způsobu podání anestézie:

- ❖ svodná anestézie – nutnost setrvat na lůžku 24 hod. po výkonu
- ❖ celková anestézie – pacient setrvává na lůžku dle stavu

V průběhu 6 hodin po operaci by mělo dojít k vyprázdnění močového měchýře. Jestli se pacient nevymočí zkoušíme strategie podporující močení (pustíme vodu, namočení rukou do vody apod.). Jestli se pacient nevymočí do stanovené hodiny jednorázově vycévkujeme. Nadále se pacient polohuje dle stavu a zvyklosti oddělení, alespoň na 2 hodiny, záleží na pacientu. Mezi kolena musí mít molitan, aby nedošlo k luxaci.

6.3 REHABILITACE PO IMPLANTACI TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZY RECUP

Operace výměny postiženého kloubu endoprotézou sice odstraní příčinu bolesti v kloubu, ale je za potřebná včasná rehabilitace. Úkolem rehabilitace je prevence pooperačních komplikací (tromboflebitida, otoky dolních končetin), rozcvičování operovaného kloubu, vertikalizace pacienta a nácvik chůze o francouzských holích. V den před operací navštíví pacienta rehabilitační sestra, která pacientovi vysvětlí zásady po operaci, které musí dodržovat.

První a druhý den po operaci pacient rehabilituje s fyzioterapeutem na lůžku – LTV na lůžku – izometrie, procvičování flexe a extenze v kyčli a koleni s dopomocí, zatínání stehenních svalů, a také následuje dechová RHB, aktivní cvičení hlezenního kloubu a prstů nohy. Cca třetí den po operaci jsou pacientovi vyndány Redonovy drény a RHB pokračuje LTV – izometrie, vertikalizace, nácvik sedu, stoj u lůžka o 2 francouzských holích (dále FH) s odlehčenou operovanou dolní končetinou. Důraz je třeba klást na dodržení správného stereotypu chůze. Nadále správný postup vstávání z lůžka a ulehání na lůžko. Základem správné chůze je správně nastavená výška FH. Při prvním vstávání je nutné postupovat pomalu. Pacient se nejprve postaví u postele, chvíli stojí a udržuje stabilitu na zdravé noze a na holích (Hromádková a kol., 1999). Pacient vždy, když prvně vstává, musí všechny svoje pocity sdělovat fyzioterapeutovi (točení hlavy, nevolnost). Čtvrtý a pátý den po operaci 1.LTV na lůžku, 2. nácvik chůze po chodbě o 2 FH. A šestý den LTV na lůžku + chůze po schodech s RHB pracovníkem. Zhruba sedmý až osmý den je pacient propuštěn domů, nebo přeložen na rehabilitační oddělení.

B PRAKTICKÁ ČÁST

7 OŠEŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetřovatelský proces je základem veškeré sesterské činnosti a je tedy i samostatnou podstatou práce sestry. Tento proces nabízí sestře při ošetřování nemocných řadu možností. Lze ho použít jako jakýkoliv způsob ošetřovatelské péče nebo pro jakákoli zdravotně – výchovná opatření i při všech koncepčních přístupech týkajících se práce sestry, protože vyhovuje všem požadavkům ošetřovatelské péče.

(Kozierova, 1995)

Pojem „ošetřovatelský proces“ vznikl v 50.letech v USA a ihned se velmi ujal jako reálná základna pro skutečně účinnou práci sester. Dnes se stal neodmyslitelnou koncepční osnovou práce sestry v převážné většině států západního světa.(Světová zdravotnická organ. Regionální úřadovna pro Evropu.,1996)

Ošetřovatelský proces se skládá z – ošetřovatelské anamnézy

- stanovení ošetřovatelské diagnózy
- formulace ošetřovatelských cílů
- plánování ošetřovatelských intervencí
- realizace
- hodnocení

7.1 MODEL FUNKČNÍHO ZDRAVÍ MAJORY GORDONOVÉ

Mezi odborníky na ošetřovatelskou teorii v mezinárodním kontextu existuje v současné době názor, že tento model je z hlediska holistické filozofie to nejkompexnější pojetí člověka v ošetřovatelství, které bylo zatím vytvořeno. Tento model se uplatňuje jak při výuce, tak při řízení a poskytování ošetřovatelské péče v praxi. Podle tohoto modelu, může sestra kvalifikovaně zhodnotit zdravotní stav jak zdravého tak nemocného člověka.

Zdravotní stav klienta může být funkční nebo dysfunkční. Funkční typy zdraví jsou ovlivněny biologickými, vývojovými, kulturními, sociálními a duchovními faktory. Pro dysfunkční typ zdraví je charakteristické, že sestra získá komplexní informace k stanovení ošetřovatelské anamnézy, pak stanoví aktuální a potencionální ošetřovatelské diagnózy a podle priorit efektivně naplánuje a realizuje svoji péči.

Základní strukturou tohoto modelu tvoří celkem třináct oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu člověka. (Horová.,2006)

Jednotlivé oblasti dle ošetrovatelských diagnóz v NANDA Doménách jsou:

1 PODPORA ZDRAVÍ

2 VÝŽIVA

3 VYLUČOVÁNÍ

4 AKTIVITA - ODPOČINEK

5 VNÍMÁNÍ - POZNÁVÁNÍ

6 VNÍMÁNÍ SEBE SAMA

7 VZTAHY

8 SEXUALITA

9 ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE – ODOLNOST VŮČI STRESU

10 ŽIVOTNÍ PRINCIP

11 BEZPEČNOST - OCHRANA

12 KOMFORT

13 RŮST / VÝVOJ

7.2 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST U VYBRANÉHO PACIENTA

K tématu mé bakalářské práce jsem zpracovala kazuistiku pana B., který byl přijat na ortopedické oddělení 23.10. 2007 s lékařskou diagnózou coxarthrosis bilat., praecip l.dx. k plánovanému operačnímu výkonu implantace endoprotézy kyčelního kloubu vpravo. Pacient byl hospitalizován do 1.11. 2007, starala jsem se o něj od příjmu a po dobu sedmy dnů hospitalizace, při propuštění jsem přítomna nebyla. Informace o dimisi jsem si doplnila z ošetřovatelské dokumentace a z rozhovoru s ošetřujícím lékařem.

Pacient žije v rodinném domě ve městě s manželkou. Dříve pracoval jako tělocvikář na vysoké škole, nyní jako manažér. Před třemi lety zjištěn diabetes mellitus 2 typu, dietu dodržuje diabetickou č.9. Při bolestech užíval Brufen 2x denně.

Pacient přišel do naší nemocnice na doporučení svého fyzioterapeuta, kterého navštěvoval pro zhoršující se bolesti zad s vystřelujícími bolestmi do pravé dolní končetiny a později se zhoršující noční bolesti. Byl mu proveden RTG snímek a zjištěny patologické změny. Byl odeslán na naší ortopedickou ambulanci a po domluvě s lékařem, jelikož konzervativní léčba nebyla úspěšná, byla indikovaná endoprotéza.

Pacient se při příjmu po zdravotní stránce cítil dobře, je bez známek infektu jakéhokoliv patologického nálezu. Po psychické stránce je vidět úzkost a strach z výkonu.

K získání údajů jsem použila model fungujícího zdraví dle Majory Gordonové.

POSOUZENÍ STAVU PACIENTA

7.3 VÝTAH Z LÉKAŽSKÉ DOKUMENTACE

7.3.1 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA

Vyšetření při příjmu: Několik let má bolesti pravého kyčelního kloubu, poslední rok jsou již i klidové, užívá Brufen (analgetikum) 2 x denně.

RA: nevýznamná

OA: M. hypertonicus, DM II typu na PAD, hyperlipemie, hraniční hodnota ren. funkci, obezita, hypomagnesemie, dle EKG AV blok I st.

DM

Hypertenze

OPERACE: neguje

ZÁVAŽNĚJŠÍ ÚRAZY: neguje

FA: Glucophage 1000 mg 1-0-1 (antidiabetikum), Amaryl 2 mg 1-0-1 (antidiabetikum), Lusopress 20 mg 1/2-0-0 (antihypertenzivum), Tanatril 100 mg 1-0-0 (antihypertenzivum), Moduretic 0-0-1 (diuretikum, antihypertenzivum)

SA: pracuje jako manažer, žije s manželkou

AA: acetylosalicylová kyselina

ABUSUS: nekouří, alkohol příležitostně

OBJEKTIVNĚ: atletické postavy, chodí bez opory, nekulhá,. 180 cm /105 kg. boky štíhlé, má břicho, DK jsou stejně dlouhé, perif. bpn. pulzace hmatné i přes ponožky

pohyb kyčlí: vpravo S: 0-0-95,R: 20-0-0, rotace bolí. Vlevo S: 5-0-110,

R: 30-0-10 bez bolesti

kolena osová, bez patologického nálezu

páteř osová, pohyb volný

Je indikovaná TEP pravého kyčelního kloubu, povrchová náhrada RE- cap.

Lékařské diagnózy: Coxarthrosis bilat., praecip l. dx.

Diabetes mellitus na PAD

Hypertenze

7.4 SESTERSKÉ ANAMNESTICKÉ ÚDAJE A FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

SESTROU

STAV PŘI PŘIJETÍ:

Pohlaví: muž

Věk: 58 let

Datum narození: 1949

Povolání: administrativní pracovník dříve tělocvikář

Hospitalizace: 23.10. – 1.11.2007

TK: 135/75 torrů

P: 80/min., pravidelný, dobře hmatný

D: 19/ min., eupnoe

TT: 36,6° C, afebrilní

Výška: 180 cm

Váha : 105 kg

BMI: 32 (obezita)

Celkový vzhled: přiměřený věku, čistý, upravený

Hlava – Pokleповě nebolestivá. Bulby oční se středním postavením, volně pohyblivé bez nystagmu (šilhání). Zornice izokorické, reagují. Spojivky růžové, skléry bílé. Jazyk vlhký, plazí ve střední čáře, bez povlaku.

Krk – Náplň žil nezvětšena, uzliny nejsou hmatné, karotidy tepou symetricky, bez šelestu. Štítná žláza není hmatná.

Hrudník - souměrný. Plíce: dýchání čisté, sklípkové. Srdce: akce pravidelná, klidná.

Břicho – měkké, palpačně nebolestivé, bez známek rezistence, ascitu, peristaltika slyšitelná. Játra a slezina nezvětšeny.

Končetiny – HK bez otoků, pulzace dobře hmatná. DK také bez otoků, oboustranně mírné varyxi. Pulzace hmatná až do periferie. Pravý kyčelní kloub výrazně bolestivý.

Celkový stav: Při vědomí, orientován. Kůže růžová bez ikteru, hydratovaná, teplá, dobře prokrvená. Chůze omezená, odpovídá zdravotnímu stavu kompenzační pomůcky nepoužívá, držení těla v normě, chybění část těla: O.

7.5 Vyšetření

Pacient přichází na oddělení s platným předoperačním vyšetřením. Z laboratorních vyšetření mu bylo uděláno hematologické vyšetření, které zahrnuje odebrání krve na krevní skupinu a křížovou zkoušku. Zjištěna krevní skupina A Rh -. Dále:

RTG S + P : plíce bez filtrace a známek městnání

RTG kyčelních kloubů - Coxarthrosis bilat., praecip l. dx.

7.6 Léčba v průběhu hospitalizace:

Glucophage 1000 mg 1-0-1, (antidiabetikum)

Amaryl 2 mg 1-0-1, (antidiabetikum)

Lusopress 20 mg 1/2-0-0, (antihypertenzivum)

Tanatril 100 mg 1-0-0, (antihypertenzivum)

Moduretic 0-0-1, (antihypertenzivum)

Quamatel 1 amp. 1-0-1 v den operace

Augmentin 3x 650mg v 5 – 14 – 21 hod. (ATB)

Paralen 1-1-1 (Antipyretikum)

Dipidolor 1 amp.(opiát) a 5 hod. od 2 dle dle potřeby, od 3. pooperačního dne místo

Dipidoloru nasazeny analgetika dle potřeby.

Tramal 1-1-1 (Analgetikum)

Clexane 0,4 ml s.c ve 21hod. (Antikoagulanc)

Ošetřovatelskou anamnézu jsem získala při příjmu formou rozhovoru dle fungujícího modelu zdraví M.Gordonové a v průběhu hospitalizace jsem tuto anamnézu doplňovala. Při použití tohoto modelu jsem získala komplexní informace o zdravotním stavu pacienta, které jsem použila při sestavení ošetřovatelských diagnóz a realizaci ošetřovatelského procesu.

7.7 ROZHOVOR S PACIENTEM PŘI PŘÍJMU

1 PODPORA ZDRAVÍ

Co Vás přivedlo do zdravotnického zařízení?

„Je to na dlouhé povídání na základě RTG nálezu.

Na RTG mě poslala pani primářka z rehabilitace a následně po zjištění výsledku odeslala k Vám na Vaší ortopedickou ambulanci.“

Jak Vaše onemocnění probíhalo?

„Už delší dobu mám potíže s křížovou páteří asi tak 10 let, která mě bolí čím dál tím častěji, tudíž jsem dnešní obtíže co se týká mého kyčle dával za vinu páteři. Tak 5 let chodím na rehabilitaci. Ze začátku páteř jen občas bolela například po sportu, bolesti se postupně zhoršovaly, poté začaly záda občas vypadávat. Bolest se postupem času začala šířit i do pravého kyčle a celé nohy. Takže kyčel mě bolela zhruba 3 roky než jsem přišel k Vám. Nijak jsem to neřešil, přičítal jsem to za vinu zádům. Bolesti jsem řešil prášky (Brufen 2x denně). A co mě vlastně přimělo k tomu, abych navštívil lékaře? Nesnesitelná bolest, která se objevovala čím dál častěji, poté i v noci a léky na bolest nezabíraly. Na vaší stupnici od 0 do 5 bych jí označil jako stupeň číslo 3. Nejvíce mi, ale vadilo, že jsem musel postupně omezit či už i zanechat sportů, které mám tak rád, jako např. tenis, fotbal. A také mi to stěžovalo i práci, kterou vykonávám bokem. Mám s manželkou soukromé Fit centrum, kde každý druhý víkend vyučuji hodiny spinningu. Též jsem začal postupně zatěžovat více zdravou nohu a tu bolestivou odlehčovat, tudíž jsem začal kulhat. Ze zády jsem chodil na rehabilitaci. Paní primářce z rehabilitace se to nelíbilo a tak mě asi zhruba po třech letech co jsem jí to řekl, (a léčil se doma sám) poslala na RTG celé páteře a kyčle. Výsledek RTG byl jasný a zněl? Artróza pravého kyčle druhého stupně. Tudíž mě pani primářka RHB poslala k Vám na ortopedickou ambulanci.“

Jak hodnotíte svůj zdravotní stav?

„Jako částečně dobrý, mohlo by být hůř.“

Co děláte pro udržení svého zdraví?

„I přes veškeré potíže se snažím sportovat a dodržovat zdravou výživu.“

Když onemocníte, snažíte se léčit nejdříve sám nebo se ihned obracíte na odborníky?

„Tak záleží o jaké onemocnění jde? Pakliže je to běžné virové onemocnění léčím se sám. Jeli to něco vážného nebo se můj stav do 3 dnů nelepší jdu k lékaři. Za celý svůj život jsem vážněji nestonal. V nemocnici jsem poprvé. Teda kromě porodnice. Proto se cítím trochu nesvůj, nevím tak úplně co mě čeká. Mám obavy, strach a cítím se nesvůj.“

Snažíte se dbát rad a nařízení Vašich lékařů a dodržujete je?

„Ano snažím se.“

Dodržujete lékařská doporučení ? „Ano, důsledně.“

Chodíte preventivně na prohlídky? „

Chodím pravidelně jednou ročně k zubaři. A pravidelně do diabetologické poradny. Diabetes mi zjistili je to tak 3 roky, po příjezdu ze zahraničí, kdy jsem měl takové ty příznaky znáte to, necítil jsem se dobře, cítil jsem že se mnou něco děje tak jsem navštívil obvodního lékaře a už to jelo. Teď se tomu směji, ale v tu dobu mi moc do smíchu nebylo.“

Užíváte nějaké léky, případně vitamíny či jiné potravinové doplňky?

„Ano. Beru léky na cukrovku Glucophage 1000mg ráno a večer a další léky, které jsem uvedl při příjmu. Mám raději ovoce, mám pocit, že je to zdravější.“

Pijete alkohol?

„Pouze příležitostně. A to je opravdu jednou za uherský rok.“

*Kouříte? „*Ne.“

2 VÝŽIVA

Držíte nějakou dietu? A jakou?

„Ano. Mám tu cukrovku, takže diabetickou dietu. Bohužel mi nic jiného nezbyvá, ale zvykl jsem si, není to tak hrozné.“

Jak často jíte a kolik jídla přibližně sníte?

„Jím 5x až 6x denně. Večer si dávám jen něco lehlého jako je např. jogurt a ovoce.“

Co rád jíte:

„Dříve, než mi zjistili cukrovku jsem jedl bílé pečivo, měl jsem rád houskové knedlíky. Od doby, co mám cukrovku, jsem změnil úplně skoro celý jídelníček. Jím tmavé pečivo, mléčné výrobky, těstoviny, výborné jsou rýžové nudle. Rád si dám také zeleninu, ale tak jednou za měsíc.“

Jaká je vaše chuť k jídlu?

„Dobrá.“

Kolik vážíte?

Změnila se vaše váha v poslední době? „ Na svojí výšku 180cm vážím 105kg, zhubl jsem 3kg za rok. Svojí hmotnost považuji za neúspěch. Jsem tlustý, ne tlustý, ale obézní. Snažím se jíst tak abych nepřibíral na váze a zároveň si nerozházel tu slavnou cukrovku.“

Nemáte při jídle nějaké problémy?

„Ne“

Máte zubní protézu?

„Ne“

Kolik toho za den vypijete?

„Asi 2litry k tomu 2 kávy, ale ta se nepočítá, že jo?“

Máte někde porušenou kůži?

„Ne nemám. I když, díky té cukrovce se mi všechno déle hojí.“

Ošetřovatelský problém: obezita, BMI 32

3 VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA

Jak často chodíte na toaletu? A v jakou denní dobu?

„Chodím pravidelně 1x denně, večer.“

Máte při vyprazdňování nějaké problémy?

„Ne“

Užíváte nějaké pomocné prostředky k vyprazdňování a jak často? „ Nikdy nic.“

Jak Vaše vyprazdňování ovlivňuje strava?

„Myslím, že nijak, nic jsem nepozoroval.“

Ještě se Vás zeptám, říkal jste, že pijete 2 litry tekutin za den, jak často chodíte močit? „

Asi 7x denně, někdy jdu i v noci.“

Máte při močení problémy?

„Ne.“

Berete nějaké léky, které ovlivňují Vaše močení?

„Ne.“

Jak Vám vyhovuje WC a sprcha na pokoji?

„Je to dobrý jsou tam madla, budu se cítit jistěji, ale myslím si že to jen tak hned po operaci nevyužiji, bude to tak 4 až 5 dní trvat, než budu schopen sám chodit.“

Má na Vaše vyprazdňování vliv stres, stresové situace?

„Ne.“

4 AKTIVITA - ODPOČINEK

Máte dostatek energie a síly k životu?

„Sestři mám a myslím si, že hodně.“

Co pro sebe děláte?

„Chodím ven, snažil jsem se i přes obtíže sportovat. Sport já prostě miluji.“

Cvičíte?

„Ano, ale musím se hlídat. Už to není ono, jako za mlada.“

Používáte zdravotnickou obuv, ortopedické vložky? „Ano“.

Máte potíže se spánkem?

„Dá se říci, že ano.“

S čím souvisejí? „Občas mám potíže se spánkem z důvodu bolesti, která se občas v noci objeví.“

Užíváte nějaké léky na spaní? „Ne.“

Jak dlouho musíte spát?

„Spím cca tak 5 hodin.“

Cítíte se vyspalý a odpočatý?

„Ano pakliže opravdu spím těch 5 hodin.“

Pakliže spíte méně jak 5 hodin jak se to na Vás projevuje?

„Jsem unavený, ospalý a nejméně na hodinu si musím jít lehnout, když přijdu z práce. To platí i pro to když mám v noci bolesti.“

Je Váš spánek plynulý po celou noc? Nebo máte během spánku nějaké potíže?

„Záleží na mnoha věcech, pakliže nejsou bolesti spím celou noc. Nemám potíže s usínáním ani se v noci neprobouzím. Pakliže se bolesti objeví v noci během spánku je to děsný, převaluji se, hledám vhodnou polohu pro zmírnění bolesti a hrozně těžko se mi usíná.“

Ošetřovatelský problém: porucha spánku související s bolestí.

5 VNÍMÁNÍ - POZNÁVÁNÍ

Jak slyšíte?

„Dobře nemám problémy.“

Co Vás čich a chuť? Nezměnilo se něco v poslední době? „Ne.“

Jak vidíte? Nosíte brýle? „Mám brýle na čtení.“

Chodíte k očnímu lékaři a kdy jste tam byl naposled?

„Před rokem. Snažím se chodit pravidelně jednou do roka.“

Vzděláváte se nějak? „Ano ve sportu.“

Jak se rozhodujete, snadno nebo obtížně?

„Snažím se rozhodovat rychle. Někdy váhám.“

Jste nejistý? „Někdy ano.“

Potřeboval by jste více informací o své nemoci?

„Spíše tak ne o nemoci, jako o tom co se bude dít a jak to vše bude probíhat, jako např. předoperační příprava atd.“

Máte bolesti? „Ano.“

Kde Vás to bolí?

„Mám bolesti v pravé kyčli, při chůzi je to horší v klidu je to lepší, ale nic moc.“

Jaké je Vaše bolest (pálivá, bodavá), snažte se jí popsat? „Taková nevím jak to popsat spíše bodavá tupá bolest, jako kdyby vám tam někdy píchal špendlík.“

Na čem je bolest závislá?

„Na pohybu, též se také objevuje i v klidu, jak kdy.“

Kdy a čím se bolest zhoršuje?

„Při delší chůzi a když nesu třeba těžkou tašku s nákupem.“

Co Vám pomáhá Vaši bolest zmírnit?

„Pomáhá mi když si sednu a dám si bolestivou končetinu do mírně zvednuté polohy, podložím jí třeba polštářkem. Hlavně klid, ale dojde jen k úlevě. Léky na bolest zabírají jen na chvíli. Proto jsem tady, aby mi dali nový kloub a byl klid.“

Jaké pocity ve Vás vyvolává bolest (strach, úzkost, deprese)?

„Měl jsem takové zvláštní myšlenky, ale k tomu co mi dáváte na výběr bych ne zvolil ani jednu.“

Ošetřovatelský problém: deficit informací

6 VNÍMÁNÍ SEBE SAMA

Jak zvládáte běžné denní situace? Spoléháte na sebe? „Ano.“

Jak jste se sebou spokojený? Víte, že ano, jsem ze sebou spokojený.“

Změnilo se nějak vnímání sám sebe? „To ne.“

Jste optimista , pesimista? „Spíše optimista.“

Důvěřujete si? „ Ano, plně si důvěřuji, jinak to ani nejde v dnešní době.“

Jste spokojený se svým vzhledem?

„Celkem ano až na tu obezitu. Ale na druhou stranu jsem spokojený, že jsem zhubnul a držím si svojí váhu.“

7 VZTAHY

Bydlíte sám nebo s rodinou? „S manželkou.“

Máte děti? Jak velká je Vaše rodina?

„Mám jednoho syna. Bohužel vnouče zatím žádné nemám.“

Jak se Vaše rodina staví k Vaší nemoci a pobytem zde?

„Byli rádi, že jsem se rozhodl a šel jsem na operaci“

Cítíte se někdy osamělý? „Ne mám mnoho přátel, a jsem zaneprázdňený svojí prací.“

8 SEXUALITA

Pacienta jsem se zeptala při rozhovoru, který probíhal na pokoji v soukromí.

Žijete sexuálním životem? Jestli nechcete samozřejmě na tuto otázku nemusíte odpovídat.

„Nevím proč bych Vám neodpověděl. Je to přeci úplně normální věc. Ano, žiji pohlavním životem. I když už to není tak často, asi 5x do měsíce. Žádné preparáty, jako je viagra nepoužívám.“

9 ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE – ODOLNOST VŮČI STRESU

Změnilo se něco ve Vašem životě v posledních dvou letech?

„Nic zásadního se v poslední době v mém životě nezměnilo. Až na stupňující se bolesti, které mě začaly omezovat ve všedních věcech.“

Zažil jste nějakou krizovou situaci?

„Nevím jestli se tomu dá říkat krizová situace, ale asi před rokem mi umřel pes, bylo to něco hrozného, to víte mazlíček celé rodiny a najednou tady není.“

Je Vám na blízku někdo na koho se můžete spolehnout?

„Ano, moje rodina.“

Je něco, co Vás zneklidňuje, máte z toho strach, úzkost, špatnou náladu?

„Bojím se operace, a mám strach nejen z té operace. Nevím, co se bude dít po operaci, jsem takový nejistý.“

Jaké jsou Vaše pocity? „Mám takové divné pocity, je to nejspíš strach.“

Co je pomáchá odstranit? „Rodina.“

Ošetrovatelský problém: strach, úzkost

10 ŽIVOTNÍ PRINCIP

Co plánujete do budoucna?

„Chtěl bych se zase vrátit do našeho fit klubu a zase začít jezdit hodiny spinningu, kterých jsem musel zanechat kvůli bolestem. Moc se na to těším. Také se těším na to, až pojedeme celá parta s aerobikem moje žena totiž (předcvičuje) v létě k moři.“

Je něco, co by jste chtěl z Vašeho života odstranit? „Ne nic mi nevádí.“

Jste věřící? „Ne ani jsem to tom nikdy nepřemýšlel.“

Je pro Vás náboženství důležité?

„Ne, nepřemýšlel jsem o tom.“

11 BEZPEČNOST – OCHRANA

Cítíte se ve vaší práci bezpečně? „Ano. akorát tam máme schody a, jak mě teď bolí ta kyčel, chodí se mi hůře a mohl bych i upadnout.“

Nemůže dojít k fyzickému poškození zdraví?

„Ne, vše je v nejlepším pořádku. Nechci se o tomto tématu dále bavit.“

Ošetrovatelský problém: riziko pádu, riziko infekce

12 KOMFORT

Jaká je ta vaše bolest? Trvá už dlouhou je to bolest chronická, intenzity č.3.

V průběhu hospitalizace jsem zjistila vše potřebné, proto nebyl důvod pokládat další otázky k tomuto bodu.

Ošetrovatelský problém: chronická bolest.

13 RŮST /VÝVOJ

Bez zjevných poruch a vad.

Z ošetrovatelských diagnóz jsem usoudila, že dobrá celková kondice, stáří i přiměřená tělesná hmotnost tvoří dobré podmínky pro operaci.

Realizace v den příjmu:

1. DEN

- ❖ příjem pacienta na oddělení, seznámení s pokojem a řádem na oddělení
- ❖ sběr ošetrovatelské anamnézy
- ❖ stanovení základných ošetrovatelských diagnóz
- ❖ zaznamenání údajů do dokumentace
- ❖ rozhovor s pacientem, vysvětlení a poučení pacienta o úkolech nutných před operací
- ❖ přesvědčení zpětnou vazbou o získaných informacích
- ❖ doporučení vhodné literatury
- ❖ konzultace s lékařem, anesteziologem, fyzioterapeutem, nácvik správné chůze o FH
- ❖ pozorování nemocného a kontrola fyziologických funkcí
- ❖ příprava na operační výkon – oholení operačního pole, vyprázdnění tlustého střeva, hygiena, označení operované končetiny
- ❖ zajištění periferní kanyly
- ❖ podání antikoagulancií a premedikace dle ordinace lékaře

Hodnocení:

- ❖ Pacient je seznámen s prostředím.
- ❖ Pacient po rozhovoru s lékařem, anesteziologem a fyzioterapeutem se cítí lépe, udává snížení strachu.
- ❖ Pacient je dostatečně informován o perioperačním období a své nemoci.

7.8 PRŮBĚH HOSPITALIZACE

REALIZACE V DEN OPERACE, 2. OŠETŘUJÍCÍ DEN

OPERAČNÍ DEN

- ❖ změření fyziologických funkcí
- ❖ podání premedikace + užívané léky
- ❖ zavedena periferní kanyla do levé horní končetiny dále jen LHK
- ❖ pacient se zvýšeně potí, ze strachu
- ❖ podání 5% G 500ml i.v. + Quamatel 1 amp. i.v.
- ❖ bandáž zdravé končetiny pod koleno
- ❖ zkontrolování operačního pole
- ❖ před odvezením pacienta na sál jsem zajistila že:
- ❖ byl pacient vymočený
- ❖ neměl na sobě žádné šperky
- ❖ pacienta jsem si v doprovodu sanitáře odvezla na sál
- ❖ pacient měl sebou na sál dokumentaci, RTG snímky, ATB (Cefazolin)
- ❖ bylo mi umožněno na sále s pacientem zůstat po celou dobu operace a sledovat výkon i s výkladem
- ❖ po dokončení operace, probuzení pacienta, stabilizaci stavu, kdy sám spontánně dýchá a má stabilizovaný krevní oběh jsem ho převezla na ortopedickou JIP, kde jsem s ním setrvala a starala se o něj.

REALIZACE PO PŘEVEZENÍ NA JIP

- ❖ pacienta jsem napojila na monitor, který mu po půl hodině měřil fyziologické funkce: TK P,D, saturace
- ❖ změřená tělesná teplota (dále TT), která je 38° C, podán Paralen
- ❖ dále jsem podala léky a infuze dle ordinace lékaře
- ❖ a 5 hodin byly podávány opiáty (Dipidolor 1 ampule.i.m.) na bolesti
- ❖ kontrolovala jsem operační ránu, funkčnost dvou RD, i.v. kanylu
- ❖ hodnocení stavu a barvy pokožky
- ❖ kontrola operované rány
- ❖ podání kryosáčku s ledem na ránu proti bolesti a otoku
- ❖ dopomoc při zaujmutí správné polohy, elevace DK

po celý zbytek dne byl pacient ospalý a unavený, takže většinu času spal, byl vzhůru na delší dobu jen během večere

REALIZACE 1. POOPERAČNÍ DEN, 3. OŠEŘUJÍCÍ DEN

- ❖ pacienta jsem si za doprovodu sanitáře dovezla na standardní oddělení
- ❖ kontrolovala jsem fyziologické funkce, dle ordinace lékaře: TK,P 3XD
- ❖ TT, která se snížila 37,7 ° C nadále podáván Paralen
- ❖ kontrola odvádění RD
- ❖ podávány léky, které pacient užívá + naordinované léky v nemocnici
- ❖ vpolohování operované končetiny
- ❖ ledování operační rány
- ❖ rozsah imobilizace dle Barthelova testu základních všedních činností je 60, což je závislost středního stupně na druhé osobě
- ❖ a 2-3 hod zpočátku na hodinu a postupně na delší dobu polohování pacienta
- ❖ zaznamenání údajů do dokumentace
- ❖ posouzení stupně bolesti, podání opiátů a kontrola jejich účinku
- ❖ zajištění přiměřené hydratace
- ❖ rozhovor s pacientem
- ❖ dle instrukcí fyzioterapeuta jsem s pacientem rehabilitovala v rámci a pověření fyzioterapeuta
- ❖ pomoc s hygienou

REALIZACE 2 POOPERAČNÍ DEN, 4. OŠETŘUJÍCÍ DEN

- ❖ úprava lůžka
- ❖ bandáže obou DK
- ❖ kontrola fyziologických funkcí a zaznamenání do dokumentace
- ❖ TT 36,6 °C
- ❖ pomoc s hygienou
- ❖ podání léků
- ❖ převaz operační rány- desinfekce, RD ex. sterilní krytí
- ❖ sledování stupně bolesti na stupnici 0-5 označil jako č. 3
- ❖ rozsah imobilizace dle Batrhelova testu základních všedních činností je 60, závislost středního stupně na druhé osobě
- ❖ elevace DK
- ❖ kontrola otoků
- ❖ kontrola tělesné teploty (dále jen TT), která je 37,3° C, lehce afebrilní, podán Paralen
- ❖ kontrola známek únavy
- ❖ zaznamenání všech údajů do dokumentace
- ❖ nadále přetrvává zácpa, podána 1 lžice Lactulosity, s efektem

REALIZACE 3. POPERAČNÍ DEN, 5. OŠETŘUJÍCÍ DEN

- ❖ úprava lůžka
- ❖ měření FF
- ❖ kontrola TT, je fyziologická
- ❖ bandáže DK
- ❖ elevace DK
- ❖ převaz – desinfekce, sterilní krytí, periferní kanyla ex.
- ❖ sledována bolest, označena mezi stupněm 1-2 naordinovány analgetika
- ❖ přetrvává zácpa
- ❖ zaznamenání údajů do dokumentace
- ❖ rehabilituje s fyzioterapeutem, RHB zaměřena na vertikalizaci, nácvik chůze a zvýšená sebeobsluha, po RHB je unavený

REALIZACE 4-5 POOPERAČNÍ DEN, 6 -7 OŠETŘUJÍCÍ DEN

- ❖ úprava lůžka
- ❖ měření TT
- ❖ bandáž DK
- ❖ elevece DK
- ❖ sledována bolest, která se nadále nevyskytuje nebo jen na stupni č.1 ojediněle 2x za den
- ❖ rehabilitaci zvládá kolem lůžka sám, nadále rehabilituje s fyzioterapeutem
- ❖ po RHB je nadále unavený, spí cca 2 hodiny
- ❖ postupně byla zvyšována obtížnost cviků, prodlužovala se délka chůze a samostatnost, pacient zvládá chůzi do i ze schodů samostatně
- ❖ před propuštěním byl pacient informován o režimu v domácím prostředí, způsobu užívání léků a rehabilitaci naučených cviků

8 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Důležitým úkolem bylo plnění lékařských ordinací, pomáhat nemocnému zvládat postupy, které uvádí jeho hybnost a sebeobslužnost do normálního života. Nepostradatelnou součástí ošetrovatelské péče byla také psychická podpora a edukace.

Seznam ošetrovatelských diagnóz před operací

Výčet, seřazeno dle priorit pacienta

I.00133 Chronická bolest

II. 00126 Deficitní znalost

III. 00001 Nadměrná výživa

8.1 PLÁN OŠEŘOVATELSKÉ PÉČE

Ošetrovatelské diagnózy před operací

23.10.2007, 1. den hospitalizace

příjem

I. 00133 Chronická bolest pravého kyčelního kloubu, intenzity č.3 v souvislosti se základním onemocněním projevující se slovními popisy bolesti, bolestivým výrazem v obličejí, poruchou chůze, častým probouzením v noci

Cíl: CD: Pacient nepocítuje bolest do operačního zákroku.

CK: Pacient pocítuje zmírnění bolesti ze stupně 3 na stupeň 2 do 2 hodin.

VK: Pacient zná příčiny bolesti do 1 hodin.

Pacient zaujímá úlevovou polohu do 12 hodin.

Pacient umí hodnotit bolest do 24 hodin.

Intervence:

- ❖ sledujte bolest z hlediska charakteru, lokalizace, druhu trvání a stupně nebo časové závislosti, každý den (primární sestra)
- ❖ seznamte pacienta s možností určení bolesti dle stupně, který si sám individuálně určí (stupnice 0-5), ihned (primární sestra)
- ❖ využijte všech léčebných úkonů, které napomáhají od bolesti (chlad, analgetika, úlevová poloha), vždy když je to třeba (primární sestra)
- ❖ podávej léky dle ordinace lékaře, dle potřeby pacienta (primární sestra)
- ❖ sledujte účinek analgetik po podání, do 30 minut (primární sestra)
- ❖ vše zaznamenávejte do dokumentace, vždy při hodnocení (primární sestra)

Realizace:

- ❖ sledován charakter, lokalizace, časová závislost bolesti
- ❖ zhodnocen stupeň bolesti na vizuální analogové škále
- ❖ dopomoc při zaujímání úlevové polohy
- ❖ podávány léky dle ordinace lékaře
- ❖ bolest zaznamenávána do dokumentace

- ❖ **Hodnocení:**
- ❖ efekt částečný, došlo ke zmírnění bolesti
- ❖ subjektivní hodnocení pacientem: „bolesti jsou tupého, řezavého charakteru vystřelující do pravého kyčelního kloubu
- ❖ objektivní hodnocení sestrou: bolest přetrvávala do doby operačního zákroku po podání analgetik došlo ke zmírnění bolest ze stupně č.3 na stupeň č.2

II. 00126 Deficitní znalost v předoperační přípravě, pooperačním průběhu, a v režimu po operaci v souvislosti s nedostatkem zkušenosti s danou problematikou, pooperačním stavem projevující se pacientovými otázkami a žádostí o získání informací

CÍL: CD: Pacient nejeví známky deficitu informací do 24 hodin.

CK: Pacient zná základní informace do 2 hodin od přijetí.

VK: Pacient zná příčiny svých obav do 2 hodin.

Pacient je seznámen s operačním zákrokem a pooperačním obdobím do 12 hodin.

Pacient ví co ho čeká před operací do 12 hodin.

Pacient zná rehabilitační opatřením po operaci do 24 hodin.

Pacient verbalizuje spokojenost s podanými informacemi do 24 hodin.

Pacient ví, že se může kdykoliv a při jakýchkoli nejasnostech informovat ihned.

Pacient je v duševní pohodě do 24 hodin.

Intervence:

- ❖ zjistěte úroveň znalostí pacienta ohledně onemocnění do 2 hodin (primární sestra)
- ❖ informujte pacienta o dané problematice v rámci své kompetence, co nejdříve (primární sestra)
- ❖ upřesněte pacientovi, co si má hlavně zapamatovat po sdělení informací, ihned (primární sestra)

- ❖ ověřte si zpětnou vazbou získané informace, průběžně (primární sestra)
- ❖ dejte pacientovi k dispozici příslušnou literaturu ohledně onemocnění a její léčby, v průběhu dne (primární sestra)
- ❖ věnujte pozornost subjektivním sdělením pacienta, průběžně (primární sestra)
- ❖ trpělivě pacienta vyslechněte, průběžně (primární sestra)
- ❖ věnujte pozornost subjektivním sdělením pacienta, průběžně (primární sestra)
- ❖ zhodnoťte pocity pacienta a do jaké míry ho strach ovládá, ihned (primární sestra)
- ❖ kontroluj fyziologické funkce, vždy když je to potřeba (primární sestra)
- ❖ zajistěte konzultaci s lékařem a fyzioterapeutem do 24 hodin (primární sestra)

Realizace:

- ❖ zhodnocena úroveň znalostí, pomocí komunikace a zpětných otázek
- ❖ bylo poskytnuto dostatek informací ústní formou, pomocí letáků a ukázek
- ❖ průběžně sledovány subjektivní pocity pacienta
- ❖ vždy když měl pacient nějaký problém našla jsem si čas a prodiskutovala jsem ho s ním, nebo jsem danou věc které nerozuměl upřesnila
- ❖ zajistila jsem konzultaci s lékařem a fyzioterapeutem
- ❖ naslouchala jsem pacientovi, byla jsem mu na blízku v těžkých situacích
- ❖ měřeny fyziologické funkce

Hodnocení:

- ❖ efekt úplný, problém se vyřešil nadále nepřetrvává
- ❖ subjektivní hodnocení pacientem: „kladeny kontrolní otázky, abych se ujistil zda jsem všemu rozuměl, jsem spokojený“
- ❖ objektivní hodnocení sestrou: pacient je klidný, fyziologické funkce nezměněny

III 00001 Nadměrná výživa z důvodu nadměrného příjmu potravin ve vztahu k metabolickým požadavkům jedince a nedostatku aktivity projevující se BMI 32

Cíl: CD:Pacient má ideální hmotnost vzhledem ke své konstituci a zdravotnímu stavu do 1 měsíce.

CK:Pacient má sníženou hmotnost o 1kg za týden.

VK:Pacient zná nutnost snížení hmotnosti do 2hodin.

Pacient je ztotožněn s dietním opatřením do 24 hodin.

Pacient má dostatek vhodných tekutin ihned.

Pacient zná vhodné aktivity pro snížení hmotnosti do 12hodin

Pacient zná dietní opatření do 12 hodin.

Pacient vyjmenuje komplikace nadměrný výživy do 12 hodin.

Intervence:

- ❖ zajistěte konzultaci s dietní sestrou do 2hodin (primární sestra)
- ❖ doporučte aby pacient jedl 6x denně po malých dávkách do 2 dnů (primární sestra)
- ❖ doporučte pravidelné vážení do 24hodin (primární sestra)
- ❖ povzbuzujte pacient k aktivitě, ke cvičení každý den (primární sestra)
- ❖ pravidelně sledujte hmotnost v reálných intervalech (primární sestra)
- ❖ zapojte rodinu do edukace, edukujte jí o zdravé stravě, když je to možné (primární sestra)
- ❖ pomozte pacientovi po konzultaci s dietní sestrou upravit jídelníček, do 2 dnů (primární sestra)
- ❖ zajistěte RHB pracovníka do 3 hodin (primární sestra)

Realizace:

- ❖ konzultace s dietní sestrou zajištěna
- ❖ edukována rodina
- ❖ tělesná hmotnost pravidelně sledována 1krát za týden

Hodnocení:

- ❖ efekt částečný během pobytu došlo ke snížení hmotnosti o 1kg
- ❖ subjektivní pocit pacienta: „mám velice dobrý pocit, změnil jsem trochu i jídelníček, a jsem spokojený že jsem zhubnul o 1kg za týden, změna stravy mu vyhovuje
- ❖ objektivní hodnocení sestrou: je vidět spokojenost pacienta, během pobytu došlo ke snížení hmotnosti o 1kg

8.2 Seznam ošetrovatelských diagnóz po operaci

Řazeno dle priorit pacienta

IV. 00132 Akutní bolest

V. 00007 Hypertermie

VI. 00085 Zhoršená pohyblivost

VII. 00011 Zácpa

VIII.00046 Porušená kožní integrita

IX. 00004 Riziko infekce

X. 00155 Riziko pádu

8.2 Plán ošetrovatelské péče, po operaci

24.10.2007, 1.den po operaci

IV. 00132 Akutní bolest v místě operační rány (pravé kyčle), intenzity č.4 z důvodu operačního výkonu, projevující se verbalizací a bolestivým výrazem v obličeji

Cíl: CD: Pacient nepocítuje bolest do 10 dnů.

CK: Pacient má zmírněnou bolest ze stupně 4 na stupeň 2 do 2 hodin.

VK :Pacient zná příčiny bolesti do 30 minut.

. Pacient zná možnost využití analgetik do 1 hodiny.

Pacient zná měřicí techniku do 1 hodiny.

Pacient umí zhodnotit bolest do 2 hodin.

Pacient si sleduje bolest pravidelně do 24 hodin.

Pacient zná a umí zaujmout úlevovou polohu do 2 hodin.

Intervence:

- ❖ vysvětlíte příčiny bolesti do 12 hodin (primární sestra)
- ❖ sledujte lokalizaci, charakter, nástupu trvání, intenzitu bolesti, závažnosti stupnice 0- 5, každý den po 3 hodinách (primární sestra)
- ❖ pomozte zaujmout úlevovou polohu, do půl hodiny (primární sestra)
- ❖ pomáhejte pacient najít způsob jak zmírnit bolest do 3hodin (primární sestra)
- ❖ kontrolujte bolest dle škály intenzity bolesti 1x denně (primární sestra)
- ❖ pozorujte neverbální projevy 24 hodin denně (primární sestra)
- ❖ kontroluj fyziologické funkce, 2x denně (primární sestra)
- ❖ podávejte léky dle ordinace lékaře, při bolesti a na vyžádání pacienta (primární sestra)

Realizace:

- ❖ hodnocení charakteru bolesti na analogové škále
- ❖ sledován nástup bolestí a charakter
- ❖ pomoc při zaujímání úlevové polohy
- ❖ podávány léky dle ordinace lékaře
- ❖ měřeny FF 2x denně

Hodnocení:

- ❖ efekt úplný
- ❖ subjektivní pocit pacienta: verbalizuje po aplikaci analgetik bolest ustupuje
- ❖ objektivní hodnocení sestrou: bolest dále nepřetrvává, ustoupila, byla odstraněna

V. 00007 *Hypertermie v souvislosti s operačním výkonem projevující se zvýšenou tělesnou teplotou 38 °C, nad horní hranici normy, teplotou a opocenou kůží*

Cíl: CD: Pacient má fyziologickou tělesnou teplotu do 3 dnů.

CK: Pacient má sníženou tělesnou teplotu o 3- 4 °C za den.

VK: Pacient zná příčiny tělesné teploty do 30 minut.

Pacient umí teplotu sledovat do 2 hodin.

Pacient si říká o antipyretika při podezření na zvýšenou tělesnou teplotu do půl hodiny.

Pacient zná důležitost zvýšené hygienické péče do 2 hodin.

Pacient verbalizuje spokojenost v oblasti hygienické péče do 12 hodin.

Intervence:

- ❖ posuďte vyvolávající příčiny, ihned po projevení příznaků (primární sestra)
- ❖ monitorujte tělesnou teplotu 2x denně (primární sestra)
- ❖ sledujte fyziologické funkce alespoň 1x denně (primární sestra)
- ❖ podávejte antipyretika dle ordinace lékaře při potřebě (primární sestra)
- ❖ sledujte zda je pacient dostatečně hydratován, v průběhu dne (primární sestra)
- ❖ dbejte na zachování klidu na lůžku, v průběhu hypertermie (primární sestra)
- ❖ upozorněte na vyvolávající příčiny, ihned při objevení příznaků (primární sestra)
- ❖ dbejte zvýšeného dohledu na hygienickou péči (primární sestra)
- ❖ zapoj rodinu do hygienické péče (primární sestra)

Realizace:

- ❖ zjištěny vyvolávající příčiny
- ❖ sledování tělesné teploty 2x denně
- ❖ sledovány fyziologické funkce
- ❖ podávány antipyretika dle ordinace lékaře
- ❖ kontrolována hygienická péče
- ❖ sledována hydratace
- ❖ zapojena rodina do hygienické péče

Hodnocení:

- ❖ efekt úplný
- ❖ subjektivní hodnocení pacientem: verbalizuje, že se cítí lépe po podání antipyretik teplota ustoupila, „ častější hygienická péče mě osvěžila a zchladila.“
- ❖ objektivní hodnocení sestrou: hypertermie ustoupila, dále se neprojevuje
- ❖ zachována fyziologická tělesná teplota 36,3 °C

VI. 00085 Zhoršená pohyblivost v důsledku operačního zákroku projevující se neschopností pochybovat se v prostředí bez pomoci

Cíl: CD: Pacient je schopen samostatně vykonávat pohyb do 1 týden.

CK: Pacient zvládá chůzi kolem lůžka s pomocí do 5 dnů.

VK: Pacient zná příčiny porušené chůze do 2 hodin.

Pacient zná nutnost a význam RHB do 6 hodin.

Pacient zná možnosti používání kompenzačních pomůcek do 12 hodiny.

Pacient zná relaxační techniky do 6 hodin.

Pacient zná důležitost odpočinku během RHB do 6hod.

Intervence:

- ❖ posuďte stupeň postižení na funkční stupnici (0 – 4) a povšimněte si zda jde o poruchu dočasnou nebo trvalou do 24 hodin (primární sestra)
- ❖ pomozte pacientovi k bezpečné chůzi vždy, když je to potřeba (primární sestra)
- ❖ dbejte na bezpečnost, věnujte pozornost prostředí prevenci pádů 24 hodin (primární sestra)
- ❖ poučte pacienta o nutnosti rehabilitace nejpozději do 3 hodin od příjmu (primární sestra)
- ❖ konzultujte pacientův stav s RHB pracovníkem do 24hodin (primární sestra)

Realizace:

- ❖ zajištěna péče rehabilitační sestry
- ❖ nácvik chůze pomocí FH za asistence fyzioterapeuta v prvních dnech později i v doprovodu sestry

Hodnocení:

- ❖ efekt částečný
- ❖ subjektivní hodnocení pacientem: „, naučil jsem se správně používat FH, a správnému stylu chůze, jsem spokojený, za pár dní to, ale budu umět ještě lépe“
- ❖ objektivní hodnocení sestrou: došlo ke zlepšení pohyblivosti z důvodu limitovaného pohybu a využívání kompenzačních pomůcek, došlo ke zlepšení ze stupně č.4 na stupeň č. 1.

VII. 00011 Zácpa z důvodu pooperačního období, sníženého pohybu, nepřírozenou polohou při defekaci projevující se neschopností se vyprázdnit v přirozených intervalech pacienta

Cíl: CD:Pacient se vyprazdňuje v obvyklých časových intervalech do 6 dnů.

CK:Pacient se vyprázdní do 48 hodin.

VK:Pacient zná příčiny zácpy do 2 hodin.

Pacient dodržuje předepsaný dietní režim v příjmu potravy do 24 hodin.

P. přijímá pravidelně vhodné tekutiny

Pacient je dostatečně hydratován do 24 hodiny.

Pacient vyjmenuje faktory ovlivňující defekaci do 2 dnů.

Pacient nepocítuje bolest s nepotlačuje defekační reflex do 3 dnů.

Intervence:

- ❖ zjistěte příčiny vyvolávajících faktorů, do 3 dnů (primární sestra)
- ❖ posuďte míru pohybu, každý den (primární sestra)
- ❖ určete trvání současného problému, ihned po zjištění obtíží (primární sestra)
- ❖ zhodnoťte užívané léky a jejich vliv na zácpu (primární sestra)
- ❖ zhodnoťte přijímanou potravu, při potížích (primární sestra)
- ❖ zkontrolujte zda má pacient dostatek tekutin, ihned (primární sestra)
- ❖ podávej projímadla dle potřeby pacienta, do 4 dnů (primární sestra)

Realizace:

- ❖ zjištěny příčiny vyvolávajících faktorů
- ❖ posouzena míra a rozsah pohybu
- ❖ podány projímadla

Hodnocení:

- ❖ efekt úplný
- ❖ subjektivní hodnocení pacientem: „Necítil jsem se moc dobře, měl jsem tvrdé břicho, po podání projímadla došlo k obnovení stolice, velice si mi ulevilo.“
- ❖ objektivní hodnocení sestrou: došlo k obnovení pravidelné defekace

VIII. 00046 Porušená kožní integrita v důsledku operačního zákroku, projevující se operační ránou

Cíl: CD: Pacient má zhojenou operační ránu per primam do 14 dnů.

CK: Pacient zná důvod porušené kožní integrity 2 hodin.

VK: Pacient zná důvody správné péče o ránu do 3 hodin.

Pacient zná aseptický způsob péče o ránu do 12 hodin.

Pacient zná a dokáže vyjmenovat možné komplikace do 12 hodin.

Intervence:

- ❖ povšimněte si barvy a textury kůže a kožního turgoru, každý den (primární sestra)
- ❖ denně kontrolujte ránu (primární sestra)
- ❖ věnujte zvýšenou péči o ránu, vždy (primární sestra)
- ❖ sledujte funkčnost drénů a jejich okolí, 1x denně (primární sestra)
- ❖ postupujte asepticky při převazech (primární sestra)
- ❖ naučte pacienta jak má správně pečovat o okolí rány a ránu samou, v průběhu hospitalizace (primární sestra)
- ❖ sledujte známky infekce, každý den (primární sestra)

Realizace:

- ❖ okolí v místě operační rány sledováno
- ❖ rána převázána dle ordinace lékaře
- ❖ pacient byl edukován, naučil se správné péči o ránu
- ❖ pacient si pravidelně ránu sprchoval

Hodnocení:

- ❖ efekt úplný
- ❖ subjektivní hodnocení pacientem: „Naučil jsem se pečovat o ránu, také znám správné techniky ošetřování rány.“
- ❖ objektivní hodnocení sestrou: kůže v okolí rány klidná, bez zápachu a známek infekce

IX.00004 Riziko infekce souvislosti se zavedením periferního žilního katétru dále jen (PŽK), drénů, operační ránou

Cíl: CD: Pacient nejeví známky infekce do konce hospitalizace.

CK: Pacient zná důvod, příčiny zavedených drénů do 24 hodin.

Pacient zná rizika infekce do 48 hodin.

Pacient zná možné komplikace zavedených drénů do 24 hodin.

Intervence:

- ❖ denně kontrolujte místa invazivních vstupů a operační ránu (primární sestra)
- ❖ při převazech postupujte asepticky dle ordinace lékaře (primární sestra)
- ❖ pravidelně pečujte o PŽK, drény 1x denně (primární sestra)
- ❖ edukujte pacienta jak má sledovat okolí rány, místa vpichu a co má hodnotit do 2 dnů (primární sestra)

Realizace:

- ❖ okolí místa invazivních vstupů kontrolováno a převazováno 1x denně
- ❖ kontrolována rána a drény
- ❖ pacient byl edukován o možných komplikacích

Hodnocení:

- ❖ efekt úplný
- ❖ infekce nevznikla

X. 00155 – Riziko pádu v souvislosti s pooperačním stavem

(užívání analgetik, omezenou pohyblivostí a nekoordinovaností pohybů)

Cíl: CD: Pacient se nezraní během hospitalizace.

CK: Pacient zná důvody rizika do 2 hodin.

Pacient má dostatek informací o bezpečnosti do 12 hodin.

Pacient má dostatečně upravené prostředí, aby nedošlo k pádu do 12 hodiny.

Intervence:

- ❖ informuj pacienta o bezpečnosti do 24 hodin (primární sestra)
- ❖ posuďte rizikové faktory do 3 hodin (primární sestra)
- ❖ zabezpečte prostředí, světlo, signalizaci, zajisti na dosah potřebné věci, zajisti zabrždění koleček u lůžka do půl hodiny (primární sestra)
- ❖ zabezpeč lůžko postranicemi proti pádu pacienta, ihned (primární sestra)

Realizace:

- ❖ nemocného jsem informovala o riziku pádu, jaké má mít opatření, aby nedošlo k pádu
- ❖ zajištěny postranice na lůžko a připevněny
- ❖ upraveno okolí proti zranění

Hodnocení:

- ❖ efekt úplný
- ❖ objektivní hodnocení sestrou: byl spokojen, těšil se domů

9 EDUKACE PACIENTA

9.1 Edukační list

Edukaci pacienta po operaci jsem se zaměřila na vysvětlení pojmů v oblasti rehabilitace v pooperačním období a po propuštění do domácí péče. Při rehabilitaci po operaci je důležité pacienta při cvičení naučit používat správné svaly a svalové skupiny. Správné nacvičení pohybu záleží na snaze a pílí pacienta. U pacienta nejsou přítomny žádné komunikační bariéry.

9.2 Edukační záznam - realizace

Edukační potřeba v oblasti 4 aktivita – odpočinek

Téma edukace – správné cvičení po ReCup endoprotéze

Forma edukace – verbálně, instrukce

Reakce na edukaci – dotazy, verbální pochopení

Doporučení, řešení – sledování efektu edukace, před propuštěním kontrola, zda pacient zná veškeré cvičení

Edukant – pacient

Edukátor – sestra Málková

9.3 Edukační diagnóza

00082 Efektivní léčebný režim z důvodu změny zdravotního stavu v důsledku operace projevující se zájmem pacienta zvládnout léčbu onemocnění a prevenci jeho komplikací

Cíl: CD: Pacient efektivně dodržuje léčebný režim a předchází komplikacím do propuštění.

CK Pacient zná a vyjmenuje příčiny změny svého zdravotního stavu do 12 hodin.

VK: Pacient vyjmenuje možné komplikace, které mohou nastat při nedodržení vhodného pohybu a léčby 12 hodin.

Pacient zná a vyjmenuje vhodná rehabilitační opatření do 12 hodin.

Pacient akceptuje potřebnou změnu svého jednání do 24 hodin.

Intervence:

- ❖ edukujte pacienta o správných způsobech při chůzi, pochybu a zátěži operované končetiny a zvláštěnostech při propouštění do domácího ošetření a správných zásadách TEP do 48 hodin (primární sestra)
- ❖ vysvětlete nutnost rehabilitace do 24 hodin (primární sestra)
- ❖ zajisti RHB sestru do 2 dnů (primární sestra)
- ❖ vysvětlete a nacvičte s pacientem správný pohyb (primární sestra)
- ❖ dejte pacientovi dostatek letáků s možností koupě kompenzačních pomůcek do 1 dne (primární sestra)

Realizace:

- ❖ pacient edukován
- ❖ vysvětlena nutnost rehabilitace
- ❖ RHB sestra zajištěna
- ❖ doručen dostatek letáků

Hodnocení:

- ❖ efekt úplný
- ❖ subjektivní hodnocení pacientem „ jsem velice rád, že mě sestra informovala co mám dělat při propuštění domů a jaké zásady mám dodržovat a jak se mám chovat k operované končetině. Mám dostatek informací“.
- ❖ objektivní hodnocení sestrou: pacient je dostatečně informován.

9.4 Edukační plán zaměřený na správné zásady po TEP

9.4.1 Cíl edukačního plánu

Cílem edukace pacienta jsou zásady správného cvičení po operaci kyčelního kloubu.

9.4.2 Význam

Správná rehabilitace je důležitá nejen před hospitalizací, během hospitalizace, ale i po operaci.

Rehabilitací si pacient udržuje celkovou kondici.

9.4.3 Technika (Metodika)

Po domluvě s pacientem, kdy jej mohu přijít edukovat jsem použila metodu slovní s instruktážní.

Vysvětlila jsem mu proč je nutné pravidelné cvičit. Použila jsem formu individuální. Pacient měl motivaci, neboť se chce co nejdříve zapojit do běžného života. Informace podané pacientovi jsem v průběhu ověřovala otázkami. Následující den jsem opět pacientovi položila několik otázek, na které správně reagoval. Pacient mě také požádal, abych edukovala jeho manželku.

9.4.4 Kontrolní otázky pro sestru

Kontrolní otázky	Správné odpovědi
Je důležitá spolupráce s pacientem?	Ano
Proč je důležitá rehabilitace po TEP	Pro prevenci tromboembolické nemoci, dekubitům, atrofii svalstva, udržování správné hybnosti kloubů.
Co může způsobit nesprávná RHB?	např.luxaci kloubu
Proč je důležité provádět BODK?	jako prevence TEN

9.4.5 Postup při zaškolování pacienta

Motivovat pacienta a získat ho pro spolupráci.

Vysvětlit jak je důležitá rehabilitace.

Ukázání materiálů (obrázků) pro pochopení některých cviků.

Zajistit správné kompenzační pomůcky.

Naplánovat a správně časově rozvrhnout edukaci.

Opakované dotazování pacienta, zda vše chápe.

9.4.6 Kontrolní otázky pro pacienta

Kontrolní otázky	Správné odpovědi
Proč je důležité cvičit?	Aby nedošlo k pooperačním komplikacím (zánět žil, ochabnutí svalstva)
Jak často mám cvičit?	10 až 20 min. denně
Jak si mám udržovat váhu?	Správnou životosprávou (pestrá strava, pitný režim, pravidelné cvičení, dodržování diabetické diety)

10 EDUKACE PACIENTA PŘI PROPOŠTĚNÍ

Za spolupráce RHB sestry jsme pacienta edukovali o zásadách správného cvičení.

Zásady správného cvičení:

- ❖ cvičte v pohodlném oblečení
- ❖ nejdříve provádějte protahovací cviky a teprve potom posilovací
- ❖ cviky provádějte pomalu a plynule, oběma směry, nikdy ne švihem
- ❖ každý cvik proveďte nejméně 3krát
- ❖ po každém cviku následuje krátké uvolnění svalstva (relaxace), vhodný je dechový cvik- výdech podporuje relaxaci
- ❖ při cvičení nezadržujte dech, snažte se o pravidelné dýchání
- ❖ cvičte denně, pravidelnost zaručuje žádoucí výsledek cvičení
- ❖ pokud se při provádění cviku objeví bolest, nepokračujte: buď cvik provádíte nesprávně, nebo pro vás není vhodný.
- ❖ Cvičení by mělo trvat 10 až 20 min. Je nevhodné snažit se o enormní počet opakovaných cviků, nebo o další prodlužování cvičební doby – mohlo by dojít k přetěžování zesláblých svalů, a tím k poklesu výkonnosti.

Při příchodu z nemocnice je velmi důležité dodržovat tyto pokyny:

- ❖ při sedu nekřížit nohy přes sebe
- ❖ při sezení chodidla mírně od sebe (15 - 20 cm), koleno nesmí být více než kyčel zachovávat odlehčení končetiny
- ❖ omezit stání a práci ve stoje
- ❖ bránit se extrémním pohybům – ohybům nad 90 stupňů a krajním rotacím
- ❖ kontrolovat svoji hmotnost

Jak má vypadat správný sed

Vhodná je židle s rovným, slabě polštářkovým sedákem. Výška sedadla od země má umožnit sedícímu pohodlné opření chodidel o zem, koleno nemá být výše než kyčelní kloub. Vhodné jsou pevné područky umožňující snadné postavení ze sedu. Opěradlo je jen mírně skloněno vzad, rovné nebo tvarované pro operu trupu ve výši beder. Hmotnost trupu je rovnoměrně rozložená na obou sedacích plochách. DK jsou lehce od sebe, špičky nohou směřují přímo dopředu.

Správná délka francouzských holí

Měření se provádí v používané obuvi. Zjistí se ve vzpřímeném stoji s volně nataženými končetinami sevřením rukou v pěst změříme vzdálenost horního okraje od země a k naměřené hodnotě připočteme 3cm. Tato míra představuje výšku horního okraje opěrky holí od země.

Úpravy domácnosti před odchodem do nemocnice

K předoperační přípravě patří také vhodná úprava domácího prostředí. Po propuštění z nemocnice domů by se mohlo stát, že domácí prostředí je naprosto nepřipravené pro omezenou pohyblivost. Zpravidla narůstající zdravotní obtíže jsou důvodem pro určité úpravy v bytě. Nejčastěji je to koupelna, WC, ložnice. Jsou to místa, kde je menší prostor a často se tam musí vstávat. Na důležitost úprav by měl upozornit lékař, který indikuje operaci.

Většina pomůcek – madla, nástavec na WC, sedátka do sprchy jsou hrazena pojišťovny. Mohou se také půjčit na rehabilitaci. Pro některé pacienty je pro toto období výhodnější umístění v některém lůžkovém rehabilitačním zařízení.

Následně uvádím některé úpravy v bytě, které mohou zlepšit sebeobsluhu a soběstačnost:

Ložnice:

Volný přístup k lůžku z boku, pokud je přístup k lůžku přístupný uličkou, měla by být dostatečně široká (100cm). Úprava výšky postele k pohodlnému vstávání, často jsou lůžka velmi nízká, lehací plocha lůžka by měla být rovná, s pevným podkladem, měkkou a pružnou matrací.

Koupelna a WC:

Do sprchy nebo do vany umístit sedátko nebo pevnou omyvatelnou židli a područkami, na zem protiskluzovou podložku. K výstupu ze sprchy, nebo vany umístit na zeď madla pro jištění opory. Zajistit vhodnou výšku WC – pomocí nástavce, na zeď umístit madla pro bezpečnou oporu při vstávání.

Kuchyň:

Pro práci v kuchyni je vhodná barová židlička: omezí se tak namáhavé stání. Pomůcky které mohou zlepšit soběstačnost: dlouhá obouvací lžice na obuv, pomůcka k navlékání ponožek.

Doporučení při propuštění obsahovala tyto informace:

- ❖ spěte na rovném pevném lůžku s jedním polštářem pod hlavou
- ❖ dvakrát denně ležte v poloze na zádech a na břicho s DK od sebe, špičky ve vnitřní rotaci, mezi kolena vložený klín
- ❖ při poloze na boku si vkládejte mezi kolena klín nebo pevný polštářek
- ❖ snažte se denně věnovat cvičení 30 min.
- ❖ při chůzi používejte pevnou a pohodlnou obuv s maximální výškou podpatku 3cm, nepřetěžujte DK dlouhou chůzí
- ❖ dodržujte životosprávu a nezvyšujte hmotnost
- ❖ užívejte předepsané léky
- ❖ 2-3 měsíce nesedejte za volant automobilu
- ❖ dodržujte zásady – nekřížit dolní končetiny, nesadat na nízké židle, křesla, neprovádět hluboké předklony

Doporučení pro první 3 měsíce po operaci

- ❖ pravidelně pečujte o jizvu
- ❖ spěte na pevném a rovném lůžku
- ❖ střídejte chůzi, sed a leh, omezte dlouhodobé stání
- ❖ při posazování (i na WC) nesmíte mít ohnutý kyčelní kloub více než do pravého úhlu
- ❖ pro práci v domácnosti používejte vyšší židli (nejlépe s nastavitelnou výškou a opěrkami pro ruce)
- ❖ několikrát denně cvičte
- ❖ dvakrát denně ležte cca 30 min. na břicho (pokud dovolí zdravotní stav)
- ❖ používejte i doma pevnou obuv s pevnou patou
- ❖ při obouvání používejte dlouhou lžici, nezavazujte si sami tkaničky
- ❖ pravidelně kontrolujte technický stav vašich holí

Trvale platná doporučení

- ❖ nenoste těžká břemena (cca do 2kg)
- ❖ vyvarujte se prudšího běhu a skoků, kontaktních sportů, jízdy na koni, lyžování v náročném terénu
- ❖ netrénujte nadměrně vytrvalostní chůzi ani jízdu na rotopedu (dochází ke zvýšenému opotřebením endoprotézy)
- ❖ doporučit lze plavání, chůzi, kolo
- ❖ při potížích vyhledejte lékaře
- ❖ dodržovat určitý režim je nutné až do konce života

11 Zhodnocení ošetrovatelské péče

Během ošetřování pacienta jsme spolu navázaly úzký kontakt a podařilo se mi získat jeho důvěru. Snažila jsem se motivovat pacienta a získávat ho ke spolupráci, což se celkem dařilo.

Pacient po dobu hospitalizace neměl žádné komplikace. Bolest ustoupila. Pohyb v operovaném kloubu se zlepšil po edukaci.

Pacient dbal během pobytu v nemocnici pokynů lékařů a sester.

12 Následná péče

Během hospitalizace pana J.B. nenastaly vážnější komplikace. Propuštěn byl po 7denní hospitalizaci na rehabilitační oddělení. Pacienta jsem den předem informovala o způsobu rehabilitace. V nejbližším období po propuštění pacienta s rehabilitačního oddělení pacient doma prováděl naučené cviky z nemocnice zaměřené na posílení oslabených bedrokyčelních svalů a svalů horních končetin. Pacient dostal informační leták, kde jsou základní doporučení pro pacienty po operaci povrchové TEP. Čtrnáctý den po operaci jsou pacientovi vyndány stehy. Na kontrolu do ortopedické ambulance byl pacient objednáán za 3 týdny po propuštění z nemocnice.

Pacient nadále užívá svoje léky plus

Godasal 1-0-1 (Antikoagulancium)

Ataralgin při bolesti

13 Prognóza

Prognóza pana J.B. je více jak dobrá. Pacient je rozený optimista a má silnou vůli k uzdravení. Operace byla naplánována na vhodnou dobu, pacient nečekal dlouho na termín operace. Operační výkon a pooperační období bylo bez výraznějších komplikací. Operační rána se zhojila primárně. Pacient v průběhu hospitalizace spolupracoval dobře, těší se na pokračování rehabilitace.

V současné době bude důležité správné cvičení po návratu z rehabilitačního oddělení a v závěru lázeňský pobyt, od kterého očekává odložení berlí a návrat do plnohodnotného života.

14 ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo zpracování ošetrovatelského procesu podle modelu Majory Gordonové. Sbírala jsem údaje podle jednotlivých oblastí, vyhledávala, kde má pacient těžkosti a potíže následně jsem sestavila plán ošetrovatelské péče. Pacienta jsem hodnotila 7 dní po operaci, kdy byla provedena povrchová náhrada kyčelního kloubu. Závěrem bych chtěla zhodnotit celkový stav pacienta a změnu, ke které došlo po implantaci kyčelního kloubu. Obvykle tato operace vede k jednoznačnému zlepšení kvality života pacienta, který ji podstoupí, i když přináší trvalá omezení, ve formě trvalého nepřetěžování kloubu. Pacient je ovšem s tímto faktem předem seznámen a počítá s ním.

V našem případě nedošlo ke komplikacím během hospitalizace.

Dále jsem pozorovala významnost předoperačního stavu pacienta. Usoudila jsem, že optimální tělesná hmotnost, dobrá celková kondice a zdravotní stav pacienta, jsou důležitým faktorem pro žádoucí bezproblémový pooperační průběh a časně zotavení.

V průběhu hospitalizace byla uskutečněna edukace o správné rehabilitaci, před propuštěním byl pacient ještě edukován jak pečovat o pooperační ránu a kdy se má dostavit na kontrolu a kam. Vzhledem k umožnění každodenních návštěv jeho manželky a syna, byl pacient plný optimismu a to přispívalo k jeho rekonvalescenci a brzkému propuštění. Za měsíc po propuštění z nemocnice pacient odjel do lázní.

Díky této práci jsem se blíže seznámila s problematikou týkající se povrchové totální endoprotézy kyčelního kloubu. Lépe jsem poznala druhy endoprotéz a typy operací, při kterých je TEP implantována. Hlavním přínosem je pro mě obeznámení s komplexní léčebnou rehabilitací povrchové totální endoprotézy kyčelního kloubu ReCup.

15 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Beran, J.: Endoprotéza kyčelního kloubu. OZV KÚNZ, 1989, str.14
2. Beznoska, S., Čech, O., Löbl, K.: Umělé náhrady lidských kloubů. Praha: SNTL, 1987
3. Doenges, M. E., Moorhouse, M. F.: Kapesní průvodce zdravotní sestry, druhé přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 1996, ISBN 80-247-0242-8
4. Dungl, P. a kolektiv: Ortopedie. Praha: Grada Publishing a.s., 2005, str.177- 180, ISBN 80-247-0550-8
5. Dylevský, I.: Anatomie a fyziologie člověka. Ostrava: 1998, str. 55- 80
6. Fiala, P., Valenta, J., Berlová, L.: Anatomie pro bakalářské studium ošetrovatelství. Praha: Karolínium 2004
7. Čech, O., Pavlanský, R.: Alopastika kyčelního kloubu. Avidenum, zdravotnické nakladatelství, n.p., 1983, str. 8 - 20
8. Červinková, E. a kol.: Ošetrovatelské diagnózy. Brno: IDVPZ, 2001, ISBN 80- 7013-332-5
9. Čihák, R: Anatomie 1. Praha: Avicenum, 2002, ISBN 80-247-0143-X
10. Hromádková, J. a kolektiv: Fyzioterapie, H&H Vyšehradská, s.r.o., 1999, str. 110 – 111, ISBN 80- 86022-45-5
11. Kozierová, B., Erbová, G., Olivierová.: Ošetrovatelstvo I, II. Osveta: Martin 1995, str.163 – 230, ISBN 80-217-0528-0
12. Marečková, J.: Ošetrovatelské diagnózy v NANDA Doménách. Praha: Grada Publishing a.s., 2006, ISBN 80-247-1399-3
13. Marieb, E. N., Mallat, J.: Anatomie lidského těla. Copyright © CP Books, a.s.,Brno, 2005, ISBN 80-251-0066-9
14. MediMedia Information, spol. s.r.o, Pharmindex Brevíř, Praha, 2003, ISBN 80-86336-05-0
15. Mikšová, Z. a kol.: Kapitoly z ošetrovatelské péče. Praha: Grada Publishing a.s., 2006, ISBN 80-247-1443-4
16. Miller, I.: Ortopedie pro zdravotní sestry. Brno: IDVPZ, 1993
17. Nejedlá, M.: Fyzikální vyšetření pro sestry. Praha: Grada Pulishing a.s., 2006, ISBN 80-247-1150-8

18. Paneš, V.: Vybrané kapitoly z chirurgie, traumatologie, ortopedie a protetiky. Olomouc: Epava 1993
19. Pavelka, K., Rovenský, J. a kol. Klinická revmatologie. Praha: Galén, 2003
20. Pavlíková, S.: Modely ošetrovatelství v kostce. Praha: Grada Publishing a.s., 2006
21. Rozsypalová, M., Staňková, M., a kol.: Ošetrovatelství: pro zdravotnické školy II., Informatorium, Praha, 1999, ISBN 80- 85427-94- X
22. Schäffer, A., 110 fólií k výuce biologie a somatologie. Scientia medica, Praha, 1996
23. Sosna, A., Vavřík, P., Krbec, M., Pokorný, D. a kol.: Základy ortopedie. Praha: Triton, 2001
24. Sosna, A. a kol.: Endoprotéza kyčelního kloubu. Praha: Triton, Praha, 1999, ISBN 80-7254-4
25. Staňková, M.: České ošetrovatelství 6, Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelství. Brno: 2006, ISBN 80-7013-323-6
26. Staňková, M.: Základy ošetrovatelství. Praha: Karolínium, Univerzita Karlova, 1996, ISBN 80- 7178- 243- 5
27. Beznoska, J.: Co nového v operační léčbě kyčlí. Diagnóza v ošetrovatelství roč.3, č. 3, 2007
28. Libová, L., Balková, I., Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s onemocněním kyčelního kloubu. Tematický sešit 139, 9/2004
29. Pavelka, K., Trč, T., Krpaš, K., K., Moster, R., Audy, P., Hrazdíra, L., Mačák, M., Šustek, P.: Intraartikulární léčba osteoartrózy: zkušenosti z klinické praxe v České republice. Acta Chir. ortop. Traum. Čech., 2002, roč. 69, č. 5, s. 302-307
30. Štědrý, a kol.: Revizní operace TEP kyčelního kloubu na Ortopedické klinice IPVZ v Praze v roce 1999. Acta Chir. orthop. Traum. čech., 2001, roč.68, č.1, s. 18 – 23.
31. Vokurka, M., Hogo, J., a kolektiv: Velký lékařský slovník, 5. vydání. © MAXDORF, Praha, 2005, ISBN 80-7345-058-5
32. Vyhnalová, E., Ošetrovatelská péče na ortopedii. Tematický sešit 168, 12/2005
33. Bazarová, V.: Péče o pacienty po implantaci knoflíkové endoprotézy. Praha, Vyšší zdravotnická škola, 2005
24. Sochorová, J.: Totální endoprotéza kyčelního kloubu, Absolvenská práce, SZŠ a VZŠ Kladno, 1999, str. 5 - 23

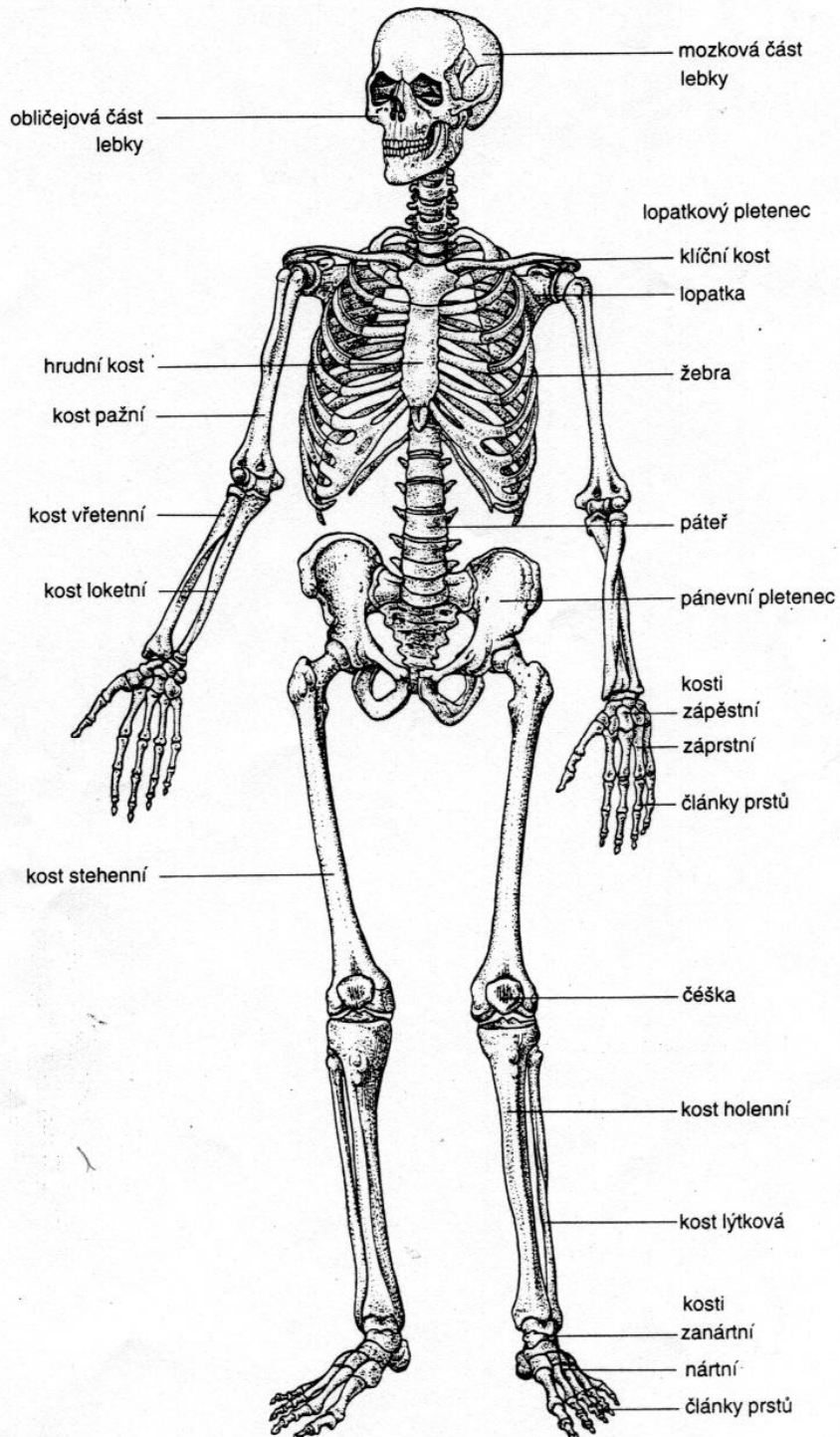
35. <http://www.orthes.cz/orthes.htm> [citované 15. listopadu 2007, 17.45 hod.]
36. <http://www.zelenahvezda.cz/mame-reseni-pro/ortopedie/artroza-osteoartroza>
[citované 2.ledna 2008, 20.30 hod.]

16 SEZNAM ZKRATEK

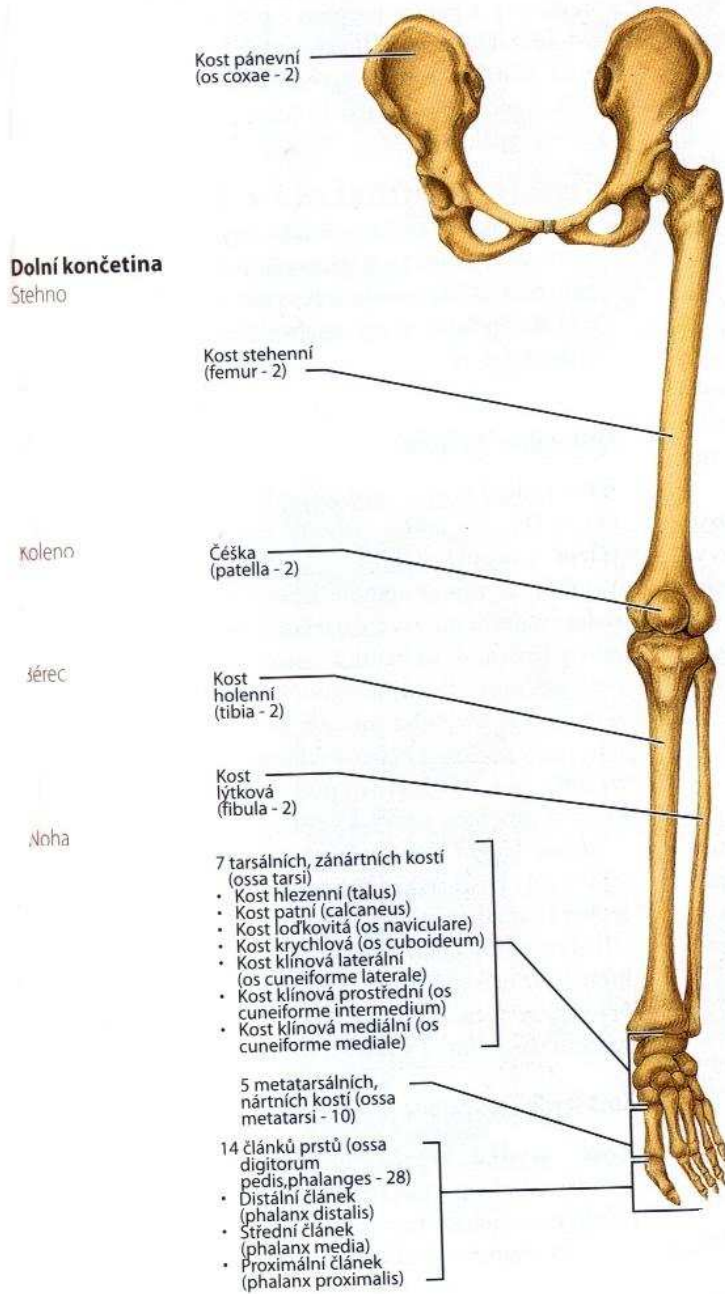
amp.	ampule
ATB	antibiotika
ARO	anesteziologicko resuscitační oddělení
BMI	index tělesné hmotnosti
BOKD	bandáž obou dolních končetin
CT	počítačová tomografie
D	dech
DM	diabetes mellitus
DK	dolní končetina
EKG	elektrokardiograf
FH	francouzské hole
HK	horní končetina
I.V	intra venózně
JIP	jednotka intenzivní péče
LHK	levá horní končetina
MR	magnetická rezonance
OA	osteoartróza
P	puls
PAD	perorální antidiabetika
RD	redonův drén
RHB	rehabilitace
RTG	rentgen
s.c.	pod kůži
S+P	srdce + plíce
TEP	totální endoprotéza
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota

17 PŘÍLOHY

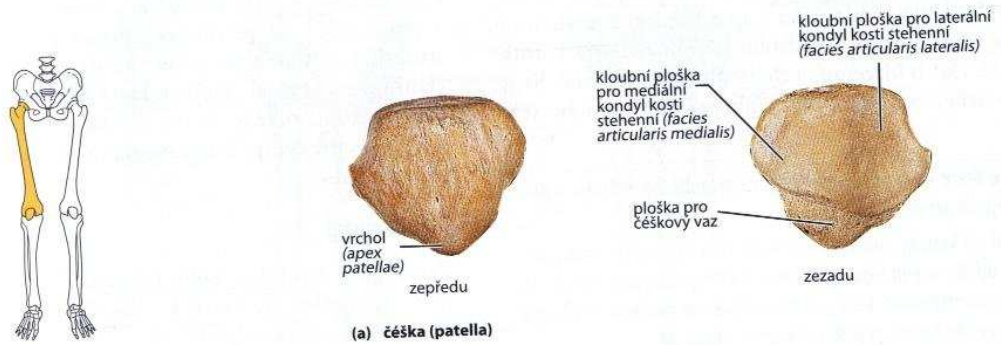
Obr. č. 1 Kostra



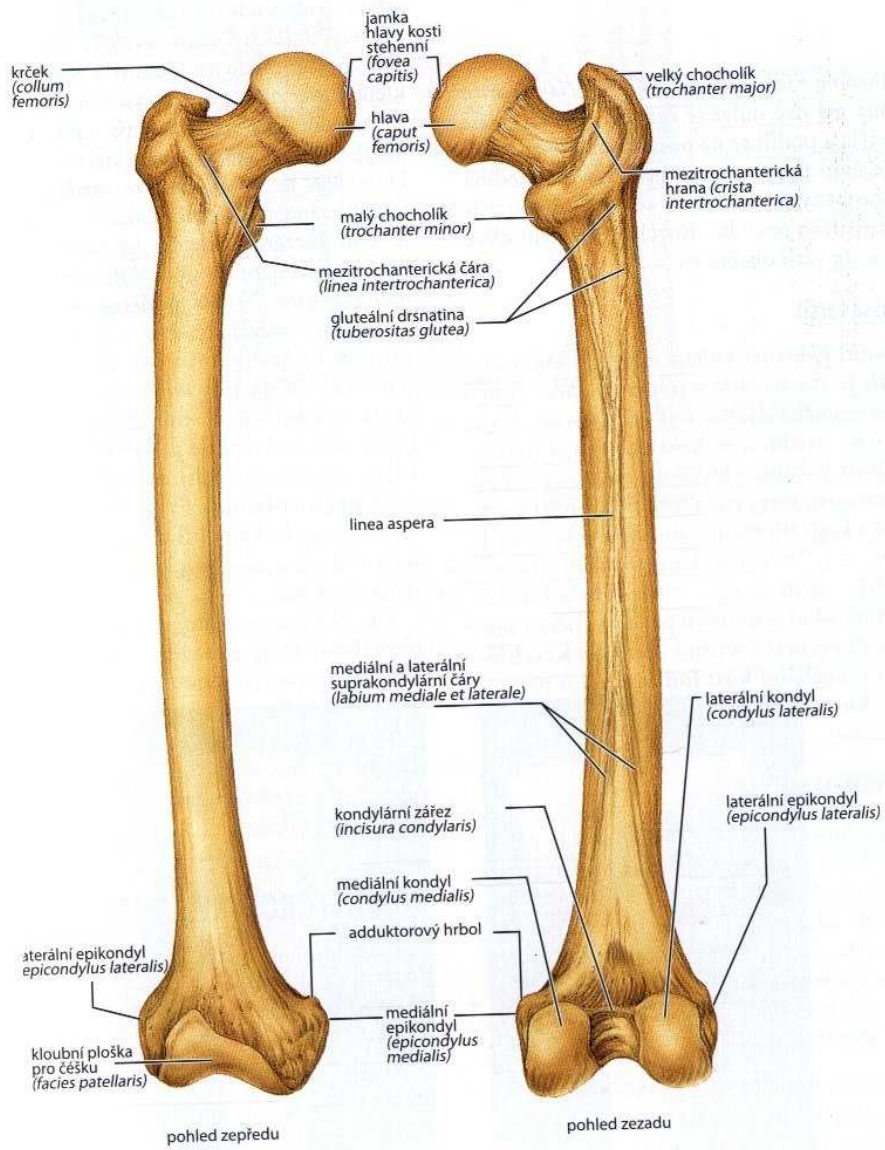
Obr. č. 2 Pánevní pletenec s levou dolní končetinou

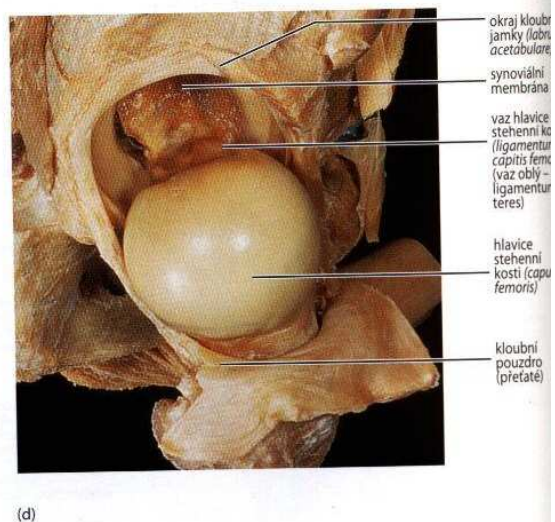
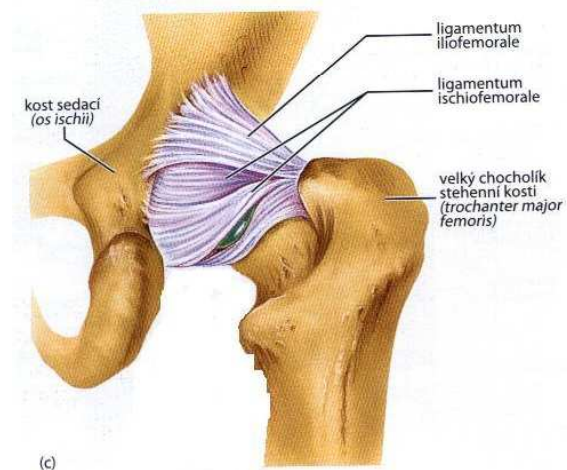
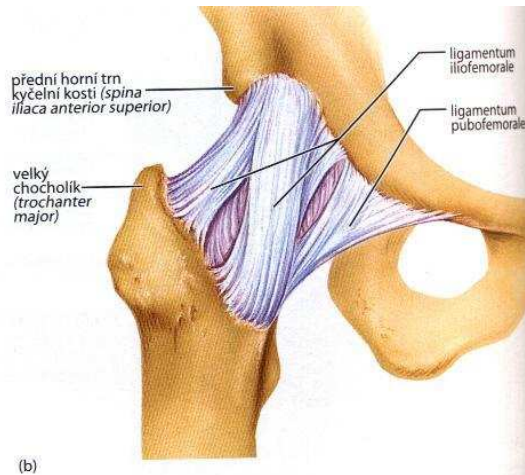
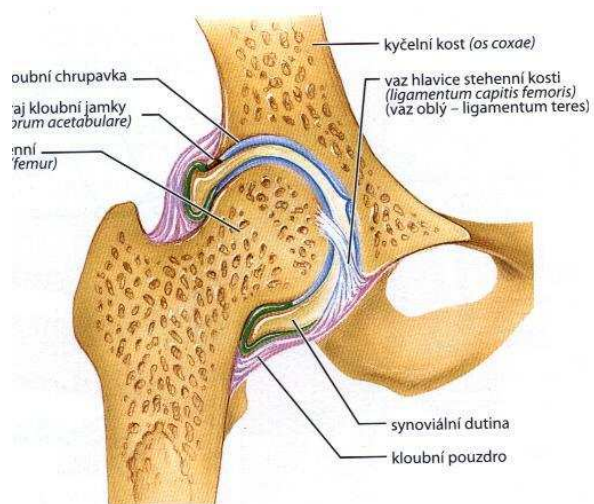


Obr. č. 3 Kost stehenní



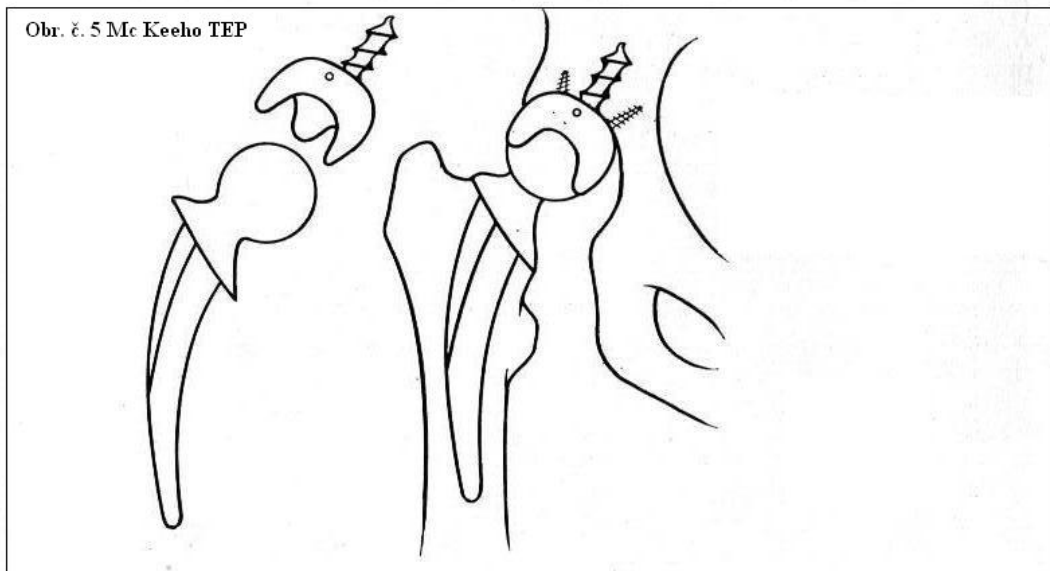
(a) česka (patella)



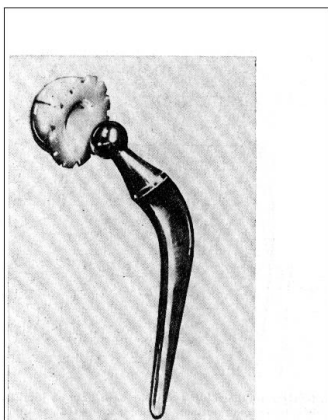


Obr. č. 4 a) frontální řez pravým kyčelním kloubem b) pohled zepředu na pravé kloubní pouzdro c) pohled zezadu na pravý kyčelní kloub d) pohledu na vnitřní část kyčelního kloubu z laterální strany

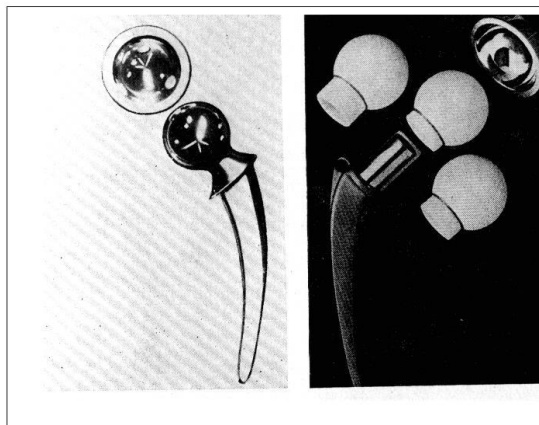
Obr. č. 5 Mc Keeho TEP



Obr. č. 6 Charleyova TEP



Obr. č. 7 Müllerova TEP



Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další nemoci	Tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita
úplná	4 do 10	4 normální	4 žádné	4 dobrý	4 dobrý	4 úplná	4 není	4 chodí
malá	3 do 30	3 alergie	3 *	3 zhoršený	3 apatický	3 částečně omezená	3 občas	3 doprovod
částečná	2 do 60	2 vlhká	2	2 špatný	2 zmatený	2 velmi omezená	2 převážně močová	2 sedačka
žádná	1 60+	1 suchá	1	1 velmi špatný	1 bezvědomí	1 žádná	1 stolice i moč	1 upoután na lůžko

* diabetes, horečka, anémie, kachexie, onemocnění cév, obezita, karcinom atd. podle stupně závažnosti 3 – 1 bod. Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitů je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko!).

Jméno: Celkové bodové hodnocení: Datum:

Obr. č. 9

Test ošetřovatelské zátěže
(podle Svanborga, modifikovaný Staňkovou)

1. Pohybová schopnost	
s částečnou pomocí	1
s podstatnou pomocí	3
omezený na lůžko, zcela závislý	5
2. Osobní hygiena	
s částečnou pomocí	1
s podstatnou pomocí	3
úplně závislý	5
3. Jídlo	
s částečnou pomocí	1
s podstatnou pomocí	3
úplně závislý (krmení, sonda)	4
4. Inkontinence moče	
občas	3
stále	5
permanentní katétr	2
5. Inkontinence stolice	
občas	3
stále	5
6. Návštěva toalety	
s částečnou pomocí	1
s podstatnou pomocí	5
pokojevý klozet, podložní mísa	4
7. Dekubity	
malé	1
velké	4
8. Spolupráce s nemocným	
občas obtížná	2
bezvědomí	3
velmi obtížná	5
Celkem
Hodnocení: 0 bodů zcela soběstačný, 38 zcela závislý	

Obr. č. 10

Bartelův test základních všedních činností
(ADL-activities daily living)

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

Obr. č. 11

Hodnocení stupně závislosti:

0 – 40 bodů
45 – 60 bodů
65 – 95 bodů
96 – 100 bodů

vysoce závislý
závislost středního stupně
lehká závislost
nezávislý

Endoprotézy kyčle

Obr. č. 17

Cervikokapitální TEP



Obr. č. 18
Bipolární

Obr. č. 19

Totální endoprotézy: Cementované, Necementované a Hybridní



Obr. č.20
Cementovaná TEP



Obr. č. 21
Necementovaná TEP



RTG SNÍMKY

Obr. č. 22
Bipolární TEP



Obr. č. 23
Cementovaná TEP

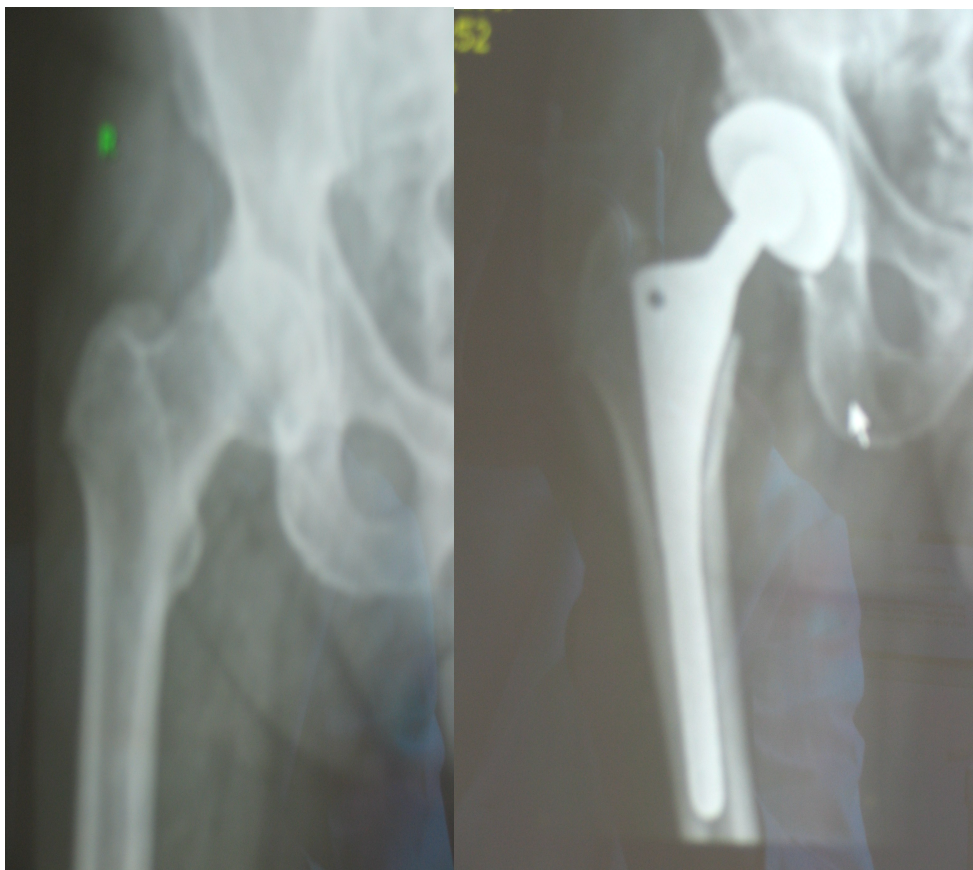


Obr. č. 24
Necementovaná TEP



Obr. č. 25

Primární koxartróza



Obr. č. 26

Klasická x povrchová TEP



Obr.č. 27

Hlavice povrchové TEP



OPERAČNÍ PŘÍSTUP

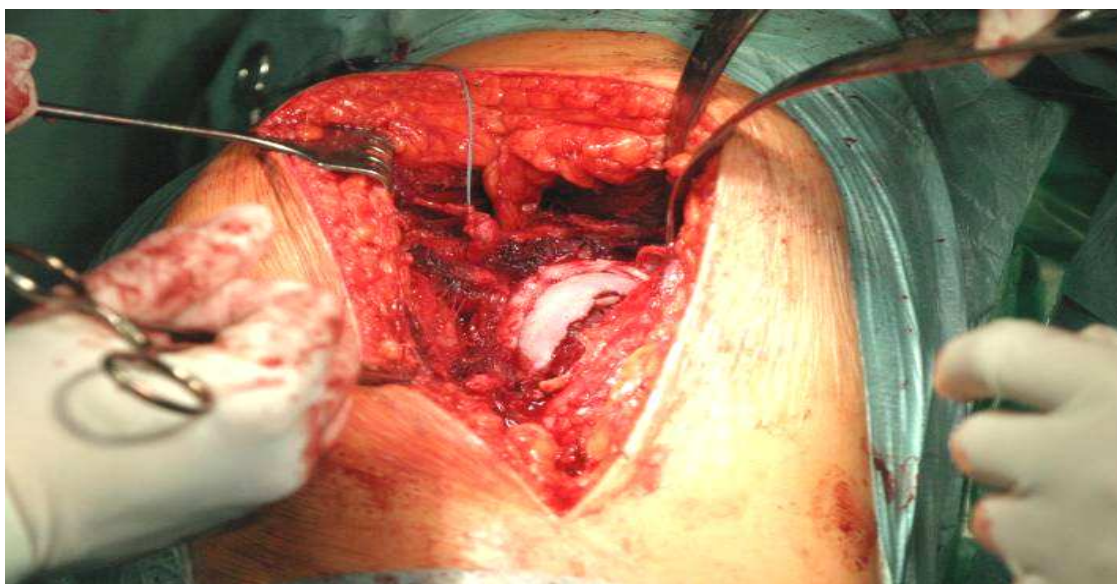
Obr. č. 28

Dorsální přístup



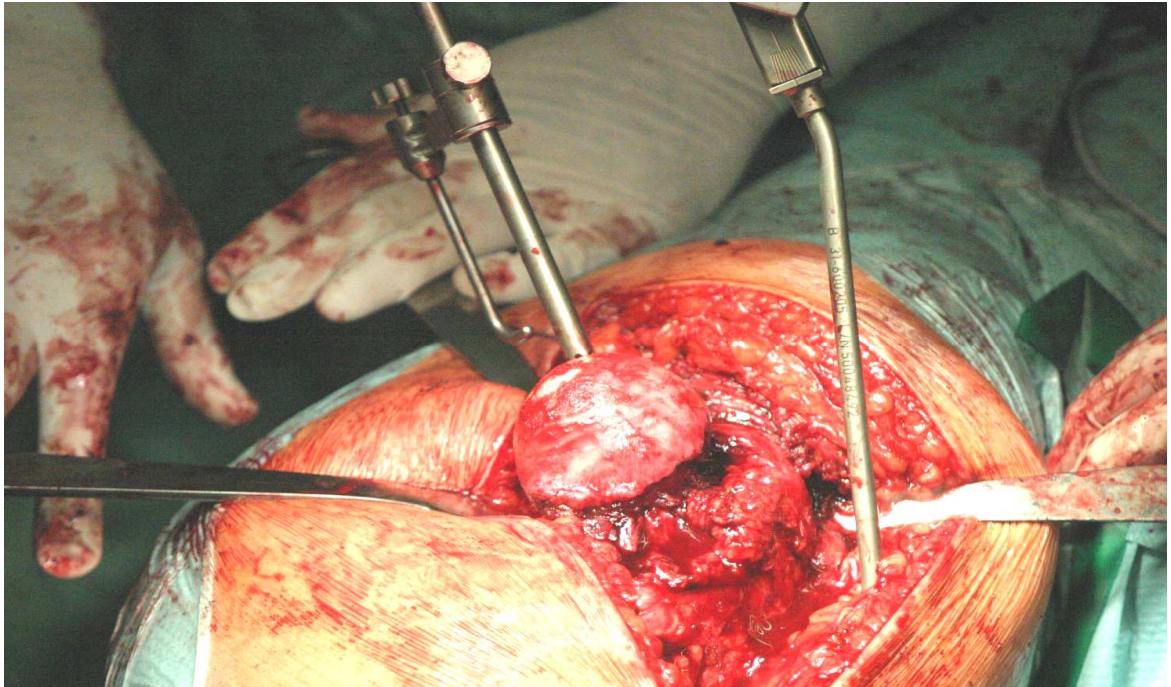
Obr. č. 29

Odetnutí kloubního pouzdra periacetabulárně



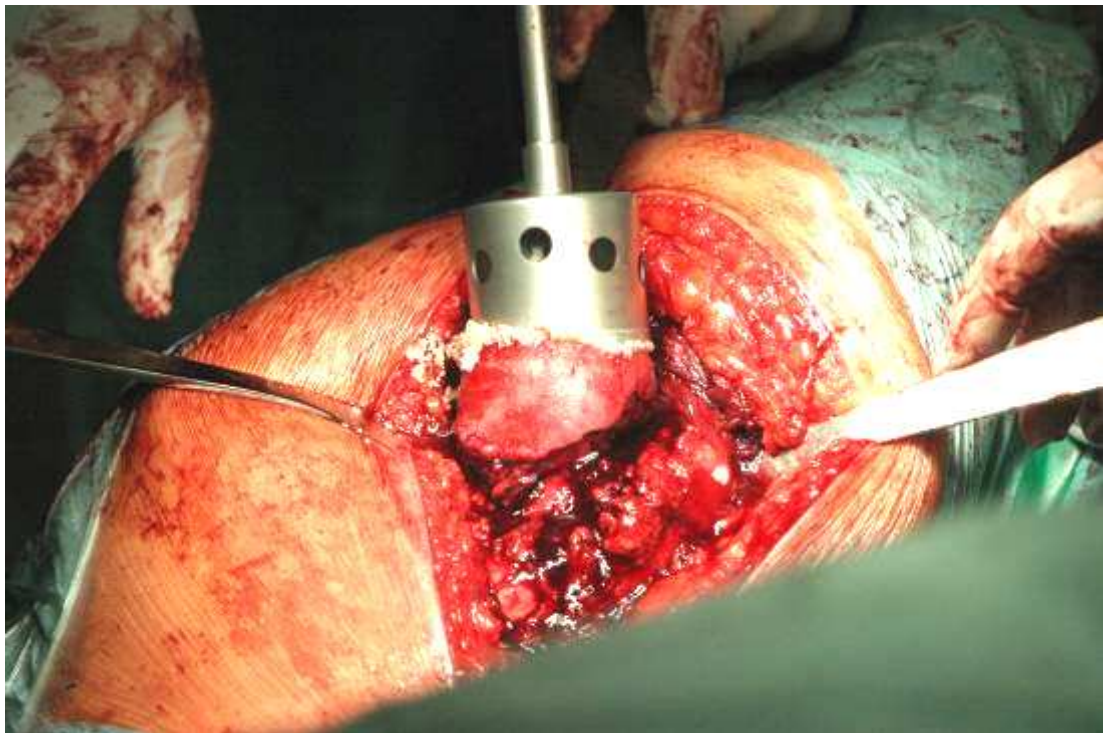
Obr. č. 30

Cílení vstupu na hlavici a vyvrtání otvoru v ose krčku

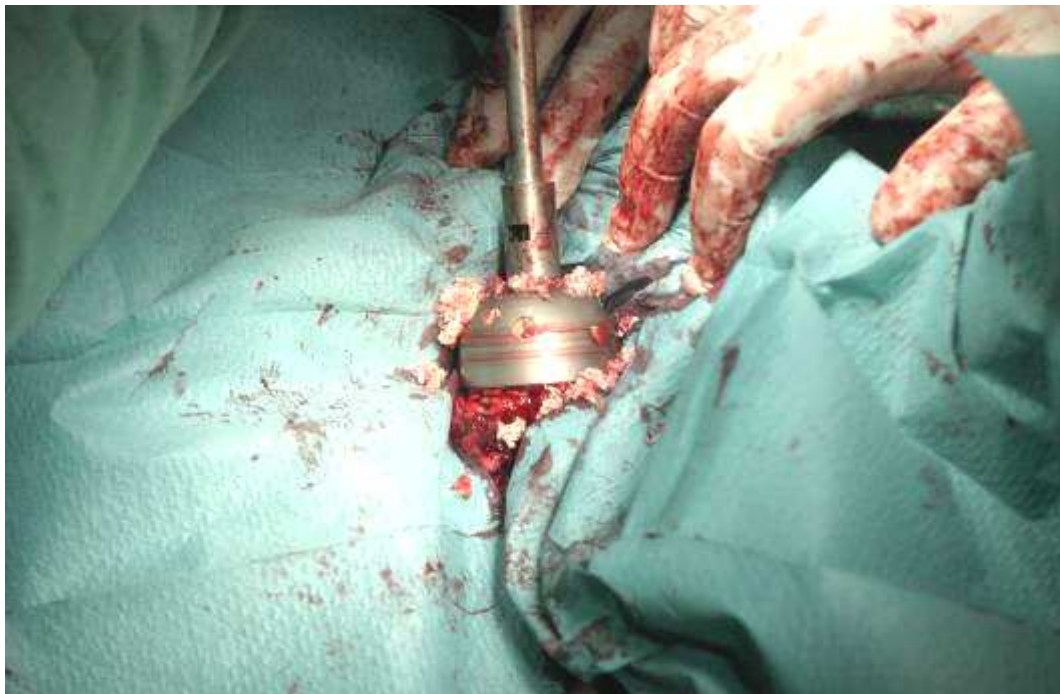


Obr. č. 31

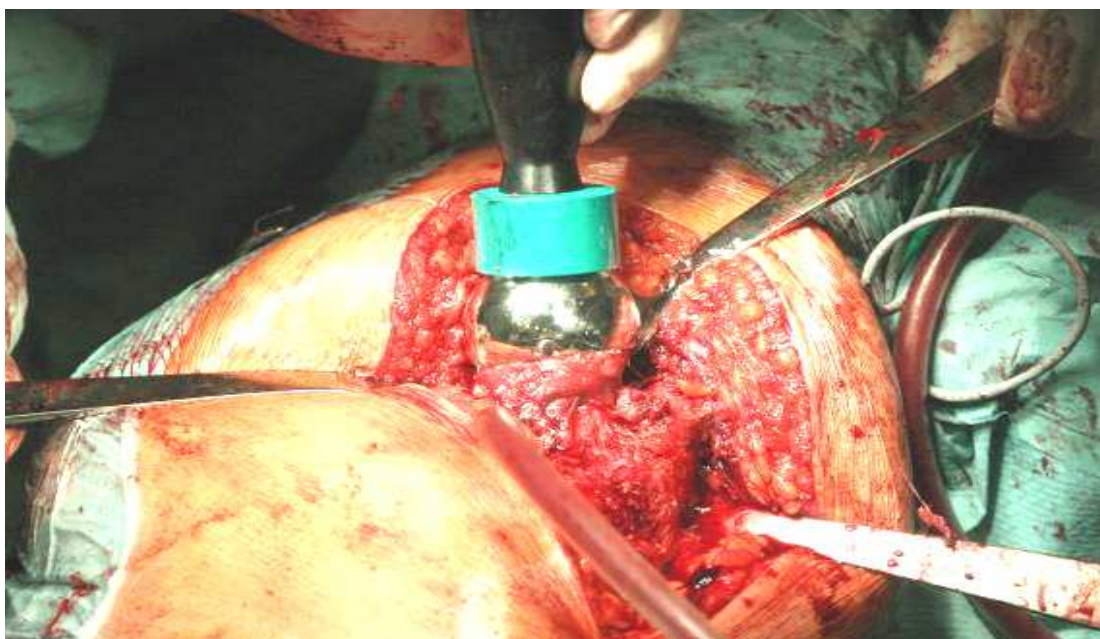
Cylindrické frézování



Obr. č. 32
Sférické frézování



Obr. č. 33
Cementování hlavice



Obr. č. 34
Implantace jamky

