

# OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S DIAGNÓZOU KOXARTRÓZA

Bakalářská práce

JINDRA ZÁPOTOCKÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Petronela Lauková, PhD.

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum odevzdání práce: 2009-04-30

Datum obhajoby práce:

Praha 2009

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jsem pouze podklady uvedené v příloženém seznamu.

V Praze dne 30.04.2009

Podpis .....

# ABSTRAKT

ZÁPOTOCKÁ Jindra. Ošetrovatelský proces u pacienta s diagnózou koxartróza. Praha, 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Praha. Bakalář všeobecná sestra. Školitel: PhDr. Petronela Lauková, Ph.D.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta po operaci kyčelního kloubu pro koxartrózu. Práce je rozdělena do kapitol a obsahuje i rozsáhlou obrazovou přílohu. Práce je dělena na více úrovní. V teoretické části se věnuji seznámení s onemocněním, příznaky onemocnění, diagnostikou, všeobecnými opatřeními a komplexní léčbou koxartrózy. V druhé části práce jsem se zaměřila na ošetrovatelskou péči poskytovanou metodou ošetrovatelského procesu u konkrétního pacienta s koxartrózou. Zaměřila jsem se také na zjištění, jak se ošetrovatelský proces uplatňuje v prevenci pooperačních komplikací a na zmírnění nepříjemných pocitů pacienta způsobených pobytem v nemocnici. V závěru se pak zamýšlím jaký přínos má pro pacienta ošetrovatelský proces .

Klíčová slova: Koxartróza. Ošetrovatelství. Ošetrovatelský proces při koxartróze.

# ABSTRACT

ZAPOTOCKA, Jindra. Treatment process of a patient with coxarthrosis. Prague, 2009. Bachelor thesis. Medical College Prague. Bachelor, General Nurse. Supervisor: PhDr. Petronela Lauková, Ph.D.

The main topic of this Bachelor Thesis is the treatment process after operation of a hip joint for the patient with coxarthrosis. The thesis is divided into chapters and contains a large picture gallery. The thesis has several levels. Theoretical part deals with acquaintance with the disease, its symptoms, diagnosing, general provisions and complex treatment of coxarthrosis. The second part deals with the treatment care provided by the treatment process method for the concrete patient with such disease. I also found out how the treatment process applies in prevention of post – operation complications and how treatment process influences unpleasant patient's feelings caused by his stay in a hospital. At the end I reflect on the contribution of the treatment process for the patient.

Key words: Coxarthrosis, Treatment process. Coxarthrosis treatment process.

# PŘEDMLUVA

Hlavní úlohou sestry je zabezpečit a vykonávat uspokojení všech potřeb, ve kterých má pacient deficit.

Tato práce vznikla ve snaze zaměřit se v dané problematice na význam zavedení ošetrovatelského procesu do praxe v péči o nemocné, jako významného nástroje kvality péče. Považuji za důležité poukázat na skutečnost, že ošetrovatelský proces by neměl být proces náhodný, ale měl by být procesem plánovaným, který respektuje individuální potřeby nemocného a jeho rodiny.

Výběr tématu práce byl ovlivněn studiem oboru ošetrovatelství a prací na ortopedických operačních sálech. Podklady pro práci jsem čerpala jak z knižních, tak i z časopiseckých pramenů.

Práce je určena studentům ošetrovatelství a zdravotním sestrám v praxi, které se věnují péči o pacienty s koxartrózou.

Tímto bych chtěla velmi poděkovat všem, kdo mi pomáhali při tvorbě této práce, ať už přímo nebo nepřímo. Zvláště pak děkuji PhDr. Petronele Laukové Ph.D., vedoucí mé bakalářské práce, za trpělivost, cenné rady a podnětné připomínky.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>7</b>
<b>1 ANATOMIE KYČELNÍHO KLOUBU</b> .....	<b>8</b>
<b>2 KLINICKÁ CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ</b> .....	<b>9</b>
2.1 Definice .....	9
2.2 Etiologie, patofyziologie .....	9
2.3 Klinický obraz .....	10
2.4 Průběh, formy, komplikace, prognóza.....	10
<b>3 DIAGNOSTIKA</b> .....	<b>12</b>
<b>4 TERAPIE</b> .....	<b>13</b>
4.1 Chirurgická léčba.....	13
4.2 Konzervativní léčba, farmakoterapie, dietoterapie .....	14
4.3 Pohybový režim.....	14
<b>5 PROGNÓZA</b> .....	<b>16</b>
<b>6 SPECIFIKA OŠ. PÉČE PŘI KOXARTRÓZE</b> .....	<b>17</b>
6.1 Posouzení v rámci ošetrovatelské péče.....	17
6.2 Diagnostika v rámci ošetrovatelské péče.....	18
6.3 Plánování .....	19
6.4 Realizace .....	20
6.5 Hodnocení .....	20
<b>7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KOXARTRÓZOU</b> .....	<b>21</b>
7.1 Posouzení zdravotního stavu .....	21
7.2 Ošetrovatelská diagnostika .....	41
7.3 Plánování .....	41
7.4 Realizace .....	45
7.5 Hodnocení .....	46
<b>Závěr</b> .....	<b>49</b>
<b>Seznam použité literatury</b> .....	<b>50</b>
<b>Seznam použitých zkratk</b> .....	<b>52</b>
<b>Seznam příloh</b> .....	<b>53</b>

## ÚVOD

Koxartróza je onemocněním, které se řadí do skupiny civilizačních chorob. Poprvé byla popsána více než před sto lety. Pro toto téma jsem se rozhodla z několika důvodů. Prvním je již zmíněné řazení koxartrózy mezi civilizační choroby. Myslím si, že civilizační choroby jsou zásadním celospolečenským problémem a je proto nutné zajímat se nejen o jejich existenci a léčbu, ale, a to zejména o jejich prevenci nebo zpomalení projevů. Zásadním důvodem je nepochybně péče o takto nemocného pacienta.

Cílem práce je v první řadě seznámení se s chorobou, s jejími příčinami, projevy, diagnostikou a principy léčby. Zvláště je pak kladen důraz na realizaci ošetrovatelského procesu a komplexní řešení problému. To znamená důkladný odběr ošetrovatelské anamnézy získaný pozorováním pacienta a rozhovorem s ním, následné ošetrovatelské péče a základ prevence komplikovaného průběhu onemocnění. V přístupu k pacientovi je nutné sledovat jeho psychický stav, brát ohled na jeho pocity a projevy, nehodnotit pouze fyzický stav.

Z toho vyplývá další cíl, jenž spočívá v holistickém přístupu k pacientovi, tj. v pohledu na pacienta jako na osobnost, v níž se prolínají její bio-psycho-sociální dimenze a není jen „souborem diagnóz“. S tím souvisí snaha o zapojení pacienta do ošetrovatelského procesu, důraz na jeho spolupráci při procesu uzdravení a podpora zodpovědnosti za vlastní zdraví.

# 1 ANATOMIE KYČELNÍHO KLOUBU

Podle Bartoníčka (1991, str.122) skelet kyčelního kloubu tvoří centrální část kosti pánevní zvaná acetabulum a proximální konec kosti stehenní. Kloubní jamkou je acetabulum. Má tvar duté polokoule o poloměru zhruba 2,5cm a nachází se v místech, kde se stýkají těla tří pánevních kostí – os ilium, os ischii a os pubis. Ventrokaudálně je okraj jamky přerušen hlubokým zářezem, incisura acetabuli. Vlastní kloubní plocha, která je pokryta kloubní chrupavkou, nevyplňuje celou jamku, ale má tvar podkovy. Kloubní plocha je nejširší v kraniální části asi 2,5cm, směrem k oběma svým pólům se zužuje. Ve svém středu je acetabulum prohloubeno o 3 až 5mm v nepravidelnou centrální jamku. Acetabulum je orientováno zevně dolů a dopředu. Rovina acetabula svírá u dospělých s transverzální rovinou úhel 40 – 45° (inklinace acetabula), s rovinou frontální zhruba 35° (anteverze acetabula).

Proximální konec femuru z popisného hlediska dělíme na trochanterický masiv, krček a hlavici. Trochanterický masiv je tvořen velkým a malým trochanterem. Ventrálně je spojuje linea intertrochanterica, dorzálně výrazná crista intertrochanterica. Na mediální ploše velkého trochanteru se nachází vyhloubení, fossa trochanterica. Velký trochanter vybíhá kraniálně a jeho apex se stáčí mediálně a dorzálně. V oblasti velkého trochanteru se upíná řada svalů. Malý trochanter směřuje mediálně a nepatrně dorzálně. Upíná se zde jediný sval, m. iliopsoas. Krček dosahuje u dospělých délky kolem 5 cm, nejširší je při své bázi, nejužší ve svém středu. Hlavice bývá za normálních okolností přímým pokračováním krčku femuru. Tzn., že podélná osa krčku prochází středem hlavice. Kloubní plocha zabírá asi 2/3 povrchu koule. Poloměr hlavice bývá různý, kolem 2,5cm. Na mediální ploše bývá hlavice prohloubena v malou, trojhrannou jamku, fovea capitis femoris, pro úpon lig. capitis femoris. Tloušťka kloubní chrupavky se pohybuje od 1 do 3mm. Největší tloušťky chrupavka obvykle dosahuje v anterolaterální části hlavice. (Bartoníček,1991,str.123)

Horní konec femuru je tvořen spongiózní kostí potaženou tenkou vrstvou kortikalis. Spongióza je uspořádána do systému trámců, jejichž směr v podstatě odpovídá silokřivkám, po nichž probíhá přenos sil z kloubu na kost. Systém trabekul společně se zesílenou mediální kortikalis krčku umožňuje optimální přenos působících sil při minimálním množství kostního materiálu a současně tak zaručuje mimořádnou mechanickou pevnost horního konce femuru. Popsaný trabekulární systém neprobíhá pouze ve frontální rovině, nýbrž je rozložen prostorově. (Bartoníček,1991,str.124)



## 2 KLINICKÁ CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

### 2.1 Definice

Koxartróza je degenerativní onemocnění kyčelního kloubu. Tato choroba primárně postihuje chrupavku, která postupně ztrácí svou celistvost, ztenčuje se a rozvláknuje. Ztrácí svou povrchovou hladkost a průsvitnost, zdrsňuje se její povrch. Po určité době se vytváří praskliny, které postupují do hloubky. Z nich se mohou uvolňovat malé chrupavčité úlomky. Ty dráždí synoviální membránu a tím může vzniknout sekundární zánět. Subchondrální kost podléhá přestavbě a vznikají kostěné výrůstky, tzv. osteofyty. Později je patologicky změněno i kloubní pouzdro a přilehlé měkké struktury (Trnavský, 1993, str.78).

### 2.2 Etiologie, patofyziologie

Etiologie zahrnuje více faktorů, rozlišujeme hlavně faktory endogenní a exogenní. Mezi exogenní faktory zařazujeme např. úraz, do endogenních faktorů se zahrnuje destabilizace mezi syntézou a odbouráváním chrupavčité matrix.

Mezi rizikové faktory vzniku artrózy zařazujeme:

- vyšší věk
- ženské pohlaví
- zvýšená tělesná váha
- přetěžování kloubů těžkou fyzickou prací nebo sportem
- genetické vlivy

Obecně rozdělujeme artrózu na primární, která je způsobena metabolickou poruchou chondrocytární syntetické aktivity. Při ní se snižuje množství vytvářené matrix, produkované struktury bývají anomální. „Chrupavka měkne, snižuje se výška její vrstvy, vytvářejí se v ní trhliny.“(Sosna, 2001, str.132) Dochází k hyperprodukcii synoviální tekutiny, ale zhoršují se její vlastnosti co se týče výživy chrupavky. Ve snaze organismu o opravu dochází k subchondrální kostní hypertrofii. „Degenerativní proces stále častěji doprovázený sekundární zánětlivou složkou postihuje i další části kloubu, zejména pouzdro kloubní a vazy, může ovlivňovat stabilitu kloubní, může se objevit porucha kloubní osy, způsobená kolapsem pseudocyst v některém kompartmentu kloubu.“ ( Sosna, 2001, str.132)

O artróze sekundární hovoříme tehdy, leží-li vyvolávající příčina mimo chrupavku. Jedná se zejména o následující příčiny:

- mechanické přetížení
- kloubní diskongruence (důsledek vrozené kyčelní dysplazie, coxa vara adolescentium, nitrokloubní zlomeniny apod.)
- aseptická nekróza kloubní (kyčelní kloub u alkoholiků, léčba kortikosteroidy atd.)
- metabolická systémová onemocnění (krystalová artropatie)
- chronické kloubní záněty (revmatoidní artritida, psoriáza, infekty)

Vzniklé poškození chrupavek je u obou typů zcela ireverzibilní. (Dungl,2005, str.899)

### 2.3 Klinický obraz

Klinický obraz u pacienta s koxartrózou se zpočátku projevuje nenápadně námahovou bolestí kyčle, později je bolest i při obvyklé zátěži chůzí a často jako startovací bolest na začátku pohybu. Později se přidává i bolest klidová, rušící spánek. Postupně se zhoršuje rozsah pohybu kyčelního kloubu. Při chůzi je typická antalgická klaudikace, která se projevuje rychlým provedením kroku přes postižený kloub. Pokud koxartróza vzniká na podkladě vrozené kyčelní dysplazie, bývají přítomny ještě další příznaky, jako výraznější rozdíl délek končetin, eventuálně zcela atypické postavení postižené končetiny a pánve. (Sosna, 2001, str.86)

### 2.4 Průběh, formy, komplikace, prognóza

Jedná se o nejčastěji se vyskytující degenerativní proces v těle. Degeneruje hyalinní chrupavka, což je avaskulární elastická tkáň, jež se skládá z buněk (chondrocytů) a matrix, která je jimi produkována. Podstatou matrix je shluk kolagenních fibril. Mechanické vlastnosti chrupavky určují hydrofilní mukopolysacharidy, které mají schopnost vázat vodu. Jsou důležitou složkou proteoglykanových agregátů. Tyto agregáty vyplňují prostory mezi vlákny. „Základním momentem je nepoměr mezi zatížením a odolností kloubu. Typické jsou projevy klinické: ranní ztuhlost a bolest v třísle a kolem velkého trochanteru (ale velmi často i kolem kolena) před rozchozením („startovací bolesti“), jež narůstá během dne se zátěží kloubů“. (Koudela a kol., 2004, str.68). Postupně se omezuje rozsah vnitřní rotace a abdukce kyčle. Jako ochrana proti přetížení působí vznikající flekční, abdukční a zevněrotační kontraktura. Ta může vyvolat relativní zkrat dolní končetiny, šikmou pánev, bederní skoliózu. Ochabuje pak také gluteální svalstvo. Typické jsou noční bolesti kyčle z venózního přetlaku. Poslední fází nemoci je ankylóza, neschopnost se obout, obléci se, nedostatečná hygiena

oblasti kyčlí a dolních končetin. Rtg snímek kyčlí prokáže známky zúžení až vymizení kloubní štěrbin, sklerózu subchondrální kosti v místě největší zátěže, nerovnosti kloubních ploch a subluxační postavení, tvorbu osteofytů, někdy dokonce rozpad hlavice femuru. Jestliže se potíže objeví mezi 30 – 40 rokem, pak hledáme v anamnéze dysplazii kyčle. Můžeme mít podezření na poúrazové, pozánětlivé a hormonálně ovlivněné vady nebo na aseptické nekrózy hlavice femuru. Tuto artrózu nazýváme artrózou sekundární.

Typická idiopatická artróza kyčle (primární) začíná klinicky spíše až po 55. roce věku. „Uvádí se 60% výskyt mezi 55. a 64. rokem a až 90% výskyt v období mezi 75. a 84. rokem.“ (Koudela a kol., 2004, str.69). Zprvu se nově vzniklá onemocnění projevují více u mužů, až později u žen. „Každý třetí pacient má oboustranné obtíže. Koxartóza postihuje častěji jedince vystavené vyšší fyzické zátěži zemědělci, vrcholoví sportovci.“ (Koudela a kol., 2004, str.72). Toto onemocnění je jednou z nejběžnějších příčin pracovní neschopnosti a významně se podílí na výši nákladů na zdravotní péči.

### 3 DIAGNOSTIKA

Rentgenové vyšetření, ukáže nám jen aktuální anatomický stav postiženého kloubu, aniž nemusí souviset s aktuálními potížemi pacienta. Opakované vyšetření k posouzení progresu rtg změn a to především tam, kde byl kloub poškozený již dříve (vrozenou vadou, úrazem, zánětem) má svůj význam. Toto vyšetření je důležité pro dlouhodobé posuzování, preventivně by mělo být provedeno jednou za tři roky. Musí se počítat s tím, že diskrepance mezi rtg nálezem a potížemi pacienta může být mnohdy obrovská.

Nativní rtg snímek – pro hodnocení stupně artrózy se používá dělení na stadia podle Kellgrena-Lawrence z roku 1957.

1. možné zúžení kloubní štěrbiny a počátek tvorby drobných marginálních osteofytů, začínající subchondrální sklerotizace
2. zřetelné zúžení kloubní štěrbiny, jasná tvorba osteofytů, lehká subchondrální skleróza, objevují se nepravidelnosti kloubního povrchu
3. výrazné zúžení kloubní štěrbiny, mnohočetné osteofyty, subchondrální skleróza, tvorba cyst, počínající deformity
4. výrazná progresse všech změn III. stupně: vymizení kloubní štěrbiny, velké osteofyty se sklerózou a pseudocystami subchondrální kosti, pokročilé deformity, v konečném procesu dochází k nekróze příslušných částí (Dungl, 2005, str.902)

## 4 TERAPIE

### 4.1 Chirurgická léčba

V léčbě koxartrózy se uplatňují následující druhy operací:

**osteotomie** - princip operace je změna vzájemného postavení a kontaktu kloubních povrchů, kdy méně postižené okrsky chrupavky jsou osteotomií přemístěny do tlaku více exponovaných zón a přebírají tak funkci chrupavky artrózou devastované.

(Dungl, 2005, str.908)

**aloplastika** – patří dnes k nejčastějším ortopedickým operacím, kdy destruovaná kloubní jamka i hlavice jsou nahrazeny endoprotézou (příloha č.1). Ty dělíme podle způsobu implantace na **cementované** (příloha č.2) a **necementované** (příloha č.3). Klasická cementovaná náhrada se skládá z polyetylenové kloubní jamky, která je do upraveného acetabula zbaveného destruované kloubní chrupavky a marginálních osteofitů, upevněna metylmetakrylátovým kostním cementem. Dřík endoprotézy je rovněž pomocí kostního cementu zpevněn do proximální části stehenní kosti. Hlavice jsou zhotovovány nejčastěji z keramiky, dřík pak z koroziuvzdorné oceli.

Necementovaná endoprotéza využívá ke své fixaci dokonalý kontakt přesně opracovaného kostního lůžka s povrchem endoprotézy. Jamky jsou nejčastěji vyrobeny z titanu a jsou buď **sférické** nebo **kónické**. (Dungl, 2005, str.918)

Sférické bývají vždy opatřeny výrazně zhrubělým povrchem a jsou impakcí vetknuty do přesně vyfrézovaného kostního lůžka.

Kónické komponenty jsou buď opatřeny závitem a do kostního lůžka jsou zašroubovány, nebo jsou fixovány tak, že po doražení do jamky jsou speciálním impaktorem roztlačeny proti stěně kostního lůžka. Každá tato skupina má své jasné výhody i nevýhody. Volbu mezi těmito typy musí učinit operatér často až v průběhu vlastního výkonu podle aktuálního nálezu. Necementovaná náhrada se však užívá spíše u mladších a aktivnějších pacientů. O hybridní náhradě (příloha č.4) mluvíme tehdy, kdy jedna komponenta je připevněna bez cementu, většinou jamka, a druhá je připevněna cementem, obvykle dřík. (Dungl, 2005, str.925)

## 4.2 Konzervativní léčba, farmakoterapie, dietoterapie

- medikamentózní
- fyzikální:
  1. balneologické a vodoléčebné procedury
  2. místní léčení teplem
  3. léčebné rehabilitace

Medikamentózní terapie je velmi rozsáhlá a zahrnuje několik základních skupin: analgetika, nesteroidní antiflogistika, kortikosteroidy a pomalu působící léky – např. tzv. chondroprotektiva.

Děta by měla být zvolena normální nebo u pacienta s vyšším BMI dieta redukční.

## 4.3 Pohybový režim

U pacienta by měla probíhat předoperační rehabilitace, pooperační rehabilitace za hospitalizace, rehabilitační program po propuštění z nemocnice.

*Předoperační rehabilitace* spočívá v protahování a relaxaci zkrácených svalových skupin, v reedukaci správného stereotypu extence a abdukce kyčle. Důležitý je nácvik pohybových stereotypů nezbytných pro pooperační fázi rehabilitace, který zahrnuje nácvik sedu, přetáčení na bok, nácvik stoje a chůze o berlích bez zatěžování operované končetiny a nácvik chůze o berlích po schodech. Edukace pacienta s ohledem na předpokládané bolesti a obtíže s chůzí po operaci výrazně snižuje psychickou zátěž, která může modifikovat efekt pooperační péče.

*Pooperační rehabilitace za hospitalizace* je obvykle velmi dobře rozpracovaná na každém ortopedickém pracovišti. Cílem této fáze je vertikalizace pacienta a nácvik samostatné chůze o berlích se simulací nášlapu a nácvik sebeobsluhy. Úkolem pooperační rehabilitace je předání informace o zvýšeném nebezpečí luxace endoprotézy tak zvanými zakázanými pohyby (zevní rotace a addukce kloubu).

1. pooperační den – dechová cvičení, kondiční cvičení neoperovaných končetin s důrazem na natahovače lokte, na operované končetině se aktivně cvičí hlezno
2. – 3. pooperační den – aktivní cvičení v kyčelním kloubu s dopomocí, jde především o flexi do 90° s abdukci a vnitřní rotací. Pacient nacvičuje sed na lůžku se svěšenýma nohama a začíná s vertikalizací. Nacvičuje se trojdobá chůze o francouzských holích.

4. – 5. pooperační. den – pacient sám cvičí pohyb končetiny do flexe a abdukce, zároveň přidává přetáčení na zdravý bok.

8. – 12. pooperační den – přidáváme nácvik chůze po schodech, pokračuje učení soběstačnosti a sebeobsluhy, která obsahuje mimo jiné nácvik chůze po bytě, po nerovném terénu, sezení na WC a na židli.

*Rehabilitační program po propuštění z hospitalizace je výhodný pokud naváže na hospitalizaci přímo ústavní rehabilitace nebo komplexní lázeňská léčba, která rozvine a zafixuje správné pohybové stereotypy. Komplexní lázeňská nebo ústavní rehabilitační léčba se může uskutečňovat buď přímo překladem, nebo v časovém rozpětí 3 až 6 měsíců od operace.*(Dungl, 2005, str.948)

## 5 PROGNÓZA

Typická idiopatická artróza kyčle (primární) začíná klinicky spíše až po 55. roce věku. „Uvádí se 60% výskyt mezi 55. a 64. rokem a až 90% výskyt v období mezi 75. a 84. rokem.“ (Koudela a kol., 2004, str.68). Zprvu se nově vzniklá onemocnění projevují více u mužů, až později u žen. „Každý třetí pacient má oboustranné obtíže. Coxartróza postihuje častěji jedince vystavené vyšší fyzické zátěži zemědělci, vrcholoví sportovci.“ (Koudela a kol., 2004). Toto onemocnění je jednou z nejběžnějších příčin pracovní neschopnosti a významně se podílí na výši nákladů na zdravotní péči. Totální endoprotéza navrácí pacienta nazpátek do plnohodnotného života a pacientům pomáhá od bolesti. Životnost endoprotézy je v průměru 10 let, po této době mohou nastat problémy, které vedou k výměně implantátu, což znamená, že pacient podstupuje další operaci, která je pro organismus náročnější než první operační výkon. Podle Dungle (2005, str.932) může být uvolnění protézy aseptické v důsledku osteolýzy indukované působením otěrového granulomu, nebo může vzniknout mechanickým selháním endoprotézy či v důsledku periprotetické zlomeniny. Septické uvolnění vzniká mitigovanou či floridní infekcí, zavlečenou při implantaci, nebo vzniklou sekundárním osídlením hematogenní či lymfatickou cestou nebo přímým přestupem (perineální či perianální píštěle).



## 6 SPECIFIKA OŠ. PÉČE PŘI KOXARTRÓZE

Ošetřování nemocných s koxartrózou je závislé na zvoleném léčebném postupu (konzervativní nebo chirurgická léčba), na stadiu onemocnění, pacientových obtížích a jeho soběstačnosti.

Příjem nemocného na oddělení je vždy plánovaný. Pouze v případě zlomeniny krčku kosti stehenní jsou pacienti přijímáni k urgentnímu operačnímu výkonu.

Pokoj pro nemocného vybíráme s ohledem na pohlaví, věk a zdravotní stav. Je vhodné zvolit pokoj v blízkosti pracovny sester. V blízkosti pokoje nebo přímo na pokoji by měla být koupelna a toalety, protože má pacient po operaci sníženou pohyblivost.

V pravidelných intervalech kontrolujeme základní životní funkce nemocného, vědomí, dýchání a srdeční činnost. Měříme krevní tlak, tepovou frekvenci a sledujeme rychlost a kvalitu dýchání. Zaměříme se také na sledování tělesné teploty, frekvence močení a stolice a tělesné hmotnosti. Zvláštní pozornost věnujeme operační ráně.

### 6.1 Posouzení v rámci ošetřovatelské péče

Prvním krokem ošetřovatelského procesu se u pacienta s koxartrózou zaměřuje na posouzení:

- přítomnost startovací bolesti
- přítomnost klidové bolesti
- zhoršení pohybu kyčelního kloubu
- přítomnost antalgické klaudikace
- rtg změny příznačné pro onemocnění

Zaměříme se i na životní styl pacienta:

- bytové podmínky, vztahy, rekreace, sport, zájmy
- zaměstnání, pracovní podmínky, ekonomická situace
- výživa, dietní omezení, příjem tekutin
- spánek, samostatnost, vyznání, sebepojetí, spirituální potřeby

Z anamnestických údajů se věnuji podrobně osobní a rodinné anamnéze. Kde se zaměřím na prodělané onemocnění, operace, předchozí hospitalizaci, alergii, léky užívané na základě indikace lékaře, výskyt onemocnění pohybového ústrojí v rodině.

Při fyzikálním vyšetření se zaměřím na posouzení:

- kosterního aparátu: deformity kostí, držení těla, postoj
- páteře: v klidu, v pohybu, poruchy zakřivení – lordóza, kyfóza, skolióza
- kloubů: bolest, citlivost, otoky, barva, teplota kůže, ztuhlost, deformace, rozsah pohybu, zvuky při pohybu
- svalového aparátu: vzhled, symetrie, atrofie, hypertrofie, tonus

## 6.2 Diagnostika v rámci ošetrovatelské péče

V druhém kroku ošetrovatelského procesu se při daném onemocnění nejčastěji setkáme s ošetrovatelskými diagnózami:

- bolest akutní v oblasti kyčelního kloubu z důvodu koxartrózy projevující se stěžováním na bolest, bolestivým výrazem v obličeji
- zhoršená pohyblivost z důvodu operace a bolesti projevující se omezeným rozsahem pohybu a změnou chůze

a další diagnostické problémy:

- nedostatek informací
- infekce, riziko vzniku
- prokrvení tkáně porušené, riziko vzniku
- úzkost/ strach
- dýchání nedostatečné, riziko vzniku
- tělesné tekutiny, riziko deficitu
- teplota těla, riziko poruchy

## 6.3 Plánování

Ve třetím kroku ošetrovatelského procesu se na základě stanovených ošetrovatelských diagnóz můžeme u pacienta stanovit následující cíle:

- pacient vyjádří ochotu a projeví účast na aktivitách
- pacient si osvojí postupy – způsoby, umožňující opětné provedení činnosti
- pacient bude provádět péči o sebe sama na úrovni svých schopností
- pacient má fyziologický spánek
- pacient neudává bolest
- pacient vyjádří ochotu a projeví účast na aktivitách
- pacient si osvojí postupy – způsoby, umožňující opětné provedení činnosti

Ke každému cíli si musíme určit 3 - 5 výsledných kritérií (VK) specifických pro daného pacienta.

Intervence sestry:

- ihned lokalizuj bolest, do ½ hod
- ihned uznej přítomnost bolesti, do ½hod
- ihned podávej analgetika dle ordinace lékaře
- uklidni pacienta, zajisti dostatek informací o jeho bolesti do 1 hodiny
- zjisti zhoršující faktory do 6 hodin
- seznam pacienta a jeho rodinu s příčinami bolesti do 24 hodin
- zajisti pacientovi odpoutání od bolesti (rozhovor, televize a jiné aktivity) do 24 hodin,
- sleduj účinky léků pokaždé po podání léku,
- pouč rodinu, aby pochopili chování pacienta při bolesti do 24 hodin
- nauč pacienta neinvazivní způsoby, jak zmírnit bolest (relaxace, teplo x chlad) do 2 dnů

## 6.4 Realizace

Ve čtvrtém kroku ošetřovatelského procesu musí být všechny naplánované intervence vykonané a zaznamenané do ošetřovatelské dokumentace, pokud možno i s efektem dané činnosti.

## 6.5 Hodnocení

V pátém kroku ošetřovatelského procesu zjišťujeme účinnost stanovených intervencí. Pokud nedochází ke splnění našich cílů, přehodnotíme je a nebo stanovíme nové intervence. U pacientů s koxartrózou můžeme očekávat následující výsledky:

- pacient uvádí během 2 dnů zmírnění bolesti na škále VAS na stupeň 1, je klidnější
- pacient si zlepšil pohyblivost a výkonnost
- pacient je soběstačný v aktivitách denního života
- pacient má fyziologické funkce v normě
- pacient obnovil sociální interakce v rodině a mezi přáteli

## 7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KOXARTRÓZOU

### 7.1 Posouzení zdravotního stavu

#### IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

<b>Jméno a příjmení : M.K.</b>	<b>Pohlaví : muž</b>
<b>Datum narození : 1945</b>	<b>Věk : 64 let</b>
<b>Adresa bydliště a telefon : P-6, Dejvická 26</b>	
<b>Adresa příbuzných : stejná</b>	
<b>RČ :</b>	<b>Číslo pojišťovny : 111</b>
<b>Vzdělání : ÚSO</b>	<b>Zaměstnání : důchodce</b>
<b>Stav : ženatý</b>	<b>Státní příslušnost : ČR</b>
<b>Datum přijetí : 4.11.2008</b>	<b>Typ přijetí : plánované</b>
<b>Oddělení : Ortopedie H</b>	<b>Ošetřující lékař : MUDr N.P.</b>

#### Důvod přijetí udávaný pacientem :

Jdu na plánovanou operaci totální endoprotézy kyčle vpravo, v této době již mám noční klidové bolesti a značně omezen pohyb v pravém kyčelním kloubu.

#### Medicínská diagnóza hlavní :

coxartróza II. – III. Stupně vpravo i vlevo

#### Medicínské diagnózy vedlejší :

hypertenze

## VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

<b>TK : 125/85 mmHg</b>	<b>Výška : 178 cm</b>
<b>P : 66/min, pravidelný</b>	<b>Hmotnost : 93 kg</b>
<b>D : 14/min, pravidelný</b>	<b>BMI : 29,35 – nadváha</b>
<b>TT : 36,8°C</b>	<b>Pohyblivost : dobrá, s omezením</b>
<b>Stav vědomí : plné, jasné, pacient orientován časem i místem</b>	<b>Krevní skupina : O Rh<sup>-</sup></b>

### **Nynější onemocnění :**

Pacient se dlouhodobě konzervativně léčí pro primární koxartrózu. Poslední půl rok výrazná progresse bolestivosti, toho času denní, klidová, noční bolest s iradiací do třísla a stehna pravé dolní končetiny. Proto přijat k plánované TEP.

### **Informační zdroje :**

Seznámení nemocného s domácím řádem oddělení, s právem pacienta, s informovaným souhlasem, s operací, s anestezií, s rehabilitací, s perioperační péčí proběhlo 1.den hospitalizace.

## ANAMNÉZA

### Rodinná anamnéza :

**Matka :** matka 83 let,, hypertenze od 55 let, kompenzovaná antihypertenzívy, jinak zdr

**Otec :** zemřel v roce 2005 (84let) na infarkt myokardu, jinak bezvýznamná

**Sourozenci :** jedna sestra, 55let, má mírnou alergii na prach, jinak nemá žádné závažné onemocnění

**Děti :** má dvě dcera 23 a 27 let, obě dvě jsou zdravé

### Osobní anamnéza :

**Překonané a chronické onemocnění :** překonal jen běžné dětské onemocnění. V roce 1980 apendicitis léčena chirurgicky. Od roku 1990 nadváha, maximální v roce 2003, kdy jeho hmotnost dosáhla 103 kg. Nadváha léčena dietou. Od roku 1995 hypertenze léčena antihypertenzívy.

**Hospitalizace a operace :** v roce 1990 byl hospitalizován pro apendicitis, kdy byla provedena apendectomie.

**Úrazy :** neuguje

**Transfúze :** nebyly žádné

**Očkování :** absolvoval všechna povinná očkování

### Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Lozap H	Tbl.		1-0-0	antihypertenzivum
Lozap	Tbl.	12,5	1-0-1	antihypertenzivum
Anopyrin	Tbl.		1-0-0	

### Alergologická anamnéza

**Léky:** neuguje

**Potraviny :** neuguje

**Chemické látky :** neuguje

**Jiné :** nemá

## **ABÚZY**

**Alkohol:** příležitostně, upřednostňuje hlavně pivo. Tvrdý alkohol prakticky nepije.

**Kouření:** nekouří. Před 10 roky kouřil příležitostně, do 10 cigaret za týden.

**Káva:** 2x denně. Ráno a odpoledne pije rozpustnou kávu s mlékem bez cukru.

**Léky (bez předpisu):** občas užívá homeopatika.

**Jiné drogy:** nebere

## **Urologická anamnéza:**

Pacient močí spontánně, proud moče je dostatečně silný, v noci se nepomočuje. Svého urologa navštěvuje jednou za rok a dle potřeby.

## **Sociální anamnéza:**

**Stav :** ženatý

**Bytové podmínky :** bydlí v rodinném domu s manželkou. Dům je se zahradou.

**Vztahy, role, a interakce v rodině:** v manželství je spokojený. Vztahy v rodině má dobré a bezproblémové. Rozumí si i s partnery svých dcer.

**mimo rodiny:** pacient nemá problém s navázáním kontaktu a komunikací. Je extrovert. Ve společnosti je oblíbený.

**Záliby:** rád chodí na fotbal a do společnosti, rád čte a pracuje na zahradě. Když je čas tak také rád poslouchá hudbu a sleduje televizi.

## **Pracovní anamnéza:**

**Vzdělání:** středoškolské

**Pracovní zařazení:** důchodce

## **Spirituální anamnéza:**

Pacient se nehlásí k žádné víře. Snaží se žít tak, aby nikomu neublížil



## Posouzení současného stavu

Dne 08.11.2008, 5. den hospitalizace

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
<b>Hlava a krk</b>	S hlavou nemám problém, nebolívá mě. Ani krk mě nebolí. Občas mě bolí zuby, ale většinou bolest sama odezní nebo navštívím zubního lékaře.	Hlava na poklep nebolestivá, mezocefalická, bez deformit. Oči prokrvené, spojivky růžové, zornice ozkorické, fotoreakce správná. Nos bez deformit, bez výtoků, nosová přepážka v ose. Uši bez deformit, bez výtoků. Dutina ústní bez patologických změn, jazyk nepovlečený, sliznice vlhké, krk pohyblivý bez deformit, náplň karotíd přiměřená, lymfatické uzliny nezvětšené nehmatné.
<b>Hrudník a dýchací systém</b>	Hrudník mě nebolí, dýchá se mi dobře, nepocit'uji nedostatek vzduchu, bolest na hrudníku. Nos mám volný, nekašlu.	Hrudník je souměrný, bez deformit, na poklep nebolestivý. Kožní integrita neporušená, bez začervení a jizev. Dýchání čisté, pravidelné, bez vedlejších šelestů, D-17/min. Pacient nekašle.

<b>Srdcovo-cévní systém</b>	Od roku 1995 mám problém s vysokým krevním tlakem, na snížení беру léky. Pokud léky pravidelně беру tak je krevní tlak v pořádku. Bolesti na hrudníku nemám.	TK – 135/90 Torr, hodnota je fyziologická, P – 68/min, dobře hmatný, pravidelný. Ozvy srdce pravidelné, bez šelestů. Dolní končetiny dobře prokrvené, kůže teplá, bez otoků a bez cyanózy. Varixy nemá.
<b>Břicho a GIT</b>	Břicho mě nebolí ani nemám žádné zažívací problémy	Břicho je ploché, symetrické, není vyklenuté. Kůže neporušená, jizva na pravé straně po apendectomii cca 6cm dlouhá, růžová, hladká. Peristaltika auskultačně přítomna. Poklep na břicho je bubínkový, břicho je měkké, volně prohmatné. Játra a slezina nezvětčeny. Ledviny nebolestivé. Nauzeu nemá. Stolica 1x denně, formovaná, barva normální.
<b>Močovo-pohlavní systém</b>	Necítím bolest při močení, jiné problémy nemám.	Moč bez patologických změn, denní diuréza 1 500 ml. Denně vypije 2 300ml tekutin. Genitál bez patologického nálezu

<b>Kostrovo- svalový systém</b>	Cítím se relativně dobře na to, že jsem třetí den po operaci. Chodím o dvouh francouzských holích, kolem lůžka již bez problému, zítra půjdu poprvé na schody. Bolest nemám, protože dostávám analgetika dle potřeby.	Kostra bez deformit, končetiny jsou symetrické. Páteř je na poklep nebolestivá, bez deformit. Svaly jsou symetricky uloženy na obou stranách těla. Svalový tonus je přiměřený. Svalová síla je mimo operované končetiny zachována. Poloha je úlevová
<b>Nervovo- smyslový systém</b>	Nosím brýle na dálku, ale nosím je dle potřeby. Potíže se sluchem nemám. S hmatem nepociťuji problém.	Pacient nosí brýle na dálku, dioptrie dva. Je při plném vědomí. Orientace v čase, prostoru, místě, situaci a osobě je bez problémů. Hmat, čuch, sluch bez patologického nálezu.
<b>Endokrinní Systém</b>	Nejsem diabetik, ani se nelčím z onemocnění štítné žlázy.	Pacient nemá projevy poruch endokrinního systému.
<b>Imunologický systém</b>	Myslím, že imunitu mám v pořádku.	Pacient nemá projevy poruch imunologického systému.

<p><b>Kůže a její adnexa</b></p>	<p>S kůží nemám vůbec žádný problém, nic mě nesvědí ani neškrábe.</p>	<p>Barva kůže na tváři je bledá s vráskami, ostatní plocha kůže je bledorůžová, bez ikteru a cyanózy. Na kůži jsou přítomny hyperpigmentace, které se nezvětšují ani se jinak nemění. Otoky nejsou přítomny. Na PDK v oblasti operační rány jsou přítomny hematomy, jiné pacient nemá. U pacienta bylo provedeno hodnocení rizika vzniku dekubitů (příloha č.5). Turgor je přiměřený. Vlasy má pacient řidší a šedivé, jsou bez lupů. Nadměrné vypadávání vlasů není přítomné. Nehty jsou bezbarvé, strukturu mají hladkou, jsou přiměřeně hrubé, bez skvrn.</p>
----------------------------------	---	--

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma	Stravuji se celý den doma. Jím pravidelně 4-5krát denně, spíše střední porce. Snažím se přijímat dostatek ovoce a zeleniny, protože jsem měl větší nadváhu, kterou jsem před operací snížil a chci si udržet nynější hmotnost i přes dobu rekonvalescence.	
	V nemocnici	Na jídlo nemám v nemocnici takovou chuť jako doma, příliš mi nechutná.	Hmotnost pacienta – 93kg, BMI – 29,35 – nadváha. Pacientovi v nemocnici jídlo moc nechutná, ale jeho příjem je dostačující.
Příjem tekutin	Doma	Piji přes celý den asi 3 l tekutin denně, hlavně minerální vody, ovocné čaje, dám si i pivo nebo kávu.	

	<b>V nemocnici</b>	Nyní piji méně, protože nemám takovou žízeň a nepotím se. Vypiji asi 2 l tekutin.	Příjem tekutin za 24hod/2000ml se rovná výdeji tekutin, turgor kůže je přiměřený, sliznice vlhké, hydratované.
<b>Vylučování moče</b>	<b>Doma</b>	S močením nemám doma problém.	
	<b>V nemocnici</b>	Močení mám zcela bez problémů. Již chodím na záchod. První dva pooperační dny jsem používal bažanta. Problémy s únikem moče nemám.	Moč má jantarově žluté barvy, čirou, bez zápachu. Vyšetření dg. proužkami: pH-5,erytrocyty – X, ostatní - negativní
<b>Vylučování stolice</b>	<b>Doma</b>	Doma chodím 1x denně nastolici.Barva,konsistence, tvar, zápach je normální. Problémy s vylučováním nemám. Projímadla nepoužívám.	
	<b>V nemocnici</b>	Po operaci jsem již byl na stolici, ale zatím se mi nevrátila pravidelnost z domácího prostředí	Stolice je formovaná, pravidelná každý den, bez patologické příměsi.

<b>Spánek a bdění</b>	<b>Doma</b>	Doma spím asi 8 hodin denně, chodím spát kolem 23,00hod a ráno vstávám v 7,00hod. S usínáním nemám žádné problémy. V ložnici spím s manželkou, budíme se sami, protože už jsme oba v důchodu.	
	<b>V nemocnici</b>	V nemocnici usínám kolem 21,00 hod, protože jsem zatím unavený po operačním výkonu. Ráno mě personál probudí kolem 6,00 hod. Délka spánku v nemocnici mi stačí, protože spím i přes den.	Pacient spí v nemocnici asi 11 hodin. Nyní má zvýšenou potřebu spánku po operačním výkonu. Pacient má dobrou náladu, není podrážděný.
<b>Aktivita a odpočinek</b>	<b>Doma</b>	Pacient před operací chodil na cvičení jógy 1xtýdně, pracoval na zahradě, sledoval televizi a poslouchal hudbu	

	<b>V nemocnici</b>	<p>Nyní po operaci ještě nejsem plně soběstačný v oblasti hygieny, stravování, vyprazdňování. Při chůzi mám ještě problém pro bolest v operační ráně. Bolest cítím zejména při změně pohybu a při zatížení operované končetiny.</p>	<p>Pacient není plně soběstačný v oblasti hygieny, stravování, vyprazdňování. Vykoná omezenou fyzickou aktivitu. Barthelův test základních všedních činností měl pacient vyhodnocen při příjmu 100 bodů, po operaci došlo ke snížení hodnocení na 20 bodů, další dny docházelo k postupnému zvyšování bodového skóre.(příloha č.6)</p>
<b>Hygiena</b>	<b>Doma</b>	<p>Mám radši sprchování než koupání. Sprchové mýdlo používám jen každý druhý den, protože jinak mám suchou kůži. Sprchuji se jednou denně. Zuby si čistím 2x denně. Používám pastu Colgate a měkký kartáček.K zubařovi chodím 2x ročně. Vlasy si myji 2x týdně. Nehty si stříhám dle potřeby.</p>	



	<b>V nemocnici</b>	Snažím se o sebe starat stejným způsobem jako doma. Někdy, ale potřebuji pomoci s mytím, oblékáním	Pacient si je schopný s dopomocí zabezpečit hygienu sám. Pacient nemá na kůži žádné patologické změny, chrup má čistý, vlasy též. Nehty i nohy má udržované.
<b>Samostatnost</b>	<b>Doma</b>	Nemám pocit, že by jsem měl s něčím problém	
	<b>V nemocnici</b>	Po operaci ještě nejsem schopen sám se mýt a oblékat.	Po operaci ještě není plně soběstačný v oblasti hygieny, oblékání, stravování, vyprazdňování

<b>Posouzení psychického stavu</b>		
	<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Vědomí</b>		Pacient má vědomí plné a jasné. oční kontakt je velmi dobrý, přiměřeně reaguje na kladené otázky.
<b>Orientace</b>		Pacient je orientovaný v čase, prostoru, místě, situaci a osobě velmi dobře
<b>Nálada</b>	Dnes se cítím lépe než včera, již mě operační rána tolik nebolí.	Pacientova nálada je optimistická, spolupracuje, komunikuje
<b>Paměť</b>	<b>Staropaměť</b>	Ještě nejsem tak starý, abych zapomínal. Hlavu mám v pořádku
	<b>Novopaměť</b>	
		Pacient dobře reaguje na otázky z daleké i blízké minulosti. Bezproblémová
		Bezproblémová
<b>Myšlení</b>	Myslím si, že používám logické myšlení.	U pacienta převládá logické myšlení. Reaguje adekvátně ke svému věku.

<b>Temperament</b>		Pacient je flegmaticko – melancholický typ, je klidné povahy, nereaguje výbušně.
<b>Sebehodnocení</b>	Vážím si sám sebe. Mám oporu i u svých blízkých, což mi velmi pomáhá.	Pacient má pozitivní postoj k sobě a také ke svým blízkým
<b>Vnímání zdraví</b>	Zdraví je to nejdůležitější co v životě máme.	
<b>Vnímání zdravotního stavu</b>	Věřím, že mé problémy s kyčlí po rekonvalescenci úplně odezní a budu se moci vrátit ke sportu.	Pacient si je plně vědom co ho čeká v období po operaci a uvědomuje si nutnost svědomitosti při rehabilitaci.
<b>Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění</b>	Myslím, že jsou daleko závažnější nemoci než ta moje.	Pacient na své onemocnění reaguje dobře. Věří, že operace vyřeší nejhorší problémy.
<b>Reakce na hospitalizaci</b>	V nemocnici mi vadí, že nemám manželku stále u sebe, ale jinak mi nedělá problém si zvyknout na nové podmínky.	Pacient reagoval na hospitalizaci dobře, protože byla dlouhodobě naplánovaná.
<b>Adaptace na onemocnění</b>	Na onemocnění jsem si zvykl, není to až tak hrozné.	Pacient se se svým onemocněním smířil.

<p><b>Projevy jistoty a nejistoty</b> (úzkost, strach, obavy, stres)</p>		<p>Pacient má strach, aby se mohl vrátit k aktivitám, které před začátkem onemocnění vykonával</p>
<p><b>Zkušenosti z předcházejících hospitalizací</b> (iatropatogenie, sorrorigenie)</p>		<p>Pacient byl hospitalizován v roce 1980 na chirurgickém oddělení. Jeho zkušenosti jsou pozitivní.</p>

<b>Posouzení sociálního stavu</b>			
		<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Komunikace</b>	<b>Verbální</b>	S rozhovorem jsem nikdy neměl problém. Kontakty jsem navazoval velmi snadno. Jsem dost otevřený typ.	Pacient je extrovert, s řečovým projevem problémy nemá. Řeč je plynulá. Slovní zásoba je široká. Komunikuje se s ním velmi dobře.
	<b>Neverbální</b>	Myslím, že neverbální řeč moc nepoužívám. Nelíbí se mi, když někdo moc rozhazuje rukama.	Je přiměřená. Zrakový kontakt v průběhu komunikace dodržuje. Svoje pocity vyjadřuje hlavně mimikou.
<b>Informovanost</b>	<b>O onemocnění</b>	Ano, o onemocnění jsem četl knihu a informace jsem čerpal na internetu.	Pacient zná vše o onemocnění.
	<b>O diagnost. metodách</b>	Ano, vím jaké vyšetření musím podstoupit.	Pacient zná jednotlivé diagnostické metody.
	<b>O léčbě a dietě</b>	Ano, byl jsem poučen v nemocnici o tom jak bude probíhat léčba a o způsobu stravování.	Pacient zná způsob léčby a ví jakým způsobem se bude stravovat.

	<b>O délce hospitalizace</b>	Ano, vím, že v nemocnici budu asi 10 dní a potom budu propuštěn do domácího ošetřování.	Pacient ví jakým způsobem bude hospitalizace probíhat.
<b>Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace</b>	<b>Primární (role související s věkem a pohlavím )</b>		Pacient je mužského pohlaví, má 64 let, nemoc neovlivňuje tuto roli.
	<b>Sekundární ( související s rodinou a společenskými funkcemi )</b>	Vztahy v rodině mám velmi dobré. Rodina mi chodí často a pravidelně navštěvovat.	Pacient je manžel, otec, dědeček. Vadí mu, že nemůže být doma se svou rodinou.
	<b>Terciální (související s volným časem a zálibami )</b>		Pacient velmi rád tráví čas v přírodě, nebo s rodinou na zahradě, ale kvůli operaci musí být v nemocnici.

## **MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:**

### **Ordinovaná vyšetření:**

Dnes má plánované biochemické a hematologické vyšetření.

### **Konzervativní léčba :**

**Dieta :** 3 - racionální

**Pohybový režim :** dechová cvičení, posazení na lůžku a opatrný stoj o dvou francouzských holích

**RHB :** na lůžku, nácvik chůze okolo lůžka

### **Medikamentózní léčba :**

- **Per os :** Lozap H                      1-0-0 tbl.  
  Lozap 12,5                      1-0-1 tbl.  
  Novalgin                      1-1-1-1 tbl.
- **I.m.:** Dipidolor 15mg                      na noc
- **S.c.:** Clexane 60mg                      v 6:00 hod
- **Jiná :** 0

**Chirurgická léčba :** 05.11.2008 byla u pacienta provedena operace totální náhrady pravého kyčelního kloubu. K náhradě kloubu byla použita hybridní náhrada, což znamená, že náhrada jamky kyčelní byla použita necementovaná, femorální komponenta vzhledem k věku pacienta byla použita cementovaná. Při operaci založen redonův drén 3x. Po operaci pacient přeložen na JIP ortopedie k pooperační terapii a po stabilizaci stavu 08.11. na standardní oddělení ORT.

## SITUAČNÍ ANALÝZA :

64 letý pacient byl přijatý dne 04.11.2008 na ortopedické oddělení k chirurgické léčbě koxartrózy. Dnes je to pátý den hospitalizace. Dnes se pacient cítí dobře, operační rána je klidná bez známek infekce. V noci spal špatně, protože se asi 3x probudil hlukem na oddělení. Močí bez problémů, moč byla přiměřené barvy. Stolice ještě dnes nebyla. Příjem tekutin je dostatečný, pacient přijímá tekutina perorální cestou. Denně vypije cca 2000ml. Výživa pacienta je přiměřená. Pacient má dietu č.3. Jídlo mu moc nechutná, doma mu chutná každé jídlo. Ke dnešnímu dni nezhubnul. Pacient pociťuje bolesti operovaného kyčelního kloubu po odeznění analgetik. Proto je nutné pravidelné sledování bolesti. Fyziologické funkce jsou v normě: TK 140/90, P 68/min, D 17/min, TT 36,7°C. Jeho pokožka v oblasti pravého stehna je oteklá a má zde rozsáhlý hematom následkem operačního výkonu. Pacient se cítí dobře. Po fyzické stránce se cítí nejistý, má omezený pohybový režim. Hygienu vykonává sám za pomoci sanitárky. Má velkou podporu ve své rodině, je s nimi každý den v přímém kontaktu. Nemocniční prostředí mu nevadí, zadaptoval se na něj velmi dobře. Někdy mu vadí hluk na oddělení. Dnes ho čeká hematologické a biochemické vyšetření. Má strach, že operace nebude mít takový přínos, který od ní čeká.



## 7.2 Ošetrovatelská diagnostika

### **AKTUÁLNÍ DIAGNÓZY :**

**Bolest akutní** v oblasti kyčelního kloubu z důvodu operačního výkonu projevující se stěžováním si na bolest, intenzitou na VAS stupeň č.3bolestivým výrazem v obličeji

**Spánek porušený** z důvodu bolesti, neklidu na oddělení projevující se stížnostmi pacienta na obtížné usínání a únavou pacienta.

**Zhoršená pohyblivost** z důvodu operace a bolesti projevující se omezeným rozsahem pohybu a změnou chůze.

**Deficit sebeděče při oblékání a úpravě zevnějšku** z důvodu muskuloskeletového poškození projevující se neschopností obléknout si dolní část těla.

**Deficit sebeděče při koupání a hygieně** z důvodu muskuloskeletového poškození projevující se neschopností umýt si části těla.

**Porušená kožní integrita** z důvodu chirurgického zákroku projevující se operační ranou

### **POTENCIÁLNÍ DIAGNÓZY:**

**Riziko infekce** z důvodu operační rány a drénů v pravém stehně.

**Zácpa, riziko vzniku** z důvodu se změnou prostředí

**Tělesné tekutiny, riziko deficitu** z důvodu nedostatečné soběstačnosti

## 7.3 Plánování

**Oš.diagnóza: Bolest akutní v oblasti kyčelního kloubu z důvodu operačního výkonu projevující se stěžováním si na bolest, intenzitou na VAS stupeň č.3, bolestivým výrazem v obličeji**

**Cíl (dlouhodobý), stanovený dne 05.11.2008:**

Pacientova bolest se zmírní nebo vymizí do pěti dnů

**Priorita:Střední**

**Výsledná kritéria:** Pacient pociťuje snížení intenzity bolesti do pěti hodin

Pacient ovládá relaxační metody do 2 hodin

Pacient je klidný do 3 hodin

**Intervence:** Ihned lokalizuj bolest, do ½ hod, provede primární sestra

Ihned uznej přítomnost bolesti, do ½ hod, provede primární sestra

Ihned podávej analgetika dle ordinace lékaře, provede službu konající sestra

Uklidni pacienta, zajisti dostatek informací o jeho bolesti do 1 hodiny, provede primární sestra

Zjistí zhoršující faktory do 3 hodin, provede primární sestra

Seznam pacienta a jeho rodinu s příčinami bolesti do 24 hodin, provede primární sestra

Zajisti pacientovi odpoutání od bolesti (rozhovor, televize a jiné aktivity) do 4 hodin, provede primární sestra

Sleduj účinky léků pokaždé po podání léku, provede službu konající sestra

Upozorni lékaře, pokud analgetická léčba je neúčinná – provede službu konající sestra

Nauč pacienta neinvazivní způsoby, jak zmírnit bolest (relaxace, teplo x chlad) do 2 hodin, provede primární sestra

**Oš.diagnóza: Zácpa, riziko vzniku** z důvodu se změnou prostředí a změnou stravovacích návyků

**Cíl (krátkodobý), stanovený dne 09.11.2008**

Udržení normálního fungování a vyprazdňování střev.

**Priorita:** Nízká

**Výsledná kritéria:** Pacient má přehled o vhodné životosprávě do 3 hodin

Pacient je poučený o cvičení, které zlepšuje peristaltiku do 3 hodin hospitalizace

**Intervence:** Vyšetří břicho poslechem a popiš přítomnost a charakter střevních zvuků, které jsou odrazem činnosti střev, provede primární sestra

Prober s pacientem obvyklý způsob vyprazdňování a používání projímadel, provede primární sestra

Zjistí současnou situaci a možný dopad na fungování střev, provede primární sestra

Zdůrazní přiměřený příjem tekutin včetně vody a džusů s obsahem ovocné dužiny, doporučí pití teplých stimulačních nápojů, provede primární sestra

Dbějí na dostatek soukromí a pravidelnou dobu pro defekaci, provede službu konající sestra

**Oš.diagnóza: Zhoršená pohyblivost z důvodu operace a bolesti projevující se omezeným rozsahem pohybu a změnou chůze**

**Cíl (dlouhodobý), stanovený dne 06.11.2008:**

Pacient vyjádří ochotu a projeví účast na aktivitách

Pacient si osvojí postupy – způsoby, umožňující opětné provedení činnosti

Pacient bude provádět péči o sebe sama na úrovni svých schopností

**Priorita:** střední

**Výsledná kritéria:** Pacient si osvojí postupy ke zlepšení pohyblivosti

Pacient projeví účast na aktivitách

**Intervence:** Vybuduj s pacientem vztah založený na dohodě, provede primární sestra

Vyhrad' si čas na vyslechnutí pacienta, aby bylo možno včas zjistit případné překážky účasti v režimu, provede primární sestra

Asistuj při rehabilitačním programu ke zlepšení schopností, provede službu konající sestra

Nauč pacienta šetřit energii, provede primární sestra

Pravidelně upravuj program tak, aby odpovídal schopnostem pacienta, provede primární sestra s fyzioterapeutem

**Oš.diagnóza: Deficit sebepéče při oblékání a úpravě zevnějšku z důvodu muskuloskeletového poškození projevující se neschopností obléknout si dolní část těla**

**Cíl (dlouhodobý) stanovený dne 06.11.2008**

Pacient vyjádří ochotu a projeví účast na aktivitách

Pacient si osvojí postupy – způsoby, umožňující opětné provedení činnosti

**Priorita:** střední

**Výsledná kritéria:** Pacient si osvojí postupy ke zlepšení oblékání

Pacient projeví účast na aktivitách

**Intervence:** Vybuduj s pacientem vztah založený na dohodě, provede primární sestra  
Vyhrad' si čas na vyslechnutí pacienta, aby bylo možno včas zjistit případné překážky účasti v režimu, provede primární sestra  
Dle potřeby obstaraj pomůcky, provede primární sestra  
Edukuj pacienta o možnosti využití pomůcek při oblékání, provede primární sestra  
Zajisti dohled pacienta při oblékání, provede službu konající sestra

**Oš.diagnóza: Porušená kožní integrita z důvodu chirurgického zákroku projevující se operační ranou**

**Cíl (dlouhodobý), stanovený dne 05.11.2008**

Pacient nemá porušenou kožní integritu v maximální možné míře do 1 týdne.

**Priorita:** Střední

**VK:** Pacient si je vědom rizik která jsou s porušenou kožní integritou spojená do 1 hodiny  
Pacient zná omezení, která jsou s porušenou kožní integritou spojená do 1 hodiny  
Pacient je poučen, jak se pečuje o operační ránu do 1 hodiny  
Pacient dodržuje léčebná opatření po celou dobu hospitalizace

**Intervence:** Pouč pacienta, jaká jsou rizika porušené kožní integrity do 1 hodiny, provede primární sestra  
Pouč pacienta jak pečovat o operační ránu do 2 hodin, provede primární sestra  
Pouč pacienta o vhodných aktivitách během dne, které jsou pro něj bezpečné do 2 hodin, provede primární sestra  
Sleduj operační ránu, 2x denně, provede službu konající sestra  
Sleduj TT, TK a P 1x denně, provede službu konající sestra

## 7.4 Realizace

**09.11.2008**

**7<sup>15</sup>** : Pacienta jsem nechala popsat bolest podle stupnice od 0 – 10, pacient udal číslo 4, tvrdí, že bolest večer po podání i.m. analgetik odezněla a v klidu se vyspal. S pacientem jsem probrala obvyklý způsob vyprazdňování a zjistila jsem, že pacient chodí na stolicí každý den ráno. Je možné, že funkci střev ovlivňuje omezený pohyb, snížený příjem potravy.

Po včerejší konzultaci s lékařem a RHB pracovníkem jsem pacientovi zopakovala správný postup cvičení na lůžku, které pacient může provádět sám během celého dne.

sestra J.Z.

**7<sup>50</sup>**: Na základě ordinace lékaře byla pacientovi podána perorální analgetika. Splnění lékařské ordinace jsem zapsala do ošetrovatelské dokumentace. Pacient vypil sklenici vlažné vody na lačno, na podporu střevní peristaltiky.

sestra J.Z.

**8<sup>30</sup>**: Pacientovi jsem změřila fyziologické funkce, které jsem zaznamenala do ošetrovatelské dokumentace. ( TK 130/75, P 74/min, D 18/min)

sestra J.Z.

**8<sup>40</sup>**: Posouzení – pacient se snaží sám cvičit na lůžku cviky, které jsme si zopakovali a na které dostal edukační leták. Objektivně na něm nepozoruji žádné mimické projevy bolesti. Drobné mimické projevy jsem zaznamenala, když pacient měnil polohu na lůžku.

sestra J.Z.

**9<sup>10</sup>**: Přesvědčila jsem se, že pacient má dostatek pohodlí a že ho nic neruší.

sestra J.Z.

**9<sup>20</sup>**: Pacienta jsem seznámila s možností úlevových poloh na lůžku pro operovanou nohu.

sestra J.Z.

Průběžné hodnocení

**9<sup>45</sup>**: Pacient udává zmírnění bolesti ze stupně 4 na stupeň 2, zmírnění bolesti nastalo po podání analgetik, pacient udává lepší pohyblivost na lůžku i mimo něj.

sestra J.Z.

**10<sup>00</sup>:** Za pacientem přichází RHB pracovník, pacient obléká ponožky za pomoci kompenzační pomůcky a nazouvá obuv. Pacient nacvičuje správné stávání z lůžka a nácvik chůze o dvou francouzských holích v rovném terénu a na schodech.

sestra J.Z.

**11<sup>00</sup>:** Pacient jde se mnou do koupelny, kde se pod dozorem sám osprchoval. Během hygieny si osprchoval i operační ránu, která je klidná bez sekrece a již není nutné ránu dále krýt.

sestra J.Z.

**11<sup>20</sup> :** Pacient si sám na lůžku zvolil úlevovou polohu, kterou již zná. Doporučila jsem mu, aby cvičil cviky na podporu peristaltiky střev a to střídavé vtahování a uvolňování břicha.

sestra J.Z.

**11<sup>40</sup>:** Pacient odpočívá na lůžku na místo operačního výkonu jsem přiložila studený gelový

sestra J.Z.

**12<sup>15</sup>:** Pacient byl na stolici.

sestra J.Z.

## **7.5 Hodnocení**

**09. 11. 2008, 12<sup>30</sup>**

Bolest akutní, cíl byl splněný částečně:

Pacient udává zmírnění bolesti, na stupnici označil intenzitu bolesti 2. U pacienta jsem na základě indikace lékaře podala Novalgin per os, čímž jsme snížili stupeň bolesti.

Pacient zná nefarmakologické metody pro zmírnění bolesti. Používal úlevové polohy, dechové cvičení, pacient se snažil od bolesti odpoutat průběžným posloucháním rádia a komunikací se spolupacienty.

Vzhledem ke stálé přítomnosti bolesti je nutno pokračovat v ošetrovatelských intervencích i v odpoledních hodinách a také v následujících dnech až do úplného vymizení bolesti.

**09. 11. 2008, 12<sup>30</sup>**

Zácpa, riziko vzniku, cíl byl splněný:

Pacient chápe nutnost přijímání vlákniny a pravidelného cvičení (v rámci možností) na udržení normální peristaltiky střev.

**09. 11. 2008, 12<sup>30</sup>**

Zhoršená pohyblivost, cíl byl splněný částečně:

Pacient chápe nutnost samostatného cvičení na lůžku dle pokynů. Pohyblivost se dnes zlepšila. Pacient je schopen již bez pomoci sám vstát z postele a o francouzských holích dojít sám na WC.

Vzhledem k dalšímu zlepšení pohyblivosti doporučuji pokračovat ve stanovených intervencích po 13. hodině i další dny.

**9. 11. 2008, 12<sup>30</sup>**

Deficit sebezpečí při oblékání a úpravě zevnějšku, cíl byl splněný částečně:

Pacient se sám aktivně zapojil do získání dovedností s kompenzačními pomůckami, které mu pomáhají k návratu k soběstačnosti v sebezpečí. Již si sám zvládne obléknout ponožky a boty.

Vzhledem k získání dovedností úplné samostatnosti doporučuji pokračovat ve stanovených intervencích po celou dobu hospitalizace.

**9. 11. 2008, 12<sup>30</sup>**

Porušená kožní integrita, cíl byl splněný částečně:

Pacient chápe, jak má dobře pečovat o operační ránu. Operační rána je dnes klidná bez začervenání a sekrece.

Vzhledem k bezproblémovému zhojení operační rány doporučuji pokračovat ve stanovených intervencích do propuštění pacienta z nemocnice.

## **Celkové hodnocení - ze dne 14. 11. 2008**

Ošetrovatelské intervence byly realizovány celou dobu hospitalizace. Bolest se snížila na minimum, pacient si pouze po namáhavé rehabilitaci žádá perorální analgetikum. Schopnost sebe péče je dostatečná, aby pacient byl schopný se o sebe postarat v domácím prostředí. Pohyblivost pacienta odpovídá době po operaci. Pacient chodí o dvou francouzských holích s odlehčením operované končetiny. Bez problémů se pohybuje po rovném terénu a je schopen sejít 10 schodů. Pacient si svůj volný čas vyplňoval sledováním televizoru, posloucháním rádia, ale hlavně čtením denního tisku. Na omezení svých běžných zvyklostí se přiměřeně adaptoval. Pacientův strach zda operace bude úspěšná se podařil jen částečně zmírnit, ale pacient věří, že v brzké době bude bez problémů. Pacient měl stolici pravidelně každý den, zácpa po zahájení ošetrovatelských intervencí u něj nevznikla.

Vzhledem k tomu, že u nemocného nedošlo během léčby k žádným komplikacím, lze hodnotit ošetrovatelskou péči jako uspokojivou. Sám nemocný neměl k ošetrovatelské péči žádné výhrady, během léčby spolupracoval, velký zájem o jeho brzké uzdravení projevovala i jeho rodina.

Ošetrovatelský proces se významným způsobem podílel na léčení, zejména v oblasti uspokojování potřeb nemocného a na prevenci komplikací.



## **Závěr**

Ve své práci jsem se zaměřila na získání souhrnných informací o koxartróze, které budou přínosem nejen pro odborníky, ale i pro laickou veřejnost. Při psaní této práce jsem použila nejnovější poznatky, které byly o nemoci zjištěné nejenom v teoretické části, ale i při ošetřování nemocného metodou ošetřovatelského procesu. Cíl práce byl splněný, podařilo se mi navrhnout účinný terapeutický plán realizovaný metodou ošetřovatelského procesu, který při správném sestavení může urychlit celkový léčebný plán. Práce může posloužit jako pomůcka pro sestry na ortopedickém oddělení při posuzování, diagnostice, plánování a realizaci ošetřovatelské péče.

## Seznam použité literatury

1. ANONYM. *Typy kyčelních náhrad a způsoby jejich upevnění*. [online] 2001 [cit. 2006-03-11]. Dostupné z WWW: <<http://www.orthes.cz/types.htm>>.
2. ANONYM. *Pooperační průběh*. [online] 2001. [cit. 2006-03-11]. Dostupné z WWW: <<http://www.orthes.cz/postoperative.htm>>.
3. BARTONÍČEK, J. aj., *Chirurgická anatomie velkých končetinových kloubů*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1991. 252 s. ISBN 08-056-91
4. DONGES, M. E., MOORHOUSE, M. F., *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2001. 565s. ISBN 80-247-0242-8
5. DUNGL, P. A KOL., *Ortopedie*, Praha: Grada Publishing, 2005. 1273s. ISBN 80-247-0550-8
6. KOUDELA, K. aj., *Ortopedie*. Praha: Karolinum, 2004. 281s. ISBN 80-246-0654-2
7. KOZIEROVÁ, B., *Ošetrovatelství 1. a 2.*, 1. vyd., Martin: Osveta, 1995, ISBN 80-217-0528-0
8. MAREČKOVÁ, J., *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*, Praha: Grada Publishing, 2006. 264s. ISBN 80-247-1399-3
9. MASTILIAKOVÁ, D., *Úvod do ošetrovatelství 1.díl*, Praha: nakladatelství Karolinum, 2003. 123s. ISBN 80-246-0429-9
10. MATOUŠ, M., MATOUŠOVÁ, M., KUČERA, M., *Život s endoprotézou kyčelního kloubu*, Praha: Grada Publishing, 2005. 95s. ISBN 80-247-0886-8
11. ORAVOVÁ, E., BRADOVÁ, P., *Ergoterapie po TEP kyčelního kloubu u klientů oddělení léčebné rehabilitace*, In Sestra. Praha, 2008, roč.18, č.5, s.38, ISSN 1210-0404
12. SOSNA, A., *Endoprotéza kyčelního kloubu*, Praha: Triton, 2001. 245s. ISBN 80 – 7254 – 046 – 7
13. STAŇKOVÁ, M., *České ošetrovatelství 6 – Hodnocení a měřicí techniky v oš. praxi* Brno: Národní centrum ošetrovatelství, 2004. 55s. ISBN - neuváděno
14. ŠŤASTNÁ, I., *Ošetřování nemocných po náhradě kyčelního kloubu*. In Sestra. Praha, 2002, roč. 12, č.6, s. 22 – 24, ISSN 1210-0404

15. TRACHTOVÁ, E. A KOL., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, NCO NZO Brno, 2006. 185s. ISBN 80-7013-324-4
16. TRNAVSKÝ, K., *Léčebná péče v revmatologii*, Praha: Grada a Avicenum, 1993. 158s. ISBN - neuvedeno
17. VOKURKA, M., HUGO, J., *Praktický slovník medicíny*, Praha Maxdorf 1998. 543s. ISBN 80-85800-81-0

## Seznam použitých zkratk

<b>BMI</b>	.....	body max index
<b>°C</b>	.....	stupeň celsia
<b>cm</b>	.....	centimetr
<b>č</b>	.....	číslo
<b>D</b>	.....	dech
<b>Dg.</b>	.....	diagnóz
<b>hod</b>	.....	hodina
<b>i.m.</b>	.....	intramusculárně
<b>JIP</b>	.....	jednotka intenzivní péče
<b>kg</b>	.....	kilogram
<b>kol.</b>	.....	kolektiv
<b>l</b>	.....	litr
<b>min</b>	.....	minuta
<b>mm</b>	.....	milimetr
<b>např.</b>	.....	například
<b>ORT</b>	.....	ortopedie
<b>oš.</b>	.....	ošetřovatelská
<b>poop.</b>	.....	pooperační
<b>Rtg</b>	.....	rentgen
<b>s.c.</b>	.....	subkutánně
<b>str.</b>	.....	strana
<b>tbl.</b>	.....	tableta
<b>TEP</b>	.....	totální endoprotéza
<b>TK</b>	.....	krvní tlak
<b>TT</b>	.....	tělesná teplota
<b>Tv</b>	.....	televize
<b>ÚVN</b>	.....	ústřední vojenská nemocnice
<b>VAS</b>	.....	vizuální a analogová škál

## Seznam příloh

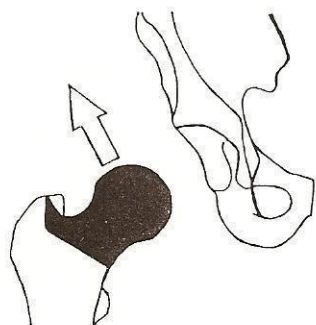
- Příloha č.1      Obrázek č.1 – Postup náhrady kyčelního kloubu TEP
- Příloha č.2      Obrázek č.2 – Rtg snímek a schéma cementovaná TEP
- Příloha č.3      Obrázek č.3 – Rtg snímek a schéma necementovaná TEP
- Příloha č.4      Obrázek č.4 – Rtg snímek a schéma hybridní TEP
- Příloha č.5      Tabulka č.1 – Hodnocení rizika vzniku dekubitu – rozšířená stupnice  
Nortonové
- Příloha č.6      Tabulka č.2 – Barthelův test základních všedních činností
- Příloha č.7      Tabulka č.3 – Dotazník pro funkční hodnocení pacienta (FAQ)
- Příloha č.8      Leták - Nevhodné činnosti a zásady po TEP
- Příloha č.9      Leták - Aktivity, kterých je třeba se vyvarovat po operaci TEP

**Příloha č.1 - Postup náhrady kyčelního kloubu TEP,**

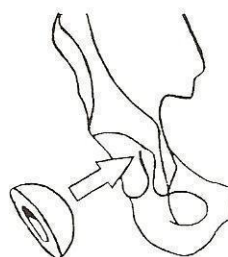
(ANONYM. *Typy kyčelních náhrad a způsoby jejich upevnění.*[online] 2001

[cit. 2006-03-11]. Dostupné z WWW:

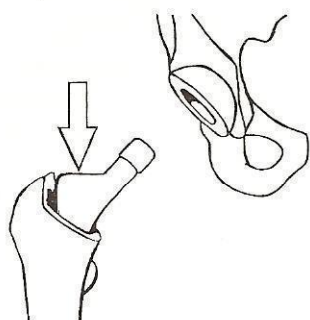
< <http://www.orthes.cz/types.htm>>. )



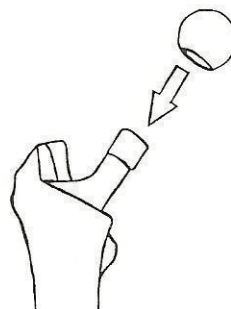
odstranění postižené hlavice stehenní kosti



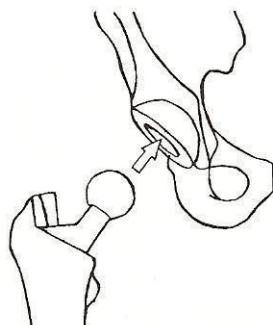
upevnění jamky endoprotézy do kostního lůžka



zavedení dřívku do kanálu ve stehenní kosti



nasazení kovové nebo keramické hlavice na dřík



zakloubení hlavice do jamky

## Příloha č.2 - Rtg snímek a schéma cementovaná TEP

(ANONYM. *Typy kyčelních náhrad a způsoby jejich upevnění.*[online] 2001

[cit. 2006-03-11]. Dostupné z WWW:

< <http://www.orthes.cz/types.htm>>. )



Rtg snímek cementované TEP kyčle

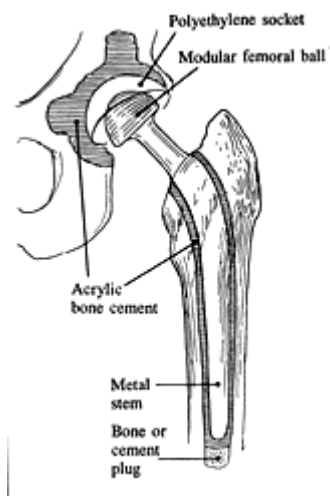


Schéma cementované TEP kyčle

### Příloha č.3 - Rtg snímek a schéma necementovaná TEP

(ANONYM. *Typy kyčelních náhrad a způsoby jejich upevnění.*[online] 2001

[cit. 2006-03-11]. Dostupné z WWW:

< <http://www.orthes.cz/types.htm>>. )



Rtg snímek necementované TEP kyčle

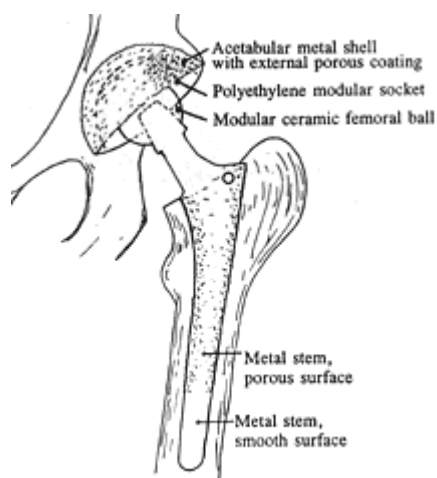


Schéma necementované TEP kyčle



#### Příloha č.4 - Rtg snímek a schéma hybridní TEP

(ANONYM. *Typy kyčelních náhrad a způsoby jejich upevnění.*[online] 2001

[cit. 2006-03-11]. Dostupné z WWW:

< <http://www.orthes.cz/types.htm>>. )



Rtg snímek hybridní TEP kyčle

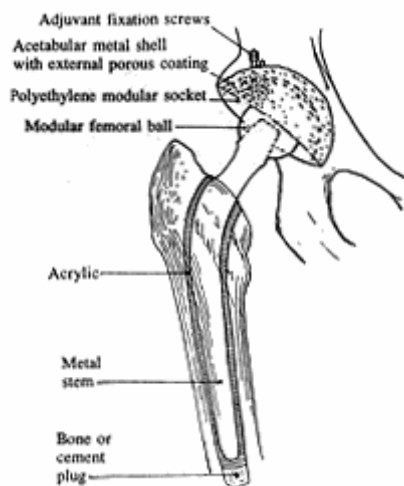


Schéma hybridní TEP kyčle

**Příloha č.5 - Hodnocení rizika vzniku dekubitu – rozšířená stupnice Nortonové**

( Staňková, 2004, 48 str.)

Schopnost spolupráce		Věk		Stav pokožky		Další nemoci		Tělesný stav		Stav vědomí		Pohyblivost		Inkontinence		Aktivita	
Úplná	4	00-10	4	Normální	4	Žádné	4	Dobry	4	Dobry	4	Úplná	4	Není	4	Chodí	4
Malá	3	11-30	3	Alergie	3	Horečka Diabetes Anemie Karcinom	Podle závažnosti nemoci 3-1	Zhoršený	3	Apatický	3	Částečně omezená	3	Občas	3	Doprovod	3
Částečná	2	31-60	2	Vlhká	2	Kachexie <b>Obezita</b> On.cév A jiné		Špatný	2	Zmatený	2	Velmi omezená	2	Převážně močová	2	Sedačka	2
Žádná	1	nad 60	1	Suchá	1			Velmi špatný	1	Bezvědomí	1	žádná	1	Stolice i moč	1	Upoután na lůžko	1

Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitu je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko)

**Pacient dosáhl 29 bodů.**

**Hodnocení bylo odebráno 2. den po OP výkonu.**

**Příloha č.6 - Barthelův test základních všedních činností.**

( Staňková, 2004, 35 str.)

	<b>Činnost:</b>	<b>Provedení činnosti:</b>	<b>Bodové skóre</b>
<b>01.</b>	<b>Najedení,napití</b>	Samostatně bez pomoci	10
		<b>S pomocí</b>	<b>05</b>
		Neprovede	00
<b>02.</b>	<b>Oblékání</b>	Samostatně bez pomoci	10
		<b>S pomocí</b>	<b>05</b>
		Neprovede	00
<b>03.</b>	<b>Koupání</b>	Samostatně nebo s pomocí	05
		<b>Neprovede</b>	<b>00</b>
<b>04.</b>	<b>Osobní hygiena</b>	<b>Samostatně nebo s pomocí</b>	<b>05</b>
		Neprovede	00
<b>05.</b>	<b>Kontinence moči</b>	<b>Plně kontinentní</b>	<b>10</b>
		Občas inkontinentní	05
		Trvale inkontinentní	00
<b>06.</b>	<b>Kontinence stolice</b>	<b>Plně kontinentní</b>	<b>10</b>
		Občas inkontinentní	05
		Inkontinentní	00
<b>07.</b>	<b>Použití WC</b>	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		<b>Neprovede</b>	<b>00</b>
<b>08.</b>	<b>Přesun lůžko-židle</b>	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomocí	10
		<b>Vydrží sedět</b>	<b>05</b>
		Neprovede	00
<b>09.</b>	<b>Chůze po rovině</b>	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomocí 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	05
		<b>Neprovede</b>	<b>00</b>
<b>10.</b>	<b>Chůze po schodech</b>	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		<b>neprovede</b>	<b>00</b>

## Hodnocení stupně závislosti

<b>Hodnocení:</b>	Závislost	Body
	<b>Vysoce závislý</b>	<b>00 – 40 bodů</b>
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	nezávislý	96 – 100 bodů

Pacient dosáhl 40 bodů. Toto hodnocení bylo odebráno 1. pooperační den.

Den před propuštěním byl vyhodnocen nový test, kdy pacient dosáhl 95 bodů.

**Příloha č.7 - Dotazník pro funkční hodnocení pacienta /FAQ)***Functional activities questionnaire (FAQ) (vlastní pracoviště, ÚVN)*

	Činnosti:	Body
1	Placení účtů, spoření, používání vkladní knížky /šeků/ sporožirových účtů a podobně	0
2	Vyplňování úředních dokument (daňových přiznání, žádostí a formulářů).	0
3	Samostatně nakupování oblečení, potřeb pro domácnost nebo potravin.	0
4	Hraní společenských her, věnování se koníčkům.	0
5	Ohřát vodu a připravit kávu, vypnou sporák.	0
6	Uvařit kompletní jídlo.	0
7	Pamatovat si současné události.	0
8	Udržet pozornost, porozumět a hovořit o televizních programech, knihách a časopisech.	0
9	Pamatovat si termíny schůzek, rodinných událostí, svátků, léky a jejich užívání	0
10	Cestovat mimo nejbližší okolí, řídit auto, použít autobus nebo vlak	0
Celkové skóre		<b>0</b>

Celkové hodnocení:

Body:	Hodnocení
<b>0 – 8 bodů</b>	<b>Normální výsledek</b>
9 a více bodů	Funkční postižení svědčící pro demenci

**Příloha č.8 - Nedoporučované činnosti a zásady po operaci TEP kyčle ( vlastní pracoviště, ÚVN Praha))**

- Nesesedět nikdy tak, aby v kyčli byl větší než pravý úhel, vyvarovat se hlubokých křesel, sedět na vysokých tvrdých židlích, sedět na obou půlkách hýždí, ne nakřivo
- Nedělat dřepy, nepředklánět se, při zvedání předmětů ze země zanožit operovanou končetinu
- Nekřížit dolní končetiny, při sedu nedávat nohu přes nohu
- Nepřetáčet se na lůžku bez polštáře mezi kolena a bérce
- Neuklánět se a nepřetáčet se na zdravou stranu – operovaná dolní končetina se nesmí dostat přes střední rovinu
- Při chůzi nepoužívat pantofle, ale pevnou obuv, pozor na kluzký a nerovný terén, pozor na pády
- Neobouvat si ponožky a boty sám, později s pomůckami
- Nenosit těžké předměty, břemena nosit na zádech
- Zpočátku neřídít auto, pozor při nastupování a vystupování
- Nepřetěžovat operovanou dolní končetinu, střídat polohy (sed-leh-chůze), sedět maximálně ½ hodiny, dlouho nestát (ve frontě, u žehlení)
- Hlídat si tělesnou hmotnost
- Pravidelně cvičit
- Mezi vhodné sporty patří zejména plavání, cvičení ve vodě, jízda na kole nebo rotopedu se zvýšeným sedátkem, každodenní procházka, v zimě běžky. Nevhodné jsou naopak kontaktní sporty, jízda na koni, běhy, skoky, horská turistika. Velké nebezpečí úrazu hrozí také při sjezdovém lyžování.
- Úprava pracovního i domácího prostředí
- Navštěvovat lékaře i s běžnými infekcemi (prevence tvorby fokusu a hematogennímu rozsevu do oblasti kyčelního kloubu), preventivní dávky ATB u stomatologických a drobných chirurgických výkonů

**Příloha č.9 - Aktivita, kterých je třeba se vyvarovat**

(ANONYM. *Pooperační průběh*. [online] 2001. [cit.2006- 03-11] . Dostupné z WWW: <<http://www.orthes.cz/postoperative.htm>> )

(1) **Nesedejte** si na **nízkou** židli, nebo když kolena jsou výše než kyčel.



(2) **Nenahýbejte** se dopředu.



(3) **Neotáčejte** se na stranu.



(4) **Vyvarujte se** extrémních předklonů.



(5) **Nedávejte** nohy k sobě.

