

**Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Praha 5**

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U KLIENTKY S TOTÁLNÍ
ENDOPROTÉZOU KYČLE**

Bakalářská práce

JANA DE ROECKOVÁ, Dis.

Praha 2011

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U KLIENTKY S TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZOU KYČLE

Bakalářská práce

JANA DE ROECKOVÁ, Dis.

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

Edukační centrum Vsetín

Vedoucí práce: Mgr. Marcela Hasová

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2011 – 05 – 30

Praha 2011



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Dušková 7, PSČ 150 00

De Roecková Jana
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 26. 11. 2010 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče u klienta s totální endoprotézou kyčle

Nursing Caring of a Patient with a Total Hip Replacement

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Marcela Hasová

V Praze dne: 16. 12. 2010

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne 31. května 2011

.....

ABSTRAKT

DE ROECKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelská péče u klientky s totální endoprotézou kyčle*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: Mgr. Marcela Hasová. Olomouc 2011, 45 s.

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku ošetrovatelské péče u klientky po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu a s tím související léčebně-rehabilitační postupy. Je rozčleněna na část teoretickou, speciální a ošetrovatelský proces. Teoretická část popisuje anatomii kyčelního kloubu, předkládá obecné informace o typech kloubních náhrad, indikacích, kontraindikacích, komplikacích a operačních technikách, užívaných k implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. Speciální část obsahuje komplexní léčebně-rehabilitační metody a postupy využívané u klientů po implantaci TEP kyčelního kloubu. Poslední část je věnována ošetrovatelskému procesu u klientky s implantovaným kyčelním kloubem, posouzení jejího aktuálního stavu, stanovení ošetrovatelských diagnóz, plánování a vlastní realizace a hodnocení.

Klíčová slova: Ošetrovatelská péče. Kyčelní kloub. Totální endoprotéza. Rehabilitace. Pacientka.

SUMMARY

DE ROECKOVÁ, Jana. *Nursing process about patient with total hip replacement*. Health college, grade : bachelor.

Work leader - Mgr. Marcela Hasová

Bachelor's graduate work target the problems with nursing care for patient after total hip replacement and related therapy and physio techniques. The work is divided to theoretical, special and nursing care parts. Theroretical part represent hip joint anatomy, information about different types of the hip replacements, indications, contraindications, complications and surgical techniques used for total hip replacement (THR). Special part include full therapeutical and physio procedures used for patients after THR. Last, but not least, part of my work is about nursing process for patient after THR, her health asseessment, nursing diagnosis determination, therapy planning, realization and its evaluation.

Key words : nursing care, hip joint, total replacement, physiotherapy, patient.

PŘEDMLUVA

Onemocnění pohybového aparátu se stává velice častým problémem všech věkových kategorií. Ať již se člověk s nimi rodí, získává náhle, či jde o onemocnění postupně vznikající, jde vždy o onemocnění velmi bolestivé, které vede ke zhoršování kvality života jedince.

V dnešní vyspělé době, kdy je medicína na vysoké úrovni, dovede řešit také degeneraci kyčelního kloubu a to náhradou kloubu za implantát - totální endoprotézu kyčle.

Téma bakalářské práce bylo zvoleno proto, aby ukázalo, jak tato metoda pomáhá lidem z jejich svízelné zdravotní situace. Dále také proto, že s endoprotézou mám zkušenosti z ortopedického oddělení, kde pracuji a tohoto bylo možné využít i při psaní mé bakalářské práce. Podklady pro práci jsem čerpala jak z knižních, časopiseckých, internetových pramenů, tak i z praxe.

Práce vznikla ve snaze nastínit a přiblížit danou problematiku nejen zdravotnické veřejnosti, ale případně i studentům zdravotnických škol.

Velmi ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Marcelé Hasové, za odborné vedení, cenné rady, připomínky a velkou pomoc při jejím zpracování.

Dále bych chtěla poděkovat vedení chirurgie Vojenské nemocnice Olomouc a kolektivu ortopedického oddělení chirurgie B, kteří mi umožnili na její práci pracovat.

A v neposlední řadě děkuji celé mé rodině a příteli za trpělivost, shovívavost a vytvoření podmínek pro tvorbu mé bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 Kyčelní kloub	11
1.1 Anatomie	11
2 Totální endoprotéza kyčelního kloubu (TEP)	13
2.1 Typy endoprotéz kyčelního kloubu	13
2.2 Indikace k provedení TEP kyčelního kloubu	14
2.3 Kontraindikace k TEP kyčelního kloubu	16
2.4 Možné komplikace spojené s implantací TEP	17
3 Rehabilitace	18
3.1 Před TEP	18
3.2 Po TEP	18
4 Ošetrovatelská péče před a po implantaci kyčelního kloubu	22
PRAKTICKÁ ČÁST	24
5 Ošetrovatelský proces	24
5.1 Posuzování	24
5.2 Diagnózy	34
5.3 Plánování, realizace, hodnocení	35
ZÁVĚR	41
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	42
SEZNAM PŘÍLOH	45

Přehled zkratk a symbolů

AT – autologní transfuze

BMI – Body mass index – index tělesné hmotnosti

CMP – cévní mozková příhoda

cm – centimetr

D - dech

dlp. – dle potřeby

i.m. – intramuskulárně

i.v. - intravenózně

kg - kilogram

LDK – levá dolní končetina

l.dx. – latus dextrum – pravá strana

l.sin. – latus sinistrum – levá strana

mg - miligram

min. – minuta

ml - mililitr

P – puls

PDK – pravá dolní končetina

PMK – permanentní močový katetr

PNC – Penicilín

PŽK – permanentní žilní katetr

tbl. – tableta

TEN – trombebolická nemoc

TEP – totální endoprotéza

TK – tlak krevní

tob. - tobolka

Torr – jednotka tlaku

TT – tělesná teplota

°C – jednotka teploty

Seznam použitých odborných výrazů

abúzy – nadměrné užívání

adnexectomie – odstranění děložních přívěsků (vaječníků, vejcovodů)

anamnéza - předchorobí; soubor údajů o prodělaných nemocech pacienta (a. osobní),
rodičů a sourozenců (a. rodinná), o subjektivních potížích a sociálních a
ekologických podmínkách nemocného

anesteziologický – zabývající se znecitlivěním

autologní – sobě samému

bulby – oční koule

cefalea – bolest hlavy

dysplazie - zrůdnost orgánů nebo organizmů

edukovat - vychovávat

endoprotéza – kloubní náhrada

extrauterina – mimo děložní (těhotenství)

hepar – játra

isokorická -

intermitentní – opakující se, přerývané

lien - slezia

menarche – první menstruace

menopauza – ukončení menstruačních cyklů (poslední menstruace)

migréna – záchvatovitá bolest hlavy

peristaltika – pohyb střev

per os - ústy

totální – úplná

ÚVOD

„ Dobrá ošetřovatelka vede nemocného ke všemu, co jest mu prospěšno...“

Florence Nightingalová

Onemocnění pohybového aparátu a zvláště pak kyčlí je mnohem rozšířenější, než si většina lidí uvědomuje. Člověk s onemocněním kyčlí, mívá ve většině případů silné bolesti a omezení hybnosti. Toto onemocnění ovlivňuje i ostatní oblasti pacientova života, zvláště pak pracovní, společenský a rodinný život.

Totální endoprotéza (TEP) kyčelního kloubu je osvědčenou metodou chirurgické léčby nemocí a vad kyčelního kloubu. Tato operace je nákladná, ale patří k nejúspěšnějším metodám. Obvykle umožní obnovit plnou pohyblivost kyčle, protože je kloub zcela nahrazen. Jejím cílem je úleva od bolesti a obnova rozsahu pohybu

Život s endoprotézou vedle pravidelného pohybového režimu předpokládá, že po celý zbytek života je nutné dodržovat zvláštní, tzv. šetřící režim, který má zabránit předčasnému opotřebování endoprotézy a tím i nutnosti její výměny.

Cílem práce je nejen seznámení pacientky s pravidly šetřícího režimu, ale také osvojení všech pohybových a režimových opatření, které vedou ke zvyšování úrovně soběstačnosti během dnů po této náročné operaci. Dále pak zajištění všech jeho základních potřeb a poskytnutí komplexní ošetřovatelské péče s minimalizací vzniku možných komplikací.

TEORETICKÁ ČÁST

Je rozdělena na čtyři hlavní úseky: vlastní kyčelní kloub, endoprotézy, rehabilitace a základních ošetrovatelská péče před a po operaci.

1 Kyčelní kloub

Kyčelní kloub je kulovitý kloub dolní končetiny. Jedná se o kloub omezený, nebo-li *enarthrosis* a je největším kloubem v těle. Plní dvě hlavní funkce: umožňuje pohyb dolní končetiny jako celku vůči trupu a umožňuje optimální přenos tlakových sil, které dosahují v některých okamžicích mnohonásobku hmotnosti lidského těla.

1.1 Anatomie

Kyčelní kloub tvoří hlavice kosti stehenní (*caput femoris*) a kloubní jamka acetabulum kosti pánevní. **Acetabulum** je tvořeno kostí sedací - os ischii, kostí kyčelní – os ilium, kostí stydkou - os pubis. Hlavice i jamka jsou pokryty chrupavkou. Kloubní pouzdro začíná na okrajích acetabula, které je poměrně silné a je zesíleno vazy. Vnitřek kloubu je zvlhčován synoviální tekutinou, jež je produkována synoviální blankou, která tvoří součást výstelky. Tekutina zajišťuje pohyb kloubních ploch, omezení tření a výživu kloubní chrupavky .

Kyčelní kloub má velmi silný **vazivový aparát**, který je tvořen kloubním pouzdem a jeho zesilujícími vazy, labrem acetabulare (lem vazivové chrupavky) a ligamenty.

Základní vazy kyčelního kloubu :

- *Ligamentum. iliofemorale* je nejsilnějším vazem a probíhá ve dvou svazcích. Omezuje extenzi a přispívá k udržení trupu ve vzpřímeném postoji
- *Ligamentum. Pubofemorale* omezuje obdukcii a zevní rotaci.
- *Ligamentum ischiofemorale* je největším vazem. Napíná se při addukci a vnitřní rotaci

Pohyby v kyčelním kloubu se dějí ve smyslu flexe, extenze, abdukce, addukce, zevní rotace a vnitřní rotace. Dle metody SFTR se určuje aktivní rozsah pohybu v kyčelním kloubu v jednotlivých rovinách (Haladová, 2003) (*Tab. 1*).

Rovina	Pohyb	Rozsah	Zápis
sagitální	extenze	120°	S: 15 – 0 – 130
	flexe	15°	
frontální	abdukce	45°	F: 45 – 0 – 30
	addukce	25°	
transverzální	abdukce v 90° flexi	50°	T: 50 – 0 – 10
	addukce v 90° flexi	10°	
rotace	zevní rotace	45°	R: 45 – 0 – 45
	vnitřní rotace	45°	

Tab. 1. Pohyby v rovinách a jejich fyziologické rozsahy v kyčelním kloubu

Svaly kyčelního kloubu zajišťují volný pohyb celé dolní končetiny: extenzory – natahovače, flexory – ohybače, abduktory – přitahovače, adduktory – odtahovače (Dylevský, 2000)

2 Totální endoprotéza kyčelního kloubu (TEP)

Totální endoprotéza kyčelního kloubu, znamená umělou náhradu celého poškozeného kyčelního kloubu, tedy hlavice i kloubní jamky.

Každá endoprotéza se skládá z tzv. dříku, který je implantován do dřevnaté části stehenní kosti. Následuje krček dříku, na který je nasazována hlavička. Další komponentou umělého kloubu je jamka. Tato jamka nahradí postižený kloubní povrch acetabula (Dungl a kol., 2004) .

2.1 Typy endoprotéz kyčelního kloubu

Rozdělení totálních endoprotéz je definováno způsobem uchycení ke kostem. Může jít o uchycení s pomocí kostního cementu nebo samotné kostní tkáň, která prorůstá protézou, nebo spojením obou předešlých možností. Každý výrobce totální endoprotézy uvádí, jak má být náhrada připevněna .

- a. **Cementová náhrada** se používá u starších nemocných, nebo u těch kteří vyžadují brzké plné zatížení dolní končetiny. K fixaci se používá kostní cement.
- b. **Necementovaná náhrada** se používá u pacientů mladších a u revmatické artritidy. Kloubní jamka se přichytí ke kosti pomocí šroubů, femorální komponenta je uzpůsobena tak, že rostoucí tkáň může volně prorůstat v porézním dříku a tím komponentu pevně fixovat.
- c. **Hybridní náhrada** se dává u starších pacientů v dobrém fyzickém stavu, s dobrým pohybovým režimem. U tohoto typu náhrady je nejčastěji jamka připevněna šrouby a femorální komponenta je fixována pomocí kostního cementu (Janíček, 2001) .

2.2 Indikace k provedení TEP Kyčelního kloubu

a) Coxartroza

Definice : coxartroza je osteoartróza kyčelních kloubů, postihuje jeden nebo oba kyčelní klouby, může být primární nebo sekundární. Obecně je osteoartróza degenerativní onemocnění hyalinní chrupavky (Sosna a kol., 2001).

Příčina primární coxartrozy není známá, jedná se o soubor více činitelů, který vede k destruktivnímu poškození kloubní štěrbiny a kloubu. *Sekundární (druhotná) coxartroza* se většinou rozvíjí v důsledku kloubní nepravidelnosti, vzniklé na podkladě vrozené dysplazie kyčelního kloubu, nebo traumatických změn. Celý proces začíná tvorbou degenerativních enzymů, které ničí buňky chrupavky. Ta se snižuje, olupuje, začíná ztrácet pružnost a tvoří se nové kostní buňky - osteofyty. Kloub ztrácí jednoduchost pohybu, zhoršuje se jeho funkce. Významnou roli v etiologii onemocnění hraje nadváha, která způsobuje přetěžování kloubu.

Pro coxartrozy je typický charakter subjektivních kloubních potíží, klinické vyšetření a rentgenový nález (Sosna, Pokorný, Jahoda, 1999).

Subjektivní kloubní příznaky :

- bolest – námahová, startovací, klidová;
- ztuhlost kloubu zvláště po ránu;
- postupně se zhoršující rozsah pohybu kloubu - nejprve dochází k omezení rotace;
- pocit nejistoty a nestability v postižených kloubech, při chůzi se objevuje typické kulhání, nemusí být v pozadí destrukce kloubu a postižení stabilizujících vazů (Trnavský, Kolařík, 1997) .

Objektivní klinické vyšetření :

- drásoty při pohybu kloubu slyšitelné i palpační;
- omezení rozsahu pohybu kloubu při položení na záda;
- chybné postavení kloubu (valgózní nebo varózní);

- nestabilita kloubu;
- svalová atrofie;
- je-li vznik coxartrozy na základě vrozené dysplazie kyčle, zaznamenáváme rozdíl délek končetin, případně atypické postavení dolních končetin a pánve (Trnavský, Kolařík, 1997) .

Rozdělení coxartrozy dle závažnosti je umožněno rentgenovým zobrazením, tj. prostý snímek kyčelního kloubu a pánve :

- 0. stadium – normální kloub;
- I. stadium – snížení kloubní štěrbiny mediálně a počátek tvorby osteofytu v okolí hlavice;
- II. stadium – snížení kloubní štěrbiny, osteofyty a subchondrální skleroza;
- III. stadium – kloubní štěrbina výrazně zúžena, přítomny osteofyty, sklerotické změny, cysty acetabula i hlavice, deformace hlavice i acetabula
- IV. stadium – vymizení kloubní štěrbiny se sklerózou i cystami, pokročilá deformace hlavice i acetabula (Trnavský, Kolařík, 1997)

Léčba prvního a druhého stádia coxartrozy je konzervativní - kombinace prostředků nefarmakologických (režimová opatření, redukce váhy, rehabilitace, fyzikální léčba, chůze s oporou) a prostředků farmakologických (léky) .

Užívaná farmaka:

- analgetika, antiflogistika - léky tlumící bolest
- nesteroidní antirevmatika – mají protizánětlivý a analgetický účinek
- chondroprotektiva – vyznačují se pomalým nástupem a dlouhodobým účinkem, blokují tvorbu protizánětlivých látek, které se podílí na odbourávání chrupavky, použití per os, nebo aplikace přímo do kloubu
- steroidní antirevmatika se používají ve formě intraartikulárních injekcí

Třetí a čtvrté stadium coxartrozy se léčí operativně tzv. totální endoprotézou kyčelního kloubu. Toto řešení je indikováno po vyčerpání konzervativní léčby a u bolestivých stavů. Další důvody operativního řešení jsou degenerativní onemocnění kyčelního kloubu, poškození kloubu úrazem, zlomeniny krčku kosti stehenní, destrukce kloubu v důsledku revmatického onemocnění, destrukce hlavice zaviněná jiným onemocněním, nádorové onemocnění horního konce stehenní kosti (Sosna, Pokorný, Jahoda, 1999).

B) Poškození kyčelního kloubu úrazem, zlomeniny krčku stehenní kosti, hlavice femuru

Zlomenina krčku stehenní kosti /fraktura colli femoris/ se vyskytují zejména u starších lidí. Klienta ohrožuje jednak tukovou embolií související s úrazem, jednak interkurentní choroba (pneumonie s venostázy), špatné vedení léčby (špatné zhojení zlomeniny).

C) Destrukce kloubu v důsledku revmatoidního onemocnění

Do této skupiny řadíme pacienty s revmatoidní artritidou, kteří představují významnou indikační skupinu pro kloubní náhrady. Revmatoidní artritida (RA) je chronická, destruktivní a zánětlivá choroba, charakteristická synoviální hypertrofií a infiltrací kloubního prostředí zánětlivými buňkami, erozemi kostí a chrupavky s tvorbou proteinů a v akutní fázi autoprotilátek. Vyskytuje se téměř v každém věku. Příčinou tohoto onemocnění je genetická predispozice s kombinací zevních faktorů a to jsou infekce virové a bakteriální, trauma, vakcinace, stres (Klener a kol.,1998).

2.3 Kontraindikace k TEP kyčelního kloubu

- a) Zásadní: nezpůsobilý interní stav, pokročilá mozková ateroskleróza, recidivující chronické flebitidy, stavy, kdy pacient není schopen mobilizace.
- b) Relativní: obezita, pokročilá celková osteoporóza, dekompenzovaný diabetes mellitus, varikózní komplex s trofickými změnami kůže, stavy po mnohočetných

operacích kyčelního kloubu, infekce močových cest, lokální infekce, mykózy, bercové vředy (Čech, 1983).

Zvýšené riziko je též u pacientů oslabených jiným onemocněním, např. diabetes melitus, kardiovaskulárním onemocněním, u pacientů dialyzovaných, po transplantacích, po léčbě cytostatiky, imunosupresivy, kortikoidy. V těchto případech je nutná dlouhodobější příprava, spolupráce s kardiologem, hematologem, či nefrologem (Koudela a kol., 2004).

2.4 Možné komplikace spojené s implantací TEP

Komplikace se dělí:

- Peroperační – kardiopulmonální komplikace, trombembolická nemoc, zlomeniny vzniklé během výkonu, poranění velkých cév a nervů.
- Časné – luxace endoprotézy (vykloubení) se projeví bolestí a patologickým postavením končetiny, trombembolická nemoc.
- Středně pozdní - dehiscence rány (rozestup), infekce.
- Pozdní – pozdní infekce, uvolnění komponentů.

3 Rehabilitace

Rehabilitace je nedílnou součástí léčby artrózy kyčlí, ale také základem před a pooperační péče.

3.1 Předoperační rehabilitace

Předoperační příprava spočívá v protahování a relaxaci zkrácených svalových skupin, v posilování oslabených svalů, především gluteálních a břišních. Důležitý je nácvik pohybových stereotypů nezbytných pro pooperační rehabilitaci. Zahrnuje nácvik chůze o podpažních berlích po rovině i do schodů, celkové kondiční cvičení s důrazem na dechovou gymnastiku. Edukace klienta snižuje i psychickou zátěž (Dungl a kol., 2005) .

3.2 Pooperační rehabilitace za hospitalizace

Rehabilitace probíhá z počátku na lůžku, pacient provádí kondiční procvičování svalstva horních a dolních končetin, dechová cvičení, aktivní i pasivní cvičení. Dále se zajistí operovaná končetina v mírné abdukci pomocí abdukčního klínu- tzv. Antirotační dlaha. První posazování a polohování se provádí druhý pooperační den a to přes zdravý bok. Dolní končetiny se nesmí křížit a vytáčet špičku u operované končetiny zevně (nebezpečí luxace protézy).

Fyzioterapeuti nacvičují s pacientem sed, stoj, vstávání z lůžka, ulehání na lůžko, chůzi o podpažních berlích s plným odlehčením operované končetiny, tzn. nácvik správného stereotypu chůze. Následuje nácvik sedání na WC, polohování na zdravém boku s válcem mezi koleny. Pacient aktivně posiluje svalstvo v oblasti stehna, hýždí a lýtkové svalstvo. Dle možností klienta následuje nácvik chůze o berlích do schodů.

Pooperační rehabilitace

1. pooperační den – dechová cvičení, kondiční cvičení neoperovaných končetin

2. – 3. pooperační den - přidáváme aktivní cvičení v kyčelním kloubu s dopomocí – flexe do 90 stupňů s abdukcí a vnitřní rotací, nacvičujeme sed na posteli se svěřenými dolními končetinami, vertikalizaci – nácvik trojdobé chůze o podpažních berlích, správné sesedání a ulehání na lůžko

4. – 5. pooperační den – operovaná končetina může do nízkého závěsu, kde lépe relaxuje a sám klient může cvičit pohyb do flexe a abdukce, nacvičujeme přetáčení na zdravý bok s pomocí válce mezi kolena, procvičujeme flexi na boku a také odpočinek - tato poloha ulevuje od bolesti zad, není však vhodná pro spaní.

6. – 7. pooperační den – přidáváme cvičení vleže na břicho s izometrickým cvičením gluteálních svalů, cvičení flexe a extenze v kolením kloubu.

8. – 12. pooperační den – provádíme nácvik chůze po schodech, pokračujeme učením soběstačnosti a sebeobsluhy (nácvik chůze v nerovném terénu, sezení na židli)

13. – 14. pooperační den – před odchodem poučíme klienta o režimových opatřeních

Chůze o berlích

V prvních osmi (cementované TEP) - dvanácti týdnech (necementované TEP) klient používá podpažní berle, kde je 75% odlehčení operované končetiny. Chůze o berlích třídobá (berle, nemocná dolní končetina, zdravá dolní končetina). Po 8-12 týdnech nastupuje období zahájení částečného zatěžování operované končetiny, míru zátěže určuje operatér. V tomto období je možné odložit podpažní berle a nahradit je francouzskými, které zaručují 50% odlehčení. Po 3 měsících probíhá RTG kontrola a operatér po zhodnocení snímku individuálně doporučí postupné

odkládání berlí s eventuálním přechodem na vycházkovou hůl, přetrvávají-li pocity nejistoty (Dungl a kol., 2005)

Rehabilitace pokračuje pobytem v některém z rehabilitačních ústavů, kde probíhá intenzivní rozcvičování operovaného kyčelního kloubu, osvojení zásad správného pohybového režimu a nácvik používání vhodných kompenzačních pomůcek.

Režimová opatření

Život s endoprotézou vedle pravidelného pohybového režimu předpokládá, že po celý zbytek života je nutný šetřící režim jako prevence brzkého opotřebení. Proto je třeba dodržovat zásady po implantaci endoprotézy kyčelního kloubu.

Je nutno se vyvarovat těmto činnostem:

1. Dlouhodobá chůze v členitém terénu
2. Provozování sportů zatěžující nosné klouby (běh, skoky, jízda na sjezdových lyžích, košíková)
3. Činnosti ohrožující úrazem či pádem
4. Dlouhodobá práce v předklonu
5. Dlouhodobé sezení (např. u počítače atd.) (Matouš a spol.,2005).

Po 6 měsících je klient v běžných případech schopen návratu do normálního každodenního života. Může začít plně zatěžovat končetinu a věnovat se lehčím sportům. Návrat do zaměstnání je značně individuální, u manuálních činností je to až po 6 měsících, do úřednických a manažerských povolání je návrat rychlejší.

Doporučenou pohybovou aktivitou jsou každodenní procházky, jízda na rotopedu se zvýšeným sedátkem, plavání a cvičení v bazénu. Ze sportů se doporučuje po 6 měsících golf, jízda na kole, rozumná turistika (Dungl a kol.,2005).

Pomůcky pro základní aktivity :

- pro osobní hygienu a koupání (sedačky na vanu, sedačky do sprchových koutů, protiskluzové podložky a madla)
- pro použití WC (nádstavec na WC, madla)
- pro oblékání (navlékače ponožek, lžice na boty)
- pro lokomoci a přesuny (různé typy holí) (Jersáková, 2005).

4 Ošetrovatelská péče před a po implantaci kyčelního kloubu

Tento typ operací se většinou provádí jako plánovaný operační výkon, výjimkou jsou úrazy a nádorová onemocnění, kde je čekací doba omezena na minimum. Z důvodu vysoké finanční náročnosti tohoto výkonu se prodlužuje čekací období na operaci a rozplánování operační přípravy od ½ roku do 1 roku (Kašpar, 2004).

Aby klient byl vystaven co nejméně negativním vlivům nemocnice (stres a nozokomiální nákazy), proto se většina předoperačních vyšetření organizuje ambulantně. Včetně autotransfuzní přípravy – jedná se o klasickou a nepoužívanější autotransfuzní techniku. Před plánovaným výkonem je pacientovi, pokud to jeho zdravotní stav dovolí, odebráno několik jednotek (nejčastěji 2) krve a ty jsou pak použity pro hrazení krevních ztrát během operace. Odebranou krev je možno použít jako plnou krev nebo ji zpracovat na erytrocyty a plazmu. Musí se samozřejmě odebrat v takovém časovém období před operací, aby nedošlo k překročení doby použitelnosti. Odběry se zpravidla zahajují 2-3 týdny před operací. Nejkratší doba odběru krve na autotransfuzi před operací jsou 4 dny.

V předoperačním období je třeba edukovat klienta o následujících opatřeních:

- redukce váhy a povzbuzení tělesné zdatnosti
- zajištění následné rehabilitační léčby po propuštění z nemocničního zařízení
- klient by si měl dát do pořádku před nástupem do nemocnice všechny osobní záležitosti (banky, právníky, úřady apod.)
- upravit domácnost (madla, lůžko a křeslo ve vhodné výši, upravit koupelnu pro bezpečné mytí, popř. nadstavec na WC)
- zajištění podpažních a francouzských berlí, vhodnou obuv
- co si sebou vzít do nemocnice (pomůcky osobní hygieny, berle, pyžamo, župan, pohodlnou a bezpečnou domácí obuv) (Sosna, Pokorný, Jahoda, 2003)

Po **přijetí pacienta** na standardní ošetrovací jednotku je třeba sepsání vstupní příjmové sesterské a lékařské dokumentace, doplnit případná chybějící předoperační vyšetření, zajištění krevních derivátů. Je provedeno anesteziologické konzilium, které stanoví druh anestezie a naordinuje premedikaci. Pacient bývá edukován o nácviku sebeobslužných úkonů, chůzi o podpažních berlích a průběhu vlastní předoperační přípravy. Další úkony přípravy jsou: oholení operačního pole, podání očistného klyzma, celková koupel, od pŕlnoci před operací lačnění, zahájení prevence tromboembolické nemoci. Ráno před operací se zajistí bandáž DK jako prevence TEN, zavedení permanetního močového katetru a podání ordinovaných léku dle anesteziologického konzilia.

Operovanou končetinu lékař ihned **po výkonu** fixuje v požadované poloze (antirotací bota, korýtko, válec) . Z operačního sálu je pacient předán do péče na JIP, po 2 – 3 dnech se pacient vrací na standardní oddělení. Sestra plní ordinace lékaře, sleduje fyziologické funkce a vědomí, pečuje dle standardu o operační ránu, invazivní vstupy, kontroluje střevní peristaltiku. Opakovaně edukuje pacienta o prevenci pádu a vhodném pohybovém pooperačním režimu. Další činností sestry je dopomoc při vykonávání hygienické péče a vedení klienta postupným nácvikem k soběstačnosti. V prvních dvou dnech po operaci je vzhledem k předepsanému klidovému režimu klient odkázán na komplexní ošetrovatelskou péči a s postupným osvojováním si různých dovedností, se stává klient soběstačnejší. Od 2. pooperačního dne je zahájena pooperační rehabilitace pod vedením fyzioterapeuta a za asistence ošetrovatelského personálu.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Ošetrovatelský proces u pacientky s totální endoprotézou kyčle.

5.1 Posouzení

Identifikační údaje

Jméno a příjmení : X. Y.

Datum : 1959

Rodné číslo : 59/....

Věk : 52

Pohlaví : ženské

Bydliště : X.

Zaměstnání : úřednice

Vzdělání : vysokoškolské

Národnost : česká

Státní občanství : ČR

Stav : vdaná

Jméno příbuzného : X.

Adresa příbuzného : dtto

Datum příjmu : 18 . 04 . 2011

Čas příjmu : 08 : 11

Typ přijetí : plánované dobrovolné

Účel přijetí : terapeutický

Oddělení : standardní chirurgické

Přijal : MUDr. X.X

Ošetřující lékař : MUDr. X.X.

Obvodní lékař : MUDr. X.X.

Pacientka byla poučena o léčebném řádu : Ano

Informovaný souhlas o léčbě : pacientka podepsala

Medicínská diagnóza při příjmu : Coxartroza jako výsledek dysplazie l.sin.

Vedlejší medicínské diagnózy : migrena cefalea

Hlavní operační diagnóza: Coxartroza jako výsledek dysplazie l.sin. k implantaci

TEP

Důvod udávaný pacientkou : „Výměna levé kyčle pro silné bolesti . ”

Vitální funkce při příjmu

P : 72/ min., pravidelný	Hmotnost : 60 kg
TK : 115/70 torr	Výška : 156 cm
TT : 36, 3 °C	BMI : 24
D : 16/ min.	Krevní skupina : B Rh.positivní
Stav vědomí : orientovaná, při vědomí	Pohyblivost : omezená pro bolestivost
Zdroj informací : lékař, ošetřující personál, pacientka, dokumentace	

Nynější onemocnění

57 letá pacientka přijata plánovaně k implantaci TEP levé kyčle, pro coxartrozu III.stupně jako výsledek dysplazie. Pacientka léčena od narození pro vrozenou dysplazii kyčlí. Asi 5 let progresse potíží, intermitentní bolesti, bolesti zátěžové i klidové, omezení hybnosti, konzervativní terapie bez efektu, trauma neguje. Zkrácení LDK o 1,5cm.

Anamnéza

Rodinná anamnéza

Matka zdravá. Otec zemřel ve věku 77 let na CMP. Je vdaná. Má 2 děti, dcera (33 let) , syn (35 let) oba jsou zdraví.

Osobní anamnéza

Od dětství léčena konzervativně pro vrozenou dysplazii obou kyčlí. Jinak překonala běžné dětské nemoci.

Operace: adnexektomie l.dx. pro extrauterinu 1992. Úrazy žádné.

Transfuze dosud žádné- má k dispozici 1 autologní odběr(AT).

Očkování pouze povinná.

Léková anamnéza

Pravidelně žádné léky neužívá.

Při bolestivosti kyčlí Aulin tablety p.o.. Při migréně Ataralgin tablety p.o.

Gynekologická anamnéza

3 těhotenství, 2x spontální porod, 1x extrauterina. Menarche ve 14 letech. Menopauza v 50 letech. Na preventivní gynekologické prohlídky chodí pravidelně. Provádí si samovyšetřování prsou pravidelně a 1x ročně navštěvuje mammologickou poradnu.

Alergologická anamnéza- PNC, Tramal, Augmentin

Abúzy

Kouření neguje. Alkohol příležitostně 2dcl vína. Káva 3x denně rozpustná s mlékem. Drogy a lékovou závislost neguje.

Sociální a pracovní anamnéza

Pacientka je 36 let vdaná, manželství hodnotí jako spokojené. Bydlí na venkově v menším rodinném domku s manželem. Děti již s nimi nebydlí, často se navštěvují vztahy jsou dobré. Pracuje jako úřednice v nemocnici ve městě

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO ZDRAVOTNÍHO STAVU ze dne 21.4.2011 druhý pooperační den		
Systém	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Hlava a krk	„Mívám bolesti hlavy, nyní mě nebolí. Zuby mám svoje, brýle potřebuji jen na čtení.“	Hlava: normocefalická na poklep nebolestivá. Oči: bulby ve středním postavení, sklery bílé, spojivky přiměřeně prokrveny, zornice isokorické, reagující. Nos: bez deformit a bez výpotku. Uši: nebolestivé bez výpotku, slyší dobře. Kůže: na tváři bledá. Rty: růžové, suché. Jazyk: bez povlaků, plazí středem, hydratován. Chrup: sanován. Krk: žíly bez náplně, tonzily nezvětšené
Hrudník a dýchací systém	„Nemám problémy“	Hrudník symetrický bez deformit. Prsa souměrná bez patologie. Dýchání čisté bez vedlejších fenoménů D: 18/min., SpO ₂ 95%
Kardiovaskulární systém	„Nemám problémy“	TK 110/70 torr, P 80/min.pravidelný, plný dobře hmatatelný na horních i dolních končetinách. Na levé horní končetině zavedena i.v. kanyla (od 19.4.), bez patologií.
Břicho a GIT	„Mám žaludek jako na vodě, nemám chuť k jídlu“	Břicho měkké prohmatné, palpačně nebolestivé, hepar ani lien nehmatám, peristaltika přítomna, bez rezistence. Poslední stolice 18.4.. Na břišní stěně jizva po gynekologické operaci. Dieta č.3- racionální

Močově-pohlavní systém	„Normálně nemám problémy, nyní mám zavedenou hadičku na močení“	Ledviny na poklep nebolestivé, zavedený permanentní močový katetr pro sledování bilance tekutin (od 19.4.). Moč žlutá, bez příměsí. Vnější genitálie bez výtoků a krvácení
Kosterně-svalový systém	„Chodila jsem bez opory, ale měla jsem velké bolesti při chůzi i v klidu. Nyní po operaci mám také bolesti, ale věřím, že se to bude jen zlepšovat.“	Postava normostenická, poloha aktivní, HK souměrné, DK bez deformit a varixů. Lýtka palpačně nebolestivá, Homans oboustranně negativní. PDK bez otoků, LDK pooperačně omezená pohyblivost a otok.
Nervově-smyslový systém	„Občas mám bolesti hlavy, nosím brýle na čtení, slyším dobře“	Reakce přiměřené, orientovaná místem, časem, osobou a prostředím. Je dalekozraká, používá brýle. Sluch, čich dobrý. Poruchy paměti nepřítomné.
Endokrinní systém	„Nemám problémy“	Bez zevních projevů endokrinních poruch, lymfatické uzliny nezvětšené
Imunologický systém	„Nemám nyní problém“	Bez projevů ekzemů a alergií. Alergie na PNC a Tramal
Kůže a její adnexa	„Mám jizvu na břicho a nyní na levé kyčli“	Kůže čistá, suchá, bledá bez oktetu a cyanozy. Turgor v normě. Nehty zdravé upravené. Vlasy krátké čisté upravené. Zaveden PŽK v LHK bez známek infekce. Jizva na břicho klidná. Operační rána na levé kyčli klidná bez sekrece a zánětu, místa výstupů redonových drénů klidná.

AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA		
	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Stravování	Doma: „Snažím se jíst zdravě asi 5x denně.“ V nemocnici: „Zatím nemám chuť na jídlo, jím menší porce“	-pacientka jí 3x denně - sní jen polovinu porce -dieta racionální č.3
Příjem tekutin	Doma: „ Vypiji asi 2litry tekutin především vody, kávu piji 3x denně.“ V nemocnici: „ Tady vypiji asi 1 tekutin, na kávu nemám chuť.“	příjem tekutin: -per os 1litr/24hod.- převážně čaj, voda -i.v.- 1,5 litru/24hod.
Vylučování moče	Doma : „ S močením problémy nemám.“ V nemocnici: „Mám zavedenou hadičku, potřebu na močení nemám.“	-PMK zavedený 3.den, odvádí žlutou moč, pálení a bolest neuvádí -diuréza 2 litry/24hod.
Vylučování stolice	Doma: „ Chodím pravidelně 1x denně.“ V nemocnici: „ Před operací jsem dostala nálev, od té doby jsem na stolici nebyla.“	-nutkání na stolici nemá -peristaltika přítomná -střevní plyny odcházejí
Spánek a bdění	Doma: „, Doma spím dobře asi 7,5 hodin.“ V nemocnici: „Spím špatně v cizím prostředí, vadí mi poloha na zádech při spaní“	- v noci spí přerušovaně, na noc podány opiáty. -přes den pospává, nebo sleduje televizi.

Aktivita a odpočinek	<p>Doma: „Nejlépe si odpočinu při práci na zahrádce.“</p> <p>V nemocnici: „Tady si čtu knihu, sleduji televizi, dopoledne máme rehabilitaci a odpoledne za mnou chodí návštěvy.“</p>	<ul style="list-style-type: none"> - aktivně se zapojuje do rehabilitace - čte knihy a sleduje televizi - návštěvy má každý den - cítí se odpočinitá
Hygiena	<p>Doma: „ Doma se sprchuji každý den, jsem soběstačná.“</p> <p>V nemocnici: „ Nyní mi pomáhají s umýváním sestřičky.“</p>	<ul style="list-style-type: none"> -je částečně soběstačná -dopomoc při hygieně -zajištěn zdrav. personálem -minimálně 2x denně-ráno a večer -čisté osobní prádlo jí zajišťuje rodina
Samostatnost	<p>Doma: „ Doma jsem úplně samostatná.“</p> <p>V nemocnici: „ Tady jsem částečně soběstačná, potřebuji pomoc.“</p>	<ul style="list-style-type: none"> -pacientka částečně soběstačná vyžaduje pomoc při chůzi a hygieně -provádí nácvik soběstačnosti

POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU		
	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Vědomí a orientace		-vědomí je jasné, neporušené -orientovaná místem, časem, osobou a prostorem
Nálada	„Náladu mám dobrou“	-spokojený výraz v obličeji
Myšlení		- logické, reálné
Paměť	„Pamatuji si všechno, nemám problémy.“	-paměť dobrá -není třeba opakovat složitě informace
Temperament		-extrovert
Sebehodnocení	„ Jsem spokojená sama se sebou.“	
Vnímání zdraví a zdravotního stavu	„Zdraví si velmi vážím.“	
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění		-přiměřená
Reakce na hospitalizaci		-přiměřená
Adaptace na onem.		-přiměřená
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací	„Mám jen dobré zkušenosti z předešlých hospitalizací.“	
Pozornost		-během rozhovoru soustředěná
Emoční složka		-pacientka nekonfliktní, stabilní

POPIS SOCIÁLNÍHO STAVU		
	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Komunikace		-verbální – adekvátní, dobře srozumitelná řeč -neverbální – přiměřeně využívá mimiku a gestikulaci
Sociální role a jejich ovlivnění	-primární: žena -sekundární: matka, babička -terciální: pacientka	-bez patologie -role nyní nenaplněné -adaptovaná
Sociální integrace	„V rodině máme dobré vztahy.“	
Sociální opora	„ Největší oporou je mi rodina.“	
Ekonomická sféra	„ Bez problémů.“	
Informovanost o onemocnění	„Jsem informovaná dobře.“	-informovaná
Informovanost o dg. metodách	„Jsem informovaná.“	-informovaná
Informovanost o délce hospitalizace	„Jsem informovaná.“	-informovaná

POPIS SPIRITUÁLNÍHO STAVU		
	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Spirituální oblast	„Jsem věřící, katolička.“	-duchovně vyrovnaná, kněze nevyžaduje
Kulturní a estetická oblast	„Ráda sleduji TV, ale také ráda zajdu do kina.“	

Medicínský management

Ordinované vyšetření: odběry krve (KO, biochemie), RTG levé kyčle

Výsledky : KO: ↓ Hb 101mm/l, jinak v normě

Biochemie v normě

RTG - nález : TEP levé kyčle v dobrém postavení

Sledovat : TK, P 3 x denně, TT 2 x denně, kontrola operační rány

Terapie :

- Dieta č. 3

- Pohybový režim - C

- Rehabilitace- s fyzioterapeutem

Medikamentózní léčba :

per os : Xarelto 10mg á 24 hod.

Aktiferin compositum 1 - 0 – 0

i.m.: Novalgin 2ml 1 – 1 – 1 dlp.

Dipidolor 2ml 0 – 0 – 1 dlp.

i.v.: Ringerův roztok 1000ml 1 – 0 – 0

lokálně : převaz operační rány – sterilní krytí

chirurgická : žádná

Situační analýza

Pacientka – 57 let, dne 18.4.2011 přijata na ortopedické oddělení za účelem implantace TEP levé kyčle. Druhý den po operaci je přeložena z JIP na standardní oddělení. Udává slabost během dne a bolest operované končetiny, zvláště při pohybu. Momentálně je částečně nesoběstačná, potřebuje pomoc při osobní hygieně. Začíná nacvičovat chůzi o podpažních berličích.

V pravém horním předloktí má zavedenou i.v. kanylu. Operační rána je klidná, Redonovy drény odstraněny. PMK odvádí čistou moč.

Přijímá snížené množství tekutin per os, udává sníženou chuť k jídlu.

TK : 115/80

D : 16/min

P : 78/min.

TT : 36,8°C

5.2 Diagnostika

Aktuální sesterské diagnózy:

1. Akutní bolest v souvislosti s operací levé dolní končetiny, projevující se verbalizací a identifikací na škále bolesti stupeň 6.
2. Nedostatečná sebepečce v osobní hygieně vzhledem k omezené pohyblivosti v pooperačním období, projevující se neschopností umýt se.
3. Porušená pohyblivost z důvodu operačního výkonu, projevující se verbalizací a pocitem nepohodlí.
4. Bezmocnost ve vztahu vykonávat běžné každodenní aktivity.
5. Deficit tělesných tekutin v souvislosti se sníženým příjmem tekutin per os, projevující se suchostí rtů, sníženou diurézou a změnou barvy moči.
6. Změna ve vylučování moči z důvodu zavedení permanentního katetru.
7. Porucha výživy z důvodu nechutenství, projevující se sníženým množstvím přijímané potravy.
8. Strach v souvislosti s výsledkem operace projevující se verbalizací.
9. Narušený spánek v souvislosti s bolestí a polohou na zádech, projevující se častým buzením během noci.
10. Porucha kožní integrity v souvislosti z operační ránou, projevující se verbalizací.

Potenciální sesterské diagnózy:

1. Riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedením invazivních vstupů (PŽK, PMK) a operační rány.
2. Riziko vzniku dekubitů z důvodu dočasně snížené mobility.
3. Riziko pádů z důvodu porušené tělesné mobility a chůzi o podpažních berlích.

5.3 Plánování, realizace, vyhodnocení

Pro demonstraci uvádíme řešení dvou aktuálních a jedné potencionální sesterské diagnózy.

Sesterská diagnóza :

- 1. Akutní bolest z důvodu operace levé dolní končetiny, projevující se verbalizací a identifikací na škále bolesti stupeň 6.**

Cíl : Zmírnění bolesti na stupeň 2.

Priorita : Vysoká

Výsledná kritéria :

- Pacientka zná a dokáže využívat úlevové polohy do 6hodin.
- Pacientka dokáže správně verbalizovat charakter a intenzitu bolesti do 2hodin.
- Pacientka udává zmírnění bolesti (stupnice 0 – 10) o 2 stupně do 45min.
- Pacientka má k dispozici dostatečnou analgezii při vzestupu bolesti.

Ošetřovatelské intervence :

- Zjistí rozsah, stupeň, lokalizaci a charakter bolesti a pravidelně zaznamenávej do dokumentace (sestra u lůžka)
- Podávej analgetika dle potřeby klientka a ordinace lékaře (sestra u lůžka)
- Pozoruj verbální a neverbální projevy. (sestra u lůžka)
- Doporuč pacientce dostatečně odpočívat. (sestra u lůžka)
- Edukuj pacientku o příčině bolesti a možnostech zmírnění bolesti.
- Pečuj o pohodlí pacientky (sestra u lůžka)
- 3x denně kontroluj a zaznamenávej fyziologické funkce (sestra u lůžka)

Realizace :

08 : 30 – pacientka přeložena z JIP, bolest hodnotí st.6 (příloha D)

08 : 40 – aplikována analgetika i.m.

09 : 10 – pacientka uvádí zmírnění bolesti na st.4
FF : TK : 110/70, P : 80/min., SpO₂ : 96%
proveden záznam do dokumentace

09 : 15 – podány informace o možných úlevových polohách a možnosti signalizace
při vzestupu bolesti

10 : 20 – bolest st. 3
zahájena RHB s fyzioterapeutem

12 : 10 – bolest st.4 – aplikována analgetika i.m.
FF : TK : 115/80, P : 76/min., SpO₂ : 97%
proveden zápis do dokumentace

12 : 45 – kontrola účinku analgetik – pacientka spí

14 : 00 - bolest st.3 – pacientka analgetika nevyžaduje

16 : 00 - bolest st. 3 – pacientka analgetika nevyžaduje

18 : 00 - bolest st. 3- pacientka si přeje podat analgetika až ve 20 : 00
FF : TK : 120/70, P : 76/min., SpO₂ : 97%

Pokračovat v plánovaných intervencích.

Zpracovala sestra ve službě

Vyhodnocení po 12 hodinách :

Pacientka verbalizuje snížení bolesti o dva stupně z 6 na 4

Pacientka dokáže určit charakter a intenzitu bolesti.

Zná úlevové polohy a dokáže je aktivně zaujmout.

Dokáže verbalizovat potřebu analgetik.

Fyziologické funkce jsou stabilní.

Cíl částečně splněn, pokračovat ve stanovených intervencích.

Vyhodnocení po 5 dnech :

Bolest verbalizuje na st. 3 – 4.

Bolest ji neruší ve spánku, cítí se odpočínutá.

Analgetika vyžaduje 2x denně i.m.

Fyziologické funkce bez patologie.

Cíl částečně splněn, pokračovat ve stanovených intervencích

Vyhodnocení po 10 dnech :

Bolest hodnotí st. 2.

Během dne nevyžaduje analgetika, na noc podána analgetika per os.

Cíl splněn.

2. Porušená pohyblivost v souvislosti s operačním výkonem, projevující se omezením rozsahu pohybu.

Cíl : Soběstačnost v rámci režimových opatření.

Priorita : Střední

Výsledná kritéria :

- Pacientka projevuje účast a spolupráci na aktivitách do 6 hodin.
- Pacientka zná rizikové faktory a individuální léčebný režim do 2 hodin.
- Pacientka si osvojila postupy, umožňující opětovné provádění činností do 5 dní.
- Pacientka si zachová a zvýší sílu a funkci operované končetiny.

Ošetřovatelské intervence :

- Zhodnot' Barthelův test základních všedních činností (sestra u lůžka)
- Vysvětlí význam individuálního léčebného režimu a podej návod jak užívat podpažní berle (sestra u lůžka, fyzioterapeut)
- Pobízej pacientku k soběstačnosti (sestra u lůžka, fyzioterapeut)
- Dbej na bezpečnost prostředí a prevenci pádu (sestra u lůžka, fyzioterapeut)
- Zapoj pacientku do posilování svalů a nácviku chůze o podpažních berlích (sestra u lůžka, fyzioterapeut)
- Zajisti dostatek odpočinku (sestra u lůžka)

Realizace :

08 : 40 – proveden Barthelův test základních všedních činností (příloha E)

- 09 : 00 – provedena edukace o riziku pádů a následném pooperačním a pohybovém režimu
- 10 : 20 – 10 : 50 – rehabilitace s fyzioterapeutem – posilovací cviky operované dolní končetiny, vertikalizace, nácvik chůze o podpažních berlích s dopomocí, nácvik soběstačnosti
- 11 : 15 – dopomoc při chůzi na WC
- 12 : 00 – 13 : 30 – odpolední klid
- 13 : 30 – 16 : 30 – návštěva rodiny pacientky
- 14 : 00 – nácvik chůze o berlích + doprovod při chůzi na WC
- 17 : 20 – dopomoc při chůzi na WC
- 18 : 00 – dopomoc při provádění večerní hygieny u lůžka

Pokračovat v plánovaných intervencích.

Zpracovala sestra ve službě

Vyhodnocení po 12 hodinách :

Vyhodnocení stupně závislosti : lehká závislost.

Pacientka zná možná rizika pádů a dokáže je eliminovat.

Je poučena o následném pooperačním režimu a verbalizuje pochopení.

Aktivně se účastní zvyšování soběstačnosti.

Potřebuje dopomoc při vertikalizaci z lůžka a dopomoc při chůzi o podpažních berlích.

Vyžaduje částečnou dopomoc při hygieně u lůžka.

Cíl částečně splněn, pokračovat ve stanovených intervencích.

Vyhodnocení po 5 dnech :

Pacientka zvládá samostatně chůzi o berlích na 50 metrů.

Rizika pádů úspěšně eliminuje.

Vykonává samostatně hygienu v koupelně.

Neprovede chůzi do schodů.

Cíl částečně splněn, pokračovat ve stanovených intervencích.

Vyhodnocení po 10 dnech :

Chůzi o berlích zvládá bez problémů na 200 metrů.

Osvojila si režimová opatření.

Rizika pádů úspěšně eliminuje.

Zvládá chůzi do schodů i ze schodů.

Pacientka je soběstačná v rámci režimových opatření.

Cíl splněn.

3. Riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedením invazivních vstupů (PŽK, PMK) a operační rány.

Cíl : Nedojde ke vzniku infekce.

Priorita : střední

Výsledná kritéria :

- U pacientky se neprojeví místní známky infekce do 24 hodin.
- Invazivní vstupy jsou funkční po dobu zavedení.
- Operační rána se zhojí do 10 dní
- U pacientka se neprojeví celkové příznaky infekce do 24 hodin.

Ošetřovatelské intervence :

- Všímej si rizikových faktorů výskytu infekce (sestra u lůžka)
- Pátrej po místních známkách infekce v místech vstupů, operační rány (sestra u lůžka)
- Dodržuj sterilní techniku při péči o invazivní vstupy a operační ránu (sestra u lůžka)
- Aktivně vyhledávej celkové příznaky infekce (sestra u lůžka)
- Postupuj podle standardu oddělení (sestra u lůžka)
- Sleduj průchodnost invazivních vstupů (sestra u lůžka)

Realizace :

08 : 30 – kontrola místa invazivních vstupů

09 : 10 – odstraněny Redonovy drény, sterilní převaz operační rány

09 : 50 – odstraněn PŽK – místo vpichu ošetřeno desinfekčním roztokem a sterilním krytím, odstraněn PMK – pacientka edukována o vhodném pitném režimu

Během dne byly průběžně kontrolovány místa po invazivních vstupech a operační rána. Pacientka byla dotazována na močení po odstranění PMK.

Zpracovala sestra ve službě

Vyhodnocení po 12 hodinách :

Odstranění invazivních vstupů, místa vpichů klidná bez známek infekce.

Operační rána klidná bez sekrece.

Pacientka udává fyziologické močení.

U pacientky se nevyskytly celkové příznaky onemocnění.

Cíl splněn, pokračovat ve stanovených intervencích.

Vyhodnocení po 5 dnech :

Operační rána klidná bez sekrece, hojení bez komplikací.

Cíl splněn, pokračovat ve stanovených intervencích.

Vyhodnocení po 10 dnech :

Operační rána zhojena, stehy odstraněny.

Cíl splněn.

Celkové hodnocení

V průběhu hospitalizace se nevyskytly žádné komplikace. Pacientka spolupracovala při pooperační rehabilitaci a osvojila si následný režim po TEP kyčle. Podle výsledných kritérií lze konstatovat, že všechny cíle sesterských diagnóz byly

postupně splněny dle plánu. Pacientka byla propuštěna do rehabilitačního ústavu 10. pooperační den.

ZÁVĚR

Cílem práce bylo nejen seznámení pacientky s pravidly šetřícího režimu, ale také osvojení všech pohybových a režimových opatření, které vedou ke zvyšování úrovně soběstačnosti během dnů po této náročné operaci.

V daném případě můžeme konstatovat, že všechny vytýčené cíle byly splněny a pacientka byla propuštěna po jedenáctidenní hospitalizaci do rehabilitačního ústavu, kde probíhala další fyzioterapie. Během jejího pobytu na našem oddělení nedošlo k žádným komplikacím.

Většina příchozích pacientů k TEP je starší 70 let a mají i více přidružených onemocnění. Jistě si mnozí z nich neuvědomují, jak náročná je tato operace po stránce fyzické i psychické, a to nejen pro ně samotné, ale i pro zdravotnický personál, který je jim nápomocen v jejich návratu do běžného života.

Ne každý tento nelehký úkol zvládne tak dobře jako tato pacientka, ale společnými silami všech zúčastněných (pacient, lékař, nelékařský personál, fyzioterapeut) se nám to ve velké většině případů daří. Proto přeji nám všem, aby se vše dařilo i nadále.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY :

1. DOKLÁDAL, M. *Anatomie člověka I. : pohybový systém*. 2. nezměněné vydání. Brno : Masarykova univerzita, 1997. 257 s. ISBN 80-210-1633-7
2. DOENGES, M., E., MOORHOUSE, M., F. *kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8
3. DUNGL , P., a kolektiv. *Ortopedie*. 1. vydání. Praha : GRADA Publishing a.s., 2005. 1280 s. ISBN 80-247-0550-8
4. GALADKIJ, I., KOLDOVÁ, Z. *Propedeutika sociálního lékařství*. 1. vydání. Olomouc: VUP,1999. 180 s. ISBN 80-7067-904- 4
5. HLOUŠKOVÁ, D., KROBOTOVÁ, M. *Diplomové a závěrečné práce*. 1. vydání. Olomouc : VUP, 2002. 117 s. ISBN 80-244-0458-3
6. JANÍČEK, P. *Ortopedie pro bakaláře*.1.vydání. Brno: Masarykova univerzita, LF 1997.19s. ISBN 80-210-1707-4 vědecká
7. JERSÁKOVÁ, A. Používání kompenzačních pomůcek (nejen v domácím prostředí) z pohledu ergoterapeuta . *Diagnóza v ošetrovatelství* .2005, ročník 1. č.3 . s. 120-121. ISSN 1801-1349
8. KAŠPAR,K. *Operace endoprotézy kyčelního kloubu*.1.vydání. Hradec Králové: Nucleus HK, 2004. 20 s. ISBN 80-86225-62-3 vědecká

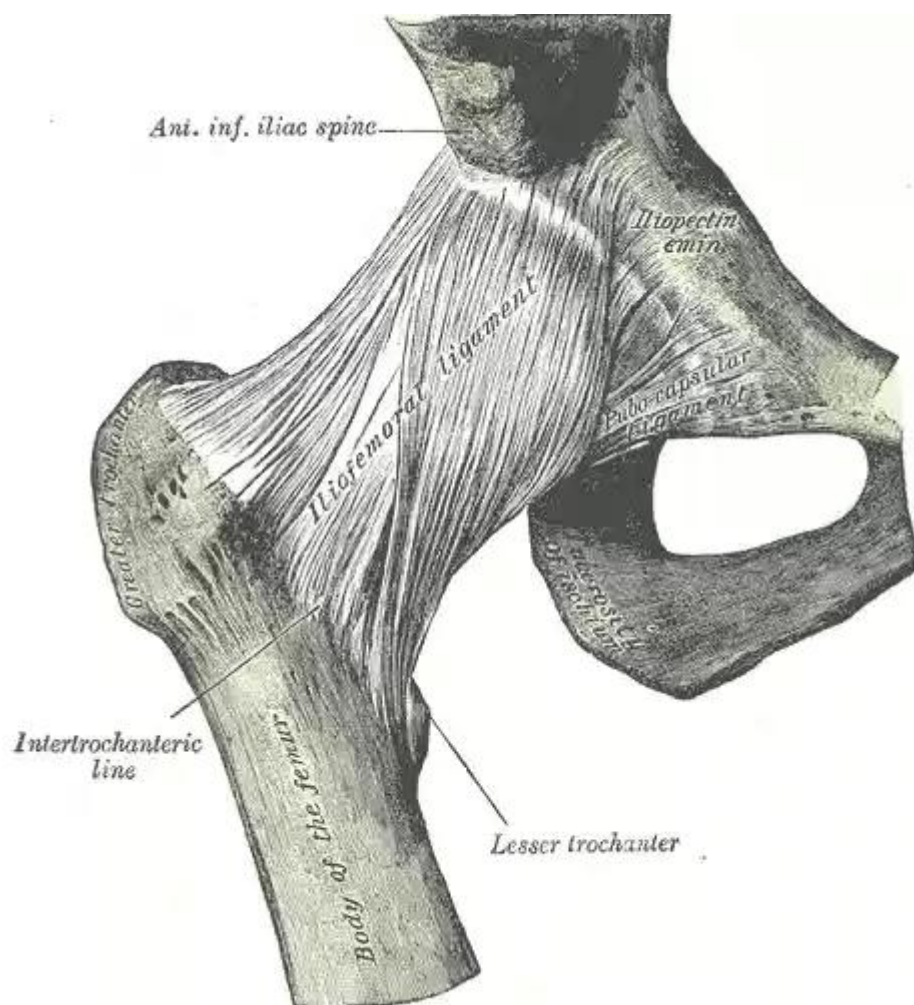
9. KOCOURKOVÁ, J., HEDBÁVNÁ, J. *Implantace totální endoprotézy miniinvazivní metodou*. [online Brno: Bohunice, I ortop. klinika, zadáno 17.12.2004 [cit. 2011-03-20 [. dostupné na internetové adrese: <http://www.instrumentárky.cz/index.php>.
10. KOFRÁNEK, I. *Onkologie pohybového režimu*. [online [.c 1998, doporučené postupy pro praktické lékaře, poslední revize 2004 [cit. 2011-12-20 [. dostupné na internetové adrese: <http://www.cls.cz/dp/2002/t209.rtf>.
11. KOUDELA, K., a kolektiv. *Ortopedie a traumatologie*. 1.vydání. Praha : Karolinum, 2002.188 s. ISBN 80-246-0392-6
12. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologická pojetí a způsoby zjišťování kvality života* [. online[.c2000, poslední revize 2005 [cit. 2011-01-10 [. dostupné na internetové adrese: http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kvalita.html
13. KŘIVOHLAVÝ, J. *Kvalita života*. [. online [.c2000, poslední revize 2005 [cit. 2011-01-10 [. dostupné na internetové adrese: http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kv_ziv.html
14. KŘÍŽ, V, ČELKO, V. Artróza a TEP kyčelního kloubu, rehabilitace a lázeňská léčba . *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. 2002, č. 1, s. 14-22. ISSN 1211-2658
15. MAREČKOVÁ, J., *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3
16. MATOUŠ, M., MATOUŠOVÁ, M. a KUČERA, M., *Život s endoprotézou kyčelního kloubu*. 1.vydání. Praha : GRADA Publishing a.s., 2005. 96s. ISBN 80-247-0886-8

17. ORAVOVÁ, E. Ergoterapie po totální endoprotéze kyčelního kloubu. *Sestra*. 2004, č. 9. s. 41. Tématický sešit 139 ortopedie. ISSN 1210-0404
18. SOSNA, A. a kol., *Základy ortopedie*. 1. vydání. Praha: Triton, 2001. 176 s. ISBN 80-7254-202-8 vědecká
19. SOSNA, A., POKORNÝ, D., JAHODA, D., *Náhrada kyčelního kloubu, rehabilitace a režimová opatření*. 1. vydání. Praha: Triton, 2003. 58 s. ISBN 80-7254-302-4
20. SYSEL, D., BELEJOVÁ, H., MASÁR, O., Monografie, *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. 1. vydání. Brno: Tribun EU, 2011. 280 s. ISBN 978-80-7399-289-7
21. ŠAMÁNKOVÁ, M., HUŠKOVÁ, M., MATUŠOVIČ, K. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2002. 49-58 s. ISBN 80-246-0477-9
22. ŠTĚPÁNKOVÁ, H. Ošetrovatelská péče při zvládnutí komplikací při umělé ; náhradě. *Sestra*. 2000, roč. 10, č. 9, s. 5. Tématický sešit 56: Revmatologie, ortopedie. ISSN 1210-0404
23. <http://www.slovník-cizich-slov.cz/>
24. WIKIPEDIE OTEVŘENÁ ENCYKLOPEDIE
http://cs.wikipedia.org/wiki/Kyčelní_kloub

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Kyčelní kloub.....	I
Příloha B – RTG před TEP levé kyčle.....	II
Příloha C – RTG po TEP levé kyčle.....	III
Příloha D – Hodnocení bolesti.....	IV
Příloha E – Barthelův test základních všedních činností.....	V
Příloha F – Test hodnocení rizika pádu.....	VI
Příloha G – Test posouzení aktuálního psychického stavu.....	VII
Příloha H – Test hodnocení základního nutričního stavu.....	VIII
Příloha CH – Test hodnocení rizika dekubitů.....	IX
Příloha I - Edukační záznam.....	X

Příloha A – Kyčelní kloub http://cs.wikipedia.org/wiki/Kyčelní_kloub



Příloha B – RTG před TEP levé kyčle



Příloha C – RTG po TEP levé kyčle



Hodnocení bolesti

Oddělení:

Příjmení: S
 Jméno: U
 R.č.: 59

Datum: 21.4.2011		7	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6					
Hod/min																			
Stupeň: 10																			
9																			
8																			
7																			
6																			
5																			
4																			
3																			
2																			
1																			
Lokalizace a charakter bolesti:		jak to bolí: <input type="checkbox"/> tupá <input checked="" type="checkbox"/> bodavá <input type="checkbox"/> kolikovitá <input type="checkbox"/> svíravá <input checked="" type="checkbox"/> vystřelující <input type="checkbox"/> pulzující <input type="checkbox"/> řezavá		kde to bolí: 		jak to bolí: <input type="checkbox"/> tupá <input type="checkbox"/> bodavá <input type="checkbox"/> kolikovitá <input type="checkbox"/> svíravá <input type="checkbox"/> vystřelující <input type="checkbox"/> pulzující <input type="checkbox"/> řezavá		kde to bolí: 		jak to bolí: <input type="checkbox"/> tupá <input type="checkbox"/> bodavá <input type="checkbox"/> kolikovitá <input type="checkbox"/> svíravá <input type="checkbox"/> vystřelující <input type="checkbox"/> pulzující <input type="checkbox"/> řezavá		kde to bolí: 		jak to bolí: <input type="checkbox"/> palčivá <input type="checkbox"/> neurčitá <input type="checkbox"/> jiná		kde to bolí: 		jak to bolí: <input type="checkbox"/> palčivá <input type="checkbox"/> neurčitá <input type="checkbox"/> jiná	
Čas aplikace analgetik		8.40 i.m. 12.00 i.m. 20.00 i.m.																	
Podpurné prostředky:																			
Hodnocení sestrou:		6-18		ANALGETIKA ÚČINNÁ, PACIENTKA UVAŽUJE ÚLEVU												Podpis a razítko sestry			
		18-6														Podpis a razítko sestry			
Podpis a razítko lékaře:		<input checked="" type="checkbox"/> stupeň bolesti zaznač vřízkem																	

Příloha D – Hodnocení bolesti

Příloha E – Barthelův test základních všedních činností

S:	M
----	---

Vojenská nemocnice Olomouc
 Sušilovo náměstí 5, Olomouc, 771 11
 Chirurgie - B



BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ

Datum a čas hodnocení: 21.4.2011 8:43:43

<i>riziko</i>	<i>provedení činnosti</i>	
Příjem potravy a tekutin:	samostatně bez pomoci	10
Oblékání:	samostatně bez pomoci	10
Koupání:	neprovede	0
Osobní hygiena:	samostatně nebo s pomocí	5
Kontinence moči:	plně kontinentní	10
Kontinence stolice:	plně kontinentní	10
Použití WC:	s pomocí	5
Přesun na lůžko - židli:	vydrží sedět	5
Chůze po rovině:	s pomocí 50 m	10
Chůze po schodech:	neprovede	0

Vyhodnocení stupně závislosti: lehká závislost 65

Zpracoval(a): De Roecková Jana DiS

Příloha F – Test hodnocení rizika pádu

S	M
---	---

Vojenská nemocnice Olomouc
 Sušilovo náměstí 5, Olomouc, 771 11
 Chirurgie - B



TEST HODNOCENÍ RIZIKA PÁDU

Datum a čas hodnocení: 21.4.2011 8:38:58

<i>riziko</i>	<i>výběr možností</i>	<i>bodové skóre</i>
Pohyb:	potřebuje pomoc k pohybu	1
Vyprazdňování:	nevyžaduje pomoc	0
Medikace:	užívá rizikové léky	1
Anestezie:	ne	0
Smyslové poruchy:	žádné	0
Mentální status:	orientován	0
Věk:	18 - 75	0
Pád v anamnéze:	ne	0
Vyhodnocení stupně rizika:	malé riziko	2

Zpracoval(a): De Roecková Jana DiS

Příloha G – Test posouzení aktuálního psychického stavu

S	M

Vojenská nemocnice Olomouc
 Sušilovo náměstí 5, Olomouc, 771 11
 Chirurgie - B



TEST POSOUZENÍ AKTUÁLNÍHO PSYCHICKÉHO STAVU

Datum a čas hodnocení: 21.4.2011 8:41:21

A. vědomí		B. emoce		C. chování	
Jméno:	ano	Plačtivost:	ne	Agrese:	ne
Věk:	ano	Úzkost (napjatý, tensní):	ne	Opozice:	ne
Datum dnešního dne:	ano	Smutek(pesimismus, deprese):	ne	Nespolupráce:	ne
Kde je (místo):	ano	Hyperaktivita (zrychlený):	ne	Zpomalený/útlum:	ne
Kolik je hodin (asi):	ano	Uzavřenost (nesdílný):	ne	Apatie/nezájem:	ne
Počítat od 10 - 1:	ano				
Na výzvu zavřít/otevřít oči:	ano				
Bodové skóre:	7		0		0
		!! informujte ošetřujícího lékaře !!		!! informujte ošetřujícího lékaře !!	

Zpracoval(a): De Roecková Jana DiS

Příloha H – Test hodnocení základního nutričního stavu

S _____ M: _____ :

Vojenská nemocnice Olomouc
 Sušilovo náměstí 5, Olomouc, 771 11
 Chirurgie - B



TEST HODNOCENÍ ZÁKLADNÍHO NUTRIČNÍHO STAVU

Datum a čas hodnocení: **21.4.2011 8:36:37**

<i>riziko</i>	<i>výběr možností</i>	<i>bodové skóre</i>
BMI:	20 - 35	0
Ztráta hmotnosti (nechtěná):	žádná	0
Jídlo za poslední 3 týdny:	beze změn v množství	0
Vyhodnocení:		0
Riziko malnutrice u pacienta: <input checked="" type="checkbox"/> Ne		
<input type="checkbox"/> Ano		

Zpracoval(a): De Roecková Jana DiS

Příloha CH – Test hodnocení rizika dekubitů

S	M

Vojenská nemocnice Olomouc
Sušilovo náměstí 5, Olomouc, 771 11
Chirurgie - B



TEST HODNOCENÍ RIZIKA DEKUBITU

Datum a čas hodnocení: 21.4.2011 8:33:06

<i>riziko</i>	<i>výběr možností</i>	<i>bodové skóre</i>
Schopnost spolupráce:	plná	4
Věk:	< 60	2
Stav pokožky:	intaktní	4
Přidružená onemocnění:	žádná	4
Fyzický stav:	obstojný	3
Stav vědomí	jasné vědomí	4
Aktivita:	s doprovodem	3
Mobilita:	částečně omezená	3
Inkontinence:	není	4
		31
Pacien má již vzniklý dekubitus: <input checked="" type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano		

Zpracoval(a): De Roecková Jana DiS

Příloha I - Edukační záznam