

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Praha 5

KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

U PACIENTA SE ZLOMENINOU

KRČKU KOSTI STEHENNÍ

Bakalářská práce

KATEŘINA MACHOVÁ

Praha 2011

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE
U PACIENTA SE ZLOMENINOU
KRČKU KOSTI STEHENNÍ**

Bakalářská práce

KATEŘINA MACHOVÁ

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

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Komise pro studijní obor. Všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2011-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2011

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne

.....

podpis



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

MACHOVÁ Kateřina
3. A VS

Schválení tématu bakalářské práce

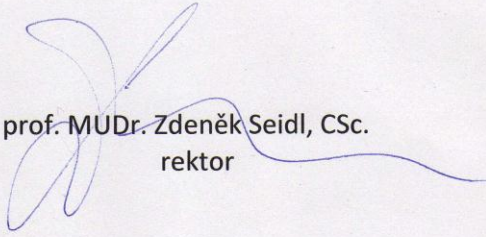
Na základě Vaší žádosti ze dne 21. 4. 2010 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta se zlomeninou krčku kosti
stehenní

*Comprehensive Nursing Care of the Patient with a Fractured Neck of
Femur*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jitka Němcová, PhD.

V Praze dne: 29. 10. 2010


prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

ABSTRAKT

MACHOVÁ, Kateřina. *Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta se zlomeninou krčku kosti stehenní*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Praha. 2011. s. 66.

Hlavním tématem bakalářské práce je problematika ošetrovatelské péče o pacienta se zlomeninou krčku kosti stehenní při respektování jeho základních a přirozených potřeb. V teoretické části práce je charakterizována obecná traumatologie stehenní kosti. Dále je uvedena diagnostika, příznaky, následná léčba, ošetrovatelská péče a rehabilitace u pacienta s tímto úrazem. Praktická část je zaměřena na ošetrovatelský proces aplikovaný v praxi na pacienta přijatého k hospitalizaci s touto diagnózou.

Klíčová slova: Krček kosti stehenní. Ošetrovatelský proces. Rehabilitace. Zlomenina.

ABSTRACT

MACHOVÁ, Kateřina. *Comprehensive Nursing Care of the Patient with a Fractured Neck of Femur*. Nursing College, o.p.s., degree: Bachelor. Supervisor: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Prague. 2011. p. 66.

The main theme of my thesis is the issue of nursing care of patient with fractures of the femoral neck, at the same to meet his basic and biological needs. The theoretical part is about the signs and symptoms of general traumathology of femur. Furthermore it's about diagnosis, symptom, following treatment, nursing care and rehabilitation for patient with this injury. The practical part is focused on the nursing process implemented on a patient in practice, who is admitted to hospital with this diagnosis.

Keywords: Fracture. Nursing process. Rehabilitation. The femoral neck.

PŘEDMLUVA

Zlomeniny horního konce stehenní kosti provázejí lidstvo od nepaměti. Jsou známy, již z kosterních pozůstatků pravěkých lovců, starých Egypťanů a také středověkých králů. Je velmi pravděpodobné, že císař Karel IV. zemřel na následky zlomeniny krčku. Převážná většina lidí se stejným postižením končila stejně. Ani dnes není toto poranění bráno za banální záležitost.

Značně se změnil postoj k léčbě těchto zlomenin. Jsou obecně považovány za vitální indikaci k operačnímu řešení a operovány, pokud je to možné, do 6 hodin od přijetí k hospitalizaci. Konzervativní léčba je zcela výjimečná.

Tyto zásady umožnili přežití a návrat pohybu nemocným, kteří byli dříve několik měsíců upoutáni na lůžku, obtěžováni skeletální trakcí a ve velké většině podleli dekubitální sepsi, urosepsi, zánětu plic či embolií plicnice.

Rovněž moderní implantáty a operační postupy zachovaly život a navrátili možnost pohybu mnoha pacientům. Ani tyto moderní způsoby léčby však nejsou prosty rizik a komplikací. Může jít, jak o chybu operátora tak i o chybně zvolenou metodu. Neúspěch ale může vycházet, a je tomu tak dosti často, i ze špatného stavu pacienta. Ani v současné době nejsou minulostí výše zmíněné komplikace, které někdy nejsme schopni zvládnout.

Práce je určena především pro studenty se zdravotnickým a sociálním zaměřením a pro veškerý zdravotnický personál. Práce by měla posloužit jako učební materiál nebo jako podklad k dalšímu a hlubšímu vzdělávání. Může pomoci i ke vzdělávání laické veřejnosti.

Zdrojem tvorby práce byli knihy, články z časopisů a z malé části i internet.

Zvláštní poděkování bych ráda vyjádřila své vedoucí práce doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD. za odbornou pomoc, cenné rady, velkou podporu a v neposlední řadě trpělivost, kterou mi poskytla při vedení mé bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	12
TERORETICKÁ ČÁST	13
1 Obecná traumatologie.....	13
1.1 Zlomeniny.....	14
1.2 Diagnostika zlomenin	15
1.3 Hojení zlomenin	15
1.4 Léčení zlomenin	16
1.4.1 Metody operačního léčení:	17
2 Zlomeniny proximálního femuru.....	19
2.1 Zlomeniny krčku stehenní kosti	19
2.1.1 Diagnostika a příznaky	20
2.1.2 Léčba	21
2.1.3 Způsoby operačního léčení.....	22
2.1.4 Komplikace.....	23
2.2 Zlomeniny subtrochanterické	24
2.3 Zlomeniny pertrochanterické.....	24
3 Rehabilitace	26
3.1 Léčebná rehabilitace u zlomenin proximálního femuru	27
3.1.1 Předoperační fáze	27
3.1.2 Pooperační fáze.....	27
3.1.3 Posthospitalizační fáze	28
4 Předoperační a pooperační péče	29
4.1 Předoperační příprava.....	30
4.2 Pooperační péče	31
PRAKTICKÁ ČÁST.....	32

5	Identifikační údaje	32
6	Anamnéza	34
7	Posouzení současného fyzického stavu ze dne 3. 3. 2011	37
7.1	Aktivita denního života	39
7.2	Posouzení psychického stavu	42
7.3	Posouzení sociálního stavu	45
8	Medicínský management	48
9	Situační analýza	50
10	Stanovení sesterských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit pacienta ..	51
	ZÁVĚR	64
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	65
	SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ARO	anesteziologicko resuscitační oddělení
BMI	Body Mass Index, výpočet tělesné hmotnosti
Chron.	chronický
CKP	cervikokapitální endoprotéza
CT	počítačová tomografie
D	dech
dx.	dexter, pravý
FB	francouzské berle
FF	fyziologické funkce
HMR	nízkomolekulární heparin, krátkodobý
JIP	jednotka intenzivní péče
LDK	levá dolní končetina
LTV	léčebná tělesná výchova
NMR	nukleární magnetická rezonance
NPO	dieta žádná strava přijímaná ústy
P	puls
PDK	pravá dolní končetina
PMK	permanentní močový katétr
P+V	příjem a výdej tekutin
PŽK	periferní žilní katétr
RHB	rehabilitace
RTG	rentgen

tbl. tablety

TEN tromboembolická nemoc

TEP totální endoprotéza

TK krevní tlak

TT tělesná teplota

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Ameningeální – bez příznaků dráždění mozkových plen

Analgetika – léky proti bolesti

Angiografické vyšetření – rentgenologické vyšetření cév pomocí kontrastní látky

Artróza – nezápálivé onemocnění kloubů

Endotel – buněčná vrstva vystýlající vnitřek cév

Fibroblast – buňka vaziva produkující základní vazivovou hmotu

Hematom – rozsáhlý uzavřený krevní výron v hlubších tkáních (podkoží)

Iatropatogenie – zhoršení stavu nemocného v důsledku negativního působení lékaře

Infrakce – nalomení kosti

Inguina – krajina tříselná

Izokorie – normální stav obou zornic

Lymfodrenáž - je masáž, která má za úkol obnovit a zvýšit oběh lymfy

Makrofág – buňka, která je schopna pohlcování cizorodého materiálu

Mezenchym – řídká vazivová tkáň v lidském zárodku, z níž vznikají další tkáně

Neutrofil – druh bílé krvinky podílející se na obraně proti bakteriální infekci

Niveau – břicho zhruba v úrovni hrudníku

Osteoblast – aktivní kostní buňka tvořící základní kostní hmotu

Osteon - základní stavební jednotka kompakty

Polymorbidní - trpící větším počtem různých závažných chorob a komplikací

Scintigrafie – radioizotopové vyšetření, při němž se hodnotí rozložení radioizotopu

Sorogenie – zhoršení stavu nemocného v důsledku působení ošetřujícího personálu

Tapotement – poklep malíkovou hranou ruky na oblast ledvin

ÚVOD

Práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči u pacientů se zlomeninou krčku kosti stehenní, neboť se s tímto úrazem často setkáváme při své praxi na traumatologickém oddělení. Měly jsme možnost blíže se seznámit s operační léčbou, následnou péčí a rehabilitací. Právě včasná operace a vhodná rehabilitace je jednou z mnoha hlavních podmínek návratu člověka s tímto zraněním zpět do běžného koloběhu života.

Tato problematika je zajímavá především z důvodu vývoje léčby této zlomeniny v posledních několika letech. V dobách nedávno minulých se často stávalo, že převážně staří lidé na komplikace spojené s tímto zraněním umírali, jelikož nebylo známo operativní řešení, které je dostupné v současné době. I přes pokrok v léčbě není pravidlem, že se každá osoba s tímto zraněním začlení zpět do plnohodnotného života. Zejména u velmi starých lidí je komplikovaná rehabilitace, jelikož se velmi špatně zvykají na chůzi o podpažních berlích. Problémem bývá též sociální sféra při propuštění do domácího prostředí, kdy je nutná pomoc a péče ostatních členů rodiny. To však není vždy možné, proto pacienti bývají dále svěřeni do léčen dlouhodobě nemocných. Problémem zde bývá špatné přizpůsobení novému prostředí, které může vést až k hospitalizmu, prodloužení doby léčby a přidružení se dalších komplikací.

Cíl práce

Cílem této bakalářské práce je blíže se seznámit s problematikou zlomeniny krčku kosti stehenní, možnostmi její operační léčby a zpracovat ošetrovatelský proces u pacienta s tímto úrazem (zlomeninou). V teoretické části se seznámíme s příčinami vzniku zlomeniny, vyšetřovacími metodami, příznaky a léčbou. V praktické části bude zpracována kasuistika klienta se zlomeninou krčku femuru.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Obecná traumatologie

Traumatologie je dnes již specializovanou součástí chirurgie zabývající se úrazy a poraněními. Úraz je tělesné poškození, které vzniká nezávisle na vůli postiženého náhlým a násilným působením zevních sil. Úrazy rozlišujeme podle příčiny, nejčastější výskyt je v domácnosti, další bývají pracovní, dopravní, sportovní a kriminální trauma. Právě úrazy bývají nejčastější příčinou smrti u dětí, u dospělých jsou pak čtvrtou nejčastější příčinou. Proto je i v této oblasti nesmírně důležitá prevence (VALENTA et al., 2003).

Zlomeniny horního konce stehenní kosti patří k nejčastějším důvodům hospitalizace traumatologických nemocných a jejich souvislost se stárnutím populace dále narůstá. V České republice je ročně evidováno cca 10 až 12 tisíc případů. Tyto zlomeniny se stávají závažným problémem, a to jak medicínským, tak i sociálním a ekonomickým. Řada úrazů, může zanechat i vážné trvalé následky (MICHALSKÝ, 2009).

První dvě úrazové nemocnice v Evropě byly založeny na popud německých odborových svazů již v r. 1893 v Bochumi a v Halle. Ošetřování zde byli hlavně zranění horníci. Na základě dobrých zkušeností potom přijala v r. 1919 Všeobecná rakouská dělnická úrazová pojišťovna ve Vídni návrh¹ Lorenze Böhlera a založila vlastní úrazovou nemocnici.

Otevřena byla v r. 1925 a stala se záhy vzorem a školou pro všechny chirurgy. Lepší léčebné výsledky přinášely kromě jiného i snížené náklady na léčení a odškodňování poúrazových následků (POKORNÝ, 2002).

¹ prof. Lorenzo Böhler byl zakladatel moderní traumatologie

1.1 Zlomeniny

Pod pojmem zlomenina rozumíme přerušení kontinuity kosti. Vzniká buďto přímým mechanizmem, kdy je linie lomu v místě působení násilí nebo nepřímým, a to náhle nebo opakovaným přetížením takové zlomeniny jsou označovány jako únavové, neboli stresfraktury. Do této skupiny lze zařadit např. zlomeniny žeber u astmatiků trpících na záchvatovité kašle. Zlomeniny mohou vznikat i při působení menší síly pokud působí v místě již probíhajícího jiného onemocnění (metastáza nádoru, kostní cysta apod.), jedná se o zlomeninu patologickou.

Dále dělíme zlomeniny na otevřené, jestliže je poraněn kožní kryt společně s měkkými tkáněmi a zavřené, kdy jsou veškeré struktury až na kost intaktní. Zlomenina úplná vzniká v případě kompletního porušení celistvosti kosti. V tomto případě se také nazývají tyto zlomeniny jako nedislokované, tudíž anatomický tvar kosti zůstává zachován. Na druhé straně v případě neúplných fraktur dochází pouze k infrakci a linie lomu neprochází celým obvodem (VALENTA et al., 2003).

Za nekomplikované zlomeniny jsou označovány např. infrakce, u kterých není kost zlomená úplně, některé trámce nejsou v kosti přerušeny, ale pevnost je značně nižší. Nevyhnutelná je přechodná fixace poraněné části kvůli obnově kontinuity postižených trámců. Nekomplikovaná je také impresivní zlomenina, která se nazývá podle latinského slova (*impresio*), vpáčení, vmáčknutí. Jedná se o vmáčknutí kortikální vrstvy do kostní dřevě, kdy je jedna kortikální vrstva prolomena. S tímto typem se zejména setkáváme na kostech klenby lebky po působení přímé síly na malou plochu lebky (např. úder kladívkem).

Do této skupiny lze dále také zařadit kompresivní zlomeniny, které vznikají působením přenesené síly, kdy dojde ke stlačení kosti a tím i k přerušení trámců. Za komplikované jsou obecně považovány zlomeniny, které vyžadují složité léčení (např. patologická, roztržitá, otevřená, nitrokloubní atd.) a jsou poraněny i jiné tkáně (MICHALSKÝ, 2009).

1.2 Diagnostika zlomenin

Anamnéza: pokud lze odebrat, zajímáme se především o mechanismus úrazu, který nám napoví více o případných poraněních měkkých tkání. Podrobnou anamnézu je zcela nezbytné získat u únavových a patologických fraktur.

Klinické vyšetření: se opírá o jisté příznaky, jako je deformace končetiny, patologická pohyblivost a krepitace což je zvuk, který vzniká stažením svalů a následným třením úlomků. Funkční omezení a ohraňčený krevní výron či otok, tvoří společně s bolestí pravděpodobné příznaky.

Grafická vyšetření: provádí se nativní RTG ve dvou projekcích na sebe kolmých. Toto klasické vyšetření nám dodnes přináší základní informaci o typu zlomeniny a u většiny poranění skeletu je též dostačující. Pouze u některých typů zlomenin jsou doporučeny projekce speciální.

Nezbytné je také CT vyšetření, které slouží pro doplnění a upřesnění poranění pánve a páteře. Scintigrafie je vhodná použít jestliže není jasné, zda se jedná o zlomeninu aktuální nebo staršího data. Angiografické vyšetření se provádí při podezření na poranění tepen. U některých úrazů páteře je indikována NMR. Pokud hrozí u některých poranění prasklina šlachy nebo svalů lze využít ultrazvukové vyšetření, které jinak nepřináší důležité informace pro diagnostiku zlomenin (VALENTA et al., 2003).

1.3 Hojení zlomenin

Hojení zlomeniny spočívá ve tvorbě svalku, který je především závislý na dobrém prokrvení tedy bohatém cévním zásobení. Cévy periostální, endostální a cévy Haverských kanálů zajišťují zásobení.

- **primární kostní hojení** – zde musí být kostní úlomky v těsné blízkosti. Netvoří se žádný svalek a hojení probíhá přímým prostupem osteonů.
- **sekundární kostní hojení** – toto hojení je častější, vzniká zde svalek.

Tvorba svalku má tři fáze:

1. zánětlivá odpověď
2. reparační – opravení, nahrazení poškozené tkáně tkání jinou
3. remodelační – opětovná modelace kosti

V 1. fázi – zánětlivé je hematoma infiltrovaný (neutrofily, makrofágy) v místě lomu. Nekrotické tkáně v místě zlomeniny jsou pohlcovány (monocyty, granulocyty).

V 2. fázi – reparační je hematoma nahrazován svalkem, což je specifická granulační tkáň obsahující fibroblasty a endotelové buňky a později osteoblasty, které se diferencují z mezenchymu.

Ve 3. fázi – remodelační dochází k opětovné mineralizaci a směřování kostních trámců. Tento typ kostního hojení je považován za sekundární. Zlomenina se však může hojit i cestou primární pomocí tvorby svalku.

Takové hojení probíhá za těsného kontaktu úlomků a jejich kompresi. Na RTG snímku však primární svalek není patrný. V místě primárního svalku může v budoucnu dojít k opětovné fraktuře, jelikož není tak pevný jako svalek vřetenový (POKORNÝ et al., 2002).

1.4 Léčení zlomenin

První pomoc spočívá v kvalitě ošetření na místě, rozhoduje o budoucnosti poraněného a možných komplikací. Prvním krokem je zjistit krvácení a jeho rozsah, poté postupovat podle správných zásad stavění krvácení. Dalším krokem je stanovení zlomeniny otevřené nebo zavřené. Ránu kryjeme pokud možno sterilním obvazem popř. lze použít látkový kapesník. Následovné znehybnění končetiny zajistíme buďto svázáním dolních končetin k sobě nebo horní končetinu připevníme šátkem k hrudníku. Pokud máme možnost, použijeme Kramerovu dlahu, což je ohebná kovová mřížka. Tu obtočíme vatou nebo obinadlem a přizpůsobíme tvaru končetiny tak, aby ji přesně kopírovala, tím ji provizorně znehybníme. Jako improvizaci v terénu použijeme větve nebo prkénka (VALENTA et al., 2003).

Konzervativní léčení převládalo do konce 60. let. Dodnes se však oprávněně tento postup stále využívá. Indikace této léčby závisí na typu zlomeniny. Za menším

výskytem závažných komplikací stojí právě dobře vedená konzervativní léčba naproti riskantní operativě. Nevýhodou je však nutná dlouhodobá sádrová fixace. Ta je později příčinou vzniku poúrazových artróz. Mohou se také objevit projevy tzv. zlomeninové nemoci (oběhové změny, otoky, svalová atrofie atd.). Zlomeninové nemoci jde předcházet dobře zvládnutou rehabilitací, avšak nelze ji zcela vyloučit (POKORNÝ et al., 2002). Základní principy konzervativního léčení jsou:

- **Repozice** – napravení zlomeniny do anatomického postavení. Provádí se při znecitlivění zlomeniny.
- **Retence** – poskytnutí prostoru pro hojení za imobilizace ve správném postavení. Nejčastěji používaná sádrová fixace znehybní i oba sousední klouby. Další možností jsou ortézy různých materiálů nebo kontinuální trakce.
- **Rehabilitace** - má umožnit končetině navrátit původní funkce, které zvládala ještě před úrazem.

Operační léčení zlomenin se snaží o větší stabilitu úlomků a zároveň vylučuje nevýhody konzervativních postupů. V některých případech se stále doplňuje imobilizace operované končetiny sádrou nebo ortézou. Obecně se indikují k operačnímu řešení častěji dospělý, než děti. Operují se komplikované úrazy jako je nitrokloubní poranění, otevřené a nestabilní zlomeniny, zlomeniny spojené s nervovým poraněním.

1.4.1 Metody operačního léčení:

Při použití otevřené repozice bez implantátu se rána po sešití ještě fixuje sádrou.

Vnitřně fixujeme zlomeninu osteosyntézou, což je spojení kostních úlomků ve správném postavení pomocí kovových materiálů (dráty, šrouby, dlahy, nitrodřeňové hřeby aj.). Časné mobilizace docílíme pomocí nitrodřeňového hřebování, dlahy nebo zevního fixátoru. Překážkou pro začátek RHB může být komplikace v hojení operační rány.

Zevní fixátor je metoda při, které se zavádí fixační materiál skrze kůži do kosti a je spojen mimo tělo. Zavádí se čtyři a více šroubů do neporušených oblastí nad a pod místem zlomeniny. Montáž je pevnější, jestliže je mezi spojovací tyčí a skeletem kratší vzdálenost. Velkou výhodou je u ZF šetrnost vůči měkkým

tkáním a skeletu. Zevní fixace je stabilnější oproti konzervativní imobilizaci, ale na druhou stranu je méně stabilní, než fixace vnitřní. Nevýhodou ZF zejména z pohledu pacienta je jeho vyčnívající aparát. Tím pádem je ztížená i RHB a celkový komfort pacienta (VALENTA et al., 2003).

Indikací pro tento druh fixace jsou např. zlomeniny otevřené, tříštivé, infikované, defektní a polytraumata. Zevním fixátorem se zlomenina buďto definitivně doléčí nebo je možné po zhojení kožních defektů a měkkých tkání přejít na jiný typ osteosyntézy. Důležitou roli, vždy hraje stabilizace celkového stavu pacienta, na kterém závisí celý průběh léčby (POKORNÝ et al., 2002).

2 Zlomeniny proximálního femuru

Do této skupiny řadíme:

- zlomeniny krčku femuru
- zlomeniny pertrochanterické
- zlomeniny subtrochanterické

Zlomeniny v horní části stehenní kosti patří k nejčastějším úrazům pacientů hospitalizovaných na traumatologickém oddělení. Vzhledem k narůstajícímu počtu těchto zlomenin a výskytu u lidí vyššího věku (nad 70 let) jsou vážným sociálním i ekonomickým problémem. Staří lidé, mývají často kyčelní kloub postižen artrózou, v tom případě je nutné zvážit i možnost totální endoprotézy. Operační řešení je metoda volby léčení těchto zlomenin.

U žen se vyskytují mnohem častěji, než u mužů z důvodu výraznější osteoporózy v klimaktériu. Svůj velký podíl má též nadváha a zhoršená pružnost kosti ve vyšším věku. Nejčastěji se jedná o prostý pád, úraz je většinou minimální.

Lidé v pokročilém věku, bývají navíc méně obratní, mývají často zhoršené reflexy, zrak a problémy se závratěmi, což přispívá k pádům. Nemocní někdy popisují kolaps končetiny při vstávání nebo prosté chůzi. Spontánní zlomeniny, které bývají udávány, mají neznámý mechanismus úrazu (MICHALSKÝ, 2009).

Staří lidé, špatně snášejí změnu prostředí a imobilizaci v lůžku. Jsou více ohroženi vznikem pneumonie, kardiopulmonálním selháním nebo dekubity. Hodnocení kvality života po úrazu se liší podle věku, stavu pacienta před úrazem a závisí na typu zlomeniny.

2.1 Zlomeniny krčku stehenní kosti

Zlomeniny krčku kosti stehenní, vznikají v každém věku zřídka u dětí a dospívajících. U mladších osob vznikají vlivem působení přímého násilí na krajinu velkého trochanteru. Způsobují je např. pády, nárazy při dopravních nehodách apod.). Starým lidem stačí ke vzniku minimálního násilí jako např. špatné došlápnutí, zakopnutí nebo pád. Tím se torzní síly přenesou na krček femuru a vzniká zlomenina. Linie lomu může procházet kteroukoli částí krčku.

Klasifikace

- **Dle lokalizace** rozlišujeme zlomeniny

Mediocervikální - kdy je lomná linie ve středu krčku.

Subkapitální - nastává, jestliže je lomná linie blízko hlavice.

Bazicervikální - je lokalizovaná blízko trochanterického masivu.

- **Dle úhlu**, který svírá linie lomu s horizontální rovinou, je můžeme dále rozdělit.

Abdukční - zlomeniny jsou mechanicky příznivé pro hojení, protože krček - je v dobrém postavení.

Addukční - zlomeniny se vyskytují častěji, než abdukční. Mechanicky jsou méně příznivé.

- **Dělení podle Pauwelse** stanovení směru linie lomu do tří typů. (viz Příloha D)

I. typ – úhel linie lomu s horizontálou je $< 30^\circ$, jsou to zlomeniny příznivé, abdukční s malým rizikem nekrózy hlavice

II. typ – úhel $30 - 70^\circ$ zlomeniny addukční s nejistou prognózou

III. typ – úhel $> 70^\circ$ špatně se hojící abdukční zlomeniny, vysoké riziko nekrózy hlavice (POKORNÝ et al., 2002).

2.1.1 Diagnostika a příznaky

Zlomeniny stehenní kosti v oblasti kyčelního kloubu jsou, bolestivé značně omezují pohyb a znemožňují zatížení postižené končetiny.

Klasickým příznakem je též zkrácení, přitažení a zevní rotace končetiny. Klinický nález a poloha končetiny je tak charakteristická, že lze diagnosu určit takřka pohledem.

Poraněný cítí po úrazu bolest v kyčli vystřelující až ke kolenu. Funkční poruchy jsou většinou kompletní. Poraněný nezvládá ani zvednutí postižené končetiny nad podložku. Otok nebývá velký, cca do dvou dnů po úraze se objevují hematomy podél tříselného vazů, na zadní straně stehů a hýždí.

Vznikne-li zlomenina zaklíněná, většinou tyto příznaky chybí a postižený může být schopen chůze. Teprve až po dnech či týdnech jej bolest přivádí k lékaři.

Spolehlivý průkaz zaklíněné končetiny nikdy nevychází pouze z klinického vyšetření. Ještě před začátkem léčby je nutné přesné stanovení typu zlomeniny a prognózy.

Klinické vyšetření je nutno doplnit RTG snímky, aby bylo správně rozpoznáno a odlišeno zda se jedná o zlomeninu či prostou kontuzi. Teprve až správně technicky provedené rentgenové snímky diagnosu bezpečně potvrdí.

Vhodné je ještě před začátkem RTG aplikovat pacientovi analgetikum jako předcházení obtíží při možné manipulaci spojené se snímkováním. Lze se spokojit s prvotním předozadním snímkem, ale jasnou prostorovou orientaci o způsobu dislokace získáme až ze dvou na sebe kolmých projekcí. Při nejasném RTG nálezu je vhodné provést porovnání obou kyčelních kloubů nebo ve zvláštních případech lze provést vyšetření pomocí počítačové tomografie (TYPOVSKÝ et al., 1972).

2.1.2 Léčba

- **Konzervativní léčení**

V dnešní době se léčí operačně téměř všechny případy. Od konzervativního léčení skeletární trakcí se přešlo k invazivním postupům.

Léčení extenzí je dnes minulostí, ale stále se využívá stejně jako umístění končetiny na Braunově dlaze jako úleva od bolestí do doby operace. Léčení extenzí s dlouhou imobilizací mělo úmrtnost 25–30 %. Docházelo ke vzniku komplikací, zejména u starších lidí bylo riziko příliš vysoké. Nejčastějšími komplikacemi byly pneumonie, proleženiny a plicní embolie.

Konzervativně léčíme dnes jen zlomeniny nedislokované zaklíněné ve valgózním postavení. Pacient je do odeznění akutní bolesti odkázán pouze na pohyb v lůžku. Poté začíná RHB nácvikem chůze s odlehčením. V krátkých intervalech je však nutné zopakovat RTG, aby se vyloučila možnost sekundární dislokace, která by vedla k případné operační léčbě. Vždy je lepší i tyto typy zlomenin stabilizovat z hlediska bezpečnosti a urychlení RHB.

- **Operační léčení**

Fraktury krčku femuru ohrožují cévní zásobení hlavice. Riziko vzniku nekrózy je kolem 30 % zvyšuje se zejména u zlomenin mediálních. Nepříznivě působí hematoma uvnitř, který zvyšuje nitrokloubní tlak. Riziko též stoupá s časovou prodlevou od zlomeniny do doby repozice a stabilizace postižené končetiny.

Optimální čas pro začátek operačního léčení je 6-12 hod. po vzniku zlomeniny, což v praxi nelze vždy dodržet. Možnost využití léčby osteosyntézou uplatňujeme u biologicky mladších jedinců. U pacientů vyššího věku využíváme alloplastiku kyčelního kloubu, která umožňuje rychlou mobilizaci a zatížení. Po osteosyntéze je možné začít se zatížením po uplynutí 3 měsíců.

2.1.3 Způsoby operačního léčení

A) Možnosti osteosyntézy:

- *dynamický kompresní šroub (DHS)*
 - Dochází k zavedení šroubu do hlavice přes krček femuru. Šroub není pevně spojen s dlahou, která je fixovaná k diafýze femuru kortikálními šrouby. Kompresivním šroubem se docílí peroperační komprese úlomků.
- *130° úhlová dlahá*
 - Lze doplnit spongiózním šroubem. Dlahá sama o sobě nekomprimuje úlomky.
- *alternativně – gama hřeb, PFN hřeb*
 - Principem je zavedení nitrodřeňového hřebu do prostoru femuru. Zajistí se pomocí dvou proximálně zavedených šroubů (nosný, proti rotační).
- *spongiózní šrouby*
 - U křehkého skeletu lze použít 2-3 jednotlivé šrouby (POKORNÝ et al., 2002).

B) Možnosti alloplastiky:

- *cervikokapitální protéza (CKP)*
 - CKP se využívá u velmi starých, polymorbidních nemocných. Implantace je méně zatěžující. U tohoto typu protézy není nahrazena jamka, ale pouze hlavice a krček. Dlouhodobé výsledky však nejsou uspokojivé. Případnou pozdější reoperaci na TEP usnadní modulární typ CKP. Dříve nemocní léčení pomocí extenzí často umírali, než došlo ke zhojení.
Dnes je mortalita rapidně snížena, pokud k úmrtí dochází, jde převážně

o pacienty komplikovanější. Jsou to např. diabetici, kardiaci, chronicky nemocní nebo polymorbidní pacienti.

- *totální endoprotéza (TEP)*
 - Hlavní typy kloubních náhrad jsou:
 - a) *Cementované* (jamka a dřík je upevněn pomocí cementu)
 - b) *Necementované* (jamka i dřík jsou necementované)
 - c) *Hybridní* (jamka je necementovaná, dřík cementovaný)

Uvedené typy kloubních náhrad jsou široce využívány. Operatér zvolí typ protézy podle pacientova životního stylu a věku. TEP znamená nahrazení, jak hlavičky stehenní kosti, tak kloubní jamky cizím materiálem.

Implantát se skládá z několika částí. Acetabulární komponenta nahrazuje jamku a femorální komponenta tzv. dřík nahrazuje krček a hlavičku kosti. Femorální část je vyráběna z kovových materiálů, hlavička je keramická nebo kovová. Acetabulární se pak skládá z kovové vnější části a plastové výplně. Plastová výplň je velmi pevná a odolná vůči mechanickému poškození.

Cementované endoprotézy jsou připevněny pomocí hmoty, která se nazývá kostní cement. Necementované protézy jsou pokryty porézní vrstvou, do které prorůstá kostní tkáň po implantaci (MAŇÁK et al., 1998).

2.1.4 Komplikace

V průběhu hojení těchto zlomenin se mohou později objevit komplikace, které narušují úspěšnost léčby jak operativní tak i konzervativní.

Zhojení ve vadném postavení je bráno jako nejméně závažná komplikace. Nevyžaduje zpravidla zvláštní léčení. Pacient pociťuje menší sílu a omezenou hybnost svalstva.

Nekróza hlavičky vzniká porušením krevního zásobení vlivem úrazového násilí. K přerušení může také dojít zavedením nitrodřeňového hřebu, kdy se může narušit kolaterální oběh. Takové poranění je nazýváme jako operační trauma

Pseudoartrózou rozumíme pakloub neboli nezhojenou zlomeninu. Zda dojde jen k prodlouženému hojení nebo vzniku fibrosního spojení rozhodují určité faktory.

Jedním z faktorů je rozsah a tvar traumatu dalším může být špatné přiblížení fragmentů nebo nepřesná repozice a stabilita fixace.

Nozokomiální infekce vzniká zanesením nemocničních bakterií k místu zlomeniny, kam může proniknout prostřednictvím krevního řečiště nebo přímým kontaktem s ránou.

Změna délky končetiny v souvislosti se zástavou růstu nebo naopak zrychlení růstu způsobující prodloužení končetiny (VALENTA et al., 2003).

2.2 Zlomeniny subtrochanterické

Subtrochanterickou oblast tvoří přechod mezi proximálním koncem femuru a diafýzou. Tyto zlomeniny jsou lokalizovány 5-8 cm distálně od malého trochanteru. Postihuje spíše mladší muže.

Léčba tohoto typu zlomenin je zásadně operační. Konzervativní léčení dnes, již v praxi využíváno není, stalo se tak minulostí pro volbu léčby těchto zlomenin. Optimální volbou je technika zavřeného hřebování. Používá se PFN, femorální, rekonstrukční nebo gama hřeb s dlouhým dříkem.

2.3 Zlomeniny pertrochanterické

Problematika zlomenin trochanterického masivu je v téměř stejná jako u zlomenin krčku stehenní kosti. Trochanterická oblast je podstatně lépe prokrvena tudíž v místě zlomeniny vzniká větší krvácení. Na druhou stranu se právě proto mnohem lépe hojí a nehrozí v této lokalizaci výskyt pakloubů nebo nekróz.

Závažnost těchto zlomenin se zvyšuje vzhledem k počtu úlomků a stupně dislokace. Hlavní je rozlišení zlomeniny stabilní od nestabilní. O stabilitě rozhoduje především oblast malého trochanteru (tzv. Adamsův oblouk).

Jako terapie je volena stabilní osteosyntéza. Právě ta zajišťuje pacientovi časnou mobilizaci, což je velkou výhodou hlavně pro lidi v pokročilém věku (POKORNÝ et al., 2002).

Požadovaná kritéria nejlépe splňují postupy prováděné pomocí:

- dynamického kompresního šroubu (DHS)
- gama hřeb
- PFN hřeb

Méně jsou dnes využívány metody tyto:

- úhlová dlaha 130° nebo 95°
 - T dlaha
- Enderova metoda nejméně zatěžující syntéza dle Simon-Weinder-Endera. Používána je u velmi starých lidí, trvale imobilních nebo věkově limitovaných osob. Výhodou je krátké trvání operace a zároveň i malé krevní ztráty během výkonu. Tento typ osteosyntézy je zavřený, tudíž jsou infekční komplikace minimální. Prevence a rehabilitace je též stejná jako u fraktur krčku femuru (POKORNÝ et al., 2002).

3 Rehabilitace

Rehabilitace má za úkol pomoc pacientům navrátit tělesné, duševní a sociální funkce, které bývají vzhledem k hospitalizaci narušeny. Cílem je používání všech prostředků k tomu, aby se člověk znovu zapojil do aktivního života. V terapii je nutné zohlednit čas potřebný ke zhojení a ordinace traumatologa ohledně povolení zátěže postižené končetiny.

Časnou rehabilitaci je možné zahájit u zlomenin v oblasti kyčelního kloubu řešené osteosyntézou nebo implantací endoprotézy.

Dechová a kondiční terapie bývá prováděna za účelem prevence pooperačních komplikací (např. pneumonie) a jako příprava před následující vertikalizací. Zpravidla 1. - 3. den po výkonu je možné začít s vertikalizací nejdříve do sedu a dle možností a stavu pacienta se pokoušíme o stoj. Ve stoji je nutné dbát na odlehčení operované končetiny. Zahajujeme též péči o jizvu léčbu otoku šetrnou mobilizací a uvolňování rozsahu pohybu.

Po zvládnuté vertikalizaci ve stoje přecházíme k nácviku chůze, kdy je operovaná končetina nadále odlehčována. Za pomoci chodítka, podpažních berlí nebo event. francouzských holí nacvičujeme zpočátku pouze chůzi po rovině. Chůzi po schodech je nutné zahájit a zvládat ještě před propuštěním do domácího ošetřování. Doba, po kterou musí být končetina odlehčována, se liší podle typu zvoleného operačního řešení. Pacient po osteosyntéze, či implantaci totální endoprotézy může končetinu plně zatěžovat po 3 měsících, u cervikokapitální je pak zatížení možné po zhojení operační rány tj. za 10-14 dnů.

Nedílnou částí RHB je zároveň fyzikální terapie, ergoterapie a sociální šetření, které je nutné zajistit pro následné pokračování léčby.

Jako fyzikální terapii využíváme vodoléčbu, která je indikována až po zhojení jizvy a odstranění stehů. Manuální nebo přístrojovou lymfodrenáž aplikujeme při terapii otoku (KOLÁŘ et al., 2009).

3.1 Léčebná rehabilitace u zlomenin proximálního femuru

Obecně je možno rozdělit léčebnou rehabilitaci u těchto zlomenin do 3 fází.

- Předoperační rehabilitace
- Pooperační rehabilitace
- Posthospitalizační rehabilitace

3.1.1 Předoperační fáze

Předoperační RHB slouží jako základní prevence možných komplikací spojených s nastávajícím invazivním výkonem. Úkolem předoperační rehabilitace je edukace nemocného o pooperačních změnách v životním režimu za použití kompenzačních pomůcek.

U chronicky nemocných pacientů je operace plánována předem, proto je nutné zahájit rehabilitaci již před operačním výkonem. V případech, kdy je implantována protéza kyčle apod. je zapotřebí nacvičit chůzi o berlích a to zejména u pacientů vyššího věku. U některých méně fyzicky zdatných nemocných může tento nácvik být obtížně zvládnut a to i bez ohledu na jejich biologický věk. Nácvik je pro pacienty nesmírně důležitý, aby po operaci snáze a rychleji zvládali pooperační RHB jako je vstávání a chůze. Důležitou rolí rehabilitačních pracovníků je též pozitivně psychologicky přistupovat k nemocným a motivovat je už od začátku RHB (HALADOVÁ et al., 1997).

Časnou pooperační rehabilitací nejlépe zabráníme svalové hypotrofii, ale i obávané TEN. Zvláště u starších pacientů je nutné zvládnutí RHB, aby nezůstali upoutáni v lůžku a byli méně ohroženi plicními komplikacemi. Sestra, která je v kontaktu s nemocným nejčastěji by měla přispívat k RHB nejen motivací nemocného, ale i nácvikem samoobslužných úkonů v rámci lůžka. Obzvláště v traumatologii a ortopedii má rehabilitace neodmyslitelný podíl na úspěšné léčbě.

3.1.2 Pooperační fáze

Zahrnuje období po operaci až do propuštění do domácího prostředí, přeložení jiného zařízení. Forma a způsob RHB je přímo závislí na celkovém pooperačním stavu nemocného. I na specializačních odděleních jako je JIP a ARO, je nutné provádět RHB stejně tak jako na standartních odděleních (KOLÁŘ et al., 2009).

Nemocní se ztrátou vědomí nebo ochrnutí mají zajištěno pasivní cvičení končetin a polohování, aby nedocházelo ke vzniku kontraktur, dekubitů a předcházelo se možným plicním komplikacím. Spolupracující pacienti se účastní aktivního cvičení dle instrukcí RHB pracovníků provádějí dechová a kondiční cvičení. Dále, pokud to pooperační stav nemocného umožňuje, provádíme nácvik sedu a stoje. K provedení těchto úkonů je nejdůležitější čtyřhlavý sval stehenní, který nese hlavní zátěž a zajišťuje chůzi. Jeho aktivní cvičení na obou DK je proto nesmírně důležité i u ležících nemocných. Procvičováním pohybů, horních končetin, přispějeme k lepší dechové funkci.

V dnešní době jsou nejčastěji používány elektronické pohyblivé dlahy, které zabraňují vzniku tuhnutí a kontraktur kloubů. Výhodou je snadné použití rychlejší terapie, včasné obnovení pohyblivosti kloubu a zamezení komplikacím způsobených imobilizací (HRABOVSKÝ et al., 2006).

3.1.3 Posthospitalizační fáze

Začíná dnem propuštění do domácího ošetření, což může být už po 8 – 10 dnech od operace. Jak bude následná rehabilitace probíhat, záleží jen na pacientovi. Ti, kteří odcházejí domů, musí mít vyhovující sociální zázemí jako je pomoc druhých a vhodné bytové podmínky pro dodržení doporučeného režimu. Dále mohou využít služby rehabilitačních zařízení, lázeňské pobyty nebo ambulantní rehabilitační péči.

4 Předoperační a pooperační péče

Operace a především ty které trvají mnohdy několik hodin, a jsou prováděny v celkové anestezii, jsou velkou zátěží pro lidský organismus. Jde o invazivní výkon, kdy je porušen povrch těla a anatomické vrstvy při pronikání k chorobnému ložisku a dochází k narušení fyziologických pochodů.

Psychologická příprava pacienta a jeho psychický stav je jiný u operace plánované, než u akutních stavů a závažných poranění. V každém stavu nemocný však vyžaduje psychickou podporu, trpělivost a vlídnost ošetřujícího personálu.

Sestra je častěji v kontaktu s nemocnými, než lékař proto musí stav nemocných pravidelně kontrolovat a neprodleně informovat lékaře o případné změně jejich zdravotního stavu. Důležitou roli má sestra při tlumení pooperační bolesti, kdy má za úkol včas a správně aplikovat tišící lékařem ordinovanou látku. Je to právě sestra kdo pomáhá nemocným zvládnout operační zátěž a její následky. Nejen lék proti bolesti, ale také dobře upravené lůžko jeho poloha a správné uložení operované končetiny to vše spolu s vlídným slovem na nemocného, vždy kladně zapůsobí (HRABOVSKÝ, 2006).

Ošetřující sestra je zodpovědná za sledování operovaného po přivezení na oddělení. Pooperační péče o nemocného se řídí ordinacemi, které jsou uvedené v anesteziologickém záznamu a dále stejně jako před operací ordinacemi ošetřujícího lékaře. Po předání nemocného na oddělení, pravidelně kontrolujeme tlak, puls, stav operační rány a popř. funkčnost zavedeného drénu. Povinností sestry je přesně naměřené hodnoty zapisovat do příslušné dokumentace daného oddělení (NEJEDLÁ, SVOBODOVÁ, ŠAFRÁNKOVÁ, 2004)

4.1 Předoperační příprava

Jedná-li se o přijetí plánované, zajistí předoperační vyšetření obvodní lékař u případů akutních je prováděno, již za hospitalizace. Při příjmu nejdříve vyšetří nemocného lékař na příjmové ambulanci a poté jej sestra uloží na pokoj příslušného oddělení. Sestra na oddělení určí lůžko pro pacienta vzhledem k pohlaví, věku a zdravotnímu stavu. Ne vždy jsou z provozních důvodů tyto požadavky splněny (málo místa apod.). Úkolem sestry je také seznámit nové pacienty s nemocničním řádem a dbát na jeho dodržování.

Před operací je nutné provést důkladnou hygienu celého těla. Den před operací je pacient poučen o tom, že od půlnoci nesmí nic jíst pít a kouřit. Večer před operací a následné ráno dostává nemocný léky ordinované anesteziologickým lékařem, které za přítomnosti sestry zapije malým množstvím vody.

Ráno před operací ještě změříme a zapíšeme FF do dokumentace. Provedeme bandáž neoperované končetiny a požádáme pacienta o sundání veškerých ozdob (řetízek, prsten, hodinky apod.) a případných protéz (zubní, oční). Na výzvu podáme premedikaci ordinovanou anesteziologem a zapíšeme do dokumentace čas podání. Těsně před převozem z oddělení na sál zkontroluje sestra čistotu celé oblasti operačního pole a zajistí dostatečné vyprázdnění. Poté nasadí operační pokrývku hlavy a zkontroluje pacientovu kompletní dokumentaci, kterou posílá společně s ním na sál.

U náhlých stavů je příprava nemocného závislá na naléhavosti operačního výkonu. Ale ani při tom se základní požadavky předoperační přípravy nesmí vynechat. Jedná se o převlečení, nejnutnější hygienickou očistu a vyprázdnění močového měchýře.

U těžkých traumat, přivezených rychlou záchrannou službou, kde jsou pacienti bezprostředně ohroženi na životě a tím pádem vyžadují okamžitý operační zákrok na sále, pak předoperační příprava odpadá v zájmu záchrany jejich života. Hygienická očistu provádíme později, až je pacientův stav plně stabilizován (HRABOVSKÝ, 2006).

4.2 Pooperační péče

Po operaci nemocný bývá převezen na dospávající pokoj, kde je sledován pomocí monitorů až do stabilizace jeho stavu nebo na JIP, jde-li o závažnější operaci, či komplikovaný průběh.

Na standartním oddělení přebírá nemocného sestra i s kompletní dokumentací z operačního sálu. Pacienta uloží na pokoj, zapíše do dokumentace čas převzetí a splní ordinace uvedené v anesteziologickém záznamu. Dále mu změří tlak a puls a zkontroluje stav operační rány. Poučí ho o klidovém režimu a pomůže zajistit vhodnou polohu.

Pokud nemají muži zaveden močový katetr, přinese sestra močovou lahev a dá ji nemocnému na dosah ruky. Ženy použijí při potřebě signalizační zařízení k přivolání sestry. Měření FF a kontrolu obvazu provádí sestra do stabilizace á 30 min. poté á 2 hod. až do předání služby. Jídlo a pití je po operaci zakázáno, proto někdy bývá lékařem naordinována infuzní terapie. Každou změnu stavu ihned hlásíme lékaři a zaznamenáváme do dokumentace. Je také nezbytné ohlídat močení, u pacientů s obtížemi zavedeme močový katétr. Ženy cévkuje sestra sama, k vycévkování muže přivolá lékaře. Odběry naordinuje lékař a provede sestra, podle výsledků se řídí další naordinovanou léčbou (NEJEDLÁ, SVOBODOVÁ, ŠAFRÁNKOVÁ, 2004).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: X.Y.

Rok narození: 1932

Pohlaví: žena

Věk: 79

Stav: ovdovělá

Státní příslušnost: ČR

Zaměstnání: důchodce

Datum přijetí: 3. 3. 2011

Typ přijetí: léčebný

Oddělení: Traumatologické oddělení 1. Chirurgické kliniky, Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

Typ přijetí: akutní

Důvod přijetí udávaný pacientem: bolesti v oblasti kyčelního kloubu, omezená hybnost končetiny

Medicínská diagnóza hlavní: Fractura colli femoris 1. dx.

Medicínské diagnózy vedlejší: Pád na rovině po uklouznutí nebo zakopnutí

Arteriální hypertenze

Diabetes mellitus II. typu na dietě

Vitální funkce při přijetí

TK: 130/75	Výška: 160 cm
P: 80´	Hmotnost: 59 kg
D: 20´	BMI: 23
TT: 36,6 °C	Pohyblivost: chodící o berlích
Stav vědomí: při vědomí, orientována	Krevní skupina: A+

Nynější onemocnění: Pacientka přivezena rychlou záchrannou službou pro bolest v oblasti kyčelního kloubu. Včera doma při chůzi na WC zakopnula a poté upadla na zem, kde ležela ještě několik hodin. Přijata pro basicervikální zlomeninu femuru vpravo.

Informační zdroje: dokumentace, rozhovor s pacientkou, informace od ošetřujícího personálu

6 Anamnéza

Rodinná anamnéza

Matka: zemřela tragicky v 60 letech

Otec: zemřel stářím v 78 letech

Sourozenci: 0

Děti: jedna dcera

Osobní anamnéza

Překonané a chronické onemocnění: Interně léčena pro hypertenzi a diabetes mellitus II. typu, prodělala pouze běžná dětská onemocnění bez komplikací.

Hospitalizace a operace: 0

Úrazy: dosud bez následků

Transfuze: 0

Očkování: běžné, povinné

6.1 Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Lusopress	tablety	20 mg	1-0-1	antihypertenzivum
Neurol	tablety	0,25 mg	1-0-1	benzodiazepin

Alergologická anamnéza:

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: 0

Abúzy

Alkohol: příležitostně

Kouření: 10 cigaret denně

Káva: 1 denně

Jiné drogy: neguje

Gynekologická anamnéza

Menarché: ve 13 letech

Cyklus: pravidelný

Intenzita, bolesti: /

PM: /

A: žádný

UPT: nikdy nebylo zavedeno

Antikoncepce: neužívala

Menopauza: kolem 50 roku

Potíže klimakteria: návaly horka

Samovyšetření prsou: neprovádí

Poslední gynekologická prohlídka: před dvěma lety

Stav: ovdovělá

Bytové podmínky: žije sama v bytě, ve 3. patře s výtahem, kam dochází pečovatelka

Vztahy, role a interakce: v rodině: rodinné vztahy jsou dobré, mimo rodinu má pár přátel, s kterými se občas setkává

Záliby: ráda plete a pracuje na zahrádce

Volnočasové aktivity: četba, televize, křížovky

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: střední vzdělání s výučním listem

Pracovní zařazení: kuchařka

Vztahy na pracovišti: bez problémů vycházela s ostatními zaměstnanci

Ekonomické podmínky: přijatelné

Spirituální anamnéza:

Pacientka není věřící

7 Posouzení současného fyzického stavu ze dne 3. 3. 2011

Hlava a krk:

- **Subjektivní údaje** – „Občasně se mi točívá hlava.“
- **Objektivní údaje** – Pokleповě nebolestivá, uši a nos bez výtoku, oční štěrbinu symetrické, spojivky růžové, skléry bílé, bulby volně hybné všemi směry, zornice izokorické, rty růžové bez cyanózy, jazyk plazí středem, suchý bez povlaku, chrup defektní, protéza. Levý koutek pokleslý. Krk volně hybný všemi směry, C páteř palpačně nebolestivá. Pulzace karotid souměrná bez šelestů. Axily bez kožních změn, lymfatické uzliny nezvětšeny.

Hrudník a dýchací systém:

- **Subjektivní údaje** – „Problémy s dechem či kašlem nemám ani bolest na hrudi, i když kouřím přes 50 let.“
- **Objektivní údaje** – Symetrický, bez deformit. Klinicky pevný hrudní kost ve středním postavení. Poslechově dýchání čisté sklípkové ve všech polích. Frekvence dýchání 20/minutu.

Srdeční a cévní systém:

- **Subjektivní údaje** – „Problémy se srdcem jsem zatím neměla, ale mám potíže s DK.“
- **Objektivní údaje** - Akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené, bez šelestu, P 80/min. Dolní končetiny bez otoků a zánětu. Pravá dolní končetina bolestivá v oblasti kyčelního kloubu, zde i otok a omezená hybnost.

Břicho a GIT:

- **Subjektivní údaje** – „Bolesti břicha ani zažívací potíže mívám zřídka.“

- **Objektivní údaje** – Souměrné, v nivěu, dýchací pohyby viditelné v celém rozsahu. Měkké, palpačně a pokleповě nebolestivé, povrchová a hluboká palpáce bez hmatné rezistence, bez známek peritoneálního dráždění. Poklep bubínkový. Játra nepřesahují pravý žeberní oblouk. Slezina nenaráží. Peristaltika slyšitelná normální.

Močový a pohlavní systém:

- **Subjektivní údaje** – „Občas mívám potíže s častým močením zejména v noci.“
- **Objektivní údaje** – Tappotement negativní, inguiny volné, lymfatické uzliny oboustranně nehmatné, hernie nepřítomné.

Kosterní a svalový systém:

- **Subjektivní údaje** – „Bolí mě pravá noha a nemohu s ní hýbat.“
- **Objektivní údaje** – Horní končetiny volně hybné, nebolestivé, bez deformit. Svalová síla a tonus souměrné, v normě. Inervace a pokrvení periferie v normě. DK bolestivá v oblasti trochanterického masivu, hybnost v kyčli bolestivá.

Nervový a smyslový systém:

- **Subjektivní údaje** – „Nosím brýle na čtení a hůře slyším.“
- **Objektivní údaje** – Při vědomí, orientována osobou, místem i časem, spolupracuje. Ameningeální, zornice izokorické. Reflexy přítomné. Nosí brýle.

Endokrinní systém:

- **Subjektivní údaje** – „Mám cukrovku, ale léky neužívám, jen držím dietu.“
- **Objektivní údaje** – Přítomný diabetes mellitus II. typu na dietě.

Imunologický systém:

- **Subjektivní údaje** – „Žádná alergie se u mne zatím neprojevila,“

- **Objektivní údaje** – Alergie neuguje.

Kůže a její adnexa:

- **Subjektivní údaje** – „Žádné problémy v této oblasti nemám.“
- **Objektivní údaje** – Barva kůže normální bez známek krvácení a patologie. Kožní turgor přiměřený.

7.1 Aktivity denního života

Stravování

Doma:

- **Subjektivní údaje** – „Chuť k jídlu mám stále, jím 3x denně.“
- **Objektivní údaje** – Dieta diabetická, chuť k jídlu má. Doplnky stravy žádné neužívá.

V nemocnici:

- **Subjektivní údaje** – „Čekám na operaci, takže jsem zatím najíst nedostala, jsem pouze na infuzích.“
- **Objektivní údaje** – Do operace zatím NPO poté dieta č. 9 (diabetická).

Příjem tekutin

Doma:

- **Subjektivní údaje** – „Za den vypiji zhruba 1,5 – 2 litry tekutin.“
- **Objektivní údaje** – Pacientka pod dohledem pečovatelky dodržuje dostatečný pitný režim. Pije hořký čaj nebo vodu.

V nemocnici:

- **Subjektivní údaje** – „Dostala jsem hořký čaj pak už jen infuze.“

- **Objektivní údaje** – Pacientka měla sledovaný P+V tekutin dostala pouze černý hořký čaj a infuze dle ordinací. Příjem tekutin je přiměřený.

Vylučování moče

Doma:

- **Subjektivní údaje** – „Močím bez obtíží, někdy chodím častěji.“
- **Objektivní údaje** – Pacientka doma močí spontánně, problémy s močením neudává. Pouze někdy zvýšené noční močení.

V nemocnici:

- **Subjektivní údaje** – „Po pádu jsem se pomočila. Nevím, jak si teď dojdu na WC, když nemohu chodit.“
- **Objektivní údaje** – Pacientka při příjmu zapáchá močí. Zaveden PMK kvůli neschopnosti chůze a bolesti PDK při pohybu. Sledován P+V tekutin.

Vylučování stolice

Doma:

- **Subjektivní údaje** – „Stolici mám pravidelně většinou každý druhý den.“
- **Objektivní údaje** – Pacientka udává v domácím prostředí pravidelnou stolici bez větších obtíží.

V nemocnici:

- **Subjektivní údaje** – „Občas mívám zácpu, když změním prostředí“.
- **Objektivní údaje** – Pacientka nyní lačná bez stolice. Po operačním řešení a zatížení stravou sledováno adekvátní vyprazdňování.

Spánek a bdění

Doma:

- **Subjektivní údaje** – „Doma problémy se spánkem nemám, občasně se vzbudím brzy k ránu a poté už neusnu.“
- **Objektivní údaje** – Pacientka spí dobře, léky na spaní neužívá.

V nemocnici:

- **Subjektivní údaje** – „Mám problém se spánkem, v noci se často budím, jsem zvyklá na svou postel a klid.“
- **Objektivní údaje** – Pacientka se několikrát za noc probouzí.

Aktivita a odpočinek

Doma:

- **Subjektivní údaje** – „Denně ke mně dochází pečovatelka, s kterou chodím na procházky. Jinak jsem doma, luštím křížovky, čtu a koukám na TV.“
- **Objektivní údaje** – K pacientce dochází pravidelně pečovatelská služba, která provádí RHB pomocí procházky.

V nemocnici:

- **Subjektivní údaje** – „Denně mě navštěvuje RHB sestra.“
- **Objektivní údaje** – Pacientka 2x denně rehabilituje dle standardu oddělení za pomoci rehabilitačních pracovníků.

Hygiena

Doma:

- **Subjektivní údaje** – „Doma se koupu 2x týdně s pečovatelkou, osobní hygienu zvládám sama.“

- **Objektivní údaje** – Pacientka soběstačná co se týče osobní hygieny jinak nutná dopomoc.

V nemocnici:

- **Subjektivní údaje** – „Jsem upoutána na lůžko, takže se myji s pomocí zdravotnického personálu.“
- **Objektivní údaje** – Pacientka zvládá osobní hygienu jinak nutná dopomoc.

Samostatnost

Doma:

- **Subjektivní údaje** – „Doma jsem samostatná, ale ven na nákupy chodím s doprovodem pečovatelky.“
- **Objektivní údaje** – Nutný dohled pečovatelské služby, pacientka není zcela soběstačná.

V nemocnici:

- **Subjektivní údaje** – „Po operaci nic nezvládám, jsem odkázána na pomoc personálu.“
- **Objektivní údaje** – Nemocná je zcela nesoběstačná nutná dopomoc při denních aktivitách.

7.2 Posouzení psychického stavu

Vědomí:

- **Subjektivní údaje** – „Jmenuji se XY.“
- **Objektivní údaje** – Pacientka je při plném vědomí.

Orientace:

- **Subjektivní údaje** – „Jsem v nemocnici na Karlovo náměstí, dnes je 6. 3. 2011.“

- **Objektivní údaje** – Pacientka orientována místem, časem i osobou.

Nálada:

- **Subjektivní údaje** – „Mám strach nevím, jak zvládnou RHB.“
- **Objektivní údaje** – Pacientka je po operačním výkonu mírně rozrušená.

Paměť:

Staropaměť

- **Subjektivní údaje** – „Ráda vzpomínám na mládí a dětství.“
- **Objektivní údaje** – Staropaměť zachována, v pořádku.

Novopaměť

- **Subjektivní údaje** – „Občas zapomínám, co bylo před pár dny.“
- **Objektivní údaje** – Pacientka má zhoršenou novopaměť, nutné vše zopakovat vícekrát.

Myšlení:

- **Subjektivní údaje** – „S myšlením už jsem na tom podstatně hůře.“
- **Objektivní údaje** – Myšlení zhoršené, adekvátně vzhledem k věku.

Temperament:

- **Subjektivní údaje** – „Jsem spíše pesimista.“
- **Objektivní údaje** – Nemocná se projevuje svým chováním jako melancholik.

Sebehodnocení:

- **Subjektivní údaje** – „Jsem ze s sebou, ve svém věku, celkem spokojená.“
- **Objektivní údaje** – Spokojenost.

Vnímání zdraví:

- **Subjektivní údaje** – „Jsem dlouholetá kuřačka, vím, že je to pro mé zdraví špatné, ale nedokážu přestat.“
- **Objektivní údaje** – Neadekvátní přístup pacientky ke zdraví.

Vnímání zdravotního stavu:

- **Subjektivní údaje** – „Čekám na operaci, doma jsem upadla na bok a způsobila si tím zlomeninu.“
- **Objektivní údaje** – Adekvátní stavu.

Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění:

- **Subjektivní údaje** – „Byla to strašná bolest, když jsem ležela na poraněné končetině, a nemohla se zvednout. Takže se těším, až budu po operaci a noha mě už nebude bolet.“
- **Objektivní údaje** – Adekvátní stavu.

Reakce na hospitalizaci:

- **Subjektivní údaje** – „Jsem ráda, že už jsem v rukou doktorů a sestřiček, které se o mě postarají.“
- **Objektivní údaje** – Adekvátní.

Adaptace na onemocnění:

- **Subjektivní údaje** – „Souhlasila jsem s operací stehenní kosti.“
- **Objektivní údaje** – Adekvátní stavu.

Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres):

- **Subjektivní údaje** – „Mám strach, aby nevznikly nějaké komplikace, jinak lékařům plně důvěřuji.“

- **Objektivní údaje** – Lékařem podepsaný souhlas s operací obsahoval i možné komplikace, které pacientku vzhledem k věku lehce rozrušili. Poté obeznámena lékaři s celým průběhem operačního výkonu a nejvhodnějším typem anestezie. Pacientka souhlasí s implantací CKP protézy za celkové anestezie.

Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorogenie):

- **Subjektivní údaje** – „Pokaždé jsem byla v nemocnici s lékaři i sestrami spokojená, ale těšila jsem se domů, kde mám svůj klid.“
- **Objektivní údaje** – Pacientka nemá špatnou zkušenost z žádné předchozí hospitalizace.

7.3 Posouzení sociálního stavu

Komunikace

Verbální:

- **Subjektivní údaje** – „Jsem na pokoji s přibližně stejně starými pacientkami, takže si často povídáme.“
- **Objektivní údaje** – Pacientka je komunikativní.

Neverbální:

- **Subjektivní údaje** – „Využívám ji často, tady zejména při bolesti.“
- **Objektivní údaje** – Pacientka využívá neverbální komunikaci při vyjadřování bolesti gestikulací tváře.

Informovanost

O onemocnění:

- **Subjektivní údaje** – „Ošetřující lékař mne každý den informuje o postupu léčby stejně tak i všechny sestřičky.“
- **Objektivní údaje** – Pacientka je dostatečně informována.

O diagnostice:

- **Subjektivní údaje** – „Před každým vyšetřením jsem předem informována.“
- **Objektivní údaje** – Pacientka je před každým vyšetřením poučena sestrou.

O léčbě a dietě:

- **Subjektivní údaje** – „Ošetřující lékař mne každý den informuje o postupu léčby stejně tak i všechny sestřičky.“
- **Objektivní údaje** – Dostatečně informována v této oblasti zdravotnickým personálem a lékaři.

O délce hospitalizace:

- **Subjektivní údaje** – „Vše bude záležet na mém stavu po operaci a na tom, jak mi půjde RHB.“
- **Objektivní údaje** – Pacientka informována o faktorech ovlivňujících propuštění a přibližné délce hospitalizace bez vzniku komplikací.

Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace

Primární (role související s věkem a pohlavím):

- **Subjektivní údaje** – „Jsem žena v důchodu a nyní pacient.“
- **Objektivní údaje** – Žena, důchodkyně a pacientka.

Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi):

- **Subjektivní údaje** – „Matka, tchýně, babička, přítelkyně.“
- **Objektivní údaje** – Matka, babička, přítelkyně.

Terciální (související s volným časem a zálibami):

- **Subjektivní údaje** – „Zahrádkář.“
- **Objektivní údaje** – Zahrádkář.

8 Medicínský management

Ordinovaná vyšetření:

- krevní obraz, krevní skupina
- biochemické vyšetření krve (minerály, urea, kreatinin, jaterní testy, celková bílkovina, diabetický profil)
- koagulační vyšetření (Quickův test, APTT)
- EKG
- RTG (srdce + plic, pánve, hrudníku, pravé kyčle)
- opakovaně interní vyšetření
- předoperační anesteziologické vyšetření

Výsledky:

- krevní testy

Minerály + Osmolalita: Na: 142 [137..146], K: **3,7** [3,8..5,0], Cl: 103 [97..108]

Dusíkové metabolity: Urea: **12,7** [2,0..6,7], Kreat.: **130,0** [44,0..104,0]

Jaterní testy: Bilirubin: **23,5** [2,0..6,7], Bílí př.: **9,5** [1,0..4,0], ALT: 0,32 [0,10..0,78], AST: 0,55 [0,10..0,72]

Bílkoviny: CB: 76,2 [65,0..85,0]

Diabetický profil: Glykemie: **7,70** [3,90..5,60]

Krevní obraz: Leu: **13,41** [4,0..10,7], Ery: 3,97 [3,54..5,18], HB: 137 [116..163], HTC: 0,400 [0,330..0,470], MCV, MCH, RDW, Plt, MPV, PCT, PDW – v normě

Dif. stroj. absolutní: Ne abs.: **12,3** [1,8..7,0], Ly abs.: **0,6** [1,0..4,8], Mo abs.: 0,6 [0,1..0,8], Eo abs.: 0,0 [0,0..0,45], Ba abs.: 0 [0..0,2]

Koagulační vyšetření: Quickův test INR: 0,93 [0,8..1,25], APTT: 31,2 [25,9..40,0]

- **RTG nález**

Spíše baseocervikální fraktura, minimální zasahování do velkého trochanteru, než pertrochanterická fr. pravého Femuru ve varozním (vybočeném) postavení, úhel nad 100 st., pánev intaktní. Hrudník s rozšířeným srdečním stínem a městnáním v malém oběhu, bez ložisek, bez výpotku.

- **Interní předoperační vyšetření**

Léčí se pro hypertenzi, má cukrovku na dietě. Kouří přes 50 let, neguje problémy s dechem či kašlem, nemá bolesti na hrudníku. Se srdcem nestonala. Subjektivně neguje interní obtíže, nemá známky akutní virózy. Objektivně eupnoická, orientovaná, slabší výživa, dýchání prakticky čisté, akce srdeční pravidelná, ozvy temné P-80/min., TK 130/75, břicho klidné, DK bez otoků a zánětu.

Snížená hydratace, suchý jazyk. EKG – sinusový rytmus 80/min., bez akutních ložiskových změn (chron. ICHS). RTG hrudníku s rozšířeným srdečním stínem a městnáním v malém oběhu, bez ložisek, bez výpotku. Závěr nemocná se zvýšeným operačním rizikem, 79 letá. Doporučuji hydratovat opatrně vzhledem k popisovanému RTG, sledovat diurézu. Prevence TEN.

Konzervativní léčba:

Dieta: 9

Výživa: přiměřená

Pohybový režim: ležící

RHB: LTV, nácvik chůze o FB

Medikamentózní léčba:

- **Per os:** Lusopress 1 tbl. denně, Neurol 1 tbl. 2 denně
- **Intra venózní:** 500 ml Glukozy 10 % s 8j HMR
- **Per rectum:** neuzívá žádnou medikaci per rectum
- **Jiná:** /

Chirurgická léčba: 0

9 Situační analýza

Pacientka XY 79 letá byla přijata na 1. Chirurgickou kliniku VFN pro zlomeninu krčku pravé stehenní kosti po pádu v domácím prostředí. Pacientka je diabetička druhého typu, žije sama v bytě, dochází k ní denně pečovatelka.

Pacientce implantována CKP 3. den hospitalizace. Po operaci pacientka přeložena zpět na oddělení, kde je hospitalizována ještě po dobu 4 dnů. Poté přeložena do geriatrické kliniky na následnou RHB, před propuštěním do domácího prostředí.

Pacientka komunikuje a spolupracuje vzhledem ke svému pokročilému věku bez větších obtíží po celou dobu hospitalizace.

10 Stanovení ošetřovatelských diagnóz dle kapesního průvodce

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

- Bolest akutní pravého kyčelního kloubu v souvislosti s operační ránou projevující se slovním vyjádřením, mimikou, zvýšeným pocením a tepovou frekvencí.
- Pohyblivost porušená v souvislosti s poraněním PDK a celkovou slabostí, projevující se obtížnou pohyblivostí, omezeným rozsahem pohybu, sníženou ovladatelností svalů.
- Péče o sebe sama nedostatečná z důvodu operace PDK, projevující se nesoběstačností při mytí, osobní hygieně, oblékání, úpravě zevnějšku a v péči o vyprazdňování.
- Kožní integrita porušena v souvislosti s mechanickým poškozením kůže při operačním výkonu projevující se porušením kožního povrchu.
- Spánek porušený v souvislosti se změnou prostředí, omezení pohybu na lůžku projevující se obtížným usínáním, přerušovaným spánkem a únavou.

Potencionální diagnózy

- Riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedením PMK, PŽK a redonova drénu.
- Imobilizační syndrom zvýšené riziko v souvislosti s léčebným režimem (dočasným upoutáním na lůžko) a poruchou hybnosti.
- Poranění zvýšené riziko z důvodu operačního výkonu náhrady kyčelního kloubu

Bolest akutní pravého kyčelního kloubu v souvislosti s operační ránou projevující se slovním vyjádřením, mimikou, zvýšeným pocením a tepovou frekvencí.

Cíl:

- krátkodobý, zmírnění bolesti ze stupně 3 na stupeň 1 do 1 hodiny. (Stupnice škály bolesti od 1 do 5, přičemž 5 je bolest nesnesitelná).

Priorita: střední.

Výsledná kritéria:

- pacientka informuje zdravotnický personál do 15 min. od vzniku bolesti,
- pacientka verbalizuje zmírnění bolesti do 45min,
- pacientka má fyziologickou tepovou frekvenci do 12 hodin,
- pacientka má fyziologické pocení do 12 hodin,
- pacientka zná úlevovou polohu do 1 hodiny od přijetí na oddělení,

Plán intervencí:

- informuj pacientku o nutnosti včasného zhlášení bolesti zdravotnickému personálu/všeobecná sestra ve službě,
- zjistí intenzitu, charakter, lokalizaci a směr vyzařování bolesti/všeobecná sestra ve službě,
- podávej analgetika dle ordinací lékaře a potřeby pacienta/všeobecná sestra ve službě,
- sleduj a zaznamenávej stupeň bolesti, podaná analgetika a čas podání/všeobecná sestra ve službě,
- sleduj a zaznamenávej FF, neverbální projevy bolesti/všeobecná sestra ve službě,
- pomoz pacientce najít způsob, jak zvládat bolest/všeobecná sestra ve službě,
- usiluj společně s pacientkou o prevenci bolesti/všeobecná sestra ve službě,

Realizace: 3. 3. – 10. 3.2011

14:30

- pacientku jsem přijala na oddělení
- uložila ji na pokoj a seznámila s vybavením pokoje, lůžka a ostatními pacienty na pokoji
- vybalila jsem pacientce věci do stolečku a cennosti zapsala do dokumentace a uložila do trezoru
- pomohla jsem jí s převlečením
- vysvětlila jsem nutnost včasného zhlášení bolesti
- změřila FF a zapsala do dokumentace

15:00

- podložila jsem pacientce PDK polštářem dle ordinací přijímajícího lékaře
- poučila jsem ji o možnosti vyhledání úlevové polohy
- dala jsem jí signalizační zařízení na dosah ruky a vysvětlila jeho používání

15:30

- pacientka pomocí signalizačního zařízení žádá o léky tišící bolest
- podala jsem pacientce muskulárně 2 ml Dipidoloru 15 mg dle ordinace lékaře
- odepsala jsem jednu ampuli Dipidoloru 15 mg z opiátové knihy a zapsala čas podání do dokumentace

16:00

- založila jsem záznam o bolesti, zhodnocení bolesti a založila do ošetřovatelské dokumentace

16:30

- provedla jsem kontrolu působení léku, zjistila stupeň bolesti a zapsala vše do dokumentace
- pacientka verbalizuje úlevu od bolesti

17:00

- změřila jsem FF, TT a zapsala do dokumentace

17:30

- upravila jsem pacientce lůžko, polštář pod PDK a zajistila pohodlí

18:00

- předala jsem službu noční sestře

Hodnocení: cíl byl splněn, dále nutné pokračovat v intervencích.

Pohyblivost porušená v souvislosti s poraněním PDK a celkovou slabostí, projevující se obtížnou pohyblivostí, omezeným rozsahem pohybu, sníženou ovladatelností svalů.

Cíl:

- krátkodobý, zachovat a zvýšit sílu postižené končetiny,
- dlouhodobý, vyjádření ochoty a projevení účasti na aktivitách,

Priorita: střední.

Výsledná kritéria:

- pacientka zná léčebný režim a zajištění bezpečnosti,
- pacientka zvládá postupy/způsoby umožňující opětné provádění činností,
- pacientka je soběstačná v rámci lůžka

Plán intervencí:

- posuzuj stav pohyblivosti pacientky dle funkční klasifikace 0-4 a zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace/všeobecná sestra ve službě,
- dej pacientce vše potřebné na dosah ruky/všeobecná sestra ve službě,
- motivuj nemocnou k aktivitám/všeobecná sestra ve službě,
- zhodnot' stav výživy a hladinu energie/všeobecná sestra ve službě,
- podporuj optimální funkce a prevenci komplikací/všeobecná sestra ve službě,
- pobízej pacientku k používání závěsné hrazdy a dalších pomůcek ke změně polohy/všeobecná sestra ve službě,
- využívej různé polohovací pomůcky/všeobecná sestra ve službě,
- podávej léky dle ordinací před aktivitou/všeobecná sestra ve službě,
- posiluj vnímání nezávislosti/veškerý ošetřující personál,

Realizace: 3. 3. – 10. 3.2011

14:30

- dopomohla jsem pacientce s přemístěním na lůžko

- dala jí vše potřebné na dosah ruky
- dopomohla jí najít vhodnou polohu
- posoudila jsem stav pohyblivosti nemocné a zapsala do ošetřovatelské dokumentace

15:30

- vysvětlila jsem pacientce nutnost občasné změny polohy, kvůli vzniku možných komplikací
- zhodnotila jsem stav výživy a energie

16:30

- po dohodě s lékařem jsem vybavila lůžko nemocné postranicí pro snadnější pohyb v lůžku a lepší bezpečnost
- zapsala jsem použití postranice do dokumentace nemocné

17:30

- pomohla jsem nemocné s úpravou polohy (polštář pod PDK, molitanový pruh pod paty a malý polštář mezi kolena)
- zajistila jsem čistotu a úpravu lůžka
- pochválila jsem pacientku za snahu

18:00

- předala jsem službu noční směně

Hodnocení: cíl byly splněny, dále nutné pokračovat v intervencích.

Péče o sebe sama nedostatečná v souvislosti s poraněním PDK, projevující se nesoběstačností při mytí, osobní hygieně, oblékání, úpravě zevnějšku a v péči o vyprazdňování.

Cíl:

- krátkodobý, pacientka je schopna provádět hygienu, oblékání, úpravu zevnějšku a péči o vyprazdňování samostatně, případně s malou dopomocí do 10 dnů, kdy je plánován překlad do jiného zařízení.
- dlouhodobý, osvojení si návyků, vedoucích ke zlepšení soběstačnosti.

Priorita: střední.

Výsledná kritéria:

- pacientka je schopna provést péči o sebe sama při koupání, hygieně, oblékání, úpravě zevnějšku a vyprazdňování na úrovni svých schopností před operací do 5. dne po operaci,
- pacientka prokazuje schopnost využívání pomůcek usnadňujících pohyb v lůžku do 24 hodin,
- pacientka má pocit pohodlí a tělesné čistoty do 2 dnů.

Plán intervencí:

- zjišťuj a zaznamenávej stupeň soběstačnosti při provádění jednotlivých úkonů/všeobecná sestra ve službě,
- informuj pacientku o možnostech provedení hygieny na lůžku/všeobecná sestra ve službě,
- informuj pacientku o postupech vyprazdňování v lůžku/všeobecná sestra ve službě, zdravotnický asistent, sanitář,
- usiluj o postupnou nezávislost pacientky při provádění jednotlivých úkonů/všeobecná sestra ve službě, zdravotnický asistent, sanitář,
- zajisti soukromí pacientky/veškerý personál,
- zajisti bezpečnost pacientky při provádění jednotlivých úkonů/všeobecná sestra ve službě,
- poskytni pacientce dostatek času na dokončení úkonů v celém rozsahu svých schopností/všeobecná sestra ve službě,
- povzbuzuj pacientku/všeobecná sestra ve službě, sanitář, rehabilitační sestra

Realizace: 3. 3. – 10. 3.2011

14:30

- pacientka při příjmu na oddělení zapáchá močí
- poučila jsem pacientku o používání pomocných zařízení lůžka (hrazda apod.)
- provedla jsem hygienu na lůžku s malou dopomocí pacientky
- zajistila jsem čisté a upravené lůžko

15:30

- určila jsem stupeň nesoběstačnosti pacienta při jednotlivých úkonech
- založila jsem záznam o nesoběstačnosti pacienta do ošetrovatelské dokumentace

16:30

- pacientka udává pocit nucení na močení
- vysvětlila jsem pacientce použití podložní mísy a zavedení permanentního močového katétru

16:40

- připravila jsem si pomůcky potřebné k permanentnímu cévkování pacientky

16:45

- se souhlasem pacientky jsem zavedla PMK, který odvádí moč fyziologického zbarvení
- poučila jsem pacientku o správné péči o PMK
- spojovací hadičku PMK jsem umístila pod LDK a sběrný sáček zavěsila na okraj postele
- uklidila jsem a správně dezinfikovala používané pomůcky

17:30

- založila jsem záznam o zavedení PMK do ošetrovatelské dokumentace

18:00

- předala jsem službu noční směně

Hodnocení: Cíle splněny nutno pokračovat v intervencích

Kožní integrita porušená v souvislosti mechanickým poškozením kůže při operačním výkonu projevující se porušením kožního povrchu.

Cíl:

- krátkodobý, včasné zhojení operační rány bez komplikací.
- dlouhodobý: udržet optimální nutriční stav.

Priorita: střední.

Výsledná kritéria:

- pacientka informována o rozsahu operační rány,
- pacientka informována o aseptickém ošetřování operační rány,
- pacientka seznámena s vhodnou hygienickou péčí operační rány,
- pacientka zná vhodnou polohu vzhledem k poranění,

Plán intervencí:

- posuď rozsah operační rány a zapiš do dokumentace/všeobecná sestra ve službě,
- kontroluj operační ránu a okolí/všeobecná sestra ve službě,
- dodržuj zásady sterility při ošetřování/všeobecná sestra ve službě,
- prováděj převaz každý den/všeobecná sestra ve službě,
- aplikuj léky dle ordinace lékaře/všeobecná sestra ve službě,
- veškeré změny zaznamenávej do ošetřovatelské dokumentace, nahlas lékaři/všeobecná sestra ve službě,
- dbej o posílení zdraví z hlediska výživy, příjmu tekutin/všeobecná sestra ve službě,

Realizace: 6. 3. – 10. 3.2011

13:45

- po návratu z operačního sálu na odd., jsem zjistila rozsah a zkontrolovala stav operační rány a vše zanesla do dokumentace,
- pomohla jsem pacientce vyhledat vhodnou a pohodlnou polohu,

14:30

- provedla jsem kontrolu rány, která byla v pořádku,
- vysvětlila jsem pacientce důležitost včasného upozornění na případné změny související s operační ránou,
- vysvětlila jsem pacientce postup při provádění hygienické péče,

16:00

- pacientce rána lehce sákne,

- po dohodě s lékařem jsem na prosáklé krytí rány navázala vrstvu sterilních čtverců a fixovala obinadlem,
- převlékla jsem a upravila lůžko
- zapsala jsem převaz operační rány do ošetrovatelské dokumentace,

17:00

- zkontrolovala jsem operační ránu po navázání, která již neprosakuje a zapsala vše do dokumentace

18:00

- předala jsem službu noční sestře

Hodnocení: Cíle byly splněny, nutno pokračovat v intervencích,

Spánek porušený v souvislosti se změnou prostředí, omezení pohybu na lůžku projevující se obtížným usínáním, přerušovaným spánkem a únavou.

Cíl:

- krátkodobý, zlepšení spánku a odpočinku,

Priorita: střední.

Výsledná kritéria:

- pacientka chápe příčiny poruchy spánku,
- pacientka se cítí dostatečně odpočatá
- pacientka usíná do jedné hodiny od uložení ke spánku
- pacientka spí, alespoň 7 hod. přes noc
- pacientka má dostatek aktivity během dne

Plán intervencí:

- posud' příčiny přispívající k nespavosti/všeobecná sestra ve službě,
- posud' souvislost spánkové poruchy se základním onemocněním/všeobecná sestra ve službě,
- zjistí pacientčiny spánkové návyky/všeobecná sestra ve službě,

- zjistí okolnosti vedoucí k poruše spánku/všeobecná sestra ve službě,
- pozoruj fyzické známky únavy/všeobecná sestra ve službě,
- pomoz pacientovi dosáhnout optimálního spánku a odpočinku/všeobecná sestra ve službě,
- vyzkoušej různé způsoby, jak zlepšit spaní/všeobecná sestra ve službě,

Realizace: 7. 3. – 10. 3.2011

6:30

- pohovořila jsem s pacientkou o délce a kvalitě spánku předcházející noci
- zjistila jsem, okolnosti rušící spánek

7:00

- zapojila jsem pacientku do ranních aktivit v rámci možností vzhledem ke zdravotnímu stavu

7:30

- aplikovala jsem 2 ml Dipidoloru 15 mg před zahájením RHB
- motivovala jsem pacientku k další RHB

8:30

- pohovořila jsem s pacientkou o spánkových návycích doma a zapsala vše do ošetrovatelské dokumentace

9:30

- vysvětlila jsem nemocné nutnost vyrušování noční sestrou na pokoji z důvodu monitorování FF a aplikace léků

10:30

- zvolila jsem pravidelnou dobu chození spát a vstávání a zanesla do dokumentace

11:30

- po obědě jsem s pacientkou pohovořila na téma stravy související s podporou spánku (např. mléko, teplý šálek čaje)

12:30

- upravila jsem pacientce lůžko a jeho polohu, doporučila relaxaci

13:30

- připravila jsem pacientku a lůžko na následnou RHB

13:45

- doplnila jsem pacientce konvici s čajem a pobídla k napití

15:00

- nabídla jsem pacientce možnost zapůjčení knihy, novin
- pacientka si čte

16:00

- promazala jsem pacientce záda a paty masážním olejem, při doteku měla studené nohy
- zajistila jsem další přikrývku
- oblékla jsem nemocné ponožky (bez gumy)

17:00

- vyvětrala jsem na pokoji a upravila nemocné lůžko

18:00

- předala jsem službu noční směně

Hodnocení: Cíl byl splněn, pacientka spala min. 7 hod. přes noc a 1 hod. přes den

Shrnutí ošetrovatelské péče: Pacientka i vzhledem k pokročilému věku spolupracovala dle svých možností. S veškerým ošetrujícím personálem bez větších potíží komunikovala a dbala jejich rad, čímž přispěla ke splnění vytyčených ošetrovatelských diagnóz. Nedošlo tedy ani ke vzniku potencionálních komplikací, což je jedním z hlavních cílů ošetrovatelské péče.

Doporučení pro praxi

Při praxi obzvláště na traumatologických odděleních je třeba dbát na prevenci pádů. Hlavním vodítkem jsou rizikové faktory pro vznik pádu, které můžeme zhodnotit např. (viz Příloha E).

Povinností každé jak vrchní nebo staniční sestry by mělo být proškolení zaměstnanců týkajících se prevence pádů a zranění na ošetřujících jednotkách se zvýšeným rizikem. Součástí proškolení by mělo být také seznámení s možným zhodnocením a zároveň správným pracovním postupem při řešení pádů a zranění pacienta/klienta.

Dále by měly jak vrchní tak staniční sestry informovat personál o možnostech účasti na připravených kurzech a seminářích, čímž přispějí k dalšímu rozvoji vzdělávání svých zaměstnanců. Navštěvováním různých seminářů, kongresů a školení sestra získá nejen přehled aktuálních informací, ale také určitý počet kreditů potřebných k získání nebo prodloužení registrace.

Všeobecná sestra může získat osvědčení k výkonu zdravotnického povolání (tj. registrace zdravotní sestry) bez odborného dohledu až po 3 letech výkonu povolání, z toho min. 1 rok z období posledních 6 let a prokázání 40 kreditů z účasti na celoživotním vzdělávání

Aktuální semináře související s problematikou práce:

➤ **Symposium Mimořádné události a kvality ve zdravotnictví**

Datum konání: 15. 6. 2011 - 15. 6. 2011

Místo konání: Přednáškový sál Klášterního Hradiska, VN Olomouc

Kontakt: Mgr. Hana Zrníková, tel. 973 407 061, 723 954 651, zrnikovah@vnol.cz

➤ **XVIII. Pražské chirurgické dny. Jiráskovy dny**

Datum konání: 26. 5. 2011

Místo konání: Praha 9, hotel Clarion

Kontaktní osoba: uljan@centrum.cz

Termín konání: 26. - 27. května 2011

Témata

- posuny v otevřené a laparoskopické chirurgii
- neobvyklé nálezy a komplikace
- novinky v léčbě zlomenin horního konce stehenní kosti
- problematika zlomenin v oblasti lokte
- perioperační intenzivní péče

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo v obecné části podat ucelený rámec informací týkající se dané problematiky. V obecné části bylo snahou podání dostatku poznatků v oblasti týkající se diagnostiky, operačních přístupů a vzniku možných komplikací. Dále je zmíněna možnost pokračující následné péče, která pacientům napomáhá při návratu a zapojení se zpět do běžného života.

Praktická část práce se věnuje zpracování ošetřovatelského plánu, kdy byly stanoveny a následně realizovány sesterské diagnózy, dle Kapesního průvodce zdravotní sestry.

Realizace celého plánu probíhala po dobu 5 dnů hospitalizace pacienta. Cílem péče byla snaha o odstranění ošetřovatelských problémů, souvisejících jak s úrazem, tak s následnou hospitalizací. Aktivním vyhledáváním problémů jsme přispěli k lepšímu zvládnutí hospitalizace a zároveň pacientce pomohly se začleněním zpět do běžného života.

V závěru práce byla nastíněna nutnost proškolení jak nových tak stávajících zaměstnanců týkající se prevencí pádů, zranění pacienta a jeho následovné řešení. Cílem těchto školení by mělo být podání ucelených, srozumitelných informací použitelných v praxi.

Seznam použité literatury

1. DOENGES, M. E. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přeprac. a rozš. vyd. Praha : Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
2. DUNGL, P. a kol. 2005. *Ortopedie*. 1. vyd. Praha : Grada, 2005. ISBN 80-247-0550-8.
3. ELÍŠKOVÁ, M.; NAŇKA, O. 2006. *Přehled anatomie*. Praha : Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1216-X.
4. HALADOVÁ, E. aj. 1997. *Léčebná tělesná výchova-cvičení*. Brno : Dvpz, 1997. ISBN 80-7013-236-1.
5. HRABOVSKÝ, J. aj. 2006. *Chirurgie*. Praha : Eurolex Bohemia a.s. 2006. ISBN 80-86861-49-X.
6. KOLÁŘ, P. 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. 2009. 1. vyd. Praha : Galen, 2009. ISBN 978-80-7262-1.
7. KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIERIOVÁ, R. 1995. *Ošetrovatel'stvo*. Zlín : Osveta. 1995. ISBN 80-217-0528-0.
8. LÉTALOVÁ, H. 2004. Komplexní péče při totální endoprotéze. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2004, roč. 12, č. 9, s. 39.
9. MAŇÁK, P.; WONDRÁK, E. 1998. *Traumatologie repertorium pro studující lékařství*. Olomouc : Univerzita Palackého, 1998. ISBN 80-7067-842-9.
10. MICHALSKÝ, R. 2009. *Kapitoly z obecné traumatologie, traumatologie končetin a první pomoci pro studující ošetrovatelství*. Opava : Slezská univerzita v Opavě Fakulta veřejných politik v Opavě Ústav ošetrovatelství, 2009. ISBN 978-80-7248-583-3.
11. NEJEDLÁ, M.; SVOBODOVÁ, H.; ŠAFRÁNKOVÁ, A. 2004. *Ošetrovatelství III/2*. Praha : Informatorium. 2004. ISBN 80-7333-031-8.
12. NĚMCOVÁ, J.; MAURITZOVÁ, I. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Plzeň : Maurea, 2009. ISBN 978-80-902876-0-0.
13. POKORNÝ, V. aj. 2002. *Traumatologie*. Praha : Triton, 2002. ISBN 80-7254-277.
14. SLEZÁKOVÁ, L. aj. 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3130-8.
15. SOSNA, A., aj. 2003. *Náhrada kyčelního kloubu, rehabilitace a režimová opatření*. 1. vyd. Praha : Triton, 2003. ISBN-10: 80-7254-302-4.

16. TYPOVSKÝ, K. aj. 1972. *Traumatologie pohybového ústrojí*. Praha : Avicenum, 1972. ISBN 08-071-72.
17. VALENTA, J. aj. 2003. *Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. Praha : Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0644-5.
18. VOKURKA, M.; HUGO, J. aj. 2006. *Velký lékařský slovník*. Praha : Maxdorf, 2006. ISBN 80-7345-105-0.

Seznam elektronických dokumentů:

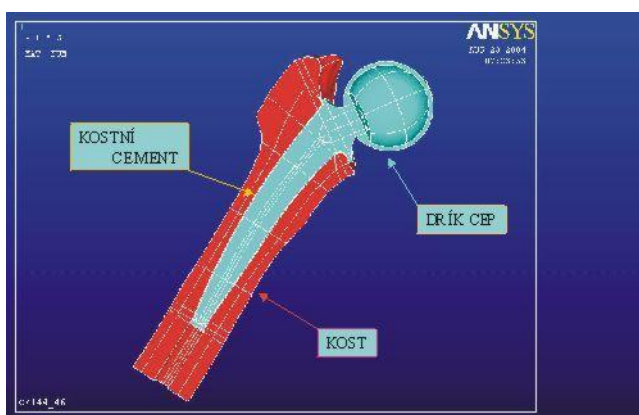
19. BEZNOSKA s.r.o. [online], [citované 13.2.2011]. Dostupné na internetu: <http://www.beznoska.cz/co-nabizime/kycle.html>
20. ENDOIMPLANT spol. s.r.o. [online], [citované 13.2.2011]. Dostupné na internetu: <http://www.endoimplant.cz/kysel.htm>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Cervikokapitální endoprotéza	I
Příloha B - Barthelův test základních všedních činností	II
Příloha C – Anatomie stehenní kosti	IV
Příloha D - Typy zlomenin krčku femuru dle Pauwelse	V
Příloha E - Rizikové faktory pro vznik pádu	VI
Příloha F – Souhlas pracoviště s realizací a sběrem podkladů	VIII

Příloha A

Obrázek 1 – cervikokapitální endoprotéza



Zdroj: [online] [cit. 2011-03-26]. Dostupné z WWW:

<<http://www.beznoska.cz/clanek/prehled-vyvoje-cervikokapitalni-endoprotezy-kycelniho-kloubu.html>>

Obrázek 2 - Cervikokapitální endoprotéza



Zdroj: [online] [cit. 2011-03-26]. Dostupné z WWW:

<<http://www.beznoska.cz/clanek/prehled-vyvoje-cervikokapitalni-endoprotezy-kycelniho-kloubu.html>>

Příloha B

Barthelův test základních všedních činností

(ADL – Activities of Daily Living)

Jméno pacienta

Datum narození pacienta (věk):

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
•	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
•	Oblékání	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
•	Koupání	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
•	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
•	Kontinence moči	plně inkontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0

•	Kontinence stolice	plně inkontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
•	Použití WC	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
•	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
		s malou pomocí	10
		vydrží sedět	5
		neprovede	0
•	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
		s pomocí 50 m	10
		na vozíku 50 m	5
		neprovede	0
0.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
Celkem			

ADL 4 0 – 40 bodů **vysoce závislý**

ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**

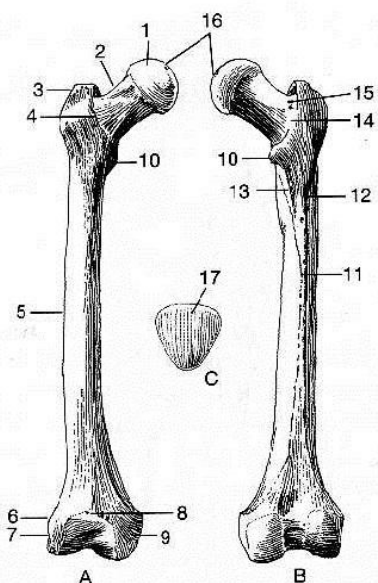
ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**

ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

Zdroj: ŠAFRÁNKOVÁ, 2006, s. 20

Příloha C

Obrázek 3 – Anatomie stehenní kosti



Obr. 2.30 **Stehenní kost**

A – zepředu, B – zezadu, C – patella

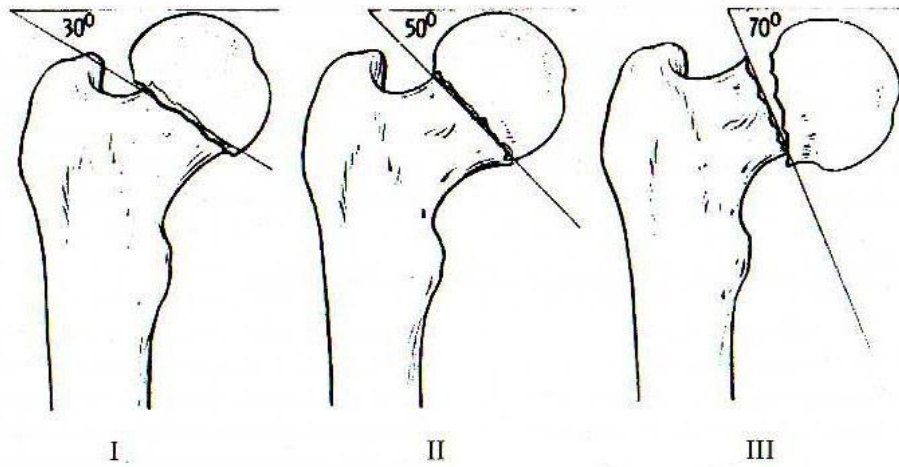
- | | |
|------------------------------|--------------------------------|
| 1 – caput femoris | 10 – trochanter minor |
| 2 – collum femoris | 11 – linea aspera |
| 3 – trochanter major | 12 – tuberositas glutea |
| 4 – linea intertrochanterica | 13 – linea pectinea |
| 5 – tělo femuru | 14 – crista intertrochanterica |
| 6 – epicondylus lateralis | 15 – fossa trochanterica |
| 7 – condylus lateralis | 16 – fovea capitis femoris |
| 8 – facies patellaris | 17 – basis patellae |
| 9 – condylus medialis | |

Zdroj: ELIŠKOVÁ, M.; NAŇKA, O., 2006, s. 37

Příloha D

Obrázek 4 – Typy zlomenin krčku dle Pauwelse

POKORNÝ A KOLEKTIV / TRAUMATOLOGIE



Obr. 30: Typy zlomenin krčku femoru dle Pauwelse

Zdroj: POKORNÝ, V., 2002, s. 18

Příloha E

Zhodnocení rizika pádu u pacienta / klienta

Anamnéza

- | | |
|---|--------|
| <input type="checkbox"/> DDD (dezorientace, demence, deprese) | 3 body |
| <input type="checkbox"/> věk 65 let a více | 2 body |
| <input type="checkbox"/> pád v anamnéze | 1 bod |
| <input type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladu na lůžkové odd. | 1 bod |
| <input type="checkbox"/> zrakový / sluchový problém | 1 bod |
| <input type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, antidepressiva, antihypertensiva, laxantia) | 1 bod |

Vyšetření

- | | |
|---|--------|
| <input type="checkbox"/> Soběstačnost | |
| - úplná | 0 bodů |
| - částečná | 2 body |
| - nesoběstačnost | 3 body |
| <input type="checkbox"/> Schopnost spolupráce | |
| - spolupracující | 0 bodů |
| - částečně spolupracující | 1 bod |
| - nespolečující | 2 body |

Přímým dotazem pacienta

(informace od příbuzných nebo ošetrovatelského personálu)

- | | |
|--|--------|
| <input type="checkbox"/> Míváte někdy závratě? | 3 body |
| <input type="checkbox"/> Máte v noci nucení na močení? | 1 bod |
| <input type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout? | 1 bod |

Celkem

0 – 4 body* Bez rizika

5 – 13 bodů* Střední riziko

14 – 19 bodů* Vysoké riziko

Zdroj: [online] [cit. 2011-03-27]. Dostupné z WWW:

<http://www.cenna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2007_0003.pdf>

Příloha F

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
název útvaru

Č.j.
Počet listů:
Počet příloh:

Komu: vedení

Dne 27.10.2010

Doplňte předmět / věc

Žádost o nahlížení do ZD k účelu splnění
bakalářské práce.

Jméno, příjmení, funkce

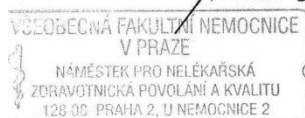
Kateřina Machová, Všeobecná sestra
Studentka Vysoké školy zdravotnické o.p.s.

27. 10. 2010

*Vše zpracováno
bude anonymní a důvěrné
bez identifikace
pacientů*

Mgr. Machová

Mgr. Dagmar Škechová
vrchní sestra
VFN - I. chirurgická klinika
břišní, hrudní a úrazové chirurgie
U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2
tel. 224 962 210



Svobodová Dita

Mgr. Dita Svobodová



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
 U Nemocnice 2, 128 00 Praha 2
Povolení k nahlížení/vypůjčení/odnášení písemností

F-VFN-004
 Strana 1 z 1
 Verze číslo: 1

Kateřina...Machová..... Č. j.

Zaměstnanec (jméno, příjmení, osobní číslo):.....102428.....I.CHIR.Klinika.....

Funkce, útvar: Všeobecná sestra, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze I.CHIR Klinika.....

Povoluji nahlížet pro pracovní potřebu do těchto písemností: *

Povoluji vypůjčit pro pracovní potřebu tyto písemnosti: *

Povoluji odnést pro pracovní potřebu mimo VFN tyto písemnosti: *

všechny písemnosti písemnosti podle přiloženého seznamu

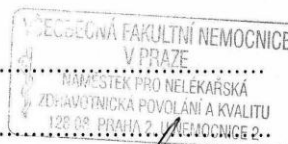
Povolení je platné do: 30.6.2011..... Prodlouženo do:

Povolení je trvalé. Platnost trvalého povolení ukončena:

V Praze dne: 21.10.2010

Schválil (příjmení, jméno, titul a funkce):

Mar. Miro. Svobodová



Podpis:

Svobodová

* nehodící se škrtněte

Veskeri spracovani materiale budou anonymni - bez identifikace pacienta