

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S TOTÁLNÍ
NÁHRADOU KYČELNÍHO KLOUBU**

Bakalářská práce

MARTINA BUNDOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Vojtěch Legerský

Praha 2014



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

Bundová Martina
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

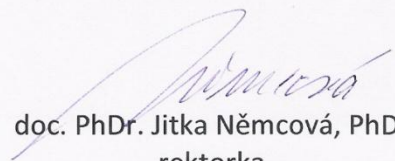
Na základě Vaší žádosti ze dne 3. 10. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s totální náhradou kyčelního kloubu

Nursing Process for Patients with Total Hip Joint Replacement

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Vojtěch Legerský

V Praze dne: 1. 11. 2013


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

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 ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ:

Tímto bych ráda poděkovala MUDr. Vojtěchu Legerskému za jeho čas, pomoc a cenné rady při zpracování bakalářské práce.

ABSTRAKT

BUNDOVÁ, Martina. *Ošetrovatelský proces u pacienta s totální náhradou kyčelního kloubu*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.) Vedoucí práce: MUDr. Vojtěch Legerský Praha. 2014. 70 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta po totální endoprotéze kyčelního kloubu. Práce je rozdělena do dvou částí, na část teoretickou a na ošetrovatelský proces.

Teoretická část se stručně věnuje historii a seznámí nás s existujícími typy endoprotéz. Teoretická část se dále podrobněji zabývá indikací k operaci, kompletní přípravou před operací, komplikacemi spojené s operací, vlastní operací, kompletní pooperační péčí a rehabilitací.

Ošetrovatelský proces je tvořen dle modelu Gordonové. Tato část popisuje průběh hospitalizace a operace pacienta po totální endoprotéze na ortopedickém oddělení. Je zde zpracována ošetrovatelská anamnéza, ošetrovatelské diagnózy, plán ošetrovatelské péče a celkové zhodnocení.

Klíčová slova:

Operace. Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelský proces. Rehabilitace.

Totální endoprotéza.

ABSTRACT

BUNDOVÁ, Martina. *Nursing Process for Patients with Total Hip Replacement / Endoprosthesis*. Medical College, o. p. s. Degree: Bachelor (Bc.) Supervisor: MUDr. Vojtěch Legerský Prague. 2014. 70 pages.

This bachelor thesis deals with the nursing process for patients with *total hip replacement / endoprosthesis*. This thesis is divided into two sections, the theoretical section and the nursing process.

The theoretical section is devoted to the history of existing types of *total hip replacements / endoprosthesis* in general. The theoretical section focuses on indications for surgery, complete preparation before surgery, complications associated with surgery, the surgery itself, complete post-surgery care and rehabilitation.

The nursing process is made according to Gordon's nursing theory. This part describes duration of patient's hospitalization and surgery with *total hip replacement / endoprosthesis* on the orthopedic hospital ward. This part also contains nursing anamnesis, nursing diagnosis, nursing care plan and overall evaluation.

Keywords:

Surgery. Nursing Care. Nursing Process. Rehabilitation.

Total Hip Replacement / Endoprosthesis.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD	11
1. HISTORIE.....	13
2. TYPY (DRUHY) ENDOPROTÉZ	15
2.1 CERVIKOKAPITÁLNÍ ENDOPROTÉZA	15
2.2 TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA	15
2.2.1 CEMENTOVANÁ NÁHRADA	15
2.2.2 NECEMENTOVANÁ NÁHRADA	16
2.2.3 HYBRIDNÍ NÁHRADA	17
2.2.4 RESURFACING	17
3. INDIKACE K OPERACI	18
3.1 KOXARTRÓZA	19
3.2 REVMATOIDNÍ ARTRITIDA	20
3.3 VÝVOJOVÁ DYSPLÁZIE	21
3.4 NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ	21
3.5 ZLOMENINA KRČKU KOSTI STEHENNÍ	21
3.6 REVIZNÍ OPERACE TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZY KYČELNÍHO KLOUBU	22
4. KOMPLIKACE	24
4.1 PEROPERAČNÍ KOMPLIKACE	24
4.2 ČASNÉ POOPERAČNÍ KOMPLIKACE	25
4.3 POZDNÍ POOPERAČNÍ KOMPLIKACE	26
4.4 OSTATNÍ KOMPLIKACE	26
5. PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA	28

5.1 DLOUHODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA	28
5.2 KRÁTKODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA	30
5.2.1 PŘÍPRAVA PACIENTA VŠEOBECNOU SESTROU	30
5.2.2 PŘÍPRAVA PACIENTA ANESTEZIOLOGEM	31
5.2.3 BEZPROSTŘEDNÍ PŘÍPRAVA K OPERACI	32
6. OPERACE	33
7. POOPERAČNÍ PÉČE	34
8. REHABILITACE	36
8.1 PŘEDOPERAČNÍ REHABILITACE	36
8.2 POOPERAČNÍ REHABILITACE BĚHEM HOSPITALIZACE	37
8.3 REHABILITAČNÍ PROGRAM PO PROPUŠTĚNÍ Z HOSPITALIZACE	39
9. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	41
9.1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY PO TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE KYČELNÍHO KLOUBU	42
9.1.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTCE	43
9.1.2 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA	44
9.1.3 LÉKAŘSKÉ ORDINACE	46
9.1.4 TERAPIE PO OPERACI	47
9.1.5 POSOUZENÍ CELKOVÉHO STAVU.....	48
9.2 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA DLE MARJORY GORDONOVÉ	49
9.3 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	54
DOPORUČENÍ PRO PRAXI	
ZÁVĚR	
SEZNAM LITERATURY	
SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM ZKRATEK

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
CMP	cévní mozková příhoda
D	dech
EKG	Elektrokardiogram
FW	Sedimentace erytrocytů
i.m.	intramuskulárně
i.v.	intravenózně
JIP	Jednotka intenzivní péče
KO	Krevní obraz
OECD	Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj
ORL	Otorhinolaryngologie
P	puls
PE	plicní embolie
PMK	permanentní močový katétr
s.c.	subkutánně
TEP	totální endoprotéza kyčle
TK	tlak krve
TT	tělesná teplota
VAS	vizuální analogová stupnice

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

- Abdukce** - odtažení, pohyb směrem od osy těla, resp. končetiny
- Addukce** - přitažení, pohyb směrem k ose těla, končetiny
- Aloplastika** - úplná či částečná rekonstrukce kloubu výhradně za použití cizího materiálu (kov, umělá hmota, keramika)
- Analgetika** – léky tlumící bolest
- Anteverze** - sklon dopředu
- Antidepressiva** - psychiatrický lék užívaný ke zmírnění symptomů klinické deprese
- Aseptický** – zbavený choroboplodných zárodků
- Aspekce** – prohlídka pohledem
- Autotranfuze** - vrácení dříve odebrané krve pacientovi
- Dekompenzace** - porušení kompenzace, selhání, zhoršení funkce orgánů
- Dysbalance** – nerovnováha
- Elektroléčba** - využívání elektrického proudu k léčbě. Průchod proudu má stimulovat příslušné tkáně, zejm. nervy a svaly
- Endoprotéza** – umělá náhrada poškozeného kloubu
- Erudice** - důkladné vzdělání, znalost, zkušenost, schopnost
- Extenze** – natažení
- Fixace** - upevnění, zpevnění, ustálení
- Gluteální** – týkající se hýždřové svaloviny
- Hysterektomie** - chirurgické odstranění dělohy, obvykle prováděné gynekologem
- Implantace** – zavedení cizího orgánu
- Incidence** - udává poměr nově vzniklých onemocnění (v daném časovém období) k celkovému počtu osob ve sledované populaci
- Indikace** - stanovení léčebného postupu
- Inkontinence** - vůlí neovladatelný únik moči z těla
- Intramusculárně** – aplikace do svalu
- Intravenózně** – aplikace do žíly
- Konzervativní léčba** - označení pro neoperativní léčbu tam, kde je operativní léčba jednou z možností
- Ligament** – povázka
- Luxace** - vymknutí kloubu, vykloubení

Maligní – zhoubný

Menopauza - ztráta menstruace po přechodu

Nykturie - zdravotní problém, který se projevuje tím, že daná osoba je jednou nebo vícekrát za noc probuzena pocitem nucení na močení, kterému musí vyhovět

Osteointegrace – kostní sjednocení

Osteoporóza – kostní atrofie, řidnutí kostí ve stáří

Palpace – vyšetření hmatem

Parciální – dílčí, částečný

Per rectum – konečníkem

Premedikace – podávání léků k útlumu před chirurgickým zákrokem

Progredující – postupující

příslušné tkáně, zejm. nervy a svaly. Užívá se např. v léčbě chorob

Rehabilitace - v nejširším smyslu obnovení původního stavu, výkonnosti, soběstačnosti, pohyblivosti, pracovní schopnosti pohybového aparátu

Resekce - operativní odstranění části orgánu

Subluxace – částečné, neúplné vykloubení

Transfuze - převod krve (plazmy) z léčebných důvodů

Vertikalizace – pomalé uvedení do svislé polohy

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je komplexní péče u pacientky s diagnózou primární koxartróza, protože toto téma je v dnešní době aktuální. Populace stárne a zvyšuje se počet lidí, kteří trpí artrózou kloubů převážně kyčlí a kolen. Ale jedná se i o problém, který se v poslední době vyskytuje čím dál častěji u lidí v nižším věku. Artróza je nejrozšířenější chorobou lidstva a je nejčastějším kloubním onemocněním.

Onemocnění pohybového aparátu dnes trpí asi 12% populace a může postihnout jakýkoliv kloub v lidském těle. Onemocnění pohybového aparátu už můžeme zařadit mezi civilizační choroby. (HALASOVÁ, PANOŠOVÁ, 2010)

Tato práce je zaměřena na totální endoprotézu kyčelního kloubu. Totální endoprotéza (TEP) kyčle je umělá náhrada postiženého kloubu a je to nejčastěji používaná endoprotéza. V roce 2012 se v zemích OECD uvádí, že incidence je až 3 TEP kyčle na 1000 obyvatel. Očekává se, že v následujících letech počty primárních náhrad kyčlí porostou. Na druhou stranu se také očekává, že se zvyšujícím se počtem primárních endoprotéz, budou přibývat i jejich komplikace, a tedy reoperace. (GALLO, 2012)

Cílem této bakalářské práce je navrhnout a realizovat individuální ošetrovatelský plán o pacientku s totální endoprotézou kyčle.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí, teoretickou a praktickou. Teoretická část je rozdělena do osmi kapitol. V teoretické části se zabýváme historií totálních endoprotéz, typy endoprotéz, indikací k operaci, komplikacemi, přípravou k operaci, operací, pooperační péči a rehabilitací. Každá kapitola podrobně probírá danou problematiku.

Praktická část je tvořena kazuistikou dle modelu Marjory Gordonové. Je zde popsána péče o pacientku s totální endoprotézou kyčelního kloubu, která byla hospitalizovaná na ortopedické klinice a u které byla naplánována a zrealizována ošetrovatelská péče s využitím Kapesního průvodce zdravotní sestry. Ošetrovatelské diagnózy jsou seřazené dle priorit, které bývají u každého pacienta individuální.

Vypracovaná práce bude sloužit jako informační zdroj pro všeobecné sestry a bakalářky ošetřovatelství. Práce může také sloužit jako zdroj informací pro širokou veřejnost, která se zajímá o tuto tematiku.

1 HISTORIE

Úspěšně nahradit kyčelní kloub se lékaři snažili dlouhou dobu. Problémy spočívaly v nalezení vhodných materiálů na zhotovení náhrady. Důležité bylo splnit základní vlastnosti, které endoprotézy musí mít, a to biologickou slučitelnost s lidským tělem, vysokou pevnost, dlouhou životnost, hladký povrch a hlavně poskytnout pacientovi co nejpřirozenější pohyb. (JANÍČEK, 2001)

Pokusy o vytvoření funkční náhrady kyčelního kloubu byly zaznamenány na přelomu 19. - 20. století. Úspěšná náhrada, která byla provedena, sloužila pacientovi 21 let až do jeho smrti, byla zde použita zlatá destička jako vložka do kyčelního kloubu. Ve 20. letech bylo významným úspěchem nasazení čepičky na hlavici stehenní kosti a implantování první umělé náhrady celé hlavice kosti stehenní.

V roce 1960 jako první zkonstruoval a použil polyetylénovou jamku a kovový dřík angličan John Charnley, který je považován za otce aloplastiky kyčelního kloubu. Kovový dřík byl zaveden do dřevové dutiny stehenní kosti s hlavicí malé velikosti. Komponenty byly fixovány ke skeletu kostním cementem. Tento typ protézy se používá doposud. (ŠTĚDRÝ, 2001)

V našich zemích se do historie aloplastik zapsal prof. Chlumský, který kolem roku 1900 prováděl pokusy s transplantací kovů a umělých hmot. Hlavní zásluhu na vzniku první české endoprotézy kyčelního kloubu měl prof. Čech, který se systematicky zabýval aloplastikou a ve spolupráci s Poldi Kladno v roce 1970 vyvinul cementovanou totální endoprotézu kyčelního kloubu včetně instrumentária. Tato endoprotéza byla implantována několika tisícům pacientů s velmi dobrými výsledky. Prof. Čech určil indikace, vypracoval operační postup a upozornil na možné komplikace. (KOUDELA, 2004)

První implantované endoprotézy u nás, byly dovezené Müllerovy protézy. Na základě zkušeností s Müllerovým implantátem se začala u nás, vyrábět v Poldi Kladno a byla označena jako Poldi – Čech.

Postupně byly vyvíjeny další typy endoprotéz. Jednou z nich jsou tzv. necementované, kde nebyl použit kostní cement. Tyto endoprotézy se objevují na konci 70. let.

Dodnes se stále pokračuje ve výzkumu, objevují se nové konstrukce, vyvíjí se stále nové typy endoprotéz a neustále se zlepšuje kvalita endoprotetiky. V současné době patří mezi nejvíce používané endoprotézy dva typy endoprotéz kyčelního kloubu, a to cementované a bezcementované. (ŠTĚDRÝ, 2001)

2 TYPY (DRUHY) ENDOPROTÉZ

Endoprotézy se dělí na dva druhy, prvním druhem jsou cervikokapitální endoprotézy a druhým druhem jsou totální endoprotézy.

2.1 CERVIKOKAPITÁLNÍ ENDOPROTÉZA

Tento typ endoprotézy nahrazuje pouze krček a hlavici stehenní kosti, jamka v kyčelní kosti zůstává zachována.

Dnes se již používají omezeně a hlavně u starých lidí při zlomeninách krčku kosti stehenní či při nutnosti nahradit horní část kosti stehenní postižené nádorem. (KARPAŠ, 2004)

2.2 TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA

Totální endoprotéza je úplná náhrada kyčelního kloubu, a to jamky i hlavice. V současné době narůstá počet totálních endoprotéz. Záleží zde na celkovém zdravotním stavu pacienta a na schopnosti snést větší operační výkon.

Způsob fixace endoprotézy ke kostnímu lůžku je dalším rozlišujícím faktorem. (SOSNA, 2003)

Implantáty dělíme na cementovanou, necementovanou a hybridní náhradu a resurfacing.

2.2.1 CEMENTOVANÁ NÁHRADA

Cementovaná náhrada je nejstarší metoda, která se používá od 60. let 20. století. Tato náhrada je složena z polyetylenové kloubní jamky, která je do upraveného

acetabula upevněna kostním cementem. Kostní cement je speciální rychle tuhnutí hmota.

Než se zavede dřík, předchází tomu resekce krčku a jeho odstranění s hlavice femuru. Dřík endoprotézy se zavede do dřevného kanálu proximální části femuru a upevní se pomocí kostního cementu. Dřík je vyroben ze speciálně upravených kovových slitin a na krček dříku se nasazuje hlavice z keramiky.

Výhoda této endoprotézy je, že je možné ji zatěžovat bezprostředně po operaci dle tolerance pacienta. Též je možné je používat v případě, kdy má pacient méně kvalitní kost, např. při osteoporóze.

Cementovaná náhrada je jednodušší na zhotovení, ale má menší životnost asi 10 – 15 let. Z tohoto důvodu není vhodná pro mladé a aktivní pacienty. (<http://ose.zshk.cz>, <http://cs.medlicher.com>, www.ortopedie-traumatologie.cz)

2. 2. 2 NECEMENTOVANÁ NÁHRADA

Modernější metoda, která byla, zavedena do praxe v 80. letech minulého století. Necementované endoprotézy mají zvláštní a speciální povrchovou úpravu. Kloubní hlavice je fixována bez použití kostního cementu. Ke své fixaci využívá dokonalý kontakt přesně opracovaného kostního lůžka s povrchem endoprotézy. Konstrukce endoprotézy umožňuje vrůstání kosti do vrchních vrstev protézy pevným spojením kostní tkáně s materiálem endoprotézy.

Jamky jsou většinou vyrobeny z titanu, výjimečně ze slitin. Výhodou této endoprotézy je dlouhodobá životnost. Je tedy vhodná pro mladé a aktivní pacienty. Věková skupina, která je indikována k operaci necementované endoprotézy je orientačně do 55 let.

Nevýhodou endoprotézy je nutnost pečlivého opracování kosti a přesný kontakt kosti s implantátem.

Nevýhodou je též ekonomická stránka. Necementované endoprotézy jsou v průměru 3 – 5x dražší než cementované. U tohoto typu endoprotézy je doporučeno

odlehčení po dobu nejméně 3 měsíců. (www.lekari-online.cz, <http://ose.zshk.cz>, KARPAŠ, 2004)

2. 2. 3 HYBRIDNÍ NÁHRADA

Hybridní endoprotéza je kombinací cementované a necementované endoprotézy. O této náhradě mluvíme tehdy, když jedna komponenta je připevněna bez cementu, obvykle jamka a druhá komponenta je připevněna cementem, obvykle dřík. Tento typ stále častěji nachází v ortopedii uplatnění.

2. 2. 4 RESURFACING

Jedná se o povrchovou náhradu kyčle. Dochází k náhradě poškozené třecí plochy. Při operaci se neresekuje krček, ale opracovává se pouze hlavice, kdy je obroušena a je na ni nanesen odolný kov. Náhrada se funkcí a tvarem co nejvíce přibližuje fyziologické kyčli.

Předpokládá se zde dlouhá až doživotní funkce. Dalšími výhodami jsou rychlé zotavení, nenáročnost, plná pohyblivost a nízká bolestivost.

Indikace k resurfacingu je možná u pacientů, u kterých neproběhly velké anatomické změny v oblasti kyčelního kloubu. Operace je vhodná u pacientů v aktivním věku.

Resurfacing je nová operační metoda, která řeší koxartrózu. Implantát dává svou konstrukcí předpoklad k lepšímu funkčnímu výsledku. Pokud se mechanicky uvolní, lze to dobře řešit implantací klasické endoprotézy. Resurfacing navrací pacienta do plnohodnotného aktivního života. (www.orthes.cz, www.lekari-online.cz, <http://ose.zshk.cz>)

3 INDIKACE K OPERACI

Totální endoprotéza kyčle by měla být až poslední volbou léčby, když selžou postupy konzervativní léčby nebo když konzervativní léčba není možná.

Konzervativní léčba je zaměřena na úpravu životosprávy, omezení zatížení, redukce hmotnosti, užívání opěrných pomůcek jako například vycházkové hole či francouzské hole.

Důležitá je také rehabilitace. Cvičení probíhá ve vodě bez jakékoliv zátěže. Pacienti prochází procedurami jako je elektroléčba a rentgenoterapie. Někdy bývá indikována i lázeňská léčba.

Do konzervativní léčby patří také užívání analgetik (nesteroidní), jejichž smyslem je zmírnit bolest. Léky mohou ovlivnit i průvodní jevy jako je otok, zánětlivé projevy nebo náplň v kloubu. Dnes se podávají i preparáty, které zpomalují degenerativní procesy kloubní chrupavky. (KARPAŠ, 2004)

Cílem konzervativní léčby je zabránit dekompenzaci degenerativního onemocnění nebo alespoň chorobu převést ze stádia do stádia kompenzace. Když selže konzervativní léčba, indikuje lékař operaci kyčelního kloubu. Totální endoprotéza by měla být až poslední volbou léčby. (ŠTĚDRÝ, 2001, KOUTNÝ, 2001)

Nejčastějšími příčinami k provedení operace jsou degenerativní onemocnění kyčelního kloubu – koxartróza, poškození kyčelního kloubu úrazem – zlomenina krčku kosti stehenní kosti nebo pouřazová destrukce kloubu, revmatické choroby – artritida, pozánětlivé změny, nádorová onemocnění a revizní náhrady. (SOSNA, 1999, KARPAŠ, 2004)

3. 1 KOXARTRÓZA

Koxartróza je degenerativní nezánettivé onemocnění, které postihuje kyčelní kloub. Zpočátku se projevuje zejména bolestmi při pohybu a ztuhlostí kloubů. Později se mohou objevovat klidové bolesti. Typické jsou pro artrózu také bolesti startovací na počátku pohybu nebo v ranních hodinách.

Příčiny vzniku koxartrózy můžeme rozdělit na primární a sekundární. Primární, kdy není známá příčina vzniku a může se zde uvažovat i o genetických příčinách. Sekundární, kde se artrózy kyčelního kloubu rozvíjí v důsledku jiného onemocnění, včetně vrozených nebo počínajících v dětství, které vedou k deformitám kyčelního kloubu.

Příčiny sekundární koxartrózy jsou vývojová dysplázie kyčelního kloubu, revmatoidní artritida, Bechtěrevovo onemocnění, poúrazové postižení, stavy po infekčních komplikacích a stavy po aseptických nekrózách (kortikosteroidy). Nemoc také častěji postihuje obézní a diabetiky, protože tělesná váha je silným rizikovým faktorem.

Zatím nebyly vynalezeny léky, které by artrózu úplně zastavily. Léčba koxartrózy spočívá převážně ve změně životního stylu, hlavně redukce obezity a ve změně stereotypních pohybů zatěžující kloub. Pacientům se doporučuje plavání a cyklistika.

V počátku onemocnění má zásadní význam cvičení s fyzioterapeutem v kombinaci s různými typy fyzikální léčby jako je vodolčba, magnetoterapie či ultrazvuk. Cílem této léčby je zachování pohyblivosti kloubu, co nejdéle je to možné. Při bolesti se podávají pacientům nesteroidní analgetika. Dobré je také užívání léků, které vyživují a obnovují kloubní chrupavku a prodlužují její životnost. Když už je artróza v pokročilém stádiu a konzervativní léčba selže, může lékař doporučit pacienta k operačnímu řešení k operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. (ŠTĚDRÝ, 2001, www.uzdravim.cz, www.ortopedie-traumatologie.cz, SOSNA, VAVŘÍK, KRBEČ, POKORNÝ, 2001), (KUBÁT, 1975)

3. 2 REVMATOIDNÍ ARTRITIDA

Revmatoidní artritida je zánětlivé autoimunitní onemocnění, které se projevuje zánětem a bolestí kloubů a jejich postupným poškozením, ale postihuje i jiné orgány. Základní příčina tkví v porušeném imunitním systému. Imunitní systém reaguje proti tkáním vlastního těla a poškozuje je a vyvolává ve tkáních chronicky probíhající zánět. Je to dlouhodobé, postupující a invalidizující onemocnění, které je provázené bolestí a otokem. Onemocnění postupně omezuje pacienta v pohybu a brání mu vykonávat běžné aktivity.

Mezi příznaky patří bolesti kloubů, ranní ztuhlost, omezení pohyblivosti kloubů. V léčbě artritidy nejvýznamnější místo zastávají léky. Dnes máme k dispozici tři základní skupiny léků – nesteroidní antirevmatika, kortikoidy a léky modifikující nemoc.

Artritida se dále léčí pomocí rehabilitace a fyzikální léčby. Nezastupitelný význam v léčbě mají pravidelná a správně prováděná cvičení spolu s fyzikální léčbou. Jejich cílem je udržet dostatečný rozsah pohybu v postižených kloubech a zabránit ochabnutí a ztuhnutí kloubů.

V pokročilém stádiu artritidy je volbou chirurgická léčba, kde se odstraní poničený kloub.

Výskyt onemocnění je poměrně častý a často se vyskytuje už v mladém věku. Pro kloubní náhrady jsou pacienti s revmatoidní artritidou významnou indikační skupinou. (DUNGL, 2005, www.wikipedia.cz, www.vitalion.cz)

3. 3 VÝVOJOVÁ DYSPLÁZIE

Vývojová dysplázie kyčelního kloubu již v mladém věku vede ke vzniku sekundární koxartrózy. V našich podmínkách je častou indikací k provedení totální endoprotézy kyčelního kloubu. (DUNGL, 2005)

Jedná se o vývojové postižení v oblasti hlavice kosti stehenní a jamky kyčelního kloubu. Příčina vzniku není prokázána. Vyskytuje se u dětí, kde některý z rodičů trpěl podobným postižením. (www.ortopedie-traumatologie.cz)

Podle klinického obrazu dělíme dysplázii na stabilní kyčelní kloub, subluxace kyčelního kloubu, hlavice je luxována a vysoká luxace. Na femuru nalezneme výrazně zvýšenou anteverzi nebo deformaci. Dřeňová dutina bývá úzká a nepravidelná. Při luxaci dochází i ke zkrácení svalů, abduktorů a adduktorů. (DUNGL, 2005)

3. 4 NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ

V okolí kyčelního kloubu vzniká velké procento primárních maligních kostních nádorů. Řešení těchto nádorů spočívá v resekci kostí a jejich následné náhradě. Kvůli svalové dysbalanci dochází k vyšší tendenci k luxacím, z tohoto důvodu se používá při implantaci tumorózních dřívků tzv. antiluxační jamka, která funguje na principu uzamčení hlavičky v acetabulu. (DUNGL, 2005)

3. 5 ZLOMENINA KRČKU KOSTI STEHENNÍ

U mladých lidí je ke zlomenině nutná poměrně velká síla, jako je například autonehoda, pád z výšky nebo při sportovních úrazech. U starších lidí dochází k osteoporóze (odvápnění kostí) a proto není třeba velké síly ke zlomenině.

Při osteoporóze jsou typické zlomeniny horního konce kosti stehenní.

Typickým příznakem je bolest v oblasti kyčelního kloubu a omezení pohybu v kyčelním kloubu. Celá dolní končetina je zevně vytočená a zkrácená a nemocný se na nohu nemůže postavit.

Terapie je chirurgická. U zlomeniny hlavice a krčku u pacientů do 60 let je indikováno sešroubování pomocí speciálních šroubů. U pacientů mezi 60 až 80 lety se zlomenina ošetří náhradou kloubu totální endoprotézou. U pacientů nad 80 let se zlomenina většinou ošetří cervikokapitální endoprotézou. Věkové hranice nejsou striktní. Závisí na typu zlomeniny, přidružených onemocnění a dalších faktorech. (www.ortopedi-traumatologie.cz)

3.6 REVIZNÍ OPERACE TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZY KYČELNÍHO KLOUBU

Stále se zvyšující počet primárních implantací v relativně mladém věku, zvyšuje i počet revizních operací. Revizní implantáty jsou o 30 – 50 % dražší než ty původní. Revizní operace jsou obtížnější než primární a výsledky nebývají tak dobré, jako při primoimplantacích. Revize představuje větší počet komplikací jako delší čas operace, větší krevní ztráty, luxace, tromboembolickou nemoc, vyšší incidence infektů, neurologické léze či periprotetické fraktury. Revizní totální endoprotéza má i významně nižší životnost.

Revizní operace je indikována u bolestivého aseptického uvolnění jedné nebo obou komponent, u progredující deformace nebo neúplné zlomeniny dřívku a při úplné fraktuře, u progresivní ztráty kosti, u bolestivé recidivující subluxaci či luxaci endoprotézy a u infikované totální endoprotézy v jedno či dvoudobé reimplantaci.

Cílem u revize acetabulární komponenty je získání okamžité stability implantátu a rekonstrukce defektů kostními štěpy. Velmi důležitá je správná poloha jamky, neboť u reimplantací je vysoké procento luxací.

Mezi hlavní cíle revize femorální komponenty řadíme odstranění selhávajícího implantátu, implantaci nového dřívku s dlouhodobou stabilitou a náhradou kostního defektu.

Odstranění femorální komponenty může být obtížné a snáz se provádí u cementovaných náhrad než bezcementových a to za předpokladu, že nejsou uvolněné v celém rozsahu.

Velká síla, které je při extrakci nutno použít, nese s sebou riziko fraktury femuru. V případech dobré osteointegrace do upraveného povrchu necementovaného dřívku, nebo nelze – li odstranit běžnými postupy všechen cement, doporučuje se parciální osteotomie proximálního femuru tzv. prodloužená osteotomie velkého trochanteru.

Stále populárnější se stává diafyzální fixace, která se využívá při kostních defektech proximálního femuru. (DUNGL, 2005)

4 KOMPLIKACE

Implantace kyčelního kloubu je operace, která není bez rizika. Jde o závažný operační výkon, který je i na nejlepších světových pracovištích spojen s určitým rizikem komplikací. Zdárný průběh operace ovlivňuje nepochybně zkušenost a erudice operačního týmu, dobré technické vybavení, ale také celkový zdravotní stav pacienta, fyzický i duševní. Záleží také na kvalitním předoperačním vyšetření a správné předoperační přípravě, jelikož i tímto se snižuje výskyt případných komplikací.

Komplikace vyplívají už jen ze skutečnosti, že endoprotéza má pouze určitou životnost, která je závislá nejen na vlastnostech endoprotézy, ale i na reakci organismu, přičemž tato životnost je individuální. Reakce organismu není předem předvídatelná. Vývojové týmy se snaží o vytvoření takové endoprotézy, která svými vlastnostmi zabezpečí nejdelší životnost.

Komplikace se mohou objevit v průběhu operace – peroperační, v časném pooperačním období i ve větším časovém odstupu od operace – pozdní.

4. 1 PEROPERAČNÍ KOMPLIKACE

Jde o komplikace, které vznikají při vlastní operaci. Je třeba předeslat, že i při šetrné a fyziologické operační technice může v průběhu operace dojít ke komplikacím. Může se jednat především o větší krvácení v důsledku poranění velkých cév (a. femoralis, event. jejich větví). V tomto případě je nutná okamžitá revize a sutura femorální tepny a žíly z předního přístupu, menší poraněné a. femoralis se podvazují.

Mezi další pooperační komplikace řadíme poranění nervů (n. femoralis a n. ischiadicus) či případná zlomenina stehenní kosti.

Všechny tyto komplikace jsou bez prodlení ošetřeny již v průběhu operace, mohou však ovlivnit další pooperační průběh a to s ohledem na změny v rytmu rehabilitace a postup zatěžování operované končetiny.

4. 2 ČASNÉ POOPERAČNÍ KOMPLIKACE

Mezi nejzávažnější z těchto komplikací se řadí tromboembolická nemoc, které je nutné věnovat zvýšenou pozornost v pooperačním průběhu, zjm. s cílem předejít tzv. plicní embolizaci, která může v nejtěžších případech ohrozit i pacientův život.

Jde o vytvoření krevní sraženiny v žilách dolní končetiny nebo pánve s následným uvolněním do plic, kdy může dojít i ke smrti pacienta. Proto je velmi důležitá prevence tj. cvičení, bandáže, řízená rehabilitace a časná mobilizace. Profylakticky se podává po dobu pěti dnů nízkomolekulární heparin. První injekce se aplikuje večer před výkonem a pak se pacient postupně převádí na warfarin, event. obdobný preparát, který se užívá po dobu tří měsíců.

Pokud je podezření na flebotrombózu, provádí se sonografické vyšetření a v případě nejistoty se provede flebografické vyšetření. Pokud je nález, pozitivní aplikují se terapeutické dávky nízkomolekulárního heparinu. Pokud je podezření na plicní embolii (dušnost, bolest na hrudi, kašel a vykašlávání krve), indikuje se plicní nebo ventilační scintigrafie. Při pozitivním nálezu je většinou vhodná intenzivní léčba na odd. ARO.

Obávanou komplikací je infekt implantované endoprotézy. Proto je dnes samozřejmostí, že se endoprotéza operuje s mimořádným důrazem na sterilitu prostředí na speciálních operačních sálech, které splňují nejpřísnější hygienická a vzduchotechnická opatření.

Samotná operace je prováděna pod clonou antibiotik, ale ani tak nelze vyloučit, že splnění všech těchto důležitých preventivních opatření a provádění operace na sebelepším pracovišti, že ke komplikacím infekcí nedojde. A to i v případě, kdy má pacient zhoršenou obranyschopnost proti infekci nebo je nositelem infekčního

ložiska v těle, jako je například vleklá infekce močových cest, zubní váček, zánět vedlejších nosních dutin, gynekologická infekce či zánětlivá ložiska v pohybovém aparátu. Takto infikovaný kloub je třeba z organismu vyjmout, infekční ložisko vyléčit a poté za příznivých podmínek lze eventuálně znovu endoprotézu implantovat.

V neposlední řadě při hrubém nedodržení pohybového režimu, provedení krajního pohybu či při nedodržení rehabilitačních postupů může dojít k luxaci (vykloubení) endoprotézy. Luxace se projeví výraznou, náhle vzniklou bolestivostí, omezením pohybu v kyčelním kloubu a zkrácením končetiny. Luxace vyžaduje okamžitou repozici tj. návrat do původní polohy v celkové anestezii. Pokud se repozice nepodaří, je indikována revize. Pokud se luxace opakují, je nezbytná reoperace kyčelního kloubu.

Mezi další časně komplikace patří krvácení. Krevní ztráty se dají většinou nahradit krevními konzervami. V případě kdy je podezření na poranění cévy, je nutná její okamžitá revize.

(KARPAŠ, 2004, KOUDELA, 2004)

4. 3 POZDNÍ POOPERAČNÍ KOMPLIKACE

Pozdní pooperační komplikace jsou takové, které jsou v delším časovém odstupu od operace tj. měsíců až let. Může dojít k uvolnění endoprotézy, a to hlavně v důsledku přetěžování dolní končetiny. Výjimkou není ani únavové poškození materiálu, i když je materiál pečlivě sledován a zkoušen. Může též dojít k poškození jamky nebo stehenní části endoprotézy. Velkou roli zde rovněž hraje přetěžování implantovaného kloubu. Omezit tyto komplikace pomáhá i udržování a případně redukce hmotnosti, kdy při překročení doporučené váhy značně stoupá riziko komplikací. (KARPAŠ, 2004)

4. 4 OSTATNÍ KOMPLIKACE

Otěr u totální endoprotézy kyčle je základním limitujícím faktorem současných generací implantátů. Vzniká pohybem mezi protilehlými komponentami v zátěži. Vyšší

hodnoty otěru jsou typické pro mladší a aktivní pacienty. Vyšší hodnoty otěru jsou také u endoprotéz opatřené malou hlavičkou.

Periprotetické zlomeniny jsou důsledkem implantace v nižším věku pacienta. Pacient má implantát ve femuru dlouhou dobu a postupně dochází k úbytku kostní hmoty. Někteří autoři udávají, že vyšší počet fraktur může souviset s používáním necementovaných implantátů. Ke zlomenině může dojít v malém a velkém trochanteru, kolem dřívku nebo těsně pod jeho hrotem a diafyzárně distálně od endoprotézy.

Nestejná délka končetin. Po implantaci totální endoprotézy by měla být délka končetin v ideálním případě stejná jako před operací, pokud nebyla zkrácena. Při operaci je častěji končetina prodloužena. Prodloužení o 4 cm pravidelně nečiní obtíže, ale při větších prolongacích hrozí možnost přechodné nebo i trvalé parézy nn. ischidici. Během operace je kontrola délky končetin obtížná a vzhledem k poloze pacienta na operačním stole těžko měřitelná. (DUNGL, 2005)

5 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Náhrada kyčelního kloubu patří mezi náročné plánované ortopedické operace. Důležité je pacienta na operační výkon pečlivě připravit. Cílem předoperační péče je fyzická a psychická příprava pacienta k operaci včetně vytvoření optimálních podmínek ke zvládnutí operační zátěže. K tomuto účelu slouží předoperační informační setkání s pacientem, kterého čeká implantace kyčelního kloubu. Smyslem je podat pacientovi praktické informace o přípravě a průběhu operace. Seznámit ho s předoperačním postupem, vysvětlit konkrétní informace o podmínkách přijetí průběhu hospitalizace a také ho informovat o časně pooperační rehabilitaci v lůžkovém nebo lázeňském zařízení a vysvětlit preventivní opatření, aby se předešlo pooperačním komplikacím. (KARPAŠ, 2004)

5. 1. DLOUHODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Příslušná ortopedická klinika zašle pacientovi 6 až 8 týdnů před plánovaným výkonem dotazník, který si pacient nechá vyplnit svým praktickým lékařem. Při vyplňování dotazníku je důležité, aby byl pečlivě vyplněn, proto aby nedošlo k oddálení stanoveného termínu operace.

Nezbytné je celkové interní vyšetření, které se skládá z kompletního screeningového vyšetření krve (biochemické – urea, kreatinin, hladina glykemie,... hematologické – FW, KO..., hemokoagulační), screeningového vyšetření moče (moč a sediment, kultivace moče), EKG a plicního vyšetření. Tato vyšetření slouží k posouzení zdravotního stavu a způsobilosti k operačnímu výkonu. Výsledkem vyšetření je interní závěr, zda je nebo není pacient schopen výkonu. Výsledky jednotlivých vyšetření by neměly být starší než 14 dní.

Mezi další vyšetření, která jsou před operací důležitá k vyloučení zánětlivého ložiska, jsou stomatologické vyšetření, ORL vyšetření, u žen gynekologické vyšetření.

U diabetických pacientů je důležité, aby byli dobře kompenzováni, a před operací převedeni na inzulinoterapii.

Během operace dochází k ztrátě většího množství krve, proto lékař zpravidla doporučí pacientovi v dostatečně dlouhé době před výkonem autotransfuzi.

Jedná se o odběr pacientovi vlastní krve, kterou pak pacient v případě potřeby dostane při nebo po operaci. Předností autotransfuze je absolutní vyloučení rizika přenosu infekčního onemocnění a také případné alergické reakce, která může nastat po přijetí cizí krve. Pokud dojde k situaci, že pacientův zdravotní stav nevyhovuje k odebrání autotransfuze, jsou krevní ztráty nahrazovány transfuzí od vhodného dárce. U žen se operace plánuje mimo menstruační cyklus.

Pacient by se měl sám připravit na období po propuštění z nemocnice. Jde o náročnou operaci, která klade velké nároky na celkovou kondici organismu. Před operací je vhodné snížit hmotnost, zvýšit tělesnou zdatnost a naučit se základům chůze o berlích, protože po operaci je pacient zesláblý a rozbolavělý a bývá těžké si osvojit nové pohybové stereotypy. Vhodné je si připravit domácnost na příchod z nemocnice. Například upravit WC přiděláním madel či nástavců, vybavit si vanu sedátkem, mít připravené křeslo vhodné výšky. Nádobí a potřebné předměty v bytě uložit do optimální výšky.

Pokud jde o přípravu osobních věcí k hospitalizaci, připraví si pacient hygienické potřeby jako je zubní kartáček, zubní pasta, mýdlo, ručníky atd. Pokud jde o oblečení, doporučují se kratší noční košile. Důležité je vzít si sebou vhodnou obuv. Obuv by měla být pevná a lehce obouvatelná s protiskluzovou podrážkou. Při nástupu k hospitalizaci by si měli vzít pacienti své léky alespoň na tři dny a je nutné je brát sebou v originálním balení. Léky nemusejí být na oddělení ihned k dispozici a musí se objednat.

Pokud si chce pacient pobyt v nemocnici zpříjemnit, může si sebou vzít mobilní telefon, knížky, časopisy, televizi či rádio a peníze pro osobní potřebu. Nedoporučuje se, ale brát do nemocnice větší obnos peněz a cennosti.

5. 2 KRÁTKODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Krátkodobá příprava zahrnuje období 24 hodin před samotným výkonem.

V den nástupu do nemocnice se pacient dostaví do přijímací kanceláře, kde se zaznamenají a zpracují jeho osobní údaje. Tímto potvrzuje, že dobrovolně dává souhlas s hospitalizací. Poté je odeslán na příslušné lůžkové oddělení, kde se ho ujme všeobecná sestra, která s ním zpracuje sesterskou příjmovou zprávu.

Převezme si od pacienta předoperační vyšetření a sepíše dokumentaci. Po příjmu všeobecnou sestrou, následuje příjem lékařem. Lékař pacienta vyšetří a sepíše s ním příjem. Pacient s lékařem podepisuje „Informované souhlasy“, které jsou důležité z právního hlediska. Pacient si pečlivě přečte a poté podepíše tyto souhlasy „Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce) s hospitalizací, s nahlížením do dokumentace a s podáváním informací o zdravotním stavu. Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce) : a) s léčebným postupem a operačním výkonem, b) s lékařským vyšetřením. Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce) s provedením transfúze krve (podáním transfúzních přípravků a krevních derivátů). Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce) s podáním anestezie v souvislosti s vyšetřením nebo operačním výkonem.

Pokud pacient něčemu nerozumí, lékař či všeobecná sestra vždy podá vysvětlení.

Po příjmu lékařem je pacient uveden do pokoje, kde ho zdravotní sestra seznámí s provozem oddělení.

5. 2. 1 PŘÍPRAVA PACIENTA VŠEOBECNOU SESTROU

Odpoledne před operací sestra poučí pacienta o předoperační přípravě. Vysvětlí pacientovi postup před a po operaci.

Pacient by měl být lačný alespoň 6 až 8 hodin před výkonem. Posledním jídlem bývá zpravidla večeře, do půlnoci mohou přijímat tekutiny. Od půlnoci nesmí jíst, pít, kouřit, žvýkat a cucat.

Na operaci musí být pacient vyprázdněn, od sestry dostane dva glycerínové čípky, které si zavede per rectum. Pokud se do čtyř hodin po zavedení čípků nevyprázdní, podává se šetrné klyzma Yall. Sestra pacientovi oholí operační pole, zkontroluje nehty na rukou a nohou, pokud jsou nalakované, musí si je pacient odlakovat. Je-li nutné objednat krevní konzervy k operaci, odebere sestra vzorek krve, který se dále zpracuje v krevní bance. Sestra pacientovi může sdělit pořadí, ve kterém je naplánován k operaci a kdo je operatér a jeho tým.

Pokud je pacient indikován po operačním výkonu k pobytu na Jednotce intenzivní péče, doporučí mu sestra co si sebou vzít. Nejčastěji si sebou připraví hygienické potřeby, brýle, zubní protézu, léky, mohou si sebou vzít i mobilní telefon.

5. 2. 2 Příprava anesteziologem

Příprava anesteziologem je nedílnou součástí komplexní předoperační přípravy, kde úloha anesteziologa nespočívá pouze v seznámení s postupem anestezie. Anesteziolog zhodnocuje výsledky a závěr interního vyšetření a zhodnotí pacientův celkový stav. Dále upozorní pacienta na možná rizika anestezie a seznámí ho s možnostmi uvedení do anestezie. Anesteziolog může doporučit doplnění anesteziologických ordinací před výkonem, například doplnění laboratoře či jiného vyšetření.

Jestliže lékař zhodnotí pacienta schopným k výkonu, naordinuje premedikaci. Účelem premedikace je farmakologicky ovlivnit průběh anestezie a minimalizovat úzkost a strach. Pro nerušený spánek naordinuje lékař sedativa či hypnotika (diazepam, hypnogen), která sestra podá večer pacientovi, pokud si je vyžádá.

5. 2. 3 BEZPROSTŘEDNÍ PŘÍPRAVA K OPERACI

Tato příprava probíhá v den operace jako poslední fáze přípravy sestrou a lékařem před převozem na operační sál.

Ráno před výkonem sestra podá pacientovi léky, které anesteziolog naordinoval v premedikaci (např. antihypertenziva). Poté sestra doporučí pacientovi, aby provedl celkovou koupel, protože po operaci se nebude moci několik dnů sprchovat. Při ranní vizitě lékař pacientovi označí operační pole křížkem k jednoznačné identifikaci operačního místa.

Sestra dle ordinace anesteziologa zavede flexibilní plastovou kanylu a podá infuzní udržovací roztok. U diabetiků se podává glukóza s inzulinem dle ordinace lékaře. Kanyla se zavádí na protější stranu operované strany, tedy když bude operován pravý kyčelní kloub, kanyla se zavede do levé ruky a naopak.

Přibližně půl hodiny před odjezdem se pacientovi podá premedikace. Premedikace může mít různou formu, tj. že se mohou podávat v injekční formě, tabletové formě či infuzí do žíly. Zpravidla se používá injekční forma, podávají se opiáty jako je například morfin, dolsin, dipidolor. Před aplikací vyzve sestra pacienta, aby se šel vymočit a poté si vše vysvlékl, sundal všechny šperky i piercingy, zubní protézu a kontaktní čočky. Na operační sál odjíždí pacient na posteli za doprovodu sestry. (KARPAŠ, 2004, www.kntb.cz.)

6 OPERACE

Operace je prováděna v dokonale aseptickém režimu perfektně klimatizovaného operačního sálu za dodržení všech ochranných opatření, která mají zabránit vzniku pooperační infekce. Veškerý personál, který se pohybuje na operačním sále, musí dodržovat hygienický režim. Na operačním sále je vhodné rychle a šetrně operovat a redukovat konverzaci. (KOUDELA, 2004)

Vlastní operace se nejčastěji provádí v poloze na zádech v celkové nebo svodné anestezii dle domluvy pacienta s anesteziologem s ohledem na celkový stav pacienta a předpokládaný operační výkon. Doba operace se liší, závisí na mnoha faktorech. Většinou operační výkon trvá jednu až dvě hodiny. Během operace se kyčelní kloub nahradí endoprotézou. Odstraní se poškozená hlavice kosti stehenní. V kloubní jamce je odstraněna postižená chrupavka a do takto připraveného kostního lůžka se upevní umělá kloubní jamka. Do horního konce stehenní kosti se vyhloubí kanál a do něj se zavede dřík endoprotézy s hlavicí. Nakonec je hlavice zakloubena do jamky a spojení mezi stehenní kostí a pánví se obnoví. Výsledkem musí být stabilní kyčel.

Po implantaci protézy se zavede odsavná drenáž, přiloží se na končetiny elastické bandáže a na operovanou končetinu se na dva dny přiloží antirotační botička, která snižuje riziko luxace protézy v prvních dnech po operaci. (SOSNA, 1999, KOUDELA, 2004)

7 POOPERAČNÍ PÉČE

Pooperační péče je závislá na stavu pacienta a zvyklostech pracoviště. Zpravidla je pacient prvních 24 hodin sledován na jednotce intenzivní péče (JIP). Sestra nemocného polohuje do polohy na zádech se správným antiluxačním postavením operované končetiny. Pacient má včasném pooperačním období antirotační botu, která zajišťuje správné postavení operované končetiny. Důležité je i antidekubitální polohování, podkládají se paty. Na dolních končetinách má pacient elastické bandáže.

Pacient je napojen na monitor a sestra sleduje a zapisuje vitální funkce pacienta. U pacienta se sledují fyziologické funkce jako je vědomí, dýchání, krevní tlak, pulz, EKG a tělesná teplota. Dále sleduje operační ránu a odpad z redonových drénů. Pacient má také zaveden permanentní močový katétr a intravenózní kanylu. Pomocí intravenózní kanyly podává sestra pacientovi tekutiny, profylakticky antibiotika, krevní transfuze či autotransfuze dle hodnot krevního obrazu. Sestra denně kontroluje a převazuje asepticky místo vpichu kanyly a kontroluje její funkčnost.

Důležité je i sledování bilance tekutin, protože pacient v operační den nepřijímá nic per os, pouze dle stavu jen čaj a všechny tekutiny přijímá intravenózně. Permanentní močový katétr má pacient zavedený z důvodu sledování bilance, bolestivosti kyčle a zvýšeného rizika luxace při zvedání pacienta na mísu v raném pooperačním období. Sestra sleduje množství a barvu moče, kvůli případné infekci. Permanentní močový katétr se obvykle odstraňuje u mužů do 3 dnů a u žen do 5 dnů po operaci. Po vytažení sestra pacientovi připraví urologický čaj a kontroluje močení.

Na zmírnění bolesti podává sestra analgetika intramuskulárně či intravenózně dle ordinací lékaře a pravidelně sleduje a zapisuje účinnost podaných analgetik a intenzitu bolesti. Šestý pooperační den se dle standardu tlumí bolesti intramuskulárně a per os. Pro zlepšení rozcvičení končetiny se podávají analgetika před rehabilitací.

Převaz s odstraněním redonových drénu provádí lékař a sestra mu asistuje. Zpravidla se redony odstraňují druhý pooperační den. Sestra operační ránu pravidelně kontroluje a v případě, že rána prosakuje, provede převazy dle potřeby.

Přibližně 11. – 13. den lékař odstraní stehy, ve většině případů již ambulantně.

V rámci prevence tromboembolické nemoci se pacientovi bandážují dolní končetiny elastickou bandáží nebo přikládají elastické kompresní punčochy. Sestra kontroluje funkčnost a správné nasazení a každý den musí bandáže či punčochy sundat, dolní končetiny umýt a promazat a opět zabandážovat.

Pacienti dostávají preventivně antikoagulancia jednou denně subkutánně, většinou se aplikují do břicha. Po propuštění z hospitalizace se v aplikaci ještě pokračuje 6 týdnů po operaci nebo se převede pacient na warfarin. Dávka se řídí předoperačním vyšetřením a laboratorními výsledky. (TALIÁNOVÁ, HOLUBOVÁ, PILNÝ, 2009)

8 REHABILITACE

Součástí komplexní léčby je rehabilitace. Cílem rehabilitace je obnovit rozsah pohybu operovaného kloubu, mobilizace pacienta včetně nácviku chůze o berlích. Cílem je i obnovit základní pohybové stereotypy s důrazem na bezpečné pohyby v kyčelním kloubu. Cílem rehabilitace je také navrátit co nejrychleji pacienta s nebolestivým a funkčním kloubem do každodenního života.

Rehabilitaci dělíme do tří fází předoperační rehabilitace, pooperační rehabilitace během hospitalizace, rehabilitační program po propuštění z hospitalizace.

8. 1 PŘEDOPERAČNÍ REHABILITACE

Součástí předoperační rehabilitace je vyšetření, které spočívá v odebrání anamnézy, vyšetření aspekci a palpaci, vyšetření stoje, chůze, pánve, páteře, goniometrické vyšetření, antropometrické vyšetření, svalový test, vyšetření pohybových stereotypů, vyšetření zkrácených a oslabených svalů. Pacient se seznámí s průběhem operace a pod vedením fyzioterapeuta se seznámí s rehabilitací. Pacient si vyzkouší celkové kondiční cvičení, cévní a dechovou gymnastiku. Dále si pacient nacvičí sed a nadzvedávání na posteli, vstávání z postele. Natrénuje si chůzi o berlích s plným odlehčením postižené dolní končetiny a nacvičí si chůzi o berlích po schodech.

Předoperační rehabilitaci je důležité se věnovat protahování a relaxaci zkrácených svalových skupin, posílení oslabených svalových skupin, posílení ramenních pletenců a paží obou horních končetin, posílení neoperované dolní končetiny pro chůzi o berlích, nácvik správného stereotypu extenze a abdukce kyčle, cvičení rozsahu kloubní pohyblivosti a redukce hmotnosti zvýšením pohybové aktivity a dietou.

Dobře zvládnutá předoperační rehabilitace pacientovi umožní lépe reagovat na rehabilitační postupy po operaci, což umožní zkrátit dobu hospitalizace. (KOUTNÝ, 2001, DUNGL, 2005)

8. 2 POOPERAČNÍ REHABILITACE BĚHEM HOSPITALIZACE

Na každém ortopedickém pracovišti bývá obvykle dobře rozpracovaná pooperační rehabilitace.

Cílem pooperační rehabilitace je vertikalizace pacienta, nácvik chůze o berlích bez zatěžování operované dolní končetiny a nácvik sebeobsluhy a dosažení optimálního kloubního rozsahu.

Rehabilitační postupy jsou upraveny oproti předoperační rehabilitaci z důvodů, jako jsou změny celkového zdravotního stavu pacienta po operačním výkonu, poškození některých svalových skupin, kloubního pouzdra a ligament v důsledku operačního přístupu, změny napětí pelvifemorálního svalstva v důsledku změn poměrů v kloubu a snahy o vyrovnání délek obou dolních končetin, možného nebezpečí luxace totální endoprotézy, bolesti v oblasti operačního přístupu.

V souvislosti s totální endoprotézou kyčle se mluví o tzv. zakázaných pohybech, při kterých hrozí zvýšené nebezpečí luxace endoprotézy. Mezi zakázané pohyby patří zevní rotace a addukce v kyčelním kloubu. Dalším pohybem je flexe nad 90°, zejména s extendovanou dolní končetinou. Nedoporučuje se ani flexe v kyčli s extendovaným kolenem. Úkolem pooperační rehabilitace je také informovat pacienta o situacích v běžném životě, při nichž k zakázaným pohybům dochází a poučit ho, jak se jim vyhnout.

Délka hospitalizace po totální endoprotéze kyčle je individuální. Obvykle se pohybuje mezi 7 – 14 dny. Operovaná dolní končetina je polohována v abdukci a ve vnitřní rotaci, mírné flexi v kyčelním a kolenním kloubu. Antirotační botička se používá na některých pracovištích 4 -5 dnů, dále jen na noc.

Pooperační rehabilitace probíhá podle schématu, který se na různých odděleních o moc neliší.

V den operace má pacient klidový režim. Pacient je v poloze na zádech a na zdravém boku pomocí polštáře. Podle možností pacienta se začíná cvičit se zdravou dolní končetinou, respirační fyzioterapií a cévní gymnastikou.

První pooperační den se provádí dechová cvičení a kondiční cvičení zdravých končetin. U operované dolní končetiny se cvičí aktivně pohyb v hlezenním kloubu a izometricky gluteální svaly a m. quadriceps femoris.

Druhý až třetí pooperační den se přidává aktivní v kyčelním kloubu s dopomocí (flexe do 90°s abdukci a vnitřní rotaci). Pacient začíná nacvičovat sed na lůžku s dolními končetinami spuštěnými z lůžka a začíná se vertikalizovat. Když pacient zvládne stoj, přejde se na nácvik trojdobé chůze bez zatížení operované dolní končetiny. Většinou se používají podpažní berle či berle francouzské, ale záleží na zvyklostech pracovišť. Chůze se začíná se zátěží, kterou představuje hmotnost vlastní končetiny. Pacient musí být poučen o správném stereotypu chůze, protože špatně zafixované stereotypy jsou obtížně odnaučitelné. Důležitou roli hrají gluteální svaly. Ve stoji fungují jako laterální stabilizátory pánve a zabraňují při stoji na jedné dolní končetině poklesu pánve na protilehlé straně.

Čtvrtý až pátý pooperační den se začíná nacvičovat přetáčením zdravý bok s polštářem mezi koleny, aby se zabránilo luxačnímu pohybu do addukce a zevní rotace. Tato poloha se využívá ke cvičení i k odpočinku. V této poloze se může posilovat gluteální a zádové svalstvo a procvičovat kolenní kloub. Tato poloha není vhodná na spaní. Pacient si nacvičuje soběstačnost a sebeobsahu.

Šestý až sedmý pooperační den se přidává cvičení vleže na břicho s izometrickým cvičením gluteálních svalů a m. quadriceps a cvičení flexe a extenze v kolenním kloubu.

Osmý až dvanáctý pooperační den se nacvičuje chůze o berlích po schodech, při které musí fyzioterapeut pacienta sledovat a případně opravovat chyby.

Třináctý až čtrnáctý pooperační den obvykle pacient odchází domů.

Před propuštěním je pacient poučen o domácím režimu. Pacientovi se doporučí některé bytové úpravy jako například madla na WC, nástavec na WC, protiskluzové podložky. Pacient dostane domů seznam cviků, které bude pravidelně cvičit. Stále bude ještě chodit o berlích a operovanou dolní končetinu bude pouze pokládat. (DUNGL, 2005)

8. 3 REHABILITAČNÍ PROGRAM PO PROPUŠTĚNÍ

Z HOSPITALIZACE

Pacient by měl z nemocnice odcházet samostatně chodící o berlích se simulací nášlapu. Pacient si doma sám cvičí cviky, které se naučil v nemocnici. Za 6 týdnů po operaci následuje klinická kontrola, na níž by již měl pacient plně zatěžovat obě dolní končetiny. Ve 3 měsících by měla proběhnout kontrola s rentgenem, kde lékař zhodnotí snímek a individuálně doporučuje postupné odkládání berlí. Platí zásada, že po celou dobu rehabilitace zátěž operované dolní končetiny určuje operátor.

Ideální bývá, když pacient dochází na ambulantní cvičení. Může být fyzioterapeutem kontrolován a tak dodržovat správné stereotypy. Je vhodné, když pacient do 3 – 6 měsíců od operace podstoupí komplexní lázeňskou léčbu.

Po 6 měsících by měl být pacient v běžných případech schopen návratu do každodenního života. Dolní končetina může být plně zatěžována a pacient se může věnovat lehčím rekreačním sportům. Návrat do zaměstnání bývá individuální, u manuálních profesí je to nejdříve za 6 měsíců, do úřednických a manažerských povolání je návrat rychlejší.

Existují takzvané zakázané pohyby, kterým by se měl pacient vyvarovat. Existuje celá řada činností a poloh, které nejsou doporučovány, protože obsahují některý z těchto pohybů, a to zevní rotace, addukce a flexe nad 90°.

Pacientům se nedoporučují tyto činnosti jako nesedět nikdy tak, aby v kyčli byl větší než pravý uhel. Proto je třeba, aby se sedělo na vysokých a tvrdších židlích, vyvarovat se hlubokých a pohodlných křesel a pokaždé když si pacient sedá, měl

by dolní končetinu natáhnout či předsunout před sebe. Pacient by neměl dělat dřepy, neshýbat se a nepředklánět. Dále nedávat nohu přes nohu, nepřetáčet se na lůžku bez polštáře mezi kolena a bérce. Na chůzi nepoužívat bačkory nebo pantofle, ale výhradně pevné boty s pevnou podrážkou. Pacient by neměl 6 týdnů od operace řídit automobil. Také by neměl nosit předměty těžší než 5 kg a neobouvat si ponožky a boty sám, alespoň v prvních 6 týdnech.

Nedoporučují se kontaktní sporty, jízda na koni, prudší běhy a skoky. Na druhou stranu se doporučují každodenní procházky, jízda na rotopedu se zvýšeným sedátkem, plavání a cvičení v bazénu a pravidelné cvičení, alespoň dvakrát denně.

Pacient by měl navštěvovat lékaře i s běžnými infekcemi, aby se zabránilo tvorbě fokusů a hematogennímu rozsevu do oblasti kyčelního kloubu. (DUNGL, 2005, KOUTNÝ, 2001)

9 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetřovatelský proces je systematický přístup k ošetřování nemocných, který řeší jejich individuální problémy a je zaměřený na biopsychovlní a duchovní potřeby jednotlivce, rodiny a komunity.

Ošetřovatelský proces vyžaduje naučit se systematicky shromažďovat údaje o pacientovi a jeho problémech, rozpoznat problém, plánovat, realizovat a hodnotit.

Ke svému zpracování jsem si vybrala model podle Gordonové. Tento model se skládá z 12 okruhů pro anamnestické zjišťování.

- Okruhy:
1. Vnímání zdraví, snaha o udržení zdraví
 2. Výživa a metabolismus
 3. Vylučování
 4. Aktivita, cvičení
 5. Spánek, odpočinek
 6. Vnímání a poznávání
 7. Sebepojetí, sebeúcta
 8. Plnění rolí, mezilidské vztahy
 9. Sexualita, reprodukční schopnost
 10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance
 11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty
 12. Jiné (pacient se může svěřit s čímkoliv)

Ke zpracování ošetřovatelského procesu jsem si vybrala pacientku, která byla přijata na ortopedii a traumatologii pohybového ústrojí ve FN Plzeň k plánované totální endoprotéze kyčle.

9.1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY PO TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE KYČELNÍHO KLOUBU

Ošetřovatelský proces byl realizován na Ortopedii a traumatologii pohybového ústrojí ve FN Plzeň.

Pacientka byla přijata na ortopedické oddělení dne 27.11.2010 v 7.42. Ošetřovatelskou péči u pacientky jsem prováděla od 27.11. 2010 do 2.12. 2010. Základní informace o pacientce jsem získala ze zdravotní dokumentace, anamnestickým rozhovorem s pacientkou a samotným pozorováním pacientky při péči o ní. Pacientka byla uložena na třílůžkový pokoj, který měl vlastní sociální zařízení a signalizační zařízení. Koupelna byla mimo pokoj společná pro celé oddělení. Na pokoji byly zástěny pro soukromý a společná televize. Na základě veškerých posbíraných informací o pacientce jsem vypracovala anamnézu dle Marjory Gordonové. Při plánování ošetřovatelské péče o pacientku jsem zformulovala ošetřovatelské diagnózy, u kterých jsem určila priority, a v rámci poskytování péče jsem postupovala systematicky podle navržených intervencí.

Pacientka M.V. souhlasila se sběrem informací i k jejich následnému použití v této bakalářské práci.

9.1.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTCE

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: M.V.	Pohlaví: žena
Datum narození: 1946	Věk: 70
Adresa trvalého bydliště: Plzeň	Rodné číslo: 460000/000
Pojišťovna: Česká průmyslová zdravotní pojišťovna 205	Datum přijetí: 27.11. 2010 Datum propuštění: 10.12. 2010
Vzdělání: vysokoškolské	Zaměstnání: důchodce, dříve OSVČ
Stav: vdova, 1 dítě (dcera)	Státní příslušnost: ČR
Kontaktní osoby k podávání informací: dcera	Typ přijetí: plánované
Oddělení: Klinika ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí	Ošetřující lékař: MUDr. T.M.

Medicínská diagnóza hlavní: Primární koxartróza, k TEP coxae l.sin.

Medicínské diagnózy vedlejší: Arteriální hypertenze

Diabetes mellitus II.typu na PAD

Smišená hyperlipidémie

Smišená úzkostná a depresivní porucha

Stav po operaci bederní páteře r. 2003

(transpedikulární metalická fixace L3-5)

Nynější onemocnění:

Pacientka byla přijata k plánované TEP kyčle vlevo pro dlouhodobé potíže. Již několik měsíců trpěla nesnesitelnými bolestmi. Bolesti byly zpočátku po námaze a kratší procházce. Postupně se její stav zhoršoval a bolesti byly i v noci.

Pacientce se špatně sedělo, vstávalo a každý pohyb pro ni byl těžší a těžší. Obvodní lékařka pacientce nasadila analgetika, doporučila rehabilitace a byla odeslána k ortopedovi.

Po návštěvě ortopeda byla dána do záznamu na TEP kyčle. Po půl roce byla přijata k plánovanému výkonu.

9.1.2 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: zemřela ve 46 letech na PE

Otec: měl CMP

Bratr: měl PE v 65 letech

Děti: 1 dcera, zdravá

Osobní anamnéza:

Chronická onemocnění: arteriální hypertenze
nekomplikovaný diabetes mellitus II. typu
smíšená hyperlipidémie
depresivní fáze

Hospitalizace a operace: hysterektomie 1991
operace L páteře 2003
aloplastika kyčle vpravo 2007

Úrazy: 0

Transfúze: ano, při předešlých hospitalizacích

Očkování: běžná očkování

Léková anamnéza:

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Agen	tbl.	10 mg	1 – 0 – 0	antihypertenzivum
Glucophage	tbl.	850 mg	1 – 0 – 0	antidiabetikum
Betaloc SR	tbl.	200 mg	½ - 0 – ½	beta-blokátor
Lipanthyl	cps.	267 mg	1 – 0 – 0	hypolipidemikum
Januvia	tbl.	100 mg	1 – 0 – 0	antidiabetikum

Indap	tbl.	2,5 mg	1 – 0 – 0	antihypertenziivum
Sortis	tbl.	40 mg	0 – 0 – 1	hypolipidemikum
Spasmed	tbl.	15 mg	1 x d při potížích	antispasmodikum
Xanax	tbl.	1 mg	0 – 1 – 0	antidepresivum
Stilnox	tbl.	10 mg	0 – 0 – 0 – 1 dle potřeby	hypnotikum
Anopyrin	tbl.	400 mg	¼ - 0 – 0	antikoagulancia
Zaldiar	tbl.		1 - 0 – 1 Při bolesti	analgetikum

Alergologická anamnéza:

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: včelí jed – celková reakce – kolapsový stav, edém laryngu

Abusus:

Alkohol: neguje

Kouření: exkuřačka 5 let, před tím cca 10 cigaret denně

Káva: 2x denně černou kávu

Léky: neguje

Jiné drogy: ne

Gynekologická anamnéza:

Menarche: asi od 14 let

Menopauza: ve 49 letech

Potíže klimakteria: neudává

Porody: 1 (dcera)

Potraty: 0

Poslední gynekologická prohlídka: listopad 2010

Samovyšetření prsou: neprovádí

Sociální anamnéza:

Stav: vdova

Bytové podmínky: žije sama v panelovém bytě

Vztahy, role a interakce v rodině: dobré, dcera často pacientku navštěvuje

Vztahy, role a interakce mimo rodinu: v poslední době moc dobré nejsou, pacientka je uzavřená do sebe a trpí depresemi

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: vysokoškolské

Pracovní zařazení: důchodkyně

Čas odchodu do důchodu, jakého: neví přesně od kdy, starobní důchod

Vztahy na pracovišti: není aktuální

Ekonomické podmínky: dobré

Spirituální anamnéza:

Regionální praktiky: není věřící

9.1.3 LÉKAŘSKÁ ORDINACE

Pacientka před výkonem musela podstoupit několik předoperačních vyšetření. Vyšetření, která pacientka podstoupila - kompletní laboratorní vyšetření, výtěry krk+nos, moč na kultivaci, EKG, gynekologické vyšetření, zubní vyšetření, RTG plic, interní a kardiologické vyšetření, anesteziologické vyšetření.

Před výkonem byla pacientka přeléčena azitromycinem. Ve výtěru v nose byla nalezena Branhamella catarrhalis +++. Z anesteziologického vyšetření bylo doporučeno před výkonem vysadit per orální antidiabetika a pacientka byla převedena na injekční inzulin. Z gynekologického vyšetření byl pacientce zkusmo nasazen spasmed na občasnou urgentní inkontinenci a nykturii. Ostatní vyšetření byla v normě.

9.1.4 TERAPIE PO OPERACI

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Agen	tbl.	10 mg	1 – 0 – 0	antihypertenzivum
Glucophage	tbl.	850 mg	1 – 0 – 0	antidiabetikum
Betaloc SR	tbl.	200 mg	½ - 0 – ½	beta-blokátor
Lipanthyl	cps.	267 mg	1 – 0 – 0	hypolipidemikum
Januvia	tbl.	100 mg	1 – 0 – 0	antidiabetikum
Indap	tbl.	2,5 mg	1 – 0 – 0	antihypertenzivum
Sortis	tbl.	40 mg	0 – 0 – 1	hypolipidemikum
Helicid	tbl.	40 mg	1 – 0 – 0	antacid
Xanax	tbl.	1 mg	0 – 1 – 0	antidepresivum
Stilnox	tbl.	10 mg	0 – 0 – 0 – 1 dle potřeby	hypnotikum
Perfalgan	amp.	1000 mg	1 – 1 – 1 i.v. PB	analgetikum
Novalgin	amp.	2 ml	1 – 1 – 1 i.v. PB	analgetikum
Dipidolor	amp.	15 mg	1 – 1 – 1 – 1 i.m. PB	opiát analgetikum
Fraxiparine		0,4	1 x d s.c.	antikoagulancia
Humulin		dle glykémie	3 x d	antidiabetikum
Zinacef	amp.	1,5 g	2 x po 6 hodinách po té ex	antibiotika

Infusní terapie

Hartman	i.v.	500 ml	na 4 hodiny	Infusní roztok
Glukosa 5%	i.v.	500ml + 8j Humulinu	na 4 hodiny	Infusní roztok
Hartman	i.v.	500 ml	na 4 hodiny	Infusní roztok

9.1.5 POSOUZENÍ CELKOVÉHO STAVU

Tělesná hmotnost: 75 kg

Výška: 168 cm

BMI: 26,57 (nadváha)

TK: 130/80

P: 74'

D: 16

TT: 36,4

Celkový nález:

Nemocná je kardiopulmonálně kompenzovaná, bez ikteru, bez krvácivých projevů. Periferie neurologicky v normě, prokrvení končetin dobré, bez známek TEN. Zkrat končetiny o 2 cm.

Hlava: na poklep nebolestivá, neurologické vyšetření v normě, spojivky růžové, jazyk vlhký, hrdlo klidné.

Krk: šíje volná, hybnost C páteře nebolestivé, uzliny a štítná žláza nezvětšeny

Hrudník: dýchání sklípkové, akce srdeční pravidelná, bez vedlejších fenoménů

Břicho: měkké, prohmatné, palpačně nebolestivé, bez hmatné resistance, bez známek NPB

Dolní končetiny: bez otoku, lýtka palpačně nebolestivé, bez známek TEN, hybnost a citlivost prstů v normě, puls na periférii hmatný.

9.2 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA DLE MODELU MARJORY GORDONOVÉ

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Pacientka v posledním půlroce trpěla velkými bolestmi kyčle, celkově se cítila hodně unavená. Trpí depresemi a úzkostí. Pacientka je po hysterektomii, operaci kyčle vpravo a operaci páteře. Trpí nekomplikovaným diabetem mellitus 2. typu a arteriální hypertenzí. Užívá léky na hypertenzi, diabetes a vitamíny. Jiná onemocnění neudává. Je alergická na včelí jed. Alergie se projevila celkovým kolapsem a otokem laryngu. Již nekouří, je exkuřačka 5 let, před tím vykouřila 10 cigaret denně. Denně vypije 2 kávy a alkohol neguje. Paní nemá problém s dodržováním doporučení zdravotnického personálu. Když začala mít problémy s kyčlem, řešila to zprvu s obvodní lékařkou, která jí předepsala analgetika a doporučila rehabilitace, poté byla odeslána k ortopedovi, který jí dal do záznamu k operaci.

Použitá měřicí technika: Barthelův test všedních činností – 4

Ošetrovatelský problém: pacientky zhoršená psychická pohoda

2. Výživa a metabolismus

Nemocná dodržuje diabetickou dietu, jí asi 5krát denně. Občas zhřeší a dá si sladkého více než by měla. Pitný režim je kolem 1500 ml a musí se nutit. Preferuje neperlivé vody, občas bylinkové čaje. Měří 168 cm a váží 75 kg. V poslední době přibrala asi 5 kg, protože se nemohla tolik pohybovat jako dříve. Chuť k jídlu se nezměnila. Pacientka si je vědoma, toho že musí dodržovat dietní režim a snaží se jej dodržovat. Potíže při jídle nemívá. Jen nyní po operaci trpěla nechutenstvím a i zvracela. Rány se jí hojí déle. Kožní turgor je dobrý, slizniční membrány jsou vlhké. Začaly jí vypadávat více vlasy a nehty má lámavější. V mládí neměla se zuby žádné problémy, měla pár kazů. Nyní má zubní protézu. Kůže je čistá. Kromě operační rány a modřin po náběrech na kůži jiné defekty nemá.

Použitá měřicí technika: BMI – Body Mass Index – 26,57 (nadváha)

Ošetrovatelský problém: 0

3. Vylučování

Problémy se stolicí nemívá. Doma chodí pravidelně, pokud má problém, použije laxativa. Nyní po operaci má narušenou pravidelnost defekace, má méně pohybu a možná, že to souvisí i změnou prostředí. Během hospitalizace musí být pacientka nejdéle po 3 dnech vyprázdněna. Pacientka má zaveden permanentní močový katétr. Trpí lehkou občasnou inkontinencí, má na to nasazeny léky. V noci se často budí a musí na záchod, trpí nykturií. Nyní pociťuje zvýšené pocení. Pacientka má po operaci zavedenou infuzní terapii, aby byla dostatečně zavodněná. U pacientky se sleduje příjem a výdej tekutin.

Použitá měřicí technika: Příjem + výdej

Ošetrovatelský problém: riziko vzniku zácpy

riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PMK

riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PŽK

4. Aktivita, cvičení

Pacientka se nyní cítí unaveně bez energie, ale každým dnem je to o trochu lepší. Ještě jí to hodně bolí a k tomu se přidala záda, jak na nich musí ležet a nemůže se přetáčet. Doma se o sebe dokázala postarat, domácí práce zvládala. Dříve ráda chodila na dlouhé procházky, ale pro bolesti kyčle nikam daleko nechodila. Ráda čte a dívá se na televizi. Ráda sleduje seriály. Nyní je pacientka částečně soběstačná. Potřebuje pomoc s hygienou a oblékáním. A potřebuje doprovodit na WC, ještě se necítí jistá.

Použitá měřicí technika: škála rizika vzniku dekubitů podle Nortonové – 23b.

riziko pádu podle stupnice Conleyové – 9b.- střední riziko

Ošetrovatelský problém: potřeba pomoci při hygieně, zhoršená pohyblivost

5. Spánek, odpočinek

Po spánku se odpočatá necítí. Cítí se spíše unavená a mrzutá. Má problémy

se spaním, nemůže spát, proto užívá hypnotika. Spánek je přerušovaný z důvodu častého močení a bolestí.

Použitá měřicí technika: rozhovor s pacientkou, ošetrovatelská dokumentace

Ošetrovatelský problém: přerušovaný, nedostatečný spánek

6. Vnímání, poznávání

Sluch má pacientka v pořádku. Žádná naslouchadla ani pomůcky nemá. Zrak má zhoršený. Používá brýle na čtení. Paměť se jí trochu zhoršuje, přikládá to k věku. Bolest vnímá intenzivně, hlavně jí teď bolí operovaný kyčel a záda od ležení. Na nedostatek informací si pacientka nestěžuje, je dostatečně informována o svém zdravotním stavu. Pacientka je orientována časem i místem. Komunikace s pacientkou je bezproblémová.

Použitá měřicí technika: numerická škála bolesti – 7

Ošetrovatelský problém: bolest levého kyčle

7. Sebepojetí, sebeúcta

Pacientka je nyní naladěna spíše negativně. Cítí se unavená rozbolavělá a nic jí nebaví. Začíná mít deprese, z toho že je nemotorná a nejde jí rehabilitace, jak čekala. Užívá antidepresiva.

Použitá měřicí technika: rozhovor s pacientkou

Ošetrovatelský problém: úzkost

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacientka bydlí sama, je vdova. Partnera zatím nehledala a nehledá. Chce svůj klid. Navštěvuje jí dcera, a když potřebuje pomoc, tak jí hodně pomáhá. Rodina o plánovaném výkonu věděla a podporovala a podporuje ji. Dcera jí v nemocnici často navštěvuje a přišli i její přátelé. Pokud její zdravotní stav dovozoval, chodila s kamarádkami na kávu a popovídat si. Necítí se izolovaná od společnosti, ale je pravda, že poslední dobou do ní moc nechodila, hlavně kvůli svým depresím.

Použitá měřicí technika: rozhovor s pacientkou

Ošetrovatelský problém: 0

9. Sexualita, reprodukční schopnost

Pacientka je po hysterektomii. Menstruaci mívala pravidelnou, kdy ji dostala poprvé, si přesně nepamatuje. Rodila jednou. Menopauza u ní nastala kolem 49 roku. Na poslední preventivní prohlídce byla v listopadu 2010.

Použitá měřicí technika: rozhovor s pacientkou

Ošetrovatelský problém: 0

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

V poslední době byla hodně ve stresu kvůli bolestem. Uznává, že špatně zvládá stresové situace a jak říká snadno se „sesype“. Proto užívá léky, antidepresiva, která jí pomáhají její stavy zvládat. Nyní má obavy ze změny zdravotního stavu a jak to bude potom zvládat. Problémy se snaží řešit sama, ale ví že, se může spolehnout na svou rodinu.

Použitá měřicí technika: rozhovor s pacientkou

Ošetrovatelský problém: strach a obavy ze změny zdravotního stavu

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Nynějším jejím hlavním cílem je co nejdříve se uzdravit, rozchodit a být zase samostatná. Chtěla by být zase v pohodě a spokojená.

Pacientka si o víře nechtěla povídat.

Použitá měřicí technika: rozhovor s pacientkou

Ošetrovatelský problém: 0

12. Jiné

Pacientka neměla jiný problém, o kterém by si chtěla povídat.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

SITUAČNÍ ANALÝZA

Dne 27.11.2010 byla 70letá pacientka přijata k plánované operaci TEP levého kyčelního kloubu. Dne 28.11.2010 od 8:00 do 9:44 byl proveden operační výkon.

Po operaci byla pacientka převezena na ortopedickou JIP. Dne 29.11.2010 v 9 hodin byla pacientka přeložena z ortopedické JIP na standardní oddělení při vědomí, orientována místem, časem, prostorem i osobou dle mentální bodovací stupnice (podle Gaida). Pacientka je kardiopulmonálně kompenzována. Rána převázána, klidná, bez sekrece, okolí bez otoku a zarudnutí, redony funkční. Hybnost a citlivost prstů v normě. Nyní pacientka omezena v pohybu, hodnoceno dle Barthelova testu, momentálně klidový režim, k pohybu budou využívány kompenzační pomůcky (podpažní berle). Pacientka bude potřebovat pomoc při polohování a osobní hygieně na lůžku. Hrozí zde riziko pádu pro zhoršenou pohyblivost. Pacientka má zaveden periferní žilní katétr na pravé horní končetině, dále má zaveden PMK. U pacientky se kontroluje příjem a výdej tekutin a glykémie 4x denně. Pacientka má zavedenou medikaci chronickou, analgetickou a infuzní terapii. Na 15 hodinu je naordinován kontrolní krevní obraz.

Po příjezdu na oddělení jsou pacientce změřeny fyziologické funkce: TK 130/90, P 82', D 20', saturace bez O₂ 99%, TT 36,4°C, G 10,6 mmol/l.

Pacientka udává bolesti levého kyčle, které hodnotí na numerické stupnici bolesti 0 – 10 číslem 7 (10- maximum, 0 – žádná bolest). Cítí se neodpočatá a nevyspalá. Má problémy se spaním, v noci se budí pro bolesti v kyčli. Má obavy a strach ze změny zdravotního stavu a trpí občasnými depresemi.

9.3 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Ke stanovení ošetřovatelských diagnóz dle priorit byl použit *Kapesní průvodce zdravotní sestry*, 2. Rozšířené vydání z r. 2001

AKTUÁLNÍ SESTERSKÉ DIAGNÓZY

1. **Bolest akutní** v důsledku operačního výkonu projevující se neverbálními projevy, pláčem, změnou fyziologických funkcí, pocením. (Pacientka hodnotí bolest na stupnici číslem 7)
2. **Tkáňová integrita porušená** z důvodu odstranění kyčelního kloubu a v operování endoprotézy, projevující se viditelnou operační ránou na levém kyčelním kloubu.
3. **Péče o sebe sama nedostatečná (mytí, osobní hygieně, oblékání, v péči o vyprazdňování)** v důsledku operačního výkonu, omezení pohyblivosti, projevující se neschopností vykoupat se, umýt si jednotlivé části těla, neschopností obléci si části oděvu v dolní polovině těla, neschopností dojít si na toaletu, neschopností provádět řádnou hygienu po vyprázdnění.
4. **Spánek porušený** z důvodu změny zdravotního stavu, bolesti a změny prostředí, projevující se nedostatečným odpočínutím, únavou, obtížným usínáním.
5. **Strach** z důvodu změny zdravotního stavu a prostředí projevující se nervozitou a změnou fyziologických funkcí.
6. **Úzkost (mírná)** z důvodu změny zdravotního stavu projevující se neklidem, podrážděností a nespavostí.

POTENCIONÁLNÍ SESTERSKÉ DIAGNÓZY

1. **Zácpa, riziko vzniku** v souvislosti s nedostatečným příjmem potravy, nedostatečné pohybové aktivity.
2. **Infekce riziko vzniku** v souvislosti se zavedením žilního katétru.
3. **Infekce riziko vzniku** v souvislosti se zavedením PMK.
4. **Kožní integrita, riziko porušení** v souvislosti s upoutáním na lůžko.
5. **Trauma, zvýšené riziko** v souvislosti se zhoršenou pohyblivostí pacientky.

<p>Sesterská diagnóza:</p> <p>Bolest akutní v důsledku operačního výkonu projevující se neverbálními projevy, pláčem, změnou fyziologických funkcí, pocením (Pacientka hodnotí bolest na stupnici číslem 7)</p>
<p>Cíl krátkodobý: Pacientce se po aplikaci analgetik zmírní bolest ze stupně 7 (na numerické stupnici od 0 do 10) na stupeň 5 do 30 min</p> <p>Cíl dlouhodobý: Pacientka bude domů odcházet jen s mírnou bolestí hodnocenou stupněm 2</p>
<p>Priorita: střední</p>
<p>Výsledná kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientka bude ihned po operaci poučena o možnosti aplikace analgetik v pravidelných intervalech po 4 hodinách - Pacientka, pokud to bude možné, zaujme úlevovou polohu při atace bolesti - Bolest bude snížena na stupnici VAS z čísla 7 na číslo 5 po podání analgetik do 30 minut - Pacientka se slovně vyjádří, zda jí analgetika ulevila od bolesti do 1 hodiny po podání - U pacientky dojde k utlumení bolesti na minimum nejpozději do odchodu domů
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sleduj projevy bolesti – lokalizaci a četnost – neustále - všeobecná sestra - Sleduj neverbální projevy pacientky (výraz v obličeji) a informuj lékaře – neustále - všeobecná sestra, ošetřovatel - Umožni úlevovou polohu – pokaždé - všeobecná sestra, ošetřovatel - Edukuj pacientku o možnostech podání analgetik a četnosti podání – ihned po příjezdu na oddělení – všeobecná sestra - Aplikuj analgetika dle ordinace lékaře a dle bolestí pacientky, sleduj vedlejší možné účinky a vše zaznamenej do dokumentace - pokaždé – všeobecná sestra - Sleduj účinek analgetik, zda dochází u pacientky k úlevě - pokaždé – všeobecná sestra - Pomozte pacientovi najít způsob, jak zmírnit bolest - pokaždé – poslech hudby, TV, relaxace – všeobecná sestra, ošetřovatel

Realizace: 29.11.2010

- 9:30 pacientka udává nesnesitelnou bolest v kyčli a hodnotí jí na stupnici číslem 7
- 9:32 kontrola vitálních funkcí (TK 130/80, P 98', TT 36,6°C) – všeobecná sestra
- 9:34 aplikace 1 amp. Dipidoloru i.m. dle ordinace lékaře všeobecná sestra
- 9:35 úprava lůžka a pacientka vpolohována do úlevové polohy – všeobecná sestra
- 10:00 kontrola intenzity bolesti – všeobecná sestra, pacientka udává úlevu od bolesti a hodnotí na stupnici číslem 5
- 13:50 udává pacientka bolest, hodnotí stupněm číslo 6 a vyžaduje analgetika
- 13:52 podána 1. amp 2ml Novalginu i.v. dle ordinace lékaře – všeobecná sestra
- 14:30 kontrola intenzity bolesti – všeobecná sestra, pacientka udává úlevu a hodnotí číslem 5
- 17:00 pacientka udává zvyšující intenzitu bolesti a hodnotí ji číslem 6
- 17:02 podán Perfalgan 1000mg i.v. dle ordinace lékaře – všeobecná sestra
- 18:00 kontrola intenzity bolesti – všeobecná sestra, pacientka udává zlepšení a velkou úlevu, hodnotí číslem 4
- 21:00 pacientka opět udává intenzivní bolest v kyčli a zad, na stupnici hodnotí číslem 7
- 21:03 upraveno lůžko, pacientka dána do úlevové polohy, dána antirotační botička na levou končetinu, namasírovaná záda kafrem a aplikován Dipidolor 1 amp. im. dle ordinace lékaře – všeobecná sestra

Dále se analgetika podávala dle bolesti pacientky a dle naplánovaných intervencí. Analgetika byla pacientce podávána v časových intervalech u Dipidoloru á 6 hodinách, u Novalginu á 8 hodinách, u Perfalganu á 8 hodinách.

Hodnocení:

- Pacientka byla po operaci poučena o možnostech podání analgetika – pacientka informacím rozuměla a analgetika pravidelně vyžadovala
- Po podání analgetika cítila pacientka mírnou úlevu
- Analgetika byla podávána s ohledem na frekvenci a intenzitu bolesti pacientky
- Analgetika byla podávána v pravidelných intervalech, později dle potřeby
- Účinky analgetik byly sledovány a zapsány do dokumentace

Cíl se podařil splnit, pacientka při odchodu domů měla již mírné bolesti.

<p>Sesterská diagnóza:</p> <p>Tkáňová integrita porušená z důvodu odstranění kyčelního kloubu a v operování endoprotézy projevující se viditelnou operační ránou na levém kyčelním kloubu.</p>
<p>Cíl krátkodobý: U pacientky nedojde během hospitalizace k infekci v operační ráně</p> <p>Cíl dlouhodobý: Pacientka bude propuštěna s vystehovanou a klidnou ránou</p>
<p>Priorita: střední</p>
<p>Výsledná kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Operační rána bude denně asepticky převazována po dobu 4 dnů, dále dle potřeby - Operační rána bude v čistotě a suchu, pacientka bude poučena do 8 hodin po výkonu - Pacientka bude poučena o prevenci komplikací do 8 hodin po výkonu - Pacientce budou po dobu hospitalizace tišeny doprovodné příznaky spojené s porušenou tkáňovou integritou (bolest v operační ráně)
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Podle škály pro hodnocení rány popiš její hloubku, velikost, bolestivost a okolí rány a zapiš do dokumentace - do 1 hodiny po překladu – všeobecná sestra - Při převazu postupuj asepticky- vždy – lékař, sestra - Příprav vhodné chirurgické nástroje a pomůcky, které budou při převazu potřeba – vždy - všeobecná sestra - Při převazu zkontroluj operační ránu – zarudnutí, sekret, krvácivost- vždy – lékař, všeobecná sestra - Ránu udržuj v suchu a čistotě a sterilně kryj- neustále – všeobecná sestra - Pokud je rána prosáklá, asepticky ránu převaž- pokaždé – všeobecná sestra - U drénu sleduj množství a charakter sekrece - vždy – všeobecná sestra - Kontroluj funkčnost radonů, zda odvádí pod tlakem - vždy – všeobecná sestra - O drény asepticky pečuj a v případě naplnění jej vyměň a vše zaznamenej do dokumentace - pokaždé – všeobecná sestra - Pokud drény odvádí zvýšené množství sekrece, informuj o tom lékaře - vždy – všeobecná sestra - Proveď kontrolní krevní obraz a hemokoagulaci dle ordinace lékaře – všeobecná sestra

Realizace: ze dne 29.11. – 2.12.

Dne 29.11. byla pacientka přeložena z JIPu, operační rána byla sterilně kryta a odsavné redony byly funkční. Obvazy byly čisté a suché.

Dne 30.11. ráno po vizitě byla pacientka lékařem převázána, byly zrušeny odsavné redony a rána sterilně překryta, vše proběhlo za aseptických podmínek. Odpoledne rána prosákla. Dle rozhodnutí lékaře byla opět převázána a kontrolovalo se krytí.

Dne 1.12. ráno byla rána opět prosákla, opět byla převázána. Dále již rána byla čistá a suchá.

Dne 2.12. byla rána suchá a čistá. Rána se nepřevazovala.

Hodnocení:

- Pacientka byla poučena o prevenci komplikací
- Pacientka byla poučena jak pečovat o ránu, že má být v suchu a čistotě
- Doprovodné příznaky (bolest v ráně) byly pravidelně tišeny danými analgetiky
- Hodnoty krevního obrazu a hemokoagulace byly v normě
- Radony jsou funkční a sekrece je odváděna pod tlakem
- Rána je klidná bez sekrece

Cíl byl splněn, v ráně pacientky se neobjevila žádná infekce.

Sesterská diagnóza:

Péče o sebe sama nedostatečná (mytí, osobní hygieně, oblékání, v péči o vyprazdňování) v důsledku operačního výkonu, omezení pohyblivosti projevující se neschopností vykoupat se, umýt si jednotlivé části těla, neschopností obléci si části oděvu v dolní polovině těla, neschopností dojít si na toaletu, neschopností provádět řádnou hygienu po vyprázdnění.

Cíl krátkodobý: pacientka se aktivně zapojí dle svých možností do veškeré péče o sebe sama – do 2 dnů

Cíl dlouhodobý: pacientka je zcela soběstačná dle vlastních fyzických možností - do propuštění

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Pacientka bude poučena o možnostech dopomoci při hygieně, při jídle a vyprazdňování do 8 hodin po výkonu

<ul style="list-style-type: none"> - Pomůcky budou zajištěny k hygieně a vyprazdňování k lůžku pacientky do 2 hodin po příjezdu na oddělení - Pacientka sama zvládne svoji hygienu na lůžku – do 2 dnů - Pacientka aktivně spolupracuje s fyzioterapeuty – denně - Pacientka sama na sobě pozoruje zlepšení péče o sebe samou – do týdne
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edukuj pacientku v oblasti péče o svoje zdraví – do 3 dnů – všeobecná sestra - Dopomáhej pacientce při hygieně a vyprazdňování - pokaždé – všeobecná sestra, ošetřovatelka - Dopomáhej pacientce při jídle - pokaždé – všeobecná sestra, ošetřovatelka - Dopomáhej pacientce při posazování, chůzi - pokaždé – fyzioterapeut, všeobecná sestra, terapeut - Podej pacientce vše k ruce – ihned po příjezdu na oddělení – všeobecná sestra, ošetřovatelka - Zhodnot' míru soběstačnosti pacientky – do 8 hodin po příjezdu na oddělení – všeobecná sestra - Aktivizuj pacientku - neustále – všeobecná sestra, ošetřovatelka, fyzioterapeut
<p>Realizace: ze dne 29.11. – 2.12.</p> <p>Pacientka byla poučena, jak bude probíhat hygiena, stravování a vyprazdňování. Ranní hygiena probíhala, tak že pacientce bylo donesené umyvadlo s teplou vodou, byly jí podány hygienické potřeby a byla posazena dle možností jejího zdravotního stavu. Pacientka se omyla dle svých možností a ošetřovatelka jí dopomohla hygienu dokončit. Třetí den po operaci byla pacientka již schopna dojít s dopomocí k umyvadlu a omýt se tam.</p> <p>Na jídlo byla pacientka posazována. První dva dny byla posazována s nohama na posteli. Třetí den už dokázala sedět s nohama dolů z postele.</p> <p>Neustále byla pacientka nabádána k samostatnosti.</p>
<p>Hodnocení:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientka byla poučena o možnostech dopomoci - Pacientka měla všechny pomůcky v dosahu <p>Cíl byl splněn, pacientka před propuštěním byla schopná se o sebe postarat.</p>

<p>Sesterská diagnóza:</p> <p>Spánek porušený z důvodu změny zdravotního stavu, bolesti a změny prostředí, projevující se nedostatečným odpočínutím a únavou.</p>
<p>Cíl krátkodobý: Pacientka zná způsob jak se během dne zaměstnat- do 1 dne</p> <p>Cíl dlouhodobý: Pacientka bude lépe spát – po dobu hospitalizace</p>
<p>Priorita: střední</p>
<p>Výsledná kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientka bude vyslechnuta, proč nemá klidný spánek po probdělé noci - denně - Pacientce bude zavedena medikamentózní léčba po zjištění problému - denně - Pacientka nebude mít bolesti během spánku - denně - Pacientce bude zajištěno dle možností klidné prostředí pro spánek- denně - Během dne budou pacientce doporučeny zájmové aktivity - denně - Pacientka nebude usínat během dne – denně - Pacientka se po probuzení bude cítit odpočatě a v celkové pohodě - denně
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vyslechni pacientku, z jakého důvodu má narušený spánek – do 8 hodin po probdělé noci – všeobecná sestra, lékař - Doporuč pacientce aktivity s ohledem na její zdravotní stav, aby nespala přes den – pokaždé - všeobecná sestra, ošetřovatelka, ergoterapeut - Kontroluj pacientku, zda přes den nespí - denně – všeobecná sestra, ošetřovatelka - Podej před spaním pacientce hypnotika dle ordinace lékaře – dle potřeby – všeobecná sestra - Podej analgetika dle ordinace lékaře – dle potřeby – všeobecná sestra - Uspořádej péči, tak aby pacientka během spánku nebyla rušena – pokaždé – všeobecná sestra - Doporučte omezení kofeinu před spaním - pokaždé – všeobecná sestra - Před spaním se postarej o klidné prostředí a přiměřený komfort (úprava lůžka, čerstvý vzduch, vypořehování) - pokaždé – všeobecná sestra, ošetřovatelka - Doporučte pomůcky před hlukem (ucpávky do uší), před světlem (spánková maska) – před spaním – všeobecná sestra
<p>Realizace: ze dne 29.11. – 3.12.</p> <p>S pacientkou bylo prodiskutováno, z jakého důvodu nemůže spát. Byly ji doporučeny možnosti, jak vylepšit spánek. Lékař pacientce předepsal hypnotika, která pacientka</p>

každý večer vyžadovala, a přesto v noci nespala.

Přes den byly pacientce doporučovány různé aktivity (sledování TV, čtení, rehabilitace), aby nespala ve dne. Přes den byla pacientka kontrolována, zda nespí.

Večer pacientce bylo upraveno lůžko, vyvětrán pokoj, podána analgetika a hypnotika. Pokud to bylo možné, v noci nebyla pacientka vyrušována.

Hodnocení:

- Po dobu hospitalizace se zcela nepodařilo zajistit klidné prostředí pro spánek (spolupacienti)
- Pacientce byla tlumena bolest a podávána hypnotika
- Pacientce byl zajištěn komfort – úprava lůžka, vypořehování, pravidelné větrání pokoje a ošetřena záda kafrem

Cíl nebyl zcela splněn, pacientka neměla dostatečně klidný, nerušený spánek.

Sesterská diagnóza:

Zácpa, riziko vzniku v souvislosti s nedostatečným příjmem potravy, nedostatečné pohybové aktivity.

Cíl: Pacientka bude mít během hospitalizace pravidelnou stolicí

Priorita: střední

Plán intervencí:

- Zjistí, jak se pacientka vyprazdňuje doma, zda má nějaké problémy s vyprazdňováním – do 8 hodin po příjmu – všeobecná sestra
- Zajisti pacientce dle potřeby podložní mísu- pokaždé – všeobecná sestra, ošetřovatelka
- Zajisti pacientce při vyprazdňování intimitu a důkladnou hygienu po vyprázdnění – pokaždé - ošetřovatelka, všeobecná sestra
- Podej pacientce glycerínový čípek či laxativa – dle potřeby - všeobecná sestra
- Sleduj účinek podaných laxativ – do 12 hodin po podání - všeobecná sestra
- Pouč pacientku o dostatečném příjmu tekutin – neustále – všeobecná sestra
- Doporuč pacientce vhodné potraviny na podporu střevní peristaltiky- pokaždé – všeobecná sestra, nutriční terapeut
- Podporuj včasnou aktivizaci pacientky- neustále – fyzioterapeut, všeobecná sestra

Realizace: ze dne 30.11. – 1.12.

Dne 30.11. nebyla pacientka již 3den na stolicí. Byl jí nabídnut glycerínový čípek,

který jí byl aplikován dopoledne. Pacientce byl přes den doporučován dostatečný příjem tekutin a vlákniny. Pacientka začala i více rehabilitovat. Přesto na stolici nebyla a večer jí byl nabídnut gutlax kapky (laxativum). Druhý den ráno se pacientka dostatečně vyprázdnila.

Hodnocení:

- Po dobu hospitalizace nedošlo k zácpě, pouze k občasnému nepravidelnému vyprazdňování
- Při každém vyprazdňování byla pacientce zajištěna intimita a dostatečná hygiena
- Během hospitalizace byly pacientce podány laxativa a glycerínový čípek

Cíl byl splněn, pacientka netrpěla během hospitalizace zácpou.

Sesterská diagnóza:

Infekce, riziko vzniku v souvislosti se zavedením žilního katétru.

Cíl: U pacientky během hospitalizace nedojde k infekci v důsledku zavedení žilního katétru (PŽK)

Priorita: střední

Intervence:

- Při vpichu periferního žilního katétru postupuj asepticky – vždy – všeobecná sestra
- Vpich asepticky zakryj folií, popiš datem, časem, podpisem a vše zaznamenej do dokumentace - pokaždé – všeobecná sestra
- Při převazu a aplikaci léků postupuj asepticky – vždy – všeobecná sestra
- Sleduj okolí PŽK – neustále – všeobecná sestra
- Při každé aplikaci do PŽK zkontroluj funkčnost PŽK- neustále – všeobecná sestra
- Pátrej po možných komplikacích infekce – neustále – všeobecná sestra
- Při známkách infekce okamžitě odstraň PŽK – všeobecná sestra
- Po 72 hodin PŽK zruš – všeobecná sestra

Realizace: ze dne 29.11. – 2.12. 2010

Dne 29.11. byla pacientka přeložena z JIPu se zavedenou kanylou ze dne 28.11. PŽK byl zaveden z důvodu anestezie, aplikace ATB, infuzní terapie a analgetik. Při každé aplikaci léků se postupovalo asepticky. Pokaždé se zkontroloval vpich a okolí vpichu. PŽK se převazoval dle zvyklostí oddělení a postupovalo se vždy asepticky. Po 72 hodinách se PŽK zrušil a zavedl se nový PŽK. Při každé kontrole byl vpich a okolí klidné bez zarudnutí a nebolestivé.

Hodnocení:

- Pacientka byla poučena o chování s PŽK
- PŽK byl pravidelně kontrolován
- Vpich po PŽK nejevil známky zánětu

Cíl byl splněn, během hospitalizace nedošlo k infekci v důsledku PŽK.

Sesterská diagnóza:

Infekce, riziko vzniku v souvislosti se zavedením PMK.

Cíl: U pacientky během hospitalizace nedojde k infekci v důsledku PMK.

Priorita: střední

Intervence:

- Při aplikaci postupuj asepticky - vždy – všeobecná sestra
- Zkontroluj funkčnost, popiš PMK datem a časem, vše zaznamenej do dokumentace – pokaždé – všeobecná sestra
- PMK vyprazdňuj a zapisuj množství do dokumentace – po 4 hodinách nebo dle potřeby – všeobecná sestra, ošetřovatelka
- PMK zruš dle ordinace lékaře a vše zaznamenej do dokumentace- pokaždé – lékař, všeobecná sestra

Realizace: 29.11. – 1.12.

Dne 29.11. byla pacientka přeložena z JIPu se zavedeným PMK z důvodu nevyhojení po operaci. Pravidelně se kontrolovala funkčnost katétru. Pacientce byl kontrolován výdej tekutin. Katétr byl pravidelně vypouštěn a množství moče zapisováno do dokumentace. Pacientka byla pravidelně dotazována, zda nemá pálení a zda nemá nějaké bolesti. PMK byl zrušen, jakmile začala pacientka chodit, vše bylo zapsáno do dokumentace a pacientce byl podán urologický čaj.

Hodnocení:

- Pacientka byla poučena o PMK
- PMK byl pravidelně kontrolován

Cíl byl splněn, během hospitalizace nedošlo k infekci v důsledku zavedeného PMK.

<p>Sesterská diagnóza:</p> <p>Kožní integrita, riziko porušení v souvislosti s upoutáním na lůžko.</p>
<p>Cíl: Pacientka bude po dobu hospitalizace bez proleženin</p>
<p>Priorita: střední</p>
<p>Realizace: 29.11. – 2.12.</p> <p>Pacientka byla ihned po příjezdu na oddělení poučena o vzniku proleženin. Byla jí zkontrolována kůže, hlavně hýždě, lokty, paty. Rizikové partie byly ošetřeny menalind krémem. Pacientka byla vpolohována – pod hýždě bylo dáno podložní kolo a byly vpolohovány paty.</p> <p>Pacientka byla pravidelně polohována. Byla posazována na hygienu a na jídlo. Fyzioterapeut pravidelně každý den s pacientkou cvičil. Pravidelně byla pacientce kontrolována kůže a upravováno lůžko, aby bylo čisté, suché a napnuté.</p> <p>Pacientce byl doporučen dostatečný příjem tekutin.</p>
<p>Hodnocení:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientka byla edukována o riziku vzniku proleženin - Pacientce byla ošetřována kůže - Pacientka měla vždy lůžko upravené, suché a čisté - Pacientka se pravidelně polohovala - Pacientka se častěji posazovala <p>Cíl byl splněn, pacientka během hospitalizace neměla proleženiny.</p>

Celkové zhodnocení:

Pacientka byla na Kliniku ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí přijata pro plánovanou operaci kyčelního kloubu. Během hospitalizace byla pacientka připravena na plánovaný operační výkon. Po operaci byla u pacientky provedena kompletní pooperační péče.

První dva dny po operaci kyčle trpěla pacientka velkými bolestmi. Bolesti se pomocí analgetik a úlevové polohy podařilo zmírnit a bolesti byly snesitelnější. Operační rána se pravidelně převazovala. První tři dny se převazovala každé ráno po vizitě s lékařem. Druhý pooperační den se zrušily redony, rána poté lehce prosakovala a bylo nutné ji častěji za aseptických podmínek převazovat. Čtvrtý pooperační den byla rána již suchá a klidná a převazovala se již dle potřeby. Během hospitalizace nedošlo u pacientky k infekci v operační ráně a pacientka byla propuštěna s vystehovanou ránou.

Během hospitalizace pacientka zvládla péči o sebe samu a zvládla rehabilitaci. Pacientky nespavost se nám zcela nezdařila vyřešit. I přes všechna opatření neměla pacientka klidný nerušený spánek a necítila se po spánku odpočatá.

U pacientky se pravidelně kontrolovalo, zda se vyprázdnila. Během hospitalizace měla menší problémy se stolicí z důvodu změny prostředí a z nedostatku pohybu. Pacientka dostávala glycerínové čípky a laxativa. Poté se pacientka vždy dostatečně vyprázdnila. Během hospitalizace u pacientky nedošlo k žádné infekci z invazivních vstupů.

Pacientka se během hospitalizace zlepšovala, jak její fyzický stav, tak i psychický. Pacientka se mobilizovala, zvládala péči o sebe samu v rámci jejich možností a zvládala si dojit na WC.

Během hospitalizace si pacientka podala žádost na následnou rehabilitaci.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě zkušeností získaných během praxe na Ortopedické klinice ve FN Plzeň, studiem odborné literatury na dané téma předkládáme doporučení pro praxi pro všeobecné sestry (zdravotníky).

Zdravotníci by se měli neustále vzdělávat v oboru ortopedie a využívat nejnovější trendy a postupy v péči o pacienty s totální endoprotézou. Měli by využívat všechny dostupné pomůcky a potřeby v léčbě o pacienta.

Zdravotníci by měli být vždy trpěliví při poskytování ošetrovatelské péče a projevovat vůči pacientovi empatii, respektovat všechny jeho potřeby a individualitu. Zdravotníci by měli pacienta povzbuzovat v rehabilitaci. Dokázat si vyčlenit na pacienta čas a vyslechnout ho.

Zdravotníci by při péči o pacienta měli dodržovat všechny fáze ošetrovatelského procesu. V péči o pacienta je také důležitá informovanost rodinných příslušníků. Podporují rodinné příslušníky, aby pacienta navštěvovali a podporovali ho.

Zdravotníci by měli pacientovi poskytovat praktické rady, vysvětlení a dokázat mu zodpovídat na všechny jeho otázky. Měli by pacientovi poskytnout informace o možnostech následné péče.

ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo shrnout dostupné informace o totální endoprotéze kyčelního kloubu, navrhnout postup poskytování komplexní péče u pacienta po operaci a seznámit s tímto tématem širokou veřejnost.

Teoretická část shrnuje dostupné poznatky o totálních endoprotézách, které byly sepsány a vydány. Je zde stručně popsána historie a vývoj totálních endoprotéz od prvních pokusů po dnešní dostupné implantáty. Práce se zaměřuje na postupy před operací. Zabýváme se indikacemi k operaci a možnými komplikacemi. V práci je též zahrnuta kompletní příprava a péče o pacienta. Rozebíráme zde kompletní předoperační přípravu, jak dlouhodobou, která je důležitá pro zdárný průběh operace, tak krátkodobou přípravu, která probíhá na oddělení před operací. Dále se tu věnujeme operaci samotnou, kde stručně popisujeme postup operace. Důležitou částí je také kompletní pooperační péče o pacienta. Kde je podrobně popsáno jak pečovat o pacienta po operaci a následuje další důležitá kapitola se zaměřením na rehabilitaci. Rehabilitace je pro pacienta důležitá. Během rehabilitace se pacient naučí znovu pohybovat, starat se o sebe samého. Někdy bývá rehabilitace zdlouhavá, ale vždy se vyplatí.

Praktická část se zaměřuje na konkrétní pacientku po operaci totální endoprotézy kyčle, která byla hospitalizována na ortopedické klinice ve FN Plzeň. Cílem praktické části bylo podat informace o plánování a realizaci ošetrovatelského procesu u pacientky po totální endoprotéze kyčelního kloubu. Pro tvorbu ošetrovatelského procesu byl použit model dle Majrory Gordonové. Z ošetrovatelského hlediska bylo prioritou poskytnout pacientce kvalitní péči a podat jí dostatek informací o její léčbě.

SEZNAM LITERATURY

ČECH, O. – PAVLANSKÝ, R. *Aloplastika kyčelního kloubu*. 2. vydání. Praha: Avicem, zdravotnické nakladatelství, 1983 ISBN 08-028-83

DOENGES, M. E. - MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. české vydání, přepracované a rozšířené, Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 2001. ISBN 80-247-0242-8

DUNGL, P. a kolektiv *Ortopedie*. Praha: Grada Publishing a.s., 2005 ISBN 80-247-0550-8

GALLO, J. Endoprotéza kyčelního kloubu – přežití výsledku, komplikace, socioekonomický dopad. Lékařské listy 11/2012 (cit. 17.12.2012) Dostupné: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/endoproteza-kycelniho-kloubu-preziti-vysledku-komplikace-socioekonomicky-dopad-468320>

HALASOVÁ, M. - PANOŠOVÁ, V. *Život po endoprotéze kyčelního kloubu*. Sestra 10/2010 (cit.8.10.2010) Dostupné: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/zivot-po-endoproteze-kycelniho-kloubu-455023>

JANÍČEK, P. aj. *Ortopedie*. Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-210-2535-2.

KARPAŠ, K. *Operace endoprotézy kyčelního kloubu Informace pro pacienty*. Nukles HK, 2004 ISBN 80-86225-62-3

KOUDELA, K. a kolektiv *Ortopedie*. Praha: Karolinum, 2004 ISBN 80-246-0654-2

KOUTNÝ, Z. *Rehabilitace po totálních endoprotézách*. Postgraduální medicína 1/2001 (cit. 26.3.2001) Dostupné na : <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/rehabilitace-po-totalnich-endoprotezach-134310>

KUBÁT, R. *Ortopedie*. 2. vydání. Praha: Avicem, zdravotnické nakladatelství, 1985 ISBN 08-050-85

Kyčel - totální endoprotéza klasická. [online] LékařiOnline.cz Dostupné: <http://www.lekari-online.cz/ortopedie/zakroky/kycel-endoproteza>

Multimediální trenážer plánování ošetrovatelské péče Edukace [online] MultiMedia SoftWare Dostupné: <http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=15>

Multimediální trenážer plánování ošetrovatelské péče Lékařské diagnózy [online] MultiMedia SoftWare Dostupné: <http://ose.zshk.cz/vyuka/lekarske-diagnozy.aspx?id=34>

Průvodce pacienta před a po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu – ortopedie. [online] Krajská nemocnice T. Bati a.s. Dostupné: <http://www.kntb.cz/pruvodce-pacienta-pred-a-po-operaci-totalni-endoprotezy-kycelniho-kloubu>

SOSNA, A. – POKORNÝ, D. – JAHODA, D. *Endoprotéza kyčelního kloubu*. Praha: Triton, 1999 ISBN 80-7254-046-7

SOSNA, A. - POKORNÝ, D. - JAHODA, D. *Náhrada kyčelního kloubu Rehabilitace a režimová opatření*. 2. vydání. Praha: Triton, 2003 ISBN 80-7254-302-4.

Stručný nástin historie vývoje aloartroplastiky [online] EuroMise Dostupné: <http://ucebnice.euromise.cz/index.php?conn=0§ion=biomech&node=node4>

ŠIRŮČKOVÁ, M. *Typy totálních endoprotéz – terapie a rehabilitace*. Sestra 2/2010 (cit. 10.2.2010) Dostupné: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/typy-totalnich-endoprotez-terapie-a-rehabilitace-449684>

ŠTĚDRÝ, V. *Totální endoprotéza kyčelního kloubu*. Lékařské listy 31/2001 (cit.3.8.2001) Dostupné: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/totalni-endoproteza-kycelniho-kloubu-137777>

TALIÁNOVÁ, M. – HOLUBOVÁ, M. – PILNÝ, J. *Péče o nemocného po totální endoprotéze kyčelního kloubu*. Sestra 1/2009 (cit. 13.1.2009) Dostupné na: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/pece-o-nemocneho-po-totalni-endoproteze-kycelniho-kloubu-417261>

Totální endoprotéza kyčelního kloubu (TEP kyčle, alloplastika kyčelního kloubu, náhrada kyčelního kloubu). [online] Ortopedie-traumatologie.cz Dostupné: <http://www.ortopedie-traumatologie.cz/Totalni-endoproteza-kycelniho-kloubu-%28TEP-kycle-alloplastika-kycelniho-kloubu-nahrada-kycelniho-kloubu%29>

Totální endoprotéza kyčelního kloubu: princip, indikace a rehabilitace. [online] Medlicker Dostupné: <http://cs.medlicker.com/23-totalni-endoproteza-kycelniho-kloubu-princip-indikace-a-rehabilitace/>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Endoprotézy.....	I
Příloha B – Opatření.....	IV
Příloha C – Barthelův test.....	VI
Příloha D – Zhodnocení rizika pádu dle Conleyové.....	VII
Příloha E – Prohlášení.....	VIII

PŘÍLOHA A - ENDOPROTÉZY

CEMENTOVÁ NÁHRADA

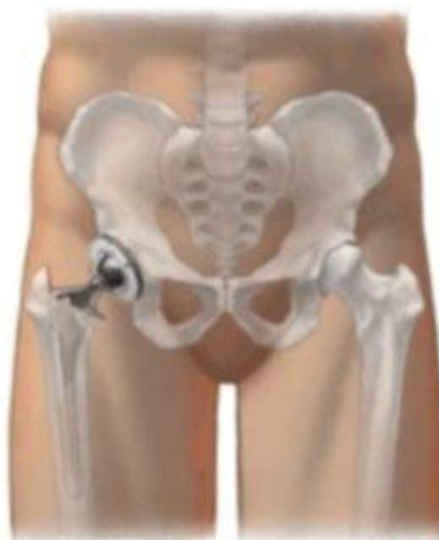
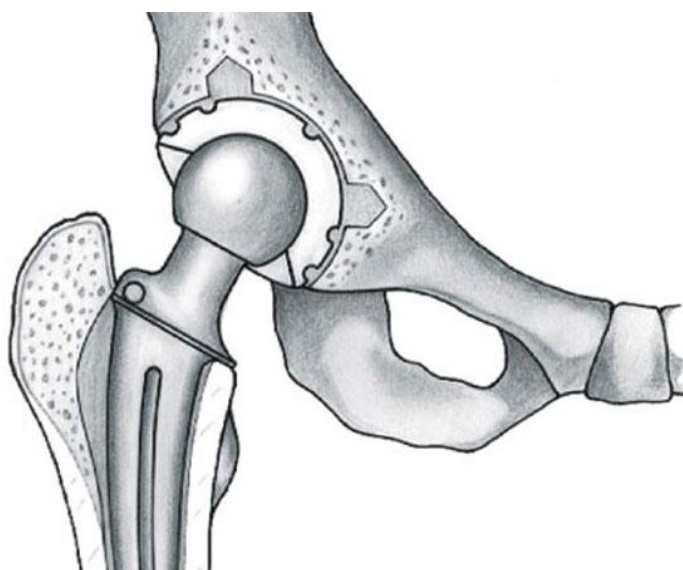


Foto: Repro Aktuálně.cz



<http://www.ortopediesokolov.cz/homepage/tep-kycel>

Cervikokapitální náhrada kyčelního kloubu - typ CSB



<http://www.beznoska.cz/kloubni-nahrady/kycle/cervikokapitalni-nahrada-kycelniho-kloubu-typ-csb.html>

Bipolární endoprotéza kyčelního kloubu



Obr. 1. Bipolární endoprotéza Beznoska s cementovaným standardním dříkem Poldi-Čech

<http://www.achot.cz/detail.php?stat=84>

NECEMENTOVANÁ NÁHRADA



<http://www.surgalclinic.cz/index.php?pg=spektrum-vykonu--ortopedie--endoproteza-kycelni-kloub>

Totální endoprotéza



Resurfacing



<http://www.surfacehippy.cz/homecz.htm>

PŘÍLOHA B - OPATŘENÍ

Opatření proti vykloubení a aktivity, kterých je třeba se vyvarovat

Správné ležení

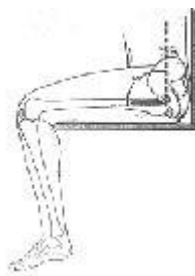
Budete poučeni o speciálních opatřeních, které je třeba dodržovat, aby se předešlo vykloubení Vašeho nového kyčelního kloubu.

Riziko vykloubení se zvětšuje, když 1) Vaše kyčel je ohnuta více než do 70-90° (v závislosti na typu implantátu), 2) noha je umístěna v blízkosti druhé nohy, nebo 3) Vaše koleno směřuje zevně. Proto, když ležíte v posteli, pamatujte, že je třeba držet obě nohy od sebe a kolena směřovat ke stropu nebo dovnitř (obr. ukazuje nevhodné postavení chodidel-přílišná zevní rotace).



Správné sezení

Po operaci budete poučeni jak správně sedět na židli. Měli byste používat vysokou židli, Vaše koleno by mělo být níž než kyčelní kloub, aby kyčel nebyla ohnuta do více než 70°-90°.



Rovněž budete poučeni jak usedat na WC (dokud bude potřeba, budete muset používat speciální nástavec na WC).

Aktivity, kterých je třeba se vyvarovat

Je důležité, abyste si zapamatovali, kterých aktivit je třeba se vyvarovat:

- (1) **Nesedejte** si na nízkou židli, nebo když kolena jsou výše než kyčel.
- (2) **Nenahýbejte** se dopředu
- (3) **Neotáčejte** se na stranu
- (4) **Vyvarujte** se extrémních předklonů
- (5) **Nedávejte** nohy k sobě



<http://www.orthes.cz/index.php?module=page&record=23>

PŘÍLOHA C – BARTHELŮV TEST

Barthelův test základních všedních činností (ADL – Activities of Daily Living)

Jméno pacienta:

Datum narození pacienta (věk):

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
5.	Kontinence moči	plně inkontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
6.	Kontinence stolice	plně inkontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
		s malou pomocí	10
		vydrží sedět	5
		neprovede	0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
		s pomocí 50 m	10
		na vozíku 50 m	5
		neprovede	0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
Celkem			

Hodnocení stupně závislosti: **

- 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**

* zaškrtněte jednu z možností

** zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku

PŘÍLOHA D – ZHODNOCENÍ RIZIKA PÁDU DLE CONLEYOVÉ

Zhodnocení rizika pádu u pacienta/klienta
(součást ošetřovatelské anamnézy) Dle Conleyové upraveno
Juráskovou 2006

Rizikové faktory pro vznik pádu	
Anamnéza	
<input type="checkbox"/> DDD (dezorientace, demence, deprese)	3 body
<input type="checkbox"/> věk 65 let a více	2 body
<input type="checkbox"/> pád v anamnéze	1 bod
<input type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překlady na lůžkové odd.	1 bod
<input type="checkbox"/> zrakový / sluchový problém	1 bod
<input type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepresiva, 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
- nespolupracující	2 body
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetřovatelského 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

PŘÍLOHA E – PROHLÁŠENÍ

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro zpracování praktické části bakalářské práce s názvem *Ošetrovatelský proces u pacienta s totální náhradou kyčelního kloubu* v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

.....
Jméno a příjmení studenta