

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S TOTÁLNÍ
ENDOPROTÉZOU KYČELNÍHO KLOUBU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

BLANKA PODLAHOVÁ

Praha 2014

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S TOTÁLNÍ
ENDOPROTÉZOU KYČELNÍHO KLOUBU**

Bakalářská práce

BLANKA PODLAHOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová

Praha 2014



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

Podlahová Blanka
3. A VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 15. 4. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče o pacienta s totální endoprotézou kyčelního
kloubu

Nursing Care of Patients with Total Hip Arthroplasty

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne: 2. 9. 2013

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

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

ABSTRAKT

PODLAHOVÁ, Blanka. *Ošetrovatelská péče o pacienta s totální endoprotézou kyčelního kloubu*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová. Praha. 2014. 61 s.

Tématem bakalářské práce je péče o pacienta po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. Je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část obsahuje medicínskou problematiku, indikace, kontraindikace, komplikace a zároveň mapuje specifika ošetrovatelské péče. Také je zaměřena na péči o nemocného před a po operaci kyčelního kloubu. Dále také obsahuje léčebně rehabilitační metody užívané u pacientů po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. Praktická část obsahuje ošetrovatelský proces u pacienta po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu, stručnou pacientovu anamnézu, objektivní a subjektivní hodnocení pacientových problémů, které jsou následně zpracovány do ošetrovatelských diagnóz.

Klíčová slova

Kyčelní kloub. Ošetrovatelské péče. Rehabilitace. Totální endoprotéza.

ABSTRACT

PODLAHOVÁ, Blanka. *Nursing Care of Patient with Total Hip Arthroplasty*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Ivana Jahodová. Prague. 2014. 61 pages.

The topic of this thesis is nursing care of a patient after total hip arthroplasty. The thesis is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part describes the medical issues, indications, contraindications, and complications, and also outlines the specifics of nursing care. It also focuses on the issue of nursing care before and after hip surgery. This part also mentions the rehabilitation methods used in patients after total hip arthroplasty. The practical part deals with the nursing process for the patient after total hip arthroplasty, patient's brief medical history, and objective and subjective evaluation of the patient's problems, which are subsequently processed into nursing diagnoses.

Key Words

Hip joint. Nursing care. Rehabilitation. Total hip arthroplasty.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOLŮ

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	9
1 KYČELNÍ KLOUB	10
1.1 ANATOMIE	10
1.2 KINEMATIKA.....	11
2 TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KYČELNÍHO KLOUBU	12
2.1 TYPY ENDOPROTÉZY KYČELNÍHO KLOUBU.....	12
2.2 INDIKACE	13
2.2.1 KOXARTRÓZA.....	14
2.3 KONTRAINDIKACE.....	15
2.4 KOMPLIKACE.....	16
3 PÉČE O PACIENTA V PERIOPERAČNÍM OBDOBÍ.....	19
3.1 PŘÍPRAVA PACIENTA K OPERACI	19
3.1.1 VŠEOBECNÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA.....	20
3.1.2 SPECIÁLNÍ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA	20
3.1.3 KRÁTKODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA.....	21
3.1.4 BEZPROSTŘEDNÍ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA.....	22
3.2 INTRAOPERAČNÍ OBDOBÍ.....	22
3.2.1 ANESTEZIE	22
3.2.2 OPERAČNÍ VÝKON.....	23
3.3 POOPERAČNÍ OBDOBÍ.....	23
3.3.1 POOPERAČNÍ PÉČE	24
3.3.2 NÁSLEDNÁ POOPERAČNÍ PÉČE	24

3.3.3	POOPERAČNÍ REHABILITACE PŘÍ HOSPITALIZACI.....	25
3.3.4	PROPUŠTĚNÍ Z NEMOCNICE	26
4	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	29
4.1	NEJČASTĚJŠÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY U PACIENTA PO TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE	30
5	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE KYČELNÍHO KLOUBU	31
5.1	IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTA:.....	31
5.2	ANAMNÉZA	32
5.3	POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU.....	35
5.4	MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT	43
5.5	SITUAČNÍ ANALÝZA	45
5.6	STANOVENÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	45
5.6.1	ZPRACOVANÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY DLE NANDA TAXONOMIE I.	47
6	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	57
	ZÁVĚR	59
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	60
	SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOLŮ

ATB – antibiotika

ASA – index používaný k měření závažnosti nemoci

BMI – body mass index

CMP – cévní mozková příhoda

D - dech

DK – dolní kočetina

DM – diabetes mellitus

EKG - elektrokardiografie

FF – fyziologické funkce

HK – horní končetina

i.m. – intramuskulární

i.v. – intravenozní

JIP – jednotka intenzivní péče

m. – sval

ORL - otorhinolaryngologie

P – puls

PAD – perorální antidiabetika

PMK – permanentní močový katétr

PŽK – permanentní žilní katétr

RHB – rehabilitace

RTG – rentgen

SpO₂ – saturace kyslíku

Tbl. - tableta

TK – krevní tlak

TEN – tromboembolická nemoc

TEP – totální endoprotéza

TT – tělesná teplota

(VOKURKA, 2009)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Abdukce – uodtažení, pohyb směrem od osy těla, resp. končetiny

Addukce – přitažení, pohyb směrem k ose (těla, končetiny)

Agens – původce, činitel

Aloplastika – operace využívající cizorodé materiály

Anestezie – znecitlivění, ztráta vnímání dotyku, bolesti, tepených změn, apod.

Artróza – nezáánětlivé onemocnění kloubů

Ascites – přítomnost volné tekutiny v břišní dutině

Degenerace – úbytek až ztráta specializované funkce buněk, tkáně či orgánu a organismu

Destrukce – zničení, rozrušení

Diabetes mellitus – cukrovka, úplavice cukrová, onemocnění způsobené nedostatkem inzulínu nebo jeho malou účinností

Diuréza – množství definitivní moči vytvořené ledvinami za jednotku času

Drén – pomůcka k odvádění tekutin, např. z ran

Dysplázie – porucha vývoje a růstu těla nebo různých orgánů

Edukace – výchova

Embolie – blokáda kapilár bublinkami plynu (vzduchu)

Extenze – natažení, roztažení

Fascie – povázka

Flebotrombóza – zánět hlubokých žil, nejč. Na dloních končetinách nebo v pánvi, spojený se vznikem krevní sraženiny s částečným nebo úplným uzávěrem lumen

Flexe – předklon, předpažení, přednožení, ohnutí

Hypotrofie – snížený, omezený vzrůst

Hypovolemie – snížení objemu obíhající krve

Hypercholesterolémie – zvýšená koncentrace cholesterolu v krvi

Hypertenze – vysoký tlak

Implantát – cizorodý předmět vpravený do organismu s cílem náhrady nebo doplnění funkce

Intramuskulární – nitrasvalový, častý způsob podání injekce, obv. Do hýžděového svalu

Intravenózní – nitrožilní, do žíly

Kalcifikace – zvápenatění, ukládání vápenatých solí do tkání

Kontraktura – chorobné stažení svalů na podkladě jeho dráždění z okolí

Luxace – vymknutí kloubu, vykloubení

Malnutrice – podvýživa

Osifikace – kostnatění, přeměna chrupavky či vaziva na kost

Osteofyt – kostní výrůstek vycházející z periostu

Osteotomie – chirurgický řez kosti

Otorinolaryngologie – obor zabývající se výzkumem, diagnózou a léčbou ušních, nosních a krčních chorob

Predemedikace – podání léku před určitým lékařským výkonem

Reimplantace- opakovaná, zpětná implantace

Rotace – otáčení, pohyb kolem podélné osy

Spongióza – druh kostní tkáně, skládající se z kostních trámčků a tvořící vnitřek některých některých kostí

Totální endoprotéza kyčle– úplné nahrazení kyčelního kloubu, tj. hlavice i jamky

Transfuze – krevní převod

Transplantace – záměrné přenesení tkáně či orgánu z jednoho místa organismu na druhé nebo z jednoho člověka na druhého

Trombóza – srážení krve v cévách

Urogenitální - močopohlavní

(VOKURKA, 2009)

ÚVOD

Pro bakalářskou práci jsme si vybrali pacienta s diagnózou totální endoprotéza kyčelního kloubu, neboť endoprotéza kyčelního kloubu je v dnešní době nejčastější náhradou kloubu v lidském těle a také patří mezi nejčastější operace v ortopedii. Pro velké množství lidí znamená možnost nahradit poškozený kyčelní kloub kloubem umělým jedinou cestu, jak prožívat život aktivně a bez bolesti, ale s jistým omezením.

Pacienti musí dodržovat doporučený pohybový režim i po ukončení rehabilitace, řídit se radami lékařů a fyzioterapeutů. Počet onemocnění, která mohou být řešena pomocí kloubní náhrady, stále narůstá. V dnešní době existuje mnoho operačních přístupů a typů totálních endoprotéz, aby byl pacient co nejméně zatížen operací a jejími následky.

Bakalářská práce má dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část je věnována medicínské problematice, indikacím, kontraindikacím, komplikacím a zároveň mapuje specifika ošetrovatelské péče. Praktickou část tvoří ošetrovatelský proces u pacienta po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. Obsahuje anamnézu pacienta, posouzení stavu pacienta, stanovení ošetrovatelských diagnóz. Podle získaných informací od pacienta, ze zdravotnické dokumentace, od rodiny a dalších členů ošetrovatelského týmu jsme stanovili ošetrovatelské diagnózy s pomocí Kapesního průvodce zdravotní sestry a vypracovali plán, realizaci a hodnocení ošetrovatelské péče.

Cílem této práce je poskytnout odborné informace na téma totální endoprotéza kyčelního kloubu a seznámení pacienta s pravidly šetřícího režimu a osvojení pohybových a režimových opatření, která vedou ke zvyšování úrovně soběstačnosti. Dále poskytnutí komplexní ošetrovatelské péče s minimalizací vzniku možných komplikací a navrhnout a realizovat individuální plán ošetrovatelské péče u pacienta po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. Bakalářská práce je určena studentům zdravotnických oborů, ale i všem, kteří se o toto téma zajímají a možná by rádi prohloubili své znalosti.

1 KYČELNÍ KLOUB

Kyčelní kloub patří mezi nosné klouby a jedná se o kloub kulovitý omezený. Podílí se na zajištění pohybu celého těla, včetně jeho stabilizace v prostoru. Plnit tuto funkci umožňuje anatomický tvar kloubu, jeho vazivový aparát, kloubní pouzdro a svaly.

1.1 ANATOMIE

Kyčelní kloub tvoří jamka kyčelní kosti a hlavice kosti stehenní. Jamka kyčelního kloubu (acetabulum) je tvořena kostí sedací - os ischii, kostí kyčelní - os ilium a kostí stydka - os pubis. Kloubní plochy jsou kryty chrupavkou. Kloubní pouzdro je silné a pevné, je zesíleno mohutnými vazy. Vnitřek kloubu je zvlhčován synoviální tekutinou, která je produkována synoviální blankou. Tekutina zajišťuje pohyb kloubních ploch, omezení tření a výživu kloubní chrupavky.

Kyčelní kloub je nosný kloub trupu a balanční kloub udržující rovnováhu vzpřímeného trupu. Proto mají pro stabilitu kloubu velký význam vazy kloubního pouzdra.

- Ligamentum pubofemorale omezuje abdukci a zevní rotaci kyčelního kloubu.
- Ligamentum iliofemorale ukončuje extenzi kyčelního kloubu a zabraňuje záklonu trupu.
- Ligamentum ischiofemorale omezuje addukci a vnitřní rotaci v kloubech.

Svaly pletence dolní končetiny se označují názvem kyčelní svaly. Jsou-li kyčelní svaly uloženy na přední straně kyčelního kloubu, považujeme je za vnitřní kyčelní svaly: m.iliopsoas a m. psoas minor. Jsou-li na zadní straně kyčelního kloubu jde o zevní kyčelní svaly, patří zde: m.piriformis, m.obturatorius internus, m.gemmelus superior et inferior, m.quadratus femoris.

Obě skupiny svalů začínají na pánvi a inserují na stehenní kosti. Pro pohyb kyčelního kloubu se účastní skupina svalů uložená na vnitřní straně stehna: m.pectineus, m.adductor magnus, brevis et longus a m.obturatorius externus (DYLEVSKÝ, 2009).

1.2 KINEMATIKA

Pohyb v kyčelním kloubu je dán tvarovou úpravou artikulujících kostí, mohutností a průběhem vazů pouzdra. V kyčelním kloubu je možné provádět:

- Flexi asi do 120° (zvětšuje se při současné abdukci).
- Extenzi jen asi do 13° .
- Abdukci do 40° (zvětšuje se při současné flexi).
- Addukci do 10° .
- Zevní rotaci do 15° a vnitřní rotaci do 35° . Rotace oběma směry se zvětšuje při současné flexi v kyčelním kloubu (DYLEVSKÝ, 2009).

2 TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KYČELNÍHO KLOUBU

Totální endoprotéza kyčelního kloubu (TEP) neboli úplná náhrada kyčelního kloubu, tedy i hlavice a kloubní jamky, používá se v případě poškození kloubu, kdy je vlastní kloub poškozen úrazem, zánětem nebo degenerativním onemocněním.

Každá femorální komponenta se skládá z dříku, který je zaveden do dřevného kanálu stehenní kosti. Poté na krček dříku je nasazována hlavička. Další částí umělého kloubu je jamka, která nahradí kloubní povrch postiženého kyčelního kloubu (SOSNA, 2003).

Všechny typy totálních kloubních náhrad se skládají ze vzájemně pohyblivých komponent, které se postupně opotřebovávají mechanismem zvaným otěr. Opotřebování artikulačních povrchů kloubních náhrad v důsledku otěru ovlivňuje jejich funkci a životnost. Hlavní materiál, užívaný k výrobě artikulačních komponent v kloubních náhradách, je vysokomolekulární polyethylen (LANDOR, 2012).

2.1 TYPY ENDOPROTÉZY KYČELNÍHO KLOUBU

Pro náhradu kyčelního kloubu může být použita endoprotéza cervikokapitální, kdy se nahrazuje pouze hlavice stehenní kosti, nebo endoprotéza totální, která umožňuje nahradit endoprotézou hlavici i kloubní jamku.

Rozdělení endoprotéz je rozlišeno způsobem fixace endoprotézy ke kostnímu lůžku. Může jít o uchycení s pomocí kostního cementu, kdy jsou komponenty fixovány speciální rychle tuhnoucí hmotou - cementem, nebo uchycení necementované, kdy jsou komponenty fixovány do kosti bez cementové mezivrstvy. Dále endoprotézy hybridní (SOSNA, 2003).

Rozlišujeme endoprotézy:

- Totální endoprotézy cementované – se skládají z polyetylenové kloubní jamky, která je do upraveného acetabula, zbaveného destruované kloubní chrupavky a marginálních osteofytů, upevněna kostním cementem. Dřík endoprotézy je pomocí kostního cementu upevněn do proximální části

stehenní kosti zbavené spongiózy, může být buď spojen s hlavicí nebo zakončen kuželovým konusem (SOSNA, 2001).

- Totální endoprotézy necementované – není je zapotřebí fixovat do kostního lůžka kostním cementem. Ukotvení je zajištěno tvarem a dále speciální úpravou jejich povrchu, která po určité době zajistí pevnou adhezi ke kostnímu lůžku. Ukotvení spočívá v prorůstání kostí do upraveného povrchu implantátu (SOSNA, 2001).
- Totální endoprotézy hybridní – se skládají z kombinací cementovaného femorálního dřívku a některého typu necementované jamky, která by měla umožnit výměnu opotřebované vložky jamky (JANÍČEK, 2012).
- Hip resurfacing – Jedná se o povrchovou náhradu kyčelního kloubu, kdy dochází k náhradě poškozené třecí plochy. Při vhodné indikaci a kvalitním technickém provedení navrácí pacienta do plnohodnotného života. Vhodné je provést u pacientů, u kterých nejsou velké anatomické změny v oblasti kyčelního kloubu nebo u pacientů, pro které je implantace dřívkové náhrady problematická (ORTHESES, 2014).

2.2 INDIKACE

Počet onemocnění, která mohou být řešena pomocí kloubní náhrady, stále narůstá. Mezi nejčastější patří:

- Degenerativní onemocnění kyčelního kloubu – koxartróza.
- Poškození kyčelního kloubu úrazem, zlomenina krčku stehenní kosti, poúrazová destrukce kloubu.
- Destrukce kloubu v důsledku revmatického onemocnění.
- Destrukce hlavice stehenní kosti, zapříčiněná jiným onemocněním.
- Nádorové onemocnění horního konce stehenní kosti.

Hlavními důvody indikace náhrady kyčelního kloubu jsou bolest a porucha funkce kloubu, vedoucí k omezení celkové hybnosti (SOSNA, 2003).

2.2.1 KOXARTRÓZA

Jedná se o artrózu kyčelního kloubu. Dochází k degenerativním změnám hyalinní chrupavky kloubu. K nově vzniklým onemocněním nejčastěji dochází mezi 5. – 6. dekádou, ze začátku více u mužů, později u žen. Postihuje častěji jedince vystavené větší fyzické zátěži. Z pacientovy anamnézy zjistíme únavnost, bolest kloubu a omezení funkce. Nejdříve se potíže projevují po námaze, poté jsou klidové i noční. Při lehčí formě artrózy se objevuje tzv. startovací bolest, kdy pacient pociťuje bolest kloubu na začátku pohybu, ale po rozhýbání bolest pomalu zmizí. Bolest bývá nejčastěji lokalizována na vnitřní straně stehna až do kolenního kloubu nebo k velkému trochanteru. Objektivně zjišťujeme antalgickou chůzi, kdy pacient šetří postiženou končetinu, projevuje se rychlým nakročením přes postižený kloub. Dochází k omezení pohybů v kyčelním kloubu, zejména vnitřní rotace. V pozdější fázi onemocnění se objevují addukční, semiflekční a zevně rotační kontraktury a postupně dochází k omezení hybnosti kyčelního kloubu. Dále je patrna hypotrofie stehenního svalstva (KOUDELA, 2003).

Pacient trpící artrózou také upozorňuje na vrzoty a drásoty v kloubu při pohybu, které jsou způsobeny porušením hladkosti kloubních ploch a vazovými změnami v okolí kloubu. Po nadměrném zatížení kyčelního kloubu, také při aktivaci zánětlivého procesu, který může být průvodním jevem oslabení organismu v období virózy a stresu, se často objevuje zánět kyčelního kloubu a otok (HNÍZDIL, 2007).

Při chůzi se v pokročilejších fázích objevuje kulhání. V případě, že koxartróza vzniká na podkladě vrození kyčelní dysplázie, bývají přítomny ještě další příznaky, jako je výraznější rozdíl délek končetin, eventuálně zcela atypické postavení postižené končetiny a pánve (SOSNA, 2003).

Diagnostická kritéria pro artrózu kyčelních kloubů:

- Bolest kyčle po většinu dní posledního měsíce.
- Sedimentace červených krvinek méně než 20 mm/hod.

- Na rentgenovém snímku osteofyty na hlavici stehenní kosti nebo na acetabulu.
- Na rentgenovém snímku zúžení kloubní štěrbiny, způsobené poškozením chrupavky, kloubní štěrbina představuje na snímku, na kterém se zobrazí pouze kost, vzdálenost kostních struktur – to znamená vzdálenost hlavice a jamky, nepřímo tak šíře štěrbiny ukazuje stav kloubní chrupavky, při její degeneraci a poškození se obraz kloubní štěrbiny na snímku zužuje (KAČINETZOVÁ, 2003, s. 58).

Léčba koxartrózy spočívá v konzervativní léčbě a v těžkých případech v operačních výkonech. Konzervativní léčba spočívá kombinací prostředků farmakologických a nefarmakologickými (režimová opatření, rehabilitace, chůze s oporou). Z medikamentů jsou nejužívanější a nesteroidní antirevmatika, která mají protibolestivý a protizánětlivý účinek. Dále analgetika, což jsou léky proti bolesti. V léčbě se také uplatňují tzv. pomalu působící léky, které jsou charakteristické pomalým nástupem účinku (obvykle až po 2 měsících léčby), ale dlouhodobým přetrváváním příznivého účinku. Při vyčerpání, neúčinnosti konzervativní léčby a při přetrvávání bolesti s progredujícím funkčním omezením je indikována operační léčba. Závisí na věku pacienta a typu artrózy. U mladších jedinců je vhodná korekční osteotomie nebo operace stříšky, v pozdějším věku je nejužívanější operací totální aloplastika kyčelního kloubu, pomocí které se docílí bezbolestného a funkčního kloubu (KOUDELA, 2003).

2.3 KONTRAINDIKACE

Jde o stavy, které by negativně ovlivnily průběh operace a pooperační péči o pacienta. Mezi tyto stavy patří:

- Závažná kardiopulmonální onemocnění – pokud vylučují operaci ve spinální nebo epidurální anestezii.
- Závažná cévní onemocnění, která znemožňují efektivní pooperační rehabilitaci.
- Strukturální postižení centrálního nervového systému, závažná psychická onemocnění.

- Přítomnost infekčního ložiska kdekoli v organismu – kožní afekce na dolních končetinách, chronické infekce urogenitálního traktu, nemoci dolních dýchacích cest.
- Za relativní kontraindikaci lze považovat i věk, obezitu, sociální zázemí (DUNGL, 2005).

2.4 KOMPLIKACE

Operace náhrady kyčelního kloubu je operací, která není bez rizika. Stejně jako jiné operační výkony je i náhrada kyčelního kloubu zatížena komplikací, mezi které patří:

- Flebotrombóza - zánět hlubokého žilního systému operované končetiny negativně ovlivňuje hojení a pooperační rehabilitaci. Klinicky se projevuje bolestivým otokem postižené končetiny.
- Poranění nervů – k předoperačnímu poškození může dojít tahem a to při velkém prodloužení končetiny nebo tlakem při opakované traumatizaci nervů.
- Nestejná délky končetin – nežádoucím prodloužení končetiny se s ohledem na stabilitu někdy nelze vyhnout. Předoperační kontrola je obtížná vzhledem k poloze pacienta na operačním stole je objektivně těžko měřitelná.
- Luxace endoprotézy – vykloubení umělého kloubu může nastat z důvodu spontánní luxace při nedostatečné stabilitě endoprotézy, a to v případě technické chyby nebo rizikového pacienta, další vliv může mít páčení krčku femorální komponenty o okraj acetabula nebo páčení kostěného femuru o kostní prominence pánve.
- Heterotopická osifikace – vzniká po operačním výkonu, zejména u mužů, kdy kalcifikace může progredovat v rozsáhlou kostní novotvorbu.
- Periprotetické zlomeniny – jsou důsledkem implantace TEP v nižším věku. Pacient má implantát ve femuru dlouhou dobu a postupně dochází k úbytku kostní dřeně.

- Mechanické selhání – může nastat aseptickým uvolněním endoprotézy v důsledku osteolýzy, limitovat životnost implantátu může také otěr způsobený pohybem protilehlých komponent. K selhání implantátu může vést obezita, chronické přetěžování, neadekvátní a sportovní aktivity. Vede k němu také chybná technika při implantaci, vada materiálu a chybná konstrukce materiálu (DUNGL, 2005).
- Plicní embolie – Zdrojem plicní embolizace je nejčastěji hluboká žilní trombóza žil DK popřípadě malé pánve. Může probíhat pod obrazem akutního cor pulmonale se šokovým stavem a náhlou smrtí, nebo naopak pomaleji, kdy se projevuje pouze suchým dráždivým kašlem nebo narůstající námahovou dušností (LANDOR, 2012).
- Infekční komplikace – znamenají prodloužení celkové léčby. Časný infekční se projeví v průběhu hojení operační rány. Riziko infekční komplikace se zvyšuje u pacientů s cukrovkou, poruchou imunitního systému, při dlouhodobém užíváním glukokortikoidů a imunosupresivních léků, při sklonech k recidivujícím infekcím močového a zažívacího traktu. Podle časového odstupu od operace dělíme infekční komplikace na časně, mitigované a pozdní. Časná infekce vzniká v prvním, nejpozději druhé měsíci po operaci. Jsou přítomné horečky, otok, zarudnutí, zduření a bolest. Přítomna je i hnisavá sekrece. Mitigovaná infekce je způsobena virulentními mikroorganismy během operace. Infekce se projevuje postupně, nejčastěji po 6-12 měsících se objevuje omezení funkce a bolestivost. Dále je pozdní hematogenní infekce, který vzniká za 2 a více let po operaci. Agens proniká do zdravého kloubu hematogenní cestou, kdy po febrilním stavu dochází bolesti, zarudnutí, zduření a zvýšené teplotě. Léčba antibiotiky (ATB) se podává pouze u pacientů, kteří z různých důvodů nemohou podstoupit operační zákrok. Obvykle se endoprotéza vyjme, provede se toaleta měkkých tkání a průplachová laváž s dlouhodobou aplikací ATB. Dalším postupem je reimplantace endoprotézy a další dlouhodobé podání ATB. Tato léčba je pro pacienty velmi zatěžující (KAČINETZOVÁ, 2003).

Před operací je nutné informovat pacienta o možných komplikacích. V případě rozvoje infekce je nutná rychlá diagnostika. Antibiotická terapie je vhodnou prevencí kloubních náhrad. Důležité je načasování podávání ATB a délka jejich podávání. Při dlouhodobém užívání ATB dochází ke zvyšování rezistence k danému antibiotiku (JAHODA, 2008).

3 PÉČE O PACIENTA V PERIOPERAČNÍM OBDOBÍ

Náhrada kyčelního kloubu je dnes standardní výkon, který zbavuje pacienta bolestí a kloubní ztuhlosti, tedy mu umožní návrat do běžného života. Tato operace patří k velkým výkonům, dochází u ní k náhradě největšího kloubu v lidském těle. Pro pacienta je tedy nutná efektivní příprava po stránce fyzické a psychické. Po stránce psychické hraje velkou roli edukace.

3.1 PŘÍPRAVA PACIENTA K OPERACI

Jedná se o období, které začíná rozhodnutím pacienta pro operační výkon a končí převozem pacienta na operační sál. Pacient se připravuje fyzicky a psychicky na operační výkon. Předoperační příprava probíhá již před nástupem do nemocnice. V případě indikace k operačnímu výkonu z důvodu úrazu je veškerá předoperační příprava prováděna v nemocnici.

V předoperačním období je důležitá edukace pacienta o různých opatřeních, která je třeba zajistit:

- Před operací je nutná redukce hmotnosti a zvýšení fyzické zdatnosti klienta.
- Důležité je zajištění lůžkového zařízení pro následnou rehabilitaci, která bude navazovat na propuštění z nemocnice.
- Vhodná je vybavenost domácnosti (např. nástavec na WC, madla, úprava koupelny, lůžko ve vhodné výši).
- Připravit si potřebné věci na pobyt v nemocnici (vhodné oblečení, pyžamo, župan, osobní hygienické potřeby, podpažní berle).
- Pořídit si vhodnou ortopedickou obuv, lze doporučit měkké a pohodlné boty s pevnou patou, které se dobře nazouvají. Je důležité myslet při volbě velikosti na možnost otoku nohou (LETÁLOVÁ, 2003).

3.1.1 VŠEOBECNÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Všeobecná předoperační příprava zahrnuje:

- Psychické přípravy (edukace o perioperačním období, termín a druh operace).
- Hematologického, biochemického a serologického vyšetření krve, vyšetření moče.
- Komplexního interního vyšetření (EKG, RTG srdce, plic, aj.), zhodnocení současného stavu ostatních onemocnění (např. diabetes mellitus, závažné kardiopulmonální onemocnění), vyjádření k celkové anestezii.
- Stomatologické vyšetření.
- ORL vyšetření (stěr z tonzil a mikrobiální kultivace).
- Gynekologické vyšetření (u žen).
- Odběru autotransfúze (jde o dva po sobě jdoucí odběry pacientovy vlastní krve cca. 400ml, vhodné je provést první odběr 2 týdny a druhý odběr týden před operací). Tato metoda je výhodná z hlediska prevence přenosu infekčních chorob, snížení rizika transfúzních komplikací. (KARPAŠ, 2004).

3.1.2 SPECIÁLNÍ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Jedná se o programový nácvik úkonů a osvojení si chůze o podpažních berlích. Předoperační rehabilitace (RHB) je vhodná, připravený pacient, který ochotně spolupracuje, poté lépe zvládá pooperační rehabilitaci. V cvičení se zaměřujeme především na protahování a relaxaci zkrácených svalových skupin a v posilování oslabených svalů, především gluteálních a břišních.

S pacientem provádíme nácvik pohybových stereotypů, mezi které patří: nácvik sedu, stoj a chůzi o berlích bez zatěžování operované končetiny, přetáčení na bok a

břicho s polštářem mezi kolena. Kondiční a dechová cvičení přispívají k prevenci tromboembolické choroby (DUNGL, 2005).

3.1.3 KRÁTKODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Začíná den před operací. Při nástupu na ortopedické oddělení lékař zkontroluje pacientova absolvovaná předoperační vyšetření a sepíše s ním souhlas s hospitalizací a operačním výkonem. Všeobecná sestra sestaví ošetřovatelskou dokumentaci. Posoudí pacientův aktuální zdravotní stav, jeho problémy a sepíše ošetřovatelskou anamnézu. Podle problému si stanoví aktuální a potenciální ošetřovatelské diagnózy, kterými se řídí po celou dobu hospitalizace pacienta. Dle aktuálního zdravotního stavu pacienta se diagnózy přehodnocují. Při příjmu pacienta je důležitá edukace o předoperačním, peroperačním a pooperačním období. V průběhu předoperačního období sestra kontroluje, zda má pacient sebou všechny potřebné pomůcky: ortopedickou obuv, elastické punčochy, podpažní berle a francouzské hole. V případě, kdy je pacient nemá, všeobecná sestra mu je zajistí. Důležité při příjmu je také identifikace pacienta, označení pomocí identifikačního náramku na horní končetině (HK) operované strany.

Krátkodobá předoperační příprava se dále týká:

- Návštěvy anesteziologa, který pacienta seznámí se zvolenou metodou anestezie, ve které bude operační výkon prováděn.
- Provedení nácviku chůze o berlích.
- Lačnění před výkonem (pacient dostane naposledy oběd, poté může pouze pít tekutiny, od půlnoci pacient nepřijímá nic per os, nepije, nekouří).
- Vyprázdnění – aplikace glycerinových čípků či klyzmatu.
- Přípravy operačního pole (oholením) - sanitárka oholí operační místo dle zvyklosti oddělení
- Provedení celkové hygieny, pokud pacient si neprovede hygienu sám, musí mu pomoci zdravotnický personál.

Na noc pacient dostává hypnotikum na spaní a zklidnění. Dále se aplikuje nízkomolekulární heparin.

3.1.4 BEZPROSTŘEDNÍ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Jedná se o přípravu v den operace. Na oddělení se u pacientů zavádí do močového měchýře permanentní Foleyův katétr pro volný odchod moči a kontrolu diurézy. Příprava dále zahrnuje:

- Prevenci tromboembolické nemoci (TEN) pomocí elastické bandáže na neoperované dolní končetině.
- Odstranění šperků, brýlí, hodinek, zubní protézy, ženy nenalíčené a nenalakované nehty.
- Měření základních fyzikálních funkcí.
- Aplikaci premedikace podle ordinace anesteziologa.
- Zajištění dokumentace pacienta.
- Převozu na operační sál s profylaktickou dávkou ATB (MIKŠOVÁ, 2006).

Příprava diabetika k operačnímu výkonu je stejná jako u jiného pacienta. Rozdíl je pouze v lačnění před operací. U pacienta je nutné zajistit žilní přístup, poté se podle lékaře podává infuzní roztok Glukózy a inzulinu podle aktuální hladiny glykémie. Musíme dbát na to, aby nedošlo u pacienta k hypoglykémii (FERKO, 2002).

3.2 INTRAOPERAČNÍ OBDOBÍ

Jedná se o období, které začíná uložením pacienta na operační stůl a končí přijetím na pooperační ošetrovací jednotku.

3.2.1 ANESTEZIE

U operací náhrady kyčelního kloubu se jedná o rozsáhlejší operační výkon, při kterých dochází k větší ztrátě krve a větší pooperační bolesti. Anesteziolog využívá ve zvýšené míře techniky místního znecitlivění, vysoký podíl operací na končetinách dává

prostor úspěšnému použití obou typů neuroaxiálních blokády (epidurálnímu či subarachnoidálnímu znecitlivění). Využívána je i kombinovaná anestezie.

Poskytnutí anesteziologické péče vždy předchází rozvahu o riziku, které indikovaná operace pro pacienta představuje. V perioperační péči je důležité rizika zhodnotit a minimalizovat. Stanovení anesteziologického rizika se provádí podle skórovacího schématu převzatého od American Society of Anesthesiologists (ASA) (LANDOR, 2012).

3.2.2 OPERAČNÍ VÝKON

Operace probíhá na aseptických operačních sálech, kterou provádí operátor za pomoci dvou až tří asistentů. Operační doba je různá, většinou se pohybuje mezi jednou až dvěma hodinami. Pacient je po celou dobu operace v anestezii. Operační přístup volí operátor. Poloha pacienty vždy záleží na operačním přístupu, nejčastější je poloha vleže na zádech.

Po proniknutí ke kyčelnímu kloubu je odstraněna poškozená hlavice stehenní kosti. V kloubní jamce je odstraněna postižená chrupavka a do připraveného kostního lůžka je zafixována umělá kloubní jamka. Po fixaci jamky se frézuje dřevná dutina kosti stehenní, kde se zavede dřík, na který se nasadí hlavička a endoprotéza se zaklobí. Následuje vyzkoušení stability endoprotézy, aby byla endoprotéza stabilní. Poté se provede výplach operační rány, zavedou se Redonovy drény do oblasti kyčelního kloubu a do podkoží. Rána je po vrstvách uzavírána, přiloží se sterilní krytí a DK se vloží do antirotačního U-lůžka (SOSNA, 2003).

3.3 POOPERAČNÍ OBDOBÍ

Začíná probuzením pacienta z anestezie, všechny funkce organismu se postupně vrací k výchozímu stavu pacienta. Po operaci je ošetřování pacienta zajištěno na postanestetickém pokoji. Pokud se neobjeví komplikace a pacientův stav je stabilizován následuje převoz na JIP, kde jsou sledovány a zajišťovány všechny základní životní funkce pacienta.

3.3.1 POOPERAČNÍ PÉČE

Sestra má za úkol plnit pooperační péči a ordinace lékaře. Kontroluje také fyziologické funkce (TK, P, TT, vědomí, saturaci), sleduje prokrvení periferie, dle ordinace lékaře aplikuje léčiva – analgetika, ATB, aj. Sleduje krytí operační rány, množství odváděného sekretu z Redonových drénů, který pravidelně zapisuje a jeho funkčnost. Nemocný má z dalších invazivních vstupů zavedený PMK do močového měchýře, intravenózní kanylu a v některých případech i epidurální katétr, který slouží k tlumení pooperační bolesti. Sestra podává intravenózní kanylou tekutiny, antibiotika, krevní transfuze či autotransfuze podle hodnot krevního obrazu. Časně po operaci je většina tekutin podávána formou infuzních roztoků, první příjem může být za 2 hodiny po operačním výkonu. Denní příjem by měl být 2-3 litry. Sestra sleduje bilanci tekutin a pravidelně ji zapisuje. Prevence TEN je zajištěna pomocí bandáží dolních končetin, injekční aplikací nízkomolekulárních heparinových preparátů (např. Fraxiparin, Clexane) nebo perorálně (např. Pradaxa tbl.) (MIKŠOVÁ, 2005).

Operovaná končetina je u TEP kyčle udržována ve zvýšené poloze, vnitřní rotaci (pomocí antirotační boty) a v abdukci z důvodu prevence luxace TEP.

Důležitou součástí je také obnova střevní pasáže – péče o vyprazdňování, prevence dekubitů (SOSNA, 2003).

3.3.2 NÁSLEDNÁ POOPERAČNÍ PÉČE

Pacient je převezen na standardní oddělení druhý pooperační den, kde se provádí kontrolní pooperační RTG. Zkontroluje se operační rána, která je poté sterilně překryta a odstraní se Redonovy drény. Laboratorní výsledky jsou vyhodnoceny lékařem a pokud jsou v normě, ukončuje se parenterální výživa a odstraní se invazivní vstupy. Následující, druhý den, se také odstraňuje PMK, ponechá se pouze u imobilních a inkontinentních pacientů. Na zmírnění bolesti sestra podává analgetika dle ordinace lékaře, dále podává léky k prevenci TEN (např. Fraxiparin), provádí se odběry biologického materiálu dle ordinace lékaře. V průběhu tohoto období je důležitý dostatečný příjem tekutin z důvodů prevence vážných komplikací a rychlé rekonvalescence. Stehy z operační rány se

odstraňují mezi 11. – 14. dnem. Od druhého dne je zahájena RHB pod vedením fyzioterapeuta.

3.3.3 POOPERAČNÍ REHABILITACE PŘÍ HOSPITALIZACI

Pooperační RHB za hospitalizace je obvykle dobře rozpracovaná na každém ortopedickém pracovišti, které provádí operace TEP. Cílem této fáze RHB je vertikalizace pacienta a nácvik samostatné chůze o berlích se simulací nášlapu a nácvik sebeobsluhy.

Nepříznivým faktorem pro pooperační RHB je poškození již primárně oslabeného gluteálního svalstva. Operačním výkonem dochází k narušení přirozených vazivových a svalových stabilizátorů, což je důležité pro stabilitu umělého kloubu. Stabilita postupně vzrůstá tvorbou vaziva v kloubním prostoru TEP a zhojením incidované fascie. Stabilizující a dynamický efekt na totální endoprotézu má posilování gluteálních svalů m. rectus femoris a m. iliopsoas. Zvýšené nebezpečí luxace endoprotézy je snižováno eliminací tzv. zakázaných pohybů, zejména zevní rotace a abdukce, dále flexe nad 90° s extendovanou dolní končetinou. Úkolem pooperační RHB je také edukace pacienta o situacích v běžném životě, při kterých k těmto pohybům dochází, a také o možnostech, jak se jim vyhnout.

Délka hospitalizace po implantaci TEP kyčle je individuální, nejčastěji je 7-14 dnů. Pooperační RHB probíhá podle schématu, které bývá v mnoha institucích shodné.

1. pooperační den – jsou ordinována dechová cvičení, kondiční cvičení neoperovaných končetin, na operované končetině se aktivně cvičí hlezno a izometrické posilování gluteálních svalů a čtyřhlavého svalu.

2. - 3. pooperační den – přidáváme aktivní cvičení kyčelního kloubu s dopomocí, především flexe do 90° s abdukcí a vnitřní rotací, dále pacient nacvičuje sed na lůžko se svěřenými DK a začíná s vertikalizací, pacient si nacvičuje trojdobou chůzi o francouzských holích nebo podpažních berlích (slouží k většímu odlehčení).

4. - 5. pooperační den – operovanou končetinu můžeme dát do nízkého závěsu, v němž dolní končetina lépe relaxuje a pacient může sám cvičit pohyb do flexe a

abdukce. Přidáváme přetáčení na zdravý bok s molitanovým kvádrem mezi kolena, abychom zabránili luxačnímu pohybu do addukce a zevní rotace. Poloha na boku přináší úlevu hlavně od bolesti zad, nedoporučuje se na spaní.

6. - 7. pooperační den – připojujeme cvičení vleže a na břiše s izometrickým cvičením gluteálních svalů a m. quadriceps, cvičení flexe a extenze v kolenním kloubu. Pacient začíná cvičit vnitřní rotaci se spuštěnými nohama vsedě na lůžku.

8. - 12. pooperační den – přidáváme nácvik chůze po schodech, dále pokračuje učení soběstačnosti a sebeobsluhy, které zahrnuje nácvik chůze po bytě, po nerovném terénu, sed na židli a na toaletu.

13. - 14. pooperační den – pacient je před propuštěním do domácí péče poučen o domácím režimu (DUNGL, 2005).

3.3.4 PROPUŠTĚNÍ Z NEMOCNICE

Při propuštění z nemocnice je vhodné ihned navázat ústavní rehabilitační léčbu nebo ambulantní rehabilitaci. Pomáhá to hlavně k udržování správných pohybových stereotypů. Velkou roli hraje i zpětná vazba nezbytná pro kvalitní motorické učení, kterou poskytuje neustálá kontrola a opravování fyzioterapeutem. Po celou dobu rehabilitace, platí že, zátěž operované dolní končetiny určuje operátor. V prvních šesti týdnech spočívá pohybový režim v používání podpažních berlích nebo francouzských holí a odlehčování operované končetiny (DUNGL, 2005).

Pro pacienty jsou stanoveny pokyny pro první tři měsíce po operaci, mezi které patří:

- Člověk s umělým kyčelním kloubem má denně cvičit základní pohyby kyčelního kloubu, procvičovat zádové a břišní svalstvo a posilovat horní končetiny. Dolní končetiny nesmí být přetěžovány, aby životnost TEP byla co nejdelší. Je vhodné nepřeceňovat síly. Ideální je střídat chůzi, sed a leh.
- Spát na rovném, pevném lůžku, pod hlavou jeden polštář, při poloze na boku ležet neoperované straně s polštářem vloženým mezi kolena.

- Sedět na dostatečně pevné a vysoké židli, nejlépe spodručkami a polstrováním. Nesedat do hlubokých křesel, nevykonávat dřepy ani se nepředklánět. Nedávat si také nohu přes nohu. Při sezení na židli musí být oběd chodidla celou ploškou na zemi, kolena mírně od sebe.
- Při chůzi chodit pomalu, dle pocitu únavy, nepřepínat síly. Doma odstranit všechny předměty, na kterých lze uklouznout (rohožky, předložky). Při chůzi nevytáčet špičku ven. V případě ztráty rovnováhy je vždy lepší došlápnout na operovanou končetinu a zabránit tak pádu. Používat vždy pevnou obuv, nepoužívat na chůzi pantofle či bačkory, při obouvání používat různé pomůcky (např. dlouhá obouvací lžíce). Po 6 týdnu po operaci, po klinické kontrole, je operovaná dolní končetina postupně zatěžována, podpažní berle mohou být dále nahrazeny francouzskými.
- Nenosit předměty těžší než 5 kg (KLUSOŇOVÁ, 2005).
- Při osobní hygieně je nejbezpečnější používat sprchový kout vybavený madlem a protiskluzovou podložkou. Klienti musí dbát na velkou opatrnost v koupelně, zejména si dávat pozor na kluzkou podlahu. Při koupeli ve vaně je nutné ji mít vybavenou sedátkem do vany, madlem a protiskluzovou podložkou (SOSNA, 2003).

Návrat do běžného života nastává po dvou až pěti měsících, kdy bývá povolen přechod na plnou zátěž operované končetiny. Návrat do zaměstnání je individuální, co se týká manuálních profesí, nejdříve za 6 měsíců, do úřednických profesí je návrat rychlejší. Výraznější fyzická práce je nevhodná.

Motorové vozidlo je vhodné řídit nejdříve 3 měsíce po operaci. Jízda automobilem jako spolujezdec je dovolena již po propuštění z nemocnice, je ale nutné aby auto poskytovalo dostatek prostoru. Důležité je také myslet na to, aby se kyčel výrazně neohýbala.

Rekreační sportování lze zahájit od šesti měsíců. K doporučeným sportům se řadí např. golf, jízda na kole, plavání, turistika, ale ne v extrémním terénu. Není

doporučováno provozovat kontaktní sporty, jízdu na koni, skoky a všechny činnosti, které nesou rizika nekontrolovatelného pádu.

V životosprávě je důležité dbát na udržování rozumné hmotnosti, doporučováno je konat každodenní procházky, plavat a cvičit v bazénu, jezdit na ortopedu se zvýšeným sedátkem.

Sexuální aktivita může být obnovena za velké ohleduplnosti ze strany partnera. Při pohybech je nutné se vyvarovat pokrčení operované končetiny, zevní rotaci a ohnutí kyčelního kloubu přes pravý úhel a výrazněji se nepředklánět (DUNGL, 2005).

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

„Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování, poskytování a dokumentování ošetřovatelské péče. Jeho cílem je zhodnotit pacientův zdravotní stav, skutečné nebo potencionální problémy péče o zdraví, vytýčit plány na posouzení potřeb a poskytnout konkrétní pečovatelské zásady k uspokojení potřeb“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 66).

Ošetřovatelský proces se skládá z 5 kroků:

- Posouzení – zahrnuje sběr informací, které jsou nezbytné pro stanovení ošetřovatelských diagnóz. Hodnotíme pomocí rozhovoru, pozorování, vyšetření. Cílem je ucelení informací o pacientovi.
- Diagnostika – Týká se ošetřovatelských potřeb, problémů, stanovení ošetřovatelských diagnóz. Rozlišujeme dvousložkovou ošetřovatelskou diagnózu P + E (problém + etiologie) a tříložkovou ošetřovatelskou diagnózu P + E + S (problém + etiologie + symptomy).
- Plánování – Je proces, kterým se snažíme pomocí stanovených cílů a intervencí eliminovat pacientovi zdravotní problémy, které byly zjištěny během diagnostické fáze. Cílem je dosažení kvalitní ošetřovatelské péče.
- Realizace- Jde o uplatnění plánovaných ošetřovatelských strategií zaměřených na dosažení pacientových cílů. Pacient je hlavním účastníkem pro realizace plánu.
- Vyhodnocení – Je organizovaná, cílevědomá činnost, která hodnotí zda bylo dosaženo pacientových cílů a do jaké míry (BOROŇOVÁ, 2010).

4.1 NEJČASTĚJŠÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY U PACIENTA PO TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE

Každý člověk má své individuální potřeby, které se budou lišit podle stanovené diagnózy a vývoje onemocnění. Důležité je dbát na holistický přístup ke každému jedinci. Z ošetřovatelského hlediska se mohou u TEP objevovat tyto ošetřovatelské diagnózy:

- Bolest akutní z důvodu degenerativní změny kloubů, chirurgického zákroku, traumatizace tkání projevující se stížnostmi, šetřením končetiny, rozrušením.
- Pohyblivost porušená z důvodu bolesti, nepohodlí, neuromuskulárním postižením a omezením v rámci chirurgického výkonu a doléčení projevující se odmítáním pohybu, bolestí a nepohodlím při pohybu, omezeným rozsahem pohybu a sníženou silou svalů.
- Infekce, riziko vzniku z důvodu narušení kožní integrity, chirurgického otevření kloubní dutiny, implantace cizího tělesa, invazivních vstupů.
- Prokrvení tkáně porušené, riziko vzniku: periferní z důvodu přímého poranění cév, snížení arteriálního a venózního průtoku, edému, nesprávné dislokace protézy a hypovolemie (DOENGES, 2001).

5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE KYČELNÍHO KLOUBU

5.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTA:

Jméno a příjmení: J. K.	Pohlaví: mužské
Datum narození: 12. 6. 1959	Věk: 64 let
Adresa bydliště a telefon: Praha	
Adresa příbuzných: Praha	
RČ: 59.....	Číslo pojišťovny: 111
Vzdělání: vysokoškolské	Zaměstnání: úředník
Stav: ženatý	Státní příslušnost: česká
Datum přijetí: 22. 7. 2013	Typ přijetí: plánované
Oddělení: Ortopedické oddělení	Ošetřující lékař: MUDr. P. S.

Důvod přijetí udávaný pacientem: „Mám silné bolesti levého kyčelního kloubu. Jdu na operaci“.

Medicínská diagnóza hlavní: Coxarthrosis l. sin.

Medicínská diagnóza vedlejší: Hypertenze, diabetes mellitus (DM) II. typu, hypercholesterolémie.

Vitální funkce při přijetí:

TK: 120/80 normotenze	Výška: 180 cm
P: 69/min pravidelný	Hmotnost: 76 kg
D: 16/min pravidelný	BMI: 24 normální hmotnost
TT: 36,6 °C v normě	Pohyblivost: s omezením, při delší chůzi bolest levého kyčelního kloubu
Stav vědomí: plně orientován	Krevní skupina: A RH +

Nynější onemocnění: pacient přichází na ortopedické oddělení k plánovanému operačnímu výkonu – totální endoprotéza kyčelního kloubu. Pacient trpí 2 roky chronickou bolestí levého kyčelního kloubu, kterou léčil konzervativně.

Informační zdroje: pacient, rodina, ošetřovatelská dokumentace pacienta, ošetřující lékař.

5.2 ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza

Matka: zemřela v 79 letech na CMP.

Otec: zemřel v 75 letech na karcinom plic.

Sourozenci: sestra 60 let – zdravá.

Děti: syn – zdravý.

Osobní anamnéza

Překonané a chronické onemocnění: běžná dětská onemocnění.

Hospitalizace a operace: v roce 1989 operace pro akutní apendicitis.

Úrazy: popírá.

Transfúze: nedostal.

Očkování: prodělal očkování dle očkovacího kalendáře.

Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Lokren	Tbl.	20mg	1-0-0	antihypertenzivum
Metformin	Tbl.	1000mg	1-0-0	antidiabetikum
Sortis	Tbl.	20mg	0-0-1	hypolipidemika
Tramal	Tbl.	100mg	1-0-1	analgetika

Alergologická anamnéza

Léky: neudává.

Potraviny: neudává.

Chemické látky: neudává.

Jiné: /

Abúzy

Alkohol: příležitostně, cca. 1-2 piva týdně.

Kouření: nekouří.

Káva: 2 kávy denně.

Léky: ordinované lékařem.

Jiné drogy: neguje.

Urologická anamnéza

Překonaná urologická onemocnění: neměl problémy.

Poslední návštěva u urologa: u urologa nebyl, neměl důvod.

Samovyšetření varlat: neprovádí, žádné změny nepozoruje.

Sociální anamnéza

Stav: ženatý 32 let, má dospělého syna.

Bytové podmínky: s manželkou bydlí v rodinném domě.

Vztahy, role, a interakce v rodině: v manželství je spokojen, má dvě vnoučata, které s manželkou občas hlídají. Se snachou si velmi dobře rozumí.

mimo rodiny: v práci si se svými spolupracovníky rozumí. Má mnoho přátel v golfovém klubu.

Záliby: rekreačně hraje golf, rád jezdí na výlety s rodinou, čtení knih.

Pracovní anamnéza

Vzdělání: vysokoškolské.

Pracovní zařazení: úředník.

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: v pracovním poměru.

Vztahy na pracovišti: velmi dobré vztahy na pracovišti.

Ekonomické podmínky: finančně jsou dobře zajištěny.

Spirituální anamnéza

Religiozní praktiky: bez vyznání.

5.3 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU

Provedeno dne: 24. 7. 2013 (1. pooperační den).

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	„Hlava ani v krku mě nebolí. Používám brýle na čtení a při práci na počítači. U stomatologa jsem byl v rámci předoperační přípravy“.	Hlava normocefalická, na pokled nebolestivá. Spojivky přiměřeně prokrveny, zornice izokorické, správně reagující. Reakce na osvit přítomny, na sliznici dutiny ústní fyziologický nález. Nos bez deformit a výpotku, uši bez výtoků. Jazyk nepovleklý, bez povlaku a poranění, plazí ve střední rovině. Zápach z úst nepřítomný. Štítná žláza nezvětšena, pulzace karotid symetrická, náplň krčních žil přiměřená, uzliny nezvětšené.

Hrudník a dýchací systém	„S dýcháním žádné problémy nemám“.	Hrudník symetrický bez deformit. Prsa bez patologických změn. Plíce: poklep plný, jasný, dýchání čisté, sklípkové. Počet dechů: 16/min., pravidelné.
Srdeční a cévní systém	„Problémy s bušením srdce nemám“.	Srdce pokleповě nezvětšeno, bez zvedání hrotu, akce pravidelná, ozvy jasné, bez přídatných zvuků a šelestů. TK 120/80, P 70/min.
Břicho a gastrointestinální trakt	„Břicho mě nebolí, na stolici jsem byl před operací, větry mi odchází“.	Břicho symetrické, prohmatné, palpačně nebolestivé, bez ascitu, patologická rezistence nehmatná, játra nezvětšená, slezina nehmatná.
Močový a pohlavní systém	„Mám zavedený katetr, který mi odvádí moč. Problémy s močením nemám“.	Ledviny na poklep nebolestivé, výdej moče za 24 hod. – 1800ml. PMK 2. den. Moč čirá, bez příměsí.
Kosterní a svalový systém	„Před operací jsem trpěl klidovou bolestí levého kyčle. Teď už mám po operaci a doufám, že už to bude jen lepší“.	Kosti bez deformit, svalový tonus přiměřený věku pacienta. Horní a dolní končetina bez známek otoků. Bolestivost levého kyčelního kloubu, která je tlumena pomocí analgetik. Pohyblivost omezená.
Nervový a smyslový systém	„Čich, chuť, hmat a sluch mám v pořádku. Na čtení	Pacient plně orientován osobou, časem, prostředím a místem.

	nosím brýle“.	Tremor a tiky nepřítomné. Vědomí plné, jasné. Sluch dobrý. Staropaměť a novopaměť bez problémů. Smyslová citlivost v normě.
Endokrinní systém	„Mám cukrovku“.	Štítná žláza a pankreas nezvětšené. Pacient má DM II. typu.
Imunologický systém	„Nemám žádné alergie. Mám dobrou imunitu, na virózy netrpím“.	Alergická reakce není přítomna. Oči a nos bez výtoků. Bez známek hypertermie.
Kůže a její adnexa	„Kůže mě nesvědí, změny na kůži nemám, teď mě trápí operační rána“.	Kožní turgor přiměřený, kůže čistá, bez známek infekce, ikteru a otoků. Nehty upravené, lůžka nehtů růžová. Vlasy lehce prošedivělé. Operační rána na levém kyčelním kloubu, bez známek infekce. Pacient má zavedeny dva Redonovy drény, které odvádí přiměřené množství hemoragického sekretu. Na pravé horní končetině má pacient zavedeny dva periferní žilní katetry - 2. den, bez známek infekce.

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma	“Držím diabetickou dietu, nesladím, jím pravidelně 6x denně. Jím hodně zeleniny”.	Nelze posoudit.
	V nemocnici	“Protože mám cukrovku, tak dodržuji diabetickou dietu”.	D: 9S, BMI: 24, normální hmotnost.
Příjem tekutin	Doma	“Piji dost tekutin, nejraději mám vodu a neslazený čaj. Občas si dám pivo”.	Nelze posoudit.
	V nemocnici	“Nemám pocit žízně, dostávám infuze, piju ovocný neslazený čaj”.	Příjem tekutin: i.v. 1500ml, per os 1000ml/24hod.
Vylučování moče	Doma	“S močením žádný problém nemám”.	Nelze posoudit.
	V nemocnici	“Mám zavedený druhý den močový katetr, který mi odvádí moč”.	Pacient má zavedený PMK druhý den. Výdej moče 1800ml/24hod.
Vylučování stolice	Doma	“Stolici mám doma pravidelnou 1xdenně”.	Nelze posoudit.
	V nemocnici	“Před operací jsem se vyprázdnil. Po operaci jsem zatím na stolici nebyl”.	Stolice nebyla 2 dny, větry odchází. Peristaltika je slyšitelná.

Spánek a bdění	Doma	“Doma spím asi 7-8 hodin denně”.	Nelze posoudit.
	V nemocnici	“V nemocnici špatně usínám. V noci se často budím”.	Problémy s usínám v cizím prostředí. Po ránu se cítí nevyspalý. Patrná únava, nemocný pospává během dne.
Aktivita a odpočinek	Doma	“Rád pracuji na zahradě. Hraji rekreačně golf. Rádi jezdíme s manželkou na výlety”.	Nelze posoudit.
	V nemocnici	“Provádím přes den dechová, kondiční cvičení na lůžku”.	Má klidový režim. Pacient je unavený během dne, pospává. Navštěvuje ho rodina.
Hygiena	Doma	“Sprchuji se každý večer, vlasy si myji obden”.	Nelze posoudit.
	V nemocnici	“Potřebuji pomoc při hygieně. Ranní hygiena mi byla provedena zdravotním personálem”.	Ranní hygiena pacienta byla provedena na lůžku s pomocí zdravotního personálu. Nutná prevence proleženin a opruzenin, masáž zad.
Samostatnost	Doma	“Doma jsem byl samostatný”.	Nelze posoudit.
	V nemocnici	“Protože mám Redonovy drény, nemohu zatím vstávat z lůžka. Jsem	Klidový režim na lůžku. Nutná pomoc zdravotního personal při

		odkázán na pomoc zdravotního personálu”.	všech pacientových úkonech. Podle Barthel testu denních činností má pacient závislost střední stupně (50 bodů).
--	--	--	---

Posouzení psychického stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí		“Operační den jsem pospával. Dnes si uvědomuji vše, co se kolem mě děje”.	Pacient má jasné vědomí.
Orientace		“Jsem orientován”.	Pacient je orientován osobou, místem a časem.
Paměť	Staropaměť	“Vše co se stalo v minulosti si pamatuji”.	Nelze posoudit.
	Novopaměť	“Nemám problémy s paměťí”.	Krátkodobá a dlouhodobá paměť je nenarušená.
Myšlení		“Zatím nemám problémy, myslí mi to celkem dobře”.	Pacient má logické myšlení, otázky chápe, odpovídá úřiléhavě a věcně, řeč je plynulá.
Temperament		“Mám rád společnost a jsem	Introvert.

	pohodář”.	
Sebehodnocení	“Hodnotím se jako optimista”.	Inteligentní člověk.
Vnímání zdraví	“Uvědomuji si, že zdraví je to nejcennější, co člověk má”.	Pacient si uvědomuje, že zdraví je to nejdůležitější.
Vnímání zdravotního stavu	“Chtěl bych být co nejdříve doma se svojí manželkou”.	Pacient si je vědom svého zdravotního stavu.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	“Prožívám vše dobře, akorát jsem unavený, večer moc nespím”.	Reakce pacienta na onemocnění jsou přiměřené.
Reakce na hospitalizaci	“Mám tady problémy se spánkem, večer se často budím”.	Pacient má poruchu spánku a cítí se unavený.
Adaptace na onemocnění	“Jsem rád, že už mám operaci za sebou”.	Pacient spolupracuje a dodržuje léčebný režim.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)	“Mám obavy z budoucnosti, nevím co mě ještě čeká”.	Nemocný verbalizuje strach z budoucnosti.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací	“V roce 1989 jsem byl hospitalizován kvůli akutní apendicitidě. Vše proběhlo pořádku”.	Pozitivní zkušenost z předchozí hospitalizace.

Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	“Běžně toho namluvím dost, ale nyní jsem unavený a bolí mne operační rána”.	Slovní zásoba pacienta je dostatečná. Pacient je i přes únavu vstřícný.
	Neverbální	“Nemám problémy s neverbální komunikací, někdy je potřeba něco vysvětlit i rukama”.	Rozhovor s pacientem byl doprovázen i neverbální komunikací, gesta, mimika.
Informovanost	O onemocnění	“Při příjmu jsem byl informován o mém onemocnění”.	Pacient je o svém zdravotním stavu dostatečně informován.
	O diagnostických metodách	“Při příjmu jsem byl informován”.	Pacient je informován a bude dále, po celou dobu hospitalizace.
	O léčbě a dietě	“Byl jsem poučen o léčbě a hovořil jsem s dietní sestrou. Dietní režim dodržuji”.	Pacient je dostatečně poučen od lékaře a ošetřujících sester.
	O délce hospitalizace	“Při příjmu jsem byl informován”.	Pacient je informován.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a	Primární (role související s věkem a	“Jsem 64 letý muž”.	64 letý muž.

změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	pohlavím)		
	Sekundární (související s rodinou a společenský- mi funkcemi)	“Jsem hodný manžel, otec syna, deděček a bratr”.	Manžel, otec, deděček, bratr.
	Terciální (související s volným časem a zálibami)	“Jsem rekreační sportovec golfu, rád jezdím s manželkou na výlety, také mám rád peší turistiku”.	Rekreační sportovec, nyní v pracovní neschopnosti.

5.4 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření: KO, glykémie

Výsledky:

Krevní obraz:

Erytrocyty 4,7 x 10¹²/l (4,5 – 5,3 x 10¹²/l)

Hemoglobin 146 g/l (130 – 155 g/l)

Hematokrit 41% (37 – 43%)

Leukocyty 9 x 10⁹/l (8 – 12 x 10⁹/l)

Monocyty 3 (1 – 6)

Lymfocyty 42 (25 – 50)

Glykémie: 5,8 m/mol

Chirurgická léčba: Během hospitalizace byla provedena chirurgická léčba TEP kyčelního kloubu.

5.5 SITUAČNÍ ANALÝZA

Pacient J. K., narozen v roce 1959, tj. 64 let, přijatý na ortopedické oddělení pro plánovanou operaci TEP levého kyčelního kloubu. Pacient je orientovaný, při vědomí. Léčí se s hypertenzí, pravidelně užívá léky, krevní tlak je u něj sledován 3x denně a s DM II. typu na PAD, dodržuje dietní režim. Pacient dále trpí vysokou hladinou cholesterolu – hypercholesterolémií. Má problémy se zrakem, na čtení a při práci na počítači používá brýle. Po operaci byl pacient přeložen na jednotku intenzivní péče (JIP), kde byl hospitalizován jeden den. Poté byl přeložen zpátky na ortopedické oddělení. Nyní je první den po operaci. Pacient má zavedeny dva periferní žilní katetry (PŽK) v pravé horní končetině, pro podání infuzních roztoků a léčiv. Má také zaveden permanentní močový katetr (PMK) a dva Redonovy drény, které odvádí hemoragický sekret přiměřeného množství. Bilance tekutin je v normě, výdej tekutin je sledován pomocí PMK. Pacient je ohrožen rizikem infekce v souvislosti s PMK, PŽK, Redonovými drény a operační ránou. Pacient udává bolest s intenzitou stupně 7 (numerická škála 0 – 10, kdy 10 – je intenzivní bolest, 0 – žádná bolest). Operační rána na levém kyčelním kloubu je bez známek infekce, sterilně kryta. FF jsou v normě. Pacient potřebuje dopomoc zdravotnického personálu při hygieně, oblékání. Po operaci pacient špatně spí, často se v noci budí, poté se cítí unavený. Stolica byla naposledy den před operací, větry odcházejí. Pacient je ohrožen rizikem vzniku zácpy z důvodu nedostatečné tělesné aktivity a změny prostředí. Rodina ho navštěvuje a je mu oporou.

5.6 STANOVENÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Po rozhovoru s pacientem a na základě jeho ošetřovatelské dokumentace, po zhodnocení jeho zdravotního stavu, jsme stanovili 11 ošetřovatelských diagnóz. Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny podle NANDA taxonomie I.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

- Bolest akutní levého kyčelního kloubu z důvodu operačního výkonu projevující se intenzitou stupně 7 (numerická škála 0 - 10, kdy 10 je intenzivní bolest a 0 je žádná bolest) výrazem bolesti v obličeji, slovní verbalizací, vyhledáváním úlevové polohy a častým buzením.
- Pohyblivost porušená z důvodu operačního výkonu levé dolní končetiny projevující se stížnostmi na bolest a nepohodlím.
- Péče o sebe sama nedostatečná (závislost středního stupně - Příloha A) z důvodu pooperačního stavu, bolesti a únavy projevující se neschopností umýt se, vybrat si oblečení a obléct se.
- Tkáňová integrita porušená z důvodu chirurgické operace projevující se poškozením tkání.
- Spánek porušený z důvodu změny prostředí, úzkosti vyvolané obavami z budoucnosti projevující se zhoršeným usínáním, přerušovaným spánkem a únavou.
- Léčebný režim: individuální, účinná integrace z důvodu základního onemocnění (DM II. stupně) projevující se vyjádřením záměru omezit rizikové faktory progresu nemoci a jejich důsledků

Potencionální ošetřovatelské diagnózy:

- Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedení periferních žilních katetrů.
- Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedení Redonova drénu.
- Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedení permanentního močového katetru.
- Infekce, riziko vzniku z důvodu operační rány.

- Zácpa, riziko vzniku z důvodu nedostatečné tělesné aktivity, změny prostředí a narušení pravidelnosti defekace.

5.6.1 ZPRACOVANÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY DLE NANDA TAXONOMIE I.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

<p>1. Ošetřovatelská diagnóza: Bolest akutní levého kyčelního kloubu z důvodu operačního výkonu projevující se až intenzitou stupně 6 (numerická škála 0 - 10, kdy 10 je intenzivní bolest a 0 je žádná bolest) výrazem bolesti v obličeji, slovní verbalizací, vyhledáváním úlevové polohy a častým buzením.</p>
<p>Cíl:</p> <p>Dlouhodobý – Pacient nemá klidové bolesti od 8. pooperačního dne.</p> <p>Krátkodobý – Pacient má sníženou bolest ze stupně 6 na stupeň 2 - 3 při zavedené analgetické terapii od 2. pooperačního dne.</p> <p>Priorita: Střední.</p>
<p>Výsledná kritéria:</p> <p>Pacient umí charakterizovat svou bolest ihned.</p> <p>Pacient zná svoji úlevovou polohu a v případě bolesti ji ihned zaujme.</p> <p>Pacient slovně vyjádří účinnost analgetik do půl hodiny po podání.</p> <p>Pacient je informován o pravidelnosti a možnosti tišení bolesti – do 2 hodin.</p> <p>U pacienta se od 5. pooperačního dne zmírňuje klidová bolest ze stupně 6 na stupeň 3.</p>
<p>Plán intervencí:</p> <p>Proveď důkladné posouzení bolesti včetně lokalizace, charakteru, trvání a zhodnot'</p>

intenzitu bolesti s použitím stupnice numerické škály 0 – 10 á 2 hodiny – sestra ve službě.

Akceptuj pacientovo líčení bolesti pravidelně po dobu hospitalizace. Projev vůči pacientovi vstřícnost a přijmi jeho odpověď na bolest – sestra ve službě.

Pozoruj neverbální projevy pacienta (mimika,...) a výkyvy fyziologických funkcí, patologické výkyvy hlas lékaři (3x denně) – sestra ve službě.

Postarej se o klidné prostředí pacienta a pečuj o jeho pohodlí (namazání zad, aplikace chladu nebo tepla) po dobu hospitalizace – sestra ve službě.

Doporuč relaxační cviky (dechová cvičení), poslech hudebních nahrávek - průběžně – sestra ve službě, fyzioterapeut.

Podávej analgetika dle ordinace lékaře, sleduj jejich účinek a zaznamenávej je do dokumentace (3x denně a dle potřeby) – sestra ve službě.

Realizace:

24. 7. 2013 (1. pooperační den):

Pacient po probuzení verbalizuje bolest o hodnotě 6 na numerické škále 0 - 10. U pacienta byly zkontrolovány fyziologické funkce (TK: 125/82, P: 75, SpO₂ 97%, TT: 36,6 °C). Aplikovala jsem Dipidolor 1 amp. i.v. 3x denně dle ordinace lékaře a potřeb pacienta. Vždy po 30 minutách jsem sledovala účinek léku, popřípadě nežádoucí vedlejší účinky léku, a bolest byla vyhodnocena intenzitou 2-3. Pozorovala jsem chování, verbální a neverbální projevy pacienta. Postarala jsem se o klidné prostředí pacienta a pečovala o jeho ničím nerušené pohodlí. Na operační ránu jsem pacientovi podávala chladivé obklady dle ordinace lékaře.

25. 7. 2013 (2. pooperační den):

Pacientova bolest přetrvává. Pacientovi byl aplikován Novalgin 1amp. i.m. 3x denně. Vždy po 30 minutách jsem sledovala účinek léku, popřípadě nežádoucí vedlejší účinky léku, a bolest byla vyhodnocena intenzitou 2-3. Pacientovi jsem pomohla nalézt úlevovou polohu na zdravém boku s polštářem mezi kolena. Před rehabilitací jsem aplikovala

analgetikum, aby pacient neměl silné bolesti při cvičení s fyzioterapeutem.

26. 7. 2013 – 28. 7. 2013 (3. pooperační den – 5. pooperační den):

Bolest přetrvává. Analgetika aplikována 3x denně s účinkem do 30 minut po aplikaci. Pacient dobře toleruje bolest, udává zmírnění bolesti.

29. 7. 2013 – 31. 7. 2013 (6. pooperační den – 8. pooperační den):

Pacientova bolest ustupuje. Podala jsem Novalgin tbl. per os 3x denně s účinkem do 30 minut. Bolest hodnotí stupněm 1-2. Od 7. pooperačního ustupuje klidová bolest.

Hodnocení 31. 7. 2013:

Cíl byl splněn. Pacient byl informován o analgetické terapii. Pacientova bolest ustoupila po podávání analgetik ze stupně 6 na stupeň 1-2. Pacient nemá klidovou bolest od 7. pooperačního dne. Pacient zaujímal úlevovou polohu vždy při bolesti. Pacient vždy vyjádřil účinnost anagetik po podání do 30 minut. Pacient projevuje schopnost snižovat medikaci a kontrolovat svoji bolest.

2. Ošetrovatelská diagnóza: Pohyblivost porušená z důvodu operačního výkonu levé dolní končetiny projevující stížnostmi na bolest a nepohodlí.

Cíl:

Dlouhodobý – Pacient si zvýší sílu a funkci postižené levé dolní končetiny do 5. pooperačního dne.

Krátkodobý – Pacient si osvojí postupy umožňující opětné provádění činností do 1 dne.

Priorita: Střední

Výsledná kritéria:

Pacient bude znát rizika, která by vedly ke zhoršení stavu – ihned při příjmu.

Pacient si zachová přiměřenou sílu a funkční stav levé dolní končetiny a kožní integritu bez dekubitů do konce hospitalizace.

Pacient vyjadřuje ochotu spolupracovat a zúčastňovat se aktivně na ošetrovatelské péči do konce hospitalizace.

Pacient verbalizuje pocit pohodlí do konce hospitalizace.

Plán intervencí:

Mysli na komplikace v důsledku nepohyblivosti (dekubity, problémy s vyprazdňováním) po celou dobu hospitalizace – sestra ve službě.

Informuj pacienta o tom, jak používat zavěšené hrazdy a další pomůcky ke změně polohy 1. den hospitalizace – sestra ve službě.

Využívej různých ortopedických pomůcek na podporu postižené části těla/klobů (polštáře, opěry, fixační pomůcky) po celou dobu hospitalizace – sestra ve službě.

Pravidelně pečuj o pacientovu kůži včetně ošetřování oblastí vystavených tlakem po celou dobu hospitalizace – sestra ve službě.

Dbej na bezpečnost včetně úpravy prostředí a prevence pádu po celou dobu hospitalizace – sestra ve službě.

Pomáhej pacientovi cvičit aktivně a pasivně cviky dolních končetin po celou dobu hospitalizace – sestra ve službě, fyzioterapeut.

Realizace:

24. 7. 2013 (1. pooperační den):

Pacient měl klidový režim na lůžku. Prováděl dechová cvičení a cvičení neoperované končetiny s fyzioterapeutem. Prováděla jsem s pacientem cvičení prstů a kotníku operované končetiny během dne. Operovanou končetinu jsem umístila do antirotační botičky. Pacient byl informován, jak má používat zavěšenou hrazdu a další pomůcky ke

změně polohy.

25. 7. 2013 (2. pooperační den):

U pacienta probíhala postupná mobilizace. Před cvičením jsem podala 1 tbl. Novalginu na jeho žádost a dle ordinace lékaře. Pacient prováděl dechová cvičení a cvičení neoperované končetiny pouze na lůžku s fyzioterapeutem. Pacientovi jsem dala válec, se kterým se učil manipulovat a s ním prováděl veškeré pohyby na lůžku i z lůžka. Pacient se pokusil postavit na podpažní berle a udělal pár kroků po pokoji za pomoci fyzioterapeuta. Pacienta jsem poučila o rizikových pohybech. Pacientovi jsem doporučila, že musí nosit vhodnou obuv s pevnou patou. Noční sestra pacientovi na noc dala antirotační korýtko na operovanou končetinu.

26. 7. 2013 (3. pooperační den):

Pohyblivost se mírně zlepšila. Před cvičením jsem aplikovala 1 tbl. Novalginu na jeho žádost a dle ordinace lékaře. Přes den pacient posiloval stehenní sval operované končetiny izometrickými pohyby s fyzioterapeutem a prováděl chůzi o podpažních berlích bez zatěžování operované končetiny. S pacientem jsem během dne prováděla nácvik chůze o podpažních berlích. Pacientovu kůži vystavenou tlakem jsem promazala masážní emulzí.

27. 7. 2013 (4. pooperační den):

Pacient prováděl rehabilitační úkony z minulých dnů s fyzioterapeutem 2x denně. Poté jsem během dne s pacientem prováděla nácvik chůze o podpažních berlích. Sledováním pacienta jsem kontrolovala, jestli správně cvičí a jak vstává z postele.

28. 7. 2013 (5. pooperační den):

Pacient nacvičoval chůzi několikrát denně s fyzioterapeutem, odlehčoval operovanou končetinu.

29. 7. 2013 (6. pooperační den):

Pohyblivost se zlepšuje. Pacient prováděl rehabilitační úkony s fyzioterapeutem 2x

denně. Chůze je doprovázena bolestí operované končetiny. Pacientovi jsem po cvičení podala analgetika dle ordinace lékaře.

30. 7. 2013 - 31. 7. 2013 (7. - 8. pooperační den):

Pacientova pohyblivost je zlepšená. Rehabilitační cvičení provádí s fyzioterapeutem 2x denně. Postupně se začal učit chůzi do schodů a ze schodů s pomocí fyzioterapeuta, který ho techniku naučil.

Hodnocení 31. 7. 2013:

Cíl byl splněn. Pacient obdržel dostatek informací, umí správně cvičit a chodit. Aktivně spolupracoval se zdravotním personálem. Správně používá kompenzační pomůcky. Při pohybu docházelo k bolesti operované končetiny, která byla tlumena pomocí analgetik. Pacient si zvýšil sílu operované dolní končetiny pomocí rehabilitačních cviků, které prováděl několikrát denně. Pacient je soběstačný v denních aktivitách a verbalizoval pocit pohodlí během dní. Pacient vyžaduje doprovod pouze po schodech.

3. Ošetřovatelská diagnóza: Spánek porušený z důvodu změny prostředí, úzkosti vyvolané obavami z budoucnosti projevující se zhoršeným usínáním, přerušovaným spánkem a únavou.

Cíl:

Dlouhodobý – Pacient si zlepší spánek a odpočinek do 2 dnů.

Krátkodobý – Pacient slovně vyjádří pochopení poruch spánku do 30 minut.

Priorita: Nízká

Výsledná kritéria:

Pacient usne do 1 hodiny po uložení do lůžka.

Pacient spí v noci 6 hodin bez prerušení po dobu hospitalizace.

Pacient se po probuzení cítí odpočatý po dobu hospitalizace.

Pacient nespí během dne po dobu hospitalizace.

Plán intervencí:

Zjistí přítomnost stavů, které přispívají k nespavosti do 1 hodiny – sestra ve službě.

Zjistí od pacienta, od blízkých, jeho návykové rituály před spaním provádí, kolik hodin průměrně spí, kdy vstává do 1 hodiny – sestra ve službě.

Vyptej se na okolnosti, které ruší spánek a jak často se vyskytují do 1 hodiny – sestra ve službě.

Před spaním se postarej o klidné prostředí a přiměřený komfort (omytí rukou a obličeje, vypnutí prostěradla a urovnání lůžka) po dobu hospitalizace – sestra ve službě.

Doporuč pacientovi omezení čokolády, kofeinu/alkoholických nápojů, zejména v době před spaním po dobu hospitalizace a dle potřeby – sestra ve službě.

Podávej léky proti bolesti jednu hodinu před požadovaným usnutím, aby se maximálně využilo jejich zklidňujícího a sedativního účinku – sestra ve službě.

Realizace:

24. 7. 2013 (1. pooperační den):

S pacient jsem si promluvila o důležitosti spánku a odpočinku. Zjistila jsem, že pacient má rád před spaním vyvětranou místnost, a že spí každý den kolem 7 hodin. Večer před spaním se noční sestra postarala o klidné prostředí, upravila pokoj, zabezpečila čisté a pohodlné lůžka a vyvětrala místnost. Pacientovi byly podány léky na bolest jednu hodinu před usnutím.

25. 7. 2013 (2. pooperační den):

Pacient v noci spal nepřerušovaně. Ráno udával, že je odpočatý. Pacient během dne nespál. Večer noční sestra zabezpečila čisté a pohodlné lůžko a vyvětrala místnost.

Pacientovi byly podány léky na bolest jednu hodinu před usnutím.

26. 7. 2013 – 31. 7. 2013 (3. pooperační den – 8. pooperační den):

Pacient při ranní hygieně verbalizoval, že večer spal dobře a že se cítí odpočatý. Během noci se nebudil. Před spaním noční sestra upravila lůžko a pokoj, vyvětrala místnost a pacientovi podala léky na bolest jednu hodinu před usnutím. Pacient je klidný a spokojený.

Hodnocení:

Cíl byl splněn. Pacient umí rozeznat faktory, které mu ruší nebo zkracují spánek. Pacient usne do 1 hodiny po uložení do lůžka. Pacient má fyziologický spánek, spí 8 hodin v noci. Během dne pacient nespí a cítí se odpočatý.

Potencionální ošetřovatelská diagnóza:

4. Ošetřovatelská diagnóza: Zácpa, riziko vzniku z důvodu nedostatečné tělesné aktivity, změny prostředí a narušení pravidelnosti defekace.

Cíl:

Dlouhodobý – Pacient si udrží normálního fungování a vyprazdňování střev do konce hospitalizace.

Krátkodobý – Pacient pochopí rizikové faktory zácpy do 30 minut.

Priorita: Střední

Výsledná kritéria:

Pacientovi bude ihned zajištěna intimita při vyprazdňování na lůžku.

Pacient se bude vyprazdňovat pravidelně, frekvence a konzistence stolice bude v normě po dobu hospitalizace.

Frekvence vyprazdňování a konzistence stolice bude po dobu hospitalizace sledována.

Při vzniku zácpy se ve spolupráci s lékařem provedou účinná opatření k vyprazdňování (podání Lactulozy, glycerinových čípků,...)

Plán intervencí:

Posuď pacientovy praktiky v souvislosti s vyprazdňováním a zda má nějaké obtíže – ihned – sestra ve službě.

Dbej na dostatek soukromí a pravidelnou dobu pro defekaci po dobu hospitalizace - sestra ve službě.

Urči frekvenci, barvu, konzistenci a množství stolice. Zaznamenej stav, aby bylo později možné srovnání změn, po dobu hospitalizace - sestra ve službě.

Dle potřeby podej vhodné projímadlo (glycerinový čípek, Lactulozu) - sestra ve službě.

Informuj pacienta při příjmu a během hospitalizace o dostatečném množství příjmu tekutin a vhodných potravinách na podporu střevní mikroflóry (vláknina, jogurty,...) – lékař, nutriční terapeut, sestra ve službě.

Realizace:

24. 7. 2013 (1. pooperační den):

Od pacienta bylo zjištěno ohledně vyprazdňování, že má určitý režim, snaží se o pravidelnost. Pacienta jsem informovala o rizikových faktorech vzniku zácpy. Informovala jsem ho také, aby pil dostatečné množství tekutin a stravoval se vhodnými potravinami na podporu střevní mikroflóry (vláknina, jogurty,...).

25. 7. 2013 (2. pooperační den):

Pacient byl na stolici, na potřebu upozornil. Stolice byla formovaná, bez příměsy krve. Intimitu jsem pacientovi zajistila postranními plentami. Stolici jsem zaznamenala do dokumentace.

Od 26. 7. 2013 – Pacient byl pravidelně na stolici. Frekvence a konzistence stolice byla pravidelně sledována a zaznamenána sestrou ve službě. Intimita pacienta byla vždy zajištěna.

Hodnocení 31. 7. 2013:

Cíl byl splněn. Nedošlo u pacienta k zácpě, pouze k nepravidelnému vyprazdňování stolice. Pacient pochopil rizikové faktory vzniku zácpy a byl informován o stravování a dostatečném množství příjmu tekutin. Intimita i hygiena konečníku byla pacientovi zajištěna při každém vyprazdňování. Účinná opatření při řešení zácpy nebyla nutná.

Celkové hodnocení:

Pacient absolvoval na ortopedické klinice operaci TEP kyčelního kloubu. Komplexní ošetrovatelskou péčí jsem nemocnému poskytovala na ortopedické klinice od 1. pooperačního dne do 8. pooperačního dne. V rámci ošetrovatelské péče a lékařské terapie se stav pacienta výrazně zlepšil. Pacient byl poučen o svém zdravotním stavu, hospitalizaci snášel dobře.

Při hodnocení celkového stavu nemocného jsme stanovili 11 ošetrovatelských diagnóz 6 aktuálních a 5 potenciálních a pomocí intervencí jsme je realizovali. Pacient hodnotil jako nejzávažnější problém bolest v operační ráně levé dolní končetiny. Akutní bolest se u nemocného snížila podáním analgetik dle ordinace lékaře. Po odstranění drénů (druhý pooperační den) byla u nemocného obnovena pohyblivost a soběstačnost. Pacient měl první pooperační den problémy se spánkem, ale po tlumení bolesti pomocí analgetik před spánkem udával zlepšení spánku a snížení únavy (druhý pooperační den). Defekace byla obnovena druhý pooperační den, k zácpě nedošlo. Operační rána se hojí per primam, nekrvácí, je čistá, bez známek infekce. Pacient je poučen, jak má o ránu pečovat v domácí péči. Během hospitalizace u nemocného nedošlo ke známkám infekce. Všechny stanovené cíle se podařilo splnit.

6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Ošetrovatelská péče o pacienty po implantaci totální endoprotézy je náročná a vyžaduje vzájemnou spolupráci multidisciplinárního týmu, který se skládá z lékařů, sester, fyzioterapeutů a pomocného personálu.

Na základě uskutečnění praxe na ortopedickém oddělení, přečtením odborné literatury, ošetrovatelské dokumentace a získaných údajů od pacientů a všeobecných sester přikládám tato doporučení pro praxi

Doporučení pro všeobecné sestry:

- Klást důraz na kvalitu ošetrovatelské péče o pacienty, pro každého pacienta vypracovat individuální plán ošetrovatelské péče.
- Zvyšovat dovednosti, znalosti v oboru a odbornou kvalifikaci zdravotního personálu.
- Zajistit dostatečnou komunikaci mezi sestrami, lékaři a dalším zdravotnickým personálem.
- Respektovat nemocného, přistupovat k němu s empatií, informovat ho o dané problematice a vždy podávat aktuální údaje, v případě zajistit rozhovot s ošetřujícím lékařem.
- Pacientovi aktivně naslouchat a poskytovat mu příležitost komunikovat.
- Respektovat názory ostatních odborníků.
- Pacienta pozitivně motivovat po celou dobu hospitalizace.

Doporučení pro pacienta:

- Provádět doporučená pravidelná rehabilitační cvičení několikrát denně.
- Pečovat o svou duševní a fyzickou kondici (vydatný spánek, předcházet vyčerpání).

- Dodržovat zásady správné výživy a udržovat tělesnou váhu.
- Vyvarovat se rizikovým pohybům: nekřížit DK, nepřetěžovat operovanou DK dlouhými pochody – řídit se podle pocitu únavy, nedělat práci v předklonu a nezvedat předměty ze země tak, aby se při předklonu operovaná DK sunula po zemi vzad (hlídat DK od sebe), neuklánět se a neprovádět dřepy.
- Nenosit břemena nad 5 kg, batůžek na záda.
- Spát na pevném, rovném lůžku.
- Dodržovat nu tný šetřící režim po celý život.
- Vytrvalost chůze řídit dle pocitu únavy.
- Zajištění si potřebných pomůcek po propuštění: nástavec na WC, sedátko do vany, madla do koupelny, dlouhou lžici na obuv, atd.
- Mít zájem o zlepšení svého zdravotního stavu.

Doporučení pro rodinu:

- Pozitivně motivovat a mít zájem o společné aktivity (např. čtení).
- Nezatěžovat pacienta fyzickými požadavky.
- Upravit domácí prostředí dle potřeby pacienta (madla, protiskluzové podložky, sedátko do vany, ...).

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zabývat se péčí o pacienta s totální endoprotézou kyčelního kloubu, poskytnout odborné informace na téma totální endoprotéza kyčelního kloubu a seznámit s nimi širokou veřejnost.

V teoretické části jsme popisovali indikace, kontraindikace a komplikace vedoucí k provedení náhrady kyčelního kloubu. Dále jsme se zabývali perioperačním obdobím – předoperační přípravou, vlastním operačním výkonem, pooperační péčí a rehabilitačními postupy. Zpracováním teoretické části práce, jsme získali značné vědomosti v oblasti péče o pacienta s totální endoprotézou kyčelního kloubu, které byly později využity při vypracování praktické části.

V praktické části bakalářské práce bylo našim cílem vypracovat ošetrovatelský proces u konkrétního pacienta po náhradě kyčelního kloubu totální endoprotézou, kde jsme dle pacientovy anamnézy a fyzikálního vyšetření stanovili 11 ošetrovatelských diagnóz. Čtyři ošetrovatelské diagnózy jsme rozpracovali, naplánovali u nich cíle, intervence a následně provedli realizace s hodnocením cílů. Během ošetrovatelské péče se u pacienta podařily splnit všechny ošetrovatelské cíle.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BOROŇOVÁ, J., 2010. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I.* Plzeň: Maurea. ISBN 978-80-902876-4-8.
- DOENGES, E. a M. F. MOORHOUSE, 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry.* 2 přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-0242-8.
- DUNGL, P. et al., 2005. *Ortopedie.* 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-0550-8.
- DYLEVSKÝ, I., 2009. *Funkční anatomie.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3240-4.
- FERKO, A., Z. VOBOŘIL, K. ŠMEJKAL a J. BEDRNA, 2002. *Chirurgie v kostce.* 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-0203-4.
- HNÍZDIL J., J. ŠAVLÍK, B. BERÁNKOVÁ a J. TÝKALOVÁ, 2007. *Artróza v psychosomatickém přístupu – Artróza kyčelního kloubu.* Praha: Triton. ISBN 80-7254-913-8.
- JAHODA, D., A. SOSNA, O. NYČ, et al., 2008. *Infekční komplikace kloubních náhrad.* 1. vydání. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-158-1.
- JANÍČEK, P. et al., 2012. *Ortopedie.* Brno: Masarykova univerzita v Brně, lékařská fakulta. ISBN 978-80-2105-971-9.
- KAČINETZOVÁ, A., 2003. *Bolesti kyčelních kloubů I.* Praha: Triton. ISBN 80-7254-335-0.
- KARPAŠ, K., 2004. *Operace endoprotézy kyčelního kloubu.* 1. vydání. Hradec Králové: Nucleus HK. ISBN 80-86225-62-3.
- KLUSOŇOVÁ, E., J. PITNEROVÁ, 2005. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti.* 2. doplněné vydání. Brno: Mikadapress. ISBN 80-7013-423-2.
- KOUDELA, K. et al. 2004. *Ortopedie.* 1. vydání. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0654-2.

LANDOR, I., P. VAVŘÍK, J. GALLO a A. SOSNA, 2012. *Revizní operace náhrad kyčelního kloubu*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-254-4.

LETÁLOVÁ, H., 2004. Komplexní péče při totální endoprotéze. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, roč.12, č.9, s. 39.

MATOUŠ, M., M. MATOUŠKOVÁ a M. KUČERA, 2005. *Život s endoprotézou kyčelního kloubu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0886-8.

MIKŠOVÁ, Z., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. 1. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1442-6.

NĚMCOVÁ, J. et al., 2013. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Plzeň: Maurea. ISBN 978-80-902876-9-3.

ORTHES [online]. [citované 16. 1. 2014]. Dostupné na: <http://www.orthes.cz/index.php?module=page&record=16>.

SOSNA, A. et al., 2001. *Základy ortopedie*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-202-8.

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

ŠAFRÁNKOVÁ, A., M. NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1148-6.

VOKURKA, M., J. HUGO et al. 2009. *Velký lékařský slovník*. 9. Aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-202-5.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Barthel index (test základních všedních činností)	I
Příloha B – Typy totálních endprotéz	III
Příloha C – Stanovení anesteziologického rizika podle skórovacího schématu ASAIV	
Příloha D – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce	V

Příloha A – Barthel index (test základních všedních činností)

Činnost	Provedení činnosti	Hodnocení (body)
Najedení a napití	- samostatně bez pomoci	10
	- s pomocí	5
	- neprovede	0
Oblékání	- samostatně bez pomoci	10
	- s pomocí	5
	- neprovede	0
Koupání	- samostatně bez pomoci	10
	- s pomocí	5
	- neprovede	0
Osobní hygiena	- samostatně nebo s pomocí	5
		0
	- neprovede	
Vyprazdňování moče	- plně kontinentní	10
	- občas kontinentní	5
	- inkontinentní	0
Vyprazdňování stolice	- plně kontinentní	10
	- občas kontinentní	5
	- inkontinentní	0
Použití WC	- samostatně bez pomoci	10

	- s pomocí	5
	- neprovede	0
Přesun lůžko - židle	- samostatně bez pomoci	15
	- s malou pomocí	10
	- vydrží sedět	5
	- neprovede	0
Chůze po rovině	- samostatně nad 50 m	15
	- s pomocí 50 m	10
	- na vozíku 50 m	5
	- neprovede	0
Chůze po schodech	- samostatně bez pomoci	10
	- s pomocí	5
	- neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti:

0 – 40 bodů: vysoce závislý, **45 - 60 bodů:** závislost středního stupně,

65 – 95 bodů: lehká závislost, **100 bodů:** nezávislost

Pacient byl zhodnocen 1. pooperační den: 50 bodů.

Zdroj: ŠAFRÁNKOVÁ, 2006, s. 20.

Příloha B – Typy totálních endprotéz

Cementovaná endoprotéza



Zdroj: www.orthes.cz

Necementovaná endoprotéza



Zdroj: www.orthes.cz

Hybridní endoprotéza



Zdroj: www.orthes.cz

Hip resurfacing



Zdroj: www.orthes.cz

Příloha C – Stanovení anesteziologického rizika podle skórovacího schématu ASA

Stav	Nález
ASA 1	zdravý pacient bez klinického patologického nálezu
ASA 2	pacient s lehkým, kontrolovaným, funkčně nelimitujícím systémovým onemocněním
ASA 3	pacient s těžkým nebo obtížně kontrolovatelným systémovým onemocněním, pacienta funkčně limitujícím, neohrožujícím však trvale na životě
ASA 4	pacient s funkčně limitujícím onemocněním, které ho trvale ohrožuje na životě, dále pacienti po transplantacích, chemoterapiích, ozáření, klinicky imunodeficientní a pacienti ve střední a těžké malnutrici
ASA 5	moribundní pacient, u kterého je předpoklad úmrtí do 24 hodin a operační výkon je poslední možnost záchrany života

Zdroj: LANDOR, 2012, s. 160.

Příloha D – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpravovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelská péče o pacienta s totální endoprotézou 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