



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

Markéta Šulcová

**Ošetrovatelská péče o nemocnou po
totální endoprotéze kyčelního kloubu**

*Nursing Care of the Patient with Total Hip
Replacement*

Bakalářská práce

Praha, duben 2008

Autor práce: **Markéta Šulcová**
Studijní program: **Ošetrovatelství**
Bakalářský studijní obor: **Zdravotní vědy**

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Holubová**
Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetrovatelství 3. LF**

Odborný konzultant: **MUDr. Vladimír Pacovský**
Pracoviště odborného konzultanta: **Ortopedicko–traumatologická klinika
FNKV**

Datum a rok obhajoby: 21. duben 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 31. března 2008

Markéta Šulcová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Janě Holubové a MUDr. Vladimíru Pacovskému za jejich cenné rady a připomínky při vypracování mé bakalářské práce. Zároveň děkuji všem, kteří mi ochotně pomáhali.

Markéta Šulcová

OBSAH

1. ÚVOD	6
2. TEORETICKÁ ČÁST.....	7
2.1. Anatomie kyčelního kloubu	7
2.2. Náhrada kyčelního kloubu.....	9
2.2.1. Coxartróza.....	12
2.2.2. Příprava pacienta na operaci	13
2.2.3. Rehabilitace	14
2.2.4. Komplikace.....	15
3. KLINICKÁ ČÁST	17
3.1. Údaje nemocné.....	17
3.1.1. Průběh hospitalizace	18
3.1.2. Farmakoterapie v průběhu hospitalizace.....	22
4. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....	25
4.1. Charakteristika ošetřovatelského procesu	25
4.1.1. Model Marjory Gordonové	26
4.2. Ošetřovatelská anamnéza	28
4.3. Ošetřovatelské diagnózy.....	33
4.4. Krátkodobý ošetřovatelský plán pro 2. pooperační den	34
4.4.1. Aktuální ošetřovatelské diagnózy	34
4.4.2. Potenciální ošetřovatelské diagnózy	40
4.5. Dlouhodobý ošetřovatelský plán	43
4.6. Psychosociální zhodnocení pacientky.....	45
4.7. Edukace	47
4.8. Prognóza	48
4.9. Závěr.....	49
5. SHRnutí.....	50
Použitá literatura	51
Seznam použitých zkratk	53
Seznam příloh	54

1. Úvod

Cílem této bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o nemocnou J.H, 64 let, která byla hospitalizována na oddělení ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí s dg. coxartróza. Delší dobu trpěla bolestmi a omezením pohybu kyčlí a proto byla ortopedem indikována k vyřešení této situace totální endoprotézou kyčelního kloubu.

V klinické části se zabývám popisem anatomie kyčelního kloubu, dále je zde uveden stručný přehled vývoje a typy užívaných endoprotéz. Tato část zahrnuje i výčet nejčastějších onemocnění kloubů, které jsou možnými indikacemi k náhradě kloubu. Coxartróza zaujímá v tomto přehledu přední místo.

Jsou zde popsány i zásady předoperační a pooperační rehabilitace, která je nezbytnou součástí terapie pacientů s provedenou totální endoprotézou, dále stručný průběh hospitalizace této nemocné.

V další části je popsána ošetrovatelská péče o nemocnou, která byla prováděna metodikou ošetrovatelského procesu. K získání a zhodnocení potřebných informací byl použit model Marjory Gordonové. Jsou zde uvedeny ošetrovatelské diagnózy, stanovené ve spolupráci s nemocnou 2. pooperační den. Tuto část uzavírá psychosociální zhodnocení nemocné a její edukace.

V závěru je uveden seznam použité literatury a seznam zkratk. Práce je doplněna přílohami.

Veškeré informace zde použité jsou uvedeny se souhlasem nemocné.

2. Teoretická část

2.1. Anatomie kyčelního kloubu

Kyčelní kloub

Kyčelní kloub (articulatio coxae) je kloub kulovitý, omezený, spojuje dolní končetinu s pánevní kostí. Kloub tvoří hlavice stehenní kosti (caput femoris) a jamka pánevní kosti (acetabulum). Kloubní pouzdro je zpevněné silnými vazy, začíná při okrajích acetabula a upíná se na krček stehenní kosti. Kyčelní klouby nesou trup a balančními pohyby přispívají k udržení rovnováhy trupu.

Femur (kost stehenní)

Kost stehenní je největší a nejsilnější kost těla. Rozeznávají se na ní čtyři hlavní části: hlavice (caput femoris), krček (collum femoris), tělo (corpus femoris) a kondyly (condyli femoris). Corpus femoris na horním konci vybíhá ve dva hrboly – trochantery (trochanter major, velký chocholík a trochanter minor, malý chocholík). Distální konec těla stehenní kosti se rozšiřuje na obě strany v hrboly – epikondyly (condylus medialis, na vnitřní straně a condylus lateralis, na zevní straně).

Acetabulum (jamka kyčelního kloubu)

Acetabulum, jamka kyčelního kloubu, je nápadný okrouhlý útvar o průměru kolem 5 cm, na zevní straně pánevní kosti. Skládá se ze tří částí pánevní kosti: os ilium (kost kyčelní), os ischii (kost sedací), os pubis (kost stydká).

Pohyby kyčelního kloubu

Vlastní pohyby kyčelního kloubu jsou otáčivé pohyby hlavice v jamce, které jsou krčkem femuru převáděny v úhlovité pohyby těla femuru. Ze základního postavení, které je zaujíráno při vzpřímeném stoji, jsou možné tyto pohyby:

Flexe – přibližně do 120°

Extenze – nepatrná, do 13°

Abdukce – do 40°

Addukce – ze základního postavení do 10°

Rotace – zevní rotace do 15°, vnitřní do 35°

Střední postavení kyčelního kloubu (poloha, při které je kloubní pouzdro nejvíce uvolněno) je ve střední flexi s mírnou abdukcí a s malou zevní rotací.

Svaly kyčelního kloubu

Svaly kyčelního kloubu (musculi coxae) se dělí na přední a zadní skupinu. Na přední straně kyčelního kloubu jsou m. psoas major (velký bederní sval) a m. iliacus (sval kyčelní). Začínají od bederní páteře a od lopaty kosti kyčelní a upínají se na trochanter minor femuru. Jsou to významné flexory kyčelního kloubu.

Svaly zadní strany kyčelního kloubu tvoří na povrchu musculi glutei (svaly hýžd'ové), začínající na vnější straně lopaty kyčelní. Patří mezi ně m. gluteus maximus, uložený nejpovrchněji, m. gluteus medius, m. gluteus minimus (velký, střední a malý sval hýžd'ový) a m. tensor fasciae latae (napínač stehenní povázky). Upínají se do oblasti velkého trochanteru femuru. Funkčně jsou to abduktory, rotátory a extenzory kyčelního kloubu.

V hloubce jsou uloženy pelvitrochanterické svaly m. piriformis, mm. gemelli, m. obturatorius internus a m. quadratus femoris. Jsou převážně zevními rotátory kyčelního kloubu.

(3)

2.2. Náhrada kyčelního kloubu

O náhradu kyčelního kloubu se lékaři pokoušeli velmi dlouho. Dlouhá léta však nemohli nalézt vhodný materiál, který by splňoval potřebné vlastnosti (biologická slučitelnost, pevnost, dlouhá životnost). Dalším problémem bylo najít adekvátní způsob ukotvení endoprotézy v kosti.

V první polovině 20. století byly postupně vyzkoušeny různé materiály: zlaté folie, různé „čepičky“ ze stříbra, magnesia, zinku a slonové kosti, ze skla, pyrenového skla, viskaloidu, bakelitu, vitalia. Nejvíce se uplatnila a byla léta používaná vitaliová čepička Smith–Petersonova. Vitalium (chrom–kobaltová slitina) je používáno k výrobě hlaviček endoprotézy i dnes.

Při snaze nahradit celou hlavicí i s krčkem se objevily pokusy se slonovinou, ocelí, oskarylem, vitaliem a titanem. V souvislosti s tím byly vyzkoušeny také různé způsoby ukotvení náhrady ve femuru.

Vývoj kompletní náhrady kloubu, kdy endoprotéza nahrazovala jamku i hlavicí, zahájil P.Wiles v roce 1938. Systematicky se tímto problémem zabýval G.K.McKnee. Svůj první typ kovové náhrady navrhl v roce 1940, pacientům byla implantována až po skončení války, v roce 1951. Tato endoprotéza však neuspěla pro nevhodný materiál a nedostatečné ukotvení v kosti.

Nový trend nastartoval v Anglii začátkem 60.let J.Charnley. Použil párování kov – plast, kdy femorální komponenta byla kovová a jamka byla z plastu. Obě komponenty byly do kostí upevněny pomocí cementu. Jím vynalezený typ se s jistými modifikacemi používá dodnes.

Mezi další významné osobnosti té doby patří M.E.Müller, ortoped, který vytvořil základ nové školy. Ve své publikaci z roku 1962 přesně definoval cementovací techniku při implantaci femorální komponenty.

Vývoji endoprotézy u nás předcházely zkušenosti s operační léčbou koxartrózy na I. ortopedické klinice profesora Zahradníčka. Na vývoji první české náhrady kyčelního kloubu má velkou zásluhu zejména profesor Oldřich Čech. Dokázal nejen spoluvytvořit a zajistit výrobu implantátů a instrumentárií, ale i zavést tyto metody do praxe v celé tehdejší Československé republice.

Od začátku 60.let probíhal vývoj vlastní endoprotézy ve spolupráci s Poldi Kladno. Byl založen zejména na zkušenostech M.E.Müllera. Müllerova endoprotéza byla v roce 1969 první v Československu implantovanou totální náhradou kyčelního kloubu a byla předlohou pro vývoj endoprotézy ve spolupráci s Poldi Kladno.

Zkušební série endoprotézy Poldi – Čech I.generace byla k dispozici už v roce 1970 a jejich sériová výroba probíhala v letech 1972–1974. V roce 1972 byl zahájen vývoj endoprotézy Poldi – Čech II.generace. Tyto implantáty byly klinicky používány od roku 1974.

Femorální komponenta Poldi – Čech je používána více než 30 let a v současné době patří mezi nejstarší osvědčené cementované komponenty.

(1)

Druhy totálních endoprotéz

Náhrada kyčelního kloubu je dnes nejrozšířenější a nejpropracovanější aloplastikou (aloplastika – náhrada poškozeného kloubu implantátem). Operativně se vymění celá hlavice i kloubní jamka.

Podle typu ukotvení se totální endoprotézy dělí na cementované, kdy jsou obě komponenty fixovány kostním cementem, necementované, kdy jsou komponenty fixovány do kosti bez použití cementu a hybridní, kdy je každá z komponent fixována rozdílnou technikou.

V současné době je k dispozici je celá škála domácích i zahraničních implantátů, které jsou vhodné pro různé typy nemocných i různé anatomické situace. Výběr typu endoprotézy vždy závisí na věku pacienta, typu postižení, zkušenostech a názorech operátora. Obecně se u mladších pacientů dává přednost necementovaným endoprotézám pro jejich předpokládanou delší životnost a lepší možnost případné výměny. K nevýhodám tohoto typu endoprotéz patří bohužel jejich vyšší cena.

(11)

Indikace k provedení náhrady kloubu

Mezi onemocnění, která mohou být řešena pomocí kloubní náhrady patří

- Degenerativní poškození kloubů – osteoartróza
- Poškození kloubu úrazem – zlomenina krčku stehenní kosti, pouřazová destrukce kloubu (při zlomeninách acetabula)
- Nádorové onemocnění kosti
- Revmatická onemocnění s postižením kyčelních kloubů

Osteoartróza

Osteoartróza je nezápálivé degenerativní onemocnění kloubů, které vede k omezení pohybu v postiženém kloubu. Patří k velmi častým onemocněním, jeho výskyt s věkem přibývá. Postihuje častěji ženy. Osteoartrózou trpí nadpoloviční většina osob starších 65 let, nad 75 let až 80% populace.

Rizikové faktory pro vznik tohoto onemocnění zahrnují věk, pohlaví, genetickou predispozici, úraz, obezitu, ale i etnické a geografické vlivy. Osteoartróza není příliš častá u osob mladších 40 let, zato je nejčastějším chronickým onemocněním v pozdějším věku.

Poškozena je kloubní chrupavka, kost i přilehlé tkáně. Nejdříve dochází k poškození chrupavky, která hrubne, vznikají v ní ulcerace, odlupuje se, kost pod chrupavkou se na některých místech zhušťuje, jinde vznikají trhlinky a cysty. Následně se na kostech tvoří výrůstky – osteofyty, jimiž se kloub snaží odlehčit poškozené chrupavce. Osteofyty však omezují pohyb v kloubu, dráždí nervy a následkem toho dochází k reflexnímu stažení svalů. Z velkých kloubů dochází nejčastěji k postižení kyčelního kloubu – coxartróza.

(11, 15)

2.2.1. Coxartróza

Coxartróza může postihnout jeden nebo oba kyčelní klouby. Zpočátku se projevuje jen námahovou bolestí kyčle, později se objevuje také při zátěži normální chůzí, často jako „startovací“ bolest na začátku pohybu, přidává se i bolest klidová. Postupně dochází k omezení rozsahu pohybu kloubu.

Při vyšetření kloubního pohybu je patrné omezení rotace, bolestivost v krajních polohách kloubu. Kyčelní kloub má tendenci zaujímat postavení, ve kterém je pouzdro co nejvíce uvolněno, tedy mírnou flexi a lehkou zevní rotaci. V této pozici dochází ke kontraktuře, při chůzi je typická antalgická klaudikace, která se projevuje rychlým provedením kroku přes postižený kloub. Pokud coxartróza vzniká na základě vrozené dysplázie, bývají přítomny ještě další příznaky, například zcela atypické postavení postižené končetiny a pánve.

Etiologie

- Primární (idiopatická, neznámá) – zřejmě trvalé přetěžování kloubu při obezitě, náročném sportu, vlivem špatné výživy, genetické vlivy.
- Sekundární – může vzniknout na podkladě jiného onemocnění, jako je Perthesova choroba, vývojová dysplázie kyčlí, aseptická nekróza hlavice femuru; při užívání kortikoidů, cytostatik; po úrazu.

Vzniklé poškození chrupavek je zcela ireverzibilní.

Diagnostika: rtg , v některých případech k doplnění a upřesnění rozsahu postižení i CT a MR. Na rentgenovém snímku je patrné postupné zúžení kloubní štěrbiny, které je způsobeno snížením chrupavky. Později dochází na okrajích kloubních ploch k tvorbě osteofytů, subchondrální skleróze, objevují se pseudocysty, v pozdějších stádiích s možností vzniku nekrózy. Další progresse vede k vymizení kloubní chrupavky a rozvoji ankylózy.

Terapie: Je zaměřena zejména na prevenci vzniku závažnějších změn, omezování progresu onemocnění a tlumení bolesti. Může být konzervativní (úprava režimu, kdy je důraz kladen především na redukci hmotnosti, rehabilitace, medikamentózní léčba – analgetika, nesteroidní analgetika, chondroprotektiva) a následně chirurgická.

Pokročilá coxartróza a potíže z ní vyplývající, je nejčastější příčinou bolesti, omezení pohybu v kyčelním kloubu a následné indikaci k operačnímu řešení.

(5, 11, 15)

2.2.2. Příprava pacienta na operaci

Vzhledem k tomu, že totální endoprotéza kyčelního kloubu je náročným plánovaným operačním výkonem a termín je obvykle stanoven několik měsíců dopředu, měl by pacient přicházet do nemocnice fyzicky i psychicky připraven. Pacienty často opomíjenou, ale důležitou složkou předoperační přípravy je kondiční cvičení, zaměřené na protahování zkrácených svalů a posilování svalů ochablých.

Pacient, který při příchodu do nemocnice ovládá chůzi o berlích a je seznámen se cvičením, lépe a ochotněji spolupracuje, což v důsledku umožní i kratší dobu hospitalizace.

Už před výkonem by měl pamatovat na období po propuštění z nemocnice, vybavit svůj byt doplňky, jako jsou madla a nástavec na WC, do koupelny, sedátko na vanu. Pokud nemá odpovídající domácí zázemí, je vhodné zajištění následné péče v lůžkovém rehabilitačním zařízení.

V rámci předoperačního vyšetření je pacientovi provedeno laboratorní vyšetření krve (biochemické, hematologické, sérologické; určení krevní skupiny) a moči. Dále se provádí rtg plic, EKG a vyšetření internistou, který zhodnotí pacientův stav. Pacientům je nabídnuta možnost odběru krve na autotransfúzi. Předoperační vyšetření by nemělo být starší 14 dnů.

(5, 10)

2.2.3. Rehabilitace

Je velmi významnou součástí života pacientů před a hlavně po operaci. Rehabilitace po totální endoprotéze kyčle bývá rozdělena do tří fází, předoperační, pooperační během hospitalizace a posthospitalizační.

Předoperační rehabilitace je zaměřena na protahování a relaxaci zkrácených svalových skupin, posilování oslabených svalů. Vhodně zvolenou rehabilitační léčbou je možné pacienta na operační zákrok připravit tak, aby výsledek ortopedické operace byl optimální.

Důležitý je nácvik chůze o francouzských holích (FH) nebo podpažních berlích (PB), bez zatěžování operované končetiny, nácvik sedu, přetáčení na bok s použitím polohovacích polštářků. Dále je prováděno celkové kondiční cvičení, nácvik dechové gymnastiky a cviky na prevenci tromboembolické nemoci.

Pooperační rehabilitace v průběhu hospitalizace je zaměřena na prevenci pooperačních komplikací (tromboembolická nemoc, bronchopneumonie, dekubity), aktivaci svalstva a včasnou vertikalizaci pacienta, nácvik samostatného sedu, stoje, chůze o berlích a nácvik sebeobsluhy. V prvních dnech po operaci provádíme dechová cvičení, kondiční cvičení neoperované končetiny, aktivní cvičení hlezna a izometrické posilování hýžděových svalů a čtyřhlavého stehenního svalu.

V dalších dnech postupně přidáváme aktivní cvičení v kyčelním kloubu do flexe, maximálně do 90 stupňů, nácvik sedu na lůžku a vertikalizace. Přibližně 3.–4. pooperační den začínáme s nácvikem chůze o berlích, přidáváme přetáčení na zdravý bok s molitanovým polštářem mezi dolními končetinami, k zabránění luxačnímu pohybu.

Po zvládnutí stabilního stoje a chůze, obvykle 8. pooperační den, pokračujeme s nácvikem chůze po schodech a nácvikem sebeobsluhy.

Pacient musí být od počátku rehabilitace seznámen s pohyby, které mohou vést k luxaci kyčle. Těchto pohybů by se měl nemocný bezpodmínečně vyvarovat. Patří mezi ně zevní rotace, addukce (přitažení, pohyb ke středové rovině těla), flexe (ohnutí) nad 90 stupňů. Z nemocnice by měl odcházet schopen samostatné chůze a sebeobsluhy. Měl by pokračovat se cvičením, které se naučil.

Následná posthospitalizační rehabilitace může probíhat v lůžkovém nebo ambulantním zařízení, podle schopností a možností pacienta. Po celou dobu rehabilitace platí zásada, že stupeň zatížení operované končetiny určuje vždy operatér, který je nejlépe seznámen se stavem a možnostmi pacienta.

(5)

2.2.4. Komplikace

Po implantaci totální endoprotézy se mohou stejně jako po všech operačních výkonech vyskytovat pooperační komplikace. Podle místa vzniku mohou být lokální – v místě operačního výkonu, nebo celkové – postihující jiné systémy (kardiovaskulární, dýchací).

Komplikace mohou být časné, vznikající bezprostředně po výkonu a pozdní, které se vyskytují po několika měsících až letech po operaci.

K časným komplikacím patří infekce v oblasti operační rány nebo opožděné hojení rány.

Opožděná infekce se objevuje s časovým odstupem, obvykle 6 měsíců až 2 roky po operaci, dochází k omezování funkce a bolestivosti.

Další možnou infekční komplikací je pozdní hematogenní infekce. Obvykle jí předchází chirurgický či stomatologický výkon nebo infekce dýchacích či močových cest bez adekvátní antibiotické terapie.

Léčba se odvíjí od typu infekce, v některých případech je nutná i extrakce a reimplantace endoprotézy.

Ke komplikacím, které se mohou objevit bezprostředně po operaci, ale i v delším časovém odstupu, patří luxace endoprotézy. Může k ní dojít při nedodržení léčebného režimu, při nedostatečné stabilitě endoprotézy. K této komplikaci může dojít kdykoliv po operaci, bezprostředně po ní, během hospitalizace i po propuštění pacienta z nemocnice. Terapie je zpočátku vždy konzervativní, spočívá v repozici a následné fixaci končetiny kyčelní ortézou (spika). Při opakovaných luxacích je někdy nutné řešit tento stav operačně.

Dále může dojít k periprotetickým zlomeninám, většinou frakturám femuru, léčí se podle typu zlomeniny, konzervativně nebo operačně.

(1,5)

3. Klinická část

3.1. Údaje nemocné

Jméno a příjmení: J.H.

Věk: 64 let

Rodinný stav: vdova

Povolání: technik, asistentka

Diagnóza: coxartróza

Při přijetí: TK: 120/70

P: 80´

TT: 36,6°C

Výška: 160 cm

Váha: 68 kg

BMI: 26,56 (mírná nadváha)

Údaje z lékařské anamnézy

Rodinná anamnéza: matka karcinom močového měchýře

Osobní anamnéza: běžné dětské choroby, hypertenze; v roce 2003 fraktura humeru, léčená konzervativně

Gynekologická anamnéza: menstruace od 13 let, menopauza asi před 15 lety, 2 spontánní porody bez komplikací

Farmakologická anamnéza: Lozap H 1x1 tableta, Ibalgin při bolesti

Alergická anamnéza: alergii neudává

Návyky: nekouří, kávu pije jednou denně, alkohol příležitostně, jen červené víno

Sociální anamnéza: bydlí se svými syny ve vlastním bytě

Nynější onemocnění: coxartróza, pacientka je přijímána k plánovanému operačnímu výkonu, implantace totální endoprotézy kyčle vpravo. Obtíže dlouhodobé, asi 5 let bolesti v obou kyčelních kloubech po zátěži, nyní výrazné

zhoršení vpravo, jeden rok bolesti i v klidu, od října chůze s vycházkovou holí. Analgetika bez většího efektu. Podle rtg snímku oboustranná coxartróza.

Obtíže v dětství neudává, nikdy se s kyčlemi neléčila.

Objektivní vyšetření: pacientka je při vědomí, orientovaná, spolupracuje, eupnoická, bez ikteru a cyanózy, hydratace přiměřená.

Pravý kyčelní kloub: chůze s napadáním, v zevní rotaci, flexe 65°, rotace zevní i vnitřní 0, abdukce 0

Levý kyčelní kloub: flexe 70°, rotace zevní 5°, abdukce 10°

3.1.1. Průběh hospitalizace

Pacientka byla přijata na lůžkové oddělení 3.1.2008, jeden den před plánovaným výkonem. Následující den byla provedena operace v celkové anestézii a pacientka byla přeložena z operačního sálu na jednotku intenzivní péče ortopedického oddělení. První pooperační den byla přeložena zpět na standardní oddělení.

Od prvního dne pacientka cvičí na lůžku, třetí pooperační den se začíná posazovat na lůžku a vertikalizovat. Postupně je schopna samostatné chůze pomocí chodítka, následně i o berlích.

14. ledna, desátý pooperační den, je pacientka, schopná samostatné chůze a sebeobsluhy, propuštěna do domácího ošetřování. Je poučena o pooperačním režimu a o nutnosti kontaktovat svého praktického lékaře do tří dnů od propuštění.

Poučení pacienta při přijetí

Při přijetí na lůžkové oddělení pacient podepisuje

- Souhlas s hospitalizací
- Informovaný souhlas s operací
- Informovaný souhlas s anestézií

Pacientka byla přijímajícím lékařem seznámena s průběhem operace a jejími možnými riziky, s průběhem pooperační péče a pooperačním režimem.

Anesteziolog s pacientkou hovořil možnostech anestézie, seznámil ji s případnými komplikacemi a riziky. Pacientka dala přednost výkonu v celkové anestézii.

Souhrn provedených vyšetření

Předoperační vyšetření

Pacientka byla vyšetřena internistou, výsledky předoperačních vyšetření, popis EKG, rentgenového snímku srdce a plic si přinesla s sebou. Lékař pacientku shledal schopnou operačního výkonu v celkové anestézii.

Po přijetí byla pacientce odebrána krev na vyšetření krevní skupiny a byly objednány 2 jednotky erymasy k operaci.

Laboratorní vyšetření: vyšetření krve – hematologické vyšetření, biochemické vyšetření, sérologické vyšetření, sedimentace; vyšetření moče biochemické a mikrobiologické; vše v normě.

Pooperační vyšetření

Hematologická a biochemická vyšetření krve byla pacientce prováděna průběžně po dobu hospitalizace. Ještě v den operace byly zkontrolovány hodnoty krevního obrazu, dále první, druhý a třetí pooperační den krevní obraz a biochemie. Výsledky byly v normě, jen první pooperační den měla pacientka nižší hodnotu hemoglobinu (90 g/l). Od 5. pooperačního dne byly prováděny kontroly INR, k nastavení optimální dávky Warfarinu.

Po překladu z JIP na standardní oddělení bylo provedeno kontrolní rentgenové vyšetření operované končetiny.

Léčebná opatření

Večer před operací byl pacientce aplikován Clexane 0,4 ml s.c. a podán Hypnogen 1 tableta p.o. podle ordinace anesteziologa. Od půlnoci byla pacientka lačná. Ráno byla provedena bandáž zdravé končetiny, v rámci prevence tromboembolické nemoci, zaveden permanentní močový katetr

a periferní žilní katetr podle ordinace anesteziologa. Po podání premedikace (Midazolam 5 mg i.m.) byla pacientka převezena na operační sál.

Operace

Operace byla provedena v celkové anestézii, doba trvání výkonu 2 hodiny, byla použita necementovaná endoprotéza.

Pooperační péče

Bezprostředně po operaci byla pacientka umístěna na JIP ortopedického oddělení. Péče zde prováděná:

- Monitorace fyziologických funkcí
- Kontrola TK po 15 minutách, za čtyři hodiny v intervalu 60 minut
- Zvlhčený kyslík maskou podle potřeby
- Měření bilance tekutin po 6 hodinách
- Měření odpadu z Redonova drénu (celkem 290 ml za 24 hodin)
- Kontrola operační rány (prosáknutí sterilního krytí)
- Polohování operované končetiny (semiflexe)
- Kontrola celkového stavu nemocné

Podávaná medikace na JIP

- Infúze 5% roztoku glukózy a Fyziologického roztoku
- Analgetika Dipidolor 15 mg i.m. po 8 hodinách a Novalgin 1 g i.v. po 8 hodinách
- Clexane 0,4 ml s.c. k prevenci TEN
- Profylaktické podávání Cefazoline 2 g i.v. po 8 hodinách 24 hodin, první dávka podaná na operačním sále
- Ranital 2 ml i.v. po 12 hodinách
- Podání erymasy 300 ml

Po překladu na standardní oddělení

- Měření krevního tlaku a pulsu 2x denně
- Kontrola tělesné teploty 2x denně
- Odstranění drénu a následně převazy operační rány 1x denně, rána klidná, bez známek infekce, bez sekrece, 5. pooperační den kryjeme folií
- Zrušení periferního žilního katetru a permanentního močového katetru 3. pooperační den
- Polohování operované končetiny (semiflexe)
- Polohování pacientky na levý neoperovaný bok
- Rehabilitace zpočátku na lůžku, později nácvik sedu, vertikalizace a chůze ve spolupráci s fyzioterapeutem
- Nácvik sebeobsluhy
- Zajištění a kontrola dostatečného příjmu tekutin (1,5–2 litry za den)
- Podávání analgetik, od 4. pooperačního dne pacientka odmítá opiáty, podáváme pouze Novalgin 1 g i.m. zpočátku po 8. hodinách, později jen na noc, Coxtral p.o. 2 x denně
- Podávání chronické medikace a dalších léků, ordinovaných ošetřujícím lékařem

3.1.2. Farmakoterapie v průběhu hospitalizace

Clexane 0,4 ml – antitrombotikum, antikoagulans

Indikace: Profylaxe tromboembolické nemoci, léčba hluboké žilní trombózy

Nežádoucí účinky: hemoragie, trombocytopenie, kožní i celkové alergické reakce, reverzibilní vzestup počtu destiček a hladin jaterních enzymů, lokální reakce v místě vpichu.

Warfarin 3 mg, 5 mg tbl. – antikoagulans

Indikace: profylaxe a léčba tromboembolických chorob

Nežádoucí účinky: nevolnost, zvracení, průjem, křeče v břiše. Méně časté je vypadávání vlasů, kožní reakce, otok, zčervenání, může dojít k většímu či menšímu krvácení či vzniku modřin.

Dipidolor inj. – analgetikum, anodynum

Indikace: silné a velmi silné bolesti doprovázející nádorová onemocnění a pooperační bolesti, u nichž jsou indikovány opioidy.

Nežádoucí účinky: nejčastěji únava a ospalost, dále nauzea, zvracení, zácpa, obtíže při močení. Vzácně hypotenze, svědění a kožní erupce. Riziko závislosti se zvyšuje s dobou expozice a s podávanou dávkou.

Novalgin inj. – analgetikum, antipyretikum

Indikace: akutní silné bolesti při poraněních, operacích, kolikách, tumorech; bolesti a vysoké teploty kde jsou kontraindikována jiná antipyretika

Nežádoucí účinky: nauzea, zvracení, bolest břicha, sucho v ústech, alergická kožní reakce; vzácně celkové alergické reakce až anafylaktický šok, hypotenze, leukopenie.

Coxtral tbl. – nesteroidní antiflogistikum, analgetikum, antipyretikum

Indikace: artróza, periartropatie; bolestivé posttraumatické a pooperační záněty a edémy

Nežádoucí účinky: bolesti v epigastriu, pálení žáhy, zřídka nauzea, zvracení, bolesti břicha, průjem, meteorismus, ojediněle gastritis, bolesti hlavy, závratě; kožní alergické reakce, poruchy krvetvorby.

Paralen 500 mg tbl. – analgetikum, antipyretikum

Indikace: bolesti hlavy, zubů, chřipkové bolesti, ke snížení zvýšené tělesné teploty.

Nežádoucí účinky: vyskytují se zřídka, mohou se objevit alergické reakce, například kožní vyrážka.

Ranital inj. – antiulcerózum, antagonist H₂-receptorů

Indikace: krvácející vředy, profylaxe stresového vředu

Nežádoucí účinky: vyskytují se zřídka, může se objevit bolest hlavy, závratě, ospalost nebo nespavost, nevolnost, zvracení. Po nitrosvalové injekci se může vyskytnout přechodná bolest v místě vpichu, v místě nitrosvalového podání může vzniknout přechodná pálivá bolest nebo svědění.

Lozap H – antihypertenzivum

Indikace: léčba arteriální hypertenze

Nežádoucí účinky: bolesti hlavy, únava, nauzea, hypotenze, exantém, suchý dráždivý kašel.

Cefazoline 1g inj. rozpustný prášek – širokospektré cefalosporinové antibiotikum

Indikace: infekce vyvolané mikroby citlivými na cefazolin, infekce kůže a měkkých tkání, osteomyelitis, septikémie; jako ochrana v perioperativním období (operace dělohy, žlučníku, srdce, kostí a kloubů)

Nežádoucí účinky: alergická reakce, zažívací obtíže, nechutenství, průjem, nevolnost, zvracení.

5% roztok glukózy 500 ml – infúzní roztok k přímé intravenózní aplikaci, ředící roztok pro některé léky, základ kombinovaných infúzních roztoků

Indikace: hypoglykémie, krytí energetických potřeb organismu v rámci parenterální infuzní terapie při pooperačních stavech, šoku, protražovaném zvracení a průjmech

Nežádoucí účinky: hyperglykémie, lokální dráždění cévní stěny v místě aplikace až s možností tromboflebitidy.

Fyziologický roztok 1/1 – základní infúzní roztok k přímé intravenózní aplikaci, ředící roztok pro intravenózně podávané léky

Indikace: hypovolemie, hyponatremie, dehydratace, akutní doplnění intravaskulárního objemu

Nežádoucí účinky: přímé nejsou uváděny, možnost obecných nežádoucích účinků spojených s neodpovídající infúzní terapií–hyperhydratace, přetížení oběhu.

4. Ošetrovatelská část

4.1. Charakteristika ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelská péče o nemocnou byla prováděna metodikou ošetrovatelského procesu. Pro zhodnocení pacientky byl použit ošetrovatelský model Marjory Gordonové.

Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je systematický přístup k poskytování ošetrovatelské péče. Umožňuje využití individuálního přístupu k ošetřování každého nemocného. Sestra spolu s pacientem stanoví nejzávažnější poruchy potřeb a plánuje jejich uspokojování. Vytvořený plán a hlavně efekt poskytované péče společně průběžně hodnotí a podle výsledků usměrňuje další postup.

Ošetrovatelský proces tedy nejen uspokojuje potřeby nemocného, ale respektuje i jejich změny. Jednotlivé etapy ošetrovatelského procesu na sebe vzájemně navazují, jedna vychází z druhé, zahájení nové předpokládá splnění té předchozí.

Proces vychází ze zvoleného ošetrovatelského modelu. U každého nemocného je vedena ošetrovatelská dokumentace, která je součástí jeho zdravotní dokumentace. (14, 16)

Fáze ošetrovatelského procesu:

1. zjišťování informací a zhodnocení nemocného

V této fázi je důležité zjistit o nemocném co nejvíce informací a to pomocí ošetrovatelské anamnézy, rozhovoru a pozorováním nemocného. Zjišťujeme jeho aktuální stav, ale i jeho předchozí vývoj včetně sociální situace.

2. stanovení ošetrovatelské diagnózy

Cílem této fáze je najít to, co nemocného trápí, čím je ohrožen, a stanovit významnost těchto problémů pro poskytovanou péči. Na základě vyhodnocení získaných informací stanoví sestra ošetrovatelskou diagnózu. Stanovení diagnózy a naléhavosti řešení problému by mělo vždy probíhat ve spolupráci s nemocným. Pro toho může být prioritou něco jiného, než pro sestru, proto je nutné jeho hledisko respektovat.

3. plánování ošetrovatelské péče

Po zformulování ošetrovatelské diagnózy si stanovíme cíle a očekávané výsledky ošetrovatelské péče. Sestra navrhne činnosti, kterými chce cílů dosáhnout a vypracuje individuální plán péče.

4. provedení navržených opatření

Dochází k realizaci plánu. Činnost sestry je zaměřená na dosažení naplánovaných cílů.

5. zhodnocení efektu poskytnuté péče

V této fázi zjišťujeme, zda bylo dosaženo námi stanoveného cíle. Hodnocení provádí opět sestra i pacient. Pro další plánování je důležité mít zpětnou vazbu od člověka, který je příjemcem naší péče a vědět jak on sám vnímá dosažení, případně nedosažení, společně stanovených cílů.

Na základě výsledků hodnocení provedeme úpravu ošetrovatelského plánu, případně zaznamenáme dosažení vytyčeného cíle. (7, 14)

4.1.1. Model Marjory Gordonové

Tento model jsem si vybrala z důvodu jeho komplexního pojetí člověka. Podle tohoto modelu můžeme zhodnotit zdravotní stav člověka nemocného i zdravého. Uplatňuje se při řízení a poskytování ošetrovatelské péče v praxi.

Při použití Modelu Marjory Gordonové získáme souhrnné informace k vytvoření ošetřovatelské anamnézy a následnému stanovení ošetřovatelských diagnóz. Tak můžeme efektivně naplánovat a realizovat péči o pacienta.

Základní strukturu modelu tvoří dvanáct oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu.

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví.

Tato oblast zahrnuje pacientovo vnímání zdravotního stavu, jakým způsobem o své zdraví pečuje. Obsahuje také informace o tom, jak si pacient uvědomuje a zvládá rizika spojená se svým životním stylem a zdravotním stavem.

2. Výživa a metabolismus.

Popisuje způsob příjmu jídla a tekutin, preference určitého druhu jídla, kvalitu a kvantitu konzumovaného jídla a tekutin.

3. Vylučování.

Pravidelnost ve vylučování, potíže při vyprazdňování.

4. Aktivita, cvičení.

Způsoby udržování tělesné kondice cvičením nebo jinými aktivitami ve volném čase. Patří sem i způsob trávení volného času, zdůrazňujeme ty činnosti, které mají pro jedince největší důležitost.

5. Spánek, odpočinek.

Popisuje způsob spánku, odpočinku, způsob navození spánku, obvyklé činnosti před spaním.

6. Vnímání, poznávání.

Přiměřenost smyslového vnímání a používání kompenzačních pomůcek, zhodnocení poznávacích schopností člověka.

7. Sebekoncepce, sebeúcta.

Popisuje vnímání sama sebe, individuální názor na sebe, vnímání vlastních schopností, zálib, talentu.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy.

Popisuje způsob plnění a přijetí životních rolí, vztahy v rodině, zaměstnání. Zahrnuje individuální vnímání životních rolí a z toho vyplývajících závazků a odpovědnosti.

9. Sexualita, reprodukční schopnosti.

Poruchy nebo potíže jednotlivce v této oblasti, zahrnuje reprodukční období ženy a problémy s tím související.

10. Stres, zátěžové situace.

Nejdůležitější životní změny v posledních dvou letech, způsoby zvládání stresu, podpora blízkých.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty.

Popisuje individuální vnímání životních hodnot, cílů nebo přesvědčení, které jednotlivce ovlivňují.

(16)

4.2. Ošetřovatelská anamnéza

Hodnocení nemocné dle Modelu funkčního zdraví druhý pooperační den.

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví.

Pacientka svůj zdravotní stav označuje za vcelku dobrý, nikdy nebyla vážněji nemocná. Pravidelně v zimním období užívá vitaminové doplňky, zejména vitamín C. Na doporučení svého praktického lékaře občas bere i kalcium. Je nekuřačka, alkohol pije příležitostně, jen červené víno.

Několik let ji trápí bolesti v kyčelních kloubech, byla u ní stanovena diagnóza oboustranná coxartróza, občas užívala i chondroprotektiva a měla pocit, že „jí to pomohlo“. Má pocit, že za své současné potíže vyvolané artrózou si může sama, díky přetěžování organismu náročnou sportovní aktivitou.

Pravidelně chodí na preventivní prohlídky na stomatologii, gynekologii, absolvovala i mamografické vyšetření.

Po operaci se ještě cítí velmi slabá, udává bolesti v operované končetině, analgetika jí podle jejích slov pomáhají jen částečně.

2. Výživa a metabolismus.

Ráda jí a vaří, chuť k jídlu má dobrou. Poslední dobou si oblíbila bio výrobky, má pocit, že jsou pro ni chuťově příjemnější. Jí hodně zakysané mléčné výrobky, preferuje celozrnné pečivo. Vždy se snažila jíst zdravě.

Svůj příjem tekutin udává jako dostatečný, v práci vypije vždy minimálně 1,5 litru tekutin.

S výraznější nadváhou nikdy problém neměla, jen poslední dobou, v důsledku omezení pohybové aktivity pro bolest kyčelních kloubů, trochu přibrala. Zubní protézu nemá. BMI pacientky je 26,56 (mírná nadváha).

Po operaci zatím nemá moc chuť k jídlu, do jídla se nutí, pije dostatečně.

3. Vylučování

Močí bez problému, stolici má pravidelnou, projímadla neužívá. Potíže má jen při změně prostředí, jak sama říká trpí „cestovatelskou zácpou“. Má trochu obavy, jak zvládne vyprazdňování po operaci.

Po operaci má stále zavedený permanentní močový katetr, na stolici zatím nebyla, začíná ji to trápit, má pocit „plného břicha“. Poslední stolici měla ještě před nástupem do nemocnice.

4. Aktivita, cvičení.

Vždy byla velmi aktivní, mezi její největší koníčky patří především vysokohorská turistika, několik let působila i jako horská průvodkyně, sama organizovala výlety do hor. Poslední dobou tuto svoji oblíbenou aktivitu musela velmi omezit, díky obtížím způsobeným pokročilou coxartrózou. Doufá, že se ke svému koníčku bude po operaci opět věnovat, i když zřejmě jen v omezené míře. Ráda také plave a jezdí na kole. Plaváním se snažila udržet si a zlepšit kondici i před nástupem do nemocnice.

Před operací chodila několik měsíců s pomocí vycházkové hole.

Od prvního pooperačního dne cvičí s fyzioterapeutkou na lůžku, dnes se měla začít posazovat a vstávat, ale cvičení odmítla, necítila se na to. Cvičení jí nejde tak, jak si představovala. Má trochu strach z bolesti při větším pohybu.

5. Spánek, odpočinek

Spí ráda, někdy má potíže s usínáním, zejména po nějakém rozčilení. Léky na spaní neužívá, když nemůže usnout, čte si.

V nemocnici má se spaním problémy, vadí jí hluk z venku, občasný ruch a světlo na oddělení. Přes den pospává. Po ránu se cítí unavená.

6. Vnímání, poznávání

Nosí brýle na čtení, jiné smyslové problémy u sebe nepozoruje, slyší dobře.

S pamětí problémy neudává. Je plně orientovaná. Její slovní projev je ucelený, řeč srozumitelná, souvislá.

7. Sebepojetí, sebeúcta

Je ráda, že i přes svůj důchodový věk může pracovat, zvládá pracovní záležitosti stejně jako její mladší kolegové, to jí také významně zvyšuje sebevědomí.

Posledních několik měsíců jí však postižení kyčelních kloubů začalo velmi omezovat v pohybu, snažila se to skrývat, zejména před kolegy, ale kvůli stupňujícím se bolestem už to dál nebylo možné.

Měla trvale „špatnou náladu“, protože se nemohla věnovat svým oblíbeným aktivitám, nebyla zvyklá být v klidu.

Po operaci je podle svých slov „naštvaná sama na sebe“, má pocit, že situaci nezvládá tak, jak si představovala. Myslela si, že její zotavování po operaci bude rychlejší, nemá ráda pocit, že je v něčem na někom závislá.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Je zaměstnaná jako technik – asistent v akreditačním středisku.

Před pěti lety ovdověla. Bydlí v bytě se svými dospělými svobodnými syny, kteří na ní nejsou nijak finančně závislí. Udává, že s nimi má velmi dobré vztahy, po propuštění z nemocnice se o ni bez problémů postarají.

Má hodně přátel a známých, zejména z řad „vysokohorských turistů“.

9. Sexualita, reprodukční schopnosti.

Menstruovala pravidelně, od 13. let, asi 15. let je po menopauze. Porodila 2 syny, oba porody byly spontánní, bez komplikací.

Vzhledem k jejímu rodinnému stavu (vdova), s ní sexuální problémy nebyly rozebírány.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance

Pacientka udává, že stresy týkající se pracovních záležitostí zvládá „s přehledem“, s tím nemá problémy. Mnohem hůř však zvládá problémy, které se týkají rodiny, blízkých přátel. To pak často trpí nespavostí.

Pokud to jde, snaží se zátěžové situace řešit „s chladnou hlavou“.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty.

Není jednoznačně věřící, ale náboženství ji zajímá. Hodně čte a snaží se pochopit islám, ale i křesťanské a židovské náboženství. Po svém zotavení plánuje cestu do Izraele.

4.3. Ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelská anamnéza byla zhotovena na základě rozhovoru s nemocnou a jejím pozorováním. Dále byly použity údaje z lékařské a ošetrovatelské dokumentace. Ošetrovatelské diagnózy stanovené 2. pooperační den, 4. den hospitalizace.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny a seřazeny ve spolupráci s nemocnou s ohledem na její aktuální stav, s využitím záznamů ve zdravotnické dokumentaci.

1. bolest operované končetiny v souvislosti s operací
2. strach v souvislosti s pooperačním stavem
3. porucha soběstačnosti v oblasti hygienické péče v důsledku pooperačního stavu
4. spánek narušený z důvodu bolesti a nezvyklého prostředí
5. hypertermie v souvislosti s pooperačním stavem

Potenciální ošetrovatelské diagnózy

6. riziko vzniku infekce z důvodu porušení integrity kůže operací, zavedení periferního žilního katetru a permanentního močového katetru
7. riziko vzniku TEN v důsledku snížené pohyblivosti
8. riziko vzniku zácpy z důvodu snížené pohyblivosti a změny prostředí

4.4. Krátkodobý ošetrovatelský plán pro 2. pooperační den

V krátkodobém ošetrovatelském plánu je popsán 4. den hospitalizace.

4.4.1. Aktuální ošetrovatelské diagnózy

Bolest operované končetiny v souvislosti s operací

Cíl: pacientka bude udávat ústup bolesti do 2 hodin od podání analgetika

Plán:

- zjistit míru bolesti
- doporučit úlevovou polohu
- aplikovat analgetika dle ordinace lékaře
- použít nefarmakologických postupů (aplikace chladu)
- kontrolovat účinek podaných analgetik
- vyslechnout pacientku
- projevit účast nasloucháním, rozptýlit pacientku

Realizace:

Pacientce byla operovaná končetina uložena do molitanového nízkého „korytka“ a podložena pata. Vzhledem k pooperačnímu stavu pacientka zaujímala polohu na zádech, bez pomoci sestry ji nebyla schopna měnit. Nemocná byla uložena na elektrickém polohovacím lůžku a seznámena s možností samostatné úpravy jeho polohy. Jako úlevovou polohu jsme doporučily nastavení mírné flexe v oblasti kyčelního kloubu. Pacientka si nastavení pomocí dálkového ovladače vyzkoušela pod dohledem sestry. Doporučená poloha jí vyhovovala a obsluhu elektrického lůžka zvládla zcela samostatně.

Místo operační rány bylo ledováno. Aplikovaly jsme analgetika podle ordinace lékaře i.m. (Dipidolor 15 mg po 8 hodinách a Novalgin 1 g po 8 hodinách střídavě). Rozhovorem s nemocnou a jejím pozorováním jsme kontrolovaly účinek podaných analgetik 30 minut a 1 hodinu po

jejich aplikaci. Použily jsme verbální škálu bolesti vyjádřenou číselně 1 až 10. Opiátová analgetika byla aplikována třikrát během dne a neopiátová dvakrát.

Pacientku jsme pobízely ke sledování televize nebo četbě.

Hodnocení:

Nemocná udávala ústup bolesti během jedné hodiny po aplikaci analgetika i.m. Po podání Dipidoloru udávala rychlejší ústup bolesti, do 40 minut. Podle verbální škály bolesti udávala ústup bolesti ze 7 na 3, ale cítila se ospale, unaveně, a to pro ni nebylo zcela příjemné.

Po Novalginu byl ústup bolesti pomalejší, do 60 minut, ale subjektivně nepocítovala únavu a ospalost.

Velmi příjemné pro nemocnou bylo zejména ledování operační rány. Poloha operované dolní končetiny v korýtku jí vyhovovala, ale pouze na dobu zhruba jedné hodiny, pak bylo korýtko sestrou odstraněno.

Cíl byl splněn, ale je nutné pravidelně po čtyřech hodinách nemocné aplikovat analgetika.

Strach v souvislosti s pooperačním stavem

Cíl: pacientka bude udávat ústup strachu, zvýšení psychické a fyzické pohody

Plán:

- aktivně nemocné naslouchat
- poskytnout přiměřené informace
- uznat normálnost strachu
- pomoci nemocné stav zvládnout
- umožnit pacientce rozhovor s lékařem

Realizace:

Pacientka měla obavy z výsledku operace, měla pocit, že její pooperační stav není takový, jaký by měl být, cítila se poměrně unavená

a „neohrabaná“. Bála se, jestli operace dopadla dobře, když není schopna samostatně pohybovat s operovanou končetinou.

Bylo nutné najít si dostatek času na rozhovor s pacientkou, ujistit ji, že její pooperační stav není nijak mimořádný. Uklidnit ji a vysvětlit, že každý pacient se zotavuje různou rychlostí. Pacientka si měla možnost promluvit o svých obavách z výsledku operace i s ošetřujícím lékařem. Její strach z bolesti při pohybu jsme minimalizovaly podáváním analgetik ve vhodných intervalech.

Hodnocení:

Cíl byl splněn, pacientka udává zmírnění strachu. Začíná věřit, že její pocity a obavy jsou normální, hodně jí pomohlo aktivní naslouchání sestry a rozhovor s ošetřujícím lékařem.

Porucha soběstačnosti v oblasti hygienické péče v důsledku pooperačního stavu

Cíl: pacientka bude více samostatná a aktivní při provádění osobní hygieny na lůžku, zvládne si umýt dolní končetiny

Plán

- zajistit potřebné pomůcky
- všechny hygienické potřeby musí být pro nemocnou snadno dosažitelné
- umístit bezpečně umyvadlo s vodou k lůžku
- asistovat pacientce při vykonávání hygienické péče
- respektovat stud a soukromí nemocné

Realizace:

Pacientce jsme vyndaly hygienické potřeby z příruční tašky a umístily je na noční stolek. Na výklopnou desku stolku bylo postaveno umyvadlo v takové výšce, která pacientce vyhovovala. Pacientka byla vybídnuata k samostatnému umytí těch částí těla, na které si bez

problémů dosáhne a byla jí nabídnuta pomoc s umytím těch částí těla, na které si nedosáhne.

Vzhledem k pooperačnímu stavu byla hygiena vykonávána pouze na lůžku. Pacientka si umyla horní polovinu těla. Dolní polovinu těla jsme jí umyly. Po přetočení na neoperovaný bok jsme pacientce umyly záda. Pacientka byla poučena, že při přetáčení na bok musí mít mezi dolními končetinami molitanový blok, k zamezení případné luxace endoprotézy. Nemocná byla v té době na pokoji sama, intimní partie měla odkryty jen na nezbytně nutnou dobu, před sestrou neměla pocít studu.

Hodnocení:

Cíl byl splněn, pacientka byla schopna vykonat hygienickou péči na lůžku optimálně vzhledem ke svému stavu. Při provádění večerní hygieny byla více samostatná a aktivní, byla schopna pokrčít a umýt si neoperovanou dolní končetinu.

Po nácviku vertikalizace 3. pooperační den je nutné zaměřit se na nácvik soběstačnosti v oblasti hygienické péče mimo lůžko.

Spánek narušený v důsledku bolesti a nezvyklého prostředí

Cíl: pacientka bude v noci spát nepřetržitě alespoň 5 hodin a bude se cítit odpočatá

Plán:

- vytvořit prostředí vhodné pro spánek
- podporovat spánkové návyky
- zamezit pospávání pacienty během dne
- zabezpečit pohodu pacientky
- podle potřeby podat hypnotika podle ordinace lékaře
- aplikovat analgetika podle ordinace lékaře
- doporučit úlevovou polohu

Realizace:

Večer jsme po provedení hygieny urovnaly a přestlaly lůžko, pokoj jsme důkladně vyvětraly a na žádost pacientky ztlumily topení. Aplikovaly jsme analgetika dle ordinace lékaře k odstranění bolesti (Dipidolor 15mg i.m.). Pacientka si sama pomocí ovladače nastavila vyhovující polohu lůžka. Pacientku jsme seznámily s možností podání hypnotika, pokud by i přes odeznění bolesti nemohla spát. Snažily jsme se o omezení ruchu na chodbě v nočních hodinách a v noci jsme zbytečně nechodily do pokoje nemocné.

S lékařem jsme konzultovaly možnost podání hypnotika (Hypnogen 1 tableta), pokud pacientka nebude schopná do půlnoci spontánně usnout. Lékař naordinoval podání hypnotika při nespavosti.

Pacientka se snažila nespávat během dne, rozptylovala se četbou a cvičením na lůžku.

Hodnocení:

Splnění nebo nesplnění cíle bylo možné zjistit až následující den. Cíl splněn nebyl, pacientka bolesti po podání analgetika neměla, ale odmítla nabízené hypnotikum, nespala nepřetržitě 5 hodin a necítila se odpočatá.

Hypertermie v souvislosti s pooperačním stavem projevující se tělesnou teplotou 38,0 °C , zvýšeným pocením a únavou

Cíl: pacientka bude mít tělesnou teplotu pohybující se ve fyziologickém rozmezí do 5 hodin od zjištění hypertermie

Plán:

- podávat antipyretika podle ordinace lékaře
- kontrolovat tělesnou teplotu nemocné po 2 hodinách

Realizace

Při kontrole tělesné teploty v 7 hodin byla u pacientky zjištěna tělesná teplota 38,0°C, ošetřující lékař naordinoval podání antipyretika (Paralen 500 mg p.o.).

Pacientce bylo podáno v 7.30 antipyretikum (Paralen 500 mg p.o.), za dvě hodiny byla změřena TT, došlo k poklesu na 37,5°C. V 11.30, při další kontrole, byla tělesná teplota pacientky 36,8°C.

Hodnocení:

Cíl byl splněn. Pacientce byla kontrolována tělesná teplota v intervalu dvou hodin až do 22 hodin. Po celý zbytek dne měla pacientka tělesnou teplotu v rozmezí 36,6 – 36,9°C.

4.4.2. Potenciální ošetrovatelské diagnózy

Riziko vzniku infekce z důvodu porušení integrity kůže operací, zavedení periferního žilního katetru a permanentního močového katetru

Cíl: pacientka bude po dobu hospitalizace bez známek infekce v místě zavedení periferního žilního katetru, bez známek močové infekce, operační rána bude bez známek infekce, suchá, klidná

Plán:

- sledovat 2x denně okolí místa vpichu periferního žilního katetru, všimnout si případného zarudnutí
- při aplikaci infúzních roztoků a proplachování katetru si všimnout bolesti, změny okolí místa vpichu
- udržovat místo vpichu v čistotě
- kontrolovat 2x denně operační ránu
- dodržovat zásady hygieny a asepsy při převazu
- dodržovat zásady hygieny a asepsy při péči o permanentní močový katetr
- kontrolovat množství a vzhled moči
- omezit zavedení permanentního katetru na nezbytně dlouhou dobu

Realizace:

Okolí místa vpichu periferního žilního katetru bylo kontrolováno 2x denně, pacientka byla seznámena s možnými komplikacemi a poučena o tom, aby každý nepříjemný pocit pociťovaný v oblasti zavedení periferního katetru hlásila sestře.

Operační rána byla převázána po provedení ranní hygieny. Byla klidná, jen s mírnou sekrecí v místě odstranění Redonova drénu předchozí den. Po dezinfekci byla kryta sterilními čtverci. Při kontrole za 6 hodin bylo krytí suché.

Množství moči bylo 2500 ml za 24 hodin, moč byla čirá, bez příměsí. Podle ordinace lékaře jsme pacientce ponechaly periferní močový katetr.

Hodnocení:

Nemocná byla bez známek infekce, místo vpichu i okolí periferního žilního katetru i operační rána byly klidné. U nemocné nebyly pozorovány subjektivní ani objektivní známky močové infekce (pálení, řezání v urogenitální oblasti, zakalení, příměsí v moči).

Riziko vzniku TEN v důsledku snížené pohyblivosti

Cíl: pacientka bude bez známek TEN (otok lýtka, bolest, barevné změny kůže), bude znát cviky na prevenci TEN a bude schopna je sama aktivně provádět

Plán:

- zabandážovat pacientce dolní končetiny, levou neoperovanou končetinu od špiček prstů až do třísel, operovanou končetinu zabandážovat od špiček prstů nad koleno
- kontrolovat funkčnost bandáže
- aplikovat antikoagulancia podle ordinace ošetřujícího lékaře
- seznámit pacientku s cévní gymnastikou a vybízet ji ke cvičení

Realizace:

Pacientka měla zabandážované končetiny už z předchozího dne. Provedly jsme úpravu bandáže na obou dolních končetinách. Během dne jsme opakovaně kontrolovaly provedenou bandáž a všímaly si jejího případného shrnutí nebo uvolnění.

Seznámily jsme pacientku s nutností cvičit dolními končetinami v kotnících aktivně během dne.

Večer v 18 hodin byl aplikován Clexane 0,4 ml s.c. dle ordinace lékaře.

Hodnocení:

Pacientka je bez známek TEN, zná a aktivně sama provádí na lůžku cviky k prevenci TEN. Přiložená bandáž je funkční.

Riziko vzniku zácpy v důsledku snížené pohyblivosti a změny prostředí

Cíl: pacientka během hospitalizace nebude trpět zácpou

Plán:

- poučit pacientku o nutnosti přijímat dostatečné množství tekutin
- poučit pacientku o významu vlákniny v potravě
- povzbuzovat pacientku k pohybu dle jejích možností
- zajistit dostatek soukromí při pokusu o vyprázdnění

Realizace:

S pacientkou jsme hovořily o nutnosti přijímat dostatek tekutin, o významu vlákniny v potravě, to pro ni není problém. Při návštěvě požádala syna o přinesení ovoce a zakysaných mléčných výrobků, které mají obvykle příznivý vliv na její vyprazdňování. Snaží se pohybovat na lůžku podle svých možností, cvičí dolními končetinami, provádí střídavé zatínání a uvolňování břišních svalů, za pomoci sestry se otáčí na levý neoperovaný bok.

Vzhledem k pooperačnímu stavu při pokusu o defekaci používá podložní mísu. Její používání vnímá pacientka velmi negativně, nefyziologická poloha a nutnost vyprazdňovat se na lůžku je pro ni nepříjemné.

Při pokusu o vyprázdnění je ponechána na pokoji sama.

Hodnocení:

Pacientka se 2. pooperační den nevyprázdnila.

4.5. Dlouhodobý ošetrovatelský plán

Během hospitalizace jsme se u nemocné zaměřily především na nácvik soběstačnosti a minimalizaci možných pooperačních komplikací. V dlouhodobém ošetrovatelském plánu je popsán průběh hospitalizace od třetího pooperačního dne do propuštění pacientky.

Pacientce byly z důvodu rizika vzniku infekce odstraněny veškeré invazivní vstupy 3. pooperační den. Byla schopna samostatného a dostatečného příjmu tekutin a stravy, lékařem nebyly ordinovány léky podávané intravenózně, proto jsme odstranily periferní žilní katetr.

Vzhledem k zvládnutí přesunu z lůžka na přenosné WC, jsme dle ordinace lékaře odstranily i permanentní močový katetr.

Po celou dobu hospitalizace jsme pravidelně kontrolovaly vzhled a stav operační rány. Při převazu byly přísně dodržovány hygienické a aseptické postupy nutné k prevenci vzniku infekčních komplikací, které se mohou po operaci vyskytnout a významně prodloužit dobu hojení operační rány a tím pacientovi znepříjemnit pobyt v nemocnici i následnou posthospitalizační rehabilitaci. Zpočátku byla při každém převazu kryta sterilními čtverci, od 5. pooperačního dne folií.

Při nácviku soběstačnosti jsme se spolu s fyzioterapeutkou zaměřily na nácvik zvládnutí samostatné chůze pomocí francouzských holí (dále FH) a zvládnutí celkové hygieny, což bylo pro pacientku velmi důležité. Vzhledem k tomu, že pacientka byla po dobu hospitalizace umístěna na pokoji s koupelnou a WC, byla schopná již 3. pooperační den odpoledne dojít s pomocí vysokého chodítka v doprovodu sestry do koupelny. Od 6. pooperačního dne byla také schopna samostatné chůze pomocí FH.

S tím, jak se zvyšovala fyzická aktivita a mobilita pacientky, došlo i k úpravě spánkového režimu, spala jen v době poledního klidu a v noci začala spát lépe, než v období časně po operačním výkonu.

Pacientka měla zpočátku problémy s vyprazdňováním stolice, velmi negativně vnímala nutnost používat podložní mísu na lůžku. Vzhledem k zavedení močového katetru pacientka použila podložní mísu pouze třikrát, při neúspěšném pokusu o defekaci. Od 4. pooperačního dne měla pravidelnou stolici jedenkrát denně, normálního vzhledu i konzistence.

Pacientka byla 10. pooperační den propuštěna do domácího ošetřování, schopná samostatné chůze s pomocí FH a sebeobsluhy. Byla poučena o dodržování pooperačního režimu a nutnosti kontaktovat svého praktického lékaře do tří dnů od propuštění z nemocnice.

4.6. Psychosociální zhodnocení pacientky

Nemoc a následná hospitalizace je významným zásahem do života každého jedince. Očekává se od něj, že bude plnit svou novou roli pacienta a stává se závislým na ostatních lidech. Ne každý se touto situací vyrovnává zcela bez problémů, zejména při první hospitalizaci člověk neví, co přesně se od něj očekává ani co může očekávat od svého okolí.

Jsou lidé, kteří hospitalizaci snášejí bez větších psychických problémů, zejména někteří osamělí jedinci. Ti mohou v nemocnici spatřovat i místo navázání sociálních kontaktů.

Většina lidí však pobyt v nemocničním zařízení a s ním spojenou relativní izolaci vnímá velmi negativně, a snaží se o rychlý návrat do svého domácího prostředí.

Pacientka J.H. nikdy předtím hospitalizovaná nebyla, kromě krátkého pobytu v porodnici. Do nemocnice přišla na plánovaný operační výkon, měla dostatek času se na pobyt předem připravit. Přesto během hospitalizace nebyla zcela psychicky vyrovnaná. Zejména v období těsně po operaci trpěla obavami z výsledku operace, byla přesvědčena, že se její stav nevyvíjí tak, jak očekávala. Měla pocit, že její návrat k soběstačnosti by měl být rychlejší a intenzivnější.

Neustále zdůrazňovala, že za své onemocnění kloubů si může sama jejich přetěžováním. Po několika rozhovorech se sestrou i ošetřujícím lékařem nakonec uznala, že její stav je zcela v normě a že za své onemocnění nenese zodpovědnost.

Vzhledem k tomu, že pacientka má dva syny a několik přátel, kteří ji pravidelně navštěvovali, příliš netrpěla pocitem sociální izolace. Ale i přesto se těšila na propuštění z nemocnice. Nepříjemná pro ni byla především závislost na sestřích v oblasti péče o osobní hygienu, proto se velmi snažila být co nejdříve samostatná.

Po celou dobu hospitalizace byla komunikativní, snažila se spolupracovat a plnit doporučení personálu. Přes své počáteční obavy z hospitalizace a výkonu proběhl její pobyt v nemocnici bez větších problémů.

Po propuštění se o ni budou starat její dva synové, se kterými má velice hezký vztah. Doma má již připravené potřebné zázemí – madla na WC a v koupelně, sedátko na vanu, nástavec na WC – tak, aby byla schopna samostatného pohybu a hygieny.

Pacientka trpí oboustrannou coxartrózou, podle názoru ošetřujícího lékaře bude nutné, aby stejný zákrok podstoupila v horizontu několika let znovu, na druhé dolní končetině. Proto byla ráda, že pobyt na našem oddělení nakonec zvládla a při další hospitalizaci už, jak sama uvedla, „bude vědět, do čeho jde“.

4.7. Edukace

Edukace pacientů je nedílnou součástí práce každé sestry. Sestra, která je s pacientem denně ve velmi těsném kontaktu je často tou osobou, ve kterou má pacient důvěru a její doporučení obvykle bere velmi vážně.

Při edukaci pacientů bychom si měly vyhradit dostatek času, podle možností zajistit co největší klid, soukromí a brát ohled na pacientovy schopnosti informace přijmout a zpracovat. Jinak budeme přistupovat k edukaci nemocného adolescenta a jiný přístup musíme zvolit u klienta vysokého věku. Při edukaci pacientů se podle možností snažíme zapojit a edukovat i další rodinné příslušníky.

Důležitou částí edukace je i vyhledávání zpětné vazby, otázkami zjišťujeme, zda nám klient porozuměl tak, jak jsme si představovaly. Musíme mu také poskytnout dostatek času na dotazy v případě nějakých nejasností.

U paní J.H. jsme se od samého začátku zaměřily na to, aby byla seznámena a uvědomovala si „zakázané pohyby“ pro pacienty po totální endoprotéze kyčle. Provádění těchto pohybů v kyčli by mohlo vést k následné luxaci endoprotézy. Patří mezi ně zevní rotace, addukce (přitažení, pohyb ke středové rovině těla) a flexe (pokrčení) v kyčli větší než 90 stupňů.

S těmito pohyby byla seznámena 1. pooperační den fyzioterapeutkou a po celou dobu pobytu jí byly připomínány. Pacientka byla poučena o tom, že nesmí křížit operovanou končetinu přes druhou, při otáčení musí mít molitanový klín mezi dolními končetinami, aby možnost případné luxace byla omezena na nejnižší možnou míru.

Před odchodem z nemocnice byla dále seznámena s možností vzniku infekčních komplikací. S každou, třeba i běžnou infekcí, musí pacienti po endoprotéze navštívit lékaře, aby byla nasazena adekvátní antibakteriální léčba a předešlo se tak přenosu infekce do tkání v okolí kloubní náhrady.

Pacientka při edukaci spolupracovala dobře, před odchodem z nemocnice byla schopna určit zakázané pohyby, věděla jak si správně sedat a vstávat ze židle.

4.8. Prognóza

Implantace totální endoprotézy kyčelního kloubu je operačním výkonem, který představuje významný zásah do organismu člověka. Pro mnoho pacientů je jedinou cestou zpět do normálního života bez bolesti a bez výrazného pohybového omezení.

Úspěšnost zařazení do běžného života závisí zejména na aktivním přístupu každého operovaného jedince. Při dodržování doporučeného režimu mohou současné moderní typy endoprotéz sloužit pacientům velmi dlouho.

Paní J.H. je při propuštění z nemocnice seznámena s pooperačním režimem, s nutností pravidelně docházet na kontroly ke svému operatérovi. Pokud bude i nadále spolupracovat a nenastanou nějaké nepředvídané komplikace, je její prognóza dobrá.

4.9. Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zpracování případové studie ošetřovatelské péče o nemocnou po provedení totální náhrady kyčelního kloubu, která byla hospitalizována na našem pracovišti. Vzhledem k tomu, že ji v brzké době čeká stejná operace na druhém kyčelním kloubu, doufáme, že i její další hospitalizace proběhne úspěšně.

V klinické části jsem popsala anatomii kyčelního kloubu, uvedla jsem používané typy náhrad kloubu. Je zde zmíněn i stručný přehled vývoje náhrad kyčelního kloubu v zahraničí i u nás. Dále jsem zde uvedla nejčastější onemocnění v jejichž důsledku je nejčastěji prováděna náhrada kloubu. Je zde popsán průběh hospitalizace pacientky od přijetí do nemocnice až po propuštění.

V ošetřovatelské části jsem použila metodiku ošetřovatelského procesu a model Marjory Gordonové k získání a zhodnocení potřebných informací o nemocné. Pomocí získaných informací jsem ve spolupráci s nemocnou, s přihlédnutím k jejímu aktuálnímu zdravotnímu stavu, stanovila aktuální a potenciální ošetřovatelské diagnózy. Dále je zde uveden krátkodobý a dlouhodobý ošetřovatelský plán.

V závěru práce jsem se věnovala psychosociálnímu zhodnocení nemocné a její edukaci. Práci uzavírá seznam použitých zkratek a přílohy.

5. Shrnutí

V této případové studii jsem se věnovala problematice ošetrovatelské péče prováděné u nemocné po plánované ortopedické operaci. Totální endoprotéza kyčelního kloubu je v současné době nejrozšířenější aloplastikou (aloplastika – náhrada poškozeného kloubu implantátem) prováděnou na ortopedických pracovištích. Proto se zde s ošetřováním pacientů po tomto operačním výkonu setkáváme velmi často.

Je to zákrok pro pacienty velmi náročný po fyzické i po psychické stránce. Obvykle přicházejí do nemocnice s ambivalentními pocity. Vzhledem k tomu, že před operací většinou trpí poměrně velkými bolestmi, které jsou pro ně omezující, na výkon se těší, ale zároveň nemají zcela jasnou představu, co přesně je čeká a zcela přirozeně prožívají také strach z operace samotné i z jejího výsledku.

Příznivý výsledek operačního výkonu ovlivňuje nejen zručnost a odbornost operátora, ale i dobrá spolupráce celého zdravotnického týmu a v neposlední řadě také aktivní zapojení pacienta do péče o svůj zdravotní stav.

Použitá literatura

1. Čech, O., Džupa, V.: Revizní operace náhrad kyčelního kloubu. Praha, Galén 2004. ISBN 80-7262-269-2.
2. Čechová, V., Mellanová, A., Kučerová, H.: Psychologie a pedagogika II. Praha. INFORMATORIUM 2004. ISBN 80-7333-028-8.
3. Čihák, R.: Anatomie I. Praha. Grada Publishing 2001. ISBN 80-7169-970-5.
4. Doegnes, M.E., Moorhouse, M.F.: Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha, Grada Publishing 2001. ISBN 80-247-0242-8.
5. Dungl, P. a kol.: Ortopedie. Praha, Grada Publishing 2005. ISBN 80-247-0550-8.
6. Křivohlavý, J.: Psychologie nemoci. Praha, Grada Publishing 2002. ISBN 80-247-0179-0.
7. LEMON 1 : Učební texty pro sestry a porodní asistentky Copenhagen, WHO/EURO 1996. ISBN 80-7013-234-5.
8. Matouš, M. a kol.: Život s endoprotézou kyčelního kloubu. Praha, Grada Publishing 2005. ISBN 80-247-0886-8.
9. Pavlíková, S.: Modely ošetřovatelství v kostce. Praha, Grada Publishing 2006. ISBN 80-247-1211-3.
10. Sosna, A. a kol.: Náhrada kyčelního kloubu. Praha, TRITON 2003. ISBN 80-7254-302-4.
11. Sosna, A., Vavřík, P., Krbec, M., Pokorný, D. a kol.: Základy ortopedie. Praha, TRITON 2001. ISBN 80-7254-202-8.
12. Staňková, M.: Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe – České ošetřovatelství 3. Brno, IDV PZ 1999. ISBN 80-7013-282-5.
13. Staňková, M.: Jak provádět ošetřovatelský proces – České ošetřovatelství 4. Brno, NCO NZO 2004 ISBN 80-7013-283-3
14. Staňková, M.: Základy teorie ošetřovatelství. Praha, Karolinum 1996. ISBN 80-7184-243-5

15. Šafránková, A., Nejedlá, M.: Interní ošetrovatelství II. Praha, Grada Publishing 2006. ISBN 80-247-1777-8.
16. Trachtová, E. a kol.: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno, NCO NZO 2006. ISBN 80-701-3324-4.
17. Vokurka, M., Hugo, J.: Praktický slovník medicíny. Maxdorf, Praha 1998. ISBN 80-85800-81-0.

Seznam použitých zkratk

BMI ...	body mass index, index tělesné hmotnosti
CT.....	počítačová tomografie
Dg.....	diagnóza
EKG... ..	elektrokardiografie
FR.....	fyziologický roztok
FH	francouzské hole
G.....	glukóza
i.m.....	intramuskulární
INR.....	protrombinový čas, test hemokoagulace
i.v.....	intravenózní
JIP.....	jednotka intenzivní péče
m.....	musculus
mm.....	musculí
MR.....	magnetická rezonance
P.....	puls
PB.....	podpažní berle
Rtg	rentgen
s.c.....	subkutánní
tbl.....	tableta
TEN ...	tromboembolická nemoc
TK.....	krevní tlak
TT	tělesná teplota

Seznam příloh

Příloha č.1..... Postup náhrady kyčelního kloubu endoprotézou

Příloha č.2..... Ošetrovatelská dokumentace