UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství

Ošetřovatelská péče o nemocného s dg. Pertrochanterická zlomenina řešená osteosyntézou DHS

Nursing care of the patient with pertrochanteric fracture treated by ORIF (DHS)

případová studie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha, únor 2009 **Jana ZOUFALÁ**

Autor práce: **Jana Zoufalá**

Bakalářský studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Bakalářský studijní obor: **Zdravotní vědy**

Vedoucí práce: **Mgr. Lenka Gutová, MBA**

Pracoviště vedoucího práce: Ústřední vojenská nemocnice Praha

Odborný konzultant: **MUDr. Juraj Beňa**

Pracoviště odborného konzultanta: Ústřední vojenská nemocnice Praha
Klinika ortopedie a traumatologie a
rekonstrukční chirurgie

Termín obhajoby: **duben 2009**

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 15. února 2009 Jana Zoufalá

Obsah:

1. ÚVOD 6

2. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A DIAGNÓZY 7

2.1 Identifikační údaje 7

2.2 Lékařská anamnéza 7

2.3 Lékařské diagnózy 9

3. KLINICKÁ ČÁST 10

3.1 Charakteristika a etiologie onemocnění 10

3.2 Klinický obraz a vyšetření 11

3.3 Klasifikace pertrochanterických zlomenin 13

3.4 Terapie (řešení) pertrochanterické zlomeniny 13

3.5 Operační léčení 13

3.6 Standard fyzioterapie po osteosyntéze DHS 17

3.7 Ošetřovatelská péče nemocného s pertrochanterickou zlomeninou řešenou osteosyntézou DHS 18

3.8 Prognóza 19

3.9 Průběh hospitalizace 19

4. DIAGNOSTICKO-TERAPEUTICKÁ PÉČE 21

4.1 Laboratorní vyšetření 21

4.2 Fyziologické funkce 21

4.3 Farmakoterapie 22

5. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST 26

5.1 Subjektivní náhled pacienta na nemoc a hospitalizaci 26

5.2 Pohled sestry na pacienta 27

5.3 Potřeby nemocného 27

5.4 Ošetřovatelské diagnózy 32

5.5 Plán ošetřovatelské péče **32**

5.6 Edukace pacienta **41**

5.7 Edukace rodiny **42**

5. ZÁVĚR **43**

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY **46**

8. JINÉ ZDROJE: **47**

9. SEZNAM ZKRATEK: **48**

10. SEZNAM PŘÍLOH **49**

1. Úvod

Pracuji na Oddělení následné ošetřovatelské péče, kde se vedle jiných lékařských diagnóz setkávám poměrně často s diagnózou pertrochanterické zlomeniny a hlavně s jejími následky a dopady na geriatrického pacienta i jeho rodinu.

Jedná se o úraz, který může mít své následky velice rozmanité, a to jak v oblasti návratu ke zdraví v sociálně ekonomické sféře. Zlepšení zdravotního stavu po pertrochanterické zlomenině u geriatrického pacienta je různé, limitujícím faktorem může být vysoký věk, polymorbidita i snížená fyzická výkonnost.

Pacient, kterého jsem si pro svou závěrečnou bakalářskou práci vybrala byl poměrně komplikovaným pacientem a v nemocnici byl hospitalizován již od dubna 2008, celkem téměř 8 měsíců. V průběhu hospitalizace byl překládán v rámci nemocnice z Interní kliniky na LDN, poté Ortopedicko-traumatologické oddělení a na závěr hospitalizace na Oddělení následné ošetřovatelské péče. Jeho cesta za uzdravením mě zvlášť zajímala, protože přes veškerá úskalí, která hospitalizace přinášela, projevoval od samého počátku pobytu touhu vrátit se domů.

2. Lékařská anamnéza a diagnózy

2.1 Identifikační údaje

Pro svou závěrečnou práci jsem si vybrala pacienta, který byl na naše lůžka přeložen z Ortopedicko-traumatologického oddělení, kde se léčil pro pertrochanterickou zlomeninu levého kyčelního kloubu řešenou osteosyntézou DHS. Na naše oddělení byl přijat především pro rehabilitaci a ošetřovatelskou péči, která mu měla pomoci zlepšit tělesnou hybnost, nacvičit chůzi a základní sebeobsluhu, aby návrat do domácího prostředí byl pro pacienta i jeho rodinu co nejméně obtížný.

Panu V.P. je 77 let, na našem oddělení byl hospitalizován od 31. 7. 2008 do 5. 12. 2008, pacient je české národnosti, bydlí v Praze. Je ženatý, má tři děti, které ovšem o něj v průběhu hospitalizace projevovaly minimální zájem. Nyní je ve starobním důchodu, dříve pracoval jako tiskař látek.

V mé práci je zachycen týden 31. 7. – 5. 8. 2008, kdy jsem o pacienta pečovala.

2.2 Lékařská anamnéza

Rodinná anamnéza: otec zemřel v 70 letech na CMP, matka zemřela v 67 letech na CMP, sourozenci: sestra 74 let – léčí se s hypertenzí, 3 děti – syn zdráv, dvě dcery – jedna se léčí s onkologickým onemocněním – blíže neumí specifikovat.

Osobní anamnéza: v dětství prodělal běžné dětské nemoci, úraz: zlomenina metadiafýzy ulny vpravo 29. 6. 2008 (sádrová fixace ex 22. 7. 2008). Ostatní sledované nemoci neguje: onkologická onemocnění, revmatologická onemocnění, tuberkulózu, krvácivé choroby, sexuálně přenosné choroby.

Abuzus: kuřák asi 50 let – dříve kouřil 15 cigaret denně, nyní 5 – 6 cigaret denně.

Operace: operace tříselné kýly vpravo, stav po operaci kolene – více neupřesněno

Farmakologická anamnéza: Prenessa 4 mg 1 – 0 – 0, Nakom 275 mg 1 – 1 – 1, Simgal 20 mg 0 - 0 – 1, Apo – Carve 25 mg 1 – 0 – 0, Milurit 300 mg 0 – 1 – 0, Warfarin 3 mg 0 – 1 – 0 dle INR, Novalgin tbl. 500 mg 1 – 1 – 1 – 1 při bolesti, Geratam 1200 mg 2 – 1 – 0, Rhefluin 30 mg ½ - 0 – 0, Tenaxum 1 – 0 – 0, Furon 40 mg 1 – 0 – 0, Concor 40 mg 1 – 0 – 0, Agen 10 mg 1 – 0 - 0

Sociální anamnéza: starobní důchodce, dříve pracoval jako tiskař látek na Barandově, žije v bytě s manželkou.

Alergie: Prothiaden

Nynější onemocnění: pacient s onemocněním: st. p. pertrochanterické zlomenině femuru vlevo řešené osteosyntézou (dále OS) DHS 14. 7. 2008, přijat z Ortopedicko – traumatologického oddělení k následné rehabilitaci, ošetřovatelské péči a nácviku soběstačnosti.

Další choroby:

a. opakovaná ischemická CMP v povodí ACI L. dx. s lehkou sinistrohemiparézou, paréza n. VII. vlevo (poslední v roce 2006)
b. AS cerebri
c. Parkinsonský syndrom vaskulární
d. Paroxysmus SVT, flutter síní blok. 2:1
e. Hypertenzní nemoc III. st. dle WHO
f. Renální insuficience při hypertenzní a diabetické nefropatii
g. Diabetes mellitus II. typu kompenzovaný dietou
h. St. p. fraktuře metadiafýzy ulny l. dx. (06/2008)
i. Depresivní porucha, fáze lehké až střední deprese
j. Hyperlipidemie
k. Hypertrofie prostaty

Stav při přijetí: bradypsychický, dezorientace převážně v noci, hraničně spolupracuje, přiměřené výživy, hydratovaný, kůže a sliznice normálně zbarvené, ekzémy nebo proleženiny nejsou.

Hlava: paréza n. VII. vlevo

Krk: normální nález

Hrudník: souměrný, dýchání sklípkové, bez vedlejších fenoménu, poklep plný, jasný.

Srdeční akce: pravidelná, ozvy ohraničené, bez šelestu.

Břicho: měkké, prohmatné, nebolestivé, bez patologické rezistence. Játra s obloukem, nehmatná slezina.

Dolní končetiny: pooperační jizva klidná, stehy ex, bez zánětlivých změn okolí, hemiparéza vlevo, bez otoků a varixů, pulzace periferních arterií hmatné.

Chůze a stoj: chůze nelze, stoj v chodítku s dopomocí dvou osob.

2.3 Lékařské diagnózy

Základní diagnóza: stav po pertrochanterické zlomenině femuru vlevo řešené OS DHS

3. Klinická část

3.1 Charakteristika a etiologie onemocnění

Zlomeniny proximálního konce femuru jsou v traumatologické praxi jedny z nejčastějších zlomenin. Jejich četnost se v posledním desetiletí výrazně zvýšila. V České republice dochází podle statistik k 8 až 11 tisícům těchto zlomenin ročně. Pertrochanterické zlomeniny tvoří asi 40 % zlomenin proximálního femuru. Trochanterická oblast je bohatá na spongiózu, a proto je zde výrazně lepší tendence k hojení, ale v místě zlomeniny dochází k většímu krvácení.

Zlomeniny femuru postihují dvě různé skupiny pacientů. První, mnohem menší, tvoří mladí lidé, kdy zlomenina vzniká obvykle při pádu z výšky nebo při dopravní nehodě a jsou nezřídka součástí mnohočetného poranění. Ve druhé skupině nalezneme starší pacienty, především ženy. Průměrný věk těchto pacientů se pohybuje kolem 78 let a ve většině případů dochází k úrazu při běžném pádu doma nebo venku, tedy s minimálním násilím. To znamená, že tyto zlomeniny jsou problémem nejen medicínským, ale i sociálním a ekonomickým.[1] Obě skupiny pacientů se diametrálně liší. Zatímco u mladších pacientů s dobrým zdravotním stavem a kvalitou kostní tkáně je cílem léčby rekonstrukce kyčelního kloubu, u starších pacientů, často polymorbidních, je tato zlomenina ohrožující poranění a tomu je podřízen i terapeutický přístup. Rozhodující většina těchto zlomenin je léčena operačně, pro léčbu kauzálně konzervativní připadá v úvahu jen malá část pacientů se zaklíněnou, stabilní zlomeninou. Tyto postupy umožňují přežití a návrat pohybu nemocným, kteří byli v minulosti několik měsíců upoutáni na lůžko se skeletální trakcí a ve velké míře podléhali komplikacím z dlouhodobého upoutání na lůžko. Jen v situaci, kdy je operace znemožněna celkovým stavem pacienta, býváme nuceni využít léčby paliativně konzervativní.

[1] Škrochová, K.; TEP a úrazy femuru (e-learning ÚVN Praha), 2008

Obecně jsou tyto zlomeniny považovány za operační zákroky s vitální indikací, nejlépe do 6 hodin od přijetí pacienta k hospitalizaci.[2]

Staří lidé špatně snášejí imobilizaci v lůžku. Jsou ohroženi pneumonií, kardiorespiračním selháním a vznikem dekubitů. Ošetřovatelskou péči dále zatěžují stařecké změny psychiky na bázi aterosklerózy. Akutní operační léčení má vitální indikaci, protože jen tak je možná časná mobilizace těchto rizikových pacientů. Předoperační příprava vedená anesteziologem a internistou musí být rychlá a krátkodobá krátkodobá (prevence trombembolické nemoci, tonizace myokardu, dostatečná hydratace u dehydratovaných, kontrola diabetu), vše ostatní lze řešit zejména pooperačně.

Léčení extenzí s dlouhodobou imobilizací a hospitalizací využívané v minulosti mělo úmrtnost 25 – 30 %, aktivní operační přístup snižuje mortalitu na méně jak 15 %.

I operační zákroky mohou přinášet rizika, která může představovat nevhodná volba implantátu, chybná metoda a v neposlední řadě špatný celkový stav pacienta.[3]

3.2 Klinický obraz a vyšetření

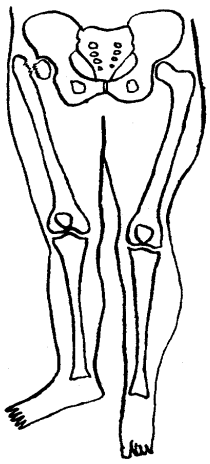
Pacient leží, není schopen se sám postavit, s výjimkou stabilní zaklíněné zlomeniny. Končetina zaujímá typickou polohu (viz obrázek č. 1) – je zkrácená oproti zdravé straně o 2 a více cm a je v zevní rotaci. Důležitou součást vyšetřovacího procesu představuje anamnéza, která umožní získat informace o mechanismu vzniku úrazu. Pohledem zjišťujeme postavení končetiny, zkrácení, hematomy a případné deformity stehna. Při palpaci dominuje bolest v oblasti velkého trochanteru a na přední ploše kyčle. Součástí vyšetření je palpace ramének kosti stydké na obou stranách. Vyšetření kloubní pohyblivosti provádíme šetrně a pomalu, pokus o pohyb je bolestivý, někdy lze zaznamenat i krepitaci úlomků.

[2] Syntes: Systém DHC/DCS – technický návod
[3] http://www.instrumentarky.cz/si/detail-clanku-zlomeniny-femuru_319.html

Zlomeniny proximálního konce femuru potvrdí standardně RTG vyšetření – téměř u všech pacientů se provádí dvě nativní základní standardní projekce (předozadní a boční snímek), ve sporných případech můžeme volit i speciální projekce. RTG je zároveň metodou peroperační a používá se i v průběhu léčby, po jejím ukončení, případně při extrakci kovů. Verifikací diagnózy může být CT či MRI.

Podstatné je posoudit, zda se jedná o zlomeninu stabilní či nestabilní. O stabilitě rozhoduje mediální kortika, její pevnost nebo komunikace a oblast malého trochanteru, tzv. Adamsův oblouk. Typická dislokace je způsobena tahem musculi glutaei a musculus iliopsoas, které táhnou kraniální úlomek vzhůru. Váha končetiny způsobuje její zevní rotaci.

Vzhledem k velkému množství typů zlomenin a zejména celkovému stavu pacienta nelze použít standardní postupy – řešení musí být přísně individuální. Cílem operačního zákroku je pevný srůst úlomku nejlépe ve správném anatomickém postavení a z fyziologického hlediska správná funkčnost postižené končetiny.[4]



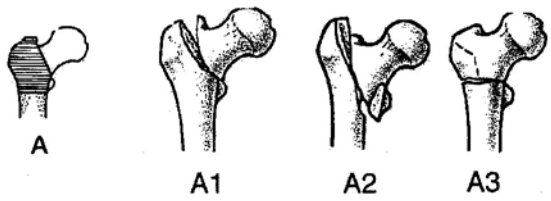
Obrázek č. 1: Typická poloha při pertrochanterické zlomenině

[4] Dungl, P. a kolektiv: Ortopedie, str.526 - 528

3.3 Klasifikace pertrochanterických zlomenin

AO klasifikace:

- A1 – jednoduchá pertrochanterická zlomenina
- A2 – víceúlomková pertrochanterická zlomenina
- A3 – intertrochanterická zlomenina



Obrázek č. 2: AO klasifikace

Formy zlomenin jsou různé a jejich závažnost narůstá s počtem úlomků a stupněm dislokace.

3.4 Terapie (řešení) pertrochanterické zlomeniny

V léčbě pertrochanterických zlomenin dnes jasně dominuje operační terapie. Konzervativní léčení skeletární trakcí je opuštěno. Náplasťová extenze se používá pouze k překlenutí doby nutné k předoperační přípravě, vyjímečně je-li celkový stav pacienta tak špatný, že operační zákrok představuje větší riziko než přínos.

3.5 Operační léčení

Zlomeniny proximální části femuru ohrožují především vitalitu hlavice. Nejčastěji se používají dva postupy:

- **dynamický kompresivní šroub (DHS - dynamický kompresivní šroub)**

- proximální femorální hřeb (PFN)

Méně spolehlivé jsou úhlové dlahy a T-dlahy. Selhávají tam, kde chybí mediální opora. Hřebování Simon-Weidner-Endera tzv. Enderovými pruty je zavřená osteosyntéza, dnes již na moderních pracovištích nepoužívaná.

Pouze stabilní osteosyntéza umožní časnou mobilizaci pacienta. Cílem operace je obnovit nosnost Adamsova oblouku.[5] [6]

DHS – dynamic hip screw

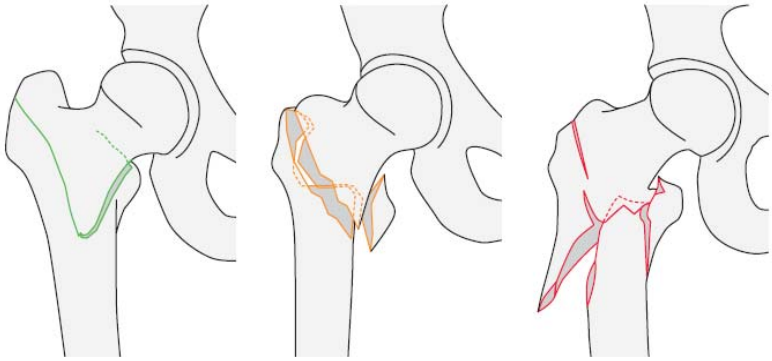
- princip DHS spočívá v zavedení silného šroubu do středu krčku a hlavice femuru. Na jeho bazi je navlečeno pouzdro dlahy, které umožňuje skluz šroubu a kompresi kostních úlomků proti sobě. Dlaha je fixována dalšími šrouby k diafýze femuru. Osteosyntéza se někdy doplňuje samostatným spongiózním šroubem, který je zaveden paralelně se šroubem skluzným a eliminuje možné rotační a torzní pohyby v místě zlomeniny. Indikací jsou stabilní trochanterické zlomeniny.[7]

DHS: Obr. č. 3: RTG Obr. č. 4: DHS

[5] http://vnl.xf.cz/chi/chi-traumatologie.php#16
[6] Škrochová, K.; TEP a úrazy femuru (e-learning ÚVN Praha), 2008
[7] Syntes: Systém DHC/DCS – technický návod

Indikace DHS:

- pertrochanterické zlomeniny typu 31-A1 a 31-A2 (viz obrázek č. 3)
- intertrochanterické zlomeniny typu 31-A3
- bazilární zlomeniny krčku 31-B (DHS šroub v kombinaci s antirotačním šroubem[8]



Obrázek č. 5: Indikace DHS

Kontraindikace DHS

– subtrochanterické zlomeniny

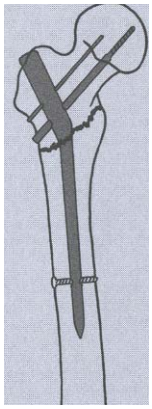
DHS se nesmí používat v případě zvýšeného výskytu:

– sepse
– zhoubných primárních nebo metastazujících nádorů
– citlivosti na použitý materiál
– snížení vaskularity

[8] Syntes: Systém DHC/DCS – technický návod

PFN – produmal femoral nail

- hlavní indikací PFN jsou nestabilní trochanterické zlomeniny. Implantát se skládá z hřebu, který je tvarově přizpůsoben hornímu konci femuru a je k dispozicici v různých délkách. Hřeb je zaveden z vrcholu trochanteru do dřeňové dutiny, z laterální strany se zavádí skrz hřeb šroub do krčku femuru. Nad šroubem se paralelně zavádí další šroub nebo antirotační pin. Distální konec hřebu se zajistí stejně jako u zajištěného hřebování. Stabilita implantátu zajišťuje časnou zátěž ještě před zhojením zlomeniny.[9]



Obr. č. 6: PFN

Enderovy pruty

- principem Enderovy metody je zavedení tří až čtyř kovových prutů z vnitřního konsulu femuru do dřeňové dutiny a dále vzhůru přes linii lomu do hlavice femuru. Jde o syntézu elastickou, adaptační, a tím i méně stabilní. Pro vysoký počet komplikací se dnes od této metody téměř upustilo.[10]

[9] Syntes: Systém DHC/DCS – technický návod
[10] http://vnl.xf.cz/chi/chi-traumatologie.php#16

Obr. č. 7: Enderovy pruty

3.6 Standard fyzioterapie po osteosyntéze DHS

Cíl: Aktivní hybnost operované dolní končetiny, dosažení co nejvyššího možného stupně soběstačnosti pacienta na lůžku i mimo lůžko, samostatná chůze o 2 FH (případně v chodítku).[11]

1. pooperační den – edukace pacienta o správném polohování končetiny, cvičení na lůžku – cévní cviky, kondiční cvičení, dechové cvičení, izometrické cvičení, nácvik aktivní hybnosti operované dolní končetiny (zpočátku s dopomocí) s důrazem
na obnovu správných pohybových stereotypů a limitaci souhybu pánve. Pokud to celkový stav pacienta dovolí, nacvičujeme posazování na lůžku se spuštěnými bérci, vsedě nacvičujeme vzpor na horních končetinách. Při nácviku posazování na lůžku se spuštěnými bérci je nutné posazovat pacienta na stranu operované dolní končetiny.
Při postavení platí stejné pravidlo. Je nutné dodržovat ho u všech osteosyntéz proximálního femuru.

[11] Sosna, A. a kolektiv: Základy ortopedie, str. 154 - 156

2. pooperační den – cvičení na lůžku shodné s předchozím dnem, nácvik otáčení na neoperovaný bok s klínem mezi dolními končetinami. Nácvik posazování, postavování a třídobé chůze o FH (event. v chodítku) s odlehčením operované končetiny.

3. pooperační den – cvičení na lůžku s cílem postupně obnovit aktivní hybnost v kyčelním a kolenním kloubu operované dolní končetiny, naučit pacienta provádět zadaná cvičení samostatně s autokorekcí.

4. pooperační den a dále – (při nekomplikovaném průběhu do 10 pooperačního dne) kontrolujeme a korigujeme provádění cviků z předchozích dnů, korigujeme stereotyp chůze o 2 FH, event. v chodítku po rovině, nacvičujeme chůzi o 2 FH po schodech. Nácvik chůze je vhodné provádět před zrcadlem.

Cvičení upravujeme s ohledem na aktuální stav, schopnosti a fyzické možnosti pacienta. Při výskytu komplikací se rehabilitační postup řídí dle ošetřujícího lékaře.[12]

3.7 Ošetřovatelská péče nemocného s pertrochanterickou zlomeninou řešenou osteosyntézou DHS

Náročnost ošetřovatelské péče o pacienta s pertrochanterickou zlomeninou řešenou osteosyntézou DHS, přeloženého z Ortopedicko – traumatologického oddělení na následnou péči se odvíjí od celkového stavu pacienta. Vzhledem k tomu, že se převážně jedná o polymorbidní pacienty staršího věku, bývá tato péče často limitována rozsahem schopností, celkovým zdravotním stavem i fyzickými možnostmi samotného pacienta. Péče je týmovou spoluprácí, kde obvykle poskytuje služby celá řada odborníků – ošetřovatelský personál,

[12] Škrochová, K.; TEP a úrazy femuru - Léčebná tělesná výchova (e-learning ÚVN Praha), 2008

fyzioterapeut, sociální sestra, často i nutriční terapeut či psychoterapeut. Pacient je přijímám s cílem získání maximální nezávislosti a navýšení soběstačnosti cílenou rehabilitační a ošetřovatelskou péčí.

Nejvíce času tráví pacient se sestrami, které pro něj naplánují individualizovanou péči na základě jeho potřeb fyzických i psychických.

3.8 Prognóza

Léčba pertrochanterických zlomenin prošla od svého počátku velkou řadou změn, vždy v souvislosti s novými poznatky medicíny. Hojení zlomeniny v dříve používaných konzervativních postupech bylo sice rychlé díky bohatému prokrvení trochanterické oblasti, ale zatížené velkým množstvím interních komplikací, které často byly pro pacienta fatální.

Dnes jednoznačně dominuje s velkou úspěšností operační řešení, které umožňuje především časnou rehabilitaci pacienta. Prognóza se odvíjí od celkového zdravotního stavu, důležitá je správná volba implantátu.

3.9 Průběh hospitalizace

Pacient byl přijat na Oddělení následné ošetřovatelské péče 31. července 2008 překladem z Ortopedicko-traumatologického oddělení pro pokračování rehabilitace a vylepšení soběstačnosti po pertrochanterické zlomenině femuru vlevo řešené osteosyntézou DHS. Manželka byla o překladu informována, je přítomna u překladu a od samého začátku jeví velkou starostlivost o pacientův stav.

Pacient je při vědomí, orientován je místem a situací, dezorientován v čase a z informací při překladu vyplývá noční dezorientace. Z překladu je rozrušený, bradypsychický. Spolupráce je hraniční. Má přiměřenou hmotnost, je téměř nesoběstačný ve všedních činnostech v péči o vlastní osobu. Sám se neposadí ani nepostaví, je schopen při vyzvání se otočit na pravý bok.

U pacienta je zaveden permanentní močový katétr (dále PMK), má bolesti operované končetiny, hydratace je přiměřená, jeho kůže je bez defektů, dýchání je bez obtíží.

Dieta č. 9/225 W – základní diabetická warfarinová.

Je patrný strach z nového prostředí a úzkost.

Pacient projevuje přání dostat se brzy domů, ale uvědomuje si závažnost svého stavu, neví, zda bude zase chodit, chce spolupracovat a věnovat cvičení co nejvíce času své hospitalizace.

Již při odebírání anamnézy je předpoklad dobré spolupráce manželky i pacienta, později selhává zájem ze strany dětí, což je jeden z faktorů, který nepříznivě ovlivňuje pacientovu motivaci. Manželka si v současné chvíli péči o manžela v domácím prostředí nedovede představit, projevuje obavy z budoucnosti. Po prvních 14 dnech hospitalizace, kdy manželka denně dochází na návštěvy a po několika rozhovorech se zdravotnickým personálem a sociální pracovnicí ustupuje počáteční obava a paní P. se definitivně rozhoduje, že po propuštění se bude o manžela starat v domácím prostředí. Hospitalizace tím dostává konkrétní směr, kterému se podřizují naše společné cíle. Manželovi se snaží být oporou a každý den ho motivuje ke spolupráci, denně ho bere na vozíku ven.

V průběhu další hospitalizace je pacient ale nadále bradypsychický, stále hovoří o potřebě rehabilitace, ale cvičení v lůžku, o kterém byl edukován fyzioterapeutem neplní, pokud nemá přímý dohled.

Fyzioterapeut dochází k panu V. P. každý den, dále probíhá denně rehabilitační ošetřování.

Během prvního týdne hospitalizace byl pacientovi odstraněn permanentní močový katétr, přetrvává částečná inkontinence, zejména v nočních hodinách. Denně probíhá nácvik posazovaní, přesunu do vozíku a postavování ve vysokém podpažním chodítku.

Ve spolupráci s psychosociální pracovnicí se snažíme o nácvik jednoduchých úkonů v rámci sebepéče – čištění zubní protézy, omytí horní poloviny těla, učesání, zapnutí knoflíků apod. Částečně je pacient limitován levostrannou hemiparézou a bolestí pravého zápěstí jako následku po zlomenině.

4. Diagnosticko-terapeutická péče

Vzhledem k zaměření Oddělení následné ošetřovatelské péče probíhá vyšetřovací program minimálně, jako vstupní vyšetření jsou brány výsledky z předchozí hospitalizace na akutním lůžku.

4.1 Laboratorní vyšetření

Krevní obraz: Leukocyty 8,8 – v normě, erytrocyty 3,9 - sníženo, Hemoglobin 114 - sníženo, Hematokryt 0,34 – sníženo, koncentrace Hemoglobinu 0,34 - v normě, objem erytrocytů 87 – v normě, trombocyty 156 – v normě.

Koagulace: INR 3,02 – zvýšeno

Biochemie: Na 148,7 mmol/l – v normě, K 4,79 mmol/l – v normě, Cl 113,1 mmol/l - zvýšeno, Urea 13,81 mmol/l – zvýšeno, Kreatinin 138,2 umol/l – zvýšeno, Kyselina močová 378,5 umol/l – v normě, Bilirubin celkový 13,7 umol/l - v normě,
ALT 0,10 ukat/l – sníženo, AST 0,32 ukat/l – v normě, GMT 1,20 ukat/l – zvýšeno, ALP 1,81 ukat/l – v normě

Sledovaná vyšetření proběhla při předchozí hospitalizaci na ortopedickém oddělení dne 27. 7. 2008

4.2 Fyziologické funkce

Panu V. P. byla každý den měřena 2 x denně tělesná teplota a 2 x denně tlak krve a tepová frekvence. Při přijetí byl záchyt vyšších hodnot TK, další hodnoty byly ve sledovaném týdnu v normě.

Datum	31. 7. 2008	1. 8. 2008	2. 8. 2008	3. 8. 2008
Tělesná teplota ráno/večer	36,6/36,8 °C	36,5/36,7 °C	36,9/36,8 °C	36,5/36,8 °C
Tlak krve ráno/večer	170/95	135/90;140/90	130/90;140/90	125/90;135/85
Tepová frekvence ráno /večer	78/ min	80/ min	74/ min	76/ min

4.3 Farmakoterapie

Prenessa 4 mg 1 – 0 – 0
Nakom 275 mg 1 – 1 – 1
Simgal 20 mg 0 - 0 – 1
Apo – Carve 25 mg 1 – 0 – 0
Fokusuj 0,4 mg 1 – 0 – 0
Milurit 300 mg 0 – 1 – 0
Warfarin 3 mg 0 – 1 – 0
Novalgin tbl. 500 mg 1 – 1 – 1 – 1 při bolesti
Geratam 1200 mg 2 – 1 – 0
Rhefluin 30 mg ½ - 0 – 0
Tenaxum 1 – 0 – 0
Furon 40 mg 1 – 0 – 0
Concor 40 mg 1 – 0 – 0
Agen 10 mg 1 – 0 – 0

Prenessa tbl. a 4 mg

Účinná látka: perindoprilum erbuminum (erbuminová sůl perindoprilu)
Indikační skupina: **ACE inhibitor**

Snižuje tlak v srdci, odpor v cévním řečišti, mírně snižuje tep a zvyšuje množství krve vypuzené ze srdce.
Nežádoucí účinky: dýchací obtíže, žaludeční a střevní potíže, kožní vyrážky.

Nakom tbl. a 275 mg

Účinná látka: levodopum, carvidopum
Indikační skupina: Antiparkinsonikum
Léčba Morbus Parkinson a parkinsonských syndromů, ovlivňuje zejména rigiditu a bradykinézu, ale může ovlivnit i tremor, dysfagii, sialoreu.
Nežádoucí účinky: mohou se vyskytnout zejména v počátku léčby při vyšších dávkách zažívací potíže jako je nevolnost, zvracení, průjem či zácpa a nechutenství, spojené i se ztrátou na váze. Dále psychické poruchy jako je neklid, úzkost, poruchy spánku.

Simgal tbl. a 20 mg

Účinná látka: simvastatinum
Indikační skupina: Hypolipidemikum
Snižuje hladinu LDL - cholesterolu a zvyšuje hladinu HDL – cholesterolu, snižuje hladinu triglyceridů.
Nežádoucí účinky: nejčastěji bolesti břicha, zácpa, nadýmání, nauzea.

Apo – Carve tbl. a 25 mg

Účinná látka: Carvedilolum
Indikační skupina: Antihypertenzivum
Má významný vazodilatační účinek, je účinným antioxidantem.
Nežádoucí účinky: nejčastěji závratě, bolesti hlavy, únava, bradykardie, ortostatická hypotenze.[13]

Milurit tbl. a 300 mg

Účinná látka: Allopurinolum

[13] Operační program AMIS – AISLP, dostupnost 17. 1. 2009

Indikační skupina: Antiuratikum

Snižuje koncentraci kyseliny močové v krvi i odpady urátů močí.

Nežádoucí účinky: nejčastějším nežádoucím účinkem jsou kožní projevy jako je svědění, zarudnutí, makulopapulózní léze nebo purpura.

Warfarin tbl. a 3 mg

Účinná látka: warfarinum natricum

Indikační skupina: Antikoagulans

Antagonizuje syntézu koagulačních faktorů závislých na vitamínu K.

Nežádoucí účinky: ojediněle nevolnost, zvracení a průjem.

Novalgin tbl. 500 mg

Účinná látka: metamizolum natrium monohydricum

Indikační skupina: Analgetikum, antipyretikum

Mechanizmus účinku není zcela objasněn.

Nežádoucí účinky: nauzea, zvracení, bolesti břicha, sucho v ústech, alergické kožní reakce.

Geratam tbl. a 1200 mg

Účinná látka: piracetamum

Indikační skupina: Nootropikum

Ovlivňuje funkci mozkových buněk v oblasti učení a paměti, bdělosti a vědomí jak zdravých, tak i nemocných postiženými funkčními poruchami mozku.

Nežádoucí účinky: nervozita, podrážděnost, agitovanost, třes, anxieta a poruchy spánku.[14]

Rhefluin tbl. a 30 mg

Účinná látka: amiloridi hydrochloridum dyhydricum, hydrochlorothiazidum

Indikační skupina: Diuretikum, antihypertenzivum

[14] Operační program AMIS – AISLP, dostupnost 17. 1. 2009

Zvyšuje vylučování sodíku a vody inhibicí reabsorpce sodíku z distálního tubulu, antihypertenzní účinek je dán snížením objemu plazmy i extracelulární tekutiny a tím snížením minutového srdečního výdeje.
Nežádoucí účinky: přípravek je obvykle dobře snášen.

Tenaxum tbl.

Účinná látka: rilmenidini dihydrogenophospas
Indikační skupina: Antihypertenzivum
Působí na vasomotorická centra v prodloužené míše i periferii
Nežádoucí účinky: při užívání doporučených dávek jsou vzácné, mírné a dočasné: astenie, palpitace, insomnie, ospalost, únava při námaze.

Furon tbl. a 40 mg

Účinná látka: Furosemidum
Indikační skupina: Diuretikum
Patří mezi kličková diuretika, brání resorpci sodíku, draslíku a chloridů ve vzestupném raménku Henleovy kličky, výsledkem je zvýšené vylučování těchto elektrolytů vodou.
Nežádoucí účinky: poruchy elektrolytového a vodního hospodářství, hypovolemie s hypotenzí, hyperurikémie.

Concor tbl. a 40 mg

Účinná látka: bisoprololi fumaras
Indikační skupina: Antihypertenzivum, selektivní beta – blokátor
Při akutním podání pacientům s ischemickou chorobou srdeční bez chronického srdečního selhání snižuje srdeční frekvenci a systolický objem a tím srdeční výdej s spotřebu kyslíku; při dlouhodobém podávání se snižuje počáteční zvýšená periferní rezistence.
Nežádoucí účinky: jsou časté (1 – 10%) – pocit chladu a necitlivosti v končetinách, únava, vyčerpání, závratě, bolesti hlavy.[15]

[15] Operační program AMIS – AISLP, dostupnost 17. 1. 2009

Agen tbl. a 10 mg

Účinná látka: amlodipini besilas

Indikační skupina: Vasodilatans, antihypertezivum, blokátor kalciového kanálu

Základním účinkem je relaxace hladké svaloviny zejména na úrovni epikardiální části koronárního řečiště.

Nežádoucí účinky: k častěji pozorovaným patří bolesti hlavy, edém, zvýšená únava, somnolence, nauzea, bolesti břicha.[16]

Dietoterapie: dieta č. 9/225 W (základní diabetická warfarinová)

Rehabilitace:

- polohování na lůžku
- dechové a cévní cviky
- izomerie
- LTV na pravé zápěstí
- aktivní a pasivní RHB na levostrannou hemiparézu
- postavování a nácvik chůze ve vysokém podpažním chodítku s dopomocí
- nácvik přesunu do mechanického vozíku

5. Ošetřovatelská část

5.1 Subjektivní náhled pacienta na nemoc a hospitalizaci

Pan V. P. se celý život věnoval rodině, v mládí se léčil s depresí a sociální fobií. Po mozkové příhodě již dvakrát upadl, následkem prvního pádu byla zlomenina ulny vpravo, druhý pád skončil pertrochanterickou zlomeninou femuru

[16] Operační program AMIS – AISLP, dostupnost 17. 1. 2009

vlevo. Na počátku hospitalizace má velký strach z pádu a jeho případných dalších následků. Připadá si „nepoužitelný“ a má obavu, že bude manželce na obtíž. Velmi negativně vnímá svoji nesoběstačnost a obává se, že bude přeložen do dalšího zařízení. Rád by šel domů, ale bojí se, že to nezvládne. Při plánování rehabilitace vypadá, že bude maximálně spolupracovat, následující dny se ukazuje, že bude nutné nejprve zbavit pacienta úzkosti z pádu proto, aby rehabilitace mohla přinést žádoucí výsledky.

5.2 Pohled sestry na pacienta

Pacient je po pertrochanterické zlomenině téměř upoután na lůžko, částečně je limitován lehkou levostrannou hemiparézou a bolestivostí pravého zápěstí. S nemocným je možná domluva, ale spolupracuje obtížně, je významně úzkostný.

Nejdůležitějším úkolem na oddělení bude rehabilitace a nácvik soběstačnosti, pacient se musí naučit řadu sebeobslužných úkonů, cílem hospitalizace je naučit se samostatný přesun do mechanického vozíku a chůze v chodítku s dohledem druhé osoby.

U pana V. P. bude třeba odstranit močový katétr a naučit ho znovu spontánně močit.

Při příjmu nemocného mám dojem, že manželka se s úrazem a současnou nesoběstačností svého manžela ještě nevyrovnala a dělá jí velké starosti, jak se jeho stav bude vyvíjet dál, zatím neví, zda by ho doma zvládla, protože sama má již své zdravotní problémy. Jeví velký zájem o pacientovi aktivity a pokroky. Pro budoucí cíle usuzuji, že bude důležité manželku zapojit a edukovat ji o další péči a možnostech, jak být svému muži co nejvíce nápomocna. Pacient i manželka jsou seznámeni s cílem hospitalizace.

5.3 Potřeby nemocného

Pro svoji práci jsem použila schéma 12 oblastí dle Gordonové.[17]

[17] Archalousová, A: Přehled vybraných ošetřovatelských modelů – Model dle Gordonové

Vnímání zdraví

Před onemocněním byl pacient soběstačný, v současné době je ve velké míře odkázán na pomoc druhých. Na vyzvání je schopen se vytáhnout v lůžku s pokrčením zdravé dolní končetiny. Operovaná končetina je stále v mírné flexi a její postavení je nevyhovující. Sed na lůžku zvládne s dopomocí druhé osoby, přesun do vozíku ani stoj v chodítku samostatně nezvládá. Pacienta hodnotím jako nesoběstačného, odkázaného na pomoc druhých při vykonávání běžných denních aktivit. V měření Barthelovým testem (viz příloha č. 1) je pan V. P. vyhodnocen jako vysoce závislý s celkovým počtem bodů 20.

Pan V. P. sám sebe vnímá jako nemocného člověka, uvědomuje si rizika spojená se svým onemocněním, v jeho myšlenkách dominuje závislost na druhé osobě. Důvěřuje zdravotnickému personálu a doufá, že mu ve zdolávání nemoci pomůžou, je rád, že manželka dochází každý den.

Výživa a metabolismus

Pan V. P. má zubní protézu. Je zvyklý stravu přijímat 3 x denně. Doma mu vařila manželka. V jídle není vybíravý, pouze nemá moc rád některé druhy zeleniny, zejména rajčata. Nejvíce měl rád pokrmy s masem, diabetickou dietu doma striktně nedodržoval, v současnosti nemá velkou chuť k jídlu. Váha je cca 70 kg, pacienta nelze objektivně zvážit, proto měřím obvod pravé ruky, který je 34 cm. Pan V. P. si myslí, že během hospitalizace zhubl, je vysoký 176 cm. BMI jsem dle dostupných údajů vyhodnotila na 23, lze považovat pouze za orientační výsledek v normě. Dle standardních postupů bude pacientovi měřen obvod pravé paže 1 x měsíčně, případně bude vážen. Dietu má pacient č. 9/225 W – základní diabetickou warfarinovou.

Pan V. P. je schopen najíst se sám, po přípravě stravy na jídelní stolek, při jídle je posazován do křesla, limitující je parkinsonský třes. Proto pacientovi

zapůjčujeme speciální příbor se širším úchopem. Pravou rukou je schopen se obsloužit.

Celistvost kůže je zachována, bez otoků. Operační rána byla zhojena per primam, stehy jsou odstraněny. Pacient je nyní bez známek vzniku dekubitů. Při hodnocení dle Nortonové dosáhl 20 bodů (viz příloha č. 1), což znamená, že je ohrožen vznikem dekubitů. Pacienta je nutné řádně polohovat, posazovat do křesla a sledovat riziková místa. Identifikační náramek a chorobopis je označen kolečkem červené barvy.

Stav vlasů a nehtů je v normě.

Vylučování

Pan V. P. má zaveden permanentní močový katétr. Před hospitalizací měl problémy s mírným únikem moči, přesto by byl rád, kdyby už močový katétr měl odstraněný. Moč je čirá, slámově žlutá. Denní diuréza je 1600 ml. Předpokládá se brzká extrakce PMK a nácvik samostatného močení.

Vyprazdňování stolice před hospitalizací bylo 1 x denně, většinou po snídani. Neužíval žádná projímadla. V nemocnici trpí občasnou inkontinencí stolice, používá jednorázové plenkové kalhotky.

Aktivita – cvičení

Před hospitalizací se pohyboval obtížně, nyní je téměř upoután na lůžko. Může se otáčet na neoperovaný bok, ale nezvládne to bez pomoci druhé osoby. Ví, že rehabilitace je dlouhodobá záležitost, je ochoten spolupracovat. Po několika dnech hospitalizace zjišťujeme, že přístup k rehabilitaci a aktivitě v lůžku je spíše laxní, nevyrovnaný a je velmi zatížen strachem z případného pádu. Samostatně není schopen zvládnout hygienickou péči. Limitujícím faktorem je bolest operované končetiny, která je ve špatném postavení. Stěžuje si i na bolesti ostatních kloubů a zad, které ho limitovali již v minulosti.

Pan V. P. je již několik let v důchodu a jeho aktivita již dříve byla střídavá. V aktivním věku se léčil s depresí a sociální fobií a dle informací manželky

několik měsíců nevycházel z bytu. Po úpravě stavu začal znovu pracovat jako tiskař látek na Barandově a jeho aktivity byly zaměřeny na výchovu dětí. Práci mu našla manželka. Celkově je z rozhovorů patrné, že manželka je jeho velkou oporou. Péči o domácnost zajišťovala v době před hospitalizací taktéž manželka.

Spánek a odpočinek

Pan V. P. byl zvyklý spát 6 – 7 hodin denně. Doma usínal bez hypnotik, před spánkem obvykle sledovat televizi. V současnosti nemá předepsaný žádný lék na spaní. Spánek v nemocnici je neklidný, častá bývá noční dezorientace. Mívá špatné sny, které si pamatuje, často obviňuje manželku z nevěry a vzápětí se jí omlouvá.

Vnímání, citlivost a poznávání

Na čtení používá pan V. P. brýle, slyší dobře.
Pacient je o svém stavu dostatečně informován. Ví, že léčba bude dlouhodobá. Byl opakovaně informován o potřebě cvičit individuálně, vzhledem k psychické labilitě však tak činí zcela minimálně. Pan. V. P. má mírnou dysartrii, dobře vnímá a rozumí, co jemu sdělováno. Při vizitách bývá plačtivý.
K zhodnocení kognitivních funkcí jsme použili MMSE (viz příloha č.2) s celkovým skóre 20 bodů – pásmo lehké demence.

Sebepojetí a sebeúcta

Označuje se jako závislého „mrzáka“, má sklony k sebelítosti. Bývá pro něj obtížné donutit se k činnosti, byť si uvědomuje, že je to jediná cesta, kterou se může dostat zpět do domácího prostředí. Při komunikaci udržuje oční kontakt, často pláče.

Role – mezilidské vztahy

Pan V. P. bydlí se svou manželkou v družstevním bytě, druhé patro bez výtahu. Mají tři děti, které jsou již samostatné a mají vlastní rodiny, po dobu hospitalizace neprojevovali příliš velký zájem a na návštěvy chodili zcela minimálně. I tento fakt zejména v první fázi hospitalizace výrazně ovlivňoval přístup k aktivitám. Během dne komunikuje i s ostatními pacienty, spolu s manželkou se účastní společenských aktivit probíhajících na oddělení.

Sexualita

Vzhledem k přítomnosti dalších pacientů na pokoji jsme tuto otázku podrobně nerozebírali, pacient se cítil rozpačitě.

Stres

Chtěl by zase chodit, ale obává se, že nebude v takové kondici jako před nemocí. Projevuje obavy o to, aby ho manželka neopustila. Jeho nesoběstačnost v kombinaci s výkyvy psychiky mu vytváří obavy z budoucnosti. V předchozím období měl dva pády, každý se zraněním, proto je případný další pád pro něj velkým stresorem. Obává se, že se nebude moci vrátit domů, protože manželka by péči o něj nezvládla.

Víra – životní hodnoty

Pan V. P. je katolického vyznání, jiné náboženské směry ho nezajímají, je smířen s koncem života. Nad životními hodnotami dříve tolik nepřemýšlel, v současné situaci si uvědomuje, že zdraví stojí na vrcholu žebříčku hodnot. Vždy pro něj byla důležitá rodina.

Jiné

Při rozhovoru je patrné zklamání z přístupu dětí. Ví, že dcera je nemocná a syn se rozvádí, nechápe ale, proč jsou jejich návštěvy tak málo časté. Hovoří o to, že dětem společně s manželkou podřizovali celý život, vnímá jejich chování jako nevděčné. Zároveň si uvědomuje, že na veškerou péči je manželka sama.

5.4 Ošetřovatelské diagnózy

Ošetřovatelské diagnózy stanovené pro týden 31. 7. – 5. 8. 2008.

1. Porucha soběstačnosti z důvodu částečného upoutání na lůžko po operačním zákroku projevující se – neschopností dodržovat celkovou osobní péči a hygienických návyků.

2. Riziko poruchy kožní integrity z důvodu snížené mobility.

3. Bolest z důvodu špatného postavení operované končetiny.

4. Změna ve vyprazdňování moče z důvodu zavedení PMK.

5. Riziko pádu z důvodu snížené svalové schopnosti, částečného ochrnutí levé horní končetiny a používání kompenzačních pomůcek.

6. Porucha sebeúcty z důvodu závislosti na druhé osobě.

5.5 Plán ošetřovatelské péče

1. **Porucha soběstačnosti** z důvodu částečného upoutání na lůžko po operačním zákroku projevující se – neschopností dodržovat celkovou osobní péči a hygienických návyků.

Cíl:

a) pacient bude zvládat vyčištění zubní protézy na lůžku – do 2 dnů
b) pacient bude schopen umýt si horní polovinu těla – do týdne
c) pacient bude maximálně soběstačný a bude znát všechny možnosti externí pomoci – do propuštění
d) manželka bude ovládat techniky, které pomáhají k udržování osobní hygieny pacienta

Plán:

- zjistit stupeň individuálního omezení
- zajistit spolupráci k nejjednodušším výkonům
- poučit manželku o nácviku činností
- využít RHB a podpůrné pomůcky
- podporovat maximální soběstačnost pacienta
- dodržovat zásady bezpečnosti a intimity pacienta

Realizace:

Provedla jsem Barthelův test základních všedních činností výsledkem vysoké závislosti, bodové skóre 20, po týdnu byl pacient znovu otestován Barthelovým testem s výsledkem 30, hygienická péče je prováděna 2 x denně buď na lůžku nebo v koupelně pomocí koupacího lůžka, od třetího dne ve sprše. Manželka je seznámena s pomocí při hygieně, zatím se aktivně neúčastní, nemocnému je ukázáno, jak se polohovat na lůžku, je seznámen s používáním polohovacích pomůcek, signalizace a elektrickým ovládáním lůžka.

Hodnocení:

3. 8. 2008 cíl a) splněn, pacient je schopen si vyčistit zubní protézu na lůžku po přípravě pomůcek k lůžku.

6. 8. 2008 cíl b) splněn, pacient je schopen si sám umýt horní polovinu těla po přípravě pomůcek, holení vousů zatím provádí manželka či pomocný personál.
Pacient se cítí čistě a upraveně.

2. **Riziko poruchy kožní integrity** z důvodu snížené mobility.

Cíl:

Kůže pacienta bude celistvá, bez poškození a dekubitů.

Plán:

- pravidelně pacienta polohovat, posazovat přes den do křesla
- provádět kontrolu rizikových míst při hygieně
- udržovat čisté a upravené lůžko
- provádět masáže inkriminovaných míst
- provádět a kontrolovat hygienickou péči
- poučit nemocného o důležitosti péče o kůži
- označit lůžko i identifikační náramek zeleným kolečkem – riziko dekubitů

Realizace:

Provedla jsem hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové s výsledkem 20 bodů, pacient byl označen jako rizikový. Hygienickou péči provádíme v dopoledních hodinách a odpoledne, někdy za účasti manželky. Dbáme na dokonalé vysušení pokožky a provádíme masáž zad pomocí kafrového roztoku. Operovanou končetinu polohujeme do roviny s vypodložením paty dle pokynů fyzioterapeuta. Dbáme na čistotu lůžka a jeho upravenost. Lůžko i identifikační náramek jsem označila zeleným kolečkem (v naší nemocnici se jedná o standardní postup u pacientů s rizikem vzniku nebo již vzniklým dekubitem).

Hodnocení:

Celistvost kůže je neporušena, pokožka je dostatečně prokrvena a nejsou známky dekubitů.

3. **Bolest** z důvodu a) špatného postavení operované končetiny
   b) zlomeniny ulny vpravo

Cíl:

*Z*mírnění bolesti – do dvou dnů

Plán:

- zjisti velikost bolesti
- zajisti úlevovou polohu
- nabízej ordinovaná analgetika v čase kontroluj jejich účinek
- odveď pacientovu pozornost od bolesti

Realizace:

Pomocí VAS jsem zjistila bolest na stupni 4. Pacient má ordinovaná analgetika při bolesti 4 x denně. První i druhý den využil všechny dávky a analgetika dobře zabírala. Od prvního dne se snažíme spolu s fyzioterapeutem zjistit úlevovou polohu, nejlepší výsledky jsou při sezení s podpěrou zad. Pravá horní končetina v klidu nebolí. Pacient je vysazován do křesla dopoledne i odpoledne.
Účastní se skupinových terapií a společného cvičení s ostatními pacienty. Účast slovně vítá, ale není příliš aktivní. V odpoledních hodinách ho s dopomocí přesouváme do mechanického vozíku a jezdí s manželkou na procházky po areálu nemocnice. [18]

[18] Hanousková, J.: Bolest- hodnocení (e-learning ÚVN Praha) – dostupnost 15. 1. 2009

Hodnocení:

3. 8. 2008 cíl zmírnění bolesti částečně splněn, pacient užívá ordinovaná analgetika v poledne, večer a na noc. Přes den využívá úlevové polohy. Je-li v lůžku, není schopen dodržet pokyny fyzioterapeuta a udržet končetinu ve správném postavení. Bolest pravého zápěstí přetrvává při zátěži. Třetí den hodnotí bolest mezi 2 – 3 na VAS.
Vzhledem k tomu, že pacient trpěl chronickou bolestí kloubů již před úrazem, považuji definitivní odstranění bolesti za nereálné.

1. **Změna ve vyprazdňování moče** z důvodu zavedení PMK.

Cíl:

Pacient bude bez projevů infekce – během zavedení PMK.

Plán:

- dodržovat zásady asepse při ošetření PMK
- kontrolovat denně průchodnost katétru
- dotazovat se pacienta na pocity pálení, řezání
- kontrolovat barvu moče
- sledovat výdej moče za 24 hodin

Realizace:

Pacient byl přijat na oddělení již se zavedeným PMK, pravidelně sledujeme průchodnost katétru a barvu moče, ta je slámově žlutá, bez příměsi. Denní diuréza je průměrně 1700 ml. Snažíme se o nácvik spontánního močení, močový katétr vždy na dvě hodiny uzavřeme, aby došlo k obnovení svěračů a pacientovi jsme mohli PMK odstranit.

Hodnocení:

Dne 3. 8. 2008 byl pacientovi extrahován PMK. Po extrakci přetrvává občasná inkontinence, zejména v nočních hodinách. Dle údajů manželky je únik moči přes den stejný, jako před přijetím do nemocnice, intenzita nočního pomočení je výrazně vyšší. Pacient je nucen používat jednorázové plenkové kalhotky a současně probíhá nácvik močení do močové lahve. Dohlížíme na dostatečný příjem tekutin, pacient současně popíjí urologický čaj.

2. **Riziko pádu** z důvodu snížené svalové schopnosti, částečného ochrnutí levé horní končetiny a používání kompenzačních pomůcek.

Cíl:

Pacient nespadne – po celou dobu hospitalizace.

Plán:

- edukovat pacienta o používání signalizačního zařízení
- opatřit lůžko postranicemi
- pravidelně kontrolovat pacienta
- poučit pacienta i manželku o bezpečném chování
- označení lůžka červeným kolečkem a přiložení červeného identifikačního náramku – riziko pádu
- edukace pacienta i manželky v oblasti používání kompenzačních pomůcek – chodítko, mechanický vozík

Realizace:

Provedla jsem test měření rizika pádu s výsledkem 6 bodů (příloha č. 1), lůžko pacienta má trvale zvednutou postranici na neoperované straně, pacient ji využívá k polohování, navíc mu dodává větší pocit bezpečí. Pro noční neklidný spánek

používáme obě postranice. Pacient umí zacházet se signalizací, lůžko je označeno červeným kolečkem a pacient má na pravé ruce přiložený červený identifikační náramek (je používán v nemocnici pro pacienty s rizikem pádu).

Hodnocení:

Vzhledem k pádu v minulosti, pro jehož následky je pacient současně hospitalizován, projevuje pacient zvýšenou úzkost při nácviku postavování a přesunu do mechanického vozíku. Celkově úzkost brzdí rehabilitační plán, pacient je křečovitý. Rehabilitace probíhá za pomoci dvou osob. V průběhu mnou sledovaného období pacient nespadl.

3. **Porucha sebeúcty** z důvodu závislosti na druhé osobě.

Cíl:

a) návrat sebeúcty
b) pacient bude akceptovat změny, které nastaly na podkladě úrazu

Plán:

- zapojení pacienta do výkonu všech běžných denních činností
- informovat pacienta srozumitelně a pravdivě
- dávat pacientovi reálné cíle
- spolupracovat s rodinou
- poskytovat pacientovi psychoterapeutickou péči
- povzbuzovat a nezapomenout na pochvalu

Realizace:

Pacienta se snažíme zapojit do vykonávání všech činností, dle jeho možností. Postupně si zvyká na své limity. Období, kdy je vyrovnaný, střídá období pocitu bezmocnosti a závislosti na rozhodnutí manželky vzít si ho do domácí péče. Často

opakuje, že „je k ničemu“. Každý den k němu dochází psychosociální pracovnice a intenzivně s ním pracuje. Manželka je často u pohovorů i cvičení přítomna. Probíhá trénování paměti, zaměřujeme se na věci, které se pacientovi daří a postupně zvyšujeme nároky. Zvládne-li pacient novou věc, porovnáváme ji vždy se situací z předchozích dnů. To pacientovi dává naději na zlepšení jeho situace. Zpočátku i manželka projevuje obavy o to, zda bude moci poskytnout manželovi dostatečnou péči po propuštění a zvažuje podání žádosti o další umístění. Asi po třech týdnech, kdy je patrný zlepšující se celkový stav pacienta, se definitivně rozhoduje, že se o manžela postará, ať budou jeho schopnosti jakékoliv. O této novince pacienta společně informujeme a zároveň poukazujeme na všechny možnosti pomoci v domácnosti, které jsme schopni zařídit.
Pacienta neustále povzbuzujeme a chválíme.

Hodnocení:

Pacient zvládl některé činnosti na lůžku zcela sám. Každé zlepšení vnímá pozitivně, chce se snažit, často ovšem podléhá beznaději a jeho samostatný výkon je tehdy téměř nulový. Po sdělení plánu propuštění do domácí péče bývá pacient v lepší náladě, dokonce začíná žertovat s personálem. Nálada je stále proměnlivá. Zvykl si na pomoc druhé osoby a chápe, že je pro něj trvalým řešením jeho situace.

Dne 3. 8. 2008 byla zrušena ošetřovatelská diagnóza č. 4 a zavedena další ošetřovatelská diagnóza:

4. **Porucha močení** z důvodu občasné inkontinence.

Cíl:

Pacient bude močit do močové láhve

Plán:

- poučit pacienta o smyslu odstranění PMK
- poučit pacienta o důležitosti dostatečného množství tekutin
- podávat urologický čaj
- močová láhev pacienta vždy připravena u lůžka vyprázdněná
- zajistit soukromí pacienta při vyprazdňování
- přikládat plenkové kalhotky dle potřeby
- doporuč vhodné cviky pro posílení svěračů
- pravidelné močení
- dodržování řádné hygieny močového ústí
- zapojení manželky

Realizace:

Pacientovi byl vysvětlen důvod, pro byl extrahovám močový katétr. Byla zdůrazněna potřeba dostatečného příjmu tekutin, včetně popíjení urologického čaje. Močovou láhev měl pacient vždy u lůžka a pravidelně jsme ho povzbuzovali k močení, přesto že neměl potřebu. U lůžka pacienta byla trvale povytažena zástěna k zajištění soukromí. Opakovaně mu fyzioterapeut vysvětlil, jakým způsobem si může sám posilovat svěrače. Při hygienické péči kontrolujeme ústí močové trubice. Manželka je o používání močové láhve poučena a aktivně se zapojuje do nácviku. Je přivolána edukační sestra pro inkontinenci a pacienta i manželku poučuje o pravidlech. Protože největším problémem je noční inkontinence, domlouváme se na systému výměny plenkových kalhotek tak, aby byl pacientův spánek zcela minimálně rušen. V plánu je mikrobiologické vyšetření moče.

Hodnocení:

Dostatečný příjem tekutin, včetně popíjení urologického čaje nedělá pacientovi problém. V průběhu dne si přikládá močovou láhev, plenkové kalhotky využívá jako pojistku, cvičení v lůžku spíše zanedbává. Přes den se mu močení opakovaně

daří, ovšem v nočních hodinách musí nadále využívat jednorázové plenkové kalhotky se zvýšenou absorpcí. Ve výsledku kontrolního odběru moče nebyl závažný nález.

5.6 Edukace pacienta

Pacient byl již před přijetím do nemocniční péče významně omezený v pohybových aktivitách a běžných denních činnostech. Byl závislý na péči manželky. Samotné přijetí pacienta do zdravotnického zařízení bylo přes Emergency na Interní oddělení pro celkové zhoršení stavu a dehydrataci. Oddělení následné ošetřovatelské péče bylo v nemocnici čtvrté v pořadí, které byl nucen pacient navštívit.

Ošetřující lékař seznámil pacienta i jeho manželku s průběhem léčebného programu na Oddělení následné ošetřovatelské péče, kde hlavní důraz bude kladen na rehabilitaci, nácvik soběstačnosti a ošetřovatelskou péči. Na počátku hospitalizace upozornil, že délka pobytu se bude odehrávat od zdravotního stavu, naplnění představ o cíli hospitalizace a bude řádově v týdnech až několika měsících podle celkového vývoje.

Pacient byl lékařem poučen i o nežádoucích účincích některých léků.

Sestry se věnovaly ošetřovatelské péči a dle schopností pacienta jej do ní zapojovaly. Seznámily ho s tím, jak může i přes svá omezení zvládat určité úkony, zejména v oblasti hygienické péče a cvičení na lůžku. Bylo mu ukázáno polohování a nastaven plán, který byl zaměřen na základní potřeby pacienta.

Fyzioterapeut docházel k panu V. P. každý den, instruoval pacienta i ošetřující personál, jak správně rehabilitovat v jeho nepřítomnosti. Rehabilitační ošetřovatelství probíhalo koordinovaně v návaznosti tak, aby nebyly překročeny pacientovi fyzické možnosti.

Po celou dobu hospitalizace byla součástí péče psychosociální rehabilitace, která probíhala u pana V. P. taktéž denně. Spočívala v individuální terapii, opakovaném vysvětlování jednotlivých postupů, ventilačních pohovorech, trénování paměti, nácviku běžných denních činností a obsahovala i prvky

rehabilitačního ošetřovatelství. Zároveň se pan V. P. účastnil skupinových cvičení, která probíhají na Oddělení následné ošetřovatelské péče 2 x týdně. Rád se účastnil i společenských setkání, která na oddělení pořádá ošetřovatelský personál, obvykle v doprovodu manželky.

Pacient byl poučen o zacházení se signalizačním zařízením, s elektrickým ovládáním lůžka a s významem přiloženého identifikačního náramku. Byla mu vysvětlena důležitost zachování celistvosti pokožky.

Samostatnou kapitolou edukace bylo zaměření na dostatečný příjem tekutin. Zde byla podtržena souvislost nízkého příjmu tekutin s možností výskytu točení hlavy, pádů a celkově zpomaleného tempa reakce organismu na jednotlivé podněty.

Po extrakci PMK byl pacient edukován edukační sestrou pro inkontinenci o režimových opatřeních, pomůckách a doporučeném posilování svěračů.

Po naplánování propuštění byl opakovaně ujišťován o zajištění všech možností péče v domácnosti a průběžně dostával informace o stavu vyřizování kompenzačních pomůcek.

5.7 Edukace rodiny

Během hospitalizace docházela manželka za pacientem každý den. Sama měla zájem

o aktivní zapojení své osoby do péče. Zpočátku byla paní P. velmi nejistá, nedovedla si péči v domácím prostředí představit, ale myšlenka, že by se o manžela postarat nemohla, byla pro ni zdrcující. Přesto, že měli s manželem tři děti, jejich zájem o následnou péči byl velmi omezený a celkově nepřispíval k vytvoření dobré psychické pohody jak u pacienta, tak

u manželky. Když se manželka asi po třech týdnech definitivně rozhodla pro domácí péči, podpořila toto rozhodnutí zvýšeným úsilím a zapojením se do každodenní ošetřovatelské péče o manžela.

Začali jsme nejprve edukací v rehabilitaci, kdy se manželka účastnila cvičení s fyzioterapeutem. Prvním cílem byl nácvik přesunu do mechanického vozíku proto, aby manželka mohla denně absolvovat s panem V. P. vycházky po areálu.

Sestry paní P. ukázaly, jak o manžela pečovat v oblasti hygienické péče, jak pacientovi pomáhat při všedních činnostech, s čím je nutné mu pomoci a co může udělat sám. Informovali jsme ji i o nutnosti prevence dekubitů a potřebě kontrolovat příjem tekutin.

Paní P. jsme nabídly pomoc v rámci zajištění kompenzačních pomůcek. Z pohovoru jsme zjistili jak je vybaven jejich byt pro pobývání osoby s pohybovým omezením. Pomocí katalogu jsme vybrali vhodné pomůcky pro zajištění dostatečné péče – vybavení koupelny, chodítka a mechanického vozíku. Zajistili jsme předpis pomůcek včetně schválení revizním lékařem a před samotným propuštěním odvoz a montáž pomůcek přímo do bytu pacienta.

Seznámily jsme pacienta i manželku s možnostmi další rehabilitační péče v domácím prostředí, dále byla nabídnuta i pomoc domácí péče a pečovatelek.

Samozřejmostí bylo řízení sociální pracovnice o obnovení žádosti příspěvku na péči, který byl v minulosti pacientovi zamítnut. Sociální šetření proběhlo ještě za hospitalizace pacienta na lůžku následné péče.

Manželka i pacient byli informováni o použití a předpisu pomůcek pro inkontinenci, včetně pomůcek ochranných.

Oba byli vděčni za veškeré informace a aktivně při edukaci spolupracovali.

5. Závěr

Po překlenutí prvotních obav pacienta jsme dosáhly spolupráce. Zlomovým dnem zcela jistě bylo rozhodnutí manželky o návratu pana V. P. domů, přesto byl pacientův pobyt na oddělení často komplikován proměnlivostí nálad.

Manželka se domácí péče stále obává, ale protože navštěvuje manžela každý den, konzultujeme zdravotní stav pana V. P., sama vidí pokroky ve schopnostech, které přicházejí každým týdnem. Je seznámena s dalšími možnostmi pomoci v péči o manžela. Po zajištění kompenzačních pomůcek jsou její obavy o něco menší.

Pan V. P. byl v den příjmu na Oddělení následné ošetřovatelské péče téměř upoután na lůžko. Byl schopen se pouze s dopomocí posadit, v oblasti sebepéče se dokázal pouze najíst po přípravě stravy k lůžku a velmi omezeně zvládal hygienu horní poloviny těla. Nyní je schopen vyčistit si zubní protézu, umýt si bez pomoci horní polovinu těla, zapnout knoflíky u košile. Na lůžku je téměř soběstačný, samostatně se posadí s pomocí jedné osoby zvládne přesun do mechanického vozíku. Taktéž se s pomocí jedné osoby postaví do vysokého podpažního chodítka a zvládne chůzi po oddělení. Výraznější pokrok v nácviku soběstačnosti a rehabilitaci byl limitován předúrazovým špatným stavem a z toho vyplývající nejistotou a výraznou emoční labilitou. V průběhu hospitalizace bylo opakovaně přizváno psychiatrické konsilium pro přetrvávající deprese a negativismus. Původně pacient trpěl halucinacemi, stavy nočního neklidu a autoakuzemi. Po zbytek hospitalizace probíhaly pravidelně ventilační pohovory s psychologem s cílem zlepšit náladu a přístup k rehabilitaci. V průběhu hospitalizace a po opakovaných změnách psychiatrické medikace došlo k výraznému ústupu obtíží, zejména ustoupily noční neklidy, zcela vymizely halucinace, výskyt nočních zmateností byl ojedinělý.

V průběhu hospitalizace se přes opakované úpravy antihypertenzní terapie vyskytly oscilace hodnot TK v závislosti na psychickém stavu pacienta, a maximem v ranních hodinách. V závěru hospitalizace došlo k normalizaci hodnot.

Při přijetí na oddělení měl pacient zavedený PMK, nyní používá jednorázové plenkové kalhotky a přes den se snaží močit do močové láhve.

Jako velký pokrok vnímám chůzi pana V. P., což bylo pacientovým největším přáním při přijetí, kdy nebyl schopen se postavit. Protože celkově byl přístup k rehabilitaci zatížen velkou obavou z možného pádu, rehabilitace trvala dlouho a byla křečovitá. Teprve po dvou měsících hospitalizace se navýšila jistota a postupně se zlepšila chůze ve vysokém podpažním chodítku. Vzhledem k celkovému stavu a okolnostem, které provázely průběh hospitalizace jsme nezahajovali trénink chůze v nízkém chodítku ani o francouzských berlích. Pan V. P. projde s doprovodem jedné osoby třikrát denně celou chodbu oddělení.

Před propuštěním jsme zajistili domácí péči v rozsahu 2 x denně po celých sedm dnů v týdnu. Zároveň jsme písemně doporučili pokračování rehabilitace

fyzioterapeutem v domácnosti a zprostředkovali kontakt na soukromou rehabilitační kliniku, která tento servis poskytuje v rámci plateb zdravotní pojišťovny. Pečovatelskou službu manželka odmítla s odůvodněním, že všechny úkoly zvládne sama. V bytě proběhla montáž dovezených kompenzačních pomůcek firmou a manželka se vybavila doporučeným materiálem pro ochranu kůže pacienta a pomůckami pro inkontinenci. Praktický lékař byl o propuštění informován a byla domluvena jeho návštěva v domácnosti.

S blížícím se plánovaným odchodem byl pacient čím dál veselejší, smířil se s trvalým omezením, které mu přinesl jeho úraz i předchozí choroby. Těšil se na pobyt domů a měl rozhodnutí, kdy chtěl maximálně vyjádřit svou pomocí manželce poděkování za podporu, kterou mu v průběhu hospitalizace poskytla. Při propuštění plakal, odjížděl spokojený a šťastný.

Převoz do domácí péče byl zajištěn sanitou.

7. Seznam použité literatury

a) **Archalousová, A.:** Přehled vybraných ošetřovatelských modelů, 1. vydání Nucleus HK, 2003. 104 s. ISBN 80-86225-33-X

b) **Doenges, M.E., Moorhouse, M.F.:** Kapesní průvodce pro zdravotní sestry. 1. vydání Praha: Grada Publishing, 1996. 589 s. ISBN 80-7169-294-8

c) **Dungl, P. a kolektiv:** Ortopedie, 1. vydání Praha: Grada Publishing, 2005. 1280 s. ISBN 80-247-0550-8

d) **Selichar, J.:** Katalog zdravotnických pomůcek, SETRANS, 2008, 30 s.

e) **Sosna, A., Vavřík, P., Krbec, M., Pokorný, D. a kolektiv:** Základy ortopedie, 1. vydání Praha: Triton s.r.o., 2001. 175 s. ISBN 80-7254-202-8

f) **Synthes:** Systém DHS/DCS – technický návod, 45 s.

g) **Trachtová, I. a kolektiv:** Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. 1. vydání Brno: IDVPZ 2001, 185 s.

h) **Vokurka, M., Hugo, J. a kolektiv:** Velký lékařský slovník, 6. aktualizované vydání Mxdorf s.r.o. Praha, 2006. 1017 s., ISBN80-7345-105-0

8. Jiné zdroje:

AMIS operační program – AISLP . Dostupnost 17. 1. 2009

Hanousková, J. Bolest – elearningový kurz ÚVN Praha, 2008. Dostupnost 15. 1. 2009

Koukalová, S.: Traumatologie (on-line), Praha, 2007. Dostupnost z www: http: vnl.xf.cz, 17. 1. 2009

Málková, I.,Čapková,Z.: Chirurgická léčba pertrochanterických zlomenin krčku kosti stehenní (on-line), Praha, 2006. Dostupnost z www: http: www.instrumentarky.cz 18. 1. 2009

Matějkovičová, V.: Zlomeniny femuru, Brno, 2006. Dostupnost: http://www.instrumentarky.cz/si/detail-clanku-zlomeniny-femuru_319.html 15.2. 2009

Škrochová, K.; TEP a úrazy femuru - e-learningový ÚVN Praha, 2008. Dostupnost 19. 1. 2009

9. Seznam zkratek:

BMI – tělesný hmotnostní index

CMP – cévní mozková příhoda

CT – počítačová tomografie

DHS - dynamický kompresivní šroub

FH – francouzské hole

LTV – léčebná tělesná výživa

MMSE - Mini-Mental State Examination (hodnocení kognitivních funkcí)

MRI – magnetická rezonance

OS – osteosyntéza

PFN – produmal femoral nail

PMK – permanentní močový katétr

TK – krevní tlak

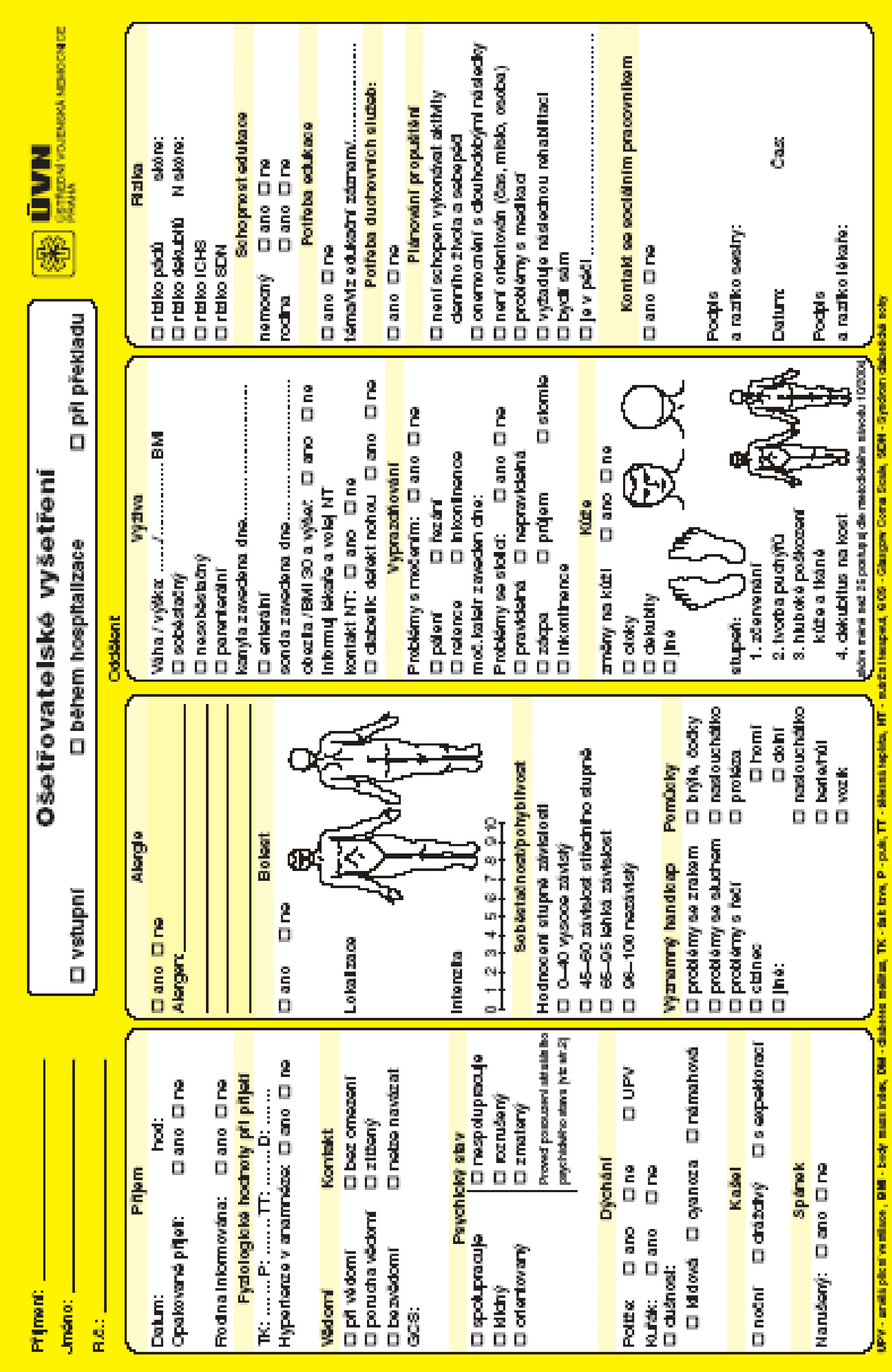
VAS – vizuální analogová škála

10. Seznam příloh

Příloha č. 1: Ošetřovatelská anamnéza ÚVN

Příloha č. 2: MMSE

Příloha č. 1: Ošetřovatelská anamnéza



Příjmení: ____________
Jméno: ____________
R.č.: ____________

Ošetřovatelské vyšetření

☐ vstupní ☐ během hospitalizace ☐ při překladu

ÚVN – ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE PRAHA

Oddělení:

Příjem
Datum: hod:
Opakované přijetí: ☐ ano ☐ ne
Rodina informována: ☐ ano ☐ ne

Fyziologické hodnoty při přijetí
TK: ……… P: ……… TT: ……… D: ………
Hypertenze v anamnéze: ☐ ano ☐ ne

Vědomí
☐ při vědomí
☐ porucha vědomí
☐ bezvědomí
GCS:

Kontakt
☐ bez omezení
☐ ztížený
☐ nelze navázat

Psychický stav
☐ spolupracuje
☐ klidný
☐ orientovaný
☐ nespolupracuje
☐ rozrušený
☐ zmatený
Proveď posouzení aktuálního psychického stavu (viz str. 2)

Dýchání
Potíže: ☐ ano ☐ ne ☐ UPV
Kuřák: ☐ ano ☐ ne
☐ dušnost:
☐ klidová ☐ cyanoza ☐ námahová

Kašel
☐ noční ☐ dráždivý ☐ s expektorací

Spánek
Narušený: ☐ ano ☐ ne

Alergie
☐ ano ☐ ne
Alergen: ____________

Bolest
☐ ano ☐ ne
Lokalizace
Intenzita
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Soběstačnost/pohyblivost
Hodnocení stupně závislosti
☐ 0–40 vysoce závislý
☐ 45–60 závislost středního stupně
☐ 65–95 lehká závislost
☐ 96–100 nezávislý

Významný handicap
☐ problémy se zrakem
☐ problémy se sluchem
☐ problémy s řečí
☐ cizinec
☐ jiné:

Pomůcky
☐ brýle, čočky
☐ naslouchátko
☐ protéza
☐ horní
☐ dolní
☐ naslouchátko
☐ berle/hůl
☐ vozík

Výživa
Váha / výška: ……/………… BMI
☐ soběstačný
☐ nesoběstačný
☐ parenterální
kanyla zavedena dne………………………
☐ enterální
sonda zavedena dne……………………
obezita / BMI 30 a výše: ☐ ano ☐ ne
Informuj lékaře a volej NT
kontakt NT: ☐ ano ☐ ne
☐ diabetic defekt nohou ☐ ano ☐ ne

Vyprazdňování
Problémy s močením: ☐ ano ☐ ne
☐ pálení ☐ řezání
☐ retence ☐ inkontinence
moč. katetr zaveden dne:
Problémy se stolicí: ☐ ano ☐ ne
☐ pravidelná ☐ nepravidelná
☐ zácpa ☐ průjem ☐ stomie
☐ inkontinence

Kůže
změny na kůži ☐ ano ☐ ne
☐ otoky
☐ dekubity
☐ jiné
stupeň:
1. zčervenání
2. tvorba puchýřů
3. hluboké poškození kůže a tkáně
4. dekubitus na kost
skóre méně než 25 postupuj dle metodického návodu 10/2004

Rizika
☐ riziko pádů skóre:
☐ riziko dekubitů N skóre:
☐ riziko ICHS
☐ riziko SDN

Schopnost edukace
nemocný ☐ ano ☐ ne
rodina ☐ ano ☐ ne

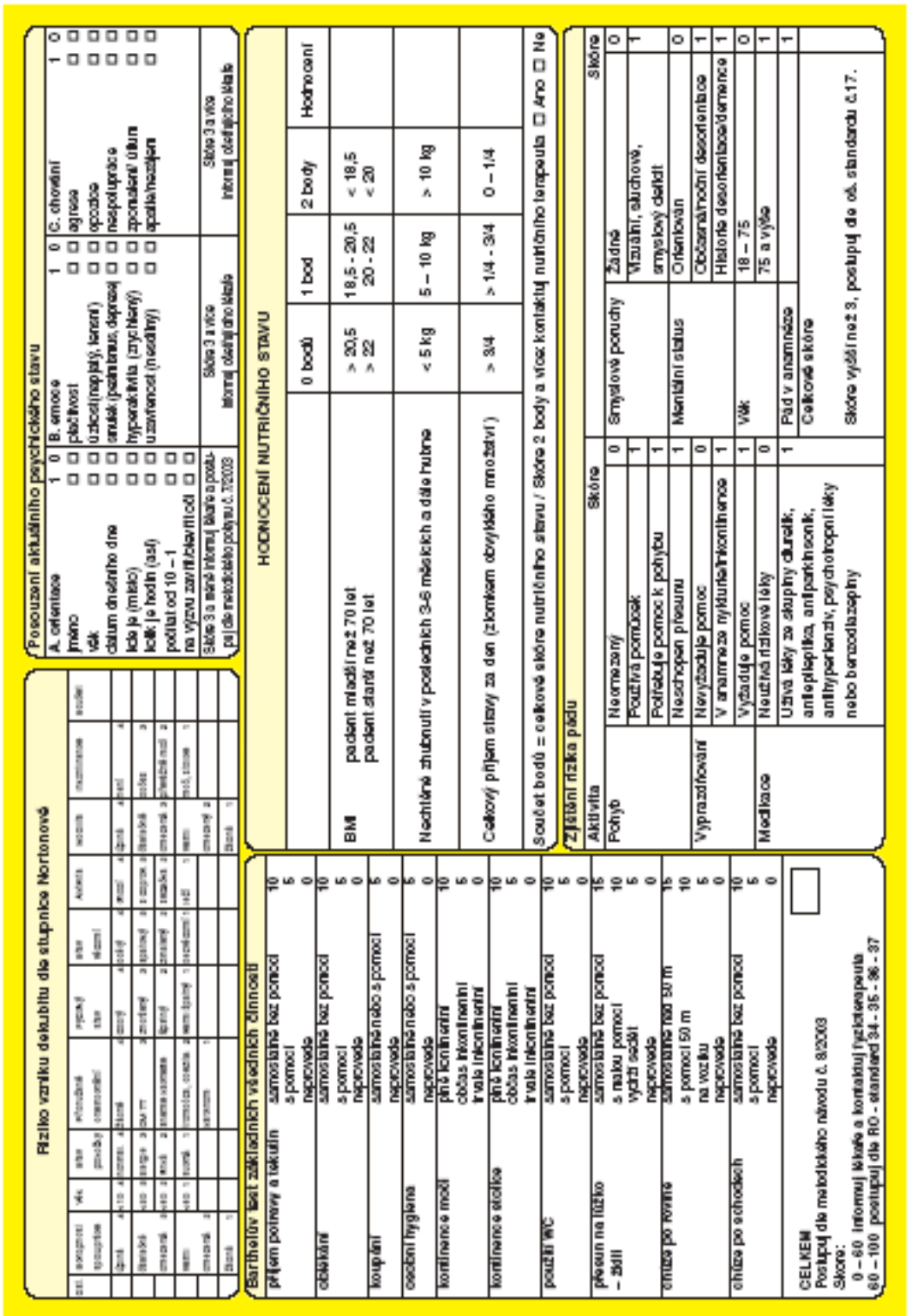
Potřeba edukace
☐ ano ☐ ne
téma/viz edukační záznam/………………

Potřeba duchovních služeb:
☐ ano ☐ ne

Plánování propuštění
☐ není schopen vykonávat aktivity denního života a sebepéči
☐ onemocnění s dlouhodobými následky
☐ není orientován (čas, místo, osoba)
☐ problémy s medikací
☐ vyžaduje následnou rehabilitaci
☐ bydlí sám
☐ je v péči ………………………………

Kontakt se sociálním pracovníkem
☐ ano ☐ ne

Podpis a razítko sestry:
Datum: Čas:
Podpis a razítko lékaře:

UPV - umělá plicní ventilace, BMI - body mass index, DM - diabetes mellitus, TK - tlak krve, P - puls, TT - tělesná teplota, NT - nutriční terapeut, GCS - Glasgow Coma Scale, SDN - Syndrom diabetické nohy

Příloha č. 1: Ošetřovatelská anamnéza