



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

Dana Motlová

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

*Nursing Care of a Patient with a Total Hip
Replacement*

Případová studie

Bakalářská práce

Kolín, červen 2011

Autor práce: Dana Motlová
Studijní program: Ošetrovatelství
Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

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

Odborný konzultant: MUDr. František Stuchlík
Pracoviště odborného konzultanta: Ortopedicko – traumatologické oddělení
Oblastní nemocnice Kolín a.s.

Datum a rok obhajoby: červen 2011

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. Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému 3. LF UK jsou totožné.

V Kolíně dne:

.....

Dana Motlová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní B. P., protože bez jejího souhlasu a spolupráce by tato práce nemohla vzniknout.

Dále bych chtěla poděkovat vedoucí práce Mgr. Janě Holubové a odbornému konsultantovi MUDr. Františku Stuchlíkovi za cenné rady a odborné vedení při zpracování bakalářské práce.

Obsah

ÚVOD.....	7
1 KLINICKÁ ČÁST	8
1. 1 ANATOMIE – FYZIOLOGIE KYČELNÍHO KLOUBU.....	8
1. 1. 1 Kyčelní kloub (<i>articulatio coxae</i>)	8
1. 1. 2 Pohyblivost kyčelního kloubu	9
1. 1. 3 Cévní zásobení kyčelního kloubu.....	9
1. 1. 4 Nervy kyčelního kloubu.....	10
1. 1. 5 Svaly kyčelního kloubu (<i>musculi coxae</i>)	10
1. 2 KOXARTRÓZA	10
1. 2. 1 Patofyziologie	11
1. 2. 2 Etiologie	11
1. 2. 3 Klinický obraz.....	11
1. 2. 4 Klasifikace artrózy.....	12
1. 2. 5 Diagnostika.....	13
1. 2. 6 Terapie.....	14
1. 3 TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KYČELNÍHO KLOUBU.....	16
1. 3. 1 Historie endoprotéz	17
1. 3. 2 Typy TEP kyčelního kloubu	17
1. 3. 3 Indikace TEP	20
1. 3. 4 Kontraindikace TEP	20
1. 3. 5 Komplikace TEP	20
1. 3. 6 Stabilita implantátu	21
1. 4 ŠTAV PACIENTKY PŘI PŘÍJMU DO NEMOCNICE.....	21
1. 4. 1 Základní údaje o pacientce	21
1. 4. 2 Lékařská anamnéza	22
1. 4. 3 Status praesens	23
1. 4. 4 Status localis.....	24
1. 5 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA.....	24
1. 5. 1 Předoperační příprava vzdálená	24
1. 5. 2 Předoperační příprava v den příjmu 12. 10. 2010	25
1. 5. 3 Předoperační příprava v den operace 13. 10.....	26
1. 6 PRŮBĚH HOSPITALIZACE	27
1. 6. 1 První den hospitalizace 12. 10.....	27
1. 6. 2 Druhý den hospitalizace, 0. pooperační den 13. 10.....	27

1. 6. 3 Třetí den hospitalizace, 1. pooperační den 14. 10.....	29
1. 6. 4 Čtvrtý den hospitalizace, 2. pooperační den 15. 10.....	30
1. 6. 5 Pátý až třináctý den hospitalizace, 3. – 11. pooperační den 16. 10 – 24. 10.....	31
1. 7 FARMAKOTERAPIE	32
1. 8 PROGNOZA	38
2 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	39
2. 1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	39
2. 1 MODEL FUNKČNÍCH VZORCŮ ZDRAVÍ MARJORY GORDON.....	40
2. 3 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA PODLE MARJORY GORDON	42
2. 4 PŘEHLED OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ	48
2.5 KRÁTKODOBÝ PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	49
2. 5. 1 Bolest LDK z důvodu operačního zákroku.....	49
2. 5. 2 Snížená schopnost sebez péče v oblasti hygieny, vyprazdňování a oblékání z důvodu implantace endoprotézy a snížené pohyblivosti.....	51
2. 5. 3 Nedostatek spánku z důvodu bolesti a změny prostředí.....	54
2. 5. 4 Riziko luxace endoprotézy levého kyčelního kloubu z důvodu nedodržení doporučeného režimu	56
2. 5. 5 Riziko pádu z důvodu nácviku chůze o berlích	58
2. 5. 6 Riziko infekce z důvodu invazivních vstupů (PMK, PŽK, drény) a operační rány.....	60
2. 6 DLOUHODOBÝ PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	63
2. 6. 1 Pátý den hospitalizace, 3. pooperační den 16. 10	63
2. 6. 2 Šestý až dvanáctý den hospitalizace, 4. – 10. pooperační den 17. 10 – 23. 10.....	64
2. 6. 3 Třináctý den hospitalizace, 11. pooperační den 24. 10	65
2. 7 PSYCHOSOCIÁLNÍ STRÁNKA.....	66
2. 8 EDUKACE.....	67
3. 8. 1 Režimová opatření při TEP kyčelního kloubu.....	69
3. 8. 2 Cvičení na doma	71
ZÁVĚR.....	74
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	75
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	77
SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ	79
SEZNAM PŘÍLOH.....	80

Úvod

Téma této bakalářské práce „Ošetrovatelská péče o pacientku po totální endoprotéze kyčelního kloubu“ jsem si vybrala na základě mé dlouholeté zkušenosti. Totální endoprotéza kyčelního kloubu je jedním z nejčastěji prováděných operačních výkonů na našem oddělení.

Cílem mé bakalářské práce bylo zpracování případové studie ošetrovatelské péče u pacientky ve věku 72 let. Na ortopedicko-traumatologické oddělení byla přijata k plánované implantaci totální náhrady kyčelního kloubu pro primární koxartrózu.

Práce má dvě části, klinickou a ošetrovatelskou.

V klinické části popisují anatomii a fyziologii kyčelního kloubu. Dále se zabývám charakteristikou koxartrózy, jako nejčastější příčiny výměny kloubu, kde se věnuji patofyziologii, etiologii, klasifikaci, diagnostice a terapii. V další kapitole popisují totální endoprotézu kyčelního kloubu včetně historie, typů, indikací, kontraindikací, komplikací a stability. Následující kapitoly jsou věnovány již konkrétní pacientce, kde udávám základní údaje o pacientce, lékařskou anamnézu, status praesens a status lokalis, popisují předoperační přípravu, průběh hospitalizace a indikační skupiny léků. Klinickou část uzavírám prognózou.

V ošetrovatelské části nejprve stručně popisují ošetrovatelský proces a ošetrovatelský Model funkčních vzorců zdraví dle Marjory Gordon. Ošetrovatelskou anamnézu jsem zpracovala druhý pooperační den dle Marjory Gordon. Na základě získaných informací jsem k druhému pooperačnímu dni stanovila tři aktuální a tři potencionální ošetrovatelské diagnózy, u kterých jsem sestavila metodou ošetrovatelského procesu krátkodobý plán ošetrovatelské péče. Následuje dlouhodobý plán ošetrovatelské péče. Další kapitola je věnována psychosociální stránce. V závěru práce uvádím edukaci pacientky, se zaměřením na režimová opatření a cvičení po totální endoprotéze kyčelního kloubu.

Bakalářskou práci uzavírám celkovým shrnutím - závěrem.

Bakalářskou práci jsem doplnila abecedním seznamem použité literatury, seznamem zkratk, seznamem obrázků, seznamem příloh a přílohami.

1 Klinická část

1. 1 Anatomie – fyziologie kyčelního kloubu

1. 1. 1 Kyčelní kloub (articulatio coxae)

Je omezený jednoduchý kulový kloub. Patří mezi velké nosné klouby. Je jamkou kyčelního kloubu a proximálním koncem kosti stehenní. (1)

Jamka kyčelního kloubu (acetabulum) leží ve spojení všech tří kostí pánevních (kost kyčelní – os ilium; kost sedací – os ischii; kost stydká – os pubis). Má tvar duté polokoule o průměru kolem 2,5 cm dle velikosti postavy. Po obvodu má hladký povrch, kloubní plocha je poloměsíčitá (facies lunata), která je jako jediná potažena hyalinní chrupavkou o síle až 3 mm, zbytek dna jamky je drsný, prostupují zde cévy. Mimo kloubní plochu je acetabulum vyplněno polštářem tukového vaziva (pulvinar acetabuli) jehož funkcí je absorbovat nárazy, které přes hlavici femuru směřují proti slabému dnu kloubní jamky. (1)

Proximální konec femuru lze rozdělit na hlavici, krček a trochanterický masiv. Hlavice (caput femoris) má tvar polokoule o průměru 2,5 cm. Krček stehenní kosti (collum femoris) navazuje na hlavici, u dospělých dosahuje délky 4-5 cm. Na přechodu těla a krčku stehenní kosti jsou umístěni velký a malý chocholík. Laterálně vybíhá velký chocholík (trochanter major), mediálně dozadu jde kuželovitý malý chocholík (trochanter minor). Trochanter major je významný orientační bod na dolní končetině. Jeho hmatný vrchol orientuje o poloze hlavice femuru, která leží ve výši trochanteru. (1)

Tělo femuru začíná pod malým chocholíkem a bez zřetelné hranice přechází do distálního konce femuru.

Pouzdro kyčelního kloubu spojuje obě artikulující kosti. Je silné a pevné. Začíná na okrajích acetabula, na femuru ventrálně je upnuto na zdrsňelou spojnici mezi oběma trochantery a dorsálně překrývá jen mediální polovinu krčku.

Kloubní pouzdro zesilují vazy - *ligamentum iliofemorale*, *ligamentum pubofemorale*, *ligamentum ischiofemorale*, *Zona orbicularis*.

Ke kyčelnímu kloubu mimo pouzdra a zesilujících vazů patří **labrum acetabulare** a s ním spojená ligamenta – *ligamentum transversum acetabuli* a *ligamentum capitis femoris*. Labrum acetabulare je mohutný vazivový prstenec, který obkružuje kloubní jamku, tím zvětšuje kapacitu acetabula. (1)

1. 1. 2 Pohyblivost kyčelního kloubu

V kyčelním kloubu se pohybuje dolní končetina vůči trupu. Zároveň je také nosným kloubem trupu a balančním kloubem, který udržuje rovnováhu vzpřímeného trupu.

„Pohyblivost kyčelního kloubu je dána tvarovou úpravou artikulujících kostí, mohutností a průběhem vazů kloubního pouzdra.“ (Čihák, 2001, str. 290)

„V kyčelním kloubu je možné provádět **flexi** (ohnutí – do 120 stupňů – zvětšuje se při současné abdukci), malou **extenzi** (natažení - do 13 stupňů), **abdukci** (odtažení - do 40 stupňů – zvětšuje se při současné flexi), **addukci** (přitažení - do 10 stupňů), **zevní rotaci** (otáčení – do 15 stupňů), **vnitřní rotaci** (do 35 stupňů). Kombinací těchto pohybů je kroužení (**cirkumdukce**).“ (Čihák, 2001, str. 290)

„Střední postavení kloubu je střední flexe s mírnou abdukcí a malou zevní rotací.“ (Čihák, 2001, str. 290)

1. 1. 3 Cévní zásobení kyčelního kloubu

Krevní cévy kyčelního kloubu tvoří rozsáhlé síť zásobující vlastní kloub.

„Cévní okruh po obvodu acetabula vzniká z větví *a. glutea superior et inferior*, *a. obturatoria*, *a. circumflexa femoris medialis* a *a. pudenda interna*, i z drobných větvíček odstupujících přímo z *a. ilica externa*, *a. femoralis* a *a. profunda femoris*.“ (Bartoníček, Heřt, 2004, str. 167)

„Cévní okruh při bazi krčku femuru vytvářejí větve *a. circumflexa femoris medialis et lateralis*, *a. glutea superior et inferior*, *a. perforans prima*.“

„Z obou okruhů odstupují povrchové a hluboké tepny.“ (Bartoníček, Heřt, 2004, str. 167)

„Žíly odcházejí z kyčelního kloubu do pletení kolem pouzdra a odtud podél přívodných tepen.“ (Čihák, 2001, str. 293)

1. 1. 4 Nervy kyčelního kloubu

„Nervy přicházejí ze všech velkých kmenů, které jsou v blízkosti. Kyčelní kloub je inervován z *n. femoralis*, *n. ischiadicus*, *n. gluteus superior* a *n. ischiadicus*.“ (Čihák, 2001, str. 293) *N. ischiadicus* je nejmohutnější nerv v lidském těle, znalost jeho průběhu je důležitá při volbě operačních přístupů kyčelního kloubu.

1. 1. 5 Svaly kyčelního kloubu (musculi coxae)

„Svaly kyčelního kloubu se dělí na přední a zadní skupinu.

Přední skupina – obsahuje ***m. iliopsoas***, složený z *m. psoas major* a *m. iliacus*. Inervace těchto svalů přichází z plexus lumbalis. Funkcí je flexe kyčelního kloubu.

Zadní skupina – obsahuje na povrchu velmi silné ***mm. glutei*** (svaly hýžděvé) složené z *m. gluteus maximus* (povrchový, vhodný k aplikaci nitrosvalových injekcí), *m. gluteus medius*, *m. gluteus minimus* a *m. tensor fasciae latae*. V hloubce jsou **pelvitrochanterické svaly** - *m. piriformis*, ***mm. gemeli***, *m. obturatorius internus* a *m. quadratus femoris*. Inervace přichází z plexus sacralis. *Mm. glutei* se funkčně podílí na abdukci, extenzi a rotaci v obou směrech. Pelvitrochanterické svaly jsou převážně zevní rotátory. (Čihák 2001, str. 430)

1. 2 Koxartróza

Koxartróza je artróza kyčelního kloubu. Je to velmi časté degenerativní nezánettlivé onemocnění, které postihuje chrupavku, kloubní pouzdro, kost i okolní tkáň. Koxartróza má progresivní charakter, snižuje funkční schopnosti a pohyblivost kloubu. Způsobuje bolest, dyskomfort při pohybu a zhoršuje kvalitu života. V generaci padesátiletých postihuje až 80% obyvatelstva. (10, 11)

1. 2. 1 Patofyziologie

„Koxartróza začíná poškozením chrupavky, která ztrácí svou pružnost. Chrupavka hrubne, vznikají v ní ulcerace, odlupuje se a kost pod chrupavkou se na některých místech nepravidelně zahušťuje, jinde vznikají trhlinky a cysty. Jako reakce na odloupanou chrupavku se tvoří v kloubní štěrbině více enzymů, jejichž cílem je odpadlé částičky odklidit. Tyto enzymy však chrupavku dále poškozují. Dochází k přestavbě chrupavky, na okrajích kloubu vznikají výrůstky – osteofyty, jimiž se snaží kloub odlehčit poškozené chrupavce. Výrůstky však omezují pohyb v kloubu, dráždí nervy v kloubu a nastává reflexní stažení svalů. Bolest se přenáší i na další klouby a šlachy a mění se osa končetin i páteře.“ (Šafránková, Nejedlá, 2006, str. 148)

1. 2. 2 Etiologie

Primární koxartróza (idiopatická) je způsobena chronickým nadměrným přetěžováním kloubů a uplatňují se i faktory dědičnosti.

Sekundární koxartróza se rozvíjí na podkladě jiného onemocnění, nejčastěji úrazu kyčelního kloubu, Perthesovy choroby, vývojové dysplazie kyčlí nebo aseptické nekrózy hlavice femuru, v důsledku chorob látkové výměny (DM, dna), při užívání kortikoidů, cytostatik nebo u dialyzovaných nemocných.

Rizikovými faktory jsou špatná životospráva, kouření, alkohol, vyšší věk, ženské pohlaví, nadváha, obezita, náročný sport, jednostranné pracovní zatížení ale i sedavé zaměstnání a málo pohybu. (10, 11)

1. 2. 3 Klinický obraz

Mezi subjektivní obtíže patří **bolest** - nejdříve nespecifické bolesti kyčle po fyzické námaze, kdy se zvyšuje tření kloubních ploch a snižuje se funkce tlumení nárazů chrupavkou. Bolest se váže pouze na prvé pohyby a po rozhýbání mizí. Jedná se tzv. o startovací bolesti. Při změnách počasí bývá zpravidla větší. Je-li bolest trvalá, spontánní, v klidu i při pohybu, také v noci, je to obvykle známka již druhotného poškození měkkých tkání. Bolest vystřeluje do třísla a na vnitřní stranu stehna, šíří se až ke kolenu.

Objektivně na začátku onemocnění není kloub tvarově změněn a je volně pohyblivý. Při pohybu lze zachytit tzv. *drásoty*. Postupně se *kloub deformuje*, stává se nepravidelným a zvětšuje se. Může docházet ke změnám kloubní osy. Objevuje se postupné *pohybové omezení kloubu až úplná nehybnost (ankylóza)*. Mohou se připojit zánětlivé příznaky – *hydrops (výpotek)*, *otok*, kdy kloub je teplejší a může dojít ke zmnožení synoviální tekutiny. U pacienta zjišťujeme *antalgickou chůzi*, kdy šetří postiženou končetinu a kulhá. Následkem degenerace chrupavky a kostní přestavby může dojít k *relativnímu zkrácení dolní končetiny*. Tím trpí i bederní páteř, která je značně namáhána. Při dekompenzované koxartróze dochází ke *svalovým kontrakturám*, spojeným s bolestí. Je patrna hypotrofie stehenního svalstva a v některých případech hypotrofie m. gluteus medius. (10, 11)

1. 2. 4 Klasifikace artrózy

„Rozdělení koxartrózy podle závažnosti umožňují RTG stadia podle Kellgrena – Lawrence (1957):

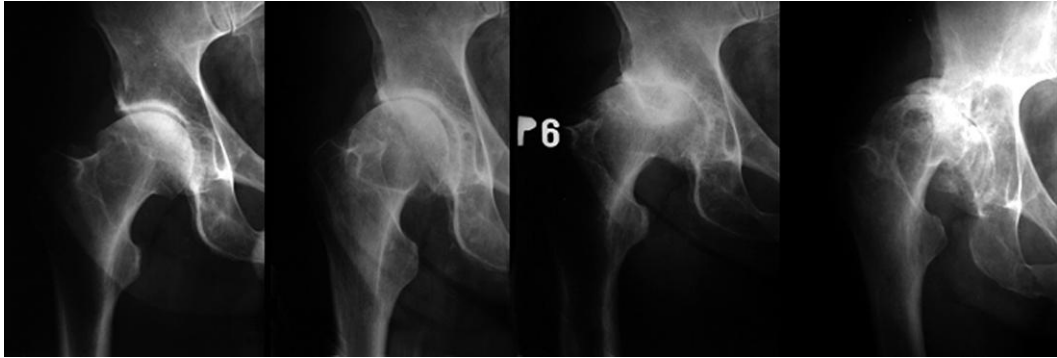
I. stadium: zúžení kloubní štěrbiny mediálně a počátek tvorby osteofytů okolo hlavice.

II. stadium: určité snížení kloubní štěrbiny inferomediálně, jsou vytvořeny zřetelné osteofyty a subchondrální skleróza.

III. stadium: kloubní štěrbina je výrazně zúžena, jsou přítomny osteofyty, sklerocystické změny, detritové cysty hlavice i acetabula, deformace tvaru hlavice i acetabula.

IV. stadium: vymizení kloubní štěrbiny se sklerózou a cystami, pokročilá deformace hlavice i acetabula.

Přestože je tato klasifikace často kritizována, je v praxi široce využívána a je všeobecně akceptována. Jednotlivé RTG příznaky se nevyskytují vždy ve stejném zastoupení. Záleží na formě koxartrózy.“ (Dungl et. al., 2005, str. 902)



Obrázek 1: Vývoj koxartrózy pravého kyčelního kloubu v časovém rozpětí 15 let. Stupeň I-IV dle Kellgrena a Lawrence, superolaterální formy (převzato z: Dungal et. al., 2005, str. 902)

1. 2. 5 Diagnostika

Diagnostika koxartrózy se opírá o nálezy z anamnézy, klinického vyšetření a zobrazovacích technik.

„*Anamnéza* – bývá v dnešní technické době často opomíjena nebo podceňována. Stále však platí, že přes 50% ortopedických onemocnění můžeme objasnit při správně odebrané anamnéze. Zajímá nás rodinná anamnéza, osobní, pracovní, sociální a sportovní. Zjišťujeme únavnost, bolest a omezení pohybu kloubu.“ (Dungal et. al., 2005, str. 35)

Klinické vymezení choroby je mnohem obtížnější. Patologické změny, zjistitelné zobrazovacími metodami, jsou v rozporu s klinickými příznaky. Klinické vyšetření zahrnuje vyšetření chůze, délek končetin, rozsahu pohybu, palpaci kyčelní krajiny, neurologické a cévní vyšetření končetiny. Zevně rotační postavení, omezení abdukce, nemožnost vnitřní rotace, flexní kontraktura a relativní zkrat jsou známkou pokročilé koxartrózy, stejně jako svalová atrofie v hýžděové oblasti. (3)

Ze zobrazovacích technik se využívá:

- nejvíce *rentgenové vyšetření – nativní RTG snímek,*
- vyjimečně *CT* (Computed Tomography – výpočetní tomografie) a *MR* (Magnetická rezonance). (10)

1. 2. 6 Terapie

Léčbu dělíme na konzervativní a chirurgickou (operativní).

Konzervativní terapie se využívá zejména v počátečních stádiích koxartrózy. Zahrnuje kombinaci medikamentózní léčby, režimových opatření a rehabilitaci.

Medikamentózní léčba využívá preparáty, které dělíme na skupinu rychle působících léků (analgetika a nesteroidní antirevmatika), na skupinu pomalu působících léků (SYSADOA – symptomatic slow acting drugs in osteoarthritis, chondroprotektiva) a na skupinu kortikosteroidů.

Skupina rychle působících léků:

- ***Opioidní analgetika*** – mají analgetický účinek, tlumí bolest středně silné až silné intenzity. Působí symptomaticky. Při léčbě koxartrózy se uplatňují slabší opioidy, zejména *tramadol*.
- ***Neopoidní analgetika*** – mají analgetický účinek, tlumí bolest slabší intenzity, nejvíce používaný *paracetamol*.
- ***Nesteroidní antirevmatika - NSA*** – při léčbě artrózy se užívají nejvíce. Mají analgetický i protizánětlivý účinek. Mají však vysoký výskyt nežádoucích účinků, zejména po vyšších dávkách a při dlouhodobém užívání. Nejčastěji se objevují dyspeptické obtíže vznikající iritací žaludeční sliznice, je zvýšené riziko krvácení. Při dlouhodobém užívání se doporučují gastroscopické kontroly. Rizikovou skupinou tvoří pacienti vyšší věkové kategorie (nad 65 let) a nemocní s anamnézou peptického vředu nebo krvácením z horní části GIT. Lékem volby pro akutní bolest je *ibuprofen*, *diclofenac* (Diclofenac, Voltaren, Veral, Dolmina), *salicyláty*, *indometacin*. K úlevě od chronické bolesti jsou vhodná silně působící NSA s dlouhodobým účinkem – *naproxen*, *diflunisal*.

Z hlediska lepšího účinku a zejména z hlediska menšího výskytu vedlejších účinků jsou vhodnější léky patřící do skupiny inhibitorů cyklooxygenázy-2 kam patří *meloxicam* (Movalis), *nimesulid* (Aulin), *celecoxib* (Celebrex), *refesoxib* (Vioxx). (3, 5)

Skupina pomalu působících léků:

- **SYSADOA** jsou chondroprotektivní látky, které mají schopnost obnovit kloubní chrupavku, nebo alespoň degenerativní proces zpomalit. Mají vliv na snížení bolesti, zlepšení rozsahu pohybu a zlepšují funkci u nemocných s artrózou. Jejich nástup účinku je většinou opožděný, obvykle po 1 – 2 měsících, ale přetrvává nejméně po dobu 2 – 3 měsíců po jejich vysazení (tzv. carry - over efekt). Většinou se podávají v sériích 2 – 3 měsíců, dvakrát do roka, ale mohou i kontinuálně. Výhodou je absence nežádoucích toxických účinků. V pokročilých stádiích choroby jsou však již bez efektu. Mají potencionálně strukturu modifikující účinek, tzv. chorobu modifikující účinek (DMOAD – disease modifying drugs of osteoarthritis). Podává se *glukosaminsulfát* (Dona), *chondroitinsulfát* (Condrosulf), *Diacerein* (Artrodar), a lokálně do postiženého kloubu *kyselina hyaluronová* (Hyalgan, Synvisc). (3, 7)

Skupina kortikosteroidů:

Intraartikulární injekce do kyčelního kloubu se provádí méně, vzhledem k obtížné aplikaci a nebyl prokázán dlouhodobý efekt. Časově omezený efekt s omezením pohybu a otoku může být využíván u pacientů, u nichž je např. odkládána implantace totální endoprotézy. Je možno použít přípravky Kenalog, Diprophos, Depo-Medrol (3, 7)

Režimová opatření odstraňují příčiny, které vedly ke koxartróze. Je nutné omezit jednostrannou zátěž postiženého kloubu. K odlehčení kloubu se doporučují korektivní pomůcky, jako jsou ortézy, berle, ortopedická obuv a vložky. Nedílnou součástí je úprava případné tělesné nadváhy. Vhodné je také jíst stravu bohatou na vitamíny C, E, D a látky s obsahem kolagenu. (11)

Rehabilitace zahrnuje analgetickou fyzikální terapii, kdy se využívá elektroterapie, magnetoterapie, terapie ultrazvukem. Vhodné jsou vodoléčebné procedury, například podvodní masáže a vířivky. Důležitou součástí je

fyzioterapie, jejímž cílem je pomocí technik měkkých tkání, mobilizací a cíleného cvičení uvolnit přetížené a posílit oslabené svalové skupiny. V počátečních stádiích koxartrózy je možno cíleným cvičením zlepšit běžné pohybové stereotypy, obzvláště správný stereotyp chůze. Udržení správného stereotypu chůze je jednou z nejlepších možností jak zpomalit progresi koxartrózy. (16)

Chirurgická (operativní) léčba je indikována při neúčinné konzervativní terapii, při přetrvávající bolesti a omezení celkové pohybové schopnosti. Nejužívanější jsou operativní metody s náhradou kloubu. V případě menšího poškození chrupavky je možno využít moderních chirurgických metod jako je transplantace chrupavky nebo buněk chrupavky na postižené místo. (7, 11)

V éře před masovým rozšířením totální endoprotézy byla používána celá řada operačních výkonů – osteotomie, artrodéza kyčelního kloubu. (3)

1.3 Totální endoprotéza kyčelního kloubu

Totální endoprotéza znamená často jedinou cestu zpět do normálního života bez bolesti a bez výrazného pohybového omezení. (7)

Totální endoprotéza (TEP) kyčelního kloubu nahrazuje celý kloub cizím (alogenním) materiálem. Skládá se z acetabulární komponenty – jamky, a femorální komponenty – dřívku s hlavicí. Jamka nahrazuje původní kloubní jamku, zavádí se do opracované pánevní jamky, může mít tvar polokulovitý nebo kuželovitý, nejčastěji užívaným materiálem je polyetylén nebo kov s polyetylenovou vložkou. Dřík s hlavicí nahrazuje krček a hlavicí femuru. Dřík je vyráběn z různých kovových slitin o vysoké pevnosti a ověřené dobré toleranci organismu. Dřík je zaveden do dřevné dutiny stehenní kosti a zajišťuje stabilitu femorální komponenty. Na krček tohoto dřívku je nasazena hlavička, která je vyráběna ze stejné kovové slitiny jako dřík, nebo ze speciální keramiky. Důležitou vlastností hlaviček je jejich maximální hladkost, čím je jejich povrch hladší, tím menší je opotřebením polyetylenové vložky v kloubní jamce TEP při každém pohybu a zajišťuje velmi dlouhou, nikoliv však nekonečnou životnost. (7)

1. 3. 1 Historie endoprotéz

Totální endoprotéza kyčelního kloubu byla přijata, po prvotních neúspěších, jako nový léčebný postup koxartrózy roku 1966 na světovém ortopedickém kongresu SICOT. Zasloužili se o to profesor John Charnley, profesor McKee a profesor M. E. Müller. (14)

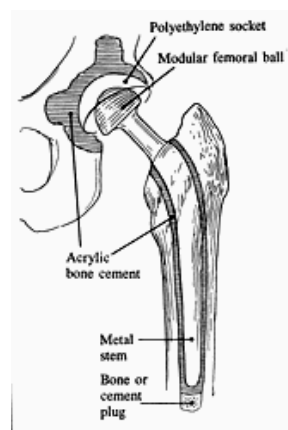
První pokusy o aloplastiku spadají do počátku 20. století. Při prvních operacích se používaly biologické materiály - živočišné membrány, slonová kost či zlaté destičky. Ve špatných podmínkách asepse bez použití antibiotik však operace měly pramalou naději na úspěch. Revolučním zvratem v operativně destruovaného kyčelního kloubu byl objev anglického ortopéda, sira Johna Charnleye, který na konci 50. let minulého století přišel s technikou kovového dřívku a polyethylenové jamky, tzv. kloubní plastiky s nízkým třením, komponenty byly cementované metakrylátem Jeho typ endoprotéz je v určitých modifikacích používán dodnes s prokazatelně nejlepšími dlouhodobými výsledky. Hlavní zásluhu na vzniku první české endoprotézy kyčelního kloubu má profesor MUDr. Oldřich Čech, DrSc., kdy v roce 1969, vyvinul a implantoval první cementovanou endoprotézu klasické konstrukce ve spolupráci s Poldi Kladno. Od konce 70. let se objevily endoprotézy, k jejichž fixaci nebyl použit kostní cement - bezcementované protézy. (3, 7, 12, 14)

1. 3. 2 Typy TEP kyčelního kloubu

Rozlišujeme náhrady cementované, necementované, hybridní a Hip resurfacing. Výběr typu náhrady závisí na věku a celkovém zdravotním stavu pacienta, typu postižení kloubu a od zkušenosti a filozofie operátora. (14)

- ***cementované náhrady*** – komponenty jsou upevněny do kosti speciálním kostním cementem. Tento typ náhrady není vhodný pro mladší aktivní

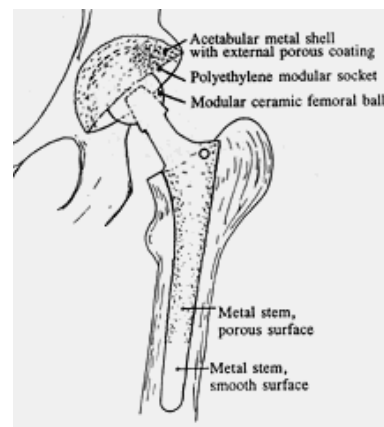
pacienti, po 10 – 15 letech dochází k uvolňování jamky. (13)



Obrázek č. 2a Cementovaná náhrada **Obrázek č. 2b** Cementovaná náhrada
(převzato z: Orthes [online]. 2001 [cit. 2010-11-10]

<http://www.orthes.cz/types.htm>.)

- **necementované náhrady** – jsou zkonstruovány tak, aby mohly být implantovány do kosti bez použití cementu. Kost prorůstá do speciálně upraveného povrchu kovového implantátu (zhrubělý povrch). (13)



Obrázek č. 3a Necementovaná náhrada **Obrázek č. 3b** Necementovaná náhrada

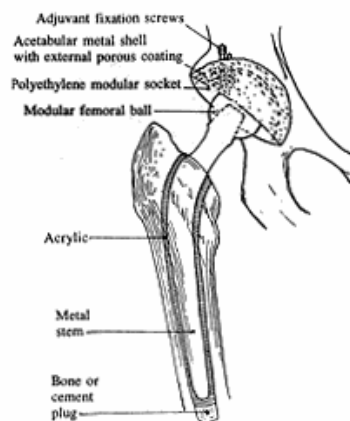
(převzato z: Orthes [online]. 2001 [cit. 2010-11-10]

<http://www.orthes.cz/types.htm>.)

- **hybridní náhrady** – jedna komponenta, většinou jamka, je připevněna bez cementu, a druhá komponenta, obvykle dřík, je připevněn cementem. Tento typ nachází stále větší uplatnění. (13)



Obrázek č. 4a *Hybridní náhrada*



Obrázek č. 4b *Hybridní náhrada*

(převzato z: Orthes [online]. 2001 [cit. 2010-11-10]

[http://www.orthes.cz/types.htm.](http://www.orthes.cz/types.htm))

- ***Hip resurfacing*** – je nový typ totální endoprotézy. Konstrukce implantátu se snaží maximálně anatomicky i biomechanicky přiblížit zdravému kyčelnímu kloubu a tím je dán předpoklad lepšího funkčního výsledku. Je vhodná u pacientů, kde nejsou velké anatomické změny kloubu. Může být indikována rovněž u pacientů, u kterých je vzhledem k věku a úrovni pohybové aktivity implantace dřívkové náhrady problematická, nebo je pravděpodobnost předčasného mechanického uvolnění. Použité materiály mají dobrou toleranci zátěže a nízký ořev a předpokládá se dlouhá – doživotní funkce. (13)



Obrázek č. 5a *Hip resurfacing*



Obrázek č. 5b *Hip resurfacing*

(převzato z: Orthes [online]. 2001 [cit. 2010-11-10]

[http://www.orthes.cz/types.htm.](http://www.orthes.cz/types.htm))

1. 3. 3 Indikace TEP

Mezi nejčastější onemocnění patří:

- primární a sekundární koxartróza,
- revmatoidní onemocnění (artritida, ankylozující spondylitida),
- poškození kloubu úrazem, zlomeniny krčku femuru, poúrazová destrukce kloubu (stavy po zlomenině krčku či retabula - pakloub krčku, nekróza hlavice),
- nádorové onemocnění horního konce stehenní kosti. (7)

1. 3. 4 Kontraindikace TEP

Kontraindikace TEP bývají celkové a místní.

- **z celkových** je to zdravotní stav pacienta (např. celkové infekce, kardiopulmonální onemocnění), nespolupráce pacienta (např. alkoholici, psychiatrickí pacienti) a stavy, kdy můžeme předpokládat neschopnost chůze pacienta po operaci,
- **z lokálních** to jsou kožní hnisavé afekce, furunkly, bércové vředy, dekubity a jakékoliv jiné možné zdroje fokální infekce. (15)

1. 3. 5 Komplikace TEP

Existují komplikace celkové a místní, z hlediska časového časné, středně pozdní a pozdní. Nejzávažnější je smrt způsobena kardiopulmonálním selháním či plicní embolií, v praxi je nejčastější komplikací bolest.

- **Peroperační komplikace** - poranění velkých cév, nervů a svalů, TEN, tuková embolie, perioperační zlomenina, perioperační infekce, alergická reakce na implantát, anestetikum, desinfekci, interní a neurologické komplikace.
- **Celkové komplikace** – vzniklé z pooperačního průběhu - **časné** – šok z velké ztráty krve, kardiopulmonální a neurologické komplikace, poruchy srážlivosti, psychomotorický neklid, nevolnost, zvracení.

-pozdní – komplikace kardiálního systému (arytmie, TEN, záněty žil), respiračního systému (pneumonie), GIT (paralytický ileus, zvracení, nauzea), renálního systému (insuficience).

- **Místní komplikace – časné** – krvácení, hematoma, dehiscence rány, luxace TEP, infekce, bolest, nestejná délka končetin.
 - *pozdní* - pozdní infekce, paraartikulární osifikace, uvolnění a migrace TEP, periprotetické zlomeniny (3, 12, 15)

1. 3. 6 Stabilita implantátu

„Základem dlouhodobých dobrých výsledků je kvalitní fixace endoprotézy do kosti. Tato fixace (stabilita) prochází během životnosti cementované i necementované endoprotézy vývojem, který můžeme rozdělit do tří stádií:

1. primární stabilita (primární fixace) fixuje endoprotézu bezprostředně po implantaci a její trvání je ohraničeno dobou 3 měsíců. Závisí zejména na správné operační technice (příprava lůžka, velikost komponent, ukotvení implantátu)

2. Sekundární stabilita nastupuje po primární a představuje vrůstání kostních trámčů do povrchové struktury necementovaného implantátu, je závislá na vlastnostech použité povrchové úpravy a materiálu. U cementovaných endoprotéz je to proces endosteální a kortikální remodelace. Probíhá několik let od implantace.

3. Terciální stabilita nastupuje za 5 – 10 let od implantace, představuje optimální osteointegraci endoprotézy, kdy se kost remodeluje podle zátěže. Závisí na reakci na otěrové částice, uvolnění cementu, na kvalitě použitého materiálu a konečně na reakci tkáně hostitele.“ (Dungl et. al., 2005, str. 921)

„Důležitým faktorem ovlivňující délku životnosti endoprotézy je její kloubní povrch, který musí umožňovat minimální tření a otěr. Běžná životnost implantátu se pohybuje okolo 15 let. (Dungl et. al., 2005, str. 921)

1. 4 Stav pacientky při příjmu do nemocnice

1. 4. 1 Základní údaje o pacientce

- Jméno a příjmení: B. P.
- Věk: 72 let
- Pohlaví: žena

- Národnost: česká
- Bydliště: Kolín
- Pojišťovna: VZP 111
- Základní diagnosa: M 16.9 Koxartróza – přijata k plánované TEP levé kyčle
- Doba hospitalizace: 12. 10. 2010 – 24. 10. 2010 Ortopedicko – traumatologické oddělení Oblastní nemocnice Kolín a.s.

1. 4. 2 Lékařská anamnéza

Nynější onemocnění: pacientka přichází 12. 10. 2010 k plánované implantaci TEP levé kyčle pro artrózu III. - IV. stupně., 2 roky postupně progredující bolesti levé kyčle, t.č. bolesti při pohybu, v klidu i občas v noci.

Osobní anamnéza: nekouří, alkohol příležitostně, drogy neguje.

- ✓ Ischemická choroba srdeční, stav po infarktu myokardu spodní stěny 1989, stav po 5-ti násobném aortokoronárním bypassu 8/2005, nyní syndrom námahové dušnosti NYHA II, Ejekční frakce levé komory 30 - 40%.
- ✓ Hypertenzní choroba III. stupně dle WHO, t.č. stabilní.
- ✓ Hypercholesterolemie, inervovaná statiny.
- ✓ Vředová choroba gastroduodena, vředy antra žaludku, dle gastrokopie 12/2004 zhojeno.
- ✓ Hypothyrosa.
- ✓ Přetrvávající lymfedém na pravé dolní končetině.
- ✓ Stav po endoprotéze levého kolene 8/2006 pro artrosu III. – IV. stupně.

Rodinná anamnéza: otec zemřel stářím v 86 letech. Matka zemřela v 71 letech na onemocnění srdce, blíže si klientka nepamatuje. Jediný bratr utonul ve 23 letech, byl zdrav.

Alergologická anamnéza: neudává

Farmakologická anamnéza:

Trombex 75mg tbl. 1-0-0

Betaloc ZOK 25mg tbl. ½ -0-0

Atoris 40mg tbl. 0-0-1

Furon 40mg tbl. ½-0-0

Orcal 5mg tbl. 1-0-0

Preductal MR tbl. 1-0-1

Helicid 20mg cps. 1-0-1

Letrox 25 mg tbl. ½-0-0

Pracovní anamnéza: starobní důchodce, dříve pracovala jako kadeřnice, čímž se po celý život živila

Sociální anamnéza: vdova, žije na vesnici v rodinném domku se svým synem, který jí pomáhá s domácností

Gynekologická anamnéza: menses od 13 let. Porody 4, jeden kleštěmi, ostatní 3 spontánně hlavičkou. Potraty žádné. Přechod v 54 letech, bez substituce. Bez obtíží.

1. 4. 3 Status praesens

Pacientka při vědomí, orientovaná místem, časem i osobou, na otázky odpovídá přiměřeně, poloha aktivní, chůze pomocí 2 francouzských berlí, obězí, cítí v normě.

TK 170/90 mmHg **TF** 76'/min pravidelný **DF** 14'/min **saturoce** 94%
TT 36,7 °C

Výška 168cm **Váha** 82kg **BMI** 29

Hlava: pokleповě nebolestivá, mozkové nervy inervují správně, výstupy trigeminu nebolestivé, příušní žláza nezvětšena, bulby ve středním postavení, pohyblivé, spojivky růžové

Dutina ústní: jazyk plazí ve střední čáře, chrup chybí, zubní protéza horní i dolní

Krk: krční páteř pohyblivá, pulzace karotid symetrická, náplň krčních žil nezvýšená, uzliny oboustranně nehmatné, štítná žláza nezvětšena

Hrudník: souměrný, jizva na hrudníku po aortokoronárním bypassu klidná, zhojeno per primam, poklep plný jasný, dýchání sklípkové, srdeční krajina bez vyklenutí, akce srdeční pravidelná 76'/min, ozvy 2 ohraničené, bez šelestu

Břicho: obězí nebolestivé, měkké, pupeční kýla volná nebolestivá,

velikosti 10x15 cm, poklep bubínkový, peristaltika slyšitelná, bez známek NPB, játra palpačně nebolestivá, slezina nenaráží, ledviny tappotement oboustranně negativní,

Periferní pulzace: oboustranně hmatná

Žíly dolních končetin: chronická žilní insuficience, varixy na obou DK dosahující až ke kolenu klidné, pohmatově nebolestivé, Homansovo znamení negativní

Kůže: bledší, prokrvená, kožní turgor dobrý, bez ikteru a cyanózy, jizvy na pravém bérce po štetu a levém kolenu po TEP klidné

Otoky: chronický, měkký nebolestivý na pravém bérce po štetu

1. 4. 4 Status localis

LDK se zkratem 1 cm, kyčel vlevo bez otoku, bez výpotku, palpační citlivost trochanterické oblasti, flexe 90 stupňů, extense 10 stupňů., zevní rotace 5 stupňů, vnitřní rotace 0, abdukce 30 stupňů, addukce 10 stupňů, periferie bez poruch čítí a prokrvení.

1. 5 Předoperační příprava

1. 5. 1 Předoperační příprava vzdálená

Snížení nadváhy, která by v letech po operaci mohla nepříznivě ovlivnit funkci endoprotézy a posléze vést k jejímu uvolnění.

Pacientka je obézní, výška 168 cm, váha 82 kg, BMI 29. S koxartrózou se léčí již 2 roky, během nichž zhubla 5 kg.

Zlepšení stavu svalového aparátu, RHB, seznámení s pooperační RHB

Součástí léčby koxartrózy je léčebná rehabilitace. Velmi důležitá je fyzioterapie. Pacientka docházela na RHB oddělení, kde fyzioterapeut pomocí technik měkkých tkání a mobilizací a následně pomocí cíleného cvičení (tzv. léčebná tělesná výchova) pomáhal uvolnit přetížené a posílit oslabené svalové skupiny. Aby nedocházelo k dalšímu přetěžování kyčelního kloubu a zpomalila se progresa koxartrózy, pracovali na zlepšení běžných pohybových stereotypů, zvláště chůze.

Pacientka 2 měsíce před plánovaným termínem operace absolvovala předoperační léčebnou RHB. Byla seznámena s průběhem časné pooperační RHB, včetně nácviku používání kompenzačních pomůcek (francouzské a podpažní berle). Dále nácviku sebeobsluhy s ohledem na pohybová omezení. Byla poučena o možnosti úprav bytu (odstranění malých koberečů, které jsou nejčastější příčinou pádu, ev. odstranění prahů, instalace madel na WC) a byli jí doporučeny pomůcky usnadňující běžný denní režim (protiskluzová podložka do koupelny a vany, nástavec na WC, sedátko do vany, vyvýšení postele a oblíbeného křesla).

Takto provedená instruktáž je ideálem, většinou se pacient setkává s fyzioterapeutem až po operaci a učí a řeší vše „za pochodu“.

6 týdnů před operací – mikrobiologické vyšetření -výtěr z krku a nosu - negativní

1 – 3 týdny před operací – obvodní lékař zajistil krevních odběry – krevní obraz a diferenciál, sedimentace erytrocytů, krevní skupina a Rh faktor, koagulace – aPTT+INR, moč chemicky a sediment, sérové hladiny minerálů, glukózy, urei, kreatininu, kyseliny močové, bilirubinu a jaterní testy, HbsAg, rtg srdce a plic (ne starší 3 měsíce). Specialista provedl celkové interní předoperační vyšetření včetně ekg a ECHA. Možnost autotransfuze vzhledem k polymorbiditě a vyššímu věku nebyla doporučena.

1. 5. 2 Předoperační příprava v den příjmu 12. 10. 2010

Pacientka nastoupila hospitalizaci den před operací.

- **ARO konsilium** – po vzájemném představení anesteziolog zkontroloval předoperační vyšetření. Společně se domluvili na epidurální anestezii, byl podepsán souhlas s anestezii. Anesteziolog na noc ordinoval premedikaci Diazepam 10 mg p.o. a premedikaci na výzvu z operačního sálu Dormicum 7,5 mg p.o. Pacientka se léčí s hypertenzí a proto si ráno měla vzít léky na tlak (Betalloc ZOK, Gopten 2mg), doporučil kontroly TK a TF 3 x denně, ráno před výkonem nechat vykapat infuzi Plasmalyte 1000ml i.v. Bez další zvláštní přípravy.
- **Sestra odebrala krev a objednala se 3 jednotky erymasy (0 Rh negativní)**

- **Sestra oholila místo operační rány (od pupku, stehna až ke kolenu LDK)**
- **Zkontrolovala odlakované a ostříhané nehty, sundání šperků**
- **Vyčistila pupek lihobenzínem**
- **Pacientka provedla celkovou večerní hygienu**
- **Kolem 22 hodiny sestra podala prepremedikaci dle ARO konsilia**
- **Ve 24 hodin sestra aplikovala dle ordinace lékaře Clexane 0,6 ml s.c. (prevence TEN), poučila pacientku, že od půlnoci nesmí jíst, pít a kouřit (ani cucat bonbony a žvýkat žvýkačky)**

1. 5. 3 Předoperační příprava v den operace 13. 10

- **Pacientka provedla ranní hygienu**
- **Sestra změřila fyziologické funkce - TK 150/90, TF 92', TT 36,8°C, saturace 97 %**
- **Klientka vzala v 6.00 hod chronickou medikaci dle ARO konsilia**
- **Sestra zavedla permanentní močový katétr Foley č. 20**
- **Sestra zavedla periferní žilní kanylu do pravého předloktí č. 18 G a aplikovala profylakticky antibiotikum Kefzol 1g i.v. dle ordinace lékaře a Plasmalyte 1000ml i.v. dle ARO konsilia.**
- **Sestra aplikovala elastickou bandáž od špičky prstů přes patu až do půlky stehna pravé dolní končetiny**
- **Na telefonickou výzvu ze sálu v 9.48 hodin sestra podala premedikaci dle ARO konsilia - Dormicum 7,5 mg p.o. zapito douškem čaje, pacientka si vyndala horní i dolní zubní protézu a svlékla se. Sestra vypustila sběrný odvodný sáček PMK. Dle standardu připravila Kefzol 1g do F 1/1 100 ml (označen štítkem pacientky a přilepenou prázdnou lahvičkou od léku). Se zdravotnickou dokumentací je pacientka převezena na operační sál, kde je předána anesteziologické sestře.**

1. 6 Průběh hospitalizace

1. 6. 1 První den hospitalizace 12. 10

Pacientka B. P., 72 let, byla přijata na standardní stanici ortopedicko - traumatologického oddělení k plánované implantaci TEP vlevo, pro primární koxartrózu. Provedena předoperační příprava. Pacientka spolupracovala.

Byla seznámena s režimem oddělení, s právy pacientů, byla vypsána lékařská a ošetrovatelská dokumentace, změřeny fyziologické funkce (TK 140/90, TF 86', TT 36,8°C, saturace kyslíku hemoglobinem 98%), zkontrolováno předoperační vyšetření a eventuální zánětlivá ložiska na těle (bércové vředy, dekubity, plíseň) a nachlazení. Pacientka byla bez známek infekce.

Po vzájemném představení sestra ve spolupráci s lékařem seznámili pacientku se stručným průběhem hospitalizace. Lékař srozumitelně poučil pacientku o charakteru výkonu, přibližné době výkonu, operačním týmu, průběhu operace. Byl podepsán informovaný souhlas s operací. Po operaci bude pacientka uložena na JIP, proto jí bylo doporučeno sbalení osobních věcí na JIP, ostatní věci budou uloženy v šatně pro pacienty. Byla informována, že jí před operací bude zaveden PMK a PŽK. Po operaci bude připojena na monitor ke sledování FF. Byla poučena o bolesti a zakázaných polohách a pohybech, RHB, včetně postupné vertikalizace. Pacientka byla informována, že případné otázky jí budou zodpovězeny, stačí se kdykoli obrátit na personál.

1. 6. 2 Druhý den hospitalizace, 0. pooperační den 13. 10

Byla provedena příprava před operací na standardním oddělení. V 10.15 hodin byla pacientka sanitářem a sestrou přivezena na předsálí operačního sálu, přeložena na sálový vozík a předána anesteziologické sestře.

Po operaci v 11. 55 hodin byla pacientka převezena na JIP ortopedicko – traumatologického oddělení.

Operace trvala 1 hodinu a 40 min, proběhla bez komplikací, krevní ztráty minimální. Implantace cementované TEP coxae l. sin.

Kontrola vědomí a celkového stavu pacientky.

Antiluxační postavení – elevace dolní části postele zaručuje mírnou extenzi dolních končetin, abdukce v kyčli byla zabezpečena molitanovým válcem mezi kolena a molitanovým „dvouúčkem“. Prevence otlaků a dekubitů byla zajištěna vypodložením paty operované DK.

Monitorace vitálních funkcí – MONITOR - TK, TF, TT, saturace po 10 minutách 1 hodinu. Další 3 hodiny po 30 minutách a poté po 1 hodině. Pacientka byla oběhově stabilizovaná. TK 150-120/95-70, TF 60-100', afebrilní, saturace nízká 88%, s kyslíkem podávaným nosními brýlemi 95-99%. Průběžně jsme sledovali křivku EKG.

Sledování možných komplikací epidurální anestezie – místo vpichu bylo suché. Levá i pravá DK získávala citlivost, bez parestezií. Pacientka byla bez nauzei a zvracení, bez bolesti hlavy.

Operační rána – prosáknutí obvazu bylo mírné, otok lehký, periferie teplá prokrvená, 3 x Redonovy drény funkční. Prováděli jsme pravidelný zápis do dokumentace o odpadu 3 x RD po 6 hod - v 6, 12, 18 a 24 hod.

3xRD - RD1 – 18 hod 20 ml, 24 hod 10 ml, 6 hod 10 ml

- RD2 - 18 hod 260 ml, 24 hod 80 ml, 6 hod 20 ml } **celkem 440 ml**

- RD3 - 18 hod 40 ml, 24 hod 0 ml, 6 hod 0 ml

Lokální aplikace ledu v termoforu na operační ránu a včasná výměna.

Příjem a výdej tekutin – pacientka přijímala čaj po lžičkách ihned po operaci (D č. 0, celkem 600 ml), aplikovány infúze dle ordinace lékaře (2x Plasmylyte 1000ml, 2x 5% Glukosa 500 ml, 1x Fyziologický roztok 500 ml – celkem 3000 ml).

- sledovali jsme funkčnost PMK Foley 20, množství a barvu moče - 2 400ml/24 hod, moč byla čirá, bez makroskopických příměsí.

➤ ***P+V 3600 ml / 2840 ml***

Monitorování a tlumení bolesti – dle ordinace lékaře jsme aplikovali Dolsin 100 mg i.m. á 4 hod, dle potřeby mezitím Tramal 100mg i.m. Aplikovali jsme led lokálně na operační ránu. Bolest jsme monitorovali dle vizuální analogové škály. Tlumení bolesti dostačující.

Ordinace lékaře – byl aplikován Kefzol 1g i.v. á 8 hod, Gentamicin 240 mg i.v. á 24 hod, Quamtel 1 amp i.v á 12 hod, Oxantil 1 amp i.v. á 8 hod, Furosemid 20 mg i.v. dle nízkého výdeje dp.

- sledovali jsme funkčnost a průchodnost PŽK 18 G na pravém předloktí, bez známek zánětu.

1. 6. 3 Třetí den hospitalizace, 1. pooperační den 14. 10

Pacientka se cítila dobře, byla orientovaná, spolupracovala, komunikovala, kardiopulmonálně stabilizovaná. Pospávala, potřebovala dopomoc při hygienické péči, vyprazdňování a oblékání na lůžku.

Odpojena z monitoru, **měřili jsme FF 5 x denně**, TK 130 – 150 / 80 – 90 mmHg, TF pravidelná okolo 80/min. Saturace 98% bez kyslíku. Subfebrilní, **TT měřena 3 x denně**, v rozmezí 37 – 37,8 °C.

Proveden RTG levého kyčle s femurem – stav po TEP vlevo, v dobrém postavení, bez známek traumatu, v měkkých tkáních 3RD.

Laboratorní vyšetření:

Biochemické vyšetření: *Kalium sérum 3,7 mmol/l (snížené)*, Natrium sérum 138 mmol/l, glykemie 4,8 mmol/ - v normě.

Krevní obraz: *Leukocyty 10,2 x 10⁹/l (zvýšené)*, *Erytrocyty 3,50 x 10¹²/l (snížené)*, *Hemoglobin 89 g/l (snížený)*, *Hematokrit 0,270 arb.j. (snížený)*, ostatní hodnoty v normě – Konc. Hb v ery, objem ery, Trombocyty, obsah Hb v ery, MPV, RDW.

Operační rána – obvaz lehce prosáklý krví - zaschlý, periferie prokrvená, otok přiměřený, ***3 x RD celkem 160 ml.***

Prevence TEN – byli provedeny elastické bandáže obou DK, aplikován Clexane 0,8 ml s.c. 1 x denně ráno v 8 hodin, bez známek TEN.

Bilance tekutin - tekutiny per os 1800 ml, v infúzích 2500ml, krevní konzervy 460 ml, odvod PMK 3800ml, výdej 3xRD 160 ml.

➤ ***P+V 4760 ml/3960***

Monitorace a tlumení bolesti – Dolsin 50mg i.m. d.p., Tramal 100mg d.p., Korylan tbl 3 x denně p.o. Monitorace dle analogové škály.

Ordinace lékaře - Kefzol 1g i.v. á 8 hod, Gentamicin 240 mg i.v.á 24 hod, nízký Hb podány 2 ery masa 460 ml i.v. (vykapaly bez nežádoucí reakce), infúze 1 x Plasmalyte 1000ml + 30 ml KCl 7,5% - 300ml/hod, 2 x Glukosa 5 % 500 ml, Fyziologický roztok 500 ml + 30 ml KCl 7,5% - 150 ml/hod i.v., Feronat retard tbl 3 x denně p.o., KCl tbl 3 x denně p.o.,Paralen tbl p.o. dp, chronická medikace. Ordinována dieta č. 10 (neslaná) s dostatkem tekutin (2l za den).

Rehabilitace – již první den po operaci pacientka započala s rehabilitací. Fyzioterapeutka edukovala pacientku o správné poloze operované DK aby nedošlo k luxaci TEP. Učila ji činnostem běžné denní aktivity jako je pohyb na lůžku, otáčení k nočnímu stolku s dodržáním kontraindikovaných pohybů, nácvik sebeobsluhy. Rehabilitace spočívala v léčebné tělesné výchově (LTV), kdy je pacientka edukována, jak provádět dechové, cévní a izometrická cvičení. 2x za den pacientka cvičila na motorové dlaze 30°. S pomocí dvou fyzioterapeutek zvládla stoj u lůžka.

1. 6. 4 Čtvrtý den hospitalizace, 2. pooperační den 15. 10

Pacientka se cítila dobře, při vědomí, spolupracovala, kardiopulmonálně stabilizovaná. Nutná dopomoc v hygienické péči, vyprazdňování a oblékání na lůžku. Kůže bez otlaků a začervenání. Po převazu operační rány v ranních hodinách byla klientka přeložena na standardní oddělení.

Převaz operační rány – rána byla klidná, bez známek zánětu. Lékař odstranil RD3 pro minimální odvod za 10ml/24 hod. RD1 a RD2 ponechány, odvod 80 ml/24 hod. Rána převázána za aseptických podmínek.

Kontrola FF 3 x denně, hodnoty stabilní 130 – 140/ 70 – 80 mmHg, subfebrilní, TT v rozmezí 37,1 – 37,4°C.

Kontrolní laboratoř již byla v normě Hb 106 g/l, Leukocyty 8,6 x 10⁹/l, Erytrocyty 4,54 x 10¹²/l, Hematokrit 0,270 arb.j., Kalium sérum 4,3 mmol/l.

Clexane 0,8 ml s.c. aplikován nadále v rámci prevence TEN 1 x denně v 8 hodin. Při ranní hygieně zabandážovány obě DK.

Bilance tekutin vyrovnána. Pacientka přijala p.o. 2000 ml, v infúzích 1500ml, PMK odvedl 3100 ml čiré moče, odpad 2 x RD 80 ml/24 hod. P+V 3500/3180 ml.

Pacientka si přála analgetika před RHB a na noc – dle ordinace lékaře aplikován Dolsin 50mg i.m., přes den Korylan tbl 3 x denně.

Antibiotika ráno aplikována i.v., poté Gentamicin vysazen a Kefzol převeden na Cefaclen 500 mg p.o. á 6 hod. Chronická medikace.

V rámci rehabilitace pacientka aktivně i pasivně posilovala zdravou i operovanou DK, motorová dlaha 40° 2x denně, cviky v rámci LTV, na doporučení fyzioterapeutky, pacientka prováděla i během dne, při posazování a postavení u lůžka se pacienta cítila jistě. S fyzioterapeutkou nacvičovaly chůzi o 2 FB s důsledným odlehčením operované DK a nácvik správného stereotypu chůze. Pacientka zvládla chůzi po pokoji.

1. 6. 5 Pátý až třináctý den hospitalizace, 3. – 11. pooperační den 16. 10 – 24. 10

Na standardním oddělení se pacientka intenzivně věnovala rehabilitaci pod vedením fyzioterapeutky. Procvičovaly aktivní i pasivní hybnost operované DK, LTV, motodlaha 2 x denně, pomocí cviků zlepšovaly rozsah pohybu a svalové síly, pacientka se učila přetáčet na zdravý bok s klínem mezi koleny, zlepšovala chůzi o 2 FB s odlehčením operované DK včetně schodů, učila se činností běžné denní aktivity jako je sebeobsluha při toaletě, vyprazdňování a oblékání. I vzhledem k vyššímu věku se pacientka během hospitalizace postupně aktivizovala k plné soběstačnosti.

FF jsme monitorovali 2 x denně, v normě, afebrilní. Kontrolní laboratorní vyšetření 6. pooperační den bylo bez patologických hodnot.

Operační rána byla bez známek zánětu, klidná. 2 x RD s minimálním odvodem 10 ml/24 hod vytaženy 3. pooperační den, stehy 11. pooperační den, na ránu lokálně solutio Novikov. Pacientka poučena o promazávání a jemném sprchování rány za 2 dny po vyndání stehů. Rána se zhojila per primam.

K prevenci TEN stále nutné elastické bandáže obou DK a aplikován Clexane 0,8ml s.c.

Pacientka pila dostatečně (2l za den), infúzní terapie vysazena 3. pooperační den, zrušen periferní žilní katétr – bez známek zánětu, PMK zrušen 5.

pooperační den, po předchozím zaštipování k nácvičku svěrače močového měchýře, močila spontánně, bez obtíží.

Injekční analgetika byla zpočátku aplikována dle ordinace lékaře na přání pacientky před RHB, později stačil Korylan tbl. Bolesti udávala snesitelné. Intenzitu bolesti pacientka hodnotila dle vizuální analogové škály se stupnicí 0 až 5 (0 - žádná bolest, 1 – mírná bolest, 2 – obtěžující bolest, 3 – silná stresující bolest, 4 – velmi silná bolest, 5 – nesnesitelná), bez analgetik stupeň číslo 3, s analgetiky stupeň číslo 1.

Po kontrolním laboratorním vyšetření 7. pooperační den vysazena antibiotika, Feronat retard tbl a KCl tbl. Chronická medikace v plném složení.

Třináctý den hospitalizace, 11. pooperační den byla pacientka v dobrém zdravotním i psychickém stavu přeložena k plánované RHB do nemocnice Městec Králové.

K plánované klinické i rentgenologické kontrole je pacientka B. P. pozvána za 2 měsíce od operace. Při obtížích dříve. Zatěžovat operovanou DK je možno od 6. týdne od operace. Další kontroly jsou po 4, 6 a 12 měsících, poté jednou za rok včetně rtg vyšetření. Lékař navrhuje možnost lázeňské léčby.

1. 7 Farmakoterapie

Atoris 40mg tbl. (Atorovastinum calcium) – *hypolipidemikum*

Indikace: užívá se ke snížení zvýšené hladiny krevních tuků – cholesterolu a triglyceridů v případě, že jiná opatření (jako např. změna dietního režimu, tělesné cvičení, snížení váhy) nebyla dostatečně účinná.

Kontaindikace: přecitlivělost na složky přípravku, jaterní onemocnění, myopatie, těhotenství, kojení.

Betaloc ZOK 25mg tbl. - *antihypertenzívum, selektivní beta-blokátor*

Indikace: léčba tachyarytmií, akutní infarkt myokardu.

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku, bradykardie, těhotenství a kojení, CHOPN těžkého stupně, metabolická acidóza, feochromocytom, kardiogenní šok, astma bronchiale, hypotenze, těžká porucha

prokrvení, dekompenzovaná srdeční insuficience, sick sinus syndrom, AV blok II. a III. Stupně.

Clexane 0,8ml inj. (Enoxaparinum natricum) - *antitrombotikum, antikoagulans.*

Indikace: Profylaxe TEN ve všeobecné, onkologické a ortopedické chirurgii. Profylaxe TEN u nemocných upoutaných na lůžko a při dialýze. Léčba hluboké žilní trombózy, nestabilní angíny pectoris a non Q infarktu myokardu.

Kontraindikace: přecitlivělost na enoxaparin sodný, krvácivé stavy, aktivní peptický vřed nebo jiné org. poškození s rizikem krvácení, akutní endokarditida.

Diazepam 10mg tbl. – *anxiolytikum, sedativum, centrální myorelaxans.*

Indikace: Přípravek se užívá při úzkosti, napětí, strachu, fobie a neklidu, psychosomatických onemocněních. Dále u epileptických křečí i k zabránění jejich vzniku, na snížení svalového napětí, v léčbě abstinčního syndromu u alkoholiků, na počátku hospitalizace u osob s problémy adaptace a v rámci předoperační přípravy. Při svalové spasticitě.

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku, myastenia gravis, glaukom, intoxikace alkoholem a tlumivě působícími látkami, těžké poškození jater a ledvin, 1. trimestr těhotenství a kojení.

Dolsin 50mg, 100mg inj. (Pethidini hydrochloridum) - *analgetikum, anodynum*

Indikace: Přípravek je indikován k léčbě silné akutní bolesti po těžkých úrazech, operacích a k léčbě chronické bolesti při zhoubných nádorech. Používá se k premedikaci před anestezií.

Kontraindikace: přecitlivělost na složku přípravku, respirační insuficience, feochromocytom, křeče, akutní otrava alkoholem, hrozící koma při diabetické acidóze, akutní infarkt myokardu a arytmie, porucha jater, hypertyreoidismus, Addisonova choroba, otrava lokálními anestetiky křeč. jedy.

Dormicum 7,5mg tbl. (Midazolamum) – *benzodiazepinové hypnotikum*

Indikace: k navození sedace při zachovaném vědomí, jako premedikace, k sedaci na JIP.

Kontraindikace: přecitlivělost na složky, respirační selhávání, akutní dechová deprese.

Feronat retard tbl. – *přípravek obsahující železo, antianemikum*

Indikace: sideropenická anémie, při nedostatku železa, při poztrátové anemii (po operacích, dárcovství krve, při skrytém krvácení), při zvýšené potřebě železa v těhotenství, při kojení, v období růstu a v klimakteriu, preventivně i léčebně u předčasně narozených dětí.

Kontraindikace: přecitlivělost na složky, poruchy metabolismu železa, zvýšená akumulace železa, anémie, které nejsou způsobené nedostatkem železa.

Furosemid 20mg inj., Furon 40mg tbl. (Furosemidum) - *diuretikum*

Indikace: edémy a/nebo ascites vyvolané onemocněním srdce, jater, ledvin, plicní edém, hypertenzní krize.

Kontraindikace: přecitlivělost na složky, selhání ledvin s anúrií, jaterní kóma, hypokalémie, hyponatremie, hypovolemie nebo dehydratace, těhotenství a kojení.

Gentamicin 80mg inj. - *aminoglykosidové antibiotikum*

Indikace: je indikován na léčbu vážných komplikovaných opakovaných infekcí močového ústrojí, dolních cest dýchacích, měkkých tkání a kostí, popálenin, centrálního nervového, břišních operací.

Kontraindikace: přecitlivělost na složky, relativně těhotenství.

Helicid 20mg cps. (Omeprazolom) - *antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy.*

Indikace: peptický vřed, eradikací léčba *Helicobacter pylori*, reflexní ezofagitida, Zollinger-Ellisonův syndrom.

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku.

Kalium chlorátum tbl., 7,5% infúzní roztok - *kaliový přípravek*

Indikace: prevence a léčba hypokalémie, ztráty draslíku způsobené zvracením, na podkladě nefrotického syndromu, při podávání diuretik s kaliuretickým účinkem.

Kontraindikace: přecitlivělost na složky, hyperkalemie, nadměrná destrukce tkání, akutní dehydratace, metabolická acidóza, současná léčba kaliumšetřícím diuretikem.

Kefzol 1g inj. (Cefazolinum natriicum) - *širokospektré antibiotikum z I. generace cefalosporinů*

Indikace: těžké infekce respiračního traktu, urogenitálního traktu, kůže a měkkých tkání, žlučových cest, osteomyelitis, endokarditis, systémová septická onemocnění a jako ochrana v perioperativním období.

Kontraindikace: přecitlivělost na složky, opatrnost je třeba u pacientů s přecitlivělostí na ostatní beta-laktámová antibiotika a v těhotenství.

Korylan tbl. (Paracetamol, Codeinum) - *analgetikum*

Indikace: tlumení pooperačních a nádorových bolestí, bolestí vertebrogenního původu, artralgie.

Kontraindikace: přecitlivělost na složky, těžké formy renální či hepatální insuficience, akutní hepatitida, alkoholismus, respirační deprese, kóma, šok, astma bronchiale akutní, srdeční selhání v důsledku plicní choroby, poranění hlavy, těhotenství, kojení, děti mladší 12 let.

Letrox 25mg tbl. - *hormon štítné žlázy*

Indikace: substituční léčba hypotyreózy jakéhokoli původu, benigní struma, profylaxe recidivy strumy, doplňková léčba hypertyreózy, maligní karcinom št. žlázy.

Kontraindikace: přecitlivělost na složky, neléčená hypertyreóza, insuficience hypofýzy, akutní infarkt myokardu, akutní myokarditida a pankreatitida, těhotenství.

Orcal 5mg tbl. - *antihypertenzivum, vazodilatans, blokátor kalciového kanálu*

Indikace: hypertenze, , profylaktická léčba anginy pectoris.

Kontraindikace: přecitlivělost na složky, kariogenní šok, závažná aortální stenóza, těhotenství a kojení, věk do 18 let.

Oxantil inj. – *vazodilatans*

Indikace: poruchy prokrvení centrálního nervového systému, chronická ischemická choroba srdce a chronická obstrukční choroba bronchopulmonální.

Kontraindikace: přecitlivělost na složky, intoxikace deriváty theofylinu, akutní infarkt myokardu, tachyarytmie, těžká insuficience jater.

Paralen 500mg tbl. (Paracetamol) – *analgetikum, antipyretikum*

Indikace: ke snížení horečky a bolesti při chřipce, nachlazení a jiných infekčních onemocněních. Při bolestech různého původu.

Kontraindikace: přecitlivělost na složky, hemolytická anémie, renální a hepatická insuficience, akutní hepatitida, současné podání léků atakujících játra. Přípravek nepodávat kojencům do 3 měsíců a pod 5 kg.

Preductal MR tbl. (Trimetazidin dihydrochlorid) tablety s řízeným uvolňováním - *cytoprotektivní antiischemikum*

Indikace: užívá se pro dlouhodobou profylaktickou léčbu anginy pectoris.

Kontraindikace: přecitlivělost na složky, těhotenství a kojení.

Quamatel 20 mg inj. (Famotidin) – *antiulcerózum, antagonist H₂-receptorů*

Indikace: všechny stavy, kde není možno podat famotidin per os, zejména krvácení z horní části GIT, bezvědomí jako prevence stresového vředu. akutní pankreatitida. Před porodem a operací v celk. anestezii k prevenci aspirace kyselého obsahu žaludku.

Kontraindikace: přecitlivělost na složky, těhotenství, kojení, děti do 6 let.

Tramal 100mg inj. (Tramadoli hydrochloridum) – *analgetikum, anodynum*

Indikace: se používá k léčbě středně silných až silných bolestí.

Kontraindikace: přecitlivělost na složky, akutní intoxikace alkoholem, analgetiky, hypnotiky a psychotropními látkami, nekontrolovaná epilepsie. V těhotenství a při kojení lze užít jen při nezbytné indikaci. Přípravek není určen dětem mladším 12 let.

Trombex 75mg tbl. (Clopidrogeli sulfas) – *antitrombotikum*

Indikace: užívá se k prevenci vzniku krevních sraženin při ateroskleróze, ischemické chorobě dolních končetin, při nestabilní angíně pectoris, po srdečním infarktu a mrtvici.

Kontraindikace: přecitlivělost na složky, krvácivé stavy, závažná porucha jater. (17)

INFÚZNÍ ROZTOKY:

Glukóza 5% - *infúzní roztok*

Indikace: nosný roztok pro kompatibilní elektrolytové koncentrace a léky.

Kontraindikace: hyperglykémie, hypokalémie, acidóza.

Fyziologický roztok (F 1/1) – (Natrii chloridum: 9,0 g/l, 1 ml roztoku obsahuje 9 mg natrii chloridum, mmol/l: Na⁺: 154 Cl⁻: 154) – *infúzní roztok*

Indikace: k léčbě izotonické extracelulární dehydratace, léčbě deplece sodíku, použití jako vehikulum nebo rozpouštědlo kompatibilních léčiv pro parenterální podání.

Kontraindikace: roztok je kontraindikován u pacientů s hypernatrémii nebo hyperchlorémií. Je třeba zvážit kontraindikace ve vztahu k přidávaným léčivým přípravkům.

Plasmalyte – (NaCl 5,26 g/l, KCl 0,37 g/l, MgCl 0,30 g/l, Natrii acetatis trihydricus 3,68 g/l, Natrii gluconas 5,02 g/l) – *infúzní roztok*

Indikace: k náhradě tekutin, k náhradě tekutin během chirurgických výkonů, při hemoragickém šoku a klinických stavech vyžadujících rychlou transfuzi krve, u mírné až střední metabolické acidózy, a to i v případě poruch laktátového metabolismu.

Kontraindikace: hyperchlorémií, hypernatrémií, hyperkalémií, selháním ledvin, srdeční blokadou, metabolickou nebo respirační alkalózou, hypokalcémií nebo hypochlorhydrií, současně užívajících kalium šetřící diuretika. (17)

1. 8 Prognóza

Životnost totální endoprotézy je časově omezená. Každým pohybem dochází k otěru vložky kloubní jamky umělého kyčelního kloubu a tím k jeho opotřebení. Dobrý a dlouhodobý výsledek zaručí nejen kvalitně provedená operace, ale hlavně spolupráce pacienta před i po operaci. Aby nový kyčelní kloub vydržel co nejdéle, je nutné zachovávat určitá pravidla a to i po návratu z nemocnice do domácího prostředí. (7)

Pacientka výborně spolupracovala. Byla poučena, že nepřiměřeným a nadměrným pohybem dochází k opotřebení komponent TEP, a že šetřící režim je nutno dodržovat již po celý zbytek života. Dodržovala zakázané polohy a pohyby, které by mohly vést k luxaci endoprotézy. Byla důsledně a opakovaně poučena o režimových opatřeních, které chápala. Pokud nenastanou pooperační komplikace lze očekávat dlouhodobý výsledek, zvýší se rozsah pohybu v kyčelním kloubu a pacientka bude bez bolesti.

Při šetrném způsobu zacházení lze očekávat životnost TEP 10 až 15 let.

2 Ošetrovatelská část

2.1 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je základem vyspělého ošetrovatelství. Je definován v Koncepci ošetrovatelství MZ ČR z roku 2004. Tento termín se začal u nás používat po roce 1989.

Ošetrovatelský proces je základním kamenem pro poskytování individualizované kvalitní péče poskytované v nemocnicích i v terénu. Ošetrovatelský proces je série vzájemně propojených činností, které umožňují a usnadňují sestře samostatné rozhodování o způsobu nejvhodnější kontinuální péče, dosahování vytyčených cílů, řešení problémů, aktivně zapojují pacienta do vlastní péče, zajišťují individualizovanou ošetrovatelskou péči „šitou na míru“.

Ošetrovatelský proces má pět fází, které se vzájemně prolínají a opakují. Každá fáze je závislá na ostatních. V ošetrovatelské péči musí být uplatněny jako celek. (8)

„Jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu:

1. Zhodnocení nemocného („kdo je můj nemocný?“)

- ošetrovatelská anamnéza,
- zhodnocení nemocného pomocí rozhovoru, pozorování, testování, měření.

2. Stanovení ošetrovatelských potřeb, problémů, diagnóz („co ho trápí?“)

- ošetrovatelské problémy identifikované sestrou,
- problémy pociťované nemocným,
- dohoda s nemocným o pořadí jejich naléhavosti.

3. Vypracování individualizovaného plánu ošetrovatelské péče („co pro něj mohu udělat?“)

- stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů ošetrovatelské péče,
- návrh vhodných opatření pro jejich dosažení,
- dohoda s nemocným o pořadí naléhavosti jejich provedení.

4. Realizace aktivní individualizované péče

5. Zhodnocení efektu poskytnuté péče („pomohla jsem mu?“)

- objektivní změření účinku péče,
- zhodnocení fyzického a psychického komfortu nemocného,
- úprava ošetrovatelského plánu.“ (Staňková, 2005, str. 15)

2. 1 Model funkčních vzorců zdraví Marjory Gordon

Pro získání ošetrovatelské anamnézy jsem si vybrala ošetrovatelský model interpersonálních vztahů Marjory Gordon, Model funkčních vzorců zdraví. Díky dvanácti vzorcům zdraví tohoto modelu získám důležité a komplexní informace o pacientce, určím funkční a dysfunkční oblasti zdraví, a metodou ošetrovatelského procesu stanovím ošetrovatelské diagnózy s následným cílem, plánem, realizací a hodnocením ošetrovatelské péče.

Pro Marjory Gordon je cílem ošetrovatelství zdraví. Důležitá je zodpovědnost jedince za své zdraví. Model je odvozen z interakcí osoba – prostředí. Sestra vnímá jedince jako celek, jako holistickou bytost s biologickými, psychologickými, sociálními a spirituálními potřebami. Zdravotní stav jedince je vyjádřením bio – psycho – sociální interakce. Sestra systematicky získává informace v jednotlivých oblastech a určuje funkční nebo dysfunkční vzorce zdraví. (6)

Model Marjory Gordon tvoří dvanáct oblastí, kdy každá oblast představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu. (6)

„Dvanáct vzorců zdraví M. Gordon obsahuje:

- 1. vnímání zdraví, udržování zdraví** – obsahuje vnímání zdraví a pohody jedincem a způsoby jakými se stará o vlastní zdraví,
- 2. výživa a metabolismus** – zahrnuje způsob přijímání potravy a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu,
- 3. vylučování** - zahrnuje exkreční funkci střev, močového měchýře a kůže,

- 4. aktivita, cvičení** – obsahuje způsoby udržování tělesné kondice cvičením nebo jinými aktivitami, zahrnuje aktivity denního života, volného času a rekreační aktivity,
- 5. spánek a odpočinek** – zahrnuje způsob spánku, oddechu a relaxace
- 6. citlivost (vnímání) a poznávání** – obsahuje schopnost smyslového vnímání a poznávání, včetně bolesti, a poznávací (kognitivní) schopnosti jedince: orientace, řeč, paměť, abstraktní myšlení, schopnost rozhodování atd.,
- 7. sebepojetí a sebeúcta** – vyjadřuje, jak jedinec vnímá sám sebe, jakou má o sobě představu,
- 8. role a vztahy** – obsahuje přijetí a plnění životních rolí a úroveň interpersonálních vztahů,
- 9. reprodukce a sexualita** – zahrnuje reprodukční období a sexualitu včetně spokojenosti, změn,
- 10. stres, zátěžové situace – zvládání a tolerance** – obsahuje celkový způsob tolerance a zvládání stresových či zátěžových situací,
- 11. víra, životní hodnoty** – obsahuje individuální vnímání životních hodnot, cílů, předsvědčení, včetně víry (náboženského vyznání) a transcendentna (to, co překračuje naši rozumovou a smyslovou zkušenost), které jedince ovlivňují,
- 12. jiné“** (Pavlíková, 2006, str. 101)

Zhodnocení těchto dvanácti vzorců zdraví umožňují sestře rozeznat funkční nebo dysfunkční oblasti. Pokud sestra stanoví dysfunkční vzorec, postupuje formou ošetřovatelského procesu, stanoví si aktuální a potencionální ošetřovatelské diagnózy s cílem, následným plánem a zrealizuje svou péči.

Získané údaje je nutné porovnat s aktuálním stavem pacienta, s přihlédnutím k věku a kulturním a společenským normám. Tento model lze uplatnit u jedince, rodiny, komunity. (6)

2. 3 Ošetřovatelská anamnéza podle Marjory Gordon

Ošetřovatelskou anamnézu jsem odebírala u pacientky B. P., 72 let, 15. 10. v 15. 20 hod. na standardním oddělení, čtvrtý den hospitalizace, druhý pooperační den. Využila jsem vlastního pozorování, rozhovoru s pacientkou a zdravotnickým personálem, informací ze zdravotnické dokumentace.

1. Vnímání zdraví - udržování zdraví

Pacientka B. P., 72 let, je ve starobním důchodu, je vdova. Žije na vesnici v rodinném domku se svým synem, který jí pomáhá s domácností a malým hospodářstvím. Pracovala jako kadeřnice, práce jí velice bavila. Říká, že když byla mladší, nějak zvlášť se o sebe nestarala. Ale od té doby co v roce 1986 prodělala infarkt myokardu, dbá na správnou životosprávu. Se zvyšujícím se věkem jí začala trápit bolest pravého kolene, která ji začala omezovat v pohybu. V roce 2006 podstoupila TEP pravého kolene, byla nucena používat francouzské berle. Ulevování pravé DK se podepsalo na levém kyčli, kdy pacientka měla dva roky postupně progredující bolesti a nyní je po TEP.

Pacientka nekouří a nikdy nekouřila, alkohol si dá jen příležitostně, s kamarádkou skleničku červeného vína a někdy „panáčka“ sladkého likéru. Nikdy nějak zvlášť nesportovala. Kolem domečku a hospodářství se naběhá dle jejího tvrzení „až až“, občas si se svou kamarádkou vyjedou na menší výlet na „předváděcí akce“. Doma používala jen jednu FB, na delší cestu do obchodu si raději vzala obě. I přes veškerá přidružená onemocnění se cítila dobře.

Pacientka se dobře adaptovala na nemocniční prostředí, spolupracuje. Nyní 2. pooperační den je unavená, ale cítí se lépe než předchozí den. Těší se na rodinu, kterou dnes poprvé uvidí od operace (na JIP jsou návštěvy zakázány). Ví, že pooperační období je náročné. Dodržuje léčebný i ošetřovatelský režim. Uvědomuje si riziko vykloubení náhrady, je opakovaně personálem i mnou edukována o zakázaných pohybech a polohách. Chtěla by být co nejdříve soběstačná a zvládat chůzi o 2 FB samostatně. Věří, že za nějakou dobu bude schopna se opět sama postarat o domácnost, aby nezatěžovala rodinu, která je jí velkou oporou.

Má radost ze života a „na světě by chtěla být ještě nějaký ten rok“. Myslí si, že se o vlastní zdraví stará svědomitě, i když někdy „zhřeší“.

2. Výživa - metabolismus

Pacientka se doma stravovala 4 x denně. Obědy jí byli dováženy z místní školní jídelny. O víkendu vaří sama. Snaží se jíst zdravě a pestrou stavu. Dodržuje omezení soli a tučných jídel kvůli srdečnímu onemocnění. Ví, že má nadváhu, ale něčemu sladkému k odpolednímu čaji neodolá. Ovoce, zeleninu, celozrnné a mléčné výrobky se snaží konzumovat každý den. Žádné vyhraněné oblíbené jídlo nemá. Nechutenstvím netrpěla. Pacientka používá zubní protézu horní i dolní, kterou si na noc vyndává. Denně vypije okolo 3/4l tekutin, preferuje čistou neperlivou vodu a slazený čaj. Je si vědoma, že je to málo ale nemůže se donutit více, nemá pocit žízně.

Nyní má dietu č. 10, neslanou. Rodina jí přináší čerstvé ovoce a zeleninu. Chut' k jídlu má. S nemocniční stravou je spokojená. Odmítá sladkosti kvůli sníženému pohybu. Během dne přijala 2000ml tekutin. Pije ze skleničky, kterou si sama dolévá čajem a vodou. Pacientka zvládá přijímat jídlo i pití sama, jen potřebuje přisunout jídelní stůl a zvednout opěrku zad. Zubní protézu si vyndává jen na noc, kdy si jí ukládá do nádobky s vodou.

BMI je 29, při výšce 168cm a tělesné hmotnosti 82kg. Což značí obezitu.

Stav kůže je normální, sliznice vlhké, hydratace přiměřená.

3. Vylučování

Doma chodila pacientka na stolicí pravidelně, každé ráno. Poslední stolice 12.10, v den příjmu na oddělení. Močila bez obtíží, kontinentní. Výrazné pocení nepociťovala.

Nyní má zaveden PMK. Je poučena o řádné hygieně a dostatečném množství tekutin aby nedošlo k možné infekci močových cest. PMK odvádí čirou světlou moč, dle ordinace lékaře jsme měřili diurézu - celkové množství za 24 hod 3100ml. Pacientka je bez známek zánětu ve smyslu pálení, svědění. Stolicí měla

dnes po třech dnech, konzistence měkká, typického tvaru i zápachu, bez příměsí. Plyny odchází. Nadměrně se nepotí.

4. Aktivita – cvičení

Doma se pohybovala o FB. Pomalu si došla na nákup, kdy používala obě FB, jinak po bytě jí stačila jedna. Poslední dva roky na delší procházky nechodila, byla limitovaná bolestí kyčle. Udává, že nikdy nebyla sportovně založená.

Doma se věnuje svému hospodářství, o víkendech vaření.

Nyní je pohyb omezen pooperační bolestí a režimovými opatřeními. Rehabilitační režim umožňuje pacientce sed, stoj, chůzi o 2 FB s důsledným odlehčením operované končetiny s pomocí fyzioterapeutky. Vzhledem k implantaci endoprotézy je zakázáno několik týdnů se přetáčet na operovaný bok, na zdravý je dovoleno až po vyndání drénů z operační rány a to pouze s klínem či polštářem mezi kolena. Posadí se na lůžku, s dopomocí personálu zvládne sed s dolními končetinami dolů z lůžka, kdy se pomocí hrazdičky pacientka posadila na lůžku a poté sestra přidržovala obě DK od sebe, pacientka se přetočila na lůžku a sestra položila obě DK na stoličku u lůžka. Závratě subjektivně nepocítuje.

Vzhledem ke snížené mobilitě a pooperačnímu průběhu je hygienická péče prováděna na lůžku za asistence ošetřujícího personálu. Zvládne si sama umýt horní polovinu těla, s dolní částí potřebuje dopomoci. Pacientka má k dispozici tekuté mýdlo, šampon na vlasy, deodorant, tělové mléko a krém na ruce. Rodina jí zásobuje kosmetickými přípravky. Ráda o sebe pečuje, a ani to, že je upoutána na lůžko, nesnížilo potřebu se o sebe starat. Těší se, až si bude moci dojít sama se umýt. Paní BP je upravená, učesaná, na sobě má čistou a navoněnou noční košili. Potřebuje dopomoci při oblékání košile ve smyslu „přetažení přes hýždě“, jinak se svlékne sama. Při hygieně, stlaní či na podložní mísu je nutno se nadzvednout, provede bez obtíží.

Barthelův test základních všedních činností k dnešnímu dni je 50 bodů, což značí závislost středního stupně v oblasti hygieny, vyprazdňování a oblékání.

5. Spánek – odpočinek

Doma spala dobře. Usínala kolem 22 hod. Na spaní má ráda vyvětranou a chladnější místnost. Léky na spaní neužívá. Probouzí se kolem 6 hod, ale ještě polehává. Když se cítí unavená, na chvíli si lehne do postele, někdy si i zdřímne, ale není to pravidelně.

Odpoledne ve volném čase ráda luští křížovky, čte svůj oblíbený časopis Chvilka pro tebe, sleduje televizi. Téměř každý den se vzájemně navštěvují s kamarádkou, která bydlí přes ulici, kdy si povídají u šálku čaje a někdy i sklenky vína. Má ráda návštěvy své rodiny, vnoučat a pravnoučat.

Po operaci se cítila více unavená, pospává, kvalita spánku je narušena. Moc dobře se nevyspala, ale věří, že se to postupem času zlepší. Také bolest jí ruší od klidného spánku. I přes léky na bolest stále trochu cítí tlak a bolest v operované kyčli. Chápe, že je po náročné operaci. Také změna prostředí se odráží na kvalitě spánku. Přes den pospává, má s sebou oblíbené křížovky ale zatím nemá chuť luštit.

6. Vnímání – poznávání

Pacientka je při vědomí, orientovaná časem, místem i prostorem. Komunikuje se zdravotnickým personálem i ostatními klienty na pokoji. Na čtení používá brýle, slyší dobře, ostatní smyslová vnímání jako je čich a chuť bez poruch. Dle jejích slov jí paměť slouží dobře. Oblíbené křížovky většinou vyluští celé. Někdy se v televizi podívá na vědomostní soutěž, pravidelně sleduje televizní zprávy, které jí informují o dění ve světě.

Pacientka pociťuje bolest. Intenzitu bolesti hodnotí dle verbální analogové škály se stupnicí 0 až 5 (0 - žádná bolest, 1 – mírná bolest, 2 – obtěžující bolest, 3 – silná stresující bolest, 4 – velmi silná bolest, 5 – nesnesitelná) Dle ordinace lékaře je podáván Korylan tbl. 1 – 1 - 1 p.o., a dle potřeby Dolsin 50mg i.m., který si pacientka přeje na noc a před rehabilitací. Pacientka hodnotí intenzitu bolesti na stupni číslo 3 před aplikací Dolsinu, za půl hodiny po aplikaci stupeň číslo 1.

Pacientka rozumí všemu, o čem spolu mluvíme. Je vstřícná, v dobré náladě a nešetří úsměvem.

7. Sebepojetí - sebeúcta

Pacientka sama sebe vnímá jako energickou, optimistickou, extrovertní a pokornou ženu. Je si vědoma svých kvalit ale i nedostatků, „ale tak to prostě je“, tvrdí. Své názory nikomu nevnucuje, ale stojí si za nimi. Je na sebe hrdá, co všechno za celý svůj život dokázala.

Ráda o sebe pečuje, dbá o svůj zevnějšek a ani to, že je upoutána na lůžko, nesnížilo potřebu se o sebe starat. Pravidelně navštěvuje kadeřnici a pedikérku.

Dle mého hodnocení se jedná o vyrovnanou klidnou ženu.

8. Role – mezilidské vztahy

Pacientka byla přes 40 let šťastně vdaná, poté ovdověla. Má tři syny a jednu dceru, třináct vnoučat a osmnáct pravnoučat. Mají spolu hezký láskyplný vztah, pravidelně jí navštěvují a volají si. Dnes poprvé od operace bude mít návštěvu (na JIP návštěvy nejsou) a moc se těší. Rodina je pro ni velkou oporou. Ve vesnici, kde žije, má dvě dobré kamarádky, s kterými si krátí dlouhou chvíli.

9. Reprodukce – sexualita

Menses měla pacientka od 13 let. Porody čtyři, jeden kleštěmi, ostatní tři spontánně hlavičkou. Potraty žádné. Menopauza se dostavila v 54 letech, bez substituce. Bez obtíží. Na preventivní gynekologická vyšetření nedochází. Sexuální život považovala za uspokojivý. Její manžel byl jejím jediným sexuálním partnerem.

10. Stres, zátěžové situace – zvládání, tolerance

Za jednu z nejvíce zátěžových stresových situací mi pacientka uvedla úmrtí manžela. Stalo se to před 8 lety. Prý dál nechtěla žít, ale její velká rodina při ní stála a psychicky ji podporovala, že si řekla, že má pro co žít. Od té doby neřeší maličkosti. Zátěžovou situací je pro pacientku zajisté i sama hospitalizace a náročná operace, které se velice bála. Opět pomohla rodina. I laskavý přístup celého zdravotnického personálu a dostatečná informovanost přispěli ke zmírnění strachu. Nyní má obavy, aby nedošlo k možné luxaci náhrady a aby neupadla. Chtěla by být co nejdříve soběstačná a zvládat chůzi o 2 FB samostatně. Udává,

že nemá strach ani obavy z nadcházejících týdnů až bude propuštěna do domácího ošetřování, ví, že na oddělení následné rehabilitace, kam bude přeložena, jí naučí vše potřebné pro zvládnutí denních činností.

Věří, že za nějakou dobu bude schopna se opět sama postarat o sebe i o domácnost, aby nezatěžovala rodinu.

11. Víra – životní hodnoty

Pacientka je vyznáním evangelík. Dříve kostel navštěvovala každou neděli, ale už léta nebyla. Říká o sobě, že je „lajdák“. Modlí se několikrát do týdne, hlavně ať je ona a její rodina zdravá.

Přiznává, že se před operací obracela k bohu, aby operaci zvládla a probudila se z narkózy. Věří, že za pár dní bude opět soběstačná a nebude muset být závislá na druhých. Zdraví a spokojenost považuje za nejvyšší životní hodnoty.

Naše nemocnice duchovní služby neposkytuje.

2. 4 Přehled ošetrovatelských diagnóz

Následující ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila současně s anamnézou, tedy 15. 10., čtvrtý den hospitalizace, druhý pooperační den, na základě rozhovoru s pacientkou a s ošetřujícím personálem, z ošetrovatelské anamnézy a ze zdravotnické dokumentace. Seřadila jsem je podle důležitosti ze strany pacientky s ohledem na aktuální zdravotní stav.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

1. Bolest LDK z důvodu operačního zákroku
2. Snížená schopnost sebezpečí v oblasti hygieny, vyprazdňování a oblékání z důvodu implantace endoprotézy a snížené pohyblivosti
3. Nedostatek spánku z důvodu bolesti a změny prostředí

Potencionální ošetrovatelské diagnózy:

4. Riziko luxace endoprotézy levého kyčelního kloubu z důvodu nedodržení doporučeného režimu
5. Riziko pádu z důvodu nácvičku chůze o berlích
6. Riziko infekce z důvodu invazivních vstupů (PMK, PŽK, drény) a operační rány

2.5 Krátkodobý plán ošetrovatelské péče

2. 5. 1 Bolest LDK z důvodu operačního zákroku

Cíl:

- zmírnit bolest LDK do 30 minut po podání analgetika, dle vizuální analogové škály na stupeň číslo 1 z 5 (1 = mírná bolest, pro pacientku přijatelná, neobtěžující)

Plán ošetrovatelské péče:

- vysvětlí pacientce příčinu bolesti a používání vizuální analogové škály
- v pravidelných intervalech sleduj intenzitu bolesti dle analogové škály (0 – 5)
- dle ordinace lékaře podávej analgetika a sleduj jejich účinek, dodržuj pravidelné intervaly mezi aplikacemi
- pouč pacientku, aby hlásila ihned, když se bolest objevuje
- aplikuj lokálně led na operační ránu a zajisti včasnou výměnu
- kontroluj, zda má signalizační zařízení při ruce
- pozoruj nonverbální projevy pacientky
- vše zaznamenej do dokumentace

Realizace:

Pacientce B. P. jsem vysvětlila, že bolest je způsobena operací a operační ránou. Byla lékařem ujištěna, že je to normální pooperační průběh, v čemž jsem jí utvrdila.

Na našem oddělení se intenzita bolesti sleduje podle vizuální analogové škály se stupnicí 0 – 5 (0 - žádná bolest, 1 – mírná bolest, 2 – obtěžující bolest, 3 – silná, stresující bolest, 4 – velmi silná bolest, 5 – nesnesitelná). Pacientka byla již opakovaně seznámena s vizuální analogovou škálou, přesto jsme raději stupnici probraly ještě společně a určily intenzitu bolesti. Pacientka analogovou škálu

chápala. Dle ordinace lékaře jsem pacientce aplikovala analgetika Dolsin před rehabilitací a na noc, kdy udávala intenzitu bolesti číslo 3. Po aplikaci Dolsinu 50mg i.m. dle ordinace lékaře, se intenzita bolesti po půl hodině snížila na stupeň číslo 1, byla tupého charakteru. Během dne jsem dle ordinace lékaře podávala Korylan tbl. 1-1-1, pacientka hodnotila bolest dle analogové škály stupněm číslo 1. Vše jsem řádně zaznamenala do dokumentace.

Led jsem lokálně aplikovala v termofozu na levou kyčel a vždy včas vyměnila. Pacientku jsem poučila, aby ihned hlásila stupňující se bolest a pozorovala verbální i neverbální projevy, které by mohly signalizovat bolest. Signalizační zařízení měla vždy po ruce a přicházející bolest hlásila.

Hodnocení:

Bolest po podání analgetik (Dolsin 50mg i.m.) před rehabilitací a na noc se do půl hodiny zmírnila na stupeň číslo 1. Nonverbální projevy jsem nezaznamenala. Pacientka spolupracovala a při výskytu zhoršující se bolesti požádala o aplikaci Dolsinu. Cíl byl splněn.

2. 5. 2 Snížená schopnost sebezpečí v oblasti hygieny, vyprazdňování a oblékání z důvodu implantace endoprotézy a snížené pohyblivosti

Cíl:

- pacientka bude schopna zvládnout postupy při hygieně, vyprazdňování a oblékání na lůžku
- pacientka bude seznámena o možnosti dopomoci personálu při hygieně, vyprazdňování a oblékání na lůžku

Plán ošetrovatelské péče:

- zhodnot' úroveň soběstačnosti v oblasti hygieny, vyprazdňování a oblékání, použij Barthelův test základních všedních činností
- ve spolupráci s ostatním zdravotnickým personálem pouč pacientku o kontraindikovaných pohybech, aby nedošlo k luxaci endoprotézy
- zajisti intimitu pacientky
- zajisti pomoc a potřebné pomůcky k lůžku pacientky, aby je měla na dosah
- informuj pacientku o možnosti a rozsahu pomoci při vykonávání hygieny, vyprazdňování a oblékání
- zajisti, aby pacientka měla vždy signalizační zařízení na dosah
- aktivizuj pacientku k soběstačnosti

Realizace:

Dle Barthelova testu základních všedních činností jsem zhodnotila soběstačnost na 50 bodů, což značí závislost středního stupně. Pacientka potřebovala dopomoci při osobní hygienické péči, vyprazdňování na stoličce i oblékání noční košile na lůžku. Při ranní hygieně jsem pacientce pomohla do sedu zvednutím opěrky zad (nesmí být úplný sed, hrozí luxace TEP), přisunula pojízdný stolek s umyvadlem k lůžku, připravila potřebné hygienické pomůcky na dosah. Pomohla jsem omýt a osušit místa, kam si pacientka nedosáhla. Zkontrolovala jsem riziková místa pro vznik otlaků jako je sakrum a paty.

Vzhledem k obezitě jsem zkontrolovala záhyby v podpaží, pod prsy a v tříslech. Preventivně jsem vše namazala Menalind krémem. Kůže byla bez začervenání a otlaků. Zřada jsem promasírovala Masážní emulzí. Pacientka si ostatní části těla promazala tělovým mlékem a na obličej použila pleťový krém. Při hygienické péči jsem se snažila zbytečně neodhalovat nahé tělo. Upravila jsem a převlékla lůžko. Pomohla jsem s obléknutím košile, kdy pacientka se nadzvedla a já jsem jí přetáhla noční košili přes hýždě. V rámci prevence TEN jsem zabandážovala obě DK od špičky prstů přes patu do půlky stehna. Při zvedání se na lůžku měla pacientka k dispozici hrazdičku, kterou jsem upravila vzhledem k její výšce. V rámci aktivizace jsem pacientku povzbuzovala, aby si co nejvíce zvládla udělat sama.

V rámci večerní hygieny jsem připravila pacientce pojízdný vozík s umyvadlem s vodou, hygienické pomůcky, emitní misku na vyčištění protézy a kelímek s vodou na uložení protézy. Zkontrolovala jsem riziková místa vzniku opruzenin a otlaků, promazala Menalind krémem. Zřada jsem namasírovala Masážní emulzí, upravila lůžko. Odbandážovala jsem obě DK. V rámci prevence luxace endoprotézy jsem obě DK umístila do molitanového „dvouúčka“.

Při vyprazdňování stolice jsem se snažila o zajištění intimity. Poprosila jsem chodící pacienty o opuštění pokoje. Pacientce jsem pomohla na mísu, zvedla opěrku zad a přikryla dekou. K ruce jsem jí připravila signalizační zařízení. Po vykonání potřeby, jsem pacientku omyla a ošetřila Menalind krémem, připravila umyvadlo s vodou na omytí rukou.

Ve spolupráci s ostatním personálem jsem pacientku opakovaně edukovala o zakázaných pohybech a polohách operované končetiny. Pacientka byla informována o nutnosti uložení operované DK v mírné abdukci a lehké vnitřní rotaci za použití molitanového „dvouúčka“. Je poučena o zákazu provádět překřížování nohou, vytáčení DK zevně, otáčení na operovaný bok. Z důvodu ponechání RD se ještě nedoporučuje přetáčet na zdravý bok s klínem či polštářem mezi kolena.

Pacientka má v dosahu pojízdný stolek, kde má osobní věci, pití a signalizační zařízení.

Hodnocení:

Pacientka spolupracovala, snažila, se být aktivní a s pomocí zvládla postupy v oblasti hygieny, vyprazdňování a oblékání. Byla si vědoma pomoci ošetřujícího personálu. Cíl byl splněn.

2. 5. 3 Nedostatek spánku z důvodu bolesti a změny prostředí

Cíl:

- Pacientka bude spát alespoň 5 hodin nepřetržitě, po probuzení se bude cítit odpočatá

Plán ošetrovatelské péče:

- Zjistí spánkové návyky pacientky a dle možností je respektuj
- Zhodnot' úroveň spánku pacientky
- Před spánkem vyvětrej pokoj, uprav lůžko, zajisti večerní hygienu a pohodlí pacientky
- Zajisti klid na oddělení
- Kontroluj bolesti a dle ordinace lékaře podej medikaci, sleduj účinek
- Aktivuj pacientku během dne např. četbou, křížovkami, povídáním s ostatními klienty a personálem

Realizace:

Zjistila jsem, že pacientka má ráda na noc vyvětraný pokoj a chladněji.

Dnešní noc bude spát již na standardním oddělení, kde nebude tolik rušena režimem JIP. Při večerní hygieně kolem 19. 30 hodin jsem pacientce upravila a vypnula lůžko, namazala sakrum Menalind krémem a namasírovala záda Masážní emulzí. Odbandážovala jsem obě DK a zajistila antiluxační postavení končetin molitanovým „dvouúčkem“. Pacientka měla v dosahu potřebné pomůcky jako signalizační zařízení, tekutiny a osobní věci. Pokoj jsem vyvětrala. S ostatními pacienty se dohodli, že si nechají stáhnuté topení. Na noc se přikryla dekou (přes den používá jen lehké prostěradlo). Personál se v rámci možností choval v noci na oddělení tiše, zbytečně nechodil na pokoj a nerušil pacientku a ostatní spolupacientky. Ve 21. 30 hodin jsme aplikovala dle ordinace lékaře na žádost pacientky Dolsin 50mg i.m., dle vizuální analogové škály hodnotila pacientka

bolest stupněm číslo 3. Ve 22 hodin jsem bolest zkontrolovala, pacientka udala číslo 1.

Pacientka se cítila unavená a na čtení oblíbených časopisů či luštění křížovek neměla náladu.

Hodnocení:

Po aplikaci analgetik pacientka po 22 hodině bez problémů usnula. Kolem půlnoci byla probuzena na antibiotika p.o. (Cefaclen 500mg kapsle), a poté opět usnula. V noci se dvakrát probudila kvůli „cuknutí“ v operované DK. V 6 hodin byla vzbuzena sestrou na další antibiotikum p.o. Do ranní hygieny již neusnula. Udala, že se od operace dnes vyspala nejlépe, přesto se necítila odpočatá. Cíl nebyl splněn vzhledem k nutné terapii a citlivosti operované DK.

2. 5. 4 Riziko luxace endoprotézy levého kyčelního kloubu z důvodu nedodržení doporučeného režimu

Cíl:

- Pacientka bude dostatečně informována o zakázaných pohybech, kdy by mohlo dojít k luxaci endoprotézy a bude je dodržovat
- Minimalizace rizika luxace tím, že pacientce budu stále připomínat zakázané polohy a pohyby, budu kontrolovat, zda režimová opatření dodržuje.

Plán ošetrovatelské péče:

- Pouč pacientku o kontraindikovaných pohybech a polohách, a přesvědč se, zda rozumí
- Kontroluj dodržování správné polohy operované LDK
- Spolupracuj s fyzioterapeutem a ostatním zdravotnickým personálem
- Zajisti edukační materiály

Realizace:

Ve spolupráci s fyzioterapeutem a ostatním zdravotnickým personálem jsem opakovaně pacientku edukovala o správných polohách a pohybech operované LDK. Když pacientka leží, drží obě DK od sebe a kolena směřují ke stropu nebo dovnitř. Průběžně jsem sledovala, zda pacientka udržuje končetiny v mírné abdukci a lehké vnitřní rotaci pomocí molitanového „dvouúčka“. Zda nekříží nebo naopak nepřinožuje končetiny a nevytáčí špičku LDK zevně.

Noční stolek jsem umístila na pravou stranu, tedy na stranu neoperované DK. Pacientka vždy vstávala a sedala si na tuto stranu. Když pacientka vstávala z lůžka, jako první pokládala na zem zdravou DK a poté operovanou. Při uléhání do lůžka naopak.

Pacientce, při příjmu, byla zapůjčena edukační brožura od profesora MUDr. Antonína Sosny a kolektivu s názvem Náhrada Kyčelního kloubu – rehabilitace a režimová opatření, se všemi potřebnými doporučeními, kterými je nutno se řídit jak v nemocničním tak i v domácím prostředí.

Hodnocení:

Pacientka byla důkladně a opakovaně poučena o zakázaných a správných polohách a pohybech. Sděleným informacím porozuměla. Režimová opatření dodržovala. K luxaci endoprotézy levého kyčelního kloubu nedošlo. Cíl byl splněn.

2. 5. 5 Riziko pádu z důvodu nácviu chůze o berlích

Cíl:

- Pacientka bude důsledně poučena a bude znát faktory zvyšující možnost pádu
- Minimalizace rizika pádu tím, že bude prováděn bezpečný nácvik chůze o FB, při chůzi bude doprovod a dohled druhé osoby

Plán ošetrovatelské péče:

- Zhodnot riziko pádu dle příslušného formuláře
- Pouč pacientku o faktorech zvyšující možnost pádu
- Odstraň z okolí všechny překážky při nácviu chůze
- Při mobilizaci dbej na bezpečnou a šetrnou fixaci pacientky

Realizace:

Pacientce jsem zjistila zvýšené riziko pádu, dle formuláře Riziko pádu používaného na našem oddělení.

Pacientku jsem poučila o vhodných bezpečných doporučeních jako je vhodná obuv, funkční berle, vyvarování se prudkých pohybů a rychlých změn polohy, zákaz chození po mokré a kluzké podlaze. Již v předoperačním období byla pacientce doporučena správná a bezpečná obuv. Při nácviu chůze o 2 FB používala lehké tenisky na šněrování, s jejich obutím pomohla fyzioterapeutka. FB měla pacientka nastaveny vzhledem ke své výšce, konce byly opatřeny novými funkčními protiskluzovými gumami. Vertikalizaci začínala nejprve posazením s oběma DK dolů z lůžka k vyrovnání ortostatického tlaku. Fyzioterapeutkou byla informována, že pokud se nebude na nácvik chůze cítit z důvodu únavy a pooperačního stavu, nebude nucena. Ale zároveň byla poučena o důležitosti včasného nácviu. K nácviu chůze fyzioterapeutka vybrala dobu po ranním úklidu oddělení, kdy podlaha byla suchá, a v okolí nebyly žádné překážky bránící pacientce v pohybu. Fyzioterapeutka bezpečně jistila pacientku přidržením za pravou paži. Klidným hlasem vedla pacientku krok po kroku k nácviu chůze. Pacientka nejprve předsunula obě FB před sebe a vzepřela se na nich, váhu těla

přenášela na madla berlí, operovanou levou končetinou vykročila mezi berle a jen položila na zem bez zátěže, přisunula neoperovanou končetinu a přenesla na ni zátěž svého těla. Pacientka udržovala vzpřímený postoj a toporně nepropínala kolena.

Hodnocení:

Pacientka zná vhodná doporučení předcházení rizika pádu a rozumí jim. Riziko pádu bylo minimalizováno bezpečným nácvikem chůze o 2 FB, s dohledem a doprovodem fyzioterapeutky. K pádu nedošlo. Cíl byl splněn.

2. 5. 6 Riziko infekce z důvodu invazivních vstupů (PMK, PŽK, drény) **a operační rány**

Cíl:

- Včasné rozpoznání známek infekce
- Minimalizovat riziko infekce dodržováním aseptických podmínek

Plán ošetrovatelské péče:

- Informuj pacientku o možných příznacích infekce a o nutnosti nahlášení všech pocíťovaných i visuelních změn
- Sleduj všechny invazivní vstupy se zaměřením na místo vstupu a jeho okolí, funkčnost a průchodnost
- Sleduj ránu a okolí, prosáknutí obvazu a charakter sekretu, bolest
- Sleduj místní i celkové známky infekce, hodnot' infekci dle stupnice Maddona
- Sleduj subjektivní pocity pacientky
- Zajisti péči o invazivní vstupy a operační ránu dle platných ošetrovatelských standardů
- Sleduj fyziologické funkce
- Ved' správně dokumentaci

Realizace:

Pacientku jsem poučila o příznacích možné infekce, jako je zarudnutí, sekrece a bolestivost v místě vpichu a okolí. Věděla, že jakoukoli změnu má nahlásit.

PŽK 18 G na pravém předloktí měla pacientka 3. den pro infúzní terapii a ATB (Kefzol 1g i.v. + Gentamicin 240 mg i.v.), která byla aplikována ráno v 8 hodin, a poté Cefaclen 2g p.o. Převaz jsem provedla po ranní hygienické péči za aseptických podmínek dle platného ošetrovatelského standardu. Připravila jsem si na táč pomůcky potřebné k převazu PŽK – emitní misku, desinfekční roztok Cutasept F, sterilní mulový čtverec a sterilní jednorázové lepení na PŽK. Pacientku jsem seznámila s převazem kanyly. Po omytí rukou jsem si nasadila

jednorázové rukavice, odstranila předešlé lepení a odložila jej do emitní misky, na místo vpichu jsem nastříkala desinfekci a nechala zaschnout přibližně 30 sekund. Poté jsem katétr přelepila lepením. Vše jsem zaznamenala do dokumentace. Riziko infekce jsem hodnotila dle stupnice Maddona, kterou používáme na našem oddělení – 0 – bez známek infekce. PŽK byl funkční, průchodný, místo vpichu a okolí bez zarudnutí a sekrece. Možné známky infekce jsem kontrolovala pohledem na místo zavedení katétru a cíleným dotazem na pacientku, jestli vnímá pocity ve smyslu bolestivosti, pálení, tlaku či šhubání v místě zavedení katétru. Kontrolu jsem prováděla při jakémkoli kontaktu s pacientkou, při ranní hygieně, při ranní aplikaci antibiotik i.v., při podání antibiotik p.o. TT byla v rozmezí 37,1 – 37,4°C, měřena v axile 3 x denně.

PMK Foley číslo 20 byl zaveden 3. den. Pacientka prováděla důslednou hygienu genitálu, pila dostatečně (přes den vypila 2l tekutin). K nácviku svěrače močového měchýře byl PMK zaštipován peanem. U pacientky jsem provedla instruktáž, jak správně a jak často zaštipovat. Pacientka si zaštípla peanem drén od odvodného sáčku PMK a při pocitu na močení odštípla drén a vypustila si moč do odvodného sáčku, a poté byl opět zaštipnut. PMK měla pacientka zaštipnut peanem během celého dne, a vždy, když cítila pocit na močení, pean povolila a nechala moč odtéct do odvodného sáčku. Na noc pacientka PMK nezaštipovala. Pacientka neudávala žádné obtíže, nepocíťovala pálení, řezání ani bolest genitálu a podbřišku. Funkční a průchodný PMK odvedl 3100ml za 24 hodin, světlé čiré moče, bez příměsí.

Dnes lékař provedl převaz operační rány za aseptických podmínek. Asistovala jsem u převazu, podávala jsem lékaři potřebné pomůcky. Lékař v rukavicích odstranil předešlý obvaz, ránu odezinfikoval Cutaseptem F, pomocí sterilních nástrojů - peanu a nůžek odstranil RD3, zbylé RD1 a RD2 ponechal, na ránu přiložil sterilní obvaz a přelepil náplastí. Rána byla klidná, bez zarudnutí a sekrece. Obvaz byl suchý.

Vše bylo řádně zapsáno do dokumentace.

Hodnocení:

PŽK, PMK i 2 Redonovy drény byli funkční, průchodné, bez známek zánětu. Obvaz na operační ráně suchý, rána i její okolí klidné. Pacientka si nestěžovala na žádné obtíže. TT byla v rozmezí 37,1 – 37,4 C. Cíl byl splněn.

2. 6 Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče

Pacientka B. P. byla 15. 10, čtvrtý den hospitalizace, druhý pooperační den přeložena z JIP na standardní oddělení. Hospitalizace zde trvala dalších osm dní. Poté byla přeložena k plánované rehabilitaci do nemocnice v Městci Králové.

2. 6. 1 Pátý den hospitalizace, 3. pooperační den 16. 10

Pacientka se cítila dobře, spolupracovala. Dle jejího tvrzení se dnes již lépe vyspala, není tak unavená jako předcházející dny.

FF – TK, TF, TT – byly měřeny 2 x denně, v normě, afebrilní.

Hygienická péče byla provedena na lůžku, s dopomocí sestry umyty záda, hýždě a DK. Riziková místa jako sakrum a paty byla namazána Menalind krémem, bez začervenaní a otlaků. Záda promasírovány Masážní emulzí. Pacientka si oblékla čistou noční košili. K prevenci TEN se stále používaly elastické bandáže obou DK. Lůžko bylo čistě převlečené a upravené. V rámci večerní hygieny na lůžku si pacientka omyla obličej a ruce, vyčistila umělý chrup, který si uložila do nádoby s vodou. Sestra namasírovala záda Masážní emulzí, odbandážovala obě DK, zkontrolovala a namazala sakrum a paty Menalind krémem a upravila lůžko. Dle dohody s ostatními pacienty sestra vyvětrala pokoj.

Při stravování si pacientka sedala s DK z lůžka, které byly podepřeny stupátkem. Jídelní stůl byl přisunut k lůžku. Dietu měla pacientka číslo 10 – neslaná. Strava byla vyhovující. Přes den vypila dostatek tekutin, okolo 2l za den. Preferovala neperlivou vodu a slazený čaj. Udává, že do pití musela být nucena a personál jí stále připomínal, aby pila. Infúzní terapie byla vysazena. Byla sledována diuréza (2300ml moče/24 hodin). Odstraněn PŽK, bez známek zánětu. PMK byl zaštipován k nácvičku svěrače močového měchýře před zrušením katétru.

2 Redonovy drény pro minimální odvod byly odstraněny. Obvaz suchý. Aplikován lokálně led v termoforu na levou kyčel.

Průběžně byla sledována bolest. Pacientka hodnotila bolest dle vizuální analogové škály se stupnicí 0 – 5. Analgetika Dolsin 50 mg i.m. si byla aplikována dle ordinace lékaře před RHB a na noc, kdy hodnotila bolest číslem 3. Půl hodiny po podání analgetika hodnotila bolest stupněm 1. Přes den byl podáván dle ordinace lékaře Korylan tbl 1 – 1 - 1 p.o., intenzitu bolesti pacientka hodnotila stupněm 1 a 2.

Dle ordinace lékaře byl aplikován Clexane 0,8 ml s.c. v 8 hodin. Po 6 hodinách pacientka dostávala ATB Cefaclen 500 mg p.o. (6 – 12 – 18 - 24). K chronické medikaci byl podáván Feronat retard tbl. 1 – 0 – 1, KCl tbl. 1 – 1 – 1.

Na standardním oddělení se pacientka intenzivně věnovala rehabilitaci 2 x denně pod vedením fyzioterapeutky. Prováděla LTV (dechová, cévní a izometrická cvičení), cvičení na motorové dlaze a nácvik chůze o 2 FB s odlehčením 1/3 váhy operované DK. Dnes, 3. pooperační den, po vyndání drénu se pacientka učila přetáčet na zdravý bok s polštářem mezi kolena. Fyzioterapeutka pacientku poučila, aby prováděla cviky i sama několikrát přes den. Pacientka se učila činnostem běžné denní aktivity jako je sebeobsluha při toaletě, vyprazdňování a oblékání. Pacientka udala, že dnes byla od fyzioterapeutky pochválena.

2. 6. 2 Šestý až dvanáctý den hospitalizace, 4. – 10. pooperační den 17. 10 – 23. 10

Pacientka se během hospitalizace aktivizovala k plné soběstačnosti.

FF byly měřeny po celou dobu hospitalizace 2 x denně. Hodnoty v normě. Afebrilní.

4. pooperační den zvládla pacientka s doprovodem sestry dojít do koupelny (je součástí pokoje), kde provedla ranní hygienu u umyvadla, na což se moc těšila. Sestra jí pomáhala umýt záda a obě DK. Dnes jí ošetřovatelka pomohla umýt a vyfoukat fénem vlasy. Stále dbala na to, aby měla vždy čistou noční košili. Elastické bandáže obou DK byli samozřejmostí.

Po celou dobu hospitalizace se stravovala u jídelního stolku na lůžku s končetinami z lůžka podloženými stupátkem. Nemocniční strava jí vyhovovala. Rodina jí pravidelně přinášela čerstvé ovoce a zeleninu. Pitný režim byl dostačující (okolo 2l za den). 5. pooperační den byl zrušen PMK, pacientka byla poučena o dostatku tekutin a příznacích možného zánětu močových cest. Močila zpočátku na podložní mísu, kterou si zvládla sama dát. Později chodila na toaletu, která je umístěna až na chodbě. Močila spontánně bez obtíží.

5. pooperační den lékař provedl převaz operační rány. Rána i její okolí byli klidné, bez známek zánětu. Na ránu byl aplikován tekutý obvaz solutio Novikov.

Pacientce byly aplikovány analgetika (Tramal 50mg) dle ordinace lékaře pouze před rehabilitací. Kdy při cvičení udávala intenzitu bolesti číslem 3. Půl hodiny po aplikaci hodnotila bolest stupněm číslo 1. Při běžném pohybu a při sebeobsluze udávala bolest číslem 2, byl ordinován Korylan tbl. dle potřeby. V klidu hodnotila bolest číslem 1.

Hodnoty kontrolního laboratorního vyšetření (ionty, K0) 7. pooperační den byly v normě. Lékař vysadil antibiotika i Feronat retard tbl a KCl tbl. Chronická medikace v plném složení. Nadále každé ráno aplikován Clexane 0,8 ml s.c.

V rámci RHB s fyzioterapeutkou procvičovaly LTV (dechová, cévní a izometrická cvičení), aktivní i pasivní hybnost operované DK se zaměřením na zlepšování rozsahu pohybu a zlepšení svalové síly, 2 x denně motorová dlaha, přetáčení na zdravý bok s klínem mezi kolena. Zaměřily se na zdokonalování chůze o 2 FB s odlehčením 1/3 váhy včetně schodů, samostatnou chůzi po oddělení. Díky intenzivní, důsledné rehabilitaci a výborné spolupráci, se pacientka již 6. den po operaci pohybovala s doprovodem rodiny po oddělení, 7. den nepotřebovala doprovod a s jistotou se pohybovala volně s 2 FB. Chůze ze schodů jí činila problémy, proto se v následujících dnech s fyzioterapeutkou zaměřily na její procvičování. Posupně si pacientka obnovila základní pohybové stereotypy s důrazem na bezpečné pohyby v kyčelním kloubu.

Pacientka B. P. se již cítila lépe, dlouhé chvíle si krátila oblíbenými křížovkami a čtením časopisů. Zapojovala se do hovoru s ostatními pacienty a zdravotnickým personálem. Každý den se těšila na svou početnou rodinu, která jí navštěvovala každý den.

2. 6. 3 Třináctý den hospitalizace, 11. pooperační den 24. 10

Pacientka byla tento den v 12.30 hodin sanitou převezena k plánované tří-týdenní rehabilitaci do nemocnice v Městci Králové.

Pacientka měla dobrou náladu, na rehabilitační pobyt se těšila. Předchozí den jí rodina přivezla čisté prádlo a pomohla sbalit osobní věci.

Ráno lékař provedl převaz operační rány, vyndal stehy, lokálně použil solutio Novikov. Rána se zhojila per primam. Pacientka byla poučena, že si ránu po 2 dnech může začít sprchovat a jemně masírovat neparfémovaným krémem.

K prevenci TEN dle ordinace lékaře nadále aplikován Clexane 0,8 ml s.c. a elastické bandáže obou DK. Analgetika byla ordinována dle potřeby. Chronická medikace dle zvyklosti.

Pacientka byla přeložena v dobrém psychickém i fyzickém stavu.

K plánované klinické i rentgenologické kontrole je pacientka B. P. pozvána za 2 měsíce od operace. Při obtížích kdykoli.

2. 7 Psychosociální stránka

Nemoc je náročnou životní situací. Svým průběhem nebo ve svých důsledcích významně ovlivňuje kvalitu našeho života. (4)

Jak pacientka B. P. uvedla, vnímá se jako optimistický člověk. Své nemoci si uvědomovala, nijak je nepopírala či nezveličoval. Říká, že vše se dá zvládnout, pokud máte dobré zázemí a spolupracující rodinu.

Pacientka byla již několikrát hospitalizována a prodělala náročné operace. Setkala se s laskavým, přátelským a profesionálním přístupem zdravotnického i nezdravotnického personálu. Byla vždy důsledně informována a k zodpovězení jejich otázek byl věnován prostor. Současná hospitalizace nebyla výjimkou. Když se rozhodla podstoupit operaci kyčelního kloubu, byla si vědoma náročného období, které doprovází ztráta soběstačnosti, strach a bolest. Byla připravená toto období zvládnout a také jej zvládla. I přes strach a únavu měla vždy pro personál úsměv, přes bolest aktivně spolupracovala. Její dobrý psychický stav se odrazil na bezproblémovém průběhu hospitalizace.

Rodina jí byla velkou oporou. Vnučky sháněly edukační materiály přes internet a od známých, aby byla paní B. P. připravena a věděla, co jí čeká. Syn zařídil pomůcky ke zlepšení soběstačnosti (madla a nástavec na WC, vyvýšil postel a oblíbené pacientčino křeslo) a k prevenci pádu (protiskluzovou podložku do vany a sprchy, „trny“ na gumové konce berlí na chůzi ve sněhu) až bude pacientka propuštěna domů. S pacientkou byli vždy v kontaktu, ať už telefonicky nebo při osobních návštěvách. Zajímali se o zdravotní stav pacientky.

S pacientkou jsme při mých návštěvách a rozhovorech navázaly přátelský a důvěrný vztah.

2. 8 Edukace

Edukace pacienta je v dnešní době nedílnou součástí kvalitní a komplexní léčby.

V průběhu hospitalizace jsem pacientku B. P. edukovala především pomocí rozhovoru a edukačních materiálů. Edukaci jsem zvolila v době, kdy byl klid na oddělení, na pacientku jsem měla dostatek času. Edukace probíhala na pokoji pacientky. Pacientce jsem ponechala čas na vstřebání informací, informace jsem opakovala. Všechny otázky, které byli v mé kompetenci, jsem se snažila zodpovědět, a na otázky lékařského či rehabilitačního rázu se pacientka obrátila na lékaře a fyzioterapeutku.

Pacientku jsem poučila o nutné prevenci TEN. Věděla, že je důležité po celou dobu hospitalizace i na následné rehabilitaci, aby jí byl aplikován Clexane 0,8ml s.c. 1x za den. Elastické bandáže bude používat i doma, měla by si je vždy aplikovat před ranním vstáváním z lůžka, obinadlo vést od špiček prstů přes patu až do půlky stehna, a před spánkem odbandážovat. Během dne dle potřeby upravit nebo přemotat. Pokud elastické obinadlo přestane být pružné, pacientka věděla, že si musí koupit nové. Doporučila jsem jí dostatek tekutin (alespoň 2l za den) a pohybovou aktivitu v rámci pooperačního režimu a režimových opatření.

Za důležité jsem považovala pacientku seznámit s vizuální analogovou škálou pro snadnější zvládnutí bolesti, i když byla již poučena. Na našem oddělení používáme škálu se stupnicí 0 – 5 kdy:

- 0 - žádná bolest,
- 1 - mírná bolest,
- 2 - obtěžující bolest,
- 3 - silná, stresující bolest,

- 4 - velmi silná bolest,
- 5 - nesnesitelná bolest.

Pacientka měla po operaci zaveden PMK. Abychom předešli komplikacím ve smyslu inkontinence, bylo nutné před zrušením katétru zaštipovat k návniku svěrače močového měchýře. U pacientky jsem provedla instruktáži, jak správně zaštipovat. Pacientka si zaštipla peanem drén od odvodného sáčku PMK a při pocitu na močení odštípla drén a vypustila si moč do odvodného sáčku, poté byl opět zaštipnut. Zároveň byla poučena o dostatku tekutin (2l denně) a důkladné hygienické péči v oblasti genitálu jako prevence infekce močových cest.

Jedním z nejdůležitějších témat edukace u pacientky po TEP kyčelního kloubu jsou zakázané polohy a pohyby, režimová opatření a pravidelné cvičení. Ve spolupráci s fyzioterapeutkou a ostatním zdravotnickým personálem jsem pacientku důsledně a opakovaně poučila o rizikových polohách a pohybech, kdy by mohlo dojít k vykloubení endoprotézy. Pacientku jsem poučila o režimových opatřeních, které je nutno dodržovat i v domácím prostředí, aby TEP vydržela dlouhou dobu a nedošlo k jejímu předčasnému opotřebení. Byla si vědoma, že musí operovaný kloub šetřit již po celý zbytek života. Pravidelným domácím cvičením 2-3x denně pacientka docílí posílení svalstva a návniku pohybových stereotypů, které je nezbytné pro správnou funkci endoprotézy. Fyzioterapeutka pacientku tyto cviky naučila a zdůraznila, že při špatně provedeném cviku by mohlo dojít k vyluxování endoprotézy.

Pacientce, při příjmu, byla zapůjčena edukační brožura od prof. Antonína Sosny a kolektivu s názvem Náhrada kyčelního kloubu – rehabilitace a režimová opatření. Pacientce jsem doporučila zakoupit tuto brožuru. Rodina výborně spolupracovala, a když pacientka odjížděla na oddělení následné rehabilitace do Městce Králové, měla brožuru zabalenou s sebou.

3. 8. 1 Režimová opatření při TEP kyčelního kloubu

Zakázané pohyby:

- Přetáčení špičky chodidla operované DK zevně i dovnitř – zevní a vnitřní rotace
- Ohnutí kyčle nad 90 stupňů - flexe
- Překřížení nohou přes sebe
- DK u sebe - addukce

Doporučení pro první tři měsíce po operaci

- Udržujte operační ránu v dokonalé čistotě. 2 dny po odstranění stehů je ránu možno začít sprchovat a denně promazávat neparfémovaným krémem.
- K hygienické péči je nejvhodnější používat sprchový kout opatřený madlem a protiskluznou podložkou.
- Spěte na pevném, rovném lůžku. Přikrývku si připravte tak, abyste se pro ni nemuseli předklánět. Při přetáčení těla na lůžku, mějte vždy mezi koleny polštářek či molitanovou vložku cca 10 cm vysokou. Otáčejte se na zdravý bok.
- Střídejte chůzi, sed a leh. Věnujte pozornost únavě a nepřeceňujte své síly. Omezte dlouhodobé stání.
- V sedu by kyčelní kloub neměl být ohnutý více než do pravého úhlu. Přizpůsobte si výšku židle, nesedejte do hlubokých křesel. Na obyčejnou židli sedejte pouze s polštářem či složenou dekou. Při sezení na židli obě chodidla spočívají celou ploškou na zemi, kolena jsou mírně od sebe.
- Je vhodný nástavec na WC.
- Nikdy se neshýbejte a nepředklánějte k podlaze.
- Neotáčejte prudce trupem.

- V žádné poloze (vleže, vestoje, vsedě) nikdy nedávejte „nohu přes nohu“.
- Několikrát denně cvičte dle pokynů fyzioterapeuta.
- Používejte i na doma pevnou obuv s plnou špičkou a patou, bez podpatku. Nepoužívejte papuče nebo pantofle.
- Neodkládejte berle, pokud to nedovolí Váš lékař, dodržujte jím doporučenou zátěž operované končetiny. Ztratíte-li však rovnováhu a hrozí Vám pád, raději došlápněte na operovanou končetinu.
- Dvakrát denně ležte cca 30 minut na břiše.
- Nenechte se nikým vyprovokovat k extrémním výkonům. Na schodech se věnujte chůzi a s nikým se nebavte. Zabráníte tak případné ztrátě rovnováhy a pádu. Neposkakujte.
- Význam plavání je přeceňován. Pro posílení svalstva je výhodnější a účinnější cvičení na suchu. V blízkosti plaveckých bazénů buďte opatrní a pozorní (pozor na uklouznutí). Nejméně však jeden měsíc od operace nenavštěvujte hromadné bazény, hrozí značné riziko infekce v oblasti jizvy.
- Nespěchejte, chraňte se pádu. Odstraňte doma všechny volně ležící předložky a rohožky.
- Pravidelně si kontrolujte technický stav Vašich berlí (matičky, protiskluzné nástavce).
- Oblékání ponožek v prvních týdnech po operaci nechte na druhých, nebo užíjte oblékač ponožek. Později si oblékejte ponožky a zavazujte tkaničky s velkou opatrností. Při obouvání bot užívejte dlouhou lžici.
- Dodržujte doporučení lékaře a prevenci tromboembolické nemoci. Používejte zdravotní punčochy nebo elastická obinadla od špiček prstů přes patu až do třísla. Dbejte na dostatečný pitný režim (2l denně).
- Jako spolujezdec je možné jezdit v autě. Na sedadlo je vhodný polštář a je nezbytný dostatečný prostor pro DK. Nejlépe je sedět

na zadních sedadlech s nataženou operovanou končetinou. Řízení se doporučuje nejdříve tři měsíce od výkonu. (7)

Trvale platná doporučení

- S každou, i běžnou infekcí navštivte svého praktického lékaře. Je zvýšené riziko přenosu infekce do okolí náhrady. Při těžkých infekcích, operacích a invazivních vyšetřeních budete preventivně užívat antibiotika.
- Nenoste zvlášť těžká břemena (cca 2 kg)
- Vyhněte se zbytečně nadměrné pohybové aktivitě a nadměrnému cvičení (netrénujte vytrvalostní chůzi, ani zbytečně nejezděte na rotopedu), životnost implantátu je limitovaná. Raději se vyhněte prudšímu běhu a skokům, kontaktním sportům, sjezdového lyžování na těžkém terénu, jízdě na koni. Vhodně je plavání, chůze, golf a jízda na kole.
- Nezapomínejte na pravidelné roční kontroly u Vašeho ortopeda, i když nemáte žádné obtíže.
- Při obtížích vyhledejte lékaře (náhle vzniklá, nová bolest, zarudnutí či sekrece v jizvě, zkrat končetiny, omezení pohybu, horečky) nebo své obtíže alespoň konzultujte telefonicky.“ (7)

3. 8. 2 Cvičení na doma

Cvičení provádějte pravidelně, nejlépe 2 - 3x za den, na tvrdé podložce ve vyvětrané místnosti. Vyhrad'te si dostatečně dlouhý čas a nenechte se vyrušovat. Počet cviků navyšujte postupně. Délku cviků při zatínání svalstva určíte napočítáním do pěti, poté výdrž uvolněte. Každou skupinu cviků doplňte procvičením rotace ramenních kloubů a protáhnutím hrudní páteře, která při chůzi o berlích velmi trpí. Pokud se léčíte s vysokým krevním tlakem a máte kardiální obtíže, cviky vleže na břiše provádějte opatrně a při obtížích konzultujte svého lékaře.

Cviky vleže na zádech

- Dolní končetiny v lehkém roznožení, propínejte a přitahujte špičky chodidel, kružte v kotníkách na obě strany.
- Přitáhněte špičky chodidel, zatněte stehno, propínejte kolena do podložky – střídejte výdrž s uvolněním.
- Dolní končetiny v lehkém roznožení, při lehké vnitřní rotaci špiček a pokrčení kolenních kloubů zatínejte hýždě. Po 6 týdnech od operace přidejte zvednutí pánve od podložky.
- Dolní končetiny v lehkém roznožení suňte patou po podložce, tím ohýbáte kolenní i kyčelní kloub. Cvik provádějte pouze do bolesti.
- Neoperovaná končetina je pokrčená, operovaná je natažená, propněte koleno, přitáhněte špičku a provádějte unožení operované končetiny do strany, nevytáčejte špičku ven. Po 6 týdnech od operace unožujte obě končetiny do strany současně. (7)

Cviky vleže na břiše

- V lehkém roznožení dolních končetin se opřete o špičky, s nádechem zatněte hýždě a propněte kolena do natažení. Nezvedejte pánev z podložky.
- V lehkém roznožení končetiny ohýbejte v kolenním kloubu a patu přitahujte k hýždi. Pata míří na strop.
- V lehkém roznožení zanožujte nataženou dolní končetinu, stačí 5 cm oddálení stehna od podložky. Neprohýbejte se v kříži a nezvedejte pánev. Dbejte na postavení kolenního kloubu v nulové rotaci – pata směřuje ke stropu.
- V lehkém roznožení zanožujte nataženou dolní končetinu pokrčenou v koleni, stačí 5 cm oddálení špičky od podložky. Neprohýbejte se v kříži a nezvedejte pánev. Dbejte na postavení kolenního kloubu v nulové rotaci – pata směřuje ke stropu.
- zde je důležité střídat obě končetiny, aby nedošlo k přetížení bederní páteře. (7)

Cviky vsedě

- Vsedě na vysoké židli či na lůžku skrčujte a natahujte koleno. Celé stehno musí být podloženo.
 - Zatínejte hýždě.
 - Natáhněte koleno a přitáhněte špičku, vyčkejte 5 sekund a tah uvolněte.
 - Přitahujte a propínejte špičku chodidla
 - Kružte chodidlem v kotníku oběma směry.
- Při cvičení střídavě cvičte obě dolní končetiny. (7)

Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo zpracování případové studie u pacientky ve věku 72 let na téma „Ošetrovatelská péče o pacientku po totální endoprotéze kyčelního kloubu“.

Práce má dvě části, klinickou a ošetrovatelskou.

V klinické části popisují anatomii a fyziologii kyčelního kloubu, charakteristiku koxartrózy a totální endoprotézu kyčelního kloubu. Dále uvádím základní údaje o pacientce, lékařskou anamnézu, předoperační vyšetření, průběh hospitalizace na standardním oddělení i na JIP. Klinickou část ukončuji indikacemi farmakoterapie a prognózou totální endoprotézy.

V ošetrovatelské části jsem od pacientky odebrala 2. pooperační den ošetrovatelskou anamnézu dle Modelu funkčních vzorců zdraví dle Marjory Gordon. Na základě získaných informací jsem sestavila tři aktuální a tři potencionální ošetrovatelské diagnózy, u kterých jsem metodou ošetrovatelského procesu stanovila krátkodobý a dlouhodobý plán ošetrovatelské péče. V závěru se dále věnuji psychosociální stránce a edukaci pacientky, se zaměřením na režimová opatření.

K práci je připojen abecední seznam použité literatury, seznam zkratk, seznam obrázků, seznam příloh a přílohami.

Průběh hospitalizace pacientky B. P. na JIP i na standardním ortopedicko-traumatologickém oddělení proběhl bez komplikací, jak ze strany ošetrovatelské péče, tak z hlediska léčby i rehabilitace. Pacientka spolupracovala, aktivně se zapojovala do ošetrovatelské péče, dodržovala zakázané polohy a pohyby, kdy by mohlo dojít k vykloubení endoprotézy. Byla důsledně a opakovaně poučena o režimových opatřeních, které je nutno dodržovat i v domácím prostředí. Byla si vědoma toho, že operovaný kloub musí šetřit již po celý zbytek života.

Seznam použité literatury

1. Bartoníček, J., Heřt, J. *Základy klinické anatomie pohybového aparátu*. Praha: Maxdorf, 2004. 256 s. ISBN 80-7345-017-8.
2. Čihák, R. *Anatomie I*. 2. vydání. Praha: Grada, 2001. 497 s. ISBN 80-7169-970-5.
3. Dungal, P. et. al. *Ortopedie*. Praha: Grada, 2005. 1273 s. ISBN 80-247-0550-8.
4. Jobánková, M. et. al. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: NCO NZO, 2003. 225 s. ISBN 80-7013-390-2.
5. Martínková, J. et. al. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 380 s. ISBN 978-80-247-1356-4.
6. Pavlíková, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
7. Sosna, A. et. al. *Náhrada kyčelního kloubu – Rehabilitace a režimová opatření*. Praha: Triton, 2003. 58 s. ISBN 80-7254-302-4.
8. Staňková, M. *České ošetrovatelství 3 - Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. Brno: NCO NZO, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-282-5.
9. Staňková, M. *Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno: IDVPZ, 2001. 55 s. ISBN 80-7013-323-6)
10. Šafránková, A., Nejedlá, M. *Interní ošetrovatelství II*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 212 s. ISBN 978-80-247-1777-7.

Internetové zdroje

11. [www.artrocentrum.cz](http://artrocentrum.cz) [online]. 2010 [cit. 2010-11-02]. Dostupné z: <http://artrocentrum.cz/cz/artroza-a-jeji-lecba>
12. www.cls.cz [online]. [cit. 2010-11-06]. Dostupné z: <http://www.cls.cz/seznam-doporucenych-postupu>
13. www.orthes.cz [online]. 2001 [cit. 2010-11-03]. Dostupné z: <http://www.orthes.cz/thr.htm>
14. www.ortopedie-fyzioterapie.cz [online]. 2003 [cit. 2010-11-05]. Dostupné z: <http://www.ortopedie-fyzioterapie.cz/ortopedicka-ambulance/umely-kycelni-kloub.html>

Článek v časopise

15. Taliánová, M., Holubová, M., Pilný, J. Péče o nemocného po totální endoprotéze kyčelního kloubu. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 1, s. 75-77.
16. Cibulka, L. Léčebná rehabilitace u totální endoprotézy kyčelního kloubu. *Obraz nemocnice*, 2009, roč. 3, č. 1, s. 9.

Ostatní zdroje

17. Breviř. 18. vydání. Praha: Medical Tribune CZ, s.r.o., ve spolupráci s Inpharmex, spol. s.r.o. 2009. ISBN 978-80-87135-14-3

Seznam použitých zkratk

a. – arterie (tepna)

aPTT – aktivovaný parciální tromboplastinový čas

arb. j. – arbitrážní jednotka

ARO – anesteziologicko – resuscitační oddělení

BMI – Body Mass Index

bpn – bez patologického nálezu

C° – Celsiův stupeň

CHOPN – chronická obstrukční plicní nemoc

cm – centimetr

cps. – kapsle

DF – dechová frekvence

DK – dolní končetina

DM – diabetes mellitus

dp – dle potřeby

ECHO – echokardiografie

ekg – elektrokardiografie

Ery – erytrocyty

F 1/1 – fyziologický roztok

FA – farmakologická anamnéza

FB – francouzské berle

FF – fyziologické funkce

g - gram

GIT – gastrointestinální trakt

Hb – hemoglobin

HbsAg – antigen viru hepatitidy typu B

inj. – injekční roztok

INR – international normalization ratio, vyjádření hodnot Quickova testu

i.v. – intravenózní aplikace léku

JIP – jednotka intenzivní péče

KCl – kalium chlorátum

kg – kilogram
LTV – léčebná tělesná výchova
m. – musculus (sval), **mm.** – musculi (svaly)
mm – milimetr
mg – miligram
ml – mililitr
mmHg – milimetr rtuti
mmol/l – milimol na litr
MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky
n. – nervus (nerv)
PMK – permanentní močový katétr
p.o. – per os (ústní podání)
P + V – příjem a výdej tekutin
PŽK – periferní žilní katétr
RA – rodinná anamnéza
RD – Redonův drén
RD1, 2, 3 = Redonovy drény, počítáno od hlavy pacientky
RHB – rehabilitace
s.c. – subkutánní aplikace léku
t.č. – toho času
tbl. – tableta
TEN – tromboembolická nemoc
TEP – totální endoprotéza
TF – tepová frekvence
TK – krevní tlak
TT – tělesná teplota

Seznam použitých obrázků

Obrázek číslo 1 – *Vývoj koxartrózy pravého kyčelního kloubu v časovém rozpětí 15 let. Stupeň I – IV dle Kellgrena a Lawrence, superolaterální formy* – převzato z: Dungal, P. et. al. *Ortopedie*. Praha: Grada, 2005. 1273 s. ISBN 80-247-0550-8.

Obrázek číslo 2a, 2b – *Cementovaná totální endoprotéza kyčelního kloubu* – převzato z: www.orthes.cz [online]. 2001 [cit. 2010-11-03]. Dostupné z: <http://www.orthes.cz/thr.htm>

Obrázek číslo 3a, 3b – *Necementovaná totální endoprotéza kyčelního kloubu* – převzato z: www.orthes.cz [online]. 2001 [cit. 2010-11-03]. Dostupné z: <http://www.orthes.cz/thr.htm>

Obrázek číslo 4a, 4b – *Hybridní totální endoprotéza kyčelního kloubu* – převzato z: www.orthes.cz [online]. 2001 [cit. 2010-11-03]. Dostupné z: <http://www.orthes.cz/thr.htm>

Obrázek číslo 5a, 5b – *Hip resurfacing totální endoprotéza kyčelního kloubu* – převzato z: www.orthes.cz [online]. 2001 [cit. 2010-11-03]. Dostupné z: <http://www.orthes.cz/thr.htm>

Seznam příloh

Příloha 1 – **Ošetřovatelská anamnéza** (převzato z: Ústav teorie a praxe ošetřovatelství, 1. LF UK v Praze)

Příloha 2 – **Plán ošetřovatelské péče** (převzato z: Ústav teorie a praxe ošetřovatelství, 1. LF UK v Praze)

Příloha 3 – **Barthelův test všedních činností** (převzato z: 9; str. 35)

Příloha 4 – **Vizuální analogová škála** (převzato z: 9; str. 19, 20)

Příloha číslo 1

Ošetřovatelská anamnéza (převzato z: Ústav teorie a praxe ošetřovatelství, 1. LF UK v Praze)

Ošetřovatelský záznam

Jméno a příjmení: B. P.

Věk: 72 let

Vyznání: evangelické

Povolání: starobní důchodce

Národnost: česká

Osoba, kterou lze kontaktovat: syn J. P.

Oslovení: paní P.

Datum přijetí: 12. 10. 2010

Hlavní důvod přijetí: plánovaná TEP levé kyčle

Datum a kam propuštěn: 14. 10. 2010

RHB oddělení Městské nemocnice

Lékařská diagnosa:

1. Coarctatio a. n. III.-IV. stupně

2. Ischemická choroba srdce

3. Hypertenze III. st.

⑥ Hypotyreóza

4. Hypocholesterolemie

⑦ Lymfatické plexy DK

① Vitální chvění

⑧ Sten. p. TEP levé kyčle

Kulturní

Jak je nemocný informován o své diagnóze?

dosledně

Osobní anamnéza: přítomná podílů křivá dětská nemoc

- melau, alergie plicní, diageny

- nemoci na lékařské diagnóze

Rodinná anamnéza: sestra zemřela stáří 86 let, matka 74 let na nemocniční péči, prarodiče

bratr ať se 86 let

Vyšetření: laboratorní vyšetření krve - krevní deht, kalcium

Terapie: Ciprofloxacilin 750 mg 1 den, Komplan 3 x 1 tbl p.m., Gentamicin 240 mg i.v. 2 x 24h, klidol 1g i.v. 24h, Ciprodol 500mg p.m. 2 tbl, Furazolidon 1tbl p.m. 1-0-1, klidol 1tbl p.m. 1-1-1, chloramfenicol 1tbl p.m. 1-0-1, Plaximolyt 1000mg i.v., Glukosa 5% 100ml i.v.

Důležité informace o stavu nemocného: Pacient je v nemocnici 15.10. 2. den po implantaci TEP sluchu. Lékař provede přehled po celý - do 12.00. RDS, RDA+2 potichá - je v krevni žilách. Pacient TEN.

Alergie: jídlo NE ANO, pokud ano, které
léky NE ANO, pokud ano, které
jiné NE ANO, pokud ano, které

Nemocný má u sebe tyto léky: TROCHEX 75mg tbl 1-0-0, BETALOC ZOK 20mg tbl 1/2-0-0, AFERIN 40mg tbl 0-0-1, FURON 40mg tbl 1/2-0-0, OTCAL 5mg tbl 1-0-0, PREDUCTAL MR 761 1-0-1, HELICID 20mg CR. 1-0-1, LETROX 20mg tbl 1/2-0-0.

Je poučen, - že je nemá brát ANO NE
- jak je má brát ANO NE

Psychický stav (vědomí, orientace, neklid, nálada): pacientka dehydratovaná, přehřátá, ospalá, klid, krevní deht

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci): pacientka bydlí se svým a rodinným domem, má dva děti - vstává p.m. 12.00, má dvě děti. RDS.

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)? krevní deht bylo mi špatně a v p.m., kvůli ke spánku.
2. Co si myslíte, že způsobilo Vaši nemoc? přehřátí těla.

3. Změnila tato nemoc nějak Váš způsob života, Pokud ano, jak? *Ano, změnila. Nemohu udeřít dlouhé procházky a naučily.*
4. Co očekáváte, že se s Vámi v nemocnici stane? *Říci, že propuštění někdy bude usměš, ale při bolesti není třeba.*
5. Jaké je pro Vás být v nemocnici? *Je to mi je někdy těžké, ale nějak zvládnout mě je možný, ale zvládnout se zdá.*
6. Jak dlouho tu podle Vás budete? *cca 10-14 dní.*
7. S kým doma žijete? Je na Vás někdo závislý? *Žije se spolek. Někdo na mě není závislý.*
8. Kdo je pro Vás nejdůležitější (nejbližší) člověk? *Manžel a synové. Člověk, ale někdo je mi stále blízký.*
9. Jaký dopad má Vaše přijetí do nemocnice na Vaši rodinu? *Společně, je těžké!*
10. Může Vás někdo z rodiny (nebo blízkých) navštěvovat? *ano*
11. Co děláte ráda ve volném čase? *Čtení knih, kuchařky, čtení časopisů.*
12. Jak očekáváte, že se Vám bude po propuštění doma dařit? *Je to bude z toho, že odložím působení k ubolování, kde mě mám chodit, tak říkám, že se mi bude dařit dále.*

Specifické základní potřeby

1. Pohodlí, odpočinek, spánek

a) Bolest/nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného? ANO NE
- pokud ano, upřesněte *bolí z levé kyčle*
- Měla jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím? ANO NE
- pokud ano, upřesněte *bolí z levé kyčle*

- Na čem je bolest závislá? *na příjmu, změně polohy*
- Co jste dělala pro úlevu bolesti (obtíží)? *analgetika*
- Došlo po Vaší léčbě k úlevě? Úplně Částečně Ne
- Pokud budete mít u nás bolesti/potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění? *ledovými lázni kůže, příjma analgetik dle indikací lékařů.*

Hodnocení sestry: *Příjemka má bolesti lůžka změnu polohy způsobí povstání, kůže je tlumená dle indikací lékařů - led, analgetika, k příjmu normální.*

b) Odpočinek/spánek

- Máte nějaké obtíže se spánkem nebo odpočinkem od té doby, co jste přišla do nemocnice? ANO NE
- pokud ano, upřesněte *malý a nekvalitní spánek*
- Měla jste potíže i doma? ANO NE
- Usínáte obvykle těžko? ANO NE
- Budíte se příliš brzy? ANO NE
- pokud ano, upřesněte
- Co podle Vás způsobuje Vaše potíže? *propuštěná bolest, změna prostředí.*
- Máte nějaký návyk, který Vám pomáhá lépe spát?
- Berete léky na spaní? ANO NE
- pokud ano, které
- Zdřímnete si během dne? Jak často a jak dlouho? *ano, asi tak u 1 hodiny 2 x týdně.*

Hodnocení sestry: *Příjemka má typicky nedostatek spánku z důvodu propuštěné bolesti, změny prostředí a narušení polohy u zranění.*

2. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sama? ANO NE
- Potřebujete pomoc při umytí? ANO NE
- Potřebujete pomoc při čištění zubů? ANO NE
- Máte obvykle kůži suchou mastnou normální
- Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť? -
- Potřebujete pomoc při koupání? ANO NE
- *koupání málem zvládá*

- Kdy se obvykle koupete? ráno odpoledne večer je to jedno

Hodnocení sestry: *Převážně ráno po občerstvení doprava a dle toho
kdy jsem si přešel umýt hlavu.*

3. Bezpečí

a) lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí? ANO NE
- pokud ano, upřesněte *Levně zotavením s udržením ~ 2 76.*
- Měla jste potíže s chůzí již před přijetím? ANO NE
- pokud ano, upřesněte
- Řekl Vám zde v nemocnici, abyste nechodil? ANO NE
- pokud ano, upřesněte *standardní doporučení při chůzi*
- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění? ANO NE NEVÍM
- pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete?

b) zrak

- Máte nějaké potíže se zrakem? ANO NE
- pokud ano, upřesněte *pauzou tím bylo umýt oči*
- Nosíte brýle? ANO NE
- pokud ano, máte s nimi nějaké problémy? *ne*

c) sluch

- Slyšíte dobře? ANO NE
- pokud ne, užíváte naslouchadlo? ANO NE
- jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl?

Hodnocení sestry: *Převážně 2. doporučení den zotavení
společnou rehabilitací. Pauzou tím bylo umýt oči.*

4. Strava/dutina ústní

- a) Jak vypadá Váš chrup? dobrý vadný
- Máte zubní protézu? horní dolní žádnou

- Dělá Vám stav Vašeho chrupu při jídle obtíže? ANO NE
- Máte rozbolavělá ústa? ANO NE
- pokud ano, ruší Vás to při jídle?
- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu přiměřenou? ANO NE
- pokud vyšší (o kolik) *10 - 15 kg*
- pokud nižší (o kolik)
- c) Změnila se Vaše váha v poslední době? ANO NE
- pokud ano, o kolik kg jste *5 kg* zhubnul přibral
- d) Změnila nemoc Vaši chuť k jídlu? ANO NE
- Co obvykle jíte? *kovárna, čokol, kaviár*
- Je něco, co nejíte? ANO NE
- pokud ano, co a proč?
- Máte zvláštní dietu? ANO NE
- pokud ano, jakou? *10*
- Měla jste nějakou dietu, než jste přišla do nemocnice? ANO NE
- pokud ano, upřesněte *omezení soli*
- co by mohlo Váš problém vyřešit?
- Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? ANO NE
- pokud an, očekáváte, že ji budete schopni dodržovat?

Hodnocení sestry: *Právě tak má 1 popel denně 2-10 - molnau, klau k syhonye.*

5. Tekutiny

- Změnila jste příjem tekutin, od té doby, co jste onemocněla?
 - zvýšila snížila nezměnila
- Co ráda pijete?
 - vodu mléko ovocné šťávy kávu čaj nealkoholické nápoje
- Co nepijete ráda? *čaj*
- Kolik tekutin denně vypijete? *2l*
- Máte k dispozici dostatek tekutin? ANO NE

Hodnocení sestry: *Právě tak přijela 2l tekutin během dne.*

6. Vyprazdňování

a) Střeva

- Máte obvykle normální stolici zácpu průjem
- Jak často chodíte obvykle na stolicí? *1x denně*
- Kdy se obvykle vyprazdňujete? *ráno*
- Berete projímadlo? pravidelně často příležitostně nikdy
- Pomáhá Vám něco, abyste se vyprázdnila? ANO NE
- pokud ano, co to je? *slazená voda kávu a čaj*
- Máte nyní problémy se stolicí? ANO NE
- pokud ano, jak by se daly řešit? *nice pokyby*

b) Močení

- Měla jste potíže s močením před příchodem do nemocnice? ANO NE
- pokud ano, upřesněte
- jak jste je zvládla?
- Co by Vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici?

- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice? ANO NE
- pokud ano, myslíte si, že to zvládnete?

Hodnocení sestry: *Pacientka se dlouho 3 dny v nemocnici vyprázdnila na kávu a čaj. Má problémy s močením před a po návratu z nemocnice kvůli bolesti a pop. stromu*

7. Dýchání

- Měla jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním? ANO NE
- pokud ano, upřesněte *při námaze jsem se ztěžkovala*
- Měla jste potíže před příchodem do nemocnice? ANO NE
- pokud ano, upřesněte *slzně*
- jak jste je zvládala? *okmilkovým roztokem*
- Máte nyní potíže s dýcháním? ANO NE
- pokud ano, co by Vám pomohlo?
- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů? ANO NE NEVÍM
- pokud ano, zvládnete to?

- Kouříte?
- pokud ano, kolik?

ANO NE

Hodnocení sestry: *Pacientka s anamnézou udělné dušnosti
po užívání Opiv. je ve sbluži.*

8. Kůže

- Pozorujete změny na kůži? ANO NE
- Svědí Vás kůže? ANO NE NĚKDY

Hodnocení sestry: *Pacientka má kůži namočenou, ale
dřívě.*

9. Aktivita, cvičení, záliby

- Chodíte do zaměstnání? ANO NE
- pokud ano, co děláte?
- Máte potíže pohybovat se v domácnosti? ANO NE
- Máte doporučeno nějaké cvičení? ANO NE
- pokud ano, upřesněte
- Víte, jaký je Váš pohybový režim v nemocnici? ANO NE
- Jaké máte záliby, které by Vám vyplnily volný čas v nemocnici?
čtením knížek, cvičení
- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění?

Hodnocení sestry:

10. Sexualita

- Způsobila Vaše nemoc nějaké změny ve Vašem pohlavním životě?
ANO NE
- pokud ano, upřesněte
- Očekáváte, že se Váš pohlavní život změní po odchodu z nemocnice?
ANO NE
- pokud ano, upřesněte

Hodnocení sestry: *Pacientka je již několik let vdána
a da jí ch stá zkray. naxim' život v nede.*

- Jakou školu jste ukončila? *Základní*
 - Očekáváte, že se po odchodu z nemocnice změní Vaše role manželky, matky, nebo jiné sociální vztahy? ANO NE
 - pokud ano, upřesněte
 - Jak velká je Vaše rodina? *4 děti, 13 mandučet, 11 prarodičů*
 - S kým společně žijete? *se svým*
 - Kdo se o Vás může postarat? *syn, dcera, sestra*
 - V jakém bytě žijete? *rodinný dům 5+1*
 - Máte dostatek informací o Vašem léčebném režimu? ANO NE
 - Máte dostatek informací o nemocničním režimu? ANO NE
 - Máte nějaké specifické problémy týkající se Vašeho pobytu v nemocnici?
-
- Chcete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetrovatelské péči?

Hodnocení sestry: *Právě zde je potřeba poskytnout informace o léčbě a nemocničním režimu. Mám rodinu, kterou se opírám a její star.* **Jak sestra nemocnou souhrnně vidí**

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> snadno odpovídá | O odpovídá váhavě |
| O neptá se | O mlčenlivá |
| <input checked="" type="checkbox"/> hovorná | <input checked="" type="checkbox"/> spolupracuje |
| O úzkostlivá | O vyděšená |
| O nejistá | O nedůvěřivá |
| O rozzlobená | O smutná |
| <input checked="" type="checkbox"/> rychle chápe | O pomalu chápe |
| O nechápavá | <input checked="" type="checkbox"/> aktivní |
| <input checked="" type="checkbox"/> přizpůsobivá | O nepřizpůsobivá |
| <input checked="" type="checkbox"/> psychicky stabilní | O psychicky labilní |
| <input checked="" type="checkbox"/> dobře se ovládá | O špatně se ovládá |

Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči:

Pacientka p. dnoš. 15.10.2010. 2. den po
implantaci TEP levé hrsti

=> je při nálezů, dehydrataci, splypocje,
karnumbje.

=> na sledav splypocječed rodimu, klesá
se zřimá a zde star se přikrmiva zím
zlepšje popchilav mláda pacimj

=> po přepřimá se a mi postava spj

=> BOLEST - pravidelně sledovat intenzitu bolesti
dle analog škály a dle adimac likav postaz.
analgetika a dle u kran hčil

=> NEDOSTATEK SPANKU - do 4 hodin trvá bolest,
zjeví se kida na odčimí, uplax ževěle

=> DOPOMOCI a hčj přia, dleimí a upřisavimem
na kžim

=> BEZPEČNÝ NÁČVİK CHŮZE - pauzát pacientka -
zabízajjch pčičič a pčičich, dle j mčič
nčž k kmeri TEP.

=> RIZIKO INFECCE z dnošim Fimimí PPK,
PEK a pčičimí kčm.

=> PREVENCE TEN - dle adimac likav
pčičič čičavě j, k a v. 7x denní, kanciče
dne 7d, do 4 hodin zlektiv, pčičič a kčimí
popu.čičiče pčičiče

Datum	Ošetrovateľská diagnóza	Ciele (krátkodobé i dlhodobé)	Plán ošetrovateľské péče	Efekt poskytnuté péče	Podpis
	<p>1) SNIŽENÁ SCHOPNOSŤ SEBEPÉČI V OBLASTI HTGIENY, VYPAKADNOVANIA, A OBLEČANIA Z DŮVODU IMPLANTACE TER A SNIŽENÉ MOBILITY</p>	<p>• PC je očipovanú zariadením poskytujúci púšťajúci, Apple. zariadením a skúsením u učiteľky • PC je ošetrovateľská a možnosť doplniť použitím púšťajúci ter aplikácií a skúsením u učiteľky</p>	<p>⇒ zhrnúť úroveň schopnosti a túžbu skúšať - budúca časť ⇒ prvé PC v zariadení pobudí v pohode, log može byť k úvodu TER ⇒ zjednotiť inštrukcie a možnosť doplniť použitím púšťajúci ter aplikácií a skúsením u učiteľky</p>	<p>PC poskytnuté skúsením a št skúsením a o prvé zariadenie poskytujú a úroveň typy, úroveň a aplikácií bylo a úroveň prvé poskytnúť ⇒ CIL BTL SPLNEN</p>	

Datum	Ošetrovateľská diagnóza	Ciele (krátkodobé i dlhodobé)	Plán ošetrovateľské péče	Efekt poskytnuté péče	Podpis
	<p>3) NEDOSTATEK SPANKU z DŮVODU BOLESTI a TĚŽENÍ PRŮTĚŽEDÍ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • po každé noci vypláchnúť ústa • po prebudení na každé ráno spracovať 	<p>=> zjednať opisu, vzťahy v dieťaťu a vyhodnotiť => zobrať výpis spracovať</p> <p>=> kontrolovať hodnoty a dieťa a zobrať výpis medicína, sledovať vývin => aktuálny priebeh dieťa</p> <p>=> podľa prístroja prístroj priebeh, výkon, teplota, srdce. Vypracovať a podľa => zobrať údaje u rodičov</p>	<p>po prístroji, medicína priebeh, výkon, teplota, srdce, vypracovať výpis aktuálny priebeh spracovať ATB p.o., sledovať srdce a zobrať medicína - údaje submisi a údaje => cieľ SPLENEN NEBTL</p>	

Datum	Ošetrovateľská diagnóza	Ciele (krátkodobé i dlhodobé)	Plán ošetrovateľské péče	Effekt poskytnuté péče	Podpis
	<p>4) DIKHO VÝKALCÍ TEP LEVÉHO ETČENÍ KLOBUŽI DVOUDV NEODDRAZENÍ DOPORUČENÉHO ETČENÍ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● PC kůže dostát. ● PC kůže v rámci komunikace s zdravotníkem, péčí a v případě, kdy by měla být z strany ● maximum dostupné udržet pacienti PC, KATOLAN v případech, kdy 	<p>⇒ pac. PC v Lekt. TONJEK přiložil v případě v plicích a, stav užívat. ⇒ KATOLAN v rámci speciální péče TDE ⇒ doporučení a prevence v prevenci v prevenci v ⇒ Zpracování nastavení</p>	<p>PC. Kůže udržet v prevenci v TONJEK přiložil v případě, kdy by měla být z strany inf. prevence k užívat. TEP nastavení ⇒ CÍL BTL SPLEN</p>	

Datum	Ošetřovatelská diagnóza	Cíle (krátkodobé i dlouhodobé)	Plán ošetřovatelské péče	Efekt poskytnuté péče	Podpis
	5) RIZIKO PÁDU z důvodu NÁCVIKU ČHÚŽĚ Ů BĚHLÝCH	<ul style="list-style-type: none"> • PE bude prováděn a bude sledován • vypracovat plán péče • monitorovat stav • užívat bezpečnostní opatření 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ zkontrolovat úroveň péče ⇒ PE v době poskytování péče ⇒ poskytnout informace o riziku ⇒ poskytnout informace o opatřeních ⇒ poskytnout informace o opatřeních ⇒ poskytnout informace o opatřeních 	PE zrušeno z důvodu poskytnutí péče v průběhu poskytování péče. PE zrušeno z důvodu poskytnutí péče. PE zrušeno z důvodu poskytnutí péče.	
	6) RIZIKO INFENZE z důvodu INVAZIVNÍ VSTUPU - PHL - PHL - DRENT A OPĚL. PAINY	<ul style="list-style-type: none"> • PE bude prováděn a bude sledován • vypracovat plán péče • monitorovat stav • užívat bezpečnostní opatření 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ vypracovat plán péče ⇒ poskytnout informace o riziku ⇒ poskytnout informace o opatřeních ⇒ poskytnout informace o opatřeních ⇒ poskytnout informace o opatřeních ⇒ poskytnout informace o opatřeních 	PE, PHL, DRENT, OPĚL. PAINY poskytnuty v průběhu poskytování péče. PE, PHL, DRENT, OPĚL. PAINY poskytnuty v průběhu poskytování péče.	

Příloha číslo 3

Barthelův test základních dovedností (ADL – aktivity daily living)

(převzato z: 9; str. 35)

Činnost	Provedení aktivity	Bodové skóre
1. najedení, napití	<u>samostatně bez pomoci</u>	(10)
	s pomoci	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	<u>s pomoci</u>	(5)
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomoci	5
	<u>neprovede</u>	(0)
4. osobní hygiena	<u>samostatně nebo s pomoci</u>	(5)
	neprovede	0
5. kontinence moči	<u>plně kontinentní</u>	(10)
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	<u>plně kontinentní</u>	(10)
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
7. použití WC	<u>samostatně bez pomoci</u>	10
	s pomoci	5
	<u>neprovede</u>	(0)
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	<u>s malou pomoci</u>	(10)
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomoci 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	<u>neprovede</u>	(0)
10. chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
	S pomoci	5
	<u>neprovede</u>	(0)

CELKEM

50

Hodnocení stupně závislosti:

- 0 – 40 vysoce závislý
- 45 – 60 závislost středního stupně
- 65 – 95 lehká závislost
- 96 – 100 nezávislý

Příloha číslo 4

Vizuální analogová škála

Stupnice analogové škály

žádná
bolest --- 0 --- 1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 --- nesnesitelná
bolest

(převzato z: 9; str. 20)

Intenzita bolesti

- 0 - žádná bolest
- 1 – mírná bolest
- 2 – obtěžující bolest
- 3 - silná, stresující bolest
- 4 – velmi silná bolest
- 5 – nesnesitelná bolest

(převzato z: 9; str. 19)

