



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

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

*Nursing care of patient after total hip
replacement*

případová studie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha, únor 2009

Jana Bacíková

Autor práce: **Jana Bacíková**
Bakalářský studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**
Bakalářský studijní obor: **Zdravotní vědy**

Vedoucí práce: **Mgr.Lenka Gutová, MBA**
Pracoviště vedoucího práce: **ÚVN Praha**

Odborný konzultant: **Doc. MUDr. Valér Džupa, CSc.**
Pracoviště odborného konzultanta: **FN Královské Vinohrady v Praze**
Ortopedicko - traumatologická klinika

Termín obhajoby: **9. duben 2009**

Prohlášení

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

Praha, únor 2009

Jana Bacíková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala doc. MUDr. Valéru Džupovi, CSc.
a Mgr. Lence Gutové, MBA za jejich podnětné připomínky a spolupráci.
Mé poděkování patří i MUDr. Antonínu Pírkovi a Ing. Petru Machylovi
za jejich odborné rady a pomoc.

Obsah:

1. Úvod	6
2. Klinická část	7
2.1. Anatomie kyčelního kloubu a svalů v kyčelní oblasti	7
2.2. Historie endoprotetiky	12
2.3. Obecná charakteristika onemocnění	16
2.3.1. Patofyziologie onemocnění	16
2.3.2. Klinický obraz	16
2.3.3. Diagnostika	17
2.3.4. Léčba	18
2.4. Údaje o nemocné	21
2.4.1. Základní údaje o nemocné	21
2.4.2. Lékařská anamnéza	22
2.4.3. Lékařská diagnóza	23
2.4.4. Průběh hospitalizace	24
3. Ošetrovatelská část	29
3.1. Stručná charakteristika ošetrovatelského procesu	29
3.2. Použití ošetrovatelského procesu	30
3.2.1. Ošetrovatelský model podle Gordonové	30
3.2.2. Stanovení ošetrovatelských diagnóz	34
3.2.3. Přehled ošetrovatelských diagnóz a plánování ošetrovatelské péče	35
3.2.4. Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče	42
3.3. Hodnocení psychických potřeb	45
4. Edukace nemocné	46
5. Závěr a prognóza	47
Použitá literatura	
Přílohy	

1. Úvod

Cílem mé práce je zpracování případové studie nemocné ve věku 77 let. Pacientka je po totální endoprotéze kyčelního kloubu pro koxartrózu, byla hospitalizována na ortopedickém oddělení.

V klinické části se zabývám anatomií kyčelního kloubu a svalových struktur, historií endoprotetiky, obecnou charakteristikou onemocnění kyčelního kloubu, klinickým obrazem, vyšetřovacími metodami a možnostmi léčby.

Ve vztahu k pacientce je popsána lékařská anamnéza a diagnózy nemocné, průběh hospitalizace a perioperační fáze.

Ve speciální ošetrovatelské části používám metodu ošetrovatelského procesu a hodnocení nemocné podle modelu Gordonové. Pozornost je zde zaměřena na 2. pooperační den, kdy byla pacientka přeložena na standardní oddělení, a věnuji se problematice ošetrovatelských diagnóz vztahujícími se k tomuto dni. K vyřešení jednotlivých problémů jsem sestavila plán ošetrovatelské péče, popisuji realizace a hodnocení účinnosti ošetrovatelských intervencí.

Práce je doplněna přílohou a seznamem použité literatury.

2. Klinická část

2.1. Anatomie kyčelního kloubu a svalů v kyčelní oblasti

Kyčelní kloub

Kyčelní kloub, *art. coxae* je omezený kulový kloub spojující stehenní kost (resp. volnou dolní končetinu) s pletencem dolní končetiny (resp. s pánevní kostí).

Stavba kloubu: Kloubní plochy kyčelního kloubu tvoří jamka kyčelní kosti a hlavice femuru. Jamka kyčelního kloubu, *acetabulum* má tvar duté polokoule, na jejímž vzniku se podílejí všechny tři pánevní kosti. Kloubní plochou acetabula je ale pouze *poloměsíčitá plocha (facies lunata)*, která je také jako jediná potažena kloubní, tj. hyalinní chrupavkou. Kloubní chrupavka acetabula je nejsilnější v horní části jamky, kde dosahuje tloušťky až 3 mm. Na spodině jamky kam nezasahuje hlavice, kloubní chrupavka chybí. Hyalinní chrupavka povlékající hlavici stehenní kosti má sílu 1-3 mm. Nejsilnější bývá na přední ploše hlavice. Horní okraj acetabula, který často samostatně osifikuje, se v klinické praxi popisuje jako *stříška*. Velikost a sklon stříšky má značný význam pro stabilizaci hlavice stehenní kosti. Tento vztah je porušen u vrozeného vykloubení kyčelního kloubu.

Pouzdro kyčelního kloubu je velmi silné a začíná na okrajích acetabula. Kloubní pouzdro zesilují čtyři vazy:

- lig. iliofemorale (Bertini, Winslowi, Bigelowi) – je nejsilnějším vazem lidského těla
- lig. pubofemorale
- lig. ischiofemorale
- zona orbicularis
- lig. capitis femoris

Kyčelní kloub není jen kloubem, ve kterém se pohybuje dolní končetina vůči trupu. Kyčelní klouby jsou zároveň **nosné klouby trupu** a **balanční klouby**, udržující rovnováhu vzpřímeného trupu. Proto mají pro stabilitu kloubu velký význam vazy kloubního pouzdra.

V kyčelním kloubu je možné provádět:

- **flexi** (asi do 120 stupňů – zvětšuje se při současné abdukci),
 - **extenzi** (jen asi do 13 stupňů),
 - **abdukci** (do 40 stupňů – zvětšuje se při současné flexi),
 - **addukci** (do 10 stupňů),
 - **zevní rotaci** (25 stupňů) a **vnitřní rotaci** (do 35 stupňů).
- Rotace oběma směry se zvětšuje při současné flexi v kyčelním kloubu.

Svaly kyčelního kloubu

Svaly kyčelního kloubu se dělí na vnitřní a zevní.

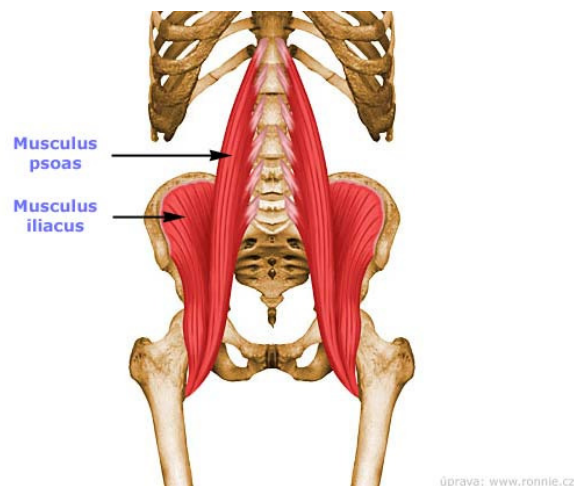
Vnitřní svaly kyčelní

Musculus iliopsoas (bedrokyčelní sval – obr. č. 1) se skládá z musculus psoas major (velký sval bederní) a z musculus iliacus (sval kyčelní). Psoas major začíná od bederní

páteře (od Th12 po L4-5) a při ní pokračuje dále do pánve, iliacus z fossa iliaca (vnitřní plocha kosti kyčelní). Spolu se pak upínají na trochanter minor kosti stehenní.

Vykonávají flexi kyčelního kloubu, pomáhají při jeho addukci se zevní rotací.

Obr. č. 1



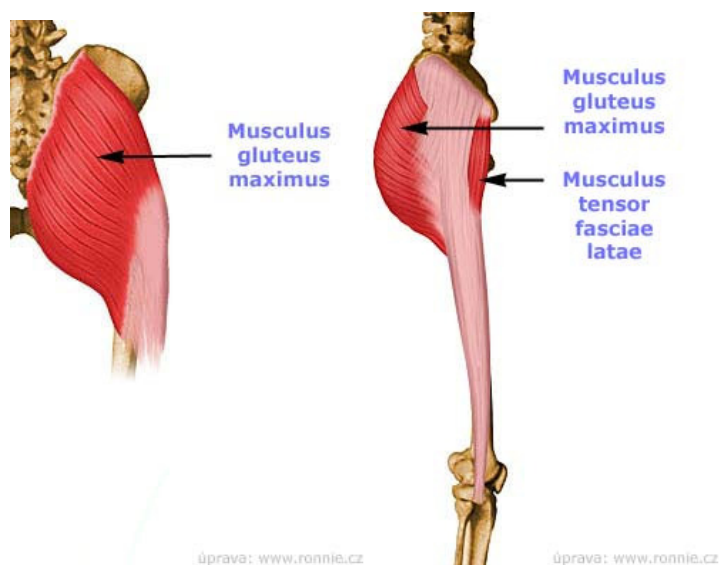
Zdroj: <http://medicina.ronnie.cz/anatomie>

Zevní svaly kyčelního kloubu

Musculus gluteus maximus (velký sval hýžd'ový – obr. č. 2 a 3) je největším z mm. glutei, jde od zadní části lopaty kyčelní, od kosti křížové a kostrče. Snopce směřují k velkému trochanteru (horní část femuru), kde se upínají (zadní a zevní strana trochanteru).

Hlavní funkcí svalu je extenze v kloubu kyčelním, obstarává a zabezpečuje vzpřímené postavení trupu na končetinách, postavení charakteristické pro člověka.

Obr. č. 2 a 3

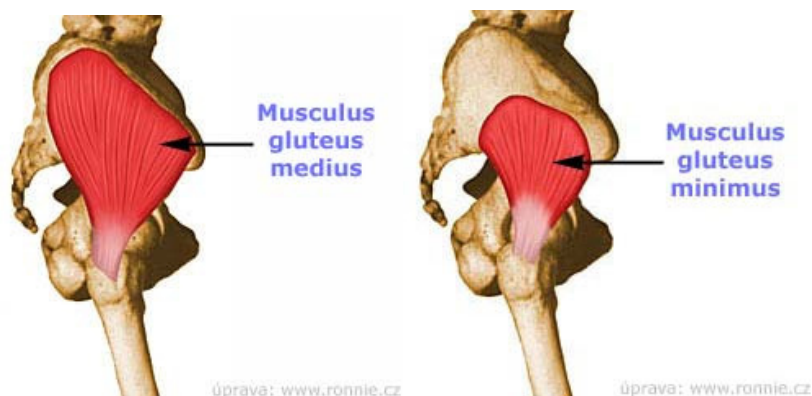


Zdroj: <http://medicina.ronnie.cz/anatomie>

Musculus gluteus medius (střední sval hýžd'ový) se nachází o něco hlouběji a je zčásti kryt předchozím svalem (obr.č.4). Celý sval obstarává abdukci stehna.

Musculus gluteus minimus (malý sval hýžd'ový – obr. č. 5) je umístěn nejhlouběji, zcela kryt předchozím svalem a začíná ze střední části lopaty kyčelní. Upíná se taktéž na trochanter major (na jeho horní a přední okraj) a i funkce a inervace se shoduje s m. gluteus medius.

Obr. č. 4 a 5



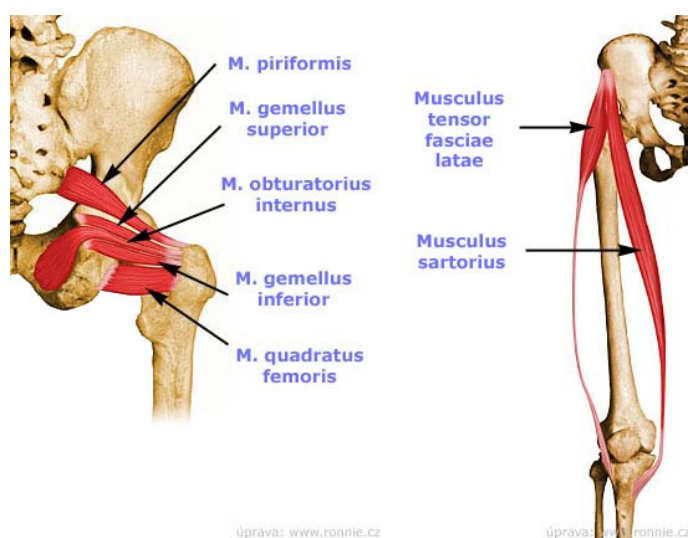
Zdroj: <http://medicina.ronnie.cz/anatomie>

Musculus tensor fasciae latae (napínač stehenní povázky – obr. č. 7) je umístěn nejventrálněji (nejvíce vpředu). Pomáhá s flexí, abdukcí a vnitřní rotací kyčle. Zabezpečuje extenzi kolena při stoji.

Pelvitrochanterické svaly – obr. 6 a 7

Všechny jdou od pánve k femuru, kde se upínají v oblasti trochanter major a jeho okolí a jsou kryty vlákny m. gluteus maximus. Jsou to převážně zevní rotátory.

Obr.č. 6 a 7



Zdroj: <http://medicina.ronnie.cz/anatomie>

2.2. Historie endoprotetiky

Snad nejstarším pokusem náhrady lidského kloubu je náhrada čelistního kloubu provedená r. 1840 v New Yorku. Pokus nebyl úspěšný, neboť implantovaným materiálem bylo dřevo. Další implantaci provedl r. 1890 Gluck, který provedl náhradu kolenního kloubu. Náhrada kolenního kloubu byla zhotovena ze slonové kosti a bylo použito čepového spojení dvou kloubních komponent.

Na přelomu 19. a 20. století byl zaznamenán nástup pokusů o vytvoření funkční náhrady kyčelního kloubu (Čech a Džupa, 2004). Zmapovat historický vývoj endoprotézy kyčelního kloubu je úkol těžko realizovatelný. Mezi první, kdo se o to pokusil, patří A. H. Huggler. Později se postupně začala objevovat řada publikací, ze kterých je možno konstatovat, že nápady různých autorů vznikaly často paralelně a byly publikovány v různých obdobích – v době vzniku nápadu, v průběhu klinických zkoušek, či až při hodnocení výsledků. Takže zjistit přesně autora konkrétní myšlenky je často obtížné.

Úspěšnou náhradu kyčelního kloubu provedl v r. 1902 Jones, který použil jako vložku do kyčelního kloubu zlatou destičku. Tato náhrada sloužila 21 roků, tj. až do smrti pacienta.

Období první poloviny 20. století bylo ve znamení hledání vhodných materiálů náhrad a určení správného rozsahu nahrazované části proximálního femuru a s tím související nutnost vyřešení způsobu ukotvení náhrady. Při hledání vhodným materiálů byly postupně s různým úspěchem vyzkoušeny zlaté folie (Jones, 1902), „čepičky“ ze stříbra, magnesia, zinku a slonové kosti (Lexer, Hoffa, 1906, Hübscher, 1915, Baer, 1918), „čepičky“ ze skla, viskaloidu a bakelitu (Smith-Petersen, 1917, 1923, 1928), a konečně „čepička“ z vitalia (Smith-Petersen, 1938, Aufranc, 1954). Vitaliová

čepička Smith-Petersenova se uplatnila nejvíce a byla léta používána, zejména v zámoří. U nás se o rozšíření použití čepiček zasloužil v 50. letech J. Slavík. Tyto čepičky nebyly z vitalia, ale z oceli.

Vitalium je chrom-kobaltová slitina je i v dnešní době využívána k výrobě hlaviček endoprotézy kyčelního kloubu.

Při snaze nahradit celou hlavici i s krčkem jiným materiálem se objevily pokusy se slonovinou (Groves, 1923), ocelí (Wales, 1938, Moore, 1940), osakrylem (bratři Judetové, 1946), vitaliem (Street, 1951, Moore, 1951, Thomson, 1952 a další) a titanem (Sivaš, 1954) Ze všech uvedených endoprotéz byla u nás i ve světě svého času nejpopulárnější osakrylová endoprotéza bratří Judetů.

Mezi světové významné osobnosti v oblasti kyčelní endoprotetiky patří **G. K. Mc.Kee, J. Charnley, M. E. Müller.**

G. K. McKee se systematicky zabýval vývojem kompletní náhrady kyčelního kloubu s párováním kov-kov. Svůj první typ necementované náhrady s párováním kov-kov navrhl již v roce 1940. Avšak z důvodu v té době probíhající 2. světové války došlo k tomu, že první sérii vylepšeného typu totální náhrady implantoval až v roce 1951 u tří pacientů. V roce 1960 začal používat k ukotvení femorální komponenty cement, nadále zůstal u vitaliových komponent s párováním kov-kov. Používal anterolaterální přístup bez odtětí velkého trochanteru.

Jako první začal používat ke kotvení dřívku do dřevné dutiny femuru samopolymerující metylmetakrylát v roce 1951 Haboush. Tento „kostní cement“ začal používat i McKee a Charnley.

S odstupem více než 15 let vyhodnotil své dlouhodobé výsledky, při nichž zjistil, že dochází k častému uvolňování náhrad a v roce 1982 od tohoto způsobu upustil. Budoucnost

viděl v párování keramika-polyetylén. Známy je jeho výrok: „We always learn more from our failures than our successes“.

Moderní endoprotetika kyčelního kloubu začíná úspěšnou **Charnleyovou náhradou** a zavedením tzv. low-friction arthroplasty. Po přechodném neúspěchu s teflonem jako materiálem pro výrobu jamky zavedl do konstrukce totální náhrady kyčelního kloubu vysokomolekulární polyetylén. Jeho endoprotéza byla řešena jako kovová komponenta s kovovou hlavicí, jejíž dřík byl ukotven cementem, polyetylénová jamka rovněž ukotvena cementem a vzájemný pohyb hlavice-jamka byl realizován párováním kov-polyetylén. Tato low-friction arthroplasty zůstala modelem pro řadu dalších autorů a je používána ve většině indikací dodnes. J. Charnley považoval za základ úspěchu akrylcement a zasadil se o používání superseptických operačních sálů, při jejichž používání došlo k výraznému snížení infekčních komplikací.

Významná byla tvarová změna dříku femorální komponenty provedená **M. E. Müllerem** v druhé polovině 60. let, která umožnila implantaci komponenty bez nutnosti osteotomovat velký trochanter femuru.

Od té doby prošla totální endoprotéza dlouhým vývojem, při kterém byla snaha o odstranění nepříznivých projevů jako je osteolýza kosti a uvolňování komponent možným řešením těchto nepříznivých projevů je použití necementovaných endoprotéz. Tyto protézy umožňují vrůstání kosti do jejich povrchu a zajišťují sekundární stabilitu pomocí osteointegrace. Také cementované endoprotézy prošly vývojem a dnes jich existuje celá řada typů, které se liší např. úpravou povrchu.

V našich podmínkách vytvořil na přelomu 60. a 70. let vlastní protézu prof. Čech, která byla Charnley-Müllerova typu. Materiálová i tvarová dispozice byla natolik šťastná, že je

prakticky v nezměněné podobě implantována od roku 1972 do současnosti.

Sedmdesátá a 80. léta byla v rozvoji endoprotetiky kyčelního kloubu ve znamení hledání nových způsobů párování kontaktních materiálů a ukotvení. Do konstrukce se prosazovala keramika jako materiál pro výrobu kyčelní hlavice (párování keramika-polyetylén) a dokonce došlo k vytvoření endoprotéz vynechávajících z kontaktu polyetylén (párování kov-kov, keramika-keramika). Otázka nového kotvení jednotlivých komponent v kosti bez použití cementu byla řešena rozvojem řady necementovaných endoprotéz.

Dnes existuje na trhu rozsáhlá škála implantátů domácích i zahraničních výrobců (Walter, Beznoska-Poldi, DePuy-Johnson & Johnson, Sulzer Medica, M.I.L., Zimmer, Biomet apod.) Jednotlivé endoprotézy můžeme rozdělit do několika skupin podle způsobu ukotvení nebo druhu operace. Podle způsobu kotvení dělíme endoprotézy na cementované (obr.č.8) a necementované (obr.č.9), podle druhu operace na primoimplantáty a revizní.

Obr. č. 8



Obr.č.9



Zdroj: z archivu doc. MUDr. Valéra Džupa, CSc.

2.3. Obecná charakteristika onemocnění

2.3.1. Patofyziologie onemocnění

Koxartróza je osteoartróza kyčelních kloubů. Postihuje jeden nebo oba kyčelní klouby. Může být primární nebo sekundární.

Osteoartróza je degenerativní proces hyalinní chrupavky. Onemocnění postihuje přes 10 % naší populace, je jedním z nejběžnějších příčin pracovní neschopnosti a významně se podílí na výšce nákladů na zdravotní péči. Počet kyčelních náhrad provedených na celém světě se ročně odhaduje na 500 tisíc až jeden milion.

Patogeneze onemocnění

1. u primární koxartrózy se mohou uplatnit faktory dědičnosti a chronické přetížení
2. sekundární koxartróza se většinou rozvíjí v důsledku kloubní inkongruence, vzniklé na podkladě dysplázie kyčelního kloubu nebo na podkladě traumatických změn. Dalším důvodem může být aseptická kloubní nekróza, kdy tímto způsobem může být poškozen kloub u alkoholiků, u nemocných s kortikoterapií apod. Vzácně vzniká v důsledku chronického kloubního zánětu při revmatoidní artritidě, psoriáze, či při infektech.

2.3.2. Klinický obraz

Zpočátku se projevuje nenápadně námahovou bolestí kyčle, později je bolest i při obvyklé zátěži chůzí a často jako tzv. startovací bolest na začátku pohybu. Později se přidává i bolest klidová rušící spánek. Postupně se zhoršuje rozsah pohybu

kyčelního kloubu, přičemž je typické, že nejdříve dochází k omezení rotací, zejména vnitřní rotace. Kyčelní kloub má tendenci zaujímat postavení, ve kterém je kloubní pouzdro co nejvíce uvolněno – tedy mírnou flexi a lehkou zevní rotaci. V této pozici vzniká kontraktura. Při chůzi je typická antalgická klaudikace, která se projevuje rychlým provedením kroku přes postižený kloub.

2.3.3. Diagnostika

Laboratorní vyšetření: screeningová vyšetření jsou normální.

RTG obraz : na rentgenovém snímku dochází postupně k zúžení kloubní štěrbiny způsobeném snížením chrupavky.

Pro hodnocení stupně artrózy se do dnešního dne nejčastěji používá dělení na stadia podle Kellgrena-Lawrence z roku 1957.

- I. stadium: možné zúžení kloubní štěrbiny a počátek drobných osteofytů.
- II. stadium: zřetelné zúžení kloubní štěrbiny, jasná tvorba osteofytů, lehká subchondrální skleróza.
- III. stadium: výrazné zúžení kloubní štěrbiny, mnohočetné osteofyty, subchondrální skleróza, tvorba cyst, počínající deformity.
- IV. stadium: vymizení kloubní štěrbiny, velké osteofyty se sklerózou a pseudocystami subchondrální kosti, pokročilé deformity.

2.3.4. Léčba

Konzervativní terapie spočívá v kombinaci prostředků nefarmakologických a farmakologických.

a) Nefarmakologická terapie – režimová opatření, redukce váhy, rehabilitace, chůze s oporou.

b) Farmakologická terapie

- **neopioidní analgetika**, kam patří paracetamol a různé kombinované preparáty
- **opioidní analgetika**, kam patří tramadol
- **nesteroidní antirevmatika**, což jsou léky nejvíce využívané při léčbě osteoartrózy. Jejich účinek je protizánětlivý a analgetický. Léčba je však pouze symptomatická.

Negativní stránkou při jejich užívání jsou jejich nežádoucí účinky (gastropatie, zvýšení TK, ledvinné onemocnění apod.), ale i možná progresse osteoartrózy, kdy v důsledku analgetického účinku je organismus zbaven schopnosti signalizovat bolestí patologickou situací, a je dále často nadměrně přetěžován.

- **steroidní antirevmatika** – aplikují se intraartikulárně za přísně aseptických podmínek (Kenalog, Depomedrol, Diprophos)
- **chondroprotektiva** – SYSADOA – pomalu působící léky: váží se na receptory v chondrocytech a ovlivňují tak jejich metabolismus. Účinek je obvykle až po 2 měsících léčby. Používají se léky **místní** aplikované intraartikulárně do postiženého kloubu v sérii 3-5 injekcí 1x týdně (Sinovial, Hyalgam, Suplasyn, Synochrom atd.), nebo léky

- **celkové** jako je Condrosulf či Dona podávané v sériích 2-3 měsíce v kúrách 2x do roka.

Chirurgická léčba

a) aloplastika = totální endoprotéza = TEP – patří dnes k nejčastějším ortopedickým operacím, kdy destruovaná kloubní jamka i hlavice jsou nahrazeny endoprotézou.

Endoprotézy se dělí podle způsobu implantace na cementované a necementované.

- **cementované** – k fixaci jednotlivých komponent endoprotézy se využívá tzv. kostní cement. S tímto postupem máme nejdelší zkušenosti. Klasická cementovaná endoprotéza se skládá z polyetylenové kloubní jamky, která je do upraveného acetabula upevněna metylmetakrylátovým kostním cementem. Dřík endoprotézy je rovněž pomocí kostního cementu upevněn do proximální části femuru zbaveného spongiózy. Hlavice jsou zhotovovány z keramiky nebo chromkobaltomolybdenové slitiny nebo ze speciální nerezavějící a nemagnetické oceli. Jejich povrch musí být dokonale hladký, protože každým pohybem hlavice proti jamce dochází k abrazi drobných částic polyetylenu, který vede k rozvoji osteoagresivního granulomu a je příčinou pozdějšího uvolnění implantátu.
- **necementované** – využívá ke své fixaci dokonalý kontakt přesně opracovaného kostního lůžka s povrchem endoprotézy. Fixace jednotlivých komponent je založena na nejrůznějších principech, např. lze jamku

přišroubovat šroubem. Femorální komponenta může být zhotovena s porézního materiálu podobné struktury, jako má kost (vrstva hydroxyapatitu), do jehož dutin vrosté okolní kost a tím endoprotézu fixuje.

- b) osteotomie** – jejím principem je změna vzájemného postavení a kontaktu kloubních ploch, kdy méně postižené okrsky chrupavky jsou osteotomií přeneseny do více exponovaných zón a přebírají tak funkci chrupavky artrózou devastované.
- c) resekční plastika** – využívána dnes jen výjimečně u pacientů s velmi silnou bolestí, u kterých implantace protézy není technicky možná. Principem je odstranění poškozené hlavice.
- d) artrodeza** – využívána zcela výjimečně. Provádí se ztužení kloubu. Tato metoda umožní pacientům plnou zátěž, ale současně zásadně zhoršuje jejich životní komfort při sezení, jízdě autem, u žen špatné možnosti osobní hygieny a sexuálního života.

2.4.Údaje o nemocné

2.4.1.Základní údaje o nemocné

Jméno a příjmení:	V.S.
Rok narození:	1931
Věk:	77 let
Stav:	vdaná
Povolání:	starobní důchodce
Oslovení:	paní S.
Adresa:	Ústí nad Labem
Kontaktní osoba:	manžel Josef
Národnost:	česká
Vyznání:	bez vyznání
Pojišťovna:	Oborová zdravotní pojišťovna
Datum přijetí:	24.10.2008
Důvod přijetí:	coxarthrosis l. sin. gr. III k plánovanému výkonu TEP kyčelního kloubu
Oddělení:	ortopedické

2.4.2. Lékařská anamnéza

Anamnestická část

- Osobní anamnéza: arteriální hypertenze léčena cca 30 let, hyperlipidémie zjištěna r. 2003, diabetes mellitus na dietě, obezita, varixy DK, st. p. TEP kyčle vpravo r. 2006, st. p. hysterektomii r. 1975 pro myom
- Rodinná anamnéza: otec zemřel v 64 letech na cévní mozkovou příhodu, léčil se dlouhodobě s hypertenzí; matka zemřela v 81 letech na plicní embolii, byla obézní, měla diabetes mellitus na inzulinoterapii, zjištěna „rakovina vaječníků“. Sourozence již nemá, sestra zemřela ve 21 letech tragicky. Syn se léčí s hypertenzí. Dcera je zdravá.
- Sociální anamnéza: žije s manželem, synem a jeho rodinou v rodinném domku se zahradou v klidné čtvrti v Ústí nad Labem. Sociální a finanční podmínky jsou vcelku dobré.
Ve starobním důchodu je 20 let.
Dcera žije také v Ústí nad Labem, matku pravidelně navštěvuje. Vztahy v rodině jsou pevné a soudržné.
- Alergologická anamnéza: alergie na žádné láky, či léky zjištěna nebyla.
- Gynekologická anamnéza: menarche ve 13 letech, menopauza v 52 letech. Dvakrát fyziologický porod, jednou spontánní abortus

- Farmakologická anamnéza: pacientka užívá dlouhodobě

Lokren 20 mg 1-0-0

(antihypertensivum – β -blokátor)

Micardis plus 1-0-0

(antihypertensivum – blokátor AT1 receptorů pro angiotenzin II)

Anopyrin 100 mg 0-1/2-0

(analgetikum, antipyretikum, antiagregans)

Enelbin ret. 1-1-1

(vazodilatans)

Atoris 20 mg 0-0-1

(hypolipidemikum – statíny)

- Nynější onemocnění: pacientka s letitou koxartrózou vlevo, pacientka doporučena k aloplastice levého kyčelního kloubu. Pacientka si stěžuje na silnou bolestivost levé kyčle při chůzi, největší potíže jsou při vstávání a v noci.

2.4.3. Lékařská diagnóza

Coxarthrosis l. sin. gr. III

St. p. TEP coxae l. dx. (2006)

Morbus hypertonicus

Diabetes mellitus dietae curatur

Hyperlipoproteinaemia

2.4.4. Průběh hospitalizace

Perioperační období zahrnuje tři fáze

- předoperační
- operační
- pooperační

Paní V.S. byla objednána k plánovanému výkonu na ortopedickém oddělení 2 roky. K přijetí se dostavila dne 24.10.2008, operační výkon byl naplánován na 27.10.2008.

Operace proběhla bez komplikací. Rána se hojila per primam, subjektivně se pacientka cítila dobře, RHC prováděna dle standardního rozpisu. Pacientka byla 9. den po operaci, tzn. 5.11.2008 přeložena na rehabilitační oddělení k posílení rehabilitační terapie.

Fáze předoperační

Přehled provedených dg. významných výkonů v předoperační době

- a) fyziologické funkce: TK 160/85, P 67 reg., TT 36,6 °C
- b) váha 76 kg, výška 158 cm, BMI 32
- c) EKG: r. sin., f 68, osa doleva, ST izoel., ploché T v III, jinak pozit.
- d) RTG srdce + plíce: ateroskleróza aorty, jinak bez patologického nálezu
- e) Hematologické vyšetření:
KO – leu 8,5, ery 4,52, hgb 141, hct 0,425, plt 238,
APTT 29,4 (35), INR 1,13
Proveden odběr na krevní skupinu a objednána 3x EM na den operace.
- f) Biochemické vyšetření:

- Sérum – mineralogram, urea, kreatinin, JT, lipidogram,
CRP v normě, glykémie 7,7 mmol/l
- Moč – pH 5, chem negat., sed. bez patologického nálezu
- g) RTG levého kyčelního kloubu: výrazné snížení kloubní štěrbin, osteofyty v oblasti okrajů jamky, oploštění hlavice, závěr: koxartróza III. stupně vlevo
- h) Interní předoperační vyšetření: t.č. kardiopulmonálně kompenzovaná, schopna výkonu v celkové anestézii, ostatní dg viz Lékařská diagnóza

Pacientka již při přijetí měla provedena potřebná vyšetření k vyloučení infekčních fokusů v těle. Bylo provedeno kožní, stomatologické, ORL a gynekologické vyšetření s negativním nálezem.

Při přijetí byla naordinována kontrola TK, P, glykémie 1x denně do doby výkonu.

Další typy předoperační přípravy

- a) Psychická příprava, vysvětlení léčebných a ošetrovatelských postupů
- b) Vysvětlení operačního řešení operátorem, provedení písemného souhlasu pacienta s výkonem
- c) Anesteziologická předoperační příprava
- d) Příprava operačního pole – oholení operačního pole
- e) Dieta – před výkonem od půlnoci nejíst, nepít, nekouřit
- f) Večerní premedikace – Diazepam 5 mg perorálně ve 21 hodin
- g) Celková hygiena
- h) Očistné klyzma večer před výkonem
- i) RHC příprava – poskytnutí informací a nácviku pohybu v pooperačním období

Bezprostřední předoperační příprava dne 27.10.2008

- a) Celková hygiena
- b) Změření fyziologických funkcí – TK 150/80, P 80 reg., TT 36,5°C
- c) Glykémie ráno před výkonem 7,2 mmol/l
- d) Hodinu před výkonem aplikace premedikace Morphin 10 mg + Dormicum 5 mg i.m.
- e) Bandáž DK
- f) Zavedení permanentního močového katétru
- g) Zavedení permanentního žilního katétru (PHK)
- h) Aplikace Fraxiparinu 0,4 mg s.c.
- i) Zahájení ATB profylaxe Cefazolin 1 g po 8 hodinách i.v.

Fáze operační

Citace operačního protokolu: Druh operace: TEP
Zimmer cement

V klidné epidurální anestezii z anterolaterálního přístupu vyoperován levý kyčelní kloub po založení elevatorií a exstirpaci pouzdra resekce krčku, extrakce hlavice, úprava okrajů pouzdra, vyfrézovaná jamka na velikost 50, impl. po zhotovení kotevních návrťů velikost 48 po převedení femoru do polohy otevřen dřeňový kanál, vyrašplován na velikost 10, po vyzkoušení zkušební femorální komponenty a nasazení hlavičky, vyzkoušena délka končetiny + event. luxační fenomén. Toto ve fyziologickém postavení, proto zacementovávám originální komponentu, zaklubuji, vyzkoušení teleskopu – tento negat., sutura po vrstvách, 2x Redonův drén. Ad JIP ortopedie.

Citace anesteziologického protokolu a ordinací po překladu na JIP ortopedie:

Zaveden katétra pro pokračující epidurální analgézi, sterilní podmínky, L3/4. Testovací dávka Marcaine 0,5% 3 ml negat. Katétra zaveden na 4 cm do epidurálního prostoru. Aspirace krve, moku negat. Tunelizace. Sterilní krytí. Celkem podáno 13 ml Marcaine 0,5% + Sufenta 2 ml epidurálně. Bez komplikací.

Ad JIP ortopedie, monitorace fyziologických funkcí, dokapat infuzi ze sálu, pokračující epidurální analgezie 2x náplň Marcaine 0,5% 15 ml + Sufenta 0,5 ml + FR 1/1 50 ml.

Začít ve 12 hodin na 5 ml/hod. Další dle ordinace ošetřujícího lékaře.

TK před odvozem ze sálu 125/74, P 60/min. reg.

Fáze pooperační

- měření vitálních funkcí a 1 hod.
- kontrola obvazu, přikládat vaky s ledem
- kontrola Redonova drénu
- kontrola intravenózní kanyly, péče o invazivní vstupy
- aplikace analgetik dle ordinace lékaře
- aplikace antikoagulační terapie s.c.
- profylaxe ATB i.v.
- infúzní a transfúzní terapie
- farmakoterapie
- péče o psychickou pohodu nemocné
- kontrola příjmu a výdeje tekutin
- za cca 2 hod. může po douškách pít čaj, za 6 hod. po výkonu stravu tekutou, postupně se přechází na dietu, kterou měla pacientka před operací

- provedení kontrolních odběrů – KO, glykémie
- provedení kontrolního RTG levého kyčle a proximální části femuru
- operovaná končetina musí být v antirotační botičce z důvodu udržení končetiny ve správné poloze, tzn. ve vnitřní rotaci
- bandáž DK
- provádíme dechová cvičení na lůžku jako prevence plicních komplikací
- prevence dekubitů – péče o paty v antirotační botičce
- RHB

3. Ošetrovatelská část

3.1. Stručná charakteristika ošetrovatelského procesu

Moderní vstřícná ošetrovatelská péče je orientována na identifikaci a přiměřené uspokojení potřeb a problémů nemocného. Ošetrovatelský proces je racionální metoda poskytování ošetrovatelské péče. Představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, kteří ošetrovatelští pracovníci používají k posouzení stavu individuálních potřeb klienta, rodiny nebo komunity; k plánování, realizaci a vyhodnocování účinnosti ošetrovatelské péče (Trachtová, 2001).

Ošetrovatelský proces tak ovlivňuje způsob práce s nemocným, jednání sestry i vlastní ošetrovatelskou péči.

Fáze ošetrovatelského procesu:

1. Zhodnocení nemocného
2. Stanovení potřeb a jejich priorit
3. Plánování ošetrovatelské péče
 - stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů ošetrovatelské péče
 - návrh vhodných opatření k jejich dosažení
4. Aktivní individualizovaná péče
5. Zhodnocení efektu ošetrovatelské péče
 - Objektivní změření účinku péče
 - Zhodnocení fyzického a psychického stavu pacienta

3.2. Použití ošetrovatelského procesu

3.2.1. Ošetrovatelský model podle Marjory Gordonové

V ošetrovatelském procesu lze aplikovat různé principy ošetrovatelských modelů. Pro tento typ práce jsem si zvolila model podle Marjory Gordonové.

Tento model vychází z hodnocení kvality zdraví jedince, vyjadřuje jeho celkovou bio-psycho-sociální integritu. Při kontaktu s pacientem sestra identifikuje funkční nebo dysfunkční vzorce zdraví. Vzorce jsou úseky chování jedince v určitém čase a reprezentují základní ošetrovatelské údaje. Funkční zdraví ovlivňují faktory biologické, vývojové, kulturní, sociální a spirituální. Dysfunkční zdravotní stav sestry vyjadřuje v ošetrovatelských diagnózách (Trachtová, 2001)

Informace o pacientce jsem získala z rozhovoru s pacientkou, konzultací s ošetřujícím lékařem a vlastním pozorováním.

Kriteria hodnocení funkčního zdraví:

1) Vnímání zdraví – snaha o udržení zdraví

Pacientka si stěžuje na bolesti v oblasti levého kyčelního kloubu. Bolesti jsou při chůzi, ale i v klidu v noci. Jiné potíže nemá. Vzhledem k tomu, že má výbornou zkušenost se stejným typem operace na pravém kyčelním kloubu, operace se již tolik neobává, a těší se, že by mohla opět žít aktivněji. Dříve ráda a hodně chodila na výlety, v posledních 6 letech byla však chůze limitována bolestí, proto pacientka tyto aktivity musela omezit. Větší pasivita vedla k přibývání na váze, jež samo ještě potíže zhoršilo. V té době byl při běžné interní kontrole zjištěn diabetes mellitus a hyperlipidémie. Paní V.S. byla poučena o nutnosti dodržování dietních opatření a vhodnosti pohybu. Pacientka se

dostala do „začarovaného kruhu“, bolest ji neumožňovala více pohybu, malá fyzická aktivita vedla k přibývání na váze, nadbytečná kila zas o to více zatěžovala klouby a vedla k dekompenzaci interních onemocnění (hypertenze, DM, HPL). Během posledních 2 let pacientka snížila svou váhu o 4 kg. Připisuje to právě zlepšení mobility a bezbolestnému pohybu pravé kyčle, který byl před 2 lety operován. Proto se domnívá, že po této operaci bude dále v redukci pokračovat a příznivě to ovlivní její psychický i fyzický stav.

2) Výživa a metabolismus

Paní V.S. měří 158 cm, váží 76 kg, BMI 32 = pásmo obezity
Od r.1996 - 2006 přibrala na váze 15 kg, za poslední 2 roky zredukovala váhu o 4 kg. Stravuje se doma, každý den vaří oběd. Snaží se jíst několikrát denně a menší porce, dodržovat diabetickou dietu, omezovat sůl a živočišné tuky. V posledních letech dbá na častější konzumaci zeleniny.

Sama přiznává, že občas dietu poruší, vždy měla ráda sladké. Tyto prohřešky se snaží minimalizovat. Na cílený dotaz ohledně pitného režimu, odpovídá, že ví, že je nedostatečný. Nepocítuje žízeň, vypije okolo 1 l tekutin.

Pacientka má horní zubní protézu.

3) Vylučování

Doma se vyprazdňuje pravidelně 1x za 2 dny, stolice je bez příměsi hlenu, či krve, je normální konzistence.

Močení je v normě, bez dysurie. Při větší námaze nebo kašli někdy mívá malý únik moči.

Na zvýšené pocení si nestěžuje.

4) Aktivita – cvičení

Běžné domácí práce zvládá sama. Stěžuje si jen na větší únavnost po provádění těchto činností, než tomu bylo před lety a na snížení rychlosti prováděných úkonů. Připisuje to svému věku.

V minulosti ráda sportovala, pěstovala turistiku a plavání. V posledních letech tyto aktivity neprovozuje z důvodu bolesti kyčelního kloubu. Věří, že po operaci by se mohla k těmto svým zájmům vrátit.

Svůj volný čas ráda tráví s vnoučaty, čte časopisy a sleduje televizi, má ráda romantické a přírodovědné filmy.

5) Spánek – odpočinek

Večer bývá unavená, usíná dobře, hypnotika nepotřebuje. Spánek má nepřerušovaný, budí se sama po 5. hodině. Byla prý tak celý život zvyklá vstávat.

6) Smyslové vnímání – poznávací funkce

Potíže se sluchem neudává, používá jen brýle na čtení (1,5 dioptrie). Na kontroly k očnímu lékaři chodí pravidelně, naposledy byla před měsícem. Chut' k jídlu je dobrá, sama přiznává, že bývá až zbytečně zvýšená.

Dlouhodobá paměť je dobrá, má spíše problémy s fixací nových poznatků. Dělá jí problém práce s mobilem a jinými novými elektronickými spotřebiči, kterými ji děti obdarovaly.

Na otázky odpovídá po krátké rozvaze, vyjadřuje se jasně a srozumitelně.

7) Sebepojetí – sebeúcta

Sama sebe hodnotí jako klidnou osobu, nemá ráda konflikty a snaží se jím vyhýbat. Ví, že to není někdy dobře. Hodně pak nad věcmi přemýšlí a uzavírá si je v sobě. Stresy řeší zvýšenou konzumací jídla.

Pacientka působí jako klidná a vyrovnaná osoba, není poznat její možné obavy, emocionální stránku dokáže až zvýšeně dobře sebeovládat.

8) Životní role a mezilidské vztahy

Vztahy v rodině jsou pevné. Žije s manželem, synem a jeho rodinou v rodinném domku. Dcera matku pravidelně navštěvuje. Je hodně fixovaná na vnoučata.

Vztahy s ostatními lidmi jsou bezkonfliktní, je spíše introvertní, nevyhledává vztahy mimo rodinu. Do společnosti s manželem nikam nechodí, je ráda doma nebo v přírodě.

9) Sexualita – reprodukční schopnost

Paní V.S je 77 let, menstruovat začala ve 13 letech, menopauza nastala v 52 letech. Měla 2 fyziologické porody a 1 spontánní abortus. Pro určitou uzavřenost pacientky nebyla tato problematika probírána. Podle dedukcí se jedná o osobu heterosexuální v nonreprodukčním období života bez sexuálních styků.

10) Stres – reakce na zátěžové situace

Jak již bylo řečeno, pacientka je introvertní, nesnáší hádky, raději ustoupí, je submisivnější povahy. Nad problémy spíše přemýšlí, než je nahlas řeší. Sama přiznává, že je ve svém životě spokojená a že nebyla nikdy nucena řešit nějaké výrazné stresové situace. Pokud nastala nějaká pro ni náročnější situace, uvědomuje si, že ji kompenzuje sladkostmi, je méně výkonná, zaměštnává svou mysl rozebíráním problému. Spíše rozebírá příčinu problému než jeho řešení.

11) Životní hodnoty – víra

Paní V.S. je bez vyznání. K hodnotám, které vyzdvihuje, patří zdraví a rodina. Jejím životním cílem bylo mít fungující rodinu, což se jí zdařilo. Se svým životem je spokojená.

3.2.2. Stanovení ošetrovatelských diagnóz

Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila na základě sběru informací o nemocné, z dokumentace, od ošetřujícího lékaře a vlastním pozorováním.

Průběh hospitalizace :

Pacientka byla přijata na ortopedické oddělení dne 24.10.2008. Provedla se potřebná předoperační vyšetření se závěrem, že paní V.S. je schopna chirurgického zákroku. Operace byla provedena dle plánu dne 27.10.2008, proběhla bez komplikací. Pacientka byla po operaci hospitalizována na ortopedické JIP, kde byla intenzivně sledována. Na JIP se prováděla pasivní a dechová RHC, plnily se ordinace lékaře a ošetrovatelské intervence. Pooperační průběh byl bez komplikací, proto byla pacientka 2. pooperační den přeložena v dopoledních hodinách na standardní ortopedické oddělení.

Dne 29.10.2008 - 2. pooperační den – překlad na standardní oddělení z JIP

1. Akutní bolest z důvodu operace
2. Deficit sebeděče z důvodu operace
3. Riziko infekce v pooperačním období z důvodu invazivního vstupu a porušení kůže v důsledku operačního zákroku
4. Riziko pádu z důvodu léčebné mobilizace
5. Riziko tromboembolické nemoci z důvodu operačního zákroku
6. Riziko porušení kožní integrity z důvodu imobilizace

3.2.3. Přehled ošetrovatelských diagnóz a plánování ošetrovatelské péče

Plán ošetrovatelské péče 29.10.2008

Ošetrovatelská diagnóza č.1

Akutní bolest z důvodu operace

Cíl krátkodobý: pacientka bude pociťovat úlevu od bolesti za 30 minut po podání analgetik

Plán ošetrovatelské péče:

- Provést rozbor bolesti z hlediska její lokalizace, intenzity a charakteru
- Sledovat operovanou končetinu
- Zajistit klid, úlevovou polohu
- Úkony provádět s maximální šetrností
- Sledovat účinky léků

Realizace ošetrovatelské péče:

Pacientce byl 2. pooperační den odstraněn epidurální katetr v 8 hodin ráno. Ve 13 hodin si začala stěžovat na bolest v oblasti operační rány a v zádech. Na vizuální analogové škále bolesti od 0-10 zhodnotila svou bolest stupněm 5 . Dle ordinace lékaře byla aplikována Dolmina 1 amp. i.m. a naordinována další na 21. hod. před spaním. Byl nasazen Tramal 50 mg v dávkování 3x1 tbl.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

U pacientky došlo k úlevě po 30 minutách od aplikace. Na škále bolesti zhodnotila svou bolest stupněm 2. Léky snášela dobře. Úkony byly prováděny šetrně.

Ošetrovatelská diagnóza č.2

Deficit sebepéče z důvodu operace v oblasti hygieny, mobility, vyprazdňování, příjmu potravy a tekutin

Cíl krátkodobý: pacientka nebude trpět pocitem neuspokojení potřeb v oblasti hygieny, mobility, vyprazdňování, příjmu potravy a tekutin

Plán ošetrovatelské péče:

- Zajistit potřebné pomůcky k úkonům do blízkosti pacienta
- Seznámit se všemi možnostmi pomoci, zajištění signalizace do blízkosti pacienta
- Pacienta aktivně zapojovat do provádění všech úkonů, zvyšovat jeho soběstačnost
- Zajistit rehabilitační ošetřování
- Prevence dekubitů- péče o patu- LDK v antirotační botičce (hodnocení dle Nortonové – 25 bodů)
- Dostatečný příjem a výdej tekutin

Realizace ošetrovatelské péče:

Pacientka byla seznámena s možnostmi pomoci, signalizaci měla na dosah. Strava byla donášena k pacientce na jídelní

stolek, při jídle byla zajištěna pohodlná pozice ve zvýšené poloze. Tekutiny měla celý den přepraveny na nočním stolku, na který dosáhla.

Pomůcky na večerní toaletu byly dány k pacientce tak, aby mohla očistu na lůžku provádět sama s naším dohledem a asistencí. Při večerní toaletě byla provedena masáž zad a obou pat mentolovou masťou.

Antirotační bota byla v odpoledních hodinách na hodinu sundána. Fyzioterapeut byl nacvičován sed na lůžku se spuštěnými dolními končetinami.

Byla prováděna péče o patu, LDK je v antirotační botičce z důvodu udržení operované končetiny ve správné poloze, tzn. ve vnitřní rotaci.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Vzhledem k tomu, že pacientka prodělala stejný typ operace již před 2 lety, počínala si velmi dobře a zkušeně. Již 2. pooperační den zvládala s lehkou dopomocí večerní celkovou hygienu. Nemá žádné projevy zčervenání kůže, otlaky, či náznaky dekubitů.

Při stravování a příjmu tekutin byla soběstačná. Příjem tekutin za tento den byl cca 2450 ml.

Pacientka má zavedený permanentní močový katetr (3. den), defekace tento den nebyla, na mísu nebyla vysazována.

Paní V.S. přistupuje k rehabilitaci aktivně. Sama provádí dechová cvičení, má snahu a zájem o rehabilitaci, chce být co nejdříve samostatná. S fyzioterapeuty se snažila o přetáčení sama na lůžku s polštářkem mezi kolena a o nácvik sedu na lůžku se spuštěnými končetinami.

Nedošlo k oslabení pohybového aparátu, ani k vážnějším projevům imobilizačního syndromu.

Ošetrovatelská diagnóza č.3

Riziko infekce v pooperačním období z důvodu invazivního vstupu a porušení kůže v důsledku operačního zákroku

Cíl ošetrovatelské péče: pacientka nebude mít po zákroku žádné lokální infekční projevy

Plán ošetrovatelské péče:

- dodržovat všechna pravidla aseptického ošetřování operační rány
- udržovat okolí rány v čistotě
- při převazu sledovat stav operační rány
- sledovat případné projevy zánětu
- dnes odstranění Redonova drénu a intravenózní kanyly
- kontrolovat tělesnou teplotu
- provádět záznamy do dokumentace

Realizace ošetrovatelské péče:

Pacientce byl 2. pooperační den odstraněn Redonův drén. Obsah tekutin v nádobce činil cca 150 ml sekretu s příměsí krve.

Převaz rány byl proveden za aseptických podmínek a kryt sterilním obvazem.

TT měřená v 6 hod. byla 36,6 °C, v 18 hod. 36,8 °C.

Na oddělení byl aplikován Cefazolin 1g i.v. ve 13 hodin, po té již byl vysazen a byla odstraněna intravenosní kanyla.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Po operaci měla pacientka ránu v oblasti levého kyčle dlouhou cca 15 cm. Rána byla klidná, bez sekrece a bez známek infekce. ATB byla aplikována dle rozpisu.

Odstranění kanyly z periferní žíly pravého předloktí proběhlo ve 13.30 hod. bez komplikací. Pacientka byla již natolik stabilizována, že další ponechání kanyly by vedlo jen ke zvýšení rizika infekční komplikace.

Ošetrovatelská diagnóza č.4

Riziko pádu z důvodu léčebné mobilizace

Cíl: Pacientka neupadne, ani se jinak neporaní

Plán ošetrovatelské péče:

- poučit pacientku o nebezpečí úrazu
- zajistit, aby měla pacientka signalizační zařízení na dosah ruky
- prevence ortostatické hypotenze- pomalu posazovat

Realizace a ošetrovatelské péče:

Pacientka byla seznámena s rizikem vzniku úrazu, byla poučena o pomalé vertikalizaci. Během rehabilitace, kdy byla pacientka fyzioterapeuty posazována na lůžku se spuštěnými končetinami, došlo k projevům ortostatické hypotenze. Pacientka pociťovala vertigo a slabost. TK 110/60, P 80 . Po stabilizování stavu se přikročilo k opětovnému pomalejšímu posazení na lůžku, který proběhl již bez komplikací.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Pacientka spolupracovala. Při vertikalizaci bylo nutné postupovat hodně pomalu. Dbalo se na dostatečný přísun tekutin. Nedošlo k pádu, ani jinému poranění.

Ošetrovatelská diagnóza č.5

Riziko tromboembolické nemoci z důvodu upoutání operačního zákroku

Cíl: pacientka nebude mít projevy tromboembolické nemoci

Plán ošetrovatelské péče:

- pravidelně sledovat vitální funkce
- provádět dechovou rehabilitaci a izometrická cvičení na lůžku, tento den s pomocí nácvik sedu se spuštěnými končetinami z lůžka
- sledovat známky dušnosti

Realizace a hodnocení ošetrovatelské péče:

TK+ P kontrolována 3x denně.

	TK	P
6 hod.	120/70	70´
12 hod.	130/80	74´
18 hod.	130/70	64´

Jako prevence tromboembolické nemoci byl aplikován Fraxiparine 0,4 ml s.c. 1x denně (7 hod.).

Pacientka prováděla několikrát denně dechová cvičení, provádí je aktivně a sama několikrát denně. DK má ve vysoké bandáži.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Rehabilitace probíhá dle plánovaného rozpisu s asistencí rehabilitačního pracovníka. Dechová cvičení provádí aktivně a sama několikrát denně. Léky byly aplikovány dle rozpisu.

U pacientky nedošlo k žádným pooperačním komplikacím.

Ošetrovatelská diagnóza č.6

Riziko porušení kožní integrity z důvodu imobilizace

Cíl: pacientka nebude mít projevy poruchy kožní integrity (dekubitus)

Plán ošetrovatelské péče:

- pečovat o hygienu kůže
- udržovat lůžko v suchu a čistotě
- zajistit dostatečnou stravu a dostatek tekutin
- kontrolovat povrch kůže na predilekčních místech
- zajistit rehabilitaci
- polohovat pacientku a 2 hod.

Realizace ošetrovatelské péče:

Pacientka prováděla hygienu sama na lůžku s naší asistencí. Po omytí byl kladen důraz na jemné, ale důkladné osušení kůže. Při večerní hygieně byl jemně vmasírován mentolový krém v oblasti zad a obou pat. Predilekční místa byla kontrolována. Byl zajištěn dostatek tekutin a vhodná strava.

Při rehabilitaci pacientka nacvičovala sed na lůžku se spuštěnými končetinami.

Během dne byla pravidelně polohována po 2 hodinách, měnila se poloha na zádech s polohou na „zdravém“ pravém boku. Přetáčení na bok bylo prováděno s molitanovou podložkou mezi kolena. Před tím byla sundána antirotační bota.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Predilekční místa byla kontrolována, nedošlo k žádným projevům poruchy kožní integrity. Pacientka byla pravidelně polohována, měla zajištěnou dostatečnou výživu a dostatek tekutin. Lůžko bylo udržováno v suchu a čistotě. Hygiena byla prováděna s důkladným osušením kůže. Pacientka byla informována o nutnosti této péče a o možných rizicích při nedodržování pravidel prevence dekubitů.

3.2.4. Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče:

Ošetrovatelská diagnóza č.1

Akutní bolest z důvodu operace

Cíl: pacientka bude bez bolesti

Plán ošetrovatelské péče:

- zjistit lokalizaci, intenzitu a charakter bolesti
- sledování účinku analgetik
- informovat o prevenci bolesti – komprese rány při změně polohy

Ošetrovatelská diagnóza č.2

Deficit sebedpěče z důvodu operace v oblasti hygieny, mobility, stravování a vyprazdňování

Cíl: pacientka bude plně soběstačná

Plán ošetrovatelské péče :

- zajištění pomůcek pro potřeby hygieny a vyprazdňování dle stavu pacientky, úprava okolí lůžka a signalizace
- pokračovat v rehabilitaci
- nácvik používání kompenzačních a ortopedických pomůcek
- dohlédnout na bezpečnost pacientky

Ošetrovatelská diagnóza č. 3

Riziko pádu z důvodu mobilizace a používání kompenzačních pomůcek

Cíl: pacientka neupadne, ani se jinak neporaní

Plán ošetrovatelské péče:

- zajistit edukaci fyzioterapeutem, nácvik používání kompenzačních a ortopedických pomůcek jen s jejich asistencí

Ošetrovatelská diagnóza č. 4

Riziko vzniku infekce z důvodu zavedeného permanentního katetru a z důvodu operační rány

Cíl: pacientka nebude mít žádnou infekční komplikaci

Plán ošetrovateľskej péče:

- odstrániť permanentný katetr 3. pooperačný deň
- preväzy provádieť za aseptických podmienok
- mieriť TT 2x denne
- sledovať stav operačnej rány

Ošetrovateľská diagnóza č.5

Riziko porušenia kožnej integrity z dôvodu imobilizácie

Ciel: pacientka nebude mať poruchu dekubitov, ani jeho počínajúci prejavy

Plán ošetrovateľskej péče:

- pečovať o hygienu kůže
- udržiavať lôžko v suchu a čistote
- zajištiť dostatočnú stravu a dostatok tekutín
- kontrolovať povrch kůže na predilekčných miestach
- pokračovať v plánovanej rehabilitácii
- polohovať pacientku a 2 hod.

3.3. Hodnocení psychologických potřeb klienta

Paní V.S. se dokáže velmi dobře sebeovládat, je těžké rozpoznat její skutečné pocity. Zdá se, že nemoc bere racionálně, nepoddává se pocitům bezmoci, či sebelítosti.

Je zaměřená spíše na pohled do budoucnosti, těší se a věří, že bude dobře a bez bolesti chodit. Její motivace zcela určitě souvisí se zkušeností z předešlého úspěšného operačního zákroku, po kterém se její pohyblivost zlepšila. Právě proto vykazuje velké úsilí při rehabilitaci a dbá všech pokynů ošetrovatelského personálu.

Na pobyt v nemocnici se adaptovala velmi rychle, hospitalizace byla dlouho plánována, proto i pacientka měla dostatečně dlouhý čas se na tuto změnu psychicky připravit.

Kontakt navazuje dobře, jak s pacientkami na pokoji, tak s personálem. Pokud si něčím není jistá, raději se zeptá. Je bezkonfliktní.

Pokud jde o obranné mechanismy, nemyslím si, že je směrem ke své nemoci používá. Její snahou je zlepšit zdravotní stav a zdravotnickému personálu plně důvěřuje.

4. Edukace nemocné

Po propuštění z nemocnice je **důležitá rehabilitace**. Ohledně rehabilitace je pacientka poučena fyzioterapeuty.

Po propuštění z nemocnice pacienti chodí nejprve o **podpažních berlích** s odlehčováním operované končetiny. Po 6-8 týdnech po provedení RTG operovaného kyčelního kloubu a po ortopedickém vyšetření, bývá pacientům povolena chůze o **2 francouzských berlích** a povoluje se postupné zatěžování operované končetiny.

Důležité je, aby pacienti byli při propuštění z nemocnice vybaveni kompenzačními pomůckami, tzn. podpažními berlemi, nástavcem na WC, sedačkou na vanu, případně protiskluzovou podložkou do vany.

Pacienti po totální endoprotéze mají nárok na komplexní lázeňskou péči, kterou mohou využít do 1 roku od operace. Velmi vhodné je zajištění brzké lázeňské léčby z důvodu vhodnosti kontinuální a intenzivní rehabilitace.

Pro běžný život se doporučuje:

- spát na rovném, pevném lůžku
- vhodný sport: turistika, plavání, jízda na kole, golf – v pozdější fázi rehabilitace
- při ležení na boku vkládat mezi kolena tužší polštářek

Nedoporučuje se :

- sed v hlubokém měkkém křesle (nesedět nikdy tak, aby v kyčli byl větší než pravý úhel)
- 2-3 měsíce od operace neřídít automobil
- nepřetáčet se na lůžku bez polštáře mezi kolena a bérce
- nedělat dřepy
- nedávat nohu přes nohu
- nenosit předměty těžší než 5 kg

Při antikoagulační terapii (**Warfarin** apod.) docházet pravidelně na odběry INR, dodržovat předepsanou terapii a s ní spojená dietní a medikamentosní opatření. Nosit vždy u sebe kartičku s hodnotami INR a předepsanou medikací.

5. Závěr a prognóza

Paní V.S. byla dne 5.11.2008 , tj. 9. den po operaci přeložena na rehabilitační oddělení v celkově dobrém stavu, bez známek infekčních, či jiných komplikací. Operační rána se hojila per primam, stehy byly zatím ponechány. Pacientka začala s rehabilitací na lůžku a s postupnou vertikalizací s pomocí podpažních berlí. Na rehabilitačním oddělení bude dále pokračovat v započaté rehabilitaci a zdokonalovat tak chůzi, která je základním předpokladem k jejímu návratu do běžných životních aktivit. Dá se předpokládat, že tento návrat bude úspěšný.

Důležitá je i její zkušenost s rehabilitací po předešlé operaci, kdy byla aloplastika provedena na pravém kyčelním kloubu. Ví, že rehabilitace a respektování pokynů vedlo k jejímu rychlému zlepšování zdravotního stavu.

Použitá literatura :

1. Borovanský Ladislav: Soustavná anatomie člověka, díl I., Praha, Avicenum, 1972, str. 167-168, 295-300
2. Čech Oldřich, Džupa Valér: Revizní operace kyčelního kloubu, Galén, Praha, 234 str., 2004, ISBN 80-7262-269-2
3. Fiala Pavel , Valenta Jiří, Berlová Lada : Anatomie pro bakalářské obory, Karolinum, Praha, 136 str., 2004, ISBN 80-246-0804-9
4. Sosna Antonín: Základy ortopedie, Triton, Praha, 175 str., 2001, ISBN 80-7254-202-8
5. Sosna Antonín: Endoprotéza kyčelního kloubu: průvodce pacienta obdobím operace, rehabilitací a dalším životem, Triton, Praha 1999, 40 str., ISBN 80-7254-046-7
6. Šamánková Marie, Hušková Martina, Matoušovi Karel: Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult, Karolinum, Praha, 2002, 274 str., ISBN 80-246-0477-9
7. Trachtová Eva: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, IPVZ, Brno, 2001, 185 str., ISBN 80-7013-324-4
8. Potužáková Věra: Ošetrovatelství, UJEP, Ústí nad Labem, 2007, 136 str., ISBN 978-80-7044-879-3

Jiné zdroje :

7. Česká onkologická společnost [on- line]. Brno, 2004, [cit. 28.12.2008]. Dostupnost z www.linkos.cz/vzdelavani/onkopece/2_08-09.pdf
8. Flusserová Štěpánka: Svaly kyčelního kloubu [on- line]. Praha, 2005. Internetový magazín Ronnie, 2001 [cit. 24.11.2008] Dostupnost z : <http://medicina.ronnie.cz/anatomie/c-1451-svaly-kycelniho-kloubu.html>
9. Tlapák Jiří, Patobiomechanika a patokineziologie kompendium [on- line]. Praha, FTVS UK, 2004. [cit. 26.12.2008]. Dostupnost z: www.biomech.ftos.cuni.cz/pbpk/kompendium/anatomie/dk_stehno_kycelni.pdf

Seznam příloh:

1. příloha.....RTG před operací a RTG po operaci
2. příloha.....Ošetrovatelský spis
3. příloha.....Barthelův test denních činností
4. příloha.....Hodnocení rizika dle Nortonové

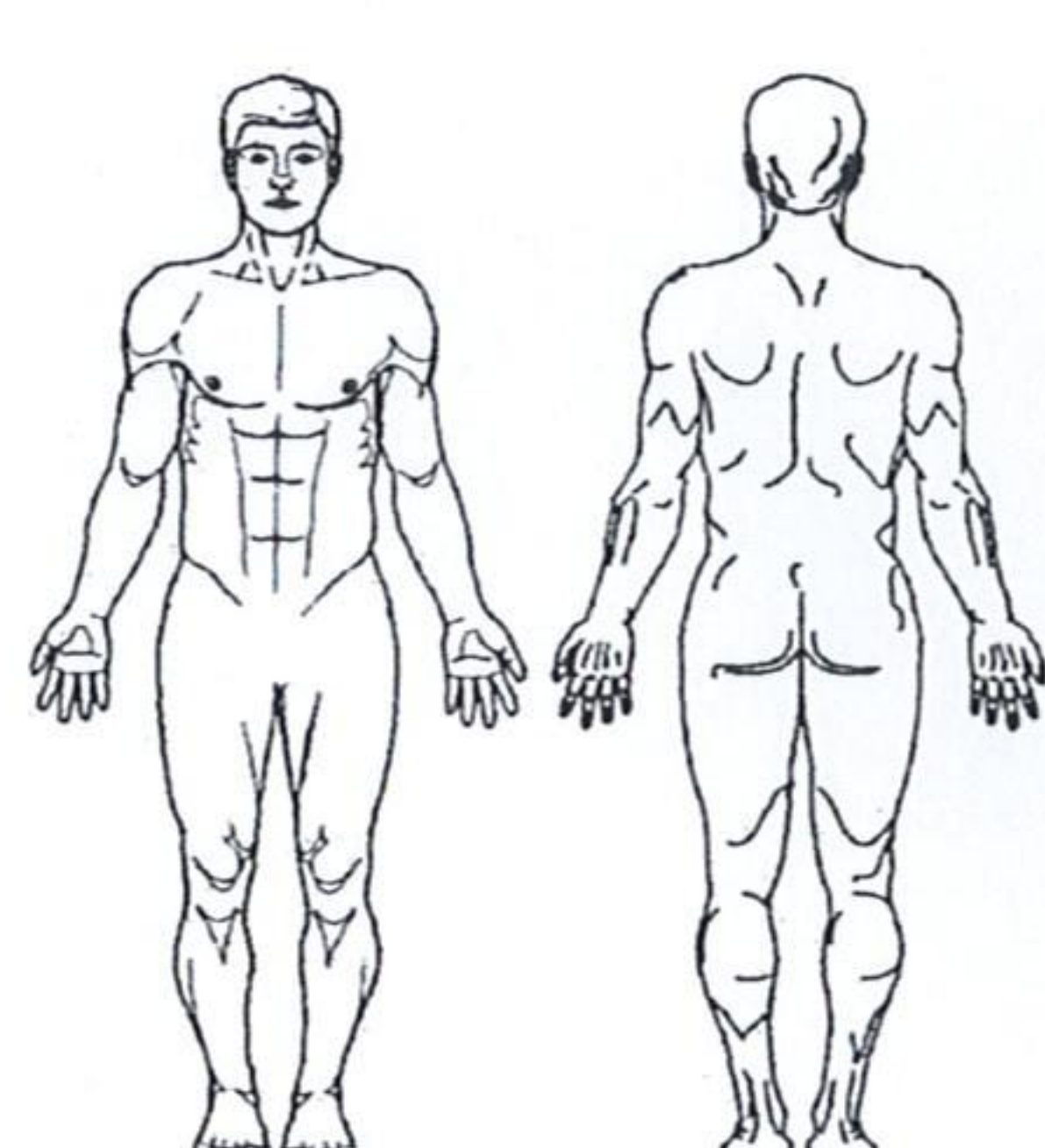


Obrázek 1 - před TEP levého kyčelního kloubu



Obrázek 2 - po operaci TEP levého kyčelního kloubu

OŠETŘOVATELSKÝ SPIS

Štítek <i>V. V.</i>	Přijetí: 1. přijetí opakované <input checked="" type="checkbox"/> přeložen odkud... <i>VIP</i>
	Váha: <i>76 kg</i> Výška: <i>158 cm</i> Norton scale: <i>25</i>
Zvláštní pozornost: Alergie ano <input checked="" type="checkbox"/> ne alergeny: DM <input checked="" type="checkbox"/> ano ne <input checked="" type="checkbox"/> dieta PAD inzulin Žilní vstupy <input checked="" type="checkbox"/> ano ne <i>PŽK, CŽK 3</i>/den Permanentní cévka <input checked="" type="checkbox"/> ano ne <i>3</i>/den Kardio stimulátor ano <input checked="" type="checkbox"/> ne	Aktivita: mobilní: bez omezení berle hůl invalidní vozík imobilní – soběstačný: <input checked="" type="checkbox"/> ano ne částečně
Výživa: dietní omezení <input checked="" type="checkbox"/> ano ne dieta č. <i>9</i> příjem tekutin <i>2500</i>/den BMI <i>32</i> úbytek na váze ano <input checked="" type="checkbox"/> ne příčina	Hygienická péče samostatný: ano ne <input checked="" type="checkbox"/> s pomocí Psychika: komunikuje <input checked="" type="checkbox"/> ano ne apatický zmatený agresivní
Vyprazdňování: Stolice <input checked="" type="checkbox"/> pravidelná <input checked="" type="checkbox"/> ano ne průjem zácpa inkontinence Močení potíže ano <input checked="" type="checkbox"/> ne jaké	Kompenzační pomůcky: <input checked="" type="checkbox"/> ano ne zubní protéza <i>HORNÍ</i> brýle naslouchadla jiné Dekubity při přijetí: ano <input checked="" type="checkbox"/> ne
Dýchání: potíže ano <input checked="" type="checkbox"/> ne jaké kouření ano <input checked="" type="checkbox"/> ne příležitostně	Pacient seznámen s právy pacientů a domácím řádem. Cennosti ano ne jaké 
Spánek: <input checked="" type="checkbox"/> pravidelný <input checked="" type="checkbox"/> ano ne léky / jaké podpis pacienta
Pády v anamnéze: ano <input checked="" type="checkbox"/> ne	Příjem pacienta datum: <i>29.10.08</i>sestra
Bolest: <input checked="" type="checkbox"/> ano ne hodnocení známkou 1 – 10 <i>2</i>	Propuštění pacienta kam datum:sestra

B-ADL - Barthelův test denních činností

Diagnosa: M16-0

Datum příhody:

Činnost	Uroveň schopnosti	Skóre	vstupní	první mezi test	druhý mezi test	výstupní
Datum provedení testu:						
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10				
	s pomocí (krájení, mazání másla, ap.)	5	5			
	neprovede	0				
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10				
	s pomocí	5	5			
	neprovede	0				
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5				
	neprovede	0	0			
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5	5			
	neprovede	0				
5. kontinence moči	plně kontinentní	10				
	občas inkontinentní (max. 1x týdně)	5				
	inkontinentní, katetrizován	0	0			
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10	10			
	občas inkontinentní (max. 1x týdně)	5				
	inkontinentní	0				
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10				
	s pomocí	5				
	neprovede	0	0			
8. přesun lůžko - židle (nebo lůžko - vozík)	samostatně bez pomoci	15				
	s malou pomocí (verbálně či fyzicky) vydrž	10				
	s větší dopomocí (1-2 lidé fyzicky)	5				
	neprovede	0	0			
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 metrů	15				
	s pomocí nad 50 metrů	10				
	na křesle 50 metrů	5				
	neprovede	0	0			
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10				
	s pomocí	5				
	neprovede	0	0			
CELKOVÉ SKÓRE TESTU:			25			
Poznámky:		Test provedl(a):	Maj			

Hodnocení: 0-40 bodů vysoce závislý
 45-60 bodů závislost středního stupně
 65-95 bodů lehká závislost
 100 bodů plná nezávislost

Hospitalizace pacienta	od
oddělení	do
oddělení	do
oddělení	do

Základní tabulka hodnocení rizika dle Nortonové

25 k.

Motivace a ochota spolupracovat	Věk	Stav kůže	Souběžná onemocnění	Somatický stav	Duševní stav	Aktivita	Pohyblivost	Inkont.	Body
<u>Plná</u>	< 10	<u>Intaktní</u>	Žádná	Dobrý	<u>Jasně vědomí</u>	Chodící bez pomoci	Plná	Žádná <u>_____</u>	4
Malá	10 - 30	Lehké změny	<u>Lehká forma</u>	Obstojný	Apatie	Chodící s pomoci	Částečně omezená	Občasná	3
Částečná	30 - 60	Střední změny	Střední forma	<u>Špatný</u>	Zmatený	Závislý na invalidním vozíku	<u>Velmi omezená</u>	Převážně moč	2
Žádná	<u>> 60</u>	Těžké změny	Těžká forma	Velmi špatný	Stupor až bezvědomí	<u>Ležící</u>	Zcela omezená	Moč i stolice	1