



Podobnosti s vybranými dokumenty

4 %

Zkoumaný dokument

Agenda	Závěrečná práce
Jméno souboru	KEJIKOVA_Hana_3CVS.pdf
Změněno	30. 3. 2022 21:35, Hana Kejíková, DiS.
Informace o práci	Ošetrovatelská péče o pacienta po TEP kyčle Hana Kejíková, DiS., Vysoká škola zdravotnická
URL	https://is.vszdrav.cz/auth/th/ta8d3/KEJIKOVA_Hana_3CVS.pdf
Informace o souboru	https://is.vszdrav.cz/auth/plag/7a5d98f064a594f2/

is.vszdrav.cz, 6. dubna 2022 12.53

Podobnosti se v průběhu času mění, doporučuje se kontrola on-line.

Seznam vybraných podobných dokumentů:

< 5 %	Agenda Jméno souboru Změněno Informace o souboru Podobnosti	Studijní materiály PROHLASENI.docx 9. 11. 2021 07:55, Mgr. Eva Marková, Ph.D. https://is.vszdrav.cz/auth/plag/846e11a37b2d43f2/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/7a5d98f064a594f2/846e11a37b2d43f2/
< 5 %	Agenda Jméno souboru Změněno Informace o souboru Podobnosti	Studijní materiály PROHLASENI.docx 9. 11. 2021 07:55, Mgr. Eva Marková, Ph.D. https://is.vszdrav.cz/auth/plag/318e18f2b9b442ab/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/7a5d98f064a594f2/318e18f2b9b442ab/
< 5 %	Agenda Jméno souboru Změněno Informace o souboru Podobnosti	Studijní materiály PROHLASENI.docx 9. 11. 2021 07:54, Mgr. Eva Marková, Ph.D. https://is.vszdrav.cz/auth/plag/6b9bf1cb67a3f3a/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/7a5d98f064a594f2/6b9bf1cb67a3f3a/
< 5 %	Agenda Jméno souboru Změněno Informace o souboru Podobnosti	Studijní materiály PROHLASENI.docx 9. 11. 2021 07:39, Mgr. Eva Marková, Ph.D. https://is.vszdrav.cz/auth/plag/824273ca7d95d1e4/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/7a5d98f064a594f2/824273ca7d95d1e4/
< 5 %	Agenda Jméno souboru Změněno Informace o souboru Podobnosti	Studijní materiály PROHLASENI.docx 9. 11. 2021 07:53, Mgr. Eva Marková, Ph.D. https://is.vszdrav.cz/auth/plag/cde351529bc9b8e5/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/7a5d98f064a594f2/cde351529bc9b8e5/
< 5 %	Agenda Jméno souboru Změněno Informace o souboru Podobnosti	Studijní materiály PROHLASENI.docx 9. 11. 2021 07:54, Mgr. Eva Marková, Ph.D. https://is.vszdrav.cz/auth/plag/c30d45436b597ae6/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/7a5d98f064a594f2/c30d45436b597ae6/
< 5 %	Agenda Jméno souboru Změněno Informace o souboru Podobnosti	Studijní materiály PROHLASENI.docx 9. 11. 2021 07:52, Mgr. Eva Marková, Ph.D. https://is.vszdrav.cz/auth/plag/c93d1ba727b49c81/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/7a5d98f064a594f2/c93d1ba727b49c81/

<p>< 5 %</p>	<p>Agenda Jméno souboru Změněno Informace o souboru Podobnosti</p>	<p>Studijní materiály PROHLASENI.docx 9. 11. 2021 07:54, Mgr. Eva Marková, Ph.D. https://is.vszdrav.cz/auth/plag/cb62d1c5629f0c66/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/7a5d98f064a594f2/cb62d1c5629f0c66/</p>
<p>< 5 %</p>	<p>Agenda Jméno souboru Změněno Informace o souboru Podobnosti</p>	<p>Studijní materiály PROHLASENI.docx 9. 11. 2021 07:54, Mgr. Eva Marková, Ph.D. https://is.vszdrav.cz/auth/plag/da2f7f0da968c2d2/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/7a5d98f064a594f2/da2f7f0da968c2d2/</p>
<p>< 5 %</p>	<p>Agenda Jméno souboru Změněno Informace o práci Informace o souboru Podobnosti</p>	<p>Závěrečná práce ZBP_7931.pdf 9. 12. 2021 14:01, Mgr. Lucie Škorpíková Ošetrovatelská péče o pacienta po TEP kyčle, Hana Kejíková, DiS. Vysoká škola zdravotnická https://is.vszdrav.cz/auth/plag/1b9fa422214c92f2/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/7a5d98f064a594f2/1b9fa422214c92f2/</p>
<p>< 5 %</p>	<p>Agenda Jméno souboru Změněno Informace o práci Informace o souboru Podobnosti</p>	<p>Závěrečná práce ZBP_6604.pdf 12. 1. 2021 14:33, Mgr. Iveta Turečková Ošetrovatelská péče o pacienta s onemocněním COVID-19, Bc. Markéta Schäfertová, DiS. Vysoká škola zdravotnická https://is.vszdrav.cz/auth/plag/540c35df4e446526/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/7a5d98f064a594f2/540c35df4e446526/</p>
<p>< 5 %</p>	<p>Agenda Jméno souboru Změněno Informace o práci Informace o souboru Podobnosti</p>	<p>Závěrečná práce schvaleni_tematu_BP.pdf 9. 3. 2021 10:08, Mgr. Lucie Škorpíková Ošetrovatelská péče o pacienta s diagnózou jaterní cirhóza, Bc. Anna Kořánová Vysoká škola zdravotnická https://is.vszdrav.cz/auth/plag/7a74083f392d4c01/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/7a5d98f064a594f2/7a74083f392d4c01/</p>
<p>< 5 %</p>	<p>Agenda Jméno souboru Změněno Informace o práci Informace o souboru Podobnosti</p>	<p>Závěrečná práce ZBP_6589.pdf 12. 1. 2021 14:28, Mgr. Iveta Turečková Ošetrovatelský proces u pacienta s testikulárním tumorem, Bc. Šárka Lukášová, DiS. Vysoká škola zdravotnická https://is.vszdrav.cz/auth/plag/20f7d4813f511f14/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/7a5d98f064a594f2/20f7d4813f511f14/</p>

< 5 %	Agenda Jméno souboru Změněno Informace o práci	Závěrečná práce ZBP_6812.pdf 12. 1. 2021 14:45, Mgr. Iveta Turečková Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta po TEP kolene, Michaela Šrolová, DiS. Vysoká škola zdravotnická
	Informace o souboru Podobnosti	https://is.vszdrav.cz/auth/plag/247a4a01e127f4b8/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/7a5d98f064a594f2/247a4a01e127f4b8/
< 5 %	Agenda Jméno souboru Změněno Informace o souboru Podobnosti	Studijní materiály BP_pdf_vzor_formatu.pdf 25. 11. 2019 11:23, Ing. Soňa Jexová, PhD. https://is.vszdrav.cz/auth/plag/362d1fb3f8360615/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/7a5d98f064a594f2/362d1fb3f8360615/
< 5 %	Agenda Jméno souboru Změněno Informace o souboru Podobnosti	Studijní materiály BP_pdf_vzor_formatu.pdf 6. 12. 2019 19:08, Ing. Soňa Jexová, PhD. https://is.vszdrav.cz/auth/plag/ef57b23a0ca1feb7/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/7a5d98f064a594f2/ef57b23a0ca1feb7/
< 5 %	Agenda Jméno souboru Změněno Informace o souboru Podobnosti	Studijní materiály 6812-Srolova_Michaela-ABSTRAK1.docx 27. 4. 2021 10:31, Michaela Šrolová, DiS. https://is.vszdrav.cz/auth/plag/e3470ef3f2ba70cf/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/7a5d98f064a594f2/e3470ef3f2ba70cf/
< 5 %	Agenda Jméno souboru Změněno Informace o souboru Podobnosti	Studijní materiály 5342-Eppinger_Anastassiya-Seminar_BP_Eppinger_Anastassiya_.docx 15. 1. 2022 19:39, Anastassiya Eppinger https://is.vszdrav.cz/auth/plag/6a3e87ce02c1fb64/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/7a5d98f064a594f2/6a3e87ce02c1fb64/

Podobné pasáže s výše uvedenými dokumenty jsou vyznačeny červeně

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA

PO TEP

KYČLE

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

HANA KEJÍKOVÁ,

DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru:

Všeobecné ošetrovatelství

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Praha

2022

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ

ZADANÍ BAKALÁRSKE PRACE

Akademický rok: 2021/2022

Studentka:

Hana Kejíková,

DiS.

UČO: 7931

Program: Všeobecné ošetrovatelství

Specializace: Všeobecné ošetrovatelství

Téma práce: Ošetrovatelská péče o pacienta

po TEP kyčle

Téma práce anglicky: Nursing Care

for a Patient after Total Endoprosthesis of the Hip Joint

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Souhlasím se zadáním (podpis, datum):

/ Hana Kejíková, DiS.

studentka

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citoval/a všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu nebo titulu neakademického.

Prohlašuji, že v souladu s 47b zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné databázi kvalifikačních prací Thesis.cz provozované Masarykovou univerzitou (Fakulta informatiky MU), a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Dále souhlasím, aby toutéž cestou byly zveřejněny posudky vedoucího a oponenta bakalářské práce včetně záznamu o průběhu a výsledku obhajoby.

V Praze dne

podpis

ABSTRAKT

KEJÍKOVÁ, Hana, Ošetrovatelská péče o pacienta po TEP kyčle.

Vysoká škola

zdravotnická, o.p.s. Stupeň klasifikace: Bakalár (Ba). Vedoucí práce: doc.

PhDr. Jitka Němcová,

PhD., 2022. 43 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta po TEP kyčle. Práce je rozdělená na teoretickou

a praktickou část. V teoretické části je

popsána

anatomie kyčelního kloubu. Dále v teoretické části je definovaná totální endoprotéza kyčelního kloubu, její historie, druhy, indikace, kontraindikace, komplikace TEP a zlomeniny krčku femuru. V práci se dále zabývá specifiky ošetrovatelské péče. V praktické části bakalářské práce popisuje ošetrovatelský proces o pacienta po totální endoprotéze kyčle podle modelu Marjory Gordon. Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA I taxonomie II 2018-2020. K ošetrovatelským diagnózám byly vytvořeny ošetrovatelské intervence a vypracované cíle. Praktická část je zakončena doporučeními pro praxi.

Klíčová slova

Kyčelní kloub. Ortopedie. Ošetrovatelská péče. Totální endoprotéza.

Zlomenina.

ABSTRACT

KEJÍKOVÁ, Hana.

Nursing Care a Pacient after Total Endoprosthesis of the Hip Joint.

Medical College. Degree: Bachelor (Be). Supervisor: doc. PhDr. Jitka Němcová,

PhD., 2022. 43 p.

The topic of the bachelor's thesis is the nursing process of a patient with

TEP hip. The work

is divided into theoretical and practical part.

The theoretical part describes the anatomy

of the hip joint. Furthermore,

the theoretical part defines the total hip arthroplasty, its history, types, indications, contraindications, complications of TEP and fractures of the femoral neck. The work also deals with the specifics of nursing care.

The practical part of the bachelor thesis describes the nursing process of a patient after the total hip arthroplasty according to the Marjory Gordon model.

Nursing diagnoses were classified according to the NANDA I taxonomy II 2018-

2020. Nursing interventions and goals were developed for nursing diagnoses.

The practical part ends with a recommendation for practice, given the disease

and a recommendation for practice.

Key words

Hip joint. Orthopedics. Nursing care. Total endoprosthesis. Fracture.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK 8

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ 9

SEZNAM TABULEK 10

ÚVOD

11

1. ANATOMIE A FYZIOLOGIE PROXIMÁLNÍHO FEMURU 13

Kost 13

Stehenní kost - Femur 13

Kyčelní kloub - Articulatio coxae 13

Pohyb kyčelního kloubu 14

2. TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KYČELNÍHO KLOUBU 15

2.1 Historie 15

2.2 Druhy TEP 15

2.2.1 Cementové endoprotézy 16

2.2.2 Necementové endoprotézy 16

2.2.3 Hybridní endoprotézy 16

2.3 Indikace TEP 16

2.3.1 Koxartróza 17

2.3.2 Revmatoidní artritida 18

2.3.3 Vývojová dysplazie kyčelního kloubu 18

2.3.4 Nádorová onemocnění 18

2.4 Komplikace TEP 19

2.5.1 Periprotetická zlomenina 19

2.5.2 Infekce TEP kyčelního kloubu 19

2.5.3 Prevence Tromboembolické nemoci - TEN 20

2.5.4 Luxace 20

2.5.5 Poranění nervu 21

3. ZLOMENINA KRČKU FEMURU 22

3.1 Rozdělení zlomenin proximálního femuru 22

3.2 Diagnostika 23

3.3 Léčba 23

4. SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA S TOTÁLNÍ

ENDOPROTÉZOU KYČLE 25

4.1 Predoperační příprava 25

4.1.1 Dlouhodobá predoperační příprava 25

4.1.2 Krátkodobá predoperační příprava	26
4.1.3 Bezprostřední predoperační příprava	27
4.2 Pooperační péče o Totální endoprotézu kyčelního kloubu	27
4.3 Rehabilitace pacienta	29
5. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES O PACIENTA PO TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE KYČLE	31
5.1 Identifikační údaje pacienta	31
5.2 Anamnéza pacienta	32
5.3 Fyziologické funkce při příjmu	33
5.4 Fyzikální vyšetření	34
5.5 Posouzení pacienta ze dne 24. 2. 2022	35
5.6 Medicínský management	39
5.7 Situační analýza ke dni 24. 2. 2022	42
5.8 Stanovení ošetřovatelských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit ošetřovatelské péče	45
5.9 Zhodnocení ošetřovatelské péče 7. 3. 2022	50
6. Diskuze	52
7. Doporučení pro praxi	53

ZÁVĚR 54

SEZNAM POUŽITÉ

LITERATURY 55

PŘÍLOHY 58

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

DK - dolní končetina

mmHg - milimetr rtuťového sloupce

SpO₂ - periferní kapilární okysličení

TEP - totální endoprotéza

VAS - vizuální analogová škála

(VOKURKA, HUGO, 2015)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Abdukce - odtažení

Addukce - přitažení

Extenze - natažení

Flexe - ohnutí

(VOKURKA, HUGO, 2015)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Farmakologická anamnéza

Tabulka 2 Medikamentózní léčba

Tabulka 3 Premedikace

Tabulka 4 Hodnocení rizika dekubitů

Tabulka 5 Riziko pádu

Tabulka 6 Hodnocení nutričního stavu

Tabulka 7 Hodnocení závislosti - test Barthelové

ÚVOD

Ortopedie představuje v dnešní době největší obor, po kterém je poptávka. Protože, narůstá průměrný věk populace, proto nejčastějším výkonem je totální endoprotéza kyčelního a kolenního kloubu. Tato léčebná metoda se v současné době preferuje více, než tomu bylo v minulosti. U nás se využívají různé materiály totální endoprotézy kyčelního kloubu. Pacient musí být poučen před implantací TEP kyčelního kloubu a následnou rehabilitací, aby se předešlo možným komplikacím.

Tato bakalářská práce se bude zabývat komplexní ošetřovatelskou péčí o pacienta po totální endoprotéze kyčelního kloubu z důvodů zlomeniny krčku femuru. Jde o velký zásah do organismu, ale také do života pacienta a také celé rodiny. Člověku se změní na nějakou dobu život. Musí se vypořádat se sociálními, ekonomickými, ale také s pracovními změnami.

Bakalářská práce je rozdělená na teoretickou a praktickou část.

V teoretické části se nejprve zaměříme na anatomii kyčelního kloubu. Cílem teoretické části je zaměření na historii, druhy totální endoprotézy kyčelního kloubu, indikace a kontraindikace a v neposlední řadě komplikace po totální

endoprotéze kyčelního kloubu. Dalším cílem teoretické části je popsána zlomenina proximálního femuru, její rozdělení, diagnostika a léčba. Navázáno je na predoperační přípravu pacienta a také pooperační péče o pacienta po totální endoprotéze kyčelního kloubu. Rehabilitace a edukace je při této léčebné metodě stěžejní.

V praktické části je stanovení ošetrovatelského procesu pacienta po zlomenině proximálního femuru, kterému byla implantována totální endoprotéza kyčelního kloubu, včetně lékařského managementu. U pacienta je stanovena situační analýza k určitému dni hospitalizace. Dalším cílem je stanovení ošetrovatelských diagnóz dle NANDA I taxonomie II 2018-2020, z kterých jsou dále popsány konkrétní diagnózy a to aktuální a potenciální, které jsou seřazeny podle priorit pacientky.

11

Cíle

pro tvorbu teoretické části bakalářské práce:

Cíl 1 - Popsat anatomii kyčelního kloubu, druhy TEP, indikace, kontraindikace, komplikace a zlomeniny krčku femuru z vybraných zdrojů.

Cíl 2 - Specifická

ošetrovatelská péče o pacienta po totální endoprotéze

kyčelního kloubu, pro zlomeninu krčku femuru, z vybraných zdrojů.

Cíle pro tvorbu praktické části bakalářské práce:

Cíl 1 - Vypracovat ošetrovatelský proces u pacientky po totální endoprotéze kyčelního kloubu.

Vstupní literatura

DUNGL, Pavel a kol., 2014. Ortopedie. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4357-8.

SOSNA, Antonín, David JAHODA a David POKORNÝ, 2003. Náhrada kyčelního kloubu: rehabilitace a režimová opatření. Praha: Triton. ISBN 80-7254-302-4

ČIHÁK, Radomír, 20\6. Anatomie. Třetí, upravené a doplněné vydání.

Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3817-8.

Popis rešeršní strategie:

Při vyhledávání odborné literatury, která byla následně použita pro tvorbu bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta po totální endoprotéze kyčle byla použita klíčová slova - totální endoprotéza, kyčelní kloub, ortopedie, zlomenina, ošetrovatelská péče.

V rešerší

bylo vyhledáno celkem 39 záznamů, z toho

27 knih, 8

internetových zdrojů a 4 cizojazyčné zdroje. Použito

pro tvorbu bakalářské

práce s názvem Ošetrovatelská péče o pacienta

po TEP kyčle bylo celkem 29

zdrojů, z toho bylo 24 titulů v jazyce českém, 1 zdroj byl v jazyce slovenském, 1

internetový zdroj v jazyce anglickém a 3 zdroje byly internetové. Vyhledání

odborných publikací bylo zpracováno Vědeckou knihovnou v Olomouci.

V bakalářské práci byla také použita starší literatura, kdy obsah literatury byl pro psaní bakalářské práce důležitý.

12

1. ANATOMIE A FYZIOLOGIE PROXIMÁLNÍHO

FEMURU

Kost

Kost (os) je komplikovaný poddajný a živý orgán. Kostní tkáň je složená z buněk, vláken a mezibuněčné hmoty. Kost se skládá ze tří částí. První část je okostice (periost), která je silná a tuhá. Okostice pokrývá celou kost, ale nepokrývá kloubní konce. Okostice obsahuje četné citivé nervy, také je hodně prokrvená. Kostní tkáň je necitelná, ale při zlomenině bolí poškozený periost. Druhá část je vlastní kostní hmota. Třetí část je kostní dřev, která je složená z jemných sítí. Kost je tvořená látkami organického původu (oseinem), který je tvořen buňkami (osteoblasty), které tvoří kost. V průběhu života se mění poměr

mezi oseinem a minerální složkou (DYLEVSKÝ, 2016)

Osifikace kosti

Osifikace se koná na povrchu chrupavky a z malých ostrůvků, které jsou uloženy ve středu a v koncích chrupavčitého základu kosti. Takto osifikuje většina kosti, jako jsou obratle, dlouhé kosti končetin atp. (DYLEVSKÝ, 2016)

Stehenní kost - Femur

Femur je nejsilnější a nejdelší kost v těle. Stehenní kost můžeme rozdělit na čtyři části. Hlavice kosti stehenní (caput femoris) přechází v krček kosti stehenní (collum femoris). Krček kosti stehenní spojuje hlavici s tělem kosti stehenní (corpus femoris). Kondyly kosti stehenní (condyli femoris) jsou dva kloubní hrboły, které tvoří hlavice kolenního kloubu. (ČIHAK, 2016)

Kyčelní kloub - Articulatio coxae

Kyčelní kloub připojuje dolní končetinu k pánevním kostem. Hlavice je kulovitého tvaru pokrytá kloubní chrupavkou. Jamka je na pánevní kosti (acetabulum). Lem vazivové chrupavky (labrum acetabuli) zvyšuje okraj jamky. Kostní pouzdro začíná na okrajích acetabulu a připojuje se na collem femoris. (ČIHAK, 2016)

13

Pohyb kyčelního kloubu

V kyčelním kloubu jsou možné základní pohyby. Flexe, která jde provést do 120°. Extenze je možná pouze do 13°. Abdukce do 40°, která je možná zvětšit současně s flexí. Addukce je základní postavení tedy do 10°. Mezi poslední pohyb kyčelního kloubu je rotace, kde zevní rotace je do 15° a vnitřní rotace do 35°.

Kyčelní kloub není pouze na pohyb dolní končetiny vůči pánvi, ale oba kyčelní klouby přispívají k udržení rovnováhy trupu, která je závislá na postavení pánve. (ČIHAK, 2016)

14

2. TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KYČELNÍHO KLOUBU

Endoprotéza kyčelního kloubu je velkým darem pro moderní ortopedii, která má význam pro délku života. Se stárnoucí populací ročně přibývá pacientů s endoprotézou kyčelního kloubu. (DUNGL a kol., 2014)

2.1 Historie

Endoprotézy se začaly používat koncem šedesátých let minulého století. Od té doby nastalo u endoprotézy kyčelního kloubu mnoho změn. Průměr kovové hlavičky byl 22 mm, v dnešní době je na trhu 22, 26, 28, 32 a 36 mm. (DUNGL a kol., 2014)

Cementové TEP kyčelního kloubu byly první, které byly na trhu. Používal je John Charnley, životnost měly až 20 let. Postupně byly vyvinuty ve třech generacích a několika typech s různými vylepšeními. Na přelomu 60. a 70. let se začaly používat necementové TEP. Tyto implantáty mají speciální povrch na dřívku, který přesně padne do lůžka. Kost poté vrostle do implantátu. Tento proces se nazývá vazební osteogeneze. Při použití tohoto implantátu je delší rehabilitace. (JANDOVÁ, KUBÍČEK, VESELÁ, 2017)

Postupem času se vyvíjely i hybridní náhrady, které jsou kombinací cementového a necementového typu. (JANDOVÁ, KUBÍČEK, VESELÁ, 2017)

2.2 Druhy TEP

Endoprotézy kyčelního kloubu se rozdělují podle použitého materiálu, ukotvení endoprotézy v kosti a kontaktní plochy jamky.

Cervikokapitální endoprotéza, zde je nahrazen pouze krček s hlavicí femuru. Při této léčebné metodě se neřeší jamka. Cervikokapitální endoprotéza se používá, pokud není poraněna jamka.

15

Při totální endoprotéze kyčelního kloubu je vyměněna jak jamka, tak i hlavice. TEP kyčle dělíme dle techniky uchycení dřívku, a to na cementové, necementové a hybridní. (JANDOVÁ, KUBÍČEK, VESELÁ, 2017)

2.2.1 Cementové endoprotézy

Cementové jsou ukotveny pomocí kostního cementu. Tento cement je rychle tuhnoucí hmota. Cementování první generace byl zaváděn manuálně do předem připraveného femorálního lůžka. Cementování druhé generace je

použit pomocí cementové pistole. Tento postup snížil počet selhání femorálních komponentů a také počet selhání částí acetabulární. Cementování třetí generace má všechna zlepšení, předchází se zvýšením pevnosti spojení cementu a implantátu. (DUNGL a kol., 2014)

2.2.2 Necementové endoprotézy

Necementové endoprotézy není potřeba fixovat do kostního lůžka pomocí kostního cementu. Tento typ endoprotézy je ze slitin titanu. (DOUŠA, PELŠ, DŽUPA, KRBEČ, 2021)

Při implantaci necementové endoprotézy je nutné mít dokonale upravenou kostní dutinu, kdy je použita přesná a nákladná instrumentaria. Dutina je vyfrézovaná o 1-2 mm menší tato metoda se nazývá „press-fit“ fixace. Povrch implantátu je drsný, proto osteoblasty vrůstají do něj. (JANDOVÁ, KUBÍČEK, VESELÁ, 2017)

2.2.3 Hybridní endoprotézy

Hybridní endoprotéza je kombinací necementových a cementových komponentů. Jamka je uchycená bez cementu a dřík je uchycen pomocí cementu. Tento typ endoprotézy je využíván stále častěji. (BEZNOSKA, 2014)

2.3 Indikace TEP

Nejčastější indikace k totální endoprotéze kyčelního kloubu je artróza, fraktura krčku femuru, aseptická nekróza, vývojová vada kyčelního kloubu a onkologické onemocnění. (SOSNA, JAHODA, POKORNÝ, 2003)

16

2.3.1 Koxartróza

Koxartróza je časté onemocnění kyčelního kloubu, které je způsobené degenerativními změnami na hyalinní chrupavce. Z počátku několika let nemusí mít pacienti obtíže přímo v oblasti kyčle. Pacienti pociťují bolest v oblasti bederní páteře. RTG vyšetření může prokázat značné poškození kyčelního kloubu, ale klinický nález pohybu v kyčelním kloubu není tak značně poškozený. Pacienti z počátku pociťují zátěžovou bolest, která mizí, pokud je pacient v klidu. Později pacient má startovací bolest, kdy pacientovi trvá několik minut ranní ztuhlost. Bolest se může projevovat na přední plochu stehna. Později udávají pacienti bolest také v oblasti kolene. (RYCHLÍKOVÁ, 2019) Objektivním příznakem je při vyšetření kyčelního kloubu omezená hybnost v různém rozsahu. Z počátku je omezená hybnost vnitřní rotace a extenze, dále abdukce, addukce a flexe. Pacienti pociťují zkrácení končetiny, kdy je důvodem zkrácené svalstvo a proto je měněno postavení dolní končetiny. DK je většinou do zevní rotace. Svalstvo postižené končetiny je výrazně oslabené. Nejčastější bolestivé body při palpačním vyšetření je hlavice femuru acetabulu, trochanter maior a crista ossis ilii na postižené končetině. Koxartróza způsobuje funkční vertebrogenní poruchy. Degenerativní změny se projevují v oblasti páteře, při nesprávném rozložení sil při chůzi. (RYCHLÍKOVÁ, 2019)

Koxartrózu můžeme rozdělit na čtyři stupně podle RTG. První stupeň se projevuje zúžením kloubní štěrby, kdy je nutné i RTG druhého kloubu, který není poškozený.

Druhý stupeň se vyznačuje zúžením kloubní štěrby s propagací, zde může být nerovnost kloubních povrchů. Třetí stupeň je další progres, kdy narůstá subchondrální a také hlubší vrstvy kosti jsou postiženy. Při čtvrtém stupni je kloubní štěrbina vymizelá, tento stupeň se může na RTG projevit. (VOJTAŠŠÁK, 2021)

17

2.3.2 Revmatoidní artritida

Pacienti trpící revmatoidní artritidou musí postupně podstoupit náhrady všech nosných kloubů. Pacienti jsou operováni v mladém věku, aby byla snížena dlouhodobá léčba kortikoidy. U pacientů s revmatoidní artritidou je preferovaná necementovaná endoprotéza, protože má výhodu v menší kostní resekci a je zde snadnější implantace. (DUNGL a kol., 2014)

2.3.3 Vývojová dysplazie kyčelního kloubu

Dysplazie acetabulu předurčuje vznik koxartrózy a následnou indikaci k totální endoprotéze kyčelního kloubu. (DUNGL, CHOMIAK, VACULÍK, KUBEŠ, 2013)

Dysplazie kyčelního kloubu je možno klasifikovat podle mnoho schémat. Dělení podle Eftekhara, kdy první stupeň je, kdy hlavice je lokalizovaná v původním dysplastickém acetabulu. Druhý stupeň je, kdy kyčelní kloub je subluzován. Pokud je hlavice luxovaná v neokotyly mluvíme o třetím stupni. Vysoká luxace je posledním stupněm, zde je výrazně hlavice uložena kraniálně, opřená v měkkých tkáních. (KOUDELA, 2004)

2.3.4 Nádorová onemocnění

Nejčastější lokalizace kostního nádoru je v proximálním konci femuru. Polovina kostních metastáz je z různých nádorových onemocnění, jako je karcinom prsu, prostaty, plic, ledvin a GIT. (GALLO, 2011)

U pacientů s dobrou prognózou, a především v mladém věku je použita necementová endoprotéza. U pacientů se špatnou prognózou je nejvíce využita cementová endoprotéza pro možnost rychlejší rekonvalescence a také s menší možností luxace. (JANÍČEK, 2007)

2.4 Kontraindikace TEP

V některých případech je pro pacienta operační výkon natolik komplikovaný, je kontraindikován. Kontraindikací můžeme rozdělit na lokální a celkovou.

18

Mezi lokální patří: přítomnost infekce v kyčelním kloubu, nekvalitní kostní tkáně a také defekt v oblasti budoucí operační rány.

Nejčastější celkovou kontraindikací je, kdy interní lékař nedoporučí operaci, pokud je pacient dekompenzován. Při takto složitém operačním výkonu a následně nutné rehabilitaci je zapotřebí dobrá spolupráce s pacientem. Pokud pacient není schopen spolupracovat, není možné operační výkon provést. (HART, 2001)

2.4 Komplikace TEP

Při kvalitně provedené predoperační přípravě klesá riziko vzniku možných komplikací. Zkušenosti a znalosti operátora, technické vybavení a zdravotní stav pacienta má vliv na vznik komplikací. (SOSNA, JAHODA, POKORNÝ, 2003)

2.5.1 Periprotetická zlomenina

Tato komplikace je nejčastěji způsobená traumatem. Fraktura může být způsobena při použití necementového implantátu. Klasifikace je podle lokalizace typu zlomeniny. Nejčastěji je využívána klasifikace Vancouverská AAOS, dle místa fraktury, fixace dříku a kvality kosti.

Typ A je, pokud zlomenina je v oblasti malého a velkého trochanteru. Zlomenina může být stabilní ale také nestabilní, proto je následně zvolena správná terapie. Pokud je zlomenina kolem dříku nebo těsně pod jeho hrotem jedná se o typ B, zde je hodnocena kvalita kosti. Podtypem jsou B1 bez uvolnění dříku, B2 s uvolněním dříku a B3 s uvolněním dříku a defektem na kosti.

Typ C je umístěn distálně od dříku, kdy léčba je nezávislá na přítomnosti endoprotézy. Podle typu periprotetické zlomeniny je nutné zvolit správný léčebný postup. (LANDOR, c2012)

2.5.2 Infekce TEP kyčelního kloubu

Až polovina infekcí vzniká přímo vzdušnou cestou a to při operaci. Proto by operace měla být prováděna na super aseptickém sále, také antibiotická

19

profilace a režimová opatření na operačním sále. Nelze však ani vyloučit lidský faktor. Větší pravděpodobnost infekce mají pacienti s obezitou, revmatici, diabetici a alkoholici. Pokud operační výkon trvá déle než 2 hodiny je větší riziko vzniku pooperační infekce. (KOUDELA, 2004)

Infekce TEP kyčelního kloubu se nejčastěji projevuje bolestivostí, vysoké hodnoty zánětlivých parametrů, zarudnutí okolí rány, volná tekutina v kyčelním kloubu. První volbou terapie je antibiotická léčba, dalším postupem je incize a drenáž kyčelního kloubu. Pokud je to nutné, provádí se revize kyčelního kloubu s reimplantací. Pokus selže i tato léčebná metoda přistupuje se k extrakci a modifikovaná Girdlestonova resekční artroplastika. Jako poslední možnost je exartikulace kyčelního kloubu. (DUNGL a kol., 2014)

2.5.3 Prevence Tromboembolické nemoci - TEN

Tromboembolická nemoc je velmi vysokým rizikem u pacientů po TEP kyčelního kloubu. Převážně jde o výskyt proximální flebotrombózy a plicní embólií.

Mezi nefarmakologickou prevencí je zahrnuta bandáž a cvičení s dolními končetinami. Nutná je časná mobilizace po operaci a to nejlépe druhý den po operaci. K nefarmakologické prevenci je nutné také přidat farmakologickou, kdy jsou pacientovi aplikována antitrombotika ze skupiny nízkomolekulárních Heparinů (LMWH), jako jsou Clexan, Fraxiparin, Zibor, Inhixa. LMWH je podáváno maximálně 4-5 dní od operace a následně jsou pacientovi podávány perorální antitrombotika. (JANDOVÁ, KUBÍČEK, VESELÁ, 2017)

Prevence TEN se mohou lišit podle jednotlivých pracovišť, kdy každé pracoviště používá svůj postup.

2.5.4 Luxace

Od TEP kyčelního kloubu je očekávána její stabilita. Nejčastější příčinou luxace endoprotézy je nedodržování režimového patření. Může dojít také ke spontánní luxaci, která je způsobená, pokud není endoprotéza stabilní z důvodů technické chyby. Při luxaci endoprotézy nastává prudká bolest, zkrácení dolní končetiny a zevní rotací. Při souhlasu pacienta, může být provedena repozice bez anestézie, za asistence 1-2 osob, kdy je fixovaná pánev. Manévr trvá krátkou dobu, s cílem zakloubení hlavice zpět do jamky. Dále je při terapii

20
přístupeno k repozici v celkové anestézii, pokud tento postup selže, je přístupeno k reoperaci. (DUNGL a kol., 2014)

2.5.5 Poranění nervu

Poranění nervu může nastat, pokud vznikne komprese měkkých tkání a působením cementu, hematomu nebo chirurgickými nástroji např. při použití šroubovací jamky. Poraněn bývá nejčastěji n. femoralis, n. ischiadicus a n. obturatorius. Terapie spočívá ve farmakologické a rehabilitační léčbě (DUNGL a kol., 2014)

21

3. ZLOMENINA KRČKU FEMURU

Zlomeninou krčku femuru trpí více ženy a především v post menopauze a ve věku přes 70 let.

Osteoporóza je onemocnění skeletu, který se projeví úbytkem kostní hmoty s poruchou kostní mikrostruktury. Mezi osteoporotické zlomeniny patří: zlomeniny proximální části stehenní kosti, zlomeniny obratle, zlomeniny distálního předloktí. Léčba zlomeniny proximálního femuru je medicínsky, sociálně a také ekonomicky náročná. (SEDLÁŘ, 2017)

3.1 Rozdělení zlomenin proximálního femuru

Zlomeniny dělíme na tři etáže. Mezi první řadíme zlomeniny hlavice stehenní kosti, která se nazývá Pipkinova klasifikace zlomeniny I-IV. První typ je odlomení drobného kaudálního fragmentu pod úponem ligamentum. capitis femoris.

Druhý typ je ulomení většího mediokraniálního fragmentu v zátěžové zóně. Třetí typ fraktury je, pokud je první a druhý typ současně. Čtvrtý typ je stejný jako třetí a k tomu je zlomenina zadní hrany acetabulu.

Druhá etáž je zlomenina krčku femuru. Intrakapsulární, která se rozděluje podle dislokace a je zde očekávána léze cévního zásobení. Tento typ dělení je nazváno Gardenova klasifikace. Extrakapsilární tvoří nehomogenní skupinu a předchází v trochanterické zlomeniny.

Zlomeniny trochanterické jsou třetí etáží a jsou v praxi rozdělené na pertrochanterické a subtrochanterické. Pertrochanterické jsou děleny podle počtu fragmentů a to podle AO klasifikace. Zlomenina subtrochanterická je do vzdálenosti 5 cm pod malým trochanterem. (SEDLÁŘ, 2017)

22

3.2 Diagnostika

Stěžejní pro diagnostiku zůstává zobrazovací a laboratorní metody.

V anamnéze je důležité zjistit mechanismus traumatu. Musí být také zhodnocena předúrazová kvalita života a to okolnosti úrazového děje. Příčina

pádu může být dehydratace, hypoglykemie synkopa.

Správnou diagnózu obvykle určí zdravotnický záchranář v přednemocničním ošetření. Pokud má pacient zaklíněnou zlomeninu je schopen také končetinou hýbat a někdy i chodit.

Při klinickém vyšetření je končetina zkrácená zevně rotovaná s velmi algickou a také omezenou hybností. Tyto příznaky mohou být také při zlomenině pánve. Bolest se může propagovat do kolene. Nadále hodnotíme stav hydratace, nutrice. (SEDLÁŘ, 2017)

3.3 Léčba

Léčba fraktury proximálního femuru závisí na typu zlomeniny, celkového stavu, mobilitě pacienta před traumatem, věku pacienta a také kostní kvalitě. Ke konzervativní léčbě je přistoupeno při stabilní zaklíněné zlomenině.

Tento typ léčby nese svá rizika a to především dlouhodobá imobilizace. Jsou nutné RTG kontroly. Někdy je přistoupeno k operačnímu výkonu a to z vitální indikace. Pokud je pacientovi indikovaná operační léčba je pro něj pro nejlepší výsledek vhodné provést operační výkon v den úrazu nebo následující den. (SEDLÁŘ, 2017)

K operačnímu výkonu je přistoupeno podle druhu zlomeniny.

U Intrakapsulární zlomeniny jsou použity spongiózní šrouby. Kdy je operační výkon prováděn na extenčním stole a noha je v trakci. Šrouby jsou zaváděny pod RTG kontrolou, aby nebyla poškozena kloubní plocha. Při pertrochanterické zlomenině je indikovaná aloplastika a to cervikokapitální endoprotéza (CKP) nebo totální endoprotéza kyčelního kloubu (TEP).

23

TEP je především indikovaná u mladších a aktivních pacientů. Při TEP je použit cementový implantát. C K P je použit u starších pacientů, kdy je doba operačního výkonu kratší, a tedy menší zátěž pro pacienta.

Nitrodřeňové hřeby jsou použity při intertrochanterických zlomeninách.

Osteosyntéza hřebem je prováděná na extenčním stole v poloze na zádech.

Před veškerými operačními výkony je nutná ATB profylaxe a prevence tromboembolické nemoci. Pooperační mobilizace je někdy velmi složitá ze strany psychického a fyzického stavu pacienta, ale je velmi důležité s ní začít co nejdříve (HOZA, 2008)

24

4. SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PECE O PACIENTA S TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZOU KYČLE

Pacienti, kteří jsou indikováni k totální endoprotéze kyčelního kloubu musí mít pečlivou předoperační přípravu, aby byly u pacienta eliminovány pooperační komplikace.

4.1 Předoperační příprava

Základem všech předoperačních příprav je fyzická a psychická příprava pacienta. Pacient musí být řádně edukován o režimu před a po operaci. Termín operace u žen by se neměla krýt z období menstruace.

Pacient je poučen, jaké kompenzační pomůcky by měl mít doma připraven při propuštění do domácího ošetření jako je WC podsedák, židle a lůžko s vhodnou výškou a pomůcky pro bezpečné koupání. Pacient by měl před operací mít vhodnou tělesnou váhu. Pacientovi je nabídnuto edukační setkání, kdy je zde seznámen s předoperačním a pooperačním režimem. (NOVOTNÁ a kol., 2013)

4.1.1 Dlouhodobá předoperační příprava

Pacient indikován k operačnímu výkonu TEP kyčelního kloubu je odeslán k praktickému nebo internímu lékaři k předoperačnímu vyšetření.

Interní vyšetření zahrnuje fyzikální vyšetření, změření fyziologických funkcí. Screeningové vyšetření moče, kdy je moč vyšetřena na moč + sediment, cukr a aceton. Krevní vyšetření zahrnuje vyšetření krevního obrazu, základní biochemii, krevní skupinu + Rh faktor, koagulace a také HIV. (ČOUPKOVÁ, SLEZÁKOVÁ, 2012)

Všichni pacienti jsou odesláni na vyšetření u svého zubního lékaře a ORL vyšetření. Ženy podstoupí také gynekologické vyšetření.

Pacientovi je doporučen odběr krve na autotransfuzi. Autotransfuze je

postup, kdy je pacientovi vrácena vlastní krev, kdy byl odběr proveden před operací. Obvykle je odběr proveden dvakrát. Interval mezi odběry je 7 dní.

25

Většinou je odebráno 450 ml krve a u žen je 350 ml. Autotransfuze se nesmí podávat někomu jinému. Při autotransfuzi není riziko přenosu infekčních nemocí. Tato metoda není omezená věkem, proto je možnost jí využít i u pacienta staršího 70 let při doporučení lékaře. Autotransfuzi je možné použít 35 dní od odběru. Kontraindikací při použití autotransfuzi je sepse, onemocnění srdce, neléčený vysoký krevní tlak, CMP a některé onemocnění srdce. (FN Motol)

Pacient je edukován o bezezbytkové dietě. Pokud pacient dietu dodržuje je možnost neuskutečnit klyisma před operací. Dietní omezení je nutné dodržovat minimálně 3 dny před přijetím k hospitalizaci, pokud pacient trpí zácpou je nutné dietu držet o 2 dny déle. (SOSNA, JAHODA, POKORNÝ, 2003)

Mezi vhodné nápoje řadíme minerálky bez bublinek, čaje a slabé ovocné šťávy. Pečivo pouze bílé a to věku a rohlíky. Do hlavního jídla by měl pacient zařadit bramborovou kaši, těstoviny, rýži, libové maso a ryby. Z ovoce může pacient pouze banány nebo jablka rozmixovaná bez slupky. Zelenina nesmí být syrová. Postup při vaření by měl být využit dušení nebo vaření. Nevhodný postup je smažení, restování a pečení na tuku. Není vhodné zahušťovat jíškou. Nevhodné potraviny jsou luštěniny, tučné maso, uzeniny, syrová zelenina a také nadýmavá. Ovoce by nemělo být syrové a kompotované. (SOSNA, JAHODA, POKORNÝ, 2003)

Pacient před odjezdem do nemocnice by si měl s sebou připravit všechny výsledky vyšetření, neschopenku, kartičku pojišťovny. Sebou do nemocnice si pacient sbalí pohodlnou obuv, kdy musí být zavřená pata a pevná špička, pyžamo, berle vysoké podpažní nebo francouzské berle, podle toho, jaké mu lékař předepíše. Pacient by si neměl do nemocnice nosit velký obnos peněz a také cennosti. Pacient si také bere vlastní léky, které užívá pravidelně. Léky musí být v originálním balení a při příjmu je odevzdá sestře. (MATOUŠ, MATOUŠOVA, KUČERA, 2005)

4.1.2 Krátkodobá predoperační příprava

Predoperační příprava krátkodobá je 24 hodin před operačním výkonem.

Pacient je primárně přijímán na ortopedické oddělení. Při přijetí si lékař převezme všechny výsledky vyšetření, které zkontroluje. Pacientovi je umístěn

26

identifikační náramek na stejnou stranu horní končetiny, jak je operovaná strana. Za pacientem na oddělení přichází anesteziolog, kdy zhodnotí zdravotní stav pacienta a navrhne vhodnou anestézii a premedikaci. Pacientovi je podáno klyisma, pokud nedodržoval bezezbytkovou dietu. Před operací je nutné dostatečná hydratace. Stežejní je, aby se pacient naučil používat berle a měl správně nastavenou výšku berlí, tento nácvik vždy provádí fyzioterapeut.

Příprava operačního pole je podle pokynů operátora a také podle zvyklostem pracoviště. (ČOUPKOVÁ, SLEZÁKOVÁ, 2012)

Pokud je pacient diabetik dostává v den přijetí jak oběd, tak i večeři.

Ostatní pacienti mají na oběd pouze polévku a na večeři už nedostávají nic.

Pacient od půlnoci nepřijímá ani tekutiny per os.

4.1.3 Bezprostřední predoperační příprava

Tento časový úsek je asi 2 hodiny před operačním výkonem. Pacient provede hygienu, podle soběstačnosti mu pomůže všeobecná sestra.

Všeobecná sestra kontroluje lačnění, provede bandáž končetiny, která se nebude operovat. Provádí se oholení operačního pole a následně dekolonizace.

Pacientovi je zaveden permanentní močový katetr a periferní žilní kanyla.

Pacient si sundá všechny šperky a vyjme zubní protézu.

Diabetikovi je provedena kontrola ranní glykemie a je podaná infuze glukózy s inzulínem dle ordinace lékaře. Pacient by měl být zařazen v operačním programu jako první (NOVOTNÁ a kol., 2013)

Predoperační příprava se může lišit dle zvyklostem daného pracovištěm.

4.2 Pooperační péče o Totální endoprotézu kyčelního kloubu

Pacient je bezprostředně po operaci přijat na JIP oddělení, kde zaujímá

polohu na zádech s mírně zvýšenou horní polovinou těla. Operovaná končetina je uložena v anti rotační botě a klín mezi končetinami. (NOVOTNÁ a kol., 2013)
Pacientovi jsou v pravidelných intervalech měřeny fyziologické funkce a kontrola citlivosti končetin při použití epidurální anestézie. Pacient dostává

27
medikaci proti nevolnosti a analgetika, které by měli být vždy podány, než je překročen práh bolesti. Intenzita bolesti je hodnocena podle VAS.

Je nutné, aby se pacient vymočil do 8 hodin po operaci, pokud mu nebyl zaveden permanentní močový katetr. Je sledován celkový stav pacienta, bilance tekutin, prosak operační rány. Při operaci je použit drén, kdy sledujeme odpad v něj množství a vzhled. Pravidelně je prováděn odběr krve a moče. (ČOUPKOVÁ, SLEZÁKOVÁ, 2012)

Musíme dbát na prevenci TEN a to bandáž dolních končetin, léky na ředění krve (Fraxiparin, Clexan, Zibor). Profylaktický jsou pacientovi podávány antibiotika. Antirotací botu má pacient do následujícího dne.

Pacient je první pooperační den přeložen na standardní oddělení. Je proveden kontrolní RTG, srovnávací. Redonův drén je první den po operaci extrahován a převázána operační rána. Následující převazy jsou prováděny podle potřeb.

Pacient je poučen o poloze končetiny, kdy nesmí operovanou končetinu křížit přes zdravou. První pooperační den je u pacienta zahájena rehabilitace, a to nácvik sedu. Další rehabilitační postup stanoví fyzioterapeut a také zdravotní stav pacienta. (NOVOTNÁ a kol., 2013)

Pacientovi jsou kontrolovány fyziologické funkce podle ordinace lékaře. Hygienu pacient provádí s dopomocí ošetrovatelského personálu a následně samostatně. Po celou dobu jsou pacientovi podávány analgetika. Po odstranění močového katétru sledujeme frekvenci močení a zda nemá pacient nějaké potíže při močení.

Po operaci pacient setrvává na standardním oddělení 7 dní a následně je přeložen na rehabilitační oddělení. Po 10-14 dnech jsou pacientovi odstraněny stehy, pokud nejsou žádné komplikace. (NOVOTNÁ a kol., 2013)

Pro pacienta je nejvíce vhodné po hospitalizaci podstoupit lázeňskou léčbu. Pacienta poučíme o péči o jizvu a také vhodném domácím režimu.

Po dobu 6 týdnů od operace je končetina bez zátěže následných 6 týdnů pouze na polovinu váhy pacienta. Pacient pokračuje v rehabilitaci a dodržuje opatření proti luxaci. Zátěž operované končetiny vždy určí lékař a to na

28
pravidelných kontrolách. Po 3 měsících většinou pacienti odkládají berle. (JANDOVÁ, KUBÍČEK, VESELÁ, 2017)

4.3 Rehabilitace pacienta

Hlavním cílem je včasná vertikalizace pacienta po operaci.

První pooperační den pacient provádí dechová cvičení, pasivní i aktivní cvičení. Pacient je poprvé s klínem mezi kolena pod dohledem fyzioterapeuta posazen. S pomocí se pacient otáčí na zdravý bok s klínem. Cvik, který může pacient během dne provádět samostatně je vleže na zádech. Ruce má podél těla a pacient přitahuje špičky k sobě a propne kolena. V této poloze pacient setrvává 10 vteřin. Další cvik je, kdy pacient střídavě krčí končetiny v kolenu. (KOKÁŘ, C2009)

Druhý den po operaci je pacient vertikalizován. Začíná s nácvikem chůze s 2 podpažními berlemi. Pro některé pacienty jsou lepší francouzské berle. Pacient nedošlapuje na operovanou končetinu. (KOUDELA, 2004)

Fyzioterapeut naučí pacienta další cvik. Pacient leží na zádech, horní končetiny má položené podél těla, pokrčí dolní končetiny a operovanou dolní končetinu natáhne před sebe, propne koleno a přitáhne špičku. Cvik by měl pacient opakovat dvakrát a to každou hodinu. (LEVITOVÁ, HOŠKOVÁ, 2015)

Třetí den po operaci by měl pacient zvládat chůzi samostatně po pokoji.

Týden po operaci pacient nacvičuje chůzi po schodech. Po schodech nahoru jde první neoperovaná končetina poté operovaná končetina a na závěr berle. Ze schodů dolů jdou první berle poté operovaná končetina a jako poslední neoperovaná končetina. (SOSNA, JAHODA, POKORNÝ, 2003)

Pacient je přeložen na rehabilitační oddělení, kde intenzivně cvičí. Dále je propuštěn do domácího ošetření, pokud chodí samostatně o francouzských berlích. V rámci následné rehabilitační léčby je vhodná lázeňská léčba, pokud tak nenastane hned po propuštění pacienta, měl by docházet na ambulantní rehabilitaci. Kdy fyzioterapeut kontroluje, zda pacient provádí všechny cviky správně.

29

Pacient také dochází na ergoterapii, kdy se učí správně provádět denní aktivity jako je oblékání ponožek, bot, hygienu a oblékání oblečení.

Pacient je opakovaně poučen o režimovém opatření, aby nedošlo k luxaci kyčelního kloubu. Pacient nesmí sedat na nízké židli a sedačku, kdy kyčel nesmí jít před 90°. Pokud má pacient nízkou židli musí použít podsedák. Nesmí křížit dolní končetiny. Při ležení na zádech nesmí být špička vytáčená ven. Vždy musí špička směřovat vzhůru.

Při polohování musí mít pacient vždy klín mezi kolena a nesmí si lehat na operovanou končetinu. (SOSNA, JAHODA, POKORNÝ, 2003)

Po operaci nemůže pacient řídit auto, to může až po 3 měsících. Pokud jede, jako spolujezdec po operaci musí mít pacient podsedák.

Ke sportu se pacient vrací po 6 měsících od operace. Jsou pacientovi doporučeny lehké rekreační sporty a to plavání, jízda na kole a Nordic walking.

30

5. OŠETŘOVATELSKY PROCES O PACIENTA PO TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZE KYČLE

Ošetřovatelský proces je vypracován u pacientky, které byla implantována totální endoprotéza kyčelního kloubu. Pacientka byla hospitalizovaná na ortopedicko-traumatologickém oddělení v Prostějovské nemocnici. Pacientka byla hospitalizována od 23. 2. 2022 do 7. 3. 2022. Základní informace o pacientce jsou získané z lékařské a ošetřovatelské dokumentace, rozhovoru s pacientkou a také pozorováním pacientky při péči o ní. Časová data a identifikační údaje pacientky byly změněny z důvodu dodržování díkce platné národní a evropské legislativy vztahující se k ochraně osobních údajů. (NĚMCOVÁ a kol., 2018)

Veškeré informace o pacientce jsme vypracovali anamnézu podle modelu Marjory Gordonové.

Pacientka, paní X. Y., souhlasila se sběrem informací a následným použitím v bakalářské práci.

5.1 Identifikační údaje pacienta

Jméno, příjmení: X. Y.

Pohlaví: žena

Věk: 83 let

Stav: vdaná

Vzdělání: středoškolské

Zaměstnání: starobní důchodce, dříve administrativní pracovnice

Zdravotní pojišťovna: 201

Datum přijetí: 23. 2. 2022

Datum propuštění: 7. 3. 2022

Typ přijetí: akutní

31

Oddělení: Ortopedicko - traumatologické

Důvod přijetí pacientky:

„Dnes spadla, přisedla si levou dolní končetinu v kolenu, nyní velká bolest od kyčle až po koleno“.

5.2 Anamnéza pacienta

Rodinná anamnéza

Matka pacientky se léčila pro Ca prsu, umřela v 75 letech. Otec byl zdravý, umřel v 92 letech. Pacientka má jednu sestru, léčena pro Ca štítné žlázy.

Pacientka má jednoho syna a dceru. Dcera léčena pro hypotyreózu. Syn se s ničím neléčí, prodělal jen běžné dětské nemoci.

Osobní anamnéza

Stp. TTE pro cystickou strumu 1/2007, histologický koloidní struma, na

substituční léčbě, klinicky eufunkce, lab. eufunkce, hypotyreóza

2/2005 impl. TEP coxae I. dx

HN, kolísavé hodnoty TK

Sociální anamnéza

Pacientka žije s rodinou ve více generačním domě. S dětmi pacientka vychází dobře, velmi často se navštěvují, tráví spolu mnoho času. Pacientka si ráda čte a chodí s manželem na procházky. Pacientka má domácího mazlíčka psa. V době, kdy byla pacientka hospitalizovaná, nebyla možnost, aby jí rodina navštívila. Proto několikrát denně si s pacientkou rodina telefonovala.

32

Pracovní anamnéza

Pacientka pracovala jako administrativní pracovnice, nyní je ve starobním důchodě.

Alergologická anamnéza

Pacientka udává alergii na trávy. Polákovou alergii neudává.

Tabulka 1 Farmakologická anamnéza

Název léku Forma Síla Dávkování Skupina

Letrox tbl. 100 mg 1-0-0 Po-St Hormony

štítné žlázy

Letrox tbl. 50 mg 1-0-0 Ct-Ne Hormony

štítné žlázy

Magnesii

lactici

tbl. 0,5 g 0-1-0 Minerály a

stopové prvky

Zdroj: zdravotnická dokumentace

Gynekologická anamnéza

Pacientka prodělala dva porody, potraty neudává.

Abúzus

Pacientka nekouří, alkohol udává příležitostně. Kávu pije pravidelně.

Závislost na lécích a drogách neguje.

Spirituální anamnéza

Pacientka není žádného vyznání.

5.3 Fyziologické funkce při příjmu

Tlak krevní: 150/85 mmHg

Puls: 70/min

Dýchání: 18/min, pravidelné

Tělesná teplota: 36,5 °C

33

Stav vědom: orientovaná

Řeč, jazyk: srozumitelná

Výška: 163 cm

Hmotnost: 68 kg

BMI: 25,5

Pohyblivost: není schopná pohybu

Krevní skupina: A +

Orientace místem: orientovaná

Orientace časem: orientovaná

Orientace osobou: orientovaná

5.4 Fyzikální vyšetření

Pacientka spolupracuje, je orientovaná místem i časem. Pacientka nejeví poruchy vědomí, zornice reagují na osvit.

Hlava a krk

Normocefalická. Nos symetrický bez známek traumatu, bez výtoků

sekrece. Spojivky růžové, skléry bílé. Bulvy ve středovém postavení. Jazyk plazí středem, růžový bez povlaku. Chrup na horní čelisti zachován, na dolní čelisti zubní protéza. Štítná žláza na pohmat zvětšená. Krční žíly bez náplně.

Hrudník

Hrudník symetrický bez deformity. Poklep plný. Dýchání čisté sklípkovité bez známek dusnosti, bez vedlejších fenoménů. Dechová frekvence 18/min.

Saturace O₂ - 97 % bez aplikace O₂. Srdeční akce pravidelná, pulz 70/min.

Horní končetiny

Volně pohyblivé, nebolestivé, bez známek traumatických změn.

Břicho

Břicho měkké, nebolestivé, volně prohmatné. Peristaltika normální. Játra nezvětšená, slezina nehmatná.

34

Páteř

Nebolestivá bez známek traumatických změn.

Dolní končetiny

Pravá dolní končetina bez omezení pohybu. Levá dolní končetina s vnitřní rotací ve zkratu. Aktivní pohyb končetiny nemožný. Dolní končetiny bez edému a otoků.

Kůže

Kožní kryt v oblasti levé kyčle bez porušené integrity bez hematomu. Kůže růžová. Na pravé dolní končetině zhojená jizva. Kůže bez jiných známek porušené integrity.

5.5 Posouzení pacienta ze dne 24. 2. 2022

Podpora zdraví

Pacientka je informována o svém zdravotním stavu. Pacientka věří, že je její zdravotní stav dočasný a že se v brzké době vrátí do běžných denních aktivit, které doteď zvládala. Nejvíce se těší, až bude moci jít na procházky s manželem a pejskem. Pacientka vždy chodila pravidelně na preventivní prohlídky a také vedla k tomu své děti. Pacientka byla v minulosti hospitalizovaná, ale tentokrát je to jiné z důvodů, že pacientku nemůže navštívit rodina. Čas pacientka tráví čtením knih a díváním na televizi. Pacientka nikdy nekouřila, alkohol užívá příležitostně, a to na rodinných oslavách.

Ošetrovatelský problém: nezjištěn

Priorita: žádná

Výživa

Pacientka má racionální stravu. Výška pacientky je 163 cm a váha 68 kg, index tělesné hmotnosti je 25,5. Pacientka nikdy nedržela žádnou dietu, snaží se jíst pestrou stravu. Pitný režim dodržuje, minimálně denně vypije 2,5 litru, nyní pociťuje, že pije méně, než je zvyklá. Denně vypije 3 hrnky kávy s mlékem a cukrem. Ztrátu hmotnosti ani chuti k jídlu pacientka nepociťuje. Běžně pacientka přijímá 4 jídla denně, nyní má pouze 3 jídla. Rodina pacientce donáší čerstvé i kompotované ovoce.

35

Ošetrovatelský problém: Nadváha

Priorita: nízká

Měřicí technika: Body Mass Index

Vylučování a výměna

Pacientka udává, že má problémy s únikem moči, používá inkontinenční pomůcky. Při přijetí na oddělení, byl pacientce zaveden permanentní močový katetr. Z důvodů zhoršené pohyblivosti byl pacientce ponechán do 5 dne od operace. Po extrahování nepociťovala pacientka žádné obtíže, močí spontánně. Pacientka chodí na stolici pravidelně jedenkrát denně. Stolica je normálního tvaru a množství, bez příměsí krve či hlenu.

Ošetrovatelský problém: inkontinence moči

Priorita: nízká

Aktivita - odpočinek

Běžné denní aktivity pacientka zvládala samostatně nebo s pomocí manžela či rodiny. Nyní je po operaci pohybově omezena, a tak po boku fyzioterapeutky nacvičuje chůzi s francouzskými berlemi. Samostatně chůzi zatím nezvládá, vždy chodí s doprovodem ošetrovatelského personálu. Hygienu zvládá samostatně na lůžku, pro operační ránu se nemůže zatím sprchovat.

Pacientka udává problémy se spánkem, večer usíná kolem 23 00

hodině

a probouzí se kolem 04 00

, poté už nemůže usnout. V průběhu spánku se budí

pro nutnost použití toalety. Po probuzení se necítí odpočínutě. Během hospitalizace, občas pacientka spí i během odpoledne.

Ošetrovatelský problém: Nedostatek spánku, narušená tělesná pohyblivost, dopomoc při koupání

Priorita: střední

Měřicí technika: test Barthelové - vysoká závislost - 25 bodů

36

Percepce/ kognice

Pacientka se po operaci cítí dobře, pouze po cvičení s fyzioterapeutkou se cítí unaveně. Bolesti mívá především večer, po podání analgetik bolest ustoupí. Pacientka dodržuje léčebný režim. Aktivně se ptá jak bude pokračovat léčebný režim. Pacientka používá brýle na čtení, pravidelně dochází na preventivní prohlídky k očnímu lékaři. Sluch má pacientka v pořádku, komunikační problémy nemá.

Ošetrovatelský problém: nezjištěn

Priorita: žádná

Sebepercepce

Pacientka se vnímá jako optimistka. Před operací měla strach, aby vše dobře dopadlo a mohla se vrátit k rodině. Ráda by po propuštění z Rehabilitačního oddělení absolvovala lázeňskou léčbu, aby se mohla plně vrátit do běžného denního režimu, na který byla zvyklá před úrazem.

Ošetrovatelský problém: nezjištěn

Priorita: žádná

Vztahy mezi rolemi

Pacientka je ve starobním důchodě, dříve pracovala jako administrativní pracovnice. Pacientka žije s manželem a rodinou ve více generačním domě. S vnoučaty tráví mnoho času, s manželem je doprovází na volnočasové aktivity. Pacientka se ráda seznamuje s novými lidmi. I se spolu pacientkami si velmi rozumí a mají mnoho témat k rozhovoru.

Ošetrovatelský problém: nezjištěn

Priorita: žádná

Sexualita

S manželem neměli nikdy žádné obtíže. Pacientka se na toto téma nechce nadále zaměřovat.

Ošetrovatelský problém: nezjištěn

37

Priorita: žádná

Zvládání zátěže/ tolerance stresu

Pacientka má největší strach o rodinu. Vždy, když má strach, mluví s rodinou, aby se pacientky obavy zmenšily. Z operace měla pacientka obavy, nyní však vidí, jak se každý den zlepšuje v chůzi. Ošetřující lékař i zdravotnický personál pacientku moc chválí, a to pacientku nejvíce motivuje.

Ošetrovatelský problém: Strach

Priorita: nízká

Životní principy

Pacientka má na prvním místě v životních hodnotách rodinu a zdraví.

Pacientka se snaží dodržovat zdravý životní styl, aby byla co nejdéle soběstačná a nápomocná pro svou rodinu. Ráda by viděla vyrůstát pravnouče, které se má zanedlouho narodit.

Pacientka je ateistka, víru ve svém životě nepovažovala nikdy za nutné, vždy když řešila nějaký problém, musela si jej vyřešit sama s rodinou.

Ošetrovatelský problém: nezjištěn

Priorita: žádná

Bezpečnost/ochrana

Edukaci o riziku pádu pacientka chápe. Rodina pacientce donesla vhodnou obuv, vždy když pacientka bude potřebovat na toaletu nebo se projít použije signalizační zařízení. Místem a časem je pacientka orientovaná, zhoršená paměť se u pacientky neprojevuje. Pacientce byl zaveden permanentní močový katetr při příjmu.

Ošetrovatelský problém: riziko pádu, zavedený PŽKa PMK

Priorita: střední

Měřicí technika: modifikovaná škála

38

Komfort

Nejlépe se pacientka cítí s rodinou ví, že je její zdravotní stav přechodný a udělá vše, proto aby se co nejdříve vrátila k rodině. Bolesti operované končetiny jsou snesitelné, analgetika jsou dostačující. Pouze na noc si nechá aplikovat injekční analgetika. Pacientce pouze nevyhovuje postel, která je podle pacientky proležela. Pacientka se během dne cítí dobře, navazuje kontakty s personálem a také s pacientkami.

Ošetrovatelský problém: Akutní bolest, operační rána, sociální izolace

Priorita: střední

Měřicí technika: Numerická škála bolesti

Růst/vývoj

Pacientka udává, že se normálně vyvíjela. Stárnutí bere jako součást životního cyklu. S pamětí nemá pacientka problémy. BMI (index tělesné hmotnosti) je 25,5 - nadváha.

Ošetrovatelský problém: nezjištěn

Priorita: žádná

5.6 Medicínský management

Ordinované vyšetření

RTG kyčle I. sin, kyčlí srovnávací, L femuru a kolene

EKG vyšetření

Sinus, rytmus, v začátku záznamu rušený nečetnými KPS, f=75/min.,

levotyp, čas. Int. V normě, ploše neg. T3. Křivka bez lož. ischemie

RTG vyšetření

RTG S+P (23. 2. 2022) - plicní parenchym senilního vzhledu, bez infiltrací, bez ložiskových změn. srdeční stín nerozšířen. Bez známek městnání v MO. Kontury bránice hladké, zevní C F úhly volné.

39

RTG kyčle (23.2.2022) - fr. colli femoris I. sin - mediocervicalis dislocata

Laboratorní vyšetření

Odběry provedeny 23. 2. 2022 - při příjmu

Leukocyty - 5,58 10⁹

/l (4,00-10,00)

Erytrocyty - 5,26 10¹²

/l (3,80-5,20)

Hemoglobin - 121 g/l (120,0-160,0)

Hematokrit - 0,459 % (0,350-0,470)

Trombocyty - 245 10⁹

/l (15000) y

Sodík - 139 mmol/l (136-145)

Draslík - 4,2 mmol/l (3,5-5,1)

Chloridy - 102 mmol/l (98-107)

U r e a - 3 , 8 mmol/l (3,1-8,0)

Kreatinin - 76,0 umol/l (45,0-84,0)

Glukóza - 5,6 mmol/l (3,5-5,6)

Bilirubin-11,9 umol/l (0,0-21,0)

ALT - 0,47 ukat/l (0,17-0,58)

AST - 0,53 ukat/l (0,17-0,60)

G G T - 0 , 3 7 ukat/l (0,10-0,70)

CRP - 8,3 mg/l (0,00-5,00)

TS H - 1,28 mU/l (0,27-4,20)

Q U I C K - I N R - 0 , 9 9 (0,80-1,20)

A P T T - 4 4 , 4 (15-40)

Dieta

3 - racionální

Kategorie

4 - Imobilní, nesoběstačný

Tabulka 2 Medikamentózní léčba

Název léků Aplikace Síla Dávkování Léková skupina

Controloc Intravenózní 40 mg 8:00-20:00 Inhibitor

40

- i. v. protonové pumpy

Degan Intravenózní

- i. v.

1

ampule

8:00-20:00 Antiemetika

Letrox Tableta - tbl 100 mg 1 -0-0 Po-St Hormony štítné

žlázy

Letrox Tableta - tbl 50 mg 1-0-0 Ct-Ne Hormony štítné

žlázy

Magnesii lactici Tableta - tbl 0,5 g 0-1-0 Minerály a

stopové prvky

Paralen Tableta - tbl 500 mg 2-2-2 Antipyretika

Novalgín Intravenózní

- i. v.

2 ml 1 10 0

-170 0

-

2 3 0 0 _ 5 0 0

Analgetika

Dipidolor Subkutánní s.

c.

15 mg Při VAS > 3,

max ä 8 hod

Opiáty

Fraxiparine Subkutánní s.

c.

0,6 ml 8:00 Nízkomolekulární

hepariny

(LMWH)

Zdroj: zdravotnická dokumentace

Tabulka 3 Premedikace

Název léků Aplikace Síla Dávkování Léková

skupina

Ampicilin/sulbactam Intravenózní

- i. v.

2 g/1 g S premedikací Antibiotikum

Isolyte Intravenózní

- i. v.

1000 ml goo _| 200 Elektrolyty

Dipidolor Subkutánní s.

c.

15 mg Na pokyn

ARO

Opiáty

Lexaurin Tableta - tbl. 3 mg 7 0 0

hod Anxiolytikum

Zdroj: zdravotnická dokumentace

41

5.7 Situační analýza ke dni 24. 2. 2022

Pacientka přijata dne 23. 2. 2022 v 6:10 hod, ve věku 83 let. Pacientka

byla přijata na ortopedicko-traumatologické oddělení pro fr. colli femoris l.sin.

Pacientka byla indikována k operačnímu výkonu TEP coxae I. sin Při příjmu

byly pacientce změřeny fyziologické funkce: tlak krevní 150/85 mmHg, pulz

70/min, tělesná teplota 36,4 °C. Pacientka je lucidní, orientovaná místem

i časem. Při překladau na lůžku je velmi bolestivá. Pacientce byla zavedena

periferní žilní kanyla a permanentní močový katetr. Pacientka byla edukována

o předoperačním lačnění, prevenci pádu. Chuť k jídlu nemá, pouze žízeň. Pacientka byla vyšetřena interním lékařem a anesteziologickým lékařem. Při anesteziologickém vyšetření byla pacientce nabídnuta epidurální anestézie, kterou přijala.

Dne (druhý den) v 9:15 byla pacientka přeložená z jednotky intenzivní péče. Pacientka spolupracovala při překladi na lůžko. Dále byl pacientce proveden kontrolní RTG levého i pravého kyčelního kloubu - srovnávací RTG snímek. Podle doporučené péče byl pacientce extrahován Redonův drén na aktivní sání a proveden převaz operační rány, která je klidná, bez prosaku. Pacientka edukována o polohování a používání klínu mezi dolními končetinami. V 10:15 pacientka s fyzioterapeutkou posazená. Podle laboratorních hodnot byl pacientce zjištěn nízký hemoglobin. Lékař indikoval transfúzni přípravek. Pacientce vykapal jeden transfúzni přípravek, bez reakce. Po vykapání transfúzního přípravku byly pacientce změřeny fyziologické funkce, tlak krevní 115/72 mmHg a pulz 75/min.

Pacientka toleruje tekutiny a stravu - dieta č. 5 bezzbytková.

Tabulka 4 Hodnocení rizika dekubitů

Položka Hodnocení Body

Spolupráce Upíná 4

Věk Více jak 60 let 1

Stav pokožky Suchá 1

Přidružené onemocnění Anémie, kachexie,
trombóza, obezita

2

42

Fyzický stav Zhoršený 3

Stav vědomí Bdělý 4

Aktivita Leží 1

Mobilita Velmi omezená 2

Inkontinence Převážně moč 2

Zdroj: zdravotnická dokumentace

Celkem: 20 bodů

Interpretace: Střední riziko

Tabulka 5 Riziko pádu

Položka Hodnocení Body

Pohyb Potřebuje pomoc

k pohybu

2

Vyprazdňování Vyžaduje pomoc 3

Medikace Užívá léky 1

Smyslové poruchy Žádné 0

Mentální status Orientován 0

Věk 66 a více 1

Pád v anamnéze Ano 1

Zdroj: zdravotnická dokumentace

Celkem: 8 bodů

Intepretace: Riziko pádu

Tabulka 6 Hodnocení nutričního stavu

Položka Hodnocení Body

Nelze změřit a zvážit NE

Nelze získat informace NE

Věk Nad 75 let 2

BMI 25,5 0

Ztráta hmotnosti Žádná 0

43

Jídlo za posl. 3 týdny Beze změn v množství 0

Projevy nemoci Žádně 0

Faktor stresu Střední 1

Zdroj: zdravotnická dokumentace

Celkem: 3 body

Interpretace: bez rizika

Tabulka 7 Hodnocení závislosti - test Barthelové

Položka Hodnocení Body

Naježení, napití S pomocí 5

Oblékání Neprovede 0

Koupání Neprovede 0

Osobní hygiena Samostatně, s pomocí 5

Kontinence moči Občas inkontinence 5

Kontinence stolice Plně kontinentní 10

Použití WC Neprovede 0

Přesun lůžko - židle Neprovede 0

Chůze po rovině Neprovede 0

Chůze po schodech Neprovede 0

Zdroj: zdravotnická dokumentace

Celkem: 25 bodů

Interpretace: Vysoká závislost

U pacientky byly použity postranní zábrany z důvodů rizika pádu. Pro sledování bolesti byla použita stupnice VAS. Ve 14 hodin byla VAS 4 pacientce byl aplikován Dipidolor 15 mg s. c. s efektem.

44

5.8 Stanovení ošetřovatelských diagnóz a jejich uspořádání podle

priorit ošetřovatelské péče pacientky

Ošetřovatelské diagnózy vypracovány dle NANDA I taxonomie II 2018-2020

(NANDA INTERNATIONAL, 2018)

Akutní ošetřovatelské diagnózy

00132 Akutní bolest

00085 Narušená tělesná pohyblivost

00088 Zhoršená chůze

00044 Narušená integrita tkáně

00148 Strach

00096 Nedostatek spánku

00017 Stresová inkontinence

00108 Deficit sebepéče při koupání

00232 Nadváha

00053 Sociální izolace

Potencionální ošetřovatelské diagnózy

00155 Riziko pádu

00004 Riziko infekce

NARUŠENÁ TĚLESNÁ POHYBLIVOST - 00085

Doména 4. Aktivita a odpočinek

Třída 2. Aktivita/cvičení

Definice

- Omezení nezávislého tělesného pohybu těla či jedné nebo více končetin.

Určující znaky

- Změna chůze

- Omezený rozsah pohybu

45

Související faktory

- Změna integrity struktury kosti

- Snížená svalové síly

- Bolest

Priorita

- Střední

Cíl krátkodobý

- Pacientka se zvládá posadit s dolními končetinami z postele. - do 48

hodin

Cíl dlouhodobý

- Pacientka zvládá chůzi s doprovodem personálu po pokoji. - do 5 dnů

Očekávané výsledky

- Pacientka se aktivně zapojuje do rehabilitace - do 48 hodin

- Pacientka používá francouzské berle - do 72 hodin
- Pacientka rozumí riziku pádu - do 1 hodiny
- Pacientka pro pohyb mimo lůžko vždy kontaktuje personál - do 30 min
- Pacientka se aktivně polohuje v lůžku samostatně - do 24 hod

Plán ošetřovatelských intervencí

1. Edukuj pacientku o polohování - všeobecná sestra - do 1 hodiny
2. Edukuj pacientku o antiluxačním režimu - všeobecná sestra, fyzioterapeut - do 1 hodiny
3. Aktivně pobízej pacientku k pohybu - všeobecná sestra - do 1 hodiny
4. Zapojuj pacientku do sebepečce - všeobecná sestra, ošetřovatelka - do konce hospitalizace
5. Zajisti kompenzační pomůcky pro pacientku - všeobecná sestra - do 30 min
6. Posud' schopnost chůze pacientky - všeobecná sestra - do 4 dnů
7. Všechny pohybové aktivity zaznamenej do ošetřovatelské dokumentace - všeobecná sestra, fyzioterapeut - pravidelně

46

Realizace 24. 2. 2022

Při přijetí byl pacientce proveden test Barthelové. Pacientce byla vypracována rehabilitační karta. Pacientka byla edukována o riziku pádu. Pacientce byly doporučeny francouzské berle k chůzi. Pacientka se aktivně zapojuje do rehabilitace.

Hodnocení 7. 3. 2022

Krátkodobý cíl byl splněn podle stanoveného časového plánu. Cíl dlouhodobý byl splněn, pacientka zvládá chůzi s doprovodem o francouzských berlích. Všechny ošetřovatelské intervence byly zaznamenány do ošetřovatelské dokumentace.

NEDOSTATEK SPÁNKU - 00096

Doména 4.Aktivita/ Odpočinek

Třída 1. Spánek /odpočinek

Definice

- Delší období bez spánku (přetrvávající přirozená, periodická narušení relativního vědomí).

Určující znaky

- Ospalost

- Únava

Související faktory

- Posunutá spánková fáze související s věkem

Priorita

- Střední

47

Cíl krátkodobý

- Pacientka bude znát postupy pro zlepšení kvality spánku - spánková hygiena. - do 72 hodin

Cíl dlouhodobý

- Pacientka bude mít zlepšenou kvalitu spánku. - do 1 týdne

Očekávané výsledky

- Pacientka udává zlepšení odpočinku a spánku - do 1 týdne

- Pacientka bude dodržovat spánkovou hygienu - do týdne

- Pacientka se bude cítit po spánku odpočinutě - po 3 dnů

Plán ošetřovatelských intervencí

1. Proved' úpravu lůžka pacientky před spánkem - všeobecná sestra - 1x denně
2. Zajisti dobré ovzduší k místnosti - všeobecná sestra - 1x denně
3. Zajisti vhodné osvětlení v místnosti - všeobecná sestra - 1x denně
4. Sleduj délku spánku u pacientky - všeobecná sestra - 1x denně
5. Zajisti dostatečné denní aktivity pro pacientku - všeobecná sestra, fyzioterapeutka - 3x denně
6. Všechny ošetřovatelské intervence jsou zaznamenány do dokumentace - všeobecná sestra - pravidelně

Realizace 24. 2. 2022

Pacientka byla ráno po probuzení nevyspalá. Ošetřující lékař byl informován o nespavosti pacientky, proto byl pacientce předepsán Diazepam 10mg. Pacientka je poučena o možnosti medikace.

Hodnocení 7. 3. 2022

Pacientka při propuštění používá nové zvyky pro lepší kvalitu spánku. Pokud pacientka nemůže usnout, opakuje všechny doporučené postupy. Když se pacientce i přesto nedaří usnout, požádá o medikaci. Pacientce se zlepšil spánek. Všechny ošetřovatelské intervence byly zaznamenány do dokumentace. Krátkodobý i dlouhodobý cíl byl splněn.

48

RIZIKO INFEKCE - 00004

Doména 11. Bezpečnost /ochrana

Třída 1. Infekce

Definice

- Náchylnost k napadení a množení se patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví.

Rizikové faktory

Invazivní postupy

- Změna integrity tkáně

- Snížený hemoglobin

Priorita

- Střední

Cíl krátkodobý

- Pacientka je edukována o zavedení PMK a známky infekce, způsobené

P M K - d o 3 hodin

Cíl dlouhodobý

- Pacientka neudává známky infekce - po dobu zavedení PMK

Očekávané výsledky

- Pacientka informuje personál o potížích po zavedení PMK - ihned

- Pacientka je srozuměna se známkami infekce - do 2 hodin

- Pacientka je informována o pitném režimu - do 1 hodiny

- Pacientka neudává žádné známky infekce - po dobu zavedení PMK a po

jeho vyndání

Plán ošetřovatelských intervencí

1. Edukuj pacientku o zvýšené hygieně v oblasti genitálu - všeobecná

sestra - do 1 hodiny

49

2. Zajisti dostatečnou hydrataci pacientce - všeobecná sestra,

ošetřovatelská - vždy

3. Edukuj pacientku o známkách infekce - všeobecná sestra - do 2 hodin

4. Edukuj pacientku o nutnosti informování personálu při známkách infekce

- všeobecná sestra - ihned

5. Všechny ošetřovatelské intervence jsou zaznamenány do dokumentace

- všeobecná sestra - pravidelně

Realizace 24. 2. 2022

Pacientka byla při zavedení permanentního močového katétru informována o známkách infekce (pálení, řezání, bolest, horečka) a s nutností ihned kontaktovat personál. Pravidelně byla kontrolována moč (barva, příměsi v moči a zápach). Pacientka dodržovala pravidelný pitný režim.

Hodnocení 7. 3. 2022

Krátkodobý cíl byl splněn pacientka, byla informována o zavedení PMK a známkách infekce. Dlouhodobý cíl byl splněn, pacientka neudávala známky infekce po zavedení PMK a ani po vyjmutí.

5.9 Zhodnocení ošetřovatelské péče 7. 3. 2022

Pacientka ve věku 83 let, byla akutně přijata 23. 2. 2022. Pacientka byla přijata pro frakturu colli femoris I. sin. na akutní traumatologické ambulanci byli pacientce provedeny krevní odběry. Po provedených všech nutných předoperačních vyšetření byla indikována k operačnímu výkonu.

Implantace totální endoprotézy kyčelního kloubu proběhla bez komplikací.

Po operaci byla pacientka bezprostředně přeložena na jednotku intenzivní péče. Pacientce byla na J IP v pravidelných intervalech měřeny fyziologické funkce a podávány léky dle ordinace lékaře.

Dne 24. 2. 2022 byla pacientka přeložena na standartní oddělení.

Pacientka byla informována o zdravotním stavu a následné rehabilitaci od ošetřujícího lékaře.

50

Ošetrovatelská péče u pacientky po TEP kyčelního kloubu byla realizována dle modelu Marjory Gordon a ošetrovatelské diagnózy byly formulovány podle NANDA I Taxonomie II, 2018-2020. U pacientky bylo stanoveno celkem 12 ošetrovatelských diagnóz. U dvou akutních a jedné potencionální ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny krátkodobé a dlouhodobé ošetrovatelské cíle, které byly ke dni 7. 3. splněny.

Pacientka byla po celou dobu hospitalizace lucidní, orientovaná a aktivně spolupracovala s personálem. Velkou motivací bylo pro pacientku, co nejdříve se sejít s rodinou.

Pacientka byla 7. 3. 2022 přeložena na Rehabilitační oddělení.

51

6. DISKUZE

Bakalářská práce je zaměřená na Ošetrovatelskou péči o pacienta po Totální endoprotéze kyčle. Kazuistika bakalářské práce popisuje pacientku, které byla diagnostikovaná fraktura colli femoris l.sin. Pacientka byla indikovaná k operačnímu řešení TEP kyčelního kloubu. Pacientce byly provedeny všechny predoperační vyšetření, které doporučili pacientce epidurální anestézie.

Po operaci byla pacientka bezprostředně přeložena na jednotku intenzivní péče, následující den byla přeložena na standardní oddělení. Hned po překladu pacientka zahájila rehabilitaci s fyzioterapeutkou. Pacientka udávala bolest v oblasti operační rány, kdy byli podány analgetika dle ordinace lékaře, které pacientce zabíraly. Pacientka zvládala používat polohovací klín a také zvládala techniku chůze o francouzských berlích. V průběhu léčby se u pacientky zlepšila kvalita spánku.

V průběhu léčby nebyly u pacientky zjištěny žádné komplikace. Pacientka byla informována o možnostech lázeňské péče, kterou velmi ráda podstoupí.

52

7. DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Péče o pacienta po totální endoprotéze kyčelního kloubu je náročná z mnoha směrů. Pacient, ale i zdravotnický personál musí být řádně edukován o možných komplikacích.

Některé komplikace můžou být pro pacienta velmi závažné a prodloužit dobu léčení. Proto by měl pacient dbát na doporučení ošetřujícího lékaře a neuspěchat léčebný režim.

Pacient, který je indikován k implantaci TEP kyčle, musí být řádně poučen a motivován pro následnou rehabilitaci, která je velice nutná. S rehabilitací začíná pacient hned následující pooperační den. Pacient by měl používat po celou dobu polohovací klín a chodit s kompenzační pomůckou, která byla pacientovi před operací doporučena.

Pro následnou rehabilitaci může pacient využít lázeňskou léčbu, která je v České republice velmi rozšířená.

Pro pacienta je důležitá podpora rodiny a vytvoření bezpečného domácího prostředí. Pacient by měl v domácnosti využívat protiskluzové podložky, mít vyvýšené sedací plochy, které je možné kompenzovat podsedáky.

Po operaci je pacient zván na pravidelné kontroly, které je vhodné dodržovat ve stanovených časových intervalech.

53

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se věnuje totální endoprotéze kyčelního kloubu. Implantace kyčelního kloubu je nejčastější operační výkon v ortopedii. Cílem teoretické části bakalářské práce bylo popsat totální endoprotézu kyčelního kloubu a specifika ošetrovatelské péče o pacienta po totální endoprotéze kyčelního kloubu pro zlomeninu krčku femuru.

V teoretické části byla popsána anatomie kyčelního kloubu, historie TEP, druhy implantátu, indikace, kontraindikace, komplikace při implantaci TEP. Dále je zde popsána zlomenina krčku femuru, její rozdělení, diagnostika a léčba. Při specifické ošetrovatelské péči byla popsána predoperační příprava, pooperační péče a stěžejní rehabilitace. Stanovené cíle bakalářské práce byly splněny s pomocí dostupné odborné literatury.

Cílem praktické části bakalářské práce bylo vypracovat ošetrovatelský proces u pacienta po totální endoprotéze kyčelního kloubu. U pacientky ve věku 83 let byla stanovena lékařská diagnóza zlomenina krčku femuru k operačnímu výkonu - implantace totální endoprotézy kyčelního kloubu. Ošetrovatelský proces byl vypracován podle modelu Marjory Gordon. Celkem bylo zjištěno 14 ošetrovatelských diagnóz. Byla použita NANDA I taxonomie II 2018-2020. Následně byly tři ošetrovatelské diagnózy podrobně vypracovány a stanovené krátkodobé a dlouhodobé cíle. Součástí práce bylo zhodnocení ošetrovatelské péče.

Cíle bakalářské práce stanovené v Úvodu byly splněny.

54

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BEZNOSKA. Totální endoprotéza kyčelního kloubu české kvality Beznoska, s. r. o. [online]. Beznoska s.r.o. [cit. 17. 2. 2022]. Dostupné z:

<https://www.beznoska.cz/totalni-endoproteza-kycelniho-kloubu/>

ČIHÁK, Radomír, 20\6. Anatomie. Třetí, upravené a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3817-8.

ČOUPKOVÁ, Hana a Lenka SLEZÁKOVÁ, 2012. Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy. 2., dopl. vyd. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-3602-0.

DOUŠA, Pavel, Tomáš PEŠL, Valér DŽUPA a Martin KRBEC, 2021. Vybrané kapitoly z ortopedie a traumatologie pro studenty medicíny. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. Učební texty Univerzity Karlovy. ISBN 978-80-246-4828-6.

DUNGL, Pavel a kol., 2014. Ortopedie. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4357-8.

DUNGL, Pavel, Jiří CHOMIAK, Jan VACULÍK a Radovan KUBEŠ, 2013. Problematika degenerativních onemocnění kyčelního a kolenního kloubu, podíl osteoporózy na těchto onemocněních. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. ISBN 978-80-87023-21-1.

DYLEVSKÝ, Ivan, 2016. Základy funkční anatomie člověka I. 2. upravené vydání. Praha: Vysoká škola tělesné výchovy a sportu Palestra, spol. s r.o. ISBN 978-80-87723-27-2.

FN Motol, 2012. Fakultní nemocnice v Motole, [online]. Fakultní nemocnice v Motole. [cit. 2022-01-15]. Dostupné z:

<https://www.fnmotol.cz/ambulance/informace-k-hospitalizaci/autotransfuzi/#1>

GALLO, Jiří, 2011. Ortopedie pro studenty lékařských a zdravotnických fakult. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Učebnice. ISBN 978-80-244-2486-6.

HART, Radek, 2001/1. Alopplastika kyčelního kloubu - cementované a necementované protézy. Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře. Roč. 3. ISSN 1212-4184.

HOZA, Petr, 2008. Zlomeniny proximálního femuru a jejich řešení, [online], [cit. 2022-01-15]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2008/10/12.pdf>

JANDOVÁ, Dobroslava, Miroslav KUBÍČEK a Irma VESELÁ, 2017. Léčebná rehabilitace v ortopedii a revmatologii. Praha: Raabe, Rehabilitační a fyzikální terapie. ISBN 978-80-7496-312-4.

JANÍČEK, Pavel, 2007, c2001. Ortopedie. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-4429-6.

KOLÁŘ, Pavel, c2009. Rehabilitace v klinické praxi. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-657-1.

KOUDELA, Karel, 2004. Ortopedie. Praha: Karolinum. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0654-2.

LANDOR, Ivan, c2012. Revizní operace totálních náhrad kyčelního kloubu.

Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-254-4.

LEVITOVÁ, Andrea a Blanka HOŠKOVA, 2015. Zdravotně-kompenzační cvičení. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4836-8

MATOUŠ, Miloš, Miluše MATOUŠOVA a Miroslav KUČERA, 2005. Život s endoprotézou kyčelního kloubu. Praha: Grada. ISBN 80-247-0886-8.

HEDRMAN, Heather a Shigemi KAMITSURU,

2020. NANDA INTERNATIONAL

Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace

2018-2020. 11. vydání. Praha:

Grada. ISBN 978-80-271-0710-0.

NETTER, Frank Henry a John T. HANSEN, 2005. Anatomický atlas člověka.

Vyd. 2., rozš. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1153-2.

NOVOTNÁ, Jana a kol., 2013. Péče o pacienta před TEP a po TEP kyčelního kloubu. Sestra. 23(10), 52-53. ISSN

1210-0404.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2020. Skripta k předmětům Výzkum v ošetřovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci.

Páté

vydání. Praha:

Vysoká škola zdravotnická. ISBN

978-80-88249-02-3.

NÝDRLE, Miroslav, 2017. Pochopitelné texty z chirurgie, traumatologie a ortopedie. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-586-0.

RYCHLÍKOVÁ, Eva, 2019. Funkční poruchy kloubů končetin: diagnostika a léčba. 2., doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2096-3.

SEDLÁŘ, Martin, 2017. Zlomeniny proximálního femuru: komplexní péče o pacienta. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-518-7.

SOSNA, Antonín, David JAHODA a David POKORNÝ, 2003. Náhrada kyčelního kloubu: rehabilitace a režimová opatření. Praha: Triton. ISBN 80-7254-302-4

TURNER, Terry, 2021. Výměna kyčle, [online], [cit. 2022-01-15]. Dostupné z: <https://www.drugwatch.com/hip-replacement/>

VOJTAŠŠÁK, Jozef, 2021. Ortopédia pre prax. Bratislava: Herba. Učebnice. ISBN 978-80-8229-006-9.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2015. Velký lékařský slovník. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.

PŘÍLOHY

Příloha A - Kyčelní kloub

Příloha B - Totální endoprotéza kyčelního kloubu

Příloha C - Pipkinova klasifikace

Příloha D - Vancouverská klasifikace

Příloha E - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

Příloha

A - Kyčelní kloub

pohled

ze zevní strany

do otevřeného

kloubu

tacies

acetabuli

carilago aricularis

trochanter

major

caput femoris

Collum femoris

linea

intertrochanterica

ligamentum

capitis femoris

(protnuté)
spina iliaca anterior superior
spina iliaca anterior interior
eminentia iliopubica
labrum acetabuli (vazivová chrupavka)
tukový polštář ve fossa acetabuli
(krytý synoviální membránou)
arteria obturatoria
ramus anterior
ramus posterior
ramus acetabularis
membrána obturatoria
igamentum transversum acetabuli
tuber ischiadicum
trochanter minor

Zdroj: NETTER, HANSEN, 2005, s. 469.

Príloha B - Totální endoprotéza kyčelního kloubu

Zdroj: TURNER, 2021, [online].

Príloha C - Pipkinova klasifikace

Zdroj: PACLÍK, 2021. [online].

Príloha D - Vancouverská klasifikace

Zdroj: DUNGL

a kol., 2014, s. 788.

Príloha E - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

Tímto prohlašuji, že jsem zpracovala údaje

pro praktickou část bakalářské

práce s názvem

Ošetrovatelská péče o pacienta

po TEP kyčle

v rámci studia na

Vysoké škole zdravotnické o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze

dne

Hana Kejíková