

Dariusz Bazaliński^{1,2}, Ewelina Maliborska³, Paweł Więch¹, Izabela Sałacińska¹¹Institut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski²Szpital Specjalistyczny Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny, Brzozów³Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Szpital Miejski im. Jana Pawła II, Rzeszów

Najczęstsze problemy zdrowotne w okresie okołoperacyjnym u osób poddawanych alloplastyce stawu biodrowego

Overview of the most commonly occurred health problems in the perioperative period of total hip arthroplasty

STRESZCZENIE

Wstęp. Alloplastyka jest chirurgiczną metodą leczenia pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawu biodrowego bądź urazem powodującym złamanie szyjki kości udowej. Wystąpienie problemów zdrowotnych w okresie okołoperacyjnym stanowi wspólny obszar działań terapeutycznych dla zespołu interdyscyplinarnego.

Cel pracy. Ocena wpływu wybranych czynników na występowanie problemów zdrowotnych w okresie okołoperacyjnym u osób poddawanych alloplastyce stawu biodrowego.

Materiał i metody. Do badań zakwalifikowano 105 pacjentów w wieku 42–90 lat, u których przeprowadzono alloplastykę stawu biodrowego. Wykorzystano metodę obserwacji i szacowania z wykorzystaniem narzędzi standaryzowanych (VAS lub NRS, AMTS, zmodyfikowany model oceny ryzyka żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej Capriniego, indeks BMI) oraz autorski kwestionariusz obserwacji. Różnice między zmiennymi zweryfikowano za pomocą testu niezależności χ^2 , testem Manna-Whitneya oraz Kruskala-Wallisa. Poziom istotności przyjęto przy $p < 0,05$. Obliczeń dokonano za pomocą pakietu IBM SPSS Statistics 20.

Wyniki. Praktycznie w całej badanej próbie (94,3%) stwierdzono niedokrwistość wraz ze współistniejącym ryzykiem wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej, zaburzenia parametrów życiowych ze strony układu krążenia oraz zaburzenia ze strony układu pokarmowego. Wszyscy badani odczuwali dolegliwości bólowe o największym nasileniu w sześć do dwunastu godzin po zabiegu operacyjnym.

Wnioski. Problemy zdrowotne we wczesnym okresie po zabiegu operacyjnym to dolegliwości bólowe, niedokrwistość oraz zaburzenia parametrów życiowych. Takie zmienne, jak wiek, tryb nagły operacji, wysokie ryzyko operacyjne ASA, predysponują do wystąpienia problemów zdrowotnych.

Słowa kluczowe: alloplastyka stawu biodrowego, problemy zdrowotne, okres okołoperacyjny

Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25 (1): 1–7

ABSTRACT

Introduction. Arthroplasty is the surgical treatment for patients that are suffering from hip osteoarthritis or fracture of the femoral neck. The occurrence of health problems in the perioperative period represents a common area of therapeutic activities for the interdisciplinary team.

Aim of the study. Evaluation of the selected factors influence on the occurrence of health problems in the perioperative period in patients undergoing hip arthroplasty surgery.

Material and methods. The study enrolled 105 patients, aged 42–90 years, who were carried hip arthroplasty surgery. Using methods of observation and estimation with standardized tools (VAS or NRS, AMTS, Modified Caprini Risk Assessment Model for venous thrombotic event, BMI) and the author-made observation questionnaire. Verification of the differences

Adres do korespondencji: Dariusz Bazaliński, Institut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski, Al. Rejtana 16A, 35–310 Rzeszów, e-mail: darek.bazalinski@wp.pl

DOI: 10.5603/PP.2017.0001

between variables was made with independence test χ^2 test, Mann-Whitney and Kruskal-Wallis test. The level of significance was $p < 0.05$. Calculations were made using IBM SPSS Statistics 20.

Results. After the arthroplasty surgery almost in entire study sample (94.3%) anemia along with the concomitant risk of thromboembolism occurred, abnormal cardiovascular vital parameters and disorders of the digestive system. All respondents felt the pain of greatest intensity in 6 to 12 hours after surgery.

Conclusions. The most common health problems in the early period after surgery are pain, anemia, and cardiovascular vital parameters disorders. Variables such as age, sudden mode operation, high operational ASA risk predisposes to health problems

Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25 (1): 1–7

Key words: total hip arthroplasty, health problems, perioperative period

Wstęp

Choroba zwyrodnieniowa stawów (*osteoarthritis*) jest dominującą przyczyną dolegliwości ze strony narządu ruchu. Przewlekły proces destrukcji chrząstki stawowej i podchrzęstnej warstwy kostnej, współistniejący z procesami naprawczymi, dotyczy głównie populacji w starszym wieku, choć coraz częściej rozpoznawany jest u osób przed 50. rokiem życia [1]. Ból i związane z nim ograniczenia w sferze ruchowej determinują trudności w życiu codziennym oraz prowadzą do pogłębiającego się deficytu samoopieki i uzależnienia od innych osób, co w konsekwencji rzutuje na funkcjonowanie emocjonalne, stan psychiczny oraz kontakty społeczne [2]. Alloplastyka stawu biodrowego jest metodą leczenia operacyjnego choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego idiopatycznej bądź wtórnej, złamań szyjki kości udowej [2–4]. Interwencja ortopedyczna pozwala na zmniejszenie dolegliwości bólowych, przywrócenie funkcji stawu oraz prawidłowej ruchomości, co warunkuje wzrost samodzielności, powrót zdolności lokomocji, poprawę subiektywnej jakości życia [2]. Rozpoznanie problemu zdrowotnego poprzez określenie diagnozy pielęgniarstwa oraz zaplanowanie działań opiekuńczo-terapeutycznych definiowane jest jako proces pielęgnowania. Opiera się on na realizowaniu założonych celów w zależności od indywidualnych potrzeb pacjenta. Działania te mają na celu utrzymanie lub poprawę stanu zdrowia osoby bądź osób otoczonych opieką pielęgniarską. Proces pielęgnowania charakteryzuje się holistycznym podejściem do osoby otoczonej opieką, celowością, planowością, ciągłością oraz dynamiką podejmowanych interwencji pielęgniarstwa [5].

W realizacji procesu pielęgnowania stosuje się klasyfikacje, które definiują i określają zakres opieki pielęgniarstwa (ICNP, *International Classification for Nursing Practice*; NANDA, *North American Nursing Diagnosis Association*), a ich głównym celem jest uporządkowanie wiedzy, ujednoczenie oraz uniwersalizacja terminologii pielęgniarstwa w Polsce i na świecie [6]. Pielęgniarka — poprzez sprawowanie funkcji zawodowych — przygotowuje pacjenta oraz prowadzi

profesjonalną opiekę po zabiegu operacyjnym [7]. W rezultacie pracy zespołu terapeutycznego pacjent powinien odznaczać się wysokim stopniem umiejętności samoopieki oraz wiedzą na temat własnego zdrowia, odczuwać motywację i dążyć do osiągnięcia jak najlepszych wyników po operacji [8].

Cel pracy

Celem pracy jest ocena wpływu wybranych czynników na występowanie problemów zdrowotnych w okresie okołoperacyjnym u osób poddawanych alloplastyce stawu biodrowego.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej wybranego szpitala w województwie podkarpackim. Do badań właściwych zakwalifikowano 105 pacjentów w wieku 42–90 lat, spełniających kryteria doboru, u których zaplanowano i przeprowadzono operację alloplastyki stawu biodrowego. Wykluczono osoby, u których zabieg realloplastyki wynikał z powikłań wcześniej wykonanej alloplastyki oraz powikłań śródoperacyjnych ze strony operowanej kończyny (złamanie kości udowej podczas wbijania trzpienia endoprotezy). Każdego badanego uprzednio zapoznano z celem badań i pozyskano dobrowolną zgodę na udział w badaniach.

Posłużono się metodą obserwacji i szacowania z wykorzystaniem protokołu naukowo-badawczego własnej konstrukcji do gromadzenia informacji o pacjencie i jego stanie pozyskanych z dokumentacji medycznej, pomiarów i obserwacji pielęgniarstwa. Narzędzie składało się z czterech części dotyczących danych socjodemograficznych i stanu pacjenta, rozpoznanych problemów zdrowotnych przed zabiegiem, rozpoznanych problemów zdrowotnych po zabiegu alloplastyki stawu biodrowego (0–24 godziny po zabiegu operacyjnym); skal klinicznych: oceny natężenia bólu NRS/*Numeric Rating Scale*/VAS (*Numeric Rating Scale/Visual Analogue Scale*), orientacji; ryzyka wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej; zmodyfikowany model oceny ryzyka żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej Ca-

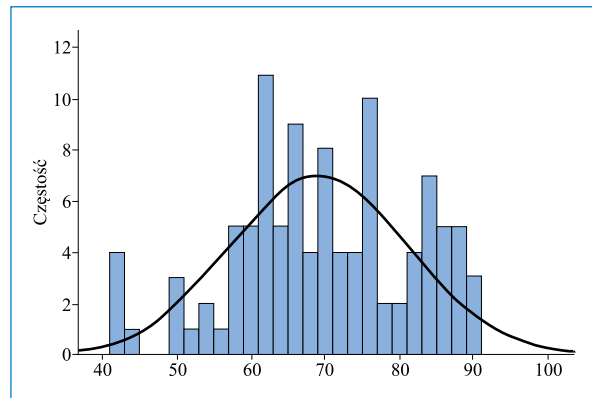
przyniego, indeks BMI (*body mass index*). Problemy zdrowotne zdefiniowano w oparciu o literaturę przedmiotu [9–11].

Obliczeń dokonano za pomocą pakietu IBM SPSS Statistics 20. Weryfikacji różnic między zmiennymi dokonano testem niezależności chi-kwadrat, testem Manna-Whitneya oraz testem Kruskala-Wallisa. Poziom istotności przyjęto przy $p < 0,05$.

Wyniki

Badana grupa liczyła 105 osób, w tym 54,3% kobiet ($n = 57$) oraz 45,7% mężczyzn ($n = 48$). Średnia wieku badanych wyniosła 69,25 roku ($SD = 12$). Wiek wahał się od 42 lat do 90 lat. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym 61–70 lat ($n = 37$; 35,2%), 81–90 lat ($n = 24$; 22,9%) i 51–60 lat ($n = 14$; 13,3%) badanych (ryc. 1). W oparciu o wskaźnik BMI oceniono stosunek masy ciała do wzrostu badanych, rozpoznając nadwagę u 39% badanych ($n = 41$), w grupie 18,1% osób ($n = 19$) otyłość I° u 10,5% badanych ($n = 11$) otyłość II°. Fizjologiczną masę ciała odnotowano u 30,5% ($n = 32$) osób. Występowanie chorób współistniejących w oparciu o dane zawarte w dokumentacji medycznej potwierdzono w grupie 86,7% badanych ($n = 91$), przy czym praktycznie każdy badany był leczony na więcej niż jedno schorzenie. Wśród chorób układu sercowo-naczyniowego najczęściej odnotowano: nadciśnienie tętnicze ($n = 67$; 73,6%), chorobę niedokrwienną serca ($n = 24$; 26,4%), miażdżycę naczyń obwodowych ($n = 22$; 24,2%), przewlekłą niewydolność żylną ($n = 13$; 14,3%), utrwalone migotanie przedsionków ($n = 5$; 5,5%). Wśród przewlekłych chorób układu oddechowego u badanych najczęściej występował nikotynizm ($n = 14$; 15,4%), przewlekłe choroby płuc, w tym astma, POChP ($N = 13$; 14,3%). W grupie chorób metabolicznych odnotowano: zespół metaboliczny ($n = 18$; 19,8%) i cukrzycę typu 2 ($n = 13$; 14,3%), cukrzycę typu 1 ($n = 4$; 4,4%). Inne choroby współistniejące występowały u 46,2% osób ($n = 42$), w tym najczęściej przerost gruczołu krokowego ($n = 10$). Ryzyko operacyjne ASA II (*American Society of Anaesthesiology*; niewielkie schorzenie układowe) stwierdzono u 46,7% badanych ($n = 49$), ASA III (poważne schorzenie układowe) u 33,3% osób ($n = 35$); ASA IV (poważne schorzenie stanowiące zagrożenie życia) u 5,7% pacjentów ($n = 6$).

Operację planową z powodu zwyrodnienia stawu biodrowego przeprowadzono w grupie 58,1% badanych ($n = 61$). W grupie 41,9% badanych ($n = 44$) przeprowadzono operację w trybie nagłym związaną ze złamaniem szyjki kości udowej spowodowanej osteoporozą oraz urazem. Większość badanych ($n = 69$; 65,7%) została zoperowana w ciągu pierwszej doby od przyjęcia. Znieczulenie dokanałowe zasto-



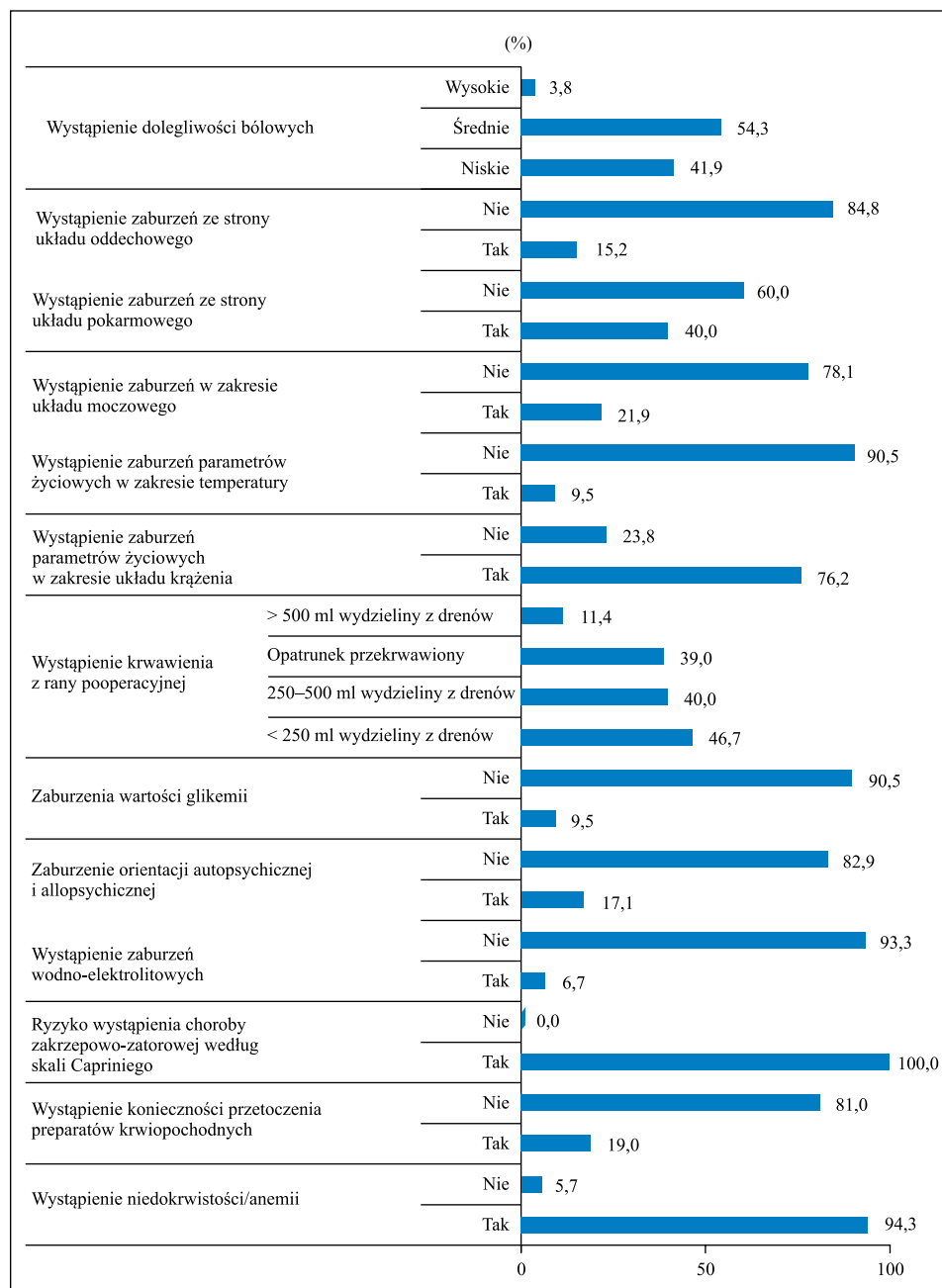
Rycina 1. Wiek badanych — histogram

Figure 1. Age of respondents — histogram

sowano u 92,4% pacjentów ($n = 97$). U nielicznych osób zastosowano znieczulenie ogólne wziewne ($n = 9$; 8,6%) lub znieczulenie ogólne dożylnie ($n = 8$; 7,6%). Wyniki nie sumowały się do stu procent, ponieważ u pacjentów stosowano więcej niż jeden rodzaj znieczulenia.

Po zabiegu operacyjnym zaobserwowano, że wszyscy badani odczuwali dolegliwości bólowe. Według pomiaru natężenia bólu na skali VAS/NRS najsilniejszy ból w spoczynku występował około sześciu godzin po zabiegu (4,32 pkt) i 12 godzin po zabiegu (4,76 pkt), zmniejszając się do poziomu 3,89 pkt w okresie 24 godzin po zabiegu operacyjnym. Nasilenie dolegliwości bólowych podczas poruszania kończyną (24 godziny po zabiegu) było znaczne (5,29 pkt), ale mniejsze niż przed zabiegiem (średnia 7,67 pkt w skali 0–10 pkt). Najczęściej badani przyjmowali leki II° drabiny analgetycznej według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) ($n = 71$; 67,6%) i niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) ($n = 22$; 21,0%). U wszystkich badanych występowało wysokie ryzyko choroby zakrzepowo-zatorowej zarówno przed, jak i po zabiegu, przy czym w grupie 41,9% osób ($n = 44$) potwierdzono duże ryzyko. Pacjenci z chorobami współistniejącymi częściej po operacji prezentowali zaburzenia parametrów życiowych w zakresie układu krążenia ($p < 0,001$). Nie stwierdzono, aby występowanie chorób współistniejących warunkowało występowanie innych zaburzeń po operacji ($p > 0,05$).

W grupie ($n = 28$; 80,0%) przed zabiegiem wystąpiła niedokrwistość łagodna (poziom hemoglobiny u kobiet 10–12 g/dl, u mężczyzn 10–13,5 g/dl). W przypadku 20% badanych ($n = 7$) stwierdzono niedokrwistość ciężką (poziom hemoglobiny 7,9–6,5 g/dl). Po zabiegu niemal u wszystkich pacjentów wystąpiła niedokrwistość ($n = 99$; 94,3%). Wśród tych osób łagodną postać rozpoznano u 55,6%



Rycina 2. Problemy zdrowotne rozpoznane w okresie 24 godzin po zabiegu
Figure 2. Health problems identified during the 24 hours after surgery

(n = 55), w przypadku 39,4% osób (n = 39) wystąpiła umiarkowana niedokrwistość. Ciężką niedokrwistość odnotowano u 5,1% pacjentów (n = 5). Wystąpienie konieczności przetoczenia preparatów krwio pochodnych i ryzyko z nim związane dotyczyło 19% osób (n = 20). Zaburzenia parametrów życiowych w zakresie układu krążenia rozpoznano u 76,2%, które dotyczyły głównie spadku ciśnienia tętniczego krwi (ciśnienie skurczowe < 90 mm Hg [n = 47; 58,8%]) oraz spadku saturacji krwi (saturacja krwi < 94% [n = 38;

47,5%]). W mniejszym stopniu pacjenci po operacji odczuwali zaburzenia ze strony układu pokarmowego (40,0%): nudności (n = 26; 61,9%), wymioty 2–3 razy (n = 9; 21,4%), wzdęcia (n = 6; 14,3%). W przypadku 4,8% osób z tej grupy (n = 2) wystąpiło bezwiedne oddanie stolca (ryc. 2). Odnotowano, że wraz z wiekiem pacjentów zwiększał się poziom niedokrwistości po operacji (p < 0,0001). U starszych pacjentów (powyżej 65 lat) istotnie częściej niż u osób młodszych po operacji występowała konieczność przetoczenia

preparatów krwiopochodnych ($p = 0,0001$), zaburzenia w obrębie układu oddechowego ($p < 0,001$), zaburzenia wodno-elektrolitowe ($p < 0,01$), zaburzenia orientacji autopsychicznej i allopsychicznej ($p < 0,0001$), zaburzenia parametrów życiowych w zakresie układu krążenia ($p < 0,001$). Nie stwierdzono, aby wskaźnik BMI wpływał na inne problemy zdrowotne po operacji ($p > 0,05$). Zaobserwowano, że u osób operowanych w trybie nagłym, częściej niż u osób operowanych planowo, występowała anemia umiarkowana (56,8%) i ciężka (9,1%) ($p < 0,0001$). Częściej w tej grupie badanych zachodziła konieczność przetoczenia preparatów krwiopochodnych ($p < 0,0001$; 38,6%), występowały zaburzenia orientacji autopsychicznej i allopsychicznej ($p < 0,0001$; 31,8%), zaburzenia ze strony układu moczowego ($p < 0,01$; 31,8%), zaburzenia parametrów życiowych w zakresie układu krążenia ($p < 0,01$; 86,4%). Mając na uwadze tryb zabiegu operacyjnego a występowanie problemów zdrowotnych ze strony układu pokarmowego, oddechowego, zaburzeń temperatury, poziomu glikemii, nie odnotowano statystycznych różnic ($p > 0,05$). Zaobserwowano, że operacja w trybie nagłym z obciążeniem ASA III i IV wiązała się z dużym prawdopodobieństwem wystąpienia niedokrwistości (anemia umiarkowana 56,8% lub ciężka 9,1%), co z kolei wiązało się z koniecznością przetoczenia preparatów krwiopochodnych u tych pacjentów (38,6%). Konieczność przetoczenia preparatów krwiopochodnych statystycznie częściej dotyczyła pacjentów z IV grupy skali ASA (83,3%) niż pacjentów z ASA I–III (tab. 1).

Dyskusja

Każdego roku wzrasta liczba wykonywanych alloplastyk stawu biodrowego. Według danych z 2010 roku w Polsce zabieg ten wykonano u blisko 40 000 osób, najwięcej u osób w przedziale 70–79 lat. Dane te wskazują, jak ważnym i aktualnym zagadnieniem jest wiedza dotycząca opieki i potencjalnych problemów zdrowotnych u osób po zabiegu alloplastyki stawu biodrowego [12]. Jednym z głównych problemów zdrowotnych rozpoznanych w trakcie prowadzenia badań zarówno przed, jak i po zabiegu, był ostry ból, znacząco zwiększający się w trakcie wykonywanych koniecznych działań higienicznych i pielęgniarstkich. W dobie zero (0–24 godziny po zabiegu operacyjnym) oraz w pierwszej dobie dolegliwości te są najsilniejsze — w kolejnych dobach zmniejszają się [13]. Uzyskane wyniki badań własnych wskazują, że wszyscy pacjenci przed zabiegiem odczuwali dolegliwości bólowe. Większym nasileniem odznaczały się dolegliwości bólowe podczas poruszania urazową kończyną, przy czynnościach higienicznych — średnia 7,67 pkt według NRS/VAS, wystąpienie tak dużego nasilenia bólu sugeruje, iż czynności związane z ma-

nipulowaniem kończyną powinny być ograniczone do minimum, jednak czynności fizjologiczne, takie jak zmiana pozycji, oddanie moczu, defekacja znacząco będą determinować ból. Średni poziom natężenia dolegliwości bólowych w stanie spoczynku wyniósł 3,84 pkt. Według badań przeprowadzonych przez Sierakowską i wsp. w przypadku osób cierpiących na chorobę zwyrodnieniową stawów nasilenie oraz częstotliwość dolegliwości bólowych były uzależnione od czasu trwania choroby oraz wieku badanych [14]. W badaniach przeprowadzonych przez Monzón i wsp. na grupie 154 pacjentów po złamaniach kości udowych poziom bólu według skali VAS w zakresie 0–10 wynosił 8,21 pkt. Wyniki uzyskane przez autora wskazują, że uszkodzenie w obrębie kości udowej predysponuje do silnego bólu [15].

U wszystkich osób w okresie okołoperacyjnym w różnym stopniu występowało ryzyko choroby zakrzepowo-zatorowej (ocena w oparciu o skalę Capriniego). Według danych polskich wytycznych profilaktyki i leczenia żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej z 2012 roku osoby poddane zabiegowi endoprotezoplastyki stawu bądź z występującym złamaniem szyjki kości udowej nie poddani profilaktyce przeciwzakrzepowej są narażeni w 40–80% na wystąpienie żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej [16]. Ponadto po ocenie ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej stosowane są pończochy uciskowe o stopniowanym ucisku, przeciwobrzękowe ułożenie kończyn z zastosowaniem podkładek i szyn, unikanie ucisku. Innymi działaniami są uruchamianie i usprawnianie ruchowe we wczesnym okresie po zabiegu, wykonywanie dozwolonych ćwiczeń oraz ruchów biernych i czynnych w obrębie kończyn [17]. Niemal u wszystkich pacjentów (94,3%) po zabiegu operacyjnym odnotowano anemię (przed zabiegiem 33%). Według przeglądu piśmiennictwa dokonanego przez Spahn u osób poddawanych zabiegom alloplastyki stawu kolanowego lub biodrowego w trybie planowym lub nagłym w okresie przedoperacyjnym anemia występuje u około 24–44% osób, natomiast niedokrwistość u osób po alloplastyce stawów sięga 51–87% operowanych osób [18]. Zaobserwowano, że operacja w trybie nagłym z obciążeniem ASA III i IV wiązała się z dużym ryzykiem niedokrwistości. Konieczność przetoczenia preparatów krwiopochodnych częściej dotyczyła pacjentów z IV grupy skali ASA (83,3%) niż pacjentów z ASA I–III. Wyniki te potwierdzają badania Liodakis i wsp., w których dowiedziono, iż stopień w klasyfikacji ASA $> II$ oraz zabieg operacyjny w trybie nagłym zwiększają ryzyko wystąpienia anemii oraz konieczności przetoczenia koncentratu krwinek czerwonych [19]. Zaburzenia orientacji autopsychicznej i allopsychicznej we wczesnym okresie pooperacyjnym wystąpiły głównie u osób operowanych w trybie nagłym (31,8%) oraz u osób

Tabela 1. Występowanie problemów zdrowotnych po operacji a ryzyko operacji według ASA**Table 1.** The occurrence of health problems after the surgery and the risk of the operation by ASA

		Grupa w skali ASA								p
		I		II		III		IV		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Wystąpienie niedokrwistości/ /anemii	Brak anemii	1	6,7%	4	8,2%	1	2,9%	0	0%	0,0102
	Łagodna	12	80%	30	61,2%	12	34,3%	1	16,7%	
	Umiarkowana	2	13,3%	14	28,6%	18	51,4%	5	83,3%	
	Ciężka	0	0%	1	2%	4	11,4%	0	0%	
Wystąpienie konieczności przetoczenia preparatów krwipochodnych	Nie	14	93,3%	46	93,9%	24	68,6%	1	16,7%	< 0,0001
	Tak	1	6,7%	3	6,1%	11	31,4%	5	83,3%	
Wystąpienie zaburzeń wodno-elektrolitowych	Nie	15	100%	47	95,9%	31	88,6%	5	83,3%	0,2796
	Tak	0	0%	2	4,1%	4	11,4%	1	16,7%	
Zaburzenie orientacji autopsychicznej i allopsychicznej	Nie	15	100%	45	91,8%	22	62,9%	5	83,3%	0,0013
	Tak	0	0%	4	8,2%	13	37,1%	1	16,7%	
Zaburzenia wartości glikemii	Nie	15	100%	45	91,8%	30	85,7%	5	83,3%	0,3978
	Tak	0	0%	4	8,2%	5	14,3%	1	16,7%	
Wystąpienie zaburzeń parametrów życiowych w zakresie układu krążenia	Nie	7	46,7%	15	30,6%	3	8,6%	0	0%	0,0076
	Tak	8	53,3%	34	69,4%	32	91,4%	6	100%	
Wystąpienie zaburzeń parametrów życiowych w zakresie temperatury	Nie	13	86,7%	46	93,9%	31	88,6%	5	83,3%	0,7025
	Tak	2	13,3%	3	6,1%	4	11,4%	1	16,7%	
Wystąpienie zaburzeń w zakresie układu moczowego	Nie	15	100%	38	77,6%	25	71,4%	4	66,7%	0,1337
	Tak	0	0%	11	22,4%	10	28,6%	2	33,3%	
Wystąpienie zaburzeń ze strony układu pokarmowego	Nie	11	73,3%	26	53,1%	25	71,4%	1	16,7%	0,0337
	Tak	4	26,7%	23	46,9%	10	28,6%	5	83,3%	
Występowanie zaburzeń ze strony układu oddechowego	Nie	15	100%	45	91,8%	25	71,4%	4	66,7%	0,0121
	Tak	0	0%	4	8,2%	10	28,6%	2	33,3%	
Występowanie dolegliwości bólowych (przed zabiegiem)	Niskie	7	46,7%	23	46,9%	16	45,7%	3	50%	0,3495
	Średnie	7	46,7%	19	38,8%	19	54,3%	2	33,3%	
	Wysokie	1	6,7%	7	14,3%	0	0%	1	16,7%	
Występowanie dolegliwości bólowych (po zabiegu)	Niskie	5	33,3%	20	40,8%	17	48,6%	2	33,3%	0,4629
	Średnie	10	66,7%	28	57,1%	16	45,7%	3	50%	
	Wysokie	0	0%	1	2%	2	5,7%	1	16,7%	

zaklasyfikowanych do III grupy w skali ASA (37,1%). Według danych ukazanych przez Lee pooperacyjne zaburzenia świadomości mogą dotyczyć 28–61% pacjentów operowanych z powodu złamań szyjki kości udowej. Ponadto według tych samych badań zaburzenia autopsychiczne i allopsychiczne występują najczęściej u osób zaklasyfikowanych do ASA III (57,7%), rzadziej ASA II i IV, najrzadziej w ASA I [20]. U 95% badanych przed zabiegiem w różnym nasileniu

pojawiało się subiektywne uczucie lęku związanego z operacją i postępowaniem okołoperacyjnym. W badaniach przeprowadzanych przez Wooda i wsp. lęk związany z okresem okołoperacyjnym alloplastyki stawów występował u około 25% badanych [21].

W związku z obecnością tak wielu problemów zdrowotnych u pacjentów po alloplastyce stawu biodrowego zasadnym staje się zwrócenie uwagi na rolę pielęgniarki w zespole terapeutycznym jako osoby

przebywającej najbliżej chorego w okresie okołooperacyjnym alloplastyki stawu biodrowego. Oprócz udzielania wsparcia psychicznego, edukacji dotyczącej samopielęgnacji pacjenta pielęgniarka uczestniczy w prowadzeniu analgezji pooperacyjnej, wcześniej rozpoznaje powikłania pooperacyjne, aktywizuje pacjenta, zapobiegając zastojei żylnemu i przykurczom. Pielęgniarka swoją wiedzą i postawą pomaga pacjentowi pomyślnie przejść okres okołooperacyjny [7].

Wnioski

Najczęściej występujące problemy zdrowotne we wczesnym okresie po zabiegu operacyjnym to dolegliwości bólowe, niedokrwistość oraz zaburzenia parametrów życiowych. Takie zmienne, jak wiek, tryb nagły operacji, wysokie ryzyko operacyjne ASA, predisponują do wystąpienia problemów zdrowotnych.

Piśmiennictwo

1. Sierakowska M, Wróblewska M, Lewko J, et al. Ocena problemów zdrowotnych pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów oraz zapotrzebowania na wsparcie i edukację zdrowotną. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2011; 19: 353–360.
2. Bodys-Cupak I, Zalewska-Puchała J, Majda A, et al. Jakość życia pacjentów po alloplastyce stawu biodrowego. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2014; 22: 6–11.
3. Lavernia CJ, Villa JM. Total hip arthroplasty in the treatment of osteonecrosis of the femoral head: then and now. *Curr Rev Musculoskelet Med*. 2015; 8(3): 260–264, doi: [10.1007/s12178-015-9290-y](https://doi.org/10.1007/s12178-015-9290-y), indexed in Pubmed: [26088797](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26088797/).
4. Małydk P, Michalak C. Miejsce reumortopedii w procesie leczenia chorych reumatycznych. *Reumatologia*. 2007; 1: 37–40.
5. Górąjek-Jóźwik J, Marć M, Zarzycka D. Pielęgniarstwo zindywidualizowane. In: Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K. ed. *Podstawy Pielęgniarstwa*, Tom 1. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008: 238–250.
6. Ślusarska B. Implementacje praktyczne wybranych klasyfikacji diagnoz i interwencji pielęgniarskich dla pielęgniarstwa polskiego. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*. 2016; 14: 11–22.
7. Dziekońska M, Latosiewicz R, Kulikowska A. Pielęgnowanie pacjenta po endoprotezoplastyce stawu biodrowego. *Hygeia Public Health*. 2013; 48: 355–359.
8. Lucas B. Preparing patients for hip and knee replacement surgery. *Nurs Stand*. 2007; 22(2): 50–56, doi: [10.7748/ns2007.09.22.2.50.c4618](https://doi.org/10.7748/ns2007.09.22.2.50.c4618), indexed in Pubmed: [17944139](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17944139/).
9. Bączyk G, Kapała W. *Podstawy kliniczne oraz pielęgnowanie chorych w okresie przed- i pooperacyjnym w chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2012.
10. Ackley BJ, Ladwig GB. *Podręcznik diagnoz pielęgniarskich: przewodnik planowania opieki opartej na dowodach naukowych*. GC Media House, Warszawa 2011.
11. Walewska E. *Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
12. Puzio G, Stopa A, Szczygielska-Babiuch A, et al. Ocena podstawowych i złożonych czynności życia codziennego pacjentów geriatrycznych po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego. *Postępy Rehabilitacji*. 2014; 4: 13–20.
13. Ulatowska A, Bączyk G, Lewandowska H. Przegląd piśmiennictwa na temat bólu pooperacyjnego oraz jakości opieki pielęgniarskiej. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*. 2012; 1: 7–12.
14. Sierakowska M, Sierakowski S, Wróblewska M, et al. Problemy zdrowotne pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów i ich wpływ na jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia. *Reumatologia*. 2010; 6: 372–379.
15. Godoy Monzón D, Vazquez J, Jauregui JR, et al. Pain treatment in post-traumatic hip fracture in the elderly: regional block vs. systemic non-steroidal analgesics. *Int J Emerg Med*. 2010; 3(4): 321–325, doi: [10.1007/s12245-010-0234-4](https://doi.org/10.1007/s12245-010-0234-4), indexed in Pubmed: [21373300](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21373300/).
16. Zawilska K, Bała M, Błędowski P. *Polskie wytyczne profilaktyki i leczenia żylnych chorób zakrzepowo-zatorowej — aktualizacja 2012*. Medycyna Praktyczna. Wydanie specjalne. 2012: 6–23.
17. Chmielewski D, Górecki A, Kusz D, et al. Zasady profilaktyki żylnych chorób zakrzepowo-zatorowej w ortopedii i traumatologii narządu ruchu (aktualizacja z dnia 18.02.2014). *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja*. 2014; 16: 227–239.
18. Spahn DR. Anemia and Patient Blood Management in Hip and Knee Surgery. *Anesthesiology*. 2010; 5: 485–492.
19. Lioudakis E, Antoniou J, Zukor DJ, et al. Major Complications and Transfusion Rates After Hemiarthroplasty and Total Hip Arthroplasty for Femoral Neck Fractures. *The Journal of Arthroplasty*. 2016, 9: 2008–2012.
20. Lee KH, Ha YC, Lee YK, et al. Frequency, risk factors, and prognosis of prolonged delirium in elderly patients after hip fracture surgery. *Clin Orthop Relat Res*. 2011; 469(9): 2612–2620, doi: [10.1007/s11999-011-1806-1](https://doi.org/10.1007/s11999-011-1806-1), indexed in Pubmed: [21327416](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21327416/).
21. Wood T, Thornley P, Petrucci D, et al. Preoperative Predictors of Pain Catastrophizing, Anxiety, and Depression in Patients Undergoing Total Joint Arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty*. 2016; 31(12): 2750–2756, doi: [10.1016/j.arth.2016.05.056](https://doi.org/10.1016/j.arth.2016.05.056).