

# WYBRANE PROBLEMY PIELĘGNACYJNE OKRESU OKOŁOOPERACYJNEGO U PACJENTKI Z NAWRACAJĄCYM ZWICHNIĘCIEM RZEPKI – OPIS PRZYPADKU



## Selected nursing problems of a patient with recurrent luxation of the patella in the perioperative period – a case study

Natalia Jelonek<sup>1</sup>, Joanna Zmarlak<sup>1</sup>, Anna Maria Turska<sup>2</sup>, Maria Budnik-Szymoniuk<sup>3</sup>, Justyna Cwajda-Biaśnik<sup>4</sup>

<sup>1</sup>10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Bydgoszczy

<sup>2</sup>Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

<sup>3</sup>Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Katedra Pielęgniarstwa Zachowawczego, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

<sup>4</sup>Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2018; 4: 141–147

Praca wstępna: 7.12.2018; przyjęto do druku: 3.01.2019

Adres do korespondencji:

Natalia Jelonek, 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Bydgoszczy, Powstańców Warszawy 5, 85-001 Bydgoszcz, e-mail: natalia.jelonek10@wp.pl

### Streszczenie

Do najczęstszych urazów stawu kolanowego należą m.in. uszkodzenie więzadeł kolana, uszkodzenie łąkotek oraz uszkodzenie chrząstki stawowej. Rzadko występującym, ale znacznie obniżającym jakość życia urazem jest nawracające zwichnięcie rzepki, które charakteryzuje się całkowitym zerwaniem kontaktu powierzchni stawowych rzepki i uda. Celem pracy była analiza wybranych problemów pielęgnacyjnych pacjentki po wielokrotnym urazie stawu kolanowego – zwichnięciu rzepki, w bezpośrednim okresie po operacji rekonstrukcji więzadła rzepkowo-udowego przyśrodkowego (MPFL) kolana za pomocą artroskopii. W pracy omówiono plan opieki pielęgniarskiej nad chorą w zerowej dobie po zabiegu.

**Słowa kluczowe:** opieka pielęgniarska, opieka okołoperacyjna, urazy stawu kolanowego, nawrotowe zwichnięcia rzepki.

### Wstęp

Staw kolanowy, największy staw ludzkiego ciała, jest także stawem, który najczęściej ulega urazom i schorzeniom o różnej etiologii. Spośród wszystkich urazowych obrażeń ciała ok. 15–30% stanowią urazy stawu kolanowego. Najczęściej dotyczą one osób aktywnych fizycznie i uprawiających sporty wyczynowe, ale również osób ulegających wypadkom w sytuacjach niezwiązanych ze sportem. Częstość występowania jest

### Summary

The most frequently occurring knee joint injuries are knee ligament injuries, meniscus injuries, and articular cartilage injuries. One that occurs rarely but greatly reduces the quality of life is luxation of the patella. It is connected with total rupture of contact between the articular surfaces of the patella and thigh. The aim of this paper was to analyse selected nursing problems in patients with recurrent knee joint injury (luxation of patella) in the early postoperative period after arthroscopic reconstruction of the medial patellofemoral ligament (MPFL). The nursing care plan for patients on postoperative day 0 was discussed in this paper.

**Key words:** nursing care, perioperative care, knee joint injury, recurrent luxation of patella.

niezależna od płci i wieku. Mechanizm urazu polega zwykle na wykonaniu ruchu skręcającego przy jednoczesnym ustabilizowaniu stopy i zgięciu kolana.

### Uszkodzenia stawu kolanowego

Urazy stawu kolanowego mogą mieć charakter ostry (gdy uszkodzenie następuje nagle w wyniku urazu mechanicznego, a moment kontuzji jest możliwy do

określenia) lub przewlekły (kiedy obrażenia są sumą drobniejszych uszkodzeń, rozwijają się przez dłuższy czas i sukcesywnie prowadzą do uszkodzenia struktur anatomicznych) [1, 2].

Do najczęściej występujących uszkodzeń stawu kolanowego należą:

- uszkodzenie więzadeł kolana, np. więzadła pobocznego piszczelowego (MCL), krzyżowego przedniego (ACL), krzyżowego tylnego (PCL), pobocznego strzałkowego (LCL),
- uszkodzenia łąkotec (urazowe, zwyrodnieniowe, torbiele),
- uszkodzenia chrząstki stawowej (towarzyszące złamaniom śródstawowym, stłuczeniom, chorobie zwyrodnieniowej, chorobom reumatycznym).

Rzadko spotykanym urazem jest nawracające zwichnięcie rzepki (NZR). Jest to boczne zwichnięcie rzepki występujące okresowo. Charakteryzuje się całkowitym zerwaniem kontaktu powierzchni stawowych rzepki i uda. Najczęściej ten stan jest rezultatem wcześniejszego zwichnięcia i zdarza się u pacjentów, u których funkcja stabilizatorów statycznych i dynamicznych jest znacznie zaburzona. W etiologii tego schorzenia najczęściej wymienia się nieprawidłowy kąt Q, wysokie ustawienie rzepki, dysplazję kłykci kości udowej, nieprawidłowy kształt rzepki, nadmierną wiotkość więzadłową stawu i dysplazję głowy skośnej mięśnia obszernego przyśrodkowego [3]. W czasie zwichnięcia pacjent odczuwa nagły ból o znacznej sile, może mu także towarzyszyć chrupnięcie spowodowane przesunięciem rzepki po kłykciu kości udowej w kierunku zewnętrznym. W trakcie badania fizykalnego zauważalny jest obrzęk, czasami wysięk oraz krwiak w jamie stawowej i bolesność spowodowana uciskiem z przyśrodkowej strony rzepki [4].

W przebiegu klinicznym wyróżnia się fazę ostrą, czyli zwichnięcie, okres bezpośrednio po nim, a także fazę przewlekłą, zwykle bezobjawową, występującą między kolejnymi incydentami. Istnieją dwa skrajne obrazy kliniczne NZR. Pierwszy dotyczy chorych, którzy doznają dwóch albo trzech zwichnięć w czasie kilku czy kilkunastu lat, przede wszystkim podczas nasilonej aktywności fizycznej, np. w czasie jazdy na nartach. W wyniku urazu dochodzi do niewydolności stawu, powstania krwiaka czy uszkodzenia tkanek oraz chrząstek kolana, natomiast pomiędzy incydentami nie występują objawy niestabilności rzepki. Pacjenci z tej grupy zmuszeni są tylko nieznacznie zmienić dotychczasową aktywność fizyczną. Drugi obraz kliniczny charakteryzuje się występowaniem kilku, a nawet kilkunastu urazów w ciągu roku, głównie podczas wykonywania czynności życia codziennego, np. spacerowania. Przebieg jest łagodny, a chorzy mimo pewnej obawy przed kolejnymi urazami stosunkowo szybko powracają do aktywności.

## Leczenie zachowawcze

Leczenie obejmuje m.in. postępowanie zabiegowe, w tym odprowadzenie zwichnięcia (wykonanie wyprostu) i punkcję płynu stawowego, oraz stabilizację za pomocą stabilizatora zewnętrznego, działania usprawniające, fizykoterapię oraz leczenie farmakologiczne. Standardowym postępowaniem w ostrych urazach stawu kolanowego (np. zwichnięciu rzepki) jest diagnostyka obejmująca wywiad, badanie fizykalne oraz radiologiczne. W przypadku występowania krwiaka śródstawowego wskazana może być punkcja stawu i ewakuacja nagromadzonej krwi w warunkach aseptycznych [3]. Obecność kropli tłuszczu w aspiracie świadczy o uszkodzeniu chrząstki lub złamaniu śródstawowym [5]. Aby wykluczyć obrażenia wymagające rozszerzonej interwencji chirurgicznej, można wykonać artroskopię zwiadowczą. Wskazane są również działania według algorytmu RICE (odpoczynek, lód, ucisk, elewacja). Dodatkowo można włączyć leczenie farmakologiczne, najczęściej niesteroidowe leki przeciwzapalne oraz przeciwbólowe. W razie potrzeby stosowane są różnego typu stabilizatory stawu kolanowego (szyny gipsowe, gotowe ortezy) [3]. Ortezy odciążają rzepkę i zapobiegają ponownemu przemieszczeniu. Wykorzystywane są w okresie ostrym, przewlekłym oraz popoperacyjnym, a także podczas rehabilitacji. Dzielą się na ortezy miękkie i twarde. Najczęściej stosowane są takie, które umożliwiają ustawienie kąta zgięcia i wyprostu [6].

Ćwiczenia powinny być rozpoczęte jak najwcześniej, aby zapobiec osłabieniu oraz zanikowi mięśni prostowników i zginaczy. Jednym z objawów mogących świadczyć o osłabieniu siły mięśni jest zmniejszenie obwodu uda. Odzyskanie siły mięśniowej w znacznym stopniu wpływa na czas powrotu do normalnej aktywności fizycznej [7]. W ostatnich latach dużą popularność zyskała metoda kinesiotapingu, która wspomaga proces rehabilitacyjny. Umożliwia zachowanie pełnego zakresu ruchu, normalizację napięcia mięśniowego w sposób świadomy, aktywowanie uszkodzonych mięśni, a także zmniejsza dolegliwości bólowe, likwiduje zastoje oraz obrzęki limfatyczne, koryguje niewłaściwe ustawienie powierzchni stawowych, koryguje ułożenie powięzi i poprawia mikrokrążenie [8].

## Leczenie operacyjne

Leczenie operacyjne jest metodą z wyboru w przypadku NZR. Zabieg może zostać przeprowadzony metodą otwartą – artrotomii lub zamkniętą – artroskopią [1].

## Cel pracy

Celem pracy była analiza wybranych problemów pielęgnacyjnych pacjentki po wielokrotnym urazie sta-

wu kolanowego – zwknięciu rzepki – w bezpośrednim okresie po rekonstrukcji więzadła rzepkowo-udowego przyśrodkowego (MPFL) kolana za pomocą artroskopii.

## Opis przypadku

Osiemnastoletnia pacjentka została przyjęta na oddział chirurgii ortopedycznej w trybie pilnym z rozpoznaniem nawrotowego zwknięcia rzepki prawego stawu kolanowego. W wywiadzie ujawniono incydenty niestabilności oraz zwknięć w obu stawach kolanowych występujące od 9 lat, z różną częstotliwością i nasileniem. W rodzinie nie występowały podobne schorzenia. Rozpoznano otyłość pierwszego stopnia (BMI = 30,5). Dotychczasowe urazy leczono zachowawczo poprzez stabilizację stawu za pomocą ortezy i odciążenie za pomocą kul, stosowano fizykoterapię i kinezyterapię. Zalecano uczęszczanie na basen i unikanie przeciążania stawu. Mimo terapii zachowawczej zwknięcia powtarzały się ok. 2–3 razy w roku. Pierwszy zabieg przeprowadzono 3 lata wcześniej w trybie pilnym z powodu zwknięcia lewej rzepki oraz złamania chrząstko-kostnego rzepki. Wykonano artroskopię, artrotomię i fiksację oderwanego fragmentu. Unieruchomiono kończynę opatrunkiem gipsowym (tutor). Kolejny zabieg artroskopowy przeprowadzono 1,5 roku później, również w trybie pilnym, w obrębie prawego kolana. Usunięto oderwany fragment chrząstki oraz wykonano plastykę troczka przyśrodkowego rzepki.

Pacjentkę przygotowano do zabiegu plastyki MPFL metodą artroskopową w znieczuleniu podpajęczynówkowym. Wykonano niezbędne badania laboratoryjne krwi, EKG oraz oznaczono grupę krwi. Po zabiegu chora w stanie ogólnym dobrym i z zachowanym kontaktem słownym została przewieziona do sali pooperacyjnej. Ranę zabezpieczono jałowym opatrunkiem, zastosowano drenaż Redona. W butli zaobserwowano ok. 450 ml krwistej wydzieliny. Zauważalny był znaczny obrzęk stawu. Obie kończyny dolne były ciepłe w dotyku, bez cech zaburzeń ukrwienia. Czucie w kończynach stopniowo powracało, pacjentka zaczęła poruszać stopami. Prowadzono pomiar parametrów życiowych zgodnie ze standardami opieki pooperacyjnej. Ciśnienie tętnicze, tętno, oddech, saturacja oraz temperatura ciała w zerowej dobie pozostawały w normie. Płynoterapię i farmakoterapię obejmującą leki przeciwbólowe, przeciwzakrzepowe i antybiotykoterapię profilaktyczną podawano zgodnie ze zleceniem lekarskim. Po odzyskaniu czucia oraz ruchomości w operowanej kończynie pojawiły się dolegliwości bólowe. Natężenie bólu w zerowej dobie pooperacyjnej oscylowało w granicach 3–7 pkt w skali numerycznej (*numerical rating scale* – NRS). W pierwszej dobie po zabiegu wykonano kontrolne badania krwi – wyniki były w normie. Rozpoczęto rehabilitację oraz wykonano pionizację. Samopoczucie chorej

polepszało się, a dolegliwości bólowe zmniejszyły do poziomu < 3 pkt w skali NRS.

Rozpoznano następujące problemy pielęgnacyjne:

- niepokój związany z hospitalizacją oraz zbliżającym się zabiegiem,
- lęk o powodzenie operacji,
- ryzyko powikłań pooperacyjnych i związanych z zastosowanym znieczuleniem,
- dyskomfort spowodowany bólem pooperacyjnym, obrzękiem stawu i czasowym unieruchomieniem,
- deficyt samoopieki w zakresie czynności higienicznych,
- deficyt wiedzy na temat postępowania pooperacyjnego zmniejszającego ryzyko powikłań i nawrotów zaburzeń.

## Omówienie

Urazy stawu kolanowego dotyczą osób w każdym wieku i znacznie utrudniają codzienną aktywność. Zabieg rekonstrukcji MPFL nie daje gwarancji, że incydenty nawrotowego zwknięcia rzepki już nigdy nie wystąpią, znacząco wpływa jednak na zmniejszenie częstości epizodów zwknięcia, co jednocześnie przekłada się na polepszenie jakości życia pacjentów.

Postępowanie pielęgniarstwo w bezpośrednim okresie pooperacyjnym ma na celu zapewnienie choremu bezpieczeństwa, a także profilaktykę i/lub wczesne wykrycie powikłań związanych z zastosowanym znieczuleniem. Do najczęściej wymienianych w piśmiennictwie należą m.in.: popunkcyjne bóle głowy, bóle pleców, zatrzymanie moczu i – występujące rzadziej – powikłania neurologiczne, takie jak ropień, zapalenie opon i rdzenia, zespół ogona końskiego z nietrzymaniem moczu i stolca [9–11]. Do czasu ustąpienia znieczulenia zaleca się optymalne ułożenie w łóżku, zwykle w pozycji na plecach, z uniesieniem głowy pod kątem 30°. Nie jest wskazane pełne unieruchomienie oznaczające całkowitą bezruch, zwłaszcza po odzyskaniu czucia i możliwości poruszania kończynami. Chorem należy przekazać instrukcje dotyczące zmiany pozycji i poruszania się w obrębie łóżka. Zalecenia dotyczące maksymalnego czasu unieruchomienia podawane w piśmiennictwie są zróżnicowane i mieszczą się w przedziale od 6 do 24 godzin [11]. Niektórzy autorzy uzasadniają konieczność tak długiego przebywania w pozycji leżącej ryzykiem powikłań w postaci zespołu popunkcyjnego [12].

Zespół popunkcyjny dotyczy ok. 30–40% chorych po punkcji lędźwiowej lub po znieczuleniu podpajęczynówkowym i zewnątrzoponowym. Częściej dotyczy osób młodych, w wieku 18–30 lat, oraz kobiet. Charakteryzuje się występowaniem bólu głowy nasilającego się podczas przyjęcia pozycji siedzącej albo stojącej, a zmniejszającego się po przyjęciu pozycji leżącej. Mogą mu towarzyszyć nudności, szum w uszach, światło-

wstręt oraz sztywność karku. Zwykle występuje w ciągu 5 dni od znieczulenia i ustępuje samoistnie w czasie od 48 godzin do tygodnia. Aktualne badania nie potwierdzają pewnego związku wczesnego uruchamiania z większym ryzykiem wystąpienia zespołu popunkcyjnego czy powikłań neurologicznych [9–12]. Jeśli nie ma innych przeciwwskazań ogólnych, a stan chorego i jego samopoczucie na to pozwalają (nie występują bóle i zawroty głowy, omdlenia, ustąpiło znieczulenie), chorego można uruchomić ok. 6 godzin po zabiegu [11].

Jednym z najczęstszych problemów pooperacyjnych, zwłaszcza w pierwszych dobach po zabiegu, jest ból rany i całego stawu. Ból powoduje dyskomfort, może opóźnić pionizację i uruchamianie, a także stanowić czynnik zmniejszający motywację i chęć współpracy w procesie rehabilitacji. W badaniach oceniających natężenie bólu po różnych zabiegach wykazano największe natężenie bólu w zerowej i pierwszej dobie po zabiegu, a następnie jego stopniowe zmniejszanie się. Percepcja bólu zależy od wielu czynników, takich jak: rodzaj operacji, przygotowanie przedoperacyjne, zastosowane znieczulenie, cechy osobowościowe, a nawet wiek, płeć, wzrost i masa ciała. Postawa personelu i wcześniejsze doświadczenia chorego także mają wpływ na doznania bólowe.

Podkreśla się, że poza aspektem subiektywnym ból prowadzi do aktywizacji całego organizmu, w tym układu krążenia i oddechowego. Obserwuje się m.in. przyspieszone tętno, wzrost ciśnienia tętniczego, wzrost przepływu mięśniowego i mózgowego, przyspieszenie i pogłębienie oddechu. Żle kontrolowany ból może być przyczyną przetrwałego bólu pooperacyjnego i prowadzić do zaburzeń o charakterze przewlekłym. Wykazano, że opinia pacjentów i ich rodzin dotycząca kontroli bólu pooperacyjnego nie zawsze jest pozytywna. W jednym z badań tylko 48% chorych było zadowolonych z jakości opieki lekarsko-pielęgniarskiej w tym zakresie. W innym badaniu ponad 1/3 operowanych pacjentów wyrażała obawę przed uzależnieniem od leków przeciwbólowych. Niektórzy chorzy są też przekonani, że po zabiegu „musi boleć” i w ogóle nie zgłaszają problemu personelowi [13–15].

Regularna ocena nasilenia dolegliwości bólowych za pomocą dostępnych skal ułatwia kontrolę i leczenie bólu pooperacyjnego. W przypadku zabiegów w obrębie stawu kolanowego dostępne są również metody nefarmakologiczne leczenia bólu, np. stosowanie suchych zimnych kompresów czy stabilizacja rany pooperacyjnej za pomocą specjalistycznych opatrunków chirurgicznych, tzw. *surgical dressing*. Podawanie leków przeciwbólowych zawsze powinno odbywać się zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich. Prawidłowo prowadzona terapia przeciwbólowa w znacznym stopniu przyczynia się do poprawy samopoczucia pacjenta, skracając czas pobytu w szpitalu, a tym samym zmniejsza ryzyko powikłań, w tym zakażenia miejsca operowanego.

W opisywanym przypadku wymienione czynności były wykonane zgodnie z obowiązującymi procedurami i przyniosły zamierzony efekt w postaci zmniejszenia natężenia bólu z 7 do 3 pkt w skali NRS [13, 15]. W związku z unieruchomieniem oraz trudnościami w poruszaniu się rozpoznano częściowy deficyt w zakresie samoopieki i samopielęgnacji. Pojęcie samoopieki zawarte jest w teorii Orem, definiuje się je jako działania realizowane względem samego siebie w celu zapewnienia oraz utrzymania dobrego samopoczucia i zdrowia. Ważna jest dbałość o zapewnienie komfortu psychicznego oraz fizycznego, m.in. poprzez pomoc w wykonaniu toalety ciała, zaspokojeniu potrzeb fizjologicznych czy zmianie bielizny pościelowej i osobistej, a jednocześnie niewyręczanie pacjenta, tylko współpracowanie z nim. Warto także, jeżeli to możliwe, włączyć w te działania rodzinę, która po wypisie ze szpitala będzie opiekować się pacjentem. W planie opieki uwzględniono ponadto naukę poruszania się za pomocą kul, ponieważ prawidłowa technika chodu odgrywa znaczącą rolę w odciążaniu chorej kończyny i ułatwia codzienne czynności oraz zapobiega upadkom i kolejnym kontuzjom – np. podczas schodzenia ze schodów pierwszą należy stawiać kończynę operowaną, natomiast przy wchodzeniu zdrową.

Podanie leków przeciwbólowych przed rozpoczęciem ćwiczeń ułatwiło współpracę z fizjoterapeutą oraz dokładne wykonywanie ćwiczeń. Aby zapobiec obrzękowi oraz zmniejszyć dolegliwości bólowe nasilone po rehabilitacji, zastosowano zimne okłady. Pacjentka aktywnie uczestniczyła w rehabilitacji oraz stosowała się do zaleceń. W wyniku podjętych działań w późniejszym czasie zauważalnie zwiększyła się siła mięśnia czworogłowego oraz kąt zgięcia operowanego stawu. Zmniejszyły się też dolegliwości bólowe odczuwane w czasie ruchu.

Stosowanie żelu lub suchego okładu chłodzącego ma również na celu zmniejszenie ryzyka krwawienia śródstawowego. Wczesne wykrycie zaburzeń krwotocznych wymagało systematycznej obserwacji opatrunku pod kątem przekrwienia, ilości i charakteru wydzieliny w drenie Redona oraz kontroli obwodu okolicy operowanej. Wymienione powikłania nie wystąpiły u opisywanej pacjentki, co pozwoliło na przygotowanie jej do wypisu i zapoznanie z podstawowymi zasadami postępowania w warunkach domowych. Zaleca się utrzymywanie stawu kolanowego w wyproście, a w czasie odpoczynku układanie kończyny wyżej, aby zapobiec obrzękom. Niewskazane jest podkładanie pod kolano poduszek, wałków i zwiniętych koców, ponieważ zwiększa to ryzyko przykurczu zgięciowego. Należy unikać gwałtownych skrętów i nagłych zwrotów, a także długotrwałego bezruchu w pozycji stojącej lub siedzącej.

Edukacja obejmowała również instruktaż dotyczący czynności podejmowanych w czasie samodzielnej zmiany opatrunku. Zgodnie z aktualnymi zaleceniami [16] ranę pooperacyjną zamkniętą szwem pierwotnym nale-



**Ryc. 1.** Orteza stabilizująca staw kolanowy z regulacją kąta zgięcia stosowana w okresie pooperacyjnym

ży zabezpieczać opatrunkiem do ok. 48 godzin i wynaszkórkowania jej powierzchni. W bezpośrednim okresie pooperacyjnym zmianę opatrunku, jeśli jest konieczna, przeprowadza się z zachowaniem aseptycznej techniki bezdotykowej. Do przemywania stosuje się lawaseptyki bez zawartości substancji przeciwdrobnoustrojowej (roztwór soli fizjologicznej, płyn wieloelektrolitowy, roztwór Ringera), a w przypadku wysokiego ryzyka zakażenia – lawaseptyk z dodatkiem substancji przeciwbakteryjnej lub antyseptyk. Podkreśla się, że po zabiegach ortopedycznych opatrunek rany pełni nie tylko funkcję ochronną, ale również stabilizującą, zabezpiecza przed nadmiernym napięciem brzożów rany w czasie aktywności fizycznej i rehabilitacji. W szczególnych sytuacjach zaleca się specjalistyczne opatrunki chirurgiczne, tzw. *surgical dressing*. W omawianym przypadku nie były one konieczne. Ranę zabezpieczono opatrunkiem gazowym, a stabilizację osiągnięto poprzez stosowanie ortozy stawu kolanowego z regulacją ruchomości (ryc. 1 i 2).

W dniu wypisu rana pooperacyjna nie wykazywała cech stanu zapalnego, a pacjentka otrzymała zalecenie wizyty kontrolnej w poradni ortopedycznej po 10 dniach w celu usunięcia szwów oraz w poradni fizjoterapeu-



**Ryc. 2.** Orteza stabilizująca staw kolanowy z regulacją kąta zgięcia stosowana w okresie pooperacyjnym



**Ryc. 3.** Ćwiczenia izometryczne – napinanie mięśnia czworogłowego uda. Zwiniony ręcznik należy umieścić bezpośrednio pod kolanem i naciskać na walek poprzez napinanie mięśnia czworogłowego. Bezpośrednio po operacji należy utrzymać napięcie przez 3–5 sekund, a następnie rozluźnić mięsień na 6 sekund. Powinno się wykonywać 10–15 powtórzeń co godzinę. W miarę zwiększania siły mięśniowej można wydłużyć czas napięcia oraz zwiększać częstotliwość



Ryc. 4. Ćwiczenia izometryczne – unoszenie kończyny w wyproście. Należy napiąć mięsień czworogłowy, przyciągnąć palce i unieść wyprostowaną kończynę



Ryc. 5. Blizna pooperacyjna 5 lat po zabiegu

tycznej, aby stopniowo rozpocząć usprawnianie. Zalecono ćwiczenia izometryczne mięśnia czworogłowego oraz zwiększające kąt zgięcia stawu za pomocą szyny Artromot. Wśród zabiegów fizykoterapeutycznych znalazły się krioterapia oraz laseroterapia. Kontynuowano rehabilitację stawu kolanowego (ryc. 3 i 4).

Omówienie aspektów opieki pielęgniarskiej miało na celu ukazanie problemów, jakie najczęściej występują u chorych po urazie stawu kolanowego leczonych metodą artroskopową. Przedstawiono rolę personelu pielęgniarskiego we wczesnym reagowaniu oraz zapobieganiu powikłaniom, minimalizowaniu dolegliwości, a także poprawie stanu zdrowia pacjentów. Podjęte działania lecznicze wykonywano zgodnie ze zleceniem lekarskim oraz obowiązującymi procedurami. Pielęgniarka sprawująca opiekę nad pacjentem przygotowywanym do zabiegu odgrywa kluczową rolę w zmniejszeniu niepokoju, lęku, natomiast w okresie

pooperacyjnym zapewnia holistyczną opiekę uwzględniającą obecne i potencjalne problemy pielęgnacyjne.

## Podsumowanie

Po przebytym zabiegu rekonstrukcji MPFL prawego kolana za pomocą artroskopii pacjentka została przewieziona do sali chorych. Po ustąpieniu działania znieczulenia przyjęła posiłek drogą doustną. Pionizację pacjentki rozpoczęto w drugiej dobie po zabiegu wraz z nauką poruszania się za pomocą kul oraz ćwiczeniami rehabilitacyjnymi mięśnia czworogłowego uda. Opatrunek rany pooperacyjnej zmieniano codziennie. Nie zaobserwowano zaczerwienienia, miejscowo podwyższonej temperatury, wysięk ustał, a dren Redona usunięto bez powikłań. W czasie całego pobytu pacjentki na oddziale prowadzono kontrolę podstawowych parametrów (ciśnienie tętnicze, tętno), stosowano farmakologiczną profilaktykę przeciwzakrzepową, kontrolowano nasilenie dolegliwości bólowych, zgodnie ze zleceniami lekarskimi i procedurami podawano leki przeciwbólowe oraz płyny, edukowano, a także aktywnie włączano się w rehabilitację pacjentki. Proces pielęgnowania był kontynuowany przez cały czas pobytu na oddziale. Obserwowano postępy w ruchomości stawu, sile mięśniowej oraz samoopiece podopiecznej. Wszystkie zaistniałe problemy pacjentki zostały rozwiązane. Przeprowadzono edukację chorej oraz jej rodziny w zakresie sposobu zmiany opatrunku oraz kontynuowania profilaktyki przeciwzakrzepowej, konieczności stosowania leków oraz opatrunków chłodzących. Do wypisu załączono również materiały w formie pisemnej wraz z wykazem ćwiczeń zaleconych przez fizjoterapeutę.

Obecnie pacjentka jest w pełni sprawna fizycznie i powróciła do wcześniejszych aktywności. Kolejne epizody zwichnięć nie nastąpiły (ryc. 5).

*Autorki deklarują brak konfliktu interesów.*

## Piśmiennictwo

1. Widuchowski J, Paściak M, Widuchowski W. Postępowanie lecznicze w urazowych uszkodzeniach i schorzeniach stawu kolanowego. *Chir Kolana Artroskopia Traumatol Sport* 2006; 3: 49-62.
2. Widuchowski J, Widuchowski W. Urazy i obrażenia stawu kolanowego oraz ich następstwa – epidemiologia, patomechanika, klasyfikacje. *Fizjoter Pol* 2004; 4: 307-315.
3. Pala A, Widuchowski J. Nawracające zwłknięcie rzepki – przegląd aktualnych poglądów. *Chir Kolana Artroskopia Traumatol Sport* 2006; 3: 53-68.
4. Ridan T, Płaszewski M, Grabowski J, Dubaj W. Ocena wpływu kompleksowej rehabilitacji na wartości kinetyczne i funkcjonalne po zabiegu transpozycji więzadła rzepki i rekonstrukcji troczka przyśrodkowego. *Kwart Ortoped* 2010; 3: 427-438.
5. Drwięga M, Zdanowicz, Śmigiełski R. Urazy kolan u dzieci – diagnostyka i postępowanie w świetle aktualnej wiedzy. *Pediatr Med Prakt* 2006; 2: 44-48.
6. Nawrat-Szołtyś A, Piejko L, Zając-Gawlak I. Ortezy stawu kolanowego. *Rehabil Prakt* 2015; 60: 60.
7. Laskowski JM, Pomianowski S, Orłowski J. Osłabienie i zanik mięśni prostowników i zginaczy po urazach i operacjach w obrębie stawu kolanowego. *Chir Narz Ruchu* 2004; 69: 385-387.
8. Winiarska M. KinesioTaping jako metoda wspomagająca postępy rehabilitacyjne u piłkarek i piłkarzy ręcznych po urazach więzadła krzyżowego przedniego. *Rehabil Prakt* 2014; 1: 22-26.
9. Arevalo-Rodríguez I, Muñoz L, Godoy-Casasbuenas N i wsp. Needle gauge and tip designs for preventing post-dural puncture headache (PDPH). *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 4: CD010807.
10. Arevalo-Rodríguez I, Ciapponi A, RoquéiFiguls M i wsp. Posture and fluids for preventing post-dural puncture headache. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 3: CD009199.
11. Snarska K. Zespół popunkcyjny: przyczyny, profilaktyka i leczenie. *Probl Pielęg* 2009; 17: 63-66.
12. Kulikowska B, Kobus G, Jarocka I, Snarska K. Czynniki wpływające na występowanie zespołów popunkcyjnych. *Ann UMCS Sect D* 2005; 60 (Suppl. 16): 117-121.
13. Juszcak K. Pielęgniarska ocena stanu chorego z bólem pooperacyjnym. *Pielęg Chir Angiol* 2012; 4: 138-141.
14. Juszcak K, Jaracz K, Kuberka I. Subiektywna ocena jakości opieki pielęgniarskiej w aspekcie bólu pooperacyjnego u chorych poddanych interwencji chirurgicznej. *Pielęg Chir Angiol* 2016; 4: 173-176.
15. Ulatowska A, Bączyk G, Lewandowska H. Przegląd piśmiennictwa na temat bólu pooperacyjnego oraz jakości opieki pielęgniarskiej. *Pielęg Chir Angiol* 2012; 1: 7-12.
16. Szewczyk MT, Mościcka P, Cwajda-Biaśnik J i wsp. Zalecenia profilaktyki zakażenia miejsca operowanego w okresie pooperacyjnej opieki pielęgniarskiej na oddziałach zabiegowych. *Pielęg Chir Angiol* 2015; 2: 74-91.