

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta**

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

2009

Veronika Černá

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetrovatelství
Studijní obor: Ošetrovatelství
ID studijního oboru: 5341R003

Veronika Černá

Ošetrovatelská kazuistika u pacienta s karcinomem jazyka

The patient with carcinoma of tongue and his nursing case report

Typ závěrečné práce

Bakalářská

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Helena Chloubová

Datum práce

Praha, 05. 03. 2009

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem uvedl/a všechny použité informační zdroje.

V Praze, 05. 03. 2009

Podpis

Poděkování

Chtěla bych poděkovat PhDr. Heleně Chloubové za poskytnutí cenných rad a podnětů. Dále bych chtěla poděkovat mé rodině za velkou podporu během mého studia.

OBSAH

ÚVOD.....	6
A. KLINICKÁ ČÁST.....	7
1. Charakteristika onemocnění.....	7
1.1 Epidemiologie, etiologie a patogeneze.....	7
1.2 Klasifikace nádorů.....	9
1.3 Klinické projevy.....	11
1.4 Diagnostika.....	12
1.5 Terapie.....	14
1.5.1 Chirurgická terapie.....	14
1.5.2 Radioterapie, aktinoterapie.....	15
1.5.3 Chemoterapie.....	16
1.5.4 Imunoterapie.....	16
1.6 Komplikace chirurgické terapie v dutině ústní.....	16
1.7 Ošetrovatelská standardní předoperační příprava.....	17
1.8 Ošetrovatelská standardní pooperační péče.....	17
1.9 Prognóza.....	17
1.10 Prevence.....	18
2. Základní identifikační údaje.....	20
3. Lékařská anamnéza a diagnózy.....	20
3.1 Lékařská anamnéza.....	20
3.2 Lékařské diagnózy.....	22
4. Diagnosticko – terapeutická péče.....	22
4.1 Diagnostická péče.....	22
4.1.1 Fyzikální vyšetření.....	22
4.1.2 Laboratorní vyšetření.....	24
4.1.3 Ostatní vyšetření.....	27
4.2 Terapeutická péče.....	27
4.2.1 Předoperační péče.....	27
4.2.2 Chirurgická terapie.....	29
4.2.3 Pooperační péče.....	30
4.2.4 Farmakoterapie.....	33
4.2.5 Dietoterapie.....	35
4.2.6 Oxygenoterapie.....	35

4.2.7 Fyzioterapie.....	35
5. Stručný průběh hospitalizace.....	36
B. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....	37
1. Ošetrovatelská anamnéza a současný stav pacienta.....	37
1.1 Subjektivní náhled nemocného na nemoc a hospitalizaci, hodnocení sestrou.....	37
1.1.1 Subjektivní náhled nemocného na nemoc a hospitalizace.....	37
1.1.2 Hodnocení sestrou.....	37
1.2 Základní fyziologické potřeby.....	37
1.3 Psychosociální potřeby.....	42
2. Ošetrovatelské diagnózy.....	45
3. Ošetrovatelské cíle, plány, realizace, hodnocení.....	46
4. Edukace.....	59
5. Závěr.....	60
6. Seznam ostatních zdrojů.....	62
7. Seznam použité literatury.....	63
Seznam použitých zkratk.....	65

PŘÍLOHY

Příloha 1 - 7

ÚVOD

Proč jsem si vybrala pacienta s touto diagnózou? Chtěla bych upozornit na problematiku v této oblasti, o které téměř neslyšíme. Na klinice čelistní a obličejové chirurgie pracuji od roku 2002. Po nástupu do zaměstnání mě velmi překvapil vysoký počet pacientů s nádorovým onemocněním rtu, jazyka, spodiny ústní, dolní a horní čelisti a slinných žláz. Nikdy dříve jsem o této problematice neslyšela, ani jsem se o ni nezajímala. Jeden z nejčastějších nádorů v orofaciální oblasti je karcinom jazyka, který postihuje především muže, ale v posledních letech i ženy. Za nejčastější rizikový faktor je považován abusus nikotinu v kombinaci s alkoholem. Pacienti s nádorem v orofaciální oblasti přicházejí často na naši kliniku v pokročilých stádiích onemocnění, kdy je nutná radikální chirurgická terapie, většinou v kombinaci s radioterapií. Tato terapie vede k anatomickému a funkčnímu poškození. Myslím si, že tito pacienti jsou téměř vyřazeni ze společenského života. Pro pacienty je to období velmi nepříjemné a těžké, kdy dochází ke změnám v osobním, rodinném i pracovním prostředí.

Výskyt těchto nádorů v České republice se odhaduje na 3 – 5% a jejich počet pomalu roste nejen u kuřáků, ale i nekuřáků. Možná je to dáno naším životním stylem a prostředím v kterém žijeme a doufám, že se tato situace bude měnit k lepšímu díky dostatečné prevenci. Myslím si, že by se měla zlepšit informovanost a prevence mezi laickou i odbornou veřejností. Velmi důležitá je zejména primární prevence, kam patří i péče o chrup a pravidelné kontroly u zubaře.

A. Klinická část

1. Charakteristika onemocnění

„Nádory hlavy a krku je tradiční název pro skupinu nádorů, které spojuje jejich topografická blízkost, ale jsou značně heterogenní. Řadí se mezi ně nádory dutiny ústní, jazyka, dutiny nosní, paranazálních sinů, dále nádory epifaryngu, orofaryngu, laryngu a nádory slinných žláz.”⁶⁾

„Nádorová onemocnění ústní dutiny, čelistí a přilehlých měkkých tkání tvoří významnou kapitolu stomatologie a klinické onkologie. Karcinom jazyka má mezi anatomickými lokalitami orofaciálních karcinomů nejzávažnější prognózu.” Tento nádor brzo metastazuje a může přejít až ke generalizované formě onemocnění. „Karcinomem jazyka onemocní častěji muži než ženy, většinou v 5. – 7. deceniu, v současné době však přibývá nemocných v mladším věku.” V orofaciální oblasti dochází k nárustu zhoubných nádorů u žen.⁸⁾

1.1 Epidemiologie, etiologie a patogeneze

„Incidence novotvarů v současné době na celém světě stále stoupá. V onkologické literatuře, která pojednává o novotvarech v oblasti úst a obličeje z pohledu epidemiologického se nejvíce místa věnovalo karcinomům. Karcinom v orofaciální oblasti představuje podle většiny autorů 4 % - 10 % všech maligních novotvarů. Incidence se vyznačují diferenciací jak etnickou tak geografickou, např. statistiky z USA uvádějí 3% výskyt, země západní Evropy mezi 1% - 5% (Anglie, Wales – 2%, Francie - 4%, Itálie – 3%, Dánsko – 1,5%, Švýcarsko – 2%), v Austrálii a na Novém Zélandu – 2%, Nová Guinea – 17%, v Africe – ve 3% u bílé populace a v 7% u populace s černou barvou pleti, Japonsko – 1%, Čína – 5%, Indonésie – 12%, Bangladéš – 18%, Cejlon – 31%, Indie – 47%, výskyt v České republice se odhaduje na 3 – 5 % celkového počtu nově hlášených nádorů.”⁸⁾

6) KLENER, P. *Klinická onkologie*, Praha: Nakladatelství Galén, Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, 2002, ISBN 80-7262-151-3, ISBN 80-246-0468-X, s. 363

8) MAZÁNEK, J. *Nádory v orofaciální oblasti*, Praha: East Publishing, a.s., Victoria Publishing, a.s., 2007, 1.vydání, ISBN 80-7187-131-1, s. 21, 25, 285

Příčiny nejsou známy, ale v patogenezi se uplatňuje celá řada rizikových faktorů. „Zvýšené riziko vzniku zhoubných nádorů je spojeno s vlivem řady různých, vzájemně působících genetických, sociálně – biologických faktorů, jakož i faktorů prostředí, avšak žádný jednotlivý faktor nebo kombinace proměnných faktorů známých činitelů nejsou dostačující k jednoznačnému vysvětlení etiologie nádorové choroby.” Rizikové faktory lze rozdělit na vnější a vnitřní. ^{6,8)}

„K vnitřním činitelům patří dědičnost, vlivy rasové, věkové, pohlavní a uvažuje se i o účinku některých látek lidskému organismu vlastních jako jsou hormony. Zevními činiteli jsou vlivy fyzikální, chemické a biologické. Ze zevních faktorů, které se pravděpodobně rozhodující měrou podílejí na onemocnění karcinomem ústní sliznice je na prvním místě nutno jmenovat abusus nikotinu. Dalšími důležitými činiteli jsou konzumace alkoholu, špatná hygiena ústní hygieny, chronická traumatizace ostrými hranami kariézních zubů nebo jejich radixů, chybná konstrukce dentálních náhrad, ať pevných nebo snímacích. Jako příčina přichází v úvahu i negativní vliv znečištěného ovzduší a vody průmyslovými exhalacemi, působení virů, syfilis, skladba potravy a úroveň výživy, dále pak některé chemikálie užívané v zemědělské výrobě ze skupiny herbicidů a pesticidů. Nebezpečnými látkami jsou také organofosfáty a chemické látky používané ke konzervaci potravy. Epidemiologové prokázali karcinogenní vlivy dalších činitelů jako jsou ionizující záření, účinek fluoru, olova, azbestu, arzenu, chromu, niklu, polycyklických uhlíkůvodičků v sazí, dehtu a průmyslových olejích, z oblasti iatrogenních vlivů je to působení diagnostických nebo terapeutických dávek záření, arzenové preparáty a některé léky.” ⁸⁾

Hlavním a nejzávažnějším rizikovým faktorem, který je nejčastější příčinou orofaciálních faktorů je kouření nejen cigaret, ale i doutníků, dýmek nebo žvýkání tabáku (v tabákovém kouři je uváděno celkem 43 karcinogenů). „Nejvýznamnějším tabákovým karcinogenem je 3,4 benzpyren, který je velmi účinný, značně stálý a udržuje se v zakouřeném prostředí relativně dlouho. Tabákový kouř neohrožuje jenom vlastní kuřáky,

6) KLENER, P. *Klinická onkologie*, Praha: Nakladatelství Galén, Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, 2002, ISBN 80-7262-151-3, ISBN 80-246-0468-X, s. 363

8) MAZÁNEK, J. *Nádory v orofaciální oblasti*, Praha: East Publishing, a.s., Victoria Publishing, a.s., 2007, 1.vydání, ISBN 80-7187-131-1, s. 25-26, 27

ale i nekuřáky, kteří jsou nuceni pobývat v zakouřených prostorách a vdechují tak vzduch se značným obsahem karcinogenů.” Nejen cigarety obsahují velké množství dehtovitých látek, ale také marihuana, která je považována za velmi karcinogenní. ^{6,8)}

„Druhým epidemiologicky jasně prokázaným faktorem je konzumace alkoholu. Vliv alkoholu se navíc projevuje i na místech, kde alkohol nepřichází do styku se sliznicí, například v laryngu. Na tomto místě je nutno se zmínit o synergickém působení konzumace tabáku a alkoholu. Pokud je relativní riziko vzniku nádoru u nekuřáka abstinenta 1, pak hodnota udávaná u kuřáka abstinenta 6, u nekuřáka alkoholika 3, avšak u kuřáka alkoholika 15. V literatuře jsou uváděny i jiné hodnoty relativního rizika, všechny však svědčí pro výrazný nárůst rizika při kombinaci obou faktorů.” ⁷⁾

1.2 Klasifikace nádorů

”Nejčastějším maligním nádorem je spinocelulární karcinom, který tvoří 80 – 85% maligních neoplázií dutiny ústní. Histologicky je nejčastější formou karcinomu jazyka dlaždicobuněčný rohovějící karcinom, diferencovaný nebo nediferencovaný. Anaplastické karcinomy jsou méně časté.” Další formy nádorů v orofaciální oblasti jsou nádory např. mezenchymové, nádory z nervové tkáně nebo odontogenní. ^{8,11,12)}

Maligní tumory se mohou vyskytnout v dutině nosní a vedlejších dutinách nosních, dále může postihnout nosohltan, hltan, hrtan, rty, tvářovou sliznici, dolní čelist, horní čelist a patro, ústní spodinu, slinné žlázy, jazyk a kůži. ^{7,8)}

6) KLENER, P. *Klinická onkologie*, Praha: Nakladatelství Galén, Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, 2002, ISBN 80-7262-151-3, ISBN 80-246-0468-X, s. 363-364

7) KLOZAR, J. et al. *Speciální otorinolaryngologie*, Praha: Nakladatelství Galén, Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, 2005, ISBN 80-7262-346-X, ISBN 80-246-1125-2, s.44, 65, 68, 102, 145

8) MAZÁNEK, J. *Nádory v orofaciální oblasti*, Praha: East Publishing, a.s., Victoria Publishing, a.s., 2007, 1.vydání, ISBN 80-7187-131-1, s. 288

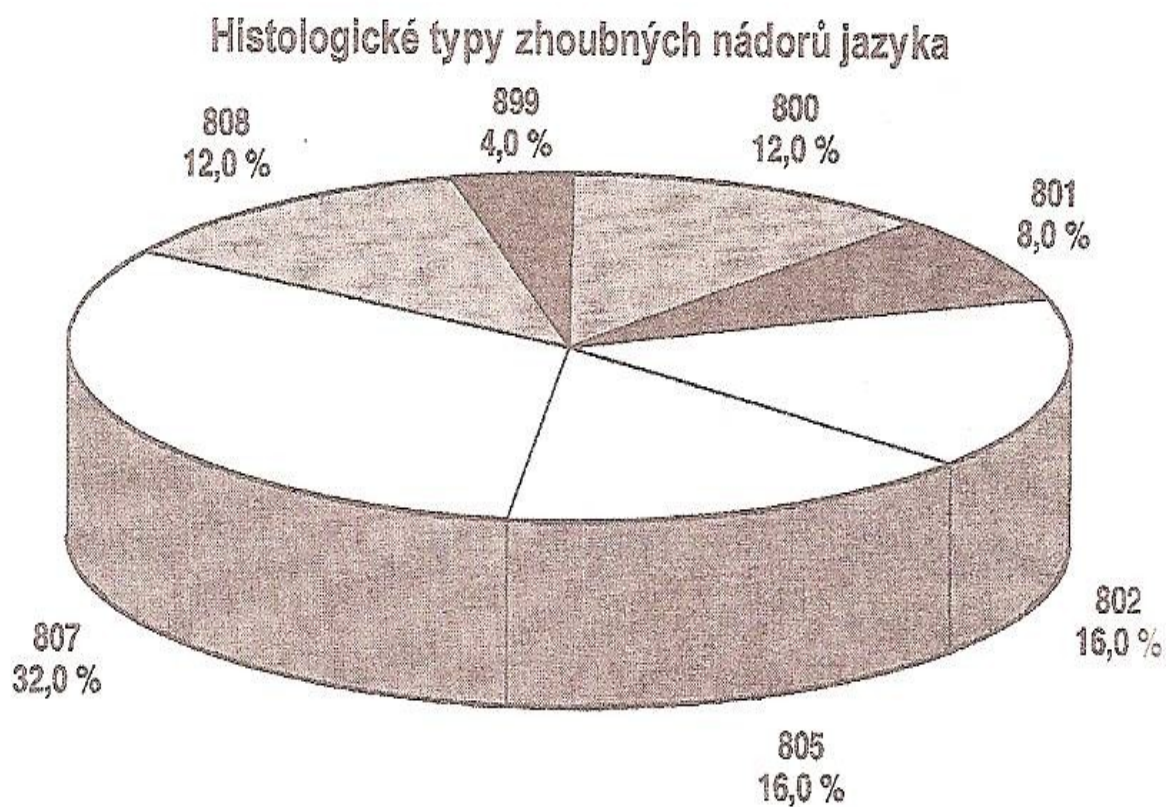
11) TOMAN, J., MAZÁNEK, J. *Nádory úst a obličeje*, Praha: Avicenum, 1982, 1.vydání

12) WOTKE, J. *Patologie orofaciální oblasti*, Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2001, 1.vydání, ISBN 80-7169-975-6, s. 199

Tab. 1 Mezinárodní klasifikace nemocí – onkologie (MKN-O z roku 1976)

Číselný kód	Histologická diagnóza
MKN-O	
800	Maligní neklasifikovaný nádor
801	Karcinom NS
802	Nediferencovaný a anaplastický karcinom
805	Karcinom papilární
807	Dlaždicobuněčný karcinom
808	Bowenova dermatóza
899	Mezenchymální smíšený sarkom

Graf č. 1 Histologické typy zhoubných nádorů jazyka



Zdroj: Wotke, J. Patologie orofaciální oblasti ¹²⁾

12) WOTKE, J. Patologie orofaciální oblasti, Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2001, 1.vydání, ISBN 80-7169-975-6, s. 178

Karcinom jazyka může mít růst exofytický, který je nejčastější a má podobu květákovitého útvaru. Dalším typem růstu je endofytický, který je v počáteční fázi skrytý a může uniknout pozornosti. „Skirhotická nebo také intersticiální forma karcinomu infiltruje celý jazyk, ten je fixovaný ke spodině a stává se nepohyblivým. Popisují se ještě formy tzv. hybridního karcinomu, který vzniká na podkladě leukoplakií a leukokeratóz anebo se tak označují karcinomy, které dříve vznikaly na patologickoanatomickém podkladě syfilis. Na podkladě leukoplakie vzniká obvykle *ca in situ* – je to patologické ložisko malé velikosti, asi do 1cm, s přísně lokálním růstem. Zůstává povrchní, po řádném odstranění nerecidivuje, může se však objevit na jiném místě jazyka. Prognóza tohoto typu karcinomu je většinou dobrá, není obvykle provázena metastazováním.”⁸⁾

Anatomická lokalizace karcinomu jazyka je ve volné i fixované části jazyka, nejčastěji je nádor umístěn na hraně jazyka v její střední části. „Karcinom umístěný na hraně jazyka zůstává dlouho lokalizovaný unilaterálně, naproti tomu karcinomy báze, tedy fixované části jazyka, rychle prorůstají na kontralaterální stranu, infiltruje celý kořen jazyka a šíří se i na přední patrový oblouk a mandli, do *ulcus glossoepiglotticus* a na *epiglottis*, nejednou postihuje nádor i celý orofarynx příslušné strany. Další anatomickou lokalizací karcinomu jazyka je spodina jazyka, z té se nádor plíživě šíří až na alveolární výběžek dolní čelisti a podél vývodu submandibulární žlázy do sublinguální, submandibulární a submentální lože. Na hřbetu volné části a na hrotu se vyskytuje karcinom zcela vzácně.”⁸⁾

1.3 Klinické projevy

„U karcinomu jazyka je třeba hodnotit na první pohled nezávažné symptomy jako jsou snížená pohyblivost jazyka, kousání se do jazyka při mluvení nebo v průběhu mastikace, zvláštní pocit suchosti sliznice v ústech, obtížné vyslovování některých hlásek (L, D, T,) a bolesti provokované některými druhy potravy a tabákovým kouřem. Nádor provází často zvýšená sekrece slin, někdy s příměsí krve a hnilobný zápach z úst, způsobený přidruženým zánětem. Přítomnost vředu a dalších funkčních příznaků, jako jsou neuritické bolesti a různě vystupňované otalgie již diagnózu tumoru jasně potvrzují.

8) MAŽÁNEK, J. *Nádory v orofaciální oblasti*, Praha: East Publishing, a.s., Victoria Publishing, a.s., 2007, 1.vydání,

Bolesti bývají zpočátku u některých nemocných při přijímání potravy a při mluvení.” Dalšími příznaky, které se mohou objevit je polykací obtíže, uvolňování zubů, váhový úbytek . „Často, zejména u karcinomů kořene jazyka, jsou prvním příznakem, který přivede nemocného k lékaři zvětšené krční uzliny.”^{3,4,8)}

1.4 Diagnostika

Je velmi důležité diagnostikovat zhoubné nádory včas. Mezi nejdůležitější vyšetřovací metody patří pečlivě provedená *anamnéza a fyzikální vyšetření*, zejména pohled a pohmat. Toto vyšetření zahrnuje i vyšetření regionálního lymfatického krčního aparátu. Při diagnostice zhoubného nádoru jazyka se dále využívá *počítačová tomografie*. „Výpočetní tomografie je díky vysoké rozlišovací schopnosti způsobilá odhalit ložiska větší než 1,5 cm a uplatní se v lokalitách špatně viditelných a omezeně palpovatelných, jako jsou oblast očníce, tonsil, kořene jazyka a hluboké struktury jazyka, retromaxilární oblast a podobně. Vyšetření lze využít i k diagnostice lymfogenních regionálních metastáz.” *Sonografie* je další vyšetřovací metoda, která se využívá v orofaciální oblasti zejména pro diagnostiku lymfogenních regionálních metastáz. *Bioptické vyšetření* je mikroskopické vyšetření tkání. „Slouží ke stanovení nebo potvrzení diagnózy, dále pak rozhodne, zda provedený výkon byl dostatečně rozsáhlý a zajistil odstranění celého patologického ložiska.” *Barvivové testy* mezi které patří Schillerův test. Tento test slouží k rozpoznání intraepiteliálního karcinomu. Provádí se tak, že vyšetřovanou oblast sliznic dutiny ústní očistíme 1% kyselinou octovou a po té aplikujeme Lugolův roztok. „Jód obsažený v Lugolově roztoku zbarvuje zdravý a neporušený epitel odstínem hnědé barvy, vlastní karcinom nezabarvuje. Na stejném principu je založen také Richardův test, který jako barviva využívá toluidinové modři. Atypický epitel, který má více buněčných jader se toluidinovou modří zbarvuje tmavě modře.” Dále můžeme provést *cytologické vyšetření*,

3)

HAHN, A. a kol. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*, Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2007, 1.vydání, ISBN 978-80-247-0529-3, s. 169

4) HRUBÁ, M., FORETOVÁ, L., VORLÍČKOVÁ, H. *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění*, Brno: Masarykův onkologický ústav, nakladatelství GAD studio s.r.o., 2001, 1.vydání, ISBN 80-238-7618-X, s.53

8) MAZÁNEK, J. *Nádory v orofaciální oblasti*, Praha: East Publishing, a.s., Victoria Publishing, a.s., 2007, 1.vydání, ISBN 80-7187-131-1, s. 33, 40, 47, 51-52, 54, 287,

kde mikroskopicky hodnotíme buňky získané punkcí, buňky z povrchu sliznice nebo kůže atd. „*Diagnostická excize* neboli probatorní excize je chirurgickým výkonem, kterým se získává reprezentativní vzorek tkáně k mikroskopickému vyšetření. Tkáň musí být odebrána tak, aby současně s tkání postiženou novotvarem byla zachycena i část tkáně zdravé.”⁸⁾ (obr. Viz. příloha č. 4)

TNM klasifikace rtu a dutiny ústní

Je to systém pro klasifikaci zhoubných novotvarů. Klasifikace je založena na přesných informacích o rozsahu choroby.

Rty a ústní dutina

T – primární nádor

TX – primární nádor nelze posoudit

T0 – žádné známky primárního nádoru

TIS – carcinoma in situ

T1 – nádor do 2 cm v největším rozměru

T2 – nádor více než 2 cm, avšak ne více než 4 cm v největším rozměru

T3 – nádor větší než 4 cm v největším rozměru

T4 – *ret*: nádor postihuje okolní struktury, např. kost, jazyk, kůži krku

ústní dutina: nádor se šíří do okolních struktur, např. do kosti, hlubokých svalů jazyka, čelistní dutiny nebo kůže

N – regionální mízní uzliny

(definice kategorie N pro všechny lokality na hlavě a krku s výjimkou štítné žlázy)

NX – regionální mízní uzliny nelze posoudit

N0 – metastázy do regionálních mízních uzlin neprokázány

N1 – metastáza v jedné stejnostranné mízní uzlině 3 cm nebo méně v největším rozměru

8) MAZÁNEK, J. *Nádory v orofaciální oblasti*, Praha: East Publishing, a.s., Victoria Publishing, a.s., 2007, 1.vydání,

N2 – metastáza v jedné stejnostranné mízní uzlině v největším rozměru více než 3 cm, avšak ne více než 6 cm, nebo více stejnostranných mízních uzlinách do 6 cm v největším rozměru, nebo oboustranné postižení uzlin do 6 cm v největším rozměru.

N3 – metastáza v mízní uzlině větší než 6 cm v největším rozměru

M – vzdálené metastázy ⁸⁾

1.5 Terapie

„Při volbě způsobu léčby přihlížíme ke známým prognostickým faktorům, především k pokročilosti nádorů (vyjádřené TNM klasifikací), jeho lokalizaci, histologickému typu, věku a celkovému stavu nemocného, taktéž je respektováno přání nemocných.“ Terapie nádorových onemocnění by měla být komplexní. Měla by zahrnovat kromě onkologické léčby i léčbu bolesti, doplňkovou, somatopsychosociální rehabilitaci. Léčba může být kurativní nebo paliativní. „Cílem kurativních postupů je úplná likvidace nádorové choroby, u paliativní léčby je snaha o dosažení alespoň částečného ústupu nádoru, zastavení jeho další progresu a zmírnění subjektivních obtíží.“ Léčebnými metodami u zhoubných nádorů jazyka jsou chirurgická léčba, radioterapie, chemoterapie.^{1,8)}

1.5.1 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba má základní a prvořadný význam. „Chirurgickou léčbu zhoubných nádorů je třeba chápat jako lokoregionální, která odstraňuje primární nádor a případně regionální lymfatické uzliny.“ Zhoubné nádory se operují s co největší možnou radikalitou. Je důležité odstranit nádor v zóně zdravé tkáně, to znamená nejméně 1 – 1,5 cm za hmatnou nebo viditelnou hranici nádoru. Nádor by se měl izolovat rychle a šetrně.

1) ADAM, Z., VORLÍČEK, J., VANÍČEK, J. a kolektiv *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob*, Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2002, 1.vydání, ISBN 80-7169-792-3, s. 27

8) MAZÁNEK, J. *Nádory v orofaciální oblasti*, Praha: East Publishing, a.s., Victoria Publishing, a.s., 2007, 1.vydání, ISBN 80-7187-131-1, s. 55, 113-114

„U objemných nádorů se postupuje tím způsobem, že se nejdříve preparují hlavní kmenové tepny a žíly, provede se jejich podvaz a teprve po té se resekuje vlastní nádor.

V chirurgické léčbě jazyka je nutné dodržovat pravidla. „Intraorálně se operují nádory pouze volné části a pod hrotem jazyka. Ze zevního přístupu se operují formy pokročilejší, které již přestupují na ústní spodinu, dále na perióst a čelistní kost a nádory kořene jazyka. Vzhledem k plánované zajišťovací radioterapii a aby se splnila zásada operování v bezpečnostní zóně, spojujeme excizi nádoru s resekci segmentu těla dolní čelisti nebo s hemimandibulektomií. K výkonu připojujeme ještě exenteraci celého podčelistního lóže, jsou-li přítomny metastázy.”⁸⁾

1.5.2 Radioterapie, aktinoterapie

„Radioterapie se užívá buď jako metoda kurativní anebo paliativní. Cílem radikální radioterapie je dosáhnout úplného vyléčení nádorového onemocnění.” „U lokalizovaných, počátečních forem může dosáhnout vyléčení podobně jako operační zákrok. Při léčbě časných stádií maligních nádorů hlavy a krku je léčba chirurgická a radioterapie považována za rovnocennou.” Cílem paliativní radioterapie je prodloužit život nemocného u velmi pokročilých, inoperabilních nádorů. „Paliativní radioterapie příznivě ovlivňuje i psychický stav pacienta zmírněním nepříznivých příznaků a komplikací nádorové nemoci, jako jsou bolesti, rozpad nádoru, krvácení a podobně.”^{1,8)}

„Radioterapie může být užita buď jako samostatná léčebná metoda, mnohem častěji její užití v kombinaci s jinými léčebnými přístupy. Nejčastěji se uplatňuje kombinace radioterapie s chirurgickou léčbou, kdy se ozařuje předoperačně nebo pooperačně. Cílem předoperační radioterapie je zmenšit objem nádoru, snížit jeho vitalitu, ovlivňuje se jí příznivě metastazování, pomáhá potlačit průvodní zánět kolem nádoru a usnadňuje tak chirurgický výkon. Pooperační ozáření má pak za úkol likvidovat zbytky nádoru, které se z různých důvodů nepodařilo odstranit operací a má také snížit pravděpodobnost lymfogenního metastazování.”⁸⁾

1) ADAM, Z., VORLÍČEK, J., VANÍČEK, J. a kolektiv *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob*, Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 2002, 1.vydání, ISBN 80-7169-792-3, s. 27

8) MAZÁNEK, J. *Nádory v orofaciální oblasti*, Praha: East Publishing, a.s., Victoria Publishing, a.s., 2007, 1.vydání, ISBN 80-7187-131-1, s. 57, 64, 288

1.5.3 Chemoterapie – cytostatická léčba

„Cílem chemoterapie je úplná likvidace zhoubného nádoru.“ Adjuvantní chemoterapie se využívá po radikální chirurgické léčbě a radioterapii, ale její použití není jednoznačně akceptována. „Při neadjuvantní chemoterapii se cytostatikum podává před chirurgickým výkonem nebo před ozařováním.“ Tato metoda se těší stoupající oblibě. „Spolu s následnou radioterapií může být terapeutický účinek natolik příznivý, že lze upustit od chirurgického výkonu.“^{6,8)}

1.5.4 Imunoterapie

„Cílem imunoterapie je obnovit nebo zesílit mechanismy imunity a likvidovat tak malý počet nádorových buněk, které přetrvaly v organismu po předchozí léčbě. V imunoterapii nádorů rozeznáváme postupy aktivní a pasivní, specifické a nespecifické.“ Neměli bychom význam imunoterapie přeceňovat. Obranný systém je složitý a při použití imunoterapie může dojít k negativním účinkům.⁸⁾

1.6 Komplikace chirurgické terapie v dutině ústní

Po operaci v dutině ústní může dojít k obliteraci dýchacích cest při zatékání krve, usazování krevních sraženin, otoku měkkých tkání a hromadění bronchiálního sekretu. Další komplikací může být krvácení časně nebo pozdní. Může dojít ke zvracení, infekci, tromboembolické nemoci, poruše příjmu potravy, stížené komunikaci a vzniku kosmetických změn.¹⁰⁾

6) KLENER, P. *Klinická onkologie, Praha: Nakladatelství Galén, Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, 2002, ISBN 80-7262-151-3, ISBN 80-246-0468-X, s. 367*

8) MAZÁNEK, J. *Nádory v orofaciální oblasti, Praha: East Publishing, a.s., Victoria Publishing, a.s., 2007, 1.vydání, ISBN 80-7187-131-1, s. 66, 72*

10) Standardní ošetrovatelský postup č. 75 VFN v Praze - Péče o pacienta po operaci v dutině ústní

1.7 Ošetrovatelská standartní předoperační příprava

V předoperační přípravě je nutné navázat kontakt s pacientem. „Je důležité podrobně popsat operaci a pooperační období. Pacientovi a i jeho rodině zodpovědět všechny dotazy, provést nácvik náhradní komunikace s ošetřujícím personálem ještě před operací.” Vysvětlit dále pacientovi, že bude mít po určitou dobu NGS, pokud nebude mít dopředu proveden PEG. Vysvětlit nemocnému, že všeskerá výživa i tekutiny budou aplikovány pouze přes tuto sondu. Vysvětlit péči o tracheostomii, dále prevence TEN a informovat pacienta, že od pŕlnoci nesmí pít, jíst a kouřit. ²⁾

1.8 Ošetřovatelská standartní pooperační péče

Pacient je po resekci převezzen na JIP. „U pacienta je nutné sledovat jeho fyziologické funkce, odvádění moče. Důležité je tlumení bolesti, sledování příjmu a výdeje tekutin. Pacienta ukládáme do zvýšené polohy s podloženou hlavou, aby rána nebyla zatížena tahem. Kontrolujeme fixaci alimentální cévky a pravidelně odsáváme z tracheostomie. Kontrolujeme krvácení a obsah v drenážích, převaz ran provádíme 1x denně.” ²⁾

1.9 Prognóza

„V závislosti na lokalizaci nádoru se prognóza horší od rtů směrem do hypofaryngu. Nádor kořene jazyka má horší prognózu než ostatní nádory dutiny ústní, nádory tonzil mají lepší prognózu než jiné nádory vyrůstající z hypofaryngu, nádory subglottis mají horší prognózu než nádory glottis. U maligních nádorů slinných žláz je horší prognóza u nádorů submandibulárních slinných žláz než u průšních žláz. Sekundární malignity v aerodigestivním traktu jsou popisovány až u 40% nemocných léčených pro první karcinom, kteří nepřestali kouřit. K lokálním a regionálním recidivám dochází až v 66% a většina recidiv se objevuje do 2 let od začátku léčby. Vzdálené metastázy nejsou časté a vznikají většinou pozdě. Pacienti v I. klinickém stadiu dosahují 5letého přežití v 75

2) ASTL, J. *Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku* pro bakaláře – obor ošetřovatelství, Praha: UK v Praze, Karolinum, 2002,

1. vydání, ISBN 80-246-0325-X, s. 121-123

– 90%, pacienti ve II. klinickém stadiu ve 40 – 70%, ve III. klinickém stadiu ve 20 – 50%

a ve IV. klinickém stadiu v 10 – 30%. Prognóza pacientů s maligními nádory hlavy a krku je ještě zhoršována častými přidruženými chorobami (jaterní cirhóza, onemocnění oběhového a dýchacího ústrojí aj.”¹⁾

1.10 Prevence

„Nejúčinnější a nejlevnější opatření proti onkologickým chorobám je prevence. Prevence obsahuje činnosti, které informují veřejnost o rizicích vzniku nádorového onemocnění a změnách životního stylu, jež snižují výskyt nádorových onemocnění.”⁴⁾

Prevence vede ke zlepšení výsledků v onkologické péči. Dělíme ji na primární, sekundární a terciární.⁸⁾

Primární prevence

„Primární prevence má obecný dosah a vychází se ze zjištění, že vznik 70 – 90% zhoubných nádorů vyvolávají především exogenní faktory.” „Do oblasti osobní hygieny patří i péče o chrup a tkáň ústní dutiny. Na tomto úseku primární onkologické péče je významná úloha stomatologa.”^{5,8)}

V primární péči by měli na občany působit všichni lékaři a sestry a nejenom na onkologických odděleních.^{4,8)}

Sekundární prevence

Sekundární prevence je časné předcházení, rozpoznání a zachycování ranných

1) ADAM, Z., VORLÍČEK, J., VANÍČEK, J. a kolektiv *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob*, Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2002, 1.vydání, ISBN 80-7169-792-3, s. 30

4) HRUBÁ, M., FORETOVÁ, L., VORLÍČKOVÁ, H. *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění*, Brno: Masarykův onkologický ústav, nakladatelství GAD studio s.r.o., 2001, 1.vydání, ISBN 80-238-7618-X, s.5

5) KILIAN, J. et al. *Prevence ve stomatologii*, Praha: Nakladatelství Galén, Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, 1999, Druhé, rozšířené vydání, ISBN 80-7262-022-3, ISBN 80-7184-976-6, s. 205

8) MAZÁNEK, J. *Nádory v orofaciální oblasti*, Praha: East Publishing, a.s., Victoria Publishing, a.s., 2007, 1.vydání, ISBN 80-7187-131-1, s. 101

stádií maligního onemocnění. Úspěšnost sekundární prevence závisí na včasném vyhledání lékaře, odborné vyspělosti lékaře a na velmi pečlivém vyšetření oblasti. ^{5,8)}

„V procesu sekundární onkologické prevence je úloha stomatologa náročná a významná. Jeho diagnostická úvaha a odborná pohotovost je zpravidla pro úspěch léčení onkologického onemocnění rozhodující.“ ⁵⁾

„Cílem depistážních akcí je vyhledávat ranné, bezpříznakové formy nádorů a chorobné stavy, které mohou dát základ malignímu bujení. Výtěžnost hromadných preventivních prohlídek, pokud jde o vlastní maligní novotvary, je velmi malá. Proto se v současné době jeví jako racionálnější orientace na skupiny osob se zvýšeným onkologickým rizikem. Tyto osoby je třeba vytipovat a pravidelně sledovat.“ ⁸⁾

Terciární prevence

„Terciární prevence zahrnuje opatření a postupy sekundární prevence přenesené do poléčebné dispenzární péče. Jejím cílem je kontrolovat oblast primárního nádorového procesu a spádové lymfatické drenáže. Uskutečňuje se v průběhu povinné onkologické dispenzarizace. Vzhledem k tomu, že převážné procento recidiv orofaciálních nádorů se objevuje v prvních dvou letech po skončení léčby, je doporučená chronologie kontrol následující: v prvních 6 měsících je pacient kontrolován každý měsíc, ve druhém semestru pak v dvouměsíčních intervalech. Ve druhém roce se podrobuje pacient kontrolnímu vyšetření nejméně jednou za 3 měsíce. Při negativním podrobném vyšetření koncem druhého roku se vyžaduje onkologická kontrola nejméně jednou za půl roku. Za vyhojený se považuje nádorový proces po 5 letech bezpříznakového průběhu od skončení léčby.“ ⁵⁾

5) KILIAN, J. et al. *Prevence ve stomatologii*, Praha: Nakladatelství Galén, Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, 1999, Druhé, rozšířené vydání, ISBN 80-7262-022-3, ISBN 80-7184-976-6, s. 206-207

8) MAZÁNEK, J. *Nádory v orofaciální oblasti*, Praha: East Publishing, a.s., Victoria Publishing, a.s., 2007, 1.vydání, ISBN 80-7187-131-1, s. 105

2. Základní identifikační údaje

Jméno a příjmení: S.N.

Oslovení: pane N

r.č.: 570000/0000

Věk: 51

Stav: rozvedený

Pojišťovna: 209

Povolání: autoklempíř

Vzdělání: vyučen

Národnost: česká

Vyznání: bez vyznání

Adresa: Kolín

Kontaktní osoba: dcera

Datum přijetí: 27.10.2007

Datum operace: 11.11.2008^{1,4)}

Pacienta jsem ošetřovala před operací od 10. 11. – 11. 11. 2008
a po operaci 12. 11. – 13. 11. 2008.

3. Lékařská anamnéza a diagnózy

3.1 Lékařská anamnéza

Osobní anamnéza

Pacient se s ničím neléčí.

Úrazy 0

Operace 0¹⁾

1) informace získané od pacienta

4) Informace získané od zdravotnického personálu

Rodinná anamnéza

Otec zemřel v 80 letech na rupturu břišní aorty. Matka žije, má DM na inzulínu. Bratr zemřel ve 37 letech – náhlá smrt, pacient neví na co.

Alergická anamnéza

Neguje

Farmakologická anamnéza

Před přijetím do nemocnice pacient nebral žádné léky. Během hospitalizace (před operací) mu byli naordinovány tyto léky:

HELICID 20mg

IS: antiulcerotikum, 1 cps. 2x denně per os 6. 11. 2008 – 2x20mg do PEGu, 7. 11. stejné množství per os

KETONAL

IS: nesteroidní antirevmatikum, analgetikum, naordinován od 30. 10. 2008, 1 amp. i.m. při bolesti

TIAPRIDAL

IS: psychofarmakum, atypické neuroleptikum, naordinován od 10. 11. 2008, 1amp. 3x denně ve 100 ml fyziologického roztoku spádově do PŽK

AMPICILIN 1g BIOTIKA

IS: antibiotikum, naordinován od 6. 11. 2008, 4x denně po 6. hod. ve 100 ml fyziologického roztoku spádově do PŽK

(podrobný popis léků viz příloha č. 1)

Abusus

Pacient je kuřák tabáku asi 30let, 20 cigaret denně, alkohol příležitostně – pivo, kávu 1x denně. ^{1,2)}

1) informace získané z dokumentace

2) informace získané od pacienta

Sociální anamnéza

Rozvedený, dvě dospělé děti, žije s družkou v bytovém domě, pracuje jako autoklempíř.

Nynější onemocnění

Pacient přijat k plánovanému výkonu v celkové anestézii – chirurgická intervence karcinomu jazyka vpravo.

Pacient doporučen k převzetí do péče pro nehojící se vřed na jazyku. Na hraně jazyka a kořene jazyka a na alveolárním výběžku vpravo vřed s zavalitými okraji, zasahuje na pravý patrový oblouk. Podle údajů pacienta trvání 1,5 měsíce.^{1,2,4)}

3.2 Lékařské diagnózy

Pacient přijat k plánovanému chirurgickému výkonu v celkové anestézii pro karcinoma language l.dx.

Nikotinismus¹⁾

4. Diagnosticko – terapeutická péče

4.1 Diagnostická péče

4.1.1 Fyzikální vyšetření

Pacienta jsem začala ošetřovat na standardním oddělení po jeho návratu z propustky dne 10. 11. 2008 v 7.00.

Pacientovi jsem změřila jeho fyziologické funkce, které byly v normě. Další měření jsem provedla před podáním premedikace dne 11. 11. 2008.

Výška: 180cm

Váha: 70kg

BMI = 21,6 – průměrná hmotnost^{1,5)}

1) informace získané z dokumentace pacienta

2) informace získané od pacienta

4) informace získané od zdravotnického personálu

5) výpočet pozorovatele

Tab. 1 Fyziologické hodnoty před operací

	10.11.	11.11.
TK	135/80	130/80
P	72/min	75/min
D	16/min	17/min
TT	36,5°C	36,6°C

3)

Celkový pohled: pacient orientován časem, místem i osobou, spolupracuje, eupnoický, turgor normální, mírné bolesti v oblasti pravé hrany jazyka

Hlava: mezocephalická, na poklep nebolestivá, hlavové nervy inervují, správně, výstupy trigeminu nebolestivé, bulby ve středním postavení, bez nystagmu, zornice izokorické, reagují na osvit i konvergenci, spojivky růžové, skléry anikterické

Intraorální vyšetření: ústa otevírá volně, sliznice dutiny ústní vlhké, růžové. Vývody velkých slinných žláz secernují čirou slinu. Na hraně jazyka, kořene jazyka a na alveolárním výběžku vpravo vřed s zavalitými okraji, zasahující pravý patrový oblouk

Krk: šíje volná, bez omezení hybnosti, štítná žláza nezvětšena, náplň krčních žil není zvýšena, pulzace karotid souměrná, bez šelestů

Páteř: fyziologicky zakřivená, nebolestivá

Hrudník: symetrický, poklep plic plný, dýchání čisté sklípkové, AS pravidelná, sternum nebolestivé ^{1,3)}

Břicho: in nivo, měkké, palpačně nebolestivé, bez známek peritoneálního dráždění, játra nepřesahují, slezina nehmatná,

PEG – 5. 11. 2008 zavedena perkutánní endoskopická gastrostomie

DK: nebolestivé, bez otoků a bez známek tromboembolické nemoci ¹⁾

1) informace získané z dokumentace pacienta

3) informace získané vlastním pozorováním a měřením

4.1.2 Laboratorní vyšetření

Předoperační vyšetření

Výsledky laboratorního vyšetření si pacient přinesl od svého praktického lékaře. Dále byly provedeny odběry před provedením perkutánní endoskopické gastrostomie. Lékař naordinoval odběr biochemického vyšetření krve dne 10. 11. 2008.

Hematologické vyšetření krve

16. 10. výsledky od praktického lékaře

3. 11. výsledky před provedením perkutánní endoskopické gastrostomie

12. 11. výsledky z KARIM po operaci

13. 11. výsledky na našem oddělení intenzivní péče po operaci

Tab. 2 Hematologické vyšetření krve

					Ref.meze	rozměr
<i>Datum</i>	<i>16.10</i>	<i>3.11</i>	<i>12.11</i>	<i>13.11</i>		
Leukocyty	9	10,6 ↑	17,9 ↑	17,17 ↑	4,10-10,20	10 ⁹ /l
Erytrocyty	4,98	4,50	3,87 ↓	3,51 ↓	4,19-5,75	10 ¹² /l
Hemoglobin	154	146	122 ↓	110 ↓	135-174	g/l
Hemetokrit	0,46	0,419	0,355 ↓	0,327 ↓	0,390-0,510	1
Stř.objem erytr.	93	93,1	91,8	93,1	82,6-98,4	fl
Barvivo erytr.		32,4	31,6	31,3	28,0-34,6	pg
Stř.barev.kon.		348	344	336	329-364	g/l
Distr.křiv.ery		13,3	12,4	12,9	12,1-15,0	%
Trombocyty	325	284	323	331 ↑	142-327	10 ⁹ /l
Stř.obj.tromb.		7,7	7,2	7,3	7,0-10,8	fl
Tromb.hematokrit		0,219 ↓	0,233	0,241	0,127-0,277	1
Distr.křiv.tr.		16,5	16,3	16,4	15,5-17,6	%
Neutrofilý		79,1 ↑	87,9 ↑	83,9 ↑	50,0-75,0	%
Lymfocyty		14,1 ↓	5,6 ↓	10,4 ↓	25,0-40,0	%

1)

1) informace získané z dokumentace pacienta

<i>Datum</i>	<i>16.10</i>	<i>3.11</i>	<i>12.11</i>	<i>13.11</i>		
Monocyty		5,3	6,4	5,5	3,0-8,0	%
Eozinofily		1,2	0,0 ↓	0,0 ↓	1,0-3,0	%
Bazofily		0,3	0,1	0,2	0,0-1,0	%
Neutrolily abs.		8,40 ↑	15,7 ↑	14,4 ↑	1,80-7,00	10 ⁹ /l
Lymfocyty abs.		1,50	1,0	1,80	1,00-4,80	10 ⁹ /l
Monocyty abs.		0,60	1,2 ↑	0,90 ↑	0,10-0,80	10 ⁹ /l
Eozinofily abs.		0,10	0,00	0,00	0,00-0,45	10 ⁹ /l
Bazofily abs.		0,00	0,00	0,00	0,00-0,20	10 ⁹ /l

1)

Koagulační vyšetření krve

29. 10. výsledky na našem oddělení před operací

3. 11. výsledky před provedením perkutánní endoskopické gastrostomie

12. 11. výsledky z KARIM po operaci

Tab. 3 Koagulační vyšetření krve

				Ref.meze	rozměr
<i>Datum</i>	<i>29.10</i>	<i>3.11</i>	<i>12.11</i>		
Quickův test	0,87	0,87	0,98	0,80-1,25	1
APTT	32,6	32,7	31,9	25,9-40,0	s

1)

Biochemické vyšetření krve

16. 10. výsledky od praktického lékaře

3. 11. výsledky před provedením perkutánní endoskopické gastrostomie

10. 11. výsledky před operací na našem oddělení

12. 11. výsledky z KARIM po operaci

13. 11. výsledky na našem oddělení po operaci ¹⁾

1) informace získané z dokumentace pacienta

Tab. 4 Biochemické vyšetření krve

						Ref.meze	rozměr
<i>Datum</i>	<i>16.10.</i>	<i>3.11.</i>	<i>10.11.</i>	<i>12.11.</i>	<i>13.11.</i>		
Ca	2,72	2,44		2,20		2,00-2,75	mmol/l
Na	137	141	144	135 ↓	144	137-146	mmol/l
K	4,7	4,7	4,0	5,0	3,4	3,8-5,0	mmol/l
Cl	98,3	104	106	99	103	97-108	mmol/l
Mg		0,87		1,04 ↑	0,82	0,70-1,00	mmol/l
Urea	3,1	2,1 ↓	2,5 ↓	2,0 ↓		2,8-8,0	mmol/l
Kreatinin	91,3	78	73	79,0		44-110	umol/l
Moč.kyselina			234			220-420	umol/l
Bilirubin	15	11,3	6,5			2,0-17,0	umol/l
ALT	0,4	0,34	0,29			< 0,78	ukat/l
AST	0,56	0,36	0,29			< 0,72	ukat/l
ALP	1,91					0,7-2,6	ukat/l
GMT	0,45					0,1-1,75	ukat/l
Celk.bílkovina		70,0	77,7	63,1 ↓		65,0-85,0	g/l
Albumin		37,7		31,8 ↓		35,0-53,0	g/l
Prealbumin		0,21				0,20-0,40	g/l
CRP			26,8 ↑	183,1 ↑	237,6 ↑	< 7,0	mg/l
Cholesterol		4,29	4,33			3,83-5,80	mmol/l
glukoza	7,4 ↑	8,5 ↑	7,9 ↑	10,3 ↑	6,70 ↑	4,2-6,0	mmol/l

1)

Biochemické vyšetření moče

16. 10. 2008 výsledky od praktického lékaře

Výsledky vyšetření moče jsou v normě. Další vyšetření moče nebylo za mého ošetřování provedeno.

1) informace získané z dokumentace pacienta

Tab. 5 Biochemické vyšetření moče

Ph	5
bílkovina	0
Glukoza	0
Ketolátky	0
Urobilinogen	0
Bilirubin	0
Erytrocyty	0
Leukocyty	0
Epitélie ploché	0

1)

4.1.3 Ostatní vyšetření

9. 10. 2008 Histologické vyšetření – nízce diferencovaný invazivní, jen fokálně rohovějící dlaždic. karcinom
13. 10. 2008 RTG srdce a plic – normální nález
20. 10. 2008 SONO krku a slinných žláz- vpravo submandibulární kulovitá uzlina o velikosti 21mm, vlevo submandibulární uzlina o velikosti 15mm. Obě uzliny podezřelé z patologické infiltrace.
23. 10. 2008 CT – tumor jazyka, spatně ohraničený od okolí, jedna uzlina vpravo pod úhlem mandibuly – nelze vyloučit meta infilraci.
5. 11. 2008 gastrofibroskopické vyšetření – zavedena perkutánní endoskopická gastrostomie
10. 11. 2008 anesteziologické vyšetření
- Interní vyšetření si pacient přinesl od svého lékaře k příjmu 27. 10. – pacient výkonu v celkové anestézii schopen. ¹⁾

4.2. Terapeutická péče

4.2.1 Předoperační péče

Pacient se vrátil z propustky 10. 11. 2008 v 7.00. Operace byla naplánována na 11. 11. 2008.
1,4)

1) informace získané z dokumentace pacienta

4) informace získané od zdravotnického personálu

Příprava dne 10. 11. 2008

Pana N. jsem seznámila s průběhem předoperační přípravy na operaci. Informovala jsem ho, kdo je jeho operátor a o přibližném čase výkonu. Pacienta jsem upozornila, že nesmí od půlnoci jíst, pít a kouřit. V odpoledních hodinách se pacient setkal s anesteziologem, který mu vysvětlil průběh celkové anestézie. Dále se pacient sešel i s operátorem, který mu vysvětlil jaký bude průběh operace. Večer jsem pacientovi připomněla, že nesmí jíst, pít a kouřit.

Příprava dne 11. 11. 2008

Pana N. jsem informovala, že půjde v operačním programu první, připomněla jsem mu, aby provedl ranní hygienu, vyčistil si dutinu ústní a došel si na záchod. Pacient měl svůj chrup. Nebyl u svého zubaře 15 let. Pacient si nestěžoval na bolest způsobenou zubním kazem. Jinak měl pacient většinu zubů, které byly zbarveny od dlouhodobého užívání tabáku. Poučila jsem pacienta, aby si odstranil hodinky a řetízek. Změřila jsem fyziologické funkce. Poté jsem podala premedikaci. Před odjezdem na sál jsem provedla bandáž dolních končetin.

Farmakoterapie

Než byl pacient přijat do nemocnice nebral žádné léky. Během hospitalizace (před operací) mu byly naordinovány tyto léky:

Perorální terapie 10. – 11. 11. 2008

HELICID 20mg

IS: antiulcerotikum, 1 cps. 2x denně per os 6. 11. 2008 – 2x20mg do PEGu, 7. 11. stejné množství per os

Intravenózní terapie 10. – 11. 11. 2008

TIAPRIDAL

IS: psychofarmakum, atypické neuroleptikum, 1 amp. 3x denně ve 100ml fyziologického roztoku spádově do PŽK ¹⁾

1) informace získané z dokumentace pacienta

AMPICILIN 1g BIOTIKA

IS: antibiotikum, 4x denně po 6. hod. ve 100ml fyziologického roztoku spádově do PŽK ¹⁾

Intramuskulární terapie 10. – 11. 11. 2008

KETONAL

IS: nesteroidní antirevmatikum, analgetikum, 1 amp. i.m. při bolesti, pacient odmítl ¹⁾

(podrobný popis léků viz. příloha č. 1)

PŽK byla zavedena 10. 11. 2008 na pravé předloktí.

4.2.2 Chirurgická terapie

Pacientovi byla 11. 11. 2008 v 7.00 podána premedikace – Dormicum 7,5mg 1tbl., v 7.30 byl odvezen na operační sál. Před odjezdem na operační sál jsem provedla bandáž dolních končetin.

DORMICUM 7,5mg 1tbl.

IS: hypnotikum, 1 tableta per os, podán jako premedikace

Operační protokol

Operace zahájena v 8:20

Operace ukončena v 12:55

Typ anestézie: celková

Operace byla zahájena v 8:20, kdy v celkové anestézii byl zaveden permanentní močový katétr. Při operaci byla provedena exenterace submandibulárního prostoru, dále byla provedena bloková disekce krčních uzlin, parciální glosektomie a rekonstrukce jazyka s ošetřením zlomeniny dolní čelisti. Poté provedena tracheostomie. Pacient po operaci přeložen na KARIM. ⁶⁾

(Popis operace viz. příloha č.2)

1) informace získané z dokumentace pacienta

6) informace získané z operačního protokolu

4.2.3 Pooperační péče

Pacient byl ze sálu přeložen na KARIM z důvodu náročné operace. (Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny). Z kliniky byl přeložen zpět na naše oddělení jednotky intenzivní péče 12. 11. 2008 v 11.45.

Tab. 6 Fyziologické hodnoty 1.den po operaci

	12.00	14.00	16.00	18.00	20.00	22.00
TK	120/80	136/90	140/80	140/80	135/82	138/85
P	73´	80´	75´	72´	75´	78´
D	17			16		
TT				37,5		
Saturace	98%	100%	95%	99%	100%	98%
Vědomí	při plném	při plném			při plném	

1,3,4)

Tab. 7 Fyziologické hodnoty 2.dne po operaci

	6.00	12.00	18.00	20.00
TK	140/80	130/75	136/75	140/80
P	76´	70´	75´	74´
D	17			
TT	37,0		36,4	
Saturace	98%	100%	96%	98%
Vědomí	při plném		při plném	

1,3,4)

1) informace získané z dokumentace pacienta

3) informace získané vlastním pozorováním a měření

4) informace získané od zdravotnického personálu

Péče o invazivní vstupy a rány

Operační rány

Operační rána se nachází v dutině ústní, kde došlo k resekci části jazyka spolu s kořenem jazyka. Další operační rána se nachází od dolního rtu, přes bradu směrem na krk vpravo, kde byla provedena bloková disekce krčních uzlin. Další operační rány se nacházejí v submandibulárním prostoru vlevo i vpravo o velikosti asi 6 cm. Operační rány ošetřoval lékař za asistence sestry. Rány se ošetřovaly 1x denně pomocí vatové štětičky s 3% peroxidem vodíku a usušily sterilním mulovým čtvercem. Během dne jsem odsávala z dutiny ústní sekret dle potřeby, obsah dutiny ústní si pacient vyprazdňoval i sám do emitní misky a buničiny, kterou měl stále při ruce. Operační rány v dutině ústní byly bez známek infekce a krváčení. Jazyk byl prokrvený, růžový. Zevní operační rány byly též převazovány 1x denně lékařem za asistence sestry. Rány byly ošetřeny 3% peroxidem vodíku a osušeny mulovým čtvercem. Poté překryty sterilním mulovým čtvercem a přelepeny náplastí. Ret byl ošetřen mastí Infadolan. Během dne jsem sledovala, zda nedochází ke krváčení nebo prosakování obvazů. ^{1,3,4)}

Tracheostomie

Na operačním sále byla provedena tracheostomie a zavedena balónková tracheostomická kanyla č. 8. Po převozu z KARIM lékař zkontroloval zavedení kanyly, stav tracheostomie a její fixaci. Převaz prováděl lékař jednou denně, kdy došlo k ošetření kůže v okolí tracheostomie, její osušení a nenesení masti infadolan, dále provedl výměnu tracheostomické podložky METALLINE a tkalounu, který zajišťuje fixaci kanyly. Během dne jsem pacienta odsávala z tracheostomické kanyly pomocí sterilní odsávačky za aseptických podmínek. U pacienta jsem monitorovala jeho subjektivní pocity při dýchání.

Pacient měl předepsanou lékovou nebulizaci každé tři hodiny, kdy byla podávána 1 ampule Mucosolvanu a 1 ampule 1% Mesocainu. Do tracheostomické kanyly byl aplikován kyslík 4l/min, který byl zvlhčován destilovanou vodou (dle ordinace lékaře). Tracheostomie byla po celou dobu mého ošetřování bez známek infekce a krváčení. Pacient neměl pocit dušnosti. Saturace se pohybovala od 95 – 100%. ^{1,3,4)}

1) informace získané z dokumentace pacienta

3) informace získané vlastním pozorováním a měřením

4) informace získané od zdravotnického personálu

Drény

Pacient měl ze sálu zavedeny v zevní operační ráně tři Redonovy drény. Dva se nacházely na pravé straně a jeden na levé. Jejich převaz jsem prováděla 1x denně, za kontroly lékaře. Ošetření místa vpichu drénů se provádělo 3% peroxidem vodíku a vysušením mulovým čtvercem. Poté jsem nastříhla mulové čtverce na tzv. kalhotky a podložila jimi místo výstupu drénů. Fixaci čtverců jsem provedla pomocí náplastí. Během dne jsem sledovala množství sekretu v drénu, které se pohybovalo od 50 – 100ml. K jejich odstranění došlo druhý den po operaci dne 13. 11. 2008. Místa vpichu byla sterilně kryta mulovými čtverci. ^{1,3,4)}

Periferní žilní katétr

Pacient měl zaveden PŽK na levé horní končetině. Kanyla byla zavedena na KARIM dne 12. 11. 2008. Místo vpichu bylo čisté, bez známek infekce a krvácení. Kanyla byla průchodná. Při aplikaci léků do kanyly jsem sledovala reakce nemocného. Pacienta jsem poučila o možnosti pocitů bolestivosti, pálení v místě kanyly. V případě těchto nepříjemných projevů jsem pacienta poučila, aby mě okamžitě informoval. Během mého ošetřování nedošlo k žádným nepříjemným projevům ani zánětu. ^{1,3,4)}

Permanентní močový katétr

PMK č. 14 Foleyův byl zaveden na operačním sále před výkonem. Po převozu jsem zkontrolovala stav permanentního močového katétru. Během mého ošetřování jsem sledovala množství a barvu moči ve sběrném sáčku, která byla žlutá, bez příměsí. Množství vyloučené moče odpovídal příjmu. PMK byl průchodný, čistý, ústí močové trubice bylo bez známek infekce. Pacienta jsem poučila o nutnosti dostatečné hygieny, kterou za mé asistence prováděl druhý den po operaci u umyvadla. Též jsem ho poučila, aby mě informoval v případě nepříjemných pocitů jako je bolestivost, pálení nebo řezání. PMK byl odstraněn 14. 11. 2008, třetí den po operaci. ^{1,3)}

1) informace získané z dokumentace pacienta

3) informace získané vlastním pozorováním a měřením

4) informace získané od zdravotnického personálu

Perkutánní endoskopická gastrostomie

PEG byl zaveden 5. 11. 2008. Po operaci byl postupně PEG zatěžován. Den po operaci jsem pacientovi aplikovala neslazený čaj po 100 – 200 ml a umělou výživu Isosourse. Po aplikaci této stravy jsem PEG proplachovala 50 ml neslazeného čaje. Místo zavedení PEGu jsem převazovala 1x denně za kontroly lékaře. Po odstranění krytí jsem kůži očistila benzínem, zkontrolovala místo vpichu, stav PEGu. Na ošetření jsem použila 3% peroxid vodíku a osušila mulovým čtvercem, aplikovala mast Infadolan. Jako podložku pod PEG jsem použila podložku Metalline a přelepila náplastí. PEG byl po celou dobu mého ošetřování průchodný, místo vpichu bez známek zánětu. Pacient stravu snášel dobře. První den po operaci jsem aplikovala čaj i stravu sama, druhý den po operaci mi pacient asistoval. ^{1,3)}

4.2.4 Farmakoterapie

Intravenózní terapie 12. – 13. 11. 2008

AUGMENTIN 1,2g

IS: antibiotika, po 8. hod. i.v. ve 100 ml fyziologického roztoku spádově do PŽK

DEGAN 10mg

IS: antiemetika, prokinetika, 1 ampule i.v po 6. hod. ve 100 ml fyziologického roztoku spádově do PŽK

AMBROBENE 15mg

IS: expektorans, mukolytikum, 1 ampule i.v po 8. hod. ve 100 ml fyziologického roztoku spádově do PŽK

DICYNONE 250mg

IS: antihemorhagikum, hemostatikum, 1 ampule intravenózně při krvácení – **lék nebyl podán**¹⁾

1) informace získané z dokumentace pacienta

3) informace získané vlastním pozorováním a měřením

KANAVIT

IS: vitamín, 1 ampule intravenózně, podat jednorázově při přetrvávajícím krvácení – **lék nebyl podán**

PARFALGAN 1g

IS: analgetika, antipyretika, 100 ml intravenózně po 6.hod při bolesti – **lék podán pouze 12. 11. 2008**

NOVALGIN

IS: analgetikum, antipyretikum, 1 ampule při bolesti intravenózně ve 100 ml fyziologického roztoku spádově do PŽK – **lék podán pouze 13. 11. 2008**

KALIUM CHLORATUM 7,5%

IS: minerální látky, chlorid draselný, 1 ampule do 5% glukózy 500 ml, 1 ampule do Sol. Ringem 500 ml

Intramuskulární terapie 12. – 13. 11. 2008

DOLSIN 50mg

IS: analgetikum, anodynum, 1 ampule při bolesti i.m, max. po 6. hod. – **lék podán pouze 12. 11. 2008 ve 24:00**

Infúzní terapie 12. – 13. 11. 2008

Pacientovi byla infúzní terapie podávána spádově do PŽK na LHK.

12.11. Glukoza 5% 500 ml, Sol.Ringer 500 ml

13.11. Glukoza 5%500 ml + KCl 7,5% 20 ml, Sol.Ringer 500 ml + KCl 7,5% 20 ml

Terapie do PEG 12. – 13. 11. 2008

ISOSOURSE

IS: polymerní dietetikum, 500 ml denně ¹⁾

1) informace získané z dokumentace pacienta

Léky podávané při lékové nebulizaci 12. - 13. 11. 2008

AMBROBENE 15mg

IS: expektorans, mukolytikum, 1 ampule po třech hodinách jako součást lékové nebulizace

MESOCAIN 1%

IS: anestetikum, 1 ampule po třech hodinách jako součást lékové nebulizace ¹⁾

(podrobný popis léků viz. příloha č. 1)

4.2.5 Dietoterapie

Pacientovi byla 5. 11. 2008 zavedena perkutánní endoskopická gastrostomie vzhledem k diagnóze a operačnímu zákroku. Během mého ošetřování bylo místo i okolí zavedené PEG bez známek infekce. Místo bylo čisté, suché. Převaz se prováděl 1x denně. Pacient se před operací staral o PEG sám. Do PEG byl aplikován čaj na propláchnutí. Jinak měl pacient dietu číslo 3. První den po operaci jsme aplikovali čaj a 400 ml Isosourse – pacient snášel dobře. Druhý den nám pacient asistoval při aplikaci čaje i Isosourse do PEG. Nepocíťoval žádné bolesti ani problémy v této oblasti. Pacientovi byla před propuštěním objednána návštěva gastroenterologické poradny. ^{1,3,4)}

4.2.6 Oxygenoterapie

Po překladu byl pacientovi aplikován kyslík 4l/min. dle ordinace lékaře z centrálního rozvodu a zvlhčován destilovanou vodou. Dále byla prováděna každé tři hodiny léková nebulizace. Pacient měl po celou dobu saturaci 95 – 100%. Léková nebulizace byla prováděna podáváním roztoku 1% mesocainu a mucosolvanu (ambrobene). Pacient se cítil dobře. ^{1,3)}

4.2.7 Fyzioterapie

Před výkonem byl pacient zcela soběstačný, často chodil po chodbě.

1) informace získané z dokumentace pacienta

3) informace získané vlastním pozorováním a mřením

4) informace získané od zdravotnického personálu

Po výkonu byl první den na lůžku, kde pacient prováděl pohyby dolními končetinami, pacient se polohoval na lůžku sám. Pacient byl edukován, že při kašli si má zakrýt

tracheotomii buničinou. Pacientovi jsme podkládali hrudník a posazovali jsme ho do zvýšené polohy. Druhý den po operaci došlo k vertikalizaci. Pacient provedl osobní hygienu u umyvadla za pomoci sestry. Poté seděl na lůžku nebo v křesle.^{3,4)}

5. Stručný průběh hospitalizace

Pan N. je 51letý pacient, který byl přijat na naše standardní oddělení 27. 10. 2008 k plánovanému výkonu v celkové anestézii. Pacienta jsem začala ošetřovat po jeho návratu z propustky, kterou měl vystavenou od 7. 11. 2008. Pacientovi byla 5. 11. zavedena perkutánní endoskopická gastrostomie. Pacient byl zcela soběstačný, komunikativní. Neměl žádné dýchací obtíže, před operací pociťoval strach. Bolest v oblasti hrany jazyka popisoval jako nepříjemný pocit než výraznou bolest. Operace byla naplánovaná na 11. 11. 2008. Pacient šel jako první v operačním programu. Operace proběhla bez komplikací. Po operaci byl pacient převezen na KARIM. Druhý den 12. 11. 2008 dopoledne se pacient vrátil na oddělení jednotky intenzivní péče z tracheostomií, permanentním močovým katétrem, PŽK, perkutánní endoskopickou gastrostomií, 3x redonův drén.

Pooperační průběh byl dobrý, rány v dutině ústní i zevní operační rány se hojily per primam. Místa porušené integrity kůže (PŽK, tracheostomie, PEG, drény) byly bez známek infekce. Močový katétr byl průchodný, odváděl čirou, žlutou moč. Pacient měl první den po operaci ve večerních hodinách zvýšenou teplotu. Zvýšená teplota přetrvávala i druhý den ráno po operaci. Po celou dobu jsem monitorovala bolest, výsledky laboratoře, známky infekce a psychický stav pacienta. U pana N. jsem se zaměřila na bolest, kvalitu spánku, péči o tracheostomii, dutinu ústní a komunikaci. Pacient byl po operaci částečně soběstačný, ale jeho soběstačnost se zvyšovala. I přes poruchu verbální komunikace se snažil se zdravotnickým personálem komunikovat pomocí neverbální komunikace. Pan N. měl každý den návštěvy, kdy za ním chodila jeho družka a dcera s vnučkou Štěpánkou. Syn na návštěvě nebyl a pacient o něm nemluvil.

3) informace získané vlastním pozorováním a měřením

4) informace získané od zdravotnického personálu

B. Ošetřovatelská část

1. Ošetřovatelská anamnéza a současný stav pacienta

1.1 Subjektivní náhled nemocného na nemoc a hospitalizaci, hodnocení sestrou

1.1.1 Subjektivní náhled nemocného na nemoc a hospitalizaci

Pacient nikdy předtím nebyl hospitalizován a se zdravotnickým personálem nemá velké zkušenosti. Všichni mu přijdou na oddělení příjemní a ochotní. Ke svému ošetřujícímu lékaři má důvěru. Pacient si uvědomuje nutnost rozsáhlého chirurgického výkonu a má strach z očekávané operace. Doufá, že bude po operaci mluvit. Pacient si myslí, že za chorobu může jeho práce autoklempíře. Nepřipouští si, že velký význam by mohlo mít i kouření. ²⁾

1.1.2 Hodnocení sestrou

Pacient je soběstačný, přátelský, komunikativní. Je velmi ochotný se mnou spolupracovat a zodpovědět mi všechny dotazy. Pan N. je informován o povaze i závažnosti choroby a chápe nutnost zákroku. Doufá, že mu operace pomůže, aby mohl vidět vyrůstat svou vnučku. Pacient přiznává, že nebyl 15 let u zubaře. ^{2,3)}

1.2 Základní fyziologické potřeby

Dýchání

Před operací: Pacient v minulosti nepocíťoval žádné problémy s dýcháním. Je silný kuřák. Kouří asi 20 cigaret denně, pravidelně už 30let.

Dechová frekvence 16 dechu/min. Pacient dýchá pravidelně, bez obtíží. I přes upozornění a vysvětlení dále kouří i v nemocnici. Nepocíťoval žádné problémy v této oblasti.

Po operaci: Pacient dýchá pravidelně bez známek dušnosti, frekvence 17 dechů/min. Na operačním sále provedena tracheostomie a zavedena tracheostomická kanyla č.8 s balónkem. Pacientovi jsem odsávala sekret dle potřeby z tracheostomie i z úst. Sledovala jsem stav tracheostomie i jejího okolí a pravidelně jsem prováděla převazy.

2) informace získané od pacienta

3) informace získané vlastním pozorováním a měřením

Do tracheostomie byl aplikován kyslík dle ordinace lékaře 4l/min zvlhčovaný destilovanou vodou. Dále byla prováděna každé tři hodiny léková nebulizace 1% mesocainem a mucosolvanem (ambrobene). ^{2,3)}

Potřeba být bez bolesti

Před operací: Pan N. před určením diagnózy nepocíťoval bolesti v oblasti jazyka. K lékaři ho přivedl defekt na hraně jazyka. Během 1,5 měsíce došlo ke vzniku mírné bolesti, kterou pocíťoval jakou tupou. Nebral žádné léky na bolest, pouze se vyhýbal horkým nápojům.

Během pobytu v nemocnici měl pacient mírné bolesti na hraně jazyka, které nebyly na ničem závislé a charakterizoval bolest jako tupou. Stále se vyhýbal horkým nápojům. Na stupnici od 1 do 10 označil číslo 2. Bolest byla pro něj spíše nepříjemná než bolestivá. Pacient měl naordinován Ketonal při bolesti, před operací nebyl aplikován.

Po operaci: Po přeložení z KARIM měl pacient bolesti v oblasti operační rány v dutině ústní i na obličeji v oblasti dolního rtu, brady, krku na pravé straně. Pacient udával i bolesti zad, které vyjadřoval gestikulací a bolestivým výrazem ve tváři. Na stupnici bolesti od 1 do 10 označil číslo 5. Po podání analgetik se pacientovi ulevilo a bolest označil číslem 4. V noci bolest opět zesílila (č.7) a pacient nemohl spát. Noční služba podala opiát. Poté se pacientovi výrazně ulevilo a usnul. Spal lehkým spánkem a při podávání lékové nebulizace se probouzel. Další den ráno pan N. popisoval mírnou bolest číslem 4. Po podání analgetik došlo ke zmírnění. Pacient byl rád, že bolest ustoupila, pocíťoval pouze tah.^{2,3,4)}

(Monitorace bolesti viz. příloha č. 3)

Hydratace

Před výkonem: Pacient udával, že během zimních měsíců pije ovocné čaje. Každé ráno si dává jeden šálek kávy s mlékem bez cukru. Rád si zajde s kamarády do hospody na pivo. Nemá rád černý neslazený čaj. Dodržoval dostatečný pitný režim.

Během dne vypil přibližně 2,5l tekutin, zejména džusů, minerálních vod, ale i nemocničního čaje. V nemocnici pacient dodržoval dostatečný pitný režim. Po zavedení

2) informace získané od pacienta

3) informace získané vlastním pozorováním a měřením

4) informace získané od zdravotnického personálu

PEG 5. 11. 2008 si pacient sám aplikoval pouze 50ml čaje na proplach sondy. Dále přijímal tekutiny ústy. Pocit žízně byl zachován. U pacienta jsem nepozorovala žádné otoky ani známky dehydratace. Během hospitalizace pacient nepopisoval zvýšený pocit žízně. Pacient byl poučen, že v den operace od půlnoci nesmí nic per os.

Po výkonu: Po překladu z KARIM byl podáván do PEG čaj a dostatečná hydratace byla zajišťována infúzní terapií. Pacient neměl známky dehydratace, kožní turgor normální. Pacient ústy nepřijímal žádné tekutiny. Nebyly zjištěny žádné otoky. Pacient nepopisoval pocit žízně.^{2,3}

Výživa

Před operací: Pacient před příjmem nedržel žádnou dietu. Pacient dává přednost masitým pokrmům, smetanovým omáčkám. Má velmi rád mořské ryby, ovoce a zeleninu, mléčným výrobkům se též nevyhýbá. Hodně solí a pepří. Udává, že se stravoval nepravidelně.

Pacient má vlastní chrup. Na pravé hraně jazyka se nachází vřed s zavalitými okraji, který zasahuje až na patrový oblouk. Pacient nemá problémy s polykáním. Stravuje se bez obtíží, vyhýbá se horkým nápojům. Pan N. měl dietu č. 3 - racionální. Strava v nemocnici se pacientovi zdála málo solená. Po zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie dne 5. 11. 2008 nesměl nic per os 24 hodin. Po této době se stravoval ústy a PEG si sám proplachoval 50 ml čaje každé tři hodiny. Pacient má BMI 21,6 = přiměřená hmotnost. Pan N. neudává výrazné snížení hmotnosti v posledních měsících ani jakékoliv dyspeptické obtíže.

Po operaci: Vzhledem k rozsáhlému výkonu v oblasti jazyka na pravé straně, rtu, brady, submandibulárních krajin a pravé straně krku pacient nepřijímal nic ústy. Čaj a umělá výživa Isosourse byla aplikována do PEG. První den po operaci jsem pacientovi stravu aplikovala sama, druhý den pacient při podávání stravy do PEG asistoval. Později byla naordinována dieta 1S. Převaz se prováděl každý den za asistence lékaře. Okolí PEG bez známek zánětu.^{2,3,4)}

Potřeba hygieny a stav kůže a sliznice

Před operací: Pacient se doma koupal každý den 1x denně večer, dává přednost vaně před

2) informace získané od pacienta

3) informace získané vlastním pozorováním a měřením

4) informace získané od zdravotnického personálu

sprchou. Hygienu dutiny ústní prováděl 2x denně. Nepoužívá žádné krémy. Holí se 2x týdně. U svého zubaře nebyl 15 let.

Pacient v nemocnici dodržoval dostatečnou hygienu. Sprchoval se 1x večer. Zuby si čistil 2x denně. Kůže bez vyrážky, normální kožní turgor. V dutině ústní se nacházel na pravé hraně jazyka vřed, který zasahoval na patrový oblouk a kořen jazyka. Jinak byla sliznice ústní bez

defektů. Před operací jsem pacienta poučila o předoperační přípravě, též jsem ho informovala, aby dával pozor na PŽK a PEG a opatrně se okolo omyl.

Po operaci: Po přeložení pacienta z KARIM byla operační rána na obličeji a v dutině ústní klidná bez známek infekce, krvácení a sekrece. Zavedeny tři redonovy drény, které odváděly malé množství sekrece (od 50 – 100ml). Periferní žilní katétr na levé horní končetině byl průchodný. Foleyův permanentní močový katétr č.14 odváděl žlutou moč bez příměsí. Dále měl pacient tracheostomii s balónkovou kanylou č.8. Tracheostomii jsem udržovala čistou, pravidelně odsávala nejen z tracheostomie, ale i z úst. Dále byla naordinována saturace kyslíkem a každé tři hodiny léková nebulizace. Osobní hygiena byla prováděna u lůžka s dopomocí. Převozky prováděny každý den za aseptických podmínek. Péče o dutinu ústní se prováděla 3% peroxidem vodíku a čistou vodou. Pacient pokračoval běžnou hygienou dutiny ústní, pomocí malého, měkkého kartáčku. Pacienta jsem poučila, aby při vyplachování dutiny ústní nekloktal. Rty byly ošetřeny mastí Infadolan. Celkový stav kůže mimo oblast postižení beze změn, kožní turgor normální. U pacienta bylo pozorováno mírné zčervenání kůže v obličeji.^{1,2,3,8)}

Potřeba moče a stolice

Před operací: Pacient udával, že na stolici chodí pravidelně jednou denně a neměl žádné obtíže.

V nemocnici byla stolice bez příměsí. Pacient neměl problémy ani s močením. Před operací nepocíťoval žádné změny.

Po operaci: Pacient měl zaveden permanentní močový katétr č.14 Foleyův, který byl zaveden na operačním sále. PMK byl průchodný, čistý, bez známek infekce, odváděl žlutou moč bez příměsí. Pravidelně jsem vypouštěla sběrný sáček, kdy diuréza odpovídala

1) informace získané z dokumentace pacienta

2) informace získané od pacienta

3) informace získané vlastním pozorováním a měřením

8) informace získané ze standardního ošetřovatelského postupu č. 65 VFN v Praze – Zvláštní péče o dutinu ústní

příjmu tekutin. Pan N. nepocíťoval žádné nepříjemné nebo bolestivé pocity. Sledovala jsem příjem a výdej tekutin. Během mého ošetřování pacient nebyl na stolici. K vyprázdnění došlo třetí den po operaci.^{2,3,4}

Potřeba tělesné a duševní aktivity

Před operací: Pacient je zaměstnán jako autoklempíř v Kolíně. Tato práce ho baví. Ve svém volném čase hraje aktivně fotbal. Rád se dívá na zápasy v televizi. Pan N. je také trenérem malých chlapců. Jeho dalším zájmem je jeho malá zahrádka a vnučka Štěpánka.

V nemocnici si vyplňoval volný čas chůzí po chodbě, byl bez omezení pohybu a plně soběstačný. Pacient nosí brýle na blízko, které má na svém nočním stolku a tráví čas četbou novin a sledováním televize.

Po operaci: Po překladi pacient ležel, necítil se ještě dostatečně silný. Měl bolesti, které ho omezovaly, byl stále po operaci vyčerpaný. Měl bandáže dolních končetin, prováděl na lůžku pohyby dolními končetinami, posazování a nácvik odkašlávání s tracheostomií. Druhý den, došlo k vertikalizaci nemocného, hygiena provedena mimo lůžko u umyvadla za pomoci sestry. Během dne pacient seděl v křesle a svůj čas vyplňoval četbou a luštěním křížovek nebo odpočíval. Pan N. přijímal návštěvy. Pacienta jsem pobízela k vyjádření pocitů. Byl rád, že má operaci za sebou. Komunikace probíhala pomocí tužky a papíru. U pacienta nebyl prováděn Barthelův test základních všedních činností ani test ošetrovatelské zátěže.^{2,3)}

Potřeba spánku a odpočinku

Před operací: Pan N. spí doma 6 - 7 hodin. Neměl problémy se spánkem.

V nemocnici den před operací nemohl usnout, měl strach z výkonu. Pacient si šel lehnout kolem 21.hodiny. Před tím se pacient osprchoval, provedl hygienu dutiny ústní. Vyvětrala jsem pokoj. Pan N. dává přednost chladnějšímu prostředí. Doma udržuje teplotu kolem 20°C. Pacient byl uložen na velký pokoj s pěti lůžky. Takto velký pokoj mu nevadil.

Po operaci: Pacient po přeložení z KARIM pospával, cítil se unavený. Během dne měl bolesti, které byly tlumeny analgetiky. Večer nemohl usnout, stěžoval si na bolest zad a na

2) informace získané od pacienta

3) informace získané vlastním pozorováním a měřením

4) informace získané od zdravotnického personálu

bolest v oblasti operační rány. Po podání opiátu se bolest výrazně zmírnila, pacient usnul lehkým spánkem. Každé tři hodiny při podávání lékové nebulizace se probouzel. Další den luštil křížovky v křesle nebo pospával. Cítil se mnohem lépe.^{2,3)}

Potřeba tepla a pohodlí

Před operací: Pan N. má rád chladnější prostředí. Doma udržuje teplotu pokoje do 20°C.

Pacient byl uložen na velký pokoj s pěti lůžky. Lůžko pana N. bylo u okna. Pacient byl spokojený, velký pokoj mu nevadil. Má rád čerstvý vzduch.

Po operaci: Pacient popisoval bolesti v oblasti operační rány a zad. Bolesti zad připisoval pobytu na nepohodlném operačním stole. Nebulizace a saturace ho trochu omezovala. Po zmírnění bolestí se stav zlepšil. Pacientovi bylo na pokoji horko, snížila jsem topení a vyvětrala. Pacientovi lůžko vyhovovalo. Pacient měl první den po operaci zvýšeno teplotu, druhý den ráno se teplota pohybovala kolem 37,0°C a během dne klesla na normální hodnotu.^{2,3)}

Sexuální potřeby

Otázky nebyly položeny.

Smyslové funkce

Sluch – pacient slyší dobře

Zrak – pacient má předepsané brýle na čtení, má je asi pět let a používá je velmi málo.

1.3 Psychosociální potřeby

1.3.1 Existenciální potřeby

Potřeba bezpečí a jistoty

Pan N. měl před operací strach z operačního výkonu v celkové anestézii, který dával najevo mírnou nervozitou. Pacient během dne vyžadoval dostatek informací od zdravotnického personálu. Ptal se na průběh předoperační přípravy, jak vypadají sály, jak bude operace dlouho trvat. Dále kdo ho bude operovat a kdy bude moct vidět rodinu. Ve své rodině, hlavně v družce má velkou oporu. Často mluvil i o dceři s prvního manželství,

2) informace získané od pacienta

3) informace získané vlastním pozorováním a měřením

rád tráví čas s rodinou. Ke svému ošetřujícímu lékaři i k operatérovi měl důvěru. Pacient nikdy před tím nebyl hospitalizován. Ošetřovatelský personál je mu sympatický a příjemný.^{2,3)}

Potřeba zdraví

Pacient nikdy vážně nestonal. Jako kuřák začíná svůj den ranní kávou a cigaretou. Kouří již 30 let, i když se snažil několikrát přestat kouřit, ale vždy neúspěšně. Během dne vykouří krabičku cigaret – 20 kusů. Svoji nemoc přepisuje nejvíce své práci autoklempíře. Jinak se nikdy nezajímal o zdravý životní styl. Přiznává, že se stravuje nepravidelně a nezdravě. Dává přednost masitým pokrmům, které hodně solí a koření, smetanovým omáčkám, po obědě si dá pivo nebo chodí na pivo s kamarády do hospody. Družka se mu snaží připravovat ovoce, zeleninu i ryby, které má rád. Pacienta jsem poučila, že by měl přestat kouřit, ale pacient před operací kouřil dál. Pan N. si udržuje fyzickou kondici fotbalem, který hraje velmi rád, navíc je trenérem malých fotbalistů. K lékaři na pravidelné preventivní prohlídky nechodil a u zubaře nebyl 15 let.^{2,3,7)}

Potřeba soběstačnosti

Pacient byl před operací zcela soběstačný. O PEG, který měl zavedený 5. 11. 2008 se staral sám. Každé tři hodiny si prováděl proplach čajem. Převazy prováděl lékař 1x denně. Pacient vyplňoval svůj čas chůzí po chodbě, četbou knihy a sledováním televize. První den po operaci byl pacient ještě velmi unavený, omezovali jej bolesti. Pacientovi jsem doporučila, aby prováděl pohyby dolními končetinami a polohoval se na lůžku. Druhý den po operaci došlo k vertikalizaci a pacient provedl osobní hygienu u umyvadla. Během dne odpočíval, nebo seděl v křesle a četl a luštil křížovky.^{3,4)}

1.3.2 Sociální potřeby

Potřeba lásky a sounáležitosti

Pacient nyní bydlí s družkou a jejím synem v rodinném domku se zahrádkou, kde

2) informace získané od pacienta

3) informace získané vlastním pozorováním a měřením

4) informace získané od zdravotnického personálu

7) informace získané od družky pacienta

tráví své volné chvíle s rodinou. Pan N. je rozvedený a z prvního manželství má dceru a syna. S dcerou si velmi dobře rozumí. Dcera pacienta obden navštěvuje i se svojí 3.měsíční dcerou Štěpánkou. Jeho syn ho nenavštěvoval a pacient o něm nemluvil. Družka navštěvuje pacienta každý den a je jeho velkou oporou. Pacient se velmi těší domů.^{2,3)}

Potřeba komunikace a důvěry

Pacient se mi jevil jako přátelský, komunikativní a ochotný. Před operací pacient komunikoval bez obtíží. Po operaci nebyla možná slovní komunikace z důvodu resekce části jazyka a tracheostomie. Komunikace probíhala pomocí mimiky, gestikulace a psáním zpráv na papír. Pacient měl u sebe mobilní telefon – psal zprávy svým přátelům a rodině.³⁾

Potřeba sebepojetí a sebeúcta

Pacient sám sebe hodnotil jako přátelský typ, který má mnoho kamarádů nejen v práci, ale i na fotbale. Svoji nemoc bere statečně a doufá, že mu operace pomůže, aby mohl vidět vyrůstat svou vnučku Štěpánku. Po operaci měl největší strach, jestli bude ještě nikdy mluvit. Jizvy na obličeji, které vzniknou po zhojení ran bere jako nutnost. Doufá, že družce nebudou vadit.^{2,3)}

Potřeba seberealizace

Pacient často mluvil o své vnučce Štěpánce, z které má velkou radost a těší se, až ji bude hlídat. Pan N. rád hraje fotbal a je též trenérem malých fotbalistů. Po operaci pacient čte a luští křížovky, těší se, až půjde domů a bude mít svůj klid v domácím prostředí. Chtěl by na jaře zasadit na zahrádce zeleninu pro vnučku a dále trénovat malé fotbalisty. Pacient doufá, že byla operace úspěšná a bude se moci vrátit do práce, která ho též baví.^{2,3)}

Duchovní potřeby

Pacient není členem žádné církve, v Boha nevěří.

2) informace získané od pacienta

3) informace získané vlastním pozorováním a měřením

2. Ošetřovatelské diagnózy

Předoperační ošetřovatelské diagnózy

- 1) Strach z důvodu připravovaného chirurgického zákroku projevující se mírnou nervozitou a poruchou spánku.

- 2) Porucha integrity kůže v důsledku zavedené PŽK, PEG s rizikem vzniku infekce, bolestivosti a neprůchodnosti.

Pooperační ošetrovatelské diagnózy

- 1) Akutní bolest z důvodu invazivního operačního zákroku v dutině ústní, na obličeji a krku, bolest zad projevující se bolestivým pocitem v ráně, bolestivým výrazem ve tváři a psaným projevem.
- 2) Porucha verbální komunikace z důvodu tracheostomie a parciální resekcce jazyka projevující se neschopností slovního vyjádření a strachem, že nebude již mluvit.
- 3) Porucha spánku z důvodu bolesti operačních ran, zad a tracheostomie projevující se špatným usínáním a přerušovaným spánkem pro lékovou nebulizaci tracheostomie.
- 4) Porucha polykání z důvodu tracheostomie a parciální resekcce jazyka projevující se hromaděním slin v dutině ústní.
- 5) Změna způsobu výživy z důvodu operačního zákroku v oblasti dutiny ústní a zavedeným PEG s rizikem vzniku malnutricie a dehydratace.
- 6) Porucha integrity kůže v důsledku operační rány obličeje a krku, zavedených drénů, PŽK, PEG, tracheostomie a porucha integrity sliznice dutiny ústní z důvodu operačního zákroku s rizikem vzniku infekce a krvácení.
- 7) Změna močení z důvodu zavedeného PMK s rizikem vzniku infekce projevující se bolestivostí.
- 8) Přechnodná porucha soběstačnosti z důvodu pooperačního klidového režimu, bolesti, projevující se potřebou pomoci ošetrovatelského personálu především v osobní hygieně a podáváním výživy do PEG.
- 9) Zvýšená tělesná teplota z důvodu rozsáhlého operačního zákroku projevující se zčervenáním obličeje.
- 10) Riziko změny průchodnosti dýchacích cest z důvodu obstrukce tracheostomie hustým hlenem s rizikem vzniku dušnosti.

3. Ošetrovatelské cíle, plány, realizace, hodnocení

Předoperační ošetrovatelské diagnózy

❖ **Datum: 10. 11. 2008**

1) Strach z důvodu připravovaného chirurgického zákroku projevující se mírnou nervozitou a poruchou spánku.

Ošetřovatelský cíl:

- Pacient je poctivě informován o své závažné diagnóze a operačním výkonu s jeho důsledky.
- Pacient chápe danou situaci a spolupracuje v předoperační přípravě.
- Pociťuje minimální strach a před operací se vyspí.

Ošetřovatelský plán:

- Navázat s pacientem důvěryhodný vztah.
- Rozhovor s pacientem o předoperační přípravě a pooperační stavu.
- Informovat nemocného o přibližném pořadí a čase výkonu.
- Sdělít jméno operátora a zajistit rozhovor.
- Pobízet nemocného, aby vyjádřil své pocity.
- Vysvětlit pacientovi, že i strach může být prospěšný, má v životě význam.
- Sledovat fyziologické funkce.
- Podat léky dle ordinace lékaře a sledovat jejich účinky.
- Pacientovi před spaním ustlat lůžko.
- Vyvětrat pokoj pacientů a zatáhnout žaluzie.
- Informovat pacienty o nutnosti klidu na oddělení po 22.hodině.
- Před výkonem podat ordinovanou premedikaci.

Ošetřovatelská realizace

Pana N. jsem před operací seznámila s předoperační přípravou a pooperační péčí. Sdělila jsem mu jméno operátora a informovala jsem ho o pořadí a přibližném čase výkonu. Ošetřující lékař pacienta informoval o závažnosti jeho onemocnění a anesteziolog seznámil nemocného s průběhem anestézie. Pacientovi jsem zajistila rozhovor s operátorem. Nemocného jsem pobízela, aby vyjadřoval své pocity. Pacientovi jsem vysvětlila možný důvod jeho problému s usínáním, vyvětrala pokoj, ustlala jeho lůžko a zatáhla žaluzie. Požádala jsem ostatní pacienty o klid na oddělení po 22. hodině. Pacientovi jsem před výkonem změřila fyziologické funkce a podala premedikaci.

Hodnocení

Pacient chápe situaci a v předoperační přípravě plně spolupracoval. Strach byl částečně zmírněn. Pacient usnul do dvou hodin od ulehnutí na lůžko a spal až do rána.

Cíle byly splněny.

❖ **Datum: 10. 11. 2008**

2) Porucha integrity kůže v důsledku zavedení PŽK, PEG s rizikem vzniku infekce, bolestivosti a neprůchodnosti.

Ošetřovatelský cíl:

- Pacient chápe význam zavedeného PŽK, PEG a spolupracuje při kontrole funkčnosti a prevenci infekce.
- V místě zavedené PŽK a PEG nedojde ke vzniku infekce a bolestivosti.

Ošetřovatelský plán u PŽK:

- Vysvětlit pacientovi význam zavedeného PŽK.
- Při manipulaci z PŽK postupovat podle zásad bariérové ošetřovatelské péče.
- Kontrola vpichu periferního žilního katétru a okolí, zda není zarudlé a bolestivé.
- Vést záznam.
- Kontrola průchodnosti kanyly.
- Sledovat reakci při podání léků.
- Monitorovat subjektivní pocity pacienta.
- V případě nežádoucích účinků odstranit PŽK, zkontrolovat celistvost kanyly.
- Při známkách zánětu informovat lékaře.

Ošetřovatelský plán u PEG:

- Vysvětlit pacientovi význam zavedeného PEG.
- Kontrola místa zavedení PEG a okolí.
- Monitorace subjektivních pocitů nemocného.
- Provedení převazu za aseptických podmínek.
- Kontrola průchodnosti PEG.
- Naučit pacienta pracovat s PEGEM.

Ošetrovatelská realizace

Pacientovi byl PEG zaveden 5. 11. 2008. Po zavedení byla pacientovi vysvětlena péče o PEG. Pacient si každé tři hodiny sám proplachoval sondu neslazeným čajem. PŽK byl zaveden 10. 11. 2008 na pravou horní končetinu a místa porušené integrity kůže a jejího okolí jsem sledovala a za kontroly lékaře asepticky převázala. Monitorovala jsem subjektivní pocity nemocného, ptala jsem se na jeho pocity. Po aplikaci léků do PŽK jsem sledovala reakci nemocného. Pacienta jsem dostatečně poučila o dostatečné hygieně v okolí PŽK i PEG. Poučila jsem pacienta, že při jakýkoliv obtížích v oblasti PŽK nebo PEG mě musí informovat.

Hodnocení

Pacient chápal význam zavedené PŽK i PEG a spolupracoval při kontrole funkčnosti a prevence infekce. K infekci ani bolestivosti v průběhu mého ošetřování nedošlo.

Cíle byly splněny.

Pooperační ošetrovatelské diagnózy

❖ Datum: 12. - 13. 11. 2008

1) Akutní bolest z důvodu invazivního operačního zákroku v dutině ústní, na obličeji a krku, bolest zad projevující se bolestivým pocitem v ráně, bolestivým výrazem ve tváři a psaným projevem.

Ošetrovatelský cíl:

- Pacient spolupracuje při zmírnění bolesti.
- Pacient pociťuje zmírnění bolesti o dva stupně.
- Pacientova bolest se postupně snižuje.

Ošetrovatelský plán:

- Zjištění charakteru bolesti, kde, kdy, co a jak bolest zhoršuje.
- Monitorace a vedení záznamu o bolesti, informovat lékaře.
- Aktivně vyhledávat projevy bolesti – verbální i neverbální.
- Zajistit masáž zad, vhodně ustlat lůžko.
- Informovat nemocného o možnosti podání analgetik dle potřeby.

- Včasné podání analgetik dle ordinace lékaře.
- Sledovat účinky analgetik a informovat lékaře.
- U zvýšení bolesti konzultace s lékařem.
- Sledování operačních ran.
- Pacientovi umožnit úlevové polohy.

Ošetrovatelská realizace

Po přeložení jsem s pacientem navázala rozhovor na téma bolest a informovala jsem ho o možnosti podání analgetik dle potřeby a vysvětlila jsem pacientovi, že může na lůžku měnit polohu, která mu zmírní bolesti zad. U pacienta jsem monitorovala bolest a vše jsem zaznamenávala do dokumentace. Pacienta jsem pobízela, aby vyjadřoval své pocity a co by mu pomohlo ke zmírnění bolesti. Pacient svoji bolest vyjadřoval psaným textem, mimikou i gestikulací. Pacientovi jsem podávala léky proti bolesti dle ordinace lékaře. Pacientovi jsem provedla masáž zad, ustlala jsem mu lůžko.

(Monitorace bolesti v příloze č. 3)

Hodnocení

Během dne měl pacient výrazné bolesti, které se po podání analgetik zmírnily pouze o jeden stupeň. Pacientovi provedená masáž zad ulevila od bolestí, které se výrazně zmírnily. Byl rád, že se může pohybovat na lůžku a hledat úlevovou polohu. V noci měl pacient silnou bolest (č.7), po podání analgetik došlo k výraznému zmírnění. Druhý den měl mírnější bolesti (č.4), pacient si vyžádal analgetika. Po podání analgetik došlo k postupnému odeznívání bolestí. V oblasti operační rány pociťoval pouze tah. Bolest zad zcela ustoupila.

12. 11. 2008 Cíl nebyl splněn.

13. 11. 2008 Cíl byl splněn.

❖ Datum: 12. – 13. 11. 2008

2) Porucha verbální komunikace z důvodu tracheostomie a parciální resekce jazyka projevující se neschopností slovního vyjádření a strachem, že nebude již mluvit.

Ošetrovatelský cíl:

- Pacient chápe důvod tracheostomie a naučí se s ní zacházet.

- Pacient chápe, že po odstranění kanyly a uzavření tracheostomie se bude moci verbálně vyjádřit.
- Pacient se dorozumí neverbální komunikací.
- Zlepší se komunikace mezi pacientem a zdravotnickým personálem.
- Strach se zmírní.

Ošetřovatelský plán:

- Navázat s pacientem důvěryhodný kontakt.
- Pomalu, jasně a srozumitelně vysvětlit důvod tracheostomie.
- Vysvětlit pacientovi, proč nemůže mluvit.
- Vysvětlit pacientovi, že po odstranění kanyly a uzavření tracheostomie bude moci vytvořit hlas.
- Mít trpělivý a vstřícný přístup k pacientovi.
- Doporučit pacientovi jako nejlepší neverbální komunikaci psaný text, využívat mimiku a gestikulaci.
- Připravit k ruce pacienta blok, tužku a pacientovi brýle na čtení.
- Sledovat gestikulaci a mimiku nemocného.
- Pokládat nemocnému otázky, na které se dá odpovídat kýváním hlavy ANO – NE.

Ošetřovatelská realizace

S pacientem jsem po přeložení navázala důvěryhodný kontakt, vysvětlila důvod tracheostomie a upozornila jsem ho, že po odstranění kanyly a uzavření tracheostomického kanálu bude moci mluvit. Mluvila jsem pomalu a srozumitelně a ujistila jsem se, že mi pacient rozumí. Ke komunikaci jsem mu doporučila papír a tužku, kterou jsem spolu s brýlemi pacienta připravila na stolek. Dále jsme ke komunikaci využívali mimiku a gestikulaci, kterou jsem velmi pozorně sledovala. Pacient na pomůcky dosáhl. Panu N. jsem pokládala otázky, na které se dá odpovídat ANO – NE. Komunikace probíhala bez obtíží. Pacientovi jsem vysvětlila jak má odkašlávat s tracheostomií.

Hodnocení

Pacient chápal důvod tracheostomie i jak má správně odkašlávat. Komunikace probíhala bez obtíží a pacient byl rád, že mu rozumíme a může vyjádřit své pocity. Po opakovaných

rozhovorech byl pacient klidnější a věřil, že bude verbálně komunikovat po odstranění kanyly. Strach se zmírnil. Komunikace se mezi pacientem a personálem zlepšila.

Cíle byly splněny.

❖ **Datum: 12. 11. 2008**

3) Porucha spánku z důvodu bolesti operačních ran, zad a tracheostomie projevující se špatným usínáním a přerušovaným spánkem pro lékovou nebulizaci tracheostomie.

Ošetřovatelský cíl:

- Pacient usne a bude spát nepřerušovaným spánkem alespoň 5 hodin.
- Pacienta nebude budít dušnost a bolest.

Ošetřovatelský plán:

- Před spánkem provést hygienickou péči a masáž zad.
- Ustlat lůžko a vhodně upravit polštář.
- Vyvětrat místnost a zatáhnout žaluzie, snížit teplotu topení.
- Podat analgetika dle ordinace lékaře a sledovat účinky analgetik.
- Pomoc pacientovi s vhodnou polohou.
- Pravidelné podávání lékové nebulizace a odsávání.

Ošetřovatelská realizace

Před spánkem provedena hygienická péče, při které byla provedena i masáž zad hřejivou masťou. Noční služba ustlala lůžko a pomohla pacientovi do vhodné polohy. Noční služba místnost vyvětrala a zatáhla žaluzie. Pacient měl naordinovanou lékovou nebulizaci každé tři hodiny, kdy bylo provedeno i odsávání dle potřeby. Noční služba sledovala dýchání a projevy dušnosti. V noci byl podán opiát dle ordinace lékaře.

Hodnocení

Pacient měl silné bolesti, při kterých nemohl usnout. Noční služba podala opiát dle ordinace lékaře. Poté došlo ke zmírnění bolesti a pacient usnul. Pacient byl bez dušnosti. Každé tři hodiny byla naordinována léková nebulizace, která pacienta budila.

Cíl byl částečně splněn.

❖ **Datum: 12. – 13. 11. 2008**

4) Porucha polykání z důvodu tracheostomie a parciální resekce jazyka projevující se hromaděním slin v dutině ústní.

Ošetřovatelský cíl:

- Pacient zná příčinu hromadění slin v ústech.
- Pacient bude spolupracovat pro snížení množství slin v dutině ústní a bude se cítit lépe.

Ošetřovatelský plán:

- Vysvětlit pacientovi důvod hromadění slin v ústech.
- Pravidelně odsávat nejen z tracheostomie, ale i z úst.
- Pacientovi dát k ruce dostatek buničiny a emitní misku.
- Podávat léky dle ordinace lékaře a sledovat účinky léků.
- Sledovat příjem a výdej tekutin.
- Dbát na dostatečnou hygienu dutiny ústní.

Ošetřovatelská realizace

Pacientovi jsem připravila dostatek buničiny a emitní misku k lůžku. Pacient často vyprazdňoval dutinu ústní vyplivováním slin a hlenu do emitní misky a buničiny. Pravidelně podle potřeby jsem pacientovi odsávala z úst hromadící se sliny a hlen. Pacient dodržoval dostatečnou hygienu dutiny ústní, kdy vyplachoval pitnou vodou a čistil si zuby malým kartáčkem při ranní a večerní hygieně. Pacienta jsem upozornila, aby nekloktal. Strava i tekutiny byly podávány do PEG. Sledovala jsem příjem a výdej tekutin, který byl dostatečný.

Hodnocení

V péči je nutné pokračovat, sliny se v dutině ústní dále hromadí. Díky pravidelné péči o dutinu ústní se pacient cítí lépe.

Cíl byl částečně splněn.

❖ **Datum: 12. – 13. 11. 2008**

5) Změna způsobu výživy z důvodu operačního zákroku v oblasti dutiny ústní a zavedeným PEG s rizikem vzniku malnutricie a dehydratace.

Ošetřovatelský cíl:

- U pacienta nedojde ke snížení tělesné hmotnosti o 5 kg.
- Pacientova výživa a hydratace bude dostatečná a vyvážená.
- Pacient chápe důvod sledování váhy a dostatečné hydratace.

Ošetřovatelský plán:

- Sledovat celkový stav nemocného, fyziologické funkce a laboratorní hodnoty.
- Pacienta upozornit na dostatečný příjem tekutin a potravy do PEG.
- Podávat léky dle ordinace lékaře.
- Zajistit pacientovi dietu 1S.
- Zajistit dietetikum (ISOSOURCE) na oddělení.
- Sledovat příjem a výdej tekutin.
- Během hospitalizace pacienta 1x týdně zvážit.
- Dostatečná péče o PEG, po každé aplikaci potravy propláchnout neslazeným čajem nebo neperlivou vodou.
- Před propuštěním zajistit návštěvu gastroenterologické poradny.

Ošetřovatelská realizace

U pacienta jsem sledovala celkový stav, fyziologické funkce, laboratorní hodnoty, příjem a výdej tekutin. Pacientovi jsem vysvětlila, že je nutný dostatečný příjem tekutin a potravy do sondy. Po operaci jsme aplikovala čaj i umělou stravu, která byla objednána v dostatečném množství na oddělení. Před propuštěním se pacient objedná na kontrolu do gastroenterologické poradny, kde je edukován ohledně domácí stravy, která musí být tekutá a speciální dietní stravy pro zvláštní lékařské účely. Pacient měl zajištěnou stravu 1S. Během mého ošetřování nebyl pacient zvážen.

Hodnocení

Pro krátkou dobu mého ošetřování nebylo možné zjistit, zda nedošlo ke snížení tělesné hmotnosti. Pacient neměl známky dehydratace, kožní turgor normální. Příjem a výdej tekutin

byl v normě. Dostatečná hydratace byla zajišťována infúzní terapií. Pacient chápe sledování váhy, dostatečné výživy a hydratace. Pacienta je nutno sledovat po celou dobu hospitalizace. Cíl byl částečně splněn.

❖ **Datum: 12. – 13. 11. 2008**

6) Porucha integrity kůže v důsledku operační rány obličeje a krku, zavedených drénů, PŽK, PEG, tracheostomie a porucha integrity sliznice v dutině ústní z důvodu operačního zákroku s rizikem vzniku infekce a krvácení.

Ošetrovatelský cíl:

- U pacienta v místě porušené integrity kůže nedojde ke vzniku infekce a bolestivosti.
- Pacientovy sešité rány v dutině ústní se budou hojit per primam.
- Nedojde ke vzniku infekce, krvácení v místě sešitých ran v dutině ústní.

Ošetrovatelský plán:

- Pravidelná kontrola míst porušené integrity kůže a zaznamenat jakékoliv změny do dokumentace.
- Pravidelná kontrola porušené integrity sliznice v dutině ústní.
- Informovat nemocného o nutnosti dostatečné hygieny dutiny ústní a poučít o šetrném čištění.
- Pravidelně odsávat nahromaděný obsah z dutiny ústní.
- Připravit nemocnému dostatek buničiny a emitní misku k ruce.
- Kontrola průchodnosti PŽK, PEG i drénů.
- Pravidelná péče o tracheostomii – odsávání, saturace kyslíkem, léková nebulizace.
- Monitorace subjektivních pocitů nemocného.
- Provádět převazy dle zásad aseptického postupu.
- Při známkách zánětu informovat lékaře.
- Podávat léky dle ordinace lékaře a sledovat jejich účinky.
- Sledovat příjem a výdej tekutin.
- Monitorovat a měřit bolesti.

Ošetrovatelská realizace

Místa porušené integrity kůže jsem převazovala za aseptických podmínek. Převazy byly prováděny dle potřeby. Kontrolovala jsem průchodnost drénů, které odváděly malé množství krvavé sekrece. Drény byly odstraněny 13. 11. 2008. Místa vpichu jsem sterilně kryla suchými čtverci. Dále jsem kontrolovala průchodnost, místa vpichu a jejich okolí u PEG, PŽK – zavedené na levé horní končetině 12. 11. 2008 na KARIM, tracheostomie. Z tracheostomie jsem odsávala sekret sterilním odsávacím katétrem. Prováděla jsem saturaci kyslíkem a lékovou nebulizaci. Pacienta jsem se během rozhovoru ptala na jeho subjektivní pocity, které byly kladné. V péči o dutinu ústní jsem pacienta poučila o šetrném čištění malým zubním kartáčkem. Při převazech se prováděl výtěr dutiny 3% peroxidem vodíku a výplach vodou. Pravidelně jsem kontrolovala operační ránu v dutině ústní a stav jazyka, který byl růžový, prokrvený. Dále jsem sledovala příjem a výdej tekutin, dostatečná hydratace byla zajišťována infúzní terapií. Monitorovala a měřila jsem bolest. Vše jsem zaznamenávala do dokumentace.

Hodnocení

Během mého ošetřování nedošlo ke vzniku infekce a bolestivosti v místech porušené integrity kůže. V dutině ústní se rány hojily per primam, bez známek zánětu a krvácení. Jazyk byl prokrvený a růžový. Nedošlo ke vzniku infekce v místě porušené integrity sliznice.

Cíle byly splněny.

❖ Datum: 12. – 13. 11. 2008

7) Změna močení z důvodu zavedeného PMK s rizikem vzniku infekce projevující se bolestivostí.

Ošetřovatelský cíl:

- Pacient je edukován o významu zavedeného PMK a spolupracuje v kontrole funkčnosti PMK.
- Během hospitalizace nedojde u pacienta ke vzniku infekce.

Ošetřovatelský plán:

- Vysvětlit důvod zavedení PMK.
- Dodržovat hygienu v místě zavedeného PMK.

- Pravidelně vypouštět sběrný sáček.
- Sledovat, zda je PMK průchodný a dostatečně odvádí moč.
- Sledovat barvu a eventuální příměsi moče.
- Sledovat příjem a výdej tekutin.

Ošetrovatelská realizace

Pacientovi jsem vysvětlila důvod zavedení PMK a poučila jsem ho důležitosti kontroly. Pacienta jsem informovala o důsledné hygieně v oblasti PMK a v případě nepříjemných subjektivních pocitů jako je řezání, pálení, aby mě informoval. Sledovala jsem průchodnost močové cévky, která odváděla čirou žlutou moč bez příměsí. Pravidelně jsem vypouštěla sběrný sáček. U pacienta jsem sledovala příjem a výdej tekutin, který byl dostatečný.

Hodnocení

Permanentní močový katétr byl funkční, bez známek infekce.

Cíl byl splněn.

❖ Datum: 12. – 13. 11. 2008

8) Přejídná porucha soběstačnosti z důvodu pooperačního klidového režimu a bolesti, projevující se potřebou pomoci ošetrovatelského personálu především v osobní hygieně a podávání výživy do PEG.

Ošetrovatelský cíl:

- Pacient postupně dosahuje maximální soběstačnosti.
- Pacient si nezpůsobí úraz.
- Pacient je zapojen do sebezpečí a má dostupné všechny pomůcky.

Ošetrovatelský plán:

- Zapojit nemocného do aktivní spolupráce v oblasti osobní hygieny a výživy.
- Nemocného dostatečně podporovat.
- Připravit pomůcky pro osobní hygienu k lůžku a zajistit pomůcky – pojízdný stolek, signalizační zařízení u ruky.

Ošetřovatelská realizace

Pacient byl částečně soběstačný. Všechny pomůcky pro osobní hygienu jsem mu připravila k ruce a první den jsem mu při osobní hygieně pomáhala. Druhý den došlo k vertikalizaci a pacient provedl hygienu mimo lůžko u umyvadla. Během hygieny jsem mu asistovala a za jeho snahu jsem pacienta chválila. Při bolesti jsem aplikovala léky proti bolesti dle ordinace lékaře a všechny osobní pomůcky měl u ruky na nočním stolku. První den jsem stravu aplikovala do PEG sama, druhý den mi pacient asistoval a měl zájem si to zkusit sám.

Hodnocení

Pacient si nezpůsobil žádné zranění a postupně se stával soběstačným. Pacienta jsem zapojovala do péče a připravila všechny pomůcky tak, aby byly pro pacienta dostupné.

Cíle byly splněny

❖ Datum: 12. – 13. 11. 2008

9) Zvýšená tělesná teplota z důvodu rozsáhlého operačního zákroku projevující se zčervenáním obličeje.

Ošetřovatelský cíl:

- Pacient vnímá snížení TT postupně na normu.
- U pacienta dojde ke snížení tělesné teploty na hodnoty normy.

Ošetřovatelský plán:

- Monitorovat tělesnou teplotu.
- Sledovat ostatní fyziologické funkce.
- Sledovat příjem a výdej tekutin.
- Všimnout si celkového stavu nemocného.
- Podávat léky dle ordinace lékaře a sledovat jejich účinky.
- Sledovat známky infekce ve všech ranách a invazivních vstupech.
- Zajistit volné dýchací cesty.

Ošetřovatelská realizace

Pacient měl mírně zvýšenou teplotu (*viz str. 30*), která byla zjištěna při měření teploty odpolední službou. Byly podávány léky dle ordinace lékaře, sledovány jejich účinky a

zajišťována průchodnost dýchacích cest. Dále byla prováděna monitorace všech fyziologických funkcí. Ptala jsem se pacienta na jeho pocity. U pacienta jsem si všímala celkového stavu a stavu invazivních vstupů – stav kůže, dýchání, pocení, známků infekce.

Hodnocení

První den po operaci byla zjištěna zvýšená teplota. Druhý den ráno došlo ke snížení teploty na hranici normálních hodnot. Pacient se cítil dobře. Během dne nebyla u pacienta sledována zvýšení teplota.

Cíle byl splněny.

❖ **Datum: 12. – 13. 11. 2008**

10) Riziko změny průchodnosti dýchacích cest z důvodu obstrukce tracheostomie hustým hlenem s rizikem vzniku dušnosti.

Ošetrovatelský cíl:

- Pacient je edukován o nutnosti zavedené tracheotomie.
- Tracheostomie se bude hojit per primam.
- U pacienta nedojde ke vzniku obstrukce dýchacích cest, dýchací cesty budou průchodné.

Ošetrovatelský plán:

- Pacientovi vysvětlit důvod zavedené tracheostomie.
- Pravidelné odsávání sekretu z tracheostomie a úst.
- Používat aseptický přístup v péči o tracheostomii a ochranné pomůcky.
- Monitorovat saturaci kyslíkem.
- Zajistit zvlhčený kyslík.
- Provádět každé tři hodiny lékovou nebulizaci.
- Podávat léky dle ordinace lékaře a sledovat jejich účinky.
- Sledovat fyziologické funkce.
- Z tracheostomie neodsávat jednorázově déle než 10 sekund.
- Pravidelně větrat pokoj pacientů.
- Monitorovat subjektivní pocity nemocného.

Ošetrovatelská realizace

Pacientovi jsem vysvětlila důvod zavedené tracheostomie a sledovala jsem průběžně fyziologické funkce a saturaci, hodnoty se pohybovaly v normě. Pravidelně jsem odsávala hlen a sekret z tracheostomie a úst za použití ochranných pomůcek. Dodržovala jsem aseptický postup. Podávaný kyslík rychlostí 4l/min. jsem zvlhčovala destilovanou vodou. Dále jsem prováděla každé 3 hodiny lékovou nebulizaci. Pacientovi jsem podávala léky dle ordinace lékaře a sledovala jejich účinky. Ptala jsem se pana N. jak se cítí a jak se mu dýchá.

Hodnocení

Tracheostomie se během mého ošetřování hojila per primam, bez známek infekce. Dýchací cesty zůstaly průchodné. Pacientovi se dýchalo dobře.

Cíle byly splněny.

Pořadí ošetrovatelských diagnóz jsem stanovila na základě vlastního uvážení podle naléhavosti ošetrovatelské péče vyplývající z aktuálního zdravotního stavu pacienta.

4. Edukace

Již před operací jsem seznámila pacienta s některými zásadami, kterými by se měl řídit. Upozornila jsem ho na nutnost přestat kouřit, dodržovat zdravý životní styl. Mít dostatek aktivního odpočinku a vyhýbat se stresu. Dále jsem pacientovi doporučila, aby se vyhýbal zakouřeným místnostem a veškerému alkoholu. Pana N. jsem informoval, že v případě jakýkoliv dotazů se může obrátit na naše oddělení. Pacient byl po propuštění odeslán na kontrolu do gastroenterologické poradny, kde dojde hlavně k edukaci výživy v domácím prostředí. Pacienta jsem též edukovala v aplikaci stravy a léků do PEG a též jsem ho poučila o péči o PEG. Pacientovi jsem vysvětlila, že je důležité čistit povrch katétru, kontrolovat správnost polohy dle měřítka, dále že je nutné kontrolovat místo zavedení katétru do břišní stěny. Informovala jsem pacienta o možných změnách a komplikacích jako je zarudnutí, zduření nebo prosakování žaludečního obsahu, nauzea, zvracení, průjem a neprůchodnost katétru. Všechny komplikace hlásit lékaři. Každý den, je nutná výměna nastříženého mulového čtverce, který se zajistí náplastí. Výživa aplikovaná do katétru musí být vždy v tekutém stavu, kdy intervaly mezi dávkami jsou 2 – 3 hodiny. Velikost bolusů je dle snášenlivosti pacienta, ale maximální dávka v porci je 250 ml. Všechny léky, které se aplikují do PEGu je nutné rozpustit ve vodě. Vždy po podání výživy je nutné katétru

propláchnout 50 ml neslazeným čajem nebo teplou vodou. Dále jsem pana N. edukovala v péči o dutinu ústní. Nutná je dostatečná hydratace, sledování dostatečného příjmu tekutin. Péči o dutinu ústní provádíme nejméně 4x denně. Čištění zubů provádět měkkým kartáčkem a vibrační technikou nebo stíracími pohyby od dásní ke korunkám. Dostatečnou vlhkost sliznic v dutině ústní zajistit hydratací, kloktáním, výplachy. Pokud má pacient předepsaný od lékaře léčebný roztok, tak dodržovat ředění, jak, čím a frekvenci. Rty ošetřovat jelením lojem nebo Infadolanem.⁹⁾

Pacient měl několik otázek, které se týkaly PEGu a stravování. Pan N. se ptal, zda může maso a jestli musí dodržovat dvou až tří hodinové intervaly i v noci. Vysvětlila jsem mu, že maso může, ale jen mixované a zředěné do tekutého stavu. V noci by měl dodržovat nejméně osmi hodinovou přestávku. Další dotaz se týkal, zda si může v noci vytrhnout PEG. Pacienta jsem uklidnila, že PEG i jeho konec je fixovaný.

5. Závěr

Pacient byl během mého ošetřování velmi vstřícný a komunikativní. Pan N. se mi snažil vyjít vstříc a ochotně mi odpovídal na všechny dotazy. Byl velmi rád, že má chirurgický výkon za sebou a těšil se domů. O povaze svého onemocnění byl plně informován již před operací. Po zhojení operačních ran a tracheostomie bude pacientovi

9) informace získané ze standardního ošetřovatelského postupu č 72 VFN v Praze – Péče o perkutánní endoskopickou gastrostomii – PEG

naplánována další terapie. Po propuštění bude pacient odeslán do gastroenterologické poradny, kde bude pacient opět informován jak pečovat o perkutánní endoskopickou gastrostomii a edukován ohledně výživy.

6. Seznam ostatních zdrojů

- (1) informace získané z dokumentace pacienta
- (2) informace získané od pacienta
- (3) informace získané vlastním pozorováním a měřením
- (4) informace získané od zdravotnického personálu
- (5) výpočet pozorovatele
- (6) informace získané z operačního protokolu
- (7) informace získané od družky pacienta
- (8) informace získané ze Standardního ošetřovatelského postupu č. 65 VFN v Praze –
Zvláštní péče o dutinu ústní
- (9) informace získané ze Standardního ošetřovatelského postupu č. 72 VFN v Praze –
Péče o perkutánní endoskopickou gastrostomii

7. Seznam použité literatury

- 1) ADAM, Z., VORLÍČEK, J., VANÍČEK, J. a kolektiv *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob, Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2002, 1.vydání, ISBN 80-7169-792-3*
- 2) ASTL, J. *Otorinolaringologie a chirurgie hlavy a krku pro bakaláře – obor ošetrovatelství, Praha: UK v Praze, Karolinum, 2002, 1. vydání, ISBN 80-246-0325-X*
- 3) HAHN, A. a kol. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi, Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2007, 1.vydání, ISBN 978-80-247-0529-3*
- 4) HRUBÁ, M., FORETOVÁ, L., VORLÍČKOVÁ, H. *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění, Brno: Masarykův onkologický ústav, nakladatelství GAD studio s.r.o., 2001, 1.vydání, ISBN 80-238-7618-X*
- 5) KILIAN, J. et al. *Prevence ve stomatologii, Praha: Nakladatelství Galén, Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, 1999, Druhé, rozšířené vydání, ISBN 80-7262-022-3, ISBN 80-7184-976-6*
- 6) KLENER, P. *Klinická onkologie, Praha: Nakladatelství Galén, Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, 2002, ISBN 80-7262-151-3, ISBN 80-246-0468-X*
- 7) KLOZAR, J. et al. *Speciální otorinolaryngologie, Praha: Nakladatelství Galén, Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, 2005, ISBN 80-7262-346-X, ISBN 80-246-1125-2*
- 8) MAZÁNEK, J. *Nádory v orofaciální oblasti, Praha: East Publishing, a.s., Victoria Publishing, a.s., 2007, 1.vydání, ISBN 80-7187-131-1*
- 9) PAZDERA, J. *Základy ústní a čelistní chirurgie, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, 1.vydání, ISBN 978-80-244-1670-0, s. 200 obr. 113*

- 10) Standardní ošetřovatelský postup č. 75 VFN v Praze – Péče o pacienta po operaci v dutině ústní

- 11) TOMAN, J., MAZÁNEK, J. *Nádory úst a obličeje, Praha: Avicenum, 1982, 1.vydání*

- 12) WOTKE, J. *Patologie orofaciální oblasti, Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2001, 1.vydání, ISBN 80-7169-975-6*

Seznam použitých zkratek

AS	akce srdeční
aj.	a jiné
amp.	ampule
APTT	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
atd.	a tak dále
BMI	body mass index
cps.	Kapsle
CT	počítačová tomografie
č.	číslo
D	dech
DM	diabetes mellitus
DK	dolní končetiny
hod.	hodina
i.m.	intramuskulárně
i.v.	intravenózně
JIP	jednotka intenzivní péče
KARIM	klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče
l.dx.	vpravo, na pravé straně
LHK	levá horní končetina
NGS	nasogastrická sonda
obr.	obrázek
P	puls
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
PMK	permanentní močový katétr
PŽK	periferní žilní katétr
RTG	rentgenové vyšetření
Sono	sonografie
Tab.	tabulka
TEN	tromboembolická nemoc
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
tzv.	tak zvaný