

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Ošetrovatelská kasuistika u pacienta s karcinomem tonzily
Nursing care of the patient with carcinoma tonsillae

2006/2007

Vedoucí práce: Mgr. Jana Mlýnková

Veronika Šutoriková

BOS PS

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Janě Mlýnkové za cenné rady a podněty, pacientovi za laskavé svolení k prezentaci a za příkladnou spolupráci a zdravotnímu personálu ORL JIP oddělení za přijetí a zapojení do kolektivu.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením odborného konzultanta.

Všechny použité prameny jsem uvedla podle autorského zákona v seznamu použité literatury a zdrojů informací.

.....
Datum

.....
Podpis

Obsah

Úvod.....	4
1.Klinická část.....	6
1.2 Nádorové onemocnění hltanu.....	7
1.2.1 Benigní nádory hltanu.....	7
1.2.2 Maligní nádory hltanu.....	8
2. Identifikační údaje.....	12
3. Lékařská anamnéza a diagnóza.....	13
4. Přehled diagnostické péče.....	16
4.1 Fyziologické funkce.....	16
4.2 Laboratorní vyšetření.....	17
4.3 Diagnostické vyšetření.....	19
5. Přehled terapie.....	20
5.1 Chirurgická terapie.....	20
5.2 Farmakoterapie.....	23
5.3 Dietoterapie.....	26
5.4 Fyzioterapie.....	27
6. Stručný průběh hospitalizace.....	27
6.1 Subjektivní hodnocení.....	27
6.2 Objektivní hodnocení.....	28
7.Ošetřovatelská část.....	29
1.1 Ošetřovatelská anamnéza a současný stav nemocného.....	29
1.1.1 Subjektivní hodnocení.....	29
1.1.2 Objektivní hodnocení.....	29
1.1.3 Fyziologické potřeby.....	29
1.1.4. Psychosociální potřeby.....	29
1.2. Ošetřovatelské diagnózy.....	35
1.3. Ošetřovatelské cíle, plány a zhodnocení.....	37
Ošetřovatelský závěr.....	49
Přehled použitých zdrojů, zdroje informací, přílohy.....	50

Úvod

Proč jsem si zvolila právě otorinolaryngologické oddělení? Protože na počátku mého studia již na střední škole jsem měla dosti nedostatečný a neucelený pohled na problematiku ORL onemocnění. Při pohledu na ORL učebnici se mi vybavilo pouze omezené množství onemocnění, většinou dětská problematika, jako jsou onemocnění krčních a nosních mandlí. Mylně jsem se domnívala, že tato problematika není nijak rozsáhlá a že nepostihuje početnou skupinu nemocných.

Dalším důvodem byl také fakt, že tento obor není pro většinu studentek nijak atraktivní a lákavý. Během mé praxe na ORL oddělení se mi líbilo natolik, že jsem se rozhodla zpracovat kasuistiku na toto téma, které se v mých očích nějakým způsobem liší od ostatních, se kterými se můžeme setkat třeba na interních nebo chirurgických odděleních.

Nádorové onemocnění hltanu, hrtanu a tonzil je onemocnění, o kterém nijak výrazně neslyšíme, veřejnost není informována o problematice tohoto onemocnění jako je tomu například ve srovnání s kolorektálním karcinomem, karcinomem prsu, plic nebo žaludku. Není to onemocnění, o kterém se běžně mluví, snad také proto, že pacienti se stávají především lidé s dlouhodobým abúzem alkoholu a nikotinismu, jedná se hlavně o pacienty sociálně stigmatizované, kteří přicházejí do zdravotnického zařízení nezdě, Avšak v dnešní době, kdy se neustále snižuje věk, kdy lidé, nebo ještě děti, začínají kouřit a zvyšuje se počet obyvatel, kteří ať již sami kouří nebo se pohybují v zakouřeném prostředí, se stejně tak zvyšuje výskyt nádorového onemocnění a může tak postihnout i osobu, u které se životní styl nijak neliší od většiny obyvatel. Snažila jsem se poukázat na problematiku nádorového onemocnění, jehož incidence je rok od roku vyšší a lidé se marně domnívají, že tato problematika se jich nemůže týkat.

Svého pacienta jsem si vybrala, abych poukázala na problematiku tohoto onemocnění v relativně nízkém věku a také upozornila na nezanedbatelné karcinogenní účinky nikotinového kouře. Dále proto, protože jsem s pacientem navázala důvěryhodný vztah a velmi dobře se mi s ním pracovalo. Pacient i přes

komunikační bariéry byl velice rád, že se mu někdo věnuje a lépe mu tak ubíhá čas strávený v nemocničním prostředí.

1. Klinická část

Tonzila palatina

Tonzillae palatine jsou součástí Waldeyerova lymfatického hltanového okruhu. Jde o párový orgán oválného tvaru, uložený na křižovatce cest dýchacích a polykacích. Trojúhelníkové lůžko je ohraničeno předním a zadním patrovým obloukem, spojují se nad tonzilou a mezi nimi je výklenek zvaný fossa supratonsillaris.

Histologicky se skládá z epitelu, lymfoidní, retikulární a spojovací tkáně (vaziva).

Na povrchu sliznice mandle je mnohvrstevný, dlaždicovitý plochý epitel, stejný jako v dutině ústní.

Mandle je orgán zařazený do systému obrany organismu. Tím, že je při vstupu potravy a též v místě, kudy prochází část vdechovaného vzduchu, zprostředkovává bezprostřední odpověď na cizorodé látky a na infekční antigeny (tj. obrannou reakci s tvorbou protilátek). Lymfoidní tkáň je složena z lymfocytů a plazmocytů. Lymfocyty ve velkém množství infiltrují epitel. Tato lymfoepiteliární symbióza je regulována a podporována tkání retikulární. Jinak jsou lymfocyty rozloženy hlavně ve folikulech, stejně jako v adenooidních vegetacích.

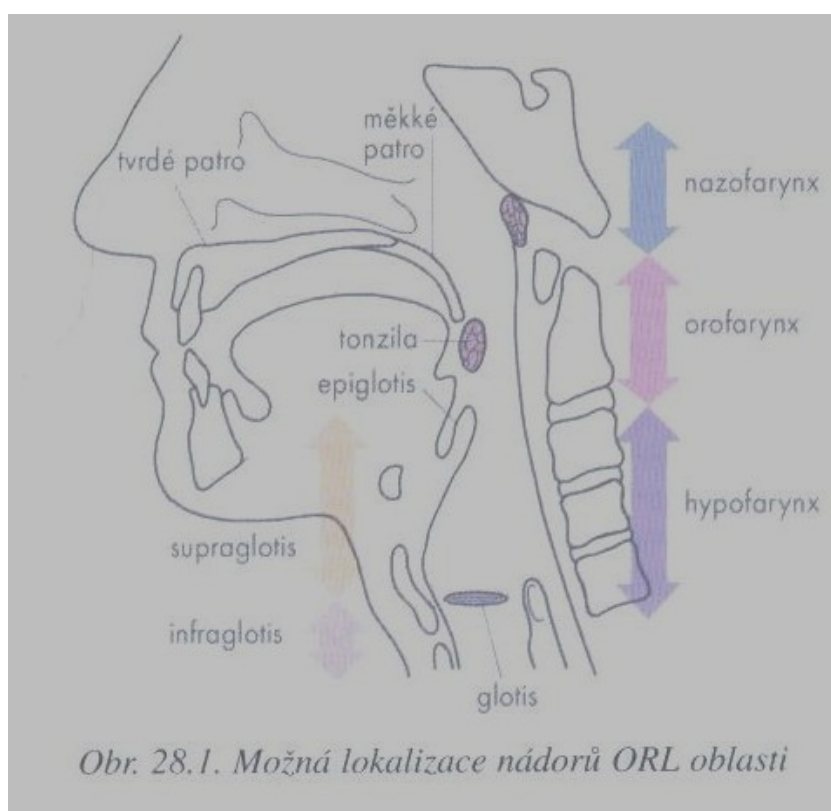
Hlavní úlohu retikulární tkáně mají makrofágy, které mohou proniknout až do epitelu tonzil.

Funkce tonzil

Představují první linii ochrany mechanické, a to jako epitelová bariéra. Tato má svůj význam jen při nepoškozeném epitelu. Často však vznikají v epitelu eroze, přes které pronikají do organismu nejen toxiny, ale i mikroby, bílkovinné antigeny i obsah lakun.

Jak již bylo zmíněno, patrové mandle jsou součástí celého lymfoidního systému organismu, mají nesporný význam v aktivní účasti na imunologických procesech. Vytváří lymfocyty, a to T - v koruně foliklů a B - v centru foliklů.

Tonzily představují specifický element Waldeyerova kruhu a možná hrají i úlohu ve formování reakcí imunity celkové a v uvádění imunitní paměti. Histochemickými metodami byla potvrzena přítomnost všech imunoglobulinů v tonzilách. Tonzily však nemají žádnou specifickou funkci v organismu, která by byla nepostradatelná.



Obrázek č. 1

1.2. Nádorové onemocnění hltanu

1.2.1 Benigní nádory

Benigní nádory hltanu a patrových mandlí se vyskytují řídce, spíše v dětském věku.

Hemangiomy

Nezhoubné nádory vycházející z krevních cév bývají různého rozsahu na měkkém patře, uvule i na stěně hltanu. Jejich povrch je mělce hrbolatý, modravě

prosvítající, konzistence je měkká. Nejsou-li tyto nádory velkých rozměrů, nečiní potíže. Léčba je chirurgická, využívá se hlavně laser.

Papilomy

Patří k nejčastějším benigním nádorům měkkého patra, jedná se o nádor vycházející z povrchového epitelu. Solitární papilom bývá jako přívěsek na dolním konci uvuly nebo na mandli. Častý je u horníků uranových dolů. Mnohočetné papilomy se v trsech rozrůstají na měkkém patře i hltanu. Léčba je chirurgická.

Fibromy a lipomy

Fibrom vychází z vazivové tkáně, lipom z tukové tkáně. Tyto malé nádorky se vyskytují i na měkkém patře. Dají se snadno odstranit. Častěji se lipomy a stopkaté fibromy upínají buď na postranní stěnu hltanu, nebo na faryngoepiglotickou řasu. Stopkatý fibrom vyrůstá někdy z vazivového stromatu patrové mandle. Léčba spočívá v chirurgickém odstranění útvarů.

Neurinom

Je nádor vycházející z nervové tkáně, který na sebe upozorní kromě jiného příznaky neurologickými. Působí-li tyto nádory potíže, dají se extirpovat, nejlépe zevní cestou.

1.2.2 Maligní nádory hltanu

Hltan představuje v oboru ORL po hrtanu druhou nejčastější lokalitu výskytu rakoviny a první nejčastější extranodální lokalitu výskytu mezenchymálních nádorů.

Carcinoma oropharyngis

Karcinom hltanu se vyskytuje u mužů 7 krát častěji než u žen, s incidencí u mužů u nás asi 3,0 na 100 000/ rok a má narůstající tendenci. V některých jiných zemích, např. též na Slovensku, je výskyt této rakoviny poměrně vyšší. Strmý nárůst incidence nastává po 40. roce věku a vrcholí v 5. - 6. decenniu.

Rizikové faktory: u karcinomu hltanu je zřejmá souvislost s pitím tvrdého alkoholu a kouřením, dále dlouhodobé zánětlivé dráždění.

Histologicky se setkáváme s celou škálou dlaždicobuněčných, různě zralých forem rakovin, méně často s karcinomy anaplastickými. Nádory všech etází hltanu jsou klasifikovány TNM systémem (viz příloha).

Příznaky: pocit pálení a škrábání v krku, při hlubším rozpadu a kolaterálním zánětu mohou být vystupňované odynofagie (porucha polykání) se všemi průvodními jevy: hypohydratace, inanice (defekt výživy), rozvrat metabolismu. Občas nemocný vykašlává zakrvavělý hlenohnis. Protože často jde o nemocné sociálně deprivované, přehlíží své obtíže a léčí je alkoholem. Rozpad nádoru vede brzo k výraznému foetoru ex ore (zápachu z úst).

Nález

Z výše uvedených příčin přicházejí nemocní převážně v pozdním stadiu nemoci, tj. nádor přesáhl 4 cm v největším rozměru. Asi ve 40% přicházejí nemocní s klinickými metastázami, zpravidla v trigonum caroticum. Zdaleka ne všechny hmatné uzliny jsou pozitivní a naopak část uzlin, které ještě nehmatáme, obsahuje mikroskopicky metastázu. V tomto směru zpřesnil diagnostiku ultrazvuk. Rakovina postihuje nejčastěji patrovou mandli, oblouky patrové a měkké patro, přechází často do kořene jazyka a méně často na zadní stěnu hltanu. Druhá nejčastější forma vychází přímo z kořene jazyka a šíří se obvykle po hraně jazyka vpřed, do svaloviny jazyka a infratonzilárně a vzácněji na epiglotis. Všechny formy záhy ulcerují.

Léčba je u T1 zpravidla chirurgická a při vyšších T a při metastázách kombinovaná. Disekce krčních uzlin se provádí obvykle radikálně v celém regionu. Opakované pokusy o zlepšení výsledků chemoterapií v posledních 30 letech v této oblasti nezvýšily procento trvalých vyléčení. Výše popsanou léčbou se dosahuje pětiletého přežití bez známek v celém souboru až ve 45%.

Tonzila patrová, jazyková a hltanová společně se slinnými žlázami jsou nejčastějším zdrojem tzv. *kryptogenních karcinomů* (rakovina při neznámém primárním ložisku). Ty se projevují nejdříve metastázami v horní polovině krku a současný klinický průkaz primárního ložiska je obtížný i ORL panendoskopickým vyšetřením (pokud nebyl zjištěn primární nádor zobrazovacími metodami, je indikována panendoskopie v celkové anestezii, při níž jsou odebírány probatorní excize, které jsou histologicky vyšetřeny) a explorativními biopsiemi. Pokud se

urychleně primární ložisko neprokáže, jsou uzliny ošetřeny disekcí a pacient podstoupí radioterapii. Metastázy v uzlinách dolní poloviny krku vyžadují i důsledné pátrání po primárním nádoru v oblasti orgánů dutiny hrudní i břišní.

Carcinoma epipharyngis

Rakovina této lokalizace se vyskytuje u mužů 3 krát častěji než u žen, s incidencí u mužů asi 1,0 na 100 000/ rok. Více jak polovinu těchto nádorů tvoří anaplastické karcinomy. Maximum výskytu je v 5. decenniu, ale nezřídla i podstatně dříve. Anaplastický karcinom má nejasný vztah k viru Epstein - Barové a vychází z přechodného epitelu. Menší část karcinomů tvoří různě zralé dlaždicobuněčné formy. Rakovina nosohltanu je charakterizována časnými metastázami v raných stádiích nemoci, nezřídla je to vůbec první příznak.

Příznaky. Karcinom svým objemem vede k obstrukci horních cest dýchacích s následnými projevy vleklé rýmy, protože se nádor rozpadá, bývají snítky krve v sekretu nebo přímo epistaxe. Sekret je páchnoucí. Z obstrukce sluchových trubice pramení porucha barofunkce se všemi důsledky pro střední ucho a sluch. Nádor brzo destruuje lební spodinu a někdy se propaguje i do kostry splanchnokrania a působí kruté bolesti.

Nález je stanoven endoskopicky a biopticky, velikost tumoru též pomocí CT a MR, metastázy na krku klinicky a ultrazvukem. Jsou zpravidla za a pod horní třetinou kývače.

Léčba. Je chirurgická v kombinaci s radioterapií. Nádory prorůstající lební bází lze stabilizovat ozářením tzv. gammanožem.

Carcinoma hypopharyngis

Nádor se vyskytuje 12 krát častěji u mužů než u žen, má u nás narůstající incidenci, která činí asi 1,4 nových onemocnění na 100 000 mužů za rok. U mužů souvisí s kouřením a pitím alkoholu, u žen byla dříve zvažována hypochromní anemie (anemie z nedostatku železa).

Lymphoma pharyngis

Lymfomy vycházejí nejčastěji z tonzilární tkáně, především patrových mandlí. Tvoří asi čtvrtinu zhoubných nádorů této krajiny. Není prevalence podle pohlaví, vyskytují se převážně v dospělosti a v době, kdy tonzily prošly involucí. Znatelně převažují lymfomy nehodgkinovského typu. Jsou charakterizovány rychlým růstem. U části onemocnění jde o solitární lymfom, ale u většiny je zřejmá generalizace v oblasti krčních uzlin a jinde.

Příznaky a nález. Nádory svým objemem a malou tendencí k ulcerování působí především mechanické dysfagie (porucha polykání) a méně odynofagie (bolestivé polykání), nemocní huhňají, v noci chrápou, později se mohou dusit. U lymfou patrové mandle je nápadná asymetrie v hltanové brance.

Léčba je cytostatiky a ozařováním. Onemocnění podle typu lymfomu se daří uvést do různě dlouhých, i letitých remisí.

S jinými typy mezenchymálních zhoubných nádorů, se sarkomy, se setkáváme v hltanu vzácně.

2. Identifikační údaje

Jméno: J.V.

Jak chtěl nemocný oslovovat: pan V.

Rodné číslo: 600578/****

Stáří: 47 let

Povolání: v současné době je hlášen na úřadě práce v místě bydliště, předtím pracoval jako zámečnick, číšník, automechanik, živnostník

Vzdělání: odborné učiliště - obor zámečnick

Adresa: Most

Pojišťovna: 111

Vyznání: bez vyznání, nevěřící

Kontaktní osoba: manželka Alexandra, kontaktní telefon má, včetně adresy

Stav: ženatý

Datum přijetí: 26.3.2007. Datum operace: 27.3.2007. Datum mého ošetřování: 28., 29.3.2007, 2. - 5.4.2007

Hlavní důvod přijetí: **Karcinom levé patrové mandle s metastázami do krčních uzlin vlevo (Carcinoma tonsillae palatina l. sin. cum meta lnn. coli l. sin).**

(1, 2)

3. Lékařská anamnéza a diagnóza

Osobní anamnéza: Prodělal běžná dětská onemocnění, opakované angíny, jinak se v mládí ani v dospělosti s ničím vážněji neléčil.

St. p. (stav po) operaci menisku pravého kolene v roce 1996

St. p. operaci menisku levého kolene v roce 1997

St. p. operaci hernie inguinalis v 6 letech

Alergologická anamnéza: neudává

Rodinná anamnéza: Otec zemřel v 60 letech při autonehodě, matka (68 let), léčí se asi 10 let s hypertenzí a s onemocněním srdce, pacient blíže neví, bratr (48 let) zdrav, sestra (40 let), zdráva, jiné sourozence nemá. Dcera (7 let) zdráva, jiné děti nemá. Bez genetické zátěže.

Pracovní anamnéza: Vyučil se zámečnickem, nějaký čas jako zámečnick pracoval, poté pracoval jako číšník, automechanik a také se věnoval samostatné výdělečné činnosti v oblasti pohostinství. V současné době je hlášen na úřadě práce v místě svého bydliště.

Sociální anamnéza (sociální stav): Je podruhé ženatý (8 let), žije s manželkou a dětmi v panelákovém domě. Manželka ho zpočátku hospitalizace navštěvovala každý den, nyní kvůli vzdálenosti (není z Prahy) ho navštěvuje ob den, vlastní dcera ho navštěvuje o víkendech. S rodinou je neustále v kontaktu prostřednictvím mobilního telefonu. První manželství trvalo 4 roky a bylo bezdětné. Pan V. má spoustu přátel, je společenské povahy.

Farmakologická anamnéza: Trvale neužívá žádné léky.

(1, 2, 3, 4)

Abusus: Pacient byl silný kuřák, kouřil kolem 20 cigaret denně asi 25 let, ode dne, kdy mu lékař sdělil jeho diagnózu a poučil ho o škodlivosti kouření vzhledem k jeho onemocnění, se rozhodl kouřit přestat a neuvažuje o tom, že by opět začal až bude propuštěn z nemocnice. Pacient téměř nepije alkohol, pokud ano, vypije jedno maximálně dvě piva nebo skleničku vína. Nezneužívá léky ani jiné návykové látky.

(1, 2, 3, 4)

Nynější onemocnění: Pacient asi půl roku pozoruje zvětšující se rezistenci vlevo na krku, lékaře nenavštívil, až nyní vyšetřen na ORL ambulanci, kde zjišťujeme podezření na karcinom levé tonsily s metastázami do krčních uzlin, pacient je přijat k dovyšetření a případnému operačnímu zákroku.

Celkový stav: pacient je při vědomí, orientován, spolupracuje, BMI (body mass index): 29,7 (nadváha)

Somatické vyšetření: TK: 135/85, P: 72/min, TT: 36,6 °C, pacient lucidní, eupnoický, anikterický, bez cyanózy, zornice izokorické, dýchání sklípkovité, čisté, srdeční akce pravidelná, břicho měkké, prohmatatelné, játra a slezina nezvětšena, TPT (tapotement) negativní, dolní končetiny bez otoků

ORL vyšetření:

Hlava: skelet bez traumatických změn, poklepově nebolestivá, bez hmatné rezistence, zornice souměrné, bulby ve středním postavení, vedlejší nosní dutiny poklepově nebolestivé, inervace nervus facialis je správná, slinné žlázy nezvětšeny, vývody klidné, sekrece čirá

Krk: na zevní levé straně krku v oblasti II - III (viz obrázek č.2) se nachází hmatný paket uzlin 5×3,5 cm, palpačně nebolestivé, štítná žláza nezvětšena, karotidy tepou symetricky

Hltan: tumor postihuje levou tonsilární fossu s okolím (viz obrázek č. 3), infiltrace, exulcerace levé tonsily, která je palpačně tuhá, chrup sanován, jazyk plazí ve střední čáře, dutina ústní i jazyk jsou bez patologického povlaku

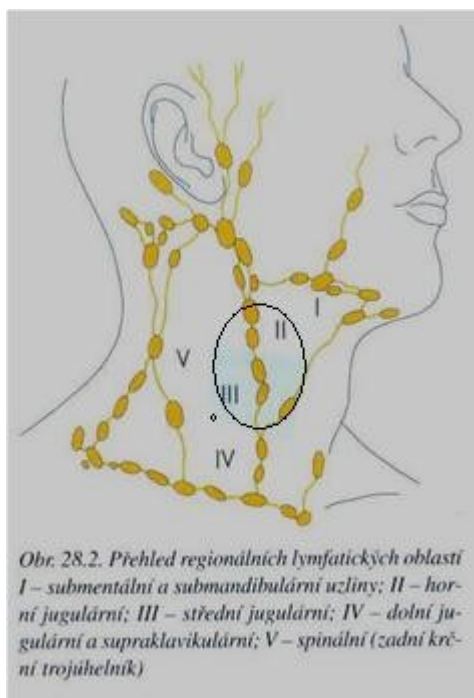
Hrtan: vchod volný, kořen jazyka, recesy symetrické, volné, epiglottis tenká, hladká, hlasivky rovné, šedé, hybné, hlas je jasný

Nos: zevně bez patologie a deformací, nosní přepážka je ve střední části nosu, sliznice růžová, klidná, nosní průduchy jsou volné bez hlenu

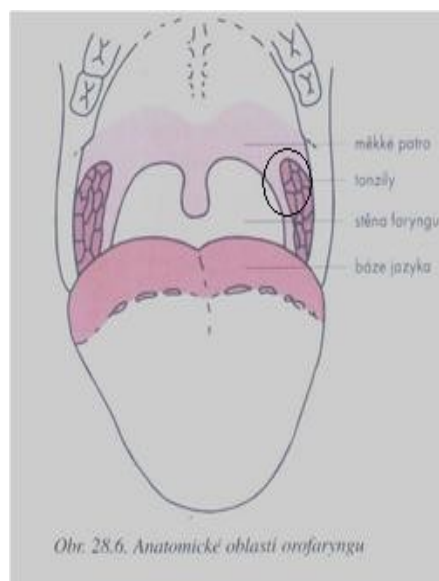
(1, 2, 4)

Nosohltan: klidný, ústí Eustachových tub a choany volné, bez patologické sekrece

Uši: zevně bez patologie, zvukovody volné, bez sekrece, bubínky klidné, celistvé, šedé s reflexy, sluch subjektivně dobrý (1, 4)



Obrázek č. 2



Obrázek č. 3

Hlavní lékařská diagnóza: Karcinom levé patrové mandle s metastázami do krčních uzlin vlevo (Carcinoma tonsillae palatina l. sin. cum meta lnn. coli l. sin.), T2, N2b, M0

Jak je nemocný informován o své diagnóze: v plném rozsahu

(1, 2)

4. Přehled diagnostické péče

4.1 Fyziologické funkce

Tělesná teplota (°C)	Při přijetí: 26.3.2007	28.3.2007	29.3.2007	2.4.2007	3.4.2007	4.4.2007	5.4.2007
6:00 h		37,2↑	37,2↑	37,1↑	36,6	37,2↑	36,7
12:00 h	36,6	37,5↑	37,4↑	36,7↑	36,8	36,8	36,6
18:00 h		37,9↑	38,3↑	36,7↑	36,3	37,1↑	36,4
20:00 h		37,0↑	37,2↑				
Krevní tlak (torr)							
6:00 h		135/70	129/75	132/78	128/82	120/80	135/76
12:00 h	135/85	120/75	111/72	146/83			
18:00 h		135/78	137/79	135/83			
Krevní pulz (min)							
6:00 h		78	79	93	78	80	72
12:00 h	72	80	85	78			
18:00 h		74	86	75			
Saturace O₂ (%)							
6:00 h		95	95	95	96	98	97
12:00 h	100	93	94	94			
18:00 h		96	94	97			

(1, 2, 3)

Vědomí: při vědomí, orientován časem, osobou, místem

Váha: 26.3.: 90 kg, 2.4: 81,5

Výška: 174 cm

BMI: 26.3.: 29,7 (nadváha), 2.3.: 26,9 (nadváha)

(1, 2, 3)

4. 2 Laboratorní vyšetření

Hematologické

Krevní obraz

	Předoperační vyšetření- 16.3.2007	26.3.2007	28.3.2007	29.3.2007	2.4.2007	4.4.2007
Leukocyty (*10 ⁹ /l)	9,7	9,5	12,4↑	14,7↑	12,3↑	11,9↑
Erytrocyty (*10 ¹² /l)	4,88	4,90	3,33↓	4,26↓	3,93↓	4,30↓
Hemoglobin (g/dl)	16,0	15,3	10,9↓	13,2↓	12,3↓	13,5↓
Hematokrit (l/l)	0,460	0,445	0,306↓	0,392↓	0,365↓	0,390↓
Objem erytrocytů (fl)		90,7	91,9	92	92,4↑	91,9
Hb. Erytrocytů (pg)		31,2	32,7	31,0	31,1	31,0
Hb. Koncentrace	0,32		0,32	0,33		0,32
Anisocytosa erytrocytů			14,2↑	13,8↑		
Trombocyty (*10 ⁹ /l)	379	403	276	341	607↑	523↑
Trombocytový hematokryt			0,070 l/l↓	0,100 l/l↓		
Objem trombocytů			12,3 fl↑	12,1 fl↑		
Anisocytosa trombocytů			17,8	17,8		
MCHC (střední koncentrace hemoglobinu v jednom erytrocytu) (g/dl)		34,4	35,6	33,7	33,7	34,2

(1)

Diferenciální krevní obraz

	16.3.2007	26.3.2007
Neutrofilly	0,49	0,531↑
Eozinofily	0,03	0,045
Monocyty	0,07	0,090

Lymfocyty	0,41	0,329
Bazofily	0,004	0,005
Absolutní počet lymfocytů		3,126
Absolutní počet monocytů		0,855
Absolutní počet granulocytů		5,520

(1)

Biochemické

	16.3.2007	28.3.2007, v 7:00 h	28.3.2007, v 10:00 h	29.3.2007	2.4.2007	4.4.2007
Glykémie (mmol/l)	4,3	4,7		6,3↑	5,2	5,0
Natrium (mmol/l)	139	147↑	136	140	145	140
Kalium (mmol/l)	5,2	3,1↓	4,5	4,2	4,0	4,8
Chloridy (mmol/l)		111	103	103	104	106
Urea (mmol/l)	4,9	4,7				4,8
S-kreatinin (umol/l)	87	69		81	75	80
Bilirubin(umol/l)	7,4	8,1		10,4	8,7	9,8
Celková bílkovina (g/l)	40,1↓		60,3↓	61,6↓	71,5	70,5
C.reaktivní protein (mg/l)	8,2↑	85,0↑		265,3↑	136,3↑	95,6↑
Cholesterol	8,4					
AST (ukat/l)		0,36		0,52	0,49	0,50
ALT (ukat/l)	0,97	0,47		0,65	0,91	0,74
ALP (ukat/l)		0,69		1,01	1,34	1,22
GMT (ukat/l)		0,73				
Amyláza (ukat/l)		0,87				
Močovina (mmol/l)		2,0		3,7	6,3	5,0

(1)

Imunologické vyšetření

	26.3.2007
SCC (ug/l)	1,70
Cyfra 21-1 (ug/l)	0,81

(1)

Chemické vyšetření moče a vyšetření močového sedimentu

	Předoperační vyšetření-16.3.2007
pH	5,0
Hustota (kg/m ³)	1,124
Bílkovina (g/l)	Neg.
Cukr (mmol/l)	Norm.
Ketolátky (mmol/l)	Neg.
Bilirubin (mmol/l)	Neg.
Urobilinogen (umol/l)	Norm.
Krev (počet/ul)	Neg.
Leukocyty (leu/ul)	Neg.
Nitrity arb.j.	Neg.

(1)

Bakteriologické vyšetření

- moče

16.3.2007: Závěr: sterilní

- stěr z tracheostomie

2.3.2007: Závěr: viridující streptokoky, neiserie

- stěr z operační rány na levé straně krku

2.3.2007: Závěr: Klebsiella pneumoniae

Hemokoagulační vyšetření

	16.3.2007	26.3.2007
INR	0,95	0,93
APTT (s)		32
APTT normal (s)		28,90
QUICK (s)	11,25	11,20
QUICK normal (s)		11,90
QUICK (%)		113

(1)

4.3 Diagnostické vyšetření

EKG

26.3.2007: Závěr: Srdeční akce pravidelná, sinusový rytmus, bez ischemických změn.

(1)

RTG srdce a plic

26.3.2007: Závěr: Plíce a srdce bez patologických změn.

Interní předoperační vyšetření

16.3.2007: Závěr: Nález přiměřený věku, bez kontraindikace k operaci v celkové anestezii.

Spirální CT krku- s kontrastní látkou (Optiray 300, 100 ml i. v.), vyšetření proběhlo bez alergické reakce

2.3.2007: Závěr: Potvrzujeme tumor levé tonsily palatiny velikosti 25×20×20 mm, opacifikovaný v postkontrastní std. Nejsou známky přesvědčivé invaze do kořene jazyka. Maligní lymphadenopatie submandibulární lymfatické uzliny, respektive až na rozhraní trigonum caroticum vlevo, velikosti 30×25×20 mm. Menší lymfatické uzliny i ve střední třetině krku vlevo pod musculus sternocleidomastoideus.

Histologické vyšetření

28.3.2007: Závěr: Povrchně exulcerovaný středně diferencovaný dlaždicobuněčný karcinom tonsily, grade 2. Vyšetřili jsme celkem 24 lymfatických uzlin, ve 3 zastižena metastáza, pT2, pN2b, pMx.

(1)

5. Přehled terapie

5. 1 Chirurgická terapie

1. Pharyngektomia lateralis et dissecti o lnn. colli, extirpatio lnn. colli. I. dx. (částečné odstranění hltanu, blokové odstranění lymfatických krčních uzlin na obou stranách krku)
2. Tracheostomia
3. Redon drain I.
4. Redon drain II.

(1)

Zavedené vstupy

Pan V. má zavedeny tyto vstupy:

1) Periferní žilní katetr (PŽK)

PŽK zaveden do PHK (pravá horní končetina) - 27. - 30.3., dále do LHK (levá horní končetina) - 30.3 - 4.4. , žilní katetr je průchodný, okolí nejeví známky infekce. Kanyla je překryta sterilním krytím 21.2. kanyla byla odstraněna.

2) Permanentní močový katetr (PMK)

Zaveden 27.3.2007, průchodný, odvádí čistou moč, odstraněn 28.3.2007, bez známek infekce v močových cestách.

3) Redonův drén I.

Zaveden 27.3. do operační rány na pravé straně krku v místě trigonum caroticum vpravo od trachey. Kontrolovala jsem průchodnost drénu a monitorovala množství odvedeného sekretu - drén je průchodný a odvedl 28.3.: 42 ml, 29.3.: 16 ml sekretu, odstraněn 30.3.

4) Redonův drén II.

Zaveden 27.3. do operační rány na levé straně krku v místě trigonum caroticum vlevo od trachey. Kontrolovala jsem průchodnost drénu, monitorovala množství odvedeného sekretu, odvedl 28.3.: 130 ml, 29.3.: 30 ml, 30.3.: 12 ml, 31.3.: 5 ml sekretu, odstraněn 1.4.

Péče o operační rány

Operační rány jsou dvě, první je dlouhá asi 5 cm pod dolní čelistí kolmo na druhou ránu, která běží od pravé strany krku k levé, je asi 15 cm dlouhá a do obou stran jsou zavedeny redonovy drény (redonův drén I - na pravé straně, redonův drén II - na levé straně krku).

Převaz operačních ran:

28.3.: převaz s lékařem, rány klidné, bez retence, toaleta ran (odezinfikovány jodovou dezinfekcí), sterilní krytí, drény ponechány, jsou funkční (1, 3, 4)

- 29.3.: převaz s lékařem, rány klidné, bez retence, toaleta ran, sterilní krytí, drény ponechány, jsou funkční
- 30.3.: převaz ran s lékařem, rány klidné, bez retence, toaleta ran, sterilní krytí, drény ponechány, jsou funkční
- 31.3.: převaz ran s lékařem, rány klidné, bez retence, toaleta ran, sterilní krytí, drény ponechány, jsou funkční
- 1.4.: převaz s lékařem, rány klidné, bez retence, toaleta ran, sterilní krytí
- 2.4.: převaz s lékařem, rány klidné, mírná retence vlevo v bloku, malé množství zkalené sekrece, odebrán stěr na bakteriologickou kultivaci, do rány na levé straně krku vložen rukavicový drén, toaleta ran, sterilní krytí
- 3.4.: převaz s lékařem, rány klidné, retence vlevo v bloku dnes 0, výplach FR 1/1, vyndán rukavicový drén, toaleta ran, sterilní krytí
- 4.4.: převaz ran s lékařem, rány klidné, bez retence, odstraněna část stehů, toaleta ran, ponechány volně, bez krytí, hojení je lokálně příznivé, ve stěru z rány při bakteriologické kultivaci nalezena klebsiella pneumoniae
- 5.5.: převaz rány s lékařem, hojení lokálně příznivé, rány klidné

Péče o tracheostomii:

- 28.3.: výměna tracheostomické kanyly, rána klidná
- 29.3.: výměna tracheostomické kanyly, mírný foetor ex ore (zápach) z dutiny ústní
- 30.3.: výměna tracheostomické kanyly, přetrvává mírný foetor z dutiny ústní
- 31.3.: výměna tracheostomické kanyly
- 1.4.: dekanylován, volně dýchá, kompresní krytí rány po tracheostomii, SpO₂: 95%
- 2.4.: volně dýchá, kompresní krytí rány po tracheostomii, odkašlává, SpO₂: 97%
- 3.4.: výměna komprese po tracheostomii, tracheostoma se zatahuje, odkašlává, dýchá volně, SpO₂: 100%
- 4.4.: odstraněny stehy z tracheotomie, toaleta rány, kompresní krytí, SpO₂: 98%
- 5.4.: rána klidná, zatahuje se, toaleta a komprese stomatu, SpO₂: 100%

(1, 3, 4)

5. 2 Farmakoterapie

Analgetická terapie

28.3., podán v 6:00, 18:00, 29.3, podán v 18:00, 30.3., podán v 6:00

Dipidolor 1 ampule (amp.)dle ordinace lékaře, i. m.

Účinná látka: Piritramid

Indikační skupina: analgetikum anodynum

Nežádoucí účinky: únava, ospalost, nevolnost, zácpa, při dlouhodobém podávání je riziko návyku

od 29.3.2007 - dosud, dle potřeby pacienta

Algifen kapky (gtt.)30 - 30 - 30, do alimentární cévky

Účinná látka: Metamizolum natriicum monohydricum, pitofenoni hydrochloridum

Indikační skupina: analgetikum, spazmolyticum

Nežádoucí účinky: kožní projevy, závratě, ospalost, bolest hlavy, nevolnost, zácpa, poruchy krvetvorby

Antibiotická terapie

od 27.3. - 29.3.

Axetine 1,5 g ve 100 ml FR 1/1, 14 - 22 - 6 a., i. v., 29.3.2007 ex

Účinná látka: Cefuroximum natriicum

Indikační skupina: antibioticum

Nežádoucí účinky: gastrointestinální obtíže, pokles koncentrace hemoglobinu, leukopenie, neutropenie, vzestup jaterních transamináz, reakce z přecitlivělosti

od 29.3. - do 3.4.

Dalacin 600 mg ve 100 ml FR 1/1, 14 - 22 - 6, i.v.

Účinná látka: Clindamycini hydrochloridum

Indikační skupina: antibiotikum

Nežádoucí účinky: průjem, poruchy krvetvorby a lymfatického systému, anafylaktoidní reakce, hypotenze, vzestup jaterních transamináz, kožní projevy (1, 4)

od 3.4. - do 5.4.

Dalacin 300 mg ve 100 ml FR 1/1 ā 8 h., i. v. (5.4. ex)

od 29.3. - do 5.4.

Gentamycin 240 mg 9:00 h., i.v.

Účinná látka: Clindamycini phosfas

Indikační skupina: antibiotikum

Nežádoucí účinky: průjem, poruchy krvetvorby a lymfatického systému, anafylaktoidní reakce, hypotenze, vzestup jaterních transamináz, kožní projevy

od 5.4. - dosud

Biseptol 48 mg 1 tableta (tbl.) ā 12 h., p. o.

Účinná látka: sulfamethoxazolum, trimethiprinum

Indikační skupina: chemoterapeutikum

Nežádoucí účinky: gastrointestinální poruchy, alergické reakce, bolest hlavy, ospalost, kožní projevy, změny v krevním obraze

Ostatní terapie

od 27.3. - 4.4.

Clexane 0,2 v 6:00 h., s. c.

Účinná látka: Enoxaparinum natricum

Indikační skupina: antitrombotikum, antikoagulans

Nežádoucí účinky: různé druhy krvácivých projevů, trombocytopenie, lokální reakce, systémová alergická reakce

od 27.3. - dosud

Ranisan 1 amp. 14 - 22 - 6, i. v.

Účinná látka: Ranitidini hydrochloridum

Indikační skupina: antiulcerózum, antagonist H₂ - receptorů

Nežádoucí účinky: hepatitida, změny v krevním obraze, změny ve výsledcích funkčního vyšetření ledvin, brydykardie, kožní projevy

od 27.3. - dosud

Paxirasol 1 amp. 14 - 22 - 6, i. v.

Účinná látka: Bromhexini hydrochloridum

(1, 4)

Indikační skupina: expektorans, mucolytikum

Nežádoucí účinky: gastrointestinální obtíže, průjem, žaludečně – střevní vředy, závrať, bolest hlavy, alergická reakce

od 27.3. - dosud

Hylak gtt. 0 - 20 - 20, do alimentární cévky

Účinná látka: *Escherichiae colli* metabolita, *streptococcy faekalis*, *lactobycilli acidophyli* metabolita, *lactobycilli helvetic*i metabolita

Indikační skupina: digestivum, střevní eubiotikum

Nežádoucí účinky: nebyly pozorovány

od 27.3 - dosud

Anacid 5 ml 1 – 0 – 0, do alimentární cévky

Účinná látka: *Magnesii hydroxidum*

Indikační skupina: antacidy

Nežádoucí účinky: omezené vstřebávání ze střeva, zvýšené hladiny hořčíku v krevním séru, poruchy funkce ledvin

podáno: 27., 28.3

Paralen čípek (supp.) při TT > 38°C

Účinná látka: *Pracetamol*um

Indikační skupina: antipyreticum, analgeticum

Nežádoucí účinky: kožní vyrážka, nespavost, neklid, nevolnost, bronchospasmus, změny v krevním obraze, jaterních testů

Oxazepam 10 mg 0 – 0 – 0 - 1, do alimentární cévky

Účinná látka: *Oxazepam*um

Indikační skupina: anxiolytikum

Nežádoucí účinky: únava, ospalost, závrať, bolest hlavy, zapomnětlivost, riziko lékové závislosti při dlouhodobém užívání

Infuzní terapie

28., 29.3.2007

A. *Glukóza 10% 500 ml + 12 j. Actrapid + 10 ml 7,5 % KCL*, infuze kapala přes infuzní pumpu rychlostí 200 ml/h, do PŽK na PHK (30.3.2007 ex)

Actrapid: Účinná látka: krátkodobě působící lidský insulin (1, 4)

Indikační skupina: antidiabetikum

Nežádoucí účinky: hypoglykemie, porucha vědomí, tukové boule v místě vpichu, alergická reakce

7,5 % KCL: Účinná látka: kalii chloridum

Indikační skupina: jontový preparát

Nežádoucí účinky: hyperkalemie, srdeční arytmie

29.3.2007

B. *Hartmanův roztok 1/1 500 ml*, infuze kapala přes infuzní pumpu rychlostí 250 ml/h, do PŽK na PHK (30.3.2007 ex)

28.3.2007

C. *Hartmanův roztok 1/1 500 ml + 30 ml 7,5 % KCL*

Nebulizace O₂ : 1 – 1 – 1

Výplach dutiny ústní H₂O₂ + FR 1/1: 1 – 1 – 1

H₂O₂ (Peroxid vodíku): Účinná látka: Hydrogenii peroxidum

Indikační skupina: antiseptikum

Nežádoucí účinky: nejsou známy

Monitorace: puls (P), krevní tlak (TK), EKG, saturace krve kyslíkem (SpO₂), dechová frekvence (DF), bilanci tekutin (P + V + specifická váha moče) ā 6 h.

5. 3 Dietoterapie

26.3.2007 od 24:00 nejí

27.3.2007 *Nutrison Standard* 2000 ml do alimentární cévky, čaj

Indikační skupina: dietetikum

Použití: Kompletní a vyvážená tekutá výživa určená pro podávání do horní části trávicího traktu pomocí sondy nebo i k popíjení. Obsah laktózy a zbytkových látek je klinicky nevýznamný, neobsahuje gluten.

Nežádoucí účinky: nejsou známy

5.4.2007 *Cubison* 2000 ml do alimentární cévky, čaj

Indikační skupina: dietetikum

(1, 4)

Použití: Nutričně kompletní tekutá strava s nízkým obsahem laktózy, bohatá na proteiny, zinek a antioxidanty, obsahuje vlákninu, určená především pro podání do sondy.

Nežádoucí účinky: nejsou známy

5. 4 Fyzioterapie

První den klid na lůžku, 2. den posazovat do křesla a začít s mobilizací. Při TT vyšší 37, 0 °C klid na lůžku. Zvýšená poloha horní poloviny těla s mírně podloženou hlavou, vyvarovat se záklonu hlavy.

Prevence tromboembolické nemoci (bandáž dolních končetin, antikoagulancium, včasná mobilizace pacienta).

Dechové cvičení se zaměřením na nácvik účinného odkašlávání zprvu přes tracheotomickou kanylu, 28.3.2007 pacient dekanylován, nácvik mluvení a odkašlávání, později i polykání.

(1, 4)

6. Stručný průběh hospitalizace

6.1 Subjektiví hodnocení

26.3: pacient nepocítuje nijak výrazný strach před operací, má dostatek informací, je uklidněn

27.3: Pacient udává středně silnou až silnou bolest, po analgetikách je mírnější, volně dýchá tracheotomickou kanylou

28.3: pacient udává bolest v operační ráně, po analgetikech jsou mírnější, volně dýchá, udává pocit zhoršeného dýchání, je zahleněn

29.3: pacient udává bolest v operační ráně, po analgetikech jsou mírnější, je stále zahleněn

30.3: bez větších obtíží, bolesti v operační ráně jsou účinně tlumeny, pacient je stále zahleněn

(1, 2, 3)

31.3: bez větších obtíží, bolesti v operační ráně jsou účinně tlumeny, pacient je méně zahleněn

1.4: bez větších obtíží, bolesti v operační ráně účinně tlumeny

2.4: bez větších obtíží, bolesti v operační ráně účinně tlumeny

3.4: bez obtíží, udává jen mírné bolesti v operační ráně,

4.4: bez obtíží, neudává bolest, dýchá volně s komprimovaným tracheostomatem, bez foetoru

5.4: bez obtíží, neudává bolest, dýchá volně (1, 2, 3)

6.2 Objektivní hodnocení

26.3: pacient připraven k operaci, provedeny potřebné laboratorní testy, které chyběly, poučen

27.3: pacient celý den po operaci nespolupracoval, byl velmi neklidný, tlumen , febrilní, normotenzní, bez tachykardie, PŽK 1.den, funkční

28.3: orientovaný, spolupracuje, febrilní, normotenzní, bez tachykardie, PŽK 2.den na PHK

29.3: stav stejný

30.3: stav stejný

31.3: stav stejný

1.4: Orientovaný, spolupracuje, subfebrilní, normotenzní, bez tachykardie, PŽK 3.den na LHK

2.4: Orientovaný, spolupracuje, subfebrilní, normotenzní, bez tachykardie, PŽK 4. den na LHK

3.4: Orientovaný, spolupracuje, přetrvávají subfebrilie, normotenzní, bez tachykardie, alimentární cévka in situ, překlad z ORL JIPU na standardní oddělení, EKG monitorace ex, nebulizace ex

4.4: Orientovaný, spolupracuje, subfebrilní, normotenzní, bez tachykardie, alimentární cévka in situ, průchodná

5.4: Orientovaný, spolupracuje, afebrilní, normotenzní, bez tachykardie, alimentární cévka in situ, průchodná, polkne sliny podél alimentární cévky (1, 3, 4)

7. Ošetrovatelská část

7.1 Ošetrovatelská anamnéza a současný stav nemocného

Pacient byl v mé péči: 28, 29.3., 2. - 5.4.2007

7.1.1 Subjektivní onemocnění

47 letý pacient asi půl roku pozoroval zvětšující se rezistenci na levé straně krku, po stanovení diagnózy souhlasil s operací, kterou považoval za nezbytně nutnou. Hospitalizace je pro něj nepříjemná, nemůže mluvit, neví, jak by se zabavil, nudí se. Raději by strávený čas v nemocnici využil lépe, ale je si vědom toho, že je hospitalizace nutná a ví, že není dobré nic uspěchat. Pacient nikdy nepřemýšlel, že nikotin obsažený v cigaretovém dýmu může mít negativní dopad na jeho zdraví. Neví, co mohlo způsobit jeho nemoc.

7.1.2 Objektivní hodnocení

Pan V. se pravděpodobně neúmyslně choval bezohledně ke svému zdraví, nevěnoval se prevenci a nebyl si vědom toho, co může jeho zdraví poškodit. Je zde reálná šance na zlepšení a dodržování zásad zdravého životního stylu.

7.1.3 Fyziologické potřeby

Bolest

Před hospitalizací pacient nepociťoval žádnou bolest, nemá nijak významné zkušenosti s bolestí. Někdy ho bolely kolena, když hrál fotbal, ale nestávalo se to často a neužíval žádná analgetika, dle jeho slov, stačilo si na chvíli odpočinout, natáhnout si nohy a kolena ho bolet přestala.

(1, 2, 3, 4)

Nyní pacient udává středně silnou až silnou bolest operační rány (škála bolesti 0-5, pacient udává číslo: 4). Bolest vnímá jako trvalou, bez měnící se intenzity, v klidu je o něco mírnější, pacient si je vědom toho, že je bolest součástí operačního zákroku. Po podání analgetik je bolest účinně tlumena, pacient udává č. 1 - 2.

Hydratace

Pacient nejeví známky dehydratace, pocit žízně necítí, bez bolestí hlavy, bukalní sliznice, rty a jazyk jsou vlhké. Doma pije nejraději minerálky, dobrou vodu s bublinkami, ovocné šťávy, rád si doma dal 5 - 6 krát denně šálek kávy a někdy i čaj.

Pan V. téměř nepije alkohol, pokud ano, vypije jedno maximálně dvě piva nebo skleničku vína.

V nemocnici přijímá tekutiny do alimentární cévky sám, dostatečně, nutný dohled ošetrovatelského personálu, 28. a 29.3. aplikovány infuze dle ordinace lékaře (viz farmakoterapie).

Výživa

Pacient má BMI: 29,7 (nadváha), vzhledem ke konstituci pacienta nevnímám nadváhu jako nijak výraznou. Prý neexistuje jídlo, které by nejedl, ráno obvykle snídá chleba s něčím nebo nějaké sladké pečivo, k obědu si „něco veme“ a večere připravuje manželka, momentálně vařil pan V., protože je nezaměstnaný a tak manželce rád pomůže. Dutina ústní je bez patologických změn.

V nemocnici se přijímá stravu do alimentární cévky sám, dostatečně, dohlíží na něj ošetrovatelský personál. Pečuje o hygienu dutiny ústní dle instrukcí personálu (výplachy fyziologickým roztokem s 1% roztokem peroxidu vodíku a vytírá ji boraxglycerinem 3 krát denně).

Vyprazdňování moče a stolice

Moč:

Před hospitalizací neudával pacient žádné obtíže s močením, v noci ho nebudí potřeba vymočit se, nemá problémy s prostatou.

(1, 2, 3, 4)

Nyní má zavedený permanentní močový katetr, který je průchodný a odvádí čistou moč, bilance tekutin je v normě.

Stolice:

Pan V. se vyprazdňuje fyziologicky, obden, stolice má normální konzistenci a množství. Nikdy neužíval projímadla ani jiné léky ovlivňující vyprazdňování.

V nemocnici se pacient poprvé od přijetí vyprázdnil 2.3.2007, stolice měla normální konzistenci.

Duševní a tělesná aktivita

Pan V. je vyučený zámečník, ale ve svém oboru dlouhý čas nepracoval. Momentálně je nezaměstnaný a hlášen na úřadě práce v místě bydliště. Pacient nemá žádné problémy s pohybovým aparátem. Ve volném čase rád hraje fotbal, čte, sleduje televizi, zejména sportovní pořady, zajímá ho hlavně fotbal a hokej, dále vaří a samozřejmě se věnuje své sedmileté dceři.

V nemocnici se nudí, má pocit, že nic nedělá, snaží se zkrátit si čas čtením časopisů, pravidelně mu je nosí manželka, sledováním televize, hraním her na mobilním telefonu, poslouchá rádio...Pacient aktivně spolupracuje.

Spánek a odpočinek

Pacient k pocitu vyspání potřebuje alespoň 8 hodin. Před hospitalizací neměl problémy se spánkem, někdy si zdřímnul i během dne.

V nemocnici má problémy s mělkým nočním spánkem, špatně se mu usíná a často se během noci probouzí. Nevyhovuje mu tvrdost matrace nemocničního lůžka a změna prostředí, také ke zhoršenému spánku přispívá to, že se mu hůře dýchá kvůli zahlenění. Pomáhá mu pravidelné odsávání, předspánkové rituály, které byl zvyklý vykonávat v domácím prostředí, jako je vyvětrat pokoj, pohodlně upravit lůžko atd. V nemocnici užívá 1 tbl. Oxazepamu před spaním, po něm je spánek kvalitnější, ale není dostatečný. V nemocnici pospává i během dne.

Dýchání

Doma neměl pacient žádné potíže s dýcháním.

(1, 2, 3, 4)

V období hospitalizace má pacient problémy s dýcháním kvůli zahlenění, má pocit, že se mu špatně dýchá, po odsání je to značně lepší. Také mu pomáhá nebulizace, inhaluje 3 krát denně. Dostává mucolitika a expektorancia dle ordinace lékaře. Péče o tracheostomii dle ordinace lékaře a zvyklostí oddělení.

Teplota a pohodlí

Pan V. doma neměl žádné obtíže s termoregulací. Tvrdí, že mu nevádí ani teplo, ani zima, může-li si vybrat, upřednostňuje letní počasí.

V nemocnici má subfebrilie až horečku, při horečce má zimnici. Dle ordinace lékaře dostává antipyretika, je-li afebrilní, je mu příjemně.

Potřeba očisty a hygieny

Doma byl pacient soběstačný, nejčastěji se sprchuje, když má čas, rád si „dá“ koupel ve vaně. Pacient má čistou neporušenou kůži a sliznice, působí upraveně.

V prvních 48 h. po operaci je částečně soběstačný, potřebuje dopomoc při osobní hygieně, doprovod (prevence pádu) a především dohled. Pacient se snaží, převážnou část činností zvládne sám.

Další dny hospitalizace byl opět soběstačný.

Sexuální potřeby

47 letý pacient je ženatý, neudává problémy v této oblasti.

Potřeba soběstačnosti

Pacient byl doma soběstačný.

Nyní potřebuje malou dopomoc při hygieně, při chůzi potřebuje v prvních dnech po operaci pouze doprovod (prevence pádu) a při hygieně potřebuje dohled, podat pomůcky, pomoci přidržit hlavu, pacient by se měl vyvarovat záklonu hlavy atd.

(1, 2, 3, 4)

7.1.4 Psychosociální potřeby

Potřeba zdraví

Pacient příliš nedbal o své zdraví, byl silný kuřák a většinu času se pohyboval v prašném nebo zakouřeném prostředí. Nikdy nepřemýšlel o karcinogéním vlivu cigaretového kouře, nikdy se nijak nezajímal o zdravý životní styl a také přiznal, že nejedl příliš zeleniny ani ovoce. Nyní se snaží přehodnotit své postoje a zajímá se o zdravý životní styl, je odhodlaný začít žít zdravěji a udělat „vše“ proto, aby se mu nemoc nevrátila.

Na otázku, co dělal pro své zdraví, odpověděl: „Nikdy jsem si tuto otázku nepoložil a nepřemýšlel jsem nad tím, člověk si začne vážit zdraví, až když onemocní.“

Potřeba komunikace

Pan V. nemá pocit nedostatku informací, v období kdy měl zavedenou tracheotomickou kanylu a nemohl mluvit, se dorozumíval s ošetrovatelským personálem pomocí alternativních komunikačních metod (papír a tužka, gesta, otázky „ano - ne“). Samozřejmě pacientovi nebylo příjemné, že nemohl mluvit, ale chápal, že je to nezbytná součást léčby jeho onemocnění a aktivně se snažil komunikovat.

Myslí si, že je dostatečně informován o svém onemocnění.

Po odstranění tracheotomické kanyly již neměl potíže s komunikací. Snadno jsem s pacientem navázala kontakt, byl rád, že jsem si s ním povídala a dle jeho slov, mu tak alespoň lépe uběhl čas. Velmi dobře se mi s ním pracovalo.

Potřeba bezpečí a jistoty

Na otázku, čeho se pacient nejvíce obává opověděl, že má obavy, aby se mu nemoc za pět let nevrátila. Po stanovení diagnózy se začal zajímat o svoji chorobu, sháněl materiály a studoval, jaké jsou úspěchy či neúspěchy léčby. Dočetl se, že se nemoc téměř vždy vrátí za pět let a velmi se toho obává. Vysvětlila jsem mu, že tyto statistiky jsou obecné a záleží na typu operace, léčby, stádiu onemocnění...

(2, 3, 4)

Nabídla jsem mu pohovor s lékařem ohledně prognózy onemocnění, pacient toho využil a poté se cítil klidnější.

Pan V. se neobává ekonomických, sociálních problémů ani problémů s bydlením.

Potřeba lásky a sounáležitosti

Nejbližší osobou pro pana V. je jeho dcera a manželka, samozřejmě také jeho matka a sourozenci. Pan V. i jeho manželka jsou přátelské a otevřené povahy, proto mají spoustu, především společných přátel, svého nejlepšího kamaráda Pavla, zná již od dětství. Pan V. má s manželkou vlastní dceru (7 let) a také vychovává dceru (17 let) a syna (16 let) manželky z jejího prvního manželství. Je to jeho druhé manželství, dle jeho slov je šťastný a je rád, že má konečně spokojené manželství, jeho první manželství se rozpadlo po 4 letech a bylo bezdětné.

Manželka ho navštěvovala zprvu hospitalizace každý den, nyní jezdí obden, neboť bydlí mimo Prahu. Dle mého názoru, mají mezi sebou velmi hezký vztah, když se pan V. budil z narkózy, seděla u něj, držela ho za ruku a čekala až se probudí z narkózy. Pan V. sám navrhoval manželce, aby za ním nejezdila tak často a zůstala raději s dětmi. V nemocnici s žádným spolupacientem nenavázal bližší přátelský kontakt.

Potřeba sebepojetí a sebeúcty

Pacient je velmi přátelský člověk, avšak se sklony k depresivnímu chování, smutku, dle mého názoru je to manželka, kdo je ve vztahu dominantnější a velmi pana V. psychicky podporuje.

V nemocnici se snažil spolupracovat a byl „maximálně“ spokojen se zdravotnickým personálem, byl rád, když si s ním někdo povídal, alespoň mu dle jeho slov lépe uběhl čas.

Pacient je 3 měsíce nezaměstnaný, netrpí pocitem méněcennosti nebo selhání kvůli nezaměstnanosti, nemá obavy, že by si nenašel zaměstnání až se uzdraví, ale v současné době je pro něj prioritou jeho zdraví.

(2, 3, 4)

V nemocnici je pacient smutný, se sklony k depresivnímu chování, pozorují u něj beznaděj z důvodu zjištění závažné diagnózy, navíc má poruchu komunikace kvůli tracheostomii. Má obavu o své zdraví, rodinu, to vše se podepisuje na jeho sebevědomí, které je momentálně snižené.

Duchovní potřeby

Pacient není členem žádné církve ani sekty, nevěří v Boha, ani v jiné nadpřirozené bytosti, dle jeho slov je realista a potřebuje mít věci vědecky podložené.

(2, 3, 4)

8. Ošetrovatelské diagnózy

Pořadí diagnóz jsem stanovila po rozhovoru s nemocným.

- Akutní bolest operační rány projevující se neverbálními projevy (bolestivý výraz obličeje, především při změně polohy hlavy, vyhledávání úlevové polohy).
- Porucha verbální komunikace z důvodu tracheostomie, projevující se pocity sociální izolace, smutkem, nudou.
- Beznaděj z důvodu zjištění závažné diagnózy, projevující se smutkem, depresivními náladami.
- Omezení průchodnosti dýchacích cest z důvodu zvýšené produkce hlenu, projevující se obstrukcí tracheotomické kanyly hlenem, subjektivním pocitem zhoršeného dýchání, úzkostí a únavou.
- Mělký noční spánek z důvodu pocitu zhoršeného dýchání, bolesti operační rány a změny prostředí, projevující se únavou přes den.

-Porucha termoregulace z důvodu respiračního infekce, projevující se zvýšenou TT nad 37 °C, zimomřivostí, pocením, únavou.

-Přechodná porucha soběstačnosti (nedostatečná hygiena) z důvodu pooperačního stavu a bolesti, projevující se potřebou pomoci zdravotní sestry (nebo jiné osoby) v oblasti hygieny.

-Porucha polykání z důvodu tracheotomické kanyly, projevuje se nahromaděním slin v dutině ústní.

-Porucha výživy ze sníženého příjmu potravy než jsou metabolické nároky organismu z důvodu neschopnosti přijímat potravu kvůli pooperačnímu stavu, projevující se snížením tělesné hmotnosti.

-Porušení integrity kůže z důvodu invazivního zajištění dýchacích cest tracheotomií a operačním výkonem v oblasti krku.

-Riziko změn na sliznici v dutině ústní z důvodu nemožnosti přijímat tekutiny a potravu ústy, dýcháním tracheotomií.

-Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení periferní kanyly a permanentního močového katetru.

9. Ošetrovatelské cíle, plány, realizace a hodnocení

1) Akutní bolest operačních ran projevující se neverbálními projevy (bolestivý výraz obličeje, především při změně polohy hlavy, vyhledávání úlevové polohy).

❖ 28.3. - 2.4.2007

Cíl: Pacient chápe příčiny vzniku bolesti, je schopen hodnotit bolest, bolest je zmírněna nebo úplně odstraněna.

Plán:

- sledovat intenzitu bolesti a hodnotit ji spolu s pacientem
- pomoci najít pacientovi úlevovou polohu
- empatický přístup, uklidnit pacienta
- podávat analgetika dle ordinace lékaře, sledovat účinnost analgetik
- monitorovat fyziologické funkce
- sledovat chování pacienta, zaměřit se na neverbální projevy bolesti

Realizace: Sledovala jsem intenzitu bolesti, hodnotila ji spolu s pacientem (škála bolesti 0 - 5), při změně polohy hlavy pacient udával bolest č. 4, v klidu byla bolest mírnější (asi 3). Podávala jsem analgetika dle ordinace lékaře, po nich pacient udával úlevu (bolest max. č. 2). Zvolila jsem psychoterapeutický přístup k pacientovi, pacienta jsem poučila, že by se měl vyvarovat záklonu hlavy, vyhovuje mu poloha se zvýšenou horní polovinou těla a podloženou mírně podloženou hlavou, sledovala jsem celkové chování pacienta.

Hodnocení: Cíl splněn, pacient chápe příčiny vzniku bolesti, je schopen hodnotit bolest, udává zmírnění bolesti.

2) Porucha verbální komunikace z důvodu tracheostomie, projevující se pocitý sociální izolace, smutkem, nudou.

❖ 28.3. - 1.4.2007

Cíl: Pacient je schopný komunikovat se zdravotnickým personálem prostřednictvím alternativních komunikačních metod, komunikace je produktivní.

Plán:

- zhodnotit schopnost pacienta psát a slyšet
- vysvětlit pacientovi, proč nemůže mluvit
- využívat obrázkové karty, tužku a papír, otázky typu „ano - ne“
- hodnot pacientův psychický stav
- udělat si na pacienta čas a být trpělivý
- po odstranění tracheotomické kanyly s logopedem
- příp. domluv konzilium s psychologem

Realizace: Pacient je schopný se dorozumět prostřednictvím alternativních metod, jako jsou obrázkové karty, ale více mu vyhovuje dorozumívat se prostřednictvím tužky a papíru, otázkami „ano - ne“, pacient má v pořádku sluch, snažila jsem se být trpělivá a udělala si na pacienta dostatek času, vždy jsem nemocnému podrobně vysvětlila, co od něj očekávám a dbala jsem na předcházení vzájemného nedorozumění, hodnotila jsem pacientův psychický stav (viz diagnóza č. 3), po odstranění tracheostomické kanyly jsem spolu s lékařem vysvětlila pacientovi jak komunikovat při zcela neuzavřeném otvoru po tracheostomii, pacient techniku pochopil a aktivně používal, nevyžadoval péči logopeda.

Hodnocení: Cíl splněn, pacient se mnou a zdravotnickým personálem komunikoval prostřednictvím alternativních komunikačních metod (tužka a papír, gesta, odpověď „ano - ne“) bez problémů, po odstranění tracheostomické kanyly (1.4.2007) začal mluvit bez výraznějších obtíží.

3) Beznaděj z důvodu zjištění závažné diagnózy, projevující se smutkem, depresivními náladami.

❖ 28.3. - 5.4.2007

Cíl: Pacient je optimisticky naladěný, neobjevují se u něj depresivní nálady a smutek.

Plán:

- získat pacientovu důvěru, empatický přístup
- zjistit psychický stav pacienta, podporovat pacienta k ventilování negativních pocitů
- promluvit si s ním o jeho trápení, obavách, strachu a snažit se mu nabídnout přijatelná řešení
- do řešení problému zapojit členy rodiny (manželku)
- příp. zajistit konzilium s psychologem

Realizace: Navázala jsem s pacientem důvěrný vztah, zjistila jsem pacientův psychický stav a podporovala ho k ventilování nepříjemných pocitů, pacient měl největší obavy, že se mu onemocnění objeví znovu. Zvýšeně se zajímal o svoji diagnózu a o statistiky úspěšnosti a neúspěšnosti terapie, kde se mylně dozvěděl, že většině pacientů se onemocnění opět objeví do pěti let, jako příklad mi udal pacienta, se kterým byl na stejném pokoji. V rámci mých kompetencí jsem panu V. vysvětlila, že toto tvrzení není pravdivé a neplatí pro každého, kdo danou nemocí onemocní, každý pacient reaguje na onemocnění rozdílně a prognóza je pouze orientační, to platí i na jeho spolupacienta, po rozhovoru se pacient uklidnil a byl rád, že si s někým o tom mohl promluvit. Také jsem mu doporučila rozhovor s lékařem, čehož pacient využil a cítil se spokojen. Tento problém jsem řešila s manželkou pacienta, která ochotně spolupracovala, nastínila jsem jí problém a navrhla jí možnost pohovoru s psychoterapeutem.

Hodnocení: Cíl splněn, pacientův psychický stav je příznivější, nedominují u něj depresivní nálady, snažil se pochopit, že každý pacient je individuální. Pan V. i jeho manželka slíbili, že zváží možnost návštěvy psychologa po skončení hospitalizace.

4) Omezení průchodnosti dýchacích cest z důvodu zvýšené produkce hlenu, projevující se obstrukcí tracheotomické kanyly hlenem, subjektivním pocitem zhoršeného dýchání, úzkostí a únavou.

❖ 28.3. - 5.4.2007

Cíl: Pacientovi se lépe dýchá, má průchodné dýchací cesty, usnadnění odkašlávání hlenu.

Plán:

- zvýšená poloha pacienta
- pravidelné větrání pokoje
- zvlhčit vzduch
- péče o průchodné dýchací cesty, asepticky odsávat horní i dolní cesty dýchací několikrát denně dle potřeby
- uklidnit pacienta
- zvýšená hygieny dutiny ústní
- naučit pacienta dechovou rehabilitaci k usnadnění odkašlávání (dle možností vzhledem k tracheostomii)
- každý den provádět výměnu tracheostomické kanyly, čistit střed kanyly několikrát denně
- dbát na dostatečnou hydrataci pacienta
- podávat expektorancia, mucolytika a inhalace dle ordinace lékaře, sledovat účinky léků
- sledovat hodnoty laboratorních vyšetření, fyziologické funkce, především tělesnou teplotu pacienta, patologické hodnoty ihned hlásit lékaři
- všimnout si charakteru a množství vykašlávaného spůta

Realizace: Pacientovi jsem doporučila polohu se zvýšenou horní polovinou těla, uklidnila jsem ho a pravidelně odsávala horní i dolní cesty dýchací. Dbala jsem na průchodnost tracheostomické kanyly, vysvětlila mu důležitost odstraňovat sliny z dutiny ústní, poučila ho a nacvičila s ním způsob, jak pomoci odstranit hlen z dýchacích cest. Dohlížela jsem na pravidelnou péči o dutinu ústní a dostatečnou hydrataci, každý den jsem asistovala lékaři při výměně tracheostomické kanyly (viz péče o tracheotomii v diagnóze č.11). Podávala jsem expektorancia, mucolytika a inhalace dle ordinace lékaře, sledovala jsem účinnost léků, hodnoty laboratorních výsledků, množství a charakter spůta, patologické hodnoty jsem ihned nahlásila lékaři, měřila jsem pacientovi fyziologické funkce s důrazem na tělesnou teplotu. Pravidelně jsem větrala pokoj a nabídla jsem pacientovi přehodit mokré prostěradlo přes topení, bude-li mít pocit suchého vzduchu, pacient této možnosti nevyužil.

Hodnocení: Cíl splněn, pacientovi se lépe dýchá, má průchodné dýchací cesty.

5) Mělký noční spánek z důvodu zhoršeného dýchání, bolesti operační rány a změny prostředí, projevující se únavou přes den.

❖ 28.3. - 5.4.2007

Cíl: Kvalitní spánek trvající kolem 8 hodin, po probuzení se pacient cítí odpočatý.

Plán:

- zjistit předspánkové rituály
- vyvětrat pokoj, zajistit klidné prostředí, pohodlně upravit lůžko
- zvýšená poloha horní poloviny těla
- tlumit bolest dle ordinace lékaře, pravidelně sledovat a hodnotit její intenzitu spolu s pacientem
- péče o průchodné dýchací cesty

- příp. podat hypnotika nebo anxiolytika dle ordinace lékaře, sledovat účinky léků

Realizace: Vzhledem k mé praxi v ranních hodinách jsem neměla možnost tento problém řešit, pouze jsem zjišťovala předspankové rituály (př. sledování televize před spaním, rozdílné hodiny usínání a buzení atd.) a snažila se vysvětlit pacientovi, že je může v rámci možností, uskutečnit i v nemocnici. Pacient dostával analgetika dle jeho potřeby, byl sledován účinek analgetik v pravidelných časových intervalech. Pacient měl průchodné dýchací cesty, dostával 1 tbl. anxiolytika (Oxazepam) před spaním, po něm spal.

Hodnocení: Cíl částečně splněn, po podání anxiolytika pacient spal kolem 7 – 8 h., cítí se méně unaven přes den, ale vzhledem k vyvolávající příčině (změna prostředí) nelze problém po dobu hospitalizace zcela odstranit.

6) Porucha termoregulace z důvodu respirační infekce, projevující se zvýšenou TT nad 37°C, zimnicí, pocením, únavou.

❖ 28.3. - 4.4.2007

Cíl: Pacient má fyziologickou TT (36,0 - 36,9 °C), nemá zimnici, nadměrně se nepotí, necítí se slabý.

Plán:

- monitorovat pacientovu TT
- sledovat dostatečný příjem tekutin
- dbát, ať je pacient přikrytý a v klidu
- vyměnit ložní a osobní prádlo dle potřeby
- podávat antipyretika a antibiotika dle ordinace lékaře, sledovat účinky léků
- informovat lékaře při TT vyšší 37,0°C

Realizace: Monitorovala jsem pacientovu TT. Pan V. dbal na přijímání dostatečného množství tekutin do alimentární cévky, bilance tekutin je v normě, pacient dodržoval klidový režim, podávala jsem antipyretika, sledovala jejich účinnost a antibiotika dle ordinace lékaře.

Hodnocení: Cíl částečně splněn, pacient měl 28., 29.3 horečku, pacient dostal antipyretika, které dobře snášel. Od 30.3. - 4.4.2007 byl subfebrilní, lékaře jsem informovala. 5.4.2007 měl normální tělesnou teplotu (viz tabulka fyziologické funkce). Sledovala jsem bilanci tekutin, pacient byl dostatečně hydratován, dodržoval klidový režim.

7) Přechodná porucha soběstačnosti (nedostatečná hygiena) z důvodu pooperačního stavu a bolesti, projevující se potřebou pomoci zdravotní sestry (nebo jiné osoby) v oblasti hygieny.

❖ 28.3.2007

Cíl: Pacient ovládá základní požadavky na hygienickou péči, dosahuje maximální míry soběstačnosti.

Plán:

- zjistit míru soběstačnosti pacienta
- zapojit ho do aktivní spolupráce v oblasti hygienické péče
- podporovat ho a pochválit za snahu zlepšit svoji soběstačnost

Realizace: Pacient je částečně soběstačný, zajistila jsem jeho bezpečnost při hygieně, aktivně ho zapojila do činností spojených se sebedepečí, pomohla jsem mu s činnostmi (podala jsem mu pomůcky, umyla záda, doprovodila jsem ho do koupelny, dohlížela na něj), které vzhledem k pooperačnímu stavu nebyl schopen zvládnout sám, pochválila ho za každou snahu.

Hodnocení: Pacient dosahoval maximální možné míry soběstačnosti vzhledem k pooperačnímu období, byl aktivní.

8) Porucha polykání z důvodu tracheotomické kanyly, projevuje se nahromaděním slin v dutině ústní.

❖ 28.3. - 5. 4.2007

Cíl: Je zajištěn alternativní způsob příjmu potravy (alimentační cévka) po dobu nezbytně nutnou, sliny se nehromadí v dutině ústní.

Plán:

- pravidelně krmit pacienta do alimentační cévky
- péče o cévku
- sledovat bilanci tekutin
- péče o dutinu ústní
- pravidelně odsávat horní i dolní dýchací cesty
- nácvik polykání, eventuálně v předklonu, výběr vhodné stravy, příp. problémy hlásit lékaři.

Realizace: Pečovala jsem o alimentační cévku spolu s pacientem, který se pravidelně krmil sám, dbal na proplach cévky a udržení její průchodnosti, dohlížela jsem na pacienta a sledovala bilanci tekutin, která byla v normě, pacient byl lékařem informován o pravděpodobném počtu dní, kdy bude mít cévku zavedenou a o nácviku polykání, které bude muset provádět, v době mé praxe nebyl ještě nácvik polykání aktuální. Dohlížela jsem na pacienta při péči o dutinu ústní (výplachy FR 1/1 + H₂O₂, vytírání Boraxglycecinem 3 krát denně)

Hodnocení: Cíl částečně splněn, je zajištěn alternativní způsob příjmu potravy, alimentační cévka je průchodná, pacienta jsem pravidelně odsávala, sliny se

nehromadí v dutině ústní. 1.4. byl pacient dekanylován, učil se postupně polykat sliny, 2.3. polykal sliny bez problémů.

9) Riziko pokračování snižování tělesné hmotnosti z důvodu sníženého energetického příjmu, projevující se snížením tělesné hmotnosti.

❖ 28.3. - 5.4.2007

Cíl: pacient je seznámen se svým dietním omezením, zvládá sám přijímat potravu do alimentární cévky, pacient má stabilní tělesnou hmotnost

Plán:

- pravidelně sledovat BMI po období hospitalizace
- poučení pacienta o péči o alimentární cévku a nutnost pravidelného krmení
- dohled nad příjmem potravy
- sledovat denní příjem potravy a bilanci tekutin
- sledovat charakter a konzistenci stolice
- příp. domluvit konzilium s nutričním terapeutem

Realizace: Pravidelně jsem stanovovala BMI, který byl: 26.3. - 29,7 (nadváha), 2.3 - 26,9, úbytek hmotnosti za 7 dní je okolo 8% z celkové tělesné hmotnosti, poučila jsem pacienta a předvedla mu jak se starat o alimentární cévku, vysvětlila mu nutnost přijímat asi 200 ml stravy každé 3 - 4 h (kompletní množství - 2000 ml/ den) a 2000 - 3000 ml tekutin denně, nejlépe čaje nebo neperlivé dobré vody, pacient měl pravidelnou stolici normální konzistence.

Hodnocení: Cíl částečně splněn. Pacient je seznámen a respektuje dietní omezení, zvládá aplikaci dostatečného množství stravy do alimentární cévky. Tento aktuální úbytek váhy není pro pacienta nijak ohrožující, ale je potřeba váhu stabilizovat. Pacient je poučen o možném riziku a stále hubne.

10) Riziko infekce z důvodu invazivního zajištění dýchacích cest tracheostomií a operačním výkonem v oblasti krku.

❖ 28.3. - 5.4.2007

Cíl: Zabránit průniku infekce do operačních ran, snaha o zhojení ran per primam.

Plán:

- asepticky převazovat rány dle ordinace lékaře
- sledovat vzhled ran, příp. známky infekce, dehiscenci rány, nebo jiné změny hlásit lékaři
- sledovat tělesnou teplotu pacienta a hodnoty zánětlivých parametrů
- podávat antibiotika dle ordinace lékaře
- dbát na důkladnou hygienu rukou před a po výkonech

Realizace: Denně jsem asistovala lékaři převazovat operační rány (viz převaz ran), dbala jsem na dodržení asepsy, hygienu rukou. Podávala jsem antibiotika dle ordinace lékaře, všímala si vzhledu ran.

Hodnocení: Cíl nesplněn, na levé straně krku se vytvořila sekrece a okolí rány bylo mírně začervenalé, odebrala jsem stěr na bakteriologické vyšetření, závěr: Klebsiella pneumoniae, lékař změnil antibiotickou léčbu a způsob převazu rány (proplach fyziologickým roztokem). Rána se hojí per sekundam. Okolí tracheostomie je klidné, čisté, bez známek infekce.

11) Riziko vzniku zněm sliznice dutiny ústní z důvodu nemožnosti přijímat tekutiny a potravu ústy, dýcháním tracheostomií.

❖ 28.3. – 5.4.2007

Cíl: Sliznice dutiny ústní je neporušená a bez patologických projevů.

Plán:

- poučit pacienta o správné péči o dutinu ústní, pravidelné vyplachování
- odsávání slin a hlenu z horních cest dýchacích
- nácvik účinného odkašlávání, dbát na dostatečný příjem tekutin
- pravidelná kontrola dutiny ústní.

Realizace: Poučila jsem pacienta o správné hygieně dutiny ústní, nutnost pravidelného vyplachování fyziologickým roztokem s 1% roztokem peroxidu vodíku a vytírání Boraxglycerinem 3 krát denně, odsávala jsem horní cesty dýchací, pacient se snažil spůtům vykašlávat a odstraňoval sliny z dutiny ústní, dbal na dostatečný příjem tekutin, pravidelně jsem kontrolovala dutinu ústní.

Hodnocení: Cíl splněn, dutina ústní je neporušená a bez patologických změn.

12) Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení periferní kanyly a permanentního močového katetru.

❖ 28.3. - 4.4.2007

Cíl: Zabránění vzniku infekce.

Plán:

- aseptické zavedení kanyly (PHK - 27.3., LHK - 30.3.), překrytí a každodenní převaz kanyly, kontrola místa vpichu
- aseptické zavedení permanentního močového katetru, kontrola množství a charakteru odváděné moče, sledování fyziologických funkcí a laboratorních výsledků, sledovat subjektivní pocity nemocného, jako je pálení, bolest, pocit tlaku a atd. v místě permanentního močového katetru
- zbytečně nerozpojovat uzavřený drenážní systém permanentního močového katetru.

- monitorovat pacientovy příp. subjektivní obtíže

Realizace: Periferní intravenózní kanyla byla zavedena za aseptických podmínek do: PHK dne 27.3. a odstraněna 30.3. Tentýž den byla zavedena nová periferní intravenózní kanyla do LHK, denně jsem ji převazovala a kontrolovala místo vpichu. Permanentní močový katetr byl zaveden na operačním sále dne 27.3.2007 za aseptických podmínek, odváděl čistou moč.

Hodnocení: Cíl splněn, periferní intravenózní kanyla na PHK byla odstraněna 30.3. bez známek infekce či zánětu žíly, na LHK 4.4., také bez známek infekce či zánětu žíly. Permanentní močový katetr 28.3. odstraněn, bez známek infekce. Pacient neudával žádné subjektivní obtíže.

Ošetrovatelský závěr

47 letý pacient se rychle adaptoval na nemocniční provoz. Snažil se spolupracovat, byl aktivní v komunikaci i přes komunikační bariéry (tracheostomie). Od jiných pacientů se lišil svým relativně nízkým věkem (47 let), sklonem k depresivnímu chování a smutkem. Soucítila jsem s pacientem, ráda jsem ho povzbuzovala a viděla, že se jeho psychický stav lepší. Také jsem si ho vybrala, protože jsem s pacientem komunikovala pomocí náhradních komunikačních metod, což pro mě byla nová a zajímavá zkušenost. Při řešení jeho problémů jsem často spolupracovala s manželkou pana V.

Prognóza z ošetrovatelského hlediska je příznivá, pacient je schopný se o sebe postarat sám, v případě komplikací, má fungující rodinu, na kterou se může spolehnout, pomůže mu. Asi 13. - 15. den hospitalizace se předpokládá, že začne polykat doušky čaje podél alimentární cévky a podle toho jak rychle zvládne vypít 2000 - 2500 l tekutin za den, se mu cévka odstraní. Poté začne s po dohodě s nutričním terapeutem realimentací.

Pacient byl 1.4. dekanylován a je poučen o způsobu komunikace v období, kdy se mu ještě zatahuje tracheostoma, ví, jak pečovat o jizvu, aby byla co nejpříjemnější z estetického hlediska.

Prognóza z lékařského hlediska je variabilní, pacient má 80 % šanci na přežití příštích 5 let, dále záleží na stagnaci či případném dalším vývoji jeho onemocnění.

Pacient bude muset podstoupit radioterapii v místě bydliště a bude pravidelně dojíždět na kontrolní vyšetření do specializované ORL ambulance v Praze.

Přehled použitých zdrojů

- Astl Jaromír: Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, 1. vydání, Karolinum, Praha 1, 2002, ISBN 80 - 246 - 0325 - X
- Doenges Marilyn E., Moorhouse Mary Frances.: Kapesní průvodce zdravotní sestry, 1. vydání, Praha 1, Grada Publishing, 1996, ISBN 80 - 7169 - 294 - 8
- Hybáček Ivan, Vokurka Jan: Otorinolaryngologie, 1. vydání, Karolinum, 2006, Praha 6, ISBN 80 - 246 - 1019 - 1
- Klener Pavel: Klinická onkologie, Galén, Praha 5, 2002, ISBN: 80 – 7262 – 151 – 3 a Karolinum, Praha 1, 2002, ISBN 80 - 246 - 0468 - X
- Klozar Jan: Speciální otorinolaryngologie, 1. vydání, Galén, Praha 1, 2005, ISBN: 80 - 234 - 000 - 1
- Lejska Ladislav: Dětská otorinolaryngologie, 1. vydání, Státní pedagogické nakladatelství, Praha 1, 1999, ISBN: 80 - 276 - 1108 - 1
- Petruželka Luboš, Konopásek Bohuslav a kolektiv: Klinická onkologie, 1. vydání, Praha, Karolinum, 2003, ISBN 80 - 246 - 0395 - 0
- Trachytová Eva a kol.: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, 2. vydání, Brno, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004, ISBN 80 - 7013 - 324 - 4

Zdroje informací

- 1) informace získané z dokumentace pacienta
- 2) informace od pacienta nebo jeho manželky - ústní podání
- 3) informace získané vlastním pozorováním
- 4) informace od zdravotnického personálu - ústní podání

Přílohy

- 1) Vstupní ošetrovatelský záznam
- 2) Sledování bolesti
- 3) TMN klasifikace nádorového onemocnění
- 4) Stupnice hodnocení psychického zdraví