

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

Bakalářské studium ošetrovatelství

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

Ošetrovatelská péče o pacienta po operaci nádoru hltanu

Nursing care for patient after surgery for oropharyngeal carcinoma

2006/2007

Zuzana Ksandrová

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Mlýnková**

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

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

2007

Zuzana Ksandrová

Čestné prohlášení

„ Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci na téma Ošetrovatelská péče o pacienta po operaci nádoru hltanu vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury.“

.....
Zuzana Ksandrová

V Praze 8. května 2007

Poděkování

„Chtěla bych poděkovat vedoucí mé závěrečné práce paní Mgr. J. Mlýnkové za trpělivou pomoc při realizaci mé závěrečné práce. Dále děkuji panu MUDr. J. Klozarovi za poskytnutí cenného materiálu. Také děkuji celému zdravotnickému týmu z kliniky otorinolaryngologie v FN Motol, a také všem, kteří mě během studia podporovali.“

.....
Zuzana Ksandrová

V Praze 8. května 2007

Obsah

1. Úvod	7
2. Klinická část	9
2.1 Charakteristika onemocnění	9
2.1.1 Epidemiologie, etiologie a patogeneze	9
2.1.2 Příznaky	9
2.1.3 Vyšetření a klinický nález	10
2.1.4 Terapie	10
2.2 Identifikační údaje	11
2.3 Lékařská anamnéza a diagnózy	12
2.3.1 Lékařská anamnéza	12
2.3.2 Lékařské diagnózy	13
2.4 Přehled provedených diagnostických vyšetření	13
2.4.1 Předoperační vyšetření	13
2.4.2 Pooperační vyšetření	15
2.5 Přehled farmakoterapie	16
2.5.1 Farmakoterapie před operací	16
2.5.2 Farmakoterapie po operaci	17
2.6 Stručný průběh hospitalizace	20
3. Ošetrovatelská část	21
3.1 Ošetrovatelská anamnéza	21
3.1.1 Biologické potřeby	21

3.1.2	Psychosociální potřeby.....	23
3.2	Přehled ošetrovatelských diagnóz.....	24
3.2.1	Po operaci.....	24
3.3	Ošetrovatelské diagnózy a plán ošetrovatelské péče.....	25
3.4	Celkové hodnocení.....	41
3.5	Prognóza a závěr.....	41
4.	Použitá literatura.....	42
5.	Přílohy.....	43

1. Úvod

Hlavním tématem této práce je podrobný popis pacienta s onkologickou diagnózou na otorinolaryngologické jednotce intenzivní péče. Konkrétně se jedná o pacienta, u kterého byla provedena operace pro nádor hltanu. Pacient vyžadoval velice specializovanou ošetrovatelskou péči typickou pro obor ORL, zahrnující péči o alimentární cévku a především péči o tracheostomii.

V otorinolaryngologickém oboru se zdravotnický personál setkává se dvěma základními problémy. Jsou to jednak pacienti neslyšící (po operacích ucha, nedoslýchaví, neslyšící, hluchoněmí aj.) a pacienti bez hlasu (totální laryngektomie, tracheostomie aj.). Obě tyto skupiny mají zhoršenou možnost komunikace s okolním světem. Lidé s tracheostomií, u kterých je zavedena balónková kanyla, nemohou mluvit znělým hlasem, i když mají hrtan i hlasivky, protože vzduch uniká tracheostomií ven, dřív než se dostane k hlasivkám. U těchto nemocných musíme na tuto okolnost myslet již v předoperační přípravě. Nemocného musíme na tento problém upozornit a domluvit se s ním, jaký způsob dorozumívání by mu nejlépe vyhovoval. Jako nejlepší způsob nonverbální komunikace můžeme doporučit pacientovi psaní. Proto je nutné připravit pacientovi na stolek papír a tužku a pomocí nich se dorozumívat.

Motivací pro vytvoření této práce a výběr pacienta, byla moje osobní účast při operaci tohoto pacienta. Stala jsem se aktivní spoluúčastnicí, jelikož jsem měla za úkol fotodokumentovat průběh operace. Tato zajímavá operace byla doplněna o výklad operátora. Dověděla jsem se podrobnosti o pacientovi a zjistila, že je typickým příkladem pacienta s touto diagnózou, neboť má v anamnéze abúzus alkoholu a kouření.

Je smutnou skutečností, že počet zhoubných nádorů v evropských zemích včetně České republiky narůstá, takže v současnosti dlaždícobuněčné karcinomy orofaryngu (ústní část hltanu) představují u mužů 5. nejčastější typ a u žen 7. nejčastější typ všech zhoubných nádorů. Strmý nárůst incidence nastává po 40. roce věku a vrcholí v 5. – 6. deceniu. Je zde zřejmá souvislost s pitím tvrdého alkoholu a kouřením. Protože jde často o nemocné sociálně deprimované, přehlíží své obtíže a léčí je alkoholem. Nemocní přicházejí převážně v pozdním stadiu nemoci. Asi ve 40 % přicházejí nemocní s klinickými metastázami. Rakovina postihuje nejčastěji patrovou mandli, oblouky patrové a měkké patro, přechází často do kořene jazyka. Všechny formy záhy ulcerují. Rozpad nádoru vede brzy k foetoru ex ore (zápach z úst). Nemocný mívá pocit pálení a škrábání v krku. Léčba je zpravidla chirurgická a při metastázách kombinovaná. 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 nádoru v celém souboru až ve 45%.

Doufám, že se tato práce stane dobrým pramenem pro seznámení se s problematikou pacientů s onkologickou diagnózou na ORL.

2. Klinická část

2.1 Charakteristika onemocnění

2.1.1 Epidemiologie, etiologie a patogeneze

Incidence nádorů orofaryngu je ve světě značně nerovnoměrná. Nejvyšší výskyt je v Evropě, zejména v zemích okolo Středozevního moře. V České republice je incidence nádorů orofaryngu a dutiny ústní u mužů 11,2/100 tisíc, u žen 2,4/100 tisíc. Z hlediska rizikových faktorů patří mezi typické nádory horních cest dýchacích a polykacích. Na vzniku těchto nádorů se podílí především konzumace alkoholu a tabáku. Průměrný věk pacientů s nádory orofaryngu se pohybuje mezi 50 a 60 lety. V poslední době je v některých souborech pozorován posun směrem k nižším věkovým skupinám. Nádory všech etází hltanu jsou klasifikovány TNM systémem.

Tabulka č.1: TNM klasifikace

T popisuje rozsah nádoru, a to buď jeho velikost nebo vztah k okolním strukturám
N popisuje postižení regionálních lymfatických uzlin a rozsah takového postižení
M popisuje přítomnost či nepřítomnost vzdálených metastáz

2.1.2 Příznaky

Nádory orofaryngu nemají zejména v počátečních stádiích specifickou symptomatologii. První příznak se zpravidla neliší od příznaků zánětu dané oblasti. Na fakt, že nejde o prostý zánět, může upozornit jednostrannost obtíží. Může jít o škrábání v krku, bolest, pocit cizího tělesa, dysfáгии (porucha polykání), příměs krve ve slinách, rinolalii (huhňavost). Tyto iniciační příznaky jsou často přehlíženy, pacient s významným abúzem alkoholu a tabáku je na podobný dyskomfort adaptován. Symptomy se v dalším průběhu zvyrazňují, bolest může vystřelovat do ucha, u exulcerovaných tumorů se objevuje foetor ex ore, jazyk může být fixován, při přerůstání na patrový oblouk mohou být obtíže se zubní náhradou. Trismus (ztížené otevírání úst) může být příznakem hluboké infiltrace parafaryngeálního prostoru,

v pokročilejších stádiích se objevuje odynofagie (bolestivé, obtížné polykání) a zpravidla v jejím důsledku poruchy výživy. V některých případech nečiní primární tumor pacientovi žádné obtíže a prvním příznakem je až nález regionální metastázy.

2.1.3 Vyšetření a klinický nález

Základem stanovení diagnózy je historie onemocnění, zaměřená na místní a celkové příznaky a rizikové faktory. Poté následuje klinické vyšetření. Pro diagnostiku tumorů orofaryngu má velký význam **palpační vyšetření**. Ze všech zjištěných novotvarů je doporučeno vzít vzorek na histologické vyšetření. Mezi vyšetření vedoucí ke stanovení diagnózy a místního rozsahu onemocnění patří zobrazovací metody: [rentgenový snímek](#), [počítačová tomografie](#) nebo zobrazení [magnetickou rezonancí](#). Tato vyšetření přináší zásadní informace o hloubce a rozsahu nádorového postižení a o spádových [lymfatických uzlinách](#). [S](#) krku umožní posoudit vztah rozsáhlého nádoru ke krční tepně a posoudit [metastatické](#) postižení krčních uzlin (cca u 50% pacientů s [maligním](#) nádorem hlavy a krku mohou nehmavné uzliny obsahovat metastázy). V rámci ověřování vzdálených metastáz se provádí rentgenový snímek hrudníku, případně [počítačová tomografie](#) hrudníku, sonografie břicha nebo scintigrafie skeletu.

Tumor může mít podobu pouhého zhrubění sliznice, exofytu různého tvaru, často má formu vředu, který může spotřebovat část tonzily, kořene jazyka nebo patrového oblouku. Nádor tonzily nebo kořene jazyka může být i tak malý, že není zjistitelný vyšetřovacími metodami. V tom případě hovoříme o kryptogenním tumoru.

2.1.1 Terapie

Podobně jako u ostatních nádorů horních cest dýchacích a polykacích se i u nádorů orofaryngu uplatňuje především chirurgie, radioterapie a jejich kombinace.

Chirurgické přístupy v léčbě orofaryngeálního karcinomu

- Perorální přístupy
- Zevní přístupy

- přístupy bez protětí mandibuly
 - laterální faryngotomie – do hltanu se proniká za velkým rohem jazyky na boční stěně hltanu
 - mediální faryngotomie – do hltanu se proniká těsně nad jazykou
- mandibulotomie – protětí mandibuly
 - dočasná mandibulotomie – dočasné protětí mandibuly s následnou osteosyntézou
 - resekce laterálního segmentu mandibuly (viz níže)

Resekce laterálního segmentu mandibuly

Jde o nejradikálnější operační přístup. Spočívá v resekci laterálního segmentu mandibuly, který je v kontaktu s tumorem v jednom bloku spolu s resekovanými měkkými tkáněmi. Součástí radikální chirurgické léčby je bloková disekce krčních uzlin, tj. odstranění uzlin na krku. Výhodou resekce laterálního segmentu mandibuly je rychlá adaptace měkkých tkání, které mohou být vtačeny do defektu, což vede k snadnějšímu hojení. Chybí-li laterální segment, čelist se posune na operovanou stranu a zubní okluze je nedokonalá. Po funkční stránce je poruchou okluze zhoršeno kousání. Polykání a řeč je postižena v závislosti na resekci měkkých tkání, nikoli segmentu čelisti. Resekce laterálního segmentu zhoršuje poněkud funkční výsledky a kvalitu života pacienta, z hlediska estetického je však vzniklá deformita nenápadná. Kostní rekonstrukce laterální části mandibuly funkční výsledky významně neovlivní, a proto se většinou neprovádí. (foto viz příloha č.1)

(1,4,5)

2.2 Identifikační údaje

jméno a příjmení: S.V.

oslovení: pan V.

věk: 56

stav: ženatý

zaměstnání: manipulační dělník

vyznání: bez vyznání

kontaktní osoba: manželka

datum přijetí: 25.3. 2007

datum operace: 26.3. 2007

pacienta jsem ošetřovala: 29., 30.3. 2007 a 2.- 4.4. 2007

diagnóza při přijetí: carcinoma oropharyngis T3 N1 M0

Pacient byl přijatý k plánované operaci. Orientován místem, časem i osobou.

(8,11)

2.3 Lékařská anamnéza a diagnózy

2.3.1 Lékařská anamnéza

Osobní anamnéza

Defekt septa srdečních síní, při předoperačním vyšetření zachycena fibrilace síní. Aplikován Digoxin ½ amp.i.v. a Clexane 0,8 ml s.c. Doporučeno pokračovat v antikoagulační terapii. V anamnéze též flegmóna bérce. V dětství st.p. tonzilektomií.

Rodinná anamnéza

Nevýznamná

Alergická anamnéza

Pacient popírá jakoukoli alergickou reakci

Farmakologická anamnéza

Isoptin SR 240 ½-0-0

Sociální anamnéza

Pacient žije s manželkou

Abusus

40 let silný kuřák, před nedávnem přestal kouřit, alkoholik

Nynější onemocnění

Pacient odeslán z nemocnice v místě bydliště, kde byl od února vyšetřován pro tumor v oblasti tonzilární jámy vpravo. Histologicky verifikován povrchově rostoucí spinocelulární karcinom. Na CT popsáno hyperechogenní ložisko v oblasti pravé tonzily velikosti 25x20x10

mm. Pacient při vědomí, orientován místem, osobou i časem, eupnoický. V poslední době ztrácel váhu. Má bolesti v oblasti pravé tonzily.

Závěr

Karcinom orofaryngu vpravo. Pacient objednan k operačnímu řešení v rozsahu resekce laterálního segmentu mandibuly.

(11)

2.3.2 Lékařské diagnózy

- Carcinoma oropharyngis
- Fibrilace síní

2.4 Přehled provedených diagnostických vyšetření

2.4.1 Předoperační vyšetření

Pacient si s sebou přinesl do nemocnice výsledky předoperačního vyšetření. Výsledky uvádím níže, jsou řazeny dle data vyhotovení.

Tabulka č. 2: Fyziologické funkce

TK	130/70
P	84 tepů/min
D	16 dechů/min
TT	36,7° C

Fyziologické funkce v normě

7.2. 2007 RTG plic – bez patologického nálezu

8.3. 2007 CT krku – zvětšené uzliny podél cévního svazku vpravo, v oblasti pravé tonzily je hyperechogenní ložisko proti okolí ohraničené

12.3. 2007 SONO krku – povrchově rohovějící dlaždicový karcinom

20.3. 2007 - laboratorní vyšetření krve (viz tabulky)

Tabulka č. 3: Hematologické vyšetření

	Fyziologické hodnoty	
FW	5 / 8	42 / 82
Leukocyty	(4,0-10,0·10 ⁹)	13,1 x 10⁹/l ↑
Erytrocyty	(4,5-6,0·10 ¹²)	4,05 x 10 ¹² /l
Hematokryt	(0,42-0,50 v litru)	0,45
Hemoglobin	(135-170)g/l	149 g/l
Trombocyty	(150-350·10 ⁹)	215 x 10 ⁹ /l

Tabulka č. 4: Koagulační vyšetření

	Fyziologické hodnoty	
Quickův test	10-13 s	13,9 s ↑
Quickův test- kontrolní čas		12,3 s
INR	0,8-1,2	1,09
APTT	30-40 s	28,8 s ↓
APTT – kontrolní čas		25,5 s ↓

Tabulka č. 5: Biochemické vyšetření krve

	Fyziologické hodnoty	
Na	135-144	137 mmol/l
K	3,5-5,1	3,5 mmol/l
Cl	95-107	93 mmol/l ↓
Urea	2,5-8,3	5,8 mmol/l
Kreatinin	53-115	86 μmol/l
Bilirubin	Do 20	14,4 umol/l
ALT	Do 0,42	0,60 μ kat/l
AST	Do 0,33	1,08 μ kat/l ↑
GMT	0,14 – 0,84	4,60 μ kat/l ↑

GMT – gama glutamyltransferáza – patologické zvýšení u hepatobiliárních onemocnění (toxická poškození jater, aj.) a u chronických kuřáků jsou referenční hodnoty až 2x vyšší.

24.3. 2007 EKG – fibrilace síní

2.4.2 Pooperační vyšetření

Tabulka č.6: Biochemické vyšetření krve

	Fyziologické hodnoty	29.3.	30.3.	2.4.	3.4.	4.4.
Na (mmol/l)	135-144	137	140	132	134	135
K (mmol/l)	3,5-5,1	3,4 ↓	3,6	4,7	4,7	4,6
Cl (mmol/l)	95-107	99	103	97	100	98
ALP(μ kat/l)	1-3,34	1,5	1,46	1,99	1,84	1,84
AST (μ kat/l)	Do 0,33	1,12 ↑	1,19 ↑	3,69 ↑	2,57 ↑	2,30 ↑
ALT (μ kat/l)	Do 0,42	0,47	0,61	2,14	1,68	1,60
Bilirubin (umol/l)	Do 20	11,5	16,8	18,3	9,7	7,7
Urea (mmol/l)	2,5-8,3	3,3	2,8	3,1	4,0	3,3
Kreatinin (μmol/l)	53-115	81	73	64	59	66
CB (g/l)	60-84	64,5	62,8	60,6	58,3 ↓	55,3 ↓
Glykémie (mmol/l)	3,8-5,9	8,1 ↑	6,1 ↑	6,2 ↑	5,5	5,4
CRP (mg/l)	Do 5,8	137,5 ↑	128,9 ↑	102,5 ↑	117,6 ↑	86,3 ↑
Leukocyty (10 ⁹ /l)	3,6-9,6	18,7 ↑	13,3 ↑	17,2 ↑	14,2 ↑	12,3 ↑
Erytrocyty (10 ¹² /l)	♂ 4,5-6,3 (♀4,2-5,4)	3,08 ↓	2,93 ↓	2,75 ↓	2,78 ↓	2,66 ↓
Hemoglobin (g/dl)	♂14-18 (♀12-16)	10,7 ↓	10,4 ↓	9,6 ↓	9,9 ↓	9,4 ↓
Hematokrit	♂0,38-0,49 (♀0,35-0,46)	0,311 ↓	0,308 ↓	0,282 ↓	0,289 ↓	0,275 ↓
Trombocyty (10 ⁹ /l)	140-440	211	190	296	329	359

Zvýšené hodnoty AST – aspartátaminotransferáza svědčí o jaterním poškození způsobené abúzem alkoholu.

Zvýšené hodnoty CRP – C-reaktivní protein a leukocytů svědčí o zánětlivém procesu v organismu.

Tučně vyznačené hodnoty jsou buď snižené nebo zvýšené. U každé hodnoty je šipka naznačující snížení nebo zvýšení.

2.4. 2007 RTG srdce, plic – výsledky v normě

Tabulka č. 7: Fyziologické funkce

	29.3.	30.3.	2.4.	3.4	4.4.
TT	37,0° C	37,1° C	37,1° C	36,8° C	36,8° C
TK	125/70	140/70	130/70	120/65	135/70
P	96´	78´	84´	110´	90´
SpO₂	98%	100%	100%	97%	98%

Pacient měl zvýšenou teplotu v době, kdy se projevilo delirium. Ostatní fyziologické funkce v normě.

Tabulka č.8: Váha, výška

Váha	67 kg
Výška	190 cm
BMI	18,55

BMI je snížený, resp. na hranici mezi normální hmotností a podvýživou.

(10,11)

2.5 Přehled farmakoterapie

2.5.1 Farmakoterapie před operací

Isoptin SR 240 tbl ½ - 0 – 0

Generický název (GN) – Verapamil

Indikační skupina (IS) – vazodilatans, antiarytmikum, blokátor kalciového kanálu

Vedlejší účinky (VÚ) – nevolnost, nadýmání, zácpa, zřídka zvracení či neprůchodnost střev, alergické reakce, zřídka impotence, zduření prsních žláz u mužů

2.5.2 Farmakoterapie po operaci

Léky per os

Isoptin SR 240 tbl. ½ - 0 - 0 do alimentární cévky (A.C.)

GN – Verapamil, IS – vazodilatans, antiarytmikum, blokátor kalciového kanálu

VÚ – nevolnost, nadýmání, zácpa, alergické reakce, zřídka impotence, zduření prsních žláz u mužů

Digoxin 0,125 mg tbl. 1 - 0 - 0 do A.C.

GN – Digoxin, IS – kardiotonikum, VÚ – žaludeční nevolnost, zvracení, průjem, bolest hlavy, únava, dezorientace, brnění v končetinách

Vasocardin 25 mg tbl. 1 - 0 - 1 do A.C.

GN – Metoprolol, IS – kardioselektivní betalytikum, VÚ – zažívací obtíže, únava, slabost, bolesti hlavy, nespavost, deprese, závratě při změně polohy, pomalý pulz

Kalium chloratumcps. 2 - 2 - 2 do A.C.

GN – chlorid draselný – kalium chlorátum, IS – káliový přípravek, VÚ – nevolnost, zvracení, plynatost, bolesti břicha, průjem

Essentiale Forte cps. 1- 1 - 1 do A.C.

GN – phosphatida essentialia - léčiva onemocnění jater, IS – hepatoprotektivum, VÚ – zažívací obtíže (průjem)

Risperdal sol. 2- 0 - 2 ml do A.C.

GN – Risperidon, IS – psychofarmakum, neuroleptikum, VÚ – nespavost, nadměrná vzrušivost, úzkostné stavy, bolesti hlavy, obtížné soustředění, zažívací obtíže

Sorbifer Durules tbl. 1 - 0 - 1 do A.C.

GN – Ferrosi sulfas hydricus, IS – antianemikum, VÚ – tlak v nadbřišku až bolesti

Flavobion cps. 1 - 1 - 1 do A.C.

GN – Silymarin, IS – hepatoprotektivum, VÚ – zažívací obtíže (průjem), kožní vyrážky

Hylak Forte sol. 2 – 2 – 2 do A.C.

GN – protiprůjmové mikroorganismy, IS – digestivum, střevní eubiotikum, VÚ – nebyly pozorovány

Léky ve formě tablet nebo kapslí se drtily v hmoždíři a rozpuštěné v čaji se podávaly alimentační cévkou. Kapky se vkapávaly též do čaje.

ATB

Dalacin 600 mg ve 100ml F 1/1 i.v. 6 – 14 – 22

GN – Klindamycin, IS – antibiotikum, VÚ – poruchy krve a lymfatického systému, imunitního systému, srdeční a cévní poruchy, poruchy gastrointestinální, kožní poruchy

Gentamicin 240 mg i.v. v 8 hodin – 3.4.2007 EX

GN – Gentamycin, IS – aminoglykosidové antibiotikum, VÚ – sluchové poruchy, poruchy funkce ledvin, zvýšení hladiny močoviny, kreatininu, proteinurie

Injekční léčba

Ranisan 1 amp i.v. 6 – 14 – 22

GN – Ranitidin, IS – antiulcerózum, inhibitor H₂ receptorů, VÚ – změny ve výsledcích funkčního vyšetření ledvin, zřídka hepatitida, dočasné změny krevního obrazu

Paxirazol 1 amp i.v. 6 – 14 – 22

GN – Bromhexin, IS – expektorans, mukolytikum, VÚ – zácpa, bolesti břicha, zvracení, průjem

Tiapridal 1 amp i.v. 1 – 1 – 1

GN – Tiaprid, IS – psychofarmakum, neuroleptikum, VÚ – poruchy nervového systému, bolesti hlavy, závratě, parkinsonismus, neklid, agitovanost, netečnost, somnolence

Midazolam 50 mg do 50 ml F 1/1

GN – Midazolam, IS – hypnotikum, VÚ – na srdce, oběh, dýchání, imunitní systém, psychické účinky, účinky na žaludek a střeva

Antikoagulace

Clexane 0,4 ml s.c.

GN – Enoxaparin, IS – antitrombotikum, antikoagulans, VÚ – krvácení, trombocytopenie, lokální reakce (bolest, hematom)

Nebulizace

Mikronebulizace s Mistabronem 1 ml do 3 ml F 1/1 á 4 hod

Mistabron

GN – Mesna, IS – expektorans, mukolytikum, VÚ – dráždivý kašel, u astmatiků může nastat bronchospasmus, retrosternální pálení

(7,8,11)

Dietoterapie

Pacient měl zavedenou alimentační cévku. Do té mu byl podáván Nutrison standard 2000 ml přes Janetovu stříkačku. Pacientovi byla podávána strava v tříhodinových intervalech, vždy 300ml Nutrisonu. Začínalo se v 6 hodin ráno a končilo před 24 hodinou. Během noci pacient stravu nepřijímal. Alimentační cévka se po každém podání proplachovala neslazeným vlažným čajem.

Fyzioterapie

Dechová cvičení a chůze 1x denně s fyzioterapeutem. V období deliria bylo lékařem doporučeno vynechání rehabilitace.

(11)

Průběh operace

Operace byla naplánována na 26.3.2007 v 8:30. Pacient od půlnoci nejedl, nepil ani nekořil. Ráno byly změřeny fyziologické funkce: TK:140/80, P: 90, TT: 36,7°C. Operace byla provedena v celkové anestézii. Délka operace 5:25. Nejprve byla zavedena alimentační cévka a permanentní močový katétr, zajištěna žilní linka. Dále provedena tracheotomie a zavedena tracheostomická kanyla. Poté vykonána resekce laterálního segmentu mandibuly a bloková krční disekce.

Po příjezdu na JIP pacient pospával, spolupracoval, zevní krytí bylo suché, bez známek krvácení, Redonův drén funkční, alimentační cévka a permanentní močový katétr in situ.

(8,11)

2.6 Stručný průběh hospitalizace

Pan V. je 56letý pacient, který žije se svou manželkou. Byl silným kuřákem 40 let, od února tohoto roku přestal kouřit. V anamnéze abúzus alkoholu. K lékaři přišel pro velké bolesti na krku v oblasti pravé krční mandle. V únoru tohoto roku mu byl diagnostikován karcinom orofaryngu a byl poslán na plánovanou operaci. Nejprve byl při operačním výkonu při celkové anestézii zaveden permanentní močový katétr a nosem byla zavedena alimentační cévka. Dále byla provedena tracheotomie a zavedení tracheostomické kanyly. Poté byla provedena resekce laterálního segmentu mandibuly a následně i bloková disekce krčních uzlin. Po operaci zaveden Redonův drén. Zevní krytí bylo suché, rána neprosakovala. Redonův drén odváděl. Pacient spontánně dýchal endotracheální kanylou. Výživa enterální přes alimentační cévku. Třetí den po operaci nastal rozvoj delirantního stavu a pacient začal být neklidný, zmatený a agresivní, nespolupracoval. Musel být fixován k lůžku pomocí omezovacích popruhů, protože byl nebezpečný sobě i zdravotnickému personálu. Přes víkend došlo ke zlepšení stavu. Byl vyčerpán po delirantních obtížích. V pondělí, 7. pooperační den, tj. 2.4. byl odstraněn Redonův drén. Další den, tj. 8. pooperační den byla provedena extubace a zrušena močová cévka. Pacient spolupracuje a mluví. Devátý pooperační den byl pacient přeložen na standardní oddělení.

3. Ošetřovatelská část

3.1 Ošetřovatelská anamnéza

3.1.1 Biologické potřeby

➤ *Potřeba být bez bolesti*

Před operací: Pacient měl před operací bolesti v oblasti krční mandle. Bolest se šířila přes ucho až na celou hlavu. Na bolest užíval Ibalgin 400mg.

Po operaci: Den po operaci měl pacient jen minimální bolesti v místě operační rány. Operační výkon byl pro pacienta velkou úlevou od bolesti, která se před operací šířila od krku, přes ucho na celou hlavu. Další dny pacient bolesti negoval. Osmý pooperační den se u pacienta objevila bolest na levé dolní končetině, pravděpodobně od omezovacích popruhů.

➤ *Potřeba dýchání*

Před operací: Pacient neměl před operací žádné dechové obtíže. Dýchání bylo klidné a pravidelné. Přes 40let byl silným kuřákem, takže ho trápil kuřácký kašel.

Po operaci: Pacientovi byla během operace provedena tracheotomie a byla zavedena tracheostomická kanyla. Po operaci pacient dýchá tracheostomickou kanylou. Musí být odsáván dle potřeby za aseptických podmínek. Každé 4 hodiny je podávána mikronebulizace s látkou rozředující hlen (Mistabron).

➤ *Potřeba hydratace*

Před operací: Pacient vypil za den asi 3-4 l tekutin. Má rád v podstatě všechny tekutiny, nejvíce pivo. Vypil až 4 piva denně. Rád se napil i tvrdého alkoholu.

Po operaci: Pacientovi jsou podávány tekutiny Janettovou stříkačkou do alimentární cévky, která je zavedena přes nos do distální části jícnu. Byl podáván hořký a vlažný čaj. Ten je také podáván po každém podání stravy, jako proplach alimentární cévky, aby nedošlo k ucpání.

➤ *Potřeba výživy*

Před operací: Pacient nedržel žádnou dietu. Jeho BMI byl 18,55, tedy na hranici podvýživy. Pacient pociťoval problémy při polykání stravy, později i při polykání tekutin. Pacient měl zubní protézu horní i dolní. Horní protéza byla pevně fixována a dolní vyjímatelná.

Po operaci: Operace přinesla pacientovi velkou úlevu od bolesti. Pacientovi byla podávána po celou dobu hospitalizace enterální výživa. Přes alimentační cévku dostával Nutrison standart 2000ml 2 balení Nutrisonu za den. Po každém podání se alimentační cévka proplachovala neslazeným vlažným čajem.

➤ **Potřeba vyprazdňování stolice**

Před operací: Před operací pacient neměl žádné problémy s vyprazdňováním stolice.

Po operaci: Pacient byl na stolicí 2. pooperační den. Za doprovodu sestry došel na WC. Další den měl delirantní obtíže a byl omezen v lůžku, tak potřebu vykonával na lůžku. 4. pooperační den byl vyčerpán deliriem a cítil se slabý, proto se vyprazdňoval na lůžku. Další dny byl schopen chůze, proto si došel na WC sám a žádné obtíže s vyprazdňováním stolice neměl.

➤ **Potřeba vyprazdňování moče**

Před operací: Před operací neměl pacient žádné obtíže s vylučováním moče

Po operaci: Během operačního výkonu mu byl zaveden permanentní močový katétr. Při delirantním stavu si opakovaně permanentní močový katétr sám odstranil. Byl vždy znovu zaveden. Permanentní močový katétr byl odstraněn 8. pooperační den.

➤ **Potřeba hygieny**

Před operací: Pacient neměl v této oblasti v předoperačním období žádné obtíže. Pacient se doma umýval nejčastěji ve vaně ve večerních hodinách. Kůže byla růžové barvy bez zjevných patologií.

Po operaci: První a druhý den po operaci byla hygiena provedena na lůžku. Hygiena v době deliria byla též prováděna na lůžku za asistence dvou pomocníků. Další dny ve sprše za dopomoci sestry. Pacient byl poučen o hygieně v oblasti operační rány. Důležité bylo dbát na to, aby mýdlo či šampón nezatékal do tracheostomie. Dále bylo pečováno o dutinu ústní vytíráním úst Bor-glycerinem a pravidelným odsáváním slin. Ale především péče o hygienu v oblasti tracheostomie. Dle potřeby pacienta odsáváme z tracheostomické kanyly. Pravidelně měníme polohu alimentační cévky v nosní dírce, abychom předešli vzniku dekubitu.

➤ **Potřeba aktivity**

Před operací: Pacient měl na standardním oddělení volný režim. Pacient měl s sebou nějaké časopisy a přenosné rádio. Volný čas trávil aktivně.

Po operaci: Časná vertikalizace, 1. pooperační den. Třetí pooperační den rozvoj delirantního stavu. Pacient fixován v lůžku omezovacími popruhy. Po odeznění delirantních obtíží nejprve chůze v doprovodu sestry, další dny zvládnul chůzi sám.

➤ ***Potřeba spánku a odpočinku***

Pacient neměl se spánkem v nemocnici sebemenší obtíže. Prý spí dobře všude. Tento stav setrvává i v pooperačním období.

➤ ***Potřeba tepla a pohodlí***

Pacient se cítí dobře, teplota na pokoji mu vyhovuje a nemá s chladem nebo teplem potíže. Tento stav setrvává po celou dobu ošetřování pacienta.

➤ ***Potřeba soběstačnosti***

Před operací: Pacient byl zcela soběstačný. Nepotřeboval pomoc během žádné denní aktivity.
Po operaci: V prvních dnech po operaci potřeboval pacient dopomoc sestry v oblasti hygieny, vyprazdňování, stravování a aktivity. Postupem času zvládl pacient vše sám. Jen potřeba stravování byla uspokojována za asistence sestry po celou dobu hospitalizace.

➤ ***Sexuální potřeby***

Otázky týkající se sexuálních potřeb pacient jsem nekladla.

3.1.2 Psychosociální potřeby

Před operací: Pacient byl při vědomí, orientován místem, osobou i časem.

Po operaci: Pacient 1. i 2. den po operaci spolupracoval. Třetí den nastal rozvoj delirantního stavu a pacient nespolečně spolupracoval, byl neklidný, zmatený a agresivní.

➤ ***Potřeba bezpečí a jistoty***

Pacient je o svém stavu dostatečně informován a k ošetřujícímu lékaři pociťoval naprostou důvěru. Operačního výkonu se neobával, doufal, že mu pomůže.

➤ ***Potřeba lásky, sounáležitosti a důvěry***

Pacient žije společně se svou manželkou v jedné domácnosti. V rodině si dobře rozumí také se svými dětmi.

➤ **Potřeba komunikace**

Z důvodu tracheostomie se pacient nemohl verbálně dorozumívat. Proto využíval alternativní způsob komunikace. Na svém nočním stolku měl papír a tužku a dorozumíval se se zdravotnickým personálem písemně. Tento způsob komunikace pacientovi vyhovoval.

➤ **Potřeba sebeúcty a seberealizace**

Pacient pracuje jako manipulační dělník. Svou práci má rád.

➤ **Potřeby duchovní**

Pro pacienta je nejdůležitější jeho rodina. V Boha nevěří.

(8,9,11)

3.2 **Přehled ošetrovatelských diagnóz**

3.2.1 **Po operaci**

- ❖ *Průchodnost dýchacích cest omezená z důvodu obstrukce tracheostomie hustým hlenem*
- ❖ *Porucha polykání z důvodu tracheostomie*
- ❖ *Poruchy verbální komunikace z důvodu tracheostomie*
- ❖ *Zrakové halucinace z důvodu absence alkoholu*
- ❖ *Snížená péče o sebe sama v oblasti hygieny z důvodu deliria*
- ❖ *Riziko infekce z důvodu zavedené tracheostomické kanyly, periferní žilní kanyly a permanentního močového katétru*
- ❖ *Riziko vzniku defektů v dutině ústní z důvodu nemožnosti dýchat nosem*
- ❖ *Riziko pádu z důvodu abstinenčních příznaků*
- ❖ *Bolest akutní pravděpodobně způsobená přiložením omezovacích popruhů*
- ❖ *Riziko infekce z důvodu porušené integrity kůže po dekanylaci*

3.3 Ošetrovatelské diagnózy a plán ošetrovatelské péče

❖ Datum 29.3. a 30.3 2007

1) *Průchodnost dýchacích cest omezená z důvodu obstrukce tracheostomie hustým hlenem projevující namáhavým dýcháním a vedlejšími zvukovými fenomény*

Cíl:

- Dýchací cesty jsou průchodné

Plán:

- Odsávat sekret z horních cest dýchacích dle potřeby
- Při odsávání používat ochranné pomůcky (rukavice, ústenku), postupovat asepticky
- Monitorovat saturaci krve kyslíkem
- Sledovat prokrvení periférie, dechovou frekvenci, kvalitu dechu, přidružené dechové fenomény
- Zajistit přísun zvlhčeného kyslíku
- Podat pacientovi inhalaci léků usnadňujících vykašlávání hlenu
- Jednorázově neodsávat déle než 10 sekund

Realizace:

Při každé kontrole pacienta jsem pacientovi preventivně odsávala sekret z dýchacích cest. Při odsávání jsem používala ochranné pomůcky. Monitorace saturace O₂ byla prováděna prakticky po celý den, jen potřeboval-li pacient na toaletu, čidlo si sundal. Každé 4 hodiny dostával pacient mikronebulizaci s Mistabronem na rozpuštění hlenu.

Hodnocení:

Mistabron spolehlivě rozpouštěl hlen, takže dýchací cesty zůstaly průchodné. Důležité ale bylo, začít s odsáváním dýchacích cest včas.

2) *Porucha polykání z důvodu tracheostomie projevující se hromaděním slin v dutině ústní*

Cíl:

- Sliny se nehromadí v dutině ústní

Plán:

- Pacient má zavedenou alimentační cévku

- Podávat vhodnou enterální výživu (Nutrison) do alimentální cévky
- Po každém podání Nutrisonu podat čaj, aby nedošlo k obstrukci cévky
- Do alimentální cévky nepodávat horké nápoje
- Pravidelně měnit polohu cévky, aby nedocházelo k otlakům či dekubitům v nose
- Používat kapky a masti k ošetření dutiny nosní na místě zavedení alimentální cévky
- Nezapomenout uzavřít konec alimentální cévky kolíčkem
- Dokumentovat množství podané stravy
- Pravidelně odsávat dutinu ústní, aby se v ní nehromadily sliny
- Provést zvláštní péči o dutinu ústní (vytírání úst Bor-glycerinem)

Realizace:

Pacient měl zavedenou alimentální cévku, proto byly potíže s polykáním omezeny na nejnižší míru. Pravidelně jsem prováděla změnu polohy cévky jako prevenci dekubitů v dutině nosní. Přes alimentální cévku jsem podávala stravu (Nutrison), tekutiny (hořký vlažný čaj) a rozdrčené léky. Po každém podání stravy jsem cévku propláchla 100ml hořkého čaje. Pravidelně jsem pacientovi odsávala stagnující sliny v dutině ústní a vytírala dutinu ústní Bor-glycerinem dle potřeby.

Hodnocení:

Alternativní způsob podávání stravy a včasné odsávání slin způsobilo, že nedocházelo ke hromadění slin v dutině ústní. Alimentální cévku pacient dobře snáší.

3) Poruchy verbální komunikace z důvodu vyústění tracheostomie projevující se neschopností slovního vyjádření.

Cíl:

- Pacient se dorozumí metodami nonverbální komunikace

Plán:

- Jako nejlepší dorozumivací způsob nonverbální komunikace doporučit pacientovi psaní
- Připravit na noční stolek pacienta papír a tužku
- Pokládat otázky, na které pacient pokyne hlavou ano či ne
- Sledovat mimiku a gestikulace pacienta

- Poučit pacienta, že po dekanylaci může při utěsnění otvoru tracheostomatu prstem nebo gázou tvořit srozumitelná slova
- Mít trpělivý a vstřícný přístup k pacientovi

Realizace:

Pacient byl již před operací seznámen s alternativním způsobem dorozumívání. V prvních dnech po operaci byly pacientovi podávány otázky, na které dával najevo ano či ne pokyny hlavy. Při delirantních obtížích, které pacienta trápily 3.a 4. pooperační den, nebylo možné se s pacientem rozumně domluvit. Další dny, po zklidnění stavu, pacient používal připravené psací pomůcky a papír. Komunikace probíhala bez problémů. Po odstranění tracheostomické kanyly byl pacient schopný tvořit srozumitelná slova.

Hodnocení:

Pacientovi psací způsob dorozumívání vyhovoval.

4) Zrakové halucinace v důsledku absence alkoholu projevující se agresí, neklidem a zmateností

Cíl:

- Pacient není agresivní, je orientován a spolupracuje

Plán:

- Věnovat pacientovi zvýšenou pozornost a dbát na bezpečnost pacienta
- Odstranit z okolí vše, co by mohlo být příčinou poškození pacienta
- Dbát na svou vlastní bezpečnost
- V případě nutnosti zajistit fixování pacienta k lůžku pomocí omezovacích popruhů dle ordinace lékaře
- Přesně dokumentovat dobu omezení pacienta
- Kontrola prokrvení rukou a nohou v místech fixovacích popruhů
- Odstranit z jeho blízkosti zbytečné zdroje hluku
- Podávat zklidňující léky dle ordinace lékaře
- Vstřícné a klidné jednání s pacientem
- Hodnotit vývoj a ústup zmatenosti a agresivních projevů během deliria

Realizace:

Nástup delirantních obtíží nastal 3. pooperační den. Pacient byl v tomto stadiu nebezpečný sobě i ošetřujícímu personálu. Pacient si sám odstraňoval močovou cévku i žilní kanylu. Takže vždy se musely ihned zavést nové. Musel být proto omezen v lůžku dokud obtíže neodezněly. Byly přikládány omezovací popruhy na horních i dolních končetinách, proto jsem kontrolovala prokrvení rukou i nohou. Dobu omezení jsem zaznamenávala do dokumentace. Pacient dostával uklidňující léky dle ordinace lékaře.

Hodnocení:

Naordinované léky pomohly zklidnit pacienta do dvou dnů. Také omezovací popruhy pomohly ke zklidnění pacienta, neboť byla omezena jeho fyzická aktivita a nedocházelo k sebeпоškozování pacienta.

- 5) Riziko infekce z důvodu zavedené - tracheostomické kanyly**
- periferní kanyly
- permanentního močového katétru

Cíl:

- U pacienta nevznikne infekce během hospitalizace

Plán:

Tracheostomie

- Dodržovat zásady asepsy při manipulaci s tracheostomatem
- Před znovuzavedením kanyly nechat pacienta odkašlat přes tracheostoma
- Odsávat sterilním odsávacím katétrem
- Zajistit pravidelnou a včasnou výměnu tracheostomické kanyly
- Tracheostomii převazovat každý den
- Výměna tracheostomické kanyly musí být provedena rychle a šetrně

Periferní žilní kanyla

- Denně převazovat intravenózní kanylu, výměna žilní kanyly jednou za 2-3 dny
- Denně sledovat místo zavedené i.v. kanyly a provést záznam

Permanentní močový katétr

- Sledovat, zda močový katétr odvádí moč, zda je funkční
- Pravidelně vypouštět sběrný sáček
- Sledovat barvu moče a přítomnost patologických elementů (hematurie)

- Dodržovat hygienu v místě zavedení močového katétru

Realizace:

Tracheostomická kanyla byla převazována a vyměňována každý den ráno. Po vyjmutí tracheostomické kanyly se z tracheostomie odsál hlen sterilním odsávacím katétrem, okolí tracheostomatu se očistilo dezinfekcí (Betadine), zavedla se nová připravená kanyla s čistým tkalounem a nafoukla se manžeta kanyly. Kanyla se podkládala rozstříženým sterilním čtvercem mulu. Stará kanyla se vložila do skleničky s dezinfekcí, aby mohla být znovu použita u toho samého pacienta. Periferní žilní kanyla se přepichovala v případě, že si jí pacient sám odstraní nebo jednou za tři dny. Převaz i.v. kanyly se prováděl za aseptických podmínek. Permanentní močový katétr jsem sledovala každý den, zda odvádí moč, zda nejsou v moči přítomny patologické elementy, zda je barva moči normální. Zvláštní pozornost jsem věnovala hygieně v místě zavedení permanentního močového katétru.

Hodnocení:

Nedošlo k rozvoji infekce. Okolí tracheostomie bylo klidné. V místě zavedení periferní žilní kanyly nevznikl edém ani hematom. Permanentní močový katétr byl funkční, k infekci také nedošlo.

6) Riziko vzniku defektů v dutině ústní z důvodu nemožnosti dýchat nosem

Cíl:

- Sliznice dutiny ústní je neporušená

Plán:

- Zhodnotit stav dutiny ústní a zaznamenat
- Zajistit pacientovi přívod zvlhčeného a ohřátého vzduchu
- Dostatečně pacienta hydratovat
- Dle potřeby odsávat sliny z dutiny ústní
- Vytírat dutinu ústní Bor-glycerinem dle potřeby
- Natírat pacientovy rty pomádou na rty
- Umožnit pacientovi provádět hygienu dutiny ústní
- Informovat lékaře o případných defektech v dutině ústní

Realizace:

Z důvodu neschopnosti polykat nahromaděné sliny nedocházelo u pacienta k vysychání sliznice dutiny ústní. Sliny z dutiny ústní jsem pravidelně odsávala. O dutinu ústní jsem pečovala dle potřeby. Dutinu ústní vytírala Bor-glycerinem dle potřeby. Rty jsem pacientovi natírala vazelínou, aby nebyly popraskané a suché.

Hodnocení:

Na sliznici dutiny ústní nevznikl žádný defekt.

7) Riziko pádu z důvodu abstinenčních příznaků

Cíl:

- Nedojde k pádu pacienta

Plán:

- Zhodnotit riziko pádu
- V období deliria kontrolovat pacienta, aby nevstával z lůžka
- Zvednout postranice u lůžka
- V případě nutnosti fixovat pacienta k lůžku omezovacími popruhy
- Pravidelně pacienta kontrolovat

Realizace:

Neustále jsem na pacienta dohlížela. Aby nedošlo k vstávání pacienta, bylo nutné zvednout postranice a fixovat ho k lůžku pomocí omezovacích popruhů dle ordinace lékaře.

Hodnocení:

V období delirantních obtíží nedošlo k pádu pacienta.

8) Snížená péče o sebe sama z důvodu deliria projevující se neschopností se umýt

Cíl:

- Je zajištěno provedení hygienické péče

Plán:

- Zajištění hygienické péče sestrou
- Provádět hygienickou péči, pokud nebude pacient schopen ji provádět sám
- Pokud bude schopen se sám umýt, nechat ho, co zvládne
- Zajistit hygienickou péči na lůžku
- Připravit si pomůcky pro osobní hygienu k lůžku

- V případě agresivity pacienta požádat o pomoc jinou sestru
- Dbát na to, aby voda s mýdlem nezatékala do tracheostomie

Realizace:

V období delirantních potíží (29.-30.3.2007) bylo nutno u pacienta zajistit hygienickou péči. Pacient nespolupracoval a byl agresivní a nechtěl se nechat umýt. Požádala jsem proto sestru, aby mi s hygienickou péčí pomohla. Pacient nebyl schopen hygienickou péči zvládnout sám. Nechápal pokyny sestry. Proto byla hygienická péče zajištěna sestrou. Dávala jsem pozor, aby mýdlo a voda nezatékaly do tracheostomie.

Hodnocení:

V období deliria byla zajištěna hygienická péče. Další dny byl pacient schopen se umýt sám v koupelně.

❖ Datum: 2.4. 2007

Během mé nepřítomnosti od 31.3. do 1.4. 2007 došlo ke zlepšení stavu. Delirantní obtíže vymizely. Pacient byl klidný, orientovaný a spolupracoval a měl výrazně lepší náladu.

1) Průchodnost dýchacích cest omezená z důvodu obstrukce tracheostomie hustým hlenem projevující namáhavým dýcháním a vedlejšími zvukovými fenomény

Cíl:

- Dýchací cesty jsou průchodné

Plán:

- Odsávat sekret z horních cest dýchacích dle potřeby
- Při odsávání používat ochranné pomůcky (rukavice, ústenku), postupovat asepticky
- Monitorovat saturaci krve kyslíkem
- Sledovat prokrvení periférie, dechovou frekvenci, kvalitu dechu, přidružené dechové fenomény
- Zajistit přísun zvlhčeného kyslíku
- Podat pacientovi inhalaci léků usnadňujících vykašlávání hlenu
- Jednorázově neodsávat déle než 10 sekund

Realizace:

Při každé kontrole pacienta jsem pacientovi preventivně odsávala sekret z dýchacích cest. Při odsávání jsem používala ochranné pomůcky. Monitorace saturace O₂ byla prováděna prakticky po celý den, jen potřeboval-li pacient na toaletu, čidlo si sundal. Každé 4 hodiny dostával pacient mikronebulizaci s Mistabronem na rozpuštění hlenu.

Hodnocení:

Bronchiální hlen se stále tvoří ve stejném množství. Je nutné i nadále odsávat dýchací cesty, aby zůstaly průchodné.

2) Porucha polykání z důvodu tracheostomie projevující se hromaděním slin v dutině ústní

Cíl:

- Sliny se v dutině ústní nehromadí

Plán:

- Pacient má zavedenou alimentační cévku, výživu zajišťovat přes alimentační cévku
- Podávat vhodnou enterální výživu (Nutrison) do alimentační cévky
- Po každém podání Nutrisonu podat čaj, aby nedošlo k ucpání cévky
- Do alimentační cévky nepodávat horké nápoje
- Pravidelně měnit polohu cévky, aby nedocházelo k otlakům či dekubitům v nose
- Používat kapky a masti k ošetření dutiny nosní na místě zavedení alimentační cévky
- Nezapomenout uzavřít konec alimentační cévky kolíčkem
- Zajistit plnou parenterální výživu dle ordinace lékaře
- Dokumentovat množství podané stravy
- Pravidelně odsávat dutinu ústní
- Dát pacientovi k dispozici emitní misku a buničinu na odplivování slin

Realizace:

Pravidelně jsem prováděla změnu polohy cévky jako prevenci dekubitů v dutině nosní. Přes alimentační cévku jsem podávala stravu (Nutrison), tekutiny (hořký vlažný čaj) a rozdrčené léky. Po každém podání stravy jsem cévku propláchla 100ml hořkého čaje. Pravidelně jsem pacientovi odsávala stagnující sliny v dutině ústní a vytírala dutinu ústní Bor-glycerinem.

Hodnocení:

V ošetrovatelské péči je nutné pokračovat i nadále. Včasné odsávání slin, aby nedocházelo ke hromadění slin v dutině ústní. Alimentační cévku pacient dobře snáší.

3) Poruchy verbální komunikace z důvodu vyústění tracheostomie projevující se neschopností slovního vyjádření.

Cíl:

- Pacient se dorozumí metodami nonverbální komunikace

Plán:

- Jako nejlepší dorozumivací způsob nonverbální komunikace doporučit pacientovi psaní
- Připravit na stolek pacienta papír a tužku
- Pokládat otázky, na které pacient pokyne hlavou ano či ne
- Sledovat mimiku a gestikulace pacienta
- Poučit pacienta, že po dekanylaci může při utěsnění otvoru tracheostomatu prstem nebo gázou tvořit srozumitelná slova
- Mít trpělivý a vstřícný přístup k pacientovi
-

Realizace:

Pacient byl již před operací seznámen s alternativním způsobem dorozumívání. V prvních dnech po operaci byly pacientovi podávány otázky, na které dával najevo ano či ne pokyny hlavy. Při delirantních obtížích, které pacienta trápily 3.a 4. pooperační den, nebylo možné se s pacientem rozumně domluvit. Další dny, po zklidnění stavu, pacient používal připravené psací pomůcky a papír. Komunikace probíhala bez problémů. Po odstranění tracheostomické kanyly byl pacient schopný tvořit srozumitelná slova.

Hodnocení:

Cíl splněn. Pacientovi psací způsob dorozumívání vyhovoval.

4) Riziko vzniku defektů v dutině ústní z důvodu nemožnosti dýchat nosem

Cíl:

- Sliznice dutiny ústní je neporušená

Plán:

- Zhodnotit stav dutiny ústní a zaznamenat
- Zajistit pacientovi přívod zvlhčeného a ohřátého vzduchu
- Dle potřeby odsávat sliny z dutiny ústní
- Vytírat dutinu ústní Bor-glycerinem dle potřeby
- Natírat pacientovy rty pomádou na rty
- Defekty na sliznici ošetřit vhodnými prostředky (Genciánová violeť, adhezivní masti)
- Informovat lékaře o defektech v dutině ústní

Realizace:

Z důvodu neschopnosti polykat nahromaděné sliny nedocházelo u pacienta k vysychání sliznice dutiny ústní. Sliny z dutiny ústní jsem pravidelně odsávala. O dutinu ústní jsem pečovala dle potřeby. Dutinu ústní jsem vytírala Bor-glycerinem dle potřeby. Rty jsem pacientovi natírala vazelínou, aby je neměl popraskané a suché.

Hodnocení:

Cíl splněn. Ani tento den nevznikl na sliznici dutiny ústní žádný defekt.

5) Riziko infekce z důvodu zavedené - tracheostomické kanyly

- periferní kanyly

- permanentního močového katétru

Cíl:

- u pacienta nevznikne infekce během hospitalizace

Plán:

Tracheostomie

- dodržovat zásady asepse při manipulaci s tracheostomatem
- odsávat sterilním odsávacím katétrem
- zajistit pravidelnou včasnou výměnu tracheostomické kanyly
- tracheostomii převazovat každý den
- výměna tracheostomické kanyly musí být provedena rychle a šetrně
- před znovuzavedením kanyly nechat pacienta odkašlat přes tracheostoma

Periferní žilní kanyla

- denně převazovat intravenózní kanylu, výměna žilní kanyly jednou za 2-3 dny
- denně sledovat místo zavedené i.v. kanyly a provést záznam

Permanentní močový katétr

- sledovat, zda močový katétr odvádí moč, zda je funkční
- pravidelně vypouštět sběrný sáček
- sledovat barvu moče a přítomnost patologických elementů (hematurie)
- dodržovat hygienu v místě zavedení močového katétru

Realizace:

Tracheostomická kanyla byla převazována a vyměňována každý den ráno. Po vyjmutí tracheostomické kanyly se z tracheostomie odsál hlen sterilním odsávacím katétrem, okolí tracheostomu se očistilo dezinfekcí (Betadine), zavedla se nová připravená kanyla s čistým tkalounem a nafoukla se manžeta kanyly. Kanyla se podkládala rozstříženým sterilním čtvercem mulu. Stará kanyla se vložila do skleničky s dezinfekcí, aby mohla být znovu použita u toho samého pacienta. Periferní žilní kanyla se přepichovala v případě, že si jí pacient sám odstraní nebo jednou za tři dny. Převaz i.v. kanyly se prováděl za aseptických podmínek. Permanentní močový katétr jsem sledovala každý den, zda odvádí moč, zda nejsou v moči přítomny patologické elementy, zda je barva moči normální. Zvláštní pozornost jsem věnovala hygieně v místě zavedení permanentního močového katétru.

Hodnocení:

Ani v tento den nedošlo k rozvoji infekce. Okolí tracheostomie bylo klidné. V místě zavedení periferní žilní kanyly nevznikl edém ani hematoma. Permanentní močový katétr byl funkční, k infekci také nedošlo.

❖ **Datum: 3.4. 2007**

1) Průchodnost dýchacích cest omezená z důvodu obstrukce tracheostomie hustým hlenem projevující namáhavým dýcháním a vedlejšími zvukovými fenomény

Cíl:

- Dýchací cesty jsou průchodné

Plán:

- Odsávat sekret z horních cest dýchacích dle potřeby
- Při odsávání používat ochranné pomůcky (rukavice, ústenku), postupovat asepticky
- Monitorovat saturaci krve kyslíkem
- Sledovat prokrvení periférie, dechovou frekvenci, kvalitu dechu, přidružené dechové fenomény
- Zajistit přísun zvlhčeného kyslíku
- Podat pacientovi inhalaci léků usnadňujících vykašlávání hlenu
- Jednorázově neodsávat déle než 10 sekund
-

Realizace:

Při každé kontrole pacienta jsem pacientovi preventivně odsávala sekret z dýchacích cest. Při odsávání jsem používala ochranné pomůcky. Monitorace saturace O₂ byla prováděna prakticky po celý den, jen potřeboval-li pacient na toaletu, čidlo si sundal. Každé 4 hodiny dostával pacient mikronebulizaci s Mistabronem na rozpuštění hlenu.

Hodnocení:

Stav stejný jako předešlý den. Hlen se stále v dýchacích cestách tvoří, ale včasné odsávání hlenu z dýchacích cest umožňuje, aby dýchací cesty zůstaly průchodné. Také velice pomáhá mikronebulizace, která rozpouští tracheobronchiální hlen.

2) Porucha polykání z důvodu tracheostomie projevující se hromaděním slin v dutině ústní

Cíl:

- Sliny se v dutině ústní nehromadí

Plán:

- Pacient má zavedenou alimentární cévku, výživu zajišťovat přes alimentární cévku
- Podávat vhodnou enterální výživu (Nutrison) do alimentární cévky
- Po každém podání Nutrisonu podat čaj, aby nedošlo k obstrukci cévky
- Do alimentární cévky nepodávat horké nápoje
- Pravidelně měnit polohu cévky, aby nedocházelo k otlakům či dekubitům v nose
- Používat kapky a masti k ošetření dutiny nosní na místě zavedení alimentární cévky
- Nezapomenout uzavřít konec alimentární cévky kolíčkem

- Zajistit plnou parenterální výživu dle ordinace lékaře
- Dokumentovat množství podané stravy
- Pravidelně odsávat dutinu ústní

Realizace:

Pacient měl zavedenou alimentační cévku nosem, přes nosohltan do jícnu. Pravidelně jsem prováděla změnu polohy cévky jako prevenci dekubitů v dutině nosní. Přes alimentační cévku jsem podávala stravu (Nutrison), tekutiny (hořký vlažný čaj) a rozdrčené léky. Po každém podání stravy jsem cévku propláchla 100ml hořkého čaje. Pravidelně jsem pacientovi odsávala stagnující sliny v dutině ústní a vytírala dutinu ústní Bor-glycerinem.

Hodnocení:

Včasné odsávání slin z dutiny ústní způsobilo, že se sliny v dutině ústní nehromadily. Alimentační cévku pacient dobře snáší.

- 3) Riziko infekce z důvodu zavedené - tracheostomické kanyly**
- *periferní kanyly*
 - *permanentního močového katétru*

Cíl:

- u pacienta nevznikne infekce během hospitalizace

Plán:

Tracheostomie

- dodržovat zásady asepsy při manipulaci s tracheostomatem
- odsávat sterilním odsávacím katétrem
- zajistit pravidelnou včasnou výměnu tracheostomické kanyly
- tracheostomii převazovat každý den
- výměna tracheostomické kanyly musí být provedena rychle a šetrně
- před znovuzavedením kanyly nechat pacienta odkašlat přes tracheostoma

Periferní žilní kanyla

- denně převazovat intravenózní kanylu, výměna žilní kanyly jednou za 2-3 dny
- denně sledovat místo zavedené i.v. kanyly a provést záznam

Permanentní močový katétr

- sledovat, zda močový katétr odvádí moč, zda je funkční

- pravidelně vypouštět sběrný sáček
- sledovat barvu moče a přítomnost patologických elementů (hematurie)
- dodržovat hygienu v místě zavedení močového katétru

Realizace:

Tracheostomická kanyla byla převazována a vyměňována každý den ráno. Po vyjmutí tracheostomické kanyly se z tracheostomie odsál hlen sterilním odsávacím katétrem, okolí tracheostomu se očistilo dezinfekcí (Betadine), zavedla se nová připravená kanyla s čistým tkalounem a nafoukla se manžeta kanyly. Kanyla se podkládala rozstříženým sterilním čtvercem mulu. Stará kanyla se vložila do skleničky s dezinfekcí, aby mohla být znovu použita u toho samého pacienta. Periferní žilní kanyla se přepichovala v případě, že si jí pacient sám odstraní nebo jednou za tři dny. Převaz i.v. kanyly se prováděl za aseptických podmínek. Permanentní močový katétr jsem sledovala každý den, zda odvádí moč, zda nejsou v moči přítomny patologické elementy, zda je barva moči normální. Zvláštní pozornost jsem věnovala hygieně v místě zavedení permanentního močového katétru.

Hodnocení:

Ani v tento den nedošlo k rozvoji infekce. Okolí tracheostomie bylo klidné. V místě zavedení periferní žilní kanyly nevznikl edém ani hematom. Permanentní močový katétr byl funkční, k infekci také nedošlo.

4) Riziko vzniku defektů v dutině ústní z důvodu nemožnosti dýchat nosem

Cíl:

- Sliznice dutiny ústní je neporušená

Plán:

- Zhodnotit stav dutiny ústní a zaznamenat
- Informovat lékaře o defektech v dutině ústní
- Zajistit pacientovi přívod zvlhčeného a ohřátého vzduchu
- Dle potřeby odsávat sliny z dutiny ústní
- Vytírat dutinu ústní Bor-glycerinem dle potřeby
- Natírat pacientovy rty pomádou na rty
- Defekty na sliznici ošetřit vhodnými prostředky
- Umožnit pacientovi provádět hygienu dutiny ústní

Realizace:

Z důvodu neschopnosti polykat nahromaděné sliny nedocházelo u pacienta k vysychání sliznice dutiny ústní. Sliny z dutiny ústní jsem pravidelně odsávala. O dutinu ústní jsem pečovala dle potřeby. Dutinu ústní jsem vytírala Bor-glycerinem dle potřeby. Rty jsem pacientovi natírala vazelínou, aby je neměl popraskané a suché.

Hodnocení:

Na sliznici dutiny ústní nevznikl žádný defekt.

5) *Bolest akutní pravděpodobně způsobená přiložením omezovacích popruhů v oblasti distální části bérce levé dolní končetiny projevující se otokem, palpační bolestivostí a hematomem*

Cíl:

- Pacient udává zmírnění bolesti

Plán:

- Posoudit bolest (lokalizaci, charakter, intenzitu, nástup, trvání)
- Posoudit negativní projevy bolesti (P, TK, D)
- Provést záznam na škále bolesti
- Přikládat led na postižené místo
- Analgetika podávat dle ordinace lékaře
- Na postižené místo aplikovat mast (Heparoid ung.)

Realizace:

Pacient bolest hodnotí jako střední na škále bolesti. Hematom byl lokalizován na distální část bérce. Na hematom byl nanášen Heparoid ung. a končetina byla zavázána obvazem. Na zmírnění bolesti je na postižené místo přikládán led.

Hodnocení:

Pacientovi se ulevilo poté, co mu byl na postižené místo přiložen led

❖ Datum: 4.4. 2007

1) Riziko infekce z důvodu porušené integrity kůže po dekanylaci

Cíl:

- Infekce u pacienta nevznikne

Plán:

- Po vyjmutí kanyly ze stomatu přiložit na toto místo sterilní tampón a pevně ho fixovat
- 2x denně hodnotit tracheostoma a okolí
- Pravidelně sledovat krvácení či jinou sekreci z tracheostomatu, dýchání a fyziologické funkce, případné známky infekce (zarudnutí, bolest,...)
- Případnou sekreci z tracheostomatu odsát
- Okolí tracheostomie udržovat suché a čisté
- O případných změnách informovat lékaře
- Tracheostoma asepticky ošetřovat

Realizace:

V případě znečištění krytí, které chrání tracheostomii, sekretem či krví, jsem provedla odstranění tampónu, očištění okolí tracheostomatu, přiložení sterilního tampónu a fixování širokou náplastí. Pravidelně jsem sledovala tracheostoma, zda nekrvácí. Převazování jsem prováděla dle potřeby, pokud bylo krytí znečištěné vytékajícími hleny.

Hodnocení:

Tracheostoma se spontánně zatahuje. Defekt se zmenšuje. K rozvoji infekce nedošlo.

2) Bolest akutní pravděpodobně způsobená přiložením omezovacích popruhů v oblasti kotníků dolních končetin projevující se otokem, palpační bolestivostí a hematomem

Cíl:

- Pacient udává zmírnění bolesti

Plán:

- Posoudit bolest (lokalizaci, charakter, intenzitu, nástup, trvání)
- Posoudit negativní projevy bolesti (P, TK, D)
- Provést záznam na škále bolesti
- Přikládat led na postižené místo

- Analgetika podávat dle ordinace lékaře
- Na postižené místo aplikovat mast (Heparoid ung.)

Realizace:

Na škále bolesti pacient bolest hodnotí jako střední. Hematom byl lokalizován na distální část bérce. Na hematom byl nanášen Heparoid ung. a končetina byla zavázána obvazem. Na zmírnění bolesti je na postižené místo přikládán led.

Hodnocení:

Pacientovi se ulevilo poté, co mu byl na postižené místo přiložen led.

3.4 Celkové hodnocení

Pan V. přijatý k plánované operaci pro karcinom orofaryngu. Operace se uskutečnila dle plánu 2. den hospitalizace. Pooperační průběh byl zkomplikován rozvojem delirantního stavu, který do dvou dnů vymizel. Po operaci bylo třeba pečovat o tracheostomickou kanylu, o dýchací cesty, o výživu pacienta a o hygienu v prvních dnech po operaci a v období deliria.

3.5 Prognóza a závěr

Prognóza rakoviny hltanu není příliš dobrá. Mortalita je značná, 5leté období přežívá dle různých statistik jen 35 - 50 % léčených jedinců. Pacienta čeká po ukončení hospitalizace radiační program a bude pravidelně docházet na onkologické kontroly.

4. Použitá literatura

1. Astl, J. Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku. Praha: Karolinum 2002, ISBN 80-246-0325-X
2. Doegnes E. M., Moorhouse M. F. Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha: Grada publishing 2001, ISBN 80-247-0242-8
3. Juřeníková P., Hůsková J., Tománková D. Ošetřovatelství – učební text. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám 2000, ISBN neuvedeno
4. Hubáček, I., Vokurka, J. Otorinolaryngologie. Praha: Karolinum 2006, ISBN 80-246-1019-1
5. Klozar, J. Speciální otorinolaryngologie. Praha: Karolinum 2005, ISBN 80-246-1125-2
6. Mikešová Z., Janošíková M., Zajíčková M. Kapitoly z ošetřovatelské péče II. Vsetín: Nalios 2000, ISBN neuvedeno
7. <http://www.lekarna.cz>

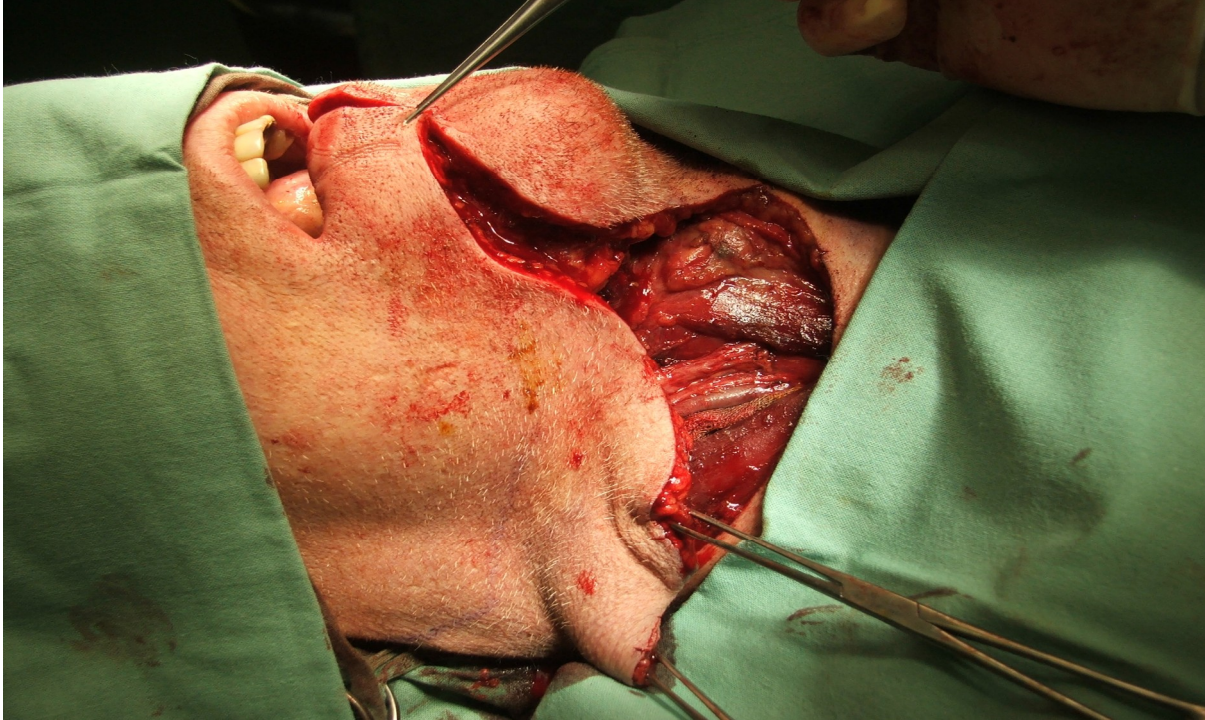
Další zdroje:

8. Ústní výpovědi lékařů a ošetřovatelského personálu
9. Ústní výpovědi pacienta
10. Vlastní pozorování
11. Zdravotnická dokumentace

5. Přílohy

Příloha č.1

Obrázek č.1: Resekce laterálního segmentu mandibuly



Obrázek č.2: Resekce laterálního segmentu mandibuly a bloková krční disekce



Obrázek č. 3



Zkratky

ALP	alkalická fosfatáza
ALT	alaninaminotransferáza
APTT	hemokoagulační vyšetření (aktivovaný parciální tromboplastinový čas)
AST	aspartátaminotransferáza
CB	celková bílkovina
CRP	C-reaktivní protein
CT	computed tomography, počítačová tomografie
FW	Fahraeusova – Westergrenova sedimentace erytrocytů
GMT	gamaglutamyltransferáza
INR	dříve Quickův test (International normalized ratio)
TNM	klasifikační systém nádorů (tumor, nodi, metastasis)