

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA
S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM ÚST A OBLIČEJE**

Bakalářská práce

Jana Kubešová

Vysoká škola zdravotnická, O.P.S. v Praze

MUDr. Karel Šťastný, CSc.

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2008-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2008

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu.

Souhlasím s tím, aby moje bakalářská práce byla půjčena ke studijním účelům.

V Praze dne 24.3.2008

Jana Kubešová

ABSTRAKT

Kubešová Jana: Ošetrovatelská péče o pacienta s onkologickým onemocněním v oblasti úst a obličeje.

Bakalářská práce Jana Kubešová – Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář v ošetrovatelství.

Školitel: MUDr. Karel Šťastný, CSc.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacienta s onkologickým onemocněním úst a obličeje. Teoretická část práce ukazuje obecnou problematiku onkologických onemocnění. Poukazuje na určitá specifika ve vyšetřovacích i léčebných metodách. Praktická část čtenáři přibližuje onemocnění konkrétního pacienta. Popisuje ošetrovatelský a edukační proces, který je náročný vzhledem k lokalizaci onemocnění. Model ošetrovatelského procesu byl vybrán podle práce M. Gordonové (komplexní pojetí člověka v ošetrovatelství z hlediska holistické filosofie). Jednotlivé ošetrovatelské problémy označujeme standardními názvy ošetrovatelských diagnóz NANDA International (North American Nursing Diagnosis Association). Domény ošetrovatelských diagnóz představují třináct specifických oblastí chování a projevů člověka. Těmito oblastmi jsou: 1. podpora zdraví, 2. výživa, 3. vylučování a výměna, 4. aktivita – odpočinek, 5. vnímání – poznávání, 6. vnímání sebe sama, 7. vztahy, 8. sexualita, 9. zvládání zátěže – odolnost vůči stresu, 10. životní principy, 11. bezpečnost – ochrana, 12. komfort, 13. růst a vývoj.

KLÍČOVÁ SLOVA: Ca glandulae sublingualis, dutina ústní, ošetrovatelské diagnózy, ošetrovatelský proces, pacient, stomatoonkologie, stomatoonkologická onemocnění

ABSTRACT

Nurse care of patient with malignant disease in region of the face and mouth is the main topic of this bachelor work. Common aspects of oncology diseases are described with stress on specificity in diagnostics and treatment methods. Real patient and its disease are shown practically in daily life. The work of nurse in such patients is specific due to localization of disease and comes from Gordon's model (complex human being principle coming from holistic philosophy in care). Nurse care concepts are based on NANDA nomenclature (North American Nursing Diagnosis Association). The main areas of nurse care are: 1 health support, 2 nutrition, 3. excretion and metabolism, 4. activity – rest, 5. sensation – cognition, 6. self- perception, 7. relations, 8. sex, 9. stress resistance, 10. life principals, 11.safety, 12.comfort, 13. growth and evolvment.

KEY WORDS: carcinoma glandulae sublingualis, oral cavity, nurse diagnosis, nurse process, patient, stomatooncology, diseases in stomatooncology

PŘEDMLUVA

V dnešní době dochází k nárůstu onkologických onemocnění. Onkologická onemocnění úst a obličeje nejsou výjimkou.

Téma práce vzniklo proto, že jsme chtěli překlenout nedostatečnou informovanost o tomto oboru především u odborné, ale i laické veřejnosti. Dnešní zdravotnictví se skládá z mnoha rozličných disciplín, které nejsou dostatečně známé. Je zapotřebí veřejnost neustále informovat. Žádná akce vedená ke zlepšení zdraví s obrázky postižených vnitřních orgánů nepůsobí tak sugestivně, jako fotografie devastujícího onkologického onemocnění úst a obličeje. Vnitřní orgány nejsou vidět, ale obličej je naše vizitka.

Výběr tématu práce byl ovlivněn mou několikaletou prací na oddělení ústní, čelistní a obličejové chirurgie Stomatologické kliniky 1.LF a VFN v Praze. Materiál jsem čerpala z dostupných knižních publikací.

Práce je určena studentům ošetrovatelství, zdravotním sestřám, které pracují v oboru nebo zdravotním sestřám, které se zajímají o jiné medicínské obory.

Poděkování vyslovuji vedoucímu bakalářské práce MUDr. Karlovi Štátnému, CSc., za pedagogický dohled, podnětné rady a ochotu odpovídat na mé dotazy v teoretické a odborné části práce. Poděkování také patří paní Mgr. Zuzaně Pohlové, která mi byla nápomocna s praktickou, ošetrovatelskou částí.

Obsah

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1 OBOR STOMATOLOGIE	10
1.2 PODOBORY STOMATOLOGIE	11
2 EPIDEMIOLOGIE A ETIOLOGIE OROFACIÁLNÍCH NOVOTVARŮ	12
3 DIAGNOSTIKA NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ.....	13
3.1 ANAMNÉZA	13
3.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ	13
3.3 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ.....	14
3.4 POMOCNÉ DIAGNOSTICKÉ METODY.....	14
3.5 KLINICKÁ VYŠETŘENÍ KONZILIÁRNÍ	15
3.6 KLINICKÝ OBRAZ NEMOCI	15
4 TERAPIE NÁDORU	16
4.1 CHIRURGICKÁ LÉČBA.....	16
4.1.1 Ošetrovatelské péče o pacienta.....	17
4.2 TERAPIE ZÁŘENÍM (RADIOTERAPIE).....	19
4.3 CYTOSTATICKÁ LÉČBA (CHEMOTERAPIE).....	19
4.4 ĪMUNOTERAPIE	20
4.5 TLUMENÍ BOLESTI	20
4.6 PODPŮRNÁ A DOPLŇKOVÁ LÉČBA	22
5 VÝŽIVA ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ.....	23
6 KOMPLIKACE PROTINÁDOROVÉ TERAPIE.....	24
6.1 KOMPLIKACE ANESTÉZIE A CHIRURGICKÉ LÉČBY.....	24
6.2 KOMPLIKACE RADIOTERAPIE	25
6.2.1 Kožní změny	25
6.2.2 Změny na sliznici dutiny ústní (stomatitis).....	25
6.2.3 Změny na zubech.....	25
6.2.4 Změny na kostech (osteoradionekróza).....	25
6.2.5 Změny celkové.....	26
6.3 KOMPLIKACE CHEMOTERAPIE	26
6.4 KOMPLIKACE INTRAARTERIÁLNÍ CYTOSTATICKÉ TERAPIE	26
7 ONKOLOGICKÁ PREVENCE	28
7.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE	28
7.2 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE.....	28
7.3 TERCIÁLNÍ PREVENCE	28
8 NÁDORY SLINNÝCH ŽLÁZ	29
9 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O NEMOCNÉHO S KARCINOMEM PODJAZYKOVÉ ŽLÁZY (CA GLANDULA SUBLINGUALIS).....	30
10 MOŽNÉ OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY	32
PRAKTICKÁ ČÁST	33

11 POSOUZENÍ STAVU PACIENTA.....	34
11.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE	34
11.2 VÝTAH Z LÉKAŘSKÉ DOKUMENTACE.....	34
11.3 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA	34
11.4 STAV PŘI PŘIJETÍ	35
11.5 ZÁVĚR PŘI PŘÍJMU.....	36
11.6 ZOBRAZOVACÍ VYŠETŘENÍ.....	36
11.7 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ.....	37
11.8 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ ZDRAVOTNÍ SESTROU	40
12 TERAPIE BĚHEM PRVNÍCH PĚTI DNŮ HOSPITALIZACE	41
13 POSOUZENÍ STAVU POTŘEB KLIENTA PODLE M. GORDON.....	43
13.1 VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ	43
13.2 VÝŽIVA, METABOLISMUS	43
13.3 VYLUČOVÁNÍ – MOČE, STOLICE, POTU	43
13.4 AKTIVITA, CVIČENÍ	43
13.5 SPÁNEK, ODPOČINEK	44
13.6 VNÍMÁNÍ	44
13.7 SEBEPOJETÍ.....	44
13.8 ROLE – MEZILIDSKÉ VZTAHY	44
13.9 SEXUALITA, REPRODUKČNÍ SCHOPNOSTI	45
13.10 STRESOVÉ ZÁTĚŽOVÉ SITUACE	45
13.11 VÍRA, ŽIVOTNÍ HODNOTY	45
13.12 JINÉ	45
14 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	46
14.1 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY V DEN PŘÍJMU (28.5.2007)	46
14.2 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY V DEN OPERACE (29.5. 2007)	52
14.3 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY ČTVRTÝ DEN PO OPERAČNÍM ZÁKROKU (6.1. 2007)	62
15 EDUKACE PACIENTA.....	64
15.1 EDUKAČNÍ ANAMNÉZA	64
15.2 STANOVENÍ EDUKAČNÍ DIAGNÓZY	65
15.3 EDUKAČNÍ PLÁN	65
15.4 EDUKAČNÍ ZÁZNAM, REALIZACE	66
16 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	69
16.1 ZHODNOCENÍ SESTROU	69
16.2 ZHODNOCENÍ PACIENTEM.....	69
ZÁVĚR	70
POUŽITÁ LITERATURA	71
SEZNAM ZKRATEK	72
SEZNAM TABULEK	73
PŘÍLOHY	74

Úvod

Dlouho jsem přemýšlela, o čem budu psát svou bakalářskou práci. Vybrala jsem si téma o nádorových onemocněních obličeje a ústní dutiny. Onkologie orofaciální oblasti je velice zajímavý obor nejen pro širokou veřejnost, ale i pro ostatní zdravotnické pracovníky, kteří o této problematice nemají dostatečný přehled.

Onemocnění, která vznikají na obličeji, jsou velice náročná pro celkový psychický stav pacienta i jeho okolí. Musíme si uvědomit, že krk, dutina ústní a obličej jsou pro každého člověka funkčně i esteticky velmi důležité. V krku se nacházejí hlasivky, které spolu s jazykem vytvářejí řeč. V dutině ústní pomocí zubů a jazyka rozmělnujeme potravu. Na obličeji máme množství mimických svalů, jež svou funkcí ovládají výraz tváře. Bez dokonalé souhry a funkce těchto oblastí bychom nemohli mluvit, nenajedli bychom se, nezvládli bychom mimiku. Onkologická onemocnění většinou změní výraz obličeje a mohou vést až k jeho devastaci. U každého člověka je při prvním kontaktu s druhými lidmi důležitý vzhled. Pokud s někým chceme komunikovat, je nutný oční kontakt. Náš zrak většinou spočine na tváři osloveného. Co se stane, když je jeho tvář postižena nějakým defektem? Snažíme se uhýbat pohledem a zkrátit naši komunikaci na minimum, což postižený citlivě rozezná a jeho psychika je vystavena dalšímu traumatu.

Je třeba věnovat zvýšenou péči o onkologicky nemocné pacienty, protože právě při postižení úst a obličeje je jejich onemocnění zřetelné. Důležité je včasné rozpoznání nádorového bujení a následná léčba. V tomto oboru je nutné plně využít možností rekonstrukční chirurgie, rehabilitace a doplňkové péče.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Obor stomatologie

Pokud se chceme tímto oborem zabývat, musíme se podívat zpátky do historie. Nemocné, které postihlo nádorové onemocnění nebo úraz, ošetřovali dříve lékaři na všeobecných chirurgických odděleních. S rozvojem dalších medicínských oborů, především operačních, přebírali postupně tuto péči stomatochirurgové, plastičtí chirurgové, ale i chirurgicky zaměřeni stomatologové. Po druhé světové válce nastal prudký vývoj všech medicínských oborů, konstituoval se obor maxilofaciální chirurgie a orofaciální onkologie se stala jednou z hlavních součástí a náplní tohoto oboru.

„Problematice nádorových onemocnění se na stomatologické klinice 1. lékařské fakulty a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze věnovala zvýšená pozornost vědecká, klinická i experimentální již od samého počátku jejího vzniku v roce 1920. Zvláště pak v padesátých letech se zásluhou profesora Kostečky a jeho žáků začal obor výrazně prosazovat a dosáhl uznání i na evropské a světové úrovni¹“.

Pod pojmem stomatologie si většina lidí představuje ošetřování zubů výplněmi, zhotovování zubních náhrad a extrakce. Tato lékařská disciplína však v sobě skrývá řadu rozličných podoborů. Zabývá se fyziologií orofaciální soustavy, prevencí, diagnostikou, léčením onemocnění a úrazů ústní dutiny a tkání, které s ní souvisejí funkčně i topograficky.

¹ Mazánek, J.: *Nádory orofaciální oblasti*, Praha, Victoria publishing, 1997, Str. 17

1.2 Podobory stomatologie

- „Preventivní stomatologie.
- Záchovná (konzervační) stomatologie – zabývá se problematikou zubního kazu, jeho následky a ošetřením.
- Protetická stomatologie – rekonstruuje části nebo celé korunky zubů, nahrazuje chybějící zuby.
- Parodontologie – se zabývá chorobami parodontu a ústních sliznic.
- Dětská stomatologie – aplikuje všechny obory na dětský věk.
- Ortodontie – diagnostikuje a léčí anomálie polohy a postavení zubů a vzájemného vztahu čelistí.
- Forezní stomatologie – identifikuje osoby podle chrupu, stanoví věk podle chrupu, znalecky posuzuje otázky právní praxe.
- Stomatologická chirurgie – se rozděluje na převážně ambulantní dentoalveolární chirurgii a chirurgii maxilofaciální (ústní, čelistní a obličejovou)².

² Kilian, j. a kolektiv: Stomatologie pro studující všeobecného lékařství, Praha, Nakl. Karolinum, 2003

2 Epidemiologie a etiologie orofaciálních novotvarů

Výskyt novotvarů v současné době na celém světě stále zvolna stoupá. Podle údajů Světové zdravotnické organizace onemocní maligním novotvarem asi 30% obyvatelstva naší planety a 20% na následky umírá. Příčiny výskytu a mortality maligních nádorů dutiny ústní jsou mnohočetné. Na vzniku malignit se podílejí nejrůznější faktory vnitřního i zevního prostředí. Dosavadní úroveň poznání zatím nedokáže přesně vysvětlit etiologii vzniku nádorů.

- Endogenní vlivy

Mezi endogenní (vnitřní) vlivy patří dědičnost, vlivy rasové, věkové, pohlavní a uvažuje se i o účinku některých látek lidskému organismu vlastních, např. hormonů.

- Exogenní vlivy

Mezi exogenní (vnější) vlivy patří fyzikální, chemické a biologické činitele. Ze zevních faktorů, které se nejvíce podílejí na onemocnění ústní sliznice, je na prvním místě abusus nikotinu. Dalšími důležitými faktory jsou konzumace alkoholu, špatná hygiena ústní dutiny, chronické zraňování ostrými hranami kariézních zubů nebo radixů. Stejně působí i chybná konstrukce dentálních náhrad. Častější výskyt karcinomů vzniká při současném užívání alkoholu a nikotinu. Jako příčina onemocnění přichází v úvahu i negativní vliv znečištěného ovzduší, vody, působení virů, syfilis, skladba potravy a úroveň výživy. Také některé chemikálie užívané v zemědělství – herbicidy, pesticidy. Nebezpečné jsou organofosfáty a chemické látky, ionizující záření, účinek fluoru, olova, azbestu, arzenu, chromu, niklu, dehtu.

3 Diagnostika nádorových onemocnění

Základním a nejvýznamnějším problémem je včasné rozpoznání novotvaru. Pro úspěšné stanovení diagnózy má velký význam stanovení algoritmu vyšetřovacích metod.

3.1 Anamnéza

Prispívá k úspěšnému stanovení diagnózy. Věnujeme pozornost rodinné anamnéze (dispozice a výskyt nádoru), osobní anamnéze (prodělané nemoci, pracovní a sociální poměry), nynějšímu onemocnění (hodnotíme údaje o bolestech, kdy se poprvé objevily – spontánně, při jídle, při otvírání úst nebo polykání, o traumatizujících vlivech - kousání se do jazyka či tváře, o změnách funkce - pohyblivost jazyka, poruchy řeči, pocity suchosti sliznice). Důležitý je údaj o úbytku tělesné váhy nebo změnách celkového stavu.

3.2 Fyzikální vyšetření

Nezbytným základem je systematické vyšetřování ústní dutiny a sousedních tkání. Při prohlídce postižené kůže je třeba použít i zvětšovací sklo, kvalitní osvětlení je důležitou podmínkou.

Pohledem - zjišťujeme asymetrie obličeje a dále změny na kůži i na ústní sliznici. Všímáme si změny barvy, tloušťky, vlhkosti a hrubších změn povrchu sliznice.

Palpace - je velmi důležitou diagnostickou metodou, je třeba provádět ji jemně a s citem, bez užití velké síly, aby se zabránilo pohmoždění nádoru a možnému rozsevu nádorových buněk. Zjišťujeme konzistenci, pohyblivost a vztah nádoru k okolním tkáním.

Punkce – používá se tehdy, když umožní eliminovat tekutý obsah nádoru. Slouží také k odebrání materiálů na histologické vyšetření.

K tomuto zákroku musí zdravotní sestra připravit potřebné pomůcky a poučit pacienta o plánovaném výkonu. Ten se provádí v poloze na zádech. Po zákroku je potřeba sledovat místo vpichu a celkový stav pacienta. Pacient není obvykle před zákrokem ani po něm omezen v obvyklém způsobu života.

3.3 Laboratorní vyšetření

V diagnostice nádorových onemocnění má význam pro zhodnocení celkového zdravotního stavu pacienta a dovoluje do jisté míry stanovit i rozsah choroby, slouží často i jako ukazatel úspěšnosti terapie. Základní diagnostickou metodou v onkologii je hematologické vyšetření, k němuž patří krevní obraz s diferenciálním rozpočtem a hemokoagulační vyšetření. Vlastní odběr nevyžaduje zvláštní ošetrovatelskou přípravu ani péči nemocného, zaměřuje se na dokonalé seznámení nemocného s postupem práce. Vyšetření punktátu kostní dřeně pomůže zhodnotit stav krvetvorby a umožní odhalit případné nádorové metastázy v kostní dřeni. Tato vyšetřovací metoda se většinou provádí na specializovaných pracovištích. V rámci přípravy nemocného k odběru se zaměříme na seznámení s průběhem zákroku, upozorníme na nepříjemnosti s ním spojené. Vyšetření se dnes málokdy provádí tradiční punkcí hrudní kosti, většinou se dřeň odebírá z lopaty kosti kyčelní. Jde o výkon velmi nepříjemný, vhodná je celková anestezie nebo alespoň analgosedace. Odebraný materiál se ihned po odběru zpracovává v hematologické laboratoři. Vpich sterilně kryjeme a nemocnému doporučíme alespoň 2 hodiny setrvat v klidu na lůžku. Sledujeme stav pacienta a místo vpichu. Pokud nedojde ke změně zdravotního stavu, nemá již nemocný žádné omezení léčebného režimu. Vyšetření tzv. nádorových markerů zatím v orofaciální onkologii nedoznalo většího rozšíření.

3.4 Pomocné diagnostické metody

Mezi další diagnostické metody řadíme radiodiagnostiku, která má veliký význam. Pomocí radiodiagnostického vyšetření lze prokázat nejen přítomnost nádoru, ale i jeho lokalizaci, velikost, někdy i typ nádoru, dále pak topografický vztah nádoru k okolním tkáním.

Mezi nejběžnější nativní rentgenová vyšetření patří extraorální snímek čelistí nebo panoramatická projekce. Poloaxiální snímek slouží k orientaci v oblasti paranazálních dutin. Používáme též axiální a bočný snímek lebky k orientaci v obou čelistech a v oblasti spodiny lební.

Tato vyšetření nevyžadují zvláštní přípravu pacienta, pouze jej seznámíme s průběhem.

Kontrastní snímkovácí technika sialografie, má velký význam v diagnostice onemocnění velkých slinných žláz. Dalším důležitým doplňkem je CT vyšetření a nukleární magnetická rezonance. Angiografické vyšetření, digitální subtrakční angiografie (DSA), měření tkáňové impedance, termografie, echografie, radionuklidová diagnostika. Bioptické vyšetření, cytologické vyšetření, diagnostická excize, diagnostická punkce, barvivové testy.

Některá z těchto vyšetření vyžadují přípravu nemocného, především však poučení o postupu u diagnostických metod, také informovanost a eliminaci strachu nemocného. Následuje klid na lůžku, sledování místa vpichu a celkového stavu pacienta.

3.5 Klinická vyšetření konziliární

Ke stanovení diagnózy je také zapotřebí spolupracovat s jinými obory. Provádějí se vyšetření oftalmologem, dermatologem, otorinolaryngologem, neurologem, endokrinologem, gynekologem, ale také internistou.

3.6 Klinický obraz nemoci

Nemoc se projevuje různými projevy, jež popisujeme jako symptomy. Symptomy mohou být objektivní (příznaky, které můžeme zjistit vyšetřením) a subjektivní (příznaky, které pociťuje nemocný).

4 Terapie nádoru

Zahrnuje nejen vlastní onkologickou léčbu, ale i všechna ostatní opatření, která příznivě ovlivňují celkový stav nemocného, tedy i léčbu doplňkovou, léčbu bolesti, zajištění kvalitní výživy a somatopsychosociální rehabilitaci po ukončení terapie. Chirurgická léčba, kryoterapie, laserová terapie, hypertermie, terapie zářením, cytostatická léčba, imunoterapie. Každému pacientovi je třeba vytvořit individuální léčebný plán. Léčbu volíme kurativní nebo paliativní. Cílem kurativní léčby je úplná likvidace nádorového bujení. Paliativní léčbou se snažíme o částečný ústup nádoru a zlepšení celkového stavu.

4.1 Chirurgická léčba

Mezi chirurgické metody řadíme operační výkon, kryoterapii a léčbu laserem.

- Operačním výkonem odstraňujeme maligní i benigní nádory, které jsou tímto způsobem dosažitelné neboli operabilní. Operační výkon se provádí v místní, okrskové nebo kmenové injekční anestezii, ale také v celkové anestezii. Volba anestezie záleží na lokalizaci, velikosti, druhu nádoru a na celkovém stavu nemocného. Benigní nádory se snažíme vcelku odstranit preparací po jejich hranici nebo pouzdře (exstirpace, enukleace), maligní nádory operujeme radikálním resekcčním způsobem. Pokud nelze nádor chirurgicky zcela odstranit, jde o tzv. léčbu paliativní.
- Kryoterapie je léčebná metoda, která využívá extrémně nízkých teplot. Docílujeme jich přístroji, které mají na operační koncove teplotu kolem -190 C , což umožňuje řízené odpařování kapalného dusíku. Tuto metodu používáme ve stomatoonkologii při paliativních výkonech u inoperabilních maligních nádorů, menších hemangiomů a u nemocných, u nichž je chirurgický výkon kontraindikován.
- Laserová terapie využívá tepelný účinek laserového paprsku ke koagulaci, vaporizaci (odpaření) nebo k excizi tumoru.

- Hypertermie je léčebná metoda využívající vysokých teplot. Jde spíše o metodu experimentální. Kombinuje se s radiační léčbou a s chemoterpií.

4.1.1 Ošetrovatelské péče o pacienta

Předoperační péče, dlouhodobá

Dlouhodobá předoperační příprava probíhá u plánovaných chirurgických zákroků a zahrnuje jinak základní předoperační vyšetření a speciální, která jsou specifická pro dané onemocnění. V rámci dlouhodobé předoperační přípravy se provádí odběry krve – hematologické (KO, FW), biochemické (zahrnují mineralogram a další screening), serologické (např. BWR), hemokoagulační (INR, APTT), vyšetření krevní skupiny a Rh faktoru. Dále vyšetřujeme moč chemicky a močový sediment. Nemocnému se provádí potřebná rentgenologická vyšetření a ekg (nativní snímek srdce a plic a elektrokardiografické vyšetření). Výsledky vyhodnotí internista nebo anesteziolog. Z hlediska fyzické předoperační přípravy se ošetrovatelská péče zaměří na vyprázdnění, celkovou hygienickou péči, s důrazem na operační pole. Pokud se výkon provádí v celkové anestezii, nesmí pacient jíst ani pít od půlnoci.

Při ošetrovatelské péči předoperační přípravy nesmí být opomenuto seznámení pacienta s průběhem operace, pooperačním léčebným režimem a konkrétně s edukací nemocného v pooperačním období. Důležitá je snaha minimalizovat strach. Pokud pacient souhlasí se všemi léčebnými a ošetrovatelskými kroky ve své léčbě, podepíše souhlas s výkonem (tzv. informovaný souhlas).

Předoperační péče, bezprostřední

V den chirurgického zákroku se provádí bezprostřední předoperační příprava. Obsahuje kontrol předoperačního vyšetření a doplnění edukace se zaměřením na operační a pooperační období. Před samotným výkonem sestra provede bandáže dolních končetin, kontrolu hygieny operačního pole, stav chrupu, vlasů, převlečení. Aplikuje předepsané infuze, premedikaci a zkontroluje zda se pacient vymočil. Poté již pacient neopouští lůžko. Během této doby sestra sleduje celkový stav pacienta, aby včas rozpoznala

možné nežádoucí reakce na podaná léčiva. Změří základní fyziologické funkce (krevní tlak, puls, tělesnou teplotu). Dále sleduje celkový stav pacienta. S dokumentací je nemocný přeložen na operační sál.

Pooperační péče

Po operačním zákroku následuje pooperační ošetrovatelská péče s důrazem na sledování životně důležitých funkcí. Pečujeme o udržení dobré průchodnosti dýchacích cest, o stav operační rány a jejího okolí, sledujeme příjem a výdej tekutin, vyprazdňování, ale také subjektivní stesky pacienta. Měříme základní fyziologické funkce. Nejdříve v patnáctiminutových intervalech dvě hodiny, dále podle stavu pacienta a ordinace lékařem. Pokud klesne saturace kyslíkem pod 95%, podává se kyslík obličejovou maskou. U velkých operačních výkonů se většinou zakládá preventivní tracheotomie. Je důležité sledovat průchodnost kanyly, provádět časté odsávání a nebulizaci. Vždy je nutné sledovat stav operační rány, možné krvácení a vznik otoků. Pooperační krevní ztráty způsobené prosakováním do hlubších vrstev operačního pole se výhodně měří pomocí odsavného Redonova drénu, zavedeného do operační rány. Vzniklé otoky kromě medikamentózní léčby chladíme studenými obklady. U každého pacienta po výkonu v celkové anestezii se sleduje příjem a výdej tekutin. Někteří pacienti mají zavedenou močovou cévku již na operačním sále. Sledujeme její průchodnost, zbarvení moči a případné příměsi. Po úplném probuzení pacienta sledujeme celkový stav a bolest.

Všechny naměřené hodnoty se zapisují do dokumentace nemocného. Pokud se vyskytnou nějaké odchylky od normálních hodnot nebo se stav pacienta zhorší, je zapotřebí okamžitě kontaktovat lékaře a danou situaci vyřešit.

Pro každého pacienta je operační zákrok nejen fyzickou, ale i psychickou zátěží. Musí se v krátké době vyrovnat s novou situací. Je potřeba přistupovat ke každému pacientovi jako k individualitě holistickým přístupem se snahou o zajištění bio-psycho-sociálních potřeb.

4.2 Terapie zářením (radioterapie)

Léčebná metoda, která využívá různě tvrdého ionizujícího záření. Indikuje se převážně u maligních nádorů. Cílem je radikální nebo paliativní ovlivnění nádoru. Terapii zářením indikuje onkolog ve spolupráci s lékařem, který pacienta k této terapii doporučil. Každému pacientovi se stanovuje léčebný plán.

Je důležitá edukace pacienta o radioterapii a vzniku možných komplikací. Z ošetrovatelského hlediska je třeba snažit předcházet možným komplikacím nebo důsledně ošetřovat již vzniklé problémy (viz komplikace).

4.3 Cytostatická léčba (chemoterapie)

Cílem je úplná likvidace zhoubného nádoru. Cytostatika dělíme na syntetická a na látky přirozeného původu.

Aplikace cytostatik je systémová (podání intravenózně), regionální (podání intrathekálně, endolymfaticky, intraarteriálně) a místní (např. masti s cytostatiky).

Dávkování cytostatik se určuje podle hmotnosti nebo tělesného povrchu. Dále je třeba přihlížet k celkovému zdravotnímu stavu, věku, k předchozí i současné léčbě.

Cytostatická léčba většinou velice zatěžuje celý organismus. Je nutná edukace nemocného o aplikaci chemoterapie, místních i celkových komplikacích (viz komplikace chemoterapie), ale také možnostech jejich nápravy. Vhodné je aktivní zapojení rodinných příslušníků.

Regionální intraarteriální chemoterapie je metoda, při které se cytostatikum aplikuje do tepny, která zásobuje oblast nádoru. V orofaciální oblasti jde většinou o povodí arteria carotis externa. Tato terapie se provádí většinou u neoperabilních rozsáhlých nádorů a je náročná z hlediska nutnosti dlouhodobého kontinuálního podání. Pacient je většinou odkázán na okolí svého lůžka po dobu dvou až třech týdnů. Pacienti, pocházející obvykle ze sociálně slabého prostředí, tuto situaci špatně snášejí. Většina z nich jsou silní kuřáci a konzumenti alkoholu. Při dlouhodobém připoutání na lůžko se začnou objevovat abstinenční příznaky. V těchto případech je vhodná spolupráce s psychiatrem a odpovídající zklidňující medikace. Ošetřující personál musí věnovat zvýšenou

pozornost těmto pacientům. Intraarteriální kanylu je třeba důkladně zajistit, aby nedošlo k jejímu vytržení. Intenzivní sledování celkového stavu pacienta a laboratorních hodnot je nezbytné.

4.4 Imunoterapie

Pomocí imunoterapie podporujeme nebo posilujeme mechanismus protinádorové imunity a likvidujeme malý počet nádorových buněk, které přežily v organismu po předchozí léčbě. Postupy v imunoterapii jsou aktivní, pasivní, specifické a nespecifické.

- Aktivní specifická protinádorová imunoterapie se provádí pomocí imunizace nádorovým antigenem vlastním nebo cizím.
- Aktivní nespecifická imunoterapie se provádí pomocí některých bakteriálních kmenů (BCG vakcína).
- Pasivní specifická imunoterapie se provádí pomocí heterologního imunního séra.
- Pasivní nespecifická imunoterapie se provádí pomocí aplikace séra zdravých jedinců. Tento způsob je již méně používaný.

Dále se používají biologicky aktivní látka, transfer faktor a imunní RNK, interferon, interleukiny, TNF- faktor vyvolávající nekrózu.

Imunoterapie je spíše experimentální než standardní léčbou.

4.5 Tlumení bolesti

Bolesti vzniklé u onkologických onemocnění v oblasti hlavy, dutiny ústní a krku, jsou velmi závažným projevem nemoci. Příčinou jsou nádorové infiltrace nervových vláken a působení přidruženého bakteriálního zánětu, především větví trojklanného a jazykohltanového nervu. Při tlumení bolesti je potřebné znát osobnost jedince, jeho životní prostředí, zkušenosti, také etnické a kulturní zázemí. Každému nemocnému se stanovuje individuální léčebná terapie, při níž se zhodnocuje doba trvání bolesti, lokalizace a její šíření, charakter, intenzita, faktory ovlivňující bolest a události, které doprovázejí její vznik.

Pravidelné hodnocení bolesti je jedním z předpokladů úspěšné léčby. Pro hodnocení intenzity bolesti se nejčastěji používá vizuální analogová škála (VAS).

Cílem léčby je zajištění bezbolestného spánku, úleva od bolesti v klidu a úleva od bolesti při pohybu.

Léčbu bolesti lze provést třemi způsoby.

- Chirurgickými výkony na periferních nervech nebo centrálním nervovém systému.
- Použitím fyzikálních prostředků (transkutánní neurostimulační elektroanalgie, užití diadynamickými proudy, prokainovou iontoforézou, analgetickou radioterapií).
- Medikamentózní terapie (užívaná analgetika, opiáty, psychofarmaka).

„Analgetická léčba se nasazuje podle stupně jejich účinku. Postup znázorňuje třístupňový analgetický žebříček WHO.

Analgetika I. stupně žebříčku WHO (neopioidní analgetika).

Analgetika II. stupně žebříčku WHO (slabé opioidy).

Analgetika III. stupně žebříčku WHO (silné opioidy)³“.

Při podávání medikamentózní léčby je potřeba sledovat vedlejší účinky léků (nauzea, zvracení, malátnost).

Léčba bolesti je u každého onemocnění i pacienta jiná. Léky a různé metody nejsou jediným možným řešením. Bolest se musíme snažit ovlivnit také nemedikamentózně. Důležitá je informovanost a přístup ošetřovatelského personálu. Dostatečná empatie, vyslechnutí a akceptace pacienta může přispět k zlepšení celkového stavu nemocného a k jeho vnímání bolesti.

³ Remedia reprint, Farmakologie nádorové bolesti – Přetištěno z časopisu Remedia, 14, 2004, s. 69-74

4.6 Podpůrná a doplňková léčba

Je velice důležitou součástí celkové protinádorové terapie. V terminálních stavech je často jedinou úlevou pro nemocného. Podpůrnou léčbu dělíme do čtyř základních skupin.

- Léčba připojených chorob, mezi které nejčastěji patří ischemická choroba srdeční, hypertenze, diabetes mellitus, chronická onemocnění dýchacích cest, jater a ledvin.
- Léčba komplikací základní choroby (infekční komplikace, anémie, hyperkalcémie).
- Léčba specifických komplikací základní onkologické léčby (komplikace chirurgické terapie, radioterapie, chemoterapie).
- Léčba průvodních projevů základního onemocnění (bolest, podvýživa, nauzea, zvracení, poruchy elektrolytového a vodního hospodářství, hormonální poruchy).

5 Výživa onkologických pacientů

Výživa u stomatoonkologických pacientů zejména po chirurgickém zákroku je velmi obtížná. Jakýkoliv zákrok v dutině ústní, obličeji nebo krku zhoršuje příjem stravy. Tento stav je způsoben velkými otoky, změnou anatomie a funkce postižené oblasti. U většiny případů zavádíme vyživovací cévku nosem nebo ústy. Její dlouhodobé ponechání může způsobit otlaky na sliznici jícnu, krvácení až perforaci orgánu. Dalším možným přístupem je založení esofagostomie. V dnešní době se stále častěji provádí PEG (punkční esophago – gastrostomie).

Stomatoonkologičtí pacienti během léčby své choroby většinou ztratí několik kilogramů a mohou dosáhnout až kachexie. U každého pacienta se musí sledovat jeho tělesná váha, zapisovat příjem a výdej tekutin i stravy. Strava je většinou nedráždivá kašovitá až tekutá, protože pacienti nejsou schopni přijmout tuhá sousta. Je nutná neustálá edukace pacienta, ale i jeho rodiny o vhodnosti určité stravy. Doporučuje se podávat možné podpůrné stravovací doplňky. Nutriční podpora by měla obsahovat vitamíny, minerální látky, vlákninu, enzymy i bylinné extrakty. Nutriční podpora může být ve formě tekuté, práškové a tabletové. Přípravky mají optimální složení základních živin a minerálů. Jedná se o energeticky nutriční kompletní tekutou stravu. Je doporučeno podávat 2-3 balení mezi jídly.

6 Komplikace protinádorové terapie

6.1 Komplikace anestézie a chirurgické léčby

- Celková onemocnění, většina onkologických nemocných má jedno nebo více komplikujících onemocnění. Nejčastěji se můžeme setkat s respiračními, kardiovaskulárními a metabolickými chorobami.
- Krevní ztráty mohou být během operace velké. Je nutné zajištění dostatečného množství krevních derivátů (erytrocytární masy a plazmy). Autotransfuze není u onkologických pacientů indikována.
- Chemoterapie při celkové anestezii může vyvolat komplikace. Cytostatická léčba zvyšuje tlumivý účinek na CNS u celkových anestetik.
- Aspirace krve ohrožuje výkony prováděné v orofaciální oblasti krve. Většina výkonů se provádí v celkové anestézii. Tyto zákroky vyžadují zajištění dýchacích cest pomocí tracheální rourky s těsnící manžetou..
- Obtížná intubace se v orofaciální oblasti objevuje často. Překážkou může být omezené otevírání úst, objemný tumor, snížená hybnost krku, deviace trachey. U velkých výkonů se preventivně zakládá tracheostomie, z důvodů vzniku pooperační obstrukce horních cest dýchacích.
- Poranění větších cév může nastat při výkonech prováděných v jejich bezprostřední blízkosti. Při extirpaci hlubokých krčních uzlin a také při zavádění intraarteriální kanyly. Nebezpečím při těchto poraněních je vznik vzduchové embolie.
- Poranění nervů může způsobit parézy příslušných částí.
- Poranění mízovodu vzniká vzácně, většinou při rozsáhlých chirurgických výkonech na levé straně krku.
- Pneumotorax může vzniknout při preparaci v supraklavikulární krajině.
- Obstrukce horních cest dýchacích spojená se zapadáním jazyka vznikají při resekci v oblasti těla dolní čelisti.

6.2 Komplikace radioterapie

6.2.1 Kožní změny

- Časné, vznikají během ozařování nebo v následujících týdnech. Projevují se erytémem kůže, její suchostí a epilací. Těžší formou je exudativní dermatitis, která se projevuje zarudnutím, zduřením, bolestivostí.
- Pozdní, vznikají v průběhu šesti měsíců až roku, dochází při nich k pigmentaci pokožky a fibróze. Ta způsobuje kompresi lymfatických kapilár, které se projevují otokem.

6.2.2 Změny na sliznici dutiny ústní (stomatitis)

Již ve druhém až třetím týdnu ozařování vyvolává větší subjektivní obtíže. Vzniká suchost sliznice, různého stupně. Dochází ke zhoršení samočistící schopnosti dutiny ústní a tvorbě bílých až nažloutlých fibrózních povlaků. Nemocný pociťuje pachutě a trpí nechutenstvím.

6.2.3 Změny na zubech

U dětí a mladých jedinců dochází k poruchám vývoje. U dospělých se tvoří žlutavé až hnědé skvrny v oblasti zubních krčků, které vedou k jejich odlomení. Dále vznikají následné radiační kazy. Je důležité preventivní ošetření zubů před začátkem radiační léčby.

6.2.4 Změny na kostech (osteoradionekróza)

Převážně postihují dolní čelist

- Časné, vyvolané vysokou dávkou záření
- Pozdní, vzniklé i přes dodržení tkáňové tolerance při plánování celkové ozařovací dávky. Bývá provázeno neuralgiformními bolestmi, zhoršeným hojením ran, tvorbou slizniční nebo kožní píštěle, nekrózou a ulcerací gingivy.

6.2.5 Změny celkové

Bolesti hlavy, nauzea, zvracení, unavenost, úbytek hmotnosti u 90% nemocných. Změny krevního obrazu.

6.3 Komplikace chemoterapie

- Místní

U místních komplikací chemoterapie vznikají kožní a slizniční reakce, alopecie, tromboflebitis. V poslední době pozorujeme častěji výskyt osteonekrózy dolní čelisti v souvislosti s léčbou bisfosfonáty.

- Celkové

Mezi celkové komplikace patří poškození krevetvorby, nejčastěji leukopénie, trombocytopenie a anemie. Další komplikací je poškození zažívacího ústrojí (GIT), které se projevuje nauzeou, nechutenstvím, zvracením a průjmy. Poškození kardiovaskulárního systému se projeví poruchou srdečního rytmu až ischemickými změnami. Celkovou komplikací může být poškození dýchacího systému, také nervového systému, který se projevuje iritací vegetativních nervů s převažující gastrointestinální symptomatologií. Může nastat poškození centrální nervové soustavy ve formě meningitidy nebo mozkového edému. Cytostatika také mohou poškodit vestibulární ústrojí. V neposlední řadě může být poškozen močový systém, u něhož dojde k poruše funkcí ledvinových tubulů, změnou ledvinového parenchymu a častými cystitidami. Také může vzniknout atonie močového měchýře.

6.4 Komplikace intraarteriální cytostatické terapie

Tento druh léčby je v orofaciální oblasti velmi účinný, ale přináší i řadu komplikací.

- Komplikace technického charakteru vznikají při nedostatečné fixaci cévního katétru, při jeho uvolnění, ucpání, zalomení a nebo jiném poškození.

- Komplikace cévního charakteru, ke kterým patří spazmus, trombóza nebo nekróza stěny arterie, trombembolie, arteriální aneurysma, sympatické bolesti a tachykardie. Trombóza společné krkavice s následnou embolií do mozkových tepen je nejzávažnější komplikací této léčby. Někdy může nastat hemiplegie s následným edémem mozku.
- Komplikace infekčního charakteru mohou být místní (hnisání operační rány) nebo celkové (sepse).
- Mezi komplikace ostatní patří srdeční infarkt, kardiovaskulární insuficience, psychické poruchy, pneumonie, meningitis, imunologická deficience, přechodná slepota, křeče nejasné etiologie, hepatální poruchy, vzduchová embolie.

7 Onkologická prevence

Onkologickou prevencí dělíme na primární, sekundární a terciální.

7.1 Primární prevence

Zaměřuje se na redukci nebo eliminaci vnějších etiologických faktorů zodpovědných za vznik zhoubných novotvarů.

- Zlepšení podmínek životního a pracovního prostředí.
- Zlepšení osobní hygieny a dodržování správné životosprávy.

7.2 Sekundární prevence

Zaměřuje se na včasné zachycení a rozpoznání přednádorových stavů, ranných stádií nádorového onemocnění.

- Včasná diagnostika nádorů a přednádorových stavů.
- Depistážní akce (vytypování a pravidelné sledování skupin osob se zvýšeným rizikem vzniku onkologických onemocnění).

Rizikové faktory pro orofaciální oblast (muži nad 50 let, špatná hygiena dutiny ústní, návykové látky, dědičná dispozice, vlivy profesionální, některé celkové choroby metabolické poruchy).

- Dispenzarizace (pravidelné prohlídky všech, kteří byli léčeni pro nádorové onemocnění).

7.3 Terciální prevence

Předchází rozvoji reziduální choroby a urychluje její neprodlené léčení. Obnovuje porušené funkce organismu a znovu zařazuje nemocného do pracovního procesu a společenského způsobu života.

8 Nádory slinných žláz

Nádorové bujení může postihnout všechny slinné žlázy, nejčastěji žlázu příušní (glandula parotis), potom žlázu podčelistní (glandula submandibularis) a nejméně žlázu podjazykovou (glandula sublingualis).

Maligní nádorové onemocnění se většinou projeví pomalým růstem, nebolestivého zduření nebo periferní parézou důležitého nervu, probíhajícího v její blízkosti. Větší nádory jsou provázeny bolestí. Pokud se nádor neodstraní celý, tak recidivuje, infiltrativně prorůstá do okolních tkání, destruuje kosti, metastázuje do regionálních lymfatických uzlin i krevními cestami. Vzdálené metastázy se objevují v plicích, kostech a mozku. U terapie záleží na odstranění celého nádoru, pokud je opouzdřený. Pokud nádor roste destruktivně, je nutný radikální resekční výkon, doplněný radioterapií a chemoterapií.

Nádory hodnotíme podle Mezinárodní klasifikace ICD-O. (viz příloha č.1).

9 Specifika ošetrovatelské péče o nemocného s karcinomem podjazykové žlázy (Ca glandula sublingualis)

Ošetrovatelská péče o onkologicky nemocné je velice náročná. Léčba, hospitalizace a následná rekonvalescence nádorových onemocnění v oblasti obličeje a dutiny ústní bývá většinou dlouhá a složitá.

- **Příjem na oddělení, volba pokoje, poloha nemocného**

Pokud se jedná o plánovaný výkon, přijímá se pacient na standardní oddělení, kde se připraví na operační zákrok. Volba pokoje není před zákrokem tolik důležitá, protože během jednoho dne bude nemocný operován a převezen na pooperační oddělení.

Poloha nemocného se řídí jeho potřebami, není omezena.

- **Aktivita a odpočinek**

Při příjmu nejsou pacienti většinou omezeni v pohybu. V den operace mají klid na lůžku, ale další den se již s pomocí rehabilitačních pracovníků vertikalizují. Samozřejmě záleží na rozsahu operačního výkonu, ale také na celkovém stavu.

- **Hygienická péče**

Pacient přicházející na operační zákrok pečuje o svou hygienu sám. Zvýšenou péči věnujeme dutině ústní. Vysvětlíme pacientovi následnou pooperační péči. Po operačním zákroku přebírá hygienickou péči o dutinu ústní sestra. Vzhledem k rozsahu operačního zákroku, možnému krvácení a otoku musí sestra ošetřovat dutinu ústí velmi opatrně, aby nevznikla následné poranění.

- **Výživa**

Většinou již při příjmu mají pacienti potíže s kousáním, polykáním a bolestí. Dieta se odvíjí od dalších přidružených onemocnění. Často se strava podává kašovitá. V den operace pacient nic nejí ani nepije. Pokud má DM, podává se před operací infuze. V den operačního zákroku dostává pacient infuzní terapii. Další den se začne podávat strava tekutá, dále strava mixovaná. U velkých operačních zákroků se provede zavedení výživové sondy. Strava se podává mixovaná. Vhodné jsou potravinové doplňky. Po výkonu podává stravu sestra, snaží se pacienta edukovat k samostatné obsluze.

- **Vyprazdňování**

Před výkonem si pacient dochází na toaletu sám. Po velkém operačním výkonu se zavádí močová cévka, ponechává se podle stavu pacienta. Je snaha ponechat ji co možná nejkratší dobu, abychom minimalizovali následný vznik infekce. Výměnu močových sáčků provádí sestra za předem stanovených postupů. Po vytažení cévky mužům dáme k dispozici močovou láhev a ženám močovou mísu.

- **Psychosociální potřeby**

Většina pacientů je znepokojena svým následným vzhledem. Neumí si představit změnu svého stavu po operaci. Je nutné s pacientem i rodinou celou situaci probrat a nastínit možnosti další péče.

- **Edukace nemocného**

Pacienta edukujeme o předoperačních vyšetřeních, následném operačním výkonu a pooperační péči. Zaměříme se na edukaci v péči o dutinu ústní a výživu.

10 Možné ošetrovateľské problémy

- Porucha polykání prvotně vzniklá růstem tumoru, druhotně po operačním zákroku.
- Poškození ústní sliznice vlivem operačního zákroku.
- Riziko aspirace po operačním zákroku, při zavedené tracheostomické kanyle.
- Bolest akutní i chronická vlivem onkologické diagnózy a operačního zákroku.
- Porušený obraz těla - viditelné místo na těle, obličej.
- Riziko infekce může vzniknout ze všech vstupů a výstupů.
- Porucha spánku vlivem hospitalizace, operace.
- Strach z operačního zákroku, z budoucnosti.
- Porušení vzhledu obličeje vlivem otoku.
- Neschopnost kvalitní řeči po operačním zákroku.
- Nedůvěra v ošetrovateľskou péči.

PRAKTICKÁ ČÁST

11 Posouzení stavu pacienta

11.1 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: J.Z.

Narozen: 16.5. 1942

Bydliště: okr. Kladno

Oddělení: Stomatologie, odd. B

Příjem na oddělení: 28.5. 2007

Dny ošetrovatelské péče: 28.5., 29.5., 30.5., 31.5., 1.6. 2007

Pojišťovna: všeobecná (111)

Stav: ženatý

Zaměstnání: důchodce, dříve učitel na základní škole

Kontaktní osoba: manželka

11.2 Výtah z lékařské dokumentace

NO: Důvodem přijetí byla viklavost zubu, bolestivé polykání a bolestivost ve spodině ústní. Byl diagnostikován Ca glandulae sublingualis. Pacient přijat k operačnímu zákroku v celkové anestezii.

Pacientovi s ca reg. sublingualis, stav po intraarteriální chemoterapii v lednu 2007 a následně dvakrát aktinoterapie – 60 GY (2.7. – 20.4. 2007).

11.3 Lékařská anamnéza

OA: Pacient v dětství prodělal běžná onemocnění, v mládí vážněji nestonal,

DM na dietě od 1/07.

Operace: TEP levé kyčle.

Úrazy: Během svého života neutrpěl závažnější úrazy.

AA: Není si vědom žádné alergie.

RA: Otec zemřel na ca plic, matka má hypertenzi.

FA: Flavobion 1-1-1 (Hepatoprotektivum má ochranný účinek na jaterní buňku, obnovuje a zlepšuje činnost poškozené jaterní buňky, napomáhá odstraňování škodlivých látek z organismu)

Essentiale f 1-1-1 (Hepatoprotektivum)

Ambrobene 30mg 1-0-0 (Expektorans s mukolytickým účinkem, zvyšuje tvorbu hlenu a zároveň jej zředí, zvyšuje odolnost sliznice dýchacích cest proti infekci)

Citalec 20mg 1-0-0 (Antidepresivum)

Neurol 0,25mg 1-1-1 (Anxiolytikum, antidepresivum, léčba úzkostných stavů, chorobného strachu, duševního napětí)

SA: Ženatý, žije s manželkou.

Nyní je v důchodu, dříve pracoval jako učitel na základní škole.

NA: Celý život kouřil 20 cigaret denně, od ledna 2007 přestal kouřit, alkohol nepije.

11.4 Stav při přijetí

Pacient je při přijetí orientován, spolupracuje.

Hlava: mezocefalická, na poklep nebolestivá, výstupy nervus trigeminus nebolestivé, hlavové nervy inervují správně. Bulby ve středním postavení, bez nystagmu, zornice isokorické, reagují na osvit i konvergenci, spojivky růžové, skléry anikterické.

Krk: šíje volná, náplň krčních žil není zvýšená, uzliny a thyreoidea nezvětšeny. Pulzace karotid souměrná, bez šelestů.

Intraorální vyšetření: ústa otvírá volně, sliznice ústní dutiny vlhké, růžové, jazyk s fyziologickým povlakem plazí ve střední čáře. Hrdlo klidné, tonsily nezvětšené. Zadní stěna faryngu klidná. Výhody velkých slinných žláz secernují čistou slinu. Pacient si stěžuje na bolestivé polykání.

Břícho: palpačně měkké, nebolestivé.

Dolní končetiny : bez otoků a známek TEN.

Srdce: bez patologických změn.

11.5 Závěr při příjmu

Pacient přijat k chirurgickému zákroku v celkové anestezii s diagnózou Ca glandulae sublingualis. Další přidruženou chorobou je DM II typu.

11.6 Zobrazovací vyšetření

RTG – Poloaxiální a panoramatický snímek, na kterém se znázorňuje tumor a uvolněné zuby.

CT hlavy a krku při kterém dochází k ověření tumorózního útvaru.

11.7 Laboratorní vyšetření

Tabulka 1: Biochemické vyšetření

	28.5.	29.5.	30.5.	31.5.	1.6.	R.mez
glykemie						3.3 – 6.0mmol/l
R	9.6	4.9	5.8	4.8	4.0	
P		5.2	5.6	5.3	6.0	
V	4.9	8.2	5.6	5.4	5.8	

	28.5.	29.5.	30.5.	31.5.	1.6.	R.mez
Na	141	141	140		141	132- 142mmol/l
K	3.6	4.1, 4.6	4.4		3.4	3.6- 5.4mmol/l
Chl	96	98	99		105	98- 107mmol/l
Urea	3.6	2.2				2.9- 8.2mmol/l
Kreatinin	66	69				71- 115mmol/l
Cb	74	79			79	62 – 83g/l
Bilirubin	9.0		7.1		8.3	<17.0 umol/l
ALP	1.36		1.17		1.10	0.88-2.35
AST	0.26		0.35		0.33	< 0.58ukat/l
ALT	0.22		0.73		0.53	< 0.78ukat/l
GMT	0.25		0.41		0.35	< 0.92 ukat/l
CRP		131	109		89	0.0-7.0mg/l

Tabulka 2: Krevní obraz

	28.5.	29.5.	30.5.	31.5.	1.6.	R.mez
Leukocyty	4.8	5.2	8.34		6.8	4.0 - 9.0 x 10 ⁹ /l
Erytrocyty	4.4	3.47	3.62		3.72	3.70-5.70 x 10 ¹² /l
Hb	141	106	124		109	120-160g/l
Ht	0.46	0.307	0.361		0.327	0.35-0.46
Trombo	276	345	292		276	150-400 x 10 ⁹ /l

Tabulka 3: Koagulační vyšetření

	28.5.	29.5.	30.5.	31.5.	1.6.	R. mez
INR	0.97		1,09			0.80-1.20
APTT	29		33			24.0-36.0sec.

Tabulka 4: Sedimentace FW

	28.5.	29.5.	30.5.	31.5.	1.6.	R. mez
1 hod.	12					1-15mm
2 hod.	34					4-37mm

Tabulka 5: Močový sediment

	28.5.	29.5.	30.5.	31.5.	1.6.	R. mez
Leukocyty	3				5	< 15 /ul
Erytrocyty	2				2	< 10 /ul
E.dlaždice	8				9	< 15 /ul
E.přechodné	1				1	< 0 /ul
Bakterie	1				1	0 - 1 arb.j.
Hlen	1				1	0 - 1 arb.j.

Tabulka 6: Moč chemicky

	28.5.	29.5.	30.5.	31.5.	1.6.	R. mez
Sp.hustota	1015				1017	1010-1025 kg/m ³
PH	5.6				6.1	5.0-6.5

Tabulka 7: Příjem a výdej tekutin

	28.5.	29.5.	30.5.	31.5.	1.6.	Ref.meze
Příjem	2700 ml	3800 ml	3600 ml	3200 ml	2800 ml	2000-3000 ml/den
Výdej		2800 ml	2450 ml	2100 ml	1750 ml	2000ml

11.8 Fyzikální vyšetření zdravotní sestrou

Tabulka 8: Tělesná teplota (TT), krevní tlak (TK), puls (P), saturace kyslíkem (O2)

	28.5.	29.5.	30.5.	31.5.	1.6.	Ref.meze
TT R		36.5°C	36.9°C	36.3°C	36.2°C	36.4°C
P	36.7°C					
V	36.6°C	37.1°C	38.3°C	37.0°C	37.1°C	
TK R	135/75Torr	130/80	110/60	120/60	120/70	120/80
		160/70				
		155/80	135/75		120/60	
		165/80				
		150/75				
V	135/80	135/75	130/70	135/80	115/60	
P R	70/min	78´	81´	81´	72´	< 90´
		90´				
		82´	86´	78´	74´	
		72´				
		85´				
V	72´	79´	103´	80´	78´	
O2 R		96%	95%	94%	96%	98-100%
		92%				
		93%	96%	96%	95%	
		93%				
		95%				
V	97%	96%	95%	96%	95%	

12 Terapie během prvních pěti dnů hospitalizace

První den: 28. 5.2007

Dieta: 9/1S

Léky: Flavobion 1-1-1 tbl.

Essentiale f 1-1-1 tbl.

Ambrobene 30mg 1-0-0 tbl.

Citalec 20mg 1-0-0 tbl.

Neurol 0,25mg 1-1-1 tbl.

Způsob aplikace - perorálně

Infúze: R1/1 + KCl 7.5% 20ml, NaCl 10% 10ml (základní infúzní roztok)

F1/1 + KCl 7.5% 20ml

5%G + KCl 7.5% 20ml

Způsob podání – intravenózně

Druhý den: 29. 5.2007

nic per os

Premedikace: Dolsin 50mg i.m. (Analgetikum, anodynum)

způsob podání - intramuskulárně

Medikace: Augmentin 1.2g po 8 hodinách (6-14-22 hod.)

(Antibiotikum) způsob podání - intravenózně

Clexane 0.2ml s.c.jednou za 24 hod.(v 18 hod.)

(Antitrombotikum, antikoagulans) způsob podání - intrasubcutáně

Ketonal 1 ampulka po 8 hodinách do 100ml F1/1 roztoku (6-14-22 hod.)

(Nesteroidní antirevmatikum, analgetikum) způsob podání - intravenózně

Tramal 100mg po 6 hodinách do F1/1 roztoku (6-12-18-24 hod.)

(Analgetikum, anodynum) způsob podání - intravenózně

Dipidolor 1 ampulka i.m. (ve 21 hod.) při velké bolesti

(Analgetikum, anodynum) způsob podání - intramuskulárně

Infuze: R1/1 500ml + KCl 7.5% 20ml, NaCl 10% 10ml

F1/1 500ml + KCl 7.5% 20ml
5%G 500ml + KCl 7.5% 20ml
způsob podání - intravenózně

Třetí den: 30.5.2007

Dieta: 9/1S + čaj

Léky jako předešlé dny, způsob podání - rozdrtit do sondy

Infuze: R1/1 1000ml + KCl 7.5% 20ml,

NaCl isot 500ml 10% 10ml, Celaskon 1 ampulka

Medikace: stejná jako 29.5.2007

Čtvrtý den: 31.5. 2007

Dieta: 9/1S + Nutridrink Multifibre Diabetes 1000ml (doplněk stravy)

Léky jako předešlé dny, způsob podání - rozdrtit do sondy

Mucosolvan 1 ampulka i.v. po 8 hod. (8-16-24 hod.)

(Expektorans, mukolytikum) způsob podání - intravenózně

Tiapridal 1 ampulka i.v. po 8 hod. (8-16-24 hod.)

(Psychofarmakum, neuroleptikum) způsob podání - intravenózně

Pátý den: 1.6.2007

Léky jako předešlé dny, způsob podání - rozdrtit do sondy

Dieta: 9mix. Sondou + Nutrizone Multifibre 1000ml

Infuze: G 5% 500ml + KCl 7.5% 20ml, Cardilan 2 amp.

R1/1 500ml + KCl 7.5% 20ml

13 Posouzení stavu potřeb klienta podle M. Gordon

13.1 Vnímání zdraví

Pacient vnímá svůj zdravotní stav jako zhoršený. Za poslední rok byl několikrát hospitalizován v nemocnici. Obává se pooperačního průběhu. Udržet dobrý psychický stav mu pomáhá manželka. Při výskytu zdravotních problémů vždy navštíví lékaře a jeho doporučení dodržuje .

13.2 Výživa, metabolismus

Pacient má problémy s rozkousáním a příjmem potravy. Omezuje ho bolestivost při polykání a viklání zubů. Podle měřicí škály bolesti VAS 1-5 jeho bolest odpovídá stupni 3, další naměřené hodnoty v příloze č.3. Denní příjem má rozdělený na snídani, dopolední svačinu, oběd, odpolední svačinu, večeři a druhou večeři vzhledem k diabetu mellitu. Na přídatky není zvyklý. Svou stravu méně solí. Pitný režim se snaží dodržovat přiměřeně. Denní příjem tekutin je 1,5 – 2 litry. Tomu odpovídá dobrý kožní turgor, dobrý stav vlasů, nehtů i sliznic.

13.3 Vylučování – moče, stolice, potu

Veškeré vylučování má pacient bez větších problémů. Močí pravidelně, bez příměsí. Během života neprodělal žádné záněty ani jiná onemocnění, která by mohla ovlivnit vylučování moče. Na stolici chodí pravidelně v ranních hodinách, nepotřebuje zvláštní rituály k vyvolání reflexu. Pokud dojde k poruše vyprazdňování (zácpa, průjem), použije potraviny vhodné k úpravě konzistence stolice. Vylučování potu je spíše menší.

13.4 Aktivita, cvičení

Pocit dostatečné síly a životní energie pociťuje jako zhoršený. Svoji tělesnou aktivitu utužuje občasnými protahovacími cviky. K zvýšení tělesné aktivity mu brání nynější onemocnění. Tělesnou aktivitu se snaží udržet prací na zahrádce. Podle Biensteinovy

škály k hodnocení situace rizik v oblasti dýchání nebyl pacient v den příjmu ohrožen, naměřená hodnota 6 bodů, další dny výsledky měření v příloze č. 2.

13.5 Spánek, odpočinek

Cítí se unaven, někdy má problémy s usínáním a občas se budí. Tyto problémy vznikají v cizím nemocničním prostředí. Tento stav však necítí jako nežádoucí, připisuje ho svému stárnutí a nynějšímu onemocnění. Léky na spaní ne užívá.

13.6 Vnímání

Pacient má jasné, plně orientované vědomí se stálou pozorností. Řeč je narušená ve své výslovnosti (bolesti v dutině ústní, stav po ozařování), jinak je plynulá. Sluch je zatím dobrý.

Pokud se zaměříme na vnímání bolesti, zjistíme, že ji pacient vnímá přiměřeně a bolest v současné době má. Bolest je chronická, střední a trvá přibližně půl roku. Nachází se v dutině ústní. Pokud je její intenzita větší, použije analgetika. Intenzita bolesti se zvyšuje při stravování a ve večerních hodinách.

13.7 Sebepojetí

Pacient se cítí být optimistou, plně si důvěřuje. Svůj talent nedokáže posoudit. Pocity strachu mívá z onemocnění a jeho prognózy, také o své nejbližší. Pokud má poblíž dobrou knihu a své blízké, daří se mu negativní pocity snížit nebo odstranit. S nervozitou se nepotýká, je zvyklý na stresové situace. Se svým vzhledem je spokojen částečně, protože došlo k narušení symetrie obličeje.

13.8 Role – mezilidské vztahy

Pacient je ženatý, má syna a dceru. Bydlí ve společné domácnosti s manželkou a dcerou. Rodinné problémy nemají. Pokud se nějaké vyskytnou, vše řeší společně. Pacient je již v důchodu. Bydlí v rodinném domku a práce na zahradě ho uspokojuje. Nyní má radši klidnější prostředí.

13.9 Sexualita, reprodukční schopnosti

S manželkou žije v dlouholetém vztahu již 30 let. Uvádí, že v jejich vztahu se problémy nevyskytly. Urologické operace ani jiná onemocnění neguje.

13.10 Stresové zátěžové situace

Napětí v současné době pacient prožívá více. Je způsobeno výskytem choroby. Chvíli mu trvá vyrovnat se ze zátěžovou situací. Zvládá to s podporou rodiny. Důležitou změnou v posledních dvou letech byl odchod do důchodu a objevení choroby, proto se také zaměřil na práci okolo domu.

13.11 Víra, životní hodnoty

Pacient není věřící, ale víru považuje za občasnou potřebu. Své hodnoty řadí následovně: zdraví, rodina, práce, peníze, záliby, cestování, víra. Z toho vyplývá, že zdraví nejen jeho, ale především celé rodiny je pro něj nejdůležitější.

13.12 Jiné

Z rozhovoru bylo patrné, že je pacient o vážnosti své choroby informován. „Je připraven bojovat o svůj život.“ Tuto sílu získává ze své rodiny. Snaží se na vše pohlížet optimisticky.

14 Ošetřovatelské diagnózy

14.1 Ošetřovatelské diagnózy v den příjmu (28.5.2007)

00148 – Strach způsobený opakovanou hospitalizací, zhoršeným zdravotním stavem, z budoucnosti projevující se zvýšeným napětím, verbalizací, poruchou spánku s častým buzením a únavou.

Cíle, výsledná kritéria

CD – Pacient je bez pocitu strachu, do 5 dnů.

CK – Pacient má dostatek informací o nemoci, do 24 hod.

VK – Pacient naváže slovní kontakt s personálem při přijetí, ihned.

- Pacient je klidný do 4 dnů.

- Pacient usíná do 30 minut po uložení, do 3 dnů.

- Pacient spí 6hodin nerušeně, do 3 dnů.

- Pacient zná metody usnadňující usínání, do 24 hod.

Intervence

Poskytni veškeré ústní i písemné informace týkající se zdravotního stavu nemocného (do 24 hod.) – primární sestra.

Poskytni všechny informace nemocnému o léčebném režimu – do 24 hodin.

Umístí nemocného na menší pokoj ihned – primární sestra.

Dej příležitost a dostatečný časový prostor pro dotazy pacienta – při každém kontaktu.

Vysvětli nemocnému vztah mezi nemocí a příznaky, do dvou dnů – primární sestra.

Poskytni dostatek času, naslouchej nemocnému - při každém kontaktu.

Odstraň rušivé faktory prostředí při usínání pacienta - 24 hodin.

Zajisti nemocnému signalizační zařízení k lůžku a pouč o jeho užití, ihned – primární sestra.

Doporuč dodržování pravidelnosti denního režimu – do 24 hodin.

Vysvětluj pacientovi každý ošetřovatelský postup – při každém kontaktu.

Aktivizuj nemocného četbou, TV, rádiem v průběhu dne – do 24 hodin.

Zajisti, aby nemocný nespál během dne – do 24 hodin.

Zjisti usínací návyky nemocného – do 12 hodin.

Zajisti úpravu lůžka a vyvětrání pokoje pacientovi před spánkem – do 12 hodin.

Doporuč nemocnému metody usnadňující usínání – do 12 hodin.

Zajisti spolupráci a denní kontakt nemocného s rodinou – do 2 hodin.

Zapoj rodinu do denních aktivit nemocného – do 12 hodin.

Realizace

Při příjmu jsem nemocnému zajistila třílůžkový pokoj pouze s jedním spolupacientem. Umožnila jsem mu místo v pokoji u okna. Zajistila jsem mu signalizační zařízení k lůžku a informovala o možnostech užití, seznámila jsem ho s denním režimem na oddělení. Změřila jsem základní fyziologické funkce a odebrala krev. Všechny postupy jsem vysvětlila předem a ponechávala jsem nemocnému dostatek času pro jeho dotazy. Vzhledem k infuzní terapii jsem vysvětlila a předvedla nemocnému metody provedení hygienické péče. Zjistila jsem usínací návyky pacienta a doporučila mu metody usnadňující spánek. Dbala jsem na úpravu prostředí, vyvětrání pokoje a minimalizovala jsem rušivé faktory spánku nejen při usínání, ale i během noci. Doporučila jsem nemocnému a jeho rodině možné denní aktivity – donesení denního tisku, zajistila dopravení přenosné televize na pokoj k lůžku pacienta..Setkala jsem se s rodinou a vše jsme si znovu vysvětlili, odpověděla jsem na dotazy a zkontaktovala jsem ošetřujícího lékaře. Poučila jsem nemocného o následujícím operačním zákroku. Vše jsem zapsala do dokumentace nemocného.

Hodnocení

Efekt částečný: pacient verbalizoval snížení strachu, měl pocit, že získal veškeré informace ohledně svého zdravotního stavu a prognózy onemocnění.

Aktivně se zapojoval do denních činností, komunikoval se spolupacienty i s personálem. V noci se jednou vzbudil při nočním ošetření jiného pacienta.

00118 - Porušený obraz těla způsobený onemocněním a zduřením v obličejové oblasti, projevující se verbalizací negativní kritiky svého vzhledu.

Cíl, výsledná kritéria

CD - Pacient akceptuje sám sebe v dané situaci do konce hospitalizace.

CK – Pacient chápe příčiny své tělesné změny, do 48 hod.

VK – Pacient má dostatek informací o své nemoci, do 24 hod.

- Pacient zná projevy otoku, do 4 hod.

- Pacient neverbalizuje negativní kritiku svého vzhledu, do 2 dnů.

Intervence

Sleduj emoční stavy pacienta – při každém kontaktu.

Prodiskutuj s pacientem význam změny – průběžně.

Motivuj pacienta k denním činnostem na oddělení – do 1 hodiny.

Získej důvěru pacienta a upevňuj jeho sebevědomí – při každém kontaktu.

Nechávej pacientovi dostatečný časový prostor k jeho vyjádření – při každém kontaktu.

Vysvětli pacientovi příčiny vnímání porušeného tělesného obrazu – do 12 hodin, primární sestra.

Spolupracuj s rodinou a umožni návštěvy rodinných příslušníků – denně.

Motivuj pacienta k léčebnému režimu – do 12 hodin.

Pouč pacienta o léčebném režimu a významu dodržování – do 12 hodin, primární sestra.

Nabídní pacientovi a jeho rodině možnost konzultace s psychologem – do 24 hodin, primární sestra ve spolupráci s lékařem.

Dejte dostatečný časový prostor k dotazům a odpovědím pacientovi – při každém kontaktu.

Pomoz s hygienickou péčí v oblasti obličeje 3x denně.

Povzbuzuj členy rodiny v normálním jednání v průběhu celé hospitalizace pacienta – průběžně.

Poděj informace o následných chirurgických zákrocích - den po operačním zákroku.

Vysvětli nutnost zvýšené hygienické péče o dutinu ústní - před výkonem, po výkonu.

Vysvětlili nutnost zvýšené hygienické péče v okolí tracheostomické kanyly - před výkonem , po výkonu.

Poděj informace týkající se pooperační péče - do 12 hodin.

Realizace

Pacientovi jsem podala dostatek informací společně s ošetřujícím lékařem. Vysvětlila jsem mu možnost vzniku velkého otoku v dutině ústní a následnou péči o dutinu ústní. Informovala jsem rodinu o možném velkém otoku dutiny ústní i obličeje. Všem jsem vysvětlila, že jde o přechodný stav. Ukázala jsem tracheostomickou kanylu a vysvětlila její funkci ještě před operačním zákrokem. Ve spolupráci s rehabilitačním pracovníkem jsme ho edukovali o správném dýchání se zavedenou tracheostomickou kanylou. Popsala jsem nemocnému průběh perioperační péče a snažila jsem se nemocného motivovat k léčebnému režimu, o významu jeho dodržování. Vysvětlila jsem nemocnému příčiny vnímání porušeného tělesného obrazu a poskytla jsem dostatečný časový prostor k jeho vyjádření včetně možností řešení situace vedoucí k reálnému pozitivnímu sebehodnocení. Nabídla jsem nemocnému možnost konzultace jeho stavu s psychologem.

Hodnocení

Efekt nesplněn: pacient získal dostatek informací, ale po chirurgickém výkonu svůj vzhled velmi negativně kritizoval a projevoval nedůvěru v normalizaci jeho zdravotního stavu.

Pacient i rodina se aktivně zapojovali do léčebného režimu, ale bylo patrné jejich „rozčarování“ nad momentálním stavem pacienta a zhoršujícím se otokem nemocného.

00133 – Chronická bolest z důvodu onemocnění v oblasti dutiny ústní, projevující se intenzitou bolesti stupně 3 a zhoršenou verbální komunikací.

Cíl výsledná kritéria

CD - Pacient pociťuje snížení bolesti o 1 stupeň, do 24 hod.

CK - Pacient zná příčiny bolesti, do 2 hodin.

VK – Pacient používá metody ke zmírnění bolesti, do 2 hodin.

- Pacient používá pomůcky ke zlepšení komunikace celou hospitalizaci.
- Pacient používá mast na zklidnění bolesti v dutině ústní 1/2 hod před jídlem, do 24 hodin.
- Pacient zná měřící škálu bolesti, do 2hod.
- Pacient si umí sledovat a zaznamenávat bolest s využitím měřící škály, do 2 hod.
- Pacient provádí hygienu dutiny ústní 3x denně.

Intervence

Pouč o hygienické péči o dutinu ústní - do 2 hod.

Pečuj o dutinu ústní - 3x denně.

Dej k dispozici Anestezínovou emulzi, edukuj o jejím používání - při příjmu primární sestra.

Vysvětli měřící škálu bolesti a hodnocení bolesti - do 2 hod primární sestra.

Sleduj a zapisuj intenzitu bolesti do dokumentace pacienta - 3x denně.

Používej vhodné pomůcky při ošetřování dutiny ústní - při každém ošetření

Umožni pacientovi především neverbální komunikaci - při každém kontaktu.

Umožni pacientovi využití papíru a tužky, abecedy, tabulky pro zlepšení komunikace - ihned, při každém kontaktu.

Dohodni se s nemocným na nejlepší pomůcce při komunikaci s personálem - při příjmu, primární sestra

Podávej léky tlumící bolest - podle ordinace lékaře.

Prováděj zápis do dokumentace nemocného - podle ordinace lékařem.

Realizace

Pacientovi jsem podala informace o naordinovaných lécích na bolest. Vysvětlila jsem mu jejich možné dávkování. Podle ordinace lékařem jsem tyto léky podávala a zapisovala do dokumentace nemocného. Podala jsem pacientovi vhodné pomůcky k provádění hygienické péče. Vysvětlila jsem nutnost šetrného ošetření dutiny ústní. Podala jsem a vysvětlila účinek anestetizované emulze na zmírnění bolesti v dutině ústní, kontrolovala jsem správnost jejího použití. Vysvětlila jsem měřicí škálu bolesti a provedla záznam naměřených hodnot třikrát denně. Vše jsem zaznamenala do dokumentace nemocného. Domluvili jsme se s pacientem na pomalé jednoduché verbální komunikaci, s občasným použitím písemné formy.

Hodnocení

Efekt úplný: pacient spolupracoval a snažil se převážně neverbálně komunikovat s personálem. Verbalizoval snížení bolesti o 1 stupeň. Sám si zapisoval hodnoty škály bolesti. Respektoval intervaly mezi podáním léků na bolest. Pochopil a aktivně se zapojil do péče o dutinu ústní. Pravidelně si aplikoval anestetizovanou emulzi.

14.2 Ošetřovatelské diagnózy v den operace (29.5. 2007)

00132 - Akutní bolest způsobená operačním zákrokem v dutině ústní, projevující se bolestivými posunkami, zhoršenou komunikací, intenzitou bolesti stupněm č. 5 a obtížným polykáním.

Cíle, výsledná kritéria

CD – Pacient nepocítí uje bolest do 3 dnů.

CK – Pacient pocítí uje snížení bolesti o 2 stupně do 12 hod.

VK - Pacient nemá bolestivé posunky, do 12 hod.

- Pacient zná časový odstup podání léků proti bolesti ihned po probuzení.
- Pacient zná stupně škály bolesti při příjmu.
- Pacient používá pomůcky ke zlepšení komunikace do 4 hod. od probuzení.

Intervence

Sleduj intenzitu bolesti, škály bolesti a zapisuj do dokumentace nemocného - 3x denně.

Sleduj výraz tváře pacienta v klidu, při převazech - při každém kontaktu.

Podávej léky na bolest s časovým odstupem - dle rozpisu lékaře.

Podej pacientovi pomůcky ke zlepšení komunikace - po probuzení.

Přikládej na operovanou část obličeje studené obklady 15-20 minut zhruba s 20 minutovou pauzou - po příjezdu ze sálu.

Kontroluj stav rány, krvácení každou hodinu po dobu 8 hodin - při každém kontaktu.

Ošetřuj šetrně dutinu ústní pomocí sterilních tampónů namočených v bor – glycerínu nebo Pegavit štětičkami, poté dezinfekčním roztokem - 6x denně a podle potřeby.

Používej vhodné pomůcky k ošetření dutiny ústní.

Umožni návštěvu rodiny a zapoj v péči o pacienta - v odpoledních hodinách.

Realizace

Pacientovi jsem vysvětlila možnost podání léků na bolest. K lůžku jsem mu dala a ukázala signalizační zařízení. Sledovala jsem celkový stav po operaci a zaměřila jsem se na prožívání bolesti. Bezprostředně po operačním výkonu jsem prováděla měření, sledování a vedla jsem záznam o bolesti. Pokládala jsem pouze jednoduché a srozumitelné dotazy nemocnému. Při ošetřování dutiny ústní jsem postupovala šetrně podle předepsaných ošetrovatelských standardů. Sledovala jsem stav rány, její otok a krvácení. Ke zmírnění bolesti jsem podávala léky dle ordinace lékaře a snažila jsem se chladit ránu ledem. Přikládala jsem ledové obklady nemocnému ve dvacetiminutových intervalech. Při každodenních návštěvách jsem spolupracovala s rodinou nemocného a edukovala v oblasti pooperačního průběhu a léčebného režimu.

Hodnocení

Efekt úplný: pacient se snažil spolupracovat s personálem. Po probuzení mu chvíli trvalo, než se zorientoval v dané situaci, ale po navázání kontaktu došlo ke zklidnění. Využíval možnost podání léků proti bolesti. Dobře mu působilo podání ledu, kterým si mohl chladit části obličeje. Během tří dnů snížil bolest o 3 stupně, to mu přispělo k větší psychické pohodě. Také byl rád za umožnění návštěv rodiny, která za pacientem pravidelně docházela.

00045 - Poškozená ústní sliznice z důvodu operačního zákroku v dutině ústní projevující se otokem, obtížným vyslovováním, krvácením, obtížemi s rozmělněním a polykáním stravy

Cíle, výsledná kritéria

CD – Pacient má zhojenou ústní sliznici do 1 měsíce.

CK – Pacientovi se hojí rána per prima do konce hospitalizace.

VK – Pacient nekrváčí v oblasti operačního výkonu z ústní sliznice do 6 hod.

- Pacient má menší otok do týdne.
- Pacient má zavedenou nasogastrickou sondu do 6 hod.
- Pacient chápe vzniklé změny v dutině ústní při příjmu.
- Pacient se dorozumí pomocí dalších komunikačních pomůcek do 2 hod.

Intervence

Sleduj stav operační rány, krvácení každou hodinu po dobu 8 hod. - při každém kontaktu.

Podávej léky na snížení otoku dle ordinace lékaře - dle rozpisu.

Edukuj o změnách v dutině ústní po operačním zákroku - před zákrokem.

Edukuj o zavedení sondy a jejím využití - primární sestra s lékařem, před zákrokem.

Edukuj o změnách, způsobu a vhodnosti stravy - při příjmu, při propuštění.

Doporuč rodině vhodnost určitých jídel a dietetických doplňků - primární sestra do 12 hod. a před propuštěním.

Kontroluj správnost zavedení nasogastrické sondy a její fixaci - ihned po zavedení, při každé aplikaci do sondy.

Kontaktuj dietní sestru s rodinou - do 48 hod.

Prováděj převazy dle platných ošetrovatelských standardů - 1x denně, podle potřeby.

Sleduj příjem a výdej tekutin – jednou za 24 hodin.

Zapisuj do dokumentace bilanci tekutin pacienta - při každém podání.

Pečuj o dutinu ústní, výtěry, výplachy v pořadí patro – tváře – jazyk (6x denně, podle potřeby).

Zajisti zvýšenou polohu pacienta 30 – 40 stupňů s podloženou hlavou - při příchodu ze sálu.

Zjednoduš komunikaci s pacientem předem domluvenou formou a pomůckami - primární sestra ihned po stabilizaci celkového stavu.

Připrav funkční odsávačku a prováděj šetrné odsávání z dutiny ústní - ihned po operačním zákroku.

Realizace

Při příjmu jsme pacienta informovali spolu s ošetřujícím lékařem o operačním zákroku, možných komplikacích a změně vzhledu. Také byl poučen o následné léčbě. Po příjezdu pacienta ze sálu jsem zkontrolovala celkový stav, změřila fyziologické funkce a sledovala stav operační rány. Připravila jsem si pomůcky k péči o dutinu ústní. Prováděla jsem pravidelné odsávání z dutiny ústní. Vytírala jsem dutinu ústní sterilními čtverečky a Pegavit štětičkami. Vše jsem prováděla podle platných ošetřovatelských standardů. Snažila jsem se provádět veškeré ošetřovatelské úkony rychle a bez traumatických změn. Edukovala jsem pacienta o nutnosti zavedení nasogastrické sondy. Spolu s lékařem jsme pacientovi vysvětlili způsob zavedení nasogastrické sondy a výkon provedli. Zkontrolovali jsme správnost zavedení pomocí fonendoskopu. Vyzkoušela jsem průchodnost nasogastrické sondy. V odpoledních hodinách jsem zkusila aplikovat čaj. Při kontaktu s rodinou jsem vysvětlila způsob krmení do sondy a vhodnost určitých potravin. Zodpověděla jsem na jejich dotazy týkající se ošetřování nasogastrické sondy.

Hodnocení

Efekt částečný: ústní sliznice se po operačním zákroku hojí pomalu. Rána byla klidná, nekrvácela, ale byla velmi oteklá. Nebyly patrné nežádoucí zánětlivé ani jiné změny v dutině ústní. Pacient po výkonu spolupracoval. První dny po operačním zákroku jsem ošetřovala dutinu ústní podle ošetřovatelských standardů. Po několika dnech se pacient a jeho rodina snažili naučit správnou ošetřovatelskou péči sami. Nemohu zhodnotit stav dutiny ústní, protože moje sledování skončilo dřív než jeho hospitalizace.

00004 - Riziko infekce z důvodů zavedené periferní žilní kanyly, tracheostomické kanyly, Redonova drénu, močového permanentního katetru, přidruženého onemocnění – Diabetes mellitus II stupně.

Cíle, výsledná kritéria

CD – Pacient nejeví známky infekce během celého pobytu.

CK – Pacient zná vstupní brány infekce před operačním zákrokem.

- Pacient má dostatek informací o intravenózní kanyle, Redonovém drénu, tracheostomické kanyle, močovém katetru - před operačním zákrokem.
- Pacient dodržuje léčebný režim během celého pobytu.
- Pacient chápe užívání antibiotické léčby - před zákrokem.

Intervence

Edukuj o možné vstupní bráně infekce - před operačním zákrokem.

Kontroluj dodržování léčebného režimu - při každém kontaktu s nemocným.

Veškeré převazy prováděj sterilně, dle platných standardů - primární sestra, dle potřeby.

Kontroluj možné vstupní brány infekce - při každém kontaktu s pacientem, primární sestra.

Aplikuj ATB dle časového rozpisu a sleduj nežádoucí účinky - 3x denně po 8 hod.

Používej vhodný obvazový materiál - při každém převazu.

Každý výstup z pacienta ošetřuj zvlášť - při převazu.

Sleduj močový katetr, množství moči a její příměsi - 2x denně a při každém kontaktu.

Sleduj Redonův drén, množství krve a funkčnost - při každém kontaktu.

Sleduj intravenózní kanylu, průchodnost a její okolí - při každé aplikaci léků a infuzí.

Sleduj tracheostomickou kanylu, průchodnost a okolí - při každém odsávání.

Používej vhodné pomůcky při ošetřování nemocného - při každém kontaktu s pacientem.

Realizace

Pacientovi jsem vysvětlila ještě před operačním zákrokem nutnost podání ATB, z důvodu možného vzniku infekce. Dále jsem ho upozornila na všechny možné vstupní brány infekce. Zavedla jsem a sterilně ošetřila intravenózní kanylu podle platných postupů. Po příjezdu ze sálu jsem zkontrolovala další vstupy zavedeny na sále a jejich funkčnost. Sledovala jsem a zapisovala do dokumentace nemocného Redonův drén (množství krve), močový katetr (množství a příměsi moče), intravenózní kanylu (průchodnost a okolí) a také tracheostomickou kanylu (průchodnost a okolí). Podávala jsem ATB podle předpisu.

Hodnocení

Efekt částečný: pacient byl informován před operačním výkonem o možných vstupních branách infekce. Po příjezdu ze sálu byl neklidný a snažil se vytrhnout veškeré vývody ze svého těla. Nebylo možné uhlídat pacienta, aby si na ně nesahal, proto nemůžu posoudit, zda se časem nějaká infekce nevyvine.

00039 - Riziko aspirace, z důvodu zavedené tracheostomické kanyly, sondy a chirurgického výkonu v dutině ústní.

Cíle, výsledná kritéria

CD – Pacient neaspiruje během celé hospitalizace.

CK – Pacient chápe nutnost zavedení tracheostomické kanyly před výkonem, ihned po probuzení.

- Pacient chápe nutnost zavedení nasogastrické sondy před výkonem, po zavedení.

Intervence

Pečuj o tracheostomickou kanylu, pravidelně odsávej podle daných postupů - podle potřeby.

Odsávej bez traumatických příhod - při každém odsávání.

Podávej nebulizaci s léky dle ordinace lékaře - každé 3hod.

Monitoruj saturaci kyslíkem – kontinuálně.

Sleduj vznik otoku v oblasti krku a obličeje - při každém kontaktu s pacientem.

Kontroluj možné krvácení v dutině ústní - každou hodinu po dobu 8 hodin.

Zkontroluj správnou polohu zavedené sondy - při podávání do sondy

Připrav k lůžku funkční odsávací zařízení - při příjmu na JIP.

Prováděj hygienu dutiny ústní - 6x denně, dále dle potřeby.

Kontaktuj RHB pracovníka, nácvik správného dýchání a vykašlávání - před chirurgickým výkonem, dále 2x denně.

Edukuj pacienta a rodinu o správném odsávání, péči o tracheostomickou kanylu.

Asistuj při výměně tracheostomické kanyly - třetí den po operaci, dále každý den.

Zajisti zvýšenou polohu pacienta s podloženou hlavou - při příjezdu ze sálu.

Realizace

Po příjezdu ze sálu jsem nachystala k pacientovi funkční odsávačku. Zkontrolovala jsem funkčnost tracheostomické kanyly. Měřila jsem saturaci kyslíkem a při poklesu jsem podala kyslík. Odsávala jsem také z dutiny ústní. Odsávání bylo nutné provádět často, protože zahlenění bylo velké. Dále jsem si připravila emitní misku se čtverci buničiny, štětičky Pegavit k vytírání dutiny ústní a Infadolan na potírání rtů. Třetí den po operaci jsme společně s lékařem provedli výměnu balónkové umělohmotné kanyly za nebalónkovou. První den po operaci jsme kontaktovali rehabilitačního pracovníka a ten začal dvakrát denně s pacientem cvičit. Prováděl dechová cvičení a začal pacienta vertikalizovat. První den po operaci jsme začali podávat stravu do nasogastrické sondy. Ověřili jsme si její funkčnost a podávali jen čaj po malých porcích.

Hodnocení

Efekt částečný: během pěti dnů ošetřování pacienta nedošlo ke vzniku aspirace. Pacient se snažil zapojit do ošetrovatelské péče. Spolupracoval s rehabilitačními pracovníky, správně dýchal a odkašlával. Po pěti dnech se snažil o samostatné krmení do sondy. Odsávání se bál a zatím nebyl schopen se sám odsávat. Nebylo jasné, zda půjde domů s tracheostomickou kanylou, neproběhla plná edukace pacienta a rodiny.

00155 - Riziko pádu, z důvodu pooperačního upoutání na lůžko.

Cíle, výsledná kritéria

CD – Pacient neupadne do 48 hod.

CK - Pacient zná postup při vstávání z lůžka při příjmu, po operačním zákroku do 12hod.

- Pacient má v dosahu signalizační zařízení při příjmu na ODD i na JIP.
- Pacient spolupracuje s RHB pracovníkem 2x denně.
- Pacient používá pomůcky ke zlepšení pohyblivosti během hospitalizace.
- Pacient chápe použití postranic při neklidu po operaci při příjmu.

Intervence

Edukuj o správném vstávání z postele - do 6hod.

Nainstaluj signalizační zařízení do vhodné vzdálenosti od pacientovy ruky - při příjmu.

Kontaktuj RHB pracovníka - při příjmu.

Pokud je to nutné, použij postranice - jen na nezbytně dlouhou dobu - při velkém neklidu.

Použij polohovací lůžko a vysvětli způsob ovládání - při příjmu.

Dej na lůžko hrazdičku - při příjmu.

Kontroluj stav podlahy okolo pacientova lůžka - při kontaktu s pacientem.

Odstraň možné překážky v okolí postele - při příjmu.

Sleduj celkový stav nemocného – průběžně.

Zkontroluj vhodnost obutí, popřípadě požádej rodinu o výměnu - při příjmu.

Realizace

Při příjmu jsem pacienta edukovala o správných postupech při vstávání z postele. Vysvětlili jsme si možnou potřebu postranic v případě pooperačního neklidu. Na pokoji jsem srovnala věci tak, aby nepřekážely v případném pohybu. Kontaktovala jsem rehabilitačního pracovníka, který začal po operaci pacienta rozcvičovat. Na lůžko jsem připevnila hrazdičku a vysvětlila její funkci. Signalizační zařízení jsem připravila na postel vedle pacientovy ruky. Při úklidu pokoje jsem zkontrolovala stav podlahy a v tento čas jsem prováděla úkony s pacientem na lůžku. Sledovala jsem celkový stav. Po operačním zákroku bylo nutné použít postranice, kvůli velkému neklidu. Byly použity jen do zklidnění celkového stavu pacienta. Po operačním zákroku byl u pacienta zvýšený dohled do doby odeznění anestezie a stabilizace stavu.

Hodnocení

Efekt úplný: pacient pochopil možné použití postranic v bezprostřední péči po operačním zákroku. Spolupracoval s rehabilitačními pracovníky. Snažil se brzy po operaci vertikalizovat. Správně prováděl naučené cviky a vstávání z postele. Během hospitalizace k pádu nedošlo.

14.3 Ošetrovatelské diagnózy čtvrtý den po operačním zákroku (6.1. 2007)

00161 - Ochota doplnit deficitní vědomosti, z důvodů zhoršeného zdravotního stavu a možných nových léčebných i operačních zákroků, projevující se verbalizací.

Cíle, výsledná kritéria

CD – Pacient má dostatek nových informací do 5 dnů.

CK – Pacient chápe svůj zdravotní stav, nemoc a léčbu do 24hod.

VK – Pacient neverbalizuje do 5 dnů.

- Pacient umí popsat možnou změnu svého stavu po operaci do 24hod.
- Pacient umí provádět ošetrovatelskou péči o tracheostomickou kanylu do 5 dnů.
- Pacient umí používat nasogastrickou sondu do 2 dnů.
- Pacient správně provádí péči o dutinu ústní do 2 dnů.

Intervence

Podej dostatek informací o následné ošetrovatelské péči - do 24hod.

Vysvětlí vznik možných pozdních komplikací po operačním zákroku - do konce hospitalizace.

Spolu s lékařem vysvětlí možnost ponechání tracheostomické kanyly a nasogastrální sondy i v domácím péči - do 24hod.

Edukuj pacienta o ošetrovatelské péči tracheostomické kanyly v domácí péči - primární sestra, do 5 dnů.

Edukuj pacienta o ošetrovatelské péči nasogastrální sondy v domácí péči - primární sestra, do dvou dnů.

Vysvětlí rodině změny ve stravovacím režimu - do dvou dnů.

Doporuč vhodné výživové doplňky stravy - do dvou dnů.

Kontaktuj dietní sestru - do 2 dnů.

Vysvětlí a kontroluj správnost prováděné hygienické péče o dutinu ústní – při každém kontaktu.

Poskytni písemné informace o ošetrovatelské péči dutiny ústní, tracheostomické kanyly, nosogastrické sondy - primární sestra s dietní sestrou, do 4 dnů.

Realizace

Pacientovi jsem se snažila vysvětlit nutnost zavedené tracheostomické kanyly ještě před výkonem. Také jsem ho připravila na možnost ponechání této kanyly do doby zahojení operační rány a dostatečného dýchání ústy. Edukaci v péči o tracheostomickou kanylu jsem se snažila provádět v přítomnosti rodiny. Názorně jsem jim ukázala vzhled tracheostomické kanyly. Popsala funkci a postup zavedení. Připravila jsem si pomůcky potřebné k odsávání a péči o tracheostomickou kanylu. Napřed jsem ústně v bodech vysvětlila postup odsávání a ošetření. Poté jsem provedla vlastní výkon.

V péči o nasogastrickou sondu jsem připravila pomůcky a snažila jsem se vysvětlit aplikaci do sondy pacientovi i jeho rodině. Domluvila jsem jim schůzku s dietní sestrou, aby se informovali ohledně výživy podávané do sondy. Vysvětlila jsem jim vhodnost podávání teplé ne horké stravy. Také jsem zdůraznila nevhodnost kořeněných jídel, aromatických nápojů.

Péči o dutinu ústní jsem provedla třikrát denně a další péči prováděl pacient sám, pod mojí kontrolou. V odpoledních hodinách byla také nápomocna rodina.

Hodnocení

Efekt úplný: pacient i rodina dostali dostatek ústních i písemných informací o zdravotním stavu a následné ošetrovatelské péči. Informace se týkaly péče o tracheostomickou kanylu a nasogastrickou sondu. Také mu lékař vysvětlil další možné postupy vedoucí ke zlepšení jeho celkového stavu i tělesného vzhledu.

15 Edukace pacienta

15.1 Edukační anamnéza

Jméno a příjmení: J. Z.

Oddělení: Stomatoonkologická klinika, JIP

Lékařská diagnóza: Ca regionalis sublingualis

Edukační potřeba v oblasti: Výživa, oblast č. 2 v NANDA doménách

Edukace je zaměřena: výživa a aplikace do nasogastrální sondy

Forma edukace: vedena verbálně (VE), písemně (PI), letáčkem (LE)

Doporučení: se zaměřilo na vhodné potraviny a konzistenci stravy

Edukován: pacient a rodina

Edukátor: primární sestra J. Kubešová

Vztah k zařízení: hospitalizace, po operačním zákroku

Používání pomůcek, závislost na přístrojích:

ke zlepšení komunikace potřeba papíru a tužky, abecední tabulky
pro volnost dýchacích cest nutná odsávačka

Existující komunikační bariéra: zavedená tracheostomická kanyla

Motivace k edukaci: dřívější propuštění do domácího ošetření

Biorytmus: spíše smíšený typ „sovy a skřivana“

Chronické onemocnění: DM II typu – na dietě

Bolest: akutní, pooperační stav

Zdroj informací: ošetrovatelský standart týkající se péče o nasogastrickou sondu

Edukace plánovaná: v oblasti č. 12 komfort (péče o dutinu ústní a tracheostomickou kanylu v domácí péči)

15.2 Stanovení edukační diagnózy

00126 – Deficitní znalost v péči o nasogastrickou sondu, z důvodu nedostatečných zkušeností se zavedenou nasogastrickou sondu (NSG), projevující se verbalizací o nedostatečné znalosti.

CD – Pacient zná péči o NGS do 3 dnů.

CK – Pacient chápe změnu stravovacích návyků do 2 dnů.

VK – Pacient má dostatek informací o NGS a její správné péči do 24hod.

- Pacient zná vhodnost potravin podávaných do NGS do 2 dnů.
- Pacient zná možné potravinové doplňky do 2 dnů.
- Pacient si umí sám aplikovat stravu do NGS do 2 dnů.
- Pacient zná možné komplikace spojené se zavedenou NGS do 3 dnů.

15.3 Edukační plán

Didaktické pomůcky: letáčky, ošetrovatelský standart v péči o NGS

Význam edukace v oblasti potřeby č.5: Vnímání - poznávání, které povedou k celkovému zlepšení příjmu potravy, zachování fyziologické střevní mikroflóry a peristaltiky.

Obsah tématu

Vysvětlí nutnost ponechání NGS.

Kontaktuj dietní sestru.

Kontaktuj rodinu a domluv vhodnou dobu pro edukaci.

Připrav si možné písemné informace ohledně ošetrovatelské péče o NGS.

Zvol vhodné místo k provádění edukace, dostatek míst k sezení.

Připrav potřebné pomůcky.

Vysvětlí pacientovi a rodině důležitost podávání výživy do NGS.

Seznam pacienta a rodinu s významem správné péče o NGS a správnou aplikaci výživy do sondy.

Snaž se pacienta i rodinu získat pro spolupráci.

Nachystej pomůcky potřebné pro odstranění slin (emitní miska, buničina).

Nachystej Janettovu stříkačku, emitní misku, buničinu, rozmixovanou potravu, čaj.

Zkontroluj průchodnost NGS, po podání výživy propláchni vždy čajem nebo vodou.

Podávejte maximální množství 300ml.

Provádějte výměnu fixace NGS, předcházení vzniku dekubitů.

Strava vhodná do NGS je nedráždivá, vlažná, nekyselá.

Dej možnost rodině při aplikaci do NGS.

Podmínky: Edukace proběhla v pokoji pacienta

15.4 Edukační záznam, realizace

Datum: 2.6. 2007

Čas: 15 hod.

Edukační potřeba v oblasti: Vnímání - poznávání, oblast č. 5 v NANDA doménách

Téma edukace: Péče a aplikace do nasogastrální sondy

Forma edukace: VE, LE, PÍ

Reakce na edukaci: verbální pochopení, dotazy, prokázané dovednosti

Doporučení: Sledovat správnou manipulaci s NG sondou

Před propuštěním do domácí péče znovu prokonzultovat a zkontrolovat
používání NG sondy

Příjemce: pacient a jeho rodina

Edukátor: primární sestra Kubešová

Realizace

Po předešlé domluvě s pacientem, rodinou a dietní sestrou jsem provedla edukaci. Zvolila jsem čas odpolední svačiny. Nachystala jsem židle, stoleček, pomůcky k ošetření NGS, čaj. Manželka přinesla rozmixovanou domácí stravu. V první fázi jsem pacientovi i rodině vysvětlila výhody zavedené NGS. Dále jsme si vysvětlili možné komplikace. S dietní sestrou jsme probrali vhodnost různých potravin. Nechali jsme pacienta s rodinou klást otázky, na které jsme se snažili odpovědět. Ve druhé fázi jsme přistoupili k názornému procvičení. Nejdříve jsem pacienta odsála z tracheostomické kanyly a pak jsem ukázala správnou techniku aplikace do NGS. Pod mým dohledem si aplikaci do NGS vyzkoušel pacient i rodina.

Tabulka 9: Kontrolní otázky pro sestru

Kontrolní otázky:	Správné odpovědi:
1. Které pacienty je nutné edukovat v péči o nasogastrickou sondu?	1. Všechny, kteří mají zavedenou nasogastrickou sondu poprvé.
2. Proč je nutné edukovat pacienty v péči o nasogastrickou sondu po operačních zákrocích?	2. Potřeba správné aplikace vede k dostatečné výživě a snížení vzniku aspirace.
3. Jaká je nezbytná podmínka ze strany klienta v péči o nasogastrickou sondu?	3. Spolupráce pacienta.

Tabulka 10: Kontrolní otázky pro pacienta

Kontrolní otázky:	Správné odpovědi:
1. Proč je pro vás důležité provádět správnou péči o nasogastrickou sondu a správnou aplikaci?	1. Pro zamezení vzniku infekce a dostatečný přísun potravy.
2. Jak správně aplikovat do nasogastrické sondy?	2. Umýt si ruce, nachystat si mixovanou stravu, Janettovu stříkačku. Stravu aplikovat v menších dávkách, několikrát denně.
3. Jaké jídlo je nevhodné?	4. Horké, kořeněné, dráždivé, džusy.

Zhodnocení edukace

Efekt úplný: pacient i jeho rodina pochopili nutnost stravovacích změn. Se zájmem prodiskutovali stravovací změny s dietní sestrou. Při dotazech správně odpovídali na mé dotazy ohledně péče a aplikace do NGS. byli schopni samostatně aplikovat potravu do NGS. Pacient ani rodina neviděli problém s možným odchodem do domácího ošetření s NGS.

16 Zhodnocení ošetrovatelské péče

16.1 Zhodnocení sestrou

Během hospitalizace jsem měla možnost sledovat a ošetřovat pacienta, který byl přijat k operačnímu zákroku v dutině ústní. Od začátku hospitalizace byli pacient i jeho rodinní příslušníci vstřícní komunikaci a edukaci. S pacientem se mi dobře spolupracovalo.

16.2 Zhodnocení pacientem

Pacient byl s poskytnutými informacemi během hospitalizace spokojen. Byl rád, že mohl přijímat návštěvy. Nespokojenost projevil po operačním zákroku se svým vzhledem. Bylo potřeba více pacienta motivovat a podporovat, aby těžké období překonal.

Závěr

Stomatologie se nezabývá jen úpravou chrupu, ale i složitými a závažnými chirurgickými výkony v oblasti úst, obličeje a krku. Tyto výkony mají velký vliv na vzhled pacienta a tím ovlivňují jeho celkový psychický stav. Z toho vyplývá, že přístup k stomatoonkologickým pacientům musí být velmi profesionální. Měla by být poskytnuta taková péče, která minimalizuje fyzické, psychické a sociální zatížení pacienta. To znamená zvolení vhodného operačního zákroku, následné somatické rehabilitační, popřípadě logopedické péče. Také využití nejnovějších protetických materiálů ke konstrukci různých náhrad a zubních implantátů přispívá ke zkvalitnění péče o pacienta. Pokud je to nutné, dočasné nebo doživotní zavedení výživové sondy a tracheostomické kanyly. V těchto případech je důležitá spolupráce s rodinou. Podpora rodiny vede k psychické i fyzické stabilitě pacienta. Opakovaná komunikace a edukace zdravotníků s pacientem a jeho rodinou přispívá k porozumění základního onemocnění s následnou možnou terapií. Nesmíme zapomenout, že přítomnost onkologické choroby nezatěžuje jen pacienta, ale i všechny členy rodiny. Pokud se pacient i rodina obávají nastalé situace, je vhodné doporučit psychologickou pomoc.

K tomu, aby se mohl pacient zařadit do normálního života, vede dlouhá cesta. Jsem přesvědčena, že by bylo dobré o stomatoonkologických onemocněních více informovat nejen zdravotnické pracovníky, ale i širokou veřejnost.

Použitá literatura

- DOENGES, M.E. a kol.: Kapesní průvodce zdravotní sestry. 2. vyd. Praha: © Grada Publishing, a.s., 2001. ISBN 8–24–024–8
- GANGALE, D. C.: Rehabilitace orofaciální oblasti. 1. vyd. Praha: © Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80–247–0534–6
- KILIAN, J. a kol.: Stomatologie pro studující všeobecného lékařství. Praha: © Universita Karlova v Praze – Nakladatelství Karolinum, 2003. ISBN 80–246–0772-7
- KOMPERT, O. a kol.: Onemocnění ústní sliznice. 1. vyd. Praha: © Státní pedagogické nakladatelství, 1991. ISBN 80-7066-329-4
- KŘIVOHLAVÝ, J.: Bolest její diagnostika a psychoterapie. 1.vyd. Brno: Idvpz, 1992. ISBN 80–7013–130–6
- MAREČKOVÁ, J.: Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách. 1.vyd. Praha: © Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80–247–1399–3
- MASTILIÁKOVÁ, D.: Úvod do ošetřovatelství I.díl – Systémový přístup. 1. vyd. Praha: © Univerzita Karlova v Praze – Nakladatelství Karolinum, 2004. ISBN 80–246–0429–9
- MAZÁNEK, J.: Nádory orofaciální oblasti. 1. vyd. Praha: Victoria Publishing, 1997. ISBN 80–7187–131–1
- MAZÁNEK, J. a kol.: Stomatologické repetitorium. 1. vyd. Praha: © Grada Publishing, a.s., 2003. ISBN 80–7169–824–5
- STAŇKOVÁ, M.: České ošetřovatelství 6. 1. vyd. Brno: NCO NZO BRNO, 2004. ISBN 80–7013–323–6
- TOMAN, J. a kol.: Nádory úst a obličeje. 1. vyd. Praha: © Avicenum, 1982
- TOMAN, J. a kol.: Stomatologická chirurgie. 1. vyd. Praha: © Avicenum, 1984
- TRACHTOVÁ, E. a kol.: Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. 2. vyd. Brno: NCO NZO BRNO, 2005. ISBN 80–7013–324–4
- WOTKE, J.: Patologie orofaciální oblasti. Praha: © Grada Publishing, a.s., 2001. ISBN 80–7169–975–6

[www.http://intranet/](http://intranet/)

Seznam zkratek

- AA – alergie
- CD – cíl dlouhodobý
- CK – cíl krátkodobý
- CNS – centrální nervový systém
- CT – tomografické vyšetření
- DM – Diabetes mellitus
- DSA – digitální subtrakční angiografie
- FA – farmakologická anamnéza
- GIT – gastroduodenální trakt
- i.m. – intramuskulárně
- i.v. – intravenózně
- JIP – jednotka intenzivní péče
- KO – krevní obraz
- KS – krevní skupina
- LE – letáčky
- NA – nynější anamnéza
- NGS – nasogastrická sonda
- NO – nynější onemocnění
- OA – osobní anamnéza
- O2 – saturace kyslíkem
- P – puls
- PI – písemně
- RA – rodinná anamnéza
- RTG – rentgenologické vyšetření
- SA – současná anamnéza
- TK – krevní tlak
- TT – tělesná teplota
- VE – verbálně
- VK – výsledná kritéria

Seznam tabulek

Tabulka 1	Biochemické vyšetření	37
Tabulka 2	Krevní obraz	38
Tabulka 3	Koagulační vyšetření	38
Tabulka 4	Sedimentace	38
Tabulka 5	Močový sediment	39
Tabulka 6	Moč chemicky	39
Tabulka 7	Příjem a výdej tekutin	39
Tabulka 8	Fyzikální vyšetření	40
Tabulka 9	Kontrolní otázky pro sestru	67
Tabulka 10	Kontrolní otázky pro pacienta	68

Přílohy

Příloha č.1 – Mezinárodní kvalifikace nádorů (Nádory orofaciální oblasti, 1997, s.109)

Příloha č.2 - Bienstein škála k hodnocení situace a rizik v oblasti dýchání (Hodnocení a měřící techniky v ošetrovatelské praxi 6, 2004, s. 43)

Příloha č.3 - Záznam kontroly bolesti (Hodnocení a měřící techniky v ošetrovatelské praxi 6, 2004, s. 15)

Příloha č.4 - Zavedení a péče o pacienta s nasogastrickou sondou (Standartní ošetrovatelský postup č.39 ÚOP VFN, 2007)

Příloha č.5 - Zvláštní péče o dutinu ústní (Standartní ošetrovatelský postup č.65 ÚOP VFN, 2006)

Příloha č.6 – Péče o pacienta po operaci v dutině ústní (Standartní ošetrovatelský postup č.75 ÚOP VFN, 2007)

Mezinárodní klasifikace nádorů

Mezinárodní klasifikace se označuje zkratkou ICD – O (International Classification of Diseases for Oncology). Nádory se kódují podle své lokalizace, mikroskopického vzhledu a se zřetelem na jeho biologické chování.

Biologické vlastnosti

- / 0 = nádor benigní
- / 1 = nádor nejistého či neznámého chování
- / 2 = novotvary in situ
- / 3 = novotvary maligní, primární
- / 6 = novotvary maligní, sekundární (metastatické)
- / 9 = novotvary maligní, není jisté, zda jsou primární nebo metastatické
-

Stupeň diferenciaci

- / 31 = nádor maligní, vysoce (dobře) diferencovaný
- / 32 = nádor maligní, středně (mírně) diferencovaný
- / 33 = nádor maligní, málo (špatně) diferencovaný
- / 34 = nádor maligní, nediferencovaný

Bližší posuzování biologických vlastností nádorů se dělí na typing, grading, staging.

Typing - je základní histologická typizace nádoru, je základem diagnózy.

Grading - je stanovení stupně diferenciaci určitého nádoru.

Staging - je stanovení stupně pokročilosti nádorové choroby.

TNM systém je klasifikace zhoubných nádorů

T – rozsah primárního nádoru

N – nepřítomnost či přítomnost a rozsah metastáz v regionálních mízních uzlinách

M – nepřítomnost či přítomnost vzdálených metastáz

Přidání čísel k těmto třem složkám ukazuje rozsah zhoubného novotvaru.

V současné době je pro klasifikaci nádorů hlavy a krku platná klasifikace UICC.

V přehledu se uvádí klasifikace nádorů rtu, ústní dutiny, čelistní dutiny a slinných žláz.

Bienstein škála k hodnocení situace a rizik v oblasti dýchání.

Ochota spolupracovat	Ochoten kontinuálně spolupracovat	0
	Spolupracuje na požádání	1
	Občas spolupracuje	2
	Nechce nebo nemůže spolupracovat	3
Současné plicní onemocnění	Nemá žádné	0
	Lehké infekce v oblasti nosu a úst	1
	Infekce v průduškách	2
	Plicní onemocnění	3
Prodělané plicní onemocnění	Neprodělal žádné	0
	V posledních 3 měsících prodělal lehké plicní onemocnění	1
	V posledních 3 měsících prodělal plicní onemocnění s těžkým průběhem	2
	Plicní onemocnění s následky na dýchacích cestách	3
Porucha imunity	Není	0
	Lehké oslabení imunity, které nesouvisí s generalizovanou infekcí	1
	Výraznější porucha imunity	2
	Úplné selhání imunity	3
Orotacheální manipulace	Žádné výkony v dýchacích cestách	0
	Ošetřovatelské výkony v nose a v ústech	1
	Oronasální odsávání	2
	Endotracheální odsávání	3
Kuřák/pasivní kuřák	Nekouří a nebývá v zakouřené místnosti	0
	Méně než 6 cigaret denně/bývá v zakouřené místnosti	1
	Kouří denně 6-15 cigaret denně/v blízkém okolí jsou	2

	kuřáci	
	Intenzivní kuřák	3
Bolest	Nemá	0
	Lehká trvalá bolest	1
	Silnější bolest bez vlivu na dýchání	2
	Silná bolest ovlivňující dýchání	3
Porucha polykání	Žádná	0
	Porucha polykání tekutin	1
	Porucha polykání tekuté a kašovitě stravy	2
	Porucha polykání veškeré stravy a slin	3
Omezení pohybu	Žádné	0
	Porucha kompenzovaná holí či změnou držení těla	1
	Pobyt na lůžku, pouze sezení v křesle	2
	Úplné omezení pohybu, pouze na lůžku	3
Povolání ohrožující plíce	Nevykonává takové povolání	0
	Pracoval 1-2 roky v zaměstnání ohrožující plíce	1
	Pracoval 2-10 let v zaměstnání ohrožujícím plíce	2
	Více než 10 let ve zvláště exponovaném prostředí	3
Intubační narkóza/respirátor	Nebyly v posledních 3 týdnech	0
	Krátká intubační narkóza (do 2 hodin)	1
	Déletrvající narkóza (nad 2 hodiny)	2
	Několik narkóz nebo napojení (delší než 12 hod.)	3
Stav vědomí	Při vědomí	0
	Somnolence	1
	Sopor	2
	Koma	3
Hloubka dechu	Dýchá bez námahy	0
	Dýchá namáhavě	1
	Těžká dušnost	2
Dechová frekvence	14-20 dechů/min.	0

	Přechodně nepravidelná tachypnoe / bradypnoe	1
	Pravidelná trvalá tachypnoe / bradypnoe	2
	Pravidelné patologické, hluboké nebo povrchní dýchání / střídání tachypnoe a bradypnoe	3
Léky tlumící dýchání	Žádné nedostává	0
	Občas dostává léky tlumící dýchání	1
	Pravidelně dostává léky tlumící dýchání	2
	Dostává léky s výrazným tlumícím účinkem např. morfin, barbituráty	3

Hodnocení

Bodové vyhodnocení	
00-06	Není ohrožen
07-15	Ohrožen
16-45	Vysoce ohrožen (eventuálně poruchy dýchání jsou již přítomny)

Zápis

Datum	Celkem Bodů	Podpis sestry
28.5. 2007	6 bodů	Kubešová
29.5. 2007	11 bodů	Kubešová
30.5. 2007	8 bodů	Kubešová
31. 5. 2007	8 bodů	Kubešová



II verze
Standardní ošetrovatelský postup č. 39

ZAVEDENÍ A PÉČE O PACIENTA S NASOGASTRICKOU SONDOU

Název útvaru:	Úsek ošetrovatelské péče VFN
Přípomínkové řízení do:	březen 2007
Průběh schvalování SOP:	1-3/ 2007
Odborný garant:	as.MUDr. Josef Výborný
Za zpracování a aktualizaci 1x ročně zodpovídá	Dagmar Škočová
Schválil: Anna Chrzová	datum:30.března 2007
Kontaktní osoba:	Dagmar Škočová
Nabývá účinnosti dne:15.dubna 2007	
Počet stran: 5	Držitel dokumentu: ÚOP VFN

Definice:

Zavedená nasogastrická sonda (dále jen NGS) umožňuje podávání výživy, nebo odvod přebytečného sekretu ze žaludku či duodena při poruchách peristaltiky gastrointestinálního traktu.

Cíl ošetrovatelské péče:

- Zajistit důkladnou informovanost pacienta o průběhu výkonu.
- Prevence iatrogenních komplikací (dodržení správného pracovního postupu, udržení průchodnosti NGS, zajištění správné fixace a prevence vzniku dekubitů).

NGS zavedená z důvodu zajištění výživy pacienta:

- Zajistit přiměřenou výživu pacienta.
- Zachovat fyziologickou střevní mikroflóru, peristaltiku a pravidelné vyprazdňování stolice.

NGS zavedení z důvodu odvodu sekretu ze žaludku a duodena

- Aspiraci žaludečního obsahu, vomitu a hromadění sekretu v gastrointestinálním systému (GIT).

Indikace:

Zavedení nasogastrické sondy indikuje vždy lékař.

- Bezvědomí
- Zabránit poruchám polykacího reflexu (např. CMP, DMO);
- Vrozené vývojové vady (např. rozštěp rtu)
- Stomatochirurgické operace
- Operace GIT
- Poranění orofaciální oblasti
- Prevence aspirace při odeznívání anestezie
- Mozkolebeční poranění
- Nausea, vomitus
- Onemocnění oropharyngu, pankreatu, GIT, hepatobiliárního systému

- Onkologická onemocnění

Kompetence pro zavedení NGS:

Vyplývají ze zákona č. 96/2004 Sb., vyhlášky č. 424/2004 Sb. a NV č.533/2005 Sb.-Katalog prací.

Pomůcky:

- Nasogastrická sonda
- Nesterilní rukavice
- Lokální anestetický gel (Mesocain, Instil gel)
- Buničina
- Emitní miska
- Janettova stříkačka
- Ústní lopatka (špátle)
- Sběrný sáček
- Kolíček nebo svorka na uzavření NGS
- Náplast na fixaci NGS,
- Fonendoskop

Pracovní postup:

- Připravte si potřebné pomůcky.
- Seznamte pacienta s průběhem výkonu, zodpovězte případné dotazy, eliminujte strach pacienta.
- Připravte pacienta do Fowlerovy polohy.
- Umyjte si ruce a navlékněte si rukavice.
- Vyjměte předem zmraženou NGS z obalu.
- Odměřte potřebnou délku NGS (vzdálenost nos → ušní boltec → špička mečíku sternu).
- Na konec sondy naneste anestetický gel.
- NGS pomalu zavádějte nosním průduchem.
- Pacienta vyzveme, aby při dráždění v krku začal pomalu polykat (můžeme dát pacientovi pít malé množství vody k usnadnění zavedení).
- NGS posouvajte při polykání dále do jícnu a žaludku- nezavádějte NGS proti odporu, sledujte dýchání pacienta.
- Po zavedení NGS napojte Janettovu stříkačku a odsajte žaludeční obsah. NGS umístíme tak aby při odsávání sekretu nebyl kladen odpor.
- Ověříme správnou polohu auskultační kontrolou- insuflace vzduchu pomocí Janettovy stříkačky (cca 50 ml) do NGS za současné auskultace fonendoskopem přiloženým na oblast epigastria.
- Fixujeme NGS náplastí k nosu.
- Napojíme sběrný sáček nebo sondu uzavřeme kolíčkem.
- Provedeme záznam o zavedení NGS do ošetrovatelské dokumentace.

Zavedení NGS u pacienta v bezvědomí:

- Základní pomůcky a postup je stejný viz dříve.
- Při komplikacích u zavádění NGS (NGS se stáčí do dutiny ústní, uzluje se) doplňte pomůcky o laryngoskop, rukavice pro lékaře a odsávačku. NGS zavede lékař a sestra asistuje.
- Uved'te pacienta do vodorovné polohy s mírným záklonem hlavy. (! Pozor na ETI, TCHK).
- Podáme lékaři laryngoskop (může předcházet odsátí DŮ pro lepší orientaci).
- Podáme NGS s aplikovaným anestetickým gelem.
- Napojíme Janettovu stříkačku a odsajeme žaludeční sekret.
- Auskultační metodou zkontrolujeme umístění.
- Fixujeme sondu náplastí. Napojíme NGS na odvodný sáček nebo NGS uzavřeme kolíčkem.

Ošetrovatelská péče o NGS

Odvodná funkce NGS:

- NGS napojte na odvodný sáček.
- Sledujte množství a charakter odpadu- zaznamenávejte do dekursu.
- Kontrolujte průchodnost NGS max. po 6 hod.
 - nejprve odsajte žaludeční sekret z NGS
 - poté propláchněte čajem nebo vodou (ne kyselý nápoje)Po aplikaci proplach odtáhněte a NGS napojte opět na sběrný sáček.
- Minimálně dvakrát denně provádějte výměnu fixace a kontrolu nosní dírky. Při správné fixaci by sonda neměla naléhat na stěny nosní dírky. Nosní dírku dle potřeby očistit štětičkou s boraxglycerinem.
- Dbejte na umístění NGS a sběrného sáčku tak, aby mohla tekutina volně odtékat.
- Provádějte pravidelné záznamy do ošetrovatelské dokumentace.
- Sondu se sáčkem (pokud to jde) umístíme na opačnou stranu než je CŽK, eventuálně jiný i.v. vstup.
- NGS ponecháme nejdéle 10-14 dní- po té ji vyměníme.

Výživná funkce NGS:

- Podávejte enterální výživu dle ordinace lékaře.
Možnosti podávání enterální výživy (dle zvyklostí odd.):
 - Enterální pumpa + set – kontinuálně.
 - Janetovou stříkačkou- množství max. 300 ml podané jednorázově.
- Občasným odtažením z NGS kontrolujte zda dochází ke správnému trávení výživy.
Enterální výživa – dnes převážně vyráběná firmami, ale možné podat i rozmixovanou potravu.
- Kontrolujte průchodnost NGS- po podání výživy jednorázově nebo při přerušení podávání kontinuálního propláchněte vždy NGS čajem nebo vodou (ne kyselou tekutinou- sráží bílkoviny vevýživě).
- Provádějte výměnu fixace minimálně 2x denně + prevence dekubitů.
- Vysvětlíte pacientovi důležitost podávání výživy a princip jejího podávání.
- Vše zaznamenávejte do ošetrovatelské dokumentace.
- Zhodnoťte schopnost pacienta strávit výživu, sledujte množství, pravidelnost a charakter stolice.

Nejčastější komplikace:

- Neprůchodnost NGS
- Špatná poloha NGS- neodvádí, nelze propláchnout
- Vznik dekubitů nosní dírky
- Alergie na fixační náplast
- Vytažení NGS následkem špatné fixace, nebo pacientem při zmatenosti, agresivitě
- Nemožnost zavedení NGS- např. při malformacích nosní přepážky- nelze-li zavést nosem, zavádí se ústy- orogastrická sonda
- Zvracení při zavedení NGS-špatná poloha, uzavřená sonda, neprůchodná NGS, velké množství sekretu
- Průjmovitá stolice po podání výživy- bolesti břicha
- Zavedení NGS do dýchacích cest

Shrnutí:

Všechny informace o NGS (zavedení, péči) zaznamenávejte do ošetrovatelské dokumentace. Stanovte plán Ošetrovatelské péče. Za péči o NGS zodpovídá sestra.

Použitá literatura:

Autor	Název publikace	Vydavatel
Doenges.M., Moorhouse. M.:	Kapesní průvodce zdravotní sestry	,Grada Publishing, Vydání 1, 1996.
Mikšová.Z., Janošíková. M., Zajíčková.M	Kapitoly z ošetrovatelské péče	I, Nalios, Vydání1, Vsetín, 1997.
Kolektiv autorů	Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z	Grada Publishing Praha, 2002.

Kontrola ošetrovat postupu:

2004 prosinec beze změn v.s.Škochová
2005 listopad menší úprava názvu SOP, ostatní beze změn v.s.Škochová
2007 březen vydána II.verze
2008



Kontrolní kritéria k pracovnímu postupu č39

Zavedení a péče o nasogastrickou sondu

Klinika:

**datum auditu:
auditor/auditoři**

Oddělení:

Metoda hodnocení	Kontrolní kritéria	ano	ne	nelze hodnotit
Dotazem na sestru	Je seznámena s postupem č. 39?			
	Spolupracoval pacient při zavádění sondy?			
	Zná nejčastější komplikace ?			
Dotazem na pacienta	Byl seznámen s výkonem?			
	Je sonda správně upevněna?			
Pohledem do dokumentace	Je proveden záznam o zavedení sondy ?			
<u>Bodové hodnocení:</u> ano 3 body nekompletní 1 ne 0				
Součet bodů celkem:				



Standardní ošetrovatelský postup č. 75

PÉČE O PACIENTA PO OPERACI V DUTINĚ ÚSTNÍ

Název útvaru:	Úsek ošetrovatelské péče VFN
Připomínkové řízení do:	31. října 2006
Průběh schvalování SOP:	7/11 2006
Odborný garant	prim.MUDr.K.Šťastný CSc.
Za zpracování a další aktualizaci 1xročně ručí	Gregorová Petra
Kontrola platnosti SOP:	1 x ročně
Schválil: Anna Chrzova	Datum:7.prosince 2006
Kontaktní osoba:	Gregorová Petra
Nabývá účinnosti: 1.ledna 2007	Držitel dokumentu: ÚOP VFN
Počet stran: 4	

Definice:

Pooperační péče se řídí podle závažnosti a druhu chirurgického výkonu, celkového stavu pacienta a druhu anestézie.

Kompetence:

- Vyplyývají ze zákona č. 96/2004 Sb., vyhlášky č. 424/2004 Sb. a NV č. 533/2004 Sb.

Cíl:

U pacienta nedojde ke komplikující infekci z důvodu špatně ošetřené dutiny ústní.. Pacient bude vyrovnán se změnou denního režimu po výkonu..

1. Druhy výkonů

- **Dentoalveolární chirurgie** - výkony menšího rozsahu, většinou ambulantní.
Extrakce (vytažení) a chirurgické (operativní) extrakce zubů, léčení zánětů menšího rozsahu v oblasti úst, výkony na čelistních kostech a zubních kořenech, operace menších cyst, nezhoubných nádorů, ošetření úrazů ústní dutiny.
- **Maxilofaciální chirurgie** - léčení rozsáhlejších zánětů čelistních kostí a měkkých tkání obličeje, větších cyst, maligních tumorů a závažnějších benigních nádorů, chirurgické výkony směřující ke zlepšení podmínek pro adhezi zubních náhrad, chirurgická léčba čelistních anomálií, ošetřování zlomenin obličejového skeletu a rozsáhlejších traumat měkkých tkání, stomatochirurgická léčba pacientů se závažnými poruchami krevní srážlivosti atd. Většina výkonů se provádí v celkové anestezii ve spolupráci s ostatními obory.

2. Pooperační péče u hospitalizovaných pacientů

- Sledujte fyziologické funkce (TK, P) do stabilizace po 30 minutách- (dle druhu anestezie).
- Kontrolujte močení - nejdéle do 8 hod. po výkonu
- Provádějte hodnocení bolesti a aplikujte analgetika a anodyna dle ordinace lékaře.
- Přikládejte na operovanou část obličeje studené obklady (délka trvání 15-20 minut zhruba s 20 minutovou pauzou).

- Sledujte, aby pacient neležel na operované straně.
- Kontrolujte každou hodinu krvácení - po dobu 8 hodin. Při krvácení v dutině ústní zakousnout mulový čtverec, tampon - může být namočen v Exacylu, Traumacelu.
- Sledujte bilanci tekutin - dostatečná hydratace pacienta.
- Zajistěte zvýšenou polohu pacienta v úhlu 30 - 45 stupňů s podloženou hlavou.
- Udržujte vlhkost rtů.
- Poučte pacienta po operacích a úrazech nosních a paranasálních dutin, aby **nesmrkal!**
- Edukujte pacienta o změnách a způsobu výživy:
 - v prvních pooperačních dnech tekutá nebo parenterální
 - dále kašovitá, na běžnou stravu přechází dle závažnosti stavu.
 - nesmí jíst horká a kořeněná jídla, nepít aromatické nápoje.
- Sledujte nutriční hodnoty pacienta.
- Poučte pacienta o způsobu čištění zubů po operaci, zdůrazněte, aby **nekloukal**.
- Dbejte na péči o dutinu ústní - **minimálně 6x denně** - vytírejte sterilním tamponem namočeným v Bor - glycerínu nebo Pagavit štětičkami a poté vytřete dutinu ústní dezinfekčním roztokem.
- Kontrolujte průchodnost nosu - případně vykapejte Sanorinem - ne déle než 1 týden
- Uplatňujte při ztížené komunikaci i jiné formy dorozumívání (tabulky s písmeny, tužka a papír atd.)
- Provádějte záznamy do ošetrovatelské dokumentace

3. Komplikace po výkonu:

- **obliterace dýchacích cest**
 - zatékání krve
 - usazování krevních sraženin
 - otok měkkých tkání
 - hromadění bronchiálního sekretu
- **krvácení**
 - časně
 - pozdní
- **porucha funkce hlavových nervů, zvl. u V (trigeminus)**
- **emfyzem**
- **zvracení**
- **infekce**
- **tromboembolické onemocnění**
- **poruchy příjmu potravy**
- **stížená komunikace**

4. Pomůcky:

- **k zajištění dýchacích cest:**
 - ✓ nosní, ústní vzduchovod
 - ✓ souprava pro rychlé otevření dýchacích cest
 - ✓ intubační kanyly
 - ✓ laryngoskop
 - ✓ kyslíková maska, brýle
 - ✓ ruční křísící přístroj + spojovací hadička k napojení kyslíku
 - ✓ výkonná odsávačka, odsávací cévky
 - ✓ ventilátor
 - ✓ u pacienta s mezičelistní fixací kleště nebo ostré nůžky (dle typu fixace: drátěná nebo gumová)

➤ **k péči o ústní dutinu:**

- ✓ emitní miska
- ✓ ústenka
- ✓ rukavice
- ✓ kapesní svítilna
- ✓ ústní lopatky
- ✓ sterilní mulové tampony, čtverce
- ✓ vatové štětičky nebo Pagavit štětičky
- ✓ Borax glycerin
- ✓ roztoky na výplachy dutiny ústní např: Octenisept, Skinsept, Stopangin, šalvěj, heřmánek
- ✓ kelímek
- ✓ hadička k pití

➤ **pomůcky k zajištění výživy:**

- enterální výživy
nasogastrické, nasojejunální sondy, stomie(PEG, esofagostomie) **SOP č.39**
výživové preparáty dle ordinace lékaře
- parenterální výživy:
 - ✓ SOP č.28 – infúzní terapie
 - ✓ SOP č.27 – aplikace i.v. léků

Použitá literatura

Název autora	Název publikace	Vydavatel
Merglová Vlasta a kol.	Stomatologie pro studující bakalářských oborů LF.	Karolinum 2000
Vnučková Jaroslava a kol.	Ošetrovatelství IV.	Fortuna 1997
Šamánková, M., Hušková, M. Matoušovic, K	Základy ošetrovatelství pro studující LF a 2. Díl	Karolinum Praha 2002
Doenges,M.E., Moorhouse M.,F	Kapesní průvodce zdravotní sestry.	Grada 2001
Odborný časopis	StomaTeam	StomaTeam 2006

Kontrola SOP:

2007 říjen v.s.Gregorová

beze změn

Kontrolní kritéria k pracovnímu postupu č

Péče o pacienty po operaci v ústní dutině

Pracoviště

datum auditu:
auditor/auditoři

Metoda	Kontrolní kritéria	Ano	Ne	Neúplná
Rozhovor se sestrou	Zná sestra postup po operačním výkonu v ústní dutině ?			
	Zná sestra možné komplikace vztahující se k operačnímu výkonu?			
Dotazem na pacienta	Byl spokojen s tišením bolesti?			
	Byl edukován o správné péči o ústní dutinu?			
	Má pacient k dispozici potřebné pomůcky?			
Pohledem do dokumentace:	Řádné vedení ošetrovatelské dokumentace.			
Bodové hodnocení: Ano: 3 body Neúplné 1 bod Ne 0 bodů	Celkový počet bodů:			



ZVLÁŠTNÍ PÉČE O DUTINU ÚSTNÍ

Název útvaru:	Úsek ošetrovatelské péče VFN
Připomínkové řízení do:	30.prosince 2005
Průběh schvalování SOP:	8.-12./2005
Odborný garant:	MUDr. Ladislav Korábek CSc., MBA
Za zpracování a další aktualizaci 1xročně ručí:	Gregorová Petra
Schválil: Anna Chrzova	Datum: 30.prosince 2005
Kontaktní osoba:	Gregorová Petra
Nabývá účinnosti dne: 1.února 2006	Držitel dokumentu: ÚOP VFN
Počet stran: 4	

Definice:

Porucha schopnosti provádět péči o dutinu ústní z důvodu bezvědomí nebo v případě patologicky změněné sliznice v dutině ústní.

Cíl:

Zajistit hygienu dutiny ústní včetně hygieny chrupu (sliznice dutiny ústní čistá, měkká, vlhká, neporušená a bez infekce). Předcházet zápachu z úst a udržet pocit svěžesti v ústní dutině.

Kompetence:

Vyplývají ze zákona č. 96/2004 Sb., vyhlášky č. 424/2004 Sb. a NV č.533/2005 Sb.-Katalog prací.

Rizika nedostatečné péče o dutinu ústní:

- Vysušení a poranění sliznice ⇒ vznik infekce v dutině ústní.
- Ztráta samočisticí schopnosti dutiny ústní (nepřijímání stravy per os) ⇒ zvýšené riziko pomnožení mikrobů a plísní, parotitis.
- Rozdílná tvorba slin (snížená i zvýšená) ⇒ sliny obsahují antibakteriální enzymy.
- Nedostatečná péče o zubní protézu pacientů po jídle ⇒ otlaky na dásni.
- Povlaky na jazyku.

Rizikové skupiny pacientů ohrožených poškozením dutiny ústní:

- diabetici – zvláště se snímacími náhradami chrupu
- pacienti léčení dlouhodobě širokospektrými ATB, kortikoidy
- pacienti léčení cytostatiky
- pacienti ozařovaní v oblasti obličeje a krku
- pacienti se sníženou imunitou
- pacienti se sníženou produkcí slin

Pomůcky k zajištění zvláštní péče o dutinu ústní :

- rukavice (sterilní)
- kapesní svítilna
- dřevěné ústní lopatky
- malé sterilní mulové tampony

- 2 peány
- vatové štětičky
- kelímek nebo sklenička na bor-glycerín
- štětičky Pagavit
- měkký kartáček na zuby
- hadička nebo brčko na pití
- roztoky k ošetření DÚ dle ordinace lékaře
(roztok s obsahem heřmánku, 3% H₂O₂, 1 % Septonex, Betadine, Corsodyl, Stopangin, Tantum verde, genciánová violet', roztoky ATB)
- kelímek nebo sklenička na roztok
- cévky na odsátí dutiny ústní
- odsávačka

Ošetřovatelský postup:

- 1) Zjistíme u pacienta bolest, reakce pacienta na vnímání chuti, žvýkací a polykací obtíže, schopnost příjmu potravin a tekutin.
- 2) Pomocí kapesní svítilny a ústní lopatky zhodnotíme stav sliznic dutiny ústní (všímáme si suchosti sliznic či nadměrného slinění, defektů na sliznici, odlupování sliznice, povlaků, otoků, zápachu z úst).
- 3) Dle zjištěných skutečností pacienta edukujeme:
 - V technice čištění zubů (měkkým kartáčkem a vibrační technikou nebo stíracími pohyby od dásní ke korunkám zubů).
 - V technice výplachů (zda léčebný roztok ředit, jak a čím) o frekvenci aplikace.
- 4) Nesoběstačné pacienty seznámí sestra s výkonem a přebírá veškerou péči o dutinu ústní. Výplachy dutiny ústní nahradí potíráním sliznice tampónkem zvlhčeným v léčebném roztoku. Sestra provádí edukaci rodiny.
- 5) K ošetření sliznice dutiny ústní můžeme užít bez ordinace lékaře borax - glycerin nebo Pagavit štětičky.
Postup při ošetření: patro, tváře, jazyk. Zvláštní péči o dutinu provádíme několikrát denně podle potřeby a aktuálního stavu (minimálně 4x denně).
- 6) Čištění zubů, péči o sliznici dutiny ústní a aplikaci léčebných roztoků provádíme nejlépe 3x denně vždy po jídle!
- 7) Dbáme na dostatečnou vlhkost sliznic – kloktání, výplachy, celková hydratace.
- 8) Na rty doporučíme pacientům jelení lůj, Infadolan ung., borovou vazelínu apod. Sledujeme příjem a výdej tekutin.
- 9) Upravíme konzistenci a složení stravy. Nedráždivá, nepřiliš teplá strava. Z tekutin vyloučíme džusy a horké nápoje.
- 10) Sledujeme aktuální i dlouhodobé nutriční potřeby pacienta.
- 11) Po domluvě s pacientem a lékařem podáváme analgetika.
- 12) Do ošetřovatelské dokumentace zaznamenáváme efekt ošetřovatelské péče a změny ve smyslu zhoršení hlásíme lékaři, výsledky edukace pacienta i rodiny.

Pozn:

- Je-li ordinována na sliznici dutiny ústní genciánová violet', ošetření proved'te až po kontrole dutiny ústní lékařem.
- Corsodyl roztok nebo gel po delším používání (delší než 10 dnů) může vyvolat nežádoucí účinky: pachtě až pálení sliznice, hnědavé až černé zbarvení hřbetu jazyka – „chlupatý jazyk“.

Komplikace:

- dráždění sliznice dutiny ústní léčebným přípravkem
- alergická reakce na některý léčebný přípravek
- dehydratace a podvýživa pacienta

Použitá a doporučená literatura:

Název autora	Název publikace	Vydavatel
Mikšová,Z., Froňková,M., Hernová R., Zajíčková, M	Kapitoly z ošetrovatelské péče I.	Grada 2006,
Chmurová, K. z něm. originálu	Ošetrovatelské postupy v intenzivní péči:	Soukromá vyšší zdravotnická škola Medea s r.o. a Fresenius, 1996
O' Connor, M., Aranda, S	Paliativní péče pro sestry všech oborů.	Grada 2005
Šamánková, M., Hušková, M. Matoušovic, K	Základy ošetrovatelství pro studující LF a 2. Díl	Karolínium Praha 2002
Richards, A., Edwards, S	Repetitorium pro zdravotní sestry.	Grada 2004
Zeman, M. a kol	Chirurgická propedeutika	Grada Praha 2000
Merglová, V. a kol	Stomatologie pro studující bakalářských oborů LF.	Karolinum 2000
Doenges,M.E., Moorhouse M.,F	Kapesní průvodce zdravotní sestry.	Grada 2001

Kontrola SOP:

2007 duben bez připomínek v.s.Gregorová
prosinec bez připomínek v.s.Gregorové

..

Kontrolní kritéria k pracovnímu postupu č

ZVLÁŠTNÍ PÉČE O DUTINU ÚSTNÍ

Klinika:

datum auditu:

Oddělení:

auditor/auditoři

Metoda	Kontrolní kritéria	Ano	Ne	Neúplná
Rozhovor se sestrou	Zná sestra postup při zvláštní péči o dutinu ústní ?			
	Zná sestra možné komplikace vztahující se k výkonu?			
Dotazem na pacienta	Byl pacientovi dostatečně vysvětlen postup péče ?			
	Má pacient k dispozici potřebné pomůcky?			
Pohledem do dokumentace:	Je v ošetřovatelské dokumentaci záznam o indikaci, průběhu a efektu péče?			
Bodové hodnocení: Ano: 3 body Neúplné 1 bod Ne 0 bodů	Celkový počet bodů:			