

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.
Praha 5**

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S KARCINOMEM PHARYNGU**

SIMONA PRODANOVÁ

Praha 2011

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KARCINOMEM PHARYNGU

Bakalářská práce

SIMONA PRODANOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s, PRAHA 5

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum odevzdání práce: 2011-03-31

Datum obhajoby práce:

Praha 2011



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

PRODANOVÁ Simona
3. A VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 21. 3. 2010 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem pharyngu

Nursing Process of the Patient with Carcinoma of the Pharynx

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jitka Němcová, PhD.

V Praze dne: 29. 10. 2010

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 18.3. 2011

podpis

ABSTRAKT

PRODANOVÁ, Simona. *Ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem laryngu*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Praha. 2011. s. 61.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem faryngu. Teoretická část poskytuje základní informace o nádorovém onemocnění v oblasti hlavy a krku. Je zde popsán výskyt, příznaky, diagnostika, léčba nádorů a jejich možná prevence. K výběru tohoto tématu nás vedl narůstající výskyt nádorových onemocnění v oblasti hlavy a krku ve společnosti. Česká republika je na předních místech v některých nádorových onemocněních. Společnost by se tímto měla začít více zabývat, protože dle organizace WHO lze předpokládat, během příštích let, výskyt u každého třetího občana. Cílem práce bylo informovat o tomto problému, o jeho možném řešení, o příznacích, léčbě i prevenci. U nádorových onemocnění je nejdůležitější včasný záchyt, proto považuji zlepšení všeobecných vědomostí za velmi důležité.

V praktické části je popsán ošetrovatelský proces u pacienta s karcinomem faryngu podrobně rozepsaný dle Kapesního průvodce.

Klíčová slova: Chemoterapie. Nádorové onemocnění. PEG. Radioterapie. TRST.

ABSTRACT

PRODANOVÁ, Simona. *The Nursing Process for a Patient with Carcinoma of Pharynx*. Nursing College, o.p.s., level of qualification: bachelor. Tutor: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Prague. 2011. p. 61.

The main topic of my bachelor thesis is the Nursing Process for a Patient with Carcinoma of Pharynx. The theoretical part provides with basic information about tumors in the part of head and neck. Here there is description about occurrence, diagnosis, treatment of cancer and their possibility of prevention. The options for our topic my bachelor are many cancerous diseases in the region of the head and neck. The Czech Republic is leader of cancerous diseases in the head and neck. The Society should do something more about it, because the WHO supposes that within next year the occurrence could be in one in third. The goal of my thesis was to inform about the issue, its possible solution, signs and symptoms, treatment and prevention. Detection of the disease in time is very important, that's why I consider good knowledge about this disease to be very important.

The practical part describes the nursing process in patients with pharyngeal cancer detail itemized by the Pocket Guide.

Key words: Chemotherapy. Cancerous Disease. PEG. Radiotherapy. TRST.

PŘEDMLUVA

V současné době jsou veškerá nádorová onemocnění ve společnosti velkým problémem. Existuje mnoho publikací, které se zabírají danou problematikou.

Výběr tématu byl ovlivněn praxí v Ústavu radiační onkologie Fakultní nemocnice na Bulovce. Podklady a poznatky pro práci jsme čerpali jak z knižních, tak i z časopiseckých pramenů, ale především ze samotné praxe, kde jsme byli v kontaktu s lidmi s nádorovým onemocněním.

Práce je určena studentům oboru všeobecná sestra a pro všeobecné sestry pracující na odděleních, buďto na onkologických nebo na ostatních odděleních, kde se mohou pacienti s daným onemocněním vyskytnout.

Tato práce vznikla ve snaze informovat více o dané problematice nádorových onemocnění. O jejich výskytu, příznacích, diagnostice, léčbě, o indikaci k zavedení PEGU, TRST, komplikacích léčby, prevenci.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD. za odborné vedení práce a poskytování cenných rad. Děkuji také pacientům a kolektivu sester Ústavu radiační onkologie Fakultní nemocnice na Bulovce, kde jsem prakticovala ošetrovatelskou péči a sbírala cenné praktické zkušenosti a dovednosti.

OBSAH

ÚVOD.....	11
-----------	----

TEORETICKÁ ČÁST

1 Epidemiologie.....	12
2 Diagnostika nádorů.....	14
2.1 Vyšetřovací metody.....	15
3 Symptomatologie.....	16
4 Terapie nádorů.....	17
4.1 Chirurgická léčba.....	17
4.1.1 Tracheostomie.....	18
4.2 Chemoterapie.....	19
4.2.1 Komplikace chemoterapie.....	20
4.3 Radioterapie.....	21
4.3.1 Komplikace radioterapie.....	21
4.4 Léčba bolesti.....	22
5 Výživa.....	23
5.1 Perkutánní endoskopická gastrostomie.....	24
5.1.1 Indikace zavedení PEG.....	24
6 Prevence.....	25
6.1 Primární prevence.....	25
6.2 Sekundární prevence.....	26
6.3 Terciární prevence.....	27
6.4 Screening.....	27
7 Prognóza.....	28

PRAKTICKÁ ČÁST

8 Identifikační údaje.....	29
8.1 Kazuistika.....	30
8.2 Lékařská anamnéza.....	31
8.3 Medicínský management.....	33
8.4 Vitální funkce při přijetí.....	35

8.5 Posouzení fyzického stavu.....	36
8.6 Aktivity denního života.....	39
8.7 Posouzení psychického stavu	41
8.8 Posouzení sociálního stavu.....	43
8.9 Ošetrovatelské diagnózy dle priorit pacienta.....	45
8.10 Edukace pacienta v oblasti ošetrování PEG.....	56
8.11 Edukace pacienta v podávání výživy do PEG.....	56
8.12 Zavádění tracheostomické kanyly.....	57
8.13 Dodržování hygieny tracheostomické kanyly.....	57
8.14 Zhodnocení ošetrovatelské péče.....	58
8.15 Doporučení pro praxi.....	59
ZÁVĚR.....	60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	61
SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

APTT	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
Co	kobalt
CNS	centrální nervový systém
Cs	cesium
CLRK	clearance kreatininu
CT	počítačová tomografie
Diff	diferenciální rozpočet
i.v.	intravenozní
INR	mezinárodní normalizace poměr
kg	kilogram
KO	krevní obraz
l	litr
ORL	krční, nosní, ušní, oblast či oddělení
MR	magnetická rezonance
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
PVC	polyvinyl chlorid
RT	radioterapie
s.c.	subkutánní
UPV	umělá plicní ventilace
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Alopecie – vypadávání vlasů a ochlupení

Analgosedace – lékařská metoda farmakologicky redukující vnímání bolesti

Antioxidační – zastavování okysličovacích procesů při výrobě nebo skladování látek

Artérie – tepna

Avitaminóza – onemocnění způsobené nedostatkem vitaminů

Benigní – nezhoubný

Biopsie – odběr vzorku tkáně k morfológickému vyšetření

Carotis – krkavice, krční tepna

Diagnostika – proces rozpoznávání nemoci, testovací technika

Diplopie – dvojité vidění

Dysfagie – potíže při polykání

Dystonie – chraptivost

Externa – zevní, vnější

Etiopatogeneze – soubor příčin a mechanismů vedoucích ke vzniku nemoci

Endoskopický – vyšetřování tělních dutin a dutých orgánů

Ezofagoskopie – vyšetření jícnu

Epistaxe – krvácení z nosu

Extubace – odstranění inkubační rourky, endotracheální kanyly z hrtanu

Fertilita – plodnost

Fonace – tvoření, vydávání hlasu

Faryngektomie – chirurgické odstranění hltanu

Gastroduodenální reflex – stav, při kterém dochází k návratu žaludečního obsahu zpět do jícnu

Gastroskopie – endoskopické vyšetření jícnu, žaludku a přilehlé části tenkého střeva

Grading – zralost nádorových buněk

Heterogenní – různorodý

Hypofaryngoskopie – vyšetření dolní části hltanu

Hypofaryngoezofagoskopie – vyšetření dolní části hltanu a jícnu

Hemoptýza – vykašlávání krve

Hypofaryngektomie – chirurgické odstranění dolní části hltanu

Hypofaryngoezofagoskopie – endoskopické vyšetření dolní části hltanu a jícnu

Incidence – počet nově vzniklých případů

Infiltrace – vnikání, prostoupení

Insuflace – nafouknutí žaludku plynem

Intravenózní – způsob aplikace do krevního oběhu

Kachexie – vyhublost

Kancerogen – látka vyvolávající rakovinu

Karcinom – zhoubný nádor

Kokancerogen – látka ve spojení s kancerogenem působí na vznik zhoubného bujení

Laryngektomie – chirurgické odstranění hrtanu

Laryngoskopie – vyšetření hrtanu

Makroskopický – patrný pouhým okem

Maligní – zhoubný

Malnutrice – špatná výživa, podvýživa

Nazofaryngoskopie – endoskopické vyšetření nosohltanu

Nervus glossopharyngeus – devátý hlavový nerv, jazykohltanový

Nervus vagus – desátý hlavový nerv, bloudivý

Neuropatie – nespécifické onemocnění nervů

Odynofagie – bolestivé polykání

Onkologické onemocnění – nádorové onemocnění

Otorinolaryngologie – oddělení, kde se léčí pouze nemoci ucha, nosu a krku

Oxygenace – okysličení

Perorální – způsob aplikace ústy

Plexus pharyngeus – nervová pleteň hltanová

Radiorezistentní – tkáň velmi odolná na záření

Radiosenzitivní – tkáň velmi citlivá na záření

Retrofaryngeální – v oblasti za hltanem

Sonografie – diagnostická metoda

Stomatologie – zubní lékařství

Trismus – čelistní kontraktura

Týbie – holenní kost

Vena jugularis interna – vnitřní žíla krku

Vénae pharyngeae – žíly hltanu vycházející z žilní pleteně

ÚVOD

Výběr tématu ca faryngu významně ovlivnila praxe v Ústavu radiační onkologie Fakultní nemocnice na Bulovce. Zjištění, že závažná nádorová onemocnění dutiny ústní a krku nejsou zdaleka příznačná pro lidi ze slabých sociálních skupin, kuřáků a alkoholiků, starých a zanedbaných lidí, nás vedla k bližšímu zamyšlení se nad tímto problémem.

Česká republika zaujímá přední místo světových statistik například v nádorových onemocněních tlustého střeva a konečníku. Každoročně je odhaleno téměř 60 tisíc nových případů nádorových onemocnění. Celkem u nás žije téměř 285 tisíc osob se zjištěným nádorovým onemocněním. Nádorová onemocnění jsou druhou hlavní příčinou úmrtí nejen v České republice, ale i v celoevropském měřítku. V České republice jsou příčinou skoro 30 tisíc úmrtí ročně, což je asi 25 % všech úmrtí. Jejich počet má i přes všechny snahy o prevenci stále vzrůstající tendenci. Podle studií WHO lze očekávat, že během příštích let bude ve vyspělých zemích postižen tímto onemocněním během svého života každý třetí občan.

Podle evropských statistik se v současné době podaří vyléčit cca 45 % onkologických pacientů. U nádorů v oblasti dutiny ústní jsou však výsledky daleko horší. Všeobecně by tedy měl být zájem o nádorová onemocnění na předních místech. Prevence a dostatečná osvěta by mohla situaci alespoň částečně zlepšit, protože čím dříve se nádorové onemocnění v oblasti úst či krku objeví, tím větší je naděje pacienta na uzdravení. Léčba těchto onemocnění je velmi náročná. Pro společnost je léčba náročná hlavně finančně, pro pacienty je velmi dlouhá, bolestivá a namáhavá. Dlouhodobá hospitalizace je vytrhne z normálního života, dlouhodobá pracovní neschopnost je vytrhne z pracovního prostředí, zavedení TRST zhoršuje zařazení do společnosti, často i do rodiny. Velmi náročnou léčbu, kterou provází mnoho vedlejších nežádoucích účinků – nevolnost, bolesti, kožní potíže, změny diet, vyprazdňování a mnoho dalších pacienty zatěžuje více než jsou většinou připraveni unést, což sebou nese mnoho dalších psychosomatických a psychických obtíží. Navíc vyhlídky na úplné uzdravení nejsou velké. A právě tato hlediska byla důvodem, proč jsme se chtěli blíže věnovat tomuto onemocnění.

1 Epidemiologie

Výskyt nádorů v oblasti hlavy a krku je v Evropě nerovnoměrný, nejvyšší je v zemích okolo Středozemního moře a nejnižší na severu kontinentu. „Incidence těchto nádorů je mnohonásobně vyšší u mužů než u žen“ (KLOZAR a kol., 2005, s. 143). Výskyt nádorů v dutině ústní a v oblasti krku u českých mužů přibližně odpovídá evropskému průměru. U českých žen je ale překvapivě dvojnásobný, což je způsobeno tím, že kouření a alkohol je na stejné úrovni v užívání jako u mužů. Průměrný věk pacientů s nádory dutiny ústní a krku se vyskytuje mezi 50 – 60 lety. V posledních letech je však alarmující výskyt mezi mladými lidmi (KLOZAR a kol., 2005).

Nádory v oblasti hlavy a krku tvoří různorodou (heterogenní) skupinu nádorů různého původu a biologických vlastností. Výrazně převažují epitelové maligní nádory. Nádor faryngu a tonzil je nejčastěji dlaždicového původu s různým stupněm diferenciací. Makroskopicky má vzhled plochého tuhého vředu. Růst nádorů (karcinomů) začíná zpravidla na klenbě nosohltanu. Nádor se šíří do okolí a prorůstá (infiltruje) do přilehlé tkáně. Metastazování je jdoucí převážně lymfogenní cestou a směřuje do hlubokých retrofaryngeálních uzlin (POVÝŠIL; ŠTEINER a kol., 2007).

S největší skupinou nádorů hypofaryngu, orofaryngu, laryngu a ústní dutiny souvisejí hlavní rizikové faktory, jimiž jsou kouření a nadměrná konzumace alkoholu. Mezi další rizikové faktory řadíme genetickou výbavu, příslušnost k nižší sociální skupině, profese, stres, věk, viry a nesprávnou výživu.

V poslední době se také jako rizikový faktor zvažuje přítomnost HPV. Lidský papilomavirus způsobující u žen nádorové bujení děložního čípku, by se mohl podílet i na vzniku nádorů v oblasti krku a úst. Zdá se, že tady by mohlo být vysvětlení, proč tímto onemocněním trpí v poslední době stále mladší lidé.

Alkoholu se připisuje role tzv. kokancerogenu, což je látka podněcující vznik nádoru prostřednictvím chronického dráždění sliznice chemickou reakcí. Opakovaný kontakt sliznice s alkoholem vede ke zvýšení propustnosti buněčných membrán a tím usnadnění průniku kancerogenů rozpuštěných v alkoholu. Abúzus alkoholu způsobuje také nedostatek riboflavinu (vitamin B2), jenž vede k dysplastickým změnám sliznice ústní dutiny. V následku malnutrice je negativní vliv hypoproteinémie a avitaminózy (týká se to antioxidantních vitaminů A, C, E). Na vzniku nádoru v ústní dutině a v oblasti krku se podílí v posledních letech nedostatečná hygiena ústní dutiny (ONKOLOGICKÁ PÉČE, 2007).

V rámci zásad správné výživy, při zvýšené konzumaci tuků, solených uzenin a nedostatku rostlinných vitaminů riziko vzniku rakoviny výrazně stoupá. V populaci nekuřáků je známá vyšší incidence nádorů dutiny ústní a hltanu u tzv. syndromu Plummer-Vinson (Paterson-Kelly). Mimo jiné i chronické dráždění sliznice například při gastroduodenálním refluxu může mít vliv na zvýšení výskytu nádorů faryngu. Vdechování dřevěného prachu nebo sloučenin těžkých kovů může také zapříčinit vznik nádoru.

Mezi další průmyslové kancerogeny můžeme zařadit dehet, chrom, nikl, olovo, průmyslové oleje a saze. Faktorem fyzikálním, který se podílí na vzniku nádoru je ionizující záření (sekundární malignity jako pozdní následek radioterapie). V neposlední řadě do etiopatogeneze nádorů hlavy a krku patří také dědičné genetické faktory (ONKOLOGICKÁ PÉČE, 2007).

2 Diagnostika nádorů

Včasné odhalení zhoubných nádorů v oblasti dutiny ústní a krku je velmi obtížné, protože v počátečních stádiích většinou nevyvolávají obtíže, které by pacienta samotného nebo praktického lékaře vedly k podezření na nádorové onemocnění. Častým příznakem je například zápach z dutiny ústní, ale nikoliv pro špatnou hygienu ústní dutiny, či špatný stav zubů. Zápach z dutiny ústní, bolest v krku či bolest zubů řeší pacienti obvyklými způsoby, jako jsou pastilky proti bolesti v krku či navštíví svého stomatologa (NOVOTNÝ; VÍTEK; PETRUŽELKA, 2005).

Stomatolog nebo praktický lékař udělá jen obvyklé vyšetření, to však často neprokáže žádný náznak nádorového onemocnění. Onemocnění se odhalí až po opakovaných návštěvách u praktického lékaře, který následně pacienta pošle na odborné vyšetření do ORL ambulance. Alarmující jsou hlavně případy mladých lidí s nádorovým onemocněním této oblasti, kterých v poslední době přibývá, a u kterých se nádorové onemocnění všeobecně nepředpokládá a v oblasti dutiny ústní a krku se nejprve hledají různé možnosti onemocnění jiného původu.

Většina nádorů je bohužel diagnostikována až v pokročilém stadiu onemocnění, kdy je diagnostika snadná, ale léčba je již složitá a neúspěšná. Nadějí, na zlepšení včasného záchytu nádoru, je tzv. screening (aktivní vyhledávání nádorového onemocnění v populaci) (NOVOTNÝ; VÍTEK; PETRUŽELKA, 2005).

2.1 Vyšetřovací metody

Anamnéza

- osobní anamnéza – obtíže při polykání, kouření, alkohol, věk, návykové léky, stravovací zvyklosti, dlouhodobý kašel a chrapot, hubnutí, bolesti v krku
- rodinná anamnéza – výskyt zhoubných nádorů u pokrevních příbuzných
- pracovní anamnéza – karcinogeny v pracovním prostředí (záření, chemické látky, prach, špína, těžké kovy) (ŠAFRÁNKOVÁ; NEJEDLÁ, 2006)

Fyzikální vyšetření

- perkuse – vyšetření poklepem
- palpce – vyšetření pohmatem
- aspekce – vyšetření pohledem

Zobrazovací metody

- CT
- MR
- sonografie
- rentgenové vyšetření (KOUTECKÝ a kol., 2004)

Endoskopické metody

- endoskopické vyšetření vedlejších dutin nosních
- nazofaryngoskopie
- hypofaryngoskopie
- laryngoskopie
- hypofaryngozofagoskopie
- ezofagoskopie

ORL a stomatologické vyšetření

Histologické vyšetření

- biopsie (KOUTECKÝ a kol., 2004)

3 Symptomatologie

Hlavní příznaky:

- odynofagie, dysfagie
- bolest, pálení, škrábání v krku
- dysfonie
- dušnost
- chraptot, kašel
- pocit cizího tělesa
- zhoršení řeči
- zápach z úst
- ztráta zubů
- nebolestivá tumorózní masa na krku
- zvětšené uzliny na krku (NOVOTNÝ; PETRUŽELKA; VÍTEK, 2005).

Vedlejší příznaky:

- aspirace tekutin
- krvácení z dutiny ústní
- hlenohnisavý výtok
- bolest ucha
- hemoptýza
- trismus
- diplopie
- epistaxe
- zvýšená tělesná teplota
- rýma
- malnutrice
- nechutenství, kachexie
- svědění (KOUTECKÝ a kol., 2004)

4 Terapie nádorů

Léčba nádorových onemocnění je náročná a klade velké požadavky nejen na nemocného, ale i na ošetřující personál. Nádorová onemocnění jsou značně nestejnorodou skupinou a pro každý typ nádoru je vhodný určitý druh léčby. Cílem léčby nádorového onemocnění je dosažení maximální kontroly nad nádorem současně s maximálně dosažitelnou následnou kvalitou života. Volba optimálního léčebného postupu musí zahrnovat předpokládaná funkční, kosmetická a socioekonomická hlediska a musí být individuální pro každého pacienta. Optimální léčebný postup navrhuje odborný tým za spoluúčasti pacienta v rozhodovacím procesu.

Hlavní metody léčby

- chirurgická léčba
- chemoterapie
- radioterapie
- léčba bolesti
- imunologická léčba
- hormonální léčba (ŠAFRÁNKOVÁ; NEJEDLÁ, 2006).

4.1 Chirurgická léčba

Nádory laryngu - hltanu bývají ve velmi blízkém kontaktu s hrtanem. Úzké vztahy obou struktur odráží i skutečnost, že pro klasifikaci nádorů faryngu v rámci systému TNM, je rozhodující postižení mobility hrtanu. Z toho vyplývá, že v podstatě každý výkon pro nádor faryngu resekuje celý hrtan nebo jeho část. U malých nádorů se jedná o parciální laryngektomii s parciální faryngektomií. Vzhledem k rozsahu faryngeálních tumorů je nejčastějším výkonem totální laryngektomie. Pokud je postižení faryngu rozsáhlejší, je nutné provést totální laryngektomii s totální hypofaryngektomií (KLOZAR a kol., 2005).

Při léčbě nádorů, kdy odstraníme nádorové ložisko, je radikální operace jedinou metodou, která umožní vyléčení. Ostatní metody jsou doplňkové (NOVOTNÝ; VÍTEK; PETRUŽELKA, 2005).

4.1.1 Tracheostomie

„Tracheostomie je chirurgický výkon nebo stav po chirurgickém výkonu, kdy je průdušnice uměle vyústěna na kůži povrchu těla. Cílem je zajištění průchodnosti dýchacích cest, nejčastěji s cílem umožnění ventilace (spontánní nebo pomocí přístroje). Z praktického hlediska rozlišujeme

- trvalou (permanentní) tracheostomii (např. po totální laryngektomii)
- dočasnou tracheostomii“ (CHROBOK; ASTL; KOMÍNEK a kol., 2004, s. 18).

Indikací k zavedení tracheostomie jsou nádorové stenózy a obstrukce dýchacích cest u nádorů hltanu, hrtanu, průdušnice a jícnu. Rozsáhlejší úrazy hrtanu a průdušnice včetně dechové nedostatečnosti. Mezi indikace patří také cizí těleso. Tracheostomie jsou prováděny i u rozsáhlejších operačních výkonů v hypofaryngu, hrtanu a orofaryngu především u onkologicky nemocných, z důvodu zajištění cest v pooperačním období.

Operace nevyžaduje zvláštní přípravu. Měla by být prováděna jako plánovaný výkon u nemocných se zajištěnými dýchacími cestami. Součástí u plánované operace je standardní předoperační vyšetření včetně koagulačních faktorů. V případě podezření na odchylku průdušnice útlakem z okolí (tumory na krku) je před výkonem vhodný rentgenový snímek.

„Zajištění maximální stability hlavy a krku v průběhu operace je zásadním předpokladem bezpečného provedení výkonu (usnadnění orientace v operačním poli, snížení rizika dislokace dýchacích cest)“ (CHROBOK; ASTL; KOMÍNEK a kol., 2004, s. 44).

4.2 Chemoterapie

Chemoterapie je název pro léčbu nádorového onemocnění pomocí léků, které nazýváme cytostatika. Cytostatika jsou skupinou léků, které ničí nádorové buňky. Některá cytostatika lépe účinkují v kombinacích než samostatně, proto se chemoterapie skládá většinou z několika léků. Tento typ léčby se nazývá kombinovaná chemoterapie.

Cytostatika jsou chemické látky mající vliv na růst a množení buněk. Bohužel však nespecificky, tento efekt na zdravé tkáně je tak příčinou nežádoucích účinků (dřeňový útlum krvetvorby, nevolnost, zvracení, vypadávání vlasů, poškození nehtů, průjem, slabost, únava a mnoho dalších). Množství dnes používaných cytostatik otevřelo nové možnosti ke zlepšení pacientova života až po jeho uzdravení (VORLÍČEK; ADAM; VORLÍČKOVÁ, 1997).

Tento druh léčby je v terapii nádorů velmi účinný. V mnoha případech je chemoterapie používaná jako přídatná léčba po operaci nebo ozařování, nazývá se **adjuvantní chemoterapie**. Odstraňuje zbylé nádorové buňky, které mohou po operaci nebo ozařování zůstat v těle, tím pomáhá zabránit vzniku vzdáleného rozsevu metastáz. Chemoterapii lze použít i před operací nebo ozařováním, aby došlo ke zmenšení nádoru. Tento druh chemoterapie nazýváme **neoadjuvantní chemoterapie**. Dále je možno použít chemoterapii k zesílení účinku ionizujícího záření při probíhající radioterapii, a to hlavně při ozařování v oblastech obličeje a krku, toto současné podání se nazývá **konkomitantní chemoradioterapie**.

Délka léčby záleží na druhu nádoru a jeho rozšíření v organismu, úspěšnosti léčby, celkové reakci nemocného na léčbu a na druhu cytostatik. Podává se obvykle v sériích, mezi nimiž jsou různě dlouhé přestávky pro zotavení organismu (jeden až čtyři týdny v závislosti na druhu podávaného cytostatika). Celkově léčba trvá většinou měsíce, ale může se podávat i několik let. Po zahájení léčby je velmi důležité dodržovat schéma léčby a časové intervaly mezi aplikacemi.

Nejčastějším podáním chemoterapeutik je podání nitrožilní. Při nitrožilním způsobu podání napichujeme žílu obvykle na hřbetě ruky nebo na předloktí kanylou o předepsaném průměru. Výhodnější možností je v některých případech podání pomocí centrálního nitrožilního katétru do velkých žil těla, v podklíčkové nebo krční oblasti. Tyto katétrů mohou být v žilách ponechány delší dobu. Další možností opakovaného nitrožilního podání chemoterapie je použití portů, což je podkožně implantovaná komůrka napojená na katétr, který je zavedený do velké žíly. Lék se poté podává do komůrky napíchnutím přes kůži. Použití podkožního portu je dlouhodobé a bezpečné. U podání chemoterapie intravenózně nebo intraarteriálně je výhodné podávání léků pomocí infuzních či injekčních dávkovačů (VORLÍČEK; ADAM; VORLÍČKOVÁ, 1997).

4.2.1 Komplikace chemoterapie

Nádorové buňky se rychle dělí a rostou. Cytostatika ale neumí rozpoznat nádorovou buňku od zdravé a tím dochází i k poškození zdravých buněk lidského těla. Výsledkem jsou pak nežádoucí účinky chemoterapie. Mezi hlavní nežádoucí účinky řadíme:

- nevolnost
- útlum krvetvorby
- infekce
- úbytek vlasů, alopecie
- průjem, zácpa
- poškození sliznice úst a krku
- úbytek váhy
- otoky, zadržování tekutin
- poruchy fertility a sexuální funkce
- poruchy ledvinových funkcí
- neuropatie
- poškození kůže a nehtů

4.3 Radioterapie

Radioterapie se využívá především k léčbě zhoubných nádorů citlivých na záření. Cílem je zničení nádoru a zároveň co nejmenší poškození okolní zdravé tkáně. Ozařování se provádí před operací i po ní, může být i samotným léčebným postupem u pokročilých neoperovatelných nádorů. Často se také uplatňuje v kombinaci s chemoterapií. Radioterapie je neodmyslitelnou součástí moderní onkologické léčby. Asi 50 % onkologických pacientů absolvuje v průběhu léčby ozáření, buďto s cílem kurativním (dosažení vyléčení nádoru) nebo paliativním (zmírnění obtíží nádorem způsobených) ([http://www. www.linkos.cz/pacienti/lecba/radioterapie.php](http://www.linkos.cz/pacienti/lecba/radioterapie.php)).

Při teleradioterapii se nachází zdroj záření mimo pacienta, obvykle ve vzdálenosti několika desítek centimetrů. Běžné ozařování trvá 4 - 7 týdnů (23-25 dávek – frakcí). Jedna frakce trvá několik minut. Samotné záření není doprovázeno žádnými nepříjemnými pocity. Někdy, zvláště je-li pacient v horším celkovém stavu, rozhodnou se lékaři podat méně dávek, které jsou však silnější. Kúra záření pak netrvá déle než 2-3 týdny a skládá se z jedné až 16 dávek. Radioterapie probíhá stejně jako chemoterapie v cyklech. Pacient je ozařován opakovaně a z různých směrů. Neměnná je jen skutečnost, že proud záření je vždy směřován na nádorovou hmotu. Ozařování má také krátkodobé a dlouhodobé následky, které vyplývají z poškození kůže a dalších ozářených orgánů ([http://www. www.linkos.cz/pacienti/lecba/radioterapie.php](http://www.linkos.cz/pacienti/lecba/radioterapie.php)).

4.3.1 Komplikace radioterapie

- změny na kůži
- změny na sliznici dutiny ústní a krku
- změny psychického stavu
- ztráta chuti k jídlu
- celková únava

4.4 Léčba bolesti

„Nemocný s nádorovým onemocněním trpí často dlouhodobou bolestí, která jej v případě neúspěšné léčby stále s vyšší intenzitou provádí až do konce života“ (ŠAFRÁNKOVÁ; NEJEDLÁ, 2006, s. 183). Bolest u pacientů s nádorovým onemocněním je způsobena samotným nádorem, léčbou nebo celkovým oslabením organismu po léčbě.

Obecné zásady léčby bolesti

- snažíme se co nejdéle vystačit s perorálním podáním podáváním analgetik, v případě nutnosti injekčního podání je vhodné použít kontinuální podávání analgetik
- na spaní podáváme nemocnému hypnotika
- pokud trpí pacient úzkostí, strachem či depresí, podáváme anxiolytika a antidepresiva
- u silných opiátů je vhodné zajistit vyprazdňování podáváním projímadel a u zvracení podáváním antiemetik (ŠAFRÁNKOVÁ, NEJEDLÁ, 2006).

Zásady léčby nádorové bolesti

- analgetika neopiátová – Paralen, Ibalgin, Tramal, Korylan, Codein
- analgetika opiátová – Morphin, Durogesic náplast, Transtec náplast

5 Výživa

O velkém vlivu výživy na zdraví člověka není dnes pochyb, přesto se často dopouštíme řady stravovacích zlovyků, obzvláště co se týká skladby stravy, jejího množství, vyváženosti, biologické hodnoty. V období nemoci se stravovací chyby vyskytují mnohem častěji. To má negativní dopad na průběh a léčbu onemocnění.

K nejčastějším projevům nádorového onemocnění spojeným s nedostatečnou výživou patří nádorová kachexie, ta se vyskytuje přibližně u 70 % pacientů s nádorovým onemocněním v oblasti hlavy a krku. Právě při nedostatečném přísunu biologicky hodnotné stravy a při zvýšené potřebě energie v průběhu nádorového onemocnění čerpá organismus energii z vlastních zásob. V tomto případě dochází k výraznému poklesu tělesné hmotnosti, úbytku svalové a tukové tkáně. Snižuje se odolnost organismu proti infekcím a zpomalují se procesy hojení a s tím spojená následná rekonvalescence. U nádorového onemocnění se vyskytují nežádoucí účinky a komplikace při příjmu výživy, řadíme sem hubnutí, nechutenství, nevolnost, potlačená imunita, průjmky, suchost v ústech, která je spojená s poruchou polykání, zácpa, zvracení (NUTRICIA, 2010).

Příčinou nedostatečného přísunu živin v období nemoci je nejen vlastní onemocnění, ale také následná léčba. Zároveň platí, že vyvážená, plnohodnotná a energeticky dostatečná strava se správným poměrem základních nutričních složek jako jsou cukry, tuky a bílkoviny, je nezbytnou podmínkou pro optimální průběh léčby a významně přispívá ke zlepšení celkového zdravotního stavu onkologických pacientů. Nádorové onemocnění a léčba nemusí vždy způsobit potíže, které mohou ovlivnit příjem stravy. I když není potřebné žádné zvláštní dietní doporučení, je nutné se zamyslet nad dnešním způsobem stravování a zvážit, je-li strava dostatečně pravidelná, pestrá a zdravá. Doplňte svůj jídelníček o chybějící potraviny. Rozdělte si jídlo do pěti denních dávek. Nezapomeňte také na dostatečný příjem tekutin. Jezte pestrou stravu (NUTRICIA, 2010).

5.1 Perkutánní endoskopická gastrostomie

Perkutánní endoskopická gastrostomie je zavedení tenkého setu endoskopickým přístrojem do žaludku přes stěnu břišní. Slouží k podávání stravy a zabraňuje jejímu úniku do dutiny břišní. Stálou polohu setu zajišťuje uvnitř žaludku poddajný disk, který přiléhá na stěnu žaludku. Zevně na stěně břicha je umístěna přitlačná destička, která během prvních dní po zavedení PEG stahuje ránu a tím napomáhá srůstu stěn a vytvoření pevného vazivového kanálku, kterým set prochází (MARTINCOVÁ, 2005).

Perkutánní – kůží.

Endoskopická – za použití endoskopického přístroje.

Gastrostomie – přístup do žaludku.

5.1.1 Indikace zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie

Indikace enterální výživy je u nemocných, kdy jejich stav vyžaduje nutriční intervenci pro malnutrici, ohrožení malnutricí při zachované funkci trávicího traktu. Také se jedná o stavy, ve kterých pacient nechce, nemůže nebo nesmí pít a jíst i o poruchy resorpce a digesce znemožňující či podstatně omezující perorální příjem běžné stravy. Mezi indikace patří: proteinová a proteinoenergetická malnutrice různé etiologie, stenózy orofaryngu, hypofaryngu, jícnu, kardie, poruchy polykání, úrazy orofaciální oblasti, malnutrice spojená se zhoubnými novotvary, sepse, předoperační příprava, časná pooperační výživa, poruchy příjmu potravy, dyspeptické syndromy, anorexie při chemoterapii (SVAČINA a kol., 2008).

Při náročné onkologické léčbě karcinomu laryngu se stává PEG často jedinou možnou cestou příjmu potravy a tekutin do trávicího traktu poté, kdy následkem radioterapie v oblasti krku dochází k otoku a následně uzavření polykacích cest pacienta. Tato možnost dává nemocným šanci udržet se v přijatelné tělesné kondici po celou dobu náročné onkologické léčby a dokončit ji. Léčba tohoto onemocnění trvá velmi dlouho a zachování možnosti přijímat potravu do žaludku je proto nesmírně důležité.

6 Prevence

Ve snaze snížit vysoký výskyt nádorových onemocnění a zlepšit výsledky jejich léčby má v onkologii významnou úlohu prevence. Prevence je důležitou složkou systému, bez níž budou počty onkologických pacientů každoročně nadále narůstat, mnoho nádorových onemocnění bude odhaleno příliš pozdě a zůstane tudíž bez naděje na úspěšnou léčbu.

Prevence z pohledu jiných medicínských oborů znamená předcházení chorobě, například – očkujeme-li proti infekční chorobě, je téměř jisté, že touto chorobou očkovaný jedinec onemocní. V onkologii je situace poněkud odlišná. Naše poznání o původu nádorových onemocnění se postupně rozšiřuje, ale ještě zdaleka nevíme o původu nádorů všechno. Postupně však přibývá informací o tom, které vlivy usnadňují vznik nádorového bujení. Odstranění těchto vlivů může u daného jedince snížit pravděpodobnost vzniku nádorového bujení. Prevence má tři stupně.

6.1 Primární prevence

Cílem primární prevence je omezovat a likvidovat známé příčiny vzniku nádorů. Ale rozhodující úloha při prevenci náleží každému jedinci zvlášť. Například volba životního stylu. Při uskutečňování preventivních opatření má významný podíl i veřejná správa, životní prostředí, ve kterém jedinec žije. Předpokladem úspěšné primární prevence je všeobecná znalost etiologických faktorů a náležité úsilí jedinců i společnosti je omezit či odstranit. V běžném životě lze v rámci primární onkologické prevence doporučit:

- vyloučit kouření a rozhodně nekouřit v prostorách, kde jsou nekuřáci
- omezit konzumaci alkoholu
- konzumovat dostatek ovoce a čerstvé zeleniny
- dodržovat veškerá ochranná a bezpečnostní nařízení v rizikových provozech

(KOUTECKÝ a kol., 2004)

6.2 Sekundární prevence

Smyslem sekundární onkologické prevence je vyhledávat a kontrolovat rizikové skupiny obyvatelstva i jedince, u kterých je známo vyšší riziko vzniku nádoru (z příčin vrozených nebo získaných). Úkolem sekundární prevence je také rozpoznat a sledovat stavy přednádorové (prekancerózy) a je-li to možné je likvidovat dříve, než nádor vznikne.

Dalším úkolem sekundární prevence je časný záchyt vlastních nádorových onemocnění v počátečních, tedy dobře léčitelných a vyléčitelných stadiích. Podíl na úspěšné sekundární prevenci mají jak laici (pacienti), tak lékaři. Zásadní význam má sekundární onkologická prevence. Spočívá především v samovyšetřování (KOUTECKÝ a kol., 2004)

Druhou složkou sekundární onkologické prevence je návštěva lékaře každého, u koho se objeví příznaky, které by mohl způsobit do té doby “němý“ nádor. Samozřejmě, zdaleka ne vždycky jsou tyto změny nádorového původu. Takové příznaky označujeme jako varovná znamení a měla by být známa široké laické veřejnosti. Patří k nim:

- jakékoliv zduření či změna tvaru
- nehojící se kožní a slizniční léze
- žvýkací a polykací obtíže
- změna hlasu
- přetrvávající chrapot
- přetrvávající dráždivý kašel s vykašláváním
- krev v hlenu

6.3 Terciární prevence

Terciární onkologická prevence je jiný název pro pojem dispenzarizace. Předpokládá se, že každý jedinec léčený pro nádorové onemocnění musí být doživotně sledován. I po úspěšné léčbě může vzniknout pozdní recidiva primárního nádoru. Mohou se objevit pozdní metastázy, komplikace, které mohou být léčitelné nebo pozdní následky (trvalé), ze kterých je nejhorší vznik sekundárních nádorů. Riziko vzniku sekundárních nádorů je u onkologicky léčených pacientů pochopitelně zvýšené, jednak karcinogenním a mutagenním působením protinádorové chemoterapie, radioterapie a také jednak proto, že někteří jedinci patří ke specifickým skupinám, kde je nádor součástí určitého geneticky podmíněného syndromu s rizikem vzniku asociovaného typu nádoru, i v odstupu řady let od nádoru primárního. Důležitým úkolem terciární prevence je monitorování psychosociálních problémů vyléčených pacientů, které se mohou objevit za různě dlouhou dobu po již ukončené léčbě (KOUTECKÝ a kol., 2004).

6.4 Screening

Screening je specifickou formou sekundární prevence. Spočívá v plánovaném aktivním vyhledávání prekanceróz a nádorů časných stádií, které jsou asymptomatické nebo mají jen minimální, nespecifickou symptomatologii. Screening se liší v jednotlivých zemích jak rozsahem, zejména v závislosti na ekonomických možnostech, tak zaměřením na jednotlivé typy nádorů. Výhodami screeningu jsou zlepšení prognózy a zvýšení šance na úplné vyléčení, omezení léčebné agresivity, snížení počtu a rozsahu léčebných komplikací, často psychická úleva a konečně zlevnění léčby.

Je přirozené, že při správně prováděném screeningu stoupá počet diagnostikovaných prekanceróz a nádorů nízkých klinických stádií. Všechny se musí dokonale vyšetřit a screeningový nález buď potvrdit, nebo vyvrátit. Při potvrzení nádoru následuje adekvátní léčba (KOUTECKÝ a kol., 2004).

7 Prognóza

Lokalizace primárního nádoru ovlivňuje časný vznik příznaků a tím včasnou diagnózu, což ovlivňuje prognózu a tedy i možnost radikálního chirurgického řešení. Prognóza je horší vzestupným gradientem směrem od rtů přes dutinu ústní do hltanu. Významnější pro prognózu je však rozsah primárního nádoru v době stanovení diagnózy. Např. malý nádor v oblasti hlasivek a rtů má 5ti leté přežití až u 80 % nemocných.

Pokročilé nádory však mají prognózu velmi špatnou, 5-leté přežití u nich nepřesahuje 10 – 15 %. Druhotné nádory jsou popisovány v oblasti hlavy a krku asi v 40% u nemocných léčených pro první karcinom, kteří nepřestali kouřit. K místním recidivám dochází až v 66 % a většina recidiv se objevuje do 2 let od začátku léčby. Vzdálené metastázy nejsou časté a vznikají většinou pozdě.

Prognóza je ještě zhoršována častými přidruženými chorobami (http://www.linkos.cz/pacienti/krk_clanek.php?t3=1).

PRAKTICKÁ ČÁST

8 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: F.Ú.

Datum narození: 1959

Adresa bydliště: Kladno

Adresa příbuzných: Kladno

Pohlaví: muž

Věk: 51 let

Stav: rozvedený

Vědomí: při vědomí

Číslo pojišťovny: 111

Zaměstnání: PN, skladník

Státní příslušnost: ČR

Datum přijetí: 01. 07. 2010

Typ přijetí: 1. přijetí

Oddělení: Ústav radiační onkologie – lůžková část

Ošetřující lékař: MUDr. Petra Holečková

8.1 Kazuistika

Pan F. Ú. byl přijat dne 1. 7. 2010 na lůžkové oddělení Ústavu radiační onkologie Fakultní nemocnice na Bulovce k zahájení komplexní léčby pro nález karcinomu faryngu.

Počáteční obtíže začaly koncem ledna 2010, kdy měl pacient pocit, že má angínu. Špatně polykal tuhou stravu a později i tekutiny. Z důvodu těchto obtíží zhubl 8 kilogramů za 3 měsíce. V dubnu 2010 byla pacientovi provedena gastroskopie z důvodu hubnutí, kdy byla zjištěna vředová choroba gastroduodena, poté byl zjištěn nález v hltanu. Následně byl odeslán v květnu 2010 na ORL ve Slaném, později byl vyšetřen na ORL v Kladně, kde byl zjištěn karcinom hypofaryngu. Od 13. května 2010 byl hospitalizován v nemocnici na ORL oddělení na Kladně. Během hospitalizace mu byla zavedena tracheostomická kanyla a následně perkutánní endoskopická gastrostomie. V červnu 2010 byla v nemocnici na Kladně provedena výměna PEG z důvodu jejího ucpání.

V Ústavu radiační onkologie mu byla naplánována a následně provedena zevní aktinoterapie na oblast hypofaryngu, RP a krčních uzlin s podáním konkomitantní chemoterapie. Aplikována plná enterální výživa. Dále byly řešeny všechny potíže, které bezprostředně souvisely s okologickou léčbou a důsledky nežádoucích účinků.

Při propuštění do domácí péče byl pacient edukován v péči o PEG, tracheostomickou kanylu, péči o výživu a dostatečný přísun tekutin, péči o DÚ, péči o kůži. Pacient byl poučen ošetřujícím lékařem a vyslovil souhlas. Následně bude pacient docházet na kontroly do ambulance stejného pracoviště. Pacientovi byla předjednána návštěva nutriční poradny v Kladně.

Informační zdroje

- pacient
- dokumentace

8.2 Lékařská anamnéza

Medicínská diagnóza hlavní

- SCC faryngu neoperovanným
- T3N2cM0

Medicínská diagnóza vedlejší

- opakovaný výhřez ploténky L páteře
- VCHGD
- fraktura tybie LDK
- malnutrice

Nynější onemocnění

- bolest v krku
- obtížné polykání
- zhoršení řeči
- zvětšené uzliny na krku

Rodinná anamnéza

- otec – zemřel ve 47 letech na ca jater
- matka – žije

Osobní anamnéza

- opakovaný výhřez ploténky L páteře – 2001
- operační řešení fraktury tybie LDK – 2009
- zjištěna VCHDG – duben, 2010
- TBC, DM, onemocnění pankreatické, hypertenze, ICHS neudává
- očkování – pravidelné
- hospitalizace a operace – opakovaný výhřez ploténky L páteře – 2001, operační řešení fraktury tybie LDK – 2009, gastrokopie – duben 2010, panendoskopie, květen 2010, tracheostomie – květen 2010,
- úrazy – fraktura tybie LDK 2009

Alergologická anamnéza

- neguje

Sociální anamnéza

- rozvedený
- tři zdravé děti
- vztahy, interakce v rodině – bez problémů
- záliby – četba, stolní tenis, nohejbal, televize

Pracovní anamnéza

- vzdělání odborné
- skladník, nyní pracovní neschopnost
- dříve řidič z povolání

Farmakologická anamnéza

- Durogesic 25 ug

Abusus

- kouření – od 17 let, 40 cigaret denně do května 2010
- nyní exkuřák
- alkohol – pivo 3 denně
- destiláty – příležitostně
- drogy – 0
- káva – 5 denně
- léky – viz léková anamnéza

Spirituální anamnéza

- křesťan

8.3 Medicínský management

Ordinovaná vyšetření

- KO + diff
- Na, K, Cl, Ca, Mg, urea, kreatinin, bilirubin, celková bílkovina, albumin, prealbumin, AST, ALT, ALP, GMT, LDH cholesterol
- CLRK
- ORL
- MR krk
- RTG plic
- EKG
- předoperační vyšetření
- CT
- sono břicha
- hypofaryngoskopie
- gastroskopie
- tracheostomie

Chirurgická léčba

- fraktura tybie LDK
- výhřez ploténky L páteře
- gastroskopie
- tracheostomie

Konzervativní léčba

- dieta – 1/S tekutá výživná, vanilka + 1 Nutridrink comp + Calogen 3x30 ml
- pohybový režim – volný
- výživa – PEG

Výsledky

<i>Hematologie</i>	<i>Zjištěná hodnota</i>	<i>Referenční mez</i>
leukocyty	8,3	4 – 10
erytrocyty	4,47	4,5 – 6,3
hemoglobin	133	140 – 180
hematokryt	0,395	0,38 – 0,52
trombocyty	372	140 – 440

<i>Enzymy</i>	<i>Zjištěná hodnota</i>	<i>Referenční mez</i>
AST	0,33	0 – 0,65
ALT	0,32	0 – 0,8
ALP	1,58	0,5 – 2
GMT	0,31	0 – 1,1
LDH	2,45	0 – 4,12

<i>Ionty</i>	<i>Zjištěná hodnota</i>	<i>Referenční mez</i>
Natrium	140,8	132 – 149
Kalium	4,81	3,8 – 5,5
Chloridy	101	97 – 108
Calcium	2,59	2 – 2,75
magnesium	0,82	0,66 – 0,64

<i>Metabolity</i>	<i>Zjištěná hodnota</i>	<i>Referenční mez</i>
Urea	4,8	2 – 7,5
kreatinin	88	35 – 110
bilirubin	8	0 – 20

<i>Bílkoviny</i>	<i>Zjištěná hodnota</i>	<i>Referenční mez</i>
Celková bílkovina	72	65 – 80
Albumin	40	32 – 45
prealbumin	0,14	0,2 – 0,36

Medikamentózní léčba

<i>Název léku</i>	<i>Forma</i>	<i>Síla</i>	<i>Dávkování</i>	<i>Skupina</i>
Algifen Neo	kapky		30 - 30 - 30	analgetikum
Durogesic	Transdermální náplast	25 ug	á 72 hodin	analgetikum
Chlorhexidin	roztok	1 %	10 x denně	antiseptikum
Oxazepam	tablety		0 - 0 - 1	anxyolitikum
Lactulosa	sirup		1 - 1 - 1	digestivum
Clotrimazol	tablety	100 mg	¼ - 0 - ¼	antimykotikum
Imodium	tablety		0 - 2 - 0	antidiaroika
Smecta			1 - 1 - 1 - 1	antidiaroika
Lactobacilus	kapsle		1 - 1 - 1	probiotika
Ca panthotenicum	mast		denně	dermatologikum

- intravenózní – Kytril 1 amp., Degan 1 amp., Dexona 1 amp., Amoksiklav 1 g,
- chemoterapie – cDDP 70 mg v hydratačním režimu
- Ialugen gel

8.4 Vitální funkce při přijetí

- TK – 110/60
- P – 70 – pravidelný
- D – 13 - pravidelný
- TT – 36,7 °C
- Stav vědomí – při vědomí
- Výška – 178 cm
- Hmotnost – 66 kg
- BMI – 20
- Pohyblivost – neomezená

8.5 Posouzení fyzického stavu

Objektivně při přijetí

Při vědomí, orientovaný místem, časem, spolupracuje, kontakt dobrý. Konstituční typ normostenický. Stav výživy a svalstva přiměřený. Abnormální pohyby nepřítomné, meningeální příznaky nepřítomné. Řeč jasná, srozumitelná. V klidu bez dušnosti. Poloha aktivní. Postoj vzpřímený, chůze volná. Kůže bez patologických eflorescencí, bez známek krváčení, anikterická, bez cyanozy, kožní adnexa a ochlupení bez odchylek. Napětí svalstva přiměřené věku, turgor kůže nesnížený, akra teplá. PS dle WHO 1., TS klidná, PEG klidná.

Hlava:

Poklepově nebolestivá, inervace orient. intakt.

Zevní oční nález v mezích normy.

Jazyk bez povlaku, plazí středem.

Sliznice orofaryngu a dutiny ústní bez příznaků.

Uši, nos bez výtoku.

Krk:

Tep karotid oboustranný, hmatný, bez šelestu.

Náplň krčních žil přiměřená.

Štítná žláza nehmatná.

Krční LU bilat. Zvětšené, hmatné, tuhé, více vpravo.

Nadklíčové uzliny nezvětšeny.

Hrudník:

Souměrný.

Poklep plic plný, jasný.

Dýchání sklípkové, čisté.

AS pravidelná, 2 ozvy ohraničené, jasné.

Axilární uzliny nezvětšeny.

Mammy bez rezistence.

Břicho:

Jizva klidná, zhojená, měkké.

Palpačně nebolestivé.

Bez patologické rezistence.

Hepar, lien Tapp. 0, Israeli bilat. negativní. Murphy negativní.

Bez peritoneálního dráždění.

Peristaltika slyšitelná.

Inguinální uzliny nezvětšeny.

Dolní končetiny:

Bez otoků.

Periferní pulsace oboustranná.

Hlava a krk

- subj: pacient verbalizuje bolest při polykání, bolest v krku, pálení v krku, pacient verbalizuje zavedení tracheostomické kanyly, nádor krku
- obj: bolest při polykání, polykání porušené, pálení v krku, indikace tracheostomické , onkologické onemocnění, karcinom hypofaryngu, postižení sliznice dutiny ústní

Srdce

- subj: pacient neverbalizuje žádné obtíže, změny
- obj: úder hrotu neviditelný, nehmatný, srdce pokleповě nezvětšeno, ozvy ohraničené, bez šelestů, srdeční akce nepravidelná

Hrudník

- subj: pacient verbalizuje zhoršené dýchání, zavedení tracheostomické kanyly
- obj: dýchání nedostatečné, indikace tracheostomie, průchodnost dýchacích cest zhoršená

Břicho a GIT

- subj: pacient verbalizuje hubnutí, zvracení, zavedení PEGU
- obj: nauzea, výživa nedostatečná, indikace PEG

Vylučovací systém

- subj: pacient neverbalizuje žádné problémy s močením, verbalizuje průjem
- obj: močí bez obtíží, moč bez patologických příměsí, průjem

Kostra, svaly

- subj: pacient neverbalizuje žádné problémy
- obj: končetiny souměrné bez deformit, pohyby ve fyziologickém rozsahu, bez omezení, třes nepřítomný, lýtka měkká, volná, bez zánětu, příčná a podélná klenba neporušená, svalová síla přiměřená, nehtová lůžka růžová, páteř ve fyziologickém zakřivení v bočním i v zadním pohledu v celém rozsahu, pohyblivost ve fyziologickém rozmezí zachována

Nervový systém

- subj: pacient verbalizuje problém se zrakem
- obj: brýle nosí, slyší dobře, chrup vlastní, pozornost úmyslná, stálá, řeč plynulá

Endokrinní systém

- subj: pacient neverbalizuje žádné problémy
- obj: fyziologická funkce štítné žlázy

Imunologický systém

- subj: pacient verbalizuje snížení imunity
- obj: pokles imunity

Kůže

- subj: pacient verbalizuje svědění, vyrážku, spálenou kůži
- obj: svědění, vyrážka, spálená kůže

8.6 Aktivity denního života

Výživa

- subj: pacient doma jí pravidelně, chuť k jídlu má dobrou, ale špatně se mu polyká, zhubl 8 kg za tři měsíce
- obj: nelze posoudit
- subj: pacient má dietu 1/S tekutou výživnou, přídavek, Nutridrink comp, Calogen, zhubl 4 kg
- obj: dieta 1/S tekutá výživná, úbytek váhy

Příjem tekutin

- subj: pacient vypije během dne 2 litry, obvykle čaj, minerálky, džus, káva
- obj: turgor kůže dobrý, stav hydratace dobrý, stav sliznic dobrý, jazyk růžový a vlhký
- subj: 2 l minerálky, čaj
- obj: pacient vypije za den 2 l tekutin

Vylučování moče

- subj: pacient neverbalizuje žádné problémy
- obj: pacient močí bez obtíží
- subj: pacient neverbalizuje žádné problémy
- obj: pacient močí bez obtíží, moč bez patologickým příměsí

Vylučování stolice

- subj: pravidelná
- obj: pravidelná
- subj: pacient verbalizuje průjem i zácpu
- obj: průjem, zácpa

Spánek, bdění

- subj: pacient se probouzí 2 krát za noc, před spaním se dívá na televizi
- obj: nelze objektivně posoudit

- subj: pacient se probouzí 2 krát za noc, má problémy s usínáním, užívá lék na spaní
- obj: pacient spí přerušovaným spánkem, má potíže s usínáním v souvislosti se změnou prostředí, onemocněním a léčbou

Aktivita, odpočinek

- subj: pacienta baví nohejbal, stolní tenis, čtení knih, poslech hudby, rád se dívá na televizi
- obj: nelze objektivně posoudit
- subj: pacient neverbalizuje stres, verbalizuje čtení knih, poslech hudby, dívání se na televizi, pacient se cítí odpočatý
- obj: pacient dodržuje režim oddělení

Hygiena

- subj: pacient verbalizuje pravidelnou hygienu
- obj: pacient zvládá sám, je soběstačný
- subj: pacient verbalizuje dostatečnou hygienu
- obj: hygiena pravidelná bez pomoci sester

Samostatnost

- subj: pacient verbalizuje soběstačnost
- obj: soběstačný
- subj: pacient verbalizuje soběstačnost
- obj: pacient je soběstačný

8.7 Posouzení psychického stavu

Vědomí

- subj: pacient je při vědomí
- obj: při vědomí, vědomí jasné, řeč plynulá, pozornost úmyslná, stálá

Orientace

- subj: pacient je orientován
- obj: orientován osobou, časem místem

Nálada

- subj: pacient je optimista
- obj: optimista

Paměť

- subj: pacient má dobrou staropaměť i novopaměť
- obj: staropaměť a novopaměť je neporušená

Myšlení

- subj: pacient je optimista, verbalizuje plnou důvěru sám sobě
- obj: optimista, pacient si plně důvěřuje

Temperament

- subj: pacient je extrovert
- obj: pacient je extrovert

Sebehodnocení

- subj: pacient si je vědom svého onemocnění
- obj: nelze objektivně posoudit

Vnímání zdraví

- subj: pacient verbalizuje změnu váhy, poruchu polykání, bolest

- obj: polykání porušené, bolest, úbytek váhy

Vnímání zdravotního stavu

- subj: negativní, pacient má strach z reakce svého okolí a z průběhu léčby
- obj: onkologické onemocnění, strach z přijetí, z průběhu léčby

Reakce na onemocnění

- subj: pacient se se zjištěným onemocněním vyrovnával dlouho, ale nakonec se s tím vyrovnal, strach z reakce svého okolí
- obj: přijetí onkologického onemocnění, strach z přijetí svého okolí

Reakce na hospitalizaci

- subj. bez známek pesimismu
- obj: bez známek pesimismu, bez známek hospitalismu

Adaptace na onemocnění

- subj: pacient verbalizuje dodržování terapie
- obj: pacient dodržuje terapii

Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)

- subj: pacient verbalizuje úzkost z přijetí svým okolí a reakci okolí na jeho zdravotní stav, pacient napětí snáší lehce, stresové situace zvládá sám, s napětím se pacient vyrovnává rychle
- obj: úzkost z přijetí okolí, strach z reakce okolí, napětí snáší lehce, s napětím se vyrovnává rychle, stresové situace pacient zvládá sám

Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)

- subj: pacient verbalizuje zavedení PEGU a tracheostomie v květnu 2010
- obj: květen 2010 – gastrokopie, tracheostomie

8.8 Posouzení sociálního stavu

Komunikace

- subj: pacient verbalizuje problém s verbální komunikací z důvodu zavedení tracheostomie, neverbální komunikace je přiměřená
- obj: verbální komunikace porušená indikací tracheostomie, neverbální komunikace je přiměřená

Informovanost o nemocnění

- subj: pacient se cítí být dostatečně informován
- obj: pacient je plně informován

Informovanost o diagnostických metodách

- subj: pacient se cítí být plně informován
- obj: pacient je plně informován

Informovanost o léčbě a dietě

- subj: pacient se cítí být dostatečně informován
- obj: pacient je plně informován

Informovanost o délce hospitalizace

- subj: pacient se cítí být dostatečně informován
- obj: pacient je plně informován

Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu

Primární role

- subj: pacient přijímá roli muže, oblečením se identifikuje, věk 51 let, pacient je částečně spokojen se svým vzhledem, pacient má pocit dostatečné síly a životní energie
- obj: pacient přijímá roli muže, identifikuje se oblečením, věk 51 let, částečně spokojen se svým vzhledem, pacient má pocit dostatečné síly a životní energie

Sekundární role

- subj: pacient má povolání skladníka, dobré společenské vztahy, verbalizuje spokojenost se svou prací, chování k lidem je asertivní a přátelské, rodina je pro pacienta na prvním místě, pacient má tři dospělé děti, rodina má zájem na zdravotním stavu pacienta a ochotu pomoci, pacient je křesťan, pacient je rozvedený
- obj: pacient má povolání skladníka, dobré společenské vztahy, verbalizuje spokojenost se svou prací, chování k lidem je asertivní a přátelské, rodina je pro pacienta na prvním místě, rodina má zájem na zdravotním stavu pacienta a ochotu pomoci, pacient je křesťan, pacient je rozvedený

Terciární role

- subj: pacient verbalizuje aktivní zájem o své koníčky, pacient je zručný, pacient má pocit dostatečné síly a životní energie
- obj: pacient verbalizuje aktivní zájem o své koníčky, pacient je zručný, pacient má pocit dostatečné síly a životní energie

8.9 Ošetrovatelské diagnózy dle priorit pacienta

- Dýchání nedostatečné v souvislosti s vyřazením horních cest dýchacích z funkce, projevující se nedostatkem dechu, sníženou energií, únavou dýchacích svalů
- Průchodnost dýchacích cest zhoršená v souvislosti se zavedením tracheostomické kanyly, nadměrnou produkcí hlenu, projevující se obtížným vyslovováním, změnou frekvence dýchání, produktivním kašlem
- Polykání porušené v souvislosti se základním onemocněním (nádorové onemocnění), projevující se verbalizací, stížností na uvíznutí sousta, bolestí při polykání, odmítáním jídla, zvýšeným obsahem žaludeční kyseliny a úbytkem váhy
- Bolest akutní v souvislosti s protinádorovou léčbou, projevující se úlevovou polohou, změnou chuti k jídlu, změnou nálady, netečností, výrazem v obličeji, změnou chování
- Nauzea v souvislosti protinádorovou léčbou, projevující se verbalizací, zvýšeným sliněním, bledostí
- Změny ve vyprazdňování v souvislosti s protinádorovou léčbou, projevující se verbalizací, řídkou stolicí, bledostí, úlevovou polohou
- Kožní integrita porušená v souvislosti působením radiace, projevující se svěděním, pálením, necitlivostí postižené oblasti
- Péče o sebe sama nedostatečná v souvislosti s tracheostomií, projevující se nedostatečnou hygienou
- Potencionální riziko infekce v souvislosti se zavedením PEGU a tracheostomie

Aktuální diagnózy

Dýchání nedostatečné v souvislosti s vyřazením horních cest dýchacích z funkce, projevující se nedostatkem dechu, sníženou energií, únavou dýchacích svalů

Priorita: Vysoká

Cíl:

- Krátkodobý - zajištění dostatečného dýchání do tří dnů
- dýchání tracheostomií bez pocitu dušnosti do dvou dnů
- Dlouhodobý - udržení průchodnosti tracheostomické kanyly po dobu tří měsíců
- dosažení samostatnosti v péči o tracheostomickou kanylu pacientem do ukončení hospitalizace

Výsledná kritéria:

Pacient zná tracheostomickou kanylu

Pacient umí péči o tracheostomickou kanylu

Pacient udržuje tracheostomickou kanylu průchodnou

Pacient zná riziko náhodného uzavření tracheostomie

Plán intervencí:

Seznam pacienta s tracheostomickou kanylou první den po výkonu – všeobecná sestra

Převazuj tracheostomickou kanylu denně – všeobecná sestra

Zajisti dostatečnou hygienu tracheostomické kanyly denně – všeobecná sestra

Sleduj fyziologické funkce (TK, P, TT) dvakrát denně – všeobecná sestra

Vyměňuj kanylu dle potřeby jednou denně – všeobecná sestra

Kontroluj zahleněnost pacienta třikrát denně – všeobecná sestra

Zajisti dostatečný přísun tekutin během dne – všeobecná sestra

Podávej léky (mukolytika) podle ordinace lékaře třikrát denně – všeobecná sestra

Realizace: 1.7. 2010 – 3.7. 2010

- 07:00 - probudila jsem pacienta a změřila mu krevní tlak, puls a zapsala jsem naměřené hodnoty do dokumentace
- 07:30 - jsem podala pacientovi ranní léky, 30 kapek Algifenu Neo proti bolesti podle ordinace lékaře
- pacientovi se špatně dýchá
 - nahlásila jsem to lékaři
 - změřila jsem saturaci a zapsala jsem naměřenou hodnotu do dokumentace
- 08:00 - jsem ošetřila tracheostomii, očistila jsem její okolí, odsála z tracheostomie hleny pro zprůchodnění tracheostomie a vyměnila podložní čtverce, otvory v kanylu jsem protáhla tkaloun, zavedla kanylu pacientovi a uchytila ji kolem krku pacienta, proveden zápis do dokumentace
- 09:00 - pacientovi jsem aplikovala kyslík a mukolytika podle ordinace lékaře
- 09:10 - pacientovi se dýchá lépe
- 10:00 - provedla jsem kontrolu pacienta
- 12:00 - podala jsem polední léky podle ordinace lékaře
- 13:45 - pacienta jsem odeslala k plánování radioterapie po výzvě z plánovacího oddělení s doprovodem sanitáře
- 16:30 - jsem změřila pacientovi krevní tlak, puls a saturaci, zeptala jsem se ho jestli byl na stolici, zjištěné údaje jsem zapsala do dokumentace
- 17:00 - podala jsem večerní léky podle ordinace lékaře, zeptala jsem se jestli něco nepotřebuje a jestli je všechno v pořádku
- 18:30 - předala jsem službu noční sestře

Zhodnocení:

Cíle zajištění dostatečného dýchání do tří dnů, dýchání tracheostomií bez pocitu dušnosti do dvou dnů byly splněny. V udržení průchodnosti tracheostomické kanyly po dobu tří měsíců a dosažení samostatnosti v péči o tracheostomickou kanylu do ukončení hospitalizace bude pacient nadále pokračovat.

Průchodnost dýchacích cest zhoršená v souvislosti se zavedením tracheostomické kanyly, nadměrnou produkcí hlenu, projevující se obtížným vyslovováním, změnou frekvence dýchání, produktivním kašlem.

Priorita: Vysoká

Cíl:

- Krátkodobý - udržení průchodnosti dýchacích cest po dobu hospitalizace
- usnadnění expektorace do tří dnů
- zajištění toalety dýchacích cest po dobu hospitalizace
- Dlouhodobý - osvojení si návyků, vedoucích k lepší průchodnosti dýchacích cest po ukončení hospitalizace

Výsledná kritéria:

Pacient zná příčiny neprůchodnosti dýchacích cest

Pacient zvládá hygienu o tracheostomickou kanylu

Pacient ví o kyslíkové terapii

Pacient ví o nebulizaci

Pacient ví o celkové léčbě neprůchodnosti dýchacích cest

Plán intervencí:

Zajisti správnou polohu pacienta během hospitalizace – všeobecná sestra

Sleduj klinický stav pacienta v pravidelných intervalech podle ordinace lékaře po dobu hospitalizace – všeobecná sestra

Sleduj fyziologické funkce (TK, P, TT, D) po dobu hospitalizace – všeobecná sestra

Kontroluj pravidelně průchodnost tracheostomické kanyly 3 denně – všeobecná sestra

Zajisti odsávání z tracheostomické kanyly v intervalech určených ordinací lékaře – všeobecná sestra

Prováděj kyslíkovou a nebulizační terapii podle ordinací lékaře – všeobecná sestra

Prováděj péči o hygienu dutiny ústní během dne – všeobecná sestra

Zajisti dostatečný přísun tekutin během dne – všeobecná sestra

Zajisti signalizační zařízení po dobu hospitalizace – všeobecná sestra

Realizace: 1.7. 2010 – 3.7. 2010

- 07:00 - probudila jsem pacienta a změřila jsem mu krevní tlak a puls, naměřené hodnoty jsem zapsala to do dokumentace
- 07:30 - jsem pacientovi podala ranní léky, 30 kapek Algifenu Neo proti bolesti
- pacientovi se špatně dýchá
 - nahlásila jsem to lékaři
- 08:00 - příprava na převaz tracheostomie tracheostomii
- 08:10 - připravuji si potřebný převazový materiál, dezinfekci, sterilní tampónky, rukavice, emitní misku, sterilní krytí, obinadlo a tkaloun k zafixování kanyly pacientovi kolem krku
- 08:12 - odstranila jsem předešlé krytí
- 08:21 - očistila jsem okolí tracheostomie
- 08:22 - jsem odsála z tracheostomie hleny pro zprůchodnění tracheostomie
- 08:25 - vyměnila jsem podložní čtverce, otvory v kanyle jsem protáhla tkaloun, zavedla jsem kanylu pacientovi a uchytila ji kolem krku pacienta a zapásala převaz do dokumentace
- 11:30 - pacientovi podávám polední ordinace, Algifen Neo proti bolesti podle ordinace lékaře a aplikovala jsem Durogesic náplast na záda pacienta
- 14:00 - aplikace nebulizace a roztoku Mistabronu do kanyly podle ordinace lékaře
- jsem pacientovi odsála z tracheostomie hleny
 - pacientovi se dýchá lépe
- 15:30 - jsem pacientovi odsála hleny z tracheostomie
- 16:30 - změřila jsem pacientovi krevní tlak, puls a zeptala jsem se ho jestli byl na stolici, naměřené hodnoty jsem zapsala do dokumentace
- 17:00 - podala jsem večerní léky podle ordinace lékaře, zeptala jsem se jestli něco nepotřebuje a jestli je všechno v pořádku, pacient neměl žádné obtíže
- 18:30 - jsem předala službu noční sestře
- Každé dvě hodiny jsem dávala pacientovi napít

Zhodnocení:

Cíle udržení průchodnosti dýchacích cest po dobu hospitalizace, usnadnění expektorace do tří dnů, zajištění toalety dýchacích cest po dobu hospitalizace byly splněny.

V osvojení návyků, vedoucích k lepší průchodnosti dýchacích cest po ukončení hospitalizace bude pacient nadále pokračovat.

Polykání porušené v souvislosti se základním onemocněním (nádorové onemocnění), projevující se verbalizací, stížnostmi na uvíznutí sousta, bolestí při polykání, odmítáním jídla, zvýšeným obsahem žaludeční kyseliny a úbytkem váhy

Priorita: Vysoká

Cíl: Krátkodobý - osvojit si metody krmení přiměřené individuální situaci po dobu hospitalizace
- bezpečně dopravovat jídlo i pití z úst do žaludku po dobu hospitalizace
Dlouhodobý - dosáhnout nebo udržet žádoucí tělesnou hmotnost po ukončení léčby
- pacient bez obtíží při polykání při propuštění

Výsledná kritéria:

Pacient má obnovenou chuť k jídlu

Pacient jí bez obtíží

Pacient pečuje o dutinu ústní

Pacient přibírá na váze

Plán intervencí:

Odsávej dutinu ústní dle potřeby – všeobecná sestra

Zajisti dostatečnou hygienu dutiny ústní při ranní toaletě – všeobecná sestra

Uprav výživu tak, aby ji mohl pacient lépe polykat dvakrát denně – všeobecná sestra

Měř fyziologické funkce (TK, P, TT) dvakrát denně – všeobecná sestra

Zajisti dostatečný přísun tekutin během jídla – všeobecná sestra

Zaznamenej váhu pacienta v poslední době při přijetí – všeobecná sestra

Sleduj příjem, výdej a tělesnou hmotnost během dne – všeobecná sestra

Rozdrť léky ke snažšímu polykání třikrát denně – všeobecná sestra

Realizace: 7. 7. 2010 – 31. 7. 2010

- 07:00 - probudila jsem pacienta a změřila jsem mu krevní tlak a puls a zapsala jsem naměřené hodnoty do dokumentace
- 07:30 - jsem podala a rozdrtila pacientovi ranní medikaci, Algifen Neo, Clotrimazol podle ordinace lékaře
- 08:00 - jsem doporučila změnu diety z tuhé na tekutou
- 08:30 - pacienta jsem odeslala na ozáření po výzvě z ozařovny
- 09:00 - provedla jsem převazy a dopolední ordinace podle lékaře
- 10:00 - jsem zvažila pacienta a hodnotu jsem zaznamenala do dokumentace
- 10:15 - jsem pacientovi dala Chlorhexidine k výplachu dutiny ústní, edukovala jsem pacienta o nutnosti výplachů 10 denně
- 11:30 - podána polední medikaci podle ordinace lékaře
- 12:00 - edukovala jsem pacienta o změně diety
- podala jsem pacientovi výživu do PEGU, dále po dvou hodinách
- 15:00 - zkontrolovala jsem stav pacienta
- 16:30 - jsem změřila pacientovi krevní tlak, puls a zeptala jsem se ho jestli byl na stolici, zjištěné údaje jsem zapsala do dokumentace
- 17:00 - podala jsem večerní medikaci, Algifen Neo, Oxazepam, Clotrimazol podle ordinace lékaře, zeptala jsem se jestli něco nepotřebuje a jestli je všechno v pořádku
- 18:30 - jsem předala službu noční sestře

Zhodnocení:

Cíle byly částečně splněny, pacient má porušené polykání během celé hospitalizace. V předešlých opatření nutno pokračovat po dobu hospitalizace.

Bolest akutní v souvislosti s protinádorovou léčbou, projevující se úlevovou polohou, změnou chuti k jídlu, změnou nálady, netečností, výrazem v obličeji, změnou chování

Priorita: Vysoká

Cíl: Krátkodobý - zmírnění bolesti do tří dnů
Dlouhodobý - dodržovat předepsaný farmakologický režim po dobu hospitalizace

Výsledná kritéria:

Pacient ví příčinu bolesti

Pacient dodržuje ordinace podle lékaře

Pacient má nepatrnou bolest

Plán intervencí:

Posud' možné patofyziologické příčiny bolesti odpoledne – všeobecná sestra

Sleduj intenzitu bolesti ráno a večer – všeobecná sestra

Měř fyziologické funkce (TK, P, TT) třikrát denně – všeobecná sestra

Sleduj charakter bolesti ráno a večer – všeobecná sestra

Pozoruj neverbální projevy nemocného během dne – všeobecná sestra

Pečuj o pohodlí nemocného během dne – všeobecná sestra

Kontroluj stav nemocného během dne – všeobecná sestra

O výskytu bolesti informuj lékaře odpoledne – všeobecná sestra

Podávej analgetika podle lékaře – všeobecná sestra

Realizace: 1.7. 2010 – 3.7. 2010

- 07:00 - jsem probudila pacienta a změřila jsem mu krevní tlak a puls a zapsala jsem naměřené hodnoty do dokumentace
- 08:00 - pacient si stěžuje na bolest, bolest jsem posoudila a charakterizovala
- 08:05 - informovala jsem lékaře o bolesti pacienta
- 08:10 - lékař naordinoval Novalgin v tabletách, podala jsem Novalgin pacientovi
- 09:00 - pacient verbalizuje zmírnění bolesti
- 10:00 - jsem odeslala pacienta na ozáření po výzvě z ozařovny
- 11:15 - změřila jsem pacientovi krevní tlak a puls, naměřené hodnoty jsem zapsala do dokumentace
- 11:30 - jsem podala pacientovi polední léky podle ordinace lékaře
- 14:30 - pacient si opět stěžuje na bolest
- 14:40 - pacientovi jsem podala Novalgin po dohodě s lékařem
- 16:30 - jsem změřila pacientovi krevní tlak, puls a saturaci, zeptala jsem se ho jestli byl na stolici, zjištěné údaje jsem zapsala do dokumentace
- 17:00 - podala jsem večerní léky podle ordinace lékaře, zeptala jsem se jestli něco nepotřebuje a jestli je všechno v pořádku
- 18:30 - jsem předala službu noční sestře

Zhodnocení:

Cíl zmírnění bolesti do tří dnů byl splněn. V dodržování předepsaného farmakologického režimu po dobu hospitalizace je nutno pokračovat.

Potencionální diagnóza

Infekce, riziko vzniku v souvislosti se zavedením PEGU a tracheostomie

Priorita: Středně vysoká

Cíl: Klidná operační rána.

Kůže v okolí PEGU a tracheostomie bez známek zánětu

Výsledná kritéria:

Pacient zná příčinu infekce

Pacient dodržuje hygienu v okolí PEGU a tracheostomie

Pacient dodržuje správnou aplikaci výživy do PEGU

Pacient vyměňuje a čistí pravidelně tracheostomickou kanylu

Pacient nemá známky zánětu

Plán intervencí:

Udržuj čistotu PEGU, tracheostomie a okolí během dne – všeobecná sestra

Dodržuj zásady asepsy a antisepse při ošetřování PEGU, tracheostomie a okolí ráno – všeobecná sestra

Prováděj pravidelnou výměnu sterilního krytí operační rány a podložení tracheostomické kanyly ráno – všeobecná sestra

Kontroluj okolí PEGU, tracheostomie, informuj lékaře o všech změnách během dne – všeobecná sestra

Udržuj čistotu PEGU po aplikaci výživy třikrát denně – všeobecná sestra

Edukuj pacienta o hygieně a ošetřování PEGU a tracheostomie a okolí odpoledne – všeobecná sestra

8.10 Edukace pacienta v oblasti ošetřování PEG

Nejefektivnější forma edukace pacienta je zácvik. V prvních dnech po zavedení PEG jsme pacientovi vždy pečlivě vysvětlili, co děláme. Po čtrnácti dnech se vytvořil vazivový kanálek, takže pacient může pečovat o sondu sám. Zopakujeme mu zásady péče o sondu.

- každý den je nutno vyčistit povrch katétru pomocí mýdla a vody, dobře opláchnout a osušit
- všímáme si, zdali není okolí sondy zarudlé, nevytékají zbytky výživy nebo žaludečních šťáv
- dle nácviku je nutno provádět denně proplach katétru a jeho otočení
- sondu ponecháme volně, nebo lze překrýt čtvercem
- pacient se smí koupat a sprchovat
- po každé manipulaci se sondou je nutno provést její kontrolu

8.11 Edukace pacienta v podávání výživy do PEG

Nejdříve je nutné domluvit se s pacientem, jakou stravu bude požívat. Pokud klient může polykat, je vhodná normální strava, sondu stačí proplachovat jednou denně. Strava musí být v takové konzistenci, aby sondou bez problémů procházela a neucpávala ji. Podávání výživy do gastrostomie je nejlepší bolusově (v jednotlivých dávkách) 6 krát denně, nejlépe po 3 hodinách cca 250 ml – 300 ml během dne. Pacienta poučíme o nutnosti dodržování intervalu mezi jednotlivým podáním a o dodržování množství podané výživy. Pacient si zapisuje množství podané stravy za 24 hodin a pravidelně 2 krát do týdne se váží, vždy v přibližně stejnou dobu a stejně oblečen. Pacienta poučíme, že pokud nemůže polykat léky, je třeba je podat do PEG.

Tablety je nutné pečlivě rozdrtit, aby se zabránilo ucpání sondy. Rozdrcený prášek rozpustíme v malém množství tekutiny a po jídle jej podáváme do sondy. Tu je nutno důkladně propláchnout nejlépe vlažným čajem nebo vodou pomocí Janettovy

stříkačky, která má obsah 50 ml. Edukace pacienta je završena jeho samostatným předvedením péče o PEG a popsání možných komplikací (GRÓFOVÁ, 2007).

8.12 Zavádění tracheostomické kanyly

Tracheostomickou kanylu je třeba zavádět jemně a šetrně. Tracheostomická kanyla musí být zvláště v počátečním pooperačním období sterilní, natřená olejem nebo mezokainovým gelem. Jde-li o výměnu tracheostomické kanyly v časném pooperačním období anebo je-li tracheostoma zúžené, je vhodné vyjmutou kanylu ihned bez prodlení nahradit kanylou, kterou máme již připravenou v druhé ruce. Je-li pacient při vědomí, vyzveme jej, aby se hluboce nadechl a mírně zaklonil hlavu – při předklonu a výdechu se tracheostoma spontánně zužuje.

Tracheostomickou kanylu protáhneme dvěma nastřiženými čtverci a zavedeme pomalu kruhovým pohybem ve střední čáře do průdušnice tak, abychom neporanili stěnu průdušnice. Tracheostomická kanyla musí být dostatečně fixována, nesmí být příliš volná ani těsná. Dvěma malými otvory po straně tracheostomické kanyly protáhneme tkaloun, který pacientovi uvážeme kolem krku. Při pozdějším nácviku samostatného zavádění kanyly pacientem je vhodné kvůli zrakové kontrole podržet před pacientem zrcadlo (CHROBOK; ASTL; KOMÍNEK a kol., 2004).

8.13 Dodržování hygieny

Celou kanylu vyměňujeme většinou jedenkrát denně, vnitřní plášť podle množství sekrece vícekrát denně. Usadí-li se na stěnách kanyly hlen, musí sestra vyjmout její vnitřní plášť (jde-li o dvouplášťovou kanylu) a vyčistit ho kartáčkem. Po vyčištění ho musí zavést co nejdříve zpět, aby se hlen neusadil na stěně zevního pláště kanyly. Umělohmotnou tracheostomickou kanylu po výměně je třeba umýt ve vlažné vodě pomocí kartáčku a poté ponechat asi 1 hodinu v dezinfekčním roztoku Sekusept forte. Je nutno dbát na to, aby měl pacient vždy jednu kanylu kompletně připravenou k výměně.

Kůži v okolí traheostomatu ošetřujeme mastí (Pityol, Menalind), abychom zabránili poranění kůže. Protože nemocný vykašlává kanylou hlen, musí být kanyla podložena gázovým a navenek igelitovým čtverečkem.

8.14 Zhodnocení ošetrovatelské péče

Celkový průběh léčby nádorového onemocnění je velmi náročný a zdlouhavý. Pacient na začátku léčby neměl obtíže spojené s léčbou, ale pouze obtíže jako je bolest při polykání, pocit cizího tělesa v ústech, úbytek váhy, bolest v krku, chrapot. Během prvních dnů byl pacientův stav v mezích normálu. Dostával medikace, se kterými byl přijat. Druhý týden začala léčba chemoterapií a radioterapií. Pacient byl edukován o možných nežádoucích účincích a o komplikacích. Pacient souhlasil s léčbou. Po prvních dávkách ozařování začala pacientovi červenat ozařovaná kůže v oblasti krku.

V souvislosti s tím jsem podala dle ordinace lékaře mast Calcium Pantothenicum pro regeneraci kůže, edukovala jsem o ošetřování ozářené oblasti. Z důvodu prevence vzniku obtíží v dutině ústní po radioterapii jsem podala také dle ordinace lékaře Chlorhexidine roztok k výplachům úst. Pacient si začal stěžovat na bolest, proto mu lékař naordinoval Durogesic 25 ug, opiátovou náplast. Po prvních dávkách chemoterapie se u pacienta vyskytla nauzea, ztráta chuti k jídlu, změny ve vyprazdňování. Lékař mu naordinoval léky tlumící obtíže. Z důvodu nádoru faryngu a následkem chemoterapie byla pacientovi změněna dieta. Z tuhé stravy přešel na tekutou výživu, Fresubin. V průběhu léčby se stav pacienta zhoršoval. Trpěl čím dál většími bolestmi, v souvislosti s tím mu lékař zvýšil sílu Durogesicu ze 25 ug na Durogesic 70 ug. Zhubl celkově o 4 kg, z 66 kg na 62 kg. Byla mu změněna také medikace – Oxazepam na zklidnění, Imodium a Lactulosu na změny ve vyprazdňování, Lactobacilus na obnovení střevní mikroflóry, Amoksiklav na zánět, Clotrimazol na mykózu v ústech.

Po ukončení ozařování a chemoterapie bylo naplánováno propuštění. Po propuštění docházel pacient již pouze ambulantně na kontroly. Během zimy se však pacientův stav náhle zhoršil a následně zemřel.

8.15 Doporučení pro praxi

Karcinom v oblasti hlavy a krku je závažné onemocnění. Dlouhodobá hospitalizace je vytrhne z normálního života, dlouhodobá pracovní neschopnost je vytrhne z pracovního prostředí, zavedení TRST zhoršuje zařazení do společnosti, často i do rodiny. Velmi náročnou léčbu, kterou provází mnoho vedlejších nežádoucích účinků – nevolnost, bolesti, kožní potíže, změny diet, vyprazdňování pacienty zatěžuje více než jsou většinou připraveni unést, což sebou nese mnoho dalších psychosomatických a psychických obtíží. Navíc vyhlídky na úplné uzdravení nejsou velké.

Na základě vyhodnocení dílčích poznatků a závěrů, k nimž jsem dospěla v této práci, navrhuji k těmto doporučením pro praxi:

- zlepšení preventivní péče u mužů všech věkových skupin v ordinacích obvodního lékaře,
- edukace rizikových věkových skupin (pacienti mezi 50 – 60 lety) formou informačních letáků, v ordinaci obvodního lékaře a na onkologickém oddělení,
- zlepšení komunikace mezi pacientem lékařem a sestrou, už v ambulantní části nemocnice,
- lepší edukaci pacienta ze strany sester onkologického oddělení,
- edukace služebně mladších sester sestrami služebně staršími,
- důležitou roli hraje i správná komunikace s rodinou pacienta v nemocničním zařízení,
- zkvalitnění uspokojování přání a potřeb pacienta v nemocničním zařízení,
- dodržování individuálního přístupu k pacientům v nemocničním zařízení.

Doporučuji všeobecným sestřám, zdravotnickým asistentům i sestřám bakalářských oborů z onkologického oddělení navštívit onkologické kongresy nebo se zúčastnit odborných seminářů v rámci celoživotního vzdělávání sester. Veřejnosti bych doporučila v rámci prevence nádorových onemocnění využít screeningových programů. Díky těmto programům by mohlo docházet k rychlejší diagnostice tohoto onemocnění, tím i k účinnější léčbě.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo podrobněji informovat o dané problematice nádorových onemocnění. To znamená o jejich výskytu, příznacích, diagnostice, léčbě, indikaci k zavedení PEG, TRST, komplikacích léčby a v neposlední řadě o prevenci.

Nádorová onemocnění jsou pro společnost postrachem a zvláště v posledních letech se jejich výskyt stále zvyšuje. Je to ovlivněno dobou a převážně nezdravým životním stylem. Lidé na sebe nemají dostatek času. Maximum věnují pracovním povinnostem k vydobytí finančních prostředků. To je pak příčinou nezdravého stravování, nedostatku odpočinku – relaxace, nedostatku pohybu. Z obav o udržení zaměstnání lidé často nevěnují patřičnou pozornost tzv. „obyčejným“ onemocněním jako jsou nachlazení nebo chřipka. Většina lidí žije v neustálém stresu, při kterém si „pomáhají“ například kouřením. Právě nádory v oblasti hlavy a krku jsou způsobovány těmito rizikovými faktory. Mezi další patří nezdravé – smogem a prachem zamořené životní prostředí. Nelze opomenout ve stále větší míře užívání drog a alkoholu, již zmíněnou špatnou výživu, ale také i špatnou hygienu a genetické dispozice.

Nádorové onemocnění se projevuje bolestí či pálením v krku, pocitem cizího tělesa, bolestivým polykáním nebo chrapotem. Toto jsou však i příznaky chřipek nebo angín. Z již dříve popsanych důvodů málokdo věnuje těmto příznakům dostatečnou pozornost. Avšak právě zanedbání těchto příznaků může mít za následek pozdní zjištění nádorového onemocnění. Pozdě přicházející lékařská péče pak může být neúspěšná.

Během praxe jsme se setkali s několika pacienty s tímto nádorovým onemocněním. Měli jsme možnost poslechnout si jejich příběhy a trávily jsme s nimi čas v nemocnici. Byli jsme svědkem překonání nemoci, ale bohužel, jsme se setkali i s úmrtím. Právě tříletá praxe na onkologickém oddělení nám ukázala, že si společnost dostatečně neváží svého zdraví.

Lidé by se touto otázkou měli více zabývat a možnost vzniku nádorového onemocnění nepodceňovat. Nikdo z nás totiž neví, kdy a komu se to může přihodit.

Seznam literatury

1. DOEGNES, M. E.; MOORHOUSE M. F. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
2. GRÓFOVÁ, Z. 2007. *Nutriční podpora*. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1868-2.
3. CHROBOK, V.; ASTL, J.; KOMÍNEK, P. a kol. 2004. *Tracheostomie a koniotomie, techniky, komplikace a ošetrovatelská péče*. Praha : Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-031-3.
4. KLOZAR, J. a kol. 2005. *Speciální otorinolaryngologie*. Praha : Karolinum, Galén, 2005. ISBN 80-246-1125-2, ISBN 80-7262-346-X.
5. KOLEKTIV AUTORŮ. 2010. *Výživa při nádorovém onemocnění*. Praha : Nutricia, 2010. ISBN 978-80-239-9055-3.
6. KOMÁREK, L.; DRBAL, J.; KERNOVÁ, V. a kol. 2000. *Prevence nádorových onemocnění v primární péči*. Praha : SZÚ, 2000. ISBN 80-7071-155-8.
7. KONOPÁSEK, B. a kol. 2004. *Onkologie pro praktické lékaře*. Praha : Galén, 2004. ISBN 80-7262-287-0.
8. KOUTECKÝ, J. a kol. 2004. *Klinická onkologie I*. Přerov : Riopress, 2004. ISBN 80-86221-77-6.
9. MARTINCOVÁ, K. 2005. Perkutánní endoskopická gastrostomie. *In Sestra* ISSN 1210-0404, 2005, roč. 15, č. 10, s. 41-42.
10. NOVOTNÝ, J.; VÍTEK, P.; PETRUŽELKA, L. 2005. *Klinická a radiační onkologie pro praxi*. Praha : Triton, 2005. ISBN 80-7254-736-4.
11. NĚMCOVÁ, J.; MAURITZOVÁ, I. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Praha : Mauera, s.r.o., 2009. ISBN 978-80-902876-0-0.
12. NUTRICIA. 2010. *Výživa při nádorovém onemocnění*. Praha : Nutricia, Advanced Medical Nutrition, 2010. ISBN 978-80-239-9055-3.
13. NUTRICIA. 2008. *Jak pečovat o PEG a výživovou sondu, aby ony pečovaly o vás*. Praha : Nutricia, Advanced Medical Nutrition, 2008. ISBN 978-80-239-9593-0.
14. Onkologická péče. Česká asociace sester sekce onkologická, 2007, roč. XI, č. 4, ISSN 1214-5602.
15. POVÝŠIL, C.; ŠTEINER, I. a kol. 2007. *Speciální patologie*. Praha : Karolinum, Galén, 2007. ISBN 80-246-1442-7, ISBN 978-80-7262-494-2.

16. SVAČINA, Š. a kol. 2008. *Klinická dietologie*. Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2256-6.
17. ŠAFRÁNKOVÁ, A.; NEJEDLÁ, M. 2006. *Interní ošetřovatelství I*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-1777-7.
18. ŠAFRÁNKOVÁ, A.; NEJEDLÁ, M. 2006. *Interní ošetřovatelství II*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-1777-7.
19. ŠLAMPA, P.; PETERA, J. a kol. 2007. *Radiační onkologie*. Praha : Karolinum, Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-469-0, ISBN 978-80-246-1443-4.
20. VORLÍČEK, J.; ADAM, Z.; VORLÍČKOVÁ, H. 1997. *Chemoterapie a Vy*. Praha : Lachema, a.s., 1997. ISBN NEUVEDENO.
21. ZÁMEČNÍK, J. 1999. *Radioterapie a Vy*. Praha : Lachema, a.s., 1999. ISBN NEUVEDENO.

SMÍLEK, P. Prognóza nádorů oblasti hlava krk. [online]. [cit. 2010-09-09]. Dostupné z WWW: http://www.linkos.cz/pacienti/krk_clanek.php?t3=1.

PETERA, J.; VORLÍČEK, J. Radioterapie neboli léčba zářením. [online]. [cit. 2011-06-02]. Dostupné z WWW: <http://www.linkos.cz/pacienti/lecba/radioterapie.php>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Výživa určená do PEGU	I
Příloha B – Otevřená rána	I
Příloha C – Přikládání savého materiálu na ránu	II
Příloha D – Fixování obvazového materiálu k ráně	II
Příloha E - Otvor pro zavedení tracheostomické kanyly	III
Příloha F - Konečný převaz tracheostomické kanyly	III
Příloha G - Převazování PEGU	VI
Příloha H - Set pro zavedení braunily	VI
Příloha I - Analgetický list	V
Příloha J - Ozařovací příloha	VI
Příloha K – Souhlas pracoviště	VII

Příloha A Výživa určená do PEGU



Zdroj: Fakultní nemocnice Na Bulovce

Příloha B Otevřená rána



Zdroj: Fotografie autorky pořízená se souhlasem pacienta

Příloha C Příkládání savého materiálu na ránu



Zdroj: Fotografie autorky pořízená se souhlasem pacienta

Příloha D Fixování obvazového materiálu na ránu



Zdroj: Fotografie autorky pořízená se souhlasem pacienta

Příloha E Otvor pro zavedení tracheostomické kanyly



Zdroj: Fotografie autorky pořízená se souhlasem pacienta

Příloha F Konečný převaz tracheostomické kanyly



Zdroj: Fotografie autorky pořízená se souhlasem pacienta

Příloha G Převazování PEGU




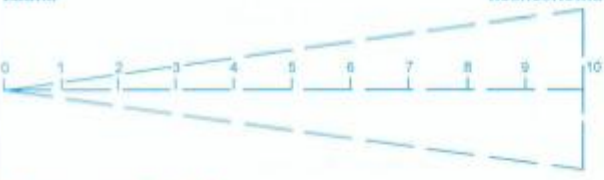

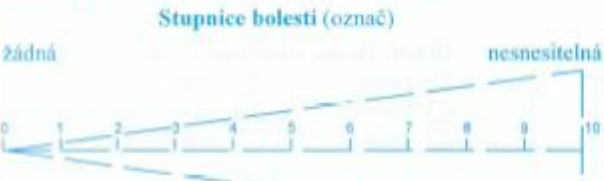
Zdroj: Fotografie autorky pořízená se souhlasem pacienta

Příloha H Set pro zavedení permanentního žilního katetru



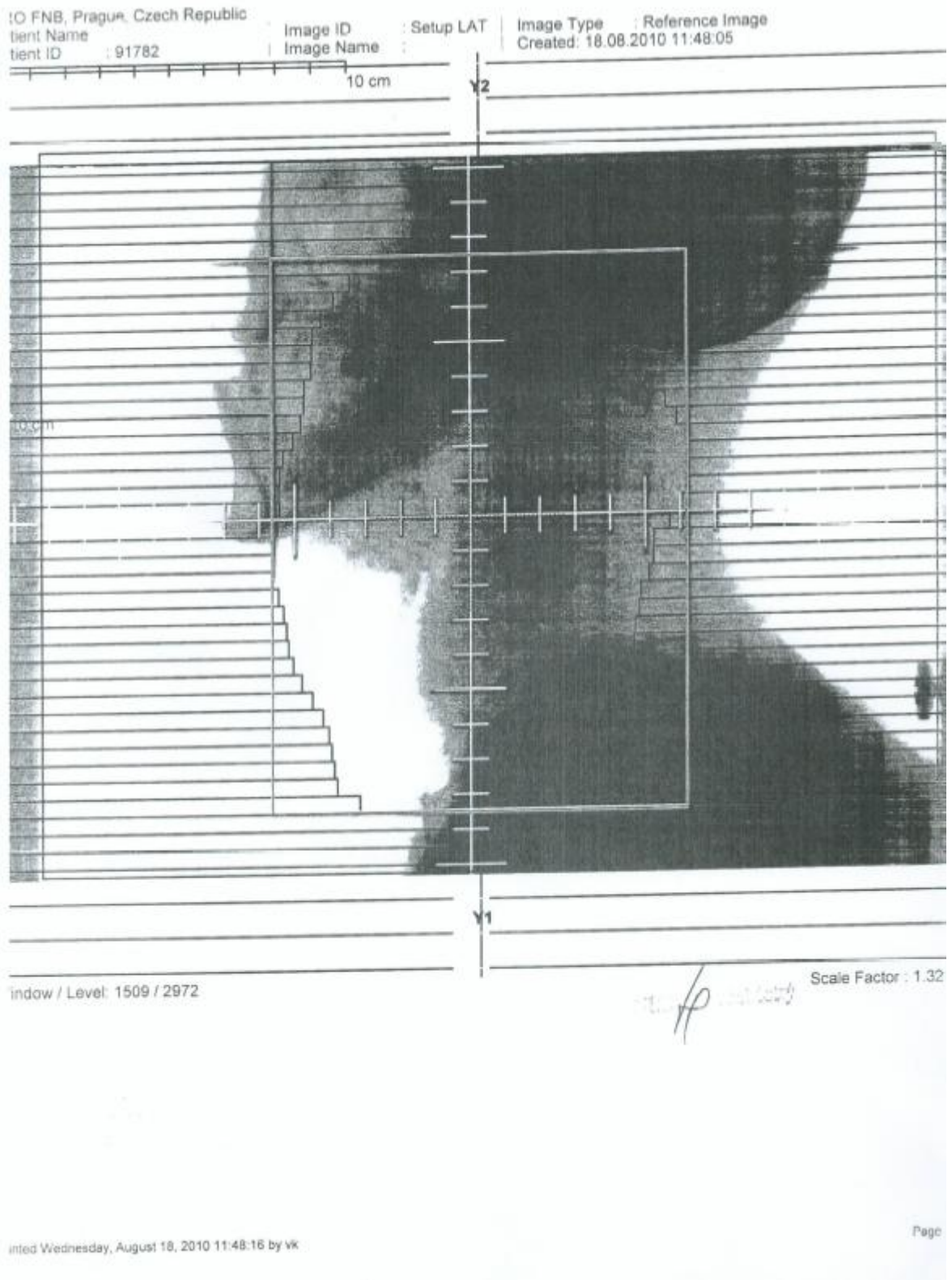
Zdroj: Fakultní nemocnice Na Bulovce

Příloha I Analgetický list

Identifikační údaje	ANALGETICKÝ LIST	
Datum hodnocení bolesti:	Stupnice bolesti (označ)	Bolest, kterou cítím nyní (označ):
Žádná	nesnesitelná	<input type="checkbox"/> žádná <input type="checkbox"/> silná <input type="checkbox"/> mírná <input type="checkbox"/> velmi silná <input type="checkbox"/> střední <input type="checkbox"/> krutá až nesnesitelná
		
Plán terapie bolesti dne:		
Datum hodnocení bolesti:	Stupnice bolesti (označ)	Bolest, kterou cítím nyní (označ):
Žádná	nesnesitelná	<input type="checkbox"/> žádná <input type="checkbox"/> silná <input type="checkbox"/> mírná <input type="checkbox"/> velmi silná <input type="checkbox"/> střední <input type="checkbox"/> krutá až nesnesitelná
		
Plán terapie bolesti dne:		
Datum hodnocení bolesti:	Stupnice bolesti (označ)	Bolest, kterou cítím nyní (označ):
Žádná	nesnesitelná	<input type="checkbox"/> žádná <input type="checkbox"/> silná <input type="checkbox"/> mírná <input type="checkbox"/> velmi silná <input type="checkbox"/> střední <input type="checkbox"/> krutá až nesnesitelná
		
Plán terapie bolesti dne:		

Zdroj: Fakultní nemocnice Na Bulovce

Příloha J Ozařovací příloha



Zdroj: Fakultní nemocnice Na Bulovce

Příloha K Souhlas pracoviště

Vážená paní

Jarmila Košťálová
vrchní sestra

FN Bulovka – Ústav radiační onkologie
Budínova 67/2, 180 00
Praha-Libeň

V Praze dne 15. 7. 2010

Věc: Souhlas sběru údajů od pacienta

Žádám Vás o souhlas sběru údajů od pacienta za účelem použití v mé bakalářské práci na téma: Ošetřovatelský proces u pacienta s karcinomem pharyngu.

Děkuji Vám za vynaložený čas.

S pozdravem

Prodanová
Simona Prodanová
studentka Vysoké školy zdravotnické,
Duškova 7, Praha 5

sochlova

ICZ	FAKULTNÍ NEMOCNICE NA BULOVCE
08	180 81 Praha 8, Budínova 2
006	Ústav radiační onkologie
803	vedoucí lékař: MUDr. Vladimíra Stáhalová
	klinická onkologie - lužková část
	primář: MUDr. Pavel Vitek
	TEL.: 26608 4211 (2) IČO: 00064211

J. Košťálová
.....
podpis vrchní sestry radiační onkologie
a razítko