

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO
TOTÁLNÍ LARYNGEKTOMII**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LENKA VAŘEČKOVÁ DiS.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Petra Bruthansová

Praha 2012



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

Vařečková Lenka
3. B VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 3. 11. 2011 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta po totální laryngektomii

Nursing Process for Patient after Total Laryngectomy

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Petra Bruthansová
Konzultant bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne: 4. 11. 2011

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 28. března 2012

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucí práce MUDr. Bruthansové Petře a konzultantce PhDr. Ivaně Jahodové za cenné rady při zpracování bakalářské práce.

ABSTRAKT

VAŘEČKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelský proces u pacienta po totální laryngektomii*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Petra Bruthansová. Praha. 2012. 56 s.

Předmětem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta po totální laryngektomii. Práce je členěna na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část obsahuje základní informace o daném onemocnění. Stručně popisuje anatomii, etiologii a patogenezi, prognózu rakoviny hrtanu. Dále se zabývá diagnostikou a léčbou rakoviny hrtanu a jejími následky. Závěr teoretické části se věnuje koncepčnímu ošetrovatelskému modelu dle Virginie A. Hendreson. Praktická část práce obsahuje kazuistiku 54letého pacienta po totální laryngektomii. Dle ošetrovatelského modelu V. A. Hendreson zpracováváme ošetrovatelskou anamnézu. Na základě získaných informací formujeme ošetrovatelské diagnózy, které následně zpracováváme do individuálního plánu ošetrovatelské péče. V závěru hodnotíme výsledný efekt poskytnuté péče a z toho vyplývající závěry a doporučení.

Klíčová slova: Karcinom hrtanu. Laryngektomie. Ošetrovatelský proces. Tracheostomie.

ABSTRACT

Vařečková, Lenka. *Nursing Process for Patient after Total Laryngectomy*. Nursing College, o.p.s., Degree: Bachelor. Tutor: Mudr. Petra Bruthansová. Prague. 2012. 56 pages.

The topic of bachelor thesis is Nursing Process for Patient after Total Laryngectomy. The thesis is divided into theoretical part and practical part. The theoretical part contains the basic information about given diseases. There is a brief anatomy, etiology and pathogenesis, prognosis of larynx cancer. It also deals with diagnosis and therapy for larynx cancer and its impact. In conclusion of the theoretical part it deals with the conceptual model of nursing according to Virginia A. Henderson. The practical part contains casuistry of 54-year patient after total laryngectomy. By means of using Virginia A. Henderson's conceptual model of nursing we processed nursing history. Based on gathering information we could make diagnosis, following nursing plan. In conclusion we evaluated the outcome of the effectiveness of nursing care and at the same time we recommended accordingly.

Key words: Larynx cancer. Laryngectomy. Nursing Process. Tracheostomy.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK A POUŽITÝCH SYMBOLŮ

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	14
-----------	----

TEORETICKÁ ČÁST

1	Anatomie hrtanu a průdušnice.....	15
1.1	Stavba hrtanu	15
1.2	Pohlavní rozdíly hrtanu	16
1.3	Funkce hrtanu.....	16
1.4	Průdušnice.....	17
2	Nádory hrtanu.....	18
2.1	Benigní nádory hrtanu	18
2.2	Maligní nádory hrtanu	19
2.3	Vyšetřovací a zobrazovací metody	22
2.4	Léčba	23
2.4.1	Konzervativní léčba	23
2.4.2	Chirurgická léčba	24
3	Tracheostomické kanyly	26
3.1	Zavádění a péče o tracheostomickou kanylu	26
3.2	Psychologická péče	27
4	Náhrady hlasu.....	28
4.1	Hlasová protéza a tracheo-ezofageální řeč	28
4.2	Jícnová řeč (též jícnový hlas).....	28
4.3	Elektrolarynx	29

5	Ošetrovateľský model dle Virginia A. Henderson.....	30
PRAKTICKÁ ČÁST		
6	Kazuistika.....	31
6.1	Základní údaje pacienta.....	31
6.2	Lékařská anamnéza	31
6.3	Objektivní stav při přijetí pacienta z JIP	32
6.4	Průběh hospitalizace.....	33
6.5	Utřídění informací podle V. Hendersonové ze dne 10.10.2011	33
6.6	Zjištění a stanovení problému, priorit dle anamnézy V. A. Henderson	39
6.7	Ošetrovateľské diagnózy	42
6.8	Zhodnocení ošetrovateľské péče	51
	ZÁVĚR.....	53
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	54
	SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM ZKRATEK A POUŽITÝCH SYMBOLŮ

ATB	antibiotika
CT	počítačová tomografie
JIP	jednotka intenzivní péče
MLS	mikrolaryngoskopie
MR	magnetická rezonance
NGS	nosogastriká sonda
ORL	otorinolaryngologie
PŽK	periferní žilní vstup
RT.....	radioterapie
TNM	klasifikační systém (tumor, uzlina, metastáza)
TT	tělesná teplota
TRST	tracheostomická kanyla

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Afonie – ztráta hlasu

Aktinoterapie – léčba pomocí ionizujícího záření

Anamnéza – rozpomínání, vzpomnutí

Analgetika – léky proti bolesti

Antisepse – postup sloužící k největšímu omezení chloroplodných zárodků

Artikulace – článkování (vytváření hlásek)

Asepsa – nepřítomnost chloroplodných zárodků

Aspirace – vdechnutí

Asymetrie – nesouměrnost

Benigní – nezhoubný

Bloková krční disekce – odstranění všech lymfatických uzlin spolu s tukovou tkání

Bronchy – průdušky

Cartilago – chrupavka

Cyanóza – modravé zbarvení kůže sliznic při nedostatečném okysličení krve

Destruující – poškozující

Diagnostika – stanovení

Dispenzarizace – sledování

Dorsálně – směrem do zadu

Drén – odvoňovací trubička, odvádí tekutiny nebo sekret z ran a tělesných dutin

Dysfonie – chraptivost, patologická změna hlasu

Dysplazie – vývojová porucha

Edukace – poučení, seznámení

Empatie – vcítění

Endofytický – rostoucí dovnitř

Epiglotis – příklopka hrtanová

Evaporizace – metoda využívá laserové záření

Exofytický – zevně rostoucí

Expektorancia – léky na vykašlávání

Farmakologická terapie – léčba pomocí léků

Farynx – hltan

Fibrolaryngoskopie – vyšetření trávicí trubice

Foetor ex ore – zápach z dutiny ústní

Fonace – tvorba hlasu

Gastroezofageální reflux – zpětný tok žaludečních šťáv, ze žaludku do jícnu

Glottis – hlasivka

Hemoptoe – krvácení do trávicí soustavy

Horizontální parciální laryngektomie – chirurgický výkon, odebrání části hrtanového sloupce

Hospitalizace – pobyt ve zdravotnickém zařízení

Hydratace – zavodnění

Hypnotika – léky na spaní

Hypofarynx – hrtanová část hltanu – hrdlo

Chemoterapie – protinádorová léčba (léčba cytostatiky)

Incidence – statistický ukazatel

Indikace – doporučení

Infekce – zánět

Infrahyoidní – vrstva svalů na krku

Inoperabilní – neoperativní

Intaktní – neporušený

Intenzita – síla

Intervence – zasahovat, vstupovat do něčeho

Kachexie – podvýživa

Karcinom – nádor

Komplexní – celková

Komplikace – potíže

Komprese – stlačení

Komunikace – dorozumívání

Kraniálně – směr k lebce

Kriteria – podmínky

Laryngektomie – chirurgické odstranění hrtanu, protětí hrtanu

Laryngoskopie – vyšetření hrtanu

Laryngospasmus – křeč hrtanu

Larynx – hrtan

Laterálně – postranní, boční

Léze – poranění

Ligamentum epiglotticum – vazy hrtanu

Ligamentum vocale – vazy hlasivky

Lokalizace - umístění

Macerace – rozpadání ve vodném prostředí

Maligní – zhoubný

Mediastinum – mezihrudí

Metastáza – druhotné ložisko nádorových buněk

Mikronebulizace – tepelná inhalace

Modalita – výskyt

Monitorace – sledování

Mukolitika – léky snižující vazkost hlenu

Nebulizace – studená inhalace

Neverbální – mimoslovní

Osifikace – kostnatění

Orofarynx – část hltanu, za dutinou ústní

Otorinolaryngologie – chirurgický obor - (ušní, nosní, krční)

Paratracheální – vedle průdušnice

Píštěl – komunikace (kanálek)

Realizace - uskutečnění

Prekanceróza – přednádorový stav

Pretracheální – před průdušnicí

Primární – první

Radioterapie – ozařování, onkologická léčba

Radikální – rozhodný, pevný

Recidiva – opakování

Rehabilitace – obnovení

Remise – fáze onemocnění, doba, kdy příznaky nemoci vymizí

Resekce – odstranění

Revizi – zkontrolování, opakování

Saturace – nasycení (kyslíkem)

Segment – úsek

Sekrece – vyměšování sekretu

Sonografie – ultrazvuk

Spinocelulární – dlaždicobuněčný

Stádium – etapa

Stroboskopie – metoda k vyšetření hrtanu a hlasivek. Podstatou jsou krátké pravidelné záblesky s rychlou frekvencí, které umožní pozorovat pohyb hlasivek.

Subglotis – oblast pod hlasivkami

Sub – pod

Supra – nad

Sutura – sešití

Symptomatologie – příznaky

Terapie – léčba

Testosteron – mužský pohlavní hormon

Tracheostomie – průdušnice uměle vyústěna na povrch těla

Trachea – průdušnice

Tumor – nádor

Verbální – slovní

Verifikace – ověřování

Ulcerativní – vředový

ÚVOD

V současné době se v České republice výskyt nádorů hrtanu pohybuje asi 4/100 000 obyvatel s převahou mužů nad ženami v poměru 5:1. Karcinom hrtanu je nejčastějším zhoubným onemocněním v otorinolaryngologii v České republice. Nejčastější příčinou vzniku bývá kouření, pití tvrdého alkoholu, chronický zánět hrtanu, gastroezofageální reflux, lidský papilomavirus (HPV), vzácněji nitráty, dřevěný prach a azbest. Průměrný věk pacientů s nádory laryngu se uvádí mezi 50 a 60 lety (KLOZAR, 2005).

U pacientů s pokročilými karcinomy hrtanu zůstává nejčastějším způsobem léčby totální laryngektomie, radioterapie nebo kombinace těchto dvou metod. Pacienti odkázaní na trvalé nošení tracheostomické kanyly jsou výrazným způsobem omezení ve své fyzické a pracovní aktivitě. Již samotná tracheostomie je velkou psychickou i sociální zátěží pro pacienta, k ní se připojuje ztráta hlasu a změna komunikačních schopností, které mají pro nemocného vážné společenské a psychické následky.

Cílem práce je umožnit hlubší pohled do této problematiky onkologického onemocnění a bio-psycho-sociálních problémů nemocných s rakovinou hrtanu. Poukázat, jak důležitá je včasná diagnostika a komplexní terapie a jaká je důležitá edukační a ošetrovatelská péče pro tyto pacienty.

Práce je určena nejen pro zdravotnické pracovníky a studenty zdravotnických škol, ale také pro laickou veřejnost, která se zajímá o tuto problematiku.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Anatomie hrtanu a průdušnice

Hrtan (lat. larynx) je nepárový dutý orgán, který řadíme k dýchacím cestám. Je uložen v přední části krku, na laterální stěny naléhá štítná žláza a nervově cévní svazek, přední plocha je chráněna infrahyoidními svaly. Za hrtanem probíhá polykací trubice (hltn). Kraniálně jsou uloženy kořen jazyka a jazylka, kaudálně přechází hrtan v průdušnici (ELIŠKOVÁ, 2006).

1.1 Stavba hrtanu (viz. příloha A)

Hrtan se skládá z chrupavek, které v pozdějším věku osifikují, z vazů a svalů. Chrupavky tvoří tvarový podklad hrtanu jsou nepárové a párové. Mezi nepárové chrupavky patří chrupavka štítná, prstencová a epiglotis, nejvýznamnější z párových chrupavek jsou chrupavky arytenoidní, dále sem patří chrupavka corniculata a cuneiformis.

Chrupavka štítná se skládá ze dvou čtyřúhelníkovitých destiček, jejichž přední, mediální okraje se spojují ve střední čáře. Jejich úhel je u mužů od 60°-90° u žen od 80°-100°. Rozdíl úhlu způsobuje, že u mužů hrtan promínuje a mužský hlas je hlubší. Chrupavka prstencová má tvar pečetiho prstenu a je z klinického hlediska považována za základ kostry hrtanu. V přední části je prstencová chrupavka úzká, asi 5 mm vysoká. Směrem dozadu přechází v 2-2,5cm vysokou ploténku. Na každé straně horního okraje nasedá chrupavka hlasivková. Chrupavka hlasivková (cartilago arytaenoidea) je párová chrupavka ve tvaru trojbokého jehlanu s vrcholem směřujícím kraniálně. Chrupavky hlasivkové jsou vysoké 10-12mm. Příklopka hrtanová (epiglottis) je nepárová chrupavka ve tvaru listu, která se shora zepředu sklání nad vchod do hrtanu (ELIŠKOVÁ, 2006).

Hlasivka (lat. glottis) je oblast hrtanu umožňující vznik hlasu. Hlasivky jsou složeny z párového hlasivkového svalu, hlasivkového vazů a slizniční hlasivkové řasy, které jsou napjaté mezi konvicovitou a štítnou chrupavkou. Vzduch, který vdechujeme a vydechujeme, prochází volně hlasivkovou štěrbinou. Při uzavření glottis rozechvívá napjaté hlasivkové řasy a tak vzniká hlas.

Vazy a klouby zajišťují spojení chrupavek hrtanu. Sliznice hrtanu je světle červená, v úrovni vazů hlasových bledšího zabarvení. Je kryta převážně víceřadým epitelem s řasinkami. Na hlasivkách a části epiglotis se nachází vrstevnatý dlaždicobuněčný nerohovějící epitel. Hrtan se dělí z klinického hlediska na tři části: supraglotickou, glotickou a subglotickou. Do supraglotické části patří vestibulární řasy a epiglotis, glotickou část tvoří hlasivky a subglotická část sahá od dolního okraje hlasivek do úrovně dolního okraje prstencové chrupavky (CHROBOK, 2004).

1.2 Pohlavní rozdíly hrtanu

Pohlavní rozdíly hrtanu vznikají v pubertě, kdy vlivem pohlavních hormonů (zejména testosteronu) dochází k akceleraci růstu hrtanu u muže. Rozdíly jsou především ve velikosti a tvaru hrtanu. Hlasivka (glottis) dosahuje u muže průměrně 28mm, u ženy asi 20mm. Hrtan je u mužů spíše vyšší a prominuje vpředu na krku jako tzv. ohryzek, u žen obvykle patrný není. Dětský hrtan, stejně jako délka hlasových vazů, jsou menší. U chlapců v pubertě pod vlivem testosteronu dochází k prudkému zrychlení růstu skeletu hrtanu, jež je spojeno se změnou hlasu z dětského na mužský. Hovoříme o mutaci hlasu (GRIM, 1997).

1.3 Funkce hrtanu

Dýchání a tvorba hlasu je spojena s otevíráním a uzavíráním hlasové štěrbinou, která je tvořena hlasovými vazy napjatými mezi hrtanovými chrupavkami. Působením hrtanových svalů se hlasivky napínají a vzájemně se přibližují nebo oddalují. Fonace

(tvorba hlasu) vzniká při proudění vydechovaného vzduchu mezi hlasovými vazy při uzavřené hlasové štěrbině. Naopak dýchání je možné při oddálení hlasivek a otevření dýchací štěrbin. Kašel, jako obranný reflex, který pomáhá odstraňovat hlen z dolních cest dýchacích a zabraňuje případnému vniknutí cizího tělesa. Je tvořen při podráždění dýchacích cest uzavřením dýchací štěrbin a prudkým vydechnutím. Při podráždění glottis může dojít k uzavření dýchací štěrbin i na desítky vteřin a dochází tak ke stavu označovanému laryngospasmus.

Polykání je umožněno sklopením epiglottis nad vstup do hrtanu. Toto přiblížení je způsobeno kontrakcí příčně pruhované svaloviny (suprahyoidní svaly, m. const. pharyngis), které vede ke zdvižení jazyčky a sestupu kořene jazyka (GRIM, 1997).

1.4 Průdušnice

Průdušnice (lat. trachea) začíná od dolního okraje prstencové chrupavky ve výši těla 6. až 7. krčního obratle (C6-7), sestupuje ve střední čáře krku do mediastina, kde se ve výši 4. až 5. hrudního obratle (Th4-5) větví na pravou a levou průdušku, které se dále segmentálně dělí (vpravo na 3 a vlevo na 2) bronchy a po dalším větvení vstupují dále do plicních laloků a lalůčků. V závislosti na věku a pohlaví je trachea dlouhá 9 až 15cm. Průměr trachey kolísá mezi 1,5 až 2,5cm. U žen je průdušnice kratší. Sliznice průdušnice je bledě růžová, hladká, krytá víceřadým cylindrickým epitelem s řasinkami. Směr pohybu řasinek kraniálním směrem umožňuje mobilizaci a transport sekretu z dýchacích cest směrem k hrtanu. Průdušnice se dělí na část krční a hrudní. Krční část trachey je dlouhá asi 5cm, horní část je ohraničená chrupavkou prstencovou. Po obou stranách průdušnice zasahují dolní části laloků štítné žlázy, dorsálně prochází jícen. Hrudní část průdušnice probíhá na rozhraní předního horního a zadního mediastina, před páteří a jícnem (ELIŠKOVÁ, 2006).

2 Nádory hrtanu

V hrtanu se mohou vyskytovat jak benigní tak i maligní nádory častěji než v ostatních oblastech hlavy a krku, pomineme-li kůži. Odráží se zde působením škodlivin zevního prostředí, kouření a pití alkoholu, ale také vleklé záněty dýchacích cest. V poslední době se část maligních tumorů připisuje infekci lidským papilomavirem (HPV). Nejexponovanější krajinou je glottis, která na rozdíl od ostatních částí hrtanu, je kryta výlučně dlaždicovým epitelem bez rohovění a sliznice zde nemá vlastní sekreční žlázy.

2.1 Benigní nádory hrtanu

Patří sem velká skupina **nepřavých nádorů**, jako jsou polypy, které často vznikají při zánětech a funkčním přetížení. Histologicky mohou připomínat v ranném stadiu kapilární hemangiom (sytě rudé zbarvení) a po vyžrání fibrom (bledé, šedorůžové zbarvení). Do skupiny nepřavých benigních tumorů řadíme i hrtanové cysty a kély.

Pravé benigní nádory jsou nejčastěji papilomy, hemangiomy, adenomy, chondromy a vzácně dystopická štítná žláza. Nejčastějším benigním tumorem je papilom, který se může vyskytovat v hrtanu v každém věku. V patogenezi je znám lidský papiloma virus (HPV-6). U dětí je růst hrtanových papilomů ovlivněn hormonálními vlivy. Papilomy se u dětí jeví jako květákovité až hroznovité útvary růžové až červené barvy. Obvykle rostou nejdříve z oblasti hlasivek, později přesahují i na hrtanové svahy a do piriformních recesů. Růst je většinou velmi rychlý. V období puberty často papilomy mizí nebo se zpomaluje rychlost jejich růstu. U dospělého člověka roste papilom většinou solitárně. Po odstranění u dětí i dospělých dochází často i s několikaletou pauzou k recidivám. Vzácně mohou papilomy malignizovat.

Příznaky benigních nádorů jsou ovlivněny velikostí, umístěním a druhem nádoru. Dle lokalizace se mohou projevovat chrapotem někdy až afonií. U rozsáhlých, zejména zanedbaných, tumorů může docházet k dušnosti. Stejně se může projevit i dystopická štítná žláza, hemangiomy a adenomy. I benigní tumory mohou krvácet a projevit se tak hemoptoí. Vyšetření se provádí endoskopickými technikami v lokální anestezii nebo v celkové narkóze, kdy se odebere vzorek k histologickému vyšetření. Radikální odstranění tumoru se provádí v celkové narkóze. Operační výkony jsou obvykle endoskopické, kdy se zavede laryngoskop do hrtanového vchodu a s použitím mikroskopu se tumor snese. Mohou se použít elektrokoagulační metody a evaporizace laserem či ultrazvukem nebo vysokofrekvenčním skalpelem. V konzervativní léčbě papilomatózy hrtanu se používají místní cytostatika a vakcinace proti lidskému papilomaviru. Výsledky konzervativní terapie bývají většinou neuspokojivé. I u dospělých papilomy často recidivují i po několikaleté remisi. Dlouhodobá dispenzarizace je proto nutná (HYBÁŠEK, 1989, ŠKERÍK, 1993).

2.2 Maligní nádory hrtanu

Maligní nádory hrtanu jsou v ORL oblasti nejčastějšími tumory. V České republice postihují z 95 % muže s frekvencí 8,4 nemocných 100 000 obyvatel za rok (viz. příloha D). Většinu nemocných, dle statistik až 95% tvoří kuřáci, zpravidla silní (nad 20 cigaret denně po dobu více jak 20let). Zejména supraglotické karcinomy jsou často vyvolány konzumací tvrdého alkoholu. Nemocní jsou obvykle z nižších sociálních skupin. Dle statistických údajů vznikají nádory obvykle po 40. roce věku, maximum výskytu je v 6. dekádě života. Na rozdíl od Slovenska a řady ostatních států Evropy a Ameriky u nás za posledních 20 let incidence maligních tumorů hrtanu neroste. Mírně se snižuje průměrný věk nemocných a narůstá množství supraglotických tumorů. Asi 10% nádorů vzniká na podkladě již dříve zjištěné prekancerózy. Maligní zvrát bývá obvykle náhlý. Přednádorové stavy hrtanu jako je leukoplakie a dysplazie epitelu jsou vyvolány, stejně jako maligní tumory, kouřením, požíváním alkoholu a lidskými papilomaviry (KLOZAR, 2005).

Histologicky se jedná téměř výlučně o různě zralé formy dlaždicobuněčného (spinoceulárního) karcinomu. Vzácný je karcinom verukózní, jehož vznik není ovlivněn abusem tabáku ani alkoholu. Zvažuje se virová etiologie. Ovískový (malobuněčný) karcinom a papilokarcinomy jsou velmi vzácné.

Příznaky, u nemocných s nádorem hrtanu se obvykle u benigních a maligních tumorů neliší. Symptomatologie je obvykle daná lokalizací a velikostí tumoru. Jednotlivé lokality jsou definovány v rámci TNM (klasifikační systém; tumor-noduli-metastases). V Evropě je používána ženevská klasifikace Union Internationale Contre le Cancer (UICC). Ta je pravidelně revidována a v posledních vydáních odpovídá americké klasifikaci AJCC (American Joint Committee for Cancer). Klasifikace se používá pouze pro karcinomy, ne pro benigní tumory. Při podezření na maligní tumor, je nutno nejprve proces histologicky verifikovat. Nález je individuálně posouzen a zařazen do jednotlivých kategorií TNM na základě klinického vyšetření a výsledků zobrazovacích metod. V TNM klasifikaci znamená písmeno T – tumor, podle jeho rozsahu označujeme číslem 1 pro nejméně pokročilé tumory, číslem 4 největší. N – značí uzlinové postižení, obvykle nabývá dle rozsahu uzlinového postižení hodnot 0-3, M – značí metastatické postižení, 0 bez metastáz, 1 s metastázami do vzdálených orgánů (KLENER, 2011).

Nádory v **supraglotis** obvykle nemívají časnou symptomatologii, často je prvním příznakem až přítomnost krčních metastáz. Podle místa výskytu nádoru a dalšího směru růstu do jazyka a polykacích cest je obvyklým prvním příznakem škrábání v krku, ke kterému se může připojit citlivost na horké či studené jídlo. Bolesti v krku při polykání, jednostranně vystřelující do ucha, bolestivá a obtížná motilita jazyka provázená foetorem ex ore se objevuje u pokročilejších nádorů.

Supraglotické léze mají tendenci se šířit lokálně. Pokud je postižena volná část epiglottis, jedná se často o exofyticky roustoucí nádory. V případě výskytu v infrahyoidní části se spíše objevuje ulcerativní nebo endofytická forma nádoru. Nádory volné části epiglottis mohou přecházet přes její hranu do valemuly, přičemž

destruují chrupavku epiglottis. Při výskytu nádoru v infrahyoidní části dochází k prorůstání do preepiglottického prostoru a dále k šíření nádoru do svaloviny jazyka. Dalším směrem růstu nádoru je přestup na ventrikulární řasy a do ventrikulu. Pokročilé nádory postihují aryepiglottický hrbol nebo řasu a mají tendenci k sestupu do piriformního recesu, k endolaryngeálnímu šíření. Kvůli hojnému lymfatickému zásobení dochází u těchto nádorů k časnému metastázování do spádových krčních uzlin. Obecně je celá oblast supraglotis bohatě zásobena lymfatickými cestami. Často je prvním příznakem nádoru až přítomnost metastatického postižení. Incidence metastáz v době diagnózy supraglottického karcinomu bývá uváděna v rozmezí od 23 do 50%, bez ohledu na velikost a přesnou lokalizaci primárního karcinomu (SLAVÍČEK, 2002).

Nádory v oblasti **glottis** lze obvykle diagnostikovat časně, protože již malá alterace v kmitání hlasivek, způsobená nerovností sliznice, se projeví chrapotem. Protože však řada kuřáků častěji chraptí, může tento časný příznak uniknout pozornosti. Obecně by mělo platit, že každý chrapot trvající déle než dva týdny je indikací k laryngoskopickému vyšetření. Krční metastázy se objevují až u větších lézí a často velmi dlouho po prvotních příznacích.

V počátečním stádiu onemocnění tumor nejčastěji postihuje přední dvě třetiny hlasivky. Další šíření nádoru a jeho růst je dán specifickými a anatomickými poměry hlasivek. V první řadě chudá lymfatická drenáž má za následek, že metastazování malých nádorů je extrémně vzácné. Dále úpon ligamentum epiglotticum a ligamentum vocale tvoří přirozenou bariéru bránící šíření nádoru do paraglottického prostoru a distálně do krikothyroidního prostoru. Dojde-li přesto k šíření nádoru do této oblasti, projeví se zhoršením motility hlasivek. Proto je také při stanovení T klasifikace rozsahu primárního nádoru hlasivek kladen velký důraz právě na pohyblivost hlasivek. Další již méně odolnou bariérou je úpon ligamenta v přední části do štítné chrupavky. Po jeho překonání může tumor přímo prorůst do chrupavky a šířit se extralaryngeálně.

Nádory **subglottis** jsou méně časté a rovněž jejich včasná diagnostika na podkladě příznaků je obtížná. Objeví-li se dušnost, jedná se většinou již o pokročilejší stadium

nádoru. Karcinomy lokalizované v této oblasti jsou méně časté a vyskytují se v rozmezí 1-8% všech nádorů hrtanu. Nádory bývají obvykle hůře diferencované a mají tendenci prorůstat do okolních struktur. Velmi často rostou cirkulárně a stenozují průměr trachey. Drenáž do lymfatických uzlin je bohatá a nádory metastazují nejčastěji do hlubokých, hůře vyšetřitelných pretracheálních a paratracheálních uzlin. Incidence metastáz se udává od 30% již v nižších stadiích (SLAVÍČEK, 2002).

2.3 Vyšetřovací a zobrazovací metody

Mezi hlavní vyšetřovací metody patří zvětšovací laryngoskopie a fibrolaryngoskopie (vhodné i jako screeningová vyšetření). K verifikaci a určení rozsahu nádoru je indikována direktní laryngoskopie. Podcenění rozsahu šíření supraglotických nádorů do kořene jazyka a paraglotického prostoru je často příčinou překvapení při chirurgickém výkonu. Pro upřesnění rozsahu je v tomto případě cennou metodou počítačová tomografie (CT) nebo magnetická rezonance (MR). Zatímco chrupavka epiglottis je supragloticky lokalizovaným nádorem destruována často, štítná chrupavka poškozena nebývá.

Pro posouzení motility hlasivek je rozhodující, zejména u malých lézí a carcinomů in situ, provedení stroboskopie. Pokud nádor přechází přes bazální membránu, projeví se ve stroboskopickém vyšetření defektem ve slizniční fázi kmitu hlasivky. Dojde-li k prorůstání do svaloviny hlasivky, objeví se porucha motility celého těla. Tyto informace rozhodují o stanovení stagingu a výběru nejvhodnější léčby. Zobrazovací metody jako CT a MR nemají v časných stadiích glottického karcinomu význam pro stanovení rozsahu primárního nádoru. Jejich význam spočívá ve zjištění případných uzlinových metastáz. U větších nádorů glottis je jejich přínos dán upřesněním rozsahu tumoru. Určení hloubky invaze a rozsahu procesu je rozhodující pro volbu mezi onkologickou (radioterapie, chemoradioterapie) nebo chirurgickou léčbou. Lze je, částečně nahradit sonografickým vyšetřením krku. Sonografie hraje roli mimo jiné i při rozhodování o operabilitě uzlinových metastáz. Samostatnou otázkou zůstává užití MR a CT vyšetření u pacientů s malými tumory, u nichž se rozhodneme

pro léčbu radioterapií. Posuzujeme zde stav chrupavek a současně vyloučíme případné uzlinové postižení. Osifikovaná štítná chrupavka je dle některých studií zranitelnější k šíření nádoru, zdravá intaktní chrupavka tvoří dobrou ochrannou bariéru (SLAVÍČEK, 2002, KLOZAR, 2008).

2.4 Léčba

Neléčený karcinom hrtanu vede obvykle ke smrti pacienta v průměru do 12 měsíců. Nejčastější příčinou smrti je udušení, krvácení, vzdálené metastázy, infekce nebo kachexie. Při léčbě karcinomu hrtanu se uplatňuje jak chirurgická tak i nechirurgická terapie (radioterapie, chemoterapie nebo konkomitantní chemoradioterapie). Chirurgická a onkologická léčba jsou často užívány v kombinaci. Chemoterapie je užívána u nádorů hrtanu výhradně v kombinaci s radioterapií a uplatňuje se v rámci záchovných protokolů, u agresivně rostoucích tumorů nebo u inoperabilních nálezů. O volbě léčebné modalitě spolurozhoduje zdravotní stav pacienta (únosnost celkové anestezie, chemoterapie), vlastnosti nádoru a v neposlední řadě přání pacienta.

2.4.1 Konzervativní léčba

V poslední době je možno ve světě pozorovat určitý odklon od radikální chirurgické léčby ve prospěch modalit zachovávajících hrtan. Záchovný protokol představuje alternativu k radikální chirurgické léčbě. Princip spočívá v podání chemoterapie v kombinaci s radioterapií nebo samostatné radioterapie, případně v kombinaci s biologickou léčbou. Nejúspěšnějším postupem v rámci konzervativních léčebných metod je současné podání chemoterapie a zevního ozáření. Nevýhodou je vysoká toxicita při současné aplikaci obou metod. V poslední době se i v léčbě karcinomu hrtanu uplatňuje biologická léčba. Inhibitory receptoru epidermálního růstového faktoru jsou podávány současně se zevním ozářením. Tato léčba je patrně účinnější než klasická chemoradioterapie a vykazuje i nižší toxicitu. Biologická léčba

zasahující dráhu epidermálního růstového faktoru se jeví u dlaždicobuněčných karcinomů hlavy a krku jako velmi perspektivní (SLAVÍČEK, 2002, KLOZAR, 2005).

2.4.2 Chirurgická léčba

U glotických tumorů se používají v časných stádiích (Tis a T1-2) částečné resekce hlasivek. Jedná se o endoskopické výkony obvykle prováděné cestou direktní laryngoskopie v celkové anestezii. Dle rozsahu se snáší část hlasového vazů (sliznice, podslizniční vazivo, hladká svalovina). Léčbou volby je zde aktinoterapie. Jako terapeutická modalita se považuje jedna z výše zmíněných metod, kombinace není indikována u radikálně odstraněných malých tumorů (rozsahem do T2). V pokročilých stádiích nemoci se obvykle provádí totální laryngektomie, dle rozsahu tumoru a uzlinového postižení eventuelně doplněná aktinoterapií. U supraglotických tumorů se provádí v časných stádiích částečné resekce hrtanu, horizontální parciální laryngektomie, v pozdních stádiích je nejúspěšnější kombinace totální laryngektomie s ozářením. Může být dle rozsahu laryngálního tumoru současně indikováno i chirurgické odstranění spádových lymfatických uzlin (bloková krční disekce) (HYBÁŠEK, 2006).

Totální laryngektomie (laryngectomy totalis) – patří mezi klasické chirurgické přístupy v léčbě pokročilého karcinomu laryngu. Poprvé byla provedena asi před 130 lety. Jedná se o chirurgický výkon vedoucí ke kompletnímu odstranění hrtanu. Výkon je zpravidla spojen s odstraněním lymfatických uzlin ze všech krčních oblastí na straně postižené nádorem. Indikací výkonu jsou rozsáhlé nádory hrtanu, nádory hltanu či krční části jícnu, kde při radikálním odstranění není možno primárně rekonstruovat polykací cesty. Totální laryngektomie je prováděna v celkové intubační anestezii. Po provedení řezu ve tvaru písmene U je chirurgicky odstraněn skelet hrtanu, společná stěna v hypofaryngu mezi polykacími a dýchacím stěnami je částečně resekována a poté suturována ve tvaru T. Uzavření polykacích cest musí být provedeno pečlivě, aby nedošlo ke vzniku hypofaryngokutánní píštěle. Sešití polykacích cest se provádí ve dvou vrstvách první vrstvu tvoří sliznice, druhou hladká svalovina stěny hypofaryngu.

Zevně bývá sutura překryta ještě třetí vrstvou, kterou tvoří snopce okolní svaloviny. Před uzavíráním polykacích cest je nemocnému zavedena nosem nasogastrická sonda. Součástí výkonu bývá i odstranění krčních uzlin, v případě prorůstání tumoru do okolních struktur i odstraněním jugulární žíly a kývače. Akcesorní nerv šetříme, je-li to možné. V místě blokových disekcí jsou zpravidla zavedeny drény. Je proveden obvaz rány s mírnou kompresí. Nad obvaz je vyvedena tracheostomická kanyla a drény. Výkon je vždy veden pod antibiotickou clonou.

Po operačním výkonu jsou dýchací cesty ukončeny definitivní tracheostomií, po zahojení je kontinuita polykacích cest zachována. Dýchání tracheostomatem není pro dolní dýchací cesty ideální, protože vzduch není v horních cestách dýchacích filtrovaný, ohřátý ani zvlhčený. Ve většině případů se však sliznice dolních dýchacích cest na pooperační stav adaptuje. Trvalá tracheostomie přináší i obtíže a omezení společenská a životní. Největším handicapem pro pacienta je ztráta hlasu.

Trvalá tracheotomie je následkem každé totální laryngektomie. Jde o 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. Rozlišujeme trvalou tracheostomii a dočasnou tracheostomii (KLOZAR, 2005, ASTL, 2002).

Komplikace výkonu dělíme na časné a pozdní. Mezi časné komplikace patří krvácení z rány. To je indikací k časné revizi. Komplikace spojené se zánětem mezihrudí představují vzácnou, avšak velmi závažnou komplikaci. K omezení rizika infekční komplikace podáváme profylakticky perioperačně antibiotika ve vysokém dávkování (obvykle cefalosporiny II. generace v gramových dávkách). Pozdní komplikací může být vznik hypofaryngokutánní píštěle. V ošetřování hojíme vlhkým způsobem hojení, nebo v případě přetrvávání řešíme plastickými operacemi (např. plastika myokutánním lalokem z velkého prsního svalu).

3 Tracheostomické kanyly

Tracheostomická kanyla je pomůcka určená k udržení průchodnosti tracheostomatu. Cílem užívání této pomůcky je zajistit vstup do dýchacích cest nebo umožnit realizaci umělé plicní ventilace. Vyrábějí se v různých velikostech a délkách. Dle materiálu dělíme tracheostomické kanyly na dvě velké skupiny: kanyly z plastických materiálů (PVC, silikon, teflon) a kovové kanyly (viz.příloha B). Plastové tracheostomické kanyly jsou termosenzitivní, snadněji se přizpůsobují individuálním anatomickým poměrům, jsou šetrnější a lehčí. Jejich použití je vhodné během aktinoterapie, jelikož nejsou zdrojem sekundárního záření. Tyto kanyly můžeme rozdělit do dvou skupin a to na kanyly opatřené těsnicí manžetou (tzv. balónkové) a bez těsnicí manžety. Kanyly s těsnicí manžetou se používají u pacientů s nutností zajištění umělé plicní ventilace nebo u pacientů krátce po výkonu jako prevence aspirace. Druhá velká skupina kanyl je vyrobena z kovu. Jejich výhodou je, že jsou velmi pevné. Další nespornou výhodou u kovových kanyl je, že v případě zachování hrtanu umožňují možnost tvorby hlasu (využívá se například po rozsáhlých onkologických výkonech v oblasti orofaryngu, při traumatech s nutností dlouhodobého zajištění dýchacích cest např. při frakturách čelisti, stavech po radioterapii s edémy sliznic a nedostatečnou průchodností hrtanu). Kovové kanyly se snadno sterilizují. Nevýhodou je mírně vyšší riziko vzniku dekubitů na přední straně průdušnice v porovnání s plastovými kanyly a nemožnost jejich použití během radioterapie (CHROBOK, 2004).

3.1 Zavádění a péče o tracheostomickou kanylu

Tracheostomickou kanylu zavádíme šetrně, při prvních výměnách používáme zavaděč. Při zavádění nebo výměně tracheostomické kanyly dodržujeme pravidla asepsy a antisepsy. U zavedení můžeme použít lubrikační prostředek (parafínový olej, mast, gel). Před zavedením vyzveme nemocného k nádechu a mírnému záklonu hlavy. Tyto úkony vedou k rozšíření a napřímení tracheostomického kanálu. Tracheostomickou kanylu zavádíme pomalu kruhovým pohybem ve střední čáře do průdušnice tak, abychom neporanili stěnu průdušnice. Při nácviku zavádění

tracheostomické kanyly je vhodné kvůli zrakové kontrole provádět výměnu před zrcadlem. Kůži v okolí tracheostomatu ošetřujeme indiferentní mastí (Pityol, Menalind, Infadolan) s cílem zabránit maceraci. K ochraně kůže v okolí tracheostomatu, zvláště u nemocných s výraznou sekrecí z dýchacích cest přispívá i podložení tracheostomické kanyly gázou či speciální podložkou. Po každé výměně je nutno původní kanylu ponořit do dezinfekčního roztoku, mechanicky očistit pomocí kartáčku a poté tracheostomickou kanylu řádně opláchnout vlažnou vodou. Edukace pacienta je jednou z významných součástí komplexní péče o tracheostomii. Cílem praktického nácviku je dosažení samostatnosti nemocného při výměně kanyly, v péči o kanylu a okolí tracheostomatu. Je vhodné edukovat i rodinné příslušníky.

3.2 Psychologická péče

Psychologická péče o nemocné s tracheostomií je nedílnou součástí komplexní ošetrovatelské péče. Pacienti s tracheostomií mají řadu obtíží (kašel, vykašlávání sputa často i do velké vzdálenosti, omezená schopnost řeči, obavy z dušení). Tyto problémy mohou ovlivnit psychiku nemocného, jeho začlenění zpět do rodiny a společnosti. Je zde důležitá psychologická podpora a maximální stupeň empatie ze strany zdravotnického personálu i rodiny. V některých případech je součástí i farmakologická terapie (antidepresiva, anxiolytika). Určitou pomocí jsou rovněž tzv. kluby nemocných po laryngektomii (CHROBOK, 2004).

4 Náhrady hlasu

První laryngektomie byla provedena v roce 1873. Od té doby byla vyzkoušena řada metod pro obnovení hlasu, včetně použití umělých hrtanů. Vznikaly však problémy se zatékáním potravy a tekutin do průdušnice a plic, které často končily zápallem plic. V současnosti existují tři hlavní možnosti pro rehabilitaci hlasu, mezi které patří: zavedení hlasové protézy, jícnový hlas a elektrolarynx (CHROBOK a aj., 2004).

4.1 Hlasová protéza a tracheo-ezofageální řeč

V současnosti je preferovanou volbou použití tracheo-ezofageální řeči (TE-řeč). Tato metoda spočívá v umělém vytvoření kanálku přes společnou stěnu mezi průdušnicí a jícnem. Hlasová protéza se zavádí v celkové anestezii, kdy se v oblasti zadní stěny průdušnice tracheostomatu provede umělá komunikace mezi dýchacími a polykacími cestami. Sem se posléze zavádí silikonová protéza s chlopní. Pokud při výdechu nemocný zakryje tracheostoma, je vzduch vycházející z plic vtlačen přes chlopeň protézy do jícnu, a poté kraniálně do dutiny ústní, kde se tvoří hlas. Chlopeň protézy je jednocestný ventil umožňující průchod vzduchu z průdušnice do jícnu. Během polykání se ventil zavírá a brání tak průniku potravy a tekutin do plic. Nevýhodou je omezená trvanlivost ventilů, které je nutno po několika měsících vyměňovat. Tuto rehabilitační pomůcku vzhledem k její velmi vysoko ceně využívá jen asi 20% pacientů (KLOZAR, 2005).

4.2 Jícnová řeč (též jícnový hlas)

Jícnovým hlasem rozumíme nabírání vzduchové náplně o dostatečném objemu do jícnu a žaludku a její zpětné vypuzování přes hypofarynx, orofarynx a dutinu ústní. Na přechodu jícnu a hypofaryngu dochází v oblasti spodního faryngeálního svěrače a horního jícnového zúžení k rozkmitání sliznice a podslizniční vrstvy, při kterém

vzniká charakteristický jícnový hlas. Úspěšné zvládnutí tvoření jícnového hlasu předpokládá vhodné anatomicko-fyziologické podmínky a schopnost pacienta zvládnout a nacvičit techniku tvoření hlasu. Podle odhadů využívá k běžné komunikaci jícnový hlas jen 20-30% pacientů po totální laryngektomii (KLOZAR, 2005).

4.3 Elektrolarynx

Elektrolarynx je nejjednodušším náhradním mechanismem pro pacienta. Jde o elektrický generátor zvuku, jehož konec s membránou si pacient přikládá na měkké části na krku nebo častěji do submandibulární oblasti. Přenesený zvuk je mluvidly modulován. Hlavní nevýhodou je neosobní monotónní elektronický hlas a velmi vysoká cena pomůcky (KLOZAR, 2005).

5 Ošetřovatelský model dle Virginia A. Henderson

Virginia A. Henderson (1897-1996) patří mezi jednu z prvních profesionálních odborníků v oblasti teorie a vzdělávání v ošetřovatelství ve Spojených Státech Amerických. Je autorkou jednoho z nejznámějších modelů v ošetřovatelství.

Její koncepční ošetřovatelský model vychází ze základních potřeb člověka, ze soběstačnosti a nezávislosti v uspokojování a ze základních ošetřovatelských aktivit při pomoci pacientovi. Mezi hlavní pojmy modelu patří: soběstačnost, nezávislost v uspokojování, 14 základních potřeb, aktivity vycházející ze základních potřeb, pomoc v případě potřeby.

Ošetřovatelským cílem je podpořit nezávislost v uspokojování potřeb a dosáhnout tak, co nejvyššího stupně soběstačnosti. Pacient je vnímán jako celistvá nezávislá bytost. Jeho potřeby shrnuje do 14 základních oblastí. Vychází z předpokladu, že všechny lidské bytosti mají stejné základní potřeby bez rozdílu rasy, kultury, pohlaví a věku. Jejich metody uspokojování se ovšem liší individuálně a u každého pacienta mohou být ovlivňovány vnějšími okolnostmi. Role sestry spočívá v povinnosti udržovat či navracet nezávislost pacienta a pomáhat v situaci, kdy si základní lidské potřeby nemůže zajistit sám (ARCHALOUSOVÁ, 2002).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 Kazuistika

Pacient byl hospitalizován na ORL klinice ve Fakultní nemocnici v Motole. Ošetrovatelskou péči jsme vykonávali u pacienta v období od 10.10.2011-21.10.2011 na standardním oddělení ORL kliniky. Údaje pro vypracování jsme získali ze zdravotnické dokumentace, anamnestického rozhovoru a pozorování pacienta, zhodnotili jsme jeho zdravotní stav a aktuální stav potřeb pacienta. Podle koncepčního modelu Virginie A. Hendreson jsme sestavili ošetrovatelskou anamnézu. Dále jsme stanovili ošetrovatelské diagnózy dle potřeb pacienta a realizovali plán ošetrovatelské péče.

6.1 Základní údaje pacienta

Jméno a příjmení: M.P.

Věk: 54

Pohlaví: mužské

Rodinný stav: ženatý

Zaměstnání: pojišťovací agent

Typ přijetí: plánovaný, operační výkon

6.2 Lékařská anamnéza

Rodinná anamnéza: otec zemřel stářím, matka na anémii.

Osobní anamnéza: arteriální hypertenze dobře korigovaná na léčbě., diabetes mellitus nemá, infarkt myokardu neprodělal, ischemickou srdeční chorobu neudává.

ORL anamnéza: stav po primární RT (radioterapii) pro karcinom levé hlasivky v roce 2007, v 9/2011 při kontrolní MLS (mikrolaryngoskopii) zjištěna hluboká infiltrace levé poloviny hrtanu. Pacient byl indikován k totální laryngektomii.

Farmakologická anamnéza: Ramil 10 mg tbl. p.o. 1-0-0, Indap cps. p.o. 1-0-0, Nolpaza 40 mg tbl. p.o. 1-0-1

Abusus: kuřák, 3 piva denně

Alergická anamnéza: PNC – exantém

Sociální anamnéza: ženatý, bydlí s rodinou

Nynější onemocnění: pacient po primární radioterapii pro spinocelulární karcinom levé hlasivky (T1 N0 M0). V roce 2007 byl pro zhoršení dysfonie a asymetrii hlasové štěrbinou dle CT indikován k mikrolaryngoskopii, kde byla verifikována hluboká infiltrace levé poloviny hrtanu. Pacient byl indikován k záchranné totální laryngektomii a blokové krční disekci vlevo.

6.3 Objektivní stav při přijetí pacienta z JIP

Výška: 185 cm

Váha: 85 kg BMI: 25 (norma)

Krevní tlak: 140/85

Tepová frekvence: 80/min

Dechová frekvence: 16/min

Tělesná teplota: 36° C

Katetry a sondy: 3.den PŽK (periferní žilní katetr), 8.den NGS (nasogastrická sonda)

Medikace:

Ramil 10 mg tbl 1-0-0 do NGS, Indap cps. 1-0-0 do NGS	antihypertenziva
Nolpaza 40 mg tbl. 1-0-1 do NGS	antacida
Ambrosan 30mg 1-1-1 do NGS	expektorancia
Algifen gtt. 30-30-30 při bolesti,	analgetika
Axetine 1,5gr 14-22// 6 hod i.v. (intravenózně)	antibiotika

Pacient při vědomí, orientován, spolupracující. Bez dušnosti, cyanózy. Výživa přiměřená, hydratace v normě.

6.4 Průběh hospitalizace

Operace dne 5.10.2011 proběhla bez komplikací. Nemocný byl po operaci přeložen na JIP ORL-kliniky. Po stabilizaci celkového stavu byl, 5. pooperační den přeložen zpět na standardní oddělení se zavedenou NGS, TRST (tracheostomickou kanylou) a PŽK.

Během hospitalizace přijímal výživu po malých dávkách do NGS. Dále byla nutná péče o tracheostoma, TRST kanylu a edukace pacienta v této oblasti. Hojení rány probíhalo bez komplikací. 18.10. byl proveden u pacienta kontrolní RTG polykacího aktu. Na jeho základě směl pacient začít polykat fyziologický roztok podél NGS, následně čaj a kašovitou stravu. Pacient neměl žádné obtíže při polykání, byla NGS odstraněna 14. pooperační den. 19.10. Byl pacient vybaven pomůckami k ošetřování a propuštěn do domácí péče

6.5 Utřídění informací podle V. Hendersonové ze dne 10.10.2011

Asistence, pomoc při potřebě	Objektivně (pozorování sestrou)	Subjektivně (síla, vůle, vědomosti)
1. pomoc při dýchání	množství.. 20..ml/den Frekvence:..... 18.../min. Rytmus dýchání: pravidelné Dýchací šelesty, jaké:..nepřítomné..... Typ dýchání: <input type="checkbox"/> povrchní <input type="checkbox"/> stížené <input type="checkbox"/> Kussmaulovo <input type="checkbox"/> Biotovo <input type="checkbox"/> Cheyneovo-Stokesovo Hloubka: normální..... Kašel: x suchý <input type="checkbox"/> dráždivý	Pacient přijat z JIP, má portex kanylu č. 9, dýchá dobře, občas vykašle krustózní hlen, během dne chodí na odsátí z dýchacích cest, podle potřeby, pac. „Na oddělení je suchý vzduch dráždí mě to ke

	<p>x produktivní <input type="checkbox"/> neproduktivní</p> <p>Sputum: <input type="checkbox"/> ne x ano,</p> <p>barva.....,charakter hlenovitý</p> <p>Poloha podporující dýchání: Fowlerova</p> <p>Pomůcky na udržení polohy: polohovací postel, židle na pokoji</p> <p>Informace o správném držení těla při stání, sezení a ležení: pacient je poučen a ví jakou polohu má zaujmout při obtížích</p> <p>Emocionální stres: ne</p> <p>Příznaky narušené výměny plynů: ne</p> <p>Teplota prostředí, vlhkost vzduchu, zápach: teplota pokoje 22° C, vlhkost 20-30, zápach ne</p>	<p>kašli.“</p>
<p>2. přijímání jídla a pití</p>	<p>Chuť k jídlu: ano Dieta: tekutá.....</p> <p>Příjem množství potravy/24hod:....2 litry</p> <p>Těžkosti s přijímáním:...ne</p> <p>Strava ovlivněná kulturními zvyky: ne</p> <p>Estetika podávání:.....</p> <p>Intravenózní výživa:.....</p> <p>Enterální výživa</p> <p>xNG sonda <input type="checkbox"/> NJ sonda <input type="checkbox"/> PEG</p> <p>Krmení: všeobecnou sestrou</p> <p>Časový rozvrh stravy v průběhu dne: 5xdenně po dávkách do NGS</p> <p>Spolupráce s dietetikem:.ne</p>	<p>„před operací jsem jedl všechno, dal jsem si tak 3 piva denně, tvrdý alkohol jsem pil příležitostně, teď po operaci mám v puse větší množství slin“.</p> <p>V současné době je pacient krmen zdravotní sestrou po 300-400ml Fresubinem a čajem do NGS po 3-4 hod během dne.</p>
<p>3. vylučování</p>	<p>Vhodná postel, matrace a povlečení: polohovací postel, prádlo podle potřeby lůžko převlékáno</p>	<p>„ nemám obtíže, stolici mám pravidelnou jednou denně, s močením</p>

	<p>Stolička, křeslo: na pokoji je židle</p> <p>Pomoc při neuromotorické nezávislosti: nepotřebuje</p> <p>Pomůcky k manipulaci nepoužívá</p> <p>Polohování pacienta: pacient je soběstačný, pomoc nepotřebuje</p> <p>Spolupráce s fyzioterapeutem: zatím není potřeba</p>	<p>nemám žádné problémy chodím přibližně tak 6x denně, v noci nechodím močit“</p>
<p>4. při pohybu a udržování žádoucího držení těla při chůzi a sezení, ležení, při změně polohy</p>	<p><input type="checkbox"/> kvalitní spánek, spí celou noc</p> <p><input type="checkbox"/> problémy s usínáním</p> <p>x budí se, jak často..2-3 za noc</p> <p><input type="checkbox"/> spí přes den, kolik hodin.....</p> <p>Zvyky při usínání: X ne <input type="checkbox"/> ano, jaké.....</p> <p>Po probuzení se cítí <input type="checkbox"/> vyspalý</p> <p><input type="checkbox"/> nevyspalý x jiné..jak kdy....</p> <p>Léky-hypnotika: <input type="checkbox"/> ne x ano</p> <p>Povlečení čisté, vyvětrané.....ano.....</p> <p>Hygiena: zuby, umývání, vlasy..provádí sám</p>	<p>„chodím sám, zatím nemám problémy“</p>
<p>5. při odpočinku a spánku</p>	<p><input type="checkbox"/> kvalitní spánek, spí celou noc</p> <p><input type="checkbox"/> problémy s usínáním</p> <p>x budí se, jak často..2-3 za noc</p> <p><input type="checkbox"/> spí přes den, kolik hodin.....</p> <p>Zvyky při usínání: X ne <input type="checkbox"/> ano, jaké.....</p> <p>Po probuzení se cítí: <input type="checkbox"/> vyspalý</p> <p><input type="checkbox"/> nevyspalý x jiné..jak kdy....</p> <p>Léky-hypnotika: <input type="checkbox"/> ne x ano</p> <p>Povlečení čisté,</p>	<p>„ v noci spím, ale probudí mě kašel, mám zejména večer bolesti v operační ráně, někdy si říkám o tabletu na spaní“</p>

	<p>vyvětrané.....ano.....</p> <p>Hygiena: zuby, umývání, vlasy..provádí sám</p>	
<p>6. při výběru oblečení, oblékání a svlékání</p>	<p>Pomoc při výběru vhodného oblečení. Nezávislost v těchto činnostech, fyzická síla.</p> <p>Pacient provádí sám je soběstačný v této oblasti.</p>	<p>„Jsem soběstačný, nepotřebuji radit v této oblasti“</p>
<p>7. při udržování tělesné teploty v rámci fyziologických hodnot</p>	<p>Výběr oblečení, zvládá pacient sám. Okolní prostředí, průvan, chlad, teplo Měření tělesné teploty teploměrem:2..x/24hod. Prostředky na ↓↑ TT 36,5°C, afebrilní Aplikace zábalů není potřeba</p>	<p>„Vím jak se mám oblékat, poznám na sobě, kdy mám teplotu“</p>
<p>8. při udržování čistoty, úpravy těla, ochrana pokožky</p>	<p>Koupání, sprcha, vana: provádí sám 1x denně Česání vlasů, čištění nosu, umývání zubů, úprava nehtů, vylepšení vzhledu: pacient provádí sám Poskytnutí informací o kosmetických procedurách: dán roztok heřmánku na výplach dutiny ústní</p>	<p>„Hygienickou péči o sebe provádím sám“</p>
<p>9. při odstraňování rizik z okolí, ochrana před násilím, nákazou</p>	<p>Ochrana před mechanickým zraněním: pád, oheň, toxické látky, zvířata, hmyz, patogenní mikroorganizmy. Opatřovatelská služba: nepotřebuje Uložení léků: na sesterně, rozdávány pravidelně sestrou.</p>	<p>„nemám žádné zvyky“</p>

	<p>Prevence akutních virusových onemocnění: HDC, střevních: pacient ví, jak se chránit. Používání ochranných jednorázových pomůcek: ano</p>	
10. při komunikaci	<p>Důvěra k pacientovi, rodině: při návštěvě rodiny se snažíme zapojit rodinu, aby se snažila odezírat a zvykat si na pacienta s tracheostomickou kanylou. Sestra jako zprostředkovatel na různých úrovních vztahů: pacient píše co, potřebuje, nebo se pokoušíme odezírat ze rtů.</p>	<p>„Nemůžu mluvit, tak píši, co potřebuji, v kontaktu s rodinou jsem přes sms, chodí mě navštěvovat o víkendu a během týdne tak 2krát.“</p>
11. při vyznávání náboženské víry, přijímání dobra a zla	<p>Respektování duchovních potřeb (pomoci zajít na místo, kde se koná bohoslužba, přivést kněze podle víry, zabezpečit vhodné podmínky, intimitu...) Respektování mlčenlivosti. Respektování náboženských zákonů, které se dotýkají každodenního života: zákaz určitých pokrmů, určité formy zábavy, dodržování postních dní, dní zakazujících pracovat: pacient nemá žádné speciální požadavky. Tolerance víry, prevence konfliktů: pacient je bez konfliktů, nemá nic proti víře.</p>	<p>„jsem pokřtěný, ale nechodím do kostela, ani se nezajímám o víru“</p>
12. při práci a produktivní činnosti	<p>Sestra pomáhá naplánovat den, vykonávat produktivní činnost, vůle přežít: pacient se zaměstnává sám, čte si, kouká se na televizi, chodí po oddělení. Rehabilitace uvede pacienta do</p>	<p>„chodím po oddělení nebo se koukám na televizi někdy si čtu nebo mám návštěvu“</p>

	<p>produktivního zaměstnávání, spolupráce s fyzioterapeutem, ergoterapeutem, hry a zábava: pacient nepotřebuje.</p>	
<p>13. při odpočinkových (rekreačních) aktivitách</p>	<p>Rozvrhnout, který čas je vhodný pro rozptýlení a zábavu, jaké má pacient zájmy – věk, pohlaví, inteligence, zkušenosti, zdravotní stav, závažnost onemocnění, nadání</p> <p>Návštěva : společenské místnosti, knihovny, rozhovory o knihách, poslouchání rádia, sledování televize, dovážení předmětů na nákup, obchody</p> <p>Tělesná aktivita – chůze pacient chodí po oddělení, nebo se jde projít po nemocnici.</p>	<p>„těším se domů, v nemocnici se toho moc nedá dělat“</p>
<p>14. při učení</p>	<p>Informace o prevenci onemocnění, léčbě, životosprávě, výchově, edukaci ke změně ve zdraví – doplnění lékaře</p> <p>Pomáhat s vlastní soběstačností. Obnovit nezávislost, pomoci žít s handicapem.</p> <p>Přijmout pokojně smrt.</p>	<p>„mám dostatek informací o svém onemocnění, lékař mě poučil o další léčbě – radioterapii, jsem si vědom, že mám omezení při normálním životě, že možná nikdy nebudu moci mluvit</p>

Pacient byl 5. den po operaci přeložen z JIP na standardní oddělení. Byla s ním sepsána ošetrovatelská anamnéza dle V. A. HENDRSON a stanoveny ošetrovatelské diagnózy a jejich realizace a hodnocení.

6.6 Zjištění a stanovení problému, priorit dle anamnézy

V. A. Henderson

1. *Pomoc při dýchání*

Priorita – střední až vysoká

Problém – tvoření hlenů, krust, suchý vzduch na pokoji

Stanovena ošetrovatelská diagnóza *Průchodnost dýchacích cest zhoršená z důvodu zvýšeného hlenění následné neprůchodnosti TRST kanyly projevující se dušností*

2. *Přijímání jídla a pití*

Priorita - vysoká

Problém – zvýšená tvorba slin.

Stanovena ošetrovatelská diagnóza *Porucha polykání z důvodu operačního výkonu.*

3. *Vylučování*

Nebyl stanoven žádný ošetrovatelský problém, pacient nemá problém s vylučováním.

4. *Při pohybu a udržování žádoucího držení těla při chůzi a sezení, ležení, při změně polohy*

Nebyl stanoven žádný ošetrovatelský problém, pacient je v této oblasti samostatný.

5. *Při odpočinku a spánku*

Priorita – střední

Problém – pacient pociťuje bolest v operační ráně ve večerních hodinách, má problémy se spánkem, v noci se budí.

Stanoveny ošetrovatelské diagnózy *Spánek porušený z důvodu změny prostředí a bolest projevující se nespavostí, únavou a Bolest akutní v operační ráně z důvodu operačního výkonu projevující se neklidem, nespavostí, verbalizací*

6. Při výběru oblečení, oblékání a svlékání

Nebyl stanoven žádný ošetřovatelský problém, pacient je zcela soběstačný.

7. Při udržování tělesné teploty v rámci fyziologických hodnot

Nebyl stanoven žádný ošetřovatelský problém, pacient má normální tělesnou teplotu.

8. Při udržování čistoty, úpravy těla, ochrana pokožky

Nebyl stanoven žádný ošetřovatelský problém, pacient je v této oblasti zcela soběstačný.

9. Při odstraňování rizik z okolí, ochrana před násilím, nákazou

Nebyl stanoven žádný ošetřovatelský problém, nemá žádné problémy.

10. Při komunikaci

Priorita – vysoká

Problém – při operaci, byly odstraněny hlasivky. Pacient si musí zvykat na nový stav.

Byla stanovena ošetřovatelská diagnóza *Narušená verbální komunikace z důvodu provedené tracheostomie projevující se nemožností vyjadřování*

11. Při vyznávání náboženské víry, přijímání dobra a zla

Nebyl stanoven ošetřovatelský problém, pacient nemá problém.

12. Při práci a produktivní činnosti

Nebyl stanoven žádný ošetřovatelský problém.

13. Při odpočinkových (rekreačních) aktivitách

Nebyl stanoven ošetřovatelský problém.

14. Při učení

Priorita – vysoká

Problém – pacient má obavy, jak ho přijme okolí. Má obavy s následné léčby.

Byla stanovena ošetřovatelská diagnóza *Strach a obavy z důvodu následné změny tělesného vzhledu projevující se neklidem*

6.7 Ošetrovatelské diagnózy stanovené v průběhu hospitalizace pacienta na standardním oddělení za použití kapesního průvodce sestry

1) Průchodnost dýchacích cest zhoršená z důvodu zvýšené tvorby sekretu v dýchacích cestách a následné neprůchodnosti TRST kanyly projevující se dušností

Priorita: střední až vysoká

Dlouhodobý cíl: dýchací cesty jsou trvale volné, průchodné

Krátkodobý cíl: v průběhu dne není pacient dušný, dýchá volně TRST kanylou

Výsledná kritéria:

- pacient v průběhu dne, zakapává TRST mukolytiky a aktivně odkašlává, aby dýchací cesty zůstaly průchodné
- pacient v průběhu dne se snaží, využívat zvlhčování vzduchu
- pacient má dostatečný příjem tekutin.

Intervence:

- edukuj pacienta v oblasti péče o TRST kanylu, o důležitosti zakapávání mukolytik do TRST – dle potřeb pacienta - všeobecná sestra
- proved' s pacientem nácvik účinného odkašlávání – dle potřeb pacienta – všeobecná sestra
- zajisti zvlhčování vzduchu (nebulizace do volného pole, příp. tepelná nebulizace nebo mikronebulizace dle ordinace lékaře) – všeobecná sestra
- dbej na dostatečnou hydrataci pacienta – vždy – všeobecná sestra
- odsávej pacienta z TRST kanyly - dle potřeby pacienta – všeobecná sestra
- sleduj barvu a charakter sputa – vždy – všeobecná sestra

- podávej léky dle ordinace lékaře – vždy – všeobecná sestra
- sleduj barvu kůže, sliznic, event. měř saturaci dle ordinace lékaře – stále – všeobecná sestra
- ved' pacienta k samostatnosti, v případě nutnosti edukuj rodinného příslušníka v péči o TRST a TRST kanylu – během hospitalizace – všeobecná sestra

Realizace: (10.10.2011-19.10.2011)

Doporučila jsem pacientovi polohu v polosedě, pro lepší vykašlávání. Nacvičovala jsem s ním odkašlávní přes tracheostomickou kanylu. Edukovala jsem pacienta o pravidelnosti zakapávání mukolitik do tracheostomické kanyly, aby se mu uvolňoval sekret a tím se zlepšilo vykašlávání. Dále jsem pacientovi dala k lůžku tepelnou nebulizaci pro zvlhčení vzduchu. Podle potřeb pacienta jsem ho odsávala z TRST. Sledovala jsem barvu a charakter sputa. Podávala jsem dle ordinace lékaře expektorancia. Poučila jsem pacienta, že je vhodné přijmout nejméně 2litry tekutin denně pro lepší uvolnění sekretu. Dále jsem sledovala kůži pacienta zda se neobjevují známky cyanózy nebo dehydratace. Pacienta jsem edukovala a s ním nacvičovala výměnu tracheostomické kanyly a edukovala jsem ho, jak se má starat o tracheostomickou kanylu během nošení. Učila jsem pacienta vyčistit a připravit kanylu pro další výměnu. Snažila jsem se vše ukázat i jeho rodině.

Hodnocení: (19.10.2011)

Cíl byl splněn. Pacient dýchá dobře má volné dýchací cesty. Pacient umí vykašlávat přes tracheostomickou kanylu, nepotřebuje odsávat z dýchacích cest. Pacient si umí sám vyměnit kanylu, vyčistit střed a připravit na další použití.

2) Porucha polykání z důvodu operačního výkonu

Priorita: vysoká

Dlouhodobý cíl: pacient polyká bez obtíží

Krátkodobý cíl: pacient po odstranění NGS polyká do 2 dnů dostatečné množství kašovitě stravy a tekutin.

Kriteria:

- pacient chápe zavedení NGS - operační rána v dutině ústní
- pacient má dostatečný příjem tekutin a výživy do NGS
- po odstranění NGS je u pacienta obnoveno polykání bez obtíží

Intervence:

- sleduj příjem potravy a tekutin do NGS – stále – všeobecná sestra
- zajisti pro pacienta vhodnou stravu – během hospitalizace – všeobecná sestra
- dle snášenlivosti pacienta podávej tekutou stravu a tekutiny do NGS – vždy – všeobecná sestra
- sleduj stav sliznic, posuzuj kožní turgor – stále – všeobecná sestra
- informuj pacienta o dostatečné hygieně dutiny ústní – stále – všeobecná sestra
- po rozhodnutí lékaře zajisti nácvik polykání, sleduj příjem tekutin, zapisuj do dokumentace – všeobecná sestra
- monitoruj hmotnost pacienta dle ordinace lékaře nebo zvyklosti oddělení – všeobecná sestra

Realizace: (10.10.2011-19.10.2011)

Během zavedení NGS jsem pacientovi podávala Janetovou stříkačkou Nutrison a tekutiny po malých dávkách. Zapisovala jsem příjem do NGS. Podávala jsem výživu, aby příjem činil, nejméně 2 litry denně. Sledovala jsem sliznice a kožní turgor pacienta,

zda je dostatečně hydratován. Připravila jsem pacientovi roztok z heřmánku na výplach dutiny ústní a poučila jsem pacienta, že si má během dne vyplachovat dutinu ústní. Každý týden jsem pacienta pravidelně vážila a sledovala jeho hmotnost, zda nedochází k úbytku. Vše jsem zaznamenala do ošetrovatelské dokumentace. Po rozhodnutí lékaře jsem pacientovi dala fyziologický roztok, se kterým pacient začínal polykat a následně jsem zajistila kašovitou stravu. Také jsem doporučila pro další léčbu vhodnost konzumace nutridrinků.

Hodnocení: (19.10.2011)

Cíl byl splněn. Pacient byl po celou dobu dostatečně hydratován, nedošlo k úbytku na váze. Pacient polyká kašovitou stravu bez větších problémů.

3) Spánek porušený z důvodu změny prostředí a bolesti projevující se nespavostí, únavou

Priorita: střední

Dlouhodobý cíl: pacient spí nepřetržitě 7 hod

Krátkodobý cíl: pacient spí 4 hodiny bez probuzení

Kriteria:

- pacient usíná do 30 minut po ulehnutí
- pacient se cítí odpočatý po probuzení

Intervence:

- zajisti klidné a tiché prostředí pro spánek – během hospitalizace – všeobecná sestra, ošetrovatelka
- zajisti optimální teplotu prostředí ke spánku, vyvětrání pokoje – během hospitalizace – zdravotnický personál

- sleduj známky únavy (zívání, neklid, třes...) – stále – všeobecná sestra
- umožni pacientovi provedení večerní hygieny, uprav lůžko – během hospitalizace – všeobecná sestra
- zajisti rituály pacienta před spaním dle možnosti oddělení – vždy – všeobecná sestra
- podávej léky dle ordinace lékaře – všeobecná sestra

Realizace: (10.10.2011-18.10.2011)

Snažila jsem pacientovi po dobu hospitalizace zajistit dostatečný klid na pokoji, pravidelně jsem na pokoji větrala, zejména večer. Zajišťovala jsem, aby měl pacient čisté lůžko. Sledovala jsem známky únavy. Podávala jsem hypnotika a analgetika dle ordinace lékaře.

Hodnocení: (18.10.2011).

Cíl byl splněn částečně. Pacient po hypnoticích usíná, ale někdy ho budí kašel a suchý vzduch na pokoji.

4) Bolest akutní v operační ráně z důvodu operačního výkonu projevující se neklidem, nespavostí, verbalizací

Priorita: střední

Dlouhodobý cíl: odstranění bolesti do konce hospitalizace

Krátkodobý cíl: zmírnění bolesti během dne

Kriteria:

- pacient dokáže charakterizovat bolest, podle stupnice VAS
- pacient při pociťování bolesti informuje sestru
- zmírnění VAS na 2-1 cm do 1 dne

- pacient informuje sestru, že bolest se zmírnila nebo zcela ustoupila

Intervence:

- zhodnot' charakter, intenzitu a lokalizaci bolesti – vždy při bolesti – všeobecná sestra
- proved' záznam na stupnici bolesti – vždy při bolesti – všeobecná sestra
- podej analgetika dle ordinace lékaře – vždy – všeobecná sestra
- sleduj účinek podaných léků – vždy – všeobecná sestra

Realizace (10.10. 2011-15.10.2011)

Zhodnotila jsem charakter, intenzitu bolesti a její lokalizaci. Pacient cítil bolest zejména ve večerních hodinách v místě operační rány. Provedla jsem záznam podle VAS škály 0-10cm a vše zaznamenala do ošetrovatelské dokumentace. Informovala jsem pacienta, aby v případě bolesti požádal o analgetika. Podávala jsem analgetika dle ordinace lékaře.

Hodnocení:

(15.10.2011) cíl byl splněn. U pacienta během hospitalizace došlo zmírnění bolesti. 5. den hospitalizace pacient již žádné bolesti nepociťoval, nevyžadoval tedy analgetika. Dne 15.10.2011 byl ukončen zápis do ošetrovatelské dokumentace.

5) Narušená verbální komunikace z důvodu provedené tracheostomie projevující se nemožností vyjadřování

Priorita: vysoká

Dlouhodobý cíl: pacient zvládá komunikaci se svým okolím

Krátkodobý cíl: zlepšení a umožnění neverbální komunikace

Kriteria:

- pacient využívá neverbální komunikaci (písemná forma, odezírání)

Intervence:

- sleduj neverbální projevy pacienta, zajisti potřeby pro písemnou komunikaci – vždy, dle potřeby pacienta – všeobecná sestra
- vysvětlí nutnost pomalé a zřetelné artikulace směrem ke zdravotnickému personálu a rodině – vždy, dle potřeby pacienta – všeobecná sestra
- při komunikaci s pacientem mluv srozumitelně, udržuj oční kontakt – vždy – všeobecná sestra, ošetřovatelka
- poskytni pacientovi dostatek času k vyjádření jeho potřeb a myšlenek – vždy – všeobecná sestra
- pacienta psychicky podpoř, event. zajisti rozhovor s lékařem, umožni kontakt se členy rodiny, povzbuzuj rodinu k častým návštěvám – dle možností – všeobecná sestra

Realizace: (10.10.2011-19.10.2011)

Pacientovi jsem nabídla na psaní blok a tužku. Při komunikaci s pacientem jsem se pokoušela odezírat ze rtů. Snažila jsem se najít dostatek času, aby pacient mohl vyjádřit svoje potřeby. Snažila jsem se s pacientem při rozhovoru udržovat oční kontakt a mluvit dostatečně zřetelně. Lékař pacienta informoval, že po ukončení onkologické léčby, je možné zavést hlasovou protézu nebo se naučit řeč jícnovým hlasem.

Hodnocení: (19.10.2011)

cíl byl splněn. Pacient vyjadřoval své potřeby a myšlenky pomocí tužky a papíru. Při komunikaci se snažil artikulovat.

6) Strach a obavy z důvodu následné změny tělesného vzhledu projevující se neklidem

Priorita: vysoká

Dlouhodobý cíl: pacient přijal změnu svého tělesného vzhledu

Krátkodobý cíl: zmírnění strachu a obav pacienta ze změny svého vzhledu do 2 dnů

Kriteria:

- pacient má zmírněný pocit méněcennosti do 2 dnů
- pacient aktivně usiluje o překonání problému

Intervence:

- vyslechni pacienta, získej si jeho důvěru – stále – všeobecná sestra
- zajisti pacientovi rozhovor s ošetřujícím lékařem – dle možností – všeobecná sestra
- zajisti klidné prostředí pro komunikaci - vždy, dle možností – všeobecná sestra
- zodpověz dotazy – vždy – všeobecná sestra
- umožni pacientovi kontakt s rodinou – vždy – všeobecná sestra
- projev svou empatii a účast – stále – všeobecná sestra
- informuj pacienta, event.zajisti kontakt na centra pro onkologicky nemocné – dle potřeby a dle možností – všeobecná sestra

Realizace: (10.10.2011-19.10.2011)

Pacienta jsem vyslechla, snažila jsem se zmírnit jeho pochybnosti, doporučila jsem mu různé pomůcky k péči o tracheotomii. Pacient měl možnost po dobu své hospitalizace vše sdělit lékaři. Pacient byl lékařem seznámen s další onkologickou léčbou. Návštěvy rodiny jsem umožňovala, co možná nejčastěji. Informovala jsem pacienta, že existují na internetových stránkách onkologické kluby, jejichž prostřednictvím se může setkávat s osobami se stejným postižením.

Hodnocení (19.10.2011)

Cíl byl splněn částečně. Pacient má stále pochybnosti, jak ho okolí přijme s tracheostomickou kanylou, také má strach z následné onkologické léčby.

Potencionální ošetřovatelská diagnóza:

1) Infekce riziko vzniku z důvodu zavedení periferního žilního katetru

Priorita: střední

Cíl: během hospitalizace nedojde ke vzniku infekce

Výsledná kritéria:

- pacient chápe zavedení PŽK a možné rizikové faktory
- pacient nejeví známky infekce

Intervence:

- prováděj pravidelnou kontrolu invazivních vstupů – vždy, po dobu zavedení invazivních vstupů - všeobecná sestra
- všímej si změn na kůži (zarudnutí, otoky, bolestivost) v okolí vpichu, při známkách infekce PŽK odstraň – ihned - všeobecná sestra
- PŽK převazuj asepticky – denně, do doby zavedení PŽK – všeobecná sestra
- PŽK přepichuj po 4 dnech, případně častěji – všeobecná sestra
- dodržuj zásady asepsy při ředění a podávání i. v. léků – vždy, po dobu podávání i.v. léků – všeobecná sestra
- podávej ATB dle ordinace lékaře – pravidelných intervalech – všeobecná sestra
- sleduj TT , informuj lékaře o výsledcích ordinovaných náběrů – denně – všeobecná sestra
- dodržuj hygienu rukou – stále – všeobecná sestra

Realizace (10.10.2011-15.10.2011)

Při manipulaci a aplikaci ATB do PŽK jsem postupovala podle zásad asepse. Pravidelně jsem kontrolovala intravenózní vstup, zda se neobjevují známky zánětu a zda je funkční. Převazy PŽK jsem prováděla dle zvyklosti oddělení. Sledovala jsem okolí vpichu. Pravidelně jsem měřila tělesnou teplotu. Pacienta jsem poučila, aby mě informoval v případě bolesti, pálení, otoku v místě zavedení PŽK. PŽK jsem pravidelně převazovala, všímala si změn na kůži. Dodržovala jsem správné zásady mytí rukou.

Hodnocení: (15.10.2011)

cíl byl splněn. Po dobu hospitalizace u pacienta nedošlo ke vzniku infekce. Dne 15.10. byl PŽK pacientovi odstraněn a ukončen zápis v ošetřovatelské dokumentaci.

6.8 Zhodnocení ošetřovatelské péče

Pan P.M. byl po dobu 9 dnů hospitalizován na standardním ORL oddělení po operačním výkonu (totální laryngektomie). Během hospitalizace pacient spolupracoval, podílel se na ošetřovatelských intervencích, o svůj zdravotní stav se zajímal, měl zájem o edukaci. Pacient byl plně seznámen se svým onemocněním, věděl co, komplexní léčebná péče obsahuje. Byl poučen o další onkologické léčbě, ale také dodržování zdravého životního stylu. V průběhu hospitalizace se podařilo s pacientem navázat terapeutický vztah, edukovat a psychicky podpořit rodinu. Pan P.M. měl snahu aktivně se zapojovat a podílet se na své léčbě, snažil se být samostatný. Pacient si uvědomoval, že již nějaké činnosti nebude moci vykonávat, jako před operačním výkonem a to zejména svojí práci. Zde je nutná podpora a pochopení ze strany rodiny. Pacient hodnotil lékařskou i ošetřovatelskou péči pozitivně.

Doporučení pro pacienta:

- nevzdávat naději a nepodléhat následkům, které nese onkologické onemocnění;
- pečovat o svojí tělesnou kondici a duševní pohodu;

- dodržovat zásady správného životního stylu (přestat kouřit, omezit konzumaci alkoholu);
- provádět pravidelná dechová cvičení;
- měl by navázat kontakt s lidmi se stejnou diagnózou (kluby laryngektomovaných);
- měl by pravidelně chodit na lékařské kontroly

Doporučení pro všeobecnou sestru:

- být vždy během ošetrovatelských výkonů k pacientovi, empatická, ohleduplná, chápavá;
- při poskytování ošetrovatelské péče dostatečně trpělivá;
- respektovat pacientovu osobnost;
- nahlížet na pacienta a jeho potřeby holisticky;
- edukovat pacienta a jeho rodinu v péči o tracheostomickou kanylu;
- zajistit pacientovi a rodině dostatek informací o další onkologické léčbě;
- zajistit pacientovi dostatek informací o možnosti náhrady hlasu;
- celoživotně se vzdělávat (v rámci různých kurzů, seminářů, přednášek) v oblasti medicínské a ošetrovatelské péče o nemocné s tracheostomií a onkologickým onemocněním;

Doporučení pro rodinu:

- podporovat, pozitivně motivovat nemocného při další onkologické léčbě;
- umožnit nemocnému návštěvy přátel a příbuzných;
- mít dostatek trpělivosti při komunikaci;
- dát pocit sociální potřeby (domácí práce podle možností atd.);

ZÁVĚR

Rakovina hrtanu je závažným onkologickým onemocněním, bohužel s celoživotními následky, které negativně ovlivňují kvalitu života nemocného. Z hlediska psychického vyrovnání, průceschopností a společenského života představuje rakovina hrtanu pro nemocného a jeho rodinu životní zkoušku. Zvláštní pozornost zdravotníků je třeba věnovat pacientům po operačním výkonu, kdy pacient sám není schopen vyjádřit svoje potřeby. Dále je nutná psychická podpora ze strany zdravotníků, a je-li to možné a zapojit i rodinné příslušníky.

Cílem bakalářské práce bylo přinést informace o rakovině hrtanu, její léčbě a následcích operačního výkonu. Zdůraznit, jak je důležitá diagnostika a komplexní terapie, jak onemocnění ovlivní kvalitu života nemocného a jeho nejbližšího okolí v sociálním, pracovním a psychickém procesu a jak je důležitá ošetrovatelská péče a edukace pro pacienta a rodinu.

Na závěr bychom chtěli podotknout, že pouze znalost toho, jakým způsobem nemoc člověka ovlivňuje, pomůže všeobecné sestře navázat s pacientem důvěryhodný terapeutický vztah a umožní naplánovat potřebnou ošetrovatelskou péči.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ARCHALOUSOVÁ, A.; SLEZÁKOVÁ, Z. 2005. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. Hradec Králové: Nucleus HK, 2005. 108 s. ISBN 80-86225-63-1.

ARCHALOUSOVÁ, A. 2003. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Hradec Králové: Nucleus HK, 2003. 104 s. ISBN 80-86225-33-X.

ASTL, J. 2002. *Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku pro bakaláře – obor ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2002. 138 s. ISBN 80-246-0325-X.

DOENGES E. MARILYNN; MOORHOUSE F. M. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2.vyd. Praha: Grada, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.

ELIŠKOVÁ, M.; NAŇKA, O. 2006. *Přehled Anatomie*. Praha: Karolinum, 2006. 309 s. ISBN 80-246-1216-X.

HAHN, A. a aj. 2007. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. Praha: Grada Publishing, 2007. 392 s. ISBN 97880-247-0529-3.

HYBÁŠEK, I.; VOKURKA, J. 2006. *Otorinolaryngologie*. Praha: Karolinum, 2006. 426 s. ISBN 80-246-1019-1.

CHROBOK, V.; ASTL, J.; KOMÍNEK, P. 2004. *Tracheostomie a koniotomie*. Praha: Maxdorf, 2004. 170 s. ISBN 80-7345-031-3.

KLENER, P. 2011. *Základy klinické onkologie*. Praha: Galén, 2011. 96 s. ISBN 978-80-7262-716-5.

KLOZAR, J. 2005. *Speciální Otorinolaryngologie*. Praha: Galén, 2005. 224 s. ISBN 80-7262-346-X.

NĚMCOVÁ, J.; MAURITZOVÁ, I. 2011. *Manuál k úpravě písemných prací*. Plzeň, 2011. 84 s. ISBN 978-80-902876-8-6.

PAVLÍKOVÁ, S. 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.

PETROVICKÝ, P. a aj. 1997. *Systematická, topografická a klinická Anatomie V. DÝCHACÍ ÚSTROJÍ*. Praha: Karolinum, 1997. 88 s. ISBN 80-7184-108-0.

PLCH, J. 1994. *Otorinolaryngologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1994. 182 s. ISBN 80-7013-176-4.

PLZÁK, J. a aj. 2011. *ORL pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe, 2011. 146 s. ISBN 978-80-86307-90-9.

ŠKEŘÍK, P. 1993. *Otorinolaryngologie pro praktické lékaře*. Praha: Scientia Medica, 1993. 168 s. ISBN 80-85526-13-1.

KLOZAR, J. 2008. *Nádory hrtanu*. Zdravotnické noviny [online]. 2008, č.10 (cit.2008-03-10). Dostupné z WWW: <<http://zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/nadory-hrtanu-349014>>. ISSN 1214-7664.

URBANOVÁ, M. 2010. *Varovné příznaky v ORL-oblasti příznaky onkologických onemocnění*. Zdravotnické noviny [online]. 2010, č.3 (cit.2010-02-10). Dostupné z WWW: <<http://zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/varovne-priznaky-v-orl-oblasti-priznaky-onkologickych-onemocneni-449626>>. ISSN 1214-7664.

SLAVÍČEK, A. 2002. *Karcinom hrtanu*. Postgraduální medicína [online]. 2002, č.9 (cit.2002-12-30). Dostupné z WWW: <<http://zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/karcinom-hrtanu-150745>>. ISSN 1214-7664.

BOSTLOVÁ, JAROŠOVÁ, LENCOVÁ. 2010. *Péče o pacienta po totální laryngektomii*. Sestra [online]. 2010, č.11 (cit.2010-11-10). Dostupné z WWW: <<http://>

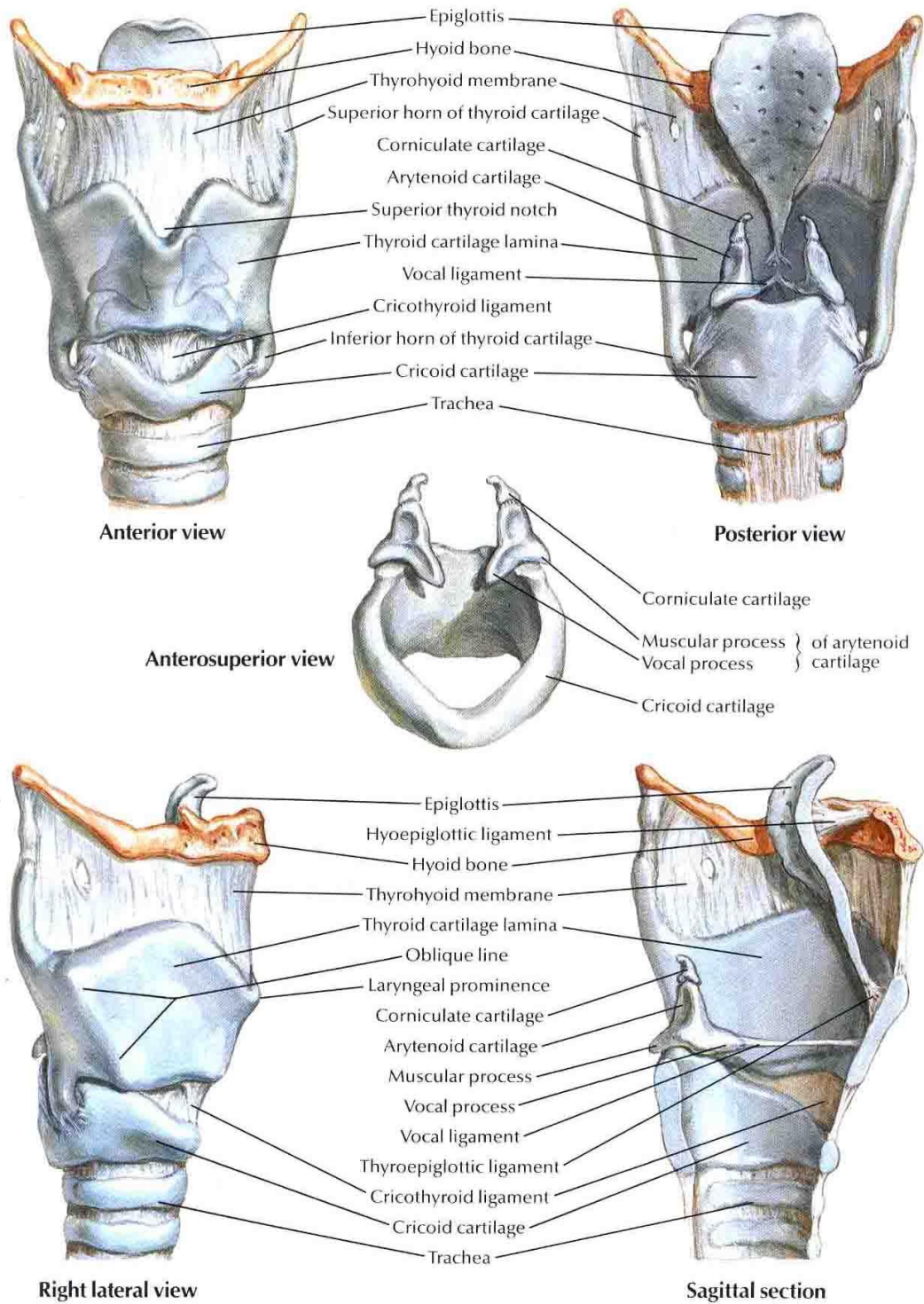
zdn.cz/clanek/sestra/pece-o-pacienta-po-totalni-laryngektomii-455797>. ISSN1210-0404.

Seznam literatury je zpracován dle normy ISO 690:2

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – anatomie hrtanu	I
Příloha B – tracheostomické kanyla kovová	II
Příloha C – tracheostomické kanyla portexová	III
Příloha D – statistické údaje onemocnění 1	IV
Příloha D – statistické údaje onemocnění 2.....	VI

Příloha A – anatomie hrtanu



Dostupné z WWW: <<http://bedahunmuh.files.wordpress.com/2010/05/cartilages-of-larynx.jpg>>

Příloha B – tracheostomické kanyla kovová



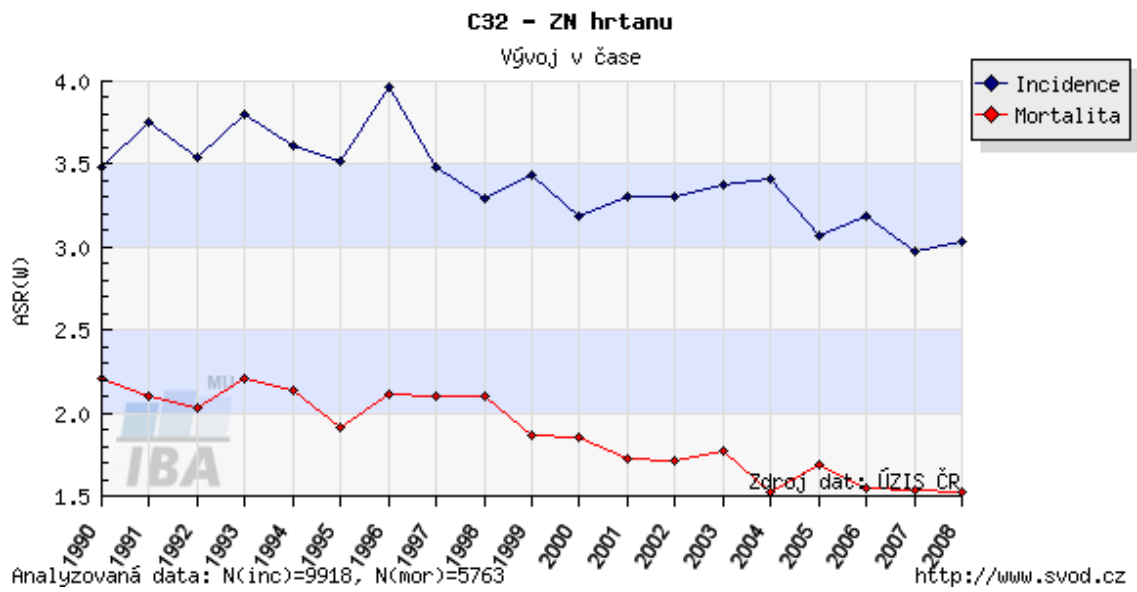
Vlastní konstrukce

Příloha C – tracheostomická kanyla portexová



Vlastní konstrukce

Příloha D – statistické údaje onemocnění I

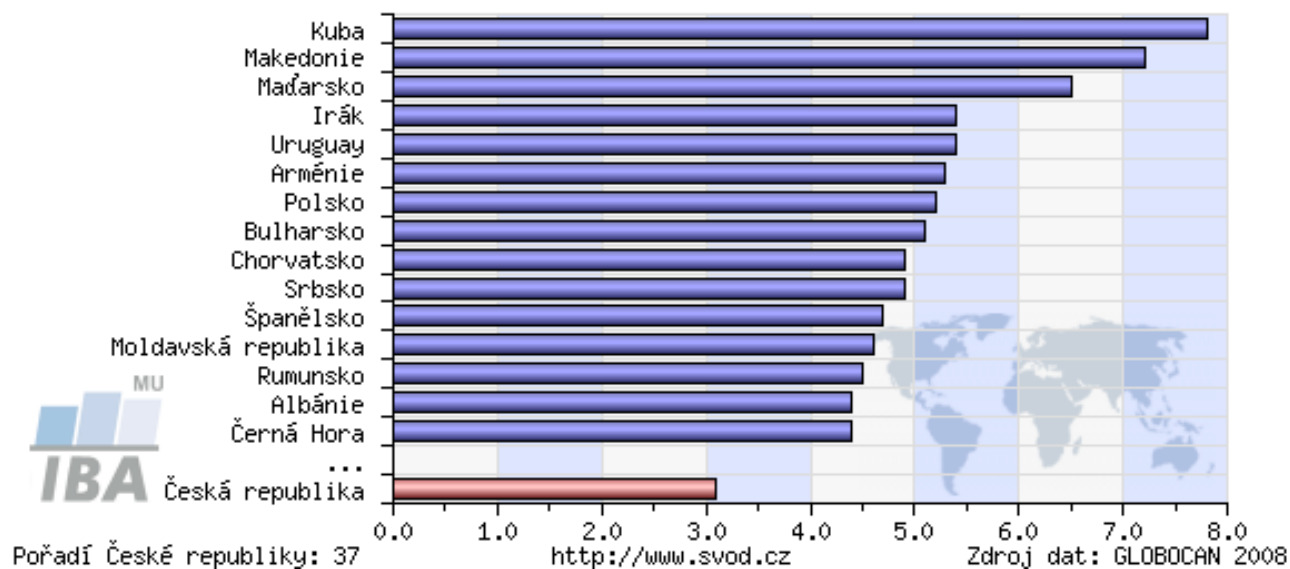


Dostupné z WWW: <<http://www.svod.cz>>

Příloha E – statistické údaje onemocnění 2

C32 - Hrtan

srovnání incidence v ČR s ostatními zeměmi světa, ASR - světový standard



Dostupné z WWW: <<http://www.svod.cz>>

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Lenka Vařečková Dis.	
Studijní obor	všeobecná sestra	Ročník 3
Téma práce	Ošetrovatelský proces u pacienta po totální laryngektomii	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku I.LF.UK	
Jméno vedoucího práce	MuDr. Petra Bruthansová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce MUDr. Petra BRUTHANSOVÁ	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	MUDr. Petra BRUTHANSOVÁ podpis
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	Mgr. Jana Nováková, MBA náměstkyně pro oš. péči I.LF.UK

V PRAZE dne 16.9.2011

Lenka Vařečková
podpis studenta