

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA
PO TOTÁLNÍ LARYNGEKTOMII**

Bakalářská práce

ALENA HRDÁ, DiS.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

Praha 2013



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

Hrdá Alena
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 24. 9. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta po totální laryngektomii

Complex Nursing Care of Patient after Total Laryngectomy

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

V Praze dne: 31. 10. 2012

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 k studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Chci poděkovat vedoucí práce PhDr. Hlinovské Janě, PhD. za cenné rady při zpracování bakalářské práce.

ASTRAKT

HRDÁ, Alena. *Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta po totální laryngektomii*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD. Praha. 2013. 52 s.

Předmětem bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče o pacienta po totální laryngektomii. Práce je členěna na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je věnována karcinomu hrtanu. Zabývá se epidemiologií, etiologií a patogenezi onemocnění. Dále popisuje příznaky onemocnění, diagnostiku, možnosti léčby a její důsledky. Práce také obsahuje informace týkající se ošetrovatelské péče o pacienty s tracheostomií a zaměřuje se na kvalitu jejich života. Závěr teoretické části je věnován koncepčnímu modelu dle Callisty Royové, jehož využití je vhodné u pacientů s ireverzibilními změnami. V praktické části je zpracována kazuistika 47letého pacienta s diagnózou karcinom hrtanu, který podstoupil totální laryngektomii. K zhodnocení zdravotního stavu pacienta a k posouzení jeho aktuálních potřeb byl zvolen adaptační model dle Callisty Royové. Na základě získaných informací jsou stanoveny ošetrovatelské diagnózy jak aktuální, tak potencionální.

Klíčová slova

Karcinom hrtanu. Ošetrovatelská péče. Totální laryngektomie. Tracheostomická kanyla. Tracheostomie.

ABSTRACT

HRDÁ, Alena. *Complex Nursing Care of Patients after Total Laryngectomy*.
College, o.p.s., Degree: Bachelor. Tutor: PhDr. Jana Hlinovská, PhD. Prague. 2013.
52 pages.

The topic of my bachelor thesis is Complex Nursing Care of Patients after Total Laryngectomy. The thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part focuses on cancer of the larynx. The thesis also deals epidemiology, etiology and pathogenesis of the disease. Further there is description about signs of the disease, diagnosis, therapeutic possibilities and their consequences. The thesis also contains information about nursing care of patients with tracheostomy and quality of life. In conclusion of the theoretical part it deals with the conceptual model of nursing according to C. Roy. This model is a suitable for patients with irreversible changes. The practical part contains casuistry about 47 year-old patient with cancer of the larynx. He has undergone to total laryngectomy. Adaptation model by C. Roy has been used in evaluating patient's health condition and his actual needs. Having gathered information, the actual and potential nursing diagnosis has been set up.

Key words

Larynx Cancer. Nursing Care. Total Laryngectomy. Tracheostomy. Tracheostomy Tube.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	14
1 NÁDORY HRTANU	15
1.1 Benigní nádory hrtanu	15
1.2 Maligní nádory hrtanu a epidemiologie	16
1.2.1 Etiologie a patogeneze.....	17
1.2.2 Příznaky a diagnostika.....	18
1.2.3 Terapie.....	20
2 DŮSLEDKY TOTÁLNÍ LARYNGEKTOMIE	22
3 NÁHRADNÍ HLASOVÉ MECHANIZMY PO TOTÁLNÍ LARYNGEKTOMII .	23
4 TRACHEOSTOMICKÉ KANYLY	24
5 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA S TRACHEOSTOMIÍ	26
5.1 Výměna tracheostomické kanyly	26
5.2 Odsávání z dýchacích cest	27
5.3 Péče o peristomální kůži a dutinu ústní.....	28
5.4 Zvlhčování vdechované směsi, lavážování a inhalace	29
6 KVALITA ŽIVOTA	30
7 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL DLE CALLISTY ROYOVÉ	32
8 KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA PO TOTÁLNÍ LARYNGEKTOMII.....	34
8.1 Základní údaje o nemocném	34
8.2 Lékařská anamnéza	35
8.3 Posouzení celkového stavu pacienta při přijetí na ORL kliniku.....	36

8.4	Průběh hospitalizace.....	37
8.5	Ordinace k 0. pooperačnímu dni.....	39
8.6	Ošetřovatelská anamnéza dle modelu Callisty Royové	40
8.7	Ošetřovatelské diagnózy.....	45
8.7.1	Aktuální ošetřovatelské diagnózy.....	47
8.7.2	Potencionální ošetřovatelská diagnóza.....	57
8.8	Zhodnocení ošetřovatelské péče	60
9	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	61
	ZÁVĚR.....	63
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	64
	PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Vyšetření zvětšovací laryngoskopem.....	19
Obrázek 2 Vyšetření mikrolaryngoskopem.....	19
Obrázek 3 Před a po totální laryngektomii.....	21
Obrázek 4 Jedinec jako adaptivní systém.....	32

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI	Body Mass Index
CB	celková bílkovina
CRP	C reaktivní protein
CT	počítačová tomografie
GCS	Glasgow coma scale
i . m.	intramuskulární
JIP	jednotka intenzivní péče
JT	jaterní testy
KO	krevní obraz
MR	magnetická rezonance
NGS	nazogastrická sonda
ORL	otorinolaryngologie
p . o.	per os
P	pulz
PMK	permanentní močový katétr
P +V	příjem a výdej tekutin
PŽK	periferní žilní katétr
RD	Redonův drén
RTG	rentgen
s . c.	subkutánní
tbl.	tableta
TEN	tromboembolická nemoc
TK	krevní tlak

TNM.....klasifikace maligních nádorů

TT.....tělesná teplota

VASvizuální analogová stupnice

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Adenom – nezhoubný nádor vycházející ze žláзовého epitelu

Adenokarcinom – zhoubný nádor ze žláзовého epitelu

Afonie – ztráta hlasu

Aktinoterapie – léčba zářením, též radioterapie

Bloková krční disekce – odstranění krčních uzlin, které jsou často postiženy metastazováním primárního nádoru. Uzliny jsou odstraněny s tukově vazivovou tkání, některými cévami a krčními nervy.

Cyanóza – namodralé zbarvení kůže a sliznic, které je důsledkem nedostatku kyslíku v krvi

Destruovat – poškozovat

Dysfagie – porucha polykání

Dysfonie – porucha hlasu, chrapot

Dyspnoe – pocit nedostatku dechu, dušnost

Dystopie – chybné postavení orgánu

Endofytický – rostoucí dovnitř

Eupnoe – normální dýchání

Exofytický – rostoucí ven

Faryngokutánní píštěl – píštěl mezi hltanem a kůží

Foetor ex ore – zápach z dutiny ústní

Fonace – tvorba hlasu

Hepatopatie – obecné označení pro chorobu jater

Hypofarynx – hrtanová část hltanu, též laryngofarynx

Chondrom – nezhoubný nádor vycházející z chrupavky

Incidence – počet nově zjištěných případů onemocnění ve vybrané populaci za určité časové období

Izokorický – stejné velikosti

Kéla – vydutina

Komisura – spojení

Kontralaterální – postihující opačnou stranu, ležící na opačné straně

Kryokauter – nástroj využívající nízkých teplot k ničení tkání

Lymfom – nádorové onemocnění lymfatického systému

Melanom – zhoubný nádor vycházející z pigmentových buněk, které obsahují melanin

Mezocefalický – normální stav lebky

Mikronebulizace – nebulizace s léky (mukolytiky)

Mutilující chirurgický zákrok – tělo znetvořující zákrok

Nebulizace – zvlhčování vdechované směsi

Neuroendokrinní nádory – nádory vznikající nekontrolovaným dělením neuroendokrinních buněk. Jsou schopné tvořit a uvolňovat látky hormonální povahy.

Nystagmus – mimovolné pohyby očních bulbů

Odynofagie – bolestivé polykání

Papilom – nezhoubný nádor vycházející z povrchového epitelu

Parciální laryngektomi – částečné odstranění hrtanu

Piriformní reces – párová vkleslina mezi stranou hrtanu a hltanem

Prognóza – předpověď, odhad dalšího vývoje onemocnění

Pulzní oxymetr – přístroj, který měří nasycení krve kyslíkem

Sarkom – obecné označení pro zhoubný nádor z pojivové tkáně (vazivo, chrupavka, kost), krvetvorné a lymfatické tkáně nebo svalů

Solitární – osamocený

Spinocelulární – dlaždicobuněčný

Stripping – v cévní chirurgii označuje odstranění velké safény (vena saphena magna) postižené varixy

Stroboskopie – metoda, která se používá k vyšetření hrtanu a hlasivek. Její podstatou jsou krátké pravidelné záblesky s rychlou frekvencí, které umožňují pozorovat pohyb hlasivek.

Tracheostomie – průdušnice uměle vyústěna na povrch těla

Tracheostomická kanyla – pomůcka určená k udržení tracheostomatu

Ulcerativní – vředový

Ulkus – vřed

Verifikovaný – potvrzený

Verukózní – bradavičnatý

ÚVOD

„Maligní nádory v oblasti ORL tvoří přibližně 5 % všech zhoubných nádorů. Nejčastějším z nich je karcinom hrtanu. V České republice se jeho incidence pohybuje kolem 4 /100 000 obyvatel“ (POSPÍŠILOVÁ, 2006, s. 41). Na jeho vzniku se podílí především kouření a konzumace většího množství tvrdého alkoholu, dále přispívají ke vzniku škodlivé látky jako azbest, dehet, nikl aj. Onemocnění postihuje ve větší míře muže než ženy, nejčastěji mezi 50 a 60 rokem. V současnosti je ale pozorován posun k nižším věkovým skupinám a zvyšuje se zastoupení žen (KLOZAR, 2008).

Z konzervativních postupů má v léčbě karcinomu hrtanu největší účinnost současné podání chemoterapie a radioterapie. V pokročilých stádiích ale zůstává jedinou možností pouze kompletní odstranění hrtanu tzv. totální laryngektomie (KLOZAR, 2008). Tento výkon vnáší do života pacienta řadu změn. Pacient se stává trvalým nosičem tracheostomické kanyly. Ztráta hlasu, který má dominantní postavení v komunikaci, je velkou psychickou zátěží. Tento zákrok má tedy negativní vliv nejen na psychiku pacienta, ale přináší i řadu změn v oblasti sociální, v pracovní sféře a v mnoha dalších.

Cílem této práce je hlouběji proniknout do dané problematiky, poukázat na to, jak důležité je včasné stanovení diagnózy a komplexní terapie. Poskytnutí kvalitní ošetrovatelské péče je jedním z významných faktorů, který může ovlivnit počet pooperačních komplikací, adaptaci na trvalou tracheostomii a celkový klinický výsledek léčby. Významný je holistický přístup k pacientovi a jeho edukace před propuštěním do domácí péče.

TEORETICKÁ ČÁST

1 NÁDORY HRTANU

Nádorová onemocnění hrtanu jsou řazeny do skupiny nádorů hlavy a krku. Pod tímto pojmem se skrývají nádory dutiny ústní, slinných žláz, hltanu, hrtanu, dutiny nosní a paranazálních dutin. Patří sem také nádory lokalizované v oblasti ucha, očné a nádory štítné žlázy. Nádory hrtanu pak rozlišujeme na benigní nebo maligní. Z benigních nádorů je poměrně častý papilom. Z maligních je to především spinocelulární karcinom (NOVÁKOVÁ, 2011).

1.1 Benigní nádory hrtanu

Benigní nádory hrtanu mohou být nepravé nebo pravé. Do početné skupiny nepravých nádorů patří hlasivkové polypy, hrtanové cysty a kély. Z pravých benigních nádorů je nejčastější papilom. V jeho patogenezi se uplatňuje virus lidské papilomatózy (HPV 6 a 11) (HYBÁŠEK, 2006). Papilom se vyskytuje v hrtanu v každém věku. U dětí někdy v pubertě spontánně regreduje vlivem hormonálních změn, někdy přechází do dospělosti. V dětství rostou papilomy rychle (HAHN, 2007). Klinicky se jeví jako květákovité až hroznovité útvary, které vyrůstají nejprve z oblasti hlasivek, později přesahují i na hrtanové svahy a do piriformních recesů. V dospělosti roste papilom spíše solitárně a pomalu. Má tendenci k recidivám i po dlouhé době, s rizikem maligního zvratu. Dále mezi pravé benigní nádory řadíme hemangiom, adenom, chondrom a dystopickou štítnou žlázu. Jejich výskyt oproti papilomu není tak častý (HYBÁŠEK, 2006).

Příznaky benigních nádorů závisí na velikosti, lokalizaci a druhu. Malé procesy na hlasivce způsobují chrapot, u papilomatóz je častá afonií a dyspnoe. Dušnost se objevuje také u dystopické štítné žlázy, hemangiomu a adenomu. Hemangiom může

ohrožovat nemocného krvácením. V diagnostice se uplatňuje endoskopické vyšetření, provádí se odběr vzorku na histologii (HYBÁŠEK, 2006).

Léčba je mikrochirurgická. Používá se ostrý skalpel, laser, ultrazvukový skalpel, dnes méně elektronůž a kryokauter. V konzervativní terapii papilomatózy se používají lokální cytostatika, vakcinace, interferon aj. Výsledky konzervativní léčby však nebývají příliš uspokojivé (HYBÁŠEK, 2006).

1.2 Maligní nádory hrtanu a epidemiologie

„Maligní nádory hrtanu tvoří z 95 % spinocelulární karcinomy. Poměrně vzácný je verukózní karcinom, který roste zpravidla pomalu exofyticky, může destruovat i hrtanové chrupavky a netvoří metastázy. Zřídka se vyskytuje adenokarcinom. Z mezenchymových nádorů se může objevit sarkom, maligní lymfomy hodgkinské a non-hodgkinské a maligní melanom. Vzácně se v hrtanu vyskytují také nádory neuriendokrinní“ (KLOZAR, 2005, s. 101).

Jak již bylo zmíněno, karcinom hrtanu je nejčastějším maligním nádorem v oblasti ORL (HYBÁŠEK, 2006). Jeho nejvyšší výskyt je v Evropě zejména v zemích okolo středozevního moře (KLOZAR, 2005). „V České republice se pak incidence nádoru hrtanu pohybuje okolo 4/100 000 obyvatel. Postihuje více muže než ženy a to v poměru přibližně 5:1. V poslední době ale stoupá výskyt onemocnění i u žen, což je dáváno do souvislosti s narůstajícím počtem kuřáček“ (POSPÍŠILOVÁ, 2006, s. 41). Onemocnění se objevuje obvykle po 40tém roce s maximem výskytu kolem 60 let (HYBÁŠEK, 2006). V současné době se průměrný věk nemocných mírně snižuje. Přes poměrně malou četnost, vzhledem k celkovému výskytu všech malignit, je karcinom hrtanu významný svým dopadem především na kvalitu života pacienta (POSPÍŠILOVÁ, 2006).

1.2.1 Etiologie a patogeneze

Karcinom hrtanu je dáván do souvislosti s kouřením a popíjením většího množství tvrdého alkoholu. Ve většině případů jsou onemocněním postiženi kuřáci. Nejvíce jsou ohroženi ti, kteří začali s kouřením v mladém věku, kouří hodně a pravidelně (nad 20 cigaret denně po dobu 20 let). I pasivní kouření zvyšuje riziko vzniku tohoto onemocnění. Mezi škodlivé látky patří také např. chrom, nikl, azbest, dehet, olovo aj., kterým je vystavena v zaměstnání řada pracovníků. Ke vzniku přispívá i radiační ozáření v oblasti krku a genetické predispozice (SLAVÍČEK, 2000; RYDLOVÁ, 2007).

U karcinomu hrtanu má velký význam rozdělení hrtanu na jednotlivé sublokality. Umístění nádoru rozhoduje o příznacích, způsobu šíření procesu, volbě léčebné modalit a prognóze. Hrtan se rozděluje do tří podoblastí: glottis (hlasivky), supraglottis (ventrikulární řasy, epiglottis, aryepiglotické řasy) a subglottis (KLOZAR, 2005).

Glottické nádory – nádory této krajiny rostou zpočátku exofyticky, později infiltrativně. Nejčastěji vyrůstají z ligamentózní části hlasivky, šíří se obvykle ventrálně k přední komisuře a ve tvaru podkovy přerůstají na druhou hlasivku (HYBÁŠEK, 2006). Hluboká infiltrace hlasivky a paraglottického prostoru se projeví zhoršením motility hlasivek. Díky chabému cévnímu a lymfatickému zásobení hlasivek metastazují karcinomy glottis do spádových krčních uzlin obvykle až v pozdním stádiu. Proto je-li u pacienta včas stanovena diagnóza a zahájena léčba, je prognóza velmi příznivá. Glottická forma karcinomu patří spolu se supraglottickou formou mezi nejčastější lokalizace (HAHN, 2007), příloha A.

Supraglottické nádory – mohou mít podobu exofytů, nebo se vyskytuje ulcerativní či endofytická forma. Epiglottis může být nádorem zcela či částečně destruována. Další lokalizací je ventrikulární řasa a laryngální ventrikl (KLOZAR, 2005). Protože je supraglottis cévně a lymfaticky dobře zásobenou oblastí, dochází u těchto nádorů k časnému metastázování do spádových krčních uzlin. Pokročilé nádory supraglottis přerůstají na hypofarynx, kořen jazyka či prelaryngeálně (HAHN, 2007).

Subglotické nádory – jsou poměrně vzácné. Nádor může mít podobu subglotického exofytu, nebo roste cirkulárně a stenozuje průměr trachey. Může metastazovat do hlubokých, hůře zjistitelných pretracheálních a paratracheálních uzlin (KLOZAR, 2005).

1.2.2 Příznaky a diagnostika

Nádory hlasivek se projevují časně chrapotem. Je proto možné stanovit diagnózu již v počátečním stádiu nemoci. Obecně platí, že každý chrapot trvající déle než tři týdny je podezřelý a vyžaduje odborné vyšetření. Je-li nádor lokalizován v supraglotis mohou být první příznaky pocity cizího tělesa, škrábání v krku nebo potíže při polykání (odynofagie, dysfagie). Při šíření tumoru do jazyka může být bolestivá a/nebo snížená motilita jazyka, u exulcerovaného nádoru se objevuje foetor ex ore. U supraglotických nádorů může být prvním příznakem až přítomnost krčních metastáz (KLOZAR, 2005). Nádory subglotis mohou být relativně dlouho klinicky němé. Pokud přerůstají na glottis, tak se projeví chrapotem. V případě zúžení průsvitu dýchacích cest se objeví dušnost (NOVÁKOVÁ, 2011).

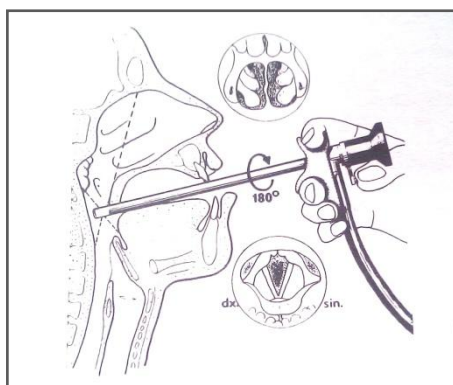
Pro stanovení diagnózy má základní význam odběr anamnézy a fyzikální vyšetření (aspekce, palpce) (NOVÁKOVÁ, 2011). Využívá se laryngoskopie nepřímé, zvětšovací a přímé, případně fibrolaryngoskopie. Pro posouzení motility hlasivek lze provést stroboskopii (KLOZAR, 2005). Zobrazovací metody jako CT a MR ozřejmí vztah nádoru hrtanu k chrupavčitému skeletu hrtanu. K vyloučení vzdálených metastáz do plic a jater se využívá RTG plic a sonografie břicha (HAHN, 2007). Sonografie krku odhalí přítomnost regionálních metastáz. Výhodou této vyšetřovací metody je především neinvazivnost a nízká cena. (KLOZAR, 2005).

- **Nepřímá laryngoskopie** – provádí se za pomoci laryngoskopického zrcátka, které se nahřívá nad plamenem kahanu, aby nedošlo k jeho orosení. Pacient sedí čelem k lékaři a vyplazí jazyk. Lékař chytí špičku jazyka do kousku gázy a přiloží zrcátko na zadní stěnu hltanu. Čelním reflektorem svítí na zrcátko tak, aby odražené světlo osvětlilo vyšetřovanou plochu. Pacient je po té vyzván

k fonaci „é“. U pacientů se silným dávivým reflexem se toto vyšetření obtížně provádí (HYBÁŠEK, 2006).

- **Zvětšovací laryngoskopie** – je prováděna optickým přístrojem. Přístroj je osvětlen ze zdroje světla, které je přivedeno světelným kabelem (ASTL, 2002). Viděný obraz má reálné postavení. Přístroj umožňuje fotodokumentaci i drobné chirurgické zákroky (HYBÁŠEK, 2006).

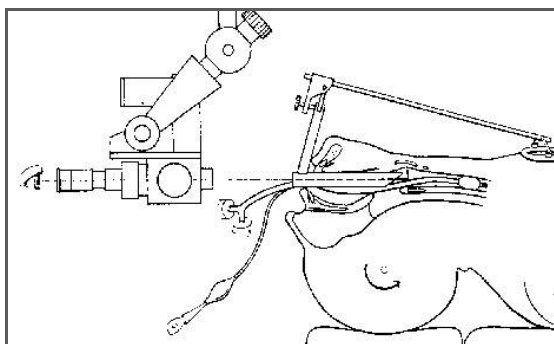
Obrázek 1 Vyšetření zvětšovacím laryngoskopem



Zdroj: HYBÁŠEK, 2006, s. 118

- **Přímá (direktní) mikrolaryngoskopie** – provádí se v celkové anestezii, a proto je nutné předoperační vyšetření pacienta. Pacient má hlavu v hlubokém záklonu, po nasazení chrániče zubů je do nitra hrtanu zaveden kovový tubus (ASTL, 2002). Pod kontrolou mikroskopu je možné odebrat vzorek tkáně na histologické vyšetření i provést drobné chirurgické výkony (HAHN, 2007). Výhodou této metody je prostorové vidění a uvolnění obou rukou pro chirurgický zákrok (HYBÁŠEK, 2006).

Obrázek 2 Vyšetření mikrolaryngoskopem



Zdroj: HYBÁŠEK, 2006, s. 119

- **Flexibilní laryngoskopie** – přístroj se zavádí nosem nebo ústy v lokálním znecitlivění. Obraz, který vidí lékař je zvětšený. Je možné provést fotodokumentaci a probatorní excizi (HYBÁŠEK, 2006).

1.2.3 Terapie

V léčbě zhoubných nádorů laryngu se uplatňuje především chirurgie, radioterapie a jejich kombinace. Obecně platí, že menší tumory jsou zpravidla léčeny jednou modalitou, zatímco u pokročilých nádorů je používána kombinace léčebných postupů (chirurgická léčba a pooperační aktinoterapie) (KLOZAR, 2008). Terapie se odvíjí především od lokalizace nádoru, jeho rozsahu a postižení regionálních metastáz. V neposlední řadě volbu léčebné metody ovlivňuje i celkový stav pacienta, jeho přání a schopnost spolupráce (GÁL, 2007).

Z chirurgických zákroků se pak nejčastěji provádí: chordektomie a parciální nebo totální laryngektomie (SLAVÍČEK, 2000).

Chordektomie

Chordektomie je chirurgický zákrok, při kterém se odstraňují hlasivky. Lze ji provést pouze u malých nádorů lokalizovaných pouze na hlasivkách. Provádí se buď endoskopicky, nebo z řezu na kůži otevřením hrtanu zevně. V tomto případě je nutné zajistit dýchací cesty tracheostomií, protože po každém zákroku v hrtanu dochází k otoku dýchacích cest, který vede k jejich zúžení a tedy i riziku dušení (SLAVÍČEK, 2000).

Parciální laryngektomie

Parciální laryngektomie je odstranění části hrtanu postižené nádorem při zachování funkcí, tedy polykání, průchodnosti hrtanu a hlasu. Chirurgický výkon se provádí ze zevního přístupu a dělí se na vertikální a horizontální (KLOZAR, 2005). Tento typ výkonu je možné provést pouze v časném stádiu onemocnění. Pacient je po výkonu zajištěn dočasnou tracheostomií (SLAVÍČEK, 2000).

Totální laryngektomie

Totální laryngektomie je klasickým chirurgickým přístupem v léčbě karcinomu hrtanu (KOZAR, 2005). Tento výkon poprvé provedl Dr. Theodor Billroth v roce 1873 (SLAVÍČEK, 2000). Jedná se o úplné odstranění hrtanu, kdy jsou trvale odděleny dýchací a polykací cesty a vytvořená definitivní tracheostomie (GÁL, 2007). Pacient má po výkonu zavedenou tracheostomickou kanylu a nazogastrickou sondu (dále NGS) k zajištění alimentace.

Nepříjemnou komplikací po totální laryngektomii může být faryngokutánní píštěl, tedy nezhojení sutury polykacích cest a odchod sliny z hltanu na povrch kůže. Tato komplikace se zpočátku řeší konzervativně (kompresivními převazy a farmakologickým snížením produkce slin), při neúspěchu následuje provedení plastiky píštěle. K ní se nejčastěji užívá stopkatý lalok z velkého prsního svalu (POSPÍŠILOVÁ, 2006).

Při bezproblémovém průběhu je pacient asi za dva týdny propuštěn do domácí péče, polyká volně přirozenou cestou a je vybaven dvěma kanylami k pravidelné výměně (POSPÍŠILOVÁ, 2006).

Obrázek 3 Před a po totální laryngektomii



Zdroj: ATOS MEDICAL, 2002, s. 4

2 DŮSLEDKY TOTÁLNÍ LARYNGEKTOMIE

Pacient po totální laryngektomii dýchá pomocí tracheostomatu. Jsou tedy vyřazeny horní cesty dýchací a jejich funkce, především klimatizační, filtrační a obranná. Vzduch, který přichází přímo do trachey, není žádným způsobem upraven. Je tzv. „syrový“ – suchý, studený a nefiltrovaný. Sliznice může reagovat překrváním a zvýšenou produkcí hlenu. Případná traumatizace stěn dýchacích cest v důsledku nešetrného odsávání nebo zavádění tracheostomické kanyly, pak může vést ke krvácení a tvorbě krust (POSPÍŠILOVÁ, 2006). Ve většině případů je však sliznice dolních cest dýchacích schopná se adaptovat. (KLOZAR, 2008). Dále pacient při nachlazení není schopen smrkat a vzhledem k tomu, že již nedýchá nosem, nedokáže vnímat tolik čichových vjemů jako dříve. Proto je velice důležité ho poučit, že nemusí cítit tzv. nebezpečné signály jako: kouř, zápach plynu nebo výpary (CHROBOK, 2004).

Vzhledem k tomu, že čich se významně podílí i na vnímání chuti, dochází při jeho ztrátě i ke snížené schopnosti chuť vnímat. Doporučuje se tzv. „ochutnávat vzduch“, kdy nemocný si nechá projít vzduch ústy a hltanem a poté jej vyfoukne nosem. O něco bohatší chuť může vnímat při konzumaci teplých jídel, protože výpary z ohřátého jídla stoupají přímo do nosu (CHROBOK, 2004).

Tracheostomie je také spojena s poruchou funkce břišního lisu, při kterém se za fyziologického stavu uzavírá glottis. Někteří pacienti tak mohou mít potíže s defekací a při zvedání těžkých břemen (CHROBOK, 2004).

Trvalá tracheostomie tedy obnáší řadu změn, společenských a životních omezení, např. koupání (KLOZAR, 2008). Největší psychickou zátěží však pro pacienta bývá ztráta hlasu, který představuje značnou část osobnosti. Pacient přichází o možnost hlasitě se smát, křičet a jásat. Existují však tři možnosti hlasové reedukace, se kterými je v souvislosti s výkonem pacient seznámen. Žádná ale nedokáže nahradit pacientův vlastní hlas (ATOS MEDICAL, 2002).

3 NÁHRADNÍ HLASOVÉ MECHANIZMY PO TOTÁLNÍ LARYNGEKTOMII

V současné době existují tři možnosti náhrady hlasu, mezi které patří: tvorba jícnového hlasu, vytvoření tracheoezofageální fistuly se zavedením hlasové protézy a používání elektrolarynxu (GÁL, 2007), příloha B.

Jícnový hlas spočívá v nácvičku naplnění jícnu vzduchem a jeho postupném uvolňování (říhání) (GÁL, 2007). Jeho úspěšné zvládnutí předpokládá jednak vhodné anatomicko-fyziologické podmínky, především optimální odpor jícnového svěrače a dále dlouhodobou spoluprací pacienta. Ne každý se dokáže této metodě naučit. „Dle odhadů ji používá jen přibližně 20-30 % pacientů po totální laryngektomii, kteří edukaci začali“ (KLOZAR, 2008, s. 25).

Další možností je vytvoření umělé komunikace mezi tracheou a jícnem (**tracheoezofageální fistuly**) a implantace tzv. **hlasové protézy**. Hlasová protéza je v podstatě jednocestný ventil, který umožňuje volný průchod vydechaného vzduchu a zároveň zamezuje průniku potravy do dýchacích cest. Chce-li nemocný mluvit, zakryje si při výdechu tracheostoma prsty, což vede k vtlačení vzduchu vycházejícího z plic přes komunikaci do jícnu a vytvoření jícnového hlasu (ATOS MEDICAL, 2002). Hlas vzniklý touto cestou je obvykle dostatečně silný a kvalitní. „Asi 80 % nemocných se naučí s těmito protézami plynule mluvit“ (KLOZAR, 2005, s. 108). Nevýhodou této metody je však omezená trvanlivost ventilů, které je nutné po několika měsících vyměňovat, riziko vdechnutí polykané potravy, slin, event. změna velikosti píštěle (KLOZAR, 2005).

Posledním náhradním hlasovým mechanismem je **elektrolarynx**. Jde o elektrický generátor zvuku, který si pacient přikládá na měkké části na krku nebo častěji do submandibulární oblasti a přenesený zvuk je mluvidly modulován. Jeho používání je pro pacienta velmi jednoduché. Nevýhodou je ale neosobní monotónní elektronický hlas a nutnost mít přístroj stále při sobě (KLOZAR, 2005).

4 TRACHEOSTOMICKÉ KANYLY

Tracheostomická kanyla je pomůcka, která slouží k udržení průchodnosti tracheostomatu a zajištění vstupu do dýchacích cest. Podle materiálu rozlišujeme kanyly plastové a kanyly kovové (LUKÁŠ, 2005), příloha C. Jsou vyráběny v různých velikostech, tvarech a délkách i s dalším příslušenstvím jako např. nástavce k nebulizaci, ventily, kryty aj. Mohou být celistvé nebo perforované, s těsnicí manžetou nebo bez ní. Perforované (fenestrováné) kanyly umožňují při expiriu přirozenými dýchacími cestami redukovat dechový odpor. Lze je použít k fonaci a to v případě, že je zachován hrtan a nehrozí riziko aspirace. Těsnicí manžeta umožňuje uzavřít tracheu při zachované ventilaci a zajistit tak ochranu dýchacích cest před aspirací (CHROBOK, 2004).

Plastové tracheostomické kanyly

Plastové kanyly mohou být silikonové, teflonové, z PVC aj. (LUKÁŠ, 2005). Jsou termosenzitivní, snadněji se přizpůsobují anatomickým poměrům, jsou šetrnější a lehčí. Jejich použití je vhodné během radioterapie, protože nejsou zdrojem sekundárního ozáření (CHROBOK, 2004). Jsou opatřeny těsnicí manžetou (tzv. balonkové kanyly), nebo jsou bez těsnicí manžety. Límeček kanyly má otvory k upevnění tkanic, pomocí nichž se fixuje ke krku. Součástí je také zavaděč ukončený olivkou, jejíž hlavička přesahuje délku kanyly. Zavedení kanyly je tak snadnější (LUKÁŠ, 2005).

Kanyly s těsnicí manžetou jsou určeny pacientům, u kterých hrozí aspirace sekretu a krve. Používají se u pacientů s umělou plicní ventilací, v ranném pooperačním období, s tracheozofageální píštělí a s poruchou polykacího reflexu (MARKOVÁ, 2009). K nafouknutí manžety je kanyla opatřena hadičkou s ventilem a tzv. kontrolním balonkem (LUKÁŠ, 2005). Tlak v těsnicí manžetě by neměl přesahovat 20-25 mmHg, jinak hrozí poškození sliznice trachey. V současné době existují i kanyly s vysokoobjemovým nízkotlakým balonkem, u kterého je tlak

rozložen po větší ploše sliznice, nebo kanyly s dvěma těsnícími manžetami (MARKOVÁ, 2009).

Kovové tracheostomické kanyly

Kovové kanyly se vyrábějí ze slitiny stříbra (Alpaka). Jsou opět opatřeny štítkem s otvory k upevnění tkanic a kovovým zámkem. Zámek brání nežádoucímu uvolnění vyměnitelné vložky mimo kanylu. Tu je možné opakovaně čistit, zatímco vlastní kanyla se mění jedenkrát denně (LUKÁŠ, 2005).

K výhodám kovových kanyl patří poměrně dlouhodobá životnost a pevnost (jsou proto vhodné i pro úzký tracheostomický kanál). Snadno se sterilizují a jsou zvláště vhodné pro použití v nemocniční péči. V některých případech je lze využít i k postupné dilataci zúženého tracheostomatu. Jejich nevýhodou je však vyšší riziko vzniku dekubitů na přední stěně trachey v porovnání s plastovými kanylami, dále jsou méně pohodlné a není možné je používat během radioterapie (CHROBOK, 2004).

5 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA S TRACHEOSTOMIÍ

Dýchání je jednou ze základních životních funkcí, a proto je důležité udržovat dýchací cesty průchodné. V současnosti využívá medicína různých způsobů k zajištění průchodnosti dýchacích cest: zavedení vzduchovodu, endotracheální intubace nebo vytvoření otvoru do dýchacích cest na úrovni hrtanu či trachey (koniotomie, tracheotomie, punkční dilatační tracheostomie). Přestože existuje množství literatury zabývající se historií, indikacemi, technikou provedení a komplikacemi tracheostomie z hlediska medicínského, otázkám ošetrovatelské péče není věnována taková pozornost (ŠKVRŇÁKOVÁ, PELLANT, MEJZLÍK, 2005). S problematikou péče o tracheostomii a tracheostomickou kanylu se ale setkáváme na mnoha odděleních. Je to především oddělení otorinolaryngologie, chirurgie, traumatologie a intenzivní péče (ASTL, KOPECKÁ, 2006).

Ošetrovatelský proces u pacientů s tracheostomickou kanylou je pak jednou z nejdůležitějších částí v rámci komplexní ošetrovatelské péče. Důležitý je především holistický přístup k pacientovi. Nahlížení na něj jako na bytost s bio-psycho-sociálními a duchovními potřebami (ŠKVRŇÁKOVÁ, PELLANT, MEJZLÍK, 2005).

5.1 Výměna tracheostomické kanyly

Dle § 4 vyhlášky č. 424/2004, která stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, má sestra oprávnění provádět výměnu a ošetřování tracheostomické kanyly. Důležité je, aby tato sestra byla dostatečně seznámena jak s výkonem, který pacient podstoupil, tak především s riziky a situacemi, které během výměny mohou nastat. V prvních pooperačních dnech je proto vhodné, aby výměnu prováděl lékař, nejlépe operatér. První výměna kanyly se provádí 5. až 7. den po operaci, kdy se předpokládá, že tracheostomický kanál je již formován a je tedy menší riziko stahování stomatu. Pouze v případě vyjití tracheostomie ke kůži je možné

provést výměnu kanyly hned první den po operaci. Před vlastní výměnou kanyly upravíme polohu pacienta. Pacient zaujímá polohu vsedě, případně vleže, kdy hlava je mírně v záklonu. Následně pacienta odsajeme, vypustíme manžetu, pokud ji kanyla má a přestříhneme tkanice, fixující kanylu ke krku. Po vyndání kanyly očistíme stoma a peristomální kůži, oblast odezinfikujeme a kůži dle jejího stavu ošetříme hojivou masťou. Kanylu zavádíme pomalu obloukovitým pohybem za pomoci zavaděče, který ihned po zavedení vytáhneme. Pokud je kanyla opatřena manžetou, nafoukneme ji. Kanylu fixujeme ke krku pomocí tkanice, tak aby bylo možné pod ní vložit prst, a podložíme ji sterilním čtvercem (MARKOVÁ, FENDRYCHOVÁ, 2009).

U umělohmotných kanyl s balónkem je důležitá pravidelná změna polohy těsnící manžety v průdušnici (výměna dvou kanyl různé délky, u dvoubalónkových střídavé nafukování jednoho z balónků a kontrola tlaku v balónku). Tímto způsobem předcházíme vzniku dekubitů. Kanylu měníme minimálně jednou za 24 hodin. U kovových kanyl je možné čištění středu několikrát za den (propláchnutí pod tekoucí vodou a vyčištění kartáčkem). Před zaváděním kanyly je vhodné její ostříknutí anestetikem, případně namazání glycerinem (solution parafini liquidi) jako prevence poranění trachey (ASTL, KOPECKÁ, 2006).

5.2 Odsávání z dýchacích cest

V prvních dnech po výkonu bývá u většiny pacientů zvýšená sekrece z dýchacích cest. Hlen, který se hromadí v dýchacích cestách, způsobuje potíže s dýcháním a stává se živnou půdou pro vznik infekce. Pacient obvykle není schopen stagnující hlen odstraňovat sám pomocí kašle, a proto je nutné ho odsávat (PŘECECHTĚLOVÁ, 2013). Rozlišujeme dva způsoby odsávání: otevřený a uzavřený, příloha D. U otevřeného systému se odsávání provádí za pomoci sterilních odsávacích cévek z PVC hmoty přiměřeného průsvitu. Systém uzavřený pak tvoří sterilní odsávací cévka uložená ve sterilním polyuretanovém rukávci, zakončená kontrolním ventilem (přerušovačem sání). Tento systém se používá u ventilovaných pacientů na resuscitačních odděleních. Jeho výhodou je ochrana okolního prostředí a personálu před odsávaným sekretem. Tento systém také zajišťuje zvýšenou ochranu pacienta

před možnými infekty dýchacích cest. Za dodržování aseptických podmínek se jeho výměna provádí po 48 hodinách (CHMELÍKOVÁ, 2005).

Odsávání není pro pacienta příjemnou záležitostí. Je proto důležité odsávat šetrně a předcházet tak traumatizaci dýchacích cest (CHMELÍKOVÁ, 2005). Při odsávání sestra sleduje vzhled sputa. Všímá si barvy, která se vlivem infekce může měnit, dále konzistence a přítomnosti krve nebo natrávené enterální výživy. V případě odsávání natrávené enterální výživy může jít o tracheoezofageální píštěl, nebo mohlo dojít k posunutí sondy. Nastane-li tato situace, je důležité informovat lékaře (MINAŘÍKOVÁ, 2009). Někdy dochází u pacientů k náhlé obstrukci dýchacích cest způsobené přítomností hlenové zátky nebo koagula v tracheostomické kanyli, méně často v trachee. Pokud není možné odstranit překážku pomocí odsávací cévky, je nutné odstranit kanylu a po uvolnění dýchacích cest zavést novou (PŘECECHTĚLOVÁ, 2013).

5.3 Péče o peristomální kůži a dutinu ústní

Kůže v okolí tracheostomatu je vystavována sekretům z dýchacích cest, které ji dráždí. Nadměrná vlhkost způsobuje maceraci kůže. Tracheostoma a jeho okolí se rychle osídluje bakteriemi a lehce tak může docházet k rozvoji infekce. Zvláště citlivá je kůže u pacientů podstupujících radioterapii. Z těchto všech důvodů je důležité věnovat pozornost péči o peristomální kůži, kterou je nutné udržovat čistou a suchou.

Při výměně kanyly vždy kůži v okolí stomatu očistíme a odezinfikujeme. V případě, že je kůže macerována, aplikujeme před zavedením kanyly ochranné nebo hojivé masti např: Pityol, Dermazulen či Bephanthen. Kanylu vypodložíme mulovým čtvercem, který měníme dle potřeby (MARKOVÁ, FENDRYCHOVÁ, 2009). V současnosti existuje více druhů materiálu na podložení kanyly, např. Metalline. Jde o sterilní hliníkem potaženou netkanou textilií, kombinovanou se savým materiálem. Její výhodou je dobrá absorpce sekretu (PŘECECHTĚLOVÁ, 2013).

Kromě péče o tracheostoma je důležité věnovat pozornost i péči o dutinu ústní. Pacient po výkonu má několik dní zavedenou NGS a dutinu ústní tak po tu dobu prakticky nepoužívá. V prvních hodinách po operaci spočívá péče o dutinu ústní v jejím vytírání vhodným dezinfekčním roztokem např. Skinsept mucosa nebo se používají štětičky napuštěné borglycerinem. Později je pacient poučen sestrou o správné hygieně dutiny ústní a používání bylinných roztoků ke kloktání (roztok Chamomilly) (MARKOVÁ, FENDRYCHOVÁ, 2009).

5.4 Zvlhčování vdechované směsi, lavážování a inhalace

U pacientů s tracheostomií je vyřazena zvlhčovací, ohřívací a filtrační funkce horních cest dýchacích. Tyto funkce je důležité dle možností nahrazovat (MARKOVÁ, FENDRYCHOVÁ, 2009). Zvlhčování dýchacích cest u ventilovaných pacientů zajišťujeme pomocí zvlhčovačů a nebulizátoru nebo pasivně pomocí antibakteriálních a antivirových dýchacích filtrů. U spontánně ventilujících pacientů lze využít již zmíněné nebulizátory nebo tzv. umělé nosy, které lze nasadit na umělohmotnou kanylu. Nejjednodušším způsob představuje umístění zvlhčeného mulového čtverce před tracheostomickou kanylu (CHMELÍKOVÁ, 2005).

V případě tvorby velmi hustého hlenu, jeho zasychání a tvorbě krust je indikováno lavážování neboli zakapávání. Lavážování spočívá v aplikaci malého množství sekretolytika nebo čistého fyziologického roztoku (dále FR) do dýchacích cest (1-5 ml opatrně po stěně kanyly). Sekretolytikum se ředí s FR v určitém poměru. Nejčastěji se užívá Mistabron naředění v poměru 1:1 s FR. Roztok se aplikuje před nebo během odsávání (MARKOVÁ, FENDRYCHOVÁ, 2009).

U pacientů s tracheostomií je ideální aplikovat mukolytika formou inhalace. Podávají se pomocí firemně vyráběných mikronebulizačních souprav, které obsahují baňku na inhalační roztok, aerovo T k propojení s ventilačním okruhem, a hadici k napojení ke zdroji kyslíku (CHMELÍKOVÁ, 2005).

6 KVALITA ŽIVOTA

Definovat kvalitu života je velmi nesnadné. Tento pojem zahrnuje nejen pocit fyzického zdraví, ale i psychickou kondici, možnost společenského uplatnění a rodinné vztahy. Může být vyjádřena jako celkový pocit spokojenosti, vyrovnání se se změněnou životní situací. Její měření je velmi obtížné (ŠKVRŇÁKOVÁ, VALENTOVÁ, MEJZLÍK, 2008). Ačkoli existují různé pokusy, jak zjistit kvalitu života nemocných, její spolehlivé posouzení zatím neexistuje. Je to jistě dáno individuální rozdílností nemocných, odlišným systémem hodnot, vzděláním a rozdílnými životními zkušenostmi (ČIHÁKOVÁ, ČELAKOVSKÝ, 2007).

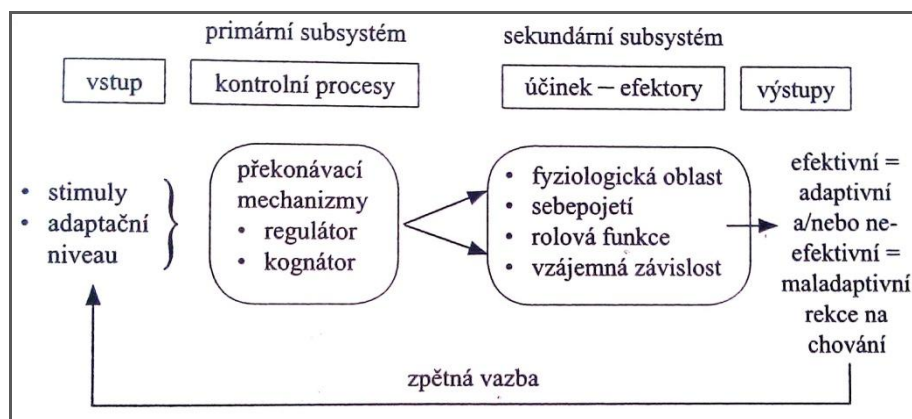
Přestože u pacientů s karcinomem hrtanu může být totální laryngektomie se současným provedením trvalé tracheostomie jedinou šancí na dlouhodobé přežití, zůstává faktem, že je jedním z nejvíce mutilujících výkonů vůbec (ČIHÁKOVÁ, ČELAKOVSKÝ, 2007). Zasahuje do mnoha oblastí: do osobního života, sociální a pracovní sféry. Nejtěžší bývá pro pacienta ztráta možnosti verbálního projevu, která je náhlá a lze jen těžko se na ni dopředu připravit. Pacient ztrátou mluveného slova přichází i o určitou možnost sebevyjadřování. Kromě ztráty hlasu a využívání některých smyslů, má negativní dopad na psychiku pacienta také změna tělesného vzhledu. Pacienti, kteří se dříve vnímali jako sociálně žádoucí nebo alespoň přijatelní, se v důsledku výkonu obnášejícího trvalou tracheostomii mohou vnímat jako odpudivý, „znečišťující“ a okolí spíše obtěžující (SPURNÁ, 2007). Dle výzkumu zabývajících se kvalitou života pacientů s tracheostomií, se s nosičstvím tracheostomické kanyly vyrovnávají o něco hůře ženy než muži (ČIHÁKOVÁ, ČELAKOVSKÝ, 2007). To vše pak snadno může vést k narušení pocitu vlastní hodnoty, k sebedoceňování a sociální izolaci. Zcela přirozenou reakcí na ztrátu mohou být pocity smutku a truchlení. Tato reakce je nepatologická a může při dobré kooperaci (např. s ošetřujícím personálem a rodinou pacienta) pozvolna přejít v dobrou adaptaci na změněnou životní situaci. U některých pacientů ale tyto pocity smutku mohou přejít do stavů patologických, tedy do deprese. V tomto případě pacient potřebuje odbornou psychologickou nebo i psychiatrickou péči (SPURNÁ, 2007).

Proces adaptace na změněnou životní situaci je velmi individuální. U mladého člověka s rodinou bude vnímání kvality života horší než u staršího pacienta se stejným postižením. K lepší adaptaci a tím i lépe pocíťované kvalitě života přispívá důkladná předoperační příprava a pečlivá edukace pacienta i rodiny. Protože jen pacient, který má dostatek informací může i dobře spolupracovat. Důležitá je i podpora ze strany rodiny a přátel. V mnohém mohou pomoci i svépomocné skupiny. Patří mezi ně i klub laryngectomovaných, který sdružuje trvalé nosiče tracheostomické kanyly z důvodu nádorového onemocnění. Členové klubu se pravidelně schází na členských schůzích a pořádají setkání s odborníky z různých oblastí. Když pacient vidí nemocné se stejným handicapem, snadněji se zbavuje psychického stresu a lépe se opět zapojuje do společnosti. Klub laryngectomovaných pacientů poskytuje informace o zdravotnických pomůckách a podporu při zvládnání komunikace s okolím. Vlastní internetové stránky klubu pak můžeme najít na www.larynx.cz (MARKOVÁ, FENDRYCHOVÁ, 2009).

7 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL DLE CALLISTY ROYOVÉ

Ošetřovatelský model Callisty Royové je model adaptační, založený na schopnosti člověka přizpůsobit se změněným životním podmínkám. Společně s modelem Johnsonové, Kingové a Neumanové je řazen mezi modely systémové (ARCHALOUSOVÁ, 2003). Pacient v tomto modelu je vnímán jako bytost bio- psycho-sociální, která je v neustálé interakci s měnícím se prostředím. O tom do jaké míry se přizpůsobí, rozhoduje adaptační úroveň pacienta a síla stimulu. Stimulem jsou označovány podněty z vnějšího nebo vnitřního prostředí. Dělí se na fokální, kontextuální a reziduální. Fokální stimuly působí v určitém momentu jako nejsilnější, kontextuální působí současně s fokálními, vychází ze současnosti, z prostředí a reziduální vychází z osobnostní oblasti jedince, z jeho názorů, postojů, povahových rysů a předcházejících zkušeností. Zvládnutí účinků stimulů umožňuje jedinci kontrolní subsystém, tvořený z regulátoru a kognátoru. Regulátor reaguje na stimuly prostřednictvím nervových, chemických a endokrinních reakcí a kognátor převážně prostřednictvím vyšší nervové činnosti (paměť, učení, emoce, rozhodování...). Reakce na stimuly se pak projeví v efektorovém subsystému v oblasti fyziologické, v sebepojetí, v rolových funkcích a vzájemné závislosti. V případě, že se jedinec nedokáže efektivně adaptovat na stimuly, dochází k neefektivnímu chování, které se projeví maladaptací v těchto čtyřech oblastech (PAVLÍKOVÁ, 2006).

Obrázek 4 Jedinec jako adaptivní systém



Zdroj: PAVLÍKOVÁ, 2006, s. 133

Model Callisty Royové je orientován na holistickou a komplexní ošetrovatelskou péči. Je vhodný při ošetřování pacientů s ireverzibilními změnami, jakou právě tracheostomie je. Pro pacienta představuje změna zdravotního stavu spojená se změnou tělesného vzhledu, velikou zátěž pro adaptaci. Vyrovnat se s touto změnou je náročné jak pro nemocné, tak i pro členy rodiny, přátele a spolupracovníky. Vztah mezi sestrou a pacientem je proto velmi důležitý, protože právě sestra může ovlivňovat účinky stimulů, které jsou primární příčinou pacientova chování. V případě, že pacient je adaptován, je cílem ošetrovatelské péče adaptační reakci udržet (PLZENSKÁ, SEDLÁKOVÁ, 2009).

PRAKTICKÁ ČÁST

8 KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA PO TOTÁLNÍ LARYNGEKTOMII

Pacient s diagnózou karcinom hrtanu byl dne 18. 3. 2012 přijat na kliniku ORL ve FN Motol k plánovanému výkonu. Ošetrovatelskou péči na JIP jsme u pacienta vykonávali v období od 19. 3. do 26. 3. 2012. Následně byl pacient přeložen na oddělení standardní péče. Údaje potřebné k posouzení aktuálních potřeb pacienta jsme získali ze zdravotnické dokumentace pacienta, z rozhovoru s pacientem, ošetřujícím lékařem a na základě pozorování. Ošetrovatelskou část jsme zpracovali dle adaptačního modelu Callisty Royové. Na základě získaných informací jsme zformulovali aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy.

8.1 Základní údaje o nemocném

Jméno a příjmení: K. P.

Pohlaví: muž

Věk: 47 let

Stav: ženatý

Povolání: zedník

Bydliště: Kouřim

Národnost: česká

Vyznání: ateista

Pojišťovna: Oborová zdravotní pojišťovna

Datum hospitalizace: 18. 3. 2012 – 3. 4. 2012

Důvod k přijetí: plánovaný onkochirurgický zákrok

8.2 Lékařská anamnéza

Rodinná anamnéza: otec zemřel v 62 letech na hepatopatii, matka v 59 letech – příčina neznámá

Osobní anamnéza: vážněji nestonal, léčen pro hypertenzi, status post stripping vena saphena magna, sledován pro venózní insuficienci, kuřáckou bronchitidu

Farmakologická anamnéza:

Název:	Dávkování:	Indikační skupina:
Detralex tbl.	1 – 0 – 1	venotonikum, vazoprotektivum
Lokren 20mg tbl.	½ – 0 – 0	antihypertenzivum, beta blokátor
Moduretic tbl.	½ – 0 – 0	diuretikum
Vessel DUE cps.	1 – 0 – 1	antitrombotikum, antisklerotikum

Abusus: alkohol příležitostně, silný kuřák

Alergická anamnéza: nejuje

Sociální anamnéza: ženatý

Nynější onemocnění: pacient s histologicky verifikovaným karcinomem laryngu vpravo. Subjektivně: asi od listopadu 2011 dysfonie a odynofagie, zhubl 20 kg. Objektivně: zevně na krku hmatná rezistence v oblasti IV, palpačně citlivá, nefixovaná, velikost asi 3x3 cm, intraorálně klidné, jazyk středem bez povlaku, laryngoskopicky tumorózní infiltrace s ulcerací, která začíná vpravo v oblasti křižovatky 3 řas, šíří se na laterální stěnu hltanu a dále na piriformní reces. Mediálně zaobírá aryepiglotickou řasu a pravý hrtanový svah, kde se šíří až na hlasivku, která je celá tumorózně změněná, subgloticky ani kontralaterálně nepřechází. Kraniálně se tumor nešíří do valemuly ani na kořen jazyka. Vpravo hrtan fixovaný. Dle CT hluboký ulkus v oblasti úponu epiglottis a hrtanového svahu vpravo, ventrálně přesahující přes střední čáru, destrukce chrupavky štítné vpravo. Závěr: pacient s karcinomem hrtanu (T3, N1, M0) přijat k totální laryngektomii a blokové krční disekci vpravo.

8.3 Posouzení celkového stavu pacienta při přijetí na ORL kliniku

Při posouzení celkového stavu pacienta jsme vycházeli ze základního fyzikálního vyšetření lékaře a všeobecné sestry.

Výška: 172 cm

Tělesná hmotnost: 64 kg

BMI: 21,6 (norma)

TK: 121/84 Torrů

P: 80, pravidelný, dobře hmatný

D: 15/min.

TT: 36,5 °C

Stav vědomí: pacient při vědomí (GCS: 15 bodů), orientovaný místem, časem, osobou, spolupracující

Hlava a krk: hlava mezocefalická, pokleповě nebolestivá, bez hmatné rezistence, skelet bez traumatických změn, hlavové nervy v mezích normy, dutiny pokleповě nebolestivé. Slinné žlázy nezvětšené, vývody klidné, sekrece čirá. Skléry bílé, bez ikteru, zornice izokorické, bulby ve středním postavení, spojivky růžové, pohyblivost očních bulbů všemi směry bez nystagmu. Zevně na krku hmatná rezistence v oblasti IV, která je palpačně citlivá, nefixovaná, velikost asi 3x3 cm, štítná žláza nezvětšená.

Hrtan: laryngoskopicky tumorózní infiltrace s ulcerací, která začíná vpravo v oblasti křížovatyky 3 řas, šíří se na laterální stěnu hltanu a dále na piriformní reces. Mediálně zaobírá aryepiglotickou řasu a pravý hrtanový svah, kde se šíří až na hlasivku, která je celá tumorózně změněná, subgloticky ani kontralaterálně nepřechází. Kraniálně se tumor nešíří do valvuly ani na kořen jazyka. Vpravo hrtan fixovaný.

Hrudník: hrudník symetrický, na poklep nebolestivý

Srdečně-cévní systém: TK: 130/85 Torrů, P: 72/min., pravidelný, dobře hmatný. Dolní končetiny s varixy, bez otoků.

Trávicí systém: rty růžové bez cyanózy, vlhké. Jazyk bez povlaku, plazí ve střední čáře, chrup sanován. Oblouky patrové symetrické, tonzily klidné.

Močový a pohlavní systém: pacient neudává obtíže s močením. Prostata nezvětšená.

Nervově smyslový systém: při plném vědomí, GCS: 15 bodů, orientován. Sluch a čich v normě. Oční vady: dalekozrakost, korekce brýlemi.

Kožní systém: kůže bez defektů, cyanózy, ekzému, anikterická, hydratace v normě, kožní turgor v normě.

8.4 Průběh hospitalizace

Fáze předoperační

Pacient byl přijat na kliniku ORL 18. 3. 2012 k plánovanému provedení totální laryngektomie s blokovou krční disekcí vpravo. Byl seznámen s oddělením, poučen o právech pacientů a domácím řádu. U pacienta byla sepsána ošetrovatelská anamnéza, změřeny fyziologické funkce (TK, P, D, TT). Následovalo přijetí ošetřujícím lékařem, který vysvětlil pacientovi průběh operace a následný postup léčby. Anesteziolog poučil nemocného o celkové anestezii a přípravě pacienta k ní. Denní a následně i noční sestra edukovaly pacienta o přípravě k výkonu (lačnění, prevence TEN, odstranění šperků, zubních a event. jiných náhrad, přípravě operačního pole). Na 22. hodinu byla pacientovi podána večerní premedikace (Oxazepam 1 tbl. p. o.).

Bezprostřední příprava před operací

S pacientem byl veden uklidňující rozhovor, při kterém mu bylo sděleno, že půjde na sál přibližně v 10 hod. a po sále bude přeložen na JIP. Po provedení ranní hygieny mu byly přiloženy kompresivní punčochy a aplikován clexane 0,2 ml s. c. jako prevence žilní tromboembolické nemoci. Nemocnému v 6 hod. byl zaveden periferní žilní katétr, aplikována antibiotika i. v. (Axetine 1,5 g), změřen TK: 145/80, P: 75/min, TT: 36,4 °C a podán Oxazepam. Dle ordinace anesteziologa byla pacientovi

před odjezdem na sál podána premedikace: Dolsin 50 mg + Atropin 0,5 mg i. m. Byla zkontrolována jeho dokumentace jak lékařem, tak sestrou. Následně byl pacient sanitářem, v doprovodu sestry, odvezen na sál, kde si pacienta spolu s dokumentací převzala anesteziologická sestra.

Fáze pooperační

Během operace bylo na JIP pro pacienta připraveno lůžko, odsávačka, cévky k odsávání tracheostomatu a úst, sterilní toulec s pinzetou, trysková ventilace, nebulizátor a vrapovky. Na noční stolek byla položena emitní miska s buničitou vatou a psací potřeby, protože pacient po operaci nemůže mluvit.

Po výkonu byl pacient umístěn na JIP (se zavedeným PŽK, PMK, NGS, RD v ráně po blokové disekci a portexovou kanylou s balónkem). Byl připojen k monitoru a intenzivně sledován. Převazy operační rány s výměnou tracheostomické kanyly byly prováděny každý den ráno. Při převazech se sledovaly známky infekce, zarudnutí, otok a foetor. Hojení rány probíhalo bez komplikací. 4. pooperační den byl odstraněn RD. Po stabilizaci stavu byl pacient 7. pooperační den přeložen zpět na standardní oddělení, kde se 9. pooperační den odstranila část stehů. Do NGS byla pacientovi aplikována výživa (Fresubin) po malých dávkách v pravidelných intervalech. Výživu pacient toleroval dobře. 11. pooperační den byl proveden kontrolní RTG polykacího aktu. Protože výsledky RTG byly v pořádku, pacient mohl začít s polykáním fyziologického roztoku, následně čaje a kašovitě stravy podél NGS. Polykání pacientovi nečinilo žádné obtíže, a proto mu byla 13. pooperační den vytáhnutá NGS. Pacient byl propuštěn do domácí péče 3. 4. 2012. V průběhu hospitalizace byl edukován v oblasti péče o tracheostomickou kanylu a tracheostomii a před ukončením hospitalizace byl vybaven pomůckami k jejímu ošetřování (Infadolan, parafinový olejíček, sterilní čtverce, kartáček na čištění kanyly) a kanylami (kovovou a portexovou).

8.5 Ordinace k 0. pooperačnímu dni

Pohybový režim – klid na lůžku

Dieta – bez diety, nic p. o. ani do NGS

Enterální výživa: od zítra – Maalox 1 sáček + 150 ml FR do NGS, Fresubin Original 2000 ml/den do NGS po malých dávkách, dle tolerance

Infuzní, parenterální výživa: Plazmalyte 10% 300 ml dokapat ze sálu

Hartmann 1 /1 500ml

Glukóza 10% 500 ml + 10j HMR + 10 ml 7,5% KCL

Hartmann 1 /1 500ml

Glukóza 10% 500 ml + 10j HMR + 10 ml 7,5% KCL

Hartmann 1 /1 500ml

kapat kontinuálně rychlostí 200 ml/hod

Antibiotika: Cefuroxim 1,5 g i. v. á 8 hod x – 14 – 22//6

Antikoagulační terapie: Clexane 0,4 ml s. c. v 6 hod

Ostatní medikace: Detralex tbl. do NGS x – 0 – 1 //1

Lokren 20 mg tbl. do NGS x – 0 – 0 //1 /2

Moduretic tbl. do NGS x – 0 – 0 //1 /2

Vessel Due cps. do NGS x – 0 – 1 //1 zatím EX

Ambrobene i. v. á 8 hod x – 14 – 22//6

Ranissan i. v. á 8 hod x – 14 – 22//6

Dipidolor 1 amp. i. m. dle ordinace lékaře

Monitorace: TK á 30 min.

P á 30 min.

Saturace O₂ kontinuálně

Diuréza á 6 hod.

P+V á 6 hod.

Fyziologické funkce měřit první 2 hod á 30 min, následující 3 hod. po 1 hod. a dále á 2 hod.

Ventilace: trysková ventilace, následně O₂ s ohřevem vrapovkou

Pomocná vyšetření: KO, ionty, CRP, JT, CB, koagulace

8.6 Ošetřovatelská anamnéza dle modelu Callisty Royové

K zhodnocení zdravotního stavu pacienta a k posouzení jeho aktuálních potřeb jsme zvolili adaptační model Callisty Royové. Aplikace tohoto modelu je vhodná u pacientů s ireverzibilními změnami. Model je zaměřen na komplexní ošetřovatelskou péči a bio-psycho-sociální potřeby pacienta.

FYZIOLOGICKÁ OBLAST

1) Dýchání a cirkulace

Reakce, chování: pacient po výkonu dýchá prostřednictvím tracheostomické kanyly. Dechová frekvence 16/min, saturace poklesává na hodnoty 87-90 %. Zvýšená sekrece z dýchacích cest nutí pacienta odkašlávat. Pokožka je bledá. Hodnoty krevního obrazu (erytrocytů a hemoglobinu) při přijetí dne 18. 3. v normě. Pacient je silný kuřák (cca 30-40 cigaret denně), je sledován pro kuřáckou bronchitidu. Léčí se s hypertenzí a venózní insuficiencí.

Stimuly:

- *Fokální:* pocity dušnosti, nucení ke kašli
- *Kontextuální:* zvýšená sekrece z dýchacích cest, poklesy saturace
- *Reziduální:* pocity úzkosti, bezmocnosti

2) Tekutiny

Reakce, chování: po výkonu je u pacienta zajištěna hydratace prostřednictvím infuzní terapie. Pacient nesmí přijímat tekutiny ústy, trpí pocitem sucha v dutině ústní. Má zavedenou NGS, do které jsou tekutiny a výživa aplikovány od 1. pooperačního dne.

Stimuly:

- *Fokální:* pocit sucha v ústech
- *Kontextuální:* nemožnost přijímat tekutiny per os
- *Reziduální:* pacient chápe nutnost aplikace tekutin pouze i. v. nebo do NGS

3) Výživa

Reakce, chování: pacient po výkonu nesmí přijímat potraviny ani tekutiny per os. Výživa je podávána do NGS. V posledních 6 měsících došlo u pacienta k výraznému úbytku na váze (20 kg) z důvodu potíží při polykání. Chrup má vlastní, sanován. Na preventivní prohlídky ke stomatologovi se dostavuje. Stav vlasů a nehtů je zhoršený. Vlasy jsou slabé a suché, nehty roztřepené.

Měřící technika: Body Mass Index (BMI): 21,6 (norma)

Stimuly:

- *Fokální:* nedostatečný příjem potravy, výrazný úbytek na váze, zhoršený stav vlasů a nehtů
- *Kontextuální:* problémy s polykáním
- *Reziduální:* pocity slabosti, únavy

4) Vyprazdňování

Reakce, chování: pacient obtíže s močením neudává, inkontinencí netrpí. Zvětšená prostata není. Po výkonu má zavedený PMK, který odvádí čirou moč bez příměsí, díky dostatečné infuzní terapii a tedy i hydrataci. I přes poučení, že moč je odváděna cévkou do sběrného sáčku, trpí pacient obavami z pomočení. Stolici v poslední době pravidelnou neměl, z důvodu nedostatečného příjmu potravy, který souvisel s obtížným polykáním. Trpí často obstipací.

Stimuly:

- *Fokální:* nepravidelná stolice, obstipace vzhledem k nedostatečnému příjmu potravy
- *Kontextuální:* obtížné polykání
- *Reziduální:* obavy z pomočení, strach z nesoběstačnosti

5) Aktivity a odpočinek, spánek

Reakce, chování: v mládí se pacient věnoval několika sportům. Hrál fotbal, basketbal, jezdil na kole, později se věnoval již jen turistice. Nyní se v souvislosti s onemocněním cítí unavený a slabý, dle jeho slov na nějakou větší aktivitu ani nemá chuť. Po výkonu je pacient upoután na lůžko a dodržuje klidový režim.

Volný čas doma pacient tráví především četbou, poslechem hudby a sledováním televize. Obtíže se spánkem za normálních okolností nemá, léky na spaní neužívá. Nyní ale z důvodu změny prostředí a bolesti v operační ráně má problémy usnout, v noci se často probouzí a necítí se být odpočínutý.

Měřicí technika: Barthelův test základních všedních činností – 25 bodů
(po výkonu)

Zjištění rizika pádu – 2 body (riziko vzniku pádu)

Stimuly:

- *Fokální:* upoutání na lůžko po výkonu/nekvalitní spánek
- *Kontextuální:* nesoběstačnost v základních životních potřebách/změna prostředí, nedostatek soukromí
- *Reziduální:* pacient chápe důležitost dodržení klidového režimu/pocit nedostatečného odpočínutí (obtížné usínání, časté probouzení)

6) Celková regulace

1) Fyzikální hodnoty po výkonu:

Reakce, chování: TK: 150/95 (hypertenze), puls: 90/min (tachykardie) pravidelný, dobře hmatný, tělesná teplota: 36,5 °C (normotermie), dech: 18/min (eupnoe)

2) Smyslové vnímání:

Reakce, chování: pacient při přijetí na ORL kliniku při plném vědomí, orientován časem, místem, prostorem. Zhoršení zraku nablízko. Po výkonu z důvodu doznívající anestezie spavý.

3) Endokrinní systém:

Reakce, chování: štítná žláza nezvětšená, glykémie: 5,1 mmol/l

SEBEPOJETÍ – SEBEUVĚDOMOVÁNÍ

1) Fyzikální část

Reakce, chování: pacient po výkonu trpí obavou, že ho jeho okolí nedokáže přijmout. Změna tělesného vzhledu a ztráta hlasu je pro něho stresující. Má strach z budoucnosti, z toho co bude následovat po ukončení hospitalizace.

Stimuly:

- *Fokální:* změna tělesné vzhledu, ztráta verbální komunikace
- *Kontextuální:* trvalá tracheostomie
- *Reziduální:* obavy z budoucnosti

2) Osobnostní část

Reakce, chování: pacient je nekonfliktní. Udává, že je realistou. Věci se snaží brát takové, jaké jsou. Po výkonu se však u pacienta objevily pocity smutku a spíše depresivní nálada. Má obavy z budoucnosti, obavy zda-li bude zvládat péči o tracheostomickou kanylu.

Stimuly:

- *Fokální:* obavy z budoucnosti, ze soběstačnosti v péči o tracheostomickou kanylu
- *Kontextuální:* trvalé nosičství tracheostomické kanyly
- *Reziduální:* pocity smutku, depresivní nálada

3) Interpersonální část

Reakce, chování: pacient bydlí v třípokojovém bytě v 1. poschodí činžovního domu společně s manželkou. Má jednoho sourozence, sestru Marii (40 let). Rodinné vztahy jsou dobré. Rodina se snaží pacienta psychicky podpořit a navštěvuje ho, jak

to jen jde. Se zdravotním personálem je pacient ochotný spolupracovat. Nemá rád nemocniční prostředí a chce se vrátit co nejdříve domu.

Stimuly:

- *Fokální:* izolace od rodiny, porušená sociální interakce
- *Kontextuální:* nemocniční prostředí
- *Reziduální:* pacient spolupracuje, akceptuje ordinovanou léčbu, léčebné metody a ošetrovatelskou péči

ROLOVÉ FUNKCE

1) Primární role

Reakce, chování: pacient plní roli 47letého muže

2) Sekundární role

Reakce, chování: pacient plní roli manžela, bratra, syna, zedníka, kamaráda a spolupracovníka

Stimuly:

- *Fokální:* plnění manželské, rodinné, pracovní a přátelské role
- *Kontextuální:* onemocnění karcinomem hrtanu
- *Reziduální:* obavy o zachování partnerského vztahu, z odmítnutí okolím

3) Terciální role

Reakce, chování: pacient s diagnózou karcinom hrtanu po totální laryngektomii

Stimuly:

- *Fokální:* ztráta plnohodnotného života, verbálního projevu
- *Kontextuální:* odstranění hrtanu, vyvedení trachey na povrch těla
- *Reziduální:* riziko společenské izolace

VZÁJEMNÁ ZÁVISLOST

Reakce, chování: pacient je po výkonu upoután na lůžko. Z důvodu dodržování klidového režimu je schopnost sebezpečí snížena. Má zavedenou tracheostomickou kanylu, o kterou zatím neumí pečovat a NGS, do které mu aplikuje výživu sestra. Po operaci je tedy závislý na pomoci zdravotního personálu.

Stimuly:

- *Fokální:* zajištění základních potřeb
- *Kontextuální:* upoutání na lůžko
- *Reziduální:* nepříjemný pocit ze závislosti na pomoci druhých

8.7 Ošetřovatelské diagnózy

Ošetřovatelské diagnózy jsou stanovené k 0. pooperačnímu dni, kdy pacient vyžaduje největší péči. Jsou zformulovány dle „Kapesního průvodce zdravotní sestry“. Vybrané ošetřovatelské diagnózy jsou podrobně zpracovány.

1) Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

- **Průchodnost dýchacích cest zhoršená** z důvodu zvýšené tvorby sekretu v dýchacích cestách projevující se dušností, odkašláváním, poklesem saturace
- **Bolest akutní** v souvislosti s traumatickým poškozením tkáně projevující se vyslovenou stížností, výrazem bolesti v obličeji, vegetativní reakcí (změny TK, P, dýchání)
- **Péče o sebe sama nedostatečná** (úroveň 3 – potřebuje pomoc od další osoby a pomocné prostředky) při příjmu potravy, osobní hygieně, oblékání, úpravě zevnějšku a péče o vyprazdňování v důsledku klidového režimu na lůžku projevující se neschopností rozžvýkat a polykat sousta, neschopností umýt se celý nebo jednotlivé části těla, neschopností udržet vzhled na přijatelné úrovni, neschopností dojít na toaletu, skóre Barthel 25

- **Komunikace verbální porušená** z důvodu fyzické překážky (tracheostomie) projevující se neschopností mluvit
- **Spánek porušený** v souvislosti se změnou prostředí, s nedostatkem soukromí projevující se pozdním usínáním (po dvanácté hodině), častým probouzením, únavou během dne a stížnostmi na obtížné usínání
- **Obraz těla porušený** v důsledku mutilujícího chirurgického výkonu na krku projevující se sledováním postižené oblasti, nejistotou z odmítnutí nebo reakce blízkých osob, soustředěním se na vzhled, kterým jedinec disponoval dříve
- **Polykání porušené** v souvislosti se změnou anatomicko-funkčních mechanismů a narušené struktury v oblasti dutiny ústní, hrtanu a jícnu projevující se nemožností polykat, hromaděním slin v dutině ústní, porušenou čistící schopností dutiny ústní

2) *Potencionální ošetrovatelské diagnózy:*

- **Infekce, riziko vzniku** v souvislosti se zavedeným periferním žilním katétrem
- **Infekce, riziko vzniku** v souvislosti se zavedeným permanentním močovým katétrem
- **Infekce, riziko vzniku** v souvislosti se zavedeným Redonovým drénem

8.7.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy

- 1) **Průchodnost dýchacích cest zhoršená** z důvodu zvýšené tvorby sekretu v dýchacích cestách projevující se dušností, odkašláváním, poklesem saturace

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: Pacient má trvale průchodné dýchací cesty – do konce hospitalizace

Cíl krátkodobý: Pacient v průběhu dne dýchá volně prostřednictvím tracheostomické kanyly

Výsledná kritéria:

- Pacient si během dne nestěžuje na pocit dušnosti
- Saturace pacienta se pohybuje v mezích normy (93-98 %) – denně
- Pacient umí efektivně odkašlávat – do 4 dnů

Plán intervencí:

- Pacienta ulož do zvýšené Fowlerovy polohy – ihned po převzetí ze sálu – sestra za pomoci sanitáře
- Pacienta upozorni na signalizační zařízení a informuj ho, aby v případě pocitu dušnosti jím přivolal sestru – ihned po příjezdu na JIP – sestra
- Pacienta informuj o důležitosti napojení na pulzní oxymetr a vysvětli jeho funkci – sestra
- Sleduj na monitoru hodnoty saturace O₂ a zaznamenávej do dokumentace dle ordinace lékaře – sestra
- Pravidelně kontroluj průchodnost tracheostomické kanyly, dle potřeby pacienta odsávej z dýchacích cest – sestra
- Podávej zvlhčený O₂ dle ordinace lékaře (trysková ventilace, nebulizace vrapovkou, mikronebulizace) – sestra
- Podávej léky dle ordinace lékaře (mukolytika, expektorancia) – sestra
- Hodnoť vzhled sekretu z dýchacích cest – vždy – sestra
- Sleduj barvu kůže a sliznic, zejména akrálních částí těla – stále – sestra

- Zajisti, aby pacient měl dostatečný příjem tekutin – stále – sestra

Realizace: 19. 3. 2012 – 26. 3. 2012

Po příjezdu ze sálu jsem pacienta uložila do zvýšené Fowlerovy polohy, která mu usnadnila dýchání a odkašlávání. Napojila jsem pacienta k monitoru (nasadila na prst pulzní oxymetr, dále hrudní EKG svody a manžetu k měření tlaku. Pacientovi jsem dala k ruce signalizační zařízení k přivolání sestry. Dle ordinace lékaře jsem pacientovi první 2 hodiny po výkonu pustila tryskovou ventilaci. Následně byl pacientovi do dýchacích cest podáván zvlhčený O₂ s ohřevem vrapovkou. Monitorovala jsem fyziologické funkce a jejich hodnoty zaznamenávala do dokumentace dle ordinace lékaře. Kontrolovala jsem průchodnost tracheostomické kanyly a dle potřeby jsem pacienta odsávala z dýchacích cest. Hodnotila jsem charakter a barvu odsávaného sekretu. Aplikovala jsem léky usnadňující expektoraci – Ambrobene i. v. dle ordinace lékaře. V případě vazkého sputa měl pacient ordinován mikronebulizci s mukolytiky. Dechovou rehabilitaci během pobytu na JIP zajišťoval fyzioterapeut, který pacienta učil i efektivně odkašlávat. Hydratace pacienta byla v den operace zajištěna prostřednictvím infuzní terapie, v následujících dnech byly pacientovi tekutiny aplikovány i do NGS.

Hodnocení: 26. 3. 2012

Krátkodobý cíl byl splněn. Během pobytu na JIP nedošlo u pacienta k obstrukci dýchacích cest. Pacient byl pravidelně odsáván z dýchacích cest, aby mohl dýchat volně prostřednictvím tracheostomické kanyly. V dlouhodobém cíli se pokračovalo na standardním oddělení.

- 2) **Bolest akutní** v souvislosti s traumatickým poškozením tkáně projevující se vyslovenou stížností, výrazem bolesti v obličeji, vegetativní reakcí (změny TK, P, dýchání)

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient bude bez bolesti, nebo bude mít pouze mírné bolesti – na stupnici VAS (0-10) bolest nepřesáhne 2 body – do 7 dnů od operace

Cíl krátkodobý: Pacient udává zmírnění bolesti do 30 min. po podání analgetik dle ordinace lékaře

Výsledná kritéria:

- Pacient verbálně sdělí, že bolest ustoupila po podání analgetik dle ordinace lékaře – do 30 min
- Fyziologické funkce (tlak, puls, dech) v normě – do 1 hodiny

Plán intervencí:

- Zjistí lokalizaci bolesti, intenzitu, charakter, propagaci – vždy při bolesti – sestra
- Proved' záznam na stupnici bolesti, VAS (0-10) – vždy při bolesti – sestra
- Podávej analgetika dle ordinace lékaře, sleduj jejich účinnost – vždy – sestra
- Sleduj neverbální projevy bolesti (výraz v obličeji) – sestra, ošetřovatelka
- Všímej si faktorů zmírňujících nebo zhoršujících bolest – vždy – sestra
- Monitoruj fyziologické funkce – dle ordinace lékaře – sestra
- Pacienta informuj o možnosti podání analgetik – ihned po příjezdu na JIP – sestra

Realizace: 19. 3. 2012 – 26. 3. 2012

Po déle než dvouhodinovém operačním výkonu byl pacient převezen na JIP. Následně byl připojen k monitoru, který měřil a ukazoval hodnoty vitálních funkcí. Pacienta jsem se pravidelně ptala, zda nepocítuje bolest. Protože byl pacientovi odebrán celý hrtan a nemohl se vyjadřovat verbálně, domluvila jsem si s ním určitá gesta, kterými odpovídal na otázky. Intenzitu bolesti pak vyjadřoval počtem prstů na ruce. První bolest se objevila za dvě hodiny po operaci. Pacient označil bolest na stupnici VAS (0-10) na č. 5. Pacientovi jsem proto podala Dīpidolor i. m. dle ordinace lékaře. Sledovala jsem účinky analgetika a zejména neverbální projevy pacienta (výraz ve tváři, gesta). Vše jsem zaznamenávala do dokumentace.

Hodnocení: 26. 3. 2012

Cíl krátkodobý byl splněn. Pacient po podání analgetik udával zmírnění bolesti do 30 min. po aplikaci. Od 4. dne hospitalizace na JIP se bolesti u pacienta zmírnily. Stále však přetrvávaly a proto i po přeložení na standardní oddělení přetrvávala ošetřovatelská diagnóza.

3) Péče o sebe sama nedostatečná (úroveň 3 – potřebuje pomoc od další osoby a pomocné prostředky) při příjmu potravy, osobní hygieně, oblékání, úpravě zevnějšku a péče o vyprazdňování v důsledku klidového režimu na lůžku projevující se neschopností rozžvýkat a polykat sousta, neschopností umýt se celý nebo jednotlivé části těla, neschopností udržet vzhled na přijatelné úrovni, neschopností dojít na toaletu, skóre Barthel 25

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient je zcela soběstačný ve všech oblastech – do 7 dnů

Cíl krátkodobý: Pacient se aktivně zapojuje do sebek péče – do 2 dnů

Výsledná kritéria:

- Pacient ví, že má po operaci dodržovat klid na lůžku – do 15 min
- Pacient se stará o svůj zevnějšek a hygienu – do 2 dnů
- U pacienta se skóre Barthel bude zvyšovat – denně

Plán intervencí:

- Vysvětlí pacientovi, proč je důležité po operačním výkonu dodržovat klid na lůžku – ihned po příjezdu na JIP – sestra
- Signalizační zařízení umístí na dosah ruky pacienta – ihned po příjezdu na JIP – sestra
- Zjistí stupeň poruchy soběstačnosti – dle Barthelova testu základních všedních činností – sestra
- Pomáhej pacientovi při hygieně – dle soběstačnosti – sestra, ošetřovatelka
- Monitoruj fyziologické funkce (TK, P, D), saturaci O₂ a podle hodnot postupně zvyšuj aktivní účast pacienta – sestra
- Informuj pacienta, že nesmí nic přijímat ústy – ihned po příjezdu na JIP – sestra
- Prováděj výměnu ložního i osobního prádla – dle potřeby – ošetřovatelka, sestra
- Pacienta odsávej z dýchacích cest – dle potřeby – sestra

Realizace: 19. 3. 2012 – 26. 3. 2012

Po příjezdu ze sálu jsem pacienta informovala, že bude nyní dodržovat klid na lůžku. Na dosah ruky jsem umístila signalizační zařízení k přivolání sestry.

0. pooperační den byla výživa pacienta podávána intravenózně. V následujících dnech byla aplikována do NGS. Pacient měl zavedený PMK. Vysvětlila jsem mu, že jeho moč je odváděna cévkou do sběrného sáčku, a proto nemusí mít obavy z pomočení. Pacienta jsem průběžně odsávala z tracheostomické kanyly. Večerní hygienu pacienta jsem provedla na lůžku, protože byl po výkonu značně vysílený a poklesávala u něj saturace. Při ranní hygieně byl již pacient vybízen ke spolupráci, byl vertikalizován a v následujících dnech byl v oblasti hygieny zcela soběstačný. Zajistila jsem, aby lůžko pacienta bylo stále čisté a upravené.

Hodnocení: 26. 3. 2012

Ošetrovatelský plán byl částečně splněn. Pacient po operaci dodržel klid na lůžku. V den výkonu nebyl schopen provést hygienu, následující den již spolupracoval a 3. pooperační den byl v oblasti hygieny již zcela soběstačný. Výživu do NGS nadále zajišťovala sestra. Péči o tracheostomickou kanylu se učil postupně. 3. pooperační den byl pacientovi odstraněn PMK. Po jeho odstranění pacient močil bez obtíží. Skóre Barthel se zvýšilo na 60.

4) Komunikace verbální porušená z důvodu fyzické překážky (tracheostomie) projevující se neschopností mluvit

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient komunikuje se svým okolím bez obtíží – do 3 dnů

Cíl krátkodobý: Pacient zná způsoby neverbální komunikace a využívá je – do 4 hod

Výsledná kritéria:

- Pacient se dorozumí se svým okolím – do 3 dnů
- Pacient je klidný – do 3 dnů
- Pacient netrpí pocitu bezmocnosti – do 3 dnů

Plán intervencí:

- Požádej pacienta, aby mluvil pomalu a dobře artikuloval – sestra
- Při komunikaci udržuj s pacientem oční kontakt – vždy – sestra, ošetřovatelka, sanitář
- Poskytni pacientovi dostatek času k vyjádření jeho potřeb – vždy – sestra, ošetřovatelka, sanitář
- Zajisti pomůcky pro písemnou komunikaci – před příjezdem pacienta na JIP – sestra
- Podporuj pacienta ke komunikaci s okolím – sestra
- Pacienta informuj o možnostech rehabilitace hlasu – ošetřující lékař, sestra
- Prostřednictvím zpětné vazby si ověřuj, zda pacient správně pochopil poskytnuté informace – vždy – sestra

Realizace: 19. 3. 2012 – 26. 3. 2012

Pacientovi jsem ještě před příjezdem ze sálu připravila na noční stolek blok s tužkou. Protože byl po výkonu značně vysílený a nebyl tedy schopen psát, domluvili jsme se na jiném způsobu komunikace. Pacienta jsem požádala, aby se snažil mluvit ke mně, zřetelně artikuloval a mluvil pomalu, abych byla schopná odezírat. Pacient měl zpočátku pocit, že mě zdržuje a obtěžuje. Ztráta hlasu ho velice znepokojovala. Snažila jsem se proto dát mu dostatek času k vyjádření jeho potřeb. Následující dny se již pacient cítil o něco lépe a vše co potřeboval mi napsal. Zda pacient pochopil správně poskytnuté informace jsem ověřovala využitím zpětné vazby. Ošetřujícím lékařem byl pacient edukován v oblasti náhradních hlasových mechanismů.

Hodnocení: 26. 3. 2012

Cíl byl splněn. Pacient při komunikaci se svým okolím mluvil pomalu a dobře artikuloval. V případě, že mu nebylo rozumět, využil písemné formy komunikace k vyjádření svých potřeb a myšlenek.

5) Spánek porušený v souvislosti se změnou prostředí, s nedostatkem soukromí projevující se pozdním usínáním (po dvanácté hodině), častým probouzením, únavou během dne, stížností na obtížné usínání

Priorita: nízká

Cíl dlouhodobý: Pacient spí nepřetržitě 6 hodin – do týdne

Cíl krátkodobý: Pacient spí nepřetržitě 4 hodiny – do 2 dnů

Výsledná kritéria:

- Pacient usíná do 30 minut po ulehnutí
- Pacient se v noci neprobouzí – do 2 dnů
- Pacient se po probuzení cítí odpočínutý – do 2 dnů
- Pacient sdělí, že v průběhu dne nepocítuje únavu, nevykazuje známky únavy (tmavé kruhy pod očima, zívání) – do 2 dnů

Plán intervencí:

- Zajisti pacientovi klidné prostředí pro spánek, přiměřený komfort (upravené čisté lůžko) – vždy – sestra, ošetřovatelka, sanitář
- Zjistí faktory, které spánek narušují – vždy – sestra
- Zajisti rituály pacienta před spaním dle možností oddělení – během hospitalizace – sestra
- Pomáhej pacientovi při večerní a ranní hygieně, v případě pooperačně snížené soběstačnosti – ošetřovatelka, sestra
- Sleduj u pacienta fyzické i psychické známky únavy po probuzení a v průběhu dne (tmavé kruhy pod očima, zívání, změny chování) – stále – sestra
- Udržuj u pacienta rovnováhu mezi denní aktivitou a odpočinkem – během hospitalizace – sestra
- Veď v dokumentaci záznam o kvalitě pacientova spánku – denně – sestra
- Podávej léky (hypnotika, analgetika) dle ordinace lékaře – sestra

Realizace: 19. 3. 2012 – 26. 3. 2012

Pacient mi za pomoci neverbální komunikace (psacích potřeb) sdělil, jaké faktory zapříčiňují jeho potíže se spánkem. 0. pooperační den jsem pacientovi

dopomohla s hygienou na lůžku. Před spánkem jsem zajistila úpravu lůžka, výměnu znečištěného ložního prádla. Zjistila jsem, jaké jsou rituály pacienta před spánkem (poslech hudby, četba, sledování televize). Pacienta jsem během dne aktivizovala a doporučila jsem mu, aby omezil spánek během dne. Všimla jsem si známek únavy po probuzení a v průběhu dne. Podávala jsem na žádost pacienta hypnotika a analgetika dle ordinace ošetřujícího lékaře. Po dobu hospitalizace pacienta na JIP jsem vedla v dokumentaci záznam o kvalitě spánku.

Hodnocení: 26. 3. 2012

Cíl byl splněn částečně. Pacient spal nepřetržitě 4 hodiny až 3. pooperační den. Činilo mu problémy usínat v nemocničním prostředí. Při bolesti byla pacientovi před spánkem aplikována analgetika a na žádost hypnotika dle ordinace lékaře. 0. a 1. pooperační den pacient v průběhu dne převážně pospával, protože se cítil slabý. V noci pak nemohl usnout a probouzel se. Jeho spánek rušil i monitor (pravidelné nafukování manžety k měření TK, pípání při překročení nastavených hodnot fyziologických funkcí). Následující dny byl pacient během dne více aktivní, procházel se a četl si. Obtíže se spánkem se zmírnily. Poslední dny pobytu na JIP pacient již hypnotika nevyžadoval a spal nepřetržitě 6 hodin. Po probuzení se cítil odpočínutý.

6) Obraz těla porušený v důsledku mutilujícího chirurgického výkonu na krku projevující se sledováním postižené oblasti, nejistotou z odmítnutí nebo reakce blízkých osob, soustředěním se na vzhled, kterým jedinec disponoval dříve

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient dokáže přijmout změnu svého tělesného vzhledu a ztrátu hlasu – do konce hospitalizace

Cíl krátkodobý: Zmírnění obav pacienta – do 3 dnů

Výsledná kritéria:

- Pacient se nebrání pohledu do zrcadla – do 3 dnů
- Pacient má zmírněný pocit méněcennosti – do 5 dnů

Plán intervencí:

- Získej si důvěru pacienta, věnuj pozornost jeho obavám – sestra, ošetřovatelka
- Snaž se s pacientem co nejvíce komunikovat – stále – sestra
- Projev empatii – vždy – sestra, ošetřovatelka
- Umožni pacientovi kontakt s rodinou – vždy – sestra
- Zodpověz dotazy pacienta v rámci svých kompetencí, ostatní dotazy směřuj k ošetřujícímu lékaři, případně zajisti pacientovi rozhovor s ním – vždy – sestra

Realizace: 19. 3. 2012 – 26. 3. 2012

Pacienta jsem vyslechla a snažila se zmírnit jeho obavy. Zajistila jsem rozhovor s ošetřujícím lékařem, který mu zodpověděl dotazy týkající se další onkologické léčby. Umožňovala jsem návštěvy rodiny a požádala příbuzné, aby pacienta navštěvovali co nejčastěji.

Hodnocení: 26. 3. 2012

Cíl byl splněn jen částečně. Pacient změnu svého tělesného vzhledu dokázal přijmout, ale stále měl obavy, jak ho přijme jeho okolí, po té co bude propuštěn do domácí péče.

7) Polykání porušené v souvislosti se změnou anatomicko-funkčních mechanismů a narušené struktury v oblasti dutiny ústní, hrtanu a jícnu projevující se nemožností polykat, hromaděním slin v dutině ústní, porušenou čistící schopností dutiny ústní

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: Pacient po odstranění NGS polyká zcela bez obtíží

Cíl krátkodobý: U pacienta je zajištěna dostatečná hydratace a výživa – po dobu zavedení NGS

Výsledná kritéria:

- Pacient chápe nutnost zavedení NGS – do 30 min
- Pacient nepřijímá potravu per os – po dobu zavedení NGS

Plán intervencí:

- Zajisti pro pacienta vhodnou stravu – po dobu hospitalizace – sestra
- Zajisti dostatečný příjem výživy a tekutin do NGS pacienta – denně – sestra
- Při podávání výživy do NGS ulož pacienta do zvýšené polohy – vždy – sestra
- Aplikuj výživu a tekutiny do NGS po malých dávkách, v kratších časových intervalech – sestra
- Zjisti, zda pacient toleruje podávanou stravu, netrpí nevolností – sestra
- Upozorni pacienta, že nesmí přijímat stravu ani tekutiny ústy, pouze do NGS – ihned po příjezdu na JIP – sestra
- Měň polohu NGS – denně – sestra
- Odsávej pacientovi sekret z dutiny ústní – dle potřeby – sestra
- Monitoruj hmotnost pacienta – dle zvyklostí oddělení – sestra
- Zaznamenávej do dokumentace příjem a výdej tekutin – dle ordinace lékaře – sestra
- Informuj pacienta o nutnosti zvýšené hygieny dutiny ústní – sestra
- Kontroluj stav kůže a sliznic, posuzuj kožní turgor – stále – sestra

Realizace: 19. 3. 2012 – 26. 3. 2012

V průběhu operace byla pacientovi zavedena NGS v souvislosti se změnou anatomických podmínek. Po příjezdu ze sálu jsem pacienta informovala, že nesmí přijímat žádnou potravu ani tekutiny ústy. V den operace byl pacient zajištěn infuzní terapií. Protože si stěžoval na pocit sucha v ústech, otírala jsem mu je navlhčenými čtverci gázy. 1. pooperační den jsem aplikovala do NGS nejprve fyziologický roztok s Maaloxem a poté čaj. Následně byl pacientovi podáván Fresubin. Pacienta jsem krmila do sondy Janetovou stříkačkou po malých dávkách každou hodinu, tak aby příjem potravy a tekutin činil nejméně 2,5 l denně. Pacienta jsem vždy uložila do zvýšené polohy. Příjem tekutin a výživy jsem dokumentovala v ošetřovatelském záznamu. Posuzovala jsem stav kůže a sliznic, kožní turgor. Připravila jsem pacientovi roztok z heřmánku a poučila ho, aby jím pravidelně vyplachoval dutinu ústní. Každý pátek se u pacienta kontrolovala hmotnost a sledovalo se, zda nedochází k jejímu úbytku.

Hodnocení: 26. 3. 2012

Cíl krátkodobý byl splněn. Po dobu hospitalizace na JIP nedošlo k úbytku pacienta na váze. Výživu podávanou do NGS pacient toleroval dobře, netrpěl žádnou nevolností. Pacient byl dostatečně hydratován, stav kůže a sliznic byl v pořádku, kožní turgor se nesnížil. Protože pacient byl i s NGS přeložen 7. pooperační den na standardní oddělení, ošetrovatelská diagnóza přetrvávala.

8.7.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy

1) Infekce, riziko vzniku v souvislosti se zavedeným periferním žilním katétrem

Priorita: nízká

Cíl dlouhodobý: U pacienta nedojde ke vzniku infekce – po dobu zavedení PŽK

Cíl krátkodobý: Pacient zná důvod zavedení PŽK – do 1 hod

Plán intervencí:

- Pacienta seznám s účelem zavedení PŽK a s možnými komplikacemi po jeho zavedení (flebitida, paravenózní aplikace, hematoma) – do 1 hod. – sestra
- Prováděj pravidelnou kontrolu invazivního vstupu, všiměj si změn na kůži (zarudnutí, otoky, bolestivost) v okolí vpichu – denně, po dobu zavedení PŽK – sestra
- Prováděj převazy PŽK dle potřeby a dle zvoleného krytí, postupuj asepticky – sestra
- Funkčnost PŽK a stav kůže v okolí vstupu zaznamenávej do dokumentace – denně – sestra
- PŽK přepichuj po 4 dnech, je-li to nutné i dřív – sestra
- Dodržuj hygienu rukou (důkladné mytí a dezinfekce) – vždy – sestra
- Dodržuj zásady asepse při ředění a podávání i. v. léků – vždy – sestra
- Pravidelně vyměňuj infuzní sety (dle zvyklostí oddělení) – sestra
- Sleduj denně u pacienta hodnotu tělesné teploty a při jejím zvýšení informuj lékaře – sestra

- Všímej si zánětlivých parametrů v laboratorních výsledcích krve, v případě jejich zvýšení upozorni ošetřujícího lékaře – sestra
- Při známkách infekce PŽK odstraň – ihned – sestra
- Vše zapisuj do dokumentace – sestra

Realizace: 19. 3. 2012 – 26. 3. 2012

Při manipulaci s PŽK jsem dodržovala zásady asepse. Před každým napojením infuze jsem vstup odezinfikovala Cutaseptem F. Infuzní set jsem pravidelně měnila, aby nedocházelo jeho prostřednictvím ke vstupu infekce do krevního řečiště pacienta. Pacienta jsem poučila, aby mě informoval v případě bolesti, pálení, otoku v místě zavedení PŽK. PŽK jsem sterilně převazovala, kontrolovala jsem funkčnost a všimla si změn na kůži v okolí vpichu. Pravidelně jsem u pacienta měřila tělesnou teplotu. Dodržovala jsem správné zásady mytí a dezinfekce rukou. Vše jsem zaznamenávala do dokumentace.

Hodnocení: 26. 3. 2012

Cíl byl splněn. Během pobytu pacienta na JIP nedošlo ke vzniku infekce. Místo zavedení PŽK bylo klidné, bez zarudnutí, bolestivosti a otoku. Po dobu aplikace infuzních roztoků dodržoval pacient klid na lůžku, v případě potřeby informoval zdravotní sestru. Hodnoty tělesné teploty se pohybovaly v mezích normy, cca 36,5 °C. Dne 26. 3. byl pacient přeložen na standardní oddělení s funkčním PŽK.

2) Infekce, riziko vzniku v souvislosti se zavedeným permanentním močovým katétrem

Priorita: nízká

Cíl dlouhodobý: Pacient nejeví známky infekce močových cest během zavedení PMK ani po jeho odstranění

Cíl krátkodobý: Pacient zná důvod zavedení PMK – do 1 hodiny

Intervence:

- Pečuj o PMK, kontroluj jeho průchodnost – denně – sestra
- Hodnoť vzhled moči (barva, příměsi) – denně – sestra
- Dbej na správné umístění sběrného sáčku (na spád) – vždy – sestra
- Prováděj výměnu silikonového katétru – sestra
- Zajisti dostatečný příjem tekutin – po dobu hospitalizace – sestra
- Sleduj bilanci tekutin – dle ordinace lékař – sestra
- Pravidelně vyprazdňuj moč ze sběrného vaku – dle potřeby – sestra, sanitář
- Vyměňuj sběrný močový sáček dle zvyklostí oddělení – sestra
- Zajisti hygienickou péči o oblast genitálu, u soběstačného pacienta dohlédni na dodržování hygieny – denně – sestra
- Sleduj známky uroinfekce – stále – sestra
- Vše zaznamenávej do dokumentace – sestra

Realizace: 19. 3. 2012 – 22. 3. 2012

Pacient po výkonu měl zavedený PMK. Péči o okolí PMK jsem prováděla při ranní hygieně. Kontrolovala jsem průchodnost PMK, vzhled moče. Po výkonu byl u pacienta příjem tekutin zajištěn infuzní terapií, následující dny jsem dbala o dostatečný příjem tekutin do NGS. Měřila jsem příjem a výdej tekutin á 6 hodin a zapisovala do dokumentace. Dle ordinace lékaře se u pacienta prováděly krevní náběry, kde se sledovaly zánětlivé parametry.

Hodnocení: 22. 3. 2012

Cíl této diagnózy byl splněn. PMK odváděl čirou moč bez obtíží. Bilance tekutin byla vyrovnaná. 3. den byl PMK odstraněn. V průběhu zavedení PMK ani po jeho odstranění pacient nejevil žádné známky infekce.

3) Infekce, riziko vzniku v souvislosti se zavedeným Redonovým drénem

Priorita: nízká

Cíl dlouhodobý: U pacienta nedojde ke vzniku infekce – po dobu zavedení RD

Cíl krátkodobý: Pacient zná důvod zavedení RD – do 4 hod.

Intervence:

- Pacienta informuj o zavedeném drénu – do 2 hod. – sestra
- Kontroluj funkčnost drénu (podtlak) – stále – sestra
- Kontroluj odpady z drénu (množství, vzhled) – denně – sestra
- Pečuj o okolí drénu, prováděj převazy – denně – sestra
- Všímej si změn na kůži v okolí RD (zarudnutí) – denně – sestra
- Vše zaznamenávej do dokumentace – denně – sestra

Realizace: 19. 3. 2012 – 23. 3. 2012

Pravidelně jsem kontrolovala funkčnost drénu. Sledovala jsem odpady z drénu, hodnotila jejich vzhled. Při převazech jsem si všímala okolí drénu. Vše jsem zaznamenávala do dokumentace.

Hodnocení: 23. 3. 2012

Cíl byl splněn. 4. pooperační den byl pacientovi odstraněn RD. Během ani po jeho odstranění pacient nejevil známky infekce.

8.8 Zhodnocení ošetrovatelské péče

Pan K. P. byl po dobu 7 dnů hospitalizován na JIP kliniky ORL ve FN Motol po provedené totální laryngektomii. Po stabilizaci stavu byl dne 26. 3. 2012 přeložen na oddělení standardní péče. Během hospitalizace pacient spolupracoval, zajímal se o svůj zdravotní stav. Měl dostatek informací o onemocnění, léčbě, hlasové rehabilitaci, péči o tracheostomickou kanylu a o dodržování správné životosprávy. V průběhu hospitalizace se podařilo zdravotnímu personálu získat si důvěru pacienta. Pan K. P. měl snahu být co nejvíce samostatný. Uvědomoval si, že onemocnění přinese do jeho života řadu změn, že již nebude schopen vykonávat některé činnosti, které vykonával před operací. Ze strany rodiny a blízkých osob byl psychicky podporován.

9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro sestru:

- získat si důvěru pacienta, projevit empatii;
- poskytnout pacientovi a jeho rodině dostatek informací v rámci svých kompetencí, případně zajistit rozhovor s ošetřujícím lékařem;
- edukovat pacienta v oblasti péče o tracheostomickou kanylu, v případě snížené soběstačnosti edukovat i blízké příbuzné;
- využívat zpětné vazby k ověření, zda pacient poskytnuté informace správně pochopil;
- umožnit rodině a blízkým osobám pacienta navštěvovat;
- nahlížet na pacienta holisticky;
- dále se vzdělávat v oblasti ošetrovatelské péče o nemocné s tracheostomií a onkologickým onemocněním (přednášky, semináře, kurzy).

Doporučení pro pacienta:

- provádět každý den výměnu tracheostomické kanyly;
- kanylu zavádět šetrně (nejlépe před zrcadlem), aby nedocházelo k traumatizaci stěny dýchacích cest;
- používat parafinový olej k snadnějšímu zavádění kanyly;
- tracheostomickou kanylu pravidelně čistit (používat kartáček k čištění kanyly, důkladně ji opláchnout pod tekoucí vodou, dezinfikovat buď vyvařením v destilované vodě, nebo opláchnutím v dezinfekčním roztoku (3% peroxid vodíku);
- vnitřní plášť kanyly čistit dle potřeby (opakovaně během dne);
- okolí kanyly udržovat v suchu a čistotě, pravidelně měnit čtverce pod kanylou;
- v případě zarudnutí, macerace kůže v okolí tracheostomu, používat hojivé masti (Dermazulen, Pityol, Bepanthen);
- zakapávat tracheostoma mukolytikem dle ordinace lékaře;
- dodržovat zásady správné životosprávy (přestat kouřit, omezit konzumaci alkoholu, vyhýbat se dráždivým jídlům);

- dodržovat pitný režim (dostatečný příjem tekutin snižuje viskozitu hlenu);
- pečovat o dutinu ústní, pravidelně navštěvovat zubního lékaře;
- vyhýbat se prašnému prostředí;
- při sprchování nebo koupání dbát na to, aby voda nevníkla do tracheostomatu;
- zkontaktovat se s osobami se stejným postižením (klub laryngectomovaných), předají Vám své zkušenosti a poradí, jaké pomůcky zlepší Vaši kvalitu života
- pravidelně navštěvovat lékaře.

Doporučení pro rodinu:

- podporovat nemocného při další onkologické léčbě;
- snažit se nemocnému pomoci vyrovnat se s důsledky operačního výkonu;
- mít dostatek trpělivosti při komunikaci.

ZÁVĚR

Karcinom hrtanu je závažné onkologické onemocnění. V pokročilém stádiu je jedinou možností jeho léčby provedení totální laryngektomie s vyvedením trachey na povrch těla. Změna tělesného vzhledu, ztráta verbálního projevu a jiných funkcí je pro pacienta značně stresující a negativně ovlivňuje jeho kvalitu života. Onemocnění představuje náročnou životní zkoušku nejen pro pacienta, ale i pro jeho rodinu a blízké okolí. Pacient je nucen se adaptovat na změněnou životní situaci a právě sestra pečující o takového pacienta může být v adaptačním procesu nápomocná. Získání důvěry pacienta, projevení empatie, dostatek informací a edukace v oblasti péče o tracheostomii a tracheostomickou kanylu – to vše je velmi důležité. Velký význam má i psychická podpora ze strany rodiny a přátel.

Cílem bakalářské práce bylo přinést informace o karcinomu hrtanu, možnostech jeho léčby a následcích operačního výkonu. Poukázat na to, jak důležitá je komplexní ošetrovatelská péče a nahlížená na pacienta jako na celek, na bytost s bio-psycho-sociálními potřebami.

Prostřednictvím této práce jsem měla možnost prohloubit své znalosti o onemocnění a ošetrovatelské péči. Myslím, že by práce mohla posloužit jako vhodný zdroj informací sestrám v klinické praxi a studentům ošetrovatelských oborů, které se zajímají o danou problematiku.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Bibliografická citace dokumentů je dle normy **ČSN ISO 690:2011**

ARCHALOUSOVÁ, Alexandra, 2003. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK. ISBN 80-86225-33-X.

ARCHALOUSOVÁ, Alexandra a Zuzana SLEZÁKOVÁ, 2005. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK. ISBN 80-86225-63-1.

ASTL, Jaromír, 2002. *Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku: pro bakaláře, obor ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0325-X.

ASTL, Jaromír a Adéla KOPECKÁ, 2006. Tracheotomie a péče o tracheostomickou kanylu. *Florence*. 2(2), 4-43. ISSN 180-464X.

ATOS MEDICAL, 2002. *Život po totální laryngektomii* [online]. [cit. 2013-01-13]. Dostupné z: <http://www.rakovinahrtana.sk/dokumenty/provox-zivot-po-laryngektomii.pdf>

ČIHÁKOVÁ, Ivana a Petr ČELAKOVSKÝ, 2007. Kvalita života u pacientů s tracheostomií. *Otorinolaryngologie a foniatrie*. 56(1), 11-17. ISSN 1210-7867.

DOENGES, Marilyn E. a Mary Frances MOORHOUSE, 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepr. a rozšíř. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0242-8.

GÁL, Břetislav, 2007. Chirurgické postupy při léčbě nádoru hlavy a krku. *Onkologická péče*. 11(4), 4-6. ISSN 1214-5602.

HAHN, Aleš et al., 2007. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0529-3.

HYBÁŠEK, Ivan a Jan VOKURKA, 2006. *Otorinolaryngologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1019-1.

CHMELÍKOVÁ, Romana, 2005. Ošetrovatelská péče o pacienta s tracheostomií. *Sestra*. **15**(5), 44-46. ISSN 1210-0404.

CHROBOK, Viktor, Jaromír ASTL a Pavel KOMÍNEK, 2004. *Tracheostomie a koniotomie: techniky, komplikace a ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-031-3.

KLOZAR, Jan, 2008. Nádory hrtanu. *Lékařské listy*. **57**(5), 23-25. ISSN 0044-1996.

KLOZAR, Jan et al., 2005. *Speciální otorinolaryngologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1125-2.

LUKÁŠ, Jindřich et al., 2005. *Tracheostomie v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0673-3.

MARKOVÁ, Marie a Jaroslava FENDRYCHOVÁ, 2009. *Ošetřování pacientů s tracheostomií*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. ISBN 80-7013-445-3.

MINAŘÍKOVÁ, Petra, 2009. Péče o průchodnost dýchacích cest dospělého pacienta. *Sestra*. **19**(1), 51-53. ISSN 1210-0404.

NEMOCNICE KYJOV, 2011. *Péče o pacienta s tracheostomií* [online]. [cit. 2013-03-20]. Dostupné z: <http://www.nemkyj.cz/pece-o-pacienta-s-tracheostomií>

NOVÁKOVÁ, Iva, 2011. *Ošetrovatelství ve vybraných oborech: dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3422-4.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1211-3.

POSPÍŠILOVÁ, Danuše a Jaroslav KRAUS, 2006. Péče o laryngektomované pacienty. *Sestra*. **16**(1), 41-42. ISSN 1210-0404.

PŘECECHTĚLOVÁ, Jana, 2013. *Ošetrovatelská péče o pacienty s tracheostomií* [online]. [cit. 2013-03-10]. Dostupné z : <http://www.florence.cz/odborne-clanky/recenzovane-clanky/oseetrovatelska-pecce-o-pacienty-s-tracheostomií/>

RYDLOVÁ, Pavla, 2007. Pacient s dg. carcinoma laryngis po totální laryngektomii. *Florence*. **3**(3), 115-117. ISSN 1801-464x.

SLAVÍČEK, Aleš, 2000. *Operace hrtanu*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 80-7254-130-7.

SPURNÁ, Zuzana, 2007. Psychologické problémy pacienta s tracheostomií. *Onkologická péče*. **11**(4), 21. ISSN 1214-5602.

ŠKVRŇÁKOVÁ, Jana, Arnošt PELLANT a Jan MEJZLÍK, 2005. Ošetrovatelská péče o dusícího se nemocného. *Ošetrovatelství*. **7**(1), 31-33. ISSN 1212-723X.

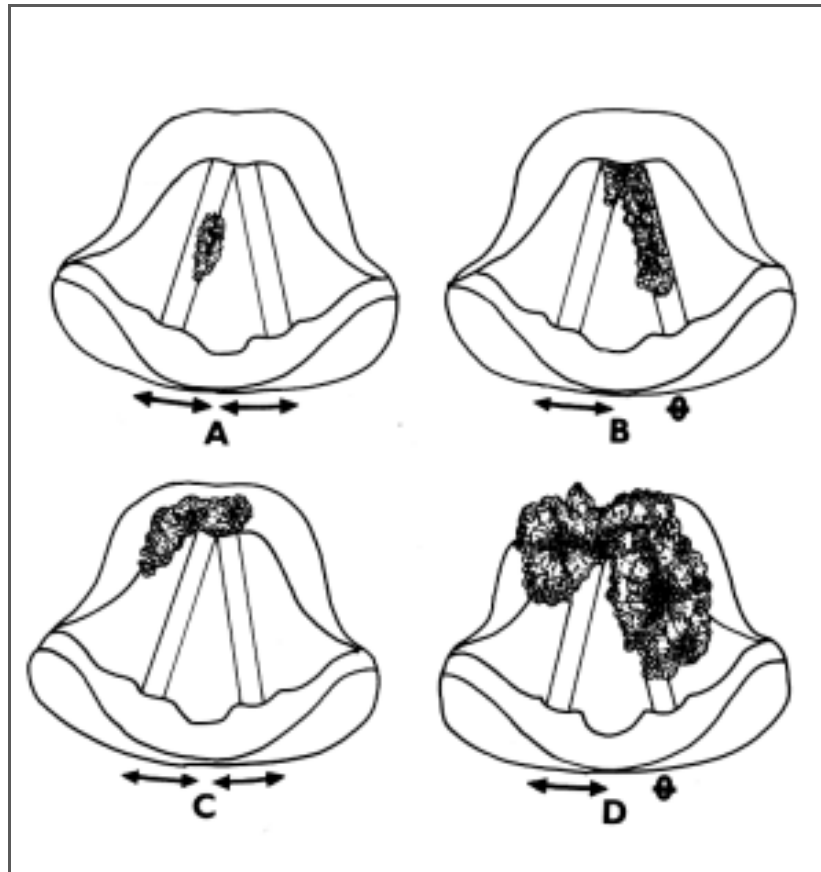
ŠKVRŇÁKOVÁ, Jana, Marie VALENTOVÁ a Jan MEJZLÍK, 2008. Kvalita života u onkologicky nemocných po totální laryngektomii. *Florence*. **4**(2), 79. ISSN 1801-464X.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2010. *Velký lékařský slovník*. 9. rozšíř a aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-202-5

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Rakovina hrtanu.....	I
Příloha B – Náhradní hlasové mechanizmy.....	II
Příloha C – Tracheostomické kanyly.....	III
Příloha D – Způsoby odsávání z tracheostomické kanyly.....	IV

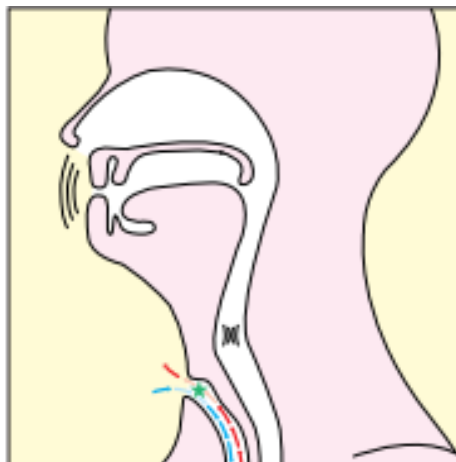
Příloha A – Rakovina hrtanu



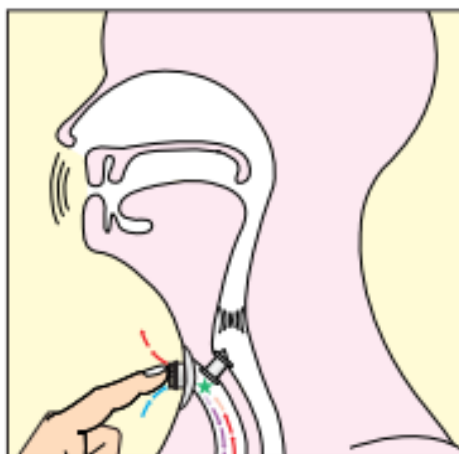
A – glotická T 1 , B – glotická T3, C – supraglotická T1, D – supraglotická T4

Zdroj: HYBÁŠEK, 2006, s. 273

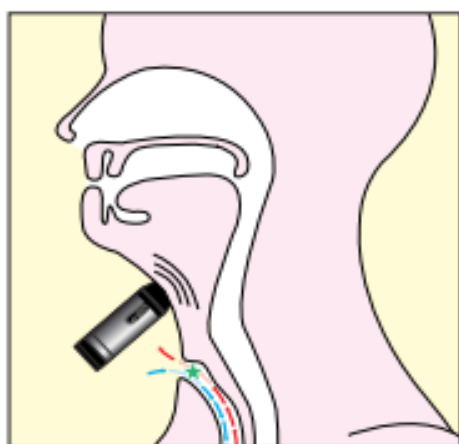
Příloha B – Náhradní hlasové mechanizmy



Jícnový hlas



Hlasová protéza



Elektrolarynx

Zdroj: ATOS MEDICAL, 2002, s. 6

Příloha C – Tracheostomické kanyly



Kanyla portexová s manžetou

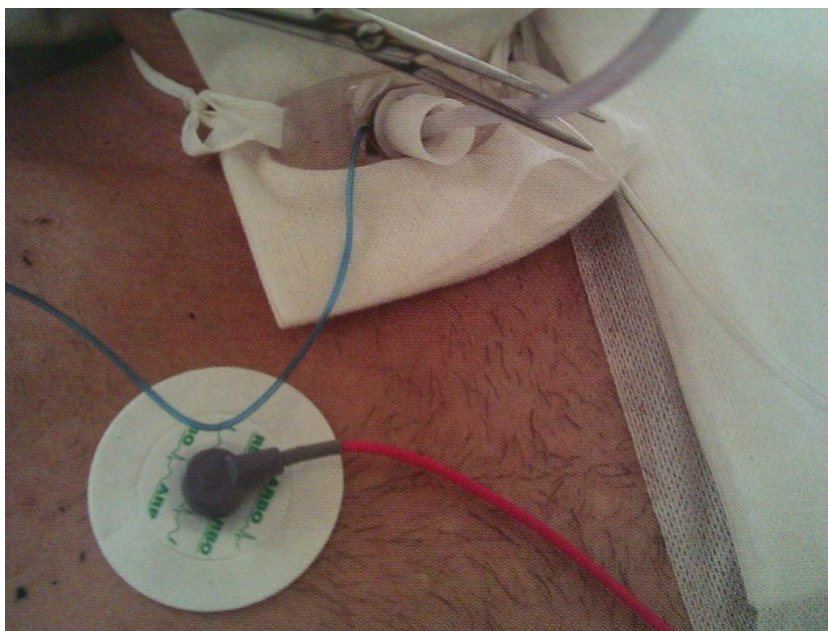
Zdroj: NEMOCNICE KYJOV, 2011



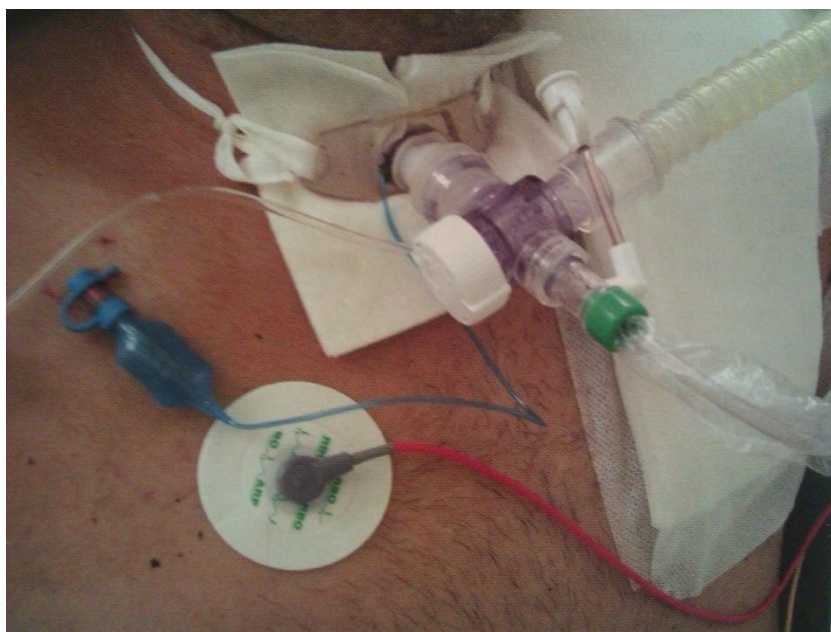
Kanyla kovová (zavaděč, kanyla, vnitřní plášť kanyly)

Zdroj: CHROBOK, 2004, s. I

Příloha D – Způsoby odsávání z tracheostomické kanyly



Odsávání otevřeným systémem z tracheostomické kanyly



Odsávání zavřeným systémem z tracheostomické kanyly

Zdroj: CHROBOK, 2004, s. XVI

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	Hrdá Alena	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3. CVS
Téma práce	Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta po totální laryngektomii	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK a FN Motol	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Jana Hlinovská, PhD.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce PhDr. Jana Hlinovská, PhD.	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis Mgr. Jana Nováková, MBA náměstkyně pro péči FN Motol

V Praze dne 14. 1. 2013

podpis studenta