

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA
S KARCINOMEM HRTANU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KATEŘINA DOLEŽALOVÁ

Praha 2014

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA
S KARCINOMEM HRTANU**

Bakalářská práce

KATEŘINA DOLEŽALOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. MUDr. Ladislav Slováček, Ph.D.

Praha 2014



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

Doležalová Kateřina
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 24. 9. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s karcinomem hrtanu

Comprehensive Nursing Care for Patients with Larynx Cancer

Vedoucí bakalářské práce: doc. MUDr. Ladislav Slováček, Ph.D.

V Praze dne: 1. 11. 2013


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Kostelci nad Orlicí dne 14. 3. 2014

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou chci poděkovat vedoucí práce, doc. MUDr. Ladislavu Slováčkovi, Ph.D., a to především za jeho cenné rady a čas, který mi věnoval při tvorbě práce.

ABSTRAKT

DOLEŽALOVÁ, Kateřina. Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s karcinomem hrtanu. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. MUDr. Ladislav Slováček, Ph.D. Praha. 2014. 60s.

Tématem bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s karcinomem hrtanu. Cílem práce je prohloubit znalosti, získat nové informace o onemocnění a vytvořit individuální ošetrovatelský plán metodou ošetrovatelského procesu. Práce je strukturována na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je věnována onemocnění. Je zde popsána epidemiologie, etiologie a patologie karcinomu hrtanu. Dále je zaměřena na projevy, diagnostiku a léčbu onemocnění. Poslední kapitola teoretické části se zabývá specifiky ošetrovatelské péče u pacienta s touto diagnózou.

V praktické části byla použita metoda ošetrovatelského procesu. Byl stanoven a realizován individuální ošetrovatelský plán u konkrétního pacienta s diagnózou karcinomu hrtanu.

Klíčová slova

Karcinom hrtanu. Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelský proces. Pacient.

ABSTRACT

DOLEŽALOVÁ, Kateřina. Comprehensive Nursing Care for Patients with Larynx Cancer. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. MUDr. Ladislav Slováček, Ph.D. Prague. 2014. 60 pages.

The topic of this thesis is the comprehensive nursing care for a patient with larynx cancer. The aim of this thesis is to deepen knowledge, to get new information about the disease and to create an individual care plan using the nursing process. The thesis is structured into two parts- theoretical and practical. The theoretical part is devoted to this disease. There is a description of epidemiology, etiology and pathology of larynx cancer. This part is further focused on symptoms, diagnosis and treatment for this disease. The last chapter of the theoretical part deals with specifics of nursing care for a patient with this diagnosis. The method of the nursing process was used in the practical part. An individual care plan for a particular patient with a diagnosis of larynx cancer has been established and implemented in this part.

Key words

Larynx Cancer. Nursing Care. Nursing Process. Patient.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

| | |
|---|-----------|
| ÚVOD..... | 12 |
| 1 KARCINOM HRTANU | 13 |
| 1.1 EPIDEMIOLOGIE | 13 |
| 1.2 ETIOLOGIE | 13 |
| 1.3 PATOLOGIE | 14 |
| 1.3.1 ROZDĚLENÍ DLE HISTOLOGIE | 14 |
| 1.3.2 ROZDĚLENÍ DLE LOKALIZACE VE VZTAHU K HLASIVKÁM | 14 |
| 1.3.3 TNM KLASIFIKACE | 15 |
| 1.4 KLINICKÝ OBRAZ | 15 |
| 1.5 DIAGNOSTIKA | 15 |
| 1.6 LÉČBA | 16 |
| 1.6.1 CHIRURGICKÁ LÉČBA | 17 |
| <i>1.6.1.1 CHIRURGICKÁ LÉČBA V KOMBINACI S RADIOTERAPIÍ ..</i> | <i>17</i> |
| 1.6.2 RADIOTERAPIE | 18 |
| <i>1.6.2.1 KONKOMITANTNÍ RADIOCHEMOTERAPIE</i> | <i>19</i> |
| 1.6.3 CHEMOTERAPIE | 19 |
| <i>1.6.3.1 KONKOMITANTNÍ CHEMORADIOTERAPIE</i> | <i>20</i> |
| 1.6.4 BIOLOGICKÁ LÉČBA | 20 |
| 2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S KARCINOMEM HRTANU | 21 |
| 2.1 EDUKACE | 21 |
| 2.2 PÉČE O DUTINU ÚSTNÍ | 22 |
| 2.3 PÉČE O KŮŽI | 22 |
| 2.4 PÉČE O TRACHEOSTOMICKOU KANYLU | 23 |

| | |
|--|-----------|
| 2.5 PÉČE O PEG | 24 |
| 2.6 PÉČE O PACIENTA V PSYCHOSOCIÁLNÍ OBLASTI | 24 |
| 3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA | |
| S KARCINOMEM HRTANU | 26 |
| 3.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTOVI | 26 |
| 3.2 ANAMNÉZA | 28 |
| 3.3 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ZE DNE 14. 10. 2013 | 29 |
| 3.4 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT | 38 |
| 3.5 SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 14. 10. 2013 | 39 |
| 3.6 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY | 40 |
| 3.7 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE | 53 |
| 4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI | 55 |
| ZÁVĚR | 57 |
| SEZNAM LITERATURY | 58 |
| PŘÍLOHY | |

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

| | |
|-------------------|---------------------------------------|
| amp. | ampule |
| BMI | body mass index |
| cDDP | cisplatina |
| CT | počítačová tomografie |
| cps. | kapsle |
| D | dech |
| EGF | epidermální růstový faktor |
| fr | frakce |
| GCS | Glasgow coma scale |
| gtt. | kapky |
| Gy | Gray |
| HP | Helicobacter pylori |
| HPV | human papillomavirus |
| IMRT | intensity modulated radiation therapy |
| MR | magnetická rezonance |
| P | puls |
| PEG | perkutánní endoskopická gastrostomie |
| tbl. | tableta |
| TK | krevní tlak |
| TNM | klasifikace maligních nádorů |
| TT | tělesná teplota |
| ung. | mast |
| UZ | ultrazvuk |

(VOKURKA, HUGO, 2010)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Adenokarcinom – zhoubný nádor žláзовého epitelu

Adjuvantní – pomáhající, podporující

Anaplastický – charakterizovaný anaplázií – ztráta diferenciac, osamostatnění buněk s nebezpečím růstu a rozmnožování bez ohledu na regulační mechanismy organismu

Angiografie – rentgenologické vyšetření cév pomocí vstřikované kontrastní látky

Biopsie – vyšetření vzorku živého lidského orgánu nebo tkáně a odběr této tkáně

Dediferenciac – ztráta schopnosti vyžrávat a získávat specializované vlastnosti a funkce

Disekce – oddělování částí těla či tkání podle jejich přirozených ohraničení

Endoskop – přístroj k endoskopii – metoda umožňující prohlédnutí vnitřních tělesných dutin nebo dutých orgánů

Enterální – střevní

Exofyticky – zevně rostoucí

Extrakapsulární – nacházející se mimo pouzdro

Exulcerace – zvrhodovatění, vznik vředu

Fibrolaryngoskopie – endoskopické vyšetření hrtanu

Gastrointestinální – týkající se trávicí soustavy

Glottis – hlasivka

Hematologický – krevní

Histologické vyšetření – mikroskopické vyšetření odebrané tkáně

Chemoterapie – podávání léků s protinádorovým účinkem – tzv. cytostatik

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

Infiltrativní – pronikající

Intraarteriální – do tepny

Intravenózní – nitrožilní, do žíly

Karotická angiografie – kontrastní rentgenové vyšetření krčních tepen

Konkomitantní – podání současně

Krikohyoidopexe – téměř úplné odstranění hrtanu (subtotální laryngektomie)

Kurativní – léčebný

Laryngektomie – chirurgické protěti nebo odstranění hrtanu

Laryngoskopie – endoskopické vyšetření hrtanu

Larynx – hrtan

Metastáza – druhotné ložisko nádorových buněk

Mukositida – zánět v dutině ústní, spojený s tvorbou vředu

Nefrotoxický – škodlivý pro ledviny

Neoadjuvantní (indukční) – systémová onkologická léčba předřazená lokálnímu výkonu

Neurotoxická – škodlivost na nervový systém

Nozokomiální – související s hospitalizací v nemocničním prostředí

Orofarynx – ústní část hltanu

Ototoxicita – škodlivost na sluch

Paliativní léčba – zmírňující, jejímž cílem je komplexně zlepšit kvalitu života nemocného

Panendoskopie – celkové endoskopické vyšetření v celkové anestezii

Parciální – částečná

Per os – ústy

Punkční – provedená vpichem

Radiosenzitivita – vnímavost, citlivost na ozařování

Radioterapie – ozařování

Recidivující – znovu se opakující, přetrvávající

Sipping – popíjení

Spinocelulární karcinom – dlaždicový karcinom, zhoubný nádor vycházející z epitelové tkáně

Sputum – vykašlaný sekret

Stomatitida – zánět ústní sliznice

Subglottis – část hrtanu pod hlasivkami

Supraglottis – část hrtanu nad hlasivkami

Tracheostomie – průdušnice uměle vyústěna na povrch těla

Tracheostomická kanyla – pomůcka určená k udržení tracheostomatu

Verukózní – bradavičnatý

(VIKTOR, HUGO, 2010)

ÚVOD

Nádorová onemocnění jsou v ČR velmi častá. S karcinomem hrtanu se ne setkáváme tak často jako třeba s karcinomem prsu, avšak toto téma je aktuální. Právě proto je tato práce zaměřena na komplexní ošetrovatelskou péči u pacienta s diagnózou karcinomu hrtanu. „Nádory oblasti hlavy a krku jsou poměrně častou malignitou, celkově tvoří kolem 1,8 % všech maligních nádorů. Jednoznačnými, dosud identifikovanými rizikovými faktory pro nádorová onemocnění této oblasti jsou kouření a alkoholismus“ (PÁLA, VÍTEK, 2005, s. 23). „Rakovina laryngu se u nás vyskytuje 13x častěji u mužů než u žen“ (SMILEK et al, 2004, s. 27).

U onkologických pacientů sestra poskytuje specifickou ošetrovatelskou péči vyplývající z biopsychosociálních potřeb konkrétního pacienta.

Cílem práce je hlouběji proniknout do této problematiky a doplnit nové poznatky. Cílem je také sestavit a realizovat individuální ošetrovatelský plán u konkrétního pacienta s diagnózou karcinomu hrtanu.

Tato práce bude sloužit jako zdroj informací hlavně všeobecným sestřám a studentům zdravotnických oborů. Některé informace budou přínosné i pro samotné pacienty a jejich rodinu.

Práci tvoří část teoretická a praktická. V teoretické části je popsána epidemiologie, etiologie, patologie, klinický obraz, diagnostika a léčba karcinomu hrtanu. Nezbytnou součástí teoretické části jsou specifika ošetrovatelské péče u pacienta s karcinomem hrtanu. Informace v této části jsou zpracovány pomocí odborné literatury. Praktická část je zaměřena na ošetrovatelský proces u konkrétního pacienta s diagnózou karcinomu hrtanu. V této části je vypracován plán ošetrovatelské péče, realizace, vyhodnocení ošetrovatelského procesu a celkové zhodnocení. Informace v této části jsou získány od pacienta a jeho rodiny, z dokumentace a od zdravotnických pracovníků.

1 KARCINOM HRTANU

Karcinom hrtanu patří do skupiny nádorů hlavy a krku (SMILEK et al, 2004). „Maligní nádory hlavy a krku patří mezi nejčastější příčiny úmrtí na zhoubná nádorová onemocnění. Ročně je na celém světě diagnostikováno přibližně půl milionu nových pacientů. Asi 60 % z nich se nachází v pokročilých stádiích onemocnění, u nichž je většinou prognóza přežití velmi špatná“ (BURKONĚ, 2008, s. 85).

1.1 EPIDEMIOLOGIE

Nádory oblasti hlavy a krku jsou v zemích Evropské unie u mužů čtvrté nejčastější nádory. Nejnižší výskyt těchto nádorů je ve Švédsku a Anglii (9–10 na 100 000 obyvatel). Nejvyšší výskyt je ve Francii, přibližně 50/100 000 obyvatel. (MECHL, SMILEK, NEUWIRTHOVÁ, 2006). „Nejvyšší výskyt nádorů hrtanu je v Evropě, zejména v zemích okolo Středozevního moře, v České republice je incidence přibližně 4/100 000 s výraznou převahou mužů (v Česku přibližně 4:1). Na rozdíl od nádorů orofaryngu incidence laryngeálního karcinomu v posledních 20 letech nestoupá. V některých studiích je pozorován posun k nižším věkovým skupinám a zvyšuje se zastoupení žen. Průměrný věk pacientů s nádory laryngu leží mezi 50 a 60 lety“ (KLOZAR, 2008, s. 23), příloha A.

1.2 ETIOLOGIE

„Etiologické faktory podílející se na vzniku orofaryngeálního a laryngeálního karcinomu jsou především reprezentovány kouřením, konzumací alkoholu a infekcí human papilloma virus (HPV). Kouření a alkohol jsou považovány za tradiční rizikové faktory, pro něž se předpokládá synergický efekt. Pouze asi 3 % zhoubných nádorů orofaryngu a laryngu se vyskytuje u nekuřáků. Uplatňuje se rovněž vliv některých dalších faktorů, jako profesionální práce s niklem, se dřevem apod. nebo dietní např. nízký příjem ovoce a zeleniny“ (KALFERT, LUDVÍKOVÁ, 2012, s. 241). Výskyt nádoru souvisí s přítomností určitých rizikových faktorů. Alkohol a nikotin, obzvláště pak jejich kombinace působí více než 80 % tumorů laryngu (SMILEK et al, 2004).

Virus HPV 16 a 18 má význam při vzniku karcinomu laryngu (SMILEK et al, 2004). Kromě zevních rizikových faktorů se mohou při vzniku nádoru laryngu uplatňovat vrozené choroby a genetické predispozice. Vztah mezi HPV a karcinomem laryngu je do jisté míry sporný. Pozitivita HPV se dle studií uplatňuje v 25 % (KALFĚŘT, LUDVÍKOVÁ, 2012). Na vzniku těchto nádorů se může podílet i nízká hygiena dutiny ústní a špatná výživa (MECHL, SMILEK, NEUWIRTHOVÁ, 2006).

1.3 PATOLOGIE

1.3.1 ROZDĚLENÍ DLE HISTOLOGIE

„Morfologie nádorů hrtanu není příliš rozmanitá. Dlaždicové (spinocelulární) karcinomy různého stupně diferenciacie tvoří 95 % všech zhoubných nádorů laryngu. Relativně vzácný je verukózní karcinom, popisovaný jako zvláštní typ spinocelulárního karcinomu. Zpravidla roste pomalu exofyticky, může destruovat i hrtanové chrupavky a netvoří metastázy. Vzácně je diagnostikován adenokarcinom“ (KLOZAR, 2008, s. 23). Adenokarcinomy a spinocelulární karcinomy metastazují nejprve do místních lymfatických uzlin, podčelistních a krčních, postupně i do uzlin v mezihrudí. Nejčastěji metastazují do plic. Karcinomy se liší diferenciací, tedy mírou vyzrání nádorových buněk. Nejzhoubnější jsou nádory dediferencované a anaplastické (ŽALOUDÍK, 2011).

1.3.2 ROZDĚLENÍ DLE LOKALIZACE VE VZTAHU K HLASIVKÁM

Larynx je tvořen z hlediska onkologických rizik třemi částmi: supraglotickou, glotickou a subglotickou. Supraglotická oblast má bohaté lymfatické zásobení relevantní orofaryngu, a proto riziko metastáz do regionálních mízních uzlin dosahuje 50 % a tyto metastázy jsou často oboustranné. Naproti tomu v glotické oblasti je lymfatické zásobení chudé a metastázy do mízních regionálních uzlin jsou tu vzácné. Nejčastěji jsou nádory laryngu v glotické oblasti, tvoří 60–65 % nádorů laryngu (VÍTEK, NOVOTNÝ, 2012), příloha B.

1.3.3 TNM KLASIFIKACE

TNM systém je základní a jedinou možností klinické klasifikace nádorů v oblasti otorhinolaryngologie pro potřeby léčebné strategie. Je vyvinut jednotlivě pro jednotlivé anatomické oblasti (VÍTEK, NOVOTNÝ, 2012), příloha C. Tato klasifikace určuje anatomický rozsah nádorového onemocnění, hodnotí následující tři kategorie. Písmeno T určuje rozsah primárního nádoru, N znamená stav regionálních mízních uzlin a M přítomnost nebo nepřítomnost vzdálených metastáz (VORLÍČEK et al, 2006).

1.4 KLINICKÝ OBRAZ

„Nádory hrtanu se liší příznaky dle primární lokalizace a dle pokročilosti onemocnění. V počátečních stádiích karcinomu glottis je chrapot, u karcinomu supraglottis bývá často pocit cizího tělesa a polykací potíže. Karcinom subglottis bývá dlouho bez příznaků. V pokročilejších stádiích bývá příměs krve ve sputu, dýchací a polykací obtíže, bolest při polykání a exulcerace zevně na krku“ (SMILEK et al, 2004, s. 28). Karcinom v supraglottis obvykle nejeví časné projevy. Prvním příznakem je nejčastěji škrábání v krku, citlivost na horké či studené jídlo nebo bolestivé polykání. Při šíření nádoru do jazyka může být bolestivá, obtížná motilita jazyka. U exulcerovaného nádoru se objevuje zápach z úst. Prvním projevem může být až přítomnost krčních metastáz (KLOZAR, 2008). Nádory glottis se projeví chrapotem již v časném stádiu. Silní kuřáci opakovaně prodělávají laryngitidy a chrapotu nevěnují pozornost. Obecně je vždy varovným příznakem každý chrapot trvající déle než tři týdny. Nádory subglottis se často projevují až v pokročilejším stádiu dušností (KLOZAR, 2008).

1.5 DIAGNOSTIKA

Prvním bodem ke stanovení diagnózy maligních nádorů hlavy a krku je pečlivá anamnéza, která je zaměřená na místní a celkové příznaky (váhový úbytek, poruchy chuti), sociální zvyklosti a rizikové faktory. Následuje základní klinické vyšetření a endoskopická vyšetření. Řada nádorů hlavy a krku je dobře přístupná vyšetření

pohledem, pohmatem a přímým i nepřímým endoskopickým metodám. Zásadní je odběr vzorku k histologickému vyšetření (SMILEK et al, 2004).

V diagnostice karcinomu laryngu má hlavní přínos laryngoskopie nepřímá, zvětšovací a přímá, popř. fibrolaryngoskopie (KLOZAR, 2008), příloha D, E. Nepřímá laryngoskopie se provádí pomocí speciálních zrcátek. Při zvětšovací laryngoskopii se používá optický endoskop, který poskytuje zvětšený podrobný obraz hlasivek. Pokud je třeba provést na hlasivkách nějaký zákrok, třeba odběr vzorku na mikroskopické vyšetření, provádí se přímá laryngoskopie v celkové anestezii. Ta umožní pozorování hrtanu přímo přes optický přístroj (ALLENT, 2013). Mezi další vyšetřovací metody ke stanovení diagnózy patří rentgenový snímek a pak nativní počítačová tomografie (CT) nebo magnetická rezonance (MR). Dále se uplatňuje ultrazvuk (UZ) krku včetně ultrazvukového 2D, karotická angiografie, případně angiografie, provedená při magnetické rezonanci. K diagnostice se využívá i panendoskopie v narkóze, UZ krčních uzlin, punkční biopsie či histologie uzlin (SMILEK et al, 2004). Nádory hlavy a krku nejčastěji metastazují do plic a jater. Při podezření na plicní metastázy se provádí prostý snímek plic, který je možné doplnit CT vyšetřením. Při podezření na jaterní metastázy se uplatňuje UZ jater, který je možné doplnit CT s kontrastní látkou (KUBECOVÁ et al, 2011).

1.6 LÉČBA

„Při volbě způsobu léčby přihlížíme ke známým prognostickým faktorům, především k pokročilosti nádoru (vyjádřené TNM klasifikací), jeho lokalizaci, histologickému typu, věku a celkovému stavu nemocného, taktéž je respektováno přání nemocných“ (SMILEK et al, 2004, s. 33). Cílem léčby je získat maximální kontrolu nad nádorovým onemocněním s maximální dosažitelnou kvalitou života. Metodou volby je kromě chirurgického zákroku též chemoterapie, radioterapie, případně jejich kombinace (PÁLA, VÍTEK, 2005), příloha F.

1.6.1 CHIRURGICKÁ LÉČBA

„Tento druh léčby má zásadní význam, více než dvě třetiny pacientů s nádorovým onemocněním v oblasti hlavy a krku se podrobí některému z chirurgických výkonů, ať už samostatnému, nebo jako součásti kombinované onkologické léčby. Vlastní chirurgický výkon spočívá nejen v odstranění vlastního nádoru, ale často v současném odstranění příslušného spádového lymfatického systému ve formě některé z tzv. blokových disekcí. Chirurgická léčba může být dostatečně účinná jen za předpokladu odstranění celého nádoru s dostatečným lemem zdravé tkáně za současného zachování funkčně důležitých struktur a možnosti rekonstrukce operované krajiny“ (ŠTEFFL, 2008, s. 75-76). „Specifikem terapie nádorů laryngu je zásadní funkční omezení po radikální chirurgické terapii, respektive totální, případně i parciální laryngektomii. Orgán zachovný postup představuje zásadní volbu v terapii“ (VÍTEK, NOVOTNÝ, 2012, s. 47). Cílem léčby je dosáhnout co nejradikálnějšího odstranění nádoru a zároveň co nejmenšího funkčního poškození (VORLÍČEK et al, 2006).

Chirurgická léčba je základem u nediseminovaného onemocnění (SMILEK et al, 2004). „Chirurgická léčba může být efektivní ve formě různých typů parciálních laryngektomií u glottické formy rakoviny hrtanu, u supraglottické formy může být omezeně ošetřena okolní tkáň, jako jsou valemuly nebo kořen jazyka. Totální laryngektomie zůstává standardem v léčbě T3-4 rakoviny hrtanu“ (ŠTEFFL, 2008, s. 77-78). Parciální výkony jsou podstatně méně tělo znetvořující zákroky než totální laryngektomie. Jsou však indikovány jen u části pacientů vzhledem k rozsahu tumoru. Nelze říci, že všechny parciální laryngektomie mají dobré funkční výsledky (KLOZAR, 2008).

1.6.1.1 CHIRURGICKÁ LÉČBA V KOMBINACI S RADIOTERAPIÍ

„Za standardní léčbu pokročilých stádií maligních nádorů hlavy a krku (T3, T4, N1-3, M0) je považována léčba chirurgická v kombinaci s radioterapií“ (SMILEK et al, 2004, s. 34). „Časné nádory glottis (T1–T2) mohou být léčeny s obdobnými výsledky chirurgicky nebo radioterapií s následným chirurgickým výkonem v případě jejího selhání“ (PÁLA, VÍTEK, 2005, s. 35). Nádory supraglottis T1–T2 mohou být také

léčeny chirurgicky nebo ozařováním s následným chirurgickým zákrokem v případě jejího selhání (PÁLA, VÍTEK, 2005). Léčba chirurgická, většinou v kombinaci s radioterapií se používá u nádorů, které metastazují do krčních uzlin (SMILEK et al, 2004).

„Klasickým chirurgickým přístupem k léčbě karcinomu laryngu je totální laryngektomie. Jde o kompletní odstranění hrtanu. Parciální laryngektomie představují konzervativní chirurgický přístup, při kterém je odstraněna nádorem postižená část hrtanu při zachování funkcí, tedy polykání, průchodnosti hrtanu a hlasu. Část nádorů lze odstranit i endoskopickou cestou. V posledních letech je tento přístup používán častěji v souvislosti s rozvojem laserové chirurgie. Klasické parciální hrtanové výkony jsou prováděny ze zevního přístupu a dělí se na horizontální a vertikální“ (KLOZAR, 2008, s. 25). Horizontální supraglottická laryngektomie je indikována u tumorů supraglottis, které nezasahují hlasivky. Rozsáhlejším horizontálním zákrokem je krikohyoidopexie. Je prováděna v případech, kdy supraglottický tumor zasahuje až do glottické úrovně. Vertikální laryngektomie zahrnuje vyjmutí segmentu štítné chrupavky spolu s částí glottis postiženou nádorem. Provádí se i hemilaryngektomie, při které je vytnuto celé křídlo štítné chrupavky spolu s měkkými tkáněmi (KLOZAR, 2008).

1.6.2 RADIOTERAPIE

„Radioterapie je nedílnou součástí léčby tumorů hlavy a krku. U lokalizovaných, počátečních forem může dosáhnout vyléčení podobně jako operační zákrok“ (SMILEK et al, 2004, s. 33). „Radioterapie nádorů laryngu probíhá formou zevní radioterapie. Exofytické léze odpovídají na radioterapii lépe než léze vykazující infiltrativní růst“ (PÁLA, VÍTEK, 2005, s. 35). Ozařovací metody jsou pro oblasti nádorů hlavy a krku velice dobře zpracovány, takže mohou menší nádor i zcela vyléčit a být šetnější možností složité chirurgické léčby. Díky moderní plánovací počítačové technologii lze dávku záření aplikovat přesně v rozmanitých hranicích nádoru a šetřit okolní struktury (ŽALOUĐÍK, 2011).

Radioterapie se často používá adjuvantně po operaci. Ta má za cíl dosáhnout lepší lokální nebo lokoregionální kontroly. Pooperační radioterapie se provádí u nemocných s lokálně pokročilým tumorem, v případě pozitivních resekčních linií, při

postižení regionálních uzlin a při extrakapsulárním šíření. Pokud by tumor pro svou velikost nebyl operabilní, je jednou z možností neoadjuvantní radioterapie a následně po zmenšení tumoru operace (SMILEK et al, 2004).

1.6.2.1 KONKOMITANTNÍ RADIOCHEMOTERAPIE

„Při aplikaci radiochemoterapie dochází mezi zářením a cytostatiky k řadě interakcí, které zvyšují jejich účinek. Použitím vhodných cytostatik, která jsou aplikována v určitém časovém intervalu, se zvyšuje radiosenzitivita nádorových buněk, a tím i jejich vnímavost k záření. Na druhé straně může konkomitantní radiochemoterapie vést k většímu poškození zdravých tkání ve srovnání s jejich poškozením při aplikaci jen jedné terapeutické modality. Indikace radiochemoterapie musí být tedy zvažována individuálně s přihlédnutím k celkovému stavu pacienta a jeho přidruženým chorobám. Konkomitantní radiochemoterapie je u lokálně pokročilých nádorů hlavy a krku efektivnější než aplikace jednotlivých metod samostatně“ (BURKONĚ, 2008, s. 85-86).

1.6.3 CHEMOTERAPIE

Chemoterapie byla dlouho používána pouze jako součást paliativní léčby metastazujícího nebo recidivujícího karcinomu hlavy a krku. V posledních dvou desetiletích se využívá i v léčbě kurativní (PÁLA, 2012). „Chemoterapie může být aplikována před lokoregionální léčbou (indukční chemoterapie), simultánně s radioterapií (konkomitantní chemoradioterapie) nebo po lokoregionální léčbě (adjuvantní chemoterapie)“ (PÁLA, 2012, s. 257).

Neoadjuvantní chemoterapie stejně jako neoadjuvantní radioterapie je používána, pokud není nádor operabilní pro svou velikost. Po zmenšení nádoru se provádí operace (SMILEK et al, 2004). „V indikovaných případech lze použít lokoregionální chemoterapii (pokud je k tomu technické vybavení) s následným ozářením. Metoda intraarteriální chemoterapie je stále určitým způsobem zajímavá, avšak nestala se standardní léčebnou metodou a zůstala spíše na periferii zájmu. Za standardní přístup v léčbě recidivujících maligních nádorů hlavy a krku a nádorů se vzdáleným metastatickým rozsevem je považována chemoterapie s následnou

radioterapií, případně paliativním chirurgickým výkonem. U pacientů v dobrém celkovém stavu se vzdálenými metastázami se doporučuje paliativní chemoterapie (cisplatina/5-fluorouracilem, karboplatina/fluorouracil, karboplatina/taxan)“ (SMILEK et al, 2004, s. 35).

1.6.3.1 KONKOMITANTNÍ CHEMORADIOTERAPIE

Nejčastěji používanými cytostatiky v kombinaci se zářením jsou platinové deriváty, především cisplatina. Nejčastěji aplikovaným režimem konkomitantní chemoterapie je podání cisplatinu 100 mg/m² v třítydenním intervalu v průběhu radioterapie. Toto podávání je na jedné straně prokazatelně efektivní, vykazuje však nezanedbatelnou míru toxicity. K závažným komplikacím patří především nefrotoxicita, ototoxicita, neurotoxicita, gastrointestinální a hematologická toxicita. Jsou testovány zkrácené režimy podávání (týdenní, denní režimy cisplatinu) s cílem snížit toxicitu tohoto režimu. Od zkrácených režimů se očekává mimo to i možnost zásahu většího počtu buněk v radiosenzitivních fázích buněčného cyklu (PÁLA, 2012).

1.6.4 BIOLOGICKÁ LÉČBA

Většina karcinomů hlavy a krku je tvořena buňkami vybavenými receptory pro epidermální růstový faktor (EGF), které umíme vysoce specifickými monoklonálními protilátkami obsadit, blokovat a tím omezit stimulační vliv EGF na nádor. Preparát fungující na tomto principu s názvem cetuximab zlepšuje výsledky léčby v kombinaci se standardní chemoterapií. Do standardní chemoterapie patří především klasická cytostatika, jako jsou 5-fluorouracil a platinové deriváty (ŽALOUĐÍK, 2011). Cetuximab se podává do žíly. Patří sem i inhibitory takzvaných itibů. Preparát tohoto typu erlotinib se podává v tabletách. Monoklonální protilátka bevacizumab má jiný mechanismus protinádorového účinku. Tlumí vliv cévního růstového faktoru, který je nezbytný pro cévní novotvorbu a výživu nádorů. Další novinkou v terapii je léčba onkolytickým reovirem. Ten umí nalézat a blokovat nádorové buňky s aktivovaným onkogenem RAS (ŽALOUĐÍK, 2011).

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S KARCINOMEM HRTANU

„Ošetrovatelská péče o pacienta s onkologickým onemocněním představuje specifickou péči a vyžaduje holistický přístup ze strany sestry“ (PALKOVÁ, DIMUNOVÁ, 2012, s. 40). U pacientů se zhoubnými nádory v oblasti hlavy a krku často bývá v různém stupni postižena řeč, polykání a dýchání. Tyto funkce jsou důležité pro sociální interakci, kvalitu života a přežití (VORLÍČEK et al, 2006). Až 70 % pacientů s pokročilým nádorem v oblasti hlavy a krku mají problémy v oblasti výživy. Tyto obtíže jsou způsobeny nejen onemocněním, ale i léčbou. Nemocní po ozáření v oblasti krku trpí nedostatkem slin, poruchou chuti, žvýkání a polykání. Z těchto důvodů je pacientům podávána enterální výživa (ZADÁK, 2004). U těchto pacientů je velkým přínosem zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG) již před zahájením léčby (FOJTÍKOVÁ, KOUTNÁ, 2009).

Ošetrovatelské postupy, které mají za cíl minimalizovat vznik a rozvoj nežádoucích účinků léčby či zlepšení komfortu pacienta se stávají prioritou v rámci ošetrovatelské péče. U pacienta je nutno věnovat pozornost zejména péči o dutinu ústní, o ozařované pole a o tracheostomii, je-li u pacienta zavedena. Nezbytnou součástí péče je pomoc při zvládání potíží v komunikaci, psychologická podpora a celkově pomoc v sociální oblasti. Psychické strádání a sociální osamocenenost se vyskytuje zvláště u pacientů s tracheostomií. Důraz je kladen na edukaci pacienta, jeho získání pro spolupráci při dodržování preventivních opatření a při léčbě (FOJTÍKOVÁ, KOUTNÁ, 2009).

2.1 EDUKACE

V rámci edukace a zároveň prevence se zaměřujeme hlavně na stav výživy a příjmu potravy. Pacienti v této oblasti mají často problémy již při přijetí. Vyhodnocujeme nutriční skóre a plánujeme vhodné ošetrovatelské intervence. Mezi tyto intervence patří zajištění vhodné diety (mleté, kašovitě, nedráždivé, vhodné teploty – chlazené). V průběhu léčby je dieta přizpůsobována dle stavu pacienta. Sledujeme

tělesnou hmotnost, pacienta vážíme při příjmu a pak alespoň jednou za týden. Monitorujeme stravu, dle vývoje celkového stavu podáváme sipping a postupně přecházíme na enterální výživu. Vhodné je včasné zavádění sippingu, zejména s vyšším obsahem bílkovin. Je snaha co nejdéle zachovat fyziologickou cestu příjmu stravy. Ve většině případů dochází k nutnosti doplňování stravy enterální cestou asi v polovině doby léčby. Asi v poslední třetině pacienti přechází na úplnou enterální výživu (FOJTÍKOVÁ, KOUTNÁ, 2009).

2.2 PÉČE O DUTINU ÚSTNÍ

Při radioterapii se může objevit radiační stomatitida s bolestí, pálením, obtížným polykáním nebo sníženou chutí k jídlu. Pacientům doporučujeme výplachy dutiny ústní, zejména po jídle, zvýšenou hygienu a čištění zubů speciálním měkkým kartáčkem, žvýkačky bez cukru, s pilokarpinem pro podporu tvorby slin a vytírání úst glycerinem. Pacientům nepodáváme horkou, kořeněnou a mechanicky dráždivou stravu (VOJTOVÁ, 2012). Provádíme dezinfekční výplachy (Corsodyl, šalvěj) a v případě mukositivity používáme speciální léčiva jako Sporanox, Gelclair, Prokanazol v kapslích (FOJTÍKOVÁ, KOUTNÁ, 2009). K výplachům lze užít roztoky s chlorhexidinem, benzydaminem, odvary z šalvěje, z řepíku, roztoky se solí nebo jedlou sodou, nesyčené minerální vody, ale i obyčejnou pitnou vodu. Výplachy by měli pacienti provádět vícekrát v průběhu dne (6-10 x), obzvláště po každém jídle. Nevhodné jsou ústní vody s obsahem alkoholu, které vysušují sliznici dutiny ústní“ (PÁLA, 2010, s. 14).

2.3 PÉČE O KŮŽI

Sestra věnuje zvýšenou péči a pozornost především pacientům po ozařování. U těchto pacientů může postupně vzniknout poškození kůže v důsledku ozařování, tzv. radiodermatitida. Kůže je začervenalá a mokvající. Součástí ošetrovatelské péče je důležité předcházet mechanickému i chemickému dráždění. Pokud kůže nemokvá, je vhodné ji dvě hodiny po ozařování promazávat. I několik let po ukončení ozařování se může vyvinout chronická radiodermatitida. Ta je provázená suchostí kůže, sníženým ochlupením a nedostatečnou produkcí mazu. Takovou kůži je potřeba opakovaně promazávat. Sestra musí při ošetřování kůže ovládat správný postup, hlavně musí dbát

na prevenci zanesení infekce (PALKOVÁ, DIMUNOVÁ, 2012). „Pokud dojde ke zhoršování kožní reakce, aplikujeme léčebné masti např. Calcium pantothenicum“ (FOJTÍKOVÁ, KOUTNÁ, 2009, s. 148). Pacient má nosit volný, nedráždivý oděv. Důležité je nevystavovat se slunečnímu záření a udržovat kůži suchou. Kůži neomýváme mýdlem, po sprchování se jemně osuší. Na ozařovanou oblast nepoužíváme žádné parfémy, při holení použijeme elektrický strojek. Při začervenání kůže promazáváme kůži nejdříve dvě hodiny po ozáření. Používáme např. nesolené sádlo, Calcium panthothenicum, Panthenol gel a gelové chladicí termo polštářky (VORLÍČEK et al, 2006).

2.4 PÉČE O TRACHEOSTOMICKOU KANYLU

„U tracheostomovaných pacientů představuje největší problém změna polykacích návyků a dále ošetrovatelská péče o kožní integritu v oblasti tracheostomatu včetně ošetrovatelské péče o tracheostomickou kanylu. Pravidelně kontrolujeme lokalitu tracheostomatu a jeho okolí. Sledujeme, zda nejsou v okolí tracheostomatu známky zánětu (zarudnutí, otok, bolestivost, patologická sekrece). Okolí tracheostomie ošetřujeme dvakrát či třikrát denně a dále dle potřeby při prosáknutí sekretem. Měníme pravidelně sterilní čtverec, kterým vypořádáme tracheostomickou kanylu. Fixace tracheostomické kanyly je zajištěna tkalouny či fixačními textilními páskami, které měníme podle potřeby tracheostomovaného pacienta. U pacientů, kteří dýchají spontánně, lze zavést kovovou tracheostomickou kanylu bez těsnicí manžety. Výměnu provádíme první nebo druhý den po výkonu. Dále provádíme výměnu podle potřeby pacienta. Při zavedené kovové tracheostomické kanyle obměňujeme vnitřní části dle potřeby pacienta, podle množství sekrece. V současné době je možno nahradit kovové tracheostomické kanyly plastovými, umělohmotnými bez těsnicí manžety. Odsávání z dolních dýchacích cest provádíme sterilními odsávacími cévkami z PVC hmoty přiměřeného průsvitu, který odpovídá jedné třetině tracheostomické kanyly. Šetrnou technikou odsávání sekretu z dýchacích cest snižujeme jejich traumatizaci a předcházíme vzniku infekce. Tento způsob odsávání sekretu z dýchacích cest se nazývá otevřený. Při jeho použití dochází k rozpojení ventilačního okruhu a pacient je ohrožen rizikem nozokomiální infekce, proto preferujeme uzavřený odsávací systém. Uzavřený odsávací systém tvoří sterilní odsávací cévka uložená ve sterilním

polyuretanovém rukávci a zakončená kontrolním ventilem/přerušovačem sání“ (CHMELÍKOVÁ, 2005, 44-45).

2.5 PÉČE O PEG

Do PEG je možné podávat kuchyňskou stravu upravenou mixováním. Otázkou je spíše, zda tento způsob podávání výživy splňuje individuální energetické a nutriční požadavky pacienta. Častěji podáváme přípravky klinické enterální výživy, ve kterých je zaručen vhodný poměr jednotlivých živin, vitamínů, minerálních látek a stopových prvků. Výživu podáváme bolusově nebo kontinuálně, upřednostňuje se podání bolusové. Strava se podává nejčastěji v tříhodinových intervalech. Maximální bolusová dávka je 300 ml, včetně tekutiny na proplach PEG. Sonda se proplachuje před každým podáním i po podání, aby se neucpala. Nejvhodnější je sondu proplachovat převařenou vodou nebo čajem v dávce 30-50 ml. Nejvhodnější je podávat stravu pacientovi vpolosedě. V této poloze by měl pacient ještě 30-60 minut po podání stravy setrvat. Do PEG nejčastěji podáváme léky ve formě kapek nebo sirupu zředěné vodou nebo čajem. Pokud musíme podat lék ve formě tablety, musíme ho dobře rozdrtit a podat v malém množství tekutiny do sondy po jídle. Prvních 14 dní se okolí PEG ošetřuje jednou za den dezinfekčním roztokem a kryje se sterilním čtvercem. Sledujeme případné známky zánětu v okolí PEG, vytékání stravy, přítomnost hnisu nebo bolestivost při manipulaci. Po 14 dnech ošetřujeme PEG dvakrát týdně. První dva týdny pacientovi doporučujeme pouze sprchování. Po zahojení okolí otvoru v břišní stěně se může koupat (BALOGOVÁ, BRAMUŠKOVÁ, 2010).

2.6 PÉČE O PACIENTA V PSYCHOSOCIÁLNÍ OBLASTI

„V současné době se psychologická pomoc onkologickým pacientům začíná dostávat do systému poskytování komplexní péče o pacienta jako nezbytná součást léčebného postupu“ (HRSTKA, 2009, s. 169). Potřeby pacienta bychom měli brát tak, jak je vidí sami pacienti. Psychologická pomoc a individuální psychoterapie by měla zajistit lidský rozhovor, emoční podporu a poradenskou službu. Nejdůležitější je vytvoření příznivého prostředí pro vyjádření pocitů, obav, starostí a nadějí pacienta (HRSTKA, 2009).

Všichni zdravotničtí pracovníci se uplatňují v sociální práci. Všeobecná sestra zjišťuje změny sociálního stavu pacienta, které vyvolala nemoc. Také zjišťuje sociální potřeby pacienta a potřeby, které pomáhá uspokojovat odborný sociální pracovník (VODVÁŘKA, 2004).

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S KARCINOMEM HRTANU

Pacient s diagnózou karcinom hrtanu byl dne 1. 10. 2013 plánovaně přijat na kliniku onkologie a radioterapie. Ošetrovatelská péče byla prováděna v období od 14. 10. do 18. 10. 2013. Z důvodu ochrany osobních údajů nebyly uvedeny informace typu jméno, příjmení pacienta atd. Na základě získaných informací byly stanoveny aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy.

3.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTOVI

Identifikační údaje

Jméno a příjmení: XY

Pohlaví: muž

Datum narození: 1949

Věk: 64 let

Rodné číslo: 49XXXX/XXXX

Adresa bydliště a telefon: vesnice (okres Hradec Králové)

Adresa příbuzných: manželka, bydliště stejné

Číslo pojišťovny: 205

Vzdělání: středoškolské

Zaměstnání: starobní důchodce

Stav: ženatý

Státní příslušnost: ČR

Datum přijetí: 1. 10. 2013

Typ přijetí: plánované

Oddělení: standardní oddělení onkologie a radioterapie

Ošetřující lékař: MUDr. S. M.

Důvod přijetí udávaný pacientem

„Budou mi ozařovat krk a dávat kapačky.“

Medicínská diagnóza hlavní

Tumor hrtanu cT3 cN2c cM0 – diferencovaný spinocelulární karcinom (pravá hlasivka), diagnostikováno 7/2013

Medicínské diagnózy vedlejší

Vředová choroba gastroduodenální

Chronická kuřácká bronchitis

Vitální funkce při přijetí

Krevní tlak (TK): 120/80 mmHg

Puls (P): 72/min.

Dech (D): 16/min.

Tělesná teplota (TT): 36,6 °C

Stav vědomí: při vědomí, orientován

Výška: 172 cm

Hmotnost: 67,5 kg

Body mass index (BMI): 22,8

Pohyblivost: úplná

Krevní skupina: A Rh⁺

Nynější onemocnění

64 letý pacient byl plánovaně přijat k radikální chemoradioterapii tumoru hrtanu v celkové dávce 70 Gray (Gy)/33 frakcí (fr) metodou intensity modulated radiation therapy (IMRT) a konkomitantního podání cisplatin (cDDP) 40 mg/m² týdně. Je zde hospitalizován poprvé. V plánu je zavedení PEG. Pacient udává bolesti krku vpravo. Má chrapot.

Informační zdroje

Rozhovor s pacientem, dokumentace pacienta, informace od zdravotnického personálu

3.2 ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza

Matka: byla zdravá

Otec: léčil se s karcinomem tlustého střeva

Sourozenci: nemá sourozence

Děti: jeden syn, je zdrav

Osobní anamnéza

Překonané a chronické onemocnění: běžné dětské nemoci, asi před 20 lety se léčil s vředovou chorobou gastroduodena, dlouhodobě chronická kuřácká bronchitis

Hospitalizace a operace: stav po septoplastice, operace nesestouplého varlete v dětství

Úrazy: 0

Transfúze: ne

Očkování: běžná očkování

Léková anamnéza

Bez medikace

Alergologická anamnéza

Léky: neudává

Potraviny: neudává

Chemické látky: neudává

Jiné: neudává

Abúzy

Alkohol: pije denně 2-3 piva

Kouření: kouřil 20 cigaret denně, nyní průměrně 8 za den

Káva: pije jednu denně

Léky: neudává

Jiné návykové látky: neudává

Urologická anamnéza

Překonané urologické onemocnění: žádné

Poslední návštěva u urologa: v březnu 2013, bez nálezu

Samovyšetření varlat: neprovádí

Sociální anamnéza

Stav: ženatý

Bytové podmínky: žije v rodinném domě s manželkou na vesnici

Vztahy, role a interakce v rodině: se synem má přátelský vztah, navštěvují se

Vztahy, role a interakce mimo rodinu: má hodně přátel, vychází s nimi dobře

Záliby: hlavně rodina, příroda

Volnočasové aktivity: sledování televize, četba a procházky přírodou

Pracovní anamnéza

Vzdělání: středoškolské

Pracovní zařazení: nyní starobní důchodce, dříve elektrikář

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: jako elektrikář pracoval téměř 40 let, v 60 letech nastoupil do starobního důchodu

Vztahy na pracovišti: dobré, nekonfliktní

Ekonomické podmínky: oba jsou s manželkou již ve starobním důchodu, ekonomicky jsou zajištěny celkem dobře

Spirituální anamnéza

Religiózní praktiky: nevěřící

3.3 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ZE DNE 14. 10. 2013

Popis fyzického stavu

HLAVA A KRK

Subjektivně: „Hlava mě nebolí. Bolí mě krk vpravo. Mám pocit knedlíku v krku.“

Objektivně: Hlava normocefalická, mezocefalická, pokleповě nebolestivá. Nejsou deformity na hlavě. Výstupy hlavových nervů nebolestivé. Oční bulby ve středním postavení, pohyblivé, skléry bílé, spojivky růžové. Rty suché, bez cyanózy, souměrné. Jazyk bledý, lehce povleklý, plazí ve střední čáře. Chrup plně umělý, dásně růžové. Uši a nos bez výtoku. Ozařované pole (krk) klidné. Krční páteř dobře pohyblivá, pulzace karotid symetrická, náplň krčních žil nezvětšená, krční uzliny oboustranně nehmatné, štítná žláza nezvětšená. Numerická škála bolesti (0-10): č. 2 (krk vpravo), strnulý výraz v obličeji.

HRUDNÍK A DÝCHACÍ SYSTÉM

Subjektivně: „Dýchá se mi dobře.“

Objektivně: Hrudník souměrný, dýchání čisté, sklípkové, bez vedlejších poslechových fenoménů.

SRDEČNĚ CÉVNÍ SYSTÉM

Subjektivně: „Nemám žádné problémy.“

Objektivně: TK 120/80 mmHg, P 72/min., dobře hmatný. Srdeční akce pravidelná, ozvy bez šelestu, bez tření. Barva kůže na HKK i DKK růžová, periferie dobře prokrvené, DKK bez otoků, bez varixů. Lýtka pohmatově nebolestivá.

BŘICHO A GIT

Subjektivně: „Břicho mě nebolí, nemám průjem ani zácpu.“

Objektivně: Břicho měkké, na pohmat nebolestivé, bez rezistence, bez známek peritoneálního dráždění. Peristaltika slyšitelná. Poslední stolice včera. Zaveden PEG, klidný.

MOČOVÝ A POHLAVNÍ SYSTÉM

Subjektivně: „Nemám problémy.“

Objektivně: Moč čirá, bez příměsí a zápachu. Není pálení ani řezání při močení. Uretra bez výtoku. Scrotum nebolestivé.

KOSTERNÍ A SVALOVÝ SYSTÉM

Subjektivně: „Žáda mě nebolí, klouby také ne.“

Objektivně: Poloha aktivní, chodící. Páteř fyziologicky zakřivená. Svaly a šlachy pohmatově nebolestivé. Klouby volně pohyblivé. Riziko pádu 1 bod (bez rizika).

NERVOVÝ SYSTÉM A SMYSLY

Subjektivně: „Nosím jen brýle na čtení.“

Objektivně: Při vědomí, orientovaný místem, časem i osobou. Spolupracuje. Řeč plynulá, tichá. Má chrapot. Čítí v normě. Zrak zhoršený, kompenzovaný brýlemi na blízko. Dvojité vidění nemá. Slyší dobře. Není schopen se plně soustředit na rozhovor.

ENDOKRINNÍ SYSTÉM

Subjektivně: „Nemám žádné problémy.“

Objektivně: Štítná žláza nezvětšena.

IMUNOLOGICKÝ SYSTÉM

Subjektivně: „Nevím o ničem, na co bych byl alergický.“

Objektivně: TT 36,6 ° C, afebrilní. Lymfatické uzliny nehmatné.

KŮŽE A JEJÍ ADNEXA

Subjektivně: „Žádné problémy nemám.“

Objektivně: Kůže růžová, bez ikteru a eflorescencí, hematomy 0, kůže sušší, kožní turgor snížený Ozařované pole klidné. Vlasy tmavé, řídké. Nehty ostříhané, nehtové lůžko růžové. Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové 27 bodů (bez rizika).

Poznámky z tělesné prohlídky

Hodnocení fyzického stavu pacienta bylo provedeno za pomoci knihy Fyzikální vyšetření pro sestry (NEJEDLÁ, 2006). Z výše uvedeného vyplynulo následující: pacient má bolesti pravé strany krku, má chrapot. Pacient má suché rty a snížený kožní turgor.

Aktivita denního života

STRAVOVÁNÍ

Doma: „Doma jsem jedl téměř vše. Mám rád hlavně maso, nemusím moc zeleninu. Manželka mi každý den vařila oběd. Neměl jsem problém s polykáním.“

V nemocnici: „Pocit'uju, že se mi hůř polyká. Při polykání mě to bolí. Sním toho méně než dříve.“

Objektivně: Dieta 3 změněna na dietu 14. Pacient sní 1/2 porcí, léky zatím spolkně. Hůře polyká tuhé sousto, některé jídlo odmítá. Dnes zahájena výživa cestou PEG 500ml/24 hod. v malých dávkách mezi jídly. Od přijetí váhový úbytek 1kg, vážen 2x týdně. Hmotnost 66,5kg, BMI 22,3.

PŘÍJEM TEKUTIN

Doma: „Doma jsem vypil odhadem 1,5 l tekutin. Mám rád čaje a minerální vody.“

V nemocnici: „Musím se nutit pít, ale snažím se.“

Objektivně: Příjem tekutin je zajištěn perorálně a částečně cestou PEG. Pacient vypije 1 l tekutin. Doposud si pacient PEG jen proplachoval 1x denně 50 ml H₂O. Byla zahájena aplikace více tekutin do PEG, aby denní příjem tekutin byl alespoň 1,5 l. Je nutné pacientovi tekutiny aktivně nabízet a dohlížet nad příjmem tekutin.

VYLUČOVÁNÍ MOČE

Doma: „Doma jsem neměl žádné problémy.“

V nemocnici: „Tady v nemocnici také nemám.“

Objektivně: Vylučování moče je bez patologií.

VYLUČOVÁNÍ STOLICE

Doma: „Doma jsem chodil na stolicí většinou každý den.“

V nemocnici: „Tady jsem byl před dvěma dny.“

Objektivně: Poslední stolicí měl pacient před dvěma dny.

SPÁNEK A BDĚNÍ

Doma: „Doma jsem byl zvyklý chodit pozdě spát a brzy jsem vstával.“

V nemocnici: „Tady spím taky docela dobře, jsem ale hodně unavený.“

Objektivně: Pacient je unavený, přes den pospává.

AKTIVITA A ODPOČINEK

Doma: „Rád jsem si zašel na procházku s manželkou nebo jsem si něco přečetl.“

V nemocnici: „Tady se dívám na televizi nebo si čtu noviny. Často jen odpočívám.“

Objektivně: Pacient je přes den aktivizován.

HYGIENA

Doma: „Doma jsem se koupal každý večer před spaním.“

V nemocnici: „Teď, jak jsem tady, koupu se někdy i dvakrát denně.“

Objektivně: Hygienu provádí pacient dostatečně sám, v případě potřeby mu bude zajištěna pomoc zdravotnického personálu.

SOBĚSTAČNOST

Doma: „Doma jsem samostatný.“

V nemocnici: „Tady to taky zvládám vše zatím sám.“

Objektivně: Barthelův test 95 bodů – lehká závislost. Pacient je soběstačný. Po edukaci v péči o PEG a následném nácviku proplachu PEG pod dohledem sestry proplach PEG provádí samostatně.

Posouzení psychického stavu

VĚDOMÍ

Subjektivně: „Vše vnímám.“

Objektivně: Pacient je při vědomí, Glasgow coma scale (GCS): 15 bodů.

ORIENTACE

Subjektivně: „Nemám problémy.“

Objektivně: Pacient je orientovaný místem, časem i osobou.

NÁLADA

Subjektivně: „Jde to.“

Objektivně: Dle výrazu ve tváři se pacient necítí moc dobře.

PAMĚŤ

STAROPAMĚŤ

Subjektivně: „Nemám žádný problém.“

Objektivně: Pacient má paměť zachovanou.

NOVOPAMĚŤ

Subjektivně: „Taky nemám problém.“

Objektivně: Nové informace si pacient zapamatuje.

MYŠLENÍ

Subjektivně: „Poslední dobou jsem spíš pesimista, moc mi pomáhá rodina.“

Objektivně: Myšlení je reálné. Je potřeba pacienta psychicky povzbudit.

TEMPERAMENT

Subjektivně: „Jsem spíše introvert, ale umím se i rozčílit.“

Objektivně: Pacient je spíše introvertní.

SEBEHODNOCENÍ

Subjektivně: „Nevím, co bych řekl. Nerad se hodnotím, to by měli dělat druzí.“

Objektivně: Pacient není úplně schopen sebehodnocení.

VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ

Subjektivně: „Doteď jsem byl zdravý a uvědomuju si teprve teď, co je to být zdravý.“

Objektivně: Pacient přehodnotil žebříček hodnot a zdraví je pro něho velice důležitou hodnotou.

VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU

Subjektivně: „Moc dobře mi není.“

Objektivně: Pacient si uvědomuje svůj zdravotní stav.

REAKCE NA ONEMOCNĚNÍ A PROŽÍVÁNÍ ONEMOCNĚNÍ

Subjektivně: „Byl to šok, když jsem se dozvěděl, co mi je. Není to jednoduché. Hlavně abych byl brzy doma.“

Objektivně: Pacient prožívá onemocnění s úzkostí, těší se domů.

REAKCE NA HOSPITALIZACI

Subjektivně: „To víte, že bych byl raději doma. Když to jinak nejde.“

Objektivně: Pacient se necítí dobře v nemocničním prostředí, ale uvědomuje si nutnost hospitalizace.

ADAPTACE NA ONEMOCNĚNÍ

Subjektivně: „Všichni mi říkají, že musím bojovat, ale není to jednoduché.“

Objektivně: Na onemocnění se pacient adaptuje obtížněji.

PROJEVY JISTOTY A NEJISTOTY (úzkost, strach, obavy, stres)

Subjektivně: „Nedokážu si moc představit, co vše mě ještě čeká.“

Objektivně: Pacient má projevy úzkosti.

ZKUŠENOSTI Z PŘEDCHÁZEJÍCÍCH HOSPITALIZACÍ (iatropatogenie, sorrorigenie)

Subjektivně: „To už je dávno, co jsem byl v nemocnici. Žádné špatné zkušenosti nemám.“

Objektivně: Pacient má kladné zkušenosti z předcházejících hospitalizací.

Posouzení sociálního stavu

KOMUNIKACE

VERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Subjektivně: „Ujde to.“

Objektivně: Pacient mluví plynule, tiše. Má chrapot. Je však možné se s ním docela dobře dorozumět.

NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Subjektivně: „Nevím, na co se mě ptáte.“

Objektivně: Pacient má výraznou mimiku. Neudrží oční kontakt, působí neklidně.

INFORMOVANOST

INFORMOVANOST O ONEMOCNĚNÍ

Subjektivně: „Byl jsem informován.“

Objektivně: Pacient je dostatečně informován o onemocnění.

INFORMOVANOST O DIAGNOSTICKÝCH METODÁCH

Subjektivně: „Byl jsem informován lékařem.“

Objektivně: Pacient je lékařem informován.

INFORMOVANOST O SPECIFIKÁCH OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Subjektivně: „Byl jsem informován sestrou.“

Objektivně: Pacient je informován v péči o ozařované pole a PEG.

INFORMOVANOST O LÉČBĚ A DIETĚ

Subjektivně: „Také jsem byl informován.“

Objektivně: Pacient je informován o léčbě a dietě.

INFORMOVANOST O DÉLCE HOSPITALIZACE

Subjektivně: „Přibližně vím, jak dlouho tady budu.“

Objektivně: Pacient zná přibližnou délku hospitalizace.

SOCIÁLNÍ ROLE A JEJICH OVLIVNĚNÍ NEMOCÍ, HOSPITALIZACÍ A ZMĚNOU ŽIVOTNÍHO STYLU V PRŮBĚHU NEMOCI A HOSPITALIZACE

PRIMÁRNÍ ROLE (související s věkem a pohlavím)

Subjektivně: „Jsem muž.“

Objektivně: Pacient je 64 letý muž.

SEKUNDÁRNÍ ROLE (související s rodinou a společenskými funkcemi)

Subjektivně: „Jsem hlavně manžel, také otec a dědeček.“

Objektivně: Pacient je manžel, otec a dědeček. Role jsou ovlivněny aktuálním zdravotním stavem.

TERCIÁLNÍ ROLE (související s volným časem a zálibami)

Subjektivně: „Byl jsem zvyklý chodit často na procházky s manželkou, nevím, jak to budu zvládat dál.“

Objektivně: Role bez patologií. Pacient vyjadřuje obavy, zda bude mít hlavně energii na to, čemu se věnoval dříve.

3.4 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření

Při přijetí: krevní odběr na hematologické vyšetření (KO + diff.), hemokoagulační vyšetření (INR, APTT) a biochemické vyšetření (GLU, Na, K, Cl, Ca, Mg, UREA, KREA, KMOC, BIL, LD, ALT, AST, GMT, ALP, PROT, ALB)

Odběr krve 1x týdně před chemoterapií na KO + diff., UREA, KREA, Na, K, Cl

Gastroskopické vyšetření se zavedením PEG před chemoradioterapií, odebrán CLO test

Odběr stolice na *Helicobacter pylori* (HP)

Výsledky

Patologické nálezy z krve při přijetí (pozn. odběr nebyl proveden nalačno) – Erytrocyty $3,85 \cdot 10^{12}/l$, Hemoglobin 122 g/l, Hematokrit 0,362, Šíře distribuce trombocytů 10, 6 fl, GLU 6,7 mmol/l, Ca 2.12 mmol/l, PROT 62,6 g/l

Gastroskopie: endoskopický obraz edematózní a erozivní pangastropatie, bulbitida, zavedena kanyla PEG pull technikou, CLO test negativní

Stolice na HP negativní

Konzervativní léčba

Dieta: při přijetí ordinována 3 (racionální), poté úprava diety dle aktuálního zdravotního stavu – dieta 14 (výběrová)

Pohybový režim: volný

RHB: ne

Výživa: per os a částečně cestou PEG (500 ml Nutrisonu standard/24hod.)

Medikamentózní léčba

Per os

| | |
|---|--------------|
| Zoloft 100mg tbl. (inhibitor zpětného vstřebávání serotoninu) | 1 – 0 – 0 |
| Omeprazol teva 20mg cps. (inhibitor protonové pumpy) | 1 – 0 – 1 |
| Algifen neo 10ml gtt. (analgetikum, spasmolytikum) | 20 – 20 – 20 |
| Megamox 1g tbl. (antibiotikum) | 1 – 0 – 1 |

(poslední dávka ve 20 hodin 14. 10. 2013)

Intravenózní – v den podání chemoterapie (2.cyklus 15. 10. 2013)

1. Ondemet 8 mg 1 ampule (amp.)
2. F 1/1 1000 ml + Dexamed 8 mg 2 amp. + KCl 7,5% 20 ml/2 hod.
3. Cisplatin Hospira 72 mg v 1000 ml NaCl 0,9%/2 hod.
4. Mannitol 20% 250 ml/30 min.
5. F 1/1 500 ml + MgSO₄ 10% 20 ml + KCl 7,5% 20 ml/1 hod.
6. Ondemet 8mg 1 amp. v 21 hod.

Jiná

Calcium pantothenicum ung. lokálně na ozařované pole

Výplachy dutiny ústní 1 l H₂O + 60 ml NaHCO₃ 8,4% několikrát denně

Chirurgická léčba

Neindikována

3.5 SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 14. 10. 2013

64 letý pacient s karcinomem hrtanu v oblasti pravé hlasivky byl plánovaně přijat k chemoradioterapii. Nyní je pacient hospitalizován 14. den. Na víkendy lékařem povolena propustka vždy dle aktuálního zdravotního stavu. V plánu je celkem 33 frakcí radioterapie a aplikace chemoterapie (cisplatinu) jednou týdně. První cyklus chemoterapie proběhl bez komplikací. Radioterapie probíhá zatím bez komplikací, ozařované pole klidné. Dnes 9. frakce radioterapie z 33 frakcí. Pacient má zavedený 9. den PEG, bez známek infekce. Doposud byl PEG denně ošetřován a proplachován

50ml H₂O jednou denně. Pacient přijímal výživu perorálně. Dnes po návratu z propustky uvádí zhoršené polykání. Lékařem změněna dieta racionální na výběrovou. Začíná se vyživovat cestou PEG – 500 ml Nutrisonu standard/24hod. Pacient má suché rty a snížený kožní turgor. Pacient má chrapot. Dle numerické škály bolesti (0-10) pacient udává bolest č. 2 v oblasti krku vpravo zejména při polykání. Podávány analgetika. Cítí se unavený. Pacient je úzkostný. Je soběstačný v běžných denních činnostech (Barthelův test 95 bodů). Pacient je bez rizika vzniku dekubitů (dle Nortonové 27 bodů). Riziko pádu je 1 bod (bez rizika pádu). Pacient spolupracuje, je orientovaný místem, časem i osobou.

3.6 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Ošetřovatelské diagnózy byly sestaveny dle NANDA taxonomie I, tedy pomocí knihy Kapesní průvodce zdravotní sestry (DOENGES, MOORHOUSE, 2001). Byly stanoveny aktuální a potenciální ošetřovatelské diagnózy ke dni 14. 10. 2013. Ošetřovatelské diagnózy byly uspořádány dle priorit.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

Polykání porušené z důvodu defektu v oblasti hrtanu projevující se subjektivně odynofagií, objektivně odmítáním jídla

Bolest akutní z důvodu poškozené tkáně karcinomem projevující se subjektivně vyslovenou stížností, objektivně strnulým výrazem v obličeji

Únava z důvodu úzkosti, nemoci a léčby projevující se subjektivně zvýšenou potřebou odpočinku, objektivně ospalostí a poruchou soustředění

Úzkost (mírná) z důvodu uskutečněné změny zdravotního stavu projevující se subjektivně vyjádřením obav z významné životní změny, objektivně zhoršeným očním kontaktem a neklidem

Potenciální ošetřovatelské diagnózy

Kožní integrita, riziko porušení z důvodu radiace

Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedení PEG

Polykání porušené z důvodu defektu v oblasti hrtanu projevující se subjektivně odynofagií, objektivně odmítáním jídla

Priorita: Vysoká

Cíl:

Dlouhodobý: Pacient udrží žádoucí tělesnou hmotnost/do konce hospitalizace

Krátkodobý: Pacient je adekvátně hydratovaný/do 3 dnů

Výsledná kritéria:

Pacient má normální kožní turgor a vlhké sliznice/do 2 dnů

Pacient má vyrovnaný příjem a výdej tekutin/do 2 dnů

Pacient toleruje výživu do PEG/do 3 dnů

Pacient přijímá stravu částečně perorálně/do 3 dnů

Pacient má BMI v normálním rozmezí (mezi 18,5-25)/do konce hospitalizace

Plán intervencí:

- Zajisti konzultaci s nutriční terapeutkou/do 1 dne, všeobecná sestra
- Vyber jídlo takové konzistence, aby ho pacient co nejnáze spolknul ve spolupráci s pacientem/do 1 dne, nutriční terapeutka, všeobecná sestra
- Podávej před jídlem analgetika k usnadnění jídla dle ordinace lékaře/3x denně, všeobecná sestra
- Ber ohled při jídle na způsob a rychlost jídla dle zvyklostí pacienta, nespíchej na pacienta/vždy, všeobecná sestra
- Zůstaň u pacienta během jídla a dle potřeby mu pomoz, aby se zmírnila jeho úzkost/vždy, ošetřovatelka, všeobecná sestra
- Podávej výživu do PEG dle ordinace lékaře/denně, všeobecná sestra
- Ber co nejvíce ohled na to, co pacientovi chutná/během hospitalizace, všeobecná sestra a nutriční terapeutka
- Sleduj příjem, výdej tekutin a proved' záznam do dokumentace/denně, všeobecná sestra

- Sleduj stav kůže a sliznic, zhodnot' kožní turgor a proved' záznam do dokumentace/denně, všeobecná sestra
- Sleduj příjem stravy a proved' záznam do dokumentace/denně, všeobecná sestra
- Sleduj hmotnost pacienta a proved' záznam do dokumentace/2x týdně, všeobecná sestra

Realizace

14. 10. 2013

Na základě subjektivních obtíží pacienta byla lékařem změněna dieta 3 na dietu 14. Pacient byl zvážen. Byla zajištěna konzultace nutriční terapeutky. Současně byla zahájena výživa do PEG – Nutrison standard 500ml/24 hod. dle ordinace lékaře. Pacient byl edukován o výplachu dutiny ústní roztokem s bikarbonátem sodným před a po jídle. Pacient byl edukován o nutnosti zaznamenávat příjem, výdej tekutin a také příjem stravy. Nutrison standard byl podáván sestrou. Nebylo podáno celkové množství Nutrisonu ordinované lékařem. Pacient udává pocit plného žaludku. Lékař informován. Pacient se naposledy navečeřel. Před spaním se cítí lépe.

15. 10. 2013

Pacient si aplikoval Nutrison standard pod dohledem sestry. Výživu do PEG toleruje.

16. 10. 2013

Od tohoto dne si pacient aplikoval Nutrison standard sám.

17. 10. 2013

Pacient byl zvážen. S porovnáním ze dne 14. 10. nedošlo k úbytku hmotnosti.

18. 10. 2013

Před odchodem na propustku byla edukována i manželka pacienta v péči o PEG a zejména podávání výživy. Pacient byl vybaven léky, Nutrisonem a proplachem na dutinu ústní na doma.

Denně:

Před každým hlavním jídlem bylo podáno analgetikum dle ordinace lékaře. Při podání výživy do PEG byl pacient vpolosedě až vsedě. PEG byl před aplikací výživy a po

aplikaci vždy propláchnut 50ml H₂O. Po aplikaci Nutrisonu setrval pacient 30 minut vpolosedě. Výživa byla podávána po malých dávkách mezi jídly s ohledem na to, co pacient snědl perorálně. První dávka Nutrisonu byla podávána v 6 hodin, poslední v 21 hodin. Průběžně během dne byl pacient kontrolován a upozorňován na příjem stravy a tekutin. Tekutiny byly doplňovány cestou PEG, aby celkový příjem tekutin činil alespoň 1,5 l. V 6 hodin ráno byl příjem + výdej tekutin a příjem stravy z předchozího dne zhodnocen a zaznamenán do dokumentace. Denně byl hodnocen stav kůže, kožní turgor a stav sliznic a zaznamenán do dokumentace.

Hodnocení 18. 10. 2013

Cíl byl splněn částečně. Krátkodobý cíl byl splněn. Dlouhodobý cíl splněn nebyl z důvodu neuplynutí daného časového intervalu. Pacient má normální kožní turgor a vlhké sliznice. Pacient má vyrovnaný příjem a výdej tekutin. Výživu do PEG toleruje dobře. Perorální příjem je zachován, léky spolkne. Je schopen sníst např. polévku, pudíng nebo bramborovou kaši s mletým masem. Hmotnost pacienta je prozatím stabilní. Ošetřovatelské intervence dále pokračují.

Bolest akutní z důvodu poškozené tkáně karcinomem projevující se subjektivně vyslovenou stížností, objektivně strnulým výrazem v obličeji

Priorita: Střední

Cíl:

Dlouhodobý: Pacient se naučí metodám, jak zmírnit bolest/do 5 dní

Krátkodobý: Pacient udává zmírnění až vymizení bolesti/do 1 hod. po podání analgetika dle ordinace lékaře

Výsledná kritéria:

Pacient ví, že pokud se zvýší intenzita bolesti nad č.2/ ihned to bude hlásit sestře

Pacient udává, že bolest se snížila dle numerické škály bolesti pod 2 nebo vymizela/do 1 hodiny po podání analgetika

Pacient spolupracuje při hodnocení bolesti/před a po podání analgetik

Pacient využívá nabízené činnosti – např. četbu k zmírnění bolesti/do 5 dní

Plán intervencí:

- Proved' důsledné posouzení bolesti včetně lokalizace, charakteru, nástupu/trvání, četosti, závažnosti (stupnice 0-10) a zhoršujících faktorů/vždy před a po podání analgetika nebo ihned při vyjádření bolesti pacientem, všeobecná sestra
- Pozoruj neverbální projevy pacienta (např. výraz v obličeji)/vždy při kontaktu s pacientem, všeobecná sestra
- Informuj pacienta o možnosti podání analgetik v případě potřeby i mimo obvyklou dobu podávání analgetik/vždy při kontaktu s pacientem, všeobecná sestra
- Edukuj pacienta, aby hlásil bolest nad č. 2 hned, jakmile se objeví/do 30min., všeobecná sestra
- Doporuč pacientovi dostatečně odpočívat/do 1hod., všeobecná sestra
- Doporuč pacientovi odpoutání od bolesti (např. četbu nebo poslech hudby)/do 1hod., všeobecná sestra
- Akceptuj pacientovo líčení bolesti a projev vůči pacientovi vstřícnost/vždy, všeobecná sestra
- Zaznamenej vyjádření bolesti dle numerické škály do dokumentace/alespoň 3x denně, všeobecná sestra

Realizace

14. 10. 2013

V 7 hodin pacient udává bolest č. 2 krku vpravo, spolkl asi dvě sousta jídla. Bolest je pálivá. Už dříve takovou bolest pociťoval, ale dle jeho vyjádření snesitelnější. Byla mu podána medikace dle ordinace lékaře (Algifen neo 20 gtt.). Poté byl schopen se nasnídat. V 8 hodin byla opět zhodnocena bolest, pacient uvádí č. 1. Pacient byl informován o možnosti podání analgetik v případě potřeby i mimo obvyklou dobu podávání analgetik. Byl edukován, aby hlásil bolest vyšší než č. 2. Pacient byl edukován o vhodnosti odpočinku a možnostech odpoutání se od bolesti. Před obědem pacient uvádí bolest č. 2, po podání analgetika bolest úplně vymizela-pacient uváděl č. 0. Před večerí uvádí č. 1, po podání analgetika bolest ustoupila. Odpoledne pacient odpočívá.

15.10.

Před snídaní pacient uvádí bolest č. 1, po podání analgetika bolest vymizela. Stejně tomu bylo i před obědem a po obědě. Před večerí pacient uvádí č. 2, po podání

analgetika bolest ustoupila na č. 1. Dnes pacientovi byla podána chemoterapie. Radioterapie proběhla ve večerních hodinách. Pacient je velice unavený. Asi hodinu po návratu z radioterapie, tzn. v 20 hodin, pacient udává bolest č. 3 a bojí se, že neusne. Má pocit, že mu ty kapičky pomáhají. Lékař informován. Dle ordinace lékaře podán Algifen neo 25gtt. Podány s efektem, v 21 hodin bolest vymizela a chvíli poté pacient spí.

16.10.

Před snídaní pacient uvádí bolest č. 1, po podání analgetika bolest vymizela. Před obědem je pacient bez bolesti, avšak analgetikum bylo podáno dle ordinace lékaře. Po obědě chvíli pospává a potom si čte. Před večeří pacient uvádí bolest č. 2, po podání analgetika uvádí bolest č. 1.

17.10.

Před snídaní pacient uvádí bolest č. 2, po podání analgetika uvádí bolest č. 1. Před obědem je pacient bez bolesti, nicméně analgetikum bylo podáno dle ordinace lékaře. Po obědě chvíli odpočívá a chvíli si čte. Před večeří pacient uvádí bolest č. 1. Pacient nehodnotí bolest jako pálivou, není schopen určit charakter bolesti. Bolest byla zaznamenána jako neurčitá. Po podání analgetika bolest vymizela.

18.10.

Před snídaní pacient uvádí bolest č. 1, po podání analgetika bolest ustoupila. Stejně tomu bylo i před obědem a po obědě. Ve 14 hodin je ozářen a poté dle rozhodnutí lékaře odchází domů na propustku.

Denně:

Bylo prováděno posouzení bolesti včetně lokalizace, charakteru, nástupu/trvání, častosti, závažnosti (stupnice 0-10) a zhoršujících faktorů vždy před a po podání analgetika. Vyjádření bolesti dle numerické škály bylo zaznamenáno vždy do dokumentace. Efekt analgetika byl zhodnocen do 1 hodiny po podání analgetika. Pacient byl informován o možnosti podání analgetik kdykoli při bolesti. Byl pozorován neverbální projev pacienta.

Hodnocení 18. 10. 2013

Cíl byl splněn. Pacient spolupracuje při hodnocení bolesti. Po podání analgetika je pacient bez bolesti (udává č. 0), efekt analgetik je dobrý. Pacient odchází domů na propustku. Ošetrovatelské intervence dále nepokračují.

Únava z důvodu úzkosti, nemoci a léčby projevující se subjektivně zvýšenou potřebou odpočinku, objektivně ospalostí a poruchou soustředění

Priorita: Střední

Cíl:

Dlouhodobý: Pacient vykonává běžné činnosti a účastní se aktivit v míře, která je možná/během hospitalizace

Krátkodobý: Pacient rozpozná, co je základem únavy a jak se jí bránit/do 3 dnů

Výsledná kritéria:

Pacient využívá odpočinku a relaxačních technik/do 2 dnů

Pacient se cítí více odpočatý/do 3 dnů

Pacient je soběstačný/během hospitalizace

Plán intervencí:

- Vezmi v úvahu medikaci pacienta/do 1 dne, všeobecná sestra
- Povšimni si stádia nemoci, stavu výživy a rovnováhy tekutin/do 1 dne, všeobecná sestra
- Vyslechni, co podle názoru pacienta způsobuje únavu a co ji zmírňuje/do 1 dne, všeobecná sestra
- Vytvářej prostředí zmírňující únavu, udržuj v pokoji optimální teplotu, pravidelně v pokoji větrej/2x denně, ošetrovatelka, všeobecná sestra
- Postarej se o rozptýlení pacienta, doporuč mu vhodný způsob relaxace (např. četba, poslech hudby)/do 1 dne, všeobecná sestra
- Plánuj péči tak, aby pacient měl dostatek času k nerušenému odpočinku/denně, všeobecná sestra
- Povzbuzuj pacienta k tomu, aby sám prováděl vše, co je v jeho silách/denně, všeobecná sestra

- Zaznamenej do dokumentace zvládnání běžných denních činností a známky únavy/denně, všeobecná sestra

Realizace

14. 10. 2013

S pacientem bylo zhodnoceno formou rozhovoru, jaká činnost by pro něho byla vhodná pro celkové rozptýlení. Sám uvádí, že rád čte, tak se tato činnost nabízí. Pacientovi byla doporučena knihovna, která je k dispozici na oddělení. Na základě rozhovoru s pacientem bylo zjištěno, co si myslí, že způsobuje únavu. Pacient uvádí, že asi to, co všechno musí za den zvládnout, ale přesně neví. Podotýká, že minulý týden se nejvíce unavený cítil po chemoterapii. Rozhovor je krátký, pacient je unavený. Nedokáže se soustředit. V odpoledních hodinách odpočívá.

15. 10. 2013

Dnes byla pacientovi podána chemoterapie a radioterapii podstoupil ve večerních hodinách. Na pacientovi bylo znát, že je unavený. Skoro celý den pobývá na pokoji a často pospává. Dnes udává častěji bolest, byla mu přidána analgetika. Po 21. hodině spí.

16. 10. 2013

Ráno se cítí ještě trochu unavený. Odpoledne pospává. Potom je schopen chvíli si číst. Večer poslouchá hudbu.

17. 10. 2013

Dnes se cítí méně unavený. Odpoledne chvíli pospává. Potom si čte déle než včera.

18. 10. 2013

Pacient se cítí docela odpočatý. Těší se domů. Odpoledne odchází na propustku v doprovodu manželky.

Denně:

Bylo zaznamenáno zvládnání denních činností a známky únavy do dokumentace. V pokoji pacienta bylo dvakrát denně větráno. Pacient byl upozorňován na dostatečný

příjem tekutin. Péče byla pokud možno (s ohledem na běžný chod oddělení) plánovaná tak, aby měl pacient čas na odpočinek. Pacient byl povzbuzován, aby sám prováděl to, co je v jeho silách. Byla mu nabídnuta dopomoc v běžných denních činnostech.

Hodnocení 18. 10. 2013

Cíl byl splněn částečně. Krátkodobý cíl byl splněn. Dlouhodobý cíl splněn nebyl z důvodu neuplynutí daného časového intervalu. Pacient se cítí více odpočatý a využívá odpočinku a relaxačních technik. Čte si. Ošetrovatelské intervence pokračují.

Úzkost (mírná) z důvodu uskutečněné změny zdravotního stavu projevující se subjektivně vyjádřením obav z významné životní změny, objektivně zhoršeným očním kontaktem a neklidem

Priorita: Nízká

Cíl:

Dlouhodobý: Pacient dosáhne uvolněného vzhledu a snížení úzkosti na zvladatelnou míru/do 14 dní

Krátkodobý: Pacient si úzkost uvědomuje a slovy ji dokáže popsat/do 3 dnů

Výsledná kritéria:

Pacient využije nabízenou pomoc/do 2 dnů

Pacient spolupracuje a dokáže o úzkosti mluvit/do 3 dnů

Pacient udrží oční kontakt, je klidný/do 14 dní

Plán intervencí:

- Všímej si chování pacienta z hlediska hladiny úzkosti (např. neklidu, podrážděnosti)/vždy při kontaktu s pacientem, všeobecná sestra
- Naslouchej pacientovi a hovoř s ním/vždy, všeobecná sestra
- Akceptuj pacienta takového, jaký je/vždy, všeobecná sestra
- Zjisti, jak pacient vnímá ohrožení v dané situaci/do 1 dne, všeobecná sestra
- Umožni pacientovi návštěvu rodiny v klidném prostředí/vždy, všeobecná sestra
- Zajisti klidné prostředí a např. poslech uklidňující hudby/denně, všeobecná sestra

- Podávej léky dle ordinace lékaře/denně, všeobecná sestra
- Podej pacientovi dostatek informací v rámci kompetencí/do 1 dne, všeobecná sestra
- Zajisti pacientovi konzultaci s psychologem/do 2 dnů, všeobecná sestra ve spolupráci s lékařem
- Zaznamenej do dokumentace projevy úzkosti/denně, všeobecná sestra

Realizace

14. 10. 2013

S pacientem bylo zhodnoceno formou rozhovoru, co ho trápí a jak vnímá ohrožení v dané situaci. Pacient spolupracuje, je však velice stručný. Cítí se unavený. Vyjadřuje obavy z toho, co bude, až se vrátí domů. Jak to vše bude zvládat. Pacientovi bylo opakovaně zdůrazňováno, že pokud bude potřebovat pomoc, může se na mě obrátit. Pacient je neklidný, neudrží oční kontakt.

15. 10. 2013

Byla zajištěna konzultace s psychologem. Psycholog si v odpoledních hodinách s pacientem promluvil. Pacient je neklidný, ale snaží se spolupracovat. Celý den je uzavřený, komunikaci nenaváže, jen stroze odpovídá na dotazy zdravotnického personálu. S pacienty na pokoji nekomunikuje.

16. 10. 2013

Ráno je pacient více komunikativní ve vztahu k personálu i pacientům. Po večeři byl s pacientem navázán kontakt. Pacient začíná mluvit o tom, co ho tíží. Opakovaně zdůrazňuje, co pro něho znamená manželka. Aktivně spolupracuje. Není již tak neklidný.

17. 10. 2013

Pacient komunikuje v delších větách, snaží se udržet oční kontakt.

18. 10. 2013

Pacient aktivně spolupracuje. O svých problémech komunikuje. Dle projevu je méně nervózní.

Denně:

Pacientovi bylo nasloucháno. Byly podány léky dle ordinace lékaře. Byly sledovány projevy úzkosti a zaznamenány do dokumentace. Bylo zajištěno klidné prostředí. Pacient měl výraznou podporu od rodiny, zejména manželky. Manželka ho denně navštěvovala.

Hodnocení 18. 10. 2013

Cíl byl splněn částečně. Krátkodobý cíl byl splněn. Dlouhodobý cíl splněn nebyl z důvodu neuplynutí daného časového intervalu. Pacient spolupracuje a dokáže o úzkosti mluvit. Využívá nabízenou pomoc. Pacient není plně uvolněný. Snaží se udržet oční kontakt a dle projevu je méně nervózní. Ošetrovatelské intervence pokračují.

Kožní integrita, riziko porušení z důvodu radiace

Priorita: Nízká

Cíl:

Dlouhodobý: U pacienta nedojde k porušení kožní integrity/do 14 dnů

Krátkodobý: Pacient si osvojí chování a techniky s preventivním účinkem na porušení kůže/do 2 dnů

Plán intervencí:

- Pečuj o hygienu kůže, jemně kůži osuš/denně, všeobecná sestra
- Udržuj lůžko suché a čisté/denně, všeobecná sestra
- Kontroluj pravidelně povrch kůže/denně, všeobecná sestra
- Používej léčebné masti v případě počínajících změn na kůži dle ordinace lékaře/denně, všeobecná sestra
- Edukuj pacienta v péči o ozařované pole/do 1 dne, všeobecná sestra
- Edukuj pacienta, aby používal volný oděv z nedráždivých materiálů/do 1 dne, všeobecná sestra
- Zdůrazni význam adekvátní výživy, příjmu tekutin pro udržení celkového zdraví a kožního turgoru/do 1 dne, všeobecná sestra

- Zdůrazni nevhodnost vystavování se slunci při radioterapii/do 1 dne, všeobecná sestra
- Zaznamenej do dokumentace stav ozařovaného pole/denně, všeobecná sestra

Realizace

14. 10. 2013

Pacient byl edukován v péči o ozařované pole, o používání volného oděvu. Byl informován, jak o kůži pečovat v případě, že se objeví reakce po ozařování. Porozuměl.

15. 10. 2013

Pacient spolupracuje. Má za sebou 10. frakci ozařování. Ozařované pole je klidné.

16. 10. 2013

Ozařované pole je klidné. Pacient spolupracuje.

17. 10. 2013

Pacient uvádí pálení kůže. Ozařované pole je mírně zarudlé. Lékař byl informován. Byla zahájena lokální léčba mastí Calcium pantothenikum. Ozařované pole je ošetřeno 2 hodiny po návratu z ozařování.

18. 10. 2013

Ozařované pole je mírně zarudlé. Následně je 2 hodiny po ozařování ozařované pole ošetřeno mastí Calcium pantothenikum dle ordinace lékaře.

Denně:

Bylo pečováno o hygienu kůže. Pacient nosil volný, nedráždivý oděv. Lůžko bylo udržováno v čistotě a suchu. Ozařované pole bylo kontrolováno.

Hodnocení 18. 10. 2013

Cíl byl splněn částečně. Krátkodobý cíl byl splněn. Dlouhodobý cíl splněn nebyl z důvodu neuplynutí daného časového intervalu. Pacient spolupracuje. Osvojl si chování a techniky s preventivním účinkem na porušení kůže. Ozařované pole ošetřuje. Ozařované pole je mírně zarudlé, kůže je celistvá. Ošetrovatelské intervence pokračují.

Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedení PEG

Priorita: Nízká

Cíl:

Dlouhodobý: Pacient je bez projevů infekce/po dobu hospitalizace

Krátkodobý: Pacient zná a dodržuje způsoby, jak snížit riziko vzniku infekce/do 2 dnů

Plán intervencí:

- Předcházet vzniku infekce (např. dodržování hygieny rukou)/vždy, zdravotničtí pracovníci
- Všímejí si místních známek infekce v okolí zavedení PEG/denně, všeobecná sestra
- Informuj lékaře v případě zarudnutí či sekrece v okolí PEG/ihned, všeobecná sestra
- Měř pacientovi tělesnou teplotu/2x denně a při jejím zvýšení ihned informuj lékaře, všeobecná sestra
- Ošetřuj PEG, dodržuj zásady asepse/denně po dobu 14 dní zavedení PEG, poté 2x týdně, všeobecná sestra
- Edukuj pacienta, jak chránit kůži, pečovat o PEG a minimalizovat vznik infekce/do 1 dne, všeobecná sestra
- Zaznamenej do dokumentace stav kůže v okolí PEG/denně, všeobecná sestra

Realizace

14. 10. 2013

Pacient byl edukován , jak chránit kůži, pečovat o PEG a minimalizovat vznik infekce.

Pacient je bez známek infekce, afebrilní.

15. 10. 2013

Pacient je bez lokálních i celkových známek infekce.

16. 10. 2013

Pacient je afebrilní, bez projevů infekce. PEG klidný.

17. 10. 2013

Pacient je bez projevů infekce.

18. 10. 2013

Pacient je afebrilní. PEG je klidný. Pacient byl poučen v péči o PEG doma, spolupracuje. Odpoledne odchází na propustku.

Denně:

Byla dodržována hygiena rukou. PEG byl ošetřen. Nejdříve byla provedena dezinfekce okolí PEG, poté byl PEG podložen nastříženými sterilními čtverci, překryt sterilními čtverci a přelepen náplastí. Byl zaznamenán stav kůže v okolí PEG do dokumentace. Tělesná teplota byla pacientovi měřena v 6 a 17 hodin.

Hodnocení 18. 10. 2013

Cíl byl splněn částečně. Krátkodobý cíl byl splněn. Dlouhodobý cíl splněn nebyl z důvodu neuplynutí daného časového intervalu. Pacient zná a dodržuje způsoby, jak snížit riziko vzniku infekce. Pacient je afebrilní. PEG je klidný, bez známek infekce. Ošetrovatelské intervence pokračují, aby bylo dosaženo cíle dlouhodobého.

3.7 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Ošetrovatelská péče u pacienta XY s karcinomem hrtanu byla poskytována v průběhu 5 dní od 14. dne hospitalizace. Pacient byl přijat k chemoradioterapii. Byly stanoveny aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy k 14. dni hospitalizace zejména na základě rozhovoru s pacientem. Pacient udával zhoršené polykání a bolest krku vpravo č. 2 zejména při polykání. Pacient byl unavený a úzkostný. Bylo stanoveno riziko porušení kožní integrity z důvodu ozařování a riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PEG.

Pacient je bez bolesti, byla nastavena efektivní analgetická léčba. Cíl krátkodobý i dlouhodobý byl splněn. U ostatních ošetrovatelských diagnóz byl cíl splněn částečně. Je potřeba pokračovat v intervencích, aby bylo dosaženo cíle dlouhodobého. Pacient je hydratovaný. Má normální kožní turgor a vlhké sliznice. Stravu přijímá částečně perorálně. Dokrmován je cestou PEG. Jeho hmotnost je prozatím stabilní, nicméně

vzhledem k jeho diagnóze je nutné i nadále hmotnost monitorovat. Pacient se cítí více odpočatý, využívá odpočinku a relaxačních technik, vykonává běžné denní činnosti za dohledu zdravotnického personálu. Je potřeba i nadále sledovat projevy únavy a také to, jak pacienta ovlivňuje únava v zvládnání běžných denních činností. Pacient dokáže mluvit o svých problémech, dle projevu je méně nervózní a snaží se udržet oční kontakt. Je však nutné pacienta i nadále psychicky podporovat v jeho nelehké situaci, aby byl pacient uvolněný a úzkost se snížila na zvladatelnou míru. Velkou podporu má pacient zejména v manželce. Pacient si osvojil chování a techniky s preventivním účinkem na porušení kůže, je však nezbytné, aby ozařované pole bylo denně sledováno i nadále po celou dobu ozařování. V průběhu realizace ošetrovatelského procesu došlo ke změně v ozařovaném poli. Po 12. frakci ozařování došlo k mírnému zarudnutí ozařovaného pole. Ozařované pole bylo lokálně ošetřováno mastí dle ordinace lékaře. V plánu je 33 frakcí ozáření. PEG byl denně ošetřován. Pacient je afebrilní, okolí PEG je bez známek infekce. Je třeba pokračovat v péči o PEG.

Pacient měl snahu být co nejvíce samostatný, byl ovlivněn zejména bolestí, únavou a úzkostí. Po realizaci ošetrovatelského plánu pacient aktivně spolupracuje a snaží se více komunikovat. Jeho celkový zdravotní stav umožňuje, aby šel domů na propustku.

4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro všeobecnou sestru:

- projevit empatii, získat si důvěru pacienta pro aktivní spolupráci pacienta při léčbě
- poskytnout pacientovi a jeho rodině dostatek informací v rámci svých kompetencí, popř. zajistit rozhovor s lékařem
- poskytnout pacientovi brožury, letáky o onemocnění
- edukovat pacienta zejména v péči o ozařované pole, o TSK, o PEG
- nabídnout pacientovi prostor pro otázky týkající se ošetrovatelské péče a zpětně si ověřit, zda pacient poskytnuté informace správně pochopil
- naplánovat a realizovat individuální plán ošetrovatelské péče
- zajistit konzultaci s nutriční terapeutkou v případě poruchy v oblasti výživy ve spolupráci s lékařem
- zajistit rozhovor s psychologem v případě potřeby ve spolupráci s lékařem
- zajistit návštěvu sociální pracovnice v případě potřeby řešení sociální situace ve spolupráci s lékařem
- vzdělávat se zejména v oblasti specifik ošetrovatelské péče o onkologické pacienty

Doporučení pro pacienta:

- pravidelně si čistit zuby měkkým zubním kartáčkem po každém jídle a před spaním
- vyplachovat dutinu ústní vícekrát denně (6–10x) obzvláště po jídle, k výplachům lze použít např. odvary z šalvěže, z řepíku, roztoky se solí nebo jedlou sodou, nesyčené minerální vody nebo i obyčejnou pitnou vodu
- přijímat dostatek tekutin během dne, tzn. alespoň 2 litry za den
- přijímat kaloricky vydatnou stravu po menších porcích vícekrát za den (5–6x), nevhodná jsou jídla dráždivá, silně kořeněná, kyselá a horká
- vhodné je doplňování výživy v podobě sippingu (např. Nutridrink)
- vyvarovat se kouření a alkoholickým nápojům
- ozařovanou oblast nevystavovat slunečnímu záření

- pravidelně promašťovat kůži krku, kůži nedráždit mechanicky (nevhodný oděv, řetízky) ani chemicky (dráždivé parfémy a deodoranty)
- v případě počínající reakce (zarudnutí) ošetřovat ozařované pole mastmi – např. Calcium pantothenicum, Infadolan, vždy však nejdříve 2 hodiny po ozáření
- správně pečovat o tracheostomickou kanylu tzn. dezinfekce okolí vstupu TSK, výměna sterilních čtverců pod kanylou, fixace tkalounem či textilní páskou, dezinfekce TSK a příprava pro další výměnu
- v případě reakce (zarudnutí) v okolí vstupu TSK ošetření mastí např. Calcium pantothenicum
- aplikovat výživu do PEG v pravidelných intervalech (po 2–3 hodinách) nejlépe v poloze vpolosedě a tak ještě setrvat alespoň 30 minut po aplikaci výživy, maximální jednorázová dávka je 300 ml i s proplachem PEG
- PEG je nutné před i po podání výživy propláchnout převařenou vodou či čajem 30–50 ml
- v případě reakce v okolí PEG (zarudnutí, hnisavá sekrece) informovat lékaře, PEG poté musí být podložen sterilními čtverci a ošetřen (např. Inadine)
- po zahojení okolí otvoru v břišní stěně nemusí být PEG podložen sterilními čtverci a pacient se může koupat, ne jen sprchovat
- pravidelně navštěvovat lékaře

Doporučení pro rodinu:

- poskytnout nemocnému psychickou podporu, podporovat ho při další léčbě
- mít dostatek trpělivosti zejména při komunikaci s pacientem
- pomoc pacientovi, aby netrpěl sociální izolací, např. kontaktovat lidi se stejným onemocněním

ZÁVĚR

Karcinom hrtanu je nejčastější malignitou v oblasti otorinolaryngologie. Rizikové faktory, které se uplatňují při vzniku tohoto onemocnění jsou zejména kouření a nadměrné užívání alkoholu. Léčba karcinomu hrtanu není jen chirurgická. Velké zastoupení v léčbě má chemoterapie a radioterapie. Jednou z možností chirurgické léčby je totální laryngektomie. Provádějí se i parciální chirurgické výkony, které nemají tak výrazný znetvořující výsledek jako totální laryngektomie. Léčba musí být komplexní, aby její důsledky pro pacienta byly minimální.

Každé nádorové onemocnění je nepochybně závažnou životní situací nejen pro pacienta, ale i pro jeho rodinu. K nejzávažnějším změnám pro pacienta patří porucha řeči, polykání a dýchání. Tyto problémy ovlivňují zásadně jejich kvalitu života. Průběh onemocnění je u každého pacienta jiný. Na každého pacienta musíme pohlížet jako na individuálního jedince, který má biopsychosociální potřeby. Naším cílem je tyto potřeby uspokojovat. Je nezbytné pacientovi pomoci v adaptaci na onemocnění. To je jeden z dalších úkolů všeobecné sestry. Důležitá je schopnost empatie a získání důvěry pacienta pro aktivní spolupráci při poskytování ošetrovatelské péče.

Cílem práce bylo hlouběji proniknout do této problematiky a doplnit nové poznatky. Dalším cílem bylo sestavit a realizovat individuální ošetrovatelský plán u konkrétního pacienta s diagnózou karcinomu hrtanu.

Tato práce mi umožnila prohloubit své znalosti nejen o onemocnění, ale i o ošetrovatelské péči. Byla bych ráda, kdyby tato práce posloužila jako zdroj informací zejména všeobecným sestřám a studentům zdravotnických oborů. Některé informace, zejména ty co se týkají ošetrovatelské péče, mohou být přínosné i pro samotné pacienty a jejich rodinu při péči o pacienta v domácím prostředí.

SEZNAM LITERATURY

- ALLENT, 2013. Laryngoskopie [online]. Praha: Allent ORL, [cit. 2013-11-20]. Dostupné z: <http://www.allent.cz/wp/?p=749>
- BALOGOVÁ, Eva a Jarmila BRAMUŠKOVÁ, 2010. Perkutánní endoskopická gastrostomie. *Sestra*. ISSN 1210-0404.
- BURKONĚ, Petr, 2008. Kombinace radioterapie a chemoterapie v léčbě nádorů hlavy a krku. *Onkologie*. ISSN 1802-4475.
- DOENGES, Marilyn E. a Mary Frances MOORHOUSE, 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Z angl. orig. přel. Ivana Suchardová. 2. přepr. a rozšíř. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0242-8.
- DUŠEK, L. et al., [2007]. Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice [online]. Masarykova univerzita, [2005] [cit. 2014-3-12]. ISSN 1802 – 8861. Dostupný z: <http://www.svod.cz>
- FOJTÍKOVÁ, Anna a Dagmar KOUTNÁ, 2009. Ošetrovatelské postupy v péči o pacienty s nádory v oblasti hlavy a krku. In: *Radiační onkologie 2009*. Hradec Králové: Klinika onkologie a radioterapie LFUK a FN Hradec Králové, s. 147-149. ISBN 978-80-254-3145-0.
- HRSTKA, Zdeněk, 2009. Akceptace potřeb onkologických pacientů. In: *Radiační onkologie 2009*. Hradec Králové: Klinika onkologie a radioterapie LFUK a FN Hradec Králové, s. 169-172. ISBN 978-80-254-3145-0.
- HYBÁŠEK, I. et al., 2014. eOtorinolaryngologie. Multimediální podpora výuky klinických a zdravotnických oborů :: Portál Lékařské fakulty v Hradci Králové [online] 6. 4. 2010, poslední aktualizace 11. 1. 2014 [cit. 2014-03-12]. ISSN 1803-280X. Dostupný z: <<http://mefanet.lfhk.cuni.cz/clanky.php?aid=18>>
- CHMELÍKOVÁ, Romana, 2005. Současná úloha chemoterapie a cílené biologické léčby v kurativní a paliativní léčbě spinocelulárního karcinomu hlavy a krku. *Onkologie*. ISSN 1802-4475.
- KALFEŘT, David a Marie LUDVÍKOVÁ, 2012. Nádorové markery u dlaždicových karcinomů. *Onkologie*. ISSN 1802-4475.
- KLOZAR, Jan, 2008. Nádory hrtanu. *Lékařské listy*. ISSN 1805-2355.

- KUBECOVÁ, M. et al., 2011. Onkologie: Učební texty pro studenty 3. LF [online]. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, Radioterapeutická a onkologická klinika, ISBN: 978-80-254-9742-5. Dostupné z: <http://www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/onkologie/skripta/>
- MECHL, Z., P. SMILEK a J. NEUWIRTHOVÁ, 2006. O nádorech hlavy a krku [online]. Brno: Linkos, posl. úpravy 21.7.2010 [cit. 2013-11-18]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/nadory-hlavy-a-krku-c00-14-c30-32/o-nadorech-hlavy-a-krku/>
- NEJEDLÁ, Marie. 2006. Fyzikální vyšetření pro sestry. Praha: Grada. ISBN 80-247-1150-8.
- NĚMCOVÁ, J. et al., 2013. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Plzeň: Maurea. ISBN 978-80-902876-9-3.
- PÁLA, Miloslav, 2010. *Léčba nádorů hlavy a krku a její komplikace*. Praha: Liga proti rakovině.
- PÁLA, Miloslav, 2012. Současná úloha chemoterapie a cílené biologické léčby v kurativní a paliativní léčbě spinocelulárního karcinomu hlavy a krku. *Onkologie*. ISSN 1802-4475.
- PÁLA, Miloslav a Pavel VÍTEK, 2005. Karcinomy hlavy a krku. In: NOVOTNÝ, J., P. VÍTEK a L. PETRUŽELKA. *Klinická a radiační onkologie pro praxi*. 1. vyd. Praha: TRITON, s. 23-51. ISBN 80-7254-736-4.
- PALKOVÁ, Ľuba a Lucia DIMUNDOVÁ, 2012. Onkologická ošetrovatelská péče. *Sestra*. ISSN 1210-0404.
- SMILEK, P. et al., 2004. Maligní nádory hlavy a krku. In: ADAM, Z. et al. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 27-39. ISBN 80-247-0896-5.
- ŠTEFFL, Miloš, 2008. Současná chirurgická léčba nádorů hlavy a krku. *Onkologie*. ISSN 1802-4475.
- VÍTEK, Pavel a Jan NOVOTNÝ, 2012. Karcinomy hlavy a krku (C00-14) a karcinom hrtanu (C32). In: NOVOTNÝ, J. et al. *Onkologie v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. s. 33-62. ISBN 978-80-204-2663-5.
- VODVÁŘKA, Pavel, 2004. Sociální práce na onkologii-úvod do problematiky. In: *Podpůrná léčba v onkologii 2003*. Praha: Galén, s. 179-182. ISBN 80-7262-264-1.

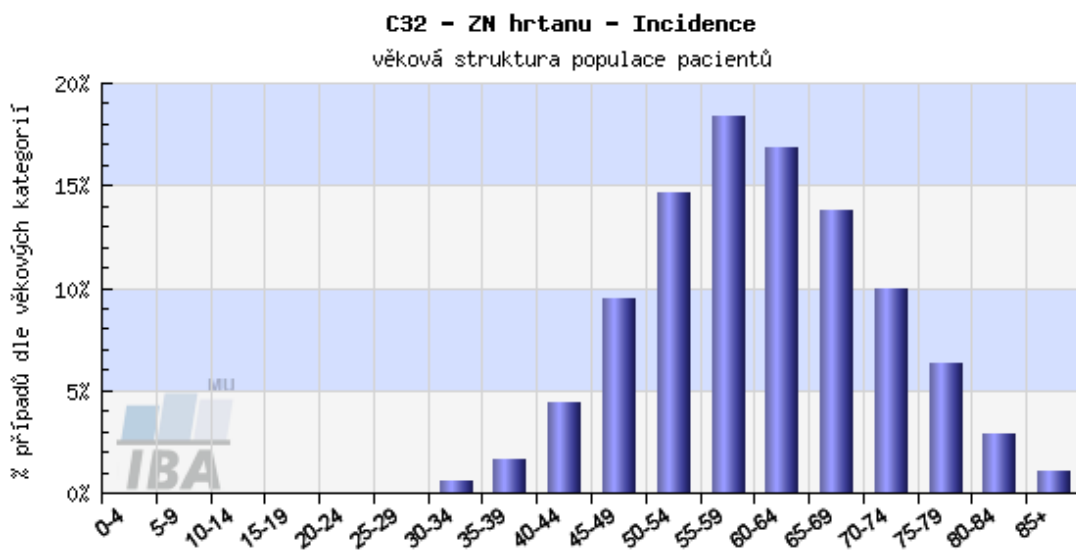
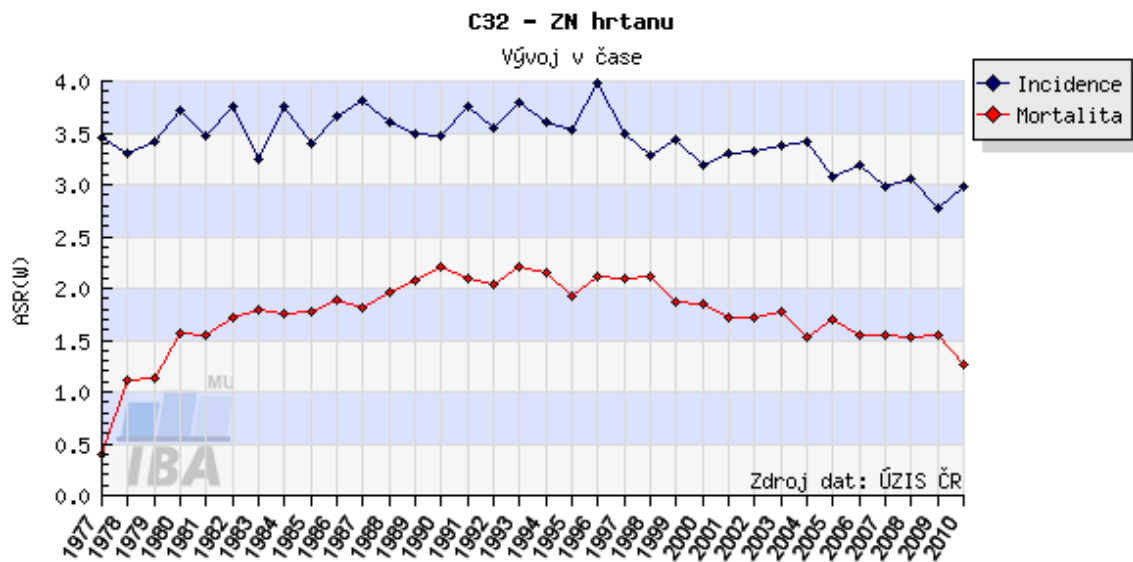
- VOJTOVÁ, Jitka, 2012. Onkologie-léčba [online]. [cit. 2013-11-26]. Dostupné z: <http://www.osetrovatelstvi.eu/index.php/osetrovatelsky-proces/8-osetrovatelsky-proces/182-onkologie-lecba>
- VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2010. *Velký lékařský slovník*. 9. rozšíř a aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-202-5.
- VORLÍČEK, J. et al., 2006. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1716-6.
- ZADÁK, Zdeněk, 2004. Enterální výživa u pacienta s nádorovým onemocněním. In: WILHELM, Z. et al. *Výživa v onkologii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. s. 97-106. ISBN 80-7013-410-0.
- ŽALOUDEK, Jan, 2011. 13. Seriál: Onkologické choroby – zhoubné nádory hlavy a krku [online]. Vyškov: Angis revue, posl. úpravy 15.9.2011 [cit. 2013-11-18]. Dostupné z: http://www.angis.cz/angis_revue/ar_clanek.php?CID=250

PŘÍLOHY

| | |
|---|------|
| Příloha A – Incidence a mortalita karcinomu hrtanu | I |
| Příloha B – Rakovina hrtanu – glotické a supraglotické části dle rozsahu (T) | II |
| Příloha C – TNM klasifikace – karcinom hrtanu | III |
| Příloha D – Nepřímá laryngoskopie | V |
| Příloha E – Obrazy v hrtanu při vyšetření | VI |
| Příloha F – Léčebný algoritmus – karcinom hrtanu | VII |
| Příloha G – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce | VIII |

Příloha A

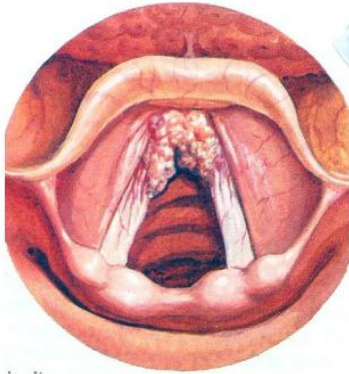
Incidence a mortalita karcinomu hrtanu



Zdroj: DUŠEK et al, 2007

Příloha B

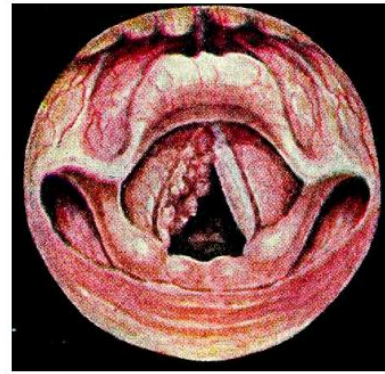
Rakovina hrtanu – glotické a supraglotické části dle rozsahu (T)



T_{1b} glotický (Craig).

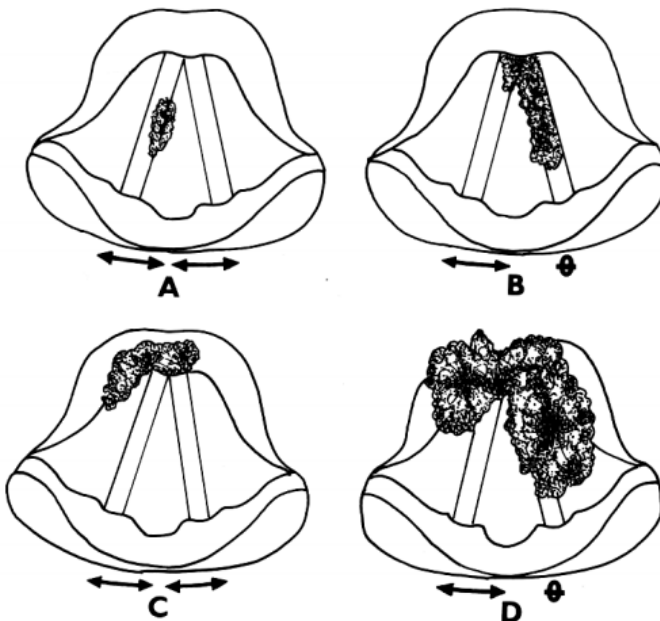


T_{1b} g



T_{1a} glotický. (J. Hybášek)

Zdroj: HYBÁŠEK, 2014, s. 23



Rakovina hrtanu:

A – glotická T1a,

B – glotická T3,

C – supraglotická T1,

D – supraglotická T4

Zdroj: HYBÁŠEK, 2014, s. 22

Příloha C

TNM klasifikace – karcinom hrtanu

| T – Primární nádor | |
|--|---|
| Společné kategorie pro všechny níže uvedené lokalizace nádorů ORL oblasti | |
| TX | Primární nádor nelze hodnotit. |
| T0 | Bez známek primárního nádoru. |
| Tis | Karcinom <i>in situ</i> . |
| Dutina čelistní | |
| T1 | Nádor je omezen na sliznici bez eroze či destrukce kosti. |
| T2 | Nádor způsobující erozi či destrukci kosti, včetně šíření do tvrdého patra a/nebo středního nosního průduchu, mimo šíření do zadní stěny čelistní dutiny a pterygoidních výběžků kosti klínové. |
| T3 | Nádor porušuje kteroukoli z následujících struktur: kost zadní stěny dutiny čelistní, podkožní tkáň, spodina nebo mediální stěna orbity, <i>fossa pterygoidea</i> , <i>sinus ethmoidalis</i> . |
| T4a | Nádor prorůstá chrupavkou štítnou a/nebo postihuje tkáň mimo larynx, např. tracheu, měkké tkáň krku včetně hlubokých/extraglosálních svalů jazyka (<i>m. genioglossus</i> , <i>hyoglossus</i> , <i>palatoglossus</i> a <i>styloglossus</i>), páskové svaly, štítnou žlázu, jícen. |
| T4b | Nádor postihuje prevertebrální prostor, struktury mediastina nebo obrůstá <i>a. carotis</i> . |
| Glottis | |
| T1 – T1a – T1b | Nádor je omezen na hlasivky (může postihovat přední nebo zadní komisuru) s jejich normální pohyblivostí: – omezen na jednu hlasivku, – postihuje obě hlasivky. |
| T2 | Nádor se šíří na supraglottis a/nebo subglottis a/nebo je narušena pohyblivost hlasových vazů. |
| T3 | Nádor je omezen na larynx, s fixací hlasivky, a/nebo postihuje paraglottický prostor a/nebo vnitřní povrchovou vrstvu štítné chrupavky. |
| T4a | Nádor prorůstá vnější povrchovou vrstvou štítné chrupavky a/nebo postihuje tkáň mimo larynx, např. tracheu, měkké tkáň krku včetně hlubokých/extraglosálních svalů jazyka (<i>m. genioglossus</i> , <i>hyoglossus</i> , <i>palatoglossus</i> a <i>styloglossus</i>), páskové svaly, štítnou žlázu, jícen. |
| T4b | Nádor postihuje prevertebrální prostor, struktury mediastina nebo obrůstá <i>a. carotis</i> . |
| Subglottis | |
| T1 | Nádor je omezen na <i>subglottis</i> . |
| T2 | Nádor se šíří na hlasivku(y) s normální nebo narušenou pohyblivostí. |
| T3 | Nádor omezen na larynx s fixací hlasivek. |
| T4a | Nádor porušuje prstencovou nebo štítnou chrupavku a/nebo postihuje tkáň mimo larynx, např. tracheu, měkké tkáň krku včetně hlubokých/extraglosálních svalů jazyka (<i>m. genioglossus</i> , <i>hyoglossus</i> , <i>palatoglossus</i> a <i>styloglossus</i>), páskové svaly, štítnou žlázu, jícen. |
| T4b | Nádor postihuje prevertebrální prostor, struktury mediastina nebo obrůstá <i>a. carotis</i> . |
| N – Regionální mízní uzliny | |
| NX | Regionální mízní uzliny nelze hodnotit. |
| N0 | V regionálních mízních uzlinách nejsou metastázy. |
| N1 | Metastáza v jediné stejnostranné mízní uzlině, do 3 cm v největším rozměru. |
| N2 – N2a – N2b – N2c | Metastázy podle následujícího popisu: – v jediné stejnostranné mízní uzlině větší než 3 cm, ne však více než 6 cm v největším rozměru, – ve více stejnostranných mízních uzlinách, žádná není větší než 6 cm v největším rozměru, – v oboustranných či druhostranných mízních uzlinách, žádná není větší než 6 cm v největším rozměru. |

| | |
|---|--|
| N3 | Metastáza (metastázy) v mízní uzlině či uzlinách větší než 6 cm v největším rozměru. |
| Pozn.: Mízní uzliny ve střední čáře se považují za uzliny stejnostranné. | |
| M – Vzdálené metastázy | |
| MX | Vzdálené metastázy nelze hodnotit. |
| M0 | Nejsou vzdálené metastázy. |
| M1 | Vzdálené metastázy. |
| Rozdělení do stadií | |
| 0 | Tis N0 M0 |
| I | T1 N0 M0 |
| II | T2 N0 M0 |
| III | T1–2 N1 M0 T3 N0–1 M0 |
| IVA | T1–3 N2 M0 T4a N0–1 M0 |
| IVB | T4b jakékoli N M0 jakékoli T N3 M0 |
| IVC | jakékoli T jakékoli N M1 |

Zdroj: VÍTEK, NOVOTNÝ, 2012, s. 37-39

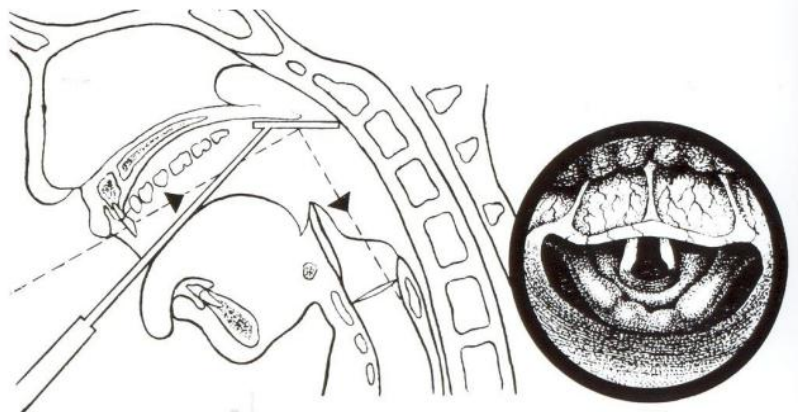
Příloha D

Nepřímá laryngoskopie

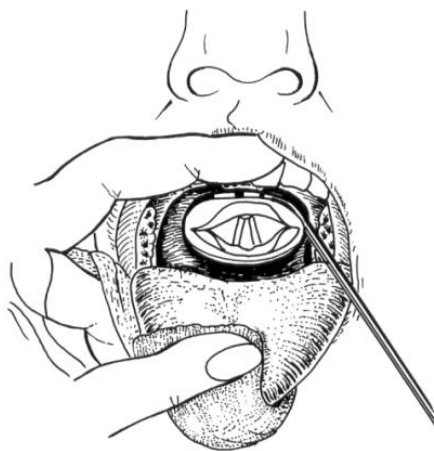
Nitro hrtanu v nepřímé laryngoskopii v záklonu hlavy



Nitro hrtanu v nepřímé laryngoskopii v předklonu hlavy



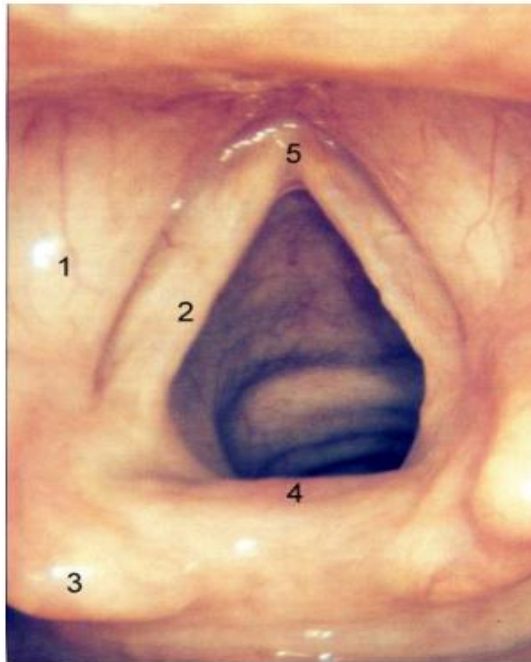
Nepřímá laryngoskopie zrcátkem



Zdroj: HYBÁŠEK, 2014, s. 25

Příloha E

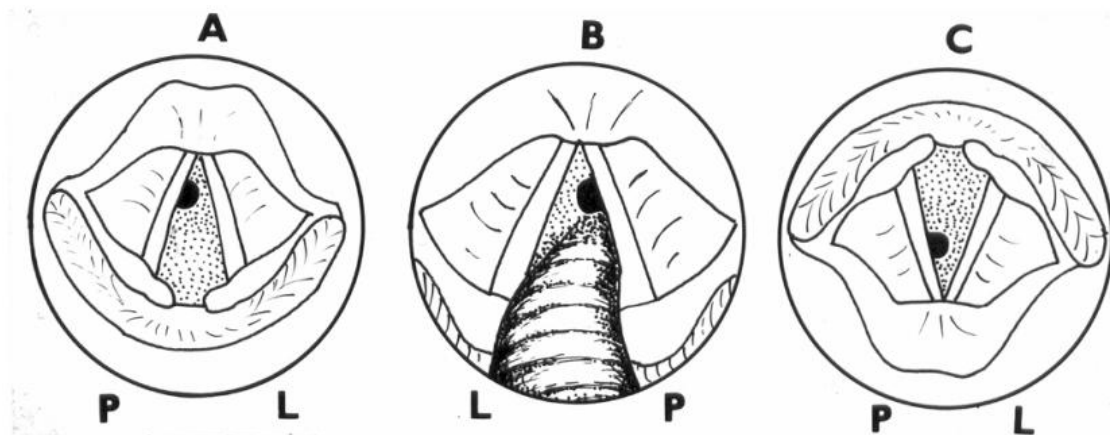
Obrazy v hrtanu při vyšetření



Normální nález v hrtanu:

- 1 – vestibulární řasa,
- 2 – hlasivka
- 3 – arytenoidní hrbol
- 4 – zadní komisura a tracheální prsténce v hloubce
- 5 – přední komisura.

Zdroj: HYBÁŠEK, 2014, s. 27



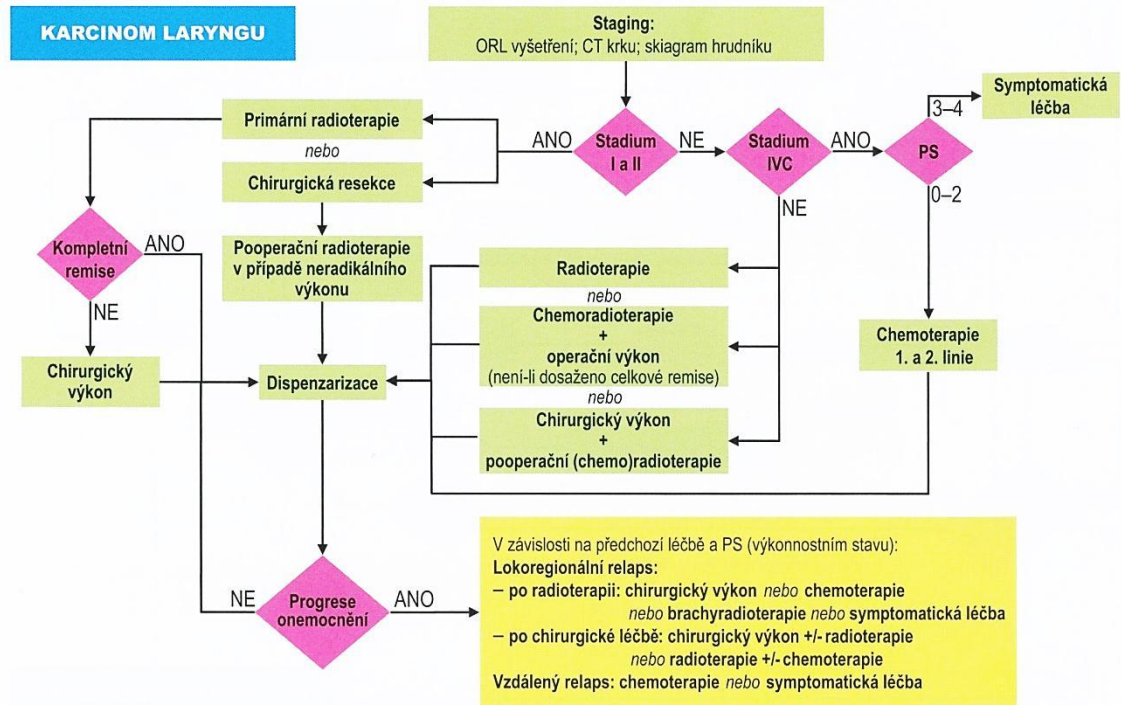
Porovnání pozorovaných obrazů v hrtanu:

- A – v nepřímé laryngoskopii
- B – v přímé laryngoskopii s intubací
- C – ve zvětšovací a flexibilním laryngoskopu

Zdroj: HYBÁŠEK, 2014, s. 26

Příloha F

Léčebný algoritmus – karcinom hrtanu



Zdroj: VÍTEK, NOVOTNÝ, 2012, s. 56

Příloha G

Čestné prohlášení studenta k získávání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s karcinomem laryngu v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Kostelci nad Orlicí 14. 3. 2014

Kateřina Doležalová