

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

**OTĚTĚ VĚSTĚLSKÝ PROCES U PACIENTKY
S KARCINOMEM HRTANU**

Bakalářská práce

JANA ERNÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD.

Praha 2016



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

Černá Jana
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

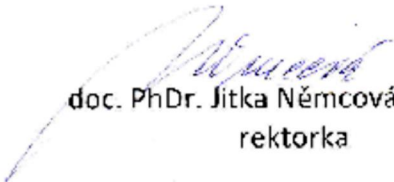
Na základě Vaší žádosti ze dne 23. 10. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacientky s karcinomem hrtanu

Nursing Process by a Patient with Laryngeal Carcinoma

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH

V Praze dne: 11. 11. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

Prohlášení

Prohláším, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedl/a v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezentováním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 5. 2016

í í í í í í í í í í í ..

ABSTRAKT

ERNÁ, Jana. *O-et ovatelský proces u pacientky s karcinomem hrtanu*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., Praha 2016, 88 stran.

Pacienti s nádory hrtanu po operaci totální laryngektomií jsou trvalými nositeli tracheostomické kanyly. Jsou výrazně omezeni v osobním životě, v komunikačních schopnostech a v pracovní aktivitě. Bakalářská práce popisuje o-et ovatelský proces ženy s diagnózou karcinom hrtanu po prodělané laryngektomii a následnými komplikacemi.

Teoretická část se zabývá léčbou jednotlivých druhů karcinomů hrtanu a možnostmi jejich odstranění. Dále je zaměřena na o-et ovatelskou péči, pooperační komplikace, psychologickou péči a následné možnosti rehabilitace.

Klíčová slova

Karcinomy hrtanu, totální laryngektomie, tracheostomie, tracheostomická kanyla, komplikace.

ABSTRACT

ERNÁ, Jana. *Nursing process for patient with laryngeal cancer*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Level of qualification: Bachelor (BC.). Supervisor: PhDr. Dušan Sysel, PhD. Praha 2016, 88 pages.

Patients with laryngeal cancer after total laryngectomy surgery are obliged to hold permanently a tracheostomic cannula. They are significantly restricted in their personal lives, in communication capability and in their working activity. Bachelor thesis describes the story of a woman diagnosed with cancer of the larynx after total laryngectomy and the consequent complications.

The theoretical part deals with the treatment of various types of cancers of the larynx and ways of eliminating them. It is focused on nursing process, postoperative complications, psychological care and subsequent rehabilitation possibilities.

Keywords

Laryngeal tumors, total laryngectomy, tracheostomy, tracheostomy cannula, complications.

OBSAH

SEZNAM TABULEK	8
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	9
SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZ	11
ÚVOD	14
1 PROBLEMATIKA NÁDOR KRKU V OTORINOLARYNGOLOGII.....	16
1.1 FYZIOLOGIE HRTANU.....	17
1.2 HISTOLOGIE	18
1.3 KARCINOM HRTANU	18
1.4 EPIDEMIOLOGIE.....	19
1.5 ETIOLOGICKÉ FAKTORY	19
1.6 KLINICKÝ OBRAZ.....	20
1.7 DIAGNOSTIKA	21
1.8 PATOLOGIE.....	22
1.8.1 SPINOCELULÁRNÍ KARCINOMY.....	22
1.8.2 VERUKÓZNÍ KARCINOM HRTANU (TZV. ACKERMAN V TUMOR)	22
1.8.3 NEUROENDOKRINNÍ NÁDORY	23
1.8.4 OSTATNÍ TYPY NÁDOR	23
1.9 LÉČBA.....	23
1.10 PROGNÓZA	25
1.11 PREVENCE.....	26
1.12 REHABILITACE HLASU PO TOTÁLNÍ LARYNGEKTOMII.....	27
1.13 KOMPLIKACE.....	28
1.14 TRACHEOSTOMIE	28
2 SPECIFIKA OŽIVĚNÍ A PÉČE O PACIENTY S KARCINOMEM HRTANU.....	29
2.1 PŘEDOPERATIVNÍ PŘÍPRAVA PACIENTA PŘED PLÁNOVANOU OPERACÍ	29
2.1.1 PLÁNOVÁNÍ OŽIVĚNÍ A PÉČE V PŘEDOPERATIVNÍ FÁZI PARCIÁLNÍ LARYNGEKTOMIE.....	30
2.1.2 PLÁNOVÁNÍ OŽIVĚNÍ A PÉČE V PŘEDOPERATIVNÍ FÁZI TOTÁLNÍ LARYNGEKTOMIE	30

2.1.3	PARCIÁLNÍ LARYNGEKTOMIE 6 POOPERA NÍ O ^{TE} ET OVATELSKÁ PÉ E.....	31
2.1.4	REHABILITACE PO PARCIÁLNÍ A REKONSTRUKTIVNÍ LARYNGEKTOMII.....	32
2.1.5	DEGLUTINA NÍ REHABILITACE	32
2.2	TOTÁLNÍ LARYNGEKTOMIE 6 POOPERA NÍ O ^{TE} ET OVATELSKÁ PÉ E.....	33
2.2.1	VÝM NA KANYLY.....	34
2.2.2	PÉ E O TRACHEOSTOMII.....	35
2.2.3	DEGLUTINA NÍ REHABILITACE	37
2.2.4	REHABILITACE DÝCHÁNÍ	37
2.2.5	PSYCHOLOGICKÁ PÉ E.....	37
2.2.6	POU ENÍ PACIENTA A JEHO RODINY P I PROPOU ^{TE} T NÍ....	38
2.3	NÁSLEDNÁ PÉ E.....	38
3	O ^{TE} ET OVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S KARCINOMEM HRTANU.....	41
3.1	PODPORA ZDRAVÍ.....	47
3.2	VÝťIVA	48
3.3	VYLU OVÁNÍ A VÝM NA.....	48
3.4	AKTIVITA 6 ODPO INEK	49
3.5	VNÍMÁNÍ 6 POZNÁVÁNÍ	49
3.6	VNÍMÁNÍ SEBE SAMA	50
3.7	VZTAHY.....	50
3.8	SEXUALITA.....	50
3.9	ZVLÁDÁNÍ/TOLERANCE ZÁT ťE.....	50
3.10	ťIVOTNÍ PRINCIPY.....	51
3.11	BEZPE NOST 6 OCHRANA.....	51
3.12	KOMFORT.....	52
3.13	R ST A VÝVOJ.....	52
	ZÁV R.....	66
	SEZNAM POUťITÉ LITERATURY	68
	SEZNAM P ÍLOH.....	74

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Identifika ní údaje	42
Tabulka 2: Vitální funkce p i p ijetí.....	43
Tabulka 3: Farmakologická anamnéza (chronická medikace)	44
Tabulka 4: Medikamentózní lé ba p i hospitalizaci tj. 10. 2. 2016.....	54

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

- AJ**a jiné
- ALT**biochemické vyšetření krve
- AST**biochemické vyšetření krve
- APTT**aktivovaný parciální tromboplastinový čas
- ARO**anesteziologickoresuscitační oddělení
- BMI**Body Mass Index
- CT**počítačový tomograf
- D**dech
- DK**dolní končetiny
- EKG**elektrokardiografické vyšetření
- FNÍ**fakultní nemocnice
- FW**sedimentace erytrocyt
- Hz**Herz
- Inj**injekční podání
- INR**protrombinový čas
- JIP**jednotka intenzivní péče
- LF MU**Lékařská fakulta Masarykovy univerzity
- MKN**mezinárodní klasifikace nemocí
- mmHG**rtuťový sloupec

NANDA....North American Nursing Diagnosis Association ó Severoamerická asociace
pro sestřerské diagnózy

NGS.....nasogastrická sonda

PEG.....perkutánní endoskopická gastrostomie

ORLotorhinolaryngologie

Ppuls

RTGrentgen

Stp.stav po

Tbl.tableta

TKkrevní tlak

TRN.....tuberkulóza a respirační nemoci

TT.....tělesná teplota

(VOKURKA a kol., 2009), (VÝKLADOVÝ OTĚT OVATELSKÝ SLOVNÍK, 2008)

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZ

Abúzus	nadm rné uflívání, zneufívání, nej ast ji nadufívání drog nebo také uflívání v nevhodnou dobu (práce, t hotenství)
Analgetika	léky na bolest
Aspirace	vdechnutí; nasání, odsátí
Bagatelizace	zleh ování, podce ování
Benigní	nezhoubný
Carcinoma in situ	karcinom lokalizovaný v míst svého vzniku
Cum nervo vago	s bloudivým nervem
Diagnoza	ur ení, stanovení, rozpoznání choroby
Diskomfort	t lesná, du-evní nebo sociální nepohoda
Enviromentální faktory	faktory, které ovliv ují zdatnost a t lesnou výkonnost, mají genetickou a environmentální etiologii
Ebrieta	stav, kdy mnofství pofitého alkoholu za ne ovliv ovat centrální nervový systém (CNS)
Exofytický tumor	zevn rostoucí tumor
Farmakoterapie	lé ení pomocí lék
Gastroesophageální reflux	zp tný tok flalude ního obsahu do jícnu
Gastrostomie	chirurgické vyúst ní flaludku skrze b i-ní cestu
Grading	je mikroskopické ur ení stupn diferencovanosti (vyzrálosti) nádoru

Incidence	nemocnost, poměr nov vzniklých případů onemocnění v daném časovém období k celkovému počtu osob ve sledované populaci
Invazivní	pronikající, vnikající
Karcinoid	neuroendokrinní tumor, vycházející z buněk neuroendokrinního systému
Maligní	zhoubný
Menarché	první menstruační krvácení v životě ženy
Metachronní metastázy	metastázy, které jsou diagnostikovány později (např. v odstupu měsíce až let po chirurgickém odstranění nádoru a adjuvantní léčbě)
Metastázy	závažná komplikace zhoubných nádorů, dceřiné ložisko zhoubného nádoru nebo infekce
Neoplasie	novotvorba tkáně
Stabilizace	ustavení
Screening	metoda vyhledávání asymptomatických forem nemocí nebo odchylek od normy v dané populaci prováděná formou testu
Staging	odstupňování pokročilosti maligního nádoru podle patologických kritérií
Subjektivní	osobní
Tracheotomie	chirurgický výkon, při kterém je vytvořen otvor do průdušnice
Tracheostomie	stav, kdy je trachea spojena s povrchem těla uměle vytvořeným otvorem

Papilomaviry	(HPV), patří mezi viry, které napadají buňky lidské pokožky a sliznic
Paragangliomy	označení pro méně častý nádor, který je obvykle nezhoubný a který vychází z nervové tkáně
Peristomální	v okolí stomie
Peroperační	během operace
Predispozice	vrozená nebo získaná náchylnost, sklon
Prognóza	predpověď, odhad dalšího vývoje
Recidivovat	vracet se, opakovat se
Redon v drén	pomůcka k odvádění tekutin z ran
Vertikalizace	uvedení do svislé polohy

ÚVOD

Karcinom laryngu je maligní epitelový nádor hrtanu. Nádorové bujení se vyvíjí od stádia lehké, střední a těžké dysplazie, přes carcinoma in situ do obrazu invazivního karcinomu. Histologicky se jedná nejčastěji o dleňdicobuněný karcinom. Metastazují především lymfatickou cestou do vzdálených lymfatických uzlin (POVÝMIL et. al., 2007).

Nádory hrtanu se vyskytují ve srovnání s nádory prsu, plic, prostaty a tlustého střeva méně. Nicméně jejich význam nezáleží na okraj zájmu onkologie. Právě naopak, vzhledem k možným následkům terapie jako ztráta hlasu patří tato oblast onkologie mezi pozorně sledované. V minulých letech stál v popředí léčby laryngeálních nádorů chirurgický a radikální přístup s cílem odstranit nádorem postižený hrtan. Postupem času docházelo k rozvoji konzervativních chirurgických postupů hrtanové chirurgie. V léčbě nádorů hrtanu jsou stále více používány sofistikované postupy radioterapie, kombinace chemoterapie s radioterapií a parciální laryngektomie a totální laryngektomie u pokročilých nádorů, kdy tato operace pacientovi zcela znižuje kvalitu života. Dochází ke změně obrazu těla kterou pacient velmi těžce snáší. K nejzávažnější změně, která může vést až k izolaci patří ztráta hlasu, kdy se stává v nich kterých případech, že se rodina od nemocného distancuje. Záchytných stádií nádorového onemocnění má mimořádný význam pro prognózu i přežití pacienta. U pacientů se spinocelulárním karcinomem se obecně udává přežití asi 70%.

Nádory hrtanu mají různé příznaky odvíjející se od jejich umístění. Projevují se zejména prodlouženým chraptivým chrapotem, bolestí v krku, dušností, i zduřením krku. V jednotlivých zeměpisných regionech se nádory hrtanu vyskytují v různé četnosti. Bez ohledu na danou oblast však zůstává typickým pacientem mužskou, středního i staršího věku, s různým stupněm závislosti na alkoholu.

Česká republika je v incidenci karcinomu hrtanu v Evropě na 26. místě (DUŠEK, 2007). Z absolutního počtu nových zjištěných zhoubných nádorů zaujímá incidence karcinomu hrtanu 1,6 %. V posledních 10 letech lze sledovat výrazný nárůst podílu české populace. Celkový výskyt rakoviny hrtanu v závislosti na věku v naší republice

stoupá od 50. roku s maximem výskytu kolem 60. roku. Přibývá také výskyt tohoto zhoubného nádoru mezi 40. a 50. lety. U ostatních se vyskytují nádory jen z ředka (ZVOLSKÝ, 2014).

1 PROBLEMATIKA NÁDOR KRKU V OTORINOLARYNGOLOGII

V běžné populaci nemá ORL vyšetření pevné místo v preventivních prohlídkách. Základní ORL vyšetření je relativně levné, dobře dostupné a nezatajuje pacienta a je proto dostatečné jako screeningové a preventivní vyšetření pro nádory hlavy a krku. Doporučováno je zpravidla opakovat v 6 až 12 měsíčních intervalech.

Preventivní oblast ORL pro vyšetření relativně dobře přístupná a jsou zde tak vhodné podmínky pro přesnou diagnostiku nádoru, 2/3 těchto nádorů jsou diagnostikovány v pozdním stádiu. Dáno je to tím, že pacienti přicházejí k lékaři až pozdě a to v důsledku rychlé progresy nádoru, relativně málo alarmujících příznaků v počátečních onemocnění, které pacienti zaměňují spíše s pocitem diskomfortu při akutních a chronických zánětech horních cest dýchacích. V přesné diagnostice nádoru hlavy a krku v této souvislosti má důležitou úlohu kromě otorinolaryngologa i praktický lékař a stomatolog. Preventivní onkologická prohlídka dutiny ústní, by měla být součástí každého stomatologického vyšetření. Úkolem praktického lékaře je odeslat každého pacienta k odbornému vyšetření s pocitem diskomfortu, bolestmi při polykání a chraptivostí, trvajícími déle než 3 týdny a na běžnou léčbu nereagujícím.

U mužů nad 40 let, kteří kouří a popíjejí konzumují ve zvýšené míře alkohol, je vhodné doporučit pravidelné preventivní vyšetření ORL. Jedná se o skupinu obyvatelstva rizikovou, a to právě z hlediska vzniku karcinomu hlavy a krku. Bohužel se tyto pacienti většinou nechťají účastnit preventivních prohlídek. Problémem vyplývajícím ze sociálního zázemí těchto jedinců je jejich obecně slabší zájem o dodržování zásad zdravého životního stylu, nedbalý přístup k péči o vlastní zdraví a přehlížení i podceňování příznaků onemocnění. Pravidelná ORL vyšetření jsou jednoznačně indikována u pacientů po úspěšné léčbě karcinomu ORL oblasti. U těchto pacientů hrozí vysoké riziko vzniku recidivy.

Každý pacient, který přichází k otorinolaryngologovi, by měl absolvovat kompletní vyšetření k vyloučení nádoru ORL oblasti.

1.1 Fyziologie hrtanu

P vodní funkcí hrtanu byl uzávěr dolních cest dýchacích při polykání. V souvislosti s tím se vyvinul kašlel, sloufčí křídlo tracheobronchiálního stromu. Oba reflexní dýchání jsou ovládány senzitivně i motoricky cum nervo vago a nervy výdechové svaloviny.

Mladší funkcí hrtanu je tvorba hlasu. Na ní se podílí tělo dechové ústrojí a rezonanční prostory. Tvorba hlasu je založena na principu dvou protilehlých, pasivně kmitajících jazýčků hlasivek. Sevřená glottis je úmrtím svému odporu periodicky rozrážena tlakem vzduchu pod hlasivkami. Jakmile dojde k poklesu tlaku pod otevírací hodnotu, proud vzduchu je přerušen. Tento děj se opakuje u základního hlasivkového tónu u mužů asi ve frekvenci 125 Hz a u žen asi 250 Hz.

Dýchací funkce o hrtan zajišťuje tok vdechovaného a vydechovaného vzduchu. Při dýchání je hlasivková přepážka volná, při vdechu se hlasivková přepážka rozšiřuje, při výdechu zužuje.

Fonační funkce o hlas vzniká periodickým chvěním vzdušného sloupce nad hlasivkami. Střídavým rozevíráním a zavíráním hlasivkové přepážky vlivem tlaku vzduchu vydechovaného z průdušnice se vzduch nad hlasivkami zehřívá a zhušťuje a vzniká primární tón (Tlapák 2009, s. 49). Na sekundární tvorbu hlásek se pak podílí tzv. nástavní hlasové dutiny jako dutina nosní, dutina hltanu a především dutina ústní a její části, jazyk, chrup a rty.

Ochranná funkce o zajišťuje jí svalovina a slizniční kryt hrtanu. vlásky produkující hlen a pohyb vláskovitých epitelu transportují hlen a drobná cizorodá tělíska směrem do dutiny ústní, kde jsou při soběním kašlel reflexu vytlačeny ven proudem vzduchu. Při polykání má hrtan úlohu chránit dolní cest dýchacích. Zamezuje vniknutí polknuté potravy do dolních dýchacích cest koordinovaným pohybem závěsných svalů hrtanu, spodiny dutiny ústní a jazyka.

Olfaktivní funkce o ztráta hrtanu znamená anosmii, vymizení schopnosti vnímat pachové vjemy, nebo vzduch při tracheostomii jí neproudí nosními dírky, kde jsou pachové receptory.

1.2 Histologie

Vchod do hrtanu a hlasivky jsou pokryté dleřdicovým vrstevnatým nerohov jícím epitelem. Ostatní ásti jsou pokryty respira ním epitelem, jehoř asinky kmitají do hrtanového vchodu. Hranice mezi ob ma epitely není ostrá, ale je tvo ena vzájemnými ostr vkovými pr niky. Udává se, ře p edev-ím z ostr vk dleřdicového epitelu vychází rakovina hrtanu. Sekret z dolních cest dýchacích p ekonává glotickou krajinu ka-lem, vzácn ji kýcháním a asinkovým odsunem p es zadní komisuru.

1.3 Karcinom hrtanu

Karcinom hrtanu se řeví jako nádorová infiltrace, která m ře být ohrani ená, kv tákovit uspo ádaná, rostoucí do lumen hrtanu jako forma exofytická. Nádor, který má infiltra ní r st do hloubky je forma endofytická. Karcinomy se vyskytují ve t ech základních formách ó glotické, subglotické a supraglotické. Li-í se svými symptomy, chováním i prognózou.

- **glotická forma** (60-65 %) projevuje se asn chrapotem, cořlumofi uje v as stanovit diagnózu. Vzhledem k cévnímu a lymfatickému zásobení metastazují karcinomy glotis do spádových uzlin ař v pozdním stádiu;
- **subglotická forma** (5 %) tato lokalizace karcinomu je mén ástá. Zpravidla roste exofyticky a-í í se kraníáln na hlasivky (HAHN et al., 2007);
- **supraglotická forma** (30-35 %) asným chrapotem se neprojevuje, naopak chrapot u této formy bývá p íznakem pokro ílého onemocn ní. Protoře tato oblast je cévn a lymfaticky dob e zásobena, metastázování do spádových uzlin bývá asné.

Karcinom hrtanu m ře metastázovat do spádových kr ních uzlin. Objevit se mohou i metastázy vzdálené, zejména v plících a játrech.

Rozsah nádoru je popisován tzv. TNM klasifikací, kde symbol T (tumor) hodnotí rozsah nádoru, N (nodus) stupe postíření kr ních uzlin a M (metastázy) p ítomnost, i nep ítomnost metastáz. Kařdému z trojice písmen je p ízený íselný index, s jehoř stoupající hodnotou stoupá i závařnost onemocn ní. Klinická klasifikace TNM (cTNM) je zalořena na nálezech získaných vy-et eními p ed zahájením lé by. Platí,

ře s rostoucím klinickým stádiem nádoru obecně klesají vyhlídky na jeho vyléčitelnost (MKN, 2013).

1.4 Epidemiologie

Česká republika je v incidenci karcinomu hrtanu v Evropě na 26. místě (DUŠEK, 2007). Z absolutního počtu nových zjištěných zhoubných nádorů zaujímá incidence karcinomu hrtanu 1,6 %. V posledních 10 letech lze sledovat výrazný nárůst podílu české populace (ZVOLSKÝ, 2014). Celkový výskyt rakoviny hrtanu v závislosti na věku v naší republice stoupá od 50. roku s maximem výskytu kolem 60. roku. Přibývá také výskyt tohoto zhoubného nádoru mezi 40. a 50. lety. Přes relativně malou četnost vzhledem k celkovému výskytu všech malignit je významný svým dopadem a to zejména na kvalitu života pacienta (KRAUS, 2005).

1.5 Etiologické faktory

Nádory hrtanu mají stejné rizikové faktory jako ostatní nádory hlavy a krku. Studie publikovaná v roce 2011 ve Velké Británii uvádí, že přibližně 90 % laryngeálních karcinomů jsou spojeny s environmentálními faktory a zejména s životním stylem (HASHIBE, 2009). Karcinom hrtanu je dáván do souvislosti s kouřením a s pitím velkého množství tvrdého alkoholu, přičemž kouření je nejvýznamnější etiologický faktor. Ve statistice se uvádí, že 94 % nemocných jsou kuřáci. Uvádí se, že rozhodující je doba kouření, zejména pokud se jedná o 20 cigaret denně po dobu 20 let. Dále se uplatňuje chronický zánět hrtanu, gastroesophageální reflux (KLOZAR, 2005). Nadměrná konzumace alkoholu společně s kouřením zvyšuje riziko rakoviny hrtanu nejméně 25násobně, pravděpodobně kvůli vlastnostem alkoholu, který působí na některé karcinogenní látky obsažené v kouři jako solvent a zesiluje tím jejich škodlivý účinek na sliznici.

Studie prokazují výrazné snížení rizika, pokud kuřák přestane kouřit do věku 35 let nebo po uplynutí 20 a více let od skončení. Riziko onemocnění roste i u pasivního kouření, přičemž pasivní environmentálního tabákového kouře (ETS) po dobu delší 15 let je až trojnásobné. Při konzumaci alkoholu v množství 25g/den vzroste relativní riziko již 1,4násobně (RAMROTH, 2008).

Karcinogenní působení cigaretového kouře je dáno především jeho obsahem polyaromatických uhlovodíků, mezi nimiž je nejškodlivější benzopyren. Ten se vedle cigaretového kouře nachází i ve značném množství v mstském ovzduší, což může vysvětlovat, proč jsou nádory hrtanu a plic častější v mstských oblastech než na venkově (TIRELLI, 2013).

Výše citovaná britská studie zaznamenala vztah mezi rakovinou hrtanu a stravovacími návyky. Přibližně 45 % procent všech pacientů konzumovalo méně než 400 gramů zeleniny a ovoce denně. Přímý vztah ale dovést nelze, protože u těchto pacientů působily i další nepříznivé faktory, především kouření, alkohol, nedostatek vitamínů a celkově nezdravý životní styl.

Vliv faktorů pracovního prostředí je relativně nejmenší, ale nikoliv zanedbatelný. Je zmiňována expozice ionizujícího záření, uhlénohřevného prachu, azbestu, kyseliny sírové a dieryného prachu. V České republice byly za období 1991-2009 uznány jako nemoci z povolání pouze tři případy rakoviny hrtanu, což činí 0,3 % z celkového množství uznaných profesních novotvarů za sledované období (BRHEL, 2011).

1.6 Klinický obraz

Příznaky karcinomu hrtanu jsou různorodé a závisí na místě vzniku primárního nádoru. Mezi první příznaky patří chrapot, který může být různé intenzity, od lehkého zastavení, až po úplnou ztrátu hlasu. Každý chrapot, který přetrvává déle jak 2-3 týdny, by měl být vyšetřen lékařem specialistou, kterým je otorinolaryngolog (HAHN et al., 2007).

Mezi některé další příznaky mohou patřit bolesti v krku, zpravidla jednostranné bolesti, které vystupují do ucha. Dechové potíže, dysfagie (zhoršené polykání), odynofagie (polykání doprovázené bolestí) a dráždivý kašel. Je velmi důležité, aby řádný nemocný tyto příznaky nepodceňoval a navštívil včas lékaře, jedině tak může dojít ke včasnému stanovení diagnózy nádoru. Duřnost, hemoptýza a zduření na krku jsou už příznakem pokročilého stádia nádoru (HAHN, et al., 2007).

1.7 Diagnostika

U všech nádorových onemocnění karcinom hrtanu nevyjímaje, platí, že v asná diagnostika v po áte ních stádiích zvyšuje pravd podobnost uzdravení a umofl uje ír í výb r lé ebných postup , které zachovávají postižený orgán a tím i jeho funkce. Pro správnou diagnózu a zji-t ní rozsahu nádoru mají zásadní význam odb r anamnézy a instrumentální vy-et ení, provád ná optickými p ístroji:

- **nep ímá laryngoskopie** spo ívá ve vizualizaci hrtanu pomocí zdroje sv tla, elního reflektoru a zrcátka. Je to základní a snadno proveditelná vy-et ovací metoda. Pokud existují p íznaky jakékoliv patologie hrtanu, ve v t-in p ípad poskytuje dostate ný obraz o stavu hrtanu, o pohybu hlasivek p í fonaci, kdy je pacient vybízen k vyslovování samohlásek [e:] a [i:] p í respiraci (KASTNER, 2013). Poufívá se rovn fl tzv. zv t-ovací laryngoskopie (*luppen-laryngoskopie*);
- **p ímá laryngoskopie** vyřaduje celkovou anestezii, je indikována p í jakémkoliv podez ení na tumor hrtanu spolu s odb rem reprezentativního vzorku tkán k histologickému vy-et ení, protože pouze histologickou verifikaci lze považovat za pr kaznou;
- **nasofibrolaryngoskopie** provádí se zavedením fibroskopu nosem do vy-et ované oblasti hrtanu, je pacienty dob e sná-ena, poufívá se zejména u d tí a osob s rozvinutým dávivým reflexem;
- **stroboskopie** nitro hrtanu je osv tlováno záblesky p eru-ovaného sv tla a sou asn je snímán pohyb hlasivky rozfázovaný do amplitudy, jejífl charakter je pak p edm tem hodnocení;
- **videokymografie** zaznamenává obraz kmitání hlasivek, frekvenci a amplitudu kmit , trvání jednotlivých fází cyklu otevírání a zavírání *glottis*. Lze podle ní p esn zhodnotit záv r *glottis*. Zp es uje laryngostroboskopické vy-et ení, zejména u stav s nepravidelným kmitáním hlasivek a u t fce chraptivých pacient . Nenahrazuje vy-et ení v celkové anestezii p í podez ení na nádorové onemocnění, neposta uje zcela k záchytu tumor hrtanu, p í poufítí lze p ehlédnout nap íklad tumor hlasivky í ící se do ventrikulu hrtanu (KASTNER, 2013).

Zobrazovací metody jako magnetická rezonance a výpočetní tomografie doplují instrumentální vyšetření zejména v případech pokročilých stádiích nemoci pro určení tzv. *stagingu* nádoru a jejich vztahu k okolním strukturám. Sonografie se používá ke zjištění eventuálního metastatického postižení lymfatických uzlin krku, stejným účelem sleduje rentgenová radiografie plic. K upřesnění rozsahu nádoru se užívá rovněž pozitronová emisní tomografie, která za použití radiofarmak zobrazuje metabolickou aktivitu vyšetřovaných tkání.

1.8 Patologie

Z hlediska klinických příznaků je nutné posuzovat nádory hrtanu podle anatomické lokalizace. Jinak se chovají a manifestují nádory supraglotis, glotis, subglotis.

1.8.1 Spinocelulární karcinomy

Pro spinocelulární karcinomy se rovněž užívají názvy epidermoidní, dleňdicobuněčné. Tvorbí více než 95 % všech maligních nádorů hrtanu a více než jednu třetinu všech ORL nádorů. V nadpolovině případů jsou diagnostikovány bez metastatického postižení, v jedné čtvrtině s uzlinovými krčními metastázami a asi 15 % tvoří pacienti s rozsáhlým nádorem, někdy metastazujícím (KLOZAR, 2008). Zvýšená pozornost je namířena tzv. prekancerózu, mezi ní patří dysplazie I. a II. stupně, *carcinoma in situ*, resp. intraepiteliální karcinom. Neznamenají nutnou premalignitu, ta se konstatuje až na základě histologických výsledků a upřesnění konkrétního typu dysplazie a míry buněčných atypií.

1.8.2 Verukózní karcinom hrtanu (tzv. Ackerman v tumor)

Nejčastěji je popisován jako zvláštní typ spinocelulárního karcinomu objevující se v dutině ústní, hrtanu, jícnu, nosní dutině a na pohlavních orgánech (SLAVÍEK, 2005). Některá autoři dávají jeho výskyt do souvislosti s papilomaviry (GAROTTA, 2011). Někdy bývá uváděn jako samostatný typ nádoru (FERLITO, 2006). Tento typ nádoru nemá typickou vlastnost spinocelulárního karcinomu tvořit metastázy. V hrtanu postihuje volnou část hlasivky. Roste pomalu a může pomalu destruovat i chrupavku bez tendence k metastatickému šíření.

Makroskopicky se v t–inou jedná o exofytický, v škv tákovitěõ form rostoucí nádor. Jeho povrch bývá nekrotický, n kdy se zán tlivou reakcí v okolí. N kdy jej provázejí zv t–ené lymfatické uzliny vyvolávající dojem metastatického postiflení. Souvislost verukózního karcinomu se spinocelulárním karcinomem má význam ve volb terapie. Lé ba prvn jmenovaného pomocí radioterapie nep iná–í uspokojivé výsledky, což nasv d uje záv ru, že jde o radiorezistentní nádor, zatímco druhý pat í mezi radiokurabilní typ nádoru (HUANG, 2010).

1.8.3 Neuroendokrinní nádory

Neuroendokrinní nádory a nádory metastazující do hrtanu jsou obvykle lokalizovány submukózn a vyskytují se p edev–ím v *supraglottis*. Do této skupiny pat í v oblasti hrtanu p edev–ím malobun né nádory. Lé ba malobun ných nádor spo ívá v chemoterapii a radioterapii. Chirurgická lé ba nep iná–í zlep–ení. Jiné typy neuroendokrinních nádor objevující se v hrtanu, jako karcinoidy, atypické karcinoidy a paragangliomy, jsou vzácné a jejich lé ba je chirurgická. Jsou zna n agresivní a mají vysokou tendenci k metastázování (FERLITO, 2009).

1.8.4 Ostatní typy nádor

Zbýlých 5 % nádor tvo í zejména karcinosarkomy, fibrosarkomy, chondrosarkomy a adenokarcinomy. Maligní fibrózní histiocytom, plazmocytom, lymfomy, melanomy a dal–í jsou v hrtanu sice popsány, ale jejich výskyt je vzácný (SLAVÍ EK, 2005). Nádory hrtanu lze dále kvalifikovat podle lokalizace karcinomu a stupn jeho roz–ení. Formy r stu mohou být exofytické, infiltrativní a ulcerózní, zpravidla bývají smí–ené.

1.9 Lé ba

Pro úsp –nou lé bu je nejd leflit j–í v asná diagnostika. Rozhodující pro volbu je také klasifikace nádoru, tj. velikost nádoru a postiflení uzlin. Po stanovení rozsahu nádoru se volí vhodná lé ba. Nelé ený karcinom hrtanu vede ke smrti pacienta v pr m ru po 12 m sících. Nej ast j–í p í inou je udu–ení, krvácení, metastázy, infekce nebo kachexie.

Základní postupy léčby

- chirurgická léčba;
- aktinoterapie;
- kombinace chirurgické léčby a aktinoterapie;
- kombinace chemoterapie a aktinoterapie, eventuálně chirurgická léčba.

Chirurgická léčba zaujímá různé postupy, které se liší lokalizací, rozsahem nádoru a přítomností metastáz (HAHN et al., 2007).

- **Chordectomie** je výkon při kterém se odstraní hlasivky. Tento výkon se může provést pouze u malých nádorů, které se nacházejí právě na hlasivce. Provádí se zezadu na krku otevřením hrtanu zevně pomocí malé kotoučové frézy, výkon je doprovázen zajištěním dýchacích cest tracheostomií, protože při každém zásahu v hrtanu hrozí otok, a tím by mohlo dojít k udušení pacienta;
- **Parciální laryngektomie** je částečné odstranění hrtanu postižené nádorem. Hrtan se odstraní ve vertikální nebo horizontální části, následuje rekonstrukce hrtanu a to proto, aby se pacient v budoucnosti obešel bez tracheotomie a aby mohl jíst;
- **Totální laryngektomie**, tuto operaci poprvé provedl Dr. Billroth v roce 1873. Je to operace, při které se odstraní celý hrtan, podle rozsahu je odstraněna i část hltanu. Pacientovi se zavádí během operace vyfukovací sonda po dobu asi 14 dní po zhojení se odstraní a pacient pak přijímá potravu i tekutiny ústy. Na závěr operace se zavádí kovová kanyla. Pacient má trvale tracheostoma, kterým dýchá. Je to výkon při kterém se spolu s hrtanem odstraní i hlasivky, tím nemocný ztrácí verbální možnosti komunikace, proto existují různé náhrady hlasu;
- **Chemoterapie** je podání chemických látek, které brzdí růst nádorových buněk, nebo tyto buňky ničí;
- **Aktinoterapie** jedná se o léčbu ozáření, tímto dochází v buňce ke změně, při kterých následuje jejich poškození nebo smrt. Předoperační nebo pooperační ozáření používá v kombinaci s chirurgickou léčbou.

1.10 Prognóza

Ovlivnění výsledku léčby je dáno rozsahem nádoru a výskytem metastáz. Přesné zjištění nádoru může vést i k jeho vyléčení (KLOZAR, 2006).

Po léčbě T1 glotického karcinomu je úspěšnost měřená v době přežití pacientů delší 5 roků po léčbě téměř 95 %. Při rozsahu T3 klesá na 60 %, u pokročilých forem s postižením lymfatických uzlin klesá na 20 %. Subglotické nádory brzy metastázuji a často recidivují, supraglotické jsou obvykle diagnostikovány v pokročilém stádiu a jejich prognóza je proto celkově nepříznivá. Metastázy na krčních uzlinách obecně prognózu zhoršují. Výsledky u nádorů T3 a T4 jsou nepříznivé, 5 let od operace se nedožívá 70-80 % pacientů (MOTTA, 2010).

Faktory působící na prognózu konkrétního pacienta pak lze rozlišovat podle:

1) vztahu k osobě pacienta

- celkový zdravotní stav je definovaný tzv. *performance statutem* a negativně ovlivňovaný eventuální komorbiditou;
- stav výživy je ovlivněn imunologickou odpovědí, negativní dusíková bilance má zejména negativní vliv na prognózu (OTTAVIANO, 2011, s. 5).

2) vztahu k neoplasii

- lokalizace primárního tumoru je ovlivněna dobou jeho klinické manifestace a tím i včasností léčby;
- TNM *staging* a *grading*;
- přítomnost sekundární neoplasie, synchronní nebo metachronní, zkracuje přežití pacientů na polovinu (OTTAVIANO, 2011).

3) vztahu ke způsobu léčby

- Neléčený karcinom hrtanu nevyhnutelně vede k exitu. Způsob léčby oproti tomu výsledky terapie zejména výrazně neovlivňuje. Podle studie provedené LF MU a FN u sv. Anny v Brně je chirurgická a nechirurgická léčba nádoru hrtanu ve svých výsledcích srovnatelná, a to v parametrech mediánu celkového

kumulativního přežití (OAS) i relapsu onemocnění. V současné době probíhá na dané téma řada studií a nelze vyvodit jednoznačné závěry.

1.11 Prevence

Primární prevence je esenciální nástroj k omezení výskytu nádorových onemocnění. Je to strategie, jejímž prostřednictvím lze ovlivňovat pravděpodobnost vzniku neoplazie působením na rizikové faktory a omezením expozice organismu těm, které lze modifikovat. Primární prevencí je také identifikace genetické predispozice k nádorovému onemocnění vycházející z rodinné anamnézy.

V průběhu posledních dekad se ustálil koncept tzv. avoidable cancers, tedy možnost ovlivnění počtu incidencí tumorů, jimž se lze při dodržování určitých pravidel potenciálně vyhnout. V roce 1990 zveřejnila Mezinárodní agentura pro výzkum rakoviny (IARC) odhad kvóty vyhnutelných nádorů mezi 72 a 96 %. Tyto výsledky jsou dnes považovány za prokované (COGLIANO 2011). Na základě výsledků výzkumu vedeného UICC od roku 2002 v 28 evropských zemích bylo označeno 11 tumorů, mezi nimiž i karcinom hrtanu, jako ovlivnitelných primární prevencí. Z celkového počtu 1371199 zaznamenaných případů byla potenciálně ovlivnitelná necelá polovina. Jako nejnázevyhnutelné nádory byly označeny karcinomy jícnu a hrtanu, z celkového počtu v 73-78 % případech.

Hlavní, detailně zdokumentovanou metodou v oblasti primární prevence proti rakovině hrtanu, je boj proti kouření. Vychází z faktu, že kouření je příčinou téměř 90 % zhoubných nádorů hrtanu, stejně jako dalších orgánů přímo exponovaných tabákovému kouři. Jestliže je všeobecně přijímán názor, že jeden ze sedmi zhoubných nádorů je způsobený kouřením, (PLETKO, 2010) pak je nasnadě, že intenzivní boj proti kouření představuje zásadní pokrok v oblasti primární prevence. Významným článkem primární prevence jsou i opatření zaměřená na snížení konzumace alkoholu. Role lidských papilomavirů (HPV) při vzniku nádorů hrtanu je rovněž prokázána, primární prevencí je proto nutné zaměřit se do oblasti identifikace rizikových typů HPV a jejich následné inkorporace do očkovacích vakcín, a rovněž do omezení sexuálního rizikového chování.

Sekundární prevence se zaměřuje na zjištění raných stádií onkologických onemocnění, v nichž lze očekávat snadnější a méně zatěžující léčebné postupy, lepší terapeutické výsledky nebo úplně trvalé vyléčení. Realizuje se individuálním vyšetřením nebo screeningem pokrývajícím vybrané vkové skupiny populace. Vzhledem k poměrně vysokým nákladům, u kterých typ vyšetření je obtížně realizovatelná v nedostatečně financovaných zdravotnických systémech. U rakoviny hrtanu je prováděna ORL vyšetřením rizikových skupin populace, tzn. kuřáci ve věku nad 40 let konzumující ve zvýšené míře alkohol. Problémem vyplývajícím ze sociálního zázemí těchto jedinců je jejich obecně slabší zájem o dodržování zásad zdravého životního stylu, nedbalý přístup k péči o vlastní zdraví a přehlížení i podceňování příznaků onemocnění. Uplatnění metod sekundární prevence tak v části velkých částí potenciálních pacientů ani nedojde naplnění.

1.12 Rehabilitace hlasu po totální laryngektomii

Totální laryngektomie je mnohdy jediným možným radikálním terapeutickým postupem v léčbě pacientů s nádory hrtanu. Ztráta hlasu a s tím spojená ztráta možnosti komunikace ve společnosti bývá pacientem snášená velice špatně. Od doby první totální laryngektomie, provedené v roce 1873 Billrothem a Watsonem 1866, se hledají mechanismy umožňující tvorbu hlasu, přičemž v nichž je hlas vytvářen jinými způsoby než hlasivkami. Shrnujeme je pod termín náhradní hlasové mechanismy (SLAVÍ EK, 2006).

- **jícnový hlas**, kde foniatr naučí pacienta naplnit jícen vzduchem a pak ho postupně uvolňovat dýcháním a současně přitom tvořit hlásky, slabiky a postupně celá slova a nakonec i celé věty. Bohužel se stává, že i přes veškerou snahu jak ze strany lékaře, tak pacienta se tomuto hlasu nenaučí;
- **elektrolarynx** je malý přístroj, který si sám pacient přikládá na krk, artikuluje a přístroj hovoří za pacienta. Nevýhodou tohoto přístroje je taková, že pacient má pouze jednu ruku volnou, hlas je monotónní a nepřirozený;
- **hlasová protéza** je chirurgický výkon, jehož principem je vytvoření umělého spojení mezi průdušnicí a jícnem s následným zavedením hlasové protézy.

1.13 Komplikace

Mezi nej častější komplikace po operaci jsou infekce v ráně a faryngokutánní píštěl. Následkem operace ztrácejí pacienti schopnosti žvýkání a zhoršení dýchání (vzduch není zvlhčován, ohříván a zbavený nečistot v dutině ústní a v nose). Pacienti jsou náchylní k tvorbě krustů a hlenů a vzniku bronchopulmonálních zápalových procesů. Nesmějí polykat nic ústy a pacienti s faryngokutánní píštělí ani vlastní sliny. K zajištění výživy mají pacienti zavedenou nasogastrickou sondu. Pacienti, kteří jsou odkázáni dlouhodobě či trvale na enterální příjem živin se provádí gastrostomie. U pacientů s faryngokutánní píštělí se provádí RTG polykacího aktu, který zobrazí přesnou lokalizaci a velikost píštěle. Kontrolní RTG bývá prováděna u zhojených ran před zahájením polykání tekutin podél nasogastrické sondy (RYDLOVÁ, 2007).

1.14 Tracheostomie

V operační fázi je hlavním úkolem tracheostomie zajištění přísunu kyslíku do plic. Úkolem trvalé tracheostomie je definitivní oddělení dýchacích a polykacích cest a obnovení fungování přirozeného průjmu potravy. Tracheostomie představuje stav po chirurgickém výkonu, tzv. tracheotomii, při kterém je na přední straně krku v oblasti jugula vytvořen v krční a podkrční otvor, který proniká až k průdušnici. Do vytvořeného ústí v dýchací trubici se zavede tzv. tracheostomická kanyla, trachea je tak spojena s povrchem těla uměle vytvořeným otvorem (OŠEK, 2008).

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTY S KARCINOMEM HRTANU

Hlavním cílem sestry v předoperační přípravě je co nejlépe připravit pacienta po psychické, fyzické a sociální stránce. Sestra předchází v předoperační přípravě možným komplikacím, které mohou nastat před, během nebo po operaci (FENDRYCHOVÁ, MARKOVÁ, 2006).

2.1 Předoperační příprava pacienta před plánovanou operací

Cílem předoperační přípravy pacienta je minimalizovat pozdní operativní a anesteziologické riziko a předjet operativní a pooperační komplikacím. Předoperační příprava se dělí na obecnou, speciální, psychologickou a somatickou, podle časového aspektu na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední.

Obecná předoperační příprava zahrnuje včetně laboratorní, zobrazovací, popřípadě konziliární vyšetření. Jestliže pacient trpí chronickým onemocněním, je třeba ho připravit tak, aby byl jeho funkční stav plně kompenzován. **Speciální předoperační příprava** je zaměřena na výkon samotný.

Základní postupy předoperační přípravy zahrnují informovanost nemocného, souhlas s operací, laboratorní vyšetření, zobrazovací vyšetření, konziliární vyšetření, přípravu k fle, dietu a vyprázdnění, premedikaci a zavádění invazivních vstupů. Lékař informuje pacienta o nutnosti operativního výkonu včetně jeho souhlasu a podpisu a dále o všech rizicích a dopadech v somatické oblasti. Úkolem sestry je informovat o chirurgickém výkonu, průběhu ošetrovatelské péče, pooperačních obtíží, a to především o bolesti, poskytnutí hlasu a nutnosti nácvičku komunikace a možných způsobů komunikace po operaci, poskytnutí ovlivnění, výměny a péči o tracheostomickou kanylu a odsávání. Součástí této přípravy je psychologická příprava, zmírnění obav z výkonu, zjištění rodinné, pracovní a sociální situace pacienta (MARKOVÁ, FENDRYCHOVÁ, 2006).

Laboratorní vyšetření obsahuje základní laboratorní screening, se zvláštěním z etelem na krvácivost a srážlivost, jelikož tracheostomie je výkon spojený s rizikem

krvácivých komplikací. Mezi zobrazovací vyšetření patří standardně EKG, u pacientů s podezřením na stenózu průdušnice je vyřadován rentgenový snímek plic.

Konziliární vyšetření zahrnuje zhodnocení pacienta po interní stránce, zhodnocení anesteziologem o způsobu podání anestezie a stanovení anesteziologického rizika.

Příprava k flepové operaci představuje celkovou péči v podobě celkové koupele a u mužů se holí operativní pole od brady až k prsním bradavkám. Před plánovaným výkonem je velmi důležitá péče o pacienta o laxativní a bezprostředně před operací se podává premedikace, naordinovaná anesteziologem. Zavádění intravenózních vstupů se ve většině případů na standardním oddělení neprovádí.

2.1.1 Plánování ošetřovatelské péče v předoperační fázi parciální laryngektomie

V době bezprostřední předoperační přípravy, která zahrnuje zhruba jednu až dvě hodiny před odvozem pacienta na operační sál, probíhá měření fyziologických funkcí a zaznamenávání hodnot do předepsané dokumentace, bandážování dolních končetin v rámci prevence tromboembolické nemoci, vynechání chrupu, úschova žvýčeka a veškerých cenností, zhodnocení a kontrola pacientovy kůže, nehtů a vlasů, vyprázdnění močového měchýře a aplikace premedikace dle ordinace anesteziologa, a poté následuje převoz pacienta na operační sál (MARKOVÁ, FENDRYCHOVÁ 2006).

Z hlediska sestry spoívá příprava na zákrok v korekci eventuálního oslabení organismu enterální cestou, v korekci eventuálních hematochemických změn v přípravě transfuzního přípravku pro případnou transfuzi, v zajištění lehké diety den před zákrokem a ve zajištění užívaných farmakologických přípravků za účelem jejich nahrazení enterální cestou.

2.1.2 Plánování ošetřovatelské péče v předoperační fázi totální laryngektomie

Vedle rutinní přípravy a edukace plní předoperační péče následující cíle:

- pomoci pacientovi porozumět diagnóze a plánované operaci, poskytnout informace nezbytné pro podporu pooperačního zotavení, aby pacient, případně jeho rodina, pochopili účel operace, očekávané přínosy a důsledky;

- posoudit stupeň úzkosti pacienta a jeho rodiny v souvislosti s diagnózou a plánovanou operací a uinit odpovídající opatření ke snížení úzkosti, nebo poskytnout úzkost zabraňuje porozumění a schopnosti spolupráce;
- vysvětlit pacientovi, že totální laryngektomie způsobí ztrátu přirozeného hlasu a nutnost dýchání tracheostomickou kanylou, souasně je nutné pacienta povzbudit seznámením s možnostmi nahrazení přirozeného hlasu;
- stanovit způsob komunikace po operaci za použití tabulky, abecední desky, světelných nebo zvukových signálů nebo pomocí jiné strategie, protože znalost techniky redukuje předoperační úzkost klienta a obavy jeho rodiny;
- vysvětlit pacientovi, že operace negativně ovlivní vnímání chuti a vlnění pokrmu a při jímní potravě v pooperačním období, ujistit jej, že nutriční potřeby a potřeby tekutin budou uspokojeny intravenózní nebo enterální metodou;
- v zájmu zmírnění úzkosti pacienta lze zorganizovat návštěvu lékaře, který prožije stejnou životní situaci.

2.1.3 Parciální laryngektomie v pooperačním období a ošetřovatelská péče

V bezprostřední době po zákroku je nutná neustálá asistence. Kromě kontroly vitálních funkcí je nutné kontrolovat průchodnost tracheální kanyly a drenáží. Pacient je pro lepší respiraci polohován v polo sedu, aby na místě přitížení nebyl vyvíjen velký tah. Hydratace probíhá enterální cestou, antibiotika se podávají dle ordinace. Pacient je po operaci obvykle uložěn na jednotce intenzivní péče po dobu jednoho až dvou dnů, kde jsou sledovány a monitorovány jeho základní životní funkce, a poté je přeložen na standardní oddělení ORL.

Pacient, který se vrací z JIP, má zavedenou umělohmotnou tracheostomickou kanylou s manžetou, z tohoto důvodu je nutné sledovat tlak v těsnící manžetě. Operativní rána je zakrytá sterilním obvazem. Pacient má zavedenou nasogastrickou sondu, periferní žilní katétr a také močový katétr. Je veden co nejrychleji k obnovení mobility. Zároveň se aplikují léky zabírající tvorbu krevních sraženin a podává se pravidelná medikace dle ordinace lékaře. Sestra si všimne také patrných změn v okolí tracheostomatu, jako je zarudnutí, otok a zápach a zvýšená sekrece.

Pooperační péče představuje významný faktor v prevenci infekce. Jejím základem je pečlivá toaletová péče rány za sterilních podmínek. (CHROBOK, 2005). V rámci pooperační péče se provádí péče o evaz operované rány a výměna kanyly podle potřeby. Kontroluje se její průchodnost, průchodnost dýchacích cest, stav dýchání a respirační sekret. Jsou sledovány fyziologické funkce, krvácivost, dbá se na dostatečný příjem tekutin, sleduje se bolest. Vše je zaznamenáváno do dokumentace. Pacient je uložěn do Fowlerovy polohy pro ulehčení dýchání a odkašlávání a pro lepší úlevu od bolesti. Na jeho dosah je umístěno signalizační zařízení, psací potřeby a blok nebo magnetická i mazací tabule. Pacient se může domlouvat pomocí piktogramů.

2.1.4 Rehabilitace po parciální a rekonstruktivní laryngektomii

Pacienti pociťují v prvních dnech po zákroku alimentární a respirační problémy spíše než fonetické. Standardní rehabilitační plán by proto měl vycházet z následujícího poadí (BELLAVISTA, 2005).

- ponechání nasogastrické sondy po dobu nejvýše 4 týdnů, eventuálně nahrazení PEG;
- videofluorografické hodnocení deglutice, vizualizace dynamiky alimentárního tranzitu, hodnocení možnosti vniknutí jídla do dýchacích cest;
- adekvátní péče o tracheální kanylu;
- bezodkladné zahájení deglutitivní reedukace, kdyfl zapojení struktur ústní dutiny do první fáze zpracování sousta je propedeuticky přínosné pro pozdější nácvik artikulace;
- pozvolný nácvik reedukace e i vhodnými technikami, hyperartikulací apod.;
- reedukace hlasu.

2.1.5 Deglutitivní rehabilitace

Poátek rehabilitační terapie se odvíjí od výsledku celkového hodnocení stavu pacienta, kterým se ověřuje riziko aspirace a pacientova schopnost formovat a kontrolovat sousto, polykat sliny, polykat vodu, polykat polotekutou stravu a polykat tuhous travu.

Obecné předpoklady obnovení deglutivace se týkají bdlosti, koncentrace, pracovní paměti, celkové i dílčí koordinace pohybu, posturální kontroly hlavy a trupu, flexe a rotace hlavy, uvdomování si vlastního těla a rozpoznávání jídla. Zásadním

problémem rehabilitace polykání je riziko laryngeální penetrace a tracheobronchiální aspirace, tj. proniknutí stravy nad hlasivky nebo pod hlasivky (GAITA, 2008). Jádrem rehabilitace je nácvik úkonů v pořadí vytvoření sousta, inspirační apnoe, polknutí a výdech s vykašláním.

Dieta a přijímání potravy musí být bedlivě sledovány se zetelem na bezpečnost pacienta omezením rizika vdechnutí způsobeného podáním nevhodné stravy, na nutriční potřeby pacienta a na samostatnost při jídle. Při přípravě a podávání stravy je nutné zohlednit i takové faktory jako soudržnost pokrmu, jeho viskozita, objem sousta, teplota, barva a chuť.

2.2 Totální laryngektomie s pooperační ošetřovatelská péče

Pro lepší pooperační monitoring je pacient obvykle umístěn na 1-2 dny na ARO, poté je přeložen zpět na ORL oddělení, kde se ruší močový katétr a pacient je co nejrychleji veden k obnově mobility. Zpočátku se aplikují léky zabraňující tvorbě krevních sraženin, kromě pravidelné medikace se podávají léky proti bolesti. Dle potřeby se převazuje operační rána a mní kanyla. V případě edému v okolí rány je nutné podat zmírňující lék.

V rámci pooperační péče je dále nutné:

- sledovat průchodnost dýchacích cest, stav dýchání a respirační sekret;
- podporovat hluboké dýchání a odkašlávání, hluboké dýchání pomáhá zajistit dostatečnou funkci dolních dýchacích cest, kašel pomáhá odstranit sekret z dýchacích cest;
- udržovat pacienta ve zvýšené Fowlerově poloze, která podporuje účinnou ventilaci plic a redukuje otok krku, snižuje tlak na tkáň v operované oblasti;
- zvlhčovat vdechovaný vzduch;
- udržovat dostatečný příjem tekutin, adekvátní hydratace udržuje sekret tekutý a sliznice vlhké;
- odsávat sekret přes tracheostomii s použitím sterilní techniky dle potřeby, v důsledku operace a radioterapie nastupuje únava a slabost v ledk odkašlávání, sekret je třeba odstraňovat, aby dýchací cesty byly stále průchodné;

- umístit signaliza ní za ízení v dosahu pacienta, pacient, který není schopen mluvit, musí mít jistotu, že pomoc je vždy na dosah;
- podporovat členy rodiny, aby byli s pacientem, kdykoliv je to možné, vytvářet vzájemnou důvěru, při odchodu z pokoje určit čas návratu.

2.2.1 Vým na kanyly

Tracheostomická kanyla je pomůcka, která se zavádí do okénka vytnutého v průdušnici a zajišťuje tak pacientovi přísun kyslíku a pomáhá udržet otvor stomatu průchozí. Tracheostomické kanyly se podkládají sterilními těrci tak, aby bylo ochráněno okolí stomatu, a připevňují se kolem krku za úchyty tkanicemi nebo speciálními fixačními pásky na suchý zip. V prvním pooperačním období se používají kanyly z plastového materiálu. Plastová kanyla se skládá z tzv. zavaděče, který usnadňuje zavádění, a po zanoření do otvoru se odstraní, a zůstane samotná kanyla. Ta je opatřena balonkem, jenž umožňuje fixaci na správném místě, zabrání vypadnutí z otvoru a zatékání sekretu do dýchacích cest. Balonek se vyfoukne za několik hodin po operaci. Kanyla zavedená během operace se ponechává bez výměny po dobu několika dní, záleží na množství hlenů, které se v oblasti dýchacích cest a v průsvitu kanyly vytvoří. Obvykle po 4 dnech je nahrazena kanylou z kovového materiálu. Tato kanyla se kromě zavaděče skládá z tzv. vložky, která usnadňuje udržování kanyly v místě. Kovové kanyly jsou vyrobeny ze slitiny stříbra (alpaka) a jsou určeny k dlouhodobému nošení. Kovovou kanylu nosí pacienti nejčastěji po laryngektomii. Výhoda kovových kanyl je jejich dlouhá životnost a snadné čištění, jsou termorezistentní s možností sterilizace. Nevýhodou je větší dráždivost, riziko vzniku dekubitů. Nelze je používat během radioterapie.

Výměna tracheostomické kanyly se provádí v rozmezí druhého až sedmého pooperačního dne. Výměna v pátém až sedmém dnu po operaci je usnadněna vytvořeným a formovaným tracheostomickým kanálem. Riziko stahování stomatu a obtížné zavedení kanyly je zde malé. Výměna kanyly hned první den po operaci je možná jen u pacientů, kteří mají vyřazenou tracheostomii ke křečím. Další výměna se provádí v týdnu jednou týdně u plastových kanyl a jednou denně u kovových kanyl. O výměně rozhoduje vždy lékař. Všeobecná sestra je sice kompetentní k výměně a ošetřování tracheostomické kanyly, avšak v prvních pooperačních dnech je vhodné, aby výměnu prováděl lékař. Výměna kanyly, zvláště první, nemusí být vždy snadná

a je doporučeno použít zavazadlo. Zavazadlo resp. výtah na kanyly musí probíhat za pravidel aseptiky a antiseptiky (VYTEJŠKOVÁ, SEDLÁČKOVÁ 2013).

Sestra si připraví sterilní stolek se včasnými pomůckami a odpovídající tracheostomickou sterilní kanylou, včetně zavazadla, sterilní lubrikační prostředek, sterilní obvazový materiál, tj. sterilní tverce nebo podkladové tverce určené pro tracheostomii, fixační tkanice nebo pásky, dezinfekční prostředek, osobní ochranné pracovní prostředky, potrubní pomůcky k odsávání a odsávací ku, fyziologický roztok na proplach a sterilní odsávací cévku, nástroje a pomůcky, tj. sterilní nůžky a pinzetu, Killiánovo nosní zrcadlo, zápachtlek nanášený ochranného prostředku, stříkačka k nafouknutí manžety.

Pacient má být pouze o sobě provedení zákroku a především o vhodném dýchání a odkládání do buněčné vaty, kterou si přikládá k tracheostomatu při mírném záklonu hlavy. Před vlastní výměnou je nutné pacienta odsát. Kanyla se uchopí za límec, do zevního pláště se vloží zavazadlo a sterilní ruce nanese lubrikant. Po přestání tkaničky a vypnutí manžety, pokud je přítomna, lze kanylu vyjmout. Jestliže jsou na kůži stehy, odstraní se. Sterilním tamponem se o stoma a peristomální kůže, dezinfikuje a poté hojivou masťou. Při nádechu se kanyla zavádí pomalým obloukovitým pohybem ve střední části do průdušnice, na místě odstraní zavazadlo. Je-li součástí manžeta, nafoukne se a vloží její vnitřní díl. Kanyla se kolem krku připevní tkanicí, pod kanylu se vloží sterilní tverec. Po provedení hygieny rukou lze uinit zápis do dokumentace a uklidit pomůcky.

2.2.2 Péče o tracheostomii

Péče o tracheostomii spočívá v udržování průchodnosti kanyly, v zabránění dekanylaci, v ochraně pacienta před infekcí dolních cest dýchacích a v péči o stoma. Vdechovaný vzduch je třeba zvlhčovat a ohřívát. V ideálním případě je používán tracheostomický filtr nebo nebulizátor. Dle potřeby a ordinace léků se podává inhalace a provádí odsávání za aseptických podmínek. Pokud má pacient dvouplášcovou kanylu, odsávání se provádí minimálně jednou denně. Tracheostoma a jeho okolí se pravidelně hodnotí pohledem a udržuje v čistotě a v suchu. Ošetřuje se ochrannými krémy a pastami, které slouží jako prevence macerace kůže.

U pacientů, kteří podstupují radioterapii je kůže zvláště citlivá, to může vést k vytvoření radiodermatitidy určitého stupně. Ošetování kůže při radioterapii spočívá ve vyloučení mechanického, chemického i fyzikálního dráždivého kůže. Pacienti podstupující radioterapii musí mít umístěnou kanylu k zabránění vzniku a působení sekundárního záření, které je absorbováno do kovové kanyly.

Pacient je zvláště v prvních dnech po výkonu více zahleněný. Kanyla je napojena na dýchací cesty, v nichž dochází k tvorbě hlenů a samotným procesům. Hlen, který se hromadí v dýchacích cestách, způsobuje potíže při dýchání, a proto je nutné jej odsát. Na zedání hlenů se do kanyly aplikuje Mistabron.

Odsávání z tracheostomie je jeden z nejdůležitějších výkonů v praxi ošetřovatelské péče u pacientů s tracheostomií. Základním cílem je udržení průchodnosti a odstranění sekretu z dýchacích cest. Při odsávání je nutné dodržovat určité zásady četnosti, správného postupu, frekvence a délky (CHROBOK, 2008).

Laváfování nebo zakapávání je výkon, při kterém se vpraví malé množství naordinovaného sekretolytika nebo solného roztoku do dýchacích cest, pokud se nedá hlen odsát pro jeho hustotu, kdy tvoří krusty, které ucpávají kanylu. Výkon je prováděn před odsáváním nebo po něm.

Zvlhčování je základním předpokladem zabránění vysychání sliznic dýchacích cest. U pacientů s tracheostomií je vyazena zvlhčovací, ohřívací a filtrovací funkce nosu. U spontánně ventilujících se poufívá zvlhčená zástěrka před kanylu. Vzduch v místnosti zvlhčujeme pomocí zvlhčovače vzduchu.

U pacientů po operaci hrtanu je nutné vykonávat zvýšenou **péči o dutinu ústní**. Zvýšená péče spočívá v prvních hodinách po operaci ve vytírání dutiny ústní vhodným dezinfekčním roztokem, kloktání bylinnými roztoky i odvary a pravidelným čištěním zubů. Souběžně pacienti musí být poučeni o správném provedení hygieny dutiny ústní, u nesouběžných pacientů provádí hygienu dutiny ústní sestřička. Sestřička si nachystá pomůcky o sterilní čističky nebo tampony, pevné rukavice, emitní misku, vřelou vodu a vhodný dezinfekční nebo bylinný roztok. Pacienta informuje o výkonu a uloží do Fowlerovy polohy, zkontroluje dutinu ústní pohledem a vytírá jazyk od kořene k jeho špičce namočenou čističkou nebo tamponem. Pokud má pacient chrup pevný, očištěne plochy zubů od zadních stoliček dopředu četrným způsobem. Patro vytírá zepředu

dozadu. Povlaky ze zub je vhodn j-í odstra ovat gázou, která je namo ena v solném roztoku. Je d leflité se vyvarovat alkoholovým roztok m a peroxidu vodíku. Zárove sestra sleduje výflivový stav pacienta a jeho hydrataci.

2.2.3 Deglutina ní rehabilitace

P iblifn deset dn po operaci lze nasogastrickou sondu vyjmout a obnovit p íjímání potravy p irozenou cestou. Obnovení deglutinace je paradoxn snaz-í nefl po parciální laryngektomii. Pacient nejprve zkou-í polknout tekutinu, v dal-ích dnech p es tekutou a ka-ovitou stravu p echází na stravu tuhou. N kdy m fle nastat vzhledem k del-í absenci polykání oslabení polykacího reflexu a tím i mofnost návratu tekutiny nosem. Je d leflité, aby jedl v klidu, bez sp chu, je vhodné jej povzbuzovat, aby sousta polykal bez strachu, hltan musí v míst spojení s jícnem znovu získat elasticitu nutnou k obnovení normálního polykání. Sousta musí být malá a dob e rozflvýkaná.

2.2.4 Rehabilitace dýchání

Vzduch vdechovaný p es tracheostoma nemá kvalitativní parametry vzduchu p ivád ného do plic z horních cest dýchacích. Jak tento nefiltrovaný, neoh átý a nezvlh ený vzduch p sobí na sliznici pr du-nice, vyvolává zán ty dolních cest dýchacích, cofl vede ke zhor-ení plicních funkcí. P i nedostate né funkci plic nelze o ekávat ani dobrou rehabilitaci hlasu, jelikofl pacient nedisponuje pot ebným dechovým objemem. Aby nedocházelo k p íli- rychlému poklesu plicních funkcí, je nutné vedle farmakologické lé by provád t dechová cvi ení, plicní rehabilitaci, vést pacienta k udrflování fyzické kondice, flivotosprávy, a vyuflívat pom cky chránící dolní cesty dýchací. K zah ívání, zvlh ování a filtrování vdechovaného vzduchu od cizorodých látek se na k flí nalepuje tzv. *stomafiltr*.

2.2.5 Psychologická pé e

Psychologická pé e je nedílnou sou ástí komplexního p ístupu k nemocným s tracheostomií. Pacienti mají adu obtíflí jako je ka-el, omezená schopnost e i, obavy z du-ení, polykací potífle doprovázené nechutenstvím a odmítání stravy. Tyto obtífle mohou ovlivnit nejen psychiku, ale i schopnost za lenit se zpátky do rodiny a spole nosti. O-et ovatelský personál zvládá emocionální projevy pacienta, poskytuje

psychologickou podporu s maximálním stupněm empatie. V nichž případech je součástí postupu farmakologická terapie. Určitou pomoc nabízejí takzvané kluby nemocných po laryngektomii a informační internetová stránka pro nemocné s tracheostomií.

2.2.6 Poučení pacienta a jeho rodiny při propouštění

Edukace pacienta po totální laryngektomii je nezbytnou součástí pro jeho zapojení do normálního života. Samotná edukace je zahájena již před operací pro dosažení maximální samostatnosti a soběstačnosti během pobytu v nemocnici i po jeho propuštění do domácího prostředí. Při propuštění pacienta do domácího prostředí je ideální, pokud sám bezpečně zvládá výměnu kanyly. Po propuštění je pacient vybaven minimálně dvěma kanylami se zavazadlem, potřebným množstvím obvazového materiálu, kartáčkem na čištění kanyly, ochrannými zátky, odsávací kroužek pouze u pacient s výrazným zahlením. Dále je pacient poučen o plánu kontrolních návštěv, o postupu při výměně kanyly, čištění a péči o kanylu, o postupu při péči o tracheostoma. Pacientovi jsou také doporučované zásady životního stylu z důvodu předcházení komplikacím. Mezi ně patří například úprava koupelny, nastavení zrcadla ve výš stomatu, pravidelná výměna kanyly, dodržování pitného režimu pro zkapalnění hlenu, nutnost chránit stoma před nátečením vody a vyhýbání se prašnému prostředí (MARKOVÁ, FENDRYCHOVÁ 2006).

2.3 Následná péče

Následná péče a kontrola, tzv. program *follow-up*, v měsících, resp. prvních dvou letech po operačním zákroku je důležitá z hlediska včasného podchycení poměrně významného rizika lokoregionálních recidiv. Důležitou součástí jsou dispenzární prohlídky, které se provádí, nejsou-li přítomny příznaky recidiv nebo metastáz, podle stanovených schémat. Pacient pravidelně dochází na klinické ORL vyšetření první rok po operaci každým měsícem, při častějších intervalech vyšetření se s každým dalším rokem o jeden měsíc prodlužuje. Po tomto roce je prohlídka jednou až dvakrát ročně. Vedle vyšetření ORL je nutné provádět každoročně rentgen plic a ultrazvukové vyšetření jater, hematologické vyšetření každých 3 měsíců, po 3 letech se intervaly prodlužují (ADAM, VORLÍK, 2005).

Vedle recidivy existují další rizika, a to více i méně závažných pooperačních komplikací:

- **postoperativní hemoragie** o masivní hemoragie, způsobená rupturou velkých cév, vyžadující bezodkladný zákrok, je velmi vzácná, ale může k ní dojít, pokud operativnímu zákroku předcházela radioterapie;
- **infekce chirurgické rány**, která může nastat i přes antibiotickou profylaxi;
- **hematomy** v cervikální oblasti;
- **vznik píštělí**, jejichž terapie spočívá ve výkale opatření od kompresních obinadel, antibiotické léčby a případně chirurgickou plastiku;
- **nadměrná cikatrizace**;
- **hypofaryngeální stenóza** a z ní plynoucí polykací obtíže;
- **opakující se tracheobronchitidy**, časté u pacientů pohybujeících se v praxním a znečištěném prostředí nebo při nedostatečné péči o čistotu tracheální kanyly;
- **aspirační pneumonie** v případě vytvoření esofago-tracheální píštěle. Jestliže není předpoklad brzkého uzavření píštěle a obnovení polykací funkce, je třeba předstoupit k perkutánní endoskopické gastrostomii (PEG), aby nebylo nutné dlouhodobě používat nasogastrickou sondu (ADA, 2009);
- **tracheální stenóza** a z ní plynoucí dušnost.

Ve srovnání s ostatními chirurgickými technikami je nejvýhodnější pooperační péče při parciální laryngektomii, od které se očekává alespoň částečné obnovení funkce hrtanu. Pacientovi je třeba zajistit rehabilitační péči v nejkratším možném časovém období po zákroku. Nejčastějšími komplikacemi bývají poruchy polykání a obtížné obnovení fonální funkce. Jedním z cílů operace je dále zachování respirační funkce bez nutnosti permanentní tracheostomie. Ponechání prstencové chrupavky umožňuje pooperační vytvoření kanyly. Vysoký výskyt lokálních komplikací jako riziko aspirace nebo vznik edému ale provedení dekanylace oddaluje. Délka trvání tracheostomie má přitom zásadní vliv na obnovení fonální funkce hrtanu (ZACCARI, 2013).

Stanovení vhodného okamžiku pro dekanylaci zůstává předmětem diskuze. Zatímco časně vytvoření kanyly umožňuje rychlou mobilizaci arytenoidní chrupavky a brání vzniku ankylózy spojení prstencové chrupavky, pozdější vytvoření umožňuje užší obnovení polykací funkce a zejména respirační funkci. Uváděný časový rozptyl pro ponechání kanyly je široký, některé autoři preferují vytvoření již po 2-3 dnech od zákroku, jindy

se kanyla ponechává 7-38 dní. Studií provedenou lékařskou fakultou univerzity v Pavii bylo zjištěno, že ponechání kanyly výrazně ovlivňuje vznik lokálních i plicních komplikací (ZACCARI, 2013). Na souboru 38 pacientů bylo ověřeno, že delší čas ponechání kanyly negativně ovlivnil výskyt pooperačních komplikací, nejčastěji plicní infekci, stenózu, zánět a edém, u 39 % z celkového počtu pacientů. Tyto komplikace mohou vyústit až v nutnost definitivní tracheostomie.

3 OĚT OVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S KARCINOMEM HRTANU

OĚt ovatelský proces představuje systematickou, racionální metodu plánování a poskytování oĚt ovatelské péĚe, jejímĚ cílem je zdraví prospĚná zmĚna zdravotního stavu pacienta/klienta. Jako standart byl přijat Americkou asociací sester (ANA) v roce 1988.

V praxi se používá následující pĚtífázový proces (TOTHOVÁ, 2014):

- **Zhodnocení/posuzování** - První krok oĚt ovatelského procesu je objektivní a subjektivní posouzení celkového stavu pacienta, sbĚr informací. Při realizaci prvního kroku sestra využívá metody rozhovoru, pozorování. Zdrojem informací je pacient, případ rodinní příslušníci, zdravotnická dokumentace atd. Ke zhodnocení stavu pacienta může sestra využít hodnotící škály, například stupnici Nortonové. Jelikož při hluboké mentální retardaci nám pacient nerozumí, není ani schopen mluvit, jsou tedy hlavním zdrojem informací rodinní příslušníci a zdravotnická dokumentace;
- **Diagnostika** - Ve druhé fázi probíhá analýza sesbíraných údajů a následné stanovení oĚt ovatelských diagnóz, aktuálních a potencionálních. Diagnóza je identifikace potřeb nemocného, které jsou narušeny, nebo vyvolány zdravotním stavem;
- **Plánování** - Ve třetí fázi oĚt ovatelského procesu je plánování, kdy sestra se adaptuje pacientovy problémy, podle priority, stanoví cíle a určí innosti potřebné k jejich dosažení;
- **Realizace** - Během této fáze realizuje sestra naplánované innosti, které povedou k dosažení vytyčených cílů;
- **Vyhodnocení** - V poslední fázi oĚt ovatelského procesu hodnotí sestra, zda bylo dosaženo vytyčených cílů či nikoliv.

Jako cíl bakalářské práce bylo vypracovat oĚt ovatelský proces u pacientky po operaci totální laryngektomie.

ANAMNÉZA

Tabulka 1: Identifika ní údaje

Jméno a p íjmení: V. S.	Pohlaví: žena
Datum narození: 10. 2.1958	V k: 58
Vzd lání: st ední odborné u ili-t : obor eznice ó uzená ka	Zam stnání: evidence na pracovním ú ad
Stav: rozvedená	Státní p íslu-nost: eská
Datum p íjetí: 3. 2. 2016	Typ p íjetí: plánované
Odd lení: ORL	O-et ující léka : MUDr. A. K.
Poji- ovna: VZP 111	Hlavní d vod p íjetí: persistence spinocelulárního karcinomu

Zdroj: vlastní zpracování

Medicínská diagnóza hlavní: Zhoubný novotvar: ZN- glottis, C32

Medicínské diagnózy vedlej-í

- V d tství p í-la v d sledku úrazu o zrak pravého oka -v. s. t flká amblyopie;
- V roce 2008 prod lala cholecystektomii;
- V roce 2009 totální endoprotéza levé ky le;
- V roce 2011 endoresekce karcinomu mo ového m chý e ó pT1An0m0;
- V sou asnosti dispenzarizována na urologické ambulanci, dále sledována na plicní TRN pro latentní tuberkulózu, diagnóza hepatopatie, v. s. toxonutritivní etiologie, stav po zlomeninách obou dolních kon etin v ebriet .

Tabulka 2: Vitální funkce při přijetí

TK: 145/85 mmHg	Výška: 178 cm
P: 78/min	Váha: 79 kg
D: 14/min	BMI: 24.93
TT: 36,7 °C	Pohyblivost: mobilní
Stav v domě: při v domě, orientovaná místem a směrem	Krevní skupina: 0, Rh -

Zdroj: vlastní zpracování

Informace byly získány z lékařské dokumentace. Jedná o aktuální stav při přijmu na oddělení.

Nyní onemocnění

Persistence spinocelulárního karcinomu hrtanu ó glotis T3N0M0, po primární radioterapii pro spinocelulární karcinom obou hlasivek, plánovaná totální laryngektomie a oboustranná bloková krční disekce, tracheotomie- plánovaný výkon 6. 2. 2016.

Informační zdroje: rozhovor s pacientkou, zdravotnická dokumentace, lékař, přítel, pozorování.

Rodinná anamnéza

- *Matka:* zemřela na karcinom tlustého střeva;
- *Otec:* trpěl depresemi, abúzus alkoholu, zemřel v důsledku poranění lebky při pádu na zem;
- *Ostatní:* bezvýznamná.

Osobní anamnéza

- *Onemocnění:* V dětství prodala břišní dýchací onemocnění. V roce 2015 zjištěna latentní tuberkulóza, v roce 2011 diagnostikován karcinom močového měchýře, 2016 zjištěna hepatopatie v. s. toxonutritivní etiologie. Pacientka trpí chronickou bronchitidou;
- *Hospitalizace, operace:* v roce 2008- cholecystektomie, 2009- totální endoprotéza levé kyčle, 2011- endoresekce karcinomu močového měchýře;
- *Úrazy:* v dětství v důsledku úrazu přeláma zrak pravého oka;
- *Transfúze:* 0;
- *Okojení:* dle očkovacího kalendáře.

Tabulka 3: Farmakologická anamnéza (chronická medikace)

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Berodual N	Inh. Sol. PSS	21RG/51RG dávka	1-2 vdechy 3x denně	Bronchodilata ns

Zdroj: vlastní zpracování

Alergologická anamnéza

- Léky: nejuje;
- Potraviny: nejuje;
- Chemické látky: nejuje;
- Jiné: nejuje.

Abúzy

- Alkohol: 8-10 piv nebo 2-3 litry vína denně ;
- Kouření: před nástupem do nemocnice k výkonu až 20 cigaret denně , více jak 20 let;
- Káva: průměrně 4x denně ;
- Léky: nejuje;
- Jiné drogy: nejuje.

Gynekologická anamnéza

- Menarché: asi od 16 let, nepravidelná;
- Poslední menstruace: asi před 8 lety;
- Porody: 2 porody;
- Aborty: 1;
- Poslední gynekologická prohlídka: nepamatuje si;
- Samovyšetření prsu: neprováděla, na mamografii nechodí.

Sociální anamnéza

- Stav: rozvedená, žije se svým druhem;
- Bytové podmínky: bydlí se svým druhem na ubytovně;
- Vztahy, role a interakce: s dětmi je v pravidelném kontaktu;
- Zábavy: ráda chodí do společnosti, televize, vnučata.

Pracovní anamnéza

- Vzdělání: odborné učitelství;
- Pracovní zájmy: učitelka-uzená matka, momentálně v evidenci na pracovním úřadu.

Spirituální anamnéza

- Pacientka je po celý život ateistkou, proto nevyplňuje plnění religiozních praktik.

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU

POSOUZENÍ FYZICKÉHO STAVU ZE DNE 3. 2. 2016

Pacientka komunikuje při posuzování fyzického stavu. Zaátkem ložského roku začaly potíže s chrapotem, kterému nepřikládala žádný význam. Poase omezila komunikaci a hore se jí dýchalo a to zejména v noci. Asi popřel roce obtíží navštívila obvodního lékaře, který jí doporučil otorinolaryngologické vyšetření. Lékař pacientce pro podezření na nádor doporučil direktivní laryngoskopii v celkové anestezii, při které jí byl odebrán vzorek tkáněk histologickému vyšetření. Pacientka přichází k přijetí

k hospitalizaci s ve-kerým p edopera ním vy-et ením dne 3. 2. 2016. Následující den 4. 2. 2016 bude opera ní výkon totální laryngektomie proveden.

- **Objektivn hlava a krk:** hlava poklepov nebolestivá, normocefalická. Bulby jsou ve st edním postavení, skléry anikterické, zornice izokorické, spojivky prokrvené. Huatant negativní. Romberg negativní. O i, nos bez výtoku a deformit. Rty jsou rozpraskané a bledé. Jazyk je mírn povleklý, v dutin ústní chybí kompletn trvalý chrup. Jazyk povleklý, sliznice klidné vlhké. Nosohltan klidný, volný. Hltan patrové oblouky symetrické, klidné, mandle bez povlak , bez fixace, retence, zadní st na klidná. Hrtan: vchod do hrtanu s difuzními postradia ními bledými otoky, hladké otoky obou ventrikulárních as. Na hladkou pravou hlasivku nasedá t sn pod ní exofyt, vlevo hlasivka do tumoru zavzata celá, tumor se -í í i subgloticky více zleva. Hybnost vpravo hybná, vlevo nehybná. Krk je soumrný, postradia ní pigmentace, kr ní uzliny nehmatné, kr ní páte je pohyblivá. Uzliny, -títná fláza nezv t-eny, a. carotis bilateráln hmatná;
- **Dýchací systém:** hrudník je symetrický, poklep plný, jasný. Poslecho v dýchání vezikulární, ísté, bez vedlej-ích dechových fenomén 16/min. Saturace 98 %. Prsa bez patologických zm n;
- **Kardiovaskulární systém:** akce srde ní pravidelná, ozvy ohrani ené bez -elestu. TK: 145/75 mmHg. Puls 78´ min, dob e hmatný na obou a. radialis. DK -bez otok ;
- **Gastrointestinální trakt:** b icho v úrovni niveau, palpa n nebolestivé, m kké, játra a slezina- nehmatné, ledviny nehmatné, poslední stolice 3. 2. 2016;
- **Mo ový a pohlavní systém:** ledviny-tapottement bilaterárn negativní, mikce bez problém , asi 6x denn . Mo fyziologické barvy a zápachu bez p ím sí;
- **Kosterní a svalový systém:** páte - poklepov nebolestivá, na levé dolní kon etin jizva po TEP ky le, bez otok , horní kon etiny bez deformit;
- **Nervový systém:** p i v domí, orientovaná místem, asem a prost edím;
- **Endokrinní systém:** -títná fláza nezv t-ena, bez bolestivosti;
- **Imunologický systém:** alergologická anamnéza, fládná, t lesná teplota 36,7 °C.
- **K fle a její adnexa:** k fle je suchá a bledá, vlasy-krátké, upravené, nehty- krátké, -t pivé.

UTÍD NÍ INFORMACÍ PODLE 13 DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II DNE 3. 2.2016:

NANDA INTERNATIONAL. 2013. *Ošetřovatelské diagnózy: Definice & klasifikace 2012-2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8

3.1 PODPORA ZDRAVÍ

- **Subjektivn :** ŠV flivot ufl jsem pro-la ledas ím, ale kdyfl mi sd lili, fl mám rakovinu hrtanu, tak mne a mojí rodinu to hodn vzalo. Je pravdou, fl jsem do te o sv j zdravotní stav nedbala. Léka e jsem nav-tívila teprve tehdy, afl jsem p estávala mluvit s okolím a -patn se mi v noci dýchalo. Vlastn mne k tomu p esv d ila moje rodina. Stres jsem bohufl e-ila alkoholem a cigaretou. Kou ím od svých dvaceti let 20 cigaret denn . Asi se to muselo n kde projevit. Doktor mi ekl o zdravotním stavu, mořnostech lé by, o mořných komplikacích. V-ichni doma jsme se shodli, fl mám podstoupit radioterapii. Radioterapie mi bohufl ale nepomohla. Jsem si v doma, fl nyní musím zm nit sv j flivotní styl, p estat kou it a nepít řádne alkoholické nápoje;
- **Objektivn :** Na doporu ení svého praktického léka e p i-la pacientka v lednu lo ského roku na ORL vy-et ení z d vodu dlouhodobého chrapotu, kterému nev novala minimální pozornost. Léka doporu il pacientce otorinolaryngologické vy-et ení, které bylo dopln no p ímou laryngoskopii. Vy-et ení bylo provedeno v celkové anestezii, odb r tkán na histologické vy-et ení. Stanovena byla diagnóza zhoubný novotvar hrtanu omezený na oblast hlasivek, klasifikovaný T1bn0m0. Pacientce byly navrhnuty mořnosti lé by, kdy se sama preferovala primární ambulantní radioterapii, na kterou na dohodnutý termín nenastoupila a kterou neustále odkládala asi 4 m síce. 35 denní radioterapie byla ale neúsp -ná. Pacientka po átkem roku 2016 byla p ijata ke kontrolní direktoskopii v celkové anestezii. Byla zji-t na persistence spinocelulárního karcinomu, kvalifikace T3N0M0. Pacientce byla doporu ena totální laryngektomie s oboustrannou kr ní disekcí, se kterou souhlasila. Podepsala informovaný souhlas s opera ním výkonem a informovaný souhlas s celkovou anestezii. Jeví velký zájem o spolupráci s léka i a zdravotnickým personálem. Uv domuje si, fl musí zm nit flivotní styl, p estat kou it a vyvarovat se alkoholu;

- **O-et ovatel'ský problém ó hledání zdravého životního stylu;**
- **Priorita ó st ední.**

3.2 Výfiva

- **Subjektivn :** šSe svoji váhou jsem v život problémy nikdy nem la, byla jsem tak akorát. Va ení mne moc nebaví, vlastn to moc neumím, proto se s p ítelem stravuji v t-inou po restaura ních za ízeních. Jím tak 3x denn v men-í porce, ale nepravideln . Tekutin za den vypiji asi 3 l. Kávu 2x denn . Jen ten poslední rok -ly kila dol , to kdyfl jsem se dozv d la svoji diagnózu a také po radioterapii, ta se na mé váze hodn podepsala. To jsem nem la v bec na jídlo ani pomy-leníö;
- **Objektivn :** Vzhledem k tomu, fe u pacientky byla provedena totální laryngektomie, byla výfiva zaji-t na parentální cestou. Pacientce byly od 2. poopera ního dne podávány tekutiny a Nutridrink po 3 hodinách do nasogastrické sondy. Hydratace pacientky je p im ená. Pacientka náhradní stravu toleruje, poopera ní pr b h probíhal bez komplikací, p istoupili jsme k vlastnímu návniku p íjmem ka-ovité stravy. Dne 18. 2. 2016 byla vytaflena nasogastrická sonda, pacientka p íjímá ústy stravu v men-ích soustech. Zhruba po týdnu p echází pacientka na mletou stravu;
- **O-et ovatel'ský problém ó poru-ení polykání;**
- **Priorita ó nízká.**

3.3 VYLU OVÁNÍ A VÝM NA

- **Subjektivn :** šS mo ením ani s vyprazd ováním jsem fládné problémy nem la, v fdy chodím jednou denn ö;
- **Objektivn :** Po operaci je jifl u pacientky obnovena peristaltika. Vyprazd ování mo e pomocí permanentního mo ového katetru do sb rného sá ku je v norm 1 500ml íré mo e za 24 hodin. Dýchání je pravidelné, frekvence 18 dech za minutu. Dýchání je spontánní p es plastovou kovovou kanylu velikosti 8,5 s nafukovací manfletou, kyslíková terapie- nebulizace do prostoru, v pravidelných intervalech mikronebulizace dle ordinace léka e. Pacientka je odsávána z dýchacích cest a dutiny ústní;

- **O-et ovateľský problém** 0;
- **Priorita** 0 nízka.

3.4 *Aktivita 0 odpovied*

- **Subjektívne** : ŠDoma obvykle spím 7 hodín denne . Problémy so spánkom nakoľko nemám. Tady v nemocnici toho moc nenaspím. Jsem dost unavená. Necítim sa veľmi dobre;
- **Objektívne** : Pacientka sa cíti stále unavená. Poesdenmírnospávaa v noci nespí. Lky na spaní odmieta. První pooperační den byla pacientka posazena a v dalších dnech postupně vertikalizována pod dohledem sestry. Aktivní a pasivní rehabilitace (dechová a kondiční cvičení) je prováděna na lůžku. Pacientka je prozatím téměř nesobstavná ve všech aktivitách denního života a to z důvodu upoutání na lůžko z důvodu operačního zákroku. Hygienickou péči provedla pacientka s pomocí sestry v polosedě na lůžku;
- **O-et ovateľský problém:** Narušený spánek. Pooperačním zákroku byla pacientka odkázána na pomoc druhých;
- **Priorita** 0 nízka.

3.5 *Vnímání 0 poznávání*

- **Subjektívne** : ŠVidím a slyším dobře, jen občas zapomínám;
- **Objektívne** : Sama sebe hodnotí jako společenskou a optimistickou osobu, ale od té doby, co ví, že je nemocná a musí podstoupit mutilující výkon má spíše pesimistickou náladu. Pacientka nosí brýle na čtení, sluch bez obtíží. Spolupráce s pacientkou je spolupráce dobrá, je trpělivá a aktivně naslouchá všemu, se jí líbí. Je plně orientována místem, časem a prostorem. Veškerá komunikace probíhá verbálně i neverbálně cestou. Ve své blízkosti má pacientka zápisník s tužkou a sestry jí kladou jednoduché otázky. Ztrátu hlasu nese pacientka velmi dobře, je velmi komunikativní, pokud jí o-et ovateľský personál neporozumí, velmi se zlobí;
- **O-et ovateľský problém:** zhoršená verbální komunikace;
- **Priorita** 0 Střední.

3.6 *Vnímání sebe sama*

- **Subjektivn** : šPopravd , kdyfl jsem se dozv d la, co mne eká a co budu mít na krku po operaci, necht lo se mi flít. Nav-tívila jsem n kolikrát psychologickou poradnu. To mi pomohlo, jsem ráda, že mám rodinu, která mi hodn pomáhá;
- **Objektivn** : Pacientka spoléhá hlavn na svého druha a svou rodinu. O ní kontakt udržlí. Cítí, že svou nemocí bude velmi omezena. Pacientka vyjad uje svoje obavy, jak její t lesný vzhled p íjme její druh a okolí;
- **O-et ovatelský problém**
 - poru-ená osobní identita;
 - situa n snížená sebeúcta;
 - poru-ený obraz t la.
- **Priorita** ó St ední.

3.7 *Vztahy*

- **Subjektivn** : šfiji na ubytovn se svým o t i roky star-ím druhem. Mám dva dosp lé syny a ty i vnuky.õ;
- **Objektivn** : Pacientka pocit osam losti nemá, krom druha mají společné p átelé. V rodin vládnu velmi dobré vztahy;
- **O-et ovatelský problém:** 0;
- **Priorita:** 0.

3.8 *Sexualita*

- **Subjektivn** : šV téhle oblasti jsem fládné problémy nem laõ;
- **Objektivn** : u pacientky nepozoruji fládný problém;
- **O-et ovatelský problém:** 0;
- **Priorita:** 0.

3.9 *Zvládání/tolerance zát že*

- **Subjektivn** : šStres zvládám n kdy sama a n kdy mi v tom pomáhá druh, hlavn te , kdyfl jsem se dozv d la, že bohufel musím podstoupit tuhle operaci;

- **Objektivn** : Na první pohled se zdá být pacientka, vyrovnaná a klidná, ale svoje obavy p iznává, fle sama nezvládne pé i o kanylu a tím se prodlouffí její hospitalizace. Pacientka p iznává, fle stres v t-inou e-í alkoholem;
- **O-et ovatelský problém:** strach, obava;
- **Priorita:** st ední.

3.10 fivotní principy

- **Subjektivn** : šV ící nejsem, ale jsem pok t na v ímsko-katolické církvi. P emý-lím o tom, co a jak to bude po operaci, kdyfl nebudu moci mluvitõ;
- **Objektivn** : Pacientka v ící není, ale kdyfl byla malá, chodila s maminkou do kostela. Nyní, v dob nemoci se n kolikrát ve svých my-lenkách n kolikrát obracela k Bohu s dotazem: špro zrovna já?õ;
- **O-et ovatelský problém:** 0;
- **Priorita:** 0.

3.11 Bezpe nost ó ochrana

- **Subjektivn** : šP ipadám si, jako bych byla v cizím t le, v-ude mi tr í samé hadi kyõ;
- **Objektivn** : Aktuáln má pacientka teplotu 37,5°C. K fle pacientky je poru-ena z d vodu opera ní rány na krku. Rána se hojí per primam. Dále má pacientka tracheostomii. Dále je zaveden periferní filní vstup vpravo, bez známek zán tu a je pr chodný. P es nosní dutinu je zavedena nasogastrická sonda. U pacientky hrozí riziko vzniku infekce, riziko aspirace a riziko pádu.

O-et ovatelský problém

- naru-ená integrita k fle;
- riziko infekce;
- riziko aspirace;
- riziko pádu;
- hypertermie.

Priorita

- st ední.

3.12 *Komfort*

- **Subjektivn** : šCo vám budu povídat, bolí mne ten operovaný krkõ;
- **Objektivn** : Pacientka si st fluje na bolesti v oblasti opera ní rány. Intenzitu bolesti udává VAS 5-6, po aplikaci analgetik udává VAS 2. S adaptací v nemocni ním prost edí pacientka nemá fládný problém;
- **O-et ovatelský problém:** akutní bolest;
- **Priorita:** st ední.

3.13 *R st a vývoj*

- **Subjektivn** : šVývoj u mne probíhal v norm õ;
- **Objektivn** : U pacientky byl r st a vývoj fyziologický;
- **O-et ovatelský problém:** 0;
- **Priorita:** 0.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vy-et ení

P ed operací 30. 1. 2016: RTG srdce+plice, CT hrtanu, základní p edopera ní laboratorní vy-et ení krve ó hematologické (KO+diferenciál, koagulace, FW), biochemické (minerály Na, K, CL), CRP, urea, kreatinin, ALT, AST, ALP, celková bílkovina, bilirubin, glykemie), krev na krevní k ířlovou zkou-ku, odb r mo e na biochemické vy-et ení ó mo +sediment. Urologická kontrola ó cystoskopie.

VÝSLEDKY

Hematologie

Leukocyty: 17,10 giga/l, Erytrocyty: 3,06 tera/l, Hematokryt: 30,30%, Hemoglobin: 179 g/l, Trombocyty: 580 giga/l, Monocyty: 13,00%, Lymfocyty 15,45%

Koagula ní testy

Quick v test: 100%

- INR: 1,29;
- APPT: 38,00.

Sedimentace

- FW:36/50.

Biochemie

- Hořík: 0,60 mmol/l;
- Sodík: 131,70 mmol/;
- Albumin: 29,4 g/l.

Krevní skupina

- 0, Rh-;
- Výrazná elevace jaterních enzymů. Ostatní hodnoty laboratorního vyšetření byly v normě včetně množství sedimentu.

RTG S+P EKG/69min bez patologického nálezu.

Spirometrie: středně závažná redukce VC.

Urologická kontrola po cystoskopii s negativním nálezem na sliznici.

Dieta

Před operací: dieta .300 racionální, před výkonem odpočívání nocí nejíst, nepít, tekutinami.

Terapie v rámci pooperačního stavu: v den operace za dvě hodiny po výkonu 50 - 150ml sůlné tekutiny do nasogastrické sondy, infuzní terapie, klid na lůžku, Fowlerova poloha, hlava pacienta je v mírném předklonu. Odsávání z dýchacích cest a dutiny ústní, kyslíková terapie po nebulizaci do prostoru, mikronebulizace s mukolytiky.

Od prvního pooperačního dne posazení pacientky na lůžku a v dalších dnech postupná vertikalizace pacienta pod dohledem sestry. Aktivní a pasivní dechová rehabilitace na lůžku (kondiční a dechová cvičení). Během prvních cca 14 dnů je výživa a tekutiny zajišťována nasogastrickou sondou. Výživa (Nutrison) je do nasogastrické sondy podávána po těchto hodinách při nekomplikovaném hojení cca 14 dnů pod dohledem

o-ět ujícího léka e zkusí pacientka poprvé polknout tekutinu, v dal-ích dnech se p es tekutou a ka-ovitou stravu p echází na tuhous travu.

Medikamentózní lé ba

Tabulka 4: Medikamentózní lé ba p i hospitalizaci tj. 10. 2. 2016

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Fragmin	Injek ní roztok	2 500 m. j. 0,2 ml	0 ó 0 ó 1	Antitrombotikum
Amoksiklav	Prá-ek pro inj. roztok	1,2 g	6 ó 14 ó 22	Antibiotikum
Metrinidazol	Prá-ek pro inj. roztok	5mg/ml	8 ó 16 ó 22	Antibiotikum
Entizol	TabL. / NGS	250mg	2 ó 0 ó 0	Chemoterapeutik um
Augmentin	Tabl. /NGS	1g	1 ó 1 ó 1	Antibiotikum
Novalgin	Injek ní roztok	500mg/1ml	P i bolestech VAS 3 1 ó 1 ó 1	Analgetikum

Zdroj: vlastní zpracování

Infuzní terapie 1. poopera ní den

Ringerfunin B. Braun 1000 ml (infuzní roztok) na 8. hodin i. v.

Chirurgická lé ba: Dne 4. 2. 2016 byla provedena totální laryngektomie a oboustranná blokovaná kr ní disekce, stp. Primární radioterapii pro spinocahrtanu.

SITUA NÍ ANALÝZA KE DNI 3. 2. 2016

Dne 3. 2. 2016 v 9.00 hodin byla na ORL odd lení standartní o-ět ovací jednotky p ijata 58 letá pacientka k plánovanému výkonu totální laryngektomii s oboustrannou blokovanou kr ní disekcí. Pacientka p ichází s kompletním p edopera ním vy-ět ení. Pacientka je pln orientovaná, komunikace je na dobré úrovni. O-ět ovatelská anamnéza byla odebrána, pacientka podepsala informovaný souhlas s výkonem

a souhlas s celkovou anestezií. Pacientka pou ena o výkonu a hodnocení bolesti dle VAS.

Dne 3. 2. 2016 v 9:00 hod. v p edopera ní p íprav byl pacientce ukázán pokoj, na který bude po operaci p evezena. O-et ující léka vysv tlil pacientce nutnost a postup opera ního výkonu, ze strany o-et ující sestry byla pacientka pou ena o o-et ovatelské pé i a poopera ním reffimem, dále vysv tleno a nacvi eno dýchání, odka-lávání, cvi ení s dolními kon etinami a mofnosti neverbální komunikace.

Den p ed operací pacientka dostala klyzma, pou ena, fle nesmí od p l noci nic jíst a kou it. Poslední p íjem tekutin je mofný nejdéle 2 hodiny p ed plánovaným výkonem.

Stanovení o-et ovatelských diagnóz a jejich uspo ádání dle priorit

AKTUÁLNÍ O^{ET} OVATELSKÉ DIAGNÓZY

Akutní bolest (00132) ó z d vodu opera ního výkonu

- Doména 12: KOMFORT;
- T ída 1: T lesný komfort.

Naru-ená integrita tkán (00044) ó z d vodu chirurgického zákroku

- Doména 11: Bezpe nost/ochrana;
- T ída 2: Fyzické po-kození.

Neefektivní pr chodnost dýchacích cest (00031) ó z d vodu zvý-ené sekrece dýchacích cest

- Doména 11: Bezpe nost a ochrana;
- T ída 2: Fyzické po-kození.

Poru-ená verbální komunikace (00051) ó v d sledku odstran ní hlasivek

- Doména 5: Percepce/kognice;
- T ída 5: Komunikace.

Porucha polykání (00103) ó v d sledku oslabení polykacího reflexu

- Doména 2: Výživiva;
- Třída 1: Příjem potravy.

Narušený obraz těla (00118) o z d vodu t lesné zm ny

- Doména 6: Sebepercepce;
- Třída 3: Obraz těla.

Zhoršená tělesná pohyblivost (00085) o v d sledku zm ny pohybového režimu po operaci o klid na l fku

- Doména 4: Aktivita/odpočinek;
- Třída 2: Aktivita/cvičení.

Nedostatečné znalosti (00126) o týkající se péče o tracheostomii z d vodu malé informovanosti (potřeba poučení)

- Doména 5: Percepce/kognice;
- Třída 4: Kognice.

Narušený vzorec spánku (00198) o v souvislosti s nadcházející operací, projevující se nervozitou, podrážděností a úzkostí

- Doména 4: Aktivita/odpočinek;
- Třída 1: Spánek/odpočinek.

Strach (00148) o v souvislosti s předcházející operací

- Doména 9: Zvládání/tolerance zátlak;
- Třída 2: Reakce na zvládání zátlak.

Potencionální diagnózy:

Riziko vzniku infekce o z d vodu tracheostomie a nepřiměřené primární obrany

Riziko vzniku pádu a poranění o v souvislosti se změnou smyslového vnímání po narkóze

Riziko vzniku pooperačních komplikací o krvácení, TEN, infekce v souvislosti s operačním výkonem, zavedením Redonových drénů a zavedením intravenózní kanyly

Riziko sníženého objemu tekutin v organismu z důvodu aktivních ztrát v souvislosti s poraněním cév a chirurgickým výkonem

Ošetřovatelský proces je popsán v období hospitalizace pacientky na oddělení ORL 5. 2. 2016, kdy byla převezena na standardní oddělení ORL.

Ošetřovatelská diagnóza

AKUTNÍ BOLEST

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek, vycházející z aktuálního nebo potenciačního poškození tkáně nebo popsáný pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti), náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším, než 6 měsíců.

Určující znaky: Kódový/číselný záznam, numerologická stupnice bolesti od 0-10 bodů, dne 5. 2. 2016 udává bolest 5-6 bodů dle VAS.

sdělení nebo označení bolesti

bolestivý výraz v obličeji, grimasy

Související faktory: přivodící zranění (operační rána)

Cíl (dlouhodobý, krátkodobý):

Krátkodobý: Pacientka subjektivně dosáhne snesitelné úrovně bolesti.

Dlouhodobý: Pacientka nemá bolesti do konce pobytu v nemocnici.

Priorita: Střední

Výsledná kritéria

- Pacientka udává zmírnění nebo odstranění bolesti;
- Pacientka chápe, jakým způsobem se hodnotí bolest;
- Pacientka dodržuje předepsaný farmakologický režim;
- Pacientka má sledované fyziologické funkce;
- Pacientka aktivně spolupracuje se zdravotnickým personálem.

Plán intervencí

- 1) Pozoruj neverbální projevy bolesti;

- 2) Posu bolest (lokalizace, charakter, nástup, trvání, astost, závaflnost: stupnice 0-10 v-eobecná sestra, pr b fn ;
- 3) Sleduj 2krát denn fyziologické funkce, které se p i bolesti m ní, prove záznam do dokumentace;
- 4) Edukuj pacientku o vyufflívání numerické -kály bolesti, nau ji hodnotit bolest ó v-eobecná sestra, ihned po p íchodu na odd lení;
- 5) Informuj pacientku o signaliza ním za ízení ó v-eobecná sestra, p i p íjmu na odd lení;
- 6) Aplikuj analgetika dle ordinace léka e podle intenzity bolesti udávané pacientkou, pravideln hodnot stupe bolesti a v-e zaznamenej do dokumentace ó v-eobecná sestra, vfdy;
- 7) Pomoz pacientce zaujmout úlevovou polohu ó v-eobecná sestra, vfdy.

Realizace: 5. 2. 2016 b hem denní sluffby (6:00-18:00)

- 10:30 ó pacientka byla p elofena z JIP na ORL odd lení, edukována o vyufflítí numerické -kály bolesti, pou ena o moflnosti vyufflítí signaliza ního za ízení ó v-eobecná sestra;
- 11:00 ó pacientka udává bolest . 2 dle numerické -kály bolesti;
- 12:00 ó kontrola fyziologických funkcí, TK 135/80, P 63', D 16' ó v-eobecná sestra;
- 12:30- pacientka dle numerické -kály bolesti udává bolest . 6, bolest tlumena analgetiky dle ordinace léka e- 1 amp Dipidolor 15 mg i. m ó v-eobecná sestra;
- 13:00 ó kontrola intenzity bolesti, pacientka udává bolest . 3;
- 17:00 ó pacientka udává bolest . 5, aplikace analgetik dle ordinace léka e ó 1 amp Novalgin 5 ml ve F1/1 100 ml i. v. ó v-eobecná sestra;
- 17:30 ó pacientka je klidná a udává bolest . 2;
- 18:00 ó kontrola fyziologických funkcí, TK 125/75, P 61', D 16' ó v-eobecná sestra.

Hodnocení

5.2. 2016: Pacientka je schopna vystihnout bolest dle numerické -kály bolesti, má zaji-t né funk ní signaliza ní za ízení u postele, ví, jak se ovládá a ví, p i jaké p íleflitosti jej má pouflít. Informujeme pacientku o moflnostech tlumení bolesti

a dle ordinace léka e podáváme analgetika. Tato diagnóza bolesti p etrvává i v dal-ích poopera ních dní.

PORUCHA POLYKÁNÍ

Definice: Abnormální funkce polykacího mechanismu spojená s poruchami stavby nebo funkce ústní dutiny, nosohltanu nebo jícnu.

Ur ující znaky: zavedena tracheostomická kanyla

Související faktory: oslabení polykacího reflexu

Priorita: střední

Cíl krátkodobý

- Pacientka chápe nutnost zm ny nutri ního plánu, enterální výflivy;
- Pacientka pozitivn akceptuje do asnou enterální výflivu pro zaji-t ní p im ené výflivy.

Cíl dlouhodobý

- Pacientka poci uje mén únavy a celkovou slabost;
- Pacientka má dostate ný p ísun energie a je udržována adekvátní hydratace;
- Pacientka má normální vitální funkce vzhledem k v ku a zdravotnímu stavu, po celou dobu hospitalizace;
- Pacient iny laboratorní hodnoty jsou v norm .

Výsledná kritéria

- Pacientka akceptuje zm nu stravovacích návyk do 1 týdne;
- Pacientka p ijímá stravu zaji-tující vyrovnanou energetickou bilanci do 5 dn ;
- Pacientka je dostate n hydratována po celou dobu hospitalizace;
- Pacientka má dostatek v domostí o alternativních zp sobech výflivy, nasogastrickou sondou.

O-et ovatelské intervence

- 1) Informovat pacientku, že nesmí tekutiny ani potravu p ijímat ústy, ale pouze vyflivovací sondou ó vřdy v-eobecná sestra;

- 2) Posadit pacientku b hem krmení do zvýšené polohy;
- 3) Podávat do sondy tekutiny a potravu pouze tekutou a cezenou o Janettovou stíka kou o vldy v-eobecná sestra;
- 4) Aplikovat stravu a tekutiny velmi pomalu o vldy v-eobecná sestra;
- 5) Nechat po nakrmení zdviženou horní část l flka je-t 30 o 40 minut o vldy v-eobecná sestra;
- 6) Kontrolovat stav k fle a sliznic, sledovat p íjem, výdej a t lesnou hmotnost, BMI, hodnoty celkové bílkoviny v séru, hodnoty albuminu a transferinu v séru o vldy v-eobecná sestra;
- 7) Zaznamenávej p íjem potravy do o-et ovatelské dokumentace o 3krát denní , v-eobecná sestra.

Realizace: 5. 2. 2016 b hem denní slufby (6:00 o 18:00)

U pacientky do-lo vlivem opera ního výkonu k oslabení polykacího reflexu a zm n anatomických podmínek. Pacientce byla b hem výkonu zavedena vyflivovací sonda . 9, m la zákaz p íjímat tekutiny a potravu ústy. Pacientka byla pou ena o tom, fle nesmí polykat ani sliny a musí v-e vyplivovat. Na no ním stolku u l flka m la p ichystaný epík, kterým si vyplachovala ústa. Dále byla pacientka pou ena, fle v den operace ji do sondy bude podávat tekutiny pouze sestra. Po dobu dvou hodin po výkonu nedostávala pacientka do sondy tekutiny, ale tekutiny ji byly dopl ovány infúzí 2x 500 ml F1/1 do ve erních hodin. Po tuto dobu byla ústa pacientky otírána navlh eným tvěrem s vodou. Po dvou hodinách se aplikoval do sondy aj 50 ml, oh átý na t lesnou teplotu.

Hodnocení: U pacientky byla udržena dostate ná hydratace, sliznice nebyly vysu-ené a na k fli se neobjevil snížený turgor. Pacientka nem la pocit nausey, nezvracela. P íjem tekutin byl zaznamenán do dokumentace.

PORUCHA VERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Definice: Stav, p i kterém má postížený jedinec p i styku s ostatními lidmi sníženou afl vymizelou schopnost slovního dorozum ní.

Ur ující znaky: naru-ená schopnost vydávat srozumitelné zvuky z d vodu zavedení diagnostické nebo lé ebné pom cky

Související faktory: fyzická bariéra ó tracheostomie.

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: Pacientka efektivně komunikuje, zná způsob soby neverbální komunikace a používá je.

Cíl dlouhodobý: Najít vhodný způsob komunikace, aby se pacientka mohla porozumět s okolím.

Výsledná kritéria

- Pacientka vyjádří uspokojení s alternativními způsoby komunikace;
- Pacientka sdělí své potřeby personálu a rodině s minimální frustrací.

Ošetřovatelské intervence

- 1) Sledovat pevně neverbální vyjádření pacientky;
- 2) Informovat pacientku, že s osobou, se kterou komunikuje, musí vždy vidět na ústa, aby mohla odezírat;
- 3) Seznámit a naučit pacientku způsobem neverbální komunikace;
- 4) Dát pacientce k dispozici tužku a papír nebo magnetickou tabulku;
- 5) Udržovat oční kontakt s pacientkou a jednat s ní klidně;
- 6) Dát jí vždy dostatek času na vyjádření.

Realizace: Pacientka měla na pokoji na nočním stolku tužku a papír, tento způsob komunikace s ní byl domluven již před operací. Vzhledem k tomu, že byla pacientka po operačním výkonu značně unavená a vysílená, proto neudržela tužku a tak nemohla psát. Z tohoto důvodu byl zvolen jiný způsob neverbální komunikace a to aby pacientka byla otočená obličejem a dobře artikulovala. Abychom mohli správně odezírat.

Hodnocení: Pacientka nejedle při komunikaci nemohla pro únavu a vysílení používat psací potřeby. V pozdním odpolední již to zvládla. Pacientka byla při komunikaci otočená, aby jí bylo vidět na ústa a pokud jsme se nedorozuměli, psala na papír. Dorození se a vyjádří své potřeby.

CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE

Pacientka zpočátku operaci odmítala, obávala se změny svého vzhledu a ztráty hlasu.

V raném pooperačním období probíhá komunikace neverbálně, tedy o provizorní řešení např. pomocí piktogramů, písemných zpráv.

Na pooperačním oddělení byla pacientka napojena na monitor vitálních funkcí, kontinuálně sledován krevní tlak, puls, EKG, krevní a saturace krve, hodnoty v 15 minutových intervalech po dobu 2 hodin byly zaznamenány do dokumentace do stabilizace stavu a do druhého dne 5. 2. V tento den byl provedený první převaz operací rány včetně výměny umělohmotné kanyly, která byla nahrazena za kovovou kanylu šPortex 120. První dny po operaci trpěla pacientka bolestmi, které se aplikací analgetické léčby podařilo vždy zmírnit, bolesti se staly snesitelnější a v dalších dnech postupně vymizely. Veškerá komunikace s pacientkou probíhala verbální i neverbální cestou. Pacientka byla po operacím výkonu velmi unavená. V pooperačním období byla ihned zahájena antibiotická léčba, zvýšená Fowlerova poloha. Přes tracheostomickou masku se pacientce podával zvlhčený a ohřátý kyslík. Kontrola operací rány a odpad z Redonových drenů. Pacientka byla sterilně odsávána dle potřeby. V rámci hygienické péče, která probíhala v prvních 3 dnech s dopomocí sestry na lůžku, byly každé ráno provedeny převazy operací rány s výměnou kanyly s kontrolou operací rány a tracheostomie a kontrola zarudnutí, otoku a známky infekce. Dle potřeby byly mýdly tverce pod kanylou a vnitřní vložka kanyly se čistila kartáčkem. U pacientky byl zavedený pitný režim se zákazem pití per os, veškeré aplikace do NSG. Dne 8. 2. odstraněn periferní žilní katetr. Dne 9. 2. byly odstraněny Redonovy dreny, pacientka se samostatně učila podávat stravu do NSG. Pro rozvoj dehiscence operací rány, která postihla klíční a podkožní, byla provedena kultivace agens. Infekce byla způsobena kvasinkami. Pro vyléčení infekce se pacientce podávaly naordinovaná antibiotika Entizol 250 mg tbl. 6-14-22 a Augmentin 1g tbl. 6-14-22 s intenzivními převazy. U pacientky byla souasně s laryngotomií také provedena bloková krční disekce a předléčba radioterapie, způsobily vznik slinných píštělí. Dle ordinace lékaře 9. 2. byla intenzivně prováděna lokální péče o píštěle, které byly leptány 20% dusičnanem stříbrným s kompresivními převazy 5krát denně, proplachy rány 10ml Betadine roztokem, Pro přetrvávající oboustranné píštěle bylo lékařem rozhodnuto o zavedení gastrostomie ke dni 3. 3. 2016 a odstranění NSG. Po operacím výkonu byla prováděna veškerá aplikace do a prováděna péče v okolí operací rány gastrostomie. Dne 10. 3. okolí gastrostomie klidné, na levé straně byla slinná píštěl zatažena, ale na pravé straně otisková sekrece přetrvávala, z tohoto důvodu

se prodloužila hospitalizace pacientky. Lokální péče o slinné pítle byla prováděna aplikací Peru balzámem a opatřena sterilním krytím.

Pacientka zpočátku hospitalizace spolupracovala, avšak zdravotní komplikace, které prodloužily hospitalizaci zapůsobily na její psychiku. Zpočátku měla obavy především o tracheostomii. Strach ze samostatné výměny kanyly zčásti vymizel. Psychickou podporu nacházela ve své rodině, která ji pravidelně navštěvovala, ale také u spolu-pacientky se stejnou diagnózou. Po dvou měsících hospitalizace, kdy pacientka bezpečně zvládala sama výměnu kanyly, byla pacientka propuštěna do domácí péče, kde o ni pečují její příbuzní.

Prognóza pacientky je celkem dobrá, nádor byl odstraněn celý a metastázy nebyly prokázány. Nyní záleží na samotné pacientce, zda se bude řídit lékařskými doporučeními a to zejména vyhýbání se alkoholu, tabáku a docházet na následná kontrolní vyšetření, jelikož riziko recidivy u pacientky přetrvává.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Zhoubné onemocnění nenarušuje jen fyziologickou, psychickou, ale i sociální rovnováhu člověka. Jedná se o velmi kritickou zkušenost, kdy záleží na faktorech lékařských, vlastní psychické síle a sociálním zázemí.

Pro plánování a vykonávání ošetřovatelské péče je nutné mít komplexní znalosti o této problematice a znalost rizikových faktorů vztahujících se k onemocnění pacienta, dodržování životního stylu (kouření, alkohol, kofein, drogy apod.).

Po celou dobu pobytu pacientky na ORL oddělení v rámci ošetřovatelské péče jsme se snažili aktivně vyhledávat a plnit ošetřovatelské problémy, které se u pacientky objevily a zlepšit její celkový zdravotní stav. Na základě získaných zkušeností v péči o samotnou pacientku můžeme vyvodit několik doporučení jak pro všeobecné sestry, tak o pacienty a jejich rodiny.

Z výše popsaného ošetřovatelského procesu a uvedených diagnóz, vyplývají tyto nejčastější problémy, které se vyskytují v souvislosti s operačním zákrokem jako jsou bolest, porušená kofní integrita, porucha polykání, zhoršená verbální komunikace, narušený obraz těla a neefektivní průchodnost dýchacích cest.

Doporučení pro zdravotnický personál

- dbát na dostatečnou informovanost pacienta o výkonu a možných komplikacích;
- před provedením tracheostomie je nutné edukovat o možných zpěsobeč komunikace po operačním výkonu;
- snažit se vřít do role pacienta;
- ošetovatelský personál má k tracheostomovanému pacientovi profesionální přístup a zvládá emocionální projevy pacienta s porozuměním a empatií;
- opakovaná edukace a zpětná vazba;
- povzbuzovat pacienta a motivovat ho v samostatných činnostech, vytvořit vzájemnou důvěru mezi pacientem a ošetřujícím personálem;
- chválit pacienta za každý pokrok;
- hledat možnosti co nejlepšího dorozumívání (symboly, obrázky, psaný projev) a ověřit, zdali pacient porozuměl;
- poskytnout informace o existenci klubů a spolků sdružujících tracheostomované pacienty;
- dostatečnou informovanost a edukace tracheostomovaného pacienta a rodinných příslušníků v ošetovatelské péči, které napomáhají při řešení problémů souvisejících s domácí péčí;
- v případě potřeby pacienta zapojíme také klinického psychologa i psychoterapeuta;
- informovat o kompenzačních pomůčkách a spotřebním materiálu, které nemocným zpějíme ujířivot, rozsah úhrady zdravotní pojiřovnou.

Doporučení pro pacienty

- v případě jakýchkoliv nejasností neměť obavy z dotazů na ošetřující personál;
- změnit řivotní styl, který zahrnuje absolutní zákaz kouření a konzumaci alkoholických nápojů a řídit se lékařským doporučením, docházet na následná kontrolní vyšetření;
- neuzavírat se do sebe, neztrácet trpělivost, odvalu a vytrvalost;
- vyhledávat kontakty s ostatními lidmi se stejným postižením;
- pokračovat v rehabilitaci po propuštění z nemocnice, vyřít lázeňské péče, agentury domácí péče.

Doporučení pro rodinu

- psychicky podporovat pacienta ve všech oblastech jeho potřeb;
- být aktivní ve změně jeho životního stylu;
- poskytovat oporu a pomoc, při zvládnutí nemoci;
- trpělivost ve všech letech rodiny.

ZÁV R

Z nádorového onemocnění představují karcinomy hrtanu a krku v ORL oblasti poměrně časté onemocnění. Na vzniku tohoto onemocnění mají největší vliv –patný životní styl, nikotinismus a abusus alkoholu. Mezi další vyvolavatele patří infekce lidským papilomavirem (HPV) a vleklé opakující se záněty dýchacích cest.

Některí pacienti vyhledají lékařskou pomoc v období, kdy už je onemocnění v pokročilém stádiu. V takových případech je operativní řešení někdy nezbytné a to provedení totální laryngektomie (odstranění celého hrtanu včetně hlasivek), která představuje velmi závažný zásah do pacientova života. Laryngektomovaní pacienti pro svůj handicap v komunikaci velmi často nemohou vysvětlit druhým svoje potřeby a problémy. Dochází k porušení sociálních vazeb, zhoršení sociálního uplatnění a vynechání z každodenního života. Proto pacienti před operativním výkonem musí být seznámeni s tím, že sice po operaci mluvit nebudou, ale že existují jiné možnosti komunikace.

Tématem bakalářské práce bylo zpracování ošetřovatelského procesu u konkrétní pacientky, která byla přijata na ORL oddělení fakultní nemocnice v Ostravě - Porubě pro recidivu spinocelulárního karcinomu hrtanu k výkonu totální laryngektomie. V teoretické části byla zaměřena pozornost na diagnostiku, léčbu a prevenci karcinomu. Dále práce popisuje specifika pooperačního ošetřovatelského péče v obecné sestře o pacienta po parciální a totální laryngektomii a upozorňuje na možná rizika a komplikace po výkonu. Ošetřovatelská péče o pacientku byla započata na JIP pro krátkodobou observaci a po stabilizaci stavu byla pacientka zpřemístěna na standardní ORL oddělení. Pooperační pro rozvoj slinné pítle oboustranné s prodlouženým hojením byla indikována pacientce nutritivní laparoskopická gastrostomie k zajištění výživy, pooperační byl zjištěn ascites a cirhosa jater. Jako nejaktuálnější diagnózy byly z pohledu pooperačního ošetřovatelského péče po totální laryngektomii určeny: akutní bolest, narušená integrita tkáně, neefektivní průchodnost dýchacích cest, porucha polykání, narušená verbální komunikace, riziko infekce a zhoršená tělesná pohyblivost a riziko pádu.

U každé z nich byly stanoveny cíle, naplánovány o-et ovatelské intervence a po té provedeno zhodnocení jejich efektivity. U aktuálních diagnóz se nám poda ilo splnit cíl áste n , proto bylo nutné v o-et ovatelských intervencích i nadále pokračovat. Úplného cíle bylo dosaeno u rizika pádu a u zhor-ené t lesné pohyblivosti. Z hodnocení efektivity o-et ovatelské pé e následovalo u každé po uplynutí sedmi dn . Po zhodnocení pr b hu hospitalizace v o-et ovatelském procesu, který je vypracován v praktické ásti této práce, je z ejmé, že edukace v pé i o tracheostomii, aseptické o-et ování a nácvik samostatné pé e o tracheostomii a kanylu je prvním krokem celého o-et ovatelského procesu. Dal-í kroky zahrnují ve-keré aktivity související se zm nou flivotního stylu a snahu také o to, aby se pacientka s t mito zm namí co nejlépe vyrovnala a zahrnula je do svého flivota. Spousta pacient je v-ak na sv j dosavadní flivotní styl zvyklá, pod vlivem své nemoci sice cht jí své návyky zm nit, ale po zlep-ení svého zdravotního stavu se zase vrací do p vodního stylu flivota. A pro závislého ku áka je velmi za t flko cigarety odlofit. A pro závislého ku áka nebo alkoholika je velmi t flké abstinovat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1.] BELLAVISTA, G. Et al. La riabilitazione dopo laringectomia parziale e ricostruttiva *Acta chirurgica mediterranea* online 2005, ro . XX, . cit. 2014-11-20. Dostupné z: <http://www.viainternet365.com/logopediaoggi/public/docs/6200044-PUBBLICAZIONE%202.pdf>. ISSN 0393-6376.
- [2.] BRHEL, P. et al. Zhoubné nádory jako nemoci z povolání v české republice v letech 1991 aŕl 2009. *Onkologie* online 2011, ro . 5, . 5 cit. 2014-07-21. Dostupné z: <http://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2011/05/11.pdf>. ISSN 1803-5345
- [3.] ADA, Z. et al. Rizikové faktory a prognostický význam komplikací po totální laryngektomii. *Otorinolaryngologie a foniatrie* [online] 2009, ro . 58, . 1 [cit. 2014-07-24]. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/otorinolaryngologie-foniatrie-clanek/rizikove-faktory-a-prognosticky-vyznam-komplikaci-po-totalni-laryngektomii-3885>. ISSN 1805-4528.
- [4.] ERNÁ, J. Pacientka s karcinomem hrtanu. Ostrava, 2015. 57 s. Bakalá ská práce. Ostravská univerzita v Ostrav . Léka ská fakulta.
- [5.] O EK, A. Vývoj koncepce lé by karcinomu hrtanu. *Postgraduální medicína* [online] c2008 [cit. 2014-07-23]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/vyvoj-koncepce-lecby-karcinomu-hrtanu-369033>.
- [6.] DRŤATA, J. et al. P ehled foniatických moŕností úpravy hlasu po onkologické lé b nádor oblasti hlavy a krku *Onkologie* [online] 2008, ro . 2, . 2 [cit. 2014-11-20]. Dostupné z: <http://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2008/02/07.pdf>. ISSN 1803-5345.
- [7.] DUŤEK, L. et al. Epidemiologie zhoubných nádor v české republice, Masarykova univerzita, [online] c2007 [cit. 2014-11-19]. Dostupné z <http://www.svod.cz>. ISSN 1802-8861.

- [8.] FERLITO, A. Ackerman's Tumor (Verrucous Carcinoma) of the Larynx A Clinicopathologic Study of 77 Cases. *Cancer* [online] 2006, ro . 46, . 7 [cit. 2014-07-21]. Dostupné z: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0142\(19801001\)46:7%3C1617:AID-CNCR2820460722%3E3.0.CO;2-T/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0142(19801001)46:7%3C1617:AID-CNCR2820460722%3E3.0.CO;2-T/pdf) . ISSN 1097-0142.
- [9.] FERLITO, A. Neuroendocrine neoplasms of the larynx: an overview. *Head and neck* [online] 2009, ro . 31, . 12 [cit. 2014-07-22]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19536850>
- [10.] GAITA, A. et al. Il paziente disfagico: manuale per familiari e caregiver. *Rapporti ISTISAN* [online] 2008, . 38 [cit. 2014-11-24]. Dostupné z <http://www.iss.it/binary/publ/cont/08-38.1232458810.pdf>. ISSN 1123-3117.
- [11.] GAROTTA, M. Il ruolo del Papillomavirus (HPV) nella patologia neoplastica della laringe. *Bollettino della Società Medico Chirurgica di Pavia* [online] 2011, ro . 124 . 1 [cit. 2014-07-25]. Dostupné z: <http://riviste.paviauniversitypress.it/index.php/bsmc/article/viewFile/860/907>. ISSN 2039-1404.
- [12.] HASHIBE, M. et al. Interaction between tobacco and alcohol use and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention* [online] 2009; ro . 18, . 2 [cit. 201-07-25]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3051410/>. ISSN 1538-7755.
- [13.] HORÁKOVÁ, J. Rozšíření zhoubných nádorů močového měchýře. *eská urologická společnost LS JEP* [online] c2014 [cit. 2014-10-20]. Dostupné z: <http://www.cus.cz/pro-pacienty/diagnozy/nadory-mocoveho-mechyre/>.
- [14.] HORÁKOVÁ, Z. Srovnání výsledků chirurgické a nechirurgické léčby nádorů hrtanu, Otorinolaryngologie a foniatrie [online] 2010, ro . 59, . 2 [cit. 2014-07-23]. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/otorinolaryngologie-foniatrie-clanek/srovnani-vysledku-chirurgicke-a-nechirurgicke-lecby-nadoru-hrtanu-33407>. ISSN 1805-4528.
- [15.] HUANG, S. Truths and Myths About Radiotherapy for Verrucous Carcinoma of Larynx, *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics* [online] 2008, ro . 73, . 4 [cit. 2014-07-22]. Dostupné z: [http://www.redjournal.org/article/S0360-3016\(08\)00846-8/fulltext](http://www.redjournal.org/article/S0360-3016(08)00846-8/fulltext). ISSN 0360-3016.

- [16.] HYBÁNEK, I., VOKURKA, J. eOtorinolaryngologie. Multimediální podpora výuky klinických a zdravotnických oborů. Portál Lékařské fakulty v Hradci Králové [online] c2010 [cit. 2014-07-20]. Dostupné z: <http://mefanet.lfhk.cuni.cz/clanky.php?aid=18>. ISSN 1803-280X.
- [17.] CHROBOK, V. Tracheostomie a koniotomie: techniky, komplikace a ošetřovatelská péče. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2008. 170 s. ISBN 8073450313.
- [18.] KASTNER, J. et al. Videokymografie a digitální kymografie, kymografické nálezy u pacientů po thyreoidektomii, Endoskopie [online] 2009, ročník 18, číslo 2 [cit. 2014-07-23]. Dostupné z: <http://www.casopisendoskopie.cz/pdfs/end/2009/02/06.pdf>. ISSN 1804-6096.
- [19.] KLOZAR, J. Nádory hrtanu. Lékařské listy [online] 2008, číslo 5 [cit. 2014-07-21]. Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/nadory-hrtanu-349014>. ISSN 0044-1996.
- [20.] KLOZAR, J. Role chemoterapie v léčbě karcinomu hlavy a krku. Otorinolaryngologie a foniatrie [online] 2008, ročník 57, číslo 3 [cit. 2014-07-23]. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/otorinolaryngologie-foniatrie-clanek/role-chemoterapie-v-lecbe-karcinomu-hlavy-a-krku-2139>. ISSN 1805-4528.
- [21.] KLOZAR, J. Uzlinové metastázy nádorů hlavy a krku a jejich léčba. Postgradulární medicína [online] c2002 [cit. 2014-07-20]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/uzlinove-metastazy-nadoru-hlavy-a-krku-a-jejich-lecba-150754>.
- [22.] KOLLÁR, A. Dysfonie. Doporučené postupy pro praktické lékaře. [online] c2001 [cit. 2014-07-23]. Dostupné z: <http://www.cls.cz/dokumenty2/os/r137.rtf>.
- [23.] KRAUS, J. Karcinom hrtanu – současné trendy. Lékařské listy [online] 2005, číslo 35 [cit. 2014-07-21]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/scripts/detail.php?id=168272>. ISSN 0044-1996.
- [24.] KUMAR, N. et al. Squamous cell carcinoma of supraglottic larynx with metastasis to all five distal phalanges of left hand. Indian Journal of Dermatology [online] 2011, ročník 56, číslo 5 [cit. 2014-07-22]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3221229/>. ISSN 1998-3611-

- [25.] MARKOVÁ, M., FENDRYCHOVÁ, J. O-ét ování pacient s tracheostomií. 1. vyd. Brno: Národní centrum o-ét ovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. 101 s. ISBN 8070134453.
- [26.] MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize. aktualizované vydání k 1.1.2013. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Praha 2013. ISBN 978-80-904259-0-3.
- [27.] ML OCHOVÁ, E. Dedičnost a predispozice k alkoholismu [online] 2011 [cit. 2014-10-20]. Dostupné z: http://www.alkoholik.cz/zavislost/dedicnost/dedicnost_genetika_a_predispozice_k_alkoholismu.html.
- [28.] ML OCHOVÁ, V., PAPEŠOVÁ, K. Vztah konzumace alkoholu a kouření cigaret. Praktický lékař, Praha: Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, 2012, ročník 92, ISSN 0032-6739
- [29.] MOTTA, G. et al. I carcinomi sopraglottici. In: MOTTA, G. (ed.) Il laser a CO2 nella chirurgia endoscopica della laringe. Relazione Ufficiale LXXXVIII Congresso Nazionale S.I.O. [online] 2001. Genova, Pisa, Pacini Editore, 2001 [cit. 2014-07-23]. Dostupné z: <http://www.aooi.it/contents/attached/c4/tepre06.pdf>. ISSN: 1827-675X.
- [30.] MUŠÍK, J. Nádory hlavy a krku 2014. Zdravotnické noviny [online] 2014 [cit. 2014-07-24]. Dostupné z: <http://www.zdravky.cz/kongresovy-list/aktualne/nadory-hlavy-a-krku-2014>.
- [31.] NEMCOVÁ, J. et al. Skripta k předmetům Výzkum v o-ét ovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci, text pro posluchače zdravotnických oborů. 2. vyd. Praha: Maurea, 2014. 199 s. ISBN 978-80-902876-9-3.
- [32.] OLIVEIRA, J. Metástase laríngea por adenocarcinoma de próstata: uma entidade rara. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology. [online] 2011, ročník 78, číslo 3 [cit. 2014-07-23]. Dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1808-86942012000300023&script=sci_arttext. ISSN 1808-8694.

- [33.] OTTAVIANO, G. Espressione di maspina, sua localizzazione sub-cellulare e rapporto con la neoangiogenesi nel carcinoma laringeo, Tesi di dottorato, Università degli studi di Padova [online] c2011 [cit. 2014-07-23]. Dostupné z: <http://paduaresearch.cab.unipd.it/3623/1/TESI.pdf>.
- [34.] PLETKO, I. Aktuálne problémy –truktúry a orientácie komplexných národných programov boja proti zhubným nádorom. Klinická onkologie [online] 2010, ro . 23, . 6 [cit. 2014-07-24]. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/klinicka-onkologie-clanek/aktualne-problemy-struktury-a-orientacie-komplexnych-narodnych-programov-boja-proti-zhubnym-nadorom-33914>. ISSN 1802-5307.
- [35.] PUXEDDU, R. et al. Colon adenocarcinoma metastatic to the larynx. European Archives of Otorhinolaryngology [online] 1997, . 254 [cit. 2014-07-22]. Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF02630729#page-1>. ISSN 1434-4726.
- [36.] RAMROTH, H. et al. Environmental tobacco smoke and laryngeal cancer: results from a population-based case-control study. European Archives of Otorhinolaryngology [online] 2008, . 265 [cit. 2014-07-22]. Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00405-008-0651-7>. ISSN 1434-4726.
- [37.] SEEMANN, M. O n kterých zvlá-tních zp sobech tvo ení hlasu. Slovo a slovesnost [online] 1941, ro . 7, . 2 [cit. 2014-11-20]. Dostupné z: <http://sas.ujc.cas.cz/archiv.php?art=384>. ISSN 0037-7031.
- [38.] SLAVÍ EK, A. et al. Sou asná klasifikace laserových chordektomií. Otolaryngologie a foniatrie. 2005, ro . 54, . 1, ISSN 1210-7867.
- [39.] SLAVÍ EK, A. Karcinom hrtanu. Postgraduální medicína [online] 2002 [cit. 2014-07-22]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/karcinom-hrtanu-150745>.
- [40.] SLAVÍ EK, A. Rehabilitace po totální laryngektomii. Sanquis 2005, . 32, ISSN 1212-6535.

- [41.] SOERJOMATARAM, I., et al. Excess of cancers in Europe: A study of eleven major cancers amenable to lifestyle change. *International Journal of Cancer* [online] 2006, ro . 120, . 6 [cit. 2014-07-24]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.22459/pdf>. ISSN 1097-0215.
- [42.] TĚLAPÁK, I. et al. Základy otorinolaryngologie a foniatrie pro studenty speciální pedagogiky. *Klinika d tské ORL Léka ské fakulty MU a Fakultní Nemocnice Brno* [online] c2009 [cit. 2014-07-20]. Dostupné z: <http://is.muni.cz/elportal/estud/pedf/js09/orl/web/index.html>.
- [43.] TĚFFL, M. Sou asná chirurgická lé ba nádor hlavy a krku. *Onkologie* [online] 2008, ro . 2, . 2, str. 76 [cit. 2014-07-23]. Dostupné z: <http://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2008/02/02.pdf>. ISSN 1803-5345.
- [44.] TIRELLI, G. Percorso del cancro della laringe in Otorinolaringoiatria. Azienda Ospedaliero ó Universitaria "Ospedali Riuniti" Trieste [online] c2013 [cit. 2014-07-20]. Dostupné z: http://www.aots.sanita.fvg.it/aots/InfoCMS/RepositPubbl/table34/21/Allegati/ca_laringe.pdf.
- [45.] *TNM klasifikace zhoubných novotvar* . 7. vyd., Ústav zdravotnických informací a statistiky R, Praha 2011. ISBN 978-80-904259-6-5.
- [46.] VYTEJ KOVÁ, R, SEDLÁ OVÁ, P., et al. O-et ovatelské postupy v pé i o nemocné II. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. 288 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
- [47.] ZACCARI, D., et al. Follow-up del carcinoma della laringe. *Bollettino della Società Medico Chirurgica di Pavia* [online] 2013, ro . 126, . 1 [cit. 2014-07-24]. Dostupné z: <http://riviste.paviauniversitypress.it/index.php/bsmc/article/view/1508/1577>. ISSN 2039-1404.
- [48.] ZVOLSKÝ, Miroslav. *Zhoubné nádory v roce 2011*, Ústav zdravotnických informací a statistiky R, [online] c2014 [cit. 2014-11-19]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/zhoubne-nadory-roce-2011>.

SEZNAM P ÍLOH

P íloha 1: Re-er-e.....	75
P íloha 2: Protokol k provád ní sb ru podklad pro zpracování bakalá ské práce	88



Moravskoslezská vědecká knihovna v Ostravě, příspěvková organizace

Číslo rešerše: 7897
Název rešerše: Karcinom hrtanu
Jazykové omezení: čeština, slovenština
Časové omezení: 2005 - 2015



U knih, které jsou k vypůjčení v MSVK v Ostravě, je uvedena signatura. Knihy bez signatury jsou k dispozici v jiných knihovnách ČR (viz http://aleph.nkp.cz/F/CA5I79II3RXX8Q16H9VKA5QU532X3FRTG9214CXE8FI5M2HDAI-18714?func=file&file_name=find-b&local_base=SKC Tyto knihy je možno objednat prostřednictvím meziknihovní výpůjční služby v naší knihovně).
U článků je nutné vyhledat celý časopis.

Články

1.

TI: Využití Narrow Band Imaging v diagnostice časných karcinomů hrtanu

AU: Staníková, Lucia — Kučová, H. — Walderová, R. — Zeleník, Karol — Šatanková, J. — Komínek, Pavel, 1958-

CI: Klinická onkologie : časopis České a Slovenské onkologické společnosti. 2015, roč. 28, č. 2, s. 116-120. ISSN: 0862-495X; 1802-5307 (elektronická verze).

DE: endoskopie (metody, využití) ; lidé ; laryngoskopie ; larynx (anatomie a histologie) ;

senzitivita a specifická ; nádory hrtanu (klasifikace, diagnóza) ; úzkopásmové zobrazení

AB: Úvod: Narrow band imaging (NBI) je endoskopická zobrazovací metoda určená k

diagnotice slizničních lézí, které nejsou viditelné při endoskopii bílým světlem, a přitom

jsou charakteristické pro přednádorové a časně nádorové změny na epitelu. Cílem studie bylo

prokázat význam NBI endoskopie pro „předhistologickou“ dia-gnostiku časných stadií

karcinomů hrtanu. Materiál a metody: Do studie bylo zařazeno 100 pa-cientů s chronickou

laryngitidou, chrapotem či makroskopickou lézí hrtanu v období 6/2013–10/2014. NBI modus

byl srovnáván s HD endoskopií bílým světlem – byl hodnocen rozsah léze (event. nová

ložiska) a slizniční vaskularizace. Při nálezů charakteru leukoplakie, exofytického tumoru a

papilomu v endoskopii bílým světlem a/nebo při NBI obrazu maligní vaskularizace bylo

provedeno histologické vyšetření, výsledky byly srovnávány s předhistologickým NBI

nálezem. Výsledky: Rozsah léze ve zobrazení NBI byl u 32/100 (32,0 %) větší než ve

zobrazení pouhým bílým světlem, u 4/100 (4,0 %) pa-cientů byly identifikovány i léze nové,

kteře nebyly vizualizovány bílým světlem. Histologicky bylo vyšetřeno 63/100 (63,0 %) pa-

cientů. Carcinoma in situ či invazivní spinocelulární karcinom byl prokázán v 25/63 (39,7

%) . V 23/25 (92,0 %) případů maligních lézí byla předoperační dia-gnostika slizniční

vaskularizace dle NBI endoskopie ve shodě s výsledkem histologického vyšetření. V studii

byla prokázána senzitivita metody 88,0 %, specifická metody byla 94,9 %. Závěr: NBI

endoskopie se pro snadné provedení v ambulantní praxi jeví jako slibná a efektivní metoda

pro časnou dia-gnostiku karcinomů hrtanu.

Citace:

STANÍKOVÁ, Lucia, H KUČOVÁ, R WALDEROVÁ, Karol ZELENÍK, J ŠATANKOVÁ a

Pavel KOMÍNEK. Využití Narrow Band Imaging v diagnostice časných karcinomů hrtanu.

Klinická onkologie. 2015, 28(2), 116-120. ISSN 0862-495x. Dostupné také z:

[http://www.prolekare.cz/klinicka-onkologie-clanek/vyuziti-narrow-band-imaging-v-dia-](http://www.prolekare.cz/klinicka-onkologie-clanek/vyuziti-narrow-band-imaging-v-dia-gnostice-casnych-karcinomu-hrtanu-51846)

[gnostice-casnych-karcinomu-hrtanu-51846](http://www.prolekare.cz/klinicka-onkologie-clanek/vyuziti-narrow-band-imaging-v-dia-gnostice-casnych-karcinomu-hrtanu-51846)

2.

TI: Chemoterapie v léčbě solidních zhoubných nádorů hlavy a krku

AU: Čoček, Aleš — Licková, Kateřina — Ambruš, Miloslav

CI: Zdravotnictví a medicína : čtrnáctideník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii. 2015, roč. 2015, č. 2, s. 40-41. ISSN: 2336-2987.

DE: biologická terapie ; kombinovaná terapie ; nádory hlavy a krku (terapie) ; lidé ; recidiva ;

chemoradioterapie ; antitumorózní kombinovaná chemoterapie - protokoly ; indukční

chemoterapie ; nádory hrtanu (terapie) ; laryngektomie (škodlivé účinky)

Citace:

ČOČEK, Aleš, Kateřina LICKOVÁ a Miloslav AMBRUŠ. Chemoterapie v léčbě solidních

zhoubných nádorů hlavy a krku. Zdravotnictví a medicína. 2015, 2015(2), 40-41. ISSN 2336-

2987. Dostupné také z: [http://zdravi.e15.cz/archiv/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-](http://zdravi.e15.cz/archiv/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/covers)

[zdn/covers](http://zdravi.e15.cz/archiv/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/covers)

3.

TI: Vzácné nádory ORL oblasti

AU: Lohynská, Radka — Mrzena, Lubor, 1967-

CI: Vzácné nádory v onkologii. První vydání. Praha : Mladá fronta, 2015.

ISBN: 978-80-204-3658-0. 2015, s. 94-132. ISBN: 978-80-204-3658-0. Literatura

DE: lidé ; nádory úst ; nádory nosohltanu ; nádory nosu ; sinus paranasales - nádory ; estezioneuroblastom olfaktorický ; nádory hrtanu ; vzácné nemoci

Citace:

LOHYNSKÁ, Radka a Lubor MRZENA. Vzácné nádory ORL oblasti. Vzácné nádory v onkologii. 2015, s. 94-132. ISSN 978-80-204-3658-0.

4.

TI: Příznaky a diagnostika nádorů hlavy a krku

AU: Binková, Hana

CI: Lékařské listy : odborná příloha Zdravotnických novin. 2014, roč. 2014, č. 2, s. 4-7.

DE: endoskopie ; nádory hlavy a krku (klasifikace, diagnóza, etiologie) ; lidé ; laryngoskopie ; nádory nosohltanu (diagnóza, etiologie) ; nádory nosu (diagnóza, etiologie) ; biopsie ; nádory hrtanu (diagnóza, etiologie) ; příznaky a symptomy ; diferenciální diagnóza ; diagnostické techniky a postupy (využití)

Citace:

BINKOVÁ, Hana. Příznaky a diagnostika nádorů hlavy a krku. Lékařské listy. 2014, 2014(2), 4-7.

5.

TI: Chirurgická léčba karcinomů hlavy a krku

AU: Smilek, Pavel, 1953-

CI: Lékařské listy : odborná příloha Zdravotnických novin. 2014, roč. 2014, č. 2, s. 8-10.

DE: nádory hlavy a krku (klasifikace, diagnóza, chirurgie, terapie) ; lidé ; nádory rtu (chirurgie, terapie) ; nádory hltanu (chirurgie, terapie) ; chirurgie operační (metody) ; rekonstrukční chirurgické výkony ; nádory hrtanu (chirurgie, terapie) ; metastázy nádorů (radioterapie, terapie) ; glottis (chirurgie)

Citace:

SMILEK, Pavel. Chirurgická léčba karcinomů hlavy a krku. Lékařské listy. 2014, 2014(2), 8-10.

6.

TI: Kvalita života pacientov po totálnej laryngektómii pre karcinóm hrtanu

AU: Boroňová, Jana

CI: Cesta k modernímu ošetřovatelství : (recenzovaný sborník příspěvků z konference).

Praha : Fakultní nemocnice v Motole. 2014, roč. 16, s. 123-130. Literatura

DE: lidé ; zdravotní sestry (psychologie) ; psychoterapie (metody) ; psychologie (výchova, metody) ; sociální opora ; tracheostomie (metody, psychologie, rehabilitace) ; role ošetřovatelky ; nezávislý způsob života (výchova, psychologie, etika) ; nádory hrtanu (psychologie, rehabilitace, terapie) ; kvalita života ; otorinolaryngologické chirurgické výkony (metody, využití) ; laryngektomie (metody, využití)

AB: Nádorové ochorenie hrtana patrí medzi najzávažnejšie onkologické problémy v oblasti otorinolaryngológie. Tvorí 3% všetkých rakovinových nádorov. Na Slovensku ročne ochorie asi 300 pacientov. V liečbe karcinómu hrtana je veľakrát jediným možným radikálnym terapeutickým postupom totálna laryngektómia. Tento operačný výkon je pre pacienta veľmi

náročný jednak po fyzickej, ale aj psychickej stránke, nakoľko mení jeho aktívny život. Operácia vedie k strate hlasu a reči, k zmene prirodzeného spôsobu dýchania, k odstráneniu respiračnej a ochrannej funkcie nosa, k poruche prehltania a k psycho-sociálno-ekonomickým problémom. Ide vždy o veľmi závažný zásah do života, ktorý vo svojom dôsledku skôr či neskôr spôsobuje trvalú invaliditu. Príspevok sa zaoberá vnímaním a prežívaním kvality života tracheostomovaných pacientov po totálnej laryngektómii.

Citace:

BOROŇOVÁ, Jana. Kvalita života pacientov po totálnej laryngektómii pre karcinóm hrtanu. In: Cesta k modernímu ošetrovatelství. 2014, 16, s. 123-130.

7.

TI: Potíže v komunikaci a vybrané psychické oblasti (napětí, obavy, podráždění, deprimace) u nemocných s nádorovým onemocněním hrtanu a slinných žláz

AU: Skládaloová, Marie — Škvrňáková, Jana — Michálek, Roman

CI: Profese on-line : recenzovaný časopis pro zdravotnické obory. 2013, roč. 6, č. 2, s. 30-35. ISSN: 1803-4330. Literatura

DE: staří ; dospělí ; ženské pohlaví ; lidé ; lidé středního věku ; ošetrovatelská péče (pracovní síly, metody, psychologie) ; zdravotní sestry (využití) ; dotazníky ; staří nad 80 let ; statistika jako téma ; komunikace ; nádory hrtanu (ošetřování, psychologie) ; kvalita života (psychologie) ; vztah sestry-pacient ; mužské pohlaví ; nádory slinných žláz (ošetřování, psychologie)

AB: Cíl: Hodnocení komunikačních a vybraných psychických oblastí (napětí, obavy, podráždění, deprimace) dispenzarizovaných nemocných se zhoubnými nádory hrtanu a slinných žláz, pomocí standardizovaných dotazníků kvality života. Východiska: Zhoubná nádorová onemocnění hlavy a krku se v četnosti výskytu řadí na šesté místo mezi zhoubnými nádory na celém světě. Otázka léčby a následné péče je velmi aktuální zvláště z hlediska rizika mutilujících léčebných výkonů a jejich vlivu na kvalitu života. Metody: Do výzkumu byli zařazeni aktivně dispenzarizovaní nemocní ORL kliniky se zhoubnými nádory hrtanu a slinných žláz. Vlastní šetření absolvovalo 113 respondentů, výzkum probíhal od ledna do prosince 2011. Pro sběr dat byly využity dva standardizované dotazníky kvality života (EQRTC QLQ-30, EQRTC QLQ-H&N35). Dále informace z nestandardizovaného dotazníku a zdravotnické dokumentace. Použité statistické metody – dvouvýběrový Wilcoxonův test a analýza rozptylu. Výsledky: U pacientů s nádorovým onemocněním hrtanu s tracheostomickou kanylou a bez ní byl statisticky významný rozdíl v komunikaci. Stádium nemoci dle klasifikace TNM nemělo vliv na vybrané psychické oblasti u respondentů s nádorovým onemocněním hrtanu a slinných žláz. Závěry: Závažnost obtíží u dispenzarizovaných respondentů závisí na lokalizaci a velikosti nádoru, terapeutické strategii, věku pacienta, polymorbiditě a dalších faktorech. Trvalá tracheostomická kanyla má vliv na komunikaci respondentů s nádory hrtanu. V našem souboru respondentů jsme neprokázali vliv stádia nemoci dle klasifikace zhoubných novotvarů TNM, na vybrané oblasti psychiky (napětí, obavy, podráždění, deprimace).

Citace:

SKLÁDALOVÁ, Marie, Jana ŠKVRŇÁKOVÁ a Roman MICHÁLEK. Potíže v komunikaci a vybrané psychické oblasti (napětí, obavy, podráždění, deprimace) u nemocných s nádorovým onemocněním hrtanu a slinných žláz. Profese on-line [online]. 2013, 6(2), 30-35 [cit. 2016-01-20]. ISSN 1803-4330. Dostupné z:

http://profeseonline.upol.cz/upload/soubory/2013_02/06_skladalova.pdf

8.

TI: Nefunkční hrtan je větší komplikací než jeho kompletní odstranění

CI: Zdravotnické noviny, Roč. 61, č. 17 (2012), s. 4

DE: nádory hlavy a krku - diagnóza, epidemiologie, klasifikace ; příznaky a symptomy ; nádory hrtanu ; laryngektomie - metody, škodlivé účinky ; řeč alaryngální - metody ; lidé ; novinové články

9.

TI: Mnohočetný neurofibrom hrtanu

AU: Kalfert, David - Jakoubková, Stanislava - Hadži Nikolov, Dimitar - Čelakovský, Petr, 1966- - Ludvíková, Marie, 1956-

CI: Otorinolaryngologie a foniatrie, Roč. 60, č. 2 (2011), s. 96-98, ISSN 1210-7867

AB: Neurofibrom hrtanu je vzácné onemocnění. Klinické příznaky neurofibromu hrtanu jsou obdobné jako u jiných typů laryngeálních tumorů a závisí na velikosti a lokalizaci nádoru. Až u 50 % pacientů je popisována asociace s difuzní neurofibromatózou. V našem příspěvku prezentujeme izolovaný výskyt a léčbu mnohočetných podslizničních neurofibromů v oblasti hrtanu u 24leté ženy s minimálně vyjádřenými symptomy. Diskutována je klinická symptomatologie, diagnostika a léčba tohoto vzácného onemocnění.

DE: lidé ; dospělí ; ženské pohlaví ; nádory hrtanu - diagnóza, chirurgie ; neurofibrom - diagnóza, chirurgie ; kašel ; laryngoskopie - využití ; recidiva - prevence a kontrola ; biopsie ; larynx - patologie ; léčba ; kazuistiky

10.

TI: Onkologická problematika ve foniatrii

AU: Šebová, Irina — Dršata, Jakub, 1970- — Zábrodský, Michal, 1974-

CI: Foniatrie - hlas. 1. vyd. Havlíčkův Brod : Tobiáš, 2011. ISBN: 978-80-7311-116-8. 2011, s. 195-215. ISBN: 978-80-7311-116-8. Literatura

DE: chrapot (etiologie, patologie) ; lidé ; řeč ezofageální (přístrojové vybavení, metody) ; laserová terapie (metody) ; nádory hrtanu (diagnóza, patologie, chirurgie) ; larynx umělý ; prekancerózy ; tracheoezofageální píštěl (etiologie, ošetřování) ; papilom (patologie, chirurgie) ; laryngektomie ; řeč alaryngální (přístrojové vybavení, metody)

Citace:

ŠEBOVÁ, Irina, Jakub DRŠATA a Michal ZÁBRODSKÝ. Onkologická problematika ve foniatrii. Foniatrie - hlas. 2011, s. 195-215. ISSN 978-80-7311-116-8.

11.

TI: Péče o pacienta po totální laryngektomii

AU: Bostlová, Monika - Jarošová, Jana - Lencová, Marta

CI: Sestra, Roč. 20, č. 11 (2010), s. 74-75, ISSN 1210-0404 - Lit.: 3

LI: www.zdn.cz/archiv/sestra/covers - nutná registrace

AB: Karcinom hrtanu je nejčastějším zhoubným onemocněním v ORL u nás. Jedinou možností definitivní léčby pokročilých karcinomů hrtanu je většinou totální laryngektomie, která pacientovi zcela změní praktický i sociální život.

DE: laryngektomie - ošetřování ; péče o pacienta ; nádory hrtanu - diagnóza, chirurgie, ošetřování, terapie ; hospitalizace ; ošetřovatelský proces ; perioperační péče ; pacienti - psychologie ; vzdělávání pacientů - jako téma ; mužské pohlaví ; lidé středního věku ; lidé ; karcinom hrtanu ; sociální vyřazení ; ošetřovatelská péče ; kazuistiky

12.

TI: Totální laryngektomie z pohledu klienta i zdravotníka

AU: Moravcová, Libuše - Rybořová, Eva - Batková, Simona

CI: **Sestra, Roč. 20, č. 10 (2010), s. 62-64, ISSN 1210-0404 - Lit.: 5**

LI: www.zdn.cz/archiv/sestra/covers - nutná registrace

AB: Karcinom hrtanu tvoří asi 2,8 % všech zhoubných nádorů v naší populaci, u žen pouze 0,2 %. Léčba závisí na lokalizaci nádoru a jeho velikosti. Na naše oddělení ORL přichází mnoho pacientů s maligním onemocněním krku. Za posledních 20 let došlo ke zvýšení počtu pacientů se zhoubným onemocněním hrtanu o 0,4 %.

DE: laryngektomie ; nádory hrtanu - terapie ; perioperační péče - ošetřování, využití ; vzdělávání pacientů - jako téma ; lidé ; kvalita života ; tracheostomická kanyla ; karcinom hrtanu ; edukace ; informační mapa péče

13.

TI: Srovnání výsledků chirurgické a nechirurgické léčby nádorů hrtanu

AU: Horáková, Zuzana - Binková, Hana - Tóthová, Eva

CI: **Otorinolaryngologie a foniatrie, Roč. 59, č. 3 (2010), s. 107-113, ISSN 1210-7867**

AB: Současným trendem v léčbě pokročilých nádorů hrtanu je aplikace orgán zachovávající nechirurgické terapie na úkor totální laryngektomie s cílem dosažení lepší kvality života pacientů. Základním předpokladem zůstává rovnocenná perspektiva přežití u obou modalit. Tuto hypotézu jsme ověřovali retrospektivně na souboru 188 pacientů s karcinomem hrtanu stadia II, III a operabilním stadiem IV, léčených v letech 2001-2008 chirurgicky i nechirurgicky. Oba soubory byly ve sledovaných parametrech celkového kumulativního přežití i intervalu bez recidivy srovnatelné. Zachovat orgán se podařilo u 81 % pacientů, funkční záchrana hrtanu byla úspěšná u 55 %.

DE: nádory hrtanu - chirurgie, klasifikace, terapie ; laryngektomie ; antitumorózní kombinovaná chemoterapie - protokoly ; radioterapie adjuvantní ; neoadjuvantní terapie - využití ; indukce remise ; přežití - analýza ; nádory skvamocelulární - chirurgie, mortalita, terapie ; retrospektivní studie ; lidé ; kombinovaná terapie - využití ; karcinom hrtanu ; orgán zachovávající protokol ; totální laryngektomie ; srovnávací studie

14.

TI: Endoskopická autofluorescencia v diagnostice nádorů hrtana

AU: Kavečanský, Vojtech, 1954- - Lukán, Norbert, 1960-

CI: **Otorinolaryngologie a foniatrie, Roč. 59, č. 4 (2010), s. 225-229, ISSN 1210-7867**

LI: www.prolekare.cz/otorinolaryngologie-foniatrie-archiv-cisel - nutná registrace

AB: Úspěšnost léčby rakoviny hrtanu ovlivňuje mnoho faktorů. Okrem sníženia incidencie ochorenia zlepšením osvetly, životosprávy obyvateľstva a používaním funkčného systému dispenzarizácie, z profesionálneho pohľadu rozhodujúci faktor predstavuje včasná a presná diagnostika. V posledných rokoch sa medzi novými vyšetrovacími metódami objavuje optické vyšetrenie hrtanu pomocou autofluorescencie. V primárnej ambulantnej praxi pomôže táto nová vyšetrovacia metóda jednoznačne rozlíšiť benígne lézie od potencionálne maligných ložísk. Pre chirurga zaoberajúceho sa ORL onkológiou má význam v presnom ohraničení nádorového ložiska, čo umožní optimalizáciu chirurgickej liečby, ktorá zníži mutiláciu pacienta a zlepší kvalitu jeho života. Endoskopická autofluorescencia je neinvasívne, jednoduché a ekonomicky nenáročné vyšetrenie, ktoré môže výrazne zlepšiť včasnú diagnostiku nádorů hrtana. I napriek tomu, že metóda vyžaduje špeciálne technické vybavenie, je možné ju realizovať ambulantnou formou, bez celkovej anestézie s výrazným skrátením vyšetrovacieho času. Senzitivita vyšetrenia dosahuje takmer 100 % a špecificita pri

diagnóze karcinómu hrtanu sa pohybuje od 60 % do 90 %. Nepopisujú sa žiadne komplikácie v zmysle fotosenzitivity alebo alergickej reakcie.

DE: lidé ; nádory hrtanu - diagnóza ; fluorescence ; luminiscenční měření - metody ; diagnostické techniky a postupy ; endoskopie

15.

TI: Výsledky léčby pokročilých nádorů hrtanu

AU: Horáková, Zuzana - Binková, Hana - Tóthová, Eva

CI: Edukační sborník, (2010), s. 253

DE: lidé ; nádory hrtanu - farmakoterapie, chirurgie, terapie ; retrospektivní studie ; výsledek terapie

16.

TI: Chirurgické komplikace zánětů hltanu

AU: Pokorný, Karel, 1973- - Vincent, Oldřich

CI: Lékařské listy, Roč. 59, č. 3 (2010), s. 19-22

LI: www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/chirurgicke-komplikace-zanetu-hltanu-449630

DE: lidé ; nádory hrtanu - chirurgie, komplikace ; zánět - diagnóza, chirurgie, komplikace ; infekční nemoc - prenos - prevence a kontrola ; peritonzilární absces - diagnóza, etiologie, terapie ; celulitis - diagnóza, etiologie, terapie ; lymfatické nemoci - diagnóza, etiologie, terapie ; otorinolaryngologie - metody ; antibakteriální látky - terapeutické užití

17.

TI: Varovné příznaky v ORL oblasti - příznaky onkologických onemocnění

AU: Urbanová, Markéta, 1981-

CI: Lékařské listy, Roč. 59, č. 3 (2010), s. 3-5

LI: www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/varovne-priznaky-v-orl-oblasti-priznaky-onkologickych-onemocneni-449626

DE: lidé ; příznaky a symptomy ; otorinolaryngologické nádory - diagnóza, komplikace ; nádory hlavy a krku - diagnóza, komplikace ; lidé středního věku ; mužské pohlaví ; metastatické nádory - diagnóza, terapie ; nádory úst - diagnóza, chemie, komplikace ; nádory nosu - diagnóza, chirurgie, komplikace ; nádory orofaryngu - diagnóza, chirurgie, komplikace ; incidence ; distribuce podle pohlaví ; dospělí ; rizikové faktory ; nádory nosohltanu - diagnóza, komplikace, terapie ; radioterapie - metody, využití ; chemoterapie adjuvantní - metody, využití ; nádory hrtanu - diagnóza, komplikace, terapie ; staří nad 80 let ; nádory slinných žláz - diagnóza, komplikace, terapie ; nádory ucha - diagnóza, komplikace, terapie ; dítě ; nádory štítné žlázy - diagnóza, komplikace, terapie ; ženské pohlaví ; mladiství ; kazuistiky

18.

TI: Subjektivní hodnocení komunikace u pacientů po totální laryngektomii

AU: Kučerová, Jana, 1959-

CI: Profese on-line, Roč. 2, č. 3 (2009), s. 131-144, ISSN 1803-4330 - Lit.: 7

LI: profeseonline.upol.cz/subjektivni-hodnoceni-komunikace-u-pacientu-po-totalni-laryngektomii/

AB: Článek seznamuje s výsledky průzkumu, který byl zaměřen na zjištění psychických, sociálních i biologických faktorů včetně subjektivní spokojenosti s hlasem před a po totální laryngektomii u pacientů s karcinomem hrtanu. Největším problémem pro pacienty po totální

laryngektomii je ztráta verbální komunikace. Více než polovina pacientů si osvojovala náhradní řeč s velkými obtížemi.

DE: lidé ; kvalita života - psychologie ; komunikace ; laryngektomie - metody, statistika a číselné údaje, škodlivé účinky ; poruchy hlasu - etiologie, psychologie, rehabilitace ; řeč ; dotazníky ; interpretace statistických dat ; lidé středního věku ; staří ; staří nad 80 let ; mužské pohlaví ; pooperační komplikace - etiologie, klasifikace ; sociální změna

19.

TI: Léčba karcinomu hrtanu - nejčastější malignity v ORL

AU: Čoček, Aleš

CI: Lékařské listy, č. 8 (2009), s. 18-20

DE: lidé ; nádory hrtanu - chirurgie, terapie ; otologické chirurgické výkony - metody, využití ; laryngektomie - klasifikace, metody, využití ; radioterapie - metody, využití ; chemoterapie adjuvantní - metody, využití ; přežití - analýza

20.

TI: Evropské perspektivy v léčbě karcinomu hlavy a krku

AU: Mechl, Zdeněk - Červená, Renata

CI: Medical tribune, Roč. 5, č. 17 (2009), s. B1, ISSN 1214-8911

LI: www.tribune.cz/clanek/13954

DE: nádory hlavy a krku - farmakoterapie, chirurgie, radioterapie ; metastatické nádory ; recidiva ; biologická terapie ; nádory hrtanu - chirurgie, terapie ; radioterapie - metody ; lidé

21.

TI: Ošetrovateľská starostlivosť o pacientov s karcinómom hrtana

AU: Gulášová, Ivica - Zalubelová, Daniela

CI: Ošetrovateľství, Roč. 11, č. 1-2 (2009), s. 3-6, ISSN 1212-723X - Lit.: 7

DE: lidé ; nádory hrtanu - chirurgie, ošetřování, terapie ; ošetrovateľská péče - metody, využití ; předoperační péče - metody, ošetřování, využití ; pooperační péče - metody, ošetřování, využití ; vzdělávání pacientů - jako téma - metody ; kvalita života - psychologie ; modely ošetrovateľské ; radioterapie - metody, ošetřování ; otorinolaryngologické chirurgické výkony - metody, ošetřování, využití ; chemoterapie adjuvantní - metody, ošetřování, využití

22.

TI: Léčba karcinomu hrtanu - nejčastější malignity v ORL

AU: Čoček, Aleš

CI: Lékařské listy, č. 8 (2009), s. 18-20

DE: lidé ; nádory hrtanu - chirurgie, terapie ; otologické chirurgické výkony - metody, využití ; laryngektomie - klasifikace, metody, využití ; radioterapie - metody, využití ; chemoterapie adjuvantní - metody, využití ; přežití - analýza

23.

TI: Příspěvek k využití videostroboskopie v otorinolaryngologii

AU: Slavíček, Aleš, 1960- - Jašková, A. - Bahannan, A. - Zábrodský, Michal, 1974-

CI: Otorinolaryngologie a foniatrie, Roč. 57, č. 3 (2008), s. 138-142, ISSN 1210-7867

AB: Cílem této prospektivní studie je pomocí analýzy videostroboskopických záznamů porovnat pacienty s benigními a maligními lézemi hlasivek zařazené do skupin A (7 pacientů) s dlaždicobuněčným karcinomem, B (10 pacientů) s dysplázií I-III. stupně, C (11 pacientů) s edémy hlasivek, D (15 pacientů) s cystou na hlasivce, E (26 pacientů) s polypem hlasivky a do kontrolní skupiny F (11 pacientů). Celkem se studie zúčastnilo 80 pacientů, 31 mužů a 49

žen. Pro vyhodnocení záznamů byla vybrána maximální šíře štěrbiny v oblasti zadní komisury na amplituda slizniční vlny. Průměrná maximální šíře štěrbiny byla zvětšená nejméně u skupiny B a dále v pořadí skupina A, C, E a D. U kontrolní skupiny nabývala maximální šíře štěrbiny nejnižší průměrné hodnoty. Slizniční vlna byla nejméně postižena u skupiny pacientů s cystou na hlasivce. Největší postižení slizniční vlny bylo ve vzestupném pořadí u skupiny pacientů s edémem nebo polypem hlasivek.

DE: nádory hrtanu - diagnóza, klasifikace, patologie ; stroboskopie - metody, využití ;
prospektivní studie ; video-asistovaná chirurgie - metody, trendy, využití ; lidé ; financování
organizované ; muži ; ženy

24.

TI: Srovnání kvality hlasu, života a stroboskopických parametrů po chirurgické léčbě CO2 laserem a radioterapií

AU: Slavíček, Aleš, 1960- - Mrzena, Lubor, 1967- - Bahannan, A. - Černý, Libor, 1968- -
Valenta, Z. - Lohynská, Radka - Zábrodský, Michal, 1974-

CI: Otorinolaryngologie a foniatrie, Roč. 57, č. 3 (2008), s. 128-137, ISSN 1210-7867

AB: Endoskopické chordektomie s použitím Alaseru klasifikované podle Remacla a Ruderta (chordektomie I.-V. typu) zahrnují velký rozsah postupů od jednoduchého obnažení hlasivek, neboli submukózní chordektomii (typ I) přes rozsáhlejší chirurgické výkony (subligamentózní chordektomii (typ II), transmuskulární chordektomii (typ III) ke kompletní (typ IV) nebo rozšířené chordektomii (typ V). Laserový endoskopický chirurgický výkon je indikován u pacientů s časným stadiem karcinomu hrtanu v oblasti glotis (T1a,b, T2) nebo u prekanceróz (laryngeální intraepiteliální neoplázie - LIN I-III). Za ekvivalentní léčbu časných stadií karcinomu hrtanu je považována i radioterapie. Obě dvě léčebné metody mohou vést ke zhoršení hlasu. Vzhledem k tomu, že procento přežití a úspěšnosti léčby je pro obě léčebné modalitty velmi podobné, dostává se do popředí sledování kvality života pacienta (QoL) a kvality hlasu. Je třeba vzít v úvahu i potenciální možnost zachování radioterapie jako následné léčebné modalitty pro případnou recidivu či duplicitní nádor v blízké lokalitě. Na Klinice ORL a chirurgie hlavy a krku 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy bylo sledováno 128 pacientů s diagnózou časného karcinomu hrtanu nebo dysplázie I-III. Pacienti byli rozděleni do dvou skupin podle typu léčby. Byly sledovány a vzájemně srovnány: stroboskopické parametry (symetrie, amplituda, periodicitá slizniční vlny, rozšíření nevibrujícího segmentu, doba a úplnost uzavření glotis), celkový čas fonace, vokální rozsah podle profilu rozsahu hlasu (VRP - fonetogram), subjektivní analýza kvality hlasu a objektivní analýza hlasu (s použitím softwaru MDVP). Shodné parametry byly i porovnávány ve skupinách po jednotlivých typech chordektomii. Pro zhodnocení kvality života a hlasu byly zvoleny dotazníky QoL30 a VHI (Voice handicap index). Nebyly nalezeny žádné statisticky významné rozdíly u výše zmíněných parametrů při srovnání pacientů léčených chordektomií typu I-III a radioterapií. Velká většina hodnocených parametrů u podskupin laserové chordektomie IV a V byla signifikantně horší ve srovnání s podskupinami radioterapie či laserové chordektomie I.-III. typu. Laserovou chordektomií I.-III. typu můžeme považovat za vysoce účinnou léčbu pro časná stadia karcinomu hrtanu při současném zachování shodné funkce jako při radioterapii. Volba chirurgické léčby umožňuje ponechání radioterapie pro případnou léčbu recidivy.

DE: nádory hrtanu - radioterapie ; kvalita hlasu - účinky záření ; kvalita života ; ženy ; muži ;
lidé ; dospělí ; kouření ; laserová terapie - metody, trendy, využití ; financování organizované

25.

TI: Vývoj koncepce léčby karcinomu hrtanu

AU: Čoček, Aleš

CI: **Postgraduální medicína, Roč. 10, č. 6 (2008), s. 608-612, ISSN 1212-4184 - Lit.: 26**

LI: www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=369033

AB: Vývoj chirurgické léčby karcinomu hrtanu prošel několika etapami. Po fázi sbírání prvotních zkušeností byly prováděny především radikální operace - totální laryngektomie. Následovala etapa parciálních laryngektomií, které bylo možno provádět s dobrými onkologickými a funkčními výsledky především díky prohloubení znalostí anatomie hrtanu a jeho lymfatického zásobení. V současnosti prochází léčba pokročilých karcinomů hrtanu fází hledání nechirurgických postupů (záchovných protokolů), které by měly dostatečnou onkologickou bezpečnost a přitom umožnily zachovat nemocnému funkční hrtan. Velký význam v chirurgické léčbě karcinomu hrtanu měl také rozvoj chirurgie spádových lymfatických krčních uzlin. V práci je popsán vývoj koncepce léčby karcinomu hrtanu od počátků k současnosti.

DE: lidé ; nádory hrtanu - chirurgie, radioterapie ; otorinolaryngologické chirurgické výkony ; laryngektomie - metody ; krk - disekce - metody

26.

TI: Kvalita života u onkologicky nemocných po totální laryngektomii

AU: Škvrňáková, Jana - Valentová, Marie - Mejzlík, Jan, 1974-

CI: **Florence, Roč. 4, č. 2 (2008), s. 79, ISSN 1801-464X**

DE: lidé ; kvalita života ; nádory hrtanu - chirurgie, psychologie, terapie ; laryngektomie - ošetřování, psychologie ; dotazníky ; interpretace statistických dat ; ošetřovatelská diagnóza - využití ; komunikace

27.

TI: Nádory hrtanu

AU: Klozar, Jan, 1953-

CI: **Lékařské listy, Roč. 57, č. 5 (2008), s. 23-25 - Zdravotnické noviny, ISSN 0044-1996**

LI: www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=349014

AB: Příznakům nádorů hrtanu zpravidla není věnována dostatečná pozornost a jsou diagnostikovány v pokročilých stádiích. V těchto případech je chirurgickou léčbou pouze kompletní odstranění hrtanu. Z konzervativních přístupů má největší účinnost současné podání chemoterapie a radioterapie. Částečný ústup od chirurgické léčby v některých zemích vedl ke zhoršení přežití

DE: nádory hrtanu - diagnóza, epidemiologie, terapie ; lidé ; příznaky a symptomy ; laryngoskopie - metody, využití ; radioterapie - metody, využití ; chemoterapie adjuvantní - metody, využití ; laryngektomie - klasifikace, metody, využití ; prognóza ; metastatické nádory - terapie

28.

TI: Parenterální ATB léčba preparátem Amoksiklav u pacientů po chirurgických výkonech pro karcinom hrtanu a hltanu

AU: Praženica, Pavol

CI: Medical tribune, Roč. 3, č. 26 (2007), s. 3-4, ISSN 1214-8911 - Příl. Antibakteriální léčiva, Roč. , č. , s. 3-4

DE: antibiotická profylaxe ; nádory hrtanu - chirurgie ; pooperační péče ; retrospektivní studie ; lidé ; hodnocení léčiv ; kombinace amoxicilin-klavulanát draselný - aplikace a dávkování ; mužské pohlaví ; amoksiklav

29.

TI: Včasný záchyt karcinomu hrtanu a hlasivek

CI: Medical tribune, Roč. 3, č. 26 (2007), s. B6, ISSN 1214-8911

DE: kymografie - metody ; videozáznam ; larynx - nemoci - diagnóza ; poruchy hlasu - diagnóza

30.

TI: Pacient s dg. carcinoma laryngis po totální laryngektomii

AU: Rydlová, Pavla

CI: Florence, Roč. 3, č. 3 (2007), s. 115-117, ISSN 1801-464X

DE: lidé ; dospělí ; laryngektomie - metody, ošetřování, škodlivé účinky ; nádory hrtanu - chirurgie, ošetřování, terapie ; kvalita života ; rizikové faktory ; příznaky a symptomy ; ošetrovatelská diagnóza ; výsledek terapie ; mužské pohlaví ; kazuistiky

31.

TI: Karcinom hrtanu u manželů z nepřibuzenského sňatku = Larynx cancer in husband and wife from unrelated marriage

AU: Pellant, Arnošt, 1943- - Stránský, Pravoslav, 1940- - Šteiner, Ivo, 1940-

CI: Otorinolaryngologie a foniatrie, Roč. 55, č. 1 (2006), s. 63-65, ISSN 1210-7867 - Lit. 6

DE: nádory hrtanu - diagnóza, terapie ; kazuistický přístup ; manželé ; pracovní expozice ; prach ; tetrachlorethylen ; karcinom in situ - diagnóza, terapie ; laryngektomie - využití ; radioterapie adjuvantní ; pravděpodobnost ; lidé

32.

TI: Chirurgická léčba karcinomu hrtanu = Surgical treatment of laryngeal carcinoma

AU: Čoček, Aleš

CI: Praktický lékař, Roč. 85, č. 10 (2005), s. 577-580, ISSN 0032-6739 - Lit. 11

AB: Karcinom hrtanu spolu s karcinomem hltanu představují nejčastější zhoubné nádory v otolaryngologické praxi. V léčbě karcinomu hrtanu stále hraje rozhodující roli chirurgie. Autor v tomto článku podává přehled možných chirurgických zásahů v léčbě málo pokročilých nádorů prvního a druhého stadia (jako monoterapie) i v léčbě pokročilých stadií v kombinaci s pooperační aktinoterapií.

DE: nádory hrtanu - chirurgie ; karcinom - chirurgie ; otorinolaryngologické chirurgické výkony - metody, využití ; laryngektomie - metody ; laserová terapie ; přežití ; lidé

33.

TI: Karcinom hrtanu - současné trendy

AU: Kraus, Jaroslav

CI: **Zdravotnické noviny. Lékařské listy - Otorinolaryngologie, Roč. 54, č. 35 (2005), s. 13-16 příl., ISSN 0044-1996**

DE: nádory hrtanu - diagnóza, chirurgie, patologie ; otorinolaryngologické chirurgické výkony ; laryngektomie ; lidé

Knihy

34.

Kubáčková, Kateřina

Vzácné nádory v onkologii / Kateřina Kubáčková a kol.. První vydání. Praha : Mladá fronta, 2015. 335 stran : barevné ilustrace. ISBN 978-80-204-3658-0 (vázáno)

* nádory * maligní nádorová onemocnění * onkologie * zhoubné nádory * zhoubné onkologické nemoci * diagnostika (lékařství) * léčení * sborníky

Signatura: G 378.770

35.

Slouka, David

Život po totální laryngektomii : příručka pro pacienty a jejich rodinné příslušníky / David Slouka, Jiří Frei. [V Plzni] : [Západočeská univerzita], [2015]. 10 nečíslovaných stran :

barevné ilustrace ; ISBN 978-80-261-0508-4 (brožováno)

Frei, Jiří

* laryngektomie * hrtan * zhoubné nádory

Signatura: G 379.075

36.

Dršata, Jakub, 1970-

Foniatrie - hlas / Jakub Dršata a kolektiv ; editor Viktor Chrobok. 1. vyd.. Havlíčkův Brod : Tobiáš, 2011. 321 s. : il. (převážně barev.) ; + 1 DVD. (Medicína hlavy a krku).

ISBN 978-80-7311-116-8 (váz.)

Chrobok, Viktor, 1964-

* hlas * poruchy hlasu * foniatrie * diagnostika (lékařství) * léčení * sborníky

Signatura: G 342.662

37.

Kolářová, Iveta

Význam PET/CT pro plánování radioterapie nádorů hlavy a krku / Iveta Kolářová a kol..

1. vyd.. Hradec Králové : Nucleus HK, 2011. 83 s. : il. (převážně barev.). (Edice medicíny hlavy & krku). ISBN 978-80-87009-78-9 (brož.)

* nádory hlavy * nádory krku * radioterapie * PET/CT * hlava * krk * nádory * léčení * počítačová tomografie * pozitronová emisní tomografie * studie

Signatura: G 359.384

38.

Stárek, Ivo, 1951-

Nádory parafaryngu : diagnostika a léčba / Ivo Stárek a kolektiv ; editor Viktor Chrobok.

1. vyd.. Havlíčkův Brod : Tobiaš, 2006. 147 s. : il. (některé barev.). (Medicína hlavy a krku).

ISBN 80-7311-086-5 (váz.)

Chrobok, Viktor, 1964-

* chirurgické léčení * krk * nádory * parafaryngeální prostor * patologie

Signatura: G 312.261

Příloha 2: Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

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



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Příjmení a jméno studenta	Černá Jana	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3.VSV
Téma práce	Ošetrovatelský proces u pacientky s karcinomem hrtanu	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	ORL - Lužkova oddělení	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci ošetrovatelského procesu	<input checked="" type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input type="radio"/> souhlasím <input checked="" type="radio"/> nesouhlasím	

17. listopada 1790, 708 52 Ostrava-Parúbe

V Košticích dne 8.12.2015

Jana Černá
podpis studenta