

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA
PO MAXILOFACIÁLNÍM CHIRURGICKÉM VÝKONU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ALEŠ OPATRNÝ

Praha 2018

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

KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA PO
MAXILOFACIÁLNÍM CHIRURGICKÉM VÝKONU

Bakalářská práce

ALEŠ OPATRNÝ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, RS

Praha 2018



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

OPATRNÝ Aleš

3BVS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta po maxilofaciálním chirurgickém výkonu

Complex Nursing Care in a Patient after Maxiofacial Surgery

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

V Praze dne 1. listopadu 2017



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně, že jsem řádně citoval všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 15. 3. 2018

Bc. Aleš Opatrný

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych rád poděkoval vedoucí své práce PhDr. Janě Hlinovské, RS za metodické vedení bakalářské práce, poskytnutí cenných rad při konzultacích a také za trpělivost.

V neposlední řadě bych rád poděkoval celé své rodině za podporu, kterou mi během celého studia poskytovala.

ABSTRAKT

OPATRŇÝ, Aleř. *Komplexní ořetřovatelská pēče u pacienta po maxilofaciálním chirurgickém výkonu*. Vysoká řkola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, RS. Praha 2018. 67 s.

Tato bakalářská práce se zaměřuje na komplexní ořetřovatelskou pēči o pacienta po maxilofaciálním chirurgickém zákroku a mikrochirurgické rekonstrukci. Teoretická část bakalářské práce pojednává o problematice maxilofaciální chirurgie a vybraných onkologických onemocněních, specifické ořetřovatelské pēči a stručně charakterizuje mapy pēče. Ořetřovatelská pooperační pēče u pacientů s onkologickým onemocněním hlavy a krku je důležitá především pro předcházení komplikacím, které mohou v rámci pooperačního stavu nastat.

V praktické části jsou zpracovány dvě kazuistiky s ořetřovatelskými diagnózami, prostřednictvím kterých je vytvořen plán pēče pro první pooperační den u pacienta po maxilofaciálním chirurgickém zákroku s rakovinou hlavy a krku. Prostřednictvím plánů pēče je vytvořen návrh mapy pēče o pacienta po maxilofaciálním chirurgickém výkonu, který je bezprostředně po výkonu umístěn na ARO. Informace jsou získány ze zdravotnické dokumentace pacienta. Návrh mapy pēče bude sloužit převážně všeobecným sestřám pečujícím o pacienty bezprostředně po maxilofaciálním chirurgickém výkonu.

Klíčová slova

Mapa pēče. Maxilofaciální chirurgie. Rekonstrukční výkony. Nádorová onemocnění hlavy a krku. Speciální pēče o dutinu ústní.

ABSTRACT

OPATRŇÝ, Aleř. *Complex nursing care in a Patient with maxillofacial surgery*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Jana Hlinovsk. Prague. 2018. 67 pages.

This bachelor thesis focuses on complex nursing care in a patient with maxillofacial surgery. and surgery microvascular reconstruction of the head. The theoretical part of this bachelor thesis deals with maxillofacial surgery and selected types of head and neck cancer and briefly characterizes the plans of health care. Nursing postoperative care of patients with head and neck cancer needs to focus mainly on prevention of complications that may arise within postoperative state.

The practical part presents two case reports with nurse diagnosis, through which is designed Health care plans for the first postoperative day of patient with maxillofacial surgery for head and neck cancer. Through these Health care plans is created draft of Map of care for patient with maxillofacial surgery, who is located in Intensive care unit. Information has been obtained from the patient's medical and nursing record documentation. The draft of Health care plan should mainly server nurses taking care of the patients after maxillofacial surgery.

Keywords

Map care. Maxillofacial surgery. Reconstruction surgery. Head and neck cancer. Special care in oral health

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM TABULEK

ÚVOD.....	13
1 VYMEZENÍ POJMŮ	16
2 VYBRANÁ NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ HLAVY A KRKU	17
2.1 EPIDEMIOLOGIE A ETIOLOGICKÉ FAKTORY.....	18
2.2 KLINICKÝ OBRAZ.....	19
2.3 DIAGNOSTIKA.....	20
2.4 TERAPIE A PROGNÓZA.....	20
3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	22
3.1 POOPERAČNÍ OBDOBÍ.....	23
4 MAPA PÉČE.....	27
4.1 TVORBA MAPY PÉČE.....	28
5 PRAKTICKÁ ČÁST	29
6 KAZUISTIKY PACIENTŮ PO MAXILOFACILÁRNÍM CHIRURGICKÉM ZÁKROKU	31
7 NÁVRH MAPY PÉČE	59
8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI A ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	61
ZÁVĚR	64
SEZNAM LITERATURY.....	65
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AA	alergologická anamnéza
ABR	acidobazická rovnováha
aPTT	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
BT	bilance tekutin
CRP	C-reaktivní protein
CT	počítačová tomografie
CVP	centrální venózní tlak
DC	dýchací cesty
DF	dechová frekvence
EKG	elektrokardiografie
EBV	Epstein-Barrové virus
EtCO ₂	end-tidal CO ₂ , množství CO ₂ ve vydechované směsi
FA	farmakologická anamnéza
FF	fyziologické funkce
FN	fakultní nemocnice
h	hodina
HPV	Human papillomavirus
JIP	jednotka intenzivní péče
kg	kilogram
KO	krevní obraz
m.	musculus
mg	miligram
ml	mililitr
NANDA	North American for Nursing Diagnosis Assotiation
NGS	nasogastrická sonda
OA	osobní anamnéza
ORL	otorhinolaryngologie
OL	ordinace lékaře
µg	mikrogram
P	pulz

RA	rodinná anamnéza
RASS	Richmond Agitation-Sedation Scale
SA	sociální anamnéza
SONO	sonografie
SpO ₂	saturace krve kyslíkem
TT	tělesná teplota
TK	tlak krve
TU	transfúzní jednotka
USA	United States of America
UPV	umělá plicní ventilace

(VÝKLADOVÝ OŠETŘOVATELSKÝ SLOVNÍK, 2008)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Výsledky základní analýzy krve	33
Tabulka 2 – Aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy dle priority	35
Tabulka 3 – Zvažované ošetrovatelské diagnózy – 1. pooperační den.....	36
Tabulka 4 – Výsledky základní analýzy krve	46
Tabulka 5 – Aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy dle priority	49
Tabulka 6 – Zvažované ošetrovatelské diagnózy – 1. pooperační den.....	50

ÚVOD

Obor maxilofaciální chirurgie, též označované jako ústní, čelistní a obličejová chirurgie, je tvořena diagnostikou, léčbou a prevencí onemocnění v orofaciální oblasti. Mezi nejčastější onemocnění této oblasti patří zánětlivá onemocnění, obličejové deformity, anomálie chrupu a také nádorová onemocnění.

Maligní nádory hlavy a krku tvoří rozmanitou skupinu. I přes dobrou viditelnost a časně obtíže, přichází velké procento nemocných až v pokročilých stádiích onemocnění, kdy se pětileté přežití udává přibližně kolem 10–15 %. Nádory této oblasti jsou charakteristické spíše pro vyšší věk a častější jsou u mužů. U žen do 45 let věku se vyskytují spíše raritně, pak tvoří zhruba 2 % všech nádorů. Naopak u mužů tvoří 1 % nádorů již ve věku do 34 let a postupně pokračuje nárůst až k 11 %. Počet nových případů se celosvětově odhaduje na 363 000 ročně. Co se týká úmrtí, pak je udáváno zhruba 200 000 lidí za rok. V současné době se však objevuje i skupina pacientů, pro které je charakteristický nižší věk a absence rizikových faktorů. Bývá však u nich pozitivní nález genomu *Human Papilloma Viru*, souvisí tedy pravděpodobně se sexuálním chováním (ADAM et al., 2010).

Závažnost onemocnění je dána lokalizací ve funkční a také esteticky exponované oblasti. Při řešení těchto onemocnění, s ohledem na míru radikality, je důležité přihlídnout také k tomu, že mohou být poškozeny funkce důležité pro sociální interakci, jako je řeč, polykání a dýchání. Tyto faktory zásadně ovlivňují další kvalitu života nemocného o což se snaží maxilofaciální chirurgie, konkrétně při mikrochirurgické rekonstrukci poškozené oblasti.

Mikrochirurgická rekonstrukce tkání je poměrně komplikovaná problematika. Je nutné, aby se na ní podílel erudovaný onkologický chirurg. Cílem je zlepšení kvality života pacientů, kterým musí být odstraněna nádorová tkáň v orofaciální oblasti. Výkony jsou náročné, jak technikou provedení, kdy pacient tráví na operačním sále několik desítek hodin v celkové anestezii, tak i pooperační péčí, která je téměř vždy směřována

na JIP nebo ARO. Zde je nutné, aby o pacienta pečoval zkušený zdravotnický personál, který se musí přesně řídit instrukcemi operátora. Je nutné důsledně pečovat o operovanou oblast a zároveň sledovat vitalitu připojující se tkáň.

V úvodní kapitole bakalářské práce stručně popíšeme problematiku maxilofaciální chirurgie. Následně představíme základy anatomie a fyziologie orofaciální oblasti. V další kapitole se budeme věnovat vybraným onkologickým onemocněním v oblasti hlavy a krku, které bývají řešeny maxilofaciálními chirurgickými výkony, neboť budeme popisovat ošetrovatelskou péči u dvou vybraných pacientů s těmito onemocněními. Tito pacienti zároveň podstoupili i rekonstrukční výkon. Uvedeme tedy epidemiologické údaje, etiologii, diagnostiku, klinický obraz a léčbu. Zvláštní pozornost budeme věnovat pooperační ošetrovatelské péči. V samostatné kapitole popíšeme specifika ošetrovatelské péče se zaměřením na pooperační období. Další samostatná kapitola se bude věnovat mapám ošetrovatelské péče a zásadám jejich tvorby. ***Pro tuto část jsme stanovili následující cíle:***

Cíl 1: Popsat problematiku nádorových onemocnění hlavy a krku na základě provedené rešerše odborné literatury.

Cíl 2: Vysvětlit pojem mapy ošetrovatelské péče, které bude využity v praktické části, na základě provedené rešerše odborné literatury.

Cíl 3: Uvést specifika ošetrovatelské péče o pacienty s nádorovým onemocněním v oblasti hlavy a krku, kteří podstoupili radikální chirurgický zákrok a mikrochirurgický rekonstrukční výkon.

V další části bakalářské práce uvedeme dvě kazuistiky pacientů s nádorovým onemocněním v oblasti orofaciální oblasti, kteří byli přijati k plánovanému výkonu, a to resekci nádorové tkáňe a následnému rekonstrukčnímu výkonu. Detailně budeme popisovat ošetrovatelskou péči po přijetí na ARO, která byla při ošetrování pacientů využita prvních čtyřadvacet hodin po výkonu. ***Pro tuto část jsme stanovili tyto cíle:***

Cíl 1: Popis případů dvou pacientů, kteří byli přijati k plánovanému chirurgickému řešení onkologického onemocnění v oblasti dutiny ústní a následnému rekonstrukčnímu výkonu se zaměřením na ošetrovatelskou péči.

Cíl 2: Zaměřit se na péči sestry o pacienty s onkologickým onemocněním v orofaciální oblasti, kteří se rozhodnou podstoupit rekonstrukční výkon.

Cíl 3: Vytvořit návrh mapy péče, o pacienta po rekonstrukčním výkonu se zaměřením se na první pooperační den, který bude určený především všeobecným sestřám pracujícím s těmito pacienty.

Před specifikací zkoumaného problému a zahájením vyhledávací strategie byla prostudována **vstupní studijní literatura:**

ADAM, Z., a kol., 2010. *Speciální onkologie*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-648-9.

BARTŮNĚK, P. a kol., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4343-1.

NANDA INTERNATIONAL, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

VORLÍČEK, J., a kol., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. přeprac. a doplň. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3742-3.

ŠKRLA, P. a M. ŠKRLOVÁ, 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion. ISBN 80-7172-841-1.

Popis rešeršní strategie:

Byla provedena rešerše literatury k danému tématu z databází MEDLINE Complete, CINHALL Plus with Full Text, EBSCO, Web of Science, Google scholar. Vyhledávání bylo zaměřeno na publikace věnující se uvedené problematice, v časovém rozmezí mezi lety 2010–2017. Klíčová slova, která byla použita pro vyhledávání v databázích byla: mapa péče, maxilofaciální chirurgie, rekonstrukční výkony, nádorová onemocnění hlavy a krku, speciální péče o dutinu ústní. Po prostudování abstraktů bylo vybráno 6 zdrojů v anglickém jazyce, které se blíže vztahovaly k problematice ošetrovatelské péče o pacienta po maxilofaciálním chirurgickém zákroku. V českém jazyce není tato problematika z ošetrovatelského hlediska dostatečně prostudovaná.

Pro tvorbu bakalářské práce bylo využito 6 relevantních fulltextů a celkem bylo parafrázováno 25 zdrojů.

1 VYMEZENÍ POJMŮ

Maxilofaciální chirurgie se zabývá diagnostikou, léčbou a prevencí chirurgických onemocnění v anatomické oblasti dutiny ústní, krku a hlavy. Obor maxilofaciální chirurgie se zdárně rozvíjel v průběhu minulého století, důvodem bylo především zavádění nových vědeckých objevů a aplikací nových technik. Důležitou součástí rozkvětu tohoto oboru byla ale také spolupráce napříč některými dalšími obory, jako například plastická chirurgie, neurochirurgie, oftalmologie, otorinolaryngologie, dermatologie, onkologie, intenzivní medicína a anesteziologie, zobrazovací metody a mnoho dalších (MAZÁNEK et al., 2014).

Mezi oblasti působení maxilofaciální chirurgie je možné zařadit několik oborů. Patří sem:

- **dentální implantologie** – augmentace čelistí při nedostatku kosti, plánování a zavádění implantátů;
- **ortognátní chirurgie** – anomálie postavení dásňových výběžků a čelistí vůči sobě a vůči bazi lebni;
- **maxilofaciální onkologická chirurgie** – tumory čelistí, obličeje a orofaryngu, včetně melanomů, bazocelulárních a spinocelulárních karcinomů kůže a orofaryngu;
- **chirurgie temporomandibulárního kloubu** – totální endoprotézy, artroskopie;
- **dentoalveolární chirurgie** – stomatochirurgie ve vlastním slova smyslu, kdy ambulantně řeší retinované nebo semiretinované zuby moudrosti, cysty čelistí, úpravy protézního lože před dentální protetikou, slizniční léze v dutině ústní a drobné kožní afekce obličeje
- **rekonstrukční chirurgie** – rozštěpy čelistí a obličeje, rekonstrukční výkony po ztrátových traumatech a po resekcích jako následku onkologických výkonů maxilofaciální chirurgie;
- **maxilofaciální traumatologie** – úrazy měkkých tkání, zlomeniny obličejového skeletu a neurokrania (SCHNEIDEROVÁ, 2014).

2 VYBRANÁ NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ HLAVY A KRKU

Oblast obličeje a hlavy je chápána jako symbol osobnosti. Vyjadřuje inteligenci jedince, jeho krásu a zároveň tvoří i charakteristiku nositele. Závažná onemocnění obličeje mohou působit na okolí velmi emotivně, a tak může dojít k přehlédnutí některých závažných symptomů onemocnění. Incidence výskytu jak poranění, tak onemocnění v této oblasti stále stoupá, a tudíž je nutné, aby vedle snah o prevenci byla věnována i náležitá pozornost řešení jejich důsledků. Na včasnosti provedených opatření často závisí další kvalita života daného jedince (BARTŮNĚK et al., 2016).

U pacientů s onkologickým onemocněním orofaciální oblasti jsou v posledních letech prováděny náročné, několikahodinové operační výkony, jež slouží k nahrazení odstraněné, nádorem zasažené tkáně.

Skupina nádorů orofaciální oblasti je dána anatomickou lokalizací. Závažnost je posuzována dle lokalizace ve funkčně a esteticky exponované krajině. Poměrně často je současně, v různém stupni poškozena řeč, polykání a dýchání. Přes nejrůznější lokalizaci je jejich terapie principiálně stejná (ADAM et al., 2010).

Většina maligních tumorů hlavy a krku vychází z povrchového epitelu. Nejčastějším histologickým typem nádoru je zde proto dlaždicobuněčný (spinoceleulární) karcinom. Představuje téměř 90 % všech tumorů. Mimo tyto karcinomy jsou v této oblasti také popisovány vřetenobuněčné karcinomy a nediferencované karcinomy (ADAM et al., 2010).

2.1 EPIDEMIOLOGIE A ETIOLOGICKÉ FAKTORY

V České republice jsou nádorová onemocnění druhou nejčastěji se vyskytující chorobou a příčinou úmrtí. Prvenství nadále patří onemocněním kardiovaskulárního systému. Maligní nádory orofaciální oblasti patří ve světovém měřítku mezi deset nejčastějších malignit. V České republice představují, v celkovém výskytu nádorů, kolem 2,1 % všech zhoubných nádorů u mužů a 0,6 % u žen (SMILEK et al., 2015).

Výskyt je také závislý na geografické poloze a stoupá od severu k jihu. Nejnížší hodnoty výskytu maligních nádorů orofaciální oblasti byly zjištěny ve Švédsku. Nejvyšší hodnoty výskytu byly zjištěny ve Francii, kde se jejich četnost rovná četnosti výskytu nádorů plic (ADAM et al., 2010).

Etiologie maligních nádorů orofaciální oblasti je multifaktoriální. Souvisí s expozicí některých rizikových faktorů (ADAM et al., 2010). Tato skutečnost souvisí s tím, že tato oblast je vystavena intenzivnímu a dlouhodobému působení zevních vlivů životního prostředí. Významné jsou i vlivy biologické povahy. Podstatným faktorem je také dědičná dispozice (MAZÁNEK et al., 2016).

Mezi rizikové exogenní vlivy patří: chemické faktory (v 80 % alkohol, konzumace tabáku a marihuany, dřevěný prach (tanin), sloučeniny chromu a niklu), mechanické faktory (malhygiena dutiny ústní, ionizační záření), biologické faktory (virus HPV 16 a 18, virus herpes simplex 1, EB virus) (ADAM et al., 2010) (MAZÁNEK et al., 2016).

Mezi rizikové endogenní faktory patří: pohlaví (muži jsou postiženi častěji než ženy), věk (průměrný výskyt ve věku 50-70 let), příslušnost k nižší sociální ekonomické skupině (souvislost s malhygienou a častější iritací chemickými vlivy), etnická příslušnost (častější výskyt u bílé rasy související s nižší přítomností pigmentu melaninu), genetické dispozice (SMILEK et al., 2015).

2.2 KLINICKÝ OBRAZ

Příznaky v oblasti orofaciální oblasti bývají záludné tím, že často zůstávají dlouho klinicky němé, nebo připomínají často bagatelizovaná nezávažná chronická zánětlivá onemocnění (ADAM et al., 2010).

Nádory nosu a nosohltanu zhoršují nosní průchodnost. Způsobují zvýšenou sekreci z nosu a poruchy čichu. Varovným signálem by měla být jednostrannost příznaků, příměs krve v nosním sekretu a nedostatečná odpověď na standartní terapii. Obzvláště nepříjemná je lokalizace nádorů v oblasti paranazálních dutin, protože nádory uvnitř kostí pevně ohraničené dutiny rostou velmi dlouho bez příznaků. V pokročilém stádiu se projevují jako nádory nosu, obvykle s přítomností dislokací oka, zduření zevně v obličejí, bolesti hlavy, zápach z nosu a parestezie (VORLÍČEK et al., 2012).

Nádory dutiny ústní, orofaryngu a hypofaryngu většinou způsobují bolest v ústech a v krku, pocit cizího tělesa, krvácení, zápach z úst a zduření na krku. Obvykle jsou viditelné pouhým okem (ADAM et al., 2010) (VORLÍČEK et al., 2012).

Nádory hrtanu se v příznacích liší podle primární lokalizace a podle délky trvání onemocnění. V počátečních stádiích karcinomu glottis je přítomen chrapot. U karcinomu supraglottis bývá často pocit cizího tělesa a polykací obtíže. Karcinom subglottis bývá dlouho klinicky bez příznaků. V pokročilých stádiích bývají u všech lokalizací přítomny dýchací obtíže, příměs krve ve sputu, bolestivé polykání a exulcerace zevně na krku (ADAM et al., 2010) (VORLÍČEK et al., 2012).

Nádory slinných žláz se často projevují jako pozvolna rostoucí, zpočátku nebolestivé zduření. Bolestivost, obrna lícního nervu či parestezie mohou být již projevem maligního zvratu (ADAM et al., 2010) (VORLÍČEK et al., 2012).

Patologické zduření na krku může být pozdním projevem šíření nádoru do spádových lymfatických uzlin, nebo přímým prorůstáním tumoru (ADAM et al., 2010) (VORLÍČEK et al., 2012).

Nádory ušního boltce jsou většinou povahy spinocelulárního karcinomu. Způsobují různě rozsáhlé nehojící se ulcerace, Maligní nádory zevního zvukovodu a středouší, většinou karcinomy připomínají chronický zánět zvukovodu a středouší (ADAM et al., 2010) (VORLÍČEK et al., 2012).

2.3 DIAGNOSTIKA

Zásadní pro stanovení diagnózy maligních nádorů hlavy a krku je pečlivá anamnéza zaměřená na místní a celkové příznaky (váhový úbytek, poruchy chuti), rizikové faktory a v neposlední řadě i sociální zvyklosti (VORLÍČEK et al., 2012).

Po důkladném odebrání anamnestických údajů následuje základní klinické a endoskopické vyšetření. Většina nádorů orofaciální oblasti je dobře přístupná aspekci, palpaci a přímým i nepřímým endoskopickým metodám. Zásadní význam má odběr vzorku k histologickému vyšetření. Využití zde najdou i zobrazovací metody jako tomografie, magnetická rezonance, sonografie krčních uzlin nebo angiorafie (ADAM et al., 2010).

2.4 TERAPIE A PROGNÓZA

Principem léčby je dosáhnout co nejradikálnějšího odstranění a co nejlepšího výsledku za předpokladu co nejmenšího funkčního poškození (VORLÍČEK et al., 2012).

Při volbě terapie je nutné pohlížet na nemocného komplexně. Přihlížíme k pokročilosti nádoru, lokalizaci, histologickému typu, věku a také celkovému stavu nemocného. Nedílnou součástí je i respektování přání nemocných. Časné stádium je diagnostikováno méně než v jedné třetině případů a tito pacienti mají šanci na dosažení dlouhodobé remise. Ve II. stádiu dosahuje pětiletého přežití zhruba 40–70 % nemocných. Nad 60 % nemocných má v době vyslovení diagnózy chorobu v intermediárním nebo lokálně pokročilém stádiu. Z těchto 60 % může být dostupnými metodami vyléčeno pouze kolem 30 % nemocných. Asi u 10 % nemocných jsou již při stanovení diagnózy přítomny vzdálené metastázy (ADAM et al., 2010).

Chirurgická terapie je základ. Snaží se excidovat nádor až do zdravé tkáně (onkologie). Lze s jistotou říci, že chirurgický zákrok v této oblasti může znamenat problémy s příjmem potravy, mluvením, slyšením, ale i dýcháním. Proto se operatéri vždy snaží zvolit co nejmenší rozsah a požadovaného léčebného zákroku se snaží dosáhnout v kombinaci s radioterapií a chemoterapií (VORLÍČEK et al., 2012).

Chirurgická terapie onkologických onemocnění v orofaciální oblasti může být omezena rizikem pooperačních komplikací. Včasná identifikace rizikových faktorů může pomoci naplánovat strategii terapie (de MELO et al., 2001).

V současné době se v terapii uplatňuje kromě kombinované chemoterapie a chemoradioterapie i biologická léčba, která má své speciální indikace (VORLÍČEK et al., 2012). Biologická léčba směřuje k selektivnímu odstranění nádorových buněk. Biologické látky jsou přímo namířeny proti cílovým buněčným strukturám (receptory nacházející se ve zvýšené míře u většiny nádorů) (MAZÁNEK et al., 2016). Jde zejména o protilátku cetuximab, která je podávána intravenózně v kombinaci s cytostatiky (VORLÍČEK et al., 2012).

V závislosti na lokalizaci je prognóza horší od rtů směrem do hypofaryngu. K lokálním a regionálním recidivám dochází až v 66 % a většina se objevuje do dvou let od začátku terapie. Prognóza pacientů s maligními nádory v orofaciální oblasti se ještě zhoršuje častými přidruženými chorobami (jaterní cirhóza, onemocnění oběhového a dýchacího ústrojí, aj.) (ADAM et al., 2010).

3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Pacienti s nádorovým onemocněním v orofaciální oblasti jsou většinou přijímáni k plánovanému výkonu. Předoperační příprava je nedílnou součástí samotné operace. Dokonalá předoperační příprava snižuje počet komplikací a zvyšuje procento zdárného pooperačního průběhu (BARTŮNĚK, 2016).

Je zapotřebí přihlídnout k přínosu zvolené operace a celkovému stavu nemocného. Může se jednat buď o radikální výkony nebo o operační výkony v rámci paliativní terapie. V onkologické léčbě existují postupy adjuvantní a neadjuvantní (JANÍKOVÁ, 2013).

V případě adjuvantní terapie následuje po chirurgickém výkonu další podpůrná terapie (chemoterapie, radioterapie, aj.). U neadjuvantního postupu je obvykle chemoterapie nebo jiná léčebná metoda aplikována před operačním výkonem. Cílem neadjuvantního postupu je zmenšení nádorové masy na minimum a její snazší odstranění v rámci chirurgické operativy (ADAM et al., 2010).

Dlouhodobá onkologická předoperační příprava se zaměřuje na dosažení optimálního stavu organismu. Zaměřuje se na výživu, zvládnutí bolesti a neopomenutelnou součástí je i péče o psychiku nemocného a jeho okolí (JANÍKOVÁ et al., 2013).

Pooperační péče je určována stavem pacienta, rozsahem operačního výkonu a také přidruženými nemocemi. O další péči je většinou rozhodnuto již v předoperačním období nebo v průběhu výkonu v závislosti na stavu pacienta. U většiny výkonů prováděných v celkové anestezii je nutné pacienta po výkonu monitorovat. U polymorbidních pacientů nebo u rozsáhlých či komplikovaných operačních výkonů je indikována monitorace na JIP nebo ARO (SCHNEIDEROVÁ, 2014).

3.1 POOPERAČNÍ OBDOBÍ

Pooperační péče ve stomatochirurgii je specifická. Pacienti s onemocněním v maxilofaciální oblasti mají specifika, která je nutné respektovat, aby mohla být poskytnuta optimální péče. K dosažení vysoce kvalitní péče a zajištění co nejlepšího možného výsledku je nezbytný multidisciplinární přístup, který zahrnuje péči chirurga, lékaře intenzivisty a v neposlední řadě i ostatního zdravotnického personálu (GARANTZIOTIS et al., 2003).

Komplikací maxilofaciálních výkonů je nejčastěji obliterace dýchacích cest a hromadění bronchiálního sekretu v ústní dutině a horních dýchacích cestách. Dále může dojít k závažnému krvácení z operačních ran a tvorbě hematomů v ústní dutině a anatomické oblasti krku. Mezi další komplikace patří: porucha hlavových nervů, zvracení spolykané krve, porucha příjmu potravy, defekty verbální komunikace, bolesti, infekce operační rány a tromboembolické komplikace (BARTŮNĚK et al., 2016).

Velkou část pacientů po rozsáhlých, několikahodinových mikrochirurgických rekonstrukčních operačních výkonech je nutné observovat na ARO nebo JIP. Je nutná nepřetržitá monitorace životních funkcí a bolesti. Zásadní význam má péče o ránu, dutinu ústní a dýchací cesty, které bývají zajištěny tracheostomickou kanylou. Důležitým bodem je rovněž monitorace laloku, kterým je nahrazena nádorem zasažená tkáň, jež je při náročném operačním výkonu odstraněna. Stejně tak je podstatné umět pečovat o místo, ze kterého byl štěp odebrán. Péče o takové pacienty je velice náročná a vyžaduje zkušenosti a zároveň i dostatečnou edukaci veškerého personálu, který se bude o nemocného starat. Edukaci personálu mohou být nápomocny mapy péče, které jsou vytvářeny odborníky multidisciplinárního týmu, jež mají pro jejich tvorbu dostatečné zkušenosti.

3.1.1 PÉČE O DÝCHACÍ CESTY

Většina pacientů po rekonstrukčních výkonech v maxilofaciální chirurgii má zajištěné dýchací cesty pomocí tracheostomické kanyly, nebo je zajištěna nazotracheální intubací.

Péče o dýchací cesty je zásadní, jejím cílem je zajištění průchodnosti, omezení rizika aspirace žaludečního obsahu do dýchacích cest a prevence ventilátorové pneumonie (STREITOVÁ et al., 2015).

Ošetrovatelská péče spočívá v udržování průchodnosti tracheostomické nebo nazotracheální kanyly pravidelným odsáváním, zvlhčováním vzduchu a podáváním nebulizací (BARTUŇEK, 2016). Nazotracheální kanylu je nutné dostatečně fixovat, vypodložit a zamezit vzniku dekubitů na sliznici nosu polohováním. U tracheostomické kanyly je nutné sledovat sekreci a polohu. Krytí se zpočátku mění denně (KOUTNÁ et al., 2015).

3.1.2 PÉČE O DUTINU ÚSTNÍ

Díky minimálnímu perorálnímu příjmu je snížena sekrece slin, čímž je sníženo i samočištění dutiny ústní a zvyšuje se počet bakterií v ústech. Tímto způsobem dochází k bakteriální kolonizaci orofaryngu (STREITOVÁ et al., 2015).

Péče o hygienu dutiny ústní u pacientů se zajištěnými dýchacími cestami se přizpůsobuje specifickým okolnostem, jako je například chirurgický výkon v této oblasti nebo spolupráce pacienta. Čištění bývá často omezeno a je tedy zásadní opakovat některé úkony s odsáváním až do kvalitního vyčištění prostoru. Zároveň je nutné myslet na prosáknutí a větší fragilitu sliznic a na riziko mechanického poškození. U pacientů po stomatochirurgickém výkonu je nutné respektovat doporučení stomatochirurga (KOUTNÁ et al., 2015).

Součástí péče, jak již bylo řečeno, je odsávání sekretu z dutiny ústní a nazofaryngeálního prostoru. K tomuto účelu je využíváno jednorázových odsávacích

pomůcek. Současně je nutné očistit povlak ze zubů a sliznice jazyka. U pacientů se zajištěnými dýchacími cestami je doporučeno provádět orální péči každé dvě hodiny nebo v případě potřeby i častěji. Orofaryngeální odsávání pak každých šest hodin nebo dle potřeby. Čištění zubů se provádí každých dvanáct hodin nebo v případě potřeby. Vytírání dutiny ústní se provádí každé dvě hodiny nebo dle potřeby (STREITOVÁ et al., 2015). Sestra sleduje veškeré změny v dutině ústní a upozorní na ně lékaře (BARTŮNĚK, 2016).

Existují nejrůznější varianty prostředků určených pro péči o dutinu ústní. Svoji historickou tradici v prevenci a terapii má použití 3% roztoku borglycerinu. Ten se využívá v kombinaci s dalšími roztoky, které mají protizánětlivý, antimikrobiální, deodorizační nebo zklidňující účinek (Stopangin, Corsodyl, Herbadent). Sofistikovanou formou aplikace borglycerinu jsou vatové tyčinky, které jsou jím napuštěné spolu s dalšími esencemi (Pagavit) (KOUTNÁ et al., 2015).

3.1.3 PÉČE O TRACHEOSTOMII

Ošetření se vyvíjí a přizpůsobuje novým technikám a materiálům. Za nevhodné se v současné době považuje iritace okolí tracheostomie dezinfekčním roztokem. Tracheostomický čtverec lze zvlhčit antiseptickým roztokem a ponechat v lokalitě jako obklad, například během hygienické péče o pacienta. Doba ponechání by měla dosahovat alespoň deset minut, během kterých dochází ke zvlhčení, a tím k uvolnění zaschlých nečistot v okolí stomie i na povrchu kanyly. Roztok současně dekontaminuje lokalitu. U tracheostomie, která není nijak iritovaná stačí poté podložení suchým sterilním čtvercem (KOUTNÁ et al., 2015).

U kanyl s malou sekrecí je s výhodou používat polymerové materiály, které je možné měnit za delší časový interval (Mepilex, Mepilex Ag, Kendal AMD pěna, aj.). Zarudnutí je možné řešit antiseptiky, jako je například Inadine. U nekrotizující spodiny nebo přítomnosti povlaků je možné využít autolitický débridement s aplikací hydrogelů společně s mřížkou, popřípadě hydrogelů s polymery. Při krvácení z rány je možné použít algináty, které mají hemostyptický účinek. Při výrazném foetoru je možné využít materiály s aktivním uhlím (KOUTNÁ et al., 2015).

Po dekanylaci pacienta je nutné nepodceňovat ošetření tracheostomie. Pro lepší hojení se doporučuje používat antiseptické krytí, což urychlí spontánní uzavírání stomie a dekontaminuje lokalitu (KOUTNÁ et al., 2015).

4 MAPA PÉČE

V roce 1979 vznikly první mapy péče v New England Medical Center v Bostonu. Důvodem jejich vzniku, byla potřeba multidisciplinárního týmu sjednotit a vytvořit nástroj pro řízení péče o pacienty napříč jednotlivými obory. V roce 1985 se rozšířily do převážné většiny nemocnic v USA. Jsou zaměřeny nejen na kvalitu péče, ale také na výsledky a výstupy péče. V současné době jsou využívány ve většině zemí světa (ŠKRLA et al., 2003).

Mapy péče jsou jedním z mnoha nástrojů, sloužících ke kontrole nákladů a zároveň ke zlepšení péče ve zdravotnických zařízeních v oblasti řízené péče. Popisují klíčové kroky v procesu péče o pacienty, díky kterým je možno dosáhnout maximální kvality péče za minimální náklady. Podrobně popisují, jak má být pečováno o určité skupiny pacientů. Skupiny jsou tvořeny pacienty s konkrétními diagnostickými problémy, či prováděnými procedurami. Na různých stupních péče o pacienta slouží mapy péče k organizaci, správné posloupnosti a časové ohraničenosti. V daném časovém rámci jsou pak navrženy očekávané výsledky a proces péče. Tento časový rámec bývá přizpůsoben délce hospitalizace a klinickému průběhu nemoci u průměrného pacienta v dané diagnostické skupině (ŠKRLA et al., 2003).

Nelékařskému zdravotnickému personálu mohou pomoci nahradit protrahované vypisování denních záznamů a ucelení dokumentace (KVASNICOVÁ et al., 2008) (ŠKRLA et al., 2003). Díky standartnímu přístupu je snížen výskyt komplikací a zkrácena doba hospitalizace. Zároveň mohou být i zdrojem ochrany pro lékařský i nelékařský personál v případě možných soudních sporů. Mohou sloužit ke vzdělávání zdravotnického personálu. Poskytovaná péče může zaznamenat i určité odchylky, na jejichž existenci se může podílet pacient, rodina nebo zdravotnický personál. K těmto odchylkám dochází na základě opominutí nebo přehlédnutí důležitého symptomu. Odchylky i jejich řešení je nutné zaznamenávat. V rámci postupné eliminace odchylek, by měly být ošetřujícím personálem neustále kladeny základní otázky a to: **K jakým intervencím by mělo dojít, jakých výsledků má být během služby dosaženo? Co se**

s nemocným děje? Co bylo provedeno špatně? Jakého zlepšení zdravotního stavu mělo být dosaženo a proč k tomu nedošlo? Je potřeba reagovat, když toho dosaženo nebylo? Jak to napravit a kdy začít s nápravou? (VORLÍČKOVÁ et al., 2001).

4.1 TVORBA MAPY PÉČE

Mapy péče jsou vytvářeny odborníky z daného oboru. Po určení konkrétního problému, který bude řešen se sejdou víceoborový tým specialistů, soustředící se na konkrétní skupinu pacientů. Ten vytvoří návrh mapy péče a aplikuje jej do praxe. Návrhy jsou neustále zpětně hodnoceny a upravovány, aby co nejvíce vyhovovaly konkrétním situacím. Správně vypracovaná mapa péče je prostředkem k provádění péče nejvyšší možné kvality. Důležité je, aby se na tvorbě mapy péče podílel celý multidisciplinární tým. Na každý den, popřípadě na daný časový úsek, je vypracován plán s intervencí v oblasti ošetrovatelské a lékařské péče (například diagnostika, zákroky, dieta, edukace, pohybový režim, plánované propuštění, aj.). Mapy péče jsou také způsobem podpory spolupráce a koordinace ošetrovatelství jako prostředku k poskytování kvalitní péče. Zajišťují maximální efektivnost prostřednictvím znalostí týmu v oblasti procesu, harmonogramu a očekávaných cílů. Aby byla práce s mapou péče efektivní, je nutné, aby byl veškerý zdravotnický personál řádně proškolen pro práci s těmito mapami (ŠKRLA et al., 2003) (VORLÍČKOVÁ et al., 2001).

5 PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část práce je zaměřená na rozbor dvou kazuistik, tvorbu plánů ošetrovatelské péče a vytvoření návrhu mapy péče pro první pooperační den u pacientů po maxilofaciálním resekčním a rekonstrukčním chirurgickým výkonu.

CÍLE PRAKTICKÉ ČÁSTI PRÁCE

- Cíl 1:** Popis dvou případů pacientů, kteří byli přijati k plánovanému chirurgickému řešení onkologického onemocnění v oblasti dutiny ústní a následnému rekonstrukčnímu výkonu se zaměřením na ošetrovatelskou péči.
- Cíl 2:** Zaměřit se na péči sestry o pacienty s onkologickým onemocněním v orofaciální oblasti, kteří se rozhodnou podstoupit rekonstrukční výkon.
- Cíl 3:** Vytvořit návrh mapy péče, o pacienta po rekonstrukčním výkonu se zaměřením se na první pooperační den, který bude určený především všeobecným sestřím pracujícím s těmito pacienty.

METODIKA PRÁCE

Na základě stanovených cílů bylo realizováno kvalitativní šetření. Vybrány byly dvě kazuistiky nemocných s nádorovým onemocněním v anatomické oblasti hlavy, u nichž byla nashromážděna a následně analyzována veškerá dostupná fakta.

Jednotlivé kazuistiky obsahují základní anamnestická data. Je v nich popsán první den hospitalizace po operačním zákroku. Péče o oba pacienty po stomatochirurgickém rekonstrukčním zákroku byla téměř totožná a nijak se nelišila od běžné péče poskytované pacientům po těchto zákrocích, bylo přistoupeno k tvorbě souhrnu ostatních dnů hospitalizace až do propuštění pacienta na JIP stomatochirurgické kliniky.

Po zpracování jednotlivých kazuistik, jsme začaly postupně tvořit ošetrovatelský proces na základě předem stanovených diagnóz pro konkrétní den, tedy první pooperační den. Plán péče byl sestaven pomocí ošetrovatelských diagnóz klasifikace NANDA International, 2015. NANDA Taxonomie představuje otevřenou klasifikaci ošetrovatelských diagnóz podle třinácti diagnostických domén. Každá z těchto domén se dále specifikuje v diagnostických třídách, které obsahují ošetrovatelské diagnózy s číselným kódem. Ošetrovatelské diagnózy byly řazeny postupně podle posloupnosti v diagnostických doménách. Pro ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny cíle, kterých mělo být dosaženo. Pro splnění jednotlivých cílů bylo zásadní stanovit intervence, které jsme museli zrealizovat, aby bylo možné dosáhnout vytyčených cílů. Posledním a neméně důležitým bodem bylo zhodnocení plánu péče. Na základě celého tohoto procesu byly vypracovány návrhy mapy péče o pacienty po maxilofaciálním chirurgickém výkonu, který byl zaměřen především na pacienty, jež se rozhodli podstoupit náročný a rozsáhlý resekční výkon s následnou rekonstrukcí poškozené tkáně. Mapa péče je určena především sestřám, které o tyto pacienty pečují.

Pacienti byli o záměru využít jejich stanovenou diagnózu ke studijním účelům informováni a souhlasili se zpracováním údajů za předpokladu, že budou osobní údaje zcela anonymní v souladu se zákonem č. 101/2002 Sb., O ochraně osobních údajů. Informace ze zdravotnické dokumentace pacientů byly zároveň čerpány na základě souhlasu uděleného zdravotnickým zařízením, ve kterém pacienti podstoupili léčbu.

6 KAZUISTIKY PACIENTŮ PO MAXILOFACILÁRNÍM CHIRURGICKÉM ZÁKROKU

Následující kazuistiky jsou specifickým případem, kdy došlo k radikální resekci tumoru v oblasti hlavy a krku a následně k rekonstrukčnímu výkonu.

KAZUISTIKA č. 1

Od prosince 2017 pacientka pozoruje útvar na sliznici pravé tváře. Domnívala se, že se kousla, útvar se postupně zvětšoval, mírně bolel, proto se rozhodla, že navštíví praktického zubního lékaře, tím odeslána na stomatochirurgickou ambulanci. Zda vzata biopsie z léze a pro podezření na maligní proces odeslána na CT, SONO krku. Prokázán squamocelulární carcinom tváře a měkkého patra. Pacientka přijata k provedení resekčního výkonu a následně mikrochirurgické rekonstrukci v celkové anestezii.

Důvod přijetí: resekce tumoru tváře, alveolotomie, resekce přední části ramus mandibularis, parotidektomie, chirurgická rekonstrukce a provedení tracheostomie. Kožní štěp odebrán ze stehna.

ANAMNÉZA (anamnéza odebrána při příjmu na stomatochirurgické klinice)

Vzhledem k zaměření na bezprostřední pooperační péči, kdy jsou pacienti po těchto výkonech analgosedováni, byla anamnestická data získána výlučně z dokumentace pacientky (překladová ošetřovatelská zpráva, překladová lékařská zpráva, konziliární vyšetření aj.) a nebylo tedy možné využít některý z koncepčních ošetřovatelských modelů. V další fázi péče o nemocnou, bude možné využít například koncepční model Marjory Gordonové.

OA: st. p. plicní embolii 2010, st. p. sectio caesarea 2x

RA: nevýznamná

AA: neguje

FA: Fraxiparine 0,4 ml s.c. 1x denně

Abusus: exkuřačka (3 cigarety denně po dobu tří let, naposledy ve 23 letech), alkohol příležitostně

SA: mateřská dovolená; žije s manželem a dvěma dětmi v rodinném domě; dříve zaměstnána jako vedoucí pošty.

PRŮBĚH HOSPITALIZACE NA ARO

Pacientka byla přijata 18.1. 2018 v 19:30 hodin. Základní úkony byly provedeny sestrou ve službě. Pacient byl předán ze sálu s instrukcemi, které byly sděleny stomatochirurgickým lékařem (operátorem). Nutná kontrola vitality štěpu každé tři hodiny, udržování hlavy ve středním postavením. Kontrola krvácení z operačních ran (implantovaný kožní lalok a místo odběru kožního laloku).

Vitální funkce při přijetí

TT – 36,0 °C

vědomí – analgosedace RASS (-4)

TK – 124/76 mmHg

Hmotnost – 59 kg

P – 90/min, sinusový rytmus

Výška – 172 cm

DF – 16/min

BMI – 19,9

Zavedené invazivní vstupy při příjmu na ARO:

Centrální žilní katétr – vena jugularis lateralis sinistra

Arteriální katétr – arteria radialis lateralis dextra

Tracheostomická kanyla č. 8 s odsavem nad obturační manžetou, přišita ke kůži na krku

Permanentní močový katétr č. 14 bez teplotního čidla

Nasogastrická sonda č. 16

Drény – 1x Redonův drén na krku vpravo

Tabulka 1 – Výsledky základní analýzy krve

SpO₂	96,4 %	Na⁺	132 mmol/l
pO₂	10,4 kPa	K⁺	4,4 mmol/l
pH	7,405	Ca²⁺	1,02 mmol/l
pCO₂	5,24 kPa	Cl⁻	94 mmol/l
Hb	92 g/dL	Glu	5,8 mmol/l
		Lac	0,5 mmol/l

Medikamentózní léčba:

Antibiotika

- Tazocin 4,5 g/250 ml F1/1 à 6 hodin 06-12-18-24 na 3 hodiny

Infuze

- Isolyte 1000 ml kontinuálně i.v. – rychlost 42 ml/h
- Fyziologický roztok 1/1 + heparin 10 tisíc IU + pentoxifyllin 1 ampule + Mesocain 1% 1 ampule + 10 ml MgSO₄ 20% – rychlost 21 ml/h kontinuálně i.v. (vasodilatační směs)

Perfuzory

- Propofol inj. 2% 60 ml – rychlost 0-15 ml/h k RASS -3 až -4 (sedativum, celkové anestetikum)
- Sufenta forte 250 µg 1 ampule ad 50 ml F1/1 – rychlost 4 ml/h (opiát)
- KCl 7,45% 60 ml – rychlost dle kalémie 4-5 mmol/l – maximálně 20 ml/h (iont vnitřního prostředí)

Medikace intravenózní

- Degan 1 ampule 10 mg i.v. à 12 hodin 12-24 (antiemetikum)

SITUAČNÍ ANALÝZA

Po operačním výkonu v celkové anestezii o délce trvání 8 hodin pacientka přeložena k pooperační péči na ARO. Při příjmu normotenzní bez nutnosti katecholaminové podpory. Analgosedace na 24 hodin, přechod na spontánní ventilaci. Byla zahájena kontinuální monitorace fyziologických funkcí. U pacientky byla dodržována důkladná hygiena dutiny ústní pomocí antiseptického roztoku Tantum Verde[®], současně bylo každé 3 hodiny prováděno odsávání měkkou odsávací cívkou a kontrola vitality štěpu. Dle doporučení stomatochirurga byla zajištěna elevace horní

poloviny trupu a hlava byla udržována v přímém postavení tak, aby bylo zamezeno rotacím do strany. Druhý den ukončení analgosedace, ukončení UPV a přechod na podávání zvlhčeného kyslíku pomocí T-tubusu. Třetí den pacientka zcela kompenzována a předána k další péči na JIP stomatochirurgické kliniky. V průběhu hospitalizace kontrola prokrvení štěpu a převazy stomatochirurgem.

Další průběh hospitalizace

Na stomatochirurgické klinice postupně vysazení antibiotické terapie, vytažení stehů z operační rány na tváři. Podávána analgetika. Pacientka rehabilitována, snaha o obnovení perorálního příjmu. Pacientka propuštěna do domácího ošetření ve stabilizovaném stavu 13. den po resekci tumoru pravé tváře a rekonstrukci defektu z fasciokutánního laloku odebraného z levého stehna. Subjektivně se cítí dobře. Bolesti jsou pouze občasné a dobře reagují na podaná antibiotika. Objektivně je v oblasti pravé tváře mírný otok. Rána klidná. Rána na stehně klidná bez dehiscence, bez nekrotických změn. Pacientka poučena o domácím klidovém režimu, ránu na krku možné oplachovat vodou bez mýdla. Ránu na stehně prozatím ponechat pod obvazem. Nutné dodržovat důslednou hygienu dutiny ústní a vyplachovat po každém jídle. Dále pokračovat v rehabilitaci dutiny ústní, rozvíčovat otvírání úst. Pacientka je objednána na kontrolu do stomatochirurgické ambulance za 2 dny.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA TAXONOMIE II 2015-2017 A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ DLE PRIORITY:

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA INTERNATIONAL, 2015. Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015-2017. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

Jsou stanoveny všechny ošetřovatelské diagnózy, které byly u pacientky vyhodnoceny po prvním pooperačním dni hospitalizace. S ohledem na velký rozsah problematiky, byly rozpracovány čtyři diagnózy s nejvyšší prioritou, které se vztahují k bezprostřední pooperační péči v prvních 24 hodinách.

Tabulka 2 – Aktuální a potenciální ošetřovatelské diagnózy dle priority

Aktuální diagnózy:	Potenciální diagnózy:
Zhoršená spontánní ventilace 00033	Riziko infekce 00004
Neefektivní průchodnost dýchacích cest 00031	Riziko krvácení 00206
Poškozená sliznice ústní 00045	Riziko neefektivní periferní tkáňové perfuze 00228
Narušená integrita tkáně 00044	Riziko prodloužení pooperačního zotavení 00246
Akutní bolest 00132	

Tabulka 3 – Zvažované ošetrovatelské diagnózy – 1. pooperační den

KÓD	ZVAŽOVANÁ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	URČUJÍCÍ ZNAKY	SOUVISEJÍCÍ FAKTORY RIZIKOVÉ FAKTORY	PŘIJETÍ/ NEPŘIJETÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY
00031	Neefektivní průchodnost dýchacích cest	Nepřítomnost kašle Nadměrná produkce sputa	Přítomnost UPV	Přijata
00044	Narušená integrita tkáně	Poškozená tkáň	Mechanické faktory Farmaka Chirurgický zákrok	Přijata
00045	Poškozená sliznice ústní	Krvácení Zhoršená schopnost polykat Otok v dutině ústní Bolest v dutině ústní	Překážky v ústní hygieně Mechanické faktory Chirurgický zákrok	Přijata
00228	Riziko neefektivní periferní tkáňové perfuze		Hypertenze Zvýšená koncentrace CRP Zvýšená dávka katecholaminů	Přijata
00004	Riziko infekce		Invazivní postupy Změna integrity kůže	Přijata
00206	Riziko krvácení		Trauma Léčba	Přijata
00246	Riziko prodloužení pooperačního zotavení		Rozsáhlý operační výkon Otok v místě operace Bolest Kontaminace operovaného místa Farmaka	Přijata
00132	Akutní bolest	Změny ve fyziologických funkcích Výraz bolesti v obličeji (grimasování) Rozšíření zornic	Fyzikální původci zranění (operace)	Nepřijata
00033	Zhoršená spontánní ventilace	Snížena saturace arteriální krve kyslíkem	Změny metabolismu	Nepřijata

PLÁN PÉČE – 1. POOPERAČNÍ DEN

Neefektivní průchodnost dýchacích cest (00031)

Diagnostická doména č. 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Definice: Neschopnost odstraňovat sekrety nebo překážky z dýchacích cest a udržování je čisté

Určující znaky:

- Nepřítomnost kašle
- Nadměrná produkce sputa

Související faktory:

- Přítomnost UPV

Cíl krátkodobý: Pacientka má 12 hodin průchodné dýchací cesty

Cíl dlouhodobý: Pacientka má efektivně průchodné dýchací cesty do konce hospitalizace.

Očekávané výsledky:

- Pacient je ventilačně stabilní.
- Hodnoty krevních plynů jsou v normě.
- Je možné započít postupné odvykání od ventilátoru.
- Pacientka je dekanylována, dýchá spontánně bez nutnosti jakékoliv invazivní či neinvazivní podpory.

Intervence:

- Odsávej v pravidelných tříhodinových intervalech nebo dle potřeby (všeobecná sestra ve službě à 3 hodiny pomocí uzavřeného odsávacího systému).
- Sleduj množství a zbarvení sputa při odsávání (všeobecná sestra ve službě, vždy při odsávání).
- Sleduj a zapisuj hodnoty krevních plynů, při patologických hodnotách informuj lékaře (všeobecná sestra ve službě, 1krát za hodinu)
- Podávej zvlhčený kyslík (všeobecná sestra ve službě, dle potřeby).
- Podávej inhalace dle ordinace lékaře (všeobecná sestra ve službě, 1krát za 4 hodiny).
- Sleduj a zapisuj SpO₂, krevní plyny a o patologických hodnotách informuj lékaře (všeobecná sestra ve službě, 1krát za 6 hodin)

- Udržuj zvýšenou horní polovinu těla 30°-45° (všeobecná sestra ve službě, kontinuálně).
- Kontroluj průchodnost dýchacích cest (všeobecná sestra ve službě, kontinuálně).
- Sleduj fyziologické funkce (všeobecná sestra ve službě, 1krát za hodinu).

Realizace:

Sestra udržuje pacientku ve zvýšené poloze 45° v lůžku. Kontinuálně monitoruje SpO₂ a vše zapisuje do dokumentace. Při patologických hodnotách informuje lékaře. Pravidelně, každou hodinu kontroluje fyziologické funkce a nastavené ventilační parametry. Každých 6 hodin nebo dle potřeby a ordinace lékaře sestra nabírá vzorek arteriální krve pro analýzu vzorku na krevní plyny. Výsledky zapisuje do dokumentace. Dle ordinace lékaře, každé 4 hodiny sestra podává pacientce inhalaci do dýchacích cest. Každé 3 hodiny nebo dle potřeby sestra odsává pacientku, sleduje množství a zabarvení sputa a vše zaznamenává do dokumentace. Sestra podává pomocí ventilátoru pacientce zvlhčený kyslík.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn. Pacientka je ventilačně stabilní. Dýchací cesty jsou volné, sputum je vazké a bezbarvé. Odsáváno je minimální množství. Hodnoty SpO₂ a krevních plynů jsou fyziologické.

Dlouhodobý cíl byl splněn pouze částečně, pacientka má prozatím efektivně průchodné dýchací cesty. Prozatím je nutné pokračovat v nastavených intervencích.

Očekávaných výsledků bylo dosaženo jen částečně, pacienta je prozatím ventilačně stabilní a hodnoty krevních plynů jsou v normě. Je nadále nutné pokračovat v intervencích, aby došlo k odvyknutí od ventilátoru a možnosti dekanylovat pacientku.

Narušená integrita tkáně (00044)

Diagnostická doména č. 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Definice: Poškození sliznic, rohovky, kůže, svalů, fascií, šlach, kostí, chrupavek, kloubů a/nebo vazů.

Určující znaky:

- Poškozená tkáň

Související faktory:

- Mechanické faktory
- Zhoršená perfuze
- Farmaka
- Chirurgický zákrok

Cíl krátkodobý: Tkáň se hojí bez známek infekce, integrita tkáně obnovena do míry zabránění vstupu infekce (do 12 hodin).

Cíl dlouhodobý: Zhojení operační rány per primam (do 6 týdnů).

Očekávané výsledky:

- Pacientka má asepticky ošetřené rány – 1 x denně (nebo dle použitého krytí).
- Operační rány se zhojily per primam.
- Pacientka má dostatečně prokrvenou, vyživenou a hydratovanou tkáň – denně.

Intervence:

- Kontroluj operační ránu (všeobecná sestra ve službě, 1krát denně).
- Sleduj proces hojení (všeobecná sestra ve službě, 1krát denně).
- Asistuj při převazu lékaři (všeobecná sestra ve službě, 1krát denně).
- Zajisti přísný aseptický postup při převazu (všeobecná sestra ve službě, 1krát denně).
- Všímej si, zda nedochází v místě operačních ran ke vzniku zánětlivých změn (všeobecná sestra ve službě, 1krát denně).
- Kontroluj vitalitu kožního štěpu a vše zapiš do dokumentace (všeobecná sestra ve službě, 1krát za 3 hodiny).
- Zaznamenej charakter rány do záznamu o ošetření ran (všeobecná sestra ve službě, 1krát denně)
- Sleduj laboratorní výsledky (všeobecná sestra ve službě, 1krát denně).

Realizace:

Sestra zajistí kontrolu operační rány, v případě větší sekrece z rány navrstvuje krytí, s převazem čeká na stomatochirurga, který přichází na první kontrolu rány ráno. Převaz je prováděn za přísně aseptických podmínek pomocí sterilních nástrojů a sterilního převazového materiálu. Rána je klidná, nekrvácí, bez větší exudace. Lékař ošetří ránu Betadine roztokem a sterilně kryje čtverci. Lékař kontroluje drény a proplachuje 15 mililitry fyziologického roztoku a 5 mililitrů Betadine roztoku. Drény jsou průchodné. Zároveň lékař kontroluje známky vitality implantovaného kožního štěpu. Štěp je dobře prokrven, má narůžovělou barvu a ke krvácení dochází téměř ihned po vpichu. Místo odběru krevního štěpu neprosakuje, dle lékaře není nutný převaz a místo odběru kožního štěpu bude ošetřeno až další den.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn. Převaz byl proveden za aseptických podmínek, operační rána je klidná, bez známek zánětlivých změn.

Dlouhodobý cíl není možné splnit vzhledem k zaměření na bezprostřední pooperační péči a je tedy nutné dále pokračovat v nastavených intervencích.

Očekávané výsledky byly splněny jen částečně. Převaz byl proveden za aseptických podmínek, kožní štěp je dobře prokrven a vyživován. I nadále je nutné pokračovat v nastavených intervencích.

Poškozená sliznice ústní (00045)

Diagnostická doména č. 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Definice: Poškození rtů, měkké tkáně, dutiny ústní a/nebo orofarynxu

Určující znaky:

- Krvácení
- Zhoršená schopnost polykat
- Otok v dutině ústní
- Bolest v dutině ústní

Související faktory:

- Překážky v ústní hygieně
- Mechanické faktory
- Chirurgický zákrok

Cíl krátkodobý: Sliznice dutiny ústní je bez známek zánětlivého poškození, kožní štěp je prokrvený a vyživovaný během prvních 12 hodin.

Cíl dlouhodobý: Stav poškozené sliznice dutiny ústní se postupně zlepšuje, dochází k přihojení implantovaného laloku, zmenšuje se otok a operační rána se hojí per primam (do 6 týdnů).

Očekávané výsledky:

- V dutině ústní nedojde k rozvoji zánětlivých změn.
- Kožní štěp se úspěšně přihojí.
- Otok v oblasti tváře postupně ustoupí.
- Pacient nebude pociťovat bolest v dutině ústní.

Intervence:

- Kontroluj a sleduj vitalitu kožního štěpu každé 3 hodiny, provádět zápis do protokolu (všeobecná sestra ve službě 1krát za 3 hodiny).
- Šetrně ošetřuj dutinu ústní antiseptickým roztokem a měkkou odsávací cévkou (všeobecná sestra ve službě, dle potřeby).
- Podávej léky dle ordinace lékaře (všeobecná sestra ve službě, dle medikačního listu a ordinací lékaře).

Realizace:

Sestra každé tři hodiny provádí kontrolu vitality kožního štěpu a provádí pečlivý zápis do dokumentace a protokolu ze stomatochirurgické kliniky. Kontroluje především

zbarvení laloku, který je růžový, strukturu, která je houbovitá a rychlost krvácení po vpichu, které se dostaví do 2 minut od vpichu růžovou jehlou. Každé tři hodiny, nebo dle potřeby, sestra šetrně provádí speciální péči o dutinu ústní pomocí antiseptického roztoku Tantum Verde® a odsátí sekretů z dutiny ústní měkkou odsávací cévkou malého průměru. Dle ordinace stomatochirurgického lékaře podává speciální vazodilatační infuzi a kontroluje prokrvení periferie.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn. Vitalita kožního laloku je zachována. Štěp má růžovou barvu a krvácí po vpichu do 2 minut. V dutině ústní nejsou pozorovány zánětlivé změny.

Dlouhodobý cíl byl splněn pouze částečně. Kožní štěp se zatím uspokojivě připojuje. Ke zhodnocení, zda dochází k hojení operačních ran per primam je nutné nadále pacienta sledovat a pokračovat v nastavených intervencích.

Očekávané výsledky byly prozatím splněny částečně. Nedošlo k rozvoji zánětlivých změn a otok začíná pomalu ustupovat. Je však nutné, aby bylo nadále pokračováno v nastavených intervencích, aby se kožní štěp zcela připojil a nepůsobil pacientce potíže.

Riziko neefektivní periferní tkáňové perfuze (00228)

Diagnostická doména č. 4: Aktivita/odpočinek

Třída 4: Kardiovaskulární/pulmonální reakce

Definice: Náchylnost ke snížení krevního průtoku směrem k periférii, které může vést k oslabení zdraví

Rizikové faktory:

- Chirurgický výkon

Cíl krátkodobý: Pacientka má po 12 hodin efektivní periferní tkáňovou perfuzi, periferie je teplá a prokrvená.

Cíl dlouhodobý: Pacientka má do konce hospitalizace efektivní periferní tkáňovou perfuzi, kožní štěp i místo jeho odběru jsou dostatečně krevně zásobeny.

Očekávané výsledky:

- Periferní tkáňová perfuze je efektivní.
- Kožní štěp i místo odběru kožního štěpu jsou dostatečně vyživovány a krevně zásobeny.
- Periferní části těla jsou dobře zásobeny krví a vyživovány.
- Kožní štěp je přihojen.
- Operační rány se hojí per primam (do 6 týdnů).

Intervence:

- Sleduj kůži na periferních částech těla, její teplotu a zbarvení (všeobecná sestra ve službě, 1krát za hodinu).
- Sleduj vývoj zánětlivých parametrů a provést zápis do dokumentace (všeobecná sestra, 1krát denně).
- Sleduj množství podávaných katecholaminů, o zvyšování katecholaminové podpory informuj lékaře (všeobecná sestra ve službě, kontinuálně).

Realizace:

Sestra kontroluje v pravidelných intervalech bravu a teplotu kůže. Každé tři hodiny kontroluje vitalitu kožního štěpu a výsledek zaznamenává do protokolu a dokumentace. Každé tři hodiny odebírá arteriální krev k analýze, a provádí zápis do dokumentace. Sestra odebírá při příjmu a dále pak každé ráno krev k analýze zánětlivých parametrů, sleduje jejich hodnoty a trendy a o všem provádí zápis do dokumentace.

Hodnocení:

Krátkodobého cíle bylo dosaženo, Periferní tkáňová perfuze pacienta je prvních 12 hodin po výkonu efektivní.

Dlouhodobého cíle bylo dosaženo jen částečně, prvních 12 hodin je periferní tkáňová perfuze efektivní a vitalita kožního štěpu je zachována. Je nutné nadále pokračovat v nastavených intervencích.

Očekávaných výsledků bylo dosaženo jen částečně. Pro prvních 12 hodin je vitalita kožního štěpu zachována, periferní tkáňová perfuze je dostatečná. Periferní části těla jsou prokrveny a vyživovány. Je nutné i nadále pokračovat v nastavených intervencích.

KAZUISTIKA č. 2

Pacient přibližně v říjnu 2017 pozoruje změnu v dutině ústní nemůže nasadit protézu. Navštívil praktického zubního lékaře, který pacienta odesílá na ORL do FN v Motole. Zde pacient vyšetřen, zhotoveno CT hlavy a krku a odebrána excize z léze. Potvrzen exulcerovaný spinocelulární karcinom s pozitivitou cytokeratinu, šířící se do podkoží. Z FN Motol odeslán na stomatochirurgickou kliniku k vyšetření a stanovení terapeutického postupu. Podán první cyklus neadjuvantní chemoterapie. Pacient přijat k resekci nádoru pravé tváře s následnou mikrochirurgickou rekonstrukcí v celkové anestezii.

Důvod přijetí: resekce nádoru pravé tváře s následnou mikrochirurgickou rekonstrukcí v celkové anestezii a provedení tracheostomie.

ANAMNÉZA (odebrána na stomatochirurgické klinice při příjmu)

Vzhledem k zaměření na bezprostřední pooperační péči, kdy jsou pacienti po těchto výkonech analgosedování, byla anamnestická data získána výlučně z dokumentace pacienta (překladová ošetrovatelská zpráva, překladová lékařská zpráva, konziliární vyšetření aj.) a nebylo tedy možné využít některý z koncepčních ošetrovatelských modelů. V další fázi péče o nemocného, bude možné využít například koncepční model Marjory Gordonové.

OA: arteriální hypertenze, fraktura pravého hlezna 2012 (řešeno konzervativně)

RA: otec zemřel v 56 letech na infarkt myokardu, matka zdráva (96 let)

AA: neguje

FA: Tritace 10 mg (1-0-0), Helicid 20 mg (1-0-0), Citalec 20 mg (1-0-0)

Abusus: nikotinismus (10 cigaret denně), pije 2 piva denně

SA: starobní důchodce; žije s manželkou; pracoval jako strojvedoucí

PRŮBĚH HOSPITALIZACE NA ARO

Pacient byl přijat 10.1. 2018 v 17:00 hodin. Základní úkony byly provedeny sestrou ve službě. V 18:30 hodin došlo k předání služby sester. Pacient byl předán s instrukcemi, které byly sděleny stomatochirurgickým lékařem na sále. Nutná kontrola vitality štetu každé tři hodiny, udržování hlavy ve středním postavením. Kontrola krvácení z operačních ran (implantovaný kožní lalok a místo odběru kožního laloku).

Vitální funkce při přijetí

TT – 35,4 °C	vědomí – analgosedace RASS (-4)
TK – 105/60 mmHg	Hmotnost – 71 kg
P – 68/min, sinusový rytmus	Výška – 172 cm
DF – 20/min	BMI – 24,0

Zavedené invazivní vstupy při příjmu na ARO:

Centrální žilní katétr – vena subclavis lateralis sinistra

Arteriální katétr – arteria radialis lateralis sinistra

Tracheostomická kanyla č. 9,5 s odsavem nad obturační manžetou, přišita ke kůži na krku

Permanentní močový katétr č. 16 bez teplotního čidla

Nasogastrická sonda č. 16

Drény – 2x Redonův drén – na krku vpravo a v lůžku musculus latissimus dorsi

Tabulka 4 – Výsledky základní analýzy krve

SpO₂	90,7 %	Na⁺	139 mmol/l
pO₂	9,54 kPa	K⁺	4,6 mmol/l
pH	7,396	Ca²⁺	2,46 mmol/l
pCO₂	6,94 kPa	Cl⁻	98 mmol/l
Hb	6,8 g/dL	Glu	6,2 mmol/l
		Lac	1,5 mmol/l

Medikamentózní léčba:

Inhalace

- Berodual 4 ml solution ve 20 ml F 1/1 z toho 4 ml à 6 hodin 06-12-18-24 (bronchodilatancium)

Antibiotika

- Tazocin 4,5 g/250 ml F1/1 à 6 hodin 06-12-18-24 na 3 hodiny
- Meronem 1g ad 50 ml F1/1 kontinuálně i.v. – rychlost 8,4 ml/h

Infuze

- Isolyte 1000 ml – rychlost 62 ml/h kontinuálně i.v. (krystaloid)
- Fyziologický roztok 1/1 + heparin 10 tisíc IU + pentoxifyllin 1 ampule + Mesocain 1% 1 ampule + 10 ml MgSO₄ 20% – rychlost 21 ml/h kontinuálně i.v. (vasodilatační směs)

Perfuzory

- Noradrenalin 15 mg ad 50 ml G5% kontinuálně i.v. – rychlost dle MAP 70-80 mmHg (katecholamin)
- Empressin 40 IU ad 40 ml F1/1 kontinuálně i.v. – rychlost 4 ml/hod. (vasopresin, antidiuretický hormon)
- Propofol inj. 2% 60 ml kontinuálně i.v.– rychlost 0-15 ml/h k RASS -3 až -4 (sedativum, celkové anestetikum)
- Sufenta forte 250 µg 1 ampule ad 50 ml F1/1 kontinuálně i.v. – rychlost 4 ml/h (opiát)
- KCl 7,45% 60 ml kontinuálně i.v. – rychlost dle kalémie 4-5 mmol/l – maximálně 20 ml/h (iont vnitřního prostředí)
- Humulin R 50 IU ad 50 ml F1/1 kontinuálně i.v. – rychlost dle glykémie 6-8 mmol/l – maximálně 15 ml/h (inzulín)

Medikace intravenózní

- Degan 1 ampule 10 mg i.v. à 12 hodin 12-24 (antiemetikum)
- Quamatel 20 mg i.v. à 12 hodin 12-24 (antiulcerotikum)
- ACC 300 mg i.v. à 8 hodin 08-16-24 (mukolytikum)

Medikace do NGS

- Sertralin tbl. 50 mg à 24 hodin 06 (antidepresivum)
- Lactobacillus acidophilus 2 cps. À 12 hodin 12-24 (probiotikum)

SITUAČNÍ ANALÝZA

Po operačním výkonu v celkové anestezii, trvajícím 9 a půl hodiny, předán pacient do péče lékařům na ARO. Byla zahájena kontinuální monitorace fyziologických

funkcí. U pacienta byla dodržována důkladná hygiena dutiny ústní pomocí antiseptického roztoku Tantum Verde[®], současně bylo každé 3 hodiny prováděno odsávání měkkou odsávací cévkou a kontrola vitality štěpu. Po příjmu postupně vyšší jednorázové ztráty do Redonova drénu z lůžka musculus latissimus dorsi (asi 400 ml) doprovázené tachykardií a hypotenzí. Zvyšování katecholaminové podpory. Zahájení volumoterapie s pozitivní tekutinovou bilancí. Podány 4 TU erytrocytů. Postupná úprava a stabilizace stavu se snižováním katecholaminové podpory. Dle doporučení stomatochirurga byla zajištěna elevace horní poloviny trupu a hlava byla udržována v přímém postavení tak, aby bylo zamezeno rotacím do strany. Pacient byl postupně odtlumován do kontaktu s projevy celkového neklidu. Zahájena enterální výživa do nazogastrické sondy a ukončena parenterální výživa. Suspekce na abstinenční příznaky při chronickém abúzu alkoholu. Abstinenční příznaky tlumeny benzodiazepiny. Postupné snižování katecholaminové podpory až do jejich úplného vysazení. Ukončení UPV a zahájení podávání zvlčeného kyslíku pomocí T-tubusu, poté překlad na JIP stomatochirurgické kliniky k další péči. V průběhu hospitalizace kontrola prokrvení štěpu a převazy stomatochirurgem.

Další průběh hospitalizace

Na stomatochirurgické klinice dochází po několika dnech k mírnému vzestupu zánětlivých parametrů, proto nasazena antibiotika dle kultivace ze sputa. Po 10 dnech dochází k výraznému snížení zánětlivých parametrů, proto vysazena antibiotická terapie a plánováno propuštění do domácího ošetření. Pacient propouštěn ve stabilizovaném stavu do domácího ošetření 23. pooperační den po resekci tumoru tváře vpravo s rekonstrukcí lalokem z musculus latissimus dorsi. Subjektivně se pacient cítí dobře. Bolesti nemá, je bez teplot. Objektivně jsou operační rány klidné. Při bolesti doporučena běžně dostupná analgetika. Kašovitá strava dle tolerance a doporučení ke kontrole nutričním specialistou.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA TAXONOMIE II 2015-2017 A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ DLE PRIORITY:

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA INTERNATIONAL, 2015. Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015-2017. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

Jsou stanoveny všechny ošetřovatelské diagnózy, které byly u pacienta vyhodnoceny po prvním pooperačním dni hospitalizace. S ohledem na velký rozsah problematiky, byly rozpracovány čtyři diagnózy s nejvyšší prioritou, které se vztahují k bezprostřední pooperační péči v prvních 24 hodinách.

Tabulka 5 – Aktuální a potenciální ošetřovatelské diagnózy dle priority

Aktuální diagnózy:	Potenciální diagnózy:
Zhoršená spontánní ventilace 00033	Riziko infekce 00004
Neefektivní průchodnost dýchacích cest 00031	Riziko krvácení 00206
Poškozená sliznice ústní 00045	Riziko neefektivní periferní tkáňové perfuze 00228
Narušená integrita tkáně 00044	Riziko prodloužení pooperačního zotavení 00246
Akutní bolest 00132	

Tabulka 6 – Zvažované ošetrovatelské diagnózy – 1. pooperační den

KÓD	ZVAŽOVANÁ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	URČUJÍCÍ ZNAKY	SOUVISEJÍCÍ FAKTORY RIZIKOVÉ FAKTORY	PŘIJETÍ/ NEPŘIJETÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY
00031	Neefektivní průchodnost dýchacích cest	Nepřítomnost kašle Nadměrná produkce sputa	Přítomnost UPV	Přijata
00044	Narušená integrita tkáně	Poškozená tkáň	Mechanické faktory Farmaka Chirurgický zákrok	Přijata
00045	Poškozená sliznice ústní	Krvácení Zhoršená schopnost polykat Otok v dutině ústní Bolest v dutině ústní	Překážky v ústní hygieně Mechanické faktory Chirurgický zákrok	Přijata
00228	Riziko neefektivní periferní tkáňové perfuze		Hypertenze Zvýšená koncentrace CRP Zvýšená dávka katecholaminů	Přijata
00004	Riziko infekce		Invazivní postupy Změna integrity kůže	Přijata
00206	Riziko krvácení		Trauma Léčba	Přijata
00246	Riziko prodloužení pooperačního zotavení		Rozsáhlý operační výkon Otok v místě operace Bolest Kontaminace operovaného místa Farmaka	Přijata
00132	Akutní bolest	Změny ve fyziologických funkcích Výraz bolesti v obličejí (grimasování) Rozšíření zornic	Fyzikální původci zranění (operace)	Nepřijata
00033	Zhoršená spontánní ventilace	Snížena saturace arteriální krve kyslíkem	Změny metabolismu	Nepřijata

PLÁN PÉČE – 1. POOPERAČNÍ DEN

Neefektivní průchodnost dýchacích cest (00031)

Diagnostická doména č. 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Definice: Neschopnost odstraňovat sekrety nebo překážky z dýchacích cest a udržovat je čisté

Určující znaky:

- Nepřítomnost kašle
- Nadměrná produkce sputa

Související faktory:

- Přítomnost UPV

Cíl krátkodobý: Pacient má 12 hodin průchodné dýchací cesty.

Cíl dlouhodobý: Pacient má efektivně průchodné dýchací cesty do konce hospitalizace.

Očekávané výsledky: Pacient je ventilačně stabilní, krevní plyny jsou v normě a je možné započít postupné odvykání od ventilátoru.

Intervence:

- Odsávej v pravidelných tříhodinových intervalech nebo dle potřeby (všeobecná sestra ve službě, dle potřeby).
- Sleduj množství a zbarvení sputa při odsávání (všeobecná sestra ve službě, při odsávání).
- Sleduj a zapisuj hodnoty krevních plynů, při patologických hodnotách informuj lékaře (všeobecná sestra ve službě, 1krát za 6 hodin).
- Podávej zvlhčený kyslík (všeobecná sestra ve službě, kontinuálně).
- Podávej inhalace dle ordinace lékaře (všeobecná sestra, 1krát za 6 hodin).
- Sleduj a zapisuj SpO₂ a o patologických hodnotách informuj lékaře (všeobecná sestra ve službě, 1krát za 6 hodin).
- Udržuj zvýšenou horní polovinu těla 30°-45° (všeobecná sestra ve službě, kontinuálně).
- Kontroluj průchodnost dýchacích cest (všeobecná sestra ve službě, kontinuálně).
- Sleduj fyziologické funkce (všeobecná sestra ve službě, 1krát za hodinu).

Realizace:

Sestra udržuje pacienta ve zvýšené poloze 40° v lůžku. Kontinuálně monitoruje SpO₂ a každou hodinu zapisuje hodnoty do dokumentace. Pravidelně, každou hodinu kontroluje fyziologické funkce a nastavené ventilační parametry. Každých 6 hodin nebo dle potřeby a ordinace lékaře sestry nabírá vzorek arteriální krve pro analýzu vzorku na krevní plyny. Výsledky zapisuje do dokumentace. Dle ordinace lékaře, každé 4 hodiny sestra podává pacientovi inhalaci do dýchacích cest. Každé 3 hodiny nebo dle potřeby sestra odsává pacienta, sleduje množství a zbarvení sputa a vše zaznamenává do dokumentace. Sestra podává pomocí ventilátoru pacientovi zvlhčený kyslík.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn. Pacient je ventilačně stabilní. Dýchací cesty jsou volné, sputum je vazké a bezbarvé. Odsáváno je minimální množství. Hodnoty SpO₂ a krevních plynů jsou fyziologické.

Dlouhodobý cíl byl splněn pouze částečně, pacient má prozatím efektivně průchodné dýchací cesty. Prozatím je nutné pokračovat v nastavených intervencích.

Očekávaných výsledků bylo dosaženo jen částečně, pacient je prozatím ventilačně stabilní a hodnoty krevních plynů jsou v normě. Je nadále nutné pokračovat v intervencích, aby došlo k odvyknutí od ventilátoru a možnosti dekanylovat pacienta.

Narušená integrita tkáně (00044)

Diagnostická doména č. 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Definice: Poškození sliznic, rohovky, kůže, svalů, fascií, šlach, kostí, chrupavek, kloubů a/nebo vazů.

Určující znaky:

- Poškozená tkáň

Související faktory:

- Mechanické faktory
- Zhoršená perfuze
- Farmaka
- Chirurgický zákrok

Cíl krátkodobý: Tkáň se hojí bez známek infekce, integrita tkáně obnovena do míry zabránění vstupu infekce (do 12 hodin).

Cíl dlouhodobý: Zhojení operační rány per primam (do 6 týdnů).

Očekávané výsledky:

- Pacient má asepticky ošetřené rány – 1 x denně (nebo dle použitého krytí).
- Operační rány se zhojily per primam.
- Pacient má dostatečně prokrvenou, vyživenou a hydratovanou tkáň – denně.

Intervence:

- Kontroluj operační ránu (všeobecná sestra ve službě, 1krát denně).
- Sleduj proces hojení (všeobecná sestra ve službě, 1krát denně).
- Asistuj při převazu lékaři (všeobecná sestra ve službě, 1krát denně).
- Zajisti přísný aseptický postup při převazu (všeobecná sestra ve službě, 1krát denně).
- Všímej si, zda nedochází v místě operačních ran ke vzniku zánětlivých změn (všeobecná sestra ve službě, 1krát denně).
- Kontroluj vitalitu kožního štěpu a vše zapiš do dokumentace (všeobecná sestra ve službě, 1krát za 3 hodiny).
- Zaznamenej charakter rány do záznamu o ošetření ran (všeobecná sestra ve službě, 1krát denně)
- Sleduj laboratorní výsledky (všeobecná sestra ve službě, 1krát denně).

Realizace:

Sestra zajistí kontrolu operační rány, v případě větší sekrece z rány navrstvuje krytí, s převazem čeká na stomatochirurga, který přichází na první kontrolu rány ráno. Převaz je prováděn za přísně aseptických podmínek pomocí sterilních nástrojů a sterilního převazového materiálu. Rána je klidná, nekrvácí, bez větší exudace. Lékař ošetří ránu Betadine roztokem a sterilně kryje čtverci. Zároveň lékař kontroluje známky vitality implantovaného kožního štěpu. Štěp je dobře prokrven, má narůžovělou barvu a ke krvácení dochází téměř ihned po vpichu. Místo odběru krevního štěpu neprosakuje, dle lékaře není nutný převaz a místo odběru kožního štěpu bude ošetřeno až další den.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn. Převaz byl proveden za aseptických podmínek, operační rána je klidná, bez známek zánětlivých změn.

Dlouhodobý cíl není možné splnit vzhledem k zaměření na bezprostřední pooperační péči a je tedy nutné dále pokračovat v nastavených intervencích.

Očekávané výsledky byly splněny jen částečně. Převaz byl proveden za aseptických podmínek, kožní štěp je dobře prokrven a vyživován. I nadále je nutné pokračovat v nastavených intervencích.

Poškozená sliznice ústní (00045)

Diagnostická doména č. 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Definice: Poškození rtů, měkké tkáně, dutiny ústní a/nebo orofarynxu

Určující znaky:

- Krvácení
- Zhoršená schopnost polykat
- Otok v dutině ústní
- Bolest v dutině ústní

Související faktory:

- Překážky v ústní hygieně
- Mechanické faktory
- Chirurgický zákrok
- Chirurgický zákrok

Cíl krátkodobý: Sliznice dutiny ústní je bez známek zánětlivého poškození, kožní štěp je prokrvený a vyživovaný během prvních 12 hodin.

Cíl dlouhodobý: Stav poškozené sliznice dutiny ústní se postupně zlepšuje, dochází k přihojení implantovaného laloku, zmenšuje se otok a operační rána se hojí per primam (do 6 týdnů).

Očekávané výsledky:

- V dutině ústní nedojde k rozvoji zánětlivých změn.
- Kožní štěp se úspěšně přihojí.
- Otok v oblasti tváře postupně ustoupí.

Intervence:

- Kontroluj a sleduj vitalitu kožního štěpu každé 3 hodiny, prováděj zápis do protokolu (všeobecná sestra ve službě, 1krát za 3 hodiny).
- Šetrně ošetřuj dutinu ústní antiseptickým roztokem a měkkou odsávací cévkou (všeobecná sestra ve službě, dle potřeby).
- Podávej léky dle ordinace lékaře (všeobecná sestra ve službě, dle medikačního listu a ordinace lékaře).

Realizace:

Sestra každé tři hodiny provádí kontrolu vitality kožního štěpu a provádí pečlivý zápis do dokumentace a protokolu ze stomatochirurgické kliniky. Kontroluje především

zbarvení laloku, který je bledý až bělavý, strukturu, která je houbovitá a rychlost krvácení po vpichu, které se dostaví do 2 minut od vpichu růžovou jehlou. O změně barvy informuje lékaře, který volá stomatochirurgické konzilium. Stomatochirurg se dostaví během hodiny a sám provádí kontrolu laloku se závěrem, že prokrvení je dostatečné. Každé tři hodiny sestra šetrně provádí speciální péči o dutinu ústní pomocí antiseptického roztoku Tantum Verde® a odsátí sekretů z dutiny ústní měkkou odsávací cévkou malého průměru. Dle ordinace stomatochirurgického lékaře podává speciální vazodilatační infuzi a kontroluje prokrvení periferie.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl byl splněn. Vitalita kožního laloku je zachována. Štěp krvácí po vpichu do 2 minut. V dutině ústní nejsou pozorovány zánětlivé změny.

Dlouhodobý cíl byl splněn pouze částečně. Kožní štěp se zatím uspokojivě přihojuje. Ke zhodnocení, zda dochází k hojení operačních ran per primam je nutné nadále pacienta sledovat a pokračovat v nastavených intervencích.

Očekávané výsledky byly prozatím splněny. Nedošlo k rozvoji zánětlivých změn a otok začíná pomalu ustupovat. Je však nutné, aby bylo nadále pokračováno v nastavených intervencích, aby se kožní štěp zcela přihojil a nepůsobil pacientovi potíže.

Riziko neefektivní periferní tkáňové perfuze (00228)

Diagnostická doména č. 4: Aktivita/odpočinek

Třída 4: Kardiovaskulární/pulmonální reakce

Definice: Náchylnost ke snížení krevního průtoku směrem k periférii, které může vést k oslabení zdraví

Rizikové faktory:

- Zvýšená koncentrace CRP
- Zvýšená dávka katecholaminů

Cíl krátkodobý: Pacient má po 12 hodin efektivní periferní tkáňovou perfuzi, periferie je teplá a prokrvená.

Cíl dlouhodobý: Pacient má do konce hospitalizace efektivní periferní tkáňovou perfuzi, kožní štěp i místo jeho odběru jsou dostatečně krevně zásobeny.

Očekávané výsledky:

- Periferní tkáňová perfuze je efektivní.
- Kožní štěp i místo odběru kožního štěpu jsou dostatečně vyživovány a krevně zásobeny.
- Periferní části těla jsou dobře zásobeny krví a vyživovány.
- Kožní štěp je přihojen.
- Operační rány se hojí per primam (do 6 týdnů).

Intervence:

- Sleduj kůži na periferních částech těla, její teplotu a zbarvení (všeobecná sestra ve službě, kontinuálně).
- Sleduj vývoj zánětlivých parametrů a proved' zápis do dokumentace (všeobecná sestra ve službě, 1krát denně).
- Sleduj množství podávaných katecholaminů o zvyšování katecholaminové podpory informuj lékaře (všeobecná sestra ve službě, kontinuálně).

Realizace:

Sestra kontroluje v pravidelných intervalech bravu a teplotu kůže. Sleduje dávky katecholaminové podpory. Při vyšších dávkách zajišťuje zahřátí periferních částí těla příkládáním zahřátých gelových polštářků. Zároveň nezapomíná na riziko vzniku popálenin a zahřívanou kůži kryje textilem, aby nedošlo k jejímu poškození. Každé tři hodiny odebírá arteriální krev k analýze, a provádí zápis do dokumentace. Sestra odebírá

krev k analýze zánětlivých parametrů, sleduje jejich hodnoty a trendy a o všem provádí zápis do dokumentace.

Hodnocení:

Krátkodobého cíle bylo dosaženo, Periferní tkáňová perfuze pacienta je prvních 12 hodin po výkonu efektivní.

Dlouhodobého cíle bylo dosaženo jen částečně, prvních 12 hodin je periferní tkáňová perfuze efektivní a vitalita kožního štěpu je zachována. Je nutné nadále pokračovat v nastavených intervencích.

Očekávaných výsledků bylo dosaženo jen částečně. Pro prvních 12 hodin je vitalita kožního štěpu zachována, periferní tkáňová perfuze je dostatečná. Periferní části těla jsou prokrveny a vyživovány. Je nutné i nadále pokračovat v nastavených intervencích.

7 NÁVRH MAPY PÉČE

Návrh mapy péče o pacienta po maxilofaciálním chirurgické výkonu s následnou rekonstrukcí resektované oblasti, hospitalizovaného po výkonu na ARO, jsme vytvořili na základě dat získaných vytvořením plánů péče u dvou kazuistik pacientů s tímto výkonem. Zásadní je zdůraznit, že návrh mapy péče je určen pouze pro první pooperační den. U každého pacienta byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy, cíle ošetrovatelské péče a intervence, které nám posloužily k dosažení těchto cílů. Tyto intervence měly zásadní vliv na tvorbu mapy péče.

Tyto vytvořené návrhy by se měly stát pomůckou pro všeobecné sestry, které o takové pacienty pečují. Jak již bylo mnohokrát předestřeno, mapy péče mají všestranné využití a jsou důležitým zdrojem pro čerpání informací, týkajících se ošetřování pacientů po tomto složitém operačním zákroku. Po prostudování těchto materiálů, by mělo být pro sestry snazší pečovat, správně sledovat a kontrolovat přihojování rekonstruované části obličeje. Sledování v prvních dvaceti čtyř hodinách po operačním výkonu je zásadní pro správný a nekomplikovaný pooperační průběh. Námi vytvořené návrhy mapy péče mohou pomoci ke zkvalitnění péče.

Návrh mapy péče (viz příloha) je zasazen do tabulky, která je vytvořena v programu Microsoft Office Word 2015. Návrh obsahuje nejzákladnější intervence, které je nutné první pooperační den provádět u pacientů po maxilofaciálním chirurgickém výkonu. Intervence jsou rozděleny do několika kategorií. Nechybí zde ani zvažované ošetrovatelské diagnózy a místo pro poznámky.

Návrh mapy péče byl zpracován pomocí literatury: KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.; HLOCH, O., 2018. *Užitečné tabulky pro praxi nejen v interních oborech*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0311-9.; BARTŮNĚK, P. a kol., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4343-1.

Návrh mapy péče bude vytisknut a předán sestřám pečujícím o tyto pacienty na anesteziologicko-resuscitačním oddělení nemocnice, kde byla získána data ke zpracování tohoto návrhu.

8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI A ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Všichni zdravotníci, kteří pracují s onkologicky nemocnými pacienty, obzvláště pak s pacienty s nádorovým onemocněním v orofaciální oblasti, by měli být schopni vyhovět všem potřebám, které nemocný má. Dle zjištění, učiněných sběrem dat pomocí ošetřovatelského modelu Hendersonové lze konstatovat, že u těchto pacientů přebírá, v první pooperační den, sestra veškeré činnosti spojené s uspokojováním jejich potřeb.

Pacienti podstupující rekonstrukční výkony v orofaciální oblasti vyžadují komplexní, multidisciplinární pooperační péči. Ta může zahrnovat monitoraci fyziologických funkcí, péči o rány, sledování laloku, ošetřování tracheostomie a zvládnutí ostatních komorbidit (VARADARAJAN et al., 2017).

Součástí komplexní pooperační péče je ošetřování dýchacích cest a dutiny ústní. Dale (2018, s. 36) uvádí, že péče o dutinu ústní je nezbytná pro prevenci infekce a zajištění komfortu pacienta. U stomatochirurgických pacientů jde o zvláště významný bod péče, jelikož vlivem snížení sekrece slin a omezené schopnosti vlastního čištění dutiny ústní se riziko bakteriální kolonizace výrazně zvyšuje. Bakteriální kolonizace by mohla mít špatný vliv na správný pooperační vývoj stavu. U pacientů byla prováděna péče o dutinu ústní současně s monitorací stavu transplantovaného laloku, tedy každé tři hodiny. Součástí péče je odsátí sekretu z dutiny ústní a nazofaryngeální oblasti, očistit zuby a odstranit povlak ze sliznice jazyka (STREITOVÁ, 2015, s. 58). Pro péči byly u pacientů využívány roztoky s obsahem benzydaminu hydrochloridum (Tantum Verde®), který má jak antiseptické, tak analgetické účinky. Pomocí tohoto roztoku na štětičkách byl odstraňován plak ze zubů a povlak ze sliznice jazyka. V rámci odstranění nahromaděných slin a krve byly používány měkké odsávací cévky malého průměru, a to především pro zmírnění traumatizace sliznice dutiny ústní při odsávání. Péče o tracheostomii byla prováděna zvlhčením antiseptickým roztokem po dobu 10 minut. Poté byl obklad odstraněn a tracheostomie podložena novým sterilním čtvercem z netkané textilie. Koutná (2015, s.) nedoporučuje iritaci kůže dezinfekčními prostředky, spíše se přiklání k přiložení obkladu s antiseptickým prostředkem.

V rámci první pooperačního dne byla nemocným podávána opiátová analgetika, která sloužila ke zmírnění pooperačních bolestí. Postupně byla dávka snižována a opiátová analgetika byla nahrazována neopioidními analgetiky. Bolest je vždy subjektivní a je považována operatéry za pátou vitální známku. Největší intenzitu má bezprostředně po výkonu. Délka jejího trvání by neměla přesáhnout sedm dní (BARTŮNĚK, 2016, s. 208).

Potíže s příjmem potravy jsou dalším dominujícím faktorem. U všech pacientů byla zavedena nasogastrická sonda, která sloužila k podávání enterální výživy. Bylo prokázáno, že potíže s příjmem potravy významně zhoršují kvalitu života pacienta (PTÁČEK et al., 2016, s. 376).

Haddock (2010, s. 435) uvádí, že mikrochirurgická pooperační péče nemá dostatek standardizovaných protokolů monitorování pooperační péče a zároveň trpí nedostatkem efektivně vyškolených specialistů. Sledování pooperačního stavu pacientů je zásadním bodem pro to, aby došlo ke správnému přihojení rekonstruovaného laloku a byl zajištěn lehký pooperační průběh. Jde především o monitoraci vitality, barvy, kapilárního návratu, krvácení a fyziologických funkcí.

Zavedení standardizovaných protokolů a edukace personálu může vést ke snížení nákladů a lepší dostupnosti mikrochirurgických rekonstrukčních výkonů (HADDOCK, 2010, s. 435). Pro sledování vitality laloku byl u pacientů využit nestandardizovaný protokol, který poskytuje stomatochirurgická klinika v rámci sledování pooperačního stavu pro lepší orientaci a snadnější rozpoznání možných komplikací. U obou pacientů byla prováděna pooperační monitorace sestrou každé tři hodiny. Chirurg přicházel na kontrolu a převaz jedenkrát denně. K monitorovacímu protokolu je přiložen kontakt, který je možné využít v akutních případech, a to tehdy, není-li si sestra či lékař, který je k dispozici jist, zda je pooperační průběh zcela v pořádku. V rekonstrukční mikrochirurgii v orofaciální oblasti existují značné odlišnosti v přístupu k monitorování, jak uvádí Cornejo (2010, s. 473).

Návrh mapy péče pro první pooperační den jsme vytvořili na základě intervencí, které se shodovaly u obou nemocných a také na základě informací nashromážděných studiem literatury. Námi vytvořená mapa péče se skládá z jednotlivých kategorií

základních intervencí, které je nutné provádět první pooperační den u pacientů po rekonstrukčních mikrochirurgických operacích v orofaciální oblasti, kteří vyžadují speciální péči.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zaměřit se na komplexní ošetrovatelskou péči u pacientů po maxilofaciálním chirurgickém výkonu, kteří se rozhodli podstoupit také rekonstrukční výkon, s následným vytvořením návrhu mapy ošetrovatelské péče aplikované na první pooperační den.

Z dostupné literatury vyplývá, že zhoubné nádory hlavy a krku znamenají vždy pro pacienta velkou hrozbu a bez léčby vedou téměř vždy ke smrti (PTÁČEK et al., 2014).

Celistvost problematiky vybraných onkologických onemocnění v oblasti hlavy a krku je zdůrazněna v teoretické části. Je zde poukázáno na incidenci výskytu a hlavní rizikové faktory, které se uplatňují při vzniku těchto onemocnění. Dále jsou uvedeny možnosti diagnostiky a terapie, které jsou dle dostupné literatury obdobné pro všechny nádory v oblasti hlavy a krku.

V praktické části jsou využity informace získané péčí o tyto pacienty. Jsou zde rozebrány dvě kazuistiky pacientů, kteří podstoupili resekci tumoru s následným rekonstrukčním výkonem. Problematika maxilofaciální chirurgie a resekčních výkonů je poměrně rozsáhlá a komplikovaná. Zásadní roli hraje bezprostřední pooperační péče, která je zaměřena především na sledování implantovaného kožního štěpu a správné ošetřování chirurgických ran. Vzhledem k rozsáhlosti tématu byly vybrány čtyři nejdůležitější ošetrovatelské diagnózy, které byly rozebrány. Tyto ošetrovatelské diagnózy se vztahují k bezprostřední pooperační ošetrovatelské péči, která je nejčastěji směřována na ARO nebo JIP.

Cílem práce bylo vytvořit návrh mapy péče vztahující se k prvním pooperačním dnům, jež je pro pacienty z hlediska přihojení štěpu zásadní. Cíle práce byly splněny.

SEZNAM LITERATURY

ADAM, Z., a kol., 2010. *Speciální onkologie*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-648-9.

BARTŮŇEK, P. a kol., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4343-1.

CORNEJO, A., et al., 2013. Analysis of free flap complications and utilization of intensive care unit monitoring. *Journal of reconstructive microsurgery*. **29**(07) 473-480. DOI: 10.1055/s-0033-1345434

DALE, Craig M., et al., 2018. Prevalence and predictors of difficulty accessing the mouths of intubated critically ill adults to deliver oral care: An observational study. *International journal of nursing studies*, **80**. 36-40. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.12.009>

de MELO, GM., et al., 2001. Risk Factors for Postoperative Complications in Oral Cancer and Their Prognostic Implications. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. **127**(7), 828–833. ISSN-0886-4470-127-7-00a00190

DOSTÁLOVÁ, T. a kol., 2008. *Stomatologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2700-4.

GARANTZIOTIS, S., et al., 2003. Critical care of the head and neck patient. *Crit Care Clinics*. **19** (1), 73-90.

HADDOCK, Nicholas T., Ryan M. GOBBLE a Jamie P. LEVINE, 2010. More consistent postoperative care and monitoring can reduce costs following microvascular free flap reconstruction. *Journal of reconstructive microsurgery*., **26** (07) 435-439. DOI: 10.1055/s-0030-1254232.

HLOCH, O., 2018. *Užitečné tabulky pro praxi nejen v interních oborech*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0311-9.

JANÍKOVÁ, E. a R. ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.

KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.

KOLEKTIV AUTORŮ, 2008. *Výkladový ošetrovatelský slovník*. 1. vyd. Překlad Veronika Di Cara, Helena Vidovičová. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2240-5.

KOUTNÁ, M., a kol., 2015. *Manuál hojení ran v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-749-2190-2.

KVASNICOVÁ, Z. a N. POLIAKOVÁ. Zdraví. E15. *Využití metody mind-mapping ve vyučování studentů ošetrovatelství*, [online]. 2008 [cit. 2018-01-10]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/vyuziti-metody-mind-mapping-ve-vyucovani-studentu-osetrovatelstv-397949>.

MAZÁNEK, J. a kol., 2014. *Zubní lékařství: Propedeutika*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3534-4.

MAZÁNEK, J. a kol., 2016. *Stomatologie pro dentální hygienistky a zubní instrumentárky*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4865-8.

NANDA INTERNATIONAL, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 3. vyd. Praha: Vysoká škola zdravotnická. ISBN 978-80-9904955-9-3.

PTÁČEK, P. et al., 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-547-0.

ROKYTA, R., a kol., 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4867-2.

SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4414-8.

SMILEK, P., a kol., 2015. *Karcinomy dutiny ústní a hltanu*. Havlíčkův Brod: Tobiáš. ISBN 978-80-7311-153-3.

STREITOVÁ, D., a kol., 2015. *Septické stavy v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5215-0.

ŠKRLA, P. a M. ŠKRLOVÁ, 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion. ISBN 80-7172-841-1. VARADARAJAN, Varun V., Hassan ARSHAD a Peter T. DZIEGIELEWSKI, 2017. Head and neck free flap reconstruction: What is the appropriate post-operative level of care? *Oral oncology*, **75** (1) 61-66.

VORLÍČKOVÁ, H., Z. SÝKOROVÁ a D. NAVRÁTILOVÁ, 2001. Mapy péče v onkologii. *Onkologická péče*. **5** (3), 15-16. ISSN 1214-5602.

VORLÍČEK, J., a kol., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. přeprac. a doplň. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3742-3.

PŘÍLOHY

Příloha A – Základy anatomie orofaciální oblasti	I
Příloha B – Základy fyziologie orofaciální oblasti	III
Příloha C – Návrh mapy péče	IV
Příloha D – Souhlas etické komise	VIII
Příloha E – Potvrzení o profesionálním překladu abstraktu	X
Příloha F – Obrázek – kontrola kožního štěpu sestrou A	XI
Příloha G – Obrázek – kontrola kožního štěpu sestrou B	XII
Příloha H – Obrázek – místo odběru kožního štěpu	XIII
Příloha I – Čestné prohlášení	XIV

ZÁKLADY ANATOMIE OROFACIÁLNÍ OBLASTI

Z hlediska klinické anatomie se kostra orofaciální soustavy dělí na třetiny. **Horní třetina**, oblast nad horizontální linií vedenou kořenem nosu. **Střední třetina**, tvořená oblastí mezi horizontálními liniemi vedenými horizontálou v oblasti nosního kořene a okluzní rovinou zubů. **Dolní třetina**, oblast dolní čelisti (MAZÁNEK et al., 2016).

Mezi kosti orofaciální oblasti patří:

- dolní čelist (mandibula), která má tělo (corpus mandibulae), na nějž nasedá vzestupné rameno zakončené processus articularis a muscularis. Tyto výběžky jsou odděleny incisurou mandibulae;
- horní čelist (maxila);
- os nasale;
- os lacrimale;
- cimer;
- os ethmoidale;
- processus pterygoidei ossis sphenoidalis;
- os zygomaticum a arcus zygomaticus (BARTŮNĚK et al., 2016).

Svaly hlavy a krku tvoří několik svalových skupin: mimické, žvýkácí, suprahyooidní, infrahyoidní, prevertebrální, skaleny. Největší funkční význam pro oblast zubního lékařství mají žvýkácí svaly. Lidé mají 4 páry žvýkácích svalů po jednom na každé straně:

- m. masseter,
- m. pterygoideus medialis,
- m. temporalis,
- m. pterygoideus lateralis (DOSTÁLOVÁ et al., 2008).

Cévní a lymfatické zásobení v oblasti obličeje a dutiny ústní je velmi bohaté. Vyznačuje se velkým množstvím anastomozujících kolaterál a vyvinutím četných spojek mezi pravou a levou stranou. Arteriálně je orofaciální oblast zajišťována z devíti větví

arteria carotis externa. Venózní odtok sleduje větvení ateriální. Odtok krve z této oblasti zajišťují vena jugularis superficialis dorsalis a vena jugularis interna. V orofaciální oblasti je umístěno asi pět set mízních uzlin v tribulární oblasti (MAZÁNEK et al., 2016).

Nervové zásobení je pro senzitivní složku zajišťováno nervus trigeminus, který má tři větve (nervus ophthalmicus, nervus maxillaris, nervus mandibularis) a pro oblast jazyka nervus lingualis a nervus hypoglossus. Motorická inervace mimických svalů vychází z nervus facialis, žvýkací svaly jsou inervovány z nervus trigeminus, oblast jazyka má na starosti nervus hypoglossus a v menší míře i nervus glossopharyngicus. Senzorická inervace je zajištěna z nervus facialis a nervus glossopharyngicus (MAZÁNEK et al., 2016).

Slinné žlázy se dělí podle velikosti na velké, párové (glandula parotis, glandula submandibularis, glandula sublingualis) a malé, které jsou lokalizovány všude v ústní dutině v podslizničních tkáních, nepřetržitě secernují slinu mucinózního charakteru (MAZÁNEK et al., 2016).

Dutina ústní je z anatomického hlediska členěna na dvě části:

- **předsíň dutiny ústní** (vestibulum oris) – zevně je ohraničena rty (labia oris) a tvářemi (buccae), vnitřní ohraničení představují zubní oblouky (arcus dentales) a dásňové výběžky (processus dentales);
- **vlastní dutina ústní** (cavum oris proprium) – strop tvoří tvrdé (palatum durum) a měkké patro (palatum molle), které je ukončeno čípkem (uvula); spodina je tvořena především svaly jazyka (MAZÁNEK et al., 2016).

ZÁKLADY FYZIOLOGIE OROFACIÁLNÍ OBLASTI

Z fyziologického hlediska jsou nejdůležitějšími funkcemi dutiny ústní přijímání a zpracování potravy; vnímání chuti, hmatu, bolesti a tepla a tvorba řeči. Určitý význam má i jako pomocný dýchací orgán (BARTŮNĚK et al., 2016).

Při kousání a žvýkání je potrava rozmělněována na menší části. Žvýkání usnadňuje a urychluje trávení a je jedním z podnětů pro tvorbu a vylučování slin, které pomáhají vytvářet sousta. Enzymatická úprava začíná již v ústech. Zde je potrava fyzikálně a chemicky připravována pro zpracování v dalších částech gastrointestinálního traktu (ROKYTA et al., 2015).

Vnímání chuti potravy a chuťové buňky, spolu s chuťovou pamětí varují před zkaženou nebo známou nebezpečnou potravou. Chuť je významná také pro tvorbu trávicích šťáv (sliny, žaludeční, střevní, pankreatické) (ROKYTA et al., 2015).

Polykání vyžaduje koordinaci mnoha svalů. Polykací centrum se nachází v blízkosti jader IX. A X. hlavového nervu na spodině čtvrté komory. Při polykání je v ústech vytvořené sousto vtlačováno do hltanu. Polykací reflex je vyvolán dotykem kořene jazyka, patrových oblouků a hltanu (ROKYTA et al., 2015).

Tvorba řeči se děje v hrtanu ve spojení s vyražením vzduchového proudu z plic. Zvuk vzniká na základě střídavého zhušťování a zředování vzduchu následkem zužování a rozšiřování hlasové štěrbiny mezi oběma hlasovými vazami. Ústní dutina se uplatňuje jako rezonanční prostor, pomáhající vytvářet zvuk pomocí pohybů tváří, rtů, jazyka a měkkého patra (BARTŮNĚK et al., 2016).

Příloha C – Návrh mapy péče

PÉČE O PACIENTA PO MAXILOFACIÁLNÍM CHIRURGICKÉM VÝKONU (1. pooperační den)	
Poloha pacienta	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Elevace horní poloviny těla – 30°–45° <i>(Semi-Fowlerova poloha, prevence aspirace žaludečního obsahu, zlepšení prokrvení kožního štěpu)</i> <input type="checkbox"/> Přímá poloha hlavy <i>(vyhnout se rotacím do stran, pozor na stehy!!)</i>
Monitorace fyziologických funkcí	<p>Pacient je napojený na monitor a ventilátor – kontinuální monitorace</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hodnocení oběhových parametrů – TK, P, EKG, DF, TT, CVP <input type="checkbox"/> Hodnocení ventilačních parametrů – SpO₂, ETCO₂, ventilační objemy, DF <input type="checkbox"/> Hodnocení tělesné teploty
Monitorace vitality laloku	<p>Monitorace vitality kožního štěpu se provádí vždy jedenkrát za 3 hodiny, výsledek hodnocení je nutné zaznamenat od speciálního protokolu.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hodnocení krvácení po vpichu – krvácení do 2 minut od vpichu <i>(vpich provádíme oranžovou jehlou dostatečně hluboko do místa určeného stomatochirurgem)</i> <input type="checkbox"/> Hodnocení zabarvení laloku – světle růžové zbarvení tkáně <i>(bílá nebo fialová barva – informovat lékaře!!!)</i> <input type="checkbox"/> Hodnocení konzistence tkáně laloku – tkáň je měkká, houbovitě konzistence <i>(tužší konzistence – nutné informovat lékaře!!!)</i>

Monitorace stavu vědomí a bolesti	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Hodnocení RASS – každé 3 hodiny (<i>Richmond Agitation and Sedation Scale</i>) <ul style="list-style-type: none"> • Při hodnocení RASS je nutné myslet na navyšování nebo snižování sedace po domluvě s lékařem (↑ nebo ↓ infuze se sedativy při neklidu dle OL) ❑ Hodnocení projevů bolesti – každé 3 hodiny (FF – DF, P a celkový stav – grimasy v obličeji, pocení) <ul style="list-style-type: none"> • Při známkách bolestivosti je nutné informovat lékaře a domluvit se na navýšení analgezie 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">RASS – THE RICHMOND AGITATION AND SEDATION SCALE</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">POPIS</th> <th style="text-align: center;">HODNOCENÍ</th> <th style="text-align: center;">SKÓRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>Zjevně násilný, ohrožuje bezprostředně personál</i></td> <td style="text-align: center;">Bojovný/á</td> <td style="text-align: center;">+4</td> </tr> <tr> <td><i>Tahá nebo odstraňuje hadice nebo katétry, agresivní</i></td> <td style="text-align: center;">Velmi agitovaný/á</td> <td style="text-align: center;">+3</td> </tr> <tr> <td><i>Četné neúčelné pohyby, neshoda s ventilátorem</i></td> <td style="text-align: center;">Agitovaný/á</td> <td style="text-align: center;">+2</td> </tr> <tr> <td><i>Úzkostný, ale pohyby nejsou agresivní nebo prudké</i></td> <td style="text-align: center;">Neklidný/á</td> <td style="text-align: center;">+1</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Bdělý/á a klidný/á</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td><i>Není bdělý, ale po oslovení udrží bdělost (otevření očí, oční kontakt) 10 a více vteřin</i></td> <td style="text-align: center;">Ospalý/á</td> <td style="text-align: center;">- 1</td> </tr> <tr> <td><i>Po oslovení se krátce probudí, ale oční kontakt udrží méně než 10 vteřin</i></td> <td style="text-align: center;">Lehká sedace</td> <td style="text-align: center;">-2</td> </tr> <tr> <td><i>Po oslovení otevře oči či reaguje pohybem, oční kontakt nenaváže</i></td> <td style="text-align: center;">Střední sedace</td> <td style="text-align: center;">-3</td> </tr> <tr> <td><i>Nereaguje na hlas, na fyzický podnět otevře oči nebo zareaguje pohybem</i></td> <td style="text-align: center;">Hluboká sedace</td> <td style="text-align: center;">-4</td> </tr> <tr> <td><i>Bez reakce na oslovení či fyzický podnět</i></td> <td style="text-align: center;">Neprobuditelný</td> <td style="text-align: center;">-5</td> </tr> </tbody> </table>	RASS – THE RICHMOND AGITATION AND SEDATION SCALE			POPIS	HODNOCENÍ	SKÓRE	<i>Zjevně násilný, ohrožuje bezprostředně personál</i>	Bojovný/á	+4	<i>Tahá nebo odstraňuje hadice nebo katétry, agresivní</i>	Velmi agitovaný/á	+3	<i>Četné neúčelné pohyby, neshoda s ventilátorem</i>	Agitovaný/á	+2	<i>Úzkostný, ale pohyby nejsou agresivní nebo prudké</i>	Neklidný/á	+1		Bdělý/á a klidný/á	0	<i>Není bdělý, ale po oslovení udrží bdělost (otevření očí, oční kontakt) 10 a více vteřin</i>	Ospalý/á	- 1	<i>Po oslovení se krátce probudí, ale oční kontakt udrží méně než 10 vteřin</i>	Lehká sedace	-2	<i>Po oslovení otevře oči či reaguje pohybem, oční kontakt nenaváže</i>	Střední sedace	-3	<i>Nereaguje na hlas, na fyzický podnět otevře oči nebo zareaguje pohybem</i>	Hluboká sedace	-4	<i>Bez reakce na oslovení či fyzický podnět</i>	Neprobuditelný	-5
	RASS – THE RICHMOND AGITATION AND SEDATION SCALE																																					
POPIS	HODNOCENÍ	SKÓRE																																				
<i>Zjevně násilný, ohrožuje bezprostředně personál</i>	Bojovný/á	+4																																				
<i>Tahá nebo odstraňuje hadice nebo katétry, agresivní</i>	Velmi agitovaný/á	+3																																				
<i>Četné neúčelné pohyby, neshoda s ventilátorem</i>	Agitovaný/á	+2																																				
<i>Úzkostný, ale pohyby nejsou agresivní nebo prudké</i>	Neklidný/á	+1																																				
	Bdělý/á a klidný/á	0																																				
<i>Není bdělý, ale po oslovení udrží bdělost (otevření očí, oční kontakt) 10 a více vteřin</i>	Ospalý/á	- 1																																				
<i>Po oslovení se krátce probudí, ale oční kontakt udrží méně než 10 vteřin</i>	Lehká sedace	-2																																				
<i>Po oslovení otevře oči či reaguje pohybem, oční kontakt nenaváže</i>	Střední sedace	-3																																				
<i>Nereaguje na hlas, na fyzický podnět otevře oči nebo zareaguje pohybem</i>	Hluboká sedace	-4																																				
<i>Bez reakce na oslovení či fyzický podnět</i>	Neprobuditelný	-5																																				

<p><i>Odběry biologického materiálu</i></p>	<p>Náběry se provádí vždy ze zavedené arteriální kanyly nebo centrálního žilního katétru</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Odběr krve na vyšetření ABR a krevních plynů – provádíme při příjmu na oddělení a poté každých 6 hodin nebo dle OL (<i>heparinizovaná stříkačka, zhruba 1 mililitr krve</i>) <input type="checkbox"/> Odběr krve pro zjištění hodnoty aPTT – hodnota alespoň 45-50s (<i>odběr se provádí vždy jednou za 24 hodin nebo v případě viditelných známek krvácení, vždy po dohodě s lékařem</i>) <input type="checkbox"/> Ostatní krevní odběry – jedenkrát za 24 hodin KO + diferenciál, biochemické vyšetření (Ca, Mg, P, urea, kreatinin, CRP) <input type="checkbox"/> Mikrobiologické odběry (stěr krk, nos, rectum + odsav z DC + moč) – vždy u pacienta, který je hospitalizován (riziko rezistentních nozokomiálních nákaz)
<p><i>Podávání léků</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Podávání antibiotické terapie dle ordinace lékaře <input type="checkbox"/> Podávání speciální vazodilatační infuze dle ordinace stomatochirurga (nutné sledovat prokrvení a teplotu periferie) <input type="checkbox"/> Podávání Heparinu – kontrola hladiny aPTT (45-50s)
<p><i>Péče o výživu</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kontrola průchodnosti NGS <input type="checkbox"/> Časně zahájení enterální výživy k udržení trofiky střeva (<i>pozor na katecholaminovou podporu – výživu nezahajujeme, pokud je dávka noradrenalinu 0,5 µg/kg/hod a ↑ – nižší prokrvení střeva</i>)
<p><i>Zvláštní péče o dutinu ústní</i></p>	<p>Péče o dutinu ústní se provádí každé 3 hodiny nebo dle potřeby</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Odsávání dutiny ústní – měkké odsávací cévky malého průměru – pozor na poranění dutiny ústní <input type="checkbox"/> Při odsávání kontrola operační rány – krvácení a stav laloku <input type="checkbox"/> Vytírání dutiny ústní antiseptickým roztokem (např. Tantum Verde®)

<p><i>Péče o operační ránu a tracheostomickou kanylu</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asistence u převazu operační rány – převaz provádí stomatochirurg <input type="checkbox"/> Převaz tracheostomické kanyly jednou za 24 hodin nebo dle potřeby – prosáknutí, znečištění <ul style="list-style-type: none"> • <i>zvlhčit antiseptickým roztokem – nechat alespoň 10 minut působit, použít sterilní podložení</i> • <i>krvácení – možno použít algináty</i> • <i>kanyla bez výrazné sekrece – možno použít polymery pro krytí na delší časový úsek</i> • <i>při výrazném foetoru – možno využít materiály s aktivním uhlím</i> • <i>zarudnutí kanyly – možno využít antiseptické materiály</i> 	
<p><i>Záznamy do dokumentace</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Zaznamenáváme FF – každou hodinu <input type="checkbox"/> Výsledky analýzy krve – ABR, krevní plyny, biochemické a hematologické vyšetření <input type="checkbox"/> Hodnocení neurologického stavu, bolesti, RASS při analgosedaci <input type="checkbox"/> Hodnocení odpadů z NGS, drénů <input type="checkbox"/> Hodinová diuréze – hodnocení kvality a kvantity moči <input type="checkbox"/> Hodnocení BT 	
<p><i>Zvažované ošetrovatelské diagnózy</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Riziko infekce (00004) <input type="checkbox"/> Neefektivní průchodnost dýchacích cest (00031) <input type="checkbox"/> Riziko krvácení (00206) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Poškozená sliznice ústní (00045) <input type="checkbox"/> Riziko prodloužení pooperačního zotavení (00246) <input type="checkbox"/> Akutní bolest (00132)
<p><i>Poznámky</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	

Příloha D – Souhlas etické komise

Etická komise
Všeobecné fakultní nemocnice v Praze
ETHICS COMMITTEE
of the General University Hospital, Prague

Na Bojišti 1
128 08 Praha 2
tel.: 224964131
e-mail: eticka.komise@vfn.cz

Vážený pan
Bc. Aleš Opatrný,
Nuselská 1421/57
140 00 Praha 4

9.11.2017
č.j.: 1620/17 S-IV

Etická komise VFN projednala na svém zasedání 19.10.2017 Vámi předložený individuální výzkumný – bakalářskou práci čj. 1619/17 S-IV – bakalářská práce

Název studie/Title of CT: Komplexní ošetřovatelská péče u pacienta po maxilofaciálním chirurgickém výkonu.

Žadatel/Applicant: Bc. Aleš Opatrný, KARIM RES urgentní příjem, U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2

Lhůta pro podání písemné zprávy o průběhu KH od jeho zahájení/ Time schedule for submission of the written Annual Report: 1x ročně/Once a year Jiná lhůta/Other

Úhrada nákladů spojených s posouzením žádosti a vydáním stanoviska /Reimbursement of costs related to assessment of the EC: Ano/Yes Ne, důvod/No, reasons: Nesponzorovaný projekt

Datum doručení žádosti / Date of submission of the Application Form: 9.10.2017

Datum jednání EK+čas/Date and time of Ethics Committee's session:

19.10.2017(15,30 – 17,30 hod.) - **pozastaveno** bez zasedání, připomínky zaslány e-mailem, seznam členů bude dodán s konečným stanoviskem;

• Opravený dokument dodán 6.11.2017 a zkontrolován 9.11.2017: **souhlas**

Seznam míst hodnocení s označením míst, ke kterým se EK vyjadřila jako místní EK a kde vykonává dohled

Místo hodnocení / Jméno zkoušejícího Trial Site / Name of Investigator	Místní EK Local EC	Adresa místní EK Address
Bc. Aleš Opatrný, KARIM RES Urgentní příjem, U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2	<input checked="" type="checkbox"/>	EK při VFN, Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2

Seznam hodnocených dokumentů / List of all submitted documents:

Název dokumentu, verze, datum Document title, version, date	Schváleno /Approved		Vzato na vědomí / Taken into account	
	ANO Yes	NE No	ANO Yes	NE No
Průvodní dopis a popis projektu, po opravě 6.11.2017	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zkrácený formulář EK VFN, nedatováno- bez podpisu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Žádost o dotazníkovou akci a vyjádření vedení pracoviště a vedení VFN, 2.10.2017	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Životopis zkoušejícího Bc. Aleš Opatrný, nedatováno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Čestné prohlášení o provádění výzkumu ve VFN a souhlas přednosta kliniky, 8.10.2017	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stanovisko etické komise:

EK vydává / EC issues

- Souhlasné stanovisko/Favourable opinion
 Nesouhlasné stanovisko/Unfavourable opinion

EK VFN vydává **souhlasné** stanovisko k provedení individuálního výzkumu –zpracování kazuistik tří pacientů k bakalářské práci na pracovišti VFN KARIM RES- urgentní příjem.

Podpis předsedy EK / Signature of Chairperson

Etická komise
Všeobecné fakultní nemocnice
v Praze

MUDr. Josef ŠEDIVÝ, CSc.

1/2

Seznam členů etické komise/ List of the Ethics Committee Members:

	Muž/ Žena Male/ Female	Odbornost Specialist	Zaměstnanec zřizovatele EK*		Funkce v EK Role in EC	Přítomen Attendance		Hlasoval Voted	
			Ano Yes	Ne No		Ano Yes	Ne No	Ano Yes	Ne No
MUDr. Josef Šedivý, CSc.	M/M	Clinical Pharmacologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Předseda/ Chairperson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Magda Šišková, CSc.	Ž/F	Haematologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mistopředseda/ Vice-chairperson	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
JUDr. Milada Džupinková, MBA	Ž/F	Lawyer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Jana Farkačová	Ž/F	Lab. Technician	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doc. MUDr. Pavel Freitag, CSc.	M/M	Gynaecologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ing. Antonín Grošpic, CSc.	M/M	Engineer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Eva Kubala Havrdová, CSc.	Ž/F	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Hana Honová	M/M	Oncologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Anna Jedličková	Ž/F	Microbiologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Jiří Kolář	M/M	Cardiologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
MUDr. Ladislav Korábek, CSc., MBA	M/M	Dental surgeon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. František Perlík, DrSc.	M/M	Pharmacologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Jan Roth, CSc.	M/M	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mgr. Libuše Roytová Mgr. ThLic. of Theologie	Ž/F	Member of clergy	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Kateřina Rusinová, MgA., Ph.D.	Ž/F	Anesthesiologist- Intensive Med.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
JUDr. Šárka Špeciánová	Ž/F	Lawyer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Marcela Trojánková	Ž/F	Privat Nefrologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Jiří Zeman, DrSc.	M/M	Paediatrist – Adolescent Med	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

pozn: * Zaměstnanec zřizovatele EK/ Employee of EC appointing authority)

Etická komise prohlašuje, že byla ustavena a pracuje v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými právními předpisy. Poslední sloupec udává, zda členové EK byli přítomni hlasování, ale nikoli jak hlasovali ve věci./The Ethics Committee hereby declares that it was established and operates in accordance with its Rules of Procedure in compliance with GCP and valid legal regulations. EC members personally presented the voting procedure (and NOT their individual voting result to or against the cause) are indicated in the last column :

Ano/Yes Ne/No

Komentář/Comments:

Datum/Date: 19.10.2017

Podpis předsedy EK nebo zástupce
Signature of Chairperson or Vice-Chairperson

Etická komise
Všeobecná fakulní nemocnice
v Praze

MUDr. Josef ŠEDIVÝ, CSc.

Jazyková škola Jipka

Národní 416/37
110 00 Praha 1
Palác Platýz (4. patro)

Potvrzení o odborném vyhotovení překladu

Tímto potvrzujeme, že korektura přiloženého dokumentu byla vyhotovena v naší *Jazykové škole Jipka*. Překlady a korektury pro nás zpracovávají zkušení překladatelé s odpovídajícím vzděláním, se kterými máme řádně podepsané smlouvy o spolupráci.

Všichni překladatelé, se kterými spolupracujeme, musí před zařazením do naší aktivní databáze překladatelů absolvovat zkušební překlad, který je opraven a vyhodnocen proškoleným hodnotitelem. Tím ověřujeme, že mají překladatelé odpovídající vzdělání a dostatek zkušeností s překladatelskou činností, abychom tak mohli zajistit překlad odpovídající vysokým nárokům na kvalitu našich služeb.

V Praze dne 9.3.2018


www.jipka.cz

razítko, podpis

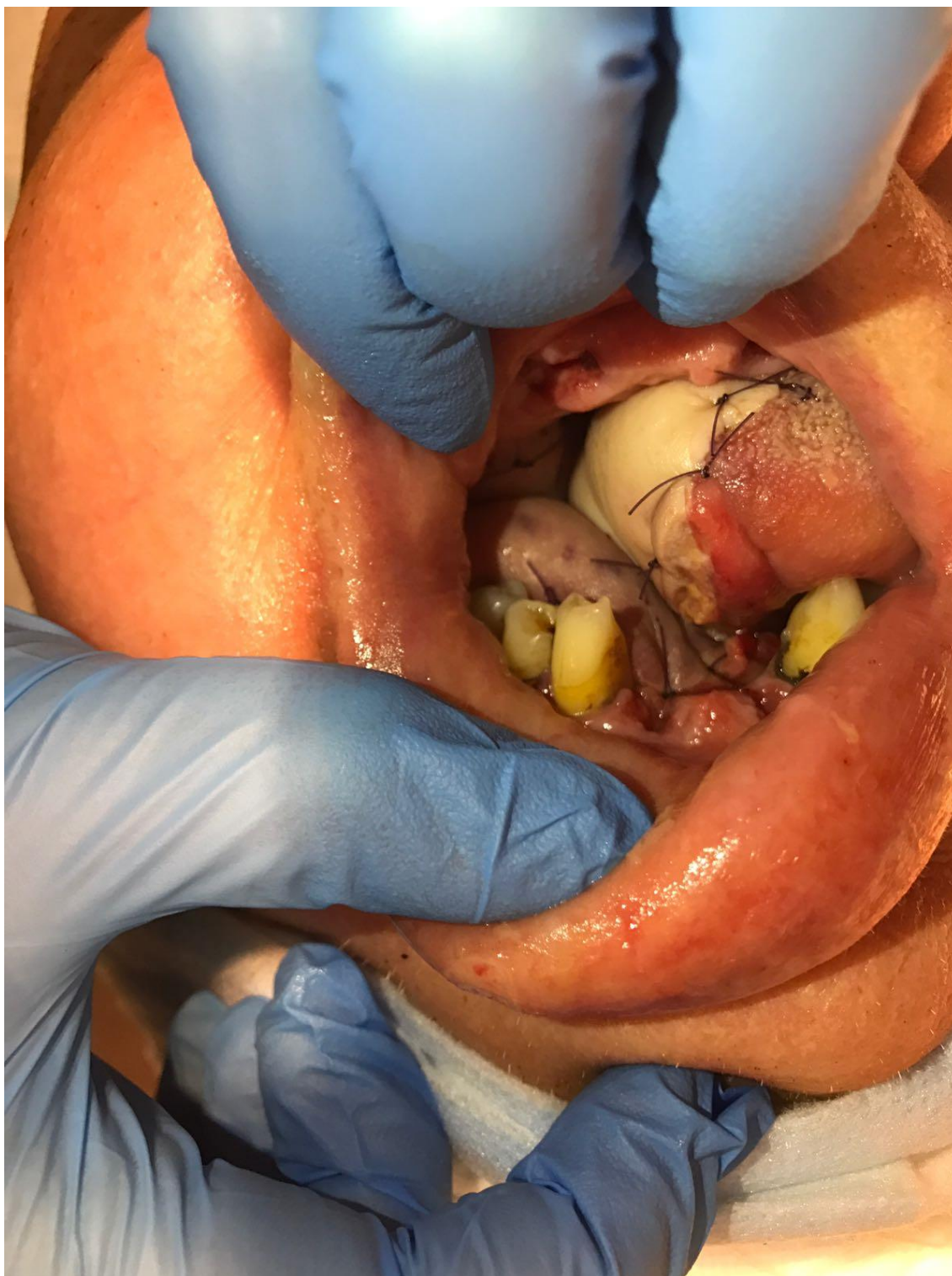
Jipka - vzdělávání, s.r.o.
Národní 416/37, Palác Platýz, 4. patro
110 00 Praha 1
IČ: 28504895 | DIČ: CZ28504895

Příloha F – Obrázek – kontrola kožního štěpu sestrou A



(zdroj: vlastní fotodokumentace)

Příloha G – Obrázek – kontrola kožního štěpu sestrou B



(zdroj: vlastní fotodokumentace)

Příloha H – Obrázek – místo odběru kožního štěpu



(zdroj: vlastní fotodokumentace)

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracoval údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta po maxilofaciálním chirurgickém výkonu v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 15. 3. 2018

Bc. Aleš Opatrný