

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Ošetrovatelská péče v anesteziologii,
resuscitaci a intenzivní medicíně



Bc. Petra Havlínová

Specifika ošetrovatelské péče u pacientů po resekci jazyka
na stomatochirurgickém oddělení

The Specifics of Nursing Care for Patients after Resection of the Tongue
on Oral Surgery Department

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Monika Hošťálková
Konzultant: prof. MUDr. Jiří Mazánek, DrSc.

Praha, 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

Souhlasím – ~~Nesouhlasím~~*

V Praze, 18. 4. 2014

Bc. Petra Havlínová

* **Nehodící se škrtnete**

Identifikační záznam:

HAVLÍNOVÁ, Petra. *Specifika ošetrovatelské péče u pacientů po resekci jazyka na stomatochirurgickém oddělení.* [The Specifics of Nursing Care for Patients after Resection of the Tongue on Oral Suregery Department]. Praha, 2014. 96 str., 4 přílohy. Diplomová práce (NMgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Hošťálková, Monika.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá specifiky ošetrovatelské péče u pacientů po resekci jazyka na stomatochirurgickém oddělení. Mezi cíle této práce patřilo zaměřit se na základy péče o pacienty po resekci jazyka a nejčastější ošetrovatelské problémy, se kterými se mohou sestry setkat při péči o tyto pacienty. Práce se skládá ze dvou částí, teoretické a empirické. Teoretická část popisuje obor stomatologii a stomatochirurgii, anatomii a fyziologii dutiny ústní. Dále se zabývá orofaciální chirurgií a samotným výkonem resekce jazyka se zaměřením na ošetrovatelskou péči o pacienty po tomto výkonu. V dalších kapitolách teoretické části se můžeme dočíst o nejčastějších ošetrovatelských problémech u pacientů po resekci jazyka a je zde také popsán ošetrovatelský model Marjory Gordonové, který popisuje dvanáct vzorců zdraví a ze kterého bude vycházeno v části empirické. Empirická část je věnována vlastnímu výzkumnému šetření. Popisuje se zde metodika a organizace výzkumného šetření. Jednalo se o kvalitativní výzkum, kdy metodou sběru dat bylo vytvoření tří kazuistik neboli případových studií s následnou diskuzí.

Klíčová slova

Karcinom jazyka, Resekce jazyka, Stomatochirurgie, Péče o dutinu ústní, Ošetrovatelská péče

ABSTRACT

This thesis deal swith the specifics of nursing care for patiens with a resected tongue in the oral surgery department. The objectives of this work include focusing on the basics of care for patiens after a tongue resection and the most common problems nurses may encounter hen caring for these patients. The work consists of two parts: the theoretical and empirici parts. The theoretical part describes the field of dentistry and oral surgery, anatomy and physiology of the oral cavity. It also deals with orofacial surgery and the actual tongue resection procedure with a focus on nursing care for patiens after wards. In other chapters of the theoretical part we can read about the most common nursing problems in patiens after a tongue resection. In addition, the twelve patterns of health in Marjory Gordon's nursing model will be described for the empirical section. The empirical part is devoted to the research investigation. The thesis describes the metodology and organization of the research investigation. This was a qualitative research, the method of data collection was to create three case reports or case studies with follow discussion.

Key words

Carcinoma of the tongue, Tongue resection, Oral surgery, Dental care, Nursing care

Poděkování:

Tímto bych ráda poděkovala Mgr. Monice Hošťákové za odborné vedení mé diplomové práce. Dále bych chtěla velmi poděkovat své rodině, příteli a přátelům za obrovskou podporu, pomoc a trpělivost během studia na této fakultě. Nesmírně si toho vážím.

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 STOMATOLOGIE A STOMATOCHIRURGIE	10
1.1 Stomatologie.....	10
1.2 Stomatochirurgie.....	11
1.3 Mezioborová spolupráce.....	12
1.4 Spolupráce ambulantní a lůžkové části maxilofaciální chirurgie	12
2 ANATOMIE A FYZIOLOGIE DUTINY ÚSTNÍ	13
2.1 Dutina ústní.....	13
2.2 Jazyk (lingua).....	15
2.3 Ústní část hltanu (oropharynx).....	16
3 OROFACIÁLNÍ ONKOLOGIE	17
3.1 Klasifikace nádorů orofaciální oblasti.....	18
3.2 Epidemiologie nádorů orofaciální oblasti	19
3.3 Prekancerózy ústní sliznice	19
3.4 Onkologická diagnostika ve stomatologické chirurgii.....	20
3.5 Terapie nádorů orofaciální oblasti.....	21
3.5.1 Chirurgická terapie.....	22
3.6 Prognóza maligních tumorů orofaciální oblasti	23
4 RESEKCE JAZYKA	24
4.1 Karcinom jazyka	24
4.2 Ošetrovatelská péče u pacientů po resekci jazyka	26
4.3 Rehabilitační péče a logopedie.....	30

5	OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY U PACIENTŮ	
	PO RESEKCI JAZYKA.....	32
5.1	Aktuální ošetrovatelské problémy	32
5.2	Potenciální ošetrovatelské problémy	34
6	OŠETŘOVATELSKÝ MODEL MARJORY GORDON	35
6.1	Dvanáct vzorců zdraví	35
	EMPIRICKÁ ČÁST	37
7	CÍLE.....	37
7.1	Cíle diplomové práce	37
8	METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	37
8.1	Metoda výzkumného šetření.....	37
8.2	Zdroje odborných poznatků	38
8.3	Charakteristika výzkumného vzorku	38
8.4	Organizace výzkumného šetření	38
9	OŠETŘOVATELSKÁ KAZUISTIKA Č. 1	39
9.1	Identifikační údaje.....	39
9.2	Lékařská anamnéza	39
9.3	Diagnostická péče	41
9.4	Terapeutická péče	44
9.5	Ošetrovatelská část	46
9.6	Edukace, ošetrovatelský závěr a prognóza	56
10	OŠETŘOVATELSKÁ KAZUISTIKA Č. 2	57
10.1	Identifikační údaje.....	57
10.2	Lékařská anamnéza	57
10.3	Diagnostická péče	59
10.4	Terapeutická péče	62
10.5	Ošetrovatelská část	64
10.6	Edukace a ošetrovatelský závěr a prognóza	72

11	OŠETŘOVATELSKÁ KAZUISTIKA Č. 3	73
11.1	Identifikační údaje	73
11.2	Lékařská anamnéza	73
11.3	Diagnostická péče	75
11.4	Terapeutická péče	78
11.5	Ošetrovatelská část	80
11.6	Edukace a ošetrovatelský závěr a prognóza	88
12	DISKUZE	89
13	Opatření pro praxi	93
	ZÁVĚR	94
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	95
	Seznam zkratk	97
	Seznam tabulek	99
	Seznam grafů	100
	Seznam příloh	101

ÚVOD

Tato diplomová práce je věnována ošetrovatelské péči u pacientů po resekci jazyka na stomatochirurgickém oddělení. Téma jsem si vybrala hlavně proto, že osobně pracuji na jednotce intenzivní péče Kliniky ústní, čelistí a obličejové chirurgie VFN v Praze. Dle mého názoru není stomatochirurgie příliš známým oborem a témata týkající se této problematiky nejsou ve velké míře součástí učiva bakalářského a magisterského studia, které jsem absolvovala. Práce v tomto oboru je velice zajímavá a i to byl důvod, proč jsem si vybrala právě toto téma pro psaní diplomové práce.

Hlavním cílem této práce je přiblížit zásady péče o pacienty po operačním výkonu resekce jazyka. Jako další cíl jsem si stanovila zjistit, s jakými ošetrovatelskými problémy se mohou potýkat sestry pečující o tyto pacienty. Pro splnění cílu jsem se rozhodla vytvořit kazuistiku u pacientů po resekci jazyka, kde budou zaznamenány všechny důležité informace o těchto pacientech.

V této práci bych se také chtěla celkově zaměřit na problematiku orofaciální onkologie a blíže popsat terapii pacientů s karcinomem jazyka. Dále bych čtenáře ráda seznámila s oborem stomatochirurgie. Velmi by mne potěšilo, kdyby se tato práce mohla používat jako ucelený přehled pro sestry pečující právě o pacienty po resekčním výkonu jazyka.

TEORETICKÁ ČÁST

1 STOMATOLOGIE A STOMATOCHIRURGIE

V úvodní kapitole se seznámíme s obory stomatologie a stomatochirurgie. Uvedeme zde základní rozdělení stomatologie. V části zabývající se stomatochirurgií bude popsána její historie, mezioborová spolupráce a spolupráce s ambulantní a lůžkovou částí maxilofaciální chirurgie.

1.1 Stomatologie

Záchovná stomatologie

Jde o obor, který se zabývá prevencí zubního kazu, jeho léčbou (kariologie) a zachováním již postiženého zubu (endodontie).

Stomatologická protetika

Rekonstrukční obor, nahrazuje části zubu i celý chrup, pracuje s náhradami fixními (korunky, můstky) a snímatelnými (částečné a celkové zubní náhrady), zabývá se funkční estetikou a fonační rehabilitací chrupu. Úkolem protetiky je vytvářet nejen náhrady nahrazující chrup, ale i defekty v obličeji (protézy nosu, patra, čelisti).

Paradontologie

Zabývá se vznikem, léčením a prevencí chorob paradontu, chorobami sliznice ústní dutiny. Jde o nejmladší stomatologický obor.

Pedostomatologie (dětská stomatologie)

Zabývá se prevencí a komplexní péčí o chrup v dětském věku. Je zaměřena na problematiku vývoje a prořezávání zubů, dočasného chrupu, na prevenci a terapii onemocnění orofaciální soustavy a projevů celkových chorob. Zahrnuje záchovnou stomatologii, stomatologickou chirurgii, stomatologickou protetiku, paradontologii a nemoci sliznice dutiny ústní. Úzce spolupracuje s čelistní chirurgií.

Ortodontie (čelistní ortopedie)

Zabývá se prevencí, vznikem, diagnostikou a terapií odchylek postavení zubů a čelistí (vady v postavení jednotlivých zubů, vady v postavení skupin zubů, vady ve vztahu zubních oblouků, vady růstu čelistí).

Stomatochirurgie

Jde o samostatný stomatologický obor, který k léčbě užívá chirurgický zákrok. Tento obor je podrobněji popsán v kapitole 1.2, viz níže (Nováková, 2011).

1.2 Stomatochirurgie

Stomatochirurgie se zabývá chirurgickou léčbou chorob dutiny ústní, obličejové části hlavy a přilehlých částí krku. Dělí se na ústní chirurgii (dentoalveolární), která zahrnuje výkony na zubech, alveolárních výběžcích čelisti a měkkých tkáních dutiny ústní a maxilofaciální chirurgii, která se zabývá chirurgickou léčbou čelistí, obličeje a krku. Hlavní problematikou jsou traumatologie, onkologie, korekce čelistních anomálií, preprotetické úpravy čelistí, slinné žlázy a kolemčelistní zánětlivé procesy.

1.2.1 Historie a vývoj oboru

V našich zemích se zubní lékařství začalo přednášet na české fakultě v roce 1882. Praktický výcvik lékařů v ošetřování chrupu a provádění malých chirurgických výkonů začal o deset let později. V devatenáctém století byly výkony obličejové chirurgie doménou všeobecné chirurgie. V roce 1920 založil prof. Jesenský v Praze první lůžkové oddělení při zubním ambulatoriu. Přednostou byl významný čelistní chirurg prof. Kostečka, který je autorem řady operací.

Velký rozmach oboru nastal po roce 1945, kdy se čerpalo ze zkušeností ošetřováním rozsáhlých válečných poranění obličeje. Vznikla nová specializovaná pracoviště ÚČOCH nejen klinická, ale i nemocniční. Obor byl obohacen o principy fyziologie operování a základy rekonstrukční chirurgie.

V roce 1954 byla stomatochirurgie prohlášena za specializační obor v rámci zubního lékařství a od roku 1970 nese název ústní, čelistní a obličejová chirurgie. V této době vznikly vynikající odborné texty a monografie s problematikou onemocnění orofaciální oblasti.

Odborný rozvoj je v posledních letech zaměřen na využívání biologických materiálů, endoskopických diagnostiko-terapeutických postupů a mezioborovou spolupráci (Bulík, 2013).

1.3 Mezioborová spolupráce

Mezioborová spolupráce je ve všech medicínských oborech a také v maxilofaciální chirurgii preferovaná a nezbytná. Nejčastější spolupráce je s anesteziologicko-resuscitační klinikou a pracovištěm zobrazovacích metod.

V traumatologii je samozřejmá spolupráce s neurochirurgií, neurologií, ORL, očním a klinikou úrazové chirurgie. Stav pacientů s nádorovým onemocněním je konzultován lékaři onkologické komise za účasti onkologa, maxilofaciálního chirurga, otorinolaryngologa. Závěrem konzilia je stanovení optimálního terapeutického plánu. Úpravy pouhazových stavů a defektů po radikálních onkologických výkonech jsou prováděny ve spolupráci s plastickou a rekonstrukční chirurgií. Nelze pominout ani spolupráci s hematologií, kardiologií, diabetologií, dietologií, nefrologií, alergologií a v neposlední řadě i s ambulancí bolesti.

Maxilofaciální chirurgie je samostatným oborem, ale díky pokrokům v medicíně a stále náročnějším chirurgickým výkonům je úzce propojena s dalšími obory medicíny. Tato vzájemná oboustranná spolupráce významně zlepšuje výsledky léčby běžných i závažných onemocnění (Bulík, 2013).

1.4 Spolupráce ambulantní a lůžkové části maxilofaciální chirurgie

Lékaři pracoviště se podle harmonogramu střídají na lůžkovém oddělení, ambulantních a operačních sálech. Účastní se vizit a ranních schůzek, kde se referuje o průběhu služby, zdravotním stavu hospitalizovaných pacientů, upřesňují se aktuální změny operačního programu a provozu pracoviště. Vrchní sestra předává tyto informace zdravotním sestřám ambulantního provozu.

Nově přichází pacient je vyšetřen ambulantním lékařem. Po zhodnocení klinického stavu a výsledků dalších vyšetření je na základě diagnostického závěru objednan k ambulantnímu chirurgickému výkonu či k hospitalizaci. U nádorových onemocnění je při první návštěvě odebrána diagnostická excise, jsou doporučena nezbytná vyšetření (SONO břicha a krku, CT, MRI, snímek plic). S výsledky je pacient předán na onkologickou ambulanci kliniky, kde přednosta kliniky vyhodnotí veškeré nálezy a určí datum hospitalizace. V onkologické komisi, které je členem, je stanoven plán léčby.

U akutních stavů – traumata, kolemčelistní záněty – jsou nemocní předáni do péče lůžkového lékaře. V mimopracovní době zajišťuje veškerou péči službu konající lékař, včetně akutních chirurgických výkonů. Při ukončení hospitalizace je pacient ponechán do zhojení v péči kliniky nebo předán do péče praktického lékaře. Spolupráce ambulantní a lůžkové části se řídí zavedenými pravidly a je bezproblémová (Bulík, 2013).

2 ANATOMIE A FYZIOLOGIE DUTINY ÚSTNÍ

V této kapitole se zmíníme o anatomii a fyziologii dutiny ústní. Jednotlivé části dutiny ústní budou popsány stručně, kdežto vzhledem k tématu této diplomové práce popíšeme podrobněji anatomii a fyziologii jazyka. Zmíníme se zde také o hltanu a to pouze o jeho ústní části.

2.1 Dutina ústní

Ústní dutina (cavitas oris) je prostor ohraničený měkkým a tvrdým patrem, rty a tvářemi. Spodinu dutiny ústní tvoří svalová přepážka (musculi mylohyoidei). Komunikaci se zevnějškem zprostředkovává ústní štěrbina (rima oris). Vzadu pokračuje dutina ústní do hltanu (Čihák, 2013). Zubní oblouky a dásně horní a dolní čelisti rozdělují ústní dutinu na předsíň a vlastní ústní dutinu. Obsahem ústní dutiny jsou zuby, jazyk a některé slinné žlázy. Předsíň dutiny ústní (vestibulum oris) je štěrbina mezi plochou tváře a rtů a mezi zubním obloukem a dásněmi. Povrchová sliznice je tvořena mnohvrstevným dlaždicovým epitelem. Je prostoupena uzlíčky lymfatické tkáně, jejichž rozpadem vznikají bolestivé afty. Vlastní dutiny ústní je ohraničen zevně vnitřní plochou tváří a rtů, dole jazykem a spodinou ústní, nahoře proti nosní dutině je patro (palatum), které se dělí na přední tvrdé patro (palatum durum) a zadní měkké patro (palatum molle). Vzadu komunikuje ústní dutina zúženým průchodem (isthmus faucium) se střední částí laryngu (oropharynx) (Nováková, 2011).

Činností dutiny ústní je přijímána jak pevná, tak tekutá potrava. Potrava je mechanicky rozmělnována a smíšena se slinami. Chuťové receptory na jazyku spolu s mechanoreceptory a termoreceptory dutiny ústní ve spolupráci s čichem zajišťují komplexní vjem chuti a kvality potravy. Při zvýšeném ventilačním úsilí slouží dutina ústní jako část dýchacích cest. S dýcháním souvisí i její činnost při mluvení (Kittnar, 2011).

Ret (labium oris)

Ret je kožní řasa uzavírající vstup do podkovovité předsíně a vlastní dutiny ústní a přechází do obou tváří. Rty jsou důležitou součástí orgánů řeči a zabezpečují i příjem potravy (sání). Podkladem horního i dolního rtu je kruhový ústní sval. Rty jsou na vnitřní straně pokryty sliznicí dutiny ústní a na zevní ploše tenkou kůží. Na vnitřní ploše rtů jsou viditelné i hmatné slinné žlázy jako drobné hrbolky, uložené v podslizničním vazivu.

Tvář (bucca)

Tvář ohraničuje ústní dutinu v rozsahu mezi jařmovým obloukem a okrajem dolní čelisti. Vzadu končí tvář u předního okraje musculus masseter. Povrch tváří pokrývá prokrvená kůže, ze které u mužů vyrůstají vousy. Pod kůží je řídké podkožní vazivo s poměrně silnou vrstvou tuku. Tukové těleso je zasunuto mezi žvýkací a tvářový sval, který tvoří svalový podklad tváří. Svalem prochází vývod příušní žlázy ústí v předsíni

ústní dutiny. Dutinovou plochu tváří pokrývá sliznice, která je pevně fixována k vnitřní ploše tvářového svalu. V podslizničním vazivu jsou drobné tvářové slinné žlázy (Naňka, 2009).

Patro (palatum)

Patro tvoří strop dutiny ústní a odděluje ústní dutinu od dutiny nosní. Patro se skládá ze dvou částí. Přední dvě třetiny tvoří převážně kostěné, tzv. tvrdé patro (palatum durum) a zadní třetinu měkké patro (palatum molle). Ze střední části měkkého patra vybíhá prstovitý čípek (uvula). Od báze čípku odstupují dvě dobře viditelné párové řasy. Přední řasy končí u kořene jazyka, zadní se vytrácejí na bočních stěnách hltanu. Podkladem obou řas jsou svaly. Mezi řasami je mělká prohlubeň, ve které je uložena patrová mandle. Svaly měkkého patra jsou párové. Svoji kontrakcí mění tvar a délku měkkého patra, zdvihají a snižují patro (při polykání uzavírají nosní dutinu) a regulují průsvit ústní sluchové trubice a hltanového průchodu. Má také významné fonační funkce.

Podkladem tvrdého patra jsou výběžky horní čelisti a horizontální ploténky patrových kostí. V zadní části tvrdého patra postupně silí vrstva podslizničního vaziva, v němž jsou uloženy drobné slinné žlázy.

Zub (dens, dentes)

Zub je tvrdý mineralizovaný orgán, který vzniká jako specializovaný produkt ústní sliznice. Zuby slouží především k mechanickému zpracování potravy a jsou součástí mluvidel. Zuby vytvářejí horní a dolní zubní oblouk. Součástí zubních oblouků jsou výběžky (okraje) čelistí a dásně. Soubor všech zubů obou čelistí tvoří chrup (dentici). Z časového hlediska rozlišujeme dentici dočasnou (tzv. mléčný chrup) a dentici trvalou. Dočasný chrup se skládá z 20 zubů, trvalý chrup má 32 zubů. Chrup tvoří řezáky (dentes incisivi), špičáky (dentes canini), třenové zuby (dentes praemolares) a stoličky (dentes molares). Třenové zuby se nevyskytují v dočasném chrupu. Každý zub se skládá z korunky, krčku a kořene. Uvnitř korunky a krčku je dřevná dutina a kořenem zubu prochází kořenový kanálek. U živého zubu je dřevná dutina vyplněna zubní dřeví. Kořenovým kanálkem vstupují do zubu cévy a nervy. Na mikroskopické stavbě zubu se podílí zubovina (dentinum), sklovina (enamelum), cement (cementum) a zubní dřev (pulpa).

Dáseň

Dáseň je řasa kryjící výběžky (okraje) čelistí a pružně obemykající zuby. Dáseň tvoří epitel podložený vrstvou hustého kolagenního vaziva. Kolem krčku se dáseň těsně přimyká k povrchu cementu a zabraňuje průniku látek do štěrbiny mezi zubem a jamkou čelisti (Dylevský, 2009).

2.2 Jazyk (lingua)

Jazyk je mimořádně pohyblivý orgán, který změnou své velikosti a tvaru zajišťuje posun potravy a plní i významné řečové funkce při tvorbě samohlásek a souhlásek. Díky receptorům ve sliznici je jazyk také orgánem chuti a hmatu. Jazyk je funkčně složen ze dvou částí. Z těla jazyka, které vybíhá v oploštělý hrot, a z masivního kořene jazyka.

Horní plocha jazyka je vyklenuta a její povrch je rozdělen podélným slizničním žlábkem. Žlábkem odpovídá vazivová přepážka uvnitř jazyka, která dělí jazyk na dvě poloviny. Hranice mezi tělem a kořenem jazyka vymezuje rýha tvaru písmene V. Spodní plochu jazyka lze přehlédnout pouze v předním úseku. Hladká sliznice zde vytváří řasy. Nejmhutnější je střední řasa – jazyková uzdička, která jde od hrotu jazyka k dásni a omezuje pohyb hrotu jazyka. Po obou stranách uzdičky leží malé hrbolky, na nichž ústí vývody podjazykové a podčelistní žlázy.

Svaly jazyka

Jazyk se skládá z příčně pruhovaných svalů, vaziva, sliznice, mízní tkáně a slinných žláz. Svaly jazyka tvoří skupina extraglosálních a intraglosálních svalů. Extraglosální svaly začínají na kostech lebky a na jazylce. Jejich snopce vyzařují do jazyka. K extraglosálním svalům patří m. styloglossus, m. hyoglossus, m. genioglossus a m. palatoglossus. Extraglosální svaly svým smrštěním zabezpečují pohyb jazyka dolů, dozadu a dopředu.

Intraglosální svaly začínají i končí přímo v jazyku. Svými snopci se upínají převážně do vazivových struktur jazyka, tj. do vazivové přepážky rozdělující jazyk a do vrstvičky podslizničního vaziva. Intraglosální svaly tvoří nepřesné ohrazení a vzájemně se proplétající svalové jednotky, jejichž kontrakcí se mění především tvar jazyka. Motorickou inervaci svalů jazyka zabezpečuje podjazykový nerv.

Sliznice jazyka

Sliznice povlékající hřbet jazyka je na svém povrchu pokryta mechanicky odolným a obnovujícím se vrstevnatým dlaždicovým epitelem. V rozsahu hřbetu jazyka vybíhá sliznice v množství vyvýšenin a záhybů neboli jazykových bradavek, které dodávají povrchu jazyka sametový vzhled. Podle tvaru rozlišujeme čtyři skupiny jazykových bradavek. Jedná se o bradavky nitkovité, houbovitě, listové a bradavky hrazené. Drsnější hrboletý povrch má kořen jazyka, kde jsou ve vazivu sliznice uloženy četné uzlíky mízní tkáně, které zde tvoří tzv. jazykovou mandli.

Bradavky zvětšují povrch sliznice a zlepšují kontakt rozmělněné potravy s chuťovými receptory. Chuťové receptory mají vztah k hrazeným bradavkám, což jsou poměrně velké útvary (až 3 x 3 mm) tvaru komolého kužele, které jsou prakticky celé zanořeny do sliznice před žlábkem oddělujícím kořen jazyka. Od okolní sliznice jsou ohrazeny kruhovou brázdou, ve které jsou malé, soudečkovité útvary (chuťové pohárky) obsahující chuťové receptory.

Mízní tkáň jazyka

Mízní tkáň jazyka je nakupena ve slizničním vazivu kořene, kde tvoří tzv. jazykovou mandli (tonsilla lingualis). Mandle je složena z řady mízních uzlíků, které vyklenují povrch sliznice. Mízní tkáň jazyka je součástí celého systému mízních tkání uložených v nosohltanu a v ústní části hltanu. Tyto tkáně tvoří základní imunologické bariéry na začátku trávicí trubice, kde dochází k prvnímu kontaktu potravy s vnitřním prostředím organismu.

Slinné žlázy (glandulae salivariae)

Slinné žlázy jazyka patří mezi tzv. malé slinné žlázy produkující sliny, zvlhčující povrch jazyka a sliznici dutiny ústní. Jde o malé i větší žlázy produkující více než jeden litr slin denně. Složení a množství slin je závislé na typu a množství přijímané potravy a tekutin. Slinné žlázy rozlišujeme podle velikosti na malé (tvářové, patrové, jazyka, dásně a rtu) a velké (příušní, podčelistní, podjazyková), podle typu sekrece máme žlázy serózní, acinózní a žlázy smíšené (Dylevský, 2009).

2.3 Ústní část hltanu (oropharynx)

Hltan (pharynx) je předozadně oploštělá trubice, která nahoře navazuje na nosní a ústní dutinu a při dolním okraji hrtanu přechází do jícnu. Hltanem přichází potrava do jícnu a vdechovaný a vydechovaný vzduch tudý proudí z nosní nebo ústní dutiny do hrtanu. Respektive opačným směrem.

Ústní část hltanu je vymezena měkkým patrem a rovinou proloženou vchodem do hrtanu nebo dolním okrajem těla třetího krčního obratle. Střední část hltanu komunikuje s ústní dutinou hltanovou úžinou (istmus faucium), která je ohraničena měkkým patrem (čípkem), kořenem jazyka a patrovými oblouky. Oba oblouky podmiňují stejnojmenné patrové svaly pokryté sliznicí. Mezi oblouky je na každé straně hltanové úžiny poměrně hluboká vkleslina, obvykle nepřesahuje nad úroveň obou řas.

Povrch mandle je nerovný, posetý mělkými jamkami i hlubokými a členitými kryptami. V kryptách je oloupaný epitel prostoupený lymfocyty, zbytky potravy a mikroorganismy. Tento materiál může vytvořit tzv. tonzilární čepy a být zdrojem chronické infekce (Dylevský, 2009).

3 OROFACIÁLNÍ ONKOLOGIE

Tato část diplomové práce bude věnována orofaciální onkologii. Popíšeme zde klasifikaci nádorů orofaciální oblasti a jejich epidemiologii. Budeme se také věnovat prekancerózám ústní sliznice a onkologické diagnostice ve stomatologické chirurgii. Další část této kapitoly se zaměřuje na terapii nádorů orofaciální oblasti a jejich prognózu.

Malignity v orofaciální oblasti představují asi 3,5 % novotvarů ve všech lokalizacích a jejich incidence má vzestupný charakter. Z 90 % jde o epidermoidní karcinomy, které často recidivují. Pokud se pacienti podrobí chirurgické léčbě, vyžadují specifický přístup v předoperační přípravě a pooperační péči (Habalová, 2005).

Růst a vývoj orgánů probíhá na základě buněčného dělení a diferenciaci. Průběžná obměna buněk je předem geneticky naprogramována. Porucha regulačních mechanismů apoptózy má za následek buněčnou diferenciaci a vznik nádorového bujení. Dělení nádorů probíhá nekontrolovaně a autonomně. Zatímco benigní tumor zachovává normální strukturu mateřské tkáně, je opouzdřený a roste většinou expanzivně, maligní nádorový proces je charakterizován nespoutaným, infiltrativním růstem a zakládáním nádorových ložisek (metastáz).

Molekulární základy orální kancerogeneze jsou předmětem intenzivního výzkumu. Jde o komplikovaný mechanismus, na kterém se podílí celá řada faktorů. Buňky bazálních vrstev epitelů ústní dutiny mají i za normálních okolností poměrně vysokou mitotickou aktivitu. Růstové faktory ovlivňující buněčné dělení mohou za určitých podmínek vyvolat kvalitativní i kvantitativní poruchy proteinů regulujících buněčné dělení a navodit nekontrolovatelný růst tkání. Abnormální akcelerace jejich buněčného cyklu je jednou ze základních příčin kancerogeneze. Pravděpodobnost a rychlost vzniku mutací závisí na genetické dispozici, životním stylu a vlivech životního prostředí. Klinická manifestace zhoubného nádorového onemocnění je zpravidla výsledkem působení endogenních a exogenních vyvolávajících faktorů (Pazdera, 2011).

3.1 Klasifikace nádorů orofaciální oblasti

Z histopatologického hlediska dělíme nádory orofaciální oblasti na mezenchymové a epitelové. Epitelové nádory vycházejí z kožního, slizničního nebo žláзовého epitelu. Mezi benigní ektodermální tumory kůže a sliznic patří papilomy, dále ze žláзовého epitelu vznikají adenomy, pleomorfní adenomy a papilární cystadenolymfomy. K maligním kožním a slizničním nádorům řadíme basocelulární a spinocelulární karcinomy (basaliomy a spinaliomy). Z maligních tumorů slinných žláz jsou nejčastější adenoidně-cystické karcinomy (cylindromy) a mukoepidemoidní karcinomy.

Zvláštní kategorii tvoří odontogenní tumory, které se vyskytují výhradně v orofaciální oblasti a vycházejí z jednotlivých struktur zubních zárodků. Dále tu jsou nádory neuroektodermu (neurinomy a neurofibromy) a pigmentové nádory (melanomy, melanoblastomy).

Benigní tumory orofaciální oblasti

Spektrum benigních nádorů je v orofaciální oblasti poměrně pestré. Benigní nádory z pojivové tkáně se zpravidla manifestují jako zduření, klinicky často obtížně rozlišitelné od nenádorové hyperplazie. Společnou vlastností všech benigních tumorů je zachování typické skladby tkáně, z níž vyrůstají a pomalý a expanzivní růst. Další společnou vlastností je dobré ohraničení proti okolním tkáním.

Benigní nádory netvoří druhotná ložiska (nemetastazují) a samy o sobě neovlivňují nepříznivě celkový organismus. V určitých lokalizacích (např. očníce) však mohou být zdrojem funkčních poruch nebo závažného krvácení (např. hemangiomy). Po úplném chirurgickém odstranění nerecidivují.

Maligní tumory orofaciální oblasti

Maligní tumory orofaciální oblasti jsou každoročně bezprostřední příčinou úmrtí přibližně 2 % mužské a 1 % ženské části populace. V ústní dutině a obličejí převládají zcela jednoznačně karcinomy vycházející z vrstevnatého dlaždicového epitelu ústní sliznice nebo epiteliální složky slinných žláz (Pazdera, 2011).

3.2 Epidemiologie nádorů orofaciální oblasti

Výskyt nádorů v ústní dutině a obličeji je poměrně častý. Z celkového počtu novotvarů kolísá jejich počet mezi 3 % až 5 %. To je podmíněno tím, že orofaciální oblast je vystavena intenzivnímu působení zevních i vnitřních vlivů. Jde o iritaci látkami mechanicky či termicky, o působení vlivů biologické povahy a dědičných faktorů.

Mezi nejrizikovější zevní vlivy patří kouření, konzumace koncentrovaných destilátů, nedbalá péče o hygienu dutiny ústní, chronické dráždění měkkých tkání ostrými okraji neošetřených zubů a ponechaných zubních kořenů, či nevhodně konstruovanými protetickými náhradami. Tyto vlivy ještě umocňuje ovzduší znečištěné průmyslovými exhalacemi, skladba stravy, vlivy, kterým jsou lidé vystaveni v zaměstnání (práce s herbicidy či pesticidy, s ionizujícím zářením, s azbestem, arzénem, s látkami užívanými při konzervaci potravin apod.).

Z vnitřních vlivů lze uvést virová, bakteriální a mykotická onemocnění (např. HPV, syfilis, candidosis), některé choroby trávicího ústrojí (onemocnění jater, diabetes mellitus), rizikem je i hypercholesterolémie, ateroskleróza a neurastenie.

Benigní i maligní novotvary se v orofaciální oblasti vyskytují u pacientů všech věkových skupin, malignity jsou však častější až po 40. roce. Muži jsou postiženi až sedmkrát častěji než ženy (Kilian, 2012).

3.3 Prekancerózy ústní sliznice

U některých zhoubných nádorů je možné rozpoznat tzv. nemaligní stadium, charakterizované určitými patologickými změnami v místě, kde se po určité době vyvine novotvar. Platí to zejména o karcinomech v některých lokalizacích, mezi které patří i retní červeň a ústní sliznice. Změny, které ještě samy o sobě nejsou karcinomem, ale z nichž se může tento tumor vyvinout, se nazývají prekancerózy.

Na ústní sliznici je nejčastější prekancerózou leukoplakie. Tento termín označuje bílé skvrny (plaky), které není možné seškrábnout a jsou těžce definovatelné histologicky (Nečas, 2009). Na ústní sliznici se leukoplakie vyskytuje nejčastěji u starších osob, hlavně u mužů, i když dnes se postižení u obou pohlaví vyrovnává. V etiopatogenezi leukoplakií hrají nemalou roli místní faktory, především fyzikální a chemické. Z fyzikálních je to zejména chronická mechanická traumatizace. Nejvýznamnějším chemickým faktorem v ústech jsou dehtové zplodiny a nikotin kuřáků. Právě kouření je příčinou proč v dnešní evropské i severoamerické populaci stoupá výskyt ústních leukoplakií u žen.

Mezi další prekancerózy se řadí erytroplakie. Jedná se o jasně červená políčka někdy sametovitěho vzhledu, které nelze klinicky ani histologicky zařadit pod jinou známou nosologickou jednotku. V histologickém obraze erytroplakie bývá těžká epitelová dysplazie až charakteru intraepitelárního karcinomu.

V etiologii prekanceróz retní červeně se předpokládá především vliv UV záření, protože se nejčastěji vyskytují u osob pracujících po řadu let pod širým nebem. Kromě

UV záření se zřejmě uplatňují etiologicky i povětrnostní podmínky, které způsobují osychání a praskání rtů s následnou atrofií epitelu retní červeně.

Další prekancerózou ústní sliznice je keratoma senile, což je nepřesně ohraničené, ploché, šedavě zbarvené ložisko s povrchem drsným od olupujících se šupin, někdy s drobnými krvácejícími erozemi a krustami. Dále se může vyskytovat cornu cutaneum, z jehož povrchu se šupiny neodlučují, ale spojují se ve tvrdou rohovou vrstvu (Kilian, 2012).

3.4 Onkologická diagnostika ve stomatologické chirurgii

Diagnózu maligního nádorového onemocnění stanovíme na základě anamnestických dat, klinického vyšetření a doplňujících fyzikálních, mikroskopických a laboratorních vyšetření. Velmi důležitou součástí procesu stanovení diagnózy je histopatologické vyšetření vzorku nádorové tkáně. K odběru vzorku využíváme zpravidla diagnostickou excizi. Odběr provádíme zpravidla z okraje tumoru tak, aby byly ve vzorku tkáně zajištěny nádorové struktury i zdravá tkáň.

Diagnostickou excizi neprovádíme u tumorů menších než 2 cm, které extirpujeme v celku, a u karcinomů rtu (diagnóza bývá klinicky jasná). U nádorů slinných žláz dáváme většinou přednost pooperační biopsii na kryostatu (vzorek tkáně je rychle zmražen a výsledek odečten ještě během operace tak, aby bylo možno modifikovat radikalitu výkonu).

Další možnosti histopatologické verifikace je punkční biopsie (není vždy zcela spolehlivá) nebo cytologický stěr materiálu z povrchu tumoru, který má význam spíše pro hrubou orientaci.

K přesnému stanovení velikosti a invazivity tumoru a jeho vztahu k okolním tkáním využíváme vedle běžného klinického vyšetření také prostý rentgenogram, CT a MR. Běžným rentgenogram má význam pro diagnostiku primárních tumorů vycházejících z kostní struktury. CT a MR s intravazálním kontrastem zobrazí také rozsah nádorové infiltrace měkkých tkání, což má význam zejména při vyšetření klinicky obtížně přístupných struktur (např. kořen jazyka) a při vyšetření uzlinových metastáz.

Pro posouzení rozsahu a závažnosti maligního nádorového onemocnění využíváme mezinárodně platné klasifikace TNM (T = tumor, N = nodus lymphaticus, uzlinová metastáza, M = vzdálená, orgánová metastáza) (Pazdera, 2011).

3.5 Terapie nádorů orofaciální oblasti

Terapie benigních nádorů

Terapie benigních nádorů je většinou chirurgická a spočívá v úplném odstranění nádoru v celku včetně jeho pouzdra. Důležité je kompletní odstranění, jinak dochází k recidivám. Většinou se jedná o excizi nebo exstirpaci, záleží na typu nádoru, velikosti a jeho lokalizaci. U nádoru vyrůstajícího ze sliznice se provede člunkovitá excize jeho základny. Ohraničený útvar v hloubce měkkých tkání exstirpujeme s pouzdrem, např. lipom. U kostních nádorů je možné provést částečné snesení a úpravu tvaru čelisti tzv. egalizací, nebo je nutné provést resekci a rekonstrukci postižené části čelisti. V případě nádorů podčelistní slinné žlázy se provádí její exstirpace. Další možností odstranění tumoru je kryoterapie (destrukce nízkou teplotou kapalného dusíku) a laserterapie (destrukce tepelným účinkem laserového paprsku). Likvidace nebo redukce objemu hemangiomů je možné dosáhnout jejich sklerotizací nebo embolizací. Na odstranění malých povrchových hemangiomů se používá laser (Bulík, 2013).

Terapie maligních nádorů

Ve srovnání s léčbou nezhoubných nádorů musí být radikálnější, komplexní a její součástí je léčba regionálních a vzdálených metastáz. Komplexní protinádorová terapie zahrnuje chirurgickou část, radioterapii a chemoterapii.

Základem terapeutického plánu je správná diagnostika, která určí rozsah primárního nádoru a jeho šíření, generalizaci nádorové nemoci. Velikost nádoru a jeho lokalizace rozhoduje o operabilitě. Současné chirurgické možnosti s použitím laloků k rekonstrukcím umožňují supraradikální výkony. Rozsáhlé resekční výkony v citlivé oblasti, jakým je obličej, výrazně zhoršují kvalitu života pacienta a nezaručují vyléčení, proto je nutné zvažovat zajištění důstojné kvality života jak pro samotné pacienty, tak i pro jejich blízké.

Menší nádory bez metastazování je možné řešit radikální excizí, nebo při některých lokalizacích je vhodná i radioterapie jako jediná léčebná modalita. V indikovaných případech je součástí chirurgické léčby primárních nádorů i odstranění spádových krčních uzlin provedením krční disekce. V případě, že radikalita resekce není dostatečná a jsou přítomné metastatické uzliny, je nutné zajistit chirurgický výkon ještě pooperační radioterapii. Rozhodování o typu použitých modalit vychází z léčebných protokolů. Které stanovují postup podle stádia nádorové nemoci, histopatologického nálezu a s ohledem na aktuální celkový stav pacienta. V pokročilých stádiích nádorové nemoci kdy není indikována chirurgická léčba, nebo pacient chirurgickou léčbu odmítne, se provádí tzv. konzervativní terapie – radioterapie samostatně, nebo v kombinaci s chemoterapií.

Cílem radioterapie je likvidace nádorových buněk ionizujícím zářením v místě primárního nádoru i regionálních lymfatických uzlinách. Jedná se o jiný způsob lokální terapie. Může být jedinou léčebnou alternativou, nebo je součástí komplexní terapie. K terapii většiny nádorů dutiny ústní se používá vysokoenergetické fotonové záření

aplikované lineárním urychlovačem v různých režimech. Výhodou moderních přístrojů je možnost přizpůsobit tvar ozařovaného objemu nepravidelnému tvaru nádoru a tím zmenšit poškození zdravých tkání. Nevýhodou radioterapie jsou nežádoucí vedlejší účinky (poškození slinných žláz, kostí a tvrdých zubů) a omezená senzitivita dlaždicobuněčného karcinomu.

Chemoterapie je indikována pro pacienty s nově diagnostikovaným neoperabilním karcinomem dutiny ústní, aplikovaná konkomitačně s primární radioterapií. Další indikace je v rámci paliativní léčby inoperabilních karcinomů, metastatických či recidivujících onemocnění. U pacientů s vysokým rizikem lokální recidivy je součástí adjuvantní pooperační radioterapie. Jedná se o aplikaci cytostatik, které různým mechanismem zasahují do buněčného cyklu dělení nádorové buňky a tím ji i poškozují. Většinou se jedná o systémové (intravenózní) podání, ale je možné i regionální intraarteriální aplikace do hlavní arterie pro danou lokalizaci nádoru. V základním režimu se používají cytostatika na bázi platiny s fluorouracilem nebo taxany. Použití chemoterapie s radioterapií signifikantně prodlužuje přežití pacientů, ale zároveň zvyšuje lokoregionální toxicitu. V posledních letech se léčebné možnosti rozšiřují o cílenou biologickou terapii, která je zaměřená na blokádu receptoru epidermálního růstového faktoru. Nejznámější látkou je cetuximab, který se většinou aplikuje s radioterapií (Bulík, 2013).

3.5.1 Chirurgická terapie

Chirurgie je zatím nejúčinnější metodou v léčbě maligních nádorů orofaciální oblasti. Pro indikaci resekčních výkonů u pokročilých stádií nádorové nemoci je důležitá zkušenost chirurga a jeho přístup s ohledem na zachování přijatelné kvality života po rozsáhlých resekcích v obličeji, následkem kterých dochází k významným estetickým změnám a pomizení funkcí (dýchání, polykání, artikulace).

Radikalita onkologických resekcí musí být větší, protože neexistuje metoda, pomocí které by bylo možné určit hranici při operaci. Pro bezpečnou resekci zhoubného nádoru se uvádí požadavek 0,5 cm lem mikroskopicky zdravé tkáně v okolí nádoru. Prakticky při operaci to znamená 1 cm makroskopicky zdravé tkáně v okolí nádoru a v malém prostoru dutiny ústní u nádorů o průměru 4 cm je to resekce o průměru 6 cm. Tento požadavek by v některých lokalizacích přinášel významné funkční poškození, proto je možné v problematických místech resekce využít metodu statimového vyšetření resekčního okraje. Po odebrání vzorku v místě s menším lemem makroskopicky zdravé tkáně patolog po rychlém zpracování metodou „na zmrzlo“ zhodnotí okraj a podá informaci operatérovi do 15 - 20 minut. Chirurg má možnost při pozitivním nálezu nádoru v okraji rozšířit resekci ve vyšetřovaném místě a tím zmenšit riziko recidivy.

Vzniklé defekty po resekčních výkonech je možné uzavřít lalokovými plastikami z okolí. Větší defekty je nutné rekonstruovat lalokem s cévní stopkou, odebraným z různých částí těla za využití mikrochirurgických technik. Výhodným lalokem, kterým je

možné uzavřít rozsáhle defekty v oblasti horní čelisti je transponovaný temporální sval do dutiny ústní.

Součástí chirurgické léčby primárního nádoru je odstranění regionálních krčních uzlin různého rozsahu. Jedná se o blokovou krční disekci, principem které je odstranění tukovo-lymfatické tkáně v oblasti krku s cílem odstranit metastatické uzliny. U rozsáhlých nádorů je nutné zajistit dýchací cesty tracheostomií (Bulík, 2013).

3.5.2 Celková anestezie ve stomatochirurgii

Celkové anestezii musí předcházet řádné vyšetření pacienta. Cílem předoperačního vyšetření je zhodnocení stavu nemocného, posouzení stupně operačního rizika a způsobilost pacienta k operačnímu výkonu a navržení léčebně diagnostického postupu k optimalizaci přípravy k operaci (Málek, 2011). Jde především o hematologické vyšetření a biochemické vyšetření moče. U pacientů starších 40 let je vhodné zhotovit rentgenogram srdce a plic. U plánovaných výkonů je vhodné ještě předoperační vyšetření anesteziologem. Nejméně 6 hodin před chirurgickým výkonem nesmí pacient přijímat tekutiny a potravu, aby se vyloučilo riziko zvracení s následnou aspirací žaludečního obsahu.

K objektivnímu zhodnocení rizika s výkonem v celkové anestezii slouží klasifikace, kterou vypracovala ASA (American Society of Anaesthetists). Pacient je podle stupně rizika spojeného s výkonem zařazen do některé z pěti kategorií. V zásadě platí, že u nemocných zařazených do kategorie I a II je možné v indikovaných případech provést chirurgický výkon v celkové anestezii bez zvláštní přípravy, případně ambulantně. Rizikové skupiny nemocných zařazené do kategorie III a IV vyžadují většinou přípravu k výkonu a hospitalizaci. Nemocní skupiny V jsou zpravidla hospitalizováni na specializovaných klinických anesteziologicko-resuscitačních odděleních (Pazdera, 2011).

3.6 Prognóza maligních tumorů orofaciální oblasti

Prognóza maligního nádorového onemocnění v ústí dutině zůstává vzdor pokrokům v operačních technikách a možnostech moderní farmakoterapie velmi vážná.

Přestože se obličej a ústní dutina dají klinicky dobře vyšetřit. Bývá většina maligních tumorů diagnostikována pozdě. Pravděpodobnost pětiletého přežití (obecně uznávané kritérium úspěšnosti onkologické léčby) se tak pohybuje u slizničních karcinomů jen kolem 30 %. Karcinomy rtů a kožní karcinomy obličeje mají naštěstí mnohem lepší prognózu. Nejčastější příčinami úmrtí na maligní tumor orofaciální oblasti jsou lokoregionální uzlinové metastázy, reziduální nádorová choroba, vzdálené metastázy a duplicitní maligní tumory v jiných lokalizacích (Pazdera, 2011).

4 RESEKCE JAZYKA

4.1 Karcinom jazyka

Karcinom jazyka je onemocnění, které se častěji vyskytuje u mužů ve věku okolo 60. let. Rizikovou skupinou jsou především kuřáci a alkoholici s nedostatečnou hygienou dutiny ústní (Sláma, 2009). Mívá vzhled exulcerovaného kráterovitého defektu, prorůstá okolí, někdy zasahuje až do orofaryngu. Záhy metastazuje do regionálních uzlin. Pohyb jazykem bývá bolestivý, a tak nádor nemocného omezuje v příjmu potravy a mluvení. Zejména pro pozdější stádia je charakteristický zápach z úst a exulcerace prorůstajícího nádoru či metastáz submandibulárně. Po narušení lingvální tepny dochází k obtížně stavitelnému krvácení (Kilian, 2012).

Nádor se vyskytuje ve dvou klinických formách. Jedná se o endofytickou a exofytickou formu. Endofytická forma představuje tuhý, centrálně vtažený infiltrát, vzniká na hraně jazyka na spodině interpapilární brázdy, záhy se propaguje do hloubky, infiltruje svalovinu jazyka a posléze exulceruje. Jeho růst je v počáteční fázi skrytý, a může proto snadno uniknout pozornosti. Exofytická forma, označovaná také jako papilární nebo hypertrofická forma, začíná jako výrůstek vyčnívající nad povrch epitelálního krytu v podobě květákovitého útvaru.

Vedle těchto dvou základních klinických forem se popisuje ještě forma skirhotická seu intersticiální, kdy karcinom infiltruje celý jazyk, ten je fixován ke spodině a stává se nepohyblivým. Další formou je hybridní karcinom, který vzniká na podkladě leukoplakií a leukokeratóz anebo se tak označují karcinomy, jež vznikaly na podkladě existence syfilis. Ze všech uvedených klinických forem karcinomu jazyka je nejčastějším typem exofyticky rostoucí karcinom. Vyskytuje se ve volné i fixované části jazyka, většinou je však umístěn na hraně jazyka v její střední třetině.

Tato skutečnost je pravděpodobně dána tím, že v těchto partiích je jazyk nejčastěji drážděn a zraňován při žvýkání potravy ostrými okraji zdravých i kariézních zubů nebo chybně konstruovanými fixními či snímatelnými zubními náhradami. Marginální část jazyka je také častým sídlem leukoplakií a leukokeratóz, které jsou asi ve 20 % příčinou vzniku zhoubného bujení na jazyku. Vznik karcinomu dále podporuje kouření, nadměrné pití destilovaných nápojů, přijímání dráždicí a neúměrně teplé potravy, dráždění chemickými látkami a špatná hygiena ústní dutiny.

Karcinom umístěný na hraně jazyka zůstává dlouho lokalizovaný unilaterálně, naproti tomu karcinomy báze, tedy fixované části jazyka, rychle prorůstají na kontralaterální stranu, infiltrují celý kořen jazyka a šíří se i na přední patrový oblouk a patrovou mandli, do sulcus glossoepiglotticus a na epiglottis. Nejednou postihuje nádor i celý orofarynx příslušné strany. Další anatomickou lokalizací karcinomu jazyka je spodina jazyka, z té se nádor plíživě šíří až na alveolární výběžek dolní čelisti a podél vývodu submandibulární slinné žlázy do sublinguální, submandibulární a submentální

lože. Tato lokalizace nádoru se uvádí jako pelvilinguální forma karcinomu. Na hřbetu volné části a na hrotu jazyka se vyskytuje karcinom zcela vzácně (Mazánek, 2006).

4.1.1 Terapie karcinomu jazyka

Terapeutický postup závisí na stádiu nádorové choroby. V prvním a druhém stádiu stojí na prvním místě chirurgické odstranění tumoru, doplněné exstirpací regionálních mízních uzlin (submandibulárních a hlubokých krčních). Společně se submandibulárními uzlinami odstraňujeme i podčelistní a podjazykovou slinovou žlázu. Chirurgické odstranění karcinomů kořene jazyka s propagací do orofaryngu někdy vyžaduje osteotomii, nebo částečnou resekci mandibuly v oblasti úhlu a větve. Operační výkon zpravidla doplníme i chirurgickou sanací chrupu. Extrahujeme všechny gangrenózní zuby, radixy nebo zuby se špatným biologickým faktorem. Po zhojení operační rány následuje zajišťovací radioterapie.

Ve třetím stadiu nádorové choroby můžeme zahájit léčbu neadjuvantní, regionální chemoterapií, poté tumor a regionální uzliny chirurgicky odstranit. Na závěr komplexní léčby zařazujeme zajišťovací radioterapii. Ve čtvrtém stádiu onemocnění může být radikální chirurgický výkon nemožný. Jediným řešením těchto zanedbaných případů je paliativní radioterapie, případně v kombinaci se systémovou chemoterapií (Pazdera, 2011).

4.1.2 Operační výkon resekce jazyka

Glosektomie se provádí úplná nebo částečná. Je prováděna zpravidla pro zhoubné onemocnění jazyka a kořene jazyka. Do této oblasti se však dostávají zhoubné nádory také z jiných orgánů přímým prorůstáním (karcinom hrtanu, tonzily), nebo metastaticky (maligní melanom).

Cílem léčby je odstranění zhoubného nádoru jazyka. Zpravidla jde o výkon spojený s blokovou krční disekcí, mnohdy s dalšími výkony (totální laryngektomií). Nádory vyžadující resekci kořene jazyka jsou vždy výkony totální. Po operaci je onkologická léčba závislá na typu nádoru. Výkon je prováděn v celkové intubační anestezii. Po provedení přístupu je resekována část nebo celý jazyk a přilehlé tkáně v rozsahu nutném pro radikální léčbu.

S glosektomií se většinou provádí krční disekce. Krční disekce je součástí operací prováděných pro zhoubný nádor. Rozsah a typ blokované disekce je určován na základě histologie nádoru a postiženého orgánu. Odstranění uzlin na krku zvláště při jejich postižení nádorem (metastázy), je součástí radikální chirurgické léčby a základním předpokladem v léčbě zhoubných nádorů. Při tomto výkonu dochází k odstranění uzlin krku v příslušných oblastech, v některých případech s šetřením nelymfatických struktur (kývače, jugulární žíla a nervus accesorius).

V místě blokovaných disekcí jsou zpravidla drény dle Redon Josta. Po naložení kompresivních obvazů v oblastech blokované disekce, je proveden obvaz rány. Nad obvaz je

vyvedena tracheostomická kanyla. Dále je zavedena alimentární cévka a drény. Výkon je vždy zajištěn ATB profylakticky (Astl, 2012).

4.1.3 Komplikace

Krvácení v ráně je indikací k časné revizi. Před operací je nutné odebrat výtěry z dutiny ústní. V případě komplikací odebíráme výtěry z rány pro cílenou ATB léčbu. Pozdní komplikací je vytvoření vzácně píštěle častěji hypofaryngokutánní píštěle. Po blokové krční disekci se může také objevit krvácení, kdy by se měla při revizi podvázat krvácející rána. Může také dojít k ochrnutí nervus accesorius, které způsobí omezenou hybnost ramene. Další komplikací je poranění ductus thoracicus a vznik lymfatického píštěle. V tomto případě by měla být zahájena konzervativní léčba dietou s omezením tuků a bílkovin a kompresí rány (Astl, 2012).

4.2 Ošetrovatelská péče u pacientů po resekci jazyka

4.2.1 Předoperační péče

V předoperační péči je důležité navázání kontaktu s pacientem. Podrobně by mu měl být vysvětlen průběh operace a pooperační období. Je nutné zodpovědět všechny dotazy nemocného, ale i jeho rodiny. Rozhovor vede lékař. Před plánovaným resekčním výkonem u pacienta s onkologickou diagnózou je nutné zajistit podrobnou lékařskou anamnézu, která zahrnuje popis příznaků pacienta, výskyt nádorových onemocnění v rodině a další obvyklá anamnestická kritéria. Dle ordinace lékaře sestra provede odběr krve na hematologické, biochemické, hemokoagulační vyšetření a na zjištění krevní skupiny pro případnou transfúzi (Hanišová, 2013).

Probere se celková délka léčby včetně případného ozáření po operaci. Je nutné upozornit na ztrátu schopnosti mluvit. Dále by měla být probrána celková doba léčby včetně pooperační (ozáření po operaci). Nemocnému se předloží plán léčby s časovým výhledem případných rekonstrukčních operací. Vysvětlí se způsob a provede se nácvik komunikace s ošetřujícím personálem ještě před operací. Seznámíme nemocného s funkcí tracheostomie, alimentární cévky, s riziky spojenými se vznikem píštěle bude-li nemocný polykat potravu mimo cévku a s péčí o tracheostomii (odsávání hlenů aj.). Získáme souhlas s operací. Provedeme výtěry z dutiny ústní, krčku zubů a krku. Pro prevenci tromboembolické nemoci zabandážujeme dolní končetiny. Odstraníme všechny šperky, 6 hodin před operací by měl pacient lačnit. Připraví se profylaktická ATB léčba (Astl, 2012).

4.2.2 Pooperační péče

Pacient je z operačního sálu přeložen na oddělení intenzivní pooperační péče ve většině případů s tracheostomií, alimentační cévkou a permanentním močovým katétre. V případě blokové krční disekce je přiložen kompresní obvaz na krku v oblasti úhlu dolní čelisti. Je zaveden drén dle Redon Josta. Pacient má zavedený periferní žilní katétr. U delších a komplikovanějších výkonů se zavádí centrální žilní katétr.

Po příjezdu z operačního sálu by klient měl být uložen do mírně zvýšené polohy v úhlu 30 – 45 stupňů s podloženou hlavou do předklonu. Nesmí dojít k záklonu hlavy, aby rána nebyla zatížena přílišným tahem. Pacientovi se změří tělesná teplota a je sledovaný přes monitor. Kontinuálně se měří dechová frekvence, tepová frekvence a saturace. Každých 15 minut se po dobu 2 hodin měří krevní tlak, dále pak po 1 hodině (Workman, 2004). Dle ordinace lékaře zajistíme dostatečnou analgezií. Sledujeme příjem a výdej tekutin po 6 hodinách a obnovu střevní peristaltiky po výkonu. Každou hodinu kontrolujeme krvácení po dobu alespoň 8 hodin. Udržujeme vlhkost rtů a průchodnost nosu. Pacientům se většinou podávají krystaloidy a glukóza. Laboratorně sledujeme hladinu iontů, jaterní testy, funkce ledvin, celkovou bílkovinu a krevní obraz dle ordinace lékaře. Alespoň jednou za týden by se měl provést stěr z okolí operační rány, okolí tracheostomie a odsav sputa na bakteriologické vyšetření. Dále se odesílá vzorek moče na bakteriologii a biochemii. Zajišťujeme péči o žilní katétr, tracheostomii a alimentační cévku. Provádíme dostatečnou hygienu dutiny ústní a celkovou hygienu. Měli bychom dbát na prevenci tromboembolické nemoci, kdy základem je pohyb v možném rozsahu, včasná aktivizace nejen somatická, ale i psychická. Již nultý den se doporučuje aktivní cvičení dolních končetin a v dalších dnech postupná vertikalizace. Komunikace a spolupráce u klientů po resekci jazyka je specifická. Klient může mít problém s verbálním projevem, proto hlavní zdrojem informací je neverbální komunikace. Měli bychom pacientovi zajistit vhodné komunikační pomůcky (Nováková, 2011).

Péče o žilní vstupy

Vzhledem k lokalizaci onemocnění a operační ráně se podávají tekutiny, živiny, minerály, vitamíny a léky periferním nebo centrálním žilním katétre. Sestra kontroluje jeho průchodnost, přepichuje dle standardu oddělení, sleduje známky možné infekce a vedlejší účinky podávaných léků.

Péče o tracheostomickou kanylu

Pravidelně kontrolujeme lokalitu tracheostomatu a jeho okolí. Sledujeme, zda nejsou v okolí tracheostomatu známky zánětu (zarudnutí, otok, bolestivost, patologická sekrece). Okolí tracheostomie ošetřujeme dvakrát či třikrát denně a dále dle potřeby při prosáknutí sekretem. Měníme pravidelně sterilní čtverec, kterým vypořádáme tracheostomickou kanylu. Čtverce k vypořádání se vyrábějí z různých materiálů - z mulu, kvalitnější z netkaného textilu, které se po rozstřížení netřepí, či čtverce

z netkané textilie s hliníkovou vrstvou s ochrannými a sacími vlastnostmi, tzv. aluminiové komprese.

Fixace tracheostomické kanyly je zajištěna tkalouny či fixačními textilními páskami, které měníme podle potřeby tracheostomovaného pacienta. Úkolem sestry je kontrolovat v pravidelných intervalech okolí tracheostomie, fixaci tracheostomické kanyly a zahuštěnost fixační těsnicí manžety. K měření zahuštěnosti fixační těsnicí manžety používáme Cuffův manometr. Optimální zahuštěnost těsnicí manžety představuje tlak nejvýše do 25 mm Hg.

První výměnu tracheostomické kanyly s těsnicí manžetou provádíme za 5 až 7 dní. Další její výměnu provádíme za sedm až deset dní. Dále provádíme výměnu podle potřeby pacienta. Polohujeme pacienta podle jeho zdravotního stavu, dbáme na správnou polohu hlavy a trupu, aby byla zachována průchodnost dýchacích cest. Provádíme dechovou rehabilitaci, která umožní snadnější odkašlávání a odsávání sekretu z dýchacích cest. Ošetřovatelská péče o dýchací cesty zahrnuje zvlhčování a odsávání dýchacích cest, inhalační terapii, ambuing jako prevence atelektáz. Dýcháním přes tracheostomickou kanylu jsou vyraženy přirozené funkce horních cest dýchacích, tj. čistící, ohřívací a zvlhčovací. Při nedostatečné či nevhodné ošetřovatelské péči může dojít k zasychání sekretu, k tvorbě krust a k možné infekci dolních cest dýchacích.

Inhalace lze podávat přes firemně vyráběné mikronebulizační soupravy, které umožňují přesné dávkování naordinovaných farmak. Inhalační soupravy obsahují baňku k inhalaci se spojovacím setem a Aerovo T (Kapounová, 2009).

Odsávání z dolních dýchacích cest provádíme sterilními odsávacími cévkami z PVC hmoty přiměřeného průsvitu, který odpovídá jedné třetině tracheostomické kanyly. Šetrnou technikou odsávání sekretu z dýchacích cest snižujeme jejich traumatizaci a předcházíme vzniku infekce. Tento způsob odsávání sekretu z dýchacích cest se nazývá otevřený. Při jeho použití dochází k rozpojení ventilačního okruhu a pacient je ohrožen rizikem nozokomiální infekce (Chmelíková, 2005).

Příjem stravy

Pacientů, po operačním výkonu resekce jazyka se zavádí na operačním sále nasogastrická sonda. Po operaci bychom měli poučit pacienta, že nesmí žádnou potravu přijímat ústy. Ověříme polohu sondy Janettyho stříkačkou a auskultací. Podávání výživy se uskutečňuje den po operačním výkonu. Strava se podává Janettyho stříkačkou v dílčích částech. První podaná strava je o objemu 50 ml. Sonda je napojena na odvodný sáček a hodinu po podání se dá na spád. Sestra kontroluje charakter a množství odpadu ze sondy, a pokud nejsou vysoké, může se navyšovat objem podávané výživy postupně až do 300 ml. Enterální výživa se může podávat přes enterální pumpu se setem kontinuálně nebo jednorázovým podáním. Strava nesmí být teplejší než 37°C. Po podání stravy vždy cévku propláchneme 50 ml čiré nesladké tekutiny nebo nesladkým čajem.

Po 6 hodinách se kontroluje průchodnost NGS. Nejprve se odsaje žaludeční sekret z NGS a poté propláchne čajem nebo vodou. Po aplikaci se proplach odtáhne a NGS se napojí opět na sběrný sáček. Minimálně dvakrát denně bychom měli provádět výměnu fixace a kontrolu nosní dírky, kde může vzniknout dekubit. Při správné fixaci by sonda neměla naléhat na stěny nosní dírky. Nosní díрку dle potřeby očistíme štětičkou s boraxglycerinem. Dbáme na umístění NGS a sběrného sáčku, tak aby tekutina volně odtékala. Pokud to jde, změním polohu sondy se sáčkem na opačnou stranu než je CŽK, eventuelně jiný i.v. vstup. NGS se ponechává nejdéle 10-14 dní a pokud je potřeba zavede se nová NGS.

Pacientovi bychom měli vysvětlit důležitost podávané výživy a princip jejího podávání. Všechny informace o NGS zaznamenáváme do ošetrovatelské dokumentace. Stanovíme plán ošetrovatelské péče. Zhodnotíme schopnost pacienta strávit výživu, sledujeme množství, pravidelnost a charakter stolice.

Nejčastějšími komplikacemi zavedené NGS je její neprůchodnost a špatná poloha, kdy NGS neodvádí nebo nelze propláchnout. V nosní dírce může vzniknout dekubit. Pacient také může být alergický na fixační náplast. Další komplikací je nechtěné vytažení NGS s následkem špatné fixace, nemožnost zavedení NGS např. při malformacích nosní přepážky, zvracení při zavedení, kdy je její poloha špatná. Dále může být sonda uzavřená nebo neprůchodná. Dále se objevuje průjmovitá stolice po podání výživy a bolesti břicha. Komplikací také je zavedení NGS do dýchacích cest (Škočková, 2014).

Celková hygiena a péče o dutinu ústní

Celková hygiena těla se řídí potřebou klienta. Zvýšenou pozornost je nutno věnovat hlavně dutině ústní. Samočisticí schopnost dutiny ústní, která se za přirozených podmínek uplatňuje při kousání a rozměňování potravy, zcela chybí a v neošetřeném terénu se rozvíjí infekce, která bývá příčinou druhotných zánětů (Nováková, 2011).

Pomůcky k zajištění péče o dutinu ústní

- emitní miska
- ústenka
- rukavice
- kapesní svítilna
- ústní lopatka
- sterilní mulové tampony, čtverce, peán
- vatové štětičky
- borglycerin
- roztoky na výplachy dutiny ústní např. Octenisept, Skinsept, Stopangin, šalvěj, heřmánek
- kelímek

V prvních dnech provádí pacientovi hygienu dutiny ústní sestra. Během hygieny vysvětluje a učí pacienta správný postup. Většina pacientů po resekčních výkonech v dutině ústí má zavedenou tracheostomickou kanylu a proto bychom měli pravidelně odsávat sekret z dutiny ústní. Minimálně třikrát denně vytírat dutinu ústní sterilními štětičkami nebo tampónky namočenými v boraxglycerinu. Důkladně vydezinfikovat roztokem Stopanginu nebo roztokem Skinsept Mucosa. Tyto roztoky aplikujeme na sterilní štětičku a vyčistíme prostor mezi dásněmi a rty, poté horní a dolní patro, prostor pod jazykem a nakonec jazyk samotný. Na rty nanáším např. borovou mast, Infadolan apod., jako prevence osychání rtů (Lálová, 2012).

V dalších dnech si pacient, je-li toho schopen, provádí hygienu dutiny ústní sám. Sestra zajistí potřebné pomůcky a kontroluje, zda pacient hygienu provádí správně. Pacient si sám vytře dutinu ústní štětičkami nebo tampónky namočenými v borglycerinu a vypláchne si ústa roztokem k tomu určeným.

Sestra pravidelně kontroluje dutinu ústní, zda nedochází ke krvácení nebo zánětlivému procesu. Možné komplikace nahlásí lékaři. Všechny úkony týkající se péče o dutinu ústní se zaznamenávají do dokumentace.

4.3 Rehabilitační péče a logopedie

U pacientů po resekci jazyka není v den operace indikováno žádné cvičení. Po probuzení z anestezie pacient zkouší jednoduché cviky sloužící jako prevence žilních komplikací, např. pomalé přitahování a propínání špiček.

První pooperační den se dopoledne provádí dechové a pohybové cvičení. Odpoledne, pokud je vše v pořádku a pacient se cítí dobře, pokračujeme posazováním s dopomocí na lůžku s nohama dolů, či přesun do křesla. Druhý až třetí den pacient nacvičuje s dopomocí chůzi po pokoji, popř. na WC. Cvičení opakujeme dle potřeby, nejlépe několikrát za den a doplňujeme ho o chůzi po chodbě (Vytejšková, 2011).

Následkem resekce jazyka dochází k poruchám řeči, resp. správné artikulace současně s poruchou polykání. Obnovení řeči a polykání po glosektomii závisí na řadě faktorů, z nichž na prvním místě stojí velikost zbytku pahýlu jazyka a jeho motilita. Jak motilita, tak i velikost pahýlu může být ovlivněna užitou rekonstrukční technikou spolu se zachováním integrity motorického a senzitivního zásobení zbytku jazyka. Dalším ovlivňujícím faktorem je stupeň jizvení a vznik postradiační fibrózy ve svalovině jazyka.

U každého pacienta, který se podrobí operaci, při níž je odstraněna přední třetina jazyka nebo je ponecháno méně než 50% pohyblivé části jazyka, se vyvinou polykací obtíže a redukuje se schopnost manipulovat objemem potravy v dutině ústní. Při odstranění malých lézí v přední třetině jazyka do velikosti zhruba 3 cm dochází k návratu prakticky původní srozumitelnosti řeči a normálního polykání. Artikulace je poškozena jen středně a je často charakterizována jen jako lehká šišlavost. Rehabilitace srozumitelnosti řeči se omezuje na procvičování motorické pohyblivosti k získání odpovídající lingvoalveolárního a lingvopalatálního kontaktu pro správnou artikulaci činnosti.

Včasná rehabilitace a případná chirurgická úprava, psychosociální faktory, stejně jako věk, zdravotní stav, motivace a rodinná podpora hrají stejně důležitou roli.

Se vzrůstajícím objemem odstraněné tkáně jazyka u pacientů léčených pro rozsáhlé nádory těla a kořene jazyka je nutná rehabilitace polykání využívající menších objemů potravy k posunutí k místu vzniku polykacího reflexu a prodlužující setrvání sousta v dutině ústní. Protože však dochází ke ztrátě objemu jazyka, je často glosopalatální kontakt a jeho uzávěr obtížný. Pohyblivost jazyka vertikálně je zmenšena. Nedostatečné kompenzatorní pohyby jazyka stejně jako kontakt jazyka za zadními dolními zuby, tzn. tvorba lingvoalveolárních (t, d, n, l, s, z) a lingvopalatálních (ch) hlásek, je obtížná. Pokud není alveolární a palatinální okraj v dostatečném kontaktu s hrotem jazyka, je možné užít jako vhodnou rehabilitační pomůcku palatální protézu. Dochází tím ke zmenšení vzdálenosti mezi tvrdým patrem stejně jako ke zkrácení vertikální vzdálenosti mezi tělem jazyka a patrem.

Řečové a polykací obtíže většího rozsahu se pravidelně objeví při odstranění více než 50 % objemu jazyka. Je-li současně poškozen kořen jazyka, spodina ústní nebo laterální stěna, nebo pokud je při resekci provedena totální glosektomie, případně je resekována spodina ústní nebo celé patro, jsou tyto obtíže trvalé. Následkem nedostatečné pohyblivosti zbytku často resekovaného kořene jazyka a omezené motility arytenoidních hrbolů současně s parciálním nedostatečným uzávěrem dýchacích cest dochází ke snížení rychlosti pohybu sousta a k zúžení hypofaryngeálního vchodu. Tito pacienti se musí naučit pomocí speciálních manévrů novou techniku polykání tekutin i tuhých soust.

Pro hodnocení rekonstrukčních technik jsou sestavovány protokoly doplňkových diagnostických studií, které zahrnují vyšetření pomocí videosonografie a perfúzní manometrie (Slavíček, 2002).

5 OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY U PACIENTŮ PO RESEKCI JAZYKA

Pokud pečujeme o pacienty po resekci jazyka, můžeme narazit na mnohé problémy. Při poskytování ošetrovatelské péče by si sestra měla všimnout celkového stavu pacienta a také jeho psychického stavu. Během poskytované péče by měla aktivně tyto problémy odstraňovat, tak aby pacient byl v bio-psycho-sociální pohodě. Ošetrovatelský problém stanoví sestra na základě vyhodnocení získaných informací. Po určení problému si nejprve stanovíme cíl, kterého chceme dosáhnout a přecházíme k jeho řešení. Sestra by si měla uvědomit, že každý pacient je jiný a proto by přístup ke každému pacientovi měl být individuální. (Staňková, 2009)

5.1 Aktuální ošetrovatelské problémy

Porucha polykání

Jak už bylo zmíněno výše, u pacientů po resekci jazyka bývá zavedena tracheostomická kanyla a NGS. Pacient by neměl několik dní od operačního výkonu přijímat žádnou stravu ústy. Tracheostomická kanyla a NGS mohou pacienta velmi trápit a následně ovlivnit jeho následný stav. Může dojít k oslabení polykacího reflexu a snížení elasticity měkkých tkání dutiny ústní a nosohltanu. Následně může docházet k odmítání potravy, nechutenství, aspiraci a ke změně stavu výživy.

Cíl u pacientů s poruchou polykání zní: zajistit dostatečný příjem potravin a tekutin a podávání kvalitní výživy. *Řešení* této situace je sledování a zaznamenávání příjmu tekutin a potravin, sledování známek hydratace a výživy. Kontrolujeme vlhkost sliznic, kožní řasu a objem moči. Informujeme pacienta o změně ve způsobu polykání tekutin a potravy. Edukujeme pacienta o vhodnosti malých soust, nepřijímat současně tuhou stravu a tekutiny, potravu dostatečně rozkousat a velmi pomalu polykat. Během nácvičku polykání, hlavně v prvních dnech, je zvýšené riziko aspirace, a proto je nutné být připraven a zajistit popřípadě nutné odsátí. Zajistit vhodnou polohu se zdviženou hlavou (Ebertová, 2012).

Bolest

Pacient po resekci jazyka může trpět bolestí jak v operovaném místě, tak také v okolí tracheostomické kanyly, pokud mu byla zavedena. Bolest může významně zhoršovat kvalitu života pacienta v různých směrech.

Cílem u pacientů trpících bolestí je zmírnění nebo odstranění bolesti. Dále by měl pacient chápat příčinu bolesti, umět sledovat bolest a znát úlevovou polohu. *Řešení* této situace je zjištění lokalizace bolesti, její vyzařování a změny v průběhu dne. Zhodnotíme intenzitu bolesti a psychický stav pacienta. Dle potřeby pomůžeme pacientovi zaujmout úlevovou polohu. Podáváme léky tlumící bolest v časových intervalech dle ordinace lékaře a sledujeme účinky těchto léků.

Porucha verbální komunikace

Pacienti po resekci jazyka mají problém s komunikací jak z důvodu odstranění části nebo celého jazyka, tak také proto, že mohou mít zavedenou tracheostomickou kanylu.

Cílem a řešením tohoto problému je zajistit pacientovi vyhovující komunikační pomůcku. Nejčastější alternativní metodou, se kterou jsem se setkala u pacientů s poruchou verbální komunikace, je psaní na papír. Pacient by měl mít hned po příjezdu z operačního sálu připravený na stolečku papír a psací potřebu. Snažíme se pacienta přimět k artikulaci a pokusíme se odezírat ze rtů.

Strach a úzkost

Situace, kdy je pacient po onkologickém operačním výkonu se zavedenými invazemi, se stává velmi náročnou. U pacientů se může objevit strach z nevyлéčení a dokonce i ze smrti. Často nastávají úzkostné a depresivní stavy a poruchy osobnosti.

Cílem u pacientů trpících strachem a úzkostí je nalezení zdroje strachu, posouzení jeho stupně a sledování tělesných projevů a chování. *Řešením* je naslouchání a povzbuzování pacienta, dostatek podaných informací. Zajistíme vhodnou relaxaci a budeme podávat léky dle ordinace lékaře a sledovat jejich účinek.

Nesoběstačnost při péči o dutinu ústní

Pacienti v časném pooperačním období nejsou většinou schopni sami zajistit péči o dutinu ústní. Sestra zajišťuje péči o dutinu ústní a postupně pacienta edukuje.

Cílem odbourání tohoto problému je, aby pacient znal důležitost dostatečné hygieny v dutině ústní. Sestra musí zajistit, aby sliznice v dutině ústní byla bez dalších patologických projevů. *Řešením* je její sledování, tzn. zápach, povlak a osychání na jazyku, dásních a bukálních sliznicích a pravidelné vytírání léčebnými roztoky. Dostatečně z dutiny ústní odsáváme, a pokud se objeví patologické změny, okamžitě informujeme lékaře. Promazáváním rtů mastí, zabráníme jejich osychání.

5.2 Potenciální ošetrovatelské problémy

Riziko vzniku infekce

Infekce u pacientů po resekci jazyka může nastat z několika důvodů. Jednou z příčin může být infekce v operační ráně. Riziko infekce také nastává po zavedení různých invazí, např. tracheostomické kanyly (TSK), nasogastrické sondy (NGS), periferního žilního katétru (PŽK), centrálního žilního katétru (CŽK), permanentního močového katétru (PMK) aj.

Cílem je snížit nebo zamezit vzniku infekce. *Řešením* je dodržování aseptických zásad při ošetřování invazivních vstupů. Sledujeme známky infekce. Poučíme pacienta o důležitosti dodržování hygieny a dodržujeme zásady hygienických zásad při ošetřování jednotlivých pacientů.

Riziko neprůchodnosti dýchacích cest

U pacientů po resekci jazyka může nastat otok jazyka a okolních tkání a je zde riziko neprůchodnosti dýchacích cest. Na operačním sále se ve většině případů zavádí preventivně tracheostomická kanyla. Bohužel i zde hrozí riziko neprůchodnosti dýchacích cest, jelikož sekret, který se tvoří v dýchacích cestách, může být velmi hustý a zasychající, hrozí zde vytvoření krusty, která může ucpat tracheostomickou kanylu. Pacient je poté dušný.

Cílem je udržet průchodnost této kanyly a zabránit dušnosti pacienta. *Řešením* je dostatečné zvlhčování vdechovaného vzduchu. Dle potřeby odsáváme sekret z dýchacích cest. Podle ordinace lékaře podáváme expektorancia a sledujeme jejich účinek. Dostatečně fixujeme tracheostomickou kanylu, abychom zabránili jejímu vytažení.

6 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL MARJORY GORDON

O ošetřovatelském modelu Marjory Gordonové se zmiňují, z důvodů empirické části, která bude věnovaná kazuistice psané podle tohoto modelu.

Marjory Gordonová získala základní ošetřovatelské vzdělání na Mount Sinai Hospital School of Nursing v New Yorku. Bakalářské a magisterské studium ukončila na Unter College of the City University v New Yorku. Doktorandskou práci z pedagogické psychologie na téma diagnostické hodnocení obhájila na Boston College (Green, 2012). V roce 1974 identifikovala 11 okruhů vzorců zdraví. V roce 1987 publikovala Model funkčních vzorců zdraví. Byla profesorkou a koordinátorkou ošetřovatelství dospělých na Boston College, Chesnut Hill. Do roku 2004 byla prezidentkou NANDA (North American Nursing Diagnostic Association). Věnovala se výzkumu v oblasti ošetřovatelských diagnóz a plánování ošetřovatelské péče. Model je odvozený z interakcí osoby a prostředí a je výsledkem grantu, který v 80. letech minulého století financovala federální vláda USA (Pavlíková, 2005). Dle Gordonové je podpora zdraví a preventivní intervence důležitou součástí klinického ošetřovatelství. V pojetí Gordonové je ošetřovatelský proces identifikace a řešení problémů v přístupu k péči o pacienta. Je to způsob, jakým ošetřovatelskou péči poskytujeme, vyžaduje znalosti a dovednosti sester (Plevová, 2011).

Zdravotní stav jedince je vyjádřením bio-psycho-sociální interakce. Při kontaktu s pacientem sestra identifikuje funkční nebo dysfunkční vzorce zdraví. Vzorce jsou úseky chování jedince v určitém čase a reprezentují základní ošetřovatelské údaje v subjektivní a objektivní podobě. Základní strukturu modelu tvoří dvanáct oblastí, označených autorkou jako dvanáct funkčních vzorců zdraví. Každý vzorec představuje určitou část zdraví, která může být buď funkční, nebo dysfunkční (Pavlíková, 2005).

6.1 Dvanáct vzorců zdraví

Prvním funkčním vzorcem je *vnímání a udržování zdraví*, který obsahuje vnímání zdraví a pohody jedince a způsoby jakými se stará o vlastní zdraví. Druhý vzorec zahrnuje *výživu a metabolismus* a způsob přijímání potravy a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu. Třetím vzorcem je *vylučování* a zahrnuje exkreční funkci střev, močového měchýře a kůže. Další vzorec se zabývá *aktivitou a cvičením* a obsahuje způsoby udržování tělesné kondice cvičením nebo jinými aktivitami, zahrnuje aktivity denního života, volného času a rekreační aktivity. *Spánek a odpočinek* je pátým vzorcem a řeší se zde způsob spánku, oddechu a relaxace. Šestý vzorec je *sebepojetí a sebeúctu* a vyjadřuje, jak jedinec vnímá sám sebe, jakou má o sobě představu. *Role a vztahy* jsou osmý vzorec a obsahuje přijetí a plnění životních rolí a úroveň interpersonálních vztahů. Devátým vzorcem je *reprodukce a sexualita*, zde se zaměřujeme na reprodukční období a sexualitu, včetně spokojenosti a změn. *Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí a tolerance*

je desátý vzorec a obsahuje celkový způsob tolerance a zvládání stresových a zátěžových situací. Jedenáctý vzorec tvoří *víra a životní hodnoty*, kde se zabýváme individuálním vnímáním životních hodnot, cílů a přesvědčení, včetně víry (náboženského vyznání) a transcendentna (to, co překračuje naši rozumovou a smyslovou zkušenost), který jedinec ovlivňuje. Posledním vzorcem jsou všechny další *jiné* oblasti, které u pacienta zjistíme.

Popis a hodnocení dvanácti vzorců zdraví umožňuje sestře rozeznat, zda se u pacienta jedná o funkční chování ve zdraví nebo dysfunkční chování v nemoci. Dysfunkční vzorec je projevem aktuálního onemocnění jedince, nebo může být znakem potenciálního problému. Když sestra takový vzorec identifikuje, musí ho označit, zformulovat ošetřovatelskou diagnózu a pokračovat v ostatních krocích ošetřovatelského procesu (Pavlíková, 2005).

EMPIRICKÁ ČÁST

7 CÍLE

7.1 Cíle diplomové práce

Cíl č. 1: Zjistit základy ošetrovatelské péče u pacientů po resekcii jazyka.

Cíl č. 2: Zjistit, jaké jsou nejčastější ošetrovatelské problémy u pacientů po resekcii jazyka.

8 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Při zpracování této diplomové práce, byla jako metoda kvalitativního šetření využita ošetrovatelská kazuistika. Při sbírání dat pro tuto práci jsem zachovala co nejvyšší míru anonymity pacientů s takto závažnou diagnózou, jakou je karcinom jazyka.

8.1 Metoda výzkumného šetření

Při zpracování této diplomové práce, byla jako metoda kvalitativního šetření využita ošetrovatelská kazuistika neboli případová studie.

Detailní studium jednoho nebo více případů – případová studie – je tradičně považováno za jeden z možných způsobů, jak porozumět složitým ošetrovatelským jevům. Výsledkem výzkumu může být kazuistika (Kutnohorská, 2009). Zatímco ve statistickém šetření shromažďujeme relativně omezené množství dat od mnoha jedinců (nebo případů), v případové studii sbíráme velké množství dat od jednoho nebo několika málo jedinců. V případové studii jde o zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jejich celistvosti. Předpokládá se, že důkladným prozkoumáním jednoho případu lépe porozumíme jiným podobným případům. Na konci studie se zkoumaný případ vřazuje do širších souvislostí. Může se srovnat s jinými případy (Hendl, 2005).

Ošetrovatelská kazuistika shrnuje všechny poznatky o pacientovi, které jsme zjistili. Zahrnuje identifikační údaje, kompletní lékařskou anamnézu, lékařskou diagnostiku a terapii podávanou pacientovi. Další částí komplexního souhrnu péče o pacienta je ošetrovatelská část, která zahrnuje stanovené ošetrovatelské diagnózy, cíle, plány, realizaci a hodnocení ošetrovatelské péče. Údaje o pacientovi můžeme získat metodami pozorováním, rozhovorem s pacientem, s personálem, pacientovou rodinou a náhledem do zdravotnické dokumentace. Všechny informace, které získáme, jsou systematicky zpracovány do přehledného celku (Ebertová, 2012).

Metodou použitou při získávání informací do této diplomové práce bylo pozorování, náhled do dokumentace, rozhovor s ošetřujícím personálem a s pacientem. Ošetrovatelská část kazuistiky je vypracována podle modelu Marjory Gordonové.

8.2 Zdroje odborných poznatků

Odborné poznatky, které jsem čerpala pro svou práci, byly získány hlavně z odborné literatury, internetových zdrojů a závěrečných prací. Vycházela jsem také z vědomostí získaných studiem na střední zdravotnické škole a na vysoké škole. Pomocí rešerše uskutečněné v Národní lékařské knihovně jsem získala seznam zdrojů vztahujících se k tématu bakalářské práce.

8.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Pro zpracování výzkumné kazuistiky byli vybráni pacienti z Kliniky ústní, čelistí a obličejové chirurgie (KÚČOCH) Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, z oddělení JIP spadající pod Kliniku anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (KARIM). Ošetrovatelská kazuistika byla sepsána u pacientů po operačním výkonu resekce jazyka. Kazuistiky byly zpracovány celkem u třech pacientů.

8.4 Organizace výzkumného šetření

Nejprve byla podána žádost o provedení výzkumného šetření vrchním sestřám Kliniky ústní, čelistí a obličejové chirurgie a Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze. Žádost byla následně schválena. Po sestavení základních bodů ošetrovatelské kazuistiky a po domluvě se staniční sestrou z oddělení JIP na KÚČOCH, jsem začala shromažďovat data potřebná pro tuto případovou studii. Na výše zmíněném oddělení osobně pracuji a data byla sbírána u pacientů, o které jsem přímo pečovala. Pro získání dostatečných informací jsem se o pacientech informovala u ošetřujícího personálu, který o ně pečoval v době mé nepřítomnosti. Snažila jsem se také hovořit s pacientem. Další data byla získána nahlížením do dokumentace a pozorováním pacienta. Po stanovení ošetrovatelských problémů u jednotlivých pacientů následovalo sestavení cílů a plánu ošetrovatelské péče. Dále následovala realizace ošetrovatelské péče dle předem stanoveného plánu a v konečné fázi proběhlo zhodnocení efektu této péče.

9 OŠETŘOVATELSKÁ KAZUISTIKA Č. 1

9.1 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: X. X.
Oslovení: Pan
Věk: 45 let
Pohlaví: Muž
Rodinný stav: Ženatý
Povolání: Podnikatel
Národnost: Česká
Kontaktní osoba: Manželka

Hlavní důvod přijetí: ZHOUBNÝ NÁDOR HRANY JAZYKA

Pacient asi od prosince 2013 udává pocit škrábání v krku a bolesti při polykání. Následně zjistil, že na levé straně jazyka má bolestivý aft. Užíval lokální prostředky, které neměly žádný efekt. Proto navštívil praktického lékaře a ten pacienta odeslal s podezřením na karcinom ke stomatochirurgovi, ten provedl diagnostickou excizi. Výsledkem byl invazivně rostoucí karcinom hrany jazyka vlevo.

9.2 Lékařská anamnéza

Osobní anamnéza

Pacient prodělal v dětství běžné dětské nemoci. Nyní trpí arteriální hypertenzí I. stupně a hypercholesterolemií.

Farmakologická anamnéza

SIMGAL 10 mg (Hypolipidemikum)	0 - 0 - 1
EZETROL 10 mg (Hypolipidemikum)	1 - 0 - 0

Rodinná anamnéza

Rodinná anamnéza je bezvýznamná. Matka i otec pacienta jsou zdraví. Děti prodělali běžná dětská onemocnění.

Alergologická anamnéza

Pacient neguje jakékoliv alergie.

Abusus

Pacient kouří asi 8 let přibližně 15 cigaret denně. Alkohol pije příležitostně. Kávu pije maximálně jednou denně. Jiné návykové látky neužívá.

Sociální anamnéza

Pacient pracuje jako vedoucí firmy. Žije s manželkou a dvěma dětmi v rodinném domku.

9.2.1 Průběh hospitalizace

Během měsíce února byl pacient přijat na KÚČOCH k plánovanému výkonu resekce tumoru jazyka a blokové krční disekci. Na programu byla rekonstrukce defektu jazyka pomocí lalokové plastiky. Následující den byl pacient přijat na operační sál. Po příjezdu na operační sál proběhlo před zahájením výkonu operátorem ověření identifikace pacienta, kontrola dostupné zdravotnické dokumentace, včetně informovaného souhlasu, dostupné obrazové dokumentace a viditelného označení místa operace. Po sterilní přípravě operačního pole byl v klidné lokální anestezii zaveden centrální žilní katétr (CŽK), arteriální monitoring, permanentní močový katétr (PMK) a nasogastrická sonda (NGS). Po uvedení pacienta do celkové anestezie byla provedena levostranná hemiglosectomie a selektivní supraomohyoidní krční disekce. Poté byl odebrán lalok z předloktí vlevo na arteria radialis vlevo, spolu s vena cephalica, který se transportoval do úst, tak aby kryl defekt jazyka a mikrochirurgickou technikou se našil na arteria facialis a vena vlevo a na ramus transversus vény jugularis int. l. sin. Poté se zavedl jištěný rukavicový drén. Na konci výkonu se zavedla tracheostomická kanyla č. 8. Výkon proběhl bez komplikací. Krvácení bylo minimální a redukovalo se elektrokoagulací. Po ukončení operačního výkonu se pacient přeložil na RES UP. Zde byl sedován a na řízené ventilaci, ventilačně i oběhově stabilní, hemodynamika také stabilní na minimální podpoře Noradrenalinu.

První pooperační den nenastali žádné komplikace. Během dne přechod z UPV na T-tubus, který toleroval. Hemodynamicky stabilní bez podpory Noradrenalinu, plně při vědomí. Pacient překládán na JIP KÚČOCH. Zde kontrola stomatochirurgem. Druhý pooperační den byl indikován čaj po lžičkách, pro návik polykání. Stav je uspokojivý. Třetí pooperační den nastal přechod z T-tubusu na kyslíkový filtr. Čtvrtý den po operačním výkonu byla vyměněna TSK z č. 8 na č. 9.

9.2.2 Objektivní nález

V den sběru dat je pacient bez obtíží. Pravá polovina jazyka je růžová, vlevo od sutury bledší, dle stomatochirurga je stav uspokojivý. Operační rána po resekci a blokové krční disekci je klidná. Pacient dýchá spontánně, bez jakékoliv podpory. Plánem je pokračování v dostatečné analgezií, monitoraci, péči o dýchací cesty a sledování hemokoagulace.

Lékařské diagnózy

Hlavní diagnóza: ZHOUBNÝ NÁDOR HRANY JAZYKA

Vedlejší diagnóza: Arteriální hypertenze I. stupně
Hypercholesterolémie

9.3 Diagnostická péče

Antropometrické údaje

Váha: 85 kg

Výška: 179 cm

Body mass index (BMI): 26, 52

Výsledek: nadváha

Graf č. 1 BMI vzorec

$$\text{BMI} = \frac{\text{váha (kg)}}{\text{výška}^2 \text{ (m)}} = \frac{85}{1,79^2} = 26,52 \text{ kg/m}^2$$

Fyziologické funkce

V den příjmu

Tabulka č. 1 Fyziologické funkce v den příjmu

TK	135/84 mmHg
P	76/min
D	17/min
SpO₂	98%
TT	36,6 °C

Běhen hospitalizace po operačním výkonu

Tabulka č. 2 Fyziologické funkce po operačním výkonu

TK	139/86 mm Hg
P	79/min
D	15/min
SpO₂	98%
TT	37,1 °C

Během hospitalizace v den sběru dat

Tabulka č. 3 Fyziologické funkce v den sběru dat

TK	126/82 mm Hg
P	85/min
D	16/min
SpO₂	97%
TT	36,9 °C

Laboratorní vyšetření

Biochemické vyšetření séra

Tabulka č. 4 Biochemické vyšetření séra

	1. den	2. den	7. den	Referenční meze
Natrium (mmol/l)	138	139	136	137 - 146
Kalium (mmol/l)	4,1	4,2	4,2	3,8 - 5,0
Chloridy (mmol/l)	99	102	99	98 - 108
Urea (mmol/l)		3,1		2,5 – 8,3
Kreatinin (μmol/l)		68		60 – 115
Albumin (g/l)		28		35 - 53
CB (g/l)		61		65 – 85
CRP (mg/l)		106		< 7,0
Prokalcitonin (μg/l)		0,04		0,0 - 0,5
Glykémie (mmol/l)	4,2	5,2	4,3	3,9 - 5,6
Bilirubin (μmol/l)		8,6		2 – 17
ALT (μkat/l)		0,96		< 0,78
AST (μkat/l)		0,32		< 0,72
GGT (μkat/l)		4,08		< 1,00
ALP (μkat/l)		1,33		0,66 – 2,20

Krevní obraz

Tabulka č. 5 Krevní obraz

	1. den	2. den	7. den	Referenční meze
Leukocyty	7,53	4,48	5,67	4,0 - 11,10 x 10 ⁹ /l
Erythrocyty	3,3	3,25	3,36	4,2 - 5,4 x 10 ¹² /l
Hemoglobin	106	112	110	120 - 160 g/l
Hematokrit	0,309	0,311	0,315	0,340 - 0,460 g/l
Krevní destičky	402	437	425	130 - 450 x 10 ⁹ /l

Bakteriologické vyšetření

Tabulka č. 6 Bakteriologické vyšetření

	1. den	2. den	7. den
Stěr z TSK		Bez nálezu	<i>Staphylococcus aureus</i> - pomnožení
Stěr z operační rány - krk		<i>Streptococcus viridans</i> - ojediněle	<i>Streptococcus viridans</i> - pomnožení
Stěr z operační rány - jazyk		Běžná flóra	Běžná flóra

Vyšetření moče

Tabulka č. 7 Chemické vyšetření moči

	1. den	2. den	7. den	Referenční meze
pH		6,5	6,9	5,0 – 7,0
Hustota		1,016	1,021	1,015 – 1,025 kg/m ³
Bílkovina		negativní	negativní	< 0,30 g/l
Glykosurie		negativní	negativní	negativní
Ketolátky		4	3	0,0 – 0,0 mmol/l
Bilirubin		negativní	negativní	0,0 – 0,0 mmol/l
Urobilinogen		negativní	negativní	< 10 počet/μl
Erythrocyty v moči		negativní	negativní	10,0 x 10 ⁶ /l
Leukocyty		negativní	negativní	negativní
Nitrity		negativní	negativní	negativní

Tabulka č. 8 Vyšetření močového sedimentu

	1. den	2. den	7. den	Referenční meze
Hlen		pozitivní	pozitivní	negativní
Erythrocyty		3	4	10,0 x 10 ⁶ /l
Leukocyty		3	6	0,0 - 20,0 počet/μl
Poznámka		Ostatní negativní		

9.4 Terapeutická péče

Příjem per os

Nácvik polykání čaje po lžičkách.

Nasogastrická sonda

Fresubin Original Fibre 50 ml + 50 ml čaje 12⁰⁰ - 15⁰⁰ - 18⁰⁰ - 21⁰⁰ - 24⁰⁰ - 6⁰⁰ - 9⁰⁰

Před další dávkou dekomprese NGS na cca 30 minut

Při odpadech menších než 20 ml / 3 hodiny možno navyšovat postupně o 25 ml

Monitorace:

Elektrokardiogram (EKG) + Saturace krve kyslíkem (SpO²) + Dechová frekvence (DF)

– kontinuální záznam, zápis po 1 hodině

Tělesná teplota (TT) při příjmu a dále v 18:00 a 6:00

Tlak krve (TK) + Tepová frekvence (TF) po 1 hodině

Příjem (P) + Výdej (V) zápis po 6 hodinách

Oxygenoterapie:

O₂ filtr flow 5 l / min

Nebulizace:

Mucosolvan 4 ml ad F^{1/1} 20 ml, nebulizovat 5 ml směsi 14⁰⁰ – 18⁰⁰ – 22⁰⁰ – 06⁰⁰ – 10⁰⁰

Převaz:

Dle operátéra

Intravenosní podání léků

Quamatel 20 mg amp. i.v.

24⁰⁰ – 12⁰⁰

Dexamed 1 amp 8 mg i.v.

22⁰⁰ – 06⁰⁰ – 14⁰⁰

Novalgin 1 amp 1 gi.v. ve F^{1/1} 100 ml

18⁰⁰ – 02⁰⁰ – 10⁰⁰

Paracetamol Kabi inf. Sol. 1 gi.v.

18⁰⁰ – 24⁰⁰ – 06⁰⁰ – 12⁰⁰

Kontinuální lineární dávkovače

Heparin 15 000 j. v 50 ml F^{1/1}, kape 2,1 ml/hod, úprava dle APTT, cílové APTT 45-55

Sufenta 250 µg v 50 ml F^{1/1}, kape 2 ml/hod

Antibiotika:

Ampicilin inj. plv. 1,0 g i.v. ve F^{1/1} 100ml

18⁰⁰ – 24⁰⁰ – 06⁰⁰ – 12⁰⁰

Infuzní terapie

Isolyte 1000 ml + KCl 7,5% 20 ml, R=100 ml / hod 12⁰⁰

Subkutánně

Dipidolor inj. sol. 15 mg při bolesti (max. dávka á 8 hod.)

Poloha pacienta

Zvýšená poloha horní poloviny těla + 30°

Rehabilitační péče:

Fyzioterapie hrudníku změřená na dechová cvičení

Invazivní vstupy

Tabulka č. 9 Invazivní vstupy 6. pooperační den

Invazivní vstup	Zaveden dne	Den zavedení	Místo zavedení	Výměna	Odstranění
Centrální žilní katétr	V den operačního výkonu	6.	Vena subclavia dextra		
Tracheostomická kanyla č. 8	V den operačního výkonu	6.	Trachea	5. pooperační den	
Nasogastrická sonda	V den operačního výkonu	6.	Levá nosní dírka		6. pooperační den
Permanentní močový katétr	V den operačního výkonu	5.	Močový měchýř		5. pooperační den

9.5 Ošetrovatelská část

Tato ošetrovatelská anamnéza byla zpracována dle modelu Marjory Gordonové. Informace byly získány z dokumentace pacienta, od ošetřujícího personálu a především pozorováním pacienta.

1. Vnímání zdraví – udržování zdraví

Pacient kouří 8 let přibližně 15 cigaret denně, alkohol pije příležitostně. Kávu pije maximálně jednou denně. Jiné návykové látky neguje. Je si vědom, že jeho nemoc mohlo způsobit právě kouření. Několikrát se snažil přestat, ale nepodařilo se mu to. Dnes přemýšlí o tom, že by se znovu pokusil o odstranění závislosti nebo alespoň zredukovat počet vykouřených cigaret za den. Chtěl by celkově změnit svůj životní styl.

Pacient z počátku reagoval na úkony prováděné lékařem nebo sestrou až hystericky. Nechtěl rehabilitovat ani se účastnit edukace sestrou. Pacient v této době prožívá těžkou životní situaci, co se týče oblasti jeho zdraví. Pravděpodobně tuto situaci neunesl z psychického hlediska. Po několika dnech ale udělal pacient velký pokrok v pohledu na léčbu. Snaží se rehabilitovat a aktivně se zapojuje do edukace. Sám od sebe provádí dechová cvičení a úkony doporučené fyzioterapeutem. Respektuje všechna lékařská i ošetrovatelská doporučení. Momentálně své zdraví nehodnotí příliš kladně, ale cítí, že se jeho zdravotní stav postupně zlepšuje.

2. Výživa a metabolismus

Pacient se dříve stravoval nepravidelně. Nikdy si nepotrpěl na žádné diety a neměl pravidelné stravovací návyky. Zdravému stravování nepřikládá velký důraz. Vypil maximálně 1,5 litru tekutin denně, někdy i méně.

Nyní má pacient zavedenou nasogastrickou sondu v levé nosní dírce, která mu byla zavedena na operačním sále a fixována stehem. První aplikace výživy byla obtížná, jelikož se sonda zdála neprůchodná. Proto byl odstraněn fixační steh a sonda povytažena o cca 5 cm. Poté už byla dobře průchodná. Druhý den po podávání výživy pacient začal trpět bolestmi břicha, které byly pravděpodobně zapříčiněné bolusovým podáváním výživy. Dle lékaře se výživa začala aplikovat přes enterální pumpu přibližně 50 ml za 3 hodiny. Další den bolesti ustoupily a nenastaly jiné komplikace, a proto se přešlo opět k bolusovému podávání, viz terapeutická část.

NGS je nyní fixována v oblasti nosu. Fixační náplast se vyměňuje po ranní hygieně a dále dle potřeby. Manipulace se zdá být bolestivá a dráždivá. Uvažuje se o úplném odstranění NGS. Pacient zkouší polykat čaj po lžičkách. Polykání je zatím obtížné. Pacienta sonda obtěžuje a snaží se nacvičovat polykání, aby mohla být odstraněna.

Dutina ústní je vlhká. Pravidelně je kontrolována operační rána a prokrvení našitého laloku. Průběh hojení rány je dobrý. Pravidelně se odsávají sliny z dutiny ústní.

Dutina ústní je ošetřována boraxglycerinem. Pacient provádí pětkrát denně výplachy Skinseptem.

CŽK je fixován transparentním krytím. Převaz se provádí každý den po ranní hygieně a dále dle potřeby. Okolí je klidné, nebolestivé a bez zarudnutí. Průchodnost je dobrá.

Operační rány na stehně a předloktí, odkud byl odebrán transplantovaný lalok, jsou ošetřovány Novikovým roztokem a sterilně kryty. Rány nekrvácí a hojení probíhá per primam bez známek infekce.

Kůže je dobře hydratovaná. Jsou přítomny mírné otoky dolních končetin v oblasti kotníků. Pocení je přiměřené. Pacient uvádí, že doma nepoužívá žádné tělové krémy, občas použije krém na ruce. V nemocnici se pacientovi každé ráno po celkové hygieně promazává kůže na nohách krémem Menalind a celá záda se promasírují Mentholovou mastí.

3. Vylučování a výměna

Pacient nikdy netrpěl poruchou vyprazdňování nebo inkontinencí. Na stolicí chodil pravidelně každý den.

Dnes byl pacient čtyřikrát na stolicí, která je řídké konzistence, bez příměsí krve. Pacient měl zavedený 5 dní permanentní močový katétr (PMK). Zde nebyly žádné komplikace. Pacient nyní močí spontánně a bez obtíží. Příjem tekutiny pacienta byl vyšší než výdej, tzn. pacient je v pozitivní bilanci tekutin + 650 ml. Z toho příjem tekutin byl 2050 ml za 24 hodin a výdej 400 ml za 24 hodin. Snahou je udržet bilanci maximálně 500 ml v pozitivu. Pacient se potí přiměřeně bez oděru.

Jak již bylo zmíněno, pacient má zvedenou TSK. Dýchá pomocí tzv. T-tubusu zvlhčený a ohřátý vzduch. Produkce hlenu je zvýšená. Odsávání hlenu se provádí přibližně jednou až dvakrát do hodiny. Pacient si většinou o odsání z dýchacích cest řekne sám. Snaží se také sputum odkašlat. Sputum je spíše vazké. Odsávání je pro pacienta dráždivé. TSK je fixována textilní molitanovou páskou, která je též vyměňována po ranní hygieně tj. jednou denně a dále dle potřeby. Okolí TSK je mírně zarudlé a bolestivé. Je ošetřováno peroxidem vodíku a sterilně kryto.

4. Aktivita a cvičení

Pacient uvádí, že ve volném čase rád sportuje. Preferuje jízdu na kole a procházky s rodinou.

Na oddělení za pacientem dochází pravidelně fyzioterapeut a provádí aktivní i pasivní rehabilitace a dechová cvičení. Kvůli nácvičku polykání a řeči je zde přítomen i logoped. Pacient většinu času přes den sedává v křesle. Čas v nemocnici tráví sledováním televize a čtením. Pacient je ve všech oblastech soběstačný.

5. Spánek a odpočinek

Doma pacient nemá problémy se spánkem. Před spaním má jako zavedený rituál čtení knihy nebo časopisů. Než ulehne do postele, musí mít vždy důkladně vyvětraný pokoj. Ke spaní potřebuje velký a malý polštář. V noci má rád teplo v místnosti.

V nemocnici se pacientovi spí špatně. Večer nemůže usnout a trápí ho časté probouzení. Pacient přesně neví co je příčinou. Přes den je pak unavený a pospává. I to může být důvodem, proč spánek v noci není příliš kvalitní. Podle potřeby jsou dle lékaře před spaním podávána hypnotika. Pacient udává, že po těchto lécích je spánek kvalitnější.

6. Vnímání a poznávání

Pacient je orientován osobou, místem i časem. Je schopný rozhodování. Pacient občas během dne udává bolest. Podle vizuální analogové škály bolesti (VAS), na stupnici od 1 do 10 je to většinou bolest hodnocená číslem 2 až 3. Bolest je potlačována analgetiky dle ordinace lékaře. Pacient je spolupracující. Dokáže vyjádřit své potřeby. Je seznámený se svým zdravotním stavem.

Pacient momentálně komunikuje pomocí komunikační pomůcky, kterou je tužka a papír. Tato pomůcka pacientovi vyhovuje a používá jí bez problémů.

7. Sebepojetí a sebeúcta

Pacient byl dříve se svým životem více spokojený. Nyní, kvůli probíhajícímu onemocnění jeho spokojenost klesla. Uvádí, že je na sebe přísný, hlavně co se týče pracovního nasazení. Věří, že se uzdraví a znovu se zařadí do společnosti. Má obavy z toho, že se jeho zdravotní stav zhorší.

8. Role a vztahy

Pacient bydlí s manželkou a dvěma dětmi v rodinném domku. Nemá problém vycházet s lidmi. Uvádí, že má dostatek přátel, se kterými je v kontaktu. Pracuje jako podnikatel a jeho pracovní tempo je náročné.

Za pacientem chodí pravidelně manželka s dětmi a rodiče. Celá rodina je pro něj velkou motivací v pokračování v léčbě.

9. Reprodukce a sexualita

Pacient v této oblasti neudává problémy. Žádnou pohlavní chorobu neprodělal.

10. Zvládání zátěže a odolnost vůči stresu

Díky náročné práci se pacient naučil zvládat stresové situace dobře. Pokud nastane závažná situace, snaží se jí řešit okamžitě. Při těchto situacích mu často pomáhá manželka a přátelé. Pacient má nyní obavy, jak bude pokračovat průběh jeho léčby.

11. Víra a životní hodnoty

Pacient je ateista. Mezi největší životní hodnoty řadí zdraví, lásku a spokojenost rodiny. V životě spoléhá hlavně sám na sebe. Myslí si, že má pevnou vůli v dosahování svých cílů.

9.5.1 Ošetřovatelské diagnózy

Ošetřovatelské diagnózy aktuální

1. Porucha příjmu potravy a tekutin z důvodu operačního výkonu v dutině ústní, projevující se nemožností přijímání potravy per os.
2. Akutní bolest jazyka a stehna z důvodu operačního výkonu, projevující se verbalizací bolesti dle vizuální analogové škály (VAS) číslem 2 až 3.
3. Zhoršená průchodnost dýchacích cest z důvodu zvýšené produkce hlenu, projevující nutností častého odsávání z TSK.
4. Porucha komunikace z důvodu zavedení TSK a operačního výkonu v dutině ústní, projevující se neschopností verbální komunikace a nutností používat komunikační pomůcku.
5. Narušený spánek z důvodu cizího prostředí projevující se únavou a pospáváním během dne.
6. Strach z důvodu probíhajícího onemocnění, projevující se nervozitou pacienta.

Ošetřovatelské diagnózy potencionální

1. Riziko vzniku infekce z důvodu operační rány a zavedení invazivních vstupů (TSK, CŽK, NGS a operačních ran).

9.5.2 Cíl, plán, realizace a hodnocení ošetrovatelské péče

1. Stanovení ošetrovatelské diagnózy 4. pooperační den

PORUCHA PŘÍJMU POTRAVY A TEKUTIN z důvodu operačního výkonu v dutině ústní, projevující nemožností přijímat potravu per os.

Cíl ošetrovatelské péče

- Pacient bude tolerovat podávanou enterální výživu do NGS v množství 50 ml / 3 hodiny
- Odpady z NGS budou nižší než 150 ml /den
- Udržovat bilanci tekutin maximálně 500 ml v pozitivu za den
- Pacient má normální kožní turgor a přiměřenou vlhkost sliznic
- Pacient má zlepšenou funkci polykání

Plán ošetrovatelské péče

- Sledovat odpady žaludečního obsahu z NGS
- Sledovat bilanci tekutin
- Sledovat množství vylučované moče a stolice
- Zajistit enterální příjem tekutina a výživy a vše zaznamenat do dokumentace
- Zajistit pravidelný nácvik polykání

Realizace 4. až 5. pooperační den

Pacientovi je podávána umělá enterální výživa dle ordinace lékaře. Při negativní bilanci jsou tekutiny doplněny parenterální cestou. Veškerá podávaná výživa a tekutiny jsou zaznamenávány do dokumentace. Odpady z NGS jsou sledovány a množství je zaznamenáváno do dokumentace. Bilance tekutin se zaznamenává po 6 hodinách. Sestra kontroluje sliznice a turgor kůže, zda nedochází k dehydrataci. Pacient pravidelně nacvičuje polykání tekutin. Sestra zajišťuje dostatečnou analgezii dle ordinace lékaře.

Hodnocení 5. pooperační den

Pacient nyní přijímá 50 ml enterální výživy za 3 hodiny. Odpady ze sondy jsou okolo 120 ml za den. Bilance z předchozího dne je 650 ml v pozitivu. Pacient má normální kožní turgor a vlhké sliznice. Pacient pravidelně nacvičuje polykání čaje po lžičkách, to je zatím stále obtížné.

2. Stanovení ošetrovatelské diagnózy 4. pooperační den

AKUTNÍ BOLEST z důvodu operačního výkonu, projevující se verbalizací bolesti dle vizuální analogové škály číslem 2 až 3.

Cíl ošetrovatelské péče

- Zmírnění nebo odstranění bolesti dle VAS na č. 0 až 1. do 12 hodin

Plán ošetrovatelské péče

- Posouzení bolesti a faktorů, které bolest zhoršují
- Podávání analgetik dle ordinace lékaře
- Sledování verbalizace bolesti pacienta
- Zhodnotit vliv bolesti na spánek

Realizace 4 až 5. pooperační den

Bylo zjištěno, že pacient trpí bolestí stehna v místě odebrání transplantovaného laloku. Sestra pravidelně kontroluje verbalizaci bolesti pacienta a podává analgetika dle ordinace lékaře.

Hodnocení 5. pooperační den

Pacient dokáže posoudit charakter bolesti. Momentálně bolest hodnotí dle VAS č. 1. Uvádí, že když bolest nastane, je poté dostatečně tlumena. Jelikož bolest nastává většinou v denních hodinách, na spánek vliv nemá.

3. Stanovení ošetrovatelské diagnózy 4. pooperační den

ZHORŠENÁ PRŮCHODNOST DÝCHACÍCH CEST z důvodu zvýšené produkce hlenu, projevující nutností častého odsávání z TSK.

Cíl ošetrovatelské péče

- Pacient zvládá dechovou rehabilitaci
- Pacient má průchodné dýchací cesty
- Pacient nemá infekci dýchacích cest

Plán ošetrovatelské péče

- Vdechování zvlhčované a ohřáté směsi
- Dodržování podávání nebulizace dle ordinace lékaře
- Dostatečné odsávání sekretu z dýchacích cest aseptickým způsobem
- Zajištění dechových cvičení

Realizace 4. až 5. pooperační den

Pacient dýchá zvlhčovanou a ohřátou směs a pravidelně nebulizuje. Dle potřeby sestra odsává sputum z dýchacích cest. Pacient pravidelně provádí dechová cvičení.

Hodnocení 5. pooperační den

Dýchací cesty jsou průchodné a dýchání je dostatečné.

4. Stanovení ošetrovatelské diagnózy 4. pooperační den

PORUCHA KOMUNIKACE z důvodu zavedení TSK a operačního výkonu v dutině ústní, projevující se neschopností verbální komunikace a nutností používat komunikační pomůcku.

Cíl ošetrovatelské péče

- Pacient je schopen komunikovat pomocí alternativní komunikační pomůcky, kterou je papír a tužka

Plán ošetrovatelské péče

- Naučit pacienta komunikovat pomocí alternativní komunikační pomůcky, kterou je tužka a papír
- Zajistit přítomnost logopeda po odstranění TSK
- Vysvětlit pacientovi důvod ztráty schopnosti verbální komunikace

Realizace 4. až 5. pooperační den

Lékař i sestra pacientovi vysvětlili důvod poruchy verbální komunikace. Pacient má k dispozici jako komunikační pomůcku papír a tužku. Konzultace s logopedem jsou domluveny.

Hodnocení 5. pooperační den

Komunikační pomůcku používá bez problémů. U pacienta ještě nebyl přítomen logoped. Tyto konzultace jsou již domluveny.

5. Stanovení ošetrovatelské diagnózy 4. pooperační den

NARUŠENÝ SPÁNEK z důvodů cizího prostředí projevující se únavou a pospáváním během dne.

Cíl ošetrovatelské péče

- U pacienta došlo ke zlepšení spánku a odpočinku
- Pacient se po spánku cítí odpočínutý

Plán ošetrovatelské péče

- Posoudit příčiny a související faktory poruchy spánku
- Sledovat průměrnou délku a kvalitu spánku pacienta
- Sledovat spaní během dne

Realizace 4. až 5. pooperační den

Bylo zjištěno, že pacient má problémy se spánkem kvůli cizímu prostředí. Pacientovi byly podávány hypnotika dle ordinace lékaře. Délka spánku je zaznamenávána do dokumentace. Sestra se každé ráno ptá na kvalitu spánku, popř. důvod jeho narušení. Pacientovi bylo vysvětleno, že by měl eliminovat spaní přes den.

Hodnocení 5. pooperační den

Díky medikaci se pacientovi lépe usíná, ale během noci se stále probouzí. Únava přes den je mírnější. Pacient chápe, že by neměl spát přes den.

6. Stanovení ošetrovatelské diagnózy 4. pooperační den

STRACH z důvodu probíhajícího onemocnění, projevující se nervozitou pacienta.

Cíl ošetrovatelské péče

- Strach pacienta je snížen nebo odstraněn
- Pacient dokáže o svém strachu hovořit

Plán ošetrovatelské péče

- Posoudit stupeň strachu
- V případě nutnosti zajistit návštěvu psychologa

Realizace 4. až 5. pooperační den

Pacientovi byla nabídnuta přítomnost psychologa. Sestra se snaží s pacientem o jeho strachu hovořit.

Hodnocení 5. pooperační den

Pacient prozatím návštěvu psychologa odmítá. Pokud by prý chtěl využít návštěvu psychologa, sám si o ni zažádá. Myslí si, že jeho strach je přiměřený k dané situaci, ve které se nachází. O svém strachu nemá problém hovořit.

7. Stanovení ošetrovatelské diagnózy 4. pooperační den

RIZIKO VZNIKU INFEKCE z důvodu operační rány a zavedení invazivních vstupů (TSK, CŽK, NGS a operačních ran).

Cíl ošetrovatelské péče

- Pacient nemá známky infekce

Plán ošetrovatelské péče

- Dodržovat aseptický postup u převazů zavedených invazivních vstupů
- Sledovat známky infekce
- Monitorovat rizikové faktory výskytu infekce

Realizace 4. až 5. pooperační den

Pacient každý den ráno provádí celkovou hygienu. Dutinu ústní vyplachuje alespoň pětkrát za den. Operační rány a invazivní vstupy jsou ošetřovány denně za aseptických podmínek. K pacientovi je přistupováno se zásadami bariérového ošetrovatelství.

9.6 Edukace, ošetrovatelský závěr a prognóza

Pacient byl edukován o svém zdravotním stavu a následném postupu léčby ošetrujícím lékařem.

Po příjmu na JIP KÚČOCH byl pacient schopný edukace. Pacienta sestry seznámily s řádem oddělení JIP a vysvětlily prevenci pádů v pooperační péči. Pacient byl seznámen s podáváním léků a analgetik a rizikem vzniku infekce z důvodu zavedení invazivních vstupů. Pacientovi byla vysvětlena důležitost těchto invazivních vstupů a nutnost dodržovat zvýšená hygienická opatření jako prevence infekce. Pacient byl obeznámen s tím, že v prvních dnech nesmí užívat nic per os a postupem času bude probíhat nácvik polykání. Vzhledem k tomu, že edukace pacienta podle záznamů probíhala v době, kdy mu byla kontinuálně podávána Sufenta 250 µg (viz terapeutická péče), by se dalo diskutovat o tom, zda byl pacient schopný pochopit edukovaná témata. Nyní se zdá, že je pacient dostatečně srozuměn s tématy edukace.

Další edukaci pacient získal od fyzioterapeuta a logopeda v rámci nácviku polykání. Rodina byla se souhlasem pacienta edukována ošetrujícím lékařem o stavu pacienta a následném postupu léčby.

U pacienta X. X. se zatím neuvažuje o dekanylaci. Pacient bude po dekanylaci přeložen na standardní oddělení. Hlavním cílem jsou dostatečná dechová cvičení a pacientovo postupné zotavení.

10 OŠETŘOVATELSKÁ KAZUISTIKA Č. 2

10.1 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: V. V.
Oslovení: Pan
Věk: 52 let
Pohlaví: Muž
Rodinný stav: Svobodný
Povolání: Nepracuje
Národnost: Česká
Kontaktní osoba: Neuvedena

Hlavní důvod přijetí: KARCINOM PRAVÉ HRANY JAZYKA

Pacient asi 1 rok pociťuje bolesti v krku a při polykání. Poslední 2 měsíce se bolest při polykání zvýšila. Přidala se bolestivost při mluvení a obtížný příjem potravy. Praktickým lékařem byl odeslán k diagnostické excizi. Výsledkem byl verifikovaný dlaždicobuněčný karcinom pravé hrany jazyka T2 N0 M0. Pacient přijat k resekci tumoru a supraomohyoidní krční disekci.

10.2 Lékařská anamnéza

Osobní anamnéza

Pacient prodělal běžná dětská onemocnění. S ničím se neléčí.

Farmakologická anamnéza

TIAPRIDAL 100 mg (Neuroleptikum)	1 - 1 - 1
NIQUITIN 2 mg (Varia)	1 - 1 - 1 - 1

Rodinná anamnéza

Matka trpí morbus Alzheimer, otec se léčí s karcinomem plic.

Alergologická anamnéza

Pacient je alergický na Penicilin

Abusus

Pacient týden nekouří. Dříve kouřil asi 25 let přibližně 30 cigaret denně. Denně vypije přibližně 0,5 litru vína. Za den vypije přibližně 3 až čtyři kávy. Jiné návykové látky nejuje.

Sociální anamnéze

Pacient žije na ubytovně. Je nepracující.

10.2.1 Průběh hospitalizace

Pacient byl během měsíce března přijat na KÚČOCH k plánovanému výkonu resekce tumoru pravé hrany jazyka a k supraomohyoidní krční disekci. Následující den byl pacient přijat na operační sál. Před zahájením výkonu operátorem proběhlo ověření identifikace pacienta, kontrola dostupné zdravotnické dokumentace, včetně informovaného souhlasu, dostupné obrazové dokumentace a viditelné označení místa operace. V celkové anestezii se nejprve provedla pravostranná krční bloková disekce. Dále se provedla extrakce zubů 32, 31, 41, 42 a ve střední čáře tomie těla dolní čelisti. Poté přišla na řadu resekce tumoru kořene jazyka vpravo, předního patrového oblouku a konziliární lože vpravo. Rána byla šitá intraorálně vstřebatelnými stehy. Ve střední čáře se provedla osteosyntéza tomie. Na závěr byla zavedena tracheostomická kanyla a nasogastrická sonda. Výkon proběhl bez komplikací. Po ukončení výkonu byl pacient přeložen na JIP KÚČOCH. Zde oběhově i ventilačně stabilní. Docházelo k pravidelným kontrolám stomatochirurgem. Druhý pooperační den byla provedena výměna tracheostomické kanyly s odsavem nad balonkem. Čtvrtý pooperační den se odstranil PMK.

10.2.2 Objektivní nález

V den sběru dat je pacient bez obtíží. Hojení rány po resekcii jazyka a blokové krční disekci probíhá per primam. Dle stomatochirurga je stav velmi dobrý. Pacient dýchá spontánně, bez podpory. Má zavedenou TSK, NGS, a PŽK. Plánem je důsledná toaleta dýchacích cest, pravidelné odsávání z TSK, intenzivní dechová rehabilitace a trénink polykání.

Lékařské diagnózy

Hlavní diagnóza: VERIFIKOVANÝ DLAŽDICOBUNĚČNÝ KARCINOM HRANY JAZYKA

Vedlejší diagnózy: Pacient se s ničím jiným neléčí

10.3 Diagnostická péče

Antropometrické údaje

Váha: 63 kg

Výška: 172 cm

Body mass index (BMI): 21,30

Výsledek: ideální váha

Graf č. 2 BMI vzorec

$$\text{BMI} = \frac{\text{váha (kg)}}{\text{výška}^2 \text{ (m)}} = \frac{63}{1,72} = 21,3 \text{ kg/m}^2$$

Fyziologické funkce

V den příjmu

Tabulka č. 10 Fyziologické funkce v den příjmu

TK	150/86 mmHg
P	73/min
D	14/min
SpO₂	96%
TT	36,5 °C

Během hospitalizace po operačním výkonu

Tabulka č. 11 Fyziologické funkce pooperačním výkonu

TK	160/86 mm Hg
P	57/min
D	18/min
SpO₂	97%
TT	36,5 °C

Během hospitalizace v den sběru dat

Tabulka č. 12 Fyziologické funkce v den sběru dat

TK	145/85 mm Hg
P	78/min
D	14/min
SpO₂	98%
TT	37,0 °C

Laboratorní vyšetření

Biochemické vyšetření séra

Tabulka č. 13 Biochemické vyšetření séra

	1. den	3. den	5. den	Referenční meze
Natrium (mmol/l)	141	140	139	137 - 146
Kalium (mmol/l)	4,3	4,1	4,4	3,8 - 5,0
Chloridy (mmol/l)	98	99	97	98 - 108
Urea (mmol/l)		4,6		2,5 – 8,3
Kreatinin (umol/l)		66		60 – 115
Albumin (g/l)		33		35 - 53
CB (g/l)		66		65 – 85
CRP (mg/l)		47,8		< 7,0
Prokalcitonin (µg/l)		0,1		0,0 - 0,5
Glykémie (mmol/l)	5,1	4,9	5,5	3,9 - 5,6
Bilirubin (umol/l)		1,9		2 – 17
ALT (ukat/l)		0,22		< 0,78
AST (ukat/l)		0,28		< 0,72
GGT (ukat/l)		0,24		< 1,00
ALP (ukat/l)		0,88		0,66 – 2,20

Krevní obraz

Tabulka č. 14 Krevní obraz

	1. den	3. den	5. den	Referenční meze
Leukocyty	11,02	13,4	12,51	4,0 - 11,10 x 10 ⁹ /l
Erytrocyty	2,68	2,81	2,65	4,2 - 5,4 x 10 ¹² /l
Hemoglobin	88	90	85	120 - 160 g/l
Hematokrit	0,269	0,276	0,262	0,340 - 0,460 g/l
Krevní destičky	485	816	606	130 - 450 x 10 ⁹ /l

Bakteriologické vyšetření

Tabulka č. 15 Bakteriologické vyšetření

	1. den	3. den	5. den
Stěr z TSK		Bez nálezu	Streptococcus viridans
Stěr z operační rány - krk		Bez nálezu	Staphylococcus – koaguláza negativní
Stěr z operační rány - jazyk		Běžná flóra	Běžná flóra

Vyšetření moče

Tabulka č. 16 Chemické vyšetření moči

	1. den	3. den	5. den	Referenční meze
pH		6,9	7,1	5,0 – 7,0
Hustota		1,014	1,017	1,015 – 1,025 kg/m ³
Bílkovina		negativní	negativní	< 0,30 g/l
Glykosurie		negativní	negativní	0,0 – 0,0 mmol/l
Ketolátky		6,1	5,2	0,0 – 0,0 mmol/l
Bilirubin		negativní	negativní	0,0 – 0,0 mmol/l
Urobilinogen		negativní	negativní	< 10 počet/μl
Erythrocyty v moči		50	35	10,0 x 10 ⁶ /l
Leukocyty		250	230	0,0 - 15,0 počet/μl
Nitrity		negativní	negativní	negativní

Tabulka č. 17 Vyšetření močového sedimentu

	1. den	3. den	5. den	Referenční meze
Hlen		negativní	negativní	negativní
Erythrocyty		90	87	10,0 x 10 ⁶ /l
Leukocyty		81	76	0,0 - 20,0 počet/μl
Poznámka		Ostatní negativní		

10.4 Terapeutická péče

Příjem per os

Čiré tekutiny volně

Nutridrink

12⁰⁰ - 18⁰⁰ - 8⁰⁰

Tiapridal 1 tbl. p.o.

Nasogastrická sonda

Fresubin Original Fibre 200 ml + 50 ml čaje 9⁰⁰ - 12⁰⁰ - 15⁰⁰ - 18⁰⁰ - 21⁰⁰ - 24⁰⁰

Před další dávkou dekomprese NGS na cca 30 minut

Při odpadech menších než 20 ml / 3 hodiny možno navyšovat postupně o 25 ml

Tiapridal 100 mg 1 tbl. p.o.

14⁰⁰ - 22⁰⁰ - 6⁰⁰

Apo-Cital 40 mg tbl. p.o.

18⁰⁰ - 6⁰⁰

Paralen 1 g tbl. p.o.

12⁰⁰ - 18⁰⁰ - 24⁰⁰ - 6⁰⁰

Monitorace

EKG + SpO² + DF – kontinuální záznam, zápis po 1 hodině

TT při příjmu a dále v 18:00 a 6:00

TK + TF zápis po 3 hodina

P + V tekutin zápis po 6 hodin

Oxygenoterapie

T-tubus flow 4 l / min

Nebulizace

Berodual 4 ml ad 20 ml F^{1/1}, 5 ml směsi nebulizovat 14⁰⁰ - 18⁰⁰ - 22⁰⁰ - 6⁰⁰ - 10⁰⁰

Převaz

Dle operatéra

Intravenosní podání léků

Omeprazol Mylan plv. inj. 40 mg ve F^{1/1} 20 ml 18⁰⁰ - 6⁰⁰

Degan inj. sol. 10 mg 14⁰⁰ - 22⁰⁰ - 6⁰⁰

Ketonal inj. sol. 100 mg ve 100 ml F^{1/1} 16⁰⁰ - 24⁰⁰ - 8⁰⁰

Antibiotika

Klimicin inj. 600 mg ve 100 ml F^{1/1} 14⁰⁰ - 22⁰⁰ - 6⁰⁰

Infuzní terapie

Isolyte 1000 ml + 20 ml KCl 7,45% + 20 ml MgSO₄ kape od 12⁰⁰ do 24⁰⁰

Subkutánní podání léků

Fraxiparine inj. sol. 0,4 ml 20⁰⁰

Poloha pacienta

Zvýšená poloha horní poloviny těla +30° nebo sed v křesle.

Rehabilitace

Fysioterapie hrudníku včetně dechové rehabilitace, postupná vertikalizace pacienta a nácvik fonace.

Invazivní vstupy

Tabulka č. 18 Invazivní vstupy 4. pooperační den

Invazivní vstup	Zaveden dne	Den zavedení	Místo zavedení	Výměna	Odstranění
Periferní žilní katétr	V den operačního výkonu	5.	Vena cephalica	3. pooperační den	
Tracheostomická kanyla č. 8	V den operačního výkonu	5.	Trachea	2. pooperační den	
Nasogastrická sonda	V den operačního výkonu	5.	Levá nosní dírka		
Permanentní močový katétr	V den operačního výkonu	4.	Močový měchýř		4. pooperační den

10.5 Ošetrovatelská část

Tato anamnéza byla zpracována dle ošetrovatelského modelu Marjory Gordonové. Informace byly získány z dokumentace pacienta, od ošetřujícího personálu a především pozorováním pacienta.

1. Vnímání zdraví – udržování zdraví

Pacient kouřil asi 25 let přibližně 30 cigaret denně. Nyní týden nekouří. Za den vypije přibližně 0,5 litru vína. Denně vypije přibližně 3 až 4 kávy. Jiné návykové látky neguje. Myslí si, že jeho nemoc způsobilo kouření. Nikdy se nesnažil přestat, až týden před operací se pokusil nekouřit. Neví, jestli dokáže abstinovat alkohol a nekouřit. Nepřemýšlí o změně životního stylu.

Z ošetrovatelského hlediska je pacient ochotný podstupovat léčbu. Aktivně se účastní veškeré edukace a rehabilitace. Sám se snaží cvičit a chodit po oddělení. Provádí všechny doporučené úkony od fyzioterapeuta a logopeda. Respektuje všechna lékařská i ošetrovatelská doporučení. Naproti tomu, jak již bylo zmíněno výše, neplánuje změnu životního stylu a omezení rizikových faktorů, které pravděpodobně způsobily jeho onemocnění. Svůj zdravotní stav nehodnotí příliš kladně, ale je odhodlaný se léčit.

2. Výživa a metabolismus

Pacient nikdy nedbal na zdravou výživu. Jedl vždy to, na co měl chuť. Denně vypil maximálně 2 litry tekutin.

Nyní má pacient zavedenou nasogastrickou sondu v pravém nosním průduchu. NGS mu byla zavedena na operačním sále a fixována stehem. Pacient podávání výživy alimentační cévkou od začátku toleruje a odpady žaludečního obsahu jsou minimální. Proto se nyní podává 200 ml výživy každé tři hodiny s noční pauzou. V plánu je postupné navyšování až na 300 ml za tři hodiny. U NGS byl odstraněn fixační steh a nyní je zajištěna lepením v oblasti nosu. Manipulace se sondou pacientovi nijak nevadí, bolestivost neudává. Na doporučení logopeda se snaží polykat čiré tekutiny. Polykání je uspokojivé, ale ne natolik, aby se NGS odstranila a pacient mohl přijímat výživu per os.

Dutina ústní je přiměřeně vlhká. Pravidelně se kontroluje operační rána v dutině ústní, která se hojí bez problémů. Podle potřeby se odsávají sliny z dutiny ústní. Pacient pravidelně provádí výplachy Chlorhexidinem a to přibližně pětkrát denně. Rty se ošetřují Infadolanem.

Operační rána po krční disekci je klidná, nekrvácí a hojení probíhá per primam bez známek infekce. Nyní již není krytá sterilními čtverci, ale je ošetřena Novikovým roztokem. Kožní turgor je přirozený a kůže nejeví známky dehydratace. Nejsou přítomny žádné otoky. Pokožka je pravidelně promazávána Menalindovou masťou. O svou pokožku pacient doma nepečuje a nepoužívá žádné krémy nebo masti.

Pacient má zavedený periferní žilní katétr (PŽK), který je fixován transparentním krytím. Ten je převazován pravidelně minimálně jednou za den po ranní hygieně a dále dle potřeby. Místo vpichu nejeví známky infekce a katétr je dobře průchodný.

3. Vylučování a výměna

Pacient před hospitalizací netrpěl poruchou vyprazdňování nebo inkontinencí. Na stolicí chodil pravidelně každý druhý den.

Pacient byl na stolicí naposledy před třemi dny. Pacient měl zavedený PMK, který byl odstraněn čtvrtý pooperační den. Nyní močí spontánně. Pacient je v pozitivní bilanci tekutin + 540 ml. Z toho příjem byl 3020 ml a výdej 2480 ml. Tato bilance je dle lékařů vyhovující. Pacient se potí přiměřeně.

Jak je uvedeno výše, pacient má zavedenou TSK č. 8, která byla zavedena na operačním sále a fixována stehem. Druhý pooperační den proběhla výměna kanyly a zavedla se TSK č. 9. Nyní je fixována textilní molitanovou páskou a okolí je ošetřováno peroxidem vodíku a sterilně kryto. Výměna krytí se provádí po ranní hygieně jedenkrát denně a dále dle potřeby. Okolí TSK je klidné bez zarudnutí. Pacient neudává bolestivost. Produkce hlenu je přiměřená. Odsávání se provádí dle potřeby, většinou po 2 až 3 hodinách. Pacient se snaží sputum odkašlávat. Pacient momentálně dýchá přes kyslíkový filtr a pravidelně nebulizuje.

4. Aktivita a cvičení

Pacient neuvádí žádné stálé koníčky. Ve volném čase sleduje televizi nebo čte knihy. Při osobní hygieně i běžných denních činnostech nikdy nepotřeboval pomoc jiné osoby.

Během hospitalizace pacient pravidelně rehabilituje a nacvičuje polykání. Aktivně provádí dechová cvičení. Pacient přes den často sedává v křesle nebo se občas projde po oddělení a sám od sebe provádí úkony doporučené fyzioterapeutem a logopedem. Hygienu zvládá sám. Čas v nemocnici tráví převážně sledováním televize a občas si přečte časopisy, které mu jsou k dispozici. Pacient je ve všech ohledech soběstačný.

5. Spánek a odpočinek

Pacient má již několik měsíců problémy s usínáním. To se projevuje přibližně pětkrát až šestkrát do měsíce. Zatím se to nesnažil s žádným lékařem řešit. Neví co by mohlo být důvodem těchto problémů.

V nemocnici se problém s usínáním objevuje také. Při nespavosti je lékařem předepsaný dodatečně Neurol 0,25 mg. Po usnutí pak pacient spí kvalitně celou noc. Žádný zavedený rituál před spánkem nemá. Přes den se pacient necítí unavený.

6. Vnímání a poznávání

Pacient je orientován osobou místem a časem. Je naprosto schopný rozhodování. Pacientovi jsou podávány analgetika po 8 hodinách. I přesto občas udává bolesti dle VAS č. 3 až 4, ty jsou pak potlačovány dalšími analgetiky předepsanými lékařem. Pacient dobře spolupracuje a dokáže vyjádřit své potřeby. S informovaností o svém zdravotním stavu je spokojený.

7. Sebepojetí a sebeúcta

Pacient nikdy nebyl se svým životem příliš spokojený, ale nesnažil se nic měnit. Dle pacienta to bude pravděpodobně tím, že doposud nezaložil rodinu a stále žije na ubytovně. Věří tomu, že se uzdraví.

8. Role a vztahy

Pacient bydlí na ubytovně. Manželku ani děti nemá. Občas dojíždí za rodiči. Přátel má prý dostatek. Může se na ně spolehnout. Do nemocnice za ním chodí kamarád z ubytovny. Ten ho podporuje v léčbě.

9. Reprodukce a sexualita

Pacient o této oblasti nechce hovořit.

10. Zvládání zátěže a odolnost vůči stresu

Pacient prý zvládá stresové situace dobře. V jeho životě už nastaly těžké situace, se kterými se musel vypořádat. Má přátele, kteří jsou připraveni mu pomoci.

11. Víra a životní hodnoty

Pacient není věřící. Mezi největší životní hodnoty řadí zdraví. Udává, že má pevnou vůli na uzdravení.

10.5.1 Ošetřovatelské diagnózy

Ošetřovatelské diagnózy aktuální

1. Porucha příjmu potravy a tekutin z důvodů operačního výkonu v dutině ústní, projevující se nemožností přijímat potravu ústy.
2. Akutní bolest jazyka a operační rány v oblasti krku z důvodu operačního výkonu, projevující se verbalizací bolesti dle VAS č. 3 až 4.
3. Porucha komunikace z důvodů zavedení TSK a operačního výkonu v dutině ústní, projevující se neschopností verbální komunikace a nutností používat komunikační pomůcku, kterou je tužka a papír.
4. Narušený spánek z důvodů dlouhodobé poruchy spánku, projevující se občasnou únavou.

Ošetřovatelské diagnózy potencionální

1. Riziko vzniku infekce z důvodu operační rány a zavedení invazivních vstupů (TSK, PŽK, NGS).

10.5.2 Cíl, plán, realizace a hodnocení ošetrovatelské péče

1. Stanovení diagnózy 3. pooperační den

PORUCHA PŘÍJMU POTRAVY A TEKUTIN z důvodů operačního výkonu v dutině ústní, projevující se nemožností přijímat potravu ústy.

Cíl ošetrovatelské péče

- Pacient bude tolerovat podávanou enterální výživu do NGS v množství 300 ml / 3 hodiny
- Odpady z NGS budou nižší než 100 ml /den
- Udržovat bilanci maximálně 500 ml v pozitivu za den
- Pacient má normální kožní turgor a přiměřenou vlhkost sliznic
- Pacient má zlepšenou schopnost polykání, nemá bolest při polykání

Plán ošetrovatelské péče

- Sledovat odpady žaludečního obsahu z NGS
- Sledovat bilanci tekutin
- Sledovat množství vylučované moče a stolice
- Zajistit enterální příjem tekutina a výživy a vše zaznamenat do dokumentace

Realizace 3. až 4 pooperační den

Pacientovi je podávána umělá enterální výživa dle ordinace lékaře. Při negativní bilanci jsou tekutiny doplněny parenterální cestou. Veškerá podávaná výživa je zaznamenána do dokumentace. Odpady z NGS jsou sledovány a množství je zaznamenáváno do dokumentace. Bilance tekutin se zaznamenává po 6 hodinách. Sestra kontroluje sliznice a turgor kůže, zda nedochází k dehydrataci. Pacient pravidelně nacvičuje polykání. Sestra zajišťuje dostatečnou analgezii dle ordinace lékaře.

Hodnocení 4. pooperační den

Pacient nyní přijímá 200 ml enterální výživy za 3 hodiny. Odpady ze sondy jsou okolo 50 ml za den. Bilance z předchozího dne je 540 ml v pozitivu. Pacient má normální kožní turgor a vlhké sliznice. Pacient pravidelně nacvičuje polykání čirých tekutin, to je zatím uspokojivé.

2. Stanovení diagnózy 3. pooperační den

AKUTNÍ BOLEST jazyka a operační rány v oblasti krku z důvodu operačního výkonu, projevující se verbalizací bolesti dle VAS č. 3 až 4.

Cíl ošetrovatelské péče

- Zmírnění nebo odstranění bolesti dle VAS na č. 0 až 1
- Pacient dosahuje co nejlepší kvality života

Plán ošetrovatelské péče

- Posouzení bolesti a faktorů, které bolest zhoršují
- Podávání analgetik dle ordinace lékaře
- Sledování verbalizace bolesti pacienta
- Zhodnotit vliv bolesti na spánek

Realizace 3. až 4. pooperační den

Bylo zjištěno, že pacient trpí bolestí jazyka a operační rány na krku. Bolest se projevuje hlavně přes den. Sestra pravidelně kontroluje verbalizaci bolesti pacienta a podává analgetika dle ordinace lékaře.

Hodnocení 4. pooperační den

Pacient dokáže posoudit charakter bolesti. Uvádí, že když bolest nastane, je poté dostatečně tlumena. Na spánek prý vliv nemá.

3. Stanovení diagnózy 3. pooperační den

PORUCHA KOMUNIKACE z důvodu zavedení TSK a operačního výkonu v dutině ústní, projevující se neschopností verbální komunikace a nutností používat komunikační pomůcku.

Cíl ošetrovatelské péče

- Pacient je schopen komunikovat pomocí alternativní komunikační pomůcky

Plán ošetrovatelské péče

- Naučit pacienta komunikovat pomocí alternativní komunikační pomůcky
- Zajistit přítomnost logopeda

Realizace 3. až 4. pooperační den

Pacient má od přijetí na JIP k dispozici jako komunikační pomůcku papír a tužku. Konzultace s logopedem jsou zatím v šetření.

Hodnocení 4. pooperační den

Pacient komunikační pomůcku používá bez problémů. K pacientovi zatím logoped nedochází.

4. Stanovení diagnózy 3. pooperační den

NARUŠENÝ SPÁNEK z důvodu dlouhodobé poruchy spánku, projevující se občasnou únavou.

Cíl ošetrovatelské péče

- U pacienta došlo ke zlepšení spánku a odpočinku
- Pacient se po spánku cítí odpočínutý

Plán ošetrovatelské péče

- Posoudit příčiny a související faktory poruchy spánku
- Sledovat průměrnou délku a kvalitu spánku pacienta
- Sledovat spaní během dne

Realizace 3. až 4. pooperační den

Bylo zjištěno, že pacient má problémy se spánkem již delší dobu. Zatím tento problém s žádným lékařem neřešil. Pacientovi jsou dle ordinace lékaře dodatečně podávány léky na spaní. Délka spánku je zaznamenávána do dokumentace. Sestra se každé ráno snaží zjistit, zda měl pacient v noci problémy s usínáním a spánkem.

Hodnocení 4. pooperační den

Při problému s usínáním si pacient sám řekne lékaři o lék na spaní. Po léčích problém se spánkem nemá, ale léky příliš užívat nechce. Přes den unavený není.

5. Stanovení diagnózy 3. pooperační den

RIZIKO VZNIKU INFEKCE z důvodu operační rány a zavedení invazivních vstupů (TSK, PŽK, NGS).

Cíl ošetrovatelské péče

- Pacient nemá známky infekce

Plán ošetrovatelské péče

- Dodržovat aseptický postup u převazů zavedených invazivních vstupů
- Sledovat známky infekce
- Monitorovat rizikové faktory výskytu infekce

Realizace 3. až 4. pooperační den

Pacient každý den ráno provádí celkovou hygienu. Dbá na výplach dutiny ústní. Operační rány a invazivní vstupy jsou ošetřovány denně za aseptických podmínek. K pacientovi je přistupováno se zásadami bariérového ošetřovatelství.

10.6 Edukace a ošetrovatelský závěr a prognóza

Pacient byl dostatečně edukován o svém zdravotním stavu. Nestěžuje si na nedostatečné informace. Pacientovi je vždy lékařem sdělen plán dalšího postupu léčby. Sestra před provedením každého úkonu pacientovi sdělí, co se s ním bude dít. První pooperační den byl pacient seznámen s řádem oddělení JIP, vysvětlila se mu prevence pádů v pooperační péči, podávání léků a analgetik a seznámil se s rizikem vzniku infekce z důvodu zavedení invazivních vstupů. Edukaci také získal od fyzioterapeuta. Zde se dozvěděl jak správně provádět dechová cvičení, aktivní a pasivní rehabilitaci. Pokud má pacient jakékoliv dotazy, jsou mu dostatečně a s ochotou zodpovězeny.

Pacient V. V. je odhodlaný se léčit. Léčebné úkony podstupuje s ochotou. Zatím je v plánu odstranění NGS. Po dekanylaci TSK se plánuje překlad na standardní oddělení.

11 OŠETŘOVATELSKÁ KAZUISTIKA Č. 3

11.1 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: L. L.
Oslovení: Paní
Věk: 63 let
Pohlaví: Žena
Rodinný stav: Vdaná
Povolání: Kadeřnice
Národnost: Česká
Kontaktní osoba: Manžel

Hlavní důvod přijetí: ZHOUBNÝ NOVOTVAR KOŘENE JAZYKA

Pacientka asi 4 měsíce pociťuje bolesti v krku. Poslední měsíc se objevily bolesti při polykání, rozhodla se proto navštívit svého praktického lékaře. Ten pacientku odeslal na KÚČOCH ve VFN Praha. Zde provedena diagnostická excize. Výsledkem je zhoubný novotvar kořene jazyka.

11.2 Lékařská anamnéza

Osobní anamnéza

Vážněji nestonala. Operace a úrazy neguje.

Farmakologická anamnéza

TRAMAL (Analgetikum)	při bolesti
APO-IBUPROFEN (Antiflogistikum)	při bolesti

Rodinná anamnéza

Matka zemřela v 65 letech na karcinom žlučníku. Otce nezná. Pacientka má dvě sestry, které jsou zdravé. Dále uvádí tři děti, všechny jsou zdraví.

Alergologická anamnéza

Alergie na pyl a prach.

Abusus

Kouří cca 20 cigaret denně po dobu 30 let. Z alkoholu pije 2 až 3 piva týdně. Denně vypije dvě kávy. Jiné návykové látky neguje.

Sociální anamnéza

Pacientka pracuje jako kadeřnice. Bydlí v panelákovém bytě s manželem.

11.2.1 Průběh hospitalizace

Pacientka byla přijata v průběhu měsíce března k plánovanému výkonu resekce kořene jazyka eventuelně s mandibulotomií a krční blokovou disekcí. Další den se provedl operační výkon. Po příjezdu na operační sál dle metodického pokynu proběhlo před zahájením výkonu operátérem ověření identifikace pacientky, kontrola dostupné zdravotnické dokumentace, včetně informovaného souhlasu, dostupné obrazové dokumentace a viditelného označení místa operace. V celkové anestezii se nejprve odebraly z okrajů původního nádoru vzorky, které se odeslaly k provedení peroperační biopsie. Provedla se pravostranná šetřící bloková krční disekce vpravo. Podvázala se vena jugularis interna l. dx. a artéria lingualis l. dx. se také podvázala. Dále se provedla resekce tumoru kořene jazyka a rána se šila vstřebatelnými stehy a monofilovými nevstřebatelnými stehy po vrstvách. Z preventivních důvodů se zavedla tracheostomická kanyla č. 8. Na závěr byla pacientce zavedena nasogastrická sonda pravým nosním průduchem. Eventuelně plánovaná mandibulotomie nebyla provedena. Výkon proběhl bez komplikací. Krevní ztráty byly okolo 300 ml. Po operačním výkonu byla pacientka přijata na JIP. Zde byla v plánu analgezie, péče o TSK a komfort pacientky. První pooperační den se pacientka postupně začala vertikalizovat. Druhý den po operaci pacientka postupně nacvičuje polykání. Tento den proběhla výměna TSK. Třetí pooperační den se odstranil PMK.

11.2.2 Objektivní nález

V den sběru anamnézy je pacientka bez obtíží. Rána po resekci jazyka je klidná a hojení probíhá per primam. Rána po blokované krční disekci je mírně zarudlá a bolestivá. Dle stomatochirurga je stav uspokojivý. Pacientka je ventilačně i oběhově stabilní. Má zavedenou TSK, NGS, a PŽK. Plánem je analgezie, komfort, rehabilitace.

Lékařské diagnózy

Hlavní diagnózy: ZHOUBNÝ NOVOTVAR KOŘENE JAZYKA

Vedlejší diagnózy: Pacientka se neléčí s jiným onemocněním

11.3 Diagnostická péče

Antropometrické údaje

Váha: 71 kg

Výška: 176 cm

Body mass index (BMI): 22,92

Výsledek: ideální váha

Graf č. 3 BMI vzorec

$$\text{BMI} = \frac{\text{váha (kg)}}{\text{výška}^2 \text{ (m)}} = \frac{71}{1,76} = 22,92 \text{ kg/m}^2$$

Fyziologické funkce

V den příjmu

Tabulka č. 19 Fyziologické funkce v den příjmu

TK	129/88 mmHg
P	68/min
D	14/min
SpO2	97%
TT	36,8 °C

Během hospitalizace po operačním výkonu

Tabulka č. 20 Fyziologické funkce po operačním výkonu

TK	127/89 mm Hg
P	67/min
D	15/min
SpO₂	98%
TT	36,6 °C

Během hospitalizace v den sběru dat

Tabulka č. 21 Fyziologické funkce v den sběru dat

TK	132/87 mm Hg
P	76/min
D	16/min
SpO₂	96%
TT	36,5 °C

Laboratorní vyšetření

Biochemické vyšetření séra

Tabulka č. 22 Biochemické vyšetření séra

	1. den	3. den	5. den	Referenční meze
Natrium (mmol/l)	137	143	144	137 - 146
Kalium (mmol/l)	3,9	4,1	4,7	3,8 - 5,0
Chloridy (mmol/l)	107	107	106	98 - 108
Urea (mmol/l)		3,3		2,5 – 8,3
Kreatinin (umol/l)		66		60 – 115
Albumin (g/l)		36		35 - 53
CB (g/l)		67		65 – 85
CRP (mg/l)		85		< 7,0
Prokalcitonin (µg/l)		0,1		0,0 - 0,5
Glykémie (mmol/l)	5,6	5,3	5,8	3,9 - 5,6
Bilirubin (umol/l)		9,5		2 – 17
ALT (ukat/l)		0,67		< 0,78
AST (ukat/l)		0,55		< 0,72
GGT (ukat/l)		0,97		< 1,00
ALP (ukat/l)		1,65		0,66 – 2,20

Krevní obraz

Tabulka č. 23 Krevní obraz

	1. den	3. den	5. den	Referenční meze
Leukocyty	8,56	8,67	7,89	4,0 - 11,10 x 10 ⁹ /l
Erythrocyty	4,5	6,2	5,7	4,2 - 5,4 x 10 ¹² /l
Hemoglobin	125	128	132	120 - 160 g/l
Hematokrit	0,341	0,332	0,29	0,340 - 0,460 g/l
Krevní destičky	398	378	367	130 - 450 x 10 ⁹ /l

Bakteriologické vyšetření

Tabulka č. 24 Bakteriologické vyšetření

	1. den	3. den	5. den
Stěr z TSK		Bez nálezu	
Stěr z operační rány - krk		Streptococcus viridans - ojediněle	
Stěr z operační rány - jazyk		Běžná flóra	

Vyšetření moče

Tabulka č. 25 Vyšetření močového sedimentu

	1. den	3. den	5. den	Referenční meze
Hlen		negativní	negativní	negativní
Erythrocyty		8	7	10,0 x 10 ⁶ /l
Leukocyty		12	15	0,0 - 20,0 počet/ μ l
Poznámka		Ostatní negativní		

11.4 Terapeutická péče

Příjem per os

Čaj po lžičkách

Nasogastrická sonda

Fresubin 200 ml každé 4 hodiny $6^{00} - 10^{00} - 14^{00} - 18^{00} - 22^{00}$

Sonda na spád na cca 30 minut před podáním další dávky výživy a od 24^{00} do 6^{00}

Monitorace

EKG + SpO₂ + DF – kontinuální záznam, zápis po 1 hodině

TT v 18:00 a 6:00

TK + TF zápis po 2 hodinách

P + V tekutin zápis po 6 hodinách

Oxygenoterapie

O₂ maska flow 5 l / min při saturaci nižší než 92 %

Nebulizace

Ambrobene 4 ml do 20 ml F^{1/1}, 5 ml směsi nebulizovat $14^{00} - 18^{00} - 22^{00} - 6^{00} - 10^{00}$

Převaz

Dle operátora

Intravenosní podání léků

Quamatel inj. sol. 20 mg $18^{00} - 6^{00}$

Ketonal inj. sol 100 mg i.v. ve 100 ml F^{1/1} $14^{00} - 22^{00} - 6^{00}$

Perfalgan inf. sol. 1 g i.v. $16^{00} - 24^{00} - 8^{00}$

Degan inj. sol. 10 mg při nauce a zvracení, maximálně po 8 hodinách

Antibiotika

Ampicilin inj. plv. 1 g i.v. $12^{00} - 18^{00} - 24^{00} - 6^{00}$

Infuzní terapie

Plasmalyte 500 ml + 20 ml KCl 7,45% R = 100 ml / hod

Subkutánní podání léků

Fraxiparine inj. sol. 0,4 ml s.c. 18^{00}

Dipidolor inj. sol. 15 mg s.c. při bolesti, maximálně po 8 hodinách

Poloha pacienta

Zvýšená poloha horní poloviny těla + 30°

Rehabilitace

Vertikalizace pacienta, fyzioterapie hrudníku s dechovou rehabilitací.

Invazivní vstupy

Tabulka č. 26 Invazivní vstupy 4. pooperační den

Invazivní vstup	Zaveden dne	Den zavedení	Místo zavedení	Výměna	Odstranění
Periferní žilní katétr	V den operačního výkonu	5.	Vena basilica	3. pooperační den	
Tracheostomická kanyla č. 8	V den operačního výkonu	5.	Trachea	2. pooperační den	
Nasogastrická sonda	V den operačního výkonu	5.	Pravá nosní dírka		
Permanentní močový katétr	V den operačního výkonu	4.	Močový měchýř		3. pooperační den

11.5 Ošetrovatelská část

Tato anamnéza byla zpracována dle ošetrovatelského modelu Marjory Gordonové. Informace byly získány z dokumentace pacienta, od ošetřujícího personálu a především pozorováním pacienta.

1. Vnímání zdraví – udržování zdraví

Pacientka kouří kolem 20 cigaret denně přibližně 30 let. Za týden vypije 2 až 3 piva. Během dne vypije dvě kávy. Jiné návykové látky neguje.

Mnohokrát se snažila přestat kouřit, ale nikdy se jí to nepodařilo. Ví, že kouření sebou nese svá rizika a myslí si, že díky tomuto zlovyku má nádorové onemocnění. Po propuštění z nemocnice by chtěla opravdu přestat kouřit a celkově změnit svůj životní styl k lepšímu.

Ze sesterského hlediska je pacientka ochotná se léčit. Respektuje všechna lékařská doporučení. Edukace se aktivně účastní. Zdá se, že její odhodlanost ke změně životního stylu je velká.

2. Výživa a metabolismus

Pacientka se prý snaží stravovat zdravě. Dbá na to, aby jídlo přes den bylo pestré a vyvážené. Její pitný režim je denně okolo 2,5 litrů.

Pacientce byla na operačním sále zavedena nasogastrická sonda do pravého nosního průduchu. Ta je fixována lepením v oblasti nosu. První den se do NGS výživa nepodávala. První dávka se podala až 1. pooperační den a to 50 ml po čtyřech hodinách. Výživu pacientka tolerovala a odpady z NGS byly minimální. Proto se nyní podává 200 ml po čtyřech hodinách. Bolestivost při manipulaci se sondou neudává. Na doporučení lékaře a logopeda nyní nacvičuje polykání čaje po lžičkách. Polykání zatím není příliš uspokojivé.

Dutina ústní je vlhká a pravidelně kontrolována. Podle potřeby se odsávají sliny z dutiny ústní a pravidelně se ústa vyplachují Chlorhexidinem, přibližně pětkrát za den. Rty jsou ošetřeny mastí. Průběh hojení rány po krční disekci je per primam a bez známek infekce.

Otoky nejsou přítomny a kůže je normálního turgoru, neznačí dehydrataci. Pacientka o svou pokožku pravidelně pečuje tělovými mléky. Zde je kůže ošetřována Menalindovou mastí a záda promasírována Mentholovou mastí.

Pacientka má zavedený PŽK. Tento katétr je fixován transparentním krytím. Převaz se provádí minimálně jednou denně po ranní hygieně a dále dle potřeby. Okolí vpichu nejeví známky infekce a katétr je dobře průchozí.

3. Vylučování a výměna

Pacientka před hospitalizací neměla problémy s vylučováním nebo inkontinencí. Na stoličce chodila pravidelně každý den většinou v ranních hodinách.

Nyní již pacientka nebyla 2 dny na stoličce. Po operačním výkonu byl zavedený PMK, který se odstranil třetí pooperační den. Momentálně s močením žádné problémy nemá. Příjem tekutin pacientky byl vyšší než výdej, tzn., že bilance tekutin je + 1200 ml. Z toho příjem byl 2950 ml a výdej 1750 ml. Cílem je bilanci snížit alespoň na + 500 ml. Pacientka se potí přiměřeně.

Na operačním sále byla zavedena TSK, která je fixována molitanovou páskou. Okolí je ošetřováno peroxidem vodíku a sterilně kryto. Výměna krytí se provádí každý den po ranní hygieně a dále dle potřeby. Okolí je mírně macerované. Produkce hlenu z TSK je zvýšená a proto, je potřeba z TSK odsávat minimálně jednou za hodinu. Pacientka odkašlává hleny ve zvýšeném množství. TSK a odsávání z ní se zdá být velmi dráždivé. Udává také bolest v okolí zavedení TSK. Pacientka momentálně dýchá přes T-tubus zvlhčený a ohřátý kyslík a pravidelně nebulizuje.

4. Aktivita a cvičení

Pacientka má jako koníčka procházky se svým psem. Ve volném čase také luští křížovky a sleduje televizi. Hodně také čte knihy.

Během hospitalizace často rehabilituje. Provádí doporučená dechová cvičení. Spolupráce s fyzioterapeutem je výborná. Hygienu zvládá sama. Čas v nemocnici tráví hlavně čtením knih. Pacientka je soběstačná.

5. Spánek a odpočinek

Pacientka neuvádí žádné problémy se spánkem. Doma prý občas spí i přes den hlavně po obědě.

Nyní udává, že minulou noc nemohla vůbec spát. Sestrám to nesdělila, protože si myslela, že usne. Vypadá unaveně. Myslí si, že je to strachem, který prožívá během hospitalizace, z toho, že se neuzdraví.

6. Vnímání a poznávání

Pacientka je orientována časem místem a osobou. Spolupráce s ní je dobrá. Dokáže popsat své potřeby. Informace o jejím zdravotním stavu a léčbě jsou prý dostačující. Je schopná rozhodování. Pacientka trpí akutní bolestí obvykle VAS č. 3, která je tlumena analgetiky.

7. Sebepojetí a sebeúcta

Pacientka je se svým životem spokojená. Vždy žila naplno. Velmi by se chtěla uzdravit, ale bojí se, že se to nepodaří.

8. Role a vztahy

Pacientka žije se svým manželem v panelákovém bytě. Manželství je prý bezproblémové. Má velkou rodinu, se kterou se pravidelně stýká a několik dlouholetých přátel. Každý den pacientku chodí navštěvovat manžel a další členové rodiny.

9. Reprodukce a sexualita

Pacientka má tři dcery, porody proběhly bez komplikací. Abortus nebyla žádný. Pohlavní choroby neguje.

10. Zvládání zátěže a odolnost vůči stresu

Pacientka prý zátěžové situace nezvládá moc dobře. Nyní během hospitalizace se velmi snaží dodržovat léčení, protože se chce uzdravit, ale stále je tu strach z toho, že se neuzdraví nebo že nastanou komplikace. Je ráda, že má rodinu a přátele, kteří ji v léčbě velmi podporují.

11. Víra a životní hodnoty

Pacientka je od malička věřící. Pravidelně chodí každý týden do kostela. Mezi nejvyšší hodnoty řadí rodinu a zdraví.

11.5.1 Ošetřovatelské diagnózy

Ošetřovatelské diagnózy aktuální

1. Porucha příjmu potravy a tekutin z důvodu operačního výkonu v dutině ústní, projevující se nemožností přijímat potravu ústy.
2. Zhoršená průchodnost dýchacích cest z důvodu zvýšené produkce hlenu, projevující se nutností častého odsávání z TSK.
3. Akutní bolest v operační ráně a okolí TSK z důvodu zavedení TSK a operačního výkonu, projevující se verbalizací bolesti dle VAS č. 3.
4. Porucha komunikace z důvodů zavedení TSK a operačního výkonu v dutině ústní, projevující se neschopností verbální komunikace a nutností používat komunikační pomůcky.
5. Narušený spánek z důvodu strachu, projevující se denní únavou.
6. Strach z důvodu probíhajícího onemocnění, projevující se nervozitou pacienta.

Ošetřovatelské diagnózy potenciální

7. Riziko vzniku infekce z důvodu operační rány a zavedení invazivních vstupů (TSK, PŽK, NGS).

11.5.2 Cíl, plán, realizace a hodnocení ošetrovatelské péče

1. Stanovení ošetrovatelské diagnózy 3. pooperační den

PORUCHA PŘÍJMU POTRAVY A TEKUTIN z důvodů operačního výkonu v dutině ústní, projevující se nemožností přijímat potravu ústy.

Cíl ošetrovatelské péče

- Pacientka bude tolerovat podávanou enterální výživu do NGS v množství 300 ml / 4 hodiny
- Odpady z NGS budou nižší než 100 ml /den
- Udržovat bilanci maximálně 500 ml v pozitivu za den
- Pacientka má normální kožní turgor a přiměřenou vlhkost sliznic
- Pacientka má zlepšenou schopnost polykání, nemá bolest při polykání

Plán ošetrovatelské péče

- Sledovat odpady z NGS
- Sledovat bilanci tekutin
- Sledovat množství vylučované moče a stolice
- Zajistit enterální příjem tekutin a výživy a vše zaznamenat do dokumentace

Realizace 3. a 4. pooperační den

Pacientce je podávána umělá enterální výživa dle ordinace lékaře. Veškerá podávaná výživa a odpady z NGS jsou zaznamenávány do dokumentace. Bilance tekutin je počítána po 6 hodinách. Podle sliznic a turgoru kůže je sledována hydratace pacienta. Pacientka pravidelně nacvičuje polykání za podpory sestry. Sestra zajišťuje dostatečnou analgezii dle ordinace lékaře.

Hodnocení 4. pooperační den

Pacientka nyní přijímá 200 ml enterální výživy za 4 hodiny. Odpady ze sondy jsou okolo 80 ml za den. Bilance z předchozího dne je 1200 ml v pozitivu. Pacientka má přiměřeně vlhké sliznice a kožní turgor. Polykání pečlivě nacvičuje, zatím není příliš úspěšné.

2. Stanovení ošetrovatelské diagnózy 3. pooperační den

ZHORŠENÁ PRŮCHODNOST DÝCHACÍCH CEST z důvodu zvýšené produkce hlenu, projevující nutností častého odsávání z TSK.

Cíl ošetrovatelské péče

- Pacientka zvládá dechovou rehabilitaci
- Pacientka má průchodné dýchací cesty
- Pacientka nemá infekci dýchacích cest

Plán ošetrovatelské péče

- Vdechování zvlhčované a ohřáté směsi
- Dodržování podávání nebulizace dle ordinace lékaře
- Dostatečné odsávání sekretu z dýchacích cest aseptickým způsobem
- Zajištění dechových cvičení

Realizace 3. až 4. pooperační den

Pacientka střídavě dýchá přes kyslíkový filtr a T-Tubus zvlhčený a ohřátý kyslík. Flow je okolo 8 litrů za minutu. Pravidelně také nebulizuje směs předepsanou lékařem. Pacientka poctivě provádí dechová cvičení.

Hodnocení 4. pooperační den

Z dýchacích cest se pravidelně odsává, produkce hlenu je zvýšená. Dýchací cesty jsou průchodné. Infekce v dýchacích cestách není prokázána.

3. Stanovení ošetrovatelské diagnózy 3. pooperační den

AKUTNÍ BOLEST v operační ráně a okolí TSK z důvodu zavedení TSK a operačního výkonu, projevující se verbalizací bolesti dle VAS č. 3.

Cíl ošetrovatelské péče

- Zmírnění nebo odstranění bolesti na č. 0 až 1. do 12 hodin

Plán ošetrovatelské péče

- Posouzení bolesti a faktorů, které bolest zhoršují
- Podávání analgetik dle ordinace lékaře
- Sledování verbalizace bolesti pacienta
- Zhodnotit vliv bolesti na spánek

Realizace 3. až 4. pooperační den

Sestra pravidelně kontroluje bolest pacientky. Analgetika dle lékaře jsou pravidelně podávána. Každé ráno je od pacientky zjištěno, zda neměla bolest vliv na kvalitu spánku. Během dne je sledována verbalizace bolesti pacientkou.

Hodnocení 4. pooperační den

Pacientka dokáže zhodnotit intenzitu bolesti. Přes noc se v noci spíše nevyskytuje, proto nemá vliv na spánek. Analgetika jsou pravidelně podávána dle ordinace lékaře. Po podání analgetik pacientka bolest neguje.

4. Stanovení ošetrovatelské diagnózy 3. pooperační den

PORUCHA KOMUNIKACE z důvodu zavedení TSK a operačního výkonu v dutině ústní, projevující se neschopností verbální komunikace.

Cíl ošetrovatelské péče

- Pacientka je schopná komunikovat pomocí alternativní komunikační pomůcky, kterou je papír a tužka

Plán ošetrovatelské péče

- Naučit pacientku komunikovat pomocí alternativní komunikační pomůcky
- Zajistit přítomnost logopeda

Realizace 3. až 4. pooperační den

Pacientka má po celou dobu hospitalizace k dispozici jako komunikační pomůcky papír a tužku.

Hodnocení 4. pooperační den

Pacientka komunikační pomůcku používá bez problémů.

5. Stanovení ošetrovatelské diagnózy 3. pooperační den

NARUŠENÝ SPÁNEK z důvodu strachu, projevující se denní únavou.

Cíl ošetrovatelské péče

- U pacientky došlo ke zlepšení spánku a odpočinku
- Pacientka se po spánku cítí odpočatá

Plán ošetrovatelské péče

- Posoudit příčiny a související faktory poruchy spánku
- Sledovat průměrnou délku a kvalitu spánku pacienta
- Sledovat spaní během dne

Realizace 3. až 4. pooperační den

Bylo zjištěno, že problémy se spánkem jsou nejspíše z důvodu strachu, který pacientka prožívá. Sestra podává léky na spaní dle ordinace lékaře.

Hodnocení 4. pooperační den

Pacientka po podaných lécích na spaní spala v noci lépe. Přes den se necítí unavená.

6. Stanovení ošetrovatelské diagnózy 3. pooperační den

STRACH z důvodu probíhajícího onemocnění, projevující se nervozitou pacienta.

Cíl ošetrovatelské péče

- Strach pacientky je snížen nebo odstraněn
- Pacientka dokáže o svém strachu hovořit

Plán ošetrovatelské péče

- Posoudit stupeň strachu
- V případě nutnosti zajistit návštěvu psychologa

Realizace 3. až 4. pooperační den

Dle lékařů a sester je strach pacientky přiměřený situaci. Pro jistotu bylo domluveno konzilium s psychologem. Pacientka je s tou situací seznámena

Hodnocení 4. pooperační den

Pacientka souhlasí s psychologickým konziliem. O svém strachu dokáže hovořit.

7. Stanovení ošetrovatelské diagnózy 3. pooperační den

RIZIKO VZNIKU INFEKCE z důvodu operační rány a zavedení invazivních vstupů (TSK, PŽK, NGS).

Cíl ošetrovatelské péče

- Pacientka nemá známky infekce

Plán ošetrovatelské péče

- Dodržovat aseptický postup u převazů zavedených invazivních vstupů
- Sledovat známky infekce
- Monitorovat rizikové faktory výskytu infekce

Realizace 3. až 4. pooperační den

Pacientka každé ráno samostatně provádí hygienu. Invazivní vstupy a operační rány jsou pravidelně ošetřovány. Z TSK je odsáváno také aseptickým způsobem. Provádí se pravidelně péče o okolí TSK.

11.6 Edukace a ošetrovatelský závěr a prognóza

Pacientka byla edukována lékařem o svém zdravotním stavu. Při přijetí na JIP byla seznámena s prevencí pádů v pooperačním období, s podáváním léků a analgetik a s rizikem vzniku infekce z důvodu zavedení invazivních vstupů. Pacientka také byla edukována od fyzioterapeuta a logopeda. Před provedením každého ošetrovatelského úkonu sestrou je pacientka s tímto úkonem seznámena. Od lékařů je seznámena s dalším postupem léčby.

Pacientka je i přes svůj strach odhodlána se léčit. Pečlivě dodržuje všechna doporučení zdravotnického personálu. Průběh léčby je zatím dobrý. Pacientka dělá velké pokroky.

12 DISKUZE

Výše zmíněné kazuistiky mají několik společných prvků. Jedná se o pacienty s karcinomem jazyka, kteří byli hospitalizováni na Klinice ústní, čelistí a obličejové chirurgie v Praze. Všichni tito pacienti podstoupili plánovaný operační výkon resekce jazyka s následnou blokovou krční disekcí. Sběr dat byl komplikovanější, jelikož tito pacienti měli v době sběru dat zavedenou tracheostomickou kanylu a komunikovali nonverbálně pomocí komunikační pomůcky. Tou byl papír a tužka.

Pacienti byli na KÚČOCH přijati k plánovanému výkonu. Nyní, v době sběru dat pro kazuistiku se nachází v pooperačním období. Jejich terapie je velmi podobná. A to jak v případě lékařských ordinací, tak i rehabilitační péče, viz část Terapeutická péče. Dále se můžeme dočíst, že vzorce zdraví v sobě nesou shody i rozdíly u každého pacienta.

V prvním vzorci, který se zabývá vnímáním zdraví, si můžeme všimnout, že všichni pacienti dlouhodobě kouří cigarety. Uvědomují si, že právě kouření mohlo způsobit jejich onemocnění. Žádný z pacientů nevedl, že by onemocnění mohla způsobit i konzumace alkoholu. Ve druhé kazuistice pacient přestal kouřit teprve týden před operací a dříve o tom nepřemýšlel. Naproti tomu první a druhý pacient se snažili již několikrát překonat svou závislost na cigaretách a chtěli by celkově po ukončení hospitalizace změnit svůj životní. Tento vzorec zdraví se také zabývá udržováním zdraví. Při odběru kazuistiky jsem mohla sama zjistit, jaký mají pacienti postoj k léčbě. Bohužel se všichni nacházejí ve složité životní situaci, která přináší mnoho nejistot a obav a každý se s touto situací vyrovnává jiným způsobem. Např. v první kazuistice jsme si mohli všimnout pacienta, který byl z počátku až hysterický a nechtěl spolupracovat s lékaři ani s jiným zdravotnickým personálem. Velkým překvapením tak bylo, když se pacient po několika dnech začal více přizpůsobovat léčbě a jeho spolupráce se postupně zlepšovala. V této době udělal obrovský pokrok a jeho pohled na zdraví se celkově změnil. V kazuistikách č. 2 a 3 byl znatelný strach pacientů, ale naproti tomu velké odhodlání se léčit, a proto jejich spolupráce se zdravotními pracovníky byla již od počátku výborná.

Druhý vzorec zdraví se zabývá výživou a metabolismem. Zde můžeme také nalézt několik shod. Všichni pacienti měli zavedenou již z operačního sálu alimentační cévku. Do té 1. operační den započalo podávání výživy. U prvního pacienta jsme si mohli všimnout, že měl z počátku s podáváním výživy problémy, jakými byla např. obtížná první aplikace výživy a další den nadcházející bolesti břicha. Naproti tomu u ostatních pacientů nenastaly žádné komplikace. Společným znakem ve všech kazuistikách je také problém s polykáním. Hlavním důvodem je rána po operačním výkonu v dutině ústní, která se společně s ránou po krční disekci pravidelně kontroluje.

Třetí vzorec je vylučování a výměna. Všichni tři pacienti měli po operačním výkonu zavedený PMK, u žádného z nich se neprojevila infekce močových cest. V době sběru dat pro kazuistiku neměli pacienti již PMK zavedený. Dalším společným prvkem všech pacientů bylo preventivní zavedení TSK. Každý z pacientů na TSK reagoval

rozdílně. V první a třetí kazuistice jsme si mohli všimnout, že se u pacientů vyskytovala zvýšená produkce sekretu z TSK a proto bylo i důležité častější odsávání sekretu. Naproti tomu ve druhé kazuistice se u pacienta vyskytovala přiměřená produkce sputa. Pacient neudával bolest v okolí této kanyly.

Aktivita a cvičení je čtvrtý vzorec zdraví. Zde jsme se zaměřovali hlavně na soběstačnost pacientů a jejich pravidelné rehabilitování v době jejich hospitalizace. Po operačním výkonu byli pacienti postupně edukováni v oblasti hygieny dutiny ústní. Po této operaci je hygiena dutiny ústní velice důležitá jako prevence infekce operační rány po resekci jazyka. Všichni pacienti chápali tuto důležitost a hygienu prováděli pečlivě. Velký význam mají dechová cvičení a nácvik polykání dle pokynů logopeda. U pacientů je rozdílná doba, kdy polykání zvládají natolik dobře, aby byla odstraněna alimentární cévka a výživa mohla být pak podávána per orálně.

Dalším, pátým vzorcem zdraví, je spánek a odpočinek. Ve všech třech kazuistikách je zmíněno, že pacienti mají během hospitalizace problém s usínáním. U pacientů v první a třetí kazuistice se tento problém před hospitalizací nevyskytoval. Pacient ve druhé kazuistice uvádí, že se problém se spánkem objevil již dříve, ale zatím ho neřešil se žádným lékařem. Dle mého názoru je zde ve všech případech jako příčina problému se spánkem změna prostředí a samozřejmě také těžká životní situace, ve které se pacienti nachází. Podle potřeby lékař pacientům předepíše léky na spaní.

Šestý vzorec zdraví se zabývá vnímáním a poznáváním. Zde jsme se zaměřili na to, zda jsou pacienti orientovány osobou místem i časem. V této oblasti se u nikoho z pacientů nevyskytoval žádný problém. Důležité je také zjistit, zda pacienti netrpí bolestí a pokud ano, tak klást důraz, aby bolest byla zmírněna nebo úplně odstraněna. U všech pacientů se vyskytovala akutní bolest, a proto lékař naordinoval pravidelné podávání analgetik. Bolest byla zaznamenávána podle Vizuelní analogové škály bolesti. Pokud byla bolest i přes to přítomna, podávala se silnější analgetika. Důležitým bodem tohoto vzorce je spolupráce pacientů. Ta byla u pacienta v první kazuistice z počátku obtížná, ale po čase se výrazně zlepšila. U pacientů ve druhé a třetí kazuistice nenastal v tomto směru žádný problém.

Sedmý vzorec se zabývá sebepojetím a sebeúctou. Pacient v první kazuistice udává, že byl se svým životem více spokojený, nyní kvůli probíhající nemoci jeho spokojenost narušuje strach z probíhajícího onemocnění. Naproti tomu věří v uzdravení. Pacient ve druhé kazuistice udává, že se svým životem nebyl nikdy příliš spokojný, ale nesnažil se nic měnit. Také věří ve své uzdravení. Nespokojenost s jeho životem je pravděpodobně způsobena tím, že nemá dostatečné zázemí, co se týče bydlení a rodiny. Udává, že momentálně žije na ubytovně a nemá manželku ani děti. Za rodiči dojíždí jen zřídka. Ve třetí kazuistice se můžeme dočíst, že pacientka je se svým životem spokojená, vždy prý žila naplno. Velmi by se chtěla uzdravit, ale trápí se strachem z toho, že se neuzdraví.

Role a vztahy tvoří osmý vzorec zdraví. Zde jsme se zaměřili hlavně na sociální role pacientů. V první kazuistice je zmíněno, že pacient bydlí se svou manželkou a dvěma dětmi v rodinném domku. Nemá problém vycházet s lidmi a přátel má dostatek. Naproti

tomu, jak již bylo změneno výše, pacient ve druhé kazuistice udává, že bydlí na ubytovně a jeho rodinou jsou pouze rodiče, se kterými se neseťkává příliš často. V nemocnici je navštěvován kamarádem z ubytovny, který ho podporuje. Pacientka ve třetí kazuistice zmiňuje společné bydlení s manželem v panelákovém bytě. Má velkou rodinu, se kterou se pravidelně vidá. Manželství je bezproblémové stejně jako vztahy s dlouholetými přáteli.

Devátý vzorec se zabývá reprodukcí a sexualitou. Pacienti v první a třetí kazuistice negují pohlavní onemocnění. Ve druhé kazuistice si pacient nepřeje hovořit o této oblasti.

Zvládáním zátěže a odolností vůči stresu se zabývá desátý vzorec zdraví. Zde si také můžeme všimnout několika rozdílů. Například první pacient je odolný vůči stresu díky náročnému povolání, a pokud nastane závažná situace, snaží se jí okamžitě řešit. Druhý pacient je díky těžkým situacím, které v jeho životě již nastaly, také vůči stresu odolný. Naproti tomu třetí pacientka nezvládá tyto situace příliš dobře. Jde poznat, že pacientku trápí strach a jak udává je to strach z nevyлéčení se. Pacientka se zdá být jako silná osobnost a dle mého názoru tuto situace zvládá výborně.

Posledním, jedenáctým vzorcem zdraví je víra a životní hodnoty. První a druhý pacient je ateista, třetí pacientka je odmalička věřící a pravidelně chodí do kostela. Všichni pacienti řadí do svých životních hodnot zdraví. První pacient udává i lásku a spokojenost rodiny stejně jako pacientka třetí.

U sestavování ošetrovatelských diagnóz jsem několikrát narazila na stejný ošetrovatelský problém. Jednalo se zejména o poruchu příjmu potravy a tekutin se zajištěním enterální výživy alimentační cévkou, nutnost zajištění dýchacích cest TSK, akutní bolest, poruchu spánku, strach z probíhajícího onemocnění a poruchu komunikace zapříčiněnou zavedením TSK a operační ránou v dutině ústní. Další společnou ošetrovatelskou diagnózou bylo riziko vzniku infekce z důvodu operačních ran a zajištění invazivních vstupů.

Při ošetrování těchto pacientů jsme si mohli povšimnout několika společných prvků. Jedná se např. o péči o TSK. U všech pacientů se prováděla výměna fixace TSK každé ráno po hygienické péči. Dále byla kanyla vypokládána sterilními čtverci, které se měnili dle potřeby, minimálně však jednou za 24 hodin. Odsávání z TSK se provádělo otevřeným systémem. Všichni pacienti z počátku dýchali přes tzv. T-Tubus zvlhčený a ohřátý kyslík. Lékař také naordinoval pravidelné nebulizace, které jsou prevencí neprůchodnosti dýchacích cest.

Problémem, který pacienty společně trápil, byla komunikace. Jelikož pacienti měli zavedenou TSK a podstoupili operační výkon v dutině ústní, jejich hlavním prostředkem komunikace byla komunikační pomůcka, přesněji se jednalo o tužku a papír. Nezdálo se, že by se u pacientů s touto pomůckou vyskytoval problém. Někdy dorozumívání probíhalo také pomocí naznačování nebo snahou odezírat ze rtů.

Další znak, který pacienty pojil, byla operační rána v dutině ústní. K pacientů proto pravidelně dochází logoped, který má za úkol pacientům vysvětlit správnou techniku

polykání. U těchto pacientů se po odstranění TSK také logoped zabývá správným mluvením a výslovností.

Je zde zřejmé, že i když se v této práci zabýváme kazuistikami pacientů se stejnou diagnózou a stejným operačním výkonem, tak přístup a péče o jednotlivé pacienty je v mnoha ohledech rozdílný. I když byly u pacientů stanoveny v několika případech stejné ošetrovatelské problémy a plán péče, musíme si uvědomit, že ke každému pacientovi je nutné přistupovat individuálně.

13 Opatření pro praxi

Během zpracovávání ošetrovatelských kazuistik jsem zjistila mnoho dalších poznatků o pacientech po resekci jazyka. Je důležité si uvědomit, že po těchto operacích je nutné dostatečně edukovat pacienty v hygieně dutiny ústní. Dále je nutné znát zásady péče u tracheostomovaných pacientů. Důraz by se měl klást také na pravidelná dechová cvičení, která zajišťují hlavně fyzioterapeuti. Sestra by měla dokázat s pacientem komunikovat pomocí komunikačních pomůcek, jelikož tito pacienti nemohou ve většině případů komunikovat verbálně. Důvodem je nejen zavedení TSK, ale také resekční výkon jazyka, kdy kvůli odstranění části jazyka mají pacienti celkově problém vyslovovat. Proto by lékař nebo sestra měli zajistit pravidelné konzultace pacienta s logopedem. Pacienti po resekci jazyka mají ve většině případů zavedenou alimentační cévku. Proto je důležité vědět také zásady podávání enterální výživy.

Je velmi nutné si uvědomit, že pacienti, kteří trpí nádorovým onemocněním jazyka, jsou stejně jako pacienti s jiným nádorovým onemocněním, ve velmi těžké životní situaci. Jedním z mnoha problémů, které tyto pacienty trápí, je strach. Jak jsme se mohli dočíst výše, je to strach z toho, že se pacienti nevyлéčí a podlehnou nemoci. Každý pacient se se svým strachem vyrovnává jiným způsobem. Dle mého názoru je velmi důležité během léčby tohoto onemocnění nabídnout a dokázat zajistit pacientům přítomnost psychologa, který by jim alespoň z části mohl pomoci v této těžké chvíli. Dále bychom si měli uvědomit, že v těchto těžkých chvílích je velmi důležitá podpora také lékařů a sester. Právě sestry jsou ty, se kterými pacienti po dobu hospitalizace tráví nejvíce času a dokážou jim důvěřovat. Samozřejmě by měla být jednak dovednost sester se o tyto pacienty postarat z ošetrovatelského hlediska, ale také dokázat projevit empatii a dostatečně pacientům naslouchat.

Myslím si, že tato diplomová práce by mohla sloužit jako ucelený přehled v péči o pacienty po resekci jazyka.

ZÁVĚR

Předkládaná diplomová práce je věnována specifikám ošetrovatelské péče u pacientů po resekci jazyka na stomatochirurgickém oddělení. V teoretické části je popsán obor stomatologie a podrobněji jsme se zde zmínili o stomatochirurgii. Další kapitola byla věnována anatomii a fyziologii dutiny ústní. Zde jsem se snažila spíše stručně pospat jednotlivé části. Jelikož je tato diplomová práce zaměřena na nádorové onemocnění jazyka, je zde tento orgán popsán podrobněji. Další kapitola byla věnována orofaciální onkologii, kde jsme se zaměřili na klasifikaci nádorů orofaciální oblasti a jejich epidemiologii. Mohli jsme se zde dočíst o prekancerózách ústní sliznice a terapii nádorů v orofaciální oblasti a jejich prognóze. Ve čtvrté kapitole je zmíněn samotný výkon resekce jazyka a ošetrovatelská péče u pacientů po tomto výkonu. Věnovali jsme se také ošetrovatelským problémům, které se u těchto pacientů vyskytují. V poslední kapitole teoretické části je popsán model Marjory Gordonové, jelikož empirická část vycházela právě z tohoto modelu.

V empirické části jsme se seznámili s technikou výzkumného šetření. Jednalo se o kvalitativní výzkum, jehož technikou byla kazuistika. Pro tuto část jsem zpracovala tři kazuistiky, které jsou rozděleny na medicínskou a ošetrovatelskou část. Medicínskou část tvoří anamnéza pacienta, jeho zdravotní stav, diagnostika a léčba. Ošetrovatelská část je soustředěna na ošetrovatelskou anamnézu dle modelu Gordonové. Jsou zde stanoveny ošetrovatelské diagnózy, plán, jejich realizace a hodnocení.

Pro empirickou část jsem stanovila dva cíle. Dle mého názoru jsou tyto cíle splněny. Prvním cílem bylo zjistit základy ošetrovatelské péče u pacientů po resekci jazyka. Tento cíl byl splněn díky vypracování tří kazuistik podle ošetrovatelského modelu dle Gordonové pomocí stanovených vzorců zdraví. Po této fázi následovalo vytvoření ošetrovatelských diagnóz a stanovení cílů, plánu, realizace a hodnocení ošetrovatelské péče. Bylo zjištěno, že u pacientů po resekci jazyka je z ošetrovatelského hlediska například velmi důležitá důkladná hygiena dutiny ústní. Důležité je znát základy péče o tracheostomickou kanylu, nebo že by sestra měla mít vědomosti v oblasti péče o pacienty se zavedenou nasogastrickou sondou.

Druhým cílem této diplomové práce bylo zjistit, jaké jsou nejčastější ošetrovatelské problémy u pacientů po resekci jazyka. Tento cíl byl také splněn. Zjistili jsme několik společných problémů, se kterými se pacienti po resekci jazyka potýkají. Důkazem mohou být společné ošetrovatelské diagnózy. Jednalo se např. o poruchu příjmu potravy a tekutin z důvodů operačního výkonu v dutině ústní, projevující se nutností podávání umělé enterální výživy pomocí alimentační sondy. Poškození kožní integrity z důvodů operačního výkonu, projevující se akutní bolestí. Poruchu komunikace z důvodů zavedení TSK a operačního výkonu v dutině ústní, projevující se neschopností verbální komunikace. Dalším společným problémem byl narušený spánek z důvodu cizího prostředí a strach z důvodu probíhajícího onemocnění.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. Astl, J. (2012). *Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku*. Praha: Karolinum.
2. Bulík, O. (2013). *Perioperační péče o pacienta ve stomatologii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů.
3. Čihák, R. (2013). *Anatomie 2*. Praha : Grada.
4. Dylevský, I. (2009). *Funkční anatomie*. Praha: Grada Publishing.
5. Ebertová, B. (2012). *Ošetrovatelská péče u pacienta s tracheostomií*. Praha: Univerzita Karlova v Praze.
6. Green, B. (2012). *Smart, Marjorie Gordon*. Získáno 10. 03 2014, z <http://adb.anu.edu.au/>: <http://adb.anu.edu.au/biography/smart-marjorie-gordon-14883>
7. Habalová, J. (2005). Pooperační péče o pacienty po náročných operacích v orofaciální oblasti se zřetelem na poruchy výživy. *Vojenské zdravotnické listy*, 3-5.
8. Hanišová, H. (2013). *Předoperační příprava pacienta před stomatologickou operací*. Příbram: Vysoká škola zdravotnictva a sociální práce.
9. Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum : základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
10. Chmelíková, R. (17. květen 2005). *Ošetrovatelská péče o pacienta s tracheostomií*. Získáno 10. březen 2014, z [Zdavi.E15.cz](http://zdavi.e15.cz/): <http://zdavi.e15.cz/clanek/sestra/osetrovatelska-pecce-o-pacienta-s-tracheostomii-298075>
11. Kapounová, G. (2009). *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada.
12. Kilian, J. (2012). *Stomatologie pro studující všeobecné lékařství*. Praha: Karolinum.
13. Kittnar, O. (2011). *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada.
14. Kutnohorská, J. (2009). *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada.
15. Lálová, I. (9. říjen 2012). Hygienická péče o pacienta na umělé plicní ventilaci. *Standardní ošetrovatelská postup*. Praha, Česká republika: Všeobecná fakultní nemocnice.
16. Málek, J. (2011). *Praktická anesteziologie*. Praha : Grada.

17. Mazánek, J. (2006). Karcinom jazyka a spodiny ústní. *Lékařské listy* , 17-20.
18. Naňka, O. (2009). *Přehled anatomie*. Praha: Galén.
19. Nečas, E. (2009). *Patologická fyziologie orgánových systémů, Část II*. Praha: Karolinum.
20. Nováková, I. (2011). *Ošetrovatelství ve vybraných oborech, Dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. Praha: Grada.
21. Pavlíková, S. (2005). *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha : Grada.
22. Pazdera, J. (2011). *Základy ústní a čelistní chirurgie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
23. Plevová, I. (2011). *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada.
24. Sláma, K. (2009). *Rakovina kořene jazyka: jedno z častých nádorových onemocnění*. Praha: Hospimed.
25. Slavíček, A. (30. prosinec 2002). *Možnosti rehabilitace pacientů po onkologických výkonech v oblasti hlavy a krku*. Získáno 19. březen 2014, z zdravi.e15.cz: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/moznosti-rehabilitace-pacientu-po-onkologickych-vykonech-v-oblas-150760>
26. Slezák, R. (2004). *Atlas chorob ústní sliznice*. Praha: Quintessenz.
27. Staňková, M. (2009). *Jak provádět ošetrovatelský proces*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelekářských zdravotnických oborů.
28. Škochová, D. (8. leden 2014). *Standardní ošetrovatelský postup. Zavedení a péče o pacienta s nasogastrickou sondou* . Praha, Česká republika: Všeobecná fakultní nemocnice v Praze.
29. Vytejková, R. (2011). *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné*. Praha: Grada.
30. Workman, B. (2004). *Key Nursing Skills*. New Jersey: John Wiley & Sons.

Seznam zkratek

aj.	a jiné
amp.	ampule
ASA	American Society of Anesthesiologists
ATB	antibiotika
BMI	body mass index
°C	stupeň Celsia
cca	cirka
cm	centimetr
CT	počítačová tomografie
CŽK	centrální žilní katétr
D	dech
DF	dechová frekvence
F ^{1/1}	Fyziologický roztok
Hg	Hydrargyrum (Rtuť)
inj	injectio
i.v.	intravenózně
JIP	jednotka intenzivní péče
j.	jednotka
KARIM	Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
KÚČOCH	Klinika ústní, čelistní a obličejové chirurgie
m.	musculus
max.	maximálně
mm	milimetr
MR	magnetická rezonance
NGS	nasogastrická sonda
orient.	orientačně
ORL	otorhynolaryngologie
P	puls
plv.	pulvis
P + V	příjem a výdej
PMK	permanentní močový katétr
p.o.	per orálně
RES	resuscitační oddělení
SONO	ultrazvuk
sol.	solutio (roztok)
SpO ₂	saturace hemoglobinu kyslíkem
tbl.	tableta
TF	tepová frekvence

TK	tlak krve
TNM	T = tumor, N = nodus, M = metastázy
TSK	tracheostomická kanyla
TT	tělesná teplota
tzv.	tak zvaný
UP	urgentní příjem
UPV	umělá plicní ventilace
ÚČOCH	ústní, čelistní a obličejová chirurgie
VAS	vizuální analogová škála
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Fyziologické funkce v den příjmu	40
Tabulka č. 2: Fyziologické funkce po operačním výkonu	40
Tabulka č. 3: Fyziologické funkce v den sběru dat	41
Tabulka č. 4: Biochemické vyšetření séra	41
Tabulka č. 5: Krevní obraz	41
Tabulka č. 6: Bakteriologické vyšetření	42
Tabulka č. 7: Chemické vyšetření moči	42
Tabulka č. 8: Vyšetření močového sedimentu	42
Tabulka č. 9: Invazivní vstupy 6. pooperační den	44
Tabulka č. 10: Fyziologické funkce v den příjmu	58
Tabulka č. 11: Fyziologické funkce po operačním výkonu	58
Tabulka č. 12: Fyziologické funkce v den sběru dat	59
Tabulka č. 13: Biochemické vyšetření séra	59
Tabulka č. 14: Krevní obraz	59
Tabulka č. 15: Bakteriologické vyšetření	60
Tabulka č. 16: Chemické vyšetření moči	60
Tabulka č. 17: Vyšetření močového sedimentu	60
Tabulka č. 18: Invazivní vstupy 4. pooperační den	62
Tabulka č. 19: Fyziologické funkce v den příjmu	74
Tabulka č. 20: Fyziologické funkce po operačním výkonu	74
Tabulka č. 21: Fyziologické funkce v den sběru dat	75
Tabulka č. 22: Biochemické vyšetření séra	75
Tabulka č. 23: Krevní obraz	75
Tabulka č. 24: Bakteriologické vyšetření	76
Tabulka č. 25: Vyšetření močového sedimentu	76
Tabulka č. 26: Invazivní vstupy 4. pooperační den	78

Seznam grafů

Graf č. 1: BMI vzorec	40
Graf č. 2: BMI vzorec	58
Graf č. 3: BMI vzorec	74

Seznam příloh


Příloha A – Žádost o umožnění výzkumného šetření

Příloha B – Dlaždicobuněčný karcinom jazyka

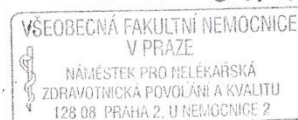
Příloha C – Záznam o ošetření kůže

Příloha D – Záznam o ošetření stomie

Příloha A – Žádost o umožnění výzkumného šetření

	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze U nemocnice 2, 128 00 Praha 2 Žádost o dotazníkovou akci	F-VFN-075 Strana 1 z 1 Verze číslo: 2
---	---	--

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací			
Příjmení a jméno žadatele	Bc. Havlínová Petra		
Kontaktní adresa	Jateční 1225/25, Praha 7, 170 00		
Telefon	+420 723 118 675	e-mailová adresa	Petra.Havlinova@vfn.cz
Škola / fakulta	1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze		
Obor studia	Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči		
Téma závěrečné práce	Specifika ošetrovatelské péče u pacientů po resekci jazyka na stomatochirurgickém oddělení		
Termín sběru dat	Únor 2014 až březen 2014		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	Klinika ústní čelistní a obličejové chirurgie, Klinika anesteziologie resuscitace a intenzivní medicíny		
Zjišťované informace	Sběr dat z dokumentace, pozorování či rozhovor s pacientem po resekci jazyka.		
Forma prezentace dat:	Diplomová práce		
Poučení žadatele:	1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. 2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. 3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil. 4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.		
Datum:	27. 1. 2014	Podpis žadatele	<i>Havlínová</i>
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosty	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím Mgr. Dobromila Faktorová		
Datum	<i>27/1/2014</i>	Podpis	<i>Mgr. Gregorovičová Milada</i>
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitele			
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Bude za šetření vyžadována úhrada	<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne		Částka
Datum		Podpis	<i>Sokolová Dita</i>



Příloha B – Dlačdicobuněčný karcinom jazyka



Příloha C – Záznam o ošetření kůže

Příloha č.2

Záznam o ošetřování stomie



Datum zahájení		Druh stomie	Charakteristika stomie	Problémy s výživou	Komplikace	
Pacient je schopen ošetřit stomií sám: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		<input type="checkbox"/> nefrostomie <input type="checkbox"/> gastrostomie <input type="checkbox"/> ureterostomie <input type="checkbox"/> jejunostomie <input type="checkbox"/> epicyclostomie <input type="checkbox"/> ileostomie <input type="checkbox"/> urostomie <input type="checkbox"/> kolostomie	Stav kůže v okolí stomie: <input type="checkbox"/> zarudnutí <input type="checkbox"/> otok <input type="checkbox"/> macerace povrchová <input type="checkbox"/> macerace hluboká <input type="checkbox"/> alergická reakce Sekrece ze stomie: <input type="checkbox"/> hnisavá <input type="checkbox"/> příměsí v moči <input type="checkbox"/> jiná:	<input type="checkbox"/> dehydratace <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> plynatost <input type="checkbox"/> zvýšený zápach <input type="checkbox"/> jiný:	<input type="checkbox"/> krvácení <input type="checkbox"/> nekróza stomie <input type="checkbox"/> retrakce <input type="checkbox"/> infekce <input type="checkbox"/> prolaps <input type="checkbox"/> stenóza <input type="checkbox"/> jiná:	
		Datum Stav kůže v okolí stomie	Sekrece ze stomie	Pomůcky použité k ošetření stomie (prostředek na ošetření kůže, lepicí materiál, typ a velikost sáčku, adhezivum)	Psychický stav pacienta	Problémy s výživou

Příloha D – Záznam o ošetření stomie



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2; IČ000064165, tel. č. 224961111

F-VFN-209, Verze 3

zde nalepte štítek

Datum zahájení:		Nahlášeno do nežádoucích událostí dne:			
Charakteristika rány:		Velikost rány:	Sekrece z rány:	Charakter sekretu:	Okolí rány:
Druh rány: <input type="checkbox"/> ulcus cruris <input type="checkbox"/> mechanická <input type="checkbox"/> traumatická <input type="checkbox"/> diabetický defekt <input type="checkbox"/> operační <input type="checkbox"/> dekubitus		Stupně dekubitů: <input type="checkbox"/> začervnění <input type="checkbox"/> tvorba puchýřů <input type="checkbox"/> hluboké poškození tkáně <input type="checkbox"/> nekróza	Sekrece z rány: <input type="checkbox"/> žádná <input type="checkbox"/> mírná <input type="checkbox"/> střední <input type="checkbox"/> velká	Charakter sekretu: <input type="checkbox"/> serózní <input type="checkbox"/> krvavě serózní <input type="checkbox"/> hnisavý <input type="checkbox"/> zápachající	Okolí rány: <input type="checkbox"/> klidné <input type="checkbox"/> zánět <input type="checkbox"/> ekzém <input type="checkbox"/> macerace <input type="checkbox"/> nekróza <input type="checkbox"/> jiné
Spodina rány: <input type="checkbox"/> epitelizace <input type="checkbox"/> čistá <input type="checkbox"/> granulace <input type="checkbox"/> povleklá <input type="checkbox"/> nekrotická		Spodina rány: <input type="checkbox"/> epitelizace <input type="checkbox"/> čistá <input type="checkbox"/> granulace <input type="checkbox"/> povleklá <input type="checkbox"/> nekrotická		Bolest: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> analgosedace <input type="checkbox"/> v bezvědomí <input type="checkbox"/> v ráně <input type="checkbox"/> v okolí	Bolest: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> analgosedace <input type="checkbox"/> v bezvědomí <input type="checkbox"/> v ráně <input type="checkbox"/> v okolí
Lokální terapie:		Množství materiálu u dutin: odstraněný: aplikovaný:			
Mikrobiologický stěr:		Mikrobiologický stěr: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Datum dalšího převazu: Razítko a podpis sestry:			
Datum:		Datum:			
Lokální terapie:		Lokální terapie:			
Velikost rány:		Velikost rány:			
Spodina rány:		Spodina rány:			
Bolest:		Bolest:			
Mikrobiologický stěr:		Mikrobiologický stěr:			
Datum dalšího převazu:		Datum dalšího převazu:			
Razítko a podpis sestry:		Razítko a podpis sestry:			

PRŮBĚH HOJENÍ RÁNY

Datum:		Nahlášeno do nežádoucích událostí dne:			
Charakteristika rány:		Velikost rány:	Sekrece z rány:	Charakter sekretu:	Okolí rány:
Druh rány: <input type="checkbox"/> ulcus cruris <input type="checkbox"/> mechanická <input type="checkbox"/> traumatická <input type="checkbox"/> diabetický defekt <input type="checkbox"/> operační <input type="checkbox"/> dekubitus		Stupně dekubitů: <input type="checkbox"/> začervnění <input type="checkbox"/> tvorba puchýřů <input type="checkbox"/> hluboké poškození tkáně <input type="checkbox"/> nekróza	Sekrece z rány: <input type="checkbox"/> žádná <input type="checkbox"/> mírná <input type="checkbox"/> střední <input type="checkbox"/> velká	Charakter sekretu: <input type="checkbox"/> serózní <input type="checkbox"/> krvavě serózní <input type="checkbox"/> hnisavý <input type="checkbox"/> zápachající	Okolí rány: <input type="checkbox"/> klidné <input type="checkbox"/> zánět <input type="checkbox"/> ekzém <input type="checkbox"/> macerace <input type="checkbox"/> nekróza <input type="checkbox"/> jiné
Spodina rány: <input type="checkbox"/> epitelizace <input type="checkbox"/> čistá <input type="checkbox"/> granulace <input type="checkbox"/> povleklá <input type="checkbox"/> nekrotická		Spodina rány: <input type="checkbox"/> epitelizace <input type="checkbox"/> čistá <input type="checkbox"/> granulace <input type="checkbox"/> povleklá <input type="checkbox"/> nekrotická		Bolest: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> analgosedace <input type="checkbox"/> v bezvědomí <input type="checkbox"/> v ráně <input type="checkbox"/> v okolí	Bolest: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> analgosedace <input type="checkbox"/> v bezvědomí <input type="checkbox"/> v ráně <input type="checkbox"/> v okolí
Lokální terapie:		Množství materiálu u dutin: odstraněný: aplikovaný:			
Mikrobiologický stěr:		Mikrobiologický stěr: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Datum dalšího převazu: Razítko a podpis sestry:			
Datum:		Datum:			
Lokální terapie:		Lokální terapie:			
Velikost rány:		Velikost rány:			
Spodina rány:		Spodina rány:			
Bolest:		Bolest:			
Mikrobiologický stěr:		Mikrobiologický stěr:			
Datum dalšího převazu:		Datum dalšího převazu:			
Razítko a podpis sestry:		Razítko a podpis sestry:			

Závěrečné práce předané do ÚVI

Pracoviště:

Obor:

Studium:

<i>poř.č.</i>	<i>Absolvent Příjmení*, Jméno (vč. titulů):</i>	<i>Název školské kvalifikační práce</i>	<i>Poznámka</i>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

* Příjmení se musí shodovat s příjmením uvedeným ve vysokoškolské kvalifikační práci, pokud se mezitím například absolventka provdala, prosíme, uveďte rodné příjmení v závorce.

Datum:

Předal/a:

Převzal/a:

