

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM PO OPERACJI USUNIĘCIA NOWOTWORU DNA JAMY USTNEJ – OPIS PRZYPADKU

Nursing care for a patient after surgical removal of floor of mouth cancer – a case study



Ewa Franke¹, Krzysztof Dowgierd^{1,2}

¹Oddział Chirurgii Szczękowej, Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie

²Centrum Wad Twarzoczaszki i Chirurgii Twarzowo-Szczękowej z Oddziałem Chirurgii Twarzowo-Szczękowej i Rekonstrukcyjnej, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2019; 3: 95–99

Praca wptynęła: 10.03.2019; przyjęto do druku: 30.07.2019

Adres do korespondencji:

Ewa Franke, Oddział Chirurgii Szczękowej, Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie, e-mail: ewa.franke@wp.pl

Streszczenie

Obecnie nowotwory jamy ustnej stanowią duży problem społeczny, nie mniejszy niż inne nowotwory. Metodą z wyboru jest chirurgiczne usunięcie zmiany. Pacjent po operacji boryka się z wieloma problemami natury psychicznej i fizycznej. Zmienia się znacząco jego wygląd oraz mowa. Celem pracy było przedstawienie opieki pielęgniarskiej nad pacjentem po operacji usunięcia nowotworu dna jamy ustnej na podstawie studium przypadku.

Dzięki trafnym diagnozom pielęgniarskim i zastosowaniu interwencji pielęgniarskich stan pacjenta uległ poprawie zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym. Chętnie współpracuje z zespołem terapeutycznym, co w efekcie wpływa znacząco na jego rekonwalescencję.

Słowa kluczowe: diagnoza pielęgniarska, opieka pooperacyjna, nowotwór dna jamy ustnej.

Summary

Currently, oral cancer is a major social problem, no less than other cancers. The surgical removal of lesions is the method of choice. The patients suffer from many psychological and physical problems after surgery. Their appearance and speech are significantly changed. The aim of this work was to present methods of nursing care for patients after surgery to remove cancer of the floor of the mouth, based on a case study.

Thanks to accurate nursing diagnoses and the use of nursing interventions, the patient's condition improved both physically and psychiatric, more willingly cooperates with a therapeutic team, which in effect significantly affects his convalescence.

Key words: nursing diagnoses, postoperative care, floor of mouth cancer.

Wprowadzenie

Rak jamy ustnej rozpoznany i leczony w pierwszym stadium choroby nowotworowej daje szansę przeżycia na poziomie 60–80%. Niestety chorzy na raka jamy ustnej zgłaszają się najczęściej do lekarza z powodu trudności w połykaniu pokarmów i dolegliwości bólowych, czyli wtedy, kiedy zaawansowanie procesu nowotworowego jest już znaczne. Zdecydowana większość (ok. 70%) przypadków raka jamy ustnej jest wykrywana zbyt późno, co sprawia, że śmiertelność jest wysoka, a odsetek przeżyć 5-letnich waha się między 25% a 50% [1]. Bezobjawowy wzrost raka jamy ustnej w początkowym stadium sprzyja opóźnieniom w rozpoznaniu choroby nowotworowej i zmniejsza szanse na wyleczenie.

W raku jamy ustnej przerzuty do lokoregionalnych węzłów chłonnych pojawiają się wczesnie. Ocenia się, że u 35–40% chorych w chwili rozpoznania nowotworu złośliwego obecne są już przerzuty do węzłów chłonnych I, II, i III przedziału węzłowego szyi. Rak rozwija się najczęściej w obrębie języka (26%), warg (24%) oraz dna jamy ustnej (23%). Pozostałe 27% stanowią nowotwory błony śluzowej dziąseł i policzków, podniebienia twardego czy trójkąta zatrzonowcowego [2].

W Polsce w 2009 r. zarejestrowano 1655 nowych zachorowań i 984 zgony z powodu złośliwych nowotworów jamy ustnej. Najwięcej przypadków notuje się w województwie mazowieckim, gdzie zachorowały 232 osoby, w tym 163 mężczyzn i 69 kobiet. Najmniej, czyli 56 zachorowań odnotowano w województwie zachodniopomorskim (45 mężczyzn i 11 kobiet) [3]. Najczę-

ściej chorują mężczyźni w przedziale wiekowym 50–59 i 60–69 lat. Wyjątek stanowią nowotwory wargi, które pojawiają się u osób starszych, tj. między 65. a 84. rokiem życia. W tabelach 1–3 przedstawiono liczbę zachorowań oraz liczbę zgonów w podziale na płeć trzech najczęściej występujących lokalizacji powstawania nowotworu, które zostały zarejestrowane w 2009 r.

Umieralność z powodu nowotworów złośliwych jamy ustnej jest duża i nie zmienia się w czasie, co potwierdzają dane przedstawione w raporcie Krajowego Rejestru Nowotworów na temat nowotworów złośliwych. W 2015 r. na nowotwór dna jamy ustnej zachorowało 373 mężczyzn oraz 274 kobiety. Zmarło 274 mężczyzn oraz 76 kobiet [4].

Nowotwory okolicy jamy ustnej, szczęk i twarzy w większości przypadków są mało albo w ogóle niewrażliwe na promieniowanie jonizujące. Dlatego dominującym sposobem leczenia są zabiegi chirurgiczne. Podstawową metodą leczenia operacyjnego jest wycięcie raka wraz z obszarem zdrowych tkanek oraz układu chłonnego, by zapobiec przerzutom. Badania naukowe dowodzą, że na wskaźnik 5-letnich przeżyć wpływa margines chirurgiczny. Przeżywalność pacjentów z ujemnym marginesem wynosi 82%, a z dodatnim 57% [5].

Operacje tego typu są bardzo okaleczające. Zniekształcenia dolnego piętra twarzy dotyczą kości żuchwy, tkanek miękkich tej okolicy i struktur stawu skroniowo-żuchowego. Powstają przy usunięciu nowotworu kości żuchwy, języka, dna jamy ustnej i wargi dolnej.

W zależności od charakteru deformacji pojawiają się nieprawidłowe warunki zwarcia, zaburzenia odwodze-

nia i przywodzenia żuchwy lub jej zbaczanie. Stwierdza się spłylenie dna jamy ustnej, niekiedy zmniejszenie ruchomości języka, obecność blizn, zwężenie szpary ustnej. Występują też zaburzenia mowy i połykania. Często dochodzi do zmniejszenia efektywności żucia pokarmów na skutek upośledzenia funkcji motorycznej mięśni uczestniczących w procesie żucia, w tym języka i gardła [6].

Z powodu tych przyczyn integralną częścią leczenia chirurgicznego są zabiegi rekonstrukcyjne mające na celu ograniczenie deformacji pooperacyjnych.

Możliwości chirurgii szczękowej w zakresie rekonstrukcji odtwórczej wciąż się zwiększają, ale często zakres wyciętych tkanek i kości jest zbyt duży, aby móc ukryć skalę zabiegu. Okaleczona twarz czy bełkotliwa mowa powodują wycofanie społeczne chorych oraz utrudniają komunikację. By móc prawidłowo opiekować się takim pacjentem, potrzebna jest szczegółowa wiedza z zakresu anatomii i fizjologii głowy i szyi oraz znajomość specyfiki opieki pielęgniarskiej u pacjentów po onkologicznych operacjach w obrębie twarzoczaszki.

Celem pracy było przedstawienie opieki pielęgniarskiej nad pacjentem hospitalizowanym na oddziale chirurgii szczękowej, będącego po operacji usunięcia nowotworu dna jamy ustnej.

Planując opiekę, zastosowano metodę indywidualnego przypadku, która jest oparta na możliwościach tkwiących w jednostce dla poprawy jej indywidualnej kondycji. Polegało to na zebraniu przy zastosowaniu odpowiednich technik (wywiadu, obserwacji, analizy dokumentacji medycznej, pomiarów) wyczerpujących informacji, które stały się podstawą do postawienia diagnozy i zaplanowania odpowiednich działań zmierzających do rozwiązania dostrzeżonych lub zgłoszonych problemów [7].

Opis przypadku

Pacjent, 59 lat, został przyjęty na oddział z powodu rozpoznania nowotworu dna jamy ustnej, potwierdzonego badaniem histopatologicznym, w zaawansowaniu klinicznym T4 N1 Mx. Mężczyzna zauważył zmianę około rok temu. Zmiana stopniowo się powiększała. Ponad 6 miesięcy temu pojawiły się dolegliwości bólowe, głównie podczas jedzenia, oraz pogorszenie mowy. Od około 3 miesięcy chory odczuwa stały ból, nasilający się w nocy. Obecnie skarży się na utrudnioną mowę, problem z przyjmowaniem pokarmów, silne dolegliwości bólowe i okresowe drętwienie bocznej powierzchni jamy ustnej wraz z koniuszką języka strony prawej. Pali papierosy, około 10 sztuk dziennie, pije alkohol – jak podaje – raz w tygodniu w ilości dwóch piw. Nie zgłasza uczuleń na leki. Około 20 lat temu był leczony z powodu choroby alkoholowej i marskości wątroby.

Planowana operacja będzie polegała na wycięciu owrzodzenia nowotworowego dna jamy ustnej wraz

Tabela 1. Nowotwór złośliwy języka

Płeć	Liczba zachorowań	Liczba zgonów
mężczyźni	420	314
kobiety	148	89

Źródło: Krajowa Baza Danych Nowotworowych. Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów. Centrum Onkologii – Instytut w Warszawie.

Tabela 2. Nowotwór dna jamy ustnej

Płeć	Liczba zachorowań	Liczba zgonów
mężczyźni	315	221
kobiety	105	60

Źródło: Krajowa Baza Danych Nowotworowych. Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów. Centrum Onkologii – Instytut w Warszawie.

Tabela 3. Nowotwór złośliwy wargi

Płeć	Liczba zachorowań	Liczba zgonów
mężczyźni	289	76
kobiety	92	27

Źródło: Krajowa Baza Danych Nowotworowych. Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów. Centrum Onkologii – Instytut w Warszawie.

z dolną powierzchnią języka strony prawej, połączoną z odcinkową resekcją trzonu żuchwy i radykalnym usunięciem węzłów chłonnych szyi strony prawej. Zostanie także wykonana rekonstrukcja trzonu żuchwy płytą rekonstrukcyjną oraz plastyka miejscowa płatem z języka.

Planując opiekę, postawiono 8 diagnoz pielęgniar-skich.

Diagnoza pielęgniar-ska I

Utrudnione oddychanie jest spowodowane obrzękiem języka, zaleganiem śliny oraz niedrożnością nosa z powodu intubacji donosowej.

Cel opieki: zapewnienie drożności dróg oddechowych.

Interwencje pielęgniar-skie:

- ułożenie pacjenta z wezwłowie łóżka uniesionym pod kątem 30°,
- ewakuacja zalegającej wydzieliny za pomocą ssaka i cewników do odsysania,
- okresowa toaleta jamy ustnej roztworem 0,9% NaCl w celu usunięcia gromadzącej się wydzieliny na podniebieniu i nasadzie języka,
- zastosowanie nawilżacza powietrza w celu zapewnienia odpowiedniego mikroklimatu na sali, wilgotności 40–60%,
- stała obserwacja pod kątem zbierania się wydzieliny w jamie ustnej,
- monitorowanie saturacji, w przypadku spadku poniżej 94% podanie tlenu na maskę o przepływie 3 l/godz. oraz poinformowanie lekarza,
- uspokojenie pacjenta, że jest to sytuacja przejściowa.

Wynik działań: pacjent oddycha bez zaburzeń, na bieżąco eliminowane są czynniki mogące utrudnić właściwą wentylację.

Diagnoza pielęgniar-ska II

Silny niepokój pacjenta spowodowany zaburzeniami mowy skutkującymi niemożnością porozumiewania się.

Cel opieki: umożliwienie pacjentowi kontaktu z otoczeniem.

Interwencje pielęgniar-skie:

- poinformowanie o możliwości użycia systemu przywoławczego w każdej chwili,
- udostępnienie kartki i długopisu,
- umożliwienie odwiedzin przez rodzinę.

Wynik działań: znaczące zmniejszenie się poziomu stresu związanego z brakiem komunikacji.

Diagnoza pielęgniar-ska III

Ból twarzy i szyi wywołany przerwaniem ciągłości tkanek w wyniku cięć operacyjnych, powodujący ograniczone poruszanie się.

Cel opieki: eliminacja lub zmniejszenie bólu.

Interwencje pielęgniar-skie:

- określenie natężenia bólu przy użyciu 10-stopniowej skali numerycznej NRS; pacjent ocenił ból na 3 stopnie,
- zastosowanie zleconych leków przeciwbólowych; chory otrzymuje dożylnie: ketonal 100 mg co 12 godz., paracetamol 1 g co 6 godz. oraz metamizol 1 g co 12 godz.; podaż leków następuje naprzemiennie w odstępach 3-godzinnych; wynik oceny bólu przez pacjenta na poziomie 3 stopni w skali NRS świadczy o pozytywnym efekcie na zastosowaną farmakoterapię,
- pomoc w przyjęciu wygodnej pozycji,
- wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych po podaniu środków przeciwbólowych,
- zapewnienie ciszy i spokoju.

Wynik działań: monitorowanie bólu za pomocą skali NRS i podaż leków zgodnie z drabiną analgetyczną doprowadziły do złagodzenia dolegliwości bólowych.

Diagnoza pielęgniar-ska IV

Ryzyko wystąpienia krwawienia z rany pooperacyjnej.

Cel opieki: wczesne wykrycie objawów krwawienia.

Interwencje pielęgniar-skie:

- ocena stanu opatrunku na ranie pooperacyjnej pod kątem przesiąkania krwią (ocenia się wielkość przecieku i szybkość, z jaką się pojawia; o czynnym krwawieniu może świadczyć przesiąknięcie całego opatrunku czasie ok. 5–10 min) – opatrunek na ranie był suchy,
- obserwacja drenażu ssącego pod kątem treści i szybkości wydzieliny spływającej do butelki; o krwawieniu będzie świadczyć wypętnienie butelki krwią w ciągu 15 min – podczas dyżuru spłynęło 40 ml krwistej treści,
- obserwacja pod kątem narastania obrzęku okolicy operowanej, mogącego świadczyć o krwawieniu wewnętrznym; pacjent ma utrzymujący się obrzęk po operacji bez cech narastania,
- obserwacja ciśnienia tętniczego i tętna pod kątem wstrząsu hipowolemicznego – parametry życiowe utrzymywały się w granicach 130/80 mm Hg, a tętno 78 uderzeń/min.

Wynik działań: ocena objawów mogących świadczyć o krwawieniu z rany pooperacyjnej wykluczyła to powikłanie, a regularne monitorowanie przyjętych kryteriów oceny pozwoliłoby na szybką interwencję w przypadku jego wystąpienia.

Diagnoza pielęgniar-ska V

Ryzyko wystąpienia nudności i wymiotów w wyniku zastosowanego znieczulenia ogólnego.

Cel opieki: złagodzenie mogących wystąpić dolegliwości oraz zapewnienie higieny i bezpieczeństwa.

Interwencje pielęgniarskie:

- poinformowanie pacjenta o mogących wystąpić nudnościach lub wymiotach,
- ułożenie pacjenta na boku z uniesioną głową w przypadku nudności,
- wietrzenie sali,
- zapewnienie miski nerkowatej i ligniny,
- zastosowanie farmakoterapii w celu niedopuszczenia do wymiotów – pacjent otrzymał po zabiegu dożylnie 8 mg ondasetronu,
- w przypadku wystąpienia wymiotów – obserwacja ich treści, pomoc w utrzymaniu higieny (toaleta jamy ustnej, zmiana zanieczyszczonej bielizny osobistej i pościelowej), poinformowanie lekarza.

Wynik działań: u pacjenta nie wystąpiły nudności ani wymioty. W wyniku podjętych działań pacjent wie, że otrzyma niezbędną pomoc w przypadku wystąpienia powyższych dolegliwości.

Diagnoza pielęgniarska VI

Ryzyko zakażenia układu moczowego z powodu założonego cewnika do pęcherza moczowego.

Cel opieki: zmniejszenie ryzyka zakażenia.

Interwencje pielęgniarskie:

- poinformowanie pacjenta o konieczności zgłoszenia bólu lub pieczenia okolicy cewki moczowej,
- obserwacja ilości oraz barwy wydalanego moczu – pacjent w ciągu doby miał bilans zerowy, do worka spłynęło 1800 ml jasnostomkowego moczu,
- dwukrotnie w ciągu dyżuru wykonano toaletę kroczą z użyciem płynu do dezynfekcji błon śluzowych – Octenidolu.

Wynik działań: pacjent nie ma cech zakażenia, a zastosowana pielęgnacja minimalizuje ryzyko jego wystąpienia.

Diagnoza pielęgniarska VII

Ryzyko zakażenia z powodu założonego wkłucia naczyniowego oraz podaży leków drogą dożylną.

Cel opieki: ograniczenie ryzyka zakażenia.

Interwencje pielęgniarskie:

- założenie dostępu żylnego zgodnie z obowiązującą procedurą,
- systematyczna obserwacja i ocena miejsca wkłucia oraz skaniulizowanego naczynia w kierunku oceny ryzyka stanu zapalenia żył z wykorzystaniem 6-stopniowej skali Baxtera – zagrożenie oceniono na 0 punktów: brak bólu w miejscu założonego wkłucia, zaczerwienienia, stwardnienia, brak wyczuwalnego powrózka żylnego,
- dokumentowanie danych z obserwacji w formularzach monitorowania dostępu naczyniowego,
- przestrzeganie technik aseptycznych podczas przygotowywania leku oraz jego podaży,

- stosowanie tzw. systemów zamkniętych oraz zmiana koreczków na jałowe.

Wynik działań: dostęp naczyniowy utrzymany bez cech zapalnych. Wyniki oceny kontroli miejsca wkłucia są udokumentowane. Regularna ocena pozwoli na szybkie zauważenie pierwszych objawów zakażenia.

Diagnoza pielęgniarska VIII

Obniżony nastrój pacjenta związany z rozpoznaną chorobą nowotworową.

Cel opieki: zmniejszenie poziomu odczuwanego lęku.

Interwencje pielęgniarskie:

- obecność przy pacjencie,
- umożliwienie kontaktu z lekarzem w celu przeprowadzenia rozmowy na temat efektów uzyskanych dzięki wykonanej operacji,
- stworzenie życzliwej atmosfery,
- zapewnienie kontaktu z osobami bliskimi,
- poinformowanie o możliwości wsparcia duchowego w zależności od wyznawanej wiary,
- mobilizowanie do aktywnego uczestniczenia w procesie terapii,
- zachęcanie do wyrażania wątpliwości i zadawania pytań,
- umożliwienie rozmowy z psychologiem.

Wynik działań: pacjent opanował niepokój i nastąpiła poprawa nastroju.

Omówienie

Do najczęstszych problemów, z jakimi borykają się chorzy po zabiegach usunięcia nowotworu w obrębie jamy ustnej, należą: zaburzenia czucia w obrębie jamy ustnej i twarzy, utrata uzębienia, trudności w swobodnym przyjmowaniu pokarmów, zaburzenia połykania, takie jak zachłystywanie, i zaburzenia mowy o typie dysglosji językowej. Najcięższymi powikłaniami są ból w obrębie jamy ustnej, brak łaknienia i związany z tym spadek masy ciała oraz trudności w swobodnym komunikowaniu się z otoczeniem. Trudne do ukrycia oszczędzenia oraz ubytki kosmetyczne znacznie pogarszają jakość życia chorych. Eksperci *National Institute for Clinical Excellence* w publikacji dotyczącej poprawy wyników leczenia nowotworów głowy i szyi opisują występowanie tych samych problemów oraz podkreślają, że utrudniona komunikacja i zmieniony wygląd twarzy mogą prowadzić do zaburzeń psychospołecznych [8]. Dlatego w leczeniu pooperacyjnym niezwykle istotna jest nie tylko rehabilitacja dotycząca mowy, lecz także poprawa stanu psychicznego chorego. Pielęgniarka, przygotowując pacjenta do operacji, powinna przede wszystkim zapoznać go z planem działań pielęgniarskich w przeddzień operacji. Nawiazanie dobrej komunikacji z chorym pozwala na zaplanowanie opieki opartej na aktywności

chorego i jego współuczestnictwie w procesie leczenia. Doskonale sprawdza się tutaj model opieki D. Orem polegający na teorii samoopieki i deficytu samoopieki. Uzyskując informacje na temat czekających go zabiegów i procedur, pacjent czuje się pewniej i bezpieczniej. Miły, serdeczny i pełen zrozumienia stosunek pielęgniarki do chorego może rozproszyć dużo wątpliwości, dodać otuchy i umocnić w przekonaniu, że jest pod dobrą i fachową opieką. Dzięki temu będzie miał poczucie bezpieczeństwa i szybciej zaadaptuje się do nowej sytuacji. Podobne wnioski przedstawiają Wolff, Follmann i Nast w artykule „Diagnoza i leczenie raka jamy ustnej”, twierdząc, że interdyscyplinarne planowanie i wdrażanie leczenia, oparte na indywidualnej konstelacji wyników pacjenta i osobistych życzeniach, jest warunkiem sukcesu terapeutycznego [9].

Wnioski

Holistyczne podejście do stanu biopsychospołecznego pozwala na poznanie potrzeb pacjenta i stworzenie indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej. Postawione diagnozy i wdrożone interwencje pielęgniarskie wpływają na poprawę stanu pacjenta zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym. Chory chętniej współpracuje z zespołem terapeutycznym, co wpływa korzystnie na jego rekonwalescencję.

Stworzony w Miejskim Szpitalu Zespolonym w Olsztynie plan opieki jest zgodny z brytyjskimi wytycznymi *United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines* dotyczącymi roli pielęgniarki specjalistki w opiece nad pacjentem z rakiem głowy i szyi. Wytyczne wskazują, że planując indywidualną opiekę, należy dokonać holistycznej oceny potrzeb pacjenta. Podkreślają, że taką ocenę należy wykonać na różnych etapach leczenia, aby odzwierciedlić zmiany potrzeb chorego. Wytonione wspólnie potrzeby umożliwiają pełniejsze zaangażowanie chorego we własną opiekę i dokonywanie świadomych wyborów [10].

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Krzakowski M, Potemski P, Warzocha K, Wysocki P. Onkologia kliniczna – tom 2. Wydanie 3. Via Medica, Gdańsk 2015; 477.
2. Zapata J, Wszyńska-Paweł G. Wybrane zagadnienia z onkologii głowy i szyi. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2017; 83.
3. Didkowska J, Wojciechowska U, Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w roku 2009. Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2011; 60-75, 89-105.
4. Didkowska J, Wojciechowska U, Olasek P. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2015 roku. Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2017; 46-48, 61.
5. Shah J, Patel S, Singh B. Chirurgia i onkologia głowy i szyi – tom 1. Golusiński W (red. wyd. pol.). Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2014; 286.
6. Kryst L (red.). Chirurgia szczękowo-twarzowa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011; 616.
7. Lesińska-Sawicka M (red.). Metoda case study w pielęgniarstwie. Borgis, Warszawa 2009; 20.
8. National Institute for Clinical Excellence. Guidance on Cancer Services. Improving Outcomes in Head and Neck Cancer, London 2004; Chapter 6; 92.
9. Wolff KD, Follmann M, Nast A. The diagnosis and treatment of oral cavity cancer. *Dtsch Arztebl Int* 2012; 109: 829-835.
10. Dempsey L, Orr S, Lane S, Scott A. The clinical nurse specialist's role in head and neck cancer care: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *J Laryngol Otol* 2016; 130 (Suppl 2): S212-S215.