



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

Tereza Bryknarová

**Ošetrovatelská péče o pacienta
s karcinomem prsu**

Nursing care of the patient with breast cancer

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha, duben 2009

Autor práce: Tereza Bryknarová

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Vytejšková Renata**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství**

Datum a rok obhajoby: červen, 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 30. dubna 2009

Tereza Bryknarová

Poděkování

Na tomto místě bych velmi ráda poděkovala MUDr. Tomáši Vedralovi a Mgr. Renatě Vytejkové za odborné vedení práce a praktické rady, MUDr. Yvoně Gultové za zapůjčení části odborných materiálů a poskytnutí cenných rad. V neposlední řadě veliký díky patří rodičům, sestrám Denise a Veronice a partnerovi Kamilovi za velikou podporu během mého studia.

Obsah	5
1. ÚVOD	7
2. KLINICKÁ ČÁST	8
2.1. ANATOMIE PRSU A AXILY	8
2.2. VÝVOJ A FYZIOLOGIE PRSU	11
2.3. VŠEOBECNÉ POJETÍ ZHOUBNÝCH NÁDORŮ.....	13
2.4. ROZDĚLENÍ KARCINOMŮ PRSU.....	14
2.5. KLINICKÉ PŘÍZNAKY	16
2.6. ETIOLOGIE.....	17
2.7. DIAGNOSTIKA KARCINOMU PRSU.....	20
2.8. HISTOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ.....	22
2.9. LÉČBA KARCINOMU PRSU.....	23
2.10. VEDLEJŠÍ ÚČINKY PO LÉČBĚ KARCINOMU.....	26
2.11. TNM KLASIFIKACE.....	29
2.12. PREVENCE KARCINOMU PRSU	32
3. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉ.....	33
3.1. OKOLNOSTI PŘIJETÍ	34
3.2. PRŮBĚH HOSPITALIZACE.....	35
3.3. FARMAKOTERAPIE.....	37
4. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....	39
4.1. OŠETŘOVATELSKÝ ÚVOD	39
4.2. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	40
4.3. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES DLE M. GORDONOVÉ.....	43
4.4. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA.....	45
4.5. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA DLE M. GORDONOVÉ.....	47
4.6. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	51
4.7. AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY.....	52
4.8. POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY.....	59
4.9. DLOUHODOBÝ OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN	60
4.10. EDUKACE PACIENTKY.....	61
4.11. PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY	62
4.12. PÉČE PO LÉČBĚ, PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY	64

5. ZÁVĚR	66
SEZNAM LITERATURY	67
SEZNAM ZKRATEK	69
SEZNAM PŘÍLOH	71
PŘÍLOHA Č. 1 - příjmová ošetřovatelská anamnéza	
PŘÍLOHA Č. 2 - anatomie mléčné žlázy	
PŘÍLOHA Č. 3 - lymfatické zásobení mléčné žlázy	
PŘÍLOHA Č. 4 - Duktální a Lobulární karcinom	
PŘÍLOHA Č. 5 - Barthelův test základních všedních činností	
PŘÍLOHA Č. 6 - Nortonové test a analýza rány	
PŘÍLOHA Č. 7 - zjištění rizika pádu	

1. ÚVOD

Cílem mé práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o pacientku M.M. (65 let), která byla hospitalizována na chirurgickém oddělení. Byl u ní diagnostikován duktální karcinom levého prsu a po prodělané radikální mastektomii, došlo ke vzniku nehojícího defektu v místě jizvy.

V klinické části se věnuji anatomii prsu, axily a fyziologickým změnám, které mléčná žláza v průběhu života prodělává. Zároveň popisuji rozdělení karcinomů prsu, etiologii, diagnostiku onemocnění, léčbu, vedlejší účinky léčby, TNM klasifikaci, prevenci nádorových onemocnění a následnou rehabilitaci.

V ošetrovatelské části popisuji charakteristiku ošetrovatelského procesu a ošetrovatelský model dle Marjory Gordonové, ze kterého jsem při mé práci vycházela. Součástí jsou také ošetrovatelské diagnózy, které se vztahují k aktuálnímu stavu pacientky, ošetrovatelský plán péče a jeho zhodnocení.

Práci uzavírá seznam literatury, seznam zkratk, seznam příloh a samotné přílohy.

2. KLINICKÁ ČÁST

2.1. ANATOMIE PRSU A AXILY

Prs je párový orgán. Během života ženy procházejí různými změnami, které jsou podmíněné hormony a to hlavně v období puberty, šestinedělí, kojení a v přechodu. Nejvlastnějším fyziologickým úkolem prsu je produkce mléka.

Prs je umístěn na přední stěně hrudní od druhého po šesté žebro. Mediální hranicí je sternum, laterálně dosahuje střední axilární linie. V horním zevním kvadrantu prsu je největší objem žlázy a je také nejčastějším místem výskytu nádorů prsu. Karcinomy také mohou být lokalizované v dolním vnitřním kvadrantu, mají ale horší prognózu a nejsou tak časté. Vlastní těleso prsu leží mezi dvěma listy povrchové facie, mezi kterými probíhají vazivové pruhy, které fixují kůži prsu, mamiloareolární komplex, lobuly žlázového tělesa a společně s pre- a retromamární tukovou tkání tvoří typický tvar prsu. Mezi hlubokým listem povrchové facie a pektorální facií je řídké vazivo. Daný submamární prostor umožňuje prsu volnou pohyblivost proti hrudní stěně – v tomto prostoru se provádí mastektomie. (11 s.13)

Mléčná žláza je složená z epitelových a stromálních elementů. Epitel tvoří sérii větvících se duktů (mlékovodů) a ty se spojují ve strukturální a funkční jednotku mléčné žlázy – lobulus (lalůček). Stroma se skládá z variabilního množství tukové a fibrózní pojivové tkáně a představuje většinu objemu nelaktujícího prsu. Konečnou strukturu tkáně současná nomenklatura nazývá terminální duktolobulární jednotkou, kde také vzniká převážná část karcinomů prsu.

Cevní zásobení je velmi variabilní. Vnitřní kvadranty prsu jsou zásobovány perforujícími se větvemi arteria mammaria interna, které pronikají hrudní stěnou nedaleko okraje sternu v prvním a čtvrtém mezižebří. Zevní kvadranty prsu jsou zásobovány arteria mammaria externa, která je větví arteria axilaris, a také laterálními kožními větvemi interkostálních arterií ve 3., 4. a 5. mezižebří. Kraniální části prsu další větvě arteria axilaris.

Nervové zásobení pochází ze druhého až šestého interkostálního nervu, vegetativní nervová vlákna jsou podél krevních cév. (11 s.16)

Mnohočetné podkožní lymfatické pleteně a cévy v interlobulární vazivové tkáni spolu komunikují. Tok lymfy je jednostranný, od povrchních do hlubokých lymfatických pletení a regionálních lymfatických uzlin. Z předních a laterálních částí prsu směřují lymfatické cévy podél přední axilární řasy do skupiny pectorálních lymfatických uzlin podél arteria thoracica lateralis a dále do axilárních lymfatických uzlin. Z horních částí prsu vedou lymfatické cévy do apikálních axilárních a subklavikulárních lymfatických uzlin. Lymfatické cévy v mediálních částech prsu vedou podél perforujících krevních cév přímo do řetězce vnitřních hrudních lymfatických uzlin podél arteria mammaria interna, které mají spojky s kontralaterálními lymfatickými uzlinami. Tímto mechanismem je vysvětlována horší prognóza karcinomů prsu lokalizovaných ve vnitřních kvadrantech.

Axila je pyramidová prostor, který je ohraničen apexem, bází a čtyřmi stěnami. Baze je tvořena axilární facií, pod kůží fossa axillaris. Apex tvoří spojení klíční kosti s horním okrajem lopatky a prvním žebrem, při axilárnídisekci to je prakticky nervově- cévní axilární svazek. Zadní stěnu tvoří lopatka, musculus subscapularis, latissimus dorsi a teres maior. Mediální stěnu představuje laterální část hrudní stěny mezi 2. – 6. žebrem a musculus serratus anterior. Laterální stěnou je humerus a musculus biceps brachii. (11s.16)

Axilární nervy a artérie: při zadní stěně axily probíhá nervus, arteria a vena thoracodorsalis. Nerv je větví zadního provazce plexus brachialis a inervuje musculus latissimus dorsi. Při jeho přerušení nevzniká deformita, vážna však vnitřní rotace a addukce paže. Poranění artérie má za následek částečnou atrofii velkého zádového svalu. (11s.16)

Na mediální stěně axily se nachází nervus thoracicus longus a arteria thoracica lateralis, které zásobují musculus serratus anterior. Při přerušení nervu dochází k deformitě lopatky, vzniká takzvaná křídlová lopatka. A vážne upažení, předpažení a vzpažení horní končetiny. Nerv se lokalizuje v místě, kde axilární vena vede přes druhé žebro. Poranění artérie má za následek částečnou atrofii musculus serratus anterior a pectoralis maior. Jejich přerušení má za následek atrofii a deformity.

Disekovanou axilární tkání procházejí senzitivní nervy interkostobrachiální, které jsou při lymfonodektomii obvykle resekovány. Někdy je to příčina parestézií nebo anestezie především mediální plochy paže.

2.2. VÝVOJ A FYZIOLOGIE PRSU

U lidských embryí dochází v 5.-6. týdnu vývoje k vychlípení a zesílení ektodermu ventromediálně na obou stranách těla mezi základy pro obě končetiny (axila-tříslo). Tato mléčná lišta se v průběhu života začíná zkracovat a vytváří se takzvaný mléčný hrbolek. Další vývoj je dán interakcí epitel – mezenchym, jehož výsledkem je větvení ductu a tvorba stromální fibrózní a tukové tkáně. Kůže v okolí vyústění ductů vytváří mamární důlek, který everzí v době okolo porodu vytváří definitivní bradavku. V polovině fetálního vývoje vzniká okolo vyústění epitelových čepů areola s glandulae areolares.

Koncem fetálního období a v období porodu jsou již diferencovány lobulo-alveolární struktury, mamila je pigmentovaná a placentárními hormony stimulovaná žláza secernuje kolostrum (dochází u obou pohlaví). Po vyplavení placentárních hormonů nastávají involuční změny a až do puberty probíhá pouze kanalizace velkých ductů a jejich postranních větví. Mléčná žláza až do puberty roste jen nepatrně.

Pro embryonální a fetální vývoj mléčné žlázy je zapotřebí komplexního účinku ovariálních steroidních hormonů a prolaktinu. Z takzvaných růstových hormonů je nutná přítomnost inzulinu, hormonů štítné žlázy a kortikoidů, protože indukují sekreci růstových faktorů a podílejí se na proliferaci tkání prsu.

V pubertě mají největší vliv na vývoj prsu estrogeny, jejichž primárním účinkem je vývoj ductálního systému. Účinek estrogenů na růst ductů vyžaduje přítomnost inzulinu a prolaktinu. Progesteron ovlivňuje růst alveolární komponenty a ve spolupráci s prolaktinem dochází k terminální diferenciaci tkáně prsu. (11s.20, 21). V Období od telarché do prvního ovulačního cyklu probíhá vývoj prsu hlavně pod vlivem estrogenů, které odpovídají za růst vlastní hmoty prsu a za pigmentaci areoly. Zvyšuje se objem a elasticita interlobulární a periduktální vazivové tkáně a nastává hromadění tukové tkáně. Nástupem ovulačních cyklů a účinkem progesteronu dochází k dalšímu větvení ductálního systému a plnému dukto-lobulárnímu vývoji. Vývoj bývá ukončen okolo 16. roku života ženy. Vývoj prsu začíná téměř vždy asymetricky, ale později se tato disproporce vyrovnává, nikdy ale nenastane dokonalá symetrie obou prsů.

K dokonalému vývoji prsu je však zapotřebí komplexního hormonálního účinku, kdy vedle ovariálních steroidů hraje důležitou roli hypofyzární prolaktin. Duktální vývoj vyžaduje vedle estrogenu též přítomnost růstového hormonu a pro lobulární vývoj je vedle progesteronu nutný vliv prolaktinu.

V časném reprodukčním období (15-25 let) dochází k procesu takzvané lobulární formace, čili k větvení terminálních malých duktů, k vývoji lobulů a terminální dukto-lobulární jednotky. Po 35. roce života začínají převládat procesy involuční, kdy je parenchym žlázy postupně nahrazován fibrózní tukovou tkání. Obrazem involučního období je proces lobulární involuce s adenózou, fibrózou, fibrocystickými změnami, mikrocystami – tyto změny nelze klasifikovat jako nemoc, nýbrž jako odchylky či změny procesu normální involuce. (11s.23) Prs je jeden z mála orgánů, který se v dospělosti nenachází ve zralém funkčním stavu. K jeho terminální diferenciaci dochází teprve v průběhu prvního donošeného těhotenství komplexním účinkem vysokých hladin estrogenu, progesteronu, choriového gonadotropinu, prolaktinu, placentárního laktogenu a dalších růstových faktorů. (11s.25). Po menopauze dochází k razantnímu zániku žlázaté komponenty a snížení počtu lobulů vlivem estrogenu a progesteronu. Prs ztrácí objem a podíl tuku vůči žlázové tkáni se zvyšuje. Díky tomu se při mamografii objeví mnohem jasnější rentgenový snímek, díky přítomnosti menšího počtu nezřetelných míst.

2.3. VŠEOBECNÉ POJETÍ ZHOUBNÉHO NÁDORU

Vznik nádoru je předurčen vznikem první nádorově transformované buňky ve zdravé tkáni, která vznikla důsledkem mutace nebo strukturální změny genetické výbavy buňky. Zhoubným nádorem obecně rozumíme buněčnou malignitu, jejíž vlastnost, ztráta normální kontroly růstu, vyústí v neřízený růst, ztrátu vyzrávání a získání schopnosti napadat okolní tkáně a metastazovat. (5s.1118) Zhoubné buňky pronikají lymfatickou cestou do lymfatických uzlin a pokud nedojde k jejich zničení obrannými mechanismy organismu, usazují se a tvoří dceřinná ložiska – lymfatické metastázy.

2.4. ROZDĚLENÍ KARCINOMŮ PRSU

Neinvazivní karcinomy

duktální karcinom in situ – ve 30% případů vzniká multicentricky a v 10% bilaterálně ve středně velkých vývodech, ze kterých se může propagovat do vývodů menšího kalibru, především terminálních ductů i lobulů (2 s. 146)

lobulární karcinom in situ – většinou se najde v excizích provedených pro existenci jiné patologické léze prsu, neboť klinicky se neprojeví. Mamograficky může být spojen s výskytem mikrokalcifikací. Vyskytuje se především u žen v perimenopauzálním období. (2 s.147)

Invazivní karcinomy

duktální karcinom – tvoří 70 – 80% všech maligních nádorů prsu, jeho velikost může být od několika milimetrů až po infiltraci celého prsu, metastazuje hlavně do kostí, jater a plic. (2 s.147)

lobulární karcinom – tvoří 10 - 14% všech invazivních karcinomů prsu, je více agresivní než infiltrující duktální karcinom. Nejčastěji metastazuje do meningeálního prostoru CNS, peritonea, dělohy a ovarií. (2 s. 148)

tabulární karcinom – tvoří pouze 2% karcinomů prsu a vyskytuje se prakticky ve všech dekádách po dvacátém roce. Je dobře diferencovaný, má dobrou prognózu pokud je tvořen tabulárními elementy minimálně v 75% a velikost primárního nádoru nepřekročí 1cm. (2 s. 150)

medulární karcinom – nepředstavuje více než 5% karcinomů prsu, prognóza je obzvlášť příznivá pokud nádor nepřesáhl velikost 3cm a v době operace nejsou přítomny metastázy. Metastázy v lymfatických uzlinách jsou méně časté než u ostatních nádorů. Je dobře ohraničený a tak může být zaměněn za fibrodenom. (2 s. 149)

mucinózní karcinom – jedná se o vzácnou formu, představující pouze 2,5% karcinomů prsu. Vyskytuje se hlavně u žen vyšších věkových skupin. Značí se pomalým růstem, je dobře ohraničený od okolní tkáně. Má velmi dobrou prognózu. (2.149)

papilární karcinom – představuje pouze 2% zhoubných epitelových nádorů prsu, bývá především v postmenopauzálním období. Vyskytuje se v cystických lézích, v menších vývodech nebo ve formě ložisek. Žena může zaznamenat výtok z bradavky. (2 s. 149)

speciální typy karcinomu - Pagetova choroba, nemoc bradavky – je typické svědění a pálení bradavky, povrchní eroze či ulcerace, nález změn ve smyslu Pagetovy choroby ukazuje s velkou pravděpodobností na existenci karcinom prsu, proto je nutné pokračovat ve vyšetření! (2 s. 152)

2.5. KLINICKÉ PŘÍZNAKY

Rezistence

Rezistenci v prsu většinou náhodně objeví sama žena nebo častěji její partner. Výhodou dnešní doby je mamografické vyšetření, které detekuje velmi malé nádory, které ještě nejsou ani hmatné. Typickým nálezem při fyzikálním vyšetření je dominantní rezistence odlišná okolní tkáni.

Vtahování kůže

Je způsobeno infiltrací tkáni nádorem.

Pomerančová kůže

Na základě infiltrace drobných lymfatických cév, kdy kůže připomíná pomerančovou kůru.

Defigurace nebo retrakce bradavky, oploštění nebo její vtažení

Způsobené infiltrací nádoru umístěného pod bradavkou.

Asymetrie

Ze zvětšeného objemu prsu. Bývá u části populace normálním jevem. Pokud ale dojde postupně ke zvětšení a zatuhnutí jednoho prsu, je důležité myslet na možnost výskytu tumoru.

Patologická sekrece z bradavky

Sekret může být serózní, bělavý, šedo zelený, hnědavý, ale nejvíce alarmujícím příznakem je sekrece krvavá.

Zarudnutí a oteplení kůže

Připomínající zánět, může zánětem být, ale zarudnutí teplejší kůže bez jasné rezistence, která připomíná růži, může být eryzipeloidním karcinomem

2.6. ETIOLOGIE

V současné době jednoznačná příčina vzniku nádorového onemocnění prsu není známa, ale jsou známé určité rizikové faktory, které pokud jsou u ženy přítomny, by měly znamenat zvýšenou pozornost a pravidelné sledování. Rozumíme tím určité údaje ze života pacientky, které zvyšují nebo naopak snižují pravděpodobnost rozvoje onemocnění. Rizikové faktory je možné třídit podle možnosti jejich ovlivnění aktivním přístupem ženy, patří sem například expozice karcinogenů, fyzická aktivita, stravovací návyky a skupina faktorů, které jsou prakticky neovlivnitelné a to genetické predispozice.

Faktory životního stylu

ALKOHOL: Zvýšená konzumace alkoholu má nepříznivý vliv na riziko vzniku karcinomu především prostřednictvím ovlivnění hladiny estrogenů. U žen, které vypijí dvě až pět skleniček denně je oproti abstinentkám 1,5krát riziko vyšší.(1s.37)

STRAVOVACÍ NÁVYKY: Energetická hodnota potravy ovlivňuje energetický metabolismus nebo-li látkovou výměnu organismu, a tedy i produkci hormonů. Množství tělesného tuku, jeho rozložení v organismu a věk v době výskytu nadváhy ovlivňují metabolismus estrogenů a tak mohou zvýšit riziko vzniku karcinomu. Přímý vliv kouření na vznik karcinomu nebyl prokázán. Rizikový vliv obsahu tuku v potravě je dosud kontroverzní otázkou. Teoreticky lze vysvětlit vyšší riziko tím, že velké množství kancerogenů z prostředí je rozpustných v tucích, a tak příjem velkého obsahu tuků má za následek i větší expozici kancerogenům rozpuštěným v tucích (9s.91)

KOUŘENÍ: Není jednoznačně prokázán vztah aktivního nebo pasivního kouření na vznik karcinomu prsu, ale je třeba zdůraznit že kouření celkově škodí zdraví a zvyšuje riziko vzniku mnoha jiných nádorů a srdečních onemocnění.

HORMONÁLNÍ LÉČBA: Tato problematika je diskutována a názory nejsou jednotné.

RADIACE: Riziko vzniku karcinomu prsu je přímo úměrné dávce záření. Vedle intenzity radiační dávky hraje také důležitou roli věk exponované osoby a celková kumulativní dávka, kterou osoba obdrží v průběhu svého života. (9s.90) Je důležité dbát na to, aby obzvláště u mladých dívek v období puberty byl přísun např. radiodiagnostického výkonu pečlivě zvážen.

Faktory osobní anamnézy

VĚK: Je hlavním rizikovým faktorem. U žen nad 50let je zaznamenáno zvýšené riziko vzniku karcinomu prsu. Při vývoji karcinomu prsu hraje podstatnou roli oxidační poškození buněčné DNA způsobené degenerativními procesy stárnutí. Stárnutí a jeho degenerativní nemoci jsou zřejmě částečně způsobeny akumulací oxidačního poškození DNA a jiných makromolekul.

RASA: Riziko vývoje karcinomu prsu je u různých etnických skupin rozdílené. U bělošské populace je prokázané riziko výrazně vyšší než u populace černošské a u Asiatické. (1 s.39)

Faktory hormonální a gynekologické

MENARCHÉ: Nástup menstruace před dvanáctým rokem patří k významným rizikovým faktorům vzniku karcinomu prsu.

MENOPAUZA: Vyšší věk menopauzy zvyšuje riziko vývoje onemocnění. Ženy, u kterých proběhla menopauza po 55. roce věku, mají dvojnásobně vyšší riziko rozvoje karcinomu prsu než ženy s menopauzou před 45. rokem.(2 s.11)

VĚK PŘI PRVNÍM PORODU: Zvýšené riziko rozvoje onemocnění je u žen, které otěhotněly po 30. roce života nebo u žen bezdětných.

Faktory genetické

RODINNÁ ANAMNÉZA: U přímých příbuzných v první linii (rodiče, sourozenci, dítě) se zvyšuje 2-3 krát možnost individuálního rizika vývoje

onemocnění, ale anamnestická zátěž u vzdálenějších příbuzných zvyšuje riziko pouze nepatrně (5s.1628)

OSOBNÍ DISPOZICE: Pokud se objeví zhoubný nádor u ženy v jednom prsu, je vyšší riziko vzniku nádoru i v prsu druhém.

Faktory protektivní

TĚHOTENSTVÍ A POROD: Donošené těhotenství a porod mají určitý projektivní vliv na incidenci karcinomu prsu. Ženy, které porodí do 20. roku života, mají o polovinu snížené relativní riziko vzniku karcinomu prsu, oproti ženám, které rodily po 30. roce života nebo ženám bezdětným. (9 s.99)

KOJENÍ: Kojení a délka doby kojení ovlivňují hladinu estrogenu v organizmu a byly potvrzeny jako faktory s ochranným účinkem pro rozvoj maligního onemocnění.

GYNEKOLOGICKÉ OPERACE: Například ovarektomie a věk při dané operaci patří k protektivním faktorům. Dochází ke sníženému ovlivnění prsní tkáně hormony.

2.7. DIAGNOSTIKA KARCINOMU PRSU

Diagnostika se opírá o klinické vyšetření, kde má dominantní postavení pohled a pohmat.

POHLEDEM se hodnotí symetrie prsů, stav kůže a přítomnost edému, ulcerace, retrakce kůže nebo erytém. Důležité je věnovat pozornost i bradavce, především sekreci, exantému nebo retrakci.

PALPAČNĚ se vyšetřuje prs systematicky dle jednotlivých kvadrantů. Největší obsah žlázy a největší množství patologií se vyskytuje v horním zevním kvadrantu nakonec se vyšetřuje centrum prsu a bradavka. Neopomenutelné je i vyšetření spádových lymfatických uzlin v axile.

Při podezření na zhoubný novotvar následuje mamografické a sonografické vyšetření

MAMOGRAFIE: V mamologii se jedná o dominantní zobrazovací metodu. Mamografie se používá i v rámci skríningu u takzvaných rizikových pacientek bez klinického nálezu. Mamograf zachytí nádor již o velikosti několika milimetrů, proto má při diagnostice nezastupitelné místo.

SONOGRAFIE: Spolu s mamografií patří mezi nejdůležitější zobrazovací metody, které se navzájem doplňují. Výhodou monografie je, že lze pod ultrazvukovou kontrolou odebrat vzorky z patologických útvarů. Je to vhodné vyšetření u žen mladších 30. let. Velkým pozitivem této vyšetřovací metody je také diferenciací zhoubných a nezhoubných nádorů.

Mezi další RTG metody patří:

DUKTOGARFIE: Při ní dochází k naplnění mlékovodů kontrastní látkou, která umožní zobrazit duktální strom a případné intraduktální patologické procesy. Provádí se výhradně u žen s patologickou sekrecí.

STEREOTAXE: Mamografická stereotaxe je metoda k přesné lokalizaci patologického ložiska, jeho značení nebo jeho cytologické vyšetření.

VÝPOČETNÍ TOMOGRAFIE: Je účelná při posuzování změn v okolí maligního nádoru, jeho užitek se také ukazuje při vyhledávání některých typů

vzdálených metastáz, k upřesnění nálezu nebo u žen které mají zavedené implantáty. Jedná se ale o nákladnější, zřídka používanou vyšetřovací metodu.

MAGNETICKÁ REZONANCE: Při tomto vyšetření se aplikuje kontrastní látka, kdy patologické léze tuto látku koncentrují více než zdravé struktury. Někdy nemůže být pacientce provedena a to tehdy, pokud má v sobě magnetizovatelný materiál – zejména kardiostimulátor. Patří rovněž mezi nákladnější vyšetřovací metody a používá se zřídka stejně jako výpočetní tomografie.

POZITRONOVÁ EMISNÍ TOMOGRAFIE: Hodnotí metabolickou aktivitu buněk a s vysokou přesností upozorní na funkční změny orgánů, ve kterých je zvýšený metabolický obrat. (zánětlivá ložiska nebo nádory) (1s. 70)

Doplňujícími vyšetřeními v rámci diagnostiky a určení stadia onemocnění jsou RTG plic, UZ jater a scintigrafie skeletu.

2.8.HISTOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Jestliže má lékař podezření na zhoubný nádor, musí provést histologické ověření podezřelé tkáně. K čemuž slouží punkční histologie nebo-li Core cut či biopsie, která se může provést pod UZ kontrolou, pokud nádor není dobře hmatný. V obou případech je získán tkáňový materiál. Patolog určí typ nádoru přičemž nejčastějším typem zhoubného novotvaru u žen je karcinom duktální, vycházející z buněk ductů a druhým nejčastějším typem je karcinom lobulární, vycházející z buněk lobulů. Velmi častý je také karcinom in situ, který je ještě neinvazivní, netvoří metastázy, nicméně bez léčby by přešel v karcinom invazivní. Karcinom in situ se vyskytuje ve dvou typech- jako duktální (z výstelky ductů) nebo lobulární (z výstelky lobulů) (1s.63)

Mezi další histologická vyšetření patří:

PUNKČNÍ CYTOLOGIE: která je zaměřená na vyšetření buněk. Je to metoda nenákladná, ale pro nepřesnost málo používaná.

VAKUOVÁ BIOPSIE: Jedná se o moderní speciální metodu, kdy se pod RTG zaměřením odebírá tkáň speciální podtlakovou jehlou.

DIAGNOSTICKÁ EXTIRPACE: při které dochází k vynětí nádoru.

Před zahájením léčby se ještě doplňují běžná předoperační vyšetření. Patolog určuje typ nádoru, velikost a agresivitu, což jsou významní prognostičtí ukazatelé, pomocí nichž lze predikovat odpověď nádoru na určitou léčbu. O celkovém výsledku léčby a dalším osudu pacienta rozhoduje včasně stanovená diagnóza.

2.9. LÉČBA KARCINOMU PRSU

Členy odborného týmu jsou histopatolog, onkolog a rentgenolog. Rozhodnutí o léčbě je vždy týmové. Existují tři léčebné způsoby, které se v různé míře kombinují či doplňují. Jedná se o léčbu *chirurgickou, onkologickou a radiční*.

Chirurgická léčba

Je léčbou lokoregionální a pouze u včas diagnostikovaných nádorů je účinná. Operační zákrok může být radikální nebo konzervativní, prs šetřící výkon. Rozsah výkonu závisí zejména na stadiu onemocnění, velikosti, umístění nádoru a histologické povaze karcinomu. Dalšími kritérii jsou multientricita nádoru, velikost prsu a přání řádně poučené pacientky. Součástí každého výkonu je exentace axily ve dvou etážích. Jedná se o výkon diagnostický nikoli léčebný a dle postižení uzlin se zahajuje léčba. V současné době klasickou exentrací lymfatických uzlin nahrazuje extirpace sentinelové uzliny. Po předchozím označení radiofarmakem se při operaci detekuje první spádová uzlina a v případě negativity se od dalšího zákroku může ustoupit. Mikroskopickým vyšetřením odebrané tkáně se zjišťuje typ nádorového bujení a jeho vztah k okolní zdravé tkáni. Operace prsu patří obecně mezi méně zatěžující chirurgické výkony a propuštění z nemocnice je možné již po několika dnech. Nejčastější komplikace bývají serom či hematom a vzácněji infekce.

Příklady chirurgických operací:

Radikální mastektomie – odstranění kůže prsu včetně bradavky, dvorce a veškeré tkáně prsu. Zároveň se odstraní velký i malý prsní sval a podpažní lymfatika (1 s. 79)

Totální mastektomie – odstranění kůže prsu včetně bradavky, dvorce a veškeré tkáně. (1 s. 79)

Subkutánní mastektomie – odstranění žláznaté tkáně prsu, zachování kůže a komplexu bradavka – dvorec. (1 s. 79)

Kvadrantektomie, segmentální mastektomie a axilární disekce – odstranění kůže a pod ní ležící prsní tkáň obklopující nádor a s nádorem samým. Resekce se provádí nejméně 2cm od okraje nádoru. U axilární disekce dochází k operaci a vynětí podpažních uzlin. (1 s. 79)

Lumpektomie, tumorektomie, široká excize a axilární disekce - odstranění prsní tkáň obklopující nádor a s nádorem samým, resekce se provádí nejméně 1 cm od okraje nádoru. U axilární disekce dojde k operaci a vynětí podpažních uzlin. (1 s. 79)

Onkologická léčba

Do této skupiny patří léčba chemoterapeutická a biologická. Léky se dostávají do krevního oběhu a jsou rozvedeny po celém těle pacientky a postihují tak veškeré buňky. Při rozhodování o chemoterapii, hormonální terapii a biologické léčbě je třeba brát v úvahu rozsah nádoru, dávkování léčiv, správné načasování a možnost vzniku rezistence na jednotlivá cytostatika i jiné léky. Existují tři skupiny onkologické léčby:

Adjuvantní systémová léčba

Ta je aplikovaná u žen po předchozí chirurgické léčbě, která odstranila celý nádor, pacientka je bez aktuálních známek nádorové choroby. Cílem je zničení předpokládaných možných nádorových mikroložisek, prodloužení beznádorového intervalu a celkové doby přežití až vyléčení. (1s.80)

Neoadjuvantní systémová léčba

Aplikována u žen s pokročilým, ale technicky operabilním primárním nádorem s případným postižením regionálních uzlin nebo u žen s velkým primárním nádorem omezené operability. Pacientka je bez známek vzdálených metastáz. Jejím vlivem by mělo dojít k zmenšení primárního nádoru, popřípadě i uzlin a zlepšení operability. Cílem je zničení předpokládaných skrytých a objektivně nezjistitelných mikrometastáz, zachování prsu a prodloužení beznádorového intervalu a prodloužení celkové doby přežití. (1s.81)

Paliativní systémová léčba

U pacientek s metastatickým karcinomem prsu. Sleduje se tím navození částečné či kompletní remise, usnadnění života s chorobou, prodloužení života, případně u kompletní remise navození co nejdelšího beznádorového intervalu. (1s.81)

Léčiva používaná v onkologické léčbě karcinomu prsu se nejčastěji podávají *nitrožilně*. Tímto způsobem se podávají nejčastěji cytostatika. Vzhledem k tomu, že u opakovaných a dlouhodobě praktikovaných nitrožilních aplikací žilní systém trpí, může se provést zavedení portu s katétrem. Výhoda aplikace do portu je šetrná možnost opakovaného nitrožilního podání léků.

Dalším způsobem může být podání léků *subkutánně* a nejjednodušším způsobem je podání léků *perorálně*.

Příklad onkologické léčby: Chemoterapie, hormonální léčba (spočívá v odstranění zdroje produkující hormony se stimulačním účinkem na karcinom prsu)

Radiační léčba

Nejstarší neoperační léčebná metoda. Léčba využívá paprsků, které buď vycházejí ze zářičů, kdy jsou radioizotopy uzavřeny v bombách (kobaltová, cesiová) nebo využívá záření, které je uměle vyráběno v lineárních urychlovačích. Ozařování na lineárních urychlovačích je přesnější a šetrnější než ozařování na kobaltových ozařovačích. Paprsky působí změny v nádorových buňkách, jejichž následkem tyto buňky buď okamžitě zahynou nebo ztrácejí schopnost nekonečného množení a po určitém čase zaniknou. Tyto účinky nastávají nejen v nádorových buňkách, ale i v okolní zdravé tkáni, a proto ozařování musí být velmi přesné, aby se poškodilo maximum nádorových buněk a jen minimum těch zdravých.

2.10. VEDLEJŠÍ ÚČINKY PO LÉČBĚ KARCINOMU

Po záchovných operacích prsu nebývají zvláštní obtíže. Může se vyskytovat hematoma nebo serom, u kterých stačí provést odlehčovací punkci nevstřebané tekutiny. Amputační operace s odstraněním podpažních uzlin mohou představovat zásah do dynamiky horní končetiny.

Vedlejší účinky po chirurgické léčbě

Postmastektomický bolestivý syndrom : bolest se může objevovat bezprostředně po operaci, po několika dnech, týdnech nebo měsících. Pacientky mohou mít pocit stahování, pálení v oblasti hrudní stěny v okolí operační jizvy, v podpaží, v zadní partii paže. Stěžují si na pocit „mrtvění“ a „cizí tkáně“ v okolí jizvy. Na operované straně se může vyskytovat syndrom zmrzlého ramene (pacientky tuto stranu podvědomě šetří) Může být spojen i s otokem paže – lymfedémem. Důležité je zavedení časně fyzikální rehabilitace, jemných masáží jizvy a cvičení paže.

Lymfedém: může se objevit i za řadu let po lokální léčbě. Léčba je obtížná. Ženy které prodělaly axilární disekci by si měli pravidelně přeměřovat obvod končetiny v zápěstí, pod loktem, nad loktem a pod ramenem. Rehabilitační režim by měl nastat ihned po operaci a zahrnuje cvičení, aplikaci kompresivních rukávů, manuální lymfodrenáže.

Vedlejší účinky po onkologické léčbě (některé příklady)

Liší se v závislosti na typu podaného cytostatika, jejich kombinaci, zda se jedná o první aplikaci nebo opakovanou, typu hormonální léčby i léčby biologické.

Nevolnost, zvracení: potíží je možné předcházet užíváním léků proti nevolnosti a zvracení i několik dnů po chemoterapii. Pacientka může jíst běžnou stravu, na kterou je zvyklá. Doporučuje se ale spíše lehká, ne příliš tučná, bez přepálených tuků, uzenin a alkoholu, důležitý je přísun tekutin a nenadýmavá zelenina.

Alergická reakce: na podaný lék. Projeví se začervenaním v obličeji, červenými skvrnami po celém těle, svěděním, vyrážkou, otokem. Může se objevit i dušnost.

Infekce: Jako důsledek snížení obranyschopnosti pacientky. V důsledku aplikace cytostatik nastane v některých případech k poklesu počtu bílých krvinek. Projeví se zánětem kůže, žil, sliznice dutiny ústní, zánětem trávicího traktu, močových a dýchacích cest.

Trombocytopenie: Pokud dojde k poklesu krevních destiček je nemocný ohrožen rizikem krvácení, náchylnosti ke vzniku modřin i po malém poranění nebo silnému krvácení z drobných ran. Na těle se mohou objevit petechie.

Alopecie: je velmi nepříjemný nežádoucí účinek chemoterapie zejména u žen. Může dojít i ke ztrátě ostatního ochlupení (řasy, obočí, ochlupení na končetinách). Nicméně po ukončení léčby cytostatiky vlasy opět narostou.

Zánět střevní sliznice a průjem: Střevní sliznice je na cytostatickou léčbu jedna z nejcitlivějších. V důsledku jejího zanícení dochází k bolestem v břiše a pocitu nadmutí. Není výjimkou i zhoršená průchodnost střeva. Základem léčby je dieta, nejíst velké porce, strava by měla být nedráždivá, nekořeněná, netučná a nenadýmavá s dostatkem tekutin a menším obsahem vlákniny.

Poškození kůže a nehtů: projevem je zarudnutí, svědění, suchá kůže, drsná na pohmat až po tvorbu puchýřků, vřidků. Nehty jsou lámavé a křehké, mohou hnisat lůžka pod nehtem. Bývají zarudlé plosky nohou a dlaně rukou, omezuje se cit a kůže svědí až bolí.

Vedlejší účinky radiční léčby

Do této skupiny patří **zarudnutí** ozařované kůže, které nastává koncem třetího týdne ozařovací série a po zbytek ozařování se mírně zhoršuje. Největší reakce bývá v místech kožních řas a záhybů, kde se také často kůže odlupuje a mokvá. U pacientek s ozařováním levého prsu může dojít k podráždění srdečního obalu následkem kombinovaného vlivu cytostatik a záření na srdce a jeho obaly, což se projevuje bolestí na hrudi, dušností a celkovou únavou. Jedná se ale o velmi vzácný jev. S odstupem řady měsíců se může v ozařované oblasti objevit změna zbarvení kůže a ztuhnutí podkožní tkáně. Pokud se ozařují i lymfatické uzliny v podpaží a nadkličku, existuje určité riziko vzniku lymfatického otoku horní končetiny, která může být spojena se zhoršenou hybností.

2.11. TNM KLASIFIKACE

Jedná se o určení rozsahu a stadia onemocnění, která zahrnuje tři složky – T, N, M

Kategorie T: velikost tumoru v prsu v největším průměru v centimetrech, jeho šíření do kůže nebo svalu hrudní stěny. Velikost tumoru je jedním z nejvýznamnějších prognostických ukazatelů. Stanovení vychází z palpačního nálezu a zobrazovacích metod.

Kategorie N: postižení lymfatických uzlin. Počet postižených lymfatických uzlin v podpaží je také jedním ze závažných faktorů, které ovlivňují léčebný postup i odhad pravděpodobnosti vyléčení. Stanoví se pohmatovým vyšetřením doplněným o ultrasonografii.

Kategorie M: informace o případném rozšíření vzdálených metastáz

TNM klasifikace je rozhodujícím ukazatelem při určování pořadí a rozsahu léčby.

T Primární nádor

TX– primární nádor nelze posoudit

T0 - Žádné známky primárního nádoru

Tis– Carcinoma in situ: intraduktální karcinom nebo lobulární karcinom in situ nebo Pagetova choroba bradavky bez prokazatelného tumoru

T1– Nádor 2 cm nebo méně v největším průměru

T1a– Nádor 0,5 cm nebo méně v největším průměru

T1b– Nádor větší než 0,5cm, ale ne více než 1cm v největším průměru

T1c– Nádor větší než 1cm, ale ne více než 2cm v největším průměru

T2– Nádor větší než 2cm, ale ne více než 5cm v největším průměru

T3– Nádor větší než 5cm v největším průměru

T4– Nádor jakékoliv velikosti s přímým šířením na stěnu hrudní nebo kůži

T4a– Se šířením na stěnu hrudní

T4b– Edém, ulcerace kůže, hrudníku nebo satelitní metastázy v kůži téhož prsu

T4c– Kriteria 4a 4b dohromady

T4d – Zánětlivý karcinom

(2 s.223, 224)

N Regionální uzliny

NX – Regionální mízní uzliny nelze posoudit

N0 – Žádné metastázy v regionálních mízních uzlinách

N1 – Metastázy v pohyblivých stejnostranných axilárních mízních uzlinách

N2 – Metastázy ve stejnostranných axilárních mízních uzlinách, které jsou fixované k sobě navzájem nebo k jiným strukturám

N3 – Metastázy ve stejnostranných mízních uzlinách podél arteria mammaria interna

(2 s. 224)

M Vzdálené metastázy

MX – Přítomnost vzdálených metastáz nelze posoudit

M0 – Nejsou vzdálené metastázy

M1 – Vzdálené metastázy (včetně metastáz do supraklavikulárních uzlin)

Kategorie M1 se může dále specifikovat:

Plicní PÚL Kostní dřeně MAR

Kostní OSS Pohrudniční PLE

Jaterní HEP Pobřišniční PER

Mozkové BRA Kožní SKI

Uzlinové LYM Nadledvinové ADR

Jiné OTH

(2 s. 224)

pTNM – Patologická klasifikace

p T – Primární nádor

Vyžaduje vyšetření primárního nádoru bez makroskopicky zřejmého nádoru na okrajích resekátu. Kategorie pT odpovídají kategoriím T

p N – Regionální uzliny

p NX – Regionální mízní uzliny nelze posoudit

p N0 – Žádné metastázy v regionálních mízních uzlinách

p N1 – Metastázy v pohyblivých stejnostranných axilárních uzlinách

p N1a – Jen mikrometastázy (žádná větší než 0,2cm)

p N1b – Metastázy v uzlinách, alespoň jedna větší než 0,2cm

p N1bi – Metastázy v 1-3 uzlinách, alespoň jedna větší než 0,2cm, ale všechny menší než 2cm

p N1bii – Metastázy ve 4 a více uzlinách, alespoň jedna větší než 0,2cm, ale všechny menší než 2cm

p N1Biii – Metastázy se šíří přes pouzdro uzliny (všechny menší než 2cm)

p N2 – Metastázy ve stejnostranných axilárních uzlinách, fixované mezi sebou nebo jiné struktury

p N3 – Metastázy v uzlinách podél arteria mammaria interna

(2 S. 224,225)

p M –Vzdálené metastázy

Kategorie p M odpovídají kategoriím M

2.12. PREVENCE KARCINOMU PRSU

V boji proti rakovině prsu je stále prioritní časná detekce a zvyšování efektivity léčby. Nejdůležitější rizikové faktory jako věk a reprodukční faktory, ale nejsou prakticky ovlivnitelné. Cesta k tomu, aby co nejvíce žen mohlo být indikováno k operacím zachovávajícím prs, vede přes časnou diagnózu a zachycení malého, nejlépe ještě nehmatatelného nádoru, bez známek postižení lymfatických uzlin či metastáz. Veliký význam má tedy mamografický skríníng, díky kterému narůstá významně záchyt drobných nepokročilých nádorů. Cílem skríníngu je detekovat karcinom prsu v době kdy je ještě velmi malý a hlavně kdy se ještě nešíří cévním řečištěm. V České Republice platí od roku 2002 možnost bezplatného skríníngového vyšetření pro všechny ženy od 45let a to ve dvouletých intervalech. . Je třeba si pamatovat že skríníng je vždy levnější než léčba pozdních stádií karcinomu.

Nedílnou součástí prevence je i samovyšetřování prsu. Nejlepší období pro samovyšetření je druhý až třetí den po menstruaci, kdy jsou prsy bez napětí. A součástí prevence je samozřejmě i zdravý životní styl.

3. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉ

Základní údaje:

Jméno: M.M.

Věk: 65 let

Pohlaví: ženské

Stav: vdaná

Bydliště: Trutnov

Datum přijetí: 2.prosinec 2008

Pacientka M.M. narozena v roce 1944, byla hospitalizována na chirurgickém oddělení od 2. prosince. Po provedené levostranné radikální mastektomii, došlo ke vzniku nehojícího se defektu v místě jizvy.

RA: bezvýznamná.

OA: běžné dětské nemoci, nikdy vážněji nestonala. DM 0, ICHS 0, TBC 0, Hepatitida 0, úrazy 0

listopad 2008 – levostranná radikální mastektomie pro duktální karcinom levého prsu.

GA: Menses od 13 let, 3 porody bez komplikací, UPT 0

SA: žije s manželem v rodinném domě

PA: v důchodu, dříve učitelka na základní škole

AA: na náplast

3.1. OKOLNOSTI PŘIJETÍ

Pacientce byl na základě fyzikálního, následně mamografického a sonografického vyšetření diagnostikován duktální karcinom levého prsu v měsíci říjnu 2008. Nikdy dříve nenavštěvovala mamologická centra, nicméně si sama, náhodně nahmatala rezistenci v prsu. Po provedené biopsii ložiska, byl histologicky potvrzen duktální karcinom. Před přijetím do nemocnice k plánovanému výkonu, radikální mastektomii (15. listopad 2008) bylo provedeno CT plic, RTG srdce a plic (s normálním nálezem, bez infiltrativních změn) scintigrafie skeletu, sonografie jater – s negativním nálezem. Další součástí předoperační přípravy bylo biochemické vyšetření, krevní obraz, Quickův test, vyšetření tumorových markerů a EKG. Po deseti dnech od operace (25. listopad 2008) byla operační rána hodnocena: okolí stehů zarudlé, kůže překrvená, bez sekrece. Pacientka odešla do domácího léčení, na vlastní žádost. Za další týden (2. prosinec 2008) se pacientka měla dostavit ke kontrole a případnému odstranění stehů. Došlo ke vzniku komplikace. V části jizvy vznikl defekt, s povleklou spodinou, ohraničenými okraji, nažloutlým exudátem, lehce zapáchající. Bylo nutné přistoupit k následné rehospitalizaci. Pacientka subjektivně udávala bolest na levé straně hrudníku, která se zvyrazňuje zejména při hlubokém nádechu.

3. 2. PRŮBĚH HOSPITALIZACE

Pro nehojící se defekt levého prsu, který vznikl po prodělané levostranné radikální mastektomii, bylo nutné přistoupit k hospitalizaci na chirurgickém oddělení. Pacientka přišla na lůžkové oddělení v doprovodu svého manžela, ihned jsem ji provedla po oddělení, ukázala kde najde vyšetřovnu, sesternu, odpočinkovou místnost, jídelnu. Po té jsem ji zavedla na její pokoj, kde jsem ji představila ostatním spolupacientkám a požádala ji pokud by ji nevadilo, kdybych po té co si vybalí své osobní věci, přišla sepsat ošetřovatelskou anamnézu a změřit základní fyziologické funkce. Souhlasila, o něco málo později jsem tedy přišla na pokoj pro získání informací, na pokoji byly ostatní pacientky, a protože paní M.M. byla chodící, soběstačná, přemístili jsme se do odpočinkové místnosti kde jsme byly sami, seděly v křeslech a u stolu.

Po té s paní M.M. hovořil ještě lékař. První den nástupu na oddělení trávila čas převážně na pokoji, seznámila se s ostatními pacientkami a zdravotnickým personálem. Čas na pokoji trávila četbou a sledováním televize. Následující den když jsem s ní hovořila začala sama vyprávět o jejím stavu, jak se cítí že má strach co se bude dít, když vznikla komplikace s operační ránou. O výkonu, co obnáší, následné péči a jejich možnostech byla seznámena již před plánovanou operací operátérem a ošetřujícím lékařem, stále se s nově vzniklou situací sžívala, všemu rozuměla, ale nehojící se rána ji vylekala. Nicméně paní se mi jevila jako optimistka, svůj stav brala takový jaký je a spíš se chtěla soustředit na budoucnost, na svou rodinu, vnoučata a zahrádku. Doufá, že další nádor již nevznikne. V průběhu hospitalizace za ní neustále docházel manžel, děti s rodinami, což brala jako velkou pomoc a podporu. Na každou návštěvu se vždy těšila a po jejich odchodu byla vždy v lepší náladě. Věděla, jak sama řekla, že na svůj problém není sama. Manžel ji byl velkou oporou, odstranění prsu „bral jako fakt“, hlavně byl rád, že jinak je manželka v pořádku a nic jiného si nepřipouštěl. Během hospitalizace za pacientkou docházeli rehabilitační pracovníci, kteří ukázali cviky, které by pacientka měla sama provádět po zhojení jizvy. Cviky byly zaměřené na zvedání končetin, cviky prstů a ruky zaměřené na úchop, dechová cvičení a nácvik správného držení těla. Každý den se pacientce prováděly

převazy rány. Po každém odkrytí jsem si všímala vzhledu původního obvazu, po té jsem ránu opláchla fyziologickým roztokem, očistila okolí rány a ránu samotnou za použití sterilních čtverců a Betadine, okolí rány pacientka chtěla potírat Mesocainem nebo jsem nanášela Heparin. Na ránu se přikládal Inadine a po té došlo ke sterilnímu krytí. Přes hrudník jsem krytí fixovala elastickým materiálem. Součástí každé péče bylo zhodnocení rány, jejího okolí, sekrece, zápachu a kontrola pohyblivosti horní končetiny. Během každého převazu pacientka, pozorovala svůj hrudník, jak sama říkala, chtěla si začít zvykat na změnu jejího těla.

U pacientky šlo z ošetřovatelského hlediska převážně o tišení bolesti (kterou ohodnotila škálou v rozmezí na 3 - 4), kontrole obvazu a pravidelnými převazy, sledování okolí rány, sekrece, kontrole horní končetiny na operované straně (kdy se hodnotila citlivost, možnost pohybů, případný otok), rehabilitaci a každodenním kontaktu, komunikaci, prostoru, pro případné nejasnosti a otázky. 3. den hospitalizace ji mírně stoupla tělesná teplota (37,2 stupně) a pociťovala, že se potí více než za „normální“ situace a proto jsem neustále kontrolovala tekutiny na pokoji a pacientka byla poučena o nutnosti jejich zvýšeného příjmu. Což také dodržovala, sama říkala, že je zvyklá denně vypít 2litry tekutin.

3.3. FARMAKOTERAPIE

Oxacilin 250 Léčiva cps 250mg 2 kapsle po 6 hodinách

Indikační skupina: Antibiotikum

Indikace: Při infekci horních i dolních cest dýchacích a infekci kůže, vyvolané stafylokoky produkujícími penicilinázu

Kontraindikace: Alergické reakce po předchozím podání ATB penicilinového a cefalosporinového typu, pro užití v těhotenství a v době kojení musí být zvlášť závažný důvod a u dětí do 3 let.

Framykoin 20mg na ložisko

Indikační skupina: ATB, dermatologikum

Indikace: U dospělých a dětí k místní léčbě kožních infekcí, způsobenými bakteriemi, různá menší infikovaná poranění, ekzemy a proleženiny

Kontraindikace: Nesmí se používat při přecitlivělosti na některou složku přípravku a při kožních onemocnění způsobenými plísněmi a kvasinkami, nenanáší se na rozsáhlé mokvající plochy do míst ohrožených vznikem bércových vředů a do bércových vředů

Betadine 30ml na ložisko, střídavě používat s Framykoinem

Indikační skupina: lokální antiseptikum, dezinficiens

Indikace: K místní dezinfekci pokožky i sliznic, včetně dezinfekce otevřených poranění a předoperační dezinfekci.

Kontraindikace: Při přecitlivělosti na jód nebo některou ze složek přípravku, některá onemocnění štítné žlázy, záněty kůže provázené výsevem puchýřků.

Inadine – antiseptický neadherentní obvaz

Indikační skupina: dezinficiens

Indikace: prevenci a léčbě chronických defektů, infekce povrchových popáleninách a traumatických poranění se ztrátou kůže. Lze jej též po operaci ke krytí chirurgické rány, zejména jako prevenci proti možným komplikacím.

Kontraindikace: Alergie na jod, při onemocnění štítné žlázy, a u těhotných od 3. měsíce

Mesocain 20mg na ložisko bolesti

Indikační skupina: Lokální anestetikum a antiseptikum

Indikace: Topická, infiltrační, regionální, povrchová, slizniční anestezie, u dospělých i dětí

Kontraindikace: Při přecitlivělosti na amidová anestetika, maligní hypertermie v anamnéze, hypotenze, asystolie

Heparin gel 100mg, na ložisko aplikovat střídavě s Mesocainem

Indikační skupina: Dermatologikum, venofarmakum

Indikace: Při otocích, zhmožděninách, výronech krve, při zánětlivém prosáknutí tkáně, při povrchových zánětech.

Kontraindikace: Přecitlivělost na heparin a jiné složky přípravku, nenanáší se do očí, sliznic, na mokvající kožní ekzémy.

Tramal

Indikační skupina: analgetikum

Indikace: k léčbě střední až silné bolesti, při bolestivých diagnostických a chirurgických zákrocích

Kontraindikace: Nepodávat při akutní otravě alkoholem, analgetiky či jinými léky, které tlumí nervovou a duševní činnost

4. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

4.1. ÚVOD

U pacientky se stanovenou diagnózou duktální karcinom levého prsu a po prodělané radikální mastektomii jsem aplikovala metodu ošetřovatelského procesu. Pro sběr informací jsem použila model Marjory Gordonové – Model funkčního typu zdraví. Díky tomuto modelu lze optimálně zhodnotit celkový stav pacienta a získat potřebné informace k sestavení ošetřovatelské anamnézy. Je třeba si uvědomit, že každý zdravotní stav je výsledkem BIO – PSYCHO – SOCIÁLNÍ integrace. Potřebné informace jsem získala *pozorováním* pacientky, *rozhovorem*, od *rodinných příslušníků* a ze *zdravotnické dokumentace*.

4.2. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Je vědecká metoda řešení problémů nemocných. Jedná se o proces cyklický, kdy jeho složky na sebe navazují v logickém pořadí. Jedná se o soubor specifických ošetřovatelských zákroků v péči o zdraví jedince nebo celých komunit.

Význam ošetřovatelského procesu spočívá v hlubším poznání osobnosti nemocného, což umožní zdravotní sestře, aby pacienta nechápala jen jako diagnózu, ale jako individuální osobnost se svými problémy. Je to základ pro poskytnutí individualizované, vstřícné, ošetřovatelské péče, vede ke zvýšení kvality péče, efektivity metod a technik při ošetřování nemocného. Zvyšuje pravomoc a tvořivost zdravotní sestry a u nemocných, kteří obtížně spolupracují pomáhá lépe pochopit příčiny jejich chování.

První fáze ošetřovatelského procesu: Zhodnocení nemocného

Základními složkami této fáze je pozorování a anamnéza. Ošetřovatelská anamnéza slouží k získání informací, zjištění aktuálních a potencionálních potřeb, analýza informací a údajů, stanovení priorit. Informace je možné získat od samotného pacienta, z ošetřovatelské nebo lékařské dokumentace, od příbuzných a přátel, spolupacientů, ostatních členů zdravotnického týmu. Naslouchání je první a nejdůležitější fáze osobního rozhovoru.

Rozhovor může být *volný*, který nemá daný cíl, měl by probíhat v atmosféře, která umožňuje nemocnému, aby se cítil volně a byl přesvědčen o zájmu o své osobě.

Dále rozhovor *výběrový*, který má jasně stanovený cíl, kdy sestra potřebuje získat informace o určitém stavu nebo události. Zdravotní sestra by měla průběh rozhovoru předem promyslet, naformulovat otázky a taktně usměrňovat průběh rozhovoru.

Poslední typ rozhovoru je *řízený*, který má přesně formulovaný cíl. Otázky by měly být stručné, jasné, výstižné, neprobíhá však výslech pacienta!

Pozorování nemocného je nejbohatší zdroj poznatků a nejčastější metoda. Při jakékoli činnosti si sestra všímá nemocného, jeho chování, celkového stavu objektivních příznaků. Výsledky musí být objektivní, pravdivé, rozsáhlé. Na první pohled si sestra všímá výšky, polohy těla, barvy očí, zornic, vlasů, tvaru částí těla, stavu výživy, schopnosti pohybu, věku, mentálního věku.

Druhá fáze ošetrovatelského procesu: Stanovení ošetrovatelské diagnózy

Diagnóza je stanovena sestrou na základě informací, které získá od pacienta a popřípadě z dokumentace. Ošetrovatelská diagnóza musí být jasná, stručná, výstižná, vyjadřující pacientův problém a vyvolávající příčinu.

Diagnostický proces zahrnuje:

Vyhodnocení informací: kdy zdravotní sestra stanoví míru soběstačnosti a určí potřebu ošetrovatelských zákroků.

Stanovení problému a potřeb ošetrovatelské péče: Buď problém neexistuje, ale lze ho očekávat nebo existuje a pacient vyžaduje naši pomoc.

Formulace ošetrovatelské diagnózy: Jasná formulace problému a příčiny. Diagnózy mohou být aktuální, potencionální nebo chronické.

Stanovení priorit: Seřazení diagnóz dle priorit ve spolupráci s pacientem.

Třetí fáze ošetrovatelského procesu: Plánování ošetrovatelské péče

Stanovení cíle spolu s pacientem, zvolení vhodných ošetrovatelských zákroků, ošetrovatelský plán by zdravotní sestra měla prodiskutovat s pacientem a zároveň s ním seznámit ostatní zdravotní pracovníky.

Charakteristika cílů: směřují k nemocnému

pacient se účastní stanovení cíle

cíl musí být realistický

v souladu s lékařskou diagnózou

je jasný a srozumitelný

Sestra zároveň navrhne intervence, kterými chce stanovených cílů dosáhnout – vypracuje individuální plán péče.

Čtvrtá fáze ošetrovatelského procesu: Realizace plánu

Vyžaduje pečlivý záznam, je to fáze, která propojuje všechny části ošetrovatelského procesu. Během realizace plánu zároveň získáváme o pacientovi další poznatky.

Pátá fáze ošetrovatelského procesu: Hodnocení ošetrovatelské péče

Dojde ke zhodnocení účinnosti nebo neúčinnosti poskytnuté ošetrovatelské péče. Výsledky je nutné porovnat s ošetrovatelskými cíly, zdravotní sestra zjistí zda-li je další potřeba ošetrovatelské péče. Pokud cíle nebylo dosaženo, je nutné stanovit cíl nový. (15, 7)

4.3. OŠETŘOVATELSKÝ MODEL MARJORY GORDONOVÉ

= model funkčního typu zdraví

Marjory Gordonová stanovila základní strukturu modelu pomocí 12 oblastí, z nichž každá představuje funkční a dysfunkční součást zdraví člověka, dle kterých zdravotní sestra získává potřebné informace k sestavení ošetřovatelské anamnézy, aktuálních a potencionálních diagnóz, plánu a realizaci péče.

Základní strukturu modelu tvoří:

1. *Vnímání zdraví:* Popisuje jak pacient vnímá svůj zdravotní stav, jak pečuje o své zdraví, zvládá rizika svého zdravotního stavu, jaký má celkový životní styl.
2. *Výživa a metabolismus:* Popisuje způsob přijímání jídla, jeho kvalitu a kvantitu, denní příjem potravy, stav kůže, vlasů, nehtů, chrupu, výšku a váhu.
3. *Vylučování:* Popisuje pravidelnost, návyky popř. užívání léků. Tvar kvalitu a kvantitu exkretů.
4. *Aktivita, cvičení:* Popisuje aktivity ve volném čase, udržování tělesné kondice, základní denní aktivity, a popřípadě faktory, které brání v provádění aktivit.
5. *Spánek, odpočinek:* Popisuje způsob spánku, relaxace. Možné zvyklosti a kvalitu s kvantitou spánku.
6. *Vnímání, poznávání:* Popisuje kvalitu smyslového vnímání jako sluch, zrak, chuť, čich, dotek. Užívání kompenzačních pomůcek. Přítomnost bolesti, charakter a intenzitu. Hodnocení kognitivních funkcí jako myšlení, paměť, rozhodování.
7. *Sebekoncepce, sebeúcta:* Popisuje vnímání sebe sama, schopností, zálib, vzhledu.
8. *Plnění rolí, mezilidské vztahy:* Přijetí a plnění sociálních rolí, mezilidské vztahy v rámci rodiny a zaměstnání.
9. *Sexualita, reprodukční schopnost:* Popisuje uspokojení nebo neuspokojení v sexuálním životě. Možný výskyt problému.
10. *Stres, zátěžové situace, jejich zvládání a tolerance:* Popisuje způsoby zvládání stresových životních událostí.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty: Popisuje individuální vnímání životních hodnot, cílů a přesvědčení, které ovlivňují rozhodování.

12. Jiné: Informace, které by nám chtěl pacient popřípadě sdělit a které nebylo možné zařadit do předchozích oblastí. (12)

4.4. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

V den příjmu na chirurgické oddělení a 13. pooperační den jsem od pacientky odebrala ošetřovatelskou anamnézu.

RA: *bezvýznamná*

OA: *běžné dětské nemoci, nikdy vážněji nestonala. DM 0, ICHS 0, TBC 0,*

Hepatitida 0, úrazy 0

25. listopad 2008 – levostranná parciální mastektomie

Menses od 13 let, 3 porody bez komplikací

AA: *na polštářkovou náplast*

SA: *Žije s manželem v rodinném domě na malé vesnici.*

PA: *nyní v důchodu. Dříve učitelka na základní škole*

Fyzikální funkce: TK 110/70, P 93/min, D 15/MIN, SpO2 96% TT 36,7°C

Vědomí: Při příjmu byla pacientka při vědomí, plně orientovaná, velmi dobře spolupracovala.

Zhodnocení sebezpečí: Pomocí Barthelova testu základních všedních činností – **95 lehká závislost.** Viz. příloha č. 5

Zhodnocení celkové úpravy a vzhledu nemocného: pacientka nebyla zanedbaná, byla celkově upravená, oblečení bylo čisté.

Posouzení stavu kůže: pacientka byla bez cyanózy, i.v. kanyla na PHK byla zavedena v den nástupu na oddělení, centrální žilní katétr nemá, s normálním kožním turgorem, na hrudníku defekt operační rány viz. příloha č. 6

Riziko vzniku dekubitů: hodnoceno dle Nortonové – 30 bodů, riziko vzniku dekubitu nehrozí. viz příloha č. 6

Posouzení hybnosti: při přijetí pacientka udávala bolest na hrudníku, zejména při hlubším nádechu, která ji omezuje v pohybu, snížená pohyblivost levé horní končetiny. Jinak se jedná o chodícího pacienta.

Zjištění rizika pádu: 1 – nízké riziko pádu. viz. příloha č. 7

Posouzení stavu výživy: pacientka má dietu číslo 3, nemá dietní omezení, nepije černou kávu, naopak má ráda zelený čaj s citronem, snaží se vypít 2 litry tekutin denně. Chrup má vlastní. **BMI : 24** (výška 168 cm, váha 69kg)

(BMI: 20–25 normální, 30 nadváha, 30–35 obezita, 35–40 těžká obezita)

Vyprazdňování: před přijetím normální stolice, obvykle každé ráno, neudává potíže, permanentní močový katétr nemá.

Dýchání: před onemocněním bez problémů, nekuřačka

Bolest: na hrudníku, zejména při hlubším nádechu, hodnotí škálou 4 – 5.

Spánek: pacientka problémy dříve neměla, poslední dobou, ale hůře usíná.

Aktivita: ráda si čte, sleduje televizi, pracuje na zahradě.

Sexualita: pacientka nechce toto téma rozebírat.

4.5 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA DLE MODELU MARJORY GORDONOVÉ

Vnímání zdraví

Dříve pacientka vážněji nestonala. Během posledního roku si nevzpomíná na nějaké nachlazení. Nikdy nekouřila. Alkohol pije příležitostně (např. při rodinných oslavách) Samovyšetřování prsu dříve nikdy neprováděla. Nemyslela na možný vznik onemocnění. V den anamnézy měla pacientka obavy ze vzniklé komplikace nehojícího se defektu. Nález v prsu si sama náhodně nahmatala. Velmi se vylekala a prvotní pocit byl strach ze smrti. S výsledkem mastektomie se již smířila, i když při zjištění diagnózy a následném operačním výkonu byla „v šoku“. Říká, že je důležité pokud je na živu. A doufá, že se u ní nádor již znovu neobjeví.

Výživa a metabolismus

Pacientka jí doma pravidelně, 5krát denně. Nepocituje na sobě změnu chuti k jídlu, jí všechno, ale snaží se v menších porcích, dietní omezení žádné nemá. Sama si pěstuje na zahradě zeleninu a ovoce a také jí velmi chutná. Pitný režim se snaží dodržovat, občas zapomene, ale snaží se vypít 2litry tekutin, nejraději má vychlazený zelený čaj s citronem. Černou kávu nepije. V nemocnici má dostatek tekutin (čaj na pokoji, a vlastní nápoje) Výrazný úbytek na váze za poslední půl roku nemá. Chut' k jídlu má, nevnímá změnu ve výživě. Dieta č. 3, chrup má pacientka vlastní, defekty v ústní dutině, které by mohly ovlivnit příjem potravy nemá,

BMI : 24

Sliznice má vlhké, růžové, kůže není suchá, nejeví známky dehydratace. Pacientka ráda používá tělová mléka, pocit suchosti kůže je jí nepříjemný. Stav defektu: zarudlý, zapáchá, s povleklou spodinou, okolní kůže je zarudlá, okraje rány jsou ohraničené, kultivace z rány – beta hemolytický streptokok.

Vylučování

S vyprazdňováním moče pacientka obtíže neudává. Na toaletu chodí pravidelně. Při pitném režimu zhruba 2 litry tekutin denně, jde asi 5krát na toaletu, ale tím si není jistá. Permanentní močový katétr zaveden nebyl, pacientka je plně kontinentní. Na toaletu si dojde sama.

S vyprazdňováním stolice obtíže neudává, chodí pravidelně, většinou po ránu. Konzistence je normální, tuhá, bez příměsí. Nikdy neužívala léky pro podporu vyprazdňování. Naposledy na toaletě byla ráno, před nástupem do nemocnice.

Potí se přiměřeně, použití deodorantu je její běžná součást ranní hygieny.

Aktivita, cvičení

Nikdy se nevěnovala nějakému sportu intenzivně, ale zároveň pohyb byl vždy součástí jejího dne. At' už se jednalo o běžnou chůzi, nebo jízdu na kole. Také na zahradě, při jejím obstarávání má prý dost pohybu. Ten patří k jejím nejmilejším. Přes zimu ráda chodí plavat a občas na běžky. Velmi doufá že se k tomu ke všemu bude moci časem vrátit.

Ve chvílích volna si ráda přečte knihu, něco uplete, věnuje se vnoučatům nebo spí. Nají se sama, s hygienou potřebuje menší dopomoc – připravit umyvadlo k lůžku nebo doprovodit do koupelny. Kompenzační pomůcky pacientka nepoužívá. Zatím má menší pohyblivost levé horní končetiny. Oblékne se s dopomocí. Hodnocení dle Barthel score : 90

Spánek, odpočinek

Problémy se spánkem dříve neměla. Délka spánku by u ní měla být alespoň 7 hodin. Jinak se cítí nevyspalá a špatně se jí po ránu vstává. Problémy s usínáním dříve neměla a usne i při puštěné televizi, což vidí jako výhodu během hospitalizace, kdy ji spolupacientky před spaním sledují. Nikdy nepotřebovala prášky na spaní. Poslední dobou má potíže s usínáním. Z důvodu bolesti nebo vlastních myšlenek. Po probuzení, se ale cítí odpočatě. (uvažuje o lécích na spaní po dobu pobytu, pokud ji bude bolest omezovat) V nemocnici spí 6 – 7 nepřerušovaně.

Vnímání a poznávání

Pacientka je plně orientovaná, při vědomí, milá, ráda se baví s lidmi a spolupracuje. Se sluchem problémy nemá, kompenzační pomůcky nepoužívá. Zrak je zhoršený, na čtení již potřebuje brýle. Paměť si ráda procvičuje u křížovek, sudoku nebo soutěžních pořadů v televizi. Za poslední dobu na sobě nevnímá zhoršení paměti.

Bolest pocítuje v souvislosti s operační ránou, na hrudníku, zejména při hlubším nádechu. Bolest je snesitelná, ale lépe se cítí při aplikaci analgetik. Intenzitu bolesti dle nabízené škály hodnotí mezi 3 až 4 .

(Kdy 0 je stav bez bolesti a 10 je bolest nesnesitelná.)

Sebekoncepce, sebeúcta

Považuje se sama za člověka pozitivního, přátelského, upřímného. Před zákrokem si nedovedla představit jak bude vypadat, měla strach, (strach ze smrti, z narkózy, z budoucnosti). Více vnímala manžela a rodinu a jejich názory, chtěla uklidňovat a slyšet jejich podporu. Bála se „zohyzdění“ vlastního těla. V manželovi našla velkou oporu. Má ráda svou rodinu a práci doma nebo zahradě. Stavby úzkosti nebo deprese neměla.

Role a mezilidské vztahy

Bydlí s manželem v rodinném domě, na malé vesnici. Všichni synové bydlí se svými rodinami v okolí do 30 kilometrů. Protože je z malé vesnice, má hodně známých a kamarádů. Jak sama říká, všichni se mezi sebou znají a navzájem si pomáhají. Manžel je v době její hospitalizace samostatný a o domácnost se sám postará, je připravený manželce po návratu domů pomoci. Denně za ní chodí do nemocnice. Je rád, že manželka už má to „nejhorší za sebou“, bez vážných následků a její zákrok vnímá jakou nutnost, která ji zachránila život. Pacientka i manžel byli o všem plně informováni. Vážné problémy v rodině nemá (ani po finanční stránce). Svou rodinu hodnotí jako fungující. Pocit osamělosti nemá.

Spolupráce s pacientkou je dobrá, o svém stavu je plně informovaná, zatím se na žádné otázky nedotazuje, komunikuje často a ráda se zdravotnickým personálem i

ostatními pacienty, je plně orientovaná, velmi se při rekonvalescenci snaží, je zodpovědná.

Sexualita a reprodukční činnost

Menses od 13 let, menopauza v 52 letech, 3 porody, 0 UPT. Více tuto oblast pacientka rozebírat nechtěla.

Stres, zátěžové situace

Stresové situace říká, že zvládá díky své rodině, manželovi, dětem a vnoučatům. Byli ji velkou oporou i v průběhu uplynulých týdnů. Většinou své problémy řeší s manželem, ale vyhledává také klid a snaží se zabavit jinými myšlenkami. Zátěžové situace vnímá přiměřeně. Léky žádné neužívá. Momentálně nejvíc zatěžující situace pro ni je její zdravotní stav, ale doufá, že s každým dalším dnem to bude lepší.

Víra, životní hodnoty

Celý život byla paní M.M. ateiska. A za životní hodnoty považuje zdraví a fungující rodinu.

Jiné

Pacientka nechce nic dodat.

4.6. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Aktuální a potencionální ošetřovatelské diagnózy jsem stanovila ke dni 2. prosince 2008, tedy první den hospitalizace. Na jejich pořadí jsem spolupracovala s pacientkou. K zhodnocení plánu ošetřovatelské péče došlo za 24 hodin.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

1. Bolest akutní z důvodu operační rány
2. Strach z důvodu nejisté budoucnosti
3. Deficit sebeděče při osobní hygieně/ mytí/ oblékání z důvodu bolesti / zhoršené pohyblivosti LHK (viz. anamnéza výše)
4. Infekce z důvodu porušené kožní integrity
5. Spánek narušený z důvodu bolesti / vtíravých myšlenek
6. Pohyblivost LHK porušená z důvodu chirurgického výkonu/ bolesti/snížené svalové síly
7. Obraz těla porušený z důvodu chirurgického výkonu

Potencionální ošetřovatelské diagnózy

1. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení i.v. kanyly

4.7. AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

1.Bolest a akutní z důvodu operační rány

CÍL:

Pacientka nebude mít bolesti, pocítí úlevu nebo bolest nebude větší než stupeň 4.

INTERVENCE:

Pravidelné vyhodnocení bolesti

Sledovat verbální i nonverbální projevy (sténání, pocení, mimika)

Dle potřeby a ordinace lékaře aplikovat analgetika

Pokusit se s pacientkou najít úlevovou polohu, poskytnout ledový obklad, doporučit vhodné vstávání z lůžka přes bok

Dle stupnice zjistit jak pacientka bolest vnímá

Během dne zjišťovat zda došlo ke zlepšení nebo zhoršení stavu

Provádět záznam do dokumentace

REALIZACE:

Na začátku jsem potřebovala zjistit jak pacientka bolest vnímá. Na analogové škále ohodnotila svůj stav mezi 3 až 4, kdy 0 znamená bez bolesti a 10 bolest maximální. Úlevu pocítuje po aplikaci Tramalu. Zároveň jsem ji poskytla obklad, i přes sterilní krytí, pacientka chlad pocítovala a velmi vítala. Byla poučena, že jakmile bude potřebovat nový at' mi řekne. Pokusila jsem se ji vysvětlit vstávání přes bok ale to bude muset ještě nacvičit s rehabilitační sestrou. Dle slov pacientky bolest není výraznější.

HODNOCENÍ:

Stanovený cíl byl splněn. Intenzitu bolesti pacientka hodnotí v mezi 3-4

(kdy 0 je stav bez bolesti a 10 bolest nesnesitelná)

2.Strach z důvodu nejisté budoucnosti

CÍL:

Pacientka bude hovořit o svých pocitech, možnostech apod.

INTERVENCE:

Pacientka bude mít dostatek informací

V případě potřeby, kontaktovat lékaře a zajistit konzultaci s ním

Pokud bude mít otázky, vždy naslouchat a snažit se poskytnout odpověď

(v rámci kompetencí sester nebo viz. výše kontaktovat lékaře)

Podporovat pacientku, aby se nebála mluvit o svých pocitech

Nebránit v kontaktu s rodinou a blízkými

Předat informační letáky, s informacemi o klubech, se stejnou problematikou.

Provádět záznam do dokumentace

REALIZACE:

Pacientka hovoří o svých pocitech, zatím žádné otázky nemá, od lékaře informace má, rodina za ní denně přichází. Letáky poskytne sestra v průběhu hospitalizace, ale ještě před jejím propuštěním, kdyby něčemu nerozuměla, aby se mohla zeptat na nejasnosti. Pacientka ventiluje své myšlenky, ráda si povídá a téma většinou vždy skončí u jejího zdravotního stavu. Strach se nestupňuje po kontaktu s manželem se cítí jistější.

HODNOCENÍ:

Cíle bylo dosaženo. V průběhu dne jsem s pacientkou několikrát hovořila, hovor se většinou týkal zdravotního stavu. Pacientka popisuje svůj stav a vlastní vyhlídky do budoucna až bude propuštěna z nemocnice.

3. Deficit sebeděče při osobní hygieně/ mytí/ oblékání z důvodu bolesti/ zhoršené pohyblivosti LHK

CÍL:

U pacientky dojde k rozpoznání jejích individuálních potřeb, k uspokojení potřeb, a pacientka bude provádět péči o sebe sama na úrovni svých schopností (nedojde ke zhoršení)

INTERVENCE:

Aktivně zapojovat pacientku do sebeděče

Zjistit v čem pacientka potřebuje pomoc

Při hygieně dbát na osobní soukromí

Pacientce pouze dopomáhat – vézt ji k aktivnímu přístupu

Včas zajistit všechny potřebné pomůcky k lůžku

Poskytnout dostatek času při hygieně

Podporovat pacientku v péči o sebe sama

Přestlat celé lůžko

Zachovat intimitu pacientky

Provést záznam do dokumentace

REALIZACE:

V průběhu prvního dne, jsem zjistila v čem pacientka potřebuje pomoci, před osobní hygienou jsem vše připravila k lůžku, na stranu zdravé končetiny a na dosah, pomohla jsem ji svléknout oděv, přední část těla, intimní partie a obličej si umyla sama, s dolními končetinami chtěla pomoci, při hygieně potřebuje více času. V případě potřeby si pacientka řekne o pomoc, snaží se sama, dle svých možností.

HODNOCENÍ:

Cíle bylo splněno. Spolu s pacientkou jsme zjistily v čem bude potřebovat pomoc, nepocítuje deficit v hygieně, je spokojená, že většinu z úkonů dokáže sama.

4. Infekce z důvodu porušené kožní integrity

CÍL:

Infekce nebude progredovat a dojde k včasnému zhojení rány

INTERVENCE:

Denně operační ránu kontrolovat a případně hodnotit známky infekce

Zhodnotit stav kůže, všimnout si zarudnutí a sekrece

Při manipulaci s operační ránou postupovat přísně asepticky

Denně ránu převazovat

Používat ochranné pomůcky

Dle ordinace lékaře podávat farmakoterapii

Provádět záznam do dokumentace

REALIZACE A HODNOCENÍ:

U pacientky jsou prováděny denně převazy, během nich si všímám sejmutého obvazu a jeho vzhledu, operační rány, sekrece a okolí jizvy. Požívám ochranné pomůcky a postupuji přísně asepticky, dle ordinace lékaře podávám po 6 hodinách Oxacilin 250mg, po oplachu rány fyziologickým roztokem, Betadinou přikládám Inadine a na závěr sterilní krytí, na okolní kůži pacientka chce na vlastní žádost aplikovat Mesocain. Okolí jizvy je zarudlé se sekrecí a bolestivost pacientka hodnotí stupněm 3-4.

HODNOCENÍ:

Cíle nebylo dosaženo. Převazy se provádí denně, rána je se sekrecí, okolí rány je zarudlé, lehce zapáchající.

5. Spánek narušený z důvodu bolesti/ vtíravých myšlenek

CÍL:

Pacientka spí 6 hodin nerušeným spánkem.

INTERVENCE:

Zhodnotit úroveň spánku a odpočinku

Vyslechnout subjektivní pocity pacientky na kvalitu spánku

Snažit se provádět ošetrovatelské činnosti tak, aby nebylo nutno pacientku budít

Doporučit pacientce spát méně během dne, nebo raději v dopoledních hodinách

Zjistit / posoudit zda je po ránu pacientka odpočatá

Zajistit klidné prostředí před spánkem

Zajistit přiměřený komfort

Před spaním pokoj vyvětrat

Dle ordinace lékaře nebo na požádání podávat analgetika

Provádět záznam do dokumentace

REALIZACE:

Po spánku se pacientka cítí odpočatá, večer před spaním byla provedena hygiena a úprava lůžka, provětrání místnosti, ostatní pacientky byly na pokoji, televize byla vypnutá, na oddělení byl klid, pacientce jsem podala analgetikum dle ordinace lékaře. Léky na spaní zatím nepožaduje.

HODNOCENÍ:

Cíle bylo splněno, pacientka spí v nemocnici 6 – 7hod nerušeným spánkem.

6. Pohyblivost porušená z důvodu bolesti/ snížení svalové síly LHK

CÍL:

Pacientka zvládá úkony k zapojení do běžných činností (zejména při sebeděči)

INTERVENCE:

Posoudit intenzitu bolesti

Dbát na bezpečnost pacientky

Pečovat o pohodlí

Poskytovat dostatek času při různých úkonech

Dle ordinace nebo na žádost pacientky podávat analgetika

Provést záznam do dokumentace

REALIZACE:

Pacientka hodnotí intenzitu bolest v rozmezí 3-4, stolek s osobními věcmi má straně zdravé končetiny, na dosah, v průběhu dne pacientce upravuji lůžko, dolévám tekutiny a dávám prostor pro případné potřeby, analgetika aplikuji dle ordinace lékaře. U pacientky je zachovalá funkce postižené části těla (nedošlo ke zhoršení)

HODNOCENÍ:

Cíle bylo splněno. Nedošlo ke zhoršení stavu, pacientka se snaží končetinu přiměřeně, dle svých možností zatěžovat, potřebuje více času např. při osobní hygieně.

7. Obraz těla porušený z důvodu chirurgického výkonu

CÍL:

Pacientka akceptuje sebe samu a vlastní tělesné změny

INTERVENCE:

Podporovat kontakt s rodinou

Vyslechnout pacientčiny pocity

Pacientku navštěvovat na pokoji během dne

Akceptovat její možné negativní pocity

Při převazech nezakrývat operační ránu a nenutit pacientku aby se dívala jinam

Před odchodem z nemocnice poskytnout informace a možnostech dostupných protetických pomůcek

Posoudit pacientčinu adaptaci k vlastního stavu

Provádět záznam do dokumentace

REALIZACE:

Pacientka svůj stav chápe, obavy má, ale s výsledkem operace prsu se již začíná vyrovnávat. (Velkou oporou je jí manžel, který je rád že manželka hlavně žije a vše ostatní je pro něj druhořadé, tento názor manželku velmi ovlivnil.) Při převazech se pacientka dívá na svůj hrudník a pomalu se s ním „sžívá“. Pacientku navštěvuji na pokoji během dne. Pacientka svůj stav chápe a začíná se adaptovat na nově vzniklou situaci.

HODNOCENÍ:

Cíle bylo dosaženo částečně. Hovoří o svých pocitech a možnostech, chápe důvod smysl vzniklé situace. Ale pořád ještě nedošlo k naprosté adaptaci. Depresemi nebo úzkostmi netrpí.

4.8. POTENCIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA

1. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení i. v. kanyly

CÍL:

Pacientka nejeví známky infekce v souvislosti se zavedenou i.v. kanylou

INTERVENCE:

Sledovat funkčnost a místo vpichu i.v. kanyly

Věnovat pozornost místním i celkovým projevům infekce

Při každé manipulaci postupovat přísně asepticky

Používat ochranné pomůcky a dbát na hygienu rukou

Převazovat kanylu pravidelně

Provádět záznam do dokumentace

REALIZACE:

Při příjmu byla pacientce aplikována i.v. kanyla do PHK, v průběhu hospitalizace jsem pravidelně kontrolovala místo vpichu, pravidelně kanylu proplachovala fyziologickým roztokem, při manipulaci jsem vždy užívala ochranné rukavice, ptala jsem se na subjektivní pocity pacientky. Byla poučena, že při jakémkoli dyskomfortu má hned vše sdělit. Pacientka kanylu snášela velmi dobře.

HODNOCENÍ:

Cíl byl splněn. Pacientka snášela i.v. kanylu, kanyla byla funkční a neprojevil se známky infekce.

4.9. DLOUHODOBÝ OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN

Po zhodnocení ošetrovatelských cílů bylo i nadále nutné se soustředit na ty u kterých nedošlo k jejich splnění. Jednalo se zejména o ty diagnózy, které souviseli se změnou vzhledu a adaptace na ni. Ty se podařilo zatím ovlivnit jen částečně, kdy pacientka chápe důvody a smysl, ale ještě nedošlo k plnému respektování a adaptaci nově vzniklého stavu.

Dalším cílem, který se nepodařilo splnit bylo zhojení rány. Defekt byl zarudlý, mělký, zápachající, s pravidelnými okraji, mírně povleklou bílou spodinou, okolí defektu lehce zarudlé. Docházelo k pravidelným převazům, oplachy Betadinou střídavě s aplikací Framykoinu. Na přání pacientky docházelo i k aplikaci Mesocainu - gelu, prý je zvyklá a cítí úlevu, zároveň jsem aplikovala Heparin střídavě s Mesocainem. Vše překryto sterilním krytím. A s aplikací antibiotik.

S posledním dnem kdy jsem se o pacientku starala jsem s ní zhodnotila její stav. Bolesti se výrazně zmenšily hodnotí škálou 1 - 2, sekrece z rány téměř vymizela, rána nebyla páchnoucí, a došlo ke zmenšení defektu a zarudnutí. Pacientka tento stav vnímala velmi pozitivně, byla ráda že dochází k vymizení komplikací a nastane její blížící se odchod do domácího léčení.

Důležité bylo i ovlivnění bolesti, kterou se dařilo mírnit ledovými obklady a aplikací Tramalu.

Dlouhodobý plán bude po zhojení jizvy zaměřen na léčebnou rehabilitaci. Již v průběhu hospitalizace za pacientkou přišla rehabilitační pracovnice, která ji ukázala cviky na horní končetinu, dechovou rehabilitaci a ukázala jak se provádí manuální lymfodrenáže k prevenci otoku.

Ošetrovatelský personál musí dbát na správně zvolené ošetrovatelské postupy, pečlivě dodržovat a aplikovat předepsanou léčbu a dostatečně pacienta poučit.

4.10. EDUKACE

Dnes důležitá součást preventivního, diagnostického, léčebného procesu. Je nedílnou součástí také procesu ošetrovatelského. Předávání informací je podstatné pro výchovu a vzdělání pacienta. Proces edukace vyžaduje empatii a obětavost všech členů týmu s respektem pro momentální zdravotní stav pacienta.

Již v průběhu hospitalizace jsem se snažila předat pacientce doporučení a rady. Po mastektomii s odstraněním uzlin v axile může pacientka pociťovat ztuhlost v oblasti ramene a tah v místě jizvy, proto je velmi důležité aby se po zhojení jizvy co nejdříve začalo s rehabilitací. Nejlépe před zrcadlem, několikrát denně a pokud se objeví bolest, počkat až odezní. Důležitá je také péče o ránu. Doporučila a ukázala jsem jak provádět jemné tlakové masáže (po zhojení přímo na jizvě i v okolí), zároveň používání mastí (měsíčkové mast, nebo užití vepřového sádla) a promazávání jizvy.

Prevence postmastektomického syndromu spočívá také v rehabilitaci, doporučila jsem plavání. Ránu je dobré oplachovat pouze vodou bez užití mýdel, která vysušují a mohou i dráždit. Zpočátku je dobré se také vyvarovat horkým koupelím. K prevenci vzniku otoku paže je možné používat kompresivní rukávy a provádět manuální lymfodrenáže. Pokyny i s fotodokumentací jak ji provádět jsem pacientce předala díky brožuře z oddělení. S případnými dotazy a nejasnostmi jsem ji směřovala ke konzultaci s rehabilitační pracovnící.

Je potřeba zvýšené opatrnosti na končetinu na operované straně, pacientce jsem doporučila vyvarovat se těžkým pracím, nošením těžkých nákupních tašek. A zmínila vhodnost mít končetinu ve zvýšené poloze (zajistí šátkem přes krk), oblékat se do oděvů s volným rukávem a vyvarovat se těsnému nošení šperků, které se zařezávají, chránit pokožku, udržovat ji v čistotě a promazávat. Je třeba si dávat pozor na bodnutí hmyzem nebo poranění, v těchto případech bývá častý vznik erysipelu. (1 s. 122, 7 s. 124)

4.11. PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY

Empatickým způsobem je třeba zvládnout pooperační průběh, často pro ženu velmi nepříjemný. Kromě biologických potřeb vystupují do popředí především otázky přijetí vlastního vzhledu a návrat do rodinného a společenského života. Strach, obava z rakovinového onemocnění v lidech stále přetrvává. Tíha odpovědnosti za psychický stav je také na manželovi a rodině postižené. Jestliže obstojí, pak je úloha ženy snazší a je lepší ji získat pro další léčbu a rehabilitaci. Žena se také dostává do role, kdy nemůže nastoupit okamžitě do zaměstnání, často dochází do invalidního důchodu a má starosti o hmotné zajištění rodiny. (7 s.126)

Fáze psychické odezvy dle Kubler – Rossové

Šok: Emočně velmi silná odezva na sdělení maligní diagnózy, projevuje se pláčem, ztíženým dechem, silným neklidem či naopak ztrnulostí. Pacienti se ptají proč se to stalo, proč právě mě, proč právě teď. Trvá různě dlouhou dobu a většinou sama odezní. (15 s.168)

Popření: Pacienti se nechtějí smířit s diagnózou a hledají racionální vysvětlení a pochybnosti vyjadřují větami : to nemůže být pravda, jedná se o omyl, nic mi není. Tato fáze může trvat po celou dobu léčby a tím ji i ztížit. (15 s.168)

Agrese: Pacienti se ocitají v emoční pasti, projevují zlost vůči všem zdravým. Přestávají komunikovat, jsou nespokojení, hádají se, odmítají pomoc. (15 s.168)

Smlouvání: Tady se pacienti uchylují k pomyslné autoritě boží, přírodní či k autoritě lékaře a pak je od nich slyšet: chci se dočkat vnuků, musím dostavět dům, chci vychovat své děti....(15 s.168)

Deprese: Nejtěžší fáze psychické odezvy, kdy se pacienti zcela ponoří do beznaděje, strachu, úzkosti, přemrštěné komunikace s okolím nebo naopak

ztrnulostí nebo ztažením se do sebe. Tato fáze je velmi nebezpečná pro pacienty a je třeba ji překonat psychofarmaky. (15 s.168)

Smíření: Fáze psychického uvolnění, kdy vypjaté emoce převáží rozumový přístup k nemoci i k léčbě. Pacienti se zklidní a dokáží spolupracovat na své léčbě. (15 s.168)

Po sdělení diagnózy u pacientky bylo možné – dle vyprávění zachytit první fázi dle Kubler – Rossové fázi šoku. Měla strach ze smrti, z bolesti, z budoucnosti, z léčby. Často si pokládala otázku „ proč zrovna já“.

Zároveň u ní byla patrná i fáze druhá a čtvrtá– popření a smlouvání. Kdy doufala v chybné stanovení diagnózy a zmýlení lékaře a zároveň často přemýšlela nad tím že chce vidět jak se rozrůstá dál její rodina, jak se bude dařit synům a vnoučatům.

Došlo ke změně vnímání jejího těla, nedovedla si představit jak bude vypadat, jak ji prs odstraní, přemýšlela nad „zohyzdění“ v důsledku pooperační jizvy. Neměla žádné zkušenosti s tímto typem onemocnění. Po určité době začala sama shánět informace a zajímat se o samotné onemocnění, léčbu a následky. Důležitou roli sehrála rodina, zejména manžel. Pacientka po celou dobu velmi dobře komunikovala a aktivně se účastnila léčby. Nově vzniklý stav vnímá přiměřeně, jako součást léčby a vyřešení její nemoci.

4.12. PÉČE PO SKONČENÉ LÉČBĚ, PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY

Psychologická rehabilitace

Onemocnění zhoubným nádorem je velmi závažný zásah do lidského života. Pro nemocnou jde o velice složité životní období, kdy se sžívá s onemocněním a musí se orientovat v mnoha okolnostech. Na prvním místě je zvládnutí a přijetí diagnózy jako nevyhnutelného faktu. Přidává se strach z léčebných postupů, z bolesti, ze strádání, léčby, strach z budoucnosti, obav ze ztráty soběstačnosti, a celkově strach o život samotný.

Důležité je, aby všechny otázky, které pacientky napadají, sdělili svému ošetřujícímu lékaři a zjistily co nejvíce faktů o svém případě. Důležité je ptát se na možné komplikace a jejich řešení. Prodiskutovat varianty léčby a nechat si popsat postup léčebných metod. Mnohem horší je strach z neznámého než zvládnutí obav z již vyslovené skutečnosti.

Podstatné je hovořit o sobě, o svých problémech s osobami blízkými. Snažit se zapojit do rodinného života jako před nemocí. Může pomoci i komunikace a kontakt s ostatními ženami, které mají léčbu již za sebou, a které se sdružují v řadě společenství (Liga proti rakovině, společnost Arcus a další)

Žena by neměla přepínat své síly, měla by si umět odpočinout. Pokud nezvládá situaci ani s pomocí přátel, rodiny, zdravotnických pracovníků, může vyhledat konzultaci u psychologa. Dobrá psychická pohoda pomáhá výsledku léčby, která je i lépe snášena. Jedním z důvodů psychických obtíží může být také změna vzhledu, která je dána ztrátou ochlupení a vlasů. Tento problém se dá snadno vyřešit kvalitní, upravenou parukou.

Odstranění prsu, zejména byl-li objemnější, může způsobit stranovou nerovnováhu přetahováním hrudníku ke zdravé straně. Z čehož vyplývají bolesti v zádech, krční páteře a ztuhlosti krku. Je tedy dobré, ihned po zhojení jizvy, začít nosit epitézu. Ihned po operaci se předepisuje takzvaná pooperační epitéza, která je měkká a lehká a slouží k vyplnění košíčku podprsenky. Její podstata je především psychologická.

Rekonstrukční výkony u nás nejsou dosud běžnou záležitostí.

(1 s.119

Fyzikální rehabilitace

Klade si za cíl minimalizovat nebo zcela předejít možným nepříznivým pohybovým následkům léčebných výkonů. Měla by být zahájena neprodleně po primárním, nejčastěji chirurgickém, zákroku. Soustava cvičení směřuje k prevenci lymfedému horní končetiny a k omezení postmastektomického bolestivého syndromu. Zároveň se procvičuje i ramenní kloub, jako prevence vzniku syndromu zmrzlého ramene. (1 s.122)

Sociální rehabilitace

Znamená opětovné zařazení ženy do společnosti. Největší snahou celého zdravotnického týmu je co nejrychlejší návrat pacientky k běžnému způsobu života. Každá nemoc sebou přináší sociální problémy. Pokud byl ale karcinom prsu zachycen včas a nevyžaduje-li příliš razantní terapii, nemusí zasáhnout do života pacientky nijak významně. Jsou schopny pokračovat ve své práci a i dopad na rodinné prostředí může být minimální. Nemoc pokročilá, vyžadující intenzivní terapii, pacientku omezuje v životních aktivitách a představuje i větší sociální dopad.

Tam kde je výborné rodinné zázemí dobrá spolupráce rodinných příslušníků s ošetřujícím personálem, je situace nemocné snazší. Pro rychlý návrat fyzické kondice je důležité cvičení. Ve výběru stravy platí zásady zdravé výživy. Výběr vhodné epitézy zase přispívá k celkové psychosociální rehabilitaci. (1 s. 133)

Po skončení terapie, pokud již žena nemá žádné známky původního onemocnění, je možné navrhnout komplexní lázeňskou léčbu.

5. ZÁVĚR

Jsem velmi ráda, že jsem si ke své bakalářské práci zvolila právě tuto diagnózu, která mě jako ženu, zajímá. Zjistila jsem spoustu nových informací, dostala se k řadě snímků a tím obohatila i mou vlastní osobu.

Zároveň hodnotím velmi dobře práci s mou pacientkou, nejen že jsem získala teoretické znalosti, ale následně i praktický příklad onemocnění s následnou léčbou. Jako v každé nemoci hraje důležitou roli vlastní osobnost pacienta. Spolupráce byla velmi dobrá, pacientka se ráda zapojovala do plánování ošetrovatelského procesu a zároveň se jí velmi líbilo, že byla do rozhodování zapojována.

SEZNAM LITERATURY

- 1) ABRAHÁMOVÁ, J. a kolektiv: *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. Grada Publishing, 2001. 144s ISBN 80-71-69-714-1
- 2) ABRAHÁMOVÁ, J., POVÝŠIL, C., HORÁK, J. a kolektiv: *Atlas nádorů prsu*. Grada Publishing, 2000 s.326 ISBN 80-7169-771-0
- 3) BAUER, J.: *Onkologie praktického lékaře*. nakladatelství Anomal, 1994 s. 81 ISBN 80-901474-1-0
- 4) BAUER, J. a kolektiv : *Obecná a speciální onkologie* nakladatelství Anomal, 1993 s.203 ISBN neuvedeno
- 5) BERKOW, R., FLETCHER, A.J.: *MSD kompendium klinické medicíny*. X-Egem, Praha 1996 s. 2798 ISBN 80-85395-98-3
- 6) DOEGNES, M.E., MOORHOUSE, M.F: *Kapesní průvodce zdravotní sestry* Grada Publishing 2001 s.568 ISBN 80-247-0242-8
- 7) JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ J., PETROVÁ, V., TOMÁNKOVÁ D.: *Ošetrovatelství 2. část L.V. Print* 1999 s. 236
- 8) KAPOUNOVÁ, G.: *Ošetrovatelství intenzivní péči* Grada Publishing Praha 2007 s.350 ISBN 978-80-247-1830-9
- 9) KOMÁREK, L. et. al. : *Prevence nádorových onemocnění v primární péči*. Geoprint Liberec 2000 s. 39 ISBN 80-7071-155-8
- 10) KOUTECKÝ, J. a spolupracovníci: *Klinická onkologie*. Riopress, 2004 s. 278 ISBN 80-86-221-77-6
- 11) RICHARDS, A., EDWARDS, S.: *Repetitorium pro zdravotní sestry* Grada Publishing Praha 2004 s.373 ISBN 80-247-0932-5
- 12) PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce* Grada Publishing Praha 2006 s. 152 ISBN 80-247-1211-3
- 13) SCHAFLER, A., BRAUN, J., RENZ, U.: *Vademecum lékaře*. Galén, Praha 2008 s. 790 ISBN 80-85824-00-0
- 14) STAŇKOVÁ, M.: *Jak provádět ošetrovatelský proces. České ošetrovatelství 4*. Brno IDV PZ 1999 ISBN 80-7013-283-3
- 15) STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovatelství* Karolinum Praha 1997 s. 125 ISBN 80-7184-243-5

- 16) STRNAD, P., DANEŠ, J.: *Nemoci prsu pro gynekology* Grada Publishing 2001 s. 324 ISBN 80-71-69-714-1
- 17) TRACHTOVÁ, E. a kolektiv: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu* IDVZP Brno 2004 s.186 ISBN 80-7013-3244
- 18) VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H. a kolektiv: *Klinická onkologie pro sestry* Grada Publishing Praha 2006 s. 328 ISBN 80-247-1716-6
- 19) Pharmindex Breviř 2005: 14. vydání ISBN 80-86336-06-9

Seznam použitelných zkratk

AA – alergická anamnéza

APOD. – a podobně

ATB – antibiotikum

BIO – biologické

CM – centimetr

CT – výpočetní tomografie

Č. – číslo

D – dech

DM – diabetes mellitus

DNA – deoxyribonukleová kyselina

EA – etiologická anamnéza

EKG – elektrokardiografie

G – gram

GIT – zažívací trakt

ICHS – ischemická choroba srdeční

i.v. - intravenózní

KG – kilogram

LHK – levá horní končetina

ML – mililitr

MG – miligram

NO – nynější onemocnění

OA – osobní anamnéza

P – puls

PA – pracovní anamnéza

p H – koncentrace vodíkových iontů v roztoku, určuje kyselost nebo zásaditost

PHK – pravá horní končetina

PSYCHO – psychologický

QUICK – protrombinový čas
RA – rodinná anamnéza
RTG – rentgenové vyšetření
SA – sociální anamnéza
SpO2 – saturace hemoglobinu kyslíkem
TK – tlak krevní
TT – tělesná teplota
UPT – umělé přerušování těhotenství
UZ – ultrazvuk
VIZ. – a to, jmenovitě

Seznam příloh

Příloha č. 1 – příjmová ošetřovatelská anamnéza

Příloha č. 2 – anatomie mléčné žlázy

Příloha č. 3 – lymfatické zásobení mléčné žlázy

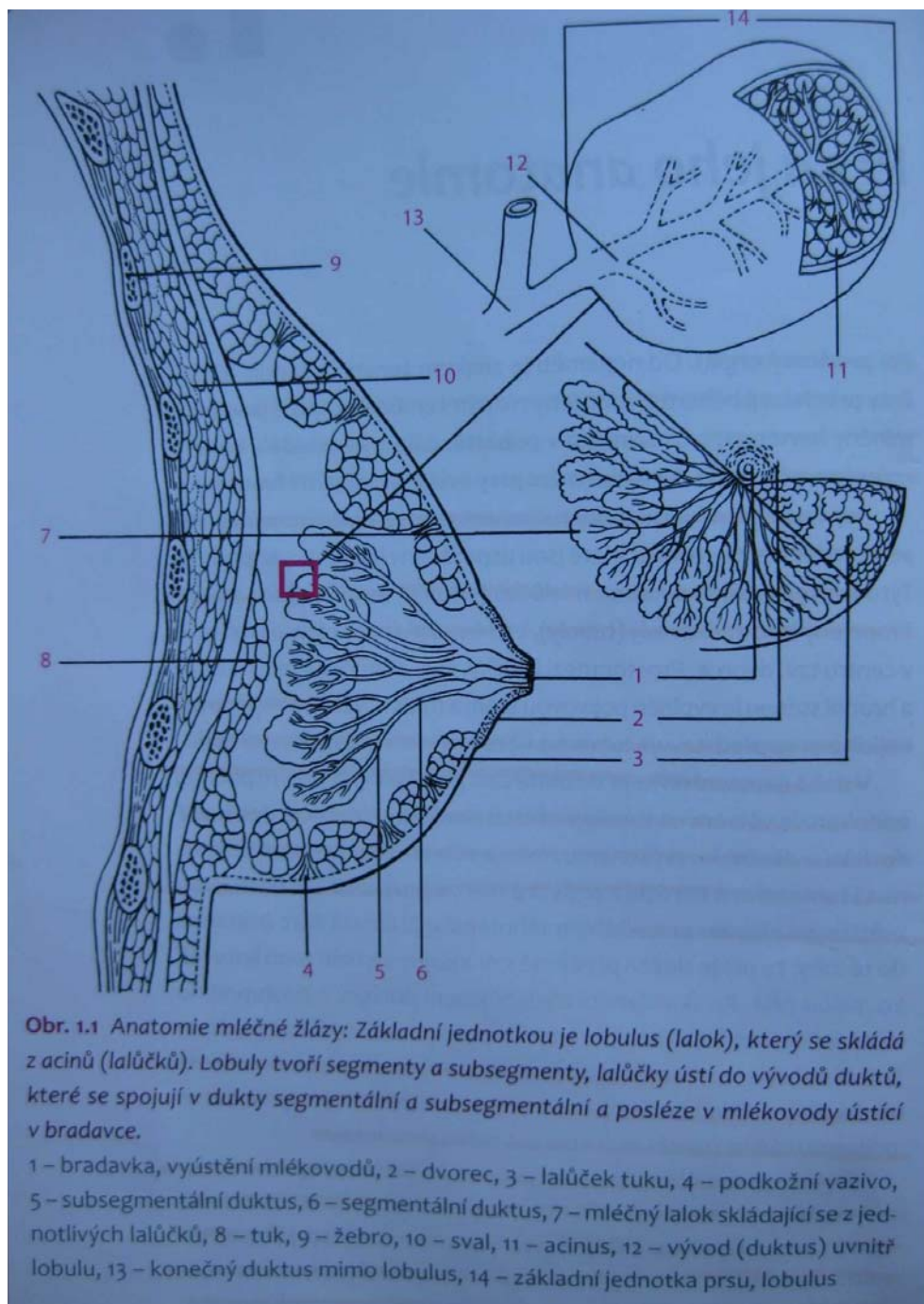
Příloha č. 4 – duktální a lobulární karcinom

Příloha č. 5 – Barthelův test základních všedních činností

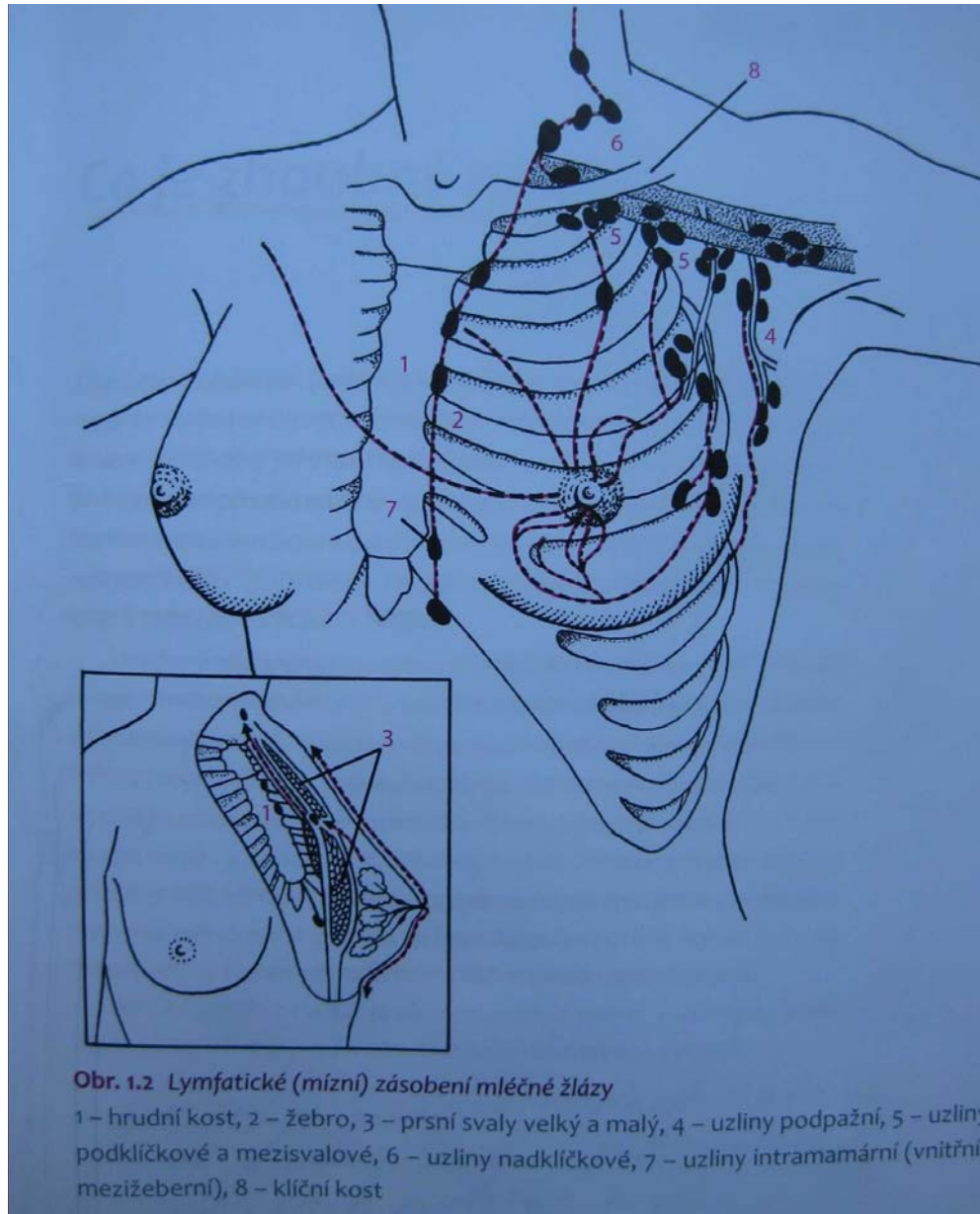
Příloha č. 6 – Nortonové test a analýza rány

Příloha č. 7 – zjištění rizika pádu

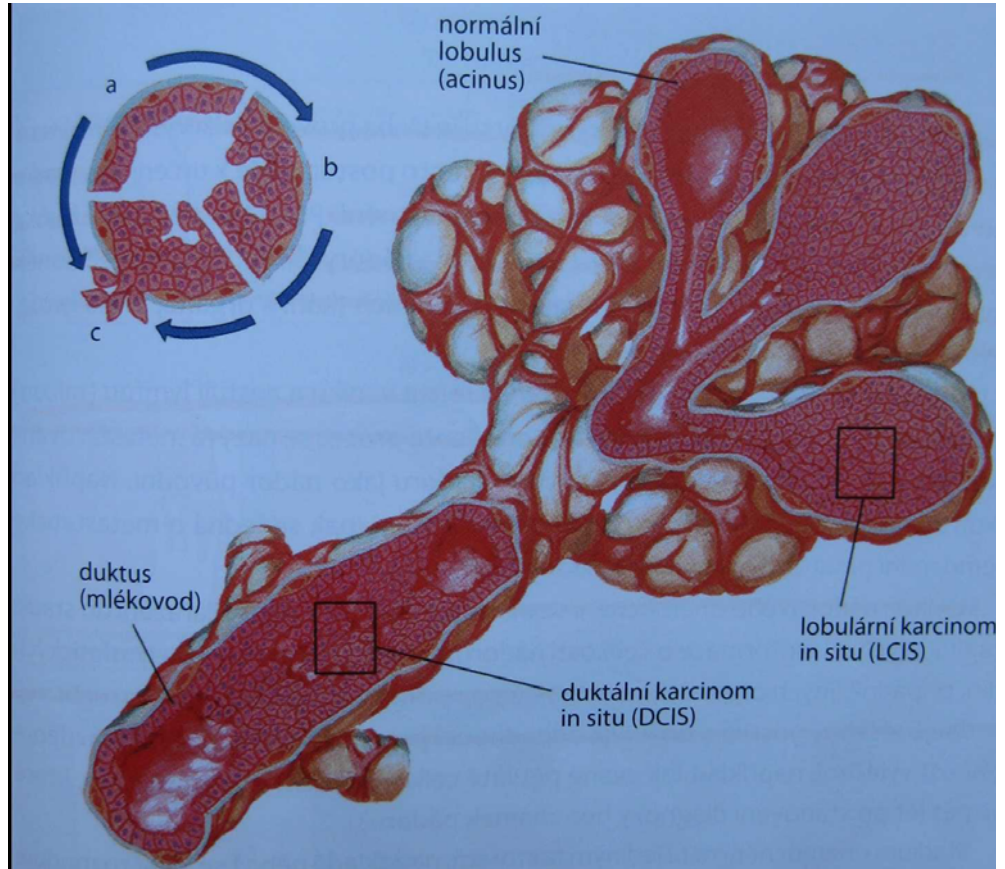
Příloha č.2 Anatomie mléčné žlázy



Příloha č.3 Lymfatické zásobení mléčné žlázy



Příloha č.4 Duktální a Lobulární karcinom



Barthelův test základních všedních činností		
příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
oblékání samostatné	bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
přesun na lůžko - židli	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	neprovede	0
chůze po rovině	samostatně nad 50 metrů	15
	s pomocí 50 metrů	10
	na vozíku	5
	neprovede	0
chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
CELKEM		
Hodnocení stupně závislosti		
0-40 vysoce závislý	65-95 lehká závislost	
45-60 závislost středního stupně	96-100 nezávislý	

Rozšířená stupnice Nortonové - nebezpečí dekubitu vzniká při 25 bodech a méně																		
Schopnost spolupráce		Věk		Stav pokožky		Přidružené onemocnění		Fyzický stav		Stav vědomí		Aktivita		Mobilita		Inkontinence		Součet
Úplná	4	pod 10	4	Normální	4	Žádné	4	Dobrý	4	Bdělý	4	Chodí	4	Úplná	4	Není	4	
Částečně omezená	3	nad 30	3	alergie	3	DM	3	Zhoršený	3	Apatický	3	S doprovodem	3	Část. omez.	3	Občas	3	
		pod 60	2	vlhká	2	Anemie, kachexie, obezita	2	Špatný	2	Zmatený	2	Sedačka	2	Velmi omez.	2	Převážně moč	2	
Velmi omezená	2	nad 60	1	suchá	1	Karcinom	1	Velmi špatný	1	Bezvědomí	1	Leží	1	Žádná	1	Moč a stolice	1	
Žádná	1																	

Analýza rány						
Analýza rány	Bolest	Povaha rány	Exudát	Zápach	Okolí rány	Okraje rány
Dekubitus	Mírná	Epitelizující	Bílý	Lehký	Otok	Ohraničené
Ulcus cruris	Střední	granulující	Žlutý	Ostrý	Zarudnutí	Neohraničené
Gangrena diabetica	Silná	nekrotizující	Zelený	Žádný	Ekzém	
Kožní defekty	Žádná	infikovaná	Krvavý	Jiný	Macerace	
Operační rána	Nelze hodnotit		Žádný		Klidné	

Zjištění rizika pádu		
Pohyb	Neomezený	0
	Používá pomůcek	1
	Potřebuje pomoc k pohybu	1
	Neschopen přesunu	1
Vyprazdňování	Nevyžaduje pomoc	0
	V anamnéze nykturie/inkontinence	1
	Vyžaduje pomoc	1
Medikace	Neužívá rizikové léky	0
	Užívá léky př: diuretika, anitepileptika,	1
	Psychotropní léky, antihypertenziva	
Smyslové poruchy	Žádné	0
	Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1
Mentální status	Orientován	0
	Občasná dezorientace	1
	Historie dezorientace/demence	1
Věk	18 - 65	0
	65 a výše	1
Pád v anamnéze		1
Celkové skóre		
Hodnocení rizika	0 bez rizika	
	1 - 3 nízké riziko	
	4 - 6 střední riziko	
	7 zvýšené riziko	