

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav Ošetřovatelství



Miroslava Malinová

***Ošetřovatelský proces u pacientky s maligním
novotvarem prsu***

Bakalářská práce

Praha, květen 2013

Autor práce: Miroslava Malinová

Studijní program: Všeobecná sestra kombinované studium

Bakalářský studijní obor: Ošetřovatelství

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Nováková MBA**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF**

Předpokládaný termín obhajoby: Červen 2013

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK jsou totožné.

V Praze dne 17. května 2013

Miroslava Malinová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Janě Novákové MBA za vedení a připomínky při zpracovávání mé bakalářské práce a MUDr. Davidu Dyrcovi za odbornou konzultaci a vstřícnou spolupráci.

Obsah

HISTORIE.....	7
1. TEORETICKÁ ČÁST	
1.1. ANATOMIE A FYZIOLOGIE PRSU.....	8
1.2. ANATOMIE AXILY.....	9
1.3. KLINICKÁ TOPOGRAFIE PRSU.....	11
1.4. KLINICKÉ VYŠETŘENÍ PRSU.....	12
1.5. ZOBRAZOVACÍ METODY.....	13
1.6. KLASIFIKACE ROZSAHU ONEMOCNĚNÍ.....	16
1.7. TERAPIE.....	16
1.8. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉ.....	20
1.9. PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ.....	22
1.10. PROGNÓZA.....	25
1.11. RIZIKA A PREVENCE ONEMOCNĚNÍ.....	25
2. PRAKTICKÁ ČÁST	
2.1. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	27
2.2. OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE.....	28
2.3. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA.....	29
2.4. FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU.....	33
2.5. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY.....	34
2.6. DLOUHODOBÝ PLÁN PÉČE.....	41
2.7. HODNOCENÍ PSYCHICKÉHO STAVU NEMOCNÉ.....	43
2.8. EDUKACE.....	44
3. ZÁVĚR.....	48
4. SOUHRN.....	49
5. POUŽITÉ ZKRATKY.....	50
6. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	51
7. PŘÍLOHY.....	52

Úvod

Karcinom prsu je nejčastější zhoubné onemocnění žen v ekonomicky silné části světa, které zasahuje do všech oblastí jejich života. Na riziku rakoviny se kromě dědičných genových defektů a zevních kancerogenních vlivů podílejí také vnitřní hormonální faktory, určující evolučně-involuční proměny struktury a funkce mléčné žlázy v průběhu celého života ženy. V České republice je každoročně registrováno šest tisíc nových případů karcinomu prsu. Na oddělení, kde pracuji, za rok 2012 hospitalizováno 154 žen s onemocněním prsu, z toho ve 130 případech byl potvrzen maligní karcinom prsu. Díky preventivnímu mammárnímu screeningu jsou nádory prsu zachyceny časněji a léčebné výsledky jsou příznivější a ženy na karcinom prsu mnohem méně umírají. Ve své práci jsem se v teoretické části zaměřila na anatomii, fyziologii, příznaky onemocnění, klinické vyšetření a zobrazovací metody. Samostatná kapitola je věnována prevenci onemocnění. V ošetrovatelské části popisuji třetí pooperační den. Ošetrovatelskou anamnézu jsem zpracovala dle modelu M. Gordon. Snažila jsem se zachytit změny v psychickém i zdravotním stavu po operaci. V kapitole o edukaci jsem se zaměřila na důležitost včasné rehabilitace a prevenci lymfedému.

Cílem mé práce je komplexně popsat úskalí při ošetrovatelské péči o pacientku po ablaci prsu.

Historie

První zmínky o karcinomu prsu pocházejí z doby 3000 let před Kristem a jsou známy již ze staroegyptských papyrů. Tímto onemocněním se zabýval i Hippokratés a později Galén. Novější historie poznávání povahy onemocnění a snah o účinnou léčbu se datuje až od počátků devatenáctého století.

Ve výtvarném umění existují vyobrazení žen, u nichž se předpokládá, že trpěly zhoubným nádorem prsu. Nejznámější z tohoto hlediska je Rembrandtův obraz „Betsabé“. Modelkou byla umělcova žena, která je namalována se známkami pravděpodobného karcinomu levého prsu. Svatá Agáta, která zemřela mučednickou smrtí, je v křesťanské ikonografii zobrazována s podnosem, na kterém jsou umístěny prsy odejmuté během tortury. Tato žena koncem 19. století začala považovat za patronku žen po amputaci prsu.

Dvacáté století je poznamenáno prudkým vývojem znalostí a rozvojem léčebných způsobů a metod. Medicína urazila dlouhou cestu od radikálních operací, přes pozorování hormonální závislosti, poznávání radiační a chemické léčby až k nejmodernější multimodální komplexní terapii a tím k prodloužení života, zlepšení jeho kvality a snížení úmrtnosti. /2/

Teoretická část

1.1 Anatomie a fyziologie prsu

Mléčná žláza pochází z ektodermu. Má základ v epitelu mléčné lišty, která probíhá ve fetálním období od axily k inuině. Ženský prs se vyvíjí v úrovni IV. mezižebří v medioklavikulární čáře. Vývoj prsů bývá ukončen ve věku 13 -16 let, kdy žena dosáhne definitivní tělesné výšky.

Mezi 9. a 14. rokem věku je vhodné vyvarovat se chirurgických zásahů do mléčné žlázy, jelikož mohou způsobit pozdější deformity./1/

Dospělá mléčná žláza se skládá z epitelových a stromálních elementů. Epitel vytváří sérii větviček se duktů (mlékovodů), které se spojují ve strukturální a funkční jednotku mléčné žlázy – lobus. Hlavní mlékovody vyúsťují v bradavce. Stroma se skládá z variabilního množství tukové a fibrózní pojivové tkáně a představuje většinu objemu nelaktujícího prsu. Tvar a velikost prsů se mění s celkovou tělesnou hmotností a hormonálními změnami.

Cévní zásobení

Prsní žláza se vyznačuje hustou sítí kolaterál a cévním zásobením.

Hlavní jsou tři skupiny přítokových cév

- arteria thoracica interna
- arteria axillaris
- anterolaterální a laterální perforátory,

pod kožním povrchem tvoří cévy hustou podkožní pleteň – plexus subdermalis. Pleteň zajišťuje rovnoměrnou výživu celého prsu. Žilní odtok z prsu odpovídá tepennému přítoku.

Kůže a areomamilární komplex

Interindividuální variabilita kůže (tloušťka, elasticita) ovlivňuje tvar prsů, ptózu i trvanlivost chirurgických výsledků. Přirozeným centrem prsu je pigmentovaný dvorec s mamilou – areolomamilární komplex. V oblasti areolomamilárního komplexu je dermis tenčí než v kůži okolního prsu a obsahuje hladká svalová vlákna, která se fyziologicky uplatňují při kojení. /1/

Areola je vybavena drobnými *Montgomeryho žlázkami* (glandulae areolares), což jsou drobné žlázy, které během kojení zajišťují fyziologickou lubrikaci bradavky. Někdy mohou být výrazně zvětšené. Mimo období kojení nevykazují mlékovody mamily sekreci. Spontánní sekrece může být podkladem patologického stavu.

Svaly hrudní stěny

Mm. pectorales

major – funkční deficit při poškození nervového zásobení nebo resekci velkého prsního svalu není velký, zásah se projeví především kosmeticky.

minor – jeho okraje v oblasti axily vymezují axilární etáže

M. serratus anterior – důležitý pro pohyby paže a pro dýchání, přerušení nervu při axilární disekci může mít za následek odstávání lopatky (scapula alata, winging scapula)

M. latissimus dorsi - jeho hlavní funkcí je připažení, zapažení a vnitřní rotace paže, sval má široké uplatnění v plastické a rekonstrukční chirurgii pro svoji velkou plochu a výborné cévní zásobení, které umožňuje použít jej jako stopkovaný nebo i volný lalok.

1.2. Anatomie axily

Axila (fossa axillaris) má v základním anatomickém postavení tvar čtyřbokého jehlanu. V pozici vleže s abdukovanou horní končetinou se axila

rozevívá, její ohraničení je čtvercovité. Axila je vyplněná tukovou tkání a lymfatickými uzlinami, do nichž směřuje lymfa z horní končetiny a kraniální části trupu, přibližně od úrovně pupku. Lymfatické uzliny jsou značně variabilní a přecházejí kraniálním směrem plynule v uzliny podklíčkové.

Vena axillaris – hlavní žíla odvádějící krev z horní končetiny jako pokračování vena brachialis

Nervus thoracicus longus – přerušení nervu má za následek parézu svalu serratus anterior, paréza se projeví poruchou abdukce horní končetiny nad 90° a v různé míře odstávání lopatky od hrudní stěny.

Thorakodorzální svazek – thorakodorzální tepna, žíla a nerv, pokud je svazek při disekci přerušen, nebývá funkční výpadek významný. Výpadek svalové funkce může být důležitý u osob s poruchami posturálních funkcí a nebo u osob na invalidním vozíku, kdy dojde ke snížení síly paže.

Laterální větve interkostálních nervů – rami cutanei laterales nervorum intercostalium, přerušení těchto nervů během axilární disekce vede k hyposenzivitě až asenzivitě příslušných oblastí./1/

Nervus pectoralis medialis a pektorální svazek – přerušení nevede k funkčnímu výpadku, spíše k atrofii kaudální části musculus pectoralis major, což může zhoršit kosmetický výsledek mammární operace. Při rekonstrukci submuskulárními implantáty se nerv někdy přerušuje úmyslně, aby kontrakce prsního svalu nevedly k nežádoucímu pohybu implantátu./1/

Arteria thoracica lateralis – může být při disekci axily zdrojem krvácení./1/

Lymfatická drenáž prsu a spádové mízní uzliny

Hlavní lymfatický odtok směřuje většinou do zevního horního kvadrantu a do axilárních uzlin. Odtud pokračuje přes vrchol axily a nadklíček k jugulárnímu uzlu, kde se prostřednictvím truncus lymfaticus spojuje s žilním systémem.

Dle TNM klasifikace jsou za regionální uzliny pro oblast prsu považovány stejnostranné uzliny axilární, infraklavikulární a supraklavikulární a také stejnostranné uzliny parasternální. K axilárním uzlinám se řadí i uzliny interpektorální a intramammární./1/

1.3. Klinická topografie – kvadranty a segmenty prsu

Sagitální a transverzální rovina procházející mamilou rozděluje prs na 4 základní kvadranty :

zevní horní kvadrant - HZK

mediální horní kvadrant - MHK

mediální dolní kvadrant - MDK

zevní dolní kvadrant - ZDK

Tvar a objem prsů

- tvar prsu ovlivňují objem a rozmístění tuku a žlázy, kvalita a elasticita kůže a stav muskulofasciálních struktur. Prsy se mění věkem pod vlivem hormonálních faktorů, výživy, stárnutí a gravitace. Postupně dochází k ptóze prsu a oplošťování horních kvadrantů a přesun většiny tkáně do zevního dolního kvadrantu.

- objem prsů je variabilní a je posuzován prostřednictvím hmotnosti. Malé prsy váží okolo 200g, střední prsy 300-500g, velké mohou dosáhnout až 1kg.

Odnětí méně než 10% objemu se zpravidla opticky neprojeví. Resekce většího rozsahu může způsobit lokalizované vtažení či celkovou změnu velikosti a tvaru prsu.

Estetické hledisko

Ženský prs plní kromě funkce produkce mateřského mléka i funkci estetickou, psychologickou a erotickou. Ty bývají pro ženu po většinu života důležité.

Žena pozoruje prsy shora nebo v zrcadle a je pro ni významný tvar a symetrie prsů ve stoje.

Žena posuzuje výsledek operace nejen z hlediska radikality, ale i z hlediska estetického a senzitivního.

Výstřih (dekolt)

Dekoltem se označuje kraniální část přední strany hrudníku. Ta bývá patrná i u oblečené ženy. Oblast je důležitá proto, že chirurgické zásahy jsou viditelné i u oděné ženy, rány se zde hojí mnohdy nevyzpytatelně a mají tendenci k tvorbě keloidů.

Estetický výsledek mammární operace se hodnotí ve vzpřímené poloze pacientky s dostatečným časovým odstupem.

1.4 Klinické vyšetření prsů

Anamnéza a klinické vyšetření

Jsou prvním a nezbytným lékařským úkonem při podezření na karcinom prsu. Anamnesticky se zjišťují subjektivní příznaky, jako jsou vyhmátání si bulky, bolest, pozorování změn na prsou. Řada žen si vyhmátá nádor, který by mohl zůstat při běžném vyšetření neodhalen. Z rodinné anamnézy může vyplynout podezření na dědičnou formu nádorů prsu.

Vyšetřují se oba prsy a oblast spádových mízních uzlin, tj. axil a nadklíčků. Nejprve se vyšetřuje **pohledem**, některé změny jsou patrné pouze při určité poloze paží, proto se prsy vyšetřují s pažemi podél těla, upaženými a vzpaženými. Posuzuje se tvarová a velikostní symetrie a případné kožní změny, zvýšená pozornost se věnuje bradavkám. Následuje vyšetření **pohmatem** ve stoje i vleže.

Nejčastější klinickou známkou bývá hmatná rezistence v prsu, ostatní symptomy se vyskytují zřídka. Vzhledem k narůstající úrovni screeningového programu je velký podíl karcinomů diagnostikován bez jakýchkoliv klinických příznaků.

hmatný nádor nejčastěji vede ženu k návštěvě lékaře

bolest prsu či paže – častý příznak, velmi nespecifický, ve většině případů není bolest prsu způsobena nádorem, vždy se doplňuje základní zobrazovací metodou

zvýraznění kožních žil – způsobené zvýšenou vaskularizací v oblasti nádoru, někdy i venostázou z nádorového útlaku

sekrece z mamily – není pro karcinom příliš typický, u intraduktálních lézí je však příznakem jediným

vyklenutí a změna tvaru či velikosti prsu (asymetrie) – nádory umístěné povrchově mohou být i při malé velikosti viditelné jako vyklenutí (zejména v mediálním horním kvadrantu)

změna barvy kůže – primární nebo sekundární inflamace se klinicky projevují jako lokální zarudnutí, či zarudnutí celého prsu, bývá spojena se zvýšením kožní teploty

vtažení kůže – je podmíněno vtahováním Cooperových ligament k nádoru

vtažení bradavky – bývá podmíněno tahem za mlékovody, mamila či areola se vtahují snadno, neboť kůže je zde tenká

kožní edém / pomerančová kůže (peau d'orange)- bývá způsobena především lokální lymfostázou, bývá průvodním jevem u inflamatorního karcinomu, i metastatickou infiltrací axilárních uzlin

nárůst tuhé kožní léze – u povrchových nádorů časně prorůstajících do kůže

zvětšené a tuhé axilární mízní uzliny – jde o příznak pozdní při jejich metastatické infiltraci, masivní nález v uzlinách může upozornit na přítomnost klinicky němého karcinomu prsu

exulcerace, krvácení, zápach – příznaky u zanedbaných, lokálně pokročilých karcinomů

1.5. Zobrazovací metody

Mamografie – nejstarší a nejdůležitější metoda v mammární diagnostice. U žen nad 45 let je mamografie vždy zobrazovací metodou první volby. Je finančně únosná, dobře dostupná, používá se plošně ve screeningovém programu, kde prokázala schopnost snížit mortalitu prsu o 30% u žen nad 50 let věku.

- mammografie filmová a digitální (Full Field Digital Mammography – FFDM) vykazuje vyšší detekci karcinomu prsu u žen mladších 50 let bez ohledu na denzitu žlázy a u žen s denzní žlázou bez ohledu na věk
- mammografie screeningová a diagnostická – v praxi se rozlišují indikace
- mammografického vyšetření pro **bezpříznakové** ženy (jednou za dva roky, od 45 let) – screeningová MG a diagnostická MG pro ženy s hmatným nálezem či jinou klinickou patologií prsu

- Ultrasonografie - je dobře dostupná metoda, ale subjektivní. U žen pod 40 let je metodou první volby. Ultrasonografie je navigační metodou pro punkční biopsii a předoperační lokalizaci nehmatných lézí.
- Ultrasonografie axily – je nedílnou součástí ultrasonografického vyšetření prsu (na mammografii bývá zachycena pouze dolní etáž axily)

- Magnetická rezonance prsu – jde o doplňující vyšetření, magnetická rezonance prsů nezachycuje axilární uzliny
- kontrastní magnetická rezonance prsu – hlavní přínosem je vysoká sensitivita pro zobrazení invazivního karcinomu a karcinomu in situ high grade
- indikace :
 - dispenzarizace žen s vysokým rizikem vzniku karcinomu prsu
 - upřesnění lokálního rozsahu již diagnostikovaného karcinomu
 - hodnocení efektu neadjuvantní chemoterapie
 - pátrání po primárním ložisku při nálezů axilárních metastáz
 - hodnocení po léčbě karcinomu
 - nejasný nález na mammmografii a ultrasonografii

- Duktografie – rentgenový snímek prsu po aplikaci kontrastní látky do rozšířeného mlékovodu

- Počítačová tomografie – CT vyšetření, eventuálně PET/CT jsou v mamární diagnostice pouze pomocné, využití při pátrání po nádorech nejasného původu

- biopsie a cytologie

- každé suspektní ložisko z karcinomu prsu musí být biopticky vyšetřeno, pokud je v prsu ložisek víc, bioptuje se každé z nich, nebo alespoň dvě nejvzdálenější.

Provádí se technikou :

- *tkáňová core-cut (tru-cot) biopsie pod USG kontrolou* – metoda první volby, za předpokladu, že je ložisko viditelné
- *stereotaktická core-cut biopsie pod mamografickou kontrolou* – provádí se u ložisek viditelných pouze na mammografii, nejčastěji jde o mikrokalifikace. Nevýhodou je vyšší riziko vzniku hematomu, vyšetření je pro pacientku nepříjemné, vyšší cena odběrové jehly.
- *Punkční biopsie ze suspektních lymfatických uzlin* – drobné ložisko v prsu nemusí být zachyceno, punkční biopsie z uzlin není v praxi využívána
- *rebiopsie* – indikuje se, pokud je první biopsie nevytěžná
- biopsie nebyla reprezentativní = patolog nenašel přiměřené množství diagnostické tkáně
- histopatologický nález výrazně neodpovídá nálezu na zobrazovacích metodách či klinickému nálezu
- *bioptická (kožní) excize* – nejčastěji při podezření z inflamatorního karcinomu nebo z Pagetovy choroby
- „otevřená“ biopsie – vyjímečná, lze považovat spíše za selhání tradičního diagnostického procesu, peroperační hodnocení mamárních lézí „na zmrzlo“ má také výrazné limitace, proto není rutinně používána

1.6. Klasifikace rozsahu onemocnění (staging)

Pro klasifikaci rozsahu karcinomu prsu se využívá mezinárodní klasifikace :

T – tumor – primární nádor

N – nodus – regionální uzliny

M – metastasis – vzdálené metastázy

Rozsah onemocnění klasifikovaný pomocí TNM je prognostickým faktorem a závisí na něm strategie léčby.

V praxi se používají ještě následující termíny :

1) Lokalizované onemocnění – bez vzdálených metastáz (stádia I-III)

Časný karcinom prsu – stádia I a II

Lokálně pokročilý karcinom prsu – stádium III

2) Metastatické (diseminované) onemocnění – se vzdálenými metastázami, stádium IV

3) Generalizované onemocnění – výskyt nádoru ve třech a více orgánových systémech (např. játra + plíce + skelet)

Diseminované onemocnění je považováno za nevléčitelné, pacientky s přítomností vzdálených metastáz mají medián přežití 24 měsíců, přičemž nemocné s kostními metastázami a metastázami měkkých tkání dosahují delšího přežití než pacientky s viscerálními metastázami.

1.7. Terapie

Karcinom prsu je považován za systémové onemocnění. V časných fázích nemoci lze detekovat cirkulující volné nádorové buňky nebo mikrometastázy v kostní dřeni. O systémové podstatě nemoci svědčí i orgánové relapsy po zdánlivě dostatečné radikální lokálně-regionální léčbě. Léčba prsu má být komplexní.

V léčbě se uplatňují :

metody lokálně-regionální – chirurgie a radioterapie

metody celkové (systémové) – chemoterapie, radioterapie, biologická léčba

Lokalizované onemocnění – kurativní léčba s cílem vyléčit, v kurativní léčbě hraje zásadní roli chirurgie doplněná ostatními modalitami/1/

Metastatické onemocnění – paliativní léčba s cílem pozastavit či omezit růst a šíření nádoru a prodloužit přežití, metastatické onemocněním je považováno za nevléčitelné, ačkoli některé pacientky mohou i se vzdálenými metastázami žít řadu let./1/

Kurativní léčba lokalizovaného onemocnění

Prioritou je chirurgické odstranění všech klinicky detekovaných ložisek nemoci, bývá doplněna ostatními modalitami, které mohou být aplikovány po operaci (adjuvantně), či před operací (neadjuvantně)

ADJUVANTNÍ TERAPIE

Léčba pooperační, lidově označována jako „zajišťovací“, jde o podání protinádorové terapie pacientovi, u kterého nebyla běžnými metodami zjistitelná žádná ložiska nádorového onemocnění. V současné době se podává téměř u všech patientek po operaci karcinomu prsu. Cílem je snížit riziko návratu onemocnění a zvýšit procento vyléčených.

Většina patientek absolvuje adjuvantní terapii třemi modalitami v pořadí :
chemoterapie – radioterapie – hormonální léčba.

Během chemoterapie a radioterapie jsou pacientky zpravidla v pracovní neschopnosti, doba trvání je zhruba půl roku. Některým ženám je po léčbě přiznán částečný či plný invalidní důchod. Pacientku je nutno předem upozornit.

Radioterapie bývá zahajována 4-6 týdnů od operace, pokud má pacientka i adjuvantní chemoterapii, zpravidla se ozařuje po ukončení chemoterapie, radioterapie by tedy měla být zahájena do 6 měsíců od operace.

Hormonální léčba u nádorů s pozitivními steroidními receptory, standardem je podávání tamoxifenu po dobu 5 let.

Chemoterapie 4-8 cyklů intravenózní léčby v 3týdenních intervalech trvá tedy 4-6 měsíců, předpokladem podání chemoterapie je únosný biologický stav pacientky.

Biologická léčba - v ČR se transtuzumab podává po ukončení chemoterapie infuzemi v intervalu 3 týdnů po dobu jednoho roku, optimální schéma a délka léčby jsou předmětem studií, léčba je velmi nákladná.

NEOADJUVANTNÍ TERAPIE

Léčba aplikovaná před operací, zpravidla u lokálně pokročilých nádorů, především inflamatorní karcinom, ostatní indikace jsou relativní a názory na její indikaci se různí.

Výhody :

- zmenšení primárního nádoru nebo uzlinových metastáz zlepší podmínky pro operaci
- systémová léčba je aplikována ve fázi, kdy nádor měřitelný, lze tak hodnotit, zda nádor reaguje na léčbu

Nevýhody :

- možná ztráta chirurgické orientace při parciální mastektomii s eventuálním zvýšením rizika lokální rekurence
- obtížnější histopatologické hodnocení nálezu, respektive nemožnost stanovit přesný primární histopatologický stadij a nespolehlivé hodnocení resekcí okrajů
- pacientka přicházející k operaci po chemoterapii může být v jejím důsledku v psychicky i fyzicky v horším zdravotním stavu, na druhé straně řada pacientek se během neadjuvantní léčby vyrovná s diagnózou a lépe přijme informaci o nutnosti operačního výkonu, zejména totální mastektomie

- vzácně dochází během neadjuvantní léčby k další progresi nádoru, což vede, kromě toxicity, k nežádoucímu oddálení operace

Cíle operačního výkonu na prsu

cíl kurativní – odstranění ložiska s bezpečnostním lemem nepostižené tkáně

cíl diagnostický – získání neporušeného materiálu pro definitivní histopatologické vyšetření nádoru

cíl estetický – dosažení příznivého kosmetického efektu nebo stavu, který nebude výrazněji kompromitovat případnou pozdější chirurgickou korekci

Rozsah operace na prsu

Rozsah operace je určen velikostí a umístěním nádoru (nádorů), velikostí a tvarem prsu, možností adjuvantní radioterapie, stavem okolního mammárního parenchymu, potencionálním rizikem vzniku dalšího karcinomu prsu v budoucnosti a preferencemi pacientky./1/

parciální mastektomie (PME) – odnětí části prsu

totální mastektomie (TME) – odnětí celého prsu

Operační výkon na regionálních mízních uzlinách

cíl „stagingový“ – histopatologické vyšetření, rozsahem postižení se řídí prognóza pacientky a agresivita adjuvantní léčby

cíl kurativní – odstranění axilárních uzlin zbavuje pacientku nádoru – jsou-li uzliny postiženy, snižuje výskyt recidivy

typy výkonů na regionálních uzlinách

- biopsie sentinelové uzliny – odstranění první spádové uzliny (uzlin) u pacientek bez klinických známek uzlinových metastáz

- disekce (exenterace) axily – kompletní odstranění axilárních mízních uzlin

Za standardní výkon u pacientek s klinicky negativními uzlinami je považováno odstranění a následné peroperační histologické vyšetření (zmrazák) sentinelové uzliny - při jejím pozitivím výsledku následuje disekce axily.

V odhadu prognózy a v predikci léčebné odpovědi se posuzují veškeré faktory. Posuzují se tři skupiny :

- 1) epidemiologická – věk, komorbidita, obezita, rasa
- 2) anatomická a celulární
- 3) molekulárně genetická

Pro posouzení je důležitý rozsah nádoru, jeho biologický charakter, věk pacientky a její vztah k menopauze, přítomnost či chybění hormonálních receptorů. Biologický charakter zpřesňují informace od patologa udávající typ nádoru (typing), stupeň malignity (grading), posouzení okrajů preparátu, šíření do lymfatických a krevních cév.

1.8. Základní údaje o nemocné

Identifikační údaje

Jméno a příjmení : J.Č.

Věk : 48 let

Pohlaví : žena

Hospitalizace : 9.1. 2013 – 15. 1. 2013

Osoby, kterým lze podat informace : manžel

Lékařská diagnóza : invazivní karcinom in situ horní zevní kvadrant, dolní zevní kvadrant vpravo lobulární T3 N1 M0

Osobní anamnéza :

OA : v dětství výrazně nestonala, operace o, DM o, ICHDK o, hypertenze

FA : Micardis Plus 80 mg

RA : bez zátěže

SA : vdaná, bydlí společně s manželem

GA : menarche od 14 let
menopauza
porody – dva
antikoncepci nikdy neužívala

AA : neudává

Abúzus : nekouří, alkohol nepije

NO : Při screeningu 12/2012 suspektní ložisko v pravém prsu. Následně odeslána praktickým lékařem do mammologické poradny, kde na základě provedené sonografie a histologie diagnostikován invazivní karcinom.

Objektivně při příjmu :

Hyperstenický habitus. V HZK i v DZK hmatné rezistence – dvě kulovité, tuhé v průměru asi 2 cm, kůže bez patologie, uzliny bez patologie, levý prs bez patologie.

1) histologie sentinelové uzliny

- 2x 1,5 a 1,1 cm tukově atrofická s rozsáhlou metastázou karcinomu prsu s drobnými ložisky nekrotizace + desmoplasie

2) duktální infiltrující a převážně lobulární infiltrující karcinom se sklerotizací vaziva

3) devět lymfatických uzlin z toho pět rozsáhlé metastázy

Provedená celotělová scintigrafie, kde se neprokázaly známky metastatického procesu do skeletu.

Terapie :

Operace – mastektomie l. dx. nipple save
exenteratio axillae l. dx.

Chronická medikace :

Micardis Plus 80 mg 1 – 0 – 0

Indikační skupina : antihypertenzivum, antagonist angiotensinu II a diuretikum

Nežádoucí účinek : závrať

Medikace po operaci :

- *Ketonal forte* 1 – 0 – 0

Indikační skupina : nesteroidní antirevmatikum

Nežádoucí účinek : gastrointestinální obtíže – nauzea, bolesti v epigastriu, zvracení

- *Paralen 500 mg* 1 – 1 – 1

Indikační skupina : analgetikum, antipyretikum

Nežádoucí účinek :

- *Ortanol 20 mg* 1 – 0 – 0

Indikační skupina : antiulcerozum, blokátor protonové pumpy

Nežádoucí účinek : je dobře tolerován

- *Clexane* 0,4 mg 1xdenně

Indikační skupina : antikoagulans

Nežádoucí účinek : malé krevní výrony v místě vpichu, reakce v místě vpichu

1.9. Průběh hospitalizace

Pacientka byla přijata na standardní oddělení k plánovanému operačnímu výkonu 9.1.2013. V příjmové chirurgické ambulanci byla řádně označena identifikačním štítkem, byl podepsán informovaný souhlas s hospitalizací, který mimo jiné obsahuje informace o osobě blízké, které lze podávat informace o zdravotním stavu nemocné.

Po příchodu na oddělení byla pacientka uložena na svoji žádost na nadstandardní pokoj. Sestra ji seznámila s prostředím oddělení, s denním režimem oddělení, zároveň ji seznámila s právy a povinnostmi pacienta. S pacientkou byla sepsána sesterská anamnéza. Byly jí předány informované souhlasy s operací a anestezií. Sestra pacientku seznámila s postupem v operační den, s nutností lačnění, oholením operačního místa a předoperační

hygienické péči. Anesteziolog pacientku navštívil v odpoledních hodinách. Provedl zhodnocení zdravotního stavu pacienty, informoval ji o plánovaném typu anestezie a zároveň ji seznámil s prevencí pooperační bolesti. O chirurgickém výkonu byla pacientka informována již v mammologické poradně. Interní předoperační vyšetření bylo provedeno praktickým lékařem, laboratorní vyšetření bez patologického nálezu, Rtg S+P – bez patologického nálezu.

V odpoledních hodinách byla provedena na oddělení nukleární medicíny aplikace radiofarmaka, které identifikuje sentinelovou uzlinu. Před vyšetřením byla pacientka poučena a byl pacientkou podepsán souhlas s vyšetřením. Vyšetření proběhlo bez komplikací. Po zbytek dne se pacientka cítila dobře, potíže neudávala.

Na noc jí byla podána 1 tableta Neurolu 0,25mg dle ordinace anesteziologa.

Druhý den hospitalizace – operační den

Pacientce byla podána medikace dle ordinace v 6 hodin :

Oxazepam 10 mg

Micardis 80 mg

V osm hodin byla pacientka předána anesteziologické sestře na operační sál. Na standardní oddělení byla předána v 9:30 hodin, dle standardních postupů byly pacientce měřeny fyziologické funkce (krevní tlak, puls, tělesná teplota, kvalita dechu), v místě operačního výkonu byly zavedeny dva Redonovy drény, jeden vycházel z jizvy po totální mastektomii, a druhý z axily. V pravidelných intervalech sestra sledovala funkčnost, množství a obsah sekretu. Kontrola krvácení z operačních ran. Kontrola močení.

Kolem druhé hodiny byla již pacientka plně vzbuzena a mohl jí být podány tekutiny. Během dne udávala bolesti dle vizuální analogové stupnice (VAS) 5-6, byla jí nabídnuta analgetika dle ordinace lékaře, v 15 hod jí byl aplikován Dipidolor 7,5 mg i.m.. Po půl hodině pacientka udávala zmírnění bolesti, na analogové stupnici ji hodnotila v bodě 2.

Ve 22:00 hodin byl dle ordinace lékaře aplikován Dipidolor 7,5 mg, jelikož pacientka udávala bolesti v rozmezí stupnice 5-6. Po aplikaci analgetika opiátové řady byla řádně poučena, že by již neměla opouštět lůžko a tím se vyvarovala nebezpečí pádu. Po 30 minutách byla provedena kontrola sestrou, pacientka klidně spala.

Třetí den hospitalizace – první pooperační den

Při ranní sesterské i lékařské vizitě se cítila slabá, výrazné potíže neudávala, pouze nepříjemný tah v místech zavedených Redonových drénů, větší z axily. Bolesti dle VAS hodnotila během dne v rozmezí 4-6. Dle ordinace lékaře jí byla aplikována analgetika v pravidelném časovém intervalu. Byl proveden převaz operační rány společně s lékařem. Operační rána klidná, bez známek krvácení, místo invazivních vstupů drénů taktéž klidné. Psychickou podporou během dne jí poskytoval manžel.

Čtvrtý den hospitalizace – druhý pooperační den

Pacientka se cítila lépe. Byla provedena kontrola funkčnosti drénů, operační rána klidná. Bolesti udávala již dle VAS v rozmezí 4-5., o analgetika požádala před převazem a další ve večerních hodinách.

Pátý den hospitalizace – třetí pooperační den

Pacientka se cítila dobře. Bolesti přetrvávaly a hodnotila je dle VAS 3-4. Byl proveden převaz operační rány a odstraněny drény, místa invazivních vstupů byla klidná, operační rána rovněž.

Šestý operační den – čtvrtý pooperační den

Subjektivně pacientka neudávala žádné potíže, místa chirurgických výkonů byla klidná, bez zarudnutí a sekrece. Pacientka byla propuštěna do domácího léčení v dobrém zdravotním stavu. Před propuštěním byla informována lékařem o dalších kontrolách jak na chirurgické ambulanci k odstranění stehů, tak v mammologické poradně.

1.10. Prognóza

Nejvýznamnější pro posouzení rozsahu nádoru je, jeho biologický charakter, věk pacientky, vztah k její menopauze, přítomnost či chybění hormonálních receptorů. V praxi jsou posuzovány negativní prognostické faktory. Krátká anamnéza u nemocných s rozsáhlejším nálezem svědčí o výrazné růstové potenci. Za nepříznivou se považuje velikost primárního nádoru nad 5 cm, fixace k okolí poukazuje na agresivitu. Jedním z nejdůležitějších příznaků je přítomnost nádorem postižených regionálních uzlin. Nález 4 a více pozitivních uzlin je známkou časně diseminace, počet 10 a více postižených uzlin je velmi nepříznivým prognostickým znamením. Infiltrující forma a zánětlivá forma jsou velmi maligní. Rozdíl je i v předpovědi dle lokalizace v jednotlivých prsních kvadrantech, což je dáno rozdílným lymfatickým spádem (horší prognóza u nádorů vnitřních kvadrantů).

1.11. Rizika a prevence karcinomu prsu

Příčina karcinomu prsu není většinou známá. Jsou však známy rizikové faktory, které pravděpodobnost onemocnění zvyšují.

Hlavní rizikové faktory – neovlivnitelné

1) věk – se stoupajícím věkem narůstá i riziko

2) pohlaví

3) dědičnost – familiární či hereditární výskyt

výskyt nemaligních lézí – DCIS, LCIS

4) výskyt samotného karcinomu prsu – je spojen s rizikem lokální **recidivy a** rizikem vzniku v prsu druhostranném

Vedlejší rizikové faktory – jsou ovlivnitelné, avšak mají omezený význam

1) působení hormonů – vznik karcinomu může být podmíněn delší expozicí estrogenů, tu způsobuje časná menarche, pozdní menopauza, první gravidita po 30 roce života, krátká laktace, dlouhodobé užívání kombinace

estrogenů a gestagenů v rámci hormonální terapie, nuliparita. Orální kontraceptiva se za rizikový faktor dnes již nepovažují.

2) dietní faktory – riziko karcinomu prsu zvyšuje alkohol, zvýšený příjem tuků

3) vlivy zevního prostředí – významným rizikovým faktorem je ionizující záření, zvláště před 40. rokem života

Preventivní opatření lze rozdělit do tří skupin

1) *primární prevence* – možnosti primární prevence v běžné populaci jsou omezené, zaměřuje se především na eliminaci ovlivnitelných rizikových faktorů, což znamená dodržovat „zdravý“ životní styl, užívání hormonální substituční léčby po pečlivém zvážení a po nezbytně dlouhou dobu.

2) *sekundární prevence* – má velký potenciál a věnuje se jí značná pozornost, čím dříve je onemocnění diagnostikováno, tím lepší vyhlídky na jeho vyléčení. Základním nástrojem sekundární prevence v běžné populaci je mammární screening.

3) *terciální prevence* – terciální prevencí je sledování (follow-up) pacientek po léčbě karcinomu prsu. Cílem je co nejdříve odhalit relaps onemocnění.

Časopis Journal of the American Medical Association publikoval poznatky studie Women's Health Initiative (WHI). WHI je randomizovaná, placebem kontrolovaná, dvojitě slepá studie, která hodnotí efekt kombinované estrogen-gestagenní terapie a estrogenní terapie u postmenopauzálních žen. Studie sledovala 13000 účastníků po dobu 11 let. A zjistila, že došlo ke zdvojnásobení mortality na karcinom prsu u uživatelů kombinované hormonální terapie ve srovnání s pacientkami, které užívaly placebo. Peter Bach z Memorial Sloan-Kettering Cancer Center v New Yorku napsal, že je pravděpodobné, že počet úmrtí způsobených karcinomem prsu v důsledku hormonální terapie je ve studii podceňován a že delší dobou sledování se negativní vliv hormonální terapie projeví ještě výrazněji. S Bachovým názorem souhlasí i Mary Beth Terryová, epidemioložka na Mailman School of Public Health při Columbia University v New Yorku./9/

Praktická část

Na základě ošetřovatelské anamnézy jsem vypracovala individualizovaný plán ošetřovatelské péče. Po zhodnocení anamnestických údajů jsem si pro ošetřovatelský proces zvolila model Majory Gordon – Model fungujícího zdraví. Podrobná anamnéza byla odebrána třetí den hospitalizace.

Majory Gordon = Model funkčního zdraví

Je odvozen z interakcí osoba – prostředí. Zdravotní stav jedince je vyjádřením biopsychosociální interakce. Základní strukturou modelu je 12 oblastí, které Gordonová označuje jako funkční vzorce zdraví. Každý vzorec tak představuje určitou část zdraví, která může být funkční či dysfunkční.

2.1. Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je základním kamenem vyspělého ošetřovatelství. Zásadně ovlivňuje jeho kvalitu a přivádí sestru od techniky zpátky k pomoci nemocnému a jeho rodině. Realizace ošetřovatelského procesu přináší sestře silnější zpětnou vazbu - lepší kvalita a její pozitivní hodnocení od nemocného umocňují osobní pracovní motivaci sestry.

Ošetřovatelský proces je série vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch nemocného za jeho spolupráce při individualizované ošetřovatelské péči. Kvalita ošetřovatelského procesu závisí na dovedném a citlivém zhodnocení požadavků na ošetřovatelskou péči u konkrétního nemocného.

Ošetřovatelský proces je vědecká metoda řešení problémů nemocných, které může profesionálně sestra ovlivnit. Jedná se o logickou metodu poskytování ošetřovatelské péče založené na pěti komponentách :

- 1) zhodnocení nemocného
- 2) získávání informací
- 3) interpretace získaných informací
- 4) určení aktuálních i potencionálních problémů nemocného a jeho potřeb vymezení priorit ošetřování

Cílem je společně najít to co nemocného trápí, čím je ohrožen, a stanovit významnost těchto problémů pro ošetrovatelskou péči z hlediska sestry i nemocného.

Sestry by měly společně hovořit o problémech nemocných na schůzkách pracovních týmů.

Ošetrovatelský plán

lze rozdělit do dvou fází:

- cíle a očekávané výsledky ošetrovatelské péče
- intervence, kterými lze dosáhnout stanovených cílů

Realizace plánu

V průběhu této fáze plní každý z účastníků svoji příslušnou roli a úkoly dané ošetrovatelským plánem směřujícím vždy k zajištění potřeb a relativní pohody nemocného.

Zhodnocení efektu poskytované péče

- zjištění, zda bylo dosaženo stanoveného cíle.
- nové zhodnocení nemocného a plánování další péče, pokud nebylo cíle úplně dosaženo.
- analýza jednotlivých kroků ošetrovatelského procesu a jejich korekce.

2.2. Ošetrovatelská dokumentace

Je součástí zdravotnické dokumentace o nemocném. Zdravotnická dokumentace obsahuje nezbytné, rozhodné údaje sloužící k identifikaci pacienta, údaje potřebné ke stanovení diagnózy, údaje o zdravotním stavu nemocném, o diagnostických a léčebných postupech. Dokumentace obsahuje i identifikaci zdravotnického zařízení a konkrétních fyzických osob, které poskytovali péči. Povinnost je uložena jak lékařům tak sestřím. Jednoduchá a kvalitní dokumentace je nezbytnou složkou ošetrovatelského procesu./8/

Zdravotnická dokumentace musí obsahovat:

- Identifikační znaky pacienta (jméno, příjmení rodné číslo, bydliště, ev. akademický titul)
- Identifikační znaky zdravotnického zařízení (název zařízení, název oddělení, IČ)
- Identifikační znaky zdravotnického zaměstnance, který provádí zápisy do dokumentace (titul, křestní jméno, příjmení) obtisk razítka je doplněn o podpis
- Anamnestické údaje (RA,OA, SA, PA,AA)

Význam ošetřovatelské dokumentace :

- zdroj informací o potřebách jedince, cílech ošetřovatelské péče, o péči samotné a jejích výsledcích
- zajišťuje kontinuitu poskytované ošetřovatelské péče
- umožňuje předávání informací o nemocném
- umožňuje hodnotit účinnost či neúčinnost ošetřovatelských zákroků
- je zdrojem hodnověrných informací pro účely právního vyšetřování
- poskytuje údaje, které mohou být použity pro ošetřovatelský výzkum
- je důležitá pro kontrolu kvality ošetřovatelské péče

2.3. Ošetřovatelská anamnéza

Paní J.Č. 48 let, po ukončení studia na zdravotnické škole pracovala několik let v nemocničním zařízení jako sestra u lůžka, nyní jako recepční v soukromém zdravotnickém zařízení. Je vdaná a má dvě dospělé dcery. V prosinci 2012 byla odeslána praktickým lékařem do mammologické poradny pro suspektní ložisko v pravém prsu, které si sama vyhmatala při samovyšetření prsu. Nejprve bylo u pacientky provedeno mamografické vyšetření prsu. MG prokázala ložiska v pravém prsu, následně byl proveden odběr tkáně na histologické vyšetření, kde byl potvrzen invazivní karcinom. Ošetřující lékař v mammologické poradě je zároveň operujícím lékařem. Tak pacientka byla seznámena s možnostmi terapie a radikálností operace již v poradně. Pacientka souhlasila s navrhovanou léčbou a

termín operace byl stanoven v co nejkratší době. Po operaci bude předána do péče onkologů, kteří jí dle histologického nálezu doporučí následnou adjuvantní terapii.

Na chirurgické oddělení byla přijata 9.1.2013

Sesterská anamnéza dle vzorce M. Gordon

Podrobnou ošetrovatelskou anamnézu jsem zpracovala třetí pooperační den.

Vnímání zdravotního stavu: pacientka svůj zdravotní stav doposud hodnotila jako velmi dobrý. Svého praktického lékaře navštěvovala pravidelně, rovněž jedenkrát ročně absolvovala pravidelnou gynekologickou prohlídku. Od čtyřicetipěti let dochází do mamologické poradny k mamografickému vyšetření prsů. Doma prováděla pravidelně samovyšetření prsů. Nyní pociťuje obavy z následné léčby. Z chronického onemocnění se léčí pro hypertenzi, pravidelně užívá Micardis Plus 80mg půl tablety ráno.

Výživa a metabolismus : pacientka se snaží jíst racionálně, během dne vypije 1,5 – 2 litry tekutin, do svého jídelníčku zařazuje i doplňky stravy, především vitamíny a výživné preparáty, nekouří a alkohol příležitostně pouze víno. Pacientka má vlastní stálý chrup. Denní stravu má rozdělenou do několika porcí, občas připouští exces v jídle ve smyslu příjmu ve večerních hodinách. Výška 178 cm, hmotnost 82 kg, BMI – 25,8 (mírná nadváha).

Nyní v nemocnici na jídlo nemá příliš chuť. Udává, že sní asi polovinu podané stravy. Čaj připravovaný v nemocnici jí příliš nechutná, proto pije neperlivou vodu.

Vylučování: s vylučováním moče a stolice pacientka nemá v domácím prostředí žádné potíže. Během hospitalizace udává spíše zácpu, myslí si, že je to nejspíše podmíněno jiným prostředím a změnou denního režimu. S močením potíže nemá.

Aktivita, cvičení : velice ráda plave, společně s manželem provozují pěší turistiku, po příchodu ze zaměstnání si nejvíce odpočine při četbě knihy, knihu si vybírá spíše podle aktuální nálady a jak ji zaujme. V nemocnici hodně odpočívá, nemá chuť se začíst do knihy, kterou si vzala s sebou. Občas si luští křížovky.

Spánek, odpočinek: jak pacientka sama o sobě tvrdí, velice ráda spí, usíná kolem desáté hodiny večerní a ráno vstává v půl šesté. Pokud nemůže usnout, což se stává velmi zřídka, tak by si prý četla nebo si pustila nějaký oblíbený film. Během hospitalizace hodně odpočívá. Stěžuje si, že má potíže s usínáním, trápí jí nynější onemocnění a co bude dál.

Vnímání, poznávání : používá pouze brýle na čtení, především navečer, kdy cítí, že má unavené oči. Síla +0,5dioptrií.

Sebepojetí, sebeúcta : pacientka je velmi komunikativní, navazování kontaktů jí nečiní žádné potíže. Je ráda ve společnosti své rodiny a svých přátel, má ráda i dny, kdy je sama. O svém zevnějšku tvrdí, že je docela spokojená, avšak jako každá žena, by si přála mít pevnější držení těla. Říká o sobě, že se cítí být spíše klidná a dlouho trvá než ji něco rozčílí. Nyní pociťuje úzkost spojenou s nálezem útvaru v prsu. Již před plánovanou operací byla plně informována lékařem o radikálním výkonu na prsu. Má obavy z následné terapie po operačním výkonu – onkologická péče. Bojí se podívat na operační jizvu, přestože si uvědomuje nutnost rozsahu operace na prsu.

Plnění rolí, mezilidské vztahy : vztah pacientky k ostatním lidem je vstřícný, snaží se potřebám ostatních vyhovět. Mívala období, kdy nedokázala odmítnout pomoc ostatním, což jí občas ubíralo na síle. Nyní si již dokáže udělat na sebe čas a věnovat se svým koníčkům.

Reprodukce, sexualita : pacientka má dvě dospělé dcery, obě dcery plně kojila do šesti měsíců a kojení postupně ukončila do jednoho roku věku dcer. Nikdy neužívala antikoncepci, menstruaci mívala pravidelnou, nyní již nepravidelně. Období klimakteria snáší dobře, nejvíce ji obtěžuje změna vnímání tepla a chladu. Tento bod anamnézy jsem použila ze vstupní sesterské anamnézy v den příjmu, třetí den mi přišlo nevhodné pacientku zatěžovat dotazy na toto téma.

Stres, zátěžové situace : pacientka je klidné povahy, extrovert. Ve stresových situacích jí stojí na blízku manžel. Uvolnit napětí jí pomáhá plavání a dlouhé procházky. Jako zdravotní sestra měla obavy z průběhu operace, zneklidňovaly ji první pocity po probuzení a chvíle, kdy se poprvé uvidí v zrcadle. První tři dny prováděla ranní a večerní hygienu pouze u umyvadla se zakrytou operační ránou, teprve po odstranění drénů se odvážila provést hygienu ve sprše za dopomoci sestry a dcery. Pohled na jizvu jí vehnal slzy do očí.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty : za nejdůležitější životní hodnotu považuje zdraví, se svými dcerami má přátelský vztah, což ji naplňuje pocitem štěstí. Nyní je svým zdravotním stavem zaskočena. Chce věřit, že všechno dobře dopadne.

2.4. Fyzikální vyšetření pacientky při příjmu provedené sestrou :

Fyzikální vyšetření představuje jednu z metod sběru objektivních a měřitelných údajů při posuzování potřeb a klinických příznaků nemocí. Je součástí ošetrovatelské anamnézy. Na základě objektivních informací získaných fyzikálním vyšetřením lze stanovit aktuální či potenciální ošetrovatelský problém.

Pacientka při vědomí, orientována místem, časem, osobou, hyperstenická postava, zaujímá aktivní polohu, chůze přirozená, výška 178 cm, hmotnost 82 kg, BMI – 25,8 krevní tlak 130/80, pulz 68´pravidelný, tělesná teplota 36,7°C, eupnoická 16´, bez poruchy řeči. Celkový vzhled upravený.

Hlava : nebolestivá, kůže bez patologického nálezu, vlasy jemné,

Oči : zornice izokorické, spojivky růžové, skéry bílé, bez sekrece

Uši, nos : bez výpotku

Dutina ústní : rty růžové, bez defektů, dásně a sliznice dutiny ústní vlhké, růžové bez defektů, chrup vlastní, sanován

Krk : krční páteř volně pohyblivá, náplň krčních žil nezvýšená, krční uzliny a štítná žláza nehmatná

Hrudník : souměrný, levý prs bez hmatné rezistence, v pravém prsu hmatná rezistence v HZK, dýchání bez potíží bez vedlejších dechových šelestů, akce srdeční pravidelná, pulz pravidelný jasný 68´.

Břicho : nad úrovní hrudníku, souměrné, na pohmat měkké, nebolestivé, slyšitelná peristaltika, strie v podbřišku

Páteř : volně pohyblivá, nebolestivá, fyziologické zakřivení

Klouby : nebolestivé, ušlechtilý tvar, volně pohyblivé

Dolní končetiny : lýtka na pohmat nebolestivá, negativní Homansův test, plantární znamení nepřítomno, končetiny bez otoků, periferní pulzace dobře hmatné, varixy o.

2.5. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY ZVOLENÉ KE TŘETÍMU POOPERAČNÍMU DNI

Aktuální diagnózy

- 1) bolest - akutní z důvodu operační rány a zavedenými drény
- 2) snížená schopnost sebeobsluhy při hygieně v důsledku omezené hybnosti pravé horní končetiny po operačním výkonu
- 3) obava z přijetí vlastního těla z důvodu odnětí pravého prsu
- 4) nekvalitní spánek ve smyslu nemožnosti usnout v důsledku opakujících se myšlenek o budoucnosti
- 5) zácpa v důsledku změny prostředí a denního režimu

Potencionální diagnózy

- 6) potencionální riziko vzniku tromboembolické nemoci spojené s operačním výkonem
- 7) potencionální riziko infekce z důvodu operační rány, zavedených Redonových drénů, PŽK

1) bolest - akutní z důvodu operační rány a zavedených drénů

Cíl : pacientka udává bolest dle vizuální analogové škály v rozmezí 2-3

Plán péče :

- uznávej a akceptuj bolest tak, jak ji vnímá a interpretuje pacientka
- zhodnoť intenzitu bolesti, dle používané analogové škály bolesti (VAS – o-žádná bolest, 10 – nesnesitelná bolest)
- informuj pacientku o úlevové poloze horní končetiny na operované straně
- aplikuj předepsaná analgetika dle ordinace lékaře
- sleduj účinek analgetik a jejich vedlejší účinek
- zajisti signalizační zařízení, tak aby bylo v dosahu ruky na neoperované straně

Realizace :

Při ranní vizitě rozhodl lékař o odstranění Redonových drénů. Pacientka udávala tah v místě zavedení drénů, proto jsem nejprve před plánovaným převazem zhodnotila intenzitu bolesti dle vizuální analogové škály pro hodnocení bolesti, kdy pacientka udávala bolest v bodě 5, byla jí nabídnuta analgetika ve formě tablet – Ketonal 50 mg. Po 20 min si pacientka na bolest již nestěžuje dle VAS 1, a je proveden převaz operační rány a odstranění Redonových drénů. Poté pacientka udávala i zmizení nepříjemného pnutí v místě zavedení drénů.

Hodnocení :

Pacientka po radikálním výkonu na prsu a zavedenými drény byla velmi omezována bolestí. První dny po operaci pravou ruku téměř nepoužívala při jídle ani při hygieně. Za pomoci analgetik bolestivost výrazně ustupovala. Vše bylo řádně zaznamenáváno do dokumentace. Třetí pooperační den udávala pacientka dle VAS stupeň 2-3.

Cíl byl splněn.

2) snížená schopnost sebeobsluhy při hygieně v důsledku omezené hybnosti pravé horní končetiny po operačním výkonu

Cíl : pacientka zvýší úroveň v péči o sebe v oblasti hygieny

Plán péče :

- zhodnoť Bartelův test soběstačnosti
- respektuj soukromí pacientky
- zajisti, aby pomůcky k provedení osobní hygieny byly snadno dosažitelné
- zajisti bezpečnost v koupelně

Realizace :

Doposud pacientka prováděla hygienu pouze v koupelně u umyvadla za asistence sestry a nyní po odstranění drénů mne požádala, zda by mohla provést hygienu ve sprše. Pacientce jsem vyhověla a nabídla jí svoji pomoc. Společně jsme připravily pomůcky k osobní hygieně. Vše jsem připravila k dosahu levé ruky, pacientka je po pravostranné operaci, a pravou horní končetinu musí šetřit. Při

hygieně používala levou ruku, dopomohla jsem jí s osušením zad a s osušením dolních končetin. Dominantní ruka je pravá, tudíž největší potíže pacientka udávala při hygieně dutiny ústní – čištění zubů, a při česání si vlasů. Nejprve používala pravou ruku a po nějaké době ji musela vystřídat za ruku levou, pro pocit slabosti a bolesti v oblasti chirurgického výkonu. Po provedení osobní hygieny jsem pacientce ještě operační ránu přelepila sterilními čtverci. Po hygieně se pacientka cítila unavená. Doporučila jsem jí tedy odpočinek v lůžku s vypodloženou horní končetinou a sledování televize.

Hodnocení :

Radikální výkon na prsu u pacientky s sebou nese snížení schopnosti péče o sebe sama. Pacientka je velmi snaživá a přála by si být doma zcela soběstačná. Pravou ruku používá v krátkých intervalech a dle doporučení lékaře ji šetří. K provedení osobní hygieny využívá především levou ruku.

Cíl byl splněn.

3) obava z přijetí vlastního těla z důvodu odnětí pravého prsu

Cíl : pacientka bude mluvit o svých obavách s lékařem/primární sestrou, dokáže označit největší potíže, která ji trápí

Plán péče :

- vybuduj si pacientkou důvěryhodný vztah
- přistupuj k pacientce s úctou a respektem vzhledem k závažnosti onemocnění
- při rozhovoru zajisti soukromí
- nech pacientku mluvit o svých obavách, pocitech – naslouchej
- pomáhej pacientce, aby byla schopna přijímat pomoc od nejbližších
- podpoř rodinu při adaptaci na onemocnění člena rodiny
- v případě potřeby zajisti odbornou pomoc psychologa
- nabídní následnou péči (rehabilitaci, svépomocné skupiny)

Realizace :

Pacientka byla před operací řádně lékařem obeznámena s rozsahem operačního výkonu. Plně si uvědomovala závažnost vzniklého onemocnění a s výkonem souhlasila. Přesto po operaci měla obavu se podívat do zrcadla. První dny po operaci prováděla s krytou operační ránou. Dnes poprvé viděla ránu při provádění osobní hygieny. Pacientce byl dán čas k odpočinku a byla jí nabídnuta pomoc ve formě rozhovoru. Asi po dvou hodinách jsem si vyhradila čas pouze pro ni. Při rozhovoru jsem se nejprve zaměřila na obecná témata jako je trávení volného času, spokojenost v zaměstnání, děti, manžel. O svých koníčcích, dcerách i manželovi mluvila s nadšením, postupně však se zmínila o obavách z následné terapie. Nejvíce ji trápilo, jak bude zvládat nevolnosti po podané chemoterapii, také si nedovede představit, že nebude moci zvládnout péči o domácnost. Dcery bydlí již samy a nechce je příliš zatěžovat. Manžel jí bude určitě pomáhat, ale není zvyklá péči o domácnost přenechat někomu jinému.

Já sama jsem se snažila přesvědčit pacientku, že mne jako dceru by mi vůbec neobtěžovalo jakkoliv být své mamince nápomocna, a proto si myslím, že stejný postoj budou mít její dcery. Manžel s dcerami ji navštěvovali každý den.

Pacientka byla seznámena s možností využití klinického psychologa, pokud by pociťovala psychickou tíseň. Před propuštěním byla pacientka se mnou schopna hovořit o možných potížích, nejisté pocity v ní přesto zůstávají.

Hodnocení :

Pacientka se jen těžko vyrovnává se změnou role v rodině. Nejprve si nedovedla představit, že bude nucena přijímat pomoc od manžela a dcer. Při propuštění domů však respektuje svůj stav a bude ráda pomoc od nejbližších přijímat. Pokud bude cítit, že svoji situaci není schopna vyřešit v kruhu rodinném, je odhodlaná využít i odborné pomoci klinického psychologa.

Cíl byl splněn.

4) nekvalitní spánek ve smyslu nemožnosti usnout v důsledku opakujících se představ o budoucnosti

Cíl : pacientka si je vědoma příčin, které jí způsobují poruchu spánku, udává zlepšení kvality spánku

Plán péče :

- zjistí rizikové faktory způsobující poruchu spánku
- zajisti klidné prostředí, omez množství rušivých podnětů z okolí (světlo, hluk, okolní teplota v pokoji)
- informuj lékaře
- podej dle ordinace léky navozující spánek
- sleduj účinek podaných léků
- informuj pacienta o rovnováze mezi denní aktivitou a spánkem

Realizace :

Pacientka si byla vědoma příčiny, která jí způsobuje potíže s usínáním. Ošetřující lékař byl informován jak sestrou, tak samotnou pacientkou a předepsal jí léky navozující spánek. Na přání pacientky byl pokoj před spaním vyvětrán a snížena teplota. Paní J. Č. byla na svoji žádost uložena na nadstandardním pokoji, což bylo přínosné pro zajištění soukromí a tudíž nebyla rušena ze strany jiných pacientek.

Hodnocení :

Paní J.Č. po podaných lécích a provedených opatřeních sestrou udávala klidnější spánek a lepší usínání. Ráno se cítila odpočatější. Těší se však domů, myslí si, že běžné denní aktivity odpoutají pozornost od negativních představ.

Cíl byl splněn.

5) zácpa v důsledku změny prostředí a denního režimu

Cíl : pacientka se bude během hospitalizace pravidelně vyprazdňovat

Plán péče :

- zjistí příčinu, která nejvíce ovlivňuje vyprazdňování
- sleduj množství vypitých tekutin, doporuč pacientce, aby vypila po probuzení malé množství teplé vody k vyvolání defekačního reflexu
- zajisti soukromí
- informuj pacientku o stravě bohaté na vlákninu
- upozorni lékaře

Realizace :

Během odebírání ošetřovatelské diagnózy pacientka sama udávala, že před hospitalizací neměla s vylučováním žádné potíže, tudíž nepravidelné vyprazdňování stolice mohlo být ovlivněno pobytem v nemocnici a změnou režimu dne. Během hospitalizace jsem jí doporučila vypít sklenku vlažné vody před snídaní a během dne vypít alespoň 2 litry ovocného čaje nebo neperlivé vody a volně se procházet po oddělení. Pokud by obtíže s vyprázdněním přetrvávaly, upozornila bych lékaře.

Hodnocení :

Pacientka vypila před snídaní sklenku vlažné vody, snažila se během dne vypít dostatek tekutin, v krátkých, ale častých intervalech se procházela po oddělení. V podvečer udávala úlevu po vyprázdnění tlustého střeva.

K vyprázdnění tlustého střeva došlo u pacientky bez použití laxantiv.

Cíl byl splněn.

6) potencionální riziko vzniku tromboembolické nemoci spojené s operačním výkonem

Cíl : u pacientky nedojde k projevům tromboembolické nemoci

Plán péče :

- aplikuj předepsané léčivo dle ordinace lékaře
- informuj pacientku o nutnosti nasazení elastických bandáží na dolní končetiny - před operací a po operaci před vstáváním z lůžka
- informuj pacientku o včasném pohybu v lůžku, vstávání z lůžka po operaci
- sleduj změnu barvy, teploty a bolestivosti na dolních končetinách

Realizace :

Pacientka byla edukována před operačním výkonem o nasazení elastických bandáží a používala je po celou dobu hospitalizace. V pravidelných intervalech jí byl aplikován Clexane 0,4ml s.c. Při ranní a večerní toaletě jí byly sledovány eventuální změny na dolních končetinách.

Hodnocení :

Během hospitalizace se u pacientky neobjevily příznaky TEN.

Cíl splněn.

7) potencionální riziko infekce z důvodu operační rány, zavedených Redonových drénů, PŽK

Cíl : aseptickými postupy během ošetřování operační rány a invazivních vstupů se minimalizuje riziko vzniku infekce

Plán péče :

- dodržuj hygienicko-epidemiologický režim daný standardem nemocnice
- dodržuj aseptické postupy při ošetřování operační rány
- sleduj v pravidelných intervalech místa vpichů invazivních vstupů minimálně po 24 hodinách

Realizace :

Při převazu a odstranění drénů jsem postupovala dle standardu nemocnice, což obnáší použití ochranného pláště, čepice, ústenky a jednorázových rukavic. Po odstranění čtverců z operačních ran jsem nejprve očistila kůži a použila desinfekci na kůži – Skinsept a rány důkladně vydesinfikovala. Sterilními nástroji jsem šetrně odstranila drény a rány zakryla sterilními čtverci. Okolí míst chirurgického výkonu byla klidná, bez zarudnutí a sekrece. Vše jsem zapsala do dokumentace

Hodnocení :

Operační rána se hojila během hospitalizace per primam.

Cíl byl splněn.

2.6. Dlouhodobý plán péče

V dlouhodobém plánu péče bych se zaměřila především na rehabilitační péči. Typ operace ovlivňuje i následnou rehabilitaci a péči o jizvu. Chirurgický výkon může vést k postižení měkkých tkání, zkrácení přídružených struktur a omezení hybnosti v ramenním kloubu. S rehabilitací je vhodné začít co nejdříve po operačním výkonu. Rehabilitační péče je nezbytnou součástí komplexní léčby těchto pacientek.

Délka trvání léčebné tělesné výchovy se běžně doporučuje po dobu šesti měsíců. Se sestavou cviků, určených pro první dny po operaci, byla pacientka nejprve instruována fyzioterapeutem. Fyzioterapeut první dny navštěvoval pacientku 2x denně a cvičení nepřesáhlo 20 minut, poté pacientka prováděla cviky pod dohledem sestry. Během hospitalizace se naučila provádět si jemnou masáž jizvy, aby nedošlo k jejímu ztuhnutí a zkrácení. Co by mohlo mít negativní vliv na správné držení těla, především na pohyblivost ruky v ramenním kloubu.

Pacientka byla také seznámena s preventivními opatřeními lymfedému. Lymfedém je nejobávanější komplikací po disekci axily. Snižuje kvalitu života. Pro pacientku je důležité vyvarovat se všeho, co zužuje mízní cesty a brání volnému

průtoku lymfy z podkoží anebo co by mohlo mízní cesty poškodit. Doporučení je nezbytné dodržovat po celý život.

U lékaře

- na operované straně neměřit krevní tlak
- neaplikovat žádné injekce, lokální anestezii, akupunkturu
- odběry krve provádět z druhé horní končetiny

V domácnosti

- vyvarovat se drobných poranění, na operované straně nenosit prstýnky, hodinky, náramky a nic co by mohlo končetinu stahovat
- ramínka podprsenky se nesmí zařezávat, není vhodné nosit podprsenky s kosticemi
- pracovat v krátkých intervalech s pauzami a odpočinek doplnit s polohováním končetiny
- nošení těžkých břemen např. nákupní tašky
- je zcela zakázáno mytí nádobí v horké vodě
- vyvarovat se účinků tepla a chladu (např. saunování, u kadeřníka)

Při ošetřování pokožky používat přípravky s pH kolem 5,5. Ve výživě se obecně doporučuje racionální, plnohodnotná strava. Je vhodné se vyvarovat konzervované stravy, studených, tučných a příliš sladkých pokrmů. Pacientka by se měla také vyvarovat nadměrného množství alkoholu, kávy, čokolády, bílého cukru, soli, uzenin.

Vhodné je zařadit do jídelníčku bílé maso, ovoce, zeleninu, zdrojem zdravé výživy jsou také dobře uvařené obiloviny. Při odpočinku je vhodné mít paži ve zvýšené poloze a na postižené straně neležet.

Vhodnými rekreačními sporty jsou pěší turistika s holemi, jóga, plavání, v zimě jízda na běžeckých lyžích.

2.7. Hodnocení psychického stavu nemocné

Nádorové onemocnění prsu je závažná a život ohrožující událost, která významně zasahuje do osobního, partnerského i rodinného života. Sdělení diagnózy může způsobit šok – strach. Přijetí nemoci prochází několika fázemi. Americká lékařka Elizabeth Kübler-Rossová vypracovala schéma několika fází, které se mohou vzájemně překrývat, trvají různě dlouhou dobu. Jednotlivé fáze (negace, zloba, smlouvání, deprese, smíření) se objevují u lidí těžce nemocných, umírajících nebo jim blízkých. Některé z nich se nemusí projevit vůbec.

Nejtěžší a nejdelší týden prožila paní Č.J. od vyšetření po sdělení diagnózy. Po vyslovení diagnózy lékařem se cítila bezradná, první představy jí vždy sklouzly k černým scénářům o průběhu onemocnění. Souhlasila s navrhovaným postupem léčby, kdy se jednalo o radikální řešení, což obnášelo amputaci pravého prsu a disekci axily. Termín operace byl stanoven v co nejkratším možném termínu. Operaci vnímala jako nutnou skutečnost v boji s touto nemocí. Během hospitalizace se nejvíce obávala prožívání nemoci, zejména negativních účinků adjuvantní terapie. Byla však rozhodnutá s nemocí bojovat.

Správný nácvik samovyšetření prsu

Je nejjednodušší metodou včasného záchytu onemocnění prsu. Žena si vyšetřuje prsa v pravidelných intervalech – je doporučováno 1x měsíčně, druhý či třetí den po skončení menstruace. Pro ženy, které nemenstruují, je vhodný jakýkoliv snadno zapamatovatelný den. Problémem samovyšetřování je, že správnou techniku vyšetření provádí pouze malé procento žen. Mnoho pro zlepšení mohou učinit praktičtí lékaři a jejich sestry. Veškerý zdravotnický personál by měl dobře ovládat techniku samovyšetřování prsu, aby mohl ženy dostatečně edukovat. Samovyšetření prsů se provádí v několika fázích – ve stoje, v leže.

/Viz příloha 3,4/

Na vyšetření by si žena měla vyhradit dostatek času, popřípadě si zajistit soukromí.

2.8. Edukace pacientky

Edukace je proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech./4/

Edukace má přispět k předcházení nemoci, udržení či navrácení zdraví a nebo přispět ke zkvalitnění života jedince.

Edukaci lze rozdělit do pěti fází

fáze počáteční pedagogické diagnostiky

V této fázi se snaží edukátor zjistit úroveň vědomostí, dovedností, návyků a postojů edukanta. Při sběru informací využívá především pozorování či rozhovor s nemocným. Fáze je důležitá pro správné stanovení cílů edukace.

fáze projektování

Naplánování si cílů, zvolení si metody, formy, obsahu edukace. Příprava pomůcek, rozvržení si časového rámce pro edukaci.

fáze realizace

Prvním krokem je **motivace** edukanta (vnitřní či vnější), následuje **expoziční**, při které zprostředkováváme nové poznatky. Nejedná se pouze o předávání informací ze strany edukátora, ale edukant by se měl aktivně podílet. Na expoziční navazuje **fixace**, při tomto kroku je vhodné, aby získané vědomosti či dovednosti byly procvičovány. Snažíme se, aby edukant dokázal získané dovednosti použít.

fáze upevnění a prohlubování učiva

Tato fáze bývá ve zdravotnictví často opomíjena. Přičemž je prokázáno, že 50% osvojeného učiva zapomeneme do druhého dne.

fáze zpětné vazby

V této fázi hodnotíme výsledky edukanta a zároveň i naše. Hodnocení výsledků nám dává možnost zpětné vazby mezi námi a edukantem.

V edukačním procesu platí stará moudrost :

„Co slyším, to zapomenu.

Co vidím, to si pamatuji.

Co si vyzkouším, tomu rozumím.“ (Konfucius)

Edukace pacientů je ve zdravotnictví úzce spjata s ošetrovatelským procesem.

1) pacientka ovládá správnou techniku samovyšetření prsu

Cíl - kognitivní (vzdělávací)

klasifikace dle B. S. Blouma

znalost (zapamatování si)

Pacientce jsem během hospitalizace postupně vysvětlila rizikové faktory, kterých by se měla vyvarovat v předcházení sekundární komplikace po disekci axily – lymfedému.

porozumění

Pacientka si vybavovala a zodpověděla většinu opatření, která jsou doporučována.

hodnotící posouzení

Pacientka před propuštěním znala opatření v prevenci proti lymfedému a byla seznámena s možnými důsledky. Pacientka pozná počínající příznaky vyvíjejícího se lymfedému a příznaky umí vyjmenovat.

2) pacientka správně mobilizuje horní končetinu dle cvičební sestavy

cíl – psychomotorický – osvojení si motorických návyků

taxonomie cílů dle R. H. Daeva

imitace

Nácvik cviků na zdravé končetině - sestra při ranní a večerní toaletě společně s pacientkou prováděla cviky na neoperované končetině.

praktické cvičení

První pooperační den pacientka začala cvičit i končetinu na operované straně nejprve pod dohledem fyzioterapeuta, další dny nejprve společně se sestrou, po zvládnutí správné techniky cviky prováděla sama.

zpřesňování

Druhý pooperační den si pacientka pamatovala sestavu cviků, sama cvičila se zdravou končetinou, s končetinou na operované straně pod dohledem sestry. Cviky opakovala 4x denně.

Pacientka v den propuštění zcela sama předvedla sestavu cviků doporučených 1.-4. pooperační den.

3) pacientka si dokáže říci o pomoc ošetřujícímu personálu / rodině

cíl afektivní – zaměřená na oblast vytváření postojů, přesvědčení, hodnot

taxonomie dle B. Krathwohlova

přijímání (vnímavost)

Pacientka, sama zdravotní sestra, zpočátku z části odmítala nabízenou pomoc od ošetřujícího personálu s výjimkou činností, které ji způsobovaly bolest na operované straně. Chtěla by péči o sebe zvládat sama.

reagování

Nejprve jsem musela pacientu ubezpečit, že nabízená pomoc ošetřující personál neobtěžuje. Společně s rodinou jsme se zaměřili na činnosti denní potřeby. V prvních dnech po operaci to znamenalo zajištění osobní hygieny, oblékání se. Pacientka má dominantní ruku pravou a operace byla provedena rovněž na pravé straně.

oceňování hodnoty

Přestože si pacientka, jak sama uvedla, nedovedla představit, že bude muset využít pomoci od rodiny, po aktivním nabízení pomoci od dcer přemohla ostych, a nabízenou pomoc přijala. Je přesvědčena, že při pomoci v domácnosti jí bude oporou manžel. Při poskytování osobní hygieny zpočátku odmítala pomoc od manžela. Z důvodu, že zatím není sama schopna přijmout změnu tělesné image.

integrování hodnot

Jak sama pacientka přiznává, potřebuje se nejdříve sama smířit se svojí změnou stavu a potom „snad“ bude moci své obtíže schopna rozebrat i s manželem.

Říká: „Udělám vše, abych byla co nejdříve soběstačná; a k tomu budu po nějaký čas potřebovat pomoc od rodiny“.

Sdružení pomáhající ženám s karcinomem prsu

Organizace a kluby pomáhají onkologicky nemocným pacientům. Snaží se zvýšit informovanost široké veřejnosti, nabízejí pomoc psychické a fyzické potíže, podávají informace o nemoci a životě s ní. Poskytují praktické rady, vydávají brožury, letáky, pořádají přednášky či společné akce.

Mamahelp.cz

Projekt35.cz

Breastcancer.cz

Mamo.cz

Závěr

Vznik některých onemocnění není možné předvídat, ani jim zabránit. Některá lze ale odhalit ve stádiu, kdy jsou dobře léčitelná. Mezi tato onemocnění patří i karcinom prsu. Preventivní program je v České republice dobře zorganizovaný a je dostupný pro všechny ženy, které o něj projeví zájem. Základem prevence je dodržování životosprávy, k včasnému odhalení a vyléčení významně přispívá samovyšetřování prsu a pravidelné preventivní prohlídky v odborné poradně.

Paní J.Č. navštěvovala lékaře v pravidelných intervalech a zároveň svá prsa vyšetřovala i doma. Během samovyšetření prsu si vyhmatala tuhý útvar v pravém prsu. Praktickým lékařem byla odeslána do mammologické poradny, kde byla provedena všechna nezbytná vyšetření k stanovení diagnózy. Svůj nejdelsí týden prožila pacientka čekáním na histologické potvrzení onemocnění. Lékař jí navrhl chirurgický výkon na prsu a poté kombinaci adjuvantní terapie. S navrhovaným postupem léčby souhlasila. Operaci vnímala jako nutný a nezbytný krok k uzdravení. Největší potíže jí činilo se psychicky vyrovnat nad dočasnou ztrátou soběstačnosti a negativními účinky následné onkologické léčby. Velkou podporou během léčby jí bude manžel společně s dcerami. Paní J.Č. se změnil radikálně pohled na život. Informace o zhoubném onemocnění ji nejprve velmi negativně zasáhla, ale díky svému pozitivnímu pohledu na život se rozhodla s nemocí bojovat a nepodlehnout.

Souhrn

Ve své práci uvádím kasuistiku 48leté ženy, která si při samovyšetření prsu vyhmatala útvar v pravém prsu. Po provedených diagnostických vyšetřeních byl potvrzen maligní duktální karcinom. Následovala hospitalizace na chirurgickém oddělení. Snažila jsem se poukázat na změny v psychickém stavu nemocné od zjištění onemocnění a v době hospitalizace na chirurgickém oddělení. Pacientka se již před operací obávala psychických změn v přijímání sebe sama. Nejdůležitější při ošetřování nemocné bylo navázání důvěryhodného vztahu mezi ní a ošetřující sestrou, zajištění intimity a podpora při získávání soběstačnosti po prodělaném výkonu.

Použité zkratky :

mg – miligram

cm – centimetr

kg – kilogram

BMI – body mase index

°C – stupně Celsia

min – minuty

s.c. – sub cutálně (pod kůží)

i.m. – intra muskulárně (do svalu)

HZK – horní zevní kvadrant

MHK – mediální horní kvadrant

MDK – mediální dolní kvadrant

ZDK – zevní dolní kvadrant

OA – osobní anamnéza

RA – rodinná anamnéza

FA – farmakologická anamnéza

SA – sociální anamnéza

GA – gynekologická anamnéza

DM – diabetes mellitus

ICHDK – ischemická choroba dolních končetin

Rtg S+P – rentgen srdce a plic

DCIS – ductální karcinom in situ

LCIS – lobulární karcinom in situ

VAS – vizuální analogová škála bolesti (0- žádná bolest, 10- nesnesitelná bolest)

PME –parciální mastektomie

TME – totální mastektomie

MG – mamografie

MR – magnetická rezonance

PET CT – pozitronová emisní tomografie

PŽK – periferní žilní katétr

pH – acidobazická rovnováha

např. – například

Seznam použité literatury

celá kniha:

- 1/ COUFAL, O., FAIT, V., et al., *Chirurgická léčba karcinomu prsu*, 1. vydání, Praha : Grada Publishing, a.s., 2011. 416 s. ISBN 978-80-247-3641-9
- 2/ ABRAHÁMOVÁ, J., et. al., *Atlas nádorů prsu*, 1. vydání, Praha : Grada Publishing, spol. s.r.o., 2000, 328 s., ISBN 80-7169-771-0
- 3/ TRACHTOVÁ, E., et.al., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, 2. nezměněné vydání, Brno : NCO NZO, 2006, 186 s., ISBN 80-7013-324-4
- 4/ JUŘENÍKOVÁ, P., *Edukace v ošetrovatelské praxi*, 1. vydání, Praha : Grada Publishing, a.s., 2010, 80 s., ISBN 978-80-247-2171-2
- 5/ STAŇKOVÁ, M., *České ošetrovatelství - Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*, 1. vydání, Brno : NCO NZO, 1999, 49 s., ISBN 80-7013-282-5
- 6/ KAPOUNOVÁ, G., *Ošetrovatelství v intenzivní péči*, Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. 352s+16s barevné přílohy, ISBN 978-80-247-1830-9

kapitola – části knihy v češtině a v angličtině:

- 7/ HOCH, J., LEFFLER, J., et.al., *Speciální chirurgie, Chirurgie prsní žlázy*, 2. vydání, Praha, Maxdorf s.r.o., 2003. ISBN 80-85912-06-6
- 8/ VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., *Právní minimum pro sestry*, Zdravotnická dokumentace, 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s, 2009, 95 s., ISBN 978-247-3132-2

článek v tištěném časopise v češtině

- 9/ CHLEBOVSKI, R., et.al., *Zdravotnické noviny, Estrogen plus progestin and breast cancer incidence and mortality in postmenopausal women, JAMA 2010;304: 1684-1692*

internetové zdroje – databáze, CD rom

www.mamo.cz

www.breastcancer.cz

Seznam příloh

Příloha č. 1: Základní diagnostický algoritmus u léze podezřelé z karcinomu prsu

Příloha č. 2 : Názorné zobrazení techniky samovyšetřování

Příloha č. 3 : Samovyšetření – pokračování

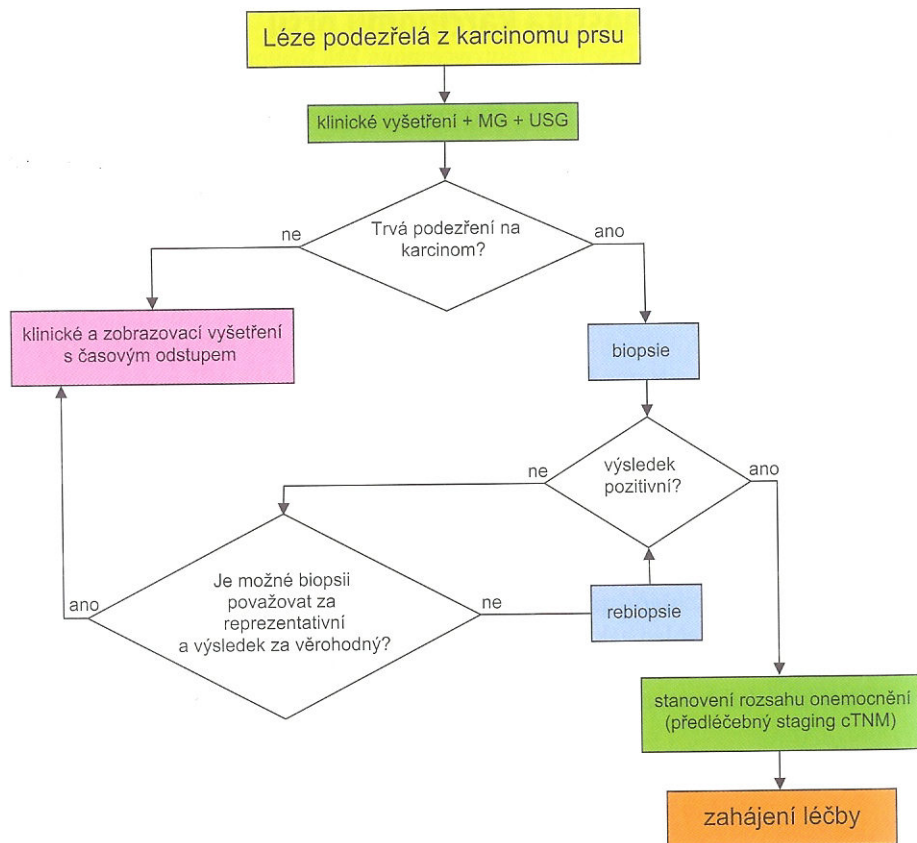
Příloha č. 4 : vizuální analogová škála pro hodnocení bolesti

Příloha č.5 : Incidence a mortalita karcinomu prsu v ČR

Příloha č.6 : ošetřovatelská anamnéza

Přílohy

Příloha č. 1



Obr. 4.1 Základní diagnostický algoritmus u léze podezřelé z karcinomu prsu

1

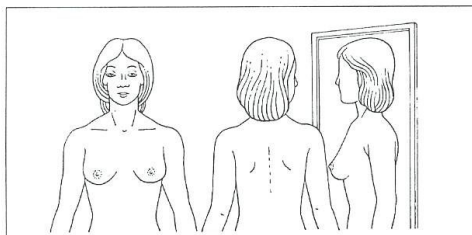
¹ COUFAL, O., FAIT, V., et al., *Chirurgická léčba karcinomu prsu*, Praha : Grada Publishing, a.s., 2011, 1. vydání, 416 s., ISBN 978-80-247-3641-9

Příloha č. 2

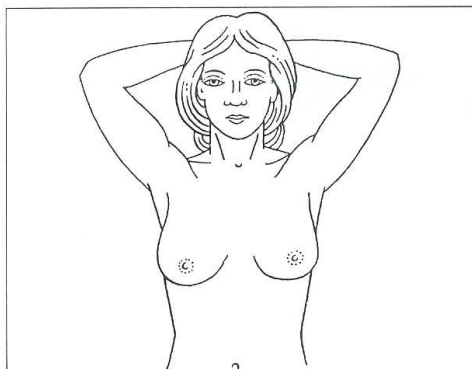
Názorné zobrazení techniky samovyšetřování²

30 Atlas nádorů

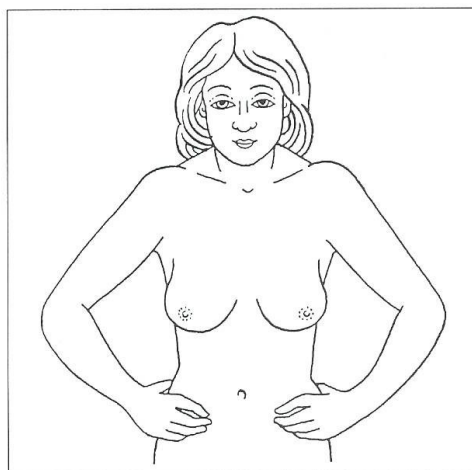
Obr. 3.1 až 3.6 Názorné zobrazení techniky samovyšetřování.



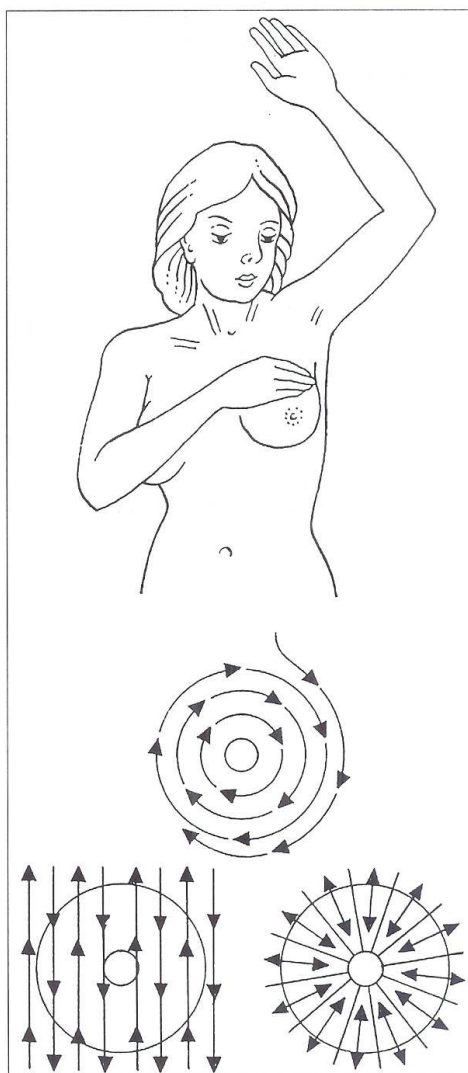
Obr. 3.1



Obr. 3.2



Obr. 3.3



² ABRAHÁMOVÁ, J., et. al., *Atlas nádorů prsu*, 1. vydání, Praha : Grada Publishing, spol. s.r.o., 2000, 328 s., ISBN 80-7169-771-0

Příloha č. 3

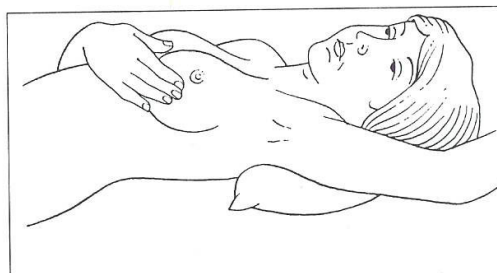
samovyšetření – pokračování



Obr. 3.4b



Obr. 3.5



Obr. 3.6

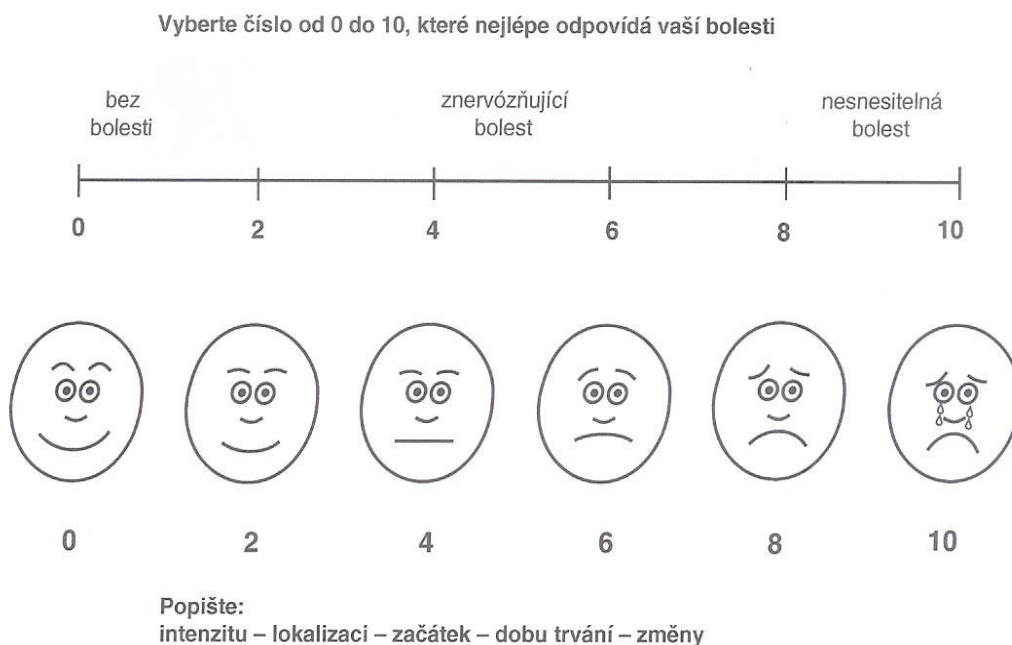
3

³ ABRAHÁMOVÁ, J., et. al., *Atlas nádorů prsu*, 1. vydání, Praha : Grada Publishing, spol. s.r.o., 2000, 328 s., ISBN 80-7169-771-0

Příloha č. 4

Vizuální analogová škála pro hodnocení bolesti

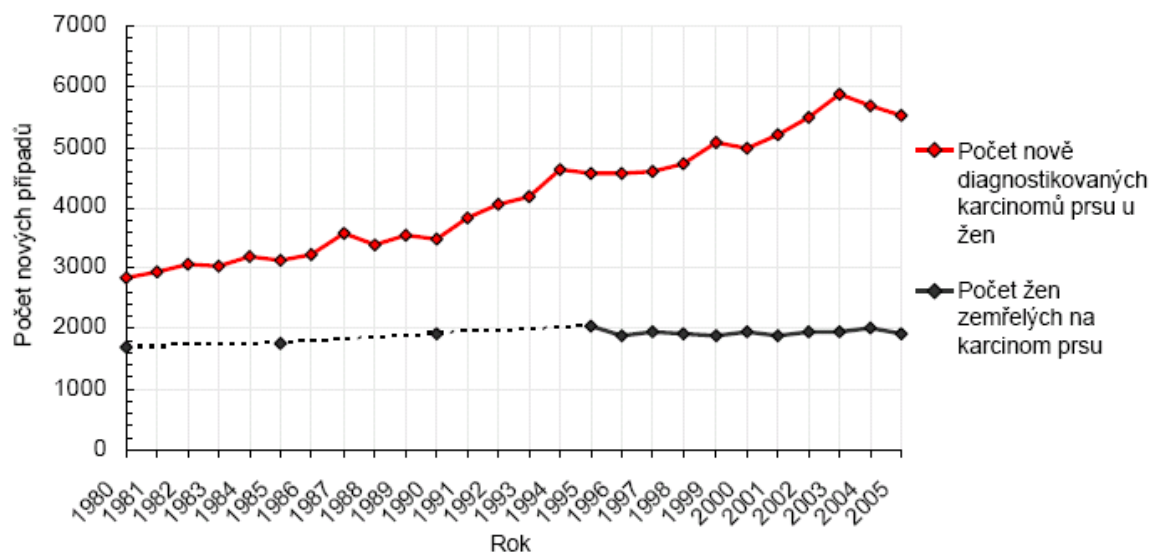
4



⁴ KAPOUNOVÁ, G., *Ošetrovatelství v intenzivní péči*, Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. 352s+16s barevné přílohy, ISBN 978-80-247-1830-9

Příloha č. 5

Incidence a mortalita karcinomu prsu v ČR.



Zdroj: Národní onkologický registr, ÚZIS ČR

V grafu jsou zobrazeny základní epidemiologické údaje o onemocnění karcinomem prsu v České republice v letech 1980-2005. Z křivek je zřejmý nárůst incidence onemocnění s náznakem stagnace v posledních letech při současné dlouhodobé stagnaci mortality (počtu zemřelých).

5

⁵ www.mamo.cz

Ošetřovatelská anamnéza

Oddělení : CHIRURGIE - ŽENY

Datum a čas odběru anamnézy : 12. 1. 2013 15"

Jméno (iniciály) : J. Č. Pohlaví: žena Věk :

Datum přijetí : 9. 1. 2013 Datum propuštění : 11. 1. 2013

Stav: V DANA Povolání: ZDRAVOTNÍ SESTRA

Rodina informována : ano ne

Diagnóza při přijetí (základní): INVAZIVNÍ KARCINOM IN SITU HZK, DLE LOBUZADNICE
T3 N1 M0

Chronická onemocnění : HYPERTENZE

Infekční onemocnění: NE ANO

Režimová opatření:

Léčba: EXENTERATIO AXILLAE I. dx.

Operační výkon: MASTEKTOMIA I. dx. n.p.p.c. save Pooperační den: 3.

Farmakoterapie: ADONICKY - MICRANIS plus 1-0-0

PO OPERACI - KETONAL forte 1-0-0

PARALEN 500 mg 1-0-0

ORTANOL 20 mg 1-0-0

CLEXANE 0,4 g 4x denně

Jiné léčebné metody: Rehabilitace - stav po operaci prsu, vertikalizace

Má nemocný informace o nemoci : ano ne částečně

Alergie : ano ne jaké: pyl

Fyziologické funkce : P : 12' TK : 140/85 D : 18' SpO2 : 96% TT : 36,7 C

Hmotnost : 84 kg Výška : 175 cm

1) Vědomí

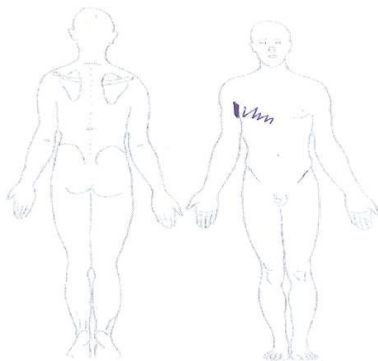
stav vědomí : při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC :

Orientovaný Dezorientovaný

2) Bolest

bolest : ano akutní chronická
 tupá bodavá křečovitá svalová jiná
 ne

lokalizace :



Intenzita : /---/---/---/---/1/1/---/---/---/---/---/
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

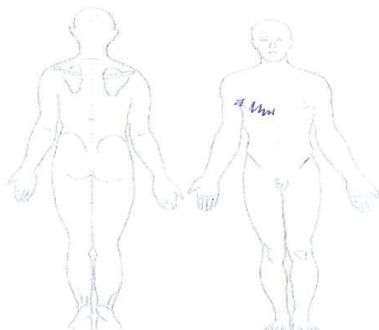
3) Dýchání

potíže s dýcháním : ano ne
dušnost : ano klidová námahová noční
 ne
Kuřák : ano ne Kašel : ano ne

4) Stav kůže

změny na kůži : ano ekzém otoky dekubity jiné operáční rány
 ne Riziko vzniku dekubitů – Nortonové skóre: 31b

lokalizace :



Ošetření rány: stav po atfáci pravého prsu ⇒ pána klíčce, kož. zarůcení
a skruce; H. I. ardn se; axilár ⇒ pána ríche, kož. zarůcení
a skruce; H. I. ardn se; rány skruce ošetřeny + steriliz. etnic.

Ústav ošetrovatelství 3. LF UK©

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba) *asi od čtyřicet let*
ni víc po hypotensi jinak jaký, postupně

Úrazy: ano ne jaké:

Prodělaná dětská onemocnění: *dotek, netovar*

Infekční onemocnění: ano ne jaká:

6) Výživa, metabolismus

Dieta: *B* Nutriční skóre:

Chuť k jídlu: ano ne

Potíže s přijímáním potravy: ano ne jaké:

Jakým druhům potravin dává přednost:

Užívá doplňky výživy: ano ne jaké: *VITAMINŮ, CONDO-SULT*

Enterální výživa Parenterální výživa.....

Denní množství tekutin: *1,5-2l* Druh tekutin: *minerální voda, čaj*

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době: ano ne o kolik:

Umělý chrup: ano ne horní dolní

Potíže s chrupem: ano ne

7) Vyprazdňování

problémy s močením: ano pálení řezání retence inkontinence
 ne

problémy se stolicí: ano průjem zácpa inkontinence
 ne

stolice pravidelná: ano ne

poslední stolice: *12.1*

Způsob vyprazdňování: podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení:

Rektální odvodný systém:

Stomie:

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: *poly' pohyb po odpočívání*

Barthel test: *90% - léce závislá*

Riziko pádu: *ANO* skóre: *5b*

NE

Ústav ošetrovatelství. 3. I.F.UK©

Pohyblivost : chodící samostatně chodící s pomocí

ležící pohyblivý ležící nepohyblivý

pomůcky jaké :

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku : *7-8* hodina usnutí : *10'*

poruchy spánku : ano ne jaké : *s usínáním*

hypnotika : ano ne

návyky související se spánkem :

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem: ano ne jaké : *krátkozrakost*

potíže se sluchem: ano ne jaké :

porucha řeči: ano ne jaká :

kompenzační pomůcky: ano ne jaké :

orientace : orientován

dezorientovaný místem časem osobou

11) Sebepojetí, sebeúcta – hodnocení psychosociálního stavu

je raději : sám v kolektivu

co si myslí o svém zevnějšku a o sobě :

pocit zlosti, vzteku : ano ne

pocit strachu : ano ne z čeho : *obava z budoucnosti*

pocit úzkosti : ano ne

jak klient vyjadřuje negativní emoce:

emocionální stav : *klidně*

Úroveň komunikace a spolupráce: *pacientka velmi dobře spolupracuje*

..... *spíše se spolupracuje s úspěchem*

12) Role, vztahy

vztah klienta k ostatním lidem :

bydlí doma sám : ano ne

kdo bude o klienta pečovat po propuštění : *manžel*

kontakt s rodinou : ano ne

Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

1. Barthelové test základních všedních činností (ADL - activities of daily living)

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0 <i>5</i>
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0 <i>5</i>
3. koupání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0 <i>5</i>
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0 <i>5</i>
5. kontinence moči	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0 <i>10</i>
6. kontinence stolice	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0 <i>10</i>
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0 <i>10</i>
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0 <i>10</i>
9. chůze po rovině	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0 <i>10</i>
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0 <i>10</i>

Zdroj: Staňková, M.: České ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

0-40 bodů: vysoce závislý

45-60 bodů: závislost středního stupně

65-95 bodů: lehce závislý

100 bodů: nezávislý

906

2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná <i>4</i>	< 10 4	Normální <i>4</i>	Žádné 4	Dobrý <i>4</i>	Bdělý <i>4</i>	Chodí <i>4</i>	Úplná 4	Není <i>4</i>
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Část. omezená <i>3</i>	Občas 3
Velmi omezená 2	< 60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom <i>1</i>	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč+stolice <i>1</i>

Zdroj: Staňková, M.: České ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

31b

3. Hodnocení nutričního stavu

NRS – Nutricional Risk Screening

Je BMI (kg/m ²) pod 20,5?	ANO	NE
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO	NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	NE
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?	ANO	NE

Hodnocení:

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

Zdroj: Grofová, Z., Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry, Grada 2007

4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

Rizikové faktory pro vznik pádu	
Anamnéza:	
<input type="checkbox"/> DDD (dezorientace, demence, deprese)	3 body
<input type="checkbox"/> věk 65 let a více	2 body
<input type="checkbox"/> pád v anamnéze	1 bod
<input type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladi na lůžkové odd.	1 bod
<input type="checkbox"/> zrakový/sluchový problém	1 bod
<input type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, laxativa)	1 bod
Vyšetření	
<input checked="" type="checkbox"/> Soběstačnost	
- úplná	0b
- částečná	2b
- nesoběstačnost	3b
<input checked="" type="checkbox"/> Schopnost spolupráce	
- spolupracující	0b
- částečně	1b
- nespoupracující	2b
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetrovatelského personálu)	
<input checked="" type="checkbox"/> Míváte někdy závratě?	ANO 3 body
<input type="checkbox"/> Máte v noci nucení na močení?	ANO 1 bod
<input type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout ?	ANO 1 bod
5b	
Celkem:	
0-4 body	Bez rizika
5 – 13 bodů	Střední riziko
14 – 19 bodů	Vysoké riziko

Ošetrovatelské zhodnocení

Pacientka je při celkové anamnéze 3. popisek dle
 2. stupně rizika je 3b, rizikový faktor, který je omezen
 v pohybu. Před vstupem a při péči (kvalitativně, objektivně)
 udělat kleslé dle analýzy, která musí 4-6. ⇒ po podání
 analýzy je třeba začít pracovat s rizikem pádu.
 Při provádění hygieny je nutné dojde ke sestře s důrazem
 a správně držet.
 k registraci bylo uspořádáno ⇒ zpravidla není
 k dispozici - úlevová poloha, plněné šlepat se podél a před
 pacienty

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK©