

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U ŽEN S DG. CA  
DĚLOŽNÍHO HRDLA V ZÁVISLOSTI NA TYPU A  
RADIKALITĚ LÉČBY**

**Bakalářská práce**

**VLASTIMILA BŘÍZOVÁ**

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S. V PRAZE**

Doc. MUDr. David Cibula, CSc.

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Porodní asistence

Datum odevzdání práce: 2008-03-31

Datum obhajoby:

**Praha 2008**

## **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.

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu bakalářské práce Doc. MUDr. Davidovi Cibulovi, CSc., za podnětné a cenné rady, podporu a čas, který mi poskytoval během zpracování mé práce.

## **Abstrakt**

Břízová, Vlastimila: Ošetrovatelská péče u žen s dg. CA děložního hrdla v závislosti na typu a radikalitě léčby. (Bakalářská práce) Vlastimila Břízová – Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář v porodní asistenci. Školitel: Doc. MUDr. David Cibula, CSc. VFN Praha 2, U nemocnice 2, 2008.

Hlavním tématem bakalářské práce je péče u žen s dg. CA děložního hrdla v závislosti na typu a radikalitě léčby. V teoretické části charakterizují volbu léčby u CA děložního hrdla, která je závislá na řadě faktorů, hlavním je stádium onemocnění, současně však přihlíží k věku a celkovému stavu pacientky. Chirurgická léčba – radikální hysterektomie je základní léčebnou modalitou u časných stádií onemocnění, u pokročilých stádií je to primární radioterapie. V posledních letech se i u velmi mladých žen s CA děložního hrdla uplatňuje chirurgická léčba, která umožňuje zachovat možnost fertility (těhotenství). V těchto případech se provádí tzv. radikální trachelektomie – princip je stejný jako u radikální hysterektomie, ale zůstává zachované tělo děložní s částí hrdla děložního – riziko komplikací výkonu je však stejné jako u radikální hysterektomie.

Praktická část je zaměřena na kazuistiku a ošetrovatelskou péči u 24 leté pacientky po radikální trachelektomii. Cílem práce bylo prostudovat odbornou literaturu daného tématu a vypracovat kazuistiku sledované pacientky a osobně se podílet na ošetrovatelském procesu. Práce může významně přispět ke zlepšení kvality ošetrovatelské péče o pacientky po radikální operaci pro CA děložního hrdla.

Klíčová slova: CA děložního hrdla, chirurgická léčba, ošetrovatelská péče, radikální hysterektomie, radikální trachelektomie.

## **Předmluva**

Zdraví populace je prioritou každé společnosti. Celorepublikový screeningový program zaměřený na včasný záchyt CA děložního hrdla zahájilo na začátku letošního roku Ministerstvo zdravotnictví ČR. Ošetrovatelská péče u žen s dg. CA děložního hrdla je téma velmi aktuální. Incidence CA děložního hrdla je v České republice stále velmi vysoká ve srovnání s ostatními evropskými zeměmi. Věkové rozložení výskytu onemocnění má svůj první vrchol okolo 45. roku věku, na rozdíl od ostatních gynekologických onemocnění tak postihuje velmi často ženy ve fertilním věku. Léčebné postupy, včetně strategie chirurgické léčby prodělávají dynamický vývoj. Nové operační výkony, individualizace radikality, nové technické postupy, mění pooperační průběh a vyžaduje přizpůsobení pooperační ošetrovatelské péče.

Výběr tématu práce byl ovlivněn studiem oboru porodní asistence a mojí již skoro 30 letou praxí na gynekologicko porodnické klinice. Materiál jsem čerpala jak z knižních publikací tak z vlastní praxe.

Práce je určena studentům ošetrovatelství a porodní asistence a stejně v ní mohou najít podnětné rady sestry a porodní asistentky z praxe, které se věnují péči o ženy s dg. CA děložního hrdla.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucímu bakalářské práce Doc. MUDr. Davidovi Cibulovi, CSc., za podnětné rady studijní materiál, podporu a pedagogické usměrnění, které mi poskytoval při vypracovávání bakalářské práce.

## OBSAH

Úvod.....	8
1 Klinická část .....	9
1.1 CA děložního hrdla.....	9
1.1.1 Klinický obraz a diagnostika .....	9
1.1.2 Metody léčby .....	12
1.1.3 Ošetrovatelská péče .....	16
1.1.4 Prognóza .....	17
1.1.5 Edukace.....	17
1.2 Identifikační údaje .....	18
1.3 Lékařská anamnéza a diagnózy .....	18
1.4 Přehled provedených vyšetření.....	20
1.4.1 Fyziologické funkce.....	20
1.4.2 Laboratorní vyšetření.....	20
1.4.3 UZ vyšetření .....	21
1.4.4 Ostatní vyšetření a intervence.....	21
1.5 Přehled terapie .....	22
1.5.1 Farmakoterapie .....	22
1.5.2 Dieta.....	25
1.5.3 Fyzioterapie .....	26
1.6 Průběh hospitalizace .....	26
2 Ošetrovatelská část .....	29
2.1 Ošetrovatelská anamnéza a současný stav pacientky .....	29
2.1.1 Vnímání hospitalizace.....	29
2.1.2 Fyziologické potřeby .....	29
2.1.3 Psychosociální potřeby .....	31
2.1.4 Spirituální potřeby .....	33
2.2 Ošetrovatelské diagnózy – přehled.....	34
2.3 Ošetrovatelské cíle a plány, jejich realizace a hodnocení.....	36
2.4 Edukace.....	47
2.5 Prognóza .....	47

Závěr .....	48
Seznam bibliografických odkazů.....	49
Seznam tabulek .....	50
Seznam zkratek a symbolů .....	51

## Úvod

Karcinom děložního hrdla je závažné onemocnění. Toto téma je velmi aktuální, neboť je stále častější u mladých žen. Každý rok je v České republice zjištěno více než 1000 případů žen s touto diagnózou. Téměř polovina z nich je diagnostikována v pokročilém stádiu s omezenými vyhlídkami na úplné uzdravení. Asi ve 150 případech je toto onemocnění diagnostikováno u žen mladších 35 let, z toho více než polovina v časných stádiích s možností chirurgické léčby. Tato léčba může mít mnoho pooperačních komplikací. Pro prevenci těchto komplikací je velmi důležitá kvalitní a erudovaná ošetrovatelská péče.

Pracuji ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze na Gynokologicko – porodnické klinice, která je mimo jiné jedním z největších onkogyneologických center v České republice. Zde se provádí největší počet radikálních operačních výkonů a poskytuje tak dostatečné možnosti pro kvalitní zpracování tématu.

Hlavním cílem této bakalářské práce je přiblížit náročnost léčby a ošetrovatelské péče u žen s diagnózou CA děložního hrdla s přihlédnutím na typ a radikalitu léčby.

V teoretické části uvedu některé příčiny rozvoje zhoubného nádoru děložního hrdla, jeho klinický obraz, vyšetřovací metody, stanovení rozsahu – stádia onemocnění a metody léčby. Právě pro volbu metody léčby je základním faktorem přesná diagnostika, stádia onemocnění, prognostické faktory s přihlédnutím k zachování kvality života. Podrobněji se budu zabývat metodou chirurgické léčby v časných stádiích tohoto onemocnění od radikální hysterektomie až k fertilitu šetřícímu výkonu – trachelektomii.

V praktické části zpracuji kazuistiku velmi mladé 24 leté pacientky s diagnózou CA děložního hrdla po radikální trachelektomii a pánevní lymfadenektomii. Zaměřím se na ošetrovatelské diagnózy, cíle, intervence, realizace a hodnocení ošetrovatelské péče.

I když se budu zabývat jen velice specifikovanou skupinou pacientek, doufám, že tato práce pomůže studentům ošetrovatelství a porodní asistence uvědomit si, že práce na onkogyneologii je vysoce specializovaná, rozmanitá, ale i naplňující i když nemusí být vždy tak radostná jako na porodnické části.



# **1 Klinická část**

## **1.1 CA děložního hrdla**

„Zhoubné nádory děložního hrdla diagnostikujeme u žen ve dvou věkových vrcholech – první a vyšší je kolem 50. roku života, druhý, nižší kolem 60. roku života. 85 – 90% nádorů děložního hrdla vychází z vícevrstevného nerohovějícího dlaždicového epitelu, který je identický s výstelkou pochvy. 10 – 15% nádorů vychází ze žlázoového epitelu, který vystylá kanál děložního hrdla. Příčinou rozvoje zhoubného nádoru děložního hrdla je infekce rizikovými genotypy lidských papillomavirů (HPV), zejména HPV 16 a 18. Samotná infekce HPV je sice nutnou, ale ne jedinou podmínkou pro vznik nádoru. Nejdůležitějším faktorem je její dlouhodobé přetrvávání v organismu – tzv. perzistence. HPV infekce je velmi častá, její celoživotní prevalence v populaci dosahuje 80%. Jen u relativně malého procenta žen infekce přetrvává a u ještě menšího procenta z takových žen vede až k rozvoji zhoubného nádoru. Příčinou přetrvávání infekce je spolupůsobení podpůrných faktorů – tzv. kofaktorů maligního bujení: kouření tabáku, poruch imunity (získaných a vrozených defektů), umělého potlačení imunity po transplantacích a u některých onemocnění (diabetes mellitus, poruchy štítné žlázy, systémový lupus, Crohnova choroba aj.), působení dalších sexuálně přenosných onemocnění, promiskuity, časného věku prvního pohlavního styku, nízkého socioekonomického stavu a multiparity.“ (Sláma 2007, s. 41)

### **1.1.1 Klinický obraz a diagnostika**

„V časných stádiích je karcinom děložního hrdla zpravidla bezpříznakový. Vzácněji se projevuje nepravidelným cyklem nebo krvácením po pohlavním styku. Symptomatika je obvyklá až po pokročilá stádia. Pacientky přicházejí s vodnatým, sanquinolentním, zápachajícím výtokem, bolestmi, potížemi s mikcí, případně se stesky, které plynou ze symptomatiky vzdálených metastáz. Po vyšetření, které vyjádří

podezření na nádor děložního hrdla následuje provedení biopsie. Nejčastěji minibiopsie pomocí bioptických kleští nebo konizace. Nejdůležitějšími prognostickými faktory je stádium onemocnění a stav spádových lymfatickým uzlin v pánvi. Pro určení správného způsobu léčby je po zjištění karcinomu děložního hrdla provedení tzv. stagingových vyšetření, která umožní zařazení pacientky do konkrétního stádia a návrh optimálního léčebného postupu.“ (Sláma 2007, s. 42)

Stagingová vyšetření, která jsou daná doporučením FIGO (Federation of International Gynaecologists and Obstetricians).

**Tab. 1 Stagingová vyšetření**

<ul style="list-style-type: none"><li>- Anamnéza</li><li>- Komplexní gynekologické vyšetření vč. vyšetření per rectum se zhodnocením postižení závěsného aparátu dělohy (parametrií)</li><li>- Kolposkopie s 3% kyselinou octovou</li><li>- Ultrazvukové vyšetření pánve a nitrobřišních orgánů (zejména jater a ledvin)</li><li>- RTG srdce a plic</li><li>- Sonografie nitrobřišních orgánů</li><li>- Komplexní interní vyšetření</li><li>- Laboratorní vyšetření hematologické a biochemické, SCC marker (spinocelulární karcinom), Ca 125 marker (adenokarcinom)</li><li>- Komplexní anesteziologické vyšetření</li><li>- V případě potřeby – cystoskopie, rektoskopie, intravenózní vylučovací urografie, CT pánve a retroperitonea, magnetická rezonance, pozitronová emisní tomografie (PET)</li></ul>
---

Zdroj: Moderní babictví. Praha: Levret s.r.o.,2007, č. 13, s. 42

„Stagingová vyšetření by měla co nejpřesněji zhodnotit velikost nádoru, jeho propagaci do okolí (závěsný aparát děložní, okolní orgány – močový měchýř, konečník), stav mízních uzlin v pánvi, ostatních orgánů v dutině břišní a plic. Na základě výsledků vyšetření jsou v rámci tzv. TNM klasifikace hodnoceny 3 faktory T-tumor (velikost nádoru, hloubka a plošné šíření, histologický typ), N-nodus (stav spádových mízních uzlin v pánvi) a M (přítomnost vzdálených metastáz) (tab.2). Uvedená stagingová vyšetření přinášejí největší potíže ve zhodnocení mízních uzlin, které jsou až ve 25% případů vyšetřeny neadekvátně. Ve snaze zpřesnit výsledky neinvazivních zobrazovacích vyšetřovacích metod je aktuálním trendem provedení laparoskopického vyšetření tzv. sentinelových uzlin u nádorů ve stadiu na hranici operability. U pokročilých nádorů je novým trendem laparoskopická stagingová paraaortální lymfadenektomie, která má za cíl zhodnotit stav mízních uzlin v další „etáži“ nad pánví a při následném ozařování (v případě jejich positivity) rozšířit ozařovací pole.“ (Sláma 2007, s. 42)

**Tab. 2 TNM klasifikace**

TNM	Charakteristika rozsahu nádorového onemocnění ZN děložního hrdla	FIGO
T1	Ohraničení na dělohu	I
T1a	Preklinický invazivní nádor diagnostikovaný mikroskopicky	IA
T1a1	Stromální invaze $\leq 3$ mm vertikálně a $\leq 7$ mm horizontálně	IA1
T1a2	Stromální invaze $> 3$ mm a $\leq 5$ mm vertikálně a $\leq 7$ mm horizontálně	IA2
T1b	Klinicky viditelná léze ohraničená na dělohu	IB
T1b1	$\leq 4$ cm	IB1
T1b2	$> 4$ cm – „bulky“	IB2
T2	Šíření mimo dělohu, ne na dolní 1/3 pochvy a ne k pánevní stěně	II
T2a	Šíření do horních 2/3 pochvy	IIA
T2b	Šíření do parametrií	IIB
T3	Šíření mimo dělohu, rozvoj hydronefrózy, afunkce ledviny	III
T3a	Šíření na dolní 1/3 pochvy, ne k pánevní stěně	IIIA
T3b	Šíření k pánevní stěně a / nebo hydronefróza a / nebo afunkce ledviny	IIIB
T4	Šíření na sliznici moč. Měchýře /sliznice rekta/ mimo malou pánev	IVA
N1	Postižení spádových pánevních uzlin	IIIB a výše
M1	Vzdálené metastázy	IVB

Zdroj: Moderní babictví. Praha: Levret s.r.o.,2007, č. 13, s. 42

### 1.1.2 Metody léčby

„Po stanovení stádia onemocnění je zahájena léčba. Ta se odlišuje podle stádia onemocnění. V časných stádiích je hlavní metodou léčby operace, v pozdních ozařování, obvykle v kombinaci s malou dávkou chemoterapie (tzv. konkomitantní chemoradioterapie). V České republice je hranicí pro operaci stádium IIA. Vyšší stádia již nejsou k operačním řešení vhodná.“ (Sláma 2007, s. 43)

### 1.1.2.1 Časná stadia

#### *IA1*

„IA1 je nejčasnější stádium, které je možno diagnostikovat pouze pomocí konizace. Je-li dosaženo řezu ve zdravé tkáni děložního hrdla je možno operaci považovat za dostatečnou zvláště u žen, které ještě plánují těhotenství. U žen starších je následně doporučena extrafasciální hysterektomie s nebo bez odstranění adnex podle věku.“  
(Sláma 2007, s. 43)

#### *IA2 – IB1*

„Základním způsobem léčby v těchto stádiích je provedení **radikální hysterektomie**. Termín označuje způsob vyjmutí dělohy, nezahrnuje odstranění adnex ani provedení lymfadenektomie. Současné provedení adnexektomie a zejména pánevní lymfadenektomie je sice téměř pravidlem, jedná se však o odlišné výkony, které musí být při indikaci definovány odděleně. Od prosté hysterektomie se radikální operace odlišuje ve dvou základních parametrech: resekce proximální části pochvy a resekce parametrií.

Radikální hysterektomie není jedním operačním výkonem. Termín zahrnuje několik typů operací, s odlišnou technikou, radikalitou a ve svém důsledku peroperační a pooperační morbiditou. Existuje několik klasifikací radikální hysterektomie. Pro klinickou praxi je významné rozlišení typu I, resp. extrafasciální hysterektomie, typu II s omezeným rozsahem resekce postranních a zadních parametrií a ponecháním ureteru na předních parametriích, a typu III s kompletní resekci postranních, zadních a předních parametrií. Ve snaze o snížení počtu komplikací, především zlepšení kvality života po operaci snížením výskytu pozdních komplikací, se v posledních letech využívá operačních technik šetřících nervové zásobením močového měchýře, pochvy a rektu – nerve sparing (nervy šetřící radikální hysterektomie). Cílem je zachování sympatických (plexus hypogastricus superior, medialis) a parasympatických vláken, která probíhají

v bazi zadních parametrií a částečně v kaudální části postranních parametrií. Technika výkonu dosud není standardizována, výsledky však potvrzují významné snížení morbidity radikální hysterektomie.

Typ radikální hysterektomie je určován řadou prognostických faktorů: velikost nádoru, poměr hloubky invaze do stromatu k rozměrům děložního hrdla, přítomnost LVSI (lymfovaskulární invaze), grading, event. výsledek peroperačního vyšetření sentinelové uzliny. Kritéria pro indikaci výkonu typu III nejsou jednotná, většinou se však provádí u objemných (bulky) nádorů (velikost větší než 4 cm), u postižení více než 2/3 děložního hrdla, nebo u nádorů větších než 2 cm s LVSI. Rozsah resekcce pochvy, resp. velikost poševní manžety, je určován přítomností a rozsahem přerůstání nádoru na poševní klenby. Minimální délka manžety by měla dosáhnout 2 cm po celém obvodu.

Komplikace chirurgického výkonu se většinou rozdělují na peroperační časné a pozdní pooperační. Nejčastější peroperační komplikací radikální hysterektomie je velká krevní ztráta vyžadující transfuzi, méně častými jsou poranění močového měchýře, ureteru, vzácně rekta nebo n. obturatorius. V časném pooperačním období jsou nejčastější urologické komplikace, především hypotonický močový měchýř s nutností ponechání drenáže Foleyovým katétreem nebo epicystostomií, popřípadě pravidelným cévkováním. Méně časté, ale život ohrožující, jsou vaskulární příhody – trombóza, embolie, krvácení. Pozdní pooperační komplikace jsou důsledkem radikálního výkonu v pánvi včetně pánevní lymfadenektomie a lze je rozdělit do několika skupin:

- a) urologické – přetrvávání hypotonického močového měchýře, inkontinence moči, vytvoření píštěle (nejčastěji veziko- či uretero-vaginální), stenóza ureteru s rozvojem hydronefrózy
- b) intestinální – subileózní či ileózní stav
- c) lymfovaskulární – pánevní lymfocysty, edémy končetin v důsledku zhoršené lymfatické drenáže, trombóza pánevních velkých cév, event. embolie
- d) spojené s hojením sutury – hernie v jizvě, absces či hematoma ve stěně břišní.

Celková morbidita se pohybuje mezi 25 – 45% v závislosti na erudici centra a spektru prováděných radikálních výkonů. Radikální hysterektomie typu III má ve srovnání s typem II pouze mírně zvýšené riziko peroperačních komplikací, pooperační morbidita je však významně vyšší.“ (Cibula 2007, s. 536)

„V časném stádiu onemocnění každoročně diagnostikujeme i několik desítek mladých žen, které ještě nerodily nebo si další graviditu velmi přejí. Při splnění určitých podmínek takovým pacientkám můžeme nabídnout provedení operace umožňující otěhotnění a donošení těhotenství. Takové operace nazýváme fertilitu zachovávající výkony. Spočívají v provedení tzv. **trachelektomie**, odstranění asi 2/3 děložního hrdla vaginálním nebo abdominálním přístupem se současnou biopsií sentinelových uzlin a systematickou pánevní lymfadenektomií. Gravidita po fertilitu šetřící operaci je ukončována plánovaným císařským řezem.“ (Sláma 2007, s. 44)

### ***IB2 – IIA***

„V těchto stádiích je často přistoupeno k podání neoadjuvantní kombinované chemoterapie v intenzifikovaném režimu po 10 dnech, jejímž cílem je zmenšení nádoru a zlepšení podmínek operace. Následuje radikální hysterektomie s pánevní lymfadenektomií. Metodou volby u rizikových pacientek je primární radioterapie.“ (Sláma 2007, s. 44)

#### **1.1.2.2 Pokročilá stádia**

### ***IIB – IVA***

„Základní léčebnou modalitou je primární konkomitantní chemoradioterapie. Sestává z ambulantně prováděného zevní záření, které trvá asi 5 týdnů a je doplněno malou dávkou chemoterapie k potenciaci účinku, a z brachyradioterapie, při které se zářič zavádí za hospitalizace na několik hodin přímo k děložnímu hrdlu.

Alternativním řešením je exenterační operace. V našich podmínkách jde stále ještě o raritní operační výkon, který se provádí častěji jen u recidiv onemocnění po primární konkomitantní chemoradioterapii. Základní podmínkou pro provedení pánevní exenterace je nepřítomnost vzdálených metastáz. Cílem pánevní exenterace je

odstranění dělohy spolu s dalšími postiženými orgány. Přední exenterace zahrnuje odstranění dělohy, pochvy a močového měchýře. Zadní exenterace je odstranění dělohy, pochvy a konečníku a totální exenterace je odstranění dělohy, pochvy, močového měchýře a konečníku. Po exenterační části operace následuje rekonstrukční část, při které jsou založeny umělé vývody močových cest a střeva. Samotná operace i pooperační péče jsou zatíženy velmi vysokým procentem komplikací.“ (Sláma 2007, s. 45)

### ***IVB***

„V nejpokročilejším stádiu je podávána paliativní chemoterapie s platinovým derivátem.“ (Sláma 2007, s. 45)

Metodou volby zvažovanou individuálně dle stavu pacientky je paliativní radioterapie. Většinou se používá zevní radioterapie, popřípadě v kombinaci s brachyterapií (forma vnitřního ozáření).

Paliativní radioterapii lze užít i pro metastatické postižení – většinou uzlinové, kostní, lze ji použít i jako hemostyptické ozáření. V případě vaginálních krvácejících metastáz lze využít paliativní vaginální aplikaci brachyterapie.

### **1.1.3 Ošetrovatelská péče**

Vedle běžné ošetrovatelské péče poskytované nemocné před a po operaci, která zahrnuje péči o životní funkce, saturaci základních životních potřeb, péči o operační ránu je velmi důležitá dispenzarizace v onkologické ambulanci. Frekvenci pravidelných kontrol určuje onkolog, dle předem stanovených kritérií. Rozhodující je také celkový zdravotní stav pacientky. Nedílnou součástí komplexní péče o onkologicky nemocnou je péče o její psychický stav. To, jak se z danou diagnózou ztotožní, jak jí přijme, záleží na mnoha faktorech. Vyzrálá osobnost s dobrým sociálním zázemím zvládá tuto náročnou životní situaci mnohem lépe, než nevyrovnané, opuštěné ženy.



Velkým pozitivem onkologie je přítomnost psychologičky v ošetřovatelském týmu. Ta se věnuje jak samotným pacientkám, tak i jejím rodinám, pro které je přijetí onkologické diagnózy své blízké neméně těžké.

**Tab. 3 Intervaly kontrol po léčbě**

1. rok á 3 měsíce
2. rok á 3 – 4 měsíce
3. rok á 4 – 6 měsíců
4. rok á 6 měsíců
5. rok á 6 měsíců, dále á 1 rok

Zdroj: Moderní babictví. Praha: Levret s.r.o.,2007, č. 13, s. 45

### **1.1.4 Prognóza**

„Přežití pacientek zásadně klesá s pokročilejším onemocněním, proto je naší největší snahou diagnostikovat onemocnění co nejdříve. Ideálním stavem je zabránění vzniku zhoubného nádoru děložního hrdla již na úrovni jeho předstupňů – tzv. prekanceróz čili dysplázií (předrakovinová stádia), které je možná při vyšetření rozpoznat a vyléčit.

Velmi optimistická je možnost preventivního očkování proti HPV infekci, přesto ale nadále zůstává potřeba pravidelných gynekologických kontrol všech (i očkovaných) žen a zavedení efektivního mechanismu vyhledávání předrakoviných změn děložního hrdla.“ (Sláma 2007, s. 45)

### **1.1.5 Edukace**

Již i u nás, stejně jako v západních zemích je samozřejmostí, že je každý nemocný o své diagnóze pravdivě informován. Protože by měl být každý dospělý člověk za svoje zdraví zodpovědný, zastávám názor, že by měl znát pravdu.

Pokud nejde o výjimečný případ, měla by každá pacientka vědět, jak závažné onemocnění ji potkalo, v jakém stádiu je a co všechno může ona sama pro své zdraví udělat. Měla by umět s ošetrovatelským týmem spolupracovat. Zvláště při propuštění do domácího léčení by měla vědět o případných změnách režimu dne, fyzické aktivitě, o vhodné výživě a hlavně o nutnosti pravidelných kontrol, doporučených ošetřujícím lékařem.

Při některých klinikách a naše není výjimkou, existují kluby pacientů s onkologickým onemocněním. O tom by měla být pacientka určitě informována, měla by dostat přímý kontakt, aby se dle možností mohla setkání v klubu účastnit a sama se tím podílet na zkvalitňování svého života.

## 1.2 Identifikační údaje

Na onkologické oddělení gynekologicko-porodnické kliniky VFN v Praze byla dne 17.2.2008 přijata 24 letá pacientka, slečna VM, která bydlí v Liberci. Dosáhla středoškolského vzdělání a pracuje jako účetní v soukromé firmě. Její osobní život odpovídá věku, bydlí s přítelem ve vlastním bytě, plánuje svatbu a doufá, že i rodinu. Nemá sourozence, ale mnoho přátel. Ve svých rodičích má velkou oporu. Je velmi aktivní, sportuje a ve volných chvílích studuje španělštinu. V nemocnici byla hospitalizována celkem 10 dnů.

## 1.3 Lékařská anamnéza a diagnózy

Pacientka souhlasí s odběrem anamnézy a udává:

Otec zdrav, matka myomatozní děloha, 1 babička CA dělohy ve 30. letech, 2. babička CA hrdla děložního v 65 letech

**OA: běžná dětská onemocnění, vážněji nestonala, interní onemocnění 0**

Operace: 0

Úrazy: 0

Krvácivé stavy: 0

Bezvědomí: 0

TRF: 0

Varixy: 0

Alergie: 0 ( atb, náplast a desinfekční prostředky snáší)

Chronická medikace: 0

Abusus: kouří 8 cigaret denně, alkohol příležitostně

Dieta: racionální

**GA: menarché od 11 let, 24/6, pravidelné, nebolestivé, PM 9.2.2008**

Porod: 0      UPT: 0      ab. spont.: 0

Gynekologické výkony: 0

Zákroky na děložním hrdle: biopsie z čípku 8.1.2008 v Liberci – histol. invazivní spinocelulární CA

Gynekologické záněty: 0

Venerologická onemocnění: 0

Hormonální terapie: Minisiston 8 let – dosud

#### **Nynější onemocnění:**

Přichází k plánované operaci pro CA hrdla děložního. 8.1.2008 v Liberci provedena punch biopsie z hrdla děložního – histologie: invazivní spinocelulární CA. Velikost tumoru dle UZ 13,2x9,9x16mm více vepředu a vpravo, endocervikální kanál délky 21mm, bez infiltrace parametrií.

Pacientka subjektivně bez potíží, močení a pasáž bez potíží, bez krvácení z rodidel, nachlazená se necítí.

Závěr: Carcinoma colli uteri T1b1

Nulligravida

Doporučení: Radikální trachelektomie, biopsie sentinelových uzlin, pánevní lymfadenektomie.

## **1.4 Přehled provedených vyšetření**

### **1.4.1 Fyziologické funkce**

Pacientka je kardiopulmonálně kompenzovaná, TK 100/60, P pravidelný 66/min., respirace 15/min., TT při příjmu i propuštění afebrilní. Během hospitalizace subfebrilie do 37,8 st. C. Po skončení operace dle ordinace anesteziologa kontrola TK, P, Saturace O<sub>2</sub> á 15 minut do stabilizace, dále á 1 hodina do ranní vizity. Hodnoty TK, P se pohybovaly v mezích normy, Sat.O<sub>2</sub> 95 – 100%. Kontrola TT á 4 hodiny v den operace, dále 3x denně.

### **1.4.2 Laboratorní vyšetření**

Krevní obraz + diferenciál – hodnota leukocytů při jednom odběru zvýšena na 16,14 a neutrofilů na 81,5 – jinak všechny hodnoty při každém odběru v normě.

Na, K, Cl, Ca ioniz., Kreatinin, Bilirubin celkový, CB, ALT, AST, GMT, ALP, Triglyceridy – všechny hodnoty před i po operaci v normě.

CRP – zvýšené hodnoty 42 a 24,2. Odběr se neopakoval pro klesající charakter hodnot.

Vyšetření moče – moč + sediment: stopa leukocytů, ostatní ukazatele v normě.

Kultivace moči: negativní.

Biopstické vyšetření: peroperační – sentinelová uzlina levá i pravá bez nádorové metastázy.

Definitivní vyšetření - děložní hrdlo s vaginální manžetou 15-25mm, cervix 30x25mm, výšky 30mm, parametria 20x20x7mm a 20x13x10mm.

Z každé strany zpracována jedna excize z parametrií, v níž vazivově tuková tkáň s cévami a jednou lymfatickou uzlinou bez nádorových struktur.

Cervix zpracován do 15 bloků v celém rozsahu. V prvních čtyřech v transformační zóně v nevelkém rozsahu zachyceny struktury dlaždicobuněčného invazivního karcinomu, který invaduje do hloubky přibližně 1,5mm, je zčásti exofytický, nerohovějící, nádorové čepy leží v silně zánětlivém terénu. Plošné šíření cca 5mm.

Z lymfadenektomie nalezeno celkem 47 lymfatických uzlin. V žádné z vyšetřených nebylo zjištěno metastatické postižení.

### **1.4.3 UZ vyšetření**

Přední pysk kompletně infiltrován tumorem, vzdálenost tumor k pericervikální fascii vpředu 3,1mm, nádor celkem velikosti 13,2x 9-11,9mm(kraniokaudálně)x16mm (transverzálně), délka endocervikálního kanálu cca 21mm, není známek infiltrace parametrií, není známek retroperitoneální lymfadenopatie.

Závěr: tumor děložního hrdla stadia IB1, nádor uložen převážně ventrálně a více vpravo.

Poznámka: horší kraniální odlišení hranice nádoru, podmínky pro radikální trachelektomii se zdají být splněny.

### **1.4.4 Ostatní vyšetření a intervence**

RTG srdce + plíce – normální nález na nitrohručních orgánech.

EKG – sinusový rytmus, křivka bez ischemických změn.

P/V tekutin – sledovat á 3 hodiny po operaci , dále 1x 24 hodin do ponechání močového katetru.

Zavedení i.v. kanyly 18.2.. odstranění 19.2., poté zavedena nová do třetího dne.

Zavedení epidurálního katetru k operační anestézii 18.2. půl hodiny před operací. Katetr byl ponechán k pooperační analgézii do 19.2.

Zavedení močového katetru v den operace 18.2., ponechán do 19.2.

Zavedení epicystostomie při operaci 18.2., ponechána do 26.2.

## **1.5 Přehled terapie**

### **1.5.1 Farmakoterapie**

#### *Intravenózní aplikace*

10% Glukóza (Glucosum anhydricum 100g) sol., 500ml, aplikováno od 18.2 do 20.2.

IS (indikační skupina): infundabilium

Ringer ( Ringer infusion) sol., 1000ml, aplikováno od 18.2 do 19.2.

IS: infundabilium, základní infuzní roztok

Fyziologický roztok 1/1, sol., 100ml, 500ml, aplikován od 18.2 do 20.2.

IS: základní infuzní roztok

Insulin HMR (Insulinum humanum) inj. sol. 8j. do 10% Glukozy ( množství dle aktuální glykemie)

IS: antidiabetikum, humánní insulin

Celaskon ( Acidum ascorbicum) inj. sol., 1amp á 10ml, aplikována 1 amp do infuze 18.2 a 19.2.

IS: vitamin

Degan ( Metoclopramidī hydrochloridum monohydricum) inj. sol., 1amp á 2ml, aplikováno 19.2. a 20.2. 1amp do infuze

IS: prokinetikum, antiemetikum

7,5% KCL ( Kalii chloridum) inj. sol., 1amp á 10ml, aplikovány 2amp do infuze 18.2. a 19.2.

IS: chlorid draselný, hlavní kation

MgSO<sub>4</sub> 20% ( Magnesii sulfans heptahydricus) inj. sol., 1amp á 10ml, aplikována 1amp do infuze 18.2.

IS: myorelaxans, homeostatikum

NaCl 10% (Natrium chloratum) inj. sol., 1amp á 5ml, aplikována 1amp do infuze 18.2

IS: chlorid sodný, minerály

Novalgin (Metamizolum natricum monohydricum) 500 mg v 1 ml inj. sol.

IS: analgetikum, antipyretikum

Torecan ( Thiethyperazini hydrogenomalas) inj. sol., 1amp á 1ml, aplikována 1amp do infuze 18.2. a 19.2.

IS: antiemetikum

Syntostigmin (Neostigmini metylsulfans) inj. sol., 0,5mg v 1ml roztoku, aplikována 1amp do infuze 20.2. a 21.2.

IS: parasimpatikomimetikum

Unasyn ( Sulbactamum natricum) inj, plv. sol., aplikováno 1,5g á 8 hodin od 18.2. do 21.2.

IS: širokospektré penicilinové antibiotikum s ireverzibilním inhibitorem nejdůležitějších betalaktamáz, které se vyskytují u penicilin- rezistentních mikroorganismů

### ***Aplikace do epidurálního katetru***

Marcain 0,5% (Bupivacaini hydrochloridum) inj. sol., 5mg v 1ml roztoku, aplikováno 5ml do perfusoru 18.2.

IS: lokální anestetikum s dlouhodobým účinkem ke svodné anestezii

Sufenta ( Sufentanili dihydrogenocitrans) inj. iv. sol., 1amp á 2ml, aplikovány 2amp do EPI katetru na operačním sále.

IS: analgetikum anodynum, opoidní anestetikum

### ***Intramuskulární aplikace***

Phenergan ( Prometazini hydrochloridum/) inj. sol., 25mg v 1amp á 2ml, aplikována 1amp i.m. 18.2. na noc

IS: antihistaminikum

Dipidolor ( piritramidum) 7,5 mg v 1 ml inj. sol.

IS: analgetikum, anodynum

### ***Subkutánní aplikace***

Clexane ( Enoxaparinum natricum/) inj. sol., 0,4ml v aplikační stříkačce, aplikován 1x á 24hodin od 18.2. do 24.2.

IS: antitrombotikum, antikoagulans

### ***Perorální aplikace***

Hypnogen ( Zolpidemi tartras/) tbl, 1tbl na noc před operací

IS: hypnotikum



Ubretid (distigmini bromidum) 5 mg v 1 tbl

IS: parasympatomimetikum, inhibitor cholinesterázy

Unasyn ( Sultamicillinum) tbl, 1tbl á 375 mg, 3x1tbl á 8 hodin od 21.2. do 26.2.

IS: viz výše

### ***Rektální aplikace***

Diclofenac Pharmavit ( Diclofenacum) supp., ordinován od 19.2. dle potřeby

IS: nesteroidní antirevmatikum

Suppositoria glycerini ( Glycerolum) supp., aplikován 1 čípek 20.2. na podporu defekace

IS: laxativum

## **1.5.2 Dieta**

V den před operací je posledním jídlem polévka v poledne, dále jen tekutiny. Od půlnoci již ani nepije.

Po operaci dle ordinace anesteziologa může pít neslazený čaj po lžičkách již za 2 hodiny.

19.2. až 21.2. je dieta O/T – tekutá, pacientka dostává k čaji 2x denně bujón.

22.2. dieta č. 1 – kašovitá, šetřící.

Od 23.2. až do propuštění dieta č. 4 – s omezením tuků.

### 1.5.3 Fyzioterapie

První pooperační den – pasivní i aktivní cvičení, respirační cvičení, protahování končetin, nácvik sedu a stoje.

Druhý poperační den – aktivní cílené cvičení, respirační cvičení, chůze s dopomocí.

Třetí pooperační den – cílené kondiční cvičení, edukace pacientky.

Čtvrtý a následující dny – samostatně.

### 1.6 Průběh hospitalizace

Slečna VM byla přijatá k hospitalizaci 17.2.2008 v 10 hodin. Z domova si přinesla prostudovaný a podepsaný informovaný souhlas pacientky s operačním výkonem, informovaný souhlas pro anesteziologa a vyplněný dotazník s rodinnou a osobní anamnézou. Předoperační vyšetření měla zkontrolované naší internistkou a vložené v připravené dokumentaci. Po vyplnění všech příjmových formalit včetně vystavení pracovní neschopnosti byla pacientka přijata na oddělení. Zde byla informována o provozu oddělení, režimu dne s předoperační přípravou a po lehkém obědě začala příprava k operaci. Ta spočívala v oholení zevních rodidel, vyčištění pupku benzinalkoholem a vypití 2 lahvíček připravovaných projímacích roztoků (roztok MgSO<sub>4</sub> 20% á 100ml a roztok fosforečnanů á 50ml). Pacientka má v Depu uloženou autotransfuzi, dle urdinace anesteziologa objednááme ještě 2x300ml EM do Depa. V pozdějších odpoledních hodinách bylo podáno malé klyzma. Ve 21 hodin aplikován Clexane a večerní premedikace. Po celý den je pacientka v kontaktu se sestrou, je zpracovávána ošetrovatelská dokumentace.

V den operace po ranní hygieně, navléknutí elastických bandážních punčoch a podání premedikace je pacientka odvezena na operační sál. Zde jí byl zaveden epidurální a močový katetr. Operační výkon – **abdominální radikální trachelektomie (nerve sparing), pánevní lymfadenektomie** probíhal klidně. Po proniknutí do dutiny břišní byly kombinovanou metodou identifikovány obě sentinelové uzliny, odeslány na

peroperační histologii. Zvyklým způsobem provedena pánevní lymfadenektomie. Dále 1 cm pod istmem odříznuto tělo děložní, které fixováno v pánvi pomocí lig. teres a adnex. Odříznut horní chirurgický okraj na hrdle – ad peroperační histologie. Dále byly provedeny částečné resekcce postranních, předních a zadních parametrií.

Hlášen výsledek peroperační histologie – obě sentinelové uzliny a horní okraj děl. hrdla bez nádoru. Pečlivá revize krvácení, přes stěnu břišní zaveden do pánve Redonův dren.

Po naplnění močového měchýře zavedena punkční epicystostomie. Po sečtení roušek a malých nástrojů provedena sutura stěny břišní po vrstvách.. Celková krevní ztráta činila cca 300 ml a doba trvání operace byla 3 hodiny 10 minut.

Z operačního sálu byla pacientka v doprovodu anesteziologa převezena na JIP, kde jí převzala ošetřující lékařka. Následoval monitoring fyziologických funkcí, základních laboratorních vyšetření, náhrada ztráty tekutin a tlumení bolesti. Ostatní ordinace dostávala dle rozpisu.

První pooperační den probíhal bez komplikací, s pomocí sestry vstala do sprchy a k ordinacím byla přidána fyzioterapie, kterou zvládla velmi dobře. Večer si stěžovala na bolesti břicha a pocitu tlaku na močení, při vizitě jí byl k ostatním analgetikům ordinován Diclofenac supp. Také je jí nepříjemné omezení hybnosti PHK, ve které byla zavedena i.v. kanyla. Po odstranění krycího obvazu byla zjištěna mírně zarudlá kůže v okolí vpichu. Kanyla byla vyměněna a kůže ošetřena. V noci spala klidně.

Druhý pooperační den pacientka udává celkovou slabost při ranní toaletě, s fyzioterapeutem spolupracovala méně než včera. Po vykapání infusí mohla být zpět přeložena na standardní pooperační oddělení. Byl jí také odstraněn epidurální a močový katetr.

Třetí pooperační den již byla pacientka v lepší psychické i fyzické kondici. Měla na návštěvě přítele i rodiče. Je plně soběstačná, učí se obsluhovat epicystostomii – postmikční residua. Odpoledne si přesto stěžuje na lehkou nauseu a nechutenství.. Dle ordinace podán Torecan 1 amp ve 100ml fyziologického roztoku i.v. Večer cítí výraznou úlevu. Zrušena i.v. kanyla a Unasyn již podáván dále v tabletách.

Čtvrtý pooperační den byl odstraněn Redonův drén. Pacientka se dle vlastních slov cítí velmi dobře, jen někdy je trochu posmutnělá. Vzhledem ke své závažné dg. netrpělivě očekává výsledek histologie. Po rozhovoru se sestrou a po návštěvě rodiny se

její psychický stav zlepšil. Vzhledem k vyšším postmikčním residuím podáván Ubretid 1 tbl 2x denně, dle ordinace ošetřujícího lékaře.

V následujících pooperačních dnech se upravují postmikční residua, je odstraněna epicystostomie. Pacientka je vaginálně vyšetřena – tělo děložní našito na pochvu, bez infiltrace v malé pánvi. Sutura zhojena per primam – odstraněny stehy. Následující den bude propuštěna. Odpoledne přicházejí výsledky z histologie ( popsány viz výše) pro pacientku velmi příznivé. Proveden edukační pohovor s lékařem.

Dne 26.2. pacientka propuštěna do domácí péče, předána propouštěcí lékařská a ošetrovatelská zpráva pro obvodního gynekologa. Pacientka je plně informována, o výsledek onkologického konsilia si zatelefonuje 28.2.

Závěr onkol. konsilia : Pravidelné kontroly na naší onkologické ambulanci. Poprvé za 2 měsíce od operace.

## **2 Ošetrovatelská část**

### **2.1 Ošetrovatelská anamnéza a současný stav pacientky**

#### **2.1.1 Vnímání hospitalizace**

Pobyt v nemocnici je velkou neznámou . Pacientka nebyla ještě nikdy hospitalizována. Do nemocnice přichází k plánované operaci pro velmi závažnou dg. Chce se uzdravit, s jinou variantou moc nepočítá, protože se cítí zdravě.

Z očekávaných léčebných zákroků má trochu strach, ale počítá s tím, že nějaký čas po operaci nebude zcela soběstačná jako dosud.

#### **2.1.2 Fyziologické potřeby**

##### ***Potřeba dýchání***

Pacientka je bez obtíží, nejeví známky dušnosti, nekašle ani nemá rýmu. Dech je pravidelný o frekvenci 15 /min. Kouří maximálně 8 cigaret denně.

##### ***Potřeba hydratace***

Pacientka dbá na svůj pitný režim. Denně vypije minimálně 3,5 litrů tekutin. Obvykle pije vodu a ovocné šťávy. Méně čaj a kávu. Nemá vyhraněný nápoj, který by nevpila vůbec.

Známky dehydratace se neobjevují, kožní turgor odpovídá věku.

### ***Potřeba výživy***

Pacientka je spíše malým jedlíkem. Jí vše na co má chuť, ale střídě. Má ráda zeleninu v syrovém i tepelně upraveném stavu. Maso nemusí mít často a spíše jenom bílé maso a ryby.

Pacientka je štíhlá. Ústní sliznice je neporušená, chrup je kompletní, zdravý. S nemocničním jídlem si nedělá starosti, vynahradí si ho doma.

### ***Potřeba vyprazdňování moči a stolice***

Pacientka je plně kontinentní, s močením neměla nikdy žádné potíže, ani neočekává, že by se po návratu domů mohly nějaké vyskytnout.

Díky dostatečnému množství zeleniny v jídelníčku chodí na stolicí pravidelně každé ráno. Má ale obavy, jak to bude vypadat po operaci. Uvědomuje si, že má před sebou zásah do dutiny břišní a bude také několik dnů v neznámém prostředí

### ***Potřeba spánku a odpočinku***

Pacientka je zvyklá spát 6 – 8 hodin. Se spánkem ani usínáním neměla nikdy potíže. Před přijetím měla problémy asi 14 dnů. Nemohla usnout a brzy se budila. Přičítá to onemocnění a nervovému vypětí posledních dnů. Neudává žádný specifický spánkový návyk.

### ***Potřeba být bez bolesti***

Pacientka před hospitalizací bolesti neměla. Nyní, krátce po operaci, pociťuje bolesti v místě operační rány a vyvedení drénu. Bolesti jsou chvílemi větší a pacientka má bolestivý výraz v obličeji, zhoršuje se nálada a komunikativnost. Sama hodnotí bolesti na stupnici 1-5 číslem 4, po aplikaci analgetik ustupuje intenzita na č. 2.

### ***Potřeba tepla a pohodlí***

Nepohodlí pacientky je spojeno pouze s bolestmi a slabostí. Pobyť na lůžku jí nevadí a teplota v místnosti jí vyhovuje. Osobně má raději teplejší prostředí.

### ***Potřeba tělesné hygieny***

Pacientka je zvyklá se doma 2x denně sprchovat, ale ví, že po operaci bude zpočátku potřebovat pomoc sestry. Ubezpečila jsem jí, že na oddělení jsou sprchy a toaleta na pokoji.

### ***Potřeba fyzické a psychické aktivity***

Pacientka je mladá, aktivní žena. Je zaměstnaná, ve volných chvílích aktivně sportuje, ráda čte, cestuje a učí se španělsky.

Očekává, že jí operace v jejích aktivitách omezí, ale doufá že brzy vrátí ke svému stylu života. Do nemocnice si přinesla knihu a chce ji přečíst, pokud to půjde.

## **2.1.3 Psychosociální potřeby**

### ***Potřeba jistoty a bezpečí***

Pacientka důvěřuje personálu, o onemocnění je plně informována. V nemocnici se necítí ohrožena, ale pociťuje obavy z budoucnosti.

### ***Potřeba komunikace***

Kontakt s pacientkou je navázán velmi rychle, nemá s komunikací problémy. Sama sebe hodnotí jako upovídanou, ale při větší bolesti je komunikace omezena na základní věci a pacientka je spavá.

### ***Potřeba informací***

Pacientka zná svůj zdravotní stav, chce o něm být plně informována. Jejímu přání je vyhověno a dostává vyčerpávající informace o svém stavu a onemocnění.

### ***Potřeba lásky a sounáležitosti***

Slečna V. žije s přítelem ve vlastním bytě. Je schopná se o oba postarat, ale v případě potřeby se může postarat přítel. Velkou oporu má v rodičích. Má také mnoho přátel a všichni jsou připraveni pomoci. Informace o zdravotním stavu jsou podávány příteli a rodičům, kteří mají velkou starost.

### ***Potřeba sebeúcty a seberealizace***

Pacientka počítá s návratem domů v časovém horizontu 14ti dnů. Domnívá se, že asi měsíc bude spíše odpočívat, ale brzy se chce vrátit do zaměstnání a ke svým aktivitám.

### ***Potřeba důvěry a přátelství***

Pacientka udržuje kontakty se svým přítelem, rodiči a známými. Vztahy mezi nimi nejsou problematické a se všemi je v častém kontaktu přes telefon. Návštěvy v nemocnici jsou časté, zvláště když přihlédneme ke vzdálenosti od místa bydliště.

### ***Potřeba sexuality***

Pacientka neudává změny v partnerském vztahu a intimním životě ani v souvislosti s onemocněním. V partnerském vztahu je spokojena a nemá potřebu o tom dále hovořit.



## **2.1.4 Spirituální potřeby**

### ***Potřeba duchovní***

Slečna V. je bez vyznání víry. Jejím snem je šťastný život. Také doufá, že se plně uzdraví , založí rodinu a nemoc se neobjeví znovu. V to věřím i já a přeji pacientce splnění všech snů a přání.

## **2.2 Ošetrovatelské diagnózy – přehled**

Seřazení podle dnů hospitalizace :

### ***17.2.2008***

1. Strach z operace projevující se neklidem a bledostí
2. Potencionální porucha spánku z důvodu obavy z operace

### ***18.2.2008***

3. Akutní bolest v operační ráně v důsledku porušení tkání při operaci projevující se verbální stížností a bolestivým výrazem v obličeji
4. Pohyblivost porušená v důsledku bolesti a drenáže projevující se sníženou hybností a ztíženým pohybem na lůžku
5. Bolestivé nucení na močení v souvislosti s permanentním katetrem projevující se pocitem plného močového měchýře

### ***19.2.2008***

6. Riziko vzniku pádu v důsledku vertikalizace projevující se slabostí a hučením v uších

### ***20.2.2008***

7. Porucha integrity kůže v souvislosti s periferním žilním katetrem projevující se bolestivostí v místě vpichu
8. Porucha příjmu potravy v časném pooperačním období projevující se nauseou a nechutenstvím

**21.2.2008**

9. Riziko vzniku infekce v operační ráně a místě invazivního vstupu v důsledku porušení integrity organismu

**22.2.2008**

10. Strach z budoucnosti v důsledku možnosti recidivy onemocnění projevující se verbálním vyjádřením a plačtivostí při hovoru o strachu

## 2.3 Ošetrovatelské cíle a plány, jejich realizace a hodnocení

Ošetrovatelská diagnóza: **Strach z operace projevující se neklidem a bledostí**

### ***Cíl:***

- *krátkodobý* – pacientka bude klidnější a její strach se zmenší do 3 hodin
- *dlouhodobý* – pacientka zvládne svůj strach do 24 hodin

### ***Výsledná kritéria:***

- pacientka si uvědomuje příčiny strachu
- zhodnotí reálně danou situaci i všechny okolnosti
- naučí se techniky zvládnání strachu

### ***Ošetrovatelské intervence:***

- pobízej pacientku, aby slovně vyjádřila své pocity
- proved' edukační pohovor
- zajisti návštěvu anesteziologa a operátéra
- kontroluj účinek podávaných léků – premedikace

### ***Realizace:***

Při rozhovoru jsem pacientku vybídla, aby se snažila konkrétně pojmenovat příčinu svých obav. Bojí se více bolesti nebo výsledku operace? Ukázala jsem pacientce 2 základní relaxační techniky, s tím, že večer je můžeme společně zopakovat. Domluvila jsem jí pohovor s operátérem.

### ***Hodnocení:***

Splněno částečně, pacientka je o poznání klidnější, ale strach úplně nevymizel.

Ošetřovatelská diagnóza: **Potencionální porucha spánku z důvodu obavy z operace**

***Cíl:***

- pacientka bude spát před operací alespoň 7 hodin

***Výsledná kritéria:***

- pacientka chápe příčiny své nespavosti
- racionálně hodnotí situaci, před operací se vyspí

***Ošetřovatelské intervence:***

- sleduj průměrnou délku spánku pacientky
- udržuj klidné a tiché prostředí
- umožni pacientce před spánkem činnosti, na které je zvyklá
- sleduj účinnost a efektivnost léků na spaní

***Realizace:***

Pacientce jsem podrobně popsala předoperační přípravu i přibližný postup operace. Zdůraznila jsem nutnost duševní a fyzické pohody a dostatek spánku před operací. Pacientka souhlasila s užitím hypnotika naordinovaného anesteziologem.

***Hodnocení:***

Plán splněn, pacientka přestože nebere žádné léky, užila naordinovaný lék a vyspala se dobře.

Ošetřovatelská diagnóza: **Akutní bolest v operační ráně v důsledku porušení tkání při operaci projevující se verbální stížností a bolestivým výrazem v obličeji**

**Cíl:**

- *krátkodobý* – pacientce klesne bolest na bodové škále s intenzitou 4 na 2 do 1 hodiny
- *dlouhodobý* – pacientka bude bez bolesti do 4 dnů

**Výsledná kritéria:**

- pacientka zná příčiny bolesti a je schopná používat úlevové polohy
- pacientka klidně spí

**Ošetřovatelské intervence:**

- monitoruj a pozoruj bolest, urči stupeň
- edukuj pacientku o správném způsobu změny polohy a sledování bolesti na bodové škále
- aplikuj analgetika kontinuálně dle ordinací lékaře
- při manipulaci s drénem pracuj opatrně, nevyvolávej bolest
- rovněž při práci v okolí rány

**Realizace:**

18. 2. zhodnocení bolesti – bolest je tupá v operační ráně, je poměrně stálá, reaguje na analgetika, občas se objeví ostrá, bodavá bolest, ale není vyzorována závislost na konkrétním podnětu. Bolest je ovlivněna dýcháním a pohybem.

19. 2. edukace – pacientka opět poučena o možnosti bolesti monitorovat. Sama si zvolila škálu 0 – 5. Ví, že při pohybu si má ránu opatrně přidržit a pohybovat se pomalu. Při posazování a vstávání je nutné se přetáčet přes pravý bok, pak se pomalu posadit a chvíli vyčkat. Je poučena o tom, aby nečekala až bude bolest nesnesitelná, aby požádala o analgetika dříve.

Monitorace – analgetika aplikována epidurálně a intravenózně podle ordinace lékaře s ohledem na potřeby pacientky. Pozornost odváděna dle možností s pacientkou a sama

pacientka se občas snažila sledovat televizi nebo poslouchat hudbu. Veškeré činnosti v okolí rány byly prováděny s maximální opatrností.

***Hodnocení:***

Ošetrovatelské cíle splněny, pacientka si bolest sama monitoruje, intenzita na škále bolesti se snižuje, po 4 dnech je bez bolesti.

Ošetřovatelská diagnóza: **Pohyblivost porušena v důsledku bolesti a drénu projevující se sníženou hybností a ztíženým pohybem na lůžku**

***Cíl:***

- *krátkodobý* – pacientka zvládá pohyb i přetáčení na bok s dopomocí, zná manipulaci s drénem do 24 hodin
- *dlouhodobý* – pohyblivost neporušena do 4 dnů

***Výsledná kritéria:***

- pohyblivost neporušena, pacientka je schopná postupně vykonávat aktivity denního života bez dopomoci

***Ošetřovatelské intervence:***

- tlum bolest
- edukuj pacientku o způsobu pohybu, jeho nutnosti a zacházením s Redonovým drénem

***Realizace:***

Bolest je tlumená dle plánu předchozí diagnózy.

19. 2. – s pacientkou je názorně nacvičeno vstávání z lůžka, posazování, přetáčení na bok. Pacientka poučena o nutnosti pohybu za přítomnosti sestry jako prevence pádu a dalších komplikací.

***Hodnocení:***

Pacientka výborně spolupracuje. Pohyb je z počátku bolestí ztížen, ale přesto se pacientka snaží a pohyb zvládá sama. Ve všech opatřeních pokračujeme i nadále.



Ošetřovatelská diagnóza: **Bolestivé nucení na močení v souvislosti s permanentním katetrem projevující se pocitem plného močového měchýře**

***Cíl:***

- *krátkodobý* – bolestivé nucení na močení bude sníženo do 24 hodin
- *dlouhodobý* – pacientka nebude pociťovat obtíže, permanentní katetr bude odstraněn do 2 dnů, nácvik spontánního močení a odpouštění postmikčních residuí epicystostomií.

***Výsledná kritéria:***

- pacientka zná příčiny subjektivního pocitu plného močového měchýře
- po odstranění permanentního katetru a nácviku spontánního močení, odpouštění postmikčních residuí, nebude pociťovat obtíže

***Ošetřovatelské intervence:***

- edukuj pacientku o krátkodobém zavedení permanentního katetru, nácviku spontánního močení a kontroly residuí pomocí epicystostomie
- sleduj průchodnost permanentního katetru
- sleduj množství, barvu moči, případné známky zánětu

***Realizace:***

Pacientka je informována, chápe nutnost permanentního katetru.

19. 2. katetr odstraněn, pacientka močí spontánně – nácvik odpouštění residuí epicystostomií.

***Hodnocení:***

Plán splněn, permanentní katetr odstraněn 2. den po operaci, pacientka močí spontánně, postmikční residua nízká.

26. 2. odstraněna epicestostomie.

Ošetřovatelská diagnóza: **Riziko vzniku pádu v důsledku vertikalizace projevující se slabostí a hučením v uších**

***Cíl:***

- *krátkodobý* – snížení rizika pádu do 2 dnů
- *dlouhodobý* – pohyblivost neomezená, není riziko pádu

***Výsledná kritéria:***

- pacientka zná příčinu slabosti při vstávání, vyvolávající příčiny a zná opatření, které je třeba dodržovat

***Ošetřovatelské intervence:***

- doprovázej a kontroluj pacientku
- předcházej vzniku komplikací
- edukuj pacientku o zásadách správné vertikalizace
- sleduj dostatečný příjem tekutin

***Realizace:***

Při postavování a při nácviu chůze doprovázíme pacientku, vše provádíme pomalu a trpělivě. Sledujeme zda se neobjevuje slabost nebo hučení v uších. Pacientku nejprve posazujeme a necháváme ji zvyknout na polohu, pak pomalu postavujeme. Po té opět vyčkáme a po chvíli pokračujeme v chůzi. Pacientku jsem poučila o nutnosti dostatečného příjmu tekutin – spolupracuje.

***Hodnocení:***

Plán splněn, po celou dobu hospitalizace k pádu nedošlo, od 21. 2. pacientka nepocítila tyto problémy.

Ošetřovatelská diagnóza: **Porucha integrity kůže v souvislosti s periferním žilním katetrem projevující se bolestivostí v místě vpichu na pravé horní končetině**

***Cíl:***

- *krátkodobý* – bolest v místě vpichu bude snížena do 2 hodin
- *dlouhodobý* – pacientka bude bez bolesti, žilní katetr bude odstraněn do 3 dnů

***Výsledná kritéria:***

- pacientka zná příčinu bolesti v místě vpichu
- žilní katetr je průchodný, nevykazuje známky infektu

***Ošetřovatelské intervence:***

- zachovávej zásady asepse při ošetřování
- sleduj průchodnost
- prováděj převaz každých 24 hodin
- dostatečně fixuj – riziko vytažení, rozpojení
- přilož ledový obklad

***Realizace:***

Asepticky převazuji žilní katetr, dostatečně jej fixuji, průchodnost zajištěna. Přikládám na dobu 30 minut ledový obklad

***Hodnocení:***

Plán splněn, pacientce byl do 3 dnů odstraněn žilní katetr. Dle sdělení pacientky je místo vpichu nebolestivě a objektivně nevykazuje známky zánětu.

Ošetrovatelská diagnóza: **Porucha príjmu potravy v časném pooperačním období projevující se nechutenství a nauseou**

***Cíl:***

- pacientka netrpí nechutenstvím ani nauseou do uplynutí 2 dnů

***Výsledná kritéria:***

- pacientka zná příčiny nechutenství a nausey
- potíže se zvolna zlepšují, dostává lehkou šetřící stravu

***Ošetrovatelské intervence:***

- objednej vhodnou šetřící dietu
- domluv se s pacientkou o jejích potřebách a zvycích
- informuj lékaře – možnost aplikace antiemetik

***Realizace:***

Pacientka dostává lehkou šetřící stravu, sama se domnívá, že nechutenství souvisí s operací. Informován ošetřující lékař.

***Hodnocení:***

Pacientka neměla chuť k jídlu, ale vždy snědla alespoň trochu dle svého výběru. Potíže se zlepšily a následující den se již neobjevily.

Ošetrovatelská diagnóza: **Riziko vzniku infekce v operační ráně a místě invazivního vstupu v důsledku poranění integrity organizmu**

***Cíl:***

- zamezení vzniku infekce

***Výsledná kritéria:***

- pacientka zná rizika infekce v operační ráně a při správné ošetrovatelské péči k němu nedochází
- pacientka je edukována o hygieně operační rány

***Ošetrovatelské intervence:***

- operační ránu ošetřuj sterilně
- dodržuj hygienu rukou před všemi výkony a po nich
- používej sterilní materiál
- edukuj pacientku o správné hygieně operační rány
- sleduj projevy infekce

***Realizace:***

V prvních dnech operační ránu ošetřuji asepticky a sterilně kryji. Sleduji zda se neobjevují známky infekce. V následujících dnech edukuji pacientku o správné hygieně a ponechání operační rány bez krytí.

***Hodnocení:***

Plán splněn, po dobu hospitalizace nedošlo ke vzniku infekce.

Ošetřovatelská diagnóza: **Strach z budoucnosti v důsledku možnosti recidivy onemocnění projevující se verbálním vyjádřením a plačtivostí při hovoru**

***Cíl:***

- pacientka má dostatek informací souvisejících s onemocněním, má podporu rodiny i personálu

***Výsledná kritéria:***

- pacientka chápe a zná eventuality, které mohou v budoucnu nastat a je s nimi vyrovnána
- hovoří s optimismem o své budoucnosti

***Ošetřovatelské intervence:***

- podávej dostatek informací souvisejících s typem onemocnění
- zodpovídej všechny dotazy, nabídni rozhovor s psychologem
- pobízej pacientku, aby slovně vyjádřila své pocity
- využivej každé vhodné příležitosti ke komunikaci

***Realizace:***

S pacientkou jsem si několikrát povídala a vyslechla co jí trápí. Hovořily jsme o jejích pocitech a o tom co v budoucnu očekává, čeho se bojí. Snažila jsem se, aby získala pocit, že v této situaci není sama. Rodina i přítel jí podporují.

***Hodnocení:***

Pacientka byla z počátku velmi smutná, měla strach, ale přesto se nyní snaží pohlížet na budoucnost optimisticky. Chce vše zvládat a vrátit se ke všem aktivitám běžného života.

## 2.4 Edukace

Během hospitalizace bylo mnoho příležitostí hovořit s pacientkou o tom, co všechno je dobré dodržovat, čeho se raději vyvarovat, aby se mohla v co nejkratší době opět vrátit ke svým zvyklostem a aktivitám. Při propuštění domů jsem jí informovala o Klubu pacientek s nádorovým onemocněním, který vznikl na naší klinice před 4 lety. Jeho činnost se osvědčila. Jednou měsíčně probíhá setkání, které má konkrétní téma, např. rehabilitace po onkologické operaci, výživa onkologicky nemocných, pomůcky a epitézy atd. Momentálně jej vede onkolog (dříve vedla setkání klinická psychologka, která je nyní na mateřské dovolené). O daném problému nejprve mluví pozvaný host – odborník, poté následuje diskuse.

Pacientky sem mohou přivést také někoho z rodiny, nebo někoho z přátel. Chodí k nám velice rády. Jednak se dozví mnoho nového a co je pro ně ještě cennější – vzájemně se podpoří.

## 2.5 Prognóza

Celý průběh hospitalizace probíhal u slečny VM bez vážnějších komplikací nejenom díky kvalitní lékařské, ale i ošetrovatelské péči.

Ještě před propuštěním přišla velmi dobrá zpráva z histologie, 17 lymfatických uzlin bez metastatického postižení, parametria bez nádorových struktur a na cervixu zachyceny struktury dlaždicobuněčného invazivního karcinomu, který invaduje do hloubky přibližně 1,5 mm.

Onkologické konzilium, které se na našem pracovišti schází 1 x týdně ve složení vedoucího onkogynekologie, atestovaného onkologa, radiologa a histopatologa, doporučilo jako další postup pouze pravidelné kontroly na onkologické ambulanci. První kontrola bude za 6 týdnů od operace.

Prognóza onemocnění je velmi dobrá. Na našem pracovišti máme dispenzarizováno mnoho pacientek po stejném typu operace, některé z nich u nás již i porodily.

## **Závěr**

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala problematikou závažného onemocnění karcinomu děložního hrdla u stále mladší populace žen.

Hlavním cílem bylo přiblížit náročnost léčby a ošetrovatelské péče u žen s tímto onemocněním s přihlédnutím na typ a radikalitu léčby.

Pokusila jsem se ukázat některé příčiny rozvoje karcinomu děložního hrdla, jeho klinický obraz, základní vyšetřovací metody, stanovení rozsahu – stádia onemocnění a metody léčby.

Podrobněji jsem zpracovala chirurgickou léčbu v časných stádiích tohoto onemocnění – radikální hysterektomii a fertilitu zachovávající – trachelektomii. Trachelektomie je jediný možný způsob léčby tohoto onemocnění pro ženy, které ještě v budoucnu plánují těhotenství.

V konkrétním praktickém zpracování kazuistiky velmi mladé 24 leté pacientky s diagnózou karcinomu děložního hrdla po radikální trachelektomii a pánevní lymfadenektomii jsem se zaměřila na zpracování ošetrovatelských cílů, intervencí, výsledných kritérií, realizaci a hodnocení. S touto pacientkou jsem strávila mnoho času a musím konstatovat, že jádro ošetrovatelské péče po náročném chirurgickém výkonu se opírá nejenom o erudovanou ošetrovatelskou péči, ale především o citlivý psychologický přístup. Je velmi těžké bojovat s tak závažnou diagnózou v každém věku, ale u takto mladé ženy je potřeba velmi silné osobnosti. Neméně důležitá je podpora ze strany rodiny a blízkých přátel, ale i zkušeného ošetrujícího personálu.



## Seznam bibliografických odkazů

CIBULA, David. Chirurgická léčba. *Moderní gynekologie a porodnictví*, Praha: Levret s.r.o., 2007, roč. 16, č. 3, s. 536 – 537. ISSN 1211-1058

CITTERBART, Karel. et al. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-094-0

ČECHOVÁ, Věra. et al. *Speciální psychologie*. Brno: IDVPZ, 1999. ISBN 80-7013-243-4

ČERVINKOVÁ, Eliška. et al. *Ošetrovatelské diagnózy*. Brno: IDVPZ, 2000. ISBN 80-7013-303-1

DOENGES, Marilyn E.; MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada publishing, 1996. ISBN 80-7169-294-8

FREITAG, Pavel. *Onkogynekologie – minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-196-X

KOZIEROVÁ, Barbara. *Ošetrovatelstvo I*. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0

SLÁMA, Jiří. Metody léčby zhoubných nádorů děložního hrdla. *Moderní babictví*. Praha: Levret s.r.o., 2007, č. 13, s. 41 – 45. ISSN 1214-5572

SOFAER, Beatrice. *Bolest příručka pro zdravotní sestry*. Praha: Grada publishing, 1997. ISBN 80-7169-309-X

VORLÍČEK, Jiří. et al. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada publishing, 2006. ISBN 80-247-1716-6

## **Seznam tabulek**

Tabulka 1	Stagingová vyšetření	10
Tabulka 2	TNM klasifikace	12
Tabulka 3	Intervaly kontrol po léčbě	17

## Seznam zkratek a symbolů

Amp	ampule
CA	karcinom
CT	computerová tomografie
FIGO	Federation of International Gynaecologic Obstetricians
GA	gynekologická anamnéza
HPV	lidské papillomaviry
inj. sol.	injekční roztok
IS	indikacní skupina
i.v.	intravenózně
JIP	jednotka intenzivní péče
LVSI	lymfovaskulární invaze
OA	osobní anamnéza
P	pulz
PET	pozitronová emisní tomografie
PM	poslední menstruace
P/V	příjem, výdej tekutin
spont. ab.	spontánní abort
supp	čípek
tbl	tableta
TK	tlak krevní
TNM	klasifikace nádoru (T nádor, N uzlina, M metastáza)
TT	tělesná teplota
UPT	interupce
UZ	sonografické vyšetření
ZN	zhoubný nádor