

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES
U PACIENTKY S KARCINOMEM PRSU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

JIŘINA HRADILOVÁ

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

PhDr. Jana Hlinovská

Stupeň kvalifikace: Bakalář
Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2009 - 03 - 31

PRAHA 2009

ABSTRAKT

HRADILOVÁ, Jiřina: Ošetrovatelský proces u pacientky po ablaci mammy.
(Bakalářská práce) Jiřina Hradilová – Vysoká škola zdravotnická, o. p .s. v Praze . Stupeň
odborné kvalifikace: Bakalář – všeobecná sestra.
Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská

Problematika nádorových onemocnění je v dnešní medicíně stále závažnějším problémem. V ČR mají onkologická onemocnění prsu spolu s gynekologickými nádory stále stoupající tendenci a dlouhodobě tvoří procentuelně nejčastější skupinu ze všech onkologických onemocnění u žen.

Ve strategii léčby nádorového onemocnění prsu jsou chirurgické postupy nedílnou součástí komplexního a celostního terapeutického přístupu.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces a edukační proces u pacientky s karcinomem prsu a snaha o ozřejnění závažné problematiky chirurgické léčby u daného onkologického onemocnění.

V současné době se z operačních výkonů na prsu nejčastěji provádí tzv. modifikovaná radiální mastektomie s exenterací axilly, spolu s aplikací cytostatické léčby a ozařováním.

Teoretická část práce rozebírá medicínskou podstatu zhoubného onemocnění prsu. Nosným tématem celého pojednání je komplexní rozbor ošetrovatelské a psychologické problematiky, při provedení závažného a složitého operačního zákroku. Nedílnou a podstatnou součástí ošetrovatelského přístupu je edukace pacientky.

Klíčová slova: nádorová onemocnění, strategie léčby, ablace a exenterace axilly, edukační proces, ošetrovatelská péče.

SUMMARY

HRADILOVÁ , Jirina: Nursing process applied to a patient with mamm a ablation
Baccalaureate (Bachelor) thesis of Jirina Hradilova – Medical College, o.p.s.,Prague
The level of professional qualification : Baccalaureate degree in General Nursing
The project supervisor (leader) : PhDr. Jana Hlinovska

Problems of tumoral diseases in today's medicine are seriously growing every day. In Czech Republic ,the oncological breast diseases together with gynaecological tumors have an increasing tendency in terms of percentages and in the long run they constitute the most common group from all female oncological diseases.

In breast tumors treatment strategy, surgical procedures play an integral part of comprehensive and holistic therapeutic approach

The main theme of this baccalaureate thesis is nursing care process and educational process with breast cancer patient. The focus is on clarification of the relevant surgical treatment problems with given oncological disease.

At present day, the most practiced surgical procedure is so called modified radical mastectomy with exenteration (removal) of axilla followed by cytostatic treatment and radiation therapy.

Theoretical part of my thesis deals with medical nature of malignant breast tumor
Carrying theme of the treatise is a complex analysis of nursing care and psychological problems associated with the complicated major surgical intervention.
Education of the patient is the essential ,integral part of the nursing approach.

Key words : tumoral diseases, strategy of treatment , ablation and exenteration of axilla, educational process, nursing care

OBSAH

Úvod.....	6
1. Problematika nádorů prsu	7
2. Karcinom prsu u žen	8
2.1 Etiologie a patogeneze	8
2.2 Rizikové faktory	8
2.3 Patologie	9
2.4 Klinické projevy.....	10
3. Diagnostika onemocnění	11
3.1 Specifická vyšetření	11
3.2 Staging	11
4. Terapie.....	13
4.1 Chirurgická terapie	13
4.1.1 Rekonstrukční operace	14
4.2 Radioterapie.....	15
4.3 Chemoterapie	15
4.4 Hormonální léčba.....	16
5. Problematika ošetrovatelské péče u onkologických pacientů	17
5.1 Bolestivý vzorec a jeho ovlivnění.....	17
5.2 Problematika metastatického postižení skeletu.....	18
5.2.1 Cíle ošetrovatelské péče při metastatickém postižení.....	19
5.3 Metastatické postižení mozku a páteřní míchy.....	19
5.4 Paraneoplastický neuromuskulární syndrom a neurotoxicita Onkologické léčby.....	20
5.5 Postižení měkkých tkání a svalových vláken a radiační terapie.....	22
5.6 Lymfedém	23
5.7 Shrnutí faktorů ovlivňujících ošetrovatelskou péči u onkologicky nemocných s karcinomem prsu.....	25
5.8 Principy ošetrovatelské péče a rehabilitace pacientek s karcinomem.....	26
5.9 Rehabilitační a ošetrovatelské ovlivnění lymfedému.....	28
5.10 Psychosociální péče v onkologii.....	28
6. Lékařská anamnéza.....	30

7. Ošetrovatelský proces.....	31
7.1 Fyzikální vyšetření sestrou.....	31
7.2 Vyšetření a laboratorní výsledky.....	32
7.3 Ošetrovatelská anamnéza dle modelu M. Gordonové.....	33
7.4 Průběh hospitalizace.....	35
7.5 Medikamentózní terapie.....	38
8. Ošetrovatelský proces dle modelu M.Gordonové.....	40
8.1 Seznam ošetrovatelských diagnóz dle Kapesního průvodce.....	40
8.2 Seznam ošetrovatelských diagnóz dle Nanda taxonomie II.....	41
8.3 Aplikované ošetrovatelské diagnózy.....	42
9.Edukační proces.....	50
10. Zhodnocení ošetrovatelské péče.....	52
Závěr.....	53
Seznam bibliografických odkazů.....	54
Seznam použitých zkratk.....	55
Seznam příloh.....	57
Příloha 1 – Bodymass index.....	58
Příloha 2 – Barthelův test základních všedních činností.....	59

Úvod

Tato práce vychází z mé praxe, kterou vykonávám na Klinice plastické chirurgie Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v Praze 10. Vznikla ve snaze objasnit problematiku ošetrovatelské péče o pacientky s karcinomem prsu. Využívám metodu ošetrovatelského procesu s důrazem na holistickou péči za využití koncepčního modelu Marjory Gordonové. K hlavním informačním zdrojům patří knižní publikace, pacientka, rodina, ošetřující lékaři, zdravotnická a ošetrovatelská dokumentace, atd.

Bakalářská práce je pomyslně rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části obecně popisují problematiku nádorů prsu u žen. V jednotlivých kapitolách se zabývám etiologií, patologií, diagnostikou a terapií nádorů – včetně seznámení se způsoby chirurgického rekonstrukčního řešení po operaci karcinomu prsu.

Část praktická je tvořena kazuistikou pacientky, která prodělala nádorové onemocnění prsu s následnou operační ablací mammy a exenterací axilly.

Popisují péči o pacientku, ošetrovatelské diagnózy a edukaci pacientky. Pacientka byla na naší klinice hospitalizována 10 dní.

Cílem této práce je navržení a realizování individuální ošetrovatelské péče u pacientky po ablaci mammy, prohloubení znalostí o problematice nádorů prsu u žen na základě studia literárních pramenů a odborných medicínských databází.

Touto cestou děkuji PhDr. Janě Hlinovské za vstřícnost, trpělivost, odbornou i metodickou pomoc a celkovou podporu, kterou mi poskytla při vypracování práce.

1. Problematika nádorů prsu

Karcinom prsu je nejčastějším zhoubným nádorem u žen. Před 20 rokem věku, je výskyt karcinomu prsu vzácný, poté jeho incidence narůstá s věkem. Každých 10 let stoupá jeho výskyt dvojnásobně až do menopausy a následně se dramaticky zvyšuje. Nejprudší vzestup výskytu je po 50 roce věku. Mortalita se zvyšuje, ale její vzrůst je méně strmý, než nárůst incidence. Pokles mortality se přisuzuje jednak důsledněji prováděnému screeningu, jednak úspěchům adjuvantní léčby. V incidenci i mortalitě jsou značné rozdíly. Nejvyšší výskyt je ve vyspělých zemích Evropy a Severní Americe. V Evropě se incidence snižuje od severu k jihu a od západu k východu. Rozdíly mezi zeměmi se zmenšují, ale incidence této choroby je v západních zemích stále 5- ti násobná oproti zemím Dálného východu. Výsledky studií výskytu karcinomu prsu u japonských přistěhovalců na Havaji a v USA ukázaly vyrovnání incidence mezi přistěhovalci a populací hostitelské země během 1 až 2 generací. Z uvedeného se usuzuje na větší význam faktorů prostředí proti genetickým faktorům.

Nádory prsu vznikají v anatomických strukturách mléčné žlázy, které tvoří žlázové těleso prsu, fibrosní a tuková tkáň. Z epitelu mléčné žlázy vzniká i převážná většina skutečných nádorů prsní žlázy, které mohou mít benigní povahu (papilomy, fibroadenomy). Vzácně mohou benigní nádory vznikat také z mezenchymových struktur (lipomy). Z maligních nádorů jsou nejčastější karcinomy, jejichž vzniku předchází atypická duktální nebo lobulární hyperplazie.

2. Karcinom prsu u žen

2.1 Etiologie a patogeneze

Karcinom prsu patří mezi tzv. hormonálně závislé nádory. Kancerogenní účinky se připisují zejména estrogenům, které indukují zvýšenou expresi některých růstových faktorů, patrně i onkogenů. Jejich produkty významným způsobem ovlivňují proliferativní aktivitu buněk. Za fyziologických okolností jsou tyto účinky v rovnováze s různými antiproliferačními působky. Rovnováhu může porušit trvalá estrogenní stimulace, nebo účinky jiných kancerogenních faktorů, (viz níže), působících různé genetické abnormality.

V některých genech vznikají během života i spontánní mutace, které za fyziologických okolností „umí buňka opravit“. Pokud se tak nestane, je důsledkem změna fenotypu buněk s následnými dysplastickými změnami.

V patogenezi karcinomu prsu se uplatní rovněž aktivita stimulovaných stromálních buněk, produkujících proteolytické enzymy a angiogenní faktory, které usnadňují růst nádoru a jeho metastazování. Je zřejmé, že vývoj karcinomu prsu je podobně, jako vznik jiných zhoubných nádorů dlouhodobý vícestupňový složitý proces. Od maligní transformace buňky do vzniku klinicky zjevného nádoru může uběhnout relativně dlouhá doba, neboť nádor o průměru 1 cm obsahuje již 10^9 buněk. Tato populace je výsledkem asi 30 buněčných zdvojení. Popsané mechanismy se uplatňují u převážné většiny, tzv. sporadických forem karcinomů prsu, tj.

u 75-80% nemocných. U 10-15% vzniká karcinom prsu na podkladě dědičných genetických změn.

Riziko onemocnění nádorem prsu je u přenašeček mutovaného genu značně vysoké (u žen židovského etnika až 80%). Hereditární karcinom prsu má odlišné biologické chování, vyskytuje se často oboustranně a vzniká většinou u žen mladších 35 let. Genetické abnormality jsou rovněž odpovědné za vznik familiárních karcinomů prsu.

Kromě zvýšené incidence karcinomu prsu, přinášejí genetické abnormality riziko vzniku dalších typů maligních nádorů. Výskyt karcinomu v rodině a genetické abnormality jsou tedy jedním z důležitých rizikových faktorů.

2.2 Rizikové faktory

Tyto faktory byly studovány na velmi početných souborech nemocných. Kromě již zmíněných genetických abnormalit, mezi ně patří i délka expozice estrogenů tj. časná menarche, pozdní menopauza a nuliparita. Ženy, u kterých proběhla menopauza po 55 roce věku, mají 2x vyšší riziko rozvoje karcinomu prsu než ženy s menopausou před 45 rokem věku. Naopak gravidita nebo nepravidelnosti v menstruačním cyklu riziko vzniku karcinomu snižují. Zajímavé je zjištění, že pozdní věk prvního porodu, po 35 roce věku, představuje vyšší riziko vzniku než nuliparita. Estrogeny se uplatňují nejen v patogenezi karcinomu, ale mají význam pro úroveň kostní remodelace. Nedostatek estrogenů vede k apoptoze osteoblastů a ke vzniku osteoporosy. Zvýšení kostní denzity u perimenopauzálních a

postmenopauzálních žen, může být známkou zvýšené produkce estrogenů a tím i markerem zvýšeného rizika karcinomu prsu.

Substituční léčba estrogeny, event. v kombinaci s gestageny, doporučovaná u žen po menopauze ke zmírnění klimakterických obtíží a jako prevence osteoporózy, může zvyšovat riziko vzniku karcinomu prsu až o 50%, ale až po 10-15letém užívání. Má se proto za to, že výhody této léčby předčí riziko zvýšeného výskytu karcinomu. Je nicméně vhodné, aby ženy pokud je jim substituční léčba doporučena, byly pod zvýšeným lékařským dozorem a byly pravidelně mamograficky vyšetřovány.

Další rizikové faktory

Řadíme sem jiná onemocnění prsu, zvláště cystické adenomy nebo duktální papilomy, kde hlavní riziko spočívá v tom, že v nepřehledném terénu mohou počínající nádorové změny snadno uniknout pozornosti. Ženy s epitelovou hyperplazií a buněčnými atypii mají až 5x vyšší riziko vzniku karcinomu.

Účinky ionizujícího záření

Mezi rizika vzniku nádoru patří taktéž účinky ionizujícího záření, např. u žen, které podstoupily ozáření pro nenádorové, (zánětlivé) afekce, nebo kde byl prs zavzat do ozařovaného objemu při léčbě jiného nádorového onemocnění. Dříve se mělo za to, že je potřeba uvážlivě indikovat opakovaná mamografická vyšetření u žen mladších 40-45 let, vzhledem k riziku velikosti dávky ionizujícího záření. Se zvyšující se technickou kvalitou mamografických přístrojů je dnes dávka používaného ionizujícího záření výrazně redukována a proto dříve existující riziko výrazně pokleslo.

Obezita

Obezita, zejména v menopauze, zvýšený příjem tuků a nedostatek fyzické aktivity se rovněž považují za rizikové faktory. Souvisí to s účinkem aromatáz tukové tkáně, které přeměňují nadledvinkové androgeny v estrogeny. Naproti tomu vliv kouření, abusus alkoholu, vliv chemických kancerogenů (polychlorované bifenyly pesticidy), nebo vliv užívání antikoncepce nebyly ve vztahu k výskytu karcinomu prsu jednoznačně doloženy.

2.3. Patologie

Karcinom prsu vzniká nejčastěji v oblasti terminálních lalůček prsní žlázy a z jejich vývodů. Vzniku karcinomu předchází atypická duktální nebo lobulární hyperplazie, ze které se v první fázi vyvinou neinvazivní formy karcinomu, označované jako „carcinoma in situ“.

Neinvazivní forma karcinomu prsu

Duktální forma carcinoma in situ (DCIS), vzniká proliferací transformovaných epitelových buněk duktálního systému a neproniká bazální membránou do periduktálního stromatu. Při mamografickém vyšetření potom vytváří obraz mikrokalcifikací. Vyskytuje se v různých histologických variantách (např. duktální, Pagetův, komedonový, diferencovaný papilární nebo solidní karcinom).

Lobulární forma carcinoma in situ (LCIS) vychází z epitelových buněk mamárních lobulů. Je charakterizován proliferací uniformních malých buněk v četných lalůčcích a působí tak jejich dilataci. Na rozdíl od duktálního karcinomu není diferencován mamograficky.

Invazivní formy karcinomu prsu

Existují různé formy lišící se výskytem a biologickým chováním. Infiltrující karcinomy se dělí do 2 hlavních skupin:

- 1) lobulární (např. mikroinvazivní karcinom, infiltrující lobulární karcinom)
- 2) duktální (invazivní infiltrující duktální karcinom je nejčastějším typem karcinomu prsu - cca 75% všech zhoubných nádorů prsu)

K méně častým formám duktálního karcinomu patří: tubulární, medulární, mucinozní, papilární, kordonový a inflamatorní (erysipeloidní) - nejagresivnější karcinom prsu.

Zhoubné nádory prsu se kromě lokálního invazivního růstu šíří jednak lymfatickou, jednak hematogenní cestou. Lymfatické metastázy jsou lokalizovány nejčastěji do regionálních lymfatických mízních uzlin, hlavně axilárních, nebo ve vnitřních mamárních uzlinách u nádorů z vnitřních kvadrantů.

Postižení nadklíčkových a podklíčkových uzlin se považuje za projev vzdálených metastáz. Nádorové buňky mohou být hormonálně dependentní, v závislosti na přítomnosti estrogenních a progesteronových receptorů. Nádory s vyšším výskytem steroidních receptorů, které lze stanovit biochemicky či imunohistochemicky, mají lepší prognózu a jsou ovlivnitelné hormonální léčbou. Stanovení stadia vychází z velikosti nádoru, stavu podpažních lymfatických uzlin a přítomnosti vzdálených metastáz. Prognosticky je důležité pořadí znaků - stadium nádoru, mikroskopický typ a pozitivita či negativita receptorů. Už v době diagnózy s negativním palpačním nálezem v podpažní jamce, lze přesto zjistit uzlinové metastázy u 50 až 70% nemocných.

Hematogenní šíření do kostí, plic, pleury, jater, ovaria, kůže, mozku, může nastat dokonce již u subklinického nálezu nádoru. Proto se na rakovinu prsu pohlíží jako na systémové onemocnění již od samého počátku. Tato skutečnost je důvodem pro široké použití systémové léčby, s jejími veškerými negativními vedlejšími účinky.

2. 4. Klinické projevy

V počátečních stádiích růstu nevyvolává karcinom prsu žádné výraznější klinické příznaky. Nádor větších rozměrů se projeví jako hmatná bulka, většinou nebolestivá. Na přítomnost nádoru v prsu může upozornit změna konfigurace prsu, zvětšení či retrakce se zmenšením nebo deformací prsu. Mohou být přítomny povrchové změny na bradavce charakteru vtahování kůže. Oploštění bradavky nebo její vpáčení, stejně jako sanquinolentní výtok z bradavky jsou již zpravidla projevem pokročilého onemocnění. Také celkové příznaky se zpravidla objevují teprve u pokročilého metastazujícího onemocnění.

Nejčastější jsou bolesti ve skeletu při metastatickém postižení, které jsou často nesprávně posuzovány jako vertebrogenní obtíže. Pro postižení skeletu svědčí tzv. hyperkalcemický syndrom.

Kromě úbytku hmotnosti, nechutenství či výskytu zvýšených teplot, může být karcinom prsu provázen i dalšími paraneoplastickými příznaky, např. dermatomyozitidou, neuromuskulárními syndromy nebo acanthosis nigricans.

Vzhledem k chybění charakteristických příznaků má mimořádnou důležitost aktivní a pravidelné samovyšetřování prsů.

3. Diagnostika onemocnění (přístrojová vyšetření, specifická vyšetření), staging

Základem vyšetřovacího programu je klinické vyšetření. Jeho součástí musí být rodinná i osobní anamnéza a celkové fyzikální vyšetření se zvláštní pozorností zaměřenou na prsy. Důležité je vyšetření pohledem i pohmatem. Nedílnou a nepostradatelnou součástí vyšetřovacího procesu je provedení adekvátního souboru zobrazovacích metodik. Mezi nimi má dominantní postavení mamografie, jejíž výtěžnost s klinickým vyšetřením je až 90%.

Ultrasonografie se zpravidla zařazuje jako orientační a doplňkové vyšetření před či po mamografii. Má vysokou senzitivitu, ale omezenou specifitu. Plní však nezastupitelnou roli při vyšetření podpažní jamky.

Počítačová tomografie (CT) je schopna posoudit změny v okolí maligního nádoru a jeho vztah k pektorální fascii, vyšetření je vhodné k odhalení metastatického postižení ve skeletu.

Magnetická rezonance (MRI) je spolehlivou metodou k odhalení metastáz v mozku a k vyloučení multifokálních ložisek v měkkých tkáních.

Nejnovější vyšetřovací metodou je PET (pozitronová emisní tomografie) s maximální výtěžností při celkovém rozlišení útvarů nádorového či nenádorového původu a diagnostikou metastáz ve vnitřních mamárních uzlinách.

U metastatického postižení je nutno použít i další zobrazovací metody např. RTG snímek plic (k vyloučení plicních metastáz), USG břicha (k vyloučení jaterního postižení), scintigrafie skeletu (k rozlišení a posouzení charakteru kostních metastáz).

3.1 Specifická vyšetření

- 1) Biochemické vyšetření zahrnuje standardní soubor testů (jaterní testy, urea, kreatinin, elektrolyty), jejichž výsledky sice nemají diagnostickou vypovídající hodnotu, ale mohou upozornit na aktivitu a průvodní komplikace základního onemocnění.
- 2) Hematologické vyšetření je důležité pro odhad tolerance a monitorování hodnot krevního obrazu při aplikaci protinádorové léčby.
- 3) Mimořádný význam se přikládá stanovení hormonálních receptorů, které se určují v cytosolu a imunohistochemicky v tkáňovém řezu.
- 4) Významné je vyšetření nádorových markerů (CEA, CA 15-3, TPA, katepsin D atd.), jejich stanovení má význam pro monitorování průběhu onemocnění.
- 5) Molekulárně biologické vyšetření se zaměřuje především na určení genové mutace.
- 6) Bioptické vyšetření patologického útvaru má rozhodující význam pro stanovení diagnózy a povahy nádoru.

3.2 Staging

Staging karcinomu prsu se určuje stanovením celosvětově používané TNM klasifikace. Vedle morfoloické diagnózy má určení TNM klasifikace zásadní význam pro volbu léčby. TNM klasifikace zhoubných novotvarů popisuje anatomický rozsah onemocnění, založený na stanovení tří složek: T (tumor) - rozsah primárního nádoru, N (noduli) - přítomnost či nepřítomnost a rozsah metastáz v regionálních mízních uzlinách, M (metastases) - přítomnost či nepřítomnost metastáz. Přiřazením číslíce k těmto písmenům je udán rozsah zhoubného nádoru (T0, T1, T2, T3, T4; N0, N1, N2, N3; M0, M1).

Prognostické a prediktivní faktory

Po stanovení diagnózy je zpravidla možné do značné míry odhadnout odpověď pacientky na různé modalitě léčby a posoudit pravděpodobnou odpověď na adjuvantní systémovou léčbu (prediktivní odhad). Současně je možné stanovit i pravděpodobné vyhlídky nemocné na dobu a kvalitu přežití (prognostický odhad).

Význam prognostických a prediktivních faktorů se překrývá, v literatuře je udáváno asi 750 různých faktorů dávaných do souvislosti s prognosou karcinomu prsu. Z nejdůležitějších vybírám: klinické stádium, postižení uzlin, velikost nádoru, věk a ovariální funkce, hormonální receptory, histologický typ nádoru, stupeň malignity, šíření do cév, ploidie DNA atd.

4. Terapie

V léčbě karcinomu prsu se využívá všech dostupných léčebných modalit. K adekvátnímu a co nejlepšimu léčebnému výsledku je nutná multidisciplinární a týmová spolupráce všech odborníků různých oborů podílejících se na léčbě.

Léčebné modality u karcinomu prsu

- 1) chirurgická léčba
- 2) radioterapie
- 3) chemoterapie
- 4) hormonální terapie
- 5) metody na podkladě molekulární biologie (biomodulační léčba), mající různorodou formu, jejichž společnou charakteristikou je zásah do biologických pochodů, které se podílejí na vzniku nádorového onemocnění.

Nejvýznamnější je ovlivnění imunitních reakcí tzv. imunoterapie. Jejím cílem je obnovit protinádorovou imunitu a zapojit ji do léčby. Oproti radioterapii a chemoterapii ničí většinou buňky nezávisle na jejich generačním cyklu.

4.1 Chirurgická léčba

Předpokladem kurativního účinku chirurgického přístupu, je pokud možno dokonalé odstranění nádoru s lymfadenektomií a histopatologickým vyšetřením uzlin. Chirurgický výkon většinou není definitivním léčebným řešením, neboť většina solidních nádorů prsu má v podstatě charakter systémového onemocnění, které nelze léčit použitím jedné lokoregionální metody. Právě multimodální léčebné přístupy, umožnily odklon od superradikálních výkonů (Halstedova radikální mastektomie s exenterací axily) a přináší lepší léčebné výsledky (Dražan, 2006).

Operační odstranění je u nádoru prsu nejstarším léčebným přístupem. V roce 1882 navrhnul Halstedt radikální mastektomii s exenterací axily. Vycházel z představy, že jediný způsob šíření nádoru se děje lymfatickou cestou a snažil se proto o co nejúplnější odstranění primárního nádoru i všech lymfatických uzlin.

Výkon zahrnoval odstranění mléčné žlázy, obou pectorálních svalů, lymfadenektomii všech tří etáží mízních uzlin v axile a resekci thorakodorzálního nervově-cévního svazku.

Ani tento radikální výkon však nedovedl často zabránit progresi onemocnění a měl pro nemocnou těžké funkční následky. Proto se postupně ubíralo na radikalitě výkonu.

Dnes je nejrozšířenějším operačním výkonem modifikovaná radikální mastektomie, (podle Pateyho), s odstraněním axilárních uzlin první a druhé etáže, (požadavek je na minimální odstranění minimálně 10 uzlin ze 45-48 uzlin podpažní jamky).

Kombinace chirurgické léčby s dalšími metodami umožnily další odklon od radikality zavedením tzv. záchovných operací, tj. operačních výkonů šetřících prs. Pro výběr k těmto výkonům jsou jasně definovaná kritéria.

Do skupiny těchto výkonů patří kvadrantektomie (segmentální mastektomie), tj. vynětí příslušného kvadrantu prsu s nádorem. Dalším používaným výkonem je tumorektomie, (lumpektomie), znamenající pouhou extirpací nádoru zasahující nejméně 1 cm lemlem do nepostižené tkáně. Axilární lymfadenektomie se poté provádí z druhé operační incize.

Neradikální operace prsu je nutné doplnit radioterapií k profylaxi lokální recidivy základního onemocnění. U žen, které podstoupily amputační výkon na prsu a jsou 2-5 let po ukončené onkologické léčbě bez známek základního onemocnění, lze v závislosti na vhodných předpokladech zvážit indikaci k provedení rekonstrukční operace prsu.

Další chirurgické postupy v léčbě karcinomu prsu

Ovariektomie se užívá jako modalita hormonální léčby u premenopauzálních pacientek s diseminovaným onemocněním.

Profylaktická bilaterální mastektomie je indikovaná u pacientek s pozitivní rodinnou anamnézou a počínajícími přestavbovými změnami mléčné žlázy, dále u nálezů tzv. karcinoma „in situ“ (Dražan, 2006).

4.1.1 Rekonstrukční operace prsu

Rekonstrukce ženského prsu po mastektomii se stala v posledních letech uznávaným léčebným postupem v terapeutickém konceptu karcinomu prsu. Se zvyšujícím se počtem časných diagnóz, zejména u mladých žen, získává rekonstrukce prsu také stále větší rehabilitační význam, ve smyslu navrácení postižených žen do osobního i společenského života.

Účelem každé rekonstrukce je znovuobnovení celistvosti hrudníku, tj. odstranění deformace vzniklé předchozím resekcí (Dražan, 2006)

Rekonstrukce implantáty

Rekonstrukce prsu implantáty je atraktivní především proto, že představuje jednu až dvě kratší operace, bez potřeby odběru laloku na vzdáleném místě a s tím spojené morbidity tohoto odběrového místa. Implantáty jsou výhodné zejména u menších pevných prsů s minimální ptózou a zejména u pacientek s oboustrannou mastektomií. Nevýhodou implantátů je tvorba vaziva kolem implantátu (vazivového pouzdra) a možnost jeho srašťování s následnou změnou tvaru, velikosti a polohy prsu (Dražan, 2006).

Rekonstrukce fyziologickou tkání

Výhody těchto rekonstrukcí spatřujeme především v tom, že prs vytvořený lalokem se navždy stává integrální součástí těla pacientky a nemohou nastat komplikace s kontrakturou vaziva kolem implantátu. Protože jde převážně o svalovou a tukovou tkáň s vlastní cirkulací, nedochází k pozdním tvarovým změnám, tkáň nemůže být časem odloučena a jedinou změnou, ke které může dojít, je růst či pokles objemu prsu při celkovém hubnutí či zvýšení tělesné hmotnosti.

Mezi nevýhody autologní rekonstrukce patří především větší operační zátěž, riziko ztráty laloku nebo jeho části při poruchách cirkulace lalokem a riziko pooperačních komplikací v místě odběru laloku (dehiscence rány, vyklenutí okrajů rány, vyklenutí či kýly břišní stěny).

Rekonstrukce kombinací implantátu a místního laloku

Kombinace implantátu a místního laloku představuje výhodnou variantu rekonstrukce pro jednoduchost zákroku, s možností nahradit do určité míry chybějící kůži. Nevýhodou tohoto postupu je možnost vytvoření kapsulární kontrakce a relativně omezená možnost rekonstruovat prs libovolné velikosti, tvaru a přirozené ptózy (Dražan, 2006).

4.2 Radioterapie

Radioterapie má v komplexní léčbě karcinomu prsu své pevné místo. Omezení léčby je dáno lokoregionálním účinkem záření a poněkud omezenou senzitivitou karcinomu prsu.

Radioterapie s kurativním záměrem je možná jen u ohraničených nádorů ve formě adjuvantní radioterapie z vysokofrekvenčních zdrojů záření (lineární urychlovače, izotopové zářiče). Indikována je jako doplněk konzervativních operačních výkonů u nádorů větších než 5 cm, nebo u pacientek ve 3. klinickém stádiu onemocnění.

Záření se zahajuje do 6 měsíců po ukončení chemoterapie.

Paliativní radioterapie se užívá ve formě neoadjuvantního ozáření s cílem zmenšení nádoru. Je nepostradatelnou metodou u lokálně pokročilých nádorů, neodpovídajících na systémovou léčbu a u léčby metastáz.

4.3 Chemoterapie

Karcinom prsu je citlivý k široké škále cytostatik. Význam chemoterapie je dán jejím systémovým účinkem. Zásadní důležitost je dána citlivostí nádoru k chemoterapii, avšak s nejvýznamnějším vedlejším účinkem, kterým je toxicita této léčby.

Nejčastější formou podání cytostatika je systémová aplikace per orálně nebo intravenosně. Další formou může být regionální či lokální aplikace chemoterapie.

V klinické praxi se používá převážně kombinovaná chemoterapie s aplikací několika druhů cytostatik. U lokalizovaných forem onemocnění se adjuvantní chemoterapie podává s kurativním záměrem, u pokročilých a metastatických forem onemocnění jako léčba paliativní.

Adjuvantní chemoterapie je léčba druhého sledu po předchozí chirurgické léčbě. Jejím cílem je likvidace tzv. zbytkového nádoru. Před menopauzou je indikována u všech nemocných s pozitivními uzlinami. Není nutná u karcinomu „in situ“ a u nádorů menších než 1 cm, bez postižení uzlin.

Neoadjuvantní chemoterapie má uplatnění u žen s pokročilým, velkým primárním nádorem omezené operability. Cílem je zmenšení nádoru event. redukce uzlin a tak zlepšení operability nebo umožnění dalších zachovných operací.

Paliativní chemoterapie je hlavní léčebnou metodou u diseminujícího onemocnění. Může navodit různě dlouho trvající remisi. Používají se různé varianty chemoterapie.

Regionální intraarteriální chemoterapie je často indikována k léčbě jaterních metastáz.

Lokální chemoterapie má příznivý účinek na léčbu kožních metastáz.

4.4 Hormonální léčba

Jejím principem je prokázaná závislost růstu nádoru na produkci ženských pohlavních hormonů. Uvnitř nádorových buněk jsou přítomny receptory pro steroidní hormony. Tyto byly prokázány nejen u karcinomu prsu ale i u karcinomu prostaty, děložního těla, v omezeném množství i u jiných druhů nádorů.

Nejvýznamnější postavení mají estrogeny, které regulují diferenciaci a proliferaci nádorových buněk. Cílem léčby je potlačení účinku estrogenů.

Indikuje se jako paliativní léčba u hormonálně senzitivních nádorů v pokročilém stavu, u karcinomu prsu žen, po přirozené nebo arteficiální menopauze, jako adjuvantní léčba po předcházející operaci prsu. Dle posledních studií, je podávání hormonů předoperačně, výhodné pro další průběh nemoci.

Profylaktická hormonální léčba u postmenopauzálních žen snižuje riziko recidivy nebo vzniku karcinomu v druhém prsu. V protinádorové léčbě se užívá zejména steroidních hormonů tj. estrogenů, glukokortikoidů, progestinů. Biomodulační léčba (imunoterapie) má rozmanitou formu, její společnou charakteristikou je zásah do biologických pochodů, které se podílejí na vzniku nádorového onemocnění. Nejvýznamnějším cílem je ovlivnění imunitních reakcí, obnovení protinádorové imunity a její zapojení do léčby vlastního onemocnění.

Oproti radioterapii a chemoterapii ničí většinou buňky nezávisle na jejich generačním cyklu.

5. Problematika ošetrovatelské péče u onkologických pacientů

5.1 Bolestivý vzorec a jeho ovlivnění

Bolestivý syndrom je přítomen u 30-50% pacientů s primárním onkologickým onemocněním bez metastatického rozsevu, ale až u 90% pacientů s pokročilým nádorovým onemocněním. Léčebná strategie spočívá ve správném výběru farmakologické i nefarmakologické léčby.

Rozlišení mezi akutní a chronickou bolestí, typem bolesti, intenzitou, lokalizací a vlivem bolesti na různé denní činnosti a spánek má důležitý vliv na úspěch terapie

Chronická bolest u onkologických pacientů převládá a je nejčastějším příznakem. Její ovlivnění je značně složité pro fixovaný centrální bolestivý vzorec. Postihuje až 90% pacientů s pokročilým diseminovaným onkologickým onemocněním. Působí nejen ve sféře fyzické a emocionální, ale i v oblasti existenčně sociální (např. návrat do zaměstnání).

Bolest a obecně všechny subjektivně nepříjemné příznaky, vedou cestou společných neuromediátorů, (neurokininy, substance P, noradrenalin, atd.), k depresivnímu ladění a poté cestou poruchy v thalamo-hypothalamické oblasti, ke zhoršení funkce autonomního nervového systému s poklesem imunity. Tato fyziologická reakce je mnohonásobně potencována u onkologických pacientů.

U 65-75% pacientů vzniká bolest následkem invaze nádorového procesu do viscerálních orgánů, měkkých tkání, nervových struktur ev. infiltrací kostní tkáně.

U 15-25% pacientů je přítomna bolest na podkladě chirurgické, radiační a cytostatické léčby s následným poškozením nervových struktur, vznikem steroidního pseudorevmatismu, aseptických kostních nekrot, mukozitidy, fibrózních změn ve tkáních, píštělí, dráždivých jizev atd.

U 5-10% pacientů bolest nesouvisí s onkologickou problematikou.

Dělení onkologické bolesti dle patogenních mechanismů

1. nociceptivně somatická bolest vznikající drážděním mechano, termo a chemoreceptorů v postižené tkáni, kůži, podkoží a periostu např. kostními metastázami.
2. neuropatická bolest provázející paraneoplastické syndromy, toxické polyneuropatie apod.
3. deafferentační bolest při prorůstání nádoru do nervového kořene, plexu či periferního nervu, event. jako postchirurgický bolestivý syndrom při poškození kožních a hlubokých nervů, nebo jako fantomové bolesti, postamputační kausalgie
4. reaktivní bolest
5. psychogenní bolest

V závislosti na individuálním prahu bolesti a psychologickém stavu, má bolest složku nervově senzoričnou, kognitivně vyhodnocovací a emoční.

Farmakologický přístup ovlivnění bolesti vychází z doporučeného schématu WHO - neopioidní analgetika až silné opioidy, spolu s adjuvantním užitím antidepressiv, psychostimulancií, bifosfonátů, kortikoidů atd.

Hlavním problémem analgetické léčby je poddávkování, dle statistik bylo v r. 2001 v USA farmakologicky nedostatečně léčeno až 80% pacientů s pokročilým onkologickým onemocněním. Bariérou účinné analgetické léčby je neznalost základních pravidel analgetické farmakoterapie, strach z tolerance vůči opiátům, z psychického návyku, z deprese dýchacího centra apod.

U chronické bolesti rezistentní na opiáty se relativně běžně ve vhodné indikaci a s přihlédnutím k prognóze, používají:

a) anesteziologicko-chirurgické výkony, např. somatické a sympatické nervové blokády, epidurální či subarachnoidální anestezie s aplikací opiátů a anestetik k ovlivnění spinálních i centrálních receptorů, chemická neurolyza (alkoholem) a radiační neurolyza.

b) individuální epidurální katetry s automatickým dávkovačem nebo portem vyvedeným na kůži

Vzácné neurochirurgické výkony v onkologii užívané k ovlivnění bolesti v závislosti na prognóze nemocného:

a) SCS- (spinal cord stimulation)- epidurální vpich v etáži Th 7/9, elektroda se zavádí do vyšších etází k Th 5/7, v principu jde o elektrostimulaci dorzálních drah, (baterie vydrží 5 let)

b) DREZ- (dorsal root entry zone) se provádí v oblasti C p., principem je spálení vstupní zóny kořene v míše (přerušení prvních vrátek)

c) termolýza míšních drah v centrálním kanále

Zcela vyjíměčně jsou v onkologii užívané neurochirurgické ablativní stereotaktické procedury např. analgetická hypofyzektomie, thalamectomie, anterolaterální chordotomie, komisurální myelotomie, spinální traktotomie, rizotomie, cingulotomie.

Zvyšuje se četnost využití metodik psychologického ovlivnění chronické bolesti, s využitím modulace dolního prahu bolesti. Využívají se behaviorální a kognitivní strategie, relaxační metody a autogenní trénink, biofeedback, hypnóza aj.

5.2 Problematika metastatického postižení skeletu

Kostní metastázy se vyskytují nejčastěji u pokročilých karcinomů prsu, plic, prostaty, ledviny a štítné žlázy. Častá je rozsáhlá infiltrace kostní dřeně u hematologických malignit (např. leukémií, mnohočetného myelomu, maligních lymfomů). Nejčastěji jsou postiženy obratle, pánevní skelet, femur, žebra a lebeční kost. Klinicky je přítomna různě intenzivní bolest, lokální nestabilita a variabilní neurologická symptomatologie

Kostní metastatický proces může mít charakter lytické nebo plastického leze event. charakter smíšeného postižení. Lytické léze jsou typické u tumorů prsu, plic, ledvin,

gastrointestinálního traktu, neuroblastomu, lymfomu a melanomu. Plastické léze jsou typické pro ca prostaty. Oba typy se mohou vyskytovat současně u jednoho typu tumoru.

Karcinom prsu je dle celosvětových statistik zodpovědný za 30-50% všech patologických fraktur dlouhých kostí. Více než polovina z nich je lokalizována v proximálním femuru. Vyšší riziko fraktury je v intervalu 6-8 týdnů po analgetické radiaci, vzhledem k nekrose tumoru a tím zvýšené fragilitě kostní tkáně.

5.2.1 Cíle ošetrovatelské péče při metastatickém postižení skeletu

1. Maximální možná stabilizace osového orgánu se zaměřením na biomechaniku trupu a končetin, se zachováním maximálního možného stupně pohyblivosti a funkce postižené oblasti.
2. Zkrácení imobility nemocného vzhledem k negativním důsledkům pro organismus jako celek se vznikem svalové atrofie a následné hypotonie, ztrátou kondice a funkční zdatnosti kardiovaskulárního aparátu s rizikem tromboembolických komplikací, hyperkalcémií a vznikem hypokinetického syndromu.
3. Návuk substitučních mechanismů a náhradních pohybových dovedností s vybavením pacienta adaptačními pomůckami.
4. Zvážení možností modifikace okolního prostředí (byt, bariéry).

5.3 Metastatické postižení mozku a páteřní míchy

Do CNS nejčastěji metastazují karcinomy plic, prsu a maligní melanom, méně často hematologické malignity a nádory urogenitálního traktu.

Až 80% metastáz je lokalizováno intracerebrálně a cca 40% v oblasti mozkových plen.

Postižení míchy metastatickým procesem, je asi v 70% lokalizováno do oblasti Th páteře, ve 20% v oblasti L/S páteře a v 10% v oblasti C páteře.

Asi u 5 ti % pacientů jsou přítomny klinické známky míšní komprese. Až v 95% se tumor šíří epidurálně, s klinickými příznaky zvýšení bolesti při zvýšení intraabdominálního tlaku, bolestivé iritace při flexi v krční a bederní páteři na podkladě protažení mening.

Klinická symptomatologie je výrazně variabilní - od ložiskových neurologických příznaků, přes parézy, plegie, bolesti hlavy, zrakové poruchy až různé stupně poruchy vědomí

Terapie akutního neurologického stavu spočívá v aplikaci kortikoidů, podání chemoterapie a radioterapie CNS. Při solitárním výskytu metastázy je možná neurochirurgická intervence v jednoznačných indikacích i ošetření Leksellovým gamanožem.

Klinika u míšního metastatického postižení se projevuje jako progredující slabost, porucha autonomních funkcí, zprvu s motorickým deficitem a později senzoricou poruchou. Terapie spočívá v ovlivnění bolesti, aplikaci kortikoidů, radioterapii, chemoterapii v indikovaných případech s provedením dekompresního a stabilizačního operačního výkonu

5.4 Paraneoplastický neuromuskulární syndrom a neurotoxicita onkologické léčby

Nedílnou problematikou léčby onkologických pacientů je vznik komplikací vzniklých na podkladě aplikace cytostatik, radioterapie, imunoterapie, eventuelně biologických faktorů.

Vývoj farmakoterapie a zlepšení podpůrné léčby, umožňuje zvyšování dávek cytostatik a tím prohloubení jejich neurotoxicity i ostatních vedlejších účinků.

Paraneoplastický syndrom zahrnuje velmi širokou škálu symptomů a syndromů např: syndrom subakutní cerebelární degenerace, periferní motorické a sensorické neuropatie, poruchy neuromuskulárního spojení, organickou demenci a reflexní sympatickou dystrofii. Velmi časté jsou zánětlivé, karcinoidní, steroidní proximální myopatie a kachektická slabost.

Cereberální syndrom

Aplikace cytostatik v určitých režimech může vést k akutní cerebelární toxicitě s časným nástupem klinických příznaků, někdy i v průběhu několika dní. Většinou je cerebelární syndrom přechodný a mizí s ukončením chemoterapie.

Těžký až nezvratný cerebelární syndrom je statisticky v 8-20% po aplikaci vysokých dávek chemoterapie.

Klinicky se manifestuje ataxií trupu a končetin, dysartrií, nystagmem. Patofyziologicky je prokázána ztráta Purkyňových buněk v mozečku. Patogeneza není zatím známá.

Méně často může dojít k výskytu encephalopatie s klinicky dominující spavostí, letargií, hlavně při aplikaci vysokých dávek cytostatik. Klinické příznaky většinou mizí ihned po ukončení aplikace cytostatik.

Intratekální aplikace způsobuje míšní toxicitu se vznikem myelopatie, s postupnou ztrátou neurologických funkcí během několika dní. Statisticky se uzdraví jen polovina takto postižených pacientů. Vyjimečně může myelopatie vzniknout již během několika minut, většinou se však obtíže objevují po dnech a vyjimečně týdnech od aplikace onkologické léčby. Histologicky se v míšní tkáni prokazují ostrůvky nekrózy- nejčastěji podél periferie nervů, dále je přítomen axonální otok spolu s demyelinizací a zvýšení hladiny myelinu v cerebrospinalní tekutině.

Periferní polyneuropatie je vůbec nejčastějším vedlejším projevem cytostatické léčby. Vyskytuje se v rámci paraneoplastického syndromu u celé řady malignit. Je potencována aktinoterapií a nutričním deficitem. Téměř vždy se u onkologických pacientů léčených chemoterapií a radioterapií vyskytuje mírná reverzibilní forma senzomotorické neuropatie.

Patogeneza - příčiny vzniku polyneuropatie není jednoznačně známá, ale předpokládá se, že nejdůležitější příčinou vzniku je toxické poškození axonálního transportu cytostatiky s ovlivněním funkce axonálních mikrotubulů a následnými metabolickými změnami až zánikem axonu. Periferní polyneuropatie je nejčastěji charakterizována symetrickým senzitivně-motorickým postižením s primárním poškozením neuritů jednotlivých axonů.

EMG vyšetření prokazuje fibrilace nebo polyfázické motorické jednotkové potenciály.

Neuropatologický podklad polyneuropatií

Dle užití chemoterapie jsou predilekčně postiženy jednotlivé typy nervových vláken. Nejčastěji jde o toxické postižení myelinu velkých (silných) senzoričkových nervových vláken, s následnou poruchou propriocepce, vibračního cití, s poruchou hlubokých reflexů, klinicky se projevující jako syndrom senzitivní ataxie s následnou poruchou rovnováhy, ataxií při chůzi. Objektivně je přítomno snížení šlachookosticových reflexů, porucha hlubokého, částečně i taktilního cití a porucha polohocitu i pohybecitu. Porucha propriocepce vede k oslabení kloubních, protektivně senzitivních mechanismů s možným degenerativním odrazem na chrupavkách kloubů.

Při poškození myelinu malých (tenkých) senzoričkových nervových vláken odpovídajících za vedení bolesti a termocit, jsou dominujícími klinickými příznaky hluboká bolest tupého až palčivě-pálivého charakteru, (vznikající již při lehkém doteku charakteru hlazení). Objektivně je přítomna porucha termického, taktilního i algického cití, minimálně nebo vůbec je postiženo vibrační cití, šlachookosticové reflexy nejsou sníženy. Jen ojediněle se vyskytuje čistě motorické nebo čistě senzitivní postižení.

Motorické neuropatie jsou provázány poruchou přenosu vzruchů v aferentní části reflexního oblouku s následnou postupnou izolovanou ztrátou nižších motorických neuronů s různým stupněm postižením motorických funkcí.

Senzitivní neuropatie jsou provázány zánětlivou reakcí a neuronálním poškozením v zadních kořenech ganglií.

Většinou je charakter periferní neuropatie reverzibilní nebo alespoň částečně reverzibilní. Objevují se dysestezie, poruchy termocitu, pseudoparetické postižení akrálního svalstva, poruchy rovnováhy, instabilita. Dochází ke změnám charakteru vnímané bolesti, s rozvíjejícími se bolestivými křečemi, svalovou únavou a dysestesemi akrálního svalstva HK i DK, s variabilní klinikou parestézií, hypestezií (punčochovitého a rukavicového charakteru). Vlivem opakovaných cytostatických dávek se zvyšující se toxicitou, může dojít až k postižení kořenového, trupového i mimického svalstva. Trofické kožní změny nejsou časté a vyskytují se spíše jako součást jiného vedlejšího onemocnění.

Nástup klinických obtíží je různý, může být velmi časný (řádově v desítkách minut), ale většinou je v intervalu dnů až týdnů od podání cytostatika. Pacienti po onkologické terapii velmi často udávají pocit nejistoty při chůzi a necitlivost rukou.

Statisticky je u cca 11% pacientů prokázán nástup klinických obtíží po podání chemoterapie v časovém odstupu dnů. Až u 65% pacientů, se různá forma a intenzita obtíží objeví po uplynutí 3 měsíců od podání cytostatik. Častější poškození periferních nervových struktur oproti CNS patrně vysvětlují nálezy elektronové mikroskopie, které opakovaně prokázaly přítomnost až 20x vyššího množství cytostatik, v periferních nervech a spinálních gangliích oproti mozkové tkáni.

U pacientů s jinou formou neuropatie, (DM, M. Charcot-Marie Toth, u pacientů s dysfunkcí štítné žlázy, u hypovitaminosy B, u alkoholové polyneuropatie), se klinické symptomy objevují již při výrazně menších dávkách aplikovaných cytostatik.

5.5 Postižení měkkých tkání a svalových vláken a radiační terapie

Samotný růst nádorové tkáně vede k významným metabolickým a biochemickým změnám na buněčné úrovni, s patologickými odchylkami v enzymatických řetězcích svalových buněk, výskytem mikroangiopatií a přestavbě ev. atrofii svalových buněk.

Postižením zdravých tkání nádorem spolu s event. operačním výkonem vzniká rozsáhlá škála poškození s odrazem v přestavbě svalového vlákna, kontraktilitě a timingu zapojení svalů.

Tyto změny jsou potencovány aktinoterapií s nasedajícím poškozením jak kožního krytu, podkoží, ale i fascií a svalových vláken, s následnou ztrátou přirozené elasticity, přestavbou a atrofií uvedených struktur.

Negativní vliv na strukturu měkkých tkání má aplikace chemoterapie, kterou doprovází ztráta chuti k jídlu, nevolnost, zvracení, snížená kondice a malnutrice s projevy periferní neuropatie. Onkologické onemocnění je stresujícím faktorem a vede ke snížení prahu bolesti a zvýšenému svalovému napětí.

Radiační terapie

Formy aplikace:

1. radikální (redukce tumoru, ozáření po chirurgickém výkonu v místě původního tumoru)
2. paliativní (potlačení symptomů bolesti při metastázách v mozku, skeletu nebo prevence komplikací např. syndromu horní duté žíly, patologických fraktur)

Vedlejší účinky radioterapie se dělí na časné a pozdní

1. časné: leukopenie, trombocytopenie, únava, deskvamace buněk, změny na sliznicích (snížení salivace, mukozitis, ztráta citlivosti chuťových buněk), nauzea, vomitus, anorexie. Časté jsou poradiační esophagitidy, proktitidy, cystitidy i amenorhea či ztráta libida.

2. pozdní: velmi častá je fibróza měkkých tkání s kontrakturami, kožní atrofie nebo ulcerace, osteonekrozy, lymfédém, plicní fibrozy, gastrointestinální striktury nebo chronická cystitida a nefritida. Vyjímkou nejsou transverzální myelitidy, mozkové nekrózy, xerostomie, poruchy sluchu a zraku, endokrinní insuficience a pozdní malignity

Z psychologického hlediska nelze opominout možnost vzniku impotence u mužů a sterility u žen.

Současná aplikace chemoterapie a aktinoterapie vzájemně potencuje toxické účinky.

Neurotoxicita radioterapie v časové posloupnosti:

1. časná, která je výjimečná.
2. subakutní - vznik encefalopatie na podkladě demyelinizace nervových buněk po ozáření CNS (v prvních 8 měsících po aktinoterapii). Klinické projevy jsou variabilní, většinou s dobrou odpovědí na kortikoidy a velmi často reverzibilní.
3. chronická - manifestující se jako opožděná radiační encefalopatie na podkladě

koagulační nekrózy bílé hmoty mozkové, vznikající 1-2 roky po léčbě s malou odpovědí na podání kortikosteroidů.

Po ozáření CNS může dojít až k mozkové atrofii se ztrátou paměti a kognitivní dysfunkcí.

Svalová tkáň a radioterapie

Svalové buňky jsou považovány za relativně odolné vůči účinkům radioterapie, i když aplikace vyšších dávek, (nad 50 Gy), může způsobit pozdní toxicitu ve svalových buňkách. Rané (brzké) účinky radioterapie na svalové buňky nejsou běžné.

Pozdní účinky se objevují několik měsíců až rok od ukončení radioterapie. Klinicky se objevují svalové kontrakce, oslabení svalové síly event. až patologické zlomeniny.

Radiační poškození míchy

Mícha je z hlediska radiosenzitivity citlivější než mozková tkáň. V klinice je používáno členění dle Reagana:

1. typ - přechodná forma tzv. Lhermittův syndrom, (často u pacientů po aktinoterapii ORL oblasti), se vyskytuje do 4 měsíců po ozáření, přetrvává týdny až měsíce a je charakterizována paresteziemi končetin a tzv. "elektrickými šoky" podél páteře do končetin.

Obtíže jsou provokovány flexí krku, klinické projevy jsou reverzibilní. Podkladem je demyelinizace neuronu a poté zvýšená citlivost obnaženého axonu.

2. typ - je charakterizován chabou obrnou dolních končetin, bez poruchy citlivosti, jako důsledek poškození předních rohů míšních.

3. typ - s rychle se rozvíjejícími příznaky paraplegie a kvadruplegie v důsledku infarktu míchy a radiačních změn na cévách míšních splavů.

4. typ - chronická progresivní postiradiační myelopatie je nejčastější formou radiačního poškození míchy. Klinika se rozvíjí postupně s únavou, slabostí, paresteziemi, bolestmi HK, DK, poruchami chůze, až úplnou spastickou nebo chabou parézou. Prognóza je špatná.

Radiační poškození míchy se může manifestovat jako různé klinické jednotky např. transverzální myelitis, opožděná radiační myelopatie (v intervalu 9-18 měsíců po ozáření), klinickými příznaky charakteru Brown-Sequard syndromu, radikulární bolestí, sfinkterovými dysfunkcemi sdruženými s poruchou horního motoneuronu, vyjimečně i s poruchou dolního motoneuronu. V intervalu měsíců až let po ozáření míchy, se může manifestovat radiačně indukovaná brachiální nebo lumbální plexopatie.

5.6 Lymfedém

Je častá komplikace onkologických nemocných. Etiologicky se uplatňuje blokáda odtoku lymfy vlivem operačního výkonu, tlakem nádorových hmot nebo radiační fibrózou.

„Včasná diagnostika lymfedému má rozhodující význam pro úspěšnou léčbu tohoto onemocnění a tím i jeho prognózu. Úspěšná léčba mízního odtoku je podmínkou plnohodnotného života. Právě pro onkologicky nemocné má zásadní význam kvalita života po radikální léčbě maligních onemocnění.“ (Bechyně, 1993 s. 8).

Nejpočetnější skupinou jsou pacientky s nádorem prsu a následným operačním výkonem včetně exenterace axily a poté aktinoterapií na oblast hrudní stěny a spádových uzlin.

Druhou častou skupinu tvoří pacientky s gynekologickými tumory po operačních výkonech s následným ozářením pánevních a inguinálních uzlin. Další skupinou jsou pacienti po lymfadenektomii u karcinomu prostaty, s tumory ledvin, sarkomy měkkých tkání event. po intravenózní aplikaci chemoterapie.

Patogeneza lymfedému: podkladem je snížení transportní kapacity makromolekulárních látek lymfy a jejich hromadění osmotickou vazbou ve tkáních. Ke vzniku může dojít i při zachovalé kapacitě lymfatického systému, ale nadměrné tvorbě tkáňového moku.

Makromolekulární bílkovinné látky nakumulované v intersticiu mění svůj stav, rozpadají se, přeměňují se ve fibrinová vlákna a vytváří fibrinovou síť. Do této tkáně pronikají fibroblasty, dochází k ukládání kolagenu a při delším trvání lymfedému k fibróze s další progresí stavu.

Lymfedém narušuje metabolismus, hlavně oxidační procesy v buňkách. Tím se zhoršuje odstraňování produktů látkové výměny a oslabuje přísun i pohyb lymfocytů i makrofágů. Dochází tak k narušení imunitních reakcí.

Velikost lymfedému může dosahovat až „sloních“ objemů s útlakovou parézou akra končetiny.

Z terapeutického hlediska rozlišujeme:

- a) reverzibilní stádium edému (měkký otok, negativní Stemmerovo znamení, tj. lze vytvořit řasu na prstech a „důlek na kůži“).
- b) ireverzibilní stádium edému (trvalý otok, pozitivní Stemmerovo znamení, se vznikem fibrotizace, sklerózou až deformitami).

Terapie lymfedému:

1. manuální lymfodrenáž - má za cíl podporu dosud zachované vstřebávací a transportní funkce lymfatického systému, stimulaci makrofágů a zvýšení počtu monocytů ve tkáni, (nevýhodou je velká časová náročnost)
2. mechanoterapie pomocí tlakové masáže - (tzv. pressoterapie)
3. vakuum - kompresivní terapie
4. speciální techniky kompresivního bandážování, které se užívají u reverzibilního i ireverzibilního stádia lymfedému, slouží k udržení dosaženého objemu končetiny, ale nelze je použít k normalizaci objemu.
Je vhodnou technikou ve 2 fázi terapie, kdy je objem končetiny konstatní, (používané elastické bandáže mají vysoký klidový tlak a nízký pracovní tlak).
5. speciální sestavy cviků dle MUDr. Bechyněho, jsou součástí technik navazujících bezprostředně na manuální lymfodrenáž, (cvičební jednotka se provádí hlavně ráno a večer).

Režimová opatření: dodržování zásad polohování postižené končetiny, péče o kožní kryt, nepřetěžování končetin s nutnou vhodnou pohybovou aktivitou.

Farmakoterapie v principu využívá dlouhodobé podávání enzymoterapie a benzopyronů. V indikovaných případech je možné mikrochirurgické řešení lymfaticko-cévními anastomozami.

5.7 Shrnutí faktorů ovlivňujících ošetrovatelskou péči u nemocných s karcinomem prsu

1. masa nádorových hmot se změnami v měkkých tkáních vede nebo může vést k útlaku nervových struktur, vnitřních orgánů i měkkých tkání.

2. podpůrná léčba s aplikací kortikosteroidů a jejich patologickým vlivem na svalové vlákno a kostní buňky, vede ke svalové dystrofii se ztrátou kontraktility a oslabením svalového vlákna.

3. operační řešení s odstraněním nádorových hmot, resekci jednotlivých orgánů a lymfatických tkání, vede k nutnosti pooperační péče o jizvy, k prevenci fibrotických změn kůže a podkoží s využitím ošetrovatelské péče a technik ovlivňujících měkké tkáně a vznik lymfedému.

Po stabilizujících výkonech při metastatickém postižení skeletu, je nutné polohování pacientů s cílem předejít ireverzibilním změnám pohybových možností a schopností.

4. aplikace chemoterapie s četnými negativními účinky, z nichž nejdůležitější jsou:

a) kardiotoxicita mnohých preparátů s následným snížením kardiovaskulární výkonnosti, redukcí maximální kyslíkové spotřeby se snížením srdečního výdeje a srdeční frekvence (na EKG změny v ST + T úsecích), až trvalým poškozením myokardu charakteru toxické kardiomyopatie. Neadekvátní tělesná zátěž u těchto pacientů může vyvolat hypotenzní reakci.

b) neurotoxicita se vznikem periferních polyneuropatií, poruchou inervace svalů se změnou svalové aktivity a koordinace, s poruchami cití, trofickými změnami a vznikem bolestivého syndromu. Předpokládá se přímý účinek cytostatik na axonální transport s poruchou funkce neurotransmiterů, s odrazem v metabolismu neuronů a vznikem nekrozy buněk neuronů. Histologicky je možno prokázat ostrůvky nekrozy, axonální otok spolu s demyelinizací.

5. aplikace multimodální onkologické terapie a její četné vedlejší účinky

a) hormonální terapie- podávání inhibitorů aromatáz , má v onkologii důležité místo v komplexní terapii karcinomu prsu, prostaty a endometria. Mezi nežádoucími účinky patří únava, návaly, bolesti hlavy s vegetativní symptomatologií, ospalost, ataxie, artralgie.

b) imunoterapie je v onkologii významná terapeutická strategie posledních let s nežádoucími účinky při terapii interferony (alfa, beta, gama) a cytokiny (interleukin 1,2,4,6), např. v podobě výskytu myalgií, artralgií, bolestí hlavy, svalové ztuhlosti, ataxie, parestezií, únavy, horečky, třesavky, schvácenosti. Aplikaci interferonů často provázejí neuropsychické poruchy, změny nálady, deprese, halucinace, kóma, poruchy vizu.

c) radioterapie- viz předchozí kapitoly

6. stav výživy - malignita samotná i onkologická léčba vedou k redukci váhy, poruchám příjmu potravy, malabsorbčním stavům a nechutenství.

Podíl na kachektizaci má vzestup cytokinů (např. tumor necrosis faktor - TNF - kachektin) s indukci anaerobní glykolýzy, uvolnění aminokyselin ze svalů, sekrecí hepatálních lipidů, redukcí albumin syntézy a zvýšením teploty. Důsledkem těchto pochodů je svalová atrofie a postupná kachektizace.

7. dlouhodobá inaktivita a imobilizace má odraz v jednotlivých orgánových systémech

- a) muskuloskeletálním systému (kontraktury, svalové atrofie, snížení svalové síly a kondice - ztráta až 3% svalové síly za den, osteoporóza)
- b) kardiovaskulárním aparátu (zvýšení srdeční frekvence, snížení minutového srdečního objemu, posturální hypotenze, trombotické komplikace)
- c) endokrinním systému (zpomalení tkáňového metabolismu, zvýšení katabolismu, negativní dusíková bilance, osteoporóza, sacharidová intolerance)
- d) respiračním systému (snížení dechové frekvence a plicního objemu, atelektáza, respirační insuficience a riziko plicní embolizace)
- e) zaživacím systému (snížení peristaltiky, zácpa, nechutenství)
- f) močovém systému (močová retence, lithiaza, infekce)
- g) kůži a podkoží (vývoj dekubitů, zpomalené hojení ran)
- h) psychice a sociálních aspektech (depresivní syndrom, odmítání reality, pocit strachu, úzkosti a obavy ze smrti, intelektuální a sociální izolace, ztráta zaměstnání, zhoršení ekonomické situace rodiny, vliv na partnerské vztahy)

Imobilizace a inaktivita vede až k tzv. nemoci z hypokinezy, se zvýšenou aktivitou sympatiku, snížením svalového tonu, hypotrofií svalstva, vaziva, osteoporózou, katabolickou reakcí organismu, poruchou vasomotorické a proprioceptivní adaptace organismu, snížením funkce kardiovaskulárního aparátu, snížením schopnosti tkání využít kyslík.

5.8 Principy ošetrovatelské péče a rehabilitace pacientek s karcinomem prsu

Karcinom prsu patří k nejčastějším zhoubným nádorům u žen, kde představuje téměř jednu čtvrtinu všech malignit. Jeho incidence postihuje až 6% ženské populace. Mortalita je stále vysoká, i když bylo v posledních letech dosaženo značných pokroků i v léčbě pokročilého onemocnění. Pro léčebný postup je rozhodující rozsah TNM klasifikace, biologický charakter nádoru, histologické vyšetření, věk pacientky, stav ovariálních funkcí a přítomnost či chybění hormonálních receptorů (HR) v buňkách nádoru.

Chirurgický výkon a radioterapie mohou vést k podstatnému poškození měkkých tkání, zkrácení přidružených struktur, omezení hybnosti v ramenním kloubu. Objevují se bolesti v oblasti hrudní stěny, v oblasti axily po exenteraci, fantomové vjemy a ve 20% se rozvíjí lymfedém horní končetiny. Vzniká porucha stereotypu dýchání.

Zahájení rehabilitace je proto indikováno co možná nejdříve po operačním výkonu.

Dle cílů rozlišujeme rehabilitaci pacientek s karcinomem prsu na:

- 1) Léčebnou rehabilitaci – snaha o dosažení funkční centrace ramenního kloubu s adekvátní funkcí lopatky spolu s obnovením elasticity a pohyblivosti hrudního koše a udržením správného stereotypu dýchání. Nedílnou součástí je prevence a terapie lymfedému. Lze aplikovat metody fyzikální terapie (např. pressoterapie při lymfedému) a analgetickou terapii (především TENS proudy).
- 2) Psychosociální rehabilitaci - pomáhá pacientkám vyrovnat se ztrátou prsu a s úzkostí, která doprovází závažnost onkologického onemocnění (strach ze smrti, umírání, pocit ztráty fyzické přitažlivosti, poruchy sexuálních funkcí,...)

- 3) Kosmetickou rehabilitaci - obnovení původního vzhledu volbou správné náhrady prsu či mammární epitézy, ev.korekční, nalepovací epitézy a vhodnými doplňky, nebo plastickou rekonstrukcí,
- 4) Posudkovou rehabilitaci - začlenění zpět do zaměstnání, poučení o prevenci komplikací v rámci pracovního procesu (lymfedém, riziko infektu v oblasti lymfedému, omezená hybnost v ramenním kloubu.)

Ošetřovatelská péče a léčebná rehabilitace

Definitivní chirurgická léčba závisí na klasifikaci tumoru a rozhodnutí pro konzervativní nebo radikální postup. V dnešní době jsou nejčastěji používanými chirurgickými postupy tumorektomie, kvadrantektomie event. radikální mastektomie. Součástí většiny operačních výkonů je radikální exenterace axily. Na rozdíl od dříve prováděných operačních výkonů zůstávají m. pectoralis maior a minor zachovány.

Při axilární disekci může dojít k poškození n. thoracicus longus (inervace m.serratus ant.), n. thoracodorsalis (inervace m. latissimus dorsi) i n. axilaris (inervace m.deltoideus).

N. thoracodorsalis bývá někdy zavzat do metastatických uzlin a je nutné jej excidovat.

Základní cíle rehabilitace jsou:

- a) udržení maximálního možného rozsahu hybnosti v oblasti ramenního kloubu a HK na postižené straně
- b) odstranění event. zmírnění bolesti
- c) zajištění svalové stability hlavně v oblasti páteře a dlouhých kostí
- d) udržení postury a ovlivnění svalové dysbalance
- e) poskytnutí podpory, edukace a návrat k maximální soběstačnosti, sociálním a odpočinkovým aktivitám

Po paliativní radiaci (infiltrace hrudní stěny, vzdálené metastázy) je častá radiační fibróza progredující v periartikulární fibrózu ramenního kloubu (s limitující hybností), lymfedém paže, ulcerace kůže, postižení brachiálního plexu s korespondující bolestí, motorickými a senzoryckými poruchami a ztrátou čítí. Často je postižena také plicní tkáň s následnou postiradiační pneumonitidou s insuficiencí plicních funkcí.

Vzhledem k iradiačním změnám, které vždy redukuje aktivní hybnost ramenního kloubu je vhodné, aby před zahájením radioterapie zvládla nemocná aktivně rozsahy pohybů v ramenním kloubu cca - 100st.flexe, 80-90st. abdukce a 70-80st. vnitřní rotace. Tak je předpoklad zachování dostačujících rozsahů pohybů pro běžné denní aktivity i v následujícím postiradiačním období.

Aktivní rehabilitační program zahajujeme 1. pooperační den, důležité je polohování horní končetiny např. pooperační pozice dle Degensheina (paže v pravém úhlu k hrudníku, rameno v zevní rotaci, podložení ruky polštářem), aktivně dle kliniky ovlivňujeme stereotyp dýchání a elasticitu hrudního koše.

Již 2-3 pooperační den je nutný aktivní či alespoň pasivní rozsah pohybu v ramenním kloubu operované horní končetiny včetně jemné mobilizace glenohumerálního kloubu.

Lymfedém je častá komplikace onkologických nemocných. Etiologicky se uplatňuje blokáda odtoku lymfy vlivem operačního výkonu, tlakem nádorových hmot nebo radiační fibrózou pánevních a inguinálních uzlin.

Lymfedém_narušuje metabolismus, hlavně oxidační procesy v buňkách, tím se zhoršuje odstraňování produktů látkové výměny, oslabuje se přísun a pohyb lymfocytů i makrofágů. Dochází tak k narušení imunitních reakcí.

Velikost lymfedému může způsobit útlakovou parézou akra končetiny.

5.9 Rehabilitační a ošetrovatelské ovlivnění u pacientek s onkologickým onemocněním

Cíle komplexního ošetrovatelského a rehabilitačního programu u pacientů s onkologickým onemocněním lze dělit:

- a) redukci a prevenci svalové atrofie z inaktivity, se snížením tělesné kondice
- a) podporu respiračních funkcí a prevenci pneumonie
- b) udržení rozsahů hybnosti v kloubech
- c) udržení svalové koordinace a svalové rovnováhy
- d) vhodné složení stravy se vzestupem bílkovin
- e) podporu sebedůvěry a psychické pohody
- f) redukci bolestivých syndromů

5.10. Psychosociální péče v onkologii

Je prokázáno, že vznik každého onemocnění způsobuje v různé intenzitě a problémy v psychické oblasti. V klinické onkologii je tento fakt zcela dominantní. U onkologicky nemocných probíhá již od počátku celá škála psychických reakcí od různé míry šoku, odmítání reality, včetně prvků agrese, pocitů strachu, úzkosti i obavy ze smrti.

Nezanedbatelná je stránka sociálních jistot, starostí o ztrátu zaměstnání, zhoršení ekonomické situace rodiny, vliv na partnerské vztahy.

V průběhu onkologického onemocnění i jeho léčby je psychika nemocných ovlivněna samozřejmě průvodními projevy choroby, vedlejšími reakcemi na léčbu, nutností opakovaných pobytů ve zdravotnických zařízeních, četné kontakty s novými prostředími, řešení řady nových situací. Tyto projevy působí velmi silně na celou osobnost nemocného, na psychiku zvláště. Z tohoto důvodu je proto nezbytné o nemocné s onkologickým onemocněním soustavně a systematicky pečovat i za pomoci odborníků – psychologa, psychiatra, sociálních pracovníků.

Komplexní péče o nemocné má proto zahrnovat i zařazení psychoterapeutických metod, indikovanou farmakologickou medikaci, konzultace se sociální sestrou. Optimální se jeví péče individuální, postihující konkrétní problematiku konkrétního pacienta reagující na konkrétní situaci.

Skupinovou psychoterapii včetně spolupráce s vyléčenými pacienty lze provádět u skupiny nemocných srovnatelnými parametry onemocnění. Úsilí klinického onkologa a pracovníků v psychosociální oblasti má směřovat ke zlepšení adaptace nemocného na onemocnění, získávání jeho spolupráce za účelem zlepšení tolerance léčby. Cílem je zlepšení kvality

života. Při individuální terapii jde nejen o řešení aktuální situace nemocného, ale i o řešení otázek budoucnosti – například změnu zaměstnání či pracovního zařazení, jeho nového postavení v životě. Vzájemná psychická podpora nemocného a jeho rodinných příslušníků se jeví optimální. Výchova a informovanost společnosti v této oblasti má v současné době ještě velké a nedořešené rezervy.

Zásadní problematikou je léčba bolesti. Oblast, která je mnohdy opomíjena, protože prožitky nemoci a bolest jsou vždy subjektivním vjemem pacienta. Je proto nutné respektovat údaje nemocného a zavedením odpovídající terapie tyto negativní vlivy eliminovat, či alespoň minimalizovat.

Péči o psychický stav onkologicky nemocných a to jak v průběhu vlastní léčby, tak i v následujícím období, je nezbytné považovat za nedílnou součást komplexní onkologické péče a již od prvopočátku je třeba jí věnovat maximální pozornost.

6. Lékařská anamnéza

Oddělení	Plastická chirurgie
Iniciály	L. Z.
Rok narození	1970
Den přijetí	26. 5. 2008
Den hospitalizace	První
Diagnóza hlavní	Carcinom mammae I. dx
Diagnóza vedlejší	Žaludeční dyspepsie

20. 2. 2008 biopsie s pozitivním výsledkem, odtud odeslána do FNKV, nasazena neoadjuvance, absolvovala čtyři cykly chemoterapie, nyní další plánována na 1. 6. 08. Nyní je 3 měsíce po porodu, dosud kojící, pozoruje několik měsíců mírný infiltrát v oblasti rozhraní HK, nyní v těhotenství i s patrnou žilní kresbou.

Anamnestické údaje

- a) osobní anamnéza - v dětství prodělala myokarditis, v roce 1986 appendektomie, 1989 duodenální vřed.—
- b) rodinná anamnéza - otec zemřel na Ca tlustého střeva, matka žije, stav po strumektomii a hysterektomii.
- c) sociální anamnéza - vdaná, 2 děti, žije s manželem v bytě v Praze, sociální situace dobrá.
- d) pracovní anamnéza - vysokoškolské vzdělání, pracuje jako právník
- e) farmakologická anamnéza - Prednizon, Apo Famotidin
- f) gynekologická anamnéza - Menarche - od 12 let
těhotenství 2, porody 2, potraty 0, interupce 0 .
Chronické záněty - negativní, hormonální léčba – negativní, záněty prsu - negativní, jiná gynekologická onemocnění negativní.
- g) abusus - pacientka nekouří, alkohol pije příležitostně
- h) alergická anamnéza - bez alergií

7. Ošetrovatelský proces

Ošetrování nemocné

Diagnóza karcinomu prsu změní život pacientky a současně všech jejích blízkých. Všichni zúčastnění procházejí emocemi jako je strach, deprese a hněv, jsou většinou bezradní a nevědí, jak se s touto situací vyrovnat. Velmi pomůže pohovor s odborníkem, nebo s lidmi, kteří prošli stejnou situací.

V zahraničí proto vznikají různé druhy svépomocných skupin, ve kterých pracují lékaři, sestry, psychologové, ale také sami pacienti. Tyto skupiny pomáhají nemocným vyrovnat se s nemocí, vysvětlují různé okolnosti vzniku nemoci i léčby, radí nemocným i jejich rodinám jak se chovat, jaký dodržovat režim, podnikají různé společné akce. Velkou podporou je přítomnost lidí po prodělaném onemocnění, kteří prošli léčbou a jsou schopni pomáhat druhým.

V České republice podobné skupiny také pomalu vznikají. I když jich zatím není mnoho. Zhoubný nádor prsu znamená pro pacientku velké trauma. Každá reaguje na léčbu jiným způsobem. Významný krok k uzdravení je aktivní spolupráce pacientky. Důležité je předcházet komplikacím souvisejícími s léčbou, včasný pohyb, léky proti bolesti, správná péče o operační ránu, rehabilitace a podpora psychiky.

Pacientku jsem ošetřovala od 28. května 2008 do 3. června 2008. Plán individuální ošetrovatelské péče je platný od 28. května do 3. června 2008.

Důvod hospitalizace:

Pacientka byla přijata k operaci ablace prsu a exanterace axilly pro ca prsu vpravo.

7.1 Fyzikální vyšetření sestrou

Provedeno u pacientky třetí den hospitalizace. Pacientka je plně orientovaná, otevřeně komunikuje.

Celkový vzhled, úprava, hygiena: v normě

Hlava: normocefalická, na poklep nebolestivá, bez známek úrazu

Dutina ústní: chrup vlastní – kompletní, jazyk růžový nepovleklý, plazí se ve střední čáře stav dásní dobrý.

Nos: bez sekrece, průchodný

Oči: brýle nenosí, spojivky růžové, skléry bílé

Uši: slyší dobře, bez výtoků

Rty: růžové, bez cyanóz, bez patologického nálezu

Krk: krční páteř dobře pohyblivá, krční uzliny ani štítná žláza nezvětšena

Hrudník: dýchání čisté, pravidelné, bez potíží, bez defektů
Břicho: měkké, nebolestivé
Končetiny: bez známek varixů, rozsah pohybů dobrý, stisk ruky přiměřený

Fyziologické funkce

Puls: 75 / min, pravidelný

Krevní tlak: 130 / 70

Tělesná teplota: 36,8° C

Kůže: barva kůže fyziologická, bez ikteru a lézí, kožní turgor dobrý

Chůze a držení těla: vzpřímené držení těla, chůze normální

Chybění částí těla: ne

Výška: 165 cm

Váha: 55 kg

7. 2 Vyšetření a laboratorní výsledky

Pacientka přijata s předoperačním vyšetřením.

Sedimentace krve 50 /h fyziologická hodnota u žen 8/12

Biochemie datum 11. 5. 2008

Natrium 142mmol/l	referenční hodnota	132 – 146 mmol/l
K alium 4.00 mmol/l	referenční hodnota	3,8 – 5,5 mmol/l
Chloridy 101 mmol/l	referenční hodnota	97 – 109 mmol/l
Urea 4.33 mmol/l	referenční hodnota	2,8 – 7,5 mmol/l
Kreatinin 78 umol/l	referenční hodnota	35 – 110 mmol/l
Bilirubin 5.6 umol/l	referenční hodnota	do 17 mol/l
S-ALT 0.44 ukat/l	referenční hodnota	0,15 – 0,78 ukat/l
S- AST 0.33 ukat/l	referenční hodnota	0,15 - 0,72 ukat/l
S-ALP 1.00 ukat/l	referenční hodnota	0,66 – 2,2 ukat/l
Glukoza 3.63 mmol/l	referenční hodnota	3,3 – 6,1 mmol/l
S- GMT 0.50 ukat/l	referenční hodnota	0,14 – 0,68 ukat/l

Biochemické vyšetření je fyziologické.

Hemokoagulace - datum 11. 5. 2008

APTT 29,7 sekunda	referenční hodnota	24,50 – 35 sekunda
Fibrinogen 3,8	referenční hodnota	2,00 – 4,00 g/l
Quick 1,10 s	referenční hodnota	0,80 – 1,20

Krevní obraz - datum 11. 5. 2008

Leukocyty 7.6	referenční hodnota	3,6 – 9,6	x10 ⁹ /l
Erytrocyty 4.70	referenční hodnota	4,2 – 5,4	x10 ¹² /l
Hemoglobin 149	referenční hodnota	120 – 160	g/l
Hematokrit 0,43	referenční hodnota	0,39 – 0,51	

Vyšetření krevního obrazu ani hemokoagulace neprokázalo odchýlení od fyziologické hladiny.

UZ mammae 27.4 2008- ve srovnání s nálezem před chemoterapií původní ložisko není prakticky patrné- efekt chemoterapie. V sono obraze je 80 % spádová axilla bez změněných lymfatických uzlin.

7.3 Ošetřovatelská anamnéza dle modelu M. Gordonové

Ošetřovatelskou anamnézu jsem odebrala 28. 5. 2008. Zdrojem informací byla pacientka.

I. Vnímání zdraví

Anamnéza - pacientka je hospitalizována opakovaně. Lékařská doporučení vždy dodržovala. Snaží se žít zdravým životním stylem. Zakládala si na štíhlé postavě a dobré fyzické formě.

Proporcionálně vyvážená postava a plná ňadra pro ni byla velmi důležitá.

Nekouří, alkohol pije příležitostně – jen víno.

Nyní vnímá svůj zdravotní stav jako velmi narušený a omezující, vyjadřuje obavy.

Ošetřovatelský problém – pacientka udává strach z onemocnění, nyní trpí negativním přístupem k vlastnímu tělu, stále se zabývá ztrátou prsu, který je symbolem ženskosti.

Vyhýbá se pohledu na postiženou část těla.

II. Výživa – metabolismus

Pacientka si udržuje tělesnou hmotnost má ji několik let stejnou 55 kg, BMI = 20 tělesná hmotnost normální (viz příloha číslo 1). Má ráda italskou kuchyni, lehkou stravu.

Je zvyklá se stravovat 5 x denně v menších porcích. Pitný režim se pohybuje okolo 2 litrů denně, nejraději pije ovocné čaje. Kávu pije silnou 2 x denně.

Stav nehtů a vlasů je dobrý, kožní turgor dobrý, sliznice růžové.

Ošetřovatelský problém – bez obtíží

III. Vylučování a respirace

Anamnéza - doma se pacientka vylučuje pravidelně bez problémů, jí hodně zeleniny. Má vyprazdňovací návyky – stolice ráno po snídani, normální barvy a tvaru. Laxancia neužívá.

S močením nemá problémy

Pacientka se nikdy nadměrně nepotila, tělesná teplota je normální 36,8° C.

S dýcháním nikdy neměla žádné problémy.

Ošetrovatelská problém – bez obtíží

IV. Aktivita, cvičení

Anamnéza - Pacientka žije aktivním způsobem života. Sportuje, lyžuje, plave, jezdí na kole. Nyní vlivem onemocnění nemá pocit dostatečné síly, cítí se unavená.

Za pacientkou dochází 1x denně fyzioterapeut a ve spolupráci se zdravotním personálem oddělení vykonává správné polohování operované horní končetiny. A od druhého pooperačního dne začíná s obnovováním mobility horní končetiny operované strany, a fyziologickým zapojením jednotlivých svalových skupin.

Nynější stav – tělesné aktivitě nyní brání pooperační stav, potřebuje pomoc při oblékání, hygienické péči a příjmu potravy – měřící technika Barthelův test základních všedních činností (viz příloha č. 2) 28. 5 – výsledek 80 bodů.

Ošetrovatelský problém – nesamostatnost při sebeobsluze, únava

V. Spánek a odpočinek

Anamnéza - doma při plném zdraví neměla problémy se spánkem. Byla zvyklá spát osm hodin denně, ráno se budila odpočinitá. Problémy se spaním začala mít po diagnostice nemoci. Občas si vezme Stilnox. Nyní nemůže spát v poloze, na kterou je zvyklá. Usíná kolem půlnoci a často se budí. Ráno je vzhůru již od pěti hodin, cítí se unavená, bez energie.

Nynější stav – v nemocnici špatně usíná

Ošetrovatelský problém – obtíže se spánkem

VI. Vnímání, poznávání

Anamnéza – sluch i zrak je dobrý, paměť neporušená, učení logické. Před tím než onemocněla neužívala žádné léky na tlášení bolesti, pouze vyjimečně Paralen při bolesti hlavy. Pacientka udává, že bolest vnímá přiměřeně. Nyní udává bolest v místě operační rány.

Nynější stav – pozornost úmyslná, odpovídá adekvátně. O svém zdravotním stavu je informována lékařem.

Ošetrovatelský problém - bolest

VII. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Anamnéza - pacientka bydlí s manželem a dcerou v rodinné vilce u Plzně. Je čerstvou maminkou a pociťuje obavy o budoucnost a o to, jak zvládne péči o dítě. Rodinné zázemí je velmi dobré. Manžel se stará o dcery společně se svojí matkou a tchýní. Pravidelně pacientku navštěvují. Manžel se o pacientku velmi bojí. Není si jist, jak se vyrovná s operačním zákrokem. Pacientka je jinak spíše uzavřená, rezervovaná. V zaměstnání je spokojená, práce ji baví, cítí v ní realizaci.

Nynější stav – rodina velmi dobře spolupracuje se zdravotníky.

Ošetrovatelský problém – bez obtíží

VIII. Sexualita, reprodukční schopnosti

Anamnéza - tuto oblast jsme probraly velmi okrajově. Pacientka neguje problémy, menarche ve 12 letech, 2 x porod, potrat 0.

Nynější stav – bez obtíží

Ošetrovatelský problém – bez obtíží

IX. Stresové, zátěžové situace

Anamnéza - pacientka si o sobě myslí, že je klidná. Stresovým situacím se někdy nevyhne, většinou je vyvolavatelem situace v zaměstnání. Zvládá je relaxací, sportem.

Nynější stav -obává se příchodu domů až bude zapojena do normálního života. Spoléhá na pomoc rodiny.

Ošetrovatelský problém – strach, stres

X. Víra, životní hodnoty

Pacientka nevyznává žádnou víru. Do doby než onemocněla, byla se svým životem spokojena. Velmi důležitá je pro ni rodina.

Nynější stav – bez vyznání

Ošetrovatelský problém – bez obtíží

XI. Jiné

Jiná podstatná sdělení pacientka nemá.

7.4 Průběh hospitalizace

Pacientka byla přijata na standardní oddělení Kliniky plastické chirurgie. Vzhledem k charakteru onemocnění a přání pacientky, byla přijata na jednolůžkový pokoj. Poloha pacientky nevyžaduje žádné omezení. Pro pooperační péči je připraven polštář k elevaci horní končetiny.

Hospitalizace pacientky trvala od 25. 5. 08 do 3.6. 08 (10 dní).

První den hospitalizace - 25. 5. 2008

Pacientka přijata v dopoledních hodinách na standardní oddělení Kliniky plastické chirurgie, seznámena s organizací a chodem oddělení. Předoperační vyšetření si přinesla s sebou od praktického lékaře. Operace, kterou pacientka podstoupí, nevyžaduje zvláštní předoperační přípravu. Je třeba si uvědomit, že každá operace, plánovaná nebo urgentní, je nefyziologický zásah, na který organismus reaguje, a to jak v době před operací, tak v době po operaci. Z toho důvodu je třeba věnovat zvýšenou pozornost jak psychickým, tak fyzickým potřebám.

Je důležité získat informace o základních životně důležitých funkcích organismu. Smyslem předoperačního posouzení je prevence příhod a možných pooperačních komplikací. Proto je nutné pátrat po všech odchylkách od normálního zdravotního stavu a tam, kde je najdeme, zaměřit přípravu na jejich odstranění nebo zmírnění. S ohledem na charakter výkonu bylo velmi důležité věnovat pozornost psychické přípravě.

Aktivita sestry při předoperační přípravě:

- vhodnou komunikací zmírňovat obavy z operace
- seznámit pacientku s tím, co může očekávat – operační rána kryta obvazem, bolest a účinek analgetik, intravenózní výživa.
- vysvětlit průběh přípravy
- zkontrolovat všechny údaje anamnézy (alergické projevy)
- seznámit s plánovanou dobou výkonu podle operačního rozpisu a s plánovaným návratem na pokoj
- zajistit podepsání souhlasu s léčbou a operací
- zajistit u pacientky, aby nepřijímala nic perorálně nejméně 8 hodin před výkonem, označit viditelně na noční stolek v poledne poslední jídlo, odpoledne a večer jen tekutiny.
- zajistit celkovou hygienu (mytí vlasů a sprcha) ostříhat nehty, odstranit lak z nehtů (viditelnost nehtového lůžka pro posouzení krevní cirkulace)
- odstranit ostatní kosmetické přípravky (make up)
- na noc před výkonem dostala pacientka dle ordinace lékaře Diazepam 10 mg p.o.

Druhý den hospitalizace - 26. 5. 2008

Operační den:

Aktivita sestry:

- zajistit ranní hygienu
- zkontrolovat zda pacientka nepřijímala nic perorálně
- zajistit uložení osobního prádla
- upravit dlouhé vlasy, odstranit všechny spony
- zajistit a zkontrolovat vyprázdnění močového měchýře
- odstranit a zkontrolovat odložení zubní protézy, hodinek, šperků, kontaktních čoček, brýlí atd.
- zajistit uložení cenností na bezpečném místě

- zkontrolovat přípravu operačního pole
- aplikovat premedikaci podle ordinace anesteziologa 30 minut před výkonem
- pacientka byl aplikován Prothazin 25 mg, Atropin 0,5 mg a Dolsin 50 mg i. m.

Po aplikaci premedikace zajistit, aby pacientka neopouštěla lůžko – poučit jí o možných nežádoucích účincích premedikace.

Zajistit převoz s veškerou dokumentací na operační sál

Pacientka přivezena z operačního sálu ve 14: 50 hodin ve stabilizovaném stavu. Na sále byla provedena radikální mastektomie vpravo a exenterace axilly vpravo, zavedeny dva Redonovy drény. Operace proběhla bez komplikací. Pacientka byla uložena na lůžko, kde byla zajištěna elevace horní – operované končetiny. Průběžně se kontrolovaly vitální funkce a TT, stupeň vědomí, barva a teplota kůže na rtech a nehtových lůžkách, stav krytí operační rány, bolest, zaznamenávala se barva, konzistence a množství drenážní tekutiny.

Pacientka se vymočila v 18 hodin. Ve 21 hodin dostala čaj po lžičkách. Dle ordinace lékaře jí byly podávány infuze, opiáty a ATB.

Třetí den hospitalizace - 28. 5. 2008

První pooperační den.

Důležité je zabezpečit vstávání z lůžka (účinná prevence žilních a plicních komplikací). U pacientky jsem zajistila ranní hygienu. Dopoledne pod vedením lékaře absolvovala převaz operační rány, která je klidná bez známek infektu. Redonovy drény odvádí přiměřené množství sekretu. Pacientku navštívila fyzioterapeutka, která bude s pacientkou pracovat na prevenci vzniku lymfedému a zlepšení hybnosti operované končetiny. Použit Barthelův test základních všedních činností (příloha č. 2) - výsledek 80 bodů. Pacientce jsem průběžně monitorovala tělesné funkce, sledovala projevy bolesti. Podle ordinace lékaře, měla pacientka dietu číslo 3, neměla však chuť k jídlu, pila jen čaj, sledovala jsem bilanci tekutin. Pacientku jsem zvážila – hmotnost 55 kg (BMI viz příloha číslo 1). Prováděla jsem veškeré záznamy o výkonech do dokumentace.

Čtvrtý den hospitalizace - 29. 5.2008

Druhý pooperační den

Pacientka chodí, pokračují návštěvy fyzioterapeuta. Operační rána je klidná, Redony odvádějí jen malé množství krve. Pokračuje podávání ATB, analgetik a další medikace perorálně, infuzní terapie byla zrušena.

Postupně se zlepšuje chuť k jídlu.

Pátý den hospitalizace - 30. 5. 2008

Třetí pooperační den.

Pokračuje podávání ATB perorálně, analgetik a další medikace. Operační rána je klidná – nejeví známky infektu, při převazech je ošetřována Peroxidem vodíku a Betadinem.

Pacientka má obnovenou střevní peristaltiku. Fyzioterapeut pokračuje u pacientky v léčebné gymnastice.

Šestý den hospitalizace - 31.5 2008

Čtvrtý pooperační den

Pacientce byly odstraněny Redonovy drény. Operační rána klidná bez známek infektu. Pokračuje rehabilitace.

Dne 3.6 byl použit Barthelův test základních všedních činností

(viz příloha č.2) s výsledkem 90 bodů. Pacientka se zvažila – aktuální hmotnost 53 kg

(BMI viz příloha číslo 1)

V dalších dnech nedocházelo k žádným mimořádným situacím. Pacientka pokračovala v rehabilitaci. Do domácího ošetřování byla propuštěna 10 den.

7. 5 Medikamentózní terapie

Operační den – Premedikace

Prothazin	25 mg	Per os	antihistaminikum
Atropin	0,5 ml	Intramuskulárně	parasimpatikolytikum
Dolsin	50 mg	Intramuskulárně	analgetikum, anodynum
26.05. Byla aplikována infuze			
Hartman 1/1	500 ml		krystaloidní roztok
Kefzol	1g	Intravenózně	antibiotikum, cefalosporin
Hydrocortizon	200 mg	á 8 hodin Intravenózně	dermatologickým, kortikosteroid
Dolsin	při bolesti	Intramuskulárně	analgetikum, anodynum
27.05. Byla aplikována infuze			
Hartman	1/1	500 ml	krystaloidní roztok
Novalgin	1 ampul		analgetikum, antipyretikum
Kefzol	1 g	Intravenózně	antibiotikum, cefalosporin

Další pooperační dny -

Duracef 500 mg	tbl. á 12 hodin	Per o	antibiotikum, cefalosporin
Prednison 20 mg	1 – ½ - 0	Per os	hormon ze skupiny glukokortikoidů
Apo – Famotidin	0 – 0 – 1	Per os	antiulcerózum, antagonist H2 receptorů
Fragmin 2500j.	Subkutánně		antikoagulans, antiagregans
Cerucal	1 -1 -1	Per os	antiemetikum, prokinetikum

8 Ošetrovatelský proces dle modelu M. Gordonové

Z anamnézy, kterou jsem odebrala od pacientky 3. den hospitalizace jsem stanovila tyto ošetrovatelské diagnózy. Jsou seřazeny od nejdůležitější po méně důležité, podle názoru mého i pacientky. Hodnocení jsem prováděla 9. den hospitalizace. V tento den jsem pacientku ošetřovala naposledy.

8.1 Seznam ošetrovatelských diagnóz dle Kapesního průvodce

Aktuální diagnózy:

I. Akutní bolest z důvodů základního onemocnění, projevující se verbalizací, mimoslovními projevy a občasným narušením spánku.

II. Pohyblivost porušená, riziko vzniku z důvodů neuromuskulárního poškození, bolesti, tvorby edému, projevující se stížnostmi na neschopnost vykonávat či úplně zvládnout každodenní péči o vlastní osobu.

III. Spánek porušený z důvodů neschopnosti eliminovat obavy projevující se stížnostmi na obtížné usínání

IV. Kožní/ tkáňová integrita porušená následkem chirurgického odstranění kůže a tkání, poruchy cirkulace, drenáže, přítomnosti edému, změn kožní elasticity / citlivosti a destrukce (ozařování) projevující se povrchnými i hlubokými kožními lézemi a porušením podkoží.

V. Obraz těla porušený z důvodů ztráty části těla, která je symbolem ženskosti, projevující se neschopností podívat se na postižené místo nebo se ho dotknout. Trpí negativním přístupem k vlastnímu tělu, stále se zabývá ztrátou.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy:

I. Odolnost narušená z důvodů stresu ze závažného onemocnění, aplikace chemoterapie a chirurgického výkonu, projevující se poruchou imunity, zhoršeným hojením, únavou, nespavostí a slabostí.

,

8. 2 Seznam ošetrovatelských diagnóz dle Nanda taxonomie II

I. 00132 Akutní bolest v oblasti operační rány z důvodů operačního zákroku, projevující se verbalizací, mimoslovními projevy a porušeným spánkem.

II. 00085 Zhoršená pohyblivost, z důvodů neuromuskulárního poškození, bolesti, tvorby edému, projevující se stížnostmi na neschopnost vykonávat či úplně zvládnout každodenní péči.

III. 00095 Porušený spánek z důvodů neschopnosti eliminovat obavy projevující se stížnostmi na obtížné usínání

IV. 00044 Porušená tkáňová integrita z důvodů chirurgického odstranění kůže a tkání, poruchy cirkulace, drenáže, přítomnosti edému, změn kožní elasticity / citlivosti a destrukce (ozařování) projevující se povrchnými i hlubokými kožními lézemi a porušením podkoží.

V. 000118 Porušený tělesný obraz z důvodů ztráty části těla, která je symbolem ženskosti, projevující se neschopností podívat se na postižené místo nebo se ho dotknout. Trpí negativním přístupem k vlastnímu tělu, stále se zabývá ztrátou.

**VI. 00043 Neefektivní odolnost z důvodů snížené schopnosti ochrany vůči vnitřním nebo vnějším ohrožením, jako je choroba nebo zranění.
(Potencionální ošetrovatelská diagnóza)**

8. 3 Aplikované ošetrovateľské diagnózy

Ošetrovateľská diagnóza stanovená dne 28.5

I. Bolesť akútnej v oblasti operačnej rany z dôvodů operačného zákroku, prejavujúcej sa verbalizáciou, obtížami pri pohybu, mimoslovnými prejavmi a občasným narušením spánku.

Cíl

Dlhodobý:

- pacientka je bez bolesti (do 10 dní)

Krátkodobý:

- pacientka udáva zmírnění bolesti do 1 hodiny

Výsledná kritéria:

- pacientka je poučena o dôvodoch bolesti a chápe je do 10 minút
- u pacientky sa kontroluje stupeň bolesti minimálne 1x za 12 hodín, podľa potreby častejšie
- pacientka pociťuje úľavu do jednej hodiny od podání analgetik
- pacientka spí bez obtíží alespoň 7 hodín (do 48 hodín)
- pacientka zná úľavovú polohu (do 6 hodín)

Intervence:

- posuď bolesť - lokalizáciu, príčinu, intenzitu do 15 minút
- pouč pacientku o dôvodu bolesti do 10 minút
- podávej analgetika dle ordinace lékaře (ošetřující sestra, každý den)
- proved' záznam do dokumentace k určité hodině a stupnice VAS do 15. minút
- informuj lékaře do 15 minút (ošetřující sestra)
- pečuj o pohodlí pacientky, neustále (ošetřující sestra)
- ulož pacientku do úľavovej polohy (ošetřující sestra, vždy při bolesti)
- zajišť profylaxi bolesti před další manipulací s pacientkou (ošetřující sestra)
- sleduj účinek léků do jednej hodiny (ošetřující sestra každodenně)
- sleduj spánek pacientky každý den (sestra ve službě)

Realizace:

28.5 - pacientku jsem poučila o důvodech bolesti. Bolest jsem kontrolovala několikrát za den podle VAS. Vždy jsem dbala na její pohodlí, aby bolest nabyla ještě vyšší. Při manipulaci jsem se snažila vše dělat co nejšetrněji. Pacientku jsem uložila do úlevové polohy. Informovala jsem rehabilitační sestru.

Hodnocení: efekt úplný

2.6 -

Pacientka - bolest se snižovala podáváním analgetik, pacientka nepocituje bolest v oblasti operační rány. Analgetika má i nadále naordinovány dle potřeby.

Zdravotní sestra – analgetika neaplikuji od 2.06 pacientka je bez bolesti, analgetika má i nadále naordinována.

II. Spánek porušený z důvodů neschopnosti eliminovat obavy, projevující se stížnostmi na obtížné usínání.

Cíl

Cíl dlouhodobý:

- pacientka má nepřerušovaný, klidný spánek (do 7 dní)

Cíl krátkodobý:

- pacientka spí alespoň 6 hodiny v kuse

Výsledná kritéria:

- pacientka je poučena o příčinách poruch spánku (do 1 dne)
- pacientka konstatuje zlepšení spánku (do týdne)

Intervence:

- sleduj průměrnou délku spánku pacientky – denně (ošetřující sestra)
- zjisti rizikové faktory, které způsobují poruchy spánku – během dne (primární sestra)
- udržuj klidné a tiché prostředí, upravené lůžko – denně (ošetřující sestra)
- podávej naordinované léky na spaní – podle potřeby (ošetřující sestra)
- neruš zbytečně spánek (sestra ve službě)
- sleduj účinek léků na spaní – denně (ošetřující sestra)
- eliminuj množství rušivých podnětů z okolí – denně (ošetřující sestra)

Realizace:

Pacientce jsem vysvětlila opatření vedoucí ke klidnému spánku bez přerušování.

Vždy jsem se snažila eliminovat veškeré rušivé podněty. Spánek jsem pravidelně kontrolovala.

Hodnocení: efekt částečný

2.6.

Pacientka – někdy hůře usíná, konstatuje zlepšení délky spánku

Zdravotní sestra- pacientka je klidnější, nepřerušovaný spánek trvá pět hodin.

Cíl splněn částečně.

III. Kožní tkáňová integrita, riziko porušení z důvodů operačních ran – projevující se operačními ranami- porucha cirkulace, drenáže, přítomnosti edému, změn kožní elasticity.

Cíl

Cíl dlouhodobý:

- zhojená operačních ran per primam do 14 dnů od operace, nedojde k infekci a rozpadu okrajů operačních ran.

Cíl krátkodobý:

- pacientka zná zásady péče o kůži a operační ránu (do 1 dne)

Výsledná kritéria:

- pacientka je poučena a chápe důležitost péče o operační rány za maximálně sterilních podmínek do 20 minut
- z operačních ran nevytéká žádný sekret do 10 dnů
- operační rány nejeví známky infekce do 10 dnů

Intervence:

- pouč pacientku o důležitosti převazů do 10 minut (ošetřující sestra)
- kontroluj operační rány, odvody z drénu každý den (ošetřující sestra)
- převazuj rány vždy za sterilních podmínek 1x denně nebo dle potřeby
- změny na operačních ranách hlas vždy lékaři (ošetřující sestra)
- prováděj zápis do dokumentace o převazech a způsobu krytí ran každodenně (ošetřující sestra)

Realizace:

Pacientku jsem poučila o významu převazů. Operační rány jsem převazovala každý den za přítomnosti operátora. Rány byly ošetřeny peroxidem vodíku, Betadinem a sterilním krytím. Několikrát za den jsem kontrolovala stav obvazů. Redonův drén zavedený z operační rány již neodváděl žádný sekret, byl zrušen pátý den.

Operační rány se hojily bez komplikací. U zhojených ran byly odstraněny stehy (14. den po operaci).

Hodnocení: efekt úplný

2.6

Pacientka – bez obtíží

Zdravotní sestra – známky zánětu se neprojevují

Cíl splněn.

IV. Pohyblivost porušená, riziko vzniku z důvodů neuromuskulárního poškození, bolesti, tvorby edému, projevující se stížnostmi na neschopnost vykonávat či úplně zvládnout každodenní péči o vlastní osobu.

Cíl

Cíl dlouhodobý:

- pacientka je soběstačná v péči o sebe - příjem potravy, hygiena, oblékání (do 1 měsíce)

Cíl krátkodobý:

- pacientka spolupracuje při hygieně, úpravě zevnějšku (do 3 dnů)
- pacientka zná zásady spolupráce při sebepéči (do 2 dnů)

Výsledná kritéria:

- ošetrovatelský personál nabízí aktivně pomoc neustále
- pacientka chápe, že musí říci, kdy potřebuje pomoc (do 1 dne)
- pacientka se aktivně zapojila do rehabilitace a cvičí svou samostatnost
- pacientka má k dispozici pomůcky k usnadnění sebeobsluhy (do 1 hodiny)

Intervence:

- pacientka chápe a projevuje účast na aktivitách (ošetřující sestra)
- zachovávej funkční stav a kožní integritu bez kontraktur každodenně (ošetřující sestra ve spolupráci s fyzioterapeutem)
- vyjádří pochopení situace -rizikových faktorů, zajištění bezpečnost (primární sestra 28.05)
- pacientka si osvojuje postupy/ způsoby, umožňující opětovné provádění činností (ošetřující sestra)
- pacientka zachovává a zvyšuje sílu a funkci postižené části těla- každý den (ošetřující sestra ve spolupráci s fyzioterapeutem)
- zjistí, co pacientka zvládne sama - určí rozsah mobility do 24 hodin (ošetřující sestra)
- ved' pacientku k nácviku samoobslužnosti (ošetřující sestra, každodenně)
- buď přítomna u rehabilitace s fyzioterapeutem (ošetřující sestra, každodenně)
- kontroluj činnost pacientky – každodenně (primární sestra, ošetřující sestra)
- zajisti vhodnou polohu pacientky podle potřeby (ošetřující sestra)
- určí rozsah mobility – denně (ošetřující sestra)

Realizace:

Pacientku jsem poučila o významu rehabilitace. 28.05 rozhovor s primární sestrou o zajištění bezpečnosti a rizikových faktorech.

Hodnocení: efekt úplný

2. 6

Pacientka - aktivně spolupracovala, její samooblužnost se zlepšovala.

Zdravotní sestra – pacientka spolupracuje aktivně, samoobslužnou je dobrá.

Cíl splněn

V. Obraz těla porušený z důvodů ztráty části těla, která je symbolem ženskosti, projevující se neschopností podívat na postižené místo, nebo se ho dotknout, pacientky trpí negativním přístupem k vlastnímu tělu, stále se zabývají ztrátou a dochází u nich ke změně v oblasti společenského zapojení a vztahů.

Cíl

Cíl dlouhodobý:

- pacientka se nevyhýbá pohledu/dotyku postižené části těla (do 1 měsíce)
- pacientka akceptuje sama sebe (do 1 měsíce)

Cíl krátkodobý:

- pacientka má zmírněnou úzkost (do 10 dne)

Výsledná kritéria:

- pacientka postupně zahrnuje změněný obraz těla do sebepojetí, bez pocitů méněcennosti (do 10 dnů)
- pacientka volně hovoří o negativních pocitech (do 7 dní)
- pacientka naváže důvěrný kontakt s primární sestrou (do 10 dní)
- pacientka nemá obavy z reakcí okolí (do 14 dnů)

Intervence:

- posuď pacientčinu míru úzkosti a znalost situace (ošetřující sestra)
- vybidni pacientku, aby popsala sama sebe včetně svých pozitivních a negativních stránek (primární sestra)
- všiměj si známek smutku / příznaků deprese každodenně (ošetřující sestra)
- všiměj si chování, které ukazuje na silné znepokojení tělem a jeho procesy každodenně
- prodiskutuj patofyziologii změn (primární sestra 28. 5)
- posuď psychický stavu pacientky s ohledem na fyzické změny jejího těla
- posuď současnou úroveň adaptace a pokroku
- všimni si uzavřeného chování
- pomoz nemocné s péčí o sebe každodenně (ošetřující sestra)
- pomoz pacientce zvládnout základní problémy, aby se podpořilo hojení / urychlila adaptace
- zjistí předchozí způsoby zvládnání problémů
- prohovoř s pacientkou vše, co jí tíží (ošetřující sestra, primární sestra)
- dovol pacientce reagovat popřením, ale účastni se této její reakce
- prohovoř dostupné protetické pomůcky
- pomoz pacientce vybrat oděv tak, aby zanikly tělesné změny
- nauč pacientku, jak nakládat s pocity a dávat průchod emocím
- doporuč vhodné podpůrné skupiny
- předvídej změny domácího a pracovního prostředí, aby byly splněny individuální potřeby pacientky
- informace podávej v souladu s tím, nakolik a v jaké formě je pacientka schopna je akceptovat

- povzbuzuj členy rodiny, aby s pacientkou jednali normálně a ne jako s postiženou
- měj pacientku k tomu, aby pohlédla na postiženou část těla a dotýkala se jí
- upozorni členy ošetřujícího týmu, aby měli pod kontrolou výraz v obličeji a další neverbální projevy, kterými musí signalizovat akceptování, nikoliv odpor

Realizace:

Pacientku jsem se snažila motivovat, naslouchat jí a dávat prostor nakládat jí s jejími pocity. Postupně se adaptovala na vzniklou situaci. 28.05 – rozhovor s primární sestrou o změnách na těle pacientky. Pozitivně reagovala na nabídku podpůrných skupin. Rodina je pro pacientku velkou oporou a jeví zájem o její zdravotní stav.

Hodnocení: efekt částečný

2. 6

Pacientka: nepocit'uje silnou úzkost

Zdravotní sestra: pacientka se jeví klidnější, snaží se nestránit pohledu na operační ránu.

Cíl splněn částečně. Diagnóza přetrvává dál i po propuštění pacientky.

Odolnost narušená z důvodů snížené schopnosti chránit se stresu ze závažného onemocnění, aplikace chemoterapie a chirurgického výkonu, projevující se poruchou imunity, zhoršeným hojením, únavou, nespavostí a slabostí.

(potencionální ošetřovatelská diagnóza)

Cíl:

Cíl dlouhodobý:

- pacientka nemá známky porušené imunity (do 1 měsíce)

Cíl krátkodobý:

- pacientka projevuje schopnost pečovat o vlastní blaho (do 1 týdne)
- pacientka zná a umí způsoby prevence, jak předcházet infekci, únavě, slabosti (do 1 týdne)

Intervence:

- zhodnot' všechny tělesné systémy, zdali nejeví známky infekce
- sleduj laboratorní výsledky: zvýšené leukocyty, nález v moči, hemokulturu

- prodiskutuj a pouč pacientku o důležitosti adekvátního příjmu tekutin a výživy
- dodržuj aseptický přístup při převazech
- pečuj o rány a obvazy podle stanovených zásad a postupů
- zhodnot' stav výživy, stravovací návyky
- zhodnot', jak pacientka snáší aktivitu
- posud' dřívější způsob aktivity
- zvyšuj aktivitu pacientky pomalu
- zhodnot' snížení sebepojetí a sebeúcty
- zapoj pacientku do plánování péče a stanovování krátkodobých cílů
- zhodnot' u pacientky přítomnost deprese nebo nedostatku stimulace
- zapoj rodinu do podpory/ účasti při vykonávání denních životních aktivit u pacientky

Realizace:

Edukace pacientky o vhodné výživě, relaxaci

Aktivizace pacientky při sebepéči.

Zajištění kontroly stavu pokožky a operační rány.

Hodnocení: efekt úplný

2.6

Pacientka: bez obtíží

Zdravotní sestra: zvolená opatření byla účinná, pacientka nejeví známky poruchy imunity

9 Edukační proces

Edukovaný - pacientka

Edukant - ošetřující sestra

Edukace zaměřena - na jednorázové vzdělávání

Forma edukace - písemný text, verbálně, názorná ukázka

Reakce na edukaci - verbální pochopení, dotazy, prokázaná dovednost

Edukační potřeba v oblasti - cvičení, aktivita, pokračovat v rehabilitaci po propuštění do domácího ošetřování, předejít vzniku lymfedému

Domnívám se, že nejdůležitějším tématem edukace u této diagnózy je rehabilitace, která má předejít, nebo alespoň zmírnit postmastektomický lymfedém. Jeho prevence eventuelně léčba spočívá v dlouhodobém polohování (elevaci) končetiny a manuální lymfodrenáži. Jako doplněk se využívá bandážování horní končetiny.

Pacientku jsem edukovala verbálně a jako didaktická pomůcka sloužil textový materiál Ústavu zdravotní výchovy na toto téma.

Pacientka reagovala velmi kladně na možnost si materiály v klidu pročíst. Edukaci jsem prováděla ve spolupráci s fyzioterapeutem, který za pacientkou docházel každý den.

Ověřování úrovně dosažených cílů u edukanta probíhalo kontinuálně kladením otázek a praktickým předvedením.

Prevence vzniku lymfedému spočívá v následujících doporučeních:

- je vhodné mít volné rukávy na oblečení
- při sezení u stolu mít nataženou ruku na stole
- nepoužívat žiletky při holení podpaží
- používat vhodný krém na ruce
- jakékoli drobné poranění na ruce je nutné ošetřit a v případě komplikací informovat okamžitě ošetřujícího lékaře
- používat ochranné rukavice při práci v domácnosti
- ukládat paži do výšky nad úroveň srdce (např. na polštář), dbejte na to, aby byla podložena celá paže

Nevhodné je -

- nosit kabelky nebo zavazadla na místě operované ruky
- nosit zařezávající se ramínko od podprsenky
- prstýnky, náramky a hodinky se nesmí zařezávat
- vystavovat se přímému působení tepla na paži, (horké koupele, žehlení, dlouhé opalování).

Při působení tepla dochází k rozšiřování krevních a lymfatických cév. Také střídání teplé a studené vody podporuje tento mechanismus.

Doporučují se -

- krátké studené koupele paží (20 st. C / 20 min). Při dlouhodobém působení chladu však dochází ke zhoršení průtoku v paži, což může vést ke vzniku lymfedému.
- dejte si pozor při ošetřování kůže a nehtů na této straně, vždy postupujte velmi opatrně
- také měření tlaku a aplikaci injekcí, či odběry krve si nechávejte provádět vždy na zdravé končetině
- nezapomeňte, že nesmíte nosit nic těžkého. Nedělejte nic, při čem musíte svalstvo ruky zvýšeně namáhat. Zvýšení námahy vyžaduje více kyslíku pro svaly. Paži pak přitéká více tepenné krve bohaté na kyslík. Ta však musí být zpětně odváděna jako žilní krev a míza (lymfa).
- vhodná je správně a cíleně prováděna rehabilitace horní končetiny

Edukační postup pro dosažení cílů rehabilitační péče:

- seznámit pacientku s významem rehabilitace
- předvést a poučit pacientku s tím, jak má rehabilitaci provádět
- provádět rehabilitaci několikrát denně
- dohlížet na pacientku a kontrolovat ji při provádění rehabilitace
- přesvědčit se, zda pacientka edukaci pochopila (kontrolní otázky)
- polohování horní končetiny, to znamená abdukce 90 stupňů v ramenním kloubu s podložení ruky, předloktí a paže na polštář

10 Zhodnocení ošetrovatelské péče

Ošetrovatelská péče u pacientek s touto diagnózou vyžaduje velmi citlivý přístup. Péče o psychický stav nemocné patří mezi základní součásti léčby včetně rehabilitační péče. Reakce pacientek často zahrnují zklamání, úzkost, strach, depresi eventuelní hněv. Je to odraz nejen uvědomění si stavu z hlediska kosmetického, ale u většiny i rozpoznání pravdy o svém základním onemocnění.

Proto je jakékoliv pochopení povzbuzování zdravotního personálu, lékařů i rehabilitačních pracovníků potřebné a vhodné. Podpora rodiny by měla být samozřejmostí.

Neméně důležité je správně pečovat o pooperační ránu, do budoucna pacientku instruovat o vhodné externí náhražce amputovaného prsu. Seznámit pacientku s tím, že v indikovaných případech je možné následné řešení plastickým chirurgem.

Pacientka byla velmi dobře komunikativní, snažila se velmi zapojovat do pooperační péče. Aktivně reagovala na rehabilitaci – pochopila její význam. S rodinou pacientky se také spolupracovalo velmi dobře. Pacientka byla s ošetrovatelskou péčí spokojena.

Závěr

Pacientka byla na našem oddělení hospitalizována od 25.5 2008 do 3.6 2008. Při propuštění byla v celkově dobrém stavu. Nyní pacientka dochází pravidelně na rehabilitaci, kde pokračuje v rehabilitaci horní končetiny.

U nemocných po ukončení komplexní léčby je vhodná lázeňská léčba. Délka pracovní neschopnosti je individuálně odlišná, je závislá na charakteru nádorového onemocnění, věku, celkovém stavu, původním zaměstnání a mnoha dalších faktorech. Při dobrém celkovém stavu je možné doporučit návrat do zaměstnání na kratší pracovní úvazek. Pracovní aktivita přispívá k duševní a fyzické rovnováze. Zlepšuje též pracovní a sociální aspekty. I při návratu do zaměstnání je důležité dodržovat principy správné životosprávy (výživa denní režim, adekvátní psychická a fyzická aktivita) samovyšetřování prsu a dispenzarizace.

Cílem mé práce bylo stanovení ošetrovatelského plánu a prohloubení znalostí o problematice pacientek s ablací prsu a exenterací axilly.

Podle vyhodnocených cílů ošetrovatelské péče si myslím, že se mi podařilo splnit ošetrovatelský plán tak, aby pacientka měla uspokojeny svoje potřeby a ošetrovatelská péče byla vyhovující a dostatečná.

Seznam bibliografických odkazů

1. ADAM, Z., Ševčík, P., Vorlíček, J., Mistrík, M., a kol.: **Kostní nádorové choroby**. 1 vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 296 s. ISBN 80 – 247 – 1357 – 8
2. BECHYNĚ, M.: **Terapie lymfedému**. 1. vydání. Praha: Phlebomedica, spol.s r.o., 1993. 208 s. ISBN 80-9012981-1
3. DRAŽAN, L., Měšták, J.: **Rekonstrukce prsu po mastektomii**. 1 vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 166 s. ISBN 80 – 247 – 1123 – 0
4. DODGES, M. E., Moorhouse, M. F.: **Kapesní průvodce zdravotní sestry**. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2001. 568s. ISBN 80 – 247 – 0242 – 8.
5. JANDA, J.: **Funkční svalový test**. Vydání 1. české. Praha: Grada Publishing 1996. 328 s. ISBN 80 – 7169 – 208 – 5.
6. KLENER, P.: **Klinická onkologie**. 1 vydání. Praha: Galén, 2002. 686 s. ISBN 80 – 7262 – 151 – 3.
7. MAREČKOVÁ, J.: **Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách**. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80 – 247 – 1399 – 3.
8. MASTLILLIAKOVÁ, D.: **Úvod do ošetrovatelství**. 1.díl. 1.vydání. Praha: Karolinum, 2003. 187 s. ISBN 80 – 246 – 0429 – 9.
9. MIKŠOVÁ, Z., Froňková, M., Zajíčková, M.: **Kapitoly z ošetrovatelské péče II**. Aktualizované a doplněné vydání, v této podobě první. Praha: Grada Publishing, 2006. 171 s. ISBN 80 – 247 – 1443 –
10. NUMENTHALER, M., Mattle, H.: **Neurologie**. První české vydání. Praha : Grada Publishing, 2001. 652 s. ISN 80 – 7169 – 545 – 9.
11. TRACHTOVÁ, E.: **Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu**. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 186s. ISBN 80 – 7013 – 324 – 4.
12. VENGLÁŘOVÁ, M., Mahrová, G.: **Komunikace pro zdravotní sestry**. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80 – 247 – 1262 – 8.
13. VORLÍČEK, J., Abrahámová, H., Vorlíčková a kolektiv.: **Klinická onkologie pro sestry**. 1 vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 328 s. ISBN 80 – 247 – 1716 – 6

Seznam použitých zkratek

ALP – alkalická fosfatáza

ALT – alaninaminotransferáza

APTT – aktivovaný parciální tromboplastinový test

AST - aspartátaminotransferáza

ATB – antibiotika

C – cervicales (krční)

Ca – karcinom

CA - cancer – antigen (onkologický marker)

CEA – carcino- embolic antigen (onkologický marker)

CNS – centrální nervová soustava

Dg. – diagnóza

DK – dolní končetina

DM - diabetes mellitus

DNK - deoxyribonukleová kyselina

event. - eventuelně

GMT – gamaglutamyltranspeptidáza

HK – horní končetina

MR – magnetická rezonance

PET - pozitronová emisní tomografie

RHB - rehabilitace

SONO – ultrazvuk

Th – thoracicae (hrudní)

TK – krevní tlak

TNM – (tumor – nodus – metastazís) klasifikace zhoubných novotvarů

TPA - tkáňový polypeptidový antigen

TT - tělesná teplota

tj. – to je

UZ- uzliny

VAS – Vizuálně analogová škála

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Seznam příloh:

Příloha číslo 1. Body mass index

Příloha číslo 2. Barthelův test základních všedních činností

Příloha číslo 1 – Body mass index (BMI)

$$\text{BMI} = \frac{\text{váha (kg)}}{\text{výška (cm}^2\text{)}}$$

do 18,5	podváha
od 18,5 – 24,9	normální
30 – 34,9	nadváha
35 – 39,9	mírná obezita
40 a více	velká obezita
	extrémní obezita

Použit 28. 5.2008 a 2. 6. 2008

Hodnocení Body mass indexu (BMI)

28. 5 2008 vyhodnoceno 20 body

2. 6 2008 vyhodnoceno 19 body

Příloha číslo 2 - Barthelův test základních všedních činností

(Trachtová, 1999, str. 23)

Použit 28.5 2008 a 2.6 2008

ČINNOST	PROVEDENÍ ČINNOSTI	BODOVÉ SKORE
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas in kontinentní	5
	inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas kontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s malou pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Hodnocení testu závislosti v základních všedních činnostech.

100 bodů nezávislý

65 – 95 bodů lehká závislost

45 – 60 bodů závislost středního stupně

0 - 40 bodů vysoce závislý

28. 5 – výsledek 80 bodů

2. 6 – výsledek 95 bodů