

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U ŽEN
S KARCINOMEM DĚLOŽNÍHO HRDLA**

Bakalářská práce

BABICKÁ RADKA

Praha 2010

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U ŽEN
S KARCINOMEM DĚLOŽNÍHO HRDLA**

Bakalářská práce

RADKA BABICKÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s, PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Jana Endlicherová

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 30. 4. 2010

Datum obhajoby:

Praha 2010

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne

.....

Radka Babická

Předmluva

Nádorová onemocnění patří mezi nejzávažnější problémy celého světa. Karcinom děložního hrdla představuje se trvalou „hrozbu“ pro mladší, i starší ženy. Incidence karcinomu děložního hrdla je navíc v České republice velmi vysoká ve srovnání s ostatními evropskými zeměmi.

Téma karcinomu děložního hrdla pro bakalářskou práci jsem si zvolila, jelikož se mě přímo dotýká a zajímá mě. Pracuji na onkogynekologickém oddělení ve VFN v Praze a jsem proto stále v kontaktu s ženami, které se s onemocněním děložního hrdla léčí.

Cílem mé práce je seznámit s problematikou tohoto onemocnění, poukázat na důležitost prevence, shrnout způsoby léčby a ošetrovatelské péče o nemocné ženy. V teoretických podkladech pro bakalářskou práci jsem vycházela z knižních pramenů, v praktické části jsem využila také zkušeností z vlastní praxe.

Práce je především určena studentkám porodní asistence, ale také všeobecným sestřám a všem, kteří se o tuto problematiku zajímají.

Touto cestou bych chtěla poděkovat MUDr. Jiřímu Slámovi, Ph.D. za cenné rady praktické při psaní mé bakalářské práce, za podnětné a hlavně odborné rady po celou dobu mé působnosti na onkogynekologickém oddělení. PhDr. Janě Endlicherové za podporu, konzultace, pedagogické usměrnění a za rady, které mi poskytovala při vypracování mé bakalářské práce.

ABSTRAKT

BABICKÁ, Radka. *Ošetrovatelská péče o ženu s karcinomem děložního hrdla*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: MUDr. Jiří Sláma, Ph.D.; PhDr. Jana Endlicherová. Praha. 2010. s.

Tématem bakalářské práce je péče o ženy s karcinomem děložního hrdla. Karcinom děložního hrdla patří k častým nádorovým onemocněním v ČR. Bakalářská práce shrnuje příčiny vzniku karcinomu děložního hrdla, je popsána problematika léčby a prevence. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část práce se zaměřuje na přehled etiologie, klasifikace, diagnostiky a léčby. Jsou popsány metody a podmínky léčby a etické dopady. Praktická část práce je zaměřena na kazuistiku, která se věnuje ošetrovatelské péči u ženy s karcinomem děložního hrdla. Kazuistika je zpracována z dokumentací onkogynekologickém oddělení VFN. Ke zpracování kazuistiky byl použit model M. Gordonové, podle kterého byla prováděna ošetrovatelská péče. Popisuje lékařskou anamnézu; sestavení ošetrovatelské diagnózy, způsoby řešení a hodnocení úspěšnosti ošetrovatelské péče.

Klíčová slova: Děložní hrdlo. Hospitalizace. Karcinom. Léčba. Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelské diagnózy. Prevence.

ABSTRACT

BABICKÁ, Radka. *Nurse care about women with cervical cancer*. Medical University (College of Health), o.p.s. qualification level: B Supervisor: MUDr. Jiří Sláma Ph D., PhDr. Jana Endlicherová. Prague. 2010. p.

The intent of the bachelor thesis is a care about women with cervical cancer. Malignant tumours of the uterine cervix are frequent oncological problem in Czech republic. Bachelor thesis summarises etiopathogenesis of cervical cancer, describes methods of therapy and principles of prevention. Paper is divided into theoretical and practical part. Review of etiology, classification, diagnostics and therapy is included in theoretical part. Methods and conditions of therapy and ethical impacts are described. Practical part presents case report, which is concentrated to nurse care of cervical cancer patient. Case report is based on documentation from oncogynecological department of General Teaching Hospital in Prague. Model by M.Gordon was used to work up case report and to structure nurse care. Model reports medical history, compilation of nurse diagnosis, methods of solving and success evaluation of nurse care.

Key words: Carcinoma. Hospitalisation. Nurse care. Nurse diagnoses. Prevention. Therapy. Uterine cervix.

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	
1 ANATOMIE ŽENSKÉHO POHLAVNÍHO ÚSTROJÍ.....	11
1.1 Anatomie dělohy.....	11
2 EPIDEMIOLOGIE A KLASIFIKACE.....	15
2.1 Incidence a mortalita.....	15
2.2 Histologická klasifikace.....	17
3 RIZIKOVÉ, PROTEKTIVNÍ A PROGNOTICKÉ FAKTORY.....	18
3.1 Rizikové a protektivní faktory.....	18
3.2 Prognostické faktory.....	29
3.3 Prognóza.....	20
4 URČENÍ STÁDIA ONEMOCNĚNÍ (STAGING).....	20
4.1 Hodnocení primárního nádoru.....	21
4.2 Hodnocení regionálních mízních uzlin.....	22
4.2.1 Kritérium kategorie pN0.....	23
4.3 Hodnocení vzdálených metastáz.....	23
5 KLINICKÝ OBRAZ.....	26
6 DIAGNOSTIKA.....	27
6.1 Stagingová vyšetření.....	27
6.2 Úskalí stagingových vyšetření.....	28
7 LÉČBA.....	29

7.1	Časná stádia a operační léčba.....	29
7.2	Radioterapie a chemoterapie.....	30
7.3	Pokročilá stádia.....	31
7.4	Kontroly po ukončení léčby.....	31
8	PREVENCE.....	32
8.1	Sekundární prevence.....	32
8.2	Primární prevence.....	32
PRAKTICKÁ ČÁST		
9	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	34
9.1	Koncepční model Marjory Gordonové.....	34
9.1.1	Typologie a definice.....	35
10	Ošetřovatelský proces u ženy s karcinomem děložního hrdla.....	37
10.1	Ošetřovatelské diagnózy.....	56
10.1.1	Aktuální ošetřovatelské diagnózy.....	56
10.1.2	Potencionální ošetřovatelské diagnózy.....	56
10.1.3	Stanovení ošetřovatelských dg. a jejich uspořádání podle priorit.....	57
ZÁVĚR.....		66
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....		67

ÚVOD

Nádorová onemocnění ženských pohlavních orgánů jsou velmi závažným problémem. Karcinom děložního hrdla je druhým nejčastějším zhoubným nádorem u žen na světě. V ČR je na 3. místě v incidenci gynekologických nádorů. Každý rok zjišťujeme asi 1000 nových onemocnění. Přibližně 40 % je zjištěno v pokročilém stádiu, kdy vyhlídky na kompletní uzdravení jsou značně omezené. Zhoubné nádory děložního hrdla se diagnostikují ve dvou vrcholech u žen kolem 50. roku života a kolem 60. roku života. Věková incidence se, ale stále snižuje.

Příčinou rozvoje zhoubného nádoru děložního hrdla je infekce rizikovými genotypy lidských papilomavirů – human papillomavirus (HPV). Samotná infekce HPV je sice nutnou, ale ne jedinou podmínkou pro vznik nádoru. Přesto se díky HPV jedná o jeden z mála maligních nádorů, u kterého je možná i primární prevence. Základem prevence jsou však pravidelné gynekologické prohlídky, na které by podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví měla žena docházet jednou ročně.

Téma karcinom děložního hrdla je mi velice blízké, jelikož pracuji ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze na gynekologicko – porodnické klinice, jejíž onkogynekologické oddělení, je jedním z největším onkogynekologickým centerem v ČR. Provádí se zde největší počet radikálních operačních výkonů a zjišťuje komplexní péče s cílem zajistit pro nemocné kvalitní a plnohodnotný život.

Hlavním cílem mé bakalářské práce je poukázat na problematiku karcinomu děložního hrdla a přiblížit náročnost léčby a ošetrovatelské péče o ženy s tímto onkologickým onemocněním. V teoretické části je popsána anatomie dělohy, klasifikace onemocnění, příčiny, klinický obraz, diagnostika a metody léčby. V praktické části je zpracována kazuistika velmi pacientky s karcinomem děložního hrdla, která podstoupila radikální trachelektomii a pánevní lymfadenektomii. Práce by zároveň měla ukázat ošetrovatelskou péči na onkogynekologii, která je velmi naplňující a náročná, třebaže nemusí být vždy radostná jako práce na jiném oddělení.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE ŽENSKÉHO POHLAVNÍHO ÚSTROJÍ

Ženská rodidla dělíme na zevní a vnitřní. Zevní rodidla tvoří hrma, velké a malé stydké pysky, klitoris, poševní vchod s panenskou blánou, vestibulární žlázy a hráz. K vnitřním rodidlům patří pochva, děloha se závěsným a podpurným aparátem, vejcovody a vaječníky[4].

1.1 Anatomie dělohy

Děloha (uterus, metra) je dutý svalový orgán vystlaný mukózou a částečně krytý peritoneem. Leží v malé pánvi mezi močovým měchýřem a rektum. Děloha je dlouhá asi 7-8 cm, široká asi 5cm a má hruškovitý tvar.

Děloha se skládá ze tří částí:

- Tělo děložní – corpus uteri
- Úžina děložní – isthmus uteri
- Hrdlo děložní – cervix uteri

Děložní tělo má u dospělé ženy dvojnásobnou délku než děložní hrdlo. Na děložním těle rozeznáváme přední a zadní stěnu, které se v okrajích spojují v hrany děložní a kraniálně tvoří fundus děložní.

Děložní fundus je mírně konvexní a laterálně přechází v rohy děložní, ze kterých odstupují ligamenta teres uteri, vejcovody a ligamenta ovarii proprium.

Děloha je téměř kryta peritoneem, které na ní přechází zezadu z rekta, jde přes fundus na přední stěnu a pak na močový měchýř (plica vesicouterina). Vytváří tak prostor za dělohou zvaný Douglasův prostor – exvatio rectouterina a před dělohou – excavatio vesicouterina.

Úžina děložní – isthmus uteri – je úzký, asi 1 cm široký pruh mezi děložním tělem a hrdlem. V těhotenství a za porodu je součástí tzv. dolního děložního segmentu, mimo toto období nemá funkční význam.

Děložní hrdlo má válcovitý tvar a kaudálním směrem se kónicky zužuje. Poševní úpon rozděluje hrdlo na dvě části – portio vaginalis cervicis uteri (čípek děložní) a portio supravaginalis. Vaginální část cervixu je hladká, uprostřed se nachází zevní branka (orificium externum uteri). U nulipar je kruhovitý tvar, u multipar je příčně šterbinovitá. Šterbina rozděluje čípek na přední a zadní pysk.

Dutina děložní (cavum uteri) má při pohledu zepředu trojúhelníkovitý tvar, který směřuje vrcholem do vnitřní branky (orificium internum uteri). Pokračováním dutiny děložní je kanál hrdla děložního (canalis cervicis uteri). Ten je ohraničen zevní a vnitřní brankou děložní. Sliznice je v cervikálním kanále zřasená a vytváří plicae palmatae canalis cervicis.

Děložní stěnu tvoří tři vrstvy:

- Perimetrium
- Myometrium
- Endometrium

Perimetrium je pobřišnice pokrývající dělohu. Po stranách přechází do širokého vazů děložního – ligamentum latum uteri. Pod perimetriem je tenký vazivový obal, který se v oblasti hrdla děložního zesiluje a vytváří závěsný aparát dělohy.

Myometrium představuje nejsilnější část dělohy, je tvořeno hladkou svalovinou, která je uložena ve třech vrstvách. Vlákná vnitřní vrstvy probíhají podélně stejně jako vlákná zevní vrstvy. Střední vrstva je nejmohutnější a její vlákná probíhají cirkulárně a spirálně. Toto anatomické uspořádání umožňuje zvětšování dělohy během těhotenství. Svalová vlákná převažují v těle děložním, kde mají aktivní roli za porodu. Cervix děložní obsahuje svalovinu jen v oblasti vnitřní branky. V ostatních částech převládá kolagenní vazivo.

Endometrium tvoří výstelku dutiny děložní a přechází do cervikálního kanálu. Na povrchu je kryto jednovrstevným cylindrickým epitelem s řasinkami. Endometrium se dělí na dvě části – zona basalis a zona functionalis. Po menstruaci v dutině děložní zůstává jen bazální vrstva, ze které v dalších fázích menstruačního cyklu proliferuje funkční vrstva. Po ovulaci dochází k sekreční transformaci funkční vrstvy a ta, pokud nedojde k otěhotnění, odchází z dutiny při dalším menstruačním krvácení a celý cyklus se opakuje.

Cylindrický epitel v hrdle děložním se za normálních okolností setkává s dlaždicovým epitelem vaginální části hrdla v místě zevní branky. Místo, kde se stýkají dva druhy epitelů, se nazývá pásmo epiteliální přeměny (transformační zóna) a může být posunuto dovnitř i navenek zevní branky a epitely se mohou různou měrou překrývat. To vytváří předpoklad ke vzniku prekancerózních změn.

Děloha je uložena v centru malé pánve a podélná osa těla děložního svírá s osou hrdla děložního tupý úhel (160) dopředu otevřený.

Celá děloha je vůči pochvě výrazně skloněna dopředu a svírá s ní úhel 70 až 100 (anteverze dělohy). Jen asi u 15 % žen je situace opačná a děloha je zakloněná (retroverze) současně s retroflexí těla děložního.

Ve své poloze je v pánvi děloha držena svým závěsným aparátem (retinaculum uteri), který tvoří tyto vazy:

- Ligamentum teres uteri (ligamentum rotundum)
- Ligamentum sacrouterinum
- Ligamentum cardinale Mackenrodti
- Ligamentum vesicouterinum

Oblé vazy (ligamentum teres uteri) začínají v oblasti děložních rohů, procházejí inkuinálním kanálem a končí ve velkých stydkých pyscích. Skládají se z kolagenního vaziva a obsahují i vlákna hladké svaloviny. Tyto vazy napomáhají udržovat dělohu v anteverzi.

Ligamenta sacrouterina (zadní vazy) začínají na děložním hrdle a probíhají podél rekta k okrajům kosti křížové.

Největší význam pro závěs dělohy mají vazy jdoucí od hrdla děložního laterálně ke stěně pánevní – ligamenta cardinalia Mackenrodti. V klinické praxi bývají tyto vazy označovány jako parametria.

Ligamenta vesicouterina vybíhají z přední strany hrdla děložního k bázi močového měchýře a dále jdou jako vazy pubovezikální podél měchýře až k symfýze. Tyto vazy se někdy označují jako pilíře močového měchýře[4].

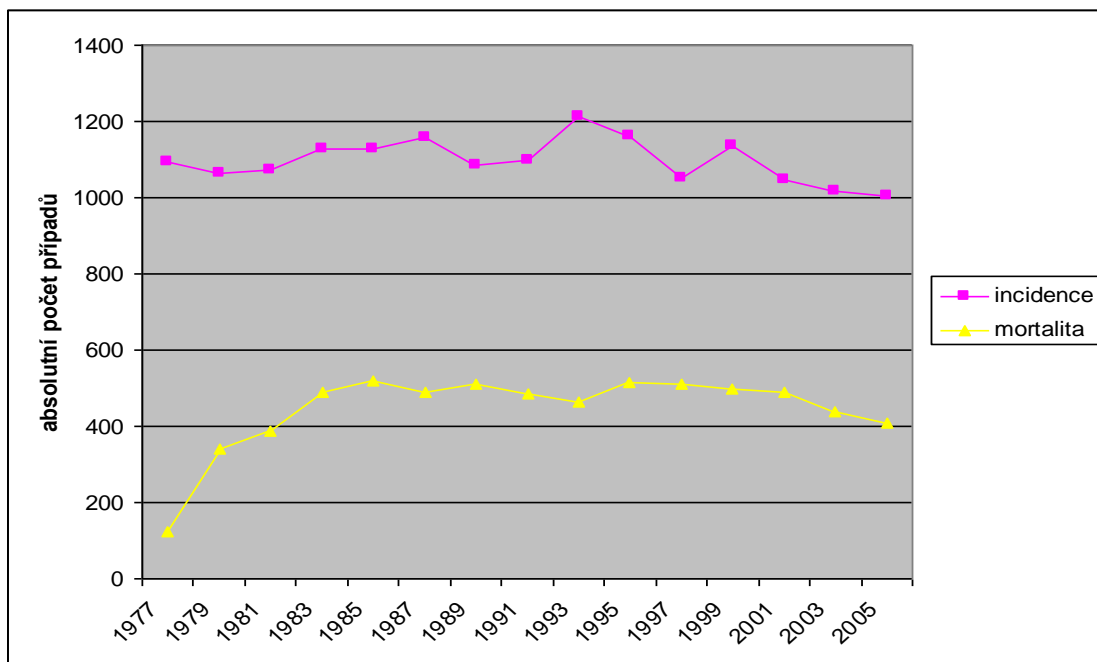
2 EPIDEMIOLOGIE A KLASIFIKACE

Karcinom děložního hrdla je v rozvojových zemích (Afrika, Asie, Jižní Amerika) na druhém místě ve výskytu zhoubných nádorů u žen. Nejvíce jsou postiženy ženy se špatným sociálním postavením. Dalšími rizikovými faktory jsou časné zahájení sexuálního života, větší počet sexuálních partnerů, výskyt sexuálně přenosného onemocnění u partnera nebo více sexuálních partnerek u partnera. Naproti tomu spinocelulární karcinom téměř neexistuje u žen žijících v celibátu. Společným jmenovatelem uvedených skutečností je infekce lidským papilomavirem (human papillomavirus - HPV), která má v etiologii karcinomu děložního hrdla rozhodující význam[3,5,17,24].

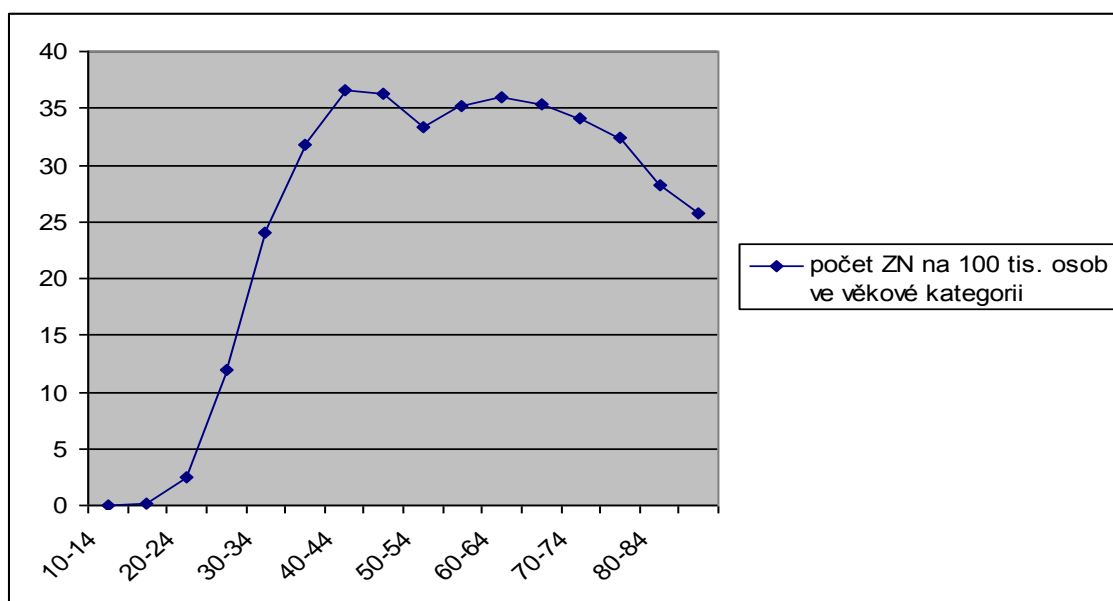
2.1 Incidence a mortalita

Incidence karcinomů děložního hrdla patří v ČR vzhledem k ještě nedávno neexistujícímu screeningu mezi nejvyšší v Evropě. Ročně se diagnostikuje kolem 20 případů na 100 tis. žen, v roce 2003 to bylo celkem 1007 případů, tedy 19,2 případů na 100 tis. žen. Epidemiologická data shrnují graf. 1 a 2. Vrcholy výskytu ve věkové distribuci karcinomu děložního hrdla jsou dva, první mezi 35. – 39. a druhý mezi 60. a 65. rokem věku. Ročně umírá na toto onemocnění téměř 400 žen. Regionálně je nejvyšší incidence v Karlovarském, Ústeckém kraji a v Praze. Záchyt onemocnění v I. stádiu dlouhodobě osciluje v posledních letech kolem 40% všech případů. Tato alarmující čísla jsou důsledkem pozdní diagnostiky, jejíž příčiny jsou známé: absence organizovaného screeningu, nekvalitní cytologické laboratoře, nedostatečné provádění HPV testu a neexistence auditu jednotlivých pracovišť. Jisté zlepšení lze očekávat od současného nástupu vakcinace, ale její vliv se projeví nejdříve po 20 – 30 letech [3].

Graf 1: Absolutní incidence a mortalita na ZN děložního hrdla v ČR v letech 1977 – 2005 (ÚZIS).



Graf 2: Incidence ZN děložního hrdla dle věkových skupin na 100 tisíc osob v ČR (ÚZIS).



2.2 Histologická klasifikace

Většina nádorů děložního hrdla jsou maligní epitelové nádory s převahou dlaždicobuněčného karcinomu (80 – 85 %). Ostatní maligní nádory jsou méně časté. Z mezenchymových nádorů převažuje leiomyosarkom, následovaný vzácnými typy nádorů jako je endometriální stromální sarkom a nediferencovaný sarkom. Ze sekundárních nádorů je nejčastější přímé prorůstání karcinomu těla děložního a dalších nádorů z oblasti pánve (karcinom rekta, nádory močového měchýře) [11].

3 RIZIKOVÉ, PROTEKTIVNÍ A PROGNOTICKÉ FAKTORY

3.1 Rizikové a protektivní faktory

Karcinom děložního hrdla je možné označit za sexuálně přenosné onemocnění. (Citterbart, 2001). Rizikové faktory jsou totiž velmi dobře známy a řada z nich souvisí se sexuálním chováním ženy. Nejdůležitějším faktorem je perzistující infekce rizikovými typy lidských papillomavirů (HPV), i když tu je nutno dnes považovat za faktor etiopatogenetický. Celkem 99,7% případů karcinomu děložního hrdla je HPV pozitivních. Perzistující infekce HPV je nezbytná, sama o sobě však není postačující. To je v souladu s vícestupňovou teorií kancerogeneze [3,17,24].

Přehled rizikových faktorů:

- Časná koitarche - zahájení sexuálního života před 16. rokem věku. Větší počet sexuálních partnerů 10 a více partnerů zvyšuje riziko 2-3x.
- Rizikový (promiskuitní) mužský partner (větší počet partnerek, anamnéza sexuálně přenosné nemoci). Tento faktor jistě souvisí s přenosem HPV infekce event. přenosem dalších sexuálně přenosných nemocí.
- Kouření (včetně pasivního kouření). Je nezávislým rizikovým faktorem. Platnost je doložena hlavně pro spinocelulární karcinom.
- Multiparita vyšší riziko lze prokázat až od 3 a více porodů. Toto riziko neplatí pro adenokarcinom děložního hrdla.
- Nízký věk prvního porodu. Souvisí se vzorcem sexuálního chování.
- Nízký socioekonomický stav. Nejspíše alespoň zčásti vysvětluje rasové a etnické rozdíly v incidenci a mortalitě.

- HIV pozitivita, imunodeficience, imunosuprese. U HIV pozitivních je doložena akcelerace vývoje karcinomu z existujících prekanceróz.
- Další infekce jako jsou chlamydiová infekce, infekce herpesvirem a jiné.
- Dieta s nedostatkem folátů, beta karotenu a vitamínu C.
- Rodinná zátěž při postižení matky či sestry.
- Špatná genitální hygiena

Mimořádně důležitý z hlediska organizačního pohledu je faktor absence cytologického screeningu. Je přesvědčivě doloženo snížení incidence v zemích se zavedeným screeningem a dosažením vysokého pokrytí (účastenství) screenované populace.

Mezi protektivní faktory karcinomu děložního hrdla lze tedy zařadit právě účastenství ve screeningovém programu (t.j. sekundární prevence), dále dodržování zásad bezpečného pohlavního styku a nekuřáctví. Zcela novou problematikou protekce na úrovni primární prevence dnes představuje aplikace profylaktických vakcín proti rizikovým typům lidských papillomavirů.

3.2 Prognostické faktory

Mezi nejdůležitější faktory patří postižení regionálních lymfatických uzlin (počet postižených uzlin, velikost metastáz resp. mikrometastáz). Histologický typ nádoru není zcela zjevným faktorem, neboť prognóza adenokarcinomů je horší jen podle některých studií.

Prognózu významně ovlivňují faktory léčby – adekvátní radikalita operačního výkonu nebo optimální radioterapie [1,3,20].

Nejdůležitějšími prognostickými faktory je stadium onemocnění a stav spádových lymfatických uzlin v pánvi. Pro určení správného postupu způsobu léčby je po zjištění karcinomu děložního hrdla provedení tzv. stagingových vyšetření, která umožní zařazení pacientky do konkrétního stádia a návrh optimálního léčebného postupu.

3.3 Prognóza

Obecně platí, že prognóza onemocnění v časném stádiu je velmi dobrá, s pokročilostí choroby se výrazně zhoršuje. Časná stádia onemocnění s hloubkou invaze 1-3 mm mají velmi dobrou prognózu a prakticky nikdy nerecidivují [13,22,23]. Prognózu shrnuje tabulka č. 1.

Tab. 1: Prognóza 5 – letého přežití u karcinomu děložního hrdla dle jednotlivých stádií

Stádium	% pacientek přežívajících 5-letý interval
Ia	98 – 99
IIb	87 – 90
IIa	62 – 83
IIb	62 – 68
III	33 – 48
IV	14

4 URČENÍ STÁDIA ONEMOCNĚNÍ (STAGING)

Klasifikace se používá pro karcinomy bez ohledu na exocervikální nebo endocervikální lokalizaci. Využívá TNM klasifikace (určení nádoru – T, uzlin – N a metastáz – M) a souhrnné klasifikace podle FIGO (Mezinárodní federace pro gynekologii a porodnictví (Tab. 2 a 3)[2,3,13].

4.1 Hodnocení primárního nádoru

Primární nádor (T) je klasifikován příponovým označením:

TX - stádium primárního nádoru nelze hodnotit

T0 - bez známek primárního nádoru

Tis - karcinom in situ (CIS)

T1 - karcinom děložního hrdla omezený na dělohu (šíření na tělo děložní by nemělo být zohledněno)

- T1a - invazivní karcinom diagnostikovaný pouze mikroskopicky.

- T1a1 - stromální invaze do hloubky ne větší než 3,0 mm a horizontální šíření 7,0 mm nebo méně

- T1a2 - stromální invaze více než 3,0 mm, ne však více než 5,0 mm s horizontálním šířením 7,0 mm nebo méně

- T1b - klinicky zřetelná léze omezená na děložní hrdlo nebo mikroskopická léze větší než T1a2

- T1b1 - klinicky zřetelná léze 4,0 cm nebo méně v největším rozměru

- T1b2 - klinicky zřetelná léze větší než 4,0 cm v největším rozměru

T2 - nádor se šíří mimo dělohu, ale ne ke stěně pánevní či do dolní třetiny pochvy

- T2a - nádor se šíří do horních 2/3 pochvy, bez šíření do parametria

- T2b - se šířením do parametria

T3 - nádor se šíří ke stěně pánevní, postihuje dolní 1/3 pochvy nebo způsobuje hydronefrózu či afunkci ledviny

- T3a - nádor postihuje dolní 1/3 pochvy, bez šíření ke stěně pánevní

- T3b - nádor se šíří ke stěně pánevní nebo způsobuje hydronefrózu či afunkci ledviny

T4 - nádor postihuje sliznici močového měchýře nebo rekta nebo se šíří mimo malou pánev

4.2 Hodnocení regionálních mízních uzlin

Regionálními mízními uzlinami (označení N, po histologickém vyšetření pN) jsou uzliny paracervikální, parametriální, hypogastrické (vnitřní ilické a obturatorní), společné a zevní ilické, presakrální a laterální sakrální.

NX - regionální mízní uzliny nelze hodnotit

N0 - v regionálních mízních uzlinách nejsou metastázy

N1 - metastázy v regionálních mízních uzlinách

4.2.1 Kritérium kategorie pN0

Pro stanovení pN je potřeba vyšetření materiálu z pánevní lymfadenektomie, které má standardně zahrnovat 10 a více mízních uzlin. Jsou- li mízní uzliny negativní, ale nebylo dosaženo standardně vyšetřovaného počtu, klasifikuje se jako pNX.

4.3 Hodnocení vzdálených metastáz

Vzdálené metastázy (M) je klasifikovány příponovým označením:

MX - vzdálené metastázy nelze hodnotit

M0 - nejsou vzdálené metastázy

M1 - vzdálené metastázy

Nejčastějším místem vzdálených metastáz u karcinomu děložního hrdla jsou paraaortální a mediastinální mízní uzliny, plíce a skelet.

Tab. 2: TNM stádia.

Stádium	TNM
0	Tis N0 M0
IA	T1a N0 M0
IA1	T1a1 N0 M0
IA2	T1a2 N0 M0
IB	T1b N0 M0
IB1	T1b1 N0 M0
IB2	T1b2 N0 M0
IIA	T2a N0 M0
IIB	T2b N0 M0
IIIA	T3a N0 M0
IIIB	T1, T2, T3a N1 M0 T3b, jakékoliv N M0
IVA	T4, jakékoliv N M0
IVB	Jakékoliv T, jakékoliv N M1

Tab. 3: Souhrn klasifikací TNM a FIGO.

TNM		FIGO
T1	Omezení na dělohu	
T1a	Preklinický invazivní nádor diagnostikovaný mikroskopicky	IA
T1a1	Stromální invaze ≤ 3 mm vertikálně a ≤ 7 mm horizontálně	IA1
T1a2	Stromální invaze >3 mm a ≤ 5 mm vertikálně a ≤ 7 mm horizontálně	IA2
T1b	Klinicky viditelná léze ohraničená na dělohu	IB
T1b1	≤ 4 cm	IB1
T1b2	>4 cm - „bulky“	IB2
T2	Šíření mimo dělohu, ne na distální 1/3 pochvy a ne k pánevní stěně	II
T2a	Šíření na proximální 2/3 pochvy	IIA
T2b	Šíření do parametrií	IIB
T3	Šíření mimo dělohu, rozvoj hydronefrózy, afunkce ledviny	III
T3a	Šíření na distální 1/3 pochvy, ne k pánevní stěně	IIIA
T3b	Šíření k pánevní stěně a / nebo hydronefróza a / nebo afunkce ledviny	IIIB
T4	Šíření na sliznici močového měchýře / sliznici rekta / mimo malou pánev	IVA
N1	Postižení regionálních uzlin	IIIB a výše
M1	Vzdálené metastázy	IVB

5 KLINICKÝ OBRAZ

V časných stádiích je karcinom děložního hrdla obvykle bezpříznakový. Vzácně se projevuje nepravidelným cyklem nebo krvácením po pohlavním styku. Absence klinických projevů akcentuje potřebu diagnostiky časných nádorů při preventivních prohlídkách. Ve většině případů může gynekolog pomocí cytologického a kolposkopického vyšetření vyslovit podezření na zhoubný nádor. Včasný záchyt onemocnění je důležitý pro dosažení příznivých výsledků léčby [6].

V pokročilých stádiích přicházejí pacientky s vodnatým, sanquinolentním, zápachajícím výtokem, bolestmi, potížemi s mikcí, případně se stesky, které plynou z projevů vzdálených metastáz. Po vyšetření, které vyjádří podezření na nádor děložního hrdla, následuje provedení biopsie. Nejčastěji minibiopsie pomocí bioptických kleští nebo konizace [15,16].

6 DIAGNOSTIKA

Úkolem diagnostiky je nejen stanovení diagnózy zhoubného onemocnění, ale i stanovení přesného rozsahu choroby. Na jejím základě je stanoven způsob léčby.

6.1 Stagingová vyšetření

Stagingová vyšetření jsou dána doporučením FIGO. Jejich cílem je určit co nejpřesněji stádium onemocnění [3].

Součástí diagnostického procesu je:

- Anamnéza
- Komplexní gynekologické vyšetření, vč. vyšetření per rektum se zhodnocením postižení závěsného aparátu dělohy (parametrií)
- Kolposkopie s 3-5 % kyselinou octovou
- Onkogynekologické ultrazvukové vyšetření pánve
- RTG srdce a plic
- Sonografie nitrobřišních orgánů (zejména jater a ledvin)
- Komplexní interní vyšetření
- Laboratorní vyšetření hematologické a biochemické, SCC marker (spinocelulární karcinom), Ca 125 marker (adenokarcinom)
- Komplexní anesteziologické vyšetření
- V případě potřeby – cystoskopie, rektoskopie, intravenózní vylučovací urografie, CT pánve a retroperitonea, magnetická rezonance, pozitronová emisní tomografie (PET)

Stagingová vyšetření by měla co nejpřesněji zhodnotit velikost nádoru, jeho propagaci do okolí (závěsný aparát děložní, okolní orgány – močový měchýř, konečník), stav mízních uzlin v pánvi, ostatních orgánů v dutině břišní a plic [14].

Na základě výsledků vyšetření jsou v rámci TNM klasifikace hodnoceny všechny 3 faktory:

- T – tumor (velikost nádoru, hloubka a plošné šíření, histologický typ).
- N – nodus (stav spádových mízních uzlin v pánvi)
- M (přítomnost vzdálených metastáz).

6.2 Úskalí stagingových vyšetření

Uvedená stagingová vyšetření přinášejí největší úskalí při zhodnocení mízních uzlin, které jsou až ve 25 % případů vyšetřeny neadekvátně. Ve snaze upřesnit výsledky neinvazivních zobrazovacích vyšetřovacích metod je aktuálním trendem provedení laparoskopického vyšetření tzv. sentinelových uzlin u nádorů ve stadiu na hranici operability. U pokročilých nádorů je novým trendem laparoskopická stagingová paraaortální lymfadenektomie, která má za cíl zhodnotit stav mízních uzlin v další „etáži“ nad pánví a při následném ozařování (v případě jejich positivity) rozšířit ozařovací pole [16].

Klinické stanovení stadia karcinomu děložního hrdla podle doporučení FIGO je nepřesné. Pro zvolení adekvátní léčby je nezbytné využít přesnější zobrazovací metody, mezi které patří onkogynekologické ultrazvukové vyšetření nebo magnetická rezonance. Vyšetření CT má význam ve stanovení postižených uzlin v retroperitoneu a vzdálených metastáz, zvláště u recidivujících onemocnění. Vyšetření PET má vyšší citlivost v hodnocení retroperitoneálních uzlin i v detekci recidivujícího nádoru ve srovnání s MR nebo CT. Vzhledem k jeho omezené dostupnosti je vhodným vyšetřením u suspektní recidivy onemocnění v pánvi nebo retroperitoneu, kdy MR či CT přinesly nejednoznačné výsledky a nelze provést bioptické ověření nebo před exenterační operací k vyloučení šíření mimo malou pánev [2,3].

7 LÉČBA

Po stanovení stadia onemocnění je zahájena léčba. Ta se odlišuje podle stadia onemocnění. V časných stádiích je hlavní metodou léčby operace, v pozdních stádiích ozařování, obvykle v kombinaci s malou dávkou chemoterapie (tzv. konkomitantní chemoradioterapie). V České republice je hranicí pro operaci stádium IIA. Vyšší stádia již nejsou k operačním řešením vhodná [14,16].

7.1 Časná stádia a operační léčba

Nejčasnější stádium, které je možno prokázat pouze pomocí konizace, je stádium IA1. Je – li dosaženo řezu ve zdravé tkáni děložního hrdla, je možno operaci považovat za dostatečnou, zvláště u žen, které ještě plánují těhotenství. U starších je doporučena hysterektomie s nebo bez odstranění adnex podle věku [17].

Ve stádiích IA2 – IB1 je základním způsobem terapie provedení radikální hysterektomie, tj. odstranění dělohy s jejím vazivově cévním závěsným aparátem (parametrii) a částí pochvy, současně identifikace sentinelové uzliny a provedení pánevní lymfadenektomie – odstranění lymfatických uzlin podél velkých cév v pánvi [14].

Standardním postupem při radikální operaci pro časně stadium karcinomu děložního hrdla je identifikace a biopsie sentinelových uzlin. Ta se provádí vpravením roztoku patentové modři do lůžka nádoru před operací často v kombinaci s radiokoloidem. Nalezená sentinelová uzlina je extirpována z každé strany pánve a odeslána k peroperačním vyšetřením. Pozitivita sentinelové uzliny vede k možnosti zvýšení radikality operace a provedení nejen pánevní, ale i paraaortální lymfadenektomie, nebo k ukončení operace a odeslání pacientky k primární konkomitantní chemoradioterapii. Ženy interně rizikové nebo vysokého věku jsou léčeny primární radioterapií [3,14,21,22].

V časném stádiu onemocnění se každoročně diagnostikuje i několik desítek mladých žen, které ještě nerodily nebo si další graviditu přejí. Takovým pacientkám se nabízí provedení operace umožňující otěhotnění a donošení těhotenství. Takové operace se nazývají „fertilitu zachovávající výkony“. Spočívají v provedení tzv. trachelektomie, odstranění asi 2/3 děložního hrdla vaginálním nebo abdominálním přístupem se současnou biopsií sentinelových uzlin a pánevní lymfadenektomií. Gravidita po fertilitu šetřící operaci je ukončována plánovaným císařským řezem [3].

7.2 Radioterapie a chemoterapie

Radioterapie je metodou volby pro všechna stadia karcinomu hrdla děložního. Nádory děložního hrdla se šíří především v oblasti pánve, proto je získání kontroly nad nádorem prvořadým cílem léčby. Radioterapie je též metodou paliativní. Jejím cílem je zmírnit symptomy onemocnění (obstrukci, krvácení, bolest), přispět ke zlepšení života nemocného a prodloužit dobu přežití [21].

Megavoltážní (vysokoenergetická) radioterapie využívá záření radionuklidů uzavřených v kontejnerech ve formě tzv. bomb. Brachyterapie spočívá v aplikaci ionizujícího záření přímo do čípku. Radionuklidy jsou náplní pouzder radioforů, které se zavádějí přímo do tkáně. K zavádění aplikátorů se používá dálkově ovládané zařízení (afterloading). Nemocné se zavede nejprve aplikátor a po kontrole správného uložení a po kontrole dozimetrické se zavede plná náplň z příručního trezoru. V současné době se používá plně automatizované techniky [3].

V stádiích IB2 – IIA je často přistoupeno k podání neoadjuvantní kombinované chemoterapie ve zkráceném režimu, jejímž cílem je zmenšení nádoru a zlepšení podmínek pro operaci. Následuje radikální hysterektomie s pánevní lymfadenektomií. U rizikových pacientek je metodou volby primární radioterapie [3,20,22].

7.3 Pokročilá stádia

V pokročilých stádiích IIB – IVA je základní léčebnou modalitou primární konkomitantní chemoradioterapie. Ambulantní zevní záření trvající asi 5 týdnů je doplněno malou dávkou chemoterapie a brachyradioterapie, při které se zavádí zářič za hospitalizace na několik hodin přímo k děložnímu hrdlu. Alternativním řešením je exenterační operace. V našich podmínkách jde stále ještě o raritní operační výkon, který se provádí častěji u recidiv onemocnění po primární konkomitantní chemoradioterapii. Základní podmínkou pro provedení pánevní exenterace je nepřítomnost vzdálených metastáz. Cílem pánevní exenterace je odstranění dělohy spolu s dalšími postiženými orgány. Exenteraci dělíme na přední, zadní a totální. Přední exenterace zahrnuje odstranění dělohy, pochvy a močového měchýře, zadní exenterace je odstranění dělohy, pochvy a konečníku a totální exenterace je odstranění dělohy, pochvy, močového měchýře a konečníku. Po exenterační části operace následuje rekonstrukční část, při které jsou založeny umělé vývody močových cest a střeva. Samotná operace i pooperační péče jsou zatíženy velmi vysokým procentem komplikací [21].

Stádium IVB je nejpokročilejší, je zde podávána paliativní chemoterapie s platinovým derivátem [16].

7.4 Kontroly po ukončení léčby

Po ukončení léčby je pacientka v klinické remisi ambulantně dispenzarizována v pravidelných intervalech (tab. 4) [14].

Tab. 4: Intervaly kontrol po léčbě

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

8 PREVENCE

Přežití pacientek s karcinomem děložního hrdla zásadně klesá s pokročilejším stádiem onemocnění, proto je největší snahou diagnostikovat onemocnění co nejdříve. Ideálním stavem je zabránění vzniku zhoubného nádoru děložního hrdla již na úrovni jeho předstupňů. Velmi optimistická je možnost preventivního očkování proti HPV infekci, přesto ale nadále zůstává potřeba pravidelných gynekologických kontrol všech (i očkovaných) žen a zvyšování efektivity programů na vyhledávání předrakovinových změn děložního hrdla [18].

8.1 Sekundární prevence

Nejdůležitějším preventivním opatřením, které je určeno pro každou ženu, je aktivní vyhledávání prekanceróz děložního hrdla pomocí cytologických screeningových vyšetření [6,8]. Cílem je zajistit ošetření ještě před rozvojem invazivního nádoru. Druhou možností je zabránit samotnému přenosu HPV infekce. Nejjednodušší metodou vhodnou pro ženy jakéhokoliv věku je používání kondomu. Ještě donedávna se předpokládalo, že kondom není vzhledem k malé velikosti viru zcela spolehlivou ochranou. Dnes převládá názor, že k přenosu infekce docházelo ještě před použitím kondomu při sexuální předeře drážděním prsty a vzájemným dotykem pohlavních orgánů. Kondom je tak nadále považován za významný prostředek primární prevence omezující riziko přenosu infekce (ať již z partnera na partnerku nebo naopak). Vyžaduje však zamezit přenosu HPV ještě před jeho použitím [17].

8.2 Primární prevence

Nejnovější a nejspolehlivější metodou primární prevence je profylaktická vakcinace. Po očkování dojde k rozvoji typově specifické humorální imunity zaměřené proti genotypům viru obsaženým ve vakcíně.

Aktuálně používané vakcíny jsou určeny pouze k prevenci infekce a nevykazují žádný terapeutický efekt. Obsahují viru podobné částice - prázdné obaly virů. Vakcíny neobsahují virovou DNA, která je nutná pro rozvoj infekce, jsou proto neinfekční a nemohou způsobit onemocnění. Vakcíny jsou zaměřeny proti infekci hlavními onkogenními genotypy HPV – HPV 16 a HPV 18, které jsou příčinou asi 70 % případů karcinomu děložního hrdla. Po dokončení očkovacího schématu dojde u více než 98% vakcinovaných k sérokonverzi a rozvoji účinné genotypově specifické protekce. Ve studiích byla navíc zjištěna i tzv. cross protekce - zkřížená ochrana proti dalším fylogeneticky příbuzným onkogenním genotypům HPV. Díky podílu zkřížené ochrany tak může být zvýšen protektivní účinek vakcíny o 10 – 13 %. Zásadního významu nabývá cross protekce v prevenci obtížně screeningem zachytitelných adenokarcinomů děložního hrdla, jejichž rozvoj je asi v 92 % spojen s infekcí HPV 16, HPV 18 a HPV 45 [18].

Vakcíny jsou bezpečné a rizika jejich podání jsou minimální. Očkování všech 3 dávek intramuskulárních injekcí provádějí praktičtí lékaři pro děti a dorost a gynekologové. Nejlepších výsledků je dosaženo u žen a dívek, které se ještě s HPV infekcí nesetkaly. Za ideální věk pro případnou plošnou vakcinaci je proto považováno 12 -13 let. Význam věku je akcentován také díky příznivým datům o imunogenitě, neboť v kategorii velmi mladých dívek je dosahováno nejvyšších hladin protektivních protilátek. Kombinace uvedených postupů primární a efektivně organizované sekundární prevence nabízí u karcinomu děložního hrdla v onkologii zcela ojedinělou možnost na dramatické snížení incidence nádorového onemocnění [3,18].

PRAKTICKÁ ČÁST

9 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetřovatelský proces je základním metodickým rámcem pro realizaci cílů ošetřovatelství. Je to systematický specifický způsob individualizovaného přístupu k ošetřování každého nemocného v nemocniční i terénní péči, který se uskutečňuje v 5 návazných krocích [19]:

- zhodnocení nemocného
- stanovení ošetřovatelských problémů (diagnóz)
- naplánování ošetřovatelské péče
- realizace navržených opatření
- zhodnocení efektu poskytnuté péče

9.1 Koncepční model Marjory Gordonové

Mezi odborníky na ošetřovatelskou teorii v mezinárodním kontextu existuje v současné době názor, že tento model je z hlediska holistické filozofie nejkompexnější pojetím člověka v ošetřovatelství, který byl zatím vytvořen. Model se uplatňuje jak při výuce kvalifikovaných sester na univerzitách, tak při řízení a poskytování ošetřovatelské péče v praxi. Podle tohoto modelu může setra kvalifikovaně zhodnotit zdravotní stav jak zdravého, tak i nemocného člověka. Při použití modelu Marjory Gordonové získá sestra komplexní informace k sestavení ošetřovatelské anamnézy, díky kterým může stanovit aktuální i potencionální ošetřovatelské diagnózy a efektivně naplánovat i realizovat svoji péči [19].

9.1.1 Typologie a definice

Pro adekvátní pochopení „modelu Gordonové“, je nutné znát typy a definice zdraví. Zdravotní stav člověka je vyjádřením bio – psycho - sociální integrace. Poruchy v jedné oblasti narušují rovnováhu/zdraví celého organismu.

Funkční typy zdraví jsou ovlivněny biologickými, vývojovými, kulturními, sociálními a duchovními faktory. Pro dysfunkční typ zdraví je charakteristické, že sestra stanoví ošetrovatelské diagnózy podle priorit a vytvoří adekvátní plán ošetrovatelské péče nejen u konkrétních chorobných stavů, ale i u relativně zdravých jedinců. V případě neposkytnutí adekvátní ošetrovatelské péče dojde k závažnému narušení zdraví a vzniku choroby [9,19].

Základní strukturu tvoří 12 oblastí funkčních vzorců zdraví:

- Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Zahrnuje vnímání zdraví a způsoby, kterými se jedinec stará o své zdraví.

- Výživa a metabolismus

Tato oblast popisuje způsob příjmu potravy a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu.

- Vylučován

Zahrnuje vylučování funkci střev, močového měchýře a kůže.

- Aktivita, cvičení

Popisuje způsoby udržování tělesné kondice cvičením nebo jinými aktivitami provozovanými ve volném čase. Zahrnuje i základní denní aktivity.

- Spánek a odpočinek

Zahrnuje způsob spánku, odpočinku a relaxace. Trvání doby spánku během 24 hodin (noc, den) a vnímání kvality spánku.

- Vnímání, poznávání

Popisuje způsob smyslového vnímání a poznávání, zahrnuje přiměřenost smyslového vnímání, jako je sluch, zrak, chuť, čich, dotek a používání kompenzačních pomůcek nebo protéz.

- Sebekoncepce, sebeúcta

Tato oblast popisuje, jak jedinec vnímá sám sebe a jakou má o sobě představu.

- Plnění rolí, mezilidské vztahy

Zahrnuje způsob přijetí a plnění životních rolí a úroveň mezilidských vztahů.

- Sexualita, reprodukční schopnost

Obsahuje reprodukční období a sexualitu. Zahrnuje poruchy nebo potíže jednotlivce v této oblasti.

- Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Sem patří nejdůležitější životní změny v posledních dvou letech. Popisuje celkový způsob tolerance a zvládnání stresových situací.

- Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Popisuje individuální vnímání životních hodnot, cílů nebo přesvědčení, včetně náboženské víry.

- Jiné

Zde lze zařadit jiné důležité informace, které nejsou zahrnuty v předchozích oblastech [9,19].

10 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U ŽENY LÉČENÉ PRO KARCINOM DĚLOŽNÍHO HRDLA

Identifikační údaje:

Dne 7. 9. 2009 byla přijata 23 letá pacientka T. K. na onkologické oddělení gynekologicko – porodnické kliniky VFN v Praze. T. K. bydlí v Nymburce a pracuje jako bankéřka. Žije s přítelem ve vlastním bytě, se svoji rodinou je v blízkém kontaktu a je pro ni velkou oporou jak přítel, tak i její rodina. V nemocnici byla hospitalizovaná celkem 10 dnů.

Vitální funkce při přijetí:

Výška:	175 cm
Váha:	68 kg
TT:	36,5 (afebrilní)
TK:	110/60 (normotenze)
P:	67/min, pravidelný (normokardie)
D:	15/min
Dieta:	3 – racionální
Pohybový režim:	bez omezení, plně soběstačná

Lékařská diagnóza: Karcinom děložního hrdla stádia IB1 (Ca colli uteri IB1)

Důvod přijetí: plánovaná operace – abdominální radikální trachelektomie, pánevní
lymfadenektomie

Informační zdroje: rodina, přítel, dokumentace

Lékařská anamnéza

Pacientka souhlasí s odběrem anamnézy a udává:

Rodinná anamnéza:

Matka astma bronchaile, otec diabetes mellitus II. typu léčený perorálními antidiabetiky

Sourozenci: 0

Děti: 0

Osobná anamnéza:

Běžná dětská onemocnění prodělala bez komplikací, nikdy vážněji nestonala

Operace, úrazy: nejuje

Transfuze: nedostala

Očkování: všechna povinná dle očkovacího kalendáře

Alergie:

Na léky: nejuje

Potraviny: ořechy

Chemikálie (dezinfekce): náplast a desinfekční prostředky snáší bez omezení

Abúzy:

Alkohol: příležitostně

Kouření: nyní nekouří, dříve 5 cigaret denně

Káva: denní konzumace černé kávy

Léky: žádné

Drogy: nikdy

Gynekologická anamnéza:

Menarche ve 13 letech, cyklus 28/5 pravidelný, nebolestivý, PM: 4. 8. 2009

Porody: žádný

Potravy: žádný

Antikoncepce: kombinovaná orální kontracepce užívá 5 let, vysazena v 1/2007

Zákroky na děložním hrdle: biopsie z děložního hrdla 15. 8. 2009

Gynekologické záněty: neguje

Venerologická onemocnění: neguje

Sociální anamnéza:

Stav: svobodná

Žije s přítelem ve společném bytě.

Vnímání zdraví:

Pacientka vnímá svůj zdravotní stav jako dobrý. Nic jí neobtěžuje. Jelikož pacientka nikdy nebyla hospitalizovaná, je pro ni pobyt v nemocnici velmi stresující. Pacientka počítá s tím, že na nějaký čas po operaci nebude zcela soběstačná jako dosud.

Výživa, hydratace:

Dieta: 3 – racionální

Pacientka dbá na svůj pitný režim a výživu, denně vypije 2 – 3 litry tekutin. Nemá vyhraněný nápoj. Znamky dehydratace se neobjevují. Pacientka se stravuje 5x denně. Nedrží žádnou dietu a jí střídavě. Ráda upřednostňuje maso, zeleninu a ovoce.

Vyprazdňování:

Pacientka je plně kontinentní, s močením a vyprazdňováním nikdy neměla problémy. Stolice pravidelná bez obtíží. Při močení nepocítuje pálení, řezání.

Pacientka se potí přiměřeně.

Aktivita:

Pacientka je mladá, krásná a aktivní žena. Ve volných chvílích ráda sportuje, ráda čte historické knihy, cestuje a plně se věnuje studiu anglického jazyka. V budoucnu by ráda odjela studovat Anglický jazyk do zahraničí. Ráda chodí do společnosti, jak sama o sobě říká „ve společnosti jsem, jak ryba ve vodě“.

Spánek, odpočinek:

Pacientka je zvyklá spát 6 – 8 hodin. Obvykle usíná kolem 22 – 23 hodiny večer. Se spánkem a usínáním nemá potíže. Žádné zvyklosti při usínání nemá.

Ale během 14 – ti dnů před operací se v noci často budila v důsledku strachu a úzkosti z operace. Žádná hypnotika neužívala, i když byla ráno unavená a nevyspalá.

Smyslové vnímání:

Pacientka nemá problémy se smyslovým vnímáním, pozorností ani pamětí. Nosí brýle na čtení. Sluch a řeč jsou bez problémů. Pacientka je plně orientovaná.

Sebepojetí:

Pacientka se vnímá jako optimista s velkým srdcem. Jen se teď cítí bezmocně z důvodu operace a nesoběstačnosti po operaci a taky z obav co bude dál v jejím životě. Velice si důvěřuje a dobře ví, že musí bojovat. Nikdy neměla pocit hněvu na okolí ani na sebe. Je velice silná osobnost. Pacientka počítá s návratem domů v časovém horizontu 14 – ti dnů. Těší se, že se vrátí k aktivitám všedního dne, jako před operací. Pacientka moc dobře ví, že asi měsíc po operaci bude muset odpočívat, ale brzy se chce vrátit také do zaměstnání. Podstatnou myšlenkou je také plánování rodiny.

Role, mezilidské vztahy:

Pacientka žije v bytě s přítelem nedaleko svých rodičů. S přítelem brzy plánují založení rodiny. Oba si moc přejí miminko. Je velice spokojená ve svém osobním životě, nikdy by nic nezměnila, pokud by mohla tak jen onemocnět. Přítel i rodiče jsou její velikou oporou. Pacientka je velice přátelská a společenská, proto má řadu přátel, kteří ji mají v oblibě. Jak rodina, tak i její přátele jsou pro ni nejdůležitějšími oporami.

Sexualita:

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

Stres, jeho zvládnutí, tolerance:

Nejvyšší stres prožila v době, kdy jí bylo oznámeno, jak je vážně nemocná. Tuto situaci snášela velmi špatně. Začala se uzavírat do sebe a přestala komunikovat s rodinou. Ale brzy si uvědomila, že musí bojovat a smířit se svým osudem. Přiznala se mi, že když se dozvěděla o svém onemocnění, že opět začala kouřit. Ale brzy si uvědomila, že takto by to nešlo a opět přestala kouřit a už se k tomu nikdy nechce vrátit.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty:

Pacientka nevyznává žádnou víru. Jak sama udává „nevěřím v nic jiného, než sama sobě“. Pacientka je velmi silná osobnost a věří, že se uzdraví a založí brzy rodinu.

Medicínský management

Ordinovaná vyšetření (při přijetí):

- hematologické vyšetření - krevní obraz
- biochemické vyšetření – minerály, jaterní testy, CRP (c – reaktivní protein), bílkoviny
- koagulační vyšetření – APTT, INR (aktivovaný protrombinový čas, Quick)
- transfúzní vyšetření – stanovení krevní skupiny a Rh faktoru
- konziliární vyšetření interní
- konziliární vyšetření anesteziologické
- ultrazvukové vyšetření pánve a dutiny břišní

Výsledky vyšetření:

Hematologická vyšetření:

Krevní obraz:

- leukocyty 7,2 (3,6 – 10,0) $10^9/l$
- erytrocyty 3,87 (3,80 – 4,80) $10^{12}/l$
- hemoglobin 121 g/l (112 – 158) g/l
- hematokrit 0,35 (0,36 – 0,48) l
- trombocyty 297 (150 – 350) $10^9/l$

Koagulační vyšetření:

- Quickův test - INR 0,93 (0,80 – 1,20)
- APTT 31,70 (24,50 – 35,00) sec.

Biochemická vyšetření:

- natrium 138 (135 – 146) mmol/l
- kalium 4,37 (3,60 – 5,50) mmol/l
- chloridy 104 (97 – 115) mmol/l
- glukosa 4,4 (3,3 – 5,9) mmol/l
- urea 4,30 (2,00 – 6,70) umol/l
- bilirubin celkový 8,7 (3,0 – 18,0) umol/l
- ALT 0,36 (0,15 – 0,78) ukat/l
- AST 0,29 (0,15 – 0,72) ukat/l
- Celková bílkovina 72,7 g/l (65,0 – 83,0) g/l

Transfúzní vyšetření:

- Krevní skupina A, Rh pozitivní

Konziliární vyšetření interní:

EKG – rytmus sinusový pravidelný, křivka bez ischemických změn, bez známek přetížení, či hypertrofie srdečních oddílů

Závěr: Po interní stránce nejsou známky onemocnění, schopna výkonu v celkové anestezii.

Konziliární vyšetření anesteziologické:

Pacientka schopna operačního výkonu, s epidurální anestézií souhlasí. Objednat 2X TU erymasy do rezervy, antibiotická profylaxe před výkonem, večerní a ranní premedikace.

Abdominální a rektální ultrazvukové vyšetření:

Shledán přiměřený nález na orgánech dutiny břišní (játra, ledviny, slezina, lymfatické uzliny, močový měchýř a střevní kličky).

V děložním hrdle roste nádor o velikosti 12x15x18 mm, vrchol kanálu děložního hrdla se zdá intaktní, nádor neprostupuje do okolních struktur.

Ordinace:

Večerní ordinace: - Clexane 0,4 ml subkutánně (s. c.), nízkomolekulární heparin
prevence tromboembolie, ve 21 hodin

- 1 tbl. Hypnogen, hypnotikum, na spaní ve 21 hodin

Ranní ordinace: - 1 tbl. Ranital, antiulcerosum antagonist H2 receptorů v 6 hodin

- 1 tbl. Dormicum 7,5 mg, hypnotikum, premedikace v 6 hodin

Antibiotická profylaxe před výkonem – Unasyn 1,5 g. intravenózně (i. v.) ve 100 ml
fyziologického roztoku, (sulbactamum
ampicillinum) v 6 hodin.

Konzervativní léčba:

Dieta:

Den před operací je posledním jídlem polévka v poledne, dále jen tekutiny. Od půlnoci již nepije. Po operaci neslazený čaj po lžičkách, které může 2 hodiny po operaci = O pooperační den.

Dále první pooperační den je dieta O/T – tekutá, pacientka dostává k čaji 2x denně bujón.

Druhý pooperační den je dieta č. 1 – kašovitá, šetřící.

Dále až do propuštění dieta č. 3 – racionální

Pohybový režim:

Den před operací neomezený, volný

Po operaci pacientka dodržuje klidový režim 24 hodin na jednotce intenzivní péče (JIP).

První pooperační den na oddělení (pohyb, vstávání, RHB) pouze pod dohledem fyzioterapeuta.

Druhý pooperační den pohyb s dopomocí personálu.

Dále pokud bude pacientka schopná sama se pohybovat, tak až do propuštění neomezený pohyb.

Rehabilitační péče:

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

První pooperační den – aktivní cílené cvičení, respirační cvičení, chůze s dopomocí

Druhý pooperační den – edukace pacientky

Třetí a následující dny – plně samostatně

Situační analýza (současný stav)

Pacientka dne 7. 9. 2009 v 10:30 přichází k plánované operaci pro karcinom děložního hrdla. Při příjmu je pacientka kardiopulmonálně kompenzovaná, normotenzní, pulz má pravidelný, je afebrilní (subjektivně pacientka bez obtíží). Velikost tumoru podle ultrazvuku je 12x15x18 mm. Plánován je operační výkon v rozsahu abdominální radikální trachelektomie, pánevní lymfadenektomie. Pacientka byla poučena a informována o předoperační přípravě a edukována o operačním výkonu. Lékař pacientce vysvětlil rozsah výkonu odstranění hrdla děložního, podpůrných vazivových tkání, okolí hrdla děložního tzv. parametrií a horní třetinu pochvy a spádových lymfatických uzlin) a možné komplikace. Tento výkon se provádí u pacientek, u kterých je zjištěn malý nádor a přejí si zachovat plodnost. Pacientka je poučena o možnosti otěhotnět a donosit plod, i když jsou zde šance velice omezené. Lékař se zmínil i o možném riziku recidivy (opakování) nádoru, které je vyšší než po odstranění celé dělohy. Pacientka měla prostor pro další dotazy, které byly zodpovězeny.

Během operace je na histologické vyšetření odeslána první spádová (sentinelová) lymfatická uzlina a proužek tkáně z horní části děložního hrdla. Podmínkou trachelektomie je nepostižení těchto tkání nádorem. V případě pozitivní peroperační histologie by byl rozsah operace doplněn radikální hysterektomií a paraaortální lymfadenektomií.

Po podání premedikace je pacientka odvezena na operační sál, kde jí byl zaveden epidurální a močový katétr. Celý operační výkon proběhl v plánovaném rozsahu a trval celkem 3,5 hodiny bez vážných komplikací. Poté byla v doprovodu anesteziologa převezena na JIP, kde byla monitorována 24 hodin po operaci. Probíhal nejen monitoring fyziologických funkcí, ale i celkového stavu pacientky po operaci. Všechny ordinace dostávala podle rozpisu lékaře. První pooperační den probíhal na jednotce intenzivní péče bez komplikací. S pomocí sester pacientka vstala a rehabilitovala pod vedením fyzioterapeuta.

Na naše oddělení byla převezena druhý pooperační den, kdy už jsem měla pacientku na starosti a pečovala jsem o ni. Celková hospitalizace u nás na oddělení probíhala bez vážných komplikací. Po 10 - ti dnech strávených v nemocnici pacientka byla plně edukována o další péči a propuštěna do domácího ošetřování.

Průběh hospitalizace:

7. 9. 2009, příjem na oddělení (1. den hospitalizace)

Pacientka T. K. byla přijata k hospitalizaci dne 7. 9. 2009 v 10:30 hodin. Když jsem pacientku poprvé uviděla, překvapilo mě její mládí ve spojitosti s diagnózou. Nejdříve jsem se pacientce představila a přijala ji administrativně na oddělení. Pacientka podepsala informovaný souhlas s hospitalizací a s podáváním informací o svém zdravotním stavu rodičům a příteli. Kompletní předoperační vyšetření měla již připraveno v dokumentaci. Pacientka jsem uložila na dvojlůžkový pokoj s vlastním sociálním zařízením, který sdílela s další pacientkou, a kde ležela po celou dobu hospitalizace. Zároveň jsem pacientku seznámila s režimem oddělení, ale také lokalizací vyšetřovny, kuchyňky, zahrady, nemocničním řádem, byla poučena o úschově cenností a peněz a seznámena s právy a povinnostmi pacientů. Poté, co se pacientka převlékla a vybalila si osobní věci, jsem ji doprovodila na vyšetřovnu a sepsala s ní ošetřovatelskou anamnézu podle M.Gordonové. Dotazy k pacientce byly přímé a jednoznačné tak, aby pochopila vše, na co bylo tázáno. Po sepsání příjmové dokumentace, včetně vystavení pracovní neschopnosti, jsem jí změřila vitální funkce krevní tlak, puls a tělesnou teplotu. Bylo zjištěno, zda nemá alergie anebo nějaká dietní omezení. Dále jsem pacientku seznámila s postupy a opatřeními týkající se předoperační přípravy a výkonu samotného.

Lékař sepsal s pacientkou lékařskou anamnézu, sdělil ji všechny důležité informace o operačním zákroku (co je účelem operace a jak bude výkon probíhat) a zároveň ji byl předložen informovaný souhlas s operací, který pacientka podepsala. Po rozhovoru s lékařem jsem provedla se souhlasem pacientky předoperační přípravu, která spočívala v oholení zevních rodidel, vyčištění pupeční jamky benzinalkoholem a vypití dvou lahvíček (200 ml) připravovaných projímacích roztoků ($MgSO_4$ 20%).

Následovalo kontrolní ultrazvukové vyšetření, interní vyšetření (zjištění interní anamnézy, provedení fyzikálního vyšetření, posouzení EKG záznamu a laboratorních výsledků) a anesteziologické vyšetření (zjištění osobní anamnézy nemocné z dokumentace a edukace nemocné o průběhu anestezie, naordinování premedikace). Podle ordinace anesteziologa byla objednána 2x TU erymasy do rezervy, kdy krev bude uchována po dobu 72 hodin na transfúzní stanici. Pacientka dostala už jen polévku a byla poučena o dostatečném pitném příjmu tekutin (alespoň 2,5 litru minerální neperlivé vody).

Dále jsem pacientce podala malé klyzma, oholila operační pole. V 21 hodin byl aplikován Clexane 0,4 ml subkutánně jako prevence tromboembolie a 1 tbl. Hypnogen perorálně na spaní. Pacientka byla edukována o nutnosti lačnění od půlnoci do rána následujícího dne. Ráno byla provedena kontrola ranní hygieny, operačního pole, lačnění, odstranění šperků, poté byl zajištěn periferní žilní vstup, provedeny bandáže dolních končetin (vyvázání končetin od nártu až po třísla) a aplikována profylaktická dávka antibiotika - Unasyn 1,5 g intravenózně. Pacientka všemu rozuměla a s uvedenými postupy souhlasila. Neopomněla jsem ani na psychickou podporu, která je velmi důležitá pro minimalizaci strachu a obav z operace.

10. 9. 2009, druhý pooperační den

Pacientka byla 10. 9. 2009 v 10:00 přivezena z jednotky intenzivní péče na standartní lůžkové pooperační oddělení. Sestra z jednotky intenzivní péče mi předala pacientku. Pacientku přivezla na sedačce (vozíku) a společně jsme ji uložily na stejný pokoj, kde ležela před operací. Po uložení pacientky na postel, jsem zkontrolovala operační ránu, která byla sterilně přelepena a všechny zavedené invazivní vstupy: Redonův drén, vyvedený z dutiny břišní a napojený na aktivní sání, permanentní Folleův močový katétr, dále epicystostomie vyvedená z močového měchýře přes stěnu břišní, periferní žilní katétr na levé horní končetině. Zkontrolovala jsem vitální funkce, krevní tlak, puls, tělesnou teplotu. Pacientce jsem podala elektronickou signalizaci tak, aby na ni dosáhla a poučila, že v případě potřeby může kdykoli zazvonit, zvedla horní panel postele podle přání pacientky. Dle ordinace lékaře byl odpoledne pacientce odstraněn Redonův drén a močový permanentní katétr. Pacientku jsem edukovala o dostatečném pitném režimu 2 – 3 litry neperlivých tekutin, který je důležitý v pooperačním období. Redonův drén jsem odstranila po zrušení aktivního sání z dutiny břišní za sterilních podmínek (sterilní rukavice, sterilní peán a nůžky na odstranění stehů, sterilní čtverce, náplast). Po odstranění permanentního močového katétru jsem pacientce oznámila, že přijde fyzioterapeut, se kterým bude pomalu rehabilitovat.

K obědu dostala pacientka tekutou stravu – bujón. Celý den jsem sledovala celkový příjem a výdej tekutin. V 13:00 dle ordinace lékaře jsem podala poslední dávku antibiotika Unasyn 1,5g ve 100 ml fyziologického roztoku intravenózně. Podle krevního obrazu po dohodě s lékařem byly zrušeny telefonicky 2 x TU erymasy v rezervě. V odpoledních hodinách jsem s pacientkou vstala do sprchy. Po osprchování se pacientka cítila mnohem lépe a žádné bolesti neudávala. S lékařem jsem se dohodla o edukaci pacientky při uzavírání epicystostomie a měření zbytkové moči (postmikčních reziduí). Vysvětlila jsem ji, proč je důležité měřit rezidua v močovém měchýři. Pacientku jsem informovala o důležitosti pitného režimu a nutnosti pravidelně (každé dvě hodiny) si dojít na toaletu zkusit vymočit. Po vymočení i nevymočení odjistit zátku od epicystostomie a odpustit zbytek moči do připravené odměrné nádoby. Do mikčnického deníku, který dostala ode mne, zapsat hodinu a zbytek moči v ml.

V pozdějších odpoledních hodinách jsem na pacientce vyzorovala, že už je velmi unavená a že ji něco trápí. Proto jsem se nabídla, zda si nechce promluvit. Pacientka mi sdělila, že má obavy ze svého onemocnění, strach z toho co bude následovat.

13. 9. 2009, pátý pooperační den.

Po převzetí denní služby, jsem šla pacientku pozdravit a zeptat se jak se cítí, jestli něco nepotřebuje. Patientka vypadala velmi spokojeně a podle toho, jak se mnou mluvila, jsem cítila, že je jí daleko lépe než v předešlých dnech. Při ranní vizitě lékař zkontroloval hodnoty zapisovaných postmikčních rezudií z epicystostomie, operační ránu, která byla bez sekrece, a poptal se na stav pacientky. Patientka lékaři sdělila, že se cítí daleko lépe, že už nemá žádné bolesti. Uvádala, že střevní plyny odcházejí, ale stolice ještě nebyla. Dohodli jsme se, že se pokusíme podpořit střevní pasáž. Lékař řekl pacientce, že by se měla více pohybovat, dostatečně pít a že dostane glycerínový čípek k usnadnění vyprázdnění. Vzhledem k vyšším postmikčním reziduím ponechal epicystostomii a naordinoval Ubretid 5 mg per os 2x denně.

Dále lékař naordinoval:

- Furantoin tbl. 0 – 0 – 1 per os. (nitrofurantoin retard-ratiopharm – antibiotikum)
- Clexane 0,4 ml s. c. á 24 hod (21h)
- Ubretid 5 mg 1 – 0 – 1 per os. (distigmini bromidum – parasymptomimetikum)
- Diclofenac supp. dle potřeby 3x1 (1 – 1 – 1) per os. (nesteroidní antirevmatika)
- Glycerínový čípek jednorázově rektálně (laxativum)
- Hypnogen na noc 1 tbl. per os.
- kontrola zapisování rezudií
- kontrola 3x denně tělesná teplota, vyjmutí periferního žilního katétru
- pitný režim (2 – 3 litry tekutin)

Po lékařské vizitě jsem pacientce vyjmula periferní žilní katétr a přesvědčila se, zda pacientka umí pečovat o epicystostomii. Patientka mě velice překvapila, byla již plně soběstačná, všemu porozuměla a uměla velice dobře pečovat a obsluhovat epicystostomii. Když jsem odstranila periferní žilní katétr, zjistila jsem, že místo vpichu po kanyle je mírně zarudlé, proto jsem dala pacientce ledový obklad na levou horní končetinu. Znamky zánětu nezjištěny. V 9 hodin podány léky podle ordinace lékaře Ubretid 5 mg per os.

V poledne jsem u pacientky zkontrolovala tělesnou teplotu, která dosahovala úrovně subfebrilie, ale pacientka neuváděla žádné subjektivní změny v souvislosti s teplotou.

Vzhledem k opakování subfebrilií lékař rozhodl, že následující den 14. 9. 2009 bude proveden kontrolní odběr krevního obrazu a zánětlivých markerů v souvislosti s možným zánětem.

Na pacientce jsem opět zaregistrovala, že ji opět něco trápí a vybídla jsem ji k rozhovoru. Pacientka se cítila velice dobře, ale byla velice nervózní a smutná. Vzhledem k závažné diagnóze netrpělivě očekávala výsledek histologie. Za pacientkou denně dochází přítel i rodiče, kteří jí jsou velikou oporou. Po rozhovoru se mnou a po návštěvě rodiny a přítele pacientka vypustila myšlenky na její závažnou diagnózu a její psychický stav se zlepšil. Velice se těší, až jí pustí domů a bude se moci věnovat činnostem, které dělala před operací.

16. 9. 2009, devátý pooperační den

Ráno po předání služby, mi bylo sděleno kolegyněmi, že pacientka, kterou jsem měla dosud na starosti, je naprosto v pořádku, a že bude dnes po obědě propuštěna domů. Ráno při vizitě byla tato informace pacientce potvrzena. Pacientce byla včera epicystostomie extrahována a místo po vpichu sterilně ošetřeno. Antibiotika byla vysazena dnes. Pacientky jsem se zeptala, zda má zařízený odvoz nebo bude potřebovat zařídit odvoz sanitou. Odvoz měla zařízený z předešlého dne, kdy hovořila s přítelem. Ještě než pacientka byla propuštěna domů, vyšetřil ji vaginálně a per rektum vedoucí lékař oddělení, aby potvrdil, že může být propuštěna. Závěr vyšetření je přiměřený - sutura zhojena per primam stehy odstraněny za sterilních podmínek, žádné známky zánětu. Dále jsem zajistila pohovor s lékařem ohledně následné péče. Ještě než pacientka odcházela domů, tak jsem si s ní pohovořila, zda jí něco netrápí a zda ještě něco nepotřebuje. Byla jsem velice ráda, že rekonvalescence u pacientky byla velmi rychlá a také účinná. Po rozhovoru jsem pacientce předala propouštěcí lékařskou zprávu a ošetřovatelskou zprávu pro obvodního gynekologa, u kterého se má hlásit do 3 dnů od propuštění. Pacientka je plně informována, vše pochopila, o výsledek onkologického konsilia, které určí další léčebný postup, si zatelefonuje do 2 dnů na čísla uvedená v propouštěcí zprávě. Byla informována, o tom, že v případě jakékoliv komplikace má ihned přijet k nám do pohotovostní ambulance, nebo do ambulance v místě bydliště. S pacientkou jsme se rozloučily.

Závěr onkologického konsilia:

Pravidelné kontroly na naší onkologické ambulanci. Pacientka byla poučena lékařem, aby se objednala na kontrolní prohlídku poprvé za 2 měsíce od operace.

Závěr histologického vyšetření:

Reziduální infiltrace (po předchozí chemoterapii a konizaci) tkáně hrdla dobře až středně diferencovaným adenokarcinomem endocervikálního typu, jehož celkovou velikost lze stanovit pouze přibližně (cca 20x15x15 mm). Nádor nezasahuje do poševní manžety ani odstupů parametrií ani do kraniálního resekcčního okraje hrdla.

10.1 Ošetrovatelské diagnózy

10.1.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy

1. 00148 - Strach

Strach a obavy z důvodu plánovaného operačního výkonu projevující se neklidným chováním pacientky.

2. 00132 - Bolest

Akutní bolest z důvodů operace projevující se verbalizací.

3. 00046 - Porušená kožní integrita

Porucha integrity kůže z důvodů zavedení periferního žilního katétru projevující se zarudnutím.

4. 00148 - Strach

Strach z budoucnosti z důvodů možnosti recidivy onemocnění projevující se úzkostí a mimikou obličeje pacientky.

10.1.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy

5. 00004 - Riziko infekce

Riziko vzniku infekce z důvodu porušení kožní integrity v operační ráně.

6. 00004 - Riziko infekce

Potencionální riziko vzniku infekce močových cest z důvodů zavedení epicystostomie.

7. 00015 - Riziko zácpy

Potencionální riziko vzniku snížené střevní činnosti v důsledku snížené pohyblivosti po operaci [10].

10.1.3 Stanovení ošetřovatelských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit

Ošetřovatelská diagnóza: 1. 0048 - Strach

Strach a obavy z důvodu plánovaného operačního výkonu projevující se neklidným chováním pacientky.

Cíl:

Krátkodobý – pacientka bude klidnější do 2 hodin

Dlouhodobý – zmírnění strachu do 2 dnů

Priorita:

Střední

Výsledná kritéria:

Pacientka má dostatek informací o operaci do 1 hodiny.

Pacientka si uvědomuje příčiny strachu a obav.

Plán intervencí:

Podpoř pacientku o vyjádření pocitů.

Zajisti pohovor s pacientkou a operátérem.

Realizace:

S pacientkou jsem hovořila o současném zdravotním stavu a z toho plynoucích obav. Pacientka se mi svěřila o obavách z operace a jejího onemocnění. Snažila jsem se pacientku uklidnit a co nejvíce psychicky podpořit. Zajistila jsem jí rozhovor s lékařem. Navrhovala jsem jí četbu nenáročné literatury, poslech oblíbené hudby, sledování televizních programů. Vzhledem k věku byly dovoleny návštěvy i mimo návštěvní hodiny.

Hodnocení:

Strach a obavy úplně nevymizely. Cíl byl splněn pouze částečně, pacientka verbalizuje zmírnění strachu, který ještě stále přetrvával.

Ošetrovatelská diagnóza: 2. 00132 - Bolest

Akutní bolest z důvodů operace projevující se verbalizací i chováním.

Priorita:

Vysoká

Cíl:

Krátkodobý – zmírnění bolesti

Dlouhodobý – pacientka bude bez bolesti do 4 dnů

Výsledná kritéria:

Pacientka je schopná používat úlevové polohy.

Pacientka zná příčiny bolesti.

Plán intervencí:

Sleduj bolest, zhodnot' stupeň bolesti.

Edukuj pacientku o správném způsobu změn polohy.

Podávej analgetika dle ordinace lékaře.

Nevyvolávej zbytečně další bolest.

Nauč pacientku držet operační ránu v případě odkašlávání.

Realizace:

Druhý pooperační den pacientka udává bolesti. Reaguje na analgetika, je bez bolesti. Pacientku jsem polohovala, naučila se využívat úlevových poloh. Pacientka ví, jak si má ránu přidršet a pohybovat se pomalu. Při posazování a vstávání je důležité přetáčet se přes pravý bok, pak se pomalu posadit. Je poučena o tom, až bude bolest začínat, aby nečekala a požádala o analgetika, protože vyšší stupeň bolesti se analgetiky pomaleji tlumí. Ještě jsem ji naučila držet operační ránu v případě odkašlání hlenů po narkóze, které mohou pacientku dráždit ještě několik dnů po operaci.

Hodnocení:

Ošetrovatelské cíle splněny, po 4 dnech je bez bolesti. Od třetího pooperačního dne pacientka vyžadovala analgetika již pouze na noc. Domů odcházela již bez potřeby dalších analgetik.

Ošetrovatelská diagnóza: 3. 00046 - Porušená kožní integrita

Porucha integrity kůže z důvodů zavedení periferního žilního katétru projevující se zarudnutím.

Cíl:

Zamezit vzniku infekce u žilního periferního vstupu.

Priorita:

Střední

Výsledná kritéria:

Pacientka je poučena o možných následcích při rozvoji infekce u zavedené kanyly.

Poučena o odstranění kanyly a následné péči o zarudlé místo.

Plán intervencí:

Sleduj místo vpichu po extrahované kanyle.

Podej ledový obklad na končetinu.

Zhodnot' efekt za 2 hodiny

Realizace:

Po odstranění žilního katétru jsem zhodnotila stupeň zarudnutí a neshledala otok v místě vpichu. Proto volen pouze ledový obklad (zabalený do perlanu) a sledování postiženého místa.

Hodnocení:

Cíl splněn za 2 hodiny zjištěn ústup zarudnutí místa vpichu. A nezjištěny známky celkové infekce (sledování tělesné teploty).

Ošetrovatelská diagnóza: 4. 00146 - Úzkost

Nejistota, obavy z budoucnosti z důvodu možné recidivy onemocnění, projevující se verbalizací.

Cíl:

Minimalizace obav a úzkosti.

Priorita:

Střední

Výsledná kritéria:

Pacientka rozumí a chápe eventuality, které mohou v budoucnu nastat.

Ošetrovatelská intervence:

Podávej dostatek informací.

Zodpovídej všechny dotazy související s onemocněním.

Nabídní rozhovor s psychologem.

Podpoř pacientku k vyjádření jejích pocitů.

Realizace:

S pacientkou jsem se snažila být co nejvíce. Několikrát jsem si s pacientkou povídala o tom, co ji trápí a co ji v budoucnu čeká. Ptala se i na můj názor, jak bych se v dané situaci zachovala já. Chtěla jsem, aby pacientka věděla, že jsem s ní a že v těžké situaci není sama. Pacientce jsem nabídla rozhovor s klinickým psychologem, který odmítla.

Hodnocení:

Cíl byl splněn pouze částečně, se svou zdravotní situací a prognózou onemocnění se pacientka bude vyrovnávat ještě nějaký čas. Při přijetí k hospitalizaci byla depresivní a nechtěla bojovat. Později se začala se vším vyrovnávat. Dokonce opět začala plánovat budoucnost se svým přítelem a brzký návrat ke všem aktivitám běžného života.

Ošetrovatelská diagnóza: 5. 00004 - Riziko infekce

Riziko vzniku infekce v operační ráně z důvodu porušení kožní integrity.

Cíl:

Zamezení vzniku infekce.

Priorita:

Střední

Výsledná kritéria:

Pacientka zná rizika infekce v operační ráně.

Pacientka je edukována o hygieně a péči o operační ránu.

Ošetrovatelská intervence:

Ošetřuj operační ránu sterilně.

Používej sterilní materiál.

Dodržuj hygienu rukou před výkony a po výkonech.

Sleduj projevy infekce.

Edukuj pacientku o správné hygieně a péči o operační ránu.

Realizace:

V prvních dnech operační ránu převazuji a ošetřuji za aseptických podmínek. V průběhu hospitalizace sleduji, zda se neobjevují známky infekce. Pacientku jsem edukovala o správné hygieně a ponechání operační rány bez krytí.

Hodnocení:

Ošetrovatelský plán zcela splněn. Po dobu hospitalizace nedošlo ke vzniku infekce. Rána zhojena per primam. před propuštěním do domácího ošetřování stehy za sterilních podmínek.

Ošetrovatelská diagnóza: 6.00004 – Riziko infekce

Potencionální riziko vzniku infekce z důvodů zavedení epicystostomie.

Cíl:

Zamezení vzniku infekce.

Priorita:

Střední

Výsledná kritéria:

Pacientka seznámena s riziky infekce.

Pacientka edukována o pečlivé hygieně rukou při manipulaci s epicystostomií.

Pacientka edukována o správné péči a zacházení s epicystostomií.

Ošetrovatelské intervence:

Kontroluj stav epicystostomie.

Kontroluj příjem a výdej tekutin.

Dodržuj hygienu.

Edukuj pacientku o správné hygieně a péči o epicystostomii.

Realizace:

Pacientku jsem edukovala o možných příčinách vzniku infekce a poučila o správném zacházení. Dále jsem pacientce vysvětlila, proč má katétr, který bude odstraněn podle ordinace lékaře a podle postmikčních reziduí, které bude zapisovat do deníčku.

Hodnocení:

Pacientka byla seznámena se zacházením s epicystostomií. Plán splněn, pacientce byl do 3 dnů odstraněn katétr. Dle sdělení pacientky je močení nebolestivé a postmikční rezidua nejsou vyšší než 70 ml po každém vymočení (cca. 2 hodiny). Nevykazuje známky zánětu.

Ošetrovatelská diagnóza: 7. 00015 - Riziko zácpy

Potencionální riziko vzniku snížené střevní činnosti z důvodu omezené pohyblivosti po operaci.

Cíl:

Včasný odchod plynů do 48 hodin.

Odchod stolice do 5 dnů.

Priorita:

Střední

Výsledná kritéria:

Pacientka poučena o důležitosti odchodu plynů.

Poučena o příčinách zácpy.

Poučena o dostatečném příjmu tekutin.

Edukována o včasné rehabilitaci.

Ošetrovatelská intervence:

Sleduj pitný režim.

Kontroluj odchod plynů.

Ptej se na odchod plynů a stolice.

Dohlížej na rehabilitaci.

Realizace:

Pacientce jsem vysvětlila a poučila ji o tom, že do 48 hodin by měly odcházet plyny a pokud do 5. dne po operaci nebude stolice, bude podán jednorázově glycerínový čípek. Dále jsme ji poučila o dostatečném příjmu tekutin (alespoň 2 – 2,5 l denně) a včasné rehabilitaci.

Hodnocení:

Cíl splněn, pacientka velmi svědomitě dodržovala doporučená opatření. Příjem tekutin byl dostatečný, rehabilitace byla zahájena hned 1. pooperační den. Plyny začaly odcházet 2. den po operaci a 5. den byl podán jednorázově glycerínový čípek, po kterém se dostavila stolice.

ZÁVĚR

Hlavním cílem mé práce byla snaha přiblížit problematiku závažného onkologického onemocnění děložního hrdla. Toto téma je mi blízké díky zkušenostem, které jsem získala během své téměř dvouleté praxe na onkogynekologickém oddělení.

Karcinom děložního hrdla je onemocnění, které postihuje ženy všech věkových kategorií. Cílem práce bylo poukázat na složitost léčby i ošetrovatelské péče, jejíž nezastupitelnou součástí je i péče o psychiku nemocné. Teoretická část shrnuje nejdůležitější poznatky o etiologii, diagnostice v léčbě a prevenci karcinomu děložního hrdla. V praktické části jsem zpracovala kazuistiku mladé ženy s karcinomem děložního hrdla, o kterou jsem pečovala po dobu její hospitalizace. S pacientkou jsem navázala bližší vztah, protože byla jen o rok starší než já. Pro mě, jako pro začínajícího zdravotníka to byla velká škola v umění oddělit empatii od profesionální práce. Příznivý výsledek léčby v popisovaném případě i nové možnosti prevence rakoviny děložního hrdla jsou optimistickými informacemi nejen pro budoucnost vyléčené pacientky, ale i pro všechny ženy.

Doporučení pro praxi

Tato práce je určena zejména studentkám oboru porodní asistentka, které se mohou jak během svého studia, tak i praxe, setkat s touto problematikou. Práci mohou využít jako zdroj informací i studentky oboru všeobecná sestra a také sestry z praxe, které se o tuto problematiku zajímají, nebo se s ní v praxi setkávají.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Domácí literatura:

1. ADAM, Z.; VORLÍČEK, J. et al. *Speciální onkologie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2002. s. 234-243. ISBN 80-210-2826-2.
2. ADAM, Z.; VORLÍČEK, J.; VANÍČEK, J. et al. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 612 s. ISBN 80-7169-792-3.
3. CIBULA, D. et al. *Onkogynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 614 s. ISBN 978-80-247-2665-6.
4. CITTERBART, K. et al. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 278 s. ISBN 80-726-2094-0.
5. FREITAG, P. *Papillomavirové infekce v gynekologii*. Praha: Triton, 1998. 88 s. ISBN 80-85-875-93-4.
6. HAVRÁNKOVÁ, A.; SVOBODA, B.; KAŇKA, J. *Prevence gynekologických zhoubných nádorů a současnost*. In. Zdravotnické noviny, přílohy Lékařské listy, 2001, roč. 50, č. 11, s. 18-19, ISSN 0044-1996.
7. HRUBÁ, M.; FORETOVÁ, L.; VORLÍČKOVÁ, H. *Role sestry v prevenci a včasné diagnostice nádorových onemocnění*. 1. vyd. Brno: MOÚ, 2001. 77 s. ISBN 80-238-7618-X.
8. KOBILKOVÁ, J.; LOJDA, Z.; ONDRUŠ, J.; BEKOVÁ, A. *Gynekologická cytodiagnostika*. Praha: Galén, 2006. 119 s. ISBN 80-7262-313-3.
9. KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIEROVÁ, R. 1995. *Ošetřovatelstvo I*. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
10. MAREČKOVÁ, J. 2006. *Ošetřovatelské diagnózy v Nanda doménách*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
11. MOTLÍK, K.; ŽIVNÝ, J. *Patologie v ženském lékařství*. Praha: Grada Publishing, 2001. 550 s. ISBN 80-7169-460-6.

12. NĚMCOVÁ, J.; MAURITZOVÁ, I. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Plzeň: Maurea, s.r.o., 2009. 75 s. ISBN 978-80-902876-0-0.
13. PETRUŽELKA, L. a KONOPÁSEK, B. *Klinická onkologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 274 s. ISBN 80-246-0395-0.
14. ROB, L. et al. Guideline gynekologických zhoubných nádorů – standard. *Primární komplexní léčba operabilních stadií zhoubných nádorů děložního hrdla*. In. Česká gynekologie 2004, 69, s. 376 – 384. ISSN 80-86607-09-7.
15. ROB, L.; ROBOVÁ, H.; KAČÍREK, J.; PLUTA, M. *Prekancerózy děložního hrdla – management abnormálních nálezů na děložním hrdle*. In. Moderní Gynekologie a porodnictví 2003; 12; 665 – 675. ISBN 80-7262-501-7.
16. SLÁMA, J. *Metody léčby zhoubných nádorů děložního hrdla*. In. Moderní babictví. Praha: Levret s.r.o., 2007, č. 13, s. 41 – 45. ISSN 1214-5572.
17. SLÁMA, J. *Prekancerózy v gynekologii*. In. Moderní Gynekologie a porodnictví 2007; 16; 462 – 487. ISBN 80-247-2665-6. / 80-247-1941-2
18. SLÁMA, J.; FREITAG, P. *Vakcíny proti lidským papilomavirům*. In. Praktická gynekologie 2007; 1: 30 – 32. ISBN 80-7262-501-7.
19. TRACHTOVÁ, E. a kolektiv 1999. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno, 1999. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.

Zahraniční literatura:

20. DiSaia, P.J.; Creasman, W.T.; *Clinical Gynaecologic Oncology*. 7 th ed. Philadelphia: Mosby, 2007. 812 s. ISBN 3-340-63734-6.
21. GREEN, J.; KIRWAN, J.; TIERNEY, J.; et al. *Concomitant chemotherapy and radiation therapy for cancer of the uterine cervix*. In. Cochrane Database Syst Rev 2005. Jul 20, (3): CD00225. ISSN 1464-780x.
22. HOSKINS, W.J.; PEREZ, C.A.; YOUNG, R.C.; *Principles and Practice of Gynecologic Oncology*. 3 rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2000. 1268 s. ISBN 80-781-7468-92.

23. KOSARY, C. L. *FIGO stage, histology, histologic grade, age and race as prognostic factors in determining survival for cancers of the female genital system: An analysis of 1973 – 1987 SEER cases of cancer of the endometrium, cervix, ovary, vulva and vagina*. *Semin Surg Oncol* 1994; 10: 31-36. ISBN 3-540-43461-5.
24. PRANDIVILLE, W.; DAVIES, P.; *The Health Professional's HPV Handbook*. London: Taylor and Francis, 2004. 94 s. ISBN 978-1842143360.

