

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

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U
PACIENTKY S KARCINOMEM
MLÉČNÉ ŽLÁZY

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ANETA AUGSBERGEROVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD

Praha 2012



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Dušková 7, PSČ 150 00

Ausbergerová Aneta
3. B VS

Schválení tématu bakalářské práce

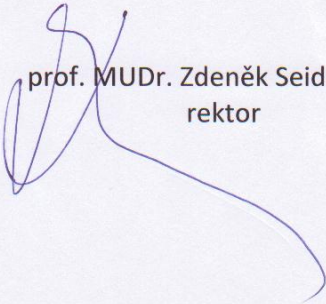
Na základě Vaší žádosti ze dne 25. 10. 2011 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetřovatelský proces u pacientky s karcinomem mléčné žlázy

Nursing Process for Female Patient with Mammary Gland Carcinomas

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

V Praze dne: 25. 10. 2011


prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením paní doc. PhDr. Jitky Němcové, PhD a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu literatury.

Souhlasím se zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

ABSTRAKT

AUGSBERGEROVÁ, Aneta. *Ošetrovatelský proces u pacientky s karcinomem mléčné žlázy*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, Ph.D. Praha. 2011. 60 s.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou. V teoretické části je popsáno složení prsní žlázy, rozdělení nádorů a prevence rakoviny prsu. Dále obsahuje možnosti diagnostiky a léčby onemocnění. Praktická část práce obsahuje komplexní ošetrovatelský proces u pacientky, model fungujícího zdraví podle marjory gordonové, medicínský management a provedená vyšetření, které pacientka absolvovala. Součástí je i edukace pacientky v oblasti samovyšetření prsou a informace o fyzikální rehabilitaci.

Klíčová slova

Karcinom mléčné žlázy. Prevence rakoviny prsu. Prsní žláza. Rozdělení nádorů.

ABSTRACT

AUGSBERGEROVÁ, Aneta. *Nursing process for Female Patient with Mammary Gland Carcinomas*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Degree of qualification: Bachelor (Bc.). Head of the thesis bachelor: doc. PhDr. Jitka Němcová, Ph.D. Praha. 2011. 60 p.

The bachelor thesis is divided into two parts – theoretical and practical. In the theoretical part, the composition of milk gland, categories of tumors and prevention of breast cancer are described. It also highlights diagnostics and treatment possibilities for this disease.

The practical part focuses on the complexity of the nursing process which consists of: model of functional health according to the Marjorie Gordon, medical management and review of the examination for which the patient underwent. It also contains self-breast examination and information about physical rehabilitation.

Key words

Carcinoma of milk gland. Categories of tumors. Mammary gland. Prevention of breast cancer.

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucí práce doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD za vstřícnost, cenné rady a za odborné vedení mé bakalářské práce.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Úvod.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 Etiologie a rizikové faktory vzniku karcinomu.....	12
1.1 GENETICKÉ FAKTORY	12
1.2 ZJIŠTĚNÍ MOŽNOSTI DĚDIČNÉ DISPOZICE	13
2 Patologie.....	14
A. NEINVAZIVNÍ FORMY KARCINOMU	14
B. INVAZIVNÍ FORMY KARCINOMU	14
2.1 MOŽNOSTI METASTATICKÉHO ŠÍŘENÍ	15
2.2 KLINICKÉ PŘÍZNAKY KARCINOMU PRSU	16
3 Benigní patologické změny.....	17
4 Staging karcinomu mléčné žlázy (rozsah nádoru)	19
4.1 KLASIFIKACE PODLE TYPU, ROZSAHU A STUPNĚ VYZRÁVÁNÍ.....	19
4.2 GRADING NÁDORŮ (VYZRÁVÁNÍ)	20
4.3 TYPING (TYPIZACE NÁDORU)	20
5 Diagnostika	21
5.1 ZOBRAZOVACÍ METODY PRO PRS	22
5.2 ZOBRAZOVACÍ METODY PRO OSTATNÍ ORGÁNY	23
5.2.1 INVAZIVNÍ METODY.....	24
5.2.2 LABORATORNÍ METODY	24
6 Léčebné metody	26
6.1 CHIRURGICKÁ LÉČBA	26
6.1.1 POOPERAČNÍ ZMĚNY	27
6.2 CHEMOTERAPIE	28
6.3 RADIOTERAPIE	29
6.4 HORMONÁLNÍ LÉČBA.....	30
6.5 DISPENZARIZACE	31
7 Možnost preventivních opatření proti karcinomu mléčné žlázy.....	32
II PRAKTICKÁ ČÁST	33
8 Anamnéza.....	34
9 Screeningové fyzikální vyšetření sestrou.....	36
9.1 OBJEKTIVNÍ POZOROVÁNÍ V PRŮBĚHU ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ A VYŠETŘENÍ:.....	37
10 Model fungujícího zdraví podle Marjory Gordonové	38
11 Medicínský management.....	43
12 Průběh hospitalizace	45
13 Přehled stanovených ošetřovatelských diagnóz	47
14 Ošetřovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie.....	48

15 Edukace pacientky v oblasti samovyšetření prsou	53
16 Fyzikální rehabilitace	56
17 Závěr	58
Seznam literatury (zpracováno dle ČSN 690- 2: 1997)	59
Internetové zdroje:	60

Seznam použitých zkratk

ALT – alaninamonotransferáza, enzym

BMI – body mass index

BRCA – gen, jehož mutace má za následek vysokou pravděpodobnost vzniku karcinomu mammy

CA – karcinom

CEA – karcinoembryonální antigen

DNA – deoxyribonukleová kyselina

ECHO – echokardiografie

EKG – elektrokardiograf

GMT – glutamyltransferáza, enzym

Gy – gray, jednotka dávky ionizujícího záření

HZK – horní zevní kvadrant

IHC – imunohistochemicky

I. sin. – *lat. zkr.* lateralis sinistrum

M+S – moč, sediment

PŽK – permanentní žilní katétr

QUICK – protrombinový čas, hemokoagulace

RD – Redonův drén

TEP – totální endoprotéza

Seznam obrázků a tabulek

Příloha A - Anatomie mléčné žlázy	I
Příloha B - Mízní cévy prsu	II
Příloha C - Klinická stadia karcinomu prsu	III
Příloha D - Schéma nádorů prsu	IV
Příloha E – Hodnocení rizika vzniku dekubitů	V
Příloha F – Hodnocení bolesti po operaci	VI
Příloha G - Mamografie, mamogram	VII
Příloha H - Ultrasonografické vyšetření prsů	VIII
Příloha I - Prevence lymfedému	IX
Příloha J - Epitézy	X
Příloha K - Posilování svalových skupin, cviky zaměřené na úchop a zvedání končetin	XI
Příloha L - Obrázek 13, 14, 15, 16 Operace prsu	XII
Příloha M - Index tělesné hmotnosti (BMI)	XIII
Příloha N - Rukavice Mammaglove k samovyšetření prsou	XIV
Příloha O – Čestné prohlášení	XV

Úvod

Jedním z důvodů výběru diagnózy karcinomu prsu ke zpracování bakalářské práce, bylo onemocnění maminky, kterou toto onemocnění postihlo. Cílem je poukázat na závažnost tohoto onemocnění, důležitost v oblasti samovyšetření prsů a včasné návštěvě lékaře i při sebemenším podezření na jakoukoliv změnu.

Karcinom prsu představuje nádorové onemocnění mléčné žlázy. Patří mezi nejrozšířenější druh rakoviny žen po celém světě. V mnoha případech je nemoc diagnostikována v pozdních stádiích, kdy se šance na vyléčení snižují. Proto v roce 2002 v České republice byl zahájen screeningový program pro detekci nádorů bezpříznakových žen pomocí mamografického vyšetření. Toto vyšetření je určeno ženám ve věku od 45 do 69 let v dvouletých intervalech. Ženy, které chtějí být vyšetřeny dříve, si screeningové vyšetření hradí sami. V těchto případech by měla být provedena metoda preventivního ultrazvukového vyšetření prsů (STRNAD et al., 2005). V současné době na toto onemocnění umírá méně žen než v minulosti díky rozšiřujícím se možnostem léčby.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část obsahuje rizikové faktory, rozdělení nádorů, popisuje léčbu a preventivní opatření. Praktická část se zabývá komplexním ošetrovatelským procesem u pacientky a stanoveným modelem fungujícího zdraví podle Marjory Gordonové. V přílohách bakalářské práce jsou zahrnuty i fotografie pořízené během operačního výkonu pacientky.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Etiologie a rizikové faktory vzniku karcinomu

Příčina vzniku karcinomu prsu nebyla dosud uspokojivě objasněna. Stále není k dispozici metoda, která by odhalila, jaká skupina žen je vývojem zhoubného novotvaru prsu ohrožena a u kterých je obava z onemocnění neopodstatněná. Do skupiny rizikových faktorů se řadí:

- Nástup menstruace před 11. rokem věku
- Gravidita po 30. – 35. roce věku
- Familiární výskyt karcinomu prsu (v první příbuzenské linii)
- Ženy s karcinomem prsu na jedné straně
- Menopauza po 54. roce věku
- Obezita v postmenopauze (index tělesné hmotnosti 35 a více)
- Expozice ionizujícímu záření

Mezi tzv. faktory diskutovaného rizika patří zvýšená konzumace alkoholu a kouření (ABRAHÁMOVÁ et al., 2000).

„Je prokázán nepříznivý vliv zvýšené konzumace alkoholu na riziko vzniku karcinomu prsu. Mechanismus účinku alkoholu na zvýšení rizika vzniku onemocnění je dán především prostřednictvím ovlivnění hladiny estrogenů v ženském organismu“ (ABRAHÁMOVÁ et al., 2000, s. 44).

1.1 Genetické faktory

Žena má genetickou dispozici pro vznik onemocnění karcinomu prsu tehdy, zdělila-li zárodečnou mutaci od jednoho ze svých rodičů. Všechny buňky jejího organismu pak nesou zárodečnou mutaci. Geny BRCA1 a BRCA2 jsou zodpovědné za vznik dědičné formy karcinomů prsu (ABRAHÁMOVÁ et al., 2000). Důležitost spočívá v přímé linii, zejména objevení se maligního zvratu u babičky, matky, dcery. Mutace genů BRCA1 a BRCA2 byly objeveny nejčastěji u žen, které onemocněly v mladém věku. Ženám s pozitivní rodinnou

anamnézou se klade velký význam na pravidelné vyšetřování (HLADÍKOVÁ et al., 2009).

1.2 Zjištění možnosti dědičné dispozice

Specializovaná pracoviště v České republice nabízejí genetické poradenství. V Praze mezi ně patří FN Motol, Všeobecná fakultní nemocnice a Thomayerova nemocnice. Nezbytné pro testování je informovaný souhlas. Genetik zajistí odběr žilní krve a odeslání vzorku do příslušné laboratoře k testování genu. Většinou je potřeba 10 ml krve. DNA je izolována z leukocytů a ta je v bance uchovávána dlouhodobě. Jednotlivé úseky genů jsou postupně vyšetřovány a je hledán odchylný úsek, který nese pravděpodobně mutaci. Toto cílené testování by mělo začít u nejrizikovější skupiny žen již v časném věku 20 let. Podle výsledku genetického vyšetření a podle typu rodinné anamnézy navrhuje genetik schéma preventivních kontrol (ABRAHÁMOVÁ et al., 2003). (tabulka 1)

Tabulka 1 – Schéma navrhovaného sledování žen nositelek mutace v genech BRCA1 nebo BRCA2

Vyšetření	Od věku	Frekvence
samovyšetřování prsů	20 let	1 krát měsíčně
klinické vyšetření prsů	20 let	1 krát za 6 měsíců
ultrazvuk prsů	20 let	1 krát za 6 měsíců
mamografie	30 let	1 krát za rok
magnetická rezonance prsů	20 let	1 krát za rok
UZ břicha	20 let	1 krát za 6-12 měsíců
nádorové markery CA 125, CEA, CA 15.3	20 let	1 krát za rok

Zdroj: ABRAHÁMOVÁ, 2003, s. 61

2 Patologie

V horním zevním kvadrantu prsu je lokalizováno nejvíce nádorů. Je zde obvykle hodně žlázy. Epiteliální karcinomy jsou nejčastějšími zhoubnými nádory prsu. Vytvoří se nejčastěji z terminálních lalůček prsní žlázy a z vývodů. Označení karcinom „in situ“ jsou označovány neinvazivní formy karcinomu (HLADÍKOVÁ et al., 2009).

A. Neinvazivní formy karcinomu

Duktální karcinom in situ (DCIS), vzniká z epitelových buněk duktálního systému. Na mamografii byl pozorován jako shluk mikrokalciфикаcí (ABRAHÁMOVÁ et al., 2003).

Lobulární karcinom in situ (LCIS), vychází z epitelových buněk mamárních lobulů. Relativně velmi často metastazuje, má schopnost infiltrativního růstu. Bývá lokalizován v horním zevním kvadrantu prsu.

Pagetův karcinom bradavky, zvláštní forma duktálního karcinomu, který může imitovat ekzematizaci uvedené oblasti (HLADÍKOVÁ et al., 2009). Způsobuje pálení a svědění.

B. Invazivní formy karcinomu

Infiltrující lobulární karcinom, často metastazuje do ovarií a meningů. Bývá bilaterální. Představuje asi 10 % všech karcinomů prsu.

Infiltrující duktální karcinom. *„Je nejčastějším typem karcinomu prsu (95 %). Je provázen reaktivní fibrózou, která je odpovědná za téměř kamennou ztuhlost nádorového útvaru při palpaci. Metastazuje do kostí, jater a plic. Nádory s hvězdicovitým uspořádáním (obr. 3) a centrální nekrózou mají zpravidla špatnou prognózu“* (HLADÍKOVÁ et al., s. 32).

Inflamatorní karcinom, nejagresivnější forma karcinomu prsu. Kůže má charakteristický vzhled pomerančové kůže, objevuje se erytém a edém. Typický je rychlý růst, kůže bývá zarudlá, je neohraničený s častým metastazováním. Je velice agresivní, má špatnou prognózu.

Medulární karcinom, bývá dobře ohraničený, spíše postihuje mladší ženy. Je charakterizován masivní lymfocytární infiltrací. Z prognostického hlediska bývá považován za příznivý typ karcinomu.

Mucinózní karcinom, roste pomalu, bývá dobře ohraničený. Pokud nejsou postiženy lymfatické uzliny, mívá dobrou prognózu.

Tabulární karcinom, tvoří asi 5 % karcinomů prsu a má zpravidla dobrou prognózu.

Papilární karcinom, má relativně dobrou prognózu, spíše postihuje ženy po menopauze.

Komendový karcinom, tento typ nádoru má velice maligní potenciál (HLADÍKOVÁ et al., 2009).

2.1 Možnosti metastatického šíření

Karcinomy prsu se zejména šíří lymfatickou cestou, napadají uzliny axilární, supraklavikulární a infraklavikulární. Další z možností je invazivní prorůstání karcinomů. Za vzdálené metastázy se považuje napadení nadklíčkových a podklíčkových uzlin. O karcinomu prsu lze hovořit jako o systémovém onemocnění, neboť poměrně často dochází k hematogennímu rozsevu do kostí, plic, jater, ovaria, pleury mozku a také kůže. Proto by se nemělo nikdy opomíjet palpační vyšetření spádových uzlin (HLADÍKOVÁ et al., 2009). Orgánové metastázy (mozek, plíce) jsou horším prognostickým faktorem, než metastazování do měkkých tkání (kůže, mízní uzliny) nebo kostí. Riziko objevení metastáz vždy závisí na původním stadiu onemocnění. Za vznik metastáz jsou nádorové buňky, které se za určitých okolností množí a jsou zodpovědná za vytváření dceřiných ložisek (HLADÍKOVÁ et al., 2009).

Pouze malá část nádorových buněk přežije hematogenní transport a z nich pouze málokteré vytvoří metastázy. Lokalizace vzdálených metastáz není náhodná. Zajímavé je, že řada orgánů s vysokým krevním průtokem, jako například svaly, slezina nebo ledviny, je zřídka postižena metastázami. Nejběžnějšími místy metastáz karcinomu prsu jsou kosti, plíce, druhý prs, pleura, játra a mozek (DANEŠ et al., 2002).

2.2 Klinické příznaky karcinomu prsu

V počáteční fázi růstu nemá karcinom prsu klinické příznaky a žena se nemusí ničeho všimnout. Nádor většího rozměru se projeví jako hmatná rezistence, zduření nebo zatuhnutí v prsu. Na kůži prsu se může objevit zarudnutí, otok, vtažení kůže nebo nehojící se vřed. Mohou být přítomny také změny na bradavce v podobě otoku, šupinatění kůže, výtoku nebo vpáčení bradavky.

V pokročilejším stadiu onemocnění mohou být přítomny hmatné metastatické uzliny v axile, nebo v nadklíčku. Generalizované formy karcinomu prsu se mohou projevit dušností a chronickým kašlem v případě plicních metastáz, elevací jaterních enzymů a hepatomegalií v případě metastatického postižení skeletu, mozkové metastázy se projeví neurologickým deficitem, mohou se objevit i podkožní metastázy (DANEŠ et al., 2002).

3 Benigní patologické změny

Biologická povaha benigních nádoru se liší od maligních procesů tím, že rostou pomaleji, expanzivně tzn., že svůj objem zvětšují a okolní buňky nebo tkáně stlačují a jsou ohraničené. Nemetastazují do okolních orgánů (HLADÍKOVÁ et al., 2009).

Fibroadenom, je častým nálezem zejména u mladých žen, i když průměrný věk všech žen s tímto nálezem je kolem 30 let. Fibroadenom vzniká z lalůčků a z jeho hormonálně dependentního stromatu. Příčina vzniku je neznámá. Jde však nejspíše o neobvyklou odpověď na estrogenní stimulaci. Zvětšuje se proliferací lalůčků, proces postihuje i okolní lalůčky – to je jednou z hlavních příčin častého opětovného vzniku fibroadenomu po extirpaci. Fibroadenom často postupně roste do velikosti 1 – 3 cm a posléze se nemění. Někdy je skrytý a odhalen náhodně. Tkáň fibroadenomu reaguje na zevní vlivy, podobně jako lalůček. Probíhají zde hyperplastické změny v těhotenství, sekrece mléka v laktaci a involuční změny v menopauze (DANEŠ et al., 2002). V léčení se postupuje vždy individuálně a je třeba respektovat přání pacientky. Fibroadenomy nalezené u mladých žen do 25. roků je možné bez podstatného rizika ponechat, pokud si pacientka raději nepřeje odstranění. Ponechání se také obvykle volí u mnohačetných fibroadenomů. Naproti tomu recidivu v místě předchozí excize se doporučuje spíše znovu odstranit pro poněkud vyšší riziko tumoru s vyšší aktivitou (phylloidní nádor, vzácně i karcinom). Jinak je karcinom ve fibroadenomu vzácný. Podle současných názorů nepředstavuje fibroadenom zvýšené riziko vzniku karcinomu prsu (DANEŠ et al., 2002).

Mléčná cysta (galaktokéla). *„Typicky se objevuje několik týdnů až měsíců po spontánním ukončení laktace jako hmatná volně posunlivá formace, palpačně budící dojem cysty. Při odsátí se objevuje nejčastěji mléko. Při zahuštění obsahu a jeho zesýrovatění (keseifikaci) může být punkce s odsátím obsahu neúspěšná (cystu s takovou změnou obsahu nazýváme sýrovou cystou). Na mamogramu může být přítomno i projasnění uvnitř. To potvrzuje nález benigního procesu.“* (DANEŠ et al., 2002, s. 112)

Absces, je jednou z forem zánětlivého procesu prsu. Nejčastěji nacházíme zánětlivé onemocnění prsu během šestinedělí a laktace (puerperální, laktační mastitida). Infekce vstupuje nejčastěji do prsu přes poraněnou bradavku, přičemž mléko představuje dobrou živnou půdu pro šíření bakterií (nejčastějším původcem je *Styphylococcus aureus*). Mastitida a laktační absces vznikají typicky během prvního měsíce po porodu a při odstavování, kdy dochází často k poranění bradavky. Klinicky jsou obvykle typické známky bolestivého zduření, prs je zarudlý a je zvýšená teplota. Nález při typické mastitidě závisí samozřejmě na stadiu (od mírného zarudnutí, zhrubění kůže se známkami celulitidy až po rezistenci abscesu s nekrózou kůže) je modifikován antibiotickou léčbou. Kromě abscesu v období laktace, se může vyskytovat v každém věku (DANEŠ et al., 2002).

Intraduktální papilom, je většinou zjištělný pouze duktograficky nebo při ultrasonografickém vyšetření.

Lipom, je poměrně častým podkladem hmatné rezistence v prsu u žen středního věku (průměr kolem 45). Také v tomto případě je mamogram rozhodující. Ukazuje se hladce ohraničené projasnění s úzkým lemem.

(Fibro) Adenolipom, je častým benigním nálezem spíše u mladších žen, (především kolem 30. roku věku). Histologicky se jedná o jednoznačně benigní proces, kdy nacházíme tuk a různé elementy. Mamograficky se nachází typicky hladká ohraničená formace (masa, uzel) s úzkým lemem.

Tuková nekróza, olejová cysta. Potraumatická (pooperační) tuková nekróza se projevuje dvojím způsobem. Při prvním je obraz prakticky nerozlišitelný od karcinomu. Při druhém (olejová cysta) se ukazuje charakteristické oválné či okrouhlé projasnění. Při případné punkci se aspiruje čirá olejovitá tekutina (DANEŠ et al., 2002).

4 Staging karcinomu mléčné žlázy (rozsah nádoru)

Určuje se podle mezinárodní klasifikace TNM a vedle morfoloické diagnózy má jeho určení zásadní význam pro volbu léčebných prostředků. Pro postižení regionálních uzlin se používají 3 symboly. N1 – metastázy ve stejnostranných pohyblivých axilárních uzlinách, N2 – metastázy ve stejnostranných fixovaných uzlinách, N3 – metastázy ve stejnostranných uzlinách podél a. mammaria interna. Postižení nadklíčkových uzlin se hodnotí již symbolem M1 (vzdálené metastázy). Na základě operačního nálezu a histologického vyšetření se klinické určení TNM musí doplnit a značí se pak pTNM. Kromě klasifikace TNM se v praxi používá dělení na stadia (*viz příloha C*).

Histologický typ má také význam pro prognózu nemoci. U tubulárních, papilárních a medulárních nádorů se recidivy (i metastázy) nacházejí méně často, zatímco lobulární a duktální infiltrující nádory vykazují v tomto ohledu velké variace (KLENER, 2002).

4.1 Klasifikace podle typu, rozsahu a stupně vyžrávání

T znamená tumor a značí rozsah prvotního nádoru, dělí se na:

- T0 – nepřítomnost primárního nádoru,
- Tis – carcinoma in situ, karcinom, ještě regulovaný, ale postupně se jeho růst zrychluje a nabývá nádorové nezávislosti na okolí,
- T1, 2, 3, 4 – postupné zvětšování nádoru,
- T (m) – více orgánů postiženo stadiem T1,
- TX – nelze posoudit velikost nádoru,

N znamená nodus a značí stav lymfatických uzlin:

- N0 – bez postižení uzlin,
- N1,2,3 – rozsah postižení lymfatických uzlin,
- NX – postižení uzlin nelze posoudit,

M znamená metastázy a značí přítomnost vzdálených metastáz:

- M0 – chybí vzdálené metastázy,
- M1 – prokázané vzdálené metastázy, může se doplnit zkratkou orgánů, ve kterém jsou přítomné:

PUL (do plic), OSS (do kostí), HEP (do jater), BRA (do mozku), SKI (do kostí), LYM (do vzdálených uzlin), MAR (do kostní dřevě), PLER (do pleury), EYE (do oka), OTH (jinam), ABD (břicho),

- MX – vzdálené metastázy nelze prokázat.

Pro každou lokalizaci nádoru jsou dvě klasifikace:

- Předléčebná, stanovená na základě vyšetření, která se označuje TNM,
- Pooperační, která se značí ptám a vychází z histologického hodnocení vyoperovaného orgánu (SOBIN-WITTEKIND, 2000).

4.2 Grading nádorů (vyzrávání)

Nádory vykazující menší diferenciaci jsou většinou sensitivní k chemické i radiační terapii, ale jejich chování je často velmi agresivní a ohrožuje pacientův život v krátké budoucnosti. Příkladně u sarkomů měkkých tkání má grading nadřazené postavení před vlastní velikostí nádoru.

Grading je rozdělení nádorů do skupin podle buněčné zralosti na:

- G – histopatologický grading
- G1 – velmi diferencovaný nádor,
- G2 – středně diferencovaný nádor,
- G3 – nediferencovaný nádor,
- GX – stupeň diferenciace nelze stanovit.

Nově se zavádí ještě doplňující symboly:

- Y – rozhodující operace se provádí po jiné léčebné metodě (např. po ozáření),
- r – označuje místní nádorovou recidivu,
- R0 – zbylý nádor není,
- R1 – mikroskopický zbytek nádoru,
- R2 – větší zbytek nádoru.

4.3 Typing (typizace nádoru)

Tvoří dvě základní skupiny. Nádory benigní a nádory maligní. Z hlediska histogeneze se řadí nádory do 7 skupin:

1. mezenchymové nádory vycházejí z mezodermu. Fibrosarkom, liposarkom, hemangiosarkom, chondrosarkom, osteosarkom,

rabdomyosarkom, leiomyosarkom, synovialoblastom. K této skupině patří též tzv. systémové nádorové nemoci – leukémie, lymfomy – hodgkinského i nonhodgkinského typu.

2. epitelové nádory – jde o karcinomy, které se vyskytují nejčastěji. Spinocelulární karcinom, bazocelulární karcinom, adenokarcinom, hepatocelulární karcinom apod.
3. neuroektodermové nádory – vznikají z různých buněk centrální i periferní nervové soustavy. Bližší klasifikace je značně složitá. Př. maligní melanom.
4. smíšené nádory – složené ze dvou nebo více druhů tkání.
5. terminální nádory – vycházejí ze zárodečných buněk. Vyskytují se především v pohlavních orgánech. Př. seminom.
6. choriokarcinom – samostatný nádor vycházející z tkáně placenty.
7. mezoteliom – samostatná nádorová jednotka. Př. mezoteliom pleury, perikardu (SOBIN-WITTEKIND, 2000).

5 Diagnostika

„Onkologická anamnéza musí kromě obecně známých součástí obsahovat některé údaje, které mají pro diagnózu ca prsu větší závažnost“ (KONOPÁSEK et al., 2000, s. 25).

Anamnéza

RA (rodinná anamnéza), podrobné zjištění karcinomu prsu u přímých příbuzných (matka, sestra, dcera) a u vzdálenějších pokrevních příbuzných (babička, teta, sestřenice, neteř).

GA (gynekologická anamnéza), obsahuje věk, v kterém začala menstruace, dále její pravidelnost, bolestivost, délka trvání a zda byla silná či slabá. Nástup menopauzy. Nezbytný je také věk při dokončeném prvním těhotenství, počet porodů a potratů. Vhodné je též získání informací o hormonální antikoncepci, kojení a chorobách prsu.

NO (nynější onemocnění), zjištění, kdy pacientka zaznamenala jakoukoliv změnu, než tomu bylo dosud (KONOPÁSEK, 1997).

Fyzikální vyšetření

Zvláštní důraz by měl být kladen na místní popis. Umístění rezistence podle kvadrantů prsu. Vztah afekce vůči okolí, pohyblivost, fixace, ohraničení. Kůže nad tumorem, změny barvy, tvaru, struktury, palpační citlivost, bolestivost. Popis by se měl zaměřit i na spádovou axilu.

5.1 Zobrazovací metody pro prs

Mamografie

Základní vyšetřovací metoda u žen s klinickými příznaky onemocnění prsu. Mamografie má hlavní význam ve screeningu karcinomu prsu. Úkolem je odhalit a popsat abnormalitu na mamogramu a správně ji označit (například jako benigní, pravděpodobně benigní, podezřelou či vysoce pravděpodobně maligní). Není úkolem mamografie určit přesně histologický typ změn. Typický obraz mají v podstatě pouze intramamární lymfatické uzliny, léze obsahující tuk, kalcifikované fibroadenomy a vaskulární kalcifikace (DANEŠ et al., 2002).

Ultrasonografie

Tato metoda vhodně doplňuje mamografické vyšetření. Bývá zpravidla vyšetřovací metodou číslo jedna u mladých žen a u žen těhotných a kojících.

Duktografie

Hlavní indikací k tomuto vyšetření je přítomnost patologické sekrece z bradavky. Při vyšetření je aplikována kontrastní látka do mlékovodu. Umožňuje zobrazit vývodný systém prsu (mlékovody).

Magnetická rezonance

Mezi hlavní indikace k tomuto vyšetření patří podezření na závažnou patologickou změnu prsů, odlišení jizvy od nádorové recidivy či nejasné nálezy na mamografickém vyšetření.

CT (výpočetní tomografie) prsu

Indikuje se zcela výjimečně. Hlavní indikací u tohoto vyšetření je posouzení vztahu dorzálně lokalizovaného karcinomu k hrudní stěně (KONOPÁSEK, 1997).

5.2 Zobrazovací metody pro ostatní orgány

Scintigrafie skeletu

Radioizotopová metoda, která využívá detekce rozložení izotopu. Často odhalí metastatický proces dříve (až o půl roku), než se objeví na rentgenovém snímku skeletu. Zjistí rozsah postižení skeletu.

Rentgenový snímek hrudníku

Rentgenový snímek hrudníku se indikuje vždy před zahájením léčby pacientek s karcinomem prsu pro jeho jednoduchost a vysokou spolehlivost při detekci metastáz. Toto vyšetření se zpravidla opakuje v jednoročních intervalech v rámci dispenzarizace.

Ultrasonografie břicha

Jeho význam je především v zobrazení jaterního parenchymu (ložiskových změn), žlučových cest a žlučníku, sleziny, pankreatu a retroperitonea (zhodnocení velikosti lymfatických uzlin).

CT (výpočetní tomografie)

Upřesňuje rozsah a charakter změn při podezření na metastatické postižení běžnými zobrazovacími metodami, např. snímek hrudníku, ultrasonografií břicha). Je také vhodnou metodou při detekci metastáz v mozku.

Magnetická rezonance

Je vhodnou metodou v diagnostice metastáz v oblasti páteřního kanálu a zadní jámy lební. Umožňuje odhalit metastázy ještě před manifestací na běžném rentgenovém snímku. Je přínosná také při nejednoznačném obrazu

skeletu, především páteře, zjištěném jinou zobrazovací metodou. Výhodou je vyšší specifika, nevýhodou vysoká cena vyšetření (KONOPÁSEK, 1997).

5.2.1 Invazivní metody

Bioptické metody se staly nedílnou součástí mamodiagnostiky. Provádějí se pod kontrolou zobrazovacích metod, nejčastěji ultrazvuku.

Core cut biopsie prsu (CCB)

Nejčastější užívaná metoda pro získání validní histologické diagnózy. Bývá indikovaná při předoperační histologické verifikaci zhoubných nálezů, ale také v případě nejednoznačných lézí, kdy malignitu nelze vyloučit. Odběr je prováděn speciální bioptickou jehlou, tzv. bioptickým dělem (*obr. 1*). Odebírá se tkáň z ložiska o průměru asi 2 mm. Vyšetření se provádí ambulantně, po výkonu si vyžaduje speciální sledování, je však dobré omezit výraznější fyzickou aktivitu. Výsledek histologického vyšetření bývá hotovo do týdne (HLADÍKOVÁ et al., 2009).

5.2.2 Laboratorní metody

Snahy nalézt specifický test k detekci zhoubného bujení byly zatím neúspěšné. Větší význam se přikládá vyšetření nádorových markerů, i když jejich pozitivita nemusí být zcela specifická. Jejich sledování má význam zejména pro monitorování léčebné odpovědi (KLENER, 2011).

Biochemické vyšetření, zahrnuje dále standardní soubor vyšetření (jaterní testy, urea, kreatinin a elektrolyty), mohou upozornit na aktivitu a původní komplikace základního onemocnění. U pacientek s karcinomem prsu se vyšetřují antigeny CA 15-3, CEA. Jejich využití spočívá především v detekci nádorové nemoci a ve snaze včas zachytit recidivu nebo k monitorování onkologické léčby.

Hematologické vyšetření, jeho důležitost spočívá pro odhad tolerance protinádorové léčby (HLADÍKOVÁ et al., 2009). Varovným příznakem je přítomnost normoblastů v obvodové krvi, může signalizovat diseminaci karcinomu. Nádorové onemocnění způsobuje pestré změny – zejména anémii,

také způsobuje tlumivý vliv na erytropoézu, autoimunitní mechanismy (KLENER, 2011).

Molekulárně biologické vyšetření, zaměřuje se na určení mutace genů BRCA1 a BRCA 2. Toto vyšetření je důležité u nemocných s pozitivní rodinnou anamnézou a u nemocných s výskytem karcinomu prsu před 30. rokem života, u bilaterálního karcinomu prsu a také u karcinomu ovaria mladších žen (HLADÍKOVÁ et al., 2009).

Vyšetření moči a močového sedimentu, patří též k základním vyšetřovacím metodám.



Zdroj: <http://www.onhb.cz/article>

Obrázek 1 – Biotické dělo

6 Léčebné metody

Léčení karcinomu prsu je vždy multimodální, to znamená, že se využívá jak chirurgického výkonu, tak chemoterapie, radioterapie nebo biologické léčby (VORLÍČEK et al., 1993). Tam, kde rozsah nádoru i povaha onemocnění neumožňují podat léčbu s kurativním účinkem, je využíváno léčebné možnosti k paliativnímu účinku. Intenzivní podpůrná léčba upravuje četné nežádoucí účinky, kterými je onkologická léčba provázena. Symptomatická léčba je jediným racionálním přístupem při vzniku rezistence vůči standardní léčbě nebo při trvající progresi onemocnění (KLENER, 2011).

6.1 Chirurgická léčba

V případě, že je nemoc omezena na prs, eventuelně na spádovou axilu, může samostatný chirurgický výkon přinést plné vyléčení. Onemocnění již v době klinické detekce má systémový charakter, tudíž nelze samostatnou chirurgickou léčbu považovat za dostatečnou. Chirurgický výkon je nutno chápat jako nezbytnou součást onkologické léčby (KONOPÁSEK et al., 1997).

Od superradikálních operací se zcela ustoupilo, doporučují se za určitých okolností chirurgické, prs zachovávající výkony (kvadrantektomie). Kvadrantektomie musí být vždy spojena s následným lokálním ozářením prsu. Radikální mastektomie je chirurgický výkon, při němž se odstraňuje celá prsní žláza. Přístupuje se k ní v případě, že nádor je větší než 5 cm, při více nádorových ložisek, při předchozím ozáření prsu, nepoměru velikosti prsu a nádoru.

Nezbytnou součástí je provedení exenterace axily. Chirurg by měl odstranit alespoň 10 uzlin. Nález v axile ovlivňuje podstatným způsobem léčebný plán. Výsledek se považuje nejen za terapeutický, ale má i velký prognostický význam (KONOPÁSEK et al., 1997).

6.1.1 Pooperační změny

K lokálním změnám patří změny kůže způsobené operačním zákrokem (jizvy, granulomy), změny podkoží, tuková nekróza, tekutinové kolekce v jizvě (hematom), kalcifikace, olejové cysty.

K difuzním změnám patří zejména ztlustění kůže areoly, zvýšení denzity parenchymu. Při dělení podle času vzniku řadíme mezi akutní změny hematom, pooperační edém, tukovou nekrózu, jizvu, mezi pozdní změny jizevnaté formace, kalcifikace.

Diferenciální diagnostika pooperačních změn je velmi obtížná. Podobně se může jevit lokální recidiva, mastitida po radioterapii a mikrokalcifikace při recidivě v jizvě (DANEŠ et al., 2002).

Lokální změny kůže jsou nejčastěji charakterizované jizvami po operaci. Jizva na kůži se projevuje jako lokální rozšíření stínu kůže. Parenchymová – vnitřní jizva se projevuje asymetrií parenchymu prsu, změnou architektiky tkáně prsu, cárovitým či lineárním stínem. Jizva uvnitř prsu sleduje jizvu kožní, způsobuje často až vytvořen spikulovité struktury, která vybíhá do podkoží a ke kůži, může ale zasahovat i ke svalovým strukturám hrudní stěny. V rámci diferenciální diagnostiky činí největší obtíže cípatě vybíhající spikulózní stín.

Kalcifikace. Dystrofické kalcifikace, které jsou přítomné v jizvách a jejich okolí, vznikají ukládáním vápníkových iontů do nekrotické tkáně. Kalcifikace při tukové nekróze a typické olejové cysty mají obvykle na mamogramech charakteristický obraz. Nevyžadují další kontrolní vyšetření, ani speciální sledování. Typický je také obraz šicího materiálu – nacházíme sytou kalcifikaci tvaru smyčky (stehu), někdy i s kalcifikovaným uzlem (DANEŠ et al., 2002).

Mezi difuzní pooperační změny řadíme zvýšenou denzitu parenchymu žlázy, zhuštěné a zmnožené trabekuly, výrazné ztlustění kůže v oblasti areoly. Všechny tyto změny jsou způsobené překrvením (hyperémií) se zvýšenou transudací, edémem po desekci lymfatických uzlin v axile a změnami po radioterapii.

Základní difuzní změny se u většiny pacientek pomalu upravují v průběhu prvních týdnů, maximálně pak asi do 2 let od operace (DANEŠ et al., 2002).

6.2 Chemoterapie

Chemoterapie má cytotoxický účinek. Inhibuje buněčné dělení a způsobuje zánik buněk. Vliv má na nádorových buňkách i na buňky zdravých tkání. Základem léčebných režimů první volby a nejúčinnější cytostatika se řadí doxorubicin, cyklofosfamid, metotrexalát, 5-fluorouracil. Důsledkem každé protinádorové chemoterapie je poškození zdravých tkání a z něj pramenící nežádoucí účinky.

Neoadjuvantní chemoterapií se rozumí podávání cytostatické léčby před chirurgickým výkonem, popřípadně před radioterapií. Pomocí této metody lze docílit zmenšení nádoru a usnadnit jeho operabilitu. Také zřetelně ukáže citlivost nádoru ke zvoleným cytostatikům. Indikace k neoadjuvantní terapii se volí u pokročilých stadií karcinomu prsu (KLENER, 2011).

Adjuvantní chemoterapie, jejímž cílem je likvidace zbytkové nádorové populace navazuje na léčbu chirurgickou nebo na léčbu zářením. Měla by se podávat co nejdříve po chirurgickém zákroku, do 3 týdnů, neboť mikrometastázy jsou nejcitlivější bezprostředně po odstranění primárního ložiska. Trvání adjuvantní chemoterapie déle než 6 měsíců není opodstatněné. Podkladem pro indikaci systémové chemoterapie jsou prognostické faktory. Nejvhodnější délka podávání adjuvantní chemoterapie je 6 cyklů (KONOPÁSEK et al., 1997).

Největší přínos představuje u pacientek s minimálním postižením axilárních uzlin (1-3 uzliny), u nichž snižuje počet recidiv o 20-40 % a zvyšuje počet přežívajících bez recidivy po 10 letech o 10-15 %. Přínos adjuvantní chemoterapie klesá se zvyšujícím počtem postižených uzlin. Pokud pacientka má více než 10 pozitivních axilárních uzlin, bývá prognóza horší, proto se zde zkouší vysokodávkovaná adjuvantní chemoterapie (VORLÍČEK et al., 2000).

Nežádoucí účinky chemoterapie

Cytostatická léčba je pro pacienty velice zatěžující. Nežádoucí účinky jsou zde na denním pořádku. Mezi nejčastější nežádoucí účinky řadíme:

Pro přesnější hodnocení nežádoucích účinků je třeba komplexní hematologické vyšetření. Často bývá poškození krvetvorby, pokles granulocytů

a trombocytů. K přesnějšímu posouzení je nutné hodnotit stav krvetvorby (KLENER, 2011).

Poškození srdce, projevuje se poruchou srdečního rytmu. Vzhledem k riziku kardiotoxicity je nezbytné sledování. Doporučuje se EKG, echokardiografie.

Poškození kožních adnex, léčbou jsou nejčastěji poškozeny vlasové folikuly. Vzniká alopecie, je reverzibilním jevem a po ukončení chemoterapie vlasová pokrývka doroste. Alopecii tedy není nutné léčit. Po úniku cytostatika mimo žílu jsou časté nekrózy, vyžaduje konzultaci s dermatologem. Do postiženého místa je vhodné aplikovat fyziologický roztok a 1% Hydrokortison, následně přiložení studeného obkladu.

Nevolnost a zvracení, tyto příznaky zpravidla život nemocného bezprostředně neohrožují, vedou ke sníženému příjmu potravy, a tím ke zhoršení celkové energetické bilance. Opakované zvracení vyvolává dehydrataci a ztráty minerálů a představuje negativní psychickou zátěž. Nejúčinnějšími antiemetiky jsou antagonisté serotoninových receptorů. Antiemetický účinek mají též glukokortikoidy ve vyšších dávkách.

Nutriční deficit, až v 50 % je malnutrice a kachexie častým projevem. Příčiny nutričního deficitu jsou komplexní povahy a nemá žádná specifika léčby. U pacienta však musí být zabezpečen dostatečný přívod tekutin a minerálů (KLENER, 2011).

6.3 Radioterapie

Tato metoda si klade za cíl likvidaci nádorových buněk a znemožnění jejich růstu pomocí vysoce energetického záření, zejména gama záření radioizotopů (kobaltová bomba, cesiová bomba), nebo vysokoenergetického záření vyráběné v lineárních urychlovačích. Radiační léčba je obvykle pooperační, s cílem zničení předpokládaných zbylých nádorových buněk. Zpravidla se provádí na oblast jizvy, podpaží, nadklíčku.

Vlastnímu záření předchází podrobný ozařovací plán s výpočtem dávek a perfektním zacílením svazku záření tak, aby zdravé tkáně byly chráněny. Ozařuje se obvykle denně pět dní v týdnu po následné 4-6 týdnů. Vlastní ozaření je nebolestivé a trvá jen několik minut. Ozařuje se do dávky 50 Gy.

Rozsah ozařovaného objemu závisí na onemocnění samotném. V případě většího rozměru původního nádoru prsu může být operační odstranění obtížné až nemožné. Lze tady provést předoperační ozáření prsu s cílem zmenšit rozsáhlý tumor a pak jeho chirurgické odstranění (ABRAHÁMOVÁ, 2000).

Rozdělení radioterapie

Radioterapie s kurativním záměrem, pro svůj účel využívá vysokoenergetických zdrojů záření, lineární urychlovače a izotopové ozařovače. Následuje obvykle po provedeném operačním výkonu.

Paliativní ozařování, zde se klade hlavní důraz na odstranění obtíží pacienta. Provádí se u rozsáhlých nálezů s neuspokojivou prognózou, kde již byly vyčerpány všechny možnosti léčebné terapie (HLADÍKOVÁ et al., 2009).

Nežádoucí účinky radioterapie

Objevuje se zvýšená únavnost, která bývá přítomna v posledních dnech či týdnech. Je potřeba věnovat zvýšenou pozornost kůži v ozařované oblasti, kontraindikací je kombinace slunečního svitu s léčbou radiací. V ozařované oblasti může dojít k zarudnutí, ale také ke zvýšené svědivosti či pálivosti. Důraz je kladen na přístup vzduchu a na kvalitní bavlněné prádlo. Nevhodná je aplikace deodorantů a kosmetických krémů. Lékař v případě zvýšené radiační reakce určí nezbytnou léčbu podle povahy reakce a typu pleti (ABRAHÁMOVÁ, 2000).

6.4 Hormonální léčba

Hormonální léčba je indikována jak v adjuvantní léčbě, tak v léčbě lokálně pokročilého či metastazujícího karcinomu prsu. Indikace pro tuto terapii se stanovuje v primárním tumoru v hormonálních receptorech (KONOPÁSEK et al., 1997).

Mezi hlavní hormonální skupiny patří estrogeny, antiestrogeny, progesterony, inhobitory aromatázy, androgeny. V případě známých estrogenových a progesteronových receptorů je odpověď na hormonální léčbu až 75 %.

Antiestrogeny, jsou velmi účinnou léčbou pro karcinom prsu. Jsou zvláště účinné v přítomnosti positivity estrogenových i progesteronových receptorů v nádorové tkáni, ale mají určitý efekt i v jejich nepřítomnosti. Mají prokazatelný účinek i v prevenci karcinomu prsu u žen se zvýšeným rizikem jeho vzniku.

Tamoxifen

Tamoxifen se stal nejrozšířenějším preparátem této skupiny. Jeho estrogenní vliv na cévní endotel snižuje riziko vzniku menopauzálních příznaků jako porucha lipidového metabolismu, dále riziko vzniku infarktu myokardu a osteoporózy. Bývá velmi dobře tolerován. Podávání navozuje stav podobný menopauze, může snižovat kvalitu sexuálního života. V ojedinělé míře se vyskytuje nauzea, zvracení, pruritus vulvae, krvácení z rodidel, retence tekutin, otoky, trombocytopenie (VORLÍČEK et al., 2000).

6.5 Dispenzarizace

Pacientky jsou zvány k pravidelným kontrolám, při kterých jsou lékařem klinicky vyšetřeny. Skončením léčebného procesu tedy návštěvy ženy u onkologa nekončí. Bývá provedeno fyzikální vyšetření, dále se indikuje vyšetření k scintigrafii skeletu, rentgen plic, mamografie, ultrasonografie prsu a axily, laboratorní rozbor krve a moče na biochemické vyšetření a vyšetření nádorových markerů. Všechna tato vyšetření se realizují v pravidelných intervalech. Po skončení kompletní onkologické léčby je dispenzarizace prováděna v prvních dvou letech po 3měsíčních intervalech (ABRAHÁMOVÁ, 2000).

7 Možnost preventivních opatření proti karcinomu mléčné žlázy

V zásadě existují tři možnosti jak předcházet a úspěšně léčit zhoubné novotvary:

- **primární prevence**, to je zabránění vzniku nádoru,
- **sekundární prevence**, to je časně objevení a léčení nádoru v počáteční (klinicky latentní, předklinické) fázi,
- **efektivní terapie a kompletní vyléčení klinicky nalezených nádorů.**

Primární prevence zahrnuje opatření zabraňující vzniku choroby (časovým posunem vzniku nemoci a zeslabením vlivu rizikových faktorů). Mechanismus vzniku zhoubných nádorů prsu, kromě případů s genetickou dispozicí a případů žen vystavených v minulosti iradiaci, prozatím neznám a rizikové faktory jsou pouze relativní a nesamostatné. Efektivní všeobecná primární prevence rakoviny prsu je z tohoto důvodu zatím prakticky nemožná.

Pozornost se proto obrací na třetí možnost, totiž nalézt zhoubné nádory prsu v počátečním (časném) stadiu, kdy nemoc probíhá bez objektivních i subjektivních příznaků a je stále ještě omezena jen v místě vlastního nádoru. Úkolem sekundární prevence tedy není zabránit vzniku choroby, nýbrž omezit rozsah škodlivých účinků nemoci u velké většiny pacientek časným odhalením nádoru v klinicky latentní fázi, zastavením dalšího vývoje nemoci a možností vyléčení časně započatou terapií. Časným odhalením nemoci je navíc možné zvolit méně radikální chirurgický výkon, operaci se zachováním prsu, případně kratší, pro pacientky méně zatěžující chemoterapii.

Časně nalezený, lokální a v organizmu ještě nerozšířený zhoubný nádor prsu je zpravidla vyléčitelný. Důsledkem je pak snížení úmrtnosti. Snížení úmrtnosti v populaci je možné uskutečnit pouze pravidelným, na tuto diagnózu zaměřeným, hromadným, preventivním vyšetřováním (tzv. screeningem) subjektivně zdravých žen bez chorobných příznaků (DANEŠ et al., 2002).

II PRAKTICKÁ ČÁST

Ošetrovatelský proces u nemocné s karcinomem prsu

Základní údaje o pacientce

Níže uvedené informace jsem o nemocné získala ze zdravotní dokumentace, z rozhovoru s pacientkou a ošetrovatelským personálem. Pacientka A. R., 66 let, vdaná, byla dne 21. 2. 2012 hospitalizována na chirurgickém oddělení pro hmatnou rezistenci v levém prsu. Rezistence byla odhalena při mamografickém vyšetření.

Pacientka byla přijata na oddělení v dopoledních hodinách. Po příjmu byla poučena o všem, co souvisí s pobytem v nemocnici, seznámena s právy pacientů, ošetrojící jednotkou, domácím řádem, o nutnosti identifikaci pacienta identifikačním náramkem, předoperační a pooperační péči a nutnosti aplikovaných léčiv.

Jméno:	R. A.
Adresa:	Velká Dobrá
Věk:	66
Pohlaví:	žena
Povolání:	starobní důchodce
Národnost:	česká
Pojišťovna:	217
Alergie:	neudává
Váha:	74 kg
Výška:	158 cm
Datum přijetí:	21. 2. 2012

8 Anamnéza

Tato anamnéza byla z lékařské dokumentace doplněna o podrobnější informace získané od pacientky.

Rodinná anamnéza (RA):

Matka: bezvýznamná

Otec: bezvýznamná

Děti: dvě – zdravý

Osobní anamnéza (OA):

Překonané a chronické onemocnění: léčí se s hypothyreózou

Hospitalizace a operace: operace varixů na PDK v roce 2006, TEP coxae I. sin. 2008

Úrazy: zlomeniny končetin

Očkování: v dětství, tetanus 2003

Farmakologická anamnéza (FA):

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Letrox	Tbl.	30 mg	1-0-0	Antihypothyreotika

Nynější onemocnění (NO):

Hmatná, nebolestivá rezistence v levém prsu v dolním zevním kvadrantu.

Alergická anamnéza (AA):

Neudává

Abúzy:

Alkohol: příležitostně

Kouření: nekouří

Káva: 2x denně slabá

Gynekologická anamnéza (GA):

Porody: 2

UPT: 0

Menopauza: od 50 let

Poslední gynekologická prohlídka: 2008

Samovyšetřování prsou: neprovádí

Sociální anamnéza (SA):

Stav: vdaná

Bytové podmínky: žije v rodinném domě

Vztahy, role a interakce v rodině: bez konfliktů

Mimo rodinu: se spolupacientkou dobře vychází

Záliby: práce na zahrádce, četba

Pracovní anamnéza (PA):

Vzdělání: středoškolské

Pracovní zařazení: dříve účetní, nyní pobírá starobní důchod

Spirituální anamnéza:

Religiózní praktiky: bez vyznání

Operace: Kvadrantectomia, exenteratio axillae l.sin.

(chirurgické odstranění, vyříznutí kvadrantu prsu; vyjmutí obsahu podpažní jamky vlevo).

Tabulka 2 – Vitální funkce při přijetí na chirurgii dne 21. 2. 2012

TK: 129/80 normotenze	Výška: 158 cm
P: 76' v normě	Hmotnost: 74 kg
D: 16 v normě	BMI: 29 nadváha
TT: 36,6 °C afebrilní	Pohyblivost: bez omezení
Stav vědomí: při vědomí	Krevní skupina: 0 Rh neg.

9 Screeningové fyzikální vyšetření sestrou

Celkový vzhled, úprava, hygiena – pacientka je v dobrém stavu, úprava dostatečná, hygienu provádí nyní s dopomocí.

Dutina ústní a nos – jazyk a bukání sliznice jsou růžové, bez povlaku, rty normální barvy, jazyk plazí ve střední čáře, nos je bez sekrece.

Zuby – pacientka má můstek napevno.

Sluch – šepot slyší dobře, kompenzační pomůcky nepoužívá.

Zrak – střídání brýlí na dálku a na blízko. Novinové písmo přečte s brýlemi.

Puls – 75´ pravidelný, měkký.

Dýchání – pravidelné, sklípkové, bez dušnosti a vedlejších zvukových fenoménů.

TK – 130/80, normotenze.

Stisk ruky – volnější vzhledem k prodělané operaci, rozsah pohybu v kloubu nyní omezený

Svalová tuhost – LHK, st. p. operaci L prsu.

Kůže – kožní turgor dobrý, bez známek cyanózy, ikteru, vyrážky, kožní integrita porušena z důvodu operační rány, drénů a PŽK, nehty jsou bez patologických změn, DK jsou bez otoků, pulsace na DK je slyšitelná.

Riziko dekubitů (podle Nortonové) – 33 bodů, pacientka je bez rizika (*viz příloha E*).

Chůze – beze změn, spíše pomalá.

Držení těla – vzpřímené, svalový tonus přiměřený.

Chybějící části těla – žádné.

9.1 Objektivní pozorování v průběhu získávání informací a vyšetření:

Pacientka je orientovaná, spolupracuje. Pokládáním otázkám rozumí, abstraktní výrazy pacientce blíže vysvětlím. Je schopna souvisle se vyjádřit, rozpovídala se o svých zdravotních problémech, úroveň slovní zásoby hodnotím jako dostačující. Očnímu kontaktu se pacientka nevyhýbá. Při našem rozhovoru pozornost neodvádí, ničím rozptylována není, klid i soukromí je zajištěno. Od pacientky pociťuji mírnou nervozitu během začátku našeho rozhovoru, která postupně ustupuje. Vzájemná spolupráce a součinnost se členy rodiny, především od manžela, je dostačující.

10 Model fungujícího zdraví podle Marjory Gordonové

K provedení ošetřovatelského procesu jsem si vybrala model fungujícího zdraví, který slouží k získání informací a k sestavení ošetřovatelské anamnézy. Odvozuje se z interakce člověka a prostředí. Jako každý model i tento je ovlivněn biologickými, vývojovými, kulturními, sociálními a duchovními faktory. Gordonová rozdělila svůj model na 12 částí. Každá část obsahuje několik otázek, které jsou pokládány pacientovi a slouží jako podklad k zjištění problémů a vypracování ošetřovatelského plánu.

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví.

„Zdraví je pro mne na prvním místě. Nikdy jsem vážněji neonemocněla, vždy mne postihly spíše úrazy – zlomeniny dolních končetin a operace kyčelního kloubu. Pro udržení svého zdraví se snažím dodržovat zdravý životní styl. Jsem nekuřák, alkohol jen příležitostně. Snažila jsem se o snížení váhy, ale měla jsem problém dodržovat dietu. Mám moc ráda sladké. To je má slabá stránka. Samovyšetřování prsů jsem neprováděla, ale mamografii jsem nikdy nevynechala. V rodině toto onemocnění nikdo neměl, nevím, proč jsem tím onemocněla. Teď si uvědomuji, proč jsem byla v posledních měsících tak unavená, myslím, že za to může nádor v prsu.“

Objektivní hodnocení: pacientka je v dobrém fyzickém stavu, prodělala úrazy DK, st.p. TEP coxae l. sin. V roce 2002 přeočkován tetanus. Na preventivní prohlídky dochází pravidelně. Poslední gynekologická prohlídka 02/2012.

Použitá metoda: 0

Identifikace problému: 0

2. Výživa a metabolismus.

„Snažím se stravovat pravidelně a v malých porcích, ale spíš se mi to nedaří. Pitný režim dodržuji, protože jak nevypiji více než 1 500 ml, bolí mne hlava. Kávy vypiji maximálně 3 denně. Nezaznamenala jsem, že bych v posledních měsících zhubla, chuť k jídlu mám stejnou. Neodolám hlavně sladkostem. I přesto, že příjem tekutin mám myslím dostatečný, pokožku mám nepříjemně suchou. Musím po vykoupaní použít tělové mléko. Problémy s chrupem nemám, nedávno mi zubař udělal můstek na pevno.“

Objektivní hodnocení: Pacientka má nadváhu, BMI 29 (viz příloha M), dieta 3 (racionální), apetit dobrý. Potíže s polykáním neuvádí. Užívá kloubní preparáty. Použitá metoda: Body Mass Index – 29 (nadváha).

Identifikace problému: neznalost v oblasti dietního opatření, nadměrná výživa.

3. Vylučování.

„Potíže s vyprazdňováním nemám. Na stoličce chodím 1x za den. Žádné problémy nepozoruji. Projímadla neužívám.“

Objektivní hodnocení: Bez obtíží. Pacientka močí spontánně. Potí se přiměřeně. Vyprazdňuje se pravidelně.

Použitá měřicí technika: 0

Identifikace problému: 0

4. Aktivita, cvičení.

„Cvičení není můj šálek kávy. Nikdy jsem žádný sport neprovozovala. Spíše se věnuji zahrádce a pěstitelství. To je má radost. Ráda mám procházky přírodou. Svůj volný čas věnuji péčí o dům a chod domácnosti.“

Objektivní hodnocení: Pacientka nezaujímá úlevovou polohu. RHB toho času neprobíhá.

Použitá měřicí technika: Barthelův test – 100 bodů (nezávislá).

Identifikace problému: Snížený zájem do zapojení volnočasových aktivit.

5. Spánek, odpočinek.

„V poslední době jsem stále unavená. Chodím spát i odpoledne a večer bez problémů usnu také. V noci se nebudím a žádné léky na spaní neberu. Klidně bych prospala i celé odpoledne jak bývám unavená. Moc ráda bych se té příšerné únavy zbavila.“

Objektivní hodnocení: Cítí se pořád unavená. Pacientka pospává v odpoledních hodinách. Mezi spánkové rituály řadí četbu.

Použitá měřicí technika: 0

Identifikace problému: Neschopnost načerpat energii spánkem vlivem negativní životní události.

6. Vnímání, poznávání.

„Potíže se sluchem nemám, brýle mám na blízko a na dálku. K očnímu lékaři docházím nepravidelně. Občas si špatně vybavím některé věci, ale na to už mám věk. Nemyslím si, že bych na tom byla až tak špatně s pamětí. Paměť si procvičuji luštěním křížovek a také ráda čtu. Se zdravotním stavem jsem byla dostatečně informována. Bolest občas cítím na straně operované nohy.“

Objektivní hodnocení: Pacientka je bez smyslových bariér. Se změnami na těle po operačním výkonu a se závažností tohoto onemocnění je seznámena.

Použitá měřicí technika: Test kognitivních funkcí (Mini mental test) – 30 bodů.

Identifikace problému: 0

7. Sebekoncepce, sebeúcta.

„Cítím se pořád unaveně. Není to ono, ale věřím v úplné uzdravení, i když se bojím, jak mi bude po operaci a co bude se mnou dál. Je to nejistota. Pomáhá mi rodina, moje onemocnění všechny zasáhlo, ale snaží se mi to nedávat tak najevo myslím. Po operaci se asi tolik nebudu moci starat o domácnost, bojím se, aby manžel vše zvládnul. Dcery zatím manželovi vaří, jsou moc hodné, už teď nám hodně pomáhají. Velké obavy jsem měla z toho, že o prs přijdu, nevím, jak bych se s tím vyrovnala, nevím, jestli bych s takovou operací souhlasila. Naštěstí mi pan doktor řekl, že mi vyndají jen ten nádor. To mne moc uklidnilo! Stále si pokládám otázku, proč mám rakovinu, v rodině to nikdo neměl.“

Objektivní hodnocení: Pacientka má starosti o chod domácnosti. Střídání deprese a optimismu, působí rozpačitým dojmem. S přijetím nové role se postupně seznamuje.

Použitá měřicí technika: 0

Identifikace problému: Nejistota, beznaděj, smutek.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy.

„Žiji s manželem v rodinném domku. Děti máme už dospělé, bydlení mají své. Často hlídáme vnoučata. Konflikty v rodině naštěstí žádné nemáme, myslím, že žijeme jinak spokojeným životem. Starost mám o manžela, aby doma všechno sám zvládnul, dcery se střídají a nosí mu obědy. Sám by si neuvařil. Moc už si přeji, abych to měla za sebou, ale vím, že musím být trpělivá.“

Objektivní hodnocení: Trpělivý přístup k nynější situaci.

Použitá měřicí technika: 0

Identifikace problému: 0.

9. Sexualita.

„Menstruaci jsem měla od dvanácti let. Děti jsem porodila dvě, potrat jsem nikdy nepodstoupila. Klimakterium jsem měla asi v 52 letech, hormony jsem neužívala.“

Objektivní hodnocení: Bez obtíží.

Použitá měřicí technika: 0

Identifikace problému: 0

10. Stres, zátěžové situace.

„Vážnější krizi jsem naštěstí neprožila. Jen teď v posledních letech nemám příliš šťastné období. Měla jsem úrazy končetin a prodělala jsem operaci při níž mi vyměňovali kyčelní kloub a teď mne potkalo tohle. Léky na stres jsem nikdy neužívala, jen vitaminy. Manžel je pro mne velkou oporou, pomáhá mi zvládat mé zdravotní potíže a na dcery také nesmím zapomenout. Je mi líto, že teď nebudu tolik moci hlídat vnoučata. Máme jinak spokojený život. Jen už bych toto chtěla mít za sebou, ale vím, že mne ještě čeká dlouhá cesta.“

Objektivní hodnocení: Pacientka je spíše depresivně laděná. Rodina ji pomáhá zvládat současný stav.

Použitá měřicí technika: 0

Identifikace problému: Izolace od rodiny, obavy.

11. Víra, přesvědčení.

„Přeji si, abych žila stejně spokojený život jako než mne potkalo toto. Doufám a věřím v uzdravení. Jsem ateista, ale i přesto se začínám modlit.“

Objektivní hodnocení: Pacientka věří v úplné uzdravení a návratu do plnohodnotného života. Má pozitivní vztah k léčbě, ochota dodržovat léčebný režim.

Použitá měřicí technika: 0

Identifikace problému: Vyjadřuje respekt k vyšší moci.

12. Jiné.

0

Objektivní hodnocení: Pacientka spolupracuje, má kladný přístup k léčbě i ke komunikaci se mnou. Je depresivně laděná, ale věří v úplné uzdravení. Nesmírnou podporu pro ni představuje rodina.

Použitá měřicí technika: 0

Identifikace problému: 0

11 Medicínský management

Ordinované předoperační vyšetření:

Laboratorní vyšetření krve:

Tabulka 4 - Výsledky biochemického vyšetření

Biochemické vyš.	hodnota pacienta	jednotka	referenční hodnota
Na	143	mmol/l	135 – 148
K	4,4	mmol/l	3,7 – 5,3
Cl	109	mmol/l	96 - 106
Urea	2,9	mno/l	2,5 - 8,3
Kreatinin	55	umol/l	45 – 110
Bilirubin	6	umol/l	6,0 – 21,0
ALT	0,7	ukat/l	0,10 – 0,70
GMT	0,31	ukat/l	0,10 – 1, 80
Cholesterol	6	mmol/l	3,0 – 5,5

Tabulka 5 - Výsledky hematologického vyšetření

Krevní obraz	hodnota pacienta	jednotka	referenční hodnota
Erytrocyty	4,5		3,8 – 5,3 x 10 ¹² /l
Leukocyty	5,7		4,0 – 9,0 x 10 ⁹ /l
Trombocyty	260		120 – 440 x 10 ⁹ /l
Hemokoagulace	hodnota pacienta	jednotka	referenční hodnota
Quick	1,08	s	11 – 14
APTT	35	s	28 - 40

Laboratorní vyšetření moče:

Tabulka 6 - Výsledky močového sedimentu

M+S	hodnota pacienta	jednotka	referenční hodnota
pH	5		5,0 – 7,0

Provedená vyšetření:

RTG S+P

Závěr: Plicní parenchym transparentní, srdce nedilatováno.

EKG

Závěr: Fyziologická křivka, beze změn.

Mamografie

Závěr: Neohraničená rezistence s četnými mikrokalciifikacemi v dolním zevním kvadrantu l. sin.

Scintigrafie skeletu

Závěr: Skelet bez ložiskových změn.

12 Průběh hospitalizace

1. den pobytu (21. 2. 2012)

Na oddělení byla odebrána ošetřovatelská anamnéza. Pacientka byla seznámena s chodem oddělení. Nevyžaduje žádnou pomoc ošetřovatelského personálu. Dále proběhl rozhovor pacientky a lékaře k upřesnění výkonu. Vše chápe. Pacientka podepsala pozitivní revers s operačním výkonem a souhlas s celkovou anestezií.

2. den pobytu – operační den (22. 2. 2012)

V noci pacientka spala bez obtíží, je afebrilní, fyziologické funkce jsou v normě. V ranních hodinách byla provedena příprava operačního pole, byla podána premedikace Diazepam 5 mg p.o., Ranisan 1 tbl., p.o., jako prevence TEN bandáž dolních končetin a na výzvu odvezena v 9, 00 h. na operační sál. Sálovou sestrou a anesteziologickou sestrou byla seznámena o provozu na sále a průběhu anestézie.

Během operačního výkonu (*obr. 1*) byla provedena peroperační biopsie a odstranění tumoru s lemlem zdravé tkáně a odeslán ad histol. (*obr. 2*). Dále byla provedena exenterace axilly a také odeslána ad histol. (*obr. 3*). Do obou operačních ran byl zaveden Redonův drén (*obr. 4*). Ještě během operačního výkonu telefonuje patolog potvrzenou diagnózu operatérovi. Jedná se o duktální CA mammae I. sin. Provedená operace: Kvadrantectomia, exenteratio axillae I.sin.

Operace proběhla bez komplikací a pacientka je převezena v 10, 45 h. z operačního sálu na oddělení, kde byly sledovány fyziologické funkce po dobu 3 hodin. Dále byly aplikovány analgetika podle ordinace lékaře a potřeby pacientky. Bolest hodnotíme podle stupnice bolesti, kde je hodnocena intenzita a charakter (*viz příloha F*). Dále kontrola rány, Redonova drénu a příjmu tekutin. Operační rána byla bez prosáknutí, RD odvedl minimální množství sekrece. Ve 22,00 h byl aplikován Dipidolor 1 g i.m., nízkomolekulární heparin-Clexane 0, 2 ml s.c. Pacientka byla poučena o klidovém režimu.

3. den pobytu – první pooperační den (23. 2. 2012)

Ranní hygiena byla provedena s pomocí sestry. Pacientka byla poučena se zacházením RD, v dopoledních hodinách byla již plně soběstačná. Pacientka byla edukována v oblasti úlevové polohy, prevence bolesti (komprese rány při otáčení, vstávání, změně polohy). RD odvedl 50 ml. Rehabilitační sestra docházela od prvního pooperačního dne, která pacientku seznámila s pooperačním pohybovým režimem, správné rehabilitaci LHK a ramenního kloubu na operované straně. Pacientka se naučila pohybovat rukou, tak, aby jí pohyb nevyvolával bolest. Ve večerních hodinách byl aplikován Dipidolor 1 g i.m.

4. den pobytu – druhý pooperační den (24. 2. 2012)

Dle ordinace lékaře byl proveden převaz. Operační rána je klidná, bez známek infekce, LHK bez deficitu, stav stabilní. PŽK byl zrušen, místo vpichu bez známek infekce. Pacientka vyžaduje aplikaci analgetik, podán Dipidolor 1 g i.m.

5. den pobytu – třetí pooperační den (25. 2. 2012)

Obvaz neprosakuje, rána je klidná. Hybnost a citlivost LHK je bez komplikací. Přetrvává bolest při pohybu. Pacientka již nevyžadovala analgetika.

6. den pobytu – čtvrtý pooperační den (26. 2. 2012)

Odstraněn RD, operační rána je klidná, bez sekrece a známek infekce.

7. den pobytu – pátý pooperační den (27. 2. 2012)

Pacientka je propuštěna do domácího léčení. Před dimisí proběhla edukace o péči o operační ránu a fyzickém šetření se. Pacientka opouští oddělení v dobrém fyzickém i psychickém stavu.

13 Přehled stanovených ošetrovatelských diagnóz

V předoperačním období:

1. **Strach – 00148** z důvodu současného onemocnění projevující se především depresivní náladou.
2. **Úzkost – 00146** z důvodu nejisté budoucnosti projevující se obavami ze smrti.
3. **Deficitní znalost – 00126** související s hospitalizací, s operačním výkonem projevující se hovořením o nedostatečné znalosti.

V pooperačním období:

1. **Akutní bolest – 00132** z důvodu provedeného invazivního výkonu projevující se bolestivými výrazy při pohybu.
2. **Zhoršená pohyblivost – 00085** z důvodu operační rány projevující se dopomocí při pohybu
3. **Porušená tkáňová integrita – 00044** v oblasti dolního zevního kvadrantu prsu a axily, projevující se porušením kožního povrchu, zavedením Redonova drénu a periferní žilní kanylací a zvýšenou citlivostí v místech a okolí operačních ran.
4. **Riziko infekce – 00004** z důvodu zavedení Redonova drénu a periferního žilního katétru.
5. **Deficit sebeděže při koupání a hygieně - 00108** z důvodu omezení pohyblivosti, bolesti a únavou projevující se mírnou závislostí na ošetrovatelském personálu.
6. **Porušený tělesný obraz – 00118** z důvodu provedeného operačního zákroku v oblasti dolního zevního kvadrantu prsu a axily
7. **Nauzea – 00134** z důvodu celkové anestézie projevující se mírným zvracením.
8. **Riziko zácpy – 00015** v důsledku změny prostředí a nemožností normálního vyprázdnění stolice.
9. **Riziko deficitu tělesných tekutin – 00028** v důsledku celkové anestézie projevující se zvracením, pocením, pocitem žízně a suchostí sliznic.

14 Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie

Plán péče u vybraných ošetrovatelských diagnóz dle priorit pacientky.

Ošetrovatelská diagnóza č. 1

Akutní bolest – 00132 z důvodu provedeného invazivního výkonu projevující se bolestivými výrazy při pohybu a intenzitou stupně č. 6.
(Stupnice od 1-10, 10 = bolest nesnesitelná).

Cíl dlouhodobý: Pacientka je bez bolesti do 1 dne.

Cíl krátkodobý: Pacientka je bez bolesti do 1 hodiny.

Priorita: vysoká

Výsledná kritéria:

1. Pacientka zná příčinu bolesti do 1 hodiny.
2. Pacientka umí určit stupeň bolesti dle stupnice do 1 hodiny.
3. Pacientka zná úlevové polohy a postupy při otáčení do 3 hodin.
4. Pacientka zná účinky léků podávaných proti bolesti do 1 dne.

Intervence:

1. Mluv s pacientkou o bolesti, pozoruj neverbální projev – vždy – sestra.
2. Ptej se na lokalizaci, intenzitu a charakter bolesti – denně - sestra.
3. Zhodnoť stupeň bolesti dle stupnice – do 1 dne po operaci - sestra.
4. Zapisuj stupeň bolesti do ošetrovatelské dokumentace – denně - sestra.
5. Doporuč pacientce zaujímání úlevových poloh – do 1 dne - sestra.
6. Nauč pacientku postup při otáčení a vstávání – do 1 dne - sestra.
7. Podávej analgetika dle ordinace lékaře – denně - sestra.
8. Sleduj žádoucí i nežádoucí účinky podávaných léků – denně - sestra.

Realizace:

S pacientkou jsem hovořila o bolesti a pozorovala neverbální projevy. Spolu s pacientkou jsem zhodnotila lokalizaci, intenzitu a charakter bolesti. Stupeň bolesti jsem sledovala a zapisovala do ošetrovatelské dokumentace. Doporučila jsem úlevové polohy a zajistila péči fyzioterapeuta, který s pacientkou prováděl nácvik otáčení a vstávání. Sledovala jsem také žádoucí i nežádoucí účinky podávaných léků.

Hodnocení:

Pacientka pociťuje zlepšení bolesti. Nyní analgetika odmítá, krátkodobý i dlouhodobý cíl byl splněn.

Ošetrovatelská diagnóza č. 2

Poškozená tkáňová integrita – 00044 v oblasti dolního zevního kvadrantu prsu a axily, projevující se porušením kožního povrchu, zavedením Redonova drénu a periferní žilní kanylací a zvýšenou citlivostí v místech a okolí operačních ran.

Cíl dlouhodobý: Pacientka má zhojené operační rány per primam do konce hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacientka má zhojené operační rány per primam do 1 týdne.

Priorita: vysoká

Výsledná kritéria:

1. Pacientka má sterilně kryté operační rány a okolí místa Redonova drénu – denně.
2. Pacientka je bez zvýšené tělesné teploty – denně.
3. Pacientka zná komplikace a způsoby předcházení infekce – do 5 hodin.
4. Pacientka má okolí operačních ran a Redonova drénu bez zarudnutí – denně.

Intervence:

1. Kontroluj místo porušené kožní integrity a sleduj vývoj hojení se záznamem do ošetřovatelské dokumentace – denně - sestra.
2. Pouč pacientku o projevech infekce – zvýšená tělesná teplota, zčervenání, bolest – do 2 dnů - sestra.
3. Dodržuj aseptický postup při ošetřování ran – vždy - sestra.
4. Vysvětli pacientce nutnost dodržovat hygienu, mýt si ruce, nesať na operační rány – do 1 dne - sestra.
5. Udržuj v čistotě ložní prádlo – denně - sestra, ošetřovatelka.
6. Dbej na funkčnost drénu – denně - sestra.
7. Komplikace a známky zánětu hlas lékaři – vždy - sestra.

Realizace:

Pacientku jsem poučila o projevech infekce a zásadách hygienické péče. Při převazování operačních ran jsem postupovala asepticky a dodržovala hygienicko – epidemiologické zásady. Operační rány jsou klidné, bez sekrece a zarudnutí. Kontrolovala jsem funkčnost drénu a denně sledovala a zapisovala do ošetřovatelské dokumentace TT.

Hodnocení:

Pacientka zná projevy infekce, rozumí hygienickým zásadám, operační rány se hojí per primam.

Ošetřovatelská diagnóza č. 3

Porušený tělesný obraz – 00118 z důvodu provedeného operačního zákroku v oblasti dolního zevního kvadrantu prsu a axily.

Cíl dlouhodobý: Vyjadřuje realistické vnímání a pozitivní akceptování sama sebe do konce hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacientka je bez depresivního naladění, je schopna mluvit o svých pocitech – do 1 dne.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

1. Pacientka akceptuje změny, které nastaly – do konce hospitalizace.
2. Pacientka se dívá na změněnou část těla, mluví o ní – do 1 dne.
3. Pacientka verbalizuje realistické vnímání sama sebe – do 2 dnů.
4. Pacientka se dělí s pocity o sobě s jinými lidmi – do 1 dne.

Intervence:

1. Ved'te pacientku k tomu, aby vyjádřil své pocity – do 1 dne - sestra.
2. Vyzvěte pacienta, aby se ptal na zdravotní problémy, léčbu, prognózu – do konce hospitalizace - lékař, sestra.
3. Objasněte nesprávné názory, které má pacientka o sobě, o péči nebo ošetřujícím personálu – do 3 dnů - sestra.
4. Vyhněte se negativní kritice – vždy - sestra, sanitářka.
5. Podpořte rodinu při adaptaci – vždy - sestra.
6. Podle potřeby se obraťte na odborníky v oblasti psychologie, psychoterapie – do konce hospitalizace – lékař, sestra.

Realizace:

Přestože pacientce byla provedena kvadrantektomie, promluvila jsem si s ní o možné změně sebepojetí a vnímání obrazu svého těla. Pacientka je seznámena s možnou změnou svého tělesného schématu. Nesprávné názory jsem se snažila objasnit. Pacientka je schopna promluvit o svých pocitech.

Hodnocení:

Pacientka má pozitivní vztah k sobě samotné. Je schopna pozitivně myslet.

Shrnutí ošetrovatelského procesu

Během ošetřování paní J.K. na chirurgickém oddělení se podařilo s pacientkou navázat blízký kontakt. Pacientku jsem měla v péči od operačního dne do konce hospitalizace. O své nemoci byla schopna otevřeně hovořit. Spolupráce rodiny, která se pro pacientku stala nesmírnou podporou, byla zajištěna. Při příjmu byla poučena a seznámena se svým aktuálním zdravotním stavem, o průběhu chirurgické léčby a s následujícími postupy po operačním výkonu. Průběh hospitalizace pacientka snášela dobře. Při operačním výkonu, který trval zhruba 3 hodiny, nedošlo k žádným komplikacím a pacientka byla předána na lůžkové oddělení. S dopomocí se snažila následující den po operaci o aktivní zapojení do sebek péče. Po chirurgickém výkonu pacientka působila klidným a vyrovnaným dojmem.

15 Edukace pacientky v oblasti samovyšetření prsou

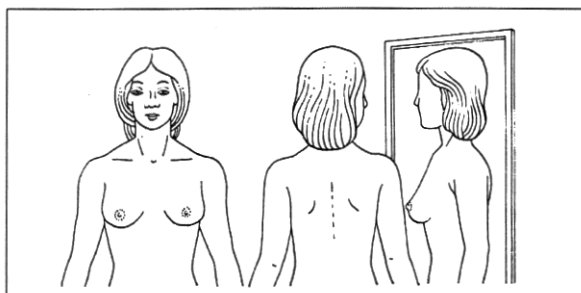
Samovyšetření prsou

Samovyšetření by měly provádět ženy starší 25 let, pravidelně jedenkrát měsíčně, nejlépe 2. nebo 3. den, nejpozději 7. den, po ukončení menstruace. Prsy jsou v této době bez napětí. Každá žena by měla vědět, že samovyšetřování prsou v žádném případě nenahrazuje pravidelné lékařské prohlídky. Vhodné je samovyšetřování provádět po osprchování teplou vodou, pokožka uvolněná a vláčná. Je důležité si najít klidné místo, kde nebude žena rušena, vhodná je koupelna nebo ložnice, neboť samovyšetřování se neobejde bez zrcadla a lůžka. (www.sexus.cz)

Techniky samovyšetření prsou

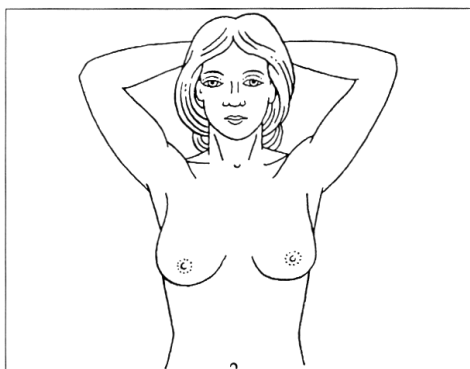
➤ Technika sebepozorování

Sleduje se tvar, velikost a zabarvení. Zaznamenává se jakákoliv změna na kůži, zvýšená žilní kresba, vpadliny. Pozornost se věnuje též prsním dvorcům a bradavkám. Sleduje se jejich konfigurace, vpáčení, popřípadě patologický sekret. Prohlíží se nejprve zepředu, potom z pravého a levého boku (*obr. 5a, b*).



Zdroj: oblastní nemocnice Kladno

Obrázek 5a – Sebepozorování

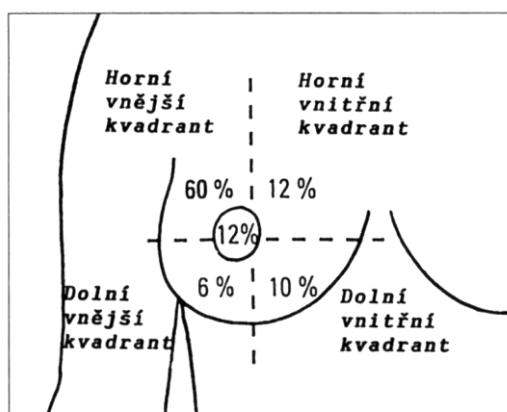


Zdroj:oblastní nemocnice Kladno

Obrázek 5b - Sebepozorování

➤ Technika samovyšetření prsou

Vyšetření se provádí pomalými krouživými pohyby. Pravá ruka vyšetřuje levý prs a naopak. Pomyslně si žena prs rozdělí na čtyři kvadranty (*obr. 6*).



Zdroj: oblastní nemocnice Kladno

Obrázek 6 – Prsní kvadranty

Každý oddíl se vyšetřuje samostatně a systematicky. Provádí se pomalé krouživé pohyby s mírným tlakem. Po stisknutí dvorce se sleduje případný výtok nebo krvácení (*obr. 7*). Stejným způsobem si žena vyšetří dolní vnitřní část. Začíná se od hrudní kosti a od žeber a zvolna pokračuje k bradavce. (KONOPÁSEK, JAVŮRKOVÁ, 1998)



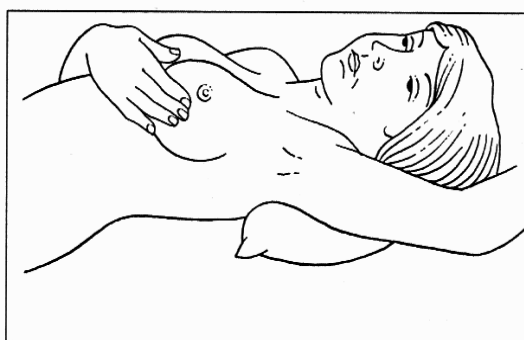
Zdroj: oblastní nemocnice Kladno

Obrázek 7 – Vyšetření prsního dvorce

Žena přesune levou ruku (vyšetřuje pravý prs) podél těla a vyšetřuje dolní zevní část prsu. Začíná od žeber a pod prsem a zvolna postupuje krouživými pohyby k bradavce. Stejným způsobem vyšetřuje horní zevní část pravého prsu. Na závěr žena použije celou plochu prstů a prohmatá podpaží.

➤ Vyšetření prsou vleže

Prakticky stejný postup by měl být opakován vleže, s podložením ramene a rukou pod hlavou vyšetřované strany (*obr. 8*). V této poloze dojde ke zploštění prsu a tím se zjednoduší prohmatání. Pravá ruka vyšetřuje levý prs a naopak. (DANEŠ, SEHR, 2007)



Zdroj: oblastní nemocnice Kladno

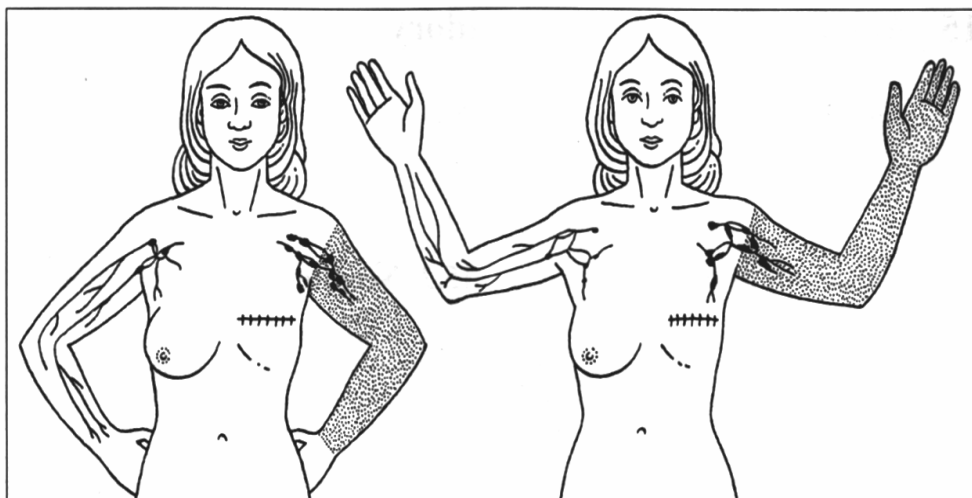
Obrázek 8 – Vyšetření prsou vleže

16 Fyzikální rehabilitace

Je zahájena bezprostředně po chirurgickém zákroku. Fyzická rehabilitace je zaměřena na hybnost paže v ramenním kloubu a prevenci lymfedému horní končetiny (obr. 9). Polohování (elevace) a bandážování horní končetiny je účelná prevence lymfedému.

Ihned po operaci je vhodné začít s dechovou gymnastikou a rehabilitačním cvičením. Dále sem patří cviky zaměřené na úchop a zvedání končetiny. Rehabilitace je zaměřená na postiženou horní končetinu, oblast ramene a hrudníku. (www.lpr.cz)

Operovaná končetina by se neměla vystavovat nadměrné zátěži, jako je nošení těžkých břemen. Z této končetiny by se také neměli provádět krevní odběry a být měřen krevní tlak.



Zdroj: oblastní nemocnice Kladno

Obrázek 9 – Lymfedém horní končetiny

Pokud je provedena ablace prsu, je nesmírně důležité vhodné zvolení prsní epitézy, které jsou vyrobeny z vysoce čistého silikonu. Prsní epitézy jsou nejjednodušším kosmetickým řešením. Epitézy plní efekt nejen kosmetický a pomáhají navracet ženě sebevědomí a mnohdy ztracený pocit ženskosti, ale především jsou nezbytné pro správné držení páteře a zad. (www.zdn.cz)

17 Doporučení pro praxi

Doporučení pro pacientku:

- neodevzdat se této vážné životní změně;
- umět otevřeně promluvit o svých pocitech;
- vyvarovat se sociální skupině lidí kvůli riziku vzniku virovým onemocněním, která by mohla zhoršit průběh onkologické terapie a způsobit další oslabení organismu;
- pacientka by měla ovládat techniku samovyšetřování prsů;
- absolvovat termíny screeningových mamografických prohlídek;
- dodržovat stanovený režim v rámci rehabilitace;
- navázat kontakt se ženami se stejnou diagnózou, které absolvovaly úspěšnou léčbu.

Doporučení pro management oddělení:

- především motivovat pacientku k uzdravení, ale zároveň nevzbuzovat falešné naděje;
- komunikovat s rodinou pacientky;
- zajistit dostatek soukromí a klidu;
- zajistit kvalitní fyzioterapii po chirurgickém výkonu;
- objasnit nesprávné názory o léčbě, kterými pacientka disponuje;
- v případě potřeby doporučit a zajistit ženě péči psychologa.

18 Závěr

Včasnou diagnózou nádorového onemocnění prsu bylo dosaženo nejen úspěšné léčby, ale i snížení procenta úmrtí na toto velmi vážné onemocnění. Věková hranice výskytu onemocnění se snižuje. Počet nově diagnostikovaných případů stále stoupá. Každá žena by proto měla o sebe a své zdraví pečovat co neintenzivněji a měla by se naučit svá prsa znát. Metoda samovyšetřování by se měla stát běžným zvykem jako každodenní hygiena.

Diagnóza zhoubného nádoru prsu se stala psychickou zátěží u postižené ženy i jejích nejbližších. Vynutila si částečnou změnu životního stylu. Pacientka se se svou nemocí vyrovnala úspěšně. K tomuto procesu nezbytného přijetí choroby ji také pomohlo harmonické rodinné zázemí.

Seznam literatury (zpracováno dle ČSN 690- 2: 1997)

1. ABRAHÁMOVÁ, J. 2000. *Rakovina prsu*. Praha : Triton, 2000. 37 s. ISBN 80-7254-136-6.
2. DANEŠ, J. a kolektiv. *Základy mamografie*. Praha : X-Egem, 2002. 199 s. ISBN 80-7199-062-0.
3. DANEŠ, J., SEHR, L. *Samovyšetření prsní žlázy*. Praha : VZP ČR, 2007. 6 s. ISBN neuvedeno.
4. HLADÍKOVÁ, Z. a kolektiv, *Diagnostika a léčba onemocnění prsu*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. 105 s. ISBN 978-80-244-2268-8.
5. KLENER, P. *Klinická onkologie*. Praha : Galén-Karolinum, 2002. 686 s. ISBN 80-7262-151-3.
6. KLENER, P. *Základy klinické onkologie*. Praha : Galén, 2011. 96 s. ISBN 978-80-7262-716-5.
7. KONOPÁSEK, B., JAVŮRKOVÁ, E. *Karcinom prsu*. Praha : Makropulus, 1998. 75 s. ISBN 80-86003-19-1.
8. KONOPÁSEK, B., PETRUŽELKA, L. *Karcinom prsu*. Praha : Galén, 1998. 125 s. ISBN 80-85824-66-3.
9. MAREČKOVÁ, J. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha : Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
10. NĚMCOVÁ, J., MAURITZOVÁ, I. *Manuál k úpravě písemných prací*. Plzeň : Maurea, s.r.o., 2011. 84 s. ISBN 978-80-902876-8-6.
11. SOBIN, L. H., WITTEKIND, CH. *TNM klasifikace zhoubných novotvarů*. Z angl. orig. přel. NOVÁK, J., BEŠKA, F. Praha : Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2000. 189 s. ISBN 80-7280-025-6.
12. STAŇKOVÁ, M. *Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. 53 s. ISBN: 80-7013-323-6.
13. STRNAD, P. a kolektiv. *Včasný záchyt a management onemocnění prsu*. Praha : Nadační fond Praktik, 2005. 6. s. ISBN 80-86998-04-5.
14. TRACHTOVÁ, E. a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno : Institut pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků v Brně, 2001. 185 s. ISBN 80-7013-324-8.

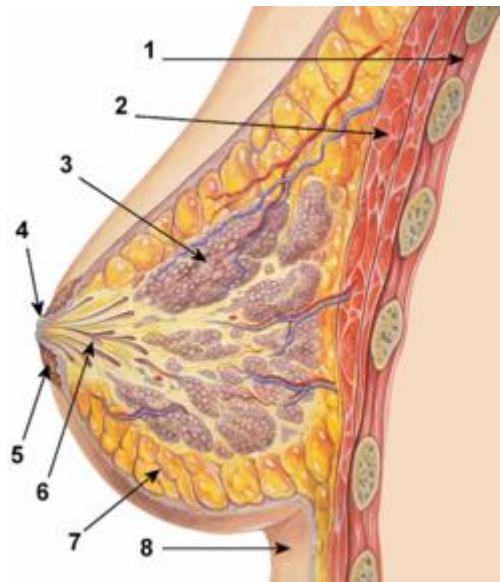
15. VOKURKA, M., HUGO, J. a kolektiv. *Velký lékařský slovník*. 8. vydání. Praha : Maxdorf, 2008. 1143 s. ISBN 978-80-7345-166-0.
16. VORLÍČEK, J., VYZULA, R., ADAM, Z. *Praktická onkologie vybrané kapitoly*. Praha : Grada Publishing, spol. s.r.o., 2000. 339 s. ISBN 80-7169-974-8.
17. VORLÍČEK, J., VORLÍČKOVÁ, H., KONEČNÝ, M. *Klinická onkologie pro sestry*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1993. 129 s. ISBN 80-7013-146.

Internetové zdroje:

1. Technika samovyšetření prsou [online]. [cit. 18. března 2011]. Dostupný z WWW: <<http://www.sexus.cz/samovysetreni-prsu>>.
2. Fyzikální rehabilitace [online]. [cit. 18. března 2011]. Dostupný z WWW: <<http://www.lpr.cz/index.php/lymfaticky-otok-po-operacich-prsu>>.
3. Fyzikální rehabilitace [online]. [cit. 18. března 2011]. Dostupný z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/ablace-prsu>>.

Příloha A

Anatomie mléčné žlázy

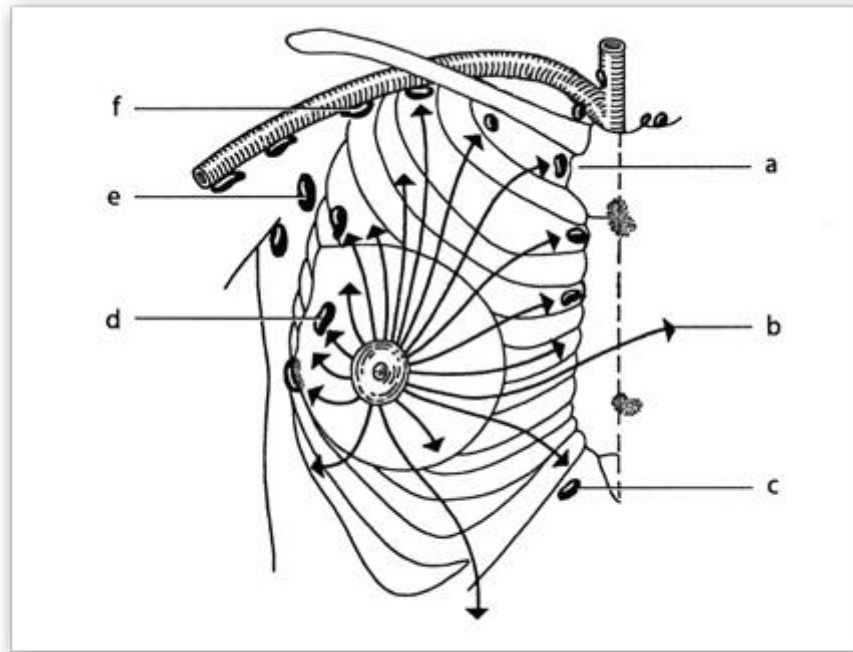


Zdroj: http://www.aureamedica.ic.cz/v_pece_prsa.html

- 1. mezižební svaly**
- 2. pectorální svaly**
- 3. lalůčky**
- 4. bradavka**
- 5. areola – dvorec**
- 6. mlékovody**
- 7. tuková tkáň**
- 8. podprsň rýha**

Příloha B

Mízní cévy prsu



Zdroj: http://www.diochi.cz/main/reg_produkty_viraimun_lymfa.php

- a) parasternální uzliny
- b) mízní spojky do druhostranného prsu
- c) uzliny břišní dutiny (játra)
- d) uzliny na boční straně hrudníku
- e) podpažní uzliny
- f) uzliny kolem klíční kosti

Příloha C

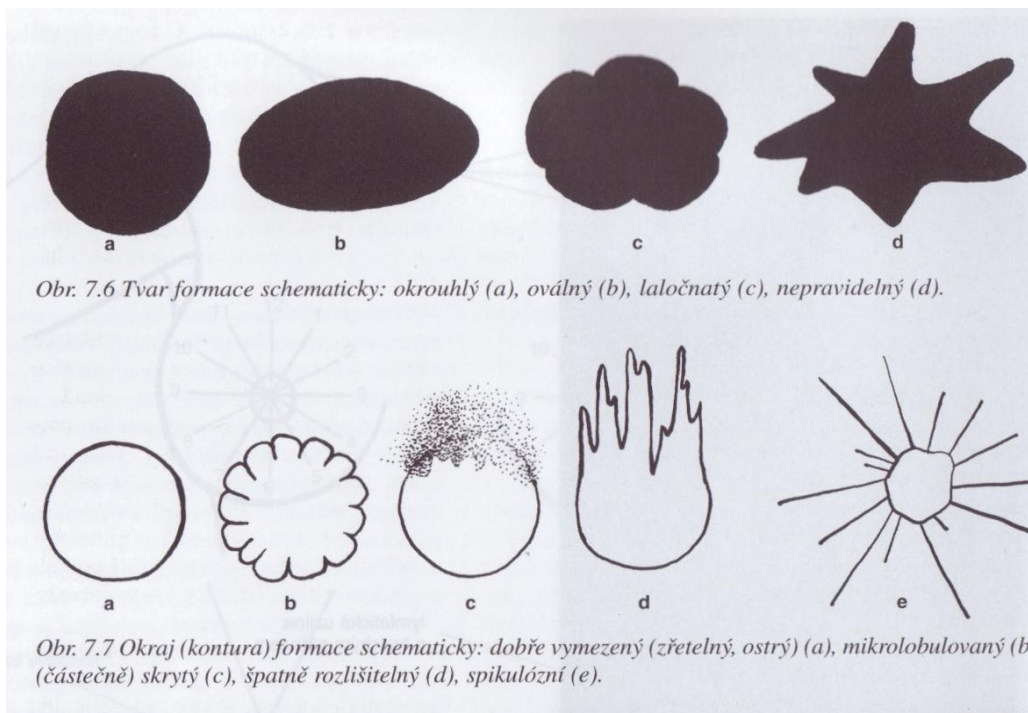
Klinická stadia karcinomu prsu spolu s průměrným pětiletým a desetiletým přežitím v jednotlivých stadiích.

KLENER P., Klinická onkologie, s. 500

Stadium	TNM pětileté	Rozsah postižení desetileté	Přežití (v %)
0	Tis, N0, M0	In situ	100
I	T1, N0, M0	< 2 cm	80
IIA	T0, N1, M0 T1, N1, M0 T2, N0, M0	60 > 2 cm < 5 cm	45
IIB	T2, N1, M0 T3, N0, M0	> 5 cm	
IIIA	T0, N2, M0 T1, N2, M0 T3, N1, N2, M0		50
IIIB	T4, jakékoliv N, M0 T4a T4b T4c T4d	stěna hrudní kůže, ulcerace T4a + T4b zánětlivý karcinom	35
IV	Jakékoliv T, jakékoliv N, M1		10

Příloha D

Schéma tvaru nádorů



Zdroj: oblastní nemocnice Kladno

Příloha E

Hodnocení rizika a vzniku dekubitů podle Nortonové

Bodů	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Každé další onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
4	úplná	<10	normální	Žádné	dobrý	dobrý	chodí	úplná	není
3	malá	<30	alergie	DM, anemie	zhoršený	apatický	s doprovodem	částečně omezená	občas
2	částečná	<60	vlhká	kachexie, ucpávání tepen	špatný	zmatený	sedačka	velmi omezená	převážně moč
1	žádná	>60	suchá	obezita, karcinom	velmi špatný	bezvědomí	leží	žádná	moč + stolice

Riziko vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně.

Příloha F

Hodnocení bolesti po operaci, stupnice od 1-10 (10 = bolest nesnesitelná)

Hodnocení	22. 3. 2011 operace	23. 3. 2011 1. den po op.	24. 3. 2011 2. den po op.	25. 3. 2011 3. den po op.	26. 3. 2011 4. den po op.
Stupeň	6	7	6	5	4
Charakter	Středně velká bolest	Velká bolest	Středně velká bolest	Bolest při pohybu	Mírná bolest

Příloha G

Mamografie, mamogram



Zdroj: oblastní nemocnice Kladno

Mamografie je radiologická metoda sloužící k vyšetření mléčné žlázy. Mamografie se provádí na speciálním přístroji, který využívá měkké rentgenové záření. Prs musí být při vyšetření dostatečně stlačeno. Každý prs se vyšetřuje ve dvou rovinách, provádí se tedy 4 snímky. Umožní diagnostikovat i pohmatem nezjistitelný nádor.

Příloha H

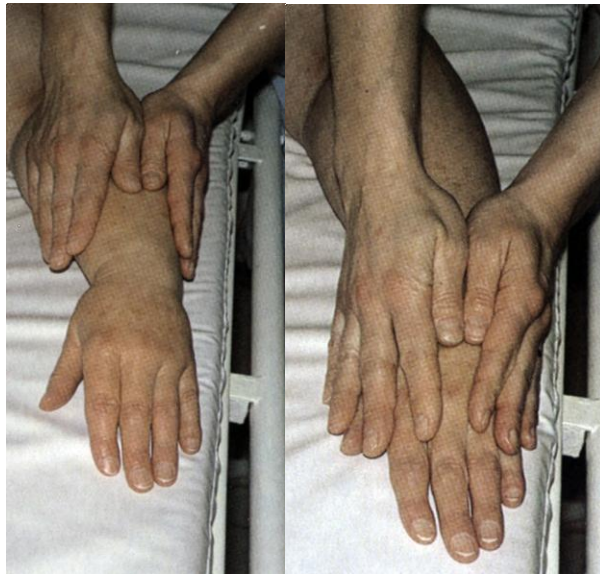
Ultrasonografické vyšetření prsů



Zdroj: oblastní nemocnice Kladno

Příloha I

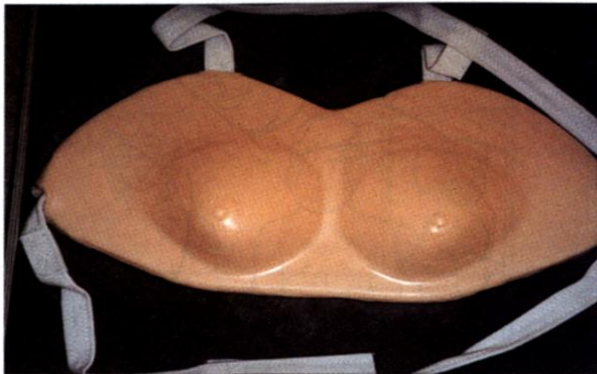
Prevence lymfedému



Zdroj: oblastní nemocnice Kladno

Příloha J

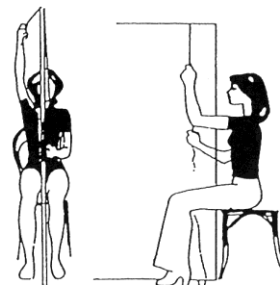
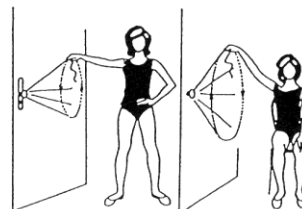
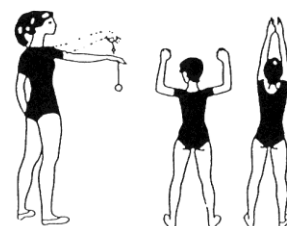
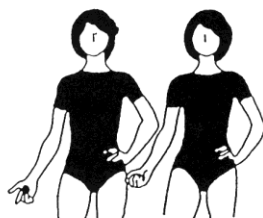
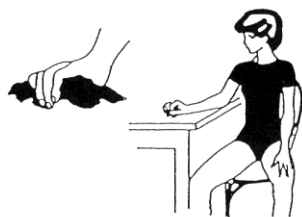
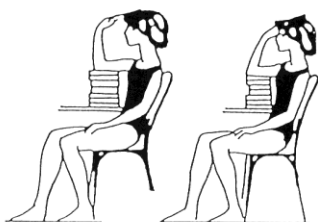
Epitézy



Zdroj: oblastní nemocnice Kladno

Příloha K

Posilování svalových skupin, cviky zaměřené na úchop a zvedání končetiny.



Zdroj: oblastní nemocnice Kladno

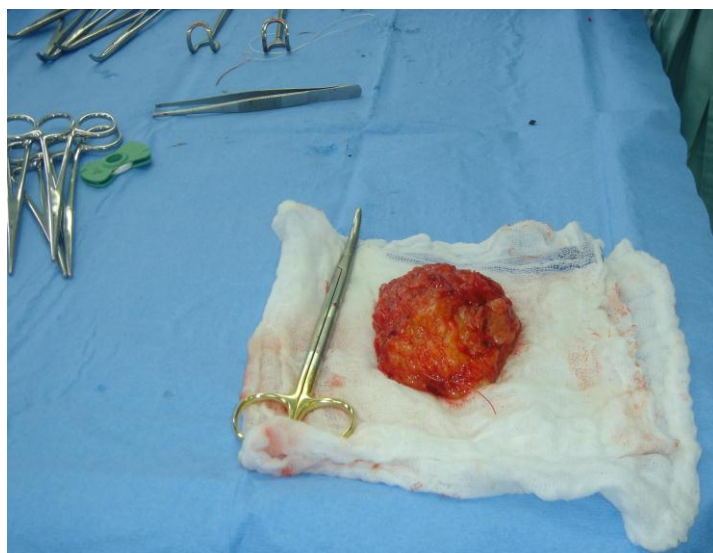
Příloha L

Obrázky – fotodokumentace 13, 14, 15, 16 – autor Augsbergerová Aneta, PP klinika Kladno.

Obr. 13 - Příprava operačního pole



Obr. 14 - Odstranění tumoru s lemem zdravé tkáně



Obr. 15 - Vyoperované uzliny z axily



Obr. 16 - Suty operačních ran a zavedení Redonova drénu



Příloha M

Index tělesné hmotnosti (BMI)

$BMI = \text{hmotnost (kg)} / \text{výška}^2 \text{ (m)}$

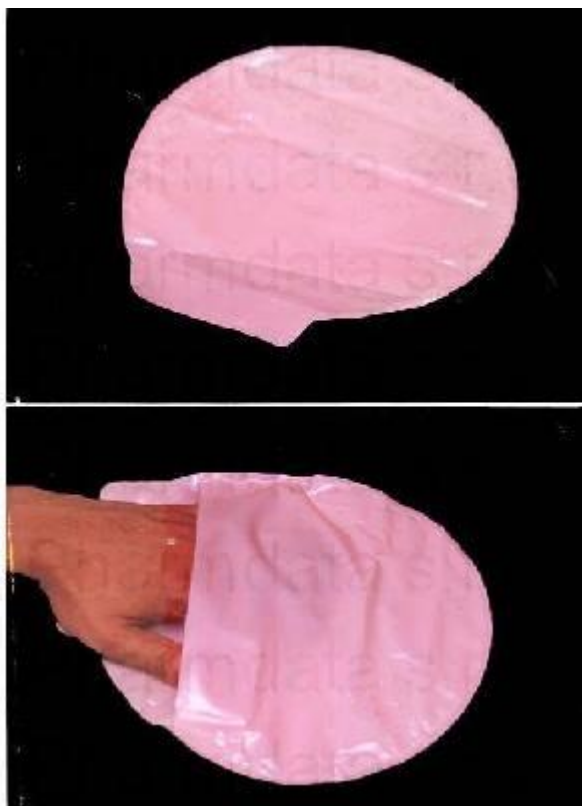
BMI	Kategorie podle WHO	Zdravotní rizika
<18,5	Podváha	Malnutrice
18,5 – 24,9	Normální rozmezí	Minimální
25,0 – 29,9	Nadváha	<26,9 lehce zvýšená
		>27,0 zvýšená
30,0 - 34,9	Obezita - I. stupeň	Středně vysoká
35,0 – 39,9	Obezita – II. stupeň	Vysoká
>40,0	Obezita – III. stupeň	Velmi vysoká

BMI pacientky:

$$BMI = \frac{74}{1,58 \times 1,58} = 29,64$$

Příloha N

Rukavice mammaglove k samovyšetření prsou



Zdroj: <http://www.samoleceni.cz/mammaglove-rukavice-k-samovysetreni-prsou>

Příloha O

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že, jsem na chirurgickém oddělení realizovala sběr údajů ke zpracování praktické části bakalářské práce souhlasem zdravotnického zařízení v Kladně, P-P Kliniky, v termínu od 20. – 27. února 2012.