

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství



Miroslava Bendová

**Ošetrovatelská péče o pacientku s diagnózou
karcinom prsu**

**Nursing care about a patient with a breast
carcinoma diagnosis**

Bakalářská práce

Praha, červen 2013

Autor práce:	Miroslava Bendová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Bakalářský studijní obor:	Všeobecná sestra
Vedoucí práce:	Mgr. Jana Holubová
Pracoviště vedoucího práce:	Ústav ošetrovatelství 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze
Odborný konzultant práce:	MUDr. Tomáš Vedral
Pracoviště konzultanta:	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v Praze Chirurgická klinika
Předpokládaný termín obhajoby:	červen 2013

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předloženou práci na téma Ošetrovatelská péče o pacientku s diagnózou karcinom prsu zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická uvedená ve Studijním informačním systému – SIS 3. LF UK jsou totožné.

V Praze dne 2. května 2013

.....
Miroslava Bendová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Janě Holubové a MUDr. Tomáši Vedralovi za ochotu, vstřícnost, cenné rady, odborné vedení a čas věnovaný při zpracování mé bakalářské práce. Také děkuji paní Z. za svolení ke zpracování poskytnutých údajů.

ÚVOD	7
1. KLINICKÁ ČÁST	8
1.1. ANATOMIE PRSU.....	8
1.1.1. Cévy a nervy prsu.....	9
1.1.2. Vývoj prsu.....	10
1.1.3. Topografie axily.....	10
1.2. NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ PRSU.....	12
1.2.1. Etiologie a patogeneze.....	12
1.2.2. Rizikové faktory vzniku karcinomu prsu.....	13
1.2.3. Benigní nádory prsu.....	15
1.2.4. Maligní nádory prsu.....	16
1.2.4.1. <i>Neinvazivní karcinomy prsu (Karcinomy „in situ“)</i>	16
1.2.4.2. <i>Invazivní karcinomy prsu</i>	16
1.2.4.3. <i>Speciální typy karcinomu prsu</i>	17
1.2.5. Symptomatologie karcinomu prsu.....	18
1.2.6. Diagnostika nádorového onemocnění prsu.....	18
1.2.7. Zobrazovací metody a vyšetření při diagnostice karcinomu prsu....	18
1.2.8. Klasifikace nádorového onemocnění prsu.....	21
1.2.8.1. <i>Staging</i>	21
1.2.8.2. <i>Grading</i>	23
1.2.9. Prognostické faktory.....	23
1.3. LÉČBA KARCINOMU PRSU.....	24
1.3.1. Chirurgická léčba.....	24
1.3.1.1. <i>Radikální výkony – ablace prsu</i>	24
1.3.1.2. <i>Konzervativní prs šetřící výkony</i>	25
1.3.1.3. <i>Rekonstrukční operace</i>	26
1.3.1.4. <i>Ovarektomie</i>	26
1.3.2. Vedlejší účinky chirurgické léčby.....	26
1.3.3. Konzervativní léčba.....	27
1.4. PREVENCE NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ PRSU.....	29
1.4.1. Samovyšetřování prsů.....	29
1.4.1.1. <i>Technika samovyšetřování</i>	29

1.4.2. Mamografický screening	30
1.5. DISPENZARIZACE	30
2. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉ	31
2.1. IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE	31
2.2. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA	31
2.3. DIAGNOSTICKÁ A PŘEDOPERAČNÍ VYŠETŘENÍ	32
2.4. STAV NEMOCNÉ PŘI PŘÍJMU DO NEMOCNICE	34
2.5. STRUČNÝ PRŮBĚH HOSPITALIZACE	35
2.6. FARMAKOTERAPIE K 1. POOPERAČNÍMU DNI.....	37
3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	38
3.1. CHARAKTERISTIKA OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU	38
3.2. OŠETŘOVATELSKÉ MODELY	39
3.2.1. Marjory Gordonová: Model funkčního typu zdraví	40
3.3. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA PODLE MARJORY GORDONOVÉ	41
3.4. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY K 1. POOPERAČNÍMU DNI.....	46
3.4.1. Aktuální ošetřovatelské diagnózy k 1. pooperačnímu dni	47
3.4.2. Potencionální ošetřovatelské diagnózy	56
3.5. DLOUHODOBÝ PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	58
3.6. PSYCHOLOGIE ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH	59
3.6.1. Prsní epitézy	60
3.6.2. Hodnocení psychického stavu nemocné	60
3.7. EDUKACE.....	61
3.7.1. Fyzikální rehabilitace.....	61
3.7.2. Péče o tělo a operační ránu	62
3.8. ZÁVĚR Z HLEDISKA PROGNÓZY	63
ZÁVĚR.....	64
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	64
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	67
PŘÍLOHY	70

ÚVOD

Cílem mé bakalářské práce je případová studie na téma ošetrovatelská péče o pacientku s diagnózou karcinom prsu. Toto téma jsem si zvolila z důvodu, že je mi jako ženě velmi blízké. Problematika onemocnění rakovinou prsu mě zajímá a považuji ji v dnešní době za aktuální v závislosti na vzrůstající incidenci.

V klinické části se zabývám anatomii prsu, jeho vývojem v průběhu života a anatomii axily. Následně jsem provedla deskripci samotného nádorového onemocnění prsu včetně rozdělení na benigní i maligní tumory, dále etiologie a patogeneze, rizikových faktorů a symptomatologie. Věnuji se také diagnostice karcinomu prsu, zobrazovacím metodám a vyšetřením, klasifikací nádorového onemocnění mammy, jeho prognóze a možnostem léčby s uvedením vedlejších účinků po chirurgické terapii karcinomu prsu. V neposlední řadě zmiňuji tolik důležitou prevenci karcinomu prsu, mamografický screening a dispenzarizaci onkologicky nemocných.

V ošetrovatelské části stručně definuji ošetrovatelský proces a ošetrovatelské modely. Dle vybraného ošetrovatelského modelu Marjory Gordonové jsem sepsala ošetrovatelskou anamnézu. Objektem této anamnézy se stala 65letá pacientka hospitalizovaná na gynekologickém oddělení fakultní nemocnice, která samozřejmě souhlasila se zpracováním a zveřejněním její osobní diagnostiky. Na základě získaných údajů jsem definovala aktuální i potencionální ošetrovatelské diagnózy včetně dlouhodobého plánu péče. Součástí ošetrovatelské části je psychologie onkologicky nemocných a edukace pacientky po mastektomii.

V závěru jsem provedla zhodnocení aktuálního stavu pacientky, které obsahuje i prognostický náhled na další léčení v budoucnosti vzhledem k jejím pooperačním výsledkům.

Součástí mé bakalářské práce jsou také přílohy, uložené v zadní části dokumentu.

1. KLINICKÁ ČÁST

1.1. Anatomie prsu

Prs (mamma) je párový orgán, který u ženy tvoří vyklenutí na přední stěně hrudní. Prs můžeme rozdělit na pomyslné čtyři kvadranty – horní vnitřní, horní zevní, dolní vnitřní a dolní zevní.

Tvar, velikost i váha prsů se mění s věkem. V dospělosti prs obvykle sahá od 3. k 6. žebří vertikálně a horizontálně od sternální linie k přední axilární čáře. Průměrné rozměry prsu jsou 11 cm vertikálně a horizontálně 12 cm. Kůže prsu je tenká, prosvítají pod ní cévy a má bohatou inervaci.

Na povrchu prsu se nachází pigmentovaný **dvorec** (areola mammae), jehož průměr je 3 – 5 cm. Během těhotenství se dvorec zvětšuje, intenzivnější je i jeho pigmentace. Po obvodu dvorce se nachází drobné hrbolky vyvýšené žlázkami – (glandulae areolares - Montgomeryi). Prsní dvorec obsahuje hladkou svalovinu, která v areole směřuje jako paprsky, v prsní bradavce spirálovitě. Svalovina se upíná do kůže. Při dotykovém podráždění stahuje areolu a zvedá papilu.

V centrální části dvorce je umístěna **prsní bradavka** (papilla mammae), většinou lehce vyvýšená, někdy vkleslá. Na vrcholu bradavky vyúsťují mlékovody. Sekret mazových žlázek bradavky chrání její kůži před podrážděním mlékem a slinami kojence.

V prsu se nachází **mléčná žláza** (glandula mammae), největší kožní žláza (obrázek č. 1). Mléčná žláza je apokrinní. První dny po porodu vylučuje vodnatý, nažloutlý sekret, který se nazývá **mlezivo** (colostrum) a později se přemění na bílé **mléko** (lac). (1, 2, 3)

Těleso žlázy (corpus mammae) váží 130 – 200 g, během laktace 300 – 900 g. Je uloženo uvnitř prsu mezi dvěma listy povrchové fascie. Oblast mezi hlubokým listem povrchové fascie a hrudní fascií se nazývá submamární prostor. Obsahuje málo cév a provádí se zde mastektomie. Žlázové těleso tvoří 15 – 20 **laloků** (lobi) mléčné žlázy, které se větví na menší **lalůčky** (lobuli mammae), kde dochází k produkci mléka, základní fyziologické funkci prsu. Jednotlivé lalůčky prsu propojují **mlékovody** (ductus lactiferi), které se z každého laloku spojují v jeden ductus lactifer a společně vyúsťují 15ti až 20ti drobnými otvory na

vrcholu bradavky (area cribriformis papillae). Vytvořené mléko se před odtokem z prsní bradavky hromadí ve váčcích zvaných sinus lactiferi, tvořící se během laktace na mlékovodech. Prsní lalůčky a mlékovody tvoří konečné struktury tkáně mléčné žlázy, označované jako **terminální duktálně-lobulární jednotky** (TDLU). Jsou vystlány dvěma vrstvami epitelových buněk. (1, 2, 4)

Mléčná žláza se upevňuje k superficiální pektorální fascii pomocí vaziva – ligamenta suspensoria mammae, které prochází vlastním tělem žlázy z podkoží a je obalena tukovým polštářem. Dělíme je na premammární a retromammární tuk. Premammární vrstva vyplňuje jamky mezi lalůčky a zaobluje povrch prsu. Retromammární vrstva je silná 0,5 – 1 cm. S přibývajícím věkem postupně tuk ubývá a žlázové těleso zaniká. (1)

1.1.1. Cévy a nervy prsu

Mléčná žláza má cévní zásobení velmi rozmanité. Tepenné zásobení vnitřních kvadrantů prsu zajišťují větve *a. mammaria interna*. Zevní kvadranty prsu zásobují *a. mammaria externa*, větev *a. axilaris* a větve *kožních laterálních interkostálních arterií* ve 3., 4. a 5. mezižebří. Větve *a. axilaris* také zásobují kraniální oblasti prsu.

Žíly prsu vytvářejí pleteně – *circulus venosus Halleri* pod areolou a *circulus Lusche* v oblasti prsní bradavky. (1, 4)

Síť lymfatických cév drénuje prostor pod prsním dvorcem – *subareolární plexus (Sappey)*, přibírá další síť a společně se dostávají ke spodině žlázy. Část odtéká do interkostálních uzlin při *m. pectoralis major* a do axilárních uzlin (bývá zde Sorgiusova uzlina na *m. serratus anterior*). Část může vést do supraklavikulárních uzlin. Lymfatické uzliny slouží jako filtr při průtoku mízy mízními cévami. (1, 2)

Senzitivní nervové zásobení vychází z *nn. intercostales II. – VI.* a *nn. supraclaviculares*. Podél krevních cév jdou autonomní nervová vlákna. (1, 4)

1.1.2. Vývoj prsu

Základy apokrinních žláz se během embryonálního vývoje u savců vyvíjejí na spojnici axily a třísla, kde vzniká **mléčná lišta**. Poloha mléčné žlázy je v průběhu čáry odlišná u různých skupin savců. U člověka se mléčné žlázy nachází na přední stěně hrudní. Následkem tohoto vývoje mohou u člověka v axiloinguinální čáře vznikat akcesorní mléčné žlázy – *polymastie* nebo bradavky – *polythelie*. Také na jejich místě můžeme nalézt pouze pigmentové skvrny.

U mužů je zachovaný základ mléčné žlázy jako primitivní *mamma maskulina*. Pokud se dále vyvíjí, objevuje se gynekomastie. U mužského pohlaví blokuje vývoj mléčné žlázy testosteron, na kterém vývoj mléčné žlázy závisí. Při snížené hladině testosteronu nebo hypofunkci testosteronových receptorů buněk se vyvíjí prs i mléčná žláza. (1)

V průběhu života ženy prsy fyziologicky prodělávají různé změny ovlivněné sekrecí hormonů, především v pubertě, těhotenství, šestinedělí, při kojení a v klimakteriu. (2)

1.1.3. Topografie axily

Axilu tvoří prostor pyramidového tvaru. Její vrchol spojuje klíční kost s horním okrajem lopatky a prvním žebrem. Bázi představuje axilární fascie a pod kůží podpažní jáma (*fossa axillaris*). Zadní stěna je tvořena lopatkou, m. subscapularis, m. latissimus dorsi a m. teres major. Mediální stěnou je laterální část hrudníku mezi 2. – 6. žebrem a m. serratus anterior. Laterální stěnu tvoří kost pažní a m. biceps brachii.

Senzitivní interkostobrachiální nervy, které axilu inervují, bývají při odstranění lymfatických uzlin axily často resekovány. Následkem jsou parestezie nebo anestezie mediální části paže.

Axilární lymfatické uzliny se dají rozdělit na tři oddíly (obrázek č. 2). První oddíl se nachází laterálně od zevní hranice m. pectoralis minor. Pod tímto svalem je umístěn druhý oddíl. Třetí oddíl je mediálně od vnitřního okraje svalu. Odstranění axilárních lymfatických uzlin se většinou týká první a druhé etáže a

uzlin interpektorálního prostoru. Vyšší riziko komplikací přináší chirurgické zákroky ve třetím oddílu (lymfedém horní končetiny, poruchy hybnosti).

Součástí chirurgické léčby karcinomu prsu je axilární lymfonodektomie. Jde o výkon diagnostický, určuje rozsah a pokročilost onemocnění. Má význam především prognostický a určuje způsob následné onkologické terapie. V současnosti se začíná prosazovat odstranění pouze označené tzv. sentinelové uzliny, což je první spádová lymfatická uzlina, ve které se v případě šíření nádorové buňky zachycují. Přístroj na detekci sentinelové uzliny se nazývá gama sonda. (4)

1.2. Nádorová onemocnění prsu

Četnost výskytu nádorových onemocnění prsu se v mnoha zemích každý rok zvyšuje. Incidence je rozdílná i v závislosti na zeměpisné poloze, kde je, kromě Japonska, nejvyšší v bohatých rozvinutých zemích s vysokými příjmy. Převážná část hlášených onemocnění pochází ze Severní Ameriky a Evropy. Frekvence výskytu nádorového onemocnění prsu stále roste od roku 1970 i v zemích s nízkou sledovaností jako jsou například Japonsko, Korea, Indie a Afrika. Vysvětlení vyšší nemocnosti se přikládá západnímu stylu života, snížené porodnosti i vyššímu věku při porodu prvního dítěte. Pro dokonalejší screening a úspěchy léčby není mortalita vyšší než nárůst incidence, ačkoli více než polovina úmrtí následkem rakoviny prsu je zjištěna v zemích s nízkými a středními příjmy. (2, 20) Vývoj incidence a mortality nádorových onemocnění prsu u žen v ČR znázorňuje obrázek č. 3.

Nádory prsu objevujeme nejčastěji v horním zevním kvadrantu prsu (obrázek č. 4). Horší prognózu mají nádory v místě dolního zevního kvadrantu. Karcinomy prsu se šíří místním růstem, krevní i lymfatickou cestou. Metastázy nacházíme zejména v podpažních nebo vnitřních prsních uzlinách, dále v uzlinách supra a subklavikulárních.

Karcinom prsu obvykle vychází z lobulů mléčné žlázy a z jejich vývodů. Prekancerózou často bývá atypická duktální nebo lobulární hyperplazie, ze které se nejdříve vyvíjejí neinvazivní formy karcinomu, nazývané jako karcinomy „in situ“. (4, 5)

1.2.1. Etiologie a patogeneze

Proces vzniku karcinomu prsu je jako vznik jiných malignit dlouhodobý a vícestupňový. Příčina této choroby není přesně jasná, známe však určité rizikové faktory. Nádorové bujení začíná v jádru buňky, kde je uložena genetická informace v DNA. Zhoubný nádor způsobuje *onkogen*, který může být v buňce uložen. (5, 7)

Karcinom prsu řadíme mezi nádory hormonálně závislé. Rakovino tvorné účinky se přisuzují zejména estrogenům, které zvyšují expresi u některých

růstových faktorů a zřejmě i onkogenů. Produkty exprese výrazně ovlivňují proliferační aktivitu buněk. Tyto účinky jsou za fyziologických podmínek v rovnováze ještě s dalšími faktory. Delší estrogenní stimulace nebo působení rizikových kancerogenních faktorů mohou však rovnováhu narušit. V genech občas vznikají mutace, které buňka za normálních okolností umí opravit. V opačném případě dochází ke změně buněk, následně k dysplastickým změnám, ke zniku karcinomu „in situ“ až k invazivnímu karcinomu. Těmito mechanismy vznikají tzv. *sporadické formy karcinomu prsu*, týkající se 75 – 85 % nemocných. Na základě dědičných genetických změn se u 10 – 15 % vyvíjejí *dědičné formy karcinomu prsu*. (5)

1.2.2. Rizikové faktory vzniku karcinomu prsu

Věk

Incidence karcinomu prsu roste s věkem, před 20. rokem života je výskyt vzácný. Každých dalších 10 let do menopauzy se četnost postižení zdvojnásobuje. Po 50. roce je vzestup nejprudší.

Ženy s časným nástupem první menstruace mají vyšší riziko vzniku karcinomu prsu. Taktéž ženy s pozdní menopauzou. Menopauza po 55. roce života dvojnásobně zvyšuje riziko karcinomu prsu oproti přechodu před 45. rokem. Věk prvního porodu po 35. roce představuje vyšší riziko oproti ženám, které ještě nerodily. Nepravidelný menstruační cyklus nebo gravidita naopak riziko nádorového bujení snižují. Tyto faktory souvisí především s délkou expozice estrogenům. (2, 5)

Radiace

Riziko karcinomu prsu roste přímo úměrně s intenzitou ionizujícího záření. Záleží také na celkové dávce získané v průběhu života a na věku ozařované osoby. Dvojnásobné riziko je u žen ozářených v dětském a dívčím věku. Ozáření mléčné žlázy během jejího vývoje způsobuje její hypoplazii a zvyšuje riziko malignity v pozdějším věku. Přestože je mamografie u žen starších 50 let velmi

důležitou diagnostickou metodou, je nutná uvážlivost při indikacích mamografického vyšetření, zejména u mladších žen. (2, 4)

Rodinná anamnéza

Vznik karcinomu prsu může být podmíněn familiárním výskytem. Genetická predispozice se přenáší oběma pohlavími, některé členy rodiny ale nádorové onemocnění nepostihne. Karcinomy prsu jsou spojené s mutací genu **BRCA 1** uloženém na dlouhém raménku 17. chromozomu nebo **BRCA 2** na 13. chromozomu. U žen s mutací genu BRCA 1 je vysoké riziko časného vzniku nádorového onemocnění prsu, ovarií nebo obou těchto orgánů. S hereditárním karcinomem může být spojen také gen **erbB2 (HER-2/neu)**. Často se v rodině s karcinomem prsu současně objevují další adenokarcinomy, např. karcinom ovaria, žaludku, slinivky nebo kolorektální karcinom. Výskyt karcinomu prsu u přímých příbuzných (rodiče, sourozenci, děti) a jeho stanovení diagnózy v mladém věku zvyšuje riziko vzniku této choroby. (2, 4, 9, 21)

Životní styl

Obezita, především v klimakteriu, zvýšený příjem tuků a nedostatečná fyzická aktivita patří mezi rizikové faktory. Za příčinu se považují působky tukové tkáně, přeměňující androgeny nadledvin na estrogény. Alkohol (víno a tvrdý alkohol) také mírně zvyšuje riziko vzniku karcinomu prsu. Přesný mechanismus ale objasněn není. Vliv kouření, chemických kancerogenů nebo užívání antikoncepce nemá doloženou souvislost s nádorovým onemocněním prsu. (5, 4, 2)

Benigní a jiná onemocnění prsu

Buněčné odchylky epitelu mlékovodů (hyperplazie) představují 4 – 5krát vyšší riziko vzniku karcinomu prsu. Ženy s tímto nálezem a pozitivní rodinnou anamnézou v přímé linii mají riziko devítinásobně vyšší.

Riziko cystických změn prsu např. cystické adenomy nebo dukální papilomy spočívá v nepřehledném terénu, kde mohou další abnormality uniknout

pozornosti. Proto je důležitá informovanost a pravidelné kontroly u těchto žen. (2, 5)

Hormonální substituční léčba v menopauze

Podle řady studií se riziko výskytu karcinomu prsu při substituční terapii estrogeny a gestageny zvyšuje po 10 – 15letém užívání až o 50 %. Zmírnění klimakterických potíží a prevence osteoporózy však nad rizikem převažuje. Přesto indikaci náhradní terapie zvažujeme zejména u žen s pozitivní rodinnou historií nebo s patologickými změnami mléčné žlázy. Součástí léčby jsou nutné pravidelné kontroly žen, včetně mamografie. Mamografie se provádí před počátkem substituční terapie a poté pravidelně každé 1 – 2 roky. (2)

1.2.3. Benigní nádory prsu

Jedná se především o epitelové nádory například adenomy. Rozlišujeme adenom tubulární, apokrinní, laktační, pleomorfní nebo fibroadenom. Objevují se také intraduktální papilomy nebo fyloidní nádor.

Fibroadenom

Je dobře hmatný, lokalizovaný nejčastěji v horním zevním kvadrantu. Často postihuje ženy mladší 30 let. Může jít o hyperplazii (zvětšení způsobené množstvím buněk) nebo o nezhoubné nádorové bujení.

Fyloidní nádor

Dosahuje různé velikosti a může vést ke zvětšení prsu. Postihuje ženy zejména nad 60 let. Většinou jde o nízké maligní léze, které netvoří metastázy, ale recidivují. Jen zřídka nacházíme vysoce maligní nádor, metastazující a recidivující. (11)

1.2.4. Maligní nádory prsu

1.2.4.1. Neinvazivní karcinomy prsu (Karcinomy „in situ“)

Lobulární karcinom „in situ“ (LCIS)

Výskyt lobulárního karcinomu je často asymptomatický. Vychází z epitelu lalůček prsu. Má tendenci k multicentrickému postižení a obvykle se objevuje u mladších žen. Pomocí mamografie nádor špatně rozeznáváme, ke spolehlivé a používané metodě patří nukleární magnetická rezonance.

Duktální karcinom „in situ“ (DCIS)

Projevy duktálního karcinomu mohou být různé, např. hmatná rezistence nebo výtok z bradavky. Více se vyskytují u žen v postmenopauze a recidivují. Vychází z epitelu duktů, na mamografii často nacházíme mikrokalciфикации. Diagnózu stanovujeme mikroskopicky. (obrázek č. 5 A.)

Rozeznáváme několik histologických forem duktálního karcinomu:

Komedový karcinom je málo diferencovaný typ, často přechází v invazivní karcinom. *Papilární* nebo *solidní* karcinom patří mezi diferencované formy duktálního karcinomu in situ. Dále se vyskytují *mikropapilární* a *kribriformní* typy duktálního karcinomu.

1.2.4.2. Invazivní karcinomy prsu

Invazivní (infiltrující) lobulární karcinom

Tvoří asi 10 % z karcinomů prsu. Častěji se vyskytuje v horním zevním kvadrantu. Vzniká vícečetně a také oboustranně. Metastazuje do serózních blan, mozkových plen, vaječníků a do retroperitonea.

Invazivní (infiltrující) duktální karcinom

Představuje nejčastější typ karcinomů prsu, okolo 75 %. Při vyšetření pohmatem nalézáme tuhý nádorový útvar. Metastazuje do plic, jater a kostí.

Špatnou prognózu mají nádory s hvězdicovitou strukturou a nekrózou v centru. (obrázek č. 5 B.)

Rozlišujeme několik typů duktálního invazivního karcinomu:

Tubulární karcinom – tvoří kolem 5 % karcinomů prsu s lepší prognózou.

Medulární karcinom – tvoří asi 5 – 7 %, obvykle se vyskytuje u mladších žen a bývá dobře ohraničený.

Mucinózní (koloidní) karcinom – představuje asi 3 % karcinomů prsu, postihuje především ženy ve starším věku. Bývá ohraničený, roste pomalu a může dosáhnout velkých rozměrů.

Papilární karcinom – tvoří 1 – 2 %, vyskytuje se u starších žen po menopauze a má poměrně dobrou prognózu. (4, 5)

1.2.4.3. Speciální typy karcinomu prsu

Pagetův karcinom (Pagetova nemoc)

Představuje asi 1% karcinomů prsu. Projevuje se svěděním, pálením bradavky nebo zvrhováním povrchu. Může postihnout prsní dvorec i okolní kůži, mající charakter pomerančové kůry. Prognóza záleží na rozsahu nádoru. Pagetův karcinom lze diagnostikovat i mimo prs, převážně na vulvě.

Inflamatorní (zánětlivý) karcinom

Tvoří 1 – 3 % karcinomů prsu s nejagresivnějším charakterem. Obvykle ho nacházíme u žen v postmenopauze. Roste rychle a tvoří časně metastázy. Mezi charakteristické příznaky patří zvětšení a zarudnutí prsu a otok kůže prsu. (5, 6)

Metastatický karcinom

Do prsu metastazuje karcinom plic, maligní melanom, karcinom děložního hrdla, močového měchýře, vaječníku, žaludku i lymfom. Jeho výskyt je však minimální. (7)

1.2.5. Symptomatologie karcinomu prsu

Klinický obraz karcinomu prsu je často asymptomatický, zvláště v raném stadiu nemoci. U rozsáhlejších nádorů si žena může *nahmatat bulku*, většinou nebolestivou. *Bolest prsu* je obvyklým příznakem pro benigní léze nebo také inflamatorní karcinom. Mezi další možné příznaky patří *změna velikosti prsu* (zvětšení nebo zmenšení), *změna vzhledu kůže* – vzhled pomerančové kůry, *zarudnutí* nebo *otok kůže*, výrazné *žilní pleteně*, *změny bradavky* (oploštění nebo vpáčení) a *sekrece* z jedné či obou bradavek (serózní, bělavý, šedo zelený, nahnědlý, krvavý).

Celkové příznaky jako např. bolesti kostí, snížení hmotnosti, nechutenství nebo horečka se častěji vyskytují u pokročilých stadií karcinomů tvořících metastázy. (5, 7, 8)

1.2.6. Diagnostika nádorového onemocnění prsu

Při diagnostice nádorového onemocnění prsu se opíráme o pečlivě odebranou osobní i rodinnou anamnézu a fyzikální vyšetření.

Pohledem vyšetřujeme souměrnost prsů, jejich pohyby při dýchání, stav bradavek, prsních dvorců, žilní pleteně a kůže prsu. Některé změny jsou více patrné při vzpažení.

Pohmatem zkoumáme všechny kvadranty prsu. Hodnotíme velikost patologické struktury, konzistenci, ohraničení a její pohyblivost vůči kůži a hrudní stěně. Vyšetřujeme také axilární, nadklíčkové a podklíčkové lymfatické uzliny. (5)

1.2.7. Zobrazovací metody a vyšetření při diagnostice karcinomu prsu

Mamografie

Mamografické vyšetření se využívá pro screening karcinomů prsu. Po konzervativních chirurgických výkonech nám mamografie umožňuje včasné

zachycení recidivy. Obvykle se vyšetřují oba prsy ve dvou projekcích – kraniokaudální a mediolaterální šikmá.

Duktografie (galaktografie)

Méně frekventovaná metoda k diagnostice intraduktálních nádorů, při které se mlékovody plní kontrastní látkou. Podmínkou je přítomnost patologické sekrece z prsu.

Pneumocystografie

Kontrastní rentgenové vyšetření, při kterém se cysty plní vzduchem. Tento způsob vyšetření se dnes využívá vzácně.

Mamografická stereotaxe

Mamografie se speciálním přídatným zařízením k přesné detekci místa patologické léze a usnadňující punkční biopsii.

Počítačová tomografie (CT)

Metoda spojující rentgenové vyšetření a počítačový systém, který informace zpracovává. Používá se s nebo bez aplikace kontrastní látky a slouží k hodnocení změn v okolí maligního nádoru a k nálezům metastáz. Počítačovou tomografii lze využít u žen, které mají prsní implantáty.

Ultrasonografie (USG)

Sonografické a mamografické vyšetření se vzájemně doplňují. Patří mezi používané vyšetření zejména při nejasném výsledku mamografie, často upřesní mamografické vyšetření, zdali jde o benigní nebo maligní lézi. Před mamografií se ultrazvukové vyšetření přednostně indikuje u žen mladších 40 -ti let. Pod ultrazvukovou kontrolou se také provádí cílené bioptické vyšetření. Nevýhodou je nespolehlivé odhalení nádorů do velikosti 1 cm. (4, 5)

Magnetická rezonance

Moderní metoda, která využívá silné magnetické pole, radiové vlny a počítačové zpracování bez použití ionizujícího záření. Magnetická rezonance je výhodná při diagnostice drobných nádorů. Přispívá především k upřesnění diagnózy lobulárních karcinomů.

PET (pozitronová emisní tomografie)

Principem je rychlé vychytávání podané kontrastní látky nádorovými buňkami. Používá se k určení struktur nenádorového původu a k zachycení metastáz ve vnitřních uzlinách prsu. (2, 5)

Biopsie prsu

Biopstické vyšetření je rozhodující pro stanovení vlastností patologického nálezu a diagnózy. Je nezbytné před plánovaným operačním výkonem. Rozeznáváme klasickou otevřenou biopsii nebo punkční biopsii jehlou.

Otevřenou biopsii z chirurgického řezu provádíme u nehmavných struktur detekovaných zobrazovacími metodami po předešlém označení patologické léze.

Punkční biopsii tlustou jehlou (core-cut) získáváme nádorovou tkáň k histologickému vyšetření pod ultrazvukovou kontrolou nebo pomocí mamografické stereotaxe.

Pomocí *aspirační nebo punkční biopsie tenkou jehlou* (FNBA) získáváme buňky z podezřelé léze. Tento způsob biopsie se používá vzácně, pro jeho nedostatečnou přesnost, zejména u cyst.(4, 5)

Biochemické vyšetření

Stanovujeme jaterní testy, ureu, kreatinin, elektrolyty, jejichž výsledné hodnoty mohou signalizovat patologické procesy. Větší význam mají hodnoty nádorových markerů CEA, CA 15-3, TPA, katepsin D a další. Sledujeme je především v průběhu onemocnění. Stanovení hormonálních receptorů se používá k určení odpovědi na hormonální léčbu.

Hematologické vyšetření

Krevní obraz se používá k přibližnému zjištění snášenlivosti nádorové léčby. Přesnější informace o stavu krvetvorby získáváme z vyšetření kostní dřeně, kde můžeme nalézt i nádorové buňky.

Molekulárně biologické vyšetření

Zaměřuje se na odhalení mutace genů BRCA-1 a BRCA-2. Vyšetření je prováděno u nemocných s pozitivní rodinnou anamnézou, s výskytem karcinomů před 30. rokem, u oboustranného karcinomu prsu a u karcinomů ovaria. Vyšetřují se i další receptory, například receptory pro HER-2/neu, jejichž zmnožení může signalizovat přítomnost nádorového bujení a faktory důležité pro novotvorbu cév. (5, 9)

1.2.8. Klasifikace nádorového onemocnění prsu

1.2.8.1. Staging

Stanovení stadia nádorového onemocnění (staging) je důležité pro volbu individuální léčebné terapie, odhad prognózy a porovnání výsledků léčby. Pro staging karcinomu prsu používáme klasifikaci TNM (klasifikace je rozpracována v tabulkách č. 1, 2, 3, 4 a zobrazena v příloze na obrázku č. 6).

Staging zahrnuje klinické vyšetření prováděné pomocí pohmatu prsu, kůže, mízních uzlin – axilární, nadklíčkové, krční a zobrazovacích metod. Dále zahrnuje patologické vyšetření („p“) histologického materiálu získaného různými technikami.

Tabulka č. 1: **Velikost primárního nádoru (T)**

TX	primární nádor nelze klasifikovat
T0	nejsou projevy primárního tumoru
pTis	karcinom in situ: intraduktální nebo lobulární karcinom nebo Pagetova nemoc bradavky bez prokazatelného tumoru
pT1mic	mikroinvazivní tumor (v největším rozměru 0,1 cm nebo méně)
pT1a	maximální rozměr nádoru 0,1 – 0,5 cm

pT1b	maximální rozměr nádoru 0,5 – 1 cm
pT1c	maximální rozměr nádoru 1 – 2 cm
pT2	maximální rozměr nádoru 2 – 5 cm
pT3	maximální rozměr nádoru více než 5 cm
pT4a	nádor jakékoliv velikosti s přímým šířením do hrudní stěny
pT4b	nádor jakékoliv velikosti s přímým šířením do kůže
pT4c	nádor jakékoliv velikosti s přímým šířením do kůže nebo hrudní stěny
pT4d	zánětlivý karcinom

Tabulka č. 2: **Postižení lymfatických uzlin (N)**

NX	regionální uzliny nelze posoudit
N0	metastázy nejsou v regionálních mízních uzlinách
N1	metastázy v pohyblivé stejnostranné axilární mízní uzlině (uzlinách)
N2	metastázy v stejnostranné axilární mízní uzlině (uzlinách) fixované k jiným strukturám vzájemně
N3	metastázy ve stejnostranných mízních uzlinách podél arteria mammaria interna

Tabulka č. 3: **Patologický staging**

pN0	metastázy nejsou v regionálních mízních uzlinách
pN1	v pohyblivé stejnostranné axilární uzlině (uzlinách) jsou metastázy
pN1a	mikrometastázy o velikosti do 0,2 cm
pN1b	metastázy větší než 0,2 cm v mízní uzlině (uzlinách)
pN1bi	metastázy větší než 0,2 cm, ale menší než 2 cm, v 1 – 3 mízních uzlinách
pN1bii	metastázy větší než 0,2 cm, ale menší než 2 cm, ve 4 a více mízních uzlinách
pN1biii	nádor o maximálním rozměru 5 cm se dostává přes pouzdro mízní uzliny
pN2	metastázy ve stejnostranných axilárních mízních uzlinách, fixované k jiným strukturám nebo vzájemně

pN3	metastázy ve stejnostranných axilárních mízních uzlinách podél arteria mammaria interna
-----	---

Tabulka č. 4: **Přítomnost vzdálených metastáz (M)**

MX	vzdálené metastázy nelze klasifikovat
M0	bez vzdálených metastáz
M1	přítomné vzdálené metastázy (metastázy v 1 nebo více nadklíčkových uzlinách)

1.2.8.2. Grading

Grading stanovuje stupeň diferenciacie nádorových buněk a je znázorněn v tabulce č. 5.

Tabulka č. 5: **Grading**

GX	nelze určit stupeň diferenciacie
G1	dobře diferencovaný
G2	středně diferencovaný
G3	špatně diferencovaný
G4	nediferencovaný

(9)

1.2.9. Prognostické faktory

Po stanovení diagnózy je možné stanovit přibližnou odpověď pacientky na léčbu. Pomocí různých faktorů lze odhadnout prognózu onemocnění.

Postižení uzlin – 3 a více postižených uzlin značí špatnou prognózu, nejhorší prognózu má více než 9 postižených uzlin.

Velikost nádoru – pokud se nádor zvětšuje, zvyšuje se riziko postižení regionálních mízních uzlin a současně se snižuje pravděpodobnost pětiletého přežití. Velikost nádoru nad 5 cm a jeho fixace k okolí svědčí pro agresivní růst.

Věk a ovariální funkce – poukazuje na odpověď hormonální terapie a na snášenlivost chemoterapie. Ženy před přechodem mají horší prognózu kvůli snížené senzibilitě na hormonální terapii (přetrvává sekrece estrogenů).

Histologický typ nádoru – špatnou prognózu má inflamatorní karcinom, oproti nim má lepší prognózu papilární, medulární nebo tubulární karcinom.

Stupeň malignity – nejhorší prognózu představuje nejvyšší stupeň (G4).

Krátká anamnéza – s rozsáhlejší nádorovou lézí poukazuje na rychlý charakter růstu a špatnou prognózu.

Polymorbidita – zhoršuje prognózu.

Obezita – zhoršuje prognózu při adjuvantní chemoterapii.

Šíření do cév a podél nervových vláken – zvyšuje riziko tvorby metastáz a zhoršuje prognózu.

Hormonální receptory – nádory, které mají negativní receptory, nereagují na hormonální terapii a zpravidla rychleji rostou.

Receptory pro HER-2/neu – jsou ve vyšší míře vylučovány nádorovými buňkami, jejich zmnožení ukazuje na horší prognózu a malou odpověď na chemoterapii. (2, 5)

1.3. Léčba karcinomu prsu

1.3.1. Chirurgická léčba

V současné době dává přednost chirurgická terapie nádorových onemocnění prsu méně radikálním záchovným operacím. Důvodem je lepší osvěta v této problematice a dokonalejší diagnostika umožňující zachycení nádorů v raném stadiu a o malých rozměrech.

1.3.1.1. Radikální výkony – ablace prsu

Absolutní indikace k ablaci prsu je podmíněna multicentrickým výskytem karcinomu prsu, nemožností postradiační léčby, výslovným přáním pacientky nebo pokud se jedná o inflamatorní karcinom.

Relativní indikací je nepoměr mezi velikostí nádorové léze a velikostí prsu samotného.

Radikální mastektomie (podle Halstedta)

Metoda zahrnující ablaci prsu, velkého i malého pektorálního svalu a axilární lymfatických uzlin I., II. a III. oddílu včetně odstranění lokálního nervově-cévního svazku. Tento typ operace se nepoužívá, radikalita neměla vliv na uzdravení a dobu přežití.

Modifikovaná radikální mastektomie (podle Pateyho)

Zákrok spočívá v odstranění prsní tkáně a axilární lymfatické tkáně I. a II. etáže. Alternativou k exenteraci axily je exstirpace sentinelové lymfatické uzliny a její peroperační histologické vyšetření.

Výkon se provádí u tumorů s klasifikací T2 a T1, pokud je kontraindikován konzervativní výkon nebo jako paliativní zákrok k zabránění krvácení z exulcerovaného tumoru. V tomto případě nemá vliv na dobu přežití, pouze na kvalitu života.

Prostá mastektomie

V současné době málo používaný zákrok zahrnující odstranění prsu. Využíván pro difúzní duktální karcinom in situ, ochranný zákrok u lobulárního karcinomu in situ a u žen s mutací BRCA-1 nebo BRCA-2. Dnes se v některých případech upřednostňují zachovné operace prsu v kombinaci s metodami konzervativní terapie.

1.3.1.2. Konzervativní prs šetřící výkony

Operace šetřící prs se kombinují s radioterapií jako ochrana před relapsem.

Mastektomie šetřící kůži (subkutánní mastektomie)

Metoda spočívající v ablaci celého prsu. Řez je veden v lokalizaci prsního dvorce. Využívá se u karcinomů diagnostikovaných v raných stádiích, při genetických dispozicích a jako profylaktický zákrok.

Segmentální mastektomie (kvadrantektomie)

Představuje odstranění postiženého kvadrantu prsu s 2 cm okrajem od nádoru a odstranění axilárních lymfatických uzlin při druhém chirurgickém řezu. Provádí se v kombinaci s vyšetřením sentinelové uzliny. Indikuje se například u tumorů s klasifikací T1 - T2.

Lumpektomie (tumorektomie)

Při operaci dochází k vynětí nádorové struktury nejméně s 0,5 cm okrajem nezasazené tkáně a k axilární lymfadenektomii při dalším operačním řezu. Je využívána v případě tumorů rozsahu T1.

Tumorektomie bez axilární lymfadenektomie je možným řešením u DCIS, LCIS a benigních lézí.

1.3.1.3. Rekonstrukční operace

Rekonstrukční operace jsou za určitých podmínek indikovány u žen, které absolvovaly radikální amputační zákrok a 1 – 2 roky po skončení terapie nejeví známky nádoru. Prs se tvaruje z vlastní tkáně nebo za použití syntetického materiálu. Tkáň může pocházet z oblasti břišní stěny nebo zad.

1.3.1.4. Ovarektomie

Odstranění ovarií může představovat druhý způsob místo hormonální terapie u žen před menopauzou s rozšířeným nádorovým onemocněním. (2, 5, 18)

1.3.2. Vedlejší účinky chirurgické léčby

Postmastektomický bolestivý syndrom

Syndrom se může vyskytnout ihned po operačním zákroku nebo i po několika měsících. Je provázen bolestí, pocitem cizí tkáně, pocity svrašťování a pálení v oblasti operační rány a následně jizvy. Podnět bolestivosti může také vycházet ze zjizevnatění vaziva pod kůží a z porušení nervů a cév v okolí paže. Po

radiační léčbě se objevuje po šesti měsících až několika letech. Často se také spojuje s lymfedémem.

Syndrom zamrzlého ramene

Vyvíjí se na postižené straně, kdy pacientky mají tendenci podvědomě šetřit danou horní končetinu a udržují ji ohnutou u hrudníku.

Lymfedém

Lymfedém je otok paže, který se může vytvořit i po úspěšné terapii za řadu let na stejné straně operovaného prsu. Zvýšené riziko vzniku lymfedému je u pacientek, které podstoupily amputaci prsu s exenterací axily a následným ozařováním. (18)

1.3.3. Konzervativní léčba

Radioterapie

Radioterapie je součástí komplexní terapie nádorového onemocnění.

Předoperační (neoadjuvantní) radioterapii lze využít např. u tumorů, které je těžké odoperovat pro jejich velikost. Záměr spočívá ve zmenšení tumoru ozařováním a jeho následném chirurgickém odstranění.

Pooperační (adjuvantní) radioterapie ničí zbylé nádorové buňky. Ozařuje se oblast jizvy nebo zachovalá část prsu, axilární a supraklavikulární oblast. Rozsah ozařovaných míst závisí na rozsahu nádorové léze.

Paliativní radioterapie se indikuje k ozáření metastáz v kostech, centrálním nervovém systému a při recidivách. (2, 10)

Chemoterapie

Při léčbě karcinomu prsu se uplatňuje řada cytostatik s různými mechanismy účinku, neboť působí v různé fázi buněčného cyklu.

V současné době se používá zejména kombinovaná chemoterapie několika cytostatiky. Na základě doporučení lékaře je možná i ambulantní aplikace.

Neoadjuvantní (předoperační) chemoterapie – záměrem je zmenšení rozsahu nádorového útvaru nebo uzlin tak, aby došlo ke zlepšení operačního řešení případně umožnění záchovných operací šetřící prsní tkáň. Pomocí neoadjuvantní chemoterapie se snažíme prodloužit celkovou dobu přežití a dobu bez příznaků.

Adjuvantní (pooperační) chemoterapie – má za cíl zničení zbylých nádorových buněk. Působí profylakticky u úspěšně lokálně léčeného tumoru. Využívá se u žen v premenopauze se zasaženými uzlinami. Je možná kombinace s hormonální terapií.

Paliativní chemoterapie – indikuje se u rozsetého nádorového onemocnění k pozitivnímu ovlivnění doby přežití.

Regionální chemoterapie – je používána intraarteriálně při působení na metastázy v játrech.

Lokální chemoterapie – představuje možnou terapii kožních metastáz. (2, 5)

Hormonální léčba

Rozlišujeme adjuvantní, neoadjuvantní a paliativní hormonální terapii se systémovým působením. Použití hormonální léčby spočívá v průkazu hormonálních receptorů.

U žen v premenopauze se indikuje blokáce ovariální funkce pomocí ovariectomie, jejich ozářením nebo pomocí medikamentózní léčby.

Pro ženy po přechodu je hormonální terapie účinnou metodou bez nežádoucích účinků. (2, 5)

Biologická léčba

Například na základě mechanismu inhibice membránových receptorů pomocí protilátky proti HER-2/neu (Herceptin). (5, 10)

1.4. Prevence nádorových onemocnění prsu

1.4.1. Samovyšetřování prsů

Samovyšetřování prsů je velmi důležité pro včasné zachycení nádorového onemocnění. Čím dříve dojde k odhalení patologické léze, tím větší je šance na přežití. Žena si pravidelně každý měsíc vyšetřuje své prsy, nejlépe druhý nebo třetí den po menstruaci, protože napětí prsů je nejmenší. Ženy, které nemenstruují, provádí samovyšetřování kterýkoli den v měsíci. Samovyšetřování však neodhalí nehmavné struktury a nezastoupí mamografický screening. (2, 5, 8)

1.4.1.1. Technika samovyšetřování

V první fázi pozoruje žena své prsy ve stoje před zrcadlem. Začíná pohledem zepředu i z boku, pokračuje se založením rukou za hlavou, poté má ruce v bok, lehce předkloní hlavu a lokty směřují ventrálně. V těchto polohách si všímá především souměrnosti obou prsů (u některých žen je mírná asymetrie prsů fyziologická), změn kůže a patologických odchylek – vtažená bradavka, hrbolatý povrch.

V další fázi zvedne žena paži a prsty druhé ruky vyšetřuje prs na straně zdvižené paže. Provádí důkladnou palpaci krouživými pohyby od prsního dvorce zevně po celém prsu. Vyšetřuje dolní zevní kvadrant, horní i dolní vnitřní kvadrant a pokračuje až k axile. Jemným stiskem bradavky mezi prsty věnuje žena pozornost případné sekreci nebo jiným změnám. Totéž zopakuje i na druhé straně. Nakonec prohmatává oba prsy současně proti sobě.

Třetí fázi provádí žena vleže na zádech, kdy má ruku za hlavou nebo v bok a podložené rameno téže strany. Prsty druhé ruky nyní postupuje stejným způsobem vyšetřování jako v předchozí fázi při poloze vestoje. Tyto kroky opakuje i na opačné straně.

Pro správný nácvik samovyšetřování prsů je vhodná konzultace s lékařem nebo se zdravotnickým personálem, který by měl techniku dobře ovládat. (18)

1.4.2. Mamografický screening

Podstatou aktivního vyhledávání je odhalení nádoru prsu ještě před tím, než se začne šířit hematogenní cestou, tedy diagnostika karcinomu ve stadiu in situ. V České republice je mamografické vyšetření bezplatné pro ženy nad 45 let ve dvouletých intervalech. Vyšetření se také provádí na základě doporučení obvodního lékaře nebo gynekologa. Ženy s vyšším rizikem nádorového onemocnění prsu podstupují další vyšetření k vyloučení nebo potvrzení diagnózy. V meziintervalech je nutné stále provádět samovyšetřování prsů a při jakémkoli podezření navštívit lékaře i dříve než po dvou letech. (2, 5)

1.5. Dispenzarizace

Dispenzární péče je celoživotní, má svá jasně stanovená pravidla a intervaly kontrol. Po ukončení léčby rakoviny prsu žena dále dochází k lékaři na pravidelné kontroly a vyšetření, kterými jsou rentgen plic, ultrasonografie jater, laboratorní vyšetření krve (onkomarkery CEA, CA 15-3) a moči, mamografie a sonografie. Tímto způsobem se postupuje, i pokud žena nemá žádné subjektivní potíže. U nádorového onemocnění existuje zvýšené riziko výskytu recidiv a zasažení rakovinou i druhého prsu. Symptomy, které mohou souviset s recidivou onemocnění, jsou bolest prsu, změny chuti k jídlu, ztráta hmotnosti, poruchy menstruačního cyklu, dechové obtíže a jiné. Je důležité, aby žena prováděla samovyšetřování prsů a při výskytu obtíží neprodleně informovala lékaře. Cílem dispenzarizace onkologicky nemocných je včasná diagnostika recidivy a zahájení vhodné terapie. (2, 18)

2. Základní údaje o nemocné

2.1. Identifikační údaje

Jméno: Z. V.

Věk: 65 let

Pohlaví: ženské

Stav: vdaná

Bydliště: Praha

Váha: 63 kg

Výška: 170 cm

Datum přijetí: 4. 11. 2012

Datum plánované operace: 5. 11. 2012

Datum propuštění: 8. 11. 2012

Místo hospitalizace: gynekologické oddělení fakultní nemocnice

Základní diagnóza: C 509 ZN – prs NS

2.2. Lékařská anamnéza

Rodinná anamnéza:

Matka zemřela v 85 letech stáří, o otci blíže neví. Čtyři bratři a jedna sestra zdraví. TBC – 0, DM – 0, hypertenze – 0.

Osobní anamnéza:

Pacientka prodělala běžné dětské choroby. V dospělosti vážně nestonala, pouze hypertenze asi 8 let.

Operace: 1994 – mastectomia et exenteratio axillae l. dx. pro ca mammae,
následně aktinoterapie

2008 – pupeční kýla

Farmakologická anamnéza:

Prestarium Neo Combi 5 mg, tbl., p. o. 1 – 0 – 0

Vasocardin 50 mg, tbl., p. o. 1 – 0 – 1

Gynekologická anamnéza:

Menses od 14 let, cyklus pravidelný. Menopauza – 55 let. Porody – 2x spontánní. Potrat – 1x spontánní. Gynekologicky nestonala.

Alergická anamnéza:

Neguje.

Pracovní anamnéza:

Dříve pracovala v prádelně, nyní je v důchodu.

Sociální anamnéza:

Vdaná, žije s manželem v panelovém domě s výtahem ve 3. patře.

Nynější onemocnění:

Pacientka přichází na operaci levého prsu, ve kterém byl pomocí magnetické rezonance, sono vyšetření a core-cut biopsie prokázán mnohočetný lobulární karcinom. Pravý prs chybí, jizva klidná, axila volná. Levý prs s hmatným, poměrně objemným tumorem na rozhraní horních kvadrantů cca 25 x 20 mm. Kůže je neporušena, i když přes ni útvar prominuje, ke kůži není fixován. Doporučena mastektomie a exenterace axily l. sin.

Diagnóza:

C 509 ZN – prs NS

Stp. mastektomii a exenteraci axily l. dx.

Stp. aktinoterapii

2.3. Diagnostická a předoperační vyšetření

Po ablaci pravého prsu a exenteraci axily v roce 1994 docházela paní Z. v pravidelných intervalech jedenkrát ročně na kontrolní a diagnostická vyšetření.

Diagnostická mamografie

Vlevo bohatá žláza, hůře přehledná, v horním kvadrantu nápadnější zhuštění. Axilární uzliny fyziologické. Výsledek vyšetření není možné rozhodnout, nutné doplnit dalším vyšetřením (únor 2012).

Ultrasonografie prsu

V horním kvadrantu levého prsu bohatší nepravidelná žláza bez přesvědčivého ložiska. Axilární uzliny fyziologické (únor 2012). Následné kontrolní ultrazvukové vyšetření ukázalo širokou vrstvu bohaté žlázy. Vlevo v horním zevním kvadrantu v místě na pohmat objemnějšího uzle, je žláza hrubě nepravidelná v rozsahu cca 25 x 15 mm. Zobrazuje se zde i další drobné ložisko do cca 5 mm. Axilární uzliny fyziologické. Stav po ablaci pravého prsu bez známek recidivy (září 2012).

Biopsie

Provedena core-cut biopsie z obou ložisek v horním kvadrantu levého prsu. Diagnostikován infiltrativní lobulární karcinom, nukleární grade 2, s perineurálním šířením (říjen 2012).

Gynekologické vyšetření

Bez patologického nálezu (říjen 2012).

RTG hrudníku

Ložiskové změny zobrazeného plicního parenchymu neprokázány. Bránice hladká, zobrazené úhly volné. Srdce hraniční velikosti. Stav po pravostranné mastektomii (říjen 2012).

Ultrasonografie jater

Bez patologického nálezu (říjen 2012)

Laboratorní vyšetření biologického materiálu (25. 10. 2012)

Krevní obraz: hodnoty v referenčních mezích

Koagulační vyšetření: hodnoty v referenčních mezích

Biochemické vyšetření krve:

S-CEA.....2,8 µg/l(norma < 2,5)
S-Cholesterol.....6,15 mmol/l.....(norma 2,9 – 5,00)
S-Kalium.....3,62 mmol/l.....(norma 3,8 – 5,4)
S-Kreatinin enzymově.....109 µmol/l.....(norma 53 – 97)

Ostatní hodnoty v referenčních mezích.

Biochemické vyšetření moči:

Moč + sediment:

U-specifická hmotnost.....1008 kg/m³.....(norma 1015 – 1030)

Ostatní nálezy v normě.

Interní vyšetření

Pacientka je přiměřené výživy, sklery bílé, spojnice růžové, krk bez patologického nálezu, akce srdeční pravidelná – 2 ohraničené ozvy, sklípkové dýchání čisté, břicho měkké, žilní systém dolních končetin klidný (1. 11. 2012).

EKG

Křivka fyziologická (1. 11. 2012).

Anesteziologické vyšetření

Předoperační anesteziologické vyšetření zahrnovalo posouzení schopnosti výkonu v celkové anestezii a ordinaci premedikace a prevence TEN (1. 11. 2012).

2.4. Stav nemocné při příjmu do nemocnice

Pacientka je orientovaná místem, časem, osobou. Subjektivně bez obtíží, afebrilní, močení a stolice v normě, nemá dechové obtíže.

TK=130/70, P=72/min, D=18/min, TT=36, 6 °C, váha 63 kg, výška 170 cm, BMI 21, 8.

2.5. Stručný průběh hospitalizace

1. den hospitalizace (4. 11. 2012)

- Příjem pacientky na standardní gynekologické oddělení fakultní nemocnice.
- Seznámení s oddělením.
- Zajištění potřebné administrativy.
- Předoperační příprava (edukace, podání medikace dle ordinace lékaře, předoperační příprava operačního pole).

2. den hospitalizace - 0. pooperační den (5. 11. 2012)

- Zajištění farmakoterapie dle ordinace lékaře.
- Předoperační příprava (hygiena, prevence TEN).
- Na výzvu podání premedikace dle ordinace anesteziologa.
- Po operaci překlad na jednotku intenzivní péče gynekologického oddělení.
- Na JIP monitorace vitálních funkcí, pozorování a stabilizace celkového stavu, zajištění medikace, infúzní terapie a parenterální výživy dle ordinace lékaře.

3. den hospitalizace – 1. pooperační den (6. 11. 2012)

- Přeložení z JIP na standardní gynekologické oddělení.
- Sledování a stabilizace celkového stavu, pooperační rekonvalescence.
- Zajištění medikace dle indikace lékaře.
- Zajištění rehabilitační péče.
- Péče o operační ránu (první převaz operační rány).

4. den hospitalizace – 2. pooperační den (7. 11. 2012)

- Pokračuje pooperační rekonvalescence.
- Sledování celkového stavu.
- Péče o operační ránu.
- Rehabilitační pooperační režim.
- Zajištění farmakoterapie dle ordinace lékaře.

5. den hospitalizace – 3. pooperační den (8. 11. 2012)

- Podání chronické medikace.
- Edukace pacientky a dimise.

2.6. Farmakoterapie k 1. pooperačnímu dni

Prestarium Neo Combi 5 mg, tbl., p. o.

Indikační skupina: antihypertenzivum

Nežádoucí účinky: bolest hlavy, závratě, zrakové poruchy, hučení v uších, dušnost

Dávkování: 1 – 0 – 0

Vasocardin 50 mg, tbl., p. o.

Indikační skupina: antihypertenzivum, beta-blokátor

Nežádoucí účinky: zažívací obtíže, slabost, malátnost, bolesti hlavy, nespavost

Dávkování: 1 – 0 – 1

Tralgit 100 mg, 1amp., i. m.

Indikační skupina: analgetika, anodyna, jiné opioidy

Nežádoucí účinky: může se vyskytnout pocení, nechutenství, závratě, bolest hlavy

Dávkování: při bolesti max. 3x denně

Torecan 6,5 mg, 1 amp., i. m.

Indikační skupina: antiemetikum, derivát fenothiazinu

Nežádoucí účinky: bolesti hlavy, neklid, edém obličeje

Dávkování: při nevolnosti 2x denně

Clexane 0,4 ml, s. c.

Indikační skupina: antikoagulant, nízkomolekulární heparin

Nežádoucí účinky: bolest hlavy, krvácení z rány

Dávkování: 0 – 0 – 1 (20 h)

(Státní ústav pro kontrolu léčiv: Databáze léků [online]. 2013 [cit. 2013-05-06].

Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>)

3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

3.1. Charakteristika ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces představuje systematický způsob plánování a poskytování kvalitní ošetrovatelské péče, jehož cílem je pokud možno dosáhnout pozitivní změny zdravotního stavu pacienta. Pomocí ošetrovatelského procesu uspokojujeme bio-psycho-socio-spirituální potřeby člověka.

Výhody ošetrovatelského procesu pro pacienta:

Kvalitní plánovaná a kontinuální péče zaměřená na uspokojování individuálních potřeb, možnost podílet se na rozhodování o vlastní péči, pohlíží na člověka holisticky – jako na celek, komplexně.

Výhody ošetrovatelského procesu pro sestru:

Kvalitní ošetrovatelské vzdělávání, spokojenost v pracovním prostředí, získávání zkušeností, aplikace standardů ošetrovatelské praxe, poskytování bezpečné péče – usnadnění rozhodování a předcházení problémům se zákonem. (12, 13, 14)

Ošetrovatelský proces je cyklický, má 5 fází, které na sebe navazují a vzájemně se prolínají a opakují:

1. fáze – posouzení pacienta (zhodnocení pacienta)

První fáze obsahuje sběr a následné třídění informací týkajících se zdravotního stavu pacienta a zhodnocení jeho současného stavu. Současně sestra získává podklady k vypracování ošetrovatelské anamnézy. Tato fáze je důležitá pro rozvoj ošetrovatelského procesu, probíhá během všech fází a vyžaduje aktivitu sestry i pacienta.

Typy údajů: a) *objektivní* - vnější příznaky, projevy, které zjistíme pozorováním nebo porovnáním s normou (např. stav kůže, TT, TK,...)

b) *subjektivní* - vnitřní příznaky, symptomy, které udává konkrétní jedinec (např. bolest, svědění, strach, ...)

Zdroje údajů: pacient, rodina, přátelé, ostatní zdravotničtí pracovníci, zdravotnická dokumentace, ...

Metody získávání informací: pozorování, rozhovor, fyzikální vyšetření.

2. fáze - Stanovení ošetrovatelských diagnóz (problémů)

Tato fáze zahrnuje formulaci ošetrovatelské diagnózy na základě vyhodnocení získaných informací. Ošetrovatelská diagnóza představuje identifikaci aktuálního nebo potencionálního problému pacienta, který vznikl reakcí na změnu ve zdravotním stavu. Stanovený problém má svoji příčinu a určující znaky. Pomocí stanovené ošetrovatelské diagnózy volíme činnosti k dosažení cílů péče. Rozlišujeme ošetrovatelské diagnózy *aktuální* – představují současný problém a *potenciální* – riziko vzniku problému.

3. Plánování ošetrovatelské péče

Představuje určení krátkodobých a dlouhodobých cílů a plánování ošetrovatelských intervencí ke splnění stanovených cílů.

4. Realizace

Zaměřuje se na dosažení očekávaných výsledků a cílů prostřednictvím plánu péče, provádění ošetrovatelských intervencí.

5. Zhodnocení ošetrovatelské péče

Zhodnocení, zda došlo ke splnění stanovených cílů a zjištění efektivity poskytnuté ošetrovatelské péče, do jaké míry byly cíle splněny. Pokud se nepodařilo cíle dosáhnout, plán se na základě nově získaných informací reviduje a ošetrovatelský proces reaktivuje. (12, 13, 15, 16)

3.2. Ošetrovatelské modely

Ošetrovatelské modely vyjadřují různé koncepce vycházející z metaparadigmatu ošetrovatelství, který se zabývá osobou, prostředím, zdravím a ošetrovatelstvím. Snaží se zachytit smysl ošetrovatelství. Modely ošetrovatelské

péče poskytují sestřám jakýsi vzor, předlohu a pomáhají ke zvýšení kvality péče. (13, 17)

3.2.1. Marjory Gordonová: Model funkčního typu zdraví

Charakteristika modelu:

Model M. Gordonové je odvozený z humanistické a holistické filosofie, z ošetrovatelských modelů, koncepcí a teorií několika autorů, zejména D. Oremové, D. Johnsonové a C. Royové.

Vychází ze vzájemného působení osoby a prostředí. Skládá se z dvanácti okruhů funkčních vzorců zdraví, kde každý vzorec vyjadřuje určitou část zdraví, která se zhodnotí jako funkční nebo dysfunkční. Funkční typ je projevem zdraví, dysfunkční typ poukazuje na nemoc nebo na potencionální riziko problému. Z ošetrovatelského hlediska poskytuje dostačující standard pro hodnocení zdravotního stavu pacienta. (13, 17)

Hlavní jednotky modelu:

„Cílem je zdraví, zodpovědnost za svoji osobu, bio-psycho-sociální rovnováha.

Pacientem je holistický jedinec s bio-psycho-socio-spirituálními potřebami, osoba s funkčním nebo dysfunkčním vzorcem zdraví.

Role sestry slouží k získávání údajů v jednotlivých oblastech dle modelu, jejich zpracování a vyhodnocení. Při dysfunkčním typu zdraví se postupuje metodikou ošetrovatelského procesu.

Zdroj potíží vyplývá z bio-psycho-sociálních oblastí.

Ohnisko zákroku představuje dysfunkční typ zdraví.

Způsob intervence se řídí ošetrovatelskými modely a teoriemi.

Důsledkem je funkční typ zdraví.

Základní pojetí modelu:

Osoba je holistická bytost s funkčními vzorci zdraví, které lidský život ovlivňují.

Prostředí se spolu s jedincem podílí na funkčním typu zdraví.

Zdraví vyjadřuje bio-psycho-socio-spirituální rovnováhu.

Ošetrovatelství se zaměřuje na funkční a dysfunkční typy zdraví.

Oblasti funkčních vzorců zdraví:

1. Vnímání a udržování zdraví
2. Výživa a metabolismus
3. Vylučování
4. Aktivita a cvičení
5. Spánek a odpočinek
6. Citlivost, vnímání a poznávání
7. Sebepojetí a sebeúcta
8. Životní role a mezilidské vztahy
9. Reprodukční schopnost a sexualita
10. Stres a zátěžové situace, jejich zvládání a tolerance
11. Víra, životní hodnoty a přesvědčení
12. Jiné“

(17 s. 99 – 102)

3.3. Ošetřovatelská anamnéza podle Marjory

Gordonové

Ošetřovatelskou anamnézu jsem vypracovala první pooperační den na základě získaných informací při pohovoru s pacientkou, pozorováním, ze zdravotnické dokumentace a z rozhovoru se zdravotnickým personálem.

Model funkčních vzorců zdraví M. Gordonové jsem si vybrala z důvodu holistického pohledu na člověka. Poskytuje oporu pro poskytování kvalitní a efektivní ošetřovatelské péče. Podle mého názoru je vhodný pro tuto diagnózu. Vyhovuje mi přehledné a přitom komplexní rozdělení jednotlivých oblastí zdraví, které napomáhají k získávání potřebných informací a současně umožňují navázání kontaktu s pacientem. Sestra pak na základě svých znalostí a schopností spolu s pacientem hodnotí a stanovuje funkční nebo dysfunkční typy zdraví. Při funkčním vzorci volí sestra vhodné intervence k zachování zdraví, při dysfunkčním formuluje ošetřovatelské diagnózy a sestavuje ošetřovatelský plán.

1. Vnímání a udržování zdraví

Jako dítě prodělala paní Z. běžná dětská onemocnění, vážně nikdy nestonala. Uvádí nízkou nemocnost, pouze občasné nachlazení projevující se rýmou a kašlem. Úrazy popřípadě nehody doma nebo venku popírá. Léčí se pouze s hypertenzí. Dosud podstoupila dvě operace, v roce 1994 pravostrannou ablaci s následným léčebným ozařováním a v roce 2008 operaci břišní kýly. Kromě současného onkologického onemocnění své zdraví považuje na dobré úrovni, cítí se v pořádku, bez obtíží, proto ji recidiva choroby v druhém prsu zaskočila. Co nemoc způsobilo, neví, rodina je zdravá. Snaží se dodržovat zdravý životní styl, nekouří, nepije alkohol, drogy neguje, z chronické medikace užívá antihypertenziva – Prestarium Neo Combi 5 mg, tbl., p. o., 1 – 0 – 0; Vasocardin 50 mg, tbl., p. o., 1 – 0 - 1. Po první operaci prsu prováděla samovyšetření levého prsu a docházela na pravidelné lékařské kontroly, při nichž bylo diagnostikováno současné onemocnění.

2. Výživa a metabolismus

Pacientka je normálního habitu, měří 170 cm a váží 63 kg. Hodnota BMI je 21,8, tedy fyziologická. Stanovení nutričního stavu dle ošetřovatelské anamnézy je 0 bodů, proto není třeba kontaktovat nutričního specialistu. Paní Z. si po celý život udržuje štíhlou postavu, preferuje zdravou stravu, dostatek ovoce a zeleniny, celozrnné pečivo, mléčné výrobky, libové maso, sladkosti občas a to hořkou čokoládu. Potravinové doplňky neužívá. Nemá ráda tučná jídla, hlavně tučné maso. Jí pravidelně, čtyřikrát denně. Snaží se dodržovat pitný režim, za den vypije asi 1,5 – 2 l tekutin. Nejraději pije vodu a neslazený čaj. Změnu chuti k jídlu v souvislosti s onemocněním nepocituje. Potíže s přijímáním potravy ani dietní omezení neudává. Množství přijaté potravy se v době nemoci nezměnilo. První pooperační den je ordinována šetřící dieta, aby nedocházelo k zatěžování trávicího traktu a nadýmavému účinku stravy. Stav kůže je normální, bez defektů, okolí operační rány je klidné, krytí operační rány neprosakuje. Na základě rozšířené stupnice dle Nortonové, kterou jsem vyhodnotila na 27 bodů, není

významné riziko vzniku dekubitů. Problémy s chrupem pacientka neuvádí, má horní i dolní fixní můstek, zubního lékaře navštěvuje jedenkrát ročně.

3. Vylučování

Pacientka má stolici pravidelnou, vyprazdňuje se obvykle jedenkrát denně ráno před snídaní. Vzhled, množství, konzistence a zápach exkretů jsou v normě. Laxativa nikdy nepoužila. Vyprazdňování moči je pravidelné, přibližně každé 3 hodiny. Na záněty močových cest netrpí. S močením i vyprazdňováním střeva nemá pacientka potíže, žádnou formou inkontinence netrpí.

4. Aktivita a cvičení

Paní Z. ve volném čase ráda chodí na procházky, baví ji ruční práce. Oblíbila si pletení a luštění křížovek. Ráda vaří pro svého manžela i syna. Sportovním aktivitám se nevěnuje, ale nedostatkem pohybu určitě netrpí. Od ablace pravého prsu neprovádí náročné, přetěžující a namáhající činnosti k prevenci vzniku potíží souvisejících s mastektomií. První pooperační den nemá pacientka dostatek energie, při chůzi se cítí nejistá, občas trpí závratí. Má střední riziko pádu – 8 bodů podle Conleyové. Míru soběstačnosti jsem hodnotila dle Barthelové, celkové skóre 70 ti bodů odpovídalo lehké závislosti. Je nutný doprovod při chůzi a dopomoc v oblasti osobní hygieny, koupání, vyprazdňování a oblékání.

5. Spánek a odpočinek

Pacientka spí denně přibližně osm hodin. S usínáním, častým nebo časným probouzením potíže nemá, léky na spaní neužívá. Během dne doma nespí. Odpočívá při ručních pracích, luštění křížovek a večer u televize. Po operačním zákroku sice později usíná, ale pospává i přes den. Problémy se spánkem neudává, léky na spaní odmítá.

6. Citlivost, vnímání a poznávání

Pacientka nemá potíže se sluchem, kompenzační pomůcky nepoužívá. Na čtení nosí brýle, na dálku vidí dobře. Změnu paměti neudává, na její procvičování

luští křížovky. Nové věci se nejrychleji učí praktickým nácvikem. Myslí si, že je o svém zdravotním stavu informována dostatečně, pokud něco chce vědět, zeptá se. Vědomí, mentální stav a komunikace je na dobré úrovni. První pooperační den v ranních hodinách udává bolest operační rány VAS 2 a trpí pooperační nauzeou.

7. Sebepojetí a sebeúcta

Paní Z. vnímá sebe samou jako pilnou a svědomitou. Spoléhá sama na sebe, ale zároveň má velkou oporu v manželovi a rodině. Současnou situaci zvládá prožívat dobře, působí vyrovnaně. Přestože následkem operace došlo ke změně obrazu těla, způsob vnímání sebe samé se podle pacientky nezměnil, dobře přijímá svůj změněný obraz těla. Nevidí zábrany v používání prsních epitéz. Hlavní je pro ni i pro její blízké úspěšná léčba a uzdravení. Uvědomuje si pooperační omezení, nutnost vhodné rehabilitace a rizika související s mastektomií. Aktuálně pociťuje strach z prognózy nemoci.

8. Životní role a mezilidské vztahy

Paní Z. bydlí společně s manželem a synem v panelovém bytě. S bydlením je spokojená, domácnost zvládá obstarat převážně sama. Nedaleko bydlí i druhý syn s manželkou. V rodině mají dobré vztahy, vzájemně si pomáhají, proto při hospitalizaci nemá obavy se zajištěním chodu domácnosti. Rodina pacientku pravidelně navštěvuje, pocity osamělosti netrpí.

9. Reprodukční schopnost a sexualita

Menstruaci měla pacientka pravidelnou, od 14 let. Menopauza nastala v 55 letech. Po jednom spontánním potratu porodila dva zdravé syny. Na gynekologické prohlídky dochází pravidelně každý rok, naposledy v říjnu 2012. Sexuální vztah uvádí uspokojivý, s manželem o pooperační změně obrazu těla hovořila.

10. Stres a zátěžové situace, jejich zvládání a tolerance

Mezi největší zátěžové životní situace patří onkologická diagnóza obou prsů. S nemocí se pacientka zvládá dobře vypořádat, přijímá život takový jaký je a

nevzdává se. Antidepresiva ani žádné jiné prostředky neužívá a ani užívat nechce. Problémové situace řeší co nejvíce v klidu a čeká, až krize přejde. Občas ventiluje své emoce pláčem.

11. Víra, životní hodnoty a přesvědčení

Paní Z. nevyznává žádnou víru, do kostela nechodí, nemodlí se, ale věřící neodsuzuje. Nejdůležitější a nejcennější je pro ni zdraví a rodina. Uznává životní hodnoty jako poctivost, pravdomluvnost, láska, vzájemná pomoc a opora. Hospitalizace pro pacientku nepředstavuje žádné omezení týkající se životních hodnot, je ráda, že už má operační zákrok za sebou a těší se domů. Do budoucna věří v příznivý vývoj nemoci a těší se na vnoučata.

12. Jiné

Pacientka neví o další oblasti, o které by chtěla hovořit.

3.4. Ošetřovatelské diagnózy k 1. pooperačnímu dni

Ošetřovatelské diagnózy jsem stanovila k 1. pooperačnímu dni (6. 11. 2012), kdy byla pacientka v ranních hodinách přeložena z jednotky intenzivní péče gynekologického oddělení zpět na standardní oddělení. Ke stanovení aktuálních i potencionálních ošetřovatelských diagnóz jsem použila údaje z pohovoru s pacientkou, ze zdravotnické dokumentace, ošetřovatelské anamnézy a z rozhovoru se zdravotnickým personálem.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

- 1) Akutní bolest související s operační ránou
- 2) Nauzea související s operačním zákrokem
- 3) Zvýšené riziko pádu související se zhoršenou mobilitou a celkovou slabostí v pooperačním období
- 4) Deficit sebepéče v pohybové oblasti, při osobní hygieně, koupání, vyprazdňování a oblékání související s operačním výkonem
- 5) Strach související s prognózou základního onemocnění

Potencionální ošetřovatelské diagnózy:

- 1) Riziko infekce související s operační ránou
- 2) Riziko TEN související s operačním výkonem

3.4.1. Aktuální ošetřovatelské diagnózy k 1. pooperačnímu dni

Ad 1) Akutní bolest související s operační ránou

Cíl:

- Pacientka udává zmírnění bolesti do půl hodiny po podání analgetika, ideální hodnota do VAS 1.
- Pacientka rozumí a správně používá škálu bolesti.

Plán péče:

- Zjistí lokalizaci, charakter, trvání a intenzitu bolesti.
- Vysvětlí pacientce význam a používání škály bolesti – VAS 1 – 10.
- Založ záznam sledování bolesti.
- Všímej si neverbálních projevů bolesti (výraz obličeje, změna nálady, zvýšená dechová frekvence, vyhledávání úlevové polohy).
- Při bolesti a před převazem operační rány podej analgetika dle ordinace lékaře.
- Sleduj účinek podaných analgetik.
- Pravidelně kontroluj výskyt bolesti.
- Informuj o prevenci bolesti.
- Poskytni možnost nefarmakologického tišení bolesti.
- Doporuč a pomoz pacientce zaujmout úlevovou polohu.

Realizace:

Kolem osmé hodiny ranní jsem pacientce vysvětlila užití analogové škály bolesti a požádala ji o označení intenzity bolesti na stupnici 1 – 10. Paní Z. pociťovala mírnou, snesitelnou tupou bolest operační rány VAS 2. Následně jsem založila a vedla záznam o bolesti dle standardů oddělení. Pacientka byla informována o prevenci bolesti a jejího včasného řešení a je si vědoma, že může žádat o prostředky k tišení bolesti. I v rámci prevence bolesti jsem pacientce pomohla vyhledat a doporučila zaujmout úlevovou polohu – zvýšená levá horní končetina pro efektivnější analgetický účinek a lymfatickou drenáž. Každou

hodinu jsem bolestivost sledovala, všímala si neverbálních projevů signalizujících bolest a prováděla záznamy do zdravotnické dokumentace. V jednu hodinu odpoledne, před převazem operační rány, pacientka udávala bolest VAS 3, proto byl aplikován Tralgit 100 mg intramuskulárně dle ordinace lékaře. Poté došlo ke zmírnění bolesti na VAS 0 – 1. Následoval převaz rány s odstraněním drénů. Po převazu jsem opět v pravidelných intervalech bolestivost kontrolovala, pacientka hodnotila bolest na VAS 0 – 1. Nabídla jsem pacientce možnost použití chladivého sáčku s gelem přiložením k operační ráně. Paní Z. souhlasila, bolest postupně ztrácela na intenzitě, další analgetika již nechtěla.

Hodnocení:

U této diagnózy byl cíl zcela splněn. Pacientka se správně naučila používat analogovou škálu bolesti a dobře spolupracovala. K večeru došlo úplnému ústupu bolesti, dále se bolest již neobjevila.

Ad 2) Nauzea související s operačním zákrokem

Cíl:

- Pacientka udává zmírnění pooperační nevolnosti.
- Pacientka dobře toleruje příjem stravy i tekutin per os.

Plán péče:

- Informuj pacientku o vhodné poloze, k lůžku přichystej emitní misku a buničinu.
- Zajisti dostatek čerstvého vzduchu a prostředí bez dráždivých vůní a zápachů.
- Při nevolnosti podej antiemetika dle ordinace lékaře.
- Sleduj účinek podaných léčiv.
- Všiměj si neverbálních projevů nevolnosti – bledost, změna nálady, kontroluj výskyt a intenzitu nauzey.
- Zdůrazni možnost použití signalizačního zařízení.
- Poskytni vhodnou stravu a dostatek tekutin a doporuč konzumaci jídla i pití po menších dávkách.

Realizace:

První pooperační den paní Z. nauzeu pociťovala již od ranních hodin. Z toho důvodu jsem ji na lůžku uložila tak, aby měla horní polovinu těla ve zvýšené poloze a hlavu ke straně jako prevenci aspirace zvratků. Na stolek jsem připravila emitní misku a buničinu pro případné zvracení a pomůcky umístila na dosah pacientky. Rovněž jsem připomněla použití signalizačního zařízení při zhoršení stavu nebo při jakékoli potřebě a zkontrolovala, aby ho měla pacientka k dispozici. V pokoji jsem zajistila dostatek čerstvého vzduchu, průběžně větrala (samozřejmě s přihlédnutím venkovní teploty a s ohledem na ostatní pacientky na pokoji) a tím redukovala vznik nepříjemných a dráždivých pachů. Pravidelně, každou hodinu jsem sledovala intenzitu nevolnosti, všímala si neverbálních symptomů nauzey. Od jedenácté hodiny dopoledne pacientka subjektivně udávala zmírnění obtíží. Zajistila jsem tekutiny pro dostatečnou hydrataci, na přání paní Z. neslazený čaj, a doporučila je přijímat postupně po malých doušcích. Za den

vypila 1,5 litru. Dietu měla pacientka předepsánu šetřící, aby nedocházelo k přetěžování trávicího traktu po operačním výkonu. Rovněž stravu přijímala paní Z. po menších soustech, tímto způsobem neměla problémy ani při pití. Kolem třetí hodiny odpoledne došlo ke zhoršení nevolnosti. Dle ordinace lékaře jsem injekčně aplikovala Torecan 6,5 mg intramuskulárně a provedla záznam o podání antiemetika do zdravotnické dokumentace. Pacientce se do půl hodiny po podání antiemetika výrazně ulevilo a ve večerních hodinách se cítila mnohem lépe.

Hodnocení:

Došlo ke splnění cíle. Pooperační nauzea ve večerních hodinách zcela odezněla. Pacientka dobře tolerovala příjem tekutin i stravy postupně po malých dávkách.

Ad 3) Zvýšené riziko pádu související se zhoršenou mobilitou a celkovou slabostí v pooperačním období

Cíl:

- Minimalizovat riziko pádu během 1. pooperačního dne.

Plán péče:

- U pacientky zjistit skóre rizika vzniku pádu.
- Provést záznam do zdravotnické dokumentace o riziku pádu a identifikuj pacientku dle standardu oddělení.
- Pouč pacientku o zvýšeném riziku pádu a úrazu a jeho prevenci.
- Vysvětlit pacientce použití signalizačního zařízení a zajisti ho k dispozici.
- Poskytni k lůžku potřebné pomůcky.
- Uprav vhodně okolí lůžka, odstraň případné překážky.
- Doporuč vhodnou obuv.
- Edukuj pacientku o nutnosti doprovodu při vstávání z lůžka.
- Průběžně kontroluj stav pacientky.

Realizace:

U pacientky jsem zjistila střední riziko pádu, 8 bodů dle hodnocení Conleyové. Riziko pádu jsem uvedla do ošetřovatelské dokumentace a označila ji dle zvyklostí oddělení – červený kolečkem. Stejným způsobem byl označen identifikační náramek pacientky. Paní Z. jsem informovala o zvýšeném riziku pádu, vysvětlila zacházení se signalizačním zařízením a umístila ho pacientce na dosah. Potřebné pomůcky, zejména pití, emitní misku a buničinu jsem připravila na stolek hned vedle lůžka a pravidelně chodila paní Z. kontrolovat. Pacientka se cítila oslabená, při chůzi měla občasné závratě, proto používala signalizační zařízení k zajištění doprovodu při vstávání z lůžka. Okolí lůžka jsem zkontrolovala, židle přisunula blíže ke stolu, aby nepředstavovaly možnou překážku při chůzi. Jako obuv měla pacientka pantofle, které se jí sice dobře nazouvaly, ale z hlediska bezpečnosti by jistě vhodnější byla pevná obuv s páskem za patu. Při chůzi jsem pacientku jistila z pravé strany. Ke konci dne se

pohyblivost podstatně zlepšila, pacientka subjektivně udávala větší sílu a energii a ortostatickým kolapsům nedocházelo.

Hodnocení:

Cíl byl splněn. Během prvního pooperačního dne nedošlo k pádu ani ke zranění pacientky a celkové riziko pádu se minimalizovalo.

Ad 4) Deficit sebepéče v pohybové oblasti, při osobní hygieně, koupání, vyprazdňování a oblékání související s operačním výkonem

Cíl:

- Pacientka dosáhne co nejvyššího stupně soběstačnosti.

Plán péče:

- Vyhodnot' míru soběstačnosti dle testu Barthelové.
- Dohlížeť na bezpečnost a předcházeť úrazu, především v oblastech snížené soběstačnosti.
- Respektuj pacientky potřebu hygienické péče, koupání, vyprazdňování a oblékání a zachovej intimitu při těchto činnostech.
- Dopomož a poskytni dostatek času při plnění úkonů.
- Podporuj pacientku ke zvýšení soběstačnosti a oceňuj její snahu.

Realizace:

Na základě testu Barthelové byla pacientka lehce závislá na pomoci sestry – 70 bodů. Pacientce jsem pomáhala při chůzi, osobní hygieně, koupání, vyprazdňování a oblékání. Snížená soběstačnost byla především kvůli zhoršené chůzi a pro omezenou pohyblivost levé končetiny. Přizpůsobila jsem se a respektovala její aktuální požadavky týkající se konkrétních činností. V dopoledních hodinách se pacientka přála osprchovat, provést celkovou hygienu v koupelně, ne na lůžku, což ji velmi prospělo. Při koupeli jsem dávala pozor na bezpečnost nemocné a na operační ránu, aby nedošlo k promočení krytí. Na pacientku jsem nespěchala, nechala ji samostatně udělat činnosti, na které se cítila, které zvládla a za snahu a vytrvalost jsem ji chválila. To pacientku povzbuzovalo a zároveň motivovalo. V průběhu dne jsem paní Z. dle potřeby doprovázela na toaletu. Zejména při hygieně, koupání, vyprazdňování a oblékání jsem dbala na zachování soukromí – zavřené dveře, zakrývající oděv.

Hodnocení:

Cíl byl zcela splněn. Během 1. pooperačního dne se schopnost sebepéče pacientky postupně zvyšovala i s tím, jak se zlepšovala mobilita. Pacientka udělala velký pokrok, snažila se a dosáhla plné soběstačnosti.

Ad 5) Strach související s prognózou základního onemocnění

Cíl:

- Pacientka bude udávat alespoň částečné zmírnění strachu.

Plán péče:

- Promluv s pacientkou o jejích obavách.
- Poskytni dostatečný prostor k vyjádření obav, pocitů, emocí.
- Snaž se o vytvoření důvěry.
- Pacientku dostatečně informuj o výkonech a léčebném plánu v rámci ošetrovatelských kompetencí.
- Pokud bude mít pacientka zájem, zajisti aktivity k zaměstnání mysli a odvedení pozornosti.
- Zajisti konzultaci s lékařem.
- Sleduj psychický stav pacientky.
- Umožni kontakt s rodinou.

Realizace:

Pacientka byla velmi vstřícná, potíže s komunikací neměla. S paní Z. jsem mluvila klidně, při rozhovoru jsem většinou seděla na židli vedle lůžka. Myslím, že se mi podařil navázat vztah důvěry a pacientka si se mnou ráda povídala. Byla ráda, že má operaci za sebou a těšila se domů za manželem a rodinou. Jediné, co ji trápilo, byly obavy z histologického nálezu odebraných vzorků při operaci. Měla strach z přítomnosti metastáz a následné účinnosti léčby. I přesto nepropadala beznaději a smýšlela pozitivně. Pacientce jsem vždy všechny plánované činnosti a výkony vysvětlila, aby věděla, co ji čeká, mohla se podílet na léčebném a ošetrovatelském plánu, abych předcházela stresujícím situacím. Také jsem jí nabídla možnost zájmové činnosti. Během dne paní Z. luštila křížovky a věnovala se pooperační rehabilitaci. Při převazu operační rány mluvila pacientka s lékařkou o svých obavách a o dalším postupu léčby. Lékařka paní Z. trpělivě vysvětlila, že na výsledky je ještě brzy a nyní se musíme zaměřit především na zotavení po operačním výkonu a následné propuštění do domácího ošetřování. V průběhu dne

jsem sledovala psychický stav pacientky, v odpoledních hodinách za ni přišel pacientkou syn s přítelkyní, což ji velmi potěšilo a povzbudilo.

Hodnocení:

Během služby, při které jsem se o nemocnou starala, došlo ke viditelnému zlepšení nálady, paní Z. udávala, že se cítí lépe. Zlepšení psychického stavu jistě souviselo i s celkovým zlepšením stavu fyzického. Cíl u této diagnózy byl splněn, i když strach v určité míře stále překonával.

3.4.2. Potencionální ošetřovatelské diagnózy

Ad 1) Riziko infekce související s operační ránou

Cíl:

- Minimalizovat riziko vzniku infekce.
- Včas zachytit a rozpoznat symptomy infekčních komplikací.

Plán péče:

- Kontroluj místo operační rány a okolí, sleduj případné prosakování krytí a zarudnutí.
- Převezky prováděj dle potřeby a indikace lékaře.
- Při převazu rány postupuj asepticky, dbej na hygienu rukou.
- Sleduj funkčnost a sekreci z drénů.
- Všiměj si celkových příznaků infekce (horečka, třesavka).
- Při známkách infekce informuj lékaře.

Realizace:

Po překladu pacientky na standardní gynekologické oddělení jsem provedla kontrolu operační rány – přes obvaz. Rána byla sterilně kryta, neprosakovala, okolí klidné bez otoku nebo zarudnutí. Hodnocení rány a kontrolu výdeje z drénů jsem prováděla v průběhu celého dne. Tělesnou teplotu jsem měřila třikrát denně, naměřené hodnoty byly fyziologické (7 h - 36, 5°C, 13 h - 36, 6°C, 18 h - 36, 6°C). Odpoledne jsem s lékařkou za aseptických podmínek operační ránu poprvé převázala. Dbala jsem nutnosti zvýšené hygieny, před a po výkonu provedla hygienu a dezinfekci rukou.

Nejdříve se rána dezinfikovala, následně lékařka odstranila oba Redonovy drény pro nulovou sekreci a nakonec jsem ránu sterilně překryla.

Hodnocení:

Cíl byl splněn. Při péči o operační ránu pacientky jsem dodržovala hygienický režim a aseptický přístup. Rána i okolí byly klidné, bez známek infekce.

Ad 2) Riziko TEN související s operačním výkonem

Cíl:

- Minimalizovat riziko vzniku tromboembolických komplikací.
- Včas zachytit a rozpoznat příznaky tromboembolických komplikací.
- Pacientka zná příznaky TEN.

Plán péče:

- Sleduj příznaky TEN – bolest lýtka, zvýšená teplota lýtka, otok, zarudnutí dolní končetiny, dušnost.
- Informuj pacientku o prevenci a symptomech TEN, o nutnosti přivolání zdravotnického personálu při výskytu komplikací.
- Zajisti včasnou mobilizaci a vhodnou rehabilitaci k prevenci tromboembolických komplikací po operačním výkonu.
- Prováděj subkutánní aplikaci nízkomolekulárního heparinu dle ordinace lékaře.
- Pokračuj v kompresi dolních končetin pomocí elastických punčoch.

Realizace:

Pro zhoršenou pohyblivost po chirurgickém zákroku jsem u pacientky první pooperační den pokračovala v používání kompresních elastických punčoch. Paní Z. jsem poučila o symptomech TEN a o prevenci komplikací. Pacientce jsem doporučila vhodné, nenáročné cvičení – plantární a dorzální flexi a dechová cvičení, které v průběhu dne několikrát opakovala. Postupně jsem se snažila pacientku mobilizovat a vertikalizovat a současně tím podporovala zvýšení soběstačnosti. Kontinuálně jsem sledovala výskyt možných příznaků tromboembolických komplikací. Dále jsem k prevenci TEN pokračovala v subkutánní aplikaci antikoagulancia Clexane 0,4 ml ve 20 hodin dle předpisu lékaře.

Hodnocení:

Došlo ke splnění cíle. Pacientka věděla o příznacích TEN a o prevenci. Znala a prováděla vhodné rehabilitační cvičení. K výskytu tromboembolických komplikací nedošlo

3.5. Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče

4. den hospitalizace – 2. pooperační den (7. 11. 2012)

Pacientka byla bez potíží, zcela soběstačná, bolesti ani nauzeu neudávala. Rána a okolí byly klidné, bez známek infekce. Dle ordinace lékařky jsem na ránu aplikovala pouze roztok Novikov, již bez dalšího krytí. Dieta ponechána šetřící, pohybový režim volný. Dopoledne opět přišla za paní Z. fyzioterapeutka k pokračování rehabilitačního cvičení. Pro navrácenou plnou mobilitu nemusela pacientka nadále nosit kompresní elastické punčochy. Pokračuje se v podávání chronické medikace (Prestarium Neo Combi 5 mg, tbl., p. o., 1 – 0 – 0; Vasocardin 50 mg, tbl., p. o., 1 – 0 – 1), aplikaci antikoagulancia (Clexane 0, 4 ml, s. c., 0 – 0 – 1 ve 20 hodin) a ve sledování fyziologických funkcí 2x denně, ráno v 7 hodin a večer v 18 hodin. Naměřené hodnoty byly – TK=120/85, 130/70; P=82', 87'; D=17, 18; TT=36, 4°C, 36, 6°C.

5. den hospitalizace – 3. pooperační den (8.11.)

Pacientka se cítila dobře, těšila se domů. Ráno dostala svoji chronickou medikaci (Prestarium Neo Combi 5 mg, tbl., p. o., 1 – 0 – 0; Vasocardin 50 mg, tbl., p. o., 1 – 0 – 1), fyziologické funkce byly v normě – TK=125/80; P=85'; D=19; TT=36, 6°C. Dietu měla paní Z. již racionální. V dopoledních hodinách byla edukována a na základě indikace lékaře propuštěna do domácího ošetřování. Dostala termín ke kontrolnímu vyšetření, k vyjmutí stehů, sdělení výsledků histologického vyšetření a ke stanovení dalšího léčebného postupu.

Vzhledem k základnímu onemocnění a provedenému chirurgickému zákroku pokládám za nezbytně nutné věnovat po celou dobu hospitalizace zvýšenou pozornost především k zabránění pooperačních komplikací (postmastektomický bolestivý syndrom, syndrom „zamrzlého ramene“, lymfedém) souvisejících s mastektomií.

Již od prvního pooperačního dne u pacientky začínala rehabilitační péče ve spolupráci s fyzioterapeutkou, která ji navštěvovala v dopoledních hodinách. Paní Z. se v průběhu hospitalizace pod dohledem fyzioterapeutky a sester postupně učila znát a správným způsobem provádět cviky vhodné pro ženy po mastektomii

(obrázek č. 8), dechová cvičení, pečovat o operační ránu. První pooperační den jsem ji s fyzioterapeutkou vysvětlila důležitost rehabilitace a upozornila na možný výskyt pooperačních komplikací po ablačních operacích. Základní informace pacientka věděla, protože před několika lety podstoupila amputaci pravého prsu. Paní Z. spolupracovala velmi dobře, snažila se a rychle učila novým cvikům, za což jsem ji chválila. Pro rychlé zotavování došlo již 3. pooperační den k dimisi do domácího ošetřování a pacientku jsem spolu se sestrou podrobně edukovala o pooperačním režimu a jak se má starat o operační ránu.

3.6. Psychologie onkologicky nemocných

Sdělení onkologické diagnózy představuje pro každého člověka obrovský zásah do jeho života. Mysl člověka zavalují spousty otázek, na některé však nelze přesně odpovědět. Zátěžovým obdobím prochází nejen nemocný, ale i jeho nejbližší okolí, především rodina, která často znamená opěrný bod. Trpí celý člověk, tělo i duše. Zvládat tuto náročnou situaci je velmi složité, nikde neexistuje přesný návod, každý člověk reaguje odlišně a proces sžívání s nemocí je různě dlouhý. Podle Elizabeth Kübler-Rossové lze prožívání nemoci rozdělit do šesti stadií:

- „1) Období šoku
- 2) Popření skutečnosti a izolace
- 3) Stadium hněvu a vzdoru
- 4) Smlouvání
- 5) Období smutku, deprese
- 6) Přijetí situace, akceptace“ (19 s. 104)

Onemocnění rakovinou prsu je velkou ránou na psychiku ženy, především z toho důvodu, že jde o symbol ženskosti. Ženy se bojí o ztrátu ženské přitažlivosti, mají obavy z přijetí změněného obrazu těla a ze sociální izolace. Přestože se v dnešní době upřednostňují v chirurgické léčbě zachovné operace prsu i díky včasné diagnostice tohoto onemocnění, dochází za určitých indikací k amputacím celého prsu. Obvykle bývá součástí komplexní léčby i péče psychologická. Pomoc může také žena vyhledat u organizací, které se zaměřují na

problematiku onkologického onemocnění a nabízí bohatý program různých aktivit, vzdělávacích akcí a projektů. Jsou to například: *Mamma Help*, *Aliance žen s rakovinou prsu*, *Liga proti rakovině*, *Amélie – psychosociální pomoc*. K psychologické rehabilitaci pak jistě patří používání prsní náhrady – epitézy.

3.6.1. Prsní epitézy

Prsní epitéza je náhrada doplňující chybějící prs, různého tvaru, velikosti a materiálu, která se vkládá do speciálně upravené podprsenky (obrázek č. 7). Používání prsní epitézy má psychologický účinek a léčebný efekt. Po ablaci prsu totiž hrozí ztuhnutí krčního svalstva, bolesti zad a krční páteře vycházející z nevyváženosti hrudní stěny.

Po operaci jsou k dispozici tzv. pooperační epitézy z měkkého a lehkého materiálu. Co nejrychleji po zhojení jizvy se vybírá vhodná definitivní silikonová epitéza podle tvaru a velikosti hrudníku. Epitézy se zkouší před zrcadlem a správně zvolená epitéza symetricky odpovídá zdravému prsu.

Dobrá epitéza pomáhá ženě s návratem do normálního života, nepředstavuje překážku při společenských událostech ani v plavání. Plavky upravené k nošení epitéz jsou k dostání ve specializovaných prodejnách. (18)

3.6.2. Hodnocení psychického stavu nemocné

Oboustranná mastektomie jistě znamenala pro paní Z. velkou zátěž, zejména psychickou, kterou ale statečně zvládala. Navenek nedávala znát nějaké rozpoložení. Nebála se nepříjemných pocitů. Věděla, že stejně jako po ablaci pravého prsu bude nosit epitézu, proto obavy z možné sociální izolace nebo pocity méněcennosti popírala. V nošení prsních náhrad neviděla zábrany. Toho, že by operace vytvořila překážku ve vztahu s manželem, se nebála. S manželem o všem hovořila. Ve své rodině má pacientka velkou oporu, všichni jsou chápaví, vstřícní, pomáhají jí a může se na ně spolehnout. Myslí si, že se jejich vztahy v době nemoci ještě utužily.

Pokud mám hodnotit psychický stav pacientky během hospitalizace, nacházela se ve fázi akceptace nemoci. Převažoval rozumový přístup k léčbě i

k nemoci a po celou dobu hospitalizace dobře spolupracovala. Paní Z. věřila, že vše dopadne dobře. Při příjmu jevila známky nervozity z operačního výkonu, ale to je pro tuto situaci zcela pochopitelné. O léčebném postupu byla pacientka od lékaře informována dostatečně, ošetřující personál se choval ochotně, emfaticky a klidným hlasem paní Z. vše vysvětloval. První pooperační den, kdy pokračovalo zotavení po chirurgickém zákroku, měla pacientka skleslou náladu, která podle mého názoru hlavně odrážela zhoršený fyzický stav. Pociťovala strach z dalšího průběhu nemoci. V odpoledních hodinách paní Z. potěšila návštěva a večer se celkový stav zlepšil. Druhý pooperační den působila pacientka klidně, vyrovnaně, usmívala se a soustředila pozornost na léčebný plán. Třetí pooperační den se cítila dobře a těšila se domů za rodinou.

3.7. Edukace

Edukační proces provázel pacientku po celou dobu pobytu v nemocnici. Zaměřoval se hlavně na prevenci nežádoucích symptomů po mastektomii. Pacientka byla poučena, jak se má o sebe při svém základním onemocnění a po chirurgické léčbě starat, jak pečovat o operační ránu a po zhojení o jizvu.

3.7.1. Fyzikální rehabilitace

Cílem fyzikální rehabilitace je co nejčasnější obnovení pohyblivosti horní končetiny operované strany a prevence komplikací po ablaci prsu.

Hned první pooperační den začala pacientka s procvičováním stisku ruky, kdy ve dlaní opakovaně svírala smotanou buničinu. Vhodný je i měkký gumový míček. Do cvičení se zapojují prsty a současně svaly horní končetiny. Zároveň prováděla paní Z. dechová cvičení, hluboký výdech s přiblížením hlavy k hrudníku a hluboký nádech se zdvižením hlavy.

Druhý pooperační den cvičení pokračovalo. Pacientka seděla na židli u stolu, levou končetinu měla podepřenou ve zvýšené poloze a prsty si hladila vlasy. Při dalším cviku se pacientka ve stoje opírala zdravou horní končetinou o opěradlo židle a levou končetinou prováděla předozadní kyvadlové pohyby.

Protože na třetí pooperační den byla plánovaná dimise, ukázala fyzioterapeutka pacientce další rehabilitační cviky vhodné pro následující dny (viz příloha). Paní Z. bylo doporučeno cviky opakovat několikrát denně, ale nepřetěžovat se, aby nevznikl sérom. Nikdy necvičit přes bolest. Při bolesti se cvičením přestat a pokračovat po jejím odeznění. Pro porovnání pohyblivosti obou končetin je vhodné cvičit doma před zrcadlem.

3.7.2. Péče o tělo a operační ránu

Pacientka byla edukována, že je vhodné často polohovat levou končetinu do zvýšené polohy (prevence lymfedému). Operační ránu sprchovat nejlépe čistou vodou bez mýdla. Po vyjmutí stehů provádět jemnou masáž jizvy neparfémovaným tělovým mlékem nebo olejem. Nenosit příliš těsné, škrťící oděvy, oděvy s úzkými rukávy, těsné hodinky a náramky. Celkově tělo nepřetěžovat, nenosit těžká břemena a dopřát si dostatek odpočinku. Měření tlaku, odběry krve a aplikaci injekcí zásadně neprovádět na horní končetině operované strany. V oblasti výživy jí byla doporučena zdravá vyvážená strava, dostatek ovoce a zeleniny, čímž se paní Z. dosud řídila. Po zhojení operační rány dostala paní Z. předpis na výběr vhodné epitézy.

3.8. Závěr z hlediska prognózy

Paní Z. byla třetí pooperační den edukována a propuštěna do domácího ošetřování pro dobrý pooperační průběh. Po osmi dnech se dle pokynů dostavila na kontrolní vyšetření k vyjmutí stehů z operační rány a stanovení dalšího postupu léčby na základě histologického nálezu odebraných vzorků tkáně při operačním zákroku. Lékařka pacientce sdělila bohužel nepříznivý výsledek, ve kterém bylo potvrzeno zasažení axilárních lymfatických uzlin metastázami.

Po této zprávě byl na paní Z. patrný obrovský šok a začala plakat. Lékařka ji dala prostor k ventilaci emocí a podpořila, ať neztrácí naději. Poté pacientce citlivě vysvětlila následující kroky terapie. Paní Z. bude nyní předána do péče onkologického pracoviště, kde zřejmě dojde k zahájení ozařování a hormonální léčby.

Pro snazší zvládnutí tohoto náročného období bych nemocné doporučila možnost zkontaktovat psychologa, přestože do této doby žádnou psychologickou pomoc nevyhledávala nebo obrátit se na centra pomoci, pokusit se hovořit o svém problému s lidmi, kteří mají s nemocí podobnou zkušenost, s těmi, kteří mají úspěšnou léčbu za sebou. Bude jistě potřeba mnoho sil ke zvládnutí a vypořádání se s takto náročnou životní situací.

Závěr

Vytyčeným cílem této bakalářské práce bylo provedení případové studie na téma ošetrovatelská péče o pacientku s diagnózou karcinom prsu.

V klinické části jsem se zabývala obecnou terminologií, základním přehledem vybrané tematiky a zpracováním základních údajů o pacientce. V navazující ošetrovatelské části nalezneme deskripci komplexní ošetrovatelské péče o pacientku s diagnózou karcinomu prsu a posouzení z hlediska prognózy do budoucna.

Během zpracovávání mé bakalářské práce jsem získala velké množství nových vědomostí i praktických zkušeností v této oblasti, které mi jistě budou přínosné nejen v ošetrovatelské praxi, ale i v osobním životě. Velmi si cením možnosti zapojit se do léčebného a ošetrovatelského procesu paní Z., na kterém se také aktivně podílela a vzorně spolupracovala. Myslím, že jsem si s pacientkou vytvořila hezký vztah, nechala mě nahlédnout do svého soukromí a zároveň se domnívám, že jsem pro ni byla i během hospitalizace oporou.

Seznam použitých zkratk

°C	Celsiův stupeň
a.	arteria
amp.	ampule
BMI	Body Mass Index
BRCA	breast cancer
ca	karcinom
CA 15-3	Karcinogenní antigen 15-3
CEA	Karcinoembryonální antigen
cm	centimetr
č.	číslo
D	dech
DM	diabetes mellitus
DNA	deoxyribonukleová kyselina
dx.	dexter
FNBA	fine needle breast aspiration
g	gram
h	hodina
HER-2/neu (erbB2)	Human Epidermal Growth Factor Receptor 2
i. m.	intramuskulárně
JIP	jednotka intenzivní péče
kg	kilogram
l	litr
l.	ateralis
m	metr
m.	musculus (sval)
mg	miligram
min	minuta
ml	mililitr
mm	milimetr
mmol	milimol
např.	například

nn.	nervi (nervy, možné číslo)
P	pulz
p. o.	per os
s.	strana
s. c.	subkutánně
sin.	sinister
TBC	tuberkulóza
tbl.	tableta
TEN	tromboembolická nemoc
TK	tlak krevní
TPA	tkáňový polypeptidový antigen
TT	tělesná teplota
tzv.	takzvané
VAS	vizuální analogová škála
µg	mikrogram
µmol	mikromol

Seznam použité literatury

- 1 – ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 3*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2004, 673 s. ISBN 80-247-1132-X
- 2 – VORLÍČEK, Jiří, ABRAHÁMOVÁ, Jitka, VORLÍČKOVÁ, Hilda. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006, 328 s. ISBN 80-247-1716-6
- 3 – ŠMÍDKOVÁ, Lucie, DUCHOŇOVÁ, Kateřina, HAVLÍNOVÁ, Marie, HLAVOVÁ, Kristýna, CHARVÁT, Robert, KELLER, Jiří. *Modul A - Teoretické základy medicíny II*. 1. vydání. Praha: TRITON, 2003, 413 s. ISBN 80-7254-363-6
- 4 – STRNAD, Pavel, DANEŠ, Jan. *Nemoci prsu pro gynekology* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2001, 324 s. ISBN 80-7169-714-1
- 5 – KLENER, Pavel, ABRAHÁMOVÁ, Jitka, FAIT, Vuk, MALIŠ, Josef, MATĚJOVSKÝ, Zdeněk, PETRUŽELKA, Luboš, ŽALOUĐÍK, Jan. *Klinická onkologie*. Praha: Nakladatelství Galén a Karolinum, 2002, 686 s. ISBN 80-7262-151-3 (Galén). ISBN 80-246-0468-X (Karolinum)
- 6 – MOTLÍK, Karel, ŽIVNÝ, Jaroslav. *Patologie v ženském lékařství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2001, 550 s. ISBN 80-7169-460-6
- 7 – Karcinom prsu a péče o pacientky po operaci. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2011, VII, č. 1, s. 17-18. ISSN 1801-1349
- 8 – SLEZÁKOVÁ, Lenka a kolektiv. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2010, 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2
- 9 – BECKER, Horst Dieter, HOHENBERGER, Werner, JUNGINGER, Theodor, SCHLAG, Peter Michael. *Chirurgická onkologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005, 852 s. ISBN 80-247-0720-9
- 10 – SLEZÁKOVÁ, Lenka a kolektiv. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007, 214 s. ISBN 978-80-247-2270-2
- 11 – MAČÁK, Jirka, MAČÁKOVÁ Jana. *Patologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2004, 347 s. ISBN 80-247-0785-3
- 12 – JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: ISV nakladatelství, 2000, 133 s. ISBN 80-85866-55-2

- 13 – MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství. I. díl*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2003, 187 s. ISBN 80-246-0429-9
- 14 – TRACHTOVÁ, Eva, TREJTNAROVÁ, Gabriela, MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010, 185 s. ISBN 80-7013-324-4
- 15 – STAŇKOVÁ, Marta, NEUWIRTH, Jiří, MELLANOVÁ, Alena, CHLOUBOVÁ, Helena, PAVLÍKOVÁ, Pavla, NERUDOVA, Irena. *Základy ošetrování nemocných*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005, 145 s. ISBN 80-246-0845-6
- 16 – ŠAMÁNKOVÁ, Marie, BRUDŇÁKOVÁ, Renáta, HONZÁK, Radkin, KORÍNKOVÁ, Ivana, KUSÁKOVÁ, Martina, MAŠKOVÁ, Blanka, MATOUŠKOVIC, Karel, NIKODEMOVÁ, Hana, OCMANOVÁ, Renáta, SIMMEROVÁ, Květa, SLÁMA, Ondřej, SMOLÍKOVÁ, Libuše, ŠPINKA, Štěpán, TOMOVÁ, Šárka, VOLENÍKOVÁ, Ivana, ZOUNKOVÁ, Irena. *Základy ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2006, 353 s. ISBN 80-246-1091-4
- 17 – PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006, 150 s. ISBN 80-247-1211-3
- 18 – ABRAHÁMKOVÁ, Jitka, DUŠEK, Ladislav, FELTL, David, MUŽÍK, Jan, KOLÁŘOVÁ, Iveta, KOPTÍKOVÁ, Jana, PETRÁKOVÁ, Katarína, PRAUSOVÁ, Jana, TĚŠÍNOVÁ, Jolana. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2009, 143 s. ISBN 978-80-247-3063-9
- 19 – BERAN, Jiří a kolektiv. *Lékařská psychologie v praxi*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2010, 140 s. ISBN 978-80-247-1125-6

Internetové zdroje:

20 – Breast cancer incidence and case fatality among 4.7 million women in relation to social and ethnic background: a population-based cohort study. *Breast Cancer Research: BCR* [online]. 2012, v. 14 (1) [cit. 2013-04-02]. ISSN 1465-5411. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3496120/>

21 - Cell fate takes a slug in BRCA1-associated breast cancer. *Breast Cancer Research: BCR* [online]. 2011, v. 13 (2) [cit. 2013-04-02]. ISSN 1465-5411. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3219185/>

Přílohy

Seznam obrázků

Obrázek č. 1 – Mléčná žláza

Obrázek č. 2 – Lymfatické uzliny prsu

Obrázek č. 3 – Vývoj incidence a mortality nádorových onemocnění prsu u žen v
ČR

Obrázek č. 4 – Frekvence výskytu karcinomů prsu v jednotlivých kvadrantech

Obrázek č. 5 – Maligní nádory prsu

Obrázek č. 6 - Stadia nádorového onemocnění prsu (staging)

Obrázek č. 7 – Prsní epitézy

Obrázek č. 8 – Doporučené cviky po operaci prsu

Ošetrovatelská dokumentace

Příloha č. 9 – Ošetrovatelská anamnéza (Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK)

Příloha č. 10 – Plán ošetrovatelské péče (Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK)