

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Eva Hanykřřová

**Ošetřovatelská péče o pacientku s karcinomem
prsu**

Nursing care of the patient with breast cancer

Bakalářská práce

Praha, květen 2025

Autor práce: Eva Hanykýřová

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecné ošetřovatelství

Vedoucí práce: **Mgr. Renata Vytejčková, Ph. D.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracoval/a samostatně a použil/a výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má závěrečná práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému Theses.cz a Turnitin za účelem soustavné kontroly podobnosti závěrečných prací.

V Praze dne 9. května 2025

Eva Hanykýřová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Renatě Vytejčkové, Ph. D. za vstřícný přístup, cenné rady a za trpělivost při odborném vedení mé bakalářské práce. Také bych chtěla velmi poděkovat paní MUDr. Daniele Engelové za podnětnou a velmi přínosnou konzultaci. Poslední poděkování patří samotné pacientce, která mi umožnila zpracování této případové studie, a to především za její ochotu, otevřenost a pozitivní přístup.

Obsah

ÚVOD.....	7
1. TEORETICKÁ ČÁST	9
1.1 PRS A MLÉČNÁ ŽLÁZA	9
1.2 KARCINOM PRSU	11
1.2.1 <i>Neinvazivní karcinomy</i>	11
1.2.2 <i>Invazivní karcinomy</i>	12
1.2.3 <i>Tripl negativní karcinom</i>	12
1.3 KLASIFIKACE NÁDORŮ.....	13
1.4 EPIDEMIOLOGIE.....	15
1.5 ETIOLOGIE.....	16
1.6 SYMPTOMY	18
1.7 DIAGNOSTIKA	20
1.7.1 <i>Fyzikální vyšetření</i>	20
1.7.2 <i>Mamografie</i>	20
1.7.3 <i>Ultrazvukové vyšetření</i>	20
1.7.4 <i>Magnetická rezonance</i>	20
1.7.5 <i>PET/CT</i>	21
1.7.6 <i>Laboratorní vyšetření</i>	21
1.7.7 <i>Genetické vyšetření</i>	21
1.7.8 <i>Biopsie</i>	22
1.8 LÉČBA	22
1.8.1 <i>Chirurgická léčba</i>	23
1.8.2 <i>Chemoterapie</i>	25

1.8.3	<i>Radioterapie</i>	26
1.8.4	<i>Hormonální terapie</i>	26
1.8.5	<i>Biologická terapie</i>	27
1.9	PREVENCE	27
1.9.1	<i>Primární prevence</i>	27
1.9.2	<i>Sekundární prevence</i>	27
1.9.3	<i>Terciální prevence (follow-up)</i>	28
1.10	PROGNÓZA.....	29
2.	KAZUISTIKA	30
2.1	ANAMNÉZA	31
2.2	DŮVOD PŘÍJMU.....	31
2.3	LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA	35
2.4	PRŮBĚH HOSPITALIZACE	37
2.5	OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA	44
2.6	OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY	49
2.6.1	<i>Bolest</i>	50
2.6.2	<i>Porucha integrity kůže a péče o ránu</i>	56
2.7	NÁSLEDNÁ PÉČE	62
3.	DISKUZE.....	63
	ZÁVĚR.....	66
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	67
	SEZNAM ZKRATEK.....	72
	SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ	75
4.	PŘÍLOHA Č. 1	76

Úvod

Tato bakalářská práce je zaměřena na případovou studii, ve které se zabývám ošetrovatelskými aspekty péče o pacientku s karcinomem prsu. Toto téma jsem zvolila z důvodu prohloubení znalostí ohledně této problematiky a také z důvodu aktuálnosti tématu.

Přestože úmrtnost na toto onemocnění postupně klesá, počet případů onemocnění karcinomem prsu každoročně stoupá a obsazuje jedny z prvních příček ze všech malignit na celém světě. Přestože konkrétní příčina vzniku není doposud známa, existují rizikové faktory, které se na jeho vzniku podílejí. Znalost těchto faktorů a s tím související preventivní opatření mohou zamezit rozvoji karcinomu, či pomoci v jeho včasném záchytu. Z těchto důvodů by měla být tato opatření, včetně celkového povědomí o tomto onemocnění, stále šířena a předávána v rámci populace. Od roku 2002 je v České republice dostupný také preventivní mamografický screening, který umožňuje včasný záchyt raných forem. Současně představuje nejučinnější vyšetřovací metodu v detekci zhoubných onemocnění prsu.

Tato případová studie je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část práce se zaměřuje na popis anatomie prsu a mléčné žlázy, dále je zde popsána etiologie, včetně rizikových faktorů, epidemiologie, symptomatologie, diagnostika, léčba a na závěr preventivní opatření a prognóza.

V praktické části práce se věnuji konkrétnímu případu. Jedná se o pacientku se zhoubným onemocněním prsu, která byla indikována k chirurgické terapii, s odnětím celého prsu a lymfatických uzlin z podpažní oblasti. Tato část obsahuje úvod, základní informace o pacientce, následuje lékařská a ošetrovatelská anamnéza a průběh hospitalizace. Na závěr se věnuji vybraným ošetrovatelským problémům, které porovnávám s jinou bakalářskou prací, v kapitole diskuze a následuje samotný závěr.

Cílem této práce je demonstrovat konkrétní a specifické aspekty ošetrovatelské péče u vybrané pacientky s karcinomem prsu. Druhým cílem je

snaha o vzájemné propojení a uplatnění teoretických znalostí s postupy využívanými v praxi.

1. Teoretická část

1.1 Prs a mléčná žláza

Jedná se o párový kožní orgán, který se nachází na přední straně hrudníku a vertikálně zasahuje do úrovně 3.-6. žebra. Prs (mamma) tvoří tuková tkáň a mléčná žláza (glandula mammae). Velikost a tvar prsou je u každé ženy individuální a liší se dle věku a podnebí. Prs je pokryt tenkou kůží, s lehce viditelnými podkožními žilami a s bohatým nervovým zakončením. Na horní části prsu se nachází dvorec (areola mammae), jehož průměr činí 3-5 cm. Prsní dvorec obsahuje pigment, který způsobuje její růžové až hnědé zabarvení a který se v době těhotenství zvyšuje. Okolo areoly můžeme také pozorovat drobné hrbolky obsahující žlásky, které jsou strukturálně shodné s mléčnou žlázou. Uprostřed prsního dvorce se rozkládá prsní bradavka (papilla mammae). Bývá vyvýšená a vyúsťují do ní mlékovody (ductus lactiferi). Papila je vystlána hladkou svalovinou a obsahuje mazové žlásky, které ji chrání před macerací slinami a mateřským mlékem při kojení. (Čihák, 2016)

Mléčná žláza je největší kožní apokrinální žláza lidského těla (Naňka a Elišková, 2019). Celou šířkou procházejí vazivová vlákna, která ji přichycují ke kůži a hrudním fasciím. Je tvořena 15-20 laloky, které se dále dělí na lalůčky. Jejich vývody ústí na bradavce. Vlastní žláza je obalena premamárním a retromamárním tukem, který se podílí z velké části na velikosti prsou. V průběhu těhotenství se vlivem hormonů, konkrétně estrogeneru a progesteronu objevují sekreční alveoly. Na konci těhotenství, nebo po porodu dochází ke snížení hladin těchto hormonů, což stimuluje hypofýzu k sekreci prolaktinu. V prvních dnech po porodu dochází k produkci kolostra, které se poté mění v mateřské mléko. (Fiala, Valenta, Eberlová, 2015)

Zásobení prsu okysličenou krví zajišťují tepny, které pocházejí z větví arteria thoracica interna, arteria thoracica lateralis a arteriae intercostales posterior. Odkysličená krev je odváděna hlubokými žilami, jejichž průběh se shoduje s tepnami. Povrchové žíly jsou na prsu viditelné a ústí do vena thoracica interna a vena thoracica lateralis.

Mízní systém tvoří pleteň mízních cév, nacházející se v oblasti dvorce. Jeho funkcí je odvádět lymfu. Lymfa je cévami odváděna přes pektorální axilární uzliny do centrálních a následně apikálních axilárních uzlin. Cévy mohou být na obou stranách propojeny. Při šíření metastáz karcinomu mléčné žlázy bývá jako první zvětšená tzv. sentinelova uzlina.

Inervace prsu je zajištěna pomocí větví z nervi intercostales a společně probíhajícími vlákny sympatiku. Na inervaci se podílí i nervi supraclaviculares, které senzitivně inervují horní okraje prsou. (Naňka a Elišková, 2019)

1.2 Karcinom prsu

Představuje nejčastějších nádorové onemocnění ženské populace, s výjimkou nádorů kůže a řadí se mezi civilizační choroby (Daneš a kol., 2021). Přestože jeho incidence stále stoupá, díky znalostem prevence, screeningovým programům a specifickým vyšetřením dochází k časnějšímu zachytu onemocnění a adekvátní terapii. Karcinomy prsu se mohou šířit buď lymfatickou, nebo krevní cestou. V případě šíření nádorových buněk lymfatickou cestou jsou nejčastěji postiženy axilární uzliny. To, zda jsou uzliny postiženy, či nikoliv, představuje klíčový faktor pro stanovení prognózy a stádia onemocnění. Naopak při krevním šíření mohou metastazovat do plic, jater, kostí, nebo mozku (Dražan a Měšták, 2006). Přestože se karcinom prsu vyskytuje převážně u žen, vzácně postihuje i mužskou populaci. Dle histologického typu rozdělujeme nádory prsu na preinvazivní (*in situ*) a invazivní. (Daneš a kol., 2021)

1.2.1 *Neinvazivní karcinomy*

Vyznačují se tím, že epitelové buňky vykazují určité změny charakteristické pro karcinom. Tyto změny však nejsou schopné invaze přes bazální membránu epitelu a nezakládají metastázy. Rozdělujeme je na lobulární a duktální. (Dražan a Měšták, 2006)

Duktální karcinom in situ postihuje nejčastěji epitel mléčných vývodů a má vyšší tendenci k místní recidivě. Jedná se o přímý prekursor, který často progreduje do invazivního duktálního karcinomu. Oproti lobulárnímu karcinomu *in situ* bývá lépe mamograficky detekován a jeho terapie nejčastěji spočívá v chirurgickém odstranění nádoru (Coufal a Fait, 2011). Jako prevence vzniku karcinomu v druhém prsu je doplněna případná hormonální léčba (Roztočil, 2024). Zvláštní formu duktálního karcinomu *in situ* představuje Pagetův karcinom. Jedná se o vzácný typ karcinomu postihující epitel bradavky, který tvoří zhruba 1 % ze všech maligních nádorů prsu. Projevuje se pálením, svěděním, či tvorbou vředů na bradavce. (Dražan a Měšták, 2006)

Lobulární karcinom in situ vzniká v prsních lalůčkách. (Vokurka, Tesařová a kol., 2018). Často se projevuje bezpříznakově a jeho přítomnost je tedy často

zjištěna náhodně. Je považován za marker možného rizika rozvoje karcinomu a jeho výskyt bývá oboustranný a s přítomností vícečetných ložisek. Postihuje převážně ženy po menopauze, které by měly být z důvodu nálezu pravidelně sledovány. (Dražan a Měšták, 2006)

1.2.2 Invazivní karcinomy

O invazivním karcinomu hovoříme v případě, kdy dojde k infiltraci stroma některým z transformovaných buněčných klonů, pocházejících z karcinomu in situ. Rozlišujeme nejčastěji invazivní duktální a lobulární karcinom prsu. (Coufal a Fait, 2011)

Invazivní duktální karcinom je považován za základní a nejběžnější typ karcinomu prsu (Coufal a Fait, 2011). Tvoří až 75 % ze všech invazivních nádorů a je charakteristický svým nepravidelným ohraničením. Nejčastěji se šíří do kostí, jater, plic a mozku. (Dražan a Měšták, 2006)

Invazivní lobulární karcinom tvoří 8-14 % ze všech malignit prsu a je považován za druhý nejčastější invazivní karcinom. Vyskytuje se častěji v několika různých oblastech a bývá bilaterální. Jeho lineární růst podél mléčných kanálků způsobuje, že je obtížněji rozpoznatelný na mamografii. (Petráková, 2016). Nejčastěji se vyskytuje v horním zevním kvadrantu a jeho velikost je různá. Metastázy se šíří do menigeálních prostorů, retroperitonea, gastrointestinálního traktu a dělohy. (Dražan a Měšták, 2006)

1.2.3 Tripl negativní karcinom

Jedná se o agresivní typ karcinomu prsu, který představuje 10-15 % ze všech malignit prsu. Je charakteristický absencí receptorů pro estrogen (ER) a progesteron (PR) a také nižší hladinou proteinu HER2. Z tohoto důvodu je léčba výrazně omezena a není ji možné léčit hormonální terapií, dokonce ani léky, jež se zaměřují na léčbu proteinu HER2. Nejvíce ohroženy jsou mladší ženy do 40 let a nositelky genetické zátěže BRCA1 (DePolo, 2025). Prognózu zhoršuje také jeho rychlý růst, vyšší riziko metastáz a možné recidivy. (Wildová, 2023)

Léčba zahrnuje chirurgickou léčbu, v podobě mastektomie, nebo lumpektomie. Dále neoadjuvantní, nebo adjuvantní chemoterapii, radioterapii a cílenou terapii (DePolo, 2025). Zejména ve II. a III. stádiu onemocnění je doporučena adjuvantní terapie dose – denzní systémovou terapii. Tato metoda umožňuje podání větších dávek cytostatik, čehož je docíleno zkrácením doby mezi jednotlivými cykly, nebo tzv. weekly aplikací, která probíhá každý týden. (Roztočil, 2024). Také je zde možnost léčby imunoterapií pomocí léčiva zvaného Pembrolizumab.

Plánování léčby se odvíjí na základě charakteru, velikosti, stupně a stádia nádoru. I přes všechny současné možnosti vědci stále hledají nové a lepší způsoby léčby. (DePolo, 2025)

1.3 Klasifikace nádorů

TNM systém

Jedná se o mezinárodní a jednotnou klasifikaci představující nástroj k hodnocení stádia, či rozsahu nádorového onemocnění (Daneš a kol., 2021). Byla vyvinuta mezi lety 1943-1952 pařížským chirurgem Pierrem Denoixem a později přijata UICC. Ta následně vytvořila výbor, který byl pověřen jejím rozvojem. Roku 1958 byla vydána první doporučení, která se týkala rozdělení maligních nádorů prsu dle klinického rozsahu. Od tohoto vydání výbor tuto klasifikaci na základě nových poznatků a vývoje aktualizuje a informuje mezinárodní odbornou veřejnost. Současně bylo vydáno již 8. vydání. (Abrahámová a kol., 2019)

TNM systém můžeme rozdělit na klinickou cTNM a patologickou pTNM klasifikaci. První typ je založen především na základě provedených vyšetřeních před zahájením léčby a hraje klíčovou roli při plánování léčby a jejím hodnocení. Naopak patologická klasifikace je založena na údajích získaných z odběru ložiska biopsií, nebo chirurgickým výkonem. Dále slouží jako nástroj pro určení adjuvantní terapie a nabízí doplňkové údaje pro odhad prognózy a závěrečných výsledků.

Tento systém je zaměřený především na anatomický rozsah (staging) nemoci a hodnotí následující složky:

T-velikost primárního ložiska

N – přítomnost metastáz ve spádových uzlinách

M – výskyt vzdálených metastázy

Rozsah onemocnění je daný přiřazením číslic k jednotlivým složkám. Čím vyšší je hodnota, tím větší je rozsah:

T0 nepřítomnost nádoru, *T1-4* je určen dle velikosti a rozsahu nádorového ložiska.

N0 bez postižení lymfatických uzlin, *N1-3* metastázy v lymfatických uzlinách

M0 nepřítomnost vzdálených metastáz, *M1* druhotná ložiska jsou přítomna (Brierley a kol., 2024)

Na základě těchto tří kritérií je definováno stádium onemocnění, které se označuje čísla od 0 do IV.

Stádium 0- označuje přítomnost karcinomu in situ.

Stádium I – jedná se o časnou formu invazivního karcinomu, který nezasahuje regionální uzliny, nejsou zde přítomny metastázy a jeho velikost není větší než 2 cm.

Stádium II – rozdělujeme jej na IIA a IIB. První skupina označuje nádor, který je menší než 2 cm a současně postihuje 1-3 lymfatické uzliny, nebo 2-5 cm nádor, bez jejich postižení. Skupina IIB zahrnuje nádory ve velikosti více jak 2-5 cm s postižením uzlin, nebo nádor větší 5 cm, ale bez jejich postižení.

Stádium III – dělí se do tří skupin označených IIIA, IIIB a IIIC. Nevyskytují se zde metastázy, ovšem v tomto stádiu jsou již zasaženy lymfatické uzliny v oblasti podpaží, nebo nad klíčků.

Stádium IV – je charakterizované přítomností vzdálených metastáz. (Abrahámová a kol., 2019)

Přesné stanovení stádia pomáhá lékaři zjistit okolnosti vztahující se k prognóze, pomáhá při plánování terapie a následně při jejím hodnocení. Dále se podílí na rozvoji výzkumu a v boji proti maligním onemocněním. Obecně můžeme tedy říci, že stanovení stagingu zásadně ovlivňuje péči o pacienta, výzkum a boj proti maligním onemocněním. (Brierley a kol., 2024)

V rámci hodnocení maligních onemocnění prsu se používá také tzv. grading. Jedná se o stupeň vyztálosti nádorových buněk, který stanovuje míru agresivity nádoru (Buchler a kol., 2019). Rozděljuje se do tří stupňů označených od G1 – dobře diferencovaný po G3 – málo diferencovaný. (Daneš a kol., 2021)

1.4 Epidemiologie

Incidence karcinomu prsu stálé stoupá. V největší míře se tento nádor vyskytuje ve všech vyspělých státech, jako je Severní Amerika, nebo také střední a severní Evropa. Každý rok se počet případů rakoviny prsu zvýší o 1-2 % a je zaznamenáno více než dva miliony těchto případů, což činí 24 % ze všech malignit u žen. Stejně jako v jiných státech je i v České republice karcinom prsu považován za jednu z nejčastějších malignit ženské populace. (Abrahámová a kol., 2019). Současné se Česká republika řadí na 21. místo v jeho výskytu oproti jiným evropským státům. (UZIS, 2023)

Karcinom prsu včetně dalších zhoubných malignit podléhají povinnému hlášení zdravotnických zařízení, nebo poskytovatelů zdravotnických služeb a evidenci Národního onkologického registru (NOR). Tento registr poskytuje statistické údaje o četnosti (incidence), mortalitě, či prevalenci (celkový počet nemocných s daným onemocněním). Tyto informace jsou velmi zásadní v rámci diagnostiky, léčby a zavádění preventivních opatření. (Abrahámová a kol., 2019)

Zhoubné onemocnění prsu bylo v roce 2021 zjištěno u 7 437 případů, což odpovídá 140 výskytům na 100 000 žen. Incidence tedy vzrostla o 2,5 % oproti roku 2020. Ve stejném roce se jednalo o 2. nejčastější maligní onemocnění a

současně s výjimkou nemelanomových nádorů kůže o nejčastěji zjištěný karcinom u žen v České republice. (UZIS, 2023)

Úmrtnost na toto onemocnění ve srovnání s předchozími roky klesá. Přesto se v roce 2021 jednalo o 4. nejčastější příčinu úmrtí ze všech malignit a o 2. nejčastější v ženské populaci. V témže roce na karcinom prsu zemřelo 1 786 žen, což činilo 34 zemřelých na 100 000 žen. Česká republika se současně nachází na 36. místě v počtu úmrtí v rámci Evropy. (UZIS, 2023)

V roce 2021 zde žilo 95 736 žen s maligním nádorem prsu, tedy 1 797 výskytů na 100 000 žen. Oproti minulému roku se počet pacientek zvýšil o 2,4 %. (UZIS, 2023)

Co se týče věku v letech 2017–2021 bylo v České republice nejvíce diagnostikovaných žen mezi 65-74 lety věku. Střední věk činil 65 let a polovina žen byla ve věku 53-73 let. Nejvyšší výskyt vzhledem k věku byl popsán u žen nad 60 let.

V posledních letech se vyskytl počet nových případů v České republice především u žen ve věku mezi 60-79 lety. (UZIS, 2023)

1.5 Etiologie

Na vzniku karcinomu prsu se může podílet mnoho faktorů, včetně jejich vzájemného působení. Lze je rozdělit do dvou skupin, a to na modifikované, které lze ovlivnit vlastní vůlí a nemodifikované, které ovlivnit nelze. (Admoun, Mayrovitz, 2022)

Nemodifikované faktory

Pohlaví a hormonální působení – jedno z nejvýznamnějších rizik představuje pohlaví. Ženy mají až sto násobně větší riziko postižení karcinomem prsu než muži. Jedním z důvodů se uvádí působení ženských pohlavních hormonů, které mají vliv na růst prsní tkáně, a to zejména estrogenu a progesteronu. U mužů je tedy riziko výrazně nižší, přesto, pokud má muž vyšší hladinu estrogenu, nebo naopak nižší hladinu androgenů, riziko se zvyšuje.

Samotné působení estrogenu a progesteronu tedy zvyšuje riziko vzniku nádoru prsu.

Věk – se zvyšujícím se věkem stoupá i riziko. Nejvíce ohroženy jsou ženy starší 50 let. (Admoun, Mayrovitz, 2022)

Rodinný výskyt a genetické faktory- 15-20 % ze všech maligních nádorů prsu je geneticky podmíněno a rozdělujeme je na familiární a hereditární. V případě familiárního výskytu se jedná o ženy bez prokázané genetické mutace, ale s výskytem karcinomu prsu v rámci rodiny. V případě, že je genetická mutace prokázána, jedná se o hereditární nádory, které jsou zastoupeny v 5-10 %. Nejčastěji je způsobují mutace genu BRCA1 a BRCA2. (Vokurka, Tesařová a kol., 2018)

Časná menarche a pozdní nástup menopauzy – riziko se zvyšuje také s brzkým nástupem menstruace, které je dle výzkumu častější než u žen s příchodem menopauzy v pozdějším věku.

Zhoubným nádorem prsu jsou více ohroženy také ženy žijící ve vyspělých zemích, jedná se především o bělošky a vliv zde může mít také vyšší postava. Naopak ochranné faktory zahrnují mnohočetné porody a delší dobu kojení.

Modifikované faktory

Výživa a pohybová aktivita – dle výzkumu vyplývá, že pravidelná pohybová aktivita snižuje riziko vzniku karcinomu, a to včetně žen s pozitivní rodinnou anamnézou. Vznik karcinomu může být podmíněn také nezdravým stravováním, nebo obezitou.

Alkohol a kouření – Pravděpodobnost vzniku karcinomu se může zvyšovat také s konzumací alkoholických nápojů, nebo vlivem cigaretové kouře.

Znalost příčiny onemocnění nám umožňuje lépe pochopit procesy, které mají za následek jeho rozvoj a díky kterým můžeme onemocnění předejít. (Admoun, Mayrovitz, 2022)

1.6 Symptomy

Příznaky karcinomu prsu se mohou z počátku onemocnění projevovat nenápadně a mohou být přítomné až jako následek růstu nádoru (Abrahámová a kol., 2019). V rámci diagnostiky nám dnes velmi pomáhá preventivní mamografický screening, který odhalí většinu asymptomatických nádorů prsu (Novotný a kol., 2024). Mezi příznaky karcinomu prsu řadíme:

Hmatnou rezistenci v oblasti prsu nebo podpaží

Jedná se o tuhou, nebolestivou bulku, která se nepohybuje a nepodléhá změnám v souvislosti s menstruačním cyklem. Na dotek může být ovšem citlivá. Vyskytuje se až v 70 % symptomatických karcinomů a je považována za nejčastější symptom. (Daneš a kol., 2021)

Rozdíl ve velikosti, nebo tvaru prsou

Asymetrie prsou je do jisté míry fyziologická. Pokud ovšem dochází ke zvětšování jednoho z prsou, nebo jeho zatuhnutí, může se jednat o karcinom (Abrahámová a kol., 2019). Nádory, které se vytvoří pod povrchem kůže především v horním zevním kvadrantu, mohou způsobovat nerovnosti. Tvar prsu může být také ovlivněn tím, že nádor přitahuje okolní struktury, čímž dochází ke změnám. Zvětšování prsu se může měnit v souvislosti s nádorovým růstem (Buchler a kol., 2020). Tyto změny jsou nejlépe pozorovatelné během samovyšetření, a to se zvednutím horních končetin za hlavu. (Daneš a kol., 2021)

Vtažení a vyvýšení kůže

Vtažení je způsobeno Cooperovy vazivovými vlákny, kterými je kůže přitahována k nádoru (Buchler a kol., 2020). Nejlépe je viditelná při pohledu do zrcadla s umístěním rukou nad hlavu v rámci samovyšetření. (Daneš a kol., 2021)

Zduření a otok kůže

Tento příznak můžeme pozorovat u karcinomu s postižením lymfatických uzlin v axile, nebo v případě erysipeloidního typu karcinomu, u kterého je charakteristický vzhled pomerančové kůže. (Daneš a kol., 2021)

Změny na bradavce

Tyto změny mohou zahrnovat jakékoliv zhrubění, mokvání nebo zarudnutí a olupování bradavky. Konkrétně tyto čtyři projevy můžeme pozorovat u Pagetovy choroby. Dalším příznakem může být inverze bradavky, nebo krvavá sekrece.

Bolest prsou

Jedná se o poměrně vzácný příznak. Často se vyskytuje společně s dalšími projevy, jako je například hmatná rezistence na kůži, nebo její retrakce.

Paraneoplastické příznaky podmíněné karcinomem

Tyto projevy mohou zahrnovat ztrátu hmotnosti až anorexii, přítomnost horečky, kožní projevy nebo hematologické a endokrinní syndromy. (Daneš a kol., 2021)

Rozšířená žilní pletěň a tvorba vředů

Projevem karcinomu může být dilatace žilní pleteně a také zvrhodovatění, které se vyskytuje v pozdějších stádiích a je považováno za pozdní projev. (Abrahámová a kol., 2019)

Pokud se u ženy vyskytne nějaký z těchto projevů, nemusí se jednat zpravidla o karcinom, ale je nutné zpozornět a navštívit lékaře. Následně by měla následovat řádná vyšetření pomocí vhodných zobrazovacích metod. Pokud dojde ke zjištění karcinomu, nebo je nalezen suspektní nález, je vhodné určit diagnózu na základě histopatologie provedením perkutánní core biopsií. (Daneš a kol., 2021)

1.7 Diagnostika

1.7.1 Fyzikální vyšetření

Při fyzikální vyšetření si lékař všímá symetrie prsů, jeho tvaru, změn na bradavkách, či popřípadě jiných anomálií. Dále systematicky prohmatává jednotlivé kvadranty prsů a také si všímá, zda nejsou zvětšeny lymfatické uzliny v axile. Poté popíše jednotlivé anomálie v kvadrantech prsu. (Pilka a kol., 2022)

1.7.2 Mamografie

Představuje základní vyšetřovací metodu, která využívá rentgenové záření k zobrazení a vyšetření prsní žlázy. Vyšetření se provádí u žen s přítomnými příznaky karcinomu, obvykle od 40 let nebo v rámci mamografického screeningu u žen od 45 let. V dnešní době se využívá převážně digitální mamografie, která poskytuje přesnější výsledky a nižší expozici zářením. Vyšetření probíhá tak, že se prs umístí mezi dvě desky, které jej stlačí a současně snímkuje. Běžné vyšetření probíhá nejdříve šikmou mediolaterální projekcí, která umožňuje zobrazení větší plochy tkáně a axily a následně seshora dolů. Pokud žena přichází již s projevy onemocnění, provádí se diagnostická mamografie, která je doplněna o snímky se zvětšeným obrazem, nebo se zaměřením na specifické místo. Snímky následně hodnotí radiologický lékař. (Daneš a kol., 2021)

1.7.3 Ultrazvukové vyšetření

Sonografie je diagnostická metoda využívající mechanické vlnění k zobrazení měkkých tkání (Daneš a kol., 2021). Jejím hlavním přínosem je diferenciaci cystických útvarů od jiných struktur a hodnocení stavu lymfatických uzlin uložených v podpaží (Holánek a Jurečková, 2024). Využívá se především u žen mladších 40 let, nebo na základě mamografie jako doplňkové vyšetření. Vyšetření probíhá nejčastěji vleže na zádech, pomocí ultrazvukové sondy a monitoru. (Daneš a kol., 2021)

1.7.4 Magnetická rezonance

Magnetická rezonance je neinvazivní zobrazovací metoda, která se používá jako doplňkové vyšetření zejména, pokud nelze určit rozsah nádoru na

základě mamografického, či sonografického vyšetření. Také ji lze využít při odebrání biopsie, kterou lze provádět pod její kontrolou. (Holánek a Jurečková, 2024)

1.7.5 PET/CT

Moderní zobrazovací metoda PET/CT představuje kombinaci pozitronové emisní tomografie (PET) a výpočetní tomografie (CT). Její význam spočívá především v určení rozsahu nádoru, detekci vzdálených metastáz a posouzení možného návratu onemocnění. Zásadní význam má také při plánování léčby a v posouzení její účinnosti. Samotnému vyšetření předchází aplikace radiofarmaka. Nejběžněji se používá analog D-glukozy tzv. 18- fluordeoxyglukoza, nebo kontrastní látka obsahující jod. (Daneš a kol., 2021)

1.7.6 Laboratorní vyšetření

Dalším velmi podstatným vyšetřením je také laboratorní rozbor krve. Jeho součástí je hematologické vyšetření krevního obrazu a sedimentace, biochemické vyšetření včetně iontogramu a hemokoagulační testování zahrnující např. Quickův test (Libová a kol., 2022). Prostřednictvím tohoto vyšetření lze zjistit také přítomnost tzv. nádorových markerů, které jsou tvořeny nádorovými buňkami a následně obsaženy v krvi. V případě, že se vyskytují ve zvýšených hodnotách, mohou vést k detekci zhoubného nádoru, ale není tomu tak vždy. Z toho důvodu nelze na základě těchto hodnot karcinom diagnostikovat, ale lze ho použít jako doplňkové vyšetření, či k hodnocení průběhu a pokročilosti nádoru (Holánek a Jurečková, 2024). Konkrétně u karcinomu prsu řadíme mezi důležité markery CA 15-3, CEA, TPA, nebo MCA. (Libová a kol., 2022)

1.7.7 Genetické vyšetření

Jelikož vznik, či zvýšené riziko karcinomu prsu může být podmíněno na základě dědičnosti, jednu z vyšetřovacích metod představuje genetické vyšetření. Jedná se o zkoumání poruch genetické informace, které se mohou dědit z generace na generaci a představují zvýšené riziko vzniku karcinomu. U karcinomu prsu to bývají nejčastěji geny označované jako BRCA 1 a BRCA 2, které představují až 80 % riziko vzniku nádoru prsu. Vyšetření se provádí odběrem a následným

vyšetřením lymfocytů, a to pouze u osob splňující podmínky testování. Může se jednat o pacientku s vysokou incidencí malignit v rodině, nebo o pacientku s výskytem dvou a více nádorových onemocnění, či karcinomem v mladém věku. V případě, že se mutace genu u ženy potvrdí, mohou testování podstoupit také rodiče, sourozenci, či děti. Ženy jsou následně pravidelně sledovány a vyšetřovány. Prokázání dané mutace přispívá také k volbě optimální léčby, či rozsahu chirurgického výkonu. (Holánek a Jurečková, 2024)

1.7.8 Biopsie

Biopsie představuje invazivní zákrok, při kterém se odebírá podezřelá část tkáně, která slouží k histologickému vyšetření (Holánek a Jurečková, 2024). Tato metoda umožňuje stanovit, zda se jedná o benigní, či maligní nález, včetně biologické povahy a typizace nádoru (Daneš a kol., 2021). Biologické vlastnosti zahrnují stupeň diferenciacie, přítomnost hormonálních receptorů (ER, PR), včetně receptoru HER2 a markeru buněčného dělení Ki67 (Roztočil, 2024). Výkon je uskutečněn nejčastěji v lokální anestezii prostřednictvím odběrové jehly a po absolvování vyšetření pomocí zobrazovacích metod. Vzorek je následně vložen do fixační tekutiny a zaslán společně s histologickou průvodkou na patologické pracoviště. Rozlišujeme několik typů biopsií. Nejběžněji je využívána core biopsie, která probíhá za pomoci ultrazvuku. (Daneš a kol., 2021)

1.8 Léčba

Karcinom prsu je onemocnění s výraznou morfológickou a genetickou variabilitou, proto je nezbytné volit léčebný postup velmi pečlivě a zohlednit individuální potřeby každé pacientky (Čmejlová, 2019). O léčebném postupu rozhoduje multidisciplinární tým, který se skládá z klinického onkologa, chirurga, radiologa, gynekologa, psychologa a dalších členů týmu. Do spolupráce je zapojen také sám pacient, který by měl být do plánování terapie týmem aktivně zapojen. Než se přistoupí k samotné léčbě, je nezbytné zohlednit velikost nádoru, počet nádorových ložisek, jeho uložení, rozsah zasažení lymfatických uzlin a další faktory. Léčba se tedy odvíjí na základě stádia onemocnění a biologické povahy nádoru (Roztočil, 2024). Rozlišujeme lokalizované onemocnění tedy bez

přítomnosti metastáz, které se orientuje na léčbu, zatímco metastatické onemocnění na paliativní přístup (Coufal a Fait, 2011). Determinanty ovlivňující léčbu zahrnují také potřeby pacienta, věk, včetně celkové stavu pacientky. (Roztočil, 2024)

Rozlišujeme neoadjuvantní (předoperační) a adjuvantní (pooperační) léčbu. Neoadjuvantní léčba zahrnuje soubor léčebných metod aplikovaných před chirurgickým zákrokem. Jejím cílem je zmenšit nádor, aby bylo možné provést operaci, případně zachovat prs pomocí méně invazivního zákroku. Zároveň má za úkol zničit nádorové buňky, které by se mohly rozšířit do těla mimo primární ložisko. Cílem adjuvantní terapie je snaha o zabránění návratu nemoci, bohužel žádná z léčebných metod nemůže toto riziko úplně vyloučit. (Holánek a Jurečková, 2024)

Léčba karcinomu prsu představuje komplexní proces, který spojuje místní metody, jako je chirurgický zákrok a radioterapie společně se systémovou protinádorovou léčbou zahrnující chemoterapii, hormonální terapii, cílenou a podpůrnou léčbu. (Roztočil, 2024)

1.8.1 Chirurgická léčba

V dnešní době jsou k dispozici dvě základní možnosti chirurgické léčby karcinomu prsu, a to parciální zákrok, při kterém se zachovává část prsu, a radikální operace spočívající v jeho úplném odstranění. V obou případech se rovněž posuzuje nutnost odstranění lymfatických uzlin v podpaží. Typ a rozsah operace ovlivňuje následné plánování radioterapie a případnou rekonstrukci prsu. (Slezáková a kol., 2021)

Mastektomie

Mastektomie představuje operativní odstranění celé prsní žlázy. V závislosti na rozsahu onemocnění může zákrok zahrnovat také odstranění bradavky, dvorce a část kůže. Po tukové přeměně žláz je odstranění celé prsní tkáně obtížné, především kvůli horšímu odlišení od podkožní vrstvy.

Totální mastektomie

Při tomto výkonu dochází k odnětí celého prsu, a to bez odstranění lymfatických uzlin. Při výkonu se odstraňuje nádor včetně celé prsní žlázy, která by mohla představovat riziko vzniku dalšího nádoru. Tento výkon se provádí nejčastěji u žen s intraduktálním karcinomem, ale může být aplikován také u rizikových žen s potvrzenou pozitivní mutací BRCA.

Radikální mastektomie

Tento výkon představuje odnětí celého prsu včetně žlázové tkáně, dvorce a bradavky. Také se odstraňují hrudní svaly, svalové povázky a veškeré lymfatické tkáně v podpažní oblasti. (Pilka a kol., 2022)

Modifikována radikální mastektomie

Odstranění prsu včetně hrudních povázek a lymfatických uzlin, které se nacházejí v úrovni první a druhé etáže. (Pilka a kol., 2021)

Kůži šetřící mastektomie (SSM)

Chirurgické odstranění prsní tkáně včetně dvorce a bradavky (Abrahámová a kol., 2019). Je vhodná pro pacientky se současnou, nebo pozdější rekonstrukcí prsu. (Coufal a Fait, 2011)

Subkutánní mastektomie

Odnětí prsní žlázy s ponecháním kůže prsu, dvorce a bradavky. Pro výživu dvorce a bradavky je nezbytné zachovat pod dvorcem část prsní žlázy, včetně vývodu. Při tomto výkonu se může současně provádět rekonstrukce prsu. To ovšem závisí na velikosti ponechané tkáně a také na faktorech, které mohou negativně ovlivnit krevní zásobení dvorce a jeho následnou ztrátu. Rozlišujeme limitované a radikálně provedené subkutánní odstranění prsu na základě ponechaného tuku v podkoží. (Pilka a kol., 2021)

Resekce axilárních uzlin

Jedná se o odstranění lymfatických uzlin uložených v podpaží a je součástí většiny prováděných mastektomií. Při odběru by mělo být k vyšetření odebráno nejméně deset uzlin a vyšetření velmi přispívá pro stanovení prognózy a rozsahu daného onemocnění. Jiným řešením je odběr a vyšetření sentinelové uzliny. Tato uzlina bývá jako první postižena při šíření nádoru do axilárních uzlin. V případě, že jsou v uzlině přítomné nádorové buňky, je velké riziko, že se nádorové buňky rozšířily i do dalších uzlin. Poté se provádí jejich odstranění. (Pilka a kol., 2021)

Lumpektomie

Nádor odstraněn en block (vcelku) s 1 cm lemem zdravé tkáně. (Pilka a kol., 2021, str. 315)

1.8.2 Chemoterapie

Chemoterapie patří mezi základní metody systémové léčby onkologických onemocnění. Léčba je zaměřena na eliminaci nádorových buněk, které by se mohly rozšířit do okolních tkání a spočívá v aplikaci cytostatik, což jsou látky s protinádorovým působením. Cytostatika jsou aplikována v pravidelných cyklech a nejčastěji parenterálně, formou intravenózního podání. Aplikace může probíhat podáním jednoho druhu cytostatika, nebo kombinovaně. Výhodou kombinace různých cytostatik je vyšší účinnost léčby a také snížení rizika vzniku rezistence (Buchler a kol., 2019). Mezi nejvýznamnější cytostatika v léčbě karcinomu prsu patří například Antracyklyny, nebo Taxany. (Coufal a Fait, 2011)

Rozlišujeme předoperační (neoadjuvantní), pooperační (adjuvantní) a léčebnou chemoterapii. Předoperační je aplikována s cílem zmenšení nádorového ložiska, nebo odstranění mikrometastáz. Cílem chemoterapie po provedeném operačním zákroku je především odstranění možných zbylých mikrometastáz. Léčebná chemoterapie je zaměřena na zničení již prokázaných druhotných ložisek. (Slezáková a kol., 2021)

Cytostatika mohou napadat kromě nádorových buněk také normální buňky, což způsobuje nežádoucí vedlejší účinky. Účinek chemoterapie závisí na velikosti dávky, její síle a na celkovém množství cytostatik, která byla v průběhu léčby konkrétnímu pacientovi podána. Také je ovlivněn typem a množstvím podaného cytostatika a individuální citlivostí nádorových buněk na léčbu. (Buchler a kol., 2019)

1.8.3 Radioterapie

Radioterapie využívá k ničení nádorových buněk ionizující záření a jejím cílem je zamezit schopnost nádorových buněk se neomezeně dělit (Buchler a kol., 2019). V rámci terapie karcinomu prsu se jedná o často používanou a nenahraditelnou léčebnou metodu a bývá spojena s chirurgickým odstraněním nádoru. Po odstranění nádoru přispívá k eliminaci mikrometastáz, snižuje návrat onemocnění a případné další šíření nádoru (Abrahámová a kol., 2019). Radioterapie může být také předoperační, s cílem zmenšení nádoru, nebo paliativní při rozšíření metastáz. (Slezáková a kol., 2021)

1.8.4 Hormonální terapie

Tato léčebná metoda ovlivňuje nádorové buňky pomocí specifických hormonálních receptorů a jejím cílem je inhibice hormonální aktivity, která se může podílet na rozvoji nádorového onemocnění (Buchler a kol., 2019). U karcinomu prsu může být růst nádoru podmíněn přítomností hormonálních receptorů, které reagují na estrogen (ER), nebo progesteron (PR). Odstraněním těchto hormonů můžeme zpomalit, nebo zastavit růst nádoru.

Hormonální terapii rozdělujeme na ablativní, která se aplikuje u premenopauzálních pacientek a zahrnuje odstranění žlázy produkující příslušný hormon, například vaječníky (Coufal a Fait, 2011). Dalším typem léčby je kompetitivní hormonoterapie, která spočívá v boji o místo na receptoru mezi přirozeným hormonem a antihormonem. Posledním typem je inhibiční hormonoterapie. Tato léčba se uplatňuje opět u pacientek po menopauze a spočívá v podávání látek, které zamezují produkci estrogenu na periférii a v nadledvinách.

Nejdůležitějším zástupcem z hormonálních léčiv je Tamoxifen. (Abrahámová a kol., 2019)

1.8.5 Biologická terapie

Jedná se o aplikaci látek, které ovlivňují činnost receptorů, které jsou nezbytné pro životaschopnost, dělení a růst buněk. U karcinomu prsu tyto látky působí proti receptoru HER2, čímž ničí nádorové buňky a samotný nádor. Mezi biologická léčiva řadíme Trastuzumab nebo Lapatinib. Současně se pracuje na vývoji dalších biologických léčiv. (Abrahámová a kol., 2019)

1.9 Prevence

Jedná se o soubor opatření, jejichž cílem je snaha o předcházení onemocnění, úrazů, či jiných nežádoucích jevů. (Hamplová, 2019)

1.9.1 Primární prevence

Je zaměřena na snížení výskytu onemocnění, ale v běžné populaci je dosti limitovaná. Mezi možnosti primární prevence řadíme například zdravé stravování, absenci alkoholu a kouření, nebo pohybový režim. Obecně se jedná tedy o zdravý životní styl a odstranění rizikových faktorů, které by mohly zvyšovat riziko vzniku karcinomu. U žen s vysokým rizikem vzniku karcinomu zvláště u nosiček genetické mutace BRCA může preventivní opatření zahrnovat také totální mastektomii, nebo užívání Tamoxifenu, který snižuje možnost jeho rozvoje asi na jednu polovinu. Nejúčinnější chirurgickou primární prevencí tvoří oboustranná mastektomie, která snižuje riziko až o 90-99 %. (Coufal a Fait, 2011)

1.9.2 Sekundární prevence

Jedná se o vyhledávání časných projevů nemoci a zabránění vzniku komplikací. Zahrnuje především preventivní kontroly a mamografický screening. (Hamplová, 2019)

Mamografický screening

Tento screening představuje nejúčinnější metodu identifikace časných stádií nádorů prsu. Jedná se především o detekci nádorů in situ, nebo o

mikroinvaze. Je doporučen převážně pro ženy od 45 let a žena by toto vyšetření měla podstoupit jednou za dva roky. Včasné odhalení nádoru ovšem představuje problém u žen mladších 45 let. U těchto žen je účinnost screeningu problematická a je založena především na detekci rizikových faktorů, samovyšetření prsou a ultrazvukovém vyšetření. U žen ve věku 40-44 let, které vykazují příznaky karcinomu, se často provádí kombinace ultrazvukového a mamografického vyšetření. (Strnad, 2014)

1.9.3 Terciální prevence (follow-up)

Týká se sledování pacientek, které se v minulosti potýkaly s karcinomem prsu a jsou již zaléčené. Cílem je především zachytit případnou recidivu onemocnění. Obsahuje odběr anamnézy a klinická vyšetření. Ty se provádějí 3-6 měsíců během prvních 3 let. Následně 6-12 měsíců během čtvrtého a pátého roku a poté pouze jednou do roka. U pacientek po konzervativním podstoupení chirurgického zákroku se provádí jednou do roka mamografický screening. V případě, že pacientka podstoupila adjuvantní radioterapii, je mamografie prováděna nejpozději po uplynutí 6 měsíců. Také se mohou k bližší identifikaci podezřelého nálezu provádět další doplňková vyšetření (rentgen, ultrasonografické vyšetření, vyšetření krve). (Coufal a Fait, 2011)

Samovyšetření

V rámci prevence včasného záchytu karcinomu prsu je velmi důležité i samostatné vyšetření obou prsou (Abrahámová a kol., 2019). Vyšetření se provádí před zrcadlem a mělo by se provádět pravidelně pohledem a pohmatem každý měsíc, a to vždy po ukončení menstruace (Roztočil, 2024). U žen, které s tímto vyšetřením začínají, je doporučeno, aby si vyšetření prováděly nejlépe každý den po dobu jednoho měsíce. Důvodem je nacvičení správné techniky a znalosti v orientaci vlastního těla (Abrahámová a kol., 2019). V případě, že žena nalezne jakoukoliv změnu, měla by ihned kontaktovat svého gynekologa. Přesto, že se toto vyšetření nemůže zcela hodnotně rovnat ultrazvukovému vyšetření a mamografickému screeningu, přispívá k záchytu a řešení menších nádorů. (Roztočil, 2024)

1.10 Prognóza

Prognóza pacientek s karcinomem prsu závisí především na včasné detekci nálezu a také na stádiu, ve kterém se onemocnění nachází. Včasný záchyt onemocnění zlepšuje jeho prognózu. (Abrahámová, 2019)

U pacientek, které se nacházejí v I. stádiu onemocnění je prognóza přežití v pětiletém cyklu vysoká, dosahující 90-95 %. Při zjištění pozdějších stádií se ovšem snižuje. Ve druhém stádiu představuje 86-91 %, ve třetím stádiu 54-67 % a v posledním tedy čtvrtém stádiu pouze 20 %. (Abrahámová, 2019)

2. Kazuistika

Empirická část mé bakalářské práce popisuje ošetrovatelskou péči u padesáti pětileté pacientky s karcinomem prsu, kterou označuji písmeny X.X. S pacientkou jsem se poprvé setkala dne 13.11. 2024 na chirurgické klinice, kam se dostavila k plánované hospitalizaci. Patientce byla téhož dne provedena mastektomie a následné odstranění lymfatických uzlin z levého podpaží. Patientka byla otevřena komunikaci ohledně jejího onemocnění, a tudíž jsem ji požádala, zda s mou prováděnou případovou studií souhlasí. Patientka ihned souhlasila.

Pacientka byla obeznámena s účelem mé práce a potvrdila jej podpisem informovaného souhlasu. Z důvodu ochrany osobních údajů a anonymity pacientky jsem neuvedla, nebo pozměnila některé konkrétní identifikační údaje.

Sběr dat probíhal od 13.11. 2024 do 15.11. 2024 na chirurgické klinice. Veškeré informace jsem získala prostřednictvím rozhovoru s pacientkou, které jsem zpracovávala dle modelu Marjory Gordonové, dále pozorováním, měřením fyziologických funkcí a z lékařské a ošetrovatelské dokumentace.

V průběhu hospitalizace jsem sledovala celkový stav pacientky. Na jeho základě společně s odebranou ošetrovatelskou anamnézou jsem stanovila některé aktuální a potenciální ošetrovatelské problémy, kterým se společně s diskuzí a závěrem věnuji na konci praktické části.

Cílem mé praktické části je podrobně popsat specifika ošetrovatelské péče o pacientku s karcinomem prsu a popsat průběh hospitalizace.

2.1 Anamnéza

Jméno a příjmení: X.X

Věk: 55 let

Pohlaví: žena

Datum přijetí: 13.11. 2024

Datum operace: 13.11. 2024

Datum propuštění: 15.11. 2024

Doba hospitalizace: 3 dny

Základní diagnóza: C504, zhoubný nádor – horní zevní kvadrant

(zdroj: lékařská anamnéza)

2.2 Důvod příjmu

Pacientka si v únoru 2024 náhodně nahmatala bulku v levém prsu. Domnívala se, že se jedná o tukovou bulku, kterou již v minulosti měla. Později si nahmatala další bulku v oblasti levé axily, která byla při pohmatu bolestivá. Objednala se tedy na mamografický screening.

12.3. 2024

Dne 12.3. 2024 se pacientka dostavila na kontrolní mamografický screening. Zde jí byl sdělen nález novotvaru. Pacientka ihned podstoupila ultrazvukové vyšetření obou prsou.

Závěr: Nehomogenní tumorové ložisko v horním zevním kvadrantu levého prsu. Infiltrovaná lymfatická uzlina v levé axile a suspektní druhé menší ložisko levého prsu – oboje ke zvažení biopsie. Termín stanoven na 26.3. 2024.

(zdroj: zdravotní záznam ze screeningové mamografie, dne 12.3. 2024)

26.3. 2024

Dne 26.3. 2024 pacientka podstoupila plánovanou biopsii. Pacientce bylo v lokální anestezii odebráno několik vzorků z horního zevního kvadrantu. Také byly odebrány vzorky z levé axily. Výkon byl zcela bez komplikací a pacientce bylo doporučeno, aby se dostavila v případě potíží.

(zdroj: zdravotní záznam z odběru biopsie, dne 26.3. 2024)

Závěr: Dodány čtyři válečky z core biopsie z horního zevního kvadrantu. Všechny dodané válečky jsou prostoupeny strukturami G3 invazivního karcinomu prsu NST. Lymfovaskulární invaze nádorových buněk v rozsahu vyšetření nepřítomna. Imunohistochemie: estrogen – v karcinomu kompletně negativní, progesteron- 30 % slabé pozitivivity v karcinomu, Ki-67- až 50 % pozitivivity v karcinomu (jedná se o marker určující rychlost dělení buněk, 20-30 % představuje zvýšenou hodnotu), HER2 – negativní (jedná se o proontogen, který se podílí na fyziologickém růstu a dělení buněk, běžně se vyskytuje v nízkých hladinách).

(zdroj: výsledková zpráva z provedené biopsie, dne 2.4. 2024, Roztočil, 2024, Coufal a Fait, 2011)

Dodány dva válečky z core biopsie suspektní axilární uzliny vlevo. V obou částkách je zachycena tukově-vazivová tkáň, z části prostoupená strukturami G3 invazivního karcinomu prsu NST. Tumor má obdobný mikromorfologický vzhled, jako v předchozí core biopsii z ložiska v horním zevním kvadrantu levého prsu. Vzhledem k tomu, že nebyly zachyceny struktury lymfatické uzliny, může se jednat o metastázu tohoto tumoru do měkkých tkání.

(zdroj: výsledková zpráva z provedené biopsie, dne 3.4. 2024)

9.4. 2024

Dne 9.4. 2024 se pacientka dostavila do onkologické ambulance. Pacientka byla odeslána z mamologického centra pro suspektní nález, v 1. prsu. Na základě

core biopsie ze dne 26.3. 2024 se jedná o carcinoma mammae, 1 sin., IDC, NST, G3, ER 0, PR 30 %, Ki 67 50 %, HER 2 neg., cT2N1MX.

Jedná se tedy o invazivní duktální karcinom levého prsu, který je nespecifického typu. Nádor je agresivní povahy a odpovídá 3. stupni diferenciaci. Receptor pro estrogen je negativní, ale progesteron vykazuje 30 % pozitivitu, tudíž lze použít v rámci terapie hormonální léčbu. Receptor HER 2 je negativní, což znemožňuje léčbu pomocí biologické terapie. Marker Ki 67 vypovídá o rychlém buněčném dělení nádoru. Dle TNM klasifikace se jedná o 2-5 cm nádor, s postižením lymfatických uzlin, ale bez prokázaných metastáz. Prognóza pacientky je závažná, ale stále dobře léčitelná.

Závěr: Pacientka podstoupí dne 15.4. 2024 PET/CT, dále budou doplněny odběry, echokardiografie, genetické vyšetření a značení tumoru vlevo. Poté zahájení neoadjuvantní chemoterapie 4 cykly metodou AC dose dense+ 12 cyklů Paclitaxelu.

(zdroj: zdravotnický záznam, ústav radiační onkologie, dne 9.4. 2024)

3.5. 2024

Pacientka přichází k zahájení chemoterapie metodou AC dose dense s plánem 4 cyklů, na základě nálezu na PET/CT. Vyšetření prokázalo hypermetabolismus glukózy ve dvou ložiscích levého prsu se zvětšením lymfatických uzlin uložených pod pektorálními svaly na levé straně, odpovídající viabilní neoplazii.

(zdroj: zdravotnický záznam, ústav radiační onkologie, dne 3.5. 2024, zdravotnický záznam, ústav radiační onkologie, dne 30.4. 2024)

24.6. 2024

Dne 24.6. 2024 byl pacientce proveden restaging PET/CT s glukózou.

Závěr: Objemová i metabolická regrese nálezu v levém prsu včetně lymfatických uzlin pod prsními svaly a v levé axile. Nově se zobrazují 3 drobné noduly s vyšší metabolickou aktivitou zevně v tuku zevního horního kvadrantu.

(zdroj: zdravotnický záznam, ústav radiační onkologie, dne 25.10. 2024)

7.8. 2024

Dne 7.8. 2024 pacientka podstoupila genetické vyšetření na hereditární genetické nádorové syndromy.

Závěr: nález negativní

(zdroj: zdravotnický záznam, ústav radiační onkologie, dne 25.10. 2024)

5.10. 2024

Dne 5.10. 2024 pacientka podstoupila již druhý restaging PET/CT s glukózou.

Závěr: Nález je shodný s vyšetřením ze dne 24.6. 2024.

(zdroj: zdravotnický záznam, ústav radiační onkologie, dne 25.10. 2024)

22.10. 2024

Na základě doporučení multidisciplinární komise ze dne 22.10. 2024 byla pacientka indikována ke kůži šetřící mastektomii (SSM) 1. sin a exenteraci 1. sin. Pacientka se dostaví na chirurgickou kliniku k hospitalizaci dne 13.11. 2024.

(zdroj: zdravotnický záznam, ústav radiační onkologie, dne 22.10. 2024)

25.10. 2024

Pacientka dne 25.10. 2024 podstoupila poslední 11. cyklus chemoterapie Paclitaxelem.

(zdroj: zdravotnický záznam, ústav radiační onkologie, dne 25.10. 2024)

2.3 Lékařská anamnéza

Lékařská anamnéza byla odebrána dne 13.11. 2024 v 6:30 hodin na ambulanci chirurgické kliniky. Pacientka byla přijata k SSM a exenteraci axily. V den hospitalizace pacientka SSM odmítá a je indikovaná mastektomie s exenterací axily. Administrativně byla pacientka přijata již 12.11. v 9:16 hodin. Následující údaje vychází ze zdravotnické dokumentace.

Nynější onemocnění:

Pacientka s karcinomem prsu 1. sin je indikována ke kůži šetřící mastektomii z T řezu a exenteraci axily 1. sin pro tripl negativní karcinom v horním zevním kvadrantu levého prsu. Pacientka podstoupila neoadjuvantní chemoterapii a má PICC na pravé horní končetině.

Hlavní lékařská anamnéza:

C504 zhoubný nádor – horní zevní kvadrant

Tab. č. 1: Hodnoty a informace zjištěné při příjmu pacientky, k 1. dni hospitalizace

Krevní tlak	118/87 mm Hg
Puls	73‘
Tělesná teplota	36,4 °C
Glasgow coma scale	15
Výška	165 cm
Váha	86 kg

Rodinná anamnéza (RA):

Matka měla karcinom pankreatu, otec + na Covid- 19, bratr i dcera zdraví

Osobní anamnéza (OA):

Sledovaná onemocnění: neúplná blokáda pravého Tawarova raménka, hyperlipidémie, VAS polytopní, chronické onemocnění žil, varixy, karcinom prsu, stav po chemoterapii, poslední cyklus před 14 dny

Operace: stav po laparoskopické operaci vaječníků, z důvodu ověření průchodnosti, 4x artroskopie ramen

Alergická anamnéza (AA):

Neguje

Farmakologická anamnéza (FA):

Neguje

Sociální anamnéza (SA):

Uklízečka/ recepční

Svobodná, žije se svou dcerou

Abusus:

Nekouří, alkohol výjimečně

Status praesens:

Pacientka při vědomí, orientovaná osobou, časem, místem, spolupracuje.

Kůže: hydratovaná, bez cyanózy, ikteru a krvácivých projevů

Hlava: na poklep nebolestivá, bulby jsou ve středním postavení, zornice izokorické

Krk: hrdlo klidné, hybnost volná, bez šelestů, náplň krčních žil přiměřená, karotidy tepou symetricky

Hrudník: dýchání bilaterálně čisté, sklípkové, srdeční akce pravidelná, ozvy ohraničené

Mamma I dexter: prohmatná, bez rezistence, nebolestivá

Mamma I sinister: prohmatná, bez rezistence, nebolestivá

Lymfatické uzliny v axile bilaterálně nehmatné

Břicho: v nivě, bez jizev a kýl, poklep diferencovaně bubínkový nebolestivý, poslechově peristaltika, bez známek peritoneálního dráždění

HK: bez otoku, zánětu, bez omezení hybnosti

DK: bez otoku, zánětu, bez omezení hybnosti, bez známek flebotrombozy, trofických defektů, varixy na obou dolních končetinách distálně a proximálně

2.4 Průběh hospitalizace

1. DEN HOSPITALIZACE- 0. POOPERAČNÍ DEN

Pacientka se v 6:30 dostavila na chirurgickou kliniku k plánované hospitalizaci a následnému chirurgickému výkonu. Okolo 7. hodiny jsem pacientku zavedla na pokoj a ukázala jí její lůžko a kam si může odložit věci. Pacientka měla k dispozici pro odložení věcí noční pojízdný stolek a skříň. Pacientka projevila zájem o nadstandard, na kterém byl v tu dobu jiný pacient, který se měl během dopoledne propouštět. Pacientku jsem ujistila, že ji po výkonu na nadstandard přeložíme. V 7:30 jsem společně s dalšími studentkami odebírala ošetřovatelskou anamnézu a měřila fyziologické funkce. Pacientka měla krevní tlak 120/74 mm Hg, pulz 68' a saturaci hemoglobinu kyslíkem 98 %. Poté jsem pacientce nasadila identifikační náramek obsahující jméno a příjmení, datum narození, rodné číslo a také název nemocničního zařízení. Pacientce jsem ukázala signalizační zařízení a ubezpečila ji, aby se v případě potřeby nebála zvonek

použít. Dále jsem pacientku provedla po oddělení a ukázala jí, kde se nachází sesterna, koupelna a toaleta.

V rámci bezprostřední předoperační péče jsem u pacientky zkontrolovala, zda má na dolních končetinách kompresní punčochy a zda má oholené levé podpaží. Pacientka měla oholené levé podpaží již domova. Dále jsem se dotázala, zda na sobě nemá žádné šperky a aby si případně došla na toaletu, před podáním premedikace. Pacientku jsem požádala, aby se převlékla do otevřené nemocniční košile.

Dle anesteziologického záznamu jsem pacientce podala v 8:30 Neuro 0,25 g tabletu per os. Pacientka zapila premedikaci douškem vody. Pacientku jsem dále poučila, že by měla zůstat na lůžku a také jsem jí připomněla povinnost lačnit. Po telefonické informaci o převezení pacientky na operační sál jsem pacientku v 9:55 společně se sestrou převezla na operační sál. Následně sestra předala pacientku společně s dokumentací operačnímu týmu. Pacientce bylo na sále z profylaktického důvodu aplikováno antibiotikum Azepo 2 g ve 100 ml fyziologického roztoku.

Operační výkon byl započat v 10:30 a probíhal v celkové anestezii. Pacientce bylo provedeno čochovitým řezem v podprsni rýze snesení prsní žlázy i s fascií pektorálního svalu, včetně ložiska značeného před NACHT grafitem. Dále byla provedena exstirpace 10 zvětšených uzlin. Po kontrole stavění krvácení následoval výplach rány fyziologickým roztokem a aplikace PECS bloku- 0,25 % Markain ve 20 ml fyziologického roztoku. Poté byly do rány zavedeny dva Redonovy drény a byla provedena sutura rány po vrstvách. Výkon probíhal bez komplikací. Dále byl odebrán vzorek tkáně k histologickému vyšetření. Operační výkon probíhal hodinu deset minut a byl ukončen v 11:40. Na operačním sále byl pacientce podán Dexamed 8 mg, Ondasetron 8 mg, Paracetamol 1 g i.v. a Ibuprofen 400 mg i.v. Pacientka byla propuštěna ze sálu ve 12:00 hodin.

(zdroj: operační protokol)

Sestra dostala při předání pacientky z operačního sálu důležité informace. Informace obsahovaly, že pacientka je nyní stabilizovaná a že jí kape Isolyte 1000 ml rychlostí 125 ml/ hodinu do PICC katétru. Pacientce jsem ihned po příjezdu na oddělení monitorovala fyziologické funkce, které obsahovaly hodnoty TK 116/83 mm Hg, P 72', D 15, TT 36,6 °C, SpO2 98 %. Pacientka byla poučena o tom, že může dostat tekutiny per os po 3 hodinách od provedeného výkonu a večer již může dostat večeri, a to dietu číslo 3. Dále sestra pacientku informovala, že může poprvé vstát nejdříve po 4 hodinách od provedeného operačního výkonu, a to s doprovodem sestry. Pacientka měla naordinovaný klid na lůžku do úplného odeznění celkové anestezie. Od příjezdu se pacientce monitorovaly pravidelně fyziologické funkce, a to nejdříve po 20 minutách po dobu 2 hodin a dále po 1 hodině do stabilizace stavu (viz tab. č. 2). Ve 13:00 hodin sestra provedla výměnu krytí PICC katétru a jeho následný proplach 10 ml fyziologického roztoku (viz obr. č. 3). Současně z důvodu prosáknutí krytí na operační ráně sestra provádí jeho navázání. Sestra přiložila absorpční polštář a následně jej přelepila Omnifixem. Pacientka byla vertikalizovaná po 4 hodinách po výkonu a v 16:10 močila.

Pacientka po operačním výkonu odpočívala na lůžku, sledovala televizi a byla v telefonickém kontaktu se svou dcerou a blízkými. Také za paní X.X docházela pacientka, se kterou se seznámila téhož dne na předešlém vícelůžkovém pokoji. Na nadstandardu měla pacientka dostatek klidu na odpočinek.

Pacientce jsem v 18:00 hodin aplikovala Arixtru 2,5 g/0,5 ml. V rámci analgezie měla pacientka naordinovaný Novalgin 1 g ve 100 ml fyziologického roztoku i.v. na 20 minut po 6 hodinách a to ve 12-18-24-6. Dále Dipidolor 15 mg (2 ml) 1 ampuli aplikovanou i.m. při bolesti VAS 4 a více maximálně 3x denně po 8 hodinách. Pacientce byl ve 21:30 aplikován Dipidolor 15 mg při bolesti VAS 4. Bolest byla přehodnocena ve 22:00, při VAS 1. Současně noční směna pokračovala v měření fyziologických funkcí a odečetla odpady z drénu. První Redonův drén odvedl 10 ml, zatímco druhý Redonův drén 130 ml hemoragické tekutiny. Údaje byly následně zaznamenány do dokumentace.

Ve 23:30 se pacientce v koupelně udělalo nevolno a slabo. Pacientka ihned přivolala signalizačním zařízením sestru. Ta pacientku doprovodila do lůžka a otevřela okno. Pacientka se napila vody a sestra ji změřila fyziologické funkce. Pacientka měla krevní tlak 112/54 mm Hg a pulz 57'. Po 10 minutách se pacientce udělalo lépe a poté usnula.

Tab. č. 2: Záznam fyziologických funkcí a bolesti po operačním výkonu, k 1. dni hospitalizace.

Čas: 12:20	TK	TF	DF	TT	SpO2	Vědomí	Bolest
Zahájení	116/83 mm Hg	72'	15	36,6 °C	98 %	0	VAS 1-2
12:40	120/80 mm Hg	71'			98 %		
13:00	122/81 mm Hg	71'			100 %		
13:20	121/80 mm Hg	71'			100 %		
13:40	123/79 mm Hg	70'			100 %		
14:00	128/77 mm Hg	78'			100 %		
14:20	121/78 mm Hg	72'			100 %		

2. DEN HOSPITALIZACE- 1. POOPERAČNÍ DEN

V 6:00 hodin byly v rámci ranní sesterské vizity předány veškeré důležité informace z noční směny. Sdělení obsahovalo večerní aplikaci 1 ampule Dipidoloru, nežádoucí reakci pacientky a množství odpadu v Redonových drénech. V 6:30 probíhala lékařská vizita. Pacientce bylo lékařkou sděleno, že z důvodu většího množství tekutiny v druhém Redonově drénu musí být drény ponechány. Dále pacientce sdělila, že v případě nízkého odpadu v drénu by byla možná její dimise následující den. Pacientka z toho měla velikou radost a ihned informaci volala své dceři. Pacientce jsem v 10:00 hodin změřila fyziologické funkce. Pacientka měla krevní tlak 105/60 mm Hg, pulz 68' a saturaci 99 %.

Po měření fyziologických funkcí jsem se pacientky dotázala, zda s ní mohu vyplnit ošetřovatelskou anamnézu. Pacientka souhlasila. Měla dnes dobrou náladu a na vše mi ochotně odpovídala. Při rozhovoru ohledně onemocnění pacientka chvíli plakala, ale snažila se být statečná. Snažila jsem se rozhovor prokládat i veselejší konverzací. Pacientka na to reagovala velmi pozitivně, a chvílemi se i smála. Za pacientkou jsem si chodila ve volných chvílích povídat. Při jedné z konverzací jsem si všimla, že pacientce nejde zapnout televize. Snažila jsem se tedy televizi zprovoznit a po chvíli se mi to povedlo. Na pacientce bylo vidět, že z toho má velkou radost. Její reakce mě velmi potěšila a byla jsem ráda, že jsem jí i takovou maličkostí mohla rozveselit.

U pacientky jsem pravidelně v průběhu dne monitorovala bolest. Pacientka udává VAS 1-2. Pacientka měla v dekurzu naordinovaný Novalgin 500 mg 2 tablety per os 4x denně po 6 hodinách ve 12-18-24-6 a Dipidolor 15 mg i.m. při bolesti VAS 4 a více max 3x denně po 8 hodinách. Pacientka veškerá analgetika odmítla. Zeptala jsem se jí, z jakého důvodu. Pacientka se mi svěřila, že připisuje nevolnost a slabost z předešlé noci právě aplikaci opiátu. I přestože jsem pacientce nabídla tablety Novalginu a ubezpečila ji, že se jedná o slabší analgetikum, léky odmítá. Sestra ve 22:00 hodin změřila pacientce fyziologické funkce, krevní tlak byl 103/68 mm Hg a pulz 76'. Odpad z drénů činil 10 ml a 80 ml (viz obr. č. 2).



Obr. č. 1 Krytí rány, 1. pooperační den
(zdroj: autorka)



Obr. č. 2 Redonovy drény

(zdroj: autorka)



Obr. č. 3 PICC katétr

(zdroj: autorka)

3. DEN HOSPITALIZACE- 2. POOPRAČNÍ DEN

V 6:00 proběhlo předávání ranní sesterské služby a ranní vizita lékařů. Pacientka byla lékařkou během ranní vizity informována, že z důvodu nízkého množství v Redonových drénech může být dnes provedena její dimise.

Pacientka byla v 7:00 hodin přivolána na vyšetřovnu, kde jí byly odstraněny oba Redonovy drény. Obě rány jsem překryla sterilním krytím,

přesněji Cosmoporem. Stejný postup následoval u převazu operační rány na hrudníku (viz obr. č. 5). Rána se hojila per primam, byla klidná, bez sekrece a bez známek infekce (viz obr. č. 4). Pacientce byl současně odstraněn i PICC katétr, který měla zavedený na pravé horní končetině. Pacientka má radost z propuštění z nemocnice. Působí pozitivně a těší se domů za svou dcerou.

V 9:00 pacientka dostává propouštěcí zprávu. Pacientka je obeznámena, že se má dostavit s propouštěcí zprávou do 3 dnů ke svému praktickému lékaři. Dále je informována i o kontrole, na kterou se má pacientka dostavit na chirurgickou ambulanci dne 26.11. Během kontroly bude pacientce proveden převaz rány a budou jí sděleny výsledky histologického vyšetření. Pacientce je doporučeno, že by se měla po dobu 6 týdnů šetřit, nezvedat břemena těžší než 5 kg, rehabilitovat dle informační brožury, pít dostatek tekutin a dle potřeby, nebo při obtížích se dostavit na kontrolu ihned.

Pacientce jsem následně poděkovala za ochotu, se kterou mi odpovídala na všechny mé dotazy při sepisování ošetřovatelské anamnézy. Poté jsem se s pacientkou rozloučila a popřála jí především mnoho zdraví a ať se jí daří.



Obr. č. 4 *Operační rána, 2. pooperační den*
(zdroj: autorka)



Obr. č. 5 *Krytí rány, 2. pooperační den*

(zdroj: autorka)

2.5 Ošetrovatelská anamnéza

Ošetrovatelskou anamnézu jsem s pacientkou odebírala dne 14.11. 2024 v 10:15 hodin. Jednalo se o 1. pooperační den a současně 2. den hospitalizace pacientky. Pro odebrání ošetrovatelské anamnézy jsem si zvolila ošetrovatelský model dle Marjory Gordonové. Veškeré informace jsem získala rozhovorem s pacientkou, pozorováním, měřením fyziologických funkcí a také z dokumentace. Ke sběru dat jsem využila také ošetrovatelskou anamnézu 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, z Ústavu ošetrovatelství.

Vnímání zdravotního stavu

Paní X.X hodnotila své zdraví v předchorobí jako dobré. Pacientka udává, že v minulosti podstoupila laparoskopickou operaci k ověření průchodnosti vejcovodů a celkem čtyři artroskopie ramen. Pacientka ještě před onemocněním v rámci prevence prováděla samovyšetření prsou. Také docházela na pravidelné gynekologické prohlídky a na mamografické vyšetření.

Zjištěná diagnóza byla pro pacientku velký šok. Druhý šok nastal v okamžiku, kdy ji bylo oznámeno, že ji vezmou celé prso. Pacientka uvádí, že celé dva dny probrečela a stále se s touto těžkou situací vyrovnává. Přesto se snaží na svůj zdravotní stav pohlížet optimisticky a brát to, jak to je, i když je to pro ni velmi těžké.

Pacientka se snaží žít zdravým životním stylem. Paní X.X preferuje zdravé potraviny a chodí na delší procházky. V rámci léčiv uvádí, že se snaží omezit užívání jakékoli medikace.

Pacientka je nekuřačka a alkohol pije pouze příležitostně.

Výživa a metabolismus

Pacientka uvádí, že po chemoterapiích vůbec necítila chuť a měla velmi bolestivé puchýřky v ústech, které ji způsobovaly bolest a pálení v krku. Z důvodu bolesti mohla jíst pouze polévky. Paní X.X uvádí, že před začátkem cyklů chemoterapie měla ráda zmrzlinu a polévky.

V domácím prostředí se paní X.X snaží jíst pravidelně a zdravě. Především ovoce a zeleninu. Naopak se snaží co nejvíce omezit mastné a sladké potraviny. Každý den se pacientka snaží vypít alespoň 1 litr vody. Vzhledem k částečné ztrátě chuti pacientka preferuje spíše sladší nápoje. Nyní se jí chuť ovšem pomalu vrací. Žádné doplňky stravy pacientka neužívá.

Pacientka má základní dietu číslo 3. Paní X.X neuvádí žádné alergie a váží 86 kg a měří 165 cm, její BMI je 27,9.

Co se týče stavu kůže, pacientka má vyrážku na tvářích a suchou kůži, kterou si maže hydratačním krémem. Nehty má bolavé a po chemoterapiích se jí odlomily. Nyní se jí vytvořily na nehtech hrbolky. Vlasy má pacientka oholené, ale začínají jí po skončení chemoterapie opět dorůstat. Nyní nosí speciální šátky. V rámci péče o ránu bylo 0. pooperační den provedeno navázání krytí, z důvodu jeho prosáknutí. Nyní operační rána neprosakuje. (viz obr. č. 1)

Pacientka se mi také svěřuje s tím, že jí roste pod dásní nový zub a má obavy z extrakce zubu.

Vylučování

Pacientka neudává žádné obtíže při močení, či vyprazdňování. Poslední stolice byla dne 14.11. 2024. Pacientka udává, že po absolvované chemoterapii trpí návaly horka a často se potí. Pacientka močí spontánně.

Paní X.X má zavedené dva Redonovy drény, u kterých sledujeme množství, barvu, nebo případné příměsi. Odpad z prvního drénu činí 10 ml a druhý drén obsahoval 130 ml serosanguinolentní tekutiny. Bilanci tekutin u pacientky nesledujeme.

Aktivity a cvičení

Paní X.X má ráda čtení knih, turistiku, cyklistiku, plavání a setkávání se s lidmi. Také se snaží ve volných chvílích co nejvíce odpočívat. Pacientka udává, že v letních měsících nemohla kvůli chemoterapiím a horku trávit čas venku. Sdělila mi, že ji pobyt venku nedělal dobře. Nyní je ráda za chladnější počasí a těší se, až bude moci chodit na procházky se svým pejskem, nebo trávit čas se svými blízkými.

Paní X.X je částečně soběstačná. Dle stupnice Nortonové pacientka není ohrožena vznikem dekubitů, ani rizikem pádu. U pacientky jsem také vyhodnocovala Barthelové test základních všedních činností, výsledkem bylo 80 bodů, tedy lehká závislost. Co se týče pohybového režimu, pacientka byla mobilizována po 4 hodinách po operačním výkonu. Nyní chodí sama po oddělení a na pokoji sleduje televizi, nebo si telefonuje se svými blízkými. Paní X.X se na oddělení seznámila s pacientkou, která zde byla přijata také s nádorem prsu. Pacientka poté paní X.X navštěvovala na pokoji.

Spánek a odpočinek

Pacientka udává, že problémy se spánkem v domácím prostředí nemá. V nemocničním prostředí se jí však spí hůře, z důvodu bolesti a také nemocničního prostředí. Snaží se tedy co nejvíce odpočívat přes den. Pacientka dnes v noci spala zhruba 6 hodin a usnula ve 22 hodin. Aplikaci hypnotik paní X.X nevyžaduje.

Vnímání a poznávání

Pacientka je při vědomí a je plně orientovaná osobou, časem i prostorem. Paní X.X udává, že hůře vidí a používá brýle na čtení.

Co se týče komunikace, pacientka mluví srozumitelně a jasně. Pacientka mi na vše ochotně odpovídala a snažila se mi zodpovědět všechny mé dotazy.

Paní X.X se mi svěřila, že ji operační rána bolí, udává VAS 2. Pacientky jsem se zeptala, zda nechce podat analgetikum, ale odmítla. Také má potíže s pohybem levé horní končetiny, z důvodu operačního výkonu a bolesti. V rámci rozhovoru mi pacientka sdělila, že ji trápí brnění prstů a plosek nohou na dolní končetině a má pocit oteklosti. Pacientka udává, že tyto potíže začaly po chemoterapiích a museli ji z tohoto důvodu snížit dávky. Nejspíše se jednalo o alergickou reakci. Také udává, že nemůže ohnout prsty. Dušnost neudává.

Ohledně informovanosti pacientka udává, že se cítí informovaná částečně. Rozumí plánům léčby, ale měla dodatečné otázky ohledně operačního výkonu, které ji nebyly zcela zodpovězeny a poté už nechtěla lékaře zatěžovat dalšími dotazy.

Sebekoncepce a sebeúcta

Paní X.X se hodnotí spíše jako optimistka a workoholička. Pacientka velmi ráda komunikuje a tráví čas mezi lidmi. Také je upřímná a řekne vše narovinu, jak to cítí.

Se svým vzhledem pacientka není spokojená, z důvodu vedlejších účinků chemoterapie. Vlasy jí ale postupně začínají dorůstat a svěřila se mi, že je zvědavá, jestli se po prodělané léčbě změní, nebo budou vypadat stejně jako ty předchozí. Ztrátu prsu pacientka nese psychicky těžce, ale uvědomuje si, že se jedná o jednu z možných cest uzdravení.

Pacientka hodnotí pobyt v nemocnici kladně, ale už se těší na návrat domů.

Plnění rolí a mezilidské vztahy

Paní X.X bydlí v bytě se svou dcerou. Pacientka se mi svěřila, že má partnera, ale nyní má obavy ze zdravotního stavu a s přijetím sebe sama a potřebuje čas vyrovnat se se svou nemocí. Partner vše chápe a vyjádřil pacientce podporu. Paní X.X nemá dobré vztahy se svou rodinou, ale má mnoho přátel a známých, se kterými se stýká. Po dobu hospitalizace s nimi byla pravidelně telefonicky v kontaktu.

Pacientka je momentálně v pracovní neschopnosti.

Sexualita a reprodukční schopnost

Paní X.X měla první menses ve 14 letech a je již po přechodu. Pacientka měla jeden porod a žádný potrat. Na gynekologické prohlídky a mamografii dochází pravidelně. Také si provádí samovyšetření prsou.

Další informace pacientka z této oblasti neuvádí.

Stres, zátěžové situace, jejich zvládání a tolerance

Paní X.X mi sdělila, že byla v posledním roce vystavena dlouhodobému stresu, jež se týkal vztahů a událostí v rámci rodiny.

Pacientka byla zpočátku rozhovoru o začátcích a průběhu onemocnění smutná a plakala. Poté mi sdělila, že je to pro ni velmi náročné a má strach, ale snaží se myslet pozitivně. Velmi jí pomáhá, jak jí její blízcí, přátelé, kolegové a zdravotnický personál podporuje.

Pacientka má obavy ohledně budoucnosti a s tím související strach o svou dceru. Doufá, že jí operace pomůže a věří, že dobrý psychický stav má na průběh onemocnění velký vliv.

Domnívá se, že spouštěčem onemocnění byl stres a dlouhodobá zátěž, když řešila rodinné problémy a smrt rodinného příslušníka.

Víra, přesvědčení a životní hodnoty

Paní X.X si do budoucna přeje, aby byla zdravá a také, aby byli v pořádku a zdraví její blízcí. Patientka nevyznává žádné náboženství.

Jiné

Pacientka má v rámci prevence tromboembolického onemocnění kompresní punčochy na obou dolních končetinách. Paní X.X má také na vnitřní straně předloktí zavedený PICC katétr. PICC byl zaveden v květnu roku 2024 z důvodu aplikace chemoterapií. Předchozí den byl sestřičkou proveden jeho proplach 10 ml fyziologického roztoku a následně byl proveden převaz.

2.6 Ošetrovatelské problémy

Na základě analýzy ošetrovatelské anamnézy jsem u pacientky stanovila některé ošetrovatelské problémy, vztahující se k 1. pooperačnímu dni.

Aktuálním ošetrovatelským problémem sledávám *akutní bolest* z důvodu operačního výkonu, *porušení integrity kůže* a *deficit soběstačnosti*. Vzhledem k porušené tkáňové integritě po operačním výkonu a zavedeným Redonovým drénům a PICC katétrem vyplývá potenciaální riziko vzniku *infekce*. Po ablaci prsu hrozí pacientce riziko *narušení psychického stavu a porušený obraz těla*. Patientka je také v potenciaálním riziku vzniku pooperačního *lymfedému*. Dalším ošetrovatelským problémem je *nemožnost odběru* biologického materiálu, nebo *měření* krevního tlaku *na paži operované strany a omezená hybnost*. V souvislosti s operačním výkonem hrozí také potenciaální riziko *pádu* a rozvoje pooperačních komplikací, zejména *tromboembolické nemoci, krvácení rány*, či vzniku *seromu*.

Z těchto ošetrovatelských problémů jsem si vybrala k podrobnějšímu zpracování *akutní bolest*. Akutní bolest pacientku provázela po celou dobu hospitalizace a měla nepříznivou reakce po podání opiátu. Dále jsem si vybrala *poruchu integrity kůže a péči o ránu*.

2.6.1 Bolest

Dle mezinárodní Asociace pro studium bolesti (IASP) je bolest definována jako nepříjemná sensorická a emoční zkušenost, která je spojená s aktuálním nebo možným poškozením tkání organismu a je vnímána individuálně a subjektivně. Tato definice byla schválena i celosvětovou zdravotnickou organizací. Bolest vzniká z různých důvodů. Může se jednat o faktory chemické, biologické a fyzikální. Příčinou mohou být i psychické poruchy, způsobující psychogenní bolest. Bolest má dva významy, jednak nás chrání a signalizuje, že s organismem není něco v pořádku, nebo se jedná o samostatnou diagnózu. (Rokyta a kol., 2009)

Nociceptivní a neuropatická bolest

Bolest se podle svého původu dělí na dva hlavní typy, a to na bolest nociceptivní a neuropatickou. Nociceptivní bolest je způsobena stimulací nociceptorů, neboli nocisenzorů, které rozdělujeme do tří základních typů. Jedním z těchto druhů jsou vysokoprahové mechanoreceptory, přesněji Vaterova-Paciniho tělíška, nebo Merkelovy disky. Dle intenzity působení nám pomáhají rozlišit příjemné podněty například při hlazení od nepříjemných způsobených nějakým zraněním. Druhým typem jsou polymodální nocisenzory, do kterých řadíme Ruffiniho a Krauseho tělíška. Slouží především pro detekci bolesti způsobené teplem, nebo chladem. Posledním typem jsou vlastní nocisenzory, také se jim jinak říká mlčící receptory. Vyskytují se jako volná nervová zakončení, která jsou přítomná na primárních aferentních vláknech. Při určité míře bolesti dochází k jejich aktivaci a k přenosu informací z kůže, nebo sliznic do míchy. (Rokyta a kol., 2018)

Na základě toho, kde se tyto receptory nacházejí, dělíme bolest dále na somatickou a viscerální. Somatická bolest je většinou ostrá, dá se dobře lokalizovat a vychází z oblasti šlach, svalů, kloubů a kostí. Můžeme ji pociťovat například při zlomenině. Naopak viscerální bolest je charakterizována tupou, hlubokou, hůře lokalizovatelnou bolestí, která vychází z vnitřních orgánů dutiny břišní. (EuroPainClinics, 2022)

Neuropatická bolest vzniká poškozením nervového systému, nebo nervu, který je zodpovědný za přenos signálu bolesti do mozku. Na základě toho, kde k poškození dochází, ji dále dělíme na periferní a centrální. Pacienti tuto bolest často popisují jako pálivou, nebo pichlavou. Příčinou mohou být kraniální neuralgie (např. zánět trojklanného nervu), kompresivní kořenové syndromy (např. výhřez ploténky), nebo pooperační a diabetická neuropatie. (EuroPainClinics, 2022)

Akutní a chronická bolest

Podle délky trvání se bolest dělí na akutní a chronickou. Akutní bolest je popisovaná jako pálivá a ostrá bolest, vycházející z kůže, svalů, nebo kloubů. Pociťujeme ji bezprostředně po působení bolestivého podnětu a ze začátku má ochrannou funkci. Její příčinou může být vnější i vnitřní poškození organismu. Trvá krátkodobě a dosahuje vyšší intenzity, což představuje velkou zátěž pro pacienta. V místě bolesti můžeme sledovat zvýšený svalový tonus a prokrvení. V rámci celkové reakce organismu se bolest může projevat tachykardií, hypotenzí, nebo zrychleným dechem. Dále také dilatací zorniček, nebo sníženou motilitou gastrointestinálního traktu. Pozorovat můžeme také změny v chování, které jsou často provázeny úzkostí, nebo vyšší podrážděností (Kapounová, 2020). Do akutní bolesti patří bolest pooperační, traumatická, porodní, nebo bolest způsobená některými vnitřními onemocněními. Mezi největší riziko akutní bolesti řadíme její přechod do chronicity. Z tohoto důvodu je v rámci prevence důležité zahájit její včasnou a dostatečnou léčbu. (Hakl a kol., 2022)

Chronická bolest je považována za samostatné onemocnění a trvá dlouhodobě. Přesněji déle než 3-6 měsíců. Řadíme sem i bolest kratšího trvání, a to v případě, že přesáhne obvyklou dobu pro danou poruchu, nebo dané onemocnění. Mezi chronické bolesti řadíme vertebrogenní bolest (např. low back pain), bolest zad po operačních výkonech v oblasti páteře (failed back surgery syndrom), myofasciální syndromy, bolesti hlavy, revmatoidní artritidu, nebo osteoporózu. Může být provázena poruchou spánku a chování, sníženou kvalitou života, sociální izolací, či depresí. U pacienta trpícího chronickou bolestí můžeme

pozorovat nevědomé bolestivé chování, které zahrnuje bolestivé projevy. Mezi ty řadíme například pláč, bolestivé grimasy, nebo snahu o zaujetí úlevové polohy. (Karel a kol., 2022)

Chronická bolest se dále dělí na nádorovou a nenádorovou (Kapounová, 2020). Nádorová bolest je ovlivněna různými faktory. Závisí na typu onkologického onemocnění, včetně jeho stádia, následně na zvolené terapii a toleranci pacienta. U onkologických pacientů se může vyskytnout i tzv. bolest průlomová. Jedná se o náhlé vzniklou, intenzivní a přechodnou bolest, která vzniká i přes adekvátní kontrolu bolesti. Léčba průlomové bolesti byla v České republice schválena v roce 2010 a spočívá v aplikaci transmukózních fentanylů. (Karel a kol., 2022)

Hodnocení bolesti

V rámci monitorace bolesti zjišťujeme u všech pacientů následující údaje:

Lokalizaci – lépe lze dle místa bolesti lokalizovat bolest akutní, povrchovou, nebo somatickou.

Intenzitu – bolest může být mírné, střední a velké intenzity. Pokud je to možné, vyhodnocujeme ji na základě hodnotících škál pomocí metody self-reporting.

Kvalitu – rozlišujeme bolest tupou, ostrou, nebo například vystřelující.

Druh – bolest může být kolikovitá, ischemická (např. stenokardie), zánětlivá, nebo fantomová (např. po amputaci).

Původ – bolest se dle svého původu dělí na nociceptivní (somatickou a viscerální) a neuropatickou. (Kapounová, 2020)

Ke zhodnocení bolesti využíváme hodnotící škály. Jedná se o stupnice, kterými pacient vyjadřuje pocívanou bolest. Jejich význam spočívá především k porozumění konkrétním aspektům bolesti a také přispívají k lepšímu zhodnocení účinnosti léčby, či stanovení diagnózy. S těmito škálami se nejčastěji setkáváme u

lékaře, při hospitalizaci nebo po operačním výkonu a jsou určeny pro všechny pacienty. Jednotlivé hodnotící škály řadíme do kategorií, které se dělí na unidimenzionální a kategorické.

Mezi unidimenzionální stupnice bolesti patří číselné a vizuální analogové škály, které vyhodnocují bolest na základě slov, či obrázků. Číselná hodnotící stupnice vyjadřuje bolest od 0 do 5, nebo 10, kdy nula představuje žádnou bolest a pětka, či desítka nejhorší bolest (viz obr. č. 6). Naopak vizuální analogová škála měří bolest označením bodu na 10centimetrové čáře, jejíž konce představují žádnou bolest a nejvíce možnou bolest. Mezi další možnosti měření bolesti řadíme McGillův dotazník, jehož hodnocení závisí na verbálním popisu bolesti. Mezi kategorické stupnice řadíme verbální škálu intenzity bolesti. U dětí se nejčastěji využívají škály se šesti obrázky odlišných tváří, díky kterým může dítě vyjádřit míru bolesti. (Ptáček, Bartůněk a kol., 2024)

Na jednotce intenzivní péče se u nekomunikujících pacientů můžeme setkat s různými hodnotící škálami. První škálou je BPS (Behavioral Pain Scale), kde sledujeme a hodnotíme výraz tváře nemocného, pohyby dolních končetin a také toleranci na umělou plicní ventilaci. Druhou hodnotící škálou je ANVPS (Adult Non-Verbal Pain Scale). Je určena pro pacienty s umělou plicní ventilací a hodnotí se každé 4 hodiny. V případě, že je skóre větší nad 3, dochází ke zvýšení analgosedace. Poslední škálou je CPOT (Critical Care Pain Observation). Je určena pro hodnocení bolesti v intenzivní péči a vznikla adaptací starších hodnotících systémů. (Kapounová, 2020)



Obr. č. 6 verbální deskriptivní škála bolesti

(zdroj: Herold, 2013, str. 430)

Léčba bolesti

Léčba bolesti se odvíjí od její intenzity s cílem jejího snížení, nebo úplného odstranění. Světová zdravotnická organizace (WHO) sestavila tzv. třístupňový analgetický žebříček, který nám pomáhá se správným výběrem léčby a zacházením s analgetiky. První stupeň odpovídá mírné bolesti, hodnocené na číselné stupnici čísly 1-3. Druhý stupeň tvoří střední bolest, která je označována čísly 4-6. Třetí stupeň je nejsilnější pocíťovaná bolest, která je označována čísly 7-10. V terapii akutní bolesti systém používá postup step down. To znamená, že po analgetickém žebříčku sestupujeme shora dolů. Naopak u chronické bolesti postupujeme zdola nahoru. U mírné bolesti se volí nejdříve neopioidní analgetika, u střední se k nim přidává slabý opioid a u silné se slabý opioid nahradí silným. Léčba může být doplněna podáním koanalgetik (např. antidepressiva, antiepileptika). (Karel a kol., 2022)

Bolest po operačním výkonu a metody léčby

Pooperační bolest je běžným příkladem akutní bolesti, která provází každý chirurgický výkon a s tím související strach ze strany pacientů. (Málek, Ševčík a kol., 2021). Její léčba je klíčovou součástí péče o pacienta po operačním výkonu. Nedostatečně léčená bolest může způsobit psychické problémy a zdravotní potíže. Tento stav může vést k prodloužení léčby, ke zhoršení průběhu rehabilitace a pooperačním komplikacím. Analgetické metody řadíme do tří skupin, které se často vzájemně kombinují. První skupinu představují nefarmakologické metody (např. polohování, psychoterapie, nebo fyzikální metody). Další skupinu tvoří lokoregionální analgezie. Jedná se o podání lokálních anestetik (např. Bupivakain) s adjuvantními látkami (např. Ketamin, Adrenalin, Dexamethason) do anatomických prostor, pod kontrolou ultrazvuku. Do poslední skupiny řadíme systémovou analgezi. Ta obsahuje 3 základní skupiny léčiv, a to periferní analgetika antipyretika (např. Paracetamol, Metamizol), nesteroidní antiflogistika (Diclofenak) a opioidy (např. Kodein, Tramadol, Morfin). (Málek, 2022)

Hodnocení bolesti u konkrétní pacientky

Akutní bolest pacientka popisovala na levé straně v oblasti operační rány. Charakter bolesti byl tupý a intenzita bolesti se zvyšovala při pohybu. Při rozhovoru s pacientkou jsem si všímala bolestivých grimas při změnách polohy v rámci lůžka a omezenější pohyblivosti. Bolest se u pacientky monitorovala 4x denně a to v 6:00, 12:00, 18:00 a 24:00 hodin a dále dle individuální potřeby. K hodnocení její intenzity byla využita vizuální analogová škála (VAS). Pacientka vždy vyjádřila číselnou hodnotu od 0-10. Dle této hodnoty se poté zaznamenávala a hodnotila intenzita bolesti. V den operace byl pacientce na sále aplikován Paracetamol 1 g, Ibuprofen 400 mg intravenózně a PECS blok s aplikací 20 ml Markainu 0,25 %. Po operačním výkonu a převezení pacientky zpět na standardní oddělení nebyla podána žádná analgetika. Důvodem bylo množství podané medikace na operačním sále. Pacientka uváděla bolest při VAS 1-2. Ve 21:30 pacientka pociťuje intenzivní bolest, kterou hodnotí VAS 4. Na bolest je ihned reagováno. Dle záznamu v dekurzu je pacientce podán Dipidolor 15 mg (2 ml). Jeho aplikace byla indikována při bolesti VAS 4 a více. Bolest byla sestrou přehodnocena po 30 minutách od aplikace opiátu, tedy ve 22:00 hodin. Intenzita bolesti se snížila a pacientka hodnotila na vizuální analogové škále bolest VAS 1. Pacientce se téhož večera okolo 23:30 udělalo nevolno a slabo. Po přivolání sestry se pacientka s její pomocí posadila do lůžka. Sestra dala pacientce napít, otevřela okno a změřila fyziologické funkce. Naměřené hodnoty činily krevní tlak 112/54 mm Hg a pulz 57'. Pacientce začalo být lépe a do deseti minut již potíže nepociťovala. Druhý den hospitalizace pacientka udává během dne VAS 1-2. Opakovaně jsem se pacientky ptala, zda nechce podat analgetikum. Pacientka se mi svěřila, že má obavy z předešlé slabosti a nevolnosti. Snažila jsem se ji ubezpečit, že jí můžu podat slabší analgetikum, přesto odmítá. Při rozhovoru se pacientka zmínila, že neužívá žádné medikace, pokud to není nezbytně nutné. I to mohlo mít za následek odmítnutí podání analgetik. Třetí den hospitalizace se pacientka cítí dobře a bolest neudává. Při propouštění pacientky do domácího prostředí dostává pacientka také doporučení na užívání běžných analgetik jako je Paralen, nebo Ibalgin.

2.6.2 *Porucha integrity kůže a péče o ránu*

O ráně hovoříme v případě porušení, nebo ztráty integrity kůže. Za ránu také označujeme poškození anatomické, nebo fyziologické funkce tkáně. Příčinou vzniku mohou být fyzikální, mechanické a termické poškození, nebo patofyziologické poruchy. Pro správné určení léčby a zhodnocení hojení ran posuzujeme její umístění, rozměry, tvar, hloubku, směr a okraje rány. (Brabcová, 2021). Také hodnotíme možnou sekreci z rány, její okolí, bolest, nebo případný zápach. (Vytečková a kol., 2015)

Rozdělení ran

Rány můžeme třídit do několika kategorií, a to na základě lokalizace, příčin vzniku, hojení, průběhu, rozsahu a také dle množství choroboplodných zárodků.

Dle průběhu rány členíme na akutní a chronické. Akutní rány vznikají ve zdravé tkáni a je pro ně charakteristická krátká doba hojení a nepřítomnost komplikací. Nejčastěji se jedná o rány způsobené úrazem, nebo chirurgickým zákrokem. Řadíme sem tedy rány traumatické, mechanické (např. řezná, bodná, tržná rána), termické (např. popáleniny, omrzliny), nebo chemické (např. poleptání). Naopak chronické rány vznikají v patologicky změněné tkáni a jejich hojení probíhá *per secundam*. Za chronickou ránu považujeme ránu, u které nedochází k hojení po dobu delší než 6-9 týdnů. Charakteristické je zde hojení výstavbou nové tkáně. Nejčastějším typem jsou bércové vředy, dekubity, popáleniny II. a III. stupně, komplikované hojení pooperační rány, nebo diabetická noha. (Brabcová, 2021)

Podle rozsahu dělíme rány na *zavřené* – nedochází k porušení kontinuity kůže, *otevřené* – dochází k porušení kontinuity kůže a poranění zasahuje do podkoží, *povrchové* – poranění pokožky, *penetrující* – pronikají do dutin, *nepenetrující*, *jednoduché* – zasahují pokožku, škaru a následně podkožní tuk a *komplikované* – jedná se o rozsáhlá poranění, zasahující cévy, nervy a orgány.

Velmi důležitým kritériem je také, zda rána obsahuje choroboplodné zárodky. Na základě toho rozlišujeme *aseptické rány* – zárodky nejsou v ráně přítomny, *kontaminované rány* – zárodky jsou v ráně přítomny a *rány infikované* – jsou zde přítomné mikroorganismy vyvolávající infekci.

Rány se dělí také na základě *vnitřních* a *vnějších* příčin. Do vnitřních příčin řadíme dekubity, nebo rány vzniklé při nádorových, nebo infekčních onemocněních (např. tuberkulóza). Do vnějších příčin se naopak řadí traumatické, mechanické, fyzikální, nebo chemické rány. (Brabcová, 2021)

Poslední dělení vychází z průběhu hojení ran. Prvním typem je hojení *per primam*. Toto hojení je charakteristické přímým hojením bez komplikací a vznikem hladké jizvy. Druhým typem je hojení *per secundam*. O tom hovoříme, pokud vznikla komplikace během předchozího hojení rány (např. infekce, nebo dehiscence rány). (Vytejková a kol., 2015)

Hojení ran

Vlastní hojení ran se skládá ze tří na sebe navazujících a z části překrývajících fází. První fáze je exudativní. Dochází k ní bezprostředně po poranění spuštěním kaskády krevní srážlivosti. Na zástavě krvácení se podílí především krevní destičky a fibrin. Cytokiny uvolněné z destiček zapříčiní stažení cév. Následně vlivem zánětu dochází naopak k jejich rozšíření a změně průchodnosti stěn cévy. Do rány se dostávají buňky imunitního systému s cílem očištění rány. Druhá fáze se nazývá proliferační. Dochází k ní po několika dnech od poranění. Látky uvolněné z imunitních buněk a krevních destiček stimulují ránu k hojení. V této fázi také dochází k produkci kolagenu, který má vliv na silné spojení okrajů. Následně dochází k tvorbě nových cév. Poslední je diferenciační fáze, která nastává 7. -8. den. Dochází k epitelizaci tkáně a tvorbě jizvy. Ta se poté vyvíjí dalších 12 až 18 měsíců. (Kudlová, 2021)

Na základě fáze hojení a přítomnosti komplikací hodnotíme, zda se jedná o ránu:

- Nekrotickou
- Infikovanou
- Povleklou
- Granulující
- Epitelizující (Vytečková a kol., 2015)

Operační rána a její komplikace

Operační rána v podstatě představuje řeznou ránu různého rozsahu a splňuje všechny její charakteristiky. Jedním z cílů samotného chirurgického výkonu a následné pooperační péče je nekomplikovaný průběh hojení rány per primam. O hojení per secundam hovoříme při výskytu komplikací. Mezi nejčastější komplikace patří *infekce*. Dochází k ní nejčastěji po operacích infikovaných tkání (např. apendicitida). Zdrojem může být ovšem i sám pacient, použité nástroje nebo zdravotnický personál. Infekce se projeví otokem, zarudnutím, bolestí, sekrecí z rány, zvýšenou teplotou a zvýšenými zánětlivými markery. Léčba spočívá v bakteriologickém vyšetření rány, dezinfekci antiseptickými prostředky, podáním antibiotické léčby a případné evakuaci hnisavého sekretu. Další komplikací může být *krvácení*. Příčinou mohou být poruchy srážlivosti, nedostatečná zástava krvácení během chirurgického výkonu, nebo sekundární krvácení způsobené narušením cévy vlivem zánětu. Krvácení zahrnuje příznaky jako je výskyt hematomu, anemie, prosáknutí krytí, nebo hypotenzi. U mírného krvácení spočívá léčba v kompresi. U většího krvácení např. tepenného se provádí revize a případný opich, nebo podvázání zdroje krvácení. (Kudlová, 2021)

Dehiscence rány neboli rozestup je velmi často vyvolána rychlým pohybem, vstáváním z lůžka, nebo zvýšením nitrobřišního tlaku. Častěji se

vyskytuje u pacientů s onemocněním diabetes mellitus, malnutricí, nebo u onkologických pacientů. V případě, že se jedná o aseptickou ránu, léčba spočívá především v znovu sešití rány a aplikaci primárního, nebo antiseptického krytí. Další komplikací může být *serom*. Jedná se nejčastěji o vyklenutí rány, které vzniká při nahromadění serosanguinolentní tekutiny. Léčba je založena na uvolnění stehů a evakuaci tekutiny. Hojení lze podpořit také aplikací krytí v podobě alginatů.

Při velkém stažení okrajů rány, nebo odstranění vyživujících cév může dojít k *nekróze* operační rány. Příznaky zahrnují cyanotické zbarvení okrajů rány a později mohou vyústit v suchou gangrénu. Vzniklá nekróza se nejčastěji exciduje. Mezi další komplikace řadíme záněty okolí operační rány, reakci na materiál, který není součástí přirozeného prostředí, nebo jizevnaté, hypertrofické kontraktury. (Kudlová, 2021)

Léčba ran

Léčba ran je dle výzkumu a vývoje založena především na adekvátním očištění a ošetření rány. Zejména během čistící a granulační fáze. Důležitým kritériem pro úspěšné hojení a léčbu ran je zajištění dostatečného přísunu kyslíku, udržení vhodné vlhkosti, stále teploty a ochranu před poraněním, či vznikem infekce v ráně. V léčbě ran můžeme využít např. podtlakovou, vlhkou, nebo kompresivní terapii. Další možnou léčbu představuje i hydroterapie. Hojení rány můžeme podpořit také využitím hyperbarické oxygenoterapie, nebo autologní transplantací kmenových buněk. Léčba ran může být negativně ovlivněna místními a celkovými faktory. Do celkových řadíme vyšší věk, imobilitu, malnutrici, nebo imunitní a celkový stav. Mezi místní faktory patří případná infekce, špatné krevní zásobení, dehydratace, nebo špatná teplota v ráně. (Brabcová, 2021)

K úspěšnému hojení rány přispívá vhodné krytí s dobrou absorpční schopností, účinnou ochranou proti mikroorganismům a nezpůsobující poškození rány. (Kudlová, 2021)

Převazy

Převazy představují výměnu krytí překrývající ránu. Jejich účelem je především výměna krytí a kontrola rány. Dále slouží k očištění, odstranění nekrotických tkání (tzv. debridement), odstranění stehů, nebo k aplikaci léčiv (Vytejková a kol., 2015). U operačních ran se aktuálně první převaz doporučuje provádět po delší době, než tomu bylo dříve. Doba prvního převazu se liší na základě individuálního stavu rány a stavu pacienta. Některé operační rány se doporučují převazovat po 48 hodinách a jiné mohou být převazovány i po 72 hodinách. Důvodem je snížení rizika infekce a narušení procesu hojení rány. Indikací k dalšímu převazu rány je prosáknutí, nebo ztráta přilnavosti krytí ke kůži. Dále se krytí vyměňuje také při možné dehiscenci rány, nebo při podezření rozvoje infekce. (Kylie Sandy-Hodgetts, Rhidian Morgan-Jones, 2022). K převazu se používají různé obvazové a krycí materiály. Fungující obvaz by měl splňovat následující funkce:

- Udržovat optimální vlhkost rány
- Odstranit přebytečný sekret
- Udržovat stálou teplotu
- Umožnit dostatečný přísun kyslíku
- Zabránit poškození nových tkání
- Chránit před mechanickým poškozením, infekcí nebo znečištěním rány

(Brabcová, 2021)

Drény

Zejména v chirurgických oborech se setkáváme s drény a s drenážními systémy. Jedná se o trubici a rezervoár k odvádění tekutin, například žluče, krve, střevního obsahu, nebo pankreatických šťáv. Drény se zavádějí nejčastěji do ran, dutin, orgánů, či patologických ložisek. Drény můžeme zavádět preventivně k

předcházení komplikacím, například po operačním výkonu. Další možností je terapeutické zavedení, kdy ovšem řešíme již vzniklý problém. Dělení drénu rozlišujeme na vnější a vnitřní. Dále na pasivní (např. spádový drén, Penrose drén) nebo aktivní (např. podtlakový drén). Mezi další typy řadíme přirozenou a umělou drenáž. Velmi důležitá je edukace pacienta ohledně manipulace, hygieny a opatrného pohybu s drénem. Při neopatrné manipulaci by pomohlo dojít k extrakci drénu.

V této části bych se ráda věnovala Redonovu drénu. Jedná se o aktivní typ drenáže, využívající podtlak. Můžeme se s ním setkat například v břišní chirurgii, nebo po mastektomii, či artroskopii. Velmi důležité je věnovat pozornost specifické péči o tento typ drénu. Je nutné kontrolovat míru podtlaku, dbát na výměnu nádoby při naplnění do 2/3, sledovat funkčnost, odpady, označení nádoby, fixaci a dbát na septický převaz rány s drénem. (Vytejková a kol., 2015)

Hodnocení rán u konkrétní pacientky

Pacientka měla operační ránu umístěnou horizontálním směrem v podprsni rýze levého prsu vedoucí až k levému podpaží. Velikost rány byla okolo 30 cm a okraje byly sešity pomocí vstřebatelného šicího materiálu. Během chirurgického výkonu jí byly do rány zavedeny dva Redonovy drény. Po převozu na oddělení z operačního sálu došlo k prosáknutí obvazového krytí. Tato skutečnost byla neprodleně oznámena ošetřujícímu lékaři, který následně nařídil přiložení další vrstvy savého materiálu. Na prosakující část sestra přiložila absorpční polštář, kterou následně fixovala Omnifixem. Operační ránu jsem pravidelně kontrolovala, zda nedochází k dalšímu prosáknutí krytí.

Jak jsem již zmínila pacientka měla zavedeny dva podtlakové drény do operační rány (viz obr. č. 4). Sledovala jsem jejich množství, barvu či případné příměsi. Nultý pooperační den obsahoval první drén 10 ml a druhý drén 130 ml hemoragické tekutiny. Pacientka z tohoto důvodu nemohla být následující den propuštěna domů. Odpad z drénu se zaznamenával za 24 hodinách noční službou do dekurzu. 1. pooperační den první drén obsahoval 10 ml a ve druhém drénu přibylo 80 ml. Při ranní vizitě bylo pacientce lékařkou oznámeno, že dnes může

být propuštěna a budou odstraněny oba drény. Následně jsem pacientku zavedla na vyšetřovnu. Po odstranění krytí jsem ránu vydezinfikovala. Sterilními čtverci jsem roztok z okolí rány setřela směrem od rány. Rána byla klidná, bez sekrece, zápachu a známk infekce. Okraje rány byly hladké, růžové a přiblížené. Hojení probíhalo per primam. Ránu jsem následně překryla náplastí Elastapore. Poté se pacientce odstraňovaly drény. Po přerušení podtlaku a odstranění krytí sestra obě rány vydezinfikovala a následně sterilními tampony otřela. Pomocí skalpelu odstranila steh fixující drén a s pomocí sterilních čtverců každý drén zvlášť odstranila. Pacientku před vytahováním prvního drénu požádala o hluboký nádech. Obě rány jsem následně překryla sterilními čtverci a fixovala náplastmi Elastapore. Pacientku jsem poté doprovodila zpět na lůžko.

Při propouštění byla pacientka také edukována v oblasti péče o ránu. Pacientce bylo řečeno, že lze ránu sprchovat. Následně byla pacientka poučena, aby ránu odezinfikovala dezinfekčním prostředkem zvaným Cutasept a ránu překryla sterilním krytím, Cosmoporem. Pacientce bylo také řečeno, aby neprováděla masáže rány.

2.7 Následná péče

Pacientka se po 11 dnech od propuštění z nemocnice dostavila na kontrolu do mamologické ambulance. Zde ji byl proveden převaz rány a také punkce seromu z rány. Pacientce byl sdělen také výsledek histologického vyšetření, který byl v pořádku a lymfatické uzliny tedy nebyly nádorem zasaženy, což zlepšuje prognózu pacientky. Pacientka byla také edukována, aby se v případě komplikací dostavila do mamologické ambulance. Následná léčba probíhala již na onkologii.

I po ukončení hospitalizace jsem s pacientkou stále v kontaktu. Pacientka mě informovala o tom, že se nadále léčí. Paní X.X podstoupila adjuvantní radioterapii. Při dotázání ohledně péče o ránu mi odpověděla, že prováděla masáže rány pomocí olejů a mastí a rána se hojí dobře. Také ji trápí částečné omezení v pohybu levé horní končetiny a chtěla by začít rehabilitovat s fyzioterapeutem. Aktuálně probíhá její léčba prostřednictvím hormonální terapie.

3. Diskuze

V rámci diskuze porovnávám ošetrovatelské problémy zjištěné u pacientky, o které pojednává tato případová studie s ošetrovatelskými problémy popsanými v jiné bakalářské práci u jiné pacientky. Snažila jsem se vyhledat pro porovnání kazuistiku zaměřenou na podobnou problematiku, jako je má závěrečná práce. V rámci porovnávání jsem zvolila tedy bakalářskou práci zaměřenou na ošetrovatelskou péči o pacientku po mastektomii, a to z důvodu, že i pacientka uvedená v mé práci podstoupila taktéž radikální mastektomii. Rozdílem je, že mnou uvedená pacientka podstoupila mastektomii a exenteraci axily pro karcinom prsu 1. sin, tripl negativní karcinom v horním zevním kvadrantu. Zatímco pacientka uvedená v jiné bakalářské práci byla indikována k bilaterální mastektomii a exstirpaci uzliny v levém podpaží. V rámci prevence byla provedena také mastektomie i pravého prsu pro karcinom prsu 1. sin, lobulární karcinom „in situ“. (Cunevová, 2018)

Autorka výše uvedené bakalářské práce označila za aktuální ošetrovatelský problémy akutní bolest z důvodu porušení integrity kůže způsobené mastektomií. V souvislosti s porušenou celistvostí kůže dále označila za potencionální riziko vznik infekce, z důvodu chirurgického výkonu a zavedeným vstupům. Konkrétně zavedeného Redonova drénu a periferního žilního katétru. Následně autorka určila jako potencionální ošetrovatelské problémy narušení psychického stavu a riziko vzniku lymfedému. (Cunevová, 2018)

Všechny uvedené ošetrovatelské problémy se v obou pracích shodují. Rozdílnost spočívá v tom, že já jsem v rámci stanovení ošetrovatelských problémů určila za aktuální ošetrovatelský problém také poruchu integrity kůže a deficit soběstačnosti. Dále potencionální nemožnost používat operovanou polovinu těla (např. při měření krevního tlaku) a omezenou hybnost. Také jsem vyhodnotila potencionální riziko vzniku tromboembolické nemoci, seromu a pooperačního krvácení rány. Za možné riziko jsem označila také riziko pádu.

Čtyři ošetrovatelské problémy jsme tedy s autorkou uvedly stejně a to bolest z důvodu porušení integrity kůže, riziko infekce, z důvodu operační rány a

invazivních vstupů, riziko lymfedému a narušení psychického stavu (Cunevová, 2018). V rámci ošetrovatelských problémů jsem blíže rozepisovala pouze bolest.

Pooperační bolest provázela obě pacientky. Pacientce s bilaterální mastektomií byla bolest monitorována pomocí stupnice VAS před a po podání analgetik a měřením fyziologických funkcí, které byly při bolesti zvýšené. Na bolest bylo vždy adekvátně reagováno aplikací Dolsinu 50 mg, Paracetamolu 1 g, nebo Novalginu 1 g ve 100 ml fyziologického roztoku. Intenzita bolesti byla po podání analgetik zhodnocena po 30 minutách. Pacientka uváděla maximální bolest až VAS 9. Po podání Dolsinu 100 mg se bolest snížila na VAS 2. Přesto i v následujících dnech hospitalizace byla intenzita bolesti vyšší a představovala významný problém. U pacientky po mastektomii a exenteraci axily jsem hodnotila bolest také pomocí stupnice VAS a taktéž před a po aplikaci analgetik se zhodnocením po 30 minutách. Každá z pacientek udávala jiný práh bolesti. Pacientka v mé kazuistice pocítovala méně intenzivní bolest. Nejvyšší zaznamenaná bolest byla dle VAS 4, na kterou bylo reagováno aplikací Dipidoloru 15 mg. Následující dny pacientka hodnotila bolest VAS 1-2. (Cunevová, 2018)

Každá rána a invazivní vstup představuje potencionální riziko infekce. Pacientka po bilaterální mastektomii měla dvě operační rány, následně zavedeny dva Redonovy drény a také periferní žilní katétr. Invazivní vstupy byly zavedeny déle než u mé pacientky. Pacientka uvedená v mnou zpracované kazuistice měla jednu operační ránu, dva Redonovy drény a PICC katétr. Všechny invazivní vstupy jí byly odstraněny již 2. den po operačním výkonu a třetí den hospitalizace. U obou pacientek bylo z důvodu většího množství invazivních vstupů a operační rány zvýšené riziko vzniku infekce. (Cunevová, 2018)

Co se týče psychického stavu, obě pacientky popisují, že je zjištěna diagnóza velmi zasáhla. Několik týdnů se velmi obtížně s celou situací vyrovnávaly. Obě pacientky mají velkou podporu ve své rodině a snaží se s onemocněním vypořádat a bojovat. (Cunevová, 2018)

Posledním společným ošetrovatelským problémem je potencionální riziko vzniku lymfedému. Pacientka po bilaterální mastektomii byla v průběhu hospitalizace edukována o preventivních opatřeních. Informace obsahovaly nutnost rehabilitačního cvičení, dodržování pitného režimu, omezení soli, horkých koupelí a opalování. Dále byla pacientka poučena o nošení volnějšího prádla a nezatěžování operované končetiny. Pacientka byla také upozorněna, aby při odběru krve, nebo měření krevního tlaku, poskytla pravou horní končetinu, která je méně zasažená. V případě výskytu otoku by měla pacientka ihned vyhledat lékaře. Pacientka z mé kazuistiky byla také edukována o důležitosti rehabilitačního cvičení. Pacientka dostala při propouštění informační brožuru s rehabilitačním cvičením. Následně byla taktéž edukována o dodržování pitného režimu, nezatěžování operované končetiny a o omezení v rámci měření krevního tlaku, či odběru krve na operované končetině. Pacientka byla následně poučena, aby nenosila úplné oblečení a při obtížích se ihned dostavila k lékaři. (Cunevová, 2018)

Pacientky, které ve své práci porovnávám, měly také odlišnou délku hospitalizace. Pacientka po bilaterální mastektomii byla hospitalizována po dobu 5 dnů, zatímco pacientka uvedená v mé kazuistice byla hospitalizována pouze 3 dny. Domnívám se, že zkrácení doby hospitalizace je pro pacienty vhodnější. Pokud to ovšem celkový stav pacienta umožňuje. (Cunevová, 2018)

V rámci stanovených ošetrovatelských problému mě zaujalo, že autorka bakalářské práce nezahrnula do ošetrovatelských problémů deficit soběstačnosti.

Na závěr bych ráda uvedla, že i přes odlišnosti v rozsahu chirurgických výkonů provedených u obou pacientek, se ošetrovatelské problémy i jejich řešení téměř shodovaly.

Závěr

Na začátku této práce jsem si stanovila dva cíle. První cíl se zaměřuje především na popis ošetrovatelské péče a průběh hospitalizace u pacientky s karcinomem prsu. Druhým cílem bylo vzájemně propojit teoretické znalosti problematiky karcinomu prsu s postupy uplatňovanými v praxi u konkrétní pacientky s karcinomem prsu. Cíle, které jsem si stanovila, byly splněny.

Zpracování tohoto tématu je pro mě osobně důležité, protože se toto onemocnění objevilo i v mé rodině. V dnešní době je medicína na takové úrovni, že je řada léčebných postupů, které mohou toto onemocnění vyléčit, nebo alespoň zpomalit jeho průběh. Tato práce mi pomohla získat více informací nejen o samotném onemocnění a jeho léčbě, ale i o možných rizikových faktorech a prevenci.

Tato práce mi pomohla lépe pochopit fyzické i psychické dopady, které provází pacientky s touto závažnou diagnózou a s tím související důležitost empatické komunikace, podpory a poskytnutí dostatku informací. Veškeré tyto aspekty jsou zásadní pro poskytování komplexní odborné péče.

Seznam použité literatury

1. ABRAHÁMOVÁ, Jitka a kolektiv. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. Online. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. 2019. ISBN 978-80-271-2055-0. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/co-byste-meli-vedet-o-rakovine-prsu-2244206/>. [cit. 2025-03-22].
2. ADMOUN, Claudia a MAYROVITZ, Harvey N. *The etiology of breast cancer*. In: MAYROVITZ, Harvey N., ed. *Breast Cancer* [online]. Kap. 2. Brisbane: Exon Publications. 2022. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK583809/>. [cit. 2025-04-30].
3. BRABCOVÁ, Soňa. *Péče o rány*. Online. Praha: Grada. 2021. ISBN 978-80-271-3133-4. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/pece-o-rany-2128608/>. [cit. 2025-03-12].
4. BRIERLEY, James D.; GOSPODAROWICZ, Mary K. a WITTEKIND, Christian. *TNM klasifikace zhoubných novotvarů*. 8., vydání. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2024, s. 16-20. ISBN 978-80-7472-185-X.
5. BUCHLER, Tomáš a kol. *Speciální onkologie*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf, 2020, s. 77. ISBN 978-80-7345-651-1.
6. BUCHLER, Tomáš a kolektiv. *Obecná onkologie*. Praha: Maxdorf, 2019. ISBN 978-80-7345-617-7.
7. COUFAL, Oldřich a FAIT, Vuk. *Chirurgická léčba karcinomu prsu*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3641-9.
8. CUNEVOVÁ, Romana. *Ošetrovatelská péče o pacientku po mastektomii*. Online. Bakalářská práce, vedoucí Mgr. Jana Holubová. Univerzita Karlova: 3. lékařská fakulta. 2018. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/103162>. [cit. 2025-03-12].

9. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016, s. 647-648. ISBN 978-80-247-5636-3.
10. ČMEJLOVÁ, Vlastimila. *Neoadjuvantní léčba časného karcinomu prsu*. Online. *Onkologie*. 2019, roč. 13, č. 6, s. 266-272. ISSN 1803-5345. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2019/06/05.pdf>. [cit. 2025-05-10].
11. DEPOLO, Jamie. *Triple-Negative Breast Cancer (TNBC)*. Online. *Breastcancer.org*. 2025. Dostupné z: <https://www.breastcancer.org/types/triple-negative#articleEndAdvisors> [cit. 2025-04-30].
12. DRAŽAN, Luboš a MĚŠŤÁK, Jan. *Rekonstrukce prsu po mastektomii*. Praha: Grada, 2006, s. 11-22. ISBN 80-247-1123-0.
13. EuroPainClinics. *Poznejte typy bolesti (nejen) zad*. Online. Datum vydání: 17. 5. 2022. Dostupné z: <https://www.europainclinics.cz/poznejte-typy-bolesti-nejen-zad/>. [cit. 2025-03-12].
14. FIALA, Pavel; VALENTA, Jiří a EBERLOVÁ, Lada. *Stručná anatomie*. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum, 2015, s. 203-204. ISBN 978-80-246-2693-2.
15. GABRIELA, Kapounová. *Ošetrovatelská péče v intenzivní péči. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Online. Praha: Grada. 2020. ISBN 978-80-271-0130-6. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/osetrovatelstvi-v-intenzivni-peci-2263213/>. [cit. 2025-03-12].
16. HAKL, Marek a kol. *Léčba bolesti*. 4., přepracované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf, 2022, s. 27. ISBN 978-80-204-2902-5.
17. HAMPLOVÁ, Lidmila. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví, pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2019, s. 116. ISBN 978-80-271-0568-7.
18. HEROLD, Ivan. [Verbální deskriptivní škála bolesti]. *Hodnocení bolesti a kvality analgezie u kriticky nemocných na JIP*. Anesteziologie a intenzivní

medicína. 2013, roč. 24, č. 6, s. 430-433. ISSN 1805-4412. Dostupné z:

<https://www.aimjournal.cz/pdfs/aim/2013/06/12.pdf>

19. HOLÁNEK, Miloš a JUREČKOVÁ, Andrea. *Informační materiál pro pacientky s karcinomem prsu*. Online. 5. upravené vydání. Brno: Masarykův onkologický ústav. 2024, s. 11-21 Dostupné z:

https://static.mou.cz/d/mou.cz/files/3685.pdf/s-5b03b8f607be?_ts=1712224402.

[cit. 2025-05-01].

20. KAREL, Lukáš; KAUTZNER, Josef a HOCH, Jiří a kol. *Bolest na hrudi*. Praha: Grada, 2022, s. 1-5. ISBN 978-80-271-3099-3.

21. KREJČÍ, D.; MUŽÍK, J. a DUŠEK, L. *Novotvary 2019- 2021ČR, Cancer incidence 2019–2021 in the Czech Republic*. Online. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. 2023. Dostupné z:

<https://www.uzis.cz/res/f/008447/novotvary2019-2021.pdf>. [cit. 2025-04-30].

22. KUDLOVÁ, Pavla. *Hojení ran*. Online. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. 2021. ISBN 978-80-7678-039-2. Dostupné z:

<https://digilib.k.utb.cz/handle/10563/50089>. [cit. 2025-03-12].

23. LIBOVÁ, Lubica a kolektiv. *Ošetřovatelský proces v chirurgii II*. Praha: Grada, 2022, s. 83. ISBN 978-80-271-3514-1.

24. MÁLEK, Jiří a ŠEVČÍK, Pavel a kol. *Léčba pooperační bolesti*. 4., přepracované a doplněné vydání. Praha: Maxford, 2021, str. 13. ISBN 978-80-7345-696-2.

25. MÁLEK, Jiří. *Léčba pooperační bolesti*. Online. *Klinická farmakologie a farmacie*. 2022, roč. 36, č. 1, s. 13-18. ISSN 1803-5353. Dostupné z:

<https://klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2022/01/03.pdf>. [cit. 2025-03-12].

26. NAŇKA, Ondřej a ELIŠKOVÁ, Miloslava. *Přehled anatomie*. Čtvrté vydání. Galén, 2019, s. 331-332. ISBN 978-80-7492-450-7.

27. NOVOTNÝ, Jan; VÍTEK, Pavel; KLEIBL, Zdeněk a kolektiv. *Onkologie v klinické praxi*. 4., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2024, s. 313. ISBN 978-80-271-3918-7.
28. PETRÁKOVÁ, Katarína. *Lobulární karcinom prsu*. Online. Linkos. 2016. ISSN 25708791. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/lobularni-karcinom-prsu/>. [cit. 2025-03-31].
29. PILKA, Radovan a kol. *Gynekologie*. 2., aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2022, s. 308-320. ISBN 978-80-7345-743-3.
30. PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr a kol. *Bolest v medicíně*. Online. Praha: Grada. 2024. ISBN 978-80-271-5562-0. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/bolest-v-medicine-2248506/>. [cit. 2025-03-12].
31. ROKYTA, Richard a kol. *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha: Grada, 2009, s. 15-21. ISBN 978-80-247-3012-7.
32. ROKYTA, Richard a kol. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0312-6.
33. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní gynekologie*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada 2024, s. 115, 612–615. ISBN 978-80-271-2005-5.
34. SANDY-HODGETTS, Kylie a MORGAN – JONES, Rhidian. *Incision care and dressing selection in surgical wounds: Findings from a series of international meetings*. Online. Wounds international. 2022, s. 1-5. Dostupné z: <https://woundsinternational.com/wp-content/uploads/2023/02/4801bbb6dda2775163b939477162e812.pdf> [cit. 2025-03-16].
35. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetřovatelství v chirurgii*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-1718-5.

36. STRNAD, Pavel. *Nemoci prsu v každodenní praxi*. Praha: Maxdorf. 2014, s. 11-15. ISBN 978-80-7345-390-9.
37. VOKURKA, Samuel; TESAŘOVÁ, Petra a kolektiv. *Onkologie v kostce*. Praha: Current Media, 2018, s. 145-146. ISBN 978-80-88129-37-0.
38. VYTEJČKOVÁ, Renata; SEDLÁŘOVÁ, Petra; WIRTHOVÁ, Vlasta; OTRADOVCOVÁ, Iva a KUBÁTOVÁ, Lucie a kol. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III*. Online. Praha: Grada. 2015. ISBN 978-80-247-3421-7.
Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/osetrovatelske-postupy-v-peci-o-nemocne-iii-2129317/>. [cit. 2025-03-12].
39. WILDOVÁ, Olga. *Ženám s agresivním typem nádoru prsu svítá naděje*. online. Medicina.cz. 2023. Dostupné z: <https://medicina.cz/clanky/14518/34/zenam-s-agresivnim-typem-nadoru-prsu-svita-nadeje/> [cit. 2025-04-30].

Seznam zkratk

°C	stupeň celsia
AC	Adriamycin, Cyklofosamid
BMI	body mass index
CA 15-3	nádorový marker
CEA	karcinoembryonální antigen
cm	centimetr
ČR	Česká republika
D	dech
DK	dolní končetina
G	grade
g	gram
HER2	humánní epidermální receptor 2
HK	horní končetina
i.m	intramuskulárně
i.v	nitrožilně
IDC	invazivní duktální karcinom
kg	kilogram
M	metastázy
MCA	mucinový nádorový antigen
mg	miligram

ml	mililitr
mm Hg	milimetr rtuťového sloupce
MX	nelze hodnotit přítomnost metastáz
N	nodus, regionální lymfatické uzliny
NACHT	neoadjuvantní chemoterapie
např.	například
NST	nespecifický typ
Obr.	obrázek
P	puls
PECS	pektorální nervový blok, typ regionální analgezie
Per os	ústní podání
PICC	periferní implantovaný centrální katétr
SIN	vlevo
SP02	saturace hemoglobinu kyslíkem
SSM	skin sparing mastektomie, kůži šetřící mastektomie
T	tumor, nádor
Tab.	tabulka
TEN	tromboembolická nemoc
TK	krevní tlak
TPA	tkáňový aktivátor plazminogenu

TT	tělesná teplota
UICC	Union for International Cancer Control, mezinárodní unie proti rakovině
UZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
VAS	vizuální analogová škála

Seznam tabulek a obrázků

Tab. č. 1: Hodnoty a informace zjištěné při příjmu pacientky, k 1. dni hospitalizace

Tab. č. 2: Záznam fyziologických funkcí a bolesti po operačním výkonu, k 1. dni hospitalizace

Obr. č. 1: Krytí rány, 1. pooperační den

Obr. č. 2: Redonovy drény

Obr. č. 3: PICC katétr

Obr. č. 4: Operační rána, 2. pooperační den

Obr. č. 5: Krytí rány, 2. pooperační den

Obr. č. 6: Verbální deskriptivní škála bolesti

4. Příloha č. 1

Ošetřovatelská anamnéza
(Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK – pro studijní účely)

Oddělení: *Chirurgická klinika*
Datum a čas odběru anamnézy: *14. 11. 2024 v 10¹⁵*

Jméno (iniciály): *X.X.* Pohlaví: *žena* Věk: *55 let*

Datum přijetí: *13. 11.*

Stav: *svobodná* Povolání: *ubližovatelka / recepční*

Rodina informována o hospitalizaci: ano ne

Diagnóza při přijetí (základní): *Shlukový nádor - formě první kvadrant prsu*

Chronická onemocnění: */*

Infekční onemocnění: NE ANO

Režimová opatření: */*

Léčba:
Operační výkon: *Mastektomie lprn, klerektomie axilae 1. sání* Pooperační den: *2.*
Farmakoterapie: */*

Jiné léčebné metody: */*

Má nemocný informace o nemoci: ano ne částečně

Alergie: ano ne jaké: */*

Fyziologické funkce: P: *68'* TK: *105/60 mmHg* TD: *15'* SpO2: *99.1.* TT: *36,5 °C*

1) Vědomí
stav vědomí: při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC: *15*
 Orientovaný Dezorientovaný

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK ©

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba) *stav po laparoskopické operaci vyčování
čtyři artroskopické ramenní od března roku 2024 se léčí s Vakcinanem pravidelně.*

Úrazy: ano ne jaké:

6) Výživa, metabolismus

Dieta: *3* Nutriční skóre:

Hmotnost: *49 kg* Výška: *165 cm* BMI: *24,9*

Chuť k jídlu: ano ne

Potíže s přijímáním potravy: ano ne jaké:

Užívá doplňky výživy: ano ne jaké:

Enterální výživa Parenterální výživa

Denní množství tekutin: *2 l* Druh tekutin: *močová, čaj*

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době: ano ne o kolik:

Umělý chrup: ano ne horní dolní

Potíže s chrupem: ano ne

pacientka trpí roztroušenou sklerózou

7) Vyprazdňování

problémy s močením: ano pálení řezání retence inkontinence
 ne

problémy se stolicí: ano průjem zácpa inkontinence
 ne

stolice pravidelná: ano ne

datum poslední stolice: *14. 11.*

Způsob vyprazdňování: podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení:

Rektální odvodný systém:

Stomie:

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: *níz*

Barthel test: *80 bodů*

Riziko pádu: ANO skóre: **NE**

Pohyblivost: chodící samostatně chodící s pomocí

ležící pohyblivý ležící nepohyblivý

pomůcky jaké :

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku : *6 hodin* hodina usnutí : *22⁰⁰*

poruchy spánku : ano ne jaké :

hypnotika : ano ne

návyky související se spánkem : *společování*

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem : ano ne jaké :

potíže se sluchem : ano ne jaké :

porucha řeči : ano ne jaká :

kompensační pomůcky : ano ne jaké :

orientace : orientován

dezorientovaný místem časem osobou

11) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu

Emocionální stav : klidný rozrušený

Pocit strachu nebo úzkosti : ano ne *pacientka má strach a onemocnění a o svou budoucnost*

Úroveň komunikace a spolupráce : dobrá obtížná

Plánování propuštění

Bydlí doma sám : ano ne

kdo bude o klienta pečovat po propuštění : *dcera*

kontakt s rodinou : ano ne

12) Invazivní vstupy

Drény : ano ne jaké : *2 peritoneální drény* Datum zavedení : *13.11.*

Permanентní močový katétr : ano ne

i.v. vstupy : ano periferní datum zavedení : kde :

Stav :

centrální datum zavedení : *14.5.24* kde : *předložka PHK*

stav : *bez známek infekce*

ne

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©

Sonda : ano ne jaká : datum zavedení :

Stomie : ano ne jaká : stav :

Endotracheální kanyla : ano ne č.ETR : datum zavedení :

Tracheotomie : ano ne č. : od kdy :

Arteriální katétr : ano ne

Epidurální katétr : ano ne

Jiné invazivní vstupy : *PICC kardiální, oční*

Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

1. Barthelové test základních všedních činností (ADL - activities of daily living)

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
5. kontinence moči	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
6. kontinence stolice	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
9. chůze po rovině	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0

Zdroj: Staňková, M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

0-40 bodů: vysoce závislý

45-60 bodů: závislost středního stupně

65-95 bodů: lehce závislý

100 bodů: nezávislý

2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	< 10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobrý 4	Ādělý 4	Zhodí 4	Úplná 4	Není 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Část. omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč+stolice 1

Zdroj: Staňková, M.: České ošetrovatelství 6- Hodnoticí a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

3. Hodnocení nutričního stavu

NRS – Nutritional Risk Screening

Je BMI (kg/m ²) pod 20,5?	ANO	NE
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO	NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	NE
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?	ANO	NE

Hodnocení:

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

Zdroj: Grofová, Z., Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry, Grada 2007

4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

Rizikové faktory pro vznik pádu		
Anamnéza:		
<input type="checkbox"/> DDD (dezorientace, demence, deprese)		3 body
<input type="checkbox"/> věk 65 let a více		2 body
<input type="checkbox"/> pád v anamnéze		1 bod
<input type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladi na lůžkové odd.		1 bod
<input type="checkbox"/> zrakový/sluchový problém		1 bod
<input type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, laxativa)		1 bod
Vyšetření		
<input checked="" type="checkbox"/> Soběstačnost		
- úplná	0b	
- částečná	2b	
- nesoběstačnost	3b	
<input checked="" type="checkbox"/> Schopnost spolupráce		
- spolupracující	0b	
- částečně	1b	
- nespolupracující	2b	
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetrovatelského personálu)		
<input type="checkbox"/> Míváte někdy závratě?	ANO	3 body
<input type="checkbox"/> Máte v noci nucení na močení?	ANO	1 bod
<input type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout ?	ANO	1 bod
Celkem: 2 body		
0-4 body	Bez rizika	
5 - 13 bodů	Střední riziko	
14 - 19 bodů	Vysoké riziko	

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK©

5. Hodnocení vědomí

Glasgow Coma Scale

Hodnocený parametr	Reakce	Body
Otevření očí	spontánně otevřené	4
	na slovní výzvu	3
	na bolestivý podnět	2
	oči neotevře	1
Slovní odpověď	přiléhavá	5
	zmatená	4
	jednotlivá slova	3
	hlásky, sténání	2
	neodpovídá	1
Motorická reakce	pohyb podle výzvy	6
	na bolestivý podnět účelný pohyb	5
	na bolestivý podnět obranný pohyb	4
	na bolestivý podnět jen flexe	3
	na bolestivý podnět jen extenze	2
	na bolestivý podnět nereaguje	1
Hodnocení:	15 bodů - pacient při plném vědomí 3 body - pacient v hlubokém bezvědomí	15 bodů

Zdroj: NEUWIRTH, J. Sledování a hodnocení fyziologických funkcí. In: KOLEKTIV AUTORŮ *Základy ošetřování nemocných*. Praha : Karolinum, 2005, s. 46-56. ISBN 80-246-0845-6

Ošetřovatelské zhodnocení

Pacientka přijata v hospitalizaci z důvodu plánované operace na ruce.
Nyní 2. den po operaci, při vědomí, orientována dookola s omezenou hybností levé
horní končetiny. Pacientka má spontánní, má poněkud PICC katétru na pravé
horní končetině a také má na ruce vyšetřovací dva předem vyšetřené.
Pacientka se cítí dobře, bolest má má, VAS 1/10, analgetika nepřijímá a fyziologické
funkce jsou v normě.