



UNIVERZITA KARLOVA
V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

Ošetrovatelská péče o nemocnou
s dg. karcinom prsu

Nursing care of patient
with brest cancer

případová studie
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha, únor 2009

Marcela Matoušková

Autor práce:	Marcela Matoušková
Bakalářský studijní program:	OŠETŘOVATELSTVÍ
Bakalářský studijní obor:	Zdravotní vědy
Vedoucí práce:	PhDr. Marie Zvoníčková
Pracoviště vedoucího práce:	UK v Praze, 3. lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství
Odborný konzultant:	MUDr. Tomáš Vedral
Pracoviště odborného konzultanta:	FN Královské Vinohrady v Praze Chirurgická klinika
Termín obhajoby:	duben 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uváděné prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 9. února 2009

Marcela Matoušková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé práce PhDr. Marii Zvoníčkové za ochotu, vstřícnost a odborné vedení. Děkuji i MUDr. Tomáši Vedralovi za čas, který strávil čtením a připomínkováním mé práce.

Obsah

1. Úvod	7
2. Klinická část	8
2.1. Charakteristika onemocnění	8
2.1.1. Anatomie	8
2.1.2. Vývoj a fyziologie prsu	10
2.1.3. Historie karcinomu prsu	10
2.1.4. Epidemiologie	11
2.1.5. Rizikové faktory	12
2.1.6. Klinický obraz	14
2.1.7. Rozdělení karcinomů prsu	15
2.1.8. Klasifikace karcinomu prsu systémem TMN	17
2.1.9. Léčba karcinomu prsu	20
2.1.10. Prevence a časná detekce karcinomu prsu	23
2.1.11. Diagnostika a bioptické metody	24
2.1.12. Prognóza	26
2.2. Základní údaje o nemocném	26
2.2.1. Identifikační údaje	26
2.2.2. Nynější onemocnění	27
2.2.3. Provedená diag. a předoperační laboratorní vyšetření	29
2.2.4. Průběh hospitalizace	30
3. Ošetrovatelská část	32
3.1. Ošetrovatelský proces	32
3.2. Model ošetrovatelské péče Virginie Henderson	33
3.3. Ošetrovatelská anamnéza – zhodnocení nemocného	34
3.4. Principy a zásady perioperační péče	37
3.5. Ošetrovatelské diagnózy v perioperační péči	39
3.6. Operace	50
3.7. Pooperační péče o pacientku	50
3.8. Psychologická část	52
3.9. Edukace	53

3.9.1.Péče po operaci prsu.....	53
3.9.2.Lymfedém	55
3.9.3.Samovyšetření prsu	56
3.9.4.Organizace onkologických pacientů a kluby.....	57
4. Závěr	58
5. Vysvětlení použitých pojmů	59
6. Seznam zkratk	60
7. Seznam obrázků	61
8. Seznam příloh.....	62
9. Prameny seznam použité literatury	63

1. Úvod

Nádorová onemocnění jsou velmi vážným zdravotnickým problémem ve všech rovinách lidského života. Jejich nárůst a určité „pokulhávání“ současné medicíny mě vedly ke zpracování případové studie u nemocné s diagnózou karcinom prsní žlázy. Rakovina prsu je u žen nejčastějším zhoubným onemocněním. Prognóza onemocnění velmi závisí na stádiu, v jakém je nádorový proces zachycen. To je i jeden z důvodů, proč si myslím, že by mělo být toto téma neustále slyšet a být diskutováno. Důvodů je ovšem daleko více. Často se s tímto onemocněním setkávám na operačním sále všeobecné chirurgie, kde pracuji jako perioperační sestra.

Ve své práci se zaměřuji nejprve na část teoretickou, kde postupně uvádím široké souvislosti spolu s anatómií, fyziologií, historií, epidemiologií, rizikovými faktory, klinickým obrazem, rozdělením karcinomů a jejich klasifikací, nezapomínám na důležitost prevence, diagnostiku, až k možnostem a výsledkům současné komplexní terapie.

V ošetrovatelské části si všímám celého ošetrovatelského procesu, uvádím ošetrovatelské diagnózy na operačním sále s následným pooperačním průběhem. Zabývám se psychologickým zhodnocením stavu nemocné v průběhu stanovení diagnózy, vlastní operace, léčby a ošetrovatelské péče. Práci uzavírám edukační kapitolou, kde je možné nalézt odpovědi na otázky souvisejících s pooperačním stavem, s možnostmi další léčby a další spolupráce nemocné. Nakonec uvádím seznam příloh a odkazy na použitou literaturu.

Cílem mé práce je poskytnout srozumitelné a komplexní informace o této problematice a možnost aplikace ošetrovatelského procesu i na operačních sálech.

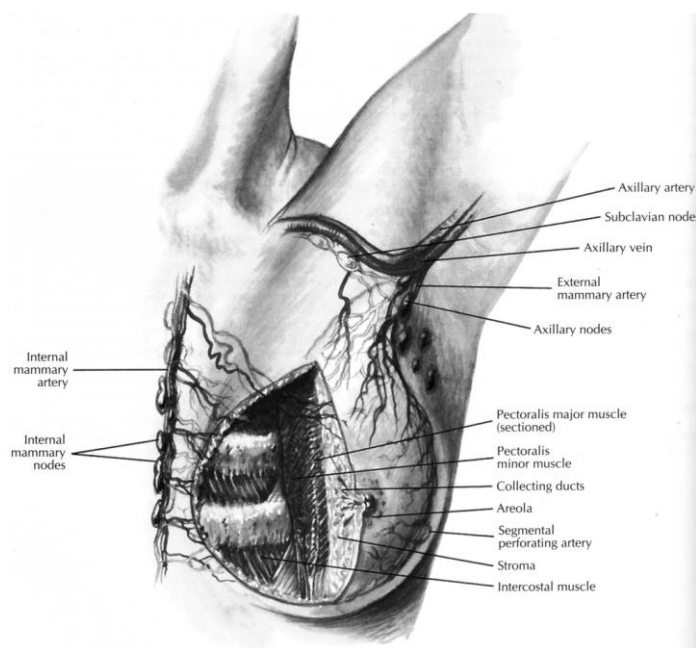
2. Klinická část

2.1. Charakteristika onemocnění

2.1.1. Anatomie

Mléčná žláza je největší kožní žláza, charakteristická pro ženské pohlaví. Prs má obvykle polokulovitý tvar a je uložený na přední stěně hrudní v rozsahu 3.–6. žebra.

Obrázek č. 1



Zdroj: Davis, J. H., Sheldon, G.F. a kol.: *Surgery a problem-solving approach*. St. Louis, Missouri, Mosby, 1995, str. 2068

Žlázové těleso – se skládá z 15–25 laloků, které jsou k sobě těsně přiloženy, mají kyjovitý tvar a jsou tlustým koncem orientovány periferně, zúženým koncem centrálně k bradavce. Každý lalok je složen z menších

lalůčků, tvořených sekrečními aciny. Z acinů vycházejí tenké kanálky, postupně se spojující až nakonec v každém laloku vznikne hlavní vývod, který samostatně vyústí na mammile. Mezi tuboalveolárními lalůčky je interlobulární vazivo s krevními a lymfatickými cévami.

Tukové těleso – obaluje celé žlázaté těleso, tvoří vrstvu premammární a retromammární, chybí jen pod areolou. Premammární tuk vyplňuje prostory mezi žlázovými lalůčky, zakulacuje tak povrch prsu. Z podkožního vaziva jsou premammárním tukem mezi žlázovými lalůčky, retromammárním tukem až k pektorální fascii neurčitě ohraničené vazivové pruhy (lig. Cooperi), vytvářejí závěsný aparát prsu.

Kožní kryt – je tvořen tenkou kůží. Na vrcholu prsu je prsní dvorec (areola mammae), o průměru 3–5 cm. Kůže dvorce je individuálně pigmentovaná a hrbolatá. Uprostřed dvorce je uložena bradavka (papilla mammae) většinou konického tvaru.

Tepny - rami mammarii mediales z arteria thoracica interna
- rami mammarii laterales z řečiště arteria axilaris

Žíly - circulus venosus Halleri pod areolou
- vena thoracica interna et lateralis, které odvádějí krev z obou plexů hluboké žíly ústí do interkostálních žil.

Lymfatická drenáž

Axilární lymfatické uzliny

I. etáž (dolní axila)

II. etáž (střední axila)

III. etáž (horní axila)

Terminální lymfatické kmeny jdou jednak přímo do venózního spoje v místě spojení vena subclavia a vena jugularis interna, dále přímé spoje z axily do supraklavikulárních uzlin.

Parasternální lymfatické cévy a uzliny se nacházejí po obou stranách sterny asi 2 cm od jeho okraje podél arterie a veny mammaria interna. Jsou to drenážní uzliny pro mediální kvadranty. (9, str. 184–187)

Nervy - nervové zásobení přichází z 2–6 interkostálního nervu (sensitivní)
- autonomní vlákna jdou podél krevních cév až ke žlázovým buňkám
(2, str. 586)

2.1.2. Vývoj a fyziologie prsu

Prsy ženy během života prodělávají strukturální a funkční změny, podmíněné hormonálně. Začínají v pubertě, dále v těhotenství, během kojení a v přechodu končí.

Mléčná žláza má základ v mléčné liště, která se táhne od axily k tříslu a zakládá se v embryonální době u všech savců. U člověka vzniká pouze jeden pár mléčné žlázy, uložený na přední straně hrudníku. Vývoj mléčné žlázy závisí na testosteronu, jehož přítomnost u mužského pohlaví blokuje její vývoj. V dětství a během dospívání probíhá další vývoj. Nejprve se vytvoří infantilní mamma – nad úroveň kůže se zdvihá areola s papilou, pak začne prs nabývat pupencovitý tvar a je nízký – areolomamma a postupným vývojem dojde k vytvoření klenuté, zřetelné, nízké mammy se zřetelnou bradavkou – mamma papilota. (2, str. 587)

2.1.3. Historie karcinomu prsu

Karcinom prsu je jednou z nejčastějších známých forem rakoviny. Nejstarší popis nádoru je datován 1600 let před Kristem. Na papyru je popisováno 8 případů nádorů nebo vředů, které byly léčeny vypálením tj. „kauterizací“.

Pisatel říká, že toto onemocnění je nevléčitelné. Po další staletí popisují lékaři jednotlivé případy rakoviny prsu se stejně smutným závěrem. Po objevení krevního oběhu a lymfatického systému resp. uzlin doporučují

postupně francouzský chirurg Jean Louis Petit (1674–1750) a později skotský chirurg Benjamin Bell (1749–1806) radikální výkon s odstraněním uzlin a přilehlé svalové tkáně. Moderním zakladatelem operace rakoviny prsu byl americký chirurg William Stewart Halsted. V roce 1882 začal provádět radikální mastektomii, která zahrnovala odstranění prsu, axilárních uzlin a pektorálního svalu. V té době bylo chápáno nádorové onemocnění prsu, jako lokální onemocnění. Pooperační průběh byl nezdědka velmi bolestivý a měl hodně pooperačních komplikací. Přesto se tento postup zdál nezbytným k prevenci možné recidivy. Radikální nerozšířená mastektomie se stala zlatým standardem pro příštích 100 let.

Z prominentních žen, které zemřely na karcinom prsu, je historicky uváděna císařovna Theodora, manželka Justiniána I. Velikého, byzantského císaře, která zemřela r. 548 ve věku 48 let. Dále Anna Rakouská, francouzská královna, matka Ludvíka IV. zemřela v roce 1666, ve věku 65 let a Mary Bell Washington, matka George Washingtona, prvního amerického prezidenta, která zemřela v roce 1789.

Od roku 1970 se začínají objevovat nové poznatky o tomto onemocnění. Diagnostické a terapeutické možnosti podstatně změnily pohled na toto onemocnění a posunuly léčbu karcinomu prsu do jiného rozměru. Přes všechny pokroky v léčbě, diagnostice onemocnění, genetice, objevení onkogenů, růstových a hormonálních faktorů zůstává příčina tohoto onemocnění neznámá. Má stále rostoucí incidenci a závažnost. (11)

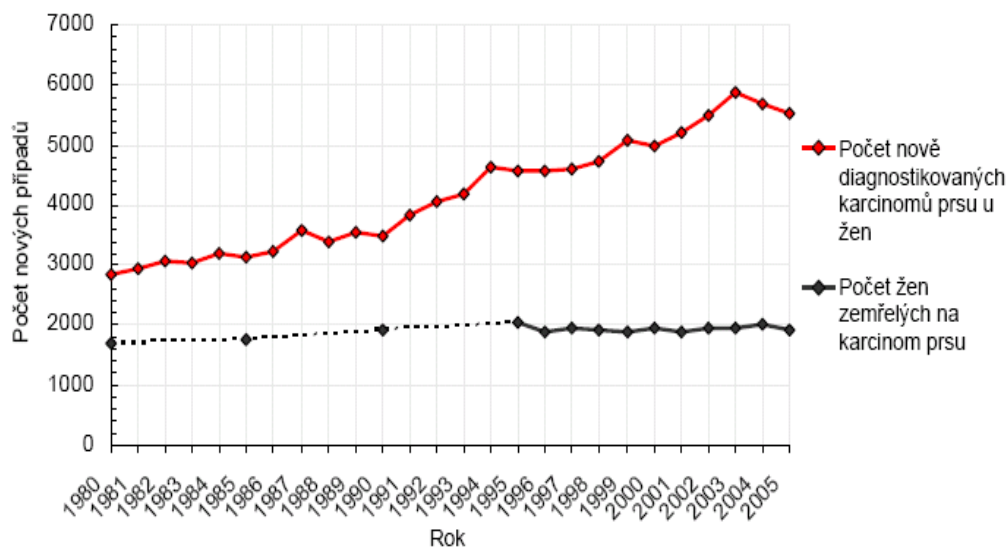
2.1.4. Epidemiologie

Četnost zhoubných nádorových onemocnění má strmý růst. Incidence, tedy počet nově vzniklých onemocnění na 100 000 obyvatel za rok, má celosvětově stoupající tendenci. Prognózy onkologů jsou velmi pesimistické a říkají, že každý třetí až čtvrtý z nás onemocní karcinomem.

Počet nově hlášených onemocnění pro rakovinu prsu se za posledních 30 let více jak zdvojnásobil. Průběh incidence a mortality v České republice je uveden na obrázku č. 2. Ročně je přibližně 108 nově diagnostikovaných nádorů

na 100 000 žen. Nádory prsu jsou nemocí staršího věku, k výraznému vzestupu dochází po 40. roce života žen. Nádory prsu dominují v příčinách mortality žen západní Evropy do 60. roku života.

Obrázek č. 2: Incidence a mortalita karcinomu prsu v ČR.



Zdroj: Národní onkologický registr, ÚZIS ČR

Zdroj: Epidemiologie karcinomu prsu [online], cit. 3. 1. 2009, dostupné na <http://www.mamo.cz/index.php?pg=pro-lekare--epidemiologie-karcinomu-prsu>

2.1.5. Rizikové faktory

Primární etiologie rakoviny prsu není známa, proto slouží jako indikátory potencionálního nebezpečí vzniku rakoviny prsu statisticky významné rizikové faktory. Sedmdesát procent žen, s diagnostikovaným karcinomem prsu nemá v anamnéze žádný rizikový faktor.

Mezi rizikové faktory se řadí:

1. Pohlaví

Riziko žena : muž, je v poměru 135 : 1. Endogenní hormony (estradiol, estron, progesteron, prolaktin) patří mezi tzv. promotory kancerogeneze.

2. Věk

Žena ve věku 50 let má celoživotní riziko vývoje karcinomu prsu 7–10%.

3. Rodinná anamnéza výskytu karcinomu prsu

Ženy, jejichž matky nebo sestry měly karcinom prsu. Riziko možnosti onemocnění se zvyšuje, pokud matky nebo sestry měly karcinom prsu před menopauzou nebo byl bilaterální. Také pokud se karcinom prsu vyskytl u dvou či více příbuzných prvého stupně.

4. Geografické rozdíly

Severní Amerika, Evropa proti jihovýchodní Asii. Západní životní styl je spojen se stoupající incidencí karcinomu. Naopak protektivní vliv jak na incidenci, tak na mortalitu karcinomu prsu má tzv. východní typ životosprávy.

5. Jiné neoplázie

Anamnéza Hodgkinovy nemoci, doporučuje se roční mamografický screening. Gynekologické neoplázie. Ženy, které již měly karcinom v jednom prsu, jsou ohroženy vznikem karcinomu v prsu druhém.

6. Alkohol

Zvýšené riziko vzniku má pravidelné požívání alkoholu zejména ve středním věku.

7. Další rizikové faktory

Ženy, které nerodily nebo rodily poprvé po 35. roce věku.

Menarché dříve než ve 12 letech a menopauza po 50. roce věku.

Všechny ženy, které jsou ve větším ohrožení, by měly být vyhledávány, dispenzarizovány a naučit se techniku samovyšetřování. Screeningové programy zvyšují detektabilitu karcinomu prsu zlepšují přežívání až o 30 %.

2.1.6. Klinický obraz

Klinický obraz onemocnění prsu se odráží od stupně pokročilosti onemocnění. Projevuje se různými změnami na prsu, ale změn si můžeme všimnout i na jiném místě těla. Relativní četnost výskytu karcinomů v různých anatomických místech prsu znázorňuje obrázek č. 3. (10, str. 383)

Prs

Nejčastějším znakem onemocnění je hmatná rezistence. Obvykle bývá objevena ženou samotnou nebo jejím partnerem. Bulka většinou nebolí, je tvrdá a má nepravidelné okraje. Bolest prsu nebývá spojena se závažnou chorobou, často souvisí s fibrotickými změnami v premenopauzálním onemocnění.

Kůže

Na kůži se mohou objevit změny, ve smyslu pomerančové kůry na podkladě infiltrace drobných lymfatických cév. Někdy zarudnutí a teplejší kůže může znamenat zánět, ale také erysipeloidní karcinom. Vtahování kůže s váznutím při souhybu může skrývat rezistenci, která fixuje a vtahuje kůži. Asymetrie prsu s výraznou žilní kresbou a ulcerace, již manifestuje pokročilou formu onemocnění.

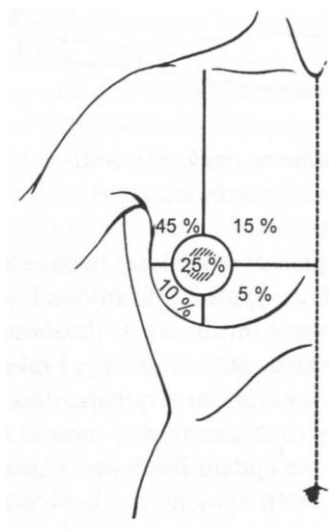
Bradavka

Sekrece z bradavky, zvláště krvavá bývá způsobena tumorem. Nepravidelnost bradavky a její retrakce s vtažením bývá způsobena fixací uloženého tumoru.

Mimo prs

Na nádor prsu nás může upozornit bulka v podpaží nebo nadklíčku. Někdy se může onemocnění projevit vzdálenými metastázami (játra, skelet, plíce, CNS) při malém primárním tumoru. Například neurochirurgická operace symptomatického nádoru mozku s následným histologickým vyšetřením odhalí klinicky němý karcinom prsu. Ze všech těchto údajů je zřejmá nezbytnost pravidelného klinického vyšetření s co nejčastějším odhalením karcinomu prsu. Zde je základ úspěchu léčby.

Obrázek. č. 3: Relativní četnost výskytu karcinomů v různých anatomických místech prsu



Zdroj: Way, L.W. a kol., přeložil Antoš, F., Hájek, M., a kol.: Současná chirurgická diagnostika a léčba 1 díl. Praha: Grada Publishing, str. 383

obrázek modifikován

2.1.7. Rozdělení karcinomů prsu

1. Duktální karcinom

Invazivní duktální karcinom tvoří 70–80 % všech maligních nádorů prsu. Metastazuje především do kostí, plic a jater.

2. Lobulární karcinom

Představuje 10–14 % všech invazivních karcinomů prsu. Nádor má tendenci být multifokálním. Do regionálních lymfatických uzlin metastazuje podobně jako karcinom duktální. Přednostně metastazuje do meningeálních prostor CNS, na serózní povrchy a do retroperitonea. Může metastazovat do ovarií a dělohy.

3. Tubulární karcinom

Tubulární karcinom je tvořen neoplastickými elementy a bývá dobře diferencovaný. Má dobrou prognózu, pokud je primární tumor pod 1 cm.

4. Medulární karcinom

Frekvence jeho výskytu je mezi 5–7 % všech invazivních karcinomů prsu. Tvoří dobře ohraničenou formaci. Metastázy nádoru v lymfatických uzlinách jsou méně časté, délka přežití je určena velikostí tumoru.

5. Mucinózní karcinom (koloidní, gelatinosní, myxomatozní, mukoidní karcinom)

Tvoří asi 3 % všech invazivních karcinomů. Není opouzdřen, přesto bývá dobře ohraničený od okolní tkáně. Čistý mucinózní tumor má velmi dobrou prognózu, a téměř vždy desetileté přežití.

6. Papilární karcinom

Papilární karcinom tvoří 1–3 % všech karcinomů prsu. Vyskytuje se převážně v postmenopauzálním období života ženy. Prognóza bývá obvykle dobrá.

7. Pagetův karcinom (Pagetova nemoc)

Představuje přibližně 1 % všech karcinomů prsu. Typické je svědění, pálení a/nebo povrchní eroze či ulcerace. Nádor je diagnostikován a léčen často jako ekzém nebo infekce, což vede ke zpoždění diagnózy.

8. Inflamatózní karcinom

Zánětlivý karcinom prsu představuje nejmaligntější typ nádoru prsu. Tvoří 3 % všech karcinomů a vyskytuje se převážně u postmenopauzálních žen. V době diagnózy bývají téměř vždy přítomné metastázy v regionálních lymfatických uzlinách. Prognóza je velmi špatná.

9. Metastatický karcinom

Nejčastěji metastazují do prsu karcinomy plic, maligní melanom, střevní karcinoid, karcinomy děložního hrdla, močového měchýře a non Hodgkinské lymfomy. (14)

2.1.8. Klasifikace karcinomu prsu systémem TMN

Klinické určení stadia zahrnuje klinické vyšetření s pečlivou palpací kůže, prsu a lymfatické spádové oblasti. Patologický staging zohledňuje všechny získané klinické, operační a patomorfologické údaje.

Pro klasifikaci primárního nádoru jsou stejná klinická a patologická rozdělení.

T – tumor

TX	primární nádor nelze hodnotit
T0	bez známek primárního nádoru
Tis	karcinom in situ: intraduktální karcinom nebo lobulární karcinom in situ nebo Pagetova choroba bradavky bez prokazatelného nádoru
T1mic	mikroinvazivní nádor (0,1 cm nebo méně v největším rozměru)
T1a	největší rozměr nádoru 0,1–0,5 cm
T1b	největší rozměr nádoru 0,5–1 cm
T1c	největší rozměr nádoru 1–2 cm
T2	největší rozměr nádoru 2–5 cm
T3	největší rozměr nádoru více než 5 cm
T4a	nádor jakékoliv velikosti s přímým šířením do stěny hrudní
T4b	nádor jakékoliv velikosti s přímým šířením do kůže

- T4c** nádor jakékoliv velikosti s přímým šířením do kůže nebo do stěny hrudní
- T4d** zánětlivý karcinom

N- lymfatické uzliny

- Klinické rozdělení

- NX** regionální mízní uzliny nelze hodnotit
- N0** v regionálních mízních uzlinách nejsou metastázy
- N1** metastázy v pohyblivé stejnostranné axilární mízní uzlině (uzlinách)
- N2** metastázy v stejnostranné axilární mízní uzlině (uzlinách), které jsou fixované navzájem nebo jiným strukturám
- N3** metastázy ve stejnostranných mízních uzlinách podél
a. mamma interna

- Rozdělení podle histopatologického nálezu

- pN0** v regionálních mízních uzlinách nejsou metastázy
- pN1** metastázy v pohyblivé stejnostranné axilární mízní uzlině (uzlinách)
- pN1a** mikrometastázy do 0,2 cm
- pN1b** metastázy v mízní uzlině (uzlinách), větší než 0,2 cm
- pN1bi** metastázy v 1–3 mízních uzlinách, větší než 0,2 cm, ale menší než 2 cm
- pN1bii** metastázy ve 4 a více mízních uzlinách, větší než 0,2 cm, menší než 2cm
- pN1biii** šíření nádoru přes pouzdro mízní uzliny, ne větší než 2 cm, v největším rozměru
- pN2** metastázy ve stejnostranných axilárních mízních uzlinách, fixované navzájem nebo k jiným strukturám
- pN3** metastázy ve stejnostranných axilárních mízních uzlinách podél
a. mamma interna

M - vzdálené metastázy

MX	vzdálené metastázy nelze hodnotit
M0	nejsou vzdálené metastázy
M1	vzdálené metastázy (včetně metastáz v jedné nebo více supraklavikulárních uzlinách) (1, 120 – 121)

Grading

V závislosti na stupni diferenciaci nádorových buněk rozlišujeme grading:

GX	stupeň diferenciaci nemůže být určen
G1	dobře diferencovaný
G2	středně diferencovaný
G3	špatně diferencovaný
G4	nediferencovaný (1, 121)

Rozdělení do stádií

Rozhodující roli při stanovení léčebné strategie hraje stadium onemocnění.

Stadium 0	Tis (Tmic)	N0	M
Stadium I	T1	N0	M0
Stadium IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Stadium IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
	T3	N1	M0
Stadium IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0

Stadium IIIB	T4	jakékoliv N	M0
	jakékoliv T	N3	M0
Stadium IV	jakékoliv T	jakékoliv T	M1

(1, 130 – 131)

2.1.9. Léčba karcinomu prsu

Léčba karcinomu prsu musí být vždy komplexní. Vychází z přesné diagnostiky, která zahrnuje bioptické vyšetření, lokalizaci, velikost tumoru, rozsah postižení se zjištěním případných vzdálených metastáz. Na základě těchto zjištěných skutečností je možné stanovit správný postup léčby.

Chirurgická léčba je léčbou lokální, je úspěšná pouze u včas diagnostikovaných nádorů. Rozsah chirurgického zákroku je určen velikostí nádoru, jeho umístěním, poměrem k velikosti prsu, případným multifokálním postižením a histologickou klasifikací.

Konečné rozhodnutí je výsledkem spolupráce chirurga, onkologa, radiologa a patologa. Stejně je rozhodování i o další léčbě. Rovněž sama řádně poučená nemocná by měla mít příležitost aktivním způsobem zasáhnout do tohoto rozhodovacího procesu. Pokud existuje možnost několika léčebných modalit zvolit si tu, která nejvíce splňuje její očekávání. (4, 130)

Typy chirurgických operací prováděných při karcinomu prsu:

Modifikovaná radikální mastektomie – Ablace prsu s disekcí axilárních lymfatických uzlin zůstává standardní léčbou pro velkou část pacientek, které nesplňují I. nebo II. stadium onemocnění. Jsou to nemocné s nádorem větším jak 3 cm, multifokálním postižením, nepoměrem mezi velikostí nádoru a velikostí prsu. V neposlední řadě rozhoduje histologická klasifikace. Relativní výhodou tohoto zákroku zůstává, že není nutné podstoupit následnou radiaci. Naopak nevýhodou je estetický a psychologický výsledek. Radikální mastektomie dle Halsteda tzv. Halstedova operace s odstraněním pektorálních svalů se již neprovádí.

Prs šetřící operace – Parciální mastektomie s exenterací axilárních uzlin je vyhrazena pro všechny pacientky I. a II. stádia. Jde o radikální odstranění nádoru prsní žlázy s bezpečným lemlem do zdravé tkáně. S pacientkou musí být prodiskutovaná celková koncepce následné adjuvantní radiační terapie a chemoterapie. Pro někoho může být mastektomie výhodnější a přijatelnější. Absolutní kontraindikací ke konzervativnímu výkonu je těhotenství, multifokální výskyt, zánětlivý karcinom, předchozí ozáření prsu pro jiné onemocnění, žádná odpověď na neoadjuvantní chemoterapii a histologicky pozitivní resekční okraje.

Sanační výkony – Jedná se o výkony paliativní, které vlastní prognózu nemocné neovlivní. Jejich cílem je odstranění často krvácejších, secernujících, páchnoucích a infikovaných tumorózních mas a zlepšení kvality zbývajících života nemocné. (4, 132)

Výkony na lymfatickém systému – Jsou výkony v oblasti spádových axilárních uzlin a provádí se v jedné době během základního výkonu na prsu. Hlavním cílem tohoto výkonu je získání informací o stavu axilárních uzlin o ev. míře jejich metastatického postižení. Tento výkon je především výkonem „diagnostickým“, slouží ke stanovení prognostických a prediktivních faktorů onemocnění. Dále slouží ke stanovení optimální adjuvantní terapie. (4, 133)

Sentinelová uzlina – Princip sentinelové uzliny se zakládá na teorii, že metastázy jsou vychytávány reprezentativní lymfatickou uzlinou v regionální spádové oblasti. Tato první, strážná, splavná uzlina v drénované spádové oblasti je histopatologicky a imunohistochemicky vyšetřena. Cílem je odhalit limitovaným výkonem v časném stádiu lymfatické metastazování. (1, 139) Pokud není uzlina metastaticky postižena, je vysoká pravděpodobnost, že i následující axilární uzliny budou bez nádorových metastáz. Pacientka nemusí podstoupit odstranění ostatních axilárních uzlin. Pokud ovšem tato uzlina prokazuje metastatické postižení, je nutné provést odstranění axilárních

uzlin. Detekce sentinelových uzlin se provádí po předoperační peritumorózní aplikaci radionuklidu - Tc99. Následně se peroperačně pomocí gama-sondy vyhledá uzlina, ve které je kumulované radiofarmakum. (4, 133)

Konzervativní – Paliativní postup je vyhrazen pro nemocné se stádiem IV nebo pro dříve operované s relapsem onemocnění a vzdálenými metastázami (např. extirpace exulcerovaného tumoru). Součástí léčby karcinomu prsu je radioterapie a chemoterapie.

Radioterapie – Zpravidla je prováděna jako adjuvantní léčba zejména po prs zachovných operacích. U těchto konzervativních zákroků bez následné radiace se počty recidiv udávají v 15-35 %. Při následné radiaci mají konzervativní výkony celkovou dobu přežití srovnatelnou s ablační metodou. Primární ozáření je indikováno v případech lokální inoperability nebo pro inflamatorní karcinom, který je rezistentní na chemoterapii.

Chemoterapie – Rozlišujeme předoperační – neoadjuvatní – a pooperační – adjuvantní. Neoadjuvatní chemoterapie má snížit tvorbu vzdálených metastáz zlepšit podmínky k prs zachovnému zákroku u nádorů větších než 3 cm. Další výhodou neoadjuvatní léčby je možnost stanovení odpovědi nádoru na chemoterapii. Adjuvantní chemoterapie je zahajována pooperačně. Indikace k zahájení adjuvantní léčby závisí na histopatologii, stavu hormonálních receptorů, hormonálním stavu pacientky (pre nebo post menopauza) a věku pacientky. Nezbytnost adjuvantní léčby je u pozitivivity axilárních uzlin.

Hormonální léčba – Standardní adjuvantní hormonální léčba zahrnuje podávání Tamoxifenu po dobu pěti let ženám v postmenopauzálním období. Ženám v premenstruálním období se provádí operační zákrok nebo pomocí medikace se přerušuje menstruační aktivita. (10, 390 – 393)

2.1.10. Prevence a časná detekce karcinomu prsu

Nejlevnější prevencí onkologických nemocí je informovanost veřejnosti o možných rizicích jejich vzniku, eliminaci ovlivnitelných rizikových faktorů, fungujících screeningových programech a jiných vyšetřeních.

V současné době není primární prevence karcinomu prsu možná, tím spíše je nutné se zaměřit na prevenci sekundární. Sekundární prevence je zaměřena na časně zjištění již vzniklého onemocnění, které je v kurativním stádiu. Nejméně náročnou metodou je samovyšetřování.

Samovyšetřování prsů by měly provádět všechny ženy nad dvacet let věku jednou měsíčně, druhý nebo třetí den po skončení menstruace. Jde o vyšetření nebolestivé a může mít velký význam pro odhalení možného nádoru.

Screeninkové programy se sestávají z fyzikálního a mamografického vyšetření prsů asymptomatických žen.

Celoplošný mamografický screening se v České republice provádí od roku 2002. Je určen pro ženy ve věku od 45–69 let, ve dvouletých intervalech. Tento interval byl stanoven na základě kompromisu mezi ekonomickými možnostmi a přínosem. Vyšetření je hrazeno ze zdrojů veřejného pojištění. Preventivní vyšetření na akreditovaném screeningovém pracovišti doporučí gynekolog, praktický lékař nebo lékař ze specializované mammologické poradny.

Screeningové programy zvyšují procento zachytu malých velikostí karcinomu, jsou to léze, které nejsou palpovatelné. Díky mamografickému vyšetření dochází k odhalení těchto nehmatných lézí v časném stádiu a tím ke snížení úmrtnosti na toto onemocnění.

2.1.11. Diagnostika a bioptické metody

Anamnéza

Při odběru anamnestických údajů se zaměřujeme na rizikové faktory.

Klinické vyšetření

Vyšetření prsů je povinou součástí každého komplexního gynekologického vyšetření (součást každé preventivní prohlídky). Při prvním vyšetření prsů je nutné ženu dokonale seznámit s technikou samovyšetření. Vyšetřuje se pohledem, pohmatem, vyšetřují se lymfatické uzliny axilární a supraklavikulární.

Mamografie

Je RTG zobrazovací metoda, která má vysokou detekční hodnotu. Užívá se ke zjištění časných stádií karcinomu prsu, dokáže odkrýt nádor dříve než je palpovatelný.

Duktografie

Je mamografie s kontrastní náplní jednoho nebo více mlékovodů. Provádí se při sekreci z bradavky.

Stereotaxe

Při punkční biopsii pokud nelze zacílit lézi UZ, je zavedena jehla pomocí mamografie třírozměrného obrazu (stereotakticky). Používají se stereotaktické jednotky s horizontálním stolem nebo se zařízení montuje na mamografy. Používá se digitální mamografie, tím se doba výkonu zkrátí.

Ultrasonografie (UZ, SONO)

Patří mezi neinvazivní vyšetřovací metody, s mamografií se navzájem dobře doplňují. Užívá se u mladých žen zvláště s dědičnou zátěží, doplňuje nejednoznačný mamografický nález nebo jako kontrola mezi dvěma

mamografiemi. Nemá radiační zátěž. Pod UZ kontrolou se provádějí punkce nebo biopsie.

Magnetická rezonance (MR)

Je doplňkovým vyšetřením při nejasných mamografických nálezech, neuzívá se jako rutinní vyšetření.

Biopsie tenkou jehlou

Z abnormální léze jsou aspirovány buňky pomocí podtlaku vytvořeného stříkačkou. Tato metoda je finančně málo nákladná, ale pro svou nepřesnost v poslední době nepoužívaná.

Core-cut biopsie

Odebírá se vzorek tkáně (národu) ve tvaru válce pomocí 1-2 mm široké jehly k časnému předoperačnímu histologickému potvrzení maligního nálezu i s určením receptorů. Vyšetření umožňuje naplánovat přesný chirurgický výkon. Zavádění jehly se provádí pod sonografickou kontrolou.

Vakuová biopsie

Při této metodě se pomocí speciální jehly odřízne kompaktní vzorek tkáně, podobně jako u core-cut biopsie, ale tento vzorek je následovně podtlakem odsán. Nástroj může být ponechán ve tkáni a umožňuje odebrat více kvalitních, vzorků z jednoho vpichu.

Biopsie excize

Hmatné léze se excidují za kontroly palpací, nehmatné léze se označí drátkem nebo barvicím materiálem.

Vyšetření hormonálních receptorů

U všech operovaných žen se provádí vyšetření estrogenových a progesteronových receptorů z tkáně. Toto vyšetření je potřebné k eventuální hormonální léčbě.

2.1.12. Prognóza

Prognóza zhoubného onemocnění karcinomu prsu je všeobecně daná časnou diagnostikou. Nemocné s lokalizovaným onemocněním prsu s mikroskopicky nepotvrzeným šířením tumoru mají daleko lepší prognózu. Další roli hraje velikost, uložení tumoru a postižení axilárních uzlin, pozitivita či negativita estrogeních a progesteronových receptorů. Je-li karcinom lokalizovaný v prsu bez regionálního šíření, pak klinické vyléčení za pomoci všech dostupných metod lze očekávat v 75–90 % případů. Pacientky s malým estrogen a progesteron receptory pozitivním nádorem bez axilárního šíření mají pravděpodobnost pětiletého přežití téměř 90%. Při postižení axilárních uzlin klesá pětileté přežívání na 40–50 %. Všeobecně karcinom prsu u mladých žen je malignější než u starších. Je to dáno tím, že mladší pacientky mají méně často nádory estrogen pozitivní. (10, str. 396)

2.2. Základní údaje o nemocném

2.2.1. Identifikační údaje

Jméno a příjmení: S. T.

Věk: 63 let

Pohlaví: ženské

Bydliště: Praha

Místo hospitalizace: chirurgické oddělení

Datum přijetí: listopad 2008

Osoby, které lze informovat: manžel, dcera a syn

Lékařská diagnóza: C502

Osobní anamnéza:

Běžné dětské nemoci

Operace: v roce 1997 LCHE

Úrazy: 0

Nekouří, alkohol pouze výjimečně.

Rodinná anamnéza

Matka zemřela v 79 letech na IM.

Otec má Alzheimerovu chorobu.

Sourozenci – sestra je zdráva.

Sociální anamnéza

Je vdaná, žije ve společné domácnosti s manželem.

Má dvě děti dceru a syna.

Je ve starobním důchodu, ale dále pracuje jako knihovnice.

Farmakologická anamnéza

Léky trvale nebere, od zjištění diagnózy na noc Neurol 1 tbl.

Gynekologická anamnéza

Menses od 13 let, cyklus pravidelný, dva spontánní porody bez komplikací, menopauza v 54 letech. Kontraceptiva neužívala. V období klimakteria návaly, v létě častější.

UPT: 0

AB: 0

Alergická anamnéza

Neguje

2.2.2. Nynější onemocnění

Pacientka pravidelně docházela na gynekologické preventivní prohlídky. Obvodní gynekolog ji každé dva roky posílal v rámci prevence nádorového onemocnění prsu na mamografii. V listopadu 2008 provedeno vyšetření a

zjištěno vlevo centrálně tumorózní ložisko 18x15x14 mm a kaudolaterálně další TU léze 8x9 mm. Paní S. T. byla poslána na sonografické vyšetření a z většího ložiska byla provedena punkční biopsie, jejíž výsledek potvrdil nález – duktální karcinom. Pacientka byla odeslána na ambulanci chirurgického oddělení domluvit si termín operačního výkonu. Před plánovaným přijetím byla provedena požadovaná předoperační vyšetření. Dále pak PET/CT hrudníku a břicha v rámci screeningového vyšetření. Pro multicentrické postižení byl plánovaný ablační výkon s exenterací axily. Pacientka byla řádně poučena a tento způsob léčby akceptovala a zároveň preferovala.

Stav při přijetí

Pacientka byla přijata k plánované operaci pro biopticky verifikovaný bifokální centrálně uložený duktální karcinom levého prsu. Je při plném vědomí, orientovaná časem místem a spolupracuje. Je bez známek akutní infekce, bez cyanozy, bez ikteru, dobré výživy, přiměřené hydratace, bez dušnosti v klidu. Zornice izokorické, reagují na osvit, bulby jsou ve středním postavení, skléry bílé, spojivky prokrvené. Oči, uši a nos jsou bez známek výtoku. Hrdlo je klidné, jazyk bez povlaku a plazí se ve střední čáře. Uzliny na krku a štítná žláza ne zvětšeny. Hrudník je souměrně klenutý, poklep jasný, dýchání čisté sklípkové oboustranné v celém rozsahu. Akce srdeční je pravidelná, 2 ohraničené ozvy. Oba prsy jsou souměrné, hrubší žlázové struktury, v levém vnitřním horním kvadrantu spíše centrálně nespolehlivě hmatná nebolestivá rezistence do průměru 1 cm. Obě axily jsou bez hmatných uzlin. Břicho je v úrovni hrudníku, měkké, prohmatné, nebolestivé, bez známek peritoneálního dráždění, bez rezistence, játra a slezina jsou ne zvětšeny. Jizva je klidná. Končetiny bez otoků, bez patrných varixů, bez známek TEN (tromboembolická nemoc), hybnost je bez omezení a bez patrné poruchy prokrvení. Per rektum je nález negativní.

Výška 168 cm, hmotnost 62 kg, TK 135/80 mm Hg, P 88/min., TT 36,7 °C.

2.2.3. Provedená diagnostická a předoperační laboratorní vyšetření

Mamografie

Vlevo centrálně uložené větší tumorosní ložisko, laločnaté kontury až 18x15x14 mm. Kaudolaterálním směrem do hloubky další léze tumorosní povahy kolem 7x8 mm. Jde o multifokální lézi na rozhraní vnitřních kvadrantů vlevo.

Sonografie

Mediálně od dvorce vlevo nodus tumoru 12x12 mm, za ním druhý nodus tumoru 6x6 mm.

Axily jsou volné.

Z většího ložiska odebrána core-cut biopsie.

Histologie – core-cut

Invazivní duktální karcinom, ER 100 %, PR 100 %, MIB1 20 %.

PET – CT

V horním vnitřním kvadrantu levé mammy 12 mm ložisko se zvýšenou akumulací radiofarmaka. Ložiska hypermetabolizmu glukózy ani strukturální léze svědčící pro přítomnost viabilní neoplazie jinde nebylo nalezeno.

Hematologická vyšetření

FW – výsledky jsou v referenčních mezích

Krevní obraz – výsledky jsou v referenčních mezích

APTT, Quick – výsledky jsou v referenčních mezích

Krevní skupina – A Rh negativní

Biochemické vyšetření krve

Urea, kreatinin, kyselina močová, natrium, kalium, chloridy, bilirubin, AST, ALT, cholesterol, celková bílkovina, glykémie – všechny hodnoty biochemických vyšetření jsou v referenčních mezích

Biochemické vyšetření moče

Moč chemicky a sediment – výsledky jsou referenčních mezích

EKG

Před operací fyziologická křivka EKG.

2.2.4. Průběh hospitalizace

Pacientka byla přijata k plánovanému operačnímu výkonu s histologicky prokázaným nálezem duktální karcinom levého prsu. Druhý den byla provedena levostranná mastektomie s exenterací axily. Operace proběhla bez komplikací a průběh pooperačního období byl klidný. V rámci prevence TEN – (tromboembolické nemoci) byla pacientka zajištěna Fraxiparinem 0,3 ml s.c. v den operace a další dva pooperační dny. Dále v den operace začala užívat hormonální chemoterapii – Femaru 1tbl. denně. Po operaci byla podávána ordinovaná analgetika k tlumení bolesti. Redonovy drény byly odstraněny postupně druhý a čtvrtý pooperační den. Do domácího ošetřování byla propuštěna 5. pooperační den. Při propuštění byla pacientka afebrilní, rána klidná, hojící se per primam. Somatický náleze v normě a dolní končetiny byly bez známek TEN. Pacientka byla edukována v dodržování klidového režimu, péči o operační ránu, informována o riziku otoku levé horní končetiny a jeho prevenci.

Stehy ponechány a domluvena kontrola na chirurgické ambulanci.

Farmakoterapie

Neurol tbl

Indikační skupina: Anxiolytikum, antidepressivum

Indikace: Užívá se při úzkostných a panických stavech, při mírných a středně těžkých depresích a při úzkosti, která může doprovázet jiná onemocnění.

Nežádoucí účinky: Mohou se vyskytnout bolesti hlavy, závratě, malátnost, svalová slabost, ospalost a únava, bolesti břicha, zácpa...

Dipidolor

Indikační skupina: Analgetikum, anodyum

Indikace: Silné a velmi silné bolesti doprovázející nádorová onemocnění a pooperační bolesti.

Nežádoucí účinky: Nejčastější nežádoucí účinky jsou únava a ospalost. Může se objevit nevolnost, zvracení, zácpa, vzácně pokles krevního tlaku a dlouhodobé užívání může vést k návyku...

Fraxiparine

Indikační skupina: Antikoagulans, antitrombotikum

Indikace: Profilaxe tromboembolické nemoci v perioperační období, léčba tromboembolické nemoci...

Nežádoucí účinky: Krvácivé projevy z různých míst, malé krevní výrony v místě vpichu...

Femara tbl 2,5 mg

Indikační skupina: Cytostatikum, enzymový inhibitor

Indikace: Užívá se k léčbě rakoviny prsu u žen po menopauze.

Nežádoucí účinky: Vyskytnout se mohou návaly horka, nevolnost, zácpa, průjem, únava, zvýšení nebo ztráta chuti k jídlu, mírné bolesti hlavy, závratě, vypadávání vlasů, zvýšená potivost, vyrážka, bolesti kostí, kloubů, příznaky anginy pectoris, srdečního infarktu nebo mozkové mrtvice...

3. Ošetrovatelská část

3.1. Ošetrovatelský proces

„Ošetrovatelský proces je základním metodickým rámcem pro realizaci cílů v ošetrovatelství. Tvoří jej série vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch nemocného, případně za jeho spolupráce při individualizované ošetrovatelské péči.“ (7, 7)

Dovoluje sestře samostatně iniciovat, rozhodovat, řídit, vykonávat a vidět efekt zvolené ošetrovatelské péče, která se zaměřuje na individuální potřeby pacienta. Sestra neplní pouze povinně pracovní povinnosti a ordinace lékaře. Ošetrovatelský proces probíhá v pěti po sobě jdoucích krocích.

Prvním krokem je co nejkvalitnější sběr informací a následné zhodnocení pacienta. Sestra musí být dobře informována nejen o momentálním zdravotním stavu pacienta a jeho identifikačních údajích, ale snaží se získat informace o jeho způsobu života, jeho situaci, vnímání, vztahu k nemoci a dalších problémech, které neumožňují uspokojit jeho potřeby. Na tomto základě sestaví anamnézu sestřskou, která je doplněním anamnézy lékařské.

Druhým krokem je stanovení ošetrovatelské diagnózy. Sestra zpracovává získané informace, kterých využívá ke zjištění potřeb pacienta, hodnotí míru jejich naplnění a při neuspokojení potřeb hledá cestu k nápravě. Určuje ošetrovatelské problémy z hlediska svého i z hlediska pacienta a ty vhodnou ošetrovatelskou péčí podle priority řeší.

Na základě lékařské a sestřské diagnózy sestra plánuje péči, aby odpovídala potřebám nemocného a tyto potřeby byly uspokojeny podle naléhavosti. Jde o stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů ošetrovatelské péče. Vytýčení ošetrovatelské strategie, způsobů a metod, jak cílů dosáhneme.

Při čtvrtém kroku dochází k realizaci plánu. Každý z účastníků plní určené ošetrovatelské intervence, aby bylo dosaženo žádoucích výsledků a stanovených cílů.

V pátém závěrečném kroku sestra vyhodnotí efekt poskytnuté péče. Analyzuje, zhodnotí a porovnává jednotlivé kroky ošetrovatelského procesu se stanovenými normami a na základě nových informací plánuje další péči.

(8, 30-32)

3.2. Model ošetrovatelské péče Virginie Henderson

Model základní ošetrovatelské péče Virginie Henderson změnil koncepci ošetrovatelství a poskytování ošetrovatelské péče pacientovi. Tento model jsem si zvolila i pro svou práci.

Virginie Henderson staví na přední místo soběstačnost, samostatnost a nezávislost pacienta v uspokojování potřeb. Každý z nás má základní potřeby a jejich uspokojování je ovlivňováno různými faktory (např. věkem, kulturním a sociálním prostředím, ve kterém žije, fyzickými a psychickými schopnostmi, emocionální rovnováhou a v neposlední řadě i možným patologickým stavem). Je-li jedinec při uspokojování vlastních potřeb soběstačný a nezávislý, pak žije plnohodnotný život. Pokud se dostane do situace, že jeho vlastní potenciál nestačí, pomáhá sestra svou péčí udržovat nebo navracet jeho nezávislost. Pacient, ale i rodina se stávají aktivními účastníky ošetrovatelské péče. Výsledkem ošetrovatelské činnosti je nezávislost pacienta, zvýšení nezávislosti nebo klidná smrt.

Čtrnáct elementárních lidských potřeb, tvoří biologické, psychologické, sociální a spirituální komponenty s preferencí potřeb biologických. Tyto základní potřeby, by sestra měla zahrnout do základních ošetrovatelských činností a neměly by být opomíjeny.

Pomoc pacientovi s dýcháním, pomoc při příjmu potravy a tekutin, pomoc při vylučování, pomoc při chůzi, sezení, ležení, při změně tělesné polohy, pomoc při spánku a odpočinku, pomoc při výběru vhodného oděvu a jeho oblékání a svlékání, pomoc při udržování tělesné teploty přizpůsobením se okolí, pomoc při udržování tělesné čistoty a ochraně pokožky, vyvarovat se nebezpečí z okolí, předcházet zranění sebe i ostatních, pomoc při komunikaci

s okolím, při vyjadřování potřeb, pocitů, ale i obav, pomoc při vyjádření jeho víry, pomoc při práci na něčem smysluplném co dává uspokojení z výsledků práce a produktivní činnosti, pomoc pacientovi při odpočinkových a rekreačních aktivitách, pomoc při učení se, při objevování nových věcí nebo uspokojování zvědavosti, která vede k normálnímu vývoji osobnosti a zdraví.

Poskytování základní ošetrovatelské péče probíhá podle V. Henderson ve třech fázích.

V první fázi provádíme průzkum, plán a realizaci. Sestra musí zjistit, ve které ze čtrnácti oblastí základních potřeb má pacient nedostatek sil, vůle nebo i vědomostí. Následně v deficitních oblastech, plánuje zásahy pomoci, které jsou zaměřeny na znovunabytí nezávislosti, a tuto pomoc také realizuje. Po poskytnutí adekvátní pomoci pacientovi nastupuje fáze druhá. Ta se projevuje zlepšením zdraví, stavu i soběstačnosti pacienta. Vždy se všechny nové skutečnosti promítnou ve změně plánu péče, který je modifikovatelný. Ve třetí fázi se zaměřujeme na edukaci pacienta a jeho rodiny. (6, 43–51)

3.3. Ošetrovatelská anamnéza – zhodnocení nemocného

Údaje pro sepsání ošetrovatelské anamnézy jsem získala po přijetí pacientky (den před plánovaným operačním výkonem) na chirurgické oddělení. Použila jsem informace ze zdravotnické dokumentace, pozorováním pacientky, ale především rozhovorem s paní S. T.. Pro hodnocení potřeb jsem použila model V. Henderson.

Potřeba dýchání

Pacientka neudává žádné problémy s dýcháním. Dýchá spontánně, pravidelně, frekvencí 18 dechů/min., klidně bez slyšitelných fenoménů.

Potřeba dostatečného příjmu potravy a tekutin

Pacientka se snaží dodržovat zásady správné životosprávy, stravuje se pravidelně třikrát denně. Do svého jídelníčku zařazuje dostatek zeleniny a ovoce, přednost dává bílému masu a rybám. Nevyhýbá se ani mléčným

výrobkům. Nepochutná si na luštěninách. Dbá i na pitný režim, vypije za den asi 2,5 litru tekutin. Nejraději má ovocné šťávy a ovocné čaje. Nepije černý čaj. Pacientka je ráda, že nemusí měnit svůj jídelníček v souvislosti s nynějším onemocněním. Lékař nenaordinoval žádná speciální dietní opatření.

Potřeba vylučování

O pravidelné vyprazdňování musí pacientka pečovat pohybem a vhodnou skladbou stravy. Pokud by v jídelníčku chybělo ovoce, zelenina nebo by vypila málo tekutin, měla by pacientka problémy se zácpou. S močením problémy nemá.

Potřeba pohybu a udržování vhodné polohy

Pacientka nepotřebuje pomoc, při pohybu je plně soběstačná. Změna polohy těla do jiné fyziologické polohy ji nečiní obtíže.

Potřeba spánku a odpočinku

Pacientka se poslední dobou cítí více unavená a pospává i během dne. Vždy spala dobře, ale od zjištění diagnózy se v noci budí a přemýšlí o své nemoci. Při příjmu na oddělení si přála mít jednolůžkový pokoj, aby měla více klidu a soukromí. Pokoj působí příjemnou atmosférou a je s vlastním sociálním zařízením.

Potřeba vhodného oblečení, oblékání a svlékání

Pacientka si vybírá své oblečení sama, má ráda spíše jednoduchý sportovní styl. S sebou do nemocnice si přinesla volnější a pohodlnou halenu, aby se jí dobře po operaci oblékala a nikde ji neškrtila.

Potřeba udržování fyziologické tělesné teploty

Paní S. T. má ráda čerstvý vzduch, proto má na pokoji pootevřené okno. Teplota na pokoji je 25 °C a tělesná teplota naměřena v podpaží je 36,6 °C.

Potřeba udržování upravenosti a čistoty těla

O svůj vzhled pacientka pravidelně pečuje, navštěvuje kadeřníka a chodí na kosmetiku každý měsíc. Péči o nehty zvládá sama. Ráda se dlouho sprchuje teplejší vodou. Pokožku si natírá tělovým mlékem. Pacientka je upravená a je plně soběstačná, nepotřebuje pomoc při osobní hygieně.

Potřeba odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých

Celý pokoj včetně sociálního zařízení je bezbariérový. To umožní pohyb po operaci na pokoji bezpečnější a s menší námahou. Ve sprchovém koutě jsou protiskluzové podložky a namontovaná madla, která jsou i vedle toalety.

Potřeba komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů

Pacientka je ráda, že návštěvy za ní mohou přijít kdykoliv během dne, protože potřebuje mít na blízku svoji rodinu, která jí je velkou oporou a snaží se jí pochopit. Od stanovení diagnózy je plačtivá, lítostivá a občas i podrážděná, doufá, že po operaci bude opět klidnější. Po počátečních rozpacích, obavách a nejistotě se mi podařilo získat důvěru k rozhovoru. S pacientkou jsem vedla klidný a empatický rozhovor. Paní S. T. se ptala na věci, které ji tížily nebo jí byly málo srozumitelné. V rozhovoru jsme dospěly k objasnění některých mylných informací, pacientka se začala zajímat o další dostupné zdroje a prostředky. Myslím, že naše komunikace pomohla roztržít některé obavy a možná trochu zmírnit její starosti.

Potřeba vyznání vlastní víry

Pacientka je bez vyznání, její životní hodnoty se orientují na klidný život. Je ráda, že má v rodině oporu a věří, že bude po operaci opět v pořádku.

Potřeba smysluplné práce

Sebou do nemocnice si přinesla knihy, aby ji pobyt v nemocnici zpříjemnila a doba hospitalizace lépe uběhla.

Potřeba hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace

Nikdy neměla potřebu se aktivně věnovat nějakému sportu, ale má ráda procházky v přírodě, ráda chodí do lesa a pracuje na zahrádce. Také má vřelý vztah ke knihám, čte prakticky každou volnou chvíli a o knihách ráda povídá.

Potřeba učení objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení

Pacientka se zajímá o své onemocnění, o to jak dlouho bude trvat rehabilitace, jaké mohou vzniknout komplikace po operaci prsu. Jestli, alespoň některým komplikacím může nějakým způsobem předejít a případně jakým.

3.4. Principy a zásady perioperační péče

Perioperační sestra je méně vžitě oslovení pro instrumentářku. Je to sestra pracující na operačním oddělení, která po získání zkušeností a doplnění odborných znalostí potřebných pro práci na operačních sálech složila atestační zkoušky a získala specializaci pro tento obor. Získává označení „sestra v perioperační péči“.

Perioperační péče se řídí operačním programem, který je stanoven nejméně den předem. O začátku a pořadí pacientů se rozhoduje podle povahy nemoci a stavu pacienta.

Sálové sestry pečují o maximální možné aseptické prostředí, provádí sterilizační a dezinfekční postupy. Před příjezdem pacienta na operační sál, je třeba nechat zapnout klimatizační jednotku a sál vyhřát na 24-26°C. Zajišťují manipulaci s operačními stoly, přístroji, polohu a fixaci pacientů, včetně prevence komplikací z imobilizace. Pacienta přebírá anesteziolog a anesteziologická sestra. Nejprve sálová sestra uloží pacienta do stabilní polohy pomocí fixačních pásů, madel a aretací operačního stolu. V rámci prevence dekubitů vypodloží predilekční místa gelovými destičkami.

Než se bude pokračovat v jakékoli další přípravě, musí být celý operační tým připraven. Provedou se předoperační bezpečnostní pokyny a vyplní

verifikační protokol. Když je celý operační tým i s pacientem ve shodě, může se přistoupit k dalším krokům.

Pacientovi je nalepena neutrální elektroda na suché, nepromaštěné místo co nejbližší k operačnímu poli. Je nasazena tlaková manžeta, saturační čidlo, nalepeny elektrody EKG, provedena venepunkce a zhodnoceny vitální funkce.

Dalším krokem je úvod do celkové anestézie, zajištění dýchacích cest a ev. zajištění dalších invazivních vstupů dle rozsahu chirurgického zákroku. Někdy v této fázi je nutné pacienta ještě vyšetřit, zavést močovou cévku nebo upravit definitivní operační polohu.

Sálové sestry připravují nástroje, přístroje a ostatní zdravotnické prostředky před, v průběhu i po operačním výkonu. Při operacích instrumentují, pomáhají operační skupině, pečují o nemocné, zajišťují odeslání materiálu k vyšetření a provádějí početní kontrolu nástrojů a použitého materiálu.

Po celou dobu operace je třeba udržovat dostatečnou hloubku anestézie, zajistit kvalitní analgezií, sledovat vitální funkce, tělesnou teplotu, kontrolovat místa žilních vstupů a velikost krevní ztráty.

Možná někomu mohou připadat neustálé kontroly a požadavky malicherné, ale každá chyba a nedbalost při sterilizaci, při uložení pacienta na operační stůl a jeho polohování i během operace, při podávání léků, počítání materiálu, podání vadného nástroje může nemocného poškodit nebo zavinit jeho smrt. (5, 30–31)

Součástí programu kvality péče a bezpečí pacientů je zavádění ošetrovatelský proces i na operační sály. Faktem zůstává, že ošetrovatelské diagnózy v perioperační péči nemohou být shodné s ošetrovatelskými diagnózami na lůžkových odděleních. To je dáno náplní a povinnostmi sester pracujících na operačních sálech. Proto se tyto sesterské diagnózy týkají především bezpečnosti, prevence a snižování rizik, které mohou vzniknout v průběhu operace nebo v době pobytu pacienta na operačním sále.

3.5. Ošetřovatelské diagnózy v perioperační péči

V této části své práce se budu věnovat ošetřovatelským diagnózám na operačním sále, protože pracuji jako perioperační sestra. Při řazení jednotlivých ošetřovatelských diagnóz jsem přihlédla k nutnosti je provádět v daném pořadí.

1. Riziko záměny pacientky z důvodu nedostatečné kontroly osobních údajů

Cíl:

Nedojde k záměně pacientky při překladu na operační sál.

Plán:

- ověřit si totožnost pacientky dotazem u anesteziologické sestry
- ověřit označení pacientky vlastním identifikačním náramkem
- ověřit totožnost dotazem a zpětně zkontrolovat údaje s identifikačním náramkem
- zkontrolovat donesenou zdravotnickou dokumentaci pacientky
- zkontrolovat údaje na operačním programu
- zkontrolovat zda zjištěné údaje jsou v souladu na identifikačním náramku, v donesené dokumentaci a na operačním programu

Realizace plánu:

Při překladu pacientky na operační sál jsem si ověřila její totožnost dotazem u anesteziologické sestry. Po té jsem ověřila označení pacientky na identifikačním štítku a zpětným dotazem („Jaké je Vaše jméno a datum narození?“) provedla kontrolu správnosti údajů na identifikačním náramku. Dále jsem zkontrolovala údaje ve zdravotnické dokumentaci pacientky přinesené na operační sál a na operačním programu. Nakonec jsem provedla srovnávací kontrolu identifikačního náramku, přinesené zdravotnické dokumentace, operačního programu zda jsou ve shodě.

Hodnocení:

Nedošlo k záměně pacientky.

2. Riziko stranové záměny z důvodu nedostatečně provedené předoperační bezpečnostní procedury

Cíl:

Operovaná strana nebude zaměněna.

Plán:

- dotazem pacientky ověřit, správnost operované strany
- zkontrolovat, zda strana, která má být operována je správně napsána na operačním programu, v dokumentaci, pacientkou podepsaném souhlasu s operací (příloha č. 1, 2) a protokolu o stranové záměně
- zkontrolovat viditelné označení operované strany na pacientce
- potvrdit správnost údajů o operované straně a být ve shodě s ostatními členy operačního týmu, včetně pacientky
- provést zápis do verifikačního protokolu o provedené předoperační bezpečnostní proceduře (příloha č. 3)

Realizace plánu:

Po převezení pacientky na operační sál, jsem učinila dotaz, na které straně má být operována. Zkontrolovala jsem, zdali operovaná strana je souhlasně napsána v operačním programu, ve zdravotnické dokumentaci, pacientkou podepsaném souhlasu s operací a v protokolu o stranové záměně. Dále jsem zkontrolovala, zda operovaná strana je viditelně a správně označena. Všichni přítomní na operačním sále se shodli na operované straně a nahlas potvrdili. Nakonec jsem potvrdila správnost údajů do verifikačního protokolu ve shodě se všemi členy operačního týmu.

Hodnocení:

Operovaná strana nebyla zaměněna.

3. Riziko pádu z důvodu nedostatečné fixace pacientky na operačním stole

Cíl:

Pacientka nespadne z operačního stolu.

Plán:

- provést kontrolu aretace operačního stolu
- provést kontrolu fixačních pásů a madel
- zkontrolovat správnost polohy těla a fixaci všech končetin po uložení pacientky na operační stůl
- zkontrolovat zda fixační popruhy jsou správně připnuty a nikde na končetinách neškrtí
- zkontrolovat správnost konečné operační polohy pacientky

Realizace plánu:

Po kontrole identifikačních údajů a správnosti operované strany jsem zkontrolovala, správnost aretace operačního stolu. Dále jsem zkontrolovala, zda fixační popruhy jsou správně přiloženy a končetiny nikde nezaškrcují, a přesto jsou dostatečně utaženy. Dolní končetiny měla pacientka takto fixovány po celou dobu operace. Poloha levé horní končetiny se po intubaci a přelepení endotracheální roury ještě měnila do polohy konečné operační. Po změně polohy jsem zkontrolovala správné upevnění horní končetiny.

Hodnocení:

Nedošlo k pádu pacientky.

4. Riziko poruchy hybnosti levé paže v souvislosti s nedostatečně vyvázanou levou horní končetinou

Cíl:

Levá horní končetina bude dostatečně vyvázána.

Pacientka nebude ohrožena poruchou hybnosti levé horní končetiny.

Plán:

- ovázat levou horní končetinu vatovou gázou
- zabalit levou horní končetinu do roušek
- upevnit levou horní končetinu obinadlem k rámu operačního stolu
- upevnit levou horní končetinu nahoru a za hlavu pacientky, tak aby byl během operačního výkonu umožněn bezpečný a přehledný přístup k uzlinám v podpaží
- zkontrolovat, aby byla levá horní končetina správně vypodložena a nikde nebyla zaškrcována
- zkontrolovat, aby se levá horní končetina nikde nedotýkala kovového rámu.

Realizace plánu:

Po intubaci pacientky jsem ovázala horní končetinu vatovou gázou, potom jsem končetinu zabalila do roušek a mulovým obinadlem fixovala k rámu operačního stolu. Rám jsem posunula do polohy, která vyhovovala operujícímu lékaři, ale neohrožovala pacientku pooperační poruchou hybnosti.

Hodnocení:

Levá horní končetina byla správně vyvázána.

Pacientka není ohrožena poruchou hybnosti levé horní končetiny v souvislosti s jejím vyvázáním v průběhu operačního výkonu.

5. Riziko otlaků vzniklých v souvislosti s nedostatečným vypodložením pacientky na operačním stole

Cíl:

Po skončení operačního výkonu bude pacientka bez otlaků.

Plán:

- mít připravené gelové podložky a dostatečné množství roušek
- zeptat se pacientky při příjezdu na operační sál, jestli ji někde něco netlačí
- zkontrolovat zda nejsou shrnuté elastické punčochy a nezaškrcují končetiny
- vypnout prostěradlo, odstranit veškeré záhyby na tkanině, po uvedení pacientky do celkové anestézie a zajištění dýchacích cest
- vypodložit všechna predilekční místa
- zkontrolovat, zda pacientka neleží na kabelech EKG a kabelu od neutrální elektrody
- zkontrolovat zda fixační popruhy nezaškrcují končetiny a levá horní končetina je dostatečně vyvázána
- zkontrolovat jestli pacientka neleží v mokru
- zkontrolovat zda se instrumentační stolek nedotýká pacientky

Realizace plánu:

Po příjezdu pacientky na operační sál, po upevnění operačního stolu, kontrole totožnosti a strany, na které bude pacientka operována, jsem vznesla další dotaz. Zeptala jsem se pacientky, jak se jí leží a jestli ji někde něco netlačí. Zkontrolovala elastické punčochy, zda nejsou shrnuty a plní svoji funkci. Po uvedení do celkové anestézie a zajištění dýchacích cest jsem za pomoci druhé sálové sestry a sanitáře vypnula a vyrovnala záhyby na prostěradle. Potom jsem vypodložila pacientku na predilekčních místech připravenými gelovými podložkami. Upravila jsem polohu pacientky a zkontrolovala, zda neleží na kabelech od EKG a neutrální elektrody. Dále jsem zkontrolovala zda se

nedotýká nějakého kovu na operačním stole a po dezinfekci operačního pole jestli dezinfekční roztok nezatekl pod pacientku. Po zarouškování pacientky a postavení operační skupiny, jsem provedla kontrolu operačního stolku, aby byl dostatečně vysoko a nedotýkal se pacientky.

Hodnocení:

Pacientka byla po skončení operačního výkonu bez otlaků.

6. Riziko popálení pacientky elektrickým proudem z důvodu špatně přiložené neutrální elektrody

Cíl:

Během operačního výkonu nebude pacientka popálena elektrickým proudem.

Plán:

- zkontrolovat uzemnění koagulačního přístroje
- zkontrolovat jeho nastavení
- nalepit neutrální elektrodu celou plochou na čistou a suchou kůži pacientky
- nalepit neutrální elektrodu na vhodné místo co nejbližší k operačnímu poli
- zapojit druhý konec kabelu do elektrokoagulačního přístroje
- zkontrolovat rozsvícení ikony signalizující správné přilepení i zapojení.
- zkontrolovat po dezinfekci operačního pole, zda neutrální elektroda zůstala suchá
- provést zápis o umístění neutrální elektrody a typu použitého elektrokoagulačního přístroje do perioperačního ošetřovatelského záznamu
- zkontrolovat po skončení operačního výkonu místo, kde byla nalepena neutrální elektroda, zda nedošlo k poškození kůže

Realizace plánu:

Při přípravě přístrojů potřebných k operaci jsem nachystala i elektrokoagulační přístroj. Tento elektronůž s koagulací se používá jako elektroskalpel k řezání

tkání nebo ke stavění krvácení. Zkontrolovala jsem zapojení, nastavení a uzemnění přístroje. Před nalepením neutrální elektrody jsem prohlédla kůži, zda je suchá a čistá. Po té jsem nalepila elektrodu na hýždě pacientky a zkontrolovala její přilnavost k pokožce. Opačný konec kabelu jsem zapojila do elektrokoagulačního přístroje. Rozsvícením ikony na přístroji se potvrdila správnost zapojení a nalepení elektrody. Po dezinfekci operačního pole jsem zkontrolovala, zda k elektrodě nezatekla dezinfekce. Do perioperačního ošetřovatelského záznamu jsem nalepila štítek identifikující použitý přístroj a zapsala místo nalepení neutrální elektrody. Po skončení operace jsem odstranila neutrální elektrodu a překontrolovala místo jejího nalepení.

Hodnocení:

Pacientka nebyla popálena elektrickým proudem.

7. Riziko infekce v souvislosti s kontaminací rukou operační skupiny

Cíl:

Ruce operačního týmu nebudou kontaminovány.

Pacientka nebude ohrožena infekcí.

Plán:

- postupovat dle směrnice FN
- omývat ruce pod tekoucí teplou vodou po dobu 1-2 min.
- omývat ruce od špiček prstů směrem k předloktí mýdlem s dezinfekčním účinkem
- opláchnout ruce pod tekoucí vodou od špiček prstů směrem k předloktí a osušit do sterilního ručníku
- aplikovat na suché ruce pomocí dávkovače alkoholový dezinfekční roztok a vtírat jej do rukou až po předloktí 2 min.. Alkoholový dezinfekční roztok vtírat 3krát po sobě a při poslední aplikaci vtírat pouze do pokožky rukou.
- držet ruce po celou dobu nad úroveň loktů

- kontrolovat, aby každý jednotlivec z operačního týmu neudělal chybný manévř a nedošlo ke kontaminaci rukou a následně operační rány

Realizace plánu:

Provedla jsem chirurgické mytí a dezinfekci rukou. Ruce jsem si omývala pod teplou tekoucí vodou od špiček prstů směrem k předloktí. K mytí jsem použila mýdlo s dezinfekčním účinkem, které jsem aplikovala na ruce pomocí dávkovače. Po 2 min. jsem si ruce opláchla a osušila sterilním ručníčkem. Na dobře osušené ruce pomocí pákového dávkovače jsem si aplikovala alkoholový roztok určený k chirurgické dezinfekci rukou. První dávku jsem vtírala do rukou včetně celého předloktí 2 min.. Druhou dávku, již pouze do poloviny předloktí, ale stejnou dobu. Poslední dávku jsem si vtírala pouze do kůže rukou do úplného zaschnutí. Po celou dobu jsem držela ruce nad úroveň loktů. Potom jsem si sterilně oblékla operační plášť a chirurgické rukavice. Za pomoci druhé sálové sestřý, jsem ostatním členům operačního týmu po chirurgickém umytí rukou pomohla s oblékáním operačních plášťů a rukavic.

Hodnocení:

Ruce operační skupiny nebyly kontaminovány.

Pacientka nebyla ohrožena infekcí.

8. Riziko infekce v souvislosti s kontaminací chirurgického materiálu a instrumentária

Cíl:

Rouškovací set, instrumentárium, mulový materiál a další prostředky nebudou kontaminovány.

Pacientka nebude ohrožena infekcí v operační ráně.

Plán:

- použít jednorázové sterilní rouškování a operační plášť
- použít sterilní instrumentárium, vsterilizované na centrální sterilizaci

- použít sterilní jednorázové pomůcky
- zkontrolovat neporušenost sterilizačních kontejnerů, sterilizačních obalů a obalů jednorázových pomůcek
- zkontrolovat sterilizační štítky, plomby a filtry na kontejnerech
- zkontrolovat datumy expirace veškerého materiálu a instrumentária, který se bude používat
- zarouškovat sterilně instrumentační i pomocné stolky
- obléci sterilně celou operační skupinu
- připravit sterilně nástroje, mulový a šicí materiál a ostatní pomůcky
- zkontrolovat zda je operační pole oholeno v dostatečném rozsahu
- dezinfikovat operační pole dezinfekčním roztokem dle dezinfekčního programu nemocnice
- nechat zaschnout dezinfekci na operačním poli
- zarouškovat sterilně pacienta
- postavit sterilně operační skupinu a operační stolky

Realizace plánu:

Po té co jsem si sterilně oblékla operační plášť a chirurgické rukavice, jsem sterilně zarouškovala instrumentační a pomocný stolek. Nástroje jsem vyjmula ze sterilizačního kontejneru a rozdělila si je na oba stolky podle potřeby nástrojů k plánovanému výkonu.

Hodnocení:

Během operačního výkonu nedošlo ke kontaminaci operační rány.

Pacientka nebyla ohrožena infekcí v operační ráně.

9. Riziko poškození pacientky v důsledku chybně spočítaného mulového materiálu a instrumentária

Cíl:

Počet nástrojů, mulového materiálu a ostatních pomůcek bude po skončení operačního výkonu souhlasit.

Pacientka nebude ohrožena.

Plán:

- přepočítat při přípravě instrumentária všechny nástroje na operačním sítě
- přepočítat mulový materiál
- používat sušení pouze v tampónových kleštích
- kontrolovat zda materiál lékaři vrací zpět instrumentáře
- evidovat množství použitého materiálu
- spočítat veškerý materiál a instrumentarium před uzavřením operační rány
- nahlásit počet břišních roušek a nástrojů operatérovi a počkat na odpověď
- přepočítat mulový materiál a nástroje před odjezdem pacientky z operačního sálu

Realizace plánu:

Při vyjímání instrumentačních sít ze sterilizačního kontejneru, jsem zjistila, že při kompletování instrumentační soupravy na centrální sterilizaci nedošlo žádnému k problému. Při přípravě instrumentária na instrumentační a pomocný stolek jsem přepočítala veškeré nástroje na operačních sítěch. Jejich počet souhlasil. Musí souhlasit tip i množství nástrojů. Tento počet je na daném pracovišti podle druhu operačního síta neměnný a je závazný. Dále jsem spočítala mulový materiál. V průběhu operace jsem podávala materiál určený k sušení pouze v kleštích se zámkem a kontrolovala jeho vrácení od lékaře. Veškerý operační materiál včetně přiloženého vedla v průběhu operace v patnosti ještě druhá perioperační sestra (obíhající). Před uzavřením operační rány jsem si veškerý mulový materiál a instrumentarium přepočítala. Tento součet, zároveň se mnou prováděla ještě druhá sálová sestra. Počet břišních roušek a nástrojů jsem hlásila operujícímu lékaři, který souhlasný počet potvrdil. Než pacientka opustila operační sál, znovu jsem přepočítala počet břišních roušek a nástrojů.

Hodnocení:

Počet mulového materiálu, nástrojů a ostatních pomůcek souhlasil.

Nedošlo k ohrožení pacientky.

10. Riziko záměny tkání odebraných na histologické vyšetření z důvodu špatného označení

Cíl:

Odebrané tkáně určené k histologickému vyšetření nebudou zaměněny.

Plán:

- odebranou tkáň určenou k histologickému vyšetření vložit do dostatečně velké nádoby
- nádobu označit identifikačními údaji pacientky, názvem oddělení, kde je pacientka hospitalizována a názvem odebrané tkáně
- materiál fixovat dle ordinace lékaře.
- přiložit lékařem řádně vyplněnou žádanku.
- do sešitu určeného k zapisování materiálu na histologické vyšetření zapsat datum odběru, identifikační údaje pacientky a specifikovat odebranou tkáň.
- sešit, žádanku a odebraný materiál odnese sanitář na oddělení patologie.
- převzetí materiálu stvrdí podpisem přebírající pracovník oddělení patologie a sešit přinese sanitář zpět na operační sál.

Realizace plánu:

Do předem připravené dostatečně velké a označené nádoby jsem vložila tkáň určenou k histologickému vyšetření. Tento preparát se specifikoval jako levý prs. Operující lékař po domluvě s patologem ordinoval preparát na patologické oddělení odnést hned a nefixovaný, jelikož byl zařazen do studie. Zkontrolovala jsem, zda veškeré údaje na nádobě, do které je vložen preparát, na žádance k histologickému vyšetření vyplněné lékařem a v sešitě souhlasí. Pověřila jsem sanitáře, aby preparát odnesl k dalšímu vyšetření. Sanitář přinesl sešit zpět na operační sál a já jsem zkontrolovala, zda je v sešitě podpis potvrzující převzetí preparátu. Další tkáně odebrané k histologickému vyšetření se popsali jako uzliny z podpaží první etáže vlevo a uzliny z podpaží druhé

etáže vlevo. Oba tyto preparáty se fixovaly 10 % formaldehydem. Po kontrole všech údajů, byly preparáty po skončení operačního programu stejným způsobem odeslány na oddělení patologie.

Hodnocení:

Nedošlo k záměně odebraných tkání určených k histologickému vyšetření.

3.6. Operace

Nemocná indikována k operaci pro biopticky prokázaný multifokálně uložený duktální karcinom levého prsu v horním vnitřním kvadrantu. V celkové anestézii v poloze na zádech a vyvěšené levé horní končetině proveden vřetenovitý řez v rozsahu plánované ablace levého prsu, který byl prodloužen do axily. Po protěti kůže a podkoží jsme se dostali k pektorální fascii. Dále bylo pokračováno ablací prsu v bezpečné vzdálenosti od obou nádorových ložisek. Krvácení bylo stavěno koagulací a podvazy. Po úplném snesení prsu se přešlo k revizi levé axily s disekcí všech uzlin I. a II. etáže. Nejprve byl verifikován průběh axilární tepny a žíly. Poté byla dokončena úplná exenterace axily. Po výplachu, kontrole krvácení a toaletě rány zavedeny dva Redonovy drény. Po té byla provedena sutura rány v anatomických vrstvách. Sutura byla bez napětí. Po celou dobu výkonu vitální funkce stabilní.

Na oddělení patologie byly odeslány tři preparáty k dalšímu zpracování:

1. Levý prs – nativně
2. I. etáž – uzliny z axily a axilární tuk – 10% formaldehyd
3. II. etáž – uzliny z axily a axilární tuk – 10% formaldehyd

3.7. Pooperační péče o pacientku

Po operaci byla pacientka přeložena na standardní jednotku chirurgického oddělení. Při překladu byla přejímající sestra informována o současném stavu pacientky, o průběhu anestézie a operace, o podaných lécích a doporučeném

pooperačním sledování včetně ordinace analgezie. Předali jsme zpět na oddělení zdravotnickou dokumentaci pacientky doplněnou o anesteziologickou průvodku, záznam o anestézii, operační protokol, perioperační ošetrovatelský záznam se soupisem používaných přístrojů během operačního výkonu a verifikační protokol. (Formuláře předkládám v příloze č. 4, 5, 6, 7.)

Na oddělení byla pacientka uložena do čistě povlečeného lůžka v mírném polosedu. Paní S. T. byla upozorněna, aby sama z lůžka nevstávala. V případě jakékoli potřeby měla umístěno na dosah ruky neoperované strany signalizační zařízení, ovládané stiskem. Přesto ji neustále chodily kontrolovat sestry.

Sestry po předání pacientky z operačních sálů podle ordinace lékaře sledovaly, měřily a zapisovaly hodnoty vitálních funkcí každých 15 minut po dobu 2 hodin (příloha č. 8). Dále bylo pokračováno v infuzní terapii (Ringer 500 ml i.v.) a byly naordinovány i léky k tlumení bolesti (Dipidolor inj. 2 ml = 15 mg i.m.). Sestry dále prováděly kontrolu sterilního krytí operační rány zda neprosakuje krví. Sledovaly množství sekrece do zavedených Redonových drénů. Po dvou hodinách od operace začala pacientka popíjet čaj po malých doušcích a tekutinu tolerovala. Celkem vypila 600 ml. Po 7 hodinách od operace si došla za doprovodu sestry na toaletu a sama se vymočila. Pro dostatečnou toleranci perorálního příjmu byla ve večerních hodinách odstraněna periferní venózní kanyla.

První pooperační den bylo pokračováno dle ordinace lékaře v měření krevního tlaku a pulsů 3krát denně. Pacientce byl aplikován ordinovaný Fraxiparin 0,3 ml s.c.. Léky proti bolesti byly ordinovány podle potřeby pacientky s dodržováním časového rozmezí. Pokračovalo se v hodnocení podle stupnice bolesti na pravítku a hodnotila se intenzita i její charakter. Sestry vše zaznamenávaly do formuláře sledování bolesti (příloha č. 9.). Lékař provedl převaz operační rány, která byla klidná, oba Redonovy drény byly ještě ponechány (drén č. 1 odvedl 50 ml/24 hod., drén č. 2 odvedl 30 ml/24 hod). Během dne pacientka začala s rehabilitací a byly ji vysvětleny jednotlivé postupné kroky při vstávání z lůžka. Pacientka se s minimální pomocí posazovala a sama vstala z lůžka. Dietní opatření žádná neměla, ordinována

byla dieta č. 3 a pacientka vypila 2200 ml za den. Močila spontánně. Paní S. T. potřebovala pomoc sester při provádění hygieny, jelikož bolest vyvolaná pohybem ruky na operované straně ji limitovala.

Druhý pooperační den bolesti ustupovaly. Analgetika byla podávána dle ordinace v medikačním listu a škály udávané bolesti. Byl podán naordinovaný Fraxiparin 0,3 ml s.c. Po ranní vizitě byla převázána operační rána s odstraněním jednoho Redonova drénu (10 ml/24 hod), druhý drén zavedený do axily byl ještě ponechán (30 ml/24 hod). Sestry sledovaly, zapisovaly množství a charakter sekrece z drénu. Pacientka ještě pociťovala bolest při pohybu levou končetinou, v klidové poloze byla bez bolesti. Za pacientkou docházela rehabilitační sestra, která ji seznámila s pooperačním pohybovým režimem a nacvičovala správnou rehabilitaci po provedené operaci. Tento den byla paní S. T. již soběstačná při provádění osobní hygieny, běžných úkonů a nepotřebovala pomoc sester. S močením ani vyprazdňováním stolice potíže neměla.

Třetí pooperační den byly pacientce lékařem naordinovány léky na zmírnění bolesti, ale pacientka již přes den léky nepožadovala. Byl proveden převaz operační rány a Redonův drén byl ještě ponechán. Rána byla klidná, bez známek infekce, sekrece z drénu se snižovala (20 ml/24 hod).

Čtvrtý pooperační den pacientka se těšila domů, žádné léky nepožadovala. Při převazu operační rány byl vytažen Redonův drén, rána byla klidná, citlivost a hybnost LHK byla bez komplikací.

Pátý pooperační den pacientka byla propuštěna do domácího ošetřování, před odchodem byla edukována a předána do ambulantní péče mamologické poradny.

3.8. Psychologická část

Sdělením onkologické diagnózy pro člověka nastává velice náročné období. Většině z nás se vybaví spojení rakovina = smrt. To vše v nás vyvolává obavy, pocity strachu, napětí, úzkosti, bezmoci. Přesto v koutku duše věříme,

že vše dobře dopadne a nebudeme to zrovna mi, kdo zápas s touto nemocí prohraje.

Paní S. T. šla po dvou letech na preventivní mamografické vyšetření naprosto klidná a ani ve snu ji nenapadlo, že by nebylo něco v pořádku. O to horší byla skutečnost, když po mamografii, zůstala čekat na sonografii, a vše ten den vyvrcholilo provedením core-cut biopsie. Pak sedm nekonečných dní čekání. Byla plna úzkosti, strachu, napětí, nejistoty a obav. Po týdnu se dozvěděla diagnózu – zhoubný nádor. Najednou byla bezradná, skleslá, zděšená, přemýšlela, kdy co udělala špatně. Celou dobu ji byl oporou manžel i děti, kteří ji psychicky velmi podporovali. Věděla, že musí udělat další krok a šla si domluvit termín operace. Lékař jí vysvětlil možnost léčby, rozebral s ní pooperační průběh, její prognózu, i možná rizika. Pomalu získávala určitou důvěru a naději v navrhovanou léčbu a možné vyléčení. Přesto se pořád nedokázala zbavit strachu, a obav z budoucnosti. Před operací byla více podrážděná a litostivá, už chtěla mít vše za sebou. Přesto se ještě zajímala o věci kolem sebe. Byla patrná vnitřní nervozita s celkovou nejistotou, která byla pochopitelná. Paní S. T. vnímala hospitalizaci a operaci jako nezbytnou skutečnost, která je jedním z kroků na cestě v boji s touto nemocí. Velmi ji pomohla podpora její rodiny, která ji vždy podržela. Mohla své pocity sdělit a to ji velmi pomohlo.

Americká lékařka Elisabeth Kübler-Rossová vypracovala schéma několika fází, které se mohou vzájemně překrývat, trvají různě dlouhou dobu nebo některé z nich se nemusí projevit vůbec. Tyto jednotlivé fáze (negace, zloba, smlouvání, deprese, smíření) se objevují u lidí těžce nemocných, umírajících nebo jim blízkých.

3.9. Edukace

3.9.1. Péče po operaci prsu

Pacientka se musí naučit správně pečovat o operační ránu. Důvodem je prevence vzniku infekce po propuštění do domácího ošetřování.

Po propuštění z nemocnice domů, může začít sprchovat operační ránu vlažnou vodou bez použití toaletních mýdel. Po vysprchování je třeba ránu natřít dezinfekčním prostředkem a krýt sterilním obvazem.

Po vyndání stehů, když je rána bez krust mohou se používat nedráždivá dětská mýdla.

Nesmíme zapomínat na masáž jizvy. Masáž má být tlaková podél celé jizvy, s lehkým odkrvením pod masírujícím prstem. Pak ještě pokračujeme přejížděním prstů přes jizvu kolmo. Tato masáž přispívá k lepšímu hojení vzhledu a menší ztuhlosti. Nejvhodnější k masáži je vepřové sádlo, které je dobře snášeno. Také můžeme užívat měsíčkovou mast nebo jiné masti doporučené lékařem.

Důležité je zahájit včasnou rehabilitaci již na lůžkovém oddělení a pokračovat s ní v domácím prostředí. Všechny cviky je třeba provádět pomalu, bez jakéhokoliv násilí. Po každém cviku je potřeba končetinu uvolnit a lehce proklepat. Pozor! Nesmí se nahrazovat cvičení domácími pracemi. Pravidelné cvičení pomáhá ženě dosáhnout normální pohyblivosti ramene, snížení až postupné vymizení ztuhlosti a tahu v oblasti jizvy. Při odpočinku je vhodné mít končetinu na operované straně vždy vypodloženou a lehce vyvýšenou.

Nesmíme zapomínat na vhodnou volbu podprsenky, která musí být pohodlná, kvalitní, funkční a zároveň i módní. Také musíme velmi pečlivě vybírat epitézu. Po propuštění z nemocnice, do zhojení operovaného místa se může nosit lehká, bavlněná pooperační epitéza. Po zhojení operovaného místa je vhodné začít nosit epitézu silikonovou. Odstraněním prsu, zvláště objemnějšího, se může objevit stranová nerovnováha, páteř bude nerovnoměrně zatěžována. To způsobí vadné držení těla, bolesti v zádech a ztuhlost v oblasti krční páteře.

Důležitá je spokojenost s dobře padnoucí prsní náhradou. Zvýší vaše sebevědomí a tím napomůže návratu do normálního života.

3.9.2. Lymfedém

Nežádoucí komplikací, která se může na straně operovaného prsu vyskytnout je lymfedém – mízní otok. Je způsoben nedostatečnou drenážní funkcí lymfatického systému.

Tato komplikace se vyvine u 10-40 % pacientů, kteří podstoupili léčbu nádorového onemocnění s chirurgickým odstraněním a/nebo radioterapií axilárních spádových uzlin. Vzniká periferně od blokády mízního řečiště, kde tekutina stagnuje ve tkáni.

Lymfedém se někdy objevuje bezprostředně po operaci, ozařování nebo úrazu, ale častěji se rozvíjí pomalu a nenápadně někdy i s latencí několika měsíců či let.

Jak se chovat po operaci prsu a/nebo ozařování?

Péče o tělo

- kůži udržujte v čistotě, suchu a zvláčňujte
- pozor při provádění manikúry
- nepoužívejte žiletky při holení v podpaží
- jakékoliv poranění na ruce je nutné pečlivě ošetřit (dezinfekce, sterilní krytí, případně vyhledat lékaře)
- vyvarujte se horké koupeli, sauně, ale také střídání teplé a studené vody
- nevystavujte končetinu chladu, ale i horkému vzduchu

Jak se oblékat

- spodní prádlo musí být volné, ramínka podprsenky se nezařezávat
- oděv noste volný, aby neškrtil, a byl vyroben z lehkých materiálů
- zavazadla nenoste na operované straně
- šperky (prsteny, náramky, hodinky) noste na neoperované straně

Jak se chránit při práci

- nenoste nic těžkého
- nenamáhejte zvýšeně svalstvo končetiny
- při práci si dělejte přestávky a odpočívejte
- používejte ochranné rukavice
- pozor při práci s počítačem (klávesnice, myš),
- pozor na popálení při žehlení, vaření, pečení
- neperte v horké vodě
- při šití noste vždy náprstek, háčkujte a pleťte v krátkých intervalech
- pozor na poranění od domácích zvířat

Co vědět při návštěvě zdravotnického zařízení

- na operované straně si nenechte měřit krevní tlak, odebírat krev, aplikovat injekce

Dieta

- udržujte si přiměřenou hmotnost (BMI)
- jezte dostatek zeleniny a ovoce
- dbejte na dostatečný příjem tekutin a omezte sůl

Kdy zajít k lékaři

- vždy pokud nás trápí nějaké obtíže např. bolest, pocit napětí, tlak, únava po práci, otok končetiny zpravidla večer

Kde získat více informací

- www.lymfedem.cz

3.9.3. Samovyšetření prsu

Samovyšetřování prsu má rozhodně své místo mezi diagnostickými metodami, i když těžko můžeme hovořit o časně diagnóze. Samovyšetřování se doporučuje všem ženám nad 20 let věku. Každá žena by se měla vyšetřovat

pravidelně jedenkrát měsíčně nejlépe 2.-3. den po skončení menstruace. K vyšetření si žena musí najít klid a čas, aby nebyla v jeho průběhu rušena. Vhodné místo bývá koupelna nebo ložnice. Nejprve si žena prsa vyšetří pohledem a pak následuje vyšetření pohmatem. Před prvním vyšetřováním prsů by měla být dokonale seznámena s technikou samovyšetřování. K osvojení techniky může využít instruktážních letáčků nebo ji technikou seznámí její lékař.

Při vyšetření je nutné si všimnout jakékoliv změny ve tvaru nebo velikosti prsu. Pokud žena v prsu najde nějaký útvar, nebo jinou změnu musí ihned navštívit lékaře. Ten dalšími vyšetřovacími metodami zjistí, o jakou změnu se jedná.

3.9.4. Organizace onkologických pacientů a kluby

Všechny tyto organizace a kluby se snaží pomoci onkologicky nemocným pacientům. Snaží se zvýšit informovanost veřejnosti, nabízejí pomoc v pooperačním období, zvládat psychické i fyzické problémy, dávat informace o nemoci a životě s ní. Organizace poskytují praktické rady, cenné informace, vydávají brožury, letáky, pořádají přednášky, cvičení, masáže, společné akce, rekondiční pobyty a mnoho dalších.

Patří mezi ně např.:

Kapka 97

Klub ŽAP

Liga proti rakovině

Mamma HELP

4. Závěr

Onemocnění pro karcinom prsu vnímá žena velmi těžce. Násobí se ohrožení vlastního života, rodiny s možnou ztrátou své ženskosti. Se stoupající incidencí a posunem do mladších věkových skupin zůstává nádorové postižení mléčné žlázy velmi vážným medicínským a celospolečenským problémem. V této práci se v jednotlivých kapitolách věnuji celé problematice onemocnění. Na konkrétní pacientce popisuji úplný diagnostický, léčebný a ošetrovatelský proces. Během operace vnímám zákrok spíše profesně. Tato studie přináší komplexní pohled, kterým se snažím odpovědět na hlavní otázky související s karcinomem prsu. Doufám, že se mě podařilo obsáhnout základní důležité informace a na konkrétní nemocné ukázat celou složitost vlastního onemocnění.

5. Vysvětlení použitých pojmů

aciny – lalůčky

anestézie – znecitlivění

areola – dvorec

axilární – podpažní

centrálně – ke středu směřující

detekce – odhalení, zjištění

diagnóza – rozeznání nemoci a její pojmenování

diferencovaný – rozdílný, rozlišný

edukace – výchova

embryonální – zárodečný

endogenní – vnitřní

epitéza – prsní náhrada

indikovat – určení, předepsání vhodné léčby, vhodného výkonu

infantilní – nevypělý

instrumentárium – soubor nástrojů

interlobulární – mezilalůčkový

karcinom – zhoubný nádor

kontaminace – zamoření, znečištění

kontejner – obalová konstrukce pro přepravu

lymfatický – mízní

maligní – zhoubný

mediální – směrem ke středové rovině těla

mortalita – počet úmrtí v poměru k počtu obyvatel

nativně – přírodně

papilla mammae – bradavka

periferně – okrajově

terminální – konečný

testosteron – mužský hormon

verifikovat – ověřit

6. Seznam zkratek

a.	arteria
CNS	centrální nervový systém
EKG	elektrokardiogram, elektrokardiograf
ev.	eventuelně
LHK	levá horní končetina
lig.	ligamentum
např.	například
P	puls
resp.	respektivě
tbl.	tablety
Tc99	technicium
tj.	to je
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
tzv.	tak zvaný

7. Seznam obrázků

Obrázek č. 1: Anatomický přehled

Obrázek č. 2: Incidence a mortalita karcinomu prsu v ČR.

Obrázek č. 3: Relativní četnost výskytu karcinomů v různých anatomických místech prsu.

8. Seznam příloh

1. Informovaný souhlas pacienta(ky) / zákonného zástupce s operačním výkonem / léčebným postupem / vyšetřením (první strana)
2. Informovaný souhlas pacienta(ky) / zákonného zástupce s operačním výkonem / léčebným postupem / vyšetřením (druhá strana)
3. Verifikační záznam
4. Anesteziologická průvodka KAR FN Motol
5. Záznam o anestézii KAR FN Motol
6. Perioperační ošetrovatelský záznam
7. Záznam použité techniky
8. Záznam ošetrovatelské péče
9. Sledování bolesti
10. Ošetrovatelská anamnéza (první strana)
11. Ošetrovatelská anamnéza (druhá strana)
12. Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce) s podáním anestézie v souvislosti s vyšetřením nebo operačním zákrokem

9. Prameny a seznam použité literatury

1. Becker, H. D. a kol.: přeložil Duda M. a kol.: *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada Publishing, 2005, ISBN 80-247-0720-9
2. Čihák, R.: *Anatomie 3*. Praha: Grada Publishing, 2004, ISBN 80-247-1132 X
3. Davis, J.H., Sheldon, G.F. a kol.: *Surgery a problem-solving approach II*. St. Lous, Missouri, Mosby, 1995, str. 2068
4. Engelová, D.: Možnosti chirurgického řešení karcinomu prsní žlázy. *Postgraduální medicína*, 2005, roč.7, č.2, s.129-134.
5. Niederle, B.: *Práce sestry na operačním sále*. Praha: Avicenum, 1986, 08-023-864.
6. Pavlíková, S.: *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, ISBN 80-247-1211-3
7. Staňková, M.: *Jak zavést ošetrovatelský proces*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2005, ISBN 80-7013-282-5.
8. Šamánková, M. a kol.: *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2002, IBSN 80-246-0477-9
9. Vachoušek, J. a kol.: Senologie. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 1994, roč. 4, č.2, s.134-232
10. Way, L.W. a kol.: přeložil Antoš, F., Hájek, M., a kol.: *Současná chirurgická diagnostika a léčba Idíl*. Praha: Grada Publishing, 1998, ISBN 80-7169-397-9
11. Breast cancer [online], cit. 3. 1. 2009, dostupné na http://en.wikipedia.org/wiki/Breast_cancer
12. Epidemiologie karcinomu prsu [online], cit. 3. 1. 2009, dostupné na <http://www.mamo.cz/index.php?pg=pro-lekare--epidemiologie-karcinomu-prsu>
13. Lymfedém, [online], cit. 6. 12. 2008, dostupné na www.lymfedem.cz
14. Strnad P., Karcinom prsu [online], cit. 21. 1. 2009, dostupné na <http://www.senologie.cz/cinnost/atestace-02.html>



FN MOTOL

IČP 05 002 012	FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE 150 06 Praha 6 - Motol, V Úvalu 84 (19) Chirurgická klinika UK 2.LF Přednosta: Prof.MUDr.Jiří Hoch, CSc. 3.stanice odbornost 5F1 tel.: 224 621 837 IČO: 00044283 DIČ: CZ00064203
-------------------------	---

**Informovaný souhlas pacienta(ky)/zákonného zástupce
s operačním výkonem / léčebným postupem / vyšetřením**

Příjmení:

Jméno:

RČ pacienta:

1. **Název výkonu:**

2. **Diagnóza, která vede k provedení výkonu:**

3. **Informace o potřebném diagnostickém /léčebném výkonu, včetně údaje o jeho účelu, povaze a následcích:**

4. **Rizika výkonu:**

5. **Alternativy výkonu: uveďte výhody a nevýhody jednotlivých alternativních řešení (pokud alternativy nejsou, zaškrtněte: nejsou žádná alternativní řešení):**

nejsou žádná alternativní řešení

6. **Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:**

7. **Předpokládaná doba hospitalizace:.....dní**

Předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své povolání/studium:.....dní

Další omezení v běžném způsobu života:

8. **Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů:**

9. Odpovědi na doplňující otázky pacienta/zákonného zástupce**Prohlášení lékaře/ky:**

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného(ou) pacienta(ku)/zákonného zástupce srozumitelným způsobem informoval(a) o jeho/jejím zdravotním stavu, o zdravotním stavu osoby jím/jí zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech, plánovaném vyšetření, léčebném postupu, a to včetně upozornění na možné komplikace. Pacient(ka)/zákonný zástupce byl(a) též seznámen(a) s plánovaným způsobem anestezie (sedace), bude-li použita.

V Praze, dne.....

.....
Podpis lékaře/ky**Souhlas pacienta(ky)/ zákonného zástupce**

Já, níže podepsaný(á), prohlašuji, že jsem byl(a) lékařem srozumitelně informován(a) o svém zdravotním stavu, o zdravotním stavu osoby mnou zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech: o navrhované léčbě, o možných výhodách a rizicích navrhované léčby, o možných alternativách, o problémech, které je možno očekávat v průběhu údravy a o možných důsledcích odmítnutí léčby. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl(a) jsem jim a měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením vyšetření, léčebným postupem (viz výše), případně s použitím popsané anestezie (sedace), včetně provedení dalších výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav/stav osoby mnou zastupované.

V Praze, dne.....

.....
Podpis pacienta/ky
(zákonného zástupce)**Identifikace zákonného zástupce:**

Jméno a příjmení.....Datum narození.....

Vztah k pacientovi.....

Příloha č. 3

Prevence pochybení při invazivních výkonech
Příloha č. 1

IIOS_19/2008-1

Chirurgická klinika 2 LF. UK.

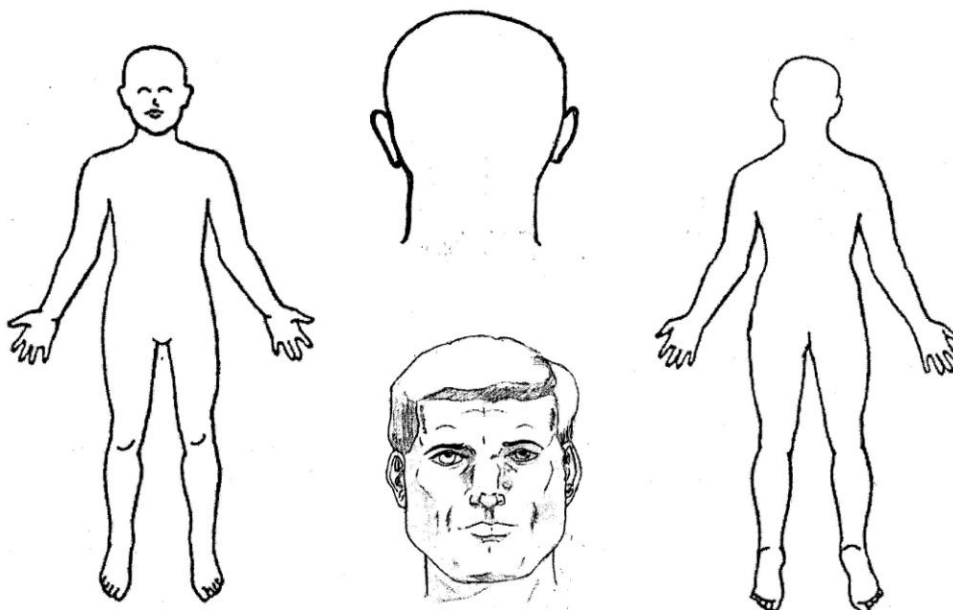
NS: 2134

Příjmení a jméno pacienta: r.č..

VERIFIKAČNÍ ZÁZNAM
předoperační bezpečnostní procedury

Diagnóza: Výkon:.....

	Pravá strana	Levá strana	Místo výkonu	ID Pacient	Dokumentace	Krev	Příprava pole	Vybavení	Tým	Podpisy
Indikující lékař										
Pacient										
Anesteziolog										
Sestra										
Operatér				PBP souhlasí.						
										Datum, podpis



Zdroj: FN Motol

Příloha č. 4

ANESTEZIOLOGICKÁ PRŮVODKA KAR FN MOTOL

PACIENT: (jméno, příjmení) r.č. (identifikační štítek)	VÝKON	Datum anestezie: (rok, měsíc, den) Anesteziolog: Pojitko č.: Tel. číslo:					
STAV PACIENTA PŘI PŘEDÁVÁNÍ							
OBĚH TK / P /min <input type="checkbox"/> pravidelný <input type="checkbox"/> nepravidelný <input type="checkbox"/> hrozivý stav oběhu <input type="checkbox"/> zhoršený stav oběhu <input type="checkbox"/> oběh bez významných změn	DÝCHÁNÍ <input type="checkbox"/> řízené dýchání <input type="checkbox"/> podpůr. dýchání <input type="checkbox"/> spontánní dýchání	VĚDOMÍ <input type="checkbox"/> na zavolání nereaguje <input type="checkbox"/> vyhoví výzvě <input type="checkbox"/> bdělý stav	TEPLOTA °C				
PEROPERAČNÍ PŘÍJEM A VÝDEJ	ODHAD KREVNÍ ZTRÁTY <input type="checkbox"/> velká, asi ml <input type="checkbox"/> střední ml <input type="checkbox"/> nepatrná	OSTATNÍ ZTRÁTY ml DIUREZA ml					
krystaloidy ml koloidy ml plazma TU erymasa TU							
PEROPERAČNÍ FARMAKA							
DOPORUČENÉ POOPERAČNÍ ORDINACE infuzní terapie, farmaka, analgezie		Sledování vitálních funkcí á minut hodin, dále dle oš. lékaře. Poloha Oxygenoterapie					
KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ:							
PŘEDÁNÍ PACIENTA							
Vstupy	Perif. kanyla	Arter. kanyla	Centr. žil. katetr	Epid. katetr	NGS/ENT	Permanet. moč. katetr	Dren
Velikost							
Lokalizace							
Doporučená pooperační péče Datum předání: Čas předání:	Pacienta předal lékař sestra razítko, podpis		Pacienta převzal razítko, podpis				

Tisk Helma s.o.s.
FN Motol

Zdroj: FN Motol

Příloha č. 5

ROK MĚSÍC DEN
 DATUM ANESTÉZIE

ZÁZNAM O ANESTÉZII KAR FN MOTOL

PŘÍJMENÍ, JMÉNO		DIAGNOZA		ASA	DŮLEŽITÉ LABORATORNÍ NÁLEZY		
				I.	DATUM VYŠETŘENÍ:		
R.Č.		VÝKON		II.	KREVNÍ SKUPINA	KO+koagol	BIOCHEMIE
ODDĚLENÍ				III.			
Č. POJIŠT.		PSČ:		IV.	V: cm		
		OPERATÉR		V.	H: kg		
ZÁVĚRY PŘEDOPERAČNÍHO VYŠETŘENÍ ZE DNE:				TK:	P:	PREMEDIKACE	
				AA:	FA:	ČAS	
POZNÁMKA O ANESTÉZII:				VEČER			
				RÁNO			
				PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA			
ŽILNÍ PŘÍSTUP:		POLOHA:		ANESTEZIOLOG		DATUM	
ZAJIŠTĚNÍ DC:		ZPŮSOB ANESTÉZIE:				ČAS	
						CELKEM	
O ₂ l/min		ČAS 15 30 45	15 30 45	15 30 45	15 30 45	15 30 45	O ₂
N ₂ O l/min							N ₂ O
OPIÁTY							
RELAXACE							
INFUZE / TRANSFUZE:							
DIURÉZA:							
DÝCHÁNÍ (Ř-P-S)							
SaO ₂							
CO ₂							
Vt							
ANESTÉZIE SCHOPEN							
ANO NE							
ČAS:							
						DĚLKA OPERACE (min)	
						DĚLKA ANESTÉZIE (min)	
						ANESTEZIOLOG / SZP	

FN - Motol 89 výtisk Helma v.o.s.

Zdroj: FN Motol

Příloha č. 6

Identifikační štítek

**PERIOPERAČNÍ
OŠETŘOVATELSKÝ ZÁZNAM**
FN MOTOL, V ÚVALU 84, PRAHA 5



Dezinfekce:	Elektrokoagulace:	Uložení neutrální elektrody:		Nástroje:	Mulový materiál:
<input type="checkbox"/> Softasept N <input type="checkbox"/> Betadine <input type="checkbox"/> Jiná:	<input type="checkbox"/> Monopolární <input type="checkbox"/> Bipolární	<input type="checkbox"/> vlevo <input type="checkbox"/> vpravo <input type="checkbox"/> rameno <input type="checkbox"/> stehno	<input type="checkbox"/> záda <input type="checkbox"/> hýždě <input type="checkbox"/> paže	<input type="checkbox"/> souhlasí <input type="checkbox"/> nesouhlasí	<input type="checkbox"/> souhlasí <input type="checkbox"/> nesouhlasí
Poznámky:					
Sterilizační štítky:					
Použité přístroje:					
Operační stůl:		RTG:		Elektrokoagulace:	
Endověž:		CUSA:		Harmonický skalpel:	
Další:					

Datum/čas:

Jmenovka, podpis:

Zdroj: FN Motol



KLINIKA ANESTEZIOLOGIE A RESUSCITACE 2. LF UK A IPVZ

přednosta: prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., MBA
 vrchní sestra Mgr. Taťána Maňasová

V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 tel.: 22443 5400, fax: 22443 5420

ANESTEZIOLOGIE 2142/20 inv. úsek: 612

Jméno pacienta – štítek

sál	Použito	Použitá technika	inventární číslo	Datum: 2008	PODPIS
I.CHIRURGIE – II.SÁL B2		ANESTEZIOLOGICKÝ PŘÍSTROJ EXCEL 210 SE	12016		
		MONITOR VIRIDIE 24 OMNICARE	13732		
		INJEKTOMAT BRAUN	12830		
		OHŘEV PACIENTA EQUATOR 500	20272		
		OHŘEV PACIENTA WARM TOUCH	156 19 V.Č.5576		
		OHŘEV PACIENTA MODEL.505	V.Č.75528		

ŠTÍTEK		ALERGIE!!!		PROPUŠTĚN Z:
DATUM / Čas sberu anamnézy				ZMĚNA
Číslo chorobopisu				
1	SMYSLY – OMEZENÍ ZRAK <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO; SLUCH <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO; REČ <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO; KOMUNIKACE MLUVÍ ČESKY <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE, JAK; SCHOPEN EDUKACE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE VĚDOMÍ <input type="checkbox"/> PŘIVĚDOMÍ <input type="checkbox"/> S PROBLÉMY <input type="checkbox"/> BEZVĚDOMÍ <input type="checkbox"/> ROZUMÍ MLUVENÉMU SLOVU <input type="checkbox"/> SEDACE <input type="checkbox"/> MÍSTEM <input type="checkbox"/> ALTERNATIVNÍ KOMUNIKACE (např. znaková řeč) ORIENTOVÁNO	<input type="checkbox"/> NEVIDOMÝ <input type="checkbox"/> BŘYLE <input type="checkbox"/> NESLYŠÍCÍ <input type="checkbox"/> SLUCHADLO <input type="checkbox"/> BEZ PROBLÉMŮ <input type="checkbox"/> S PROBLÉMY <input type="checkbox"/> VADY REČI <input type="checkbox"/> ALTERNATIVNÍ KOMUNIKACE (např. znaková řeč) ORIENTOVÁNO DEZORIENTACE <input type="checkbox"/> ČASEM <input type="checkbox"/> OSOBOU <input type="checkbox"/> MÍSTEM <input type="checkbox"/> NEKLIDNĚ	<input type="checkbox"/> KONT. ČOČKY	
2	KOMUNIKACE MLUVÍ ČESKY <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE, JAK; SCHOPEN EDUKACE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE VĚDOMÍ <input type="checkbox"/> PŘIVĚDOMÍ <input type="checkbox"/> S PROBLÉMY <input type="checkbox"/> BEZVĚDOMÍ <input type="checkbox"/> ROZUMÍ MLUVENÉMU SLOVU <input type="checkbox"/> SEDACE <input type="checkbox"/> MÍSTEM <input type="checkbox"/> ALTERNATIVNÍ KOMUNIKACE (např. znaková řeč) ORIENTOVÁNO	<input type="checkbox"/> NEVIDOMÝ <input type="checkbox"/> BŘYLE <input type="checkbox"/> NESLYŠÍCÍ <input type="checkbox"/> SLUCHADLO <input type="checkbox"/> BEZ PROBLÉMŮ <input type="checkbox"/> S PROBLÉMY <input type="checkbox"/> VADY REČI <input type="checkbox"/> ALTERNATIVNÍ KOMUNIKACE (např. znaková řeč) ORIENTOVÁNO DEZORIENTACE <input type="checkbox"/> ČASEM <input type="checkbox"/> OSOBOU <input type="checkbox"/> MÍSTEM <input type="checkbox"/> NEKLIDNĚ	<input type="checkbox"/> KONT. ČOČKY	
3	VĚDOMÍ <input type="checkbox"/> PŘIVĚDOMÍ <input type="checkbox"/> S PROBLÉMY <input type="checkbox"/> BEZVĚDOMÍ <input type="checkbox"/> ROZUMÍ MLUVENÉMU SLOVU <input type="checkbox"/> SEDACE <input type="checkbox"/> MÍSTEM <input type="checkbox"/> ALTERNATIVNÍ KOMUNIKACE (např. znaková řeč) ORIENTOVÁNO	<input type="checkbox"/> NEVIDOMÝ <input type="checkbox"/> BŘYLE <input type="checkbox"/> NESLYŠÍCÍ <input type="checkbox"/> SLUCHADLO <input type="checkbox"/> BEZ PROBLÉMŮ <input type="checkbox"/> S PROBLÉMY <input type="checkbox"/> VADY REČI <input type="checkbox"/> ALTERNATIVNÍ KOMUNIKACE (např. znaková řeč) ORIENTOVÁNO DEZORIENTACE <input type="checkbox"/> ČASEM <input type="checkbox"/> OSOBOU <input type="checkbox"/> MÍSTEM <input type="checkbox"/> NEKLIDNĚ	<input type="checkbox"/> KONT. ČOČKY	
4	DÝCHÁNÍ <input type="checkbox"/> BEZ POTÍŽÍ <input type="checkbox"/> DUŠNOST <input type="checkbox"/> KAŠEL <input type="checkbox"/> KOUŘENÍ <input type="checkbox"/> INHALACE <input type="checkbox"/> KYSLIKOVÁ TERAPIE <input type="checkbox"/> TRACHEOSTOMICKÁ KANYLA <input type="checkbox"/> ENDOTRACHEÁLNÍ KANYLA <input type="checkbox"/> UMĚLÁ Plicní VENTILACE	<input type="checkbox"/> NEVIDOMÝ <input type="checkbox"/> BŘYLE <input type="checkbox"/> NESLYŠÍCÍ <input type="checkbox"/> SLUCHADLO <input type="checkbox"/> BEZ PROBLÉMŮ <input type="checkbox"/> S PROBLÉMY <input type="checkbox"/> VADY REČI <input type="checkbox"/> ALTERNATIVNÍ KOMUNIKACE (např. znaková řeč) ORIENTOVÁNO DEZORIENTACE <input type="checkbox"/> ČASEM <input type="checkbox"/> OSOBOU <input type="checkbox"/> MÍSTEM <input type="checkbox"/> NEKLIDNĚ	<input type="checkbox"/> KONT. ČOČKY	
5	BOLEST <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO Skóre VAS:	<input type="checkbox"/> NEVIDOMÝ <input type="checkbox"/> BŘYLE <input type="checkbox"/> NESLYŠÍCÍ <input type="checkbox"/> SLUCHADLO <input type="checkbox"/> BEZ PROBLÉMŮ <input type="checkbox"/> S PROBLÉMY <input type="checkbox"/> VADY REČI <input type="checkbox"/> ALTERNATIVNÍ KOMUNIKACE (např. znaková řeč) ORIENTOVÁNO DEZORIENTACE <input type="checkbox"/> ČASEM <input type="checkbox"/> OSOBOU <input type="checkbox"/> MÍSTEM <input type="checkbox"/> NEKLIDNĚ	<input type="checkbox"/> KONT. ČOČKY	
6	KATÉTRY, DRĚNÝ, SONDY <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> PERIFERNÍ ŽILNÍ KATÉTR <input type="checkbox"/> CENTRÁLNÍ ŽILNÍ KATÉTR <input type="checkbox"/> JINĚ:	<input type="checkbox"/> NEVIDOMÝ <input type="checkbox"/> BŘYLE <input type="checkbox"/> NESLYŠÍCÍ <input type="checkbox"/> SLUCHADLO <input type="checkbox"/> BEZ PROBLÉMŮ <input type="checkbox"/> S PROBLÉMY <input type="checkbox"/> VADY REČI <input type="checkbox"/> ALTERNATIVNÍ KOMUNIKACE (např. znaková řeč) ORIENTOVÁNO DEZORIENTACE <input type="checkbox"/> ČASEM <input type="checkbox"/> OSOBOU <input type="checkbox"/> MÍSTEM <input type="checkbox"/> NEKLIDNĚ	<input type="checkbox"/> KONT. ČOČKY	
7	VÝŽIVA Skóre nutričního rizika: <input type="checkbox"/> NIZKÉ <input type="checkbox"/> STŘEDNÍ <input type="checkbox"/> VYSOKÉ VÝŠKA VAHA <input type="checkbox"/> FIXNÍ <input type="checkbox"/> SNÍMATELNÁ BMI skóre: <input type="checkbox"/> FIXNÍ <input type="checkbox"/> VOLNÁ změna hmotnosti / 3 měs. o: kg	<input type="checkbox"/> NEVIDOMÝ <input type="checkbox"/> BŘYLE <input type="checkbox"/> NESLYŠÍCÍ <input type="checkbox"/> SLUCHADLO <input type="checkbox"/> BEZ PROBLÉMŮ <input type="checkbox"/> S PROBLÉMY <input type="checkbox"/> VADY REČI <input type="checkbox"/> ALTERNATIVNÍ KOMUNIKACE (např. znaková řeč) ORIENTOVÁNO DEZORIENTACE <input type="checkbox"/> ČASEM <input type="checkbox"/> OSOBOU <input type="checkbox"/> MÍSTEM <input type="checkbox"/> NEKLIDNĚ	<input type="checkbox"/> KONT. ČOČKY	
8	KŮŽE, SLIZNICE SUCHÁ KŮŽE <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO SUCHÉ SLIZNICE <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO SUCHÉ RTY <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO OTOKY <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO BĚROVÝ VŘED <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO VYRAZKA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO VARIXY <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO Skóre NORTON: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO, lokalizace + stupeň: OPERAČNÍ RANA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO SEKRECE <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NEVIDOMÝ <input type="checkbox"/> BŘYLE <input type="checkbox"/> NESLYŠÍCÍ <input type="checkbox"/> SLUCHADLO <input type="checkbox"/> BEZ PROBLÉMŮ <input type="checkbox"/> S PROBLÉMY <input type="checkbox"/> VADY REČI <input type="checkbox"/> ALTERNATIVNÍ KOMUNIKACE (např. znaková řeč) ORIENTOVÁNO DEZORIENTACE <input type="checkbox"/> ČASEM <input type="checkbox"/> OSOBOU <input type="checkbox"/> MÍSTEM <input type="checkbox"/> NEKLIDNĚ	<input type="checkbox"/> KONT. ČOČKY	
9	AKTIVITA, SOBĚSTAČNOST <input type="checkbox"/> SOBĚSTAČNÝ <input type="checkbox"/> NESOBĚSTAČNĚ V: <input type="checkbox"/> KURTY <input type="checkbox"/> RIZIKO PÁDU (Skóre 2 a vyšší) <input type="checkbox"/> POMŮCKY JAKÉ: <input type="checkbox"/> BANDÁŽE DK <input type="checkbox"/> AMPUTACE HK / DK	<input type="checkbox"/> NEVIDOMÝ <input type="checkbox"/> BŘYLE <input type="checkbox"/> NESLYŠÍCÍ <input type="checkbox"/> SLUCHADLO <input type="checkbox"/> BEZ PROBLÉMŮ <input type="checkbox"/> S PROBLÉMY <input type="checkbox"/> VADY REČI <input type="checkbox"/> ALTERNATIVNÍ KOMUNIKACE (např. znaková řeč) ORIENTOVÁNO DEZORIENTACE <input type="checkbox"/> ČASEM <input type="checkbox"/> OSOBOU <input type="checkbox"/> MÍSTEM <input type="checkbox"/> NEKLIDNĚ	<input type="checkbox"/> KONT. ČOČKY	
10	VYLÉČOVÁNÍ / VYMĚŠOVÁNÍ <input type="checkbox"/> BEZ PROBLÉMŮ <input type="checkbox"/> INKONTINENCE MOČI <input type="checkbox"/> ZÁCPA <input type="checkbox"/> INKONTINENCE STOLICE <input type="checkbox"/> PRŮJEM	<input type="checkbox"/> NEVIDOMÝ <input type="checkbox"/> BŘYLE <input type="checkbox"/> NESLYŠÍCÍ <input type="checkbox"/> SLUCHADLO <input type="checkbox"/> BEZ PROBLÉMŮ <input type="checkbox"/> S PROBLÉMY <input type="checkbox"/> VADY REČI <input type="checkbox"/> ALTERNATIVNÍ KOMUNIKACE (např. znaková řeč) ORIENTOVÁNO DEZORIENTACE <input type="checkbox"/> ČASEM <input type="checkbox"/> OSOBOU <input type="checkbox"/> MÍSTEM <input type="checkbox"/> NEKLIDNĚ	<input type="checkbox"/> KONT. ČOČKY	

Příloha č.11

<p>11 SPÁNEK - ORTIZE <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO</p>	<p>STRACH - OBAVY <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO</p>	<p>ROZADUJE SPIRITUÁLNÍ SLUŽBY <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO</p>	<p>12 SOCIÁLNÍ ZÁZEMÍ BYDLÍ <input type="checkbox"/> SÁM <input type="checkbox"/> S RODINOU <input type="checkbox"/> LDN <input type="checkbox"/> DOMOV DŮCHODCŮ <input type="checkbox"/> ZÁJEM RODINY <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO</p> <p>KONTAKTOVAT SOCIÁLNÍ SLUŽBU <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO</p>
<p>JINÉ:</p>			
<p>INFORMACE PŘEVZALA:</p>			
<p>VÝSTUPNÍ ZÁZNAM PROVEDLA:</p>			
<p>INFORMACE PŘEVZALA:</p>			
<p>DATUM / ČAS</p>			
<p>DATUM / ČAS propuštění</p>			

Zdroj : FN Motol

Fakultní nemocnice v Motole

V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, tel. 224 431 111, fax 224 431 020

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce) s podáním anestézie v souvislosti s vyšetřením nebo operačním zákrokem

Jméno a příjmení lékaře-anesteziologa:

Jméno a příjmení pacienta:..... r.č.

Místo hospitalizace (klinika, oddělení, telefon):

Vyplní lékař:

Typ anestézie / sedace:

Celková anestézie Sedace při vědomí Spinální anestézie Epidurální anestézie Jiná svodná anestézie

Prohlašuji, že jsem seznámil pacienta(ku) (zákonného zástupce) se způsobem plánování anestézie / sedace, který přichází v souvislosti s léčebným případně diagnostickým postupem v úvahu. Rovněž jsem pacienta(ku) seznámil s možnými častějšími komplikacemi a riziky, včetně i těch nejzávažnějších:

- Běžná rizika celkové anestézie: bolest v krku, chrapot, pooperační nevolnost až zvracení, bolesti svalů, poranění cév, zubů, dýchacích cest.
- Běžná rizika svodné anestézie: poranění cév, bolesti zad při znecitlivění v oblasti páteře, bolesti hlavy, vzácně poruchy citlivosti a hybnosti v anestetizované oblasti po odeznění znecitlivění, zadržetí moče.
- Informace a poučení o možných komplikacích kombinací dlouhodobě užívaných léků či jiných látek s anestetiky.

Pacient(ka) (zákonný zástupce pacienta):

- 1) Přečtete si laskavě pozorně text tohoto listu.
- 2) Pokud jste plně nerozuměl(a) lékařovu vysvětlění, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte zeptat se lékaře.
- 3) Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište je.

Já, pacient (zákonný zástupce):

Prohlašuji, že jsem textu poučení porozuměl(a) a byl(a) jsem lékařem srozumitelně informován(a) o povaze a postupu anestézie, byl(a) jsem též informován(a) o možných rizicích a komplikacích tohoto výkonu. Dále mne informující lékař seznámil s možnými alternativami i s důsledky anestézie. Měl(a) jsem možnost klást lékařovi doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny a odpovédím jsem rozuměl(a).

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím:

- s uvedeným druhem anestézie / sedace
- s tím, že může být proveden jakýkoliv další výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav.

Jsem srozuměn(a) s tím, že:

- uvedený typ anestézie / sedace nemusí být proveden lékařem, který mne dosud ošetřoval či mne informoval.

V Praze dne

.....
podpis lékaře

.....
podpis pacienta (zákonného zástupce)

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Vztah k pacientovi:

Zdroj: FN Motol