

Univerzita Karlova v Praze
3. lékařská fakulta
Ústav pro lékařskou etiku a ošetřovatelství

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Ošetrovatelská péče o nemocnou
s diagnózou **KARCINOM PRSU**

NURSING CARE OF THE PATIENT
WITH BREAST CANCER

PŘÍPADOVÁ STUDIE

Praha, březen 2006

Michaela Nováková
bakalářské studium
Ošetrovatelství

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jsem pouze literaturu, kterou uvádím.

V Praze dne: 3.5.2006

Podpis:

Ráda bych touto cestou chtěla poděkovat svému konzultantovi MUDr. T. Vedralovi a vedoucí práce PhDr. Marii Zvoníčkové, za ochotu a vstřícnost, stejně jako za profesionální rady a odborné vedení při přípravě bakalářské práce.

V Praze dne: 3.5.2006

Nováková Michaela

Osnova:

1. ÚVOD	- 7 -
1.1. Cíl a obsah	- 7 -
2. KLINICKÁ ČÁST	- 8 -
2.1. Anatomie prsu.....	- 8 -
2.1.1. <i>Glandula mammae – mléčná žláza</i>	- 8 -
2.1.2. <i>Poloha a velikost mammy</i>	- 8 -
2.1.3. <i>Stavba prsu</i>	- 8 -
2.1.4. <i>Tukový plášť</i>	- 9 -
2.1.5. <i>Cévy a nervy prsu</i>	- 9 -
2.2. Vývoj prsu:	- 10 -
2.3. Historie karcinomu prsu	- 11 -
2.4. Epidemiologie a prognóza	- 12 -
2.4.1. <i>Tabulka: Incidence karcinomu prsu</i>	- 13 -
2.4.2. <i>Prognostické údaje</i>	- 13 -
2.5. Základy kancerogeneze prsu.....	- 14 -
2.6. Rozdělení karcinomů prsu	- 15 -
2.7. TNM klasifikace nádorů prsu	- 17 -
2.7.1. <i>T – Primární nádor</i>	- 17 -
2.7.2. <i>N – Regionální mízní uzliny</i>	- 18 -
2.7.3. <i>M – Vzdálené metastázy</i>	- 18 -
2.7.4. <i>Staging</i>	- 18 -
2.8. Klinické příznaky	- 19 -
2.9. Rizikové faktory	- 20 -
2.9.1. <i>Faktory životního stylu</i>	- 20 -
2.9.3. <i>Hormonální a gynekologické faktory</i>	- 21 -

2.9.4. Genetické faktory	- 22 -
2.9.5. Ostatní faktory	- 22 -
2.10. Diagnostika karcinomu prsu	- 22 -
2.10.1. Anamnéza	- 23 -
2.10.2. Fyzikální vyšetření	- 23 -
2.10.3. Laboratorní metody	- 24 -
2.10.4. Zobrazovací metody	- 25 -
2.10.5. Punkční diagnostika	- 26 -
2.10.6. Doplňující vyšetření	- 27 -
2.11. Léčba karcinomů prsu	- 27 -
2.11.1. Chirurgická léčba	- 27 -
2.11.2. Radioterapie	- 29 -
2.11.3. Chemoterapie	- 30 -
2.11.4. Hormonální léčba	- 31 -
2.11.5. Jiná léčba	- 32 -
2.12. Prevence	- 33 -
2.12.1. Primární prevence	- 33 -
2.12.2. Sekundární prevence	- 33 -
3. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉ	- 35 -
3.1. Identifikační údaje	- 35 -
3.2. Údaje z lékařské anamnézy:	- 36 -
3.3. Provedená diagnostická vyšetření dle časového sledu	- 38 -
3.4. Průběh hospitalizace	- 39 -
3.5. Farmakoterapie	- 42 -
4. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	- 47 -
4.1. Ošetřovatelský proces	- 47 -

4.2. Ošetrovatelský model Marjory Gordon.....	- 47 -
4.3. Ošetrovatelská anamnéza.....	- 48 -
4.3.1. Ošetrovatelské diagnózy.....	- 53 -
4.3.2. Plán ošetrovatelské péče (cil, plán, realizace, zhodnocení poskytnuté péče).....	- 54 -
4.4. Edukace.....	- 68 -
4.4.1. Samovyšetřování prsů.....	- 68 -
4.4.2. Komplikace chemoterapie a její nežádoucí účinky.....	- 68 -
4.4.3. Správná výživa v průběhu chemoterapie.....	- 71 -
4.4.4. Svépomocné skupiny.....	- 71 -
4.5. Prognóza.....	- 72 -
5. PSYCHOLOGICKÁ ČÁST.....	- 73 -
6. ZÁVĚR.....	- 76 -
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A INTERNETOVÝCH ZDROJŮ.....	- 77 -
7.1. Seznam použité literatury.....	- 77 -
7.2. Seznam použitých internetových zdrojů.....	- 78 -
7.3. Jiné informační zdroje.....	- 78 -
8. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	- 79 -
9. SEZNAM PŘÍLOH.....	- 80 -

1. Úvod:

1.1. Cíl a obsah

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie u nemocné s onkologickou diagnózou carcinoma mammae I. sin. Hlavním důvodem, proč jsem si vybrala tuto tematiku je skutečnost, že pracuji na onkologickém oddělení fakultní nemocnice. Právě zde se velmi často setkávám s péčí o pacientky s touto maligní diagnózou.

V klinické části případové studie jsem se zaměřila na základní anatomický popis prsu a jeho vývoj. Dále se věnuji historii karcinomu prsu, jeho epidemiologii a prognóze. Následuje kancerogeneze a rozdělení karcinomů prsu. Neopomím zmínku o TNM klasifikaci. Následují klinické příznaky, rizikové faktory, diagnostika a podrobná léčba. Závěr klinické části je věnován prevenci nádorového onemocnění prsu u žen.

V další části bakalářské práce uvádím základní identifikační údaje nemocné a lékařskou anamnézu. Popisuji provedená diagnostická vyšetření a průběh hospitalizace. Tuto část uzavírá rozpis farmakoterapie, která byla pacientce po dobu hospitalizace podávána.

V ošetrovatelské části je nejprve stručně popsána charakteristika ošetrovatelského procesu a následně se zmiňuji o ošetrovatelském modelu Marjory Gordon, ze kterého jsem vycházela. Po získání ošetrovatelské anamnézy a celkovém zhodnocení nemocné jsem stanovila ošetrovatelské problémy a spolu s pacientkou je seřadila podle priorit. Následuje plán, realizace a hodnocení ošetrovatelských problémů.

Nezbytnou součástí povolání sestry je edukace, kterou se zabývám v další části. Závěr práce je věnován prognóze a psychologickému hodnocení nemocné.

Informace o nemocné jsem zaznamenávala do formuláře zpracovaného pro potřeby výuky v oboru ošetrovatelství na 1. a 3. LFUK v Praze. Současně jsem použila dokumentaci onkologického oddělení.

Bakalářskou práci nakonec uzavírá přehled použité literatury, seznam použitých zkratk, seznam příloh a přílohy samotné.

2. KLINICKÁ ČÁST

2.1. Anatomie prsu

2.1.1. Glandula mammae – mléčná žláza

„*Glandula mammae* je největší kožní žláza, která podmiňuje vyvýšení zvané mamma – prs. **Mamma – prs** – je vyklenutí na přední straně hrudníku ženy, v němž je obsažena **glandula mammae – mléčná žláza**.

2.1.2. Poloha a velikost mammy:

Mamma v plném vývoji sahá vertikálně od 3. do 6. žebra (tato velikost se u jednotlivých populací poněkud mění – i v rámci Evropy) a horizontálně od parasternální čáry do přední axilární. Průměrný rozměr horizontální je 12 cm, vertikální 11 cm. Rozměry závisí na podnebí (teplotě) a na věku, přičemž velikost prsu není vždy proporční k velikosti vlastní žlázy.

2.1.3. Stavba prsu

Kůže prsu je světlá a tenká, takže prosvítají podkožní žíly. Je bohatě inervovaná. Na vrcholku prsu je **areola mammae – dvorec** – o průměru 3 – 5 cm, v graviditě větší; je pigmentovaný (růžový u světlavlasých typů, postupně hnědý až temně hnědý s přibývajícím celkovou pigmentací ženy). Pigmentace se v graviditě zvyšuje. Ve dvorci, spíše při jeho obvodu, jsou drobné hrbolky, které jsou vyzdviženy žlázkami – *glandulae areolares*, stavebně shodnými s mléčnou žlázou. Uprostřed areoly je **papilla mammae – prsní bradavka** – zpravidla mírně zvýšená, někdy lehce vkleslá; na hrotu papily ústí **ductus lactiferi – mlékovody** – přicházející z hloubky ze žlázy; ústí asi 15 – 20 otvůrky na vrcholku papily, který je proto označován jako *area cribriformis papillae*. Papila má mazové žlásky, které svým sekretem

chrání její kůži před macerací mlékem a slinami kojence. V areola mammae je hladká svalovina; v areole probíhá paprscitě, v papile šroubovitě, jako protiběžné spirály. Na okraji areoly a na hrotu bradavky se svalovina upíná do kůže, takže smršťuje areolu a vyzdvihuje papilu. Reaguje na dotykové podráždění.

Corpus mammae – těleso žlázy – tvoří vlastní žláza, uložená uvnitř prsu. Tvoří laločnaté, bělošedé a (mimo graviditu) tuhé těleso s nerovným povrchem. Těleso není okrouhlé a zevně vybíhá v malý *processus axillaris*. V době mimo graviditu váží těleso 130 až 200 g, v období laktace 300 - 500 g (někdy až 900 g).

Žlázové těleso tvoří:

- *lobi mammae* – laloky mléčné žlázy, které se dále člení na
- *lobuli mammae* – lalůčky mléčné žlázy, složené ze žlázových alveolů.
- *Ductus lactifer* – vždy z jednoho laloku žlázy; v době mimo graviditu se zvětšují a v době laktace se na nich objevují
- *sinus lactiferi* – rozšířená místa (sinusy, široké až 4 až 9 mm), kde se hromadí mléko před odchodem z papily.

2.1.4. Tukový plášť

Mléčnou žlázu v prsu obaluje tukový polštář, který tvoří vrstvu *premmamární* a vrstvu *retromammární*.

Premammární tuk vyrovnává jamky (*fossulae adiposae*) mezi žlázovými lalůčky a zaobluje povrch prsu; z podkožního vaziva jdou tělesem žlázy vazivové pruhy – *ligamenta suspensoria mammae*, která fixují žlázu k povrchové pektorální fascii.

Retromammární tuk tvoří vrstvu silnou ½ - 1 cm, ve které se u kojivších žen může vyskytnout *bursa retromammalis*.

2.1.5. Cévy a nervy prsu

Tepny prsu přicházejí z okolí jako

- *rami mammarii mediales* – (2 – 3 větve) z a. (arteria) thoracica interna, jako

- *rami mammarii laterales* – z a. thoracica lateralis, a jako
- *rami mammarii laterales* – z aa. (arteriae) intercostales posteriores v rozsahu žlázy.

Větve těchto žláz se vinou a sbíhají podél lalůček žlázy a podél ductus lactiferi paprscitě k papile. (Incize žlázy se proto provádějí směrem od papily k obvodu žlázy.)

Žíly prsu tvoří kruhovitou síť – *circulus venosus Halleri* – pod aureolou a pak odtékají podkožně do v. (vena) thoracica lateralis a v hloubce do vv. (venae) intercostales.

Mízní cévy prsu vytvářejí pletěň pod areola mammae – *subareolární plexus* – a pak sbírají další síť ze žlázy a odtékají ke spodině žlázy a odtud část mízních kolektorů vede do uzlin při m. (musculus) pectoralis major a do axilárních uzlin a další část kolektorů se může skrze m. pectoralis major dostat i do supraklavikulárních uzlin.

Nervy prsu jsou *sensitivní* a přicházejí z nn. (nervi) supraclaviculares. *Autonomní vlákna* přicházejí perivaskulárně a jdou až ke žlázovým buňkám.“

(6, str. 571, 572, 574)

2.2. Vývoj prsu:

„V embryonální době se u všech savců, tedy i u člověka (u obou pohlaví), zakládá pruh epitelového ztlustění – *mléčná lišta*, která probíhá v axiloinguinální čáře a ve které se vytvářejí základy apokrinních žláz, z nichž se nakonec vyvine mléčná žláza. U primátů a u člověka vznikl jediný pár mléčných žláz, uložený na přední straně hrudníku. Proto se jako vývojové rudimenty mohou u člověka v této čáře objevit akcesorní mléčné žlázy – *polymastie* – nebo rudimentární bradavky – *polythelie*. U mužů zůstává základ mléčné žlázy jako rudimentární *mamma masculina*. Další vývoj mammy v dětství a během dospívání probíhá tak, že se nejprve nad úroveň kůže zdvihá areola s papilou – *infantilní mamma*, pak prs nabývá pupencovitěho tvaru a je nízký – *areolomamma*, a posléze vývoj dostoupí k vytvoření klenuté, zřetelné (ovšem nízké) mammy se zřetelnou bradavkou – *mamma papillata*. Další vývoj pak probíhá od puberty. (6, str. 574)

Prs dospělé ženy se vyskytuje v několika antropologických tvarových typech, které se v průběhu života střídají:

- *mamma disciformis* – plochý, nízký, miskovitý prs;
- *mamma sphaeroidea* – polokulovitý prs; tento tvarový typ se považuje za klasický, existuje však zpravidla jen přechodně a nahradí jej
- *mamma piriformis* – hruškovitý prs, pod nímž se začíná vytvářet rýha – *sulcus inframammalis*, a posléze
- *mamma pendula* – ochablý prs

Ve stáří dochází k vymizení tuku a k involuci žlázového tělesa prsu.“

(6, str. 572)

2.3. Historie karcinomu prsu

První popis karcinomu prsu se dochoval z roku 1600 před Kristem ve starém Egyptě. Galén ve starověkém Římě přirovnal rozšířené lymfatické a krevní cévy u pokročilého karcinomu prsu ke krabím nohám, od té doby pochází název „cancer“. Až v roce 1858 Virchow vyslovil teorii o vzniku nádoru z epitelových buněk prsu a Halsted roku 1894 referoval v nemocnici Johna Hopkinse o svých výsledcích s radikální mastektomií jako metodou léčby karcinomu prsu. V té době byl karcinom prsu chápán jako lokální onemocnění a radikalita chirurgické léčby rostla až do tzv. „rozšířené radikální mastektomie“ (navíc byly extirpovány vnitřní mamární a mediastinální lymfatické uzliny). Radikální výkony měly až 12% mortalitu a objektivně hodnoceno, doba přežití operovaných žen nebyla významně zlepšena. Už proto, že se většinou jednalo o pokročilá stadia nemoci. Autorita Halsteda a některých jeho žáků však udržela tuto modalitu léčby téměř až do poloviny 20. století.

Od třicátých let se datují práce, které popírají teorii karcinomu prsu jako lokální nemoci, která se šíří lymfatickou cestou. Onemocnění začíná být chápáno jako systémové. G. Keynes začal již v roce 1924 provádět tumorektomii s inzercí radiových jehel jako počátek brachyterapie. Pětileté výsledky přežití byly navíc srovnatelné s výsledky dosaženými radikální mastektomií. Dr. Patey vyvinul v roce 1948 tzv. modifikovanou radikální mastektomii, která šetří velký prsní sval. Další vývoj ozařovacích technik a

přístrojů umožnil provádění tzv. prs šetřících (konzervativních) výkonů. Tyto konzervativní výkony prováděné za určitých podmínek měly stejné intervaly přežití jako radikální nebo modifikovaná mastektomie.

Přes pokroky v genetickém výzkumu, objevení onkogenů, tumor supresorických genů, růstových a hormonálních faktorů a jejich úlohy v řízení proliferace normální a nádorové tkáně zůstává příčina tohoto onemocnění nejasná.

2.4. Epidemiologie a prognóza

2.4.1. Epidemiologie karcinomu prsu v ČR

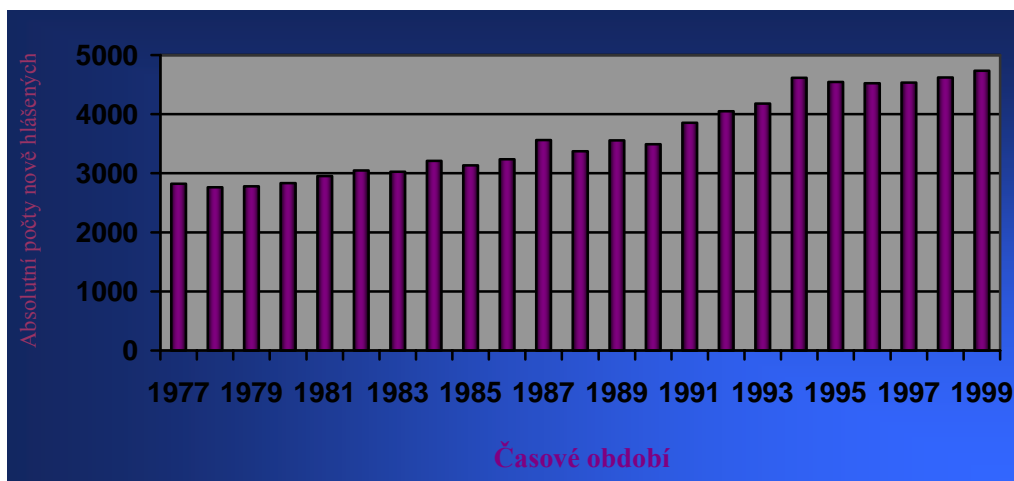
Karcinom prsu je nejčastější malignitou u žen a jeho incidence v rozvinutých zemích světa stále stoupá.

„Na rozdíl od jiných onkologických diagnóz se u karcinomu prsu Česká republika nevyskytuje na čelních místech světových databází. Obsazuje zde 35. místo při zhodnocení věkově standardizované incidence v roce 2000. Výskyt karcinomu prsu v ČR dle věkově standardizované incidence je také nižší než v západní nebo severní Evropě. Je ovšem otázkou, do jaké míry se v dalším vývoji promítnou změny v české společnosti po roce 1989. Změna životního stylu ovlivňuje některé významné rizikové faktory populace českých žen i ve vztahu ke karcinomu prsu (např. porodnost).“ (1, str. 23)

Pokud srovnáme diagnózu karcinomu prsu s ostatními onkologickými diagnózami, je zřejmé, že jde o nejčetnější onkologické onemocnění u žen, a to jak v ČR tak i v rozvinutých zemích obecně.

V tabulce **2.4.1.1.** můžeme posoudit vývoj hrubé incidence karcinomu prsu v ČR, tedy počtů nově hlášených případů vztažených na 100 000 žen v populaci. Za období 1977 – 1999 bylo celkem hlášeno 83 455 případů. Je zřetelné, že vývoj není po celé období rovnoměrný, ale i přes značné výkyvy má rostoucí trend.

2.4.1.1. Tabulka: *Incidence karcinomu prsu žen v České republice* – časový vývoj



2.4.2. Prognostické údaje

Prognóza nemoci záleží primárně na stadiu nemoci při diagnóze. Lokální léčba (chirurgie, radioterapie) ji prakticky neovlivňuje. Prodloužený interval přežití je možné očekávat více/méně jen od systémové léčby.

Podle rozsahu onemocnění lze rozdělit karcinomy prsu do tří základních prognosticky odlišných skupin:

- časná stadia – lokálně nepokročilá
- lokálně pokročilá stadia
- pokročilá stadia s prokázaným metastatickým rozsevem

Prokázané prognostické faktory jsou: velikost nádoru, postižení axilárních uzlin, histopatologický nález, přítomnost hormonálních receptorů a proliferační aktivita. Tyto faktory slouží k předpovědi průběhu onemocnění a ke stanovení stupně jeho relapsu. Největší význam má stanovení míry rizika u časných stadií onemocnění, především u stadií bez postižení uzlin.

2.5. Základy kancerogeneze prsu

Karcinom prsu je způsoben změnami vlastností genetického materiálu somatických buněk, která má za následek deregulaci buněčného růstu a dělení buňky.

Růst invazivního nádoru je výsledkem mnoha genetických změn, mutací nebo ztrát (delece) specifického genetického materiálu buňky. Hlavním předpokladem pro vývoj karcinomu prsu je aktivace specifických genových souborů – onkogenů (amplifikace), nadměrná syntéza růstových faktorů a jejich receptorů (overexprese) se ztrátou kontrolních mechanismů (apoptoza).

Karcinom pravděpodobně vzniká z jedné buňky, která se adaptuje na lokální prostředí v procesu své klonální evoluce. Na rozdíl od normálních buněk získávají nádorové buňky růstovou výhodu, jejich růst se vymyká kontrole a ztrácejí své specializované vlastnosti. Není jasné proč se vysoká incidence karcinomu mléčné žlázy vyskytuje mezi savci jen u několika živočišných druhů (myš, krysa, křeček, pes a člověk)

Několikastupňový *proces kancerogeneze* prsu je formálně rozdělován do tří stadií:

1) Indukce

Indukce proces. Zahrnuje všechny události a změny v buňce, které končí její maligní transformací. Většina látek, které tento proces zahajují (tzv. iniciátory) patří mezi kancerogeny.

2) Promoce

Až do okamžiku promoce zůstává klon nádorových buněk v rovnovážném stavu s hostitelským orgánem. Délka tohoto období je ovlivňována různými látkami, tzv. promotery. Můžeme mezi ně zařadit hormony nebo růstové faktory.

3) Vývoj invaze a metastazování

Malý nádor, přibližné velikosti 1 mm³ vykazuje vysokou frekvenci apoptozy a nemůže dále růst bez vytvoření cévního zásobení.

2.6. Rozdělení karcinomů prsu

1. Duktální karcinom

Invazivní duktální karcinom (IDC) tvoří 70-85% všech maligních nádorů prsu. Do této skupiny je možno zařadit duktální karcinomy s fibrózou, skirhotický a prostý karcinom. Nádor s velkým množstvím fibrózy je nazýván skirhus. Velikost kolísá od několika milimetrů po infiltraci celého prsu. Duktální karcinom metastazuje především do kostí, plic a jater.

2. Lobulární karcinom

Lobulární karcinom představuje 10 – 14% všech invazivních karcinomů prsu. Je jen o něco málo tužší než okolní zdravá tkáň a nevyskytují se v něm nekrózy, cysty nebo hemoragie. Jeho vlastnosti činí i mamografickou diagnostiku velmi obtížnou. Lobulární karcinom přednostně metastazuje do meningeálních prostor CNS (karcinomatosis meningitis), na serosní povrchy (peritoneum) a do retroperitonea. Metastázy v GIT napodobují karcinom žaludku a jsou i histologicky obtížně rozlišitelné od primárního karcinomu žaludku.

3. Tubulární karcinom

Tubulární karcinom je tvořen neoplastickými elementy. Většinou se jedná o dobře diferencovaný karcinom. Kalcifikace jsou přítomné v 50% případů. Má velmi dobrou prognózu, pokud je tvořen tubulárními elementy nejméně v 75%, nebo při velikosti primárního tumoru pod 1 cm.

4. Medulární karcinom

Medulární karcinom byl identifikován před půl stoletím jako prognosticky příznivý typ karcinomu. Metastázy nádoru v lymfatických uzlinách jsou méně časté než u ostatních nádorů. Prognóza je velmi dobrá u malých nádorů pod 3 cm v průměru a u nádorů bez postižení lymfatických axilárních uzlin.

5. Mucinozní karcinom (koloidní, gelatinosní, myxomatosní, mukoidní karcinom)

Tvoří asi 3-6% všech invazivních karcinomů. Není opouzdřen, bývá však dobře ohraničený od okolní tkáně. Čistý mucinozní tumor má velmi dobrou prognózu a téměř vždy desetileté přežití. Recidivy a úmrtí se vyskytují až po 10-20ti letech od operace.

6. Papilární karcinom

Papilární karcinom tvoří 1–3% všech karcinomů prsu. Počet případů je velmi malý. Vyskytuje se převážně v postmenopauzálním období života ženy. Makroskopicky to jsou to dobře ohraničené nádory, na řezu tmavě hnědé nebo hemoragické, velké nádory bývají cystické. Ženy s těmito nádory bývají starší, průměrný věk je okolo 57 let. Přibližně ve 22–34% je přítomen výtok z bradavky. Prognóza je obvykle velmi dobrá.

7. Pagetův karcinom (Pagetova nemoc)

Toto onemocnění popsal James Paget již v roce 1874. Typické je svědění, pálení bradavky anebo povrchní eroze či ulcerace. Představuje přibližně 1% všech karcinomů prsu. Mikroskopicky je charakterizováno přítomností tzv. Pagetových buněk, což jsou velké světlé buňky s hojnou cytoplazmou a velkým jádrem, které infiltrují epitel bradavky. Nádor je diagnostikován a léčen často jako ekzém nebo infekce, což vede ke zpoždění diagnózy.

8. Inflamatorní (zánětlivý) karcinom

Zánětlivý karcinom prsu představuje nejmalignější typ nádoru prsu. Tvoří 3% všech karcinomů a vyskytuje se převážně u postmenopauzálních žen. Klinicky je charakterizován zvětšením, bolestí prsu a erytémem (peau d'orange), edémem kůže prsu a zvýšením lokální teploty. Zánětlivé změny kůže, které mohou být zaměněny za infekci, jsou způsobeny nádorovou invazí do kožních lymfatických cév. V čase diagnózy bývají téměř vždy již přítomné metastázy v regionálních lymfatických uzlinách. Téměř ve 20% bývá nádor zpočátku léčen jako mastitis antibiotiky. Diagnóza je potvrzena biopsií kůže, ve které je prokázána invaze nádorových buněk do lymfatických cév. Chirurgická léčba u tohoto typu nádoru je vždy až sekundární. Prognóza je velmi špatná a to přes pokroky v chemoterapii a radioterapii přežívá pět let pouze okolo 30% pacientek.

9. Metastatický karcinom v prsu

Do prsu nejčastěji metastazují karcinomy plic, maligní melanom, střevní karcinoid, karcinomy hrdla děložního a močového měchýře a non Hodgkinské lymfomy. (19)

2.7. TNM klasifikace nádorů prsu

Nádory klasifikujeme podle histologické struktury, biologických vlastností a podle anatomické lokalizace. Je stanovený mezinárodní klasifikační systém, hodnotící rozsah zhoubného onemocnění.

„**Klasifikační systém UICC** (Union International Contre le Cancer) označovaný jako **TNM klasifikace** určuje anatomický rozsah nádorového onemocnění pomocí hodnocení *tří kategorií*: **T** – rozsah primárního nádoru, **N** – stav regionálních mízních uzlin a **M** – přítomnost či nepřítomnost vzdálených metastáz.

Rozsah nádorového procesu v jednotlivých kategoriích TNM systému je určován přidáním čísla za písmeno. Čím je číslo vyšší, tím je rozsah nádoru či jeho šíření v dané kategorii vyšší. Není-li možné klasifikaci stanovit (nebyla provedena příslušná vyšetření), musí se pro stanovení kategorie použít symbolu **X**.“ (14, str.8, 9)

2.7.1. T – Primární nádor

- TX** Primární nádor nelze posoudit
- T0** Žádné známky primárního nádoru
- Tis** Karcinom in situ, Pagetova choroba bradavky bez prokaz. tumoru
- T1** Nádor 2 cm nebo méně v největším průměru
- T1mic** S mikroinvazí 0,1 cm nebo méně v největším průměru
- T1a** Větší než 0,1 cm, ale ne více než 0,5 cm v největším průměru
- T1b** Větší než 0,5 cm, ale ne více než 1,0 cm v největším průměru
- T1c** Větší než 1,0 cm, ale ne více než 2,0 cm v největším průměru
- T2** Nádor větší než 2,0 cm, ale ne více než 5,0 cm v největším průměru
- T3** Nádor větší než 5,0 cm v největším průměru
- T4** Nádor jakékoliv velikosti s přímým šířením na stěnu hrudní či kůži
- T4a** Šíření na hrudní stěnu
- T4b** Edém (včetně peau d'orange), ulcerace kůže prsu
- T4c** Jak 4a tak 4b dohromady
- T4d** Zánětlivý (inflamatorní) karcinom

2.7.2. N – Regionální mízní uzliny

- NX** Regionální mízní uzliny nelze posoudit (např. byly dříve odstraněny)
- N0** Žádné metastázy v regionálních mízních uzlinách
- N1** Metastázy v pohyblivých stejnostranných mízních uzlinách
- N2** Metastázy ve stejnostranných mízních uzlinách, jsou fixovány k sobě navzájem
- N3** Metastázy ve stejnostranných mízních uzlinách podél arteria mammaria interna

2.7.3. M – Vzdálené metastázy

- MX** Přítomnost vzdálených metastáz nelze posoudit
- M0** Nejsou vzdálené metastázy
- M1** Vzdálené metastázy

Mezinárodně navržené zkratky pro TNM klasifikaci, kategorii M:

Plíce = PUL	Peritoneum = PER
Kosti = OSS	Nadledviny = ADR
Játra = HEP	Kůže = SKI
Kostní dřeň = MAR	Pleura = PLE
Mozek = BRA	Lymfatické uzliny = LYM
Jiné orgány = OTH	

2.7.4. Staging

V rámci TNM klasifikace jsou přesně definovány jednotlivé kategorie T, N, M. Pomocí nich jsou pak definována obvykle 4 klinická stadia. První klinické stadium obvykle znamená lokalizovaný nádor, čtvrté klinické stadium pak generalizovaný nádor.

2.7.4.1. Klinická stadia:

Stadium 0	Tis N0 M0
Stadium I	T1 N0 M0

Stadium IIA	T0 N1 M0 / T1 N1 M0 / T2 N0 M0
Stadium IIB	T2 N1 M0 / T3 N0 M0
Stadium IIIA	T0 N2 M0 / T1 N2 M0 / T2 N2 M0 / T3 N2 M0
Stadium IIIB	T4 jakékoli N M0 / jakékoli T N3 M0
Stadium IV	jakékoli T jakékoli N M1

2.8. Klinické příznaky

Nejčastějšími příznaky jsou:

- **Rezistence v prsu:** bývá až v 73% objevena ženou samotnou při samovyšetřování a ve 23% při rutinním vyšetření, manželem či přítelem.
- **Zduření spádových lymfatických uzlin v axile.**
- **Vtahování kůže:** za tímto příznakem se skrývá většinou rezistence, která při souhybech svou částečnou fixací vtahuje kůži.
- **Důlkovatění:** rezistence v prsu vtahuje část tkáně tak, že zevně je patrná určitá změna tvaru – důlek.
- **Vážnutí při souhybu:** asymetrie prsu při pohybech paží. Zdravý prs se hýbe vláčně a dynamicky oproti prsu s rezistencí.
- **Nepravidelnosti či retrakce bradavky,** oploštění bradavky nebo její vtažení způsobené fixací uloženého tumoru. Část žen má vpadlou bradavku již od puberty a nejde o patologický jev.
- **Pomerančová kůra,** „peau d’orange“, v anglické literatuře „pig skin“. Infiltrace drobných lymfatických cév kůže připomíná pomerančovou kůru. Někdy se objeví při palpačním vyšetření stisknutím části prsu, jindy je tento příznak patrný trvale.
- **Asymetrie** ze zvětšeného objemu prsu.
- **Sekrece z bradavky,** zejména krvavá, není normálním jevem a většinou bývá podkladem tumor. Stejně tak zaschlý sekret nebo ekzematoidně změněná bradavka budí podezření na karcinom.
- **Zarudnutí a oteplení kůže** připomínající zánět může být zánětem. Ale zarudnutí „teplejší kůže“ bez jasné rezistence, které připomíná růži, může být erysipeloidním karcinomem.

- **Rozšířená žilní pleteň** může svědčit o zvýšené aktivitě v prsu postiženém tumorem.
- **Exulcelace** různého typu jsou příznakem velice pozdním, ale bohužel u nás ne nijak vzácným.

(1, str. 162)

2.9. Rizikové faktory

Rakovina prsu patří k onemocněním, kde pravá příčina vzniku nebyla dosud uspokojivě vysvětlena. I přes intenzivní výzkum nádorových onemocnění ani dnes stále nejsme schopni říci, které ženy jsou vývojem zhoubného novotvaru prsu ohroženy a u kterých je obava z onemocnění neopodstatněná.

Rizikovými faktory pro vznik rakoviny prsu rozumíme určité události v životě ženy, které snižují nebo naopak zvyšují pravděpodobnost vzniku a rozvoje onemocnění v průběhu života.

Rizikové faktory karcinomu prsu představují relativně různorodou skupinu parametrů. Pro přehlednost můžeme rizikové faktory klasifikovat podle jejich významnosti, členit je z hlediska mechanismu působení, třídit je podle možnosti jejich ovlivnění aktivním přístupem ženy a různě je řadit do skupin. Jedná se o faktory životního stylu, faktory osobní anamnézy, hormonální a gynekologické faktory, genetické faktory a konečně i faktory ostatní.

2.9.1. Faktory životního stylu:

Kouření. Epidemiologické studie nepřinesly jednoznačné závěry o významnosti aktivního kouření nebo zvýšené expozici tabákovému kouři (pasivní kouření) jako faktorů zvyšujících riziko vzniku karcinomu prsu.

Alkohol. Zvýšená konzumace alkoholu zvyšuje riziko vzniku karcinomu prsu. Mechanismus účinku alkoholu je dán především prostřednictvím ovlivnění hladiny estrogenů v ženském organismu.

Stravovací návyky. Strava bohatá na vlákninu, zeleninu a ovoce je spojena s nižším rizikem vývoje karcinomu prsu.

Obezita. Je prokázáno zvýšené riziko vývoje onemocnění u obézních žen

diagnostikovaných po menopauze.

Fyzická aktivita. Fyzická aktivita ženy (rekreační sport, denní režim) snižuje riziko vzniku karcinomu prsu.

2.9.2. Faktory osobní anamnézy:

Rasa. Riziko vývoje karcinomu prsu je rozdílné u odlišných etnických skupin. U bělošské populace je prokázané riziko výrazně vyšší než u populace černošské a u Asiatické.

Geografická oblast. Migrační studie, které zkoumaly populaci přesídlenou z oblastí s nízkou incidencí karcinomu prsu do oblastí s incidencí vysokou, vykazaly zvýšení a vyrovnání s výskytem v hostitelské oblasti.

Věk. U žen nad 50 let věku je zaznamenáváno zvýšené riziko vzniku karcinomu prsu.

Historie histopatologické změny prsní tkáně. Výskyt patologické změny prsní tkáně v osobní anamnéze ženy je významným a potvrzeným prediktivním faktorem vzniku karcinomu prsu. Ca (karcinom) prsu je jednoznačným rizikem pro vývoj nádoru v druhostranném prsu.

Tělesná výška. Bylo prokázáno zvýšené riziko vzniku karcinomu prsu u vyšších žen.

2.9.3. Hormonální a gynekologické faktory:

Menarché. Dřívější nástup menstruace (před dvanáctým rokem) patří k významným rizikovým faktorům vzniku rakoviny prsu.

Věk při prvním porodu. Výrazně zvýšené riziko vzniku karcinomu prsu u bezdětných žen a u žen s prvním těhotenstvím po 30. roce života se vysvětluje absencí nebo opožděnou diferenciací prsní tkáně.

Gynekologická operace. Ovariectomie a věk při dané operaci patří k významným faktorům rizika vzniku karcinomu prsu. Mechanismus účinku: snížení expozice prsní tkáně endogenním steroidním hormonům.

Hormonální léčba. Hormonální přípravky přinášejí vyšší riziko vzniku karcinomu prsu.

Počet porodů. U žen s vyšším počtem porodů je riziko vzniku karcinomu prsu nižší.

Menopauza. Vyšší věk menopauzy zvyšuje riziko vývoje onemocnění, (ovlivňuje délku expozice organismu estrogenům).

2.9.4. Genetické faktory:

Výskyt malignit v rodinné anamnéze. Celoživotní riziko možného onemocnění karcinomem prsu je až 85 %, tj. až 10krát vyšší než má ostatní populace.

2.9.5. Ostatní faktory:

Vzdělání. Jde o komplexní faktor. Je dokumentován vztah mezi nejvyšším dosaženým vzděláním žen a pravidelným prováděním samovyšetřování prsu.

Bydliště. Tento faktor je zaměřený na odlišení rozdílných aspektů života na venkově a ve městě (fyzická aktivita, expozice karcinogenům apod.)

Psychologické aspekty. Někteří autoři řadí onkologické choroby mezi psychosomatická onemocnění. V epidemiologických studiích však nebyla prokázána přímá souvislost.

2.10. Diagnostika karcinomu prsu

Včasná diagnostika nádorových onemocnění je důležitá proto, jelikož nemocný nemá zpravidla na začátku onemocnění žádné obtíže, jež by ho nutily vyhledat lékařské vyšetření a současně většinou zhoubné onemocnění nevyvolává laboratorní změny, podle kterých by se dalo určit. Pokročilé stádium se diagnostikuje zpravidla bez problémů, ale jeho ovlivnění v této době je však velmi obtížné. Proto je včasná diagnostika pro vyléčení zhoubného nádoru zásadní.

„Diagnózu karcinomu prsu je nutno považovat za jeden z největších současných zdravotnických problémů, který celosvětově ročně zahrnuje přes 1 milion nových případů.“ (1, str. 191)

Před zahájením léčby musí být pacientka podrobena vyčerpávajícímu vyšetřovacímu procesu. Zahrnuje důkladnou anamnézu a fyzikální vyšetření, dále pak podrobné laboratorní vyšetření krve a moči, zobrazovací metody, punkční diagnostiku a pomocná endoskopická vyšetření.

2.10.1. Anamnéza

Onkologická anamnéza musí kromě obecně známých součástí obsahovat některé údaje, které mají pro diagnózu ca prsu větší závažnost.

- **Rodinná anamnéza:** ptáme se především na přítomnost ca prsu u přímých příbuzných (matka, sestra, dcera), ale i u vzdálenějších pokrevných příbuzných (babička, teta).
- **Gynekologická anamnéza:** zajímá nás věk, kdy začala menstruace, jak dlouho trvalo, než došlo k jejímu ustálení. Zda je nebo byla pravidelná či nepravidelná, bolestivá, nebolestivá, silná, slabá... V případě jejího ukončení, v kolika letech nastala menopauza. Zajímají nás gynekologické operace, věk prvního těhotenství, počet porodů a potratů.
- **Nynější onemocnění:** je potřeba zaznamenat, kdy poprvé pacientka zaregistrovala jakoukoli změnu proti tzv. normálnímu stavu. Jak svůj nález sama popisuje, jak reagovala, kdy poprvé navštívila lékaře a z jakých důvodů.

2.10.2. Fyzikální vyšetření

Pečlivé klinické vyšetření lékařem je nezbytností a mělo by být samozřejmou součástí klinického vyšetření žen podstupujících gynekologické vyšetření, ale i žen hospitalizovaných z jiných příčin. V časně diagnóze karcinomu prsu hrají právě gynekologové a praktičtí lékaři klíčovou roli. Klinický nález musí být slovně i graficky zaznamenán.

2.10.2.1. Postup klinického vyšetření:

- Lékař sedí naproti sedící pacientce.

- Lékař sleduje pohledem oba prsy pacientky v klidu se spuštěnými pažemi a při pohybu. Všimá si tvarových změn, i jejich souhybu.
- Nejprve jednou, posléze oběma rukama prs palpačně prohmatá ve všech kvadrantech.
- Stiskne dvorec, následně bradavku. Pátrá po event. sekreci z bradavky.
- Levé předloktí pacientky si lékař položí na svoje levé předloktí a postupně prohmatává axilu.
- Pohledem i pohmatem vyšetří oba podklíčky, srovnává symetrii.
- Vyšetřuje obě nadklíčkové oblasti. Pohledem, ale i palpačně bříšky prstů.
- Následně vyšetří pacientku vleže. Pacientka má paži na vyšetřované straně umístěnou za hlavou nebo na čele. To umožní, že se prs „rozlije“.

2.10.3. Laboratorní metody

Pro stanovení rozsahu choroby a pro zhodnocení celkového stavu pacientky má zásadní význam laboratorní vyšetření.

Hematologická vyšetření – vyšetření krevního obrazu a sedimentace jsou obvyklé postupy poskytující jednu ze základních informací o celkovém stavu pacientky. Výjimečně mohou naznačit i možný metastatický proces v kostní dřeni.

Biochemická vyšetření – součástí základního vyšetření jsou hladiny – Na, K, Cl, Ca, P, Fe, urey, kreatininu, bilirubinu, ALT, AST, ALP, GMT, LD a případně dalších.

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

Vyšetření nádorových markerů. Jedná se o tzv. *onkofetální antigeny*. Jsou to biologické materiály, které prokazujeme imunologickými metodami. Nacházejí se v různých tkáních (embryonální, fetální,...), především však v tkáni nádorové. Pro diagnózu primárního nádoru v prsu, ale též k detekci metastáz se doporučuje vyšetřit dva nádorové markery: **Ca 15-3 a CEA**. Používají se ve snaze včas zachytit recidivu nebo k monitorování onkologické léčby.

Nádorové markery prsu: CEA, CA-15-3, CA 549, CA M26, M29,
CA 27.29, MCA

2.10.4. Zobrazovací metody

Mamografie

Je základní vyšetřovací metodou u žen s klinickými příznaky onemocnění prsu. U mladých žen se indikuje jen individuálně ve vybraných případech, a to na základě výsledku ultrasonografie.

Je zapotřebí odlišit mamografii klinickou (diagnostickou) a screeningovou. První je využívána k diagnostice léze prsu u symptomatických žen, druhá je metodou sekundární prevence – včasného zachytu karcinomu prsu v jeho asymptomatickém stadiu. Přibližně 10% karcinomů prsu, především lobulárních, není schopna mamografie detekovat.

Mamografie se provádí na speciálním rentgenovém přístroji - mammografu. Je metodou, která využívá měkké, nízkoenergetické záření. Má být prováděna ve dvou projekcích (kраниokaudální a mediolaterální), provádění mamografie jen v jedné projekci není adekvátní diagnostický postup. Průměrná velikost nádorů prsu detekovaných mamografií je 9-10 mm (neměla by překročit 15mm). I při absenci viditelné formace v prsu je mamografie schopna zachytit tzv. mikrokalcifikace, které mohou být prvním příznakem nemoci.

Ultrasonografie prsu (UZ, SONO)

Ultrazvuk prsů je doplňující metoda mamografie tam, kde snímek není dobře čitelný, u žen s výraznými fibrózními změnami prsu, tzv. mastopatií. Ultrazvuk dobře diferencuje solidní lézi od cystické a je metodou volby pro detekci formací prsu u mladých žen do 30-35 roku života. Doplní nejednoznačný mamografický nález a přispívá ke snížení zbytečně prováděných biopsií pro benigní nálezy. Není schopen registrovat mikrokalcifikace a karcinomy prsu spolehlivě diferencuje až od velikosti 1 cm. Není vhodnou metodou pro screening. (19)

CT (výpočetní tomografie) prsu

V diagnostice karcinomu prsu se indikuje jen výjimečně. Hlavní indikací je posouzení vztahu dorzálně lokalizovaného karcinomu k hrudní stěně (event. prorůstání).

Významnější roli hraje při potvrzení či vyloučení vzdálených metastáz.

Magnetická rezonance prsu (MR)

MR používá neionizující záření, vzniká výbojný kontrast při zobrazení měkkých tkání. Tento kontrast lze podle potřeby měnit volbou vlnového intervalu.

Je to nová vyšetřovací metoda se speciálními indikacemi. Kromě přístroje vyžaduje také speciální prsní cívku. Mezi hlavní indikace patří podezření na závažnou patologickou změnu prsů se silikonovou protézou či odlišení jizvy od nádorové recidivy.

Duktografie

Metoda spočívá v provedení mammografie poté, co se do mlékovodu aplikuje kontrastní látka. Umožňuje zobrazit vývodný systém prsu (mlékovody) a odhalit s vysokou spolehlivostí intraduktální léze. Indikuje se při patologické sekreci z prsní bradavky, především serózní či krvavé (bez ohledu na výsledek cytologického vyšetření).

2.10.5. Punkční diagnostika

Otisková a aspirační cytologie tenkou jehlou (FNBA – fine needle breast aspiration).

Otisková cytologie a cytologie z punktátů velkých cyst nemá valný přínos. Cytologicky vyšetřujeme jen sankvinolentní sekreci či aspiráty. Aspirace solidních útvarů tenkou jehlou na cytologické vyšetření rovněž nedoznala většího rozšíření. I když dobrá laboratoř je schopná stanovit nejen cytotyp, ale i provádět imunohistochemická vyšetření.

Punkční biopsie

Jedná se o metodu punkce tlustou jehlou (core-cut, tru-cut), většinou bioptickým „dělem“ (biopsy gun). Je získán váleček tkáně síly jehly (14 gauge), délky až 2 cm, ze kterého je již možné provést histopatologický rozbor tkáně a různá imunohistochemická vyšetření.

2.10.6. Doplnující vyšetření

Jiné vyšetřovací metody se používají především k vyhledávání vzdálených metastáz, při pátrání po primárním nádorovém onemocnění, dále posuzujeme rozsah onemocnění a sledujeme nejenom reakci organismu na léčbu, ale i samotný úspěch léčby.

Mezi tyto metody řadíme: rentgenový snímek hrudníku, UZ břicha, scintigrafii skeletu, rentgenový snímek skeletu, Positron Emission Tomography (PET), endoskopické vyšetřovací metody a jiná doplňující vyšetření.

2.11. Léčba karcinomů prsu

Karcinom prsu byl dlouho považován za lokální, případně lokoregionální onemocnění. Proto zprvu převažovaly snahy o zvýšení radikality chirurgické léčby jako prakticky jediné terapie tohoto onemocnění. Dosažené léčebné výsledky však ukázaly tuto hypotézu chybnou. Přihlásila se ke slovu léčba systémová (ať chemická nebo hormonální) a přijetí skutečnosti, že karcinom prsu je většinou systémovým onemocněním je dnes samozřejmostí.

2.11.1. Chirurgická léčba

Chirurgická léčba je indikována jako primární u karcinomů prsu stadia I/II. Velikost nádoru nad 5 cm většinou nepředstavuje technickou inoperabilitu, avšak z hlediska prognózy nemoci je výhodnější zahájit léčbu

chemoterapií. Rovněž u inflamatorního karcinomu je indikována primárně onkologická léčba. Na neoadjuvantní chemoterapii u primárně operabilních – malých karcinomů prsu není zatím jednotný názor. To samé platí pro koncept konzervativního – prs šetřícího výkonu po neoadjuvantní chemoterapii, která „zmenší“ původně velký nádor na velikost již vhodnou pro *lumpektomii* (= široká resekce tumoru, tumorektomie) – tumor odstraněn „en bloc“ s 1 cm lemem zdravé tkáně. U vzdálených (systémových) metastáz je většinou chirurgická léčba již kontraindikována.

(19)

2.11.1.1. Operativa:

- Standardem zůstává modifikovaná **radikální mastektomie**. Představuje snesení prsu s pektorální fascií a exenteraci axily v rozsahu I a II etáže lymfatických uzlin.
- **Prostá mastektomie (*mastectomia simplex*)** – odstranění prsu bez axilární lymfonodektomie. Používá se v některých případech rozsáhlého intraduktálního karcinomu, nebo invazivního karcinomu např. u starých žen s invazivním karcinomem které mají klinicky negativní nález v axile a kontraindikaci chemoterapie.
- Druhou možností je **prs šetřící výkon**, který odstraňuje tumor s lemem okolní zdravé tkáně.

2.11.1.2. Kontraindikace chirurgických, prs šetřících výkonů:

- Tumor větší než 4 cm v největším průměru, centrální lokalizace nádoru.
- Nepoměr mezi velikostí nádoru a prsu.
- Multifokalita, multicentricita nádoru, difúzní mikrokalcifikace.
- Gravidita 1., 2. trimestru. Žena musí porodit před zahájením radioterapie
- Sklerodermie, Lupus erytematodes, ataxie-telangiektázie – představují lokální komplikace radioterapie.

2.11.1.3. Axilární lymfonodektomie = exenterace axily

Problematika lymfonodektomie u karcinomu prsu je stále příčinou různých kontroverzí. Dobře provedený výkon však poskytuje důležité informace o prognóze a strategii další léčby a snižuje riziko regionálních metastáz. Nález v axile podstatným způsobem ovlivňuje léčebný plán.

Radikální radioterapie axily je stejně tak efektivní jako dokonalá axilární lymfonodektomie, avšak má více komplikací (progredující neuropatie plexus brachialis).

Anatomicky lze rozdělit axilu do I. až III. etáže. V současné době je adekvátním výkonem lymfonodektomie v I. a II. etáži lymfatických uzlin. Počet lymfatických uzlin v axile je odhadován přibližně na 35-40. Lymfonodektomií má být získáno minimálně 10 LU (lymfatických uzlin).

(19)

2.11.2. Radioterapie

„Radioterapie patří podobně jako operace k typicky lokoregionální léčbě. Jestliže cílový objem obdrží kanceroleální dávku pro daný tumor, pak výsledek může být až kurativní. Problémem však zůstávají nádory již diseminované a dále skutečnost, že karcinomy prsu nepatří k výrazně senzitivním tumorům.

- *U počátečních forem ca prsu*, jestliže byl proveden pouze tzv. konzervativní, prs šetřící operační výkon, je následná radiační léčba obligátním postupem.
- *Po radikální operaci* je indikace k záření většinou fakultativní a řídí se více aspekty. Většina pracovišť dává přednost ozáření v případě metastaticky postižených axilárních uzlin nebo při nepřehledném fyzikálním nálezu na hrudníku nebo v podpaží.
- *Ozáření plánované jako předoperační*. Radioterapeut se snaží lokálně ovlivnit pokročilý tumor a chce docílit možnosti operace primárně inoperabilního nádoru.

- *Ozáření pokročilého nádoru radikální dávkou se záměrem dosáhnout kontroly nádorového procesu.“ (8, str. 58, 59)*

Cílovou oblastí pro radiaci jsou: prs po parciální chirurgické operaci, hrudní stěna po mastektomii, spádová axila a spádový nadklíček.

Po konzervativní operaci na prsu provádíme radioterapii vždy, prakticky ihned po odstranění chirurgických stehů. Postižený prs ozařujeme celkovou dávkou 50 Gy na lineárním urychlovači 4/6 MV. Léčba trvá 5-6 týdnů. K této léčbě se přidává ještě dosycení nádorového lůžka 10 – 15 Gy (boost).

Radiační dávka pro ozáření hrudní stěny po mastektomii, spádové axily a nadklíčku by se měla pohybovat kolem 50 Gy. Předoperační ozáření se obvykle ordinuje do dávky 40 až 50 Gy.

Významně se však radiace uplatňuje především jako ryze paliativní ozařování. Ozařování tak může výrazně zlepšit kvalitu života pacientky, a to často i na delší dobu.

2.11.3. Chemoterapie

„Chemoterapie znamená podávání léků, které jsou produkty chemické syntézy. V onkologii se pod pojmem chemoterapie rozumí podávání léků s cytotoxickým účinkem, ať již jsou původu syntetického, či jde o deriváty látek získaných z rostlin či plísní. Cílem této skupiny léků je poškodit nádorovou DNA.“ (3, str. 178)

Karcinom prsu je systémové onemocnění, u něhož jsou většinou v době diagnózy předpokládány mikrometastázy. Proto je chemoterapie v současné době stále více zařazována do léčebných algoritmů. Diseminovaný karcinom prsu není vyléčitelný, avšak je jedním ze solidních tumorů, který dobře reaguje na chemoterapii. Chemoterapie prodlužuje délku života a zlepšuje jeho kvalitu.

1. Monochemoterapie

Nejméně u čtyřiceti cytostatik byla prokázána účinnost v léčbě karcinomu prsu. Nejúčinnější cytostatika v monoterapii (doxorubicin, cyklofosfamid, 5-fluorouracil, metotrexát) jsou základem kombinovaných léčebných režimů první volba.

2. Adjuvantní chemoterapie

Adjuvantní systémovou chemoterapií je možné prokazatelně prodloužit celkovou dobu přežití. Konvenční chemoterapie by měla být zahájena do 3 týdnů od chirurgického výkonu. Trvání adjuvantní chemoterapie déle než 6 měsíců není opodstatněné. Rozhodující pro dlouhodobý léčebný výsledek je dodržení dávkové intenzity.

3. Neoadjuvantní systémová chemoterapie

Tato chemoterapie je podávána před standardní lokoregionální léčbou (před chirurgickým výkonem nebo radioterapií). Má vliv na potenciální mikrometastázy a lokální růst nádoru. Optimální kombinace léčiv není dosud známa. U operabilních nádorů (větší jak 3 cm) je tato terapie indikována v případě, že poměr velikosti nádoru a prsu neumožňuje pacientce nabídnout operaci zachovávající prs.

4. Chemoterapie metastazujícího ca prsu

Je-li celkový stav (performance status) příznivý, je tudíž i lepší tolerance chemoterapie. Kombinace cytostatik v léčbě metastazujícího karcinomu prsu jsou identické s adjuvantní chemoterapií.

2.11.4. Hormonální léčba

„Indikace pro hormonální terapii je založena na stanovení hormonálních receptorů v primárním tumoru. Objektivní odpověď není vyhodnotitelná dříve než za 6 až 8 týdnů. Při efektivitě je nutno v hormonální léčbě pokračovat trvale až do relapsu. Při relapsu je nezbytné nasadit preparát druhé, event. třetí řady, přičemž se jednotlivé preparáty zásadně nekombinují.“ (8, str. 73)

1. Adjuvantní hormonální léčba:

U premenopauzálních žen je podávána u některých pacientek stadia I a stadia II tam, kde byla prokázána pozitivita hormonálních receptorů a není preferována chemoterapie a u většiny postmenopauzálních žen s pozitivitou hormonálních receptorů v nádoru u kterých není indikována chemoterapie.

2. Additivní hormonální léčba :

Při této léčbě se používá Tamoxifem 20 mg/ den po dobu 5 let, což je nesteroidní antiestrogen. Je lékem první volby u postmenopauzálních žen s pokročilým karcinomem prsu.

Tamoxifen je preparát I. řady. Mezi preparáty II. řady patří např. Arimidex, Formestran, Letrozol (Femara). Preparáty III. řady jsou: Provera, Megace.

3. Ablační hormonální léčba:

Základní hormonální léčbou premenopauzálních žen je ovariectomie. Dalšími metodami jsou pak: radiační kastrace, medikamentózní kastrace (analoga GnRH).

4. Paliativní hormonální léčba:

Používá se u progredujícího onemocnění - kastrace u premenopauzálních žen.

2.11.5. Jiná léčba

Zatím ve stadiu klinického zkoušení je léčba Herceptinem. Jedná se o humanizovanou monoklonální protilátku anti-HER-2/neu. Podává se většinou pacientkám, které mají metastazující karcinom prsu, jež nereaguje na různou chemoterapii.

2.12. Prevence

2.12.1. Primární prevence

Primární prevence se zaměřuje především na vyvarování se rizikovým faktorům. Ne všechny rizikové faktory lze ale ovlivnit nebo se jim vyvarovat (např. nástup první menstruace, výška).

- *Dieta s nízkým obsahem tuku* – je vhodná z více zdravotních důvodů.
- *Omezená spotřeba alkoholu* – ženám, zejména s vyšším rizikem karcinomu prsu, je vhodné doporučit snížení požívání alkoholu.
- *Vzdělávání* – snahou je osvěta v oblasti samovyšetřování, znalosti příznaků a rizikových faktorů onemocnění, nepodceňování onemocnění samotného a schopnosti vyhledat lékaře.

2.12.2. Sekundární prevence

- **Samovyšetřování:** lze říct, že prevence rakoviny prsu v pravém slova smyslu neexistuje a proto je zatím jediným úspěšným prostředkem včasného odhalení choroby samovyšetřování. Je to nejjednodušší metoda včasného záchytu a jak je zřejmé z názvu, vyšetřování si provádí žena sama, a to pravidelně každý měsíc. Nejlepší období pro samovyšetřování je druhý nebo třetí den po skončení menstruace, kdy jsou prsy bez veškerého napětí. Pro ženy, které nemenstruují, je vhodný kterýkoliv snadno zapamatovatelný den, např. první den v měsíci.

Techniku samovyšetřování blíže popisuje brožura, kterou uvádím v příloze č. 9.

- **Vyšetření prsů lékařem:** mezi 20. – 40. rokem věku by se měla žena podrobit nejméně jednou za tři roky lékařskému vyšetření prsů. U žen nad 40 let, kdy riziko značně narůstá, by mělo být preventivní lékařské vyšetření provedeno každý rok.
- **Mammografický screening:** Absolutní indikací k mammografii je hmatná rezistence, sekrece z bradavky, ekzém bradavky či dvorce, a opakující se lokalizované palčivé bolesti prsu. Relativní indikací k mammografii jsou ženy nad 50 let, riziková osobní a rodinná

anamnéza, ženy s menarché před 11. rokem věku, ženy s pozdní menopauzou, obézní ženy a ženy s podávanou substituční hormonální terapií. Všechny ženy v České republice ve věku od 45 let do 69 let mají každé dva roky nárok na mamografické vyšetření.

- **http://www.koc.cz/pro_lekare/vypocet_rizika_nadoru_prsu.html** - je internetová adresa, kde si podle Pecnova modelu může každá žena vypočítat individuální riziko vzniku karcinomu prsu (celý Pecnův model uvádím blíže v příloze č.8).

3. Základní údaje o nemocné

3.1. Identifikační údaje

Jméno a příjmení: J. R.

Rodné číslo: xxxxxx / xxx

Věk: 64

Pohlaví: ženské

Tělesná výška: 167 cm

Tělesná váha: 71 kg

Národnost: česká

Stav: vdaná

Oslovení: paní R.

Vyznání: římsko-katolické

Bydliště: Klatovy

Povolání: důchodkyně

Osoba, kterou lze informovat: P. R. (manžel)

Místo hospitalizace: onkologické oddělení fakultní nemocnice

Datum přijetí: 30.11. 2005

Lékařská diagnóza při přijetí: Ca mammae l. sin. T4b NX MX (C 50.9)

Vedlejší lékařské diagnózy: Anxiózně – depresivní syndrom
(určil onkolog v ambulanci, diagnóza nebyla stanovena psychiatrem)

Informovanost pacienta o své diagnóza: Pacientka je plně informovaná

3.2. Údaje z lékařské anamnézy:

Pacientka J.R. narozená 12.1. 1942 byla na onkologickém oddělení fakultní nemocnice hospitalizována od 29.11. 2005 s dg. Ca mammae l. sin.

Nynější onemocnění

Cca před 3 týdny zarudnutí + bolestivost v oblasti mammy vlevo. Nyní subfebrilie, nárůst rezistence. Vyšetřena v místě bydliště, vysloveno podezření na eryzipeloidní ca, přeléčena ATB – bez výraznějšího efektu. Přes přítelkyni se dostavila na chirurgii, odtud poslána na onkologii.

Rodinná anamnéza

Otec zemřel v 78 letech, matka zemřela v mládí na infekční onemocnění. Sourozenci: bratr – zdrav. Děti: dcera (43 let), syn (35 let), oba zdraví. Bydlí s manželem.

Osobní anamnéza

Nebyla vážněji nemocná.

Operace: 0

Úrazy: 0

DM: 0, CMP: 0, TBC: 0

Krvácivé projevy: 0

Stav přítomný

Pacientka orientovaná, depresivní, spolupracuje, klidové eupnoe, bez ikteru a cyanosy, výživa a hydratace přiměřená. Alterovaná z vývoje nálezu v oblasti mammy vlevo.

Hlava: na poklep nebolestivá, inervace správná, jazyk plazí ve střední čáře, vlhký. Hrdlo klidné.

Krk: uzliny 0, štítná žláza nezvětšená.

Hrudník: symetrický, páteř pokleповě nebolestivá, dýchání čisté, sklípkové, AS pravidelná, ozvy srdeční bez šelestu.

Břicho: v niveau, měkké, palpačně nebolestivé, bez hmatné rezistence, hepar k oblouku, slezina nenaráží, tpt. negativní.

DK: bez otoků, bez známek zánětu.

Per rectum: okolí anu klidné, ampula volná, v dosahu prstu bez hmatné rezistence.

Lokální nález

Vlevo: Prs tuhý, infiltrovaný tumorem v celém rozsahu. Rezistence deformující prakticky celý prs, špatně pohyblivá proti spodině. Z bradavky purosangvinolentní sekrece, kůže lehce zarudlá. Uzliny v axile nezachytitelné, nadklíček volný.

Vpravo: Mamma s centrální mastopatií, bez hmatné rezistence, axila volná, nadklíček volný.

Farmakologická anamnéza

Trvale žádné léky neužívá. Nyní analgetika: Ibuprofen.

Gynekologická anamnéza

Menses od 15 let do 54 let, cyklus pravidelný.

Spontánní porody 2, v 21 a 29 letech.

UPT: 0, AB: 0.

Alergická anamnéza

Neguje.

(20)

3.3. Provedená diagnostická vyšetření dle časového sledu

➤ **Biopsie z levého prsu dne: 15.11.2005**

závěr: histologicky špatně diferencovaný velkobuněčný, zřejmě
dlaždicobuněčný ca.

➤ **Výsledky laboratorních vyšetření:**

Krevní obraz dne: 21.11. 2005

Leukocyty	10,5	10 ⁹ / l	(3,9 ... 10,0)	(...) ^x
Hemoglobin	117,0	g / l	(120,0 ... 160,0)	x(...)
anisocytosa dest	17,8		(15,5 ... 17,1)	(...) ^x

Krev – biochemie dne: 21.11.2005

S-vápník	2,65	mmol / l	(2,20 ... 2,50)	(...) ^x
S,P-glukosa	6,3	mmol / l	(3,7 ... 5,6)	(...) ^x
S-CEA	6,1	ug / l	(0,0 ... 5,2)	(...) ^x
S-CA 15-3	134,4	kU / l	(0,0 ... 29,0)	(...) ^x

Moč + sediment dne: 21.11.2005

Krev v moči	1	arb.j.	(0 ... 0)	(...). ^{<x}
Erytrocyty	41	el / ul	(0 ... 15)	(...) ^x
Leukocyty	178	el / ul	(0 ... 25)	(...). ^{<x}
Epitelie kulaté	6	el / ul	(0 ... 5)	(...) ^x

Ostatní laboratorní nálezy v normě.

➤ **Bronchoskopie dne: 22.11. 2005**

závěr: suspektní tumorová infiltrace před odstupem pro lingulu,
proveden brush a aspirace

cytologie z bronchoskopie: PAP II

- **EKG dne: 30.11.2005**
 - nespecifické repolizační změny

- **RTG S+P dne: 21.11. 2005**
 - bez ložiskového postižení

3.4. Průběh hospitalizace

30.11. 2005

Paní J.R. přijata k plánované hospitalizaci k dalšímu vyšetření a stanovení léčebného postupu. Při příjmu je s pacientkou sepsána vstupní ošetřovatelská anamnéza, seznámena s provozem oddělení a jeho řádem. Po vzájemné dohodě a dle možností oddělení, je paní J.R. vybrán klidný dvoulůžkový pokoj, kde bude momentálně sama. Je seznámena se sociálním vybavením pokoje, signalizačním zařízením, ovládáním televize a místem, kde jsou v pokoji uložena práva pacientů k prostudování.

Paní J.R. doprovází manžel, který jí pomáhá s vybalováním osobních věcí. Nato si pacientku vyšetří lékař.

Obvaz na levém prsu je viditelně prosáklý, proto je dle ordinace lékaře proveden jeho převaz. Po osprchování je prs osušen mulovými čtverci, přiloženy sterilní čtverce s roztokem Betadine a savé čtverce, které jsou přelepeny náplastí. Navrch je pacientce navléknuto tílko z prubanu. O převazu je proveden zápis do dokumentace (popis rány – viz 1.ošetřovatelská diagnóza, str. 54).

Je zkontakována nutriční terapeutka. Jsou jí předány informace o problémech paní J.R. s výživou. Pacientce je proto ordinována dieta: výběr (přesnější popis viz ošetřovatelské diagnózy).

V odpoledních hodinách je nemocná edukována na téma: chemoterapie, nežádoucí účinky a komplikace chemoterapie, samovyšetřování prsu. Pacientka má spoustu otázek i ohledně alopecie. Jsou jí předány brožury z onkologické ambulance.

Ve večerních hodinách je pacientka doprovozena do koupelny, kde

se osprchuje a je opětovně proveden převaz levého prsu.

Medikace: Lexaurin 1,5 mg 1-1-1

Novalgin 1-1-1 d.p.

1.12. 2005

Proveden převaz levého prsu + zápis do dokumentace. Převaz se dne 1.12. ještě dvakrát opakoval.

Proběhla velká vizita, kde se naplánoval 1. cyklus **chemoterapie v režimu TEC**, který pacientka zahájí zítra (2.12.2005).

V dopoledních hodinách paní J.R. absolvovala ECHO vyšetření. Vyfotografoval se levý prs.

Paní J.R. je informována o vhodných kondičních dechových cvičeních. Večer přichází za pacientkou návštěva.

Medikace: Lexaurin 1,5 mg 1-1-1

Novalgin 1-1-1 d.p.

Fortecortin 4 mg 0-0-4

2.12. 2005

Před začátkem chemoterapie absolvovala paní J.R. převaz na chirurgii (doporučují stejný postup při ošetřování rány). Zavedena PŽK (periferní žilní kanyla) do LHK (levé horní končetiny).

Chemoterapie TEC 1. cyklus

D1 TAXOL 175 mg / m²

D1 EPIRUBICIN 80 mg / m²

D1 CFA 500 mg / m²

Premedikace: Fortecortin 4 mg 4-0-0

Rozpis chemoterapie: D1

1. inf. 100 ml FR + Kytril 3 mg
2. inf. 100 ml FR + **Epirubicin 150 mg**, kapat rychle
3. proplach žíly 20 ml FR
4. **CFA 900 mg** i.v.
5. proplach žíly 20 ml FR
6. inf. 100 ml FR + Primamet 300 mg + Dithiaden 1 mg ; kapat 30 minut
7. inf. 100 ml FR + Dexona 8 mg ; kapat 30 minut
8. inf. 100 ml FR (sklo + speciální set) + **Taxol 30 mg**, kapat rychle
9. inf. 500 ml FR (sklo + speciální set) + **Taxol 300 mg**, kapat 3 hodiny

Přísná observace pacientky během aplikace Taxolu. TK, P měřit každých 30 minut. Při známkách alergické reakce okamžitě infuzi přerušit a volat lékaře.

V 17 hodin: Dithiaden 2 mg 1 tbl.

Ca eff. 500 mg 1 tbl.

V 22 hodin: inf. 100 ml FR + Kytril 3 mg + Apaurin 1 amp.

Aplikace přípravku Taxol zahájena dne: 2.12. 2005 v 12:⁰⁰

Čas	TK	P	Projevy alergie
12: ⁰⁰	120 / 66	72´	negativní
12: ⁰⁵	120 / 68	67´	negativní
12: ³⁰	123 / 69	66´	negativní
13: ⁰⁰	120 / 60	62´	negativní
13: ³⁰	106 / 60	67´	negativní
14: ⁰⁰	105 / 60	66´	negativní
14: ³⁰	107 / 62	68´	negativní
15: ⁰⁰	106 / 62	66´	negativní
15: ³⁰	106 / 60	66´	negativní

Během aplikace chemoterapie v režimu TEC nedošlo k vzniku žádné alergické reakce, ani jiné komplikace.

Medikace: Lexaurin 1,5 mg 1-1-1

Novalgin 1-1-1 d.p.

3.5. Farmakoterapie

V době hospitalizace se pacientce podávala následující farmaka:

Apaurin

Indikační skupina: anxiolytikum, antiepileptikum

Indikace: akutní stavy úzkosti a vzrušení, abstinenční syndrom, status epilepticus, z anestezie: premedikace

Nežádoucí účinky: hypotonie, ospalost, únava, ataxie, somnolence, poruchy paměti, dysartrie, zácpa, retence bronchiálního sekretu, riziko vzniku lékové závislosti

Betadine liq

Indikační skupina: antiseptikum, lokální dezinficiens

Indikace: dezinfekce kůže, k ošetření ran, k léčení bakteriálních a plísňových onemocnění, k předoperační dezinfekci pacienta

Nežádoucí účinky: podráždění kůže

Ředí se: 1 : 10

Calcium eff.

Indikační skupina: soli a ionty

Indikace: doplňková léčba při zánětlivých procesech a při alergiích, zvýšená potřeba vápníku v graviditě, laktaci, rekonvalescenci, v období růstu

Nežádoucí účinky: zažívací obtíže, pocit tlaku v břiše, zácpa, nauzea.

Dlouhodobé užívání vede k ukládání vápníku v ledvinách.

Dexona

Indikační skupina: hormon, glukokortikoid

Indikace: potlačení zánětlivých a alergických projevů a stavů, autoimunitní choroby, těžké formy alergických reakcí, hematologické a nádorové nemoci

Nežádoucí účinky: diabetes, sekundární arteriální hypertenze, osteoporóza, psychické změny, peptické ulcerace, infekce, vysoké dávky vedou ke vzniku Cushingova syndromu

Dithiaden

Indikační skupina: sedativní antihistaminikum

Indikace: alergická rinitida, chronická kopřivka, bodnutí hmyzem, alergické reakce na podání léčiv nebo potravin, atopická dermatitida

Nežádoucí účinky: ospalost, únava, bolesti hlavy, nauzea, zvracení

Endoxan (Cyclophosphamidum monohydricum)

Indikační skupina: cytostatikum

Indikace: užívá se při kombinované chemoterapii nebo jako monoterapie u leukémií, maligních lymfomů, metastazujících a nemetastazujících solidních tumorů, progresivních autoimunitních onemocnění a imunosupresivní farmakoterapii při transplantacích orgánů

Nežádoucí účinky: leukopenie, trombopenie, anémie, nauzea, zvracení, průjem, zácpa, hemoragická cystitida, mikrohematurie, makrohematurie, poruchy spermatogeneze s následnou azoospermii, poruchy ovulace, sekundární tumory, alopecie, změny pigmentace dlaní a nehtů, záněty kůže a sliznic, závratě

Paravenózní aplikace: okamžitě zastavit infuzi, paravazát aspirovat kanylací, oblast propláchnout fyziologickým roztokem, končetinu znehybnit. Obvykle nehrozí cytostatické poškození tkáně.

Farmorubicin (Epirubicini hydrochloridum)

Indikační skupina: cytostatikum

Indikace: karcinom prsu, karcinom ovaria, karcinom plic, karcinom žaludku, karcinom močového měchýře, sarkomy měkkých tkání a kostí, nehodkinský lymfom a Hodgkinova choroba

Nežádoucí účinky: leukopenie, trombocytopenie, akutní a chronická kardiotoxicita (arytmie, kardiomyopatie), mukositida, stomatitida, alopecie, hyperpigmentace

Paravenózní aplikace: infuzi okamžitě přerušit, přivolat lékaře, řídit se jeho pokyny. Hrozí těžké poškození tkáně, až nekróza.

Fortecortin (Dexamethasonum)

Indikační skupina: hormon, perorální glukokortikoid

Indikace: revmatoidní onemocnění, difúzní onemocnění pojiva, těžké formy alergických reakcí, těžké kožní choroby, těžká hematologická onemocnění, maligní onemocnění (pomocná léčba při aplikaci cytostatik s výrazným antiemetickým účinkem), nefrotický syndrom

Nežádoucí účinky: při dlouhodobé terapii se mohou projevit účinky kortikoidní léčby (snížená odolnost proti infekcím, změny látkové přeměny, ovlivnění CNS, zhoršení vředové choroby gastroduodenální, hypertenze, otoky)

Fyziologický roztok (Chlorid sodný 0,9%)

Indikační skupina: infúzní roztok

Indikace: tekutinová a elektrolytová náhrada, ztráta chloridů, izotonická tekutinová náhrada, krátkodobá náhrada intravaskulárního objemu, nosný roztok, roztok pro přípravu nebo ředění léčiv, externě pro oplachy ran

Nežádoucí účinky: hypernatrémie, hyperchlorémie, hyperhydratace (při podání většího množství)

Kytril (Granisetroni hydrochloridum)

Indikační skupina: antiemetikum

Indikace: k prevenci a léčbě akutní i pozdní fáze nauzey a zvracení během léčby cytostatiky a při radioterapii a k prevenci a léčbě pooperační nauzey a zvracení

Nežádoucí účinky: bolesti hlavy, zácpa, alergické reakce včetně kožních eflorescencí

Lexaurin

Indikační skupina: psychofarmakum, anxiolytikum

Indikace: stavy strachu, anxiózní stavy a úzkost provázející jiné choroby, tréma, poruchy spánku, stavy vzrušenosti, psychogenní a neurogenní svalové spazmy

Nežádoucí účinky: riziko vzniku lékové závislosti, únava, ospalost, závratě, zmatenost, pocit zaujatosti v hlavě

Novalgin

Indikační skupina: analgetikum, antipyretikum

Indikace: akutní silné bolesti při poraněních, operacích, kolikách, tumorech, bolesti a vysoké teploty, kde jsou kontraindikovaná jiná antipyretika

Nežádoucí účinky: kožní reakce, agranulocytóza, šok, pokles krevního tlaku

Primamet

Indikační skupina: antiulcerózní látka, antagonist H₂ receptorů

Indikace: prevence a terapie peptických vředů, refluxní ezofagitida, terapie akutní pankreatitidy ke snížení acidity v duodenu

Nežádoucí účinky: bolesti hlavy, průjem, dyspeptické potíže, exantém

Taxol

Indikační skupina: cytostatikum

Indikace: užívá se při léčbě karcinomu ovaria, karcinomu prsu, nemalobuněčného karcinomu plic a Kaposiho sarkomu u nemocných s AIDS

Nežádoucí účinky: výrazná reakce přecitlivělosti, útlum kostní dřeně, trombocytopenie, anémie, hypotenze, bradykardie, periferní neuropatie, alopecie, nauzea, zvracení, průjem, záněty sliznic

Paravenózní aplikace: okamžitě zastavit infuzi, aspirovat i.v. jehlou, vyjmout i.v. jehlu, působit silným tlakem na místo vpichu 1 minutu, informovat lékaře, dalších 24 hodin aplikovat teplou kompresi

4. Ošetrovatelská část

4.1. Ošetrovatelský proces

„Ošetrovatelský proces je logický, systematický přístup ke komplexní péči o pacienta. Střednědobý program SZO pro rozvoj ošetrovatelství v Evropě charakterizuje ošetrovatelský proces takto: *Ošetrovatelský proces je soubor specifických ošetrovatelských zákroků v péči o zdraví jednotlivce, rodin a/nebo celých komunit.*

Ošetrovatelský proces má 4 hlavní fáze:

- 1. zhodnocení** potřeb pacienta a prostředků ošetrovatelské péče
- 2. plánování** činností vedoucích k uspokojení vyznačených potřeb
- 3. realizace** ošetrovatelského plánu
- 4. vyhodnocení** efektu péče a zpětná vazba

Písemná forma těchto čtyř fází je známa jako **ošetrovatelský plán**.“

(9, str. 53)

Pacienti jsou chápáni jako aktivní účastníci. Do jaké míry se mohou na tomto interaktivním procesu podílet, je ovlivňována jejich vlastním pohledem na zdraví, stupněm sebepoznání, jejich vnímáním potřeby péče, ale i kvalitou vzájemného vztahu sestry a pacienta.

4.2. Ošetrovatelský model Marjory Gordon

„Marjory Gordon je profesorka ošetrovatelství a autorka ošetrovatelského modelu nazvaného „*Model funkčního typu zdraví*“.

„*Model funkčního typu zdraví*“ je jedním z ošetrovatelských modelů, který umožňuje koncepční rámec pro systematické ošetrovatelské zhodnocení zdravotního stavu klienta/pacienta, v jakékoli oblasti systému péče – primární, sekundární i terciální. Mezi základní pojmy modelu patří: zdraví, funkční a dysfunkční typ zdraví, holistické potřeby, základní lidské

reakce, interakce s prostředím.“ (4, str.18)

Model tvoří **12 oblastí**, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdraví člověka, podle nichž sestra získává potřebné informace:

1. Vnímání zdraví
2. Výživa a metabolismus
3. Vylučování
4. Aktivita – cvičení
5. Spánek a odpočinek
6. Vnímání, citlivost a poznávání
7. Sebepojetí a sebeúcta
8. Role – mezilidské vztahy
9. Sexualita
10. Stres
11. Víra – životní hodnoty
12. Jiné

Tento model jsem si vybrala proto, že umožňuje vnímat pacienta jako holistickou bytost se svými biologickými, vývojovými, psychologickými, sociálními a duchovními potřebami. Model Marjory Gordonové vyhovuje ošetrovatelské praxi, ale i vzdělávání a výzkumu.

4.3. Ošetrovatelská anamnéza

Údaje pro sepsání ošetrovatelské anamnézy jsem získala v den, kdy byla paní J.R. poprvé hospitalizována na onkologickém oddělení (30.11. 2005) především rozhovorem s pacientkou, pozorováním a ze zdravotnické dokumentace.

1. Vnímání zdraví – snaha o udržení zdraví

Paní J.R. uvádí, že nikdy nebyla vážně nemocná. Hospitalizovaná byla dříve pouze dvakrát a to na porodnickém oddělení, když rodila své dvě děti. Prodělala běžná dětská onemocnění, očkována byla. Na stomatologické kontroly chodí pravidelně. Na gynekologické prohlídky chodí obvykle 1x ročně. Uvádí, že nikdy neměla žádné gynekologické problémy. Samovyšetřování prsů začala provádět až poslední rok, nikdy však nic nenahmatala. Přibližně 1x za rok onemocní chřipkou. Udává, že je nekuřačka, za celý život vykouřila 2 cigarety. Často chodí na dlouhou procházku (4 km), problémy s dýcháním nemá. Zdraví dosud považovala za něco „automatického“. To, že by mohla vážně onemocnět si nepřipouštěla. Jako příčinu své nemoci uvádí stres. Prý si hodně všechno „bere“ a tím se stresuje. Nejvíce stresových situací řešila v práci. Udává, že asi před 4 týdny se začala cítit unavená a měla zvýšené teploty. K tomu se přidala bolest v levém prsu, který se začal zvětšovat. Po 2 týdnech navštívila svou gynekoložku, která ji ještě ten den odeslala na mammografii. Vyšetřit šel pouze pravý prs, levý se do přístroje již nevešel. Byla provedena biopsie levého prsu. Hned následující den navštívila chirurgickou ambulanci, kde jí udělali na prsu 2 vpichy. Po tomto výkonu udává značnou úlevu od bolesti. Poté byla odeslána do onkologické ambulance. Zde byla stanovena diagnóza karcinom prsu, pacientce byla doporučena hospitalizace a chemoterapie. Paní J.R. je o své diagnóze informována v plném rozsahu a s léčbou souhlasí.

2. Výživa a metabolismus

Pacientka se snažila celý život dodržovat zásady správné životosprávy, pravidelně se stravovat. Udává, že jedla vždy ráda, ale v míře. V jídlu upřednostňuje především bílé maso, ryby, ovoce a zeleninu. Nejí králíka, sladkou rýži, z ovoce „nemusí“ banány. Nikdy nedržela žádné diety, ani redukční. Za poslední měsíc zhubla 5 kg. Váží 71 kg, měří 167 cm. Její BMI je 25. S váhou je spokojená.

V současné době ji trápí nechutenství. Nesní ani polovinu toho, co jedla dříve.

Její denní příjem tekutin před hospitalizací činil asi 1,5-2 litry. Tolik vypije i v nemocnici. Nejráději pije džusy, minerální neperlivé vody, ovocné čaje a mléko. Dříve pila i káva, na tu prý ale nemá nyní chuť. Alkohol pije příležitostně (víno, Cinzanno). Zuby má své, netrpí na jejich zvýšenou kazivost.

3. Vylučování

Dosud měla stolici pravidelnou, obvykle každý den. Žádná projímadla nepoužívala. Jí hodně vlákniny a snaží se předcházet zácpě.

Poslední týden udává potíže s vyprazdňováním stolice – zácpa. Zde v nemocnici na stolici ještě nebyla. Poslední stolice: 28.11. 2005.

S močením potíže nemá, na močové záněty netrpí. Zvýšeně se nepotí. Z levého prsu kontinuálně vytéká hnědozelená sekrece s mírným zápachem (popis rány – viz 1. ošetřovatelská diagnóza č. 1, str. 54). Rána je krytá sterilními mulovými čtverci, převazuje se d.p. (dle potřeby). Kožní turgor v normě.

4. Aktivita – cvičení

Paní J.R. se nikdy nevěnovala pravidelnému aktivnímu sportování. Jako důvod uvádí časové vytížení. S kamarádkou chodila každý týden 2x na dlouhou procházku (4 km), občas si zašla zaplavat do krytého bazénu.

Nyní je plně soběstačná v oblasti oblékání a stravování. Při chůzi se jí točí hlava, proto potřebuje pomoc s doprovodem do koupelny a na toaletu. Když má nad sebou „dohled“, je si jistější. V nemocnici ji nic nebaví, většinu dne kouká jen do zdi. Občas si zapne televizi, ale nevydrží se dlouho dívat.

5. Spánek a odpočinek

Doma udává tvrdý a dlouhý spánek. Je zvyklá chodit spát kolem 23 hodiny, usíná snadno. Denně spí přibližně 8 hodin. Po probuzení se cítí odpočatá. Někdy si „zdrímne“ i přes den, tak na 1 hodinu po obědě. Léky na

spaní neužívá. Nedodržuje žádné spánkové rituály.

Během hospitalizace spí dostatečně ale přesto se cítí unavená. Má pocit, že celý den prospí. Bolest prsu ji ze spánku nebudí. Na pokoji je spokojená.

6. Vnímání, citlivost a poznávání

Nemocná nosí brýle na dálku i na blízko. Zde v nemocnici je má, ale používá je minimálně. Slyší dobře. Jak s dlouhodobou, tak s krátkodobou pamětí problémy nemá. Občas „něco“ zapomene, ale domnívá se, že *to* je lidské a přichází *to* s věkem. Je orientovaná v čase, prostoru i situaci.

Paní J.R. říká, že se na sebe nikdy výrazně nesoustředila. Poslední tři týdny si prý ale uvědomuje úplně vše, každé píchnutí a změnu. Začala se více zaměřovat na své tělo.

7. Sebepojetí, sebeúcta, vnímání sebe sama

Sebe sama hodnotí jako poměrně citlivého člověka. Hodně si „bere“ problémy druhých a zabývá se jimi a tím se stresuje. Každý den ji navštěvuje manžel a obě děti, přesto se jí po nich neustále stýská. Považuje se za úspěšnou. Vystudovala ekonomickou školu s maturitou a v zaměstnání dosáhla úspěchu. Důchod nebere jako odpočinek a připomínku stáří, naopak. Domnívá se, že nyní bude mít ještě více času na sebe samu.

Sekrece z prsu a zápach jí přijdou odporné, má strach, jak to bude dál. Podle toho, jak bude na chemoterapii reagovat se naplánuje chirurgický výkon. Má obavy z toho, jak bude bez prsu vypadat, jak na ní budou reagovat ostatní, především manžel a rodina. Nyní si nepřipadá přitažlivá a upravená, jako dříve.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Bydlí v panelovém bytě 3+1 spolu se svým manželem. Má dvě děti. Dceru, které je 43 let a mladšího syna, kterému je 35 let. Její děti mají již vlastní rodiny a bydlí nedaleko. S dcerou se vídá každý den, se synem obvykle každých 14 dnů. Mají spolu pěkný vztah, navzájem jim na sobě

záleží. Se sousedy udržuje přátelský vztah, nenavštěvují se, ale problémy s nimi nikdy neměla. Má spoustu přátel, ale jen dvě velmi dobré přítelkyně. Chodí spolu na kávu, do cukrárny, na procházky a občas zajdou do divadla. V partnerském vztahu s manželem je velmi spokojená. Tvrdí, že kdykoli přišla těžká chvíle, mohla se o něj „opřít“. A nyní tomu není jinak. Myslí si, že takto dobrý vztah mají především proto, že byl manžel hodně pracovně vyčerpán a byl často na služebních cestách. Mohli se tak na sebe těšit a byli si bližší.

9. Sexualita, reprodukční období

Začala menstruat v 15 letech. Problémy s menstruací nikdy neměla, cyklus byl pravidelný. Na gynekologické prohlídky chodila pravidelně. Udává, že jí její gynekoložka nikdy nevyšetřila prsa. Na mammografii nechodila. Se samovyšetřováním prsů začala před rokem, nikdy nic nenahmatala. Žádné gynekologické obtíže nikdy neměla. Menopauza nastala v 54 letech. Porodila 2x., v roce 1963 dívku a roku 1971 chlapce. Oba porodila v termínu, komplikace při porodu neuvádí. S laktací potíže neměla. Spontánní potrat ani umělé přerušování těhotenství neměla. Nikdy neužívala hormonální antikoncepci, ani se jinak nechránila. Ve vztahu preferuje vzájemnou věrnost. Neví, co si má o budoucím sexuálním životě myslet. Bude si to prý muset ještě všechno „srovnat v hlavě“. Zatím si to ale prý nedokáže představit.

10. Stres, tolerance, zátěžové situace, jejich zvládnutí

Stres považuje za hlavní důvod svého onemocnění. Tvrdí, že se hodně stresovala v práci, někdy i v osobním životě. Hodně jí záleží na druhých lidech, když mají problémy, hodně si to „bere“. Stresové situace se snažila řešit procházkami, setkáním s přáteli a především četbou. Nyní jí lékař doporučil užívání léků, prý je asi vyzkouší. Je nekuřáčkou, ale udává, že když chodila do práce, tak její kolegyně v kanceláři hodně kouřily. Byla tedy spíše pasivní kuřák. Alkohol pije pouze příležitostně.

11. Víra, životní hodnoty, přesvědčení

Je věřící, náboženství: římsko-katolické. Pravidelně však do kostela nechodí. Každoročně se účastní půlnočních štědrovečerních mší. Je přesvědčena, že „*něco tam nahore*“ je a že dohlíží na všechny lidi, jak se chovají a jak jednají. Myslí si, že trestu nakonec neunikne nikdo. Jen neví, za co potrestal „*ten nahore*“ ji.

12. Jiné

Paní J.R. souhlasí s tím, že chce být plně informována o svém zdraví. Na dotaz, komu smí zdravotnický personál podávat informace odpovídá, že si nepřeje informovat o svém onemocnění nikoho jiného než manžela, dceru a syna.

4.3.1. Ošetřovatelské diagnózy

Na základě rozhovoru s nemocnou jsem sestavila **5 aktuálních a 3 potenciální ošetřovatelské diagnózy**, které jsem po konzultaci s paní J.R. a s přihlédnutím k medicínským prioritám seřadila následujícím způsobem:

Aktuální ošetřovatelské problémy:

1. Porucha kožní integrity a změna tělesného vzhledu
2. Nechutenství
3. Akutní bolest
4. Nedostatek informací
5. Deficit sebeděče

Potenciální ošetřovatelské problémy:

1. Riziko paravenózní aplikace a dalších komplikací
2. Riziko vzniku infekce
3. Riziko úrazu

4.3.2. Plán ošetřovatelské péče (cíl, plán, realizace, zhodnocení poskytnuté péče)

Na základě stanovených ošetřovatelských diagnóz jsem určila cíle a plán péče, poté jsem realizovala činnosti k dosažení cílů. Na závěr uvádím jejich zhodnocení.

Následující ošetřovatelské diagnózy jsem stanovila na období 31.11 až 2.12. 2005 (v průběhu tohoto období jsem pacientku ošetřovala).

4.3.2.1. Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

1. Porucha kožní integrity a změna tělesného vzhledu

z důvodu: exulcerovaného karcinomu levé mammy, jež celý prs
deformuje, výrazná zapáchající sekrece

Cíl: Pacientka je schopná asistovat u hygienické péče a převazu do 3 dnů

Plán:

- Denní kontrola rány při převazech
- Sledovat: velikost, tvar, hloubku, bolest, okolí rány, sekreci, zápach a přítomnost infekce
- Provést záznam do dokumentace (popis převazu, charakteristika rány)
- Informovat pacientku o změnách prsu při každém převazu, vyzdvihnout každé zlepšení

- Zapojovat nemocnou do péče, podporovat její soběstačnost
- Provádět převaz rány aseptickým způsobem d.p. (nejméně však 2x denně)
- 1 hodinu před každým převazem aplikovat analgetika dle ordinace lékaře: Novalgin 3x 1 tbl. d.p.
- Před každým převazem doprovodit nemocnou do koupelny a po odstranění obvazu prs osprchovat
- Dle ordinace lékaře oplachovat ránu při každém převazu F 1/1, přikládat sterilní čtverce s roztokem Betadine, savé čtverce a navléknout tílko z prubanu
- Informovat lékaře o všech změnách, které nastanou
- Často měnit ložní a osobní prádlo
- Instruovat pacientku, aby okamžitě informovala sestru, pokud začne obvaz prosakovat nebo by začala pociťovat bolest
- Informovat pacientku o činnosti svépomocných skupin (př. Jantar)
- Zajistit kontakt nemocné s rodinou (umožnit návštěvám docházet i ve večerních hodinách, spojit telefon na pokoj nemocné...)
- Zajistit vhodnou literaturu (rodinu poprosit o časopisy pro ženy)
- Podporovat pocity sebedůvěry tím, že pacientku chválím
- Po dohodě s lékařem, zajistit konzultaci s klinickým psychologem

Realizace:

Informovala jsem paní J.R. o vhodnosti aplikace analgetik dle ordinace lékaře před každým převazem (Novalgin 1-1-1). Ráno jsem paní J.R. doprovodila do koupelny, kde se posadila na židli. Opatrně jsem jí sundala obvaz z levého prsu. Zde jsem si všimla sekrece, především na použitých čtvercích. Sekrece byla hnědozelená, velké intenzity a lehkého zápachu.

Při každém převazu jsem pacientce popisovala všechny změny, ke kterým postupně docházelo. Snažila jsem se vyzdvihnout především změny

k lepšímu. Po celou dobu převazu jsem paní J.R. vysvětlovala, co provádím a dbala jsem na to, aby mi vždy pomáhala (držela emitní misku nebo igelitový sáček). Poté si pacientka ránu osprchovala, při té příležitosti provedla celkovou hygienickou péči. Poučila jsem ji, aby se vyvarovala vniknutí mýdla do rány. Po osušení okolí sterilními čtverci jsem ránu zhodnotila: levý prs, bradavka povleklá fibinovými povlaky, okolí začervenalé, zánětlivé. Vpravo od bradavky rána po vpichu velikosti 1,0 x 0,5 cm, vlevo od bradavky po vpichu velikosti 1,5 x 1,0 cm. Hloubka neměřitelná. Sekrece hnědozelená, velká, lehkého zápachu.

Ránu jsem vypláchla 20ml fyziologického roztoku. Na ránu jsem přiložila aseptickým způsobem sterilní čtverce s roztokem Betadine (ředila jsem 1:10 s F1/1), savé čtverce a celý obvaz přichytila náplastí. Poté jsem obvaz fixovala tílkem z prubanu.

Po převazu jsem uskutečnila zápis do dokumentace, kde jsem popsala ránu a postup převazu (záznam o provedených převazech uvádím v příloze č.3). Pro silnou secernaci z rány bylo nutné převaz provádět častěji. V poledne jsem vyměnila pouze vrchní savé čtverce. Při večerní hygieně před spaním se celý převaz opakoval. Domluvila jsem se s pacientkou, aby mi okamžitě hlásila, kdyby začal obvaz prosakovat.

S empatickým přístupem jsem s pacientkou uskutečnila rozhovor, který se týkal změny vzhledu jejího těla. Nemocnou jsem informovala o existenci svépomocných skupin (Jantar, Diana) a významu jejich aktivit.

Paní J.R. mě poprosila, zda by za ní směly chodit návštěvy v 19 hodin večer (syn pracuje do 18 hodin). Ujistila jsem nemocnou, že návštěvám nestojí nic v cestě.

Naše oddělení bohužel přímo nespolupracuje s žádným klinickým psychologem. Proto jsem problém konzultovala s lékařem a následně pacientce navrhla, aby po ukončení hospitalizace navštívila klinického psychologa soukromě. Paní J.R. s návrhem souhlasila.

Hodnocení:

Dne 30.11. 2006 byla sekrece z rány nejvýraznější. S každým následujícím dnem se začala sekrece snižovat a zápach slábnout. Okolí bylo stále zarudlé.

Od 2.12. se pacientka zapojila do hygienické péče, snažila se při ošetřování rány asistovat. Držela emitní misku a pomáhala s navléknutím tílka z prubanu. Prs se převazoval každý den 3krát, aby nedošlo k prosáknutí obvazu.

3. den hospitalizace se začala paní J.R. při převazech na ránu dívat častěji, mluvila o ablaci prsu a chtěla vidět, jak vypadají epitézy. Paní J.R. přijala informace o svépomocných skupinách, o návštěvě u klinického psychologa bude přemýšlet.

2. Nechutenství

z důvodu: základního onemocnění

Cíl: Nemocná se aktivně účastní výběru stravy spolu s nutriční terapeutkou.

Plán:

- Stanovit u nemocné BMI
- Zeptat se pacientky, která jídla preferuje
- Kontaktovat nutričního terapeuta
- Podávat nemocné stravu, kterou si sama vybere
- Stravu podávat upravenou
- Dbát o ↑ příjem tekutin (1500 ml)
- Sledovat hmotnost nemocné (vážit 1krát týdně)
- Spolupracovat s rodinou (dcera uvaří polévku, manžel přinese ovoce)
- Dle ordinace lékaře podávat Nutridrink (1-0-1)

Realizace:

Hned při příjmu nemocné jsem stanovila BMI, který zněl: 25. Její stav výživy je tedy přiměřený. Pacientka si ale stěžuje na nechutenství, stav trvá přibližně tři týdny (v souvislosti se základním onemocněním). Paní J.R. si však uvědomuje, že musí jíst, jinak bude slabá, bude špatně reagovat na plánovanou chemoterapii a rána se nebude hojit. Po dohodě s pacientkou

jsem zavolala nutriční terapeutku, která okamžitě zašla za paní J.R. Společně sestavily jídelníček na následující den. Preferovala především teplé polévky, přesnídávky a kompoty. Z tekutin si nemocná přála studené mléko, objem tekutin dále doplňovala slazeným ovocným čajem a minerální neperlivou vodou. Nutriční terapeutka za pacientkou poté každý den docházela a objednávala stravu dle přání nemocné. Tato strava je v ústavním dietním systému označena jako: *výběr*. Při jídle seděla na lůžku a jedla u pojízdného stolečku. Na pokoji pacientky nebyl jídelní stůl, pouze nízký konferenční stolek s hlubokým křeslem (pro stolování nevhodné). Paní J.R. s sebou v nemocnici měla župan, ale do společné jídelny se chodit stravovat odmítala. Jako důvod uvedla, že se nyní nechce pohybovat mezi cizími lidmi a také to, že je slabá a při chůzi se jí točí hlava.

Polévku jedla z hluboké misky. Při jídle používala příbor, který si donesla z domova. Pacientce byl denně podáván Nutridrink 3x 1.

Hodnocení:

Ze spolupráce s nutriční terapeutkou byla nemocná nadšená. Každý den se aktivně účastnila výběru stravy na následující den. Uvítala především možnost objednat si takové jídlo, na které má chuť. Pacienka jedla 3krát denně, v poledne vždy teplé jídlo (většinou polévku). Denní příjem tekutin se pohyboval okolo 1500 ml. Nabízený Nutridrink odmítala, prý jí nechutná (vypila pouze jeden). Rodina souhlasila, že paní J.R. uvaří polévku, kterou má ráda a při další návštěvě ji donesou.

3. den hospitalizace jsem pacientku zvážila, váha byla stejná (71 kg).

3. Akutní bolest

z důvodu: exulcerovaného karcinomu levé mammy

Cíl: Nemocná do 1 hodiny udává, že je bolest mírnější.

Plán:

- Zjistit u nemocné charakter, lokalizaci, propagaci bolesti, změřit intenzitu bolesti na pravítku bolesti
- Zaznamenat výsledky do dokumentace

- Zjistit postoj nemocné k bolesti a analgetické terapii (jakou terapii bolesti preferuje, jak obvykle bolest řeší,...)
- Pomocť pacientce při zaujmutí úlevové polohy
- Informovat lékaře o intenzitě, charakteru, lokalizaci a propagaci bolesti
- Aplikovat analgetika před převazy dle ordinace lékaře (Novalgin 3x1 tbl. d.p.), převazy provádět šetrně
- Odvádět pozornost nemocné od bolesti komunikací
- Sledovat efekt analgetické léčby – po 1 hodině změřit intenzitu bolesti (použít „pravítko bolesti“)
- Po dobu hospitalizace kontinuálně sledovat intenzitu, charakter, lokalizaci a propagaci bolesti 3x denně

Realizace:

První informace o bolesti jsem získala hned při příjmu nemocné. Dotázala jsem se na lokalizaci bolesti, její charakter a kontinuitu. Nemocná udala, že pociťuje tupou bolest stejné intenzity v oblasti levého prsu, která nikam nevystřeluje. Následně jsem u pacientky změřila intenzitu bolesti na vizuální analogové škále. K zjišťování intenzity bolesti jsem použila VAS („pravítko bolesti“) se stupnicí od 0 do 10 (toto „pravítko“ uvádím v příloze č.11). Paní J.R. jsem vysvětlila, že 0 značí žádnou bolest a 10 bolest nesnesitelnou. Nemocná svou bolest označila stupněm 5. Po zápisu do dokumentace jsem o bolesti informovala lékaře, který následně navrhl léčbu bolesti analgetiky (Novalgin tbl. 1-1-1 per os d.p.), které doporučil podávat především před převazy prsu. Paní J.R. tuto možnost zamítla, chtěla hledat jiné způsoby řešení. Nedokázala ale srozumitelně vysvětlit jaké způsoby má namysli. A během prvního dne se to nepodařilo zjistit. Spolu s pacientkou se nám však podařilo najít úlevovou polohu, kterou byla poloha vleže na pravém boku s pokrčenými dolními končetinami.

Současně jsem se zaměřila na úpravu prostředí. Pokoj nemocné jsem dostatečně vyvětrala. Oboje dveře, které vedou na chodbu, jsem zavřela, abych minimalizovala rušivý vliv, jež plyne z provozu oddělení. Pacientka byla na pokoji sama.

Po hodině jsem u pacientky znovu změřila intenzitu bolesti na pravicí bolesti. Pacientka tentokrát uvedla stupeň bolesti č. 4. Pravděpodobně se již tolik nebála. Zjištěnou skutečnost jsem zapsala do dokumentace.

Následující dny jsem pravidelně měřila intenzitu bolesti 3x denně, hodnoty jsem zaznamenávala do dokumentace (uvedeno v příloze č.5).

Dohodla jsem se s nemocnou, že kdyby pocítila náhlý vzestup intenzity bolesti, přivolá sestru.

Hodnocení:

Po 1 hodině pacientka udává, že je bolest mírnější: pokles intenzity bolesti z 5 na 4. Náhlým vzestupem bolesti nemocná za dobu mého ošetřování netrpěla.

4. Nedostatek informací

z důvodu: nedostatku znalostí o chemoterapii, samovyšetřování prsu

Cíl: Pacientka prostuduje informace a položí kontrolní otázky.

Plán:

- Informovat pacientku o možných nežádoucích účincích cytostatické léčby (nauzea a zvracení, alopecie, alergické reakce, změny na kůži a sliznicích, pokles krvetvorby, zácpa, zvracení... atd.)
- Informovat nemocnou o komplikacích, jež se mohou při podávání chemoterapie objevit (nauzea, zvracení, alergická reakce, paravenózní aplikace). Poučít ji o možnostech jejich předcházení (viz edukace)
- Předat pacientce brožury o chemoterapii a samovyšetřování prsu s tím, že se zeptá na případné nejasnosti
- Seznámit nemocnou s důvodem nutnosti samovyšetřování prsu a jak ho provádět
- Dát pacientce možnost k dotazům

Realizace:

V odpoledních hodinách jsem se k pacientce posadila a předala jí brožury o chemoterapii a o samovyšetřování prsu. Vysvětlila jsem jí, co v brožurách najde a na co především by se měla zaměřit. Informovala jsem ji o nežádoucích účincích cytostatik a možnostech jejich předcházení a řešení. Pacientka měla spoustu dotazů na které jsem se snažila v rámci svých možností odpovědět. V průběhu dalších dnů mi pokládala otázky, na které jsem jí vyhledala příslušné informace. Otázky se týkaly především řešení alopecie a epitéz. Předala jsem nemocné letáky, kterými nás zásobují jednotlivé prodejny. Současně jsem pacientce předběžně ukázala katalog. Poučila jsem ji, aby se neváhala zeptat sestry nebo lékaře, když bude mít jakýkoliv dotaz nebo jí bude něco nejasného.

Hodnocení:

Uskutečnila jsem s paní J.R. rozhovor na téma: samovyšetřování prsů a nežádoucí účinky a komplikace chemoterapie. Následně jsem jí předala brožury o samovyšetřování prsu a chemoterapii. Další otázky pacientka podávala v průběhu celé hospitalizace. S odpověďmi se zdála být spokojená, viditelně se snížil počáteční ostych.

5. Deficit sebepěče

z důvodu: smutku, deprese (obavy z náhlého onemocnění, ze ztráty levého prsu, převratné změny životního stylu)

projevuje se: deficitem v oblasti hygieny, oblékání a mobility

Cíl: Pacientka komunikuje se sestrami, dává verbálně najevo svoje obavy.

Pacientka s pomocí sestry provádí všechny ADL (activities daily living).

Plán:

- Dát pacientce příležitost k vyjádření problémů, strachu, otázek
- Naučit pacientku zacházet se signalizačním zařízením. Dbát, aby ho měla vždy na dosah ruky

- Dohlédnout na bezpečnost nemocné
- Komunikovat s nemocnou, naslouchat jí
- Informovat nemocnou, aby se vyvarovala rychlých změn polohy těla
- Poučit nemocnou, aby se před tím, než vstane z lůžka, chvíli posadila
- Doporučit vhodné relaxační a kondiční cvičení (např. dechové cvičení)
- Zapojit nemocnou do péče, podporovat její soběstačnost
- Doprovodit pacientku do koupelny a pomoci jí s hygienickou péčí d.p.
- Při převazech rány nechat pacientku, aby s převazem pomáhala
- Pomoci nemocné s oblékáním d.p.
- Dle ordinace lékaře podávat Lexaurin 1,5 3x1 tbl. per os
- Podporovat naději, upozornit na existence svépomocných skupin (např. Jantar)
- Při zjištění nenaplněné potřeby okamžitě zajistit adekvátní pomoc (např.: nedostatek tekutin – uvařit čaj)
- Umožnit kontakt s rodinou (návštěvy, telefon), rodinu povzbuzovat

Realizace:

V den příjmu jsem u paní J.R. zhodnotila stupeň soběstačnosti dle: *Barthelova testu všedních činností ADL* (uvádím v příloze č. 6). V tomto dotazníku se hodnotí stupeň závislosti v základních všedních činnostech. Paní J. R. dosáhla *75 bodů*, což značí *lehkou závislost*. Paní J.R. se mi svěřila, že se cítí slabá a při chůzi se cítí nejistá. Poučila jsem nemocnou, jak správně vstávat. Seznámila jsem ji s používáním signalizačního zařízení a poučila ji, aby se nebála kdykoli ho použít. Domluvila jsem se s paní J.R., že ji budu doprovázet na toaletu, do koupelny a pomůžu jí s hygienickou péčí, když bude potřebovat.

Při komunikaci s nemocnou jsem respektovala a akceptovala projevy smutku. Podávala jsem paní J.R. otevřené otázky a dávala jí možnost na cokoli reagovat. Snažila jsem se o empatický přístup. Doporučila jsem nemocné dechová cvičení, které prováděla 2x denně.

Za pacientkou denně přicházela návštěva (manžel, děti). Po konzultaci s rodinou jsem navrhla, aby při další návštěvě donesly televizní program a nějaký vhodný časopis pro ženy. Paní J.R. si v televizním programu našla pořad, který později sledovala.

Dle ordinace lékaře jsem pacientce podávala Lexaurin 1,5 3x 1 tbl. per os.

Hodnocení:

Během 3 dnů došlo k výraznému zlepšení, pacientka se již zvládla obléknout sama, při hygieně byl nutný dohled a asistence.

Pacientka sledovala televizi, měla radost z návštěv. 3. den hospitalizace položila paní J.R. aktivně otázku, která se týkala epitéz. Prohlédla si jejich katalog a osahala si pravou epitézu (zapůjčenou z ambulance). Překvapilo ji, že se pro tyto účely vyrábějí speciální podprsenky, prádlo a plavky. Líbil se jí jejich střih a barvy.

4.3.2.2. Potenciální ošetrovatelské diagnózy:

1. Riziko paravenózní aplikace a dalších komplikací

z důvodu: podávání chemoterapie (TEC)

projevuje se: infiltrace tkáně, zarudnutí, bolestivost, nauzea, zvracení, alergická reakce, atd.

Cíl: Nemocný zná komplikace, které mohou vzniknout v souvislosti

s podáváním chemoterapie, dokáže je odhalit a ví jak přivolat S.

Plán:

- Poučit nemocnou o výskytu možných komplikací a jejich projevech, které se mohou objevit v souvislosti s podáváním chemoterapie (bušení srdce, mdloby, horkost, dušnost, bolest v okolí zavedené PŽK, zarudnutí...)
- Seznámit nemocnou s pozdními nežádoucími účinky cytostatik (nauzea, zvracení, pokles krevetvorby, zácpa, průjem, nechutenství, alopecie,...)

- Provádět převaz PŽK každý den
- Okolí PŽK pečlivě kontrolovat
- Dbát, aby byla kanyla dostatečně fixovaná náplastí, překrytá mulovými čtverci a jištěná prubanem
- Poučit nemocnou, aby se vyvarovala prudkým pohybům při podávání infuzí
- Zajistit, aby měla pacientka signalizační zařízení vždy na dosah ruky. Přesvědčit se, že ho umí používat
- Před aplikací chemoterapie se aspirací přesvědčit, že je kanyla v žíle
- Aspirovat i.v. jehlou i několikrát v průběhu aplikace
- Sledovat případné známky paravenózní aplikace
- Při paravenózní aplikaci Taxolu okamžitě přerušit infuzi, aspirovat i.v. jehlou, vyjmout i.v. jehlu, působit silným tlakem na místo vpichu 1 minutu, zavolat lékaře, zajistit jeho ordinace a aplikovat na místo paravenózní aplikace teplou kompresi po dobu 24 hodin
- Při podávání chemoterapie postupovat přesně dle ordinace lékaře
- Přímo před chemoterapií aplikovat antiemetika dle ordinace lékaře: infuze 100 ml FR + Kytril 3 mg
- Kontrolovat rychlost počtu kapek za minutu (podání infuze přes AxFlow)
- Při aplikaci Taxolu zůstat u nemocné alespoň prvních 10 minut a sledovat případné alergické projevy
- Při aplikaci Taxolu kontrolovat TK a P každých 30 minut
- Při známkách alergické reakce okamžitě přerušit infuzi, zavolat lékaře, plnit jeho ordinace. Před příchodem lékaře naředit Hydrocortizon 100 mg + 20 ml F 1/1 a dle ordinace lékaře aplikovat i.v.
- Sledovat celkový zdravotní stav nemocné a případné nežádoucí účinky

Realizace:

Chemoterapie v režimu TEC byla aplikována 3. den hospitalizace. O nežádoucích komplikacích chemoterapie a nežádoucích účincích cytostatik byla nemocná informována již první den hospitalizace. Paní J.R. jsem poučila, že když bude mít nějakou otázku, ať se neváhá zeptat.

Ráno jsem pacientce podala tabletu Fortecortinu 4 mg (první měla večer, den před chemoterapií). Zavedla jsem PŽK do LHK (na hřbetu ruky) aseptickým způsobem, kryla ji filmovým krytím a pevně fixovala náplastí. Poučila jsem nemocnou, aby se vyvarovala prudkým pohybům ruky a to především v době aplikace chemoterapie. Seznámila jsem pacientku s možným nebezpečím paravenózní aplikace cytostatik a jeho důsledků. Signalizační zařízení jsem nemocné umístila na dosah ruky. Podala jsem infuzi s antiemetiky (infuze 100 ml FR + Kytril 3 mg), kterou jsem dala kapat přes AxFlow na 200 ml/hod. Po aplikaci jsem se aspirací přesvědčila, že je PŽK v žíle. Napojila jsem infuzi s cytostatiky (infuze 100 ml FR + Epirubicin 150 mg) a nařídila infuzi na 200 ml/hod). Následně jsem žílu propláchla 20ml FR a po opětovné aspiraci jsem aplikovala CFA 900mg i.v., opět jsem propláchla žílu 20 ml FR. Podala jsem pacientce další dvě infuze (s glukokortikoidy a antihistaminiky). Po jejich dokapání jsem nemocné změřila TK a P a zaznamenala jejich hodnotu do připravené dokumentace (uvádím v příloze č. 4). Odstranila jsem z PŽK spojovací hadičku a AxFlow a napojila speciální set pro aplikaci Taxolu. Tento set zajišťuje podání TAXOLU na dobu delší než 3 hodiny bez nutnosti použití AxFlow. Zahájila jsem aplikaci Taxolu a vyčkala u nemocné prvních 5 minut z důvodu přísné observace. Po 5 minutách jsem znovu změřila TK a P, což jsem prováděla opakovaně každých dalších 30 minut. Všechny hodnoty jsem zaznamenávala do připravené dokumentace. Po dokapání Taxolu jsem na PŽK napojila spojovací hadičku a žílu propláchla 20 ml FR. V 17 hodin jsem pacientce podala Dithiaden 2 mg 1 tbl. per os a Calcium eff. 500 mg 1 tbl., kterou si pacientka rozpustila ve sklenici s vodou. Ve 22 hodin byla podána infuze s antiemetiky a anxiolytiky (infuze 100 ml FR + Kytril 3 mg + Apaurin 1 amp.).

Po celou dobu aplikace jsem sledovala případné nežádoucí účinky a komplikace chemoterapie (pohledem, dotazem).

Hodnocení:

V průběhu podávání chemoterapie nedošlo k paravenózní aplikaci cytostatik. Nežádoucí účinky chemoterapie se během aplikace neprojevily. Paní J.R. ví jak se používá signalizační zařízení a ví kdy a jak přivolat sestru.

2. Riziko vzniku infekce

z důvodu: zavedené PŽK

Cíl: Nemocná zná možné komplikace v souvislosti se zavedenou PŽK

a včas upozorní na každý projev komplikace, které si všimne.

Plán:

- Poučit nemocnou o projevech nežádoucích komplikací (zarudnutí, bolestivost, otok, horkost v místě vpichu)
- Sledovat denně okolí a místo vpichu, zkoušet průchodnost zavedené PŽK
- Denně provádět převaz PŽK aseptickým způsobem
- Sledovat případné známky komplikací
- Sledovat FF (TK, P, D, TT) a výsledky laboratorních vyšetření

Realizace:

PŽK jsem zavedla 3. den hospitalizace aseptickým způsobem, kryla ji filmovým krytím a pevně fixovala. Pacientka odpovídá, že ji zavedená PŽK nebolí, a to ani při proplachu FR či při aplikaci infuze. Místo vpichu bylo klidné, nejevilo známky zánětu. Pacientku jsem poučila o případných známkách infekce v okolí kanyly a poučila ji, aby mi všechny změny, kterých si v souvislosti s PŽK všimne, hlásila.

Hodnocení:

Kanyla byla zavedena 3. den hospitalizace. Během tohoto dne jsem projevy infekce, které by ze zavedené PŽK vznikly, nezpozorovala.

Pacientka znala případné komplikace, jež souvisí se zavedením PŽK.

3. Riziko úrazu

z důvodu: slabosti, porušené koordinace

Cíl: Pacientka neupadne, ani se jinak neporaní.

Plán:

- Poučit pacientku o nebezpečí pádu/úrazu
- Informovat nemocnou, kde se nachází signalizační zařízení (u lůžka, na WC)
- Zajistit, aby měla nemocná signalizační zařízení vždy na dosah ruky
- Poučit ji, aby si vždy, když chce dojít na WC nebo do koupelny, přivolala sestru
- Doporučit vhodnou protiskluzovou obuv (informovat také rodinu)
- Poučit pacientku, aby nevstávala z lůžka, pokud je podlaha mokrá
- Doporučit nemocné, aby se před tím než vstane z lůžka, posadila

Realizace:

Seznámila jsem paní J.R. s rizikem vzniku úrazu (především pádu) po dobu hospitalizace. Poučila jsem ji, že je důležité, aby si před tím než vstane z lůžka, nejdříve na chvíli sedla. Doporučila jsem nemocné, aby nevstávala, pokud bude podlaha mokrá.

Ukázala jsem nemocné, jak se používá signalizační zařízení a kde všude je umístěné a domluvila se s ní, že si vždy, když bude chtít vstát z lůžka, zavolá sestru. Informovala jsem paní J.R. o nutnosti používat pohodlnou pevnou protiskluzovou obuv. Tuto obuv jí následně přinesli rodinní příslušníci.

Hodnocení:

Po dobu 3 dnů, během kterých jsem paní J.R. ošetřovala, nedošlo k úrazu.

4.4. Edukace

Pacientku jsem edukovala po dobu její hospitalizace v následujících oblastech:

4.4.1. Samovyšetřování prsů

Jedná se o nejjednodušší metodu včasného záchytu nádorového onemocnění prsu.

- vyšetření si provádí žena sama, pravidelně každý měsíc
- ženy, které se samovyšetřováním začínají by si měly po dobu jednoho měsíce vyšetřovat prsy každý den = poznání vlastních prsů
- nejlepší období pro samovyšetřování je 2. nebo 3. den po skončení menstruace (prsy jsou bez veškerého napětí)
- pro ženy, jež nemenstruují je vhodný jakýkoliv snadno zapamatovatelný den (např. každý 1. den v měsíci)

Postup samovyšetřování prsů je blíže uveden v brožuře, kterou jsem pacientce při edukaci předala, a jež uvádím v příloze č. 9.

4.4.2. Komplikace chemoterapie a její nežádoucí účinky

1. Dočasný pokles krvetvorby

Aplikace cytostatik vede k dočasnému útlumu krvetvorby. Dochází k poklesu jak bílých a červených krvinek, tak k poklesu krevních destiček. Tento pokles je obvykle nejvyšší kolem 10. až 20. dne po aplikaci chemoterapie. Pacient by měl proto vědět, že především mezi aplikacemi chemoterapie se stává nejvíce citlivým na infekce a měl by se jím proto vyhýbat. Nedostatek trombocytů ho ohrožuje zvýšenou krvácivostí a nedostatek erytrocytů může navodit závratě a dušnost.

Nutná doporučení:

- Při horečce okamžitě vyhledat lékaře
- Používat velmi měkký zubní kartáček
- Zcela se vyvarovat alkoholu

- Nebrat žádné léky bez konzultace s lékařem
- K holení používat výhradně elektrický strojek
- Dávat pozor při práci s ostrými předměty
- Vyvarovat se aktivit, kde hrozí nebezpečí úrazu
- Při práci na zahradě používat rukavice
- Hodně odpočívat, dostatek spánku
- Omezit aktivity. Dělat jen věci, co jsou nejdůležitější
- Neobávat se požádat pomoc od rodiny
- Jíst dostatek pestré stravy

2. Nevolnost, zvracení

Nevolnost a zvracení, které vznikají při aplikaci cytostatik jsou dnes již dobře odstranitelné. Dlouhodobá nevolnost a nechutenství, které se vyskytují po aplikaci chemoterapie jsou hůře řešitelným problémem. Obtíže se mohou objevit již při aplikaci chemoterapie a přetrvávat 8 až 24 hodin. Pacientovi jsou podávána antiemetika, při hospitalizaci nejčastěji nitrožilní formou. Déle trvající nevolnost může pacient řešit i doma, kde přijímá antiemetika ve formě čípků nebo tablet.

Doporučení:

- Jíst menší porce, několikrát denně
- Pít tekutiny hodinu před jídlem nebo po jídle
- Jíst a pít pomalu, přednost dávat jídlům studeným
- Pít tekutiny bez bublinek
- Vyvarovat se sladkostí, smaženého a tučného
- Cumlat ledové kostky, mátové nebo kyselé ovocné bonbóny
- Vyhýbat se intenzivním vůním a zápachům
- Nosit volné, nesvíravé oblečení
- Při nevolnosti pomalu a zhluboka dýchat

3. Ztráta vlasů

Jedná se o častý a nepříjemný nežádoucí účinek chemoterapie. Nemusí se však vyskytnout u každého nemocného a záleží také na druhu podávaných cytostatik.

Je nutné pacienta poučit, že vlasy znovu narostou. Často ve znatelně lepší kvalitě, než byly původní. S vlasy výjimečně vypadává i obočí, řasy a další ochlupení. Může k tomu ovšem dojít a je nutné o tom pacienta informovat.

Doporučení:

- Používat nedráždivé šampóny
- Používat měkké kartáče na vlasy
- Při sušení vlasů nepoužívat vysokou teplotu
- Nepoužívat barvu na vlasy ani jiné úpravy (trvalá)
- Je vhodné si vlasy ostříhat nakrátko
- Lze zakoupit paruku, přispívá na ni zdravotní pojišťovna

4. Obtíže se sliznicí v ústech a v krku

Nejčastěji se objevuje bolest, suchost slizni a jejich krvácení. V ústech a v krku může vzniknout zánět, způsobený bakteriemi, viry a plísněmi.

Doporučení:

- Čistit si zuby po každém jídle měkkým zubním kartáčkem
- Čištění provádět šetrně nedráždivou zubní pastou
- Nepoužívat zubní pastu a ústní vodu s obsahem solí a alkoholu
- Kartáček po každém použití dobře vyčistit
- Pít velké množství tekutin
- Používat balzám nebo jelení lůj na rty

➤ Vyhýbat se dráždivému a kyselému jídlu

5. K dalším nežádoucím účinkům chemoterapie patří také **zácpa, průjem, změny na kůži a nehtech a změny na močovém ústrojí** (pálení, řezání při močení, růžová moč, nucení na močení)

4.4.3. Správná výživa v průběhu chemoterapie

Abychom zabránili vzniku odporu k pacientovým oblíbeným jídlům, je vhodné tato jídla během chemoterapie vynechat. Při bolestivém zánětu dásní a sliznice dutiny ústní je použití slámky (brčka) výhodou. V této situaci je také lepší vyhnout se pokrmům horkým, suchým a silně kořeněným.

Příliš intenzivní vůně stravy může vést k nevolnosti, proto by měl pacient stravu přijímat v místnosti, která je dostatečně větrána. Lépe jsou snášena chladná jídla a nápoje. Jsou to především mléčné výrobky.

Mezi lehce stravitelná jídla řadíme: acidofilní mléko či podmáslí, čerstvé jogurty, netučný tvaroh, jemné libové maso, telecí, drůbeží či jehněčí, ale i ryby.

Pro pacienty, kteří nejsou schopni sníst dostatečné množství stravy, které jejich tělo potřebuje, jsou připraveny farmaceutické tekuté přípravky. Tyto přípravky mají vysoký obsah kalorií. Jejich zástupcem je například Nutridrink.

4.4.4. Svépomocné skupiny

Těchto skupin je nepřeberné množství, jsou „rozesety“ po celé České republice.

Příkladem takové skupiny je: ***Svépomocná skupina žen po ablaci prsu JANTAR***. Tato skupina zve všechny ženy, které chtějí hovořit o svých problémech a tím se zbavit pocitu izolace a osamělosti.

Skupina se schází každé 2. a 4. pondělí v měsíci v 17:30 hod.

v klubu „MLUVME SPOLU“ v přízemí nebo v mateřském centru v mezipatře budovy YMCA Na Poříčí 12, Praha 1.

Poradna je každou 1. středu v měsíci v KONTAKTU, Palackého náměstí, vestibul metra B od 14 do 18 hod.

Paní J.R. měla současně přání, dozvědět se více o tom, jak to bude vypadat, až „*nebude mít prso*“. Proto jsem jí ke katalogu paruk, brožury o samovyšetřování prsu a brožury o chemoterapii, také předala katalog epitéz a plavek. Epitézu si nedokázala podle obrázku představit, proto jsem jí navrhla, že si jednu epitézu (ambulantní maketa) vypůjčím, aby si ji mohla osahat.

Brožury, které jsem pacientce poskytla, uvádím v přílohách.

4.5. Prognóza

Paní J.R. byla přijata s diagnózou **Ca mammae l. sin. T4b NX MX (C 50.9)**. Pokud bychom tedy chtěli její diagnózu klasifikovat podle TNM klasifikace, čteme: **T4b** - Nádor jakékoliv velikosti, edém (včetně peau

d'orange), ulcerace kůže prsu

NX - Regionální mízní uzliny nelze posoudit (dosud neproběhla dostatečná vyšetření)

MX - Přítomnost vzdálených metastáz nelze posoudit (dosud neproběhla dostatečná vyšetření)

Na základě těchto skutečností, můžeme stanovit **staging**. Přesto, že dosud neproběhla všechna potřebná vyšetření k průkazu metastáz a postižení uzlin, byl zde velký předpoklad, že postiženy byly. Pacientku bychom proto mohli zařadit do **klinického stadia III b**, spíše ale do **stadia IV**.

Prognostické údaje nemocné nejsou tedy příliš příznivé.

5. Psychologická část

Onkologicky nemocný člověk je často nevědomky vylučován z lidského společenství i ze společenství rodiny a stává se jen věcí uloženou v nemocnici. Je vyvržen ze svého prostředí, jako by se dopustil osobní nebo společenské zrady. Jeho utrpení je anonymní a přihlížejí mu jen ti, kteří to mají v popisu práce. Útěcha z přítomnosti rodiny u lůžka nemocného bývá často omezována.

Naše veřejnost má zhoubné nádorové onemocnění v podvědomí jako naprosto bezvýchodnou situaci, většina populace se diskusi o této problematice vyhýbá.

„V jedné z časných studií psychologické odpovědi na diagnózu rakoviny prsu a přežití, našli Greer a Watson (1985) významné spojení mezi prognózou a psychologickou reakcí. Pacientky, jejichž psychologické odezvy byly charakterizovány jako *fighting spirit* - „bojující duch“, byly významně častěji naživu a bez recidivy 5 a 10 roků po diagnóze rakoviny prsu než ty, jejichž odezvou byla bezradnost nebo stoická akceptace. V psychiatrické literatuře lze nalézt termíny jako „*osobnost typu C (cancer)*“, „*typ C psychické odpovědi*“, „*osobnost náchylná k rakovině*“, „*C typ (osobnost dopingového stylu chování)*“. Například ženy s nádorem prsu charakterizovala rezervovanost, úzkostlivost, skromnost, potlačování asertivity a impulzivity.“ (3, str. 346, 347)

„Z výše uvedeného se nabízí úprava lidového úsloví: sedávej děvčátko v koutě, budeš-li hodná najdou tě maligní choroby.“ (3, str. 347)

Reakce jednotlivých lidí na těžké životní situace jsou různé. Závisí na mnoho vnějších okolnostech, na dosavadních zkušenostech a osobnosti jedince. Onkologickou diagnózu sděluje pacientovi lékař. Právě on by měl odhadnout reakci nemocného.

Dr. Elisabeth Kübler-Rossová velice přehledně popsala na základě svých mnohaletých zkušeností s těžce nemocnými a umírajícími jednotlivé *fáze*, kterými procházejí nejen pacienti, ale i jejich nejbližší.

Jedná se o 5 fází: negace, agrese, smlouvání, deprese, smíření.

Období negace. Je obdobím *šoku a popírání*. Jedná se o nejranější období. Nemocný po sdělení diagnózy svou nemoc popírá. Mezi nejčastější

projevy patří: „Ne, já ne. To neplatí pro mne. To je určitě omyl, zaměnily výsledky.“ Je důležité, aby sestra s nemocným navázala kontakt a získala jeho důvěru. Rozhodně by ho v tuto dobu neměla vehementně přesvědčovat o pravdivosti diagnózy, současně ale nesmí negovat lékařem sdělenou informaci.

Období agrese. Je obdobím *hněvu a vzpoury*. Nemocný se s diagnózou vyrovnává zlobným až agresivním jednáním vůči svým příbuzným a mnohem častěji vůči zdravotníkům. Obviňuje je (většinou neprávem) z pozdě určené diagnózy, z mnohdy nepřilíš účinné léčby a jejich vedlejších nežádoucích účinků. Pacienti si pokládají otázky: „Proč zrovna já? Co jsem komu udělala?“ Pro zdravotnický personál musí být naprostou nutností dovolit nemocnému odreagování, nepohoršovat se, jednat vlídně a uklidňovat jej.

Období smlouvání. Nemocný vyjednává. Je ochoten zaplatit cokoliv, hledá léčitele, zázračné léky. Činí i velké sliby.... Snažíme se o maximální trpělivost. Radíme mu, aby si dával pozor na podvodníky.

Období deprese. Je obdobím smutku. V tomto období – většinou velmi dlouhém – je pacient traumatizován ztrátou životní perspektivy, ztrátou sociálních rolí, převrácením dosavadních hodnot. Má strach z budoucnosti, z účtování, strach o zajištění rodiny... Nemocný potřebuje klidné a důstojné prostředí, vlídnou péči, trpělivé naslouchání a opakované vysvětlování zvoleného způsobu léčby.

Období smíření. Pacient pochopí infaustní prognózu. Jedinec skončil boj, je čas pokory, vyrovnání, loučení... Stačí mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku... I v tomto období by měl nemocný dostávat dostatek odpovídajících informací o průběhu choroby. Fázi smíření (přijetí, souhlas) je nutné odlišit od rezignace. (11, 12)

Tyto fáze, i když jsou seřazeny za sebou tak, jak obvykle přicházejí, nemusí vždycky zachovat tento sled. Naopak, často se různě vracejí, střídají a prolínají. Nejsou stejně dlouhé a může se stát, že některá z nich chybí.

Nepřípustné jsou opakované projevy lítosti, uvádění nepravd o skvělé prognóze, bagatelizování obtíží, sdělování konkrétních odhadů o předpokládané délce života. Zároveň nesmí být nikdy brána naděje.

Po důkladném zhodnocení psychického stavu paní J.R. se všemi jeho

projevy a po prostudování potřebné literatury jsem začala zvažovat, ve které z 5 fází dle Dr. Elisabeth Kübler-Rossové se pacientka nachází. Smířená s onemocněním nebyla rozhodně. Agresivita a hněv se u pacientky neprojevovaly. Nesmlouvala. Byla však smutná, měla obavy o budoucnost, o rodinu... Svou diagnózu sice nepopírala, přesto několikrát vyslovila: „*Bylo by lepší, kdyby mi to prso už uřízli.*“ Proto se domnívám, že se zde prolínají dvě fáze. A to období negace a deprese. Období deprese z těchto dvou více dominuje.

Osobnost typu C (cancer) je osobnost náchylná k rakovině. Chování těchto osob se jeví jako opak chování typu A (dominantní, agresivní a sobecká osobnost; u nichž je popisován vyšší výskyt srdečních infarktů) a také jako opak chování hysterického. Další osobnostní rysy, které jsou spojeny se zvýšeným rizikem vzniku a méně příznivým průběhem rakoviny jsou: nevyjadřování emocí, nedostatek asertivity, tendence „vymazat sebe“, nepřekážet ostatním, nesoupeřit s nimi a vyhovět přáním jiných. Je paní J.R. osobnost typu C? Osobnost náchylná k rakovině? Většina z těchto vlastností ji charakterizují.

6. Závěr

Ošetřovala jsem pacientku s diagnózou Ca mammae l. sin. T4b NX MX (C 50.9) v době 1. cyklu chemoterapie.

V klinické části práce popisuji základní anatomii a vývoj prsu, dále se věnuji historii diagnostiky a léčby karcinomu prsu, jakožto jeho epidemiologii, prognóze, kancerogenezi a přehledu karcinomů prsu. Následuje TNM klasifikace, klinické příznaky, rizikové faktory, diagnostika a léčba. U nádorových onemocnění je nezbytná prevence, proto ji neopomím zmínit.

V ošetrovatelské části jsem se zaměřila především na první tři dny hospitalizace a popsala hlavní ošetrovatelské problémy. V edukační části jsem popsala témata, na základě kterých jsem nemocnou edukovala.

Důležitou součástí práce je psychologická část. Věnuji se zde postavení onkologicky nemocných v lidské společnosti a fázím, kterými si prochází těžce nemocní a umírající pacienti, a které vypracovala Dr. Elisabeth Kübler-Rossová. Následně pacientku podle těchto fází hodnotím.

S paní J.R. jsem se poprvé setkala na onkologickém oddělení fakultní nemocnice, kde pracuji. Zrovna se dozvěděla zdrcující diagnózu, že onemocněla rakovinou prsu a po několika cyklech chemoterapie bude následovat ablace prsu. Byl to šok, těžce se s novou skutečností vyrovnávala, byla depresivní.

V současné době je paní J.R. již po operaci (ablace levého prsu, exenterace axily). Každé tři týdny dochází na další cykly chemoterapie. Pacientka je plně mobilní, vždy nás odmění úsměvem. Pořídila si hnědou paruku a nechala si předepsat epitézu. Plánuje, že si na léto pořídí plavky, až pojedou s manželem na chatu do hor.

7. Seznam použité literatury a internetových zdrojů

7.1. Seznam použité literatury

1. **Abrahámová Jitka, Dušek Ladislav a kol.** : Možnosti včasného záchytu rakoviny prsu. Praha: Grada Publishing a.s., 2003. 227 s. ISBN 80-247-0499-4.
2. **Abrahámová Jitka:** Vybrané otázky ONKOLOGIE VIII. Galén, Praha, 2004. ISBN 80-7262-296-X.
3. **Adam Zdeněk, Vorlíček Jiří a kol.:** Obecná onkologie. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 442s. ISBN 80-210-3574-9.
4. **Archalousová Alexandra, Slezáková Zuzana:** Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe. Hradec Králové: RNDr. František Skopec, CSc. – Nukleus HK[®], 2005. 108s. ISBN 80-86225-63-1.
5. **Červinková Eliška a kol.:** Ošetrovatelské diagnózy. Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-332-5.
6. **Čihák Radomír:** Anatomie 3. Grada Publish, a.s., 2004. 692s. ISBN 80- 247-1132-X
7. **Klener Pavel:** Protinádorová chemoterapie. Praha: nakladatelství Galén, 1996. 614s. ISBN 80-85824-36-1.
8. **Konopásek Bohuslav, Petruželka Luboš:** Karcinom prsu. Manuál diagnostiky a léčby. Praha: nakladatelství Galén, 1997. 125s. ISBN 80-58824-66-3.
9. **LEMON 1: Učební texty pro sestry a porodní asistentky.** Brno: IDVPZ, 1997. 184s. ISBN 80-7013-234-5.
10. **Novotný Jan, Pecan Ladislav:** Identifikace žen se zvýšeným rizikem vzniku karcinomu prsu. Onkologická péče, ročník IX, č. 2, str. 5-6. Praha, 2005.
11. **Spurná Olina:** Sestra a pacient po sdělení onkologické diagnózy. Sestra, č.7-8, ročník XI, str. 64. Praha, 2001.
12. **Svatošová Marie:** Hospice a umění doprovázet.Ecce homo, 2003. ISBN

80-902049-4-5.

13. **Švihovec Jan, Novotná Hana:** PHARMINDEX KOMPENDIUM 2001. MediMedia Information, spol. s.r.o., 2001. ISBN 80-86336-02-6.
14. **Vorlíček Jiří, Vorlíčková Hilda, Konečný Miloš:** Klinická onkologie pro sestry. Brno: IDVPZ, 1993. 129s. ISBN 80-7013-146-2.
15. **Vorlíčková Hilda:** Přístupy zdravotnického personálu k nevléčitelně nemocným. Onkologická péče, ročník IV, č. 2, str. 1-2. Praha, 2000.

7.2. Seznam použitých internetových zdrojů

16. <http://www.feminismus.cz/org/jantar/> (dne 25.3. 2006)
17. http://www.koc.cz/pro_lekare/vypocet_rizika_nadoru_prsu.html (dne 25.3. 2006)
18. <http://www.mamma.cz/klasifikace/who-31.html> (dne 24.3. 2006)
19. <http://www.senologie.cz/cinnost/atestace-02.html> (dne 13.2. 2006)

7.3. Jiné informační zdroje:

20. Ambulantní záznam

8. Seznam použitých zkratek:

a.	–	arteria
aa.	–	arteriae
ADL	–	(activity daily living)
amp.	–	ampule
BMI	–	body mass index
ca	–	karcinom
CFA	–	cyclophosphamid
CNS	–	centrální nervový systém
D	–	dech
d.p.	–	dle potřeby
Dr.	–	doktor
FF	–	fyziologické funkce
FR	–	fyziologický roztok
Gy	–	boost
Inf.	–	infuze
i.v.	–	intravenózní aplikace
KO	–	krevní obraz
LHK	–	levá horní končetina
LU	–	lymfatické uzliny
n.	–	nervus
nn.	–	nervi
P	–	pulz
PŽK	–	periferní žilní kanila
tbl.	–	tableta
TK	–	krevní tlak
TT	–	tělesná teplota
v.	–	vena
vv.	–	venae
↓, ↑	–	snížený, zvýšený

9. Seznam příloh:

1. Ošetřovatelský záznam
2. Plán a hodnocení ošetřovatelské péče
3. Plán péče o dekubity a jiné rány ; Rozšířená stupnice Nortonové
4. Sledování pacienta při aplikaci přípravku TAXOL
5. Tabulka pro hodnocení bolesti
6. Barthelův test
7. Fotodokumentace
8. Pecnův model – výpočet rizika vzniku nádoru prsu
9. Brožury: Co víte o rakovině prsu? ; Dialog 2005
10. Letáky: Paruky, přičesy a vlasové doplňky
11. VAS : „pravítko bolesti“