

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5**

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY  
S KARCINOMEM PRSU**

**Bakalářská práce**

**Ščamburová Radka**

**Praha 2022**

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5**

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY  
S KARCINOMEM PRSU**

Bakalářská práce

ŠČAMBUROVÁ RADKA

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

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

Praha 2022



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Akademický rok: 2021/2022

**Studentka:** Radka Ščamburová  
**UČO:** 5696  
**Program:** Ošetrovatelství  
**Obor:** Všeobecná sestra  
**Téma práce:** Ošetrovatelský proces u pacientky s karcinomem prsu  
**Téma práce anglicky:** Nursing Process for a Patient with Breast Cancer  
**Vedoucí práce:** doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Souhlasím se zadáním (podpis, datum):

*Radka Ščamburová 1.3.2022*

Radka Ščamburová  
studentka

*Jitka Němcová*

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citoval/a všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu nebo titulu neakademického.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné databázi kvalifikačních prací Thesis.cz provozovaného Masarykovou univerzitou (Fakulta informatiky MU), a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Dále souhlasím, aby toutéž cestou byly zveřejněny posudky vedoucího a oponenta bakalářské práce včetně záznamu o průběhu a výsledku obhajoby.

V Praze dne

---

podpis

## **Poděkování**

Ráda bych tímto chtěla poděkovat doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD., za vedení této bakalářské práce, za cenné rady a trpělivost.

## ABSTRAKT

ŠČAMBUROVÁ, Radka. Ošetrovatelský proces u pacientky s karcinomem prsu. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Praha 2022. 68 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacientky s karcinomem prsu. Tato bakalářská práce je rozdělena na 2 části, a to na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je zaměřena na anatomii ženského prsu, charakteristiku karcinomu prsu, klasifikaci nádoru prsu, klinické projevy, rizikové faktory, léčbu s jejími možnými nežádoucími účinky, diagnostiku a vyšetřovací metody. Dále je zaměřena na prevenci, specifika ošetrovatelské péče v předoperačním, pooperačním období a rehabilitaci. Poslední částí je komunikace s onkologickým pacientem. Praktická část popisuje kazuistiku konkrétní pacientky s karcinomem prsu, která podstupuje neoadjuvantní chemoterapii. Součástí práce jsou doporučení pro praxi.

Klíčová slova

Diagnostika. Chemoterapie. Karcinom prsu. Ošetrovatelský proces.

## **ABSTRACT**

ŠČAMBUROVÁ, Radka. Nursing process in a patient with breast cancer. Vysoká škola zdravotnická, o. P. S., Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. PhDr. Jitka Nemcova, PhD. Prague 2022. 68 p.

The theme of the bachelor thesis is the nursing process in a patient with breast cancer. This bachelor thesis is divided into 2 parts, the theoretical and practical part. The theoretical part focuses on the anatomy of the female breast, characteristics of breast cancer, classification of breast cancer, clinical manifestations, risk factors, treatment with its possible side effects, diagnosis and examination methods. It also focuses on prevention, the specifics of nursing care in the preoperative, postoperative period and rehabilitation. The last part is communication with the cancer patient. The practical part describes the case of a specific patient with breast cancer who is undergoing non-adjuvant chemotherapy. Part of the thesis are recommendations for practice.

### **Keywords**

Diagnostics. Chemotherapy. Breast cancer. Nursing process.

# OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	13
1 KARCINOM PRSU.....	15
1.1 HISTORIE KARCINOMU PRSU.....	15
1.2 ANATOMIE.....	15
1.3 ETIOLOGIE KARCINOMU PRSU.....	16
1.3.1 RIZIKOVÉ FAKTORY.....	16
1.4 INCIDENCE A MORTALITA.....	17
1.5 KLINICKÉ PROJEVY.....	19
1.6 PATOLOGIE A PATOFYZIOLOGIE KARCINOMU PRSU.....	20
1.6.1 MALIGNÍ NÁDORY IN SITU.....	20
1.6.2 MALIGNÍ INVAZIVNÍ NÁDORY.....	20
1.6.3 BENIGNÍ NÁDORY PRSU.....	22
1.7 KLASIFIKACE NÁDORU TNM.....	22
1.8 TERAPIE KARCINOMU PRSU.....	23
1.8.1 CHIRURGICKÁ LÉČBA.....	24
1.8.2 RADIOTERAPEUTICKÁ LÉČBA.....	25
1.8.3 CHEMOTERAPEUTICKÁ LÉČBA.....	26
1.8.4 HORMONÁLNÍ LÉČBA.....	28
1.8.5 BIOLOGICKÉ LÉČBA.....	29
1.9 DIAGNOSTIKA.....	30
1.9.1 ZOBRAZOVACÍ METODY.....	30
1.9.2 VYŠETŘENÍ KRVE.....	31
1.9.3 BIOPSIE.....	31
1.9.3.1 BIOPSIE SENTINELOVÉ UZLINY (SNB).....	32
1.9.4 DISEKCE AXILY.....	32
1.10 PREVENCE KARCINOMU PRSU.....	32
1.10.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE.....	32
1.10.2 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE.....	32
1.10.3 TERCIÁLNÍ PREVENCE.....	33



2	SPECIFICKÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTKY S KARCINOMEM PRSU .....	34
2.1	PŘEDOPERAČNÍM OBDOBÍ.....	34
2.2	DLOUHODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA.....	34
2.3	SPECIFICKÁ PÉČE V POOPERAČNÍM OBDOBÍ .....	35
2.4	POOPERAČNÍ KOMPLIKACE .....	35
2.5	REHABILITACE.....	36
3	KOMUNIKACE S ONKOLOGICKÝM PACIENTEM.....	37
3.1	SPIKES .....	37
4	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S KARCINOMEM PRSU .....	39
	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	64
	ZÁVĚR .....	65
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	66
	SEZNAM PŘÍLOH.....	69

## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Časový vývoj incidence a mortality nádory prsu u žen (C50, D05) .....	18
Obrázek 2 Věková struktura populace pacientek s nádory prsu u žen (C50, D05) .....	18
Obrázek 3 Index růstu incidence nádoru prsu u žen (C50, D05).....	19
Tabulka 1 Chronická medikace .....	41
Tabulka 2 Posouzení současného stavu pacientky ze dne 10. 1. 2022 .....	43
Tabulka 3 Hematologické vyšetření krve ze dne 10. 1. 2022.....	52
Tabulka 4 Biochemické vyšetření krve ze dne 10. 1. 2022 .....	52

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>AC</b>	režim chemoterapie
<b>ARO</b>	anesteziologicko-resuscitační oddělení
<b>BMI</b>	index tělesné hmotnosti
<b>BRCA 1</b>	gen potlačující vznik nádoru
<b>BRCA 2</b>	gen potlačující vznik nádoru
<b>CT</b>	počítačová tomografie
<b>CA 15-3</b>	nádorový marker
<b>CEA</b>	karcinoembryonální antigen
<b>D</b>	dech
<b>ECHO</b>	echokardiografie
<b>HER 2</b>	receptor lidského epidermálního růstového faktoru
<b>JIP</b>	jednotka intenzivní péče
<b>LHK</b>	levá horní končetina
<b>MMG</b>	mamografické vyšetření
<b>MR</b>	magnetická rezonance
<b>P</b>	puls
<b>PICC</b>	periferní implantovaný centrální katetr
<b>RTG</b>	rentgenové vyšetření
<b>TEN</b>	tromboembolická nemoc
<b>TNM</b>	klasifikace zhoubných novotvarů
<b>TT</b>	tělesná teplota
<b>UZ</b>	ultrazvuk

(VOKURKA, HUGO, 2015)

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**Adjuvantní** – pomocný

**Alopecie** – ztráta vlasů

**Axila** – podpažní jamka

**Chemoterapie** – léčba chorob chemickými látkami, léky

**Incidence** – počet nově vzniklých případů dané nemoci ve vybrané populaci za určité časové období

**Invazivní** – pronikající

**Karcinom** – zhoubný nádor vycházející z výstelky – epitelu, buď z vývodů, nebo z lalůčků

**Kurativní** – léčebný

**Marker** – znak, který je typický pro určitý stav, chorobu, určité buňky apod., ukazatel

**Menarche** – první menstruační krvácení v životě ženy

**Menopauza** – ukončení pravidelného menstruačního krvácení u žen v klimakteriu

**Metastáza** – dceřiné ložisko

**Neinvazivní** – nepronikající dovnitř organismu

**Tumor** – nádor

(VOKURKA, HUGO, 2015)

## ÚVOD

Incidence nádorových onemocnění celosvětově trvale stoupá. Díky pokroku v léčbě je ovšem mortalita dlouhodobě stabilizovaná a v posledních letech vykazuje i klesající charakter. Jinak tomu není ani u zhoubných nádorů prsu. V prostředí České republiky se jedná o nejčastější nález u žen. Díky osvětě a dokonalejším diagnostickým metodám se daří u více pacientek přítomnost karcinomu zachytit včas a tím dosahovat i lepších výsledků v léčbě či předcházet generalizaci onemocnění vedoucí k prognóze nevyléčitelné nemoci s nekurativní/paliativní terapií. Včasný záchyt vnímáme jako prognosticky velmi pozitivní parametr, proto se na prevenci zaměřujeme ve stále větší míře. Mezitím co v 80. letech minulého století bylo v prvním klinickém stádiu nemoci diagnostikováno necelých 10 % všech záchytů karcinomu prsu, od nového tisíciletí je to každoročně přes procent dvacet a každým rokem křivka na grafu stoupá. Ruku v ruce s tímto trendem jde i markantně se snižující záchyty ve třetím stádiu nemoci.

I přes pozitivní vývoj v čase se ovšem stále jedná o závažné onemocnění vyžadující komplexní péči o postiženou pacientku. Ač je výskyt této nemoci závislý na zvyšujícím se věku, není výjimkou styk s velmi mladými pacientkami s agresivními geneticky podmíněnými karcinomy, kterým je nutné ve finále sdělit nepříznivou prognózu.

Mimo lékařské, chirurgické či onkologické péče nelze zapomínat na podpůrnou a psychickou sféru, jež nesporně patří do holistického pojetí moderního a kvalitního ošetrovatelství. V ordinacích se pak můžeme setkávat i se sociální problematikou, kdy paliativně relevantní pacientka za svého života zajišťuje budoucí péči o své děti.

Cílem této práce Vám bude přiblížit komplexní problematiku ošetrovatelské péče o pacientky zasažené touto nemocí.

Teoretická část se věnuje rozšíření vědomostí týkajícího se nádorového onemocnění prsu u žen, na základně dohledatelný zdrojů, popisuje anatomii prsu, klasifikaci, diagnostiku, možnosti léčby, prevenci a specifika ošetrovatelské péče.

Praktická část bude věnována ošetrovatelskému procesu u pacientky s daným onemocněním podle koncepčního modelu Marjory Gordon a stanovení ošetrovatelských diagnóz dle NANDA Taxonomie 2018–2020.

#### Vstupní literatura:

1. ABRAHÁMOVÁ, J., 2019. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. 2. akt. a dopl. vydání. Praha: Grada. ISBN 978–80–271–2055–0.
2. DANEŠ, J., 2021. *Screening a diagnostika karcinomu prsu: pro každodenní praxi*. Praha: Grada. ISBN 978–80–271–1239–5.
3. COUFAL, O. a V. FAIT, 2011. *Chirurgická léčba karcinomu prsu*. Praha: Grada. ISBN 978–80–247–3641–9.
4. JANÍKOVÁ, E. a R. ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*, Praha: Grada. ISBN 978–80–247–4412–4.
5. NĚMCOVÁ, J. a kol., 2020. *Metodologie tvorby bakalářské práce*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978–80–88249–21–4.
6. VORLÍČEK, J., J. ABRAHÁMOVÁ a H. VORLÍČKOVÁ, 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978–80–247–3742–3.

#### **Popis rešeršní strategie**

Vyhledávání odborné literatury, která byla použita pro tvorbu bakalářské práce na téma *Ošetrovatelský proces u pacientky s karcinomem prsu*, proběhlo v roce 2022.

Pro vypracování rešerše byla použita v českém i anglickém jazyce klíčová slova: diagnostika, chemoterapie, karcinom prsu, ošetrovatelský proces. Rešerši provedla Lékařská národní knihovna v Praze.

Pro vyhledání rešeršních zdrojů bylo zadáno období 2012–2022. V rešerši bylo vyhledáno celkem 84 záznamů: monografie 14; články, abstrakta, kapitoly 70. Pro zpracování bakalářské práce bylo použito celkem 18 knižních zdrojů, 11 internetových zdrojů.

# 1 KARCINOM PRSU

Karcinom mammy je systémové onemocnění. Včasnou diagnostikou onemocnění, lze docílit úspěšné léčby a snížit procento úmrtí. Při diagnostice a léčbě je součástí multioborový tým tj. radiolog, chirurg a onkolog (COUFAL, 2011). Karcinomu prsu je nejčtenější onkologické onemocnění vyskytující se u žen. Karcinom prsu u mužů se objevuje v 2 % mužské populace, u žen 98 %. Větší riziko vzniku karcinomu u mužů je podmíněno geneticky, a to genem BRCA 1 (DANEŠ,2021). Mohou se objevit patologické změny tkáně tj. prekanceróza (duktální hyperplazie, atypická duktální a lobulární hyperplazie). Jedná se o zmnožení buněk, kdy vznikají nejdříve karcinomy in situ (lobulární a duktální), které mohou agresivně pronikat do okolní tkáně, a tím vznikají karcinomy invazivní, proto je podstatné prekancerózy pravidelně sledovat, anebo chirurgicky odstranit (VOKURKA, 2018).

## 1.1 HISTORIE KARCINOMU PRSU

*Ňadra jako atribut ženství a ženské krásy a jakožto symbol plodivé síly a zdroje výživy byla zobrazována od nepaměti. Není divu, že existují i četná vyobrazení žen, u nichž se předpokládá, že trpěly zhoubným nádorem prsu* (Abrahámová, 2019, s. 16). Onemocnění karcinomu prsu má dlouhodobou historii. První zmínka o nádorovém onemocnění byla už v egyptských papyrech, které jsou uloženy v londýnském muzeu z doby 3000 let před Kristem. Danému onemocnění věnoval pozornost už Hippokrates či Galén. Ve 20. století se rozvíjejí léčebné a diagnostické metody, které přispívají k včasné diagnostice, která vede ke snížení mortality. Už koncem 19. století chirurg Halsted provedl první úspěšnou radikální mastektomii, která se stala novou metodou léčby karcinomu prsu (ABRAHÁMOVÁ, 2019).

## 1.2 ANATOMIE

Prs (mamma) je párový orgán, umístěn na přední straně hrudníku, v němž je uložena mléčná žláza. Mléčná žláza je složena z 15 až 20 laloků, které se skládají z menších lalůčků (lobulů), které mají schopnost produkovat mateřské mléko. Lobuly jsou spojeny s mlékovody (tubuly), které vyústíují v bradavce. Žlázová tkáň je obklopena

pojivovou a tukovou tkání, právě tuk nám určuje velikost a tvar prsu. Během života mění prsy svůj tvar, velikost a hmotnost. Prs má velké krevní a mízní zásobenění. Prsní žláza je zásobována arterií thoracica interna a větvemi arterie axillaris (COUFAL, 2011). V prsu je umístěna síť mízních tj. lymfatických cév. Lymfatické cévy obklopují v určitých místech lymfatické uzliny, které filtrují mízu. Mízní cévy zajišťují transport tkáňové tekutiny, odpadu a buňky imunitního systému. Míza se transportuje do zevního horního kvadrantu, spádově do podpažních uzlin, mezižeberních a nadklíčkových uzlin. Prs rozdělujeme na čtyři kvadranty – horní zevní, dolní zevní, horní vnitřní, dolní vnitřním (ABRAHÁMOVÁ, 2019).

### 1.3 ETIOLOGIE KARCINOMU PRSU

Jedná se o multifaktoriální onemocnění. O karcinomu prsu lze říct, že se jedná o onemocnění, které se vyskytuje ve formě sporadické či geneticky podmíněné. Pokud se nahromadí somatické mutace v buňkách mléčné žlázy jedná se o sporadické onemocnění. Nádory podmíněné genetickými faktory tvoří 15-20 % karcinomu prsu, kde detekujeme patologické mutace v různých predispozičních genech (VOKURKA, 2018).

#### 1.3.1 RIZIKOVÉ FAKTORY

*Studium rizikových faktorů a pochopení jejich vztahu k vývoji nádorového onemocnění tedy rozšiřuje naše možnosti prevence a snižování úmrtnosti na rakovinu prsu (ABRAHÁMOVÁ, 2019, s. 34).* Jsou nám známy rizikové faktory, které zvyšují vznik nádorového onemocnění prsu. Pomocí rizikových faktorů můžeme vymezit populaci žen, u kterých můžeme zajistit včasnou diagnostiku a snižovat úmrtnost na karcinomu prsu (ABRAHÁMOVÁ, 2019).

**Genetické faktory** – v 15-20 % malignity je podmíněno geneticky. Nejvýznamnější geny pro nádory prsu a vaječnicků jsou BRCA 1 a BRCA 2. Gen BRCA 1 lokalizován na 17. chromozomu, kdy je riziko výskytu nádorového onemocnění zvýšeno. Pacientka, která je nositelem mutace genu, lze zjistit pomocí genetického testování. Při výskytu mutace genu BRCA 1 u ženy, je riziko vzniku karcinomu prsu 60-85 %, riziko onemocnění karcinomu vaječnicků je 20-60 %. Pokud se u pacientky zjistí pomocí genetického testování mutace v genu BRCA 2, který se nachází na 13. chromozomu je riziko pro onemocnění



karcinomu prsu rovněž 60-85 %, riziko onemocnění karcinomu vaječnicků je nižší 10-20 % (ROZTOČIL, BARTOŠ, 2011).

**Hormonální faktory** – dřívější nástup menarche (před 12. rokem věku) může vést k vyššímu riziku vzniku karcinomu prsu. Ženy, u nichž nastala menopauza až po 50. roku věku, mají vyšší riziko vzniku nádoru prsu než ženy, u kterých nastala menopauza po 45. roku věku. Dále je také zjištěno, že vyšší riziko mají prvorodičky po 30. roce života. Hormonální léčba také zvyšuje riziko karcinomu prsu, na což poukazuje několik studií (ABRAHÁMOVÁ 2019).

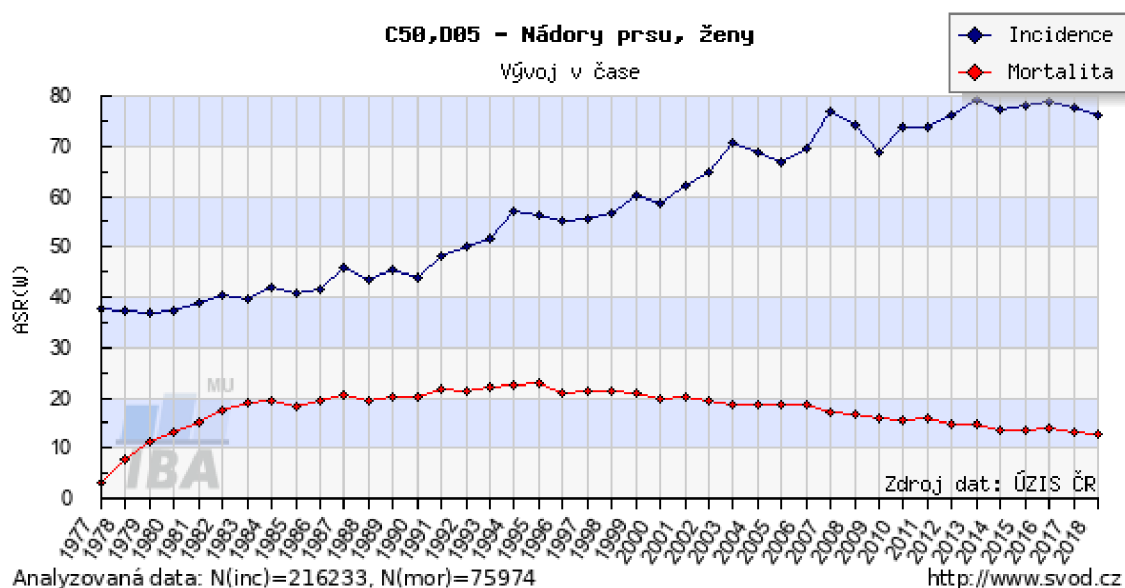
**Nutriční faktory** – stravování je významným faktorem. Zvýšené riziko vzniku karcinomu je např. u žen s nadměrným příjmem tuku, vyšším váhovým nárustem, nadměrnou konzumací alkoholu a kouření. Fyzickou aktivitou bylo pozorováno snížení výskytu karcinomu prsu (VORLÍČEK, 2012).

**Faktory zevního prostředí** – ionizující záření v oblasti krku a hrudníku je významným rizikovým faktorem, převážně před 40 rokem života, například u pacientek po ozařování Hodgkinova lymfomu (VORLÍČEK, 2012).

## 1.4 INCIDENCE A MORTALITA

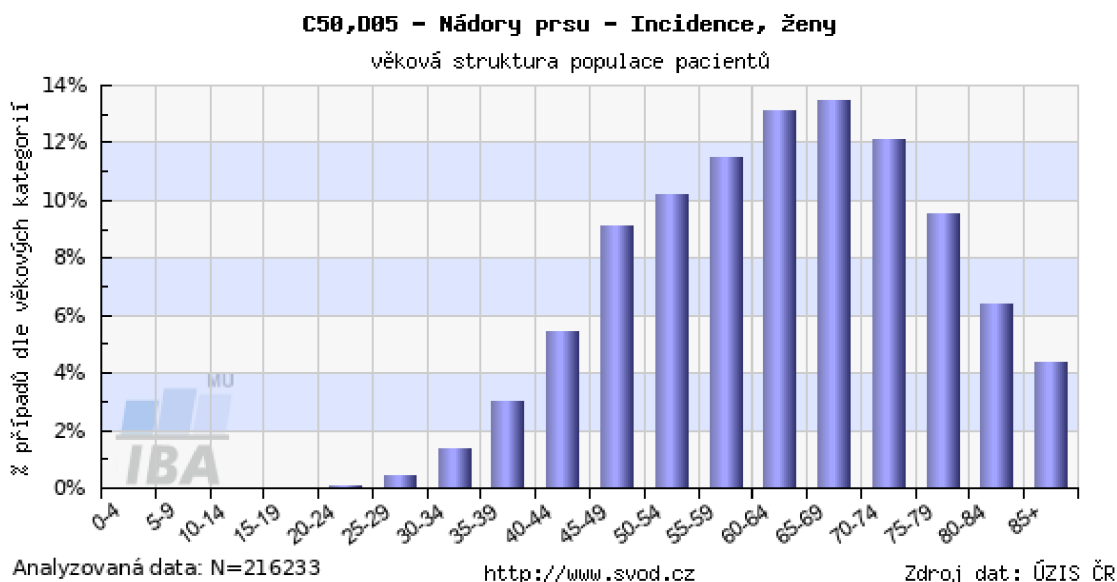
Od roku 1976 se všechny novotvary evidují v databázi Národního onkologického registru (NOR). Ve světě se ročně diagnostikuje až 2 miliony nových případů. Nejčastěji se nádory prsu diagnostikují u žen po 50. roce života, v současné době se vyskytují častěji i u mladších žen. Četnější výskyt je u žen od 20 do 49 věku života. Za poslední roky incidence roste napříč vyspělými zeměmi o 1-2 %. Za posledních 20 let se zvýšil počet pacientů u kterých byl diagnostikován karcinom prsu skoro o 60 %. Jedná se o druhou nejčastější příčinu úmrtí u žen na onkologickou diagnózu po plicních nádorech. Příčinou úmrtí u onemocnění karcinomem prsu je okolo 3,1 %. Přes zvyšující se incidenci mortalita klesá, a to důsledkem úspěšnosti léčby a včasné diagnostice (ABRAHÁMOVÁ, 2019), (ÚZIS, 2021).

Obrázek 1 Časový vývoj incidence a mortality nádory prsu u žen (C50, D05)



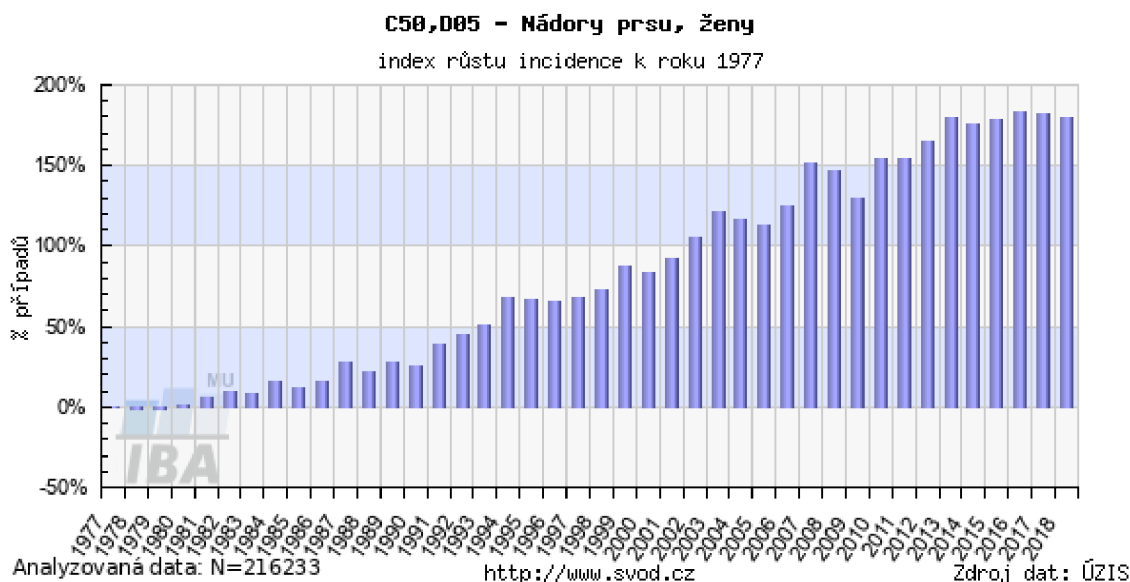
Zdroj: <https://www.svod.cz/prehled.php>

Obrázek 2 Věková struktura populace pacientek s nádory prsu u žen (C50, D05)



Zdroj: <https://www.svod.cz/prehled.php>

Obrázek 3 Index růstu incidence nádoru prsu u žen (C50, D05)



Zdroj: <https://www.svod.cz/prehled.php>

## 1.5 KLINICKÉ PROJEVY

*Zhoubný nádor prsu ve svém prvopočátku většinou není bolestivý a po pravdě řečeno nezpůsobuje ani žádné jiné obtíže (ABRAHÁMOVÁ, 2019, s. 143).*

Nejčtenějším projevem nádoru je nebolestivá „bulka“, většinou jde o tuhou rezistenci, citlivější na omak, ale je nebolestivá. Pokud by byla rezistence bolestivá či v místě zarudlá může se jednat o mastitidu nebo absces. Pokud se objeví zduření nebo otok části prsu, může se jednat o masivní postižení axilárních uzlin. Dalším projevem nádoru může být vtahování místa nebo také vyvýšení kůže, zarudnutí a prosakování v okolí bradavky nebo dvorce. Dále se také může projevovat tzv. vpáčení bradavky, asymetrie prsu, výtok z bradavky s příměsí krve nebo také bolesti, které se vyskytují v souvislosti s karcinomem prsu velmi vzácně (DANEŠ, 2021).

## 1.6 PATOLOGIE A PATOFYZIOLOGIE KARCINOMU PRSU

Karcinom prsu je nejčtenější onkologické onemocnění u žen. Dle histologického vyšetření rozdělujeme nádory prsu na dva typy, a to na maligní a benigní nádory (ABRAHÁMOVÁ, 2019).

### 1.6.1 MALIGNÍ NÁDORY IN SITU

*Karcinom in situ biologicky představuje plně nádorově transformovanou buněčnou populaci limitovanou neschopností invaze přes bazální membránu epitelu (COUFAL, 2011, s. 48).*

**DCIS** – duktální karcinom in situ – jedná se o velmi častý karcinom, který vzniká v duktech a nemá tendenci metastazovat. Diagnostikuje se pomocí mamografického vyšetření, kde jsou přítomny mikrokalcifikace, a dále z punkční biopsie. Dle rozsahu lézí je indikován chirurgický zákrok, kdy je odstraněn celý nádor parciální nebo totální mastektomií (COUFAL et al., 2011).

**LCIS** – lobulární karcinom in situ vychází z buněk lobulů. „LCIS není považován za přímý prekursor invazivního karcinomu, ale za indikátor zvýšeného rizika jeho vzniku“ (COUFAL et al., s. 266, 2011). Objevuje se většinou u žen v období menopauzy. Na MMG je špatně detekován. Většinou se diagnostikuje biopsií. Důležitá je u LCIS dispenzarizace (MĚŠŤÁK, 2015).

### 1.6.2 MALIGNÍ INVAZIVNÍ NÁDORY

Maligntní nádory považujeme za rychle rostoucí nádory, kdy dochází k přemnožení nádorových buněk, které mají schopnost prorůst do okolní tkáně a mají tendenci metastazovat (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

**Duktální karcinom** – invazivní duktální karcinom je nejčastějším typem nádoru karcinomu prsu, který vzniká v epitelových buňkách mléčné žlázy. Vyskytuje se nejčastěji v horním zevním kvadrantu. Nejvíce se šíří do axilárních uzlin na postižené straně. Většinou se jedná o ložisko s tvrdou rezistencí nepravidelných hvězdicových

okrajů. Diagnostikován převážně u žen okolo 40. roku života. Prognóza je nepříznivá (ABRAHÁMOVÁ, 2019).

**Lobulární karcinom** – invazivní lobulární karcinom je nejčastějším nádorem prsu, kdy jsou pozitivní estrogenové receptory. Vychází z mléčných lalůček. Jedná se ložisko, které je o trochu tužší než okolní zdravá tkáň. Lobulární karcinom je těžko rozpoznatelný pomocí mamografického vyšetření, doplňkovým vyšetřením je MRI, která má vyšší senzitivitu. Metastazuje do meningeálních prostor CNS, retroperitonea, dělohy, ovarií a gastrointestinálního traktu (PETRÁKOVÁ, 2014).

**Tubulární karcinom** – tubulární karcinom je dobře diferencovaný, na mamografii se zachytí již v časném stádiu. Tuhý nádor ve hvězdicovém tvaru má velmi dobrou prognózu (ROZTOČIL, 2011)

**Medulární karcinom** – mezi méně časté karcinomy řadíme medulární karcinom. Jde o nádor, který je na pohmat měkčí a jedná se o dobře ohraničenou rezistenci. Prognóza je příznivá (MĚŠŤÁK, 2015).

**Mucinózní karcinom** – mucinózní karcinom bývá dobře ohraničený od okolní tkáně. Má poměrně dobrou prognózu (DANEŠ, 2021).

**Papilární karcinom** – papilární karcinom se vyskytuje velmi vzácně. Projevuje se se hmatnou rezistencí s axilární lymfadenopatií. Vyskytuje se převážně u žen v postmenopauzálním období. Prognóza je příznivá (ROZTOČIL, 2011).

**Pagetův karcinom** – pagetův karcinom je vzácným typem. Napadá hlavně prsní bradavku, kdy je postižen epitel bradavky. Nejčastěji se vyskytuje u žen po 60. roce života. Projevující se krustou, která pak krvácí. Další projevy jsou například pálení a svědění mamily. Diagnostikuje se pouze biopsií (VODIČKA, 2014).

**Inflamatorní karcinom** – inflamatorní tj. zánětlivý karcinom patří mezi velmi agresivní formu nádoru s velmi špatnou prognózou. Projevuje se zánětem prsu bez febrilií, zarudlou kůží a je důlkovitého vzhledu. Inflamatorní karcinom velmi rychle metastazuje do jater, kostí a plic (VODIČKA, 2014).

**Metastatický karcinom prsu** – nejčastěji do mammy metastazují nádory plic, melanomy, nádory děložního hrdla a Non – Hodgkinův lymfom (COUFAL, 2011).

### 1.6.3 BENIGNÍ NÁDORY PRSU

Benigní neboli nezhoubné nádory jsou typické pomalým růstem, rostou v místě vzniku, nemají tendenci vytvářet nové nádory v dalších orgánech, tzv. metastazovat. Mezi benigní nádory řadíme cysty, fibroadenomy, fyloidní nádory (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

**Cysty** – jsou nejčtenější benigní nádor, mají různou velikost a jsou vyplněny tekutinou. Fyzikálním vyšetřením nelze odlišit od karcinomu. Mikrocysty jsou převážně bez příznaků, někdy jsou spojeny s bolestmi prsů a výtok sekretu z ductů. Makrocysty jsou pohmatově hladký elastický tuhý útvar. Způsobují bolesti prsou a výtok sekretu z ductů. Menší cysty se neléčí, naopak u větších cyst je nutná punkce cysty. Pokud je zjištěna intraduktální léze, je nutná extirpace s bezpečnostním lemlem (COUFAL, 2011).

**Fibroadenom** – benigní nádory vyskytující se nejčastěji. Nádor je ohraničený od okolní tkáně, pohyblivý a je charakterizovaný bělavou barvou. Léčba může být konzervativní, extirpační nebo core cut biopsie. Objevuje se převážně u mladších žen a může se objevovat opakovaně (ČEPICKÝ, 2018).

**Fyloidní nádor** – je nádor, který roste velmi rychle a často malignizuje. Projevuje se hmatnou rezistencí, která je dobře ohraničená a vytváří laločnatý vzhled. Diagnostikuje se na MMG, USG prsu a biopsií. U fyloidních nádorů je indikovaná chirurgická léčba – extirpace. Jelikož má tendenci recidivovat, tak poté je indikována mastektomie (VODIČKA, 2014).

### 1.7 KLASIFIKACE NÁDORU TNM

Staging (stanovení stádia) nám pomáhá určit rozsah onemocnění. TNM klasifikace slouží k jednoduchému popisu rozsahu maligního nádoru a určení stádia onemocnění. TNM klasifikaci vyvinul Pierre Denoix chirurg z Paříže (ABRAHÁMOVÁ, 2019). Nádory posuzujeme dle histologického vyšetření, biologických vlastností a také podle anatomického umístění tumoru.

*Stanovení klinického stagingu před léčbou v praxi obnáší minimálně:*

*T – posouzení primárního nádoru: klinické vyšetření + MG + USG*

*N – posouzení stavu regionálních uzlin: klinické vyšetření + USG*

*M – klinické vyšetření + RTG plic + USG jater + scintigrafie skeletu.*

(COUFAL, 2011, s. 99).

T (tumor) – jde o primární nádor a jeho velikost.

N (nodul) – stav postižení lymfatických uzlin

M (vzdálené metastázy) – přítomnost nebo nepřítomnost nádorových metastáz  
(ABRAHÁMOVÁ, 2019)

Stádia onkologického onemocnění jsou označována čísly 0–IV.

Stádium 0 – přítomnost pouze neinvazivního nádoru (in situ)

Stádium I – invazivní nádor menší než 2 cm, nepostihující lymfatické uzliny

Stádium II – rozdělujeme na skupiny II A a II B

II A – nádor o rozměrech 2–5 cm, bez postižení mízních uzlin v axile nebo nádor menší než 2 cm, s postižením 1–3 lymfatický uzlin v axile.

II B – nádor o rozměrech větší než 5 cm bez postižení lymfatických uzlin v axile nebo nádor o rozměrech 2–5 cm s postižením 1–3 mízních uzlin v axile.

Stádium III – rozdělujeme na skupiny III A, III B a III C

III A – nádory o rozměrech 2–5 cm, menší než 2 cm, větší než 5 cm s postižením lymfatických uzlin, fixované navzájem nebo postižené uzliny vedle hrudní kosti.

III B – nádory jakýchkoliv rozměrů, které prorůstají do hrudní stěny nebo kůže.

III C – nádory jakýchkoliv rozměrů, postižení 10 a více mízních uzlin v axile.

Stádium IV – jde o onemocnění s průkazem vzdáleného metastatického postižení, nejčastěji metastazuje do plic, mozkové tkáně, skeletu a jater (ABRAHÁMOVÁ, 2019).

## **1.8 TERAPIE KARCINOMU PRSU**

*Dnešní terapie karcinomu prsu je zásadně komplexní, multimodální (COUFAL, 2011, s. 109).*

Karcinom prsu vyžaduje komplexní onkologickou léčbu. O způsobu terapie rozhoduje lékař na základě určení stádia onemocnění. Při časném odhalení nádoru prsu, bez přítomnosti vzdálených metastáz se volí kurativní léčba s cílem úplného vyléčení karcinomu. V případě detekování vzdálené metastáze je zvolena paliativní terapie s cílem pozastavit, zamezit růst a prodloužit dobu přežití. Mezi základní způsoby terapie se řadí chirurgická léčba, chemoterapie, hormonální léčba a radioterapie. (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013), (COUFAL, 2011).

### 1.8.1 CHIRURGICKÁ LÉČBA

Je důležitá primárně u lokalizovatelného karcinomu. Cílem chirurgického výkonu u karcinomu prsu je odstranění nádoru a snížení rizika recidivy onemocnění (ČMEJLOVÁ, 2020).

V současnosti chirurgický postup rozdělujeme na radikální – odnětí celé prsní žlázy a parciální – odnětí jednoho kvadrantu včetně kůže. (SLEZÁKOVÁ, 2017), (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

**Mastektomie** – odstranění celé prsní žlázy včetně bradavky, dvorce a potřebné kůže.

- rozšířená radikální mastektomie – jde o chirurgický výkon, kdy jsou odstraněny lymfatické uzliny v hrudní dutině,
- modifikovaná radikální mastektomie – odnětí prsního malého svalu a odstranění mízních uzlin v axile,
- totální mastektomie – odstranění celého parenchymu mléčné žlázy, včetně bradavky a dvorce,
- subkutánní mastektomie – odstranění prsní žlázy, bez nutnosti odstranění bradavky a dvorce, je ponechána kůže (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

#### **Konzervativní chirurgické výkony**

Tumorektomie je odstranění maligního ložiska a části okolní tkáně.

Lumpektomie je odstranění maligního ložiska s minimem zdravé tkáně.

Kvadrantektomie je chirurgický výkon, kdy je resekován jeden kvadrant prsu včetně resekce kůže nad a pektorální fascie na spodině.



### **Vedlejší účinky chirurgické léčby**

Komplikace po chirurgické léčbě závisí na mnoha faktorech: na operační technice, kvalitě pooperační péče a na stavu pacientky.

Po prs zachovávající zákrok (kvadrantektomii) se zásadnější komplikace neočekávají. Někdy se může objevit časná komplikace pod operační jizvou např. hematom nebo serom, který se vypustí pomocí drenáže. Při rozsáhlejších výkonech u lymfatických uzlin v axile, může dojít k lymfedému, který může způsobit omezení hybnosti horních končetin. Podstatné je včasné zahájit fyzioterapii, ihned po celkovém zhojení operační rány. Cílem cvičení je v co nejkratším čase navrátit hybnost končetiny. Dále může nastat postmastektomický bolestivý syndrom, bolest se nejvíce lokalizuje v oblasti operační rány, v axile a na zadní straně paže. Předejít postmastektomickému syndromu můžeme včasnou fyzioterapií a masírováním jizvy (VORLÍČEK, 2012).

### **1.8.2 RADIOTERAPEUTICKÁ LÉČBA**

Radioterapie je jedna z nejstarších metod, která se používala k terapii maligních nádorů. Jde o terapii ionizujícím zářením.

Kurativní radioterapie je aplikace vysoké dávky záření, kdy je cílem vymýtit tumorové buňky a zajistit úplné vyléčení pacientky.

Adjuvantní radioterapie se indikuje u pacientek, které podstoupily prs zachovávající výkon.

Neadjuvantní radioterapie je předoperační radioterapií, která předchází chirurgickému výkonu a jejím cílem je zmenšení nádoru.

Paliativní radioterapie, jejímž cílem je zmírnit symptomy onkologického onemocnění (bolesti, krvácivé projevy, zánětlivé rekce). Dále může vést ke zlepšení kvality života v poslední fázi života (VORLÍČEK, 2011).

#### **Vedlejší účinky po radioterapii**

Radioterapii (RT) pacientky snáší velmi dobře. Komplikace po RT rozdělujeme na časná a pozdní. Mezi nežádoucí účinky RT můžeme zařadit nauzeu, slabost, nechut' k jídlu nebo duševní obtíže.

Časné komplikace se projevují po čas radioterapie a slábnou v době několika týdnů po ukončení RT. Nejčtenějším vedlejším účinkem po RT je erytém v oblasti po ozařování.

Pozdní komplikace mohou přijít až za několik měsíců po RT a jsou nevratné. Objevují se také jen v ozařované oblasti. Může se objevit změna kůže a ztuhnutí podkoží. U ozařování mízních uzlin v axile, je vyšší riziko vzniku lymfedému

Poškození plic a srdce RT je velmi vzácné. U žen, které se ozařují v oblasti levého prsu je riziko poškození vyšší (ABRAHÁMOVÁ, 2019).

### 1.8.3 CHEMOTERAPEUTICKÁ LÉČBA

Chemoterapie je systémová terapie a je základní metodou u onkologické diagnózy, při které se podávají chemické látky (cytostatika), které jsou schopny blokovat buněčné dělení. Cytostatika se podávají dle léčebného protokolu s cílem snížit riziko toxicity. Chemoterapeutika lze podávat různými způsoby, nejčastější je aplikace nitrožilně, perorálně, subkutánně. Dále se také používají ve formě laváže dutiny (dutina břišní, močový měchýř aj.). Chemoterapie se podává v cyklech nebo trvale (VOKURKA, 2018). Chemoterapii rozdělujeme do tří základních skupin.

**Neoadjuvantní chemoterapie** – podává se před chirurgickým výkonem nebo radioterapií. Indikovaná je u žen, které mají velký primární tumor. Cílem léčby je zmenšení maligního nádoru. Počet cyklů se určuje dle vlastností karcinomu (KLENER, 2013).

**Adjuvantní chemoterapie** – jejím cílem je vymýtit zbylá nádorová mikroložiska a docílit snížení rizika recidivy, je indikovaná u pacientek, které jsou po chirurgickém výkonu nebo po radioterapii (VOKURKA, 2018).

**Paliativní chemoterapie** – je indikovaná u pacientek s metastatickým karcinomem, pokročilým stádiem onemocnění nebo terminální stádiem. Cílem paliativní terapie je pozastavení růstu nádoru a prodloužení života (COUFAL, 2011).

#### **Vedlejší účinky po chemoterapii**

*Závažnost nežádoucích účinků systémové protinádorové léčby se u jednotlivých pacientů liší a závisí nejen na individuální vnímavosti léčeného pacienta, ale především*

*na typu podaného cytostatika, na tom, zda je podáváno cytostatikum jediné či jejich kombinace, na dávkování léků* (ABRAHÁMOVÁ, 2019, s. 342).

Nežádoucí účinky po chemoterapii rozdělujeme na bezprostřední nežádoucí účinky, časné nežádoucí účinky a oddálené nežádoucí účinky.

Bezprostřední nežádoucí účinky se objevují v několika hodinách nebo několika dnech po podání chemoterapie. Nejčastěji se projevují jako:

Alergická reakce –během aplikace nebo po podání léčiva se může objevit reakce na podané léčivo. Nejčastěji se projevuje zarudnutím v obličeji, zarudlými skvrnami po celém těle a svěděním.

Nevolnost a zvracení –jsou nejčtenější komplikace, které se projevují po podání cytostatické léčby. Můžeme preventivním podáváním medikace proti nevolnosti daným komplikacím předejít nebo je zmírnit.

Reakce v místě vpichu po podáním nitrožilní chemoterapie – při aplikaci cytostatik nitrožilně, je důležité správně zavedený nitrožilní přístup. Aplikuje se do PŽK, portu nebo PICCU.

Zimnice a třesavka, horečka –některé cytostatické látky mohou vyvolat zmíněné nežádoucí účinky, které se zmírňují podáním antiipyretik (ABRAHÁMOVÁ, 2019).

Časné nežádoucí účinky se objevují až v období několika dnů až týdnů od aplikace chemoterapie. Projevují se jako:

Leukopenie –podávání cytostatik snižuje počet bílých krvinek. Cílem chemoterapie je působit na nádorové buňky, ale působí i na zdravé buňky a tím poškozují kostní dřeň. Pokles bílých krvinek se pravidelně kontrolují v krevním obraze.

Alopecie – způsobují ji jen některá cytostatika (např. platinové deriváty). Pro ženy to má velký dopad na psychiku. Důležité je informovat pacientky, že po skončení léčby vlasy dorostou.

Infekce –komplikace spojené s infekcí jsou z důvodu oslabení imunity, kterou způsobuje snížení hodnoty bílých krvinek (např. febrilie, chřipkové příznaky, únava aj.)

Trombocytopenie – cytostatika snižují počet krevních destiček, kdy vzniká vyšší riziko krvácení.

Zánět střevní sliznice – obtíže způsobené vlivem cytostatik na střevní sliznice se nejčastěji vyskytují jako průjem a bolesti břicha (ABRAHÁMOVÁ, 2019).

Pozdní vedlejší účinky se mohou objevit až za několik měsíců od ukončení terapie. Antracykliny (např. doxorubicin) jsou chemoterapeutika, po kterých mohou nastat pozdní komplikace. Mezi ně řadíme např. anémii, neplodnost nebo druhotná zhoubná onemocnění (ABRAHÁMOVÁ, 2019).

### **Způsob podání léčby**

Jsou různé způsoby při podávání terapie. Nejčastěji se léčiva podávají nitrožilně. Žilní vstupy získáváme několika způsoby.

Intravenózní implantabilní port je žilní katetr, který je dlouhodobý. Je složený z portu a katetru. Nejčastěji se port implantuje pod klíční kost, kde se zavede speciální katetr podklíčkovou žílou až do horní duté žíly. Portova komůrka je umístěna pod povrchem kůže v oblasti podklíčku. Vzhledem k častému podávání onkologické léčby je indikace zavedení intravenózního portu výhodou. Používá se Huberova jehla (CHARVÁT, 2016).

Periferní žilní kanyla je nejběžnější způsob podávání terapie nitrožilně. Krátkodobý žilní vstup (ABRAHÁMOVÁ, 2019).

PICC (peripherally inserted central catheter) je katetr zavádějící do v. basilica, v. cephalica a v. brachialis. Pomocí USG se zavede katetr do horní duté žíly. PICC je střednědobý katetr, který může být zavedený max jeden rok (CHARVÁT, 2016).

Cytostatika jsou rizikové látky, které mohou v případě paravazace pacienta poškodit. Dle European Society of Medical Oncology rozdělíme chemické látky na vezikanty, iritanty a nonvezikanty.

Vezikanty způsobují trvalé poškození tkáně až nekrózu. Iritanty způsobují zánět (CHARVÁT, 2016).

## **1.8.4 HORMONÁLNÍ LÉČBA**

Hormonální léčba je jedna z nejstarších léčebných metod, které se aplikují v onkologii u pacientek s onemocněním karcinomu prsu. Indikace hormonální terapie je

založena na průkazu hormonálních receptorů. (ABRAHÁMOVÁ, 2019). *U nádorů, které neexprimují hormonální receptory, se dnes hormonální léčba nepoužívá* (COUFAL, 2011, s. 332).

Hormonální léčbu rozdělujeme do několika skupin:

Ablativní léčba spočívá v odstranění orgánu (ovarií), která produkuje hormony se stimulačním účinkem na nádory prsu. Mezi ablativní terapii řadíme ovariectomii – chirurgickou kastraci, radiační kastraci a medikamentózní kastraci (ABRAHÁMOVÁ, 2019).

Kompetitivní hormonální léčba je závislá na aplikaci antihormonů, které zamezují vázat příslušný hormon na receptor. Mezi antihormony používané v klinické praxi řadíme antiestrogeny (Faslodex), antiandrogeny (Flucinom, Anandron, Casodex) (KLENER, 2013).

Inhibiční hormonální léčba je závislá na podávání látek, které zamezují tvorbě estrogenu v nadledvinách a periferních tkáních. Pro syntézu těchto hormonů jsou podstatné aromatazy. Inhibitory aromataz blokuji aromatazu, které mění steroidy na estrogeny v nadledvinách. Indikovaná u postmenopauzálních žen (ABRAHÁMOVÁ, 2019).

#### **Vedlejší účinky hormonální léčby**

*Nežádoucími účinky jsou stejné stavy, jež přicházejí u žen, jimž funkce vaječnicků odezní fyziologicky (přechod, klimakterium, menopauza),* (ABRAHÁMOVÁ, 2019, s. 407). Z důvodu navození „umělého přechodu“ jsou za vedlejší účinky považovány návaly horka, nadměrné pocení, změny nálad (VORLÍČEK, 2012).

### **1.8.5 BIOLOGICKÉ LÉČBA**

*Biologická léčba znamená podávání látek, které ovlivňují řetězce dějů určitých receptorů nezbytných pro přežívání, množení a růst buněk* (ABRAHÁMOVÁ, 2019, s. 301)

Podstatné pro indikaci biologické léčby je prokázání HER2 receptorů. Biologická léčba se aplikuje dlouhodobě rok i déle. Jsou podávána intravenózně, subkutánně nebo perorálně. Pomocí histopatologického vyšetření rozdělíme nádory na HER pozitivní

a HER negativní. U HER-pozitivního karcinomu indikujeme léčbu Trastuzumab (Herceptin) – jako jediný se aplikuje i v adjuvantní a neadjuvantní chemoterapii, Pertuzumab (Perjeta) – je aplikován v paliativní chemoterapii u diseminovaného tumoru a Lapatinib (Tyverb) – podáván v paliativní chemoterapii. U HER negativních karcinomů podáváme Bevacizumab (Avastin) a Everolimus (Afinitor)-indikováno v paliativní terapii. (BRYCHTA, 2014)

### **Vedlejší účinky biologické léčby**

U cílené léčby se objevují nežádoucí účinky velmi zřídka. Výjimkou jsou případy, kdy je pacientka alergická na účinnou látku dané cílené terapie, která vyvolá alergickou reakci (ABRAHÁMOVÁ, 2019).

## **1.9 DIAGNOSTIKA**

Nedílnou součástí diagnostických metod je osobní anamnéza a klinické vyšetření. *Anamnéza a klinické vyšetření zůstávají prvním a nezbytným lékařským úkonem u podezření na mamární karcinom* (COUFAL, 2011, s. 91), (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

### **1.9.1 ZOBRAZOVACÍ METODY**

Důležitou roli v diagnostice mají zobrazovací metody. Mezi základní vyšetřovací metody patří skiografie (RTG), ultrazvukové vyšetření (USG) a scintigrafie skeletu. Provádí se u pacientek při počátečním stagingu a u dispenzarizovaných pacientek se provádí pravidelně jednou ročně (ABARAHÁMOVÁ, 2012). Mezi doplňkové zobrazovací metody řadíme výpočetní tomografii (CT) a pozitronovou emisní tomografii (PET/CT). Další zobrazovací metody jsou mamografie (MG), sonografie (USG) a magnetická rezonance (MR).

Mamografie je metoda vyšetření, která se provádí pomocí mamografu a při které se používá nízká dávka ionizujícího záření. Doporučuje se u žen od 45 let věku pravidelně ve dvouletých intervalech. MG je schopna stanovit počáteční stádium karcinomu prsu. Pomocí MG lze zjistit počet ložisek, velikost a umístění tumoru a také může MG zjistit mikrokalifikace (DANEŠ, 2017, STEYEROVÁ, 2019).

*Pro sonografické vyšetření se využívají lineární multifrekvenční sondy s vysokým rozlišením a B-způsob zobrazení (Daneš, 2017, s. 22). Vyšetřuje se celý rozsah prsu a spádové mízní uzliny. Využívá se jako doplňující vyšetření k MG a u mladších žen se používá USG prsu jako prevence vzniku karcinomu. Výhodou USG je, že nejsou žádné nežádoucí účinky, proto může být indikovaná opakovaně (DANEŠ, 2017).*

Magnetická rezonance je vyšetření, které je velmi senzitivní. MR se získávají řezy vybrané části těla. Podstatné u MR je aplikace intravenózní kontrastní látky. Indikuje se například při nesrovnalostech na MG nebo USG prsu, dále u žen s genetickou predispozicí (VEVERKOVÁ, 2019).

Mezi doplňkové zobrazovací metody řadíme výpočetní tomografii (CT), pozitronovou emisní tomografii (PET/CT).

### **1.9.2 VYŠETŘENÍ KRVE**

Při podezření na nádorového onemocnění jsou v krvi vyšetřovány tumorové markery. Vyšetření tumorových markerů nám slouží jako pomůcka k diagnostice nebo sledováním vývoje onemocnění v remisi. V krvi se vyšetřují látky, které jsou přítomny v nádorové tkáni. Mezi podstatné markery u karcinomu prsu jsou CEA a Ca 15-3 (VOKURKA, 2018)

Dále se v rámci stagingu na počátku onemocnění vyšetřuje krevní obraz a diferenciál, sedimentace, biochemické vyšetření krve (ionty, jaterní testy, urea, kreatinin a zánětlivé parametry-CRP), chemické vyšetření moči a sedimentu.

### **1.9.3 BIOPSIE**

Biopsie je odběr tkáně punkční jehlou a je součástí mamární diagnostiky. Odebraná nádorová tkáň se vyšetřuje histologicky, kdy se tkáň mikroskopicky analyzuje a výsledky histologie se použijí při stanovení diagnózy. Bioptické vyšetření se provádí pod USG. Standartní bioptickou metodou je core cut biopsie (CCB), která nám slouží k získání histologické diagnózy. Dále se využívá vakuová biopsie. Nejnovější bioptickou metodu, při které se odebírá větší množství tkáně z mammy vakua. Na rozdíl od CCB je vakuová biopsie přesnější ve stanovení histologické diagnóze např. atypické hyperplazii nebo karcinomy in situ. A jako poslední z bioptických metod se využívá radiofrekvenční ablace (HOUSERKOVÁ, 2014), (ABRAHÁMOVÁ, 2019).

### **1.9.3.1 BIOPSIE SENTINELOVÉ UZLINY (SNB)**

Sentinelová uzlina je první spádová lymfatická uzlina do které odtéká lymfa z místa maligního tumoru. Cílem SNB je vyšetřit všechny uzliny, zjistit metastatické postižení uzlin a přesně určit stádium onemocnění. Jestliže se histologickým vyšetřením prokáže postižení sentinelové uzliny je indikována disekce axily. Sentinelová uzlina je identifikovaná pomocí barviva nebo radioaktivní látky (izotop), (COUFAL, 2011).

### **1.9.4 DISEKCE AXILY**

Axilární disekce je indikovaná u pacientek s invazivním karcinomem prsu, u kterých je histologicky zjištěno postižení sentinelové uzliny v axile nebo jsou detekovány axilární metastázy. Disekovat axilu můžeme při mastektomii nebo při samotném řezu. Nejčastější komplikace po disekci axily je lymfedém (COUFAL, 2011).

## **1.10 PREVENCE KARCINOMU PRSU**

*Nejúčinnější a nejlevnější opatření proti onkologickým chorobám je prevence* (VORLÍČEK, 2012, s. 87). Screeningové preventivní programy jsou v České republice na velice dobré úrovni. Pomocí preventivních programů se snižuje mortalita na nádorové onemocnění až o 30 %. Programy se řídí dle doporučení Ministerstva zdravotnictví ČR. Preventivní programy nezahrnují ženy mladší 45 let věku. Mezi prevence řadíme primární prevenci, sekundární prevenci a terciální prevenci (SKOVAJSOVÁ, 2019).

### **1.10.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE**

Cílem primární prevence je eliminovat nově vzniklé maligní onemocnění. Primární prevence se z pravidla zaměřuje na zdravý životní styl, a to převážně na zdravější stravování, přiměřený pohyb, absenci kouření, alkoholu a stresu (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

### **1.10.2 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE**

Do sekundární prevence řadíme samovyšetření prsu, screeningový preventivní program a pravidelné lékařské prohlídky (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

***Samovyšetření prsu*** – metoda, která může zachytit onemocnění rakoviny prsu včas. Jedná se o metodu, kdy si žena provádí vyšetřování prsou sama, nejlépe pravidelně jednou za



měsíc. Nejefektivnější vyšetření prsou je druhý nebo třetí den po ukončení menstruačního cyklu. Ženy, které nemenstruují si provádí vyšetření, kterýkoliv den v měsíci. Je nutné pamatovat, že samovyšetření nenahrazuje lékařské vyšetření nebo mamografický screening (ABRAHÁMOVÁ, 2019).

**Mamografické screening** – pomocí mamografického screeningu je zachycení karcinomů v časném stádiu, u který bývá terapie úspěšnější (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013). Mamografické vyšetření u žen po 45 věku je hrazeno ze zdravotního pojištění jednou za dva roky. Možnost mamografického vyšetření mají i ženy mladší 45 let, ale hradí si ho samy. U mladších žen je doporučován USG prsu, který není hrazen ze zdravotního pojištění (SKOVAJSOVÁ, 2019). Screening nám pomáhá snižovat úmrtnost na onkologické onemocnění prsu. Mamografickým vyšetřením detekujeme 83 % nádoru prsu v časném stádiu. V posledních letech je mamografický screening žádanější (ABRAHÁMOVÁ, 2019).

### 1.10.3 TERCIÁLNÍ PREVENCE

Cílem terciální prevence je sledovat pacientky v remisi. Jedná se o dispenzarizaci, v období 1–3 let, pravidelné lékařské kontroly v 3měsíčních intervalech, období 4–6 let v 6měsíčních intervalech, dále pak jednou ročně. Mamografie se provádí pravidelně jednou ročně. (KOČOVÁ, 2012).

## **2 SPECIFICKÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTKY S KARCINOMEM PRSU**

Ošetrovatelská péče u pacientek s nádorovým onemocněním prsu zabývá uspokojováním bio-psycho-sociálních potřeb. Převážná část pacientek s karcinodem prsu jsou přijímány k plánovanému chirurgickému zákroku na chirurgické oddělení (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

### **2.1 PŘEDOPERAČNÍM OBDOBÍ**

*Předoperační příprava se provádí u každého pacienta, ale její náplň záleží na množství času, který je předoperačně k dispozici, na charakteru operace a na komorbiditách pacienta* (BARTŮNĚK, 2016, s. 287). Důležité je získat co nejvíce informací o pacientce. Vzhledem k onkologické diagnóze je velmi důležitá psychická podpora pacientky. Patientka musí být seznámena se svou diagnózou, možnostmi terapie a s riziky, která mohou nastat po výkonu. Lékař informuje pacientku o postupu při zákroku, léčbě po operaci, fyzioterapii a potencionálních rizicích spojených s anestezií. Na základě vyšetření pacientky a zhodnocení výsledků určuje anesteziolog způsob anestezie. Jestliže pacientka s návrhem postupu souhlasí je nutností podepsání informovaného souhlasu s operačním výkonem (SCHNEIDEROVÁ, 2014).

### **2.2 DLOUHODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA**

Předoperační příprava se nijak neliší od běžné přípravy před chirurgickým zákrokem. Po určení termínu je indikováno předoperační vyšetření, jehož součástí je laboratorní vyšetření (krevní obraz, krevní srážlivost, biochemické vyšetření krve, krevní skupinu a Rh faktor, serologické vyšetření krve a kvalitativní chemické vyšetření moči a močového sedimentu). Nedílnou součástí je EKG a RTG srdce a plic. Dále mohou být indikovány doplňující vyšetření např. kardiologické, plicní, CT, MR aj. V případě užívání antikoagulační terapie perorálně je důležité převést na nízkomolekulární heparin. Pokud je indikována neadjuvantní chemoterapie, tak je zákrok plánovaný 2–6 týdnů po skončení terapie. Jestliže je pacientce indikován Tamoxifen, je nutné ho vysadit 2–3 týdny před chirurgickým zákrokem z důvodů zvýšení riziko TEN (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ 2013), (SCHNEIDEROVÁ, 2014).

## 2.3 SPECIFICKÁ PÉČE V POOPERAČNÍM OBDOBÍ

Po ukončení operačního výkonu je pacientka převezena na monitorované lůžko do té doby, než se stabilizuje oběh a spontánně nedýchá. Pokud je pacientka při vědomí a reaguje, je převezen na určené standartní oddělení (SLEZÁKOVÁ, 2019).

Pacientka po operaci je v poloze na zádech se zvýšenou horní končetinou. Všeobecná sestra (VS) ve spolupráci ošetřujícího lékaře monitoruje fyziologické funkce a saturaci kyslíku v určených intervalech. Všeobecná sestra musí pozorně sledovat bolestivé projevy pacientky, bilance tekutin a celkový stav nemocného. Zvýšenou pozornost by měla věnovat VS operační ráně, která se převazuje za přísně aseptických podmínek, dále sledovat zavedený Redonův drén a kontrolovat sekreci z drénu. Extrakce drénu většinou 2.–4. den po operaci. Dále je nutné sledovat horní končetinu na operované straně, jestli nevzniká lymfedém (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

Po výkonu se sleduje vyprazdňování pacientky, zaměřujeme se na sledování spontánního močení, ke kterému by mělo dojít 6–8 hodin po operaci. Pokud se tak nestane, VS použije pomocné metody (tekoucí voda, jednorázové vycévkování). Vyprázdnění stolice by mělo být několik dní po operaci. Po operaci je omezen příjem per os. Podávají se tekutiny v menším objemu, pacient se hydratuje nitrožilně infuzními roztoky. Jestliže nenastanou komplikace je možné podávat lehčí stravu již k večeři. Dietní omezení je dle operačního výkonu (SCHNEIDEROVÁ, 2014).

VS dále sleduje žilní vstup, do kterého se aplikují farmaka dle ordinace lékaře. Důležité je, aby žilní vstup byl zavedený na druhé straně od operované. Zavedení periferní kanyly, měření tlaku a odběr krve je na končetině na operované straně kontraindikováno (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

## 2.4 POOPERAČNÍ KOMPLIKACE

Vznikají následkem operačního výkonu. Komplikace po výkonu rozlišujeme časné, střední a pozdní, dále také na lokální a obecné, tzn. komplikace, které postihnou jiné systémy (VORLÍČEK, 2012).

Mezi lokální komplikace řadíme infekci. Je to střední komplikace, která se může objevit několik dní po chirurgickém výkonu. Infekce v operační ráně může vzniknout i z nedodržování aseptických podmínek při převazování. Projevem vzniku infekce je např. bolestivost v oblasti operačního pole, zčervenání, febrilie aj. Infekci zjišťujeme

odběrem krve na vyšetření zánětlivých parametrů (CRP, leukocyty) a stěrem z rány na kultivaci a citlivost. Dle získaných výsledků je indikována antibiotická terapie nebo pokud je nutná, provádí se revize.

Krvácení je další lokální komplikace, jedná se o časnou komplikaci. VS musí sledovat krvácivé projevy po výkonu (SCHNEIDEROVÁ, 2014).

## **2.5 REHABILITACE**

*Rehabilitace je soubor všech opatření směřující k co nejrychlejší resocializaci jedince s postiženým zdravím (COUFAL, 2011, s. 389)*

Po operačním výkonu jsou poškozeny měkké tkáně a může dojít k rozvinutí otoku paže tzv. lymfedému, který může vést k omezení hybnosti horní končetiny. Léčba lymfedému zahrnuje převážně lymfodrenáže (ruční, přístrojová), cvičení a kompresní pažní návleky. Fyzioterapie je podstatná hlavně u pacientek, kterým jsou odstraněny chirurgickým výkonem axilární uzliny. Včasná rehabilitace vede k dřívější soběstačnosti a návratu k běžným denním aktivitám. Po operaci se fyzioterapie zaměřuje na dechová cvičení, polohování postižené končetiny, vertikalizace pacientky a žilní gymnastiku pod dohledem fyzioterapeuta. V dalších dnech sestavuje fyzioterapeut cviky, které cvičí opakovaně. U pacientek po operaci prsu je důležité, aby pacientka používala trojcípý šátek po dobu, kterou indikuje lékař. Po propuštění do domácího prostředí má pacientka možnost navštěvovat fyzioterapie, které se provádí ambulantně. V domácím prostředí pacientka rehabilituje pětkrát až šestkrát denně podle cviků, které sestavuje fyzioterapeut (SMUTNÁ, 2012).

### 3 KOMUNIKACE S ONKOLOGICKÝM PACIENTEM

Sdělování onkologické diagnózy je pro pacienta, ale i pro lékaře nepříjemným rozhovorem. Když je zmíněna onkologická diagnóza, jedná se většinou o špatnou zprávu. Informovat pacienta o diagnóze může být pro lékaře velmi stresující situace, protože si je vědom, že přijetí špatné zprávy pro pacienta i jeho blízké bude velmi těžké. Lékař, který sděluje diagnózu, by měl znát celkový zdravotní stav a sociální zázemí nemocného (PTÁČEK, 2014). Na rozhovor by měl lékař pacienta připravit a nabídnout mu přítomnost blízké osoby, neboť bude pacient potřebovat psychickou podporu, dále je důležité soukromí na rozhovor a dostatek času, aby pacienta informoval o diagnóze a navrhované léčbě (PTÁČEK, 2014).

Existují určité faktory, které mohou ovlivnit psychický stav pacienta. Staří lidé zvládnou přijmout špatnou zprávu lépe než lidé mladšího věku, protože se většinou nejedná o jejich první diagnózu, žijí přítomností a ví, že jednou stejně zemřou. Za to pacienti ve středním věku mají své povinnosti, své představy a určité cíle, které se při diagnostice onkologické diagnóze zastaví. Mladí lidé nevěří, že by je taková diagnóza mohla postihnout, mají představy čeho by chtěli dosáhnout, budují si vztahy a určité postavení. Delší čas se srovnávají s novou diagnózou a mohou snáz propadnout depresím (DOSTÁLOVÁ, 2016).

#### 3.1 SPIKES

V praxi osvědčený a aktuálně mezinárodně osvědčený postup, jak sdělit pacientovi špatnou zprávu v 6 krocích.

**Setting** (prostředí) – Lékařem by mělo být zvoleno vhodné místo, kde bude dostatečné soukromí, žádné rušivé elementy a dostatek času na rozhovor. Pacientovi by měla být nabídnuta možnost přítomnosti blízké osoby.

**Perception** (vnímání situace) – Lékař by se měl ujistit, jak je pacient informován o svém zdravotním stavu. Můžeme položit otázky jako: „Už vám někdo nějaké informace sdělil?“, „Jak rozumíte svému současnému zdravotnímu stavu?“ (HALÁMKOVÁ, 2019).

**Invitation** (výzva) – Lékař zjišťuje od pacienta, co vše chce o svém zdravotním stavu vědět. Nikdy by neměl sám lékař určovat, jestli pacient unese celou pravdu (HALÁMKOVÁ, 2019).

**Knowledge** (poznatky/fakta) – Lékař by měl dát pacientovi možnost se připravit na sdělení špatné zprávy. Měl by být stručný, nepoužívat latinskou terminologii a měl by mluvit pomalu a srozumitelně, aby tomu pacient rozuměl (AMERY, 2016).

**Emotions/empathy** (emoce/empatie) – Důležité je, aby lékař dal najevo, že chápe obtížnou situaci pacienta. Není vhodné používat: „Vím, jak se teď nejspíš cítíte.“. Lékař by nikdy neměl zlehčovat danou situaci, ale zároveň by měl mít pozitivní přístup a být připravený na emotivní rozhovor (HALÁMKOVÁ, 2019).

**Summary/stratégie** (shrnutí a strategie) – Lékař by měl celý rozhovor shrnout a pacienta informovat o tom, co by měl očekávat v budoucnu a měl by se informovat, jestli pacient rozuměl veškerým důležitým informacím (HALÁMKOVÁ, 2019).

## **4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S KARCINOMEM PRSU**

Ošetrovatelský proces o pacientku s karcinomem prsu byl zpracován na onkologické klinice ve Všeobecné fakultní nemocnici v na Karlově náměstí v Praze, Identifikační údaje pacientky byly anonymizovány z důvodu dodržení díkce platné národní a evropské legislativy vztahující se na k ochraně osobních údajů. Pacientka ústně souhlasila se zpracováním svých údajů pro účely bakalářské práce. Zdrojem pro získání zdravotních informací byla metoda pozorování, anamnéza, fyzikální vyšetření, komunikace s pacientkou, rozhorem s ošetřujícím lékařem a zdravotnická dokumentace pacientky. K vypracování ošetrovatelského procesu byl použit funkční model zdraví Marjory Gordon. Ošetrovatelské diagnózy byly vypracovány dle TAXONOMIE II. NANDA 2018-2020.

**Identifikační údaje:** K. M.

**Pohlaví:** žena

**Věk:** 33

**Datum narození:** 1989

**Bydliště:** Kralupy nad Vltavou

**Vzdělání:** vysokoškolské

**Zaměstnání:** obchodní zástupce

**Státní příslušnost:** česká

**Datum přijetí:**

**Důvod přijetí:** neadjuvantní chemoterapie

**Oddělení:** onkologická klinika

**Důvod přijetí dle pacientky:**

„Jdu na chemoterapii“.

**Medicinská diagnóza hlavní:**

Invazivní ductální karcinom prsu I. dx. 12/21, nosička BRCA 1 mutace, klinické stádium IIA.

**Medicinské diagnózy vedlejší:**

Arteriální hypertenze t.č. bez medikace

Astma bronchiale t.č. bez medikace

**Vitální funkce**

**TK:** 135/80 mmHg

**P:** 84/min

**D:** 16/min

**TT:** 36.5 °C

**Stav vědomí:** při vědomí

**Výška:** 175 cm

**Váha:** 60 kg

**BMI:** 19, 59 kg/m<sup>2</sup>

**Pohyblivost:** soběstačná

**Krevní skupina:** A Rh+

**Nynější onemocnění:**

Karcinom prsu I.dx, T1c N1 M0, klinické stádium IIA, tumor HZK o velikosti 22x15 mm, v pravé axile několik lymfatických uzlin velikostně do 16 mm.

Stav po podání neadjuvantní chemoterapie 4x AC. Dále následuje pokračování neadjuvantní chemoterapie 12x Taxol weekly. Po neadjuvantní chemoterapii následuje mastektomie dx. a radioterapie.

**Informační zdroj:**

Hlavním zdrojem informací byla komunikace s pacientkou, zdravotnickým personálem a zdravotnická dokumentace.



## **Anamnéza**

### **Rodinná anamnéza:**

**Matka:** ca prsu v 56 letech, zemřela v 57 letech

**Otec:** hypertenze, žije

**Matka matky:** ca prsu v 67 letech, v remisi, žije

**Bratr:** zdrav

### **Osobní anamnéza:**

**Překonaná a chronická onemocnění:** běžné dětské nemoci, arteriální hypertenze, astma bronchiale, mutace genu BRCA 1.

**Operace:** apendektomie 2012

**Úrazy:** 0

**Transfúze:** 0

**Očkování:** běžná povinná očkování

Tabulka 1 Chronická medikace

NÁZEV	FORMA	SÍLA	DÁVKOVÁNÍ	SKUPINA
Ortanol	tbl	20 mg	1-0-0	antacida
Sertralin	tbl	50 mg	1-0-1	antidepresiva
Lactulosa AL	sirup	667 mg/ml	dle potřeby	laxativa
Ibalgin	Tbl	400 mg	max. 3x denně	analgetika

Zdroj: zdravotnická dokumentace

### **Alergologické anamnéze:**

**Léky:** Novalgin, Algifen, Biseptol

**Potraviny:** nejuje

**Chemické látky:** neguje

**Jiné:** neguje

### **Abúzy:**

**Alkohol:** příležitostně víno

**Kouření:** neguje

**Káva:** 1x denně

**Léky:** neguje

**Jiné návykové látky:** neguje

### **Sociální anamnéza:**

**Stav:** svobodná, má přítele

**Bytové podmínky:** žije s rodinou

**Vztahy v rodině:** vztah s otcem a bratrem má velmi dobrý

**Volnočasové aktivity:** cestování, sport, turistika

### **Spirituální anamnéza:**

Pacientka není věřící.

### **Gynekologická anamnéza:**

Gynekologické prohlídky absolvuje pravidelně jednou ročně. Porod 0, UPT 0, abort 0, menarche od 12 let, menstruační cyklus pravidelný. Antikoncepci neužívá.

## Pracovní anamnéza:

Vzdělání: vysokoškolské

Pracovní zařazení: Pacientka pracuje jako manažerka.

Tabulka 2 Posouzení současného stavu pacientky ze dne 10. 1. 2022

<b>SYSTÉM</b>	<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Hlava a krk</b>	„Poslední dobou mě často bolí hlava, přisuzuji to málo spánku a stresu.“	Pokleповě nebolestivá, normocefalická, bez deformit. Zornice jsou izokorické, oční bělmo bez ikteru. Nos a uši bez sekrece. Rty bez cyanózy, prokrvené. Ústa symetrická, sliznice vlhké. Štítná žláza nezvětšena. Jazyk plazí středem. Lymfatické uzliny nezvětšeny.
<b>Hrudník a dýchací systém</b>	„Žádné potíže s dýcháním nemám.“	Hrudník symetrický, palpačně nebolestivý, dýchání klidné, bez vedlejších fenoménů, dechová frekvence 16/min. Prsy symetrická.
<b>Srdeční a cévní systém</b>	„Jsem sledována s arteriální hypertenzí. Obtíže nepocítuji.“	Srdeční akce pravidelná, bez šelestu. Bez otoku horních, dolních končetin a bez varixů. Zvýšená

		náplň krčních žil nepozorována.
<b>Břicho a GIT</b>	„Břicho mě nebolí. Často je mi špatně od žaludku. Stolicí má nepravidelnou, spíše mám zácpu.“	Břicho v nivěu pohmatově nebolestivé, měkké, bez hmatných rezistencí. Játra palpačně nebolestivá a nezvětšena, slezina také nezvětšena. Peristaltika živá, nauzea přetrvává. Stolice nepravidelná. Přetrvává zácpa. Větry odchází.
<b>Močový a pohlavní systém</b>	„Potíže s močením nemám.“	Moč čirá. Tapotement negativní. Genitál ženský.
<b>Kosterní a svalový systém</b>	„Bolesti pravého prsu jsou nepříjemné.“	Pocit'uje bolest v pravém prsu. Páteř fyziologicky zakřivena, nebolestivá.
<b>Nervový a systémový systém</b>	„Potíže se zrakem a sluchem nemám.“	Pacientka orientovaná, při vědomí a spolupracuje. Obtíže se zrakem a sluchem nemá. Řeč plynulá.
<b>Endokrinní systém</b>	„Bez obtíží.“	Štítná žláza nezvětšena.
<b>Imunologické systém</b>	„Mám alergii na biseptol, novalgin a algifen.“	Pacientka je alergická na biseptol, algifen a novalgin. Projevující se exantémem a zhoršeným dýcháním. Lymfatické uzliny nezvětšeny.
<b>Kůže a její adnexa</b>	„Na těle nemám žádnou vyrážku.“	Kůže je fyziologického vzhledu, bez ikteru

		a cyanózy. Kožní turgor v normě. V levé paži zavedený PICC. Bez známek infekce.
--	--	--

# **OŠETŘOVATELSKÝ MODEL VZORCŮ FUKNČNÍHO ZDRAVÍ PODLE MARJORY GORDEN ZE DNE 10. 1. 2022**

## **PODPORA ZDRAVÍ**

### **SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:**

„Vím o současném zdravotního stavu a závažnosti diagnózy. Před každou preventivní prohlídkou u paní doktorky jsem se hrozně bála, že mi sdělí pozitivní nález na MRI či USG. I přestože jsem nosička mutace BRCA 1, tak mě ta zpráva hrozně zasáhla. Najednou jsem cítila hrozný strach, že umřu. Maminka mi umřela na stejnou diagnózu v 57 letech.“

### **OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:**

Pacientka je nosička mutace genu BRCA 1, i proto pravidelně navštěvuje prohlídky v geneticko-onkologické ambulanci 2x ročně, před kterou absolvuje odběry TM, MRI či USG prsou. Pacientka si je vědoma závažnosti diagnózy, snaží se s diagnózou srovnat, oporu má v rodině a partnerovi.

**OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:** Úzkost ze smrti (00147)

**MĚŘÍCÍ TECHNIKA:** není

**PRIORITA:** střední

## **VÝŽIVA**

### **SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:**

„Když jsem zjistila diagnózu, tak jsem do jídelníčku zařadila zdravější stravu. Snažím se jíst pestrou stavu, ale nemám moc ráda červené maso. Dávám přednost spíše rybám. Posledních pár týdnů trpím nechutenstvím. Zhubla jsem za poslední měsíc asi 5 kg. Po chemoterapii u mě přetrvává nauzea a někdy zvracím, v této době se do jídla musím vyloženě nutit.“

### **OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:**

Pacientka jí pravidelně. Snaží se jíst zdravější stravu, dietu nedrží. Pacientka po chemoterapii pociťuje nauzeu a vomitus. Užívá antiemetika. Příjem tekutin dostačující, vypije 2 litry převážně vody a pravidelně pije kávu, kterou se snaží omezit. Výška: 175 cm, váha: 60 kg, BMI: 19, 59.

**OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:** Nauzea (00134)

**MĚŘÍCÍ TECHNIKA:** BMI index hodnota 19,59 (norma)

**PRIORITA:** střední

### **VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA**

#### **SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:**

„Potíže s močením nemám. Po chemoterapii mě trápí zácpa. Stolice 1x týdně.“

#### **OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:**

Pacientka udává potíže s vyprazdňováním stolice. Používá laxantiva dle ordinace lékaře a dle potřeby. Močení bez obtíží, moč bez příměsí, čirá.

**OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:** Zácpa (00011)

**MĚŘÍCÍ TECHNIKA:** příjem a výdej tekutin

**PRIORITA:** střední

### **AKTIVITA A ODPOČINEK**

#### **SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:**

„Pracuji z domova, jsem ráda že pracuji, protože mi to zaměstná hlavu a nemusím myslet na onemocnění. Po léčbě jsem více unavená, snažím se víc odpočívat. V noci spím špatně, často se budím a mívám problém s usínáním. Hodně jsem sportovala, ale teď mi to tělo moc nedovoluje, nyní chodím pravidelně cvičit jógu. O víkendech trávíme čas na chalupě na Vysočině. Až se uzdravím, tak bych se chtěla podívat do Portugalska. Poslední skoro dva roky jsem, z důvodu covidové situace nikde nebyla.“

## **OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:**

Pacientka je po léčbě unavená. Snaží se více odpočívat. Po dobu léčby omezila cestování. Pracuje z domova, snížila si pracovní úvazek, což není pro pacientku tak fyzicky náročné a pracovní povinnosti zvládá. Pravidelně cvičí jógu. Pacientka má narušený spánek, užívá hypnotika dle potřeby.

**OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:** Nespavost (00095)

**MĚŘÍCÍ TECHNIKA:** Barthelové test, nezávislá

**PRIORITA:** střední

## **PERCEPCE/KOGNICE**

### **SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:**

„Potíže se sluchem a zrakem nemám.“

### **OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:**

Pacientka orientovaná místem, časem i osobou, při vědomí, spolupracuje. Pacientka je komunikativní.

**OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:** Žádný.

**MĚŘÍCÍ TECHNIKA:** není

## **SEBEPERCEPCE**

### **SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:**

„Mám obavy z mastektomie. Bojím se, že mi to vezme ženskost a plastika mi jí nenavrátil. Mám strach z toho, že už to nedokážu žít, jak před onemocněním.“

### **OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:**

Pacientka je psychicky unavená a má strach z budoucnosti. Pracovní povinnosti odvádí trochu její pozornosti od režimu léčby.



**OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:** Strach (00148)

**MĚŘÍCÍ TECHNIKA:** není

**PRIORITA:** Střední

### **VZTAHY MEZI ROLEMI**

**SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:**

„Bydlím s otcem a bratrem, velkou oporu mám určitě v tátovi, stará se o mě, když mám špatné dny, kdy mi není dobře, a hlavně se snaží mi dodávat sílu k pokračování léčby. Podporuje mě i přítel, který se zajímá o moje pocity, tráví semnou veškerý volný čas a snaží se zpříjemnit mi tohle náročný období.“

**OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:**

Pacientka žije s otcem a s bratrem, se kterými má dobrý vztah. Má přítele, který je seznámen s jejím zdravotním stavem a je jí oporou. Částečně pracuje, takže je v kontaktu s kolegy, kde dle jejích slov jsou vztahy dobré.

**OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:** Žádný.

**MĚŘÍCÍ TECHNIKA:** není

### **SEXUALITA**

**SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:**

„Děti zatím nemám, ale v budoucnu bych chtěla. Na gynekologické kontroly chodím pravidelně.“

**OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:**

O sexualitě pacientka moc mluvit nechce, proto se téhle doméně nebudu věnovat.

**OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:** Žádný.

**MĚŘÍCÍ TECHNIKA:** není

## **ZVLÁDÁNÍ/TOLERANCE ZÁTĚŽE**

### **SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:**

„Mám obavy, co bude dál, chtěla bych na to nemyslet, ale v téhle etapě mi to moc nejde. Náročný období pro mě bylo, když mi zemřela maminka, kdy jsem vyhledala psychologickou pomoc. Další rána byla, když mi paní doktorka sdělila diagnózu.“

### **OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:**

Na pacientce je znát obava z budoucnosti. Snaží se na to povznést a myslet pozitivně, ale je to pro ni těžké.

**OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:** Bezmocnost (00125)

**MĚŘÍCÍ TECHNIKA:** není

**PRIORITA:** střední

## **ŽIVOTNÍ PRINCIPY**

### **SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:**

„I přes to, že byla maminka věřící, já nevěřím v církve.“

### **OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:**

Pacientka je ateistka.

**OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:** Žádný.

**MĚŘÍCÍ TECHNIKA:** není

## **BEZPEČNOST/OCHRANA**

### **SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:**

„Uvědomuji si, že mám oslabenou imunitu z důvodu podávání chemoterapie, i když netrpím na časté infekty, tak se radši vyhýbám většímu kolektivu.“

#### **OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:**

Pacientka si je vědoma, že má oslabený imunitní systém. Pacientka má zavedený PICC v LHK, bez známek infekce, místo vpichu klidné, návrat krve volný.

**OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:** Riziko infekce (00004), Porušená kožní integrita (00046)

**MĚŘÍCÍ TECHNIKA:** není

**PRIORITA:** střední.

#### **KOMFORT**

##### **SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:**

„Poslední dobou mám bolesti hlavy, což přisuzuji stresu a málo spánku.“

##### **OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:**

Pacientka udává občasné bolesti hlavy na VAS 2-3. Analgetika dle potřeby a dle ordinace lékaře.

**OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:** Akutní bolest (00132), Zhoršený komfort (00214)

**MĚŘÍCÍ TECHNIKA:** Analogová škála VAS

**PRIORITA:** střední

#### **RŮST/VÝVOJ**

##### **SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:**

„Nemám žádné problémy v této oblasti.“

##### **OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:**

Fyzický a psychický vývoj v pořádku.

**OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM:** Žádný.

**MĚŘÍCÍ TECHNIKA:** není

## MEDICÍNSKÝ MANAGMENT

### Laboratorní vyšetření

Tabulka 3 Hematologické vyšetření krve ze dne 10. 1. 2022

<b>Hematologické vyšetření</b>	<b>Hodnoty Pacientky</b>	<b>Jednotka</b>	<b>Referenční hodnota</b>
Leukocyty	5,43	109/l	4,00–10,00
Erytrocyty	4,78	1012/l	3,8–5,2
Trombocyty	260	109/l	150–400
Hemoglobin	143	g/l	120–160
Hematokrit	0.416	1	0,350–0.470

Zdroj: zdravotnická dokumentace

Tabulka 4 Biochemické vyšetření krve ze dne 10. 1. 2022

<b>Biochemické vyšetření</b>	<b>Hodnoty Pacientky</b>	<b>Jednotka</b>	<b>Referenční hodnota</b>
Na	139	mmol/l	137–146
K	4,0	mmol/l	3,8–5,0
Cl	97	mmol/l	97–108
Ca	2,42	mmol/l	2,00–2,75
Urea	3,9	mmol/l	2,0–6,7
Kreatinin	57	umol/l	44,0–104,0
Bilirubin celkový	8,4	umol/l	2,0–17,0
ALT	0,34	ukat/l	0,10–0,78
AST	0,31	ukat/l	0,10–0,72
GGT	0,13	ukat/l	0,14–0,68
ALP	0,93	ukat/l	0,66–2,20
Glukóza	6,6	mmol/l	4,5–6,7

CRP	4,5	mg/l	0,0–5-0
Albumin	40,2	g/l	36,0–45,0
CEA	13,5	µg/l	< 5,0
CA 15–3	< 0.50	kIU/l	< 33,0

Zdroj: zdravotnická dokumentace

**RTG srdce a plicé** – výsledky vyšetření dle lékaře v normě

**CT hrudníku, břicha a MP** – Tumor HZK v hloubce pravé mammy velikosti 22x15 mm, v pravé axile je několik LU do 16 mm, jedna se propaguje z axily subpektorálně. V levé axile několik drobných LU do 8 mm. Mediastinum bez patologicky zvětšených LU. Pleurální dutiny jsou volné bez tekutiny. Plicní parenchym je bez čerstvých ložiskových či infiltrativních změn. Játra v pravém laloku v S7 s drobnou hypodenzitou 5 mm spíše charakteru cysty, jinak bez ložiska. Slezina a pankreas nezvětšeny, bez ložiska. Žlučové cesty nerozšířeny. Ledviny bez městnání bez strukturálních odchylek. Peritoneální dutina bez volně tekutiny. Drobný cystoid levého ovaria 15 mm, stopa tekutiny v pánvi vše patrně v rámci cyklu.

Závěr: tumor pravé mammy se spádovou lymfadenopatií v pravé axile, bez vzdálených meta.

**MMG**– nosička BRCA 1, hmatné ložisko HZK. Mamograficky typ žlázový, birads denzita C. Vlevo v HZK drobné ložisko charakteru fibromu 7 mm, bez známek malignity. Vpravo vysoko v HZK kulovité ložisko, které na UZ obraze odpovídá nepravidelnému hypoechogennímu ložisku velikosti 18x15 mm. V ostatním rozsahu pravého prsu bez ložisek, bez známek malignity. V pravé axile několik susp. uzlin do 18 mm.

**ECHO srdce** – vyšetření dle lékaře v normě, EF 66 %

**Histologické vyšetření tkáně** – 3 punkční vzorky z HZK pravého prsu délky 9 mm, 10 mm a 16 mm.

Závěr: invazivní karcinom NST (synonymum invazivní duktální karcinom) grade 3.

### **Medikamentózní léčba při chemoterapii:**

1. cyklus neadjuvantní chemoterapie Taxol weekly

**Per os:** den 1 – Zodac 10 mg 2 tbl. minimálně 60 min před podáním chemoterapie

**Rozpis chemoterapie Taxol weekly:**

**Aplikovat i.v. do PICCU:** aplikovat chemoterapii po dodání s centrální ředírny:

Dexamed 16 mg + Quamatel 20 mg/ 100ml fyziologického roztoku/ 15 min kapat

15 min PAUZA

Paclitaxel Ebewe 148 mg/ 250 fyziologického roztoku/ 60 min kapat

**Medikace po alergické reakci chemoterapie:**

Dithiaden 1 amp/ 20 ml 5% Glukóza/ bolus

Degan 10 mg/ 250 ml fyziologického roztoku/ 30 min

### **Situační anamnéza ke dni 10. 1. 2022**

Pacientka ve věku 33 let, s diagnostikovaným karcinom prsu. Celkově již bylo aplikováno pacientce 4 cykly AC chemoterapie, a dále následuje 12 cyklů Taxol weekly. Pacientka přijata k hospitalizaci pro podání 1. cyklu Taxol weekly, z důvodů špatné snášenlivosti podávání AC chemoterapie, a vzhledem k alergické anamnéze. Pacientka je plně orientovaná, při vědomí, soběstačná a komunikuje. Batrhelové test 100 b. nezávislá, Nortonova stupnice 31 b. žádné riziko, Riziko pádu 3 b. Při příjmu odebrány krevní odběry na hematologické a biochemické vyšetření. Hodnoty krevních oděrů jsou vyhovující pro podání dalšího cyklu terapie. Fyziologické funkce při příjmu: TK 130/85 mmHg, P 84/min, TT 36.5 °C. **Pacientka úzkostná, má strach z budoucnosti, lékařem nabídnutá psychologická pomoc, ale pacientka odmítá. V pravé paži již zavedený PICC.** Proveden převaz PICCU, bez známek infekce, místo vpichu bez zarudnutí, průchodný, návrat krve volný. **Pacientka udává časté bolesti hlavy, přisuzuje to nedostatkem spánku a stresu.** Doma si bere analgetika dle potřeby, během hospitalizace analgetika dle ordinace lékaře při VAS 3. Hypnotika užívá dle potřeby max. 2 týdně. Pacientka nedrží žádnou dietu, během hospitalizace dieta č. 3 výběrová. **Za poslední**

měsíc zhubla cca 5 kg, výška 175 cm, váha 60 kg, BMI 19, 59. U pacientky bylo zjištěno riziko malnutrice. Snížený příjem stravy, informována nutriční terapeutka. **Pacientka udává zácpu, stolici má jednou týdně.** Laxantiva dle ordinace lékaře. **Po každé aplikaci chemoterapie si stěžuje na nechutenství.** První dny po aplikacích AC terapií doma opakovaně zvracela. Dle ordinace lékaře je možné podat chemoterapii intravenózně do PICCU. Po 20 minutách aplikace Taxolu weekly pacientka udává pocit zhoršeného dýchání a pocit na zvracení. Aplikace Taxolu přerušena, kontrola TK 150/90, P 100, SPO2 94 %. Pacientce podána medikace dle ordinace lékaře, medikace s efektem. Pokračování v terapii ve zpomaleném režimu. U pacientky po dobu aplikace Taxolu kontrolovány FF a celkový stav. Po dokapání se cítí unavená. FF v normě.

## **STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ PODLE NANDA I TAXONOMIE II, JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT PACIENTKY**

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA International 2018–2020 Taxonomie II. Dle zdravotního stavu pacientky byly uspořádány diagnózy dle priorit na aktuální a potencionální.

### **AKTUÁLNÍ DIAGNÓZY:**

Nauzea 00138

Strach 00148

Zhoršený komfort 00214

Úzkost ze smrti 00147

Akutní bolest 00132

Nespavost 00095

Zácpa 00011

Porušená kožní integrita 00046

## **POTENCIONÁLNÍ DIAGNÓZY:**

Riziko infekce 00004

### **NAUZEJA (00134)**

**Doména 12:** Pohodlí

**Třída 1:** Tělesné pohodlí

**Definice:** Subjektivní jev spočívající v nepříjemném pocitu v zadní části hrdla a žaludku, který může nebo nemusí mít za následek zvracení.

#### **Určující znaky:**

kyselá chuť v ústech

odpor k jídlu

pocit dávení se

#### **Související faktory:**

odpudivá chuť

strach

úzkost

**Priorita:** Střední

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka nepociťuje nauzeu a nemá pocit na zvracení – do 3 dnů.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka je plně informován o příčinách, které mu nauzeu způsobují – do 24 hodin.

#### **Očekávané výsledky:**

Pacientka nemá pocit nauzey a nucení na zvracení – do 3 dnů

Pacientka má dostatečným příjem tekutin – do 12 hodin

Pacientka je schopen mluvit o potížích, které jí způsobují potíže – do 2 hodin



Pacientka dodržuje ordinace lékaře – denně

Pacientka bez obtíží přijímá potravu – do 3 dnů

### **Plán ošetrovatelských intervencí:**

Informuj pacientku o možných projevech nauzei – všeobecná sestra, do 2 hodin.

Zajisti pacientce dostatečný příjem tekutin – všeobecná sestra, do 30 minut.

Aktivně se ptej pacientky na její nevolnosti – všeobecná sestra, min. 3 denně.

Sleduj nežádoucí účinky terapie a vše pečlivě zaznamenávej, ihned informuj lékaře – všeobecná sestra, min. 3 denně.

Při nauzei podávej medikaci dle potřeby pacientky, při podání antiemetik sleduj efekt účinku léku – všeobecná sestra, ihned.

Pravidelně komunikuj s pacientkou o jejích potížích, které mohou způsobovat nauzeu – všeobecná sestra, denně.

Dohlížej, aby pacientka dodržovala léčebný režim – všeobecná sestra, denně.

Zaznamenávej v pravidelných intervalech příjem a výdej tekutin – všeobecná sestra, denně.

Zajisti pacientovi signalizační zařízení na dosah ruky – všeobecná sestra, ihned.

Sleduj příjem stravy u pacientky – všeobecná sestra, 3x denně.

Všechny intervence zapiš do ošetrovatelské dokumentace vždy po provedení – všeobecná sestra.

### **Realizace 10. 1. 2022:**

Pacientka přijata na oddělení v 7:00, kdy byly provedeny krevní odběry. Již při příjmu udává nevolnost, přisuzovanou nervozitě z terapie. Antiemetika zatím odmítá. Pacientka má malou snídani z domova (jogurt s ovocem), snědla celou snídani. V 8:30 pacientka byla informovaná o léčebné terapii, která jí byla naordinována ošetřující lékařkou a zároveň byla seznámena s možnými příčinami, které jí nauzeu mohou vyvolávat.

Pacientka rozumí a chápe důležitost nastavených léčebných opatření. Přichází nutriční terapeutka a vybírá s pacientkou vhodnou stravu po dobu hospitalizace. Pacientce byla založena karta příjmu a výdeje tekutin. V 9:30 po kontrole výsledku krevních testů. Podána premedikace před chemoterapii. Dále aplikovaná antiemetická terapie. Zaznamenáno do ošetrovatelské dokumentace. V 10:30 antiemetika s efektem. Dále aplikovaná chemoterapie do PICCU. V 10:50 udává zhoršené dýchání a pocit na zvracení. CHMT zastavena, dle ordinace lékaře aplikovaná antihistaminika a další antiemetika, zaznamenáno do dokumentace. V 11:20 pokračování v chemoterapii, antiemetika s efektem. Ve 12:30 ukončena aplikace chemoterapie. Dotazovaná na nevolnosti, nauzea mírná. Ve 13:30 podán oběd, pacientka snědla 1/2 polévky, hlavních chod 1/3. Zaznamenáno do dokumentace. V 15:00 nauzeu neudává. Opakovaně edukována o příjmu tekutin. Pacientka pije převážně vodu a popíjí studenou Pepsi, pomáhá jí na „žaludek na vodě“. V 17:00 podána večeře, snědla jeden krajíc chleba s džemem. V 19:30 nauzeózní, aplikovány antiemetika s částečným efektem. Ve 21:00 se cítí lépe. Veškerý příjem stravy a tekutin zaznamenám do dokumentace. Pacientka měla vždy po ruce signalizační zařízení.

### **Hodnocení 10. 1. 2022:**

Po antiemetické terapii úleva do 1 hodiny.

Krátkodobý cíl splněn. Pacientka byla plně a srozumitelně informována o příčinách, které jí mohou způsobovat nauzeu.

Dlouhodobý cíl splněn částečně.

Je třeba pokračovat v nastavených intervencích č. 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11.

### **STRACH (00148)**

**Doména 9:** Zvládání/tolerance zátěže

**Třída 2:** Reakce na zvládání zátěže

**Definice:** Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí

**Určující znaky:**

znepokojení

pocit strachu

únava

nauzea

**Související faktory:**

stimuly navozující fobii

neznámé prostředí

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka pociťuje zmírnění strachu – do konce hospitalizace.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka dokáže o svém strachu mluvit a má snížený pocit strachu – do 12 hodin.

**Očekávané výsledky:**

Pacientka se snaží zamezit pocitu strachu a má snahu myslet pozitivně – denně.

Pacientka má zajištěný klidový režim – denně.

Pacientka je seznámena s možnými riziky terapie – do 2 hodin.

Pacientka zvládne vyjádřit své pocity – do 24 hodin.

Pacientka má dostatečný čas na kladení dotazů – denně.

Pacientka je informována o možnosti konzultace s lékařem nebo psychologem – do 24 hodin.

Pacientka komunikuje s rodinou a s přítelem – denně.

**Plán ošetřovatelských intervencí:**

Informuj pacientku o možných rizicích terapie – všeobecná sestra, lékař, do 30 minut.

Komunikuj s pacientkou, tak aby nemyslela na špatné věci – všeobecná sestra, denně.

Zajisti pacientce klidový režim – všeobecná sestra, denně.

Informuj pacientku o důležitosti komunikovat s rodinou a přáteli – všeobecná sestra.

Informuj pacientku o závažnosti vyjadřování svých pocitů – všeobecná sestra.

Sleduj psychický stav pacientky, monitoruj FF při projevu strachu – všeobecná sestra, denně.

Zajisti pacientce možnost komunikace s ošetřujícím lékařem nebo psychologem – všeobecná sestra, denně.

Snaž se věnovat čas pacientce na její dotazy – všeobecná sestra, denně.

### **Realizace 10. 1. 2022:**

Pacientka přijata plánovaně k aplikaci terapie, již při příjmu jsou na pacientce znát obavy z plánované chemoterapie. Na žádost pacientky umožněn pobyt na nadstandardním pokoji. Na pokoji navštívila pacientku ošetřující lékařka, která ji informovala o naplánované terapii, možných nežádoucích účincích chemoterapie a zároveň ji uklidnila. Lékařka jí nabídla konzultaci psychologa, ale pacientka odmítá. Sestra se snaží trávit čas s pacientkou a snaží se ji rozptýlit pomocí společné komunikace. Dále jí nabízí možnosti sledování TV, nebo zapůjčení knih z místní knihovny. Pacientka mluví o svých pocitech a strachu ze smrti. Pacientce byla nabídnuta medikace na zklidnění, ale odmítá. Od tebe doby, co jí byla diagnostikovaná onkologická diagnóza, snaží se učit využívat metody, které odpoutávají pozornost od strachu. Tráví hodně času s přítelem a rodinou, a když je sama věnuje čas ručním pracím.

### **Hodnocení 10. 1. 2022:**

Pacientka si je vědoma příčiny jejího strachu.

Krátkodobý cíl splněn. Pacientka dokáže mluvit o příčinách jejího strachu.

Dlouhodobý cíl splněn částečně. Pacientka zná metody, jak zmírnit pocit strachu.

Je třeba pokračovat v nastavených intervencích č. 2, 3, 4, 5, 6, 8.

## **RIZIKO INFKCE (00004)**

**Doména 11:** Bezpečnost/ Ochrana

**Třída 1:** Infekce

**Definice:** Náchylnost k napadení a množení se patogenních organismů, což může ohrozit zdraví.

**Určující znaky:**

malnutrice

invazivní vstup PICC

**Priorita:** nízká

**Cíl dlouhodobý:** U pacientky se nevyskytne infekce – při propuštění je bez infekce.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka ví o možném vzniku infekce, které jsou spojené se zavedením PICCU – do 12 hodin

**Očekávané výsledky:**

Pacientka je informovaná o projevech infekce v místě vpichu – do 2 hodin.

Pacientka je edukována a ví, jak si hlídat PICC při hygieně – denně.

Pacientka je edukována o nutnosti převazu PICCU dle potřeby, min. 1x týdně – do 12 hodin.

Pacientka je seznámena o možných komplikacích, které mohou vzniknout v období zavedeného PICCU – do 12 hodin.

Pacientka je edukována, že v případě příznaku vzniku infekce ihned informovat všeobecnou sestru – denně.

**Plán ošetřovatelských intervencí:**

Informuj pacientku o komplikacích, které mohou vzniknou v období zavedeného PICCU – všeobecná sestra, do 1 hodiny.

Informuj pacientku o příznacích, které mohou vzniknout v okolí a místě vpichu – všeobecná sestra, do 1 hodiny.

Edukuj pacientku o informovanosti všeobecné sestry, pokud se objeví jakékoli příznaky vzniku infekce – všeobecná sestra, do 1 hodiny.

Seznam pacientku o nutnosti převazu PICCU dle potřeby, min 1x týdně – všeobecná sestra, do 1 hodiny.

Sleduj okolí a místo vpichu a funkčnost PICCU – všeobecná sestra, min 1 denně.

Pacientka informována o manipulaci při hygienické péči – všeobecná sestra.

Prováděj sterilní převazy PICCU dle potřeby, min 1x týdně – všeobecná sestra, min. 1 týdně.

#### **Realizace 10. 1. 2022:**

Pacientka přijata k plánované chemoterapii. PICC zavedený 11. 10. 2021 v LHK v paži, bez známek infekce. Místo vpichu a okolí klidné, bez zarudnutí. PICC průchodný, návrat krve volný. PICC sterilně převázán. Pacientka plně informovaná o možném vzniku infekce. PICC pravidelně kontrolován. Vše uvedené bylo důkladně zaznamenáno v ošetřovatelské dokumentaci.

#### **Hodnocení 10. 1. 2022:**

Pacientka zná rizika vzniku infekce při zavedeném PICCU.

Krátkodobý cíl splněn. Pacientce během mojí směny nevznikala infekce u zavedeného PICCU.

Dlouhodobý cíl částečně splněn.

Je třeba pokračovat v nastavených intervencích č. 3, 5, 6, 7.

## **CELKOVÉ HODNOCENÍ KE DNI 10. 1. 2022:**

Pacientka byla přijata 10. 1. 2022 k plánované neoadjuvantní chemoterapii. Po přijetí pacientky na onkologické kliniku VFN na Karlově náměstí. Po neoadjuvantní chemoterapii bude následovat mastektomie, radioterapie a následná rekonstrukce prsu. Po přijetí pacientky na naše oddělení byl sestaven ošetrovatelský proces, následně stanoveny aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy, jejich cíle, očekávané výsledky a ošetrovatelské intervence. Následovala realizace dle stanovených ošetrovatelských intervencí. Pacientka byla lékařem informovaná o svém zdravotním stavu a o naplánované terapii.

Největším problémem u pacientky byla nauzea a strach. Pacientka má obavy ze své prognózy a není si jistá, co očekávat od budoucnosti. Věří, že se uzdraví, ale strach ze smrti stejně má. Cílem bylo co nejvíce s pacientkou komunikovat o svých pocitech. Cíl byl částečně splněn a je důležité nadále pokračovat v ošetrovatelských intervencích. Dalším problémem, který pacientka udává je nauzea. Pacientce byly podány antiemetika před léčbou s efektem, následně během léčby a dále dle potřeby pacientky.

# DOPORUČENÍ PRO PRAXI

## Doporučení pro pacientku

- spolupráce se zdravotnickým personálem
- provádět pravidelné vyšetření prsů
- dbát na pravidelnou fyzickou aktivitu
- dbát na správnou životosprávu
- zajímat se o své zdraví
- nezanedbávat prevenci
- využít lázeňský pobyt
- dodržovat klidový režim

## Doporučení zdravotnické personál

- aktivně sledovat zdravotní stav pacientky
- poskytnout individuální přístup pacientům
- psychicky podporovat pacientku a motivovat je v terapii
- umožnit pacientům přítomnost rodinných příslušníků
- aktivně se vzdělávat o problematice karcinomu prsu
- edukovat pacientky ohledně léčebných postupů
- informovat pacientky o organizacích, které pomáhají lidem s danou diagnózou

## Doporučení pro rodinu

- zajímat se o zdraví pacientky
- zajímat se o psychický stav pacientky
- aktivně pobízet pacientku k fyzické aktivitě
- pravidelně pacientku navštěvovat při hospitalizaci i v domácím prostředí
- aktivně se zajímat o léčebných postupech



## ZÁVĚR

Karcinom prsu je nejčastější onkologické onemocnění vyskytující se u žen, Bakalářská práce se věnuje ošetrovatelskému procesu u pacientky s karcinomem prsu. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část se věnuje anatomii prsu, epidemiologii, patofyziologií prsu. Dále se zabývá TNM klasifikací, klinickými projevy, terapií, prevencí prsu a komunikací s onkologickým pacientem. V závěru je teoretické části je popsána specifická péče u pacientky.

V praktické části se popisuje ošetrovatelský proces u pacientky s karcinomem prsu. K vypracování ošetrovatelského procesu byl použit funkční model zdraví Marjory Gordon. Dle získaných informací bylo stanoveno 7 aktuálních diagnóz a 1 diagnóza riziková. Rozpracováno byly 3 diagnózy. Ošetrovatelské diagnózy byly vypracovány dle TAXONOMIE II. Nanda I. 2018-2020, které byly vyhodnoceny podle navržených intervencí a následné realizace.

Na závěr bakalářské práce je zmíněno doporučení pro praxi. Tato bakalářská práce může sloužit jako studijní materiál.

Stanovené cíle bakalářské práce byly splněny.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AMERY, J., 2016. *Practical Handbook for Children's Palliative Care for Doctors and Nurses Anywhere in the World*. Lulu Publising services. ISBN 978-1-4834-4402-4.

ABRAHÁMOVÁ, J., 2019. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. 2. akt. a dopl. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2055-0.

BRYCHTA, M., 2014. Nádory prsu – novinky v diagnostice a terapii. Revizní a posudkové lékařství. 17(2-3), 43-47. ISSN 1214-3170. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/revizni-posudkove-lekarstvi/2014-2-3/nadory-prsu-novinky-v-diagnostice-a-terapii-50685>

COUFAL, O. a V. FAIT, 2011. *Chirurgická léčba karcinomu prsu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3641-9.

ČMEJLOVÁ, V., 2020. Komplexní léčba časného karcinomu prsu. *Onkologie*. 14(4), 148-156. ISSN 1802-4475. Dostupné z: doi: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2020/04/02.pdf>

DANEŠ, J., 2021. *Screening a diagnostika karcinomu prsu: pro každodenní praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1239-5.

DANEŠ, J., 2017. Zobrazovací metody v diagnostice karcinomu prsu. *Acta medicae*. Karcinom prsu. 6(Speciál), 22-23. ISSN 1805-398X. Dostupné také z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30673925>

DOSTÁLOVÁ, O., 2016. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5706-3.

HALÁMKOVÁ, J. a kol., 2019. Komunikace s onkologickým pacientem. [online]. *Vnitřní Lékařství*. 65(5), s. 359-362. [cit. 11. 5. 2020]. Dostupné na: <https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2019/05/06.pdf>

HOUSERKOVÁ, D. a P. VÁŠA, 2014. Bioptické metody v současné mamodiagnostice. *Česká radiologie*. 68(3), 183–190. ISSN 1210–7883. Dostupné také z: <http://www.cesradiol.cz/vydanacisla.php>

CHARVAT, J. a kol., 2016. *Žilní vstupy*. Praha: Grada. ISBN 978–80–247–5621–9.

JANÍKOVÁ, E. a R. ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*, Praha: Grada. ISBN 978–80–247–4412–4.

KLENER, P., 2013. *Principy systémové protinádorové léčby*. Praha: Grada. ISBN 97880-247-4171-0.

KOČOVÁ, I. a M. VOJTOVÁ, 2012. Primární a sekundární prevence u onemocnění karcinom prsu. *Florence*. S. 19–21. ISSN 1801–464X. Dostupné také z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2012/1/>

KRÁSENSKÁ, M. a K. PETRÁKOVÁ, 2014. Karcinom prsu – základní algoritmus léčby metastatického onemocnění. *Postgraduální medicína*. Pneumologie a fizeologie. 16(3), 279–286. ISSN 1212–4184. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/archiv/postgradualni-medicina/covers>

MĚŠŤÁK J. a kol., 2015. *Základy plastické chirurgie*. Praha: Karolinum. ISBN 978–246–2839–4.

NANDA INTERNATIONAL, 2018. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2018–2020*. Praha: Grada. ISBN 978–80–271–0710–0.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2020. *Metodologie tvorby bakalářské práce*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978–80–88249–21–4.

PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. a kol., 2014. *Etické problémy na prahu 21. století*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5471-0.

ROZTOČIL, A., 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2832-2.

SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978–80–247–4414–8.

SKOVAJSOVÁ, M., 2019. Principy péče o ženský prs. *Medicina pro praxi*. 16(2), 125–129. ISSN 1214–8687. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2019/02/11.pdf>

SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepr. a doplň. vyd. Praha: Grada. ISBN 978–80–271–0214–3.

SMUTNÁ, H., 2012. Rehabilitační péče o pacientky po operaci prsu s disekcí axily. *Sestra*. 22(12), 44-45. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/archiv/sestra/covers>

STEYEROVÁ, P. a A. BURGETOVÁ, 2019. Možnosti a úskalí diagnostiky karcinomu prsu u mladých žen. *Onkologie*. 13(1), 9–13. ISSN 1802–4475. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2019/01/02.pdf>

VEVERKOVÁ, L., L. LÖWOVÁ a I. ŠIŠOLA, 2019. Role radiologa v péči o ženu s karcinomem prsu. *Onkologie*. 13(5), 215–219. ISSN 1802–4475. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2019/05/06.pdf>

VODIČKA J. a kol., 2014. *Speciální chirurgie*. Praha: Karolinum. ISBN 978–80–246–2512–6.

VOKURKA, M. a J. HUGO, 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978–80–734–5456–2.

VOKURKA, S. a kol., 2019. *Onkologie v kostce*. Praha: Current Media, s. r. o. ISBN 978–80–88129–37–0.

VORLÍČEK, J., J. ABRAHÁMOVÁ a H. VORLÍČKOVÁ, 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978–80–247–3742–3.

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Ošetrovatelská dokumentace standartní péči .....	I
Příloha B – Body Mass Index .....	II
Příloha C – Čestné prohlášení studenta .....	III
Příloha D – Žádost o dotazníkovou akci.....	IV
Příloha E – Průvodní list k rešerši .....	V



VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE, U NEMOCNICE 499/2, 128 08 PRAHA 2, IČO 00064165; TEL.: 224 961 111

## OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE PRO STANDARDNÍ PÉČI (7denní)

Číslo záznamu:

F-UNZP-100

Verze č. 8/2020

Vyplňte nejdéle do 24 hodin od příjmu pacienta na oddělení. Při pokračující hospitalizaci po 7 dnech v další dokumentaci vyplňte pouze: štítek, číslo záznamu a části 2 a 3.

1) ZÁKLADNÍ INFORMACE O PACIENTOVI		2a) VÝŽIVA		3) RIZIKO VZNIKU DEKUBITU - STUPNICE NORTONOVÉ				
Příjmení:	ZDE nalepte štítek	Výška (cm):	Hmotnost (kg):	Body				
Jméno:		BMI kg/m <sup>2</sup> :	Nebo obvod paže (cm):	4	3	2	1	
Číslo pojištěnce:		obvod paže M < 23,5; Ž < 22 = BMI < 20		Schopnost spolupráce	úplná	malá	částečná	žádná
ALERGIE (červeně):		DIABETES MELLITUS na: <input type="radio"/> dietě <input type="radio"/> PAD <input type="radio"/> inzulinu		Věk	< 10 let	< 30 let	< 60 let	> 60 let
PŘÍJEM PACIENTA NA ODDĚLENÍ		2b) NUTRIČNÍ SCREENING MUST (modifikovaná škála)		Kůže	normální	alergie	vlhká	suchá
Datum:	Čas:	BMI		Další onemocnění	žádné	snížení imunity	sclerosis multiplex	onemocnění cév
PSYCHICKÝ STAV		Neplánovaný pokles hmotnosti za posledních 6 měsíců? (dle tab. úbytku hmotnosti)		Fyzický stav	dobrý	DM	obezita	kachexie
<input type="radio"/> orientovaný <input type="radio"/> dezorientovaný		Byl perorální příjem stravy u pacienta v posledním týdnu menší než obvykle?		<input type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE	2	anémie	karcinom	
BOLEST		Celkem bodů:		Stav vědomí	bdělý	apatický	zmatený	bezvědomí
<input type="radio"/> ANO (vyplňte záznam monitorace bolesti - hodnocení bolesti) <input type="radio"/> NE		2 a více bodů: kontaktujte nutričního terapeuta		Aktivita	chodící	chodící s doprovodem	sedící	ležící
VYPRÁZDŇOVÁNÍ MOČI A STOLICE		2c) HODNOCENÍ RIZIKA PÁDU (modifikovaná škála)		Pohyblivost	úplná	částečně omezená	velmi omezená	žádná
Problémy při močení: <input type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE <input type="radio"/> STOMIE		Poruchy chůze/omezení mobility		Inkontinence	kontinentní	občasná	převážně moče	moče a stolice
Problémy při defekaci: <input type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE <input type="radio"/> STOMIE		Závratě/zmatenost/celková slabost		<input type="radio"/> 9 - 13 bodů: velmi vysoké riziko <input type="radio"/> 14 - 18 bodů: vysoké riziko <input type="radio"/> 19 - 23 bodů: střední riziko <input type="radio"/> 24 - 25 bodů: nízké riziko				
Stolice naposledy dne:		Inkontinence moče/zavedený PMK		<input type="radio"/> 26 a více bodů: bez rizika				
ZMĚNY NA KŮŽI/SLIZNICI <input type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE		Poruchy zraku a/nebo sluchu		Datum a čas:				
<input type="radio"/> dekubitus (vždy nahlásit NU, u stupně II a více vyplňte F-VFN-209)		Věk 70 nebo starší		Razítko a podpis zdravotnického pracovníka:				
<input type="radio"/> inkontinenční dermatitida		Medikace (např. diuretika, narkotika, antidepresiva, sedativa)						
<input type="radio"/> ulcerus cruris (vyplňte F-VFN-209)		Pády v posledních 3 měsících						
<input type="radio"/> diabetický defekt (vyplňte F-VFN-209)		Celkem bodů:						
<input type="radio"/> rána hojící se per primam		0 bez rizika pádu 1 - 3 body: nízké riziko pádu 4 a více bodů: vysoké riziko pádu						
<input type="radio"/> rána hojící se per secundam (vyplňte F-VFN-209)		2d) SOBĚŠTAČNOST						
<input type="radio"/> jiné		<input type="radio"/> soběstačný <input type="radio"/> částečně soběstačný						
		<input type="radio"/> nesoběstačný, závislý na komplexní ošetrovatelské péči						
		Poznámky:						

## Příloha B – Body Mass Index



Zdroj: Ošetřovatelská dokumentace, 2022

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelská péče o pacienta s karcinomem prsu v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.


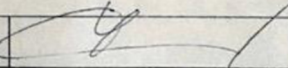
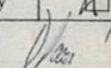
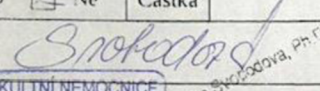
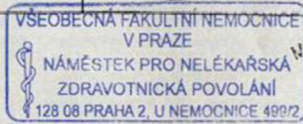
V Praze dne .....

.....

Jméno a příjmení studenta



Příloha D – Žádost o dotazníkovou akci

	<b>Všeobecná fakultní nemocnice v Praze</b> U nemocnice 2, 128 00 Praha 2 <b>Žádost o dotazníkovou akci</b>		F-VFN-075 Strana 1 z 1 Verze číslo: 2	
	<b>Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací</b>			
Příjmení a jméno žadatele	JERMANOVYÁ RADKA			
Kontaktní adresa	KRAKVI M, SVLICE, 25168			
Telefon	404 384642	e-mailová adresa	radkavscamburova@seznam.cz	
Škola / fakulta	FYZIOLOGIA ZDRAVOTNICKÁ			
Obor studia	OŠETŘOVATELSTVÍ			
Téma závěrečné práce	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTY PAROXYSMEL PRN			
Termín sběru dat				
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	ONKOLOGICKÁ KLINIKA			
Zjišťované informace	PŮDLAGY PRO PRAKTICKOU ČÁST BAKALÁŘSKÉ PRÁCE			
Forma prezentace dat:	BAKALÁŘSKÁ PRÁCE			
Poučení žadatele:	1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. 2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. 3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil. 4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.			
Datum:	14.1.2022	Podpis žadatele		
<b>Vyjádření vedení pracoviště</b>				
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosta	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím			
Datum	14.1.2022	Podpis		
<b>Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze</b>				
Odpovědný náměstek / ředitele				
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím			
Bude za šetření vyžadována úhrada	<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne	Částka		
Datum	26. 01. 2022	Podpis		
				

Zdroj: Všeobecná fakultní nemocnice, 2022

## PRŮVODNÍ LIST K REŠERŠI

**Jméno:** Radka Ščamburová

**Název práce:**

Ošetrovatelský proces u pacientky a karcinomem prsu

**Jazykové vymezení:**

čeština, slovenština, angličtina

**Klíčová slova:**

ošetrovatelský proces - ošetrovatelská péče - nádory prsu

**Klíčová slova angličtina:**

Nursing Process - Nursing Care - Breast Neoplasms

**Rešeršní strategie**

je kombinací různých způsobů hledání - **neváže se pouze na klíčová slova**, klíčová slova (= deskriptory MeSH) u jednotlivých citací naleznete v kolonce „DE“, případně Termíny MeSH, nemusí se nutně shodovat s Vámi zadanými klíčovými slovy, neboť vycházíme z tezauru použitých databází

**Časové vymezení:**

2012-2022 (monografie: 2011-2022)

**Počet záznamů:**

číslo poslední citace je počet záznamů v souboru, každý soubor má vlastní číselnou řadu tuzemské zdroje - (KNIHY A ČLÁNKY jsou vždy ve vlastním souboru)

**České zdroje:** záznamů: 84 (monografie: 14; články, abstrakta, kapitoly: 70)

**Zahraniční zdroje:** záznamů: 55

**Použitý citační styl:**

Bibliografický záznam v portálu MEDVIK (Bibliomedica)

ČSN ISO 690

Citace databázového centra EBSCOhost pro databáze CINAHL a MEDLINE

**Zdroje:**

Katalog Národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz)) a databáze BMČ

Specializované databáze (CINAHL a MEDLINE)

**Zpracoval:**

PhDr. Ondřej Burský

Národní lékařská knihovna, oddělení informačních a speciálních služeb

Sokolská 54

121 32 Praha 2

E-mail: [bursky@nlk.cz](mailto:bursky@nlk.cz)

