

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství 5341 R009

Václava Dufková

Studijní obor: Všeobecná sestra

Ošetrovatelská péče o pacienta s nádorovým onemocněním plic

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Václava Zvardoňová-Maříková

PLZEŇ 2017

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (k vyzvednutí na sekretariátu katedry). Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni 29. Března 2017

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Vyjadřuji poděkování vedoucí práce Mgr. Václavě Zvarďonové Maříkové za cenné rady, trpělivost, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji pracovníkům FN za poskytování odborných rad a také respondentům, kteří mi umožnili výzkum pomocí kazuistik a rozhovoru.

Anotace

Příjmení a jméno: Dufková Václava

Katedra: Ošetrovatelství

Název práce: Ošetrovatelská péče o pacienta s nádorovým onemocněním plic

Vedoucí práce: Mgr. Václava Zvarďonová Maříková

Počet stran – číslované 64, nečíslované 11

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 24

Klíčová slova:

bronchogenní karcinom – plíce – ošetrovatelská péče – malobuněčný karcinom – nemalobuněčný karcinom – hemoptýza – dušnost

Souhrn:

V této bakalářské práci je popisována ošetrovatelská péče o pacienta s nádorovým onemocněním plic. Zaměřuje se na ošetrovatelskou péči u pacientů na standardním plicním oddělení. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je členěna do 8 kapitol, ve kterých je na začátku popsána anatomie plic, vyšetřovací metody, velmi krátce etiologie a podrobněji druhy bronchogenního karcinomu. V druhé polovině teoretické části jsou popsány příznaky, léčba, prevence a nakonec prognóza. V praktické části je popsána ošetrovatelská péče o dvě pacientky s bronchogenním karcinomem. Ošetrovatelský model je volen dle Nancy Roperové. Dále jsou popsány anamnestické údaje klientek, průběh hospitalizace a zpracován plán ošetrovatelské péče a edukační plán.

Anotation

Surname and name: Dufková Václava

Department: Nursing

Title of thesis: Care of patients with lung cancer

Consultant: Mgr. Václava Zvardoňová Maříková

Number of pages: numbered 65, unnumbered 11

Number of appendices: 7

Number of literature used: 24

Keywords: lung cancer – lung - nursing care - small cell carcinoma - non-small cell lung cancers – hemoptysis - stuffiness

Summary:

This thesis describes nursing care of patients with lung cancer. It focuses on nursing care of patients on standard pulmonary department in the hospital. Thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part is divided into 8 chapters, in which is initially described the anatomy of lungs, diagnosis, etiology and in more depth types of lung cancer. In the second half of theoretical part are described symptoms, treatment, prevention and prognosis. The practical part describes nursing care of two patients with lung cancer. The nursing model used is by Nancy Roper. This part describes anamnesis of the clients, the hospitalization and holds nursing care plan and educational plan.

Obsah

| | |
|--|-----------|
| Úvod | 11 |
| 1 ANATOMIE PLIC | 12 |
| 1.1 Bronchopulmonální segmenty | 12 |
| 1.2 Hlavní úseky plic..... | 13 |
| 1.3 Cévní zásobení plic | 13 |
| 2 VYŠETŘOVACÍ METODY | 14 |
| 2.1 Anamnéza | 14 |
| 2.1.1 Rodinná anamnéza | 14 |
| 2.1.2 Osobní anamnéza..... | 14 |
| 2.1.3 Gynekologická anamnéza | 15 |
| 2.1.4 Alergologická anamnéza | 15 |
| 2.2 Fyzikální vyšetření..... | 15 |
| 2.2.1 Pohmat (palpace) | 15 |
| 2.2.2 Poklep (perkuse) | 16 |
| 2.2.3 Poslech (auskultace) | 16 |
| 2.3 Radiodiagnostické vyšetřovací metody | 17 |
| 2.3.1 RTG hrudníku | 17 |
| 2.3.2 Výpočetní tomografie (CT) a magnetická rezonance (MR) | 17 |
| 2.4 Chirurgické vyšetřovací metody | 18 |
| 2.4.1 Mediastinoskopie | 18 |
| 2.4.2 Torakoskopie..... | 18 |
| 2.5 Bronchoskopie..... | 19 |
| 3 ETIOLOGIE BRONCHOGENNÍHO KARCINOMU..... | 20 |

| | |
|---|-----------|
| 4 KARCINOM PLIC..... | 21 |
| 4.1 Malobuněčný karcinom plic (SCLC)..... | 21 |
| 4.2 Nemalobuněčný karcinom plic (NSCLC) | 22 |
| 4.3 Nezhoubné nádory plic..... | 22 |
| 5. Příznaky karcinomu plic..... | 23 |
| 5.1 Kašel..... | 23 |
| 5.2 Bolest na hrudníku | 23 |
| 5.3 Dušnost..... | 24 |
| 5.4 Hemoptýza..... | 24 |
| 6. Léčba bronchogenního karcinomu | 25 |
| 6.1 Racionální postup vyšetření doporučený komisí expertů ... | 25 |
| 6.2 Chirurgická terapie bronchogenního karcinomu | 25 |
| 6.3 Radioterapie | 26 |
| 6.4 Lokální terapie bronchogenního karcinomu | 26 |
| 6.5 Terapie malobuněčného bronchogenního karcinomu | 27 |
| 6.6 Terapie nemalobuněčného bronchogenního karcinomu. | 27 |
| 7 Prevence..... | 28 |
| 8 Prognóza | 29 |
| PRAKTICKÁ ČÁST | 30 |
| 9 Formulace problému | 30 |
| 10 Cíl výzkumu | 30 |
| 10.1 Dílčí cíle..... | 30 |
| 11 Výzkumné otázky | 30 |
| 12 Metoda | 31 |
| 13 Kazuistika | 32 |
| 13.1 Anamnestické údaje o klientce..... | 33 |
| 13.2 Průběh hospitalizace..... | 34 |

| | |
|--|----|
| 13.3. Ošetrovatelský model Nancy Roperové..... | 39 |
| 13.4 Plán ošetrovatelské péče..... | 43 |
| 13.5 Edukační plán | 45 |
| 14 Kazuistika | 46 |
| 14.1 Anamnestické údaje o klientce | 47 |
| 14.2 Průběh hospitalizace..... | 49 |
| 14.3. Ošetrovatelský model Nancy Roperové..... | 53 |
| 14.4 Plán ošetrovatelské péče..... | 56 |
| Diskuze | 59 |
| Závěr | 63 |

ZDROJE LITERATURY

Zkratky

SEZNAM PŘÍLOH

Úvod

Ke své bakalářské práci jsem si vybrala téma Ošetrovatelský proces u pacienta s nádorovým onemocněním plic. Jedním z důvodů výběru tohoto tématu byla skutečnost, že toto onemocnění postihlo mého blízkého příbuzného. Dalším důvodem, který mne vedl ke zvolení této problematiky bylo, že karcinom plic patří v České Republice k nejčastějším karcinomům s vysokou mortalitou a veřejnost o tomto faktu dle mého názoru má jen malé ponětí. Dle dostupných údajů Národního onkologického registru (NOR) v roce 2014 zemřelo v České Republice na zhoubný novotvar plic a průdušnice celkem 5 259 nemocných, 3 588 mužů a 1 671 žen(17). Jelikož hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat specifika ošetrovatelské péče o pacienta s nádorovým onemocněním plic, zvolila jsem si metodu kazuistického šetření, abych co možná nejdůkladněji zachytila veškeré ošetrovatelské problémy, které pacientům toto onemocnění přináší. Dalšími cíli mé práce bylo zjistit, jak pacienti vnímají diagnózu karcinomu plic a na jaké oblasti by se měla zaměřit sestra v péči o takového pacienta. Proto, jsem ke sběru dat využila model Nancy Roperové a dále s pacienty provedla krátký rozhovor, ve kterém jsem použila otázky pro každou z dvanácti oblastí tohoto modelu. Dále jsem se zaměřila na to, jak pacienti vnímají hospitalizaci na plicním oddělení.

Svoji práci jsem rozdělila na část teoretickou a praktickou. V teoretické části stručně popisují anatomii plic, která je velice důležitá pro aplikaci správné ošetrovatelské péče. Vyšetřovací metody a samotnou kapitolu karcinom plic jsem rozebrala poněkud podrobněji. V další kapitole velice stručně popisují etiologii karcinomu plic. V kapitole o příznacích bronchogenního karcinomu se věnuji čtyřem nejčastějším příznakům kašle, bolesti na hrudníku, dušnosti a hemoptýze. Tyto příznaky jsem se snažila popsat co nejpodrobněji, jelikož u karcinomu plic je velice důležitá včasná diagnostika pro co možná nejvyšší úspěšnost vyléčení. Další důležitou kapitolou je léčba karcinomu plic, ve které popisují léčbu malobuněčného a nemalobuněčného karcinomu zvlášť. Na konci teoretické části se věnuji prevenci a prognóze. V praktické části se zaměřuji na ošetrovatelskou péči o dvě ženy s karcinomem plic rozdílného typu. V první kazuistice popisují péči o pacientku s adenokarcinomem, která byla přijata pro kompenzaci stavu, aby mohla podstoupit další plánovanou chemoterapeutickou léčbu. Ve druhé kazuistice popisují péči o pacientku s malobuněčným karcinomem, které byla tato diagnóza stanovena a upřesněna až po prodělaných vyšetřeních na PNE-A pro které byla účelně přijata. V obou kazuistikách jsem použila model Nancy Roperové, vypracovala jsem ošetrovatelský plán a edukační plán.

1 ANATOMIE PLIC

Plíce (pulmo) jsou párový orgán uložený v hrudní dutině, které umožňují výměnu plynů mezi krví a vzduchem.

Každá z plic má trojúhelníkový tvar a je dále rozdělena zářezy (mezilalokové rýhy – fissurae) na plicní laloky (lobi pulmonis). Fissura obliqua (velké interlobium) sbíhá na obou plicích od těla Th 4 až k výši chrupavky 6. žebra a dělí tedy plíce na lobus superior a lobus inferior. Na pravé plíci je dále přítomna fissura horizontalis, která prominuje od fissura obliqua směrem ke sternu podél 4. žebra. Odděluje tedy střední lalok. Pravá plíce se svými třemi laloky, je tedy větší než plíce levá, která má laloky dva - horní a dolní. Třetí lalok pravé plíce nazýváme přídatným (lobus accessorius), nebo-li díky jeho tvaru - jazýček.

1.1 Bronchopulmonální segmenty

Plicní laloky jsou členěny na bronchopulmonální segmenty (segmenta bronchopulmonalia), které mají tvar kužele, kdy hrot je obrácený k hilu a baze je převrácena k plicnímu povrchu. Segmenty jsou navzájem od sebe odděleny vazivovými septy. Segmentální bronchus s větví plicní tepny vstupuje do hrotu segmentu, naopak plicní žíly probíhají při přepážkách mezi segmenty.

Pravá plíce má celkem deset bronchopulmonálních segmentů, levá plíce má bronchopulmonálních segmentů devět. Velice důležitý je fakt, že dolní laloky plic jsou oproti horním lalokům lokalizovány spíše „vzadu“ a horní laloky právě naopak, tedy více „vpředu“ nežli nahoře. Toto je velice důležité například při lokalizaci patologií a také při fyzikálním vyšetření.

Segmentární bronchy se v plicích dále dělí na bronchioli. Stěna bronchiolů je tvořena hladkou svalovinou a elastickými vlákny, což ji umožňuje měnit průsvit. Bronchioli terminales, které již nemají řasinkový epitel dále pokračují jako 2-3 bronchioli respiratorii. Tyto respirační průdušinky se dále větví až na 10 ductuli alveolares. Základní morfologickou a funkční jednotkou plic je sekundární plicní lalůček.

Obě plicní dutiny jsou vystlané pohrudnicí (*pleura parietalis*), která pozvolna přechází v poplicnici (*pleura visceralis*) a ta kryje povrch plic, který je hladký. Cupula pleurae je 2cm velká část pleury, která přesahuje klíční kost. Dle barvy plic můžeme odhadovat v jakém prostředí se člověk nachází. Zdravé plíce by měly mít růžovou barvu. Pokud člověk žije ve městě, jeho plíce budou mít našedlou barvu. Plíce kuřáka jsou černé na povrchu s dehtovými skvrnami.

1.2 Hlavní úseky plic

Na plicích rozeznáváme několik úseků. Plicní základnu (basis) ta se dotýká hlavního dýchacího svalu – bránice (diafragma). Kraniálním směrem se nachází plicní hrot (apex). Dále na plicích můžeme rozlišovat facies costalis – plochu plic směřující k žebrům a facies mediastinalis - plochu směřující do mezihrudí.

1.3 Cévní zásobení plic

Funkční či malý oběh je oběh, kdy se a.pulmonalis po vstupu do plicního hylu větví podél bronchů až k alveolům (ty jsou bohatě opředeny sítí vlásečnic). Krev z a.pulmonalis dále teče do v.pulmonales ty probíhají v plicním intersticiu zcela nezávisle.

U nutritivního oběhu hrudní aorty probíhají společně s bronchy, podél kterých se větví v kapiláry, z nich se pak sbírají vv. bronchiales probíhající s bronchy a vlévající se do v. azygos et v. hemiazygos. (1,6,12,13,19)

2 VYŠETŘOVACÍ METODY

V této kapitole se budu zabývat vyšetřovacími metodami bronchogenního karcinomu. Pouze brzké a důkladné vyšetření může vést k časné diagnostice bronchogenního karcinomu, která může pacientovi prodloužit délku života či mu i život zachránit.

2.1 Anamnéza

Anamnéza z řeckého – *anamnēsis* = rozpomínání, vzpomnutí. Jde o informace, které povedou k analýze zdravotního stavu pacienta. Anamnéza má více částí, které jako celek dávají velice důležitou škálu informací o zdravotním stavu pacienta.

2.1.1 Rodinná anamnéza

V této části anamnézy zjišťujeme vše týkající se možných dědičných chorob. Ptáme se zde například na výskyt tuberkulózy, astmatu, různých alergií, rozedmy plic, plicní fibrózy a samozřejmě zhoubných nádorů. Dalšími onemocněními, které lékaře zajímají v rodinné anamnéze jsou další závažná onemocnění, které se netýkají jenom plic například DM, AIM, CMP aj.

2.1.2 Osobní anamnéza

V osobní anamnéze lékař zjišťuje informace o všech dosavadních obtížích a operacích. Pacient hovoří samovolně a lékař pokládá pouze doplňující otázky. U mužů, kteří prošli vojenskou službou se lékař často vyptává na průběh služby. Důležitou informací je i to, pokud je pacient dlouhodobě sledován v některé specializované ambulanci, nebo pokud se účastní screeningových programů. Při odebrání anamnézy u pacientů s onemocněním plic (nejen s onkologickým) se lékař vyptává na kuřácké návyky (jak dlouho kouří, kolik cigaret denně...) včetně pasivního kouření. Další často kladenou otázkou je abusus alkoholu. U žen je důležité zeptat se na užívání hormonální antikoncepce, která spolu s kouřením výrazně zvyšuje riziko plicní embolie. Každého pacienta je nutné zeptat se na léky, které užívá či v minulosti užíval a zda se například neprojevovaly jeho nežádoucí účinky. V plicním lékařství je důležité optat se na dechové potíže. Na chrapot, dušnost, kašel, hemoptýzu a bolest. Pokud pacient potvrdí, že trpí záchvatovitou dušností, je velice důležité doptat se na frekvenci, intenzitu a délku záchvatů a v neposlední řadě na okolnosti vzniku záchvatu.

2.1.3 Gynekologická anamnéza

Tato část anamnézy se používá pouze u žen. Lékař se vyptává na věk první menstruace, začátek pohlavního života, věk menopauzy. Důležité jsou informace o počtech a průběhu porodu a případných komplikacích.

2.1.4 Alergologická anamnéza

Zde jsou zahrnuty všechny alergie pacienta též přecitlivělosti a to nejen na léky, ale například i na potraviny.

2.2 Fyzikální vyšetření

I v dnešní době plné moderních vyšetřovacích metod je fyzikální vyšetření – tedy vyšetření, kdy lékař při vyšetřování pacienta používá pouze své smysly a základní pomůcky nepostradatelnou částí celkového vyšetření.

2.2.1 Pohmat (palpace)

Pohmatem krku můžeme vyšetřit štítnou žlázu. Její možné zvětšení, konzistenci či tvar. Důležité je vyšetření možných zvětšených mízních uzlin. Zvětšení mízních uzlin může způsobovat například nespecifický zánět či v horším případě malignita. Často se zde může projevit metastazování zhoubných nádorů nejčastěji plic.

Při palpaci hrudníku pátráme po jizvách, hrubých útvarech a bolestivosti. U žen se provádí pečlivé palpační vyšetření prsů. U obou pohlaví pak musíme věnovat pozornost možnému zvětšení uzlin v podpažních jamkách.

2.2.2 Poklep (perkuse)

Poklep hrudníku zahrnuje poklep nad srdcem a velkými cévami, nad plícemi a pokud jsou přítomny abnormální útvary tak se poklepem vyšetřují taktéž. Přímý poklep se provádí přes klíční kost. Nepřímý poklep lékař provádí prstem na druhý nebo třetí článek prstu druhé ruky přiložený na hrudník či břicho. Lékař jako první vždy provádí poklep srovnávací. Při srovnávacím poklepu jde o porovnání poklepu jedné a druhé strany v parasternálních, medioklavikulárních čarách dále v přední, střední a zadní axilární čáře a nakonec od shora dolů v čarách skapulárních a paravertebrálních. Poklep jasný je slyšitelný nad vzdušnými zdravými plícemi. Nad plynem vyplněnými dutinami můžeme slyšet poklep bubínkový. Bubínkovému poslechu je velice podobný poslech hypersonorní. Ten, je možné slyšet například nad plicní rozedmou či pneumotoraxem.

2.2.3 Poslech (auskultace)

Poslech plic provádíme při klidovém dýchání a následně při dýchání hlubokém a na samý konec také při usilovném výdechu či zakašlání. Při poslechu plic můžeme slyšet dýchací šelesty vlastní a vedlejší. Sklípkové dýchání označuje šelest, který vzniká rozpínáním plicní tkáně ve fázi vdechu. K trubicovému dýchání dochází mechanismem rozkmitání sloupce vzduchu ve velkých cestách dýchacích. Tento typ dýchání je výraznější než dýchání sklípkové.

2.3 Radiodiagnostické vyšetřovací metody

Radiodiagnostické metody patří mezi důležité metody v průkazu zhoubných onemocnění plic. Tyto metody nejen, že jsou schopny potvrdit či vyvrátit přítomnost nádorů, ale mohou stanovit jeho stádium či velikost.

2.3.1 RTG hrudníku

Jedná se o nejčastější rentgenologické vyšetření, které představuje základní stavební kámen v pneumologické diagnostice. Vyhotovuje se snímek ve stoje v PA projekci (předozadní), v leže v AP (zadopřední) projekci a boční snímek, kdy patologie je vždy blíže k desce. Dále se mohou vyhotovovat cílené snímky k zobrazení konkrétní patologie. Snímek hrudníku se pořizuje na vrcholu klidného nádechu, vždy s hrudníkem přiloženým na kazetu filmu nejčastěji ve stoje, kdy se pacient snaží „vytočit“ lopatky proto, aby se nepromítaly do snímku.

Bronchogenní karcinom lze rozdělit na několik základních forem, které lze díky RTG snímku plic hodnotit. Může se jednat o centrální nebo hilový typ (v 60%), periferní nebo uzlovitý (ve 40%), Pancoastův typ (karcinom horního plicního žlábků), karcinom vzniklý v jizvě či bronchioloalveolární karcinom (v 1%).

Hilová a centrální forma bronchogenního karcinomu bývají na snímkách zobrazovány ve formě pruhovité infiltrace, která vyzařuje z plicního hilu přímo do periferního parenchymu. Naopak okrouhlým homogenním zastřením v parenchymu je typický uzlovitý či periferní bronchogenní karcinom.

2.3.2 Výpočetní tomografie (CT) a magnetická rezonance (MR)

Jedná se o velice důležitou metodu, která je lékařem často indikovaná ihned po prostém snímku plic. Velkým přínosem CT vyšetření je fakt, že díky němu je možný prokázat šíření bronchogenního karcinomu do mediastinálních a hilových mízních uzlin.

Magnetická rezonance je oproti ostatním vyšetřovacím metodám poněkud mladší. Její výhoda spočívá v tom, že neuzivá ionizující záření. Další výhodou MR je, že oproti CT ji lze lépe využít v diagnostice infiltrovaných hilových uzlin a hlavně hrudní stěny a pleury.

2.4 Chirurgické vyšetřovací metody

Chirurgické vyšetřovací metody jsou v dnešní době velice časté a jsou také velice podstatné v diagnostice malignit. Nejčastěji se užívají k invazivnímu získání části orgánu, novotvaru aj., za účelem objektivního vyšetření. Jedná se hlavně o punkční biopsii transtorakální či transbronchiální. Odebraný materiál se odesílá na cytologické vyšetření. Chirurgické vyšetřovací metody dále slouží například k odebrání vzorku na histologické vyšetření.

2.4.1 Mediastinoskopie

Toto vyšetření se provádí v celkové anestezii, při kterém z malého příčného řezu v jugulu pronikneme k trachee a podélně její přední strany preparujeme kanál. Toto vyšetření nám slouží k ověření toho, zda uzliny pretracheální, paratracheální a subkraniální nejsou postiženy metastázou a zda nádor neprorůstá do mediastina. Mediastinoskopie se neprovádí rutinně u všech pacientů s bronchogenním karcinomem, ale většinou při CT vyšetřením prokázané větší lymfatické uzliny, kdy odběrem posuzujeme operabilitu. Další indikací může být prorůstání vlastního tumoru prorůstajícího do mediastina.

2.4.2 Torakoskopie

Toto vyšetření se též provádí v celkové anestezii při selektivní plicní ventilaci, díky které je umožněno neventilovat plíci na vyšetřované straně. Indikuje se například pro diagnostiku vlastního plicního tumoru. Dále pro ověření plicního tumoru s pleurálním výpotkem k posouzení generalizace na pleuru a také pro určení stadia lymfatických uzlin N2, N3.

Dále se při tomto výkonu může aplikovat talek, který má za úkol slepení pleury a zabránit tak hromadění výpotku právě u malignit.

2.5 Bronchoskopie

Jedná se o semiinvazivní, jednu z nejspecifičtějších a nejdůležitějších vyšetřovacích metod v pneumologii. Přínosem bronchoskopie je to, že umožňuje cílené odběry vzorků z průdušek a plic, které se histologicky vyšetřují. Lékař indikuje bronchoskopické vyšetření pro potvrzení či vyloučení nádoru, který prokázal RTG vyšetření. Bronchoskopie se provádí dvěma různými typy bronchoskopů. Ohebnými (flexibilními) neboli bronchofibroskopy, které mají přidané kanálky pro odsávání a odebrání vzorků materiálu. Druhým typem bronchoskopů jsou bronchoskopy neohebné (rigidní), které mají dutý tvar s osvětlením na konci. Tento typ bronchoskopů je možno díky jejich většímu průměru zavést dále do průdušek.

Bronchoskopie prováděna rigidními bronchoskopy se provádí v celkové anestezii a umožňuje přímé vyšetření průdušnice, hlavních a lalokových průdušek, ale pouze jen na úroveň odstupů segmentálních bronchů. Fibrobronchoskopie se provádí v lokální anestezii a přináší tím pacientům určité „pohodlí“. Díky malé šířce nástroje (pouhých 6mm.) ho lze pacientovi zavést nosem a bronchiální strom je přímo vyšetřitelný až na úroveň subsegmentálních průdušek.

Bronchoskopie se nejčastěji tedy provádí za diagnostickým účelem, kdy je potvrzen bronchogenní karcinom a lékař provádí odběr vzorku na cytologické či histologické vyšetření. Také se může provádět za účelem stanovení stádia nádoru. Nejčastějšími druhy odběrů jsou: excize (vyříznutí) za pomoci různých typů klišťek, brushing (kartáčkový stěr z povrchu makroskopických lézí), punkce (nabodnutí tělní dutiny, útvaru), výplach obsahu průdušek – kdy do bronchu je aplikováno 5 – 20 ml vlažného fyziologického roztoku, který je poté aspirován zpět.

Bronchoskopie může být nadále indikovaná při hemoptýze (krváčení z dýchacích cest), při podezření na stenózy průdušnice a průdušek.(2,6,10,11)

3 ETIOLOGIE BRONCHOGENNÍHO KARCINOMU

Pacienti s diagnostikovaným karcinomem plic, pokládají lékařům častou otázku: Co mohlo rakovinu plic způsobit?

Etiologie bronchogenního karcinomu jako taková je bohužel neznámá, ale jsou poznány rizikové faktory. Sem patří hlavně aktivní i pasivní kouření cigaret. Kouření totiž u mužů v 90% způsobuje úmrtí na karcinom plic u žen pak v 80%. Kuřákům samozřejmě nehrozí pouze bronchogenní karcinom, ale vlivem kouření u nich může propuknout i jiné maligní onemocnění, jako například ca. močového měchýře, ledvin či děložního čípku u žen. Dalším pozitivním faktorem pro vznik karcinomu je obezita. Několik studií již prokázalo, že pravidelná fyzická aktivita (30 – 60min denně) výrazně snižuje riziko vzniku rakoviny. Nemalý vliv na naše zdraví má i naše potrava. Bioflavonoidy, vitamin A, C mají například ochranný účinek. Zcela opačný vliv má alkohol, který je klasifikovaný jako karcinogen 1. skupiny (prokázaný humánní karcinogen).

Dále k rizikovým faktorům patří dědičná dispozice, jelikož existují vrozené mutace, které jsou přítomny ve všech buňkách organismu a vytvářejí tak velkou predispozici ke vzniku některých typů nádorů.

Dalšími významnými rizikovými faktory jsou opakované záněty plic a průdušek.(10)

4 KARCINOM PLIC

Plicní nádory mohou vyrůstat z jakékoliv plicní struktury, nejčastěji se tak, ale děje z průdušek. Dle biologické povahy dělíme nádory plic na benigní a maligní. Hranice mezi benigními a maligními nádory není zcela ostře ohraničena, jelikož některé histologicky benigní nádory mohou v některých situacích být potencionálně maligní. V takovémto případě jejich léčbu nelze podceňovat.

Benigní karcinomy se vyskytují v 5% všech plicních karcinomů a jsou to nejčastěji karcinoidy, hamartomy a bronchiální adenomy.

Dle morfologického hlediska se karcinomy plic dělí na dvě hlavní skupiny – malobuněčné (20 – 25%) a nemalobuněčné (75-80%). V těchto nádorech je veliký rozdíl v biologickém chování a tím pádem i v léčbě a celkové prognóze.

4.1 Malobuněčný karcinom plic (SCLC)

Tento typ karcinomu vzniká nejčastěji v souvislosti s většími bronchy. Malobuněčný karcinom je tvořen malými buňkami bez cytoplazmy spolu s tmavými kulatými či protáhlými jádry. Buňky jsou uspořádány do solidních ložisek či pruhů nebo mohou růst jednotlivě v nevelkém množství vazivového stromatu.

Z histologického hlediska se rozlišují 3 varianty malobuněčného karcinomu. *Oviskový karcinom*, který se vyznačuje uniformními drobnými buňkami a úzkým lemem cytoplazmy. *Intermediární forma*, tento typ je charakterizovaný buňkami s polygonálním či vřetenovitým tvarem a hojnější cytoplazmou. Poslední *smíšená forma* obsahuje buňky obojího typu.

Malobuněčné nádory plic se od nemalobuněčných liší svými vlastnostmi. Na rozdíl od nemalobuněčných mají krátký zdvojovací čas a velmi rychlý růst. Další rozdílnou vlastností je to, že mají tendenci k metastazování a to velmi často například do CNS, jater či kostí a kůže. Často může u malobuněčného nádoru docházet k výskytu pleurálního výpotku. Nádory tohoto typu celkem dobře reagují na chemoterapeutickou léčbu. Obecně mají horší prognózu, než nádory nemalobuněčné.

4.2 Nemalobuněčný karcinom plic (NSCLC)

Tento typ karcinomu se od malobuněčného typu liší tím, že má nižší růstovou aktivitu a ve svých počátečních stádiích velký sklon k lokoregionálnímu šíření. Metastazování u nemalobuněčné formy není tak agresivní jako u malobuněčné formy, avšak metastatický potenciál roste s lokální pokročilostí. Dle histologického hlediska můžeme rozdělit nemalobuněčné nádory na 3 hlavní skupiny. *Dlaždicobuněčné karcinomy*, které jsou typické centrální lokalizací s častým postižením do mediastinálních uzlin. *Adenokarcinomy* se naopak vyskytují spíše periferně. Variantou adenokarcinomu je *bronchoalveolární karcinom*, který na RTG snímku připomíná plicní metastázu a vzniká víceložiskově v periferních částech bronchiálního stromu. Poslední typ *velkobuněčný karcinom* je nejméně častým typem nemalobuněčného typu karcinomu, který se manifestuje periferními lézemi. Citlivost nemalobuněčného karcinomu na chemoterapii je výrazně nižší než u malobuněčného typu. Časná stádia jsou indikována k chirurgickému řešení, které může zaručit i úplné uzdravení.

4.3 Nezhoubné nádory plic

Nezhoubné nádory plic nepatří mezi časté nádorové onemocnění. Jejich výskyt se odhaduje na 5-10% všech nádorových onemocnění plic. Tyto nádory vyrůstají z různých struktur, jako například z chrupavek, hladkého svalstva či bronchiálních žlázek. Zcela benigní nádory jsou charakteristické tím, že nemetastazují, rostou pomalu a jsou ohraničené. V některých případech není zcela dána hranice mezi maligní a benigní povahou. Některé benigní nádory je však nutno považovat za potencionálně maligní.

Nezhoubné nádory můžeme rozdělit do dvou hlavních skupin - *mezenchymální* a *epiteliální*. Mezi mezenchymové řadíme *lipom*, který má původ v tukové tkáni. *Fibrom*, který vychází z vaziva, *leiomyom*, jenž vyrůstá z hladkého svalstva dále hemangiom, který vyrůstá z cévního řečiště a nakonec značně tuhý *chondrom* vyrůstající z chrupavky. Mezi epiteliální nádory řadíme *hamartom*, který vzniká z chybného vývoje tkáně. To znamená z tkáně, jenž se při embryonálním vývoji dostala do místa, kam nepatří. Dále do této skupiny nádorů patří *papilom* a *bronchiální adenom*. (2,8,9,10,11,16)

5. Příznaky karcinomu plic

Karcinom plic je charakteristický svým dlouhým asymptomatickým průběhem, právě proto je důležité znát rizikové faktory a hlavně příznaky, které mohou být v počátečních fázích zcela nevýrazné. Mezi tyto nespecifické příznaky patří teplota, chrapot, změna chuti k jídlu, úbytek tělesné hmotnosti nebo chronická únava.

Mezi nejčastější varovné příznaky patří kašel, který může být dráždivý či s expektorací. U nemocných se stávajícím kašlem může být projevem onemocnění i změna charakteru kašle. Dalším důležitým příznakem je hemoptýza a bolesti na hrudníku. V jiných případech může být jedním z prvních projevů rakoviny plic otok hlavy, krku či bolesti v ramenech, které mohou být projevem invaze tumoru do cévních a nervových struktur mimo plíci.

5.1 Kašel

Na důkladné vyšetření by se mělo myslet vždy, pokud pacient trpí kašlem trvajícím déle jak měsíc, pokud netrpí žádným chronickým zánětem průdušek, či kašel po jeho přeléčení neustává. Je také velice důležité pozorovat charakter kašle.

Kašel je reflexní mechanismus, který má za úkol odstraňovat patologický obsah z bronchiálního lumen, udržuje tedy průchodnost dýchacích cest. Kašlací reflex může být zahájen i drážděním receptorů v plicním parenchymu. To může způsobovat městnání krve, ischemie či tumor. Kašel se dále může objevovat i při dráždění a bolestech břicha či hrudníku, při patologických procesech v plicích a mediastinu.

5.2 Bolest na hrudníku

Bolest na hrudníku je velice závažný příznak, který může být i jiného než plicního původu. Závažná je akutní bolest na hrudníku, která v některých případech může vést k bezprostřednímu ohrožení života.

Tzv. plicní bolest (bolest vnímaná z vnitřku) může vycházet z velkých dýchacích cest (cizí tělesa, záněty, tumory) bolest má viscerální charakter, z mediastina (tumory, záněty) bolest má opět viscerální charakter. Dále může bolest vycházet z parietální pleury a hrudní stěny (metastázy do žeber, herpes zoster) zde má bolest somatický charakter, bránice (výpotky, záněty, tumory) bolest často vystřeluje do krku a zad a má somatický charakter.

5.3 Dušnost

Dušnost je subjektivní pocit „nedostatku vzduchu“, který u pacienta vyvolává strach a úzkost. Fyziologicky se dušnost objevuje při fyzické námaze. Za patologickou považujeme dušnost u jedince, kdy jeho dechové úsilí je neadekvátní k dané situaci či činnosti.

K dušnosti dochází ve dvou základních situacích. V první situaci dochází při zvýšení nároku na minutovou ventilaci z jiných než klasických důvodů (horečka, DM, urémie). Těmito důvody mohou být: sport, práce aj.

K druhé situaci dochází, když nejsou zvýšeny nároky na minutovou ventilaci, ale k zajištění přiměřené ventilace je potřeba překonání abnormálních odporů plic či hrudní stěny nebo dýchacích cest. K této situaci dochází hlavně tehdy, je-li plice málo poddajná nebo dýchací cesty kladou vysoký odpor.

5.4 Hemoptýza

Hemoptýzou rozumíme vykašlávání krve, které je způsobené krvácením do dolních dýchacích cest. Tento příznak většinou často donutí pacienty k okamžité návštěvě lékaře. Množství a charakter vykašlavané krve může být různý. Může docházet k vykašlávání světlé krve ve sputu, nebo k vykašlávání tmavé krve či dokonce až k masivnímu krvácení. Hlavním úkolem lékaře je odlišit hemoptýzu od krvácení například ze zažívacího traktu. Nejčastější příčinou hemoptýzy je plicní nádor. (2,7,10)

6. Léčba bronchogenního karcinomu

Pro léčbu karcinomu plic přichází v úvahu mnoho metod. Pro úspěšné vyléčení pacienta je, ale velice důležité stanovit správný postup a druh léčby. Pro stanovení správného postupu léčby je důležitá morfologicky ověřená diagnóza, určení stádia nemoci a výsledky vyšetření orgánů a systémů. Dalším důležitým kritériem pro stanovení odpovídající léčby je postoj pacienta, pozitivně a pravdivě ho motivovat. Pokud pacient nebude spolupracovat a nebude plnit léčebný režim (odstranění škodlivých vlivů atd.) je jeho šance na uzdravení výrazně menší.

6.1 Racionální postup vyšetření doporučený komisí expertů

V prvním kroku je důležitá důkladná anamnéza, kvalita života, dále zadopřední a bočný skiagram hrudníku. Následuje cytologické vyšetření pohrudničního výpotku a cytologie punkce podkožní mízní uzliny. Součástí jsou i odběry krve na hematologické, biochemické a koagulační vyšetření.

V druhém kroku následuje bronchoskopie, u symptomatických pacientů kostní scan, CT hrudníku a horní části břicha, sonografie jater, CT či MR mozku.

V posledním kroku je pacientům indikována torakoskopie a jehlová biopsie, explorace mediastina, levá přední mediastinotomie.

6.2 Chirurgická terapie bronchogenního karcinomu

Chirurgická léčba je od čtyřicátých let považována za léčebnou metodu, která hlavně pacientům s diagnostikovaným nemalobuněčným karcinomem dává velkou šanci na přežití. Chirurgická metoda je indikována ve stádiu 1 a 2. U stádia 3 není stanovisko hrudních chirurgů jednoznačné. Ojedinele se provádějí operace i ve stádiu 4. Hlavním operačním přístupem je torakotomie, méně často sternotomie. Klasickým operačním přístupem je posterolaterální torakotomie, jinou variantou je anterolaterální torakotomie. Podélná sternotomie je u pacientů lépe snášena než torakotomie. Podélná sternotomie je vhodná u oboustranných nádorů.

Mezi nejčastější chirurgické výkony patří lobektomie, bilobektomie a pneumonektomie. Lobektomie je nejčastěji prováděný výkon a to v celých 60%. Výhoda lobektomie na rozdíl od pneumonektomie je šetří plicní parenchym. Bilobektomii je možno provést u pacientů u kterých infiltrace přesahuje meziblokové rýhy. Na pravé straně je možno provést buď horní (horní a střední) nebo dolní (dolní a střední) bilobektomii. Dolní bilobektomie se dále provádí u pacientů, kteří nemají tyto rýhy vytvořeny a hrozí nebezpečí, že při vyjímání laloku dojde k roztržení tumoru. Pneumonektomie je indikována u nemocných, u nichž nelze docílit úplné resekce. Jedná se o výkon poměrně technicky jednoduchý.

6.3 Radioterapie

Nádory plic se léčí vysokoenergetickým brzdovým X-zářením urychlovačů či gama-zářením izotopových urychlovačů. V obou případech se jedná o elektromagnetické záření, které se liší pouze vlnovou délkou a také způsobem vzniku. Při léčbě bronchogenních nádorů se využívá telerradioterapie (ozařování z velké dálky) tak i brachyterapii, při které je pacient ozařován z velké blízkosti, či přímo v nádorovém ložisku. Dávka záření je dána v jednotce Gy (1 Gray = 1J/kg). Obvyklý dávkový příkon se pohybuje kolem 2Gy/min. U nemocných s neresekabilním nemalobuněčným karcinomem plic je radioterapie považována za standardní léčbu.

6.4 Lokální terapie bronchogenního karcinomu

Spolu s nejdůležitějšími léčebnými opatřeními jako je radioterapie, chemoterapie a chirurgická resekce existuje i možnost lokální terapie plicního karcinomu. Často jsou to výkony paliativní, tedy výkony, které pomáhají pacientovi zlepšit kvalitu jeho života eventuálně život prodloužit. Podstatou lokální léčby je uvolnit dýchací cesty a omezit či zpomalit intraluminální či intramurální nádorové bujení. Mezi lokální terapie patří například brachyterapie. Při brachyterapii dochází k ozařování maligního procesu pomocí radioaktivního izotopu zavedeného přímo do dolních dýchacích cest. Další metodou je kryoterapie. Tato metoda využívá kapalný dusík a umožňuje dosáhnout mrazícího účinku až -160 až -180 stupňů Celsia. Kryoterapie vede k rozvoji kryonekrózy a kryotrombózy nádor vyživujících cév a lze tedy kryosondou dosáhnout perforace tumoru a uvolnění stenózy.

6.5 Terapie malobuněčného bronchogenního karcinomu

Malobuněčný karcinom se svým klinickým průběhem i citlivostí dosti liší od ostatních morfologických typů bronchogenního karcinomu. Tento typ onemocnění rychle progreduje a má krátký zdvojovací čas a celkem brzy zakládá vzdálené metastázy. Většina diagnostikovaných pacientů mají lokoregionálně pokročilé onemocnění a klinicky zjiitelné vzdálené metastázy jsou prokazatelně potvrzené u 2/3 nemocných. Další klinicky nezjiitelné mikrometastázy lze předpokládat u dalších 20% nemocných. Z tohoto důvodu není vhodná ani účinná lokoregionální léčba. Musí být tedy zajištěna systémová léčba a to nejčastěji kombinovaná chemoterapie. Samotné chirurgické řešení se u malobuněčného karcinomu nedoporučuje. Je ovšem prokázáný velice pozitivní účinek v kombinaci s chemoterapeutickou léčbou. V současné době se doporučuje operativní řešení u pacientů s T₁, popřípadě T₂ bez postižení lymfatických uzlin a metastáz. Nejefektivnější léčbou malobuněčného karcinomu je tedy kombinovaná terapie, jelikož kombinací cytostatik se dosáhne lepší léčebné odpovědi než u monoterapie. V 80. letech byla nejpoužívanější kombinace cyklofosfamidu, doxorubicinu a vinkristinu. Po zjištění dobrého efektu byl této kombinaci přidán etopozid. V posledních letech je velice hojně užívána kombinace cisplatiny a etopozidu. Radioterapie jako samostatná metoda se u léčby SCLC nevyužívá.

6.6 Terapie nemalobuněčného bronchogenního karcinomu.

V porovnání s malobuněčným karcinomem má nemalobuněčný plicní karcinom delší zdvojovací čas a vzdálené metastázy zakládá až v pozdějších stádiích. Vyznačuje se menší chemosenzitivitou i radiosenzitivitou. Základní kurativní léčbou je u nemalobuněčného plicního karcinomu operativní řešení. V dnešní době, ale bohužel je pouze 20% pacientů kandidáty k operativnímu řešení. Typ tumoru není pro indikaci operace rozhodující, i když v prognóze jsou některé rozdíly. Například adenokarcinom zakládá častěji metastázy a jeho prognóza pro kompletní resekci je horší než u epidermoidního karcinomu. Z hlediska rozsahu tumoru jsou k operativnímu řešení indikováni pacienti ve stadiu 1 a 2, kde je naděje na dlouhodobé přežití po kompletní resekci. Nemalobuněčné karcinomy patří k omezeně citlivým na chemoterapii. Léčebné odpovědi se liší dle stádia nemoci. Ve 3. stadiu je celková odpověď kolem 50% někdy až 70%, ve 4. stadiu pak 20-30%. Ve většině případů se jedná o kombinovanou chemoterapii. Nemalobuněčné karcinomy jsou dále omezeně citlivé na

radioterapii. Ke sterilizaci tumoru by byla potřebná dávka 100Gy, což by byla dávka toxická na okolní orgány. Radioterapie je u pacientů se stádii 1 a 2 indikována pro kurativní účel.(4,2,7,8,10,17,18,20,21)

7 Prevence

V druhé polovině 20.let byla podrobnými a rozsáhlými studiemi prokázána kauzální souvislost mezi bronchogenním karcinomem a kouřením cigaret. Z dřívějších výzkumů plyne, že u mužů byla prokázána v 94% úmrtnost na bronchogenní karcinom v souvislosti s kouřením u žen pak v 54%. Z těchto čísel jasně vyplývá, že kouření patří mezi základní prvky, které výrazně zvyšují riziko karcinomu plic. Kouření má dále další faktory, které ovlivňují riziko. Patří sem druh kuřiva – riziko je vyšší pro kuřáky cigaret než u kuřáků doutníků, dále počet cigaret, doba kouření, obsah dehtových látek a nikotinu.

Mezi další rizikové faktory patří pasivní kouření (vdechování tabákového kouře v prostředí), profesionální expozice kancerogenním vlivům (radioaktivní látky, ionizující záření, azbest, arzen), extrémně znečištěné ovzduší.

Patogenetický proces karcinomu plic je dlouhodobý a trvá dvě i více desetiletí během nichž průduškový epitel prochází postupně třemi stádii: metaplazie, dysplazie a carcinoma in situ. Cílem primární prevence je, aby tento patologický proces vůbec nezapočal. Pokud tento proces již započal, tak aby nedošlo k přechodu do klinické formy nádorového procesu, ale aby došlo k obnově původního normálního stavu.

Důležitými kroky v prevenci jsou: zachování nekuřáctví, zanechání kouření u kuřáků, odstranění pasivního kouření například v domácnostech, snižování kancerogenů v kouři cigaret, odstranění profesionálního rizika, zachování čistého ovzduší, důkladné zaléčení akutních i chronických nemocí dýchacích cest. (8)

8 Prognóza

U nemocných s malobuněčným karcinomem plic závisí prognóza na stádiu onemocnění. Léčebná odpověď na chemoterapii bývá dosažena až u 80-90% pacientů s různým stádiem nemoci, kteří podstoupili léčbu. Odpověď je však většinou dočasná a u většiny pacientů dojde k recidivě. Bez léčby je u pacientů dán medián přežití cca 3 měsíce. Pokud pacient podstoupí chemoterapii je dán medián přežití cca 12-14 měsíců. U pacienta, který podstoupil chemoterapii + radioterapii je medián přežití 16-20 měsíců. Prognóza u pacientů s nemalobuněčným karcinomem je především ovlivněna možností operativního řešení. Nejlepší prognózu mají pacienti, u kterých byl bronchogenní karcinom diagnostikován v operabilním stádiu a byla u nich tudíž provedena resekce nádoru. V České republice operabilita ovšem nepřesahuje 20%. Nejlepší prognóza je stanovena pacientům u kterých byl stanoven nádor jako T1, N0 u nich bývá více jak v 60% zaznamenáno až 5leté přežití. U nemocných u kterých byla provedena radikální resekce nádoru a postižených uzlin často dochází k lokální nebo vzdálené recidivě. Prognóza přežití u pacientů s neoperabilním lokoregionálně pokročilým či generalizovaným onemocněním bývá navzdory aplikované léčbě špatná. Medián přežití u takovýchto nemocných nepřesahuje 12 měsíců.(2,10)

PRAKTICKÁ ČÁST

9 Formulace problému

Nádorové onemocnění plic patří v dnešní době mezi nejčastěji diagnostikované malignity. Častěji postihuje muže než ženy. U mužů se jedná o nádor s největší incidencí i mortalitou. U žen se v incidenci objevuje na druhém místě a v mortalitě za ca. prsu na místě třetím.

Jako jeden z mála nádorů se ovšem vyskytuje i v nižším věku. Ročně si karcinom plic vyžádá přes 1,3 milionů lidských životů. Negativním vlivem této vysoké úmrtnosti je jistě to, že karcinom plic má ve svých časných stádiích nedostatečné příznaky. Vážnější příznaky se zpravidla objevují až v době, kdy je nádor neléčitelný.

10 Cíl výzkumu

Zjistit specifika ošetrovatelské péče o nemocného s nádorovým onemocněním plic.

10.1 Dílčí cíle

Zmapovat, jak klienti vnímají samotnou dg. nádorové onemocnění plic.

Zjistit, jaká je úloha sestry v péči o pacienta s karcinomem plic.

Zjistit, jak vnímají pacienti hospitalizaci na plicním oddělení.

11 Výzkumné otázky

Jak klienti vnímají diagnózu nádorové onemocnění plic?

Na jaké oblasti by se měla zaměřit sestra pečující o pacienta s karcinomem plic?

Vnímají pacienti pozitivně hospitalizaci na plicním oddělení?

12 Metoda

Výzkumné šetření bylo prováděno kvalitativní metodou, formou případové studie – ošetrovatelské kazuistiky dvou pacientů na plicním oddělení FN Bory. Základem je polostrukturovaný rozhovor orientovaný na model Nancy Roperové - model vycházející z ze životních aktivit klienta. Dále bylo využíváno anamnézy (OA,RA, FA..), nahlížení do lékařské i ošetrovatelské dokumentace a rozhovoru s ošetřujícím lékařem.

Výběr případu

Výběr případu byl záměrný. Na doporučení lékařů z plicního oddělení jsem vybrala dvě ženy stejné věkové kategorie do 80 let s malobuněčným karcinomem plic a adenokarcinomem plic. Samozřejmým kritériem je, aby pacienti s výzkumem souhlasili.

13 Kazuistika

73 letá pacientka přijata na kliniku PNE lůžka A pro celkové zhoršení stavu. Pacientce byl diagnostikován adenokarcinom v S4 pravé plíce s mediastinální a hilovou lymfadenopatií. Dále objeveny metastázy po obou plicích a skeletu. TNM klasifikace: T2N2M1 st. 4. Pacientka udává, že potíží si začala všimnout v roce 2013, kdy se u ní začal projevovat suchý kašel. Pacientka udává, že jelikož dříve nestonala těchto potíží si nevšimla. Po několika měsících se její potíže zhoršovaly a tak byla svojí praktickou lékařkou odeslána na plicní vyšetření do Rokycanské nemocnice. Zde proběhlo RTG a CT vyšetření, kdy byl pacientce diagnostikován nádor s metastázemi v obou plicích. Poté byla pacientka odeslána do FN Bory na BFSK, kde byla potvrzena diagnóza a stanoven typ nádoru. Dále byla paní odeslána na Onkologii FN Lochotín. Následovala chemoterapie 2.10.2013 byl ukončen 3. cyklus Alimata.cis DDP. 29.10.2013 ukončen 4. cyklus chemoterapie Alimata-Carboplatina. 16.2.2015 byl ukončen 17. Cyklus monochemoterapie s Alimatou. 12.10.2016 byl zahájen 1. Cyklus monochemoterapie vinorelbinem. Další cyklus byl naplánován na 7.11 a pacientka ho nemohla podstoupit pro svůj zhoršený stav.

Hlavní diagnóza pro kterou byla pacientka hospitalizována na PNE A:

J9610 – Chronické respirační selhání při progresi základního onemocnění

Vedlejší diagnózy:

C 342 Adenokarcinom v S4 pravé plíce s mediastinální a hilovou lymfadenopatií

Z 511 St. Po 3. Cyklu chemoterapie Alimata-DDP 2.10

I 10 Esenciální hypertenze

- Hiátová hernie – dle CT asymptomatická
- Vertebrogenní algický syndrom s převahou L páteře
- Gonatroza
- Klaustrofobie

13.1 Anamnestické údaje o klientce

Iniciály: E.Š

Věk: 73 let

Osobní anamnéza:

Pacientka udává, že nikdy vážněji nestonala. Úrazy také neprodělala žádný styk s TBC. V dětství běžné očkování dle věku. Celoživotní nekuřačka, alkohol ani kávu nepije. Pacientka nikdy nebyla v péči neurologa, psychologa či klinického psychiatra. Klientka pravidelně dochází na kontroly k obvodnímu lékaři (9/2016), stomatologovi (3/2016) a gynekologovi (11/2015). Pacientka udává alergii na Glyvenol, Korylan – alergie se projevuje vyrážkou a celkovou nevolností a na preparáty Fe.

Rodinná anamnéza:

Otec zemřel v 78 letech na zápal plic, matka zemřela v 90 letech na rakovinu dutiny nosní. Pacientka má 2 bratry. Starší, narozený v roce 1941 onemocněl rakovinou prostaty. Mladší bratr narozený v roce 1946 je plně zdravý s ohledem na svůj věk. Klientka má celkem 3 syny narozené v letech: (1962, 1969, 1970) všichni jsou zdraví. Ve své rodině pacientka neguje výskyt IM, DM, CMP, TBC a jaterních či ledvinných nádorových onemocnění.

Pracovní anamnéza:

Pacientka je nyní v důchodu. Je vyučená prodavačka své profesi se ale nevěnovala. Pracovala 31 let jako vedoucí Kina. Pracovala v čistém a hygienicky nezávadném prostředí.

Gynekologická anamnéza:

Pacientka udává menarche ve 13 letech, klimakterium pak v 50 letech. Těhotná byla 3 z toho potraty 0. Neudává žádné potíže ani žádné vážnější onemocnění. Poslední návštěva u gynekologa byla v (11/2015) včetně mamografického vyšetření.

Sociální anamnéza:

Klientka nyní bydlí v rodinném domě se synem a jeho rodinou. Nemají v domácnosti žádné zvíře.

Farmakologická anamnéza

Pacientka trvale neužívá žádné léky. Pouze při občasné žaludeční nevolnosti Hylak 4ml. Pokud pacientka pociťuje bolest například hlavy udává, že jí velice dobře zabírá Algifen.

13.2 Průběh hospitalizace

Pacientka byla na kliniku PNE lůžka A přijata pro celkové zhoršení stavu, kvůli kterému nemohla podstoupit další cyklus chemoterapie.

Fyzikální vyšetření sestrou při přijetí:

Váha: 80kg **Výška:** 172cm **BMI:** 27 (nadváha)

Tk: 110/70 (normotenze)

P: 78 (normokardie)

TT: 36,8 (normotermie)

SAT: 94 %

Vědomí: při vědomí, orientovaná časem, místem i osobou

Dýchání: namáhavé, celkově zhoršené hlavně při námaze

Sluch: slyší dobře

Zrak: na čtení pacientka používá brýle

Chrup: umělý, pacientka používá zubní protézy horní i dolní

Kůže: celkově suchá, bez defektů a otoků

Stolice: pravidelná, formovaná bez příměsí krve – udává pacientka

Močení: bez příznaků pálení či řezání, problém s mobilitou

Bolest: neudává

Mobilita: částečně imobilní

Kompenzační pomůcky:

Pacientka používá brýle na čtení. Kvůli zhoršenému stavu byly pacientce lékařem indikovány bandáže DK. Nyní pacientce pro nízké hodnoty saturace byla indikována kyslíková terapie. Lékař indikoval průtok 1 litr minimálně 16 hodin denně nosními hroty. Z důvodu zhoršené mobility má pacientka u lůžka pojízdné WC, na které se zvládne sama přemístit.

Beckova sebeposuzovací stupnice deprese – 6 bodů = NORMA

Barthelův test běžných denních činností – 60 bodů = ZÁVISLOST STŘEDNÍHO STUPNĚ

Bienstein škála k hodnocení situace a rizik v oblasti dýchání - 8 bodů = OHROŽENA

Dospělé nutriční skóre – 7 bodů = NUTNÉ VYŠETŘENÍ DIETNÍ SESTROU

Hodnocení rizika pádu – 4 body = OHROŽENA RIZIKEM PÁDU

Hodnocení rizika vzniku dekubitu – 19 bodů = OHROŽENA

Při přijetí byla pacientka uložena na lůžko do Fowlerovy polohy. Dále ji dle zvyklosti oddělení bylo registrováno EKG, změřen krevní tlak 110/70, pulz 78', tělesná teplota 36,8 a saturace 94%. Kvůli dýchacím potížím byly pacientce nasazeny nosní hroty s nastaveným průtokem 1 litr minimálně na 16 hodin denně. Pacientce byl zaveden PŽK do kterého byly podány léky dle ordinace lékaře - 500ml 5% Glukózy + 1amp. Guajacuranu. Pacientce jsem odebrala krev na biochemické a hematologické vyšetření. Dále jsem s pacientkou vyplnila vstupní ošetřovatelskou anamnézu a edukační listinu, ve které jsem pacientku seznámila s chodem a uspořádáním oddělení, právy pacienta a dalšími věcmi.

Ošetřující lékař provedl odběr ASTRUPA na kontrolu krevních plynů.

Pro pacientky zhoršený stav, jsme se na výzvu lékaře dohodli s pacientkou na zavedení PMK. Klientce jsme vysvětlili důvod zavedení PMK a také možné komplikace. Dále jsem pacientku edukovala o vhodnosti zvýšeného příjmu tekutin při zavedeném PMK z důvodu zmírnění rizika infekce. V případě, že by pacientka potřebovala na stolicí jsme ji k lůžku dali pojízdné WC na které se pomalu zvládne přesunout sama.

Na pacientce bylo při příjmu vidět, že zhoršení jejího stavu jí dělá starosti. Se sestřičkami z oddělení a s přijímajícím lékařem, jsme se paní pokusili uklidnit a vysvětlit jí další průběh její léčby.

Druhý den hospitalizace:

Ráno jsem pacientce dopomohla s ranní hygienou. Pacientce jsem přinesla umyvadlo s teplou vodou. Hygienické pomůcky si zvládla připravit sama. Kvůli udržení co největšího rozsahu soběstačnosti jsem se s pacientkou domluvila, že části těla, které si zvládne omýt sama se pokusí v rámci svých možností omýt a s částmi těla na které pacientka nemůže ji ráda pomohu já. Pacientka si po omytí celého těla vyčistila dutinu ústní. Pacientku jsem po ranní toaletě poprosila, aby se přesunula na židli a já ji převlékla lůžko. Poté jsem pacientce promazala kůži tělovým mlékem a zkontrolovala možné otoky, proleženiny či modřiny.

Pacientce byly ráno změřeny fyziologické funkce. Tlak 120/50 (normotenze) dále pulz 84' (normokardie), tělesná teplota 37,1 (subfebrilie) a saturace 95%.

Pacientce dále byly podány ranní léky:

Agen 5mg 1 tbl (antihypertenziva)

Citalopram 10mg 1 tbl (antidepresiva)

Xanax 0,25 1 tbl (anxiolytikum, antidepresivum)

Helicid 20mg 1tbl (inhibitor protonové pumpy)

Prednison 20mg 1tb (kortikosteroidy)

Codein 30mg 1tbl (antitusikum)

Kolem 8 hodiny ranní byla pacientce donesena snídaně. Pacientka neměla na snídání velkou chuť kvůli celkové nevolnosti, ale i přesto po malých soustech snědla necelou půlku snídaně a vypila 250 ml kávy.

U pacientky jsem provedla hodnocení PŽK dle Madonnovy škály s výsledkem 0 = bez bolesti a reakce v okolí. Do PŽK jsem tedy pod dohledem sestry aplikovala léky dle ordinace lékaře Ceftriaxon 2 g i.v. Pacientce jsem dále připravila naordinovanou nebulizaci Ambrobene 2ml + Berodual 2 ml 4x denně. Po ukončení infuze jsem zkontrolovala průchodnost a funkčnost PŽK a zaslepila combizátkou.

Pacientka během dne hodně odpočívala. Cítila se slabá a unavená. V dopoledních hodinách pacientka absolvovala Kyslíkový test při kterém jí postupně bez kyslíku poté s průtokem kyslíku 1 litr/minutu a 2 litry za minutu nosními hroty byly měřeny hodnoty pH, pCO₂, pO₂ a SAT O₂.

Bez kyslíku: pH 7,43, pCO₂ 4,65, pO₂ 7,9, SAT O₂ 91,2%

Průtok kyslíku 1 litr/min pH 7,45, pCO₂ 4,60, pO₂ 8,4, SAT O₂ 93%

Průtok kyslíku 2 litry/min pH 7,45, pCO₂ 4,93, pO₂ 11,2, SAT O₂ 96,6%

Po příjezdu z vyšetření jsme pacientku opět uložili na její lůžko do Fowlerovy polohy. Kolem 12 hodiny pacientka dostala oběd a s ním i odpolední léky Xanax 0,25 mg 1tbl, Prednison 20mg 1tbl a Codein 30mg 1tbl. Stále u klientky přetrvávalo mírné nechutenství. K obědu snědla celou porci polévky, druhý chod již nechtěla.

Ve 13:00 jsem pacientce podávala Augmentini.v. Po ukončení infuze jsem opět zkontrolovala průchodnost PŽK a zhodnotila funkčnost PŽK.

3-4 den hospitalizace

U klientky v dalších dnech probíhala ATB terapie. Dýchací potíže se u pacientky v malé míře zlepšily. Další dny probíhala ranní hygiena obdobným způsobem. Jelikož byla pacientka zvyklá přes den spíše ležet, ranní hygiena jí vždy vzala více sil. Ranní léky byly nadále podávány pacientce dle nařízení lékaře. Při ranní kontrole fyziologických funkcí nebyly zjištěny žádné větší odchylky. Tlak pacientky byl v těchto dnech v rozmezí 110 – 135/70, pulz v hodnotách 66-76 pulzů. Saturace byla na kyslíkových brýlích mezi 94 – 96%. Jelikož pacientka měla zavedený PŽK již třetí den, bylo nutné PŽK pacientce vyjmout a zavést nový. Po odstranění PŽK jsem na místě zavedení nevyhodnotila žádné známky flebitis. Nový PŽK byla pacientce zaveden na PHK a jeho zavedení proběhlo v pořádku bez komplikací. Bylo tedy možné nadále pacientce podávat ATB léčbu i.v. Třetí den hospitalizace jsem si u pacientky všimla malého výdeje tekutin. Oslovila jsem tedy pacientku a ta mi řekla, že v posledních dvou dnech moc nepije, jelikož nemá pocit žízně. Opět jsem jí vysvětlila možné komplikace při zavedení PMK, které by mohly vzniknout i sníženým množstvím přijatých tekutin.

U pacientky byly dále indikovány ranní kontrolní náběry na krevní obraz a biochemii. Pacientka byla dále lékařem poslána na RTG vyšetření. Ošetřující lékařka také provedla odběr ASTRUPA pro kontrolu krevních plynů.

Pacientka se celkově cítí lépe. Chuť k jídlu se jí lehce srovnala což bylo vidět i na množství snědených porcí. Ke snídani snědla klientka půlku porce, k obědu snědla celou polévku, která jí dle jejích slov velice chutnala a poté více jak polovinu druhé porce. Přes den pacientka dále snědla kousek štrúdlu, který jí donesla rodina.

Během dne jsme si s pacientkou povídala a celkově je na ní vidět zlepšení stavu, jak fyzického tak psychického. Má velkou vůli a snahu, aby se zlepšil její zdravotní stav a ona mohla podstoupit další cyklus chemoterapie. Velkou oporou je jí rodina, která jí jezdí pravidelně navštěvovat.

5-6 den hospitalizace

V další dny hospitalizace klientka již nepotřebovala pomoci s ranní hygienou. Již nedocházelo k zadýchání v takové míře. Stále ale pacientka po větším pohybu cítila únavu a nechtěla se přes den tedy nějak více pohybovat. Na těle pacientky jsem nepozorovala žádné známky otlaků a proleženin. Aby u pacientky nedošlo k rozvoji imobilizačního syndromu, docházela za ní již 2 dny fyzioterapeutka. Dále u pacientky stále probíhala ATB léčba a stále byla podávána nebulizace. Pacientce se dle jejích slov, chuť k jídlu ve větší míře vrátila. Celkově se cítí lépe. V 6 den hospitalizace bylo opět nutno pacientce vyjmout zavedený PŽK. Při odstranění zavedeného PŽK nebyly zpozorovány žádné známky flebitis. Nový PŽK byl pacientce zaveden do LHK. Zavedení probíhalo bez komplikací. Pacientka již třetí den nebyla na stolici. Poradila jsem jí tedy, aby zvýšila příjem tekutin a pokusila se více pohybovat. S lékařem jsme se domluvili, že kdyby další den pacientka nemohla stále na stolici, bude jí podán čípek.

Pacientka byla na oddělení přijata pro zhoršení stavu. Stav pacientky se výrazně zlepšil a ona mohla podstoupit další cyklus chemoterapie ve FN Lochoťín.

13.3. Ošetrovatelský model Nancy Roperové

U klientky jsem prováděla shromažďování a zpracování dat, dle modelu Nancy Roperové.. Každou z dvanácti oblastí jsem popisovala z hlediska subjektivního, tedy rozhovorem a v průběhu péče o pacientku. Dále z hlediska objektivního, tedy pozorováním a z dokumentace pacientky.

Udržování bezpečného prostředí

Subjektivně: Paní uvádí, že má celkem dost přátel. Pravidelně pořádají se svými kamarádkami posezení u kávy. Je jí líto, že mnoho přítelkyň se jejich pravidelného setkání již zúčastňovat nemůže. Nejdůležitějšími osobami pro pacientku jsou její synové a jejich rodiny. Je si jista, že se o ni postarají pokud to bude potřeba. Pacientka celý svůj život nekouří.

Objektivně: Pozorováním z dokumentace jsem zjistila, že pacientka žije v rodinném domě se svým synem a jeho rodinou.

Komunikace

Subjektivně: Pacientka tvrdí, že o všem co cítí, nebo co by ji trápilo si může promluvit se svoji rodinou a se svými přítelkyněmi. Je společenská. Ráda tráví čas se svými vnoučaty. Podle jejích slov jí vždy zvednou náladu a potěší ji.

Objektivně: Pacientka na mne působí velice příjemně a komunikativně. Je otevřená a na všechny otázky odpovídá se zájmem.

Dýchání

Subjektivně: Pacientka má četné problémy s dýcháním, které u ní vyvolává pocit dušnosti. Pacientka má lékařem indikovanou kyslíkovou léčbu nosní hroty s průtokem 1l/minutu minimálně 16 hodin denně. Udává, že problémy s dýcháním u ní často vyvolávaly nepříjemný pocit až úzkostné cítění. Dále udává, že kvůli potížím s dýcháním často nemohla spát ani vykonávat běžné činnosti. Vždy se silně zadýchala a musela si odpočinout. To ji bylo velice nepříjemné, jelikož měla pocit, že je rodině na obtíž. Během 5. dne hospitalizace se pacientce výrazně zhoršila kvalita hlasu.

Objektivně: Klientce jsme od prvního dne hospitalizace sledovali FF. Velký důraz jsme kladli na monitoraci dechu a SpO₂. Při příjmu jsme paní naměřili 18 dechů a SpO₂ v rozmezí 85 – 90%. V další dny díky indikovaným nosním hrotům byla SpO₂ v rozmezí 95-98%.

Jídlo a pití

Subjektivně: Klientka udává, že krátce po chemoterapii trpěla velkým nechutenstvím. Často se stávalo, že některé chutě se změnilo na velice nepříjemný prožitek. V posledních 3. měsících pacientka zhubla 10kg. V těchto dnech už pacientka nepocítuje nechutenství až na tak vysoké úrovni. Udává, že má chuť spíše na sladká jídla, například na žemlovku a také na vývary. Denně pacientka vypije cca 1,5l tekutin.

Objektivně: Pacientka po dobu své hospitalizace vždy snědla alespoň půl porce. Množství snědeného jídla záleželo na jeho druhu. Ne vše pacientce chutnalo. S příjmem tekutin nebylo zapotřebí pacientku nějak výrazně nutit.

Vylučování

Subjektivně: Pacientka neudává, že by měla nějaké problémy s vylučováním moči. Na stolici chodí nepravidelně 1-2 za týden. Množství moči odpovídá přijatému množství tekutin. Vedle svého lůžka má pojízdné WC na které se zvládne sama přesunout.

Objektivně: Dle dokumentace pacientka chodí na stolici pravidelně a přijaté množství tekutin odpovídá množství vyloučenému.

Osobní hygiena a oblékání:

Subjektivně: Klientka zvládne vykonat ranní hygienu s částečnou pomocí. Klientce je vždy přineseno umyvadlo s teplou vodou. Hygienické pomůcky si zvládne připravit sama. Klientka si dále zvládne samostatně umýt horní část těla, genitál a stehna. Každé ráno jsem tedy klientce dopomohla umýt záda a spodní část těla. Dále jsem prováděla kontrolu otoků, možných odřenin či otlaků. Hygienu dutiny ústní klientka provádí 2. denně a to vždy ráno a večer.

Objektivně: Pacientka je schopna osobní hygienu provádět s částečnou pomocí. Na svoji hygienu dbá a snaží se být pečlivá.

Pohyb

Subjektivně: Klientka udává, že podle ní je pohyb velice důležitý a snaží udržovat se v takové kondici, aby si vše zvládla obstarat sama a nemusela být závislá v tomto ohledu na své rodině. Nyní se nevěnuje žádnému sportu.

Objektivně: Objektivním pozorováním jsem zjistila, že pacientka od prvního dne své hospitalizace samostatně nechodí. Zvládne se sama přesunout na pojízdné WC vedle svého lůžka. I při menší námaze pociťuje dušnost.

Zaměstnání a hra

Subjektivně: Pacientka ráda tráví svůj volný čas ve společnosti svých letitých přítelkyň. Dále velice ráda svůj volný čas věnuje vnučatům, se kterými ráda hraje hry nebo jim vypráví historky ze svého života či čte jejich oblíbenou knihu.

Objektivně: Klientka často hovoří o své rodině, která ji v nemocnici i několikrát navštívila

Projevy sexuality

Subjektivně: Klientka je již několik let vdovou. Klientka uvádí, že s manželem si celý život rozuměli po všech stránkách.

Objektivně: Na další otázky ohledně sexuálního života jsem se pacientky neptala.

Spánek

Subjektivně: Pacientka udává, že doma se jí spalo celkem dobře. Zhoršená kvalita spánku nastala až, když se u pacientky začaly projevovat problémy s dýcháním. Nyní v nemocnici se jí spí celkem dobře po úpravě jejích dýchacích potíží.

Objektivně: Klientka přes den spí jen velice málo. Snaží se komunikovat se spolupacientkami, aby nespala přes den a mohla klidně spát v noci. Cítí se unaveně, tak po většinu dne leží v posteli a odpočívá.

Umírání

Subjektivně: Klientka se na téma smrti baví celkem otevřeně. Tvrdí, že nad její nemocí chce vyhrát, aby si mohla užívat se svoji rodinou.

Objektivně: Pacientka o tématu hovořila celkem otevřeně. Je na ni vidět, že nad svou nemocí chce vyhrát. (3,14,15,23)

13.4 Plán ošetrovatelské péče

00033 Oslabené dýchání související s celkovým zhoršením stavu projevující se:

Subjektivně: Pacientka udává pocit dušnosti, při malé zátěži se zadýchává.

Objektivně: Klientka má nižší saturaci 93 - 95%.

Očekávané výsledky: Klientka bude mít SpO₂ ve fyziologické normě do 24 hodin.

Ošetrovatelské intervence: Podej pacientce zvlhčený O₂ nosními hroty dle ordinace lékaře. Podej pacientce nebulizaci dle ordinace lékaře 4x denně.

Hodnocení: Druhý den se hodnoty saturace pohybovaly v rozmezí 95 -98%, pacientka udává, že dýchání při zátěži je v malé míře lepší.

00002 Nedostatečná výživa projevující se:

Subjektivně: Klientka udává dlouhodobé velké nechutenství.

Objektivně: Klientka dlouhodobě nez Konzumuje více jak půl porce jídla.

Očekávané výsledky: Klientka z Konzumuje více, než půl porce jídla. Klientka nebude trpět nechutenstvím v takové míře jako nyní do 5 dnů od začátku hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence: Podávej pacientce léky dle pokynů lékaře snižující pocit nechutenství. Nabídní pacientce možnost výběrové diety. Edukuj pacientku, aby jedla častěji a malé porce pro předcházení pocitu nevolnosti.

Hodnocení: Pacientka 4 a 5 den hospitalizace snědla více jak půl porce a dle jejích slov její nechutenství již není takové jako na začátku hospitalizace.

00093 Únava projevující se:

Subjektivně: Klientka udává dlouhodobý pocit únavy.

Objektivně: Klientka většinu dne odpočívá a omezuje pohyb na co nejméně.

Očekávané výsledky: Klientka nebude přes den většinu času polehávat, ale bude se snažit aktivně rehabilitovat.

Ošetrovatelské intervence: Edukuj pacientku o možnostech rehabilitačního cvičení a o prevenci imobilizačního syndromu.

Hodnocení: Pacientka aktivně spolupracuje s rehabilitační pracovníci. Přes den již nepolehává, ale snaží se aktivizovat.

00108 Deficit sebepěče při koupání a hygieně projevující se:

Subjektivně: Klientka udává, že s koupáním a osobní hygienou potřebuje částečnou pomoc.

Objektivně: Klientka z důvodu svého zhoršeného stavu samostatně nezvládá osobní hygienu.

Očekávané výsledky: Klientka na konci své hospitalizace nebude potřebovat pomoc s osobní hygienou.

Hodnocení: Klientka na konci své hospitalizace nepotřebuje pomoci s ranní hygienou.

00004 Riziko vzniku infekce ze zavedeného PŽK a PMK projevující se:

Očekávané výsledky: Během hospitalizace nedojde k rozvoji infekce.

Ošetrovatelské intervence: Dodržuj zásady aseptického postupu při zavedení PMK a PŽK. Dodržuj pravidelnou kontrolu výskytu možných komplikací při zavedení PMK a PŽK. Dodržuj pravidla aseptického ošetřování PMK A PŽK.

Hodnocení: V průběhu hospitalizace nedojde u pacientky v souvislosti se zavedeným PŽK ke vzniku infekce. (22)

13.5 Edukační plán

Účel: Účelem edukačního plánu je seznámení klientky s imobilizačním syndromem a možnostech předcházení imobilizačního syndromu.

Cíl edukačního plánu: Cílem edukačního plánu bylo zabránit rozvoji imobilizačního syndromu a vysvětlit klientce jakým způsobem imobilizačnímu syndromu předcházet.

Výukové metody:Teoretické.

Očekávaný výsledek:

Kognitivní:Klientka dokáže definovat pojem imobilizační syndrom.

Kognitivní:Klientka dokáže popsat příznaky a průběh imobilizačního syndromu.

Hlavní body plánu: Klientce vysvětlím pojem imobilizační syndrom. Klientce popíši systémy, které imobilizační syndrom postihuje a hlavní příznaky. Nakonec vysvětlím klientce ošetrovatelské postupy, které jsou aplikovány pro prevenci imobilizačního syndromu.

Časová dotace:25 minut.

Hodnocení:

Kognitivní: Pacientka dokázala vysvětlit pojem imobilizační syndrom.

Kognitivní: Pacientka nyní chápe úkony, které vedou k prevenci imobilizačního syndromu.

14 Kazuistika

63 letá pacientka přijata k plánované BFSK pro suspektní centrální tumor levé plíce dle CT. Vstupní saturace 89% výkon tedy zrušen. Pacientka hospitalizována, zahájena oxygenoterapie. Nabrána laboratoř. Dále provedeno kontrolní spirometrické vyšetření s BD testem s průkazem středně těžké obstrukční poruchy na jeho základě upravena bronchodilatační léčba. Dále naplánováno DUSG pro bolesti levého lýtka, SONO břicha a nadklíčků k vyloučení generalizace. BFSK po úpravě respirační insuficience. Pacientka udává problémy s dýcháním již několik let, zhoršení nyní neudává, kašel cca 3-4 týdny, sputum bez příměsí, hemoptýzu neudává, bolesti nemá. Občas natékají DK, nyní ne.

Hlavní diagnóza:

C341 Malobuněčný karcinom centrálně vlevo při levé větvi plicnice (T4N2MO)

Vedlejší diagnózy:

J 449 CHOPN 2/B

ICHS – stav po IM (1997)

Stav po embolii po porodu r. 1980

Nikotinismus

14.1 Anamnestické údaje o klientce

Iniciály: B.D.

Věk: 63 let

Osobní anamnéza:

Pacientka neudává ve své rodině žádný výskyt onkologického či plicního onemocnění. Styk s TBC neudává. Kávu i alkohol pije příležitostně cca 2-3 týdně, kuřačka 15 cigaret denně. Pacientka nikdy nebyla v péči neurologa, psychologa či klinického psychiatra. Pravidelně dochází na preventivní prohlídky ke svému obvodnímu lékaři (5/2016), stomatologovi (2/2016) a gynekologovi (2/2016). Alergii neudává.

Rodinná anamnéza:

Otec zemřel v 58 letech, neví na co. Matka 91 let stále žije. Sourozence má pacientka celkem 3 z nich 2 zemřeli neví bohužel důvod. Děti má 3 narozené v letech (1973,1975,1979) všichni jsou zdraví. Ve své rodině pacientka neguje výskyt IM, DM, CMP, TBC a jaterních či ledvinných nádorových onemocnění.

Pracovní anamnéza:

Pacientka je vystudovaná knihovnice, své profesi se ale nikdy nevěnovala. Pracovala jako dělnice v sodovkárně, poté jako skladnice. V pokročilejším věku pracovala u městské služby. Pacientka nikdy nepracovala ve výrazněji škodlivém či nebezpečném prostředí.

Gynekologická anamnéza:

Pacientka uvádí, že menarche prodělala ve 13 letech, klimakterium v 55 letech. Nikdy nebyla na gynekologické operaci a neprodělala žádné úrazy či závažná onemocnění. Svě 2 děti porodila přirozenou cestou, poslední dítě bylo porozeno císařským řezem. Poslední návštěva u gynekologa (2/2016), mamografické vyšetření před 4 lety.

Sociální anamnéza:

Pacientka bydlí v rodinném domě se svým manželem, synem a jeho rodinou.

Farmakologická anamnéza:

Theopluss 300mg 1-0-1 cps, Formovent 12ug 1-0-1, Furon 40mg ½-0-0 tbl, KCL 1g 1-0-0 tbl, Protifar 1odměrka do jídla 1-1-1.

Průběh hospitalizace:

Pacientka přijata na PNE-A kvůli plánované BFSK pro suspektní centrální tumor levé plicе dle CT, která z důvodu desaturace musela být odložena. Na oddělení plánovaná kyslíková léčba a objednání na další doplňující vyšetření.

Fyzikální vyšetření sestrou při přijetí:**Váha:** 68kg**Výška:** 168cm**BMI:**23,74 (norma)**Tk:**115/75 (normotenze)**P:** 104 (tachykardie)**TT:** 36,5 (normotermie)**SAT:**89%**Vědomí:** při vědomí, orientovaná časem, místem i osobou**Dýchání:** zhoršené klidové i námahou**Sluch:** slyší dobře**Zrak:** na čtení pacientka používá již několik let brýle**Chrup:** horní i dolní protéza**Kůže:** suchá, bez defektů a začervenání**Stolice:** formovaná bez příměsí cca 3-4 týdně**Močení:** bez problémů**Bolest:** při otoku DK bolest v oblasti otoků**Mobilita:** plně mobilní

Kompenzační pomůcky: Dle ordinace lékaře byly pacientce dány kyslíkové brýle s průtokem 4 litry.

Beckova sebeposuzovací stupnice deprese – 7 bodů = NORMA

Barthelův test běžných denních činností – 85 bodů = LEHKÁ ZÁVISLOST

Bienstein škála k hodnocení situace a rizik v oblasti dýchání – 7 bodů = OHROŽENA

Dospělé nutriční skóre – 2body = NENÍ NUTNÁ NUTRIČNÍ INTERVENCE

Hodnocení rizika vzniku dekubitů – 31 bodů = NENÍ OHROŽENA

14.2 Průběh hospitalizace

Při přijetí na oddělení byla pacientka uložena na lůžko do Fowlerovy polohy. Dle zvyklosti oddělení jsem pacientce registrovala EKG, provedla odběr anamnézy a provedla jsem edukaci pacientky o chodu a uspořádání oddělení, právech pacientka atd.. Dále jsem pacientce změřila krevní tlak 115/75, pulz 104^č, tělesnou teplotu 36,5 a saturaci 89%. Kvůli nízké saturaci byly pacientce nasazeny nosní brýle s průtokem 4litry/min. Pacientce jsem pod odborným dohledem odebrala krev na vyšetření krevního obrazu, biochemické vyšetření a hemokoagulační vyšetření.

Ošetřující lékař provedl u pacientky odběr ASTRUPA.

Pacientka byla na oddělení přijata kvůli plánované BFSK a dalších doplňujících vyšetření z důvodu zjištěné centrálního tumoru levé plíce. Pacientka bylo rozladěná, jelikož dle jejích slov nemá nemocnice ráda a raději by byla doma, kde by mohla provádět každodenní domácí práce.

Druhý den hospitalizace:

S ranní hygienou pacientka pomoci nepotřebovala. Pacientce jsem změřila krevní tlak 120/80, pulz 105^č, TT 36,4 a saturaci, která s kyslíkovými brýlemi byla 92%.. Dle jejích slov se jí nespalo dobře, kvůli hluku na chodbě, posteli a zhoršenému dýchání. Pacientky jsem se zeptala na stolicí a provedla zápis do dokumentace (pacientka na stolicí byla). Po ranní hygieně jsem pacientce promazala záda. Pacientce jsem dle ordinace lékaře donesla ranní léky:

Theoplus 300mg 1tbl (bronchodilatans)

Formovent 12ug 1vdech (selektivní agonisté beta-2 adrenoreceptorů)

Furon 40mg ½ tbl (diuretikum)

KCL 1g 1tbl (základní kation intracelulární tekutiny)

Protifar 1 odměrka do jídla (doplněk stravy)

Pacientce jsem s ranními léky donesla i snídani. Pacientka snědla celou porci. Na odpoledne byla pacientka lékařem objednaná na RTG plic.

Při porovnání nynějšího RTG snímku s měsíc starým CT vyšetřením se velikost nádoru dle lékaře nějak výrazně nezměnila, ale nyní se nádor rozpíná do levého plicního hilu. Dle výsledků vyšetření není známka šíření nádoru do dalších částí plic.

Dále byla pacientka poslána pro občasnou bolestivost DK na SONO žil DK. Výsledkem lékaře byl závěr dle kterého je hluboký žilní systém pacientky volně průchodný, bez morfologických či dopplerometrických známek hluboké žilní trombózy.

Po příchodu na oddělení pacientka dostala odpolední léky: Protifar 1odměrku a oběd, který jí velice chutnal a snědla více jak polovinu porce. Po obědě a vyšetřeních si pacientka šla odpočinout.

Pacientce bylo líto, že nemohla být provedena BFSK a bohužel není tedy zatím známý přesný typ nádoru. Hospitalizaci, ale zatím bere pozitivně jelikož ví, že je nutná k další léčbě.

Třetí den hospitalizace:

Při ranní hygieně opět pacientka nepotřebovala pomoci. Provedla jsem tedy změření krevního tlaku 120/75, pulzu 110^č, tělesné teploty 36,5 a SPO2 93%. Pacientky jsem se zeptala na stolici a provedla zápis do dokumentace (pacientka na stolici nebyla). Také jsem se pacientky zeptala na spánek, jako v předchozím dni se pacientce nespalo dobře. Dále jsem pod vedením sestry provedla odběr krve na biochemické vyšetření a vyšetření krevního obrazu. Odběr proběhl úspěšně a bez komplikací. Pacientce jsem převlékla a upravila lůžko.

Pacientce jsem dle ordinace lékaře podala ranní léky. Jelikož byla pacientka objednána na SONO vyšetření břicha a nadklíčků byla pacientka bez snídaně kvůli nutnému lačnění před vyšetřením. Pacientku jsem na vyšetření doprovodila.

Dle výsledků sonografického vyšetření břicha jsou játra, žlučník a žlučové cesty bez ložiskových změn. Hlava pankreatu mírně hyperechogenní. Ledviny, slezina a močový měchýř také bez ložiskových změn.

Dále bylo u pacientky prováděno SONO nadklíčků jehož závěrem bylo, že vyšetření je bez průkazu zvětšených uzlin.

Dále byla pacientka objednána na Broncho-dilatační test. Výsledkem Broncho-dilatačního testu bylo stanovení středně těžké poruchy obstrukčního typu.

Po příchodu na oddělení jsem pacientce přinesla oběd a odpolední léky. Pacientka snědla většinu porce, jelikož od rána nic nejedla. Na nechutenství si nyní nestěžuje. Po vyšetření jsem si s pacientkou povídala a bylo na ní vidět, že hlavně SONO vyšetření s kladným výsledkem jí velice potěšilo. Na další den byla u pacientky naplánovaná odložená BFSK. Ošetřující lékař tento fakt sdělil pacientce a vysvětlil jí průběh vyšetření. Já jsem pacientku informovala o přípravě před vyšetřením a to tedy o tom, že jelikož je objednaná na výkon v ranních hodinách, nedostane ráno snídani. Nejlépe 4 hodiny před samotným výkonem nesmí pít a kouřit. Dále jsem ji informovala, že po výkonu nesmí polykat další 2 hodiny.

Čtvrtý den hospitalizace:

S ranní hygienou opět pacientka nepotřebovala pomoci. Změřila jsem pacientce krevní tlak 110/80, pulz 110', tělesnou teplotu 36,4 a SPO2 94%. Pacientky jsem se zeptala na stolici (na stolici byla) a provedla zápis do dokumentace. Dnes v noci se pacientce opět nespalo dobře. Problémy se spaním přisuzuje i plánovanému vyšetření. Pacientce jsem upravila lůžko.

Před vyšetřením jsem pacientce zavedla PŽK do LHK. Zavedení PŽK proběhlo úspěšně a bez komplikací pod dohledem sestry. Před BFSK byl pacientce podán Diazepam 10mg. i.m. a Atropin 0,5mg. i.m.

Poté pacientka podepsala souhlas s BFSK a byla odvezena na sálek.

Na sálku byl pacientce aplikován Tetracain 0,5% 10ml, Lidocainspray 10% 4x, Mesocain 1% 20ml. Při bronchoskopickém vyšetření byl potvrzen nálezh kontaktně krvácejícího nádoru v levé plíci. Při BFSK byl pacientce odebrán vzorek nádoru na histologii a cytologii.

Dle cytologického vyšetření se u pacientky jedná o malobuněčný typ karcinomu.

Po převozu na oddělení byly pacientce změřeny FF. Krevní tlak 115/75, pulz 105 a SPO2 93%. Pacientka dostala oběd až po 2 hodinách po vyšetření.

Pacientka se po vyšetření cítila celkem dobře. Ošetřující lékař pacientce vysvětlil výsledek vyšetření a dále jí sdělil, že bude svolávat konsilium s předností kliniky, kde společně stanoví typ léčby.

Pacientka měla po vyslechnutí výsledků smíšené pocity. Byla trochu zděšena typem karcinomu, ale dle jejích slov je ráda, že se může díky BFSK zahájit adekvátní a cílená léčba.

5. den hospitalizace:

S ranní hygienou vše probíhalo obdobně jako v předešlých dnech hospitalizace. Pacientce jsem změřila fyziologické funkce. Krevní tlak 125/80, pulz 110', tělesná teplota 36,7 a SPO2 94%. Pacientky jsem se zeptala na stolici (včera stolice nebyla) a provedla zápis do dokumentace. Pacientce jsem upravila lůžko. U pacientky jsem provedla hodnocení PŽK dle Madonnovy škály s výsledkem 0 = bez bolesti a reakce v okolí.

Pacientce jsem donesla snídání, na které si pochutnala a snědla tedy skoro celou porci. Po snídání za pacientkou přišel ošetřující lékař, který jí sdělil, že ji propustí a vysvětlil jí další postup léčby. Pacientka byla odeslána na kliniku ORAK FN Plzeň na cyklickou chemoterapickou léčbu Etopozidem a Carboplatinou s následnou kontrolou na onko ambulanci TRN FN Plzeň.

Pacientce jsem tedy vyndala PŽK a pomohla zabalit věci, poděkovala jí za možnost zpracování jejího případu do BP a rozloučila se. Pro pacientku přijela rodina.

14.3. Ošetrovatelský model Nancy Roperové

U klientky jsem prováděla shromažďování a zpracování dat, dle modelu Nancy Roperové. Každou z dvanácti oblastí jsem popisovala z hlediska subjektivního, tedy rozhovorem a v průběhu péče o pacientku. Dále z hlediska objektivního, tedy pozorováním a z dokumentace pacientky.

Udržování bezpečného prostředí

Subjektivně: Pacientka nemá mnoho přátel, její život se točí spíše kolem rodiny. Pacientka se snaží hodně času trávit se svojí matkou, kterou pravidelně navštěvuje v domově s pečovatelskou službou, kde její matka žije.

Objektivně: Objektivně jsem zjistila, že pacientka bydlí v rodinném domě se svým synem a jeho rodinou. Rodina paní v nemocnici pravidelně navštěvuje.

Komunikace:

Subjektivně: Pacientka nemá problémy s řečí. Je komunikativní a přátelská.

Objektivně: Na pacientce jsem vyzorovala, že v prvních chvílích může vůdčí neznámým lidem působit zakřiknutě. Po krátké chvíli, kdy pacientka pozná druhého člověka je velice komunikativní, upřímná a otevřená. Na všechny mé otázky odpovídá se zájmem a snahou co nejpřesněji popsat své pocity.

Dýchání:

Subjektivně: Pacientka popisuje zhoršené dýchání již několik let. Při námaze se problémy s dýcháním výrazně zhoršují. Klientka udává, že kvůli zhoršenému dýchání často nemůže spát. Malé zlepšení sleduje při spaní ve zvýšené poloze horní části těla.

Objektivně: Pacientce jsme během hospitalizace měřili FF hodnoty, zejména hodnoty SPO2. Při nástupu na oddělení byly hodnoty SPO2 87-89%. Během hospitalizace se hodnoty SPO2 dostaly k hodnotám 93-95%. Dechová frekvence = 19 dechů/minutu.

Jídlo a pití:

Subjektivně: Pacientka uvádí, že netrpí nechutenstvím. Má ovšem již vyzorované, že pokud si dá větší porci jídla najednou, udělá se jí nevolno. Pacientka se proto snaží jíst v menších porcích víckrát denně. Při otázce na oblíbená a neoblíbená jídla mi klientka řekla, že mezi její oblíbené potraviny patří zelenina, omáčky, knedlíky, brambory a těstoviny. Mezi jídla, která klientka nemá ráda patří mořské plody, mléková polévka a vnitřnosti.

Objektivně: Klientka vždy sní většinu porce včetně polévky. Dle příjmu tekutin je pacientky denní příjem cca 1 litr denně.

Vylučování:

Subjektivně: Pacientka udává, že s vylučováním nemá problémy. Na stolici chodí pravidelně každý druhý den. Stolice má tuhou konzistenci bez příměsí. S vylučováním stolice pacientka i přes menší příjem tekutin nemá problém. Nepocítuje žádné pálení ani řezání.

Objektivně: Dle dokumentace chodí pacientka na WC v obvyklých intervalech. Příjem a výdej tekutin je v rovnovážném množství.

Osobní hygiena a oblékání:

Subjektivně: Pacientka osobní hygieny a oblékání zvládá sama, potřebuje jen malou pomoc, jako je například umytí zad. Ranní toaletu pacientka provádí na pokoji, na večerní hygienu dochází do koupelny, kde se vždy před spaním osprchuje. Ústní hygienu provádí 2x denně. Celý proces pacientce trvá déle, kvůli potížím s dýcháním.

Objektivně: Pacientka chodí samostatně do sprchy. Po sprchování je pacientce změřena hodnota SPO₂.

Kontrola tělesné teploty:

Subjektivně: Pacientka nepocítuje příznaky subfebrilie či febrilie.

Objektivně: Tělesná teplota byla měřena 1x denně. Výsledné hodnoty byly vždy v hodnotách 36,4 – 36,8.

Pohyb:

Subjektivně: Klientka žije celý život aktivně. Dle jejích slov se snaží být ve všech směrech soběstačná.

Objektivně: Pacientka je soběstačná, kvůli zhoršenému dýchání jí však pohyb a některé činnosti trvají déle. Při delší chůzi či větší námaze dochází ke zhoršení dušnosti.

Zaměstnání a hra:

Subjektivně: Pacientka tráví hodně svého volného času se svojí matkou. Dále ráda pracuje na zahrádce u rodinného domu.

Objektivně: Pacientka hodně hovoří o své rodině, která ji také pravidelně navštěvuje v nemocnici.

Projevy sexuality:

Subjektivně: Pacientka je několik let vdova. Dle jejích slov měli s manželem krásné manželství.

Objektivně: Na další podrobné otázky o sexuálním životě pacientky jsem se nedoptávala.

Spánek:

Subjektivně: Klientka udává, že kvůli zhoršenému dýchání se jí často spí špatně. Úleva přichází při spánku ve zvýšené poloze horní části těla.

Objektivně: Pacientka v nemocnici měla problémy se spánkem podobně jako doma.

Umírání:

Subjektivně: Klientka si na toto téma nechtěla výrazně dlouze povídat. Dle jejích slov na smrt myslet nechce.

Objektivně: Dále jsem toto téma nerozváděla.(3,14,15,23)

14.4 Plán ošetrovatelské péče

00032 Neefektivní dýchání projevující se:

Subjektivně: Pacientka pociťuje dušnost klidovou i námahovou.

Objektivně: Klientka má nízké hodnoty SPO2: 91%.

Očekávané výsledky: Pacientka bude mít do 3 dnů hodnoty SPO2 ve fyziologické normě.

Ošetrovatelské intervence: Pacientce podávej zvlhčený O₂ nosními hroty. Pacientce pravidelně měř hodnoty SPO2.

Hodnocení: Klientka měla třetí den hospitalizace hodnoty SPO2: 93%. Nejedná se sice o fyziologické hodnoty, ale je zde patrné zlepšení.

00095 Porušený spánek projevující se:

Subjektivně: Pacientka v noci málo spí, ráno se necítí odpočinitá.

Objektivně: Pacientka bývá často unavená, ráno jí často bolí hlava.

Očekávané výsledky: Pacientka bude znát vlivy, které mohou zlepšit kvalitu spánku.

Ošetrovatelské intervence: Nabídní pacientce bylinné čaje pro zlepšení kvality spánku. Edukuj pacientku o důležitosti ticha a chladu v místnosti kde se spí. Edukuj pacientku o důležitosti psychické pohody pro lepší spánek.

Hodnocení: Pacientka dokázala vyjmenovat vlivy, které by jí pomohly zlepšit kvalitu spánku.

00148 Strach související s nejasnou diagnózou a deficitem znalostí projevující se:

Subjektivně: Pacientka je utrápená a nejistá z důvodu neznalosti své diagnózy.

Objektivně: Pacientka má ustaraný výraz v obličeji.

Očekávané výsledky: Pacientka bude znát svoji diagnózu a další průběh léčby po upřesňujících vyšetřeních a konzultaci s lékařem.

Ošetrovatelské intervence: Pacientku edukuj o důležitosti BFSK v upřesnění její dg.

Hodnocení: Pacientka po dalších prodělaných vyšetřeních zdá svoji přesnou diagnózu a další postup léčby, který jí vysvětlil ošetřující lékař.

00004 Riziko infekce z důvodu zavedeného PŽK projevující se:

Očekávané výsledky: Během hospitalizace u pacientky nedojde k rozvoji infekce.

Ošetrovatelské intervence: Dodržuj zásady aseptického postupu při zavedení PŽK. Dodržuj pravidelnou kontrolu výskytu možných komplikací při zavedení PŽK. Dodržuj pravidla aseptického ošetřování PŽK.

Hodnocení: V průběhu hospitalizace nedošlo u pacientky v souvislosti se zavedeným PŽK k rozvoji infekce.

00039 Riziko aspirace projevující se:

Očekávané výsledky: U pacientky nedojde po výkonu k aspiraci.

Ošetrovatelské intervence: Dostatečně edukuj pacientku o péči po výkonu (nesmí 2 hodiny jíst ani pít). Po výkonu dohlédni na pacientku. Po výkonu buď přítomna při prvním napití pacientky.

Hodnocení: U pacientky nedošlo po výkonu k aspiraci.
(22)

Edukační plán:

Účel: Účelem edukace je poskytnout pacientce informace týkající se jejích problémů s nespavostí. Dále podat pacientce informace, které by mohly vést ke zlepšení nespavosti.

Cíl: Cílem edukace je poskytnout pacientce informace o různých vlivech a přípravcích, které by mohly zlepšit kvalitu spánku.

Výukové metody: Teoretické.

Očekávaný výsledek:

Kognitivní: Pacientka dokáže uvést možné příčiny, které vedou k jejím problémům se spaním.

Kognitivní: Pacientka dokáže uvést možnosti, které vedou ke zlepšení kvality spánku.

Hlavní body plánu: Pacientce vysvětlím vlivy, které vedou ke zlepšení kvality spánku (minimalizovat kávu, sycené nápoje, jíst alespoň 2 hodiny před spánkem). Dám pacientce dostatečný prostor pro její dotazy.

Časová dotace: 30 minut

Hodnocení:

Kognitivní: Pacientka dokáže zpětně určit, které vlivy ji v domácím i nemocničním prostředí narušovaly kvalitu spánku.

Kognitivní: Pacientka dokáže vyjmenovat vlivy, které bude následně aplikovat pro zlepšení kvality svého spánku.

Diskuze

Ve své bakalářské práci se věnuji tématu Ošetrovatelský proces o pacienta s nádorovým onemocněním plic. Toto téma mě zaujalo z důvodu, že v posledních letech roste incidence a mortalita na toto onemocnění. Dle mého názoru také tento fakt není v populaci moc známý, vzhledem k velkému výskytu aktivních kuřáků. Toto téma jsem se rozhodla zpracovat vzhledem k tomu, že ošetrovatelská péče o pacienty s nádorovým onemocněním plic není moc publikovaná. Výstupem mé bakalářské práce je edukační leták, který je přiložen v příloze (přílohač.7) a dále vložen do bakalářské práce. Během školní praxe, kterou jsem vykonávala na Plicním oddělení A Kliniky pneumologie a ftizeologie FN Bory jsem vykonávala výzkumné šetření u dvou pacientek s odlišným typem bronchogenního karcinomu. První pacientka byla na oddělení PNE A přijata pro celkové zhoršení stavu s cílem zlepšení zdravotního stavu pro další podstoupení chemoterapeutické léčby. Druhá pacientka byla přijata k plánované BFSK pro suspektní centrální tumor, který byl diagnostikován CT vyšetřením. Na oddělení byly pacientce provedeny doplňující vyšetření, díky kterým byl stanoven typ nádoru. V diskuzi bych chtěla demonstrovat informace, které jsem zjistila během svého výzkumného šetření. Cílem mé práce bylo zmapovat specifika ošetrovatelské péče o pacienta s nádorovým onemocněním plic. V péči o pacienta s tímto onemocněním je důležitý co nejlepší fyzický stav. Většina pacientů podstupuje náročnou chemoterapeutickou či radiologickou léčbu, která je pro organizmus člověka velice vyčerpávající. Důležité je také sledování dušnosti pacienta, kterou trpí většina pacientů s nádorovým onemocněním plic. Na oddělení PNE je dušnost sledována jak subjektivně tak objektivně. Objektivně pomocí oxymetru, kdy se měří hodnota SPO₂. Dalším specifickým problémem nejen u pacientů s bronchogenním karcinodem, ale obecně u onkologicky nemocných je celkový stav špatné výživy či nechutenství. Řešením v takovéto situaci je nabídnout pacientovi výběrovou dietu, kdy si může dle své chuti vybírat z několika druhů jídel. Dalším důležitým aspektem pro zlepšení nutričního stavu pacienta je sipping, což je celodenní popíjení Nutridrinku. Výhodou Nutridrinků je možnost okamžité konzumace, velkého množství příchutí a jasně daným energetickým a proteinovým obsahem. Dále mají přesně definované množství vitamínů, stopových prvků a jsou dobře vstřebatelné. Jednou z naprosto nutnou intervencí sestry pečující o pacienta s bronchogenním karcinodem je sledování bolesti. Ve FN Plzeň se nejčastěji bolest sleduje VAS škálou bolesti a Melzackovou škálou bolesti. Sestra by měla pacientovi dle ordinace podat příslušná analgetika a sledovat po určité době podání jejich účinek. Dalším problémem, který by měla

všeobecná sestra sledovat je pravidelné vyprazdňování a předcházet zácpě. U pacientů s bronchogenním karcinomem může docházet vlivem zhoršeného stavu, který může mít za následek upoutání na lůžko k zácpě. Dalším důvodem, který může vést k problémům s vyprázdněním je podávání opiátů či snížený příjem tekutin. Pokud u pacienta dojde k zácpě je dobré ho edukovat o možnostech prevence a nabídnout řešení v podobě zvýšeného příjmu tekutin, větší pohyblivosti (pokud to jde), zvýšeného příjmu vlákniny, ovocných kompotů či podání laxativ, čípků.

Nedílnou součástí všeobecné sestry o pacienty s karcinomem plic je udržování psychické pohody. Je nutné se o pacienta starat po fyzické stránce, ale i po psychické. Dostatečně pacienta informovat v rámci kompetence všeobecné sestry, zodpovídat jeho dotazy a vyslechnout pacientovi potřeby a obavy.

Jedním z cílů mé práce bylo zjistit úlohu sestry v péči o pacienta s karcinomem plic. Z předchozí části mé diskuze vyplývá, že sestra je nedílnou součástí v celkové péči o pacienta s bronchogenním karcinomem plic.

Dalším cílem bylo zjistit, jak pacienti vnímají samotnou diagnózu nádorového onemocnění plic. Během péče o pacienty s bronchogenním karcinomem na plicním oddělení jsem přišla na celkem pozitivní zjištění, jelikož obě mé respondentky po zjištění své diagnózy nepropadly beznaději a byly rozhodnuté podstoupit plánovanou léčbu. Dle mého názoru měl na jejich pozitivní přístup k léčbě vliv rodiny, která obě pacientky v této těžké životní situaci podporovala. Myslím, že u onkologicky nemocných je psychická pohoda a podpora rodiny základní kámen k úspěšné léčbě. Důležité při zjištění takto závažné diagnózy je informovanost pacienta a vlídný přístup lékaře, který pacientovi a rodině vysvětlí, co znamená diagnóza, která u pacienta byla stanovena, dále postup léčby, rizika, vedlejší účinky a prognózu, která by měla být pravdivě co možná nejpozitivnější.

Na snášení diagnózy má vliv dále celkový stav pacienta. Pokud pacient se základní diagnózou karcinomu plic má další více či méně závažné diagnózy, může být fyzicky a psychicky vyčerpaný a tento fakt jistě pozitivně neprospívá k jeho vyléčení. Celkem základní vliv na to, jak pacienti budou snášet svoji diagnózu má typ nádoru, který je stanovený. První pacientka s prokázaným adenokarcinomem se diagnózy zalekla dle jejích slov méně, jelikož věděla, že se nejedná o nejagresivnější typ nádoru. Také fakt, že byla ihned indikována k chemoterapeutické léčbě brala jako pozitivní u své diagnózy. Druhá pacientka měla po zjištění své diagnózy malobuněčného karcinomu smíšené pocity. Byla přijata k plánované BFSK, kdy na vyšetření šla s vědomím zjištěného centrálního tumoru, ale nevědělo se jakého typu. Po stanovení přesné diagnózy měla strach, jelikož

věděla, že jí byl diagnostikován nejagresivnější typ nádoru, ale byla ráda, že se může nyní zahájit adekvátní a cílená léčba na tento určitý typ. Posledním cílem bylo zjistit, jak pacienti vnímají hospitalizaci na plicním oddělení. Obě mé respondentky se mi svěřily, že o plicním oddělení neměly dobré představy a hospitalizace se v malém měřítku obávaly. V průběhu hospitalizace se jejich obavy nenaplnily a hospitalizaci popisovaly pozitivně. Na tento fakt měla určitě vliv skladba pacientů na pokojích, vlídný, otevřený a empatický přístup všech pracovníků oddělení PNE A.

Jako menší negativa braly pacientky to, že na oddělení není na pokojích televize a WC včetně sprch jsou společné na chodbě. Vedení oddělení hodlá v budoucnu na pokoje televize zavést, aby se pacienti cítili co nejlépe, protože v dnešní době patří televize ke každodenní samozřejmosti většiny lidí. Se stavebním uspořádáním oddělení se již nedá nic dělat a tento fakt pacienti chápou a nepřikládají tomuto nedostatku valnou váhu. Dle slov obou pacientek a já se s jejich názorem ztotožňuji - Oddělení může být nejmoderněji vybavené a krásné, ale důležitý je přístup zdravotnického personálu. Nedostatky vybavení či uspořádání oddělení o to více kompenzuje personál, který má ke svým pacientům lidský, vlídný a pozitivní přístup. V další části diskuze bych chtěla provést srovnání s literaturou. Dle článku Věry Šejtkové a Aleny Mužíkové (20), které popisují Hlavní aspekty výživy u pacienta s onkologickým onemocněním, musím potvrdit, že během své praxe se mi podařilo správně stanovit riziko špatné výživy u pacientů s bronchogenním karcinomem a popsat intervence všeobecné sestry k řešení tohoto problému.

Mužíková a Šejtková ve svém článku jasně popisují, že špatný výživový stav u všech onkologických pacientů, může mít za následek zhoršený průběh léčby. Dále poukazují na fakt, že téměř polovina pacientů při diagnostice nádorového onemocnění uvádí vyšší váhový úbytek. V jejich článku se také můžeme dočíst o faktu, že pacienti s dobrým stavem výživy jsou lépe odolní vůči infekcím. Infekcí jsou pacienti ohroženi hlavně z hlediska zavedených žilních vstupů či močových katetrů. Menší riziko infekce přináší i samotná hospitalizace, kdy by pacient mohl získat nozokomiální nákazu.

Ve své práci píše jako možnou intervenci pro zlepšení nutričního stavu pacienta o možnosti výběrové diety a doplňků stravy v podobě Nutridrinků. V článku obou autorek se můžeme dozvědět o dalších možnostech intervence jako například o přípravcích v práškové formě, které si nemocný může přisypávat do jídla či rozpustit v libovolné tekutině – např. Nutrison Power, Protifar, Fantomalt. Také existují instantní zahušťovadla, která usnadňují polykání stravy a tekutin na bázi kukuřičného škrobu, která stravu zahustí do podoby sirupu, pudingu a zároveň dodají energii – Nutilis. Pokud pro pacienta není doplňková enterální výživa vhodná,

píší autorky o další možnosti zlepšení nutričního stavu a to o zavedení nasogastrické sondy. Dalším možným řešením je takzvaná PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie či PEJ – perkutánní endoskopická jejunostomie. Posledním způsobem výživy u pacientů se špatným stavem výživy je podání výživy intravenózně. K takovému řešení dochází u pacientů, kteří nejsou schopni přijímat potravu ústy, nebo jejich zažívací trakt nedokáže živiny zpracovat. Pokud to jde, snažíme se podávat alespoň minimální přísun živin přirozenou cestou, nevýhodou podávání stravy jinou cestou totiž může způsobovat atrofii sliznic zažívacího traktu.

Závěrem diskuze bych chtěla předeslat, že plicní oddělení je oddělení spádové. V blízkém okolí nejsou žádné plicní kliniky, což znamená, že na oddělení jsou přijímáni pacienti ze širokého okolí a je standardem, že lůžka jsou často maximálně obsazená. Součástí plicní kliniky je kromě dvou standardních oddělení jednotka intenzivní péče, ambulantní část a samostatná centra. Součástí ambulantní části je alergologie, ambulance pro IPP (intersticiální plicní procesy) a ambulance pro cystickou fibrózu. Mezi specializovaná centra kliniky TRN patří spánkové centrum, specializované pneumoonkologické centrum, ambulance pro léčbu závislosti tabáku a národní centrum pro těžká astmata.

Závěr

Závěrem práce bych chtěla krátce shrnout všechny kapitoly a zároveň také zdůvodnit proč jsem je takto volila. V kapitole anatomie plic, krátce pojednávám o anatomii plicních laloků a o cévním zásobení plic, tuto kapitolu jsem do práce zařadila z toho důvodu, jelikož dle mého názoru by každá všeobecná sestra měla znát anatomii, aby mohla pacientům poskytovat adekvátní ošetrovatelskou péči. Ve druhé kapitole popisují základní vyšetřovací metody, jelikož včasná diagnostika je u bronchogenního karcinomu zásadní. V následující kapitole se zmiňuji o možné etiologii karcinomu plic. Čtvrtá kapitola pojednává o samotných druzích plicního karcinomu – malobuněčném, nemalobuněčném a nezhoubném. V páté kapitole popisují čtyři nejčastější symptomy a to kašel, bolest na hrudníku, dušnost a hemoptýzu. Následující šestou kapitolu věnuji léčbě, kde se zmiňuji o léčbě malobuněčného i nemalobuněčného karcinomu dále o radioterapii, lokální léčbě a možnosti chirurgického řešení. Na prevenci bronchogenního karcinomu poukazuji v sedmé kapitole. V závěru teoretické části se velmi krátce zmiňuji o prevenci. Druhá část mé bakalářské práce je část praktická. Pro svůj výzkum jsem si během praxe na oddělení PNE A vybrala dvě pacientky s diagnostikovaným bronchogenním karcinomem. U pacientek jsem prováděla shromažďování informací dle modelu Nancy Roperové a o každé pacientce jsem vypracovala podrobnou kazuistiku ve které jsem zpracovala ošetrovatelský i edukační plán.

Hlavním cílem mé práce bylo Zmapovat specifika ošetrovatelské péče o nemocného s nádorovým onemocněním plic. Zjištěné poznatky jsem demonstrovala v diskuzi. Při práci s pacienty s bronchogenním karcinomem jsem mezi specifika ošetrovatelské péče o takového pacienta zařadila dosažení co nejlepšího fyzického stavu, sledování stavu dušnosti, sledování nutričního stavu pacienta, léčbu a prevenci bolesti a péči o vyprazdňování. Nedílnou součástí je péče o psychiku pacienta. Dle mého názoru je důležité pacienta nevnímat nejen jako fyzickou osobu, ale zaměřit se na jeho psychiku, která si myslím v léčbě onkologicky nemocných má nezastupitelné místo pro uzdravení pacienta. Dalším cílem bylo zjistit, Jak pacienti vnímají samotnou diagnózu karcinomu plic. Dle mého zjištění má na vnímání pacientů na diagnózu vliv několik aspektů. Mezi tyto aspekty patří celkový fyzický stav, typ karcinomu, prognóza, rodinné zázemí a podpora nejbližších a psychický stav pacienta.

Dalším cílem bylo Zjistit jak pacienti vnímají hospitalizaci na plicním oddělení. Obě klientky mi řekly, že hospitalizace se obávaly, ale jejich špatné očekávání se nenaplnilo. Velice

pozitivně hodnotí přístup pracovníků celého oddělení a vysokou kvalitu léčby. Závěrem práce bych chtěla říci, že jsem ráda, že jsem se rozhodla zpracovávat práci s takovouto tematikou, jelikož si myslím, že nikde není specifikována ošetrovatelská péče o pacienta s nádorovým onemocněním plic. Pokud v budoucnu výstup mé práce pomůže, některým všeobecným sestřám v tom, aby co nejlépe poskytovaly péči o pacienty s karcinomem plic a věděli, na které ošetrovatelské problémy se zaměřit, budu velice potěšena.

ZDROJE LITERATURY

- 1) KOLEK, Vítězslav. *Pneumologie pro magistry a bakaláře*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1175-X.
- 2) TEŘL, Milan. *Plicní lékařství*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0820-0
- 3) EVA TRACHTOVÁ A KOLEKTIV [GABRIELA FOJTOVÁ, Milan a Dagmar MASTILIAKOVÁ]. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 2., nezměn. V Brně: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-701-3324-4.
- 4) ADAM, Zdeněk, Jana KOPTÍKOVÁ a Jiří VORLÍČEK. *Obecná onkologie a podpůrná léčba*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0677-6.
- 5) FREI, Jiří, Soňa LOUDOVÁ a Jiří VORLÍČEK. *Manuál pro zpracování diplomové práce: výběr z deníkových zápisků z let 1801-1842*. V Plzni: Západočeská univerzita, 2013. ISBN 978-80-261-0167-3.
- 6) ČIHÁK, Radomír a Marie NEJEDLÁ. *Anatomie: definice*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-3817-8.
- 7) VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry: výběr z deníkových zápisků z let 1801-1842*. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1716-6.
- 8) KOLEK, Vítězslav, Viktor KAŠÁK a Martina VAŠÁKOVÁ. *Pneumologie: výběr z deníkových zápisků z let 1801-1842*. Praha: Maxdorf, c2011. Jessenius. ISBN 978-807-3452-551.
- 9) KAŠÁK, Viktor, Vladimír KOBLÍŽEK a Martina VAŠÁKOVÁ. *Naléhavé stavy v pneumologii: výběr z deníkových zápisků z let 1801-1842*. Praha: Maxdorf, c2008. Jessenius. ISBN 978-807-3451-585.
- 10) MILOŠ PEŠEK ET AL., Viktor, Vladimír KOBLÍŽEK a Martina VAŠÁKOVÁ. *Bronchogenní karcinom: výběr z deníkových zápisků z let 1801-1842*. Praha: Galén, 2002. Jessenius. ISBN 978-807-2621-156.
- 11) KOLEK, Vítězslav, Viktor KAŠÁK a Martina VAŠÁKOVÁ. *Pneumologie: vybrané kapitoly pro praxi*. Praha: Maxdorf, c2010. Jessenius. ISBN 978-807-3452-209.

- 12) FIALA, Pavel, Jiří VALENTA a Lada EBERLOVÁ. *Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů: vybrané kapitoly pro praxi*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2008. Jessenius. ISBN 978-80-246-1491-5.
- 13) DYLEVSKÝ, Ivan, Jiří VALENTA a Lada EBERLOVÁ. *Somatologie: vybrané kapitoly pro praxi*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Olomouc: Epava, 2000. Jessenius. ISBN 978-808-6297-057.
- 14) *Ošetrovatelský proces u klienta s pleurálním syndromem*. Plzeň, 2013. Bakalářská práce. Západočeská Univerzita Plzeň. Vedoucí práce Mgr. Václava Zvarďonová Maříková.
- 15) *Ošetrovatelský proces u pacienta s nádorovým onemocněním plic*. Plzeň, 2014. Bakalářská práce. Západočeská Univerzita Plzeň. Vedoucí práce Uhrová, Jiřina.
- 16) Kongres České a Slovenské pneumologické a ftizeologické společnosti. XVII. kongres České a Slovenské pneumologické a ftizeologické společnosti. 1. Praha: Praha : Trios, 2011, 0011n. 1. ISBN 978-80-87118-04-7.
- 17) *LungCancer*. 2. Praha: We Make Media, 2016. ISSN 2336-4211.
- 18) Rakovina plic. Kurakova-plíce [online]. Olomouc, 2017 [cit. 2017-03-18]. Dostupné z: http://www.kurakova-plice.cz/koureni_cigaret/zdravi/rakovina-plic.html
- 19) Plíce - obrázky, anatomie, popis funkce, fyziologie. Zbynekmlcoch.cz [online]. Praha, 2009 [cit. 2017-03-18]. Dostupné z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/anatomie-lidske-telo/plice-obrazky-anatomie-popis-funkce-fyziologie>
- 20) *Farmakoterapie*. 5. Praha: FarmakonPress, spol., 2016. ISSN 1801-1209.
- 21) *Farmakoterapie*. 5. Praha: FarmakonPress, spol., 2015. ISSN 1801-1209.
- 22) HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed. *Ošetrovatelské diagnózy: definice*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-5412-3.
- 23) ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství: definice*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-802-4717-777.
- 24) PERRAR, Klaus Maria, Erika SIRSCH a Andreas KUTSCHKE. *GerontopsychiatriefürPflegerberufe*. 2. Stuttgart: Thieme, 2011. ISBN 978-3-13-140722-1.

Zkratky

| | |
|------------------|----------------------------|
| a.(arteria) | Tepna |
| v (venae) | Žíla |
| DM | Diabetes Mellitus |
| AIM | Akutní infarkt myokardu |
| CMP | Cévní mozková příhoda |
| CNS | Centrální nervová soustava |
| FN | Fakultní nemocnice |
| PNE | Plicní oddělení |
| BFSK | Bronchofibroskopie |
| TBC | Tuberkulóza |
| Fe | Železo |
| IM | Infarkt myokardu |
| DK | Dolní končetiny |
| EKG | Elektrokardiogram |
| PŽK | Periferní žilní katetr |
| AMP | Ampule |
| PMK | Permanentní močový katetr |
| ATB | Antibiotika |
| PHK | Pravá horní končetina |
| SpO ₂ | Saturace krve kyslíkem |
| ICHS | Ischemická choroba srdeční |
| BP | Bakalářská práce |
| FF | Fyziologické funkce |

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Nutridrinky

Příloha 2 – Melzack škála bolesti

Příloha 3 - Oxymetr

Příloha 4 – VAS škála bolesti

Příloha 5 – Informovaný souhlas

Příloha 6 – Povolení výzkumu ve FN

Příloha 7 – Edukační leták

Příloha 1



Zdroje: <http://www.nutridrink.cz/>

Příloha 2

Multimediální тренаžer plánování a ošetrovatelské péče

Melzackova škála bolesti



Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5832.pdf>

Příloha 3

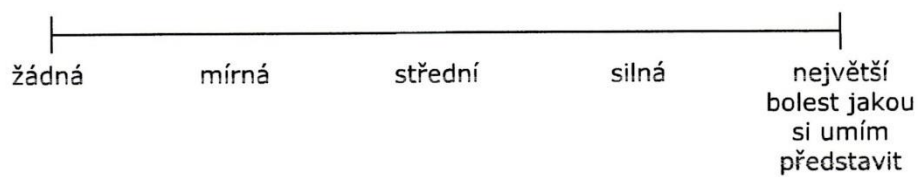


Zdroj: Vlastní

Příloha 4



Vizuální analogová škála bolesti



Příloha 5

INFORMOVANÝ SOUHLAS

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE: Ošetrovatelská péče o pacienta s nádorovým onemocněním plic

STUDENT

Jméno: Václava Dufková
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: frckova.vendula13@seznam.cz

VEDOUcí BP:

Jméno Mgr. Václava Maříková - Zvarďoňová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: MARIKOVA@fnplzen.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je: Zmapovat specifika ošetrovatelské péče o pacienta s nádorovým onemocněním plic.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Zdroj: Vlastní

Příloha 6



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči

Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
ICO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní
Václava Dufková
Studentka oboru Všeobecná sestra
Fakulta zdravotnických studií - Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povoluji** sběr informací o léčebných metodách a ošetrovatelských postupech používaných u pacientů *Kliniky pneumologie a fteologie (PNE) FN Plzeň*. Informace budete získávat v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Ošetrovatelská péče o pacienta s nádorovým onemocněním plic*“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra osloveného pracoviště souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně provedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- **Sběr informací pro Vaši bakalářskou práci budete provádět v době své, školou schválené, odborné praxe a pod přímým vedením paní Kateřiny Pittrové, DiS, staniční sestry PNE FN Plzeň.**
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, pokud budou uvedeny ve Vaší práci, musí být anonymizovány.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů **poskytnete** Zdravotnickému oddělení / klinice či organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, jejich soukromí či pokud by spolupráce s Vámi zaměstnanci pociťovali jako újmu. Účast zdravotnických pracovníků na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

20. 10. 2016

Zdroj: Vlastní

Příloha 7

Edukační leták

Specifika péče o pacienta s nádorovým onemocněním plic

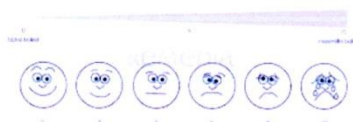
- Dobrý fyzický stav



- Sledování dušnosti
- Dobrý nutriční stav



- Sledování bolesti



- Péče o vyprazdňování



- Dostatečná informovanost

- **!!PSYCHICKÁ
PODPORA!!**

Autor: Václava Duřková

