

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDÍÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Karla Boháčová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B 5341

Karla Boháčová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA NA UROLOGII
PO ORCHIEKTOMII PRO NÁDOROVÉ ONEMOCNĚNÍ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Bc. Jitka Krocová

PLZEŇ 2012

Prohlášení:

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

V Plzni dne 30.3.2012

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji Mgr.,Bc., Jitce Krocové za odborné vedení práce , poskytování cenných rad a materiálních podkladů.

OBSAH

ÚVOD	12
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 POHLAVNÍ ÚSTROJÍ MUŽE.....	14
2 ETIOLOGIE A RIZIKOVÉ FAKTORY ZHOUBNÝCH NÁDORŮ VARLAT ..	16
2.1 Kryptorchizmus	17
2.2 Hypospadie	18
2.3 Skrotální trauma.....	18
2.4 Genetické faktory (rodinný výskyt).....	18
2.5 Infekční vlivy.....	18
3 ROZDĚLENÍ NÁDORŮ VARLETE.....	19
3.1 Germinální nádory	19
3.1.1 Seminomy	19
3.1.2 Non- seminomy.....	19
3.1.2.1 Klasický seminom.....	20
3.1.2.2 Spermatocytární seminom	20
3.1.2.3 Anaplastický seminom.....	20
3.1.2.4 Embryonální karcinom	20
3.1.2.5 Nádor ze žloutkového vaku	20
3.1.2.6 Polyembryom.....	20
3.1.2.7 Teratom.....	21
3.1.2.8 Choriokarcinom	21
3.1.2.9 Smíšené typy NV	21
3.1.2.10 Karcinom in situ.....	21
3.1.3 Non- germinální nádory.....	22
3.1.3.1 Nádor z Leydigových buněk.....	22
3.1.3.2 Nádor ze Sertoliho buněk	22
4 KLASIFIKACE NÁDORŮ VARLAT (DÁLE JEN NV).....	22
5 DIAGNOSTIKA NV	23
6 LÉČBA TESTIKULÁRNÍCH GERMINÁLNÍCH NÁDORŮ (NV)	24
6.1 Chirurgická léčba.....	24
6.2 Adjuvantní léčba	25
6.3 Radioterapie	25

6.4	Chemoterapie	25
7	SLEDOVÁNÍ NEMOCNÝCH PO UKONČENÍ LÉČBY - DIPENZARIZACE..	26
8	SAMOVYŠETŘOVÁNÍ VARLAT	26
9	PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP K ONKOLOGICKY NEMOCNÝM	27
10	KOMUNIKACE S ONKOLOGICKY NEMOCNÝM.....	28
	PRAKTICKÁ ČÁST	30
11	FORMULACE PROBLÉMU	30
12	CÍL A ÚKOL PRÁCE	30
13	VÝBĚR PACIENTA	30
14	VÝBĚR KONCEPČNÍHO MODELU	34
15	DIAGNOSTIKA	38
16	VÝVOJ A PRŮBĚH.....	39
16.1	Krátkodobá předoperační příprava	40
16.2	Bezprostřední předoperační příprava.....	41
16.3	Vlastní operační výkon	41
16.4	Pooperační péče	41
17	PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	43
18	DISKUZE	51
	ZÁVĚR	53
	POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY.....	55
	SLOVNÍČEK POJMŮ A ZKRATEK	57
	SEZNAM TABULEK	58
	SEZNAM PŘÍLOH.....	58
	Přílohy.....	59

ANOTACE

Příjmení a jméno: Karla Boháčová
Katedra : Ošetrovatelství a porodní asistence
Název práce : Ošetrovatelská péče o nemocného na urologii po orchiektomii pro nádorové onemocnění
Vedoucí práce : Mgr., Bc. Jitka Krocová
Počet stran : 43 číslované, 20 nečíslované
Počet příloh: 5
Počet příloh použité literatury : 19 + 3 internetové zdroje
Klíčová slova: testikulární nádory - ošetrovatelská péče - prevence - ošetrovatelský - proces - psychologie - edukace - mužské - pohlavní - orgány - komunikace

Souhrn:

Ve své bakalářské práci se věnuji problematice nádorů varlat a ošetrovatelské péči o nemocné s tímto onemocněním. Zmiňuji fyziologii mužských pohlavních orgánů, základní rozdělení testikulárních nádorů, jejich etiologii, specifikaci a rizikové faktory vzniku zhoubných nádorů varlat. Vzhledem k relativně častému výskytu onemocnění tohoto typu je velmi důležitá včasná diagnostika a informovanost. V závěru se pokusím zhodnotit svou práci.

ANNOTATION

Surname and name: Karla Boháčová
Department: Nursing and Midwifery
Title of thesis: Nursing care for a patient to urology after orchiectomy for cancer
Consultant: Mgr., Bc. Jitka Krocová
Number of pages: 43
Number of appendices: 20
Number of literature items used: 19+3 internet
Key words: testicular tumors - nursing care - prevention - nursing process - psychology education - male sex organs - communication

Summary:

In this undergraduate work is devoted to the issue of testicular cancer and the nursing care of patients with this disease. I mention the physiology and pathophysiology of male sexual organs, the basic division of testicular tumors, their specification and risk factors for testicular cancer. Due to the relatively frequent occurrence of diseases of this type is very important early diagnosis and awareness. In conclusion, will try to evaluate their work.

ÚVOD

Nádory varlat v současné době řadíme mezi nejčastější onkologické onemocnění u mužů v reprodukčním věku. Z celkového počtu zhoubných novotvarů u mužů tvoří téměř 2%- to je relativně vysoké číslo. Nádory tohoto typu se můžou vyskytovat v každém věku, ale u mužů ve věku 18-40 let představují nejčastější nádory mužské populace. Od druhé poloviny 20. století se stále více zlepšuje diagnostika a léčba testikulárních nádorů. V současné době má nemocný, u kterého je diagnostikován tento typ nádorového onemocnění včas, téměř 86% šanci na úplné vyléčení. Při léčbě testikulárních nádorů spolupracují urolog, patolog, onkolog, radiolog a často také psycholog a nutriční terapeut.

Jedinou úspěšnou léčbou testikulárních nádorů je brzká diagnostika onemocnění, včasné odstranění a následná onkologická léčba dle histologického typu a rozsahu. Stále se bohužel najdou muži, kteří často podcení z různých důvodů první příznaky onemocnění (bolestivost, zvětšené varle, gynecomastie) a přijdou v době, kdy již nádor prorůstá do okolních orgánů, nebo masivně metastazuje. Přitom stačí velmi málo. Při večerní hygieně zkontrolovat varlata a jakoukoli nesrovnalost konzultovat s lékařem. Stejně, jako si ženy provádějí samovyšetření prsů, měli by si i muži umět sami vyšetřit varlata. Nedělají to ale všichni. Vlastně skoro nikdo, protože neví jak a hlavně proč. Je to otázka informovanosti. Vyšetření není vůbec složité a jedná se o nejjednodušší metodu prevence vzniku nádorů varlat.

Odložit stud a bagatelizování je v tomto případě velmi vhodné, může to totiž zachránit život. V ordinacích či čekárnách praktických lékařů, ve specializovaných poradnách u urologa, nebo v dnešní době, pomocí internetu je dostatek materiálů o samovyšetření varlat.

Velmi důležitou, troufám si říct, jednou z nejdůležitějších součástí úspěšné léčby je psychika nemocného. Ta je po sdělení takovéto diagnózy velmi narušena. Pacient má spoustu otázek týkajících se následné léčby, prognózy svého onemocnění, délky léčby, případných komplikací, ale také fertility. Ošetřující lékař a i my, nelékaři, bychom měli být na tuto situaci připraveni a vědět, kdy, co a jak sdělit a pokusit se pomoci. Každý pacient je jedinečná osobnost. Empatie, pochopení a podpora z naší strany jsou pro nemocného velice důležité.

Pracuji na urologické klinice a toto téma jsem si zcela záměrně vybrala právě proto, že se dost často setkávám s muži, zejména mladými, kterým je diagnostikován testikulární nádor.

Ve své práci v teoretické části popisuji anatomii mužských pohlavních orgánů, etiologii a rizikové faktory vzniku testikulárních nádorů, jejich dělení, diagnostiku, léčbu, postup při samovyšetřování varlat.

V praktické části jsem se rozhodla nastínit situaci mladíka, kterému se asi po dobu 2 měsíců začalo nápadně zvětšovat pravé varle, ale bolest necítil. Z počátku tomu nepřikládal zvláštní význam, ale po naléhání partnerky se nechal vyšetřit na urologii a výsledek vyšetření mu obrátil život naruby. A to od základů. Popisuji ošetrovatelskou péči před a po operaci, důležitou psychickou podporu partnerky a rodiny. Ne vždy je toto samozřejmostí. Edukační plán zaměřuji na poskytnutí informací o důležitosti dodržování klidového režimu po propuštění z hospitalizace. V diskuzi hodnotím stanovené cíle v oblasti uspokojování potřeb nemocného a v závěru výsledky své práce.

TEORETICKÁ ČÁST

1 POHLAVNÍ ÚSTROJÍ MUŽE

- **Varle (testis, řec. orchis)**

Varle je ovoidní párový orgán uložený v šourku (*scrotum*). Rozeznáváme na něm horní a dolní pól, mediální a laterální plochu, které do sebe navzájem přecházejí v předním a zadním okraji. V zadním okraji je branka pro cévy, nervy a vývodné kanálky. Velikost varlete je cca 4 x 3 x 2,5 cm a váží 18–25 g. Levé je o něco těžší a je uloženo níže než pravé. Varlata rostou pomalu do 10 let, v období puberty jejich růst akceleruje a definitivní velikosti dosahuje mezi 20.–30. rokem.

Na vlastním povrchu varlete nacházíme tuhý bělavý obal (*tunica albuginea*), na jehož vnitřní ploše je cévnatá *tunica vasculosa*. V hilu vytváří trojhranný útvar – varleci středové vazivo, z něhož vybíhají vazivové varleci přepážky, které rozdělují parenchym varlete v 200–300 lalůček. Skládají se ze stočených semenotvorných kanálků, které pokračují jako rovné semenotvorné kanálky. Délka všech semenotvorných kanálků se odhaduje na 300–350 metrů. Výstelku tvoří podpůrné Sertoliho buňky, zárodečný epitel, z něhož dozrávají spermie, a intersticiální Leydigovy buňky, které produkují testosteron.

Proximální část ve většině případů obliteruje. Pokud ne, mohou vzniknout patologické útvary, jako např. hydrokéla či skrotální hernie

Při podráždění kůže na mediální straně stehna můžeme pozorovat vtahování varlete zpět do tříselného kanálu – kremasterový reflex. (Příloha 4)

- **Nadvarle (epididymis)**

Nadvarle je protáhlý esovitý útvar nasedající na horní pól varlete. Rozeznáváme na něm hlavu (*caput*), tělo (*corpus*) a ocas (*cauda*), který pokračuje v chámovod. Ocas je společně s varletem připoután ke scrotu. Hlava se skládá z 12–15 kanálků, které vytvářejí nadvarleci lalůčky a pokračují v nadvarleci vývod, který tvoří tělo a ocas a rozvinut dosahuje délky okolo 4 metrů.

- **Šourek (Scrotum)**

Šourek je kožní vak uložený za kořenem pyje zavěšený pod stydkou sponou. Zakládá se párově, a proto je zcela rozdělen pomocí přepážky (*septum scroti*),

projektující se na povrch šourku jako šourkový šev (*raphe scroti*). Šourek obsahuje varlata, která jsou zde dobře hmatná a vyšetřitelná, dále jejich obaly, nadvarlata a počátek semenných provazců. Jeho fibromuskulární podkoží tvoří termoregulační mechanismus dozrávání spermií ve varleti.

- **Chámovod (Ductus deferens, „Vas deferens“)**

Je dlouhý zhruba 35–40 cm, o průměru 2–3 mm a pro obsah spirálové svaloviny ve své stěně brkovitě tuhý. Prochází kryty obaly varlete v semenném provazci tříselným kanálem, dále se uchyluje mediálně a zahýbá do malé pánve, při dorzální stěně močového měchýře kříží ventrálně močovod. Základní funkcí chámovodu je transport pohlavních produktů-spermií a hormonů. Chámovod vytváří spojením s měchýřkovitým vývodem vstřikovací vývod, který vyústí na semenný pahrbek do močové trubice.

- **Měchýřkovité žlázy, „Semenné vāčky“ (Glandulae vesiculosae, Glandulae seminales)**

Vznikají jako vychlípeniny chámovodu, jsou 4–5 cm dlouhé, 17–20 mm široké a 6–9 mm tlusté, uloženy jsou laterálně mezi močovým měchýřem a konečníkem.

- **Semenný provazec (*Funiculus spermaticus*)**

Semenný provazec je soubor struktur spojujících šourek a dutinu břišní. Probíhá tříselným kanálem. Obaly semenného provazce, mezi kterými běží, tvoří deriváty břišní stěny stejné jako obaly varlete. Uvnitř probíhá ventrálně arteria testicularis. V průběhu funiculus spermaticus je snadné identifikovat chámovod pro jeho tuhost, a proto je zde prováděna vasectomie – podvaz chámovodu. V případě oboustranného zásahu jde o infertilizační výkon.

- **Předstojná žláza (*Prostata*)**

Jedná se o svalově-žláznatý orgán, který obemyká předstojnicovou část močové trubice. Své konečné velikosti dosahuje po 20. roce a její průměrná velikost je 4 cm x 3,5 cm x 1,7–2,5 cm, váha 29–40 gramů. Ve stáří involuje. Je uložena asi 1 cm za stydkou sponou. Prostatu dělíme na základnu (*basis*), apex (*hrot*), přední, zadní a dolněboční plochu. Její parenchym můžeme rozdělit na lobus dexter, sinister et medius. Při benigní hyperplázii prostaty ve vyšším věku dochází ke zbytnění hlavně v oblasti lobus medius, který vytváří v močovém měchýři měchýřový čípek (*uvula vesicae*),

který se tak stává překážkou v jeho vyprazdňování. Prostata je na povrchu kryta tuhým pouzdrém, to je kryto dalším obalem plynule přecházejícím na okolní orgány. Mezi oběma pouzdry může být prostata tupě vyloupana. V případě porušení periprostatických venozních plexů se pro poměrně mohutné krvácení může stát operační terén značně nepřehledný. Po inferolaterálních stranách sbíhá směrem k trubici periprostatický nervový svazek, který ovlivňuje erekci, a který je podle odborné literatury nezbytné při radikální prostatektomii zachovat.

- **Pyj (*Penis*)**

Penis je topořivý kopulační orgán připojený ke stydké sponě a bílé čáře pomocí podpůrného a závěsného pyjového vazu. Popisně na něm rozlišujeme kořen (*radix*), tělo (*corpus*), hřbet (*dorsum*), močotrubicovou plochu (*facies urethralis*), žaludový krček (*collum glandis*) a žalud (*glans penis*). Kůže pyje překrývá žalud jako duplikatura – předkožka (*prepuccium*). V ochablém stavu je pyj 10–12 cm dlouhý a s obvodem 8–9 cm, ztopořený je dlouhý průměrně 15 cm a má obvod 10–12 cm. Skládá se z topořivých těles – párového a nepárového . (18, příloha 1)

2 ETIOLOGIE A RIZIKOVÉ FAKTORY ZHOUBNÝCH NÁDORŮ VARLAT

Příčiny vzniku testikulárních nádorů nejsou známy. Do souvislosti se vznikem těchto nádorových onemocnění se dávají nejrůznější faktory vymezující určité skupiny mužů s vyšším rizikem rozvoje maligních chorob.(1)

Mezi nejrozšířenější rizikové faktory, které přispívají ke vzniku testikulárních nádorů patří:

- Kryptorchizmus
- Hypospadie
- Skrotální trauma
- Genetické faktory (rodinný výskyt)
- Infekční vlivy

2.1 Kryptorchismus

Kryptorchismus (nesestouplé varle) je polohovou anomálií varlete, kdy se varle nenachází ve svém obvyklém místě v šourku. Pravým kryptorchizmem se označuje stav, při kterém místo, kde se nachází varle, je v průběhu dráhy fyziologického sestupu. Retence může být abdominální, inguinální, nebo supraskrotální.

- Sklužné varle:** je retinované varle, které lze stáhnout do skrota, ale po uvolnění tahu se okamžitě vrací na své místo mimo šourek.
- Retraktilní varle:** není pravý kryptorchismus. Varle migruje, což je způsobeno zvýšenou aktivitou kremasterového reflexu. Lze jej stáhnout do skrota, pokud je omezená aktivita kremasterového svalu.
- Ektopické varle:** je stav, při kterém je varle umístěno mimo dráhu fyziologického sestupu.
- Ageneze varlete:** znamená nepřítomnost varlete. U chlapce se nachází jen (anorchie) slepě končící cévy a chámovod.

Nesestouplé varle je nejčastější urogenitální odchylkou u chlapců. Perzistující kryptorchismus, u kterého nedošlo ke spontánní úpravě je hlavním rizikovým faktorem testikulárních germinálních nádorů. Za příčinné faktory vzniku nádoru v kryptorchickém varleti se považují zvýšená teplota v intraabdominální nebo supraskrotální ve srovnání s teplotou intraskrotální, omezené cévní zásobení, endokrinní dysbalance a gonadální dysgeneze. Žádný z těchto předpokladů však nebyl jednoznačně prokázán jako příčinný faktor. Kryptorchismus sám o sobě nemá vliv na rozsah nádorové choroby v době diagnózy, ani nemá význam prognostický.(1,str.57-58, příloha 2)

2.2 Hypospadie

Hypospadie je relativně častá vrozená anomálie, která spočívá v neúplném vytvoření většinou distální močové trubice. Je řazena mezi rizikové faktory vzniku testikulárních nádorů, ale podle odborných studií nebyla nikdy popisována jako přímý rizikový faktor při vzniku testikulárních nádorů. Hypospadie je vedena jako součást testikulárního dysgenetického syndromu. (1, str.62)

2.3 Skrotální trauma

Skrotální trauma, které udává v anamnéze přibližně 10% nemocných, se často uvádí jako další možný rizikový faktor vzniku testikulárních nádorů. Nejpravděpodobnější je však případ, kdy trauma je spíše upozorňující epizodou. Nemocní, u kterých je diagnostikovaný testikulární nádor, mají snahu si své onemocnění vysvětlit způsobem, který dokáží logicky odvodit a pochopit. Vzpomínají si na úrazy utrpěné v minulosti a dávají je do souvislosti s aktuální diagnózou. Je tedy pravděpodobné, že traumata skrota se podílí na vzniku testikulárních nádorů, ale tento faktor je veden pouze jako možný, ale ne zásadní.(1, str. 66)

2.4 Genetické faktory (rodinný výskyt)

Předpoklady o možných genetických souvislostech vycházejí z pozorování familiárního a bilaterálního výskytu a z asociací s některými vývojovými odchylkami. Až šestkrát vyšší riziko vzniku nádoru je připisováno mužům, jejichž přímý příbuzný (otec, bratr) měl diagnostikovaný nádor varlete.(5, str. 489)

2.5 Infekční vlivy

Parotitická orchitis je velkým predilekčním faktorem pro rozvoj testikulárního nádoru v důsledku atrofických změn na zárodečném epitelu po proběhlé virové infekci. Podobný vliv mají Cocksackie viry a virus Sendai. Všem těmto vlivům je společný vznik atrofických změn zárodečného epitelu a následným sekundárním vzestupem produkce FSH dochází k rozvoji nádorových změn. (7, str.1146)

3 ROZDĚLENÍ NÁDORŮ VARLETE

Naprostá většina primárních nádorů jsou nádory germinální (až 95%), přibližně 5% nádorů je non-germinálních.

3.1 Germinální nádory

Z hlediska histopatologie dělíme germinální nádory na seminomy a non-seminomy. Liší se nejenom patologicko- anatomicky, ale také léčebným postupem a prognózou.(11, str.226)

3.1.1 Seminomy

Seminomy představují asi třetinu všech germinálních nádorů varlete (35%)

- Seminom
- Spermatocytární seminom
- Anaplastický seminom

3.1.2 Non- seminomy

Neseminomové nádory jsou frekventovanější než seminomy a většinou se vyskytují ve smíšených formách. Jejich prognóza je oproti seminomům výrazně horší.

- Embryonální karcinom
- Nádor ze žloutkového vaku
- Choriokarcinom
- Teratom
- Polyembryom
- NV smíšené
- Karcinom in situ

3.1.2.1 Klasický seminom

Je nejčastějším nádorem z germinálních buněk (asi 85%). Je tvořen buňkami podobnými primitivním germinálním buňkám. V dospělosti je to nejčastější germinální nádor (asi 65%). Nejvyšší incidenci má ve 4. dekádě života.(11, str.226)

3.1.2.2 Spermatocytární seminom

Je nádor složený z více diferencovaných buněk než seminom. Téměř nikdy nemetastazuje a je považován za benigní nádor.

3.1.2.3 Anaplastický seminom

Je vzácný nádor charakterizovaný polymorfií nádorových buněk. Je malignější formou klasického seminomu. Nacházíme ho častěji ve vyšších stádiích a má vyšší metastatický potenciál.(11, str.227)

3.1.2.4 Embryonální karcinom

Je tumor, který je tvořen primitivními epiteliálními buňkami. Je velmi zrádný, protože nemusí být na varleti vůbec hmatný a přesto může již tvořit metastázy. Biologicky je považován za velmi maligní, protože velmi brzy metastazuje do regionálních uzlin a vytváří i vzdálené metastázy, např. do jater a plic.

3.1.2.5 Nádor ze žloutkového vaku

Je nejčastějším nádorem dětského věku. U dospělých bývá většinou vždy součástí smíšených nádorů. Prognoza je závislá na věku, u dětí je lepší, než u dospělých.

3.1.2.6 Polyembryom

Poměrně vzácný NV, který je někdy řazen jako zvláštní podskupina teratomů. Je převážně tvořen embryoidními tělísky, což jsou struktury odpovídající embryu ve

vývojovém stadiu týdnů. Prognozu má podobnou jako embryonální karcinom, i když častěji metastazuje.

3.1.2.7 Teratom

Se vyskytuje u dětí i v dospělosti. Teratomy představují asi 5% všech germinálních nádorů. Nezralý teratom obsahuje nediferencovanou primitivní tkáň. Zralý teratom tvoří benigní struktury ekrodermu, mezodermu a entodermu. Zralý teratom po pubertě je nutné považovat za maligní nádor.

3.1.2.8 Choriokarcinom

Je v čisté formě velmi vzácným nádorem z trofoblastu. Je ze všech nádorů nejmalignější a jeho prognoza je většinou infaustní. Na rozdíl od ostatních nádorů varlete metastazuje krevní cestou.

3.1.2.9 Smíšené typy NV

Jsou nejčastější germinální nádory.(40%). Většina z nich jsou teratokarcinomy (kombinace teratomu a embryonálního karcinomu-25%). Jiné kombinace nádorů (seminom a embryonální karcinom, embryonální karcinom a choriokarcinom) tvoří asi 15% všech terminálních nádorů. Jejich prognozu určuje prognoza nejmalignější složky nádoru.

3.1.2.10 Karcinom in situ

Je preinvazivní intatubulární neoplázie. Diagnostikovat jej můžeme pouze mikroskopicky, většinou při bioptickém vyšetření varlete u korigovaného, nebo nekorigovaného kryptorchizmu a při biopsiích varlat infertilních mužů. U nemocných s germinálním nádorem se vyskytuje v 1-1,5% karcinom in situ v kontralaterálním varleti. Diagnoza je bioptická (vzestup hladiny markerů při negativních ostatních nálezech). Riziko vývoje karcinomu in situ je více, než 50%.(11, str.227)

3.1.3 Non- germinální nádory

Nádory z gonadálního stromatu zahrnují:

3.1.3.1 Nádor z Leydigových buněk

Je nejčastějším stromálním nádorem varlete (1-3% všech testikulárních nádorů). Vyskytuje se nejčastěji ve dvou věkových obdobích (5-9 let a 25-35 let). Ve většině případů je benigní. Maligní varianty jsou vzácné (asi 10-15%). V dětství může nádor z Leydigových buněk působit puberta praecox, v dospělosti gynekomastii. Prognóza benigního nádoru bývá velmi dobrá.

3.1.3.2 Nádor ze Sertoliho buněk

Je velmi vzácný. Mikroskopicky připomíná nezralé semenotvorné tubuly. Vyskytuje se do jednoho roku a potom až v dospělosti (mezi 20-40 lety). Je benigní se vzácnými výjimkami (asi 10%), které metastazují do regionálních uzlin. U dětí způsobuje virilizaci, u dospělých gynekomastii. Nejčastěji se objeví jako hmatný nebolestivý uzel ve varleti. Prognóza benigních nádorů je dobrá.(11, str.232)

4 KLASIFIKACE NÁDORŮ VARLAT (DÁLE JEN NV)

K jednomu ze základních způsobů klasifikace nádorů patří TNM klasifikace, kde jsou hodnoceny tři složky: T (tumor/nádor), N(nodus/uzlina), M (metastáza). Kategorie T se vztahuje k velikosti původního nádoru a k tomu, zda již proniknul do okolních tkání a struktur, N se týká míry, do jaké byly původním nádorem narušeny mízní uzliny, M hodnotí, zda se rakovina rozšířila i na jiné orgány a k míře, do jaké metastazovala. Jednotlivé kategorie TNM systému dělí nemocné do klinických stadií.

TNM klasifikace- kategorie pT

- pT 0- nádor nenalezen
- pTis- intratubulární nádor- preinvazivní karcinom
- pT1- nádor omezený na varle a nadvarle, bez přítomnosti cévní, nebo lymfatické invaze
- pT2- nádor omezený na varle a nadvarle s vaskulární, nebo lymfatickou invazí

- pT3- nádor infiltrující semenný provazec
- pT4- nádor infiltrující skrotum

Negerminální nádory nejsou klasifikovány podle TNM klasifikace. (13, str. 228)

Kromě klasifikace TNM jsou používány další systémy, nejčastěji Royal Marsden Hospital klasifikace. U tumorů varlete je hodnocena navíc i kategorie S (hodnocení sérových markerů po radikální orchiektomii). Dle toho je poté možné klasifikovat onemocnění podle stádií jako měřítko toho, jak daleko rakovina postoupila a kam se rozšířila. Existuje pět stádií rakoviny, která jsou značena od 0-IV. Čím vyšší je stadium, tím je rakovina rozvinutější. (12)

Klinické stádium:

Tabulka 1 - Royal marsden hospital klasifikace

ROYAL MARSDEN HOSPITAL KLASIFIKACE	
I	nádor omezen na varle
IIA	retroperitoneální uzliny < 2 cm
IIB	retroperitoneální uzliny < 5 cm
IIC	retroperitoneální uzliny > 5 cm
III	postižení supraklavikulárních nebo mediastinálních uzlin
IV	orgánové metastázy

5 DIAGNOSTIKA NV

Testikulární germinální nádory mohou být poměrně dlouhou dobu asymptomatické, což je většinou jednou z příčin, proč při prvním vyšetření nalézáme nádorové onemocnění často již ve stadiu diseminace. Nemocný přijde k lékaři většinou s tím, že se mu již delší dobu zvětšuje varle, ale není bolestivé. Bolesti nejsou pro nádor varlete typické. Jenom asi 10% nemocných udává akutní bolesti ve varleti. Při palpačním vyšetření nalezneme zvětšené, tuhé až tvrdé varle s nerovným povrchem a nebolestivé.(11, str.228)

Diagnostický postup

- Klinické fyzikální vyšetření, včetně aspekce a palpce šourku a palpce tříselné oblasti, prsních žláz a supraklavikulárních uzlin.
- USG (ultrasonografie) je díky snadné dostupnosti zlatým standardem v diagnostice NV. Dopplerovská ultrasonografie umožňuje v některých případech další zpřesnění diferenciální diagnostiky.
- Při podezření na testikulární tumor neodkladně indikujeme operační revizi a orchiektomii z inguinálního přístupu.
- Vyšetření nádorových markerů (HCG – produkce trofoblastem, AFP - struktury yolk sac, LDH – marker tkáňové destrukce) před orchiektomií – obligatorních k zjištění stadia onemocnění, dynamiku hodnotíme po orchiektomii do normalizace.
- Následně doplňujeme počítačovou tomografií, nebo MRI a USG retroperitonea.
- CT hrudníku.
- CT (NMR) mozku a scintigrafii skeletu indikujeme pouze při klinickém podezření na metastázy v těchto lokalitách a u neseminomů s plicními metastázami.
- PET CT (pozitronová emisní tomografie) umožňuje odlišit fibrotické změny od aktivního nádorového procesu, není stagingovým vyšetřením, v rámci follow-up po CHT u seminomů. (21)

6 LÉČBA TESTIKULÁRNÍCH GERMINÁLNÍCH NÁDORŮ (NV)

Léčba NV je v první řadě chirurgická. Operační výkon se provádí podle typu a velikosti nádoru. Podle histologického typu nádoru se dále pak určuje další postup. Následuje chemoterapie a radioterapie, nebo případně podpůrná adjuvantní léčba. Po ukončení léčby je nemocný dále pravidelně sledován- dispenzarizován.

6.1 Chirurgická léčba

Při podezření na nádor varlete je obvykle prováděna revize varlete z inguinálního přístupu z třísla a při potvrzení tumoru je provedena radikální

orchiektomie, kterou je třeba provést co nejdříve (do 24-48 hodin po určení diagnózy). V tomto případě považujeme výkon za urgentní. Operace se provádí z tříselného řezu, spermatický provazec se zaklemuje, otevře se vaginální tunika a varle se zreviduje. V případě diagnostických nejasností se může z předpokládaného patologického ložiska odeslat vzorek v průběhu operace k rychlému histologickému zpracování. Je-li diagnóza jasná, provádí se vysoká orchiektomie a varle se odstraňuje s co možná nejdelším kusem semenného provazce. Často se využívá ještě biopsie druhostranného varlete a to vzhledem k 5-6% výskytu intratubulární neoplazie. (4, str.491)

6.2 Adjuvantní léčba

Před zahájením adjuvantní léčby navrhujeme kryoprezervaci spermatu, strategie léčby vychází z rozsahu onemocnění, histopatologického nálezu (liší se u seminomů a neseminomů), případně i dalších prognostických faktorů. (1)

6.3 Radioterapie

Radioterapie spádových uzlin byla jedinou léčebnou metodou u seminomů v I a II stadiu až do roku 1976. U neseminomů se nepoužívá. K likvidaci nádoru je totiž nutná vyšší dávka záření, než u seminomů a je považována za neúčinnou. K nežádoucím účinkům radioterapie patří radiační enteritida, střevní obstrukce a suprese kostní dřeně. Radioterapie je někdy indikována jako adjuvantní léčba při objemném postižení retroperitoneálních uzlin, zatímco operační intervence je vyhrazena exstirpaci reziduí neseminomového nádoru. (1)

6.4 Chemoterapie

Chemoterapie cytostatiky se nejprve úspěšně používala u pokročilých seminomů a teprve za delší dobu se začala používat i u nižších stádií. V současnosti je nejrozšířenější užití kombinace cisplatiny a karboplatiny. U neseminomů je chemoterapie primární léčebnou možností jak pro nemocné s nádory ve stadiu I, tak pro nemocné s nádory pokročilými. (11, str.231)

7 SLEDOVÁNÍ NEMOCNÝCH PO UKONČENÍ LÉČBY - DIPENZARIZACE

Způsob dispenzarizace závisí na rozsahu nádoru a předchozí léčbě. Seminomy a neseminomy stádium I po chemoterapii, radioterapii nebo retroperitoneální lymfadenektomii:

- Klinické vyšetření, laboratorní vyšetření (markery) v tříměsíčních intervalech během prvních 2 let, dále 2x ročně do 5 let a následně 1x ročně RTG plic a CT retroperitonea 2x ročně během prvních 2 let, dále 1x ročně do 5 let.

Seminomy a neseminomy stádium II-III po ukončené léčbě :

- Klinické vyšetření, laboratorní vyšetření (markery) a RTG plic v 3měsíčních intervalech během prvních 2 let, dále 2x ročně do 5 let a následně 1x ročně CT retroperitonea 2x ročně během prvních 2 let, dále 1x ročně.

Další vyšetření (USG retroperitonea, USG kontralaterálního varlete, CT plic, PET CT, scintigrafie skeletu, CT jater a mozku) volíme dle individuální situace. Dispenzarizace probíhá na urologických a onkologických pracovištích.(20)

8 SAMOVYŠETŘOVÁNÍ VARLAT

Provádí se po osprchování, nejlépe vlažnou vodou, protože šourek je vláčný. Mělo by se provádět alespoň jednou měsíčně a být tak součástí běžné hygieny.

Jak provádět samovyšetření :

- postavte se před zrcadlo a prohlížejte si pozorně šourek, oblast slabin
- hledejte změny v objemu, změny v symetrii varlat, jejich nepravidelnosti a změny na kůži, šourku. Nesmíte zapomínat, že levá polovina šourku bývá uložena níže než pravá.
- vyšetřujte pohmatem každé varle zvlášť oběma rukama. Ukazováky a prostředníky obou rukou vsuňte pod varle, palce umístěte na jeho přední

stěnu. Jemně prohmatávejte mezi palcem a ostatními prsty povrch varlete.

- hledejte jakékoliv nepravidelnosti v konzistenci, objemu i povrchu
- v přední části šourku je uloženo varle, v zadní horní části je za ním nadvarle. To může být mylně považováno za nádorovou tkáň.

Pokud nahmatáte změnu na varleti, rozhodně to neznamena, že musí jít o zhoubný nádor. Může se jednat třeba o zánět varlete, který se léčí antibiotiky a stav se zlepšuje většinou do 2-3 týdnů. Přesto by každou změnu měl vyšetřit lékař, nejlépe urolog. S návštěvou neotálejte a lékaře vyhledejte co nejdříve po zjištění příznaků.(10).

9 PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP K ONKOLOGICKY NEMOCNÝM

Onkologické onemocnění vede ke společenským, emocionálním i ekonomickým následkům, které ovlivňují nejen zdraví člověka, ale i vztah k okolí, jeho životní styl a v neposlední řadě i vztah k ostatním lidem a představu o vlastním těle. Onemocnění, vzhledem k nákladům spojeným s léčbou, představuje i závažný ekonomický problém. Skutečnost, že mnoho lidí na nádorová onemocnění umírá, má i celospolečenský a sociální rozměr.

Ošetřování nemocných s onkologickým onemocněním vyžaduje od sestry nejen dokonalé odborné znalosti a dovednosti, ale prověřuje i její vlastnosti etické a morální. Ošetřovatelská péče o nemocné s onkologickou diagnózou představuje péči klinickou, včetně léčby medikamentózní, ale i péči psychologickou, sociální a spirituální, při respektování psychického a somatického stavu nemocného. Reálná obava z onemocnění zhoubným nádorem vyvolává u většiny lidí výraznou psychickou reakci. Ta má u nemocných s maligní chorobou více fází. Významnou roli zde sehraává i osobnost nemocného člověka.

Po potvrzení diagnózy prochází pacient náročným obdobím, popsané E. Kubler-Roschovou, ve kterém se střídají fáze šoku, zloby, popření, smlouvání, rezignace, deprese, na které navazuje fáze vyrovnání či odevzdanosti. Nemocného provází bezradnost, úzkost a tíseň, často i smutné myšlenky. Reakce pacientů na onkologickou diagnózu je odlišná od reakcí na jiný druh onemocnění, a proto je psychologická

podpora těchto pacientů ze strany zdravotníků nejen potřebná, ale vyžaduje i vysokou profesionalitu. Důležitou úlohu sehrává přístup zdravotníků a také rodinných příslušníků. Právě oni mohou pomoci nemocnému zvládat změny emocionálních stavů, reakce a chování v průběhu léčebného procesu a pozitivně ovlivňovat změny osobnosti, které jsou touto nemocí způsobené. Důležitou roli v přístupu zdravotníků k pacientům hraje i věk nemocného a jeho osobnostní vlastnosti. V dospělosti se do popředí pozornosti nemocného dostávají obavy ze ztráty zaměstnání, snížení ekonomického zabezpečení rodiny, ale i narušení partnerských vztahů. Ve stáří pak dominuje zvýšená emotivita, ve které pacienti prožívají smutek, obavy ze samoty, pocity bezmoci a strachu ze smrti. Reakce pacientů na nemoc závisí i na zdravotním uvědomění, které bývá ovlivněno výchovou, vztahem k vlastnímu zdraví a zkušenostmi s medicínskou a ošetrovatelskou péčí, ale také hodnotovým systémem každého člověka.

(19)

10 KOMUNIKACE S ONKOLOGICKY NEMOCNÝM

Významné místo v systému psychické podpory onkologického pacienta sehrává sociální komunikace mezi personálem a pacientem. Pacient má právo na otevřenou komunikaci. Právě zde se rodí základy vzájemného vztahu a důvěry.

- Informace o podstatě nemoci poskytni všem N s maligním onemocněním, ale diferencovaně co do obsahu i způsobu podání.
- Informaci o diagnóze podává vždy lékař.
- Pacient může určit, kdo má být při sdělování diagnózy dále přítomen.
- Informaci o nemoci a terapii podávej opakovaně, nestačí jednorázový rozhovor.
- Informaci získává nejdříve nemocný, potom podle jeho přání rodina či jiní určené lidi.
- S podstatou nemoci, vyšetřovacími a terapeutickými postupy seznam nemocného ještě před aplikací 1. léčby.
- Zdůrazňuj možnosti léčby, ale nikdy neslibuj vyléčení.
- Odpovídej na otázky, obavy a sdílené pocity ze strany nemocného a jeho blízkých.
- Věnuj čas naznačeným, ale nevyřčeným dotazům.

- Informace o prognóze nemoci z hlediska délky přežití podávej uvážlivě, pouze na přímý dotaz nemocného. Nikdy neříkej konkrétní datum, spíše nastiň časový rámec vycházející z obvyklého průběhu daného onemocnění. Zdůrazni možné odchylky oběma směry.
- Důsledným předáváním informací mezi personálem zajisti jednotnou informovanost všech zúčastněných
- Ujisti nemocného o svém odhodlání vést léčbu v celém průběhu nemoci a komplexně řešit všechny obtíže, které mu onemocnění a jeho léčba přinesou.
- Svým přístupem u nemocného probouzej a udržuj realistické naděje a očekávání.

Psychická podpora a umění komunikace je základem při zvládnání náročného průběhu léčby. (19)

PRAKTICKÁ ČÁST

11 FORMULACE PROBLÉMU

V praktické části své bakalářské práce se zabývám ošetrovatelskou péčí u nemocného po operačním řešení nádorů varlat.

12 CÍL A ÚKOL PRÁCE

Cílem mé práce je připomenout závažnost daného onemocnění, na ošetrovatelskou péči před a po operačním zákroku, na důležitost edukace v pooperačním období. Nesmíme zapomenout hlavně na psychickou podporu, která souvisí s onemocněním a léčbou nádorů varlat. Většina testikulárních nádorů má tendenci k tvorbě metastáz. Mohou metastazovat do kostí, lymfatických uzlin nebo hematogenně do kterékoli vnitřního orgánu. Proto jsou důležitá preventivní opatření, přesná a včasná diagnostika a radikální chirurgická léčba s případným odstraněním lymfatických uzlin.

13 VÝBĚR PACIENTA

V květnu 2010 se v dopoledních hodinách na ambulanci urologické kliniky dostavil 35 letý muž. Pacient přišel od praktického lékaře s podezřením na tumor varlete. Po prvotním vyšetření urologem je následně odeslán na USG, kde je diagnóza potvrzena.

Nález byl indikován k okamžitému chirurgickému řešení. Nemocný přijat na lůžkové oddělení Urologické kliniky, kde mu ošetřující lékař podal informace o závažnosti onemocnění, možnostech léčby, léčebných postupech. Dále nemocný obdržel informovaný souhlas s celkovou anestézií a informovaný souhlas s chirurgickým výkonem- odstranění (orchiektomie) pravého varlete. (Příloha 3)

Lékařská diagnóza při přijetí :

C 62. 1 Zhoubný novotvar varlete

Další lékařské diagnózy :

St. p. plastické operaci rozštěpu horního rtu v dětství

St. p. operaci pravého ramene po autonehodě (2005)

St. p. operaci pravého kotníku po autonehodě (2007)

Ošetřovatelská anamnéza:

Alergie : neudává

Kompenzační pomůcky : Periferní žilní katetr G 18, Redonův dren

Fyzikální vyšetření :**Naměřené hodnoty :**

Dýchání : 16 dechů / min, pravidelný dech, nekašle

Puls : 77 pulsů / min., dobře hmatný, pravidelný

Krevní tlak : 126/65 mmHg LHK

Kůže : beze změny barvy, bez kožních lézí

Držení těla : vzpřímené, normální

Chůze : normální

Kouření : ano, cca 20 cig. / den

Alkohol : příležitostně, pravidelně ne

Farmakoterapie . 0

Závěr fyzikálního vyšetření:

Pacient plně při vědomí, spolupracuje dobře, orientován místem i časem, stoj normální, není dehydratován, močí spontánně, moč čirá, neurologicky bez lateralizace.

Vyšetření hlavy:

Poklep nebolestivý, uši a nos bez výtoku, bulby ve středním postavení, zornice izokorické, jazyk plazí ve střední čáře, chrup sanován.

Vyšetření hrudníku:

Hrudník symetrický, klenutý. Poklep jasný, dýchání sklípkové, čisté, akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené.

Vyšetření břicha:

Břicho ploché, měkké, stěna volně prohmatná bez rezistencí, peristaltika čilá, poklep na stěnu břišní nebolestivý, játra a slezina nezvětšeny.

Vyšetření ledvin:

Ledviny nehmatné, nebolestivé, Tapottement bilaterálně negativní.

Vyšetření zevního genitálu:

Genitál mužský, šourek zvětšený, pravé varle nehmatné, levé varle hmatné, normální velikosti, vzhledu, tvaru a konzistence. Předkožka a zevní ústí uretry bez patologického nálezu.

Vyšetření per rektum :

Ampula prázdná, prostata nezvětšená, ohraničená, nebolestivá

Vyšetření dolních končetin:

Dolní končetiny bez otoku, bez varixů, lýtka palpačně nebolestivá, puls na periférii hmatný.

Vyšetření horních končetin :

Obě horní končetiny bez patologického nálezu.

Vyšetření dolních končetin:

Lýtka oboustranně palpačně nebolestivá, bez varixů.

Vyšetření páteře:

Páteř poklepově nebolestivá.

Měření dle škál:**Barthelův test základních denních činností:**

100 bodů – nezávislý

Melzackova škála bolesti:

1-2 – mírná bolest

Body mass index (BMI):

Váha – 85 kg, výška 185 cm – BMI 25

Informace získané z rozhovoru s nemocným:

Nemocný pracuje jako ošetřovatel skotu, má maturitu ze zemědělské školy, žije s přítelkyní, mají spolu 2 děti.

Zhruba před třemi měsíci začal cítit lehkou tahavou bolest v pravém varletu. Nepřikládal tomu zprvu moc velký význam, protože v minulosti opakovaně prodělal epididymitidu, která byla zaléčena antibiotiky a zpravidla se vše během několika dnů upravilo. Nyní však pozoroval ještě navíc zvětšování pravého varlete, které bylo větší, než při zánětech. Postupně bylo varle zvětšené téměř jednou tolik, ale hlavně zmizela tahavá bolest. Na naléhání partnerky tedy navštívil praktického lékaře, který si myslel, že by se mohlo jednat o opakovanou epididymitidu, kterou na Urologické klinice v Plzni běžně ošetří intravenózně podávanými antibiotiky. Už při prvním vyšetření urolog pojal podezření na tumor varlete a proto nemocného ihned odeslal na USG vyšetření, které bohužel diagnózu potvrdilo. Po návratu z vyšetření zpět na kliniku mu lékař oznámil, že se musí ještě ten den podrobit akutní operaci a že bude varle odstraněno. Kryoprezervaci spermatu pacient odmítl s tím, že už dvě děti má a další neplánuje.

V tu chvíli se pro nemocného podle jeho slov“ rozjel kolotoč“, kterému sám v první chvíli nerozuměl a nevěřil. Začal mít opravdu strach o partnerku, o děti, o sebe,

o svůj další sexuální život, jak „, to“ sdělí rodičům a sourozencům. Měl a má strach z budoucnosti a ze smrti. Při rozhovoru s lékařem byl nemocný nervozní, roztěkaný, vystrašený. Nakonec vše za velké psychické podpory partnerky a rodičů zvládl.

14 VÝBĚR KONCEPČNÍHO MODELU

Model Marjory Gordon: „Model fungujícího zdraví“

Podle odborníků na ošetrovatelskou teorii je model M.Gordon z hlediska holistické filozofie nejkompexnější pojetí člověka v ošetrovatelství. Podle tohoto modelu může sestra kvalifikovaně zhodnotit zdravotní stav jak zdravého, tak i nemocného člověka.

Zdravotní stav pacienta může být funkční, nebo dysfunkční. Při použití tohoto modelu získá sestra komplexní informace k sestavení ošetrovatelské anamnézy, dále stanoví aktuální i potencionální ošetrovatelské diagnózy a může pak efektivně naplánovat a realizovat svoji péči. (17, s.167-169).

Model Marjory Gordon obsahuje jedenáct vzorců zdraví.

Metody: rozhovor, pozorování, dále ve všech vzorcích zdraví.

I. vnímání zdraví - udržování zdraví:

Zahrnuje např.vnímání zdraví a pohody jedincem a způsoby, jakými se stará o vlastní zdraví.

Subjektivně: Pacient se cítí zdrav, prodělal běžné dětské nemoci, ve čtyřech letech byl operován na plastické chirurgii v Praze pro rozštěp horního rtu (tuto operaci podstoupil celkem třikrát v rozpětí dvou let), v posledních letech (2005, 2007) byl hospitalizován na ortopedické klinice FN Plzeň, kde podstoupil operaci pravého ramene (účastník autonehody) a levého kotníku (fotbal). Preventivní prohlídky absolvuje pravidelně.

Objektivně: Laboratorní, interní, EKG, RTG plic má v pořádku. Spolupracoval, dodržoval pokyny lékaře i sester.

2. výživa a metabolismus

Popisuje způsob přijímání jídla a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu.

Subjektivně: Pacient se stravoval ve zdravotnickém zařízení, doma vaří partnerka teplé obědy a večeře. Má rád ovoce a zeleninu, kávu pije tři denně, kouří cca dvacet cigaret denně, alkohol pije příležitostně. Dodržoval pitný režim, vypil dva, někdy i tři litry tekutin. Má rád slazené nápoje, nejraději ovocné džusy s různými příchutěmi.

Objektivně: Stravoval se pětkrát denně, štíhlý, BMI v normě. Po operačním zákroku neměl chuť k jídlu, jedl menší porce, v nemocnici dieta racionální mu vyhovovala, porce byly dostatečné.

3. vylučování

Popisuje exkreční funkci střev, močového měchýře a kůže.

Subjektivně: Udával, že se vyprazdňuje pravidelně jedenkrát denně, zácpou netrpí, potíže s močením nemá. Potí se přiměřeně, používá antiperspiranty.

Objektivně: V operační den močil do močové lahve, první pooperační den večer došel na toaletu, močil spontánně bez problémů. Od druhého pooperačního dne chodil pravidelně na stolicí.

4. aktivita - cvičení

Popisuje způsoby udržování tělesné kondice cvičením nebo jinými aktivitami, zahrnuje aktivity denního života, volného času a rekreační aktivity.

Subjektivně: Rád a často se pohybuje na čerstvém vzduchu, plave, v létě jezdí s rodinou na vodu. V zimě chodí s partnerkou na běžky.

Objektivně: První pooperační den byl soběstačný v oblasti hygieny, stravování, vyprazdňování, měl dovolenou chůzi na toaletu. Ještě byl doporučen spíše klidový režim z důvodu operačního zákroku v třísle, kam byl zaveden Redonův drén. Při chůzi uváděl mírnou bolest v operační ráně.

5. spánek - odpočinek

Popisuje způsob spánku, odpočinku a relaxace. Ptáme se také na způsob usínání, dobu spánku, používání medikamentů na spaní.

Subjektivně: Udává, že spí dobře, problémy s usínáním nemá, spí průměrně pět až sedm hodin, v noci se nebudí. I když byl v nemocnici už několikrát, má strach, že neusne.

Objektivně: Pacient byl nervozní z toho, že nebude moci v noci usnout. Dle ordinace lékaře na noc podáno první pooperační den lehké hypnotikum. Následující dny již spí lépe.

6. Vnímání citlivost - poznávání

Popisuje schopnost smyslového vnímání a poznávání, včetně bolesti, kognitivní schopnosti jedince – řeč, paměť, abstraktní myšlení, schopnost rozhodování.

Subjektivně: Slyší dobře, brýle nemá.. Mluví srozumitelně, spíše potichu, paměť má dobrou, nezapomíná. Bolest snáší celkem dobře. O svůj zdravotní stav se zajímá. S rozhodováním problémy nemá.

Objektivně: Po operaci si stěžoval na mírné bolesti v oblasti třísla, kde měl zavedený Redonův drén. Analgetika ji účinně tlumila.

7. Sebepojetí -sebeúcta

Popisuje, jak jedinec vnímá sám sebe, jakou má o sobě představu, emocionální stav. Zjišťuje úroveň vědomí a mentálních funkcí.

Subjektivně: Sám sebe hodnotil jako klidného a vyrovnaného člověka až do doby, než se dozvěděl výsledek USG vyšetření, které bylo- tumor varlete. Od té doby má strach o svou budoucnost.

Objektivně: Pacient při příjmu nervózní, roztěkaný, smutný. Pak se trochu rozpovídal s ostatními pacienty na pokoji.

8. Role, plnění rolí - mezilidské vztahy

Popisuje způsob přijetí, plnění životních rolí a úroveň mezilidských vztahů. Zahrnuje individuální vnímání životních rolí a vztahů v rodině.

Subjektivně: Pacient žije s partnerkou a dětmi v rodinném domku, který si postavili. Rodiče jsou pro něj oporou. Sestra jej má také ráda, má o něj starost. Partnerka má o něj velké starosti, ale ujistila ho, že to spolu zvládnou. V zaměstnání řekl, že jde na operaci, podrobněji to nerozváděl,

Objektivně: Každý den za ním přijela buď rodina ,nebo partnerka na návštěvu. Zajímali se o jeho zdravotní stav, bylo jim vysvětleno, že musí počkat na výsledek histologického vyšetření.

9. Sexualita - reprodukční schopnost

Popisuje období reprodukční a sexuální, včetně spokojenosti a poruch.

Subjektivně: Má rád svoji přítelkyni, žije pravidelným sexuálním životem.

Objektivně: Pacient má dvě děti, s přítelkyní měli dobrý, spokojený vztah.

10. Stres, zátěžové situace - tolerance, zvládání

Popisuje celkový způsob tolerance a zvládání stresových a zátěžových situací.

Subjektivně: Zatím nikdy nezažil tak těžkou zátěžovou situaci, kterou by musel rychle řešit, vyrovnat se s ní a naučit se s ní žít. Myslí si, že je ještě mladý, ale v budoucnu bude muset myslet na své onemocnění a celý další život přizpůsobovat svému onemocnění.

Objektivně: Po operaci byl klidnější, smířený s operačním nálezem.

11. Životní hodnoty - víra, přesvědčení

Popisuje individuální vnímání životních hodnot, cílů nebo přesvědčení, které jednotlivce vedou nebo ovlivňují jeho volbu nebo rozhodování.

Subjektivně: Zatím si dopředu nic plánovat nebude, musí se podřídit nastávající léčbě. Pokusí se nejdříve spolehnout sám na sebe, při neúspěchu požádá přítelkyni, v případě potřeby si domluví schůzku s psychologem.

Objektivně: Není věřící. Přemýšlel hodně o budoucnosti, měl v úmyslu požádat přítelkyni o ruku, chtěl by si jí vzít za manželku.

15 DIAGNOSTIKA

Anamnéza

Rodinná anamnéza:

Otec žije 59 let, pracuje jako zootechnik, zdrav. Matka žije 55 let, pracuje jako účetní, léčí se pro insuficienci aortální chlopně. Sestra 25 let, pracuje jako učitelka MŠ, zdráva, bezdětná.

Osobní anamnéza :

Má 2 děti, zdravé. Prodělal běžné dětské nemoci, ve čtyřech letech byl operován na plastické chirurgii v Praze pro rozštěp horního rtu (tuto operaci podstoupil celkem třikrát v rozpětí dvou let), v posledních letech byl hospitalizován na ortopedické klinice FN Plzeň, kde podstoupil operaci pravého ramene (2005) a levého kotníku(2007). V současné době se s ničím neléčil. Kuřák, kávy pije tři denně, alkohol příležitostně.

Pracovní anamnéza:

Ošetřovatel skotu.

Farmakologická anamnéza:

Léky neužívá

Sociální anamnéza:

Bydlí s partnerkou a dvěma dětmi v rodinném domku.

Fyzikální vyšetření:

Celkové fyzikální vyšetření - pohled, pohmat, poslech

Laboratorní vyšetření:

S-Bilirubin: 12,5 , AST: 0,45, ALT: 0,70, S-Urea: 3,0, S-Kreatinin: 62,S-Glukóza: 4,5.

minerály v séru: Natrium:140, Kalium: 4,0, Chloridy: 108, minerály v moči: Natrium: 141, Kalium: 48,3, Chloridy: 142

krvní obraz: Hemoglobin 150, Hematokrit 0,41, Ery 4,62, Leuko 7,5,Trombo 200

moč a sediment: moč kvalitativně: pH 5,5, bakterie ojediněle

Výsledky laboratorního vyšetření jsou v normě.

Zobrazovací vyšetření:

RTG plic- normální nález

EKG - normální nález

USG šourku- pravé varle téměř kompletně prostoupeno tumorozní expanzí, dosahuje téměř 80mm, levé normálního vzhledu. Patologicky změněné lymfatické uzliny v tříslech nezjištěny, bilaterálně několik drobných lymfatických uzlin benigního vzhledu.

Další vyšetření:

Interní vyšetření - závěr vyšetření - kardiopulmonálně kompenzován operačního výkonu v celkové anestezii schopen.

16 VÝVOJ A PRŮBĚH

Pacient byl přijat k akutnímu výkonu na urologickou kliniku. V příjmové ambulanci vystaven chorobopis a poté odešel na lůžkové oddělení.

Při příchodu na oddělení se nemocného ujala sestra, představila se a odvedla jej do šatny, která je součástí oddělení. Pacientovy šaty uložila do skříně. Následně se nemocného opět ujala příjmací sestra a seznámila jej s provozem oddělení . Součástí příjmu je sepsání ošetřovatelské anamnézy a poučení o možnostech úschovy většího

obnosu peněz a cenností do pokladny nemocnice. Pacient byl poté odveden na pokoj, kde se jej ujal ošetřující lékař, vypsals chorobopis a seznámil nemocného podrobně s jeho onemocněním. Popsal možné alternativy léčby, postupy a možnosti. Pak spolu prošli přesný operační postup a nemocný podepsal informovaný souhlas s operačním výkonem. Na to přišel anesteziolog, který zhlédl laboratorní výsledky, probral s nemocným jeho zdravotní stav, kdy naposledy jedl a pil a nakonec prodiskutovali možnosti anestezie (v tomto konkrétním případě) celkovou anestezii a nemocný podepsal informovaný souhlas. Anesteziolog pak do dokumentace zaznamenal premedikaci a doporučení.

16.1 Krátkodobá předoperační příprava

Po poledni přišel sanitář a seznámil pacienta s nutností oholení operačního pole. Po celou dobu jsme se snažili s nemocným komunikovat a povzbuzovat ho. Pokusili jsme se zodpovědět veškeré dotazy, které měl. Dále jsme vysvětlili, jakým způsobem bude pečovat o jizvu.

Ošetřovatelská diagnóza :

Strach související s operačním výkonem projevující se:

Subjektivně: zvýšeným napětím, roztěkaností

Objektivně: nervozita, pocení

Cíl: N zhodnotí reálně danou situaci a všechny okolnosti, naučí se techniky zvládnání stresu

Ošetřovatelské intervence:

- sleduj verbální a neverbální reakce pacienta na strach
- zjistí, zda pacient strach popírá a do jaké míry je depresivní
- mluv na pacienta jasně, zřetelně a buďte trpělivé
- pobízej pacienta, aby slovně vyjádřil své pocity
- sleduj vitální funkce pacienta

Hodnocení:

Pacient se opakovanými rozhovory částečně uklidnil

16.2 Bezprostřední předoperační příprava

Bezprostřední předoperační příprava začíná poté, co na vyzvání z operačního sálu provedla sestra poslední přípravu před samotným výkonem. Nemocný se došel vymočit, ulehl na lůžko. Následně byla aplikována injekce v rámci premedikace.

Premedikace:

Morphin 10 mg i.m.

Poté byl odvezen s veškerou dokumentací na operační sál a předán anesteziologické sestře.

16.3 Vlastní operační výkon

V klidné celkové anestezii je veden řez nad pravým třísllem, preparace podkoží. Objemné varle s malou hydrokélou v obalech luxováno do rány, provedena jeho preparace od stěny šourku a odstraněno. Provedena biopsie a celý resekat odeslán ad ŠPAÚ. Je zde patrna pevná adheze, preparace je obtížná. Je vidět patologické parazitární cévní zásobení při stěně šourku. Provedena plastika tříselního vazů silonovými jednotlivými stehy. Založen Redon-dren, který je vyveden šourkem. Sutura Vaicryl (vstřebatelnými) stehy podkoží a Ethilon (nevstřebatelnými) stehy kůže. Přiloženo suché krytí. Roušky a sušení souhlasí.

16.4 Pooperační péče

Bezprostředně po příjezdu z operačního sálu v 15.00 hod jsme napojili nemocného na monitor, kde se zobrazovaly vitální funkce (tlak, puls, saturace O₂) v rozpětí 4x po 15 min, 4x po 30 min, 4x po 60 min, dále pak o pŕlnoci a ráno . Měl lehkou nauzeu, ale nezvracel. Na operačním sále byl zaveden periferní žilní katetr velikosti G 18 na levou horní končetinu do vena medialis.

Ordinace dle anesteziologa a ošetřujícího lékaře po operaci:

Nic per os, klid na lůžku, kontrola operační rány v třísle a odvod z Redonova drenu. Infuzní terapie a léčba bolesti:

1. Plazmalyte 1000 ml na 5 hod
2. Hartmannův roztok 500 ml na 4 hod
3. 5% Glukoza 500 ml na 4 hod

Tramal 100 mg do 100 ml fyziologického roztoku á 6 hod i.v. podle Melzackovy škály bolesti 1-2

Hodnocení stavu operační rány a převazy:

V operační den rána v třísle, klidná, mírně prosáklá do obvazu, šourkem vyvedený Redonův dren odvádí minimálně.

1. pooperační den - proveden převaz rány, která klidná, bez známek infekce, provedena dezinfekce, přiloženo suché, sterilní krytí, Redonův dren zatím ponechán.
2. pooperační den - rána stále klidná, suchá, provedena dezinfekce, odstraněn Redonův dren, přiloženo suché, sterilní krytí, pro fixaci obvazu nasazeny síťové kalhotky
3. pooperační den – rána v třísle klidná, nepřevazována
4. pooperační den – rána klidná, suchá, provedena dezinfekce, přiloženo suché, sterilní krytí
5. pooperační den – mírná serózní sekrece v dolním polu rány v třísle, provedena toaleta , přiloženo suché krytí s roztokem Betadinu, sterilní krytí.
6. pooperační den – sekrece vymizela, rána klidná, hojí se per primam, provedena toaleta, suché , sterilní krytí.
7. pooperační den nemocný propuštěn do domácího ošetřování, poučen. Pozván na odstranění stehů na ambulanci urologické kliniky za 4 dny. Předána předběžná propouštěcí zpráva. Definitivní propouštěcí zpráva včetně výsledku biopsie bude k dispozici do 10 dnů po výkonu.

17 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Ošetrovatelské diagnózy sestavené první pooperační den

1. Akutní bolest související s operačním výkonem, projevující se

Subjektivně: P vyjadřuje bolest a strach, cítí se v nebezpečí

Objektivně: P má výraz bolesti v obličeji, je neklidný, tachykardický

Očekávané výsledky:

- P si umí sám vyhledat úlevovou polohu 20 minut
- P nebude pociťovat intenzivní bolest do 30 minut

Ošetrovatelské intervence:

- získej potřebné informace o bolesti, monitoruj bolest
- použij Melzackovu škálu k hodnocení bolesti
- všiměj si všech projevů P
- vše dokumentuj
- postupuj dle ordinací lékaře
- pomoz P najít úlevovou polohu

Hodnocení:

1. pooperační den během dopoledne cítil tupou, tahavou bolest, hodnoceno dle Melzackovy škály bolesti stupněm 2. Podán Tramal 100 mg ve 100ml fyziologického roztoku na 30 minut intravenózně. Dále ještě odpoledne ve 14.00 hod a noc ve 22.00 hod.

2. pooperační den po převazu opět udával pacient bolest podle Melzackovy škály stupeň 2. Podán Tramal 100mg ve 100 ml fyziologického roztoku na 30 minut. Pak už pouze na noc ve 22.00 hod.

3. pooperační den udával pacient bolest dle Melzackovy škály hodnocenou stupněm 1. Podán Tramal 50 mg v tabletách každých 8 hod dle ordinace (8, 16, 24), případně dle potřeby, nejdříve však 6. hod po podání předchozí medikace.

4. pooperační den si pacient na bolest nestěžoval, pouze večer udával mírnou bolest v tříse, podle Melzackovy škály stupeň 1. Na noc (ve 22.00 hod) podána tableta Tramalu 50mg .

Další dny po operaci až do dimise si pacient na výraznou bolest nestěžoval, v klidu na lůžku, nebo vsedě se cítil dobře. Analgetika nevyžadoval.

2. Strach související s bolestí a neznalostí daného stavu po operačním výkonu projevující se

Subjektivně: P vyjadřuje strach z budoucnosti, ze smrti

Objektivně: P je nervozní, má impulzivní chování

Očekávané výsledky:

- P si uvědomí příčiny strachu do 1 hod
- dokáže zhodnotit danou situaci do 30 minut

Ošetrovatelské intervence:

- sleduj P reakce, mluv na něj klidně, zřetelně, buď trpělivá
- aktivně naslouchej, vysvětli danou situaci a oš. postupy
- informuj lékaře, proved' pečlivý záznam do dokumentace
- komunikuj s rodinou

Hodnocení:

Pacient byl 1. pooperační den neklidný, úzkostný, nechtěl mluvit, odpoledne přijela na návštěvu partnerka, po rozhovoru s ní a ošetřujícím lékařem se nemocný částečně uklidnil, začal komunikovat, nabízenou konzultaci s psychologem zatím nechtěl, uvidí časem.

2. pooperační den dokázal již nemocný s personálem normálně komunikovat, těšil se na návštěvu, partnerka přivezla s sebou rodiče a děti.

Dále až do dimise pacient normálně komunikoval, měl a má strach, to přiznává, ale už jej dokáže ovládnout. Velkou oporou je mu rodina. S větší nervozitou očekával výsledky pooperační biopsie.

3. Porucha spánku související s bolestí v ráně po operaci projevující se

Subjektivně:

- nemožnost usnutí 3-4 hodiny po ulehnutí
- pocit nevyspání

Objektivně:

- při noční kontrole P nespí , má zarudlé lesklé oči

Očekávané výsledky:

- P konstatuje zlepšení spánku, cítí se ráno odpočatě
- P usíná do 30 min. po ulehnutí
- P bude spát alespoň 5 hod nepřetržitě

Ošetrovatelské. intervence:

- tlum bolest dle ordinace lékaře
- udržuj klidné a vlídné prostředí, odstraň rušivé elementy
- uprav lůžko, vyvětrej pokoj
- neruš zbytečně spánek P
- podávej medikaci dle ordinace lékaře

Hodnocení:

1. pooperační den nemocný nemohl usnout, pak se v noci často budil. 2.a 3. pooperační den se již vyspal dobře, budil se minimálně, analgetika mu pomohla usnout. Následující dny až do dimise spal celkem dobře, budil se maximálně jednou za noc, někdy vůbec.

4. Deficit sepeče v oblasti hygieny související s bolestí (operační rána)

Subjektivně:

- neschopnost se dobře a sám umýt

Objektivně:

- P provedl hygienu jen omezeně, žádá sestru o pomoc

Očekávané výsledky:

- obnovení, nebo zvýšení soběstačnosti

Ošetrovatelské intervence:

- zajisti veškeré hygienické pomůcky na dosah P
- dopomáhej při hygieně dle potřeby
- podporuj soběstačnost P
- edukuj P o bezpečném provádění hygieny a pohybu v koupelně

Hodnocení :

1. pooperační den si nemocný stěžoval na výraznější bolestivost v operační ráně, proto nemohl hygienu úplně zvládnout sám. S pomocí sestry se umyl . Následující dny až do dimise byl již soběstačný, sám se umyl, došel i do sprchy.

5. Deficit znalosti související s nedostatkem orientace v nové, problematické situaci a kognitivním omezením projevující se

Subjektivně:

- slovní vyjádření problému

Objektivně:

- nepřesné sledování instrukcí, nepřiměřené chování,
- neadekvátní spolupráce P, chybná interpretace problému

Očekávané výsledky :

- P bude mít kognitivní funkce v normě
- P pochopí stav nemoci a léčebné postupy

Ošetrovatelské intervence:

- zjistí P současnou úroveň znalostí a případné kognitivní omezení
- zjistí schopnost přijímat nové poznatky

- poskytuj informace mající vztah k dané situaci (dodržování léčebného režimu , klidu na lůžku, znalostí vzniku případných komplikací a jejich zvládnání)

Hodnocení :

1. pooperační den byl nemocný nemluvný, těžko se orientoval v dané situaci. Na některá doporučení a postupy reagoval nepřiměřeně. Dokázal ale pochopit, co je pro něj v dané chvíli důležité a snažil se spolupracovat. Následující dny až do dimise se emoční a psychický stav značně zlepšil, spolupráce s ošetřujícím personálem byla výborná.

6. Nauzea v souvislosti s podáním celkové anestezie projevující se

Subjektivně:

- pocitem plnosti a tlakem v podžebří

Objektivně:

- opocením, dyspepsií, říháním

Očekávané výsledky:

- nauzea bude minimalizována do 30 minut

Ošetřovatelské intervence:

- aplikuj antiemetika dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek
- zajisti dostatečné soukromí P
- zjisti, co vyvolává nauzeu
- zajisti zvýšenou polohu hlavy P, aby nedošlo k aspiraci v případě zvracení

Hodnocení :

1. pooperační den nemocný pociťoval jen lehkou nauzeu, ale nezvracel. Popisoval „žaludek na vodě“.

2. pooperační den trpěl nechutenstvím, cítil se nadmutý. Snědl jen pár piškotů a pil čaj.

3. pooperační den začal jíst jen lehkou stravu a měl dietní polévku.

4. pooperační den se již cítil lépe, vrátila se mu chuť k jídlu.

Následující dny až do dimise jedl a pil normálně.

7. Snížený příjem potravy v souvislosti s nauzeu vyvolanou podáním celkové anestezie projevující se

Subjektivně:

- P trpí nechutenstvím, pociťuje nadýmání

Objektivně:

- P odmítá podanou stravu

Očekávané výsledky:

- P bude schopen přijímat potravu v přiměřeném množství

Ošetrovatelské intervence:

- podávej P vhodnou stravu
- edukuj P, aby jídlo a pití konzumoval v malých dávkách a o nutnosti dietních opatření
- zaznamenávej příjem potravy do dokumentace
- pravidelně sleduj tělesnou hmotnost

8. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení periferního žilního katetru

Očekávané výsledky:

- u P nevznikne infekce v okolí zavedení periferního žilního katetru nebo tromboflebitis

Ošetrovatelské intervence:

- dodržuj aseptický postup při zavedení periferního žilního katetru
- zaznamenávej stav místa vpichu do dokumentace po každé směně
- dodržuj standardní postupy

9. Riziko vzniku infekce v operační ráně :

Očekávané výsledky:

- P nebude ohrožen vznikem infekce v operační ráně

Ošetrovatelské intervence:

- minimalizuj riziko vzniku infekce
- dodržuj aseptický postup při převazu rány

10. Riziko vzniku sexuální dysfunkce související se změnou funkcí těla

Cíl:

- P dokáže sám hovořit o svých obavách z možné sexuální dysfunkce

Ošetřovatelské intervence:

- povzbuzuj P v rozhovoru
- pomoz určit P priority v dané situaci
- využij dostupné edukační materiály
- zapoj do rozhovoru partnerku

Edukační plán

Účel edukačního plánu: Poskytnout nemocnému informace o důležitosti dodržování klidového léčebného režimu.

Cíl: Nemocný bude mít dostatečné informace o důležitosti dodržování klidového léčebného režimu.

Předpokládaná doba edukace: 20 minut

Očekávaný výsledek:

Kognitivní oblast: Nemocný pochopí důležitost dodržování klidového léčebného režimu.

Hlavní body plánu: Vysvětlí nemocnému důležitost dodržování klidového léčebného režimu.

Metoda prezentace: Rozhovor

Časová dotace: 10 minut

Hodnocení: Nemocný pochopí důležitost dodržování klidového léčebného režimu.

Afektivní oblast: Nemocný bude moci vyjádřit své obavy, pocity a názory

Hlavní body plánu: Vyjádří nemocnému podporu, dej mu prostor na otázky, přizvi k diskusi partnerku.

Metoda prezentace: Diskuse

Časová dotace: 10 minut

Hodnocení: Nemocný nemá obavy z nedodržení klidového léčebného režimu.

Po propuštění (8. pooperační den) : Doporučen zatím stále ještě klidový léčebný režim, ránu pouze sprchovat, nekoupat se, do třech pracovních dnů se hlásit u svého praktického lékaře. Na 4.6. objednáno onkologické konzilium, 5.6. PET CT vyšetření.

Kontrola na ambulanci Urologické kliniky 12. pooperační den:

Rána v třísle klidná, suchá, stehy odstraněny. Nabrány kontrolní Tu markery, byla předána definitivní propouštěcí zpráva včetně výsledku biopsie.

Výsledek biopsického vyšetření:

Makroskopicky není patrné prorůstání do pouzdra varlete ani do adnexálních struktur. Histologicky klasický seminom. Pozitivní prognoza seminomu dle WHO 04 – pT1.

Další kontrola na ambulanci urologické kliniky za 3 měsíce, včetně náběrů kontrolních Tu markerů a kontrolního RTG plic. Následně předán do péče onkologů.

18 DISKUZE

Svou bakalářskou práci jsem zaměřila na ošetřování nemocného po radikální orchiektomii pro nádorové onemocnění. Popisuji péči o nemocného před a po výkonu. Člověk je bio- psycho- sociální bytost, péče musí být tedy komplexní.

Strach a nervozitu nemocného jsme zaznamenali již při příchodu na oddělení. Protože během předoperační přípravy jsme s ním byli v těsném kontaktu, rozhovorem a dost podrobným popisem následujících ošetrovatelských postupů a činností jsme si získali jeho částečnou důvěru, ale sám přiznával, že je zatím ještě v šoku, ale strach dokáže kontrolovat.

Po příjezdu z operačního sálu jsme kromě kontroly a sledování vitálních funkcí, odvodu z Redonova drenu, příjmu a výdeje tekutin, hodnotili bolest, její projevy a intenzitu. K tomu nám posloužila Melzackova škála bolesti. První dva pooperační dny bylo nutné podávat analgetika intravenózní cestou, následující dva dny stačila již tabletová forma analgezie a po zbytek hospitalizace, až do dimise již nemocný žádná analgetika nevyžadoval. První pooperační den při ranní hygieně jsme zaznamenali mírný deficit sebek péče, nemocný nebyl schopen samostatně se umýt, kvůli bolesti v operační ráně. I tento problém jsme vyřešili úspěšně. Poprvé jsme mu z hygienou pomohli, dále už všechno zvládal sám a bez pomoci.

S operačním výkonem a podáním celkové anestezie byla rovněž spojena nepříjemná nauzea, která vedla v první dva pooperační dny k nechutenství, ale po podání účinné medikace a edukaci o nutnosti dodržování určitých dietních opatření se oba tyto stavy spontánně upravili a nemocný pak již jedl a pil normálně.

Další hodnocenou oblastí, myslím, že velmi důležitou, bylo ovládní strachu, nervozity, občas i impulzivního chování. První pooperační den ještě během dopoledne přijela na návštěvu partnerka, která byla nemocnému spolu s celou rodinou velkou oporou. Po rozhovoru s ošetřujícím lékařem a za naší pomoci, tyto stavy ustoupily. Následující den přivezla s sebou na návštěvu děti a rodiče a to byla ta správná injekce pro psychiku nemocného. Celý zbytek hospitalizace probíhal bez problémů, nemocný dokázal přiznat, že má strach, ale na druhou stranu se s tím již dokáže vyrovnat a bojovat. Má proč.

Spolu s pooperační bolestí se dostavila porucha spánku. Problém jsme řešili nejprve pomocí medikamentů, od čtvrtého pooperačního dne jich už nebylo třeba, stav se sám upravil.

Stejně jako jsme se věnovali pacientově psychické pohodě, nesmíme zapomínat ani na určitá rizika v souvislosti s operační ránou a periferním žilním katétrem. Převoz rány probíhaly za aseptických podmínek, zabránili jsme vzniku sekundární infekce. Rána se zahojila per primam. Periferní žilní katetr byl odstraněn třetí pooperační den. Ani v tomto případě nevznikla v ráně infekce. Místo vpichu zůstalo klidné.

Ke konci hospitalizace si nemocný spolu s partnerkou přáli hovořit s ošetřujícím lékařem, protože měl obavy o svůj další sexuální život v souvislosti s operací a následnou onkologickou léčbou. Po rozhovoru byl klidný, dokázal si určit priority .

V den propuštění byl seznámen s doporučením o dodržování léčebného klidového režimu, o kterém jsem provedla edukaci. Vše pochopil a dodržoval.

Myslím, že hodnocení vytyčených cílů bylo úspěšné, povedlo většinu z nich dotáhnout do konce. Nemocný odcházel domů po tělesné stránce téměř v pořádku. Ta psychická byla v rámci možností podpořena a posilněna.

ZÁVĚR

Onemocnění varlat a problémy s tím spojené je pro většinu lidí velice citlivé, delikátní téma, které zasahuje do intimního života muže. Diagnóza nádorového onemocnění s sebou navíc nese potvrzenou „rakovinu“. Každý z nás jsme jiná osobnost, ale při vyřčení tohoto slova se začne zpravidla hroutit celý svět. Mění se priority, pohled na svět a hodnoty, mizí dosavadní jistoty- psychické, fyzické, sociální, ekonomické. Mění se i postoj okolí- rodiny, přátel, spolupracovníků. Nemocný se setkává s lítostí, strachem, projevy podpory, ale i s gesty negace, odporu.

Právě proto citlivá komunikace, vhodný individuální přístup zdravotníka hraje v tomto případě velmi důležitou roli. Na vyšetření i pohovor s nemocným by měla být dostatečná časová dotace, klient nesmí pocítit, že lékař nebo nelékař na něj nemá čas. Rozhovor musí probíhat v klidném prostředí a zdravotník by měl být na pohovor řádně připraven, zdravotní stav pacienta v žádném případě nebagatelizuje, je připraven odpovědět na otázky. Situace je to obtížná jak pro nemocného, tak pro zdravotníka. Pacient přichází do ordinace často jen s „banálním“ problémem, vyřčená diagnóza je však vážná. Onemocnění vyžaduje dlouhodobou, náročnou léčbu. Ale už jen samotná první návštěva s intimním problémem je pro nemocného stresující. Právě proto je nutný individuální a citlivý přístup již při prvním kontaktu.

Operační léčba onemocnění je prvním krokem na dlouhé cestě. Proto nelze podceňovat péči o pacienta před akutním operačním výkonem a po něm. Samozřejmostí je perfektní komplexní pooperační péče, které je pro pracovníky urologických oddělení prioritou. Je prevencí mnoha komplikací, které mohou oddálit či ohrozit následnou léčbu. Správná péče o ránu po provedené operaci, sledování a léčba bolesti, dodržování doporučení rehabilitace a režimu po operaci, zajištění klidného spánku a podpora psychiky pacienta je důležitá pro příznivou rekonvalescenci. Nemocný se musí vyrovnat s fyzickými a duševními změnami a problémy, velmi důležitá je podpora partnera, partnerky, rodičů a všech blízkých. A právě i zdravotníků. Důsledné vysvětlení celého problému, pohovory s pacientem, edukace pacienta v péči o ránu, o režimu a dalších věcech je neméně důležité.

Orchiektomie je závažný zásah do těla, představuje pro postiženého muže i kosmetický handicap, který může vyústit i v psychické problémy a pocity méněcennosti. V dnešní moderní době dokáží lékaři pomocí testikulárních náhrad poměrně jednoduše vyřešit tento estetický problém. Samozřejmě i tento výkon má určitá pravidla, která je nutno dodržovat a kritéria, jež musí nemocný splňovat. Testikulární protézy se vyrábějí ze silikonu, nebo z gelu. Většina výrobců náhrad nabízí tvarově i pohmatově věrné výrobky v různých velikostech. Výkony provádí urolog, nebo plastický chirurg.

Pokrok, který medicína za poslední desetiletí udělala a stále dělá, si zaslouží obdiv. Rozvoj nových léčebných a diagnostických metod je úctyhodný, možnosti terapeutických a diagnostických postupů se posunuly vpřed. Od září 2011 do ledna 2012 bylo na Urologické klinice v Plzni ošetřeno 16 pacientů s diagnózou tumoru varlete. To je relativně vysoké číslo. Proto zmiňuji ve své práci důležitost prevence a nutnost osvěty veřejnosti. Samovyšetření je časově nenáročné, finanční investice je nulová, zachraňuje však často to nejcennější- život.

POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

Abecední seznam literatury:

1. ABRAHÁMOVÁ, Jitka, et al. *Nádory varlat*. 1.vydání. Praha : Grada, 2008. 307 s. ISBN 978-80-247-2349-5.
2. ADAM, Zdeněk et al. *Speciální onkologie: příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob*. 1. vyd. Praha: Galén, c2010. 417 s. ISBN 978-80-7262-648-9.
3. BABJUK, Marko; MATOUŠKOVÁ, Michaela; NOVÁK, Jan. *Urologie: Doporučené diagnostické a léčebné postupy u urologických nádorů*. 1.vydání. Praha : Galén, c 2003. 95 s. ISBN 80-7262-233-1.
4. DVOŘÁČEK, Jan; BABJUK, Marko. *Onkourologie*. 1.vydání. Praha : Galén, Karolinum, 2005. 589 s. ISBN 80-7262-349-44(Galén),80-246-1108-2(Karolinum).
5. DVOŘÁČEK, Jan. *Urologie, obecná a speciální urologie*. Praha : Karolinum, 1997. 198 s. ISBN 80-7184-313-X.
6. DVOŘÁČEK, Jan, et al. *Urologie I.* 1.vydání. Praha : ISV, 1998. 515 s. ISBN .80-85866-30-7.
7. DVOŘÁČEK, Jan, et al. *Urologie II.* Praha : ISV, 1998. 517-1194 s. ISBN 80-85866-30-7.
8. DVOŘÁČEK, Jan, et al. *Urologie III.* Praha : ISV, 1998. 1195-1772 s. ISBN 80-85866-30-7.
9. HES, Ondřej et al. *Nádory varlat*. . 1. vydání Plzeň: Euroverlag, 2007. 368 s. ISBN 978-80-7177-111-1.
10. HORŇÁK, M., *Samovyšetřovanie semeníkov*, Bratislava: Ústav zdravotnej výchovy, 1991. LPS 1107/1990-B/11-V
11. KAWACIUK, Ivan. *Urologie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2009. 308 s. ISBN 80-86022-60-9.
12. NOVÁK, Jan. *Nádory varlat: Urologie pro praxi*. 2001. ISBN 1213-1768.

13. PACÍK, Dalibor. *Urologie pro sestry*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. 173 s. ISBN 80-7013-235-3
14. TANAGHO, Emil A.; MCANINCH, Jack W. *Smithova Všeobecná urologia*. Martin : Osveta, 2006. 773 s. ISBN 80-8063-206-5.
15. TRACHTOVÁ, Eva et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Mikada, 2001. ISBN 80-7013-324-8.
16. VORLÍČEK, Jiří et al. *Klinická onkologie pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 328 s. Sestra. ISBN 80-247-1716-6.
17. VORLÍČEK, Jiří., VORLÍČKOVÁ, Hilda, KONEČNÝ, Miloš. *Klinická onkologie pro sestry: určeno pro pomaturitní specializační studium*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1993. 127 s. Učební text. ISBN 80-7013-146-2.
18. [Http://www.urologieprostudenty.cz/uploads/pdf/prehled-normalni-a-klinicke-anatomie-muzskeho-pohlavniho-ustroji.pdf](http://www.urologieprostudenty.cz/uploads/pdf/prehled-normalni-a-klinicke-anatomie-muzskeho-pohlavniho-ustroji.pdf) [online]. 2008-2009 [cit. 2011-10-31]. Dostupné z WWW: <<http://www.urologieprostudenty.cz/uploads/pdf/prehled-normalni-a-klinicke-anatomie-muzskeho-pohlavniho-ustroji.pdf>>. ISBN 978-80-254-1859-8.
19. [Http://www.zdn.cz/clanek/sestra/psychosocialni-aspekty-pri-oseetrovani-onkologickeho-pacienta-459784](http://www.zdn.cz/clanek/sestra/psychosocialni-aspekty-pri-oseetrovani-onkologickeho-pacienta-459784). *Zdravotnické noviny: sestra*. 2011(5).
20. [H ttp ://www.u rowe b .c z /r e s /f i l e /t e r a p e u t i c k e - p o s t u p y / p o s t u p _ C 6 2 _ v a r l e . p d f](http://www.uroweb.cz/res/files/terapeutice-postupy/postup_C62_varle.pdf). [online]. [cit. 2012-03-18].
21. SOCHOROVÁ, Nataša. Informovanost mužů o nádorovém onemocnění varlat. Olomouc, 2011. diplomová práce (Mgr.). UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Pedagogická fakulta.
22. TOMANDLOVÁ, Dana. Ošetrovatelská péče u nemocných po operačním řešení kožních nádorů. Plzeň, 2011. bakalářská práce (Bc.). ZAPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI. Fakulta zdravotnických studií.

SLOVNÍČEK POJMŮ A ZKRATEK

Adjuvantní léčba	doplňující, ochranná, zajišťovací a podpůrná léčba (např. po chirurgických operacích malignit)
Biopsie	odběr malého kousku tkáně k mikroskopickému vyšetření
Chemoterapie	léčba nádorového onemocnění pomocí protinádorových léků
Metastáza	druhotné ložisko nádorových buněk nebo infekce, které vzniklo odtržením části nádorových buněk či infekčního agens od primárního ložiska a následným šířením krevními, lymfatickými cestami nebo přímým rozsevem po organismu.
Orchiektomie	chirurgický zákrok, při kterém se odstraní varlata, nadvarlata a část chámovodu
Prognóza	pravděpodobný vývoj nemoci
Radioterapie	se využívá především k léčbě zhoubných nádorů citlivých na záření.
AFP	alfa-fetoprotein, nádorový marker
BMI	Body Mass Index
CT	počítačová tomografie, slouží k vyšetření jednotlivých částí těla, podobné rentgenovému
EKG	elektrokardiografie (zaznamenává srdeční aktivitu)
HCG	lidský choriový gonadotropin (u mužů při léčbě neplodnosti)
NMR	nukleární magnetická resonance, vyšetření jednotlivých částí těla
NV	nádor varlat
PET CT	(pozitronová emisní tomografie) umožňuje odlišit fibrotické změny od aktivního nádorového procesu
RTG	základní zobrazovací metoda (metoda pracuje s tzv. rentgenovým zářením, které má velkou schopnost pronikat hmotou)
ŠPAÚ	Šiklův Patologicko-Anatomický Ústav
TT	tělesná teplota

SEZNAM TABULEK

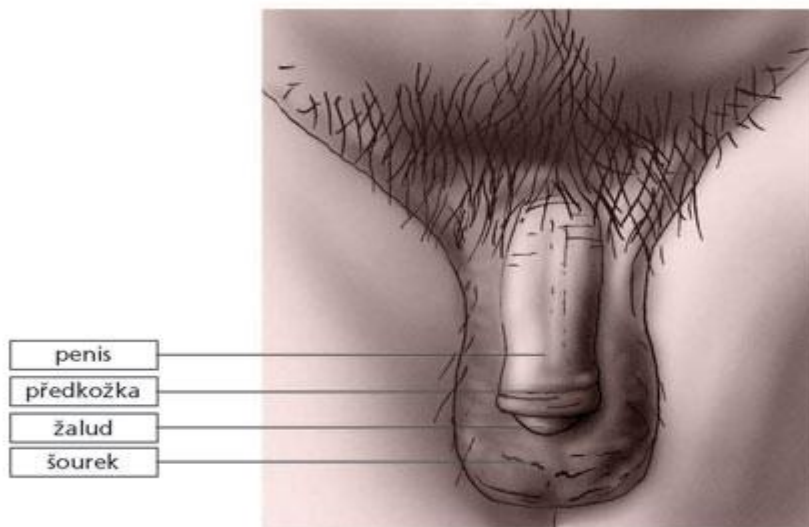
Tabulka 1 - Royal marsden hospital klasifikace	23
--	----

SEZNAM PŘÍLOH

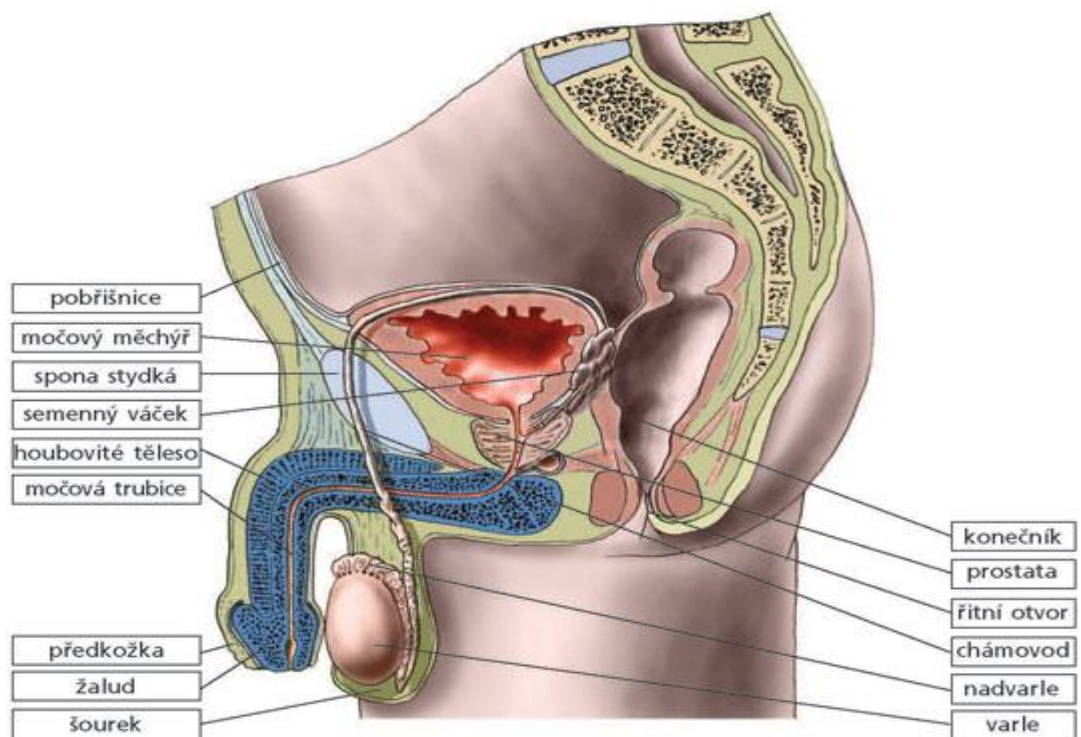
Příloha 1 - Anatomie mužských pohlavních orgánů.....	59
Příloha 2 - Kryptorchismus.....	60
Příloha 3 - Řez při orchiektomii	61
Příloha 4 - Varle.....	62
Příloha 5 - Testikulární náhrady	63

PŘÍLOHY

Příloha 1 - Anatomie mužských pohlavních orgánů



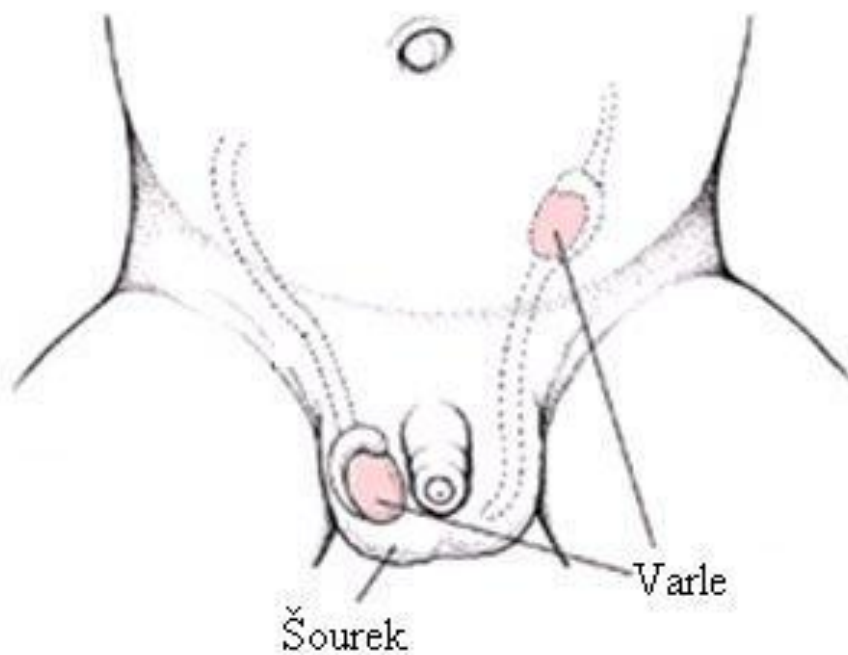
Zevní pohlavní orgán muže



Vnitřní pohlavní orgány muže z boku

Zdroj: <http://www.porodnice.cz/>

Příloha 2 - Kryptorchismus

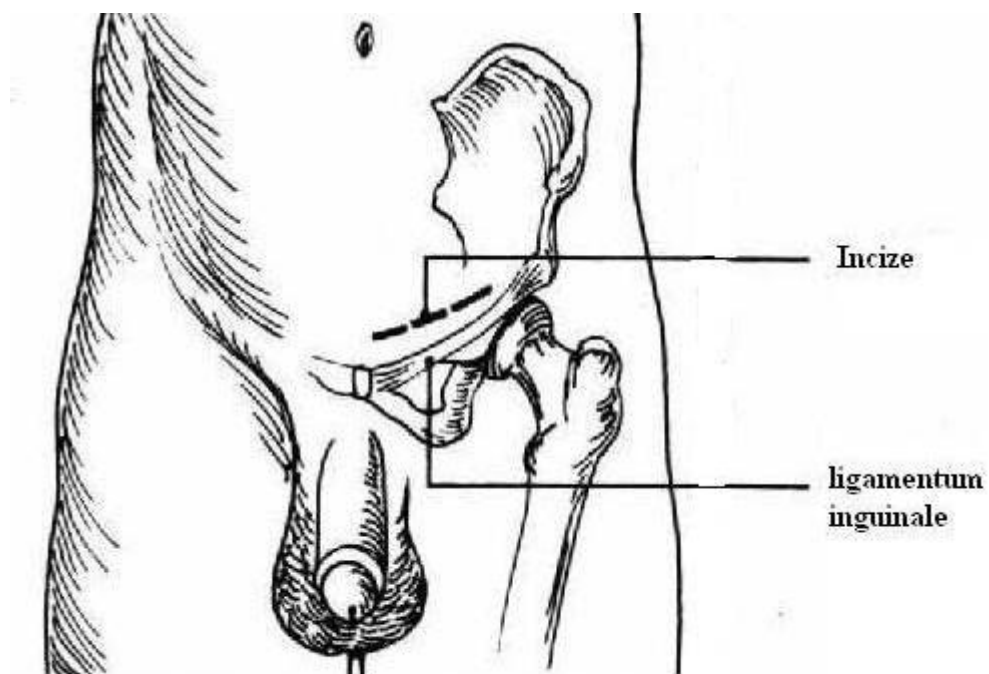


**Varle sestoupilo
do šourku**

**Zadržení varlete na cestě
sestupu = kryptorchismus**

Zdroj: <http://rakovina-varlat.wz.cz/>

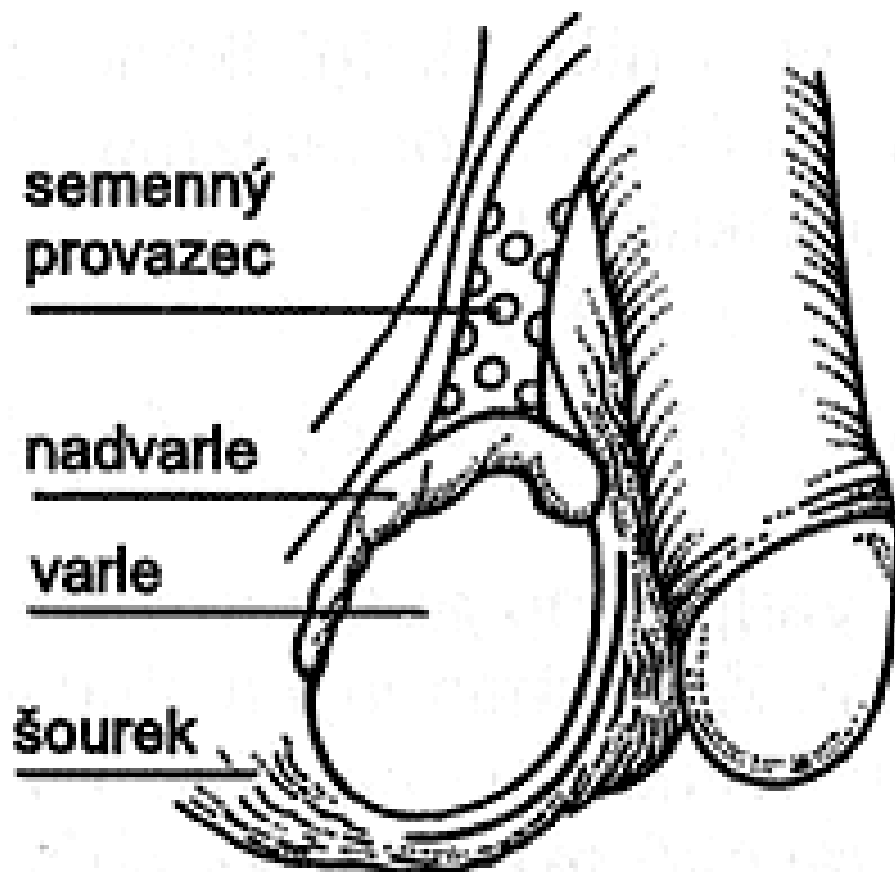
Příloha 3 - Řez při orchiektomii



Řez při radikální inguinální orchiektomii

Zdroj: <http://www.testis.cz/klinika-postup.html>

Příloha 4 - Varle



Zdroj: <http://www.linkos.cz/zhoubne-nadory-muzskeho-pohlavniho-ustroji-c60-c62-1/o-varlatech-a-nadorech-varlat/>

Příloha 5 - Testikulární náhrady



Zdroj: <http://rakovina-varlat.wz.cz/>