

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S TUMOREM
VARLETE PO SALVAGE
RETROPERITONEÁLNÍ LYMFADENEKTOMII**

Bakalářská práce

MARTINA MIKYSKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s, PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Jitka Němcová, PhD., R.N

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2011-03-31

Praha 2011



Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Dušková 7, 150 00 Praha 5

ŽÁDOST O SCHVÁLENÍ TÉMATU BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Příjmení Jméno studia	studijní skup.	semestr	obor	forma
	(2AVS, 2APA, ...)			(VS, PA)
Martina Mikysková	2BVS	4.	VS	Preseňní

Název bakalářské práce (česky)

Ošetrovatelská péče o pacienta s tumorem varlete po salvage retroperitoneální lymfadenektomii

Název bakalářské práce (anglicky)

Nursing Care of a Patient with Testicular Tumor after Salvage Retroperitoneal Lymphadenectomy

Stručné zdůvodnění volby tématu

Téma nádor varlat jsem si zvolila pro její relativní aktuálnost – nádory varlat postihují mladé muže a i přes svůj zhoubný charakter mají relativně dobrou prognózu. Při péči o mladého muže s nádorovým onemocněním je důležitý komplexní přístup ze strany zdrav. sestry – adekvátní ošetrovatelská péče v kombinaci s psychickou podporou.

Stručná charakteristika práce a jejího zaměření

Práci zaměřím na ošetrovatelský proces u pacienta po náročném chirurgickém výkonu. Práce bude obsahovat charakteristiku onemocnění jako takového, projevy, diagnostiku, léčbu a prevenci. V praktické části se zaměřím na systematický ošetrovatelský proces na jednotce intenzivní péče urologického oddělení.

Základní metody práce (u výzkumných prací uvést cíl výzkumu, zamýšlený výzkumný vzorek, metody a techniky, jichž má být použito)

Práce bude vedena formou ošetrovatelského procesu

Vedoucí bakalářské práce

Podpis (pouze u žádosti odevzdané ve

škole)

Titul před jménem jméno příjmení, titul za jménem

PhDr. Jitka Němcová, PhD., R.N.

Zaměstnavatel vedoucího bakalářské práce

Organizace	Adresa	tel. číslo	E – mail
Vysoká škola zdravotnická o.p.s	Dušková 7, Praha 5	210082 412	nemcovaszdrav.cz

Datum : 13.3 2010

**Jméno žadatele a adresa : Martina Mikysková
Za mlýnem 25, Praha 4**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

Martina Mikysková

V Praze dne.....

ABSTRAKT

MIKYSKOVÁ, Martina. *Ošetrovatelská péče o pacienta s tumorem varlete po salvage retroperitoneální lymfadenektomi.* Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Jitka Němcová, PhD., R.N. Praha. 2011. s. 67.

Hlavní téma bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacienta s tumorem varlete po salvage retroperitoneální lymfadenektomii. Teoretická část obsahuje obecnou definici daného onemocnění, patologickou klasifikaci, projevy, léčbu a prevenci. V samotné práci je popsán i konkrétní chirurgický výkon, který je pro námi vybraného pacienta klíčový. Důležitou roli u pacienta po chirurgickém výkonu hraje ošetrovatelská péče a uspokojování potřeb. Proto jsme se na ni zaměřili v praktické části, jejíž součástí je ošetrovatelský proces u pacienta na jednotce intenzivní péče urologického oddělení Fakultní Thomayerovy nemocnice s poliklinikou (FTNsP) a je aplikován od prvního operačního dne.

Klíčová slova: Chirurgický výkon. Jednotka intenzivní péče. Ošetrovatelská péče. Tumor.

ABSTRACT

MIKYSKOVA, Martina. Providing medical care to the patient with the testicles tumour after *salvage retroperitoneal lymphadenectomy*. University of Medicine o.p.s., degree: bachelor. Thesis consultant: PhDr. Jitka Nemcova, PhD., R.N. Prague. 2011.s. 67.

The main topic of the bachelor's degree thesis is providing medical care to the patient with the testicles tumour after the salvage retroperitoneal lymphadenectomy. The theoretical part covers the general definition of the illness, pathological classification, symptoms, treatment and other none the less important facts. In the work itself there is also the description of a concrete surgical intervention, which is crucial for the patient we chose. Taking care of the patient after the operation and satisfying his needs play an important role, therefore we focused on that in the practical part, which contains the process of taking care of the patient at the intensive care unit and the urology ward of the Thomayer University Hospital and it is applied from the first operation day.

Key words: Surgical intervention. Intensive care unit. Medical care. Tumour.

PŘEDMLUVA

Tato práce vznikla z mnoha důvodů. Vybrat si téma pro zpracování závěrečné bakalářské práce mi nečinilo větší problémy. Volila jsem podle odborné praxe, kterou jsem v rámci studia navštěvovala. Již od střední školy mě velice zajímaly chirurgické obory a ošetrovatelská péče o pacienty na chirurgických odděleních. Práce na těchto odděleních je velmi rychlá, instrumentální a odborná.

Dnešní doba naskýtá mnoho nově diagnostikovaných nádorových onemocnění postihujících pacienty už v mladém věku, proto jsem se v mé závěrečné práci zaměřila na holistický přístup k pacientovi s tímto závažným onemocněním. Protože zdraví je to nejcennější, co každý má, mohla by být tato práce považována za přínosnou.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce PhDr. Jitce Němcové, PhD., R.N. za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytla při vypracování bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala za pomoc při zpracování teoretické části MUDr. Jaroslavu Jarabákovi a za jazykovou revizi této práce dále děkuji JUDr. Martinu Mikyskovi a Davidu Mikyskovi. Ráda bych poděkovala pacientovi který byl velmi ochotný se mnou spolupracovat a podílet se na vzniku této práce.

OBSAH

Úvod.....	8
1 Charakteristika onemocnění	9
1.1 Epidemiologie	9
1.2 Etiopatogeneze.....	10
2 Klinické příznaky nemoci.....	12
3 Diagnostika	15
4 Nádorové markery	18
5 Patologická klasifikace nádorů varlat	19
6 Klinická klasifikace stádií testikulárních nádorů.....	21
7 Léčba nádorů varlat	23
7.1 Radikální orchiektomie.....	23
7.2 Aktinoterapie	24
7.3 Chemoterapie	24
7.4 Retroperitoneální lymfadenektomie (RPLA).....	24
7.5 Léčba nádoru varlat dle histologického typu a TNM klasifikace.....	25
8 Prevence.....	27
9 Ošetrovatelská část	28
9.1 Ošetrovatelský proces – teorie.....	28
9.2 Model ošetrovatelské péče Marjory Gordonové.....	30
9.3 Psychologický přístup sester k onkologicky nemocným.....	31
10 Ošetrovatelský proces u pacienta na jednotce intenzivní péče (JIP) urologického oddělení.....	33
Identifikační údaje	33
10.1 Anamnéza	34
10.2 Stav při příjmu	34
10.3 Příjmové diagnózy	36
10.4 Medikace.....	36
10.5 Základní screeningové fyzikální vyšetření sestrou.....	36
11 Ošetrovatelská anamnéza dle Gordonové.....	38
12 Aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy	41
13 Doporučení pro praxi	63
14 Závěr	65
15 Seznam literatury	66

Seznam příloh

Úvod

Onkologická onemocnění představují při jejich nárůstu závažný společenský problém. Celosvětově se této problematice věnuje mnoho vědeckých týmů přinášejících další nové poznatky. I proto nás tato problematika inspirovala natolik, že se jí podrobně věnujeme ve své bakalářské práci.

Naši práci jsme zaměřili na dvě části - na teoretickou a na praktickou. V teoretické části, která zdaleka neobsahuje podrobný rozbor daného onemocnění, ale jen jeho základní popis, jsme se věnovali obecné charakteristice, klinickým příznakům nemoci, diagnostice, nádorovým markerům, patologické klasifikaci, klasifikaci stádií testikulárních nádorů, léčbě, samotnému popisu provedeného chirurgického výkonu a prevenci. Dále jsme do teoretické části zahrnuli i teorii ošetrovatelství jako fáze ošetrovatelského procesu, modely péče Marjory Gordonové, dvanáct vzorců zdraví a v neposlední řadě i psychologický přístup zdravotní sestry k onkologicky nemocným pacientům.

V praktické části jsme vypracovali ošetrovatelský proces u pacienta s diagnostikovaným nádorovým onemocněním. Pomocí kompletně odebrané anamnézy jsme se snažili co nejefektivněji vystihnout pacientův zdravotní stav. Nejdůležitější část závěrečné práce je ošetrovatelský proces.

Cílem naší práce je přehledně seznámit čtenáře s touto problematikou.

1 Charakteristika onemocnění

Nádory varlat patří k relativně málo početným nádorovým skupinám, představují 1 až 1,5 % všech zhoubných nádorů u mužů a 5 % maligních nádorů urologické lokality. Ve věkové skupině 15 až 35 let jde o nejčastější nádory mužské populace (někteří autoři uvádějí až 40 %). Toto onemocnění jednoznačně ukazuje na pokrok v diagnostice i léčbě tohoto onemocnění. Před třiceti léty umíralo na nádory varlat 11,4 % ze všech nádory postižených mužů a pět let přežívalo 64 % nemocných. V současné době přežívá pět let 93 % nemocných.

Lze je charakterizovat jako nádory radiosenzitivní a chemosenzitivní, mající se schopnost diferencovat se do histologicky benignějších struktur, jsou schopny velmi rychlého růstu. Jejich léčba je multimodální a vzhledem k tomu, že se vyskytují především u mladších mužů bez dalších doprovodných onemocnění, ti ji dobře tolerují.

Častěji se toto onemocnění vyskytuje u mužů bílé rasy, u černochů jde o onemocnění řídce se vyskytující. Pravé varle bývá postiženo častěji než varle levé.

1.1 Epidemiologie

Nádory varlat představují skupinu nejlépe léčitelných solidních nádorů dospělého věku. Z dříve obávaného a smrtelného onemocnění se stal v současné době kurabilní nádor. Je to v důsledku kombinace citlivých diagnostických testů, nádorových markerů, účinnosti kombinované chemoterapie a modifikací chirurgické techniky.

Křivka incidence opisuje tři vrcholy - první mezi 0 a 5 lety, druhý mezi 20 a 40 lety a třetí po 60 roce věku.

„Lze pozorovat variabilní rozdíl mezi etnickými skupinami téhož regionu. Incidence u amerických černochů je asi třetinová ve srovnání s americkými bělochy a až desetinová v poměru k africkým černochům. Židé v Izraeli vyzují osmkrát vyšší výskyt nádoru než etnika na stejném území. Na Havaji je incidence u Filipínců a Japonců v porovnání s ostatními národy asi desetkrát menší“ (DVOŘÁČEK; BABJUK, 2005, s. 487).

Studie rozebírající vliv sociálně ekonomického prostředí na vznik a výskyt nádorů varlat prokázaly vyšší incidenci u středních a vyšších společenských vrstev, naopak poukázaly na nižší riziko u manuálně pracujících lidí. Připouští se negativní vliv sedavého životního stylu.

1.2 Etiopatogeneze

Do souvislosti se vznikem zhoubných nádorů varlat se dávají různé faktory, jednoznačná příčina vzniku těchto nádorů ale není známa. Mezi tyto rizikové faktory patří:

- Kryptorchismus - je polohová anomálie varlete, při které se varle nachází mimo svou typickou lokalitu v šourku. Specifický mechanismus rizikovosti této vrozené anomálie na vznik nádoru varlat není přesně znám. Různí autoři se ve svých názorech značně rozcházejí, ale shodují se v tom, že je to nejvyšší rizikový faktor pro vznik nádoru varlat.
- Hypospádie - je součástí testikulárního dysgenetického syndromu. Zevní ústí uretry se nachází na dorsální straně penisu.
- Zhoršená kvalita spermatu - muži se sníženou kvalitou plodnosti (subfertilní muži) mají dvakrát vyšší riziko vzniku testikulárního nádoru oproti mužům s normální plodností.
- Inguinální hernie - literatura uvádí dvakrát až třikrát zvýšené riziko testikulárního nádoru mužů, kteří prodělali operaci tříselné kýly.
- Hormonální vlivy - pro možnost působení hormonálních vlivů v etiologii nádoru varlat svědčí vyšší výskyt těchto nádorů ve věkové skupině s největší sexuální aktivitou.
- Skrotální trauma - se často uvádí jako možný rizikový faktor těchto nádorů. Daleko pravděpodobnější je vysvětlení, že úraz varlete je stavem, který upozornil na výskyt daného nádoru.
- Virové infekce - nejčastěji je uváděná virová parotitida, a to její komplikující zánět varlat, který často vede k atrofickým změnám na zárodečném epitelu po proběhlé virové infekci. U nositelů HIV je poněkud vyšší výskyt testikulárních germinálních nádorů než v ostatní populaci.

- Genetické faktory - šestkrát vyšší riziko vzniku tohoto nádoru je u muže s pozitivní rodinnou anamnézou s výskytem nádoru varlete v předchozí mužské generaci.
- Dietetické a jiné zevní faktory - zvýšený příjem živočišných tuků může být spojen s vyšším rizikem vzniku seminomu. V populaci mužů kuřáků byl prokázán vyšší výskyt nádorů varlat.
- Prenatální a perinatální rizikové faktory - řada studií uvádí třikrát až třináctkrát vyšší riziko vzniku nádoru varlat u předčasně narozených dětí nebo novorozenců s nízkou porodní hmotností (ABRAHÁMOVÁ, 2008).

2 Klinické příznaky nemoci

Nádory varlat se mohou projevit lokálními příznaky, které jsou nejčastější nebo méně častými systémovými příznaky nebo projevy způsobené metastázami.

Lokální příznaky

Nebolestivé zvětšení varlete u mladého muže je klasickým a nejčastějším příznakem přítomnosti nádorového onemocnění varlete. Uvedené zvětšení nejčastěji pozoruje pacient sám, například při hygieně, méně už jeho sexuální partnerka, případně partner. Méně častým příznakem je pocit takzvaného těžkého varlete, jindy si pacient vyhmatá změnu konzistence varlete ve smyslu značného ztuhnutí, nebo jeho hrbolovitý povrch. Někdy pacient zjistí bulku na varleti. Menší počet mužů udává jako současný, zřídka i jako první příznak nemoci bolesti varlete různé intenzity. Bolesti jsou většinou tupé, méně často už prudké. Bolestivost je způsobená napínáním tunica albuginea a dochází k ní tehdy, když ke zvětšení varlete dojde rychle. Silné bolesti jsou způsobeny krvácením do nádoru. Je zážející do jaké velikosti si část mladých mužů nechá narůst objem šourku, než se odhodlají jít k lékaři. To svědčí o podceňování prvních příznaků nádoru varlete, které ale často plyne z nevědomosti, že rakovina varlat se vyskytuje především v mladších věkových skupinách. Informovaní muži dříve poznají svoje příznaky a rychleji vyhledají lékaře. Proto mnoho lékařů urologů poukazuje na velký význam zdravotní výchovy mladých mužů. Tak jak se propaguje samovyšetření prsou u žen, tak by také měli mladí muži být upozorněni na samovyšetření varlat (ABRAHÁMOVÁ, 2008).

Systémové příznaky

Někteří nemocní s testikulárními nádory varlat pozorují jako první příznaky související s endokrinní aktivitou nádoru. Mezi tyto příznaky patří gynekomastie, což znamená, že u dospělého muže dojde k většinou nebolestivému zvětšení obou prsních žláz. Ta se objevuje u nádorů varlat secernujících beta HCG (lidský choriový gonadotropín). Vyšší koncentrace tohoto markeru v séru mohou vyprovokovat syntézu většího množství estradiolu v Leydigových buňkách, čímž je indikován vznik gynekomastie stimulací růstu tkáně mužské mléčné žlázy. Gynekomastie se vyskytuje

u více než 5 % mužů s nádory varlat. Vyšetřující lékař má proto vždy pátrat na hrudníku po počínajících známkách zvětšených prsních žláz, jejich citlivosti a po difúzní infiltraci prsů. K diagnóze gynekomastie může napomoci ultrasonografie, eventuelně i mamografie. Dalšími nespecifickými příznaky jsou zvracení, hubnutí a nechutenství (ABRAHÁMOVÁ, 2008).

Příznaky způsobené metastázami

Téměř třetina mužů s testikulárními nádory je diagnostikována v pokročilém stádiu, kdy pacienti přicházejí s příznaky způsobenými vzdálenými metastázami. Paradoxně může být postižené varle takřka nezvětšené a primární nádor malý, přitom se zjišťuje rychle se rozvíjející metastatický proces. Takový vývoj svědčí o značné malignitě daného onemocnění. Metastázy vznikají lymfogenní nebo hematogenní cestou. Lymfogenně jsou postiženy uzliny v retroperitoneu, krční a supraklavikulární uzliny. Hematogenně metastázy vznikají nejčastěji v plicích.

Prvním místem pro rozvoj lymfogenních metastáz je retroperitoneum. Nádory pravého varlete metastázuje do uzlin para- a prekavální oblasti a interaortokaválních uzlin, uzliny pro levostranný nádor se nacházejí v para- a preaortální oblasti a to vždy ypsilaterálně.

Zvětšené uzliny způsobují bolesti v zádech, nejčastěji v bederní oblasti. Bolesti vznikají v důsledku obstrukce močovodu zvětšenými uzlinami s následným městnáním moči v ledvině na postižené straně (vzniká hydronefróza). Uzliny mohou prorůstat do okolních zádočných svalů, případně i do páteře. Metastaticky postižené uzliny komprimují nervové kořeny. To spolu s eventuelním postižením páteře může způsobovat slabost dolních končetin s poruchami hybnosti. Dalším příznakem komprese nervů je porucha ejakulace a orgasmu. Pakety zvětšených uzlin mohou působit kompresi dolní duté žíly s následnou hlubokou žilní trombózou iliakálních žil a otokem příslušné dolní končetiny. Raritním projevem rychle rostoucím metastatickým postižením uzlin je komprese nebo invaze do duodena. To se projevuje krvácením do gastrointestinálního traktu. K typickým projevům uzlinového postižení, které ale znamenají pokročilý lymfogenní rozsev, je zvětšení uzlin na krku.

Plicní metastázy, zejména solitární, nemusí činit žádné subjektivní obtíže. Mnohočetné metastatické postižení plic se projevuje dušností, krátkým dechem či hemoptyzou (vykašlávání krve).

Bolesti hlavy, vizuální problémy, závratě, epileptické záchvaty jsou známkami mozkových metastáz (ABRAHÁMOVÁ, 2008).

3 Diagnostika

Diagnózu testikulárních nádorů stanovíme na základě provedení následujících vyšetření.

- Anamnéza
- Fyzikální vyšetření
- Diferenciální diagnóza
- USG (ultrasonografické vyšetření)
- Nádorové markery
- RTG S+P (rentgen srdce + plíce)
- CT retroperitonea (výpočetní tomografie)
- NMR (nukleární magnetická rezonance)
- PET (pozitronová emisní tomografie)
- Ostatní vyšetření

Anamnéza

Anamnéza je prvním a neopomenutelným krokem v diagnostickém řetězci u každého pacienta. Je zaměřena na subjektivní potíže pacienta, které jsou vyvolané onemocněním.

Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření šourku hodnotíme jemnou bimanuální palpací obsahu šourku. Doporučuje se začít nepostiženou stranou. Toto vyšetření může již samo o sobě přinést vysoké podezření na nádor. Ten se projevuje jako uzlovité ztuhnutí varlete, při palpaci nejčastěji nebolestivé. Ve včasných stádiích, kdy je nádor lokalizován pouze ve varleti, můžeme palpatovat nepostižené nadvarle. V pozdních stádiích jednotlivé struktury již nelze odlišit. Dále pečlivě vyšetřujeme spermatický provazec. Na břicho pátráme po přítomnosti nádorové rezistence a zjišťujeme velikost a ohraničení jater. Auskultačně zjišťujeme zastření plic a dále na hrudníku hledáme známky gynekomastie. Vyšetříme

vždy obě nadklíčkové krajiny a krk pro průkaz zvětšených nadklíčkových uzlin (DVOŘÁČEK; BABJUK, 2005).

Diferenciální diagnóza

Nádorové postižení varlat je nutné odlišit od zánětu varlete (orchitis), respektive nadvarlete (epididymitis) a otočení varlete (torze). Dále je nutné vyloučit vodní kýlu (hydrocele), cysty nadvarlete (spermatocoele), hematom ve varleti, nebo střevní kýlu zasahující do šourku (skrotální hernii) (DVOŘÁČEK; BABJUK, 2005).

USG

Ultrasonografické vyšetření šourku je velkým přínosem pro zkvalitnění primární diagnostiky testikulárních nádorů. Je vyšetřením levným s téměř 100 % senzitivitou detekce nádoru. K vyšetření se používají vysokofrekvenční sondy (5-10 MHz), které mohou rozlišit intratestikulární léze velikosti 1-2mm. Rozlišení oproti extratestikulárním procesům je v rukou zkušeného urologa respektive radiologa 100 % přesné.

Nádorové markery

Nádorové markery jsou důležité pro určení stádia a prognózy onemocnění a pro další monitorování léčby. Vyšetřují se základní testikulární nádorové markery jako alfafetoprotein (AFP), betahumánichoriovýgonadotropín (beta-HCG) a laktát dehydrogenáza (LDH). Tyto tři nádorové markery jsou součástí TNM klasifikace (Tumor, Nodus, Metastáza).

RTG S+P

Patří mezi rutinní vyšetření hrudníku. Je důležité k vyloučení metastáz plic. Předozadní a boční snímek plic nemá sice takovou výpovědní hodnotu jako CT plic, ale lze ho kdykoliv a častěji opakovat než vyšetření CT plic.

CT retroperitonea

Ct retroperitonea je základním diagnostickým vyšetřením pro průkaz postižení lymfatických uzlin v retroperitoneu. Patří mezi vyšetření neinvazivní a zobrazuje uzliny velikosti 2-3mm. Dává dobrou představu o poměrech v retroperitoneu, a to i po předchozích chirurgických výkonech v této oblasti. Zobrazuje prognosticky

důležité nálezy jako je prorůstání do retroperitoneálního tuku a dává představu o orgánech dutiny břišní. CT se dále používá k monitorování výsledků léčby. Jeho největším nedostatkem je neschopnost detekovat metastázy v nezvětšených uzlinách (DVOŘÁČEK; BABJUK, 2005).

NMR

Při posouzení nádorové masy varlete je NMR senzitivnější a specifitější metodou než USG. Při posouzení retroperitoneálních uzlin přináší výsledky srovnatelné s CT, jeho nevýhodou je vysoká cena vyšetření. NMR je indikována v případě nejasného nálezu na CT u pacientů alergických na kontrastní látku nebo máme-li obavu z radiační zátěže.

PET

PET se začíná používat k odlišení viabilních struktur od fibrotické nebo vyžralé tkáně. Vyšetření indikujeme při ozřejmění zbytkových struktur po předchozí léčbě.

Ostatní vyšetření

Ostatní vyšetření, jako je CT mozku, páteře a podobně, by měly být provedeny v případě podezření na metastatické postižení těchto orgánů.

4 Nádorové markery

Nádorové markery jsou produktem nádorových buněk, ze kterých pronikají do tělních tekutin. Pro diagnostiku a léčbu testikulárních nádorů je jejich stanovení velmi důležité. Strukturálně představují převážně glykoproteidy, glykolipidy, polypeptidy. Po biologické stránce jsou to hormony, enzymy nebo diferenciacní antigeny.

Dosud nebyl nalezen marker specifický a senzitivní pro testikulární nádory. Markery, které používáme v diagnostice a monitoringu léčby testikulárních nádorů, jsou produkovány vždy jen určitou částí testikulárních nádorů. Obligatorně stanovujeme:

- alfa fetoprotein (AFP), produkováný buňkami žloutkového vaku,
- humáníchórovýgonadotropín (β -HCG), produkováný trofoblasty,
- laktát dehydrogenáza (LDH).

Poločas rozpadu AFP je 5-7 dní a β -HCG asi 24 hodin. Normální hodnoty jsou do 40 ng/ml AFP a 1ng/ml HCG. Zvýšené hodnoty nalzáme u 80 % metastatických a u 57 % neseminových nádorů v I. stádiu. U seminomů je β -HCG zvýšen v méně než 20 % případech a znamená přítomnost trofoblastů. Zvýšená hodnota AFP, pokud nejsou postižená játra, signalizuje vždy přítomnost neseminomové tkáně. LDH je buněčným enzymem a nespecifickým indikátorem buněčné destrukce. Je zvýšená u 27 % nádorů ve stádiu I. a u 50 % metastatických seminomů. Nejde však o marker specifický ani příliš senzitivní, má omezenou výpovědní hodnotu. Je třeba poznamenat, že negativní markery nevylučují přítomnost terminálního nádoru a normalizace hodnot markerů zase neznamená nutně jeho absenci.

Další volitelně používané markery jsou placentární alkalická fosfatáza (PLAP) a neuron-specifická enoláza (NSE). Používají se v některých centrech ve výzkumných studiích nebo při monitorování nemocných s čistým seminomem (DVOŘÁČEK; BABJUK, 2005).

5 Patologická klasifikace nádorů varlat

Podle WHO je doporučována následující patologická klasifikace nádorů varlat

a) Germinální nádory

- Intratubulární neoplasie z germinálních buněk - v minulosti označována jako karcinoma in situ varlete, vyskytuje se nejčastěji ve varlatech kryptorchických, to jest v nesestouplých, při infertilitě, při necitlivosti na androdény a u nemocných s nádory varlat na kontralaterálním varleti. Může se vyskytovat u 0,43 % zdravých mužů. Diagnostika je možná pouze histologickým vyšetřením.
- Seminom - představují 35 - 71 % všech nádorů varlat. Jsou popisované tři subtypy seminomu (klasický, anaplastický, spermatocitární). V 82 - 85 % všech seminomů se vyskytuje klasický seminom, anaplastický čítá asi 5 - 10 % seminomů, který je agresivnější než klasický. V případě častého podchyzení a adekvátní léčby jsou výsledky léčby obou typů seminomů srovnatelné. Seminomy se nejčastěji diagnostikují u třicátníků.
- Spermatocytární seminom - je samostatnou klinicko - patologickou jednotkou, v 9 % může být bilaterálně lokalizován. Postihuje muže nejčastěji kolem čtvrté dekády.
- Embryonální karcinom - vrchol výskytu je ve třetí dekádě života. Zřídka se nachází v čisté formě, ale je přítomen jako složka u 40 % smíšených testikulárních nádorů.
- Nádor ze žlutkového váčku - vyskytuje se především u prepubertálních jedinců do 20 let. V čisté formě se u dospělých vyskytuje velmi zřídka, častěji je součástí nádoru z více než jednoho histologického typu.
- Choriokarcinom - čistá forma tohoto nádoru je také extrémně zřídka, daleko častěji je součástí smíšeného nádoru. Nejčastěji se vyskytuje mezi druhou a třetí dekádou života.
- Teratom (zralý, nezralý, maligní komponentou) - může být spojený s výskytem různých vrozených anomálií. U dětí se vyskytuje v čisté formě, u dospělých se

naproti tomu vyskytuje jako součást smíšených nádorů varlat. Metastatická potence u dětí je minimální. Na rozdíl u stejných nádorů u postpubertálních nádorů.

- Nádory s více než jednou nádorovou komponentou (smíšené nádory) - tvoří 70 % všech neseminomových nádorů varlat, nádor obsahuje minimálně dvě různé histologické složky. Nejčastější kombinace představují kombinace embryonálního karcinomu, nádoru ze žlutkového vaku, teratom a choriokarcinom. Agresivita se hodnotí podle nejprogresivnější složky.

b) Negerminální nádory

- Nádory z Leydigových buněk - tvoří 3 % všech testikulárních nádorů, 10 % nádoru se chová maligně. Vzniká-li nádor v dětství, mají nemocní projevy s nadprodukce androgenů, to jest zvětšený penis, pubické ochlupení, hluboký hlas, předčasný skeletový a svalový vývoj, hirsutismus (nadměrné ochlupení) a zvýšený zájem o ženské pohlaví. Vzniká - li nádor v dospělosti u třetiny pacientů se objevuje gynekomastie, ztráta libida a ženský typ ochlupení.
- Nádory ze Sertoliho buněk - tvoří 1-2 % testikulárních nádorů v dospělosti, méně častěji se vyskytující ve středních věkových kategoriích. Často je spojen z hyperplazií a neoplazií jiných endokrinních orgánů. Klinicky se projevuje předčasnou pubertou, akromegálií, hypercholesterolémií a pituitárním nanizmem (nízký vzrůst).
- Nádory z buněk granulózy - rozeznáme juvenilní a adultní. Valná většina má benigní charakter. U adultního typu bylo zaznamenáno i maligní chování.
- Smíšené nádory - vznikají prakticky jen v dysgenetických gonádách a v nesestouplých varlatech. Jejich biologické chování je obtížně definovatelné.
- Neklasifikované nádory

c) Smíšené germinální a negerminální nádory (DVOŘÁČEK; BABJUK, 2005).

6 Klinická klasifikace stádií testikulárních nádorů

Existuje mnoho systémů ke stanovení Peckhamova klasifikace (Royal Marsden Hospital), Walter Reed Hospital Klasifikace, Staging Evropské organizace pro výzkum a léčbu rakoviny (EORTC) a jiné. Zdá se, že každé větší centrum používá svůj vlastní systém ke stanovení stagingu. Všechny jsou založeny na objemu nádorové masy v době stanovení diagnózy. Nejčastěji používané systémy jsou TNM systémy. Zahrnují určení anatomického rozsahu onemocnění, zhodnocení nádorových markerů po orchiektomii, zhodnocení stavu regionálních mízních uzlin a zhodnocení příznaků orgánových metastáz. TNM klasifikace určuje stádovost nádorového postižení (viz příloha D).

TNM klasifikace

pT - primární nádor:

pTx - nádor nelze posoudit (nebyla provedená OE)

pT0 - nejsou známky primárního nádoru

pTis - intratubulární nádor

pT1 - nádor ohraničený na varle a nadvarle, bez vaskulární/lymfatické invaze, může prorůst do tunica albuginea

pT2 - nádor ohraničený na varle a nadvarle, s vaskulární/lymfatickou invazí, prorůstající skrz tunica albiginea do tunica vaginalis

pT3 - nádor prorůstá do semenného provazce

pT4 - nádor prorůstá do skrota

pN - regionální mízní uzliny:

pNX - uzliny nelze posoudit

pNO - bez metastáz v regionálních mízních uzlinách

pN1 - metastázy do velikosti 2 cm včetně, maximálně 5 postižených uzlin

pN2 - metastázy velikosti 2-5 cm, nebo více než 5 postižených uzlin, nebo extranodální růst

pN3 - metastázy větší než 5 cm v největším rozměru

pM - vzdálené metastázy (odpovídá kategorií M):

MX - vyšetření vzdálených metastáz nebylo provedeno

M0 - nejsou přítomny

M1a - neregionální lymfatické uzliny nebo plicní metastázy

M1b - viscerální metastázy kromě plic

S - sérové markery

SX - vyšetření markerů nebylo provedeno

S0 - hodnoty v mezích normy

S1 - LDH < 1,5krát zvýšená horní mez fyziologické hodnoty

hCG < 5000 mIU/l

AFP < 1000 ng/ml

S2 - LDH 1,5-10x zvýšené proti fyziologické hodnotě

hCG 5000-50000 mIU/l

AFP 1000-10000 ng/ml

S3 - LDH > 10x zvýšené proti fyziologické hodnotě

hCG 50000 mIU/l

AFP > 10000 ng/ml (JARABÁK, 2008).

7 Léčba nádorů varlat

Léčebná strategie nádorů varlat vychází ze znalostí jejich vývoje, klinického stádia (rozsahu onemocnění) a účinnosti léčby. Léčba je multimodální - spočívá v různé kombinaci chirurgie (orchiektomie a retroperitoneální lymfadenektomie), aktinoterapie, chemoterapie a sledování (surveillance). Tato kombinace se dá obecně rozdělit do tří etap.

První etapa spočívá v odstranění varlete z inguinálního přístupu (radikální orchiektomie). Ta zajistí lokální kontrolu onemocnění a poskytne informace o místním rozsahu nádoru (kategorie T s TNM klasifikací). Odstraněné varle, které je odeslané na histologické vyšetření, poskytne histologický typ nádoru a morfologicko-prognostické faktory onemocnění (DVOŘÁČEK; BABJUK, 2005).

Druhá etapa léčby závisí na výsledku histologického vyšetření odstraněného varlete a na klinickém rozsahu onemocnění. V této etapě se uplatňuje aktinoterapie (u seminomů, které jsou radiosenzitivní), nebo chemoterapie (u neseminomových nádorů, které jsou radiorezistentní). Klasická a kompletní primární retroperitoneální lymfadenektomie, která následovala po provedené orchiektomii a byla spojená s vysokou morbiditou, byla zavedením vysoce účinných chemoterapeutických režimů na bázi platiny v 80. letech minulého století z této etapy téměř vytlačena (JARABÁK, 2008).

Třetí etapa obsahuje sledování pacienta po ukončené chirurgicko-onkologické léčbě. Při zjištěné recidivě, nebo perzistenci nádorové masy v retroperitoneu je indikována salvage (sekundární) retroperitoneální lymfadenektomie (DVOŘÁČEK; BABJUK, 2005).

7.1 Radikální orchiektomie

Každá onkologicky-suspektní nádorová masa varlete musí být potvrzená inguinální explorací a je-li odhalen tumor, musí být provedena okamžitá orchiektomie. Růst některých nádorů bývá velmi rychlý a zdvojnásobení objemu během 5 dnů nebývá výjimečné.

Operace se provádí zpřístupněním ingvinálního kanálu z tříselního řezu. Izolovaný spermatický provazec se zaklemuje. Varle se luxuje ze šourku do třísla a zreviduje se. V případě nejasnosti je možno odeslat suspektní nádorovou masu k rychlému histologickému vyšetření. Je-li diagnóza jasná, je prováděna vysoká orchiektomie (podvaz a resekce funikulu co nejbližší k vnitřnímu ingvinálnímu prstenci) a varle je odstraněno z rány.

„V řadě zemí bývá v této fázi rutinním postupem i biopsie druhostranného varlete, a to vzhledem k 5 % výskytu intratubulární neoplasie. Pokud je toto varle atrofické, je nutné biopsii udělat v každém případě“ (DVOŘÁČEK; BABJUK et al., 2005, s. 491).

7.2 Aktinoterapie

Adjuvantní pooperační aktinoterapie je uznávanou a běžně používanou léčebnou metodou u seminomů na většině pracovišť. Dávkové rozpětí při adjuvantní radioterapii je závislé na stádiu onemocnění.

Ponechané varle není a nesmí být v přímém svazku záření. Přesto může dojít k ohrožení tvorby spermií v zachovaném varleti až u 50 % takto léčených nemocných.

7.3 Chemoterapie

Adjuvantní chemoterapie hned po orchiektomii je dnes nejpoužívanějším léčebným způsobem většiny evropských pracovišť u pacientů s neseminomovým typem nádoru varlat a nemocných s vysokým rizikem relapsu. U pacientů klinického stádia I se doporučuje podání dvou kúr chemoterapie (Bleomycin + Etoposide + Cisplatinum). Pacientům s klinickým stádiem II se doporučuje kombinace Bleomycin + Etoposide + Cisplatinum nebo Cisplatinum + Vinblastine + Bleomycin.

7.4 Retroperitoneální lymfadenektomie (RPLA)

Retroperitoneální lymfadenektomie má důležitou roli u léčby nádorů neseminomového typu. Je nejefektivnějším doplněním stagingu, u pacientů s nízkým stádiem onemocnění má kurabilní efekt a do budoucna eliminuje retroperitoneum jako místo možné recidivy. Operační technika klasické otevřené bilaterální RPLA je však zatížena vysokou morbiditou a ejakulatorní dysfunkce se vyskytuje u více než 75 % pacientů. Od 80 let minulého století byly do praxe uváděny nové operační techniky RPLA, a to:

- modifikovaná (rozsah výkonu je redukován pouze na stranu tumoru varlete),
- nervy šetřící (je snahou ušetřit sympatická thorakolumbální ganglia a pleteně-prezervace ejakulace),
- salvage lymfadenektomie (cílené odstranění tumorózní masy perzistující po aplikaci chemoterapie),
- laparoskopická (endoskopická technika bez nutnosti široké laparotomie) (JARABÁK 2008).

Typy retroperitoneální lymfadenektomie

- dle rozsahu operace - klasická bilaterální
 - unilaterální (modifikovaná, selektivní)
- dle časování operace - primární
 - sekundární (salvage)
- dle operačního přístupu - otevřená (laparotomie)
 - laparoskopická
- dle vztahu k nervovým pletením - nervy šetřící
 - nervy nešetřící

Salvage retroperitoneální lymfadenektomie (SRLPA)

Salvage (sekundární) retroperitoneální lymfadenektomie je často technicky mnohem náročnější než primární výkon pro výskyt fibrózy mezi tumorózní masou a adventícií velkých cév indukované předchozí chemoterapií. Do fibrózy jsou velmi často zavzatá také nervová vlákna, která je z hlediska ejakulární funkce nutné zachovat. Tato skutečnost zhoršuje techniku nervy šetřící disekce u salvage RPLA, je ale možné ji provést (JARABÁK, 2008).

7.5 Léčba nádoru varlat dle histologického typu a TNM klasifikace

Po provedené radikální orchiektomii je strategie další léčby nádoru varlat závislá od histologického typu (kategorie T) a stádia nádoru. Stádium nádorového postižení se určuje dle rozsahu nádorového postižení (stagingu, kategorie N a M) a hladiny nádorových markerů.

Terapie seminomů

Seminomy tvoří 30-60 % všech nádorů varlat. V době diagnózy má 75 % lidí nádor ohraničený na varle, u 10-15 % zjistíme metastázy v regionálních mízních uzlinách a 5 - 10 % nemocných má metastázy vzdálené. Dle stádia se po provedené orchiektomii u pacientů volí adjuvantní radioterapie nebo adjuvantní chemoterapie (stádium I, IIA, IIB), ve vyšších stádiích i chirurgické cytoredukční výkony (SRPLA) nebo dle postiženého orgánu.

Terapie ne seminomových nádorů

„Neseminomové terminální nádory varlat reprezentují 40-50 % všech nádorů varlat. Jsou na rozdíl od seminomů více agresivní a minimálně nebo vůbec radiosenzitivní. Radioterapie je proto v jejich léčbě považována za neúčinnou. Podle stádia onemocnění a přítomnosti rizikových faktorů (přítomnost vaskulární invaze-krevní i lymfatické, přítomnost embryonální komponenty a rozsahu primárního nádoru) se po radikální orchiektomii používá taktika zvýšeného dohledu (surveillance), systémová chemoterapie, nebo retroperitoneální lymfadenektomie“ (JARABÁK 2008).

8 Prevence

I když etiologie nádorů varlat není známá, v posledních letech došlo k výraznému zlepšení léčebných výsledků u mužů s nádory varlat. Účinnost současné léčby je závislá od stádia onemocnění a objemu metastáz. Aplikace moderních chemoterapeutik vedla v posledních 20 letech ke snížení úmrtnosti, dnes se podaří zcela vyléčit 80 % nemocných. Pacienti s objemnými metastázemi v regionálních mízních uzlinách a ve vzdálených orgánech mají obecně horší prognózu. Z toho plyne požadavek vyhledávat pacienty se zvýšeným rizikem vzniku nádoru varlat (muži s nesestouplými varlaty, s pozitivní rodinnou anamnézou) a urychlit včasnou diagnostiku těchto nádorů v mužské populaci.

„V tomto směru je široká a neustálá publicita a vzdělávání potenciálně ohrožených věkových skupin zdůrazňující vliv samovyšetřování může snížit současných více než 50 % nemocných, kteří přicházejí k lékaři již s metastatickým onemocněním“ (DVOŘÁČEK; BABJUK et al., 2005, s. 490).

9 Ošetřovatelská část

V ošetřovatelské části je popisována ošetřovatelská péče o nemocného, která je poskytována metodou ošetřovatelského procesu. Hodnocení získaných informací vychází z modelu funkčního zdraví Marjory Gordonové.

V ošetřovatelské části se vzhledem k účelu a rozsahu práce zabýváme anamnézou, stanovením ošetřovatelských diagnóz, plánováním, realizací a hodnocením ošetřovatelské péče u pacienta po dobu čtyř pooperačních dní na jednotce intenzivní péče.

9.1 Ošetřovatelský proces - teorie

Charakterizuje moderní, vstřícnou, aktivní a kvalitní ošetřovatelskou péči. Je to způsob profesionálního uvažování sestry o nemocném, především o jeho individuální problematice. Tento proces vychází:

- z vyhledávání biologických, psychických, spirituálních a sociálních potřeb člověka, které jsou narušeny jeho nemocí nebo vzniknou v průběhu nemoci,
- ze schopnosti adaptace nemocného na změněné životní podmínky,
- ze schopnosti člověka být soběstačný,
- ze schopnosti zajistit určité aktivity denního života.

Ošetřovatelský proces je systém otevřený, dynamický a přizpůsobivý. Individualizuje přístup k potřebám každého pacienta, přizpůsobuje se osobním potřebám pacienta, rodiny, společnosti. Je plánovitý a cílený. Jeho kroky jsou ve vzájemném vztahu. Nemá nikdy absolutní začátek nebo konec. Je interpersonální, vyžaduje přímou a důslednou komunikaci s pacientem s cílem uspokojení jeho potřeb. Zdůrazňuje zpětnou vazbu, která vede k opětovnému posuzování nebo revizi plánu péče. Ošetřovatelský proces je obecně použitelný jako rámec ošetřovatelské péče ve všech typech zdravotní péče s pacienty všech věkových skupin. Ošetřovatelský proces má 5 fází, které na sebe navazují a často se i prolínají.

Fáze ošetrovatelského procesu

a) Zhodnocení nemocného

Zjišťování informací pozorováním, rozhovorem, měřením, testováním a vyhledáváním v pacientových záznamech. Cenné informace poskytuje nejen nemocný, ale i jeho rodina a zdravotnický personál. Sebrané informace jsou důležité pro okamžité zahájení péče, pro vytipování nejdůležitějších ošetrovatelských problémů a pro stanovení plánu individualizované aktivní péče.

b) Stanovení ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelské problémy stanovené sestrou, problémy pocíťované nemocným, verbalizace současných i potenciálních problémů nemocného, stanovení pořadí priorit, ve spolupráci s nemocným.

c) Plánování ošetrovatelské péče

Určení priorit problému, stanovení ošetrovatelské péče, určení kritérií pro měření efektu. Určují se krátkodobé a dlouhodobé cíle. Vlastní plán péče obsahuje návrh vhodných intervencí k dosažení stanovených cílů. Nutné je konzultovat s nemocným a s rodinou.

d) Realizace ošetrovatelského plánu

Ošetrovatelské zásahy, členové týmu plní své úkoly k zajištění pohody a prospěchu nemocného. Aktivní individuální přístup k nemocnému, získávání dalších poznatků a operativní modifikace další ošetrovatelské péče. Péče se poskytuje na základě dostupných vědeckých poznatků a standardů. Ordinacím u pacienta se musí rozumět, při jakékoli nejasnosti konzultovat. Péče se individualizuje dle uznávaných hodnot osoby, věku, zdravotního stavu či prostředí. Péče musí být bezpečná, vzdělávající, podporující a utěšující. Uplatňovaná je přes holistický přístup. Respektuje důstojnost a vede k aktivní účasti na péči.

e) Zhodnocení efektu poskytnuté ošetrovatelské péče

Objektivní zhodnocení fyzického i psychického stavu nemocného. Změření účinku plánu péče a jeho realizace. Analýza fází procesu.

Každá fáze je sice samostatná, ale přístup k ošetrovatelské péči musí být uplatněn jako celek, každý krok je závislý na ostatních. Všechny kroky ošetrovatelského procesu se navzájem ovlivňují a úzce spolu souvisejí (JAROŠOVÁ, 2000).

9.2 Model ošetrovatelské péče Marjory Gordonové

K zpracování této práce jsme si vybrali model funkčních vzorců zdraví, který vychází z ošetrovatelských modelů a teorií různých autorek. Na pacienta pohlíží ze všech směrů.

Zakladatelkou vybraného modelu je Marjory Gordonová, která získala bakalářský a později magisterský diplom na jedné z vyhlášených univerzit v New Yorku. Identifikovala 12 okruhů vzorců chování, které publikovala. Do roku 2004 byla prezidentkou North American Nursing Diagnostic Association (NANDA). Dodnes se věnuje výzkumu v oblasti ošetrovatelských diagnóz a plánování ošetrovatelské péče.

Slavomíra Pavlíková ve své publikaci uvádí: „Odborníci tento model označují jako nejkompexnější pojetí člověka v ošetrovatelství z hlediska holistické filozofie. Tento model splňuje požadavek na rámcový standard pro systematické ošetrovatelské hodnocení zdravotního stavu pacienta, v jakémkoliv systému zdravotní péče“. (PAVLÍKOVÁ, 2006, s. 99-102).

Cílem ošetrovatelství v tomto modelu je: zdraví, zodpovědnost jedince za své zdraví, rovnováha bio-psycho-sociálních interakcí. Role sestry spočívá v systematickém získávání informací v jednotlivých oblastech vzorců zdraví. Při kontaktu s pacientem sestra identifikuje funkční nebo dysfunkční vzorce zdraví (PAVLÍKOVÁ, 2006).

VZORCE

Vzorce jsou úseky chování jedince v určitém čase a reprezentují základní ošetrovatelské údaje v subjektivní a objektivní podobě.

Základní strukturu modelu tvoří 12 oblastí, které autorka označila jako dvanáct funkčních vzorců zdraví. Každý vzorec představuje určitou část zdraví, která může být buď funkční, nebo dysfunkční.

DVANÁCT VZORCŮ ZDRAVÍ M. GORDON OBSAHUJE:

- 1) Vnímaní zdraví - udržování zdraví
- 2) Výživa - metabolismus
- 3) Vylučování
- 4) Aktivita - cvičení
- 5) Spánek - odpočinek
- 6) Citlivost (vnímání) - poznávání
- 7) Sebepojetí - sebeúcta
- 8) Role - vztahy
- 9) Reprodukce - sexualita
- 10) Stres, zátěžové situace - zvládání, tolerance
- 11) Víra - životní hodnoty
- 12) Jiné (PAVLÍKOVÁ, 2006, str. 99-102).

9.3 Psychologický přístup sester k onkologicky nemocným

Není žádoucí podporovat pasivitu nemocného, jeho nadměrnou přizpůsobivost, poslušnost či hrdinný postoj, kdy nemocný mlčky snáší své utrpení. Takový nemocný je sice nejméně zatěžující, ale je prokázáno, že má horší prognózu proti těm, kteří zaujmou bojový postoj a emočně se projevují. Proto sestra:

- U nemocných umožňuje a podporuje jejich emoční projevy, a to i negativního charakteru, jako jsou starosti a obavy, ale i naděje a přání.
- Nechá nemocného projevit emoce jakkoliv jsou silné, tyto projevy nejsou namířené proti její osobě, ale jsou projevem zoufalství.
- Podporuje ochotu nemocného svěřovat se, je empatickou bytostí - aktivně naslouchá a podporuje, aby nemocný přijal nabízenou pomoc od rodiny a přátel.
- Neutěšuje nemocného přehnaně a nezlehčuje jeho trápení, jinak ztratí důvěru.
- Podporuje nemocného v jeho životních aktivitách, snaží se mu pomoci hledat nový smysl života a hodnotovou orientaci.

- Pátrá po tom, co stojí za prosbou či stížností nemocného, oč mu skutečně jde.
- Nikdy nebere nemocnému novou naději a plány do budoucna, i když by podle ní byly zcela nereálné (ŠAFRÁNKOVÁ, 2006).

10 Ošetrovatelský proces u pacienta na jednotce intenzivní péče (JIP) urologického oddělení

Identifikační údaje

Muž ve věku 38 let byl přijat na urologické oddělení Fakultní Thomayerovy nemocnice k plánované operaci s diagnózou recidivy metastáz tumoru pravého varlete do regionálních mízních uzlin pravého retroperitoneálního prostoru. Pacient byl indikován k operačnímu výkonu salvage retroperitoneální lymfadenektomie vpravo.

Jméno a příjmení: J. G.

Věk: 38

Oslovení: pane G

Stav: ženatý

Národnost: česká

Povolání: řidič

Vzdělání: maturitní

Pojišťovna: 111

Vyznání: bez vyznání

Adresa: Praha

Kontaktní osoba: manželka P. G.

Datum přijetí: 19. 10. 2010

Délka hospitalizace: 10 dní

10.1 Anamnéza

NO: pacient v dispenzární péči Onkologického oddělení FTNsP pro tumor pravého varlete (viz UA). Na základě onko-urologického konzilia byl pacient indikován k salvage retroperitoneální lymfadenektomii vpravo pro perzistující cystoidně tumorózní masu v retroperitoneu před velkými cévami.

UA: 5.4.2005 radikální orchiektomie vpravo, urologické oddělení FTNsP, histologicky embryonální karcinom s nepatrnou příměsí ojedinělých trofoblastických elementů, v jednom řezu s naznačenou perineurální propagací. Dle CT břicha popsané metastázy v regionálních mízních uzlinách retroperitonea vpravo, staging onemocnění pT3, N2 M0 S1 (AFP 446)

OA: do dubna roku 2005 pacient zdrav. V dubnu 2005 operační odstranění pravého varlete pro tumor (viz UA). V rozmezí od května do června roku 2005 pacient absolvoval adjuvantní chemoterapii první řady (4 cykly BEP). Další onkologická dispenzární péče dle schématu onkologického oddělení FTNsP. Pro relaps metastáz v regionálních mízních uzlinách diagnostikovaných na základě PET CT z června 2010 absolvoval pacient od července do září 2010 tři cykly chemoterapie druhé řady (VeIP). První cyklus chemoterapie druhé řady byl komplikován pneumonií, třetí cyklus renální insuficiencí.

RA: matka žije, otec zemřel ve 48 letech snad na ileus, 2 sourozenci zdraví

ženatý, bezdětný

SA: řidič

AA: neudává

Abusus: návykové látky: nekuřák. alkohol konzumuje příležitostně

FA: bez chronické medikace

10.2 Stav při příjmu

Celkový stav: při vědomí, komunikuje, orientován, spolupracuje, klidové eupnoe, kůže bez ikteru a cyanózy, bledšího koloritu, afebrilní. Hydratace v normě.

Hlava: bez známek poranění, pokleповě nebolestivá, bulby ve středním postavení, bez nystagmu, volně pohyblivé, zornice okrouhlé, izokorické, reagující. Výstupy trigeminu

nebolestivé, inervace n. VII. souměrná. Jazyk plazí ve střední čáře, nepovleklý, rty suché, hrdlo klidné. Uši a nos bez sekrece.

Krk: nejsou známky meningeálního dráždění, náplň krčních žil nezvýšená, uzliny a štítná žláza nejsou zvětšeny. Karotidy bez šelestu. Šíje volně pohyblivá.

Hrudník: poklep plný, jasný, dýchání čisté, sklípkové, bez vedlejších fenoménů. Akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené. Srdce poklepově nezvětšeno.

Břicho: měkké, volně prohmatatelné, bez patologické rezistence a peritoneálního dráždění, nebolestivé, peristaltika auskultačně +. Játra a slezina nejsou zvětšeny, tapott. bilat. negativní, jizva po orchiektomii v pravém třísle klidná, zhojená per primam intentionem.

HK: bez otoků a zánětlivých změn

DK: bez otoků a známek trombózy, tep na periférii zachován

Per rektum: bez patologického nálezu

TK: 145/80 mmHg vleže

TF: 70/min.

TT: afebrilní

Hmotnost: 81 kg

Výška: 173 cm

EKG: sinusový rytmus 73 tepů za minutu, PQ 0,12, QRS 0,08, QT 0,4s, aplanace T III, dále bez ložiskových změn

RTG S+P: Ve srovnání s nálezem ze dne 13.8. 2010 v plicním parenchymu čerstvé ložiskové změny nejsou patrné. Kresba plicní i hilová je přiměřená. Brániční kopule jsou hladké. Stín srdce nezvětšen. Oploštělá hrudní kyfosa, výška obratlů je přiměřená.

PET/CT: 5.10.2010: ložisko hypermetabolismu glukózy nacházíme v pravé plicní bazi v dorsálním kostofrenickém úhlu, je pruhovitého tvaru z navazujícími jizevnatými změnami, nález je velmi suspektní ze zánětlivé etiologie, doporučujeme však sledovat, v tomto nálezu by se mohla skrývat i neoplazie. V jiných lokalizacích hypermetabolismus glukózy charakteru neoplazie nenacházíme. Cystoidní útvar v retroperitoneu mírně regredoval.

10.3 Příjmové diagnózy

- Metastázy v lymfatických uzlinách pravého retroperitonea
- Stav po radikální orchiektomii vpravo pro tumor pravého varlete
- Stav po chemoterapii I. a II. řady
- Lehká normocytární anémie
- Mírná chronická renální insuficience
- Stav po překonané pneumonii

10.4 Medikace

- Mycomax 200 mg i.v. (antibiotikum) 2x za 24 hodin od 21.10. do 24.10.,
- Klion 500 mg i.v. (antibiotikum) 3x za 24 hodin od 21.10. do 22.10.,
- Claforan 1 g i.v. (antibiotikum) 3x za 24 hodin od 21.10 do 26.10.,
- Ofloxin 200 mg p.o. (antibiotikum) 1-0-1 od 26.10. do 29.10.,
- Fragmin 2500 jednotek s.c. (antikoagulans) od 20.10. do 28.10.,
- Quamatel 20 mg i.v. (antiulcerózum) od 24.10. do 28.10.,
- Degan 1 ampule i.v. (antiemetikum) od 24.10. do 28.10.,
- Algifen 1 ampule i.v. (spazmolytikum, analgetikum) dle potřeby,
- Morphin 1 % 10 mg i.m. (analgetikum- anodynum) dle potřeby,
- Diazepam 5 mg p.o. (anxiolytikum) na noc,
- Fortrans 128 g v 2 litrech vody před operačním výkonem 20.10.

10.5 Základní screeningové fyzikální vyšetření sestrou

Vědomí: jasné, Glasgow Coma Scale 15

Orientace: orientován osobou, prostředím i časem

Celkový vzhled: upravený

Výška: 173 cm, váha: 81 kg, BMI: 27, 1

Dýchání: eupnoe - pravidelné s frekvencí 18 dechů za minutu, bez stridoru

Puls: pravidelný, dobře hmatný, 70 tepů za minutu

Krevní tlak: 145/80 mm Hg

Tělesná teplota: 36,5 °C

Dutina nosní: bez sekrece

Dutina ústní: rty suché, jazyk nepovlékly, chrup zdravý, bez zápachu u úst

Řeč: plynulá

Sluch: dobrý

Zrak: dobrý

Kůže: suchá, bez známek poranění, zhojená jizva po operaci varlete vpravo

Poloha: aktivní

Postoj: vzpřímený

Rozsah pohybu kloubů: neomezen

Chybějící části těla: ne

11 Ošetřovatelská anamnéza dle Gordonové

Podpora zdraví

Pacient byl podle svých slov do roku 2005 zdrav. Prodělal operaci Ca varlat s následnou chemoterapií a od té doby je sledován. Teď se onemocnění vrátilo. Absolvoval další vyšetření CT a další chemoterapii. Nyní je po další operaci. Pacient byl ve fázi popírání závažnosti onemocnění a možných následků. Neuměl si zdůvodnit příčinu své nemoci. Zpočátku svým potížím nevěnoval pozornost a až na naléhání své manželky se po jejich odhalení dostavil k lékaři. Teď si přeje, aby prodělaný zákrok byl už poslední a on mohl vést uspokojivý rodinný život. Sděluje roztrpčení ze svého zevnějšku a funkce těla: „množství hadiček a nemožnost močit jako chlap“.

Výživa

Pacient se v práci stravoval sám. Byly to převážně masové pokrmy, něco rychlého a sytého. Pil do 1500 ml tekutin denně. Poslední 3 měsíce před hospitalizací se cítil unavený a hubnul i přes nezměněnou chuť k jídlu. Pacientova kůže byla a zůstala normálního habitu s přiměřeným množstvím tuku. Teď je pacientova váha 81 kg. Jeho ztráta hmotnosti od příjetí je 2 kg. Bezprostředně po výkonu má pacient dietu nic per os, později čaj a dietu šetřící.

Vylučování a výměna

Vyprazdňování stolice normální konzistence udával bez potíží s frekvencí obden. Před operací pacient vypil 2 litry Fortransu, proto teď po operaci nemá potřebu mít stolici. S vyprazdňováním moče pacient problém nemá. Nyní má pacient zavedený permanentní močový katétr.

Aktivita a odpočinek

Pacient se po operaci cítí slabý a unavený. Zatím má klid na lůžku. K pacientovi dochází 2 x denně rehabilitační pracovník, který ho učí dechové rehabilitaci a připravuje pacienta na rehabilitační cvičení následujících dní. Během volné chvíle pacient nedělá nic, udává, že je to moc dlouhé. Ruší ho zvuk přístrojů a kabely od přístrojů. Když se

mu chce, čte knihu a rád poslouchá rádio. Udává potíže se spánkem, ale to je prý v nemocnici běžné. Večer je pacientovi podáván Diazepam 5 mg p.o.

Vnímání a poznávání

Pacient se zrakem a sluchem nemá potíže. Mentální stav a úroveň vědomí je přiměřená věku. Pacient je velice pozorný a všímavý. Klade hodně dotazů ohledně pooperační péče a dalších postupů i přes náležitá poučení a zodpovězení na jeho dotazy jak v i medicínské i ošetrovatelské oblasti. Podle jeho slov se cítí být málo informován. Na škále bolesti od 1 po 10 zakreslil číslo 6. Je značně ostražitý a soustředěný na sebe.

Vnímání sebe samého

Pacient sám sebe označuje za flegmatika, v poslední době spíše za pesimistu. Pacient občas pociťuje stavy úzkosti, chtěl by s manželkou mít děti, ale myslí si, že to bude velmi obtížné, čímž zklame manželku jako muž. Aktuálně sám sebe vnímá jako nemocného člověka, který není schopen vykonávat jeho běžnou denní činnost.

Vztahy

Pacient bydlí s manželkou a je hlavním živitelem rodiny. Má hodně přátel a známých. Cítí se být součástí svého okolí a ví, že neupadne do izolace v místě svého bydliště.

Sexualita

Pacient vede uspokojivý sexuální život se svou manželkou. Už před operací byl upozorněn na možné sexuální dysfunkce. Pacient z této nové možnosti prožívá velké obavy a neví, co bude dělat, když se to potvrdí.

Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu

Pacient si své problémy chtěl řešit více méně sám. Vždy spoléhá na svůj úsudek. Svou manželku udává jako osobu, která mu nejvíce pomůže při řešení životných problémů.

Životní principy

Životním cílem pacienta je pochopit smysl své existence. Touží vést hodnotný partnerský život. V současné době se pacientovou prioritou stalo jeho zdraví a zdraví jeho rodiny.

Bezpečnost - ochrana

Pacient leží na jednotce intenzivní péče v bezprostřední blízkosti prosklené místnosti pro sestry. Při přijetí byl edukován o signalizačním zařízení, které má při ruce. Dále byl pacient poučen a naučen jak zacházet s polohovacím lůžkem pro zlepšení jeho komfortu.

Komfort

Pacient udává bolest v oblasti operační rány. Na škále bolesti určil číslo 6. Dle ordinace lékaře jsou podávána analgetika a pacient byl poučen o možném vyhledávání úlevové polohy. Pacient se cítí celkově špatně, proto ho sestra poučila o nutnosti dodržovat klid na lůžku.

Růst a vývoj

V této oblasti jsme nezaznamenali odchylky. Pacient je přiměřeného růstu ke svému věku.

12 Aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelské diagnózy jsem formulovala podle kapesního průvodce pro zdravotní sestry.

- bolest akutní z důvodu operačního zákroku projevující se pocitem bušení srdce, zvýšenou verbalizací a vyhledáváním úlevové polohy,
- výživa porušená, nedostatečná z důvodu pooperační reakce na anestézii projevující se nauzeou, zvracením a celkovou slabostí,
- pohyblivost porušená z důvodu operace, bolesti a připojením na monitorovací zařízení projevující se omezeným rozsahem pohybu a omezenou sebepěčí v základních sebeobslužných činnostech,
- porušená kožní integrita z důvodu operační rány a zavedené PŽK (periferní žilní kanyla) v oblasti pravého předloktí s rizikem komplikací projevující se krvácením a infekcí,
- péče o sebe samého částečně nedostatečná z důvodu snížené pohyblivosti po operaci projevující se částečnou nutností pomoci v hygieně na lůžku,
- spánek porušený z důvodu odloučení od blízké osoby, přemítáním nad budoucností a rušivých faktorů nemocničního prostředí,
- neznalost, nedostatečná informovanost pacienta o jeho onemocnění, projevující se verbalizací,
- úzkost mírná z důvodu změny zdravotního stavu projevující se vyjadřováním obav o svojí budoucnosti,
- strach o narušení sexuálního manželského života v souvislosti s provedených zákrokem, prodělanou chemoterapií, projevující se nespokojeností se sebe samým, napětím a zranitelností.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy

- infekce riziko vzniku z důvodu zavedení (PMC) permanentní močové cévky a Redonova drénu,
- zácpa, riziko vzniku z důvodu upoutání na lůžko a změny prostředí.

Bolest akutní z důvodu operačního zákroku projevující se pocitem bušení srdce, zvýšenou verbalizací a vyhledáváním úlevové polohy.

Cíl: krátkodobý - zmírnění bolesti projevené stabilizací oběhu, svalovým uvolněním, sníženou ostražitostí a dodržování farmakologického režimu do 2 dnů

Priorita: střední.

Výsledná kritéria:

- pacientovi aplikujeme lék proti bolesti do 5 minut,
- pacient pociťuje zmírnění bušení srdce do 30 minut,
- pacient pociťuje zmírnění bolesti do 30 minut,
- pacient umí zaujmout úlevovou polohu do 15 minut,
- pacient nemá bolest do 2 dnů.

Plán intervencí:

- posud' příčiny bolesti/primární sestra - ihned ,
- proved' důkladné posouzení bolesti/sestra ve službě - ihned,
- sleduj neverbální projevy pacienta/sestra ve službě do 2 hodin,
- informuj lékaře o riziku popírání bolesti/sestra ve službě do 2 hodin,
- kontroluj fyziologické funkce nemocného/sestra ve službě každou jednu hodinu,
- analgetika podávej dle ordinace lékaře/sestra ve službě dle rozpisu lékaře,
- sleduj účinek léku ale i nežádoucích účinků/sestra ve službě do jedné hodiny,
- hodnot' intenzitu bolesti na škále vyjádření pocitů bolesti/sestra ve službě do 2 hodin,
- pobízej pacienta k vyjádření pocitů souvisejících s bolestí/sestra ve službě do 2 hodin,
- seznam nemocného se zákroky, kterým se má podrobit, a včas ho upozorňuj na bolestivé okamžiky/sestra ve službě před každým zákrokem,

- pozitivně posiluj pacienta v průběhu bolestivých procedur/sestra ve službě při každém zákroku,
- všiměj si jeho postoje k bolesti/primární sestra do 2 hodin.

Realizace: 21.10. - 24.10.2010

- v 15 hodin jsem pacientovi při prvním kontaktu ukázala úlevovou polohu,
- v pravidelných časových intervalech dle ordinace lékaře jsem podávala lék proti bolesti,
- analgetika jsem podávala zvláště před rehabilitací a hygienou, aby nebránila v pohybu,
- pravidelně jsem pacientovi hodnotila bolest a zaznamenávala ji do dokumentace,
- při podání analgetik jsem sledovala celkový stav pacienta,
- každých 15 minut jsem měřila fyziologické funkce, po stabilizaci oběhu jsem fyziologické funkce měřila každou 1 hodinu,
- pacienta jsem náležitě edukovala o režimu na oddělení JIP,
- pacientovi jsem umožnila konzultaci s odborným lékařem,
- pacientovi jsem umožnila dostatek informací o možnostech zmírnění bolesti pomocí alternativních metod.

Zhodnocení: Pacient je vizuálně méně ostražitý a cítí uvolnění ve svalech. Večerní hodnoty fyziologických funkcí klesly do normálních hodnot. Pacientovi jsem poskytla dostatek polohovacích pomůcek pro zlepšení jeho celkového komfortu.

Pacient přes vizuální škálu bolesti poukázal na ústup bolesti, proto jsem v ošetrovatelském procesu pokračovala i následující pooperační dny, kdy pacient poukázal na vizuální škále téměř úplný ústup bolesti. Náš cíl, který jsme si dávali, se nám podařilo splnit.

Výživa porušená, nedostatečná z důvodu pooperační reakce na anestézii projevující se nauzeou, zvracením a celkovou slabostí.

Cíl: krátkodobý - pacient bude bez projevů nevolnosti. Pacient bude moci přijímat tekutiny perorálně. Pacient bude moci přijímat stravu perorálně.

Priorita: střední.

Výsledná kritéria:

- pacientovi aplikujeme lék proti nauze a zvracení do 5 minut,
- pacientovi budeme podávat tekutiny po lžičkách do jednoho dne,
- pacientovi budeme podávat nezatěžující stravu po dobu 2 pooperačních dní.

Plán intervencí:

- pravidelně kontroluj pacientův zdravotní stav/ sestra ve službě do jedné hodiny,
- dle ordinace lékaře podávej antiemetika/primární sestra dle rozpisu lékaře,
- zajisti pacientovi vhodnou polohu/sestra ve službě do 15 minut,
- zajisti pacientovi k lůžku pomůcky pro případné zvracení/sestra ve službě do 15 minut.

Realizace: 21.10. - 22.10 2010

- v 14:00 hod. po příchodu pacienta z operačního sálu jsem podávala dle ordinace lékaře koloidní roztoky, pro dostatečnou hydrataci,
- v 14:30 hod. jsem pacientovi pomohla najít úlevovou polohu,
- v 14:40 hod. jsem pacientovi podala antiemetika (Thorecan 1 ampule i.v.),
- v 15:00 hod. jsem zhodnotila účinek antiemetik,
- ve 20:00 hod. jsem pacientovi podala čaj po lžičkách,
- ve 22:00 hod. pacient přímá tekutiny už sám perorálně bez pocitu nevolnosti,
- v 8:00 hod. pacient přímá nezatěžující stravu bez pocitu nevolnosti.

Zhodnocení:

Pacient začal pociťovat úlevu od nevolnosti první pooperační den ve večerních hodinách. Od té doby mu nečinilo problémy tekutiny přijímat perorálně. Stravu začínal přijímat druhý pooperační den ráno, kdy byl schopen pozřít jogurt. V dalších dnech přijímal tekutiny i pevnou stravu bez problémů. Cíl se nám podařil naplnit zcela.

Pohyblivost porušená z důvodu operace, bolesti a připojením na monitorovací zařízení projevující se omezeným rozsahem pohybu a omezenou sebedečností v základních sebeobslužných činnostech.

Cíl:krátkodobý - pacient udržuje správnou polohu těla v poloze vleže a je schopen zvládat aktivity denního života sám. Pacient má obnovenou hybnost.

Priorita: střední.

Výsledná kritéria:

- pacient zachovává aktivní polohu na lůžku, mění polohu na lůžku,
- pacient má zajištěný rehabilitační plán do jednoho dne,
- pacient je schopen sám (popřípadě za asistence sestry) vykonávat aktivity denního života.

Plán intervencí:

- zajisti kompenzační pomůcky/primární sestra do 2 hodin,
- zajisti rehabilitační pracovníci/primární sestra do 2 hodin,
- pravidelně cvič s pacientem/rehabilitační sestra každý den,
- dbej na bezpečnost včetně úpravy prostředí a prevenci pádu/sestra ve službě každý den,
- vysvětlí správnou techniku otáčení se na lůžku/sestra ve službě do jedné hodiny,
- pouč pacienta o možnosti cvičení i samostatně, bez přítomnosti rehabilitační sestry/sestra ve službě do 2 hodin,
- edukuj pacienta o dlouhodobém rehabilitačním programu/rehabilitační sestra při první návštěvě,
- zajisti pomůcky doplňující lůžko a pomůcek ke zlepšení sebedečnosti a aktivizace/sestra ve službě do jedné hodiny.

Realizace: 21.10. - 24.10. 2010

- 18:00 hod. rozhovor s pacientem o používání kompenzačních pomůcek,

- 18:15 hod. doplňuji lůžko polohovacími pomůckami,
- 9:00 hod. přichází na JIP k pacientovi rehabilitační sestra,
- 13:00-14:00 hod. rozhovor rehabilitační sestry s pacientem o rehabilitačním plánu, správné technice používání pomůcek a dlouhodobém cílu ve kterém bude pacient znovu plně soběstačný,
- 16:00 hod. rozhovor s rodinou o možnostech jejich pomoci pacientovi,
- 17:00 hod. přichází rehabilitační sestra a opakují cvičení z dopoledních hodin,
- 19:00 hod. pacient si sám, podle poučení rehabilitační sestry cvičí na lůžku.
- 22:00 hod. pacient si nachází úlevovou polohu a chystá se ke spánku.

Zhodnocení:

Pacientovi jsme pravidelně monitorovali bolest s následnou aplikací analgetik dle ordinace lékaře. Analgetika jsme aplikovali pak zvláště před rehabilitačním cvičením, které probíhalo dvakrát denně. Pacient měl dostatek pomůcek pro lepší sebedeči. Aktivně se snažil zajistit si samostatně co nejvíce základních potřeb. Pomocí Barthelova testu základních dovedností (viz příloha B) provedeným první a třetí pooperační den jsme zjistili výrazné zlepšení v sebeobslužných činnostech. Třetí pooperační den byl pacient schopen chůze kolem lůžka bez pomoci zdravotnického personálu. Celý plán jsme opakovali každý den, kdy byl pacient hospitalizován na JIP. Cíle, které jsme si stanovili, se nám podařilo splnit.

Porušená kožní integrita z důvodu operační rány a zavedené PŽK (periferní žilní kanyla) v oblasti pravého předloktí s rizikem komplikací projevující se krvácením a infekcí.

Cíl: krátkodobý - pacient bude mít ránu klidnou, bez komplikací. V místě zavedení PŽK nebude mít pacient projevy komplikací (pálení, bolest, začervenání).

Priorita: střední.

Výsledná kritéria:

- pacient má provedený sterilní převaz operační rány každý den,
- pacient má provedený sterilní převaz PŽK každý den.

Plán intervencí:

- pravidelně kontroluj sterilní krytí na operační ráně/sestra ve službě každých 6 hodin,
- dodržuj aseptický přístup při převazu operační rány/sestra ve službě při převazu,
- asepticky ošetřuj místo vstupu kanyly/sestra ve službě při převazu,
- kontroluj průchodnost kanyly/sestra ve službě každý den,
- kontroluj dobu, kterou má pacient kanylu zavedenou/sestra ve službě každý den,
- pravidelně měř fyziologické funkce, zejména pak tělesnou teplotu/sestra ve službě každou 1 hodinu, tělesnou teplotu každých 6 hodin.

Realizace: 22.10. - 24.10.2010

- 6:00 hod. měřím pacientovi fyziologické funkce a tělesnou teplotu,
- 7:00 hod. měřím pacientovi fyziologické funkce pomocí monitorovacího zařízení na JIP a to každou hodinu automaticky,
- 8:00 hod. rozhovor pacienta se sestrou o nutnosti provádění sterilního převazu zavedené periferní kanyly a operační rány každý den, nebo dle potřeby,
- 9:00 hod. kontrola operační rány ošetřujícím lékařem,

- 9:30 hod. provádím pacientovi sterilní převaz operační rány,
- 10:00 hod. provádím pacientovi sterilní převaz zavedené periferní venózní kanyly,
- 12:00 hod. měřím pacientovi tělesnou teplotu,
- 13:00 hod. kontroluji stav operační rány,
- 14:00 hod. provádím kontrolu průchodnosti zavedené periferní venózní kanyly,
- 18:00 hod. pacientovi měřím tělesnou teplotu,
- 19:00 hod. kontroluji stav operační rány a převazu.

Zhodnocení :

V pooperačním období jsme kontrolovali stav sterilního krytí operační rány, zejména krvácení. Operační ránu jsme převazovali asepticky každý den, dle standardu oddělení. Periferní žilní kanyla byla zavedena den před operací ještě na standardním oddělení do pravého předloktí, bez komplikací. Každý den jsme ji asepticky převazovali a kontrolovali její průchodnost. Pacienta jsme poučili o možných komplikacích spojených se zavedením periferní žilní kanyly. Periferní žilní kanyla byla odstraněna 24.10. Nová periferní kanyla byla zavedena týž den (podávání intravenózních antibiotik), bez komplikací do levé kubitální žíly. Pacientovi jsme v nultý operační den měřili fyziologické hodnoty každých 15 minut až do stabilizace oběhu. Následující dny už jen každou hodinu a tělesnou teplotu každých 6 hodin. Pacient byl afebrilní a měl fyziologické hodnoty krevního tlaku a pulzu. Po předání pacienta na standardní oddělení bylo v našem cíli dále pokračováno.

Péče o sebe samého částečně nedostatečná z důvodu snížené pohyblivosti po operaci projevující se částečnou nutností pomoci v hygieně na lůžku.

Cíl: krátkodobý - pacient bude provádět hygienu samostatně do překlady na standardní oddělení.

Priorita: střední.

Výsledná kritéria:

- pacient provádí optimálně hygienu s pomocí sestry dle očekávání do jednoho dne,
- pacient má pocit pohodlí a spokojenosti z čistoty každý den,
- pacient dokáže popsat problémy, které má v souvislosti s hygienou do jedné hodiny,
- pacient je po odchodu z JIP schopný se sám sebe obsloužit.

Plán intervencí:

- zjistí stupeň soběstačnosti při provádění jednotlivých úkonů/primární sestra do 5 hodin,
- určí silné a slabé stránky pacienta/primární sestra do 5 hodin,
- zajistí potřebné pomůcky/sestra ve službě do jedné hodiny,
- zajistí soukromí pacienta/sestra ve službě ihned,
- povzbuzuj pacienta k soběstačnosti/sestra ve službě ihned,
- dohlížeť a pomáhej pacientovi při hygieně/sestra ve službě při hygieně,
- podávej jednoduché a stručné instrukce/sestra ve službě vždy,
- zapoj do procesu sebe péče rodinu pacienta/sestra ve službě při návštěvě.

Realizace: 21.10.- 24.10.2010.

- 16:45 - 17:00 hod. poučení pacienta o režimu hygieny na oddělení JIP,
- 17: 00 - 18:00 hod. příprava pomůcek při večerní hygieně a dopomoc,

- 6:00 - 7:00 hod. příprava pomůcek při ranní hygieně a dopomoc.

Zhodnocení:

Realizace celkové hygieny na lůžku byla prováděna dvakrát denně, podle zvyklosti oddělení. Každé ráno a večer sestra ve službě pomáhala pacientovi při hygieně na lůžku. Nultý operační den byl pacient v této oblasti pasivní. Další pooperační dny pacient potřeboval pouze asistenci sestry. Hygienu na lůžku zvládl sám. Během 4 dní byl pacient plně samostatný jako před nástupem na operaci. Cíl splněn.

Spánek porušený z důvodu odloučení od blízké osoby, přemítáním nad budoucností a rušivých faktorů nemocničního prostředí.

Cíl: krátkodobý - pacient spí 6 hodin kvalitním spánkem. Pacient se bude cítit odpočatě.

Priorita: střední.

Výsledná kritéria:

- pacient pravidelně usíná do 30 minut po zhasnutí světla na oddělení do 3 dní,
- pacient spí nejméně 6 hodin nepřerušovaného kvalitního spánku do jednoho týdne,
- pacient zná relaxační techniky, které navozují spánek do jednoho dne,
- pacient je schopný popsat rušivé faktory, které mu brání spát kvalitním spánkem do jedné hodiny.

Plán intervencí:

- posuď příčinu a přispívající faktory/sestra ve službě do 5 hodin,
- vyslechni pacienta a podpoř k verbalizaci problému/sestra ve službě do jedné hodiny,
- zabezpeč psychickou pohodu a uvolnění/sestra ve službě do 2 dní,
- umožni kontakt s rodinou/primární sestra každý den,
- podávej léky na bolest/sestra ve službě dle ordinace lékaře,
- nabídní sedativa dle ordinace lékaře/sestra ve službě dle rozpisu lékaře,
- vytvoř prostředí pro odpočinek a spánek/sestra ve službě do jednoho dne,
- odstraň ovlivnitelné rušivé faktory/sestra ve službě do jednoho dne,
- udržuj čisté, teplé a pohodlné lůžko/sestra ve službě do jedné hodiny,
- zhodnoť normální způsob pacientova spánku/primární sestra do 2 dnů,
- omez hlasitost výstražného zvuku monitorovacího zařízení/sestra ve službě na noc.

Realizace: 22.10. - 24.10.2010

- 8:00 hod. rozhovor s pacientem, pacient nespal dobře, usnul až v 00:30 hod., ráno byl probuzen v 5:30,
- 9:00 hod. edukace pacienta o relaxačních technikách,
- 15:00 hod. umožněna návštěva rodiny,
- 17: 00 hod. provedena hygiena a úprava lůžka,
- 20:30 hod. vyvětrání celé místnosti,
- 21:00 hod. podání Diazepam 5 mg p.o. a Novalginu 1 ampule i.v. na bolest,
- 22: 30 hod. sledování účinku léků.

Zhodnocení:

Cíl se podařilo splnit částečně, pacient zná relaxační techniky, je v kontaktu s rodinou a začíná si zvykat na nemocniční prostředí. Každý večer dostává Diazepam 5 mg p.o, ale stejně spí mělce. Cíl byl dále plněn i po překladech na standardní urologické oddělení.

Neznalost, nedostatečná informovanost pacienta a rodiny o jeho onemocnění, projevující se verbalizací.

Cíl: krátkodobý - pacient i rodina jsou poučeni o průběhu onemocnění a prognóze do 3 dnů.

Priorita: střední.

Výsledná kritéria :

- pacient má dobrou úroveň znalostí o svém onemocnění do 3 dní,
- poučena je i manželka o manželově onemocnění, jeho vývoji a nutnosti léčby a dostupnosti odborné literatury do jednoho dne,
- pacient má pozitivní přístup k léčbě a ke zdravému životnímu stylu do dvou týdnů.

Intervence:

- zjistí úroveň znalostí pacienta, s ohledem na to, co bude potřebovat/primární sestra do jednoho dne,
- zajisti konzultaci s lékařem, vysvětlí lékaři jaké znalosti pacient má a ve kterých informacích má pacient deficit/primární sestra do 5 hodin,
- zjistí, zda bude potřeba poučit osoby pacientovi blízké/sestra ve službě do jednoho dne,
- zajisti pacientově rodině dostatečné množství informačních letáků o onemocnění/sestra ve službě do jednoho dne,
- posuď, jak pacient přistupuje k informacím, zda radši sluchově či vizuálně a zohledni tento fakt v další intervenci/primární sestra do jednoho dne,
- zvol takové prostředí, aby napomáhalo edukaci/primární sestra před edukací,
- při edukaci začni tím, co pacient zná a pak přejdi k tomu, co je pro něj nové/primární sestra při edukaci,
- povzbuzuj pacienta pozitivním způsobem, nepoužívej kritiku a hrozby/sestra ve službě každý den.

Realizace: 22.10.- 23.10.2010

- 8:00 hod. rozhovor sestry a lékaře o vhodnosti poučení pacienta,
- 8:15 hod. rozhovor pacienta s lékařem u ranní vizity,
- 14:00 hod. rozhovor sestry s rodinou, předávání informačních letáků,
- 17:00 hod. lékař při odpolední vizitě dává prostor pacientovi na otázky a upřesňuje nesrozumitelné věty,
- 18:00 hod. primární sestra zjišťuje pokrok v pacientově informovanosti,
- 8:00 hod. pacient s ošetřujícím lékařem nahlíží do dokumentace a lékař odpovídá na otázky pacienta,
- 10:00 hod. pacientovi je umožněna návštěva manželky,
- 10:15 hod. pacient předává informace manželce, které mu byly poskytnuty sestrou a lékařem.

Zhodnocení:

Realizace probíhala první a druhý pooperační den. Další dny už se pacient i rodina cítili být plně informováni a nové informace předával lékař i sestra každý den při ranní vizitě a v době návštěv manželky. Pacient byl poučen o termínu výsledku histologického vyšetření. Pacientovi bylo umožněno, na jeho přání, nahlédnout spolu s ošetřujícím lékařem do dokumentace. Pacient je klidnější, cítí se být více informován. Cíl splněn, pacient i rodina jsou plně informovaní do tří dnů o průběhu léčby a prognóze.

Úzkost mírná z důvodu změny zdravotního stavu projevující se vyjadřováním obav o svoji budoucnosti.

Cíl: krátkodobý - pacient efektivně využívá všech druhů podpory a pomoci.

Priorita: střední.

Výsledná kritéria:

- pacient prožívá pocity spojené se zmírněním úzkosti do 14 dnů,
- pacient si promluvil s lékařem a klinickým psychologem do jednoho dne,
- pacientovi jsou umožněny častější návštěvy manželky a rodiny ihned.

Plán intervencí:

- urči intenzitu úzkosti/sestra ve službě do jednoho dne,
- dej najevo empatické pochopení/sestra ve službě ihned,
- umožni pacientovi kontakt s klinickým psychologem/primární sestra do jednoho dne,
- zajisti pacientovi dostatek soukromí/sestra ve službě ihned,
- nauč pacienta chápat, že mírná úzkost je normální součástí života/sestra ve službě do 4 dnů,
- umožni navrácení pocitu jistoty/sestra ve službě do 4 dnů,
- zjistí, jak pacient vnímá ohrožení v dané situaci/sestra ve službě do 2 dnů,
- buď pacientovi k dispozici, naslouchej mu a hovoř s ním o problému/sestra ve službě ihned.

Realizace: 22.10- 24.10.2010

- 8:00 hod. rozhovor pacienta s primární sestrou,
- 8:00 hod. rozhovor pacienta s ošetřujícím lékařem,
- 10:00 hod. umožnění návštěvy manželky po dohodě s ošetřujícím personálem mimo návštěvní hodiny,

- 13:00 hod. rozhovor pacienta s klinickým psychologem,
- 16:00 hod. rozhovor pacienta se sestrou ve službě,
- 17:00 hod. pacientovi je umožněna návštěva rodiny,
- 18:00 hod. pacient se snaží relaxovat a nemyslet na svojí nemoc,
- 21:00 hod. sestra ve službě pacientovi podává lék na spaní,
- 22:30 hod. pacient usíná.

Zhodnocení:

Realizace těchto intervencí probíhala každý den, kdy byl pacient hospitalizován na jednotce intenzivní péče. Pacient se každým dnem jevil klidnější. Pacient je částečně smířen ze svojí diagnózou a je schopen zvládat stresové a nově vzniklé situace, proto se nám cíl podařilo naplnit z velké části. Z těchto důvodů se v intervencích pokračovalo i po přeložení na standardní urologické oddělení čtvrtý pooperační den.

Strach o narušení sexuálního manželského života v souvislosti s provedených zákrokem, prodělanou chemoterapií, projevující se nespokojeností se sebe samým, napětím a zranitelností.

Cíl: krátkodobý - pacient do 15:00 hodin promluví s andrologem se sexuologickou specializací.

Priorita: střední.

Výsledná kritéria:

- pacient si srovná svoje životní priority,
- pacient prožívá pocity spojené se zmírněním strachu o narušení jeho sexuálního vztahu s manželkou,
- pacient má zajištěnou konzultaci s odborným lékařem do jednoho dne.

Plán intervencí:

- vytvoř terapeutický vztah s pacientem, který podpoří sdílení citlivých informací/primární sestra do 2 dnů,
- povzbuzuj pacienta k vyjádření obav, hněvu, smutku/sestra ve službě každý den,
- zjisti, o jaké informace má nemocný zájem a přizpůsob edukaci jeho potřebám/primární sestra každý den,
- odkaž na vhodného profesionálního terapeuta/primární sestra do jednoho dne,
- měj ho k tomu, aby se svým strachem svěřoval manželce/sestra ve službě každý den,
- doporuč profesionální pomoc v oblasti vztahů, poklesu sexuální touhy nebo jiných sexuálních problému/primární sestra ihned.

Realizace: 22.10.- 24.10.2010

- 8:00 hod. rozhovor pacienta se sestrou, vysvětlí pacientovi, jaké má možnosti konzultace s odborným lékařem,
- 10:00 hod. umožněna návštěva manželky,

- 10:30 hod. rozhovor sestry s manželkou,
- 14:00 hod. rozhovor pacienta s lékařem andrologem,
- 15:00 hod. rozhovor odborného lékaře s manželkou a možných postupech léčby.

Zhodnocení:

Pacient do 15:00 hod. hovořil s andrologem se sexuologickou specializací. Má kontakt na daného lékaře, který je srozuměn s jeho situací. Pacient bude i po propuštění v pravidelných intervalech navštěvovat odborného lékaře spolu s manželkou. Pacient se snaží přehodnotit svoje životní priority a zaměřit se na jiné.

Infekce riziko vzniku z důvodu zavedení permanentní močové cévky a Redonova drénu.

Cíl: krátkodobý - pacient zná projevy zánětu a nejeví žádné známky zánětu do jednoho týdne.

Priorita: střední.

Výsledná kritéria:

- pacient má zavedený sterilně permanentní močový katétr,
- s permanentním močovým katétrem je zacházeno dle standardů oddělení,
- Redonův drén je sterilně převázaný každý den.

Plán intervencí:

- prováděj důkladnou hygienu v oblasti genitálu /sestra ve službě 2 x denně,
- pečuj o permanentní močový katétr dle standardů oddělení/sestra ve službě každý den,
- odběr biologického materiálu (moče) prováděj sterilně dle ordinace lékaře/sestra ve službě při odběru,
- převazuj Redonův drén sterilně /sestra ve službě 1x denně nebo podle potřeby,
- kontroluj odvádění Redonova drénu/sestra ve službě 1x za hodinu.

Realizace 21.10.-24.10.2010

- 14:30 hod. rozhovor pacienta se sestrou o nutnosti zavedení permanentního močového katéru a Redonova drénu v pooperačním období,
- 15:00 hod. rozhovor pacienta s operátorem o nutnosti zavedení PMK a Redonova drénu v pooperačním období,
- 16:00 hod. jsem pacienta poučila, jak má zacházet se zavedenými invazivními vstupy,
- 6:00 hod. jsem provedla sterilní odběr moče na mikrobiologické vyšetření,
- 8:00 hod. jsem provedla sterilní převaz operační rány a Redonova drénu,

- v pravidelných intervalech měřím pacientovi tělesnou teplotu.

Zhodnocení:

Pacientovi byl zaveden močový katétr velikosti 14 a Redonův drén dne 21.10. 2010 na operačním sále z důvodu lepšího pooperačního hojení. Pacientovi jsem po probuzení z anestézie vysvětlila nutnost zavedení obou invazí a edukovala ho o správné manipulaci s nimi. V pravidelných intervalech jsem kontrolovala polohu a odvádění katétru i drénu. Každý den nebo dle potřeby jsem operační ránu a Redonův drén sterilně podle zvyklostí oddělení převazovala. Sterilně jsem prováděla odběr biologického materiálu (moč) z PMK. Třetí pooperační den jsem pod vedením lékaře a předchozí edukaci pacienta Redonův drén odstranila pro jeho nízký odvod krve. PMK byl odstraněn až po přeložení na standardní oddělení šestý pooperační den, proto z tohoto důvodu se v intervencích nadále pokračovalo i tam. Pacient byl náležitě edukován a neměl známky infekce.

Shrnutí ošetřovatelského procesu

Pacient byl po operaci salvage retroperitoneální lymfadenektomii na pravé straně pro tumor varlat propuštěn do domácího ošetřování dne 29.10. 2010, kde se o něj postará rodina. Průběh hospitalizace byl komplikován pooperační nevolností a bolestí, kterou pacient dobře zvládl. Pacient se po propuštění vrátil téměř ke svému normálnímu životu. Byl ještě tři měsíce v pracovní neschopnosti.

Pacient má dostatek informací o léčebném režimu a následných kontrolách.

Závěrem bych chtěla konstatovat, že při prvním kontaktu s pacientem se nám pacient jevil spíše jako pesimista, který ve všem vidí něco zlého. Už při přeložení pacienta na standardní oddělení se nám pacient zdál jako vyrovnanější a klidnější. Ráda bych řekla, že systematický ošetřovatelský proces pro našeho pacienta měl velký význam pro zkvalitnění péče v pooperačním období. Svůj pozitivní vliv měl i na komunikaci s rodinou, kdy hlavně pacientova manželka cítila neváznoucí komunikaci se zdravotnickým personálem a byla ráda, že se sama může aktivně zapojit do péče o svého manžela i v nemocničním prostředí.

12 Doporučení pro praxi

Karcinom varlat je závažné onemocnění postihující převážně mladé muže. Znamená dlouhodobé vyřazení z běžného života a bývá příčinou zhoršené kvality života po stránce fyzické (bolest, celková slabost, nevolnost) ale i psychické (deprese, strach ze smrti). Jeho léčba negativně ovlivňuje plodnost a v nejzávažnějších případech může končit i úmrtím nemocného.

Na základě vyhodnocení dílčích poznatků a závěrů, k nimž jsem dospěla v této práci, dospívám k těmto doporučením pro praxi:

- Zlepšení preventivní péče u mužů všech věkových skupin v ordinacích obvodního lékaře,
- Edukace rizikových věkových skupin (muži mezi 20-40 lety) formou informačních letáků, v ordinaci obvodního a urologického lékaře nebo na středních školách,
- Nepodceňování výuky samovyšetření muže při každoročních preventivních prohlídkách u obvodního lékaře,
- Zlepšení komunikace mezi pacientem lékařem a sestrou, už v ambulantním zařízení urologického oddělení,
- Lepší edukaci pacienta ze strany sester urologického oddělení,
- Důležitou roli hraje i správná komunikace s rodinou pacienta v nemocničním zařízení,
- Zkvalitnění uspokojování přání a potřeb pacienta v nemocničním zařízení,
- Dodržování individuálního přístupu k pacientům v nemocničním zařízení.

Doporučuji všeobecným sestřám, zdravotnickým asistentům i sestřám bakalářských oborů z urologických oddělení navštívit urologické kongresy, které se konají několikrát ročně, nebo se zúčastnit odborných seminářů v rámci celoživotního vzdělávání sester.

Veřejnosti bych doporučila v rámci prevence nádorových onemocnění využít screeningových programů. Díky těmto programům by mohlo docházet k rychlejší diagnostice tohoto onemocnění, tím i k účinnější léčbě.

13 Závěr

V bakalářské práci jsme se snažili nastínit ošetrovatelský proces u pacienta, kterého postihla recidiva nádorového onemocnění.

Cílem bakalářské práce bylo naplánovat a zrealizovat ošetrovatelský proces u nemocného s karcinomem varlete na jednotce intenzivní péče urologického oddělení. Pro bakalářskou práci jsme si vybrali koncepční model M. Gordonové, se kterým jsme pracovali v průběhu celého tříletého studia na odborných pracovištích. Většina cílů, které jsem si stanovili, se podařilo zrealizovat. Větší část už v průběhu čtyřdenní hospitalizace na JIP, některé se nadále realizovaly i po přeložení na standardní oddělení. To znamená, že ošetrovatelská péče byla efektivní a pacientovi usnadnila hospitalizaci. Ošetrovatelský plán byl cílený i pro pacientovu rodinu, která se cítila být dobře informovaná a byla pacientovi oporou.

Bakalářská práce pro nás byla velice přínosná, protože nás naučila lepší komunikaci s pacientem a náš pohled na pacienta se stal komplexnějším. Dále si myslíme, že jde o dobrý studijní materiál pro studenty středních a vyšších zdravotnických škol, tak i bakalářských oborů.

14 Seznam literatury

- 1) ABRAHÁMOVÁ, J. aj. 2008. *Nádory varlat*. Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2349-5.
- 2) BOROŇOVÁ, J. 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství*. Plzeň : Maurea, 2010. 196 s. ISBN 978-80-902876-4-8.
- 3) DOENGES, M.; MOORHOUSE, M. F. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha : Grada, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
- 4) DVOŘÁČEK, J.; BABJUK, M. aj. 2005. *Onkourologie*. Praha : Galén, 2005. ISBN 80-7262-349-4.
- 5) FARKAŠOVÁ, D. 2006. *Ošetrovatelství teorie*. Martin : Osvěta, 2006. ISBN. 80-8063-227-8.
- 6) JARABÁK, J. aj. *Role retroperitoneální lymfadenektomie u pacientů s nonseminomovými germinálními tumory varlat a poruchy ejakulace.*, Urologické listy, ISSN 1214-2085, 2008, roč. 6, č. 4, s. 65-69.
- 7) JAROŠOVÁ, D. 2000. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha : ISV nakladatelství, 2000. ISBN 80-85866-55-2.
- 8) PAVLÍKOVÁ, S. 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1211-3.
- 9) KAPOUNOVÁ, G. 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.
- 10) KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIEROVÁ, R. 2003. *Ošetrovatel'stvo 1, 2*. Martin : Osveta, 2003. ISBN 80-217-0528-0.
- 11) KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemocí*. Praha : Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- 12) MAREČKOVÁ, J. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1399-3.

- 13) MASTILIÁKOVÁ, D. 2002. *Úvod do ošetrovatelství : systémový přístup*. Praha : Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0428-0.
- 14) NEKONEČNÝ, M. 1997. *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha : Academia, 1997. ISBN 80-200-0625-7.
- 15) SIMONOVÁ, L.; TSCHUSCHKE, V. 2004. *Psychonkologie*. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-826-0.
- 16) SOBIN, L. H.; WITTEKIND, CH. 2004. *TNM klasifikace zhoubných novotvarů*. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-826-0.
- 17) ŠAFRÁNKOVÁ, A.; NEJEDLÁ, M. 2006. *Interní ošetrovatelství I*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1777-8.
- 18) ŠAFRÁNKOVÁ, A.; NEJEDLÁ, M. 2006. *Interní ošetrovatelství II*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1777-8.
- 19) TRACHTOVÁ, E. aj. 1999. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-285.
- 20) VOKURKA, M.; HUGO, J. a kol. 2005. *Velký lékařský slovník*. Praha : Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-058-5.