UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství

Ošetřovatelská péče o pacientku s tumorem štítné žlázy

Nursing Care of a Patient with Thyroid Gland Tumor

případová studie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha, únor 2009 **Vendula Hulíková**

Autor práce: **Vendula Hulíková**

Bakalářský studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Bakalářský studijní obor: **Zdravotní vědy**

Vedoucí práce: **Bc. Kateřina Rubášová**

Pracoviště vedoucího práce: Poliklinika odborných lékařů
Medico spol. s r.o.

Odborný konzultant: **MUDr. Vítězslav Ducháč**

Pracoviště odborného konzultanta: FN Královské Vinohrady v Praze
Klinika chirurgie

Termín obhajoby: **duben 2009**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Pacientka souhlasila s použitím jejích osobních údajů a informaci z dokumentace pro účely této práce.

V Praze dne 24. února 2009 Vendula Hulíková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce **Bc. Kateřině Rubášové** a odbornému konzultantovi **MUDr. Vítězslavu Ducháčovi** za jejich cenné rady a připomínky a především za jejich velkou podporu a ochotu vycházet maximálně vstříc.

Obsah

1 ÚVOD 7

1.1 CÍL PRÁCE 7
1.2 OBSAH PRÁCE 7

2 KLINICKÁ ČÁST 8

2.1 HISTORIE 8
2.2 ANATOMIE 9
2.2.1 Lokalizace a vývoj 9
2.2.2 Popis 10
2.3 FYZIOLOGIE 11
2.4 ONEMOCNĚNÍ 12
2.4.1 Tyreopatie – funkční poruchy 12
2.4.2 Záněty 14
2.4.3 Nejčastější maligní nádory 15
2.5 DIAGNOSTICKÉ METODY 17
2.5.1 Anamnéza 17
2.5.2 Laboratorní vyšetření 17
2.5.3 Sonografie 17
2.5.4 FNAB (fine needle aspiration biopsy) 17
2.5.5 RTG (scintigrafie) 18
2.5.6 CT 18
2.6 CHIRURGICKÁ LÉČBA 18
2.6.1 indikace k operaci 18
2.6.2 Předoperační příprava 19
2.6.3 Základní operační výkony 20
2.6.4 Pooperační onkologická léčba 21
2.6.5 Nejčastější komplikace operace štítné žlázy 22
2.7 ÚDAJE O PACIENTCE 23
2.7.1 Základní informace 23
2.7.2 Lékařská anamnéza 23
2.7.3 Stav při přijetí 24
2.7.4 Provedená diagnostická vyšetření 24
2.7.5 Postup operace 25
2.7.6 Pooperační péče 27
2.7.7 Průběh re-operace 28
2.7.8 Pooperační průběh po re-operaci 29

3 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST 30

3.1 ÚVOD 30
3.1.1 Ošetřovatelský proces 30
3.1.2 Fáze ošetřovatelského procesu 31
3.1.3 Model ošetřovatelského procesu dle M.Gordonové 33
3.2 OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN 34
3.2.1 Ošetřovatelská anamnéza dle modelu Gordonové 34
3.2.2 Stanovení ošetřovatelských diagnóz 40

3.2.3 Realizace krátkodobého ošetřovatelského plánu 41
3.3 HODNOCENÍ PSYCHICKÝCH POTŘEB 49
3.3.1 Prožívání nemoci 49
3.3.2 Postoj k nemoci 49
3.3.3 Reakce na pobyt v nemocnici 49
3.3.4 Zhodnocení komunikace 50
3.3.5 Zvládání komunikace 50
3.3.6 Zvládání stresu 50
3.3.7 Obranné mechanizmy 50
3.3.8 Motivace léčby 51
4 ZÁVĚR 52
SOUHRN 53
SUMMARY 54
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 55
SEZNAM PŘÍLOH 56

1 Úvod

1.1 Cíl práce

Ve své bakalářské práci s názvem „Ošetřovatelská péče o pacientku s tumorem štítné žlázy“ se zaměřuji převážně na ošetřovatelskou péči poskytovanou přímo na operačním sále, kde sama pracuji.

Mým cílem je mimo jiné poukázat na to, že princip poskytování ošetřovatelské péče dle standardizovaných modelů lze efektivně aplikovat i na práci s pacientem mimo lůžková oddělení.

V této případové studii popisuji celý ošetřovatelský proces včetně hodnocení psychologických potřeb a sociálních aspektů, zaměřuji se ale především na detailní rozpracování aktuálních ošetřovatelských diagnóz a na stanovování a realizaci krátkodobých cílů v rámci jednoho dne hospitalizace.

1.2 Obsah práce

Tuto práci jsem rozdělila na část klinickou a ošetřovatelskou.

V klinické části popisuji anatomii a fyziologii štítné žlázy, dále pak základní druhy jejích onemocnění a dysfunkcí. Jelikož se jedná o pacientku indikovanou k chirurgickému zákroku, zmiňuji také základní diagnostické metody v rámci předoperačního vyšetření, postupy chirurgické léčby a také možné pooperační komplikace. V rámci této části jsou také již uvedeny konkrétní informace o pacientce získané osobním rozhovorem, ze zdravotnické dokumentace a nebo od dalších členů ošetřovatelského týmu.

V ošetřovatelské části se věnuji již ošetřovatelskému procesu jako takovému. Představuji zvolený ošetřovatelský model a jeho aplikaci při tvoření konkrétního ošetřovatelského plánu. Ten pak detailně rozpracovávám podle jednotlivých ošetřovatelských diagnóz. K nim dále stanovuji cíle, intervence k jejich dosažení, jejich vlastní realizaci a následné hodnocení. Na závěr pak hodnotím psychologické potřeby pacientky.

2 Klinická část

2.1 Historie

Výskyt patologických nálezů štítné žlázy provází lidstvo snad po dobu celé jeho existence. Nachází se ve zmínkách čínských, indických a staroegyptských lékařů již několik tisíciletí před naším letopočtem. První zprávy o možnosti chirurgického řešení jsou uvedeny v Erbesově papyru ze 16.stol. před Kristem objeveným v Luxoru.

Jen málokterý orgán v lidském těle je obklopen takovým množstvím kontroverzních názorů na léčení jako je právě štítná žláza, a to z důvodu vlastních změn ve žláze a okolí, v její funkci a vlivu na organizmus a také složitých a delikátních anatomických vztahů žlázy k ostatním krčním strukturám. První úspěšnou thyroidektomii provedl mauský lékař Albucasis v r. 952 v arabském městečku ve Španělsku Zahra.

Do poloviny 19. století bylo provedeno a zdokumentováno několik desítek operací štítné žlázy pro patologické zvětšení způsobující dysfagii a dušnost. Zvětšená štítná žláza se začala nazývat "struma" od latinského struo (kupit na sebe). Tyto operace ale byly provázeny velkým množstvím komplikací s téměř 90% letalitou na vykrvácení a sepsi. Výsledky se výrazně zlepšily po zavedení éteru k narkóze, zavedením zásad asepse a antisepse, vyvinutím dokonalejších operačních nástrojů a operačních technik, které v mnoha bodech splňují požadavky na moderní thyreoidektomii. Tím ke konci 19.stol. klesla letalita na 1-2%.

Za"otce" thyroideální chirurgie je považován Theodor Kocher, švýcarský chirurg původem z Bernu. Při operaci spoléhal především na pečlivost než na rychlost. Velmi dbal na pečlivou homeostázu během celého výkonu a čistou izolaci jednotlivých struktur před jejich přerušením.

- 1874 publikace výsledků po prvních 13 operacích strumy, z nichž pouze ve 2 případech došlo k úmrtí
- 1909 udělení Nobelovy ceny
- 1917 po 5000 provedených operacích letalita klesá až na 0,11%

Další důležité momenty:

- 1646 - zmínka o názvu glandula thyreoidea, zřejmě podle jejího tvaru (štítu) nebo jejímu vztahu ke chrupavce štítné (Wharton)
- 1835 a 1840 - popis klasické thyreotoxické strumy (Graves a Basedow)
- 1836 - přesný popis tyroidálního folikulu a předpokládané cévní zásobení (T.W.King)
- 1883 - klasifikace nádorů štítné žlázy (A. Wölfler)
- 1909 - přesný popis cévního zásobení (Mayor)
- 1929 - objasnění lymfatické sítě štítné žlázy (Wilson)
- 1932 - objevení parafolikulárních buněk a předpoklad produkce zvláštního druhu hormonu (Nonidez)

2.2 Anatomie

2.2.1 Lokalizace a vývoj

Štítná žláza (glandula thyreoidea) se nachází ve viscerálním oddílu krku, zhruba na úrovni obratlů C5 - Th1 a má úzký vztah ke štítné chrupavce a hrtanu.

Vývoj štítné žlázy začíná ve třetím až čtvrtém týdnu embryonálního vývoje, a to ve dvou odlišných vývojových strukturách. Folikulární buňky se vyvíjejí z primitivního faryngu a parafolikulární buňky z neurální lišty. Oba zárodky se v průběhu dalšího vývoje spojují a do místa definitivní lokalizace před tracheou sestupují v sedmém týdnu. Reziduem po sestupu je foramen caecum lingue a někdy i ductus thyreoglosus, který je při neuzavření základem vzniku mediálních krčních cyst. Tato rezidua vývojové tkáně mohou také dát, v zárodečných lokalizacích nebo v průběhu svého sestupu, základ ektopicky lokalizovaným okrskům štítné žlázy.

2.2.2 Popis

2.2.2.1 Struktura

Svým tvarem se štítná žláza podobá motýlu. Normální velikost žlázy u dospělého člověka je 5 x 3 x 1,5 cm (u žen větší) a váží průměrně 20-30g.

Skládá se z pravého a levého laloku, které jsou uprostřed spojené různě širokým můstkem vlastní tkáně - istmem. Z něho může, jako vývojové reziduum, vybíhat směrem nahoru malý kónický lalůček tkáně - lobus pyramidalis. Ten může zasahovat až k jazylce, se kterou je spojen svalovým pruhem - levator glandulae thyreoidae. Oba laloky vzadu naléhají na laryng a tracheu, ke kterým jsou pevně fixované fibrózními vlákny. Ty se sbíhají v tzv. ligamentum thyreoidale, které je významné tím, že přes něj probíhá n. laryngeus recurrens před svým vstupem do laryngu.

Celá žláza je uzavřena ve fibrózním pouzdře - kapsule, nebo také fasciální vrstvě, kterou lze od povrchu žlázy volně oddělit. Teprve pod ní se nachází pojivová tkáň, označovaná jako pravé pouzdro žlázy. To pevně lpí na jejím povrchu, obsahuje cévy a nervy a vystýlá septa mezi jednotlivými lalůčky žlázy - lobuly. V hloubce lobuly od sebe nejsou již odděleny septy a částečně spolu souvisí. Každý z nich obsahuje asi 20 - 40 váčků - folikulů vyplněných sekretem buněk - koloidem. Folikuly ohraničuje jednovrstevný žlázový epitel nasedající na bazální membránu, která odděluje folikulární epitel od již zmíněné pojivové tkáně. Na její vnitřní straně jsou pak umístěné morfologicky i funkčně odlišné parafolikulární buňky.

2.2.2.2 Cévní zásobení

Štítná žláza má velmi bohaté cévní zásobení, normální žlázou proteče 4-6 ml/min/g. Je zajišťováno čtyřmi hlavními párovými tepnami – aa. thyreoidae superiores a aa. thyreoidae inferiores, jejichž průběh může být značně variabilní.

Žilní systém žlázy tvoří uvnitř parenchymu četné volné anastomózy a na jejím povrchu se sbíhá do dvou až tří párů poměrně velkých žilních kmenů – vv. thyreoideae superiores, vv. thyreoideae mediae (vytvořena pouze asi v 50%) a vv. thyreoideae inferiores, jejichž četné anastomózy tvoří plexus thyreoideus impar, uložený před tracheou.

2.2.2.3 Inervace

Inervaci zabezpečují většinou sympatická vlákna z ganglion sympaticum cervicale doprovázející tepny a parasympatická vlákna doprovázející nn. laryngei. Významný je topografický vztah žlázy k zvratným nervům - n. laryngeus reccurent dexter a sinister, které inervují hlasivky a jejich poranění je velmi nepříjemnou komplikací při operaci štítné žlázy.

2.3 Fyziologie

Štítná žláza je žláza s vnitřní sekrecí produkující hormony T4 - tyroxin a T3 - trijodtyronin. T4 je depotní forma, která je ve více jak 80% vázána na transportní bílkovinu, ze které se odděluje a posléze, dle aktuální potřeby, mění v cílových orgánech na T3 .

T3 je tedy vlastní, aktivní, účinná forma hormonu.

Svým působením:

- zvyšuje bazální metabolizmus, k tomu jako zdroj energie stimuluje metabolizmus cukrů a zvyšuje mobilizaci a oxidaci tuků a takto vzniklým zbytkovým teplem ve tkáních ovlivňuje teplotu organizmu
- stimuluje proteosyntézu a růst
- ovlivňuje oběhový systém ve smyslu zvýšení tepové frekvence a velikosti minutového srdečního výdeje
- ovlivňuje nervový systém - již intrauterině má vliv na diferenciaci nervové tkáně a rychlost vedení vzruchu

Sekrece hormonů štítné žlázy (T3 a T4) je řízena jednak nabídkou jódu v organizmu a jednak řídícími hormony z hypotalamu a hypofýzy (TRH – tyreotropní hormon a TSH – tyreoideu stimulující hormon).

Základem regulace sekrece je několikaúrovňová tzv. negativní zpětná vazba, kdy řídící centra reagují na hladinu hormonu v krvi a podle ní regulují sekreci.

Jod je aktivně vychytáván z krve jodidovou pumpou a po biochemické přeměně je začleněn do molekuly tyrozinu. Tím vzniká monojodtyrozin a dijodtyrozin, jejichž kondenzací pak vznikají T3 a T4. Takto hotové hormony jsou skladovány ve vazbě na tyreoglobulin ve folikulu žlázy a dle potřeby uvolňovány do krve, kde jsou ve vazbě na bílkoviny předávány do tkání. Cílovou tkání jsou všechny buňky organizmu, kde se tyto hormony vážou na intracelulární receptory.

2.4 Onemocnění

Nejčastější klinickou manifestací onemocnění štítné žlázy je její prosté zvětšení - struma neboli vole.

2.4.1 Tyreopatie – funkční poruchy

2.4.1.1 Hypertyreóza

Jedná se klinicky multiorgánový syndrom způsobený zvýšeným přísunem hormonů štítné žlázy do tkání na základě její zvýšené produkce.

- *příčina*: soliterní adenom, autoimunitní onemocnění, záněty
- *projevy*: nesnášenlivost tepla, pocení, úbytek hmotnosti, průjmy, nervozita, jemný třes, svalová slabost, tachykardie a často exoftalmus
- *léčba*: supresivní – farmakologické potlačení nadměrné tvorby hormonů, chirurgické odstranění žlázy

2.4.1.2 Hypotyreóza

Jde o syndrom způsobený nedostatkem hormonů štítné žlázy.

kongenitální - u dětí

- *příčina*: nedostatek jodu v potravě nebo nedostatek hormonů štítné žlázy během těhotenství
- *projevy*: nezvratné poruchy růstu a intelektu (kretenizmus)

získaná - u dospělých

- *příčina*: většinou jako poslední fáze autoimunitních zánětů nebo iatrogeně po terapeutických zákrocích
- *projevy*: slabost, spavost, nesnášenlivost chladu, snížení metabolizmu, otylost, zácpa, bradykardie, zpomalené reflexy i myšlení, suchá kůže a myxedém

- *léčba*: substituční - aplikace syntetických přípravků tyroxinu, popř. chirurgické odstranění žlázy

2.4.1.3 Tyreopatie s eutyreózou

Je difúzní nebo uzlovité zvětšení štítné žlázy při její normální funkci

- *léčba*: farmakologická léčba vychází z patogeneze vzniku strumy (např. podání tyreoidových hormonů na potlačení tvorby TSH), chirurgické odstranění žlázy

V současné době se má za to, že se nejedná o doposud deklarovaná samostatná onemocnění, ale spíše o mezistupně, respektive vývojová stádia, jednoho onemocnění.

2.4.2 Záněty

2.4.2.1 Akutní thyreoiditida (thyreoiditis acuta)

- difusní nebo fokální
- původci jsou staphylokoky a streptokoky
- *projevy*: lokálně - bolesti, zarudnutí, otok, celkově - teploty, zvýšení zánětlivých markerů
- *léčba*: Atb, antiflogistika, při tvorbě abscesů – incize

2.4.2.2 Subakutní thyreoiditida - De Quervainova (thyreoiditis subacuta de Quervain)

- vzniká obvykle v návaznosti na virózu, častěji u žen a trvá několik týdnů či měsíců
- *projevy*: mírné zvětšení a bolestivost žlázy, tachykardie, není teplota ani leukocytóza
- *léčba*: symptomatická, v těžších případech kortikoidy

2.4.2.3 Chronická thyreoiditida - Hashimotova (thyreoiditis chronica)

- autoimunitní postižení s difúzním zánětem
- *projevy*: nejprve hyperfunkce, později hypofunkce žlázy, může vznikat struma, ale častěji dochází k redukci parenchymu
- *léčba*: symptomatická, substituce hormonů, je-li sdružena s orbitopatií, pak operace

2.4.2.4 Chronická fibrotizující thyreoiditida - Riedelova (thyreoiditis chronica fibrosa)

- vzácný typ zánětu nejasné etiologie s výraznou fibrotizací žlázy a následnou kompresí trachey a n. recurrens
- *léčba*: substituční terapie, v případě útlaku okolních struktur - uvolňující operace

2.4.3 Nejčastější maligní nádory

Nádory dělíme na diferencované (papilární, folikulární a medulární karcinom) a nediferencované (anaplastický karcinom).

2.4.3.1 Papilární karcinom (ca papillare)

Jde o nejčastější typ nádoru štítné žlázy, ale zároveň s nejmenší malignitou. Vyskytuje se nejčastěji mezi 40-60 lety věku, ale i u dětí a dospívajících.

Vychází z folikulového epitelu, má papilární strukturu, roste pomalu a metastazuje do regionálních lymfatických uzlin na krku (nikoli krevní cestou).

Bývá tuhé konzistence a je většinou neopouzdřený.

2.4.3.2 Folikulární karcinom (ca folliculare)

Vyskytuje se nejčastěji mezi 50 - 60 lety, u dětí a dospívajících jen zřídka.

Vzniká na základě folikulárního adenomu, rozdíl lze stanovit až při histologickém vyšetření. Je malignější, protože prorůstá do cév a metastazuje krevní cestou hlavně do kostí, plic, jater a mozku. Prognóza závisí na stupni invaze do cév.

Nádor tvoří kulatá, solitární, opouzdřená ložiska velikosti většinou víc než 3 cm.

2.4.3.3 Medulární karcinom (ca medullare)

Vyskytuje se v každém věku.

Vychází z parafolikulárních buněk, které produkují hormon kalcitonin, který způsobuje inhibici kostní resorbce a další jemu podobný peptid, který např. způsobuje vazodilataci, ovlivňuje sekreci pankreatu a reguluje nervové funkce. Vyskytuje se ve dvou formách. Ve většině případů se jedná o sporadickou formu nebo v menším množství případů o familiární formu. Je tedy vždy potřeba vyšetřit celou rodinu.

Nádor je velmi maligní, infiltruje do krevních i mízních cév a touto cestou metastazuje do vzdálených orgánů, hlavně kostí, plic a mízních uzlin.

Většinou je tvořen jediným uzlem, je pevné konzistence, našedlé nebo nahnědlé barvy. Nachází se většinou v horních dvou třetinách obou laloků žlázy.

2.4.3.4 Anaplastický karcinom

Nejčastěji se vyskytuje u starších lidí, hlavně u žen.

Je z uvedených typů nejmalignější, protože roste rychle, infiltruje do okolí a krevní cestou metastazuje do vzdálených orgánů, především do kostí, plic, jater a mozku. Jedná se o jeden z nejagresivnější nádorů vůbec. Prognóza je velmi špatná, průměrná doba přežití je jen několik měsíců.

Nádor je pevné konzistence. Postupně nahrazuje vlastní tkáň žlázy a šíří se do okolí, kde prorůstá do svalů, stěn krčních orgánů a cév a způsobuje kožní ulcerace.

2.5 Diagnostické metody

2.5.1 Anamnéza

Důležitou diagnostickou metodou je anamnéza, kdy lékař zjišťuje vše, co by mohlo mít spojitost se samotným onemocněním.

- osobní data
- současné obtíže ve vztahu k současnému onemocnění
- rodinná anamnéza (především u nádorového onemocnění)
- osobní anamnéza (dřívější onemocnění, prodělané operace)
- pracovní a sociální anamnéza

2.5.2 Laboratorní vyšetření

- biochemické vyšetření hladin T3,T4, fT3,fT4 (volné, aktivní formy) a TSH
- imunologické vyšetření na protilátky proti štítné žláze (základní marker pro autoimunitní onemocnění)

2.5.3 Sonografie

- zobrazení uzlů
- zobrazení mikrokalcifikací, které jsou vysoce suspektní z nádorového postižení
- zobrazení cystických útvarů s kolekcí koloidu

2.5.4 FNAB (fine needle aspiration biopsy)

- cytologické vyšetření, které je s vysokou senzitivitou schopno rozlišit nádorové postižení žlázy

2.5.5 RTG (scintigrafie)

- dříve významná diagnostická metoda určující velikost a funkční charakter štítné žlázy (rozlišovaly se tzv. horké a studené uzly odpovídající hyperfunkčnímu adenomu, nádorovému postižení nebo cystám)
- v současnosti se nejčastěji používá k určení rozsahu rezidua tkáně po chirurgickém výkonu u nádorového postižení, které je důležitým kritériem stanovení dávky radiojódu (pokud je reziduum příliš velké, je někdy nutná ještě před vlastní léčbou reoperace), jako kontrastní látka se používá technecium
- radiojod je v Česku lékem volby u diferencovaných nádorů štítné žlázy. Ve světě bývá indikován k léčbě hyperfunkčních syndromů s výsledky srovnatelnými s chirurgickou léčbou. Z dlouhodobého hlediska se však udává vyšší procento recidiv a i vyšší procento komplikací, hlavně radiačních destrukcí příštitných tělísek.) Jeho jiné neuvážené užití stejně tak jako v případě ostatních jodových preparátů znemožňuje onkologickou léčbu po dobu minimálně půl roku.

2.5.6 CT

- k určení rozsahu, velikosti a lokalizace štítné žlázy při mediastinální či ektopické lokalizaci

2.6 Chirurgická léčba

2.6.1 indikace k operaci

2.6.1.1 Absolutní

- nádorové onemocnění
- konzervativně nezvládnutelná hyperfunkce štítné žlázy
- kompresivní syndrom

2.6.1.2 Relativní

- těhotenství při hyperthyreóze - v důsledku přestupu thyreostatických léků přes placentární bariéru, a tím zvýšenému riziku poškození plodu a možnému kretenizmu

2.6.2 Předoperační příprava

2.6.2.1 Všeobecná

Všeobecná příprava je společná pro všechny invazivní operační zákroky a zahrnuje zhodnocení celkového zdravotního stavu pacienta na základě výsledků klinických a laboratorních vyšetření s hlavním důrazem na kardiovaskulární a pulmonární systém.

2.6.2.2 Speciální

- Rtg (horní hrudní apertura)
- CT horní části krku a hrudníku - pro odhalení případné komprese nebo poškození trachey strumou
- plicní vyšetření
- vyšetření ORL (laryngoskopie) - pro zjištění postavení a pohyblivosti hlasivek
- endokrynologické vyšetření (laboratorní a klinické) - pro zajištění eutyreózního stavu v moment operace
- zjištění hodnot Ca a P

2.6.3 Základní operační výkony

2.6.3.1 Tyreoidektomie (thyreoidektomia)

- odstranění veškeré tkáně štítné žlázy
- *indikace*: maligní onemocnění, těžká hypertyreóza, oboustranná polynodózní struma, autoimunitní Graves-Bazedovovo onemocnění

2.6.3.2 Lobektomie (lobectomia)

- úplné odstranění pouze jednoho laloku včetně části istmu a lobus pyramidalis
- *indikace*: solitární toxický adenom, suspekce na nádorové onemocnění z punkční cytologie (jelikož se ale nelze stoprocentně spolehnout na peroperační vyšetření, je v případě pozitivního nálezu vždy indikováno dokončení thyreoidektomie)

2.6.3.3 Subtotální tyreoidektomie, strumektomie (thyreoidectomia subtotalis, strumectomia subtotalis)

- subtotální odstranění štítné žlázy
- resekce obou laloků, včetně istmu s ponecháním určitého množství tkáně v dorzální části obou laloků tzv. tyreoidálního zbytku, jehož velikost se posuzuje podle potřeby pooperační funkce žlázy a možných rizik komplikací
- někdy bývá zaměňováno za nTTE (nearly total thyreoidectomy), které je považováno za spíš nouzové řešení při nemožnosti provedení thyreoidektomie v důsledku technických či jiných obtíží, např. i nezkušenost operatéra
- *indikace*: dříve většina benigních chorob, v současnosti již spíše nouzové řešení pro výše uvedené důvody

Jelikož jsou hormony štítné žlázy pro organizmus esenciální, je po totálních výkonech nutná jejich doživotní substituce .

2.6.4 Pooperační onkologická léčba

2.6.4.1 Léčba radiojódem

Využívá se k odstranění zbytkové tkáně žlázy při radikálním chirurgickém výkonu a také k léčbě regionálních metastáz, pokud vychytávají radiojód.

2.6.4.2 Léčba lokálním ozářením

Indikuje se při inoperativních, většinou anaplastických karcinomech prorůstajících do okolních struktur žlázy, kdy je možné docílit zmenšení nádoru a částečnou úlevu.

2.6.4.3 Chemoterapie

Indikována u medulárního karcinomu, kdy se kombinuje s vnějším ozařováním. Senzitivita ostatních typů thyreoidálních nádorů na chemoterapii je velmi malá.

2.6.4.4 Supresívní léčba tyroxinem

Indikuje se na potlačení sekrece TSH při metastázách a recidivách karcinomu.

2.6.5 Nejčastější komplikace operace štítné žlázy

2.6.5.1 Perioperační krvácení

Může vzniknout při nešetrné technice operace přetržením vén v dolním pólu žlázy, sklouznutím ligatury na arteriích, nebo při poranění parenchymu žlázy.

2.6.5.2 Pooperační krvácení

Velmi závažná komplikace často s dramatickým průběhem a nutností urgentní operační revize. Krev hromadící se v omezeném prostoru záhy způsobuje kompresi jícnu a hlavně průdušnice s následným dušením postiženého. Méně dramatické průběhy se projeví velkým odpadem v Redonově odsávacím drénu a rozsáhlým hematomem.

2.6.5.3 Poranění zvratného nervu

Toto je velmi obávaná komplikace. Poškození je buď přechodné nebo trvalé, jednostranné nebo oboustranné. Projeví se poruchou hybnosti hlasivky na postižené straně, která se umísťuje do středního postavení. Při jednostranné lézi vzniká jen porucha hybnosti jedné hlasivky. Fonace je v dostatečné míře, protože druhá zdravá hlasivka zastane dostatečně funkci obou. Při oboustranné lézi znemožňují ochrnuté obě hlasivky dýchání, pacient se dusí a je potřeba okamžitá intubace nebo tracheostomie a pozdější plastická operace nervu.

2.6.5.4 Pooperační tyreotoxická krize

Je prudce vystupňovaná tyreotoxikóza s typickými příznaky a závažnými následky. Dnes se vyskytuje jen zřídka a to u nemocných podstupujících jiné chirurgické výkony s němou anamnézou tyreoidálního postižení.

2.7 Údaje o pacientce

2.7.1 Základní informace

Jméno:	J.K.
Pohlaví:	žena
Věk:	53 let
Bydliště:	Praha
Povolání:	úřednice
Rodinný stav:	vdaná
Datum přijetí:	28. října 2008

2.7.2 Lékařská anamnéza

2.7.2.1 Současné onemocnění

Asi před třemi měsíci při pohledu do zrcadla náhodný nález neurčitého zduření v oblasti pravého laloku štítné žlázy. Nyní již vyšetřena endokrinologem.

2.7.2.2 Rodinná anamnéza

Ve vztahu k současnému onemocnění bezvýznamná

2.7.2.3 Osobní anamnéza

BDO (běžná dětská onemocnění), poslední tři roky sledována pro hypertenzi a hypercholesterolemii. Před čtyřmi lety podstoupila hysterektomii pro myomatózu. Z důvodu „sedavého“ zaměstnání trpí chronickými projevy zad.

2.7.2.4 Alergická anamnéza

Negativní

2.7.2.5 Farmakologická anamnéza

- Klimodein tbl. 1xdenně - hormonální substituce (obsahuje estrogeny a gestageny)
- Cynt 0,2 1tbl. 1xdenně - antihypertenzivum (způsobuje pokles cévního odporu v těle a tím snížení vysokého krevního tlaku)
- Zocor 10 mg 1tbl. 2xdenně - hypolipidemikum (v krvi snižuje koncentraci LDL-cholesterolu a triglyceridů a zvyšuje koncentraci HDL-cholesterolu)

2.7.3 Stav při přijetí

Výška:	176 cm
Váha:	72 kg
TK:	135/90 Hgmm
Puls:	86/min
Dech:	12/min
Teplota:	36,5 C
Dieta:	základní
Pohybový režim:	volný

2.7.4 Provedená diagnostická vyšetření

- laboratorní
- sonografické
- cytologické vyšetření.

2.7.4.1 Laboratorní vyšetření

Zjištěny normální hodnoty thyreoidálních enzymů i protilátek proti štítné žláze.

2.7.4.2 Sonografie

V dolním laloku štítné žlázy při dorzální straně byl zjištěn jasný, echogenní, kulovitý útvar se suspektní kalcifikací.

Uzliny nejsou patrné, příštitná tělíska jsou hůře diferencovatelná, ale uložena v typických lokalizacích.

2.7.4.3 FNAB

Zjištěna vysoká suspekce na papilární karcinom.

2.7.5 Postup operace

2.7.5.1 Anestezie

- celková, itubační

2.7.5.2 Poloha pacientky

- v mírném polosedu s přiměřeným podložením lopatek pro zajištění potřebného záklonu hlavy

2.7.5.3 Desinfekce operačního pole

- od dolní čelisti až po prsní bradavky a do stran až za mm. sternocleidomastoidei

2.7.5.4 Vlastní postup

- kožní řez, dlouhý asi 5-6 cm, je veden příčně na přední straně krku asi 2-3cm nad jugulární jamkou ve směru štěpitelnosti kůže
- protíná se podkoží a průběžně se staví krvácení z drobných podkožních cév elektrokoagulací nebo podvazem
- vertikální protnutí fascie colli media ve střední čáře a tupé oddělení předních krčních svalů, které se do stran odtáhnou háky
- ozřejmení průběhu průdušnice a přerušení istmu, uvolnění mediální strany laloku od průdušnice
- podle přístupnosti preparace horního či dolního pólu laloku, pólové cévy selektivně vypreparovány a podvázány
- dále postupováno podél laterální hrany laloku k opačnému pólu, snaha o přísně subkapsulární preparaci z důvodu možného poškození příštitných tělísek
- dle pracoviště vizualizace zvratného nervu, kritická místa jsou Wangův bod při kaudálním a laterálním okraji chrupavky štítné při preparaci horního pólu a dále místo fixace štítné žlázy k průdušnici ve střední části laloku, tzv. ligamentum Berry
- kontrola hemostázy i za přetlaku (tzv. Valsavův manévr - zvýšení tlaku v centrálním žilním řečišti)
- sutura jednotlivých vrstev a vložení Redonova odsávacího drénu
- kontrola fonace
    - přímou laryngoskopií při extubaci
    - požadavkem na mluvu – slova jako Praha, Helena

2.7.6 Pooperační péče

Pacientka umístěna ze sálu na JIP.

2.7.6.1 Ordinace lékaře

- kontrola TK a P po 1h až do stabilizace
- monitorace
- Dolsin 50 mg i.m. po 5 h (analgetikum)
- Novalgin 1 amp. i.v. při potřebě (analgetikum, antipyretikum)
- nebulizace, O2 terapie intermitentně
- kontrola odpadu Redonovým drénem
- kontrola diurézy

2.7.6.2 Pooperační průběh

Bezprostřední pooperační průběh je bez komplikací.

Přibližně čtyři hodiny po operaci začíná být pacientka výrazně neklidná a stěžuje si na progredující bolesti v místě operační rány. Sestra aplikuje analgetika dle rozpisu.

Při odpolední vizitě službu konajícím lékařem zjištěno:

- krytí neprosáklé
- Redonův drén s odpadem 20 ml hemoragického charakteru
- oběhově kompensována, lehká reaktivní tachykardie

Za další 3/4 hod volán lékař z důvodu výrazného neklidu pacientky

- zjištění tachypnoe, tachykardie a naznačení ispiračního i expiračního stridoru
- po odstranění krytí je jasně patrné prokrvácené podkoží a výrazné zbytnění krku
- Redon bez progrese odpadu

- vzhledem k progredující respirační insuficienci indikována urgentní chirurgická revize

Pacientka je převezena na operační sál a indikována k operační revizi.

2.7.7 Průběh re-operace

2.7.7.1 Anestezie

- celková, intubační

2.7.7.2 Vlastní postup re-operace

- přistoupeno k urgentnímu rozpuštění operační rány, odstranění rozsáhlého hematomu a tím zrušení komprese průdušnice
- operační revize
- příčinou stavu krvácející levá horní pólová artérie
- podvaz krvácející artérie
- kontrola homeostázy
- opět sutura jednotlivých vrstev a vložení nového Redonova odsávacího drénu

Po výkonu pacientka vrácena zpět na JIP.

2.7.8 Pooperační průběh po re-operaci

- další průběh již bez komplikací.
- vzhledem k revizi indikováno podání antibiotika - Augmentin 1,2g i.v. po 8 h
- kontrolní KO je jen s minimálním poklesem

  Ery $4{,}2 \times 10^{12}$/l

  Leu 9×10^{9}/l

  Trombo 260×10^{9}/l

  Hb 138 g/l

  HCT 0,41

- kontrola Ca a P druhý den po operaci, hodnoty jsou v referenčním rozmezí

  Ca 2,1 mmol/l

  P 1,2 mmol/l

- fonace mírně zastřená ve srovnání s pooperačním nálezem po elektivní operaci, ale v dalším průběhu se upravuje do normálu

3 Ošetřovatelská část

3.1 Úvod

3.1.1 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je metodologický postup práce, který je standardní pro poskytování ošetřovatelské péče a použitelný prakticky na všech pracovištích. Jde o systematický přístup ke komplexní péči o každého pacienta. Nabízí sestrám společný způsob, jak poskytovat péči pacientům s různými diagnózami a potřebami. Dává návod jak systematicky a efektivně řešit různé druhy problémů. Ty se nejprve analyzují a rozčlení na jednotlivé složky podle závažnosti či aktuálnosti na akutní a potencionální ošetřovatelské diagnózy. K nim se pak průběžně stanovují dílčí reálné cíle, kterých chceme svojí vlastní intervencí dosáhnout. K tomu slouží pečlivé naplánování systematického postupu, čili vypracování ošetřovatelského plánu, na konci kterého je třeba vždy svoji práci objektivně zhodnotit a eventuelně stanovit cíle nové.

Jedná se tedy o cyklický proces obsahující několik na sebe navazujících složek, které se ale mohou i prolínat a tedy probíhat současně.

Významný přínos ošetřovatelského procesu spočívá především ve zkvalitnění poskytované ošetřovatelské péče, zároveň ve zvýšení pravomocí sestry a v neposlední řadě také v aktivním zapojení konkrétního pacienta do ošetřovatelské péče, která je mu poskytována.

3.1.2 Fáze ošetřovatelského procesu

3.1.2.1 Zhodnocení pacienta

První fáze ošetřovatelského procesu se týká vstupního posouzení stavu nemocného sestrou.

Zahrnuje sběr informací, které se týkají tělesných, psychických, kognitivních, sociálních a duchovních potřeb pacienta v závislosti na jeho psychomotorickém vývoji a kulturním základě. Podstatou této fáze je shromažďování a třídění informací o pacientovi, které pak sestře umožňují rozhodnout proč, kdy a jakým způsobem daný problém řešit.

Mezi metody, jak získat potřebné informace, patří rozhovor se samotným pacientem a jeho blízkými nebo ostatními členy ošetřovatelského týmu, fyzikální vyšetření sestrou, měření a testování, pozorování a studium zdravotnické dokumentace pacienta.

Takto získané informace se pak podle daných ošetřovatelských kritérií setřídí podle závažnosti tak, aby z nich bylo možné posoudit aktuální potřeby pacienta a na jejich základě pak stanovit jednotlivé ošetřovatelské diagnózy.

3.1.2.2 Stanovení ošetřovatelské diagnózy

Druhou fází je stanovení ošetřovatelské diagnózy.

Ošetřovatelskou diagnózu stanovuje sestra na základě analýzy již získaných informací, které se posuzují pouze z hlediska ošetřovatelské péče. Takto stanovená diagnóza je vlastně verbální formulací aktuálního nebo potenciálního problému pacienta ve smyslu reakce na změnu zdravotního stavu. Odhaluje a konkrétně pojmenovává aktuální (ty, které již existují) či potencionální (ty, které by vzniknout mohly) potřeby pacienta, na které je třeba reagovat nebo jim včas předcházet.

Na základě stanovené ošetřovatelské diagnózy sestra dále cíleně plánuje další postup ošetřovatelské péče.

3.1.2.3 Vytvoření plánu ošetřovatelské péče

Třetí fází ošetřovatelského procesu je plánování dalšího postupu ošetřovatelské péče, tedy vytvoření ošetřovatelského plánu.

To znamená vytyčení dílčích cílů péče, vypíchnutí priorit a zvolení vlastních ošetřovatelských intervencí pro dosažení těchto cílů. Požadavky na vytyčování ošetřovatelských cílů jsou, že musí být konkrétní, reálné a měřitelné. Vytyčení cílů provádí sestra na základě pořadí již stanovených ošetřovatelských diagnóz. Cíle mohou být jak krátkodobé, které mají řešit uspokojování aktuálních potřeb pacienta, nebo dlouhodobé, které se spíše týkají předcházení potencionálních problémů.

Do plánování sestra zapojí podle možností i pacienta a jeho vlastní rodinu, Takto naplánovaný postup musí být tedy maximálně srozumitelně zformulovaný a mít konkrétní formu, aby se předešlo nedorozumění nebo neporozumění, ale naopak se zajistila efektivnost spolupráce ze strany okolí. Jedná se tedy o zajištění koordinace a efektivity práce celého ošetřovatelského týmu, pacienta i jeho blízkých.

3.1.2.4 Realizace ošetřovatelské péče

Čtvrtou fází ošetřovatelského procesu je realizace naplánované ošetřovatelské péče, neboli provádění naplánovaných ošetřovatelských intervencí se snahou o dosažení vytyčených cílů.

Sestra v této fázi maximálně využívá spolupráce celého ošetřovatelského týmu, ale i pacienta samotného v závislosti na jeho schopnostech.

Součástí realizace ošetřovatelské péče je také vedení pečlivých záznamů do ošetřovatelské dokumentace.

3.1.2.5 Zhodnocení ošetřovatelské péče

Pátou fází ošetřovatelského procesu je následné hodnocení ošetřovatelské péče. Hodnotí se do jaké míry pacient zareagoval na intervence sestry a ošetřovatelského týmu a zda byly cíle stanovené v ošetřovatelském plánu splněny.

Pokud byly všechny vytyčené cíle v rámci jednoho ošetřovatelského plánu splněny, tento proces se ukončí a zhodnocení pak slouží jako podklad pro eventuelní vytvoření plánu nového. Pokud se ale nepodařilo vytyčených cílů dosáhnout, musí se celý proces systematicky přehodnotit a na základě nových informací vytyčit cíle nové.

3.1.3 Model ošetřovatelského procesu dle M.Gordonové

Jako model pro vypracování ošetřovatelského procesu jsem zvolila „Model funkčního typu zdraví“ podle Marjori Gordonové. Tento model vychází z teorie, že zdravotní stav jedince může mít buď funkční nebo dysfunkční vzorce. Základní strukturu modelu tvoří dvanáct vzorců, které se odvozují od interakcí osoby a prostředí, ve kterém se nachází. Jedná se tedy o základní ošetřovatelské údaje o určitém chování jedince v daném období a každý z nich představuje jednu část zdraví.

Zjištěný dysfunkční vzorec je buď projevem již probíhajícího onemocnění nebo znakem potenciálního problému. Po zjištění takového vzorce sestra shromáždí potřebné informace k tomu, aby mohla zformulovat ošetřovatelskou diagnózu a dále postupovala podle jednotlivých fází ošetřovatelského procesu.

3.2 Ošetřovatelský plán

3.2.1 Ošetřovatelská anamnéza dle modelu Gordonové

Údaje pro vytvoření ošetřovatelské anamnézy byly nashromážděny v den přijetí do nemocnice (28.října 2008), to znamená jeden den před operací.

Informace byly zjišťovány především rozhovorem s pacientkou a ošetřujícím personálem, dále pozorováním a také ze zdravotnické dokumentace.

3.2.1.1 Vnímání zdravotního stavu

Paní J.K. je velmi energická žena s pozitivním přístupem k životu. Svůj momentální zdravotní stav vnímá jako něco, co může v podstatě potkat každého a s čím je zkrátka zapotřebí se co nejlépe a včas vypořádat.

Přiznává, že když před zhruba třemi měsíci náhodně objevila podezřelé zduření na pravé straně krku, měla spíše tendence tento fakt ignorovat, protože již pojala podezření, že se může jednat o něco závažnějšího. Nyní je o celé záležitosti dobře informovaná jak svým obvodním lékařem, kterému se se svým podezřením po nějaké době svěřila, tak ošetřujícím lékařem zde na oddělení a aktivně spolupracuje na svém vyléčení.

Již několik let se léčí na hypertenzi s hypercholestelolémií. Léky bere pravidelně a snaží se udržovat dobrou životozprávu. Stravuje se poměrně zdravě a snaží se dodržovat doporučení svého nutričního terapeuta, ke kterému několikrát za rok dochází. K jeho doporučením má plnou důvěru, protože s jeho pomocí se před časem zbavila dlouholeté nadváhy. Má sice „sedavé“ zaměstnání, ale to se snaží kompenzovat používáním například schodiště v budově místo výtahu a podobně. Ve volném čase chodí často na výlety a do bazénu.

Přestože před čtyřmi lety podstoupila již jeden operační zákrok, který byl naprosto bez komplikací, přiznává, že má tentokrát docela obavy. Ví, že se jedná o zhoubné onemocnění a že velmi záleží na preciznosti zákroku a dalších postupech léčby. Jak sama říká, ona může přispět „pouze“ svým optimizmem a vírou v uzdravení.

3.2.1.2 Výživa, metabolizmus

Jelikož musela v nedávné době vynaložit poměrně velké úsilí na snížení své, do té doby, dlouholeté nadváhy, má teď snahu o dobržování zdravé výživy. Dbá na pravidelné stravování a na pestrost stravy. Jí zhruba 4 – 5 krát denně po menších dávkách. Jídelníček se skládá převážně z dušené nebo na páře připravované zeleniny a menšího množství libového masa. Jako přílohy používá celozrnné těstoviny, rýži a občas vařené brambory. Dává si je pouze v malém množství a maximálně jednou denně. Různé sladkosti, které dříve až nadměrně konzumovala, se snaží nahrazovat ovocem nebo sušenými plody.

Denně vypije 1,5 – 2 litry čisté nebo sycené vody (v letním období i více) a zhruba 1 – 2 šálky neslazené kávy s mlékem. Čaje vypije jen málo, protože jí prý bez oslazení již nechutná.

Dle svého vlastního názoru má ale ještě hodně co zlepšovat. Je si prý vědoma, že způsob, jakým se stravuje, ještě není úplně ideální. Ve snaze dodržet doporučený režim jí často ve spěchu, nebo se na jídlo dostatečně nesoustředí.

3.2.1.3 Vylučování

Nyní při novém stravovacím režimu problémy s vylučováním nemá. Stolice je pravidelná, formovaná a bez příměsi. Pouze při změně prostředí trpí dočasně na zácpy. To ale řeší již dříve osvědčenými metodami, které používala při „očistě těla“ při zahájení nové diety. Jedná se o konzumaci některých potravin s projímavým účinkem a zvýšeným příjmem tekutin.

Vzhledem ke zvýšenému příjmu tekutin nyní močí poměrně často, což je prý občas trochu obtěžující.

Pocení je úměrné tělesné aktivitě a teplotě prostředí, ve kterém se pohybuje.

3.2.1.4 Aktivita, cvičení

Pani J.K. nebyla nikdy aktivní sportovec ve smyslu závodních disciplín. Soutěžení nemá z principu ráda a tak i při tělesné výchově na škole podávala, dle vlastních slov, nevalné výkony. Navíc už jako dítě bývala spíše „baculatá“ a nedělalo jí nikdy dobře pohybovat se ve sporém sportovním oděvu.

Tělesnou aktivitu vykonává spíše „přirozenějším“ způsobem. Chodí často na procházky nebo o víkendu s manželem na výlety a dovolenou tráví převážně v přírodě na své chalupě.

Asi jediné cílené cvičení je doporučené plavání a rehabilitační cvičení kvůli chronickým bolestem zad způsobených „sedavým“ zaměstnáním.

Svůj volný čas tráví převážně aktivně. Doma pěstuje bonsaje, na chalupě má zahrádku, často chodí k dceři hlídat vnoučata. Jen prý bohužel na kulturu již nezbývá tolik času.

Nyní první den hospitalizace je pacientka plně soběstačná.

3.2.1.5 Spánek, odpočinek

Pacientka za normálních okolností odpočívá spíše aktivně. Tráví hodně času prací v domácnosti nebo venku na chalupě. Večer si ráda sedne k televizi, ale dost často si k ní bere nějakou manuální práci. Jak říká, pasivně odpočívat moc neumí.

V domácím prostředí nemá výraznější problémy se spánkem. Dlouholetým časným vstáváním do práce se jí zredukovala potřeba spánku zhruba na 6 hodin denně, a to i ve dnech volna. Usíná většinou dobře. Jen občas, když jí trápí nějaké starosti, trvá o něco déle, než se jí podaří „zabrat“. Na takovouto nespavost jí ale poměrně dobře pomáhají zklidňující bylinkové čaje.

3.2.1.6 Smyslové vnímání, bolest

Paní J.K. je dobře orientovaná v čase i prostoru. Plně si uvědomuje svůj zdravotní stav i jeho závažnost. Je, jak sama říká, od přírody optimistou, ale momentální stav ji naplňuje obavami. Snaží se k realitě „stavět čelem“, je ale znát, že ji stojí jisté úsilí si svůj optimismus zachovávat.

Brýle sice nenosí, udává ale postupně se zhoršující vidění na dálku. Uvažuje tedy prý o návštěvě očního lékaře. Slyší dobře. Vyjadřování je plynulé, ve vyprávění používá humorně vsuvky. Hlas je jasný, zvučný.

Akutní bolest momentálně žádnou neudává. Má však dlouhodobý problém s bederní páteří. Léky na bolest žádné neužívá, jen masti s mentolem nebo kostivalem a snaží se o pravidelné rehabilitační cvičení.

3.2.1.7 Sebepojetí, sebeúcta

Pacientka má na sebe vesměs pozitivní pohled. Je velmi pyšná, že se jí za několik posledních let podařil změnit životní styl k lepšímu. Je si vědoma, že prokázala silnou vůli při redukci hmotnosti, ikdyž prý ani neví, kde se to v ní tak najednou vzalo. Říká, že je to nejspíš urovnáním rodinných vztahů. Manžel změnil práci a má teď na ni víc času. Dcera, se kterou vedly „věčné spory“, se po svatbě před dvěma lety odstěhovala a má teď svoje vlastní děti (dvojčata). Zřejmě právě odchodem z domova a narozením dětí se vztahy mezi matkou a dcerou urovnaly.

Celkově paní J.K. působí velmi přátelsky a otevřeně. Přestože tráví většinu času doma s rodinou, je společenská a komunikativní. Má ráda návštěvy a udržuje přátelské vztahy se sousedy.

Nyní je její optimizmus lehce zkalen vážným onemocněním. Udává, že tráví o něco více času o samotě a snaží se hledat způsob, jak se s nastalou situací vypořádat. Má ale velkou oporu ve své rodině a blízkém okolí, takže se zatím cítí silná.

3.2.1.8 Plnění rolí, mezilidské vztahy

Nyní, co se vztahy v rodině urovnaly, se paní J.K. cítí plná energie a nadšení pro cokoli, co dělá. Žije sice už jen sama s manželem, s dětmi je ale v aktivním kontaktu. Dcera bydlí jen o pár zastávek autobusem daleko a se synem, který žije v zahraničí, si často dopisuje nebo volá. Přestože jsou v určitém směru jejich vzájemné vztahy ještě trochu křehké, cítí, že má ve své rodině velikou oporu.

Projevuje jen malé obavy, aby teď, v době její hospitalizace a nasledné rekonvalescence, kdy bude její prožívání zřejmě citlivější, nevyšla na povrh nějaká promlčená dřívější nedorozumění. Rozhodně se ale nebojí, že by zůstala doma opuštěná. Často se vzájemně navštěvují s okolními sousedy a také s manželem se naučili umět trávit čas spolu.

3.2.1.9 Sexualita, reprodukční schopnost

Bylo cítit, že toto téma paní J.K. nechce příliš rozvíjet.

Již 28 let žije se svým manželem, který je jejím druhým partnerem. Má s ním dvě, nyní již dospělé, děti. Na otázku intimního života odpovídá neurčitě něco ve smyslu, že co se dá očekávat v jejím věku a po tolika letech manželství.

Po prodělané hysterektomii před čtyřmi lety měla krátké období hormonální dekompenzace, které se ale brzy po nasazení hormonální substituce stabilizovalo. Nyní je bez vyraznějších potíží.

3.2.1.10 Stres, zátěžové situace a jejich zvládání

Stresu má prý paní J.K. v životě poměrně dost. V práci přicházejí nárazově období s nadměrným množstvím úkolů, kvůli kterým musí občas zůstávat i déle. Do toho se ještě sama vytěžuje svými vlastními aktivitami, které ji nedovolí si dostatečně odpočinout. Patří to ale prý k jejímu životnímu stylu. Takovýto stres si proto příliš nepřipouští. Svým aktivním přístupem k životu se prý naopak otužuje.

Obecně stres eliminuje prací doma nebo ještě raději na zahrádce na chalupě. Pokud se ale dostane do fáze, že se pro ní stává situace hůře únosnou, má tendenci se spíše stahovat do sebe, vyhledává samotu, hůře komunikuje. Jelikož je v takovém období více podrážděná a má sklony k sebelítosti, je to prý možná způsob, jak se vyhnout zbytečným konfliktům se svým okolím.

Ve své rodině měli sice dlouhodobé vztahové problémy a i nyní jsou některá témata ještě příliš citlivá, přesto se ale v rodinném kruhu cítí silná a potřebná. Se svými problémy se tedy má komu svěřit, přesto si ale mnoho prožitků nechává raději pro sebe.

3.2.1.11 Víra, přesvědčení a životní hodnoty

Pacientka pevně věří ve své uzdravení. Věří, že svým optimistickým přístupem bude více otevřená i různým alternativám řešení. Má tedy oporu jak v sobě, tak ve svém okolí a nepřipouští si špatný vývoj nemoci. Přesto ale přiznává, že obavy z nadcházejícího operačního výkonu jí na jejím odhodlání trochu ubírají.

Na otázku Boha reaguje neurčitě. Cítí rozpor mezi formálním pojetím tohoto tématu a tím, co sama cítí. Říká, že věří ve svého „anděla strážného“ který ji ochraňuje.

3.2.1.12 Jiné

K hospitalizaci jako takové má pacientka pozitivní přístup, dobře spolupracuje, o svém zdravotním stavu chce znát jen pravdu a zdá se být silná v souvislosti z dalším vývojem.

3.2.2 Stanovení ošetřovatelských diagnóz

Pro stanovení ošetřovatelských diagnóz, a následně vytvoření ošetřovatelského plánu, jsem si vybrala den operace, protože byl dle mého názoru nejvýznamnější z celého trvání hospitalizace, a to jak pro pacientku, tak i pro ošetřovatelský tým.

Zaměřuji se na období mezi první operací a následnou re-operací indikovanou pro vzniklé komplikace, a to s důrazem na čas bezprostředně před re-operací, tedy ten, který pacientka strávila již na operačním sále.

Zde je tvorba ošetřovatelského plánu a především jeho realizace otázkou aktivní spolupráce celého ošetřovatelského týmu, složeného ze dvou sálových sester (instrumentářky a sestry „obíhající“), anesteziologické sestry a sanitáře. Každý člen ošetřovatelského týmu na operačním sále má své autonomní postavení, samostatně plní svůj vlastní okruh úkolů a činností, které ale přesně zapadají do systému práce celé skupiny. Jistá hierarchie těchto členů sice formálně existuje, v praxi se přesto jedná opravdu spíše o spolupráci založenou na bázi vzájemné důvěry, že každý jednotlivec plní své úkoly stoprocentně.

Nebudu se tedy zaměřovat na přiřazování jednotlivých rolí konkrétním osobám, ale spíše popisovat poskytovanou ošetřovatelskou péči v komplexním pohledu.

Asi nejvýznamnější potíží pacientky byla intenzivní akutní bolest v oblasti operační rány, způsobená samotným zákrokem a tlakem městnající se krve. Tato progredující bolest jen málo ustoupila po podání analgetik před necelou hodinou.

Postupné přibývání městnající se krve v oblasti operační rány způsobovalo útlak krčních struktur, které se projevovalo výraznou dušností a inspiračním i expiračním stridorem.

Pacientka byla výrazně neklidná, snažila se najít úlevovou polohu, kde by jí alespoň částečně ustoupila bolest a pocit celkového nepohodlí vzniklého především v důsledku změny tepové a dechové frekvence.

Celkově pociťovala výraznou úzkost z nastalé situace. Bála se, aby vzniklá komplikace nezapříčinila pozdější následky trvalejšího charakteru, jako například trvalý chrapot nebo celkově špatné hojení operační rány. Také se svěřila, že po prvním probuzení z narkózy se jí výrazně ulevilo, že už má vše za sebou a teď musí vším projít ještě jednou a za výrazně více nepříjemných podmínek.

Cítila se velmi slabá a unavená.

3.2.2.1 Akutní ošetřovatelské diagnózy

- **Akutní bolest** z důvodu operačního zákroku a následně vzniklých komplikací
- **Dušnost** z důvodu městnání krve v operační ráně
- **Neklid** z důvodu fyzického i psychického dyskomfortu
- **Úzkost** z důvodu obav ze vzniklé pooperační komplikace
- **Slabost** z důvodu reakce na krvácení

3.2.2.2 Potencionální ošetřovatelské diagnózy

- **Riziko vzniku infekce** operační rány
- **Riziko neurovaskulárních komplikací** z nevhodné polohy pacientky během operace

3.2.3 Realizace krátkodobého ošetřovatelského plánu

Obecně řečeno, řešením prakticky všech těchto akutních ošetřovatelských diagnóz byla beze sporu včasná a rychlá příprava pacientky a celého operačního týmu k akutnímu operačnímu výkonu. To znamená přemístění pacientky na operační stůl a správné napolohování, rychlé uvedení do celkové anestezie a mezi tím příprava nástrojů a dalších pomůcek potřebných k operaci.

3.2.3.1 Akutní bolest z důvodu operačního zákroku a následně vzniklých komplikací

Cíl

- zmírnění bolesti až do uvedení do anestezie
- odstranění bolesti

Plán ošetřovatelské péče (ošetřovatelské intervence)

- poučení o nevhodných pohybech hlavy a těla způsobujících zvýšení bolesti
- uložení do úlevové polohy
- odvádění pozornosti od vnímání fyzické bolesti
- rychlé uvedení do anestezie

Realizace

Pacientku přiveze sanitář z JIPu na předsálí operačního sálu, kde ji předá anesteziologické sestře. Ta se jí představí a seznámí ji s dalším postupem, který bude následovat. Zatímco zjišťuje od pacientky potřebné informace, co se týká například alergií a podobně, všímá si jejího celkového vzhledu a chování.

S dopomocí ostatních členů ošetřovatelského týmu napolohuje pacientku do úlevové polohy v polosedu s oporou hlavy takovou, aby se zamezilo nežádoucím rotačním pohybům, které by ještě bolest zvýšily.

Vyjádří pochopení nad jejím stavem a nad intenzitou bolesti, kterou momentálně prožívá a snaží se neustálým udržením verbálního kontaktu odvracet její pozornost od prožívané bolesti.

Během provádění zmíněných činnosti se intenzivně věnuje, ve spolupráci s anesteziologem, přípravě rychlého uvedení do anestezie.

Hodnocení

Farmakologicky se bolest odstranila až podáním přípravků pro úvod do anestezie.

Pacientka vnímala velmi pozitivně blížící se úlevu ve formě celkové anestezie. Tím, že byla aktivně zapojena do celé přípravy operace, snášela bolest o něco lépe.

3.2.3.2 Dušnost z důvodu městnání krve v operační ráně

Cíl

- nebude mít pocit dušnosti

Plán ošetřovatelské péče (ošetřovatelské intervence)

- zajištění přívodu kyslíku
- zajistění vhodné polohy na lůžku, později operačním stole
- uvolnění okolí kolem krku, např. nepřikrývat dekou
- snížení fyzické aktivity pacientky na minimum
- zvlhčování sliznic oschlých zvýšenou frekvencí dýchání

Realizace

Pacientka je již na předsálí napolohována do zvýšené Fowlerovy polohy pro zajištění lepších podmínek pro ventilaci a k obličeji dostane masku s přívodem kyslíku.

Rty a sliznice úst se ji při potřebě zvlhčí olejem napuštěnou štětičkou.

Při překladu na operační stůl je použilo „rolo“, tedy pomůcka na snazší přemístění pacientky z lůžka na stůl. Je k tomu potřeba více členů ošetřovatelského týmu, zamezí se tím nadměrnému fyzickému napětí pacientky. Pomocí funkcí operačního stolu se opět docílí úlevové polohy se zvýšením horní poloviny těla. Takto zůstává pacientka až do okamžiku intubace, kdy je potřeba zajistit naopak vetší záklon hlavy.

Hodnocení

Uložení do zvýšené polohy a podání kyslíku pacientce ulevilo, nicméně intenzivní pocit dušnosti přetrvává až do samotné intubace, respektive rozpuštění stehů a uvolnění operační rány.

3.2.3.3 Neklid z důvodu fyzického i psychického dyskomfortu

Cíl

- zklidnění pacientky
- zajištění co nejvhodnějších podmínek pro zajištění fyzické úlevy

Plán ošetřovatelské péče (ošetřovatelské intervence)

- poučení pacientky o smyslu a principu operačního výkonu
- poučení o tom, že momentální projevy vzniklých komplikací nemusí být nutně v závislosti na závažnosti vlastního problému
- odvádění pozornosti na věci běžnějšího charakteru
- zajištění úlevové polohy těla pro alespoň částečnou úlevu od bolesti, zlepšení dýchání a navození celkově většího fyzického pohodlí

Realizace

Pacientka musí krátkou dobu strávit na předsálí, než je vše připraveno na zahájení vlastní operace. Již z předchozích důvodů se zajistí zvýšená úlevová poloha těla a přívod kyslíku pro zlepšení ventilace.

Velmi důležitá je neustálá komunikace zajištěná prakticky všemi členy ošetřovatelského týmu. Vzhledem k momentálnímu stavu není sice vhodné vyžadovat na pacientce aktivní účast v rozhovoru, je ale nutné s ní udržovat neustálý verbální kontakt. Důvodem je jak odvádění pozornosti od vlastních negativních prožitků, tak i ubezpečení o tom, že všechni členové týmu pracují efektivně a cíleně na co nejrychlejším způsobu zlepšení jejího momentálního zdravotního stavu a že mají vše plně pod kontrolou.

Hodnocení

Negativní fyzické pocity sice neustoupily, protože jejich příčina se odstraní až vlastním operačním zákrokem. Podarilo se zato navázat s pacientkou dobrý kontakt pro efektivní spolupráci a její důvěru v systematickou práci členů ošetřovatelského týmu.

3.2.3.4 Úzkost z důvodu obav ze vzniklé pooperační komplikace

Cíl

- nebude mít pocit úzkosti
- zajištění včasnosti operačního výkonu

Plán ošetřovatelské péče (ošetřovatelské intervence)

- rychlá příprava pacientky a celého ošetřovatelského týmu na zahájení re-operace
- ujištění o efektivní spolupráci celého týmu v maximální snaze o včasné řešení vzniklé komplikace
- ujištění o tom, že vznik jedné takovéto akutní pooperační komplikace nemusí mít nutně vliv na další pooperační vývoj nebo vznik komplikací dalších

Realizace

Všichni členové týmu plní efektivně své úkoly, aby byla příprava na operační výkon z časového hlediska co nejkratší. Každý pracuje sice rychle, v žádném případě ale nesmí být znát eventuální nervozita. Pacientka by relativní shon neměla vnímat jako vzniklou paniku nad jejím stavem a mylně mu přisuzovat větší závažnost, než je nutné.

Hodnocení

Pacientka ví, že se vše vyvíjí dobře ve smyslu rychlého řešení jejího stavu.

3.2.3.5 Slabost z důvodu reakce na krvácení

Cíl

- odstranění slabosti
- nezatěžování pacientky přílišnou fyzickou zátěží

Plán ošetřovatelské péče (ošetřovatelské intervence)

- vzájemná výpomoc více členů týmu při polohování pacientky a překladu na operační stůl

Realizace

Pacientka dobře spolupracuje a je ochotna svým vlastním přičiněním pomáhat při přípravě operačního výkonu. Jakákoli fyzická aktivita jí ale velmi vyčerpává, což zvyšuje její pocity celkového dyskomfortu. Celý tým tedy intenzivně spolupracuje a vzájemně si vypomáhá, aby nebylo zapotřebí aktivní účasti pacientky. Na překlad z lůžka na operační stůl se například použije překladová pomůcka („rolo“).

Hodnocení

Pacientka při bezprostřední přípravě vynakládá minimální vlastní fyzickou aktivitu a pocit slabosti se nestupňuje.

3.2.3.6 Riziko vzniku infekce operační rány

Cíl

- zamezit vzniku infekce

Plán ošetřovatelské péče (ošetřovatelské intervence)

- dodržování asepse a antisepse při operačním výkonu a přípravě na něj

Realizace

Během přípravy na operační výkon a především během něj se důsledně dbá na dodržování asepse a antisepse. Odstranění krytí operační rány probíhá až na operačním stole těsně před zahajením samotné operace. Dbá se na to, aby nedošlo k nesterilnímu kontaktu s operační ránou. Natření operačního pole je celistvé a v dostatečném rozsahu. Nástroje na vyndání stehů při rozpouštění operační rány se již v dalším průběhu operace nepoužívají a nakládá se s nimi jako s nesterilními.

Hodnocení

V průběhu operace rána nejevila známky vznikající infekce. Z důvodu ale délky časového úseku tohoto ošetřovatelského plánu nelze dosažení tohoto cíle zhodnotit.

3.2.3.7 Riziko vzniku neurovaskulárních komplikací z důvodu nevhodné polohy pacientky během operace

Cíl

- předejití útlaku cév a nervů nevhodnou polohou během operace

Plán ošetřovatelské péče (ošetřovatelské intervence)

- správné napolohování pacientky
- podložení míst vystavovaným tlaku podložky a pomůcek na zafixování polohy těla
- kontrola končetin, že jsou volné a ve fyziologické poloze

Realizace

Kontrola správné polohy těla probíhá ještě před uvedením pacientky do narkózy. Poloha musí být relativně pohodlná, musí se odstranit vše, co pacientka sama cítí jako výrazně nepohodlné nebo dokonce způsobující bolest. Jedná se samozřejmě o věci, které odstranit lze. Poloha pro operaci štítné žlázy je v mírném „polosedu“ – resp. s podložením ramen, aby se docílilo potřebného záklonu hlavy. Konečnou polohu lze docílit pouze až po „uspání“ pacientky. Při polohování v takto již relaxovaném stavu těla se musí vyjímečně dbát na dostatečné fixování hlavy.

Horní končetina se zavedeným žilním katetrem, oxymetrem a manžetou tonometru je, kvůli zajištění dobrého přístupu, upažená do strany a musí mít v ramenním kloubu fyziologický úhel.

Hodnocení

Po zkončení operace nejevily žádné části těla pacientky zmámky nedostatečného prokrvení nebo útlaku nervu.

3.3 Hodnocení psychických potřeb

Paní J.K. je velmi příjemná žena s pozitivním přístupem ke všemu, čemu se věnuje. Po tom, co se dozvěděla podezření na závažnou diagnózu, musí prý vynakládat více energie na to, aby si svůj optimizmus udržela.

3.3.1 Prožívání nemoci

Pacientka je založením optimista, což se projevuje i v jejím prožívání nemoci. Jelikož se její diagnóza potvrdí až výsledkem histologického vyšetření, cítí v sobě silné napětí a obavy ze špatných zpráv. Tyto nelibé pocity se ale stále snaží kompenzovat vědomím určité naděje, že vše dobře dopadne.

3.3.2 Postoj k nemoci

Zdá se, že se pacientka staví ke své nemoci pozitivně a má snahu se aktivně podílet na jejím řešení. Je prý připravená přijmout cokoli, co přijdě. Přes tento její silný postoj ke svému zdravotnímu stavu, mám trochu podezření, že se až příliš upnula na naději, že histologické výšetření potvrdí negativní nález, protože se o této možnosti poměrně často zmiňuje.

3.3.3 Reakce na pobyt v nemocnici

Pobyt v nemocnici zvládá velmi dobře. Je to společenská žena, taky i zde v nemocnici velmi snadno navazuje nové vztahy. Obává se pouze problémů s usínáním, protože není zvyklá spát v jedné mistnosti s několika dalšími cizími lidmi.

3.3.4 Zhodnocení komunikace

Pacientka komunikuje velmi bezprostředně. Při rozhovoru udržuje oční kontakt a pokud se nechce, z nějakých důvodu, k nějakému tématu vyjadřovat, řekne to.

3.3.5 Zvládání komunikace

Komunikaci zvládá velmi dobře. Nebojí se zeptat na věci, které jí nejsou jasné nebo jim nerozumí. S ostatními pacientkami bývá často v přátelském hovoru.

3.3.6 Zvládání stresu

Myslím, že právě toto časté vyhledávání společnosti je zřejmě její způsob, jak se vyrovnat s momentálně prožívaným stresem. Sama ale prohlásila, že si stres vůbec nepřipouští. Prožívá prý v sobě jen výrazné napětí ze současné nejistoty. Je ale pravda, že se chová nenuceně a často se směje, a to ikdyž se ptám na možná trochu citlivá témata.

3.3.7 Obranné mechanizmy

Nabyla jsem dojmu, že jejím výrazným obranným mechanizmem je právě její stálý optimizmus. Vytváří si tím jistý ochranný štít, za kterým si sama prožívá své obavy. Pokud ale tímto postojem, že se vše v dobré obrátí, přesvědčí sama sebe, jsem si jistá, že se to opravdu velmi pozitivně odrazí na dalším postupu její léčby.

3.3.8 Motivace léčby

Její velkou motivací je silná víra v uzdravení. Říká, že v životě prošla již tolika zkouškami a nepohodou, že chce udělat vše proto, aby vše zvládla co nejlépe. Cítí teď také výraznou oporu ve své rodině.

4 Závěr

V předkládané případové studii jsem se věnovala detailnímu vypracování ošetřovatelského procesu u pacientky podstupující operaci štítné žlázy pro zjištěný tumor. Zaměřila jsem se především na období mezi primární operací a následnou re-operací pro nastalé komplikace. Mou snahou bylo aplikovat princip ošetřovatelského procesu na péči poskytovanou mimo lůžkové oddělení, tedy mimo místo, kde je jeho uplatnění typické.

K efektivnímu poskytování kvalitní ošetřovatelské péče na operačním sále byla použita analýza informací nashromážděných v ošetřovatelské anamnéze, podrobně vypracované na standardním lůžkovém oddělení v den příjmu. Ta, spolu s pečlivým pozorováním pacientky a rozhovorem s ní, sloužila jako podklad pro stanovení ošetřovatelských diagnóz, které byly základem pro vytvoření konkrétního ošetřovatelského plánu. Jeho cíle byly vypracovány v krátkodobém horizontu jednoho dne hospitalizace, resp. období stráveném na operačním sále. Také hodnocení úspěšnosti vypracovaného plánu bylo pojato z krátkodobého hlediska.

Většinu stanovených krátkodobých cílů ošetřovatelské péče se podařilo úspěšně dosáhnout. Dlouhodobých cílů nebylo možné z časových důvodů dosáhnout, byly tedy zmíněny jen okrajově. Věřím ale, že takto vypracovaný ošetřovatelský plán může sloužit jako podklad pro vypracování dalšího navazujícího plánu, zaměřeného na poskytování péče jiného charakteru na oddělení JIP nebo následně standardním lůžkovém oddělení.

Souhrn

Tato případová studie popisuje ošetřovatelskou péči poskytovanou pacientce operované pro tumor štítné žlázy, s následnou re-operací pro vzniklé komplikace. Detailně vzpracovaný ošetřovatelský proces se vztahuje na období mezi primární operací a re-operací, s důrazem na krátký časový úsek strávený na operačním sále. Cílem práce je aplikace principů tvorby ošetřovatelského procesu na pracoviště, které není zcela typické pro jeho uplatnění.

Summary

This case study describes a nursing care provided to a patient operated for thyroid gland tumor and consequently re-operated for arisen complications. Detailed nursing process refers to the period between the primary operation and re-operation with emphasis on the short time spent in operation room. Goal of these theses is to apply principles of nursing care process on a department which is not its entirely typical domain.

Seznam použité literatury

- Rokyta R. a kolektiv: *Fyziologie*. Praha, ISV 2000, ISBN 80-85866-45-5
- Horster F.A., Wildmeister W., Brusel D.: *K diagnostice a terapii onemocnění štítné žlázy*. Praha, Lékařská skripta MERCK, 1994
- Dvořák J.: *Rakovina štítné žlázy*. Praha, nakladatelství Libri, 1997, ISBN 80-85983-36-2
- Černý J. a kolektiv: *Špeciálna chirurgia 4 Chirurgia krku a hlavy*. Martin SR, Vydavatelstvo Osveta,1995, ISBN 80-217-0471-3
- Dvořák J.: *Chirurgická anatomie a technika operací štítné žlázy*. Brno, Vydavatelská společnost Dům medicíny, 1995
- Vokurka M., Hugo J. a kolektiv: *Velký lékařský slovník*, 5. vydání. Praha, Maxdorf, 2005
- Mastiliáková D.: *Úvod do ošetřovatelství*, 1.díl (systémový přístup). Praha, Nakladatelství UK – Karolinum, 2003, ISBN 80-246-0429-09
- Kolektiv autorů: *Základy ošetřování nemocných*, Praha, Nakladatelství UK – Karolinum, 2005, ISBN 80-246-0845-6
- Pavlíková S.: *Modely ošetřovatelství v kostce*: Praha, Grada Publishing, 2006, ISBN 80-247-1211.3
- Doegens M.E., Moorhouse M.F.: *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha, Grada Publishing, 2001, ISBN 80-247-0242-8

Seznam příloh

Příloha č. 1: Operační list - dokumentace používaná na operačním sále Chirurgické kliniky FN Královské Vinohrady