

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Kateřina Szymiková

**Ošetřovatelská péče o pacientku
po operaci štítné žlázy**

Nursing care of the patient after operation of thyroid

Bakalářská práce

Praha, květen 2011

Autor práce: Kateřina Szymiková

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Renáta Vytejšková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství**

Předpokládaný termín obhajoby: 29.6. 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK jsou totožné.

V Praze dne 20. května 2011

Kateřina Szymiková

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Renátě Vytejkové a MUDr. Vítězslavu Ducháčovi za odborné vedení, rady a spolupráci při zpracování mé bakalářské práce a mé pacientce J.B. za trpělivost a za poskytnuté informace. Děkuji i své rodině, svému příteli a přátelům za rady a psychickou podporu.

OBSAH

Úvod	5
1 Klinická část.....	6
1.1 HISTORIE CHIRURGIE ŠTÍTNÉ ŽLÁZY	6
1.2. ANATOMIE ŠTÍTNÉ ŽLÁZY	7
1.3. FYZIOLOGIE ŠTÍTNÉ ŽLÁZY	9
1.3.1. Účinky hormonů štítné žlázy.....	10
1.4. PATOFYZIOLOGIE.....	12
1.4.2. Hypertyreóza	14
1.4.3. Hypotyreóza.....	14
1.4.4. Záněty (thyreoidity)	15
1.4.5. Nádory	15
1.4.6. Léčba	16
1.5. OPERAČNÍ VÝKONY NA ŠTÍTNÉ ŽLÁZE.....	16
1.6. POOPERAČNÍ KOMPLIKACE	17
1.7. PROGNÓZA NEMOCI	19
2 Základní údaje o nemocné	20
2.1. IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE	20
2.2. PRŮBĚH HOSPITALIZACE	20
2.3. FARMAKOTERAPIE 1. POOPERAČNÍ DEN	24
2.4. PROGNÓZA.....	26
3 Ošetrovatelská část	27
3.1. CHARAKTERISTIKA OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU	27
3.2. OŠETŘOVATELSKÝ MODEL	28
3.3. OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A HODNOCENÍ DLE MODELU MARJORY GORDONOVÉ.....	30
3.4. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	35
3.4.1 Krátkodobý ošetrovatelský plán	35
3.4.2. Dlouhodobý plán péče	42
3.5. EDUKACE.....	43
3.6. PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA NEMOCNÉ	45
4 Prognóza a závěr.....	48
5 Seznam použité literatury	49
6 Seznam zkratek.....	51
7 Seznam příloh	53

Úvod

Jako téma své bakalářské práce jsem si zvolila ošetrovatelský proces u pacientky po operaci štítné žlázy (totální thyroidektomii). Pacientku jsem si vybrala v Ústřední vojenské v nemocnici v Praze na chirurgickém oddělení.

Má práce je rozdělena na dvě hlavní části - část klinickou a ošetrovatelskou. V klinické části se budu zabývat anatomii, fyziologií, patofyziologií, operačními výkony a komplikacemi a prognózou onemocnění.

Ošetrovatelskou část jsem zpracovala metodou ošetrovatelského procesu a použila jsem model Marjory Gordonové. Ke zpracování jsem si vybrala první pooperační den.

1 Klinická část

V klinické části své bakalářské práce se budu zabývat anatomí, fyziologií, patofyziologií a operacemi štítné žlázy, včetně jejich komplikací.

1.1 Historie chirurgie štítné žlázy

O patologických nálezech na krku v místě štítné žlázy se zmiňují čínští, indiští a staroegyptští lékaři již několik tisíciletí před Kristem. Štítné žláze se již ve starověku přisuzoval určitý vliv na další činnosti těla a energetickou stránku organismu. Velký počet zvětšených štítných žláz, strum, pozorovali staří Římané po rozšíření jejich říše do alpských oblastí. Další dlouhá staletí byla poznamenána nejednotnou anatomickou definicí štítné žlázy, měnicími se názory na její funkci, význam pro organismus a později i na možnosti a způsoby chirurgického ovlivnění jejích chorob.

Nejvýznamnější chirurgické objevy

16. století před Kristem – v papyru G. M. Eberse jsou zmiňovány první zprávy o možném chirurgickém řešení nemocí thyroidey.

952 – **maurský lékař Abulcasis** provedl údajně v arabském městě Zahra ve Španělsku první úspěšnou thyroidektomii. Abulcasis, nazývaný též „klasik chirurgie“, se o ní zmiňuje i ve své slavné třicetisvazkové lékařské encyklopedii at-Tasríf, která byla až do konce 18. století opakovaně vydávána a ve své době významně ovlivňovala také evropskou chirurgii.

1791 – **Pierre Joseph Desault** (1744 – 1795), francouzský chirurg, provedl úspěšnou operaci zhoubného nádoru štítné žlázy.

1874 – **Theodor Kocher** (1841 – 1917), švýcarský chirurg, publikoval své první výsledky po operacích třinácti strum.

Je považován za „otce“ tyreoidální chirurgie. Jedním z Kocherových zásadních principů bylo pečlivé preparování všech krčních struktur při dodržování úzkostlivé hemostázy během celého výkonu. Jeho cílem bylo čisté, pečlivé, traumatické operování s pozorností ke každému detailu.

Kocherova práce na poli tyreoidální chirurgie byla oceněna v roce 1909 udělením Nobelovy ceny.

Z historie spojené s rozvojem tyreoidální chirurgie je možné konstatovat, že v druhé polovině 19. století zárodky operativy štítné žlázy a komplikace s nimi spojené vedly ke vzniku endokrinologie.

Charles Horace Mayo (1865-1939), americký chirurg z Rochesteru, je nazýván „otcem americké tyreoidální chirurgie“. Zavedl užívání termínu hypertyreóza.

1895 – Vasale a Generali dokázali, že odstranění příštítných tělísek způsobí tetanii. (6)

1.2. Anatomie štítné žlázy

„Štítná žláza se vyvíjí teprve u obratlovců zároveň s thalamem, hypothalamem, hypofýzou, thymem a nadledvinami. U nižších živočichů nelze prokázat nic, co by se podobalo štítné žláze.“ (Bleha O., 1956, str. 11)

„Štítná žláza je žláza s vnitřní sekrecí uložená vpředu na krku v úrovni obratlů

C₅ – Th₁. Leží mezi listy fascia cervicalis superficialis a profunda, jež formují pouzdro žlázy po obou stranách a zčásti na chrupavce štítné. Sestává z pravého a levého laloku spojených v dolní části istmem.“ (Límanová Z., 2006, str. 33)

„Normální žláza není při pohledu na krk viditelná. Vyklenutí kožního povrchu v místě žlázy, které se navíc pohybuje nahoru a dolů při polykání, je způsoben téměř vždy jejím chorobným zvětšením a jen výjimečně je patrná nezvětšená štítná žláza u osob s velice štíhlým krkem. Horní konec žlázy sahá pod úroveň hmatného výstupku hrtanové chrupavky, tzv. Adamova jablka, který můžeme na krku snadno nahmatat. Váha štítné žlázy u dospělého člověka je 15-20 gramů.

Štítná žláza nemá tvar štítu, jak by napovídala její název. Tvar štítu má spíše hrtanová štítná chrupavka a sama štítná žláza se nejčastěji připodobňuje k tvaru motýla s roztaženými křídly. Tkáň žlázy je obalená vazivem, které ji současně pevně připojuje k průdušnici a hrtanu.

Štítná žláza spolu s nadledvinkou představuje dva orgány v lidském těle, které jsou na poměrnou jednotku tkáně nejhojněji zásobeny krví. Krví je štítnice zásobena přes horní tyreoidální artérie (prvé větve a. carotis externa a přes větší dolní tyreoidální artérie s původem v truncus thyreocervicalis). Průtok je 5 ml krve/1g tkáně žlázy za jednu minutu, což znamená, že za hodinu proteče touto malou žlázou veškerá krev v těle.

Při popisu anatomie štítné žlázy je třeba uvést i některé důležité struktury v jejím okolí, které nabývají na významu při operačním řešení chorob žlázy. Jejich poškození může mít řadu závažných důsledků.

V těsné blízkosti žlázy, při její zadní straně probíhá tenký, ale velice významný nerv - dolní hrtanový nerv (**n. laryngeus recurrens**) směrem k vnitřním svalům hrtanu, které ovládají funkci hlasivek. Jeho průměr je okolo 1 mm a má velice variabilní průběh, který se ještě více mění chorobnými deformacemi štítné žlázy. Správné oddělení nervu od žlázy je jedním z klíčových kroků u radikálních operací štítné žlázy. Jeho poškození mívá za následek různé stupně poruch hlasu i dýchání.

Druhý nerv, který se může při operaci štítné žlázy poškodit, je horní hrtanový nerv, zejména jeho zevní větev. Ta leží těsně při horním okraji laloku žlázy a směřuje k hrtanovému svalu, jehož úkolem je napínání hlasivek. Porušením jeho funkce je znemožněna tvorba vysokých tónů, zejména ženského hlasu a při mluvení dochází k rychlé hlasové únavě nemocného. Charakter normální řeči je zdánlivě neporušený.

Další anatomické struktury, které se musí při operacích štítné žlázy chránit, jsou zpravidla čtyři malé žlázy, zvané příštítná tělíska. Nacházejí se většinou na zadní straně štítné žlázy těsně u jejího vazivového pouzdra. Jejich odstranění spolu se štítnou žlázou nebo poškození jejich krevního zásobení má za následek poruchy hospodaření s vápníkem v těle.“ (Dvořák J., 2002, str. 22-26)

1.3. Fyziologie štítné žlázy

Štítná žláza patří mezi žlázy s vnitřní sekrecí, které produkují hormony. Ty se dostávají přímo do krve a jejím prostřednictvím do cílových tkání, kde ovlivňují především metabolismus (látkovou přeměnu). Za látkovou přeměnu se považuje souhrn fyzikálních a chemických dějů v organismu, které slouží k získávání energie a tvorbě látek potřebných pro jeho vývoj, růst a správné fungování.

Základní vylučovací jednotkou štítné žlázy jsou tzv. **folikuly**, což jsou kulovité váčky velikosti 50-200 μm , ohraničené na periferii krychlovitými buňkami a obsahující uvnitř homogenní sekreční tekutinu **koloid**. Dochází zde k vychytávání jódu v buňkách, tvorbě, uskladňování i uvolňování dvou hormonů štítné žlázy – **tyroxinu a trijodtyroninu**.

Třetí hormon štítné žlázy – **kalcitonin**, vytváří zvláštní buňky, zvané parafolikulární, které se nacházejí mezi jednotlivými folikuly. Kalcitonin zadržuje v těle vápník, který se ukládá v kostech a hladina vápníku v krvi klesá.

Tyroxin a **trijodtyronin** ovlivňují látkovou přeměnu a vývoj celého organismu, počínaje nitroděložním obdobím. Tyroxin se tvoří v depotní formě a ve tkáních se metabolizuje na svoji aktivní formu - trijodtyronin.

Činnost štítné žlázy, tedy množství produkovaných a uvolňovaných hormonů, je řízena několika způsoby:

- negativní zpětná vazba (při nedostatku hormonů v krvi se zvýší jejich produkce)
- její hlavní fyziologické řízení je uskutečňováno hormonem tzv. podvěsku mozkového (žlázy na spodině mozku), zvaným **tyreostimulující hormon (TSH)**. TSH je přímo odpovědný za růst štítné žlázy a vydávání většího množství jejich hormonů do krve. Jestliže zaznamená nedostatek hormonů štítné žlázy informací přímo z krve nebo z vyšších nervových center mozku, zareaguje uvolněním hormonu TSH do krevního oběhu. Naopak, příliš velké množství hormonů štítné žlázy v krvi při její zvýšené činnosti

způsobí, že podvěsek mozkový přestane vydávat hormon TSH a jeho hladina v krvi se sníží

tvorbu hormonů štítné žlázy ovlivňuje dále množství přijímaného jódu v potravě (denní příjem jódu byl měl být 150-200 µg, klesne-li denní příjem jódu dlouhodobě pod 50 µg, pak štítná žláza produkuje nedostatečné množství hormonů, zvětšuje se - vzniká **struma**, nebo vznikají příznaky onemocnění ze snížené funkce žlázy, tzv. hypotyreózy.

- V řízení činnosti štítné žlázy se uplatňuje i vliv imunitního systému, který může tvořit protilátky, jež podporují nebo tlumí činnost štítné žlázy.
- Účinek hormonů v cílových tkáních závisí také na funkci enzymů (fermentů), které přeměňují hormon štítné žlázy na účinný hormon trijodtyronin. (3)

1.3.1. Účinky hormonů štítné žlázy

„Hormony štítné žlázy jsou v krvi vázány na bílkoviny, TBG (tyroxin vázající globulin), TBPA (tyroxin vázající prealbumin) a na albumin (HSA). Jen 0,04 % tyroxinu a 0,4% celkového trijodtyroninu jsou ve volné formě. Volné hormony jsou fyziologicky účinné a to včetně zpětnovazebného působení v adenohypofýze (tlumení sekrece TSH). Normální hladina celkových hormonů štítné žlázy v krvi je kolem 100 mmol/l u tyroxinu a 1,8 mmol/l u trijodtyroninu. Ve tkáních se tyroxin metabolizuje enzymem monodejodázou na účinnější trijodtyronin, a když toho není zapotřebí – není v zájmu organismu, aby se udržoval vysoký metabolismus – tyroxin se metabolizuje na reverzní trijodtyronin (rT₃) postrádající biologické účinnosti.

Trijodtyronin a tyroxin pronikají plazmatickou membránou do buněk, vážou se na cytosolový transportní protein (cytosolový receptor) a s ním jsou transportovány do jádra buněk, kde působí na jaderné receptory, podobně jako steroidní hormony. Další buněčnou

organelou, na kterou hormony štítné žlázy působí, jsou mitochondrie, kde stimulují energetický metabolismus.

Trijodtyronin a tyroxin je nezbytný pro diferenciaci tkání plodu a vývoj mozku: proto se u všech ohrožených novorozenců musí stanovit v krvi tyroxin nebo TSH. Novorozenci s nedostatkem hormonů štítné žlázy, pokud nejsou ihned po narození léčeni substitucí hormonem, trpí ireverzibilní mentální retardací (kongenitální kretenismus).

V srdci mají hormony štítné žlázy pozitivně chronotropní (zvýšení frekvence) a pozitivně inotropní (zvětšení síly stahů) účinek. Projevem hypotyreózy je bradykardie a snížení srdečního výdeje. Hypertyreóza je naopak provázena tachykardií.

Účinky na srdce jsou podobné účinkům katecholaminů: hormony štítné žlázy zvyšují počet receptorů (adrenoreceptorů) pro katecholaminy v srdci.

Důsledkem hypermetabolického (spotřebu kyslíku zvyšujícího) působení hormonů štítné žlázy je zvýšení krvetvorby, zprostředkované erytropoetinem.

Hormony štítné žlázy potencují působení jiných hormonů (např. kortizolu) v buňce.

Kromě toho hormony štítné žlázy zrychlují reflexní odpověď (diagnosticky je využitelné prodloužení doby reflexu Achillovy šlachy při hypotyreóze) a působí na krevní a tkáňové lipidy: při hypotyreóze cholesterolemie stoupá a při hypertyreóze klesá. (5)

Dalším hormonem, který se podílí na metabolismu vápníku, je parathormon (PTH), který produkují příštítná tělíska, a který je antagonistou kalcitoninu. „PTH je hormonem hyperkalcemizujícím, udržuje hladinu kalcia mobilizací kalcia z kostí pomocí osteoplastické resorpce. V ledvinách zvyšuje zpětnou resorpci kalcia, snižuje zpětnou resorpci fosfátu a snížením zpětné tubulární resorpce bikarbonátu působí mírnou metabolickou acidózu, jež snižuje vazbu kalcia na proteiny. PTH působí na hydroxylaci vitamínu D v ledvinách.

PTH zvyšuje vstřebávání kalcia střevem přes aktivní metabolit vitamínu D.“
(Klener P., 2002, str.74)

1.4. Patofyziologie

Nejčastějšími onemocněními štítné žlázy jsou funkční poruchy, hypertyreóza, hypotyreóza, záněty a nádory.

1.4.1. Struma

Jako struma se označuje štítná žláza, která je viditelná nebo hmatná. Velikost nezvětšené štítné žlázy je závislá především na věku, pohlaví, rase a na tělesném povrchu a je ovlivněna příjmem jódu. Její velikost se určuje ultrazvukovým vyšetřením a vyjadřuje volumetricky v ml. V České republice je velikost normální štítné žlázy u dospělé ženy 18ml a u dospělého muže 22ml.

Strumu dělíme na:

- difuzní a
- uzlovou.

U **difuzní** strumy je stejnosměrné zvětšení obou laloků, u dětí a adolescentů je někdy zvětšen jen istmus. Podkladem je buď zvětšení a zmnožení thyrocytů jako kompenzační jev při snížené funkci štítné žlázy, nebo autoimunitní zánět.

Uzlová struma se rozděluje na:

- jednouzlovou a
- mnohouzlovou.

Mnohouzlová je charakterizována menšími či většími uzly, vznikajícími jako důsledek přestavby thyroideální tkáně a jejich degenerativních změn.

Podle funkce dělíme strumu na:

- eufunkční
- hypofunkční a
- hyperfunkční.

Podle výskytu dělíme strumu na:

- endemickou a
- sporadickou

Etiologie a patogeneze: endemická struma nejčastěji vzniká při nedostatku jódu, tj. když příjem jodu poklesne pod 150 µg za den.

Většinou při nedostatku jodu vzniká struma eufunkční. Probíhají v ní často degenerativní pochody v podobě drobných krvácení a koloidní přestavby, tím se původně difuzní struma stává uzlovou, zvětšuje se a působí lokální mechanické příznaky.

Další příčinou endemického výskytu strumy jsou strumigeny (zelí, kapusta, dusitany). Dalšími strumigeny mohou být některé léky (tyreostatika, lithium, sulfonamidy) a přípravky obsahující vysoké množství jódu).

Jak u strumy z nedostatku jodu, tak při působení strumigenů, vážne tvorba hormonů štítné žlázy. Tím se stimuluje zpětná vazba na hypofýzu a zvyšuje se sekrece TSH.

Jeho působení má za následek zvětšování štítné žlázy. Pokud převládá ve strumě organifikace jodu, hromadí se v ní tento jod ve formě koloidu a vzniká koloidní struma s koloidními ložisky.

U sporadické strumy je možnou příčinou vrozený enzymatický defekt, při kterém vážne tvorba thyroideálních hormonů.

Častou příčinou je struma vzniklá jako důsledek zánětů (thyroiditidy).

Klinický obraz: malá eufunkční struma obvykle nepůsobí nositeli žádné obtíže. V pokročilých stádiích (obzvláště nádorů) dochází k útlaku trachey, poruchám inervace hlasivek s následnými poruchami fonace a případně i k obturaci horní hrudní apertury. Útlak trachey se projeví nejprve jako její deviace a později jako její zúžení – komprese. Pokud je zúžena pod 7mm v průměru, objevují se dechové obtíže, stridor a hrozí udušení.

Náhlé zvětšení štítné žlázy je způsobeno buď akutním krvácením, nebo akutním zánětem. (7)

- Diagnostika:**
- 1) pohled a palpace
 - 2) ultrazvukové vyšetření

- přesně zhodnotí velikost strumy a určí, zda se jedná o solitární uzel či strumu víceuzlovou
- podle struktury štítné žlázy upozorní na přítomnost zánětu a podle prokrvení na hyperfunkci
- 3) cytologické vyšetření
 - slouží k určení biologické povahy uzlů
- 4) vyšetření TSH
 - určuje hormonální funkci štítné žlázy
- 5) určení tyroxinu (T4) a trijodtyroninu (T3) v séru
- 6) nepřímá laryngoskopie
 - k určení funkce hlasivek prokazující správnou inervaci zvrtným nervem
- 7) stanovení protilátek proti T3 a T4 (7,4)

1.4.2. Hypertyreóza

Jedná se o syndrom charakterizovaný zvýšenou sekrecí thyreoidálních hormonů se současně zvýšenou sekrecí periferních tkání na tuto stimulaci.

Příčiny:

- Gravesova-Basedowova choroba (autoimunitní tyreotoxikóza)
- Autonomní toxický adenom štítné žlázy
- Polynodózní toxická struma

1.4.3. Hypotyreóza

Hypothyreóza označuje syndrom snížené funkce štítné žlázy s následnou reakcí thyreoidálních hormonů. Plně vyvinutý klinický syndrom hypotyreózy se nazývá myxedém. Hypotyreóza může být:

1. Periferní neboli primární
 - Hypofyzární neboli sekundární
 - Hypothalamickou čili terciární (7)
2. Centrální

1.4.4. Záněty (thyreoitidy)

Záněty štítné žlázy představují skupinu několika onemocnění, jejichž společným znakem jsou různě intenzivně vyjádřené zánětlivé projevy místní i celkové.

Podle průběhu se záněty štítné žlázy dělí na:

- Akutní (provázeny hyperfunkcí)
- Subakutní po prodělaném virovém onemocnění
- Chronické (Hashimotova typu) – porucha imunitního systému

1.4.5. Nádory

Benigní nádory: typickým benigním nádorem štítné žlázy je folikulární adenom. Vychází z epitelálních buněk, je solitární, dobře opouzdřený, má jednotnou strukturu a liší se od sousedních tkání, které stlačuje. Tak se dá také odlišit od nenádorových uzlů štítné žlázy.

Rozdělení nádorů:

1) Primární

- diferencované karcinomy (papilární a folikulární)
- anaplastický (dediferencovaný) karcinom (velmi agresivní, vysoká úmrtnost)
- medulární karcinom z parafolikulárních C buněk štítné žlázy (u toho typu karcinomu se uplatňuje rodinná dispozice)
- lymfomy

2) Sekundární

- metastázy jiných malignit do štítné žlázy (nejčastěji do štítné žlázy metastazují: karcinom ledviny, bronchogenní karcinom, karcinom prsu, melanoblastom a lymfomy) (6)

1.4.6. Léčba

Při onemocnění štítné žlázy se využívají substituční preparáty, chirurgická léčba a při některých nádorových onemocněních ještě chemoterapie a radioterapie.

1.5. Operační výkony na štítné žláze

Chirurgická léčba onemocnění štítné žlázy bývá doporučována:

- u zhoubných nádorů (lobektomie, TTE – v České republice se provádí pouze TTE)
- u uzlových strum (jedno- nebo víceuzlových), které jeví růst i přes supresní léčbu, zejména působí-li útlak průdušnice, jícnu nebo cév
- u toxických (hyperfunkčních) postižení, kdy je neúspěšná medikamentózní terapie
- u autoimunních onemocnění (Hashimotova thyreoiditida nebo Graves-Basedowova tyreotoxikóza), kde je vyjádřena endokrinní orbitopatie
- u abscedujících zánětů (vzácné)
- selhání farmakoterapie
- kompresivní syndromy

1) Thyroidectomy totalis – TTE

Znamená odstranění veškeré tkáně štítné žlázy, tedy obou laloků včetně celého lobus pyramidalis, je-li přítomen.

2) Lobectomy totalis – LT + istmektomie

Výkon představuje úplné odstranění jednoho laloku štítné žlázy včetně istmu a lobus pyramidalis.

3) Thyroidectomy (strumectomy) subtotalis – STE

Při tomto výkonu se ponechává in situ malé množství tkáně tzv. tyreoidální zbytek.

4) Thyroidectomy fere totalis – nTTE (near total thyroidectomy)

Výkon znamená odstranění téměř celé tkáně štítné žlázy. Tomuto názvu však odpovídá na jednotlivých pracovištích různý rozsah operací. (6)

1.6. Pooperační komplikace

„Operace štítné žlázy mohou být provázeny specifickými komplikacemi, které jsou způsobeny:

- jejím umístěním v okolí důležitých krčních struktur
- ovlivněním tvorby hormonů štítné žlázy a příštítných tělísek

Tyto komplikace jsou pro nemocného nepříjemné z několika důvodů. Mohou prodloužit hojení, a tím i pobyt v nemocnici, zhoršit kosmetický výsledek operace, ovlivnit profesní i osobní život jednotlivce včetně psychických následků.

Poranění vratného nervu

Poškození nervu (nejčastěji zhmoždění nebo přerušení) může být způsobeno četnými variantami jeho průběhu, špatnou operační technikou – zejména neověřením polohy nervu a jeho nedostatečnou ochranou. Významný vliv na nerv má i samotná nemoc štítné žlázy.

Následkem poškození vratného nervu jsou poruchy dýchání a mluvení různého stupně i trvání.

Poranění horního hrtanového nervu

Při uvolňování horního okraje laloku štítné žlázy může dojít k poškození tenké nervové větve z horního hrtanového nervu, která vede nervové vzruchy ke svalu mezi prstencovou a štítnou chrupavkou, nazývanému napínač hlasivek.

Porucha funkce nervu většinou není vůbec pozorována a nemocní mají po operaci normální hlas. Avšak u profesionálních zpěváků, řečníků a učitelů může nepříznivě ovlivnit jejich profesní dráhu.

Poškození příštítných tělísek, porucha jejich funkce

Porucha funkce příštítných tělísek může být způsobena poškozením jejich cévního zásobení, zhmožděním, částečným nebo úplným odstraněním a následkem jizvení v operační ráně.

Projeví se laboratorním snížením hladiny vápníku v krvi, které je provázeno charakteristickými klinickými projevy (křeče, arytmie, pokles krevního tlaku).

Pooperační krvácení

Nahromadění již relativně malého množství krve (50-100 ml) v ráně po operaci štítné žlázy může způsobit výraznou dechovou tíseň. Nemocní obtížně dýchají, mají pocit nedostatku vzduchu, objevuje se hvízdavý zvuk v dýchacích cestách při nádechu a bolest v operační ráně.

Otok hrtanové sliznice

Mírný stupeň se projevuje hrubším, drsným hlasem. Ten bývá bezprostředně po operaci normální a mění se postupně až po několika hodinách.

Otok krku

Většinou jde o řadu týdnů trvající důsledek operace štítné žlázy a rozsáhlého poškození mízních krčních uzlin, který postupně odeznívá.

Změna hlasu

U 10-20 % nemocných se po operaci štítné žlázy mohou pozorovat změny hlasu od nepatrných, téměř neznatelných odchylek až k nálezům hrubého a drsného hlasu s chrapotem a s hlasovou únavou.“ (Dvořák J., 2002, str. 128-134)

1.7. Prognóza nemoci

Difuzní struma ve většině případů příznivě reaguje na medikamentózní léčbu a není třeba ji operovat.

Nelze však podceňovat mnohuzlovou strumu, i když nepůsobí nemocnému téměř žádné potíže, a to z těchto důvodů:

- ve žláze může vzniknout ložisko rakoviny
- dlouhotrvající, nepatrný a málo zhoubný nádor ve žláze se může během krátké doby (dny, týdny) změnit na více agresivní karcinom
- může dojít k chorobné reakci žlázy na náhlý přísun jódu potravou některými léky nebo kontrastními látkami RTG vyšetření. Zvýšená činnost štítné žlázy pak vede k příznakům tyreotoxikózy.
- zvětšení některé části žlázy může znamenat její šíření dolů do oblasti hrudníku, a to by mělo být vždy důvodem k doporučení operace.

Nemocní po operacích, při kterých se odstraňuje štítná žláza, dostávají v dalším průběhu (doživotně) hormony štítné žlázy v tabletové formě. Kontroluje se, zda je dostatečná hladina hormonů štítné žlázy v krvi a u neradikálních operací, kde část žlázy v těle zůstává, se sleduje možnost recidivy onemocnění.“

(3)

2 Základní údaje o nemocné

2.1. Identifikační údaje

Jméno:	J.B.
Oslovení:	paní B.
Věk:	55 let
Bydliště:	Praha
Povolání:	toaletářka, cukrářka
Stav:	vdaná
Kontaktní osoba:	manžel
Datum přijetí:	11.1. 2011
Váha a výška:	95 kg, výška 183 cm (BMI 28,4)

2.2. Průběh hospitalizace

Pacientka byla přijata **11.1. 2011** k plánované operaci štítné žlázy, k totální thyroidektomii. Před přijetím do nemocnice absolvovala předoperační vyšetření, která jí byla zařízena praktickým lékařem a endokrinologem: vyšetření krve – KO, APTT+QUICK, biochemické vyšetření, moč K+C, EKG, ultrazvuk štítné žlázy a RTG S+P, výtěr z nosu a krku.

1. **den hospitalizace** lékař sepsal s pacientkou anamnézu, edukoval jí o operačním výkonu a průběhu hospitalizace. V tento den pacientku navštívil anesteziolog a provedl předanestetické vyšetření.

Lékařská anamnéza

OA: Běžné dětské nemoci, dif. struma s tyreotoxikózou, VAS páteře, v péči neurologa a centra pro bolest, hypacusis pro otosklerózu

Operace: distektomie L4/L5 L5/S1 před 13 lety, stp. tympanotomii pro otosklerózu, operace pro rozštěp rtu

Úrazy: 0

GA: v pořádku, menopauza v 51 letech

PA: toaletářka, žije s rodinou

Abusus: alkohol příležitostně, nekuřák

AA: Furantoin

NO: Přijata plánovaně k TTE pro klinickou tyreotoxikózu, léčena Propycilem

Zákl.dg: E050 tyreotoxikóza s difuzní strumou

Pac. orientován, spolupracuje, bez ikteru, cyanózy, eupnoe

Hlava, krk: št.žl. hmatná bilat, jinak fyz. nález

Hrudník – symetrický, dýchání čisté, sklípkové, bez velduších fenoménů, poklep plný, jasný, akce srdeční pravidelná, ozvy 2, ohraničené

Břicho – měkké, prohmatné, nebolestivé, bez patol. rezistencí, H+L nehmatám, tapot bilat. negat. t. č. bez známek peritoneálního dráždění, jizva na bederní páteři po operaci klidná

DK – bez otoku, zn. zánětu, pulsace hmatám

Pacientka byla uložena na pokoj, byla jí odebrána ošetrovatelská anamnéza, byla edukována o právech pacientů, o režimu oddělení a kde se nachází sesterna, převazovna a koupelna s toaletou.

Bolest zad pacientka popisuje jako neurčitou, tupou, dle stupnice VAS 2-3.

Od půlnoci pacientka lační. V noci spala dobře, ráno se cítila odpočatě.

Pacientka dnes byla na stolici.

2. **den hospitalizace (operační den, 12.1.)** již pacientka lačnila, proto nebyla podána ranní medikace. Pacientce byl zaveden PŽK na levé horní končetině. Na sál měla jít pacientka jako druhá, kolem desáté hodiny bylo zavoláno ze sálu, pacientka si došla na toaletu, navlékla si kompresivní punčochy, byly jí změřeny fyziologické funkce (TK 138/75, P 84, D 17, TT 36,5) a byla jí podána premedikace – 1 tbl Dormicum 7,5 mg p.o. Měla sundané všechny šperky, byla vysprchovaná a nenalíčená. S dokumentací byla převezena na sál.

Operační protokol

V celkové anestezii límcovým řezem a dále podélně mezi svaly obnažena štítná žláza. Začínáme vpravo podvazy horních cév. Po přerušení isthmu mobilizujeme horní pól pravého laloku. Ve zkřížení s větvemi ATI vyhledáváme

n. recurrens a sledujeme zanoření do hrtanu. Za ponechání obou příštítných tělísek provádíme totální lobektomii vpravo. Vlevo postupujeme identicky. Rovněž vlevo byl n. recurrens bezpečně vizualizován a chráněn. Také jsme ponechali horní i dolní příštítné tělísko a dokončili totální lobektomii i vlevo. Po kontrole hemostázy za přetlaku v dých. cestách zavádíme Redon drén a ránu uzavíráme po anatomických vrstvách. Pravý (8g) + levý (10g) lalok ad histol. (výsledek z laboratoře: „Vzorek odpovídá změněnému koloidnímu stavu.“)

Operace proběhla bez komplikací a pacientka byla převezena na chirurgickou JIP. Na JIP sestra měřila fyziologické funkce (syst. tlak se pohyboval mezi 110-135, diastol. tlak mezi 60-80, puls 65-90, dech 16-20), bilanci tekutin (pacientka se vymočila do osmi hodin po operaci, celkový výdej tekutin za 24 hodin byl 2150 ml, příjem tekutin 2800ml), sledovala operační ránu, odpad z Redonova drénu (od operace do 06:00 ráno 260 ml) a možné pooperační komplikace a plnila ordinace lékaře (podávání infuzí, chronické medikace, inhalace – 1ml Mucosolvan + 2ml aqua pro injectione, Fraxiparine 0,3ml s.c.).

Bolest v operační ráně byla na stupni 3-4, byl podán Dipidolor 7,5 mg 1 amp i.m., po podání bolest na stupni 2. Pacientka ještě večer dostala 1 amp Novalginu ve 100ml FR. Bolest se pak držela celou noc na stupni 2.

Bolest zad na stupni 3-4 z důvodu delšího pobytu na lůžku, po podání Dolsinu a Novalginu na stupni 2.

Pacientka se vyspala dobře, na spaní nic nechtěla.

3. **den hospitalizace (13.1.)** byla pacientka v dopoledních hodinách přeložena na standardní chirurgické oddělení. Byly provedeny odběry na biochemii kvůli sledování hladiny Ca (výsledek: 1,85). Operační rána byla klidná, neprosakovala, převaz rány byl naplánován na další den, PŽK v pravé horní končetině (2.den, převázán). Fyziologické funkce se měřily 2x denně (ráno a večer, hodnoty v normě, bez teplot), pacientka byla poučena o pooperačním režimu (péče o ránu, prevenci TEN, pohybovém režimu, dietě a medikaci). Bolest u pacientky byla na stupni 2-3, byl aplikován Novalgin 1 amp do 100 ml FR i.v., poté bolest na stupni 2. Pacientka pak chtěla analgetikum na bolest až večer, kdy bolest byla stupni 2-3, byl aplikován Dipidolor 1 amp. i.m. Poté bolest na stupni 1-2.

Bolest zad byla ráno před podáním chronické medikace na stupni 3, po podání na stupni 2. Během dne se bolest držela na stupni 2, později večer na stupni 2-3.

V noci pacientka spala dobře.

Pacientka dnes byla na stolici.

4. **den hospitalizace (14.1.)** byly provedeny odběry na biochemii kvůli sledování hladiny Ca (výsledek: 2,04). Pacientka byla na kontrole na ORL (výsledek: mírná dysfonie, bez dušnosti, zachovalá funkce hlasivek), byl vyndán Redonův drén (v drénu pouze stopa krve), rána převázána (desinfekce, sterilní krytí), klidná, bez známek infekce a krvácení, PŽK funkční (3. den), bez komplikací.

Pacientka nechtěla nic na bolest. Bolest v operační ráně na stupni 1-2.

Bolest zad na stupni 2 po celý den.

Pacientka v noci spala dobře.

5. **den hospitalizace (15.1.)** bylo pacientce předepsáno calcium v šumivých tabletách 1-0-1. Vyndán PŽK, převaz rány (desinfekce, aplikován Opsite), rána klidná, bez komplikací. Fyziologické funkce měřeny jednou denně (v normě, bez teplot), bolest v operační ráně stále na stupni 1-2, pacientka nechtěla nic na bolest. Bolest zad na stupni 2 po celý den.

Pacientka v noci spala dobře.

Pacientka dnes byla na stolici.

6. **den hospitalizace (16.1.)** Fraxiparine 0,3 ml ex. Fyziologické funkce v normě, bez teplot. Rána klidná, bez komplikací, převaz rány (desinfekce, Opsite). Bolest v ráně na stupni 1, pacientka nechtěla nic na bolest.

Bolest zad na stupni 2 po celý den.

Pacientka v noci spala dobře.

7. **den hospitalizace (17.1.)** pacientka byla propuštěna do domácího ošetřování. Byl doporučen klidový režim s fyzickým šetřením 2-3- týdny od operace, tekutiny, racionální dieta. Dále kontrola na chirurgické ambulanci v úterý 18.1., kdy budou odstraněny stehy. Chronická medikace dále dle endokrinologa.

2.3. Farmakoterapie 1. pooperační den

Infúzní terapie

- **10% Glukóza 500 ml i.v.**

Dodání sacharidů, roztok k parenterální výživě (nechat kapat 4hod)

Infundabilia

Indikace: náhrada tekutin při šoku, krvácení, chronických průjmech a zvracení, prevence dehydratace.

Doba podání: 4 hodiny

- **Ringer 1/1 500ml + 20ml 7,5 %KCL i.v.**

Izotonický roztok (nechat kapat 4hod)

Infundabilia

Složení a poměr jednotlivých elektrolytů je podobný krevní plazmě

Indikace: parenterální dodávka tekutin a elektrolytů při stavech izotonické a hypotonické dehydratace a hypovolémie po zvracení, průjmech, rozsáhlejších popáleninách, krváceních a infekcích

Léky

- **Dipidolor 7,5 mg/ml inj.**

Dávkování: 1 amp i.m. dle bolesti, max. ā 6hod

Analgetikum, opiát

Indikace: silné a velmi silné pooperační a neoplastické bolesti

Nežádoucí účinky: mírné zrychlení srdečního rytmu nebo slabý pokles krevního tlaku, ospalost, nauzea a zvracení, bolest hlavy, nadměrné pocení, návyk k přípravku

- **Novalgin 2ml inj.**

Dávkování: 1 amp do 100 ml FR/30 min i.v. dle bolesti ā 12 hod

Analgetikum, antipyretikum

Indikace: Přípravek se používá k léčbě silné náhlé nebo přetrvávající bolesti a horečky nereagující na jinou léčbu

Nežádoucí účinky: svědění, pálení, kopřivka, dušnost, hypotenze, trávicí obtíže

- **Recoxa 15 mg tbl.**

Dávkování: 1-0-0

Antirevmatika, antiflogistika, antiuratika

Indikace: určena ke krátkodobé léčbě příznaků spojených s bolestivým vzplanutím osteoartrózy a dlouhodobé léčbě příznaků některých zánětlivých revmatických onemocnění

Nežádoucí účinky: anémie, točení hlavy, bolest hlavy, zažívací potíže, nauzea, zvracení, bolesti břicha, zácpa, nadýmání, průjem, svědění kůže, vyrážka, otoky

- **Aescin tbl.**

Dávkování: 2-2-2

Venofarmaka, antivarikóza

Indikace: léčení místních otoků a zánětů, především poúrazových a pooperačních

Nežádoucí účinky: nevolnost a zvracení, návaly horka, zrychlení srdeční frekvence a mírné svědění pokožky, případně alergické kožní reakce (vyrážky, svědění), snížení krevního tlaku

- **Helicid inj.**

Dávkování: 1 amp i.v. 18-06

Antacida (včetně antiulcerózních léčiv)

Indikace: vředová choroba žaludku a duodena, trávicí obtíže, pálení žáhy, nadměrná sekrece žaludeční kyseliny, zánět jícnu

Nežádoucí účinky: bolest hlavy, průjem, zácpa, bolest břicha, nucení na zvracení, zvracení a plynatost (www.zentiva.cz)

- **Fraxiparine 0,3 ml s.c.**

Dávkování: 18:00

Antikoagulancia (fibrinolytika, antifibrinolytika)

Indikace: profylaxe tromboembolické choroby v perioperačním období, léčba tromboembolické choroby

Nežádoucí účinky: krvácivé projevy v různých místech, malé krevní výrony v místě vpichu, reakce v místě vpichu

(www.doktoronline.cz)

2.4. Prognóza

Prognóza u pacientky je velmi dobrá. Hospitalizace proběhla bez problémů a pacientka dodržovala léčebný režim.

Operační rána se hojí dobře, 18.1. je pacientka objednána na odstranění stehů a pokud bude dodržovat klidový režim, bude pít dostatek tekutin a užívat léky dle ordinace lékaře, neměly by se vyskytnout žádné komplikace. Pacientka se chce uzdravit a je zvyklá užívat léky a starat se o své zdraví, z toho usuzuji, že bude dodržovat léčebný režim.

Prodělané onemocnění a operace by neměly mít vážný vliv na její dosavadní život.

3 Ošetrovatelská část

V ošetrovatelské části se budu zabývat charakteristikou ošetrovatelského procesu, dále je zde uvedena ošetrovatelská anamnéza a ošetrovatelský proces u pacientky.

Vybrala jsem si ošetrovatelský model dle Marjory Gordonové. Tento model jsem si vybrala proto, že se z mého pohledu zdál ze všech ošetrovatelských modelů nejprehlednější, nejsrozumitelnější a nejlépe aplikovatelný na danou problematiku.

Problematiku onemocnění štítné žlázy jsem si zvolila proto, že již na střední škole mě toto téma velmi zaujalo v hodinách chirurgie a chtěla jsem se dovědět co nejvíce informací.

3.1. Charakteristika ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces (OP) je série vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch nemocného, případně za jeho spolupráce při individualizované ošetrovatelské péči. Je to vědecká metoda řešení problémů nemocných, které může ovlivnit sestra.

OP se především odráží v aktivních činnostech sestry, k nimž se sama iniciativně rozhodne na základě hlubšího poznání nemocného. Slovo „proces“ je míněno jako průběh ošetrovatelské činnosti – jako způsob práce s nemocným, způsob přístupu k profesionální ošetrovatelské péči, která je uskutečňována v určitém logickém pořadí.

Každá fáze OP se skládá z několika klíčových komponent:

Fáze 1. zhodnocení pacienta

- získávání informací (rozhovor, pozorování, testování, měření)
- interpretace získaných informací
- zhodnocení nemocného
- projednání stanovených potřeb a priorit s pacientem, pokud je to možné

Fáze 2. stanovení ošetrovatelských diagnóz

- ošetrovatelské problémy identifikované sestrou
- problémy pociťované nemocným
- dohoda s nemocným o pořadí jejich naléhavosti

Fáze 3. vypracování individualizovaného plánu ošetrovatelské péče

- stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů ošetrovatelské péče
- návrh vhodných opatření pro jejich dosažení
- dohoda s nemocným o pořadí naléhavosti jejich provedení
- seznámení ostatních pracovníků s ošetrovatelským plánem

Fáze 4. realizace plánu

- koordinace a vykonávání ošetrovatelské péče podle schváleného plánu

Fáze 5. Zhodnocení efektu poskytnuté péče

- porovnání pokroku a dosažených výsledků s plánovanými cíli
- objektivní změření účinku péče
- nové zhodnocení pacienta a úprava plánu v případě, že nebylo dosaženo kýženého efektu (8,9)

3.2. Ošetrovatelský model

Modely jsou kombinací pohledů, názorů a vědomostí na jevy světa. Soustředují pozornost na některé poznatky, skutečnosti a hlediska, poskytují systém pro myšlení, pozorování a interpretaci, ukazují směr hledání, poznávání a praktického řešení a mají vliv na naše vnímání světa.

Koncepční modely vznikají zevšeobecnováním pozorovaných jevů a vyvozováním z existujících vědomostí a jejich použitím jako příkladu na tvorbu pohledu, názoru a poznatku. (11)

„Lze říci, že koncepční modely jsou myšlenkové kombinace, které umožňují člověku určitý přístup - „model“ řešení v rámci jedné nebo vícero disciplín.“ (Farkašová, D., 2006, str. 67-68)

Pro sběr informací jsem si vybrala ošetřovatelský model Marjory Gordon - „Model funkčních vzorců zdraví“. Marjory Gordon pochází z Clevelandu ve státě Ohio. Je profesorkou ošetřovatelství a koordinátorkou v oblasti ošetřovatelské péče pro dospělé na Boston College, Chesnut Hill, Massachusetts. Je prezidentkou NANDA (The North American Nursing Diagnosis Association) a věnuje se výzkumu v oblasti plánování péče a ošetřovatelských diagnóz. V 80. letech byl federální vládou USA financován grant, jehož výsledkem se stal model Marjory Gordon. (11, 12)

„Gordonová ve svém modelu vychází z toho, že všichni jedinci mají společné určité typy chování, které souvisí s jejich zdravím, kvalitou života, s rozvojem jejich schopností a dosažením lidského potenciálu. Popis a hodnocení typů zdraví umožňuje sestře rozpoznat funkční a dysfunkční chování, případně stanovit i ošetřovatelskou diagnózu.“ (Farkašová, D., 2006, str. 105)

Dvanáct vzorců zdraví M. Gordon obsahuje:

1. vnímání 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 (10)

3.3. Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení dle modelu Marjory Gordonové

Ošetřovatelskou anamnézu jsem odebrala 1. pooperační den (13.1.), kdy byla pacientka přeložena z JIP zpět na standardní chirurgické oddělení. Údaje pro anamnézu jsem získala především rozhovorem s pacientkou, ze zdravotnické dokumentace, pozorováním a od členů zdravotnického týmu.

Tabulka č 1. – Zákl. informace o pacientce ze dne 13.1.

Pacientka	J.B.
Věk	55 let
Váha	95 kg
Výška	183 cm
BMI	28,4
Barthelův test	85 b
MORSE	60 b
Norton skóre	28 b
PŽK	2. den, funkční, bez známek infekce
TK	139/84
P	87'
D	18', pravidelný, bez dušnosti či kašle
TT	36,7
Vědomí + GCS	orientovaná, při vědomí, GCS 15b

1. Vnímání zdraví

Pacientka znala své důvody přijetí do nemocnice, ale sama neví, co přesně její nemoc způsobilo. Nemoc nezměnila způsob jejího života, má již zkušenosti s hospitalizací v nemocnici. Její hospitalizace nemá na její rodinu vážný vliv, žije s manželem a dcerou, kteří ji navštěvují.

To, že je v nemocnici, vnímá, prý, jako povinnost vůči svému zdraví. Proto je tady a chce se uzdravit.

2. Výživa a metabolismus

Pacientka o sobě prohlásila, že „jí všechno“. Je zvyklá jíst pravidelně (snídaně, oběd, svačina, večeře), v jídlu se neomezuje. Denně vypije pouze 1 litr tekutin. Alkohol pije pouze příležitostně a kávu 2x denně.

Pacientka má předepsanou dietu č. 3. Operační rána jí při polykání trochu bolí, ale vždy sní celou porci. Nemocniční strava jí poměrně chutná. Dnes měla k snídani jogurt, který celý snědla.

Pacientka dnes dopoledne vypila půl litru čaje. Kvůli svému pooperačnímu stavu by ráda vypila více tekutin za den, aspoň 1,5 litru. Má k dispozici dostatek tekutin (čaj, vodu a džus).

Pacientka má naordinované tyto infuze: 10% Glukóza 500 ml, Ringer 1/1 500ml + 20ml 7,5 %KCL i.v., momentálně jí kape první z nich do PŽK. Každá infuze má kapat 4 hodiny.

Pacientka váží 95 kilogramů a měří 183 cm (BMI = 28,4). Ví, že má nadváhu. V posledních měsících nepřibrala ani nezhubla.

Pacientka má chrup vlastní, sanován. Nauzeu nemá, nezvrací a cítí se dobře. Je schopná najíst se u stolu na pokoji.

Kůže je normální, bez známek dehydratace (Dle Norton skóre dosáhla pacientka 28 bodů, nemá tedy riziko dekubitů, viz příloha č.5). V pravé ruce na předloktí zaveden PŽK (2. den, funkční, bez známek zánětu, dnes 13.1. převázán)

Operační rána: lokalizace – krk
délka – 10 cm
vzhled – okolí klidné, rána bez sekrece, bez známek zánětu, bez zápachu, v pravé části Redon drén
(6:00-15:30 odvedl 110ml)
(viz příloha č. 2)

3. Vylučování

Pacientka se doma vyprazdňovala bez problémů, byla schopna si dojít na toaletu, při pohybu používá francouzské hole. Stolicí měla pravidelnou, vyprazdňuje se většinou každý den. Projímadla nepoužívá, pokud se vyskytnou nějaké potíže, pacientce pomáhá změna stravy nebo vypití teplé vody po ránu.

Na JIP se pacientka spontánně vymočila do osmi hodin po operaci na podložní míse. Udává, že poprvé to pro ni bylo trochu nepříjemné kvůli pocitu nedostatku soukromí. Poté už to zvládala lépe. Celkový výdej tekutin byl 2150 ml.

Naposledy byla pacientka na stoličce dnes 13.1. dopoledne. Na WC došla o francouzských holích v doprovodu sanitářky. Při vyprazdňování nemá žádné potíže.

Dále pacientka udává, že se potí normálně, nepocituje výrazné změny.

Pacientka má v operační ráně zaveden Redonův drén, který odvedl od 6:00 – 15:30 110 ml krve. Obsah byl tmavě červené barvy, tekutý.

Tím, že je pacientka první den po operaci má riziko pooperačního krvácení.

4. Aktivita – cvičení

Pacientka je vyučená cukrářka, momentálně pracuje jako toaletářka. Ráda chodí na procházky, čte, plete a pracuje s papírem.

Pacientka už několik let používá při chůzi francouzské hole kvůli bolestem páteře. Má doporučené rehabilitační cviky, které momentálně neprovádí kvůli pooperačnímu stavu. Doma pravidelně cvičí tyto cviky několikrát týdně.

Pacientka byla po operaci vertikalizována sestrou na JIP. Při vertikalizaci se jí trochu motala hlava, ale nezvracela ani nedošlo k pádu. Vydržela to pár minut, pak si pro jistotu opět lehla. Nedošlo k pádu ani ke kolapsu. Při přeložení na oddělení byla přivezena na vozíku.

Pacientka má na sobě už ode dne operace na nohou elastické punčochy jako prevenci proti tromboembolické nemoci (TEN), které si přinesla z domova, byla edukována, proč je musí nosit. Punčochy sundává pouze při sprchování. Dále má kvůli riziku TEN předepsaný Fraxiparine 0,3ml.

Pacientce jsem zhodnotila riziko pádu pomocí stupnice MORSE, výsledek byl 60 bodů (pacientka má vyšší riziko pádu, viz příloha č.3) a dále testem soběstačnosti dle Barthelové, výsledek byl 85 bodů (pacientka je soběstačná, viz příloha č.4). Kvůli riziku pádu je pacientka vždy doprovázena na WC a do koupelny někým z ošetrovatelského personálu.

5. Spánek a odpočinek

Pacientky spánek závisí na bolesti zad. Má svoji úlevovou polohu na břiše, ve které se jí nejlépe usíná. Doma se budí velmi brzy (kolem 3. hodiny ráno), ale je schopna opět velmi rychle usnout, proto to nepovažuje za nic významného. Pokud se jí výjimečně usnout nedaří, sleduje svůj dech a to jí pomáhá. Stejně je to i v nemocnici.

Na JIPu měla trochu problém usnout, zabrala až po jedenácté hodině, ale pak spala celou noc.

Léky na spaní neužívá, v nemocnici nemá problém se spánkem, po probuzení se cítí odpočatá.

6. Vnímání a poznávání

Pacientka je při vědomí, klidná a orientovaná. Nosí brýle na dálku, je krátkozraká. Hůře slyší na pravé ucho (středně těžká nedoslýchavost), používá naslouchátko. Během rozhovoru nebyl problém v komunikaci.

Na JIPu bolest v operační ráně byla na stupni 3-4, byl podán Dipidolor 1 amp i.m., po podání bolest na stupni 2. Pacientka ještě večer dostala 1 amp Novalginu ve 100ml FR. Bolest se pak držela celou noc na stupni 2. Bolest byla závislá na pohybu a na kašlání či smrkání. Pacientka bolest v ráně popisuje jako tupou, při zakašlání jako bodavou.

Pacientce byly předepsány léky na bolest dle potřeby, maximálně \bar{a} 6 hodin. Stupeň bolesti zad 2-3, pacientka ji popisuje jako neurčitou bolest, tupou a závisí na pohybu (pacientka užívá už několik let na bolest zad Oxycontin 20 mg tbl. 1-0-1 a Recoxu 15mg 1-0-0). Po podání její chronické medikace bolest klesla ze stupně 3 na stupeň 2.

7. Sebepojetí – sebeúcta

Pacientka se považuje za realistku, uvádí, že „ji jen tak něco nerozhodí“. Chce se i nadále věnovat svým koníčkům, rodině a dbát o svůj zdravotní stav.

Onemocnění nezasahuje do jejího sebepojetí.

8. Role a vztahy

Pacientka je vdaná, má jednu dospělou dceru. Žije společně s manželem a dcerou v rodinném domku.

Po propuštění z nemocnice je rodina schopna se o ni postarat. Nemá pocit, že by nemoc pozměnila nebo by měla změnit její životní role. Věří, že bude schopná se vrátit ke své práci.

Pacientka je velmi přátelská, ráda chodí do společnosti.

9. Reprodukce – sexualita

U pacientky začala menopauza v 51 letech. Dále se o své sexualitě nechtěla vyjadřovat.

10. Stres a jeho zvládnání

Pacientka uvádí, že je v podstatě stále v mírném stresu kvůli častým problémům se zády a teď ještě kvůli operačnímu zákroku. Se zvládnáním stresu jí pomáhá rodina a její koníčky. Dovede se dobře odpoutat od problémů. Současný zdravotní stav pro ni není vážnou překážkou.

Před dvěma lety jí zemřel otec, nebylo to pro ni lehké, měla s ním velmi dobrý vztah. S touto situací se již vyrovnala, ráda na otce vzpomíná a pravidelně chodí navštěvovat jeho hrob.

11. Víra, životní hodnoty

Pacientka je ateistka, ale věří, že možná nad námi něco je, ale bohem by to nenazvala. Věří na osud. Na prvním místě je u ní rodina a pak zdraví.

12. Další a důležité informace

Pacientka je alergická na Furantoin. S bolestí zad dochází 1x měsíčně do centra bolesti do nemocnice v Benešově, kam dochází na speciální rehabilitační cviky a je v péči neurologa. Bere léky na bolest (Oxycontin 20 mg tbl. 1-0-1 a Recoxa 15mg 1-0-0).

3.4. Ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila první pooperační den (13.1. 2011), který bývá z hlediska ošetrovatelské péče a pacientky nejdůležitější. Hodnocení plánu péče jsem provedla za 24 hodin.

Diagnózy jsem rozdělila na aktuální a potencionální a seřadila dle priorit po ústní dohodě s pacientkou.

Přehled ošetrovatelských diagnóz

Aktuální diagnózy

6. Chronická bolest z důvodu onemocnění páteře
1. Akutní bolest z důvodu operačního zákroku

Potencionální diagnózy

2. Riziko vzniku infekce z důvodu porušení integrity kůže (operační rána, Redonův drén, PŽK)
3. Riziko vzniku krváčení z důvodu operace
4. Riziko vzniku pádu z důvodu snížené pohyblivosti
5. Riziko tromboembolické nemoci z pooperačního stavu

3.4.1 Krátkodobý ošetrovatelský plán

Akutní bolest z důvodu operačního zákroku

Cíl: pacientka bude uvádět zmírnění bolesti dle stupnice VAS 1-2

Plán ošetrovatelské péče

- Zavedení dokumentace o bolesti
- Pravidelně sledovat, hodnotit a zaznamenávat bolest (používat škálu VAS 0-10)
- Podávat analgetika dle ordinace lékaře a sledovat vedlejší účinky léků
- Po aplikaci analgetik bolest zhodnotit

- Poučit pacientku o úlevové poloze, a aby si při kašlání přidržovala operační ránu
- Věnovat pozornost lokalizaci, charakteru, šíření a časovému průběhu bolesti

Realizace ošetrovatelského plánu

Po přeložení pacientky z JIP na standardní chirurgické jsem založila záznam o bolesti a ve spolupráci s pacientkou jsem bolest zhodnotila a zapsala do dokumentace. Bolest v operační ráně byla na stupni č. 2-3, tupá a ovlivňoval ji pohyb krku a kašlání. Pacientku jsem edukovala o vhodné poloze hlavy, o držení rány při kašlání a vysvětlila jí princip analogové škály pro hodnocení bolesti.

Pacientka měla předepsaná analgetika od lékaře (Dipidolor 1 amp. i.m. max. ā 6hod a Novalgin 1 amp do 100ml/FR ā 12hod). Bolest u pacientky byla na stupni 2-3, byl aplikován Novalgin 1 amp do 100 ml FR i.v., poté bolest na stupni 2. Pacientka pak chtěla analgetikum na bolest až večer, kdy bolest byla stupni 2-3, byl aplikován Dipidolor 1 amp. i.m. Poté bolest na stupni 1-2.

Hodnocení

Pacientka dodržovala doporučenou polohu hlavy, dobře pochopila analogovou škálu hodnocení bolesti.

Po aplikaci 1 ampule Dipidoloru pacientka udávala snížení bolesti na stupeň č. 1-2. Po podání analgetika jsem nezaznamenala žádné vedlejší účinky léků. Dne 14.1. ráno bolest v operační ráně na stupni 1-2. Pacientka na bolest již nic nechtěla.

Riziko vzniku infekce z důvodu porušení integrity kůže (operační rána, Redonův drén, PŽK)

Cíl: pacientka nejeví známky infekce
včasné rozpoznání komplikací

Plán ošetrovatelské péče

- Edukovat pacientku o komplikacích
- Denně asepticky převazovat operační ránu a PŽK
- Sledovat fyziologické funkce a celkový stav
- Kontrolovat okolí místa zavedené PŽK
- Sledovat množství a vzhled odpadu z Redonova drénu (při množství nad 100ml informovat lékaře) a jeho funkčnost, sledovat okolí výstupu drénu z rány

Realizace

Pacientce byly měřeny fyziologické funkce 2x denně, pacientka byla poučena sestrou a lékařem o pooperačních komplikacích. Operační rána byla ráno asepticky převázána (desinfekce rány, očištění okolí rány, aplikace sterilního krytí), PŽK také asepticky převázána, popsána datem zavedení. Sledovala jsem funkčnost a množství odpadu z Redonova drénu a zapsala do dokumentace (od 6:00 – 15:30 110ml) a oznámila lékaři. Odpad z drénu byl krvavý, tekutý.

Operační rána: lokalizace – krk
délka – 10 cm
vzhled – okolí klidné, rána bez sekrece, bez známek zánětu, bez zápachu, v pravé části Redonův drén
(viz příloha č.2)

Hodnocení

Operační rána klidná bez příznaků infekce, kůže prokrvená. Redonův drén fungční, o množství odpadu z drénu informován lékař. Okolí výstupu drénu z rány klidné bez známek infekce.

Dvakrát byly změřeny fyziologické funkce, hodnoty v normě. PŽK funkční, okolí bez známek infekce. Dne 14.1. dopoledne vyndán Redonův drén, ve kterém byla jen stopa krve (viz příloha č.2, obr. 2). U pacientky se nevyskytly příznaky infekce.

Riziko vzniku krvácení z důvodu operačního zákroku

Cíl: nedojde ke krvácení z operační rány
včasné rozpoznání komplikací

Plán ošetrovatelské péče

- Edukovat pacientku o příznacích krvácení a o důvodu užívání Fraxiparinu
- Edukovat pacientku v péči o ránu
- Sledovat ztráty tekutin a vzhled odpadu Redonovým drénem
- Sledovat příznaky krvácení

Realizace

Pacientka byla edukována o působení Fraxiparinu a o jeho možných vedlejších účincích a dále, že při kašlání a smrkání je nutné operační ránu přidržovat.

Operační rána byla asepticky převázána a Redonův drén odvedl 110ml krve (6:00-15:30).

Byly měřeny fyziologické funkce (v normě) a sledovány příznaky krvácení.

Hodnocení

U pacientky nebyly zaznamenány příznaky krvácení.

Riziko vzniku pádu z důvodu snížené pohyblivosti

Cíl: u pacientky nedojde k pádu

Plán ošetrovatelské péče

- Zjistit rozsah mobility a informovat ošetrovatelský tým
- Edukovat pacientku o pohybovém režimu
- Zajistit dohled při hygienické péči a doprovod na wc
- Zajistit vhodné pomůcky při hygienické péči
- Zajistit na dosah signalizační zařízení

Realizace

Pacientka používá francouzské hole již několik let. Chůze je pomalejší, ale stabilní. Pacientka byla edukována o pohybovém režimu – pomalu vstávat, chvíli sedět, pokud se nemotá hlava, opatrně vstát a již mít připraveny francouzské hole.

Ráno byla pacientka doprovázena do koupelny ošetrovatelkou, do sprchy byla dána židle. Hygienickou péči si pacientka obstarala sama, poté byla opět doprovázena na pokoj.

Signalizační zařízení měla pacientka po ruce.

Hodnocení

Nedošlo k pádu pacientky.

Riziko tromboembolické nemoci z důvodu snížené hybnosti

Cíl: pacientka nejeví známky TEN
včasné rozpoznání příznaků TEN

Plán ošetrovatelské péče

- Edukovat pacientku o rizicích a příznacích nemoci

- Edukovat pacientku o důvodech nošení elastických punčoch a aplikace Fraxiparinu
- Sledovat a včas zachytit možné příznaky TEN
- Kontrolovat funkčnost bandáží (elastických punčoch)
- Aplikovat Fraxiparine dle ordinace lékaře
- Edukovat pacientku o pohybovém režimu

Realizace

Pacientka byla edukována o rizicích a příznacích TEN, o nošení elastických punčoch a aplikaci Fraxiparinu. Elastické punčochy nosila celý den, sundala je pouze na několik minut kvůli vysprchování, poté si je opět oblékla. Punčochy byly funkční a správně natažené. Fraxiparine byla aplikován dle ordinace lékaře v 18:00.

Pacientka byla edukována o pohybovém režimu.

Hodnocení

Nebyly zjištěny příznaky TEN. Pacientka znala a chápala veškerá rizika nemoci, dodržovala veškerá režimová opatření.

Chronická bolest z důvodu onemocnění páteře

Cíl: pacientka bude udávat zmírnění bolesti ze stupně 3 na stupeň 2

Plán ošetrovatelské péče

- Zhodnotit a pravidelně zaznamenávat bolest dle stupnice VAS
- Respektovat stížnosti pacientky na bolest
- Podávat analgetika dle ordinace lékaře
- Sledovat účinky analgetik
- Vypozorovat zhoršující faktory bolesti
- Vyhledat úlevové polohy

Realizace

U pacientky byla hodnocena bolest zad před podáním analgetik a pak po jejich aplikaci. Pacientka popisuje bolest jako neurčitou, občas tupou, záleží na pohybu.

Ráno před podáním chronické medikace byla bolest na stupni 3, po podání na stupni 2. Během dne se bolest držela na stupni 2, později večer na stupni 2-3. Pacientka používá francouzské hole, které jí ulevují od bolesti při chůzi. Jelikož je pacientka první den po operaci, spíše polehávala, což vyvolalo nepříjemné pocity v zádech. Po podání analgetik pocítovala mírnou úlevu. Rehabilitační cviky, které má naordinované z Centra pro bolest v Benešově, nemůže provádět z důvodu pooperačního stavu.

Hodnocení

Pacientka udává zmírnění bolesti ze stupně 3 na stupeň 2.

3.4.2. Dlouhodobý plán péče

V dlouhodobém plánu péče jsem se zaměřila především na péči o operační ránu, sledování bolesti a vznik možných pooperačních komplikací.

V dalších dnech byla operační rána asepticky převazována každý den, 14.1. byl vyndán Redonův drén, 15.1. byl vyndán PŽK a na operační ránu byl místo sterilního krytí použit Opsite. Pacientka už si operační ránu mohla malým proudem vody sprchovat. Bylo důležité, aby si pacientka při kašlání a smrkání operační ránu přidržovala, aby nedošlo k uvolnění stehů nebo ke krvácení. S rizikem vzniku krvácení bylo spojeno i podávání Fraxiparinu 0,3 ml 1x denně. U pacientky se nevyskytly příznaky vzniku krvácení a Fraxiparine byl vysazen 16.1.

Dále bylo důležité sledování jak akutní, tak chronické bolesti. Každý den byla zaznamenána hodnota bolesti na stupnici od 0 do 10 bodů. Bolest akutní se pohybovala mezi 1-2 a bolest chronická mezi 2-3. Pacientce pomáhaly léky proti bolesti jak na akutní, tak i na chronickou bolest. Chronická bolest byla velmi ovlivňována pohybem, proto bylo důležité, aby pacientka vyhledávala úlevové polohy a při chůzi správně používala francouzské hole.

Jelikož pacientka prodělala odstranění štítné žlázy, bylo nutné sledování hladin vápníku v krvi. Pacientce byly provedeny odběry krve 13.1. (výsledek: 1,85) a 14.1. (výsledek 2,04). 15.1. bylo pacientce předepsáno kalcium v šumivých tabletách 2x denně a byla edukována o projevech nedostatku vápníku v krvi.

Další komplikací, která přetrvávala během hospitalizace, bylo riziko vzniku pádu. 14.1. na stupnici pádů MORSE dosahovala pacientka stále 60 bodů, 15.1. 40 bodů. Riziko pádu tedy bylo nižší, stále ale přetrvávalo.

Pacientka byla propuštěna do domácího ošetřování 17.1. a byla edukována o péči o operační ránu (hlavně promazávání) a o nutnosti navštívení endokrinologa. 18.1. se měla dostavit na kontrolu v chirurgické ambulanci pro kontrolu a odstranění stehů. Lékař pacientce doporučil 2-3 týdenní fyzické šetření a pít dostatek tekutin.

3.5. Edukace

Slovník cizích slov definuje edukaci jako výchovu a vzdělávání. Ve zdravotnictví vzděláváme, doplňujeme informace a učíme pacienty novým poznatkům. Zdravotní sestry se nyní dostávají do role učitele a význam edukace se zvyšuje.

Výsledek edukace je ovlivňován edukovaným – jeho věkem, inteligencí, schopností učit se a motivací, dále edukátorem a jeho znalostmi a edukačními faktory (např. místo edukace).

Edukace u pacientky probíhala již od přijetí do nemocnice. Informací se jí dostávalo nejen od lékaře a sester, ale i od zbytku ošetrovatelského týmu.

Při přijetí na standardní chirurgické oddělení Vojenské nemocnice byla pacientka seznámena s oddělením, ošetrovatelským personálem a lékařem, který jí vysvětlil zákrok, včetně komplikací a následný průběh péče. Poté pacientka podepsala souhlas s hospitalizací a s operací.

Po prodělání operace byla pacientka seznámena s pohybovým režimem, analogovou škálou bolesti, s příznaky pooperačních komplikací, se zásadami péče o operační ránu a s užívanou medikací. Pacientka veškerým podaným informacím rozuměla.

Pohybový režim

Pacientka měla po operaci klidový režim. Vzhledem k riziku pádu byla poučena, že pokud si bude chtít dojít do koupelny nebo na WC, musí o tom informovat někoho z ošetrovatelského personálu, aby byl zajištěn doprovod. Pacientka byla ještě edukována o vstávání z lůžka, že pohyb musí provádět přes bok, pomalu a pár minut sedět než se bude moci postavit, aby předešla ortostatické hypotenzi. Pacientka zvládala používat signalizační zařízení a při vstávání dodržovala doporučené zásady.

Analogová škála bolesti

Pacientka již několik let trpí chronickou bolestí zad. Nyní kvůli operačnímu zákroku má i akutní bolest v operační ráně. Bylo tedy nutné sledovat oba typy bolesti na škále od 0 do 10. Pacientka byla edukována, jak se škála

používá, jak bolest popsat, a že bolest bude sledována před podáním a po podání analgetik. Pacientce jsem ukázala na pravítku, jak se škála používá, poté byla schopna svoji bolest číselně a slovy ohodnotit.

Pooperační komplikace

Každá operace s sebou nese určitá rizika. Proto bylo důležité pacientku edukovat, že může dojít k pooperačnímu krvácení, k tromboembolické nemoci, k poklesu hladin kalcia a následným neurologickým příznakům (pokles tlaku nebo křeče) a ke vzniku infekce.

Pacientka byla edukována o důvodu nošení elastických punčoch po celou dobu hospitalizace, aplikace Fraxiparinu a o brzké vertikalizaci, o příznacích krvácení a příznacích infekce v ráně a PŽK. Pacientku jsem poprosila, aby mi předané informace zopakovala a zda jim rozumí. Pacientka byla schopna mi vše zopakovat, rozuměla informacím, které jsem jí předala.

Pacientka byla edukována, že pokud si bude chtít dojít na WC nebo do koupelny, má použít signalizační zařízení a poprosit o doprovod někoho z ošetrovatelského týmu.

Zásady péče o ránu

Pacientka byla poučena, že si musí ránu přidržovat při kašlání a smrkání (předvedla jsem jí, že stačí na ránu přiložit dlaň a mírně zatlačit, zatlačení jsem předvedla na její ruce), dále, že si může ráno malým proudem vody sprchovat, pokud byl na operační ránu aplikován Opsite. Pacientka byla dále edukována o tom, že musí dávat pozor na Redonův drén, u kterého by mohlo dojít k nechtěnému vytažení (předvedla jsem jí, jak Redon držet při chůzi, že se dá zavěsit na francouzské hole).

Při propuštění byla pacientka edukována, že by si měla ránu promazávat mastným krémem, aby došlo k lepšímu hojení a k tvoření menší pooperační jizvy.

3.6. Psychosociální problematika nemocné

„Nemoc znamená pro člověka radikální, byť dočasnou změnu sociální situace a prostředí, v němž se odehrává každodenní život. Reakce nemocného na nemoc a jeho postoj k nemoci mohou být velmi rozdílné, individuálně odlišné. Jde o způsob vyrovnávání se s náročnou životní situací tak, jak si jej v přechodném období v průběhu života osvojil.“ (Zacharová E., Hermanová M., Šrámková J., *Zdravotnická psychologie*, 2007, str. 20)

Jelikož je štítná žláza velmi důležitým endokrinním orgánem, jakékoliv její onemocnění může zasáhnout do života člověka. Po jejím odstranění může člověk zažívat pocit, že mu „něco chybí“ a ne každý se smíří s doživotní substitucí hormonů štítné žlázy.

Prožívání nemoci

Pacientka uvádí, že se samozřejmě trochu vylekala, když jí endokrinolog vysvětlil, co se s její štítnou žlázou děje, a že bude potřeba její odstranění. Jelikož jí bylo ohledně jejího onemocnění vše vysvětleno, pacientka se s nemocí rychle smířila. Ve svém životě již byla několikrát hospitalizována, a jak sama říká: „Další hospitalizace, která snad nebude delší než týden, by mi neměla ublížit.“

Po operaci nejvíce pacientce vadila bolest v operační ráně a nepohodlí, které jí přinesl Redonovův drén, na který se musel dávat pozor, aby nedošlo k jeho nechtěnému vytažení.

Postoj k nemoci

Pacientka si je vědoma, že každá operace s sebou přináší nějaká rizika, ale jelikož dostala všechny potřebné informace, je připravena se se svým onemocněním poprat. Hodlá dodržovat léčebný režim, zbytečně neriskovat a při pohybu být opatrná a dávat na doporučení lékaře a sester. Zajímá se o svůj zdravotní stav a je smířená s tím, že bude muset doživotně užívat hormony štítné žlázy.

Reakce na pobyt v nemocnici

Pacientka sice byla ve svém životě hospitalizována již několikrát, ale ve Vojenské nemocnici byla poprvé a tudíž pro ni, v neznámém prostředí. Byla proto velmi zvědavá, co se kde nachází a jaký je na oddělení režim (návštěvy, stravování apod.). Byla seznámena s režimem oddělení, s ošetřujícím lékařem a ostatními členy zdravotnického týmu.

Pacientka snášela hospitalizaci dobře, spolupracovala a dodržovala léčebný režim.

Pacientka byla ráda, že za ní pravidelně docházel manžel, který je pro ni velkou oporou.

Hodnocení komunikace

Pacientku hodnotím jako společenskou a velmi komunikativní, i přesto, že na pravém uchu má středně těžkou nedoslýchavost, nebyl problém v komunikaci.

Pacientka byla zvědavá, při odebrání anamnézy neměla problém odpovědět na jakýkoli můj dotaz a i naopak se na cokoli zeptat. Se spolupacientkami (byla na třílůžkovém pokoji) neměla žádné problémy, dámy byly schopné si mezi sebou povídat a vzájemně si i popřály štěstí, když šla jedna z nich na operační sál. S členy ošetřovatelského týmu komunikovala dobře, nedošlo k žádnému konfliktu, byla ráda, že nám může důvěřovat a svěřit se do naší péče.

Pacientka se shodovala ve verbální i neverbální komunikaci.

Zvládání stresu

Pacientka uvádí, že se cítí stále trochu ve stresu kvůli bolestem páteře. Proto měla obavy z další bolesti, která je spojena s operačním výkonem. Bolest však zvládla výborně, užívala svoji medikaci dle lékaře a uměla vyhledat úlevové polohy jak pro svoji akutní, tak i chronickou bolest.

Pacientka měla trochu obavy z pooperačních komplikací, ale díky dostatečným informacím od lékařů a sester se cítila lépe.

Hodně pacientce pomáhal manžel a dcera, kteří ji navštěvovali (manžel častěji) a dodávali jí odvahu a sílu.

Motivace nemocné

U pacientky je na prvním místě rodina a pak zdraví. Říká, že ale bez zdraví člověk nemůže nic, a proto chce udělat maximum, aby mohla být zpět doma u své rodiny a také se věnovat svým koníčkům. Rodina je pro ni největší motivací.

Sociální problematika

Pacientka bydlí v rodinném domku se svým manželem a dcerou. Je vyučená cukrářka, momentálně pracuje jako toaletářka. Ráda chodí na procházky, čte, plete a pracuje s papírem. Ráda chodí do společnosti, má mnoho přátel, se kterými se ráda vídá.

V nemocnici se smířila s tím, že bude na pokoji s dalšími dvěmi pacientkami, se kterými si rozuměla a uvádí, že je ráda, že měla štěstí na tak příjemné kolegyně.

Na pokyny lékaře a zdravotníků dbala, nechala si vždy vše vysvětlit a zajímala se o svůj zdravotní stav.

Po propuštění z nemocnice se o ni bude starat manžel a dcera.

4 Prognóza a závěr

Pacientka byla propuštěna do domácího ošetřování 17.1. 2011. Byla edukována, že se musí fyzicky šetřit 2-3 týdny a pít dostatek tekutin. 18.1. se má dostavit na chirurgickou ambulanci k vyndání stehů a kontrole. Dále má navštívit endokrinologa, který určí chronickou medikaci a případnou další léčbu.

Jelikož pacientka po celou dobu hospitalizace dodržovala léčebný režim a nedošlo k žádné pooperační komplikaci a má zájem se uzdravit a brát léky, je její prognóza velmi dobrá. Vše nyní záleží jen na ní a na její motivaci.

Ve své bakalářské práci jsem zpracovala případovou studii pacientky po totální thyroidektomii, která byla přijata na chirurgické oddělení ve Vojenské nemocnici v Praze.

Bakalářskou práci jsem rozdělila na část klinickou a ošetrovatelskou. V klinické části jsem popsala anatomii, fyziologii, patofyziologii a operační techniku včetně pooperačních komplikací a průběh hospitalizace. V ošetrovatelské části jsem použila metodu ošetrovatelského procesu a použila jsem model dle Marjory Gordon.

Dále jsem zde uvedla edukaci a psychosociální problematiku nemocné.

5 Seznam použité literatury

1. Bleha O. *Štítná žláza*. 1. vydání. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1956. 200s. Thomayerova sbírka. ISBN neuvedeno
2. Limanová Z. *Štítná žláza*. 1. vydání. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-400-8
3. Dvořák J. *Štítná žláza a její nemoci*. 1. vydání. Praha: SERIFA, s.r.o., 2002. ISBN 80-902859-1-0
4. Hoch J. et.al. *Speciální chirurgie*. 2. vydání. Praha: MAXDORF, 2003. ISBN 80-85912-06-6
5. Trojan S. a kol. *Lékařská fyziologie*. 4. vydání. Praha: GRADA, 2003. ISBN 80-247-0512-5
6. Dvořák J. *Štítná žláza, chirurgická anatomie, operační technika*. 2. vydání. Praha: SERIFA, 2000. ISBN 80-902859-0-2
7. Klener P. *Endokrinologie, Poruchy metabolismu a výživy*. 1. vydání. Praha: Galén, Karolinum 2002. Svazek VI. ISBN 80-7262-169-6 (Galén) ISBN 80-246-2537-6 (Karolinum)
8. Staňková M. *České ošetřovatelství 3, Jak zavést ošetřovatelský model do praxe*. Brno: NCONZO, 2005. ISBN 80-7013-282-5
9. Kolektiv autorů. *LEMON1: Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. 1. vydání. Brno: IDVPZ 1996. ISBN 80-7013-234-5
10. Pavlíková S. *Modely ošetřovatelství v kostce*. 1. Vydání. Praha: GRADA 2006. ISBN 80-247-1211-3
11. Farkašová D. a kol. *Ošetřovatelství-teorie*. Martin: OSVETA 2006. ISBN 80-8063-227-8
12. Trachtová E. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: NCONZO 2006. ISBN 80-7013-324-4
13. Zacharová E., Hermanová M., Šrámková J., *Zdravotnická psychologie*. 1. vydání. Praha: GRADA 2007. ISBN 978-80-247-2068-5
14. <http://www.zentiva.cz/default.aspx/cz/productwide?Kod=56500&DetailType=detail&Type=10> (4.5. 2011, 16:26)

15. <http://doktoronline.cz/leky/> (4.5. 2011 15:50)

6 Seznam zkratek

µg	mikrogram
µm	mikrometr
amp	ampule
BMI	Body Mass Index
D	dech
EKG	elektrokardiogram
FR	fyziologický roztok
g	gram
H+L	hepar + lien (játra+slezina)
HSA	tyroxin vázající albumin
i.m.	intramuskulárně
i.v.	intravenózně
JIP	jednotka intenzivní péče
K+C	kultivace+citlivost
KCL	kalium chloratum
KO	krevní obraz
LT	Lobectomy totalis
ml	mililitr
nTTE	Thyreoidectomy fere totalis
OP	ošetřovatelský proces
ORL	otorinolaryngologie
P	puls
p.o.	per os
PTH	parathormon
PŽK	periferní žilní katetr
RTG	rentgen
s.c.	subkutánně
S+P	srdce + plíce

STE	Thyreoidectomy (strumectomy) subtotalis
T3	trijodtyronin
T4	tyroxin
TBG	tyroxin vázající globulin
tbl.	tableta
TBPA	tyroxin vázající prealbumin
TEN	tromboembolická nemoc
TK	krevní tlak
tsh	tyreostimulující hormon
TSH	tyreostimulující hormon
TT	tělesná teplota
TTE	Thyreoidectomy totalis

7 Seznam příloh

- Příloha č. 1 ošetřovatelská anamnéza
- Příloha č. 2 operační rána pacientky
- Příloha č. 3 stupnice pádů MORSE
- Příloha č. 4 Barthelův test
- Příloha č. 5 riziko vzniku dekubitů dle Nortonové

Příloha č. 1 – Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelský záznam

Jméno a příjmení : J. B.
Věk : 55 let
Vyznání : ateistka
Povolání : zedlebarka
Národnost : česká
Osoba, kterou lze kontaktovat : manžel
Oslovení : paní Jarka
.....

Datum přijetí : 11. 1. 2011
Hlavní důvod přijetí : plánovaná operace šití očí
Datum a kam propuštěn :

- Lékařská diagnóza:
1. ... egyptonkóza s difúzní srůmcou
 2. ... VAS plicí
 3. ... hypoxis pro oční klerózu
 4.

Jak je nemocný informován o své diagnóze? ... informace poskytl lékař, pacientka zná svou diagnózu

Osobní anamnéza : ... dětské nemoci, difúzní srůmca s synechiózy, dislokace 44/45, 45/51 před 13 lety, se p. tympanocitií pro oční klerózu, 2x plísňová nosy, ... operace pro rozštěp rtu

Rodinná anamnéza ... sestra rakovina břusna, matka ztráta

Vyšetření
... ORL kontrola

Terapie ... Propylid 20mg 1-0-1 tbl
Oxygentin 20mg 1-0-1 tbl
Becoxa 15mg 1-0-0

Důležité informace o stavu nemocného: ... používá francouzské hele, naslouchátko
... na pravém uchu, léčí se v centru bolesti v Bombaji

Alergie :	jídlo	Ne	Ano	pokud ano, které.....
	Léky	Ne	Ano	pokud ano, které.....
	Jiné	Ne	Ano	pokud ano, které.....

Nemocný má u sebe tyto léky : Oxycodon, Propycol, Recora

Je poučen, že je nemá brát Ano Ne
Jak je má brát Ano Ne

Psychický stav (vědomí, orientace, neklid, nálada) ... při vědomí, klidná, orientovaná

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci...)

bydlí s manželem v rodinné domku

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává :

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři) ? řezaly oči, T2-T4, kvůli operaci
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? není
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? ne
4. Co očekáváte, že se s Vámi v nemocnici stane? odstranění špatné zrak
5. Jaké to pro Vás je být v nemocnici? neví, je zvyklá
6. Jak dlouho tu podle Vás budete? týden
7. S kým doma žijete? Je na Vás někdo závislý? s manželem, není na mě nikdo závislý
8. Kdo je pro Vás nejdůležitější (nejbližší) člověk? manžel, dcera, maminka
9. Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na Vaši rodinu? ne
10. Může Vás někdo z rodiny (nebo blízkých) navštěvovat? ano
11. Co děláte rád ve volném čase? čtení, pletení, práce s papírem
12. Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? jako před operací

Specifické základní potřeby

1. Pohodlí, odpočinek, spánek

a) Bolest / nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného?
pokud ano, upřesněte..... *chromice, v kříži*..... **Ano** **Ne**

- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím?
pokud ano, upřesněte..... **Ano** **Ne**

- Na čem je bolest závislá?..... *na pohybu*.....

- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíže)?..... *rehabilitace, léky, centrovou bolest*.....

- Došlo po naší léčbě k úlevě? **Úplně** **Částečně** **Ne**

- Pokud budete mít u nás bolesti/ potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění?..... *léky, úlevová poloha*.....

Hodnocení sestry : *pac. evří chr. bolesti na stupni 2-3, pomáhají léky a úlevová poloha*

b) Odpočinek /spánek

- Máte nějaké obtíže se spánkem nebo odpočinkem od té doby, co jste přišel do nemocnice?
pokud ano, upřesněte..... **Ano** **Ne**
závisí na bolesti.....

- Měl jste potíže i doma? **Ano** **Ne**

- Usínáte obvykle těžko? **Ano** **Ne**

- Budíte se příliš brzy?
pokud ano, upřesněte..... **Ano** **Ne**
vehnu se ve tři, ale je schopná znovu usnout

- Co podle Vás způsobuje Vaše potíže?..... *bolest zad*

- Máte nějaký návyk, který Vám pomáhá lépe spát?..... *skládá svůj dech, úlevová poloha*

- Berete doma léky na spaní? **Ano** **Ne**
pokud ano, které.....

- Zdřímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho?..... *ne*.....

Hodnocení sestry: *Pacientka spí dobře, má svůj rytmus na usnutí*

2. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám? **Ano** **Ne**

- Potřebujete pomoc při umytí? **Ano** **Ne**

- Potřebujete pomoc při čištění zubů? Ano Ne
- Máte obvykle kůži suchou mastnou normální
- Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť? na obličej křem.....
- Potřebujete pomoc při koupání? Ano Ne
- Kdy se obvykle koupete? ráno odpoledne večer je to jedno

Hodnocení sestry: Pac. po operaci potřebuje doprovod do koupelny, aby nedošlo k pádu

3. Bezpečí

a) lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí?
pokud ano, upřesněte..... bolesti zad -> používá fyzioterapii Ano Ne
- Měl jste potíže s chůzí už před přijetím?
pokud ano, upřesněte..... Ano Ne
- Řekl Vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil?
pokud ano, upřesněte..... Ano Ne
- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění?
pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete?..... Ano Ne Nevím

b) zrak

- Máte nějaké potíže se zrakem?
pokud ano, upřesněte..... brýle a zrak se Ano Ne
- Nosíte brýle?
pokud ano, máte s nimi nějaké problémy?..... ne Ano Ne

c) sluch

- Slyšíte dobře?
Pokud ne, užíváte naslouchadlo? Ano Ne
- Jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl?..... na druhé ucho slyší dobře.....

Hodnocení sestry: pac. používá fyzioterapii kvůli bolesti zad, nosí brýle a používá naslouchadko v pravém uchu

4. Strava/dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup? dobrý vadný
- Máte zubní protézu? horní dolní žádnou
- Dělá Vám stav Vašeho chrupu při jídle potíže? Ano Ne
- pokud ano, upřesněte.....

- Máte rozbolavělá ústa? **Ano** **Ne**
pokud ano, ruší Vás to při jídle?.....

b) Myslíte, že máte tělesnou váhu přiměřenou? **Ano** **Ne**
- pokud vyšší (o kolik?).....*ca. 10 kg*
- Pokud nižší (o kolik?).....

c) Změnila se Vaše váha v poslední době? **Ano** **Ne**
- pokud ano, o kolik kg jste **zhubnul**.....**přibral**.....

d) Změnila nemoc Vaši chuť k jídlu? **Ano** **Ne**
- Co obvykle jíte?.....*všechno*.....

- Je něco, co nejíte? **Ano** **Ne**
- Pokud ano, co a proč?.....*mat. kakao*.....

- Máte zvláštní dietu? **Ano** **Ne**
- Pokud ano, jakou?.....

- Měl jste nějakou dietu, než jste přišel do nemocnice? **Ano** **Ne**
- Pokud ano, upřesněte.....
- Co by mohlo Váš problém vyřešit?.....

- Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? **Ano** **Ne**
- Pokud ano, očekáváte, že ji budete schopen dodržovat?

Hodnocení sestry: *pac. nemá problém se stravováním, svi celou porci*
.....*BMI 22,9*.....

5. Tekutiny

- Změnil jste příjem tekutin , od té doby, co jste onemocněl?
Zvýšil **snížil** **nezměnil**
- Co rád pijete?
vodu **mléko** **ovocné šťávy** *vše*
kávu **čaj** **nealkoholické nápoje**
- Co nepijete rád?.....*kakao*.....
- Kolik tekutin denně vypijete?*1l*.....
- Máte k dispozici dostatek tekutin? **Ano** **Ne**

Hodnocení sestry: *pac. by měl zvýšit příjem tekutin*
.....

6. Vyprazdňování

a) Střeva

- Máte obvykle normální stolici zácpu průjem
- Jak často chodíte obvykle na toaletu? každý den
- Kdy se obvykle vyprazdňujete? různě
- Berete projimadlo? pravidelně často příležitostně nikdy
- Pomáhá Vám něco, abyste se vyprázdnil? **Ano** **Ne**
Pokud ano, co je to?
- Máte nyní problémy se stolicí? **Ano** **Ne**
Pokud ano, jak by se daly řešit?

b) Močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice? **Ano** **Ne**
Pokud ano, upřesněte.....
Jak jste je zvládal/a?.....
- Co by Vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici?.....
- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice? **Ano** **Ne**
Pokud ano, myslíte, že to zvládnete?
- Hodnocení sestry: vyprazdňování bez problémů, pouze nutný doprovod na WC, stolice dnes 13.1.

7. dýchání

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním? **Ano** **Ne**
Pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste potíže před příchodem do nemocnice? **Ano** **Ne**
Pokud ano, upřesněte.....
Jak jste je zvládal?.....
- Máte nyní potíže s dýcháním? **Ano** **Ne**
Pokud ano, co by Vám pomohlo?.....
- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů? **Ano** **Ne** **Nevím**
Pokud ano, zvládnete to?.....
- Kouříte? **Ano** **Ne**
Pokud ano, kolik?
- Hodnocení sestry: pac. se dýchá dobře

8. Kůže

- Pozorujete změny na kůži? **Ano** **Ne**
- Svědí Vás kůže? **Ano** **Ne** **Někdy**

Hodnocení sestry: kůže normalní, pociťování v normě, Norcom 32 b

9. Aktivita, cvičení, záliby

- Chodíte do zaměstnání? **Ano** **Ne**
Pokud ano, co děláte? učitelka

- Máte potíže pohybovat se v domácnosti? **Ano** **Ne**

- Máte doporučeno nějaké cvičení?
Pokud ano, upřesněte rehabilitace kvůli bolesti zad

- Víte, jaký je Váš pohybový režim v nemocnici? **Ano** **Ne**

- Jaké máte záliby, které by Vám vyplnily volný čas v nemocnici? květinářství

- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění?

Hodnocení sestry: MORSE 60b, pac. zná svůj pohyb. režim

10. Sexualita (otázky závisí na tom, zda pacient považuje za potřebné o tom mluvit)

- Způsobila Vaše nemoc nějaké změny ve Vašem pohlavním životě? **Ano** **Ne**
Pokud ano, upřesněte.....

- Očekáváte, že se Váš pohlavní život změní po odchodu z nemocnice? **Ano** **Ne**
Pokud ano, upřesněte.....

Hodnocení sestry:

Různé

- Jakou školu jste ukončil? vysoce učitelka (Plzeň)

- Očekáváte, že se po odchodu z nemocnice změní Vaše role manžela (manželky), otce (matky), nebo jiné sociální vztahy? **Ano** **Ne**
Pokud ano, upřesněte.....

- Jak velká je Vaše rodina? manžel, dcera

- S kým společně žijete? s manželem a dcerou

- Kdo se o Vás může postarat? rodina

- V jakém bytí žijete? v domě
- Máte dostatek informací o Vašem léčebném režimu? Ano Ne
- Máte dostatek informací o nemocničním režimu? Ano Ne
- Máte nějaké specifické problémy týkající se Vašeho pobytu v nemocnici? ne
- Chcete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetrovatelské péči? ... asi ne
- Hodnocení sestry: ... O pacientku se má kdo postarat po propuštění

Jak sestra nemocného souhrnně vidí

Snadno odpovídá	Odpovídá váhavě
Neptá se	Mlčenlivý
Hovorný	Spolupracuje
Úzkostlivý	Vyděšený
Nejistý	Nedůvěřivý
Rozzlobený	Smutný
Rychle chápe	Pomalu chápe
Nechápavý	Aktivní
Přízpůsobivý	Nepřízpůsobivý
Psychicky stabilní	Psychicky labilní
Dobře se ovládá	Špatně se ovládá

Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči:
 Pac. je při ranní, střední, orientován, spolupracuje. Používá p.v. hole,
 následujícího, opravní rána v oblasti krku, Pék 2.den, TK 135/29, P. 87,
 D. 12, pravidelný, T. 36,7
 BMI 22,4, MORSÉ 60b, Norton 32b, Barthel 80b
 peal. stolice dnes 13 l.
 chr. bulze 2ad. (2-3)
 komunikace bez problémů

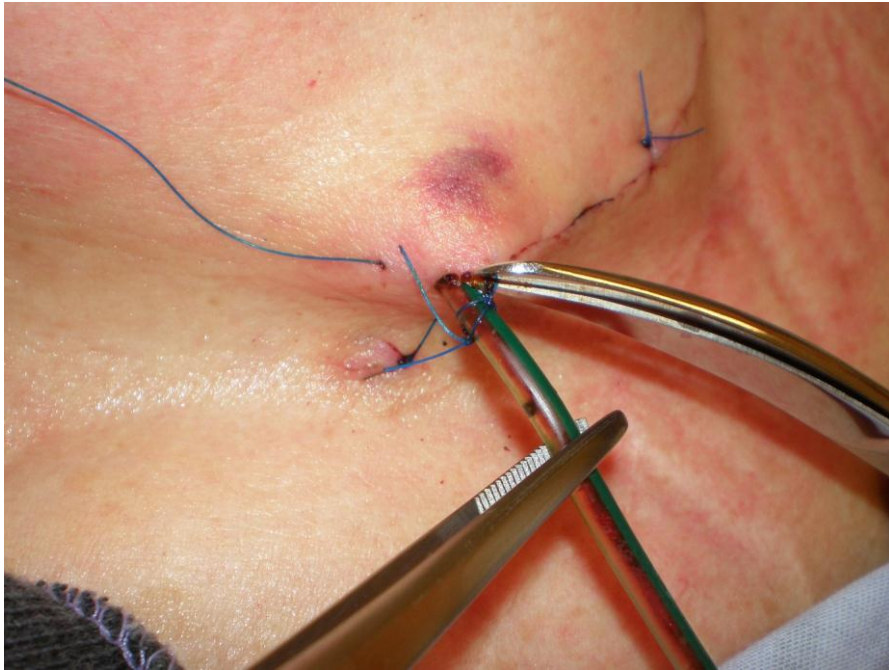
Příloha č. 2 – Operační rána pacientky (ze dne 14.1.)



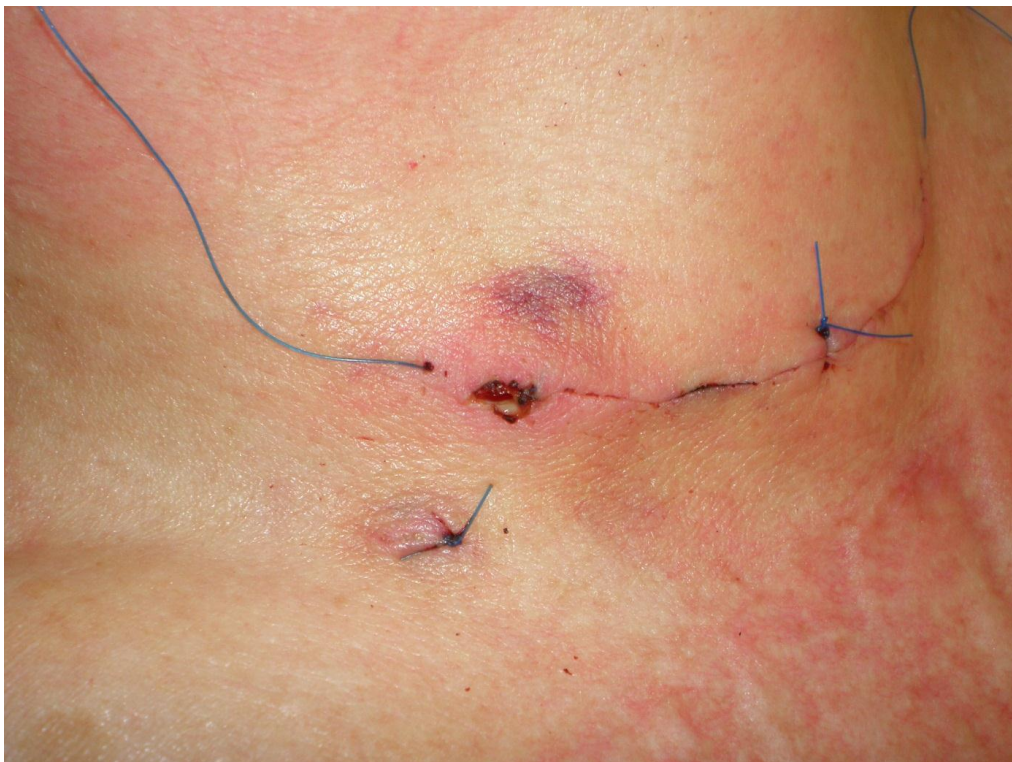
Obr. 1 – Operační rána



Obr.2 – Redonův drén



Obr.3 – Odstranění Redonova drénu



Obr. 4 – Operační rána po odstranění Redonova drénu

Zdroj: Autorka

Příloha č.3

Stupnice pádů Morse		
		Body
1.	pády v anamnéze	ne:0
	nynější nebo v posledních 3 měs.	ano:25
2.	vedlejší diagnóza	ne:0
		ano:15
3.	pomůcky k chůzi klid na lůžku/pomoc sestry	0
	berle/hůl/chodítka	15
	nábytek	30
4.	i.v. vstup	ne:0
		ano:20
5.	chůze/pohyb	0
	normální/klid na lůžku/imobilní	
	slabá chůze	10
	zhoršená	20
6.	duševní stav	0
	vědom si svých možností	
	zapomíná na svá omezení	15
Celkem		60 bodů
Míry rizika	Hodnocení	Opatření
bez rizika	0 - 24	běžná ošetrovatelská péče
nízké riziko	25 - 50	SŘ 11/2010, čl. II odst. 2.2.
vysoké riziko	≥ 51	SŘ 11/2010, čl. II odst. 2.3.
Zdroj: <i>Prevence pádů ve zdravotnictví, Cesta k dokonalosti a zvyšování kvality, Grada 2007, str. 79</i>		

Příloha č.4

Barthel test základních všedních činností		
Příjem potravy a tekutin	samostatné bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Oblékání	samostatné bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Koupání	samostatné nebo s pomocí	5
	neprovede	0
Osobní hygiena	samostatné nebo s pomocí	5
	neprovede	0
Kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
Kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
Použití WC	samostatné bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Přesun na lůžko - židli	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku	5
	neprovede	0
Chůze po schodech	samostatné bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Celkem		85
Zdroj: <i>Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi,</i> České ošetrovatelství 2006, str. 35		

**Příloha
Č. 5**

Riziko vzniku dekubitu dle stupnice Nortonové		
Schopnost spolupráce	úplná	4
	částečně omezená	3
	velmi omezená	2
	žádná	1
Věk	<10	4
	<30	3
	<60	2
	>60	1
Stav pokožky	normal	4
	alergie	3
	vlhká	2
	suchá	1
Přidružené onemocnění	žádné	4
	DM TT	3
	anemie kachexie trombóza, obezita	2
	karcinom	1
Fyzický stav	dobrý	4
	zhoršený	3
	špatný	2
	velmi špatný	1
Stav vědomí	bdělý	4
	apatický	3
	zmatený	2
	bezvědomí	1
Aktivita	chodí	4
	s doprov.	3
	sestačka	2
	leží	1
Mobilita	úplná	4
	částečně omezená	3
	velmi omezená	2
	žádná	1
Inkontinence	není	4
	občas	3
	převážně moč	2
	moč, stolice	1
Součet bodů		28