



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

Jana Nováková

Ošetrovatelská péče o pacienta po hemithyreoidectomii

Nursing Care of Patients after Hemithyreoidectomy

Bakalářská práce

Praha, květen 2010

Autor práce: Jana Nováková

Studijní program: Všeobecná sestra

Bakalářský studijní obor: Ošetřovatelství

Vedoucí práce: **Mgr. Milena Vaňková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství, UK v Praze, 3.**

LF

Datum a rok obhajoby: září 2010

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.

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

V Praze dne 29. května 2010

Jana Nováková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Mileně Vaňkové a odbornému konzultantovi MUDr. Oldřichu Vojtíškovvi za jejich cenné rady a připomínky.

Obsah

| | |
|--|-----------|
| 1. ÚVOD | 7 |
| 2. KLINICKÁ ČÁST | 8 |
| 2.1 HISTORIE | 8 |
| 2.2 ANATOMIE ŠTÍTNÉ ŽLÁZY | 9 |
| 2.2.2 Stavba..... | 9 |
| 2.2.3 Cévní a nervové zásobení..... | 9 |
| 2.3 FYZIOLOGIE | 10 |
| 2.4 ONEMOCNĚNÍ ŠTÍTNÉ ŽLÁZY | 11 |
| 2.4.1 Prostá struma | 11 |
| 2.4.2 Retrosternální struma | 11 |
| 2.4.3 Tyreotoxikóza | 12 |
| 2.4.4 Hypotyreóza | 12 |
| 2.5 DIAGNOSTICKÉ METODY | 16 |
| 2.5.1 Anamnéza..... | 16 |
| 2.5.2 Klinické vyšetření | 16 |
| 2.5.3 Laboratorní vyšetření | 16 |
| 2.5.4 Zobrazovací metody..... | 17 |
| 2.5.5 Aspirační biopsie tenkou jehlou (FNAB) | 17 |
| 2.6 LÉČBA PROSTÉ STRUMY | 17 |
| 2.6.1 Konzervativní léčba | 18 |
| 2.6.2 Chirurgická léčba | 19 |
| 2.6.3 Léčba radiojódem..... | 19 |
| 2.7 NEJZÁVAŽNĚJŠÍ POOPERAČNÍ KOMPLIKACE | 20 |
| 2.7.1 Poranění vratného nervu | 20 |
| 2.7.2 Pooperační krvácení | 20 |
| 2.7.3 Poranění horního hrtanového nervu | 20 |
| 2.7.4 Poškození příštítných tělísek..... | 20 |
| 2.8.2 Lékařská anamnéza | 21 |
| 2.8.3 Průběh hospitalizace..... | 22 |
| 2.8.4 Prognóza..... | 24 |
| 3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST | 25 |
| 3.1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES..... | 25 |
| 3.2 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL..... | 26 |
| 3.3 KRÁTKODOBÝ OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN..... | 31 |

| | |
|--|-----------|
| 3.4 DLOUHODOBÝ OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN | 37 |
| 3.5 PSYCHICKÝ STAV NEMOCNÉHO | 38 |
| 3.6 PROGNÓZA | 39 |
| 3.7 EDUKACE PACIENTA | 40 |
| 4. ZÁVĚR | 43 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 44 |
| SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK | 45 |
| SEZNAM PŘÍLOH | 47 |

1. ÚVOD

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie u nemocného ve věku 48 let, který byl přijat k plánované operaci štítné žlázy pro jednouzlovou netoxickou strumu. Pan Z. B. byl hospitalizován na chirurgickém oddělení, jedné pražské nemocnice. Hospitalizace trvala 5 dní.

V klinické části se zabývám historií léčby, anatomí a fyziologií štítné žlázy. Dále nemocemi štítné žlázy a jejich klinickými příznaky, vyšetřovacími metodami, možnostmi léčby a pooperačními komplikacemi.

Další část obsahuje základní údaje o nemocném, lékařskou anamnézu a průběh onemocnění, včetně výsledků vyšetření, průběhu operace a prognózy.

V ošetrovatelské části stručně popisuji ošetrovatelský proces a jeho využití v praxi. Ve své práci jsem k hodnocení pacienta a k zjištění jeho potřeb použila model fungujícího zdraví Marjory Gordonové. Ke stanovení diagnóz a k realizaci krátkodobého ošetrovatelského plánu jsem si vybrala třetí den hospitalizace, tedy první pooperační den. V závěru práce se věnuji psychologickému zhodnocení pacienta a procesu edukace.

2. KLINICKÁ ČÁST

2.1 HISTORIE

První zmínky o chorobných nálezech na štítné žláze se objevují u čínských, indických a staroegyptských lékařů již několik tisíc let před naším letopočtem.

Dlouhou dobu byly domněnky o funkci této žlázy mylné. První úspěšné odstranění štítné žlázy provedl v roce 952 maurský lékař Abulcasis. Až do poloviny 19. století byly operace na štítné žláze prováděny velice zřídka, a to z důvodu velkého množství komplikací s téměř 50 % letalitou, převážně na vykrvácení a sepsi. Pokrok v medicínských znalostech, zavádění principů antiseptiky, zdokonalování techniky a postupů při operaci a zvýšení anatomických znalostí, vedlo na konci devatenáctého století ke snížení úmrtnosti na 1-2 %. Za "otce" tyreoidální chirurgie je označován Theodor Kocher z Bernu, který významně přispěl k rozvoji chirurgie štítné žlázy. (2)

Další důležité okamžiky:

- 1170 Roger z Palerma používal houbu s vysokým obsahem jódu, tzv. Spongia usta k léčbě strumy.
- 1812 Gay – Lussac objevil jód jako prvek a od té doby se začal standardně používat k léčbě onemocnění štítné žlázy.
- 1825 Popsány příznaky hypertyreózy (Parry)
- 1836 T. W. King popsal základní mikroskopickou strukturu štítné žlázy
- 1873 Popsány příznaky hypotyreózy (Gull)
- 1914 Objeven hormon tyroxin (Kendall)
- 1929 Aron a Loeb objevili TSH
- 1952 Objeven trijódtyronin (Gross a Pitt-Riversová)
- 1956 U nemocných s Gravesovou-Basedowou chorobou byl prokázán „long acting thyroid stimulator“, který byl později prokázán jako protilátka proti TSH-receptoru (Adams a Purves)

- 1962 Guilleminem a Schallynem objeven TRH (za tento objevem obdrželi roku 1977 Nobelovu cenu) (4)

2.2 ANATOMIE ŠTÍTNÉ ŽLÁZY

2.2.1 Lokalizace a vývoj

Štítná žláza je orgán s vnitřní sekrecí a nachází se na přední straně krku. Začíná se vyvíjet ve třetím týdnu embryonálního stádia. Ze spodiny hltanu, postupně sestupuje do oblasti průdušnice a hrtanu, kde v sedmém týdnu definitivně zůstává. Tato oblast sestupu se nazývá ductus thyreoglossus. Kdekoli v místě sestupu mohou zůstat části tkáně, které se později můžou stát příčinou patologických změn. (3)

2.2.2 Stavba

Štítná žláza se skládá se z pravého a levého laloku ležících po stranách hrtanu v úrovni 2. a 3. prstencové chrupavky. Jejich velikost je 5 x 3 x 1,5 cm. Laloky jsou spojené můstkem (istmem), který probíhá před průdušnicí. Hmotnost je u dospělého člověka 15-20 g. (3) Štítná žláza je uložena ve vazivovém obalu, který se skládá ze dvou listů. Povrch žlázy obklopuje capsula propria a na zevní straně se nachází capsula externa. Z capsula propria odstupují vazivová septa, která tvoří stroma štítné žlázy. Tkáň štítné žlázy je tvořena lalůčky, které se skládají z folikulů. (1)

Folikuly jsou kulovité útvary o velikosti 20-200 μm . Stěnu tvoří vrstva epitelových buněk. Buňky folikulů produkují koloid, který zároveň vyplňuje prostor folikulu. Koloid obsahuje tyreoglobulin, který na sebe váže hormony štítné žlázy. Dále se v štítné žláze nacházejí parafolikulární buňky (C-buňky), jejichž hlavní funkcí je produkce polypeptidového hormonu kalcitoninu. (1)

2.2.3 Cévní a nervové zásobení

Štítnou žlázou za fyziologických podmínek proteče 50 -100 ml krve za minutu. Tepenné zásobení zajišťují párové tepny: arteria thyroidea superior a inferior . Žíly vytváří mezi listy žilní pletěň. Odtud vedou vv. thyroideae superiores et media do v, jugularis interna. Ze spodní části vedou vv. thyroideae

inferiores spojující se v plexus thyroideus impar a dále vede do v. brachiocephalica sinistra.

Inervaci zajišťují sympatická a parasympatická vlákna. Vlákna vedou z pleteně v capsula profunda do parenchymu žlázy k cévám a k buňkám folikulů. K parafolikulárním buňkám již nedosahují.

Lymfatické cévy probíhají ze žlázy pod pouzdro, kde tvoří pleteně a odtud vedou do nn. lymphatici cervicales profundi. (1)

2.3 FYZIOLOGIE

Štítná žláza se řadí mezi endokrinní žlázy, její funkcí je produkce hormonů. Hormony se krví dostanou do cílových tkání, kde převážně ovlivňují látkovou přeměnu (metabolismus). (10)

Mezi hormony tvořené štítnou žlázou řadíme T4 – tyroxin, T3 – trijódtyronin a kalcitonin. Sekrece hormonů T3 a T4 je řízena hormonem z hypofýzy (TSH – thyreostimulující hormon) a z hypotalamu (TRH – thyreotropní hormon). (10)

„Pro činnost štítné žlázy je nezbytný jód, který je součástí hormonů štítné žlázy. Jód je ve štítné žláze aktivně vychytáván z krve enzymatickou jodidovou pumpou, je oxidován na molekulární jód a poté je začleněn do organické vazby v molekule tyrozinu. Vzniká tak monojodtyrozin a dijodtyrozin, jejichž kondenzací vznikají T3 a T4. Hotové hormony jsou uskladněny ve vazbě na tyreoglobulin ve folikulu. Podle potřeby jsou T3 a T4 uvolňovány do krve, kde jsou vázány na transportní bílkoviny, a odtud jsou předávány do tkání. Cílovou tkání jsou všechny buňky organismu, kde se hormony vážou na intracelulární receptory.“ (10)

Účinky T3 a T4:

- zvyšují bazální metabolismus ve tkáních, tím stoupá spotřeba kyslíku a vznik zbytkového tepla
- stimulují proteosyntézu a růst
- stimulují metabolismus tuků, zvyšují mobilizaci a oxidaci tuků

- ovlivňují oběhový systém (zvyšují srdeční frekvenci a minutový srdeční výdej)
- vliv na CNS, kdy intrauterině ovlivňují dozrávání nervové tkáně, později ovlivňují rychlost vedení vzruchu (10)

Kalcitonin se tvoří v parafolikulárních buňkách. Snižuje hladinu vápníku v krvi. Jeho hlavní význam je především ochrana kostní tkáně ženy během těhotenství. A to tak, že snižuje kostní resorpci, zvyšuje ukládání vápníku do kostí a tlumí vliv parathormonu. Sekrece je řízena podle kalcémie, a to negativní zpětnou vazbou. Dále může být ovlivňována glukagonem a estrogény. (10)

2.4 ONEMOCNĚNÍ ŠTÍTNÉ ŽLÁZY

2.4.1 Prostá struma

Struma je jakékoli zvětšení štítné žlázy.

Rozlišujeme:

- difúzní struma (rovnoměrné zvětšení celé štítné žlázy)
- nodózní struma (uzlovité zvětšení určité části žlázy)
- solitární struma (jednouzlová)
- polynodózní struma (víceuzlová)

Příčina: nejčastěji nedostatek jódu v potravě, přítomnost strumigenů v potravě nebo v lécích

Příznaky: dlouhou dobu bez příznaků, se vzrůstajícím růstem nastává pocit tlaku na krku: útlak průdušnice: (pocit nedostatku vzduchu), útlak jícnu (potíže při polykání), útlak žil (otok v obličeji), difúzní struma je měkká, uzlová struma má nepravidelný tvar a tvrdou konzistenci, struma je nebolestivá (3)

2.4.2 Retrosternální struma

Jedná se o zvětšenou štítnou žlázu zasahující do mezihrudí.

Příčina: zvýšený růst žlázy, povolování vazivových závěsů žlázy, zvýšená váha žlázy, při polykání pohyby jícnu

Příznaky: může být bez klinických příznaků, později při poloze vleže pocit dušení, pocit nedostatku vzduchu při práci, polykací potíže při útlaku jícnu, útlak vratného nervu projevující se chrapotem a hrubším hlasem, útlak hlavní žíly otok obličeje, překrvení očních spojivek a zvýraznění povrchových žil na krku a horní částí hrudníku (3)

2.4.3 Tyreotoxikóza

Jde o syndrom vznikající při nadměrné produkci hormonu tyroxinu, trijódtyroninu nebo obou dvou zároveň. Zvýšená hladina hormonů má za následek zvýšení látkové výměny (metabolismu), což se projeví téměř ve všech tělních systémech.

Projevuje se jako: Graves-Basedova choroba, toxická polynodózní struma, iatrogenní tyreotoxikóza

Příznaky: zvětšení štítné žlázy, vřír nad štítnou žlázou, zvýšená chuť k jídlu, snížení hmotnosti, zrychlená střevní činnost, nesnášenlivost tepla, jemný třes rukou, svalová slabost, neklid, úzkost, nespavost, tachykardie, palpitace, arytmie, exoftalmus (3)

2.4.4 Hypotyreóza

Je snížena funkce štítné žlázy. Dochází k ní při nedostatečné tvorbě hormonů štítné žlázy, méně často při rezistenci periferních tkání na hormony štítné žlázy. Vyskytuje se převážně u žen a lidí ve vyšším věku. Vystupňovanou formu hypotyreózy nazýváme myxedém. Projevuje se zvýrazněnými příznaky hypotyreózy, které mohou vést ke kómatu a skončit úmrtím nemocného. Hypotyreózy dělíme podle příčiny:

- centrální hypotyreózy (sekundární) – příčina: vrozené vady hypofýzy, nádory hypofýzy, autoimunitní onemocnění hypofýzy
- periferní hypotyreózy (primární) – příčina: dědičnost, chronický zánět štítné žlázy, po odstranění žlázy, nedostatek jódu, zevní ozařování, některé léky

Příznaky: vznikají pomalu, zpomalené myšlení, únava, neschopnost se soustředit, bradykardie, hypotenze, hypoventilace, zpomalení střevní motility, kulatý, měsíčkovitý obličej, kůže bledá a chladná, oční víčka oteklá, lomivé nehty, snížená svalová aktivita, pomalé pohyby (4)

2.4.5 Záněty štítné žlázy

Zánětlivá onemocnění štítné žlázy (tyreoiditidy) jsou způsobena různými příčinami a projevují se odlišně intenzivními místními i celkovými příznaky. Dělíme je podle průběhu na akutní, subakutní a chronické.

1) Akutní zánět

Vyskytuje se vzácně. Předchází mu infekce ze sousedních orgánů (dutina ústní, krk) nebo i ze vzdálenějších orgánů krevní cestou (ledviny, plíce). Projevuje se místními projevy jako je bolest v místě štítné žlázy, bolest při polykání, napjatá zarudlá kůže, mízní uzliny bývají zvětšené. Nemocný má vysoké teploty doprovázené třesavkou a zimnicí. Akutní zánět nezpůsobuje změny funkce štítné žlázy.

2) Subakutní zánět

Onemocnění předchází virová infekce horních cest dýchacích, průšnice, spalničky, infekční mononukleóza a jiné. Projevy se dostaví zpravidla 2-3 týdny po prodělaném infektu. Mezi příznaky řadíme celkovou slabost, malátnost provázena teplotou, výrazné bolesti vystřelující z oblasti štítné žlázy vzhůru do čelisti, k uchu, či do oblasti ramene popřípadě i k jugulární jamce. Kůže v okolí je napjatá, zarudlá a teplá. Zároveň dochází ke změně funkce štítné žlázy, která probíhá ve čtyřech fázích. Nejprve se projeví známky hypertyreózy, (třes, nervozita, palpitate, nechutenství, pocení) poté se funkce normalizuje. Na to navazují známky hypotyreózy a po uzdravení se funkce štítné žlázy vrátí do původního stavu.

3) Chronický zánět

Jedná se o autoimunitní onemocnění.

Patří sem:

- Hashimotova tyreoiditida
- Lymfocytární tyreoiditida dětí a adolescentů
- Chronická fibrózní varianta
- Atrofická tyreoiditida
- Idiopatická asymptomatická hypotyreóza
- Postpartum tyreoiditida, nebolestivá nemá poporodní tyreoiditida

Hashimotova tyreoiditida

Nejčastější forma tyreoidálního autonomního onemocnění, kdy dochází k destrukci funkční tkáně štítné žlázy. Několik let může mít latentní průběh, nebo jsou přítomny známky eufunkční strumy. K diagnostice onemocnění nejčastěji dochází v 5,6 dekadě a postihuje převážně ženy. Mezi příznaky patří struma, která může způsobovat útlak okolních struktur, které se projeví obtížným polykáním, pocitem nedostatku vzduchu, chrapotem. Konzistence je zprvu elastická, v pokročilém stádiu tuhá. Výjimečně se může projevit hypertyreózou, která postupně přejde do hypotyreózy. (4)

2.4.6 Nádory štítné žlázy

1) Nezhoubné nádory

Adenom štítné žlázy

Růst nádoru je pomalý a vyskytuje se především u mladých lidí a především u žen. Většina adenomů pochází z folikulárního epitelu. Jedná se o patologické ložisko žlázové tkáně obklopené vazivovým pouzdrem. Adenomy jsou ve většině případů funkčně neaktivní. Výjimečně se může objevit tzv. toxický adenom, který se projevuje hyperfunkcí a vytváří hormony štítné žlázy nezávisle na potřebách organismu, a tak může vyvolat známky tyreotoxikózy. (4)

Adenom se projeví při pohmatu jako kulovité vyklenutí v místě štítné žlázy. Dlouhou dobu nevyvolávají žádné obtíže. Zvětší-li se jeho velikost, může způsobovat potíže, při útlaku okolních struktur. Toxický adenom způsobuje příznaky tyreotoxikózy. (4)

2) Zhoubné nádory

Vyskytují se v jakémkoli věku, nejčastěji však v 4-6. dekadě. Nejčastějším maligním nádorem je karcinom, méně častým je lymfom, sarkom popřípadě metastázy z jiných orgánů.

Nádory rozdělujeme podle toho, z jaké tkáně vychází:

- z folikulárního epitelu: folikulární karcinom, papilární karcinom, anaplastický karcinom
- z parafolikulárních buněk: medulární karcinom, vycházející z C buněk
- lymfatické tkáně štítné žlázy: lymfomy
- vzácné nádory: sarkom, hemangioendoteliom

Folikulární karcinom

Tvoří 15-40 % maligních nádorů štítné žlázy a vyskytuje se nejčastěji ve starším věku a u žen. Vyskytuje se jako izolovaný uzel, nebo je součástí žlázy s uzlinovým syndromem, může se nacházet v polynodózní strumě. Často přechází z nezhoubného nádoru ve zhoubný nádor. Nejčastěji metastazuje do plic a do kostí.

Papilární karcinom

Je typický výskyt u mladších osoba u dětí. Četnost výskytu je 50-80 %. Projevuje se jako uzel ve žláze. Dochází ke zvětšení mízních uzlin na krku. Metastázy se tvoří u 10-15 % pacientů a jsou nejčastěji lokalizovány na plicích. Agresivita nádoru stoupá s věkem.

Anaplastický karcinom

Je nejzhoubnější nádor štítné žlázy, je poměrně vzácný 1-2 %. Vyskytuje se typicky u osob starších 70 let. Histologicky se nepochobá typickým buňkám štítné žlázy. Vyskytuje se ve dvou formách vřetenobuněčný a obrovskobuněčný. Obě varianty jsou vysoce agresivní. Je pro něj charakteristický rychlý růst, prorůstání do okolních orgánů a tvorba metastáz do plic.

Medulární karcinom

Vychází z parafolikulárních buněk a tvoří 5-10 % nádorů štítné žlázy. Vyskytuje se často jako genetická dispozice. Často se sdružuje s dalšími

onemocněními žláz s vnitřní sekrecí tzv. mnohočetné endokrinní neoplazie. Projevuje se rostoucím uzlem, často neovlivnitelnými průjmy, později lymfatickými, plicními a kostními metastazemi. (4)

2.5 DIAGNOSTICKÉ METODY

2.5.1 Anamnéza

Je základ vyšetření nemocného. V první řadě lékař zjišťuje výskyt onemocnění štítné žlázy v rodinně a místo narození a bydliště nemocného, a to z důvodu možného deficitu jódu v dětství. Dále se zajímá o přidružené nemoci, případně úrazy, operace. Důležitá je farmakologická anamnéza, protože některé léky mohou podněcovat vznik tyreotoxikózy a hypothyreózy. Také rychlé snížení tělesné váhy může znamenat příznaky tyreotoxikózy. U žen je důležitá gynekologická anamnéza, a to přítomnost gynekologických potíží, jako jsou především poruchy menstruačního cyklu, sterilita, spontánní potraty. (4)

2.5.2 Klinické vyšetření

K základním celkovým vyšetřením patří zhodnocení fyziognomie nemocného a vyšetření krevního tlaku a pulsů. Dále je pozornost zaměřena na chování nemocného a na charakter hlasu. Zhodnotí se stav pokožky- přítomnost vitiliga, stav hydratace a barva kůže. Zjistíme reakci kosterního svalstva pomocí vyšetření reflexu Achillovy šlachy. Sledujeme změny v oblasti očí a na očních bulvách, a to především otoky horních očních víček, retrakce očních víček, jednostranný či oboustranný exoftalmus. Na závěr se vyšetří samotná štítná žláza. Krk se vyšetřuje pohledem, pohmatem a poslechem. Pohledem z boku se sleduje symetrické či asymetrické vyklenutí štítné žlázy, barvu a případný otok. Poté se vyšetří konzistence, pohyblivost štítné žlázy a regionální mízní uzliny. Poslechem můžeme nalézt vířivý, písklavý šelest. (4)

2.5.3 Laboratorní vyšetření

Mezi základní laboratorní vyšetření patří FW, krevní obraz, biochemie. K specifickým patří vyšetření hladiny hormonů štítné žlázy TSH, T4, T3, fT3, fT4 a kalcitoninu. Dále se stanovuje hladina tyreoidálních protilátek v séru. (4)

2.5.4 Zobrazovací metody

Zobrazovací metody informují o kvantitativních či kvalitativních změnách.

Zahrnujeme sem:

1) Sonografické vyšetření

Sonografie vyhodnotí tvar, velikost, objem. Zobrazí případná chorobná ložiska a zhodnotí jejich obsah. Moderní přístroje jsou schopné zhodnotit průtok krve štítnou žlázou.

2) Počítačová tomografie

Provádí se k přesnému určení lokalizace a velikost štítné žlázy, zejména v případě retrosternální strumy. Dále při prorůstání nádoru do okolí a při přítomnosti metastáz.

3) Nukleární magnetická resonance

Stejné využití jako u CT. Nezatěžuje nemocného ionizujícím zářením.

4) Scintigrafické vyšetření

Je nezastupitelné při vyšetření činnosti štítné žlázy, a to jako celku nebo jejích jednotlivých částí. K vyšetření se používají izotopy technecia, radiojód a thalium. Provádí se při podezření na maligní zvrhnutí tkáně. Dále při pátrání po ektopii tyreoidální tkáně, po přítomnosti reziduí po strumektomiích a po přítomnosti metastáz. (4)

2.5.5 Aspirační biopsie tenkou jehlou (FNAB)

Vyšetření se provádí ambulantně. Odebraný materiál se vyšetřuje mikroskopicky a cytologicky. Vyšetření rozliší, zda se jedná o benigní, hraniční či jednoznačně maligní lézi. (4)

2.6 LÉČBA PROSTÉ STRUMY

Léčbě předchází důkladné vyšetření, které vyloučí jiné možné příčiny zvětšení štítné žlázy. Léčbu dělíme na konzervativní, chirurgickou a léčbu radiojódem.

2.6.1 Konzervativní léčba

U difúzní strumy je konzervativní léčba první volbou. K regresi strumy zde dochází během několika týdnů.

Menší účinek konzervativní terapie je u nodózních strum. Některé studie však prokazují, že dochází ke zmenšení paranodulární tkáně, tím dojde k uvolnění uzlů a ke zmenšení některých z nich.

U polynodózní strumy hrozí mechanický syndrom, který ohrožuje pacienta tlakem strumy na tracheu, jícen, zvrtné nervy a horní dutou žílu. Konzervativní terapie je u výrazného mechanického syndromu zdlouhavá a málo účinná.

1) Léčba hormonů štítné žlázy

V dnešní době se používá syntetický levotyroxin o různé síle. Při snaze dosáhnout rychlého léčebného účinku se používá trijótýronin. Pozitivum léčby čistým tyroxinem je jeho dobrá tolerance a relativní bezpečnost. Běžně se při léčbě prosté strumy podává 100 – 150 µg tyroxinu. Při této terapii sledujeme subjektivní snášenlivost, tepovou frekvenci a změny tělesné hmotnosti. Dále kontrolujeme hladinu hormonů TSH, T3 a T4. Rizika této léčby je oběhová intolerance především u pacientů s ischemickou chorobou srdeční.

2) Léčba jódem

Jejím předpokladem je snížená funkce žlázy, způsobená nedostatkem jódu. Podávání jódu tedy způsobí zlepšení funkce žlázy, sníží se stimulace TSH a dojde stejně jako u léčby tyroxinem ke zmenšení žlázy. V dnešní době se podávají tablety s obsahem jodidu v denní dávce 100-200 µg. Mezi rizika patří možný vliv na autoimunní procesy v štítné žláze a alergie na jód.

3) Kombinovaná léčba jódem a tyroxinem

Výhodou této léčby je podávání nižší dávky tyroxinu a jodidu, tím klesá výskyt možných komplikací. Podává se kombinovaný preparát, který obsahuje 100µg tyroxinu a 100µg jodidu. (4)

2.6.2 Chirurgická léčba

Mezi indikace k chirurgické léčbě patří výrazný mechanický syndrom, selhání konzervativní terapie, nejasná diagnostika. K operaci není nutná speciální endokrinologická příprava.

1) Subtotální resekce štítné žlázy

Odstranění většiny části tkáně jednoho nebo obou laloků. Provádí se jen u benigního onemocnění, a to zcela výjimečně.

2) Hemithyreodektomie

Je úplné odstranění jednoho laloku štítné žlázy spolu s istmem.

3) Téměř totální thyroidektomie

Jedná se o radikálnější výkon. Provádí se velmi málo. Při této operaci se na zadní straně ponechává tkáň štítné žlázy o rozměru hrachového zrna. Výhodou je na rozdíl od totální thyroidektomie menší výskyt komplikací a minimalizace vzniku recidiv.

4) Totální thyreodektomie

Je úplné odstranění štítné žlázy. Nejčastější prováděný operační výkon na štítné žlázy. Provádí se i u recidivujících strum, kdy jsou postižené oba laloky štítné žlázy. (2)

2.6.3 Léčba radiojódem

Zmenšovací léčba radiojódem se provádí výjimečně.

K indikacím patří

- velké riziko operace pro pacienta, z důvodu přidružených onemocnění
- pacient odmítá operaci
- velká retrosternální struma, kdy je operace neproveditelná (4)

2.7 NEJZÁVAŽNĚJŠÍ POOPERAČNÍ KOMPLIKACE

2.7.1 Poranění vratného nervu

Poškození vratného nervu způsobí poruchy dýchání a řeči různého stupně a trvání.

Jednostranná porucha způsobí nepohyblivost jedné hlasivky, které může být dočasné (následkem pohmoždění) nebo trvalé (následkem přerušení). Tento stav nemusí mít žádné příznaky. Někdy se může projevovat mírnou změnou hlasu, při zvýšené fyzické námaze hvízdavým zvukem při nádechu.

Oboustranná porucha vratného nervu je velmi závažná život ohrožující komplikace. Dochází k významnému zhoršení průchodnosti dýchacích cest a tvorbě řeči. (3)

2.7.2 Pooperační krvácení

Nahromaděná krev v ráně způsobuje dechové obtíže, pocit nedostatku vzduchu, objevuje se hvízdavý zvuk při nádechu a bolesti v místě operační rány. Okolí rány je nateklé a modročerveně zbarvené. (3)

2.7.3 Poranění horního hrtanového nervu

Jednostranná porucha nemusí mít žádné projevy, popřípadě se může projevovat chrapotem. U oboustranné poruchy se vyskytuje snadná hlasová únava, snížení hlasového rozsahu, neschopnost tvorby vysokých tónů. (3)

2.7.4 Poškození příštítných tělísek

Příčinou je jejich pohmoždění, poškození jejich zásobních cév, úplné nebo částečné odstranění nebo následek jizvení. Dochází ke snížení kalcémie, což může vést k projevům zvýšené nervosvalové dráždivosti (parestezie, křeče). (3)

2.8 ÚDAJE O PACIENTOVI

2.8.1 Základní informace

| | |
|-------------------|------------|
| Jméno: | Z. B. |
| Pohlaví: | muž |
| Věk: | 48 let |
| Bydliště: | Teplice |
| Rodinný stav: | ženatý |
| Zaměstnání: | podnikatel |
| Datum přijetí: | 4. 1. 2010 |
| Datum propuštění: | 8. 1. 2010 |

2.8.2 Lékařská anamnéza

Současné onemocnění: Struma netoxická jednouzlová

Rodinná anamnéza: Vzhledem k základnímu onemocnění bezvýznamná.

Osobní anamnéza: Prodělal běžná dětská onemocnění. Od roku 2006 varixy dolních končetin.

Sociální anamnéza: Je ženatý. Má čtyři děti - tři syny a jednu dceru. S rodinou bydlí v rodinném domě. Povoláním je podnikatel, má internetový obchod.

Alergická anamnéza: Neguje.

Farmakologická anamnéza: Neužívá žádné léky.

Stav při přijetí:

| | |
|----------|-------------|
| Výška: | 185 cm |
| Váha: | 88 kg |
| TK: | 135/70 mmHg |
| Puls: | 68/min. |
| Dech: | 16/min. |
| Teplota: | 36,4 °C |

2.8.3 Průběh hospitalizace

1. den: Pacient byl přijat den před plánovanou operací na chirurgické oddělení. Přichází s doporučením od endokrinologa, interním předoperačním vyšetřením (krevní laboratorní výsledky, RTG plic, EKG), SONO štítné žlázy (nález - eufunkční uzel levého laloku) a s výsledkem cytologického vyšetření (nález - cytologie s častějšími jadernými i jadéřkovými atypiiemi). Večer anesteziologem provedeno předanestetické vyšetření, se závěrem, že pacient je schopen celkové anestezie. V 18 hodin byl aplikován Clexane 0,4 ml. Provedena příprava operačního pole (oholení přední strany krku). V 21 hodin podána premedikace 1 tbl. Diazepam 10 mg per os.

2. den (den operace): V 9:00 podána premedikace Midazolam 5 mg + Atropin 0,5 mg i.m. Nasazeny elastické punčochy. Odjezd na sál. Na sále zaveden PŽK.

Operační protokol:

- V celkové anestezii proveden límcový řez a na levém laloku nahmatány 2 uzly.
- Lobus pyramidalis není vytvořený.
- Podvázány horní cévy.
- Po resekci istmu je přilehlá část pravého laloku prošíta Vicrylem.
- Po mobilizaci dolního pólu laloku vyhledán n. recurens a zaponechání horního tělíška provedena levostranná hemityroidektomie.
- Po kontrole hemostázy za přetlaku zaveden Redon drén.
- Levý lalok zvážen (8g) a odeslán k histologickému vyšetření

Pooperační péče:

Pacient po operaci přeložen na chir. JIP.

Ordinace lékaře:

- *analgetika* : Novalgin 5 ml v 100 ml FR d.p., Dipidolor 2 ml i.m. à 6 hod. d.p.
- *Infúze*: Glukóza 500 ml 10 % 60 ml/hod., Ringer 1/1 80 ml/hod.
- *Antikoagulancia*: Clexane 0,4 ml s.c. v18.hod.
- *Inhalace*: Ambrobene 3 ml + 10 ml FR à 3 hod. na 10 min., trvalé zvlhčení vzduchu

- *Monitorace:* TK+ P, EKG, SpO₂, P+V, výdej drénu
- *Dieta:* Tekutá
- *RHB, prevence TEN*

Stav pacienta je stabilizovaný. Na bolest podán Novalgin 5 ml v 100 ml FR. Operační rána krytá neprosakujícím obvazem. Výdej drénu 7 ml. Bez pooperačních komplikací.

3.den (1. den po operaci): Pacient ráno v 6 hod. přeložen z JIP na chirurgické lůžkové oddělení.

Ordinace lékaře:

- *Laboratorní vyšetření:* Ca sérum, P sérum
- *Analgetika:* Novalgin 5 ml v 100 ml FR d.p., Dipidolor 2ml i.m. d.p.
- *Antikoagulancia:* Clexane 0,4 ml s.c. v18.hod.
- *Inhalace:* Ambrobene 3 ml + aqua 10 ml à 3hod. na 10 min.
- *Monitorace:* TK+ P à 12 hod., TT 2 x denně, výdej drénu
- *Dieta:* Tekutá/bujón
- *RHB, prevence TEN*

Stav stabilizovaný bez pooperačních komplikací. Výsledky vyšetření: Ca sérum – 2,24 mmol/l (2,05-2,88 mmol/l), P sérum - 0,83 mmol/l (0,65-1,61 mmol/l). Fyziologické funkce: ráno v 6 hod. TK 125/70 mmHg, puls 72/min., TT 36,7 °C. V 18 hod. TK 130/75 mmHg, puls 78/min., 36,6 °C. V 8 hod. si pacient stěžuje na bolest. Na vizuální analogové škále bolesti (0 = žádná bolest, 10 = nesnesitelná bolest) pacient udává stupeň 4. Byl podán Novalgin 5 ml v 100 ml FR. Operační rána krytá neprosakujícím obvazem. Výdej drénu 10 ml.

4.den (2.den po operaci):

Ordinace lékaře:

- *Analgetika:* Novalgin 500 mg tbl. p.o. d.p.
- *Antikoagulancia:* Clexane 0,4 ml s.c. v18.hod.
- *Dieta:* Kašovitá
- *Monitorace:* TT 2x denně

- *RHB, prevence TEN*
- Redon drén ex, PŽK ex.

Stav stabilizovaný bez pooperačních komplikací. Převoz rány, odstraněn Redon drén s výdejem 10 ml, odstraněn PŽK. Vstup po drénu překryt sterilním krytím, operační rána ošetřena tekutým obvazem.

5. den (3. den po operaci)

Ordinace lékaře:

- *Analgetika: Novalgin 500 mg tbl. p.o. d.p.*
- *ORL vyšetření*
- *Monitorace: TT 2x denně*
- *Dieta: Racionální*

Výsledek ORL vyšetření hlasivky: bilat. klidné, t.č. nedomykají se v zadní třetině. Lehká funkční porucha hlasivek, klinicky nemá.

V 14:00 pacient propuštěn domů. S doporučením za tři dny navštívit chirurgickou ambulanci k odstranění stehů.

2.8.4 Prognóza

Prognóza je pro pacienta příznivá. Operace proběhla bez komplikací. Po operaci bude pacient pravidelně docházet na kontrolu k endokrinologovi. Kde se bude sledovat hodnota hormonů T3 a T4, případně se zahájí substituční terapie léky obsahující hormony štítné žlázy. Dále prognóza závisí na výsledku histologického vyšetření resektovaného laloku štítné žlázy.

3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

3.1 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetrovatelský proces je základním metodickým rámcem pro realizaci cílů ošetrovatelství. Umožňuje systematický specifický způsob individualizovaného přístupu k ošetřování každého nemocného/klienta v nemocniční i terénní péči. Uskutečňuje se v 5 fázích.

Sestra poskytuje aktivní ošetrovatelskou péči. Sama zhodnotí stav pacienta a možnost výskytu deficitu potřeb, hlavně u pacientů, kteří nejsou schopni dostatečně signalizovat své potřeby. Každá fáze ošetrovatelského procesu je samostatná, ale výsledná péče musí být komplexní.

Význam OP:

- individualizovaná péče vede ke zvýšení kvality poskytované péče
- prohloubení vztahu sestra-pacient
- zvyšuje pravomoc, umožňuje samostatnost a vlastní řízení práce sester
- odpovědnost za vykonanou práci
- zlepšení spolupráce s nemocnými
- přináší komplexní pohled na pacienta

Fáze ošetrovatelského procesu

1. Fáze – zhodnocení nemocného

Cílem je získání co nejvíce potřebných informací, dle vybraného teoretického modelu ošetrovatelství. Sestra sepíše ošetrovatelskou anamnézu a zhodnotí aktuální stav pacienta. Zhodnocení probíhá pomocí rozhovoru, pozorování, testování, měření.

2. Fáze – ošetrovatelská diagnóza

Je to stanovení potřeb nemocného, které jsou narušeny onemocněním nebo jsou onemocněním vyvolány. Sestra zhodnotí získané informace a stanoví

aktuální a potencionální problémy pacienta. Ošetřovatelské diagnózy sestra seřadí podle naléhavosti. Pokud je to možné, provádí ve spolupráci s pacientem.

3. Fáze – ošetřovatelský plán

Nejprve se stanoví cíle a očekávané výsledky péče. Poté sestra vypracuje tzv. plán ošetřovatelské péče. Ten obsahuje ošetřovatelské činnosti (intervence), které při jejich uskutečnění povedou k dosažení cílů.

4. Fáze – realizace plánu

Ve čtvrté fázi ošetřovatelského procesu plní každý člen ošetřovatelského týmu své úkoly dané ošetřovatelským plánem.

5. Fáze - zhodnocení efektu poskytované péče

Sestra zjistí, zda bylo dosaženo stanoveného cíle. Zjistí se tak efekt poskytnuté péče, zda byla účinná či nikoli. Sestra provádí hodnocení průběžně během realizace ošetřovatelského procesu a na závěr jako tzv. souhrnné hodnocení, a to nejčastěji při ukončení hospitalizace. Hodnocení se účastní i pacient. (7)

3.2 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL

V ošetřovatelském procesu můžeme aplikovat různé typy modelů. Já jsem si pro svou práci vybrala Model funkčních vzorců zdraví, jehož autorkou je Marjory Gordon.

Model vznikl v 80. letech 20. století za pomoci grantu, který poskytla federální vláda USA. Z hlediska holistické filozofie patří mezi nejkompexnější modely. Prezентuje člověka jako bio-psycho-sociální bytost. Je sestaven z dvanácti vzorců zdraví, z nichž každý vzorec představuje určitou část zdraví, která může být funkční nebo dysfunkční. Dysfunkční vzorec může znamenat aktuální onemocnění člověka nebo potencionální problém.

Popsání a zhodnocení dvanácti vzorců zdraví umožní sestře rozeznat, zda se u pacienta jedná o funkční chování (ve zdraví) nebo dysfunkční (v nemoci). (6)

Dvanáct vzorců zdraví – stručný přehled:

- 1. Vnímání zdraví** - jak pacient vnímá své zdraví a jak o své vlastní zdraví pečuje
- 2. Výživa, metabolismus** - kvalita a kvantita přijímané potravy a tekutin
- 3. Vylučování** - exkreční funkce střev, močového měchýře a kůže
- 4. Aktivita, cvičení** – úroveň soběstačnosti a sebepéče, udržování tělesné kondice, aktivity denního života, volného času a rekreační aktivity
- 5. Spánek, odpočinek** - způsob spánku, odpočinku
- 6. Vnímání, poznávání** - schopnost smyslového vnímání a poznávání, včetně bolesti a poznávací schopnosti jedince (orientace, řeč, paměť, ...)
- 7. Sebepojetí, sebeúcta** - jak jedinec vnímá sám sebe
- 8. Role, vztahy** - přijetí a plnění životních rolí a úroveň interpersonálních vztahů
- 9. Reprodukce, sexualita**
- 10. Stres, zátěžové situace** - zvládání a tolerance stresových či zátěžových situací
- 11. Víra, životní hodnoty** - individuální vnímání životních hodnot, cílů a přesvědčení, včetně víry
- 12. Jiné**

3.3 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

1) Vnímání zdravotního stavu

Před třemi měsíci náhodně při holení objevil zduření na levé straně krku. Navštívil tedy svého obvodního lékaře, který ho odeslal na vyšetření k endokrinologovi. Zde po ultrazvukovém a punkčním vyšetření zjistili, že se jedná o benigní nález, který je potřeba odoperovat. Pan Z.B. s provedením operace souhlasí. Další zdravotní problémy, které ho postihují, jsou varixy DK. Pan Z. B. o své nemoci, jak sám říká, nastudoval všechno, co se dalo. Informace o nemoci aktivně vyhledával především na internetu. Se svým stavem je vyrovnaný, zároveň, ale dodává, že má strach, z anestezie, průběhu operace a možných pooperačních obtíží. Dále doufá, že histologické vyšetření prokáže benigní nález.

Stav 1. pooperační den: Pacient se cítí unavený. Je rád že operace proběhla bez komplikací.

2) Výživa, metabolismus

Pacient měří 185 cm a váží 88 kilo. BMI má 25.7, což spadá do kategorie mírné nadváhy. Svou hmotnost vnímá jako přiměřenou, ale chtěl by 5 kilogramů zhubnout. Před příchodem do nemocnice neudává žádné problémy s příjmem potravy. Mezi potravinami dává přednost masu, především vepřovému a kuřecímu. V poslední době se jeho váha výrazně nezměnila. Dyspeptické potíže nemá. Zvláštní dietu nedrží. Za den vypije asi 1000 ml tekutin, v létě za teplého počasí vypije více. Nynější nemoc nijak neovlivnila příjem tekutin. Rád pije vodu a zelený čaj. Výrazné změny v dutině ústní nemá. Pokožka je hydratovaná, bez viditelných defektů, anikterická. Stav vlasů a nehtů je dobrý.

Stav 1. pooperační den: Naordinována dieta tekutá/bujón, dietu toleruje. Příjem tekutin je dostatečný, od 6 hod. do 18 hod. vypil 1800 ml čaje. Bez dyspeptických obtíží.

3) Vylučování

Na stolicí chodí pravidelně. Stolica je formovaná, příměsí hlenu či krve nepozoruje. Projímadla neužívá. Močení v normě. Pálení, řezání při močení nepocituje. Inkontinencí netrpí. Pocení je závislé na okolní teplotě a aktivitě, kterou zrovna vykonává.

Stav 1. pooperační den: Močení bez obtíží, příměsí v moči nepozoruje. Na stolicí nebyl.

4) Aktivita, cvičení

Pan Z. B. je aktivní muž. Rád sportuje, má rád jízdu na kole, lyžování. Rád se věnuje rodině, s kterou jezdí společně na výlety, na hory či k moři. Zajímá se o dění kolem, rád čte noviny. Jinak jeho velkou aktivitou je jeho vlastní práce. Je majitelem internetového obchodu s autodíly. V nemocnici zaplňuje čas tím, že svůj podnik kontroluje přes internet.

Stav 1. pooperační den: Ráno se pacient zvertikalizoval a poprvé po operaci za dohledu sestry vstal z lůžka. Provedl ranní hygienu u umyvadla. V rámci prevence TEN pacient prováděl na lůžku cviky DK.. Odpoledne se chvíli procházel po oddělení.

5) Spánek, odpočinek

K pocitu vyspání potřebuje asi 8 hodin spánku. Přes den nespí. Výrazné problémy s usínáním nemá. Léky na spaní neužívá.

Stav 1. pooperační den: Je unavený, dopoledne spával.

6) Smyslové vnímání, poznávání

Výrazné problémy se zrakem nemá, jen používá brýle na čtení. Slyší dobře. Chuť k jídlu je dobrá. Je orientovaný osobou, místem, časem a prostorem. Bolesti před příchodem do nemocnice neudává.

Stav 1. pooperační den: Je při vědomí. Orientovaný osobou, místem, časem a situací. V 8 hodin ráno udává tupé bolesti v místě operační rány. Při

polknutí je bolest větší. Dle VAS (0 = žádná bolest, 10 = nesnesitelná bolest) na stupni 4.

7) Sebepojetí, sebeúcta

Sám sebe hodnotí jako pozitivního aktivního člověka. Působí jako vyrovnaný, o sebe pečující muž.

Stav 1. pooperační den: Je rád, že 1. den po operaci ráno vstal, sám provedl ranní hygienu a odpoledne chvíli chodil.

8) Plnění rolí, mezilidské vztahy

V dětství bydlel s rodiči a sestrou v panelovém domě, kde prožil spokojené dětství. Vystudoval Střední průmyslovou školu. Jeho touha postavit se na vlastní nohy, ho přiměla k vybudování vlastní firmy. Prošel tedy podnikatelským kurzem a založil si vlastní firmu. Jedná se o internetový obchod s autodíly. Jak říká, že práce ho docela hodně zaměstnává. Především kontrola práce svých zaměstnanců a organizace, „aby vše klapalo jak má“. Myslím si, že pan Z. B. svou roli vedoucího v práci zvládá dobře, jelikož je podle mě cílevědomí a umí přijmout zodpovědnost. Žije se svou ženou, se kterou má tři starší syny a tříletou dcerku, která jim prý nyní dělá největší radost.

Vztahy v rodině mají víceméně nekonfliktní. Často se navštěvují se setrou a její rodinou, která bydlí nedaleko ve stejném městě. Rodiče bydlí nedaleko na vesnici. Hodně času mu zabere vlastní firma, rodině se to snaží vynahradiť hlavně o víkendy.

Stav 1. pooperační den: Návštěvu kvůli vzdálenému bydlišti nečeká. Dopoledne telefonoval s manželkou.

9) Sexualita, reprodukční schopnost

V partnerském vztahu s manželkou je spokojený. Více jsem tuto otázku nerozebírala.

10) Stres, zátěžové situace a jejich zvládnání

Nyní pociťuje strach z anestezie, možných pooperačních obtíží a z výsledku histologie. V životě mu největší stres přináší starost a především zodpovědnost za svou firmu. Stres odbourává nejčastěji sportem nebo trávením času s rodinou.

Stav 1. pooperační den: Je spokojen s provedením operace. Doufá, že již žádné komplikace nenastanou.

11) Víra, přesvědčení a životní hodnoty

Pan Z.B. je bez vyznání. Je přesvědčen o vlastní síle a víře, která mu pomáhá. Za největší životní hodnoty považuje zdraví a spokojenou rodinu. Se svým životem je spokojený, ale říká, že v dnešní době je těžké si spokojený život udržet a nikdy nevíme, co se může stát.

3.3 KRÁTKODOBÝ OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN

Ošetrovatelské diagnózy jsem sestavila na základě sběru informací o pacientovi, z dokumentace, od ošetřujícího lékaře a vlastním pozorováním. Pro stanovení ošetrovatelských diagnóz jsem si vybrala 1. den po operaci, tedy 3. den hospitalizace.

Ošetrovatelské diagnózy ke dni 6.1.2010

- 1) Akutní bolest na přední straně krku z důvodu operačního výkonu**
- 2) Riziko vzniku pooperačních komplikací**
- 3) Riziko vzniku TEN**
- 4) Riziko vzniku infekce z důvodu zavedeného PŽK, drénu a operační rány**

1) Akutní bolest na přední straně krku z důvodu operačního výkonu

Cíl

Pacient bude udávat zmírnění bolesti minimálně o 2 stupně na VAS do 30 min. po podání analgetik.

Plán péče

- Informuj pacienta o možnosti podání analgetik
- Aktivně se ptej pacienta na bolest
- Sleduj intenzitu bolesti na VAS a její charakter
- Sleduj neverbální projevy pacienta
- Podávej analgetika dle ordinace lékaře
- Zaznamenávej intenzitu bolesti do záznamu bolesti
- Sleduj účinek analgetik 30 minut po jejich podání
- Najdi spolu s pacientem úlevovou polohu
- Sleduj operační ránu
- Převoz rány prováděj šetrně
- Pouč o fixaci rány rukou při kašli
- Odpoutej pozornost od bolesti (TV, notebook, četba)
- Podávej inhalaci dle ordinace lékaře
- Podávej dietu dle ordinace lékaře
- Dej signalizační zařízení do dosahu nemocného

Realizace

Pacient byl informován o možnosti podání analgetik, o jejich způsobu podání a o časovém intervalu, ve kterém mohou být podány. Dále byl poučen o fixaci rány rukou při případném kašli.

V 8 hod. si pacient stěžuje na tupou bolest v oblasti operační rány, která je při polknutí větší. Dle analogové stupnice VAS (0 = žádná bolest, 10 = nesnesitelná bolest) vyšla intenzita na stupni 4. Pacientovi byla dle ordinace lékaře podána infúze 100 ml FR s 5 ml Novalginu i.v. S pacientem nacházíme

úlevovou polohu v polosedu, s mírným předklonem hlavy a s oporou hlavy, tak aby se zamezilo nežádoucím rotačním pohybům, které by bolest zvyšovaly. Na odpoutání pozornosti pacient sleduje TV. Dopoledne byl šetrně proveden převaz a kontrola rány.

Dle ordinace lékaře, každé tři hodiny podávána pro snadnější vykašlávání inhalace Ambrobene 3 ml + aqua 10 ml à 3hod. na dobu 10 minut. Z důvodu možné poruchy polykání, či bolesti při polykání pacientovi podávána tekutá dieta, večer dostal bujón.

Hodnocení

Cíle bylo dosaženo. U pacienta došlo k úlevě 30 minut po podání analgetik. Dle VAS na stupeň 1. Hodinu po podání a po celý zbytek dne, již bez bolesti. Na polykací potíže si po ústupu bolestí už nestěžuje, říká, „že jen cítí tah při polknutí“. Operační rána klidná, bez známek krevního výronu v ráně.

2) Riziko vzniku pooperačních komplikací

Cíl

Zavčas rozpoznat příznaky pooperačních komplikací (krvácení v ráně, poruchy dýchání, porucha řeči, parestézie, zvýšená nervosvalová dráždivost) a ihned informovat lékaře.

Plán péče

- Pouč pacienta o možnostech vzniku pooperačních komplikací a jejich možných projevech
- Sleduj okolí operační rány
- Sleduj výdej drénu
- Proveď odběr krve dle ordinace lékaře a sleduj výsledné hodnoty především Ca a P
- Uveď pacienta do polohy v polosedu s mírným předklonem hlavy a se zajištěním hlavy proti nežádoucím rotačním pohybům

- Podávej inhalaci dle ordinace lékaře
- Podávej dietu dle ordinace lékaře
- Sleduj FF pacienta
- Sleduj případné dechové obtíže
- Sleduj možné projevy krvácení
- Sleduj případnou změnu hlasu
- Dej signalizační zařízení do dosahu nemocného
- Při jakékoli změně informuj lékaře

Realizace

Pacient byl lékařem poučen o možnosti vzniku pooperačních komplikací a o jejich projevech. Při převazu kontrola operační rány a výdej drénu.

Pacientovi byl ráno proveden odběr krve na zjištění hladiny Ca a P v séru. Dále byly měřeny fyziologické funkce dle ordinace lékaře 2x denně. Ráno v 6 hod. TK 125/70 mmHg, puls 72/min., TT 36,7 °C. V 18 hod. TK 130/75 mmHg, puls 78/min., 36,6 °C. Pacient zaujmul polohu v polosedu, s mírným předklonem hlavy. Hlavu jsme proti nežádoucím rotačním pohybům zajistili stočeným ručníkem. V průběhu dne sledován stav dýchání a řeči. Pozornost byla zaměřena zejména na možnou přítomnost hvízdavého zvuku při nádechu, který by svědčil o poranění vratného nervu, či o přítomnosti krvácení v ráně. Dále byly sledovány příznaky parestézie a zvýšené nervosvalové dráždivosti, jako je brnění a mravenčení prstů, kolem úst a křeče.

Dle ordinace podávána každé tři hodiny inhalace Ambrobene 3 ml + aqua 10 ml à 3hod. na 10 min. Z důvodu možného dráždění tuhou stravou v místě operačního výkonu je podávána tekutá dieta, večer pacient dostal bujón.

Hodnocení

Příznaky pooperačních komplikací nevznikly. Výsledky vyšetření krve byly Ca sérum – 2,24 mmol/l (2,05-2,88 mmol/l), P sérum - 0,83 mmol/l (0,65-1,61 mmol/l). Při převazu operační rány nebyly přítomny známky krevního výronu v ráně. Výdej drénu byl 10 ml krvavého sekretu. Pacient byl bez dechových

obtíží, výrazných změn hlasu, příznaků parestézie a zvýšené nervosvalové dráždivosti.

3) Riziko vzniku TEN

Cíl

Minimalizovat riziko vzniku TEN. Při příznacích TEN (stenokardie, dušnost, tachypnoe, hemoptoe) okamžitě informovat lékaře.

Plán péče

- Pouč pacienta o možnosti vzniku TEN a o nutnosti prevence TEN
- Aplikuj antikoagulancia dle ordinace lékaře
- Aplikuj elastické punčochy dle ordinace lékaře
- Sleduj možné příznaky TEN (dušnost, stenokardie, tachykardie, hemoptoe)
- Nauč pacienta cviky k zapojení svalové pumpy DK
- Pouč o potřebě včasné mobilizace
- Kontroluj FF
- Dej signalizační zařízení do dosahu nemocného
- Při jakékoli změně informuj lékaře

Realizace

Pacient byl seznámen o možnosti vzniku TEN a o jejich projevech a způsobu prevence. Ráno byly nasazeny elastické punčochy. Ráno se zvertikalizoval a poprvé po operaci za dohledu sestry vstal z lůžka a provedl ranní hygienu u umyvadla. Bylo mu doporučeno cvičení k zapojení svalové pumpy. Během dne prováděl na lůžku plantární flexi a extenzi, odpoledne se procházel po oddělení.

Dále byly u pacienta sledovány možné příznaky TEN, jako je stenokardie, dušnost, hemoptoe, tachykardie. Měření fyziologické funkce ráno v 6 hod. TK

125/70 mmHg, puls 72/min., dech 16/min., v 18 hod. TK 130/75 mmHg, puls 78/min, dech 16/min. Dle ordinace lékaře v 18 hod. aplikován Clexane 0,4 ml s.c.

Hodnocení

Cíle dosaženo. Riziko vzniku TEN bylo minimalizováno elastickými punčochami, aplikací antikoagulancií, cviky DK a včasnou mobilizací pacienta. Příznaky TEN nebyly přítomny.

4) Riziko vzniku infekce z důvodu zavedeného PŽK, drénu a operační rány

Cíl

Minimalizovat riziko vzniku infekce. Při známkách infekce (bolest, otok, začervenání, porucha funkce) informovat lékaře.

Plán péče

- Pouč pacienta o možnosti vzniku infekce a o jejích příznacích
- Kontroluj místo invazivního vstupu a operační ránu
- Sleduj možné příznaky místní infekce (bolest, otok, teplo, zčervenání, porucha funkce)
- Při převazu postupuj asepticky
- Prováděj převaz dle potřeby
- Měř tělesnou teplotu dle ordinace lékaře
- Při známkách infekce informuj lékaře

Realizace

Pacient poučen o riziku vzniku infekce a o jejích možných projevech, jako je bolest, otok, zčervenání, teplo, porucha funkce. Dopoledne byl proveden převaz, kontrola rány a místa zavedení drénu. Poté byla operační rána za aseptických podmínek převázána. Redonův drén odvádí. Dále byl proveden převaz PŽK a kontrola místa vpichu. Tělesná teplota naměřená v 6 hod. byla 36,7 °C a v 18 hod. 36,6 °C.

Hodnocení

Cíle bylo dosaženo. Operační rána, okolí drénu a PŽK bez známek infekce. Rána se hojí per primam.

3.4 DLOUHODOBÝ OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN

Pan Z. B. byl přijat k plánované hemithyreodektomii pro jednouzlovou netoxickou strumu na standardní chirurgické oddělení. Hospitalizace trvala 5 dní. Operace proběhla druhý hospitalizační den.

1. den hospitalizace

Pacient byl v 13 hodin přijat na oddělení. Byly provedeny potřebné formality včetně seznámení s chodem oddělení a právy pacientů. Byla naordinována dieta 0, s tím že od půlnoci nesmí nic jíst ani pít. Pacient absolvoval předoperační přípravu a vyšetření anesteziologem. V 18 hodin byl aplikován Clexane 0,4 ml s.c. Dále byla provedena příprava operačního pole (oholení přední strany krku) a v 21 hodin byla podána premedikace 1 tbl. Diazepam 10 mg.

2. den hospitalizace

Ráno pacient provedl ranní hygienu a zabalil si věci. Cennosti byly sestrou sepsány a odloženy do trezoru. Na výzvu ze sálu byla aplikována premedikace Midazolam 5 mg + Atropin 0,5g i.m. Nasadily se elastické punčochy a pacient byl odvezen na sál. Operace proběhla bez komplikací a po operaci byl přeložen na Chir. JIP.

3. den hospitalizace

Pacient byl v 6:00 přeložen zpátky na standardní oddělení. Prováděl se u něj výše popsany ošetřovatelský proces.

4. den hospitalizace

Stav stabilizovaný bez pooperačních komplikací. Pacient se cítí dobře. Ráno sám provedl ranní hygienu. Byl proveden převaz rány a odstraněn Redon

drén s výdejem 10 ml. Vstup po drénu byl překryt sterilním krytím a operační rána byla ošetřena tekutým obvazem. Okolí rány bez projevů infekce. Byl odstraněn PŽK, okolí místa vstupu bez známek infekce. Tělesná teplota v 6 hod. 36,4 °C a v 18 hod. 36,5 °C. Dietu má 1 (kašovitou), dietu toleruje. Bolest neudává. Elastické punčochy stále nasazeny a v 18 hod. byl aplikován Clexan 0,4 ml. Pacient si zkracoval čas chůzí po oddělení a dále prací na notebooku, kde především kontroloval chod své firmy. Zítra po ORL vyšetření naplánované propuštění domů.

5. den hospitalizace

Neudává žádné obtíže. Tělesná teplota v 6 hod. 36,3°C. Operační rána byla desinfikována a ošetřena tekutým obvazem. Rána nejevila známky místních komplikací a hojila se per primam. Pacient má dietu 3 (racionální). Dopoledne bylo provedeno ORL vyšetření, které prokázalo lehkou funkční poruchu hlasivek, klinicky němou. Pacient byl v 14 hodin propuštěn domů. Odvoz domů si zajistil sám. Dostal propouštěcí zprávu s doporučením za tři dny navštívit chirurgickou ambulanci k odstranění nitrokožního stehu.

3.5 PSYCHICKÝ STAV NEMOCNÉHO

Prožívání nemoci

Pan Z. B. se jeví jako aktivní, cílevědomý, vyrovnaný muž. Do nemocnice přichází k plánované operaci. O charakteru nemoci a průběhu léčby byl informován lékařem. Další informace o nemoci pacient vyhledával sám, především na internetu.

Premorbidní osobnost

Jeho premorbidní osobnost, se domnívám, nijak nelišila od stávající. Zasluhu na to má zřejmě to, že dříve výrazněji nestonal a nynější onemocnění má rychlé řešení a příznivou prognózu.

Postoj k nemoci

Samotný postoj k nemoci pacient zaujal, zdá se mi, ryze prakticky. Před nástupem k hospitalizaci, si nastudoval různé informace o své nemoci. Zařídil si provedení operace v pražské nemocnici, přesto že bydlí mimo Prahu. Očekává tak kvalitní odvedení operace a kvalitní péči. Po celou dobu hospitalizace pacient spolupracoval se zdravotnickým personálem.

Reakce na pobyt v nemocnici

Pobyt v nemocnici zvládá dobře. Zajistil si nadstandardní jednolůžkový pokoj. Svůj čas v nemocnici tráví především prací na notebooku, kde kontroluje svou firmu přes internet. Z důvodu mimopražského bydliště, nikdo na návštěvy nedochází. Udává, že to není nutné, když za pár dní pojedou domů.

Zhodnocení komunikace

Komunikace s pacientem je bezproblémová. Rychle chápe. Není-li mu něco jasné, nebojí se zeptat.

Zvládání stresu

S nynějším stavem je, zdá se, víceméně vyrovnaný. Udává obavy z anestezie a možných pooperačních komplikací, ale věří, že je ve správných rukou. Další jeho obavou je výsledek histologického vyšetření. Doufá, že se prokáže benigní nález. Jednou jeho nevyřešenou otázkou je, jak často bude chodit na kontroly k lékaři a zda bude po operaci užívat substituční léky, či nikoli.

Motivace k léčbě

Největší motivací byl strach z možného vzniku komplikací, především z rizika maligního zvrhnutí štítné žlázy.

3.6 PROGNOZA

Vzhledem k nekomplikovanému průběhu operace a pooperační péče je prognóza nemocného příznivá. Prakticky ihned po ukončení hospitalizace se pacient může vrátit k aktivitám běžného života. Pracovní neschopnost po operaci

štítné žlázy trvá 2-6 týdnů. Je vhodné se v prvních měsících po operaci vyvarovat zvýšené fyzické a psychické zátěže.

Pacient navštíví 5-7 den po operaci chirurgickou ambulanci, kde mu odstraní nitrokožní steh. O operační ránu bude třeba pečovat a chránit ji několik týdnů až půl roku po operaci. V opačném případě hrozí riziko vzniku hypertrofické až keloidní jizvy, která často způsobuje napětí, pocit cizího tělesa při polykání až bolest. Navíc nevzhledná jizva umístěná na viditelném místě působí z kosmetického hlediska rušivě, což může mít negativní dopad na psychiku pacienta.

3.7 EDUKACE PACIENTA

Cíl edukace

Cílem edukace bylo srozumitelně vysvětlit pacientovi průběh předoperační a pooperační péče. Dále informovat o nezbytnosti spolupráce s zdravotnickým personálem, především při zvládnání bolesti a při prevenci TEN. Na závěr seznámit se zásadami péče o ránu a o riziku vzniku komplikací při hojení rány.

Realizace

Již při příjmu byl pacient ošetřujícím lékařem informován o operačním výkonu, riziku vzniku pooperačních komplikací a pooperační péči.

Já jsem pacientovi vysvětlila předoperační přípravu. Což obnášelo informaci o dietním opatření. A to, že den před operací již nebude jíst a od půlnoci pít. Dále jsem pacienta informovala o přípravě operačního pole. Informace se také týkaly způsobu podání premedikace před spaním, provedením ranní hygieny a sbalením všech osobních věcí do tašky z důvodu přeložení po operaci na Chirurgickou JIP. Dále sepsání cenností setrou, které budou poté odloženy do trezoru. Po výzvě z operačního sálu mu bude aplikována premedikace v podobě intramuskulární injekce, nasadí se elastické punčochy a poté bude odvezen sanitářem na operační sál, kde mu bude zaveden PŽK. Po operaci bude přeložen na chir. JIP, kde bude zřejmě do druhého dne a po té se vrátí opět na svůj pokoj.

Dále jsem pacienta seznámila s VAS a jejím způsobem použití. Poté se poučení týkalo prevence TEN, a to důležitosti včasné mobilizace po operaci, nutnosti mít navlečené elastické punčochy a převedla jsem jednoduché cvičení, které vede k zapojení svalové pumpy. Poté jsem zopakovala nejdůležitější informace a několika cílenými otázkami jsem se ujistila, že pacient sděleným informacím rozumí.

Po operaci byl pacient poučen o péči o ránu. Rána se v ideálním případě hojí jemnou, hladkou jizvou. V počátku bývá tuhá, červenorůžová, až po několika týdnech jizva bledne a měkne. Existuje riziko, že z důvodu nadprodukce vaziva v místě jizvy může vzniknout hypertrofická, až keloidní jizva, projevující se vyvýšeným, širším, začervenalým vzhledem jizvy. Může způsobovat napjetí, svědění a někdy i bolest. Hypertrofická i keloidní jizva může vzniknout několik týdnů až po dobu několika let po operaci. Již při prvních příznacích poruchy hojení rány je zapotřebí včas navštívit kožního lékaře. (3)

Zásady pro dobré hojení:

- Po operaci musí být rána převazována a překryta sterilním obvazem
- 24 hodin po odstranění drénu může být rána bez obvazu
- Rána musí být v čistotě a musí být chráněna před nečistotou a průnikem infekce z okolí
- Drén se z rány odstraňuje první nebo druhý den po operaci
- 24 hodin po odstranění drénu může být rána bez obvazu
- Po odstranění drénu sprchovat jizvu vlažnou vodou, 3-4 týdny zákaz koupele ve vaně či v bazénu
- Od 3-5 dne se rána může promazávat nemastným gelem
- Případné stroupky nestrhávat, lze je změkčit mastí a pak lehce setřít mulem
- Nitrokožní steh se odstraňuje 5-7 den po operaci
- Po odstranění stehu je vhodné stále ránu promazávat gely, mastnými i nemastnými krémy
- Při kašli či kýchání přidržovat jizvu rukou

- Jizva nesmí být drážděna těsným oblečením
- Nejméně po dobu dvou měsíců nevystavovat jizvu slunečnímu záření ani soláriu, při pobytu na slunci ránu chránit šátkem, popř. ochranným krémem
- Jizva se ojí půl roku i déle, nevystavovat po tuto dobu opakovanému tahu – může dojít k roztažení jizvy
- K urychlení hojení je možnost použít biostimulační laser
- Dostatek vitamínů, především B a C (3)

4. ZÁVĚR

Ve své práci jsem se zabývala ošetrovatelskou péčí o pacienta, který byl přijat k plánované operaci štítné žlázy. O pacienta jsem pečovala ode dne jeho přijetí, až do doby propuštění. Již první den jsem navázala s panem Z. B. kontakt a sepsala jsem s ním ošetrovatelkou anamnézu. Myslím si, že se mě už první den podařilo získat pacientovu důvěru, což je velice důležité pro další průběh péče.

Krátkodobý ošetrovatelský plán jsem vypracovala ke třetímu dni hospitalizace, tedy k prvnímu pooperačnímu dni. Stanovila jsem ošetrovatelské diagnózy na základě výpovědi pacienta, z dokumentace, od ošetřujícího lékaře a vlastním pozorováním. Všechny stanovené ošetrovatelské cíle se podařilo dosáhnout. Velkou zásluhu na to má i samotný pacient, který se zdravotnickým personálem spolupracoval a dodržoval všechna doporučení.

Aby poskytovaná zdravotní péče byla kvalitní, je zapotřebí holistický přístup k nemocnému. Důležité je správné posouzení potřeb nemocného a jejich následná saturace. Péče by měla být vždy komplexní. Samozřejmostí by mělo být zapojení pacienta, popřípadě i rodiny do péče. Protože dobře informovaný a motivovaný pacient je základ úspěchu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ČIHÁK, R. *Anatomie 2*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 488 s. ISBN 80-247-0143-X
2. DVOŘÁK, J. *Chirurgická anatomie a technika operací štítné žlázy*. 1. vyd. Brno: Dům medicíny
3. DVOŘÁK, J. *Štítná žláza a její nemoci*. 1. vyd. Praha: Serifa. 2002.138 s. ISBN 80-902859-1-0
4. LÍMANOVÁ, Z., NĚMEC J. a ZAMRAZIL, V. *Nemoci štítné žlázy*. 1. Vyd. Praha: Galén, 1995. 197 s. ISBN 80-85824-25-6
5. NAHODIL, V. et. al. *Chirurgie štítné žlázy*. 1. vyd. Praha: Avicenum
6. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3
7. STAŇKOVÁ, S. *České ošetrovatelství 3: Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 1999. 49 s. ISBN 80-7013-282-5
8. STAŇKOVÁ, S. *České ošetrovatelství 4: Jak provádět ošetrovatelský proces*. 1. Vyd. Brno: NCO NZO, 1999. 66 s. ISBN 80-7013-283-3
9. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1 vyd. Brno: NCO NZO, 2005, 185 s. ISBN 80-7013-324-4
10. TROJAN, S. et. al. *Lékařská fyziologie*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 772 s. ISBN 80-247-0512-5
11. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X
12. ŠVIHOVEC, J. et al. *Pharminindex kompendium*. 1. vyd. Praha: MediMedia Information, 1998. 1605 s. ISBN 80-901781-8-9

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

| | |
|--------|--|
| BMI | body mass index |
| Ca | vápník (calcium) |
| cm | centimetr |
| CNS | centrální nervová soustava |
| CT | počítačová tomografie |
| DK | dolní končetiny |
| d. p. | dle potřeby |
| EKG | elektrokardiografie |
| FF | fyziologické funkce |
| FNAB | tenkojehlová aspirační biopsie (fine needle aspiration biopsy) |
| FR | fyziologický roztok |
| fT3 | volný trijodtyronin |
| fT4 | volný tyroxin |
| FW | sedimentace erytrocytů (Fähraeus-Westergren) |
| g | gram |
| hod. | hodina |
| ICHS | ischemická choroba srdeční |
| i.m. | intramuskulární podání |
| JIP | jednotka intenzivní péče |
| kg | kilogram |
| min. | minuta |
| ml | mililitr |
| mmol/l | milimolů na litr (látkové množství) |
| mmHg | milimetr sloupce rtuti |
| nn. | nervy |
| ORL | otorinolaryngologie |
| P | fosfor (phosphorus) |
| PŽK | periferní žilní katétr |
| P + V | příjem a výdej |
| RTG | rentgen |

| | |
|------------------|--------------------------|
| s.c. | subcutální podání |
| SONO | sonografie |
| SpO ₂ | saturace kyslíkem |
| tbl. | tableta |
| t.č. | toho času |
| TEN | trombembolická nemoc |
| TK+ P | krevní tlak a puls |
| TSH | tyreostimulační hormon |
| TRH | tyreotropní hormon |
| TV | televize |
| T ₃ | trijotyronin |
| T ₄ | tyroxin |
| VAS | vizuální analogová škála |
| vv. | žíly |
| μg | mikrogram |
| μm | mikrometr |

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Farmakoterapie

Příloha č. 1: Ošetrovatelský záznam 3. LF UK