

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE



3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

Pavla Šonková, DiS.

Ošetrovatelská péče o pacientku po totální thyroidektomii

Nursing care of the patient after total thyroidectomy

Bakalářská práce

Praha, září 2013

Autor práce: **Pavla Šonková, Dis.**

Studijní program: **Ošetrovatelství**

Bakalářský studijní obor: **Všeobecná sestra**

Vedoucí práce: **PhDr. Marie Zvoníčková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetrovatelství 3. LF UK**

Konzultant práce: **MUDr. Eva Dvořáková**

Pracoviště konzultanta: **Endokrinologická ambulance I. interní kliniky**

Fakultní nemocnice Plzeň

Datum a rok obhajoby: **září 2013**

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.

V Praze dne

Pavla Šonková, Dis.

Poděkování

Obsah

ÚVOD.....	6
1. KLINICKÁ ČÁST.....	7
1.1. Historie chirurgie a léčby štítné žlázy.....	8
1.2. Anatomie štítné žlázy	8
1.2.1. Anatomie příštítných tělísek.....	10
1.3. Fyziologie štítné žlázy	11
1.3.1. Fyziologie příštítných tělísek	12
1.4. Patologie štítné žlázy	13
1.4.1. Struma.....	13
1.4.2. Hypofunkce štítné žlázy (hypotyreóza).....	14
1.4.3. Hyperfunkce štítné žlázy (hypertyreóza)	16
1.4.4. Záněty štítné žlázy (tyroiditidy).....	17
1.4.5. Nádory štítné žlázy.....	19
1.4.6. Štítná žláza a těhotenství.....	21
1.5. Diagnostika onemocnění štítné žlázy	20
1.6. Operační výkony na štítné žláze.....	21
1.6.1. Indikace chirurgické léčby.....	22
1.6.2. Typy chirurgických výkonů na štítné žláze.....	22
1.7. Komplikace po operaci štítné žlázy.....	23
2. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTCE:.....	25
2.1. Identifikační údaje	25
2.2. Průběh hospitalizace:	25
3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	33
3.1. Ošetřovatelský proces.....	33
3.2. Ošetřovatelský model	34
3.3. Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení podle modelu M. Gordon	35
3.4. Krátkodobý ošetřovatelský plán	40
3.5. Dlouhodobý ošetřovatelský plán	47
3.6. Edukace	49
3.7. Psychický stav pacientky.....	51
3.8. Prognóza onemocnění.....	52
4. ZÁVĚR.....	54
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	55
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	57
SEZNAM PŘÍLOH.....	59

Úvod

Jako téma své bakalářské práce jsem si vybrala ošetrovatelskou péči u pacientky po operaci štítné žlázy. Případová studie, o které budu psát, mě velmi zaujala, neboť se jednalo o operační výkon u mladé pacientky, kdy musela být odstraněna celá štítná žláza z důvodu nodózní strumy.

Práce je rozdělena na dvě hlavní části. První část je část klinická, která je věnována historii, anatomii, fyziologii a patofyziologii štítné žlázy, dále jsou zde zahrnuty operační výkony, komplikace a prognóza onemocnění. Také zde popisují průběh hospitalizace u pacientky M. P. V ošetrovatelské části se zaměřuji na péči o pacientku po operačním výkonu. Ve své práci jsem použila model Marjory Gordonové. Krátkodobý plán ošetrovatelské péče zpracovávám 3. den hospitalizace, což je zároveň první pooperační den. V závěru práce se věnuji edukaci a psychologickému zhodnocení pacienta, což je nedílnou součástí léčby.

1. KLINICKÁ ČÁST

V klinické části se budu věnovat anatomii, fyziologii a patofyziologii štítné žlázy a příštítných tělísek. Dále zde budou zahrnuty operační výkony a komplikace onemocnění.

1.1. Historie chirurgie a léčby štítné žlázy

Již více než 3500 let jsou známá onemocnění štítné žlázy. Název struma byl odvozen od latinského slova struo, a to znamenalo hromadit se. V 15.století před naším letopočtem je v čínské medicíně zaznamenána léčba zvětšené štítné žlázy a to pomocí popela z mořských řas a hub. Tato léčba byla účinná hlavně proto, že mořské řasy a houby obsahují vysokou dávku jódu, který je pro správnou funkci štítné žlázy nezbytný. (Astl, 2007)

Chirurgie krku započala pravděpodobně také již v období kolem roku 1500 před naším letopočtem. První zmínky o možnostech operace štítné žlázy nacházíme již v tzv. Ebersově papyru. Chirurgická léčba onemocnění štítné žlázy byla řazena mezi velmi rizikové operace a prokazatelné doklady o operaci štítné žlázy pocházejí z 5. století. (Astl, 2007)

„Známý římský učenec své doby Plinius starší uvádí, že zvětšená štítná žláza se vyskytuje pouze u člověka a u vepře a její příčinou je špatná voda.“ (Němec, 1973, str. 10). Tento názor nemůžeme zcela vyloučit ještě ani dnes, i když toto vysvětlení není zcela správné. I v posledním století řada vědců spojovala a spojuje vznik strumy se závadnou vodou. (Němec, 1973)

Starověcí a středověcí lékaři měli jistě dobré praktické zkušenosti a dovednosti s výskytem chorob štítné žlázy a podařilo se jim najít i některé cesty k jejich léčení. Poznat a vědět, k čemu je v těle štítná žláza a jak pracuje, nebylo vůbec snadné, proto se nelze divit tomu, že si někteří vědci představovali, že štítná žláza vydává sekret, jehož účelem je mazat hrtan a umožňovat tak řeč. (Němec, 1973). Myslím si, že by dnes takto podané vysvětlení u mnoha lékařů vyvolalo úsměv, ale je důležité říci, že se tato představa udržela po celá staletí.

Velkým průlomem byly první provedené anatomické pitvy, které mnoho nejasností vysvětlily. Stále zjemňovaná pitevní technika a použití lupy a později mikroskopu ukázaly, že štítná žláza má charakter žláznatý, že nemá žádný vývod a že je bohatě zásobena cévami. Tak okolo roku 1800 bylo vše nachystáno pro představu, že štítná žláza vyrábí nějaký sekret a vydává jej do krve. (Němec, 1973)

Léčba onemocnění štítné žlázy prošla historickým vývojem od metod konzervativních až po metody chirurgické, později také došlo k využití radioizotopů jako náhrady chirurgických metod. V posledních dvaceti letech se díky možnostem diagnostiky a následné substituční léčby rozvinula radikální chirurgie. Stejně jako v jiných chirurgických oborech i v chirurgii štítné žlázy dochází k využití nových technologií a jsou popsány i minimálně invazivní a endoskopické operace štítné žlázy. (Astl, 2007)

1.2. Anatomie štítné žlázy

Štítná žláza se vyvíjí z výchlípký, která vzniká na přední stěně embryonálního faryngu, ve výši branchiální oblasti a to je v místě, které se dalším vývojem krajiny dostane na hranici hřbetu a kořene jazyka. Výchlípka vzniká už ve třetím týdnu embryonálního vývoje. (Čihák, 2002)

Štítná žláza je důležitým orgánem regulujícím metabolismus. Svými hormony, které produkuje, se podílí na řadě metabolických pochodů v organismu. Je odpovědná za tělesnou teplotu, pocity zimomřivosti či naopak návaly horka, ovlivňuje spalování cukrů a tuků, má vliv také na tělesnou hmotnost člověka i na tepovou frekvenci. Štítná žláza je uložena po stranách trachey a laryngu a je složena z pravého a levého laloku, které se latinsky nazývají lobus dexter a lobus sinister. Tyto laloky spojuje příčný můstek tkáně, který se nazývá isthmus. Z isthmus nebo z přilehlé části pravého laloku vybíhá směrem k jazylce různě dlouhý výběžek, který se nazývá lobus pyramidalis. Lobus pyramidalis je zbytek embryonálního ductus thyroglossus, takže výjimečně může sahát až ke kořeni jazyka. (Fiala, Valenta, Eberlová, 2009)

„Zevní plocha žlázy je kryta infrahyoidními svaly, zadní naléhá na průdušnici, laterální obvod může dosahovat až k nervově cévnímu svazku krčnímu. Na zadní ploše bývají lokalizovány příštítné žlázy.“ (Elišková, Naňka, 2006, s. 187)

Štítná žláza je uložena do vazivového obalu, který má 2 listy. Capsula propria, ležící na povrchu žlázy a capsula externa, list, který leží zevně. Ten je tenký a souvisí s okolním vazivem, tj. pretracheální fascií a vazivovým obalem krčního cévního svazku. V místě mezi těmito listy probíhají cévní pleteně. (Elišková, Naňka, 2006,)

Štítná žláza je tvořena lalůčky, které se skládají z tzv. folikulů. Folikuly jsou uzavřené váčky, jejichž velikost je závislá na funkčním stavu endokrinní žlázy. Stěna těchto váček je tvořena folikulárními buňkami a vnitřní část je vyplněna koloidem. Koloid je tvořen především tyroglobulinem, na který jsou vázány hormony štítné žlázy. Odtud jsou pak hormony uvolňovány dle potřeby do oběhu. Mezi buňkami folikulů se nachází speciální parafolikulární buňky (C buňky, světlé buňky), které produkují kalcitonin, který snižuje hladinu vápníku a fosforu v krvi, zejména u dětí. (Astl, 2007)

Cévní a nervové zásobení štítné žlázy:

Tepny, které zásobují štítnou žlázu pocházejí ze dvou zdrojů. Z arteria thyroidea superior (větev arteria carotis externa) a z arteria thyroidea inferior (větev truncus thyrocervicalis z arteria subclavia). Tyto cévy jsou navzájem propojeny. Mezi listy pouzdra štítné žlázy začínají žilní pleteně, odkud odtékají jako vena thyroidea superior a vena thyroidea media do vena jugularis interna. Venae thyroideae inferior drénují dolní část žlázy a tvoří nepárový plexus thyreoideus impar, který odtéká do vena brachiocephalica sinister. (Elišková, Naňka, 2006)

Nervové zásobení štítné žlázy je uskutečňováno z parasympatické a sympatické inervace. Z krčních sympatických ganglií přicházejí sympatická vlákna a z nervus vagus jsou to pak parasympatická vlákna. Tato inervace má funkci, která se vztahuje spíše k prokrvení žlázy než k přímému ovlivnění její funkce. (Astl, 2006)

1.2.1. Anatomie příštítných tělísek

Příštítná tělíška jsou čtyři malé, párově uspořádané, oválné útvary, uložené na zadní straně laloků štítné žlázy. Obvykle bývají na každé straně dvě. Zpravidla jsou v kontaktu s vazivem její capsulou propria, zčásti zanořená do vazivového septa. Někdy se nazývají žlázy příštítné nebo také se můžeme setkat s názvem epithelová tělíška. (Čihák, 2002). Níže je posána poloha a fixace příštítných tělísek.

„Glandula parathyroideae superior leží vpravo i vlevo na zadní ploše štítné žlázy ve výšce dolního okraje prstencové chrupavky. Většinu tělísek lze vyhledat v okruhu asi 1cm kolem zkrřížení průběhu nervus laryngeus a arteria thyroidea inferior.“ (Elišková, Naňka, 2006, s. 188)

„Glandula parathyroidea inferior leží na zadní straně dolního pólu štítné žlázy, často také v tukové tkáni kolem arteria thyroidea inferior či v krčních výběžcích thymu. Takto popisovaná poloha platí jen pouze pro 80% případů. Lokalizace dolních příštítných tělísek je mnohem variabilnější, mohou se nacházet kdekoliv od úhlu mandibuly až po perikard. Horní příštítná tělíška jsou obvykle lokalizována dorsálně od průběhu nervus laryngeus recurrens, dolní pak ventrálně.“ (Elišková, Naňka, 2006, s. 188)

Co se týče makroskopické stavby příštítných tělísek, tak pod jemným vazivovým pouzdem se nachází žlázový parenchym, který je složený ze shluků a trámců epitelových buněk. Některé shluky buněk tvarově připomínají žlázové folikuly. Často také bývá přítomna i tuková tkáň, která navyšuje svůj objem s přibývajícím věkem a právě díky tomu se mění i barva příštítných tělísek. (Čihák, 2002)

Důležité je také zmínit cévní a nervové zásobení příštítných tělísek. Cévní zásobení je zajištěno z větví arteria thyroidea inferior. Nervové zásobení příštítných tělísek zajišťují vlákna krčního sympatiku a dále pak parasympatická vlákna z nervus laryngeus recurrens. (Elišková, Naňka, 2006)

1.3. Fyziologie štítné žlázy

Štítná žláza je párová endokrinní žláza skládající se ze dvou laloků, které leží po stranách štítné chrupavky hrtanu. (Dylevský, 2009)

Mikroskopická stavba štítné žlázy je charakteristická uspořádáním žlázových buněk do uzavřených váčků, které se nazývají folikuly. Folikuly jsou vyplněny bílkovinným roztokem tzv. koloidem. Koloid obsahuje dva základní hormony žlázy a to jsou thyroxin a trijodthyronin. Buňky, které tvoří žlázové folikuly, mají důležité funkce. Jednou z nich je, že vychytávají z krve jód a nezbytné aminokyseliny. Další činností těchto buněk je, že spojením aminokyselin vytvářejí bílkovinu, na kterou se váže jód a tím vznikají oba účinné hormony. (Dylevský, 2009)

Pro udržení funkce štítné žlázy a regulaci množství produkováných hormonů je nezbytný hormon, který se nazývá thyreotropin (TTH) a je vylučovaný předním lalokem hypofýzy. Thyreotropin zvyšuje množství krve protékající štítnou žlázou a usnadňuje tak výdej hormonů thyroxinu a trijodthyroninu. Větší množství krve přináší do štítné žlázy i více látek, které jsou nezbytné k tvorbě hormonů. Štítná žláza je jedinou žlázou s vnitřní sekrecí, která je přímo závislá na přísunu jodu, získaného výhradně z potravy. Nedostatek jódu v potravě vede k poruchám funkce štítné žlázy a tvoří se neúčinné hormony s nízkým obsahem jódu. (Dylevský, 2009)

Účinky hormonů štítné žlázy:

„Hormony ovlivňují metabolismus tuků, sacharidů, bílkovin, spotřebu O₂, tvorbu tepla ve tkáních. Somatický a psychický vývoj bez hormonů štítné žlázy není možný.“ (Slezáková, 2010, s.78)

1) Metabolická funkce - spočívá v přímém účinku hormonů štítné žlázy na buněčné jádro, kde ovlivňují řízení látkové výměny, zvláště tvorbu bílkovin. Hormony štítné žlázy zvyšují látkovou výměnu, zvyšují spotřebu kyslíku ve tkáních a urychlují vstřebávání cukrů v trávicím ústrojí. Thyroxin a thyronin zvyšují rozpad tuků. (Dylevský, 2009)

2) **Termoregulační funkce** - hormony štítné žlázy zvyšují tvorbu tepla v organismu, zvláště tehdy, je-li tělo v chladném prostředí a jsou také důležité k udržení celkové tělesné teploty. (Dylevský, 2009)

3) **Růstový význam** - ten souvisí s metabolickými funkcemi hormonů thyroxinu a thyroninu. Oba hormony v normálních dávkách zvyšují tvorbu bílkovin, které ve zvýšené míře spotřebovává rostoucí organismus. Z toho plyne, že hormony štítné žlázy jsou proto významnými růstovými faktory. (Dylevský, 2009)

4) **Vývojové účinky** - vývojové účinky hormonů thyroxinu a trijodthyroninu se u člověka projevují zejména při dozrávání tkáně centrálního nervového systému v dětském věku. Při snížené hladině hormonů dochází k postupnému poškozování mozku, které může skončit jeho těžkou poruchou. (Dylevský, 2009)

1.3.1. Fyziologie příštítných tělísek

Příštítné žlázy jsou čtyři malé, párově uspořádané, oválné útvary, uložené na povrchu štítné žlázy, nebo jsou zanořeny do žlázové hmoty. Buňky příštítných žláz produkují parathormon (PTH). Parathormon je důležitá látka, která zvyšuje propustnost buněk pro vápník a fosfor. Nejvýznamnější a dosud nejlépe známý účinek je účinek parathormonu na ledviny, kosti, střevo a oční čočku. (Dylevský, 2009)

Nejdéle známým účinkem parathormonu bylo jeho působení na ledviny. Spočívá v ovlivnění propustnosti buněk ledvinových kanálků pro vápník a fosfáty. Vlivem parathormonu buňky ledvinových kanálků snižují zpětné vstřebávání fosfátů a ty jsou vylučovány močí. Zároveň parathormon zvyšuje zpětnou resorpci vápníku a jeho zadržování v organismu. (Dylevský, 2009)

Další důležitý účinek parathormonu je na kostní tkáň a to spočívá v aktivaci tzv. bouracích buněk v kosti. Tyto buňky rozrušují svými enzymy kostní hmotu a uvolňují z kostí vápník a fosfáty, které přecházejí z kosti do krve. Každá kost je tak v trvalém procesu přestavby. (Dylevský, 2009)

Také účinek parathormonu na střevo je pro tělo důležitý. Ve stěně střeva je vstřebáván vápník a odtud je krví zanášen do kostí. Zde je směňován za vápník

uvolněný z kostní hmoty bouracími buňkami. Jiné typy kostních buněk vápník z krve vychytávají a zabudovávají do kostí. V kostech tak proto probíhá nepřetržitá směna vápníku a fosfátů, je to tzv. trvalý pochod mineralizace a demineralizace kostí. Udržování stálé hladiny vápníku v krvi není významné pouze z hlediska mineralizace kostí. Vápník je nezbytný pro udržení nervové dráždivosti, pro činnost srdečního a kosterního svalu a pro zachování normálního průběhu krevního srážení. (Dylevský, 2009)

Hlavní projevy při nedostatku parathormonu:

Při nedostatku parathormonu dochází k rychlému poklesu hladiny vápníku v krvi a to způsobuje zvýšení nervosvalové dráždivosti. Tento stav vede až ke křečovým záškubům svalstva nazývanému tetanie. Tetanie je hlavně nebezpečná v okamžiku, kdy postihuje dýchací svaly, což může vést až k udušení. Příčinou nedostatku hormonu bývá obtížný operační výkon, při kterém je odstraňována štítná žláza a zároveň jsou vyňata i příštítná tělíčka. (Dylevský, 2011)

Parathormon zabraňuje ukládání vápníku v oční čočce. Pokud dojde k tomu, že je parathormonu nedostatek, vzniká zákal čočky a čočka se stává neprůhlednou. Koncentrace vápníku a fosfátu v krvi rozhoduje o produkci parathormonu. Při snížené hladině vápníku nebo zvýšené koncentraci fosfátů je sekrece parathormonu zvýšená. (Dylevský, 2011)

1.4. Patologie štítné žlázy

V současné době přibývá pacientů s onemocněním štítné žlázy. Nejčastějšími onemocněními štítné žlázy je hypothyreóza, hypertyreóza, záněty a nádory.

1.4.1. Struma

U zdravého člověka není štítná žláza nijak nápadná. Pokud dojde k jejímu zvětšení, nazývá se toto onemocnění struma. Ta bývá buď jednostranná, nebo oboustranná. Je nebezpečí, že svou velikostí a tlakem na dýchací trubici může

vyvolat dýchací potíže, které pak přivádějí člověka k lékaři. (Mačák, Mačáková, 2004)

Difuzní prostá struma – objevuje se zpravidla v období puberty a to častěji u žen. Je to poměrně častá, ale nepříliš závažná porucha. (Navrátil, 2008)

Nodózní struma – je charakteristická přítomností uzlů, které můžeme zjistit již při pohmatu nebo pomocí ultrazvukového vyšetření. Právě při ultrazvukovém vyšetření zjistíme, že se uzly liší svým počtem, velikostí, strukturou a prokrvením. Ani toto onemocnění není vzácné. Uzly mohou přibývat s věkem a častěji se vyskytují u žen. Důležité je hlavně posoudit funkci žlázy a mezi četnými uzly včas najít ty, které jsou podezřelé z nádorového bujení. K tomu nejlépe poslouží biopsie tenkou jehlou pod ultrazvukovou kontrolou. (Navrátil, 2008)

Hypofunkční struma – vzniká hlavně u starší generace, zapříčiněno jodovým deficitem. (Šafránková, Nejedlá, 2006)

Hyperfunkční struma – vzniká u zánětů nebo toxického adenomu. (Šafránková, Nejedlá, 2006)

1.4.2. Hypofunkce štítné žlázy (hypotyreóza)

Jedná se o nejčastější onemocnění štítné žlázy. Hypofunkce je snížená funkce štítné žlázy neboli hypotyreóza, která je charakterizována nedostatečnou sekrecí tyreoidálních hormonů a to tyroxinu a trijodtyroninu. Všechny uvedené klinické příznaky vznikají v důsledku sníženého metabolismu organismu. (Šafránková, Nejedlá, 2006)

Příčinou tohoto onemocnění bývá snížená produkce TSH v hypofýze, chronické, často autoimunitní záněty štítné žlázy, hypofunkční struma na podkladě jodového deficitu, destrukce tkáně následkem ozáření krku či mediastina nebo po léčbě radiojodem nebo vysoké dávky tyreostatik. (Šafránková, Nejedlá, 2006)

Příznaky těžké hypotyreózy u dospělých se nazývá myxedém. Projevy myxedému jsou únava, snížená výkonnost, deprese, ztráta zájmů, zimomřivost, zapomínání, poruchy paměti – zhoršená vstřípivost a výbavnost, drsná předloktí, otoky na víčkách zužující oční štěrbinu, vzniká tak charakteristická

myxedematózní tvář, dále vypadávání vlasů a chlupů, zejména na extenzorech v místě tření kůže s oděvem, edém hlasivek vyvolává chrapot, edém kolem kotníků v důsledku retence tekutin (celkový edém), váhový přírůstek, edémy v úzkých tělních prostorech mohou vyvolávat příznaky útlaku nervů, např. napodobit syndrom karpálního tunelu (brnění rukou), zpomalené reflexy. Vyšetřují se reflexy Achillovy šlachy, dušnost a anémie. (Šafránková, Nejedlá, 2006)

Důležitá je především diagnostika, která se provádí pomocí fyzikálního vyšetření, laboratorního vyšetření a také sem patří přístrojová vyšetření. (Šafránková, Nejedlá, 2006)

Mezi laboratorní vyšetření u hypofunkce štítné žlázy řadíme odběry krve na hormony T3, T4, TSH a protilátky proti štítné žláze. Laboratorně jsou u této poruchy nižší hodnoty T3 a T4 a vyšší hodnoty TSH. Dále patří mezi laboratorní vyšetření vyšetření moče, tzv. jodurie, což je vylučování jodu močí, které je u jodového deficitu velmi nízké. (Šafránková, Nejedlá, 2006)

Mezi další důležitá vyšetření patří přístrojová vyšetření. To je hlavně ultrasonografie, kde se určí velikost a struktura štítné žlázy a její vztah k okolním orgánům. Dále se může přistoupit k biopsii, která se provádí v případě diagnostických pochybností při sonografickém vyšetření. Mezi další přístrojová vyšetření řadíme scintigrafii štítné žlázy a CT vyšetření, které se provádí zejména u retrosternálních strum. (Šafránková, Nejedlá, 2006)

Léčba bývá u pacientů s tímto onemocněním většinou doživotní. To spočívá v pravidelném brání léků dle indikace lékaře, který zvolí příslušnou skupinu těchto preparátů. Mohou to být Jodid tablety, Euthyrox tablety, Letrox tablety, nebo kombinované T4 a jodu, to je pak např. Jodthyrox tablety. Pokud u pacienta dochází ke kompresi trachey či jícnu, musí se přistoupit k operačnímu výkonu. (Šafránková, Nejedlá, 2006)

Další onemocnění, s kterým se nejčastěji setkáváme, je hyperfunkce štítné žlázy.

1.4.3. Hyperfunkce štítné žlázy (hypertyreóza)

Hyperfunkce je zvýšená funkce štítné žlázy, která je charakterizována zvýšenou sekrecí tyreoidálních hormonů. Všechny projevy tohoto onemocnění jsou důsledkem zrychleného metabolismu. (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 132)

Příčin vzniku hyperfunkce štítné žlázy je několik. Patří sem autoimunitní zánět, kdy je toto onemocnění nazýváno jako Gravesova-Basedowa choroba. Dále sem patří toxický adenom. Jedná se o benigní nádor štítné žlázy, který tvoří ložisko hyperfunkce, dochází k tomu, že štítná žláza se vymaní z regulačních mechanismů, pak se hovoří o tzv. autonomii štítné žlázy. Další příčinou je polynodózní struma, jedná se o onemocnění, kdy štítná žláza obsahuje mnoho hyperfunkčních ložisek a to má za následek hyperfunkci štítné žlázy. (Šafránková, Nejedlá, 2006)

Mezi projevy hyperfunkce štítné žlázy jsou řazeny opocená a teplá kůže, vypadávání vlasů, třepení nehtů, svalové atrofie, únava, zvětšená i snížená chuť k jídlu, průjmy, hubnutí, třes prstů, chvění v celém těle, nespavost, nervozita, podrážděnost, ustrašenost, plačtivost, dále se mohou vyskytnout i srdeční problémy jako je tachykardie, extrasystoly, fibrilace síní, arytmie až příznaky anginy pectoris, hypertenze s vysokou tlakovou amplitudou, dále se může hyperfunkce projevovat je tzv. exoftalmus, to je projev, kdy mají pacienti vystouplé oční bulby, dalším projevem může být i dvojité vidění. Ve všech případech těchto klinických příznaků dochází k tomu, že štítná žláza tvoří hormony ve značném nadbytku a tím dochází k tomu, že cílové buňky odpovídají zrychleným až překotným metabolismem. (Šafránková, Nejedlá, 2006)

Dále je důležitá zmínit vystupňovaná forma hyperfunkce, která se nazývá tyreotoxikóza. Jedná se o stav, který je přirovnáván k otravě tyroxinem, i když hodnoty hormonů nemusí být vyšší než u běžné hypertyreózy. Někdy mohou hormony kumulovat ve tkáních, proto nemusí vždy korespondovat se subjektivními projevy. Tento stav se může projevit výraznou tachykardií, neklidem, třesem, zvracením a průjmy s dehydratací. (Šafránková, Nejedlá, 2006)

Diagnostika u hyperfunkce štítné žlázy je stejná jako u hypofunkce štítné žlázy. Pomocí fyzikálního vyšetření, laboratorního vyšetření a také pomocí přístrojového vyšetření. (Šafránková, Nejedlá, 2006)

Mezi laboratorní vyšetření u hyperfunkce štítné žlázy řadíme odběry krve, kde se zjišťuje hladina hormonů T3 a T4, TSH a protilátky proti štítné žláze. Laboratorně jsou u této poruchy vysoké hladiny TSH, ale i T3 a T4. K přístrojovým vyšetřením patří ultrasonografie, pomocí které se určí velikost a struktura štítné žlázy, průtoky ve žláze a její vztah k okolním orgánům. V případě diagnostických pochybností se přistupuje k biopsii. Výjimečně se provádí scintigrafie štítné žlázy. (Šafránková, Nejedlá, 2006)

Léčba u hyperfunkce štítné žlázy je na prvním místě chirurgická po předchozím zklidnění medikamentózním, které spočívá v podávání tyreostatik jako např. Thyrozol 10 mg, který se dle indikace lékaře podává v útočné dávce až 4 tbl. denně. Poté se zpravidla volí udržovací léčba v podávání 1 tbl. denně, ale nesmí se podávat dlouhodobě. U tohoto léku se mohou vyskytnout nežádoucí účinky, jako jsou alergické kožní reakce, nebo zažívací potíže. Pak se musí přistoupit k výměně léku za Propylthiouracil. Čistě konzervativní postup zachováváme u operací limitujících onemocnění a dle fyzického a psychického stavu pacienta (věk, přidružené choroby). (Šafránková, Nejedlá, 2006)

Chirurgická léčba se provádí dle charakteru onemocnění, buď jednostranná hemityroidiektomie nebo oboustranná totální tyroidiektomie. Pokud nejsou kontraindikace výkonu, téměř vždy se přistupuje k operačnímu řešení, protože u velké většiny pacientů dochází k opětovnému navrácení nemoci. (Šafránková, Nejedlá, 2006)

Dalším onemocněním štítné žlázy jsou záněty.

1.4.4. Záněty štítné žlázy (tyroiditidy)

Záněty štítné žlázy jsou velmi nesourodou skupinou, protože vznikají z různých příčin. Rozlišuje se akutní tyroiditida, subakutní tyroiditida a chronická tyroiditida. Mezi chronickou tyroiditidu patří tzv. Hashimotova tyroiditida, chronická lymfocytární tyroiditida a fibrózní neboli Reidlova tyroiditida. (Šafránková, Nejedlá, 2006)

Akutní tyroiditida – jedná se o vzácný zánět vzniklý v důsledku zánětu v dutině ústní, který je bakteriálního původu. Projevuje se místním zarudnutím, bolestí a vysokými teplotami. Léčba spočívá v podávání antibiotik. (Šafránková, Nejedlá, 2006)

Subakutní tyroiditida – toto onemocnění probíhá několik měsíců a často navazuje na virové onemocnění dýchacích cest. Postihuje střídavě oba laloky štítné žlázy. Příznakem je zvětšení štítné žlázy, bolestivost a teplota do 38°C. Léčba spočívá v podávání salicylátů nebo v podávání nesteroidních antiflogistik. (Šafránková, Nejedlá, 2006)

Chronická tyroiditida:

Hashimotova tyroiditida – jedná se o autoimunitní onemocnění. Velikost štítné žlázy může být od normálních rozměrů až po strumu značných rozměrů. Na začátku tohoto onemocnění bývá lehká hyperfunkce, která přejde v trvalou hypofunkci. Pro diagnostiku je důležité provést laboratorní vyšetření (T3, T4 volný, TSH, autoprotilátky) a sonografické vyšetření. V případě diagnostických pochybností je nutné přistoupit k punkci štítné žlázy. Léčba spočívá v doživotní substituci tyroxinem, který se užívá ráno nalačno. (Šafránková, Nejedlá, 2006)

Chronická lymfocytární tyroiditida – jedná se o formu chronické autoimunní tyroiditidy. Klinika a léčba je stejná jako u Hashimotovy tyroiditidy. (Šafránková, Nejedlá, 2006)

Fibrózní (Reidlova) tyroiditida – jedná se o chronický zánět ve štítné žláze a jejím okolí, který vede k tvorbě vaziva. Tím dochází k destrukci štítné žlázy a její hypofunkci. Následkem zvětšování nastává komprese trachey a porucha inervace hlasivek. (Šafránková, Nejedlá, 2006) Mezi klinické příznaky fibrózní tyroiditidy patří dušnost, chraptot z útlaku nervus laryngeus recurrens. Diagnostika se opírá o vyšetření pohmatem, kdy je štítná žláza tuhá až kamenná, a o ultrasonografické vyšetření, kde jsou patrné známky fibrotizace, tedy zvazivovatění. (Šafránková, Nejedlá, 2006)

Dalším onemocněním, které je nutno zmínit, jsou nádory štítné žlázy.

1.4.5. Nádory štítné žlázy

Nádory štítné žlázy se rozdělují na benigní a maligní. Mezi benigní nádory patří folikulární adenom. Maligní nádory se ještě rozdělují na diferencované a nediferencované. Mezi maligní nádory diferencované patří papilární karcinom a folikulární karcinom a mezi maligní nádory nediferencované patří anaplastický karcinom a medulární karcinom.

Benigní nádor:

Folikulární adenom – tento typ nádoru vychází z epitelových buněk štítné žlázy. Je solitární, opouzdřený. Vyvolává příznaky hyperfunkce, protože může v nadměrné míře produkovat hormony T3 a T4. U toho nádoru se přistupuje k chirurgickému řešení. (Šafránková, Nejedlá, 2006)

Maligní diferencované nádory:

Papilární karcinom – tento typ nádoru může zapříčinit zvětšování štítné žlázy. Občas se může jednat o náhodný nález ve zbytku žlázy, která musela být odstraněna z jiných příčin. Nádor roste lokálně ve žláze nebo tvoří metastázy v krčních lymfatických uzlinách. Růst nádoru je nebolestivý. (Mačák, Mačáková, 2004)

Folikulární karcinom – v dobře diferencovaných nádorech se histologická struktura podobá adenomu. Karcinom metastazuje nejčastěji do lymfatických uzlin, plic, kostí a do jater. Pro diagnózu tohoto karcinomu je důležitý nález invaze nádoru do cév a prorůstání vazivového pouzdra nádorem. (Mačák, Mačáková, 2004)

Maligní nediferencované nádory:

Anaplastický karcinom – tento nádor patří k nejagresivnějším tím, že rychle roste, během několika týdnů se zdvojnásobí jeho velikost, rychle metastazuje a je u něj velmi špatná prognóza. (Šafránková, Nejedlá, 2006)

Medulární karcinom – klinicky vyvolává tetanické křeče, protože vychází z parafolikulárních buněk, které tvoří kalcitonin. Ke stanovení diagnózy se používá zvýšená sérová koncentrace kalcitoninu. (Šafránková, Nejedlá, 2006)

Všechny maligní nádory metastazují nejčastěji do uzlin a do kostí. K vyloučení metastáz je vhodné scintigrafické vyšetření kostí. Léčba nádorů je vždy chirurgická, provádí se totální tyreoidektomie, po které následuje léčba radiojodem u diferencovaných nádorů, eventuelně zevní ozáření a suprese tvorby TSH vysokými dávkami levotyroxinu. (Šafránková, Nejedlá, 2006)

1.4.6 Štítná žláza a těhotenství

Dvouletý výzkum, který byl prováděn českými endokrinology, ukázal, že pětina těhotných Češek má kvůli nedostatku jódu poruchu štítné žlázy. Tato informace byla zveřejněna ve Zdravotnických novinách, dne 22.1.2013. Během výzkumu se podařilo vyšetřit 3000 těhotných žen. Bylo zjištěno, že celých 19% žen by se mělo léčit se štítnou žlázou, neboť by mohlo dojít k špatnému vývoji nenarozeného dítěte. Snížená funkce štítné žlázy, která je zapříčiněna nedostatkem jódu, může být jedním z důvodů, proč ženy nemohou otěhotnět. Když už otěhotní, může docházet k tomu, že se dítě hůře vyvíjí a také může hrozit, že je žena nedonosí. Česká endokrinologická společnost usiluje o to, aby ženy s poruchou štítné žlázy byly včas odhaleny a včas léčeny. (ČTK, 2013)

1.5. Diagnostika onemocnění štítné žlázy

Mezi nejčastější vyšetření, která se provádějí na štítné žláze, patří sonografické vyšetření, scintigrafické vyšetření, CT vyšetření a punkce tenkou jehlou. (Hoch, Leffler, 2003)

Sonografie je vyšetření, které umožňuje stanovit velikost či objem štítné žlázy, dále pak její ohraničení a vztah k okolním orgánům. Sonografie se používá hlavně při zjišťování uzlů, u nichž může jít o benigní adenomy s normální nebo porušenou funkcí, dále o regresivní změny, ložiskové záněty nebo malignity. Pomocí tohoto vyšetření lze hodnotit průtok krve žlázou, což je důležité pro bližší posouzení strum. (Hoch, Leffler, 2003)

Scintigrafie je vyšetření k určení funkční topografie štítné žlázy. V dnešní době je již sonografické vyšetření v takové kvalitě, že scintigrafie se pomalu odsouvá do pozadí. Scintigrafické vyšetření má velký význam hlavně pro stanovení reziduální tkáně štítnice po operaci karcinomu před podáním léčebné dávky radiojodu. (Hoch, Leffler, 2003)

CT vyšetření se používá při podezření na retrosternální strumu. Toto vyšetření umožňuje posoudit vztah žlázy k orgánům v mediastinu, které pomocí sonografického vyšetření není přístupné. (Hoch, Leffler, 2003)

Punkce tenkou jehlou je vyšetření, které slouží k ověření biologické povahy uzlů ve štítné žláze. Zde se může jednat o změny benigní, maligní, regresivní nebo zánětlivé. (Hoch, Leffler, 2003)

1.6. Operační výkony na štítné žláze

Zvolená léčebná metoda ovlivňuje prognózu pacienta. Bezpečnost výkonu pro pacienta z hlediska chirurgie je snahou všech pracovišť a center zabývajících se chirurgií štítné žlázy. Projevem tohoto úsilí je neustálé hledání nových technik a postupů, které omezí výskyt chirurgických komplikací. Volba chirurgické léčby, tedy rozsah výkonu, jsou ovlivněny typem onemocnění. Záleží na rozsahu nádoru a rozsahu případných metastáz u zhoubných nádorů. (Astl, 2007)

Indikace operace se provádí na základě stanovené klinické diagnózy, na základě lokalizace uložení tumoru (nádorové tkáně) a dále z výsledků endokrinologického vyšetření a z výsledků sonografie. Nejsou-li tyto výsledky pro chirurga dostatečné, je zpravidla vyšetření rozšířeno o další vyšetřovací metody. Rozsah výkonu na štítné žláze je indikován po zvážení biologické povahy onemocnění, rozsahu postižení štítné žlázy, celkového zdravotního stavu pacienta a možností pooperační péče. Základním úkolem chirurga je zabezpečit pacientovi bezpečnou léčbu včetně operace. Indikace k operaci je v současnosti závěrem mezioborového konsenzu endokrinologů a chirurgů. Endokrinologové určují celkovou strategii léčby a také indikaci k operaci. (Astl, 2007)

1.6.1. Indikace chirurgické léčby

Chirurgická léčba je prováděna u zhoubných nádorů, u uzlových strum (jednouzlových nebo víceuzlových), které jeví růst i navzdory supresní (medikamentózní) léčbě, zejména pak působí-li útlak průdušnice, jícnu, nebo cév, dále pak u toxických (hyperfunkčních) postižení, kde je neúspěšná medikamentózní terapie a nedaří se dosáhnout eufunkce či nastávají relapsy toxikózy. Další indikací jsou autoimunitní onemocnění jako je Gravesova- Basedova tyreotoxikóza a vzácně pak u absedujících zánětů. (Hoch, Leffler, 2003)

1.6.2. Typy chirurgických výkonů na štítné žláze

Subtotální resekce štítné žlázy (STE):

- dnes se tento typ operace provádí výjimečně. Cílem bylo zmenšit tkáň, která produkuje hormony tak, aby zůstala zachována v takovém rozsahu, který bude dostačující k produkci fyziologického množství hormonů štítné žlázy. (Hoch, Leffler, 2003)

Thyreoidectomy fere totalis:

- je odstranění prakticky celé štítné žlázy. Jen je zde v blízkosti zvratného nervu ponechání zcela minimálního zbytku tkáně, z důvodu, aby se předešlo poranění tohoto nervu. (Hoch, Leffler, 2003)

Totální lobektomie (TL):

- jedná se o úplné odstranění celého laloku štítné žlázy spolu s isthmem. K tomuto operačnímu výkonu se přistupuje u jednostranných uzlů (normo i hyperfunkčních), u kterých dochází k tomu, že neodpovídají na konzervativní léčbu. (Hoch, Leffler, 2003)

Totální tyreoidektomie (TTE):

- jedná se o nejradikálnější operační výkon, kdy se jedná o úplné odstranění tkáně štítné žlázy, včetně odstranění lobus pyramidalis. K této operaci se přistupuje u maligních tumorů, polynodózních strum, u autoimunitních onemocnění jako je Gravesova-Basedowa toxikóza a dále pak u recidivujících strum. (Hoch, Leffler, 2003)

Jednostranná lobektomie:

- tento operační výkon se provádí u jednostranných benigních uzlů.

1.7. Komplikace po operaci štítné žlázy

Komplikace po operačním výkonu jsou pro pacienta velmi nepříjemné z několika důvodů. Mohou prodloužit hojení operační rány a tím i prodloužit hospitalizaci v nemocnici. Dále mohou zhoršit kosmetický výsledek a mají samozřejmě vliv jak na osobní tak profesní život pacienta. Důležité je i zmínit, že může být narušen hlavně psychický stav pacienta, který by mohl ovlivnit celý proces léčení.

Mezi pooperační komplikace patří:

Poranění velkých cév - zde se jedná o komplikaci v průběhu operace, zejména při odstraňování velkých strum. (Astl, 2007)

Poranění nervus vagus - při operaci štítné žlázy může dojít jak k poranění nervus vagus, tak k poranění průdušnice a jícnu z důvodu blízkosti těchto orgánů. (Astl, 2007)

Komplikace operační rány - zde se jedná především o infekci v operační ráně. Prevencí je celková péče o pacienta a dodržování zásad asepse a antiseptiky. Pokud již dojde ke vzniku této komplikace, jsou pacientovi nasazena antibiotika, dle mikrobiologického vyšetření. (Astl, 2007)

Komplikace z odnětí orgánu – zde se jedná o komplikace především co se týče zhoršení metabolických funkcí a dysbalanci vnitřního prostředí. (Astl, 2007)

Poranění vratného nervu – k této komplikaci může dojít zejména po operaci velkých nebo maligních strum. Následkem poškození tohoto nervu mohou být poruchy dýchání, mluvení, chrapot. Může to být různého stupně a trvání. (Valenta, 2003)

Pooperační krvácení – tato komplikace neohrožuje pacienta ztrátou krve, ale dochází zde k vytvoření hematomu, který tlačí na průdušnici a hrtan. Zde musí dojít k urgentní revizi operační rány, kdy se provede evakuace hematomu a zastaví se zdroj krvácení. (Valenta, 2003)

2. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTCE:

2.1. Identifikační údaje

Jméno:	M.P.
Pohlaví:	žena
Věk:	32 let
Povolání:	mateřská dovolená (dříve sekretářka)
Stav:	vdaná
Kontaktní osoba:	manžel
Datum přijetí:	02.12.2012
Datum propuštění:	08.12.2012
Váha, výška:	88kg, 170cm

2.2. Průběh hospitalizace:

1.den: Pacientka byla přijata plánovaně k totální thyroidektomii. Asi před 3 měsíci si nahmatala rezistenci v oblasti levého laloku štítnice. Byla vyšetřena endokrinologem, s doporučením k totální thyroidektomii pro polynodózní přestavbu žlázy. Pacientka byla do nemocnice přijata dne 02.12.2012. Pacientka přichází s doporučením od svého endokrinologa a s výsledky interního předoperačního vyšetření, které provedl praktický lékař. Interní předoperační vyšetření obsahuje biochemické a hematologické vyšetření krve, výsledky krevního obrazu, QUICK+APTT, dále vyšetření moče na moč + sediment a moč na K+C, výtěr z krku a z nosu, dále RTG srdce a plic, EKG vyšetření a sonografické vyšetření štítné žlázy, které ukazuje na polynodózní strumu. Při příjmu lékař sepsal s pacientkou lékařskou anamnézu.

Pacientka byla uložena na dvoulůžkový pokoj. Byl s ní sepsán informovaný souhlas s hospitalizací, dále podepsán souhlas k výkonu strumektomie. Pacientku navštívil endokrinolog a provedl ještě fyzikální vyšetření pohmatem. V odpoledních hodinách pacientku navštívil anesteziolog, který pacientce popsal celý průběh anestezie a provedl předanesteziologické vyšetření. Závěrem bylo, že pacientka je schopná výkonu v celkové anestezii. Pacientka byla poučena o režimových opatřeních před celkovou anestezií. Od půlnoci nesmí nic jíst, pít, kouřit. Musí být odstraněny všechny šperky, nalakované nehty jak na horních tak na dolních končetinách. Dle ordinace lékaře byl pacientce na noc podán Hypnogen 1tbl. per os a antibiotika Amoksiklav 1 tbl. per os.

Lékařská anamnéza:

Byla sepsána lékařem při příjmu pacientky na oddělení.

OA: v dětském věku alergické obtíže na pyl, prach, roztoče s projevy rýmy a otoky v obličeji. V dospívání trpěla na pyodermie stafylokokové etiologie. Pro střevní obtíže provedena kolonoskopie v roce 2006 s negativním nálezem. Recidivující infekce močových cest a vaginitis.

Léky: hormonální antikoncepce, přechodně vysazena

Alergie: není

Kouření: 0

Alkohol: příležitostně

GA: 2 porody, hormonální antikoncepce, menses pravidelné

PA: absolventka střední ekonomické školy, nyní na mateřské dovolené

RA: matka zdravá, otec je po strumektomii pro nodózní strumu

Objektivní vyšetření:

Hlava: chrup sanován, hrdlo klidné

Ušní nález:

Vpravo – kůže boltce klidná, otoskopicky zvukovod volný, klidný, bubínek šedý, diferencovaný s reflexem. Okolí klidné, bez zarudnutí, otoku, palpačně nebolestivé

Vlevo – kůže boltce klidná, otoskopicky zvukovod volný, klidný, bubínek šedý, diferencovaný, s reflexem. Okolí klidné, bez zarudnutí, otoku, palpačně nebolestivé.

Nosní nález: pyramida nosní bez deformit, kostra pevná, kůže klidná. Rinoskopicky průduchy volné, bez sekrece, sliznice bledá, klidná, septum ve střední čáře.

Krční nález: jazyk bez povlaku, plazí ve střední čáře. Sliznice dutiny ústní bez patologií, oblouky symetrické, tonzily střední velikosti, bledé, bez povlaku, bez obsahu. Zadní stěna hltanu klidná, bez patologického sekretu. Zvětšený levý lalok štítnice, na pohmat pružný.

Laryngoskopický nález: kořen jazyka bez známek patologie. Epiglotis štíhlá, bledá, vchod do hltanu volný. Hlasivky bledé, při fonaci hybné, symetrické, dosahují do střední čáry, subglotis v přehledném úseku volná.

Hrudník: symetrický, poklep plný, jasný, dýchání čisté, sklípkové, ozvy ohraničené, čisté.

Břicho: nad niveau, měkké, játra pod obloukem, lien nenaráží, patologická rezistence nehmatná

Dolní končetiny: bez otoků, lýtka volná, klouby volné

2.den (den operace): Ráno v 6.30 hod. byly pacientce změřeny fyziologické funkce (TK 123/77 mm Hg, P 84/min., TT 36,4°C). Byly provedeny elastické bandáže obou dolních končetin a byl zaveden periferní žilní katétr na předloktí pravé horní končetiny. Na výzvu z operačního sálu byl pacientce aplikován Morfin 10 mg i.m. V 9.30hod. byla pacientka v doprovodu sestry a ošetřovatelky převezena na operační sál.

Operační protokol:

V klidné celkové anestezii byl veden Kocherův řez asi 2cm nad jugulem. Proniknuto podkožím, krvácení stavěno harm. skalpelem a podvazy. Kožní laloky elevovány a fixovány stehy k rouškám. Páskové svaly rozděleny ve střední čáře a taženy laterálně. Obnažena žláza, uvolněn istmus nahoře a dole. Vlevo při isthmus vypreparován drobný pyramidální lalok. Preparovaná laterální stěna žlázy směrem

k hornímu pólu vpravo. Pólové cévy jednotlivě disekovány harm. skalpelem, uvolněn dolní pól, preparována zadní stěna. Identifikován NLR podbíhající pod a.tyr.inf. ozřejmen stimulačí. Struktury šetřeny. Dokončena preparace zadní plochy, ostře odděleno lig. Berry, lalok ostře oddělen od trachey. Pak operováno vlevo, levý lalok objemnější, luxován do rány, uvolněna laterální plocha a vypreparován horní pól laloku. Pólové cévy jednotlivě disekovány harm. skalpelem. Uvolněn dolní pól. Nalezeno horní tělísko, ponecháno in situ. Preparováno laterálně, identifikován NLR předbíhající pod větvemi a.tyr.inf. ozřejmen stimulačí. Přerušena a.tyr.inf. po větvích, ostře odděleno lig. Berry a žláza vyjmuta. Po kontrole hemostázy zaveden Redonův drén, sutura podkoží a kůže.

Preparát: žláza s objemným uzlem v levém laloku, drobný pyramidový lalok, váha 47,6g.

Propuštění pacientky z operačního sálu:

Operace trvala necelé dvě hodiny, proběhla bez komplikací a pacientka po probuzení na sále byla za doprovodu sestry převezena na dospávací pokoj, kde byla hospitalizována 2 hodiny. Pacientka reagovala na oslovení, byla orientována místem i časem. Na dospávacím pokoji jí byly po 15 min. monitorovány fyziologické funkce, TK systolický se pohyboval okolo 115-130 mm Hg a diastolický se pohyboval okolo 70-80 mm Hg, P 70-80/min., SpO₂ 96% - 100%, dech okolo 20/min., sledoval se odpad z Redonova drénu, sledovala se funkčnost periferní žilní kanyly, byly podávány léky dle ordinace lékaře, kontrola operační rány, sledování bolesti. Pacientka po celou dobu pobytu na dospávacím pokoji prospala, na nic si nestěžovala.

Převoz pacientky na lůžkové oddělení:

Z dospávacího pokoje byla pacientka po dvou hodinách převezena na lůžkové oddělení. Zde bylo pokračováno v předepsané medikaci. Pacientka reagovala na oslovení, byla orientována místem i časem. Po převozu na standardní oddělení byla pacientka napojena na monitor, kde byly pravidelně v půlhodinových intervalech měřeny fyziologické funkce. Hodnoty TK se

pohybovaly okolo 135/70 mm Hg, P 80/min, SpO₂ 98%, dech 18-20/min. a sestra provedla zápis do dokumentace. Byla prováděna kontrola krytí operační rány, kontrola odpadu z Redonova drénu, kontrola funkčnosti periferní žilní kanyly a sledování celkového stavu pacientky.

Dle ordinace lékaře podáván Hartmanův roztok 1000 ml/ 4 hod., po odeznění opioidních léků, které byly podány na operačním sále, si pacientka stěžovala na bolest v okolí operační rány. Bolest byla hodnocena dle analogové škály od 0-5, pacientka udávala číslo 2 jako bolest nepříjemnou, proto byl podán dle ordinace lékaře Perfalgan 1 g i.v. Pacientce byl podáván zvlhčený kyslík, kdy průtok byl 5 l/min. Dále na noc podán Novalgin i.v. 2 ml + 100 ml fyziologického roztoku na 30 min. a dále v 18.00 hod. aplikován Clexane 0,2 mg s.c. Dále na noc podána antibiotika Amoksiklav 375 mg 1 tbl per os.

Stále byla kontrolována operační rána a odpady z Redonova drénu. Odpady z Redonova drénu byly od operace do 6.00 hod. do rána 180 ml. Sledována bilance tekutin, pacientka se vymočila do osmi hodin po operaci. Za dvě hodiny po operaci, mohla pacientka přijímat čaj po lžičkách.

Okolo druhé hodiny ráno si pacientka stěžovala na bolest v okolí operační rány, bolest byla udávána jako nepříjemná, proto dle ordinace lékaře podán Dolsin 1 amp. i.m., poté už pacientka spala dobře.

3.den (1.den po operaci): Ráno sestra pomohla pacientce vstát z lůžka a společně pomalu došly k umyvadlu, kde se pacientka posadila na židli a provedla ranní hygienu. Pacientka se cítila velmi slabá. Test Barthelové vyhodnocen na 80 bodů jako lehce závislý. Hodnoceno riziko pádu na stupnici dle Morse. Pacientka dosahovala 40 bodů, což bylo vyhodnoceno jako nízké riziko. Celý den pospávala. Při lékařské vizitě byla endokrinologem provedena kontrola operační rány, zda rána nekrvácí. Kontrola hlasivek, polykání, byl zjištěn mírný otok v okolí rány. Byl proveden převaz operační rány, kontrola Redonova drénu, byl proveden převaz a kontrola periferní žilní kanyly. Pacientce byla nabrána krev na biochemické vyšetření, jelikož byla odstraněna celá štítná žláza bylo nutné sledovat výsledky hladiny Ca = 2,13 mmol/l a hladina P = 1,12 mmol/l, kontrola zda nedochází k brnění nebo mravenčení končetin, úst, zda nedochází ke křečím,

dále byla sledována bilance tekutin, naordinován klidový režim, pacientka celý den pospávala. Byly měřeny fyziologické funkce 2x denně, v 7.00hod. byl TK 130/75 mm Hg, puls 78/min., TT 36,7°C, v 18.00 hod. byl TK 125/80 mm Hg, puls 75/min., TT 36,4°C. Dieta byla naordinována tekutá/bujón. Dále byly podávány léky dle ordinace lékaře.

Podána antibiotika Amoksiklav 3x denně po osmi hodinách 1 tbl. per os., dále v 18.00 hod. podán Clexane 0,2mg s.c., vzhledem k nižší bilanci tekutin ještě naordinován Hartmanův roztok 500 ml/4 hod., dle analogové škály stále přetrvává stupeň č. 2 jako bolest nepříjemná proto podán Novalgín i. v. 1 ml+100 ml fyziologického roztoku na 30 min.

4.den (2.den po operaci): V noci pacientka udávala mírnou bolest v okolí operační rány, ale na bolest už nic nechtěla. Ráno pomohla sestra pacientce do sprchy. Odpoledne už se pacientka chvíli procházela po chodbě. Cítila se lépe. Pak byla provedena kontrola endokrinologem, kontrola hlasivek, polykání, operační rána klidná, bez sekrece, ještě v okolí rány byl mírný otok. Sledování okolí periferní žilní kanyly, okolí klidné, bez zarudnutí. Ráno nabrána krev na biochemické vyšetření, kontrola zda nedochází k brnění, mravenčení končetin, úst, byly měřeny fyziologické funkce 2x denně. Dle ordinace lékaře podána antibiotika Amoksiklav 1tbl. po osmi hodinách. Dále byla dodržována prevence tromboembolické nemoci, v 18.00 hod. aplikován dle ordinace lékaře Clexane 0,2 mg s.c. Pacientka si stěžovala na obtížné polykání, proto ještě k dietě byl objednan jogurt, což pacientka velmi uvítala.

5.den (3.den po operaci): Pacientka se cítila lépe, ranní hygienu provedla bez pomoci, běžné denní činnosti také zvládala bez pomoci, na bolest si nestěžovala. Při vizitě byla provedena kontrola endokrinologem. Rána klidná, bez sekrece, bez otoku, kryta sterilním krytím. Dle ordinace lékaře byl odstraněn Redonův drén, okolí bylo ošetřeno dezinfekcí Novikov. Měřeny fyziologické funkce 1x denně. Okolí periferní žilní kanyly klidné, kanyla zatím byla ponechána. Ráno nabrána krev na biochemické vyšetření. Dle ordinace lékaře podána antibiotika Amoksiklav 1 tbl. po osmi hodinách, dále v 18.00 hod. podán

Clexane 0,2 mg s.c. Dieta naordinována kašovitá z důvodu ještě přetrvávajícího obtížného polykání.

6.den (4.den po operaci): Pacientka se cítila velmi dobře, na nic si nestěžovala, operační rána klidná, bez sekrece, bez otoku, ale na pohmat ještě citlivější, byl proveden převaz sterilním krytím. Byla odstraněna periferní žilní kanyla, místo vpichu klidné, bez známek zánětu, místo ošetřeno dezinfekcí a přelepeno náplastí. Dle ordinace lékaře vysazena antibiotika i antikoagulační léčba. Polykání se u pacientky zlepšilo, stále jí ale vyhovuje tekutější strava.

7.den (5.den po operaci): Pacientka byla propuštěna do domácího léčení, doporučen klidový režim bez fyzické námahy, pacientka edukována, ránu možno sprchovat, dodržovat dostatek tekutin a racionální stravu. Pacientka byla objednána do endokrinologické ambulance 13.12.2012, kde bude provedena kontrola a odstranění stehů z operační rány.

3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

3.1. Ošetřovatelský proces

„Ošetřovatelský proces je metodický rámec pro plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Jedná se o cyklický proces, jehož jednotlivé fáze se vzájemně prolínají a opakují. Smysl stanovení a vypracování ošetřovatelského procesu spočívá v zabezpečení odborného a kvalitního plánování postupu při uspokojování potřeb nemocných. Zabezpečuje soustavnou péči, dovolí pacientovi podílet se na péči.“ (Šamánková, 2006, s. 32)

Fáze ošetřovatelského procesu:

1.fáze – pozorování, zhodnocení stavu nemocného

V této fázi je třeba si určit, kdo bude hodnocení a pozorování provádět, jaké metody ke sběru informací využije, kam se budou informace zaznamenávat a co se se získanými informacemi udělá. Snažíme se získat specifické informace, jako jsou identifikační údaje o nemocném (jméno, příjmení, rodné číslo, pojišťovna) dále získáváme informace o současném zdravotním stavu nemocného, co ho momentálně trápí. Informace o nemocném nám pomohou přiblížit vnitřní život pacienta a tak mu zpříjemnit pobyt v nemocnici (Šamánková, 2006).

2. fáze – ošetřovatelská diagnóza

Ošetřovatelskou diagnózou se rozumí identifikace nemocného. Důležité je vytřídění informací, určení aktuálních a potencionálních problémů nemocného, dále stanovení priorit problému. Samozřejmě u všeho musí být přítomen nemocný (Šamánková, 2006).

Ošetřovatelská diagnóza může být aktuální, která vyjadřuje přítomný problém nebo potřebu, jako je např. nespavost, úzkost, nechutenství atd. Dále může být potencionální diagnóza, která vyjadřuje zaměření sesterské péče na ohrožení nemocného případnými riziky, přinášeny dlohodobou nemocí. Tam

mohou patřit např. dekubity, malnutrice, či dehydratace následkem nechutenství (Šamánková, 2006).

3. fáze – plánování ošetrovatelské péče

Strategie plánu ošetrovatelské péče vychází z rysů moderního ošetrovatelství, dále z charakteristiky ošetrovatelské péče v klinických oborech a z ošetrovatelských diagnóz. Plánování spočívá ve vytyčení krátkodobých a dlouhodobých cílů ošetrovatelské péče, dále o naplánování způsobů, metod a cest k naplnění těchto plánů (Staňková, 1996).

4. fáze – realizace ošetrovatelské péče

Je zaměřena na dosažení žádoucích výsledků a také zaměřena na naplnění stanovených cílů, pokud možno ve stanoveném pořadí. (Šamánková, 2006)

5. fáze – zhodnocení efektu ošetrovatelské péče

Při hodnocení jde o zjištění, zda bylo dosaženo cíle, který jsme si stanovili. V hodnocení jde o změření efektu poskytnuté péče a důležité je také posoudit jednotlivé kroky ošetrovatelského procesu (Šamánková, 2006).

3.2. Ošetrovatelský model

V ošetrovatelském procesu lze využít několik typů modelů. Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala model od Marjory Gordon, jedná se o model funkčního typu zdraví.

Strukturu modelu tvoří dvanáct funkčních vzorců zdraví. Každý vzorec představuje určitou část zdraví, která může být buď funkční, nebo dysfunkční. (Pavlíková S., 2006)

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
11. Víra, životní hodnoty
12. Jiné

3.3. Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení podle modelu Marjory Gordon

Ošetřovatelskou anamnézu jsem odebírala v den příjmu, kdy už byla pacientka hospitalizována na lůžkovém oddělení a dále jsem pak aktualizovala první den po chirurgickém výkonu. Všechny údaje jsem získala na základě rozhovoru s pacientkou, dále pak pomocí fyzikálního vyšetření, z ošetřovatelské dokumentace a od zdravotnického personálu.

1. Vnímání zdravotního stavu:

V den příjmu

Objektivně - asi před 3 měsíci si pacientka nahmatala rezistenci v oblasti levého laloku štítnice. Ihned navštívila endokrinologa. Byla nabrána krev, kdy hodnoty hormonů T3 a T4 byly v normě, ovšem po provedení ultrazvukového vyšetření byla zjištěna polynodózní struma, tedy přítomnost mnohačetných uzlů. Ihned byla pacientce doporučena operace. Jednalo se o totální thyroidektomii.

Subjektivně - tato zpráva pacientku velmi zasáhla. Nikdy se s ničím neléčila. Měla velký strach z průběhu operace a z pooperačních komplikací. Hlavním důvodem bylo, že doma má rodinu a dvě malé děti a vůbec neví, co ji čeká.

Stav první den po operaci

Objektivně – pacientka je při vědomí, je orientována místem i časem, operační rána bez sekrece, patrný mírný otok v okolí operační rány.

Subjektivně – pacientka se cítí unavená a zesláblá.

2. Výživa a metabolismus:

V den příjmu

Objektivně – pacientka měří 170cm a váží 88 kg. BMI 30,45 což bylo vyhodnoceno jako obezita prvního stupně. Na pohled byla pokožka hydratovaná, na obličejí mírně viditelné jizvy po prodělaném akné. Stav vlasů a nehtů byl dobrý.

Subjektivně – s nadváhou bojuje už delší dobu, je si ale vědoma toho, že by měla dodržovat pravidelný jídelníček a několik kilogramů zhubnout. Mezi oblíbené potraviny řadí hlavně maso, pečivo a slané produkty. Před příchodem do nemocnice žádné problémy s příjmem potravy neměla, dyspeptické potíže neudává. Během dne vypije asi tak 1l tekutin, ale také to záleží na ročním období, v zimě má problém dostatek tekutin vypít. Mezi oblíbené tekutiny řadí hlavně ovocné čaje. Od půlnoci nebude pacientka nic jíst ani pít.

Stav první den po operaci

Objektivně – pokožka normální, bez známek dehydratace, anikterická. V předloktí pravé horní končetiny byl zaveden periferní žilní katétr. Dieta byla podávána tekutá/bujón, příjem tekutin byl dostatečný, od 7.00hod. do 19.00hod. pacientka vypila 1400ml vody a čaje.

Subjektivně – pacientka dietu toleruje, dyspeptické potíže neudává. Udává mírnou bolest při polykání.

3. Vylučování:

V den příjmu

Objektivně – poslední stolice byla 2.12. večer, stolice byla tuhá, formovaná, bez příměsi krve a hlenu, moč bez příměsi. Projímadla neužívá.

Subjektivně – s vyprazdňováním stolice potíže nemá, projímadla neužívá. Pokud se vyskytnou nějaké potíže s vyprazdňováním, pomůže jí vždy úprava stravy. Močení bez potíží, pacientka neudává pálení ani řezání při močení.

Stav první den po operaci

Objektivně – ráno sestra pomohla pacientce vstát z lůžka a společně pomalu došly na WC. Pacientka má v operační ráně zaveden Redonův drén, který odvedl od operace do 6.00hod. do rána 180ml, obsah byl tmavě červený, tekutý (serosanquinózní)

Subjektivně – pacientka neudávala žádné potíže (pálení, řezání) při močení.

4. Aktivita a cvičení:

V den příjmu

Subjektivně - pacientka ráda chodí se svou rodinou na procházky. Ráda plave, jezdí na kole. Velkou aktivitou jsou její dvě děti, které pacientku zaměstnávají celý den.

Stav první den po operaci

Subjektivně - ráno měla pacientka trochu obavy ze vstávání z lůžka a dojit k umyvadlu, byla velmi ráda, že jí sestra pomohla. Společně to perfektně zvládly.

Objektivně - ráno pomohla sestra pacientce vstát z lůžka a poté jí pomohla k umyvadlu, kde se posadila na židli a sama si provedena ranní hygienu. Jako prevence tromboembolické nemoci si pacientka v lůžku cvičila s dolními končetinami.

5. Spánek a odpočinek:

V den příjmu

Subjektivně - doma spí přibližně 7 hodin. Usíná tak okolo půl jedenácté večer. Je zvyklá spát při mírně otevřeném okně. Problémy se spánkem ani s usínáním nemá. Žádné léky na spaní neužívá. V noci spala celkem dobře, ale jak sama přiznává, nebyl to ten kvalitní spánek co má doma. Probudila se kolem 5.00hod. ráno a už neusnula.

Stav první den po operaci

Pacientka se cítí unavená, celý den pospává

6. Smyslové vnímání:

V den příjmu

Subjektivně - problémy se zrakem ani se sluchem nemá. Bolesti při příchodu do nemocnice neudává. Je orientovaná osobou, místem i časem.

Objektivně – pacientka nepoužívá brýle na dálku ani na čtení ani jiné kompenzační pomůcky

Stav první den po operaci

Pacientka je při vědomí, komunikuje, je orientována místem, osobou i časem.

7. Sebepojetí a sebeúcta:

V den příjmu

Subjektivně - pacientka se hodnotí jako vyrovnaný, aktivní člověk. Na mne působila velmi sympaticky a příjemně.

Stav první den po operaci

Subjektivně - je moc ráda, že operaci zvládla a že se vše vyvíjí dobře. Je ráda, že první den po operaci vstala a mohla provést alespoň základní hygienu.

8. Role a vztahy:

V den příjmu

Paní M.P. vystudovala střední ekonomickou školu, pak pracovala 5 let ve firmě na prodej nákladních aut jako administrativní pracovnice v kanceláři. S manželem bydlí v panelovém domě, mají dvě malé děti, které jí hodně zaměstnávají. Nyní je na mateřské dovolené. Často se navštěvuje se svou rodinou, která bydlí nedaleko. Má velmi pěkný vztah se svými rodiči.

Stav první den po operaci

Vzhledem k velké vzdálenosti bydliště od nemocnice nechce, aby za ní někdo z rodiny jezdil. Každý den si pravidelně telefonuje se svým manželem a s dětmi.

9. Sexualita:

V den příjmu

S manželem mají hezký a harmonický vztah. V manželství je spokojená. Víc jsem tuto otázku nechtěla rozebírat.

10. Stres, zátěžové situace a jeho zvládnání:

V den příjmu

Subjektivně - největší stres má pacientka asi z toho, jak to doma manžel s dětmi zvládnou. Je moc ráda, že jim pomůže její matka a tchýně, na které se také může ve všem spolehnout. Nemá ani tak strach ze samotné operace, jako spíše z pooperačního průběhu, z histologického výsledku a z komplikací, které by mohly nastat.

Stav první den po operaci

Subjektivně - je moc ráda, že operace proběhla v pořádku a nejvíc ze všeho si přeje, aby nenastaly žádné komplikace a mohla se vrátit brzy domů ke své rodině.

11. Víra a životní hodnoty:

V den příjmu

Paní M.P. není věřící. Věří na osud. Mezi nejdůležitější životní hodnoty řadí spokojenou a zdravou rodinu.

3.4. Krátkodobý ošetrovatelský plán

Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila pro první pooperační den, tedy 3. den hospitalizace v nemocnici.

Ošetrovatelské diagnózy stanovené pro 1. pooperační den:

- 1. Riziko vzniku pooperačních komplikací (krvácení, infekce, parestezie, poruchy dýchání, zvýšená nervosvalová dráždivost)**
- 2. Akutní bolest z důvodu operační rány**
- 3. Riziko vzniku infekce z důvodu invazivních vstupů a chirurgického výkonu**
- 4. Riziko vzniku tromboembolické nemoci z důvodu imobilizace pacientky**
- 5. Riziko pádu z důvodu celkové slabosti po operaci**

1. Riziko vzniku pooperačních komplikací (krvácení, poruchy dýchání, mluvení, zvýšená nervosvalová dráždivost)

Cíl: Včasná identifikace pooperačních komplikací

Plán ošetrovateľskej péče:

- sledovať krytí operačnej rány
- sledovať funkčnosť a odpady z Redonova drénu
- edukovať pacientku o možných komplikáciách
- provádět odběry krve a sledovat hodnoty hladiny Ca a P
- sledovať fyziologické funkcie
- sledovať, zda nedochází k brnění nebo mravenčení prstů a kolem úst a zda nedochází ke křečím
- sledovať, zda nedochází k dechovým potížím
- sledovať, zda nedochází ke změně hlasu
- dát signalizační zařízení do dosahu pacientky
- podávat diétu dle ordinace lékaře

Realizace ošetrovateľskej péče:

Pacientka byla poučena o možnosti vzniklých komplikací po chirurgickém výkonu. Bylo sledováno krytí operační rány, z důvodu krvácení. Po tomto chirurgickém výkonu pacientku neohrožuje ztráta krve, ale mohlo by zde dojít k vytvoření hematomu, který pak tlačí na průdušnici a hrtan, a proto je nutné také sledovat dýchání. Poruchy dýchání, mluvení a chrapot sledujeme také hlavně z důvodu poranění vratného nervu, kdy se mohou objevit poruchy řeči různého stupně. Dále se prováděly pravidelné odběry krve na hladiny Ca a P hlavně z důvodu, zda při operaci, kdy musela být odstraněna celá štítná žláza, nebyla poškozena příštítná tělíska, která byla u pacientky ponechána in situ. Tento stav by se pak projevil jednak poklesem hladiny Ca v krvi a dále pak mravenčením a brněním celého těla a také křečemi. Normální hodnoty v séru se pohybují. Ca v rozmezí 2,24 – 2,64 mmol/l a hodnota P v rozmezí 0,65 – 1,63 mmol/l. Ranní hodnoty se u pacientky pohybovaly, hladina Ca = 2,13 mmol/l a hladina P = 1,12 mmol/l. Ranní hodnota Ca byla lehce snížena a hodnota P byla v normě. Dále byla sledována funkčnosť a odpady z Redonova drénu. Byly sledovány fyziologické funkcie 2x denně. V 7.00hod byl TK 130/75 mm Hg, puls 78/min., TT 36°C, v 18.00 hod. byl TK 125/80 mm Hg, puls 75/min., TT 36,4°C. Pacientka měla neustále u sebe signalizační zařízení, byla poučena, že pokud se nebude cítiť dobre, musí okamžite zvonit na sestru. Bylo důležité se pacientky

neustále ptát, zda nemá pocit brnění nebo mravenčení končetin. Z důvodu operačního výkonu a z důvodu zavedení endotracheální kynyly při anestezii na operačním sále měla pacientka potíže s polykáním, proto byla naordinována strava tekutá/bujón.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Cíle bylo dosaženo. U pacientky se nevyskytly žádné komplikace. Při převazu nebyl v operační ráně lokalizovaný krevní výron. Pacientka byla bez dechových potíží, bez poruchy hlasu a neobjevily se ani známky zvýšené nervosvalové dráždivosti.

2. Akutní bolest z důvodu operační rány

Cíl: Po aplikaci analgetik pacientka sdělí, že bolest je mírnější nebo ustoupila

Plán ošetrovatelské péče:

- důkladně posoudit bolest včetně lokalizace, charakteru a trvání
- pozorovat neverbální projevy u pacientky
- nabídnout pacientce odpoutání pozornosti od bolesti (rádio, televize, časopis)
- založit záznam o sledování bolesti
- informovat pacientku o možnosti podání analgetik
- sledovat účinky podaných analgetik
- sledovat vedlejší účinky podávaných léků
- edukovat pacientku o přidržení operační rány rukou při kašli
- doporučit pacientce úlevovou polohu
- aktivně se ptát pacientky na bolest
- sledovat fyziologické funkce
- pravidelně kontrolovat operační ránu
- šetrně provádět převaz operační rány
- dát signalizační zařízení do dosahu pacientky

Realizace ošetrovatelské péče:

V noci kolem druhé hodiny si pacientka stěžovala na bolest v okolí operační rány. Dle ordinace lékaře byl podán Dolsin i.m. 1amp., pak už pacientka spala. Pacientka byla informována o možnosti podání naordinovaných analgetik a jejich účinku. Byla také informována o tom, v jakém časovém rozmezí lze analgetika aplikovat. Důležité také bylo sledovat a pacientku informovat o možných vedlejších účincích podávaných léků. V dokumentaci byl založen záznam o sledování a charakteru bolesti. Pacientka si v dopoledních hodinách stěžovala na bolest v oblasti operační rány. Pacientka bolest popsala jako tlak a tah v operační ráně. Dle analogové škály přetrvává stupeň č. 2 jako bolest nepříjemná proto byl podán Novalgin i.v. 1ml+100ml fyziologického roztoku na 30min. Sledovala jsem a ptala jsem se pacientky, zda je bolest mírnější nebo ustoupila. Doporučila jsem pacientce, aby si při pohybu či kašli rukou mírně přidržela operační ránu. Dále jsem jí doporučila polohu v polosedě s mírně podloženou hlavou, aby tolik nedocházelo k napínání operační rány. Nabídla jsem pacientce, zda si nechce číst nebo chvíli sledovat televizi. Byly měřeny fyziologické funkce 2x denně. V 7.00 hod. byl TK 130/75 mm Hg, puls 78/min., TT 36,7°C a v 18.00 hod. byl TK 125/80 mm Hg, puls 75/min., TT 36,4°C. Fyziologické funkce bylo velmi důležité sledovat, neboť při bolesti se jejich hodnoty mění. Při ranní vizitě byl proveden převaz operační rány. Šetrně byl odstraněn obvaz, provedena dezinfekce rány a okolí operační rány. Rána byla klidná, bez sekrece, bez krevního výronu, byl patrný mírný otok v okolí operační rány a dále byla provedena kontrola okolí a funkčnosti Redonova drénu. Ránu jsme kryly sterilním krytím. Krytí rány jsem pravidelně kontrolovala. Pacientka si také stěžovala na obtížné polykání, proto byla naordinována tekutá strava/bujón.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

U pacientky došlo ke zmírnění bolesti po podání analgetik. Vyhovovala jí poloha v polosedě. Cíle bylo dosaženo.

3. Riziko vzniku infekce z důvodu invazivních vstupů a chirurgického výkonu

Cíl: Minimalizovat riziko vzniku infekce

Plán ošetrovateľskej péče:

- kontrolovať miesto vpichu periférneho žilného katétru
- kontrolovať odpady z Redonova drénu
- kontrolovať krytí operačnej rány
- sledovať fyziologické funkcie
- pri manipulácii s periférnym žilným katétrom a Redonovým drénom postupovať asepticky
- prevaz operačnej rány vykonávať dle potreby za aseptických podmienok
- dbať na riadnu dezinfekciu rúk
- poučiť pacientku o možnosti vzniku infekcie a jejich príznacích
- sledovať dostatočný príjem tekutín

Realizácia ošetrovateľskej péče:

Pri ranní vizite bol u pacientky vykonan prevaz a kontrola operačnej rány. Operačná rana bola klidná, bez sekrece, bez krvného výronu, bol patrný len mierne opuch v okolí operačnej rány. To bol normálny pooperačný priebeh. Bylo vykonané očistenie okolia operačnej rány, dôkladná dezinfekcia a sterilné krytie. Ďalej bola zkontrolovaná funkčnosť a odpad z Redonova drénu. Odpady z Redonova drénu boli od operácie do 6.00hod. do rána 180ml. Obsah bol tmavě červený, tekutý (serosanquinózný). Okolí vstupu Redonova drénu bylo klidné, bez známek záňetu. Ďalej sme vykonali prevaz a kontrolu periférneho žilného katétru. Byla vykonaná dezinfekcia okolia vstupu periférneho žilného katétru a vykonané sterilné krytie. Na krytie bol zaznamenaný dátum posledného prevazu a tak tiež bol vykonan zápis do dokumentácie, kde bylo zapsáno dátum prevazu a vzhľad vstupu periférneho žilného katétru. Okolí periférneho žilného katétru bylo klidné, bez známek záňetlivej reakcie. Pacientka si na bolestivosť v okolí periférneho žilného katétru nestěžovala. Periférny žilný katéter měla pacientka zavedený do pravého predlakti horní končetinej. Žilný katéter zavedla sestra pacientce na oddělení před odjezdem pacientky na operační sál. Miesto vpichu bylo zvoleno z dôvodu komfortnosti pre pacientku. Jedná-li se o pacienta pohyblivého tak pokud se kanyla zavede do oblasti loketní jamky, často dochází k zalamování kanyl, špatné

průchodnosti a bolestivosti v okolí. Nutné je pak odstranění kanyly a zvolit jiné místo vpichu. To bývá pro pacienta jak bolestivé tak často stresující. Dále byly u pacientky měřeny fyziologické funkce 2x denně. V 7.00 hod. byl TK 130/75 mm Hg, puls 78/min., TT 36,7°C a v 18.00 hod. byl TK 125/80 mm Hg, puls 75/min., TT 36,4°C. Pacientka byla poučena o možnosti vzniku infekce a jejich příznacích, jako jsou otok, zarudnutí, bolest, teplota. Pacientka byla poučena, že je důležité, aby dostatečně pila, že dostatek tekutin je také důležitý v prevenci infekce. Byla poučena, pokud by se necítila dobře, aby okamžitě informovala sestru.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Operační rána byla klidná bez sekrece, jen v okolí rány byl patrný mírný otok. Okolí Redonova drénu klidné. Periferní žilní katétr funkční, okolí bez známek zánětu. Pacientka vypila během dne 1400ml tekutin. Cíle bylo dosaženo.

4. Riziko vzniku tromboembolické nemoci z důvodu imobilizace pacientky

Cíl: Minimalizovat riziko vzniku TEN

Plán ošetrovatelské péče:

- informovat pacientku o nezbytnosti cviků DK na lůžku
- sledovat funkci bandáží
- včas pacientku mobilizovat
- sledovat fyziologické funkce
- aplikovat Clexane 0,2 s.c. dle ordinace lékaře
- sledovat možné projevy tromboembolické nemoci
- kontrolovat fyziologické funkce
- dát signalizační zařízení do dosahu pacientky
- při sebemenší změně zdravotního stavu informovat lékaře

Realizace ošetrovatelské péče:

Ráno jsem pacientce pomohla posadit se na lůžku a pomalu jsem jí pomohla vstát z lůžka a společně jsme pak došly k umyvadlu, kde už sama v sedě

na židli provedla ranní hygienu. Pacientka měla trochu obavy vstát z lůžka a dojít k umyvadlu, proto byla velmi ráda, že jí sestra pomohla. Pacientka to velmi dobře zvládla. Elastické bandáže na dolních končetinách byly ještě ponechány. Před sprchováním jsem pacientce bandáže odstranila, ale pak bylo ještě důležité bandáže nasadit zpět. Doporučila jsem pacientce, aby v lůžku prováděla cvičení s dolními končetinami a to plantární flexi a extenzi z důvodu prokrvení dolních končetin. Pacientku jsem informovala o možných projevech tromboembolické nemoci jako je dušnost, stenokardie, tachykardie a poučila jsem jí, že pokud by se necítila dobře, aby okamžitě zvonila na sestru. Doporučila jsem pacientce aby se v odpoledních hodinách pomalu prošla po pokoji, ale pokud by se cítila slabá určitě jí pomohu aby se cítila jistější. Signalizační zařízení měla pacientka u sebe. Fyziologické funkce byly měřeny 2x denně. Dle ordinace lékaře byl podán v 18.00hod. Clexane 0,2 mg s.c.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Nebyly zjištěny žádné známky tromboembolické nemoci. Pacientka byla poučena o režimových opatřeních. Dle ordinace lékaře podána antikoagulancia, ponechány elastické bandáže a pacientka byla včas vertikalizována. Cíle bylo dosaženo.

5. *Riziko pádu z důvodu celkové slabosti po operaci*

Cíl: Minimalizovat riziko vzniku pádu

Plán ošetrovatelské péče:

- informovat pacientku o riziku pádu
- založit záznam na hodnocení rizik pádu dle Morse
- upravit vhodně okolí lůžka
- zajistit pomůcky pro bezpečnost
- zajistit pacientce doprovod
- doporučit pacientce vhodnou obuv
- dát signalizační zařízení do dosahu pacientky

Realizace ošetrovatelské péče:

Poučila jsem pacientku, že se může cítit zesláblá, může mít závratě, z důvodu léků podaných na operačním sále při anestezii a také z důvodu podávaných léků proti bolesti. Proto je zde nebezpečí pádu. Do dokumentace byl založen záznam na hodnocení rizik pádu dle Morse. U pacientky bylo hodnoceno riziko pádu na stupnici dle Morse. Pacientka dosahovala 40 bodů, což bylo vyhodnoceno jako nízké riziko. Poučila jsem pacientku, aby se nejprve posadila na lůžku, pak pomalu dala končetiny dolů z lůžka a chvíli seděla. Upravila jsem okolí lůžka, aby nikde nic nepřekáželo. Pacientce jsem pomohla about pantofle, které měla u lůžka. Pomohla jsem jí vstát z lůžka a opatrně jsme společně došly k umyvadlu, kde už sama v sedě na židli provedla ranní hygienu. Cítila se velmi slabá. Poté jsem jí opět pomohla zpět do lůžka. Signalizační zařízení měla pacientka u sebe.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

U pacientky k pádu nedošlo. Cíle bylo dosaženo.

3.5. Dlouhodobý ošetrovatelský plán

Pacientka M.P. byla přijata k plánovanému operačnímu výkonu, kdy v celkové anestezii byla provedena totální thyroidektomie z důvodu polynodózní strumy. Operace proběhla druhý den hospitalizace.

V dlouhodobém ošetrovatelském plánu bylo hlavně důležité se zaměřit na operační ránu, na bolest a na vznik případných pooperačních komplikací.

Operační rána byla převázána první pooperační den a pak každý následující den. S převazem byla provedena i kontrola operační rány, zda nedochází k dehiscenci rány nebo ke krvácení. Důležité je hlavně sledovat, zda nedochází k tvorbě hematomu, který by pak mohl tlačit na průdušnici a hrtan, a způsobovat tak poruchu dýchání. Redonův drén byl odstraněn 3. den po operaci. Místo vstupu po Redonově drénu bylo ošetřeno dezinfekcí Novikov. Bylo nutné poučit pacientku, aby si při kašli, nebo při pohybu operační ránu pomocí dlaně ruky mírně přidržovala. Byla prováděna kontrola a funkčnost periferní žilní kanyly, která byla zavedena na předloktí pravé horní končetiny. Periferní žilní

kanyla byla zavedena na oddělení v den operace. 4. den po operaci byla periferní žilní kanyla odstraněna. Místo vpichu bez známek infekce.

Dále byla u pacientky sledována bolest. Dle hodnotící škály byla zaznamenávána bolest na stupni č. 2, což bylo vyhodnoceno jako bolest nepříjemná. Pacientce pomáhaly léky na bolest, které byly podávány dle ordinace lékaře. Dále byla pacientce doporučena poloha v polosedě s mírně podloženou hlavou aby nedocházelo k pnutí operační rány. Tuto polohu si pacientka velmi chválila. Pak bylo pacientce doporučeno, aby si při kašli, mírně přidržovala rukou operační ránu.

První den po operaci byla pacientka vertikalizována. S dopomocí došla k umyvadlu, kde provedla v sedě na židli ranní hygienu. U pacientky bylo riziko pádu hodnoceno na stupnici pádu dle Morse. Hodnota první pooperační den dosahovala počtu 40 bodů což bylo zaznamenáno jako nízké riziko.

Pacientka podstoupila operaci štítné žlázy, kdy se jednalo o totální thyroidektomii pro polynodózní strumu. Cílem operace bylo odstranit oba laloly štítné žlázy a zachovat příštítná tělíska. Operace proběhal úspěšně. V průběhu pooperačního období byla pacientce každý den ráno odebírána krev na hodnoty Ca a P. S kontrolou hladiny těchto iontů souvisí právě příštítná tělíska. Pokud by v průběhu operace došlo k poškození příštítných tělísek, projevy by se odhalily právě v pooperačním období. U pacientky by docházelo k poklesu hladiny vápníku v krvi a tím k projevům mravenčení, brnění těla a křečovým stavům. Pokud by došlo k těmto projevům, bylo by nutné podávat vápník v šumivých tabletách nebo jiné preparáty. Tyto projevy se u pacientky neobjevily. První den po operaci byla hladina Ca = 2,13 mmol/l a hladina P = 1,12 mmol/l. Ranní hodnota Ca byla lehce snížena. Normální hodnoty jsou Ca 2,24 – 2,64 mmol/l a hladina P 0,65 – 1,63 mmol/l. Hodnota P byla v normě.

Pacientka byla propuštěna do domácího léčení 5. den po operaci. Ránu může sprchovat, dodržovat racionální stravu a dostatek tekutin, vyhýbat se fyzické námaze, spíše odpočívat a polehávat. Do endokrinologické poradny je pacientka pozvána na 13.12.2012, kde budou odstraněny stehy a kontrola operační rány. O nasazení hormonální substituce a další léčby po strumektomii rozhoduje endokrinolog. Do týdne po operaci se zahajuje substituční léčba, kdy už bývá

většinou výsledek histologického vyšetření k dispozici, ale i bez případné znalosti histologie je tato léčba zahájena. Pak podle definitivního nálezu z histologického vyšetření se lékař zařizuje organizačně (tj. průkaz karcinomu štítné žlázy k následné léčbě radiojódem).

3.6. Edukace

Edukace je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu. Je důležité, abychom správně vedli edukaci, protože tím poskytujeme pacientovi důležité informace, ale také si získáme jeho důvěru a to je v ošetrovatelské péči hodně důležité.

Cíl edukace:

Cílem edukace je podat pacientovi smysluplné informace, tak aby jim rozuměl a správně je pochopil. Důležité je nepoužívat mnoho odborných slov. Edukace je velmi časově náročná a někdy se nám může zdát, že i zbytečná, protože nejsou hned patrné konkrétní výsledky. Správně vedená edukace má ale pozitivní vliv na pacienta a také zlepšuje pohled na onemocnění samotné.

Realizace:

Pacientku jsem informovala, že po telefonické výzvě z operačního sálu jí bude aplikována premedikace dle ordinace lékaře Morphin 10 mg i.m. a pak bude v doprovodu sestry a ošetrovatelky odvezena na operační sál. Po operaci bude převezena na dospávací pokoj, kde bude hospitalizována asi 2 hodiny a poté bude převezena zpět na lůžkové oddělení.

Bylo nutné pacientu edukovat i co se týče hodnocení bolesti. Informovala jsem ji, že až bude přivezena ze sálu, bude mít v dokumentaci založen záznam kde budeme společně hodnotit stupeň bolesti dle škály od 0-5 stupňů. Dle ordinace lékaře bude mít naordinována analgetika.

Po operaci byla pacientka edukována o péči o operační ránu a byla informována o možných vzniklých pooperačních komplikacích, jako je pooperační krvácení, infekce, tromboembolická nemoc nebo pokles hladiny

kalcia, což může vést k poklesu tlaku nebo ke křečím. Dále byla pacientka informována, že operační rána bude pravidelně kontrolována a budou prováděny převazy.

Pacientku jsem seznámila s tím, že po operaci může mít obtíže s polykáním jak z důvodu operačního výkonu na přední straně krku tak z důvodu zavedení endotracheální kanyly, která bude použita při celkové anestezii.

Dále jsem pacientku edukovala o tom, že po operaci bude zesláblá a že pokud bude potřebovat na toaletu nebo do koupelny, je nutné, aby použila signalizační zařízení a zavolala sestru.

Vždy jsem se pacientky zeptala, zda všemu rozumí. Pokud má v něčem nejasnosti, ať se beze všeho na cokoliv zeptá.

Péče o jizvu:

Před propuštěním domů jsem pacientku edukovala o možném sprchování operační rány mírným proudem vody, po odstranění stehů je důležité ránu začít promazávat, masírovat vhodnými přípravky nejlépe pětkrát denně po dobu tří minut. Vhodné přípravky jsou nesolené vepřové sádlo, měsíčková mast nebo jiný přípravek na doporučení lékárníka. Dále je nutné, aby pacientka dodržovala pitný režim a racionální stravu a hlavně aby neprováděla žádnou těžkou fyzickou námahu, neboť by mohlo dojít k popraskání stehů a následně k dehiscenci rány. Dále bylo důležité, aby si pacientka při kašli mírně přidržela dlaní operační ránu.

Důležité bylo pacientku naučit tři typy masáží

- lehká masáž tlakovými krouživými pohyby v průběhu jizvy
- tlaková masáž, kdy střídavě po dobu přibližně půl minuty jizvu stlačíme prsty až do mírné bolesti a jejího odkrvení. Následně povolíme a několikrát opakujeme v celé délce jizvy. Střídavé překrvení a odkrvení tkáně zvýší látkovou výměnu a urychlí hojení
- šetrné vytahování kůže vedoucí k uvolnění jizvy od podkoží

Substituční terapie:

Jedná se o léčbu, která dodává tělu hormony v dostatečné míře v době, kdy je organismus nedovede vytvořit. U této pacientky, kdy muselo dojít k odstranění obou laloků štítné žlázy se jednalo o substituční terapii doživotní.

Krevní výsledky v endokrinologické ambulanci:

Ca – 2,06 (2,24 – 2,64), TSH - 6,01 (0,27 – 4,20), fT4 – 13,4 (11,5 – 22,7).

Po kontrole krevních výsledků byla nasazena substituční léčba pomocí hormonu Euthyrox 100ug 1-0-0 tbl. 6dní, neděle Euthyrox 125ug 1-0-0. Dále byl nově nasazen Biomin H 1 sáček, který si pacientka bude přidávat denně do jogurtu. Jedná se o preparát s obsahem vápníku. Další kontrola je naplánována za tři měsíce, kdy dle krevních výsledků bude substituční terapie ponechána nebo zvýšena. Hormonální léky je nutné užívat na lačno, nejlépe v ranní dobu (odstup alespoň 20minut od jídla) a důležité je si dávat pozor na preparáty s obsahem železa (multivitamíny), které mohou snížit vstřebávání hormonů. Proto je třeba tyto preparáty užívat v jinou denní dobu než je dávka hormonů.

3.7. Psychický stav pacientky

„Nemoc znamená pro člověka radikální, byť dočasnou změnu sociální situace a prostředí, v němž se odehrává každodenní život. Nemoc zbavuje člověka řady povinností. Reakce nemocného na nemoc a jeho postoj k nemoci mohou být velmi rozdílné a individuálně odlišné. Většina nemocných při běžných onemocněních, reaguje přiměřeně situaci, přijímá diagnózu a doporučení k léčbě, dodržuje pokyny, spolupracuje ve snaze být zase zdrav. V těchto případech se většinou stav dobře upravuje nebo alespoň stabilizuje. (Zacharová E., Hermanová M., Šrámková J., 2007, s. 20)

Prožívání nemoci

Pacientka byla po sdělení diagnózy hodně vyděšená. Nikdy se s ničím neléčila, žádné vážné zdravotní problémy neměla a najednou jí lékař sdělil, že štítná žláza obsahuje mnohočetné uzly a je nutné, aby se pacientka podrobila co

nejdříve operaci. Svěřila se mi, že ze začátku nechtěla o nemoci vůbec nic vědět. Pak jí to ale nedalo a na internetu si našla nějaké informace a fotografie o této nemoci, ale to ji vyděsilo ještě víc.

Postoj k nemoci

V první chvíli po sdělení diagnózy to byl pro pacientku šok, ale po uplynutí pár dní se pacientka s nemocí smířila. Věděla, že operace je nutná a bez provedení operačního zákroku by se mohly začít objevovat vážné problémy. Byla si vědoma i toho, že každá operace s sebou přináší určitá rizika a komplikace a byla připravena s tím bojovat. Uvědomovala si, že spousta lidí jsou na tom zdravotně daleko hůře a musí se svou nemocí poprat.

Komunikace

Komunikace s pacientkou byla bez problémů. Pacientka vše chápala, a pokud něčemu nerozuměla, neostýchala se zeptat.

Reakce na hospitalizaci v nemocnici

Pacientka byla hospitalizována pouze 2x a to v porodnici při narození svých dětí. Zde byla ráda, že jí bylo vše podrobně vysvětleno a byly jí podány veškeré informace o průběhu operačního výkonu a o průběhu hospitalizace. Tyto informace velmi ocenila, protože při hospitalizaci v porodnici měla špatné zkušenosti.

Zvládání stresu

Pacientka neměla stres ani tak z operace samotné jako spíše z pooperačního průběhu, z histologického výsledku a z možných vzniklých pooperačních komplikací. Díky veškerým informacím od lékaře a od ošetřujícího personálu se cítila mnohem lépe a klidněji.

Motivace k léčbě

Tou největší motivací byla pro pacientku její rodina a hlavně její dvě malé děti, které ještě moc nechápaly, co se děje. Udělá všechno proto, aby mohla být co nejdříve zpět doma u své rodiny.

3.8. Prognóza onemocnění:

Prognóza je pro pacientku velmi příznivá. Operace a pooperační průběh proběhl bez komplikací. Po operaci je nutné, aby pacientka docházela pravidelně ke svému endokrinologovi, který bude sledovat hodnoty hormonů T3, T4 a TSH a dle těchto výsledků bude upravovat dávku substituční léčby. Prognóza tohoto onemocnění se hlavně odvíjela od histologického nálezu, který vyšel v pořádku.

Histologický nález:

Multinodulární koloidní a cystická struma bez zánětlivé infiltrace a nádorových struktur ve vyšetřeném rozsahu.

4. Závěr

Ve své bakalářské práci jsem zpracovávala ošetrovatelskou péči u pacientky, která byla přijata k plánované totální thyroidektomii pro polynodózní strumu. S pacientkou jsem si velmi dobře rozuměla, asi také vzhledem k jejímu věku. Jednalo se o mladou pacientku, proto nebyl v komunikaci problém. Bez váhání souhlasila, když jsem se jí zeptala, zda bych o ní mohla napsat bakalářskou práci.

Krátkodobý plán ošetrovatelské péče jsem zpracovala k prvnímu pooperačnímu dni, což byl 3. den hospitalizace. Použila jsem model dle Marjory Gordonové a stanovila jsem ošetrovatelské diagnózy. Informace jsem získala především z rozhovoru s pacientkou, od ošetřujícího personálu a z lékařské dokumentace.

Důležité je správné posouzení potřeb pacienta a snažit se pacienta, popřípadě rodinu, zapojit do ošetrovatelské péče. Dostatečně a správně informovaný pacient je základem k úspěchu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ASTL, J.: *Chirurgická léčba nemocí štítné žlázy*. 1.vyd. Praha: Maxdorf, 2007. 204 s. ISBN 978-80-7345-000-7
2. ČIHÁK, R.: *Anatomie 2*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 488 s. ISBN 80-247-0143-X
3. ČTK,: Pětina těhotných Češek má poruchu štítné žlázy, ukázal výzkum. *Zdravotnické noviny*. 01/2013
4. DYLEVSKÝ, I.: *Základy funkční anatomie*. 1. vyd. Praha: Poznání, 2011. 332 s. ISBN 978-80-87419-06-9
5. ELIŠKOVÁ, M., NAŇKA O.: *Přehled anatomie*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2006. 309 s. ISBN 80-246-1216-X
6. FIALA, P., VALENTA, J., EBERLOVÁ, L.: *Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2009. 173 s. ISBN 978-80-246-1491-5
7. HOCH, J., LEFFLER, J.: *Speciální chirurgie*. 3. vyd. Praha: Maxdorf, 2011. 589 s. ISBN 978-80-7345-253-7
8. MAČÁK, J., MAČÁKOVÁ, J.: *Patologie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 347 s. ISBN 80-247-0785-3

9. NAVRÁTIL, L., a kol.: *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8
10. NĚMEC, J.: *Nemoci štítné žlázy*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1973. 112 s. ISBN 08-016-73
11. PAVLÍKOVÁ, S.: *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 160 s. ISBN 978-80-247-1211-6
12. SEDLÁČEK, P.: *Jak se vyznat v laboratorních hodnotách*. 1. vyd. Praha: Eminent, 2006. 145 s. ISBN 80-7281-256-4
13. SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 268 s. ISBN 978-80-247-3129-2
14. KOLEKTIV AUTORŮ. LEMONI. *Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. Brno: WHO 1996. 179 s. ISBN 80-7013-234-5
15. STAŇKOVÁ, M.: *České ošetrovatelství 3. Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 1999. 49 s.
16. STAŇKOVÁ, M.: *České ošetrovatelství 4. Jak provádět ošetrovatelský proces*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 1999. 66 s.
17. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M.: *Interní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 216 s. ISBN 978-80247-1777-7

18. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol.: *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4
19. VALENTA, J. a kol.: *Základy chirurgie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. 277 s. ISBN 978-807262-403-4
20. VOKURKA, M., HUGO, J. et. kol.: *Velký lékařský slovník*. 5.vyd. Praha: Maxdorf, 2005. 1000 s. ISBN 80-7345-058-5
21. Zacharová, E., Hermanová, M., Šrámková, J.: *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5
22. <http://www.sukl.cz/modules/medication/search> (cit. 5.5.2013)

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

amp. – ampule

BMI – body mass index

cca – cirka

Ca – vápník

cm – centimetr

CT – počítačová tomografie (computed tomography)

č. – číslo

D – dech

dg. – diagnóza

EKG – elektrokardiografie

GA – gynekologická anamnéza

g - gram

hod. – hodina

i.m. – intramuskulárně (do svalu)

i.v. – intravenózně (do žíly)

kg – kilogram

K+C – kultivace a citlivost

lig. – ligamentum (vaz, vazivový pruh)

l – litr

min. – minuta

ml - mililitr

mm Hg – milimetr rtuťového sloupce

mmol/l – milimol na litr

mg – miligram

moč + sed – močový sediment
OA – osobní anamnéza
O₂ - kyslík
PTH – parathormon
Per os. – ústy
PA – pracovní anamnéza
P – pulz
QUICK+APTT – krvácivost, srážlivost
RA – rodinná anamnéza
RTG – rentgen
STE – subtotální resekce štítné žlázy
s.c. – subkutánní (podkožní, pod kůží)
SpO₂ – nasycení krve kyslíkem
SONO – sografie (ultrazvuk)
T3 – thyroxin
T4 – trijodthyronin
TSH – tyreostimulující hormon
tbl. – tableta
TL – totální lobektomie
TTE – totální tyreoidektomie
TK – tlak krevní
TT – tělesná teplota
WHO – světová zdravotnická organizace

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha číslo 1: Informovaný souhlas pacientky

Příloha číslo 2: Operační rána

Příloha číslo 3: Operační rána a Redonův drén

Příloha číslo 4: Farmakologická léčba

Příloha číslo 5: Ošetrovatelská anamnéza u pacientky M.P.

Příloha č. 1

Informovaný souhlas pacientky M.P.

**Informovaný souhlas
nemocného s použitím informací pro účely zpracování bakalářské
práce studenta/ky 3.LF UK,
obor všeobecná sestra**

Pan/paní.....*M.P.*.....

souhlasí

- s provedením anamnézy¹ studentem/kou 3.LF UK – bakalářského oboru všeobecná sestra

PAVLA ŠONKOVÁ, 3. ROČNÍK

jméno a příjmení studenta/ky, ročník studia

- s použitím bakalářské práce pro výukové účely (při použití výsledků vyšetření se nikde nebude uvádět jméno a příjmení nemocného)
- s pořízením fotodokumentace klinických projevů onemocnění pro další potřeby výuky (při použití fotodokumentace se nikde nebude uvádět jméno a příjmení nemocného)

Získané informace budou použity pouze k výukovým účelům a nikterak nenaruší diagnosticko-terapeutický proces nemocného během hospitalizace.

V *Táboře*.....dne *2. 12. 2012*...

[Podpis pacientky]
.....
Podpis pacienta

[Podpis studentky]
.....
Podpis studenta/ky

¹ Anamnézou se rozumí rozhovor studenta s nemocným s cílem získat informace o zdravotním stavu nemocného, rodinné, sociální a pracovní situaci nemocného.

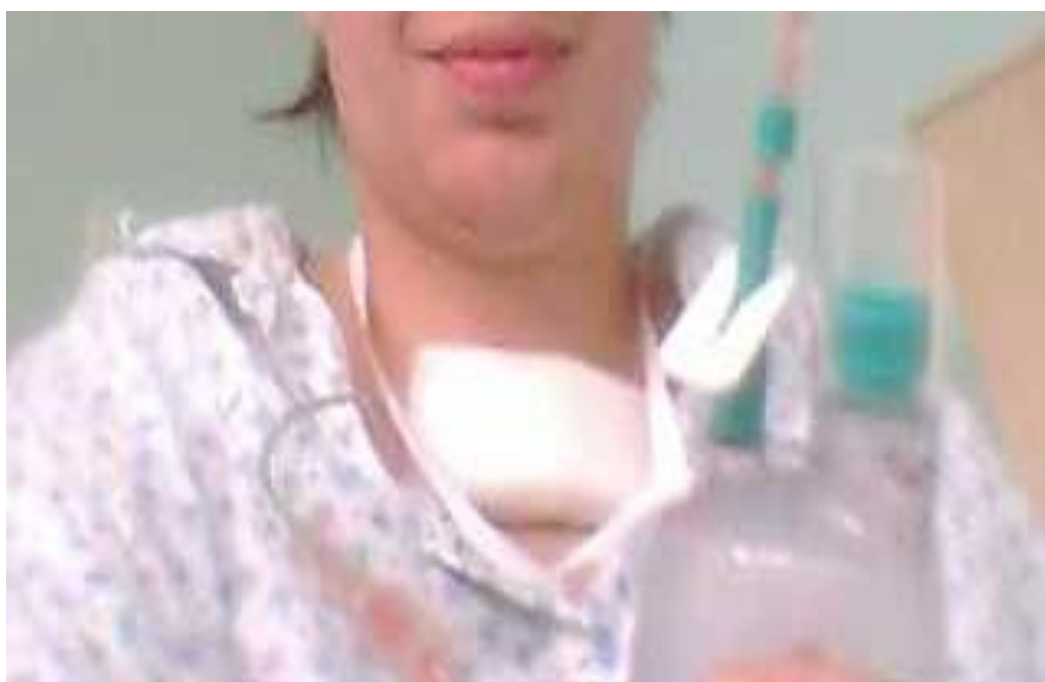
Příloha č. 2

Operační rána u pacientky M.P. (foto autorka)



Příloha č. 3

Operační rána a Redonův drén u pacientky M.P. (foto autorka)



Příloha č. 4

Farmakologická léčba, která byla podávána pacientce M.P. v průběhu hospitalizace

Infúze:

a) Hartmanův roztok:

- patří mezi roztoky krystaloidní, nízkomolekulární, rychle se přesouvají z cévního řečiště do tkání
- snadno vstřebatelný, napomáhá upravovat vodní a elektrolytovou rovnováhu
- pomáhá udržovat stálé množství iontů v tělesných tekutinách

Indikace:

- úprava minerálů a udržení elektrolytové rovnováhy
- úprava acidobazické rovnováhy
- náhrada ztrát tekutin průjmy, zvracením, nadměrným močením, pocením
- náhrada krevní plazmy (např. při operaci, krvácení do gastrointestinálního traktu, po úrazech atd.)

Léky:

a) Perfalgan:

- infuzní roztok, lahvička obsahuje 100 ml roztoku kde je obsažen 1 g léčebné látky paracetamolu, roztok se podává v 15-ti minutové i.v. infúzi
- dávkování u pacientky bylo dle ordinace lékaře při bolesti, max. 4x denně, v rozmezí podání 4hodiny

Indikace:

- indikován ke krátkodobé léčbě středně silných bolestí, zvláště po chirurgických výkonech a ke krátkodobé léčbě hořečnatých

stavů, v případech kdy je intravenózní podání odůvodněné naléhavou potřebou zmírnit bolest nebo horečku, a nebo když jiná cesta podání není možná.

Nežádoucí účinky:

- u tohoto přípravku jsou nežádoucí účinky vzácné, nebo velmi vzácné, může se však objevit neklid, mírná hypotenze, přecitlivělost. Ve větší míře se objevují spíše nežádoucí reakce v místě vpichu injekce (bolest, pocit pálení).

b) Novalgin:

- injekční roztok, který obsahuje 500mg léčivé látky v 1 ml
- o u pacientky byla podána dávka jednorázově 1 amp+100 ml fyziologického roztoku nechat kapat 30min.

Indikace:

- silná akutní nebo chronická bolest
- horečnaté stavy, nereflektující na jinou léčbu

Nežádoucí účinky:

- anafylaktické reakce
- hypotenzní stavy
- celkové poruchy a reakce v místě vpichu
- trávicí obtíže

c) Clexane 0,2mg:

- injekční roztok aplikovaný subkutánně, patří do skupiny nízkomolekulárních heparinu, množství účinné látky je 10000 anti-Xa IU/1ml
- u pacientky byla ordinována dávka 0,2 mg v 18.00 hod. s.c. po dobu tří dnů hospitalizace

Indikace:

- profylaxe tromboembolické nemoci ve všeobecné, onkologické a ortopedické chirurgii

- profylaxe tromboembolické nemoci u nemocných upoutaných na lůžko, léčených pro akutní onemocnění interního nebo infekčního typu
- léčba hluboké žilní trombózy s plicní embolizací i bez ní
- léčba nestabilní anginy pectoris a nonQ infarktu myokardu při současném podávání kyseliny acetylsalicylové
- prevence tvorby trombů při mimotělním oběhu při hemodialýze
- léčba akutního infarktu myokardu s ST elevací, včetně pacientů, kteří jsou léčeni konzervativně

Nežádoucí účinky:

- malé krevní výrony v místě vpichu
- reakce v místě vpichu
- krvácivé projevy

d) Dolsin:

- injekční roztok aplikovaný intramuskulárně, patří do skupiny opiátů
- v ampuli 1 ml roztoku je obsaženo 50 mg léčivé látky
- pacientce byl aplikován dle ordinace lékaře při bolesti 1 ampule

Indikace:

- přípravek je indikován k léčbě silné bolesti po těžkých úrazech, operacích a k léčbě chronické bolesti při zhoubných nádorech
- potlačuje dušnost při selhání srdce, otoku plic, plicní embolii, nádoru plic nebo při jiných závažných plicních onemocněních spojených s dušností
- uvolňuje křeče hladkého svalstva zažívací soustavy a při ledvinové kolice
- používá se k premedikaci před anestezií
- používá se k tlumení bolestivých porodních kontrakcí

Nežádoucí účinky:

- nevolnost, zvracení, zácpa, hypotenze, dezorientace, ospalost, zmatenost, sucho v ústech, pocení, zčervenání, bušení srdce

e) Amoksiklav:

- patří do skupiny antibiotik
- pacientce byly podávány 3x denně po osmi hodinách 1 tbl. per os

Indikace:

- léčba středně těžkých a těžkých bakteriálních infekcí vyvolaných citlivými mikroorganismy
- infekce horních i dolních cest dýchacích, infekce kůže a měkkých tkání, rané infekce, urologické a gynekologické infekce, infekce kostní a kloubní

Nežádoucí účinky:

- alergické reakce
- trávicí obtíže, nauzea, zvracení
- kožní projevy

<http://www.sukl.cz/modules/medication/search> (citace 5.5.2013)

Příloha č. 5

Ošetřovatelská anamnéza u pacientky M.P.

Ošetřovatelská anamnéza

(Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK – pro studijní účely)

Oddělení : *CHIR. 002*

Datum a čas odběru anamnézy : *4.12.2012*

Jméno (iniciály) : *M.P.* Pohlaví : *ŽENA* Věk : *32 let*

Datum přijetí : *2.12.2012*

Stav : *KOANA* Povolání : *BENDETAŘKA*

Rodina informována o hospitalizaci : ano ne

Diagnóza při přijetí (základní) : *POLYNÓDÓZNI STRUMA*

Chronická onemocnění :

Infekční onemocnění : NE ANO

Režimová opatření :

Léčba:

Operační výkon : *TOTALNÍ THYROIDEXOMIE* Pooperační den : *1*

Farmakoterapie : *1. DEN PO OPERAČNÍM VÝKONU*

ATC: AMOKSICILAV 1000 0.25 - 14 - 2x B. 1x 0.0

CLENANÉ 0.1 mg 0.0

HARTYKALIN 200 mg 1x 0.0

NOVALGIN 1 mg 1x 0.0

Jiné léčebné metody :

Má nemocný informace o nemoci : ano ne částečně

Alergie : ano ne jaké :

Fyziologické funkce : P : *78* TK : *100/45* D : *20* SpO2 : TT : *36.4°C*

1) Vědomí

stav vědomí : při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC :

Orientovaný Deorientovaný

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba).....

před úpravou operačním způsobem, možná i medikace

Úrazy: ano ne jaké :.....

6) Výživa, metabolismus

Dieta: *EXUT, kaudu*..... Nutriční skóre:.....

Hmotnost : *80 kg* Výška *170 cm* BMI: *27,45* *obědová příměsí*

Chuť k jídlu : ano ne

Potíže s přijímáním potravy : ano ne jaké: *počkání, z důvodu, kávy*

Užívá doplňky výživy : ano ne jaké :.....

Enterální výživa Parenterální výživa.....

Denní množství tekutin : *1,5 l tekutin*..... Druh tekutin : *opioide čaje*.....

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době : ano ne o kolik :.....

Umělý chrup : ano ne horní dolní

Potíže s chrupem : ano ne

7) Vyprazdňování

problémy s močením : ano pálení řezání retence inkontinence
 ne

problémy se stolicí : ano průjem zácpa inkontinence
 ne

stolice pravidelná : ano ne

datum poslední stolice : *2. 11. 2018*

Způsob vyprazdňování : podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení:.....

Rektální odvodný systém:.....

Stomie.....

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim : *chůze po pokojí a po oddělení*.....

Barthel test: *80 bodů - pohybujeme jako lidé, zvládnou*.....

Riziko pádu: *ANO skóre*..... *80 bodů*..... NE

Pohyblivost : chodící samostatně chodící s pomocí

ležící pohyblivý ležící nepohyblivý

pomůcky jaké :

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku : *4 hod.* hodina usnutí : *22.30h.*

poruchy spánku : ano ne jaké :

hypnotika : ano ne

návyky související se spánkem : *pacientka je, když leží, spát při mrtvici*
odepřít si oči

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem : ano ne jaké :

potíže se sluchem : ano ne jaké :

porucha řeči : ano ne jaká :

kompenzační pomůcky : ano ne jaké :

orientace : orientován
 dezorientovaný místem časem osobou

11) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu

Emocionální stav : klidný rozrušený

Pocit strachu nebo úzkosti : ano ne *ano, strach z porušení komparací*

Úroveň komunikace a spolupráce : dobrá obtížná

Plánování propuštění

Bydlí doma sám : ano ne

kdo bude o klienta pečovat po propuštění : *mamka*

kontakt s rodinou : ano ne

12) Invazivní vstupy

Drény : ano ne jaké : *PERIFER. DREN* Datum zavedení : *3.12.2012*

Permanentní močový katétr : ano ne

i.v. vstupy : ano periferní datum zavedení : *3.12.* kde : *PHK*
Stav : *ok, mamka, kánie*

centrální datum zavedení : kde :

stav :

ne

Sonda : ano ne jaká : datum zavedení :

Stomie : ano ne jaká: stav :

Endotracheální kanyla : ano ne č.ETR :datum zavedení:

Tracheotomie : ano ne č.: od kdy:

Arteriální katétr : ano ne

Epidurální katétr: ano ne

Jiné invazivní vstupy:.....

Základní hodnoticí škály pro identifikaci rizik

1. Barthelové test základních všedních činností (ADL - activities of daily living)

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najezení, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
4.osobní hygiena	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
5.kontinence moči	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
6.kontinence stolice	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
7.použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
9.chůze po rovině	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0

Zdroj: Staňková,M.: České ošetrovatelství 6- Hodnoticí a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Brno.IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

80 bodů

Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

- 0-40 bodů: vysoce závislý
- 45-60 bodů: závislost středního stupně
- 65-95 bodů: lehce závislý
- 100 bodů: nezávislý

2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	< 10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobry 4	Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Ne 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Část. omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	< 60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč+stolice 1

Zdroj: Staňková, M.: České ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně. 33 bodů

3. Hodnocení nutričního stavu

NRS – Nutritional Risk Screening

Je BMI (kg/m ²) pod 20,5?	ANO	NE
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO	NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	NE
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?	ANO	NE

Hodnocení:

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

Zdroj: Grofová, Z., Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry, Grada 2007

4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

Rizikové faktory pro vznik pádu	
Anamnéza:	
<input type="checkbox"/> DDD (dezorientace, demence, deprese)	3 body
<input type="checkbox"/> věk 65 let a více	2 body
<input type="checkbox"/> pád v anamnéze	1 bod
<input type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překlada na lůžkové odd.	1 bod
<input type="checkbox"/> zrakový/sluchový problém	1 bod
<input type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepresiva, laxativa)	1 bod
Vyšetření	
<input checked="" type="checkbox"/> Soběstačnost	
- úplná	0b
- částečná	2b
- nesoběstačnost	3b
<input checked="" type="checkbox"/> Schopnost spolupráce	
- spolupracující	0b
- částečně	1b
- nespoupracující	2b
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetrovatelského personálu)	
<input checked="" type="checkbox"/> Míváte někdy závratě?	ANO (3 body)
<input type="checkbox"/> Máte v noci nučení na močení?	ANO (1 bod)
<input type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout ?	ANO (1 bod)
Celkem:	
0-4 body	Bez rizika
5 - 13 bodů	Střední riziko
14 - 19 bodů	Vysoké riziko

- BELKOVA BLAŽOST
PO OPERAČNÍM VÝKONU

5. Hodnocení vědomí

Glasgow Coma Scale

Hodnocený parametr	Reakce	Body
Otevření očí	spontánně otevřené	4
	na slovní výzvu	3
	na bolestivý podnět	2
	oči neotevře	1
Slovní odpověď	přiléhavá	5
	zmatená	4
	jednotlivá slova	3
	hlásky, sténání	2
	neodpovídá	1
Motorická reakce	pohyb podle výzvy	6
	na bolestivý podnět účelný pohyb	5
	na bolestivý podnět obranný pohyb	4
	na bolestivý podnět jen flexe	3
	na bolestivý podnět jen extenze	2
	na bolestivý podnět nereaguje	1
Hodnocení:		<p>15 bodů - pacient při plném vědomí</p> <p>3 body - pacient v hlubokém bezvědomí</p>

Zdroj: NEUWIRTH, J. Sledování a hodnocení fyziologických funkcí. In: KOLEKTIV AUTORŮ *Základy ošetřování nemocných*. Praha : Karolinum, 2005. s. 46-56. ISBN 80-246-0845-6

Ošetrovatelské zhodnocení

pacient je v plném vědomí, orientován v čase, místě a osobě, reaguje na slovní výzvy a bolestivé podněty, pohybuje se podle výzvy, na bolestivý podnět vykazuje obranný pohyb, reflexy jsou přítomny, kůže je suchá, teplota 36,5°C, tlak 120/80 mmHg, srdeční frekvence 72/min, dýchání pravidelné, hluboké, bez rales, krevní tlak 120/80 mmHg, saturace kyslíkem 98%, zrak je v normě, žilní krevní tlak 120/80 mmHg, močový měchýř naplněn, stolice normální, pacient je v plném vědomí, reaguje na slovní výzvy a bolestivé podněty, pohybuje se podle výzvy, na bolestivý podnět vykazuje obranný pohyb, reflexy jsou přítomny, kůže je suchá, teplota 36,5°C, tlak 120/80 mmHg, srdeční frekvence 72/min, dýchání pravidelné, hluboké, bez rales, krevní tlak 120/80 mmHg, saturace kyslíkem 98%, zrak je v normě, žilní krevní tlak 120/80 mmHg, močový měchýř naplněn, stolice normální.