

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.

PRAHA

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S GRAVES-BASEDOWOU TYREOTOXIKÓZOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MICHAELA TŮMOVÁ

2009

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S GRAVES-BASEDOWOU TYREOTOXIKÓZOU**

Bakalářská práce

MICHAELA TŮMOVÁ

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

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum odevzdání práce: 2009-04-20

Datum obhajoby práce:

Praha 2009

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „*Péče o pacienta s Graves-Basedowou tyreotoxikózou*“ vypracovala samostatně a veškerou literaturu, kterou jsem použila, jsem uvedla v seznamu literatury. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze

..... Michaela Tůmová

Abstrakt

Tůmová, Michaela: *Ošetrovatelský proces u pacienta s Graves-Basedovou tyreotoxikózou*. (Bakalářská práce) Michaela Tůmová – Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze.

Stupeň odborné kvalifikace: “Bakalář ošetrovatelství“. Školitelka: PhDr. Jana Hlinovská, Vysoká škola zdravotnická Praha, 2009.

Hlavním tématem mé práce je nový pohled na ošetrovatelskou péči o pacienty po totální tyreotomii pro Graves-Basedovu tyreotoxikózu. Teoretická část seznamuje s endokrinní anatomií a charakterizuje onemocnění. Podrobně popisuje klinické příznaky, vyšetřovací metody a léčbu.

Pacient s tyreotoxikózou je velmi vnímavý a citlivý na změny, které u něj po tyreotomii nastávají. Bude-li mít dostatek informací, bude-li správně edukován, bude moci dobře spolupracovat a změny, které v psychice přináší onemocnění Graves – Basedovou tyreotoxikózou, se naučí kompenzovat, až dojde k jejich vymizení. Bio-psycho-sociální problematika je neoddělitelně spjatá s tímto závažným onemocněním.

Přes posouzení stavu pacienta přecházíme k ošetrovatelské péči, ta je nosnou částí mé práce. Po jednotlivých krocích popisují poskytovanou péči a pokroky v průběhu léčby a to v trvání 4 dnů, po které byla pacientka předmětem mé činnosti. Poznatky obsažené v této práci budou zajisté přínosem pro zlepšení kvality ošetrovatelské péče.

Klíčová slova: Graves-Basedova tyreotoxikóza, bio-psycho-sociální problematika onemocnění, ošetrovatelský proces

Abstract

Tůmová Michaela: *Nursing/caring process of a Graves-Basedow thyrotoxicosis patient.* (Baccalaureate paper) Michaela Tůmová – VŠZ, o.p.s. in Prague.

Professional level of qualification ‘Bachelor of caring/nursing. Lecturer: PhDr. Jana Hlinovská, VŠZ Prague, 2009.

Main topic of my paper is a new perspective of caring for patients after their complete thyreotomy due to Graves-Basedow Thyrotoxicosis. The theory part outlines endocrinal anatomy and defines the illness. It describes in detail clinical symptoms, examination methods and treatment.

A thyrototic patient is very perceptive and sensitive to all changes that take place after thyreotomy. Should the patient have sufficient information and if appropriately educated, he will then be able to cooperate accordingly and therefore learns to deal with all changes caused by the Graves-Basedow Thyreotosicosis, till they (the changes) disappear. Bio-psycho-social issues are inseparably connected to these serious illnesses.

After assessment of patient’s health condition we go on to the nursing/caring, which is the core component/part of my paper. After various steps/actions I then describe provided care and progress that has taken place during 4 days’ long treatment during which the patient had been an object of my work. Knowledge/information contained in this paper will most definitely bring improvement to the quality of caring for patients.

Key words: Graves-Basedow thyrotoxicosis, bio-psycho-social issues of illness, caring/nursing process

Předmluva

Tato práce vznikla ve snaze objasnit problematiku ošetrovatelské péče o pacienty s onemocněním Graves-Basedowou strumou. Využívám metodu ošetrovatelského procesu s důrazem na holistickou péči za využití koncepčního modelu Marjory Gordonové. Považuji za důležité poukázat na skutečnost, že ošetrovatelský a edukační proces by neměl být procesem náhodným, ale cíleným a plánovaným zdrojem informací pro pacienta i rodinné příslušníky. V komunikaci a edukaci vidím vysokou společenskou důležitost a jeho složky pronikají až k základům humanity.

Výběr tématu byl ovlivněn osobní zkušeností a studiem oboru všeobecná sestra. K hlavním informačním zdrojům patří knižní a časopisecké publikace, internet, pacientka, zdravotní sestry i ošetřující lékař.

Účelem této práce je poskytnout informace o dané problematice sestřám z klinické praxe. Studentům, odborné i laické veřejnosti za účelem prohloubení znalostí o komplexní péči o pacienta s Graves-Basedowou tyreotoxikózou.

Touto cestou bych chtěla poděkovat PhDr. Janě Hlinovské za metodickou pomoc, podnětné rady, trpělivost a podporu, kterou mi poskytla při vypracování této práce.

Obsah

1 ÚVOD.....	9
2 KLINICKÁ CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ	10
2.1 Definice, charakteristika.....	10
Hypertyreóza (tyreotoxikóza, zvýšená činnost štítné žlázy)	10
2.2 Etiologie, patofyziologie	11
Tyreotoxikóza Gravesova-Basedowova typu (prototyp tyreotoxikózy).....	12
2.3 Klinický obraz:.....	12
2.4 Průběh, formy, komplikace, prognóza	13
2.5 Diagnostika	14
2.6 Terapie.....	15
2.6.1 Chirurgická léčba	16
2.6.2 Konzervativní léčba	16
2.6.3 Prognóza.....	17
3 OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S ONEMOCNĚNÍM S GRAVES - BASEDOWOVOU TYREOTOXIKÓZOU.....	18
3.1 Ošetřování nemocných.....	18
3.1.1 Sledování nemocných.....	18
3.2 Možné ošetřovatelské diagnózy dle „Kapesního průvodce zdravotní sestry“	18
4 POSOUZENÍ STAVU PACIENTA.....	20
4.1 Identifikační údaje.....	20
4.2 Výtah z lékařské dokumentace.....	20
4.2.1 Lékařská anamnéza	20
4.2.2 Závěr při příjmu	21
4.3 Terapie.....	21
4.3.1 Chirurgická léčba	21
4.3.2 Konzervativní léčba	21
4.3.3 Fyzikální vyšetření sestrou	21
4.4 Posouzení stavu pacienta dle M. Gordon „Functional Health Patterns“	23
4.4.1 Podpora zdraví.....	23
4.4.2 Výživa.....	23
4.4.3 Vylučování	23
4.4.4 Aktivita - odpočinek.....	24
4.4.5 Vnímání - poznávání.....	24

4.4.6 Vnímání sebe sama.....	24
4.4.7 Vztahy.....	25
4.4.8 Sexualita	25
4.4.9 Zvládání zátěže-odolnost vůči stresu	25
4. 4. 10 Životní princip.....	25
4. 4. 11 Bezpečnost – ochrana.....	25
4. 4. 12 Komfort.....	25
4. 4. 13 Růst/vývoj.....	26
5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	27
5.1 Seznam ošetřovatelských diagnóz dle „Kapesního průvodce zdravotní sestry“	27
5.2 Plán ošetřovatelské péče.....	28
6. EDUKACE PACIENTA	35
6.1 Edukační list – záznam o edukaci	36
6.2 Edukační záznam – realizace	36
6.2.1 Téma edukace – Změny po totální tyreotomii	36
6.2.2 Zdravý životní styl, výživa a vyprazdňování	37
6.3 Edukační plán	37
6.3.1 Cíl edukačního plánu	37
6.3.2 Význam	37
6.3.4 Postup při zaškolování pacienta	38
6.3.5 Kontrolní otázky pro pacienta:	38
7 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	39
8 PROGNÓZA	40
9 ZÁVĚR	41
10 SEZNAM LITERATURY	42
11 Seznam zkratk.....	44
12 Přílohy.....	46

1 ÚVOD

Onemocnění Graves-Basedowou tyreotoxikózou jsem si vybrala, protože se zajímám o endokrinologickou problematiku již řadu let. Sama jsem tímto onemocněním prošla a díky tomu vím, jaká úskalí na pacienta čekají.

„Graves-Basedowa tyreotoxikóza je nejčastější projev hyperfunkce štítné žlázy, vyskytuje se ve všech věkových skupinách, s převahou osob mladšího a středního věku a to hlavně u žen v poměru 4-6 : 1. Je prototypem tyreotoxikózy pro nemocné i většinu lékařů.“
(Zamrazil, Holub, Kasalický, *Endokrinologie*, 2003, str. 46)

Na onemocnění štítné žlázy se nejdřív zaměřuji obecně a pak se soustředím na hyperfunkci štítné žlázy. Pokračuji ošetrovatelským procesem a důraz kladu na komunikaci s pacientem, na edukaci o onemocnění, stavech provázející rekonvalescenci a správnou životosprávu s tímto onemocněním.

Cílem práce je navrhnout a realizovat plán individuální ošetrovatelské péče o pacienta po totální strumektomii. Důraz kladu na holistický přístup a využití modelu Marjory Gordon a metody ošetrovatelského procesu. Úkolem práce je zmapování specifické ošetrovatelské péče o pacientku s Graves-Basedowou tyreotoxikózou po totální strumektomii a osvětlení náročnosti problematiky.

Nejdůležitější částí mé bakalářské práce je ošetrovatelská péče zaměřená na komunikaci a edukaci pacienta.

Doufám, že práce bude přínosná pro zdravotní sestry v ošetrovatelské praxi. Cílem naší péče by mělo být poskytnutí odborné ošetrovatelské péče založené na znalostech o daném onemocnění.

2 KLINICKÁ CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

2.1 Definice, charakteristika

Hypertyreóza (tyreotoxikóza, zvýšená činnost štítné žlázy)

Štítná žláza – glandula thyreoidea

Anatomie

Štítná žláza je tvořena dvěma laloky, lobus dexter a lobus sinister, uprostřed spojený příčným můstkem zvaným isthmus glandulae thyroideae. Z istmu směřuje velmi často třetí, variabilní lalok, který sleduje dráhu sestupu, lobus pyramidalis. Laloky štítné žlázy leží podél průdušnice a hrtanu a dozadu dosahují až k jícnu. Zezadu jsou do obou laloků zanořené příštítná tělíska. Prakticky důležitý je kontakt mediálního okraje s n. laryngeus recurrens. Velikost a hmotnost štítné žlázy jsou variabilní.

Parenchym štítné žlázy je tvořen lalůčky – lobuly, které se dále dělí na váčky – folikuly. Folikuly jsou tvořeny jednou řadou buněk, jež do nitra váčku produkují tekutinu, koloid obsahující thyroglobulin. Při folikulech, i přímo v jejich stěně, se nacházejí parafolikulární buňky. (Grim, Druga, *Základy anatomie*, 2005, str. 158, 159)

Obrázek 1, str. 46

Funkce

Hlavními hormony štítné žlázy jsou **trijodthyronin a tetrajodthyronin** (thyroxin), nacházejí se jako součást thyroglobulinu v koloidu. Při zvýšených nárocích dochází k endocytóze koloidu buňkami folikulů, ke štěpení thyroglobulinu, uvolnění hormonů a následnému vstřebávání do krve. Oba hormony významně stimulují metabolismus.

Kromě těchto hormonů produkují parafolikulární buňky **kalcitonin**. Tento hormon inhibuje osteoklastickou resorpci kostí a podporuje ukládání vápníku do skeletu. (Grim, Druga, *Základy anatomie*, 2005)

2.2 Etiologie, patofyziologie

Tyreotoxikóza patří k nejznámějším onemocněním štítné žlázy – sekrece orgánů neodpovídá aktuálním potřebám organismu. Nepřiměřeně zvýšená sekrece thyroxinu a trijodtyroninu vyvolává chorobný stav, který se charakterizuje klinickým a laboratorním nálezem. Onemocnění postihuje organismus jako celek. V mládí převládá metabolická a nervová symptomatologie (nervozita, neklid, hubnutí), ve vyšším věku symptomatologie oběhová (poruchy srdečního rytmu, oběhová dekompenzace).

Klasifikace:

A) Centrální formy (hypotalamo-hypofyzární)

K poruše hypotalamo-hypofyzárního systému dochází jak zánětlivými procesy, tak expanzí, nejčastěji primárními nádory centrálního nervového systému. Časté jsou i traumatické vlivy (úrazy hlavy při dopravních nehodách). K poruše adenohipofýzy může dojít i druhotným poškozením při lézi hypotalamu

B) Periferní formy

1. Tyreotoxikóza Gravesova-Basedowova typu
2. Tyreotoxikóza při tyreoidální autonomii
 - Independentní (toxický) adenom
 - Víceložisková autonomie v polynodózní
3. Tyreotoxikóza při destrukci tyreoidální tkáně
 - Autoimunitně podmíněná silentií a poporodní tyreoiditida
 - Hyperfunkční fáze subakutní tyreoiditidy
 - Rozpad tkáně štítné žlázy po podání radiojodu, eventuálně po ozáření
4. Tyreotoxikóza při výrazném zmnožení funkčně aktivní tkáně
 - Vyskytuje se při hmotných metastázách karcinomu štítné žlázy (zejména do skeletu)
5. Tyreotoxikóza při zvýšené funkci ektopické tkáně
 - Patří sem vzácná struma ovarii, kdy hyperfunkční symptomatologii vyvolává zvýšená činnost ektopické tkáně.
6. Tyreotoxická krize

Vystupňování tyreotoxikózy jakéhokoliv typu je pro život ohrožující stav. Vzniká při působení různých stresových vlivů u vysoce floridní tyreotoxikózy. Mechanismus není bezpečně objasněn, zřejmě dochází k selhání kompenzačních mechanismů. (Zamrazil, Holub, Kasalický, *Endokrinologie*, 2003)

Tyreotoxikóza Gravesova-Basedowova typu (prototyp tyreotoxikózy)

2.3 Klinický obraz

Neklid, překotnost, teplota, jemná, opocená kůže, prořidnutí kštice. Nález na krku není charakteristický.

Subjektivně: Nervozita, neklid, nespavost, termofobie, pocení a bušení srdce, časté stolice, pokles tělesné hmotnosti při nadměrné chuti k jídlu, tlak na krku, pálení a slzení očí, tlak v očích, rozmazané vidění.

Oční nález: Od zvýšeného lesku a retrakce víček až po výrazný exoftalmus, poruchy hybnosti bulbů s následnou diplopií.

Oběhově: Tachykardie, zvýšený systolicko-diastolický rozdíl TK, sklon k arytmiím, hlavně k fibrilaci síní.

Sonografie: Zvětšená štítná žláza s výraznou hypoechogenitou (celkovou nebo ložiskovou) a se zvýšeným krevním průtokem při dopplerovském vyšetření.

Laboratoř: Snížení lipidogramu, glykémie nalačno bývá lehce zvýšená, po jídle prudce stoupá a rychle klesá.

Snížení TSH, zvýšená hodnota FT4, zvýšená hladina protilátek proti TSH receptoru – u nás vyšetřovaná jako TRAK – hodnota nad 9IU/l je patologická, u aktivní endokrinní orbitopatie dosahuje titr protilátek několika stovek IU/l.

Pro diagnostiku orbitopatie je velmi cenné sonografické vyšetření orbit – typické je rozšíření okohybných svalů se změnami jejich echogenity.

Trvání reflexu Achillovy šlachy bývá zkrácené, ale je pro diagnostiku poměrně málo citlivý. I když při technicky kvalitním vyšetření je pro tyreotoxikózu specifický. (Zamrazil, Holub, Kasalický, *Endokrinologie*, 2003)

Obrázek 2, str. 47

2.4 Průběh, formy, komplikace, prognóza

Onemocnění má výraznou genetickou složku, přesný mechanismus přenosu není znám. (onemocnění postihuje častěji ženy (5-6:1). K nejčastějším subjektivním potížím patří nervozita, neklid, nespavost, termofobie, pocení a bušení srdce. Nemocní udávají časté stolice, pokles tělesné hmotnosti při nadměrné chuti k jídlu, často slzení, pálení očí a tlak za očima. Při orbitopatii, v pokročilejších fázích poruchy vidění, diplopie.

Jedno z úskalí onemocnění štítné žlázy je těhotenství. Je jasné, že nejlepší by bylo zvládnout tyreotoxikózu před koncepcí. Nejdůležitější je zklidnit tyreotoxikózu běžným způsobem, tj. podáváním tyreostatik. V prvních dvou trimestrech je placenta pro tento typ léků málo prostupná. Cílem je dosáhnout zklidnění metabolické aktivity do konce druhého trimestru. Pak je nutno zvážit, zda budeme postupovat v konzervativním postupu do porodu, nebo indikujeme totální tyreotomii. Rozhodujeme se podle dávky tyreostatik, podle lokálního nálezu a podle aktivity autoimunního procesu. Při farmakoterapii je vysoké riziko exacerbace tyreotoxikózy po porodu. Možnost kojení při konzervativní léčbě se diskutuje. Operace mezi druhým a třetím trimestrem není spojena s rizikem ohrožení gravidity, a to ani při vzniku hypothyreózy a hypoparathyreózy. Kojení je při podávání hormonů štítné žlázy dobře možné.

Další nepříjemná komplikace objevující se při Graves-Basedowova typu tyreotoxikózy je endokrinní orbitopatie. Klinicky se projevuje subjektivními očními potížemi (slzení, pálení, tlak za očima, dvojité nebo rozmazané vidění). V objektivním nálezu je protruze bulbů a poruchy jejich hybnosti z poškození oko-hybných svalů. Na sonu orbity vidíme rozšíření oko-hybných svalů a změny jejich denzity. Bývá vysoký titr protilátek proti TSH (TRAK). Nejdůležitější je upravit činnost štítné žlázy, autoimunní proces ovlivňujeme kortikoidy a někdy je nutná dekomprese orbity. Nejdůležitější je odstranění štítné žlázy jako antigenu, který vyvolává a udržuje autoimunní proces.

Tyreotoxická krize je vystupňování onemocnění do stavu ohrožující život. Vzniká často při působení různých stresových stavů u vysoce floridní tyreotoxikózy. Stav vzniká selháním kompenzačních mechanismů. Projevuje se vystupňováním obvyklých příznaků až agitovanosti, těžké adynamie, horečky, pocení, průjem, extrémní tachykardie. Hladiny hormonů jsou extrémně zvýšené. Léčba se provádí na metabolických jednotkách. Zahrnuje úpravu změn vnitřního prostředí, zajištění vitálních funkcí.

Betablokátoři, vysoké dávky tyreostatik, jód proti hromadění tyreostatik ve štítné žláze, glukokortikoidy – to je léčba tyreotoxické krize. Prognóza je nejistá, mortalita se uvádí

podle závažnosti přidružených onemocnění a věku mezi 5 – 20%. (Zamrazil, Holub, Kasalický, *Endokrinologie*, 2003)

2.5 Diagnostika

Stanovení diagnózy u endokrinních onemocnění:

Podrobná anamnéza

1. Rodinná anamnéza – častý rodinný výskyt běžných endokrinopatií, obvykle autoimunně podmíněných.
2. Osobní anamnéza se zaměřuje hlavně na autoimunitně podmíněné choroby, alergické reakce, metabolické choroby včetně diabetu, podávání léků.

Při rozvinuté poruše endokrinního systému dochází k souboru příznaků, které směřují k dané poruše, ale je pravda, že neexistuje žádný izolovaný příznak, který by byl typický, a v úvahu se bere jejich základní kombinace.

Tabulka 1. str. 49

Další vyšetřovací metody

1. Posouzení funkce postižené endokrinní žlázy
 2. Posouzení vztahu žlázy k okolí
 3. Posouzení etiopatogenetické povahy onemocnění
1. Posouzení funkce – stanovení hladiny hormonů v biologických tekutinách – hlavně v séru a plazmě. Ovšem bez přihlídnutí ke klinickému obrazu mohou být hladiny hormonů zavádějící, např. při syndromu rezistence na určitý hormon. Jeho hodnoty v séru jsou zvýšené, ale periferní tkáň trpí nedostatkem.
2. Změněný endokrinní orgán může nemocného ohrožovat lokálními změnami (velká struma může vést k dušnosti až dušení nebo adenom hypofýzy může vést svým lokálním růstem k porušení optických drah s následnou slepotou a k závažným změnám v činnosti CNS při intrakraniálním růstu.

Metody k posouzení:

a. Sonografické vyšetření – štítná žláza, příštítná tělíska, gonády a pak lokální nález nadledvin a méně spolehlivě u pankreatu.

b. Zobrazovací metody – RTG, CT, MR – lokální nález nadledvin, tumor pankreatu. MR je nejpřesnější při změnách adenohypofýzy.

c. Radionuklidové metody – scintigrafie štítné žlázy, vyšetření radiojodem v tyreoidální onkologii, MIBG k diagnostice nádorů chromafinní tkáně a APUD systému a MIBI v tyreoidální onkologii.

d. Posouzení lokálního nálezu provádíme při ORL vyšetřeních (tyreopatie), vyšetření očního pozadí a perimetru, specializovaná neurologická vyšetření a další dle lokalizace.

3. Etiopatologie - zásadní je potvrzení nebo vyloučení malignity – morfologicky a citologicky. Základní metoda – biopsie – získávání vzorků tenkou jehlou (FNAB – Fine Needle Aspiration Biopsy). K průkazu autoimunních chorob slouží stanovení protilátek.

(Zamrazil Holub, Kasalický, *Endokrinologie*, 2003)

Tabulka 2, str. 50

2. 6 Terapie

Dělí se na dvě etapy:

- iniciální zklidnění tyreotoxikózy
- definitivní řešení

Iniciální zklidnění je utlumení funkce štítné žlázy podáváním tyreostatik. Není to definitivní řešení, i když se může stát, že tyreostatika ovlivní i imunitní systém.

Tyreostatika jsou léky, které blokují tvorbu tyreoidálních hormonů. Rozdělujeme je na dvě skupiny – imidazolová (Carbimazol, Thyrozol) a thiouracilová (Propicil).

Vzhledem k palpitacím a tachykardii podáváme často beta-blokátory. Pokud je výrazný neklid a nespavost můžeme pacientovi prospět malou dávkou Diazepamu.

2.6.1 Chirurgická léčba

Operace štítné žlázy mají zanedbatelnou úmrtnost a závažné komplikace – porušení rekurentu, hypoparatyreóza se vyskytují u 1% operovaných. U autoimunních tyreotoxikóz se většinou přikláníme k radikálnímu výkonu – indikujeme totální tyreotomii.

2.6.2 Konzervativní léčba

Dosažení remise dlouhodobým podáváním tyreostatik. Při tomto postupu se postupně snižují dávky tyreostatik a přidávají se hormony štítné žlázy k ovlivnění autoimunního procesu. Stále sledujeme aktivitu titrem protilátek proti TSH receptorům a změny prokrvení štítné žlázy při sonografii. K léčbě se hodí mladší nemocní s malou štítnou žlázou a bez orbitopatie. U těchto osob se udává naděje na dlouhodobou remisi až u 40% léčených.

Léčba radiojodem je často používána v západní Evropě i v USA. Je finančně méně nákladná a díky měkčím radiohygienickým předpisům v jiných zemích se léčba může provádět i ambulantně. U nás aplikace radiojodu vyžaduje dlouhodobou hospitalizaci na řádně vybavených pracovištích. U léčby radiojodem nedochází k lokálním komplikacím. Po provedení léčby se těhotenství zakazuje na 2 – 3 roky, u mužů povolujeme za 6 – 12 měsíců. Nevýhody jsou dlouhá hospitalizace a pomalejší nástup účinku. (Zamrazil, Holub, Kasalický, *Endokrinologie*, 2003)

Obrázek 3, str. 48

Tabulka 3, str. 51

Tabulka 4, str. 51

Dietoterapie

Pacienti po léčbě tyreotoxikózy mají zvýšené chutenství – je to jeden z projevů jejich onemocnění. I po radikálním řešení trvá dlouhou dobu, než si pacient zvykne, že jeho metabolismus již nemá tu rychlost. Při léčbě se dostává pacient až k lehké hypotyreóze a proto je nutná edukace o správné výživě a nastolení životosprávy. Jinak rychle dochází ke zvyšování hmotnosti. Doporučujeme výživu bohatou na bílkovinu, vápník a vitamíny s omezením tuků a cukrů.

Pohybový režim

Pohyb a aktivní způsob života je u pacienta s tyreotoxikózou důležitý. Na počátku léčby je důležité zklidnění. Pravidelný režim s dostatkem spánku. Po chirurgickém zákroku je nutná několikátýdenní rekonvalescence a pak pravidelný denní režim s aktivní složkou. Pro dlouhodobě přetrvávající palpitace doporučujeme pohybové aktivity menší náročnosti – typu jóga, pilates, ballantes. Ty pomůžou i k celkovému zklidnění a vyrovnání se s pooperačním stavem. Zvlášť po totální tyreotomii s plnou medikací tyreoidními hormony.

Psychoterapie

U pacientů s postižením žláz s vnitřní sekrecí může často pozorovat velké výkyvy nálad s možností až depresivních stavů. U tyreotoxikózy pozorujeme na začátku léčby velmi prudké reakce a změny v náladě – k pláči či smíchu není nikdy daleko. Po totálním řešení nastává období zklidnění a někdy až letargie, které je způsobené lehkou pooperační hypofunkcí. Pacient je spavý, má pocity chladu a rychle se unaví. Je třeba ho připravit na změny, které ho čekají. Vyrovnání s kompletní medikací nastává po několika měsících. Psychoterapeutický přístup by měl začít již při první návštěvě endokrinologa. Pacientovi je třeba vysvětlit změny v jeho chování a prožívání. V počátečních stádiích můžeme pacienta zklidnit malou dávkou anxiolitika.

2.6.3 Prognóza

U všech nemocí platí stejné – „*nejsou nevléčitelné nemoci, ale jejich stádia*“ (První přednáška profesora Klenera – úvod do onkologie). Při včasné diagnóze a správné léčbě na erudovaném endokrinologickém oddělení je prognóza vynikající. Při chirurgickém řešení dochází k pooperačním komplikacím u 1% nemocných a mortalita je zanedbatelná. Hormony štítné žlázy umíme plně nahradit. A pokud by došlo k porušení nebo odstranění příštítných tělísek, tak i zde je vynikající možnost medikace. Pacient se musí smířit a doživotním užíváním hormonálních léků, ale při pečlivém užívání se mu rychle vrací plná forma a pocit úplného zdraví.

3 OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S ONEMOCNĚNÍM S GRAVES - BASEDOWOVOU TYREOTOXIKÓZOU

3.1 Ošetřování nemocných

Pacienti s diagnózou tyreotoxikóza Gravesova-Basedowova typu mohou být hospitalizováni na řadě oddělení, dle léčebného postupu – buď konzervativní – pomocí radioaktivního jodu nebo hospitalizace probíhá na specializovaných pracovištích izotopových. Při chirurgickém řešení probíhá hospitalizace v prvních pooperačních dnech na JIP chirurgie nebo ORL.

3.1.1 Sledování nemocných

Pacienti po thyreotomii – subtotální i totální jsou po operaci sledováni první 3 dny na jednotce intenzivní péče. Sledují se základní funkce, hladina Ca v krvi. Pacient je po náročné, někdy mnoho hodin trvající operaci.

Při kontrole pacienta po thyreotomii kontrolujeme: TK, P, dech, TT, schopnost a kvalitu mluvení, reakce na sníženou hladinu vápníku – tzv. chvostek – to je reakce úst na poklep tváře a syndrom porodnické ruky – při zaškrcení paže dochází ke stažení palce do dlaně – při nízké hladině Ca.

Pacienta musíme důkladně poučit o možnosti poklesu hladiny Ca v krvi – poločas rozpadu hormonu příštítných tělísek je 12 dnů a proto k prudkému poklesu by došlo až po propuštění.

3.2 Možné ošetřovatelské diagnózy dle „Kapesního průvodce zdravotní sestry“

1. Průchodnost dýchacích cest zhoršená, riziko vzniku: v souvislosti s hematomem a edémem s tracheální obstrukcí a laryngálními spazmy.
2. Komunikace verbální porušená: související s edémem, bolestí nebo poraněním hlasivek nebo laryngálního nervu a projeví se poruchou artikulace, nemožností mluvit a používáním neverbálních prostředků.

3. Poranění, riziko tetanie: z důvodů chemické disbalance a nadměrnou stimulací centrálního nervového systému.

4. Trauma, zvýšené riziko poranění hlavy a krku: související s poruchou koordinace a podpůrné funkce svalů a poloha operační rány.

5. Bolest akutní: z důvodů chirurgické incize a pooperačním edémem, projevující se stížnostmi, antalgickým držením, rozrušením, zaměřením na vlastní osobu a vegetativními reakcemi.

6. Úzkost (s upřesněním hladiny): na fyziologickém základě v souvislosti se stimulací centrálního nervového systému (zvýšený metabolismus a pseudokatecholaminový efekt hormonů štítné žlázy) projevující se depresivitou, třesem, ztrátou kontroly, panikou, kognitivními změnami, deformací podnětů ze zevního prostředí, bezděčnými pohyby, neklidem a třesem.

7. Neznalost (potřeba poučení) stavu, léčby a případných komplikací: související s nedostatkem informací, nevybavením si potřebných informací nebo chybnou interpretací. Projevující se obavami, otázkami, mylnými představami a nepřesným plněním úkolů.

4 POSOUZENÍ STAVU PACIENTA

4.1 Identifikační údaje

Pacientka M. T. narozená 13. 6. 1964 (45 let), pojišťovna 207, přijata na kliniku ORL k totální tyreotomii před 2 dny. Nyní na JIP 24 hod po zákroku.

Pacientku jsem ošetřovala od 18. listopadu 2008 do 21 listopadu 2008. Plán individuální ošetrovatelské péče je platný od 18 do 21 listopadu 2008.

4.2 Výtah z lékařské dokumentace

Hlava mezocefalická, bez patologického nálezu, sliznice dutiny ústní a jazyka růžová. Na krku čerstvá jizva po totální tyreotomii se sáním – jizva klidná. Řeč zastřená – chrapot. Hrudník souměrný, poslechově bez patologického nálezu, dýchání sklípkové, čisté. Ozvy srdeční dvě, ohraničené. Akce pravidelná. P 86, TK 105/70. Břicho měkké, prohmatné, v úrovni. Játra, slezina nezvětšená. Peristaltika přiměřená. Končetiny bez otoků, kůže čistá, bez eflorescencí. Plně orientovaná. Intravenózní kanyla na levém zápěstí bez zarudnutí. Plně orientovaná.

4.2.1 Lékařská anamnéza

RA – otec 82 let, po CMP, uzávěr pravé karotidy, matka 76 let, ICHS, je po operaci benigního nádoru sluchového nervu. Setra 1, 50 let zdráva. Děti 12 a 17 let, zdraví.

OA – v dětství běžné dětské nemoci, ve 22 letech tonsilektomie. Od září minulého roku ve sledování endokrinologického ústavu pro tyreotoxikózu Graves-Basedowova typu.

FA - Propicil (antihormony) (do přijetí)

Concor cor 2,5 mg 1-0-0

Diazepam 5 mg 0-1/2-1

AA – alergie na ATB PNC typu

NO – při přijetí: hlava, krk břicho bez patologického nálezu, turgor kožní v normě, sliznice růžové, končetiny bez patologického nálezu. Na krku hmatná malá tuhá struma. Polykací potíže nemá.

4.2.2 Závěr při příjmu

Pacientka schopná výkonu v celkové anestezii KO, bioch, FW, moč + sed, koagulace v normě, internista nemá námitek, EKG bez patologického nálezu, kompenzovaná.

4.3 Terapie

4.3.1 Chirurgická léčba

Provedena totální tyreotomie, v klidné celkové anestezii. Výkon bez komplikací. 2,15 min. Pacientka vzbuzena na sále. Komunikuje. Lehký chrapot.

4.3.2 Konzervativní léčba

Farmakoterapie

24 hod po totální tyreotomii, zatím bez hormonální léčby – bude nasazena po výsledcích histologie

Dietoterapie

Strava kašovitá 3 racionální

Pohybový režim

Relativní klid na lůžku, upozorněná na opatrnost při pohybu – i. v. kanyla a sání z rány. S dopomocí by odpoledne mohla do sprchy.

4.3.3 Fyzikální vyšetření sestrou

Vyšetření celkového stavu

- Pacientka plně při vědomí, plně orientovaná místem, časem, osobou
- Dýchání čisté, sklípkové
- Chrapot při řeči jako následek intubace
- Klid na lůžku, poloha aktivní
- Tremor 0
- Normostenická
- Vlasy světlé, řasy a obočí v normě, nehty lámavé
- Kůže suchá, bledá

- Výživa kašovitá
- Výraz tváře fyziologický
- Čítí v normě
- Puls 82/min, pravidelný, dobře hmatný
- Tlak krevní 105/70
- Tělesná teplota 36,0

Vyšetření hlavy a krku

- Normocefalie, nebolestivá, oční bulby pohyblivé, spojivky růžové, skléry bílé, zornice izokorické. Uši a nos bez sekrece, rty růžové, jazyk plazí ve střední čáře – bolest v krku při polykání a mluvení. Sliznice dutiny ústní růžové, zuby v normě.
- Na krku čerstvá jizva po totální tyreotomii se sáním, sterilní krytí, hematom nepřítomen. Karotidy tepou symetricky. Lymfatické ani příušní žlázy nezvětšeny.

Vyšetření hrudníku

- Hrudník symetrický, eupnoe, 20/min., poslechově bez patologie, srdeční akce pravidelná a klidná, poslechově bez vedlejších zvukových fenoménů. Prsy bez rezistence, bolestivosti a sekrece. Kůže v normě.

Vyšetření břicha

- Břicho souměrné, bez rezistence, poklep bubínkový, peristaltika přiměřená, pohmat nebolestivý, zevní genitál nevyšetřen.

Vyšetření končetin

- Kůže bledá, čistá, chladná, suchá, v normě. Pulsace na arteriích dolních končetin hmatná. Bez otoků a varixů. Omezená pohyblivost v oblasti krční a hrudní páteře – pooperační stav.

4.4 Posouzení stavu pacienta dle M. Gordon „Functional Health Patterns“

4.4.1 Podpora zdraví

Nikdy se necítila vážněji nemocná, prodělala běžné dětské nemoci, absolvuje pravidelné gynekologické a stomatologické prohlídky. Nachlazení tak 2x ročně. Před dvěma lety si začala uvědomovat zvýšenou podrážděnost, hůře spala, často se rozčilovala a nevěděla proč – přikládala to přepracování. Občas bušení srdce a zvýšené pocení, bylo jí často horko, hůře snášela pobyt na slunci. Po roce se přidalo zhoršené a lehce zdvojené vidění. Kamarádka jí doporučila na vyšetření štítné žlázy. V endokrinologickém ústavu po odběrech stanovená diagnóza tyreotoxikóza Graves-Basedowova typu. Po zklidnění doporučená totální tyreotomie. Pacientka během 4 měsíců pociťovala velkou změnu, byla spavá, snadno prochladla – hlavně při únavě, hodně se zklidnila. S operací souhlasila. Po operaci pociťuje bolest v oblasti krku a šíjových svalů, bolestivost při posazování. Bolí jí v krku při polykání a chraptí. Nekouří, alkohol pouze příležitostně.

Ošetrovatelský problém – bolest akutní, střední (dle skóre 2, stupnice 1-5) Doména 12: komfort.

4.4.2 Výživa

Stav výživy přiměřený, váha v poslední době stoupá i s omezením příjmu potravin – lehká hypothyreóza před výkonem, příjem před operací 4x d s lehkým omezením tuků a cukrů ve stravě, nyní dieta kašovitá. Denně vypije 2l tekutin, má k dispozici dostatek tekutin, pocit sucha v ústech nemá, oblíbené nápoje minerálka, čaj. Bolest při polykání jí nebrání v příjmu tekutin ani stravy.

BMI 24,0

Ošetrovatelský problém – možné riziko nadměrné výživy. Doména 2: výživa.

4.4.3 Vylučování

Doma mikce i defekace bez problémů. Na začátku léčby spíše kašovitě časté stolice. Mikce i na míse bez problémů. Vyprazdňování stolice na míse problém, po zákroku ještě nebyla, před výkonem stolice 1x za dva dny, spíše po ránu, preparáty neužívá.

Ošetrovatelský problém – možné riziko zácpy. Doména 3: vylučování a výměna.

4.4.4 Aktivita - odpočinek

Celkem pravidelně sportovala, jen v poslední době se cítila unavenější. Věnuje se józe a pilates. V zimě běžky. Celá rodina je velmi sportovní. Po výkonu je soběstačná, jen prvních 24 hodin klid na lůžku – po zrušení sání může vstávat, těší se do sprchy a na zrušení intravenózní kanyly. Při sedání jí bolí krk, ramena a záda.

Doma spí 6 – 8 hodin. Má problém s usínáním, cítí se velmi unavená. Léky na spaní neužívá. Budí jí ruch na JIP, těší se na běžný pokoj.

Ošetřovatelský problém – časté probouzení v noci a únava. Doména 4. Aktivita – odpočinek.

Ošetřovatelský problém – kožní integrita porušená Doména 11. Bezpečnost-ochrana

Ošetřovatelský problém – bolest akutní, střední (dle skóre 2) Doména 12: komfort.

4.4.5 Vnímání - poznávání

Po operaci se cítí klidná, doufá, že je problém vyřešen. Má obavu z dlouhé rekonvalescence a z užívání hormonů štítné žlázy – stanovení dávky. Chtěla by mít více informací o své nemoci a jak si přivyknout na změny spojené s výkonem. Potíže se sluchem a zrakem neudává, má s sebou brýle nablízko. Vadí jí nemocniční odér. Zatím přetrvává chrapot. V komunikaci s personálem jí ale nepřekáží.

Ošetřovatelský problém – nedostatek informací o nemoci. Doména 5: vnímání – poznávání.

4.4.6 Vnímání sebe sama

Sebe sama hodnotí jako komunikativního, přímého člověka, nemá problém s navazováním kontaktu. Při rozhovoru spolupracuje, je velmi sdílná. Stýská se jí po rodině a řeší jejich „přežití“ doma bez ní. V zaměstnání se považuje za úspěšnou a snaží se zdokonalovat, studuje angličtinu.

Ošetřovatelský problém nenalezen.

4.4.7 Vztahy

Bydlí v činžovním domě na Vinohradech s manželem, 12letou dcerou a 17letým synem. Cítí velké rodinné zázemí. Celá rodina i rodiče jí v nemocnici navštěvují a telefonují si i několikrát denně. Zaměstnání jí uspokojuje.

Ošetrovatelský problém nenalezen.

4.4.8 Sexualita

Problémy s menstruací nemá, pravidelná, 30denní cyklus. Těhotenství dvě, chtěné, fyziologické, porody v termínu záhlavím. K sexu má pozitivní vztah, hovoří o něm otevřeně – nejlepší relaxace. Heterosexuální, monogamická.

Ošetrovatelský problém nenalezen.

4.4.9 Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu

Někdy si připadala hodně pod tlakem – tak se jí vlastně nejlépe pracuje. Před léčbou občas velmi výbušná. Po několika měsících léčby pocítovala ona i rodina zklidnění. Má ráda víkendy v přírodě a to jí pomáhá od stresu.

Ošetrovatelský problém nenalezen.

4.4.10 Životní princip

Je nevěřící „skoro“. Pokud víru, tak v dobro. Preferuje dobré rodinné vztahy a sebeuspokojení v práci. 1 rodina, 2 zdraví, 3 práce, 4 záliby.

Ošetrovatelský problém nenalezen.

4. 4.11 Bezpečnost – ochrana

Pacientka je 24 hodin po totální strumektomii, má zavedené sání z operační rány a intravenózní kanylu. K sání i ke kanyle se chová s „úctou“.

Ošetrovatelský problém - kožní integrita porušená Doména 11: bezpečnost-ochrana.

4. 4.12 Komfort

Pacientka se těší na běžný pokoj. Na jednotce intenzivní péče nemá dost soukromí na vyprázdnění, hygienu, spánek. Stěžuje si na bolesti v oblasti operačního pole a krční páteře. Těší se na návštěvy. Má výbornou komunikaci s rodinou a jsou pro ni velkou podporou.

Ošetrovatelský problém – bolest akutní, střední (dle skóre 2) Doména 12: komfort.

4. 4.13 Růst/vývoj

Pacientka se těší na propuštění a je rozhodnutá se rychle vrátit do běžného životního „kolotoče“.

Ošetrovatelský problém nenalezen.

5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Z důvodů rozvoje ošetrovatelství a stále nových postupů přicházejících do praxe uvádím ošetrovatelské diagnózy s využitím kapesního průvodce z roku 2001. Dále uvádím ošetrovatelské diagnózy s numerickými kódy dle Nanda taxonomie II. Ošetrovatelské diagnózy jsem sestavila na základě rozhovoru s pacientkou, která určila řazení ošetrovatelských diagnóz.

5.1 Seznam ošetrovatelských diagnóz dle „Kapesního průvodce zdravotní sestry“

- 00132 Akutní bolest sliznice krku, zevní přední části krku a šíje v důsledku intubace, operační rány a ztuhlosti svalů krku projevující se ztíženým polykáním, omezením pohybů hlavy a slovním upozorňováním pacientky na bolest.
- 00095 Porušený spánek z důvodu rušného nemocničního prostředí projevující se častým probouzením v průběhu noci a pocitem únavy.
- 00126 Deficitní znalost v oblasti onemocnění, léčebného režimu a životního stylu z důvodu nově diagnostikovaného onemocnění projevující se častým dotazováním pacientky
- 00046 Porušená kožní integrita v oblasti přední strany krku z důvodu operačního zákroku projevující se operační ránou a zvýšenou citlivostí na dotyk.
- 00004 Riziko infekce z důvodu zavedeného drénu a i. v. kanyly.
- 00015 Riziko zácpy z důvodu snížené pohybové aktivity.
- 00003 Riziko nadměrné výživy z důvodu sníženého metabolismu a nedostatečné pohybové aktivity.

5.2 Plán ošetrovatelské péče

1. 00132 Akutní bolest sliznice krku, zevní přední části krku a šije v důsledku intubace, operační rány a ztuhlosti svalů krku projevující se ztíženým polykáním, omezením pohybů hlavy a slovním upozorňováním pacientky na bolest

Cíl: Pacientka je bez bolesti do tří dnů.

Výsledná kritéria:

- Pacientka si pravidelně sleduje intenzitu bolesti na měřicí škále do 0 - 5 hod.
- Pacientka zná a umí používat techniky vedoucí ke snížení bolesti do 1 hod.
- Pacientka udává zmírnění bolesti do 2 hod.

Priorita: střední

- Vezmu v úvahu lokalizaci chirurgického výkonu i polohu při výkonu samotném. Posoudím vnímavost pacientky a akceptuji její líčení i její posouzení na škále bolesti. Sleduji neverbální projevy. Důkladně posoudím lokalizaci, charakter, nástup a zhoršující faktory bolesti ihned.
- Podám analgetika dle ordinace lékaře ihned a budu průběžně sledovat jejich účinnost. Pomohu jí upravit dávku léků dle jeho potřeby. Zajistím naordinované ORL konzilium.
- Usnadním pacientce možnost změny polohy pomůckou – hrazdičkou. Upravím podložení hlavy ihned.
- Poučím pacientku o jejím zdravotním stavu, stanovené diagnóze a domluvím rehabilitačního pracovníka.
- Postarám se o klidné prostředí a uklidňující činnost do 2 hod.

Realizace

- Po posouzení stavu jsem podala analgetika, sledovala vývoj bolesti a účinnost analgetik.
- Zajistila jsem ORL konzilium.

- Připevnila jsem hrazdičku a zlepšila pohodlí pacientky zvýšením lůžka v oblasti hlavy polštářem a polohováním lůžka. Doporučila jsem přidržení hlavy při pohybu.
- Postarala jsem se o klidné prostředí a uklidňující činnost.

Vyhodnocení:

Pacientka cítí úlevu v oblasti šíje, při polykání stále přetrvává bolest.

2. 00095 Porušený spánek z důvodu rušného nemocničního prostředí projevující se častým probouzením v průběhu noci a pocitem únavy

Cíl: Pacientka má fyziologický spánek dle svých zvyklostí do 3 dnů.

Výsledná kritéria:

- Pacientka zná důvody a akceptuje změnu prostředí do 30min.
- Pacientka zvládá rušivé vlivy prostředí v maximální možné míře do 24 hod
- Pacientka pociťuje zvýšení energie do 48 hod
- Pacientka vykonává běžné každodenní činnosti a účastní se žádoucích aktivit v míře, která je možná do 7 dnů

Priorita: střední

Intervence:

- Posoudím psychologické a osobní faktory, které mohou mít vliv na hlášení míry únavy pacientky, a zhodnotím emoční význam únavy. Budu akceptovat opravdovost pacientových stížností do 2 hodin
- Naplánuji péči tak, aby měla pacientka čas k nerušenému odpočinku do 2 hodin.
- Prodiskutuji s pacientkou zvyklosti s cílem poradit jí, jak dosáhnout nerušeného spánku a zajistím soukromí v daných možnostech do 2 hodin.
- Zajistím plánovaný překlاد na běžné lůžkové oddělení na dvojlůžkový pokoj do 24 hod.

Realizace

- Provedla jsem rozhovor s pacientkou a zhodnotila význam únavy a naplánovala péči tak, aby nenarušovala odpočinek.
- Probrala jsem s pacientkou její zvyklosti i a poradila jí, jak se přizpůsobit chodu JIP.
- Vysvětlila jsem nutnost 24 hod sledování na JIP a domluvila překlad na běžný pokoj.

Vyhodnocení

Pacientka popisuje úlevu a těší se na standardní lůžko a lépe zvládá rušné prostředí JIP.

3. 00126 Deficitní znalost v oblasti onemocnění, léčebného režimu a životního stylu z důvodu nově diagnostikovaného onemocnění projevující se častým dotazováním pacientky

Cíl: Pacientka má informace v dostatečné míře do dvou dnů.

Výsledná kritéria:

- Pacientka dostatečně konzultuje se zdravotnickým personálem do 1 hod.
- Pacientka chápe a adekvátně rozumí svému zdravotnímu stavu a léčbě do 1 hod.
- Pacientka zná a správně vykonává potřebné postupy do 12 hod.
- Pacientka zahájí potřebné změny životního stylu do 24 hod.

Priorita: střední

Intervence:

- Posoudím ochotu učit se a zjistím úroveň znalostí pacientky s ohledem na to, co potřebuje vědět v časových horizontech do 6 hodin.
- Určím si, co je z hlediska pacienta nejdůležitější a poskytnu především ty informace, které mají vztah k situaci do 6 hodin.
- Poskytnu pacientce edukační materiály, aby věděla, na co v edukačním rozhovoru navázat, co se chce podrobněji dovědět ihned.
- Zvolím si vhodné prostředí a čas k první edukaci do 6 hodin.
- Poskytnu zpětnou vazbu a zhodnotím množství a hloubku získaných informací do 24 hodin.

- Naplánuji další edukační rozhovor s kontrolou znalostí dotazníkem do 48 hodin.

Realizace:

- Posoudila jsem rozhovorem ochotu pacientky k edukaci, vzhledem k jejímu stavu.
- Poskytla jsem jí materiály o její nemoci i rekonvalescenci.
- Provedla jsem první edukační rozhovor.
- Naplánovala jsem další edukační rozhovor s kontrolním dotazníkem k ověření znalostí.

Hodnocení:

Pacientka projevovala spokojenost s podanými informacemi a byla klidná.

4. 00046 Porušená kožní integrita v oblasti přední strany krku z důvodu operačního zákroku projevující se operační ránou a zvýšenou citlivostí na dotyk

Cíl: Pacientka má zhojenou operační ránu per primam do 7 dnů.

Výsledná kritéria:

- Pacientka zná a používá vhodnou polohu hlavy i těla pro snížení tenze v oblasti operační rány a předcházení komplikacím do 30 min.
- Pacientka zná a umí vyjmenovat možná rizika a komplikace v procesu hojení do 2 hod.
- Pacientka chápe a umí používat vhodné léčebné a ošetrovatelské postupy do 24 hod.

Priorita: střední

Intervence

- Určím základní stav a dle ordinace převazuji operační pole do 30 minut.
- Dodržuji sterilní prostředí při převazu a péči o sání z rány, postiženou oblast i celou pacientku udržuji v čistotě stále.
- Všímám si barvy a textury kůže v okolí rány, sleduji množství a vzhled odváděné tekutiny stále. Sleduji projevy zánětlivého procesu jako je zarudnutí v oblasti operační rány.

- Sleduji fyziologické funkce (puls, TK a TT) po 4 hodinách.
- Kontroluji vpich i. v. kanyly po 60 minutách.

Realizace

- Provedla jsem převaz operační rány a se sterilním krytím a vyměnila sběrné nádoby, zkontrolovala a zapsala množství i vzhled odvedené tekutiny. Další převaz za 24 hodin. Průběžně kontroluji sběrné nádoby.
- Provádím po 60 minutách kontrolu místa vpichu intravenózní kanyly.
- Po 4 hodinách měřím a zaznamenávám TT, puls a TK.

Hodnocení

V průběhu hospitalizace nedošlo u pacientky ke komplikacím v procesu hojení, zvládla veškeré ošetrovatelské úkony a je poučená o zacházení se sběrnými nádobami. Zná a užívá úlevovou polohu ke zmírnění tenze v oblasti operační rány. Je poučená o zacházení s i. v. kanylou.

5. 00004 Riziko infekce z důvodu zavedeného drénu a i.v. kanyly

Cíl: Pacientka nemá projevy infekce

Priorita: nízká

- Intervence:
- Dodržuji sterilní prostředí při převazu a péči o sání z rány, postiženou oblast i celou pacientku udržuji v čistotě stále.
- Všímám si barvy a textury kůže v okolí rány, sleduji množství a vzhled odváděné tekutiny stále. Sleduji projevy zánětlivého procesu jako je zarudnutí v oblasti operační rány.
- Sleduji fyziologické funkce (puls, TK a TT) po 4 hodinách.
- Kontroluji vpich i. v. kanyly po 60 minutách.

Realizace:

- Provedla jsem převaz operační rány a se sterilním krytím a vyměnila sběrné nádoby, zkontrolovala a zapsala množství i vzhled odvedené tekutiny. Další převaz za 24 hodin. Průběžně kontroluji sběrné nádoby.
- Provádím po 60 minutách kontrolu místa vpichu intravenózní kanyly.
- Po 4 hodinách měřím a zaznamenávám TT, puls a TK.

Hodnocení:

V průběhu mé péče nedošlo k projevům zánětu v místě vpichu ani v operační ráně.

6. 00015 Riziko zácpy z důvodu snížené pohybové aktivity a ztráty soukromí.

Cíl: Pacientka má fyziologické vyprazdňování do 3 dnů.

Priorita: nízká

Intervence:

- Proberu s pacientkou obvyklé vyprazdňovací návyky a zhodnotím vliv prostředí a příjmu potravin do 6 hodin.
- Provedu kontrolu medikace z hlediska ovlivnění střevní funkce do 6 hodin.
- Při pokusu o vyprázdnění budu dbát na soukromí dle potřeby pacientky.
- Poučím pacientku o významu dietní vlákniny a látek zvětšující objem stolice a usnadnění pasáže do 12 hodin.
- Dle potřeby a ordinace podám běžná změkčovacla stolice, mírná stimulancia do 6 hodin.

Realizace:

- Při rozhovoru s pacientkou jsme se dohodly na zajištění většího soukromí při pokusu o vyprázdnění.
- Podala jsem glycerinový čípek
- Poučila jsem pacientku o využití vlákniny a nutnosti dodržovat pitný režim.

Hodnocení:

Po dobu mé péče se pacientka vyprázdnila.

7. 00003 Riziko nadměrné výživy z důvodu sníženého metabolismu a nedostatečné pohybové aktivity

Cíl: Pacientka má fyziologickou hmotnost vzhledem ke své konstituci a udržuje si jí.

Priorita: nízká

Intervence:

- Při rozhovoru zjišťuji vývoj tělesné hmotnosti, životního stylu a kulturní faktory predisponující k váhovému přírůstku.
- Zjišťuji vývoj tělesné hmotnosti, životního stylu a kulturní faktory predisponující k váhovému přírůstku.
- Určuji psychologický význam jídla pro pacientku.
- Poskytnu informace o rovnováze mezi příjmem a výdejem potravin.
- Diskutuji o významu pohybových aktivit a relaxačních technik.
- Vysvětluji metabolické změny po totální tyreotomii.
- Specifické otázky výživy bude konzultovat s dietologem.

Realizace:

- Po přeložení na běžné lůžko jsem provedla rozhovor a zjistila množství informací o zdravé výživě a významu jídla v životě pacientky.
- Provedla jsem edukaci zaměřenou na zdravou výživu a nutnost pohybu.
- Objednala jsem konzultaci s dietologem.

Hodnocení:

Pacientka se zajímá o zdravou výživu a připravuje si otázky pro dietologa.

6. EDUKACE PACIENTA

Základní premisy edukace

1. každý pacient v každém zařízení a každém typu péče má právo na edukaci.
2. důležité je edukovat nejen pacienta, ale i jeho blízké – zabránění konfliktům.
3. edukátor plní nejen kroky edukačního procesu, ale také reaguje na další potřeby pacienta a jeho rodiny.
4. snaží se zredukovat pocity úzkosti, nejistoty.
5. snaží se pomoci pacientovi pochopit jeho vlastní roli v péči o svoji osobu a jeho zodpovědnost za své zdraví.
6. edukátor bude mít potřebné znalosti, dostatek empatie a ochoty pomoci, respekt k osobnosti pacienta, konzultační dovednosti popř. jazykové znalosti, komunikační schopnosti atd.
7. u pacienta – edukanta i poskytovatele péče by měly být ještě před zahájením procesu edukace eliminovány bariery edukace, které by mohli narušit, nebo dokonce znemožnit proces edukace.
8. edukace je tím efektivnější, čím více na ní aktivně se podílí pacient.

Právní normy edukace pacienta v ČR

Důraz na práva pacienta v současnosti se u nás postupně proměňuje řada paradigmat zdravotní péče – je kladen důraz na dodržování práv pacientů, k nimž náleží možnost svobodného rozhodování a samotné poskytování péče zasahuje do integrity osobnosti.

- pacient má být dostatečně informován, aby mohl sám určit další postup léčby, či péče.
- Svobodné rozhodování
- Zákon č. 20/ 1966sb. stanovuje, že vyš. a léčebné výkony se provádějí se souhlasem nemocného nebo lze-li souhlas předpokládat (informovaný souhlas)

Etický kodex české lékařské komory ukládá lékařům, aby srozumitelně informoval o charakteru onemocnění, zamýšlených vyšetření, výzkumu, prognóze. Zákon určuje, že poučení podává lékař. Zdravotní sestra, laborant či rehabilitační pracovník jsou oprávněni podávat poučení v rámci svých kompetencí.

Edukační proces v OSE

1. sběr údajů analýza pacientových schopností učit se a nedostatek vědomostí.
2. stanovení vzdělávací dg. určení cílů edukace.
3. příprava edukačního plánu.
4. realizace edukace
5. analýza a zhodnocení pacientových vědomostí, postojů, zručnosti u efektivnosti ed. plánu.

6.1 Edukační list – záznam o edukaci

Edukace pacientky bude zaměřená na vstupní informace, průběžné vzdělávání i informace při propuštění. Forma edukace bude písemně, verbálně i instrukcemi. Edukační potřeba se bude týkat:

1. vnímání zdraví
2. výživa, metabolismus
3. aktivita, cvičení

Edukovaná je hospitalizovaná pacientka. Nepoužívá žádné pomůcky a není závislá na přístrojích. Medikaci, která by ovlivnila její schopnost vnímání edukace, nebere. Pacientka nemá žádnou komunikační bariéru.

6.2 Edukační záznam – realizace

6.2.1 Téma edukace – Změny po totální tyreotomii

Vnímání zdraví

Téma: Pravidelná životospráva, užívání medikace a návrat ke zdraví

Forma edukace/metody: slovní – leták, rozhovor a písemná práce

Reakce na edukaci: verbální pochopení

Příjemce edukace: pacientka

Edukátor: primární sestra

Organizační forma: individuální

Didaktické pomůcky: textový materiál, internet

Motivaci k výuce pacientka má.

Ověření úrovně dosažených cílů pomocí otázek.

6.2.2 Zdravý životní styl, výživa a vyprazdňování

Výživa a metabolismus

Téma: Změny ve stravování a dodržování správné výživy, pohybové aktivity

Forma edukace/metody: slovní – leták, rozhovor a písemná práce

Reakce na edukaci: verbální pochopení

Příjemce edukace: pacientka

Edukátor: primární sestra

Organizační forma: individuální

Didaktické pomůcky: textový materiál, internet

Motivaci k výuce pacientka má.

Ověření úrovně dosažených cílů pomocí otázek.

6.3 Edukační plán

6.3.1 Cíl edukačního plánu

Pacientka je plně informován o své nemoci, změnách v nemoci a po radikálním řešení. Umí spolupracovat a dodržuje správný denní režim, pravidelně užívá medikaci a rychle se vrací do běžného života.

6.3.2 Význam

Pacient seznámený s problematikou svého onemocnění a úskalími rekonvalescence dobře spolupracuje. Je ochotný ke změnám v jeho denním režimu, dodržuje životosprávu, užívá léky dle ordinace. Dobrou informovaností můžeme předejít úzkosti, strachu z budoucnosti a z plnění společenských úloh nastavených před onemocněním.

6.3.4 Postup při zaškolování pacienta

Rozhovor a získání informací o znalostech pacienta v daném tématu.

Snaha získat pacienta pro spolupráci.

Naplánování edukace na vhodnou hodinu – mimo návštěvy, vizitu, čas jídla atd.

Příprava materiálů pro edukaci.

Edukace formou rozhovoru a prezentace materiálů.

6.3.5 Kontrolní otázky pro pacienta

1. Proč mám pravidelně a vždy přibližně ve stejnou dobu užívat léky?

Odp. – Udržují stálou hladinu hormonů v mém organismu.

2. Léky mám brát před jídlem nebo po něm?

Odp. – Vždy před jídlem s alespoň 20min pauzou.

3. Jak poznám, že nemám dobrou hladinu Ca?

Odp. – Pociťuji brnění, při větším poklesu nemůžu narovnat palce – okamžitě volám lékaře.

4. Proč si budu muset hlídat svou váhu?

Odp. – Po operaci mám dobrou hladinu hormonů, ale moje chuť k jídlu je stále velká. Nyní mi už žláza neujídá.

7 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Ošetřovatelská péče u mé pacientky byla vedena dobře. Pacientka je krátce po operačním zákroku a je nyní v kompenzovaném stavu, stabilizovaná, bez známek zánětu či infektu. Byl zvolen odpovídající postup léčby a související ošetřovatelské péče.

Pacientka je v dobré duševní pohodě, a proto je schopná dobře spolupracovat, sledovat svůj stav a aktivně se podílet na svém vyléčení. Její počáteční nejistotu a úzkost se nám podařilo zvládnout navázáním komunikace založené na vzájemné důvěře. Následně bylo možné přistoupit k edukaci, jak co se týká nemoci samotné, tak zejména s ohledem na pooperační stav a dlouhodobější ošetřovatelskou péči. I díky jejímu pozitivnímu přístupu k životu a schopnosti komunikace jsme dokázaly najít společný jazyk a několik problémů – sesterských diagnóz spolu vyřešit.

8 PROGNÓZA

Tyreotoxikóza Graves-Basedowova typu může být velmi zákeřné onemocnění, které často sužuje pacienta dlouho, než vyhledá odbornou pomoc. Některé příznaky mohou připomínat přepracování nebo únavový syndrom. Vzhledem k časně diagnóze nedošlo u pacientky k postižení dalších orgánů. Prognóza je tedy u ní vynikající. Po rekonvalescenci se bude moci rychle vrátit do běžného života. Relaps onemocnění vzhledem k radikálnímu zásahu není pravděpodobný. Pokud bude pacientka brát pravidelně léky a navštěvovat svého endokrinologa, kvalita jejího života bude přinejmenším na úrovni jejího stavu před počátkem nemoci.

9 ZÁVĚR

Z mé práce vyplývá, že hyperfunkce štítné žlázy a následně i její léčba se odráží ve změně všech systémů v lidském těle včetně psychiky. Proto je léčba tohoto onemocnění multidisciplinární a nelze si jí představit bez úzké spolupráce endokrinologa, kardiologa, oftalmologa i chirurga. Dostatek informací a edukační proces musí být nedílnou součástí léčby. Znalost zdravotního stavu, možné komplikace, návod, jak to všechno řešit a následně tyto informace předat pacientce – to byl můj úkol.

Vytčené cíle ošetrovatelského a edukačního procesu u pacientky se mi podařilo naplnit v přiměřeném rozsahu. Plán ošetrovatelské péče odpovídal požadavkům na ošetrovatelskou péči. Edukační proces pak poskytl pacientce dostatek informací a vytvořil kvalitní předpoklady pro její schopnost porozumět podstatě onemocnění, a to zejména s ohledem na dlouhodobější přístup k nemoci, resp. s ohledem na návrat do běžného života po operaci.

Buďme na sebe hodní a poslouchejme naše tělo – buďme otevření přijmout informace, které nám dává, a važme si zdraví.

10 SEZNAM LITERATURY

1. ARCHALOUSOVÁ A., SLEZÁKOVÁ Z. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. Hradec Králové : RNDr. František Skopec, CSc. – Nucleus HK, 2005. ISBN 80-86225-63-1.
2. ATKINSON R. A KOL. *Psychologie*. Praha : Portál s.r.o. 2003s. ISBN 80-7178-640-3.
3. BLAHOŠ, J., ZAMRAZIL V. *Endokrinologie: interdisciplinární obor*. Praha : Triton, 2006. ISBN 80-7254-788-7.
4. DOEGNES M., MOORHOUSE M. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*, Praha : Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
5. DVOŘÁK, J. *Štítná žláza a její nemoci*. Praha : Sefira, 2002. ISBN 80-902859-1-0.
6. GRIM M., DRUGA R. *Základy anatomie 3.*, Praha : Galén, 2005. ISBN 80-7262-302-8.
7. HAHN. A, HYNEK K. *Farmakoterapeutické informace měsíčník pro lékaře a farmaceuty*. Praha : Státní ústav pro kontrolu léčiv, [Ročník 11], č. 6, 2006, s. 2. Samostatná příloha Časopisu České lékařské komory. ISSN 1211-0647.
8. LÍMANOVÁ Z. *Štítná žláza. 1*. Praha : Galén, 2006. Trendy soudobé endokrinologie, sv. 2. ISBN 80-7262-400-8.
9. MAREČKOVÁ J. *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
10. MYSLIVEČEK J., TROJAN S. *Fyziologie do kapsy*. Praha : Triton, 2004. ISBN 80-7254-497-7.
11. STAŇKOVÁ M. *Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. ISBN 80-7013-323-6.
12. STÁRKA L., ZAMRAZIL V. *Základy klinické endokrinologie. 2.*, rozšířené vydání. Praha : Maxdorf, c2005. ISBN 80-7345-066-6.

13. VOKURKA, M., HUGO J. *Kapesní slovník medicíny: výkladový slovník lékařských termínů pro širokou veřejnost.* Praha : Maxdorf, c2005. ISBN 80-7345-053-4.

14. ZAMRAZIL V., HOLUB V., KASALICKÝ P. *Endokrinologie.* Praha : Triton, 2003. ISBN 80-7254-380-6.

11 Seznam zkratek

TSH – tyerostimulační hormon

T3 – trijodthyronin

T4 – tyroxin

TPO – protilátky proti tyreoidální peroxidáze

TRAK – protilátky proti TSH receptorům

CT – computer tomografie

MR – magnetická rezonance

TK – krevní tlak

TT – tělesná teplota

FF – fyziologické funkce

EKG – elektrokardiograf

RTG – Röntgen snímek

RA – rodinná anaméza

OA – osobní anamnéza

PA – pracovní anamnéza

FA – farmakologická anamnéza

AA – alergická anamnéza

DG – diagnóza

NO – nynější obraz

ORL – otolaryngologie

MR – magnetická rezonance

CT – komputerní tomografie

MIBG - radiofarmakum

APUD – Amine Precursor Uptake and Decarboxylation

MIBI – Metahoxyisobutylisonitril

JIP – jednotka intenzivní péče

Tzv. – tak zvané

CMP – centrální mozková příloha

ICHS – ischemická choroba srdeční

I. V. – intravenózní

Min – minuty

Hod – hodiny

12 Přílohy

Seznam příloh

Obrázek 1. Štítná žláza, glandula thyroidea

Obrázek 2. Klinický obraz

Obrázek 3. Léčba strumy

Tabulka 1. Klinická diagnóza poruch funkce štítné žlázy

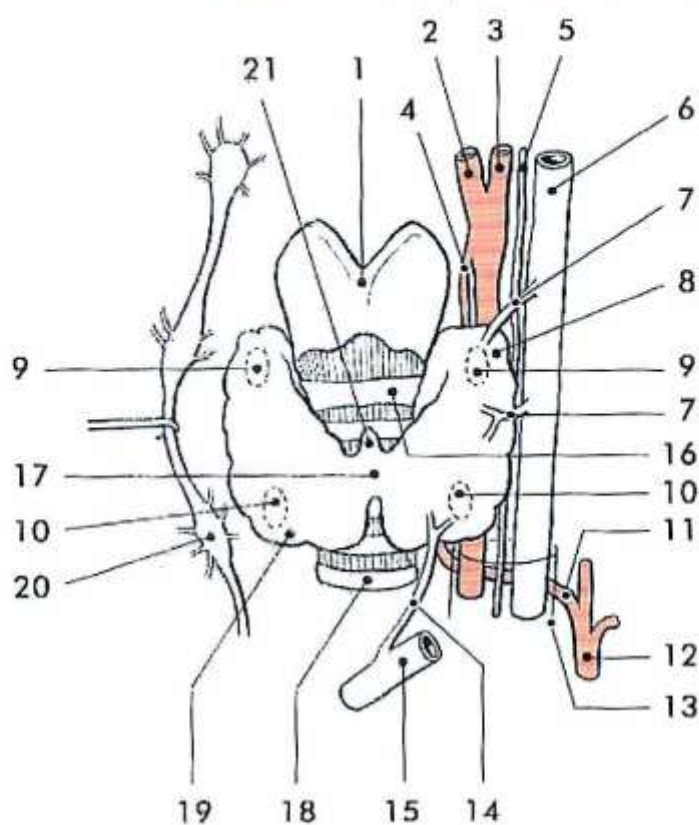
Tabulka 2. Pomocná vyšetření v diagnostice poruch štítné žlázy

Tabulka 3. Přehled běžně dostupných tyreostatik

Tabulka 4. Přehled preparátů hormonů štítné žlázy

Obrázek 1 – Anatomie štítné žlázy

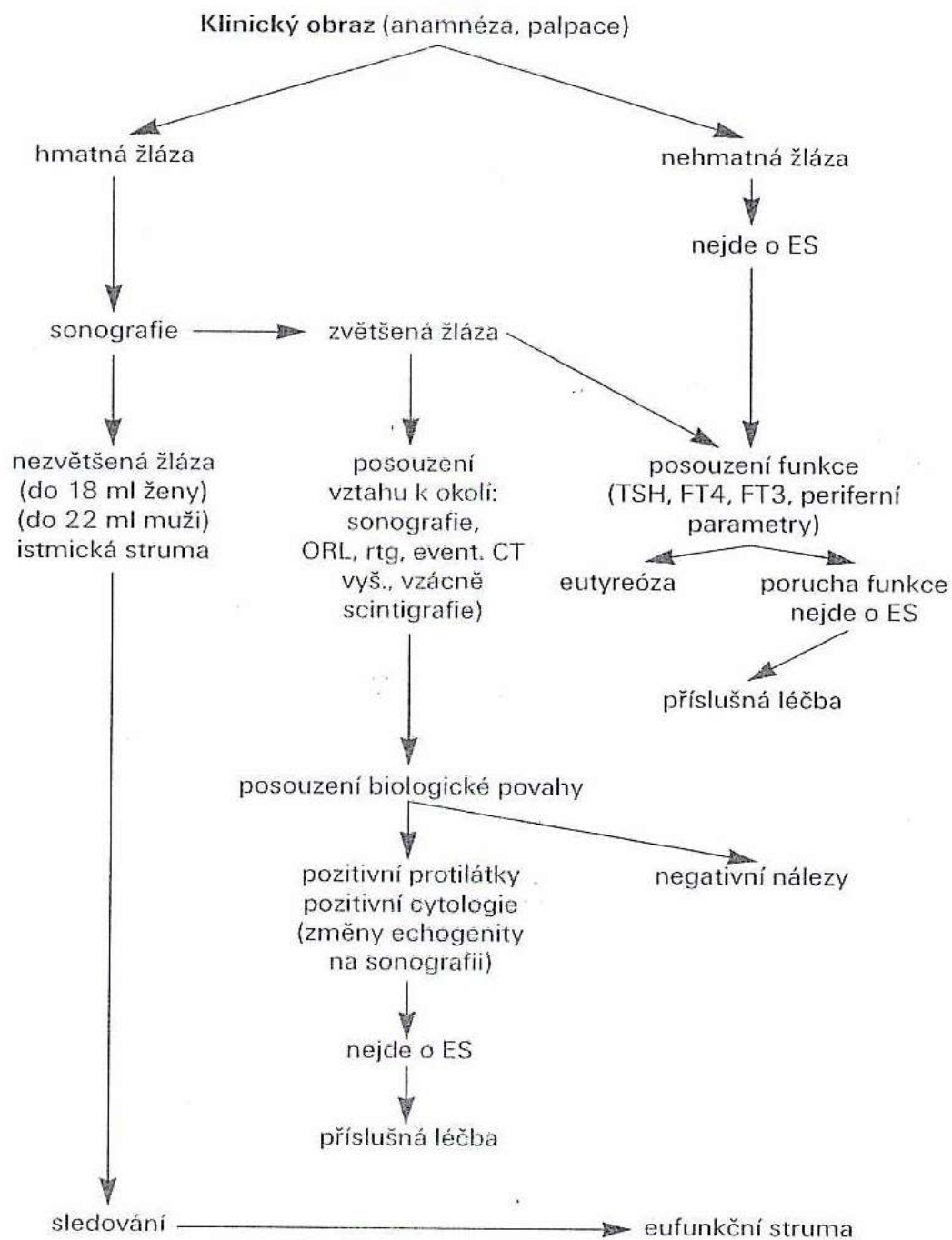
Štítná žláza, *glandula thyroidea*



Obr. 9.4. Štítná žláza a příštítná tělíska, stavba, poloha a cévní zásobení. 1 – cartilago thyroidea, 2 – a. carotis externa, 3 – a. carotis interna, 4 – a. thyroidea superior, 5 – n. vagus, 6 – v. jugularis interna, 7 – vv. thyroideae superiores, 8 – levý lalok štítné žlázy, 9 – horní příštítná tělíska, 10 – dolní příštítná tělíska, 11 – a. thyroidea inferior, 12 – truncus thyrocervicalis, 13 – karotická vagina, 14 – v. thyroidea inferior, 15 – v. brachiocephalica sinistra, 16 – cartilago cricoidea, 17 – istmus, 18 – trachea, 19 – pravý lalok štítné žlázy, 20 – truncus sympathicus s krčními ganglii, 21 – lobus pyramidalis

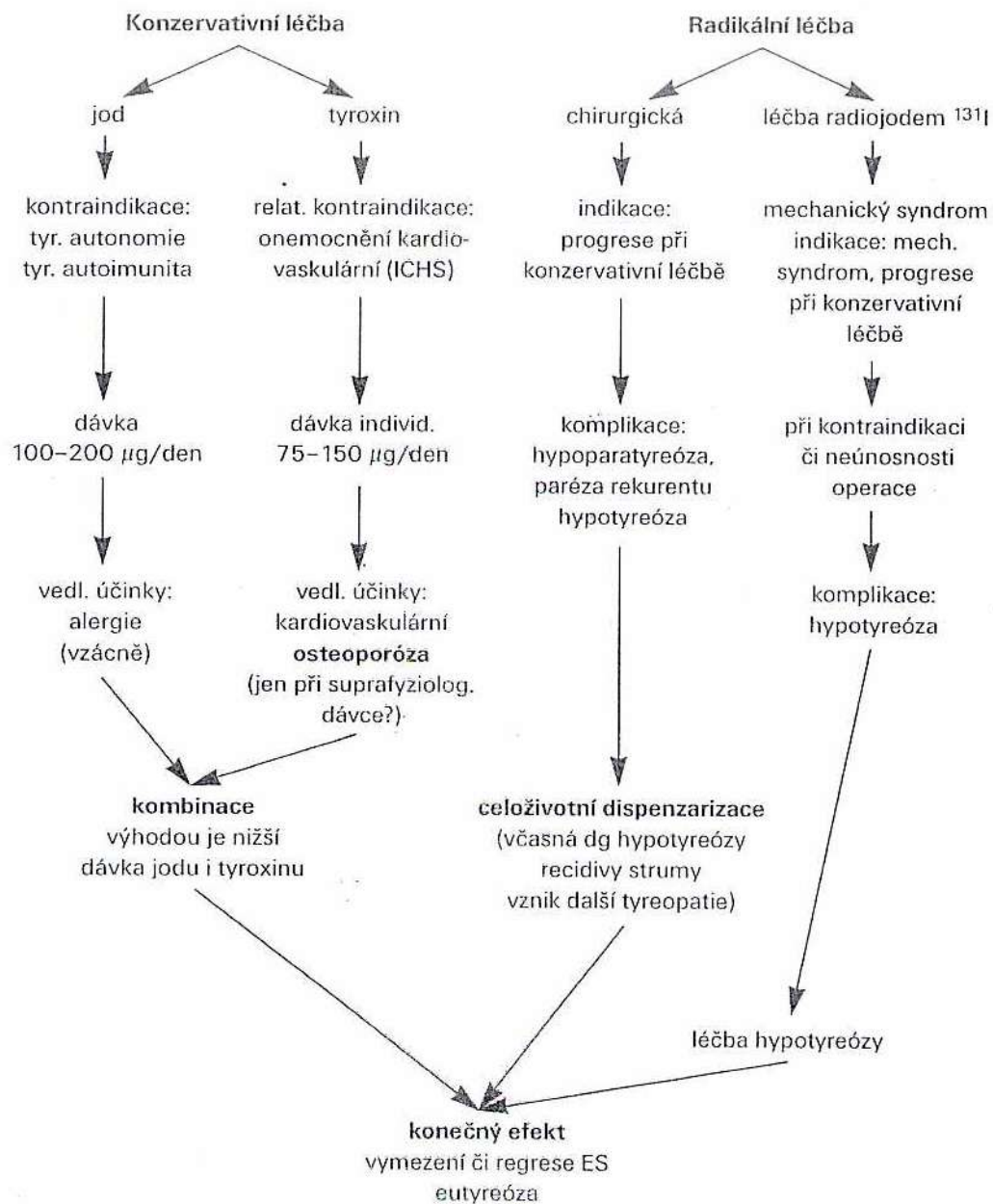
Zdroj: GRIM M., DRUGA R. *Základy anatomie 3.*, Praha : Galén, 2005, s. 159.

Obrázek 2 – Klinický obraz



Zdroj: ZAMRAZIL V., HOLUB V., KASALICKÝ P. *Endokrinologie*. Praha : Triton, 2003, s. 27.

Obrázek 3 – Struktura a postup léčby



Zdroj: ZAMRAZIL V., HOLUB V., KASALICKÝ P. *Endokrinologie*. Praha : Triton, 2003, s. 29.

Tabulka 1 - Klinická diagnóza poruch funkce štítné žlázy

Subjektivní potíže

	Hypotyreóza	Tyreotoxikóza
Tolerance tepla	zimomřivost	Termofore, pocení
Spánek	Spavost	Nespavost
Pocit výkonnosti	Snížení, hlavně psychické	Zpočátku pocit výkonnosti, u těžších forem vyčerpanost
Chuť k jídlu	Snížená či normální	Obvykle zvýšená i výrazně
Zažívací potíže	Obstipace, meteorismus	Průjmy či častější stolice
Oběhové potíže	0	Palpitace, pocity nepravidelnosti
Pohybové potíže	Ztuhlost, bolest kloubů, svalů	Svalová slabost, třes, bolesti ramen

Objektivní potíže

Změny tělesné hmotnosti	Obvykle růst	Pokles (až o 5 – 10kg za měsíc)
Psychické a nervové změny	Zpomalenost, snížené vybavování, zpomalení reflexů	Překotnost, neklid, dráždivost, snadno vybavitelné reflexy s prudkým pohybem končetin
Oběhové změny	Bradykardie, tiché ozvy, snížený systolicko-diastolický rozdíl krevního tlaku	Tachykardie, arytmie (fibrilace síní), vyšší systolicko-diastolický rozdíl krevního tlaku
Kožní změny	Hrubá suchá kůže, myxedém	Jemná, teplá, opocená kůže, prořídle ochlupení, dermatografismus
Oční změny	Otoky víček	Vyšší lesk bulbů, retrakce víček u GB tyreotoxikózy známky orbitopatie

Zdroj: ZAMRAZIL V., HOLUB V., KASALICKÝ P. *Endokrinologie*. Praha : Triton, 2003, s. 38.

Tabulka 2 - Pomocná vyšetření v diagnostice poruch funkce štítné žlázy

	Hypotyreóza	Tyreotoxikóza
--	-------------	---------------

Laboratorní nálezy

Lipidogram	Vzestup cholesterolu, tiacylglycerolu, pokles VMK	Pokles lipidů včetně cholesterolu, vzestup VMK
Glukózové tolerance	Sklon k hypoglykémii nalačno, ploché OGTT	Sklon k hyperglykémii a glykosurii, prudký vzestup a pokles glykémie při OGTT
Enzymatické změny	Vzestup ALT, AST, CK, LDH (převážně svalové)	Vzestup ALT, AST, ALP v pokročilých fázích (hlavně hepatální)
Změny EKG	Bradykardie, nízká voltáž, ploché až negativní T vlny	Tachykardie, vysoká voltáž, síňové ES, paroxysmální či trvalé fibrilace síní

Tyreoidální hormony

FT4 (T4)	Snížené	Obvykle zvýšené
FT3 (T3)	Vyšetření není nutné, obvykle snížené	Zvýšené
TSH	Zvýšené (nikoliv u centrálních forem)	Snížené (suprimované) (nikoliv u centrálních forem)

Zdroj: ZAMRAZIL V., HOLUB V., KASALICKÝ P. *Endokrinologie*. Praha : Triton, 2003, s. 39.

Tabulka 3 - Přehled běžně dostupných tyreostatik

Název	Výrobce	Balení
Imidazolová skupina Carbimazol Thyrosol	Slovakofarma, SK Merc, Německo	100 x 5 mg 50 x 5 mg
Thiouraciolová skupina Propycil	Berlin Chemie, Německo	20 x 50 mg 100 x 50 mg
Kombinované preparáty jod + T4 Jodthyrox	Merc, Německo	50 x 100 µg T4 100 x 100 µg J

Zdroj: ZAMRAZIL V., HOLUB V., KASALICKÝ P. *Endokrinologie*. Praha : Triton, 2003, s. 42.

Tabulka 4 - Přehled preparátů hormonů štítné žlázy

Název	Výrobce	Balení (tbl.)	Poznámka
<i>L thyroxin (T4)</i> Eltroxin Euthyrox Letrox	Glaxo, GB Merc, Německo Berlin-Chemie, Německo	100 x 100 µg 100 x 50, 100, 125, 150, 200 mg 100 x 25,050,100,150 mg	Vhodné zejména k dlouhodobé substitucní léčbě (delší biologický poločas nástupu i trvání účinku (cca 2 – 3 týdny)
<i>Trijodtyronin</i> Tertroxin	Glaxo, GB	100 x 20 ug	Rychlejší nástup a odeznění účinků (cca 3 – 5 dnů)
<i>Kombinace T4 a T3</i> Novothyral Thyreotom Thyreotom forte	Merc. Německo Berlin-Chemie, Německo	100 tbl. (100 µg T4 + 20 µg T3) 60 tbl. (60 µg T4 + 10 µg T3) 60 tbl. (120 µg T4 + 30 µg T3)	Poměr T3 : T4 neodpovídá fysiologickému poměru vylučovanému štítnou žlázou, ten je obvykle udáván 8-10 : 1

Zdroj: ZAMRAZIL V., HOLUB V., KASALICKÝ P. *Endokrinologie*. Praha : Triton, 2003, s. 48.