

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA  
S ONEMOCNĚNÍM ŠTÍTNÉ ŽLÁZY**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

BARBORA NOCIAROVÁ, DiS.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Hošková

Praha 2013



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.**  
*se sídlem v Praze 5, Dušková 7, PSČ 150 00*

**Nociarová Barbora**  
**3. VSV**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 15. 10. 2012 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetřovatelský proces u pacienta s onemocněním štítné žlázy

*Nursing Process for Patients with Thyroid Gland Diseases*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Lucie Hošková

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 30. 10. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.  
rektor

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31. 5. 2013

.....  
Barbora Nociarová, DiS

## **PODĚKOVÁNÍ**

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Lucii Hoškové za odborné rady a cenné připomínky, kterými přispěla k vypracování této bakalářské práce.

## **ABSTRAKT**

NOCIAROVÁ, Barbora. *Ošetrovatelský proces u pacienta s onemocněním štítné žlázy*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Lucie Hošková. Praha 2013, 59 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s onemocněním štítné žlázy.

První část práce je věnována stručné charakteristice daného onemocnění, rozdělení, klinickým projevům, diagnostice a léčbě.

Druhá část práce je zaměřena na komplexní ošetrovatelskou péči o pacienta s tímto onemocněním. Tato péče musí splňovat veškeré požadavky, které jsou nutné pro zajištění základních potřeb nemocného, a zároveň vede ke zlepšení kvality života nemocného.

Klíčová slova: štítná žláza, thyreopatie, ošetrovatelský proces

## **ABSTRACT**

NOCIAROVÁ, Barbara. *Nursing process for Patients with Thyroid Gland Diseases*. The College of Nursing, o.p.s. Qualifications degree: Bachelor (Bc). Head of work: Mgr. Lucie Hošková. Prague 2013, 59 s.

The main topic of my bachelor's work is Nursing process for Patients with Thyroid Gland Diseases.

In the first part I dealt with a brief characteristic of this disease, with clinical symptoms, diagnostics and therapy.

In the second part I dealt with complete medical care about patient with this disease. This care has to meet all the requirements and these requirements are necessary to ensure the patient's basic needs. The complex care helps to improve the patient's life quality.

Key words: thyroid gland, thyreopatie, nursing process

# OBSAH

ÚVOD .....	12
1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ .....	13
1.1 Incidence onemocnění.....	13
1.2 Dělení onemocnění.....	13
1.3 Rizikové faktory .....	13
2 FUNKČNÍ PORUCHY ŠTÍTNÉ ŽLÁZY .....	14
2.1 Hypertyreóza .....	14
2.1.1 Příčiny .....	14
2.1.2 Incidence .....	14
2.1.3 Klinický obraz.....	15
2.1.4 Diagnostika .....	15
2.1.5 Terapie.....	16
2.1.6 Prognóza.....	16
2.2 Hypotyreóza .....	16
2.2.1 Příčiny .....	16
2.2.2 Incidence .....	17
2.2.3 Klinický obraz.....	17
2.2.4 Diagnostika .....	18
2.2.5 Terapie.....	19
2.2.6 Prognóza.....	19
3 MORFOLOGICKÉ PORUCHY ŠTÍTNÉ ŽLÁZY .....	20
3.1 Struma .....	20
3.1.1 Příčiny .....	20
3.1.2 Incidence .....	20
3.1.3 Klinický obraz.....	20
3.1.4 Diagnostika .....	21
3.1.5 Terapie.....	21

3.1.6 Prognóza.....	21
4 ZÁNĚTY ŠTÍTNÉ ŽLÁZY .....	22
4.1 Akutní (infekční) thyreoiditida .....	22
4.1.1 Příčiny .....	22
4.1.2 Incidence .....	22
4.1.3 Klinický obraz.....	22
4.1.4 Diagnostika .....	22
4.1.5 Terapie.....	23
4.1.6 Prognóza.....	23
4.2 Subakutní thyreoiditida .....	23
4.2.1 Příčiny .....	23
4.2.2 Incidence .....	23
4.2.3 Klinický obraz.....	23
4.2.4 Diagnostika .....	23
4.2.5 Terapie.....	24
4.2.6 Prognóza.....	24
4.3 Chronická autoimunitní (lymfocytární) thyreoiditida.....	24
4.3.1 Příčiny .....	24
4.3.2 Incidence .....	24
4.3.3 Klinický obraz.....	25
4.3.4 Diagnostika .....	25
4.3.5 Terapie.....	25
4.3.6 Prognóza.....	25
5 NÁDORY ŠTÍTNÉ ŽLÁZY.....	26
5.1 Příčiny .....	26
5.2 Incidence .....	26
5.3 Dělení .....	26
5.3.1 Adenomy .....	26
5.3.2 Folikulární karcinom.....	26



5.3.3 Papilární karcinom .....	27
5.3.4 Anaplastický karcinom .....	27
5.3.5 Medulární karcinom .....	27
5.4 Klinický obraz .....	27
5.5 Diagnostika .....	27
5.6 Terapie .....	27
5.7 Prognóza .....	28
6. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES .....	29
7 APLIKACE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU .....	31
7.1 Identifikační údaje .....	31
7.2 Anamnéza .....	32
7.3 Posouzení současného stavu .....	34
7.4 Medicínský management .....	42
7.5 Stanovení aktuálních a potenciálních ošetrovatelských diagnóz .....	45
7.6 Plánování, realizace a vyhodnocení ošetrovatelských diagnóz .....	46
7.7 Doporučení pro praxi .....	55
ZÁVĚR .....	56
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	57
SEZNAM PŘÍLOH .....	59

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**Adenom** – nádor ze žlázového epitelu

**Benigní** - nezhoubný

**Dispensarizace** – sledování osob s určitým onemocněním

**Endokrinologie** – lékařský obor zabývající se studiem žláz s vnitřní sekrecí

**Endokrinopatie** – onemocnění žláz s vnitřní sekrecí

**Etiologie** – nauka o příčinách

**Exogenní** – zevní, mimo lidský organismus

**Hypertyreóza** – zvýšená činnost štítné žlázy

**Hypofýza** – podvěsek mozkový

**Hypotyreóza** – snížená činnost štítné žlázy

**Incidence** – demografický ukazatel počtu nových onemocnění k počtu obyvatel

**Interdisciplinární** – přístup využívající poznatků různých odvětví medicíny

**Intravenózní** – aplikace medikamentů do krevního oběhu

**Maligní** -zhoubný

**Menoragie** – prodloužené, silné menstruační krvácení

**Metroragie** – krvácení mimo menstruační cyklus

**Musculus triceps surea** – trojhlavý sval lýtkový

**Nehomogenní** - nesourodý

**Oligomenorea** – prodloužený interval menstruačního cyklu

**Palpitace** – bušení srdce vnímané pacientem

**Periferní** – obvodový, okrajový

**Retrakce** – stažení, zkrácení

**Rezistence** - odolnost

**Sterilita** - neplodnost

**Struma** – zvětšení štítné žlázy

**Strumektomie** – chirurgické odstranění zvětšené štítné žlázy

**Subkutánní** – aplikace medikamentů do podkoží

**Tachykardie** – zrychlení srdeční frekvence

**Thyreopatie** – onemocnění štítné žlázy

## **SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

**ALT** - alaninaminotransferáza

**AST** – aspartátaminotransferáza

**CK** - kreatinkináza

**CRP** – C-reaktivní protein

**CT** – počítačová tomografie

**DM** – diabetes mellitus

**RTG** – rentgenové vyšetření

**T3** - trijodtyronin

**T4** - tetrajodtyronin

**TG** - tyreoglobulin

**TPO** – tyreoidální peroxidáza

**TSH** - thyreotropin

# ÚVOD

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s onemocněním štítné žlázy a jde typ práce – kazuistika.

Toto téma jsem si vybrala proto, že nemoci štítné žlázy neboli tyreopatie jsou poměrně častým onemocněním a zároveň jsou nejčastějším onemocněním endokrinního systému.

Do nedávna většina lidí, včetně odborníků, žila v představě, že nemoci štítné žlázy jsou vzácné. V současné době některé statistiky zjišťují, že postihují u nás nejméně 5 % populace, jsou asi 5x častější u žen než u mužů a jejich výskyt s věkem stoupá. To například znamená, že ženy ve věku nad 50 let jsou postiženy nemocemi štítné žlázy v 10 až 20 %. Důležité ovšem je, že nemoci štítné žlázy se často kombinují s dalšími autoimunitními chorobami a tím se zvyšuje riziko celé řady chorob srdce a cév. Diagnostika a léčba tyreopatií a zejména jejich kombinací s dalšími chorobami vyžaduje interdisciplinární spolupráci.

Základem však zůstává dobrá informovanost praktických lékařů, kteří se s postiženými osobami setkávají jako první. Proto je nutno věnovat zvýšenou pozornost prohlubování základních znalostí a informací o nemocech štítné žlázy jak u zdravotnického personálu, tak u veřejnosti.

Bakalářská práce má dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části je popsáno rozdělení onemocnění, příznaky, diagnostika a léčba. Praktická část je zaměřena na posouzení zdravotního stavu pacienta, jeho potřeb a na sestavení ošetrovatelského plánu.

Cílem této práce je shromáždit co nejvíce informací o dané problematice a v praktické části pak sestavit ošetrovatelský plán u konkrétního pacienta.

# 1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

Onemocnění štítné žlázy lze charakterizovat jako onemocnění s morfoloickými změnami, funkčními poruchami regulace a enzymatickými patologiemi tkáně buněk štítné žlázy (NAVRÁTIL, 2008).

## 1.1 Incidence onemocnění

Incidence onemocnění štítné žlázy se liší jak geograficky tak také typem onemocnění. Na výskyt určitých typů onemocnění mají velký účinek vlivy zevního prostředí, jedním ze zásadních vlivů je příjem jodu, také selenu a dalších prvků.

Nemoci štítné žlázy jsou nejčastějšími endokrinopatiemi, které se vyskytují (ASTL, 2007). Tyto choroby tvoří v ČR asi 80 až 90 % náplně činnosti endokrinologických pracovišť. Podle výzkumů založených na nesystematických epidemiologických sledováních postihují onemocnění štítné žlázy, která potřebují léčbu nebo alespoň dispenzarizaci nejméně 5 % obyvatel, u žen středního a vyššího věku je to 10 až 15 % (STÁRKA, ZAMRAZIL, 2005).

## 1.2 Dělení onemocnění

Choroby štítné žlázy se mohou dělit na funkční poruchy, které se projevují sníženou funkcí – hypotyreóza, zvýšenou funkcí – hypertyreóza. Dále na poruchy morfoloické, mezi které řadíme strumy. Dalšími onemocněními jsou záněty a nádory štítné žlázy (JISKRA, 2011).

## 1.3 Rizikové faktory

Existují rizikové faktory, které zvyšují riziko vzniku onemocnění štítné žlázy v budoucnosti, nebo informují pacienta o tom, že onemocnění je již přítomné, ale nijak se neprojevuje. Osoby, u kterých se rizikové faktory objevují, jsou více či méně ohroženi výskytem poruch štítné žlázy. V některých případech jsou tyto faktory důvodem k preventivnímu laboratornímu vyšetření.

Mezi rizikové faktory patří onemocnění štítné žlázy v minulosti pacienta nebo výskyt v rodině, výskyt strumy nebo uzlů, pozitivní protilátky proti štítné žláze, některé laboratorní nálezy, ozáření v minulosti, léčba některými léky (JISKRA, 2011).

## 2 FUNKČNÍ PORUCHY ŠTÍTNÉ ŽLÁZY

### 2.1 Hypertyreóza

Hypertyreóza neboli zvýšená funkce štítné žlázy nebo thyreotoxikóza je syndrom, který je charakterizován zvýšenou sekrecí hormonů štítné žlázy a současnou odpovědí periferních tkání na tuto zvýšenou sekreci (STÁRKA, ZAMRAZIL, 2005).

#### 2.1.1 Příčiny

Příčiny hypertyreózy můžeme rozdělit do tří skupin a to na příčiny periferní, exogenní a centrální, které jsou vzácné.

Mezi příčiny periferní patří Gravesova – Basedowova choroba (při této chorobě dochází v těle k produkci protilátek, které stimulují štítnou žlázu k nepřiměřeně vysoké tvorbě hormonů), opakované záněty štítné žlázy, přítomnost uzlů ve štítné žláze, užívání některých léků ( Amiodaron, náhlý přísun jodu).

Exogenní příčinou hypertyreózy je předávkování tyreoidálními hormony (levotyroxin).

Centrální příčiny jsou vzácné a řadí se mezi ně adenom hypofýzy produkující TSH a dále rezistence na tyreoidální hormony (JISKRA, 2011).

#### 2.1.2 Incidence

Výskyt hypertyreózy je závislý na typu populace, věku, výskytu autoimunitních onemocnění a stavu zásobení jodem. Udává se v rozmezí 0,2 – 0,5 % populace s výraznou převahou žen. Vliv věku na výskyt tohoto onemocnění je méně významný než u hypotyreózy, nejčastější výskyt je mezi 30 – 50 lety, ale vyskytuje se v každém věku (MAČÁK, MAČÁKOVÁ, DVOŘÁČKOVÁ, 2012).

Mezi nejvíce zastoupené hypertyreózy u nás patří autoimunitní thyreotoxikóza Graves – Basedowova typu, u starších pacientů se vyskytuje thyreotoxikóza při tyreoidální autonomii (BLAHOŠ, ZAMRAZIL, 2006).

Subklinické formy se vyskytují nejméně stejně jako manifestní. Opět je zaznamenán až 5x častější výskyt u žen, dále je vyšší výskyt u černé rasy a v oblastech s plnou saturací jódem (STÁRKA, 2007)

### 2.1.3 Klinický obraz

Klinický obraz tohoto onemocnění se liší dle příčiny, délky trvání onemocnění a výše nadprodukce hormonů štítné žlázy.

K nejčastějším příznakům se řadí hypermetabolismus, který se projevuje hubnutím pacienta. Pouze u 10 % nemocných se může objevit nárůst hmotnosti.

Mezi kožní příznaky patří snížená tolerance tepla, pocení, jemné vlasy, které vypadávají, zhoršená kvalita nehtů. K příznakům očním patří retrakce horních víček a jejich třes Graefeho příznak (při pohledu dolů je v důsledku porušeného souhybu horních víček patrná skléra (TOPINKOVÁ, 2006). Dalšími příznaky jsou tachykardie, palpitace, u disponovaných pacientů se mohou objevit fibrilace síní, je snížená periferní cévní rezistence. Neuropsychické a neuromuskulární příznaky obsahují nervozitu, emoční labilitu, svalová slabost a častá únava (KRŠEK, 2011).

### 2.1.4 Diagnostika

Základem diagnostiky je vyšetření výše zmíněných příznaků, dále pak základní laboratorní vyšetření hladin TSH - thyreotropin, T3 - trijodtyronin, T4 – tetrajodtyronin a protilátek.

Při primární hypertyreóze jsou hladiny T3 a T4 zvýšené a TSH snižené, v některých případech až pod hranici měřitelnosti. Pro centrální příčiny hypertyreózy svědčí zvýšená hladina TSH, T3 a T4. V případě T3toxikózy je zvýšena hladina T3 a hladina T4 je v normě.

Protilátky proti TSH (nazývané TRAK) jsou ve většině případů zvýšené při Graves – Basedowově chorobě, pokud protilátky nejsou zvýšené, chorobu to nevylučuje, protože se protilátky mohou objevit později v průběhu choroby.

Ostatní biochemické nálezy mohou odhalit lehce zvýšené hladiny transamináz a hladiny kalcia (kolem 2,6-2,7 mmol/l). Někdy se vyskytuje lehká normocytární anémie, ale i hypochromní, zejména při nižším příjmu železa, často jsou také snižené hladiny vitamínu D, A, někdy také vitamínů skupiny B.

K diagnostice se používají také zobrazovací metody jako ultrasonografie, scintigrafie a nativní RTG snímek (BRUNOVÁ, BRUNA, 2009). Také se vyšetřuje reflex Achillovy šlachy, vyšetřuje se poklepem kladívka na Achillovu šlachu u ležícího nebo sedícího pacienta, odpovědí je kontrakce m. triceps surae. Při zvýšené funkci štítné žlázy se zkracuje, při snížené funkci prodlužuje (GREENSPAN, BAXTER, 2003).

### **2.1.5 Terapie**

Terapie se skládá ze dvou fází, kdy první je iniciální zklidnění, zde je cílem normalizovat funkci štítné žlázy. Používají se tyreostatika, která zabraňují oxidaci jodu a tím blokuji syntézu hormonů štítné žlázy. Tyreostatika se většinou kombinují s beta – blokátory, které mají pozitivní účinek na kardiologické příznaky.

Druhou fází je definitivní léčba, která se volí podle etiologie, zde jsou na výběr tři postupy. Dlouhodobé podávání tyreostatik, které se využívá převážně u mladších pacientů. Chirurgickou léčbu, kdy jde o částečné nebo úplné odstranění štítné žlázy. Léčbu radiojódem, která se provádí jen výjimečně, tam kde by byla operace spojena s velkým rizikem lokálního poškození (zpěváci), (KRŠEK, 2011).

### **2.1.6 Prognóza**

Při včasné diagnostice a správné léčbě bývá většinou prognóza příznivá, ale závisí také na řadě faktorů, jako jsou tíže klinického obrazu nebo na primární příčině (KRŠEK, 2011).

## **2.2 Hypotyreóza**

Hypotyreóza je klinický syndrom, který vzniká jako důsledek nedostatečného zásobení organismu hormony štítné žlázy. Synonymem slova hypotyreóza je snížená funkce štítné žlázy (STÁRKA, 2010).

### **2.2.1 Příčiny**

Nejvýznamněji se podílí na vzniku hypotyreózy snížený přívod jodu (nedostatek jodu jako příčina hypotyreózy v oblastech s těžkým deficitem již v České republice nehrozí) nebo záněty štítné žlázy (chronický, subakutní, velmi vzácně pak akutní). Po prodělaných zánětech se dá toto onemocnění očekávat u 10-40 % pacientů.

Další příčinou je stav po operaci štítné žlázy (ASTL, 2007). V tomto případě se hypotyreóza očekává a její závažnost se odvíjí od rozsahu výkonu. Pozvolný rozvoj hypotyreózy může také nastat po zevním ozáření krku, orofaciální oblasti nebo oblasti hrudníku. Hypotyreóza může vzniknout také iatrogeně a to jako následek podávání určitých léků (LÍMANOVÁ, 2006).



### 2.2.2 Incidence

Prevalence je rozdílná nejen podle pohlaví, ale také podle věku, záleží také na zásobení jodem a výskytu autoimunitních chorob v populaci. Poměr mužů a žen je asi 8:1, u mladších osob je incidence asi 4-6 %, výrazné zvýšení se objevuje u osob po 60. roce věku. U žen nad 70 let je uváděna 15-20% (LÍMANOVÁ, 2006).

### 2.2.3 Klinický obraz

Nedostatek tyreoidálních hormonů narušuje funkci celého organismu, tomu také odpovídá velice pestrá symptomatologie (STÁRKA, 2010). Příznaky hypotyreózy nejsou zcela specifické, to znamená, že se mohou objevovat i u jiných nemocí než jsou choroby štítné žlázy. Naopak jejich nepřítomnost onemocnění nevylučuje, a proto může hypotyreóza probíhat zcela bez příznaků. Ale i bezpříznaková hypotyreóza může mít pro pacienta závažné zdravotní důsledky, proto je v diagnostice hypotyreózy velice důležité laboratorní vyšetření (JISKRA, 2011).

V popředí subjektivních příznaků bývá nejčastěji nedostatečná tolerance chladu (zimomřivost), celková únava, spavost, malátnost. Poměrně často si také pacienti stěžují na necharakteristické a stěhovavé bolesti kloubů a svalů, suchost kůže, zácpu (MANDICOVÁ, 2011), vzestup tělesné hmotnosti (není však extrémní), padání vlasů, poruchy menstruačního cyklu, menoragie, infertilita (BRUNOVÁ, BRUNA, 2009).

V objektivním klinickém nálezu dominuje nápadná zpomalenost pacientů, hrubý a hlubší hlas, celková zpomalenost pohybů a řeči, snížená mimika, nápadně suchá a chladná kůže, zatuhlé podkoží, obličej je prosáklý, jazyk zvětšený, takže jsou v něm patrné otisky chrupu, dále prořídlé obočí, vlasy bývají hrubé, lomivé a vypadávající (STÁRKA, ZAMRAZIL, 2005).

Mezi celkové příznaky patří změny psychiky, jako jsou zpomalené myšlení, zapomínání, apatie, deprese a celková únava, nervozita, emoční labilita. Někteří pacienti i s těžkou hypotyreózou nemusí mít žádné známky psychického útlumu.

K potížím postihujícím kardiovaskulární aparát uvádí pacienti s hypotyreózou nejčastěji palpitace, někdy je u těchto pacientů prokázán prolaps mitrální chlopně (mitrální chlopně za normální situace odděluje levou síň a levou komoru srdeční a umožňuje tok krve pouze jedním směrem, teda z levé síně do levé komory srdeční, prolaps mitrální chlopně znamená poškození cípů mitrální chlopně, které vede k tomu, že se část krve vrací z levé komory do levé síně (ŽÁČEK, DOMINIK, 2009).

Dalšími celkovými příznaky hypotyreózy jsou zhoršená kvalita vlasového aparátu a nehtů, změny ochlupení. Zimomřivost, což je příznak typický pro hypotyreózu, ale často tento příznak chybí nebo je mylně přisuzován stáří u pacientů vyššího věku.

U žen je často prvotním příznakem hypotyreózy sterilita, oligomenorea, metroragie tyto potíže se při léčbě mohou upravit do několika měsíců (LÍMANOVÁ, 2006).

#### **2.2.4 Diagnostika**

Základem laboratorní diagnostiky je vyšetření tyreotropního hormonu hypofýzy (TSH) a tyroxinu (T4), výhodnější je však vyšetření volné frakce T4, jejíž hodnoty nejsou ovlivněny vazebními kapacitami séra. Vyšetřování tryjodotyroninu (T3) ať už volné nebo celkové frakce není nutno rutinně provádět, jelikož nemá pro diagnózu hypotyreózy zásadní význam.

Ke stanovení etiopatogeneze procesu se užívá stanovení protilátek proti tyreoidálním antigenům-tyreoglobulinu (Tg) a tyreoidální peroxidázy (TPO) k prokázání autoimunitního původu. Negativní výsledek protilátek autoimunitní proces nevylučuje (STÁRKA, 2010).

Další laboratorní nálezy u hypotyreózy jsou hypercholesterolemie jako důsledek zhoršeného metabolismu lipidů, zvýšení jaterních hodnot (ALT, AST, CK) hlavně u těžší hypotyreózy. V krevním obraze může být normochromní anemie (z chronické choroby), megaloblastová anemie (při současném autoimunitním postižení), a výjimečně hypochromní anemie (při menoragii), (BRUNOVÁ, BRUNA, 2009).

Při ultrasonografickém vyšetření je patrné, že štítná žláza při hypotyreóze bývá zmenšená, hypoechogenní, nehomogenní, ale také může být žláza svaštělá po předchozí léčbě radiojódem. V některých případech může být sonografický nález i při hypofunkci štítné žlázy zcela fyziologický.

U těžké a neléčené hypotyreózy se často vyskytuje ateroskleróza, perikardiální a pleurální výpotek, které můžeme dobře diagnostikovat prostým RTG snímkem, ultrazvukem a přesněji CT i magnetickou rezonancí. Pomocí magnetické rezonance je také prokázán syndrom karpálního tunelu u hypotyreózy, a u hypotyreózy s nízkou hladinou TSH se provádí vyšetření hypofýzy k potvrzení či vyloučení patologie hypofýzy a hypotalamu (BRUNOVÁ, BRUNA, 2009). Také se vyšetřuje reflex Achillovy šlachy, vyšetřuje se poklepek kladívka na Achillovu šlachu u ležícího nebo sedícího pacienta, odpovědí je kontrakce m. triceps surae. Při zvýšené funkci štítné žlázy se zkracuje, při snížené funkci prodlužuje (GREENSPAN, BAXTER, 2003).

### 2.2.5 Terapie

Hypotyreóza se řadí mezi typické hypofunkční endokrinopatie. Protože podstatou chorobných změn je nedostatek hormonů, spočívá kauzální terapie v jejich substituci.

Současný celosvětový trend léčby hormonu štítné žlázy směřuje od biologických preparátů, které mají nestabilní obsah účinných hormonů a především příměsí řady antigenů s alergizujícím účinkem, k používání synteticky vyrobených čistých tyreoidálních hormonů. Obecně se preferuje podávání čistého tyroxinu, jehož průměrná terapeutická dávka je v rozmezí mezi 100-150 mikrogramy za den. S ohledem na delší biologický poločas je možné tyroxin podávat v jedné denní dávce, obvykle je také možno tyroxin podávat i ve 2 až 3 dávkách týdně se stejným účinkem. Při podávání tyroxinu je zachována přirozená biologická ochrana, to znamená, že při akutním stresu není pacient ohrožován zvýšenou hladinou trijodtyroninu, protože se přerušuje deiodace na účinný trijodtyronin a organismus produkuje metabolicky neaktivní reverzní trijodtyronin (STÁRKA, ZAMRAZIL, 2005).

U pacientů s hypotyreózou jde téměř vždy o léčbu celoživotní, a proto by měly být pacienti, pravidelně sledováni v endokrinologické ambulanci. Po stabilizaci stavu nemocného stačí kontroly hladiny TSH jednou za 6-12 měsíců. Optimální je dosažení koncentrace TSH 1-2 mIU/l, koncentrace je při dobré spolupráci pacienta dosti stálá. Zvýšení substituce a také pravidelných návštěv endokrinologa nastává u pacientek v graviditě. Naopak snižování dávky léků může nastat u starších pacientů, pokud jejich organismus fyziologicky potřebuje menší množství T4 (LÍMANOVÁ, 2006).

### 2.2.6 Prognóza

Dlouhodobě neléčená hypotyreóza má závažné zdravotní důsledky a může vést i k smrti. Naopak, je-li toto onemocnění včas diagnostikováno a správně léčeno (léčba je obvykle doživotní), nezanechává žádné následky a dochází ke kompletní úpravě všech příznaků, včetně neurologických a kardiálních (JISKRA, 2011).

Výjimku tvoří pacienti s výrazným oběhovým postižením, při kterém může být tolerance podávaného tyroxinu snižena. Někdy ji lze zlepšit podáváním betablokátorů, pokud nejsou kontraindikovány (STÁRKA, 2010).

## **3 MORFOLOGICKÉ PORUCHY ŠTÍTNÉ ŽLÁZY**

### **3.1 Struma**

Prostá struma je jakékoli difúzní či uzlové zvětšení štítné žlázy, které není způsobeno v důsledku zánětu, maligních procesů a funkčních poruch štítné žlázy. Pokud prostá struma neobsahuje ve své struktuře uzly, jedná se o difúzní strumu. V případě, že se ve strumě uzly nacházejí, označuje se, v závislosti na počtu uzlů, jako nodózní (1 uzel) nebo polynodózní struma (více uzlů). Uzlová ložiska ve štítné žláze mohou být buď solidní, cystická nebo komplexní. Dále rozlišujeme uzly studené, které mají omezenou schopnost hormonální tvorby, uzly horké, které mají zvýšenou funkci a uzly teplé, které mají funkčnost stejnou jako normální štítná žláza. Od prosté strumy, která má sporadický výskyt se rozlišuje, struma endemická, která se vyskytuje v oblastech s nedostatkem jodu (BRUNOVÁ, BRUNA, 2009).

#### **3.1.1 Příčiny**

Příčiny vzniku strumy jsou mnohočetné. Na vzniku strumy se mohou podílet struminogeny (látky, které blokují syntézu hormonů štítné žlázy) v potravě (kapusta, zelí), nebo chemické látky vyskytující se v životním prostředí. Příčinou strumy endemické je nedostatek jodu (KRŠEK, 2011).

#### **3.1.2 Incidence**

Struma postihuje asi 7-9x častěji ženy než muže, zatímco endemická struma se vyskytuje u obou pohlaví ve stejném počtu, jelikož její výskyt závisí pouze na zásobení jodem. V populaci žen je častější výskyt strumy u těch, které víckrát rodily, naopak konzumace alkoholu a užívání hormonální antikoncepce riziko vzniku významně snižuje (BRUNOVÁ, BRUNA, 2009).

#### **3.1.3 Klinický obraz**

Klinický obraz se odvíjí od příčiny, velikosti strumy a funkce štítné žlázy. Při prostém zvětšení zpočátku pacienti nepocítují žádné obtíže, ale při dalším zvětšování nebo uzlové přestavbě může struma vadit pacientům z kosmetického hlediska. V pozdějším stádiu mohou pacienti pociťovat tlak na krku. Velké strumy mohou vést k útlakům trachey, jícnu a velkých cév, v důsledku čehož se mohou objevit poruchy

polykání, pocity dušnosti, dušnost se projevuje nejdříve při námaze, později i v klidu a zhoršuje se vleže. Struma je bolestivá pouze v případě náhlého krvácení do uzlu či cysty v důsledku obstrukce (KRŠEK, 2011).

#### **3.1.4 Diagnostika**

Základem je anamnestické vyšetření pacienta. Dále se provádí palpační vyšetření štítné žlázy a laboratorní vyšetření, kde se zjišťuje koncentrace TSH. Je-li tato koncentrace normální, koncentrace hormonů štítné žlázy se nevyšetřují.

Důležité je také zobrazovací vyšetření štítné žlázy pomocí ultrazvuku, kdy je patrná velikost a struktura štítné žlázy. Pokud nejsou výsledky ultrasonografie zcela jasné, používá se vyšetření magnetickou rezonancí nebo CT vyšetření. Při přítomnosti uzlů nejasné biologické povahy provádí se biopsie tenkou jehlou pod kontrolou ultrazvuku (KRŠEK, 2011).

#### **3.1.5 Terapie**

Terapie se odvíjí od primární příčiny a velikosti strumy. U pacientů s malou difuzní strumou, u nichž byl zjištěn deficit jodu, se podávají jodové preparáty. Další možností léčby je supresní terapie, která se využívá u eufunkční strumy, kdy se podává malé množství thyoxinu, kterým dochází ke snížení TSH a následnému zmenšení strumy. Chirurgické řešení se volí v případě maligní povahy strumy, při nejistotě o biologické povaze, příznacích z mechanického útlaku nebo z kosmetických důvodů. V ojedinělých případech je indikována terapie radiojodem.

Pokud struma nepůsobí potíže, nezvětšuje se, není podezření z další tyreopatie a nevádí z kosmetického hlediska, není potřeba ji léčit. Neléčená struma se nemusí během života měnit při úpravě příjmu jódu (BRUNOVÁ, BRUNA, 2009).

#### **3.1.6 Prognóza**

Prognóza tohoto onemocnění se odvíjí především od primární příčiny strumy a její velikosti. Převážně je prognóza příznivá (KRŠEK, 2011).

## **4 ZÁNĚTY ŠTÍTNÉ ŽLÁZY**

Záněty štítné žlázy neboli tyreoiditidy jsou zcela nesourodou skupinou onemocnění různého původu, klinického obrazu i výskytu. V některých případech jsou spojeny s poruchami funkce štítné žlázy (STÁRKA, ZAMRAZIL, 2005).

### **4.1 Akutní (infekční) thyreoiditida**

Jde o vzácné, infekční, zánětlivé onemocnění štítné žlázy, u kterého je postižení většinou lokální. Ve většině případů vzniká absces, který je provázený klasickými symptomy zánětu (STÁRKA, 2010).

#### **4.1.1 Příčiny**

Ve většině případů se jedná o bakteriální zánět, kdy se infekční agens dostane do štítné žlázy přestupem z okolí nebo hematogenně (KRŠEK, 2011).

#### **4.1.2 Incidence**

Onemocnění je velmi vzácné a téměř vždy se vyskytuje u imunologicky oslabených jedinců (imunoprese) nebo u osob s výraznou imunitní poruchou (STÁRKA, 2010).

#### **4.1.3 Klinický obraz**

Nejčastějšími projevy jsou lokální bolestivé zduření štítné žlázy, kůže v místě zduření může být zarudlá, bolestivost na pohmat, zduření regionálních lymfatických uzlin. Dále jsou přítomny celkové příznaky zánětlivého procesu v těle – horečka, zvýšená sedimentace erytrocytů, zvýšená hladina CRP a leukocytů (KRŠEK, 2011).

#### **4.1.4 Diagnostika**

V laboratorním nálezu se objevuje leukocytóza, zvýšená hladina CRP, zvýšená sedimentace erytrocytů. K potvrzení diagnózy se využívá ultrasonografické vyšetření, při kterém se může provést také biopsie k odběru materiálu na kultivační vyšetření nebo jako terapeutická metoda – odsátím části hnisavého obsahu dojde u pacienta k subjektivní úlevě (LÍMANOVÁ, 2006).

#### **4.1.5 Terapie**

Terapie antibiotiky, zprvu necílená širokospektrá po obdržení výsledků kultivace cílená. Dále se podávají antipyretika a analgetika. Pokud není úspěšná konzervativní léčba, je nutno chirurgické řešení – incize abscesu (KRŠEK, 2011).

#### **4.1.6 Prognóza**

Při včasné diagnostice je prognóza příznivá, onemocnění je dobře léčitelné širokospektrými antibiotiky. V případě jinak zdravých osob dochází téměř vždy k úplnému vyléčení a funkce štítné žlázy není nijak ohrožena (STÁRKA, 2010).

### **4.2 Subakutní thyreoiditida**

Subakutní zánět štítné žlázy je znám také pod názvy de Quervainova thyreoiditida, obrovskobuněčná nebo granulomatózní thyreoiditida.

#### **4.2.1 Příčiny**

Příčiny tohoto onemocnění nejsou přesně určeny, předpokládá se, že v etiologii hrají významnou roli některé viry (adenoviry) nebo méně pravděpodobně i některé bakterie (*heamophilus*), (LÍMANOVÁ, 2006).

#### **4.2.2 Incidence**

Tento typ thyreoiditidy se vyskytuje 8x častěji u žen než u mužů. V průběhu let se incidence nemění (LÍMANOVÁ, 2006).

#### **4.2.3 Klinický obraz**

Ke klinickým příznak patří, únava, mírně zvýšená teplota, bolest krku v oblasti štítné žlázy, v některých případech bolest vystřeluje do horní čelisti nebo směrem k uchu. Také se mohou objevit příznaky mírného zvýšení funkce štítné žlázy, jako jsou palpitace a pocení (HAHN, 2007).

#### **4.2.4 Diagnostika**

Nejdůležitější při diagnostice jsou laboratorní výsledky kde je výrazně zvýšená sedimentace erytrocytů a zvýšená hladina CRP. V některých případech se objevují

laboratorní známky hypertyreózy, thyroidální protilátky bývají negativní. Ultrasonografické vyšetření prokáže změnu tkáně štítné žlázy v místě palpační bolestivosti (LÍMANOVÁ, 2006).

#### **4.2.5 Terapie**

Terapie spočívá v podávání analgetik s protizánětlivým účinkem – obvykle nesteroidní antirevmatika. Začíná se nárazovou dávkou, která se snižuje po odeznění akutního stavu. V těžších případech se podávají kortikoidy (MAREK, 2010).

#### **4.2.6 Prognóza**

Onemocnění zpravidla dobře reaguje na léčbu, proto je prognóza příznivá. Pacienti po prodělané subakutní thyreoiditidě, by měly být sledováni po dobu 2 – 3 let, protože se mohou objevit relapsy onemocnění (LÍMANOVÁ, 2006).

### **4.3 Chronická autoimunitní (lymfocytární) thyreoiditida**

Jedná se o chronické neinfekční zánětlivé onemocnění, které je také známé pod názvem Hashimotova thyreoiditida (KRŠEK, 2011).

#### **4.3.1 Příčiny**

Toto onemocnění vzniká na autoimunitním podkladě, ale přesný mechanismus vzniku nemoci není zcela jasný. Chronická autoimunitní thyreoiditida je často součástí mnohočetného autoimunitního postižení, a to zhruba v 5-30 % případů. Nejčastěji bývá spojena s DM 1. typu, celiakií a perniciózní anémií. (MAČÁK, MAČÁKOVÁ, DVOŘÁČKOVÁ, 2012).

#### **4.3.2 Incidence**

Jde o nejčastější formu thyreoiditidy a zároveň o nejčastější příčinu hypotyreózy. Onemocnění je 9x častější u žen a největší manifestace nastává mezi 15 – 45 rokem života (KARGES, AL DAHOUK, 2010). U žen se onemocnění nejčastěji objevuje v období hormonálních změn jakým je puberta, období po porodu nebo menopauza (LÍMANOVÁ, 2006).



### **4.3.3 Klinický obraz**

Příznaky jsou často nenápadné, pacienti nepocítují žádné subjektivní potíže, diagnóza bývá často stanovena náhodně. Po různě dlouhém období se rozvíjí hypotyreóza. Jako Hashimotova thyreoiditida se označuje hypertrofická varianta se strumou. Opakem je stromfická varianta, kdy se štítná žláza zmenší. Mezi další příznaky patří tlak na krku, únava, někdy špatné polykání (KRŠEK, 2011).

### **4.3.4 Diagnostika**

Laboratorně se zjistí přechod z eutyriózy do primární hypotyreózy, dále se vyšetřují protilátky proti štítné žláze, přičemž jejich negativita autoimunitní etiologii nevylučuje. Také se provádí ultrasonografické vyšetření k určení velikosti štítné žlázy. v některých případech je indikovaná biopsie (KARGES, AL DAHOUK, 2010).

### **4.3.5 Terapie**

Léčba je založena na substituci případné hypotyreózy, která bývá doživotní. Pacienti s normální funkcí jsou sledováni a dispenzarizováni. U forem se strumou nebo přítomností ložiskového procesu je indikována chirurgická léčba (KRŠEK, 2011).

### **4.3.6 Prognóza**

Pokud je onemocnění včas diagnostikováno, a je ihned zahájena léčba, je prognóza velice příznivá (KRŠEK, 2011).

## **5 NÁDORY ŠTÍTNÉ ŽLÁZY**

Ve štítné žláze se mohou nacházet nádory všech histologických skupin (LÍMANOVÁ, 2006).

### **5.1 Příčiny**

Mezi příčiny vzniku patří řada faktorů, jako jsou zevní ozáření krku, strumektomie bez následné substituční léčby, autoimunitní thyreoiditis, mutace některých genů (STÁRKA, 2010).

### **5.2 Incidence**

Výskyt nádorů štítné žlázy se u nás trvale zvyšuje, a jistě to není jen časnějším diagnostikováním choroby. Jde o nejčastější malignitu v endokrinologii. Výskyt je 5x častější u žen jak u mužů (HAHN, 2007).

### **5.3 Dělení**

Nádory štítné žlázy mohou být maligní (adenom) a benigní. Ty dále dělíme na diferencované (papilární a folikulární karcinom), nediferencované (anaplastický karcinom) a medulární karcinom, který vyrůstá v parafolikulárních buněk (SOUČEK, ŠPINAR, SVAČINA, 2005).

#### **5.3.1 Adenomy**

Jedná se o benigní epitelové novotvary, zvrát do malignity je vzácný. Do této skupiny spadá např. adenom folikulární a adenom onkocytární. Někdy bývají adenomy, s výjimkou onkocytárního, klinicky provázeny hypotyreózou (LÍMANOVÁ, 2006).

#### **5.3.2 Folikulární karcinom**

Tento typ karcinomu je nejčastější u pacientů středního a vyššího věku. K šíření dochází hematogenní cestou. Není typický tvorbou objemného tumoru, ale může se zde objevit včasné metastázování. Příznaky tohoto tumoru mohou být vyvolány až jeho metastázemi v kostech nebo plicích (ADAM, VORLÍČEK, VANÍČEK, 2004).

### **5.3.3 Papilární karcinom**

Jde o nejčastější karcinom štítné žlázy. Nejčastěji metastazuje do regionálních lymfatických uzlin krku, vzdálené metastázy nejsou příliš časté. Jeho agresivita nebývá vysoká, proto má nejlepší prognózu mezi všemi karcinomy štítné žlázy (BRYCHTOVÁ, HLOBILKOVÁ, 2008).

### **5.3.4 Anaplastický karcinom**

Anaplastický karcinom patří mezi nejagresivnější nádory. Tento karcinom způsobuje mechanické potíže vzniklé jeho agresivním lokálním růstem. (ADAM, VORLÍČEK, VANÍČEK, 2004).

### **5.3.5 Medulární karcinom**

Tento karcinom vychází z parafolikulárních buněk štítné žlázy. Oproti výše uvedeným karcinomům častěji metastazuje do jater. Jeho výskyt se dá rozdělit na sporadický a familiární. Častější je u starších pacientů (SOUČEK, ŠPINAR, SVACHINA, 2005).

## **5.4 Klinický obraz**

Nejčastějšími příznaky jsou zvětšující se štítná žláza z důvodu rostoucího uzlu a infiltrace spádových krčních lymfatických uzlin, které se také zvětšují. Zřetelně zvětšené krční lymfatické uzliny bývají hlavně u dětí a dospívajících pro papilární karcinom (STÁRKA, 2010).

## **5.5 Diagnostika**

Diagnostika se zaměřuje na klinický obraz, palpační vyšetření, ze zobrazovacích metod se používá ultrasonografie. Dále se provádí biopsie a následné cytologické vyšetření odebraného materiálu. Z laboratorních vyšetření je nutné stanovit hladiny hormonů štítné žlázy (STÁRKA, 2010).

## **5.6 Terapie**

První metodou léčby je chirurgické odstranění štítné žlázy – totální thyreidektomie, pokud je to nutné odstraní se i metastaticky postižené lymfatické uzliny na krku.

U diferencovaného karcinomu je po odstranění štítné žlázy indikována léčba radiojodem během které se doporučuje supresní terapie levothyroxinem jako substituce hypotyreózy. Nediferencovaný karcinom má špatnou prognózu, chirurgická léčba není příliš účinná stejně jako léčba ozářením a chemoterapií (KRŠEK, 2011).

## **5.7 Prognóza**

Prognóza karcinomu štítné žlázy je většinou dobrá. Nejlepší prognózu má karcinom papilární, především pokud je zachycen v časném stadiu, kdy má téměř 100% vyléčitelnost. Hůře léčitelný je karcinom folikulární, ještě hůře medulární a nejzhoubnější průběh má karcinom anaplastický - ten je ale velmi vzácný (JISKRA, 2011).

## 6. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetrovatelský proces můžeme chápat jako způsob organizace ošetrovatelské péče. Jedná se o děj cyklický a dynamický. Nemocný je chápán jako jeho aktivní účastník, nejen objekt péče. Podílí se na něm svým vlastním úhlem pohledu, svým vnímáním potřeb péče i kvalitou spolupráce se zdravotním týmem.

Proto můžeme ošetrovatelský proces definovat jako logický, systematický přístup ke komplexní péči o pacienty. Jde o hlavní metodu ošetrovatelského personálu.

Ošetrovatelský proces se skládá z několika kroků, které se dělí do pěti hlavních fází (KELNAROVÁ, 2009).

### 1. fáze – posouzení

Proces získávání údajů o pacientovi vyžaduje aktivní spolupráci pacienta a sestry. Informace sestra získává od pacienta nebo doprovázející osoby, vlastním pozorováním, ze zdravotnické dokumentace, od příbuzných nemocného nebo od ostatních zdravotnických pracovníků.

### 2. fáze – diagnostika

Cílem tohoto kroku je zhodnocení pacientových potřeb, problémů a formulování závěrů ošetrovatelské diagnózy. Sesterský diagnostický závěr neboli ošetrovatelská diagnóza je jasné vyhlášení o existujícím anebo potencionálním zdravotním problému pacienta. Ošetrovatelské diagnózy jsou dvousložkové nebo tří složkové. Dvousložková se skládá z problémů a příčiny. Tří složková z problému, příčiny a projevujících se příznaků. Potencionální ošetrovatelské diagnózy se formulují tehdy, když je nutné předvídat problémy pacienta.

### 3. fáze – plánování

Plánování je proces stanovení ošetrovatelských strategií, intervencí potřebných na prevenci, redukci a eliminaci pacientových bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb. Plánování se skládá z pěti etap:

- určení priorit
- stanovení cílů
- stanovení výsledných kritérií
- plánování ošetrovatelských intervencí

- psaní plánů ošetrovatelských intervencí

#### **4. fáze – realizace**

Realizace je vykonání ošetrovatelských intervencí, které jsou zaznamenávány ve stanoveném ošetrovatelském plánu.

#### **5. fáze – vyhodnocení**

Vyhodnocení je posouzení změn ve zdravotním stavu pacienta způsobených činnostmi sestry (KELNAROVÁ, 2009).

## 7 APLIKACE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU

Ošetrovatelský proces jsem zpracovala u pacientky s tyreotoxikózou, která byla přijata k plánované tyreoidektomii. Veškeré informace jsem získala rozhovorem s pacientkou, pozorováním, z lékařské přijímací zprávy a sesterské překladové zprávy. Na základě veškerých informací jsem zpracovala ošetrovatelský proces, stanovila jsem základní ošetrovatelské diagnózy a sestavila jsem individuální ošetrovatelský plán.

### 7.1 Identifikační údaje

#### Identifikační údaje

<b>Jméno a příjmení:</b> M. T.	<b>Pohlaví:</b> žena
<b>Datum narození:</b> 12. 4. 1968	<b>Věk:</b> 45 let
<b>Adresa bydliště a telefon:</b> Znojmo	
<b>Kontaktní osoba:</b> manžel	
<b>RČ :</b>	<b>Číslo pojišťovny:</b> 211
<b>Vzdělání:</b> středoškolské	<b>Zaměstnání:</b> mzdová účetní
<b>Stav:</b> vdaná	<b>Státní příslušnost:</b> ČR
<b>Datum přijetí:</b> 5. 3. 2013	<b>Typ přijetí:</b> plánované

#### Důvod přijetí udávaný pacientem

„Jsem přijata k plánované operaci štítné žlázy.“

#### Medicínská diagnóza hlavní

tyreotoxikóza s toxickou mnohauzlovou strumou

#### Medicínské diagnózy vedlejší

Diabetes mellitus II. typu

Deprese

Esenciální hypertenze

### Vitální funkce při přijetí

<b>TK:</b> 135/85	<b>Výška:</b> 172 cm
<b>P:</b> 75	<b>Hmotnost:</b> 68 kg
<b>D:</b> 20	<b>BMI:</b> 23
<b>TT:</b> 36,4	<b>Pohyblivost:</b> bez omezení
<b>Stav vědomí:</b> při vědomí	<b>Krevní skupina:</b> A+

### Nynější onemocnění:

Pacientka byla přijata na oddělení k totální tyreoidektomii (chirurgické odstranění celé štítné žlázy) v celkové anestezii, s diagnózou tyreotoxikóza s toxickou mnohuzlovou strumou.

### Informační zdroje:

rozhovor s pacientkou, pozorování

## 7.2 Anamnéza

### Rodinná anamnéza:

**Matka:** léčí se s hypertenzí, opakovaně tromboflebitida

**Otec:** zemřel v 50 letech na infarkt myokardu

**Sourozenci:** sestra – po hysterektomii, bratr - zdrav

**Děti:** dcera - zdravá

### Osobní anamnéza:

**Překonané a chronické onemocnění:** pacientka se léčí s diabetem mellitus II typu, hypertenzí a depresemi

**Hospitalizace a operace:** v roce 2001 pacientka prodělala apendektomii

**Úrazy:** neudává

**Transfúze:** dosud nepodány

**Očkování:** pacientka prodělala veškerá povinná očkování



### Farmakologická anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Diaprel	tbl	80 mg	1-0-1	perorální antidiabetikum
Lokren	tbl	20 mg	1-0-0	antihypertenzivum
Citalec	tbl	20 mg	1-0-0	antidepresivum

### Alergologická anamnéza

**Léky:** neguje

**Potraviny:** neguje

**Chemické látky:** neguje

**Jiné:** neguje

### Abúzy

**Alkohol:** příležitostně

**Kouření:** neguje

**Káva:** 1x denně

**Léky:** neguje

**Jiné drogy:** neguje

### Gynekologická anamnéza

**Menarché:** od 14 let, menstruační cyklus pravidelný, antikoncepci neužívá

**Samovyšetřování prsou:** provádí pravidelně

**Poslední gynekologická prohlídka:** leden 2013

### Sociální anamnéza

**Stav:** vdaná

**Bytové podmínky:** bydlí s manželem a dcerou v rodinném domě

**Vztahy, role, a interakce v rodině:** rodinné vztahy pacientka uvádí jako dobré

**Vztahy, role, a interakce mimo rodinu:** na pracovišti má pacientka dobré vztahy se svými kolegy

**Záliby:** čtení, procházky, jízda na kole, turistika, skládání origami

### **Pracovní anamnéza**

**Vzdělání:** středoškolské

**Pracovní zařazení:** mzdová účetní

**Vztahy na pracovišti:** dobré

**Ekonomické podmínky:** ekonomickou situaci pacientka udává jako dobrou

### **Spirituální anamnéza**

nevěřící

## **7.3 Posouzení současného stavu**

Posouzení provedené sestrou - ze dne 5. 3. 2013

### **Hlava a krk**

**objektivní údaje** - Hlava pokleповě nebolestivá. Jazyk plazí středem, bez povlaku, sliznice fyziologická, dásně růžové, zubní náhrady nejsou. Oči, uši, nos bez sekrece. Zornice jsou izokorické. Pulsace na karotidách hmatná náplň krčních žil v normě. Na krku hmatná zvětšená štítná žláza. Mízní uzliny nehmatné.

**subjektivní údaje** – „Pocit'uji pocit tlaku na krku v oblasti štítné žlázy.“

### **Hrudník a dýchací systém**

**objektivní údaje** - Hrudník symetrický, pohyby hrudníku fyziologické. Dýchání alveolární čisté, bez patologických fenoménů. Dýchací cesty průchodné. Saturace dostatečná. Cyanóza nepřítomna.

**subjektivní údaje** – „Nemám žádné potíže spojené s dýcháním.“

### **Srdeční a cévní systém**

**objektivní údaje** - Srdeční ozvy slyšitelné, ohraničené, bez patologických nálezů, rytmus pravidelný. Pacientka se léčí s hypertenzí, medikaci užívá dle doporučení lékaře. Pulzace na končetinách a karotidách hmatná. EKG vyšetření bez patologických nálezů.

**subjektivní údaje** – „Užívám medikaci na vysoký tlak, nepocit'uje žádné potíže.“

### **Břicho a gastrointestinální trakt**

**objektivní údaje** - Břicho měkké, prohmatné, palpačně nebolestivé. Játra nehmatná. Peristaltika slyšitelná. Viditelná jizva po apendektomii.

**subjektivní příznaky** – „V poslední době pociťuji sklony k zácpě, žádné medikamenty neužívám.“

### **Kosterní a svalový systém**

**objektivní údaje** - Svalový tonus přiměřený. Končetiny fyziologické bez traumat. Pohyb bez omezení.

**subjektivní údaje** – „Snažím se udržovat v kondici, nepozoruji žádné omezení v pohybu. Lehce se unavím, jsem informována, že únava souvisí s onemocněním štítné žlázy.“

### **Nervový a smyslový systém**

**objektivní údaje** - Hlavové nervy nebolestivé. Zrak bez optické korekce. Sluch v pořádku. Řeč bez potíží, srozumitelná, slovní zásoba dostatečná. Orientovaná osobou, místem, časem a situací.

**subjektivní údaje** – „Mám pocit, že vidím hůře do dálky, plánuji návštěvu očního lékaře. Se sluchem a řečí žádné potíže nemám.“

### **Endokrinní systém**

**objektivní údaje** – Pacientka přijata k operaci štítné žlázy, dále se léčí s diabetem mellitem.

**subjektivní údaje** – „Musím pravidelně užívat perorální antidiabetika. V souvislosti s onemocněním štítné žlázy pociťuji zvýšenou únavu, zvýšené vypadávání vlasů a změnu psychického stavu (deprese).“

### **Imunologický systém**

**objektivní údaje** – Bez alergie.

**subjektivní údaje** – „Žádné potíže nemám.“

### **Kůže a její adnexa**

**objektivní údaje** – Kůže čistá, fyziologická, kožní turgor turgor v normě. Nehty čisté, upravené. Vlasy upravené, čisté.

**subjektivní údaje** – „Mám zhoršenou kvalitu vlasů a více mi vypadávají.“

### **Poznámky z tělesné prohlídky**

pacientka souhlasila a spolupracovala

### **Aktivity denního života**

		<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Stravování</b>	<b>Doma</b>	„Dodržuji diabetickou dietu, na kterou jsem již zvyklá. Chuť k jídlu mám dobrou.“	
	<b>V nemocnici</b>	„V nemocnici mi chutná, žádné potíže s jídlem nemám.“	Dieta č. 9 – diabetická. Výživa dostatečná, pacientka sní celou porci.
<b>Příjem tekutin</b>	<b>Doma</b>	„Vypiji zhruba 2 l tekutin za den.“	
	<b>V nemocnici</b>	„V nemocnici dodržuji pitný režim stejně jako doma, preferuji čaj, který mi v nemocnici chutná.“	Sliznice fyziologická, kožní turgor v normě
<b>Vylučování moče</b>	<b>Doma</b>	„S močením žádné potíže nemám.“	

	<b>V nemocnici</b>	„S močením žádné potíže nemám.“	Pacientka nemá žádné potíže s močením, moč je fyziologické barvy bez příměsí.
--	------------------------	---------------------------------	---

<b>Vylučování stolice</b>	<b>Doma</b>	„V poslední době mám potíže se zácpou z důvodu stresu, žádné medikamenty zatím neužívám.“	
	<b>V nemocnici</b>	„V nemocnici jsem dostala Lactulosu po které jsem se vyprázdnila.“	Pacientka si stěžuje na zácpu, po podání laxantiv se vyprázdní. Stolice formovaná, bez příměsí.
<b>Spánek a bdění</b>	<b>Doma</b>	„Spím 6 – 8 hodin, bez potíží, léky na spaní neužívám.“	
	<b>V nemocnici</b>	„Mám potíže se spánkem, myslím, že je to změnou prostředí.“	Pacientka si stěžuje na nevyspání, léky na spaní odmítá.
<b>Aktivita a odpočinek</b>	<b>Doma</b>	„Ráda chodím na procházky, jezdím na kole, nejlépe si odpočinu při skládání origami.“	
	<b>V nemocnici</b>	„V nemocnici se dívám na televizi nebo si čtu.“	Pacientka během dne odpočívá.
<b>Hygiena</b>	<b>Doma</b>	„Sprchuji se 2x denně.“	

	<b>V nemocnici</b>	„Chodím do sprchy, jsem soběstačná.“	Pacientka je soběstačná, dojde si do sprchy bez potíží.
<b>Samostatnost</b>	<b>Doma</b>	„Jsem plně samostatná.“	
	<b>V nemocnici</b>	„Jsem plně samostatná.“	Pacientka je plně samostatná.

### Posouzení psychického stavu

		<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Vědomí</b>		„Jsem při vědomí.“	Plně při vědomí.
<b>Orientace</b>		„Vím, kde se nacházím, datum i důvod hospitalizace.“	Plně orientovaná, místem, časem, osobou.
<b>Nálada</b>		„Mám strach z operace.“	Často se ptá na operaci a následnou léčbu.
<b>Paměť</b>	<b>Staropaměť</b>	„Nepocituji problémy s pamětí.“	Dokáže si vybavit věci staršího data.
	<b>Novopaměť</b>	„Žádné problémy s učením nových věcí nemám.“	Nové informace si pamatuje.

<b>Myšlení</b>	„Žádné potíže nemám.“	Dokáže se soustředit.
<b>Temperament</b>	„Jsem spíše introvert.“	Introvert
<b>Sebehodnocení</b>	„Jsem společenská a komunikativní.“	Hodnocení pacientky odpovídá.
<b>Vnímání zdraví</b>	„Zdraví je pro mě nejdůležitější.“	
<b>Vnímání zdravotního stavu</b>	„Jsem informována o svém zdravotním stavu.“	Zná svůj zdravotní stav a průběh léčby.
<b>Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění</b>	„Mám strach z operace, ale vím, že je nutná. Doufám, že vše dobře dopadne.“	Pacientka reaguje přiměřeně.
<b>Reakce na hospitalizaci</b>	„Chápu důvod hospitalizace.“	Hospitalizaci akceptuje, dodržuje pokyny zdravotnického personálu.
<b>Adaptace na onemocnění</b>	„Musela jsem se přizpůsobit.“	Dodržuje léčebný režim
<b>Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)</b>	„Mám strach, proto se opakovaně ptám, co	Často klade dotazy týkající se

	se bude dít. “	léčby.
<b>Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)</b>	„Mám jen dobré zkušenosti.“	Pacientka udává, že nemá negativní zkušenosti s hospitalizací.

### Posouzení sociálního stavu

		<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Komunikace</b>	<b>Verbální</b>	„Nepocit'uji potíže s komunikací.“	Potíže s artikulací řeči nemá, nezadrhává. Slova srozumitelná
	<b>Neverbální</b>	„Ráda se dívá při rozhovoru do očí.“	S komunikující stranou udrží oční kontakt. Při studu uhýbání zrakem.
<b>Informovanost</b>	<b>O onemocnění</b>	„Chápu podstatu onemocnění.“	Pacientka byla plně informována i přesto se opakovaně ptá.
	<b>O diagnost. metodách</b>	„Znám důležitost a podstatu vyšetření.“	O všech vyšetřeních je pacientka informována.
	<b>O léčbě a dietě</b>	„Na dietu už jsem zvyklá, nemám s jejím dodržováním žádný problém.“	Dietu dodržuje, stejně jako ostatní léčebné metody.



	<b>O délce hospitalizace</b>	„Věřím, že hospitalizace bude co nejkratší.“	Pacientka byla informována o přibližné délce hospitalizace.
<b>Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace</b>	<b>Primární</b>	„Uvědomuji si svoji roli dcery, proto svou matku často navštěvuji.“	Pacientka si uvědomuje svoje role v životě
	<b>Sekundární</b>	„Role manželky a matky.“	

## 7.4 Medicínský management

### Ordinovaná vyšetření:

- ultrasonografické vyšetření štítné žlázy
- RTG srdce a plic
- laboratorní vyšetření krve

### Výsledky vyšetření

#### ultrasonografie štítné žlázy

Štítná žláza nepravidelného tvaru, jeden lalok 5 x 3 x 2 cm, druhý 4 x 2 x 1 cm, na řezu kalcifikace, dále koloidní uzly průměru 2 cm, objem štítné žlázy 30 cm.

#### RTG srdce a plic

Bránice hladká, zevní úhly volné, srdeční stín nezvětšen, přiměřené konfigurace. Plicní parenchym bez infiltrace, bronchovaskulární kresba přiměřená. Stín mediastina není rozšířen. Bez patologických změn.

#### Laboratorní vyšetření krve

Parametry	Hodnota	Referenční meze
<b>BIOCHEMIE</b>		
Kalium (K)	3,98	3,6 – 4,6 mmol/l
Natrium (Na)	137	136 – 145 mmol/l
Chloridy (Cl)	103	96 – 110 mmol/l
Vápník (Ca)	2,22	2,15 – 2,58 mmol/l
Urea	2,11 ↓	3,11 – 7,97 mmol/l
Kreatinin	69	49 – 90 mmol/l
Glukóza	6,5 ↑	3,5 – 5,6 mmol/l
Celkové bílkoviny (CB)	58 ↓	62,4 – 77,9 mmol/l
TSH	3,2	0,2 – 4,0 mIU/l
T3	3,01 ↑	1,20 – 2,70 nmol/l
T4	173 ↑	60 – 150 nmol/l
<b>KOAGULACE</b>		

INR	0,98	0,7 – 1,3 s
APTT	30,2	24 – 38 s
fibrinogen	341,1	1,3
<b>KREVNÍ OBRAZ</b>		
Leukocyty	9,8	4 – 10 x 10 <sup>9</sup> /l
Erytrocyty	5,38	4 – 5,8 x 10 <sup>12</sup>
Hemoglobin	163	135 – 175 x 10 <sup>9</sup> /l
Hematokrit	0,502	0,400 – 0,500
Trombocyty	154	150 - 400

### Konzervativní léčba

**Dieta:** č. 9 (diabetická), výživa per os

**Pohybový režim:** volný

### Medikamentózní léčba

Léky podány per os

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Diaprel	tbl	80 mg	1-0-1	perorální antidiabetikum
Lokren	tbl	20 mg	1-0-0	antihypertenzivum
Citalec	tbl	20 mg	1-0-0	antidepresivum
Tramal	tbl	100 mg	0-1-0	analgetikum
Lactulosa	sirup	15 ml	Dle potřeby	laxantivum

### Léky podány intra venózně

Fyziologický roztok 250 ml + Tralgit 100 mg 1 ampule	1-0-1
Degan 10 mg 1 ampule (antiemetikum)	dle potřeby

### **Léky podány subkutánně**

Clexane 0.4ml s.c. (antikoagulancium)	1-0-1
---------------------------------------	-------

### **Léky podány per rektum**

Paralen 500mg supp (antipyretikum)	dle potřeby
------------------------------------	-------------

### **Chirurgická léčba**

totální tyreoidektomie

### **SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 7. 3. 2013**

V den příjmu (5. 3. 2013) bylo pacientce provedeno předoperační vyšetření. Pacientka byla lékařem informována o zákroku. Od pŕlnoci byla lačná. Zavedena žilní kanyla (levá horní končetina)

Ze sálu je pacientka přivezena při vědomí, pociťuje nauzeu. V operační ráně jsou zavedeny dva Redonovy drény, které jsou funkční a odvádí krvavý sekret. Sledují se fyziologické funkce a vědomí á 30 min., dále operační rána a její okolí. Pacientce je naměřena tělesná teplota 37,8°C Jsou podávána analgetika, antipyretika a antiemetika vše je zaznamenáno do dokumentace.

První pooperační den (7. 3. 2013) je pacientka postupně mobilizována. Tekutou stravu a tekutiny přijímá bez potíží. Redonovy drény jsou funkční stejně jako žilní kanyla, která byla ponechána.

## **7.5 Stanovení aktuálních a potenciálních ošetrovatelských diagnóz**

### **Aktuální ošetrovatelské diagnózy**

1. Akutní bolest z důvodu operační rány projevující se mimikou a verbalizací.
2. Hypertermie z důvodu prodělané operace projevující se naměřenými hodnotami a zvýšeným pocením.
3. Nauzea z důvodu podání narkózy projevující se říháním.
4. Porucha spánku z důvodu změny prostředí projevující se verbalizací.
5. Zácpa z důvodu stresové situace projevující se sníženou frekvencí vyprazdňování stolice.
6. Strach z budoucnosti z důvodu základního onemocnění projevující se verbalizací.

### **Potenciální diagnózy**

1. Riziko vzniku infekce z důvodu porušené kožní integrity.
2. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení invazivních vstupů.

## **7.6 Plánování, realizace a vyhodnocení ošetrovatelských diagnóz**

### **1. Akutní bolest z důvodu operační rány projevující se mimikou a verbalizací.**

#### **Cíl:**

- zmírnění bolesti

#### **Priorita:**

- vysoká

#### **Výsledná kritéria:**

- pacientka umí určit intenzitu bolesti na analogové škále bolesti - do 2 hodin
- pacientka zná příčiny bolesti - do 3 hodin
- pacientka má dostupná analgetika při vzestupu bolesti - do 30 minut
- pacientka verbalizuje úlevu po podání analgetik - do 30 minut

#### **Intervence:**

- podávej analgetika dle ordinace lékaře a sleduj případné vedlejší účinky – dle potřeby - sestra
- prováděj pravidelně kontrolu účinku analgetik – po 30 minutách - sestra
- pravidelně prováděj hodnocení bolesti a její zápis do dokumentace – po 3 hodinách - sestra
- vysvětlí a doporučí úlevovou polohu, odvedení pozornosti – sestra

#### **Realizace 6. - 7. 3. 2013:**

Pacientka je schopná určit stupeň bolesti na analogové škále a chápe její příčinu. Byla jí podávána analgetika dle potřeby, sledovali jsme jejich účinek, vše jsme zaznamenali do dokumentace. Také jsme pacientce doporučili úlevovou polohu.

#### **Hodnocení:**

Cíl byl splněn, pacientka udává po podání analgetik zmírnění bolesti ze stupně 6 na stupeň 2. V intervencích je nutno dále pokračovat.

## **2. Hypertermie z důvodu prodělané operace projevující se naměřenými hodnotami a zvýšeným pocením.**

### **Cíl:**

- snížení tělesné teploty do 3 hodin

### **Priorita:**

- vysoká

### **Výsledná kritéria:**

- pacientka má tělesnou teplotu v rozmezí 36–37 ° C - do 24 hodin
- je bez projevu komplikací souvisejících s hypertermií - po dobu hypertermie

### **Intervence:**

- podávej antipyretika dle ordinace lékaře – dle potřeby - sestra
- sleduj a zaznamenej jejich účinek – po 30 minutách- sestra
- pravidelně sleduj TT a zaznamenávej do dokumentace – po 3 hodinách - sestra
- zajisti suché a čisté prádlo – dle potřeby - sestra
- zajisti dostatečnou hydrataci – po dobu hospitalizace - sestra

### **Realizace 6. – 7. 3. 2013:**

Pacientce jsme pravidelně kontrolovali tělesnou teplotu a dle zjištěných hodnot jsme podávali ordinovaná antipyretika. Sledovali jsme jejich účinek a vše zaznamenávali do dokumentace. Tělesná teplota byla po podání antipyretik snížena. Pacientce jsme nabízeli tekutiny, jako prevenci dehydratace.

### **Hodnocení:**

Cíl splněn, u pacientky došlo ke snížení tělesné teploty. Dále se neprojevují obtíže spojené s hypertermií, jako jsou dehydratace.

### **3. Nauzea z důvodu podání narkózy projevující se říháním.**

#### **Cíl:**

- zmírnění nauzey

#### **Priorita:**

- vysoká

#### **Výsledná kritéria:**

- pacientka udává zmírnění - do 3 hodin od ošetrovatelských intervencí
- pacientka udává vymizení nauzey - do 6 hodin od ošetrovatelských intervencí

#### **Intervence:**

- zajisti vhodnou polohu a přísun čerstvého vzduchu – dle potřeby - sestra
- při déle trvajících potížích informuj lékaře - sestra
- podávej antiemetika dle ordinace lékaře – dle potřeby - sestra
- sleduj účinek antiemetik – po 30 minutách - sestra
- vše zaznamenej do dokumentace – sestra

#### **Realizace 6. 3. 2013:**

Pacientce jsme podávali antiemetika dle ordinace lékaře, sledovali jsme jejich účinek a vše zaznamenávali do dokumentace. Také byla doporučena vhodná poloha, kterou pacientka zaujala.

#### **Hodnocení:**

Cíl byl splněn, po podání antiemetik pacientka udává zmírnění obtíží.



#### **4. Porucha spánku z důvodu změny prostředí projevující se verbalizací**

##### **Cíl:**

- pacientka spí v noci minimálně 6 hodin
- po spánku se cítí odpočatá

##### **Priorita:**

- střední

##### **Výsledná kritéria:**

- pacientka usne po uložení do lůžka ke spaní - do 2 hodin.
- po spánku se cítí odpočatá - denně.
- pacientka verbalizuje zlepšení svého spánku - do 3 dnů.

##### **Intervence:**

- sleduj průměrnou délku spánku pacientky – denně - sestra.
- udržuj klidné a tiché prostředí zejména v noci – denně -sestra
- zjistí rituály, které je pacientka zvyklá před spaním vykonávat – při přijetí - sestra.
- podávej léky na spaní dle ordinace lékaře – dle potřeby - sestra
- sleduj jejich účinnost- po 30 minutách - sestra
- doporuč aktivitu v průběhu dne – sestra

##### **Realizace 5. - 11. 3. 2013:**

Pacientce jsme doporučili během dne aktivitu, zjistili jsme její rituály a nabídli jí medikamenty. Léky pacientka odmítla. Sledovali jsme průměrný čas spánku a o všem byl informován lékař.

##### **Hodnocení:**

Cíl nesplněn, pacientka neudává zlepšení spánku, ale medikaci i nadále odmítá. Ve stanovených intervencích je nutné pokračovat.

## **5. Zácpa z důvodu stresové situace projevující se sníženou frekvencí vyprazdňování stolice.**

### **Cíl:**

- pravidelné vyprazdňování stolice

### **Priorita:**

- střední

### **Výsledná kritéria:**

- pacientka zná příčiny zácpy – do 1 dne.
- pacientka se vyprazdňuje bez podání projímadel min. každý druhý den - do 5 dní.
- pacientka dodržuje pitný režim 2 litry tekutin/24 hodin.
- pacientka vykonává dostatečný pohyb - denně.

### **Intervence:**

- zjistí příčiny, které vedou k zácpě – při přijetí - sestra.
- zjistí frekvenci vyprazdňování stolice – při přijetí - sestra,
- informuj pacientku o nutnosti dostatečného příjmu tekutin – denně - sestra
- informuj pacientku o důležitosti stravy bohaté na vlákninu – denně - sestra.
- zajisti dle ordinace lékaře projímadla – dle potřeby - sestra
- sleduj účinek laxativ – po 1 hodině - sestra

### **Realizace 5. - 11. 3. 2013:**

Zjistily jsme frekvenci vyprazdňování stolice i příčina vedoucí k zácpě. Pacientku jsme informovali o nutnosti dodržování pitného režimu, který dodržuje. Byla podána laxantiva po kterých se pacientka vždy vyprázdní. Vše zaznamenáno do dokumentace.

### **Hodnocení:**

Cíl byl splněn, pacientka se pravidelně vyprazdňuje.

## **6. Strach z budoucnosti z důvodu základního onemocnění projevující se verbalizací**

### **Cíl:**

- zmírnění strachu

### **Priorita:**

- střední

### **Výsledná kritéria:**

- pacientka si uvědomuje příčinu strachu - do 12 hodin.
- pacientka zvládá svůj strach - do 3 dnů.
- pacientka verbalizuje strach - do 12 hodin.

### **Intervence:**

- zjistí příčiny strachu – při přijetí - sestra.
- sleduj verbální a neverbální reakci pacientky na strach a jejich vzájemnou shodu – denně - sestra.
- zjistí, zda pacientka strach popírá – při přijetí - sestra.
- mluv na pacientku jasně, zřetelně, buď trpělivá - vždy – sestra
- pobízej pacientku k verbálnímu projevu svých pocitů - vždy - sestra

### **Realizace 7. – 11. 3. 2013:**

Pacientce byla lékařem vysvětlena veškerá vyšetření, průběh operace a následná péče. Sledovali jsme projevy strachu a snažili se pacientku uklidnit a povzbudit.

### **Hodnocení:**

Tento cíl nebyl splněn, pacientka i nadále pociťuje strach z budoucnosti. Nutno pokračovat ve stanovených intervencích

## **7. Riziko vzniku infekce z důvodu porušené kožní integrity.**

### **Cíl:**

- u pacientky se neobjeví známky infekce

### **Priorita:**

střední

### **Výsledná kritéria:**

- pacientka zná rizikové faktory infekce v souvislosti se zavedenými invazivními vstupy - po dobu hospitalizace
- aktivně se podílí na prevenci vzniku infekce - po dobu hospitalizace
- pacient je bez projevů infekce - po dobu hospitalizace

### **Intervence:**

- sleduj místo operační rány – po 3 hodinách- sestra
- sleduj okolí operační rány – po 3 hodinách - sestra
- dodržuj aseptické postupy ošetřování operační rány – dvakrát denně- sestra
- sleduj TT a pravidelně zaznamenávej do dokumentace – po 3 hodinách- sestra
- při známkách infekce informuj lékaře - sestra
- informuj pacientku o riziku infekce a jejích příznacích – sestra

### **Realizace 7. – 11. 3. 2013:**

Pacientku jsme informovali o riziku infekce a jejích možných projevech, stejně jako o nutnosti informovat nás o jejích výskytu. Operační ránu a její okolí jsme pravidelně kontrolovaly a asepticky ošetřovali.

### **Hodnocení:**

Cíl byl splněn, pacientka je bez známek infekce. Operační rána a její okolí jsou klidné.

## **8. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení invazivních vstupů.**

### **Cíl:**

- u pacientky se neobjeví známky infekce

### **Priorita:**

střední

### **Výsledná kritéria:**

- pacientka zná rizikové faktory infekce v souvislosti se zavedenými invazivními vstupy - po dobu hospitalizace
- aktivně se podílí na prevenci vzniku infekce - po dobu hospitalizace
- pacient je bez projevů infekce - po dobu hospitalizace

### **Intervence:**

- při zavádění invazivních vstupů pacienta edukuj o riziku a projevech infekce - sestra, lékař
- sleduj místa zavedení invazivních vstupů – dvakrát denně - sestra
- dodržuj aseptické postupy ošetřování invazivních vstupů – denně- sestra
- sleduj funkčnost, délku zavedení invazivních vstupů – denně - sestra
- sleduj TT a pravidelně zaznamenávej do dokumentace – po 3 hodinách - sestra
- při známkách infekce informuj lékaře - sestra

### **Realizace 6. – 9. 3. 2013:**

Pacientku jsme informovali o riziku infekce a jejich možných projevech, stejně jako o nutnosti informovat nás o jejich výskytu. Žilní kanyla i Redonovi drény jsme pravidelně kontrolovali stejně jako jejich okolí a funkčnost. Prováděli jsme aseptické převazy a vše zaznamenávali do dokumentace.

### **Hodnocení:**

Cíl byl splněn, u pacientky se neprojeví žádné známky infekce.

## **Celkové hodnocení pacienta**

Pacientka M. T. (45 let) byla přijata dne 5. 3. 2013 k plánované operaci štítné žlázy (totální tyreoidektomie). V den příjmu bylo pacientce provedeno předoperační vyšetření. Pacientka byla lékařem informována o zákroku. Od půlnoci byla lačná. Zavedena žilní kanyla (levá horní končetina)

Ze sálu je pacientka přivezena při vědomí, fyziologické funkce jsou v normě. V operační ráně jsou zavedeny dva Redonovy drény, které jsou funkční a odvádí krvavý sekret. Sledují se fyziologické funkce a vědomí á 30 min., dále operační rána a její okolí. Jsou podávána analgetika, vše je zaznamenáno do dokumentace.

První pooperační den je pacientka postupně mobilizována. Tekutou stravu a tekutiny přijímá bez potíží. Redonovy drény jsou funkční stejně jako žilní kanyla, která byla ponechána k aplikaci analgetik.

Druhý pooperační den jsou odstraněny Redonovy drény, které odváděly minimum sekretu. Operační rána je klidná.

Třetí pooperační den je odstraněna žilní kanyla. Operační rána a její okolí jsou bez známek infekce.

Následující dny je pacientka bez potíží, bolest operační rány ustupuje, rána je klidná. Jsou provedeny kontrolní odběry krve, výsledky jsou v normě. Pacientka si stěžuje pouze na špatný spánek, medikaci ale odmítá. Dále má pacientka problémy s obstipací, která je podle jejích slov způsobena stresem a změnou prostředí.

Šestý pooperační den se vytažují stehy, operační rána je zhojená. Pacientka je propuštěna do domácí péče, je edukována o klidovém režimu a péči o jizvu. Také je stanoven termín kontroly v endokrinologické ambulanci.

## 7.7 Doporučení pro praxi

U pacienta je důležitá prevence a v případě onemocnění zejména změna životního stylu.

- v případě výskytu některého z rizikových faktorů navštívit lékaře
- vyvarovat se nadměrnému konzumování struminogenů
- pravidelně užívat medikaci
- dodržovat doporučení lékaře
- udržovat se v psychické a fyzické kondici

Doporučení pro praxi:

- uplatňovat metodu ošetrovatelského procesu
- dostatek ošetrovatelského personálu na jednotlivých odděleních nemocnic, které vede ke zvyšování úrovně poskytované ošetrovatelské péče
- zvyšovat úroveň vzdělání a odbornou kvalifikaci sester
- vzdělávání a sledování nových trendů ošetrovatelství
- respektovat pacienta jako individuum, poskytnout dostatek informací a písemných materiálů – internetové stránky, knihy, brožury atd.
- uspokojovat biologické, psychické, sociální a duchovní potřeby
- snažit se zapojovat i rodinu do procesu uzdravení
- respektovat práva pacientů

## ZÁVĚR

Bakalářská práce se zaměřuje na téma, které představuje pro společnost vážný zdravotní problém, onemocnění štítné žlázy jsou nejčastějším onemocněním endokrinního systému.

Důležité ovšem je, že nemoci štítné žlázy se často kombinují s dalšími autoimunitními chorobami a tím se zvyšuje riziko celé řady chorob srdce a cév. Proto je nutno věnovat zvýšenou pozornost prohlubování základních znalostí a informací o nemocech štítné žlázy jak u zdravotnického personálu, tak u veřejnosti.

Práce má dvě části, teoretickou a praktickou. Základ pro teoretickou část jsem získávala v dostupné literatuře. Praktickou část jsem zpracovala na základě podkladů získaných v praxi.

Teoretická část seznamuje s výskytem onemocnění štítné žlázy a vysvětluje základní terminologii, týkající se této problematiky. Dále je zde uvedeno dělení, příčiny, diagnostika a také terapie onemocnění.

V praktické části jsou zmiňovány informace o pacientce a jejím přijetí k hospitalizaci. Poté je zpracován ošetrovatelský proces. Ošetřování pacientů s touto diagnózou musí probíhat komplexně, přihlížet k bio-psycho-sociálním potřebám. Předpokládat, rychle a přesně řešit případné komplikace související s tímto onemocněním.

Cílem bakalářské práce bylo shromáždit co nejvíce informací o dané problematice a v praktické části pak sestavit ošetrovatelský plán u konkrétního pacienta.



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

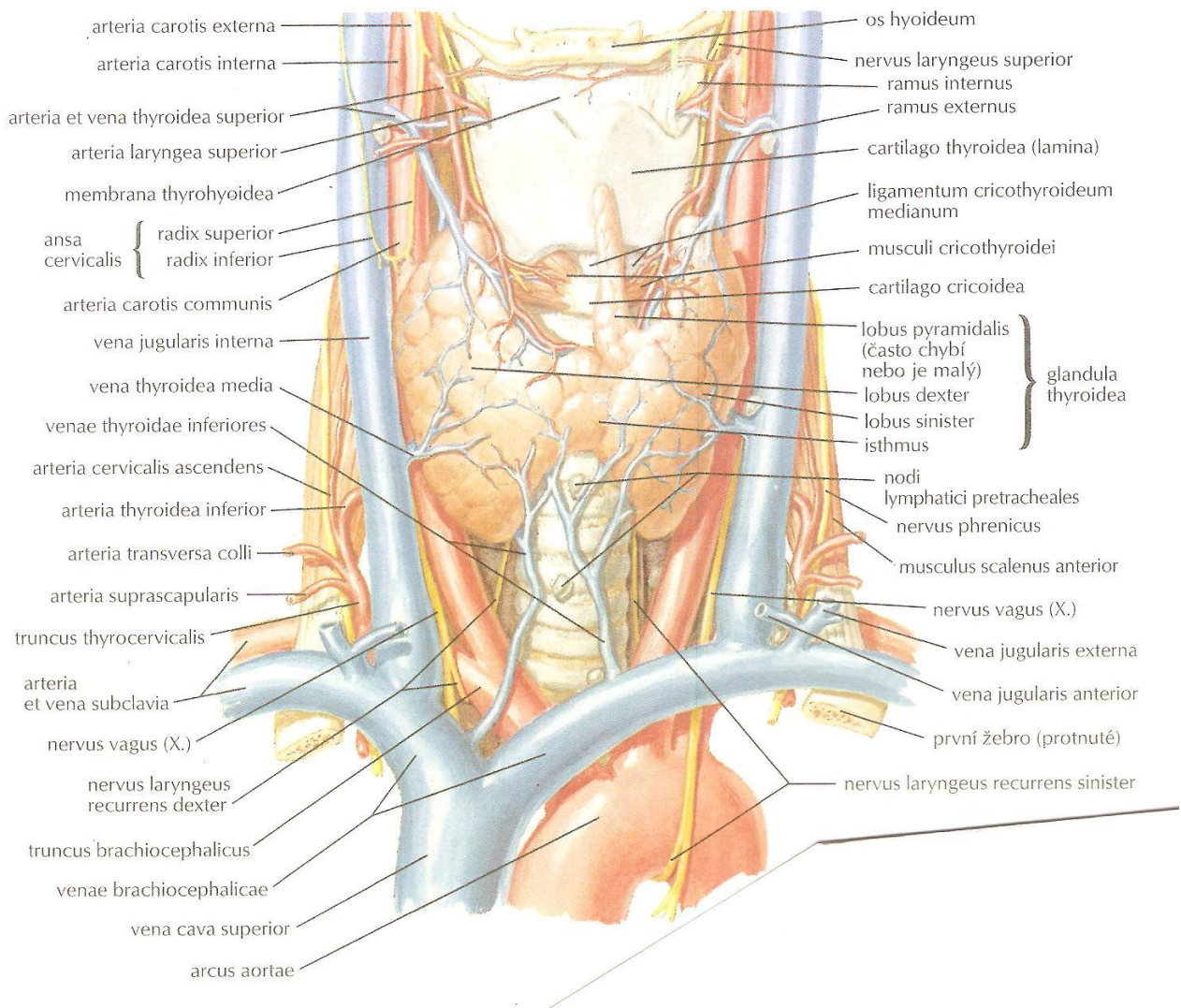
1. ADAM, VORLÍČEK a VANÍČEK. *Diagnostické a Léčebné postupy u maligních chorob*. 2. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0896-5.
2. ASTL, Jaromír. *Chirurgická léčba nemocí štítné žlázy*. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-000-7.
3. BLAHOŠ, Jaroslav a Václav ZAMRAZIL. *Endokrinologie interdisciplinární obor*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-788-7.
4. BRUNOVÁ, Jana a Josef BRUNA. *Klinická endokrinologie: a zobrazovací diagnostika endokrinopatií*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-190-5.
5. BRYCHTOVÁ, Svetlana a Alice HLOBILKOVÁ. *Histopatologický atlas*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-6723-9.
6. GREENSPAN, Francis S. a John D. BAXTER. *Základní a klinická endokrinologie*. 1. české vydání. Praha: H & H, 2003. ISBN 80-86022-56-0.
7. HAHN, Aleš. A KOL. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-0529-3
8. JISKRA, Jan. *Poruchy štítné žlázy*. 1. vyd. Praha: Mladá Fronta, 2011. ISBN 978-80-204-2456-3.
9. JISKRA, MUDr. Jan. *Karcinomy štítné žlázy* [online]. 2011 [cit. 2013-03-14]. Dostupné z: <http://endokrinologie-obezitologie.cz/cs/clanky/tema1/karcinomy-stitne-zlazy/>
10. KARGES, Wolfram a Sascha AL DAHOUK. PŘEKLAD JANA BERNARDOVÁ. *Vnitřní lékařství: Stručné repetitorium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3108-7.
11. KELNAROVÁ, Jarmila. A KOL. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2830-8.
12. KRŠEK, Michal. *Endokrinologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-726-2687-8.
13. LÍMANOVÁ, Zdeňka. *Štítná žláza*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-400-8.
14. MAČÁK, MAČÁKOVÁ a DVOŘÁČKOVÁ. *Patologie*. 2. doplněné vydání. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3530-6.

15. MANDINCOVÁ, Petra. *Psychosociální aspekty péče o nemocného: onemocnění štítné žlázy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3811-6.
16. MAREK, Josef. A KOL. *Farmakoterapie vnitřních nemocí: 4., zcela přepracované a doplněné vydání*. 4. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2639-7.
17. NAVRÁTIL, Leoš. A KOL. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2319-8.
18. NETTER, Frank. *Anatomický atlas člověka*. Přel. Libor Páč, Petr Dubový 2. rozšířené. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1153-2.
19. SOUČEK, ŠPINAR a SVAČINA. *Vnitřní lékařství pro stomatologi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1367-5.
20. STÁRKA, L. aj. *Pokroky v endokrinologii: [molekulární biologie, diagnostika, léčba]*. Praha: Maxford, 2007, s. 271-398. ISBN 978-80-7345-129-5.
21. STÁRKA, Luboslav a Václav ZAMRAZIL. *Základy klinické endokrinologie*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-066-6.
22. STÁRKA, Luboslav. *Endokrinologie*. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-328-8.
23. TOPINKOVÁ, Eva. *Obrazový atlas chorobných stavů: Diferenciální diagnostika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1670-4.
24. ŽÁČEK, Pavel a Jan DOMINIK. *Chirurgie srdečních chlopní*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2712-7.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

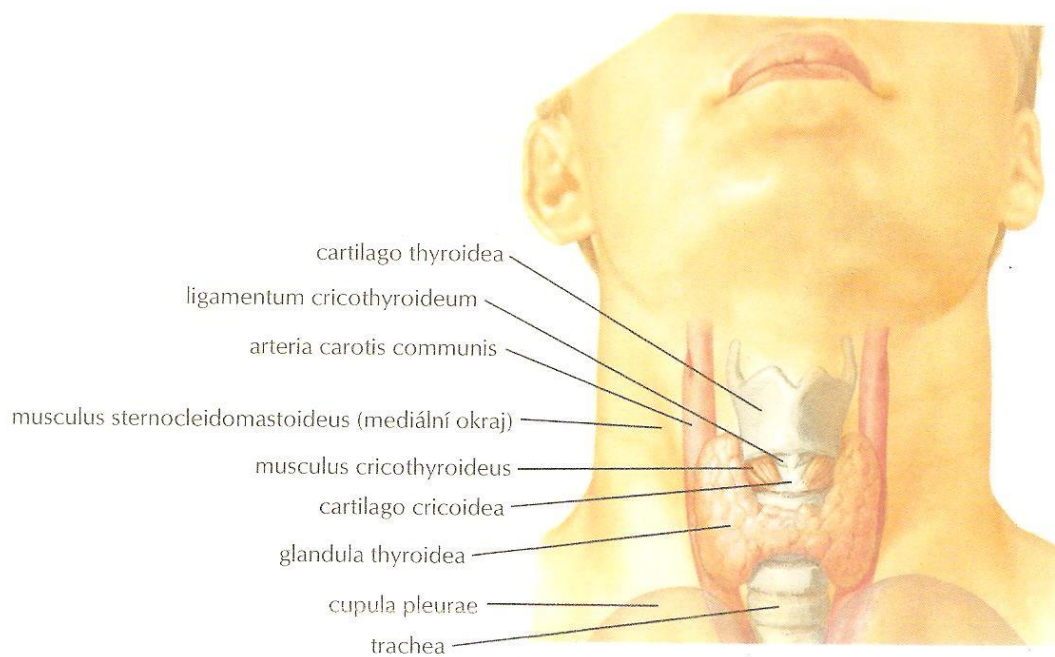
Příloha A – Štítná žláza	I
Příloha B – Uložení štítné žlázy	II
Příloha C – Rešerše	III

## Příloha A



Zdroj: NETTER, Frank. *Anatomický atlas člověka*. Přel. Libor Páč, Petr Dubový 2. rozšířené. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1153-2.

## Příloha B



Zdroj: NETTER, Frank. *Anatomický atlas člověka*. Přel. Libor Páč, Petr Dubový 2. rozšířené. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1153-2.

## Příloha C

Národní lékařská knihovna Praha / BiblioMedica - Bibliographia medica čechoslovaca

- AN: bmc12028710 DT: 30.8.2012  
TI: Diabetologie a endokrinologie - otázky a odpovědi  
AU: Límanová, Zdeňka, 1938- - Olšovská, Věra, 1955-  
AD: III. interní klinika-klinika endokrinologie a metabolismu 1. LF UK a VFN v Praze  
CI: Diabetes a štítná žláza, (2012), s. 26-28, ISBN 978-80-904002-8-3  
LA: čeština RT: 5 - článek ve sborníku
- AN: bmc10032768 DT: 23.11.2010  
TI: Moderní endokrinologická diagnostika poruch štítné žlázy  
AU: Vlček, Petr, 1961-  
AD: Klinika nukleární medicíny a endokrinologie, 2. LF UK a FNM, Praha  
CI: Klinická biochemie a metabolismus, Roč. 18-39, č. 3 (2010), s. 132-135, ISSN 1210-7921 - Lit.: 7  
LA: čeština RT: 3 - článek
- AN: bmc10019514 DT: 6.9.2010  
TI: Světový den štítné žlázy a "Týden štítné žlázy"  
CI: Kazuistiky v diabetologii, Roč. 8, č. 2 (2010), s. 45, ISSN 1214-231X - Lit.: 3  
LA: čeština RT: 3 - článek
- AN: bmc03013442 DT: 9.2003  
TI: Jód a štítná žláza - současná situace v České republice: Hlavní téma: Nefrologie, endokrinologie  
AU: Zamrazil, Václav, 1936-  
AD: Endokrinologický ústav, Praha, CZ  
CI: Zdravotnické noviny, Roč. 52, č. 31 (2003), ISSN 0044-1996 - Příl. Lék. Listy, s. 23-25  
LA: čeština RT: 3 - článek
- AN: bmc03013441 DT: 9.2003  
TI: Selen a regulace organismu hormony štítné žlázy: Hlavní téma: Nefrologie, endokrinologie  
AU: Kvičala, Jan, 1945-  
AD: Endokrinologický ústav, Praha, CZ  
CI: Zdravotnické noviny, Roč. 52, č. 31 (2003), ISSN 0044-1996 - Příl. Lék. Listy, s. 19-22  
LA: čeština RT: 3 - článek
- AN: bmc02016376 DT: 10.2002  
TI: Doporučený postup diagnostiky onemocnění štítné žlázy: 25. Endokrinologické dny. Liptovský Mikuláš, 19.-21.9.2002. Abstrakta  
AU: Topolčan, Ondřej, 1943- - Svodová, S. - Zamrazil, Václav, 1936-  
AD: UK Praha, Lékařská fakulta, Plzeň, CZ  
CI: Diabetologie, metabolismus, endokrinologie, výživa, Roč. 5, č. 2 (2002), s. 24, ISSN 1211-9326  
LA: čeština RT: 6 - abstrakt
- AN: bmc01016056 DT: 11.2001  
TI: Využití lůžek pro pacienty s onemocněním štítné žlázy pomocí radiojodu: 24. endokrinologické dny, Hradec Králové, 25.-27.9.2001. Abstrakta  
AU: Bramborová, P. - Netíková, Marie  
AD: Oddělení klinické hematologie, FN, Hradec Králové, CZ  
CI: Diabetologie, metabolismus, endokrinologie, výživa, Roč. 4, č. 3 (2001), s. 34-35, ISSN 1211-9326  
LA: čeština RT: 6 - abstrakt

AN: bmc01016032 DT: 11.2001  
TI: Pooperační komplikace a reoperace na štítné žláze: 24. endokrinologické dny, Hradec Králové, 25.-27.9.2001. Abstrakta  
AU: Smutný, S. - Pospíšil, R. - Vlček, P. - Racek, P. - Holobrada, S. - Hoch, Jiří, 1952-  
AD: Chirurgická klinika, 2. LF UK a FN Motol, Praha, CZ  
CI: Diabetologie, metabolismus, endokrinologie, výživa, Roč. 4, č. 3 (2001), s. 27, ISSN 1211-9326  
LA: čeština RT: 6 - abstrakt

AN: bmc00000422 DT: 1.2000  
TI: Diagnostika a terapie endokrinní orbitopatie: 22. Endokrinologické dny s mezinár. účastí. 8. Blok - Štítná žláza - 4. Autoimunita + varia. Teplice v Čechách, 6.-8.10.1999. Abstrakta  
AU: Škácha, M. - Němec, Jan, 1932-2007. - Vlček, P. - Racek, P.  
AD: FN Motol. Klinika nukleární medicíny, Praha, CZ  
CI: Diabetologie, metabolismus, endokrinologie, výživa, Roč. 2, č. 1 (1999), s. 25, ISSN 1211-9326  
LA: čeština RT: 6 - abstrakt