

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEMOCNÉHO PO
THYREOIDEKTOMII**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LUCIE KLIMKOVÁ

Praha 2016

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEMOCNÉHO PO
THYREOIDECTOMII**

Bakalářská práce

LUCIE KLIMKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Praha 2016



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

Klimková Lucie
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 29. 10. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče o nemocného po thyreoidectomii

Die Pflege eines Patienten nach der Thyreoidektomie

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

V Praze dne: 2. 11. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze, dne 20. 3. 2016

.....

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD. za pomoc a cenné rady při psaní práce a také za vedení mé bakalářské práce. Dále MUDr. Svatoplukovi Smutnému za cenné rady.

Děkuji rodině a přátelům za pomoc a podporu.

ABSTRAKT

KLIMKOVÁ, Lucie. *Ošetrovatelská péče o nemocného po thyreoidektomii*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Praha. 2016. 66. s.

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí o nemocného po thyreoidektomii. Teoretická část je zaměřena na onemocnění štítné žlázy, které jsou indikací k thyreoidektomii. Dále jsou v teoretické části popsány operační výkony na štítné žláze, jejich rozdělení a komplikace operací. Jednotlivé kapitoly pojednávají o obecné a speciální předoperační přípravě a zahrnuje všechny fáze perioperačního období. V praktické části je vypracován ošetrovatelský proces u pacientky po thyreoidektomii dle modelu Marjory Gordon a na závěr je shrnutí ošetrovatelské péče.

Klíčová slova

Operace. Pacient. Sestra. Štítná žláza. Thyreoidektomie.

ZUSAMMENFASSUNG

KLIMKOVÁ, Lucie. *Die Pflege eines Patienten nach der Thyreoidektomie*. Krankenpflegehochschule. Grad der Qualifikation: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Prag. 2016. 66. s.

Die Bachelor- Thesis beschäftigt sich mit der Pflege eines Patienten nach der Thyreoidektomie. Der theoretische Teil konzentriert sich auf Schilddrüsenerkrankheiten, die eine Indikation für die Thyreoidektomie sind. Weiterhin beschreibt er operative Maßnahmen an der Schilddrüse, ihre Gliederung und Komplikationen bei den Operationen. Einzelne Kapitel beschäftigen sich auch mit der allgemeinen und speziellen präoperativen Vorbereitung und sie umfassen alle Phasen der perioperativen Zeit. Im praktischen Teil wird der Pflegeprozess bei einer Patientin nach einer Thyreoidektomie nach dem Marjory-Gordon- Modell behandelt und zum Schluss wird die Pflege rekapituliert.

Schlüsselwörter

Die Operation. Der Patient. Die Krankenschwester. Die Schilddrüse. Die Thyreoidektomie.

OBSAH

SEZNAM TABULEK	25
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	26
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ	27
ÚVOD.....	16
1 ONEMOCNĚNÍ ŠTÍTNÉ ŽLÁZY INDIKOVANÉ K THYREOIDECTOMII.....	17
1. 1 FUNKČNÍ TYREOIDÁLNÍ PORUCHA.....	17
1. 2 MECHANICKÝ SYNDROM	18
1. 3 KARCINOM ŠTÍTNÉ ŽLÁZY NEBO DŮVODNÉ PODEZŘENÍ Z MALIGNÍHO PROCESU	20
1. 4 PREKARCINOMOVÁ FÁZE V RODINÁCH S MEDULÁRNÍM KARCINOMEM ŠTÍTNÉ ŽLÁZY	22
1. 5 ZÁNĚTY ŠTÍTNÉ ŽLÁZY	22
1. 6 ENDOKRINNÍ OFTALMOPATIE	24
1. 7 REOPERACE NA ŠTÍTNÉ ŽLÁZE	24
2 OPERAČNÍ VÝKONY U ŠTÍTNÉ ŽLÁZY	26
2. 1 HISTORIE OPERACÍ ŠTÍTNÉ ŽLÁZY.....	26
2. 2 ROZDĚLENÍ OPERACÍ.....	28
2. 3 KOMPLIKACE OPERACÍ ŠTÍTNÉ ŽLÁZY	29
3 OBECNÁ A SPECIÁLNÍ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA....	31

3. 1 MECHANICKÝ SYNDROM	31
3. 2 EUFUNKČNÍ NODÓZNÍ STRUMA.....	31
3. 3 TYREOTOXIKÓZA	32
4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEMOCNÉHO PO THYREOIDEKTOMII V PERIOPERAČNÍM OBDOBÍ.....	33
4. 1 PŘÍPRAVA NEMOCNÉHO K OPERACI- DLOUHODOBÁ PŘÍPRAVA, VŠEOBECNÁ CELKOVÁ, BEZPROSTŘEDNÍ A SPECIÁLNÍ.....	33
4. 2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEMOCNÉHO PŘI THYREODEKTOMII.....	36
4. 3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEMOCNÉHO PO TYREOIDEKTOMII	37
4. 4 PLÁNOVÁNÍ PROPUŠTĚNÍ, EDUKACE PO THYREOIDEKTOMII.....	39
5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	42
5. 1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE.....	42
5. 2 ANAMNÉZA	43
5. 3 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ	45
5. 4 UTRŽIDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II.....	46
5. 5 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT.....	50
5. 6 SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 10. 2. 2016.....	51
5. 7 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT DNE 10. 2. 2016	51
5. 8 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE	59

6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	61
ZÁVĚR	63
SEZNAM LITERATURY	64
PŘÍLOHY	

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Identifikační údaje pacientky.....	42
Tabulka 2 Hodnoty a údaje zjištěné při příjmu.....	43
Tabulka 3 Chronická medikace	44
Tabulka 4 Fyzikální vyšetření.....	45
Tabulka 5 Posouzení ze dne 10. 2. 2016.....	46
Tabulka 6 Medikamentózní léčba.....	51

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

a. s.	akciová společnost
D.X.	dextra
EKG	elektrokardiograf
HTE	hemithyreoidectomie
LU	lymfatické uzliny
NLR	nervus laryngeus recurrens
PCO ₂	parciální tlak oxidu uhličitého
PO ₂	parciální tlak kyslíku
PMK	permanentní močový katétr
PŽK	periferní žilní katétr
RTG	rentgenové vyšetření
SIN.	sinistra
STE	subtotální thyreoidectomie
T3	trijodthyronin
T4	tetraiodthyronin
TSH	tyreotropní hormon
TTE	totální thyreoidectomie
VF	vitální funkce

(VOKURKA a kol., 2010)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Abnormality	nenormální, zvláštnost, nepravidelnost, odchylka, zřůdnost
Acidobazická rovnováha	rovnováha mezi kyselinami a zásaditými látkami v těle
Adenom	nádor ze žláзовého epitelu
Adjuvantní	pomocný
Agens	původce, činitel
Absces	chorobná dutina vzniklá zánětem a vyplněná hnisem
Analgézie	bezbolestnost, vymizení vnímání bolesti
Antiagregancia	látky, snižující agregaci destiček
Antibiotika	látky, které zastavují růst bakterií či jiných mikroorganismů
Antiemetika	látky tlumící zvracení
Antigeny	látky vyvolávající specifickou imunitní reakci
Arytmie	porucha srdečního rytmu
Astrup	vyšetření acidobazické rovnováhy, které zjišťuje pH krve
Autotransfúze	při operaci podána nemocnému jeho vlastní krev
Biopsie	vyšetření vzorku živého lidského orgánu nebo tkáně
Bloková krční dírekce	odstranění krčních lymfatických uzlin
Depistáž	aktivní vyhledávání rizikových znaků
Dislokace průdušnice	posunutí, přemístění
Dysfágie	porucha polykání, ztížené polykání
Encefalopatie	obecný název pro onemocnění mozku, nezánětlivé
Fowlerova poloha	pacient leží naznak, s hlavou a koleny nad rovinou lůžka
Foniatr	lékař, který se zabývá diagnózou a léčbou vad a chorob hlasu
Fibrilace	míhání, velmi rychlé a nepravidelné stahy svalu
Fibrosarkom	zhoubný nádor vyrůstající z vazivových tkání
Hematogenně	krvní cestou, vznikající
Hematom	rozsáhlý uzavřený krevní výron v hlubších tkáních podkoží
Hemithyreoidectomie	odstranění jednoho laloku, isthmu a lobus pyramidalis

Hemostáza	zástava krvácení
Hyperplazie	zvětšení orgánu způsobené zmnožením jednotlivých buněk
Hypertyreóza	onemocnění vyvolané zvýšenou tvorbou, sekrecí hormonů ŠŽ
Hypertenze	zvýšený krevní tlak
Hypokalcémie	snížená hodnota kalcia (vápníku) v krvi
Hypoparatyreóza	snížená funkce příštítných tělísek
Hypotyreóza	onemocnění vyvolané sníženou tvorbou, sekrecí hormonů ŠŽ
Hypoxie	snížený obsah kyslíku ve tkáních
Imobilizace	znehýbnění normálně pohyblivé těla z léčebných důvodů
Incidence nemocí	výskyt chorob v určitém období
Incize	naříznutí, chirurgické otevření kůže, chorobného ložiska
Infrahyoidní	podjazylkový
Intubace	zavedení endotracheální rourky trubičky do průdušnice
Kalcémie	normální hladina vápníku v krvi
Kalcitonin	hormon tvořený ve zvláštních buňkách štítné žlázy
Karcinom	zhoubný nádor vznikající z epitelu
Komprese	stlačení, stisknutí
Kortikoidy	látky podobné hormonům kůry nadledvin
Kreténismus	onemocnění, které vzniká při snížené činnosti štítné žlázy
Léze	poškození, postižení, porucha orgánu či tkáně
Lobektomie	chirurgické odstranění laloku určitého orgánu
Lymfom	zhoubné onemocnění mízních uzlin
Metastáza	druhotné ložisko nádorových buněk
Mortalita	úmrtnost na určitou nemoc nebo celková
Nebulizace	vysoušení rozprášeného aerosolu teplým vzduchem
Nekróza	intravitální odumření buňky, tkáně či části orgánu
Nutrice	výživa
Osteoporóza	časté onemocnění charakterizované úbytkem kostní hmoty
Palpitace	bušení srdce vnímané pacientem
Parenchym	vlastní funkční tkáň
Paréza	obrna, částečná neschopnost aktivního volního pohybu

Pentagastrin	látka používaná k vyvolání žaludeční sekrece
Periferie	okrajová, vedlejší část
Peristaltika	vlnovitý pohyb stěn dutých orgánů
Pesticidy	látky, hubící plevel
Pneumotorax	přítomnost vzduchu v dutině pohrudniční
Premedikace	podávání léků před určitým lékařským výkonem
Preparace	příprava, úprava
Prognóza	předpověď průběhu a zakončení nemoci
Protetické pomůcky	náhradní, umělé
Punkce	nabodnutí, lékařský zákrok k získání vzorku
Recidiva	návrat nemoci, která je vyléčena nebo kde vymizely příznaky
Redonův drén	odstraňování tekutiny z ran po úrazu, po operaci pod tlakem
Salicyláty	léky užívané k léčbě bolesti a snižování horečky
Stenóza	abnormální zúžení
Steroidy	přirozené látky rostlinného či živočišného původu
Šelest	zvuk, vzniká prouděním krve nebo vzduchu zúženým místem
Tachykardie	zrychlená srdeční činnost, zvýšená tepová frekvence
Teratom	nádor složený z různých tkání
Tetanie	zvýšená nervosvalová dráždivost, např. brnění prstů či jazyka
Totální thyreoidektomie	odstranění celé štítné žlázy
Tremor	třes
Tymocyty	leukocyty obsažené v brzlíku
Tyreostatika	léky, které redukuje, snižují zvýšenou funkci štítné žlázy
Vaskularizace	vznik krevních cév v tkáni

(www.lekarske.slovníky.cz), (www.slovník-cizich-slov.abz.cz)

ÚVOD

Tématem bakalářské práce byla zvolena ošetrovatelská péče o nemocného po thyreoidectomii. Toto téma bylo vybráno, protože naše Oblastní nemocnice v Příbrami, konkrétně chirurgie se zabývá nejčastěji touto problematikou.

Onemocnění štítné žlázy patří k častým chronickým onemocněním a k nejčastějším onemocněním endokrinního systému vůbec. Počty operací štítné žlázy každoročně stoupají, protože počet lidí s tímto druhem onemocnění, se podle statistik rok od roku zvyšuje. Statistiky ukazují, že jenom karcinomů štítné žlázy v roce 1970 bylo ročně kolem 50 operací a v roce 2010 bylo ročně kolem 300 operací.

Teoretickou část bakalářské práce tvoří kapitoly o onemocněních štítné žlázy, která jsou indikována k operaci, druhy operací štítné žlázy a ošetrovatelská péče o pacienta po operaci štítné žlázy v perioperačním období.

Cílem praktické části bylo zpracovat ošetrovatelský proces u nemocného po thyreoidectomii. Informace byly získané od nemocného, vlastním pozorováním, z lékařské a ošetrovatelské dokumentace. Na základě nasbíraných informací byly stanoveny diagnózy dle NANDA I taxonomie II 2015-2017.

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Ošetrovatelská péče o nemocného po thyreoidectomii, proběhlo v časovém období listopad 2015 až leden 2016. Pro vyhledávání byl použit katalog Národní lékařské knihovny a souborný katalog ČR. Jako klíčová slova byla zvolena v českém jazyce: operace, pacient, sestra, štítná žláza, thyreoidectomie. V německém jazyce byly těmito slovy: Operation, Patient, Krankenschwester, Schilddrüse. Hlavní kritéria pro zařazení dohledaných článků do zpracování bakalářské práce byla – odpovídající tématu práce a vydání v časovém období od roku 2006 až po současnost. Jazykové vymezení se vztahovalo jazyk český, slovenský a německý. Požadován byl Harvardský zápis dohledaných zdrojů.

1 ONEMOCNĚNÍ ŠTÍTNÉ ŽLÁZY INDIKOVANÉ K THYREOIDEKTOMII

Bavor (2011) indikoval výkon na štítné žláze nejčastěji pro tyto stavy:

- funkční tyreoidální porucha,
- mechanický syndrom,
- bezpečné zjištění karcinomu nebo důvodné podezření z maligního procesu,
- podezření z prekarcinomové fáze v rodinách s medulárním karcinomem štítné žlázy.

Vzácněji:

- k ovlivnění jinak intraktabilního zánětu štítné žlázy
- k ovlivnění endokrinní oftalmopatie

1.1 FUNKČNÍ TYREOIDÁLNÍ PORUCHA

Dle Bavora (2011) se funkční tyreoidální porucha se nazývá tyreotoxikóza nebo hypertyreóza a je to zvýšená funkce štítné žlázy označuje se patologicky zvýšeným účinkem hormonů na periférii. Ženy tímto onemocněním trpí 5-8krát častěji a všechny věkové kategorie jsou postiženy stejně. Každá odchylka velikosti, struktury i biologické povahy štítné žlázy může být provázena hypertyreózou.

Vávrová (2012) říká, že bez hormonů štítné žlázy se žít nedá. Jejich nadprodukce je ale pro organismus také škodlivá. Proto je potřeba znát projevy a léčbu zvýšené funkce štítné žlázy. Štítná žláza je hyperaktivní, produkuje nadměrné množství hormonů, jejichž účinky jsou pro organismus škodlivé až toxické. Proto je nemoc označována také jako tyreotoxikóza.

Hána (2014) udává, že nejčastější příčinou tyreotoxikózy je Gravesova-Basedowova nemoc, která v naší populaci tvoří zhruba 60-80 % případů, následována toxickou polynodózní strumou (10-20 %) a toxickým adenomem (3-5 %). Kromě obecných

známek tyreotoxikózy je pro Gravesovu-Basedowovou chorobu charakteristická měkká difúzní struma, vysoce vaskularizovaná, se šelestem a vírem.

Návratil (2008) bere jako častou příčinu polynodózní toxickou strumu neboli multinodózní. Tato struma se vyznačuje přítomností uzlů, zřejmých buď při palpaci, nebo při ultrazvukovém vyšetření. Opět nejde o vzácnost, uzlů přibývá s věkem a jsou častější u žen. Uzly se odlišují počtem, velikostí, strukturou a prokrvením, což je patrné právě na ultrazvuku. Důležité je posoudit funkci žlázy a mezi četnými uzly najít včas ty, které jsou podezřelé z nádorového bujení.

Hypertyreóza se projevuje dle Zemana (2010) těmito příznaky:

Zrychlená tepová frekvence, subjektivně cítíme bušení srdce, patrný jemný třes rukou, svalová slabost, zvýšené pocení, ve většině případů také pokles tělesné hmotnosti.

Komplikace, které u hypertyreózy můžou vzniknout dle Krugmana & Jonse (2013):

Srdeční problémy- rychlý srdeční tep, srdeční rytmus poruchy fibrilace síní a městnavého srdečního selhání, křehké kosti- osteoporóza, oční problémy- vypouklé, červené, nateklé oči, červená, oteklá kůže, tyreotoxická krize.

1. 2 MECHANICKÝ SYNDROM

Zamrazil (2010) udává, že mechanický syndrom je stav, kdy zvětšená štítná žláza stlačuje okolní orgány a působí tím mírné, větší až velmi závažné potíže. Při zvětšení pouze jednoho laloku dochází nejdříve k dislokaci průdušnice na zdravou stranu a později ke kompresi průdušnice. Při stlačení oboustranným procesem zůstává obvykle průdušnice ve střední čáře a je nálevkovitě zúžena často na delším úseku.

Dle Mandincové (2011) příčinou vzniku strumy bývá řada faktorů zevního i vnitřního prostředí, dědičnost a nejčastější příčina je nedostatek jodu. Pokud je v potravě málo jodu, štítná žláza se musí zvětšit, aby mohla zachytit co nejvíce. Zvýšili se pak přívod jódu v potravě nebo klesnou-li požadavky organismu na potřebu hormonu, může se štítná žláza opět zmenšit. Nejvyšší požadavky na množství hormonu mají děti, pubescenti, těhotné i kojící se ženy.

Vávrová (2012) uvádí, že v důsledku nedostatku jodu v potravě se nevytváří dostatečné množství hormonů štítné žlázy. Při této nedostatečné hladině hormonů zvyšuje podvěsek mozkový (hypofýza) sekreci-hormonu TSH, který štítnou žlázu stimuluje k většímu výkonu. Díky této stimulaci se sekrece hormonů zvyšuje, ale také se zvětšuje objem štítné žlázy a tím vzniká struma.

Dle Součka (2011) strumu dělíme podle struktury na difuzní a uzlovou. Difuzní struma představuje stejnosměrné zvětšení jednoho laloku nebo celé štítné žlázy. Dlouhodobě neléčená difuzní struma může postupně nodulizovat a mění se ve strumu uzlovou. Uzlová struma je u klinického hlediska závažnější, je vždy potřeba došetřit biologickou povahu uzlů. Podle výskytu dělíme strumu na sporadickou a endemickou. Endemická struma je v případě, pokud je na určitém geografickém území postiženo více než 10 % obyvatelstva. Sporadická struma se vyskytuje v dané oblasti u méně než 10 % populace. Podkladem endemické strumy je jodový deficit, dále se zde uplatňují faktory genetické, pohlaví, hormonální změny, věk. U sporadických strum etiologie není zcela jasná, mohou se zde uplatňovat autoimunitní růstové stimulatory, dále látky označované jako strumigeny. Mezi přirozené strumigeny patří např. kapusta, zelí, květák, kedlubna, fazole, sója. Z dalších strumigenů jsou to PVC, pesticidy, fluoridy, některé léky a kouření.

Druhy strumy podle místa uložení dle Markalouse a Gregorové (2007):

- Nejčastější je krční struma
- Méně častá je nitrohruční, retrosternální struma
- Velmi vzácně se vyskytuje struma v kořeni jazyka- struma lingualis

Indikací k operaci dle Bavora (2011, s. 22) je velká struma, tzn. II. a vyššího stupně, často víceuzlová. Indikaci podporují příznaky- pocit tlaku a napětí na krku, zhoršení dechu, struma nereaguje na supresivní léčbu. Útlakem dýchací trubice vzniká zúžení, stenóza provázená dechovými obtížemi, útlak jícnu je příčinou dysfágií, tlak na velké cévy ztěžuje venózní návrat a může být příčinou syndromu horní duté žíly. Tento tzv. mechanický syndrom provází především retrosternální strumy.

1. 3 KARCINOM ŠTÍTNÉ ŽLÁZY NEBO DŮVODNÉ PODEZŘENÍ Z MALIGNÍHO PROCESU

Mandincová (2011) píše, že při bezpečně zjištěném karcinomu štítné žlázy nebo při důvodném podezření z maligního procesu patří operační řešení mezi stěžejní opatření v rámci komplexní léčby. K výkonu mají být tyto nemocní objednávaní přednostně, tj. obvykle do jednoho týdne. Nádory dělíme obecně na benigní a maligní.

Maligní nádory štítné žlázy jsou dle Hána (2014, s. 104): karcinom štítné žlázy papilární (tvoří přibližně 70-80 %), folikulární (10-15 %), medulární (5-7 %), nediferencovaný (5-7 %).

Hahn (2007) udává, že vyskytovat se mohou pochopitelně i další raritní typy jako lymfom, hemangioendoteliom, fibrosarkom, teratomy nebo metastatické postižení. Malignita jednotlivých typů se naštěstí stupňuje také podle uvedeného schématu výskytu, diagnóza karcinomu papilárního je proto příznivější než např. folikulárního.

Blahoš a Zamrazil (2006) popisují, že maligní (zhoubné) onemocnění štítné žlázy často vznikají na podkladě ozáření v oblasti krku, hlavy a hrudníku. Specifická problematika je vnitřní ozáření radiojodem, které bylo opakovaně pozorováno po nukleárních zkouškách. Při masivním ozáření vznikají vysoce agresivní maligní nádory u dětí během několika let, při menším ozáření se manifestují v delším časovém odstupu. Kromě maligních nádorů vznikají i benigní adenomy a uzlová hyperplazie.

Bavor (2011) říká, že papilární karcinomy postihují zejména mladší věkové kategorie, vzácné nejsou ani u dětí a ani u mladistvých. Mají tendenci k časnému metastazování do regionálních krčních uzlin, významně později, se šíří hematogenně do periferie. Jejich prognóza je příznivá při léčení v časných stádiích, s dlouhým přežíváním i při metastázách. Folikulární karcinom je typický pro střední věk. Metastazuje hematogenně hlavně do plic a kostí. Prognóza je horší.

Hána (2014) dále udává, že v případě medulárních karcinomů se může jednat o sporadické nádory, ale i o nádory s familiárním výskytem. Medulární karcinom

metastazuje poměrně brzy a často do jater. U medulárních karcinomů pomůže stanovení kalcitoninu bazálně nebo po stimulaci kalcie.

Vodička (2006) popisuje nediferencovaný karcinom jako vysoce maligní nádor s rychlým invazivním růstem do okolních struktur a časným mechanickým útlakem průdušnice a jícnu. U tohoto typu karcinomu je podávána adjuvantní radio- a chemoterapie, většina těchto tumorů je však primárně neodstranitelná.

Příznaky zhoubných nádorů dle Markalouse a Gregorové (2007) štítné žlázy:

V počátečních stádiích se maligní nádory nemusí vůbec projevat. Nejčastější je zduření, které je nebolestivé- uzel na krku, který se postupně zvětšuje. Příznaky z útlaku okolí, kterými jsou poruchy polykání, dýchání, chrapot, později bolesti krku aj. Někdy bývají přítomny zvětšené mízní uzliny na krku (uzlinové metastázy). Vzdálené metastázy mohou vznikat v plicích, kostech, vzácně v játrech a v mozku. Funkce štítné žlázy není obvykle porušena. Punkce zduření na krku spolu se sonografií umožní zjištění povahy onemocnění ve velké většině případů.

Benigní (nezhoubné) nádory štítné žlázy jsou popisovány dle Markalouse a Gregorové (2007) jako tzv. adenomy, které tvoří často součást uzlových strum, adenomy jsou zjistitelné sonografií, při růstu pak jako zvětšení štítné žlázy struma. Vyšetřují se aspirační punkcí a cytologickým zpracováním odebraného vzorku. Některé adenomy jeví při cytologickém hodnocení abnormality a mohou se maligně zvrhnout. Jsou proto odstraňovány při atypiích nebo při zvětšování spolu s lalokem štítné žlázy, to se nazývá hemithyreoidectomie.

Zamrazil a Čeřovská (2014) udávají, že zásobení jódem ovlivňuje typ nádoru štítné žlázy. Při nedostatečném zásobení jodu je častější tzv. folikulární karcinom, při nedostatečném zásobení jodu jednoznačně převažuje typ papilární.

1. 4 PREKARCINOMOVÁ FÁZE V RODINÁCH S MEDULÁRNÍM KARCINOMEM ŠTÍTNÉ ŽLÁZY

Bavor (2011) říká, že na základě aktivního pátrání u pokrevních příbuzných, u nichž byla zjištěna buď vysoká hladina kalcitoninu po stimulaci pentagastrinem nebo kalcielem nebo alespoň hyperreaktivita na stimulaci. Indikace k totální tyroidectomii je u medulárního karcinomu štítné žlázy absolutní. Pokud chirurg neodstraní veškerou tyroidální tkáň, nastane zákonitě recidiva onemocnění a prognóza onemocnění se dramaticky zhoršuje. Jakmile se objeví rozsev extratyroidálně, ani oboustranná radikální disekce obvykle medulární karcinom štítné žlázy nezlikviduje. V případě sporadických medulárních karcinomů obvykle nemáme předoperačně jistou diagnózu, protože se imunoreaktivní kalcitonin systematicky u osob se strumou nebo i s cytologickým podezřením z malignity nevyšetřuje. Cytologicky je diagnóza velmi obtížná. U osob, kde vzniklo na základě depistáže podezření z familiární formy medulárního karcinomu, indikujeme úplně chirurgické odstranění žlázy.

1. 5 ZÁNĚTY ŠTÍTNÉ ŽLÁZY

Mandincová (2011) udává, že tyreoiditidy postihují 1-3 % celkové populace, ženy středního a vyššího věku těmito záněty trpí 5-15 % populace. Zánět štítné žlázy je celá řada, mohou být vyvolány infekcemi, zevním ozářením štítné žlázy, podáním léčebné dávky radiojodu, ale i nešetrným prohmatáváním krku, úrazy atd. Některé záněty vznikají náhle s místními i celkovými příznaky zánětu a léčí se antibiotiky, případně punkcí. Bývají obvykle pouze přechodné a nevedou k trvalé poruše žlázy.

Blahoš a Zamrazil (2006) dělí tyreoiditidy:

Akutní tyreoiditidy, subakutní tyreoiditidy a autoimunní tyreoiditidy.

Akutní tyreoiditidy jsou podmíněny různým infekčním agens, nejčastěji bakteriální infekcí. Reagují na léčbu antibiotiky podle původce onemocnění a nezanechávají trvalé poruchu funkce štítné žlázy. Subakutní tyreoiditidy navazují na běžné virové infekce. Autoimunní tyreoiditidy postihují 2-5 % populace, u žen středního věku až 20 %.

Funkce štítné žlázy může být normální, v iniciálních fázích přechodně zvýšená, později obvykle snižena.

Zamrazil a Čeřovská (2014) popisuje u akutních a subakutních zánětů štítnou žlázu většinou bolestivou, ale u chronické autoimunní tyreoiditidy výrazná bolestivost obvykle chybí. Na krku může být patrná struma nebo je naopak tkáň štítné žlázy postupně zcela zničena, takže nález na krku je negativní.

Hána (2014) říká, že u subakutních tyreoiditid není etiologie přesně známá. Onemocnění nastupuje obvykle v intervalu dnů až týdnů po infekci. Postihuje 3-5x více ženy, nejčastěji mezi 20 a 50 lety věku. Výskyt není častý, zhruba 50-100/1 milion obyvatel/rok. Po zhojení se může vyvinout hypotyreóza, která bývá obvykle přechodná, ale může i přetrvávat. Někdy po několika týdnech recidivuje subakutní tyreoiditida jako tzv. migrující tyreoiditida.

Akutní hnisavou tyreoiditidu popisuje Vodička a kol. (2006, s. 15) s abscesem léčíme incizí a drenáží, samozřejmostí je podání antibiotik podle citlivosti. Subakutní zánět zpravidla sám odezní, případně je možné podat salicyláty, resp. kortikoidy.

Klinické příznaky chronického zánětu se dle Markalouse a Gregorové (2007) projevují takto: někdy je bolest či tlak na krku, nemoc se vyvíjí nenápadně několik let a většinou vzniká struma, štítná žláza se zmenšuje, v počátečních stádiích bývá funkce štítné žlázy normální, později snižena.

Hána (2014) udává, že chronická tyreoiditida je nejčastější příčinou strumy a hypotyreózy v zemích s vyšší saturací jodem. Proces je v převážné většině případů nebolestivý. Lokální nález může být rozmanitý, od velké polynodózní strumy přes nezvětšenou štítnou žlázu až po těžce atrofickou žlázu. Zejména u starších lidí se může zvolna vyvinout těžká hypotyreóza s malou atrofickou štítnou žlázou. V některých případech se vyvíjí obraz tyreotoxikózy. Vzácně se vyskytne ve žláze s chronickou tyreoiditidou lymfom, avšak případná souvislost není jasná. Vzácně se vyskytuje Hashimotova encefalopatie, která představuje relabující encefalopatii ve spojení s pozitivitou protilátek proti antigenům štítné žlázy. Reaguje na podání steroidů.

1. 6 ENDOKRINNÍ OFTALMOPATIE

Štrofová (2012) udává, že nezaznamenali po méně radikální chirurgické léčbě tak rychlý ústup oftalmopatie, jako je tomu po oboustranné totální tyreoidektomii. Stejný výkon je indikován i u endokrinní eutyroidní oftalmopatie. Doporučuje se užívat název orbitopatie, jelikož nepostihuje oční bulbus, ale tkáň orbity. Postižení zahrnuje zevní oční svaly, periorbitální pojivovou a tukovou tkáň, slzné žlázy a vazivová septa. Autoprotilátky se vážou na receptory na povrchu tyreocytů a pak vyvolávají růst strumy, nebo působí hypersekreci či hyposekreci tyreoidálních hormonů. V očnici se nejčastěji váže na orbitální tuk, zevní oční svaly či orbitální septum.

Hána (2014) říká, že endokrinní orbitopatie je přítomna v době diagnózy Gravesovy-Basedowovy choroby u 30 % pacientů a v průběhu onemocnění je diagnostikována při pečlivém očním vyšetření až u 80 % případů. Mezi subjektivní příznaky patří pálení a řezání pod víčky, tlak za bulby, bolestivost v orbitě při pohybu očí, diplopie, v pokročilých případech zhoršování visu, až praktická slepota.

1. 7 REOPERACE NA ŠTÍTNÉ ŽLÁZE

Zvláštní indikační skupinu dle Bavora (2011) tvoří nemocní, u nichž se uvažuje o reoperaci na štítné žláze, protože tyto výkony patří mezi závažné a velmi odpovědné jak z hlediska indikačního, tak i z hlediska technického provedení. Důvody, proč jsou na štítné žláze prováděny reoperace, lze shrnout do několika skupin: Je to především recidiva uzlové strumy s mechanickým syndromem. V některých případech jde i o velké ponechané útvary, např. v retrosternálním prostoru, zatímco suprasternální adenomy byly při původní operaci odstraněny.

Další skupinu tvoří recidiva toxické strumy. K reoperaci jsou indikovány operabilní recidivy po částečném výkonu pro diferencovaný karcinom. K časné reoperaci indikujeme rozhodně každý stav po neradikálním výkonu pro medulární karcinom, protože jedině totální odstranění veškerého parenchymu štítné žlázy může při tomto druhu nádoru být z hlediska prognostického reálně nadějně. Poněkud zvláštní skupinu časných reoperací tvoří nemocní, u nichž byl proveden jednostranný totální výkon buď

záměrně pro ne zcela jednoznačný cytologický nález karcinomu, nebo kde jsme aspirační biopsii nevyžadovali a nález karcinomu v resekatu je překvapením.

2 OPERAČNÍ VÝKONY U ŠTÍTNÉ ŽLÁZY

Dle Markalouse a Gregorové (2007, s. 102) vyžadují výkony na štítné žláze pečlivé šetření důležitých okolních útvarů. Často se operuje pod zvětšením mikroskopem. Až v posledních dvou desetiletích se naučili chirurgové úplně odstranit štítnou žlázu (totální tyreoidektomie) bez ponechání i malých zbytků a bez zvýšení podílu komplikací (zejména poranění vratného nervu a příštítných tělísek). Teprve tehdy získali endokrinologové, ale hlavně pacienti možnost řádné léčby chorob štítné žlázy. Zbytky ponechané žlázy byly totiž zdrojem přetrvávání, zhoršení či opakování nemoci.

Ročně se u nás vykoná několik tisíc těchto operací. V současnosti se provádí úplné (totální) odstranění štítné žlázy (totální tyreoidektomie, hemityreoidektomie, lobektomie). Výhodou těchto totálních výkonů je, že se neponechává zbytek žlázy, ve kterém může přetrvávat, nebo později vzniknout choroba. Takové léčení je totiž svízelné a další operační výkony jsou spojeny s větším rizikem komplikací.

Hahn (2007) říká, že během vývoje operací štítné žlázy byly prováděny různě rozsáhlé zákroky. Nejednotnost výkonů vycházela zejména z obavy před poškození nervu laryngeu recurrens. V dnešní době jsme si vědomi, že chirurgie štítné žlázy je chirurgií vratného nervu a příštítných tělísek. Při každém výkonu musí být vratný nerv viditelný, čímž se předchází jeho poranění.

2.1 HISTORIE OPERACÍ ŠTÍTNÉ ŽLÁZY

Markalous a Gregorová (2004) popisují, že štítná žláza je uložena na přední straně krku, a proto neuniklo její zvětšování již v nejstarších dobách pozornosti lékařů, umělců, výtvarníků a spisovatelů ani široké veřejnosti. Důkazy o zvětšení štítné žlázy neboli strumě nalezneme dokonce několik tisíciletí před Kristem v Indii, Číně a Egyptě. Např. jeden z egyptských reliéfů zobrazuje Kleopatru se strumou. Staří Římané zjišťovali velké množství zvětšených štítných žláz při expanzi své říše do Alp (oblast chudá na jód). Název struma pochází od bulharské řeky Struma, již ve středověku se

zvětšená štítná žláza často vyskytovala. Také sochy a obrazy českých gotických madon nám poskytují důkazy o zvětšení štítné žlázy středověkých žen.

Černý (1995) popisuje, že endemická struma provází člověka pravděpodobně od samého začátku. O štítné žláze, o strumě, o léčení kretenismu popelem z mořských řas se zmiňují už antičtí lékaři, kteří však pokládali štítnou žlázu za žlázu hrtana. Tento názor přetrvával až do 17. století, a proto jí Wharton r. 1946 nazval glandula thyreoidea. Až v 19. století, po zavedení pitevních vyšetření se zjistilo, že „krční nádory“ jsou způsobené zvětšením štítné žlázy. Chirurgická léčba strumy se sice vyskytovala už u Egypťanů roku 1500 před naším letopočtem, ale první úspěšnou strumektomií uskutečnil až roku 1800 Hedenus a roku 1834 popsal operaci strumy Langenbeck.

Vávrová (2012) udává, že se dlouho věřilo, že struma je důsledkem neznámého toxinu ve vodě. Stejný názor měl i František Palacký, který trpěl strumou od svých 15 let, proto je vždy zobrazován s vysokým nákrčním límcem a sám uvádí, že se struma objevila poté, co se napil špatné vody ve Vsetíně.

Černý (1995) o operacích štítné žlázy říká, že se o nich mluvilo v 80. letech 19. století, jako o „pokusech o vraždu“. Mortalita byla příliš vysoká až 50 %. O přelom v této situaci se zasloužil až Theodor Kocher, „otec chirurgie štítné žlázy“, který uskutečnil první strumektomií roku 1878 a po tom vypracoval její techniku. Sám vypracoval 5 000 operací s celkovou mortalitou 0,5 %. Za svoji práci v této oblasti byl jako první chirurg v historii vyznamenán r. 1909 Nobelovou cenou. Vypracoval nový operační postup a usiloval o jeho další zdokonalování. Jako přístupovou cestu používal nejdříve podélnou incizi, ale později zavedl příčný kožní kolární řez. Aby zabránil hemoragiím, podvazoval preventivně hlavní tepny mimo pouzdro žlázy. Kromě T. Kochera se o rozvoj chirurgie štítné žlázy zasloužil také Theodor Billroth a jeho žáci: A. Wölfler, který roku 1883 publikoval klasifikaci nádorů štítné žlázy a P. Sick, který uskutečnil první totální tyreoidektomií. O rozpracování operační léčby onemocnění štítné žlázy se v našich zemích zasloužil především Emerich Polák, který se touto problematikou zabýval od roku 1935 a za dalších pětadvacet let provedl více než 10 000 operací, jejichž techniku podstatně zjednodušil a popsal v monografii „Chirurgie štítné žlázy“.

2. 2 ROZDĚLENÍ OPERACÍ

Nejčastější výkony dle Janíkové a Zeleníkové (2013) na štítné žláze:

- TTE - v současnosti je to nejčastěji prováděný výkon na štítné žláze (80-90 % operací na štítné žláze).
- HTE - nejen laloku, ale i isthmu a lobus pyramidalis.
- Lobektomie (LOB l. dx/1. sin.)- ponechání isthmu a druhého laloku.
- STE - odstranění štítné žlázy s ponecháním 2-4 mm zdravé tkáně štítné žlázy při horním pólu jen na jedné straně. Tento výkon se v současnosti již neprovádí. Operace se prováděla z důvodu snížení rizika poranění zvrtného nervu při ponechání 2-4 mm tkáně štítné žlázy v blízkosti vstupu zvrtného nervu do hrtanu.
- Bloková krční disekce - provádí se společně s TTE u některých maligních onemocnění štítné žlázy (např. medulární karcinom nebo papilární karcinom se zvětšenými LU).

Velmi vzácně se podle Markalouse a Gregorové (2007) volí rozšířený operační postup:

- V případech prorůstání zhoubných nádorů do okolí se musí odstranit i některé svaly, nervy (včetně vratného nervu), část hrtanu aj. Současně se provádí také rekonstrukce tkání.
- Při velkých strumách, které zasahují hluboko do hrudníku, se tyreoidektomie provádí po otevření hrudníku tzv. sternotomií. Sternotomie se provádějí zřídka, zahrnují asi dvě až čtyři promile operací štítné žlázy. Provádí je specializovaný chirurg.

Operační postup popsany dle Bavora (2011, s. 28):

Kožní incize (Kocherův či kolaterální řez) se vede 2-3 cm nad jugulární jamkou. Po odklopení kraniálního laloku tvořeného kůží, podkožím a m. platysma se podélně ve střední čáře rozpoltí infrahyoidní svaly a tím se zjedná přístup ke štítné žláze. Nejprve se mobilizuje její laterální část, následuje podvaz větví horní štítné tepny těsně při povrchu žlázy, aby se předešlo poranění horních příštítných tělísek. Podvazem větví dolní štítné tepny a žíly se uvolní dolní pól žlázy. Následuje preparace při laterodorzálním okraji laloku po předchozí identifikaci zvrtného nervu. Lobektomie se

dokončí uvolněním laloku od průdušnice. Při totální tyreoidektomii je postup identický u kontralaterálního laloku. Po vyjmutí žlázy se provádí kontrola krvácení v lůžku při Valsalvově přetlakovém manévru, který odhalí krvácení z neošetřených kolabovaných žil. Po dokonalé hemostáze se vkládá do lůžka Redonův drén a výkon se ukončí pokračujícím stehem rány po vrstvách.

Nové technologie v chirurgii štítné žlázy podle Janíkové a Zeleníkové (2013):

V posledních desetiletích se rozvíjí modifikace chirurgického odstranění štítné žlázy, a to s využitím endoskopických technik:

- Endoskopická tyreoidektomie
- Minimálně invazivní chirurgie: minimálně invazivní tyreoidektomie
- Video-asistovaná tyreoidektomie.

2. 3 KOMPLIKACE OPERACÍ ŠTÍTNÉ ŽLÁZY

Bavor (2011) říká, že mezi specifické komplikace výkonů na štítné žláze patří poranění hlasivkového nervu- paréza NLR, porucha funkce příštítných tělísek provázená pooperační hypoparatyreózou a pooperační krvácení.

- Jednostranná porucha funkce n. laryngeus recurrens se projevuje chrapotem, event. afonií, při oboustranné lézi stridor a poruchy dýchání pro paramediální postavení ochrnutých hlasivek se zúžením dechové štěrbiny. Rozlišuje se paréza NLR transientní- přechodná, která do 6. měsíců, obvykle dříve, odezní s úpravou funkce ad integrum a permanentní. Permanentní trvalá léze zvratného nervu jednostranná je zpravidla dostatečně kompenzována funkcí druhé hlasivky. Oboustranná léze NLR je indikací k založení tracheostomie k prevenci sufokace (dušení). Incidence trvalé parézy NLR se udává v intervalu 0,5-10 %.
- Po poškození příštítných tělísek se vyskytují známky tetanie během 24-48 hodin, což vyžaduje okamžitou substituci kalcia. Při těžké formě hypokalcemie se přidávají prekuzory vitamínu D. Také hypokalcemie je nejčastěji přechodná. Dlouhodobé tetanie v důsledku pravé paratyreoprivní hypokalcemie je zaznamenávána u méně než 1 % postižených, přechodné hypokalcemie se vyskytují po totální tyreoidektomii u 3-15 % operovaných.

- Závažnou komplikací je pooperační krvácení s vytvořením hematomu v ráně. Ten ohrožuje pacienta nikoliv ztrátou krve, ale útlakem průdušnice a hrtanu. Musí být řešen urgentní revizí operační rány s evakuací hematomu a ošetřením zdroje krvácení.

Na rozdíl od Bavora (2011) zařazují Janíková a Zeleníková (2013) mezi zřídka se vyskytující komplikace po operaci štítné žlázy poruchy hojení operační rány, poranění nervus laryngeus superior, chylózní píštěl, tyreotoxickou krizi a pneumotorax.

- Poruchy hojení operační rány - nekróza kožního laloku, fixovaná a zvrásněná kůže, keloidy a hypertrofické jizvy, vklesliny na povrchu kožní jizvy.
- Poranění nervu laryngeu superior - projeví se změnou výšky hlasu a při oboustranném poškození aspiracemi.
- Chylózní píštěl - důsledek poškození ductus thoracicus vlevo nebo ductus lymphaticus dexter vpravo v průběhu operace, který se projeví časně po operaci přítomností mléčné, neprůhledné tekutiny v obsahu drénu nebo méně často vytékáním z operační rány. Chylózní píštěl se vyskytuje zejména u blokových direktí nebo u rozsáhlých retrosternálních strum. Jedná se o ojedinělou komplikaci.
- Tyreotoxická krize - může vzniknout po operaci štítné žlázy pro tyreotoxikózu. Je to náhlá, život ohrožující exacerbace onemocnění, způsobená hyperfunkcí štítné žlázy. Podstata spočívá v uvolnění nadbytků hormonů štítné žlázy. Má tyto projevy: tachykardie, hypertenze, pocity horka, palpitace, psychomotorický neklid, tremor (třes), opocení. Prevence spočívá v důsledné přípravě před operací (Karbimazol, kortikoidy)
- Pneumotorax - může se vyskytnout při operaci velkých retrosternálních strum.

3 OBECNÁ A SPECIÁLNÍ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Wichsová (2013) udává, že nemocný, který přichází k operačnímu výkonu na štítné žláze má být předem podrobně vyšetřen endokrinologem již proto, aby předoperační diagnóza byla jednoznačná a aby bylo možno stanovit předpokládaný typ výkonu. Endokrinolog je také zásadně odpovědný za to, že nemocný je k operaci dobře připraven. Běžné interní vyšetření a posouzení je samozřejmě základem. Úkolem internisty je dobře zvážený celkový stav nejen z hlediska věku, stavu nutrice, laboratorních údajů, ale i z hlediska eventuálních přidružených chorob, a to ve vztahu k plánovanému výkonu, k jeho rozsahu, k předpokládané operační zátěži a k možným komplikacím.

3. 1 MECHANICKÝ SYNDROM

U mechanických syndromů s výrazným útlakem trachey je hlavním nebezpečím dle Bavora (2011) hypoxie, která se odráží na kardiovaskulárním systému zvýšenou pohotovostí k arytmiím. V předoperační přípravě se osvědčuje oxygenační léčba a preparáty snižující potřebu kyslíku v myokardu (blokátory kalciových kanálů, nitroglycerinové preparáty s prolongovaným účinkem). Arytmie v důsledku hypoxie se obvykle spontánně upravuje po operaci, kterou byla odstraněna mechanická překážka způsobující hypoxický stav. Není proto účelné pokoušet se antiarytmickou léčbou za každou cenu dosáhnout normalizace rytmu. U starších nemocných s těžkými hypoxickými stavy následkem velké mechanické překážky, kdy je navíc intubace technicky obtížná až nemožná, osvědčila se operace strumy v místní anestezii. K objektivnímu ověření hypoxie obvykle stačí vyšetření krevních plynů a acidobazické rovnováhy, je však výhodné a účelné provést též vyšetření respiračních funkcí.

3. 2 EUFUNKČNÍ NODÓZNÍ STRUMA

Dle Mandincové (2011) u nemocného, který přichází k operaci pro eufunkční nodózní strumu, u kterého není vyznačený závažný mechanický syndrom, se požaduje

základní vyšetření laboratorní, tj. sedimentace, krevní obraz, jaterní testy, chemické vyšetření moče a močový sediment, EKG, RTG plic a navíc u těchto nemocných se vyšetřuje Ca a P v séru. Také se požaduje ORL vyšetření s laryngoskopií a také nativní snímek horní apertury, který může být doplněn záznamem polykacího aktu. V den přijetí k operaci je zcela nezbytné provést ještě endokrinní kontrolu.

3. 3 TYREOTOXIKÓZA

Blahoš a Zamrazil (2006) popisují, že u nemocného léčeného tyreostatiky je nutno dosáhnout před chirurgickou léčbou eutyreózy. Nemocný předkládá chirurgovi veškerá předoperační vyšetření několik dnů před plánovaným přijetím, navštívil i indikujícího nebo spolupracujícího endokrinologa. U části nemocných léčených tyreostatikem je kombinace Carbimazolu a tyreoidálních hormonů. Většina těchto nemocných má vaskularizaci štítné žlázy nevýraznou a obvykle je nepřipravujeme Lugolovým roztokem vůbec. Menší podíl těchto nemocných má však i tak vaskularizaci a fragilitu cév žlázy vysokou a je pak nutno lugolizovat. Nemocní léčení čistým tyreostatikem mají obvykle, zdaleka ovšem ne vždy, štítnou žlázu vaskularizovanou a fragilní. Tito nemocní mohou být někdy operováni bez další přípravy, pokud je chirurg i endokrinolog přesvědčen o tom, že vaskularizace není výrazná.

Chirurgické léčení tyreotoxikózy dle Bavora (2011) v těhotenství klade na endokrinologa zvláštní zodpovědnost, protože musí pokud možno zajistit zklidnění tyreotoxikózy matky, ale navíc ovlivnit co nejméně vývoj plodu. Plod tyreotoxické ženy je obvykle chráněn placentou před přestupem vysokých hladin hormonů od matky, není však chráněn před přestupem TSH a tyreostimulačních imunoglobulinů, ani před přestupem stabilního či dokonce radioaktivního jódu. V průběhu těhotenství se u většiny žen tyreotoxikóza zklidňuje a je možno vysadit veškerou léčbu.

4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEMOCNÉHO PO THYREOIDEKTOMII V PERIOPERAČNÍM OBDOBÍ

Wensche, Pokorná, Štefková (2012, s. 13) udávají, že perioperační péče v nejobecnějším slova smyslu zahrnuje postupy zaměřené na péči před operačním výkonem, v jeho průběhu a bezprostředně po něm. Je důležité, aby pojem perioperační péče nebyl zaměňován s tzv. pooperativní péčí, kdy jsou všechny intervence zaměřeny na postupy v průběhu vlastního chirurgického výkonu a na ty, které podporují a vedou ke zdárnému průběhu konkrétního operačního výkonu (monitorování nemocného, infuzní terapie, medikace, podávání krevních derivátů, anestezie, laboratorní vyšetření apod.). Obdobně důležité je, aby nedošlo k záměně konotace pojmu ve vztahu k pojetí intraoperační péče, který se významově blíží spíše obsahu pojmu peroperační/pooperativní péče.

4.1 PŘÍPRAVA NEMOCNÉHO K OPERACI- DLOUHODOBÁ PŘÍPRAVA, VŠEOBECNÁ CELKOVÁ, BEZPROSTŘEDNÍ A SPECIÁLNÍ

Slezáková (2010) popisuje dlouhodobou předoperační přípravu:

Na základě rozhodnutí chirurga k operačnímu výkonu je klient odeslán k internímu vyšetření. Výsledky interního vyšetření nesmí být starší 14 dnů před plánovaným operačním výkonem.

- Interní vyšetření:
 - Fyzikální vyšetření
 - Fyziologické funkce
 - Screeningové vyšetření moči: moč chemicky + močový sediment, cukr, aceton
 - Screeningové vyšetření krve: krevní obraz (počet bílých a červených krvinek + diferenciální rozpočet bílých krvinek), FW (sedimentace červených krvinek), krevní skupina + Rh faktor, APTT (vnitřní koagulační

systém), Quickův test (vnější koagulační systém), glykémie (hladina cukru v krvi), cholesterol, jaterní funkce (celkový bilirubin, AST, ALT), ionty (Na, K, Cl, Ca, P)

- EKG vyšetření
- Rentgenové vyšetření srdce a plic

Základní předoperační vyšetření mohou být doplněna o další speciální vyšetření. O tom rozhodne lékař podle celkového stavu klienta. V rámci předoperační přípravy může být klientovi doporučen odběr krve tzv. autotransfuze. Autotransfuze je transfuze krve a krevních komponent (plazma, koncentrát krevních destiček) získaných od dárce, s určením pro něho samého. Výhodou autotransfuze je zamezení přenosu infekčních chorob, je bez rizika neshodností antigenů červených a bílých krvinek, krevních destiček a bílkovinných antigenů.

V kompetenci lékaře je dle Janíkové a Zeleníkové (2013) náležité vysvětlení a zapojení samotného pacienta do celého procesu léčby, protože aktivní přístup pacienta, jeho důvěra v lékaře a zvolené metody jsou základním kamenem veškeré léčby. Tato psychická příprava by měla vyústit podepsáním informovaného souhlasu se zvoleným operačním zákrokem.

Všeobecná celková předoperační příprava vypadá podle Janíkové a Zeleníkové (2013) takto: období krátkodobé předoperační přípravy je omezeno na 24 hodin před samotným výkonem. Plynule navazuje na přípravu dlouhodobou a povinností lékaře a všeobecné sestry je zhodnotit dostupné informace a zkontrolovat výsledky předoperačních vyšetření dle svých kompetencí, případně zajistit doplnění vyšetření dalších/doporučených dle zdravotního stavu pacienta.

- Fyzická příprava dle Slezákové (2010)
 - Výživa a tekutiny - každý klient musí být před operačním výkonem alespoň 6-8 hodin lačný. U klientů s poruchami výživy a s dehydratací se zajišťuje přívod energie a tekutin parenterální cestou. Dochází tak ke snížení rizika pooperačních komplikací.
 - Vylučování - spontánní vyprázdnění močového měchýře těsně před operací.

U náročných operací se provádí katetrizace močového měchýře. Výkon se provádí na příslušném oddělení nebo se může provést přímo na operačním sále. Vyprázdnění tlustého střeva se odvíjí od druhu operace a řídí se pokynem chirurga. Buď se provádí opakovaně očistné klyzma, nebo se podává vyprazdňovací roztok.

- Hygienická péče - podle zhodnocení soběstačnosti provádí klient celkovou hygienu.
 - Příprava operačního pole se řídí pokyny operátora a zvyklostmi oddělení (holení a očištění operačního pole)
 - Spánek a odpočinek - den před operací ordinuje anesteziolog sedativa a hypnotika. Nerušený spánek a odpočinek pomáhá zvládnout stres před operačním výkonem.
 - Protetické pomůcky a čočky - Protetické pomůcky a čočky se označí jménem klienta a uschovávají se. Snímatelné zubní náhrady se odstraní z dutiny ústní, označí se a uloží do sklenice s vodou.
 - Prevence tromboembolické nemoci - přiložení antitrombotických punčoch, elastické obinadlo se přikládá od špiček prstů přes nárt, patu až po třísla. Podávají se antiagranca dle ordinace lékaře.
 - Cennosti - cennosti, šperky a větší obnosy peněz se proti podpisu ukládají do trezoru.
-
- Anesteziologická příprava - anesteziolog přichází za klientem na oddělení, hodnotí klientův zdravotní stav a seznamuje ho s anestezií a také s rizikem, které může nastat v průběhu operace. Doplňuje anesteziologické ordinace před výkonem a rozhoduje o premedikaci u klienta.
 - Psychická příprava - cílem psychické přípravy je minimalizace strachu a stresu z operace. Na tomto úkolu se podílejí jak lékaři, tak i sestry. Nikdy nesmíme ignorovat kladené otázky od klienta, které se bezprostředně týkají operačního výkonu, délky anestezie, nepříznivého výsledku operace, pooperační bolesti, imobilizace a také starosti o rodinu.

Bezprostřední předoperační příprava podle Kaly, Penky a kol. (2010) se omezuje na časový úsek těsně, tj. asi 2 hodiny před operací. Sestra musí zkontrolovat splnění všech předoperačních ordinací, zkontrolovat přiložené bandáže dolních končetin, kontrola zavedené PMK a PŽK. Nezbytné je vyjmutí snímatelných zubních protéz a sejmutí a úschova šperků.

Premedikace je podle Markalouse a Gregorové (2007) úvod do anestezie. Provádí se dle zvyklostí oddělení. Jde o podání léků většinou formou intramuskulárních injekcí. Používá se Dormikum - hypnotikum a Atropin - omezuje slinění, sekreci sliznic. Cílem je připravit pacienta na zákrok, omezit vnímání bolesti, strach, zklidnit a zabránit event. nežádoucím účinkům a komplikacím.

Janíková a Zeleníková (2013) uvádí, že speciální předoperační endokrinologická příprava se zahajuje již několik dnů až týdnů před operací (endokrinolog doporučuje a indikuje operaci): pacient s toxickou strumou musí být v průběhu operace v eutyreóze. Sestra posoudí subjektivní a objektivní údaje pacienta. Pozornost se věnuje posouzení stavu kardiovaskulárního systému, dýchacího systému, vylučování, hmotnosti pacienta, emočnímu stavu a kvalitě hlasu. Posouzení a zaznamenání kvality hlasu před operací je významným ukazatelem možného poškození nervu po operaci. Při posuzování stavu pacienta se klade důraz zvláště na příznaky poruchy funkce štítné žlázy (hypertyreóza).

Markalous a Gregorová (2007) udávají, že den před operací lidé berou léky, které dlouhodobě užívají. Jestliže se užívají hormony štítné žlázy nebo tyreostatika, vysadí se podle pokynů lékaře, zpravidla den před operací. Po totální tyreoidéktomii se tyreostatika již nepoužívají. Hormony štítné žlázy nasazuje endokrinolog po obdržení histologického vyšetření, zpravidla za dva až tři týdny po operaci.

4. 2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEMOCNÉHO PŘI THYREODEKTOMII

Operace se provádí dle Janíkové a Zeleníkové (2013) v celkové anestezii se zajištěním dýchacích cest endotracheální intubací. V průběhu operace se monitorují VF (TK, P, TT, D), EKG, pO₂, pCO₂. Poloha pacienta v průběhu operace je vleže na zádech

se zdvižením trupu o 20-30 stupňů a záklonem hlavy. Operační pole se dezinfikuje např. Steriliem, Kodanem nebo jiným nejodovým přípravkem. Nikdy se nesmí k dezinfekci používat preparát s obsahem jodu! Délka operace závisí od typu operačního výkonu. Délka totální tyreoidektomie se průměrně pohybuje od 1,5-2 hodin. Totální tyreoidektomie s blokovou krční direkcí může trvat i 4 hodiny.

Wendsche, Pokorná, Štefková (2012) udávají, že sestra chrání nemocného před veškerým poškozením, sleduje jej a vede příslušnou dokumentaci. Operační personál důsledně pečuje a chrání kůži nemocného před poškozením uložením do správné polohy. Obíhající sestra dbá na to, aby v této fázi nedošlo k prochladnutí pacienta. Anesteziolog monitoruje vitální funkce operovaného a během výkonu vede příslušnou dokumentaci o průběhu anestezie. Anesteziologická sestra během operací plní ordinace lékaře.

4. 3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEMOCNÉHO PO TYREOIDEKTOMII

Wendsche, Pokorná, Štefková (2012, s. 75) udává, že po skončení operace vypisuje operatér protokol, ve kterém popisuje průběh a typ operace, vypisuje složení operačního týmu, případné náhlé příhody, shodu operačních nástrojů a materiálu před a po operaci. Po probuzení a stabilizaci vitálních funkcí je pacient převezen na pooperační oddělení. Větší a moderní zařízení mají v prostorách operačního traktu místnost na probuzení pacientů (tzv. dospávací pokoj), kde je pacient pod stálou kontrolou anesteziologa a anesteziologické sestry.

Dle Kaly a Penky (2010) jsou v bezprostředním pooperačním období nejpravděpodobnější komplikace z oblasti respiračního a kardiovaskulárního systému a případně nedostatečně odeznělé anestezie. Zde zůstávají nemocní cca 2 hodiny po operaci a po té přecházejí na standardní lůžková oddělení. V případě zhoršení stavu nemocného může z dospávacího pokoje přejít na JIP nebo ARO. Pacient je uložen do Fowlerovy polohy. Tato poloha je pro něj nejpohodlnější. Při této poloze se pacientovi snadněji dýchá a odkašlává. Při změně polohy pacienta se musí dbát na to, aby se vyhnul napětí v oblasti operační rány.

Janíková a Zeleníková (2013) udávají, že po zbytek dne se monitorují:

- Vitální funkce (oběh, ventilace, vědomí) v pravidelných intervalech, které určí operatér a anesteziolog (v prvních hodinách po 30 minutách, při stabilizaci pacienta se interval prodlužuje na 3-4 hodiny).
- U závažných pacientů EKG a centrální venózní tlak, pokud je u pacienta zaveden centrální žilní katétr.
- Příznaky krvácení a šoku. Po operaci štítné žlázy je velmi důležité intenzivní sledování prvních 24 hodin po zákroku. Sestra při zjištění krvácení do rány přivolá lékaře, který provede rozpuštění stehů, roztažení operační rány a vypuštění hematomu. Následně je nutná rychlá revize na operačním sále.
- Bolest - bezprostředně po operaci může pacient pociťovat bolesti v operační ráně. Důležité je její monitorování a dostatečná analgésie. Aplikace analgetik se řídí podle ordinace lékaře. Bolesti postupně odezní za 24-48 hodin.
- Operační rána a drén - pravidelně se sleduje krytí operační rány. U většiny se krvácení projeví do 12 hodin po výkonu. První převaz operační rány je proveden za 24-48 hodin po operaci. Pacient má po operaci štítné žlázy obvykle zavedeny 1-2 Redonovy drény. Redonovy drény odsávají sekret z rány pod tlakem, umístěné v podkoží. Sestra sleduje jeho funkčnost, charakter drénovaného obsahu, jeho množství, barvu a vzhled, sleduje i okolí drénů příp. známky infekce. Redonovy drény se zpravidla odstraňují 2. pooperační den. Pokud jsou použity vstřebatelné stehy, není nutné je odstraňovat. Nevstřebatelné stehy se odstraňují 7. a 10. den po operaci.
- Vyprazdňování - pacient by se měl vymočit po operaci do 6-8 hodin. Nevymočili se, je možné pokusit se navodit spontánní vyprázdnění močového měchýře, např. puštěním vodovodního kohoutku, teplé obklady na podbříšek. V případě neúspěchu jednorázové či permanentní cévkování, které se provádí za sterilních podmínek a v místním umrtvení. Sledujeme kvalitu a množství moče.
- Pitný režim a výživa - pacient za několik hodin po operaci dostává čaj a postupně další tekutiny dle tolerance. Od 1. pooperačního dne má dietu č. 1 a následně přechází na normální stravu. První den sestra sleduje bilanci tekutin, při přechodu na normální stravu již bilance není obvykle sledována.
- Prevence komplikací - u pacientů po operaci štítné žlázy se sestra zaměřuje na detekci příznaků nejčastějších specifických pooperačních komplikací.

Po operaci se dále sleduje dle Kaly a Penky (2010):

- Odchod plynů a stolice, protože zástava střevní peristaltiky je pravidelným jevem po nitrobřišních, ale i často po nitrohručních operacích.
- Kontrola a korekce vodní a elektrolytové rovnováhy je nutná po všech velkých operačních výkonech. Součástí péče o vnitřní prostředí je bilancování tekutin s kontrolou ztrát do drénů a sond, také zohlednění ztrát pocením a vypařováním.
- Pooperační nauzea nebo zvracení. Prvních 24 hodin je považována za průvodní jev premedikace a anestezie. Využíváme v pooperačním období antiemetika.
- Nebulizace. Nebulizátor slouží ke zvlhčování vzduchu.
- Komunikace a hlasivky. Jestli nedošlo k poranění nervu recurrens. Tento nerv ovlivňuje fonaci. Je nutná spolupráce s foniatrem.
- Kalcémie. Sleduje se vápník v krvi. Při porušení příštítných tělísek vzniká hypokalcémie a ta vede ke zvýšené nervosvalové dráždivosti až ke křečím.
- Dostatečná hydratace, časná mobilizace a rehabilitace, elastické punčochy jsou nutné k prevenci tromboembolické nemoci.
- Péče o zavedené vstupy - PŽK a PMK - kontrola nebezpečí vzniku infekce a jejich průchodnosti
- Rehabilitace - její časné zavedení je předpokladem nejen brzké normalizaci funkcí, ale i prevence tromboembolické nemoci, respiračních komplikací.

4. 4 PLÁNOVÁNÍ PROPUŠTĚNÍ, EDUKACE PO THYREOIDECTOMII

Janíková a Zeleníková (2013) tvrdí, že propuštění do domácího ošetření je realizováno dle stavu pacienta 3. až 5. pooperační den. Pacient je poučen o příznacích komplikací, které se mohou objevit, kdy je nutné kontaktovat lékaře, dále je poučen o nutnosti odpočinku, dobré výživy, termínu další kontroly v ambulanci chirurga i endokrinologa. Významnou součástí poučení pacienta je problematika péče o jizvu po odstranění stehů a zhojení operační rány. Po odstranění štítné žlázy je nutná substituční léčba hormonů štítné žlázy, kterou ordinuje a upravuje endokrinolog.

Markalous a Gregorová (2007) radí, jak pečovat o jizvu:

- Rána se ponechává od 5. dne po operaci volně, bez obvazu, Krátce se může omýt.
- Případné stroupky na jizvě se neodtrhávají, ale užívají se masti, strupy do několika dnů po hojení odpadnou.
- 5. až 7. pooperační den se začíná s masážemi jizvy a jejího okolí. Používají se 3 typy masáže:
 - Lehce masírujeme tlakovými krouživými pohyby.
 - Tlakové masáže jsou nejdůležitější. Jsou převzaty z metod plastické chirurgie. Jejich principem je střídavé překrvení a odkrvení tkáně, které v ní zvýší látkovou výměnu a urychlí hojení. Výrazně se tak zlepši výsledný kosmetický i funkční stav. Provádějí se tak, že střídavě po dobu půl minuty jizvu silně stlačíme prsty až do mírné bolesti a jejího odkrvení. Následně povolíme a několikrát opakujeme v celé délce jizvy
 - Po několika týdnech přidáváme šetrné vytahování kůže, která vede k jejímu uvolnění od podkoží
- Masíruje se nejlépe 5krát denně po dobu tří minut
- Masáže jsou vhodné nejméně po dobu půl roku, vhodné je vytrvat jeden rok. Stejně dlouho by se měly používat masti či gely. Orientální medicína doporučuje trvalou, doživotní péči o jizvu s občasným mírným tlakem a masáží.
- Oblast jizvy a okolí jednou až dvakrát potíráme mastí, která zvláční kůži a podpoří hojení. Užívají se např. měsíčková mast, Hirudodid forte mast či běžný středně tuhý krém na obličej typu Nivea.
- Pohybové aktivity nemají výraznější vliv na vzhled jizvy, a pokud nedojde k roztržení čerstvé operační rány, nemá pohyb žádný vliv na kosmetický výsledek jizvy. Nemocným radíme, aby volili takový rozsah pohybů hlavou či fyzické aktivity, které jim nepůsobí výraznější bolesti v oblasti jizvy a krku.
- Na dobrém hojení jizvy se výrazně podílejí celkově příznivý zdravotní stav operovaného pacienta a dodržování správné životosprávy.
- První rok po operaci se nedoporučuje delší slunění oblasti krku, neboť by mohlo dojít ke změně barvy jizvy.

Markalous a Gregorová (2007) se dále také vyjadřují k dalšímu postupu:

- Pokud nejsou komplikace, čekáme s návštěvou endokrinologa do výsledku histologického vyšetření. Jde o prohlédnutí tkáně štítné žlázy pod mikroskopem po předchozím zpracování. Zjišťuje se povaha nemoci, která je rozhodující pro léčbu.
- Histologické vyšetření trvá přibližně 14 dnů. Jeho výsledek zasílá operatér ošetřujícímu endokrinologovi.
- Dokud není známa histologická diagnóza nemoci, nesmí pacient užívat žádné léky obsahující jód, vitamín E ani hormony štítné žlázy. Je totiž možný nečekaný záchyt nádoru štítné žlázy. Jeho léčba vyžaduje uvedení nemocného do snížené funkce štítné žlázy, která nesmí být zablokována nežádoucími léky.
- Nedostatek hormonů štítné žlázy po krátkou dobu pacienta neohrožuje.

5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Dle Sysla (2011) je ošetrovatelský proces cyklický, pokračující proces, který může v jakékoliv etapě skončit, pokud je problém vyřešen. Ošetrovatelský proces se zaměřuje na pacientův problém. Zaměřuje se nejen na zlepšení pacientových fyziologických potřeb, ale i potřeb emocionálních a sociálních.

Ošetrovatelský proces je založen na systematickém shromažďování údajů o pacientovi a jeho problémech. Je složen z pěti kroků. Posuzování stavu pacienta, diagnostika jeho potřeb, plánování ošetrovatelské péče, realizování naplánovaných ošetrovatelských intervencí a následné zhodnocení v jakém rozsahu byly splněny cíle.

V praktické části byl ošetrovatelský proces zpracovaný u pacientky, která trpěla hyperfunkcí. Informace jsou získané z lékařské a ošetrovatelské dokumentace, od pacientky a její rodiny a také z mého pozorování a podílením se na jejím ošetřování.

5.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Tabulka 1 Identifikační údaje pacientky

Pohlaví: Žena
Věk: 24 let
Adresa: Drásov
Vzdělání: Vysoká škola pedagogická
Státní příslušnost: Česká
Oddělení: Chirurgické, Oblastní nemocnice Příbram
Počet dnů hospitalizace: 4.
Stav: Svobodná

Důvod přijetí udávaný pacientkou:

Plánovaná operace štítné žlázy.

Medicínská diagnóza:

Thyreotoxicosis Gravesova-Basedowova.

Tabulka 2 Hodnoty a údaje zjištěné při příjmu

TK: 130/70	Výška: 168 cm
P: 79/min	Hmotnost: 74 kg
D: 19/min	BMI: 26,21
TT: 36,2 °C	Pohyblivost: dobrá
Stav vědomí: plné vědomí	Orientace místem, časem a osobou: ano, plně orientovaná
Řeč, jazyk: řeč plynulá	Krevní skupina: A, Rh faktor +

Nynější onemocnění:

Pacientka přijata k plánované operaci - totální thyreoidektomií. Pacientka bez obtíží, bez závratí, bez nauzey.

5. 2 ANAMNÉZA**RODINNÁ ANAMNÉZA**

Matka: 44 let, zdráva

Otec: 45 let, zdrav

Sestra: 19 let, hyperfunkce štítné žlázy

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Překonaná chronická onemocnění: Běžná dětská onemocnění, plané neštovice

Hospitalizace a operace: Hospitalizace druhá. První hospitalizace - operace slepého střeva

Úrazy: V roce 2004 fraktura PHK

Transfúze: 0

Očkování: Běžná očkování

LÉKOVÁ ANAMNÉZA

Tabulka 3 Chronická medikace

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Thyrozol	Tbl.	10	1-1-1	Antihormonikum
Lindynette	Tbl.	20	1-0-0	Antikoncepce

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: neguje

ABÚZY

Alkohol: příležitostně bílé víno

Kouření: kouřila 4 cigarety denně před 5 měsíci, nyní nekouří

Jiné návykové látky: neguje

GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Menarché: V 15 letech

Cyklus: Pravidelný

Trvání: 4 dny

Intenzita, bolesti: Neguje

Antikoncepce: Lindynette

Samovyšetření prsu: 1x měsíčně

Poslední gynekologická prohlídka: 2/2016

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Stav: Svobodná

Bytové podmínky: Rodinný dům

Vztahy, role, interakce: Vztahy v rodině dobré

Záliby: Rodina, přátelé, domácí mazlíček

Volnočasové aktivity: plavání, schůzky s přáteli, procházky se psem, nakupování

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Vzdělání: Poslední semestr Vysoká škola pedagogická

Pracovní zařazení: Příležitostně brigádnice v rodinné firmě

Vztahy na pracovišti: Dobré

SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA

Religiózní praktiky: Pacientka je ateistka

5. 3 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Tabulka 4 Fyzikální vyšetření

Hlava	Poklep nebolestivý, bez zjevných deformit a defektů
Oči	Bulby ve středním postavení, volně pohyblivé, zornice izokorické, fotoreakce výbavná
Uši, nos	Bez sekrece
Rty	Bez známek cyanózy
Dásně, sliznice dutiny ústní	Růžové, vlhké
Jazyk	Vlhký, plazí se ve střední čáře, bez povlaku
Tonzily	Nezvětšené
Chrup	Vlastní, zuby zdravé
Krk	Karotidy tepou symetricky, náplň krčních žil nezvětšená, pohyblivá rezistence velikosti švestek, šíje volně pohyblivá
Hrudník	Poklep jasný, plný, při dýchání se pohybuje souměrně, axilární uzliny nezvětšené
Plíce	Dýchání čisté, sklípkové
Srdce	Akce srdeční pravidelná, klidná

Břicho	V niveau, žilní kresba není patrná, měkké, prohmatné, bez rezistence a palpační citlivosti, dechová vlna propaguje do inguin, peristaltika poslechově přiměřená, bez příznaků peritoneálního dráždění
Játra	V medioklavikulární čáře nezvětšená
Slezina	Nehmatná
Genitál	Bez deformit
Uzliny	Nezvětšené
Páteř	Fyziologicky zakřivená
Klouby	Pohyblivé
Reflexy	V normě
Periferní pulzace	Hmatná
Varixy	Bez varixů
Kůže	Prokrvená, kožní turgor v normě
Otoky	Bez otoků a známek TEN

5. 4 UTRŽENÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II

Tabulka 5 Posouzení ze dne 10. 2. 2016

<p>1. Podpora zdraví</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uvědomování si zdraví • Management zdraví 	<p>Pacientka má zdravotní stav dobrý. Pro udržení zdraví se snaží jíst převážně zdravě a sportuje, ale teď se sportem přestala, protože byla pořád unavená. Nemoci za poslední rok neudává. Lékařská doporučení dodržuje. Při objevení potíží navštívila lékaře.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p> <p>Použitá měřící technika: 0</p>
--	---

	Priorita: 0
2. Výživa <ul style="list-style-type: none"> • Příjem potravy • Trávení • Vstřebávání • Metabolismus • Hydratace 	Pacientka udává změnu váhy v poslední době, nárůst váhy o 10 kg během 4 měsíců. Pacientce vychází BMI 26,22. Má mírnou nadváhu. Chuť k jídlu má dobrou. Dietní omezení před operací nebylo. První den po operaci je strava kašovitá. Stav chrupu dobrý. Vypije cca přes 2 litry tekutin denně. Ošetrovatelský problém: Výživa porušená Použitá měřicí technika: Body Mass Index Priorita: nízká
3. Vylučování a výměna <ul style="list-style-type: none"> • Funkce močového systému • Funkce gastrointestinálního systému • Funkce kožního systému 	Pacientka doma neměla žádné potíže s močí a stolice byla pravidelná. První den po operaci pacientka došla v doprovodu sestry na WC, kde se vymočila. Poprvé močila 3 hodiny po operaci. Za 24 hodin vymočila 1200 ml a 28 hodin po operaci byla také na stolici. Ošetrovatelský problém: 0 Použitá měřicí technika: P+V Priorita: 0
4. Aktivita- odpočinek <ul style="list-style-type: none"> • Spánek, odpočinek • Aktivita, cvičení • Rovnováha, energie • Kardiovaskulární-pulmonální reakce • Sebepéče 	Pacientka doma neměla žádné potíže. Občas se cítila více unavená než obvykle, ale ráda si doma zacvičí. Doma usínala dobře. Před spaním se ráda dívá na oblíbené seriály nebo si čte knížky. Před operací byla pacientka zcela soběstačná. Po operaci nemůže usnout, občas se budí, protože má bolesti a vadí jí Redonův drén, je to pro ni novinka a když se špatně otočí

	<p>a přilehne si hadičky, tak se vzbudí a lekne se, jestli se s tím něco nestalo. Dostává sedativa. Už večer po operaci je pacientka zase zcela soběstačná.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Narušený vzorec spánku</p> <p>Použitá měřicí technika: Barthel test - 100 bodů</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>5. Percepce/kognice</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pozornost • Orientace • Kognice • Komunikace 	<p>Pacientka má vnímání jasné. Zrak a sluch dobré. Řeč plynulá. Plně orientovaná místem, časem.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p> <p>Použitá měřicí technika: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>6. Sebepercepce</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sebepojetí • Sebeúcta • Obraz těla 	<p>Pacientka je optimistka. Jen má po operaci strach kvůli viditelné jizvě na krku, nepřijímá pohled na jizvu, je podrážděná.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Strach</p> <p>Použitá měřicí technika: 0</p> <p>Priorita: střední</p>
<p>7. Vztahy mezi rolemi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Role pečovatelů • Rodinné vztahy • Plnění rolí 	<p>Pacientka bydlí v rodinném domě se svými rodiči a se svou sestrou. Rodinné problémy nemají. Rodina má zájem a je ochotná pomoci a podpořit pacientku. Kontakty s lidmi jsou časté. Chová se k lidem přátelsky. Se školou i brigádou je spokojená. Nyní jí rodina a přátelé navštěvují.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p> <p>Použitá měřicí technika: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>8. Sexualita</p>	<p>Pacientka netrpí sexuálními obtížemi.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Sexuální funkce • Reprodukce 	Menstruace bez obtíží. Děti ještě žádné nemá. Interupce 0. Antikoncepce Lindynette. Gynekologické operace ani onemocnění neudává. Ošetrovatelský problém: 0 Použitá měřicí technika: 0 Priorita: 0
9. Zvládání/tolerance zátěže <ul style="list-style-type: none"> • Posttraumatické reakce • Reakce na zvládání zátěže • Neurobehaviorální stres 	Pacientka minimálně prožívá stres. Vyvolává ho škola a onemocnění. Stres jí úplně odstraňuje rodina, přátelé a relaxace. Teď po operaci má strach. Ošetrovatelský problém: Strach Použitá měřicí technika: 0 Priorita: střední
10. Životní principy <ul style="list-style-type: none"> • Hodnoty • Přesvědčení • Soulad hodnot/Přesvědčení/jednání 	Pacientka je ateistka. Na první místo v žebříčku hodnot řadí nejdříve zdraví, rodinu, záliby, peníze, cestování a víru. Ošetrovatelský problém: 0 Použitá měřicí technika: 0 Priorita: 0
11. Bezpečnost/Ochrana <ul style="list-style-type: none"> • Infekce • Fyzické poškození • Násilí • Environmentální rizika • Obranné procesy • Termoregulace 	Pacientka je po operaci ohrožena infekcí z důvodu operační rány a zavedením PŽK. Ošetrovatelský problém: Riziko infekce Použitá měřicí technika: 0 Priorita: nízká
12. Komfort <ul style="list-style-type: none"> • Tělesný komfort • Komfort prostředí • Sociální komfort 	Pacientka udává bolest intenzitou 4. Bolest tišíme analgetiky dle ordinace lékaře. Bolest vnímá přiměřeně. Ošetrovatelský problém: Akutní bolest Použitá měřicí technika: VAS- vizuální analogová škála bolesti

	Priorita: střední
13. Růst/vývoj <ul style="list-style-type: none"> • Růst • Vývoj 	Pacientka v dětství neměla s vývojem žádné problémy. Ošetrovatelský problém: 0 Použitá měřicí technika: 0 Priorita: 0

5. 5 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

ORDINOVANÁ VYŠETŘENÍ PŘED OPERACÍ

RTG srdce a plic, Sonografické vyšetření, ORL, endokrinolog, laboratorní předoperační vyšetření: hematologické (KO + dif., FW, krevní skupina A, + Rh faktor

Hemokoagulační (APTT, INR)

Biochemické (ionty, Astrup, hormony T3, T4 a TSH, glukóza, minerály, urea, moč + močový sediment

VÝSLEDKY

RTG srdce a plic: Normální nález

Sonografické vyšetření: Štítná žláza je oboustranně jasně zvětšená, je tvořena dvěma laloky pyramidového tvaru asi 5 x 3 x 2 cm a 6 x 3 x 2 cm velkými, spojenými plochým můstkem.

Závěr ORL: Vše v normě

Závěr endokrinologa: Na středu krku oboustranně měkká, pohyblivá rezistence velikosti švestek, uzliny 0, dovyšetřena a nalezena diagnóza thyreotoxicosis GB, nyní doporučena k operaci TTE.

Gynekologické vyšetření: Lékař toto vyšetření nevyžadoval, a proto neproběhlo.

Laboratorní předoperační vyšetření: V normě

DIETA: Forma stravy je první den po operaci kašovitá.

POHYBOVÝ REŽIM: První den po operaci pacientka vstává z lůžka.

MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA:

Tabulka 6 Medikamentózní léčba

Název léku	Forma/cesta podání	Síla	Dávkování	Léková skupina
Novalgin	i. v.	2,5 g	à 6 hodin	Analgetikum
Ambrobene	p. o.	7,5 mg/ml	1-1-1	Expektorancia
Torecan	i. v.	6,5 mg	1-1-1	Antiemetika
Stilnox	p. o.	-	0-0-1	Hypnotikum

CHIRURGICKÁ LÉČBA: Dne 9. 2. 2016 byla provedena totální thyreoidektomie.

5. 6 SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 10. 2. 2016

10. 2. 2016

Pacientka je první den po operaci. Fyziologické funkce v normě: TK 125/85, P 75/min, TT 36,5 °C. Pacientka si v noci stěžovala, že nemůže spát, z důvodu bolesti a zavedení Redonova drénu. Redonův drén je pro ni novinka, po aplikaci analgetik pacientka usnula. Pacientka spolupracuje, je komunikativní, soběstačná. Operační rána je klidná, nastalo očekávané hojení per primam, stehy zatím ponechány. Rána převázaná sterilním krytím. Druhý den zavedený PŽK na PHK, bez známek infekce. Redonův drén odvádí přiměřené množství. Pacientka udává snížení bolesti na VAS intenzitou 2, tlumena analgetiky dle ordinace lékaře. Močí spontánně, stolice bez potíží.

5. 7 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT DNE 10. 2. 2016

Pro stanovení ošetřovatelských diagnóz byla použita NANDA International, Ošetřovatelské diagnózy Definice a klasifikace 2015-2017.

Aktuální sesterské diagnózy:

- Akutní bolest (00132)
- Narušená integrita tkání (00044)

- Strach (00148)
- Narušený vzorec spánku (00198)

Potenciální sesterské diagnózy:

- Riziko krvácení (00206)
- Riziko vzniku infekce (00004)

Akutní bolest (00132)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně nebo popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti), náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem.

Určující znaky: Výraz bolesti v obličeji (grimasa), vyhledávání antalgické polohy, vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti (VAS 4)

Související faktory: Fyzikální původci zranění (operace)

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Pacientka udává snížení bolesti stupněm 2 na VAS do 1 dne

Cíl dlouhodobý: Pacientka nemá bolesti při propouštění z nemocnice

Očekávané výsledky:

- Pacientka zná a ví, jakou úlevovou polohu používat do 2 hodin
- Pacientka ví, jak monitorovat bolest do 4 hodin
- Pacientka spolupracuje do 1 dne
- Pacientka dodržuje předepsanou farmakologickou léčbu dle ordinace lékaře denně
- Pacientka zaujímá aktivní polohu do 2 dne
- Pacientka má lepší mimiku

Plán intervencí:

- Edukuj pacientku o úlevové poloze do 2 hodin, všeobecná sestra
- Edukuj pacientku o VAS bolesti do 2 hodin, všeobecná sestra
- Sleduj všechny projevy bolesti (neklid, vyhledávání úlevové polohy, pocení, nauzea) během své směny, všeobecná sestra

- Sleduj mimiku pacientky (grimasy) během své směny, všeobecná sestra
- Sleduj intenzitu bolesti na VAS à 3 hodiny, všeobecná sestra i pacientka
- Podej analgetika dle ordinace a sleduj jejich hlavní a vedlejší účinky, všeobecná sestra
- Sleduj FF dle ordinace lékaře, všeobecná sestra

Realizace:

- Pacientce jsme pomáhali najít vhodnou úlevovou polohu, pacientka udávala, že se jí dobře leží na boku
- Pacientce jsme vysvětlili, k čemu slouží VAS bolesti, pacientka chápala
- Sledovali jsme všechny projevy bolesti, pacientce se bolest postupně mírnila
- Sledovali jsme mimiku pacientky, byla za ní rodina, takže pacientka byla spokojená a dokonce se i usmívala
- Sledovali jsme intenzitu bolesti na VAS à 3 hodiny, pacientka udávala intenzitu na stupni 4
- Pacientce podáváme Novalgin i. v. dle ordinace lékaře a dále jsme sledovali hlavní a vedlejší účinky
- Sledovali jsme FF dle ordinace lékaře, 3x denně, FF byly stabilizovány a v normě

Hodnocení:

Cíl krátkodobý byl splněn.

Pacientce se snížila bolest na VAS bolesti na 2 stupeň. Cíl dlouhodobý trvá, a proto se dále podávají analgetika, sledují se jejich hlavní a vedlejší účinky. Pacientka hodnotí nadále stupeň své bolesti na VAS bolesti.

Narušená integrita tkáně (00044)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Definice: Poškození sliznic, rohovky, kůže, svalů, fascií, šlach, kostí, chrupavek, kloubů a/nebo vazů

Určující znaky: Poškozená tkáň, zničená tkáň

Související faktory: Chirurgický zákrok

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Pacientka ví, jak pečovat o ránu do 1 dne

Cíl dlouhodobý: Pacientka má částečně zhojenou operační ránu bez komplikací do 3 dnů

Očekávané výsledky:

- Pacientka se zapojila do preventivních a léčebných opatření do 1 dne
- Pacientka má klidnou operační ránu do 2 dnů
- Pacientka má funkční Redonův drén, který odvádí do 1 dne

Plán intervencí:

- Vysvětlí pacientce, jak vypadají příznaky infekce do 2 hodin, všeobecná sestra, lékař
- Vysvětlí pacientce co je podstatou léčebného režimu do 2 hodin, všeobecná sestra a lékař
- Sleduj operační ránu během své služby, všeobecná sestra, lékař i pacientka
- Sleduj prosáknutí obvazu během své služby, všeobecná sestra, lékař i pacientka
- Pracuj asepticky při převazu během své služby, všeobecná sestra, lékař
- Sleduj funkčnost Redonova drénu během své služby, všeobecná sestra
- Sleduj známky infekce, všeobecná sestra, lékař i pacientka

Realizace:

- Pacientce jsme vysvětlili s lékařem, jak vypadají známky infekce. Pacientka pochopila a vyjmenovala nám zpětně známky infekce, jako jsou např. bolesti, zarudnutí, zvýšená TT
- Pacientce lékař vysvětlil léčebný režim, pacientka také pochopila
- Sledovali jsme operační ránu. Rána byla 1. pooperační den převázána s Betadine ung.
- Sledovali jsme prosak obvazu. Rána nekrvácela. Obvaz byl čistý a suchý.
- Při převazu sestra i lékař pracovali asepticky.
- Sledovali jsme funkčnost Redonova drénu. Drén odváděl přiměřené množství sekretu. Byl ponechán až do 3. pooperačního dne, poté byl odstraněn.
- Sledovali jsme známky možné infekce, jak lékař, sestra tak i pacientka.

Hodnocení:

Cíl krátkodobý splněn.

Pacientka poučena a ví, jak správně pečovat o ránu. Lékař i sestra při převazu pracovali asepticky, operační rána se hojí dobře. Cíl dlouhodobý stále trvá, nadále sestra i lékař pracují při převazu asepticky. Sledujeme funkčnost drénu a možné známky infekce.

Narušený vzorec spánku (00198)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 1: Spánek/odpočinek

Definice: Časově omezená narušení množství a kvality spánku vlivem vnějších faktorů

Určující znaky: Nechtěné probuzení, potíže s usínáním

Související faktory: Neznámé vybavení (Redonův drén), bolest

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Pacientka hodnotí průběh spánku pozitivně od 2 dne

Cíl dlouhodobý: Pacientka spí minimálně 8 hodin do 3 dne

Očekávané výsledky:

- Pacientka chápe příčiny poruch spánku do 1 dne
- Pacientka předvede úlevovou polohu, ve které se jí bude lépe usínat do 1 dne
- Pacientka ví o užití analgetik a hypnotik dle ordinace lékaře do 1 dne
- Pacientka využívá své spánkové rituály do 1 dne
- Pacientka konstatuje zlepšení spánku

Plán intervencí:

- Poskytni pacientce dostatek informací o poruchách spánku během své služby, všeobecná sestra
- Vysvětli pacientce příčinu poruchy spánku, všeobecná sestra
- Ujistí se zpětnou vazbou, zda pacientka chápe příčinu poruchy spánku, všeobecná sestra
- Komunikuj s pacientkou během své služby, všeobecná sestra, zdravotnický personál
- Najdi společně s pacientkou úlevovou polohu během své služby, všeobecná sestra
- Sleduj průměrnou délku spánku pacientky během své služby hlavně v noci, všeobecná sestra
- Udržuj klidné a tiché prostředí, zavři dveře a omez množství rušivých podnětů z okolí hlavně v noci, všeobecná sestra, zdravotnický personál
- Neruš zbytečně spánek pacientky hlavně v noci, všeobecná sestra, lékař a zdravotnický personál
- Umožni pacientce činnosti, na které je zvyklá, před spaním, všeobecná sestra
- Sleduj účinnost farmakologické léčby během své služby, všeobecná sestra

- Postarej se o vyvětrané prostředí v pokoji, všeobecná sestra, zdravotnický personál

Realizace:

- Poskytli jsme pacientce dost informací o poruchách spánku, formou brožur a ústní edukace
- Vysvětlili jsme pacientce příčiny poruch spánku, že je to kvůli bolestivosti po chirurgické operaci
- Ujistili jsme se, že pacientka chápe příčinu poruch spánku
- Vysvětlili jsme jí, k čemu slouží Redonův drén
- Komunikovali jsme s pacientkou, pacientka nám sdělila, co jí vadí
- Našli jsme s pacientkou úlevovou polohu, ve které se jí lépe usínalo
- Sledujeme průměrnou délku spánku, postupně si pacientka zvykla a spala déle
- Snažili jsme se udržovat klidné a tiché prostředí, zavřeli jsme dveře, omezili jsme množství rušivých podnětů z okolí
- Umožnili jsme pacientce dívat se na své oblíbené seriály v televizi a občas si i četla knížku
- Podávali jsme pacientce Novalgin a Stilnox dle ordinace lékaře
- Sledovali jsme účinky analgetik a hypnotik dle ordinace lékaře

Hodnocení:

Cíl krátkodobý splněn druhou noc, cíl dlouhodobý byl splněn také druhou noc.

Strach (00148)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí

Určující znaky: Znepokojení, pociťuje strach, pociťuje obavy

Související faktory: Jizva na krku, posmívání

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Pacientka mluví o svých pocitech do 1 dne

Cíl dlouhodobý: Pacientka nemá strach do 3 dnů

Očekávané výsledky:

- Pacientka zná důvody strachu do 1 hodiny
- Pacientka je informována o svém zdravotním stavu do 1 dne

- Pacientka je klidnější do 2 dne
- Pacientka ví, jak bude pečovat o jizvu i doma do 2 dnů

Plán intervencí:

- Sleduj projevy strachu do 1 dne, všeobecná sestra i ostatní zdravotnický personál
- Umožni pacientce vyjádřit své pocity kdykoliv, všeobecná sestra
- Zapoj rodinu do komunikace během své služby, všeobecná sestra
- Naslouchej pacientce během své služby, všeobecná sestra
- Komunikuj s pacientkou během své služby, všeobecná sestra i lékař
- Zapoj do komunikace i psychologa, když bude potřeba, kdykoliv všeobecná sestra i lékař

Realizace:

- Sledovali jsme projevy strachu
- Naslouchali jsme pacientce a zjistili jsme, že pacientka se bojí, že jizva bude na krku hodně viditelná a lidi se jí budou posmívat a nikomu se nebude líbit
- Komunikovali jsme s pacientkou o různých možnostech péče o jizvu
- Zapojili jsme rodinu do komunikace s pacientkou, po návštěvě rodiny, strach úplně vymizel
- Psycholog díky rodině nebyl potřeba

Hodnocení:

Cíl krátkodobý i dlouhodobý splněn.

Pacientka měla obavy a strach ze své jizvy. Vysvětlili jsme jí, jak správně pečovat o jizvu. A dlouhodobý cíl byl splněn také, s naší a podporou rodiny svůj strach úplně odstranila.

Riziko krvácení (00206)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Definice: Náhylnost ke snížení množství krve, což může ohrozit zdraví

Rizikové faktory: Chirurgický zákrok

Priorita: Nízká

Cíl krátkodobý: Pacientka zná příznaky krvácení do 2 hodin

Cíl dlouhodobý: U pacientky nedojde ke krvácení do 2 dnů

Očekávané výsledky:

- Pacientka má stabilizované VF do 4 hodin
- Pacientka nemá prosáklý obvaz do 1 dne
- Pacientka má fyziologickou barvu kůže do 1 dne
- Pacientce Redonův drén odvádí přiměřené množství sekretu do 2 dnů

Plán intervencí:

- Měř pravidelně VF dle ordinace lékaře 3x denně, všeobecná sestra
- Kontroluj pravidelně prosak obvazu během své služby, všeobecná sestra, lékař
- Sleduj opocenost a bledost během své služby, všeobecná sestra
- Sleduj funkčnost a množství Redonova drénu během své služby, všeobecná sestra

Realizace:

- Měřili jsme fyziologické funkce, byly stabilizovány
- Kontrolovali jsme prosak obvazu
- Kůže byla fyziologická
- Z Redonova drénu odešel přiměřený obsah 15 ml

Hodnocení:

Cíl krátkodobý i dlouhodobý byl splněn. U pacientky nedošlo ke krvácení.

Riziko vzniku infekce (00004)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Náchylnost k napadení a množení se patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví.

Rizikové faktory: Invazivní vstupy (PŽK, Redonův drén, operační rána)

Priorita: Nízká

Cíl krátkodobý: Pacientka chápe příznaky infekce do 3 hodin

Cíl dlouhodobý: Pacientka nejeví projevy místní infekce po dobu zavedení

Očekávané výsledky:

- Pacientka zná způsoby prevence infekce do 1 dne
- Pacientka spolupracuje na léčebném režimu do 2 dnů
- Pacientka definuje péči o invazivní vstupy 4 hodin

- Operační rána a místo zavedení PŽK neprojevuje známky infekce do 2 dne

Plán intervencí:

- Informuj pacientku o správném způsobu hygieny do 1 dne, všeobecná sestra
- Dodržuj aseptický postup při převazech, všeobecná sestra, lékař
- Sleduj PŽK denně, všeobecná sestra
- Sleduj průchodnost Redonova drénu během své služby, všeobecná sestra
- Vnímej zápach z operační rány během své služby, všeobecná sestra

Realizace:

- Informovali jsme pacientku o zásadách správné hygieny, pacientka zásady chápala
- Všeobecná sestra i lékař pracovali při převazech asepticky, aby nevznikla infekce v ráně
- Všeobecná sestra pracovala asepticky při převazu PŽK, aby nevznikla infekce v místě vpichu
- Sledovali jsme průchodnost Redonova drénu, zda odvádí sekret či nikoliv
- Vnímali jsme, zda operační rána, nezapáchá, nezapáchala, hojila se dobře

Hodnocení:

Cíl krátkodobý i dlouhodobý byl splněn. U pacientky nevznikla infekce jak v operační ráně, v místě zavedení Redonova drénu ani v místě zavedení PŽK.

5. 8 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE

Na chirurgickém oddělení v průběhu hospitalizace se pacientky stav zlepšil. Ošetrovatelská péče u pacientky po thyreoidektomií proběhla bez jakékoliv komplikace, jakou mohlo být např. krvácení nebo infekce. Pacientka byla obeznámena se svým zdravotním stavem. Hospitalizaci snášela dobře.

Pacientka po operaci udávala bolest na VAS bolesti stupněm 4, kterou jsme tišili analgetiky dle ordinací lékaře. Analgetika zabrala. Také se pacientka po operaci moc dobře nevyspala. Stěžovala si, na bolest a na Redonův drén, se kterým nevěděla, co dělat, aby s ním něco neprovedla. Pomohli jsme pacientce najít vhodnou polohu, podali jsme jí analgetika a hypnotika dle ordinace lékaře a pacientka usnula.

Za pacientkou chodili na návštěvu příbuzní, kteří se nejvíce podíleli na odstranění strachu, který pacientka po operaci pocítovala kvůli viditelné jizvě na krku. Rodina jí s naší podporou ubezpečila, že ta jizva se zahojí a s péčí o jizvu, kterou jí lékař naučil, nemusí být jizva ani skoro vidět.

Pacientka byla brzy po operaci soběstačná, spolupracovala, komunikovala, dodržovala léčebný režim. Cítila se dobře. Byla spokojená s péčí, která jí byla věnována na chirurgickém oddělení. U pacientky došlo ke splnění všech naplánovaných krátkodobých cílů a tyto dlouhodobé cíle ještě přetrvávají akutní bolest, narušená integrita kůže.

6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě zjištěných informací jsme sestavili doporučení pro zdravotnický personál, pacienty a rodinné příslušníky.

Doporučení pro zdravotnický personál

- Přistupovat ke každému pacientovi individuálně
- Být trpěliví, profesionální a pacientům oporou
- Stanovit si krátkodobé a dlouhodobé cíle
- Vytvořit si plán edukace
- Nepodávat všechny informace najednou
- Mluvit klidně a pomalu
- Komunikovat s pacienty
- Dát prostor na otázky a vyjádření pocitů pacienta
- Spolupracovat s rodinnými příslušníky pacienta
- Edukovat pacienty o léčebném režimu
- Všímat si nonverbálních projevů
- Poskytnout co nejkvalitnější ošetrovatelskou péči
- Asistovat lékařům při převazech
- Zabývat se bio-psycho-sociálními a spirituálními potřebami

Doporučení pro pacienty

- Být komunikativní
- Spolupracovat se zdravotnickým personálem
- Dodržovat léčebný režim
- Svěřit se se svými pocity
- Ptát se na nejasné věci
- Říkat si o analgetika při bolestech
- Mluvit o svých potřebách
- Docházet k pravidelným kontrolám
- Pravidelně užívat ordinované léky

Doporučení pro rodinné příslušníky

- Povzbuzovat pacienty
- Být oporou pro pacienty
- Navštěvovat často pacienty
- Pomáhat pacientům
- Spolupracovat se zdravotnickým personálem
- Motivovat a chválit
- Zapojit se do léčebného režimu

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala ošetrovatelským procesem u pacientky po thyreoidectomii. Cílem bylo zjistit, co nejvíce informací o onemocnění štítné žlázy a sestavit a realizovat plán ošetrovatelské péče.

Teoretická část práce se zabývala onemocněními štítné žlázy, která vedou k thyreoidectomii, historií operací štítné žlázy, operačními výkony na štítné žláze dnes, obecnou a speciální předoperační přípravou a ošetrovatelskou péčí o pacienty po thyreoidectomii v perioperačním období.

V praktické části jsme řešili ošetrovatelský proces u pacientky, která byla přijata k plánované thyreoidectomii. Ošetrovatelský proces byl vytvořen pomocí modelu M. Gordonové. Na základě zjištěných informací o pacientce byly sestaveny aktuální a potencionální ošetrovatelské problémy po thyreoidectomii. Sestavené ošetrovatelské diagnózy byly formulovány pomocí Ošetrovatelských diagnóz definice a klasifikace 2015-2017.

Na základě získaných informací byla v závěru bakalářské práce formulována doporučení pro praxi, která byla určená pro zdravotnický personál, pacienty a rodinné příslušníky.

Stanovené cíle práce se podařilo naplnit.

SEZNAM LITERATURY

BAVOR, P., 2011. *Speciální chirurgie- 3. rozšířené vyd.* Praha: Maxdorf Publishing. ISBN 978-80-7345-253-7.

BLAHOŠ, J., V. ZAMRAZIL a kol., 2006. *Endokrinologie - Interdisciplinární obor.* Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-788-7.

ČERNÝ, J. a kol., 1995. *Špeciálna chirurgia 4 chirurgia krku a hlavy.* Žilina: Neotype. ISBN 978-80-217-0471-3.

HAHN, A. a kol. 2007. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi.* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-0529-3.

HÁNA, V., 2014. *Endokrinologie pro praxi.* Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-414-2.

HERDMAN, T.H. a S. KAMITSURU, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy definice a klasifikace 2015-2017.* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-9009-6.

JANÍKOVÁ, E. a R. ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium.* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4412-4.

KALA, Z., I. PENKA a kol., 2010. *Perioperační péče o pacienta v obecné chirurgii.* Brno: Národní centrum ošetrovatelství. ISBN 978-80-7013-518-1.

KOLEKTIV AUTORŮ. Velký lékařský slovník, 1998-2016. [online]. Maxdorf. [cit. 15-1-2016]. Dostupné na: <http://lekarskeslovníky.cz>

KRUGMAN & JONES, 2013. *Hypertyreóza.* [online]. Krugman & Jones. [cit. 12-1-2016]. Dostupné na: <http://ec.cotot.com/hypertyreoza-funkci-stitne-zlazy>

MANDINCOVÁ, P., 2011. *Psychosociální aspekty péče o nemocného: Onemocnění štítné žlázy*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3811-6.

MARKALOUS, B., 2004. *Nemoci krku*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-552-3.

MARKALOUS, B. a M. GREGOROVÁ, 2007. *Nemoci štítné žlázy: Otázky a odpovědi pro pacienty a jejich rodiny*. 3. aktualizované a rozšířené vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-961-0.

NAVRÁTIL, L. a kol., 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2319-8.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Třetí vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická. ISBN 978-80-904955-9-3.

SLEZÁKOVÁ, L. a kol. 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3129-2.

SOUČEK, M. a kol. 2011. *Vnitřní lékařství 2. díl*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2110-1.

SYSEL, D., 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. Brno: Tribun. ISBN 978-80-2630-001-4.

ŠTROFOVÁ, H., 2012. *Endokrinní oftalmopatie*. [online]. MUDr. Helena Štrofová. [cit. 15-1-2016]. Dostupné na: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/endokrinni-orbitopatie-463793>

VÁVROVÁ, H., 2012. *Poruchy štítné žlázy u dětí od kolébky až po dospělost*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2655-0.

VODIČKA, J. a kol., 2006. *Speciální chirurgie*. Praha: Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-1101-5.

WENDSCHE, P., A. POKORNÁ a I. ŠTEFKOVÁ, 2012. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-894-0.

WICHSOVÁ, J., P. PŘIKRYL, R. POKORNÁ a Z. BITTNEROVÁ, 2013 *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3754-6.

ZAMRAZIL, V. a J. ČEŘOVSKÁ, 2014. *Jod a štítná žláza: Optimální přívod jodu a poruchy z jeho nedostatku*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3302-2.

ZEMAN, D., 2010. *Štítná žláza*. [online]. MUDr. Dalibor Zeman. [cit. 22-1-2016]. Dostupné na: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/stitna-zlaza-451058>

PŘÍLOHY

Příloha A – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů.....	I
Příloha B – Žádost o umožnění sběru dat.....	II
Příloha C – Rešersní protokol.....	III

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem „Ošetrovatelská péče o nemocného po thyreoidektomií“ v rámci studia a odborné praxe realizované na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 18. 3. 2016

Lucie Klimková

Příloha B – Žádost o umožnění dat

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5



**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO
ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Klimková Lucie	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3. CVS
Téma práce	Ošetrovatelská péče o nemocného po thyreoidektomii	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	.Oblastní nemocnice Příbram, a. s.	
Jméno vedoucího práce	doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	

podpis
Mgr. Ivana Kralíčková, DiS
podpis

v. Praze dne 2.3.2016

Klimková
podpis studenta

Ošetrovatelská péče o nemocného po thyreoidektomii

Lucie Klimková

Jazykové vymezení: Čeština, slovenština

Klíčová slova: Operace, Pacient, Sestra, Štítná žláza, Thyreoidektomie

Časové vymezení: 2006-2016

Druhy dokumentů: Knihy, články a příspěvky ve sborníku, elektronické zdroje

Počet záznamů: 29 (Knihy: 16, články a příspěvky ve sborníku: 8, elektronické zdroje: 4)

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690-2; 2011

Základní prameny: Katalog Národní lékařské knihovny (www.medic.cz)

Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)