

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Marie Hudcová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÉ POSTUPY U NEMOCNÝCH S
OPERACEMI ŠTÍTNÉ ŽLÁZY**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Prof. MUDr. Josef Dvořák, DrSc.

PLZEŇ 2020

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Marie HUDCOVÁ**
Osobní číslo: **Z17B0056K**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Ošetřovatelské postupy u nemocných s operacemi štítné žlázy**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma
- Stanovit cíle kvalifikační práce
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS
- Popsat metodiku praktické části
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
- Dodržet citační normu
- dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah grafických prací:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

- LÍMANOVÁ, Zdeňka, Václav ZAMRAZIL a Jan NĚMEC. Nemoci štítné žlázy: diagnostika a terapie. Praha: Galén, 1995. Folia practica. ISBN 80-85824-25-6.
- NĚMEC, Jan, Václav ZAMRAZIL a Stanislav VÁŇA. Léčba nemocí štítné žlázy. Praha: Avicenum, 1991. Thomayerova sbírka. ISBN 80-201-0120-9.
- VLČEK, Petr a Jan NEUMANN. Karcinom štítné žlázy: pooperační sledování nemocných. Praha: Maxdorf, 2002. ISBN 80-85912-50-3.
- LÍMANOVÁ, Zdeňka. Štítná žláza. Praha: Galén, c2006. Trendy soudobé endokrinologie. ISBN 80-7262-400-8.
- WARREN, Shields a William A. MEISSNER. Tumors of the thyroid gland. Washington: Armed Forces Institute of Pathology, 1953. Atlas of tumor pathology.
- BEREGLI, Edit. Malignant tumours of the thyroid gland. Budapest: Akadémiai Kiadó, 1967.

Vedoucí bakalářské práce:

Prof. MUDr. Josef Dvořák, DrSc.

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **18. června 2019**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2020**

PhDr. Lukáš Štich
děkan



PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 30. 4. 2020.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Hudcová Marie

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelské postupy u nemocných s operacemi štítné žlázy

Vedoucí práce: Prof. MUDr. Josef Dvořák, DrSc.

Počet stran – číslované: 71

Počet stran – nečíslované: 38

Počet příloh: 9 tabulek a 8 obrázků

Počet titulů použité literatury: 26

Klíčová slova: historie léčby štítné žlázy, postupy léčby, operace štítné žlázy, mechanismy onemocnění, vyšetření, komplikace po operaci, neléčená štítná žláza

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskými postupy u nemocných před a po operacích štítné žlázy. Práce je rozdělena na dvě části – část teoretickou a praktickou. V teoretické části se věnujeme úvodu, kde zmiňujeme dnešní problematiku tohoto onemocnění. V této části jsou uvedeny poznatky čerpané převážně z odborné literatury a dostupných odborných internetových článků. Praktická část se již zabývá problematikou nemocných po operacích štítné žlázy a obsahuje vyhodnocení výzkumného šetření, jež probíhalo formou dvou polostrukturovaných rozhovorů s nemocnými po operaci štítné žlázy. V závěru práce jsou zaznamenány poznatky, které byly získány výzkumným šetřením a doporučení pro praxi.

Abstract

Surname and name: Hudcová Marie

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Nursing procedures in patients after thyroid surgery

Consultant: Prof. MUDr. Josef Dvořák, DrSc.

Number of pages – numbered: 71

Number of pages – unnumbered: 38

Number of appendices: 9 tables and 8 pictures

Number of literature items used: 26

Keywords: history of thyroid therapy, treatment procedures, thyroid surgery, disease mechanisms, examination, complications after surgery, untreated thyroid gland

Summary:

The bachelor thesis deals with nursing procedures in patients before and after thyroid surgery. The thesis is divided into two parts – theoretical and practical. The theoretical part is devoted to the introduction, where we mention today's issue of this disease. The knowledge in this section are mainly from professional literature and available professional internet articles. The practical part deals with the issue of patients after thyroid surgery and contains the evaluation of the research, which took the form of two semi-structured interviews with patients after the thyroid surgery. At the end we have the findings that we obtained by research and recommendations for practice.

Předmluva

Operace štítné žlázy patří mezi středně závažné chirurgické výkony. Mohou mít celou řadu komplikací, z nichž některé jsou málo závažné a jiné mohou ohrozit nemocného i na životě. Správným ošetrovatelským postupem lze zajistit klidný pooperační průběh a včas odhalit nastupující komplikace. Nezastupitelná úloha sester spočívá v časném odhalení nastávajících komplikací a okamžité informovanosti lékaře a podniknutí adekvátních kroků k jejich zvládnutí.

Cílem práce je zjistit jaké jsou ošetrovatelské postupy u nemocných s operací štítné žlázy a vypracování ošetrovatelského plánu s doporučením pro praxi. Zaměřujeme se na zjištění problémů a jejich komplikací, a uspokojení základních potřeb. Zda nastala změna hlasu po operaci, chrapot, stridor a příznaky krvácení do operačního pole, jestli se objevily příznaky snížených hodnot kalcia nebo se vyskytly komplikace v hojení operační rány či nemocní vnímali pocity psychických změn v pooperačním období.

Použito bylo kvalitativní výzkumné šetření formou dvou polostrukturovaných rozhovorů, které jsme vedli s nemocnými po operaci štítné žlázy.

Poděkování

Děkuji Prof. MUDr. Josefovi Dvořákovi, DrSc. za odborné vedení mé práce, poskytování cenných rad, materiálních podkladů a vstřícný přístup. Dále děkuji kolegyni Bc. Haně Kosmákové a celému týmu Traumatologického oddělení KKN za odborné rady a psychickou podporu. Děkuji mé rodině za trpělivost, a především nemocným za poskytnuté informace.

OBSAH

ÚVOD	13
TEORETICKÁ ČÁST	15
1 HISTORIE ŠTÍTNÉ ŽLÁZY	15
2 ANATOMIE	16
3 ONEMOCNĚNÍ ŠTÍTNÉ ŽLÁZY	18
3.1 Struma prostá, eufunkční.....	18
Etiologie strumy	18
Klinický obraz.....	19
Vyšetřovací metody	19
Léčba.....	19
Prognóza.....	19
Prevence.....	19
3.2 Hyperthyreóza (tyreotoxikóza)	20
Klinický obraz.....	21
Diagnostika.....	21
Terapie	22
Prognóza.....	22
3.2.1 Gravesova-Basedowova choroba	22
Klinický obraz.....	22
Diagnostika.....	22
Terapie	23
Prognóza.....	23
3.2.2 Toxický adenom štítné žlázy a nodózní toxická struma	23
Klinický obraz.....	24
Diagnostika.....	24
Terapie	24
Prognóza.....	24
3.2.3 Thyreotoxická krize.....	24
Klinický obraz.....	24
Diagnostika.....	25
Terapie	25
Prognóza.....	25
3.3 Hypothyreóza	25
Klinický obraz.....	26
Diagnostika.....	26

Terapie	26
3.3.1 Myxedémové kóma.....	27
Klinický obraz.....	27
Diagnostika.....	27
Terapie	27
Prognóza.....	27
3.4 Záněty štítné žlázy	28
Klinický obraz.....	28
Diagnostika.....	28
Terapie	28
Prognóza.....	28
3.5 Nádory štítné žlázy	29
3.5.1 Karcinom štítné žlázy.....	29
Klinický obraz.....	29
Diagnostika.....	30
Terapie	30
Prognóza.....	30
4 THYREOIDEKTOMIE	32
4.1 Základní operační výkony na štítné žláze	32
4.1.1 Thyroidectomy totalis – TTE.....	32
4.1.2 Lobectomy totalis – LT	32
4.1.3 Thyroidectomy (strumectomy) subtotalis – STE.....	32
4.1.4 Lobectomy subtotalis – LS	33
4.1.5 Thyroidectomy fere totalis – nTTE (near total thyroidectomy)	33
4.1.6 Lobectomy fere totalis – nLT	33
4.1.7 Extirpatio (enucleatio) adenomatis, cystae	33
4.1.8 Resectio isthmi	33
5 POOPERAČNÍ KOMPLIKACE.....	34
5.1 Poranění nervus laryngeus superior (NLS)	34
5.2 Poranění nervus laryngeus recurrens (NLR).....	34
5.3 Poranění příštítných tělísek	34
5.4 Pooperační krvácení.....	35
5.5 Edém krku	35
5.6 Polykací potíže po operacích štítné žlázy.....	35
5.7 Nausea a zvracení po operacích štítné žlázy.....	35
5.8 Pooperační bolest hlavy.....	36
5.9 Poruchy hojení operační rány.....	36

5.10	Chylózní píštěl.....	36
6	PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA	37
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	39
7	VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	39
7.1	Formulace problému.....	39
7.2	Cíl a úkoly práce	40
7.3	Hlavní cíl	40
7.4	Dílčí cíle	40
7.5	Výzkumné otázky	40
7.6	Charakteristika sledovaného souboru	40
7.7	Metodika práce.....	40
7.8	Organizace výzkumu	41
8	KAZUISTIKA Č. 1	42
8.1	Katamnéza	42
8.2	Sběr informací o nemocné.....	43
8.3	Fyzikální vyšetření.....	44
8.4	Základní screeningové vyšetření sestrou.....	44
8.5	Lékařská vyšetření	45
8.6	Lékařské diagnózy	45
8.7	Průběh hospitalizace	45
8.8	Ošetrovatelský proces dle Marjory Gordon	50
8.9	Plán ošetrovatelské péče.....	54
9	KAZUISTIKA Č. 2	60
9.1	Katamnéza	60
9.2	Sběr informací o nemocném	60
9.3	Fyzikální vyšetření.....	61
9.4	Základní screeningové vyšetření sestrou.....	62
9.5	Lékařské vyšetření	62
9.6	Lékařské diagnózy	63
9.7	Průběh hospitalizace	63
9.8	Ošetrovatelský proces dle Marjory Gordon	67
9.9	Plán ošetrovatelské péče.....	71
	DOPORUČENÍ PRO PRAXI:	80
	ZÁVĚR	83
	ZDROJE.....	84
	SEZNAM PŘÍLOH.....	87
	PŘÍLOHY	88

SEZNAM ZKRATEK

Ca	kalcium
Cm.....	centimetr
CMP	centrální mozková příhoda
CNS	centrální nervový systém
CRP.....	C-reaktivní protein
CT	výpočetní tomografie (computer tomography)
EKG	elektrokardiografie
FF.....	fyzilogické funkce
FNAB	aspirační biopsie tenkou jehlou (fine needle aspiration biopsy)
fT ₃	volný trijodthyronin
fT ₄	volný thyroxin
FW	sedimentace (fåhraeus-westergren)
hCG.....	lidský choriiový gonadotropin (human chorionic gonadotropin)
i.m.	intramuskulární aplikace
i.v.	intravenózní aplikace
IL 6	interleukin 6
JIP	jednotka intenzivní péče
Kg	kilogram
KP	kardiopulmonální
LU	lymfatické uzliny
MR	magnetická rezonance
NGS	nazogastrická sonda
NLR	zvratný nerv (nervus laryngeus recurrens)
NM Motol	nukleární medicína Motol
ORL	otolaryngologie
P	puls
p.o.	perorální užití léku (ústý)
PL	praktický lékař
PN	pracovní neschopnost
PŽK	periferní žilní katétr
RTG	radiotomografie

s.c.	.....subcutální aplikace
SpO ₂	.....saturace kyslíkem (oximetrie)
TEN	.....tromboembolická nemoc
TK	.....krevní tlak
TRAb	.....protilátky proti receptoru pro TSH (thyroxin receptor antibody)
TRAK	.....protilátky proti receptorům pro TSH
TSH	.....tyreostimulující hormon
TT	.....tělesná teplota
TTE	.....totální tyreoidektomie
UPV	.....umělá plicní ventilace
USG	.....ultrasonografie
VAS	.....vizuální analogová stupnice
VJI	.....vena jugularis inferior

ÚVOD

Téma této bakalářské práce s názvem „Ošetrovatelské postupy u nemocných s operacemi štítné žlázy“ jsme zvolili na základě práce na chirurgickém oddělení, kde se soustředí operace štítné žlázy z celého Karlovarského kraje a také z vlastní zkušenosti, neboť i já sama jsem po totální thyreoidektomii a jsem doživotně odkázána na substituční terapii. V dnešní době onemocnění štítné žlázy nejsou vzácná, a výskyt řady z nich, včetně nádorových má stoupající tendenci. Patří mezi nejčastější endokrinopatie. V naší republice se vyskytují u 5–30 % obyvatel. Dvořák ve své knize (2002) uvádí že největší počet nemocných je středního a vyššího věku, kdy ženy onemocní 5krát častěji než muži. Ve stáří onemocní 20 % žen a 10 % mužů, avšak choroby štítné žlázy se nevyhýbají ani dětskému věku. Nemoci štítné žlázy a jejich problémy jsou způsobeny zejména poruchami funkce štítné žlázy, změnou velikosti žlázy, záněty ve žláze či vznikem nádorů. Většina nemocných je pravidelně sledována a konzervativně léčena endokrinology. Při selhání konzervativní terapie či podezření nebo průkazu maligních změn ve žláze indikuje endokrinolog chirurgický výkon a doporučuje i rozsah provedené operace. Nemocného musí seznámit s důvody operačního řešení jeho choroby, s její naléhavostí a s možnými komplikacemi, které při nebo po operacích štítné žlázy mohou nastat. Indikací k operačnímu výkonu bývá nejčastěji struma tzv. zvětšená štítná žláza, která může svou velikostí způsobit útlak okolních tkání a spojena může být jak s hypofunkcí, hyperfunkcí, tak i s eufunkcí. Etiopatogeneze strumy může být různorodá, dělíme ji na jednouzlovou, mnohauzlovou či difúzní. Dalšími důvody k operačnímu řešení mohou být změny funkce žlázy, konzervativně neustupující záněty (většinou chronické) a nádory. Po odstranění štítné žlázy je nemocný odkázán na doživotní užívání hormonů štítné žlázy.

Při hospitalizaci velmi záleží na empatii a přístupu zdravotnického personálu k nemocnému. Lékaři i sestry by měli umět zodpovědět nemocnému jeho otázky a snížit míru obavy, která je v předoperační době typická. Během hospitalizace je právě úloha sester nezastupitelná, musí být nemocnému oporou, být s ním v nepřetržitém kontaktu a měly by včas rozpoznat možná rizika a komplikace, která nemocnému po operaci hrozí.

V teoretické části se zabýváme anatomii a fyziologií štítné žlázy. Zaměřujeme se na diagnostické postupy, zobrazovací metody, druhy onemocnění, operační výkony,

předoperační a pooperační péči, péči o jizvy a možné pooperační komplikace a prognózu onemocnění.

Cílem práce je zjistit jaké jsou ošetrovatelské postupy u nemocných s operacemi štítné žlázy a vypracování ošetrovatelského plánu. Zaměřujeme se na zjištění problémů, jejich komplikací a na uspokojení základních potřeb nemocných. Informace jsme získali formou polostrukturovaných rozhovorů, přímým i nepřímým pozorováním a analýzou dokumentů u dvou nemocných, které uvádíme v praktické části.

Veškeré informace jsme čerpali z dostupné odborné literatury, odborných internetových článků a z konzultací s nemocnými. Většina zdrojů byla použita dle rešerše, která nám byla vypracována v Krajské knihovně Karlovy Vary.

TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE ŠTÍTNÉ ŽLÁZY

V historii medicíny se zmiňují o nálezích na krku již staroegyptští, indičtí a čínští lékaři několik tisíc let před Kristem. Po druhé světové válce se z řad našich chirurgů zasloužili o rozvoj operací štítné žlázy např. Polák, Nahodil, Vlasák a další. V posledních dvou desetiletích nastaly změny i v technice operací štítné žlázy. Historický výčet anatomických a chirurgických objevů poukazuje na pokrok a nelehkou cestu jež tyreochirurgie urazila. (Dvořák 2015, s. 16-31)

Dvořák ve své knize (2002) uvádí, že Galen (v letech 129-199) považoval zvětšení štítné žlázy za tlumící nárazník mezi mozkem a srdcem. Vesalius (1514-1564) vnímal význam žlázy jako zvlhčování průdušnice. Wharton (1610-1673) žlázu pojmenoval jako hrtanovou, která drénuje, ohřívá a zvlhčuje hrtan. Zvětšenou štítnou žlázu jako ozdobu žen uváděl v 17. století Bartholin. V roce 1170 Roger z Palerma k léčbě strumy použil houbu jménem spongia usta, jež měla vysoký obsah jódu. První thyroidektomii provedl v roce 1845 maurský lékař Abulcasis. Příznaky hypertyreózy popsal Parry v roce 1825, roku 1835 v jeho díle pokračoval Graves a projevy zvýšené činnosti štítné žlázy popsal i Basedow v roce 1840. V roce 1912 popsal japonský lékař Hashimoto chronické zánětlivé změny ve žláze, později zvané lymfomatozní Hashimotova struma. V roce 1914 byl Kendallem objeven tyroxin a v roce 1952 Grossem a Pitt Riversovou trijódtyronin. Teprve pokroky v anatomických znalostech, zavedení anestézie, dodržování principů asepse a antisepse a vývoj nových chirurgických nástrojů vedly v druhé polovině 19. století k rozvoji operačních výkonů po celém světě.

2 ANATOMIE

Štítná žláza (glandula thyreoidea) je žláza s vnitřní sekrecí (viz příloha obrázků 1). Mívá tvar písmene H, ojediněle i připomínající tvar písmene U nebo V. Tvar se odvíjí podle uložení dvou laloků na bocích hrtanu a horní části průdušnice. Isthmus tzv. můstek je rozepjatý před průdušnicí, spojuje oba laloky a přiložen je na 2.-4. prstenec průdušnice. (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 95)

Podle prokrvení má štítná žláza červenohnědou až červenofialovou barvu. Na povrchu jeví známky nerovnosti. Štítná žláza obvykle váží 30-40 g. Laloky mívají rozměry 5-8 x 2-4 cm. Délka isthmusu je cca 2 cm a šíře je asi 0,5 cm. Velikost žlázy je ovlivněna pohlavím, věkem a funkčním metabolismem. (Naňka, Elišková, 2009, s. 191)

Folikulární buňky štítné žlázy produkují hormony trijodtyronin a tyroxin. Na jejich sekreci má velký vliv hormon TSH (tyreotropin) z adenohipofýzy. Hormony štítné žlázy ovlivňují metabolismus tuků, sacharidů, bílkovin, spotřebu O₂, a tvorbu tepla. Bez hormonů štítné žlázy není somatický ani psychický vývoj možný. (Slezáková a kol., 2010 s. 78)

Za růst štítné žlázy a vydávání množství hormonů do krve zodpovídá hormon TSH. Pokud nastane nedostatek hormonů štítné žlázy v krvi, adenohipofýza uvolní hormon TSH do krevního oběhu. Při zvýšeném množství hormonů štítné žlázy naopak adenohipofýza přestane uvolňovat hormon TSH a jeho hladina v krvi se sníží. Velkým a důležitým faktorem ovlivňujícím tvorbu hormonů štítné žlázy je množství jódu v potravě. Denní dávka jódu se pohybuje okolo 150-200 µg, sníží-li se denní příjem jódu na delší dobu pod 50 µg, pak štítná žláza neprodukuje dostatečné množství hormonů, dochází k jejímu zvětšení a vzniká struma. SZYMIKOVÁ, Kateřina. Ošetrovatelská péče o pacientku po operaci štítné žlázy. Praha, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. 3. Lékařská fakulta. Vedoucí práce Renáta VYTEJČKOVÁ.

Parafolikulární buňky štítné žlázy, produkují hormon kalcitonin, který snižuje hladinu vápníku v krvi, čímž podporuje jeho ukládání do kostí. Je antagonistou parathormonu, který vytváří příštítná tělíska. Většinou jde o 4 drobné žlásky čočkovitého tvaru na zadní straně štítné žlázy, červenohnědé až oranžové barvy. Tvar, počet i umístění nemusí být pravidelné, v 80 % jsou dvě žlásky pod horním a dvě pod dolním polem štítné žlázy. Řídí hladinu vápníku a fosforu v krvi. Odstraněním dvou a více příštítných tělísek při operaci štítné žlázy

může dojít ke snížení vylučování parathormonu, to způsobí snížení hladiny vápníku v krvi a tetanické křeče. Naopak zvýšené vylučování parathormonu např. u nádoru příštítného tělíska způsobí zvýšení hladiny vápníku v krvi, odvápnění a tím řidnutí kostní tkáně. (Naňka, Elišková 2009, s. 191-193)

3 ONEMOCNĚNÍ ŠTÍTNÉ ŽLÁZY

Strumou označujeme zvětšení štítné žlázy patrné pohledem nebo pohmatem. Struma může být eufunkční, spojená s hyperfunkcí nebo hypofunkcí, se zánětem nebo nádorem. Mezi nejčastější onemocnění štítné žlázy patří:

- Struma prostá – eufunkční struma – vznikající na podkladě nedostatečného množství jódu v potravě a zvýšených nároků na hormony štítné žlázy (těhotenství, puberta), účinkem některých potravin či léků. Není porušena funkce žlázy (eufunkční struma).
- Hyperfunkční onemocnění – hyperfunkce (tyreotoxikóza) štítné žlázy s příznaky jejího zvětšení, kdy je patologicky zvýšená sekrece hormonů štítné žlázy.
- Hypofunkční onemocnění – hypofunkce štítné žlázy někdy s příznaky jejího zvětšení, kdy je snižená hormonální činnost, hypothyreóza, myxedém se vyvíjí při dlouhodobém snížení hormonální činnosti.
- Nádory štítné žlázy – benigní nebo maligní.
- Záněty štítné žlázy – thyreoiditis (akutní, subakutní, chronické). (Slezáková a kol., 2010, s. 79)

3.1 Struma prostá, eufunkční

Struma prostá je každé zvětšení štítné žlázy patrné pohledem nebo zjistitelné pohmatem, které není spojeno se známkami hyperfunkce či hypofunkce, nádoru nebo zánětu. Organismus trpí nedostatkem hormonů štítné žlázy vznikajícím na podkladě nedostatečného množství jódu v potravě a zvýšených nároků na hormony štítné žlázy (těhotenství, puberta), účinkem některých potravin či léků. Velikost štítné žlázy lze přesně posoudit pomocí ultrasonografického vyšetření (USG). U dospělých žen je horní hranicí objem 18 ml a u dospělých mužů bývá 22 ml. Rozlišujeme strumu difúzní (rovnoměrně zvětšená štítná žláza) a strumu nodózní (uzlovitě změněná struma). Patologickými útvary jsou hyperplastické uzly, pseudocysty nebo cysty. (Kršek, 2011, s. 28-29)

Etiologie strumy

Za vznikem prosté strumy stojí několik příčin. Jednou z hlavních příčin je deficit jódu, strumigeny (hormony štítné žlázy jsou v syntéze blokovány) v potravě a některé léky. U nemocných s akromegálií má neobvyklou etiologii nodózní struma, na níž se podílí zvýšená koncentrace růstového hormonu. (Kršek, 2011, s. 30)

Klinický obraz

Odvíjí se od funkce, velikosti a příčiny štítné žlázy. Zprvu nevyvolává potíže její pouhé zvětšení, ovšem pokud se i nadále struma zvětšuje nebo dochází k uzlové přestavbě, může nemocný pociťovat tlak na orgány v jejím okolí, např. útlakem na tracheu dochází k pocitům dušnosti. K poruchám fonace dochází při tlaku na nervus laryngeus recurrens (zvrtný nerv), utlačuje-li jícnem může způsobovat dysfagii. (Kršek, 2011, s. 30)

Vyšetřovací metody

Velikost a strukturu štítné žlázy nám určí USG. Při podezření na strumu retrosternální (polovina laloku zasahuje za sternum – viz příloha obrázek č.5) vždy indikujeme vyšetření CT nebo MR. Aspirační biopsii tenkou jehlou (FNAB), provádíme pod USG kontrolou při prokázání přítomnosti uzlu nad 1 cm a u nejisté biologické povahy. Pokud se vyskytne hyperfunkční uzlová struma provádí se scintigrafie štítné žlázy, ta ukáže na ev. autonomní adenom. Další z vyšetřovacích metod jsou laboratorní hodnoty hormonů štítné žlázy z krve. Zahrnuje vyšetření TSH v séru, fyziologické rozpětí je 0,35 – 4,2 mIU/l, dále fT_4 (eventuelně fT_3), které nám pomůže mnohem lépe diagnostikovat onemocnění štítné žlázy, kde fyziologické rozpětí je fT_4 12–22 pmol/l a u fT_3 je 3,95 – 6,8 pmol/l. (Kršek, 2011, s. 30, Zamrazil et al, 2012, s. 8)

Léčba

Léčba se odvíjí od primární příčiny a velikosti strumy. Při nedostatku jodu musíme jod organismu dodat. Supresní terapii, kdy podáváme malé množství thyroxinu a tím snižujeme koncentraci TSH volíme při eufunkční strumě a tím můžeme docílit zmenšení strumy. Thyreostatická terapie nebo substituční léčba je volena při funkčních poruchách dle daných kritérií. Při podezření na maligní povahu či nejistotu o biologické povaze, kosmetické důvody, nebo mechanický útlak se volí chirurgické řešení. V ojedinělých případech může být použita radiojodová terapie. (Kršek, 2011, s. 30)

Prognóza

Bývá příznivá. Záleží ovšem na morfologii, velikosti a primární příčině. (Kršek, 2011, s. 31)

Prevence

Spočívá hlavně v zásobení populace jodem, tam kde je jodový deficit např. jodizace jedlé sody. (Kršek, 2011, s. 31)

3.2 Hyperthyreóza (tyreotoxikóza)

Představuje soubor příznaků, které vznikají v důsledku nadbytečně autonomně produkovaných hormonů štítné žlázy. Příčiny lze rozdělit do čtyř skupin.

- Hyperthyreóza při primárním onemocnění štítné žlázy – řadíme sem především m.Graves-Basedow, kdy výskyt je v 70 % a typické znaky jsou difúzní struma, endokrinní orbitopatie, pozitivní TRAb (protilátky proti receptoru TSH ve štítné žláze) a hladina TSH je nízká. Dále toxický adenom s výskytem 5 %, který se vyznačuje solitárním horkým uzlem na scintigrafii, a nízkou hladinou TSH. Polynodózní toxická struma se vyskytuje ve 20 %, má vícečetné horké uzly na scintigrafii a nízkou hladinou TSH. Hyperthyreózu indukovanou jódem vidáme v méně než 1 %, při ní dochází k vysokému vylučování jódu močí a TSH je též nízký.
- Hyperthyreóza ze zvýšené stimulace štítné žlázy – sem patří adenom hypofýzy produkující TSH v méně než 1 % nesuprimovaný TSH, kdy hladina TSH je normální nebo vysoká. Dále familiární gestační tyreotoxikóza jejíž výskyt je velmi vzácný zjišťuje se molekulárněbiologickou diagnostikou, u níž je hladina TSH nízká. Trofoblastické tumory ji způsobují v méně než 1 %, typický znak je vysoká hladina hCG (lidský choriový gonadotropin) a TSH je nízké. Novorozenecká tyreotoxikóza z přenosu mateřských TRAb má výskyt pod 1 %, značí se pozitivní TRAb a TSH je nízké. Neautoimunitní kongenitální familiární hyperthyreóza se vyskytuje velmi vzácně a typickým znakem je molekulárněbiologický průkaz mutace receptoru TSH, kdy hladina TSH je nízká.
- Hyperthyreóza z destrukce štítné žlázy – sem patří subakutní tyreoiditida s výskytem okolo 3 %, značí se bolestí na krku a TSH je nízké. Němá tyreoiditida, výskyt v 3 % vyznačuje se pozitivními antithyreoidními protilátkami a TSH je nízké. Typ hyperthyreózy indukované amiodaronem se diagnostikuje v méně než 1 % typický znak je vysoké vylučování jódu močí, vysoké koncentrace IL-6 (interleukin).

- Hyperthyreóza nethyreoidální etiologie – zde je uvedeno onemocnění thyreotoxicosis factitia v méně než 1 %. V anamneze je abusus thyreoidálních hormonů a TSH je nízké. Desmoidní tumor (struma) ovaria, výskyt vzácný, značí se akumulací radijodu intraabdominálně a TSH je nízké. Metastazující folikulární karcinom štítné žlázy, výskyt vzácný, typický znak akumulace radiojodu v kostních metastázách a TSH je nízké. (Kršek, 2011, s. 31-32)

Klinický obraz

Dle příčiny, výše nadprodukce hormonů štítné žlázy a délce trvání se klinický obraz liší. Hypermetabolismus kdy nemocní často hubnou, ale mohou i v 10 % přibývat na hmotnosti patří mezi nejčastější příznaky hyperthyreózy. Tepelná tolerance je snižena, nemocní se potí, mají mastné jemné vlasy, které mohou vypadávat a nehty jsou jemné a lámavé. Oči jsou lesklé, může být retrakce horních víček či jejich nepartný třes a pohyby víček trhavé. Objevuje se Graefeho příznak – retrakce horního víčka způsobuje jeho omezenou pohyblivost při pohledu dolů a víčko nesleduje pohyb bulbu. Touto poruchou souhybu horního víčka a bulbu zůstává mezi horním víčkem a horním okrajem duhovky vidět proužek skléry. Z kardiovaskulárních příznaků bývá tachykardie, arytmie především supraventrikulární a u některých nemocných i fibrilace síní a nemocní často udávají i palpitace, při těchto příznacích může být thyreotoxikóza zaměněna za srdeční selhání. Z neuropsychického hlediska jsou nemocní emočně labilní jsou nervózní, psychomotorické tempo je zrychlené a mívají jemný třes očí a prstech na rukou, mají svalovou slabost a jsou snadněji unavitelní (thyreotoxická myopatie). Zvýšený metabolický obrat způsobí při dlouhotrvající thyreotoxikóze a negativní kalciové bilanci osteopenii až osteoporózu. (Kršek, 2011, s. 31)

Diagnostika

Diagnostika hyperthyreózy se odvíjí od klinického obrazu a zvýšených hladin hormonů štítné žlázy především volného tyroxinu – ft₄ nebo volného trijodthyroninu – ft₃. TSH stanovujeme k určení diagnostiky mezi poruchou periferní a centrální. Podle příčin lze použít vyšetření protilátek a některá další speciální vyšetření jako např. hCG, TRAb, či IL – 6. První volbou v zobrazovacích metodách je USG, scintigrafické vyšetření používáme k určení autonomního adenomu, vyšetřujeme-li retrosternální strumu použijeme MR nebo CT bez jodového kontrastu. (Kršek, 2011, s. 31)

Terapie

Podáváme thyreostatika, jež blokují oxidaci jodu s cílem normalizovat funkci štítné žlázy. Kombinujeme s β -blokátory, které upravují kardiologické příznaky. Po úpravě funkce volíme definitivní léčbu podle příčin, a to buď dlouhodobou léčbu thyreostatiky, terapii radioiodem nebo volíme chirurgickou léčbu. (Kršek, 2011, s. 33)

Prognóza

Podle řady faktorů a dle primární etiologie a tíži klinického faktoru závisí i prognóza. Ta bývá při včasné diagnostice, a především správné léčbě většinou příznivá. (Kršek, 2011, s. 33)

3.2.1 Gravesova-Basedowova choroba

Charakterizujeme ji jako autoimunitní onemocnění způsobené tvorbou protilátek proti TSH (TRAb, TRAK – S – Anti-TSH receptor), ty receptor stimuluje a dojde tak ke vzniku thyreotoxikózy, která se nejčastěji vyskytuje u nemocných pod 40 let. Štítná žláza je zvětšená, zvýšeně prokrvená, histologicky jsou přítomny nehomogenní lymfocytární infiltrace. (Kršek, 2011, s. 33)

Klinický obraz

Utváří jej thyreotoxikóza, struma s endokrinní orbitopatií a dermatopatií. Struma i když patří k častým příznakům nemusí být přítomna. Většinou se jedná o difúzní strumu se zvýšeným průtokem štítnou žlázou. Endokrinní orbitopatie (viz příloha obrázek č. 3) asymetricky postihuje oční, vytlačuje oční bulbus vpřed a způsobuje exoftalmus. U těžkých forem exoftalmu může dojít k nemožnosti dovržit víčko jež nazýváme lagoftalmus, kdy vzniká nebezpečí poškození rohovky. Dermatopatie je způsobena zduřením kůže a podkoží s hyperpigmentací jež postihuje zhruba 10 % nemocných. Nejčastěji se vyskytuje na přední straně holenní kosti a dorzu nohou. (Kršek, 2011, s. 33)

Diagnostika

Příčinu hyperthyreózy určíme podle zvýšených sérových koncentrací fT4, nebo fT3 a potlačovaných a neodhalených koncentrací TSH. Analýzou TRAb určíme autoimunitní příčinu, při negativitě TRAb však nevylučujeme Gravesovu-Basedowovu chorobu. Vyšetření USG prokáže obraz hypoechogenní zvětšené štítné žlázy se zvýšeným průtokem. Součástí diagnostiky je i oftalmologické vyšetření, zvláště u známek orbitopatie. U nemocných se doporučuje i vyšetření interní či kardiologické k odlišení hyperthyreózy od jiných příčin. (Kršek, 2011, s. 34)

Terapie

Počínající léčba je pomocí thyreostatik, zejména Thyrozolem, kdy nasazujeme vyšší dávku a s dávkou postupně klesáme až do úplné normalizace funkce štítné žlázy. V průběhu léčby sledujeme funkci štítné žlázy a biochemické parametry k odhalení hepatopatie a krevní obraz k abnormálnímu snížení počtu bílých krvinek v krvi tzv. neutropenii. K léčbě též nasazujeme kombinaci s β -blokátory k ovlivnění kardiologických příznaků. Při minimální dávce thyreostatik a normalizaci funkce, léčbu po několika měsících vysadíme, kdy zhruba u poloviny nemocných dojde k vymizení příznaků a u zbylých nemocných po vysazení dojde naopak k časnému či pozdnímu návratu. Následně při opětovné normalizaci funkce stanovujeme definitivní léčbu. U nemocných s orbitopatií, častými relapsy a u nemocných rezistentních na léčbu volíme chirurgické výkony. U nemocných s vysokým chirurgickým rizikem volíme alternativní léčbu radiojódem tzv. radioeliminaci. Dlouhodobá léčba thyreostatiky je nevhodná, nemocní by se museli pečlivě sledovat, chodit na časté kontroly, zejména kvůli riziku vzniku nežádoucích účinků. Orbitopatií léčíme endokrinologicky, tak i časnou totální thyreoidektomií, dle potřeby volíme u pooperačního rezidua štítné žlázy radioeliminaci. Následuje léčba imunosupresivy, glukokortikoidy, současně probíhá léčba oftalmologická, kdy léčba je buď konzervativní či chirurgická např. plastika okohybných svalů. (Kršek, 2011, s. 34)

Prognóza

Životní prognóza je dobrá, záleží ovšem na výchozím onemocnění, určení časně diagnózy a správné léčbě. V některých případech léčba může být zdlouhavá a komplikovaná. Prognóza orbitopatie je ovšem nejistá. Lehčí formy onemocnění se mohou zvládnout u těžších forem se však mohou vyskytnout trvalé následky jak kosmetické, tak funkční. Nemocní, kteří kouří, jsou vyzváni k zanechání tohoto zlovyku, neboť kouření komplikuje průběh onemocnění i orbitopatie. (Kršek, 2011, s. 34)

3.2.2 Toxický adenom štítné žlázy a nodózní toxická struma

Toxický adenom autonomně nezávisle na fyziologických mechanismech zvýšeně produkuje hormony štítné žlázy. U osob staršího věku je častější.

Polynodózní toxická struma (Plummerova choroba) je označení pro nodózní uzlovou strumu (viz příloha obrázek č.2), kde uzly (adenomy) uvnitř strumy se dostanou z fyziologických mechanismů a samovolně začnou produkovat hormony štítné žlázy. Histologicky je adenom štítné žlázy určen jako folikulární. Častěji bývá v oblastech s jodovým deficitem. (Kršek, 2011, s. 34-35)

Klinický obraz

Klinický obraz je stejný jako u hyperthyreózy, setkat se můžeme s horní hranicí normy u koncentrace fT4, fT3 a supresi (potlačováním) TSH. Při základním vyšetření nemocného lze zjistit uzel štítné žlázy nebo polynodózní strumu. (Kršek, 2011, s. 35)

Diagnostika

Základem je fyzikální nález a klinický obraz. Laboratorní vyšetření nám určí hyperthyreózu zvýšenou koncentrací fT4 či fT3 a suprimovanými koncentracemi TSH. Jestliže není fT4 zvýšené, ale naopak je pouze zvýšené fT3 značí to T3 – toxikózu, ta patří mezi vzácnější a u autonomního adenomu je nejčastější. Polynodózní strumu nebo uzel štítné žlázy si upřesníme pomocí USG vyšetření a provádíme scintigrafii štítné žlázy, která musí být indikována v thyreotoxické fázi před zahájením léčby thyreostatiky, kdy se nám autonomní adenom ukáže jako horký uzel. (Kršek, 2011, s. 35)

Terapie

Jako u hyperthyreózy, indikujeme thyreostatika v kombinaci s β -blokátory. Konečnou terapií je buď radiojod či chirurgická léčba. U radiojodu se vychytají radioterapeutika v horkých uzlech a vznik hypothyreózy je nepravděpodobný. Chirurgický výkon vyžaduje u solitárního adenomu odstranění dané části štítné žlázy za pomoci lobektomie. Je-li uzlová přestavba oboustranná volíme totální thyreoidektomii. Při nemožnosti jiného řešení, volíme vzácně dlouhodobou léčbu thyreostatiky. (Kršek, 2011, s. 35)

Prognóza

Při správném léčebném postupu a časně diagnóze je prognóza obvykle příznivá. (Kršek, 2011, s. 35)

3.2.3 Thyreotoxická krize

Jedná se o těžký vystupňovaný klinický obraz hyperthyreózy. Vzácný, ale život ohrožující stav u nemocných, kteří k zjevné thyreotoxické krizi přispěli buď špatnou léčbou, traumatem či těhotenstvím v době aktivní hyperthyreózy. (Kršek, 2011, s. 35)

Klinický obraz

Manifestuje se vystupňovaným klinickým obrazem, kdy nemocný má febrilie až hyperpyrexie, hodně se potí, má tachykardii nebo srdeční arytmii, kde může dojít k srdečnímu selhání. když není nemocný v bezvědomí a třese se, může dojít k psychickému excessu, probíhajícímu jako delirující stav až k psychóze. Často jsou nemocní nauzeózní,

zvrací a mají bolest břicha, se vzestupem onemocnění jsou apatičtí, setrvávají ve strnulých až nepřírozených polohách, objevuje se kóma až šokový stav s hypotenzí, kdy thyreotoxická krize může mít fatální dopad. (Kršek, 2011, s. 36)

Diagnostika

Vyplývá z klinického obrazu, laboratorní vyšetření je shodné s vyšetřením hyperthyreózy, provádí se kompletní interní vyšetření u kriticky nemocného. (Kršek, 2011, s. 36)

Terapie

Umístíme nemocného na JIP k monitoraci, kde sledujeme kardiální a respirační parametry včetně vnitřního prostředí, podáváme vysoké dávky thyreostatik s glukokortikoidy parenterálně či NGS. Je-li indikace podáváme β -blokátory a zajistíme kompletní intenzivní léčbu s rehydratací, úpravou vnitřního prostředí, snižujeme tělesnou teplotu a podáváme enterální nebo parenterální výživu. V případě, že známe spouštěcí onemocnění léčíme i ta, např. infekci. (Kršek, 2011, s. 36)

Prognóza

Je nejistá i při odpovídající léčbě, neboť jde o život ohrožující onemocnění. (Kršek, 2011, s. 36)

3.3 Hypotyreóza

Hypotyreózu můžeme rozlišit na vrozenou nebo získanou. Vrozená hypotyreóza se vyšetřuje již v těhotenství, včasné odhalení a léčba zabrání poruchám vývoje novorozence, kdy poruchy jsou způsobeny nedostatkem jódu v těle matky během těhotenství. Po celou dobu těhotenství je důležitý dostatečný přísun jódu. Provádí se povinný novorozenecký screening vrozené hypotyreózy. Ten nám odhalí dědičné poruchy funkce štítné žlázy či poruchy způsobené jinými faktory během těhotenství. Získaná hypotyreóza je způsobena poškozením štítné žlázy vinou vlastního imunitního systému. Jde o chronický zánět, nejčastěji o chronickou lymfocytární tyreoiditidu. Imunitní systém vnímá štítnou žlázu jako cizí, a snaží se ji zničit, jako by šlo o bakteriální nebo virovou infekci. Tento stav označujeme jako autoimunitní zánět, kdy je imunita zaměřená proti vlastním tkáním organismu. Autoimunitní zánět je způsobený poruchou tvorby hormonů a rozvíjí se snížená činnost štítné žlázy. Štítná žláza mívá často normální velikost, nebo v průběhu let dochází k atrofii, takže není viditelná na krku a mnohdy ji ani nelze nahmatat. (Jiskra, 2011, s.13-14)

Klinický obraz

Objevuje se ospalost, únava, chladná a suchá kůže, zimomřivost, vlasy jsou nekvalitní a padají, nemocní mívají zácpu a zpomalenou srdeční akci. U mužů dochází k poklesu libida a poruchám potence. Ženy mívají poruchy menstruačního cyklu a může docházet i k poruchám plodnosti. Příznaky postižení CNS jako jsou poruchy paměti a nesoustředěnost. Neléčí-li se dlouhodobě rozvinutá hypotyreóza, může vzniknout myxedém, který může skončit smrtí. U subklinické hypotyreózy, která se klinicky neprojeví je zvýšené TSH a normální fT4 v krvi. Nejčastěji je u subklinické hypotyreózy zvýšený cholesterol v krvi, který může zvýšit riziko infarktu myokardu nebo vznik CMP. Nebezpečná je zejména v těhotenství, není-li léčená může způsobit potrat, nebo předčasný porod a může dát v sázku i psychomotorický vývoj dítěte, který se projeví zejména poruchami učení a chování. Je tedy nutné štítnou žlázu v těhotenství laboratorně i klinicky vyšetřit. Chronická lymfocytární tyreoiditida se objevuje s dalšími onemocněními podobných autoimunitních příčin jako je diabetes 1. typu u mladých osob, s celiakií či poruchou nadledvin. (Jiskra, 2011, s. 14-15)

Diagnostika

Centrální hypotyreóza je diagnostikována poklesem fT4 a fT3 v krvi pod dolní hranici normálu. TSH pro vyšetření centrální hypotyreózy nemá význam. Chceme-li vyloučit periferní hypotyreózu postačí nám pouhé TSH v krvi. Je-li TSH normální, můžeme periferní hypotyreózu vyloučit a další vyšetření není indikováno. Odhalíme-li TSH zvýšené nad horní hranici hodnoty nad 4,0 – 5,0 mIU/l zopakujeme TSH doplněné o fT4 a protilátky TRAK v krvi ty budou pozitivní u chronické lymfocytární tyreoiditidy. Pokud je TSH vyšší a fT4 nižší jedná se o subklinickou hypotyreózu, těhotenství je výjimka, kdy kromě TSH analyzujeme ihned TRAK a fT4. Ráno na lačno, před užitím tyroxinu u léčených nemocných, musí být fT4 vyšetřeno. Nadbytečné je vyšetření fT3, které se provádí jen v nejasných případech. (Jiskra, 2011, s. 15-17)

Terapie

Spočívá v hormonální substituci většinou indikujeme preparáty Letrox či Euthyrox. Dávky se upravují podle hodnot TSH v krvi. U mladých a zdravých jedinců lze nasadit plnou denní dávku, avšak u starších a nemocných s dalšími onemocněními začínáme minimální dávkou a postupně navyšujeme. Léky by měly být užívány na lačno minimálně 20 minut před prvním jídlem. Kontroly TSH provádíme zhruba po 4-6 týdnech od minulé úpravy

do stabilizace stavu a optimální dávky. U stabilizovaného nemocného provádíme kontroly TSH 1krát za rok. (Jiskra, 2011, s. 17-20)

3.3.1 Myxedémové kóma

Mimořádně vzácný, těžký, život ohrožující stav zapříčiněný vystupňováním klinických příznaků hypotyreózy. Vzniká u nemocných se špatně léčenou nebo těžkou neléčenou hypotyreózou, vlivem jiného spouštěcího faktoru jako např. infekce, srdečního selhání, trauma, krvácení, acidóze či podáním léků, jako jsou sedativa, anestetika nebo amiodaron. (Kršek, 2011, s. 39)

Klinický obraz

Nastupuje desorientace, halucinace, deprese a postupně somnolence, sopor až kóma. U nemocného je hypotermie a prognóza není příznivá u snižující se tělesné teploty. Nemocný má bradykardii, myokard má sníženou kontraktilitu je snížený tepový objem a minutový výdej, nastává postupně hypotenze až šok. Nemocný hypoventiluje, má sníženou reaktivitu dýchacího centra, objevuje se respirační insuficience s nutností napojení UPV. Peristaltika je zpomalená, může manifestovat ileózní stav a renální funkce se zhoršují. (Kršek, 2011, s. 39)

Diagnostika

Nejdůležitější je kvalitně odebraná anamnéza a zjištění klinického obrazu svědčí pro přítomnost hypotyreózy včetně zjištění vyvolávajícího faktoru, kdy ženy vyššího věku jsou postiženy nejčastěji. Hypotyreózu prokážeme laboratorně i případné odchylky nám laboratoř odhalí. Diagnostika musí být komplexní s podrobným posouzením základních životních funkcí a vnitřního prostředí. (Kršek, 2011, s. 39)

Terapie

Umístění nemocného na JIP. Léčba probíhá v substituci hormonů štítné žlázy parenterálně nebo NGS. Začne se nasycovací dávkou 400–600 µg a pokračuje se dávkou 100 µg levothyroxinu denně a současně podáváme vysoké dávky glukokortikoidů. Postupně nemocného zahříváme při komplexní intenzivní péči a snažíme se o udržení respirace, stavu výživy, oběhu a vnitřního prostředí. (Kršek, 2011, s. 40)

Prognóza

Není jistá, jde o život ohrožující onemocnění s vysokou úmrtností. (Kršek, 2011, s. 40)

3.4 Záněty štítné žlázy

Jedná se o ložiskové zánětlivé postižení štítné žlázy. Nejvíce jde o bakteriální a mykotický zánět. Příčinnou bývá přenos z okolí štítné žlázy nebo krevní cestou. Dělíme je na akutní a chronické, kdy akutní může vzplanout v abscedující formy. Subakutní (De Quervainova) tyreoiditida je obrovskobuněčná granulomatózní tyreoiditida, která patří k dalším zánětům. K chronickým zánětům řadíme chronickou autoimunitní (lymfocytární) intersticiální tyreoiditidu typu Hashimotovy thyreoiditidy a proliferativní chronickou tyreoiditidu typu Riedlova struma. (Kršek, 2011, s. 40, Astl, 2013, s. 52)

Klinický obraz

Akutní záněty štítné žlázy se projevují jako lokální bolestivé zduření, kůže v okolí může být zarudlá a na pohmat bolestivá, objevují se celkové a lokální známky zánětu, nemocný má febrilie a v krvi leukocytózu a vysoké CRP má i zvýšenou FW. Chronické záněty mohou zjistit atrofii štítné žlázy, hypotyreózu vzácně je žláza zvětšena. Mohou být bolesti a zvrát do maligního onemocnění. (Kršek, 2011, s. 41)

Diagnostika

Bývá jednoduchá a můžeme ji určit podle lokálního, klinického a laboratorního vyšetření. Ložisko nám potvrdí USG vyšetření, které nám umožní provést cílenou punkci k cytologickému a mikrobiologickému vyšetření. Zároveň vyšetřujeme i funkci štítné žlázy. (Kršek, 2011, s. 41)

Terapie

Nasazujeme necílená širokospektrá antibiotika do doby, než nám vyjdou výsledky kultivace a citlivosti. Po obdržení výsledku nasazujeme cílená antibiotika, zároveň při febriliích antipyretika a u bolestí podáváme analgetika. Není-li léčba konzervativní úspěšná volíme chirurgický výkon. (Kršek, 2011, s. 41)

Prognóza

Odhalíme-li zánět včas, prognóza při správné léčbě je příznivá, avšak u rozsáhlých procesů u imunokompromitovaných nemocných jde o onemocnění vyžadující komplexní léčbu při hospitalizaci. (Kršek, 2011, s. 41)

3.5 Nádory štítné žlázy

Nádory štítné žlázy zejména diferencované mají stále zvyšující se incidenci. Nádory ve štítné žláze dělíme dle stejných parametrů jako v jiných lokalizacích na benigní a maligní. Adenomy patří mezi nejčastější benigní nádory a rozlišeny jsou dle stavby folikulů tzv. folikulární adenom je epitelový nádor, opouzdřený s různou velikostí a není vyloučena solitární i vícečetná povaha. Na scintigrafii se projeví jako studený uzel, protože jeho schopnost vylučovat hormony štítné žlázy je nízká. Některé adenomy se však mohou jevit jako hormonálně aktivní, autonomně produkují hormony štítné žlázy a projevují se v podobě toxického adenomu. Adenomy ve většině případů pouze sledujeme pomocí USG kontrol, kdy lze provést FNAB a cytologicky punktát vyšetřit a kontrol funkce štítné žlázy. Jestliže jsou adenomy progredující a velké nebo jsme nejistí o jejich biologické povaze, volíme chirurgický výkon. Maligní adenomy jsou vymezeny podle biologické povahy podle ICD klasifikace kde za potencionální jsou považovány adenomy papilární, papilárně folikulární a cystopapilární. Hlavním zástupcem zhoubných nádorů je karcinom štítné žlázy, vzácněji se vyskytují sarkomy, lymfomy a metastázy. (International Journal of Surgery, 2012, s. 618 [online]), (Kršek, 2011, s. 42-43, Astl, 2013, s. 52)

3.5.1 Karcinom štítné žlázy

Je epitelový zhoubný nádor z buněk folikulů štítné žlázy. Dělíme je na diferencované karcinomy, kam patří papilární a folikulární karcinom a špatně diferencované vzácné karcinomy nazývané inzulární karcinomy, dále na nediferencované anaplastické karcinomy. Nádory z parafolikulárních buněk nazýváme karcinomy medulární. Karcinom vzniká nejčastěji po ozáření v oblasti krku. (Kršek, 2011, s. 44)

Klinický obraz

Karcinom se projevuje většinou vznikem uzlu ve štítné žláze, ve většině případů se jedná o solitární uzel tužší konzistence s nerovným povrchem, který může být i fixovaný k okolí což poznáme, že chybí současný pohyb s polykáním. Lymfatické uzliny na krku mohou být zvětšené, avšak tyto klinické známky nejsou spolehlivé, mohou značit pomalu rostoucí uzel štítné žlázy, jenž může být zaměňován za adenom vyskytující se u polynodózní strumy a zůstat nezjištěný. Metastázy karcinomu štítné žlázy najdeme v lymfatických uzlinách a v plicích u dětí a mladistvých, a v kostech u starších nemocných. Pomaleji progredují diferencované karcinomy, je u nich lepší možnost léčby, a tudíž mají lepší prognózu. Rychleji progredují anaplastické karcinomy, rychle metastázuje, na léčbu reagují špatně a prognóza nebývá příznivá. Medulární karcinomy mají horší prognózu než

diferencované, ale lepší než anaplastické (viz příloha obrázek č. 4). Protože jsou neuroektodermového původu krom kalcitoninu mohou produkovat i peptidové hormony a prostaglandiny. (Kršek, 2011, s. 44)

Diagnostika

Metodou první volby je USG vyšetření, které nám ukáže i určité známky svědčící o tom, že zobrazený uzel je karcinom (nepravidelné okraje, mikrokalcifikace a centrální hypervaskularizace). Známky svědčící o tom, že jde o karcinom ovšem nemusejí být věrohodné. Pro potvrzení indikujeme FNAB a punktát cytologicky vyšetříme, díky tomu lze získat správnou diagnózu. Jestliže si nejsme jisti diagnózou provádíme chirurgické odstranění příslušného laloku štítné žlázy a podezřelý uzel vyšetříme histologicky. (Langenbecks Arch Surg, 2013, s. 347 [online]), (Kršek, 2011, s. 44)

Terapie

U karcinomů není jiné řešení než chirurgický výkon, při kterém se provádí totální thyreoidektomie a dle náležitosti se odstraní i metastázami postižené lymfatické uzliny na krku. Následující léčba se odvíjí od typu karcinomu, u diferencovaného karcinomu je po totální thyreoidektomii nařízena léčba radiojódem, ten má schopnost z nádorových buněk vychytávat radioaktivní jod. Jednou či opakovanou aplikací je možné v závislosti na rozsahu zasažení dosáhnout radioeliminace. Po ukončení léčby radiojodem nebo i během léčby se zpravidla podává supresní léčba levothyroxinem, ta vzniklou hypothyreózu substituuje ale i brzdí sekreci TSH a tím dochází k částečnému zabránění recidivě či progresi onemocnění. Chirurgický výkon u nediferencovaného karcinomu nezlepšuje přežití, kvalitu zbytku života zhoršuje a má negativní prognózu. Reaguje špatně na zevní ozáření i chemoterapii a nevychytává jod, biologicky se chovají podobně i medulární karcinomy, ale u těch je vždy indikována radikální operace. (Kršek, 2011, s. 44)

Prognóza

Na rozsahu nádoru a jeho histologického typu se odvíjí i prognóza. U diferencovaného karcinomu se téměř 95 % nemocných zcela vyléčí, takže prognóza je dobrá. U diferencovaných karcinomů je lepší prognóza u papilárního karcinomu než u folikulárního karcinomu. Anaplastické karcinomy mají předpověď špatnou. U medulárního karcinomu je předpověď nejistá, má blíže k anaplastickému karcinomu a je závislá úplnosti chirurgického odstranění. (Kršek, 2011, s. 45)

10leté přežití u karcinomů v %		
Typ karcinomu	10leté přežití	%
Papilární Ca	10leté přežití	90-98 %
Folikulární Ca	10leté přežití	70-80 %
Anaplastický Ca	10leté přežití	0 %
Medulární Ca	10leté přežití	65-70 %

Tabulka 1: 10leté přežití u karcinomů v %

Zdroj: vlastní zpracování

4 THYREOIDEKTOMIE

Thyreoidektomie je všeobecně užívaný termín pro totální či subtotální výkon na štítné žláze. (Dvořák, 2015, s. 162)

4.1 Základní operační výkony na štítné žláze

Typy základních operací štítné žlázy označujeme:

- Thyreoidectomy totalis – TTE
- Lobectomy totalis – LT
- Thyreoidectomy (strumectomy) subtotalis – STE
- Thyreoidectomy fere totalis (near total thyreoidectomy) – nTTE
- Lobectomy fere totalis (near total lobectomy) – nLT
- Extirpatio (enucleatio) adenomatis, cystae
- Resectio isthmi (Dvořák, 2015, s. 162)

4.1.1 Thyreoidectomy totalis – TTE

Znamená odejmutí obou laloků, tedy veškeré tkáně štítné žlázy i s celým lobus pyramidalis, který může a nemusí být přítomen. Chybně se označuje thyreoidektomie jako pravá a levá. V tomto případě se jedná o totální lobektomii. (Dvořák, 2015, s. 162)

4.1.2 Lobectomy totalis – LT

Výkon, u kterého dojde k úplnému odstranění jednoho laloku štítné žlázy i s isthmem a lobus pyramidalis. Lobektomie je někdy označována, jako hemityreoidektomie. (Dvořák, 2015, s. 162)

4.1.3 Thyreoidectomy (strumectomy) subtotalis – STE

U subtotálního odstranění štítné žlázy se zanechává v místě malé množství tkáně nazývané tyreoidální zbytek, jehož velikost volíme podle potřeby funkce žlázy po operaci a dle rizikového stupně tyreoidální chirurgie. U prvního případu chceme dosáhnout eutyreózy nezpůsobit hypotyreózu a nedovolit opakování choroby. U druhého je stěžejní riziko výkonu při radikální operaci. V řadě případech je provedení subtotální thyreoidektomie stejně náročné a mnohdy i nebezpečnější než totální thyreoidektomie. Celá řada statistik udává, že výskyt poranění NLR je stejný, někdy i vyšší po subtotálních než totálních výkonech. Velikost ponechaného zbytku závisí na funkčně dobrém cévním zásobení a infiltraci lymfatické tkáně, jež zmenšuje její funkční kapacitu. Určení velikosti zbytku

peroperačně můžeme provést měření, nebo ponecháváme tkáň o průměru 5×15 mm, která odpovídá 5–10 G. (Dvořák, 2015, s. 162-164)

4.1.4 Lobectomy subtotalis – LS

Subtotální odstranění se provádí u odstranění jednoho laloku v rozsahu jako u subtotální tyreoidektomie, i zde se přerušuje a odstraňuje istmus až tam, kde je hranice zdravého laloku. (Dvořák, 2015, s. 164)

4.1.5 Thyroidectomy fere totalis – nTTE (near total thyroidectomy)

Spočívá v odstranění téměř celé tkáně štítné žlázy, avšak rozsah se na jednotlivých pracovištích liší:

- oboustranné ponechání malého zbytku o průměru 4–5 mm,
- při dorzálním pouzdru lze ponechat úzký pruh tkáně,
- totální lobektomie na jedné straně a na druhé subtotální. (Dvořák, 2015, s. 164)

4.1.6 Lobectomy fere totalis – nLT

Ponecháváme při téměř totální lobektomii spíše z nutnosti u anatomicky nepřehledné situace malý úsek tkáně o velikosti 2–5 mm v oblasti vyústění NLR do hrtanu či v oblasti ligamentum Berry. (Dvořák, 2015, s. 166)

4.1.7 Extirpation (enucleation) adenomatis, cystae

Ve většině pracovišť je extirpace či enukleace patologického útvaru žlázy provedená bez přerušování istmu považována za nevhodný výkon. U adenomů a cyst se dnes za nejmenší výkon považuje lobektomie totální. (Dvořák, 2015, s. 166)

4.1.8 Resection isthmi

K uvolnění průchodnosti dýchacích cest u neřešitelných benigních nebo maligních onemocnění je vyhražena ve vzácných indikacích resekce istmu. (Dvořák, 2015, s. 166)

5 POOPERAČNÍ KOMPLIKACE

Operace štítné žlázy může doprovázet výskyt specifických komplikací, jejichž četnost závisí na zkušenosti operátora s tyreoidální chirurgií, na jeho anatomických znalostech a na tom, zda jde u nemocného o primární operaci nebo reoperaci a na biologické povaze onemocnění. (Dvořák, 2015, s. 342)

5.1 Poranění nervus laryngeus superior (NLS)

Poranění této nervové větve při preparaci v okolí horního pólu laloku štítné žlázy (přerušeni pohmoždění, popálení) se poruší funkce svalu m. cricothyreoideus (napínače hlasivek), daný případ ilustruje obrázek č. 6 (viz příloha). Důsledkem je omezení vysokých tónů ženského hlasu a hlasová únava. Profesionálně tato komplikace omezuje například zpěváky a učitele. (Dvořák, 2015, s. 349-350)

5.2 Poranění nervus laryngeus recurrens (NLR)

Možnou příčinou poranění nervu je těsný vztah NLR a štítné žlázy (větvení NLR viz příloha č. 7). Při poškození NLR dochází k poruchám dýchání a mluvení různého stupně a délky trvání, u nejtěžších případů u oboustranného poškození provádíme tracheostomii. Nemocný musí být před operací s touto vzácnou komplikací seznámen. V nejlehčích případech poškození nervu, kdy může jít o přechodnou funkční poruchu jednotlivých svalů laryngu na podkladě neuropraxie neboli poruchy vodivosti nervu, která byla způsobena mechanickými faktory, jako jsou nešetrná preparace štítné žlázy nebo nervu samotného. Může k němu dojít při pooperačním edému, zánětu nebo nesprávným použitím elektrokoagulace. Vážnější poranění je kontuze nebo komprese nervu. Dojde-li k přerušeni nervu měl by být co nejdříve v horizontu několika hodin sešit, a to dříve, než dojde k jeho jizvení. Klinicky se projeví poranění NLR parézou hlasivky, která má často dobrou prognózu a upraví se anebo plegií, která je závažná a prognosticky nepříznivá. (Dvořák, 2015, s. 352-358)

5.3 Poranění příštítných tělísek

Po tyreoidektomii může být porušena funkce příštítných tělísek (ilustrativní obrázek příštítného tělíška zachycuje obrázek č. 8, též v příloze). Typickými příklady je porušení jejich cévního zásobení, zhmoždění tělíška s hematomem po násilné preparaci, nebo odstranění, případně následné jizvení v operační ráně. Manifestuje se sníženou hladinou

vápníku v krvi hypokalcémií, u které mohou nastat parestézie, brnění prstů a okolo úst, až křečové stavy. U tohoto stavu nasazujeme substituční léčbu preparáty vápníku a vitamínu D, kdy do několika týdnů by příznaky měli vymizet. (Dvořák, 2015, s. 374-375)

5.4 Pooperační krvácení

Pooperační krvácení po tyroidektomii, jež vyžaduje chirurgickou revizi, je poměrně vzácné, ale jedná se o nebezpečnou komplikaci, která se přesto může vyskytnout. Běžné, drobné sáknutí krve v množství 5–30 ml krve za 24 hodin je odvedeno podtlakovou Redonovou drenáží. Nebezpečné je masivnější krvácení 50–100 ml nebo nedostatečně funkční drenáž. V takových to případech, ihned provádíme revizi operační rány. Výraznou dechovou tíseň způsobí dušení při obstrukci dýchacích cest útlakem hematomu, kde dojde k otoku krku, narůstající bolesti, stridoru a pocitu těsného obvazu krku. (Dvořák, 2015, s. 347-348)

5.5 Edém krku

Komplikace tohoto typu v chirurgii štítné žlázy se vyskytuje u rozsáhlého uzlinového syndromu po radikální oboustranné krční disekci s odstraněním VJI. Tento výkon může vyvolat otok měkkých tkání krku. Je-li nemocný v tzv. hlasovém klidu, zvlhčování vzduchu a léčbě steroidy ustoupí u nemocných edém do 2–4 dnů. Ovšem způsobí-li edém úplnou obstrukci dýchacích cest provádíme urgentní tracheostomii. Aby se předešlo této komplikaci doporučuje se provedení disekce jedné strany a s odstupem 4–8 týdnů provedení výkonu na druhé straně. (Dvořák, 2015, s. 385)

5.6 Polykací potíže po operacích štítné žlázy

Preparací v operačním poli a tlakem endotracheální rourky jsou způsobeny mírné a krátkodobé bolesti v krku, s pocitem poruchy polykání. Nemocní pociťují somatický diskomfort v polykání i z důvodu zavedení Redonova drenu, kdy po jeho odstranění cítí úlevu. (Dvořák, 2015, s. 385)

5.7 Nauzea a zvracení po operacích štítné žlázy

Nauzea se zvracením se ve 20–70 % vyskytuje po operacích štítné žlázy častěji než po operacích jiného charakteru. Při nauzei a zvracení hrozí větší nebezpečí krvácení do operační rány a je vnímána jako pooperační diskomfort. Podává-li anesteziolog v průběhu operace Propofol, jenž má i antiemetický efekt, tak se nauzea zvracení méně často vyskytují. (Dvořák, 2015, s. 385-386)

5.8 Pooperační bolest hlavy

Je způsobena zejména atypickou polohou hlavy u operací štítné žlázy, která je mírně zakloněná. Bolest vzniká v důsledku špatné polohy, přehnaného záklonu během operace. (Dvořák, 2015, s. 168)

5.9 Poruchy hojení operační rány

Keloidy a hypertrofické jizvy, fixovaná a zvrásněná kůže, vklesliny na povrchu kožní jizvy až nekróza kožního laloku se mohou vyskytnout po operacích štítné žlázy v ráně. (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 100)

5.10 Chylózní píštěl

U rozsáhlých retrosternálních strum nebo blokových krčních disekcí se může vyskytnout chylózní píštěl. Ta se projeví časně po operaci, kdy z drénu vytéká neprůhledná mléčná tekutina, či méně často z operační rány, tato komplikace je ovšem ojedinělá. (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 100)

6 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Kvalitně provedená předoperační příprava k operačnímu výkonu vede ke snížení rizik na minimum, dojde tím ke snížení komplikací a zklidnění operantů. Operace štítné žlázy je plánovaný operační výkon indikovaný endokrinologem a chirurgem. Před operací se provádí dlouhodobá, krátkodobá, a bezprostřední předoperační příprava:

- dlouhodobá předoperační příprava zpravidla obnáší předoperační interní vyšetření, které zahrnuje – klinické a laboratorní vyšetření, EKG, RTG S + P, a především ORL vyšetření, dále dle přidružených onemocnění doplníme další speciální vyšetření jako např. diabetologické, kardiologické, popřípadě odběru krve (autotransfúze), všechna tato vyšetření nesmějí být starší 14 dnů,
- krátkodobá předoperační příprava je vymezena na 24 hodin před provedením výkonu, ta spočívá v přípravě nemocných, kteří jsou přijímáni den před operačním výkonem, popřípadě se ten den provádí scintigrafie štítné žlázy, anesteziologické konzilium, kdy nám anesteziolog určí premedikaci a dále psychická příprava, kdy máme za cíl minimalizovat strach a stres z operace,
- bezprostřední předoperační příprava v horizontu asi 2 hodiny před operací, kdy její součástí je kontrola dokumentace, kontrola lačnění, zda je operační pole oholené, vyprázdnění, kontrola chrupu – snímatelné zubní náhrady, sejmutí šperků, přiložení bandáží na dolní končetiny a provedení speciálních požadavků chirurga jako zavedení venózního přístupu, zavedení permanentního močového katetru, všechny tyto výkony zaznamenáme do dokumentace nemocného, premedikace se aplikuje na základě ordinace anesteziologa, který rozhodne jaké léky, v jaké formě a v jakém časovém horizontu je nemocný dostane,
- příprava diabetika k plánovanému operačnímu výkonu je jak dlouhodobá, tak i bezprostřední, je u ní vyžadována kontrola u diabetologa, který provede velký glykemický profil, který vyhodnotí a nasadí určité dávky jak perorálních antidiabetik, tak inzulinu, nemocný musí být hospitalizován taktéž den před výkonem, kdy se opakovaně provádí kontrola glykemií, zajistí se žilní vstup a z důvodu lačnění se podávají infuzně roztoky glukózy

a inzulínu dle hladiny glykémie, je nutné vysadit perorální antidiabetika, proto je nemocný krátkodobě převeden na léčbu inzulínem, v operační den by měl být diabetik zařazen na první místo a v pooperačním období musíme pamatovat na fakt, že diabetikovi hrozí zvýšené riziko komplikací,

- pooperační péče zahrnuje intenzivní dohled operovaného na pooperačním pokoji (reanimačním pokoji) který je součástí operačního traktu, do stabilizace oběhu, dostatečně spontánně dýchá a jsou u něho patrné obranné reflexy, odkašle a polyká, poté se překládá zpět na standardní oddělení či jednotku intenzivní péče dle rozsahu operace, tam se dále pokračuje ve sledování FF, kontrole operační rány, odvodu z drénu a jeho funkčnosti, bolesti, nauze a zvracení, vyprazdňování moči. (Slezáková a kolektiv, 2010, s. 34-38)

PRAKTICKÁ ČÁST

7 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

7.1 Formulace problému

V dnešní době onemocnění štítné žlázy nejsou vzácná, a výskyt řady z nich, včetně nádorových má stoupající tendenci. Patří mezi nejčastější endokrinopatie. V naší republice se vyskytují u 5–30 % obyvatel. Největší počet nemocných je středního a vyššího věku, kdy ženy onemocní 5krát častěji než muži. Ve stáří onemocní 20 % žen a 10 % mužů, avšak choroby štítné žlázy se nevyhýbají ani dětskému věku. Nemoci štítné žlázy a jejich problémy jsou způsobeny zejména poruchami funkce štítné žlázy, změnou velikosti žlázy, záněty ve žláze či vznikem nádorů.

Při naší práci na chirurgickém oddělení, se s onemocněním štítné žlázy setkáváme poměrně často. Nemocní jsou přijímáni k operačnímu řešení často nedostatečně psychicky připraveni i přesto, že je jim operační výkon srozumitelně vysvětlen. Jejich obavy se týkají především pooperačního průběhu. Důležitou součástí pooperačního období je edukace nemocných, která se týká jak bezprostřední, tak dlouhodobé péče po operačním výkonu. Nelze opomenout i péči o jizvu, která bude nemocným tento výkon připomínat po zbytek života. Proto by sestra měla po psychické stránce nemocné podporovat, edukovat je o následné péči a mít k nemocnému maximálně empatický přístup, neboť nemocní mohou v sobě prožívat smutek a pocit bezmoci

7.2 Cíl a úkoly práce

Cíl této práce je zjistit jaké jsou ošetrovatelské postupy u nemocných s operacemi štítné žlázy. Zaměřujeme se na zjištění problémů, vznik a řešení možných komplikací a uspokojení potřeb nemocných prostřednictvím ošetrovatelského procesu.

7.3 Hlavní cíl

Hlavním cílem je zpracovat ošetrovatelský plán u nemocných po operaci štítné žlázy.

7.4 Dílčí cíle

- 1) Zpracovat kazuistiku u dvou nemocných po operaci štítné žlázy
- 2) Zjistit ošetrovatelské problémy u nemocných po operaci štítné žlázy
- 3) Zjistit vznik a řešení možných pooperačních komplikací
- 4) Aplikovat výsledky výzkumu formou doporučením pro praxi

7.5 Výzkumné otázky

- 1) Jaké jsou nejčastější problémy u nemocných po operaci štítné žlázy?
- 2) Jaká nastala u nemocných změna hlasu (chrapot, stridor)?
- 3) Jaké se objevily příznaky snížené hodnoty kalcia v séru?
- 4) Jaké komplikace se vyskytly v hojení operační rány?
- 5) Jaké vnímali nemocní pocity psychických změn v pooperačním období?

7.6 Charakteristika sledovaného souboru

Výběr byl záměrný. Pro výzkumné šetření jsme vybrali dva nemocné, kteří byli hospitalizováni na oddělení chirurgie KKN Karlovy Vary. Žena 43 let s benigním nádorem štítné žlázy. Muž 27 let s maligním nádorem štítné žlázy. Nemocní byli seznámeni s výzkumnou studií a podepsali informovaný souhlas s výzkumem, jenž je součástí přílohy na konci této práce.

7.7 Metodika práce

V praktické části bakalářské práce, která probíhá jako detailní šetření, jsou zpracovány dvě kazuistiky. Získané informace zpracováváme dle modelu funkčního zdraví Marjory Gordon. Polostrukturovaný rozhovor, který jsme vybrali pro sběr informací do bakalářské práce, probíhal se svolením obou nemocných. Veškeré informace jsme zaznamenávali písemnou formou. Opakovaně jsme hovořili s nemocnými v soukromí a nabídli jsme jim možnost se vzdát některých odpovědí na otázky, které jim nebyly

příjemné, nebo pro ně byly velmi osobní. Dalším zdrojem informací byla analýza zdravotnické dokumentace a informace od ošetřujícího zdravotnického personálu. Především jsme použili přímé a nepřímé pozorování nemocných při poskytování ošetrovatelské péče.

7.8 Organizace výzkumu

Výzkumné šetření probíhalo na chirurgickém oddělení KKN Karlovy Vary od měsíce listopadu 2019 do ledna 2020. Souhlas k provedení výzkumu jsme obdrželi od náměstka pro nelékařská povolání a kvalitu paní Mgr. Gabriely Fritsch Píchové. Souhlas s provedením výzkumného šetření je taktéž uveden v příloze na konci práce.

V závěru výzkumu jsme shrnuly všechny naše poznatky. A vytvořili jsme doporučení pro praxi.

8 KAZUISTIKA Č. 1

Nemocná: žena

Věk: 43 let

8.1 Katamnéza

43letá nemocná v péči endokrinologa pro hypothyreózu na podkladě chronické autoimunní thyreoiditidy. V úvodu struma s mapovitou strukturou až uzlovitou přestavbou. Při léčbě hypothyreózy došlo k regresi strumy na normální objemy laloků, ale dle posledního UZ nově zjištěna patologická ložiska – jedno za a jedno pod pravým lalokem štítné žlázy. V dif. dg. možnost patologických uzlin či patologicky změněných příštítných tělísek. Provedena punkce, která byla pod UZ kontrolou. Jehla byla umístěna v centru většího patologického ložiska. Ložisko biochemicky prakticky neobsahuje thyreoglobulin, nemělo by tedy jít o thyreoideální tkán. V punktátu jsou benigní thyreoocyty – což je dáno průchodem jehly celým lalokem štítné žlázy vzhledem k lokalizaci celého ložiska. Je však vysoká celková hladina thyreoglobulinu, a to i při pozitivních antithyreoidálních protilátkách. Ve štítné žláze je množství různě velkých uzlů, sonograficky některé hypoechogenní – susp. vzhledu. Laboratorně je mírná hypokalcémie, hypofosfatemie a hyperparathyreosa. Patologie příštítných tělísek je pravděpodobná, biochemický nálezní svědčí pro hyperparathyreosu. Nemocná indikována k TTE pro suspektní uzly s vysokou hladinou thyreoglobulinu a disekci obou patologických ložisek za pravým lalokem. Minimálně jedno z nich je pravděpodobně dle výsledků adenomem příštítného tělíška. Nemocná je euthyreoidní, normotenzní, kardiálně kompenzována, laboratorně mírná hypokalcémie s hyperparathyreosou. Z interního hlediska schopna plánovaného operačního výkonu. Kardiální riziko není zvýšené. Je riziko těžší pooperační hypokalcemie již bezprostředně po operaci s nutnou monitorací a ev. substitucí.

8.12 2019 se dostavila k plánovanému výkonu na doporučení endokrinologa k TTE a radikálnímu odstranění patologických ložisek za a pod pravým lalokem paralaryngeálně (dif. dg. patol. LU až maligního vzhledu X patologicky změněná příštítná tělíška X atypické extraglandulární uzly). K příjmu s sebou přinesla výsledky interního předoperačního vyšetření, ORL vyšetření a SONO s provedeným FNAB z patologického ložiska za pravým lalokem štítné žlázy se závěrem, kdy zachycený materiál je negativní na přítomnost buněk

maligního novotvaru. Zachyceny byli jen thyreoocyty, suspektní patologické ložisko nejspíše nebylo zachyceno. Všechna vyšetření byla provedena v nemocnici Cheb.

8.2 Sběr informací o nemocné

Osobní anamnéza:

Nemocná v dětství vážněji nestonala, prodělala jen běžná dětská onemocnění. V 7 letech podstoupila operaci slepého střeva, kdy pooperační průběh byl bez komplikací. Vážnější úrazy neguje.

Rodinná anamnéza:

V rodině se matka – 65 let léčí s thyreopatií, podstoupila 2 operace. Resekci rekta pro karcinoid, se kterým je sledována na onkologické klinice v Plzni. Následně poté prodělala frakturu trimaleolaris vpravo. Sestra matky se též léčí s thyreopatií, jiné endokrinopatie se v rodině nevyskytují. Otec – 68 let trpí na dnu. Sestra – 45 let prodělala opakované gynekologické operace pro cysty, bratr – 40 let zdrav.

Sociální anamnéza:

Bydlí s manželem v panelovém domě, mají 2 děti nezletilou 13letou dceru a 20letého dospělého syna. Syn studuje v Praze, dcera navštěvuje základní školu v místě bydliště. Manžel je vysokoškolsky vzdělaný a pracuje jako učitel na gymnáziu v Chebu.

Pracovní anamnéza:

Pracuje jako sanitářka na dětském oddělení v nemocnici Cheb na ranní směny. Původně pracovala jako servírka, ale pracovní doba ji nevyhovovala a byla pro ni časově velmi náročná. Volba současného zaměstnání jí vyhovuje po všech stránkách a je spokojená.

Gynekologická anamnéza:

Nemocná pravidelně 1krát za rok navštěvuje svého gynekologa. Poslední návštěva byla 6/2019. Je po 2 spontánních porodech, potraty neprodělala. Obě děti byly plně kojeny do 10 měsíců. Menarche začalo ve 12 letech. Nyní má zavedeno nitroděložní tělísko Mirena.

Onkologická anamnéza:

Matka sledována na onkologii Plzeň pro karcinoid rekta.

Abúzus:

Nekuřačka, alkohol jen příležitostně, závislost na návykových látkách neguje.

Alergická anamnéza:

Žádné alergie nemocná neudává.

Farmakologická anamnéza:

Letrox 50 µg tbl p.o. na lačno 1–0–0

8.3 Fyzikální vyšetření

Krevní tlak: 145/80 mmHg

Puls: 85´

Dech: 18´

Tělesná teplota: 36,2 °C

Výška: 171 cm

Váha: 82 kg

Kompenzační pomůcky: brýle na čtení

Použité škály při přijetí:

Body Mass Index – 28,00 (nadváha) – viz příloha č. 2

Barthelův test základních všedních činností – 100 bodů (nezávislá) – viz příloha č. 3

Glasgow Coma Scale – 15 bodů (normální stav) – viz příloha č. 4

Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové – 36 bodů (není riziko vzniku dekubitů) – viz příloha č. 5

Zhodnocení určení nutričního stavu nemocné – 1 bod (není nutná kontrola nutričním terapeutem) – viz příloha č. 6

Vizuální analogová škála – bolest č. 0 (žádná) – viz příloha č. 7

Hodnocení rizika pádu – stupeň 0 (žádné riziko pádu) – viz příloha č. 8

8.4 Základní screeningové vyšetření sestrou

Celkový vzhled a úprava zevnějšku: nemocná je upravená. Vlasy má učesané, nehty čisté a krátce střižené. Kůže je hydratovaná.

Dutina ústní a nos: ústa bez zápachu, chrup je vlastní a sanovaný, jazyk a sliznice jsou vlhké, není přítomen povlak jazyka, plazí ve střední čáře.

Hlas a řeč: hlas klidný bez chrapotu, komunikativní nezadrhává, výslovnost srozumitelná.

Sluch: nemocná slyší dobře.

Zrak: brýle na čtení.

Dýchání: spontánní a čisté, bez projevů dušnosti

Konstituce: lehká nadváha, bez žádných obtíží

Chůze: dobrá nezakopává

Stav vědomí: při vědomí, orientovaná místem, časem, osobou i situací, spolupracující, výzvě vyhoví.

8.5 Lékařská vyšetření

Základní fyzikální vyšetření provedené lékařem: pohled, poslech, pohmat, poklep.

Celkový stav: mobilní, orientovaná, spolupracující bez cyanózy a ikteru.

Hlava: pokleповě nebolestivá, bulby ve středním postavení, volně pohyblivé, zornice izokorické, fotoreakce pozitivní, spojivky růžové, skléry bílé, nos a uši bez výpotku, jazyk bez známek patologie, plazi středem, epiglottis štíhlá.

Krk: bez opozice šije, štítná žláza je nezvětšena, jasné uzle ani rezistence nejsou hmatné, LU nezvětšeny, karotidy tepou symetricky, náplň krčních žil je v normě.

Hrudník: dýchání čisté sklípkové, akce srdeční pravidelná, poklep jasný.

Břícho: v nivea hrudníku, měkké, volně prohmatné, palpačně nebolestivé, bez hmatné rezistence a známek peritoneálního dráždění, játra a slezina nezvětšeny.

Končetiny: klouby bez defigurace, lýtka měkká, nebolestivá, bez otoků, bez známek TEN, vlevo varikozita v poplitee, akra teplá, pulsace hmatné do periferie oboustranně.

8.6 Lékařské diagnózy

E06.3 – Autoimunitní tyroiditida

D35.1 – Nezhoubný novotvar – příštítná žláza [glandula parathyreoidea]

8.7 Průběh hospitalizace

8.12. 2019 – příjem nemocné, 1. den hospitalizace

Dne 8.12. 2019 byla v odpoledních hodinách nemocná přijata k plánované operaci štítné žlázy na chirurgické oddělení s diagnózou podezření na adenom příštítného tělíska. Nemocná byla řádně seznámena s hospitalizací a operačním výkonem přijímacím lékařem a s postupem souhlasila a podepsala souhlas s hospitalizací. Poté byla označena identifikačním náramkem. Po příchodu na oddělení byla uložena na dvouúžkový pokoj, kde byla seznámena s personálem, s provozním řádem a chodem oddělení. Bylo jí názorně

ukázáno, kde se nachází toaleta a sprcha a též ji byla vysvětlena manipulace s elektrickým lůžkem a signalizačním zařízením. Nemocné byla založena ošetrovatelská dokumentace sestrou. Součástí této dokumentace byla ošetrovatelská anamnéza. Ta obsahovala zjištění Barthelova testu základních všedních činností, zjištění rizika vzniku dekubitů a vyhodnocení nutričního screeningu nemocné. Dále byl nemocné předložen informovaný souhlas s operačním výkonem a souhlas s podstoupením celkové anestezie, který nemocná podepsala při anesteziologickém konziliu. Zde byla informována o celkové anestezii a léčbě pooperační bolesti se závěrem, že výkon může podstoupit bez další zvláštní přípravy. Anesteziolog naordinoval premedikaci. Druhý den ráno v 06.00 hodin má být nemocné podán Oxazepam 10 mg 1 tbl. (anxiolytikum) + Letrox 50 µg tbl. p.o. Nemocná byla poučena o lačnění a předoperační přípravě. Bylo ji zkontrolováno operační pole v oblasti krku. Lékař naordinoval dietu č. 3 (racionální) viz příloha č. 9. V podvečer před výkonem v 18.00 hod byl nemocné aplikován Fraxiparine 0,3 ml s.c., který se řadí mezi nízkomolekulární hepariny, jež jsou běžně používány na ředění krve s účinnou složkou nadroparin a slouží jako prevence TEN. Na noc byl nemocné dle ordinace lékaře podán Neurol 0,25 mg s látkou alprazolamum patřící do skupiny benzodiazepinů, které mají vliv na stavy úzkosti a navazují pocity uvolnění a uklidnění před plánovaným operačním výkonem.

9.12. 2019 – den operace, 2. den hospitalizace

Nemocná byla probuzena v 05:30 hodin kdy jí byla změřena tělesná teplota 36,7 °C a hodnota byla zapsána do její dokumentace. Ranní hygienu si provedla sama. Po úpravě lůžka jí byla podána premedikace dle anesteziologa. Dále byla nemocná poučena, aby po podané premedikaci neopouštěla lůžko, z důvodu možných závratí po podání léku. Při lékařské vizitě je nemocná bez pozoruhodností a připravena k výkonu. V 07:50 společně s dokumentací odjíždí v doprovodu sestry na operační sál. Před odjezdem byla zkontrolována identifikace nemocné jak ústně, tak i kontrolou identifikačního náramku na ruce nemocné. Nemocná byla na lačno, operační pole bylo čisté, zuby měla vlastní a šperky byly sejmuty. Na operačním sále byla nemocná předána anesteziologické sestře. PŽK se zaváděl těsně před výkonem na operačním sále, jelikož nebylo indikováno žádné venózní podání léku ani infuzí před operačním výkonem.

Operační výkon:**Operační diagnóza: E042** – struma polynodosa, thyreoiditis**Název operace: TTE** – Thyroidectomy totalis

Po operačním výkonu byla nemocná převezena na reanimační pokoj. Byla uložena do Fowlerovy polohy. Zde byla napojena na monitor se sledováním základních FF (TK, P, SpO₂, vědomí) po dobu 1 hodiny (TK 140/90 mmHg, P 67' za minutu, SpO₂ 98 %). Nemocná byla bdělého vědomí a dýchala spontánně. V tomto mezidobí byla napojena infúze Plasmalyte 1000 ml do již zavedeného PŽK (G20 v LHK). Dále byl podán venózně Ibuprofen 600 mg v množství 100 ml, Paracetamol 10 mg/ml v množství 100 ml i.v. jako pooperační analgezie. Nemocná měla z krku vyveden Redonův drén, jehož funkce a obsah byly sledovány a zaznamenávány do dokumentace nemocné. Operační rána byla sterilně kryta a sledoval se prosak jak obvazu, tak v okolí vyvedeného drénu, kdy množství před odjezdem na standardní oddělení činilo 20 ml odpadu. V 10:40 hodin je nemocná převezena přebírající sestrou v bdělém stavu zpět na standardní oddělení, kde se nadále pokračuje ve sledování FF nejdříve 4x po 30' minutách a poté po 1 hodině až do odvolání lékařem. Hodnoty krevního tlaku byly po celou dobu sledování stabilní a pohybovaly se v rozmrzí systolický tlak 120–140 mmol/l a diastolický tlak 60–80 mmol/l. Probíhá pravidelná kontrola operační rány, byla bez známek otoku a okolí bez zánětlivých projevů, obvaz netísnil a nevykazoval známky prosaku. Sledoval se odpad z drénu, který činil 40 ml. Signalizační zařízení bylo umístěno v dosahu nemocné. Po dvou hodinách od operace se nemocná vymočila na podložní mísu. Nemocná udávala bolest hlavy. Bolest byla hodnocena dle VAS. Nemocná udávala stupeň 3 a dle ordinace lékaře jí byla podána analgetika – Novalgin 2 ml + 100 ml FR i.v. při VAS 2-4 max po á 8 hod což nemocná splňovala. Podaná analgetika byla zaznamenána do dokumentace nemocné. Po 30' minutách udává VAS 1 tedy mírnou bolet. Po úplném probuzení byl nemocné povolen čaj. Nemocná byla bez známek nauzey a zvracení, a byla poučena o možných pooperačních komplikacích které by mohly nastat. Sestrou byla edukována, že v případě objevení brnění v jakékoli části těla, musí tento stav okamžitě nahlásit. Na 17:00 hodinu byly naordinovány kontrolní odběry hladiny Ca v krvi jež byla 2,25 mmol/l. Další odběr hodnoty Ca byl ordinován na následující den v 06:00 hodin ráno. V podvečer výkonu v 18:00 hodin byl nemocné aplikován Fraxiparine 0,3 ml s.c. Nemocná v noci spala klidně.

10.12. 2019–1. pooperační den, 3. den hospitalizace

Nemocná byla probuzena v 05:00 hodin ráno, kdy jí byla změřena TT 36,8°C. Hodnota byla zapsána do dokumentace. Ranní hygienu provedla sama, zvládla i péči o dutinu ústní. Při vertikalizaci byla přítomna sestra, která nemocnou edukovala o manipulaci s drénem a změřila jeho obsah, který činil 50 ml. Sestra provedla úpravu lůžka. Další vertikalizaci již nemocná zvládala sama. Byl jí proveden odběr Ca z ordinace z předešlého dne. Při lékařské vizitě nemocná udává, že se cítí dobře, bolesti neguje, dýchá se jí dobře. Je afebrilní, KP kompenzována, dýchá klidně, operační rána na krku neprosakuje a drén odvádí minimální sanguinový odpad. Nemocná je bez parestézií, pozoruje lehký chrapot. Po vizitě byla nemocné podána snídaně. Při ranní lékárně jí byly podány léky z chronické medikace. Dále byl proveden převaz PŽK s kontrolou průchodnosti a případných známek zánětu dle Maddonovy škály č. 0 – bez bolesti a známek reakce v okolí. Převaz operační rány byl indikován na další den kdy se vyjme drén. V 08:40 hlásí laboratoř nízkou hladinu Ca 1,94 mmol/l, kterou lékař koriguje podáním Maxikalzu v šumivých tabletách. Nemocná udává, že jí brní prsty u horních končetin. Po podání Maxikalzu cítí zlepšení, brnění prstů ustává.

Režim: po pokoji

Dieta: 0 (tekutá) viz příloha č. 9

TK+P: 130/80 72'

Medikace: p.o.: chronické léky možno podat Letrox 50 µg tbl 1-0-0, Ultracod tbl 1-1-1, Maxikalz tbl. eff. 1000 mg 1-0-1,

s.c.: Fraxiparine 0,3 ml, 18:00,

i.m.: Novalgin 2 ml při VAS 2-4 max á 8 hod., Dipidolor 1 amp. při VAS 5 a více max á 8 hod.,

i. v.: Degan 1 amp. při nausee/zvracení max á 8 hod.

11.12.2019 – 2. pooperační den, 4. den hospitalizace

Druhý pooperační den se nemocná cítila dobře jak po fyzické, tak po psychické stránce. Byla změřena TT 36,5°C. Opět vykonala ranní hygienu sama a těšila se, až jí sestra vyjme redon, který jí už velmi obtěžoval. Úpravu lůžka sestrou odmítla s tím, že bude dnes dimitována domů. Při lékařské vizitě se nemocná dozvídá informaci o převazu, při kterém jí bude odstraněn drén. Před dimisí ještě proběhne ORL vyšetření, podle kterého bude možná dimise. Následovala snídaně s plnou dietou č. 3 (racionální), kterou snědla bez polykacích

problémů. V dopoledních hodinách byl proveden převaz operační rány, která byla bez příznaků zánětlivých reakcí. Nemocná se dožaduje shlédnutí jizvy, na kterou se bojí podívat v zrcadle. Za aseptických podmínek byl odstraněn Redonův drén s celkovým objemem 70 ml a rána byla opět sterilně kryta. Byl odstraněn PŽK. Nemocná udává sice úlevu v polykání, ale pohled na jizvu je pro ni stresující. Do této doby si nepřipouštěla, že bude mít na krku jizvu, která ji bude operaci navždy připomínat. Sestra se snaží nemocnou zklidnit se slovy, že za pár měsíců bude jizva téměř nezatelná a zároveň ji edukuje v péči o ni. Po obědě u nemocné proběhlo ORL konzilium, kde nemocná subjektivně udává, že po operaci pozorovala změnu hlasu – lehký chrapot a proběhlo u ní brnění prstů horních končetin. ORL vyšetření je bez známek parézy NLR. Další kontrola ORL dle potřeby nemocné. Dimise je možná.

Režim: bez omezení

Dieta: 3 (racionální) viz příloha č.9

TK+P: 120/70 78'

Vyšetření: dnes ORL

Medikace: p.o.: Letrox 50 µg tbl 1-0-0, Ultracod tbl 1-1-1, Maxikalz tbl. eff. 1000 mg 1-0-1,

s.c.: Fraxiparine 0,3 ml EX

Propuštění nemocné do domácího prostředí:

Lékař vystavil nemocné propouštěcí zprávu, která obsahovala instrukce o následující terapii. Při předání propouštěcí zprávy sestra nemocnou upozornila na dodržování klidového režimu, na nutnost docházet na pravidelné kontroly. První ambulantní kontrola proběhne na chirurgické ambulanci 13.12.2019, kde budou odstraněny konce vstřebatelného intradermálního stehu. Zbytek stehu je vstřebatelný. Další kontrola v endokrinologické ambulanci je naplánována na 20.1.2020 ve 13 hodin. Při obtížích je nutná kontrola dříve. PN nemocné je předána k PL. Dále byl nemocné vystaven recept na Maxikalz 1000 mg eff., který bude i nadále užívat v předepsaných dávkách. Je nutné docházet ke kontrolním odběrům hladiny Ca k PL. V době propuštění nebyla k dispozici histologická zpráva. Výsledek histologického vyšetření bude k dispozici při první kontrole 13.12.2019. Nemocná je propuštěna do domácího ošetřování v dobrém stavu, za doprovodu manžela.

13.12.2019 se nemocná dostavila ke kontrole na chirurgickou ambulanci, kde ji byly odstraněny konce vstřebatelného intradermálního stehu. Rána byla klidná s krustami v jizvě,

proto byla nemocná opět edukována, jak o jizvu pečovat. Byl nabrán kontrolní odběr Ca s výsledkem 2,05 mmol/l. Maxikalz eff. nadále 3x denně. Byly k dispozici výsledky histologického vyšetření se závěrem: Oba laloky štítné žlázy se změnami zapadajícími do obrazu autoimunitní thyreoiditidy a s onkocytární metaplázií folikulární výstelky bez malignity ve vyšetřovaných řezech. Fragment štítné žlázy spolu s parathyreoideálním adenomem. Nemocná se dostaví ke svému endokrinologovi ke sledování hypokalcémie a nasazení další vhodné terapie. Kontrola v endokrinologické ambulanci je naplánována na 20.1.2020.

20.1.2020 nemocná přichází na kontrolu do endokrinologické poradny. Jizva po thyreoidektomii je hypertrofická byla fixována ke spodině což způsobovalo u nemocné diskomfort při polykání. Fonace v pořádku. Přetrvávají známky hypokalcémie. Terapie nasazena. Další kontroly dále na endokrinologii.

8.8 Ošetřovatelský proces dle Marjory Gordon

Zvolili jsme model Marjory Gordonové, kdy vzorce představují 12 funkčních vzorců zdraví v životě jednotlivce a rodiny bez ohledu na věk. Vzorce jsou přínosnými pravidly pro sestru, která je díky nim schopna získat důležité informace pomocí rozhovoru a sledování a nejlépe vystihuje potřeby nemocných. Oblasti v tomto ošetřovatelském procesu jsou hodnoceny jak subjektivně, tak i objektivně.

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Subjektivně:

Nemocná se necítí unavená. Bolesti neudává. Aktivnímu sportu se nevěnuje. Má ráda domácí práce (háčkování, pletení). Po operačním výkonu se cítí více unavená, ale věří, že v domácím prostředí se vše zlepší. I když si je vědoma svého onemocnění, vnímá ho jako negativní zásah do života.

Objektivně:

Na nemocné nejsou patrné známky zvětšení štítné žlázy. Po operaci působí lehce unaveným dojmem. Všimáme si, že když hovoří o své nemoci hlas se ji třese nejistotou.

2. Výživa a metabolismus:

Subjektivně:

Nedrží žádnou dietu, jí téměř vše. Stravuje se nepravidelně, podle jejích slov jí chutná nejvíce večer. Pitný režim moc nedodržuje, vypije přes den maximálně jeden litr tekutin. Alkohol pije pouze příležitostně. Chrup má vlastní, sanován. Během hospitalizace si stěžuje na zhoršené polykání.

Objektivně:

Nemocná měří 171 cm, váží 82 kg. Je silnější postavy. Turgor kůže je přiměřený, pokožka normální barvy. Zuby jsou udržované, bez zápachu z úst.

3. Vylučování:

Subjektivně:

S močením potíže neudává. Na stolicí chodí pravidelně 1x denně. Stolice je normální barvy a konzistence. Nadměrné pocení nepozoruje.

Objektivně:

Nemocná má stolicí normální barvy a konzistence.

4. Aktivita, cvičení:

Subjektivně:

Běžné denní činnosti zvládá bez větších problémů. Aktivně necvičí. Se svou 13letou dcerou chodí občas na procházky do přírody. Ráda odpočívá při svých domácích aktivitách.

Objektivně:

Nemocná je silnější postavy. Je vidět, že aktivní sporty neprovozuje.

5. Spánek a odpočinek:

Subjektivně:

Ráda odpočívá, obzvláště po nedělním obědě. Léky na spaní neužívá. S usínáním problémy nemá. Po náročném pracovním dni je unavená a usne okamžitě. Při hospitalizaci hůře usíná. Léky na spaní brát nechce. Obává se výsledků histologického vyšetření.

Objektivně:

Známky únavy nejsou patrné. Budí skleslým dojmem. Je vidět, že ji trápí nejistota.

6. Vnímání, citlivost a poznávání:

Subjektivně:

Udává mírnou bolestivost v oblasti operační rány. Po operačním výkonu se jí špatně mluvilo, měla mravenčení prstů horní končetiny. Slyší dobře, na čtení používá brýle.

Objektivně:

Na položené otázky odpovídá adekvátně je orientována časem i místem. Hlas je pouze lehce zastřený. Brýle používá ke čtení.

7. Sebepojetí a sebeúcta:

Subjektivně:

Je 22let vdaná, problémy v soukromém životě nemá. Manžel je vstřícný a v domácnosti jí pomáhá. V zaměstnání je nyní spokojená se svými kolegy vychází dobře. Jen se obává, jak na ni budou v zaměstnání nahlížet skrz jizvu na krku.

Objektivně:

Nemocná působí nesebevědomě a nesebejistě. Je vidět, že má strach, ale rodina ji podporuje.

8. Role a mezilidské vztahy:

Subjektivně:

Bydlí s manželem a dcerou v panelovém domě. Starší syn studuje vysokou v Praze. Pracuje jako sanitářka na dětském oddělení s nynějším zaměstnáním je spokojená. Rodina ji plně podporuje v době její nepřítomnosti to doma zvládají.

Objektivně:

Nemocná sdílí domácnost s rodinou. Hodně nemocnou podporují, hlavně 13letá dcera ji udržuje v optimistickém nadhledu.

9. Sexualita a reprodukční schopnosti:

Subjektivně:

Nemocná je po 2 porodech, interrupci neprodělala žádnou. Gynekologické kontroly dodržuje. Má zavedené nitroděložní tělísko. Na další těhotenství se již necítí. Je s manželem sexuálně aktivní, udává hezký vztah a více se nevyjadřuje

Objektivně:

Má zavedeno nitroděložní tělísko. Gynekologické kontroly dodržuje. Neuvažuje o dalším těhotenství.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládání:

Subjektivně:

Stres zvládá v rámci možností. Záleží, co je spouštěcí mechanismus. Každopádně se má o koho opřít. Manžel je jí ve všem nápomocen. Společně řeší veškeré zátěžové situace.

Objektivně:

Z nemocné je při rozhovoru cítit v tomto směru jistota.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty:

Subjektivně:

Nemocná je ateista a stejně tak i manžel. Věří ale v osud. Ten má prý podle ní každý předepsaný. Jako nejdůležitější je pro ni rodina a zdraví dětí.

Objektivně:

Mluví velmi přesvědčivě. V tomto směru má jasnou vizi.

12. Jiné:

Nemocná na závěr uvádí obavu v péči o jizvu a její viditelnost na krku. Přemýšlí, jak tento handicap vyřeší.

Objektivně:

Ujišťuji nemocnou, že tvorba jizvy je proces nevratný, že zcela závisí na péči, kterou by měla procesu jizvení věnovat. Edukuji jí v péči o ni. Toto téma rozebíráme podrobněji.

8.9 Plán ošetrovatelské péče

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

1) Doména: Komfort

Třída: Tělesný komfort

Akutní bolest - 00132 z důvodu operačního výkonu, projevující se neverbálními projevy.

Cíl: nemocná bude bez bolesti

Krátkodobý: U nemocné dojde ke zmírnění bolesti z VAS 3 na VAS 1.

Dlouhodobý: Nemocná bude zcela bez bolesti.

Intervence:

Vyhodnot' bolest na stupnici bolesti, zjisti místo, intenzitu a charakter bolesti, zajisti úlevovou polohu, ved' empatický rozhovor, sleduj neverbální i verbální projevy, podej analgetika dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek, proved' záznam do dokumentace.

Realizace ošetrovatelské péče:

Bolest vyhodnocena na stupnici bolesti, udává VAS 3, bolí ji operační rána na krku, úlevová poloha zajištěna – nemocná je v polosedě, veden rozhovor, sledovány všechny projevy bolesti, analgetika podávány dle ordinace lékaře a sledován jejich účinek, vše zaznamenáno do dokumentace.

Zhodnocení ošetrovatelské péče:

Krátkodobý cíl byl splněn s efektem, nemocná udává mírnou bolest do VAS 1, dlouhodobý cíl byl rovněž splněn, nemocná odchází domů bez bolesti.

2) Doména: Komfort

Třída: Tělesný komfort

Nauzea - 00134 z důvodu dráždění žaludku, projevující se žaludeční nevolností.

Cíl: nemocná je bez nevolnosti, nepocítuje nauzeu

Krátkodobý: U nemocné dojde ke zmírnění subjektivních příznaků nevolnosti.

Dlouhodobý: Nemocná je zcela bez nauzey a zvracení.

Intervence:

Dej nemocnou do zvýšené polohy, zajisti emitní misku a buničinu, uklidni nemocnou a vysvětli původ potíží, podej léky dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek, sleduj nauzeu ev. zvracení, umožni výplach dutiny ústní, dbej, aby při zvracení nedošlo k aspiraci žaludečního obsahu.

Realizace ošetrovatelské péče:

Napolohuj lůžko do zvýšené polohy, dej emitní misku a buničinu do dosahu nemocné, ved' rozhovor ke zklidnění a vysvětlení potíží, podej léky proti zvracení dle ordinace lékaře, podej sklenici vody na vypláchnutí úst a sleduj stav nemocné.

Zhodnocení ošetrovatelské péče:

Nemocná je bez příznaků nevolnosti, nepocítuje nauzeu, stravu přijímá bez potíží

3) Doména: Vnímání sebe sama

Třída: Tělesný obraz

Porušený obraz těla – 00118 z důvodu chirurgického výkonu, projevujícím se strachem z odmítnutí nebo reakce ostatních.

Cíl: nemocná se adaptuje na narušený obraz těla, sníží míru úzkosti

Krátkodobý: U nemocné nedojde k projevům úzkosti.

Dlouhodobý: Nemocná úzkost nepociťuje.

Intervence:

Posud' psychický i fyzický vliv nemoci na nemocné emoční stav, posud' nemocné znalost situace a míru úzkosti, všímej si emočních změn, všímej si chování, známek smutku a příznaků deprese.

Realizace ošetrovatelské péče:

Veď nemocnou k tomu, aby pohlédla na postiženou část těla a směla se jí dotýkat, akceptuj u nemocné pocity smutku, vyslechni obavy a otázky, hovoř s nemocnou o všem, co ji tíží, dej nemocné čas se smířením situace.

Zhodnocení ošetrovatelské péče:

Nemocná nepociťuje úzkost, vybrala si vhodné oblečení, aby zastřela tělesnou změnu.

4) Doména: Aktivita odpočinek

Třída: Spánek odpočinek

Porušený spánek - 00095 z důvodu změny prostředí, projevující se únavou nemocné.

Cíl: nemocná lépe spí, cítí se odpočatá

Krátkodobý: Nemocná spí nejméně 4 hodiny.

Dlouhodobý: Nemocná spí celou noc a ráno se cítí odpočatá.

Intervence:

Zajisti dostatek soukromí ke spánku, eliminuj rušivé vlivy, vyvětrej pokoj, uprav lůžko, podej léky na bolest a na spaní dle ordinace lékaře, sleduj jejich účinek, edukuj o nevhodnosti kofeinových nápojů před spaním, poskytni psychickou podporu.

Realizace ošetrovatelské péče:

Vyvětrej pokoj, uprav lůžko, vypni televizi, podej léky na bolest a spaní, proved' edukaci, ved' empatický rozhovor.

Zhodnocení ošetrovatelské péče:

U nemocné došlo ke zlepšení spánku, cítí se odpočatá.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy:**1) Doména: Bezpečnost ochrana****Třída: Infekce**

Riziko infekce - 00004 z důvodu operační rány, zavedení drénu a PŽK.

Cíl: u operační rány, zavedeného drénu a PŽK nedojde k infekci

Krátkodobý: Prevence infekce, včasné odhalení infekce.

Dlouhodobý: U nemocné nedojde k infekci.

Intervence:

Pravidelně kontroluj operační ránu, prováděj aseptické převazy, kontroluj okolí drénu, sleduj projevy zánětu (otok, začervenání, bolest), převazuj asepticky PŽK a denně vyhodnot' dle klasifikace Maddona, pečlivě sleduj projevy možného zánětu (otok, začervenání, bolest), zajisti průchodnost a funkčnost PŽK, při projevech zánětu přilož alkoholový obklad, leduj, zruš PŽK.

Realizace ošetrovatelské péče:

Operační ránu pravidelně kontroluj a asepticky převazuj, sleduj okolí drénu, sleduj okolí PŽK a vyhodnot' dle Maddona 0, proved' aseptický převaz PŽK a zajisti jeho průchodnost a funkčnost.

Zhodnocení ošetrovatelské péče:

Žádné projevy zánětu nebyly zpozorovány, invazivní vstup nevykazuje známky zánětu, byl včas odstraněn, operační rána bez zánětlivých projevů, drén odstraněn 2. operační den.

2) Doména: Výživa

Třída: Přijímání potravy

Porušené polykání – 00103 z důvodu chirurgického výkonu TTE.

Cíl: nemocná přijímá tekutiny a potravu bez polykacích potíží

Krátkodobý: Nemocná je schopna pozřít menší množství tekutin.

Dlouhodobý: Nemocná přijímá tekutiny a stravu bez polykacích potíží.

Intervence:

Zajisti vhodnou polohu nemocné, zajisti skleničku s brčkem, zajisti vhodnou dietu po operaci, posuď polykací schopnosti nemocné.

Realizace ošetrovatelské péče:

Napoložuj lůžko do polosedu, podej nemocné skleničku s brčkem, edukuj nemocnou o pomalém přijímání tekutin, 1. pooperační den zajisti tekutou stravu, kontroluj, zda nemocná může přijímat tekutiny bez potíží a je schopna polknout i větší sousto.

Zhodnocení ošetrovatelské péče:

Nemocná je schopna přijímat tekutiny i stravu bez polykacích potíží.

3) Doména: Bezpečnost ochrana

Třída: Tělesné poškození

Riziko pádu – 00155 z důvodu celkové anestezie a podáváním analgetik.

Cíl: U nemocné nedojde k pádu

Krátkodobý: Zajištění bezpečnosti nemocné.

Dlouhodobý: Nemocná neupadne.

Intervence:

Edukuj nemocnou o nutnosti klidu na lůžku po operačním výkonu, zkontroluj funkčnost signalizačního zařízení, zajisti bezpečnost nemocné na lůžku, zajisti průběžné kontroly nemocné v pravidelných časových intervalech.

Realizace ošetrovatelské péče:

Dej signalizační zařízení do dosahu nemocné, vysvětli manipulaci se signalizací, zhodnoť riziko pádu a zaznamenej do ošetrovatelské dokumentace, zvedni postranice u lůžka nemocné.

Zhodnocení ošetrovatelské péče:

Po celou dobu hospitalizace nedošlo u nemocné k pádu.

9 KAZUISTIKA Č. 2

Nemocný: Muž

Věk: 27 let

9.1 Katamnéza

27letý mladý muž s diagnostikovaným obrovským uzlem zvětšeného pravého laloku štítné žlázy susp. vzhledu i cytologie je indikován k pravostranné hemithyreoidektomii. Nemocný je bez kardiálních rizik, kardiopulmonálně kompenzovaný, normotenzní. Výsledky krevních testů odhalují pouze zvýšenou hladinu thyreoglobulinu v korelaci s objemnou strumou a jen mírnou hypercholesterolémií. Z interního hlediska je nemocný k výkonu připraven, existuje pouze riziko respiračních komplikací při anamnéze astmatu v dětství a riziko možných lokálních komplikací vzhledem k rozsahu nálezu. Operační výkon je naplánován na 15.10. 2019, kdy je provedena pravostranná hemithyreoidektomie s resekci isthmu, pro cytologicky prokázanou neoplasii z Hurtleho buněk s negativními protilátkami a euthyrozou. Výsledná histologie svědčí pro regresivně změněný folikulární tumoru thyreoidey s nejistým maligním potenciálem. Na základě těchto skutečností je rozhodnuto o nutnosti dokončení výkonu a provedení TTE. K druhé operaci nemocný přichází 30.10. 2019 na chirurgické oddělení k plánovanému operačnímu výkonu – dokončení TTE. Nemocný si s sebou přinesl interní předoperační vyšetření, zprávu od PL a kontrolní spirometrii (astma).

9.2 Sběr informací o nemocném

Osobní anamnéza:

Nemocný má v anamnéze z dětství alergické astma, v dospělosti bez nutnosti dispenzarizace a terapie. Inhalační léčbu měl ve 12-13 letech, pak už ne. Nyní je zcela bez potíží. Mívá mírnou rýmu v pylové sezóně. V roce 2012 prodělal operaci menisku pravého kolene a 15.10.2019 mu byla provedena pravostranná hemithyreoidektomie.

Rodinná anamnéza:

Nemá žádné sourozence, rodiče jsou zdraví.

Sociální anamnéza:

Žije s přítelkyní v panelovém domě v bytě 2+1.

Pracovní anamnéza:

Pracuje jako dělník ve výrobě v zahraničí.

Onkologická anamnéza:

V rodině se žádné onkologické onemocnění nevyskytuje.

Abúzus:

Nemocný je nekuřák, alkohol pije pouze příležitostně, drogy neguje.

Alergologická anamnéza:

Pylová alergie, alergické astma, se kterým se neléčí.

Farmakologická anamnéza:

Letrox 50 µg 1-0-0

9.3 Fyzikální vyšetření

Krevní tlak: 145/80 mmHg

Puls: 65´

Dech: 19´

Tělesná teplota: 36,6 °C

Výška: 187 cm

Váha: 91 kg

Kompenzační pomůcky: nemá

Použité škály při přijetí:

Body Mass Index – 26,0 (mírná nadváha) – viz příloha č. 2

Barthelův test základních všedních činností – 100 bodů (nezávislý) – viz příloha č. 3

Glasgow Coma Scale – 15 bodů (normální stav) – viz příloha č. 4

Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové – 36 bodů (bez rizika vzniku dekubitů) – viz příloha č. 5

Zhodnocení určení nutričního stavu nemocného – 0 bodů (není nutná kontrola nutričním terapeutem) – viz příloha č. 6

Vizuální analogová škála – bolest č. 2 (mírná) – viz příloha č. 7

Hodnocení rizika pádu – stupeň 0 (žádné riziko pádu) – viz příloha č. 8

9.4 Základní screeningové vyšetření sestrou

Celkový vzhled a úprava zevnějšku: upravený, vousatý, dobré fyzické kondice, sportovec

Dutina ústní, nos: dutina ústní nevykazuje známky zánětu, sliznice vlhké, slinné žlázy funkční, jazyk bez povlaku, chrup sanován a vlastní.

Hlas, řeč: hlas pronikavý, hlasitý, bez foniatrické poruchy, řeč klidná.

Sluch: šepot slyší, nejsou známky poruchy sluchu.

Zrak: vidí dobře na obě oči.

Dýchání: bez vedlejších fenoménů.

Konstituce: postava svalnatá, s mírnou nadváhou, na pohled nevýraznou.

Chůze: jistá, bez omezení.

Stav vědomí: při plném vědomí, spolupracující, výzvám vyhoví, orientován časem, místem, osobou i situací.

9.5 Lékařské vyšetření

Lékař provedl základní fyzikální vyšetření: pohledem, pohmatem, poklepem, poslechem.

Celkový stav: nealterován, orientován, spolupracující, bez cyanózy a ikteru, plně mobilní.

Hlava: pokleповě nebolestivá, bulby ve středním postavení volně pohyblivé, zornice izokorické a reagující na osvit, spojivky růžové, skléry bílé, uši a nos bez výpotku, jazyk plazí středem.

Krk: bez opozice šije, klidná jizva po kolárním řezu, LU nezvětšeny, pulsace karotid souměrná, náplň krčních žil v normě.

Hrudník: dýchání čisté sklípkové, akce srdeční pravidelná, poklep jasný.

Břicho: v nivea hrudníku, měkké, volně prohmatné, palpačně nebolestivé, bez hmatné rezistence a známek peritoneálního dráždění, játra a slezina nezvětšeny.

Končetiny: klouby bez defigurace, lýtka měkká, nebolestivá, bez otoků, bez známek TEN, varikózně nezměněné, okrajové části teplé, pulsace hmatné do periferie.

9.6 Lékařské diagnózy

C73 – zhoubný novotvar štítné žlázy

9.7 Průběh hospitalizace

30.10.2019 příjem nemocného a 1. den hospitalizace

Dne 15.10.2019 proveden operační výkon – pravostranná lobektomie s výslednou histologií regresivně změněného folikulárního tumoru thyreoidey s nejistým maligním potenciálem. Dnes přichází na chirurgické oddělení k plánovanému operačnímu výkonu – dokončení TTE.

Nemocný byl seznámen s hospitalizací a operačním výkonem přijímacím lékařem. S postupem souhlasil a podepsal souhlas s hospitalizací. Poté byl označen identifikačním náramkem. Po příchodu na oddělení byl uložen na nadstandardní pokoj, kde byl opět seznámen s personálem, s provozním řádem a režimem oddělení. Nemocný uhradil poplatek za užívání nadstandardního pokoje v pokladně nemocnice. Bylo mu názorně ukázáno, kde se nachází toaleta a sprcha a též mu byla zopakována manipulace s elektrickým lůžkem a signalizačním zařízením, které již nemocný znal z předchozí hospitalizace. Nemocnému byla založena ošetrovatelská dokumentace sestrou. Součástí této dokumentace byla ošetrovatelská anamnéza. Ta obsahovala zjištění Barthelova testu základních všedních činností, zjištění rizika vzniku dekubitů a vyhodnocení nutričního screeningu nemocného. Dále byl nemocnému předložen informovaný souhlas s operačním výkonem a souhlas s podstupením celkové anestezie, který nemocný podepsal při anesteziologickém konziliu. Zde byl opětovně informován o celkové anestezii a léčbě pooperační bolesti se závěrem, že výkon může podstoupit bez další zvláštní přípravy. Anesteziolog naordinoval premedikaci Oxazepam 10 mg 1 tbl p.o. na druhý den ráno v 06:00 hodin. Sestra edukovala nemocného o důležitosti lačnění před operačním výkonem. Vyzvala nemocného k oholení vousů v oblasti krku a provedla kontrolu oholení. Dietu lékař stanovil č. 3 (racionální). V podvečerních hodinách byl nemocnému aplikován Fraxiparine 0,4 ml s.c. jako prevence TEN. Na noc si nemocný vyžádal léky na spaní. Odůvodnil to tím, že má obavy z blížícího se výkonu a z probdělé noci.

31.10. 2019 – den operace, 2. den hospitalizace

Nemocný byl probuzen v 05:30 hodin. Byla mu změřena TT s hodnotou 36,4°C. Hodnota byla zapsána do dekurzu. Ranní hygienu provedl sám. Sestra mezi tím upravila

lůžko a po hygieně podala nemocnému premedikaci (Oxazepam 10 mg 1 tbl. v 06:00 hod) dle ordinace anesteziologa. Sestra nemocného informovala o zavedení PŽK z důvodu infuzní terapie, jelikož byl v operačním plánu vypsán jako čtvrtý. Za aseptických podmínek zavedla následně nemocnému PŽK (20G do LHK). Při ranní vizitě je nemocný bez potíží a připravený k výkonu. Chronická medikace byla podána s premedikací. V 11:30 byl nemocný indikován k operačnímu výkonu. Před odjezdem na sál byla provedena bezprostřední předoperační kontrola, ověřena totožnost nemocného ústně i pomocí identifikačního náramku. Nemocný byl nalačno. Operační pole bylo oholeno, dutina ústní čistá a dokumentace souhlasila. Šperky nenosí, měl pouze hodinky, které sejmul z pravé horní končetiny. Nemocný byl i s dokumentací v doprovodu sestry převezen na operační sál. Tam si nemocného převzala anesteziologická sestra.

Operační výkon:

Operační diagnóza: C73 – zhoubný novotvar štítné žlázy

Operační výkon: LTE vlevo, st. p. LTE vpravo – Lobectomy totalis l. sin

Po operačním výkonu ve 13:00 hod byl nemocný převezen na reanimační pokoj, kde byly monitorovány FF (TK 130/70, P 64', SpO₂ 97 %, při vědomí). Byl uložen do Fowlerovy polohy. Sestra kontrolovala během pobytu na reanimačním pokoji operační ránu, z které byl vyveden Redonův drén s obsahem 50 ml. Kontrolovala prosak operačního pole a v okolí drénu, jeho funkčnost a sekreci. Dále sledovala bolest. Nemocný po operačním výkonu udává VAS 3. Anesteziolog mu ordinuje do již zavedeného PŽK podání Ibuprofenu 600 mg ve 100 ml i.v. dále Paracetamol 10 mg/ml v množství 100 ml jako pooperační analgezií a vše zaznamenává do dokumentace. Po 30' udává nemocný mírné zlepšení bolesti na VAS 2, ale stěžuje si na nauzeu. Anesteziolog následně indikuje 1amp v množství 4 ml Ondansetronu i.v. Vše je zaznamenáno v dokumentaci nemocného. Na reanimačním pokoji nemocný setrval 1 hodinu. Bolest polevila a pocit nauzey odezněl. Hned poté byl převezen s dokumentací v doprovodu sestry na standardní oddělení a to ve 14:00 hodin. Na standardním oddělení byly kontrolovány FF dle zvyklostí oddělení (TK 130/60, P 68', SpO₂ 98 %). Byl pečlivě sledován pooperační stav nemocného. Operační rána vykazovala mírný prosak bez známek otoku krku a krytí bylo sterilně nabaleno. U zavedeného Redonova drénu byla sestrou sledována funkčnost, vzhled a množství odpadu jež činilo 55 ml. Nemocnému byl podán intravenózně Plasmalyte roztok 1 000 ml k úhradě tekutin. Bolesti tlumeny dle VAS (Novalgin 5 ml + 100ml FR i.v při VAS 3-6 max 12 hodin, Dipidolor

1 amp. i.m. při VAS 6 a více max 8 hodin, Ultracod tbl. p.o. při VAS 3 max 8 hodin). V 15:30 hod. udává nemocný opět nauzeu a zvracení (50 ml) podán Degan 1 amp. i.v. s efektem. Nemocný pospává a dodržuje klidový režim. Po odeznění proběhlé anestezie nemocný popíjí tekutiny. Vertikalizaci provádí v přítomnosti sestry a do osmi hodin po operaci močí. Dbá na manipulaci s drénem, kterou zná již z předešlé hospitalizace. V 17:00 hod. je nabrán kontrolní odběr Ca s hodnotou 2,38 mmol/l. Nemocný je bez parestézií. Další odběr je indikován následující den v 06:00 hod. V 18:00 byl nemocnému aplikován Fraxiparine 0,4 ml jako prevence TEN.

1.11. 2019–1. pooperační den, 3. den hospitalizace

Nemocný v noci spal klidně. Ranní hygienu provedl sám. Afebrilní, rána již nesákla. Redonův drén odvedl minimální množství (80 ml) odpadu. Sestra nabírá kontrolní odběr Ca s uspokojivým výsledkem 2,43 mmol/l. Za aseptických podmínek provádí převaz PŽK s kontrolou průchodnosti a případných známek zánětu dle Maddonovy škály č. 0 – bez bolesti a známek reakce v okolí. Při ranní vizitě se nemocný cítí dobře, parestézie nekuje, fonace v pořádku, dnes bez převazu operační rány. Po vizitě byla podána snídaně. Byl nasazen zpět lék z chronické medikace. V tomto případě Letrox 50 µg 1-0-0. V odpoledních hodinách je znám výsledek předběžného histologického vyšetření. **Hyperplastické uzle levého laloku thyreoidey bez malignity.** O této skutečnosti lékař nemocného přesně a srozumitelně informuje. Ujišťuje se, zda nemocný informaci rozumí, a dává mu prostor pro případné otázky. Nemocný lékaři sděluje, že se výsledku neobával. Míra strachu byla menší než při předešlé hospitalizaci. Hospitalizaci v nemocnici viděl jako místo, kde mu pomohou. Označil se za bojovníka. Nemocný ale podotkl, že zatím není psychicky připravený na to, co přijde po propuštění.

Režim: po oddělení

Dieta: 0 (tekutá) viz příloha č. 9

TK+P: 120/80 65'

Medikace: p.o.: Letrox 50 µg 1-0-0 tbl., Novalgin tbl. 1-1-1

s.c.: Fraxiparine 0,4 ml 18:00

i.m.: Dipidolor 1 amp. při VAS 6 a více max á 8 hod.

i.v.: Novalgin 5 ml + 100 ml FR VAS 3-6 max á 8 hod., Ondansetron 1 amp. při nausee max á 8 hod.

2.11. 2019–2. pooperační den, 4. den hospitalizace

V noci ho obtěžoval Redonův drén, ale spal klidněji po dobré zprávě, kterou mu předešlý den lékař sdělil. Afebrilní, ranní hygienu provedl sám. Nemocný popíral parestézie, následně mu byl odstraněn periferní žilní katétr. Místo vpichu nejevilo známky zánětu. Sestra provedla úpravu lůžka. Při ranní vizitě se nemocný cítí dobře, má minimální bolesti operační rány, dýchá se mu dobře, parestézie neguje. Lékař nemocného informoval o dnešním ORL vyšetření a převazu, kdy bude drén odstraněn. Po provedeném ORL vyšetření lékař zmínil možnost propuštění do domácího prostředí, což nemocný uvítal. Snídaně byla navýšena na dietu č. 3 (racionální). Polykací obtíže nemocný neudával. Po snídani následoval převaz operační rány a odstranění drénu (s obsahem 120 ml) za aseptických podmínek. Rána nevykazovala známky zánětu, okolí po vyjmutí drénu bylo klidné. Na dotaz sestry, zda chce vidět operační ránu, kývl, že ano. Pohled ho nikterak nepohoršoval, naopak zdůraznil, že vypadá dobře. Rána byla sterilně kryta. Po obědě nemocný udává lepší polykání a celkovou úlevu od bolesti. Ve 13:00 hod. proběhlo ORL konzilium, kde lékař neshledal poruchy inervace NLR. Další kontrola ORL dle potřeby. Dimise je dnes možná.

Režim: bez omezení

Dieta: 3 (racionální) viz příloha č.9

TK+P: 120/70 68'

Vyšetření: dnes ORL

Medikace: p.o.: Letrox 50 µg 1-0-0, Novalgin 1 tbl. při bolesti VAS 3 max 3x denně

s.c.: Fraxiparine 0,4 ml ex

i.v.: sine

i.m.: sine

Propuštění nemocného do domácího prostředí:

Nemocnému byla předána propouštěcí zpráva. Nemocný je bez komplikací, afebrilní, KP kompenzován. Rána je převázána, suchá bez prosaku, otok krku není. Fonace v normě, bez parestézií. Proběhlá kontrola ORL je v pořádku. Nemocný je poučen o fyzickém šetření a o možné analgezii, kterou lze užít při bolesti. Kontrola proběhne na chirurgické ambulanci dle spádu za 2 dny, kde budou odstraněny konce vstřebatelného intradermálního stehu. Zbytek stehu je vstřebatelný. Do 5 dnů od propuštění bude nemocný kontaktovat svého endokrinologa, který bude kontrolovat hladinu Ca a zvolí další postup

léčby. Kontrola v endokrinologické ambulanci bude za 6 týdnů v pondělí po poledni dne 9.12. 2019. Nemocný odchází v doprovodu přítelkyně domů.

13.11. 2019 Nemocný přichází ke kontrole na chirurgickou ambulanci. Zde byly odstraněny konce vstřebatelného intradermálního stehu. Rána byla klidná, bez zarudnutí a otoku. Nemocný je odeslán k endokrinologovi k dořešení léčby. Odchází poučen.

9.12. 2019 Nemocný přichází do endokrinologické ambulance. U nemocného je klidná jizva po dokončení TTE. Nyní bere Letrox 150 µg 1-0-0. Kontroly na endokrinologii provádí pravidelně. Na kliniku NM v Motole je objednan na 7.1. 2020 kdy by měl proběhnout radiojod. Následující kontroly budou dále dle NM v Motole.

7.1. 2020 Se nemocný dostavil na kliniku NM v Motole, kde jej vyšetřili se závěrem, že není nutné podstoupit léčbu radioaktivním jodem. Nadále provádět kontroly u endokrinologa každé 3 měsíce a každý půlrok provádět USG vyšetření až do úplné normalizace stavu. Při změně stavu je možná opětovná konzultace v NM Motol.

9.8 Ošetřovatelský proces dle Marjory Gordon

Celkový stav včetně potřeb posuzujeme na základě opakovaného rozhovoru. Zpracován je způsobem subjektivního hodnocení i objektivního posuzování.

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Subjektivně:

Sám si resistance na krku nevyšiml, matka ji viděla, tak šel na ORL. Doposud žádné větší obtíže neměl. V dětství astma to mu bylo asi 12 nebo 13 let kdy byl na inhalační terapii. Od té doby má klid. Je aktivní sportovec, ale v poslední době se po zátěži cítil více unavený, než býval dříve.

Objektivně:

Bušení srdce nemá, otoky nevidím. Zaživačí problémy neguje. S močením ani se stolicí potíže neudává. Má pylovou alergii a astma, ale nyní je bez příznaků.

2. Výživa a metabolismus:

Subjektivně:

V jídle se nikdy neomezoval, snědl vždy téměř vše. Rád chodí do Fast-foodu i když ví, že to není zdravé, ale o to víc cvičí. Tvrdí, že dobře spaluje. Alkohol pije příležitostně, nebo spíše vůbec.

Objektivně:

Alkohol nepije. Postava je souměrná. Je vysoký, a nadváha je téměř neznatelná.

3. Vylučování:

Subjektivně:

S močením problémy nemá. Stolice je normální a pravidelná, někdy jde vícekrát za den. Záleží, co konzumuje za stravu. Když cvičí, tak se potí. Jinak nadměrné pocení nepocítuje.

Objektivně:

Vyměšování je pravidelné. Nezdá se zpocený.

4. Aktivita, cvičení:

Subjektivně:

Chodí do posilovny a jezdí rád na kole. Je sportovní postavy. Společně s přítelkyní chodí na dlouhé procházky se psem. Uvádí, že je velmi aktivní.

Objektivně:

Sportovní postava je viditelná. Je aktivní sportovec.

5. Spánek a odpočinek:

Subjektivně:

Dříve neměl problémy se spánkem. Ale po 1. operaci spí špatně. Odpočívá, když je unavený. Léky na spaní vzal až nyní v nemocnici před operací. Jinak léky na spaní brát nechce.

Objektivně:

Po podání hypnotik spal. Jinak má mělké spaní. Kontrola pokoje v nočních hodinách ho budila.

6. Vnímání, citlivost a poznávání:

Subjektivně:

Brýle nenosí, vidí dobře. Se sluchem potíže nemá.

Objektivně:

Zahlédne mě v dálce, to značí, že dobře vidí. Když šeptám slyší mě.

7. Sebepojetí a sebeúcta:

Subjektivně:

Je si vědom svého onemocnění. Jak již sdělil lékaři, neměl strach z výsledků histologie. Báł se méně než při předešlé hospitalizaci. Pobyť v nemocnici vnímal jako záchranou stanici. Ale zdůrazňuje, že není připraven na to, co ho čeká.

Objektivně:

Při rozhovoru na toto téma je rozmrzelý. Vidím, že si své onemocnění zatím plně neuvědomuje.

8. Role a mezilidské vztahy:

Subjektivně:

Žije s přítelkyní ve funkčním vztahu. Bydlí v panelovém domě. Se spolunájemníky má vřelý a přátelský vztah. V zaměstnání si s kolegy také rozumí. Rodiče miluje, každou neděli k nim chodí s přítelkyní na obědy. Je jedináček, takže musí. Jako dalšího člena rodiny uvádí psa.

Objektivně:

Při hovoru na toto téma září jak slunce. Moc hezky mluví o rodičích i o přítelkyni.

9. Sexualita a reprodukční schopnosti:

Subjektivně:

Uvádí, že sexuální a produkční schopnosti jsou snad v pořádku. Do budoucna plánuje s přítelkyní založit rodinu.

Objektivně:

Na toto téma hovoří přesvědčivě.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládání:

Subjektivně:

Stres rád nemá. Nerad se hádá, neumí to. Na to je prý expert přítelkyně. Udává, že pokud se ale vyskytne problém, aktivně ho řeší. Je spokojený, když vše dobře dopadne. Teď se ovšem označuje za bojovníka. S nemocí se hodlá poprat.

Objektivně:

V první fázi se usmívá, mluví ale otevřeně. Z rozhovoru cítím jistotu.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty:

Subjektivně:

Rozhodně není věřící. Rodiče ho k ničemu takovému nikdy nevedli ani nenutili. Nyní si ale přeje, aby se uzdravil. Už jen pro to, že je jedináček a rodiče mají jen jeho. Miluje svou přítelkyni a doufá, že si ho jednou vezme. Chce mít více dětí.

12. Jiné:

Trápí ho dočasná neschopnost. Neumí odpočívat, když nemusí a není unavený. Uvědomuje si, že je nyní závislý na rodině a přítelkyni. Má v nich obrovskou psychickou oporu.

9.9 Plán ošetřovatelské péče

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

1) Doména: Vnímání – poznávání

Třída: Poznávání

Deficitní znalost – 00126 z důvodu neznalostí s daným problémem projevujícím se nedostatkem zkušeností.

Cíl: Nemocný chápe informace týkající se jeho nemoci a rozumí jim

Krátkodobý: Nemocný své nemoci porozumí.

Dlouhodobý: Nemocný se s nemocí naučí žít.

Intervence:

Zjistí úroveň znalostí nemocného s ohledem na to, co bude potřebovat, zjistí, zda bude potřebné poučit i nemocného blízké, ber ohled na osobní faktory (věk, pohlaví, sociální a kulturní vlivy, úroveň vzdělání), zhodnotí schopnosti nemocného porozumět instrukcím.

Realizace ošetřovatelské péče:

Poskytni informace srozumitelné pro nemocného, dej mu prostor pro otázky, diskutuj s nemocným o jeho potřebách, rozliš informace, které mají význam pro vznik emocí, postojů a hodnot, urči cíle, kterých má nemocný dosáhnout, zvol vhodné edukační prostředí, podávej informace a prověřuj, zda nemocný informacím rozumí.

Zhodnocení ošetrovatelské péče:

Nemocný získané poznatky využívá ve všech oblastech. Informacím rozumí.

2) Doména: Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

Třída: Reakce na zvládání zátěže

Ochota zlepšit zvládání zátěže – 00158 pocit nejistoty z důvodu stresové situace (strumektomie).

Cíl: Nemocný zvládne stresovou situaci

Krátkodobý: Nemocný označuje stresovou situaci jako zvládnutelnou.

Dlouhodobý: Nemocný stresovou situaci zvládá pomocí rodiny.

Intervence:

Všímej si stresových situací, které nemocný prožívá, hodnot' způsoby reakcí nemocného.

Realizace ošetrovatelského plánu:

Kladně nemocného podporuj v jeho počínání, motivuj nemocného k pozitivnímu nadhledu, do podpory zapoj rodinné příslušníky.

Zhodnocení ošetrovatelské péče:

Za pomoci rodiny stresovou situaci zvládá.

3) Doména: Komfort

Třída: Tělesný komfort

Akutní bolest - 00132 z důvodu poškození tkáně po operačním výkonu projevující se verbálním sdělením.

Cíl: Nemocný nebude udávat bolest

Krátkodobý: Nemocný bude udávat menší bolest než VAS 3.

Dlouhodobý: Nemocný bude bez bolesti.

Intervence:

Posud' bolest (charakter, závažnost) dle VAS, pozoruj neverbální bolestivé projevy, všímej si chování nemocného, sleduj FF, které se při bolesti mění.

Realizace ošetrovatelské péče:

Poddej analgetika dle ordinace lékaře, zaznamenej jejich účinek dle stupnice VAS a zapiš do dokumentace, sleduj jejich vedlejší účinek, pomoz nemocnému zaujmout úlevovou polohu, všímej si verbálních a neverbálních projevů.

Zhodnocení ošetrovatelské péče:

Nemocný je zcela bez bolestí. Udává VAS 0.

4) Doména: Komfort**Třída: Tělesný komfort**

Nauzea – 00134 z důvodu dráždění žaludku projevující se kyselou chutí v ústech.

Cíl: Nemocný nezvrací je bez pocitu nauzey

Krátkodobý: U nemocného se zmírní pocit nauzey.

Dlouhodobý: Nemocný je bez zvracení a nauzey.

Intervence:

Dej nemocného do Fowlerovy polohy, nachystej emitní misku a buničinu, nemocného zklidni a vysvětli původ potíží, podej léky (antiemetika) dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek, sleduj nauzeu ev. zvracení, umožni výplach dutiny ústní, dbej, aby při zvracení nedošlo k aspiraci žaludečního obsahu, zaznamenávej častost, charakter a obsah zvratků.

Realizace ošetrovatelské péče:

Lůžko dáno do Fowlerovy polohy, emitní miska a buničina dána k dosahu nemocného, veden rozhovor ke zklidnění a vysvětlení původu potíží, podány léky (antiemetika) proti zvracení dle ordinace lékaře, vysvětleny nemocnému účinky antiemetik, podána sklenice vody na vypláchnutí úst, nemocný edukován v oblasti stravování a pitného režimu, sledován jeho celkový stav.

Zhodnocení ošetrovatelské péče:

U nemocného došlo ke zmírnění pocitu nauzey, nemocný nezvrací.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy:

1) Doména: Bezpečnost – ochrana

Třída: Tělesné poškození

Riziko aspirace – 00039 z důvodu zvracení po podané anestezii

Cíl: Nemocný neaspiruje žaludeční obsah

Krátkodobý: zabránění aspirace žaludečního obsahu

Dlouhodobý: u nemocného nedojde k aspiraci žaludečního obsahu

Intervence:

Zhodnot' možná rizika aspirace, zajisti u nemocného vhodnou polohu, zajisti odsávačku s příslušenstvím k lůžku nemocného, dej na dosah signalizační zařízení, podej antiemetika dle ordinace lékaře, sleduj jejich účinek, prováděj zápisy do ošetrovatelské dokumentace.

Realizace ošetrovatelské péče:

Nemocný je ve Fowlerově poloze, odsávačka s příslušenstvím dána u lůžka, s nemocným veden edukační rozhovor o pomalém a důkladném rozmělnění potravy, jídlo podáno ve vhodné konzistenci, léky dle ordinace lékaře podány a řádně rozmělněny k usnadnění polykání, vše řádně zaznamenáno v dokumentaci.

Zhodnocení ošetrovatelské péče:

Nemocný je schopen rozpoznat rizikové faktory vyvolávající aspiraci. Nemocný neaspiroval.

2) Doména: Výživa

Třída: Hydratace

Riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin – 00025 z důvodu plánovaného výkonu spojeného s riziky krvácení, zavedení Redonova drénu.

Cíl: Nemocný je bez projevů krvácení

Krátkodobý: U nemocného je včasné odhaleno krvácení

Dlouhodobý: U nemocného operační rána nebude krvácet

Intervence:

Často kontroluj operační ránu (otok), sleduj krvácivé projevy, měř FF a hodnoty zaznamenej do dokumentace, sleduj odpad z drénu, množství zaznamenej do dokumentace, při velké ztrátě či otoku rány bezprostředně informuj lékaře.

Realizace ošetrovatelské péče:

Operační rána kontrolována v pravidelných intervalech, krytí je bez prosaku, FF měřeny a hodnoty zaznamenány do dokumentace.

Zhodnocení ošetrovatelské péče:

Operační rána nevykazuje známky otoku, je bez krvácivých projevů, v Redonově drénu je minimální množství odpadu.

3) Doména: Bezpečnost – ochrana**Třída: Infekce**

Riziko infekce – 00004 z důvodu zavedeného PŽK, Redonova drénu a operační rány.

Cíl: U nemocného nedojde k infekci u invazivních vstupů, operační rána bude bez známek infekce.

Krátkodobý: Zabránění infekce u invazivních vstupů a operační rány.

Dlouhodobý: Invazivní vstupy a operační rána je bez známek infekce.

Intervence:

Operační ránu pravidelně kontroluj, prováděj aseptické převazy, monitoruj rizikové faktory výskytu infekce, převazuj asepticky PŽK a denně vyhodnot' dle klasifikace Maddona, myslí na možnost sepse a sleduj její projevy (horečka, třesavka, pozitivní hemokultivace).

Realizace ošetrovatelské péče:

Provedena prevence nozokomiálních nákaz, dodržován aseptický postup u všech invazivních vstupů, asepticky převazována operační rána, nemocný edukován o způsobu snížení rizika infekce.

Zhodnocení ošetrovatelské péče:

U nemocného nedošlo k infekci invazivních vstupů. Operační rána byla bez infekce.

DISKUZE

V naší bakalářské práci jsme se zaměřili na téma Ošetrovatelské postupy u nemocných s operacemi štítné žlázy. Práci jsme rozdělili na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsme se věnovali anatomii a fyziologii štítné žlázy, charakteristice a diagnostice těchto onemocnění a v neposlední řadě jejich léčbě.

Hlavním cílem práce, která probíhala formou kvalitativního výzkumu, bylo vypracovat ošetrovatelský plán u nemocných s operacemi štítné žlázy. Základní informace, které jsme získali pro naši práci, byly čerpány z odborné literatury, odborných článků, konzultací s nemocnými i s ošetrujícím zdravotnickým personálem. Formou polostrukturovaných rozhovorů, přímým i nepřímým pozorováním nemocných a analýzou dokumentů jsme získali potřebné informace.

V praktické části zpracováváme dvě kazuistiky. První nemocná byla žena 43let, která byla již několik let v péči endokrinologa. V roce 2019 u ní došlo k recidivě strumy. Druhý nemocný byl muž 27let po provedené LTE a pro nepříznivý histologický výsledek byl objednan k dokončení TTE. Oba nemocní byli indikováni k chirurgickému řešení.

První nemocná byla přijata k plánované operaci na chirurgické oddělení. První pooperační den se u nemocné objevily parestézie a změna hlasu, které byly řešeny medikací dle ordinace lékaře. Nemocná byla edukována o dalším léčebném postupu a čtvrtý pooperační den propuštěna do domácího ošetřování.

Druhý nemocný byl plánovaně přijat k dokončení TTE. Bezprostředně po operačním výkonu se u nemocného objevila nauzea a zvracení. Jinak byl ale průběh hospitalizace bez potíží. Čtvrtý den hospitalizace je nemocný propuštěn domů.

K provedení našeho kvalitativního výzkumu v naší bakalářské práci jsme si stanovili pět výzkumných otázek s doporučením pro zajištění správné péče o nemocné:

1) Jaké jsou nejčastější problémy u nemocných po operacích štítné žlázy?

Oba nemocní udávali bolest v pooperačním období. Kromě bolestí v oblasti operační rány se u většiny operovaných vyskytují také bolesti hlavy, jak uvádí Dvořák (2015, s. 168), které jsou způsobeny její polohou (v záklonu) na operačním stole. Hyperextenze, nepodložená hlava a neznalost (z anamnézy) potíží s krční páteří bývají jejími nejčastějšími

příčinami. Intenzitu bolesti jsme hodnotili dle VAS. U obou nemocných se velikost VAS pohybovala od prvního do třetího stupně bolesti.

Dalším problémem, který se vyskytl u obou nemocných byla nauzea po operačním výkonu. Tento problém byl zvládnut bezprostředně po operaci podáním antiemetik dle ordinace lékaře. Dvořák (2015, s. 386) uvádí, že nauzea se často vyskytuje u nemocných po operacích na štítné žláze ve 20–70 % častěji než po jiných operacích. Příčinou tohoto problému bývá z pravidla intolerance anestézie. Užívá-li se však při anestézii Propofol, tak se nauzea vyskytuje méně často, neboť má prokázaný antiemetický efekt.

Úloha sestry při výskytu těchto problémů by měla být následující:

- Zajištění správné polohy nemocných na lůžku – polosedě
- Edukace při pohybech s hlavou – přidržit rukama, aby se nenapínaly krční svaly
- Časná mobilizace
- Neměl by být cirkulární obvaz kolem krku – může tísnit při edému v okolí rány

2) Jaká nastala u nemocných změna hlasu (chrapot, stridor)?

U první nemocné se v pooperačním období objevil mírný chrapot, jehož příčinou byl zřejmě otok v oblasti laryngu, který mohl být způsobený obtížnější intubací nebo větším tahem za štítnou žlázu při její preparaci během operace, jak uvádí Dvořák (2015, s. 385). Druhý a třetí den došlo k jeho ústupu a v době propuštění byl hlas v mezích normy. Poruchy fonace způsobené poraněním zvrtného nervu nebyly v pooperačním průběhu při ORL vyšetření prokázány.

U druhého nemocného ke změně hlasu nedošlo.

Úloha sestry u tohoto problému:

- Sledovat a hodnotit kvalitu fonace před a po operaci
- Sledovat vývoj zhrubnutí hlasu nebo chrapotu
- Sledovat změny hlasu v souvislosti s počínající dušností nebo s narůstající bolestí v oblasti rány
- Počínající stridor okamžitě hlásit ošetřujícímu lékaři, aplikovat kyslík
- V případě nutnosti provedení tracheostomie a zajištění péče o tuto stomii

3) Jaké se objevily příznaky snížené hodnoty kalcia v séru?

První nemocná udávala druhý pooperační den parestézie prstů obou horních končetin, které byly způsobeny sníženou hladinou vápníku v krvi. Nedostatek vápníku byl hrazen léky dle ordinace lékaře a během krátké doby parestézie ustaly. Podle dalšího pooperačního průběhu nebyl tento stav hodnocen jako hypoparatyreoza ale jako přechodná hypokalcémie. Hypokalcémie po operacích štítné žlázy je častým problémem vyskytujícím se u zhruba 70–80 % nemocných, tento fakt uvádí Dvořák (2015, s. 374). U nemocné byly doporučeny kontroly hladiny vápníku v endokrinologické ambulanci.

Druhý nemocný měl hladiny vápníku v normě, během hospitalizace nedošlo k žádným klinickým příznakům.

Zde by sestra měla:

- Edukovat nemocného o příznacích hypokalcémie
- Zjišťovat pocity mravenčení v prstech, brnění ve svalech okolo úst, křeče

4) Jaké komplikace se vyskytly v hojení operační rány?

U první nemocné v pooperačním průběhu nebyly zjištěny žádné známky zánětu v oblasti operační rány. Nemocná během hospitalizace a při propuštění byla upozorněna na nutnost péče o operační jizvu (masáže, promazávání). Při kontrolách bylo zjištěno, že se nemocná z důvodu strachu bála jizvy dotknout a aplikace mastí bylo nepravidelné. Po šesti týdnech byla jizva hypertrofická mírně fixována ke spodině což způsobovalo u nemocné diskomfort při polykání. Navrhuji nemocné internetový zdroj, kde se může více o péči o jizvu dozvědět. Paní Bc. Eva Smičková, DiS. v tomto článku uvádí, že abychom předešli vzniku hypertrofických a keloidních jizev, musí být naše strava bohatá na bílkoviny, vitamíny a minerály. Dále zdůrazňuje důležitost v dostatečné hydrataci organismu, kdy za cíl uvádí především funkčnost a estetickou přijatelnost jizvy pro klienta. (SMIČKOVÁ, 2011, s. 31-34)

U druhého nemocného se problém v hojení operační rány nevyskytl.

Úloha sestry:

- Zajistit sterilitu obvazu, který nesmí tísnit
- Péče o vyvedený Redonův drén

- Včas zjistit a reagovat na možné krvácení do operačního pole: dušnost, neklid, stridor, rána je zduřelá, vyklenutá hromadícím se hematodem, zvětšuje se bolest v ráně, zvyšuje se odvod Redonovým drénem, ihned přivolat lékaře
- Všimnout si zarudnutí a otoku v oblasti operační rány – zánět

5) Jaké vnímali nemocní pocity psychických změn v pooperačním období?

Je nutné zmínit fakt, že se psychické symptomy u onemocnění štítné žlázy mohou vyskytnout. Nemocní po operacích štítné žlázy zejména po TTE mívají neuropsychické změny (nervozita, úzkost, rozlada, strach). Mandincová (2011, s. 37) uvádí, že někdy natolik závažné symptomy nabývají psychiatrického rázu. V knize uvádí, že bývá zřetelná podobnost hypotyreózy a depresí a hypertyreózy a mánie. K tomu však u nemocných zmíněných v této práci nedošlo.

U první nemocné se tyto pocity odrážely ve smyslu strachu o svůj vzhled a o dotyk v oblasti jizvy. Byla opakovaně edukována při kontrolách u endokrinologa.

U druhého nemocného převažovala nejistota a strach z budoucnosti. Označil se však za bojovníka, jeho touha po životě spočívala ve vidině manželství a dětech které plánuje.

Úloha sestry:

- Edukace nemocného o možných dopadech pooperační hormonální dysbalance na psychiku
- Uklidňování s tím, že se vše vrátí do normálního stavu

DOPORUČENÍ PRO PRAXI:

Poukázat na důležitost sestry v roli edukátorky:

Edukovat nemocné o režimu po provedení výkonu:

V bezprostředních několika hodinách po operaci můžete mít bolesti v operační ráně. Ty jsou zcela přirozené a budou tlumeny léky proti bolesti. Bolesti by měly postupně odeznít za 24-48 hodin. Dále můžete mít pocit na zvracení či zvracet po prodělané narkóze. Do operační rány jsou obvykle zavedeny 1–2 drény, které se odstraňují za 1-3 dny po operaci. Pohybovat končetinami můžete libovolně ihned po operaci, chodit většinou druhý den. Propuštění bývá v závislosti na typu operace a pooperačním průběhu za několik dní po operaci obvykle 3–7 den. Stehy jsou nejčastěji použity vstřebatelné a není nutné jejich vynětí. Při použití nevstřebatelných stehů se tyto odstraňují 5–7 den po operaci. Po propuštění budete předáni do péče endokrinologa, který Vás bude sledovat a informovat o výsledku histologického vyšetření, které ještě v době Vaší hospitalizace nebývá známo. Endokrinolog bude rovněž řídit Vaši další léčbu. Do zaměstnání budete moci nastoupit po dohodě s ošetřujícím lékařem. Individuální je i omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti, a to s přihlédnutím k povaze onemocnění, hojení a společenskému a pracovnímu zapojení po zákroku.

Edukovat nemocné o možnostech vzniku obecně chirurgických komplikací a komplikací specifických pro operace štítné žlázy, jejich rizik a zmínit tyto oblasti:

Specifické komplikace pro operace štítné žlázy:

- Pooperační krvácení – to se projeví zvýšenou bolestí v ráně, jejím otokem, pocitem tísnění obvazu, dušností a zvýšeným odtokem krve z drénu. Jeví-li nemocní tyto příznaky ihned je hlásí sestře.
- Poranění nervů – při poranění zvrátého nervu, který zásobuje hlasivky dochází ke ztrátě funkce hlasivky. Jednostranné poranění nervu se projeví většinou chrapotem po operaci. Dojde-li však k poranění obou nervů dochází k dušnosti až k dušení s nemožností mluvení. Kontrola fonace sestrou, při podezření na poranění, provést ORL vyšetření.

- V případě nutnosti provést tracheostomii (kupříkladu při tísnivé inspiraci se stridorem) – musí sestra ovládat péči o stomii a edukovat nemocného o výkonech s ní spojených.
- Hypokalcémie – důsledkem snížené hladiny vápníku v krvi může dojít k brnění prstů končetin, popřípadě kolem koutků úst až křečí svalů. Sestra edukuje nemocné o příznacích hypokalcémie, zjišťuje pocity mravenčení v prstech, brnění ve svalech okolo úst, křeče.
- Psychické změny – nervozita, úzkost, rozlada, strach se mohou u nemocných vyskytnout. Informovat nemocného o možných dopadech pooperační hormonální dysbalance na psychiku. Uklidnit s tím, že se vše vrátí do normálního stavu.

Obecně chirurgické komplikace:

- Infekt v operační ráně – se projeví bolestí, zarudnutím, otokem, teplotami, případně sekrecí tekutiny či hnisu z rány. Edukovat nemocné, aby včas hlásili potíže sestře. Ta si všímá změn při aseptických převazech.
- Fixace jizvy k okolí – způsobena tuhými, fibrózními adhezemi mezi kůží a svalem. Častěji bývá u starších nemocných s volnou ochablou kůží, kde není prakticky žádná podkožní tuková tkáň. Seznámíme nemocné s prováděním masáží, promašťováním a v poslední době aplikací gelu Contractubex, jež působí protizánětlivě a zlepšuje cirkulaci krve v postižené oblasti. Gel je prodejný v lékárnách.
- Hypertrofická jizva – časově omezený typ přebujelého hojení kožní rány, jenž je způsobený nadměrným ukládáním kolagenu. Častěji se vyskytuje u mladých lidí, jizva bývá červená, viditelná a po určité době se stává plochou a bledou. Upozornit nemocné na fakt, že hojení je zdoluhavý proces trvající zhruba půl až třičtvrtě roku. Seznámit nemocné s možnostmi péče o jizvu a možných preparátech, které jsou volně prodejné v lékárnách.
- Alergická reakce – kopřivka se svěděním kůže, dechové potíže, slabost, pokles krevního tlaku až anafylaktický šokový stav. Odebrat od nemocných

kvalitně anamnézu. V případě, že jim alergie není známa, upozornit na tuto komplikaci.

- Teplota – v prvních hodinách po výkonu může jít o reakci organismu na operační výkon. Toto by mělo spontánně odeznít během 12-48 hodin. Přetrvává-li teplota je nutné zkontrolovat operační ránu, zda nedošlo k rozvoji infekce.
- Poruchy močení – pokud se nemocný nevymočí do 8 hodin po operaci. Poučit nemocné, že nestane-li se tak, je nutné zavedení jednorázového močového katétru.
- Trombóza hlubokých žil – může nastat po jakékoliv operaci, embolizace do plic až s možností úmrtí. Zde je nutná časná mobilizace nemocných, které zároveň seznámíme o profylaktickém podávání léků na ředění krve.
- Plicní komplikace – zánět plic či dýchacích cest. Zahájíme včasnou dechovou RHC po operaci. Provedeme praktickou ukázkou.
- Kardiovaskulární komplikace – srdeční selhání, infarkt myokardu, cévní mozková příhoda. Včas mobilizujeme nemocné, informujeme je o včasném podávání profylaktických dávkách léků na ředění krve.

ZÁVĚR

V naší bakalářské práci jsme vypracovali a rozebrali téma „Ošetrovatelské postupy u nemocných s operacemi štítné žlázy“. Při naší práci na chirurgickém oddělení, se s onemocněním štítné žlázy setkáváme poměrně často. Hlavním cílem naší práce bylo vypracovat ošetrovatelský plán s doporučením pro praxi u nemocných, kteří operaci štítné žlázy podstoupili.

V teoretické části jsme se zaměřili na anatomii štítné žlázy a popsali jsme charakteristiku a druhy onemocnění. Podrobně jsme popsali typy onemocnění štítné žlázy a zaměřili jsme se na příčiny vzniku těchto onemocnění, jakými příznaky se projevují a v poslední řadě na jejich průběh a léčbu.

V praktické části jsme se zaměřili na ošetrovatelskou péči, která má nezastupitelné místo a je důležitá pro nemocné z hlediska uspokojování biopsychosociálních potřeb. Prostřednictvím ošetrovatelského procesu jsme vytvořili ošetrovatelský plán u dvou nemocných opačného pohlaví. Zpracovali jsme dvě kazuistiky u nemocných po operaci štítné žlázy dle koncepčního modelu Marjory Gordon. Pomocí tohoto modelu jsme určili nejčastější ošetrovatelské diagnózy, které jsou důležité pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče u těchto nemocných. K našemu výzkumu jsme si záměrně vybrali mladšího muže a ženu ve středním věku. Proto jsou některé diagnózy shodné a některé odlišné.

Zásadní však je fakt, že důležitou součástí ošetrovatelského procesu je taktní a citlivý přístup k nemocným. Každý nemocný je osobnost, ke které je nutné přistupovat individuálně. Je třeba zvolit holistický přístup, citlivé slovo, vstřícnost a pochopení. Je nutné pochopit, že jakákoliv operace, jakýkoliv zásah do běžného života je úskalím pro nemocné. Proto velice záleží na přístupu lékařů, sester i ostatního ošetrovatelského personálu. Poděkování, úsměv a důvěra nemocného je pro sestru tou nejlepší odměnou.

ZDROJE

Seznam použité literatury

ASTL, Jaromír. *Chirurgická léčba nemocí štítné žlázy: [vyšetření, indikace, podrobné operační postupy]*. Praha: Maxdorf, c2007. Jessenius. ISBN isbn978-80-7345-000-7.

ČOUPKOVÁ, Hana a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3129-2.

DVOŘÁK, Josef. *Štítná žláza a její nemoci*. 2002, Serifa. ISBN 80-902859-1-0.

DVOŘÁK, Josef. *Štítná žláza chirurgická anatomie operační technika*. 2015. Serifa. ISBN 80-902859-0-2.

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace ...* Přeložil Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-5412-3.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.

JISKRA, Jan. *Poruchy štítné žlázy: praktický přehled nejen pro laickou veřejnost*. Praha: Mladá fronta, 2011. Lékař a pacient. ISBN isbn978-80-204-2456-3.

KRŠEK, Michal. *Endokrinologie*. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-687-8.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN isbn978-80-247-2713-4.

LÍMANOVÁ, Zdeňka, Jan JISKRA, Dana MORAVČÍKOVÁ a Igor KAREN. *Diagnostika a léčba tyreopatií*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství, [2015]. Doporučené postupy pro všeobecné praktické lékaře. ISBN isbn978-80-86998-77-0.

MANDINCOVÁ, Petra. *Psychosociální aspekty péče o nemocného: onemocnění štítné žlázy*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN isbn978-80-247-3811-6.

MUSHOLT, Thomas J. *Langenbecks Arch Surg: Springer. Langenbecks Arch Surg* [online]. 3. 2013, 347-375 [cit. 2020-03-11]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00423-013-1109-y>

NAŇKA, Ondřej, Miloslava ELIŠKOVÁ a Oldřich ELIŠKA. *Přehled anatomie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-612-0.

NIXON, Iain. International Journal of Surgery: Changing trends in well differentiated thyroid carcinoma over eight decades. *International Journal of Surgery* [online]. 2012, (10), 618-623 [cit. 2020-03-11]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/journal/international-journal-of-surgery>

SMIČKOVÁ, Eva. Péče o jizvy. *Medicína pro praxi*. [online]. 2011, 8(1) [cit. 2020-2-2]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/01/09.pdf>

SZYMIKOVÁ, Kateřina. *Ošetrovatelská péče o pacientku po operaci štítné žlázy*. Praha, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. 3. Lékařská fakulta. Vedoucí práce Renáta VYTEJČKOVÁ.

VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN isbn978-80-247-3419-4.

ZAMRAZIL, Václav. *Diabetes a štítná žláza*. Praha: Medica Healthworld, 2012. ISBN isbn978-80-904002-8-3.

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA. *Chirurgická propedeutika*. 3., přeprac. a dopl. vyd. [i.e. 4. vyd.]. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3770-6.

Internetové zdroje

Hubnout kvalitně (2020). BMI (Body Mass Index) - Index tělesné hmotnosti.[online]. [cit. 2020-02-21]. Dostupné z: <http://info.hubnout.kvalitne.sweb.cz/tabulky.htm>

Multimediální тренаžer plánování ošetrovatelské péče (2020). Barthelův test základních všedních činností ADL. Hodnotící škály [online]. [cit. 2020-01-12]. Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/media/p5811.pdf>

Multimediální тренаžer plánování ošetrovatelské péče (2020). Glasgow Coma Scale (GCS). [online]. [cit. 2020-01-15]. Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/media/p5804.pdf>

Multimediální тренаžer plánování ošetrovatelské péče (2020). Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení rizika pádu. [online]. [cit. 2020-02-25]. Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/media/p5824.pdf>

Multimediální тренаžer plánování ošetrovatelské péče (2020). Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení nutričního stavu (skóre) pacienta. [online]. [cit. 2020-02-16]. Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/media/p5825.pdf>

Multimediální тренаžer plánování ošetrovatelské péče (2020). Stupnice dle Nortonové. [online]. [cit. 2020-03-18]. Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/media/p5821.pdf>

Wikipedia (2020). Štítná žláza. [online]. [cit. 2020-04-24]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/%C5%A0t%C3%ADtn%C3%A1_%C5%BEI%C3%A1za

Wikiskripta (2020). Dietoterapie [online]. [cit. 2020-01-21]. Dostupné z: <https://www.wikiskripta.eu/w/Dietoterapie>

SEZNAM PŘÍLOH

Tabulka 1: 10leté přežití u karcinomů v %.....	88
Tabulka 2: Přehled indexů BMI	88
Tabulka 3: Barthelův test základních všedních činností ADL	89
Tabulka 4: Glasgow Coma Scale	90
Tabulka 5: Stupnice dle Nortonové.....	91
Tabulka 6: Jedn. "screeningový" nástroj pro určení nutrič. stavu (skóre) pacienta	91
Tabulka 7: Numerická škála bolesti.....	92
Tabulka 8: Jednoduchý "screeningový" nástroj pro určení rizika pádu	93
Tabulka 9: Dietní systém	94
Obrázek 1: Štítná žláza	95
Obrázek 2: Solitární tyreoidální uzel benigní.....	96
Obrázek 3: Endokrinní orbitopatie.....	96
Obrázek 4: Inoperabilní karcinom štítné žlázy.....	97
Obrázek 5: Příklady retrosternální strumy.....	97
Obrázek 6: NLS, možnost poranění.....	98
Obrázek 7: NLR, větvení	98
Obrázek 8: Příštítné tělísko, na stopce	98

PŘÍLOHY

10leté přežití u karcinomů v %		
Typ karcinomu	10leté přežití	%
Papilární Ca	10leté přežití	90-98 %
Folikulární Ca	10leté přežití	70-80 %
Anaplastický Ca	10leté přežití	0 %
Medulární Ca	10leté přežití	65-70 %

Tabulka 1: 10leté přežití u karcinomů v %

Zdroj: vlastní zpracování

BMI (Body Mass Index) - Index tělesné hmotnosti

Hodnota BMI je dána váhou v kilogramech, která se vydělí druhou mocninou výšky v metrech. Výsledná hodnota určuje zařazení do rizikové skupiny.

Přehled indexů BMI		
BMI	Váhová kategorie	Zdravotní rizika
pod 18,5	podváha	nebezpečí anorexie
18,5 - 24,9	normální rozmezí	minimální
25 - 29,9	nadváha	středně vysoká
30 - 39,9	obezita	vysoká
40 a více	těžká obezita	velmi vysoká

Tabulka 2: Přehled indexů BMI

Zdroj: <http://info.hubnout.kvalitne.sweb.cz/tabulky.htm>

Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

HODNOCENÍ:

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

Tabulka 3: Barthelův test základních všedních činností ADL

Zdroj: <https://ose.zshk.cz/media/p5811.pdf>

Glasgow Coma Scale (GCS)

- slouží ke kvantifikaci hloubky poruchy vědomí u dospělých

Otevření očí	Počet bodů
spontánní	4
na výzvu	3
na bolestivý podnět	2
žádné	1
Vědomí – komunikace, kontakt, bdělost	
orientován	5
dezorientován	4
zmatená a neodpovídající slovní reakce	3
nesrozumitelné zvuky	2
bez reakce	1
Motorická reakce na slovní výzvu, případně na bolestivý podnět	
vyhoví správně výzvě	6
cílená reakce na bolest	5
necílená reakce na bolest	4
flekční reakce na bolest	3
extenční reakce na bolest	2
bez reakce	1

Bolestivý podnět způsobíme tlakem kloubů prstů na sternum ve střední čáře v úrovni spojnice prsních bradavek, tlakem na nehty palců ruky nebo nohy, stiskem trapézového svalu v oblasti supraklavikulárních nervových pletení.

Maximum bodů: 15 = normální stav
13 = vyžaduje hospitalizaci
8 = mez kritického stavu mozku
Minimum bodů: 3 = areflektorické kóma

Tabulka 4: Glasgow Coma Scale

Zdroj: <https://ose.zshk.cz/media/p5804.pdf>

Stupnice dle Nortonové

- slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Každé další onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
úplná	4 < 10	4 normální	4 žádné	4 dobrý	4 dobrý	4 chodí	4 úplná	4 není
malá	3 < 30	3 alergie	3 DM, anemie	3 zhoršený	3 apatický	3 doprovod	3 částečně omezená	3 občas
částečná	2 < 60	2 vlhká	2 kachexie, ucpávání tepen	2 špatný	2 zmatený	2 sedačka	2 velmi omezená	2 převážně moč
žádná	1 > 60	1 suchá	1 obezita, karcinom	1 velmi špatný	1 bezvědomí	1 leží	1 žádná	1 moč + stolice

NEBEZPEČÍ DEKUBITŮ VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MÉNĚ

Tabulka 5: Stupnice dle Nortonové

Zdroj: <https://ose.zshk.cz/media/p5821.pdf>

Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení nutričního stavu (skóre) pacienta

- slouží ke zhodnocení nutričního stavu pacienta

„Screeningový“ nástroj	odpověď	skóre	Aktuální skóre pacienta
Otázka A: Ztratil pacient v poslední době váhu, aniž by se o to aktivně pokoušel?*	ano – jděte k otázce B ne – jděte k otázce C neví – jděte k otázce C	0 0 2	
Otázka B: Kolik kilogramů váhy pacient ztratil?	0,5-5 5-10 10-15 více než 15 není si jist	1 2 3 4 2	
Otázka C: Jí pacient v současné době méně, protože ztratil chuť k jídlu?	ne ano	1 2	
CELKOVÉ SKÓRE			

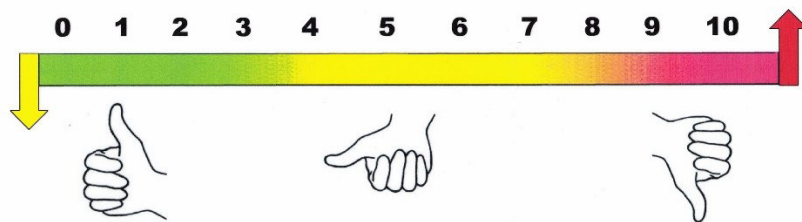
V případě, že nutriční skóre pacienta je vyšší než 3, volejte _____

* Období posledních 3-6 měsíců

Tabulka 6: Jednoduchý "screeningový" nástroj pro určení nutričního stavu (skóre) pacienta

Zdroj: <https://ose.zshk.cz/media/p5825.pdf>

Vizuální analogová škála – hodnocení bolesti



Tabulka 7: Numerická škála bolesti

Zdroj: KKN

Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení rizika pádu

Nástroj pro zjištění rizika pádu pacienta

Během příjmového vyhodnocení vyhodnoťte pacienta podle následujících kritérií. Jestliže je skóre vyšší než 3, řiďte se protokolem. Přehodnoťte stav pacienta podle potřeby.

Aktivita		Skóre
Pohyb	Neomezený	0
	Používání pomůcek	1
	Potřebuje pomoc k pohybu	1
	Neschopen přesunu	1
Vyprazdňování	Nevyžaduje pomoc	0
	Historie nokturie/inkontinence	1
	Vyžaduje pomoc	1
Medikace	Neužívá rizikové léky	0
	Užívá léky ze skupiny: - diuretik - antikonvulziv - antiparkinsonik - antihypertenziv - psychotropní léky nebo benzodiazepiny	1
Smyslové poruchy	Žádné	0
	Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1
Mentální stav	Orientován	0
	Občasná/noční dezorientace	1
	Historie dezorientace/demence	1
Věk	18-75	0
	75 a výše	1
Celkové skóre:		

PROTOKOL:

1. Umístěte nad lůžko výstražné oznámení „vysoké riziko pádu“
2. Snižte lůžko, zajistěte lůžkové brzdy, zvedněte postranice
3. Umístěte pacienta blízko sesterny a toalety
4. Umístěte signalizační panel tak, aby jej měl pacient po ruce, a vysvětlíte jeho funkci
5. Zajistěte vhodnou obuv
6. Zajistěte WC režim 3x/24 hodin nebo podle potřeby a před spánkem
7. Odstraňte překážky v okolí pacienta
8. Zajistěte vhodné noční osvětlení
9. Zajistěte polohu nočního stolku a potřeb pacienta tak, aby byly v dosahu

Tabulka 8: Jednoduchý "screeningový" nástroj pro určení rizika pádu

Zdroj: <https://ose.zshk.cz/media/p5824.pdf>

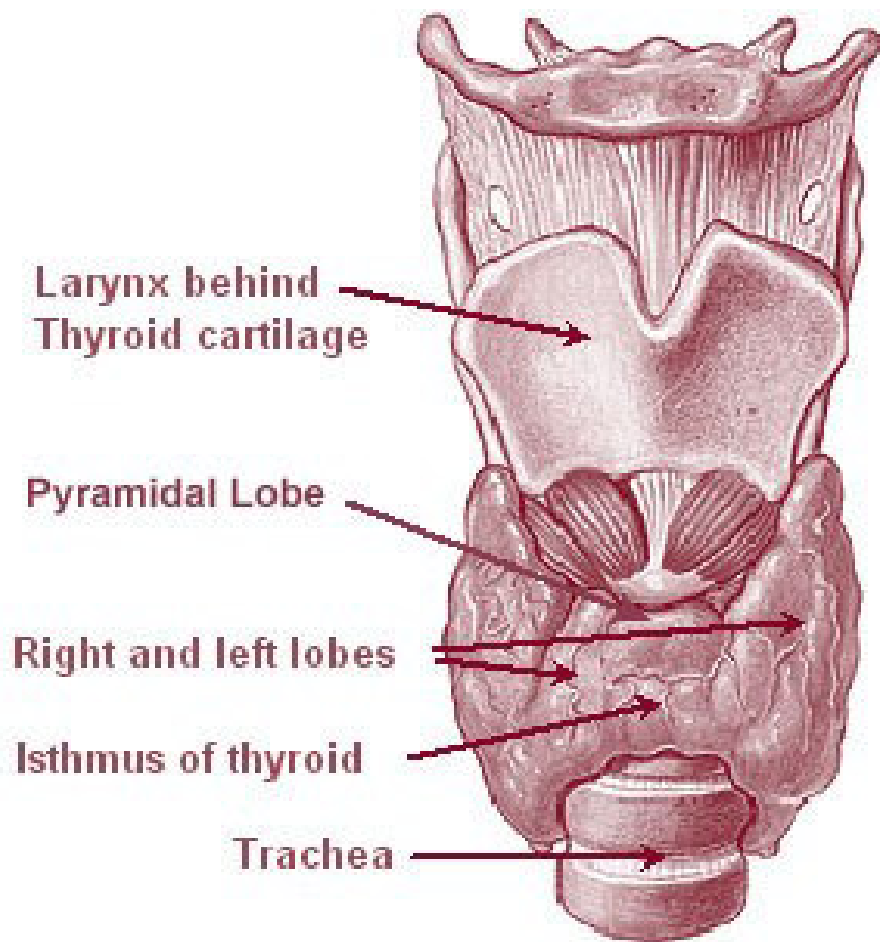
Dietní systém

Značení diet je dnes obvykle následující:

- **Dieta NPO (N) – Nic Per Os (Nic)** - Nemocný bude o hladu
- **Dieta 0 S – čajová** – čaj neslazený nebo slazený; u nemocných s nemožností příjmu per os.
- **Dieta 2 – šetřící**; u nemocných s poruchami trávicího traktu, u nemocných ve stresových a zátěžových stavech, např. při akutním cévním onemocnění.
- **Dieta 3 – základní, racionální strava**; u dospělých pacientů a starších dětí, kteří nevyžadují dietní omezení.
- **Dieta 4 S – s vyloučením volného tuku**; u nemocných s akutním zánětem slinivky břišní a záněty žlučníku v období převodu na příjem ústy.
- **Dieta 4 – s omezením tuku**; u chronických onemocnění jater, slinivky a žlučníku, obvykle po převodu z přísnější 4 S.
- **Dieta 5 - bezsezbytková** – při onemocnění dolní části GIT
- **Dieta 6 – nízko bílkovinná**; u nemocných s chronickým selháváním ledvin.
- **Dieta 8 – redukční**; u nemocných s obezitou nevyžadujících šetřící úpravu diety, u nemocných s hyperlipoproteinemií, u obézních diabetiků 1. a 2. typu, obvykle obsahuje stále přes 5 000kJ na den a je tedy poměrně málo přísná.
- **Dieta 9 – diabetická**; u nemocných s DM 1. typu a u diabetiků 2. typu bez potřeby redukovat.
- **Dieta 9 S – diabetická šetřící**; diabetická varianta šetřící diety.
- **Dieta 10 – neslaná**; obvykle již není součástí dietního systému, neboť všechny diety se primárně připravují bez příměsi soli a dle potřeby se dosolují.
- **Dieta 11 – výživná**; u nemocných s vyšší energetickou potřebou a snahou o vzestup hmotnosti.
- **Dieta 12 – batolecí**; u dětí od 1,5–3 let věku.
- **Dieta 13 – dětská**; u dětí od 3–15 let.
- **Dieta BLP – bezlepková**; u nemocných, kteří trpí nesnášenlivostí lepku (celiakie).
- **Dieta dialyzační s nízkým obsahem fosforu**; u nemocných léčených hemodialýzou, peritoneální dialýzou.

Tabulka 9: Dietní systém

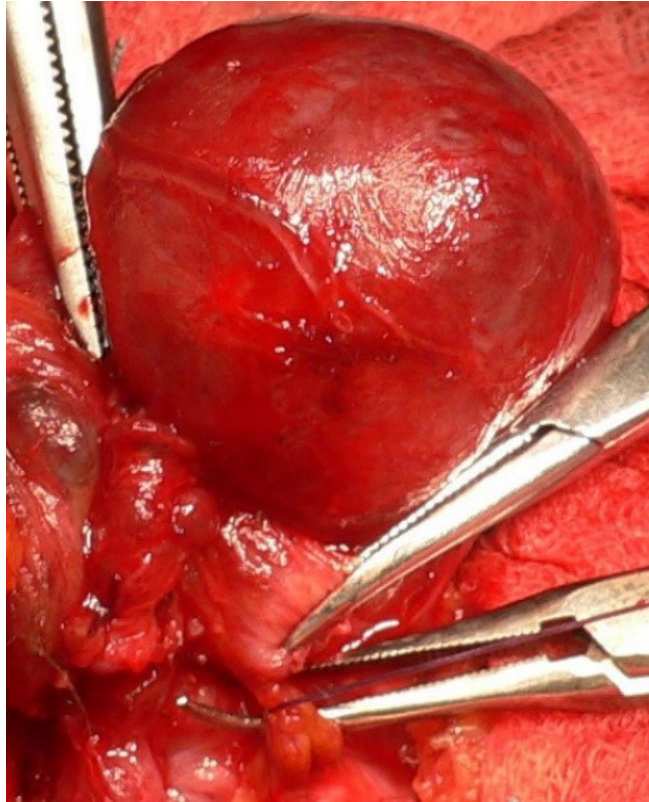
Zdroj: <https://www.wikiskripta.eu/w/Dietoterapie>



Obrázek 1: Štítná žláza

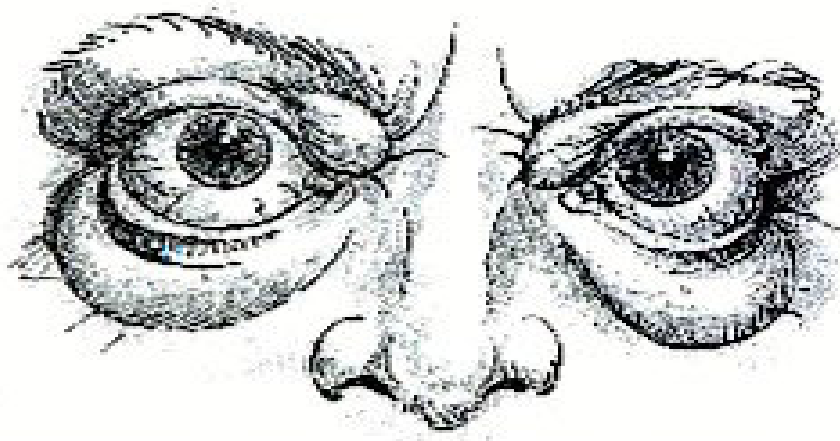
Zdroj: WIKIPEDIA.COM: Štítná žláza [online]. [cit. 2020-03-14]. Dostupné z:

https://cs.wikipedia.org/wiki/%C5%A0t%C3%ADtn%C3%A1_%C5%BEI%C3%A1za



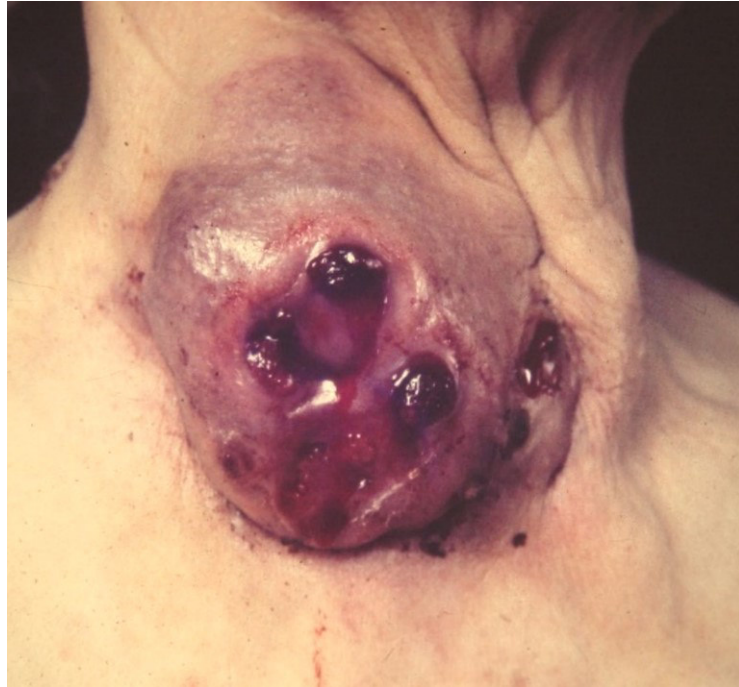
Obrázek 2: Solitární tyreoidální uzel benigní

Zdroj: Vlastní



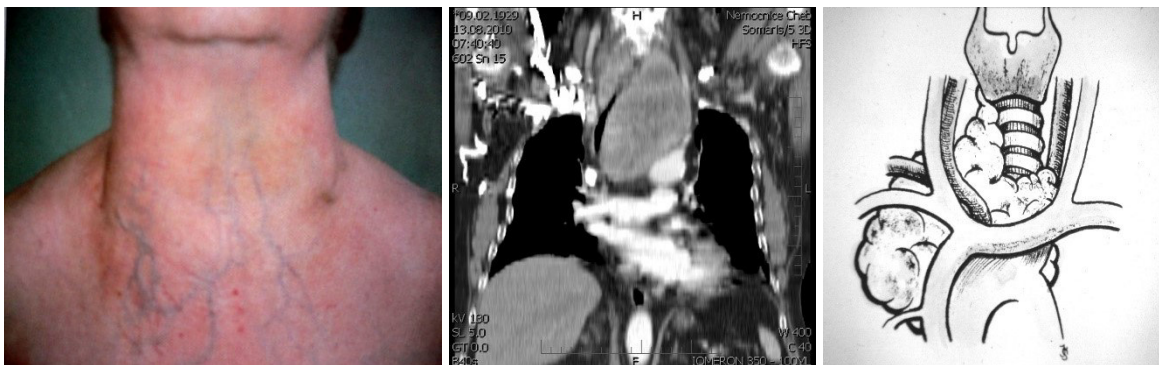
Obrázek 3: Endokrinní orbitopatie

Zdroj: Vlastní



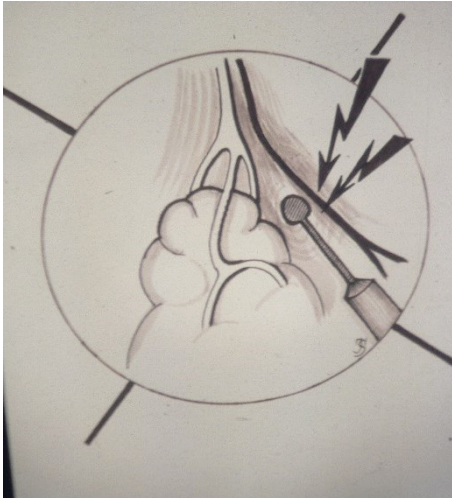
Obrázek 4: Inoperabilní karcinom štítné žlázy

Zdroj: Vlastní



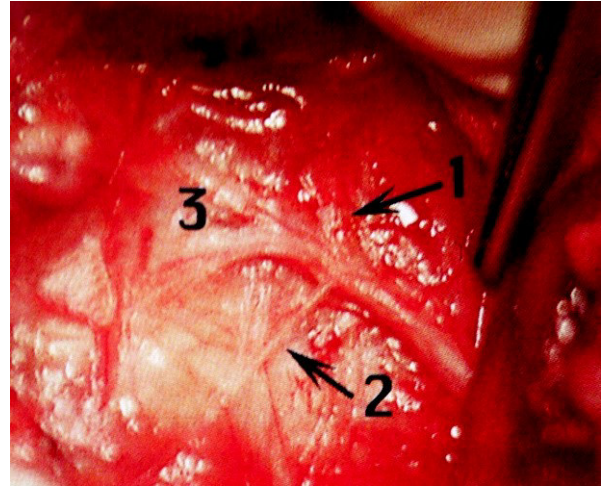
Obrázek 5: Příklady retrosternální strumy

Zdroj: Vlastní



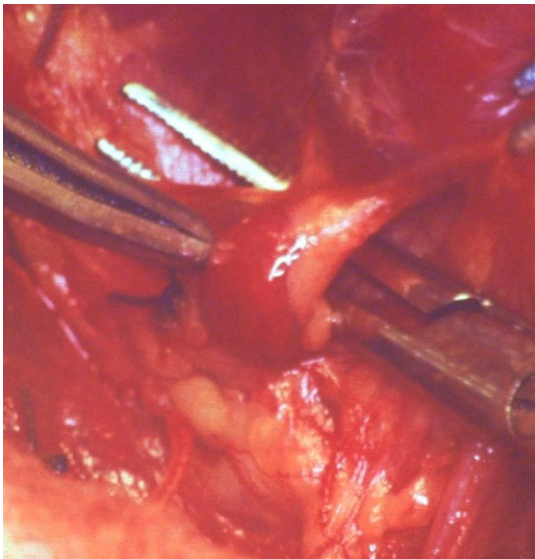
Obrázek 6: NLS, možnost poranění

Zdroj: Vlastní



Obrázek 7: NLR, větvení

Zdroj: Vlastní



Obrázek 8: Příštítiné tělísko, na stopce

Zdroj: Vlastní

Paní
Mgr. Gabriela Fritsch Píchová
Náměstek pro nelékařská povolání a kvalitu
KKn a.s.
Bezručova 19
Karlovy vary 36001

Věc: Žádost o provedení výzkumného šetření

Jmenuji se Marie Hudcová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru Všeobecná sestra na Západočeské universitě v Plzni. Chtěla bych Vás touto cestou požádat o souhlas s výzkumným šetřením u dvou nemocných po operaci štítné žlázy hospitalizovaných na chirurgickém oddělení v Karlových Varech na téma: „ Ošetrovatelské postupy u nemocných po operaci štítné žlázy “. Jako techniku výzkumu jsem zvolila kazuistiku. Charakter onemocnění, věk ani pohlaví nebude pro výběr nemocných podstatné. Nemocným dám podepsat před výzkumným šetřením informovaný souhlas, kde uvedu, že šetření je zcela anonymní a mohou kdykoliv od výzkumu odstoupit. Vypracované kazuistiky a souhlasy budou součástí bakalářské práce, která bude v případě zájmu u mne k nahlédnutí.

Děkuji

Hudcová Marie

V Karlových Varech 1.11. 2019
Email: majda.hudcova@seznam.cz
Telefon: 773 469 977

SOUHLASÍM S PROVEDENÍM VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

J. Foitel Pl

Karlovarská krajská nemocnice a.s.
nemocnice v Karlových Varech, IČZ: 42008
Náměstek pro nelékařská povolání
Tel.: č. 353 115 203 (1)

INFORMOVANÝ SOUHLAS

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

STUDENT

jméno

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail

VEDOUcí BP:

jméno

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail

CÍL STUDIE

Cílem studie je

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

INFORMOVANÝ SOUHLAS

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

STUDENT

jméno

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail

VEDOUcí BP:

jméno

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail

CÍL STUDIE

Cílem studie je

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:



**Krajská
knihovna
Karlovy Vary**

Závodní 378/84, 360 06 Karlovy Vary
tel.: +420 353 502 888, e-mail: knihovna@knihovnakv.cz, www.knihovna.kvary.cz

Rešerše č. 38/2019
24.6.2019

Téma:

OŠETŘOVATELSKÉ POSTUPY U NEMOCNÝCH S OPERACEMI ŠTÍTNÉ ŽLÁZY

Zpracovala Ing. Eva Vodičková
Krajská knihovna Karlovy Vary

KLÍČOVÁ SLOVA:

- Historie léčby štítné žlázy, postupy léčby, operace, mechanismy onemocnění, vyšetření, komplikace po operaci, neléčená štítná žláza

POPIS REŠERŠE:

V rešerši jsou zachyceny záznamy knih (24 záznamů) a článků (26 záznamů).

Dokumenty uvedené v rešerši jsou v českém jazyce, vydané v České republice.

Záznamy jsou rozděleny do oddílů Knihy a Články.

V rešerši máte vyznačené zdroje, které jsou dostupné u nás v knihovně. Knihy, u kterých **není** poznámka, že jsou dostupné v Krajské knihovně v Karlových Varech či **nejsou** přímo elektronicky, je možné objednat z jiné knihovny prostřednictvím **meziknihovní výpůjční služby** (tzv. MVS)- žádost je možné zadat přes čtenářské konto online či fyzicky vypsát žádost v půjčovně knihovny. To samé platí u článků, v Čítárně knihovny si můžete objednat kopie.

Citace v rešerši jsou zpracovány dle normy ČNS ISO 690 a ČSN ISO 690-2.

Rešerše byla prováděna v těchto informačních zdrojích:

- ANL – Články v českých novinách, časopisech a sbornících
- souborný katalog CASLIN
- www.knihovny.cz
- elektronický katalog Krajské knihovny Karlovy Vary
- internet

KNIHY:

1. ASTL, Jaromír. Chirurgická léčba nemocí štítné žlázy. 2., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, c2013. Jessenius. ISBN 978-80-7345-376-3.
<https://cache.obalkyknih.cz/api/toc/pdf?isbn=8073453762&nbn=cnb002538688>
Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary
2. BLAHOŠ, Jaroslav a Otakar BLEHA. *Endokrinologie*. Praha: Avicenum, 1979. Knižnice praktického lékaře. <https://cache.obalkyknih.cz/api/toc/pdf?nbn=cnb000126499>
3. BÜCHLER, Tomáš. Karcinom štítné žlázy. *Onkologie*. 2012, s. 74-78. ISBN 978-80-7387-603-6.
4. ČÁP, Jan a Aleš RYŠKA. *Aspirační cytologie štítné žlázy*. Hradec Králové: Nucleus HK, 2003. ISBN 80-86225-32-1.
<https://cache.obalkyknih.cz/api/toc/pdf?isbn=8086225321&nbn=BOA001-svkpk.PNA01000170386>
5. DVOŘÁK, Josef. *Štítná žláza: chirurgická anatomie*. 2. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Serifa, 2000. ISBN 80-902859-0-2.
<https://cache.obalkyknih.cz/api/toc/pdf?isbn=8090285902&nbn=BOA001-svkpk.PNA01000128921>
6. DVOŘÁK, Josef a Bohumil DUDEŠEK. Štítná žláza: chirurgická anatomie, operační technika. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Serifa, 2015.
7. HALENKA, Milan a FRYŠÁK, Zdeněk. *Atlas ultrasonografie štítné žlázy*. 2. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, [2017], ©2017. 360 stran. Jessenius. ISBN 978-80-7345-535-4.
<https://cache.obalkyknih.cz/file/toc/319651/pdf>
8. JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium. Praha: Portál, 2013. Sestra. ISBN 978-80-247-4412-4. **Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary**
9. KOMÍNEK, Pavel, Michal ROSOLANKA, Patrik ŠTEFANIČKA, Miroslav TEDLA, Viktor CHROBOK a Tomáš PALEČEK. Poruchy polykání po chirurgických výkonech. *Poruchy polykání*. 2009, s. 150-162. ISBN 978-80-7311-105-2.
10. KÜCHEL, Otto. *Nemoci štítné žlázy*. Praha: Výzkum. úst. zdravot. osvěty, 1955. Pokyny pro nemocné.
11. LÍMANOVÁ, Zdeňka, Jan NĚMEC a Václav ZAMRAZIL. *Nemoci štítné žlázy: Diagnostika a terapie*. Praha: Galén, 1995. Folia practica. ISBN 80-85824-25-6.
12. LÍMANOVÁ, Zdeňka. *Štítná žláza* [online]. Praha: Galén, c2006 [cit. 2019-05-28]. Trendy soudobé endokrinologie. ISBN 80-7262-400-8. Dostupné z: http://toc.nkp.cz/NKC/200609/contents/nkc20061657212_1.pdf
<https://cache.obalkyknih.cz/api/toc/pdf?isbn=8072624008&nbn=cnb001657212>
Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

13. LÍMANOVÁ, Zdeňka, Jan JISKRA, Dana MORAVČÍKOVÁ a Igor KAREN. *Diagnostika a léčba tyreopatií*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství, [2015]. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-77-0. <https://cache.obalkyknih.cz/api/toc/pdf?isbn=8086998770&nbn=cnb002735574>
Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary
14. MAREK, Josef. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 4. zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2639-7. <https://cache.obalkyknih.cz/api/toc/pdf?isbn=8024726394&nbn=cnb002104730>
Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary
15. MARKALOUS, Bohumil a Marie GREGOROVÁ. *Nemoci štítné žlázy: otázky a odpovědi pro pacienty a jejich rodiny*. 2. vyd. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-492-6. <https://cache.obalkyknih.cz/api/toc/pdf?isbn=8072544926&nbn=BOA001-nlk.116004>
16. NEJEDLÁ, Marie. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2015. Sestra. ISBN 978-80-247-4449-0. <https://cache.obalkyknih.cz/api/toc/pdf?isbn=802474449X&nbn=cnb002634450>
Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary
17. NĚMEC, Jan, Stanislav VÁŇA a Václav ZAMRAZIL. *Léčba nemocí štítné žlázy*. Praha: Avicenum, 1991. Thomayerova sbírka prací z interních oborů. ISBN 80-201-0120-9. <https://cache.obalkyknih.cz/api/toc/pdf?isbn=8020101209&nbn=cnb000060591>
18. NĚMEC, Jan. *Nemoci štítné žlázy*. Praha: Laguna, 1995. Rady nemocným. ISBN 80-85952-01-7. <https://cache.obalkyknih.cz/api/toc/pdf?isbn=8085952017&nbn=BOA001-nlk.20778> **Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary**
19. PEČENÝ, Jaroslav. *Jemná diagnostika funkčních poruch štítné žlázy*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1960.
20. SKUČKOVÁ, Zdenka, ed. *Štítná žláza a její nemoci - minimum pro pacienty*. [S. l.: s. n., 201-]. [2] s.
21. VLČEK, Petr a Jan NEUMANN. *Karcinom štítné žlázy: pooperační sledování nemocných*. Praha: Maxdorf, c2002. ISBN 80-85912-50-3. **Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary**
22. VYTEJČKOVÁ, Renata et al. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné. I, Obecná část*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2011. 228 stran, 24 stran barevných obrazových příloh. Sestra. ISBN 978-80-247-3419-4. <https://cache.obalkyknih.cz/file/toc/43414/pdf>
Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary
23. VYTEJČKOVÁ, Renata et al. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 272 s., xvi s. obr. příl. Sestra. ISBN 978-80-247-3420-0. <https://cache.obalkyknih.cz/file/toc/316540/pdf>
Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

24. ZAMRAZIL, Václav. *Diabetes a štítná žláza*. Praha: Medica Healthworld, 2012. ISBN 978-80-904002-8-3.

<https://cache.obalkyknih.cz/api/toc/pdf?isbn=8090400280&nbn=cnb002359580>

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

ČLÁNKY:

1. AL TAJI, Eva. Diagnostika, léčba a prognóza vrozené hypotyreózy. *Československá pediatrie*, 2018, roč. 73, č. 3, s. 158-164. ISSN: 0069-2328. **Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary**
2. BAVOR, Petr. Operační řešení recidivy a persistence karcinomu štítné žlázy. *Medicína & umění*. 2015, **2015**(5/38), 9-10. ISSN 1803-3679. **Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary**
3. BROŽKOVÁ -MORÁVKOVÁ, Vilma — SLAJSOVA, V. — BARCAL, Rudolf — TOPOLČAN, Ondřej. Hypertyreóza u akutní intermitentní porfyrie. *Časopis lékařů českých*, 1983, Roč. 122, č. 29, s. 913-916. ISSN: 0008-7335. **Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary**
4. Cibičková, M.Ľ., & Víchová, M.Ľ. (2012). Rozmary štítné žlázy. *Solen*, 9(12), 496-498. <https://www.solen.cz/pdfs/med/2012/12/08.pdf>
5. ČÍŽEK, J. a E. NOVÁKOVÁ. Hypertyreóza v rodině: Dny dětské endokrinologie 2007: "Kazuistiky z dětské endokrinologie IV" - abstrakt. Ostrava, 23.-24.3.2007. *Československá pediatrie*. 2007, **62**(7-8), 473. ISSN 0069-2328.
6. DEDEK, Vladimír — MATEROVÁ, Hana. Tyreoeliminace radiojódem pro diferencovaný karcinom štítné žlázy u nízké rizikových nemocných. *Nukleární medicína*, 2018, roč. 7, č. 2, s. 22-31. ISSN: 1805-1146. **Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary**
7. DRBALOVÁ, Karolina. Gullo, D., Latina, A., Frasca, F., Squatrito, S., Belfiore, A., Vigneri, R.: Sezónní výkyvy sérových hladin TSH u atyreózních pacientů na substituční terapii L-thyroxinem. *Revue endokrinologie*, 2018, roč. 21, č. 2, s. 25-26. ISSN: 1801-6413. **Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary**
8. DUDEŠEK, Bohumil, Jiří DUBEN, Lukáš HNÁTEK, T. MUSIL, Jiří GATĚK, Kateřina HRADSKÁ a Július KOTOČ. Přínos peroperačního neuromonitoringu n. laryngeus recurrens v tyreoidální chirurgii. *Rozhledy v chirurgii*. 2008, **87**(2), 80-85. ISSN 0035-9351. **Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary**
9. Fryšák, D.M.Z., Karásek, M.D., & Halenka, M.M. (2012). Pacient s chorobou štítné žlázy. *Interní Med.*, 14(5), 213-216. <https://www.solen.cz/pdfs/int/2012/05/07.pdf>
10. Fryšák, D.M.Z., Karásek, M.D., & Halenka, M.M. (2011). Pacient s chorobou štítné žlázy v ordinaci praktického lékaře. *Solen*, 8(12), 510-513. <https://www.solen.cz/pdfs/med/2011/12/03.pdf>



11. HLA VATÁ, Karolína. Výživová doporučení při onemocnění štítné žlázy. *Kazuistiky v diabetologii*, 2018, roč. 16, č. 3, s. 46-48. ISSN: 1214-231X. **Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary**
12. JISKRA, Jan. Park, S., Jeon, M. J., Song, E., Oh, H. S., Kim, M., Kwon, H., Kim, T. Y., Hong, S. J., Shong, Y. K., Kim, W. B., Sung, T. Y., Kim, W. G.: Klinické známky časně a pozdní hypotyreózy po lobektomii štítné žlázy. *Revue endokrinologie*, 2018, roč. 21, č. 1, s. 6-7. ISSN: 1801-6413. **Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary**
13. KOPEČKOVÁ, Kateřina. Nové možnosti systémové léčby karcinomu štítné žlázy. *Onkologická revue*, 2018, roč. 2018, č. 1, s. 38-44. ISSN: 978-80-260-5860-1. **Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary**
14. KRÁTKÝ, Jan. Ritter, A., Bachar, G., Hirsch, D., Benbassat, C., Katz, O., Kochen, N., Diker-Cohen, T., Akirov, A., Shimon, I., Robenshtok, E.: Další vývoj kontralaterálních uzlů u pacientů po lobektomii pro papilární karcinom štítné žlázy. *Revue endokrinologie*. 2018, **21**(2), 7. ISSN 1801-6413. **Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary**
15. LÍMANOVÁ, Zdeňka. Onemocnění štítné žlázy se zaměřením na seniorský věk. *Geriatric a gerontologie*, 2016, roč. 5, č. 1, s. 28-33. ISSN: 1805-468 **Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary**
16. LÍMANOVÁ, Zdeňka. Onemocnění štítné žlázy v seniorském věku. *Vnitřní lékařství*, 2018, roč. 64, č. 11, s. 993-1002. ISSN: 0042-773X. **Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary**
17. LUKÁŠ, Jindřich — ASTL, Jaromír — PASKA, Jan, et al. Incidence komplikací u operací štítné žlázy Retrospektivní analýza. *Otorinolaryngologie a foniatrie*, 2017, roč. 66, č. 2, s. 66-70. ISSN: cnb000359191. **Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary**
18. LUKÁŠ, Jindřich — DUŠKOVÁ, Jaroslava — WEISS, V. Operace štítné žlázy - analýza čtyřletého období. *Choroby hlavy a krku*, 2004, roč. 13, č. 1, s. 44-46. ISSN: 1210-044 **Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary**
19. LUKÁŠ, Jindřich — HINTNAUSOVÁ, Barbora — JIRÁK, Petr. Ektopická linguální štítná žláza. *Kazuistiky v diabetologii*, 2018, roč. 16, č. 3, s. 52-56 příl. ISSN: 1214-231X. **Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary**
20. Šarapatková, M.H. (2013). Záněty štítné žlázy. *Solen*, 10(8-9), 291-293. <https://www.solen.cz/pdfs/med/2013/08/07.pdf>
21. VLČEK, Petr — NOVÁKOVÁ, Dana — KATRA, Rami. Karcinomy štítné žlázy: současný pohled na diagnostiku a léčbu. *Vnitřní lékařství*, 2017, roč. 63, č. 9, s. 572-579. ISSN: 0042-773X. **Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary**

22. VLČEK, Petr — NOVÁKOVÁ, Dana. Léčba monoklonální protilátkou alemtuzumab - vliv na manifestaci poruch štítné žlázy. *Neurologie pro praxi*, 2017, roč. 18, č. 4, s. 271-273. ISSN: cnb000991418. **Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary**
23. Vybrané látky s vlivem na funkci štítné žlázy. *Biotherapeutics*, 2017, roč. 7, č. 2, s. 44-46. ISSN: 1805-1057. **Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary**
24. WEISS, Vladimír. Prasongsook, N., Kumar, A., Chintakuntlawar, A. V. et al.: Přežití v odpovědi na multimodální terapii u anaplastického tyreoidálního karcinomu. *Revue endokrinologie*, 2018, roč. 21, č. 2, s. 9-11. ISSN: 1801-6413. **Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary**
25. WHELLER, Stephen F. a Jeri R. REID. Hypertyreóza: diagnostika a léčba. *Medicína po promoci*. 2005, 6(9), 41-49. ISSN 1212-9445. **Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary**
26. ZAMRAZIL, Václav. Hypertyreóza - zvýšená funkce štítné žlázy. *Angis revue*, 2017, roč. 10, č. 3 (červ.-srp.), s. 24-27. ISSN: 2464-5435. **Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary**