



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Ošetrovatelský proces
u nemocného před a po operaci štítné žlázy

Bakalářský studijní program Ošetrovatelství
obor Všeobecná sestra

Autor práce : Renata Pacáková

Vedoucí práce : Mgr. Hana Nikodemová

Rok zpracování : 2008

Praha 2008



Prohlášení autora:

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracoval/a samostatně a veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil/a, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně UK 2. LF.

V Praze dne 4. dubna 2008

.....

podpis



Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Haně Nikodemové a MUDr. Pavle Řehořkové za jejich vstřícnost a odborné vedení mé bakalářské práce.



OBSAH

1 ÚVOD.....	5
2.1 Anatomie štítné žlázy	6
2.2 Fyziologie štítné žlázy.....	7
2.3 Onemocnění štítné žlázy.....	8
2.4 Vyšetřovací metody.....	13
2.5 Léčba strumy	14
2.6 Základní údaje o nemocné	16
2.7 Lékařská diagnosa a anamnéza.....	16
2.8 Průběh hospitalizace.....	18
2.9 Přehled provedených vyšetřovacích metod.....	28
2.10 Přehled terapie	31
3 PRAKTICKÁ ČÁST	34
3.1 Ošetrovatelské anamnézy.....	34
3.2 Přehled ošetrovatelských diagnóz	39
3.3 Plán ošetrovatelské péče	40
4 EDUKACE.....	50
5 PROGNÓZA.....	52
6 ZÁVĚR	53
7 RESUME	54
8 POUŽITÁ LITERATURA.....	56
9 SEZNAM ZKRATEK	57
10 PŘÍLOHY	59



1 ÚVOD

Pro svoji bakalářskou práci jsem zvolila ošetrovatelský proces u pacienta před a po operaci štítné žlázy konkrétně strumy. Toto onemocnění jsem si vybrala jelikož se onemocnění štítné žlázy vyskytuje v mé rodině a i já sama jsem podstoupila operaci štítné žlázy a jsem odkázaná na doživotní medikamentózní léčbu. Onemocnění štítné žlázy je často vyskytující se chorobou, které postihuje asi 40% obyvatel ČR. Ženy onemocní 5x častěji než muži. Rizikovou skupinou jsou ženy středního a staršího věku nebo adolescenti. Neznámějším a nejčastějším onemocněním je zvětšená štítná žláza lidově „vole“, odborně struma. Na vznik strumy mají vliv genetické faktory a byl prokázán rodinný výskyt. Geny zodpovědné za vznik strumy nebyly zatím jednoznačně identifikovány a příčina je zřejmě multifaktoriální. Toto téma jsem si také zvolila proto, abych získala nové informace a více se dozvěděla o problémech lidí s onemocněním štítné žlázy. Zejména, abych se zdokonalila v předoperační přípravě a pooperační péči, a tím přispěla k většímu komfortu svých nemocných.

V práci jsem se pokusila zpracovat ošetrovatelský proces u 35 leté klientky L.F., která byla přijata s diagnózou struma netoxická mnohauzlová pro plánovaný výkon thyreoidectomia totalis.



2.1 Anatomie štítné žlázy

Štítná žláza se zakládá ve stádiu 24 dní ze ztlustění endotermu primitivního hltanu u základu jazyka. Základ potom sestupuje kaudálně a vytváří kanál (ductus thyroglossus), který se otevírá na jazyku jako foramen caecum. Štítná žláza je tvořena dvěma laloky – pravým a levým (lobus dexter a lobus sinister), vprostřed spojenými můstkem (isthmus glandulae thyroideae) z něhož směřuje velmi často třetí, variabilní lalok (lobus pyramidalis). Laloky štítné žlázy leží podél průdušnice a hrtanu a dozadu dosahují až k jícnu. Zezadu jsou do obou laloků zanořena příštítná tělíska. Isthmus leží ve výši druhé až čtvrté tracheální chrupavky. Před štítnou žlázou leží lamina superficialis a lamina pretrachealis (se zavzatými infrahyoidními svaly) krční fascie. Dorzolaterální okraj obou laloků se dotýká nervově-cévního krčního svazku. Důležitý je kontakt mediálního okraje obou laloků s nervus laryngeus recurrens. Velikost a hmotnost štítné žlázy je variabilní.

Na povrchu je štítná žláza kryta tenkým vazivovým pouzdrém (capsula fibrosa), která se dělí na zevní list (capsula externa) a vnitřní list (capsula propria). Mezi těmito listy je cévní pletěň. Parenchym štítné žlázy je tvořen lalůčky (lobuli), které se dělí na váčky (folliculi).

Štítná žláza dostává okysličenou krev cestou (arteria- tepna) a. thyroidea superior, větve z a. carotis externa, a z a. thyroidea inferior, tedy z větve arteria subclavia.

Žilní krev odtéká cestou vv. Thyroidea superiores a mediae do (vena- žíla) v. jugularis interna, a cestou vv. Thyroidea inferiores, které vytvářejí plexus thyroideus impar, do v. brachiocephalica sinistra.

Míza je odváděna zejména do nodi lymphatici cervicales profundi.

Nervy přicházejí z krčního sympmatiku a z (nerv) n. vagus.

Nedílnou součástí štítné žlázy jsou žlázy příštítné (glandulae parathyroideae), které vznikají z entodermu třetí a čtvrté žeberní výchlípký. Příštítné žlázy jsou zpravidla čtyři útvary velikosti čočky, které jsou ze zadu zanořeny do štítné žlázy. Horní tělíska jsou nejčastěji v místě větvení a. thyroidea inferior. V jejich blízkosti prochází n. laryngeus recurrens.



Na povrchu mají tenké vazivové pouzdro. Vlastní tělíska jsou tvořena trámci buněk, mezi nimiž jsou četné krevní kapiláry. V tělískách se nacházejí dvě buněčné populace, endokrinně aktivní buňky hydrofobní a eozinofilní buňky, jejich význam není jasný.

Tepenné zásobení je zajištěno z a. thyroidea inferior.

Žilní krev je odváděna do pleteně mezi dvěma listy pouzdra obalujícího štítnou žlázu.

Lymfatická drenáž je shodná s drenáží štítné žlázy.

Inervace je z krčního sympatiku a cestou n. laryngeus recurrens z vagu. (5)

2.2 Fyziologie štítné žlázy

Pro správnou funkci štítné žlázy je nezbytný dostatečný přísun jódu, což představuje denní dávku 150-200 ug jódu. Hlavními hormony štítné žlázy jsou trijodthyronin a tetrajodthyronin (thyroxin), nacházejí se jako součást thyroglobulinu v koloidu. Hormony mají velmi široký účinek. Ve fyziologických množstvích podporují vývoj, růst a diferenciaci organismu, proteosyntézu, vývoj a diferenciaci mozku. Mají stimulační účinek na metabolismus a termoregulaci (zajišťují tvorbu tepla). Jsou z koloidu štítné žlázy dle potřeby uvolňovány do krevního oběhu a nabízeny buňkám. Řízení sekrece je uskutečňováno prostřednictvím nadřazených hormonů. Hypotalamus uvolňuje tzv. TRH (tyreotropin stimulující hormon), který má vliv jak na tvorbu, tak na sekreci hormonů štítné žlázy. Současně působí i na produkci tyreoglobulinu (koloidu ve folikulech). Při nedostatku jódu (tedy i hormonů) je efektní pouze tento účinek, který se projeví nadměrným růstem štítné žlázy, kterému se říká struma, hypofunkcí a rovněž vede ke zpomalení metabolismu. Je-li nedostatku jódu vystavena těhotná žena, má novorozenec významné postižení intelektu tzv: kretenismus. Výrazná struma může utlačovat dýchací cesty. Hyperfunkce naopak metabolismu významně stimuluje. Štítná žláza produkuje v prafolikulárních buňkách ještě jeden významný hormon tzv: kalcitonin. Tento hormon se významně podílí na metabolismu kalcia a na jeho stabilitě v plazmě. V ledvinách ovlivňuje zpětnou resorpci kalcia a v kostech zvyšuje jeho ukládání. Tím se podílí na snižování hladiny kalcia v krvi. Význam tohoto hormonu je především u dětí v době růstu organismu.



Na zadní straně laloků štítné žlázy leží 4 tělíška produkující hormon parathormon (PTH). Tato látka bílkovinné povahy spoluurčuje stabilitu hladiny kalcia v plazmě. Její fyziologické hodnoty jsou 2,25-2,75 mmol/l. Parathormon zvyšuje svým účinkem hladinu kalcia v krvi- mobilizuje vápník z kostí, snižuje jeho vylučování ledvinami. V součinnosti s kalcitriolem (upravenou formou vitamínu D) zvyšuje resorpci v tenkém střevě. Sekrece PTH je řízena mechanismem jednoduché zpětné vazby, a to hladinou kalcia v krvi. Vyšší hladina tlumí, nižší zase sekreci stimuluje. Dlouhodobé zvýšení sekrece PTH vede k postupnému odvápnění kostí s akutním nebezpečím jejich zvýšené lomivosti.

Vitamin D3 (cholecalciferol) vzniká v kůži vlivem UV záření. V játrech se obohacuje o skupinu OH a v ledvinách dochází k hydroxylaci. Tím se z něj stane tzv: kalciferol (hormon D) se svým účinkem na resorpci kalcia ve střevě. Při akutním nedostatku vitamínu D vzniká nedostatečný přívod vápníku do krve a tím i do kostí, které měknou, deformují se. U dětí toto onemocnění nazýváme rachitis (křivice). U dospělého člověka jde o osteomalacii. (5, 9)

2.3 Onemocnění štítné žlázy

Příznaky a symptomy při onemocnění štítné žlázy jsou odvozeny od fyziologických účinků tyreoidálních hormonů. Onemocnění štítné žlázy mají vrůstající incidenci, nejsou vzácností u dětí a dospívajících ani u starých nemocných. Jako rizikový faktor vzniku nemoci štítné žlázy je uváděn nedostatečný přísun jódu. Onemocnění lze rozdělit do pěti skupin, patří sem hypotyreóza, hyperthyreóza , nádory štítné žlázy, záněty štítné žlázy a struma. Dále jsem zmínila i onemocnění týkající se příštítných tělísek.

Snížená činnost štítné žlázy (hypotyreóza) je charakterizována nízkými hladinami T3 a T4 v séru a zvýšenou hladinou TSH (tyreostimulační hormon). Příčiny vzniku dělíme na vrozené a získané. Mezi vrozené příčiny patří aplazie nebo hypoplazie štítné žlázy, poruchy enzymů významné pro syntézu tyreoidálních hormonů a rezistence vůči účinku tyreoidálních hormonů. K získaným stavům patří: Hashimotova tyreoiditida , snížený přívod jodu do organismu, zákroky použité při terapii hypertyreózy a snižující funkci



štítné žlázy (chirurgický výkon např: pro adenom štítné žlázy, terapii radiojodem), ozáření hlavy a krku při terapii malignit, účinek některých chemických látek a léků. Nejčastější příčinou je chronický zánět štítné žlázy – na autoimunitním podkladě. Onemocnění se vyvíjí pozvolna.. Projevy choroby jsou velmi individuální. Pokud nejde o pooperační hypothyreózu, která vzniká náhle, vyvíjejí se příznaky pomalu a týkají se prakticky všech orgánů. Mezi celkové příznaky patří: zpomalení myšlení, apatie, nesoustředěnost, deprese, únava, palpitace, anémie, chronická obštipace, svalová ztuhlost, suchá pokožka, zimouřivost. U žen je často průvodním znakem hypothyreózy sterilita, oligomenorea nebo metroragie.

Zvýšená činnost štítné žlázy (hypertyreóza) je charakterizována zvýšenou hladinou volného trijodtyroninu a tyroxinu se současně zvýšenou odpovědí periferních tkání na tyto hormony, což způsobuje hypermetabolický stav. Většinou je vyvolán hyperfunkcí štítné žlázy . Mezi příčiny thyreózy patří imunogenní etiologie (Graves Basedowova choroba, poporodní thyreoiditida), autonomie štítné žlázy (nodózní struma, toxický adenom), iatrogenní (indukované léky) , centrální (tumor s nadměrnou sekrecí TSH) . Příznaky hyperfunkce se dělí do dvou základních skupin: příznaky vyvolané přímo nadbytkem hormonů štítné žlázy a příznaky vyvolané imunologickými pochody. Typickým představitelem imunogenního postižení je Gravesova - Basedowova choroba. Nemoc se většinou projeví hyperfunkcí, u některých osob mohou předcházet příznaky orbitopatie . Příznaky společné všem formám hyperfunkce bývají obvykle vyjádřeny nestejnou intenzitou, závisí i na věku a přítomnosti dalších onemocnění. Mezi příznaky patří: zvětšená thyreoidea, kardiovaskulární obtíže jako palpitace, tachykardie, otoky DK, dušnost, psychická nerovnováha, nervozita, podrážděnost, plačtivost, deprese, neschopnost se koncentrovat, nespavost, zvýšená funkce metabolismu, pro který je typický úbytek váhy a u mladších osob doprovázeno zvýšenou chutí k jídlu, dále nervosvalové příznaky projevující se třesem rukou, myopatický syndrom se projeví svalovou slabostí, pokožka může být postižena vitiligem s různým rozsahem depigmentace, u osob s Graves- Basedowovou chorobou atopický ekzém, vypadávání vlasů (alopecie) , hormonální příznaky například snížení libida, u mužů gynekomastie, u žen snížená fertilita, komplikace v graviditě, nepravidelný menstruační cyklus. Dále



dopady na skelet - osteoporózy. Hematologické důsledky u hyperfunkce nejsou časté, ale můžeme se setkat s lehčí formou anémií, lymfocytózou, leukopenií. Metabolické změny se projevují sníženou koncentrací vitamínu A a vitamínu D, je vyšší spotřeba vitamínu skupiny B. Imunogenní projevy se vyskytují pouze u GB choroby, vzácně u autoimunitní chronické thyreoiditidy.

Nádory štítné žlázy mají vzrůstající tendenci. Mezi všemi karcinomy jsou zastoupeny 1 %. Karcinom štítné žlázy však představuje početně nejrozsáhlejší skupinu v onkologických onemocněních v endokrinologii, kde tvoří 90% všech diagnostikovaných nádorů. Mortalita obyvatel obecně nepřevyšuje 1% úmrtí na karcinom v běžné populaci. Přes svoji vzácnost patří u lidí ve věku 14 – 15 let mezi 5 nejčastějších karcinomů. Nádory štítné žlázy představují skupinu tumorů s širokým spektrem biologické aktivity. Může jít o téměř neškodné tumory až po nádory velice agresivní. Prognóza onemocnění závisí na mnoha faktorech. Nádory se obecně dělí na maligní (zhoubné) a benigní (nezhoubné), dále pak dle etiologie na nádory primární a nádory sekundární. Benigní i maligní nádory vycházejí z folikulárního epitelu, jsou hormonálně aktivní, vyskytují se 5krát častěji u žen než u mužů. Většina nádorů má schopnost vychytávat jod. Mezi primární nádory patří (papilární karcinom, folikulární karcinom, inzulární karcinom, onkocytární karcinom, anaplastický karcinom, medulární karcinom). Mezi vzácné patří nádory z lymfatické tkáně - lymfomy, dále pak neepitelové maligní nádory, jako jsou sarkomy či hemangiomy. Sekundární nádory se vyskytují velmi málo. Jde o metastázy nádorů do štítné žlázy, které vznikají přímým šířením z okolních orgánů (larynx, trachea, farynx), dále retrográdním lymfatickým systémem (trachea, bronchus). Hematogenní cestou mohou do štítné žlázy metastazovat prakticky všechny nádory. Karcinom štítné žlázy má několik typických forem- lokálně rostoucí uzely, uzlinový syndrom, vzdálené metastázy, mikrokarcinom.

K hodnocení malignit a jejich komplikací se využívá TMN klasifikace pro zhoubné nádory.

Záněty štítné žlázy. Pro záněty se používá dělení podle průběhu onemocnění na akutní, subakutní a chronické. Akutní infekční thyreoiditida je vzácné zánětlivé onemocnění, které má obvykle charakter hnisavého ložiska ve štítné žláze. Příčinou



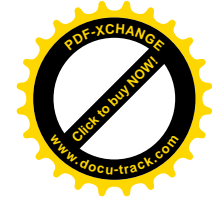
bývá obvykle bakteriální infekce. Onemocnění má akutní průběh s horečkami, bolestivým zduřením na krku v místě abscesu, které je na povrch teplé a může být zarudlé. Častým nálezem je zduření regionálních lymfatických uzlin na krku. Subakutní thyreoiditida je známa také pod označením obrovskobuněčná nebo de Quervainova thyreoiditida. Postihuje častěji ženy než muže. Příčina tohoto onemocnění je zatím neznámá, předpokládá se, že v etiologii hrají důležitou roli viry. Onemocnění probíhá většinou ve 2-3 týdenním odstupu od manifestací. Onemocnění je charakterizováno bolestivým zduřením na jedné straně krku nad částí laloku štítné žlázy. Na rozdíl od akutní infekční thyreoiditidy není patrné na povrchu zarudnutí. Je výrazná palpace na postižené oblasti. Často jsou přítomny celkové příznaky (teplota, únava,..). Subakutní thyreoiditida může někdy po několika týdnech či měsících recidivovat. Poslední typ zánětu je Chronická lymfocytární thyreoiditida nazývaná také Hashimotova thyreoiditida. Je to orgánově specifické autoimunitní onemocnění. Jedná se o onemocnění časté a významně stoupá s věkem. U žen je výskyt častější především v období hormonálních změn. Chronická lymfocytární thyreoiditida je častější v zemích s vysokým příjmem jodu. Na začátku onemocnění není neobvyklá úvodní hyperfunkce, která musí být zachycena a která po různě dlouhé době přechází přes stadium eufunkce do hypofunkce. Mezi lokální příznaky patří: tlaky na krku, pocity škrcení, nesnášenlivost límečku, pocit knedlíku v krku, dále se mohou objevit poruchy i různé formy dysfagie. Nebezpečí hrozí při útlaku trachey. Z celkových příznaků je častý únavový syndrom. Mezi chronické záněty štítné žlázy patří také vzácná Riedlova thyreoiditida, jejíž lokální nález na krku může připomínat karcinom nebo lymfom štítné žlázy.

Struma (zvětšená štítná žláza) je jakékoli zvětšení štítné žlázy, patrné při fyzikálním vyšetření nebo zjištěné při měření objemu pomocí ultrazvuku. Podle světové organizace měří objem normální štítné žlázy u ženy 18 ml, u muže 22 ml. Strumu dělíme na typ:

1. difuzní- typická rovnoměrným zvětšením celé štítné žlázy
2. nodózní(uzlová)- zvětšuje se určitá část štítné žlázy do tvaru uzle
3. struma jednouzlová(solitární)- je-li ve žláze jeden uzlel
4. struma mnohouzlová (polynodózní)- kdy žláza je přestavěna řadou uzlů



Struma může vzniknout při hypotyreóze i hypertyreóze. Příčinou může být autoimunitní onemocnění (Hashimotova thyreoiditida, Graves Basedowova choroba), zánět (subakutní nebo akutní thyreoiditida) nebo nádor štítné žlázy. Pokud štítná žláza nemá jasně definovanou příčinu a není spojena s poruchou funkce mluvíme o prosté strumě. Příčinou strumy může být nedostatek, ale i výrazný nadbytek jodu. Struma může vzniknout i na podkladě podání strumigenů. Některé strumigeny jsou obsaženy v potravě (např: zelí, kapusta, květák). Většina pacientů kompenzuje zvýšenou produkci TSH a i přes rozvoj strumy zůstávají eutyroidní. Za situace, kdy organismus trpí nedostatkem jodu, ale v důsledku hyperplazie produkuje dostatečné množství hormonů štítné žlázy, hovoříme o eufunkční strumě. Tento typ se může objevit i při zvýšených nárocích organismu na tvorbu hormonů (puberta, graviditě). O toxické (hyperfunkční) strumě nebo také o nodulární strumě mluvíme tehdy, kdy je štítná žláza extrémně zvětšená nejčastěji vlivem nádoru. U toxické strumy může nastat tzv: tyreotoxická krize, která se dnes vyskytuje vzácně. Je akutním vystupňováním symptomů tyreotoxikózy s hypermetabolismem a excesivní adrenergní odpovědí. Rozvine se u pacientů s nekontrolovanou tyreotoxikózou po nějakém stresu, jakou může být například operace, léčba radiojódem. Pacienti mají hypertermii, která dosahuje 38 C, je tachykardie, někdy fibrilace síní, vysoký tlak krevní, a může nastat až srdeční selhání. Příznaky CNS představují delirium až koma. Dále bývá nauzea, zvracení, průjemy a ikterus. Těžké stavy vedou k srdečnímu selhání a šoku. Léčba vyžaduje komplexní přístup na jednotce intenzivní péče. Pacienti se strumou prostou mají příznaky buď velmi malé nebo žádné. Příznaky, které mohou nastat, jsou způsobeny kompresí průdušnice a jícnu a vyskytují se častěji, pokud struma zasahuje do hrudníku. Příznakem obstrukce průdušnice je dušnost, stridor, kašel a nucení k odkašlání. Dušnost je námahová a může přejít až do dušnosti klidové, která se zhoršuje vleže. Polykací obtíže jsou méně časté a nastávají většinou při kompresi jícnu. Při poškození nervus laryngeus recurrens dochází k chrapotu a vzácně dochází k vyvolání syndromu horní duté žíly. Při pohmatu je řada uzlů tuhé nebo tvrdé konzistence pro pacienta nebolestivá. Bolestivost při pohmatu svědčí o krvácení do štítné žlázy. Incidence strumy se zvyšuje s věkem.



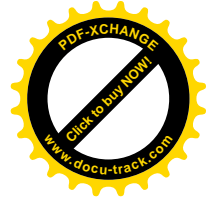
Změny funkce příštítných tělísek mohou spočívat ve zvýšené produkci PTH, nebo naopak v nedostatečné produkci TH. Stav, kdy je produkce nedostatečná se nazývá hypoparatyreóza a stav, kdy je produkce zvýšená je označován jako hyperparatyreóza. Jsou rozlišovány primární a sekundární poruchy. K příčinám primárních poruch patří například adenom, primární hyperplazie, karcinom příštítného tělíska. K příčinám sekundárních poruch patří například: chronická hypokalcémie.

Snížená primární funkce příštítných tělísek může způsobit hypokalcémii, se kterou jsou spojené parestézie, samovolné přervávající svalové kontrakce (tetanie), nebo generalizované křeče. Nízká je hladina PTH. Mezi další příznaky patří trofické změny na oční čočce (katarakta) , v kůži ,nehtech a na zubech. Vyskytují se také psychické poruchy.Nejčastější příčinou je nechtěné chirurgické odstranění příštítných tělísek, dále pak poškození tělísek ionizujícím zářením. Sekundární snížená funkce (sekundární hypoparatyreóza) může být součástí projevů nedostatku magnesia v těle.

Zvýšená funkce příštítných tělísek (hyperparatyreóza) je zvýšená sekrece PTH jednoho nebo více příštítných tělísek. Takový stav označujeme jako primární hyperparatyreózu. Může být také reakcí na nízkou koncentraci kalcia a takový stav označujeme jako sekundární hyperparatyreózu. Primární hyperparatyreóza je způsobena hyperplazií všech čtyř příštítných tělísek nebo adenom jednoho nebo více tělísek. Mezi projevy patří změny na kostech, zvýšené riziko zlomenin, nefrolithiáza, ektopické kalcifikace, arteriální hypertenze, psychické změny, hyperkalcémie. U sekundární hyperparatyreózy je nejčastěji příčinou porucha koncentrace ionizovaného kalcia v plazmě a v tkáňovém moku. Dochází při ní k postižení kostí a může mít i formu hyperparatyreózní osteodystrofie, případně osteomalacie nebo osteoporózy. (6, 7, 9,10, 12)

2.4 Vyšetřovací metody

Úkolem vyšetřovacích metod je dát odpověď na to jaká je funkce štítné žlázy, jaká je její velikost, struktura a vztah k okolním orgánům, jaká je patofyziologická podstata onemocnění a jak účinný je léčebný postup onemocnění. Kromě klinických vyšetření se používají zobrazovací a laboratorní vyšetření.



Základem vyšetření je odebrání anamnézy. Důležitá je rodinná anamnéza pomocí níž zjišťujeme možnost genetické predispozice k familiárnímu výskytu některých chorob. U onemocnění štítné žlázy se rodinná zátěž vyskytuje až ve 40 %.

Fyzikální vyšetření, při kterém se provádí palpace štítné žlázy. Lze nahmatat a rozpoznat zvětšenou štítnou žlázu a někdy i uzel, jehož rozpoznání závisí na velikosti, morfologii a lokalizaci uvnitř štítné žlázy. Fyzikální vyšetření se dnes již ve většině případů doplňuje o vyšetření ultrazvukem.

Laboratorní vyšetření krve zaměřené zejména na sedimentaci a na hladinu hormonů štítné žlázy.

Sonografie krku je zobrazovací metoda, která pro oblast krku využívá tzv. B mode - dvourozměrné zobrazení. V některých případech se doplňuje o dopplerovské vyšetření.

Scintigrafie (funkční vyšetření) v předoperační diagnostice je v současnosti nahrazována sonografií. Scintigrafii můžeme dělit na peroperační, která slouží k detekci nádorů a na pooperační, která má zásadní význam pro léčbu a včasnou diagnostiku metastáz.

Počítačová tomografie (CT) patří mezi velmi využívané vyšetření. Využívá se u nálezů velkých strum a maligních nádorů a k posouzení prorůstání tumorů do okolních struktur štítné žlázy.

Nukleární magnetická rezonance (NMR) se využívá při diagnostice recidivy nádorů.

Tenkojehlová biopsie (FNB – fine needle biopsy) je invazivní metoda, při které se získává buněčný materiál (cytologie). Využívá se metody s aspirací či bez aspirace. Cytologie napomáhá k určení biologické povahy tkáně (zhoubné a nezhoobné nádory) a dále může určit původ tkáně. (7, 12)

2.5 Léčba strumy

Léčba štítné žlázy je ve většině případů celoživotní. Při farmakoterapii se vychází se substituce hormonů. Při zahájení substituční léčby se zvažuje celkový stav organismu. Při léčbě je často využívaným lékem Euthyrox nebo Letrox. Lék musí být podáván



samostatně na lačno 20 minut před jídlem. Nejlépe je užívat lék ráno tak ,aby se u pacienta vytvořil stereotyp. Při stabilizaci stavu se provádí kontrola 1x za rok.

Medikamentózní léčbu dělíme:

- a) hormony štítné žlázy- mají za následek sníženou produkci TSH a tím dochází ke zmenšení štítné žlázy. Tato léčba se provádí u pacientů s difúzní strumou.
- b) jodové preparáty- zlepšují funkci štítné žlázy u nemocných, kteří trpí nedostatkem jodu v potravě.
- c) kombinace hormonů a jódu, která umožňuje použití preparátu s nižším množstvím obou složek

Další možností léčby je léčba chirurgická. Provádí se u osob, které netolerují medikamentózní léčbu a mladým ženám, které plánují těhotenství. Operační řešení se využívá u osob, kde je nutné rychlé řešení zdravotního stavu (při příznacích mechanického tlaku na krku, při obavách z možné malignity či nádoru, uzel vadí z kosmetických důvodů) nebo u nemocných s dalším přidruženým onemocněním. Pacient by měl být před operací eufunkční a dávka thyreostatik nízká. Po operaci řešíme vzniklou hypotyreózu. Operace většinou nevyžaduje žádnou speciální endokrinologickou přípravu. Jako nejmenší výkon se provádí odstranění celé poloviny štítné žlázy (subtotální tyreidektomie), obsahuje – li jeden uzel. U mnohauzlové strumy se provádí odstranění celé štítné žlázy (totální tyreidektomie). Mezi komplikace po operaci patří- poranění horního laryngeálního nervu, poranění rekurentu, hypokalcémie, místní komplikace v ráně(infekce, krvácení), a trombembolické příhody.

Mezi další možnost léčby řadíme léčbu radiojódem. Ta je vhodná u lidí se zvýšeným operačním rizikem, u osob, které operaci odmítají, či u osob po operaci karcinomu a odstranění celé štítné žlázy. Po léčbě radiojódem se provádí kontrola pro možný rozvoj hypotyreózy a kontrolní scintigrafie za 6-12 měsíců po operaci, respektive po aplikaci první dávky radiojodu, poté každé 2 roky. Kontrolu sérových tyreoglobulinu provádíme každých 6 měsíců.

Na léčbě onemocnění štítné žlázy se velmi příznivě podílejí lázeňská zařízení.



Nedílnou měrou se na zdravé štítné žláze a její správné funkci podílí příjem jódu, jehož denní spotřeba by se měla pohybovat okolo 200 mikrogramů.

(6, 7, 12)

2.6 Základní údaje o nemocné

Jméno a příjmení:	L.F.
Pohlaví:	žena
Věk:	35
Bydliště:	Praha 6
Povolání:	správce úvěrů v bance
Krevní tlak:	124/75 mmHg
Puls:	84/ za minutu
Tělesná teplota:	36,5 C
Výška:	165 cm
Váha:	68 kg

2.7 Lékařská diagnosa a anamnéza

Hlavní diagnosa: E-042 struma netoxická mnohauzlová

Osobní anamnéza: Pacientka prodělala běžné dětské nemoci a trpí na opakované záněty HDC (horní cesty dýchací). Roku 2000 byla odeslána obvodním lékařem na endokrinologii, kde se provedlo sono , následně punkce a byla jí doporučena okamžitá operace. Pacientka však po punkci, kdy nález vyšel benigní, operaci odmítla a přestala chodit na endokrinologii. Sama začala chodit po léčiteli a užívala homeopatika. Roku 2002 znova odeslána obvodním lékařem na endokrinologii, kde byla provedena další punkce a byl nasazen Euthyrox . Pacientka stále operační léčbu odmítala a byla léčena medikamentózně do porodu do roku 2005. Od roku 2005 do roku 2007 bez léků.

Rodinná anamnéza: Otec zemřel v 46 letech na infarkt myokardu. Matka 58 let zdravá. Dvě děti věku 3 a 5 let zdravý.



Pracovní anamnéza: Klientka pracuje jako správce úvěrů v bance. Toto zaměstnání vykonává dva roky a zaměstnání ji po profesní stránce zcela naplňuje.

Sociální anamnéza: Žije se svojí rodinou (manželem a dvěma dětmi) v rodinném domku na Praze 6. Mají jednoho psa menší rasy. Mezi její koníčky patří četba historických knih, muzika, sport především jízda na kole, a ráda podniká výlety do přírody se svojí rodinou.

Alergická anamnéza: Klientka žádné alergie neudává, nikdy žádnou alergickou reakci neměla.

Farmakologická anamnéza: Od roku 2002 do roku 2005 užívala každý den euthyrox 50mg. Od roku 2005 do roku 2007 bez léků, nyní půl roku před operací užívala půl tabletky Carbimazolu 50 mg.

Abusus: Nikdy nekouřila, alkoholu se napije pouze příležitostně. Drogy nikdy neužívala.

Nynější onemocnění: Klientka odeslána svojí endokrinologickou lékařkou pro nodózní přestavbu štítné žlázy, cytologie vyšla benigní, indikována k thyreoidectomia totalis (TTE). Pacientka přijata 28.1.2008 pro plánovaný výkon, který lékařka doporučovala již v roce 2002, ale klientka ji odmítala a zkoušela homeopatickou léčbu. Nyní na operaci přistoupila jelikož došlo k mechanickému tlaku na krku a výrazné změně hlasu.

Stav při přijetí k plánovanému výkonu:

Vstupní anamnéza:	GSC	15
	VAS	0
	BMI	26
	NORTON	20
	BARTEL	100
	riziko pádu	0

- vysvětlení viz. Seznam zkratk a přílohy

Zhodnocení: fyziologické funkce dle měřících a hodnotících technik vyšly fyziologické-
v normě.



Objektivní vyšetření:

HLAVA - normální kolor kůže a sliznic, klidný nosohltan, jazyk vlhký bez povlaku, výstupy nervus V nebolestivé, inervace nervus VIII správná.

KRK - přiměřená náplň krčních žil, mízní uzliny nezvětšeny. Pravý lalok glanduly thyreoidey zvětšen.

HRUDNÍK - dýchání čisté, sklípkové, akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené.

BŘICHO - bez hmatné rezistence, měkké nebolestivé. Hepar a lien nezvětšeny, tapotmant negativní.

DK - bez edématozních změn

Krevní skupina - A Rh- pozitivní

Změna hmotnosti - NE

Celkový stav - spolupracuje, orientována , eupnoická, přiměřené výživy.

Schopna operace.

2.8 Průběh hospitalizace

Pacientka L.F. byla dne 28.1.2008 přijata na ORL kliniku ve Fakultní nemocnici v Motole pro plánovaný výkon. Při přijetí byla klientka řádně vyšetřena a přijata lékařem. Dále byla seznámena a podepsala tzv: „Informovaný souhlas pacienta“, který je součástí ošetřovatelské dokumentace, kde souhlasí s léčebnými postupy a operačními výkony. Klientka uvedla členy rodiny, kterým personál smí podávat informace o jejím zdravotním stavu. Zdravotní sestrou pak byla dále informována o právech pacientů, domácím řádu oddělení a dostala identifikační náramek. Byla seznámena a poučena sestrou o funkci signalizačního zařízení na pokoji . Lékařem byla informována o medikaci , přípravě před výkonem a s ním související prevencí tromboembolických nemocí.

V den příjmu byla pacientka uložena na pokoj na ,kterém po zbytek dne pobývala. Byla plně poučena a připravena na sál. Od půlnoci nic nejedla. V operační den ráno provedla hygienu, sundala veškeré šperky, které na sobě měla,vyprázdnila močový měchýř a byla provedena bandáž dolních končetin. Byla podána premedikace dle ordinace lékaře. Dále pacientka převezena s veškerou dokumentací na sál k výkonu,



kteřý probíhal v celkové anestezii. Na sále zaveden CŽK(centrální žilní katedr). Výkon proběhl standardně bez komplikací. Podle plánu byla odstraněna štítná žláza, byl zaveden jeden Redonův drén (viz. příloha č.8). Operace trvala 2 hodiny. Po operaci byla pacientka převezena ve zvýšené poloze na JIP(jednotku intenzivní péče), kde byla sledována. Pohyblivost byla snížena z důvodu Redonova drénu a anestézie. Naordinován klid na lůžku po dobu 4 hodin. Byla připojena na monitory, zajištěno zvlhčování vzduchu kyslíkem a sledovány základní fyziologické funkce plus kontrolován obvaz zda rána nekrvácí a správná funkce Redonova drénu. Důležitou součástí pozorování bylo zda se neprojevují parestézie, které většinou začínají brněním okolo úst a brněním konečků prstů ruky. Okamžitě v prvních minutách se objevila u pacientky reakce na anestézi a klientka zvracela, bylo podáno na ordinaci lékaře antiemetikum. V prvních dvou hodinách se stav pacientky sledoval každých 15 minut, dále pak každou hodinu. O veškeré péči a průběhu byla vedena řádná dokumentace. Po čtyřech hodinách byla zahájena první postupná aktivizace pacientky, kdy byla za doprovodu sestry dovedena na toaletu . V době, kdy byla pacientka na JIP, se nevyskytly žádné závažné komplikace, a proto po ranních kontrolních odběrech byla pacientka přeložena na standardní oddělení. Na oddělení byly podány medikace dle ordinace lékaře, sledována rána a Redonův drén . Druhý operační den byl Redonův drén odstraněn. Prováděny pravidelné odběry krve na biochemická vyšetření, kde se sledovaly hladiny vápníku a fosforu v těle. Hladiny vápníku u pacientky byly zpočátku nízké a objevily se parestézie, proto jí byl podán vápník p.o. ve formě tablet a intravenózně formou infúzí. Po upravení sledovaných hladin byla pacientka dne 3.2.2008 5. pooperační den propuštěna domů do domácího léčení. Byla poučena o tom, jak správně ošetřovat jizvu , a o následných kontrolách již u svého endokrinologického lékaře. Byla seznámena o nutnosti dodržování klidového režimu a o řešení pracovní neschopnosti po dobu 2-6 týdnů.

Zhodnocení současného stavu: Správná diagnostika a chirurgická léčba zabránila možnému vzniku nových komplikací souvisejících se štítnou žlázou. Operace proběhla



bez komplikací, hlasivky hybné bez poruch hlasu. Rána klidná bez známek infekce. Pacientka poučena o dalších kontrolách a o nutné spolupráci s endokrinologem.

Přehled hospitalizace:

1. Předoperační období

V první řadě je důležitá péče o pacientky psychiku. Strach a obavy z výkonu, nedostatečná informovanost mohou zhoršit průběh léčby a zhoršit přístup k zdravotnickému personálu. Je důležité k pacientce přistupovat příjemně, mile, empaticky, vstřícně. Dále zajistit všechny nutné dostupné informace o operaci a o pooperační péči. Poskytovat dostatek prostoru na otázky ze strany pacientky. Rovněž je nutné dokonale informovat o pooperační péči, dietním režimu, pohybovém režimu a možných komplikacích, které se mohou po operaci vyskytnout a je nutné je vždy hlásit sestře nebo lékaři, vše zaznamenat do ošetrovatelské dokumentace. Pacientce se plně věnuje ošetřující lékař, zdravotní sestra, anesteziolog a operatér.

Předoperační příprava:

- neurčí-li jinak lékaře, posledním jídlem je oběd, pouze diabetici dostanou večeři
- tekutiny se mohou přijímat do půlnoci, od půlnoci se nesmí pít, jíst ani kouřit
- je-li nutné objednat krevní konzervu k operaci, sestra odebere vzorek krve, který se dále zpracuje v krevní bance
- večer před spaním dostane dva glycerinový čípky, které si zavede rukou per rektum, tj. do konečníku
- nevyprázdní-li se do 4 hodin od zavedení čípku, informuje o tom sestru a ta po zvážení nabídne šetřené klyzma pomocí přípravku Yall
- diabetikům je vždy místo čípků podán Yall
- sestra dále oholí operační pole
- pacientky si musejí odlakovat nehty
- dle pokynu sestry se připraví věci na JIP a provede řádný soupis věcí
- sestře se odevzdají léky, které pacienti užívají



Příprava anesteziologa:

- komplexní předoperační příprava
 - seznámení s postupem anestézie
 - provede následující
1. zhodnotí výsledky + interní závěr
 2. seznámí s riziky anestézie
 3. doporučí doplnění anesteziologických ordinací před výkonem
 4. zhodnotí celkový stav
 5. naordinuje premedikaci

Bezprostřední příprava:

- kontrola fyziologických funkcí
- celková koupel
- dle ordinace anesteziologa zaveden močový katétr
- premedikace
- ráno při vizitě označení místa na kůži
- bezprostředně před odjezdem na operační sál odložení šatů, šperků, zubních protéz a kontaktních čoček
- na operační sál odjíždí pacient na posteli, svlečený a přikrytý

Přehled provedených vyšetření u pacientky:

- Ø výsledky předoperačního vyšetření byly zajištěny obvodním lékařem a předány při příjmu lékaři a založeny do dokumentace
- Ø při přijetí byla provedena opakovaná vyšetření pacientky, kontrolní UZ krku a vyšetřena anesteziologem

Předoperační příprava u pacientky proběhla následovně:

- Ø psychická příprava, vysvětlení léčebných a ošetrovatelských postupů
- Ø příprava operačního pole
- Ø provedena celková hygiena



Ø lačnost (24 hodin před výkonem nejíst, od půlnoci nepít, nekouřit)

Ø nácvik dechové rehabilitace, odkašlávání, sebeobsluhy, cvičení dolních končetin, nácvik sedu a vstávání

Provedena bezprostřední příprava pacientky:

Ø medikace: antikoagulační léčba Clexane 0,2ml s.c. v 6:00 hodin

Ø celková hygiena

Ø uložení cenností a šatů

Ø vyprázdnění močového měchýře

Ø provedena vysoká bandáž dolních končetin od prstů po třísla

Ø změření TK, P, TT a záznam výsledných hodnot do ošetrovatelské dokumentace

Ø premedikace v 12:10 hodin (30 min před operačním výkonem) Dolsin 50mg i.m., Atropin 0,5 mg i.m. (na telefonickou výzvu dle ordinace anesteziologa)

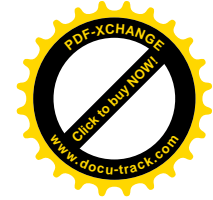
Ø příprava dokumentace a odvoz pacientky v 12:15 na lůžku na centrální operační sál (předána do péče anesteziologické sestry)

2. Intraoperační období

Paní L.F. byla provedena thyreoidectomia totalis. Pacientka byla během operace monitorována a průběh operace byl bez komplikací.

Záznam operačního výkonu:

Thyreoidectomia totalis v CA veden řež v jubilu, rozpreparováno podkoží, které fixováno stehy k rouškám. Rozhrnuty a horizontálně přestřiženy infrahyoidní svaly. Po té uvolněn horní pól pravého laloku a nadvakrát podvázán, preparováno po pouzdru štítné žlázy, podvázána laterální žíla uvolněn dolní pól, kde byly podvázány drobné větvičky dolní artérie. Nalezeno a na cévní stopce ponecháno dolní příštítné tělísko. Po



té opět preparováno po pouzdru, nalezen zvrtný nerv a postupně pravý lalok nad nervem odpreparován od průdušnice. Nalezeno horní tělísko, které ponecháno na cévní výživě. Výměna stran, uvolněn a nadvakrát podvázán dolní pól státnice, kde byly ligovány větvičky dolní artérie. Postupně preparováno po pouzdru, i na této straně nalezen zvrtný nerv a korní tělísko, které bylo ponecháno na cévní výživě. Celá štítná žláza odstřižena od průdušnice. Výplach rány, kontrola krvácení, vložen Redonův drén zleva, sutura po vrstvách. Výkon bez komplikací, viděny nervy oba a 3 tělíška.

3. Pooperační období

Pooperační péče byla zaměřena na sledování základních fyziologických funkcí, na celkový stav, saturování všech základních potřeb (fyzických i psychických) a tišení bolesti. Denně se prováděly převazy, kontrolovala se rána, funkčnost Redonova drénu a laboratorní výsledky. Důležitá je prevence tromboembolických komplikací včasným mobilizováním pacientky po operaci. Pooperační péče se většinou zajišťuje na jednotce intenzivní péče. Den po operaci se klientka vrátila zpět na oddělení, kde se pokračovalo v péči. Z nemocnice většinou odchází 5- 7 den po stabilizaci stavu. Je nutná spolupráce s pacientkou ,aby byla po propuštění schopna pečovat o ránu sama.

2. den hospitalizace = 0. pooperační den

Po operaci byla pacientka přeložena na JIP (jednotku intenzivní péče) ORL (otorinolaryngologie – ušní, nosní, krční) oddělení. Dle chorobopisu z JIP byl objektivní nález při přijetí: Pacientka byla orientována, již na operačním sále zvracela, pospávala, eupnoická, afebrilní. Obvaz na ráně suchý, Redonův drén odváděl malé množství tekutiny. Bolest v oblasti rány byla mírná, dýchala volně, parestézie neudávala. Kolorit přiměřený. Saturace O₂ 99%, EKG- nález fyziologický, Puls – 89/ za minutu, TK – 131/95 mmHg. Prováděno zvlhčování vzduchu kyslíkem. Po přijetí paní L.F. do péče se v pravidelných intervalech sledováno:

- stav vědomí, bolest, barva kůže
- případné prosáknutí obvazu operační rány, drenáž



- monitor – sledování vitálních funkcí: TT, TK, P, D, O₂, EKG po 15 minutách jednu hodinu po operaci, následně pak každou 1 hodinu dle ordinace lékaře
- antikoagulační léčba prvních 48 hodin
- měření příjmu a výdeje tekutin
- péče o zavedený periferní žilní katétr
- aplikace kyslíku nebulizátorem
- rehabilitace dýchacích cest
- dieta čajová od 16 hodin (pití po 4 – 6 hodinách od operace)

Medikace:

- Dipidolor 1 amp. i.v. dle ordinace lékaře (15:50, 22:00)
- Torecan 1 amp. i.v. dle ordinace lékaře (17:25 hodin)

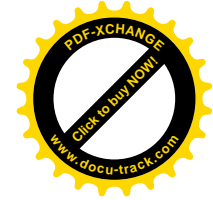
Infúzní terapie:

- Ringer 200ml
- Hartmann 500ml
- Glukóza 10% 500ml + 10 HMR jednotek + 10ml 7,5 KCl

Frekvence kapek všech infuzí 200 ml za hodinu. Infúze aplikovány infúzní pumpou.

Zhodnocení:

- pacientka v 14:52 přivezena z operačního sálu, při vědomí, orientována
- na sálovém překladišti zvracela, dostala Torecan 1.amp. i.v.
- po výkonu dvakrát zvracela
- fyziologické hodnoty po celou dobu fyziologické během celého dne
- příjem tekutin 1350ml (1200ml i.v. infúze (flexila) + 100ml čaje per os
- obvaz suchý, rána klidná s mírnou bolestivostí, z rány nekrvácela, Redonův drén odvedl 20ml
- léky aplikovány dle ordinace lékaře, nežádoucí účinky se nevyskytly
- periferní kanyla průchozí, okolí kanyly klidné
- pacientka vstala za pomoci sestry v 18:00 a došla si na WC
- cítí se slabá
- 2x zvracela



3. den hospitalizace = 1. pooperační den

Pacientka stále na JIP, v noci pospávala, během noci již nezvracela, k ránu parestézie v oblasti konečků prstů na rukách, proto dostala 1 tbl. Ca eff per os. Pila, močila. Ráno provedena hygiena u umyvadla za doprovodu sestry. Nesnídala.

- odběr : KO (krevní obraz), ionty, Ca, P, urea (dále odběr biologického materiálu- krve 1 – 3 – 5 den na biochemické vyšetření a zjištění hladin fosforu a vápníku v těle)

- vědomí – komunikuje, zornice- izokorie, mobilita – aktivní, bolest mírná

- proveden převaz rány, rána bez prosaku, drén vede přiměřeně- kontrola jeho funkčnosti

- periferní žilní katétr bez známek flebitidy

- fyziologické hodnoty : TT – 36,7 C

P – 80/ za minutu

TK – 125/85

saturace kyslíkem 100%

V 10:30 hodin přeložena z JIP na standardní oddělení. V pravé horní končetině měla zaveden periferní žilní katétr bez známek flebitidy (G 22) , již nezvracela a pocit nauzey nebyl, polehávala. Dle ordinace lékaře dieta racionální. Pokud by však ještě zvracela, tak doporučeno nejíst v poledne a místo oběda podat infúzi – G10% + 10ml KCl 7,5% + 10 HMR jednotek. U lůžka k dispozici čaj a piškoty. K obědu snědla polévku. Nadále pravidelně sledovány základní fyziologické funkce á 6 hodin.

Medikace ošetřujícího lékaře: - Torecan 1 amp. i.v. dle potřeby

- Hypnogen tbl. 0-0-1

- dieta racionální

- rehabilitace

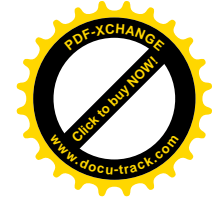
Zhodnocení:

- fyziologické funkce v normě

- příjem tekutin 1000ml

- periferní žilní katétr (G 22) průchozí, okolí bez známek flebitidy

- převaz operační rány, rána klidná, bolestivost krku po intubaci



- zvracení ani pocit nauzey není
- dieta racionální
- parestézie nejsou
- Redonův drén odvádí přiměřeně (45ml)
- přes den pospává
- rehabilitace, včasná mobilizace (vstávání z lůžka)
- večer před spaním úprava lůžka a vyvětrání místnosti
- podán Hypnogen (vedlejší účinek léků nebyl zaznamenán)

4. den hospitalizace = 2. pooperační den

Pacientka v noci spala klidně. Ráno se cítila odpočatě. Hygienickou péči zvládla sama u umyvadla. Snídala. Proveden převaz rány a odstraněn Redonův drén. Dále odstraněna periferní žilní kanyla pro otok horní končetiny.

- biochemický odběr krve na kontrolu hladiny Ca, P
- napíchnut nový periferní žilní katétr do druhé horní končetiny (levé)
- fyziologické funkce 2x denně – v normě
- TT afebrilní
- přikládán led na otok pravé horní končetiny
- vyprazdňování : větry +, stolice +
- rehabilitace
- dieta racionální
- při parestéziích infúze viz. medikace lékaře

Medikace lékaře: Algifen gtt. 30- 30- 30 per os
Tachystin gtt. 10- 0- 10 per os
Ca eff tbl. 1- 0- 1 per os
FR 1/1 250ml + 2 amp. Ca glukonikum

Zhodnocení současného stavu:

- fyziologické funkce v normě TT – 36 C
P – 81/za minutu



TK – 130/85 mmHg

- nízká hladina Ca
- mírné parestézie
- odstraněn periferní žilní katétr pro otok horní končetiny a zaveden nový
- otok ruky po ledování značně ustoupil
- odstraněn RD (64ml)
- rána klidná, čistá
- přes den pospávala, večer hygiena s doprovodem ve sprše
- vedlejší účinky léků nezjištěny

5. den hospitalizace = 3. pooperační den

Pacientka spala v noci klidně. Provedla hygienu u umyvadla. Snídala.

- proveden odběr na minerály - Ca, P
- měření fyziologických funkcí 2x denně
- TT afebrilní
- kontrola operační rány lékařem
- sledování známek parestézií
- periferní žilní katétr bez známek flebitidy
- monitorace známek bolesti
- vyprazdňování: větry +, stolice 0
- rehabilitace
- dieta racionální

Medikace dle ošetřujícího lékaře: - Algifen gtt. 30 – 0 -30 per os

- Tachystin tbl. 8 – 8 – 8 per os

- Ca eff. tbl. 1 – 0 – 1 per os

Infúze: FR 1/1 250ml + Ca gluconicum 2 amp. + 10ml 10% MgSO₄

Zhodnocení:

- operační rána v pořádku
- periferní žilní katétr průchozí, bez známek zarudnutí místa vpichu a projevu flebitidy



- parestézie mírné (převážně až k večeru)
- bez bolesti
- vedlejší účinky léků nejsou
- večerní hygiena ve sprše a úprava lůžka před spaním

6. den hospitalizace = 4. pooperační den

Pacientka se cítila dobře. Bolest ani parestézie neudávala. Rána byla klidná.

- TK normotenze 125/85 mmHg
- TT – afebrilní
- kontrolní biochemický odběr na zjištění hladiny Ca, P
- kontrola periferního žilního katétru

Medikace lékaře: Algifen gtt. 15- 15- 15 per os
 Ca eff. tbl. 1- 0- 1 per os

Zhodnocení:

- Ca + P v normě
- v 17:00 hodin periferní žilní katétr zrušen
- nekomplikovaný operační průběh

7. den hospitalizace = 5. pooperační den

Pooperační průběh bez komplikací, pacientka byla afebrilní, operační rána nekrvácela byla klidná, hojení per primam. Subjektivně bez obtíží. Pacientka neužívá žádnou dlouhodobou medikaci. V odpoledních hodinách propuštěna do domácího léčení. Doporučená kontrola u svého obvodního lékaře do 2 dnů a do 3 dnů u svého endokrinologického lékaře. Lékař poučil pacientku o šetřícím režimu.

2.9 Přehled provedených vyšetřovacích metod

Ze zobrazovacích metod v předoperačním vyšetření byl proveden UZ štítné žlázy, kde byly vidět mnohačetné uzle a zvětšený pravý lalok štítné žlázy. RTG hrudníku , kde byl normální nález na nitrohrudních orgánech. EKG- sinusový rytmus, křivka bez



známek ischemie. Z laboratorních vyšetření bylo předoperačně provedena biochemická vyšetření, hematologická vyšetření, koagulační vyšetření krve, a chemické vyšetření moče. Z laboratorních vyšetření po operaci byla provedena biochemická a hematologická vyšetření krve.

Laboratorní vyšetření krve v den přijetí a následně ve dny po operaci, kdy byla pacientka hospitalizována na 2. ORL klinice ve FN Motol.

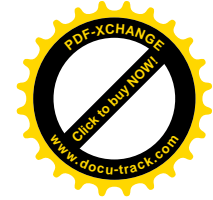
Přehled laboratorních výsledků:

- první (31.1.2008) a druhý (1.2.2008) pooperační den byla hladina vápníku nižší než je norma
- pro ilustraci uvádím hodnoty v tabulce viz. následující strana



16.1.2008 30.1.2008 31.1.2008 1.2.2008 2.2.2008 Normy

PDW		16,7				15,0-17,2
PCT		0,150				0,109-0,484
MPV		9,4				7,8-11,0
HGB	13,5	11,5				12,0-16,0
HCT	0,398	0,342				0,370-0,460
RBC	4,72	3,93				4,20-5,40
MCV	84	87				82,0-92,0
MCH	29	29,3				27,0-33,0
MCHC	33,9	33,6				32,0-36,0
RDW	0,143	13,5				11,6-13,7
PLT	174	161				140-440
WBC	5,63	9,6				4,0-10,0
neutrofilní segment	0,51					0,480-0,700
eozinofily	0,033					0,010-0,040
bazofily	0,003					0,000-0,010
monocyty	0,038					0,020-0,110
lymfocyty	0,416					0,250-0,450
P-Quick(INR)	1,02					0,80-1,20
P- APTT	26					25-35
APTT- poměr	0,88					0,80-1,20
S- močovina	2,3	2,4				2,0-6,7
S- kreatinin	72	55				44-97
S- sodík	142	133				137-146
S- draslík	4,68	4,1				3,8-5,0
S- chloridy	109	98				97-108
S- ALT	0,42	0,36				0,17-0,78
S- AST	0,43	0,33				0,16-0,72
S- GMT	0,53	0,59				0,14-0,63
S- glukóza	5,1	5,6				4,2-5,6
moč- nedodána						
celková bílkovina		55,9				65,0-85,0
Ca		2,03	1,79	1,82	2,02	2,05-2,54
P		1,55	1,43	1,88	2,07	0,65-2,20



2.10 Přehled terapie

Infúzní terapie:

RINGER	200 ml
HARTMANN	500 ml
GLUKÓZA 10 %	

Léky:

- *intravenózní*

TORECAN 2 ml – IS: Antiemetikum, antivertiinózum. I: Léčba a prevence nauzey, zvracení a závratí. NÚ: extrapyramidové poruchy zejména u mladistvých a přecitlivělých pacientů.

KCl 7,5 % - IS: Kaliový přípravek. I: Prevence a léčba hypokalémie. NÚ: hyperkalémie.

MgSO₄ 10 % - IS: Myorelaxans, homeostatikum. I: Při křečích a sklonech k nim, tetanus, preeklampsie, spazmofilní neuropatie, hypomagnezemie. NÚ: mírný laxativní účinek, dyspepsie.

- *intramuskulárně*

DOLSIN 50 mg – IS: Analgetikum- Anodyum. I: Bolesti při maligních tumorech, po těžkých úrazech, IM, astma cardiale, plicní edém, plicní embólie, premedikace před celkovou anestézií. NÚ: závrať, psychické změny, pocení, sucho v ústech, nauzea až zvracení, zácpa, retence moče, spazmuz žlučodů, poruchy srdeční frekvence, hypotenze, útlum dýchacího centra, alergická reakce, zrakové poruchy.

ATROPIN 0,5 mg – IS: Parasympatolytikum. I: K premedikaci v anesteziologii, jako pomocný lék u bradyarytmií. NÚ: porucha akomodace, zvýšení nitroočního tlaku až glaukom, alerfické konjunktivitidy, dermatokonjunktivitidy, ekzematické změny víček, urtikarie. Z celkových příznaků sucho v ústech, zástava činnosti potních žláz, zčervenání kůže, tachykardie, poruchy mikce, psychické změny.

DIPIDOLOR 2ml – IS: Analgetikum, Anodynum. I- Tlumení silných pooperačních bolestí, při bolestivých převazech popálenin. NÚ: zpomalení střevní motility, zácpa až střevní paréza, mírný útlum dýchání, nebezpečí vzniku závislosti.



- subkutánně – antikoagulační léčba

CLEXANE 0,2 ml – IS: Antitrombotikum, antikoagulans. I: Profylaxe tromboembolické nemoci, léčba trombózy hlubokých žil. NÚ: trombocytopenie, krvácení akchymózy v místě vpichu, zvášení alkalické fosfatázy a aminotransferáz v krevním séru.

- per os

HYPNOGEN 10 mg – IS: Hypnotikum, sedativum. I: Nespavost. NÚ: objevují se Ihod. od požití, pokud pacient neulehne, bolesti hlavy, ospalost, závratě, citová otupělost, snížená činnost, zmatenost, průjem, zvracení, dvojité vidění, vyrážka, výpadky paměti, únava, svalová slabost, poruchy hybnosti, deprese, podrážděnost, agresivita, bludy, vztek, noční děsy, halucinace, nevhodné chování.

OXAZEPAM 10 mg – IS: Anxiolytikum. I: Stavby úzkosti, stavby spojené s depresí a zvýšenou dráždivostí, při nespavosti, léčba abstinenciho syndromu u alkoholismu, svalové spazmy. NÚ: ospalost a ataxie, závratě, únava, bolesti hlavy, zmatenost, deprese, poruchy řeči až dysartrie, změny libida, třes, neklid, kožní erupce, žloutenky, poruchy krvetvorby, při vyšších dávkách hypotenze a při intoxikaci alkoholem útlum dechového centra. Abstinenci příznaky zahrnují: úzkostlivost, nespavost, třes, perspiraci, bolesti hlavy, závratě, tinnitus, ztráta chuti k jídlu, přecitlivělost na akustické a vizuální podněty, nauzeu, zvracení, palpitace, ortostatickou hypotenzi. Zřídka vznikají závažnější příznaky, svalové záškuby, psychotické stavby, křeče, halucinace a delirium tremens.

CA eff – IS: Vitamin, kalciový přípravek. I: Léčebně preventivní podávání a podpurná terapie při chřipkách a infekcích, rekonvalescence, ve vyšším věku, v laktaci, zlomeniny a chirurgické zákroky. NÚ: nejsou známé.

ALGIFEN gtt. – IS: Analgetikum, spazmolytikum. I: Spastické bolesti hladkého svalstva, žlučové a ledviné koliky, migrény, bolesti zubů, bolesti po menších chirurgických zákrocích, spazmoanalgezie před a po instrumentálním vyšetření. NÚ: alergické reakce, poruchy krvetvorby, hemolytická anémie, leukopenie, suchost v ústech, poruchy vidění, tachykardie, zácpa, ztížená mikce, snížení účinků steroidních kontraceptiv.



TACHYSTIN gtt. – IS: Vitamin. I: Hypokalcemická tetanie, některé případy osteomalacie. NÚ: Anorexie, slabost, nevolnost, zácpa, polyurie, žízeň, bolesti hlavy-toto jsou příznaky předávkování. Nutno podat dostatek tekutin, stravu chudou na kalcium, případně kortikoidy.

Při aplikaci léků byla pacientka vždy poučena o možnostech vedlejších účinků a v případě pocitu nevolnosti, ihned reakci hlásila. Aplikace všech léků proběhla bez komplikací a známek vedlejších účinků.



3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Ošetrovatelské anamnézy

Pro zpracování informací o pacientce L.F.jsem využila metodu ošetrovatelského modelu fungujícího zdraví Majory Gordonové, dle kterého jsem následně stanovila ošetrovatelský proces.

Teorie ošetrovatelského modelu dle Majory Gordonové

Tento model byl poprvé publikován v letech 1982, 1987 ve Spojených státech amerických. V Evropě se začal tento model akceptovat v 90. letech a v různých modifikovaných podobách. „ Model funkčního typu zdraví“ je jedním z ošetrovatelských modelů, který umožňuje koncepční rámec pro systematické ošetrovatelské zhodnocení zdravotního stavu pacienta v jakékoli oblasti systému péče. Ošetrovatelským cílem je co nejvyšší úroveň zdraví a přijetí zodpovědnosti jedince za své zdraví. Klient/pacient dospívá k rovnováze bio-psycho-sociální interakcí (porucha jedné oblasti narušuje zdraví celého organismu). Klient/pacient je vnímán jako holistická bytost se svými biologickými, psychologickými, sociálními, kulturními, behaviorálními, kognitivními a spirituálními potřebami. Jako bytost s funkčním nebo dysfunkčním typem zdraví.

Pokud sestra identifikuje dysfunkční vzorec zdraví, musí stanovit ošetrovatelské diagnózy a pokračovat v ostatních krocích ošetrovatelského procesu.

Základní strukturu modelu tvoří 12 vzorců zdraví:

1. *Vnímání zdraví – udržování zdraví* – jak pacient vnímá svůj zdravotní stav a jak udržuje své zdraví a způsoby, kterými se o vlastní zdraví stará
2. *Výživa a metabolismus* – zahrnuje způsob přijímání potravy a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu
3. *Vylučování* - zahrnuje exkreční funkci střev, močového měchýře, kůže, pravidelnost, užívání projímadel, vyprazdňovací rituál



4. *Aktivita a cvičení* – obsahuje způsoby udržení tělesné kondice cvičením nebo jinými aktivitami, zahrnuje aktivity denního života, volného času a rekreační aktivity.

U sebepečce se využívá kódů pro funkční úroveň:

Úroveň 0: nezávislý, soběstačný nemocný

Úroveň 1: potřebuje minimální pomoc, sám používá pomocný prostředek (pomůcku a zařízení)

Úroveň 2: potřebuje menší pomoc, dohled, radu

Úroveň 3: potřebuje pomoc druhé osoby, pomůcky nebo zařízení

Úroveň 4: potřebuje úplný dohled

Úroveň 5: potřebuje úplnou pomoc nebo je neschopen pomáhat

5. *Spánek a odpočinek* – zahrnuje způsob spánku, oddechu, relaxace

6. *Vnímání, citlivost a poznávání* – obsahuje schopnost smyslového vnímání a poznávání, včetně bolesti a poznávací (kognitivní) schopnosti jedince

7. *Sebepojetí a sebeúcta* – vyjadřuje, jak jedinec vnímá sám sebe, jakou má o sobě představu

8. *Role – mezilidské vztahy* – obsahuje plnění a přijetí životních rolí a úroveň interpersonálních vztahů

9. *Sexualita* – zahrnuje reprodukční období a sexualitu, včetně spokojenosti, změn

10. *Stres* – obsahuje celkový způsob tolerance a zvládnání stresových či zátěžových situací

11. *Víra – životní hodnoty* – obsahuje individuální vnímání životních hodnot, cílů a přesvědčení, včetně víry (náboženského vyznání a transcendentu - to co překračuje naši rozumovou a smyslovou zkušenost), které jedince ovlivňují

12. *Jiné* – získané informace o pacientce, které se jinam nehodí

Následující informace jsem získala standardizovaným rozhovorem a objektivním pozorováním pacientky při rozhovoru.

1. *Vnímání zdraví – udržování zdraví*

Od roku 1999 se pacientka léčí s onemocněním štítné žlázy. Předtím kromě běžných dětských onemocnění a opakovaných zánětů horních cest dýchacích vážněji



nestonala. Roku 2006 zlomenina horní končetiny. Veškeré stomatologické a gynekologické preventivní prohlídky absolvuje pravidelně. Na doporučení svého endokrinologického lékaře měla podstoupit operaci štítné žlázy již roku 2000. Operaci odmítla a zkoušela se léčit u lidových léčitelů. Na operaci přistoupila až nyní, kdy sama začala pociťovat obtíže a změnu hlasu. Byla odeslána do FN Motol na ORL kliniku pro plánovaný výkon thyreoidectomia totalit s diagnosou struma netoxická mnohouzlová. Na základě získaných informací co vše léčba přináší se rozhodla operaci podstoupit.

2. *Výživa*

Pacientka nedodrhuje žádné dietní opatření. Sama však říká, že se snaží jíst zdravě, do stravy zahrnuje veliké množství zeleniny a ovoce a k zdravým stravovacím návykům se snaží vést i svoji rodinu. Za posledního půl roku výrazně nezhubla ani nepřibrala. Od hospitalizace moc hlad ani chuť k jídlu nemá. Pitný režim dodrhuje, její denní příjem tekutin před hospitalizací činil 1,5 – 2,5 litru (především bylinkové čaje a neperlivé minerální vody). Operační rána ji nesvědí, je klidná, krytá volným čtvercem. Jiné problémy neudává. Stav pokožky je v normě, pokožka vyživená.

3. *Vylučování*

Doma udává pravidelnou stolicí čas od času trpí zácpou. Projímadla užívá jen v krajní nouzi. Po operaci stolice byla, větry odcházejí. Problémy s močením neudává. Při operačním výkonu cévka (permanentní močový katétr nezaveden). Močí spontánně, pálení, řezání ani tlak v močovém měchýři nemá. Zvýšeně se nepotí.

4. *Aktivita a cvičení*

Díky pracovní době od sedmé hodiny ráno do páté hodiny odpolední na aktivní sportování mnoho času nemá. Snaží se, ale každý víkend s rodinou podnikat výlety, do kterých zahrnuje i jízdu na kole, kterou má celá rodina velmi ráda. Snaží se chodit co nejvíce pěšky. Aktivní je především v péči o svoji rodinu, kdy jak sama říká : „ naběhám se kolem nich až „ .



5. *Spánek a odpočinek*

Se spánkem problémy nemá, je opravdu spokojená. Doma pravidelně usíná kolem desáté hodiny večerní a vstává kolem páté – šesté hodiny. Pro navození spánku využívá četby knihy. Svůj spánek hodnotí velmi kvalitně. Před operací spánek porušen strach z výkonu a od operace ji v noci budily občasné parestezie rukou.

6. *Vnímání (citlivost), poznávání*

Před a po operaci je plačtivější. Má obavy z výsledku histologie a také obavy co se týče zaměstnání, jeho ztráty z důvodu absence. Dále v termínu její hospitalizace byla operována její dcera a pacientku velmi mrzelo, že nemůže být u ní.

Obtíže ze zrakem ani sluchem nemá. Orientuje se a odpovídá přiměřeně. O svůj zdravotní stav se aktivně zajímá pacientka i její rodina. Pokud se objeví bolest operační rány či jiné komplikace, na vyžádání ji sestra podá medikaci dle ordinace lékaře.

7. *Sebepojetí a sebeúcta, vnímání sebe sama*

V poslední době vnímá sebe sama trochu negativně, připadá si že, nic neumí jelikož určité věci nevycházejí tak, jak by sama chtěla. Vždy ji velmi potěší návštěva či telefonát rodiny.

8. *Role, mezilidské vztahy*

Bydlí v rodinném domě se svými dvěma dětmi, jedním synem a jednou dcerou a manželem. Za celou dobu soužití, se vyskytly jen občasné hádky, žádnou manželskou krizi doteď neřešili. V partnerském životě s manželem je velmi spokojená. Se svými dětmi a manželem má velice těsný vztah. Z rodičů žije již jen maminka, se kterou má velmi hezký vztah. Chodí k ní na velmi časté návštěvy jelikož maminka bydlí blízko. V pracovní atmosféře je velmi spokojena, zaměstnání jí po profesní stránce zcela naplňuje. Jedinou nevýhodou zaměstnání je, že v něm tráví spoustu času a někdy jí přijde, že na úkor práce zanedbává rodinu. Vše se jim snaží vynahradiť o víkend. Pracuje jako správce úvěrů v bance. S manželem mají také spoustu přátel, se kterými rádi tráví volný čas.



9. Sexualita, reprodukční období

Menstruace od 13 let, pravidelná bez obtíží. Porodila dvě děti v termínu, komplikace při porodu neuvádí. Hormonální terapii užívá. Sexuální život jí vyhovuje. Na pravidelné gynekologické prohlídky dochází.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance

V těžkých chvílích má největší oporu u manžela a u dětí. Stresové situace se snaží řešit v klidu, žádné zvláštní postupy při řešení problémů nepoužívá. Snaží relaxovat při četbě a o víkendu s rodinou. Při špatných náladách nebo stresu se striktně vyhýbá lékům a vše řeší pomocí bylinek a relaxování.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Paní L.F. je sama nevěřící původem Slovenka a její rodina, ze které pochází, je silně věřící. Je toho názoru, že největší moc má příroda a člověk proti ní nic nezmůže. Nejvyšší hodnotou je pro ní zdraví, které by si přeje pro sebe i celou svou rodinu.

12. Jiné:

Pacientka nikdy nekouřila, nikdy neužívala ani nezkoušela žádné drogy ,alkohol pije příležitostně.



3.2 Přehled ošetřovatelských diagnóz

Předoperační diagnózy:

1. Strach ze zvracení po anestézii z důvodu špatných zkušeností z předchozí operace, projevující se neklidem.
2. Strach z důvodu vlastního onemocnění, projevující se úzkostí a neklidem.

Pooperační diagnózy:

1. Akutní bolest v ráně z důvodu operačního výkonu, projevující se bolestivou mimikou a verbálními projevy.
2. Nevolnost z důvodu anestézie, projevující se zvracením.
3. Porucha polykání z důvodu intubace a operační rány, projevující se chrapotem a obtížnějším příjmem stravy.
4. Parestézie z důvodu nízké pooperační hladiny kalcia, projevující se brněním konečků prstů ruky a v okolí úst.
5. Infekce z důvodu zavedeného periferního žilního katétru, projevující se zčervenáním v místě vpichu, bolestivostí a otokem horní končetiny.
6. Porušená kožní integrita z důvodu chirurgického výkonu, projevující se kožními změnami v oblasti krku.
7. Porucha spánku z důvodu nočních parestézií, projevující se zhoršenou kvalitou spánku a rozladěností pacientky.
8. Omezení tělesné hybnosti z důvodu operační rány, projevující se sníženou schopností sebepéče.
9. Riziko vzniku infekce z důvodu invazivních vstupů (flexila, Redonův drén) a operační rány, projevující se febrilií a patologickými hodnotami.



3.3 Plán ošetrovatelské péče

Předoperační diagnózy a jejich plán ošetrovatelské péče

1. Strach ze zvracení po anestézii z důvodu špatných zkušeností z předchozí operace, projevující se neklidem.

Cíl: - zmírnění až odstranění strachu

- zklidnění pacientky

Plán: - informovat pacientku o možných vedlejších účincích anestézie

- informovat pacientku o nutné lačnosti před výkonem, která zmírňuje nevolnosti po anestézii
- sledovat a zapisovat všechny projevy neklidu
- mluvit s pacientkou o jejím strachu, dát jí dostatek prostoru na vypovídání a základní otázek souvisejících s jejím strachem
- zajištění předoperační konzultace s anesteziologem
- podávat případné medikace dle ordinace lékaře

Realizace: - pacientka byla informována o možných vedlejších účincích anestézie

- sledovala se míra neklidu a pacientce se poskytl prostor pro kladení a zodpovězení jejích otázek
- proběhla předoperační návštěva anesteziologa
- byla poučena o lačnosti před výkonem
- podávány medikace dle ordinace lékaře

Zhodnocení: - po návštěvě anesteziologa, který odpověděl na všechny otázky

- a pacientku poučil o anestézii došlo k výraznému zklidnění pacientky
- pacientka před výkonem nalačno



2. Strach a důvodu vlastního onemocnění, projevující se úzkostí a neklidem.

Cíl: - zmírnění až odstranění strachu

- zklidnění pacientky

Plán: - dokonale informovat pacientku o vlastním onemocněním

- plně informovat pacientku o průběhu operačního výkonu
- mluvit s pacientkou o jejím strachu
- být k pacientce empatická a chápat její přirozený strach, snažit se ho zmírnit odvedením myšlenek od operace
- podávat případné medikace dle ordinace ošetřujícího lékaře

Realizace: - pacientka byla edukována o svém onemocnění a průběhu operačního výkonu

- veškerý zdravotnický personál k pacientce přistupoval mile a empaticky
- byla snaha o odvedení myšlenek pacientky lehkými činnostmi (čtení, verbální komunikace, luštění křížovek)
- podávány medikace dle ordinace lékaře

Zhodnocení: - po empatickém přístupu zdravotnického personálu a edukaci o výkonu nedošlo k úplnému vymizení přirozeného strachu z výkonu, ale došlo k výraznému zklidnění pacientky

Pooperační diagnózy a jejich plán ošetrovatelské péče

1. Akutní bolest v ráně z důvodu operačního výkonu projevující se bolestivou mimikou v verbálních projevy.

Cíl: - zmírnění až úplné odstranění bolesti

- dodržení farmakologické medikace



- verbální i neverbální projevy úlevy

- Plán:*
- informovat pacientku o možnosti podávání analgetik a o sledování bolesti
 - aktivně se pacientky ptát na bolest
 - správně posoudit a zaznamenávat bolest, její vývoj, lokalizaci, intenzitu a reakci na podaná analgetika
 - pomoci pacientce nalézt vhodnou úlevovou polohu a naučit ji jak ji správně zaujmout
 - informovat lékaře o vývoji bolesti a o reakci na podávaná analgetika

- Realizace :*
- pacientka byla informována o možnosti podání analgetik, o způsobu jejich podání a o časových intervalech, ve kterých mohou být podávány
 - pacientce byly podávány analgetika dle intenzity bolesti a dle ordinace
 - pravidelně byla zaznamenávána bolest i její reakce na analgetika dle analogové stupnice VAS
 - lékař byl informován o vývoji a intenzitě bolesti a dle záznamů VAS vhodně upravil medikaci
 - pacientka se naučila sama zaujímat úlevovou polohu, která ji pomáhá od bolesti

- Zhodnocení:*
- pacientka dobře spolupracuje, aktivně si sama říká o analgetika a její bolesti jsou přiměřené jejímu stavu a jejich intenzita neruší spánek ani odpočinek

2. Nevolnost z důvodu anestézie, projevující se zvracením.

- Cíl:*
- zmírnění až postupné odstranění nevolnosti
 - hydratovaná pacientka

- Plán:*
- zjistit příčinu nevolnosti



- podávat antiemetika dle ordinace lékaře
- sledovat hlavní a vedlejší účinky antiemetik
- sledovat příjem tekutin
- zajištění emitní misky s buničinou u lůžka

Realizace: - zjištěna příčina nevolnosti, následek anestézie

- byly podávány antiemetika dle ordinace lékaře, u léků nebyl upozorován žádný vedlejší účinek
- byly zajištěny tekutiny k lůžku pacientky
- pacientce byla dodána emitní miska s buničitou vatou k lůžku

Zhodnocení: - pacientce byly aplikovány antiemetika, po kterých došlo k zmírnění zvracení až úplnému vymizení nevolnosti a zvracení

- nebyly spozorovány žádné vedlejší účinky a stav hydratace pacientky byl zachován v normálu

3. Porucha polykání z důvodu intubace a operační rány po výkonu, projevující se chrapotem a obtížnějším příjmem stravy.

Cíl: - odstranění obtíží stavu

- zajištění lehce přijímatelné stravy

Plán: - dbát na to, aby pacientka zbytečně nenamáhala krk a nemluvila

- zajištění lehce přijímatelné stravy
- podávat a aplikovat medikace lékaře
- zajistit ledové obklady na krk
- sledoval projevy bolesti dle VAS a vést řádně záznam do dokumentace

Realizace: - byla zajištěna lehce přijímatelná strava, která se dobře polyká v prvních dnech po operaci, dieta číslo 3 (racionální)



- byly zajištěny ledové obklady, které se přikládaly na krk
- pacientka byla poučena, aby krk zbytečně nenamáhala a o bolesti, kterou pociťovala jako následek intubace a operačního výkonu
- vedeny záznamy ošetřovatelské péče do dokumentace

Zhodnocení: - podrážděnost krku v rámci intubace byla odstraněna a pocit tlaku způsobený operační ránou se při hospitalizaci zmenšoval, pacientka od tekuté stravy přešla na stravu tuhou, která jí v den propuštění nedělala problém konzumovat

4. Parestézie z důvodu nízké pooperační hladiny kalcia, projevující se brněním konečků prstů ruky a v okolí úst.

Cíl: - odstranění parestézií

- zajistit farmakologickou medikaci

Plán: - provést kontrolní krevní odběry 1., 3. a 5. pooperační den

- sledovat laboratorní hodnoty Ca, P z biochemického vyšetření krve a informovat o jejich hladinách lékaře
- podávat léky či infúze dle ordinace lékaře
- doporučit pacientce potraviny bohaté na kalcium
- sledovat lokalizaci a intenzitu parestézií a vše řádně zapisovat do ošetřovatelské dokumentace

Realizace: - byly provedeny odběry 1., 3. a 5. pooperační den

- byla zjištěna nízká hladina kalcia a proto se podávaly kalciové preparáty a infúze dle ordinace ošetřujícího lékaře
- u pacientky byla zjištěna parestézie v oblasti konečků prstů na obou rukách, parestézie se vyskytovaly především v nočních hodinách, veden o nich řádný záznam



Zhodnocení: - u pacientky byly provedeny odběry, kdy byla nízká hladina kalcia, proto byly podávány kalciové preparáty a infúze, které hladinu kalcia upravily tím vymizely především noční parestézie
- při propuštění domů byla hladina minerálů - Ca a P v normě a pacientka neudávala parestézie, byla poučena o důležitosti příjmu potravin bohatých na kalcium

5. Infekce z důvodu zavedeného periferního žilního katétru, projevující se zčervenáním v místě vpichu, bolestivostí a otokem horní končetiny.

Cíl: - pacient bez infekce

- zabránění rozvoji infekce a vzniku septického stavu

Plán: - pravidelně sledovat všechny invazivní vstupy a jejich okolí

- provádět převazy za aseptických podmínek
- sledovat subjektivní a objektivní příznaky infekce
- zhodnotit a dokumentovat stav kůže v místech zavedení kanyl, katétrů a drénů
- informovat lékaře a podávat medikace dle ordinace
- edukovat pacientku o možnostech vzniku a projevu infekce
- dbát na to, aby nedošlo k rozvoji infekce
- místo vpichu mazat Heparoidem (mast se zklidňujícím účinkem) a na otok ruky přikládat led

Realizace: - byly sledovány invazivní vstupy a známky infekce

- při převazech dodržen aseptický přístup
- sledovaly se veškeré projevy infekce a byla vedena dokumentace
- přes všechna opatření došlo k otoku na předloktí pravé horní končetiny a zčervenání místa vpichu okolo zavedené flexily
- místo vpichu bylo ošetřováno Heparoidem a na otok ruky se přikládal led
- podávány medikace dle ordinace lékaře



- pacientka edukována o možném vzniku a projevu infekce

Zhodnocení: - přes snahu dodržování aseptických podmínek při převazu a pravidelné kontroly došlo k projevům známky infekce na pravé horní končetině, místo vpichu zarudlé a vytvořil se otok na předloktí

- na místo vpichu se aplikovala mast Heparoid a na otok se přikládá led
- včasným zachycením prvních projevů infekce a včasnou léčbou došlo k zabránění rozvoje infekce a za dobu hospitalizace už k dalším projevům infekce nedošlo

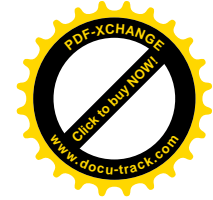
6. Porušená kožní integrita z důvodu chirurgického výkonu, projevující se kožními změnami v oblasti krku.

- Cíl: - zhojení operační rány bez komplikací
- zhojení rány per primam

- Plán: - sledovat ránu a její okolí
- asepticky převazovat ránu, s užitím příslušných pomůcek
 - péče o drén a operační ránu, sledovat okolí rány a odpady z Redonova drénu

- Realizace: - rána byla pečlivě sledována a dle potřeby rána asepticky převázána
- udržován stálý tlak v drénu a byly prováděny kontroly odpadu z rány

- Zhodnocení: - Redonův drén odváděl sekret z rány
- po sešití rána byla klidná a hojila se bez komplikací per primam



7. Porucha spánku z důvodu nočních parestézií, projevující se zhoršenou kvalitou spánku a rozladěností pacientky.

Cíl: - obnovit klidný spánek

- pacientka bude po probuzení odpočatá

Plán: - zajistit medikace na odstranění parestézií popřípadě hypnotik

- sledovat účinky podávaných léků
- zajistit vyvětrání a upravení lůžka před spaním, zajistit spánkové rituály
- nebudit pacientku přes noc a ráno jí nechat v klidu dospat

Realizace: - pokoj před spaním byl vyvětrán a lůžku upravené

- byly podány medikace dle ordinace lékaře
- byly sledovány hlavní a vedlejší účinky léků
- pacientka se v noci často budila, nebyla časně ráno buzena a byla nechávána dospat

Zhodnocení: - po upravení hladin minerálů do fyziologických hodnot vymizely noční parestézie a u pacientky došlo k navrácení klidného spánku a pocitu

odpočatosti po probuzení

- u podávaných léků nebyly zaznamenány žádné vedlejší účinky

8. Omezení tělesné hybnosti z důvodu operační rány, projevující se sníženou schopností sebepéče.

Cíl: - pacientka bude mít po operaci pocit pohodlí, spokojenosti a čistoty

- soběstačný pacient

Plán: - u pacientky bude provedena celková koupel, včetně hygieny dutiny ústní a genitálu



- výměna ložního prádla
- bude zajištěno udržení přiměřeného osobního vzhledu
- bude zajištěno klidné prostředí a zajištěno pohodlí
- podávat medikace dle ordinace lékaře a vést řádně dokumentaci

Realizace: - u pacientky provedena celková hygiena za asistence sestry

- výměna ložního prádla, úprava lůžka
- zajištěn celkový komfort pacientky
- podávány medikace dle ordinace lékaře

Zhodnocení: - u pacientky se docílilo okamžité mobilizace po operačním výkonu

- pacientka působí upraveně, její lůžko bylo čisté a byla na pokoji, kde se podařilo zachovat klid

9. Riziko vzniku infekce z důvodu invazivních vstupů (flexila, Redonův drén) a operační rány, projevující se febrilií a patologickými hodnotami.

Cíl: - najít způsoby, jak předcházet infekci nebo snížit riziko jejího vzniku

- usilovat o včasné zhojení ran a včasné odstranění nebo výměnu invazivních vstupů a dalších možných zdrojů infekce

Plán: - pravidelně sledovat ránu, všechny invazivní vstupy a jejich okolí

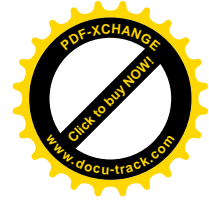
- převazy rány a invazivních vstupů za přísně aseptických podmínek, s užitím příslušných pomůcek
- sledovat subjektivní i objektivní příznaky infekce
- při příznacích infekce informovat lékaře a podat medikaci dle ordinace lékaře

Realizace: - dle ordinace lékaře byly prováděny pravidelné odběry krve (zánětlivé markery – leukocyty, CRP a při TT hemokulturu) a moče (chemicky + sediment), vše zaznamenáváno do dokumentace a byl informován lékař



- rána a invazivní vstupy byly kontrolovány a asepticky převázány vždy před ranní vizitou a dále pak během dne dle potřeby a veškeré změny zaznamenávány do dokumentace
- kontrolováno množství a charakter tekutiny v drénech

Zhodnocení: - u pacientky se infekce vyskytla (viz. diagnóza č.5) , jiné problémy v souvislosti s invazivními vstupy se nevyskytly



4 EDUKACE

Při přijetí na ORL oddělení byla paní L.F. seznámena s oddělením a jeho chodem. Ošetřujícím personálem byla poučena o předpokládaném průběhu hospitalizace a byly jí vysvětleny veškeré ošetřovatelské výkony.

Před propuštěním do domácího léčení byla edukována lékařem o šetřícím pohybovém režimu a dále o následné kontrole u svého endokrinologa, který stanoví optimální dávku a bude informovat o způsobu užívání tablet hormonů štítné žlázy a nutnosti kontrol v prvních měsících po operaci. Dále bylo cílem edukace osvojení si získaných informací k dosažení optimální celkové pohody a dosažení celkového zdravého životního stylu.

Poučení bylo zaměřeno dále na toaletu operační rány, kterou je nutné udržovat v čistotě. Doporučeno pouze sprchování vlažnou vodou alespoň dvakrát denně, dbát na vzdušnost rány a nenosit těsné oblečení v okolí rány, aby nedocházelo k dráždění. Dokonale bylo vysvětleno nemocné, jak má pečovat o okolí rány .

Další doporučení a intervence se týkaly přidržování operační rány zejména při kýčání a kašli a o pracovní neschopnosti, která trvá individuálně 2 – 6 týdnů. Fyzická a pracovní aktivita by měla být pozvolná, není vhodné zvedat těžká břemena, provádět rychlé záklony a úklony hlavy. Pracovní způsobilost se nemění a je nutné se vyvarovat velké psychické zátěži. Také to, jak vhodný je pro pacientku pohyb na čerstvém vzduchu a důležitost relaxace. Dále paní L.F. obdržela potřebný edukační materiál naší kliniky a byla ujistěna, že v případě dalších pochybností se může na cokoli zeptat.

Péče o jizvy:

Rána se hojí jemnou hladkou jizvou , kdy v počátku bývá tuhá, zduřelá a růžová. Postupně jizva bledne a měkne.

Pro dobré hojení:

- od 3 – 5 dne lehce promazávat 2x denně nemastným gelem například (Calcium pantothenicum, sádlo nesolené, měsíčková mast)



- nestrhávat stroupky
- po odstranění stehů stále mazat
- po dobu 2 měsíců nevystavovat ránu záření (sluníčko, solárium), lépe to však dodržet půl roku
- nenosit těsné oblečení, které by ránu dráždilo
- čerstvou jizvu (2 – 4 týdny) nenamáčet v bazénu
- lehce sprchovat až po třech dnech operace
- jizva se hojí a vyzrává půl roku i déle, je nutné nevystavovat ji zátěži – aby nedošlo k roztažení jizvy
- používat gely na podporu vzhledu jizev
- při velké viditelné jizvě možnost laseru



5 PROGNOZA

Nemocní po operacích, při kterých se odstraňuje štítná žláza dostávají následně od operace celoživotně hormony štítné žlázy v tabletové formě. Provádí se kontrola hladiny hormonů štítné žlázy v krvi a u neradikálních operací, kdy se odstraní jen část štítné žlázy a zbylá část v těle zůstává, se v pravidelných kontrolách sleduje možnost nové recidivy onemocnění.

Pacientka L.F., o kterou jsem pečovala, podstoupila operaci, při které jí byla odstraněna celá štítná žláza. Histologický nález po operaci byl bez malignity a operační rána se zhojila per primam. . Hospitalizace včetně operace proběhly bez komplikací a po srovnání nízké hladiny vápníků byla pacientka propuštěna domů a poučena o následné kontrole u svého endokrinologického lékaře, ten stanoví řádnou dávku hormonů štítné žlázy a poučí pacientku o formě užívání.



6 ZÁVĚR

Paní L.F byla v souvislosti s plánovaným výkonem, při kterém jí byla odstraněna celá štítná žláza, hospitalizována od 29.1. 2008 do 3.2. 2008, tj. 6 dní. Při propuštění do domácího prostředí byl stav pacientky uspokojivý, stabilizovaný a nevyžadoval další pravidelný lékařský dohled ani ošetrovatelskou péči.

Ošetřujícím lékařem byla informována o předpokládané době rekonvalescence a nutnosti dodržení lékařských kontrol. Byla poučena o tom, aby se do dvou dnů hlásila u svého obvodního lékaře a do tří dnů u svého endokrinologického lékaře. Dále byla pacientka seznámena s výsledkem histologického vyšetření.

Rady, které jsem dala pacientce, se týkaly především hygienicko - dietetického režimu, tělesného šetření a masírování jizvy. Pro lepší zapamatování jsem pacientce věnovala informační letáčky, kde byly veškeré potřebné informace napsány a doplnila jsem důležité telefonní číslo (ORL oddělení nemocnice, kde byla hospitalizována). Opakovaně jsem zdůraznila potřebu operační ránu sprchovat, po dobu minimálně tří týdnů nekoupat a nevystavovat žádnému záření. Upozornila jsem, že únava a snížený výkon může přetrvávat až měsíce. Náročnější aktivity by měla vykonávat až po půl roce. Dále jsem ji ujistila, že po výkonu může vést plnohodnotný život a nemusí se v ničem omezovat.

Po dobu hospitalizace byla navštěvována manželem a dětmi, se kterými má pacientka velmi těsný vztah. Myslím si, že mohu s klidem říci, že po propuštění do domácí péče bude pacientka v klidném rodinném prostředí a rodina se jí bude snažit být nápomocná ve všech směrech a bude respektovat doporučený režim pacientky.

Pacientka kladně zhodnotila přístup celého zdravotnického personálu, který v ní vyvolal pocit důvěry a bezpečí.

S paní L.F. a její rodinou se mi velmi dobře spolupracovalo. Nabyla jsem dojmu, že byl vytvořen důvěryhodný vztah a z toho vyplývající dobrá spolupráce.



7 RESUME

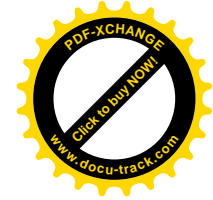
Svoji bakalářskou práci jsem psala na téma ošetrovatelský proces u pacienta před a po operaci štítné žlázy. Práci jsem rozdělila na dvě části. V první teoretické části se zabývám anatomií, fyziologií, charakteristikou onemocnění a vyšetřením vedoucí k diagnóze a léčbě. V druhé praktické části se věnuji ošetrovatelskému procesu u konkrétní pacientky s onemocněním štítné žlázy. O pacientku jsem pečovala na ORL oddělení, kde ji byla odstraněna štítná žláza. V průběhu hospitalizace jsem odebrala ošetrovatelskou anamnézu vycházející z ošetřujícího modelu Funkčního zdraví Majory Gordonové. Díky získaným informacím ze zdravotnické dokumentace, pacientky a ostatního zdravotního personálu jsem analyzovala veškeré problémy a stanovila ošetrovatelské diagnózy, ke kterým jsem připojila cíl, plán ošetrovatelské péče a realizaci plánu. Závěr práce náleží edukaci a prognóze nemocné. Cílem edukace bylo poučení pacientky o pooperační rekonvalescenci, dodržování lékařských a ošetrovatelských doporučení, dále pak podání informací o následcích a zodpovězení veškerých otázek pacientky, které byly v mé kompetenci.

RESUME

I wrote my bachelor's work on theme: Care process about patient before and after thyroid surgery. I split my work to two parts. In the first theoretical part I write about anatomy, physiology, characteristic of illness and examinations leading to the diagnostic and treatment. In the second practical part I write about care process of particular patient with thyroid disease. I cared of that patient at ORL department, where the thyroid was exenterated to her. During the hospitalization I made a nurse anamnesis which is based on Majory Gordon's nurse model of Function health. Thanks to my obtained information from medical documentation, patient and other medical staff, I analyzed all troubles and made nurse anamnesis, to which I attached nurse care plan, realization of that plan and evaluation of nurse interventions. The end of my work belongs to education and prognosis of patient. Education target was to inform patient about post-operative recovery, adherence to medical and nurse advices, to give

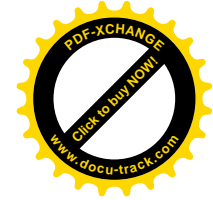


a sufficient information about after-effects and answer all patient's questions, what I could.



8 POUŽITÁ LITERATURA

1. Astl, J. *Chirurgická léčba nemocí štítné žlázy*. Vyd. Maxdorf 2007. ISBN 978-80-7345-000-7
2. Dvořák, J. *Štítná žláza: Chirurgická anatomie, Operační technika: 2.vyd.* Praha: Serifa 2000. ISBN 80-902-859-0-2.
3. Dytlevský, I., Trojan S. *Somatologie: 2. díl.* vyd. Praha: Grada Avicenum 1990. ISBN 80-201-0063-6.
4. Felt, V., Váňa S. *Štítná žláza, katecholaminy a oběhový systém*. Vyd. Zdravotnické nakladatelství Praha: Grada Avicenum 1974. ISBN 08-071-74.
5. Grim, M., Druga, R. et al.. *Základy anatomie: 3. Trávící, dýchací, močopohlavní a endokrinní systém*. Vyd. Praha: Galén 2005. ISBN 80-7262-302-8
6. Hána, V. *Endokrinologie: minimum pro praxi*. 1.vyd. Praha: Triton 1998. ISBN 80-7254-000-9.
7. Límanová, Z. a kolektiv. *Štítná žláza*. Vyd. Praha: Galén 2006. ISBN 80-7262-400-8.
8. Marečková J. *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Avicenum 2006. ISBN 80-247-1399-3.
9. Mourek, J. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 1.vyd. Praha: Grada Avicenum 2005. ISBN 80-247-1190-7.
10. Nečas, E. a spolupracovníci. *Patologická fyziologie orgánových systémů: učební texty Univerzity Karlovy v Praze . 2. část.* vyd. Praha: Karolinum 2006. ISBN 80-246-0674-7
11. Trojan, S., Schreiber, M. *Atlas biologie člověka*. 1.vyd. Praha: Pedagogické nakladatelství Scientia 2002. ISBN 80-7183-257-X.
12. Internetový zdroj: http://www.sanquis.cz/clanek.php?id_clanek=417



9 SEZNAM ZKRATEK

UZ	ultrazvukové vyšetření
CT	počítačová tomografie
EKG	elektrokardiografie
RTG	rentgenové vyšetření
NMR	nukleární magnetická rezonance
FNB	tenkojehlová biopsie
FN	fakultní nemocnice
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
P	tepová frekvence, pulz
D	dech
RD	Redonův drén
CŽK	centrální žilní katétr
KO	krevní obraz
NÚ	nežádoucí účinky
JIP	jednotka intenzivní péče
ORL	klinika ušní, nosní, krční
BDK	bandáže dolních končetin
DK	dolní končetina
HK	horní končetina
HDC	horní cesty dýchací
TEN	tromboembolická nemoc
TTE	thyreoidectomia totalis
GSC	Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí
VAS	vizuální analogová škála bolesti
BMI	index tělesné hmotnosti (Body Mass Index)
CA	celková anestézie
P+V	příjem a výdej tekutin
mg	miligram



ml	mililitr
inj.	injekce
i.m.	intramuskulární injekce (do svalu)
i.v.	intravenózní injekce (do žíly)
amp.	ampule
tbl.	tabulettae (tableta)
eff tbl.	šumivá rozpustná tableta
gtt.	kapky
Ca	kalcium
P	fosfor
a.	arteria (tepna)
v.	vena (žíla)
n.	nervus (nerv)



10 PŘÍLOHY

Příloha číslo 1: GSC (Glasgow Coma Scale)

Příloha číslo 2: Škála Nortonové

Příloha číslo 3: Tabulka hodnocení rizika pádu

Příloha číslo 4: Optimální příjem tekutin za 24 hodin

Příloha číslo 5: Barthelův test základních všechních činností ADL

Příloha číslo 6: Dospělé Nutriční skóre

Příloha číslo 7: VAS (Vizuální analogová škála)

Příloha číslo 8: Drény, drenáže

Příloha číslo 9: Ošetrovatelská dokumentace



Příloha 1

Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí
GCS (Glasgow Coma Scale)

1. <u>otevření očí</u> spontánní na oslovení na bolest bez reakce	4 body 3 2 1
2. <u>slovní odpověď</u> orientovaná zmatená nekomunikuje nesrozumitelné zvuky žádná odpověď	5 4 3 2 1
3. <u>reakce na bolest</u> provede na příkaz pohyb lokalizuje bolestivý podnět (pohyb k podnětu) úniková reakce (pohyb od podnětu) necílená flexe končetiny necílená extenze končetiny nereaguje	6 5 4 3 2 1
CELKEM	

Hodnocení	
15	v normě
14 - 13 bodů	lehká porucha vědomí
12 - 9 bodů	středně těžká porucha vědomí
8 - 3 body	závažná porucha vědomí



Příloha 2

Škála Nortonové

A	B	C	D	E	
FYZICKÝ STAV	STAV VĚDOMÍ	<i>Aktivita</i>	POHYBLIVOST	INKONTINENCE	
dobrý 4	dobrý 4	chodí 4	úplná 4	není	4
zhoršený 3	apatický 3	s doprovodem 3	část. omezená 3	občas	3
špatný 2	zmatený 2	sedačka 2	velmi omezená 2	moč	2
velmi špatný 1	bezvědomí 1	leží 1	žádná 1	moč+ stolice	1

Skóre menší než 14 = vysoké riziko

Skóre 15 - 18 = střední riziko

Skóre větší než 19 - 20 = minimální riziko



Příloha 3

Tabulka k Hodnocení rizika pádu

POHYB	Neomezený	0	SMYSLOVÉ PORUCHY	Žádné	0
	Používá pomůcky	2		Vizuální, smyslové, Smyslový deficit	1
	Potřebuje pomoc k pohybu	1	MENTÁLNÍ STATUS	Orientován	0
	Neschopen přesunu	1		Občasná noční dezorientace	1
VYPRAZD- ŇOVÁNÍ	Nevyžaduje pomoc	0	VĚK	Dřívější dezorientace/demence	1
	Nykturie / inkontinence	1		18 - 75	0
	Vyžaduje pomoc	1	75 a vyšší	1	
MEDIKACE	Neužívá rizikové léky	0	PÁD V ANAMNÉZE		1
	Užívá následující léky: ⊎ Diuretika ⊎ Antiepileptika ⊎ Antiparkinsonika ⊎ Antihyperteziva ⊎ Psychotropní látky ⊎ Benzodiazepiny	1	CELKOVÉ SKÓRE:	Skore 2 a vyšší = pacient je ohrožen rizikem pádu – zajistěte prevenci podle metodického pokynu „Riziko pádu“	

Příloha 4

OPTIMÁLNÍ PŘÍJEM TEKUTIN za 24h



- 150ml / kg / 24h – novorozenci, kojenci
- 120ml / kg / 24h – batolata
- 100ml / kg / 24h – předškolní děti
- 70ml / kg / 24h – školní děti
- 30 -50ml / kg / 24h - dospělý





Příloha 5

Barthelův test základních všedních činností ADL
(activity daily living)

činnost	provedení činnosti	bodové skore
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 bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	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	10
	s malou pomocí	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 stupně závislosti v základních všedních činnostech:

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



Příloha 6

Dospělé Nutriční skóre

£ 0b. věk do 65 let	£ 1b. věk nad 65 let
£ 0b. BMI 20 -35	£ 1b. BMI 18 – 20; nad 35
£ 2b. BMI pod 18	
ztráta hmotnosti za 3 měsíce	
	£ 1b. 0 – 3 kg
£ 2b. 3 - 6 kg	£ 3b. nad 6 kg
množství jídla za poslední 3 týdny	
£ 0b. beze změny	£ 1b. poloviční porce
£ 2b. jí občas nebo nejlí	
projevy nemoci v současné době	
£ 0b. žádné	£ 1b. nechutenství , bolesti břicha
£ 2b. zvracení , průjem > 6 za den	
stres	
£ 0b. žádný	£ 1b. střední chron. nemoc, DM, menší nekomplikovaný chirurgický zákrok
£ 2b. vysoký akutní dekompenzace chronického onemocnění, rozsáhlý chirurgický výkon, pooperační komplikace, UPV, popáleniny, trauma, hospitalizace ARO, JIP, krvácení GIT	
£ 2b. nelze změřit a zvážit	
nelze zjistit BMI, ztrátu hmotnosti a jídlo za poslední 3 týdny	
£ 3b.	
NUTRIČNÍ RIZIKO / CELKOVÝ POČET BODŮ /	
£ 0 – 3b. NÍZKÉ	NENÍ NUTNÁ NUTRIČNÍ INTERVENCE
£ 4 – 7b. STŘEDNÍ	NUTNÉ VYŠETŘENÍ DIETNÍ SESTROU
£ 8 – 12b. VYSOKÉ	NUTNÁ SPECIÁLNÍ NUTRIČNÍ INTERVENCE

Příloha 7

VAS
VIZUÁLNÍ ANALOGOVÁ ŠKÁLA

→ Směr zvyšování intenzity bolesti

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1 2 3 4 5

--	--	--	--	--	--

Žádná
bolest

mírná

střední

silná

velmi silná

nesnesitelná
bolest



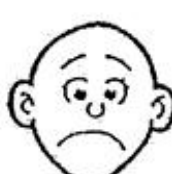
0



1



2



3



4



5



Příloha 8

Drény, drenáže

Drenáž je krátkodobé nebo dlouhodobé odvádění fyziologických nebo patologických tekutin z těla ven. Cílem je zamezit hromadění tekutin ve vymezeném okrsku (městnavý obsah ruší proces hojení, je živnou půdou pro bakterie a sám představuje zdroj nákazy pro okolní terén i celý organismus). Odváděným materiálem je krev, sekrety, exkreta, u hrudní drenáže i vzduch. Drénuje se pomocí drénů a drenážních systémů.

Druhy drénů

Mulové drény – jsou kratší proužky mulu (malé longety) s pevnými okraji. Před zavedením se napouštějí sterilní mastí nebo se zvlhčují léčebným roztokem.

Rukavicové drény – proužky jemné gumy nastříhané z nepoužitých operačních rukavic. Před zavedením se zvlhčují sterilní vodou. Mulové a rukavicové drény se používají k drénování mělce uložených chorobných ložisek. Sekret se vlastním spádem nebo vztláním přesunuje do sací vrstvy obvazu.

Silikonové drény – různě široké plastové rourky se speciální zevní povrchovou úpravou. Používají se k drénování větších nebo hlouběji uložených dutin a orgánů. Krátké drány mají naplocho vedený zavírací špendlík, který brání vklouznutí drénu do dutiny. Krátkým drénem je sekret veden do sacích vrstev obvazu, dlouhé drény odvádějí spádových nebo podtlakovým drenážním systémem. Silikonové drény nedráždí tkáň, nezpůsobují otlaky, v dutině je lze ponechat dostatečně dlouhou dobu. Nahrazují dříve užívané gumové drény.

Aby byl drén funkční musí být průchodný, dostatečně dlouhý, zajištěn před vypadnutím a zapadnutím do rány, těsný. Musí být zachována sterilita.

Drenážní systém

Spádová drenáž – odvádí sekret přirozeným spádem. Silikonový drén je odvodnou hadičkou spojen se sběrným sáčkem umístěným v nižší poloze než je ložisko produkující sekret. Tekutina se tak přesunuje vlastním spádem a kapilaritou z výše uložených míst do nižších.



Podtlaková drenáž –zavedený plastový drén je odvodnou hadičkou spojen se sacím zařízením.

- a) Bulauova drenáž: drén je z dutiny veden hadičkou do láhve, která je spojkou propojená s další lahví.
- b) Redonova drenáž: slouží k odsávání tělních tekutin z operační rány, plastový drén je z rány veden do nádobky s negativním tlakem.

Celé soupravy drénů a drenážních systémů se vyrábějí z plastů a jsou určeny k jednomu použití.

Redonův drén

- podtlaková drenáž
- systém: - skleněná láhev s gumovým uzávěrem s tykadélky, která musí být od sebe, tohoto se docílí odsátím vzduchu z lahve pomocí Janetovy stříkačky
- ponechává se co nejkratší dobu, obvykle 1- 2 dny
- drén řádně fixovat
- sledovat množství odváděného sekretu
- nedoporučuje se ukládat Redonův drén do bezprostřední blízkosti anastomóz pro možný vznik píštělí, nikdy by se neměl aplikovat do dřeňové dutiny kostní

Péče sestry o drenáž:

- nutný aseptický postup
- pravidelná výměna krytí, zvláště pokud je již drén zkrácen do obvazu a dovádí velké množství sekretu
- kontrola výstupu drénu, možný vznik infekce pokud sekret prosakuje v okolí drénu
- kontrola drenážního systému, lahve, kam je sekret odváděn, průchodnost drénu, zda není drén někde zaskřípnut a sekret se hromadí v ráně
- pravidelný proplach drénu dle ordinace lékaře léčebným roztokem nebo sterilní vodou



Příloha 9

Ošetrovatelská dokumentace

UK 2. LF
Ústav ošetrovatelství

JMÉNO: _____ PŘÍJMENÍ: _____	
ROČNÍK: _____	
Ak. ROK: _____	
Souhlas klienta se získáváním informací ke studijním účelům Podpis:.....	
Iniciály nemocného: Pohlaví: Věk: Stav: Vzdělání: Povolání: Kontaktní osoba:	Oddělení: Datum přijetí: Den hospitalizace:
HL. DŮVOD PŘIJETÍ (použit slova pacienta)	
LÉKAŘSKÉ DIAGNÓZY Hlavní: Ostatní:	
CHRONICKÁ TERAPIE Nemocný má u sebe tyto léky: Je poučen o užívání: ANO - NE	
ALERGICKÁ ANAMNÉZA Léky: Potraviny: Ostatní:	
RIZIKA Alkohol: ANO kolik..... NE Kouření: ANO kolik..... NE Ostatní drogy: ANO kolik..... NE Jiná rizika:	
FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ	
Orientace: <input type="checkbox"/> místem <input type="checkbox"/> časem <input type="checkbox"/> prostorem Puls: Dech: Tělesná teplota: TK: / Torr Stav výživy: Výška: cm Váha: kg BMI: Stav kůže: Barva: Turgor: norma zvýšený snížený Jizvy: Ne - Ano (lokalizace): Jiné kožní defekty: Riziko vzniku dekubitů - (Norton score): Dekubitus: Ne - Ano (lokalizace):	Stav dutiny ústní: Sliznice: Chrup: Nos: Průchodnost: Sekrece: Sluchové omezení: Ano - Ne Kompenzační pomůcky: Zrakové omezení: Ano - Ne Kompenzační pomůcky: Chuťové omezení: Ne - Ano slaná sladká hořká kyselá Chůze: jistá nejistá - (opora) ležící
INVAZIVNÍ VSTUPY	
	DIETA: Jiná omezení:
	Jiná omezení:
	Jiná omezení:
Datum	Jiná omezení:
Lokalizace	Jiná omezení:
Typ	Jiná omezení:



Vnímání zdraví	Jaká je úroveň Vašeho zdraví? <input type="checkbox"/> dobrá <input type="checkbox"/> narušená <input type="checkbox"/> špatná Jak si udržujete zdraví? <input type="checkbox"/> pohyb <input type="checkbox"/> strava <input type="checkbox"/> preventivní prohlídky <input type="checkbox"/> jiné..... Prodělané nemoci nebo úrazy za poslední rok?..... Lékařská doporučení: <input type="checkbox"/> dodržujete <input type="checkbox"/> nedodržujete-důvod: Cítíte se dostatečně poučen (o zdrav. stavu, vyšetřeních, léčbě, právech pacientů) Ano - Ne (v čem)..... Porozuměl jste dostatečně podaným informacím? Ano - Ne	Oš.dg.: Cíl: Plán péče:
	Výživa – metabolismus	Jaký je Váš denní příjem stravy? (typ a počet jídel) Změnila se Vaše hmotnost za poslední rok? Ne – Ano (o kolik)..... Dietní omezení? Ne-Ano (jaká) Příjem stravy: <input type="checkbox"/> per os <input type="checkbox"/> sonda <input type="checkbox"/> jiný..... Potíže při příjmu stravy: <input type="checkbox"/> s polykáním <input type="checkbox"/> s kousáním <input type="checkbox"/> jiné..... Chuť k jídlu: <input type="checkbox"/> nezměněna <input type="checkbox"/> změněna (jak) Denní příjem tekutin:...../ml Preferované tekutiny:..... Pocit žízně: Ano – Ne Zvláštnosti, zvyky, přání:
Hygienická péče	Hygienickou péči provádíte: <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s pomocí (v čem konkrétně): Způsob a frekvence:...../denně <input type="checkbox"/> sprcha <input type="checkbox"/> koupel Stav pokožky: <input type="checkbox"/> suchá <input type="checkbox"/> vyživená <input type="checkbox"/> defekty <input type="checkbox"/> otoky (lokalizace, velikost cm)..... Specifická péče o kůži.....	
Vylučování	Způsob močení: <input type="checkbox"/> WC <input type="checkbox"/> podložní mísa <input type="checkbox"/> močová láhev <input type="checkbox"/> močový katétr <input type="checkbox"/> plenkové kalhotky Frekvence:...../24hod. Množství:...../24hod <input type="checkbox"/> obtíže..... barva..... příměsí..... Inkontinence moče: není <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> úplná typ..... Způsob defekace: WC <input type="checkbox"/> podložní mísa <input type="checkbox"/> plenkové kalhotky Frekvence...../24hod. Pravidelnost Ano-Ne konzistence..... příměsí..... obtíže..... léky..... Odchod plynů: Ano - Ne	



Vylučování	Inkontinence stolice: <input type="checkbox"/> není <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> úplná Stomie: Ne – Ano (lokalizace)..... Zvracení: Ne – Ano <input type="checkbox"/> frekvence..... <input type="checkbox"/> množství..... Pocení: <input type="checkbox"/> přiměřené <input type="checkbox"/> nadměrné			
Aktivita-cvičení	Cvičíte pravidelně? Ne – Ano (typ cvičení) Jak trávíte volný čas? <input type="checkbox"/> pasivně <input type="checkbox"/> aktivně Faktory bránící aktivitě..... Zájmy, záliby..... Míra soběstačnosti (Barthel score).....b.			
Spánek-odpočinek	Spánek: <input type="checkbox"/> nepřerušovaný <input type="checkbox"/> přerušovaný...../za noc <input type="checkbox"/> potíže s usínáním Ne – Ano (hod.)..... <input type="checkbox"/> jiné..... <input type="checkbox"/> léky..... Pocity po probuzení..... Faktory ovlivňující usínání a spánek.....			
Vnímání – poznávání	Pociťujete v poslední době nějaké změny paměti? Ne – Ano (jaké)..... Hodnocení psych. stavu a paměti: <input type="checkbox"/> MMSTscore.....bodů <input type="checkbox"/> slovní zhodnocení (orientace)..... Paměť porušená: Ne – Ano <input type="checkbox"/> krátkodobá <input type="checkbox"/> dlouhodobá <input type="checkbox"/> výbavnost Pozornost: <input type="checkbox"/> udrží <input type="checkbox"/> neudrží Faktory ovlivňující pozornost..... Řeč: <input type="checkbox"/> plynulá <input type="checkbox"/> přerušovaná <input type="checkbox"/> jiná..... <input type="checkbox"/> nonverbální projevy.....			
Vnímání bolesti	Charakter: <input type="checkbox"/> tupá <input type="checkbox"/> bodavá <input type="checkbox"/> křečovitá <input type="checkbox"/> svíravá <input type="checkbox"/> vystřelující <input type="checkbox"/> neurčitá <input type="checkbox"/> jiná Lokalizace..... Intenzita (škála 0 – 10)..... Typ: <input type="checkbox"/> akutní (od kdy)..... <input type="checkbox"/> chronická (od kdy)..... Kdy se projevuje: během dne v noci v klidu při pohybu Faktory ovlivňující bolest.....			



Sebepečení	Vnímáte nějaké změny svého tělesného vzhledu?..... Pocítujete nějaké změny ve Vašem psychickém stavu?..... Existuje něco, co Vás zneklidňuje?..... Prožíváte často: <input type="checkbox"/> strach <input type="checkbox"/> úzkost <input type="checkbox"/> vztek <input type="checkbox"/> smutek <input type="checkbox"/> stres <input type="checkbox"/> radost Co je vyvolalo?..... Co Vám pomáhá?.....				
	Role - mezilidské vztahy	Bydlíte: <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s partnerem <input type="checkbox"/> s rodiči <input type="checkbox"/> s vlastní rodinou Jaký je Váš pocit ze vztahů <input type="checkbox"/> s partnerem..... <input type="checkbox"/> s rodiči..... <input type="checkbox"/> s dětmi..... Je na Vás rodina závislá? Ne - Ano (jak)..... Jste spokojen ve svém zaměstnání? Ano - Ne Máte domácí zvíře? Ne - Ano (jaké)..... Kdo o něj pečuje v současnosti?.....			
Sexualita-reprod.sch.	Menstruace: od kolika let:..... Klimakterium:..... Prevence: <input type="checkbox"/> samovyšetření prsu <input type="checkbox"/> preventivní gyn. prohlídky <input type="checkbox"/> jiné Jiné obtíže?..... Muž: onemocnění urogenit. traktu?..... Operace?.....				
	Víra - životní hodnoty	Jste věřící? Ne - Ano (jaké vyznání)..... Přejete si zprostředkovat kontakt s: knězem pastorem jinou osobou Věříte v něco jiného? Ne - Ano (v co?).....			