

Ošetrovatelská péče o pacienta po operaci štítné žlázy

Lucie Vilišová

Bakalářská práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie Vilišová**

Osobní číslo: **H13905**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Ošetřovatelská péče o pacienta po operaci štítné žlázy**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury a zdrojů. Zpracování teoretické části bakalářské práce.

Vymezení pojmů a teoretických východisek týkajících se ošetřovatelské péče u pacienta po operaci štítné žlázy.

Příprava metodiky šetření.

Zpracování kazuistik dle předem stanovených kritérií.

Analýza a interpretace.

Zhodnocení případů, vyvození závěrů, návrhy řešení.

Návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

Iodine Status in Europe in 2014. National Institutes of Health Search [online]. 2014, (3(1))
[cit. 2015-09-30]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4005253/>

BRUNOVÁ, Jana. Diagnostika a terapie poruch funkce štítné žlázy část II. Medicína pro praxi [online]. 2008, roč. 5, č. 9, s. 315-321. [cit. 16. 1. 2014]. ISSN 1214-8687. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/09/09.pdf>.

HÁNA, Václav. Endokrinologie pro praxi. Praha: Maxdorf, 2014, 224 s. ISBN 978-80-7345-414-2.

MARKALOUS, Bohumil a Marie GREGOROVÁ. Nemoci štítné žlázy: otázky a odpovědi pro pacienty a jejich rodiny. 3., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Triton, 2007, 197 s. ISBN 978-80-7254-961-0.

ŽIAKOVÁ, Katarina a kol. Ošetrovatel'stvo - teória a vedecký výskum. Martin: Osveta, 2003. 319 s. ISBN 80-8063-131-X.

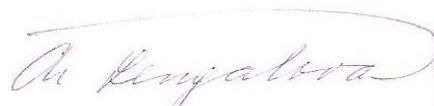
Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Pavla Kudlová, PhD.**

Ústav zdravotnických věd

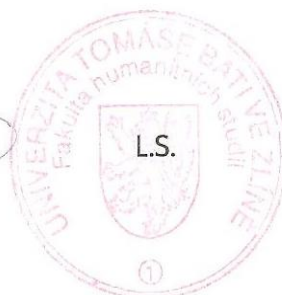
Datum zadání bakalářské práce: **13. ledna 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **20. května 2016**

Ve Zlíně dne 13. ledna 2016



doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka





Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 4. 2. 2016

..... Bilisova

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče u chirurgických výkonů štítné žlázy. Teoretická část se dotýká anatomie, fyziologie a patofyziologie štítné žlázy, dále jsou zde uvedeny nejčastější operační výkony na štítné žláze, předoperační vyšetření, předoperační, pooperační péče a úloha sestry, pooperační komplikace. Pro kvalitativní výzkum jsme zvolili metodu případových studií. Na základě pozorování, analýzy dokumentů a rozhovorů s ošetřujícím personálem a samostatnými pacienty bylo vytvořeno 8 kazuistik, jejichž úkolem bylo sledovat a zaznamenávat ošetrovatelskou péči poskytnutou pacientovi hospitalizovanému pro chirurgické řešení štítné žlázy, komparovat dvě pracoviště a vytvořit návrh doporučení pro praxi.

Klíčová slova: štítná žláza, operace, ošetrovatelská péče, kazuistika, komparace, doporučení pro praxi

ABSTRACT

The Bachelor thesis deals with the issue of nursing care for surgical interventions on the thyroid gland. The theoretical part describes the anatomy, physiology and pathophysiology of the thyroid gland, preoperative physical examination, preoperative and postoperative care and the role of a nurse, postoperative health complications. We have selected the method of case studies for the quality research. Based on observations, analysis of documents and interviews with nursing staff and patients 8 case studies were created. Their task was to monitor and record the nursing care provided to the patient admitted to hospital for surgical treatment of the thyroid, to compare the two departments and create a draft of recommendations for practice.

Keywords: thyroid, surgery, nursing care, case reports (casuistry), comparison, Recommendations for practice

Děkuji paní PhDr. Pavla Kudlová, PhD., za odborné vedení, vstřícný přístup, trpělivost a cenné rady při zpracování mé bakalářské práce. Děkuji také všem respondentům a zdravotnickému personálu, kteří mi pomáhali při realizaci výzkumného šetření, a děkuji za jejich trpělivost.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY	12
1.1 ANATOMIE.....	12
1.2 FYZIOLOGIE.....	13
1.3 PATOFYZIOLOGIE.....	14
2 OPERACE A PŘEDOPERAČNÍ VYŠETŘENÍ	18
2.1 PŘEDOPERAČNÍ VYŠETŘENÍ	18
2.1.1 Anamnéza.....	18
2.1.2 Fyzikální vyšetření	19
2.1.3 Vyšetřovací metody.....	21
2.1.4 Konziliární vyšetření	23
2.1.5 Zhodnocení operačního rizika	23
3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U OPERACÍ ŠTÍTNÉ ŽLÁZY	24
3.1 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA A ÚLOHA SESTRY	24
3.2 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ.....	25
4 OPERAČNÍ VÝKON	26
5 POOPERAČNÍ PÉČE A ÚLOHA SESTRY	28
5.1 MONITORACE FYZIOLOGICKÝCH FUNKCÍ	28
5.2 BOLEST A JEJÍ LÉČBA	30
5.3 PÉČE O OPERAČNÍ RÁNU A DRÉNY	30
5.4 VYPRAZDŇOVÁNÍ A VÝŽIVA	30
5.5 POOPERAČNÍ KOMPLIKACE PO OPERACI ŠTÍTNÉ ŽLÁZY	31
5.5.1 Komplikace způsobené operačním výkonem.....	33
5.5.2 Prevence komplikací	34
5.6 EDUKACE PŘI PROPUŠTĚNÍ.....	34
II PRAKTICKÁ ČÁST	36
6 ÚVOD DO PRAKTICKÉ ČÁSTI	37

6.1	CÍLE	37
6.2	METODIKA PRÁCE	37
6.3	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	37
6.4	KAZUISTIKA Č. 1.....	38
6.5	KAZUISTIKA Č. 2.....	43
6.6	KAZUISTIKA Č. 3.....	49
6.7	KAZUISTIKA Č. 4.....	55
6.8	KAZUISTIKA Č. 5.....	60
6.9	KAZUISTIKA Č. 6.....	68
6.10	KAZUISTIKA Č. 7.....	73
6.11	KAZUISTIKA Č. 8.....	79
	DISKUZE	88
	ZÁVĚR	92
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	93
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	96
	SEZNAM OBRÁZKŮ	98
	SEZNAM TABULKLEK.....	99
	SEZNAM PŘÍLOH.....	100

ÚVOD

Ke své bakalářské práci jsem si zvolila téma Ošetrovatelská péče o pacienta po operaci štítné žlázy, neboť je to jedna z nejčastějších plánovaných operací na chirurgickém oddělení a v dnešní době není moc zdrojů, které jsou daným směrem zaměřeny.

Nemoci štítné žlázy patří k druhému nejčastěji onemocnění žláz s vnitřní sekrecí. Incidence těchto onemocnění neustále stoupá. V dnešní době ve vyspělých zemích postihuje onemocnění štítné žlázy pět až třicet procent obyvatelstva. Častěji tímto onemocněním trpí ženy než muži, asi pětkrát až desetkrát více. Nemoci štítné žlázy se projevují pestrou škálou subjektivních a objektivních příznaků, které se projevují na všech orgánových soustavách a snižují kvalitu života pacientů, proto se často volí chirurgické řešení štítné žlázy. Toto řešení se volí u většiny pacientů, kteří nereagují na léčbu. Hrozí abnormální růst štítné žlázy nebo její části a tím utlačování okolních tkání. Nejčastějším důvodem pro chirurgické řešení štítné žlázy jsou uzly s hyperfunkční nebo hypofunkční tkání, nádorová onemocnění nebo jiné patologické změny na štítné žláze (např. cysty).

Tato práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se zabývám stručnou charakteristikou funkce štítné žlázy a jejím onemocněním. Dále předoperační přípravou pacienta, samostatným operačním výkonem a pooperační péčí, kde rozebírám oblasti, kterým se zdravotnický personál musí věnovat.

Cílem praktické části je sledovat a zaznamenávat ošetrovatelskou péči po chirurgickém řešení štítné žlázy na vybraných chirurgických oddělení. Data se získávala kvalitativní metodou výzkumu – případové studie. Výsledkem každé studie byla kazuistika. Získaná data z daných oddělení jsem porovnávala a vytvořila návrh doporučení pro praxi.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY

V této části se zabývám základem anatomie, fyziologie a patofyziologie.

1.1 Anatomie

Štítná žláza (*glandula thyroidea*) se skládá z pravého laloku (*lobus dexter*) a levého laloku (*lobus sinister*), které jsou spojeny užším příčným můstkem (*istmus glandulae thyroideae*). Je uložena po bocích hrtanu a na 2.-4. prstenci průdušnice.

Laloky štítné žlázy mají obvykle tvar trojboké pyramidy s kaudálně zaoblenou bází a s hrotem mířícím kranálně. Zdravá štítná žláza váží kolem 30 – 40 g a délka laloku je 5 – 8 cm, šířka laloku je 2-4 cm a tloušťka laloku je 1,5-2,5 cm. *Istmus* je dlouhý kolem 1,5 cm. Rozdíl ve hmotnosti a velikosti se může měnit vlivem pohlavím, věkem i geografickým prostředím (Čihák, 2002, s. 402).

Štítná žláza je červenohnědě až červenofialově zbarvená. Povrch je hladký, někdy lehce hrbolatý s prosvítající kresbou lalůčků. Žláza je chráněna vazivovým pouzdem (*capsula fibrosa*) (Čihák, 2002, s. 402).

Štítná žláza je tvořena vazivovými septy, ty vytvářejí stroma štítné žlázy. Tkáň je rozdělena na laloky a lalůčky, které jsou tvořeny folikuly. Folikul je uzavřený váček tvořený z epitelových buněk. Buňky folikulu produkují koloid, který se pak nachází v každém z folikulů. Hlavní složkou koloidu je thyreoglobulin, na který se následně vážou hormony štítné žlázy, které jsou podle potřeby uvolňovány do oběhu (Čihák, 2002, s. 404; Naňka a Elišková, 2009, s. 192).

K zadním plochám laloků jsou přiloženy příštítné žlázy (*glandulea parathyroideae*). Jsou to čtyři párově uspořádané útvary. Na každém laloku se nachází horní a dolní příštítná žláza (*glandulea parathyroideae superior* a *inferior*). Tyto žlázy mají červenohnědou až oranžovou barvu a z pravidla váží kolem 40 mg. Velikost příštítné žlázy se udává kolem 6 mm dlouhá, 3 -4 mm široká a 1-2 mm silná. Každá příštítná žláza má své vazivové pouzdro (Čihák, 2002, s. 404; Naňka a Elišková, 2009, s. 192).

Glandulea parathyroideae superior je uložena ve výši prstencovité chrupavky hrtanu, a to vpravo i vlevo. *Glandulea parathyroideae inferior* je uložena na dolním okraji štítné žlázy. Každá příštítná žláza má samostatnou cévní větev, která vychází z arterie *thyroidea*

inferior. Příštítné žlázy uvolňují vytvořený hormon (parathormon) přímo do pletení kapilár (Čihák, 2002, s. 407).

1.2 Fyziologie

Štítná žláza je žláza s vnitřní sekrecí, tvoří hormony bílkovinné povahy – tetrajodtyronin (T4, tyroxin), trijodtyronin (T3) a kalcitonin. Tvorba hormonu ve fyziologickém množství je velmi podstatnou součástí lidského organismu a je řízena příjmem jodu a řídicími hormony z hypotalamo-hypofyzárního systému (TSH-tyreoideu stimulující hormon - dále již jen TSH) (Rokyta, 2015, s. 354; Mourek, 2005, s. 107).

Řídicí hormon (TSH) je tvořen v předním laloku hypofýzy (adenohypofýza), který je ovlivňován hormony hypotalamu. TSH má velký vliv na tvorbu a sekreci hormonů štítné žlázy. Působením TSH se aktivují folikulární buňky štítné žlázy, které začnou vychytávat tyreoglobulin z folikulů a vytvoří hormon s obsahem čtyř atomů jódu v molekule (tetrajodtyronin) a hormon s obsahem tři atomů jódu v molekule (trijodtyronin) (Rokyta, 2015, s. 354; Mourek, 2005, s. 107).

Hlavní účinky tetrajodtyroninu a trijodtyroninu jsou:

- *Zvyšují bazální metabolismus ve všech tkáních (s výjimkou centrální nervové soustavy a lymfatických uzlin), čímž zvyšují spotřebu kyslíku a vznik zbytkového tepla – zvyšují teplotu organismu*
- *Stimulují proteosyntézu a růst – umožňují některým aminokyselinám přestup do buněk*
- *Zvyšují mobilizaci a oxidaci tuků, snižují koncentraci cholesterolu*
- *Zvyšují srdeční frekvenci a stažlivost, což zvyšuje velikost minutového objemu, zajišťují tak přísun kyslíku na krytí zvýšených metabolických potřeb*
- *Zvyšují citlivost srdce k účinkům sympatiku – zvyšují počet a afinitu beta-adrenergických receptorů na kardiomyocytech*
- *Intrauterinně ovlivňují diferenciaci nervové tkáně, později mají vliv hlavně na dráždivost a rychlost vedení vzruchu (periferně i centrálně) (Rokyta, 2015, s. 354-355)*

Působením TSH produkuje štítná žláza v parafolikulárních buňkách ještě jeden hormon – kalcitonin. Kalcitonin nese velký podíl na metabolismu kalcia a na jeho stabilitě v plazmě. Další jeho funkce je zpětná resorpce kalcia v ledvinách, zvyšování ukládání kalcia v kostech a tím snižování hladiny kalcia v krvi (Mourek, 2005, s. 108).

Funkcí příštítných žláz je produkce parathormonu (PTH). Tvorba parathormonu je řízena mechanismem jednoduché zpětné vazby (podle hladiny kalcia v krvi). Parathormon je látka bílkovinné povahy a jeho hlavní funkcí je podílení se na stabilitě hladiny kalcia v plazmě (kalcémie). Parathormon udržuje svým účinkem stabilní hladinu kalcia v krvi a při nedostatku kalcia uvolňuje vápník z kostí. Také napomáhá zvyšovat resorpci kalcia v ledvinách a v součinnosti s kalcitriolem zvyšuje resorpci kalcia v tenkém střevě (Mourek, 2005, s. 108).

1.3 Patofyziologie

Syntéza hormonů štítné žlázy prochází několika kroky, a v každém kroku může dojít k poruše.

Jakékoliv zvětšení štítné žlázy se nazývá struma (lidově řečeno „vole“). Základní vyšetření strumy je fyzikální vyšetření. Vyšetřujeme pohledem a pohmatem. Normální štítná žláza není hmatná ani okem viditelná. Strumu dělíme podle morfologie na rovnoměrně zvětšenou štítnou žlázu (difúzní struma) a uzlově změněnou (nodózní strumu). Dále se dělí podle funkce na hyperfunkční (toxickou) strumu, hypofunkční strumu a eufunkční (prostou) strumu (Markalous a Gregorová, 2007, s. 61; Kršek, 2011, s. 29).

Další velmi častým onemocněním štítné žlázy je hypothyreóza a hypertyreóza.

Hypertyreóza (tyreotoxikóza) je charakterizována dlouhodobým zvýšením hormonů štítné žlázy, které jsou produkovány nadbytečně. Hodnoty T3 a T4 jsou při hypertyreóze zvýšené a hladina TSH je snížena. Hypertyreóza je nejčastěji způsobena Gravesovou-Basedowovou chorobou. Jedná se o autoimunitní onemocnění, kdy imunitní systém zaměřuje svoji činnost proti vlastní tkáni. Jsou produkovány protilátky proti TSH receptorům (TRAK), které vedou k zvýšené produkci štítné žlázy. Klinický obraz u hypertyreózy se liší podle příčiny, délky trvání a výše hladiny hormonů štítné žlázy. Obecně se při hypertyreóze zvyšuje látková a energetická přeměna a produkce tepla. Při hypertyreóze má nemocný sklony k pocení v teple, trpí hyperventilací ze zvýšené potřeby kyslíku a často dochází ke ztrátě

hmotnosti způsobené zesílením lipolýzy (Silbenagl a Lang, 2001, s. 282; Markalous a Gregorová, 2007, s. 70-72; Kršek, 2011, s. 3; Brunová, 2008, s. 315-321).

Další časté příčiny hypertyreózy je toxický adenom (přítomnost uzlu se zvýšenou tvorbou hormonů) a toxická polynodózní struma. Polynodózní struma se objevuje převážně u starší populace z nedostatku jodu. (Markalous a Gregorová, 2007, s. 72; Duda a kol., 2011, s. 96)

Prvotní léčba hypertyreózy je podávání útočných dávek léků-tyreostatik (např. Carbimazol). Tyto léky blokují tvorbu hormonů štítné žlázy. Až u 60 % dochází k relapsu onemocnění. U těchto pacientů se volí chirurgické řešení (tyreodektomie). Pokud pacient není schopen operace (např. těžké onemocnění srdce, plic, atd.) volí se léčba radioaktivním jódem (Markalous a Gregorová, 2007, s. 72).

Hypotyreóza je charakterizována nedostatečnou sekrecí hormonů štítné žlázy a následným nedostatečným působením na tkáň. Hypotyreóza se dělí na periferní a centrální. Pevážně se objevuje periferní typ. Periferní typ je nejčastěji vyvolán nedostatkem jodu, nádorovým onemocněním, chronickým lymfocytárním tyreoiditid s tvorbou protilátek proti vlastní štítné žláze, ozářením a užíváním některých léků (některá antidiabetika a psychofarmaka). Příčinou centrální hypotyreózy jsou nejčastěji onemocnění hypotalamu, nádory hypofýzy a stavy po operaci hypofýzy (Duda a kol., 2011, s. 97).

Příznaky hypotyreózy jsou často nenápadné a vleklé. Často trvá delší dobu, než pacienta dovedou k lékaři. Mezi příznaky patří únava, spavost, zimomřivost, zácpa a nadýmání, svalová ztuhlost, bolesti svalů a kloubů, zhrubělý hlas, suchá kůže, otoky kolem víček a zpomalení tepu. Dlouhodobě neléčená hypotyreóza vede také k poruchám látkové výměny tuků, které zvyšují riziko aterosklerózy (kornatění tepen) (Duda a kol., 2011, s. 97; Markalous a Gregorová, 2007, s. 76).

Mezi základní léčbu hypotyreózy patří substituce hormonů štítné žlázy. Tato léčba je celoživotní. V České republice jsou nejčastěji užívány preparáty L-tyeocinu (Letrox, Euthyrox). Při dlouhodobé neřešené hypotyreóze může dojít k ohrožení života – tzv. myxedémové kóma (Duda a kol., 2011, s. 97; Markalous a Gregorová, 2007, s. 76-77).

Další časté onemocnění štítné žlázy jsou záněty. Dělí se na chronické, subakutní a akutní.

Chronické záněty (chronické autoimunitní tyreoiditidy) jsou nejčastějšími ze zánětlivých onemocnění štítné žlázy. Jde o autoimunitní onemocnění, kdy dochází k poruše rozpoznání vlastní tkáňe a tvorbě protilátek proti tkáni štítné žlázy. Nejčastější je Hashimotova struma.

Jedná se o lymfocytární infiltraci. Projevuje se jako tužší, nebolestivá struma, někdy spíše tlak na krku. Má pozvolný nástup a příznaky typické hypofunkce. Léčí se z pravidla tyreoidálními hormony, kortikoidy nebo operačně (totální tyreidektomie). Další chronický zánět je Riedlova struma. Jedná se o fibrózní přeměnu žlázy. Projevuje se jako tuhá struma fixovaná k okolí, může připomínat karcinom. Hlavní příznaky spočívají v kompresi okolí např. útlak dýchacích cest a trávicí trubice. Léčí se substitucí tyreoidních hormonů a operačním řešením (Duda a kol., 2011, s. 97; Kršek, 2011, s. 42).

Subakutní zánět štítné žlázy (De Quervainova nemoc) je virového původu. Mezi nejčastější příznaky se řadí teploty, bolestivé zduření na krku a poruchy funkce štítné žlázy. Ze začátku onemocnění se vyskytuje zvýšená tvorba hormonů štítné žlázy a rychle se změní na sníženou funkci, která může zůstat celoživotní. Asi 10 % případů přechází do chronické hypotyreózy (Duda a kol., 2011, s. 97; Kršek, 2011, s. 41; Markalous a Gregorová, 2007, s. 78-79).

Akutní záněty (tyreoiditidy) jsou velmi vzácné. Jsou vyvolávány mikroby. Velmi často tomuto onemocnění předchází infekce v dutině ústní či v krku. Nejčastěji se projevuje bolestivým zduřením štítné žlázy, vysokými teplotami, zvýšenou sedimentací červených erytrocytů a vysokým CRP (Duda a kol., 2011, s. 97; Kršek, 2011, s. 40-41; Markalous a Gregorová, 2007, s. 78).

Nádory štítné žlázy dělíme na nezhoubné (benigní) a zhoubné (maligní). Benigní nádor je ohraničený bez tvorby metastáz (druhotných ložisek). Nejčastěji se objevuje folikulární adenom štítné žlázy. Příznaky jsou převážně vytvářeny kompresí okolní tkáně. Benigní nádory jsou většinou pouze sledovány. Chirurgické řešení se volí pouze, pokud je adenom velký či má nejasnou biologickou povahu. Maligní nádory jsou poměrně vzácné. Jedná se o nádor neohraničený a často tvoří metastázy. Nejčastěji se vyskytuje karcinom štítné žlázy a maligní lymfom. Maligní nádor ze začátku nemusí vytvářet žádné problémy. V pozdějších fázích se objevuje bolestivé zduření, které se postupně zvětšuje. Dochází k útlaku okolní tkáně, který způsobuje problémy s polykáním, dýcháním, chrapot a bolesti krku (Duda a kol., 2011, s. 98-99, Kršek, 2011, s. 42-43; Markalous a Gregorová, 2007, s. 80-83).

Porucha příštítných tělísek se dělí na hyperparatyreózu a hypoparatyreózu. Hyperparatyreóza se dělí na primární, sekundární a terciální. Primární hyperparatyreóza je vyvolaná nadprodukcí parathormonu. Nejčastěji způsobené adenomem příštítných tělísek nebo

hyperplazii či funkční cystou příštítného tělíska. Příznaky hyperparatyreózy se nemusí dlouhodobě projevovat, následně se může objevit osteodystrofie, bolesti kostí, kloubů, osteoporóza, postižení ledvin, nefrolitiáza, nefrokalcinóza, nauzea, zvracení, zácpa, žízeň, pocení, kardiální potíže, hypertenze a kardiální potíže. Sekundární hyperparatyreóza je způsobena nízkou hladinou vápníku v krvi. Příštítná tělíska na tuto situaci reagují zvýšenou tvorbou parathormonu. Nejčastěji u onemocnění ledvin. Terciální hyperparatyreóza vzniká nejčastěji u onemocnění ledvin v souvislosti s hemodialyzačním programem. Hypoparatyreóza je charakterizována sníženou hladinou vápníku a zvýšenou hladinou fosforu. Nejčastěji vzniká jako komplikace operace štítné žlázy, vzácně pak na podkladě autoimunitního onemocnění. Hlavními příznaky jsou známky tetanie, úzkost, labilita až deprese, suchá kůže, změny nehtů a vlasů. Léčba je substituční, doplňují se preparáty vápníku a vitamínu D (Duda a kol., 2011, s. 104, Kršek, 2011, s. 46-49; Markalous a Gregorová, 2007, s. 86-88).

2 OPERACE A PŘEDOPERAČNÍ VYŠETŘENÍ

V dnešní době převažuje zvýšená radikalita v operačních výkonech, tím i zvýšená prevence možných komplikací. Radikální výkon je provedený správně, pokud splňuje základní požadavky. A to, úplné odstranění štítné žlázy, prevence poranění nervus laryngeus recurrens a prevence poranění příštítných tělísek (Duda a kol., 2011, s. 99)

Mezi základní výkony na štítné žláze považujeme totální thyreoidektomii (TTE), totální lobektomii (TL) a subtotální lobektomie (STE). Totální thyreoidektomie je výkon, při kterém dojde k odstranění veškeré tkáně štítné žlázy. Je to nejradikálnější výkon na štítné žláze.

Postup totální thyreoidektomie

Límcovým řezem se pronikne do podkoží. Protne se m. platysma, krční fascie a infrahyoidní svaly se rozhrnají podélně. Poté se připravuje pravý lalok a podvazují se horní a dolní polární cévy. Následně se vypreparuje zvrtný nerv při větvení ATI a ověřuje se neuromonitoringem. Dále se připravuje levý lalok. Vypreparuje se horní a dolní pól štítnice a podvazují se horní a dolní polární cévy. Poté se vizualizuje zvrtný nerv a znova se ověřuje neuromonitoringem. Dokončí se preparace laloku. Kontrola krvácení a zajištění drénu (redonův drén), následuje sutura rány po vrstvách.

2.1 Předoperační vyšetření

Předoperační vyšetření provádí praktický lékař nebo internista. Cílem vyšetření je shrnutí anamnestických dat, výsledků fyzikálního vyšetření a pomocných vyšetření a zajištění konziliárních vyšetření při přidružených onemocněních. Doba platnosti vyšetření je obvykle 3-4 týdny, za předpokladu, že nedojde k akutní změně stavu (Skalická, 2007, s. 33).

2.1.1 Anamnéza

Jde o informace o současném i minulém zdravotním stavu pacienta. Anamnézu odebírá lékař v klidném prostředí a snaží se vytvořit důvěru u pacienta. Pokud je anamnéza odebírána od samotného pacienta jedná se o anamnézu přímou. Je-li pacient ve stavu, kdy není schopný odpovídat a anamnéza se odebírá od doprovodu (rodinný příslušník, lékař záchranné služby, doprovázející osoba), jedná se o anamnézu nepřímou (Zeman a Krška, 2011, s. 113-114).

Anamnéza má několik základních částí. Základem jsou osobní data nemocného (příjmení a křestní jméno, pojišťovna, trvalé bydliště). Dále lékař směřuje otázky na pacientův nynější stav. Ptá se na současné potíže, které pacienta dovedly k lékaři. Lékař musí zhodnotit všechny příznaky související se vznikem onemocnění a jejich časovou posloupnost. Současný zdravotnický stav může také souviset s dřívějším onemocněním pacienta. Lékař se zajímá o onemocnění od dětského věku až po současnost, prodělané operace a stavy po úrazech. Důležité informace lékař zjistí z rodinné anamnézy. Rodinná anamnéza informuje o dědičných chorobách a jejich četnosti výskytu. Na diagnostice se velmi podílí také pracovní anamnéze. Lékař hodnotí vlivy minulých i současných zaměstnání na vznik onemocnění a fyzickou kondici pacienta. Další podstatnou částí anamnézy jsou informace o alergiích pacienta na léky či ostatní látky a také trvalá farmakologická medikace pacienta (Zeman a Krška, 2011, s. 113-115).

2.1.2 Fyzikální vyšetření

Základními metodami fyzikálního vyšetření jsou pohled (inspekce), pohmat (palpace), poklep (perkuse) a poslech (auskultace). Klinický přínos jednotlivých metod se liší podle vyšetřovaného orgánu (Hloch, 2014a).

Pohled (inspekce)

Vyšetření pohledem začíná při příchodu pacienta k lékaři a pokračuje po celou dobu pobytu u něj. Lékař si všímá všeobecných znaků (např. konstituční typ, chůze, držení těla, stav výživy, výraz obličeje, barva kůže, atd.). Poté lékař zaměřuje vyšetření na jednotlivé oblasti a orgány. Podstatný faktor vyšetření pohledem je kvalitní osvětlení, nejlépe denní světlo (Hloch, 2014a).

U pacienta s onemocněním štítné žlázy si lékař pohledem všímá viditelného zvětšení štítné žlázy.

Poklep (perkuse)

Tato metoda je založena na rozdílnosti vzdušnosti jednotlivých tkání. Vyšetření dělíme na poklep přímý, který spočívá v úderu vyšetřujícího prstu přímo na povrch těla pacienta, a poklep nepřímý, který se provádí prostředníčkem dominantní ruky na střední článek 2. nebo 3. prstu druhé ruky. Úder musí být rázný, pružný a vedený kolmo na povrch kůže pacienta (Hloch, 2014a).

U vyšetření štítné žlázy se poklep používá ojediněle.

Poslech (auskultace)

Poslechová metoda nás informuje o činnosti jednotlivých orgánů, buď fyziologickými, nebo patologickými zvuky. Podle techniky poslechu rozlišujeme na poslech přímý, jedná se o přiložení ucha přímo k povrchu kůže pacienta. Tato metoda se využívá v dnešní době zcela zřídka. A na poslech nepřímý, který se provádí pomocí fonendoskopu. Metodou poslechu se nejčastěji vyšetřuje kardiovaskulární, respirační a gastrointestinální systém. Ale je také možné vyšetřit i jiné orgány či kloubní spojení (šelesty, rachoty) (Hloch, 2014a).

U onemocnění štítné žlázy se dá vyšetření poslechem využít u zjištění šelestů u Basedowské strumy (Hloch, 2014b).

Pohmat (palpace)

Pohmatem zjišťujeme vlastnosti povrchu kůže (teplota, turgor, vlhkost), podkoží a hlouběji uložených orgánů a tkání (játra, štítná žláza, patologické rezistence). Vyšetření pohmatem dělíme na dvě techniky. Technika jedné ruky se využívá nejčastěji při povrchové palpaci, kdy ruka, kterou lékař vyšetřuje, zároveň vytváří tlak na povrch těla. Druhá metoda je obouručná. Tato metoda je citlivější, vyšetřovací ruka je volně položena na povrchu těla pacienta a druhá ruka na ni vytváří tlak (Hloch, 2014a).

Nejčastější vyšetření štítné žlázy je právě pohmatem. Vyšetření štítné žlázy se provádí palpací přední části krku bříšky prstů. Lékař stojí za zády pacienta a bříšky prstů nahmatává laterální okraje štítné žlázy. Lékař při vyšetření používá pomocných manévřů, které mu umožní štítnou žlázu lépe vyšetřit. K lepšímu odlišení tkáně žlázy od okolí vyzve lékař pacienta k opakovanému polknutí, čímž dojde k pohybu žlázy pod bříšky palpujících prstů. K zvýšení přehlednosti vyšetřované oblasti vyzve lékař pacienta k rotaci v krční páteři doprava a následně doleva, čímž dojde k uvolnění stejnostranného kývače, jehož struktura při vyšetření jde cítit (Hloch, 2014b).

Při vyšetření pohmatem posuzujeme velikost, symetrii, konzistenci a přítomnost uzlů.

Rozlišnosti při vyšetření štítné žlázy pohmatem:

- Eufunkční struma v dospívání - malá struma difúzně, oboustranně mírně zvětšená, měkké konzistence.

- Koloidní struma je obvykle difúzní, symetrická, tužší konzistence. Vyskytuje se v dospělosti.
- Hashimotova struma je tužší konzistence, nerovného povrchu.
- Štítná žláza při tyreoditidě je mírně zvětšená, při palpaci velmi citlivá a bolestivá.
- *Basedovská struma je difúzně, oboustranně zvětšená, symetrická, elastická, měkká, případně s hmatným vírem a slyšitelným šelestem.*
- *Maligní struma je nápadně tuhá, palpačně citlivá, omezeně pohyblivá, často fixovaná ke spodině, rychle se zvětšuje.*
- Nodózní struma s postižením jednoho laloku nebo jeho části.
- Retrosternální struma - zvětšená štítná žláza zasahuje retrosternálně. Někdy skoro nehmatná na krku. Nemusí se funkčně projevovat, zato se může vytvářet mechanické komplikace (Hloch, 2014b)

2.1.3 Vyšetřovací metody

Mezi nejčastější vyšetření při diagnostice onemocnění štítné žlázy jsou ultrazvukové vyšetření štítné žlázy a výpočetní tomografie (CT). Pokud je u pacienta diagnostikovaný uzel ve štítné žláze může se také provést punkce štítné žlázy.

Rentgenové vyšetření

Rentgenové vyšetření je jedno z nejjednodušších a nejdostupnějších vyšetření v oblasti medicíny. Při předoperačním vyšetření se využívá tato metoda k zjištění kontraindikací v rámci respiračního a kardiovaskulárního systému (pneumonie, městnání v malém oběhu). Při onemocnění štítné žlázy se toto vyšetření provádí zřídka, pouze pokud je mechanický útlak okolních tkání informuje tato metoda o velikosti, tvaru a lokalizaci (Zeman a Krška, 2011, s. 121).

Ultrazvukové vyšetření

Tato metoda patří k základním vyšetřovacím metodám. K jejím výhodám patří její neinvazivnost a absence kontraindikací. U onemocnění štítné žlázy je tato metoda první volbou. Podle ultrazvukového vyšetření štítné žlázy hodnotíme velikost, uložení, strukturu tkáně, ložiskové změny (uzly), vztah k okolním strukturám (jícen, průdušnice, mízní uzliny).

Pomocí této metody lze také určit objem štítné žlázy a provést punkční aspirační cytologii štítné žlázy (Kršek, 2011, s. 36).

Výpočetní tomografie

Tato metoda se volí, pokud je podezření na velkou štítnou žlázu zasahující do hrudníku, anebo se pátrá po zvětšených mízních uzlinách. Toto vyšetření se u štítné žlázy vždy provádí bez jodové kontrastní látky (Kršek, 2011, s. 39).

Magnetická rezonance

Tato metoda se využívá zřídka. Využívá se u pacientů, kteří jsou kontraindikováni k rentgenovému vyšetření (Kršek, 2011, s. 39).

Angiografie

Využívá se, pokud je potřeba zobrazit cévní zásobení štítné žlázy, anebo zobrazení nádoru cévního zásobení štítné žlázy (Kršek, 2011, s. 41).

Punkce štítné žlázy

Punkce je nábodnutí orgánu za účelem diagnostickým (odběr materiálu na vyšetření) či terapeutický (vypuštění výpotku, drenáž). Punktovat můžeme přirozené dutiny, parenchymatозní orgány (štítná žláza), nebo patologické útvary (cysty, nádory, hematom) (Březák, 2014).

FNAB – aspirační biopsie tenkou jehlou

Punkce štítné žlázy se provádí pod sonografickou kontrolou. Tento výkon se provádí ambulantně. Před výkonem by měl pacient podstoupit vyšetření srážlivosti krve a základní hematologické a biochemické vyšetření. Pacient je po příchodu uložen do polohy na zádech se záklonem hlavy. Po dezinfekci místa vpichu a sonografické kontrole, lékař provede punkci příslušného místa (cysta, nádor či samostatná tkáň štítné žlázy) a odsaje malý vzorek tkáně. Po výkonu se na místo vpichu přiloží gázové kompresní krytí. Pacient by měl po výkonu zachovávat fyzický klid několik dní a kontrolovat místo vpichu, zda nedošlo ke krvácení či zanícení okolí vpichu. Odebraný vzorek se odesílá na cytologické vyšetření, či histologické vyšetření (Markalous a Gregorová, 2007, s. 47).

2.1.4 Konziliární vyšetření

Otorinolaryngologické (ORL) vyšetření

Lékař hodnotí stav hlasivek před operací a po operaci. Hodnotí fonační funkci (vznik hlasu periodickým chvěním vzdušného sloupce nad hlasivkami). Vyšetření se provádí pomocí nepřímé laryngoskopie. Laryngoskopie vyšetřuje fyziologické pohyby hlasivek zvětšovací optikou při stroboskopickém světle.

2.1.5 Zhodnocení operačního rizika

Na předoperační vyšetření navazuje před každým chirurgickým výkonem anesteziologické vyšetření. Jde o vyšetření anesteziologem, který zhodnotí na podkladě získaných informací a nálezů anesteziologické riziko. Nejčastěji je používána klasifikace ASA. Anesteziolog dále stanoví typ anestezie, dávku a typ premedikace a ordinaci chronické medikace v operačním dnu (Kala, Penka a kolektiv autorů, 2010, s. 26-7).

ASA (American Society of Anesthesiologists)

Zhodnocení dalších přítomných komplikací a stavu organismu.

- *ASA 1 – pacient bez komplikujícího onemocnění*
- *ASA 2 – lehké onemocnění bez omezení výkonnosti*
- *ASA 3 – závažné onemocnění omezující výkonnost*
- *ASA 4 – těžké onemocnění, které ohrožuje život nemocného bez i v souvislosti s operací*
- *ASA 5 – terminální stav s infaustní prognózou bez závislosti na operaci*
- *ASA 6 – pacient s prokázanou mozkovou smrtí jako dárce orgánů (Ferko, Šubrt a Dědek, 2015, s. 135).*

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U OPERACÍ ŠTÍTNÉ ŽLÁZY

3.1 Předoperační příprava a úloha sestry

Cílem je vytvořit optimální podmínky ke zvládnutí operační zátěže, k dobrému a nekomplikovanému hojení rány a rychlé rekonvalescenci. Intervence v předoperační přípravě se liší podle standardů jednotlivých zdravotnických pracovišť a podle individuálních potřeb pacienta. Blažek, Havel a Bělobrádková (2012, s. 422-428) rozdělují předoperační přípravu podle časového intervalu na dlouhodobou, střednědobou, krátkodobou a bezprostřední. Příprava více jak měsíc před výkonem se nazývá dlouhodobá. Do dlouhodobé přípravy patří předoperační vyšetření, zanechání kouření, redukce váhy a vysazení hormonální antikoncepce. Jeden až tři týdny před výkonem se dbá o nutriční kondici pacienta, úprava a změna antikoagulační léčby, léčba a prevence infekčních onemocnění, optimalizace chronických onemocnění a příprava autotransfuze. Tato příprava se nazývá střednědobá. Velmi důležitá je krátkodobá předoperační příprava. Krátkodobá příprava se podle Janíkové a Zeleníkové (2013, s. 34) odehrává během 24 hodin před výkonem. Začíná většinou příjmem pacienta do nemocnice a plynule navazuje na dlouhodobou přípravu. Sestra při krátkodobé přípravě musí zajistit kontrolu potřebných vyšetření nebo doplnit chybějící. Zajišťuje psychickou přípravu pacienta, která spočívá v minimalizaci strachu a stresu z operačního výkonu. Dále sestra zajišťuje fyzickou přípravu. Fyzická příprava začíná edukací pacienta o povinném lačnění před operačním výkonem, alespoň 6-8 hodin. Poté sestra připraví operační pole. U žen z pravidla není nutná žádná úprava. U mužů, kteří mají vydatné ochlupení hrudníku, se z pravidla vyholí část 2 cm pod začátek hrudní kosti. Pokud má muž vousy, musí si je oholit. U nesoběstačných pacientů, zajistí sestra celkovou hygienu, umytí vlasů, u žen odstraní lak z nehtů a odstraní kosmetické přípravky z obličeje (odličí). Sestra dále zajišťuje vyprázdnění tlustého střeva. Pokud se pacient vyprázdnil před hospitalizací doma, není nutná příprava. Jinak sestra podá čípek k vyprázdnění (Čoupková a Slezáková, 2010, s. 35). Sestra také zajišťuje přípravu pacienta spojenou s jeho chronickými chorobami (diabetes mellitus, poruchy srážlivosti krve). Podle Blažka, Havla a Bělobrádkové (2012, s. 422-428) a Čoupkové a Slezákové (2010, s. 35-36) se bezprostřední předoperační příprava pohybuje jednu až dvě hodiny před výkonem. Do této přípravy patří kontrola fyziologických funkcí (TK, puls, TT) a dokumentace, operačního pole, lačnění, kontrola chrupu (odstranění protetických náhrad), podání předepsané premedikace. Pacient

je před užití premedikace poučen o nutnosti dodržování klidu na lůžku. U pacientů s diabetem mellitus se podává infuze glukózy a inzulínu podle aktuální hladiny glykémie. Dále prevence tromboembolické nemoci (bandáže, aplikace nízkomolekulárních heparinů), antibiotická profylaktická léčba a u polymorbidních pacientů se může zavést permanentní močový katetr. Předoperační příprava končí předáním pacienta na operačním sále anesteziologické sestře (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 26).

3.2 Laboratorní vyšetření

Laboratorní vyšetření se v předoperačním vyšetření provádí z důvodu podpoření určené diagnózy, k zmenšení pooperačních rizik, který jsou úzce spojené s vedlejšími chorobami a jejich dekompenzací (anémie, poruchy koagulace, tyreotoxikózy, diabetes, ICHS) (Zeman a Krška, 2011, s. 119).

Soubory předoperačních laboratorních vyšetření nejsou jednoznačně určeny. Lékař, který tyto odběry ordinuje, musí zvážit stav pacienta (podle jeho věku, vedlejších onemocnění) a závažnost naplánovaného výkonu. Mezi nejčastěji vyžadované odběry v předoperačním vyšetření patří z hematologické laboratoře (krevní obraz + diferenciál) a vyšetření krevní srážlivost (quickův test a aktivovaný parciální tromboplastinový čas). Při plánovaných velkých operacích se odebírá i krevní skupina s Rh faktorem. Z biochemické laboratoře se nejčastěji zaměřují na ionty (draslík, sodík a chloridy) v séru, kreatin, urea, glykémie a jaterní soubor (Alaninaminotransferáza, Aspartátaminotransferáza, Gamaglutamyltransferáza a celkový bilirubin). Tyto výsledky jsou hodnoceny chirurgem a anesteziologem, kteří mohou rozhodnout o odložení operačního výkonu při některých patologických hodnotách (Zeman a Krška, 2011, s. 119-120).

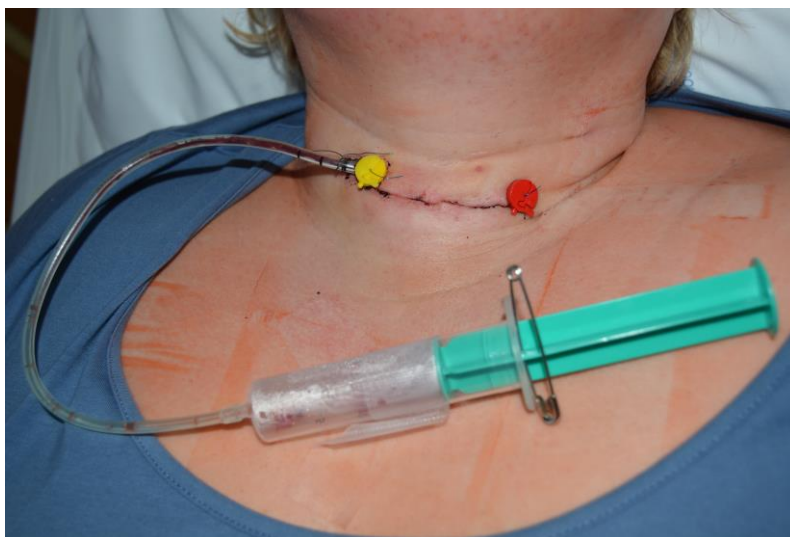
U onemocnění štítné žlázy se také odebírá krev na vyšetření vápníku, jódu a na vyšetření hladiny hormonů (trijódtyronin, tetrajódtyronin, tyreostimulační hormon, kalcitonin a parathormon). Při diagnostice i předoperačním vyšetření se můžou odebrat i protilátky anti-TPO, anti-TG a TRAK (Vítová, 2014).

Povinností sestry je kontrola předoperačních odběrů pacienta. Každý pacient by měl mít předoperační odběry při příchodu k hospitalizaci hotové. Pokud však nějaký odběr chybí, nebo ošetřující lékař naordinuje doplňující odběr, je povinností sestry tento odběr uskutečnit.

4 OPERAČNÍ VÝKON

Operační výkon se provádí v celkové anestezii. Při celkové anestezii má každý pacient zajištěny dýchací cesty endotracheální intubací, monitorují se fyziologické funkce (TK, puls), EKG a SpO₂. Pro operační výkon na štítné žláze se volí poloha na zádech s elevací trupu (o 20-30°) s mírným záklonem hlavy. Pro dezinfekci operačního pole se využívají nejódové přípravky (Steriliem, Kodanem) (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 102).

Na konci operace je do rány zaveden drén, který je pevně fixován stehem ke kůži. Drén zajišťuje trvalé odsávání z rány. Nejčastěji se zavádí Redonův drén. Na tento drén je nastavena podle zvyklosti oddělení Redonova drenáž nebo injekční stříkačka. Redonova drenáž je láhev, spojená s drenážní hadičkou v uzavřeném systému, kde je vytvořený umělý podtlak. Na stejném principu podtlakové drenáže pracuje i injekční stříkačka (Schumpelick, 2013, s. 24).



Obrázek 1 Redonova drenáž s injekční stříkačkou

Hojení ran rozdělujeme na dva typy. První typ je primární hojení ran (Sanation per primam intentionem). Jde o nenarušené hojení rány. Pokud je hojení rány narušené např. infekcí, mluvíme o sekundárním hojení (per secundam intentionem). Jedná se o reparační procesy narušené např. hnisáním či tvorbou nekrot. Dochází k nadměrné tvorbě granulační tkáně, hojení trvá déle a je komplikovanější (Ferko, Šubrt a Dědek, 2015, s. 34; Kala, Penka a kolektiv autorů, 2010, s. 24).

Fáze hojení

1) Exsudativní – čistící fáze

Tato fáze trvá obvykle 0.-3. den. Poranění tkáně způsobuje lokální zánětlivou reakci, která je základem hojení. Vzniká krevní koagulum, které spojuje okraje rány a vytváří ochrannou bariéru před původci infekce (bakterie, houby). Krevní koagulum také zabraňuje ztrátě tekutin. Přibližně po 10 minutách dochází k exsudaci z kapilár, v této fázi se do rány dostávají protilátky a leukocyty. Na této reakci se podílí řada tkáňových faktorů a cytokinů (Ferko, Šubrt a Dědek, 2015, s. 34).

2) Proliferační fáze

Tvorba granulační tkáně trvá přibližně 1.-6. dnů. Do rány migrují fibroblasty, které proliferují. V ráně vytváří extracelulární matrix. Matrix je postupně nahrazen prokolagenem, který se upravuje (zesiluje se a formuje) podle budoucí zátěže. V této fázi také vrůstají do tkáně nové kapiláry, které zabezpečují její výživu (Ferko, Šubrt a Dědek, 2015, s. 34).

3) Fáze diferenciacce

Fáze trvá přibližně 6.-10. dní. V této fázi dochází k vyžrávání a tvorbě jizvy s epitelizací kolagenních vláken. Pod vlivem myofibroblastů dochází v granulační tkáni k ztrátě vody a cév. Dochází ke vzniku jizevnaté tkáně (Ferko, Šubrt a Dědek, 2015, s. 34).

Během 3 týdnů dosahuje rána 40% pevnosti původní tkáně. Pevnost jizvy se zvyšuje až do 2 let po poranění (Ferko, Šubrt a Dědek, 2015, s. 34).

5 POOPERAČNÍ PÉČE A ÚLOHA SESTRY

Po skončení operačního výkonu a anestézie nastává pooperační období. Pooperační péče se dělí na bezprostřední a následnou. Bezprostřední pooperační péče je nejčastěji poskytována na lůžku jednotky intenzivní péče, ale při menších výkonech je pacient po probání 2 hodiny sledován na dospávacím pokoji, a poté je přeložený na standardní oddělení. Je to období přibližně 24 hodin po probuzení z anestezie. Bezprostřední pooperační péče je zaměřuje na prevenci pooperačních komplikací (krvácení, akutní bolest). Následná pooperační péče je poskytována na standardním oddělení a jedná se o období od překladi pacienta s jednotky intenzivní péče či od 24 hodin po probuzení až po propuštění pacienta. Následná péče se zaměřuje na rehabilitaci neboli návrat pacienta k předchozímu životu (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 47; Kala, Penka a kolektiv autorů, 2010, s. 43).

V bezprostřední i následné pooperační péči je povinností sestry pravidelně kontrolovat stav pacienta. Sestra monitoruje vědomí, fyziologické funkce, funkčnost a zavedení drénů, operační ránu a její okolí, příznaky pooperačních komplikací a vyprazdňování pacienta.

U výkonu na štítné žláze se podle Janíkové a Zeleníkové (2013, s. 103) sleduje fonace. Fonace je proces, kdy hlasivky tvoří zvuk. Dále se sledují komplikace spojené s porušením nervus laryngeus recurrens. Ty se projeví jako dysfonie – chrapot.

Pacienta po výkonu na štítné žláze ukládáme do zvýšené polohy (semi Fowlerova) a podporujeme hlavu a krk malým polštářkem. Zabraňujeme tím hyperextenzi krku a chráníme integritu linie sutury. Umožňuje to lepší výměnu dýchacích plynů a odtok sekretu z rány. Pacienta po výkonu sestra edukuje o nutnosti podpory krku při změně polohy. Pacient může využívat k podpoře vlastní ruce (Matt, 2013).

5.1 Monitorace fyziologických funkcí

Pooperační období je z hlediska práce sestry nejrizikovější. Sestra sleduje fyziologické funkce (krevní tlak, puls, dech, saturace a ekg). Na jednotce intenzivní péče je pacient napojený na monitor. Sestra zapisuje fyziologické funkce do JIP záznamu po 15 minutách. Na standardním oddělení se měří fyziologické funkce pomocí tonometru a fonendoskopu a zapisují se do akutní karty. Akutní karta je formulář na zaznamenávání fyziologických funkcí, který je označený jménem pacienta. První dvě hodiny po výkonu se měří fyziologické funkce co 15 minut, po dvou hodinách po půl hodině. Fyziologické funkce nám

mohou ukázat vznik některých pooperačních komplikací (krvácení, vznik infekce, akutní bolest, atd.). Intenzivní sledování trvá 24hodin po zákroku (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 47; Mikšová, Froňková a Zajíčková, 2006, s. 99-100).

Podle Janíkové a Zeleníkové (2013, s. 103) se u operací štítné žlázy navíc sleduje fonace. Komplikaci porušení nervus laryngeus se projeví jako dysfonie – chrapot.

Krevní tlak

Jedličková (2012, s. 241) uvádí, že normohodnota krevního tlaku systolického je 100-140 mmHg a diastolického 60-90 mmHg. Nízká hodnota krevního tlaku může svědčit o počínajícím krvácení.

Puls

Podle Jedličkové (2012, s. 241) je normohodnota pulsu je 55-90 tepů/minutu. Zrychlený puls může značit rozvíjející se šok či akutní bolest.

Saturace (SpO₂) a dech

Saturace by se měla pohybovat mezi 95-98 %, podle fyzického stavu pacienta a chronických onemocnění pacienta (CHOPN). Normohodnota dechové frekvence se pohybuje mezi 14-16 dechy/min. Při plicní insuficienci se doporučuje oxygenoterapie (Jedličková, 2012, s. 241).

Oxygenoterapie

Oxygenoterapie je léčba kyslíkem. Jde o podávání kyslíku v koncentraci vyšší než 21 procent. Oxygenoterapie se používá, pokud je riziko akutní či chronické hypoxie. Nejčastější stavy, u kterých se oxygenoterapie využívá, jsou kardiopulmonální insuficience, akutní a chronické onemocnění průdušek a plic, obstrukce dýchacích cest, onemocnění srdce a oběhu, operační výkony a bezprostřední pooperační období. U pacienta při kyslíkové léčbě se pravidelně kontroluje saturace a celkové příznaky dechové tísně a prokrvení kůže a sliznic (Vytejšková, Sedlářová, Wirthová a kolektiv, 2013, s. 79-80).

EKG (elektrokardiografie)

EKG je vyšetření, které zobrazuje elektrickou aktivitu srdce. Lékař pak podle vzhledu křivek, jejich tvaru, výšky a dalších parametrů diagnostikuje případné odchylky od běžného stavu. Pokud je pacient hospitalizován na jednotce intenzivní péči, je napojený na monitor

a EKG je točeno stále. Pokud je pacient na standardním oddělení ekg se netočí. Pouze pokud by pacient udával bolesti na hrudi či jiné problémy.

5.2 Bolest a její léčba

Janíková a Zeleníková (2013, s. 103) uvádí, že pacient může po operaci pociťovat bolest v okolí operační rány. Důležité je monitorace bolesti a dostatečná analgezie. Nejčastější používaná škála k monitoraci je VAS (vizuální analogová škála). Bolest bývá různého stupně a trvání. Záleží na umístění, velikosti rány a na vnímání bolesti pacientem. Podle Zemana a Krška (2011, s. 268) je nejvýhodnější léčba bolesti svodným znečítlivěním (epidurální). Další možnost je farmakologická léčba. Nejsilnější možná forma jsou opiáty (Dolsin, Morfin, Dipidolor). Při této léčbě musí lékař zvážit možná rizika (utlumení dechového centra, zvracení, poruchy peristaltiky). Často se opiáty kombinují nebo jsou nahrazovány neopioidními analgetiky. Neopioidní analgetika se dělí na analgetika - antipyretika (paracetamol, metamizol, aspirin) a nesteroidní antirevmatika (ibuprofen, diclofenak).

5.3 Péče o operační ránu a drény

Operační rána je kryta ze sálu sterilním krytím, případně mastným tylem a sterilním krytím. U většiny pacientů je už ze sálu zavedený do operační rány drén. Povinností sestry v pooperačním období je sledovat stav operační rány a jejího okolí a funkčnost drénu, charakter, množství, barvu a vzhled obsahu, sleduje i okolí drénu a známky infekce (zarudnutí, otok). Podle Janíková a Zeleníková (2013, s. 103) a Zemana, Krška a kolektivu (2011, s. 275-276) se první převaz provádí 24-48 hodin po výkonu. Pokud se projeví nějaké komplikace (krvácení, silná bolest v ráně) může se převaz provést dříve nebo při prokrvácení sterilního krytí se může navázat další krytí. U většiny operací se zavádí Redonův drén s následnou Redonovou drenáží či injekční stříkačkou. Drény se obvykle vytažují druhý pooperační den, ale záleží na množství a charakteru sekretu. Pokud jsou použity nevstřebatelné stehy na saturu rány, jsou stehy vytaženy sedmý až desátý den po výkonu (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 103; Zeman, Kršek a kolektiv, 2011, s. 275-276).

5.4 Vyprazdňování a výživa

Každý pacient by se měl po výkonu do šesti až osmi hodin vymočit. Pokud se tak nestane, musí se pacient vycévkovat. Stolice by se měla obnovit do dvou až čtyř dnů po výkonu.

Záleží také na mobilizaci pacienta, na příjmu tekutin a stravy (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 103).

Po celkové anestezii každý pacient nesmí dvě hodiny pít žádné tekutiny. Tuhou stravu pacient dostane až následný den. Typ diety závisí na typu operace a chronickém onemocnění. U štítné žlázy se první pooperační den podává mletá strava a tekutiny. Druhý pooperační den se podává dieta, s jakou pacient přišel do nemocnice (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 103).

5.5 Pooperační komplikace po operaci štítné žlázy

V rámci pooperační péče u operací na štítné žláze je nutné sledovat projevy pooperačních komplikací. Sestra musí sledovat poruchy vědomí, projevy respiračních komplikací (dušnost, barvu kůže a sliznic, stridor), projevy poranění příštítných tělísek (brnění akrálních částí), poranění nervus laryngeus recurrens (porucha verbální komunikace) a pooperační komplikace v operační ráně (bolest v ráně, otok krku, tvorba hematomu, atd.). Dále sestra musí sledovat bilanci tekutin a vyprazdňování moče i stolice.

Respirační komplikace

Komplikace spojené s intubací a útlumem obranných reflexů při operaci jsou záněty, aspirace, atelektáza (nevzdušnost), edém plic či šok plíce. Plicní komplikace se mohou projevit až druhý pooperační den. Mezi rizikové faktory respiračních komplikací se řadí kouření, plicní onemocnění (CHOPN) a vyšší věk. Nejčastější příznaky jsou kašel, hypoxémie, bolesti v krku či zastřený hlas (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 50).

Kardiální komplikace

Každý operační zákrok je mírnou zátěží pro lidský organismus. Srdce zdravého člověka se s touto zátěží dokáže vyrovnat. Rizikové faktory jsou různá přidružená onemocnění (arytmie, snížená funkčnost srdce). Hlavními příznaky kardiálních komplikací se řadí změny na EKG, pokles krevního tlaku, tachykardie či dušnost (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 50).

Tromboembolické komplikace

Příčinou těchto komplikací je endovaskulární srážení krve, které je způsobeno např. poškozením endotelu žilní stěny či zpomalení krevního proudu. Nejzávažnější tromboembolickou komplikací je embolie plicnice. Tato komplikace se projevuje většinou druhý týden po

výkonu. Hlavními příznaky je dušnost, bolest na hrudi, vykašlávání narůžovělého sputa. Základem prevence je elastické stažení dolních končetin, aplikace nízkomolekulárních heparinů a především včasná mobilizace po výkonu (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 50).

Vzduchová embolie

Jedná se o přítomnost vzduchu či jiného plynu v žilním řečišti. Hlavními příznaky jsou bolesti na hrudi, dechová tíseň, tachykardie, úzkost až srdeční zástava. Minimální množství vzduchu k vyvolání této komplikace je 20 mililitrů (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 51).

Alergie

Pacient může mít alergickou reakci na léky, na druh sterilního krytí či náplast. Alergie se může projevovat mnoha příznaky od vyrážky až po zduření sliznic, krvácení či astmatický stav (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 51).

Poruchy funkce močového systému

Po operačním výkonu může dojít k zánětu močového ústrojí či k poruše funkce ledvin. Tyto komplikace mohou být způsobené zavedením permanentního močového katetru, operací nebo traumatem nebo vlivem anestezie (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 51).

Poruchy funkce GIT

K úpravě stolice a peristaltiky střev by mělo dojít do 48-72 hodin po operačním výkonu. Pokud se tak nestane, mluvíme teprve o pooperační komplikaci. Nejčastější komplikací je ileus paralytický. Nejčastější příznaky jsou pocit plnosti, zvracení a zástava odchodu plynů. (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 51).

Komplikace v operační ráně

Komplikace v operační ráně jsou například infekce, krvácení, dehiscence či nekróza v ráně. Při těchto komplikacích mluvíme o sekundárním hojení rány. Mezi hlavní příznaky řadíme subfebrilie, zarudnutí a bolestivost v okolí rány, výskyt hnisavé sekrece (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 51-52).

5.5.1 Komplikace způsobené operačním výkonem

Poranění nervus laryngeus recurrens (zvrtný nerv)

Pokud je poraněna jedna strana nervu projevuje se komplikace chrapotem a problémem s verbální komunikací. Pokud je zvrtný nerv poraněn z obou stran dochází k poruše výměny dýchacích plynů a je většinou potřeba provést tracheostomii (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 99-100). Tato komplikace se nejčastěji objevuje po operacích velkých nebo maligních strum. Povinností sestry je sledovat frekvenci, hloubku a rytmus dýchání, známky případného dušení (tachypnoe, inspirační a expirační stridor), hodnotit kvalitu hlasu (chrapot) (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 104).

Poranění nervus laryngeus superior

Projevuje se změnou tóniny hlasu či aspirací (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 100).

Hypokalcemie

Nejčastější komplikace, projevuje se 1.-5. pooperační den. Hypokalcemie může být dočasná vyvolaná operačním traumatem příštítných tělísek. Mírná hypokalcemie se projevuje brněním akrálních částí těla (konečky prstů, rty). Výrazná hypokalcemie může být doprovázené křečí (tetanie) (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 100). Hlavním příznakem tetanie je Chvostkův příznak, který spočívá v lehkém poklepu na n. facialis, který následně vyvolá křeč obličejových svalů (Duda a kolektiv, 2011, s. 104). Povinnosti sestry je se dotazovat pacienta na příznaky hypokalcemie – přítomnost parestezie prstů, okolí úst nebo brnění akrálních částí těla. Podle ordinace lékaře odebírá sestra 1. pooperační den odběr krve na biochemické vyšetření hladiny vápníku a fosforu. Podle zvyklostí oddělení se můžu brát i parathormon a draslík. Při projevech hypokalcemie sestra informuje lékaře a podle jeho ordinace podá substituční léčbu (např. Calcium chloratum, Calcium gluconinum).

Pooperační krvácení

Závažné krvácení je nahromadění 50-100 ml krve v operační ráně. Poté vzniká hematoma a může dojít k útlaku hrtanu a průdušnice. Příznaky spojené s krvácením a tvorbou hematomu jsou bolesti v ráně, dušnost a viditelný hematoma (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 100).

Tyreotoxická krize

Vzniká při operaci štítné žlázy pro tyreotoxikózu. Je to život ohrožující stav, který vzniká náhle jako exacerbace onemocnění. Dojde k uvolnění nadbytků hormonů štítné žlázy. Projevuje se tachykardií, hypertenzí, návaly horka, palpitace, neklid a opocení (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 100). Sestra po operaci sleduje případné symptomy tyreotoxické krize prvních 18 hodin po výkonu. V případě vzniku komplikace se pacient překládá na JIP (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 104).

5.5.2 Prevence komplikací

Trombolembolická nemoc (dále jen TEN)

Do TEN zahrnujeme hlubokou žilní trombózu a plicní embolii. TEN je multifaktoriální onemocnění a pacienti mívají z pravidla více rizikových faktorů naráz. Proto je prevence TEN velmi důležitá v oblasti předoperačního i pooperačního období. Riziko TEN stoupá s věkem, obezitou, s flebotrombózou v osobní anamnéze. Jako základní prevence se využívá bandáže neoperovaných dolních končetin. Tyto bandáže se ruší až při plné mobilitě pacienta. Pacient musí být také zajištěn optimální dávkou nízkomolekulárního heparinu (dále jen LMWH). LMWH je aplikován jedenkrát denně podkožně v dávce podle hmotnosti pacienta. U pacientů, kteří mají nízké riziko TEN, postačí jako prevence pouze kompresní punčochy či bandáže, dostatečná hydratace a časná mobilizace (Musil, 2009, s. 544-548; Blažek, Havel a Bělobrádková, 2012, s. 422-428).

5.6 Edukace při propuštění

Sestra informuje o nutnosti vyhýbání se stresovým a emočním situacím, a o důležitosti klidového režimu a odpočinku (Health & Medicine, 2009).

Péče o jizvu

Hojení rány je velmi složitý proces a po každém operačním výkonu vzniká jizva, ale pro její výsledný vzhled lze po operaci udělat mnoho. Existuje mnoho negativních vlivů ovlivňující hojení rány (např. diabetes mellitus, infekce, alergická reakce, nutriční deficit). Během hospitalizace je většinou rána kryta sterilním krytím. Ale pokud je rána odkryta je důležité ji dostatečně umýt. Nesmí se používat žádné dráždivé mýdla, krémy pacient se musí vyhýbat chlorované vodě. Při zvýšeném napětí svalů (např. zvedání se, kašel) je důležité

ránu dlaní ruky přidržovat. Při domácí péči jsou-li odstraněny stehy, je velmi důležité jizvu od 5. pooperačního dne promazávat. Nejlepší je calcium pantothenikum, měsíčková mast, šípkový olej, framykoin mast. Vhodné je také provádět tlakovou masáž. Pacient je před propuštěním edukován sestrou o technikách tlakové masáže. Tlaková masáž se provádí, pouze pokud je rána zhojena, bez zarudnutí a bez projevů infekce. Tlaková masáž se provádí tak, že zatlačíme prstem proti podkladu tak, aby se nehtové lůžko odkrylo. Tlak ponecháme cca 30 sekund, a to samé opakujeme na vedlejších místech jizvy. Masáž se musí provádět minimálně třikrát denně po 10 minutách. Pacient je také poučen o nutnosti chránit jizvu před slunečním a solárním zářením. Minimálně půl roku (Smékalová, Bartošová a Straková, [2015]; Smičková, 2011, s. 31-33).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 ÚVOD DO PRAKTICKÉ ČÁSTI

K tématu **Ošetrovatelská péče o pacienta po operaci štítné žlázy** v dnešní době neexistuje mnoho zdrojů zaměřených přímo na ošetrovatelskou péči zaměřenou na péči v oblasti štítné žlázy.

6.1 Cíle

Cíl č. 1 Sledovat a zaznamenat ošetrovatelskou péči poskytnutou pacientovi hospitalizovanému pro chirurgické řešení štítné žlázy

Cíl č. 2 Komparovat poskytnutou ošetrovatelskou péči pacientům po operaci štítné žlázy na dvou pracovištích (chirurgické oddělení Fakultní nemocnice Olomouc – dále FNOL a chirurgické oddělení Nemocnice Atlas ve Zlíně)

Cíl č. 3 Vytvořit návrh doporučení pro praxi, týkající se specifík ošetrovatelské péče o pacienta po chirurgickém řešení štítné žlázy

6.2 Metodika práce

Pro kvalitativní výzkum jsme zvolili metodu případových studií. Kazuistika je podle Kutnohorské (2009, s. 76) *ucelená a podrobná studia jedné osoby. Vždy se jedná o záměrnou volbu, vybraný objekt musí mít vlastnosti, které badatel sleduje*. Pro získávání dat jsme využili metody pozorování, analýzy dokumentů a rozhovorů s ošetrujícím personálem a samostatnými pacienty. Získaná data jsme zapisovali do předem vytvořených pozorovacích archů (viz. Přílohy PIII). Kazuistika obsahuje anamnézu, katamnézu, interpretaci dat a diskuzi.

6.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkum byl prováděn na chirurgických odděleních Fakultní nemocnice Olomouc a Nemocnice Atlas ve Zlíně. Respondenti byli vybráni podle následujících kritérií.

- Jedinec hospitalizovaný pro plánovaný operační výkon na štítné žláze
- Jedinec starší osmnácti let
- Jedinec, který souhlasil s podmínkami výzkumu a podepsal informovaný souhlas (viz. Přílohy PII)

6.4 Kazuistika č. 1

Pacientka P. M. (55 let) přijata na chirurgické oddělení Fakultní nemocnice Olomouc k plánovanému operačnímu výkonu totální thyreoidektomie.

Anamnéza

Osobní anamnéza: pacientka P. M. hospitalizovaná na chirurgickém oddělení 3-4/2016 k plánované operaci štítné žlázy s diagnózou toxická struma. Další diagnózou v anamnéze pacientky byla srdeční arytmie způsobená hyperfunkcí štítné žlázy.

Farmakologická anamnéza: pacientka při nástupu k hospitalizaci uváděla, že užívá *Thyrozol 10 mg (antihormon) jedenkrát denně a to ráno. Dále užívá Betaxu 20 mg (betablokátory) půl tablety ráno.*

Rodinná anamnéza: otec se léčí s diabetes mellitus 2. typu na perorálních antidiabetících. *Matka se s ničím neléčí, pouze je po operaci srdce. Pacientka přesně neví, nejspíše výměna chlopně.*

Pracovní anamnéza: pacientka pracuje jako prodavačka v maloobchodě

Alergologická anamnéza: *pacientka uvádí alergii na ajatin*

Katamnéza

Pacientka byla přijata k plánované operaci na chirurgické oddělení. Pacientka byla přijata den před operací a při přijetí u ní byl proveden Barthelův test základních všedních činností (s výsledkem 100 bodů), Glasgow coma scale (s výsledkem 15 bodů), hodnocení rizika vzniku dekubitů (s výsledkem 31 bodů), index tělesné hmotnosti (váha 71 kg, výška 168 cm, s výsledkem BMI 25,16 – nadváha), Nutriční protokol (s výsledkem 1 bod). Při fyzikálním vyšetření sestrou bylo zjištěno, *celkový vzhled: působí upraveně, nehty a vlasy má čisté, zuby má vlastní, užívá brýle na čtení a nemá problém se sluchem.* Pacientka při příchodu měla kompletní předoperační vyšetření (EKG, RTG, anesteziologické vyšetření, souhlas s hospitalizací a samostatným výkonem, předoperační odběry – viz. tabulka předoperační odběry P.M.) a uváděla, *že si myslí, že je dostatečně informovaná o svém stavu a průběhu hospitalizační péče.*

Tabulka 1 Předoperační odběry P.M.

INR	0,98
aPTT	28,65 s
Erytrocyty	$4,50 \cdot 10^{12}/l$
Leukocyty	$7,6 \cdot 10^9/l$
Trombocyty	$238 \cdot 10^9/l$
Hemoglobin	143 g/l
Hematokrit	0,431
TSH	1,492 mIU/l
T4	11,8 nmol/l
K – draslík	5,2 mmol/l
Na – sodík	142 mmol/l
Cl – chloridy	110 mmol/l

V období krátkodobé předoperační přípravy byla pacientka poučena o nutnosti 8 hodinového lačnění před výkonem, o průběhu předoperační péče a pooperační péče a o prevenci tromboembolické nemoci a byla poučena o nutnosti elastického stažení dolních končetin. Pacientce byl den před operací ve dvacet hodin aplikován nízkomolekulární heparin subcutánně (Fraxiparine 0,3 ml) a v den operace si pacientka natáhla elastické stahovací punčochy. Místo operačního pole nebylo třeba nijak připravovat, pacientka se pouze večer den před operací okoupala podle zvyklostí z domu. Večer den před operací i v den operace byla pacientce podána premedikace podle ordinace anesteziologického lékaře (Diazepam 10 mg 20⁰⁰ a 7⁰⁰).

Operační den

U pacientky byla zvolena celková anestezie. Pacientka byla 8 hodin před operací lačná a byla dostatečně edukována. Pacientka byla odvezena v 10:12 na operační sál. Po operačním výkonu strávila dvě hodiny na dospávacím pokoji, ze kterého byla převezena v 13:45 na standardní chirurgické oddělení. U pacientky byla založena akutní karta – formulář určený

k záznamu fyziologických funkcí (jako TK, puls, saturace) z pravidla první 2 hodiny co 15 minut další 4 hodiny co půl hodiny a poté co 1 hodinu dalších 6-8 hodin. U pacientky byl na sále zaveden periferní žilní katetr (PŽK) velikosti G18 na hřbetu pravé ruky. Podle klasifikace tíže tromboflebitid (podle Madonna) byl stanoven stupeň 0. U pacientky byla zkontrolována fonace – tvorba zvuku hlasivkami a intenzita bolesti. Pacientka uváděla 1. hodinu pobytu na dospávacím pokoji intenzitu bolesti VAS-4. Podle ordinace lékaře ji byla aplikována i.v. 1 ampule Novalginu ve 100 ml fyziologického roztoku. Po dokapání infuze pacientka *uvádí bolest VAS – 2*. Po operaci byla u pacientky provedena škála – *Glasgow coma scale s výsledkem 15 bodů* a vyskytla se u ní pooperační komplikace nauzea a zvracení. Podle ordinace lékaře byla podána 1 ampule Deganu intravenózně. Dále byl u pacientky podán jako prevence tromboembolické nemoci Fraxiparine 0,3 ml (léková skupina – antikoagulancia) ve dvacet hodin. Dále se u pacientky kontroluje fonace a příznaky tetanie (hypokalcemie – brnění akrálních částí či křeče). Pacientka neuváděla, žádné problémy s hlasem či vzniklé brnění. Pacientka měla pohybový režim 3 – klid na lůžku, po čtyřech hodinách po převozu z dospávacího pokoje mohla za doprovodu zdravotnického personálu jít na toaletu. Měla po výkonu dietu 0/S (čajová). Mohla pouze po dvou hodinách po výkonu popíjet tekutiny (hořký čaj), pevnou stravu až snídani na druhý den. Pacientka měla po operaci v operační ráně zavedený redonův drén, který byl napojený na injekční stříkačku s podtlakem. Redonův drén 0. operační den odvedl 49 ml. Operační rána byla klidná, bolestivá a kryta sterilním krytím ze sálu. Podle hodnocení infekce v ráně šlo o stupeň III. lokální bolestivost v ráně. Pacientka se do 5 hodin po operaci spontánně vymočila. Stolice nebyla, peristaltika aktivní (vyšetření poslechem), plyny odcházely.

1. Pooperační den

Monitorace fyziologických funkcí a bolesti

U pacientky byla provedena kontrola fyziologických funkcí ráno. TK 145/80, puls 70 za minutu, dech 16 za minutu a tělesná teplota 36,0 °C. Podle vizuální analogové škály pacientka uváděla ráno bolest VAS 4, proto ji byla podána infuzní léčba Neodolpasse 250ml intravenózně. Po ukončení infuze pacientka uváděla VAS 1. Večer pacientka uváděla bolest VAS 3, proto ji byla podána zase infuzní léčba Neodolpasse 250 ml intravenózně. Po ukončení léčby pacientka neuváděla bolest, spala. Dále se u pacientky zkontrolovaná fonace a příznaky tetanie (hypokalcemie – brnění akrálních částí či křeče). *Pacientka neuváděla, žádné problémy s hlasem či vzniklé brnění.*

Monitorace za pomoci škál

1. pooperační den byly využity škály VAS (viz. Monitorace fyziologických funkcí a bolesti), klasifikace tíže tromboflebitid (podle Madonna) s výsledkem 0 z důvodu zavedení periferního žilního katetru 2. den a hodnocení infekce v ráně, kde byla pouze lokální bolestivost.

Laboratorní vyšetření

Odběry se provádí, aby se zjistily komplikace spojené s poraněním příštítných tělísek. Pokud jsou příštítná tělíska porušena, dochází ke snížené tvorbě parathormonu, tedy ke sníženému vstřebávání kalia v ledvinách a nedostatečné uvolňování vápníku z kostí. U pacientky se odebíral kontrolní vápník (2,07), kalium (4,74) a magnezium (0,82).

Farmakologická medikace

Pacientce byla podána chronická medikace Betaxa 20 mg půl tablety ráno a Fraxiparine 0,3 ml subcutánně ve dvacet hodin večer.

Pohybový režim a výživa

Pacientka měla pohybový režim 2 – chodící a dietu 1B (kašovitá - šetřící). Na snídani měla rohlík s jogurtem a bílou kávu. Na oběd vývar, bramborovou kaši a mleté maso. A na večeři krajíce veku a sýr. Tekutiny pacientka přijímala podle zvyklostí z domu.

Péče o operační ránu a drény

Rána se hojila per primam. Rána byla bez převazu, kryta sterilním krytím ze sálu. Okolí rány bylo klidné bez zarudnutí a otoku. V ráně redonův drén 2. den napojený na injekční stříkačku s množstvím 15 ml.

Vyprazdňování

Močení spontánní bez známek infekce či jiných komplikací. Stolice nebyla, peristaltika aktivní (vyšetření poslechem) a plyny odcházely.

2. Pooperační den

Monitorace fyziologických funkcí a bolesti

U pacientky byla provedena kontrola fyziologických funkcí ráno. TK 135/80, puls 68 za minutu, dech 16 za minutu a tělesná teplota 36,6 °C. Podle vizuální analogové škály pacientka uváděla ráno bolest VAS 2, bez nutnosti infuzní léčby. Večer pacientka uváděla

bolest VAS I. Dále se u pacientky kontrolovala fonace – tvorba zvuku hlasivkami a příznaky tetanie (hypokalcemie – brnění akraálních částí či křeče). Pacientka neuváděla, žádné problémy s hlasem či vzniklé brnění

Monitorace za pomoci škál

2. pooperační den byly využity škály VAS (viz. Monitorace fyziologických funkcí a bolesti), klasifikace tíže tromboflebitid (podle Madonna) s výsledkem 0 z důvodu zavedení periferního žilního katetru 3. den s následným vytažením. A hodnocení infekce v ráně, která byla bez známek komplikací.

Farmakologická medikace

Pacientce byla podána chronická medikace Betaxa 20 mg půl tablety ráno a Fraxiparine 0,3 ml subkutánně ve dvacet hodin večer.

Pohybový režim a výživa

Pacientka měla pohybový režim 2 – chodící a dietu 1 (kašovitá). Na snídani měla bulku s paštikou a bílou kávu. Na oběd brokolicovou polévku, rýže a vepřové maso. A na večeři krajíce chleba a sýr. Tekutiny pacientka přijímala podle zvyklostí z domu.

Péče o operační ránu a drény

Rána se hojila per primam. Rána byla převázána, dezinfikována a kryta sterilním krytím. Okolí rány bylo klidné bez zarudnutí a otoku. V ráně redonův drén 3. den napojený na injekční stříkačku s množstvím 8 ml, při převazu vytažen.

Vyprazdňování

Močení spontánní bez známek infekce či jiných komplikací. Stolice byla, peristaltika aktivní (vyšetření poslechem), plyny odcházely.

3. Pooperační den

Monitorace fyziologických funkcí a bolesti

U pacientky byla provedena kontrola fyziologických funkcí ráno. TK 130/80, puls 70 za minutu, dech 15 za minutu a tělesná teplota 36,3 °C. Podle vizuální analogové škály pacientka uváděla ráno bolest VAS I. Pacientka neuváděla žádné problémy s fonací a žádné projevy hypokalcemie (brnění).

Monitorace za pomoci škál

3. pooperační den byly využity škály VAS (viz. Monitorace fyziologických funkcí a bolesti) a hodnocení infekce v ráně, která byla bez známek komplikací.

Farmakologická medikace

Pacientce byla podána chronická medikace Betaxa 20 mg půl tablety ráno.

Pohybový režim a výživa

Pacientka měla pohybový režim 2 – chodící a dietu 3 (racionální). Na snídani měla rohlík s máslem a medem, bílou kávu. Tekutiny pacientka přijímala podle zvyklostí z domu.

Péče o operační ránu a drény

Rána se hojila per primam. Rána byla převázána, dezinfekce a kryta sterilním krytím. Okolí rány bylo klidné bez zarudnutí a otoku. Pacientka byla poučena, že po příchodu domů může krytí odstranit a může ránu lehce omývat.

Vyprazdňování

Močení spontánní bez známek infekce či jiných komplikací. Stolice nebyla, peristaltika aktivní (vyšetření poslechem) a plyny odcházely.

Pacientka byla při propuštění edukována o péči o ránu. O vhodnosti tlakové masáže a častém promazávání hydratačními krémy a o nutnosti si ránu chránit před sluncem. Dále o následné substituční léčbě, která bude celoživotní, a kterou ji nasadí její ošetřující lékař.

6.5 Kazuistika č. 2

Pacientka K. I. (51 let) přijata na chirurgické oddělení Fakultní nemocnice Olomouc k plánovanému operačnímu výkonu totální thyreoidektomie.

Anamnéza

Osobní anamnéza: pacientka K. I. hospitalizovaná na chirurgickém oddělení 3-4/2016 k plánované operaci štítné žlázy s diagnózou Hyperfunkční nodózní struma. Další diagnózy v anamnéze pacientky jsou hypertenzní nemoc, psoriáza a psoriatická artritida.

Farmakologická anamnéza: pacientka při nástupu k hospitalizaci užívá jako chronickou medikaci Thyrozol 10 mg (léková skupina – antihormon) jedenkrát denně ráno, Nebivolol

5 mg (léková skupina – betablokátory) jedenkrát denně ráno a EBV (k léčbě psoriatické artritidy).

Rodinná anamnéza: matka se léčí s diabetes mellitus 2. typu na dietě a prodělala cévní mozkovou mrtvici. Otec po smrti, léčil se s karcinomem prostaty.

Pracovní anamnéza: pacientka pracuje jako učitelka

Alergologická anamnéza: *pacientka neuvádí žádnou alergii*

Katamnéza

Pacientka byla přijata k plánované operaci na chirurgické oddělení. Pacientka byla přijata den před operací a při přijetí u ní byl proveden *Barthelův test základních všedních činností (s výsledkem 100 bodů)*, *Glasgow coma scale (s výsledkem 15 bodů)*, *hodnocení rizika vzniku dekubitů (s výsledkem 29 bodů)*, *index tělesné hmotnosti (váha 79 kg, výška 160 cm, s výsledkem BMI 30,9 – obezita I. stupně)*, *Nutriční protokol (s výsledkem 1 bod)*. Při fyzikálním vyšetření sestrou bylo zjištěno, *celkový vzhled: působí upraveně, nehty a vlasy má čisté, zuby má vlastní, užívá brýle na čtení a nemá problém se sluchem, horní chrup má proteticky hrazený, užívá trvale brýle a nemá problém se sluchem*. Pacientka při příchodu měla kompletní předoperační vyšetření (EKG, RTG, anesteziologické vyšetření, souhlas s hospitalizací a samostatným výkonem, předoperační odběry – viz. tabulka předoperační odběry K. I.) a pacientka uváděla, *že si myslí, že je dostatečně informovaná o svém stavu a průběhu hospitalizační péče*.

Tabulka 2 Předoperační odběry K. I.

INR	1,03
aPTT	32,4 s
Erytrocyty	5,11 * 10 ¹² /l
Leukocyty	7,6 * 10 ⁹ /l
Trombocyty	389 * 10 ⁹ /l
Hemoglobin	144 g/l
Hematokrit	0,439
TSH	1,2 mIU/l

T4	10,9 nmol/l
T3	5,8 nmol/l
Parathormon	106 ng/l
CRP	0,00
K – draslík	4,3 mmol/l
Na – sodík	137 mmol/l
Cl – chloridy	98 mmol/l
Ca – vápník	2,28 mmol/l
P – fosfor	0,95 mmol/l
Mg – magnézium	0,72 mmol/l

V období krátkodobé předoperační přípravy byla pacientka poučena o nutnosti 8 hodinového lačnění před výkonem, o průběhu předoperační péče a pooperační péče a o prevenci tromboembolické nemoci a byla poučena o nutnosti elastického stažení dolních končetin. Pacientce byl den před operací ve dvacet hodin aplikován nízkomolekulární heparin subkutánně (Fraxiparine 0,3 ml) a v den operace si pacientka natáhla elastické stahovací punčochy. Místo operačního pole nebylo třeba nijak připravovat, pacientka se pouze večer před operací okoupala podle zvyklostí z domu. Večer den před operací i v den operace byla pacientce podána premedikace podle ordinace anesteziologického lékaře (Diazepam 10 mg 20⁰⁰ a 7⁰⁰).

Operační den

U pacientky byla zvolena celková anestezie. Pacientka byla 8 hodin před operací lačná a byla dostatečně edukována. Pacientka byla odvezena v 11:15 na operační sál. Po operačním výkonu strávila dvě hodiny na dospávacím pokoji, ze kterého byla dovezena ve 13:55 na standardní chirurgické oddělení. U pacientky byla založena akutní karta – formulář určený k záznamu fyziologických funkcí (jako TK, puls, saturace) z pravidla první 2 hodiny co 15 minut další 4 hodiny co půl hodiny a poté co 1 hodinu dalších 6 – 8. U pacientky byl na sále zaveden periferní žilní katetr velikosti (PŽK) G 20 v levé loketní jamce (Vena Basili-ca). Podle klasifikace tíže tromboflebitid (podle Madonna) byl stanoven stupeň 0.

U pacientky byla zkontrolována fonace – tvorba zvuku hlasivkami a intenzita bolesti. Pacientka uváděla 1. hodinu pobytu na dospávacím pokoji intenzitu bolesti VAS – 3. Proto ji byla aplikována podle ordinace lékaře i. v. 1 ampule Novalginu ve 250 ml fyziologického roztoku. Po ukončení infuze uváděla pacientka VAS 1. Po operaci byl u pacientky udělán *Glasgow coma scale s výsledkem 15 bodů* a vyskytla se u ní pooperační komplikace nauzea a zvracení. Podle ordinace lékaře byla podána 1 ampule Deganu (prokinetikum) + 100 ml fyziologického roztoku intravenózně. Dále by u pacientky podán, jako prevence tromboembolické nemoci, Fraxiparine 0,3 ml (antikoagulancia) dvacet hodin. Pacientka měla pohybový režim 3 – klid na lůžku, po čtyřech hodinách po převozu z dospávacího pokoje mohla za doprovodu zdravotnického personálu jít na toaletu. Měla po výkonu dietu 0/S. Mohla pouze po dvou hodinách po výkonu popíjet tekutiny (voda), pevnou stravu až snídani na druhý den a měla po výkonu dietu 0/S. Pacientka měla po operaci v operační ráně zavedený redonův drén, který byl napojený na injekční stříkačku s podtlakem. Redonův drén 0. operační den odvedl 35 ml. Operační rána byla klidná, lokálně bolestivá s lehkým otokem a kryta sterilním krytím ze sálu. Podle hodnocení infekce v ráně šlo o stupeň II. a III. otok a lokální bolestivost v ráně. Pacientka se do 3 hodin po operaci spontánně vymočila. Stolice nebyla, peristaltika aktivní (vyšetření poslechem), plyny odcházely.

1. Pooperační den

Monitorace fyziologických funkcí a bolesti

U pacientky byla provedena kontrola fyziologických funkcí ráno. TK 130/80, puls 80 za minutu, dech 14 za minutu a tělesná teplota 36,2 °C. Podle vizuální analogové škály pacientka uváděla ráno bolest VAS 3, proto ji byla podána infuzní léčba Neodolpasse 250ml intravenózně. Po ukončení infuze pacientka uváděla VAS 1. Večer pacientka uváděla bolest VAS 2, pacientka však infuzní léčbu nechtěla. Pacientka neuváděla žádné příznaky hypokalcemie ani problémy s fonací.

Monitorace za pomoci škál

1. pooperační den byly využity škály VAS (viz. Monitorace fyziologických funkcí a bolesti), klasifikace tíže tromboflebitid (podle Madonna) s výsledkem 0 z důvodu zavedení periferního žilního katetru 2. den a hodnocení infekce v ráně, kde byla pouze lokální bolestivost.

Laboratorní vyšetření

Odběry se provádí, aby se předešlo komplikacím spojeným s poraněním příštítných tělísek. Pokud jsou příštítná tělíska porušena, dochází ke snížené tvorbě parathormonu, tedy ke sníženému vstřebávání kalia v ledvinách a nedostatečné uvolňování vápníku z kostí. U pacientky se odebíral kontrolní vápník (2,27), kalium (4,32) a magnezium (0,85).

Farmakologická medikace

Pacientce byla podána chronická medikace Nebivolol 5 mg jedna tableta ráno a Fraxiparine 0,3 ml subkutánně ve dvacet hodin večer.

Pohybový režim a výživa

Pacientka měla pohybový režim 2 – chodící a dietu 1B (kašovitá - šetřící). Na snídani měla rohlík s jogurtem a bílou kávu. Na oběd vývar, bramborovou kaši a mleté maso. A na večeři krajíce veky a sýr. Tekutiny pacientka přijímala podle zvyklostí z domu.

Péče o operační ránu a drény

Rána se hojila per primam. Rána byla bez převazu, kryta sterilním krytím ze sálu. Okolí rány bylo klidné s lokální bolestivostí. V ráně redonův drén 2. den napojený na injekční stříkačku s množstvím 17 ml.

Vyprazdňování

Močení spontánní bez známek infekce či jiných komplikací. Stolice byla peristaltika aktivní (vyšetření poslechem) a plyny odcházely.

2. Pooperační den

Monitorace fyziologických funkcí a bolesti

U pacientky byla provedena kontrola fyziologických funkcí ráno. TK 130/70, puls 68 za minutu, dech 14 za minutu a tělesná teplota 36,2 °C. Podle vizuální analogové škály pacientka uváděla ráno bolest VAS 2, bez nutnosti infuzní léčby. Večer pacientka uváděla bolest VAS 1.

Monitorace za pomoci škál

2. pooperační den byly využity škály VAS (viz. Monitorace fyziologických funkcí a bolesti), klasifikace tíže tromboflebitid (podle Madonna) s výsledkem 0 z důvodu zavedení

periferního žilního katetru 3. den s následným vytažením. A hodnocení infekce v ráně, která byla bez známek komplikací.

Farmakologická medikace

Pacientce byla podána chronická medikace Nebivolol 5 mg půl jedna tableta ráno a Fraxiparine 0,3 ml subkutánně ve dvacet hodin večer.

Pohybový režim a výživa

Pacientka měla pohybový režim 2 – chodící a dietu 1 (kašovitá). Na snídani měla bulku s paštikou a bílou kávu. Na oběd brokolicovou polévku, rýže a vepřové maso. A na večeri krajíce chleba a sýr. Tekutiny pacientka přijímala podle zvyklostí z domu.

Péče o operační ránu a drény

Rána se hojila per primam. Rána byla převázána, dezinfikována a kryta sterilním krytím. Okolí rány bylo klidné bez zarudnutí a otoku. V ráně redonův drén 3. den napojený na injekční stříkačku s množstvím 6 ml, při převazu vytažen.

Vyprazdňování

Močení spontánní bez známek infekce či jiných komplikací. Stolice nebyla peristaltika aktivní (vyšetření poslechem) a plyny odcházely.

3. Pooperační den

Monitorace fyziologických funkcí a bolesti

U pacientky byla provedena kontrola fyziologických funkcí ráno. TK 125/70, puls 70 za minutu, dech 16 za minutu a tělesná teplota 36,1 °C. Podle vizuální analogové škály pacientka uváděla ráno bolest VAS 1.

Monitorace za pomoci škál

3. pooperační den byly využity škály VAS (viz. Monitorace fyziologických funkcí a bolesti) a hodnocení infekce v ráně, která byla bez známek komplikací.

Farmakologická medikace

Pacientce byla podána chronická medikace Nebivolol 5 mg jedna tableta ráno.

Pohybový režim a výživa

Pacientka měla pohybový režim 2 – chodící a dietu 3 (racionální). Na snídani měla rohlík s máslem a medem, bílou kávu. Tekutiny pacientka přijímala podle zvyklostí z domu.

Péče o operační ránu a drény

Rána se hojila per primam. Rána byla převázána, dezinfekce a kryta sterilním krytím. Okolí rány bylo klidné bez zarudnutí a otoku. Pacientka byla poučena, že po příchodu domů může krytí odstranit a může ránu lehce omývat.

Vyprazdňování

Močení spontánní bez známek infekce či jiných komplikací. Stolice nebyla peristaltika aktivní (vyšetření poslechem) a plyny odcházely.

Pacientka byla při propuštění edukována o péči o ránu. O vhodnosti tlakové masáže a častém promazávání hydratačními krémy a o nutnosti si ránu chránit před sluncem. Dále o následné substituční léčbě, která bude celoživotní, a kterou ji nasadí její ošetřující lékař.

6.6 Kazuistika č. 3

Pacientka P. B. (47 let) přijata na chirurgické oddělení Fakultní nemocnice Olomouc k plánovanému operačnímu výkonu totální thyreoidektomie.

Anamnéza

Osobní anamnéza: pacientka P. B. hospitalizovaná na chirurgickém oddělení 4/2016 k plánované operaci štítné žlázy s diagnózou struma toxica způsobena Graves-Basedowova chorobou. U pacientky se v osobní anamnéze objevuje tachykardie, obezita, cholecystolithiáza a výhřez ploténky.

Farmakologická anamnéza: pacientka při nástupu k hospitalizaci uváděla, že užívá *Thyrozol 1g* (antihormon), a to jednu tabletu ráno a půl tablety večer. Dále *Vasocardin 50 mg* (betablokátory) půl tablety ráno a večer.

Rodinná anamnéza: matka se léčila s karcinomem prsu a krvácením do sítnice, otec se léčí s hypertenzní nemocí, dyslipidémií a prodělal trombózu aorty.

Pracovní anamnéza: pacientka pracuje jako prodavačka

Alergologická anamnéza: *pacientka uvádí alergie na ATB – Augmentin*

Katamnéza

Pacientka byla přijata k plánované operaci na chirurgické oddělení. Pacientka byla přijata den před operací a při přijetí u ní byl *proveden Barthelův test základních všedních činností (s výsledkem 100 bodů), Glasgow coma scale (s výsledkem 15 bodů), hodnocení rizika vzniku dekubitů (s výsledkem 32 bodů), index tělesné hmotnosti (váha 125 kg, výška 170 cm, s výsledkem BMI 43,25 – obezita – III. stupně), Nutriční protokol (s výsledkem 1 bod).* Při fyzikálním vyšetření sestrou bylo zjištěno, *celkový vzhled: působí upraveně, nehty a vlasy má čisté, zuby má vlastní, užívá brýle na čtení a nemá problém se sluchem.* Pacientka při příchodu měla kompletní předoperační vyšetření (EKG, anesteziologické vyšetření, souhlas s hospitalizací a samostatným výkonem, předoperační odběry – viz. tabulka předoperační odběry P. B.) a uváděla, *že si myslí, že je dostatečně informovaná o svém stavu a průběhu hospitalizační péče.*

Tabulka 3 Předoperační odběry P. B.

INR	1,04
aPTT	30,4 s
Erytrocyty	4,60 * 10 ¹² /l
Leukocyty	5,09 * 10 ⁹ /l
Trombocyty	213 * 10 ⁹ /l
Hemoglobin	139 g/l
Hematokrit	0,411
TSH	4,100 mIU/l
T4	10,42 nmol/l
T3	4,85 nmol/l
K – draslík	4,6 mmol/l
Na – sodík	141 mmol/l
Cl – chloridy	106 mmol/l

V období krátkodobé předoperační přípravy byla pacientka poučena o nutnosti 8 hodinového lačnění před výkonem, o průběhu předoperační péče a pooperační péče a o prevenci tromboembolické nemoci a byla poučena o nutnosti elastického stažení dolních končetin. Pacientce byl den před operací ve dvacet hodin aplikován nízkomolekulární heparin subkutánně (Fraxiparine 0,6 ml) a v den operace byly pacientce zabandážované elastickými bandážemi obě dolní končetiny. Místo operačního pole nebylo třeba nijak připravovat, pacientka se pouze večer den před operací okoupala podle zvyklostí z domu. Večer den před operací i v den operace byla pacientce podána premedikace podle ordinace anesteziologického lékaře (Diazepam 10 mg 20⁰⁰ a 7⁰⁰). V den operace si pacientka užila také svou chronickou medikaci Vasocardin 50 mg pouze půl tablety ráno.

Operační den

U pacientky byla zvolena celková anestezie. Pacientka byla 8 hodin před operací lačná a byla dostatečně edukována. Pacientka byla odvezena v 9:00 na operační sál. Po operačním výkonu strávila dvě hodiny na dospávacím pokoji, ze kterého byla dovezena v 12:30 na standardní chirurgické oddělení. U pacientky byla založena akutní karta – formulář určený k záznamu fyziologických funkcí (jako TK, puls, saturace) z pravidla první 2 hodiny co 15 minut další 4 hodiny co půl hodiny a poté co 1 hodinu dalších 6 – 8 hodin. U pacientky byl na sále zaveden periferní žilní katetr (PŽK) velikosti G20 v loketní jamce na pravé ruce (vena basilica). Podle klasifikace tíže tromboflebitid (podle Madonna) byl stanoven stupeň 0. U pacientky byla zkontrolována fonace – tvorba zvuku hlasivkami a příznaky tetanie (hypokalcemie – brnění akrálních částí či křeče). Pacientka neuváděla, žádné brnění, ale uváděla problémy s verbální komunikací (chrapot). Pacientce byl podán podle ordinace lékaře 200mg Hydrocortisonu (kortikosteroidní hormon) ve 100 ml fyziologického roztoku v 14⁰⁰ a v 20⁰⁰. Po operaci byl u pacientky udělán *Glasgow coma scale s výsledkem 14 bodů*. Ve 20⁰⁰ byl u pacientky také podán, jako prevence tromboembolické nemoci, Fraxiparine 0,6 ml (antikoagulancia) subkutánně a Neodolpasse 250 ml intravenózně, z důvodu bolesti o intenzitě VAS – 5. Po ukončení infuzní léčby pacientka uváděla VAS – 2, a spala. Pacientka měla pohybový režim 3 – klid na lůžku, po čtyřech hodinách po převozu z dospávacího pokoje mohla za doprovodu zdravotnického personálu jít na toaletu. Měla po výkonu dietu 0/S. Mohla pouze po dvou hodinách po výkonu popíjet tekutiny (hořký čaj), pevnou stravu až snídani na druhý den. Pacientka měla po operaci v operační ráně zavedený redonův drén, který byl napojený na injekční stříkačku s podtlakem. Redonův drén 0.

operační den odvedl 30 ml. Operační rána byla klidná, zarudlá, bolestivá a s lehkým otokem, kryta sterilním krytím ze sálu. Podle hodnocení infekce v ráně šlo o stupeň I., II. a III., a to rána s lokální bolestivostí, erytémem a otokem. Pacientka se do 6 hodin po operaci spontánně vymočila. Stolice nebyla peristaltika aktivní (vyšetření poslechem), plyny odcházely.

1. Pooperační den

Monitorace fyziologických funkcí a bolesti

U pacientky byla provedena kontrola fyziologických funkcí ráno. TK 135/80, puls 72 za minutu, dech 15 za minutu a tělesná teplota 36,2 °C. Podle vizuální analogové škály pacientka uváděla ráno bolest VAS 5, proto ji byla podána infuzní léčba Neodolpasse 250ml intravenózně. Po ukončení infuze pacientka uváděla VAS 2. Večer pacientka uváděla bolest VAS 4, proto ji byla podána zase infuzní léčba Neodolpasse 250 ml intravenózně. Po ukončení léčby pacientka uváděla VAS 1, *v noci spala*. Dále pacientka neuváděla žádné příznaky tetanie a uváděla zlepšení verbální komunikace (chrapot).

Monitorace za pomoci škál

1. pooperační den byly využity škály VAS (viz. Monitorace fyziologických funkcí a bolesti), klasifikace tíže tromboflebitid (podle Madonna) s výsledkem 0 z důvodu zavedení periferního žilního katetru 2. den a hodnocení infekce v ráně, kde byla pouze lokální bolestivost.

Laboratorní vyšetření

Odběry se provádí, aby se předešlo komplikacím spojeným s poraněním příštítných tělísek. Pokud jsou příštítná tělíska porušena, dochází ke snížené tvorbě parathormonu, tedy ke sníženému vstřebávání kalia v ledvinách a nedostatečné uvolňování vápníku z kostí. U pacientky se odebíral kontrolní vápník (2,11), kalium (4,15) a magnezium (0,76).

Farmakologická medikace

Pacientce byla podána chronická medikace Vasocardin 50 mg půl tablety ráno a večer. Dále Fraxiparine 0,6 ml subkutánně ve dvacet hodin večer.

Pohybový režim a výživa

Pacientka měla pohybový režim 2 – chodící a dietu 1B (kašovitá - šetřící). Na snídani měla krajíce veku s jogurtem a bílou kávu. Na oběd květáková polévka, knedlík a omáčka, mleté maso. A na večeři rohlík a sýr. Tekutiny pacientka přijímala podle zvyklostí z domu.

Vyprazdňování

Močení spontánní bez známek infekce či jiných komplikací. Stolice nebyla peristaltika aktivní (vyšetření poslechem) a plyny odcházely.

2. Pooperační den

Monitorace fyziologických funkcí a bolesti

U pacientky byla provedena kontrola fyziologických funkcí ráno. TK 140/80, puls 73 za minutu, dech 14 za minutu a tělesná teplota 36,4 °C. Podle vizuální analogové škály pacientka uváděla ráno bolest VAS 2, bez nutnosti infuzní léčby. Večer pacientka uváděla bolest VAS 2, též bez nutnosti infuzní léčby bolesti.

Monitorace za pomoci škál

2. pooperační den byly využity škály VAS (viz. Monitorace fyziologických funkcí a bolesti), klasifikace tíže tromboflebitid (podle Madonna) s výsledkem 0 z důvodu zavedení periferního žilního katetru 3. den s následným vytažením. A hodnocení infekce v ráně, která byla bez známek komplikací s mírnou lokální bolestí.

Farmakologická medikace

Pacientce byla podána chronická medikace Vasocardin 50 mg půl tablety ráno a večer. Dále Fraxiparine 0,6 ml subkutánně,

Pohybový režim a výživa

Pacientka měla pohybový režim 2 – chodící a dietu 1 (kašovitá). Na snídani měla rohlík s máslem, medem a bílou kávu. Na oběd zeleninovou polévku, bramborovou kaši a kuře. A na večeři krajíce chleba a šunku. Tekutiny pacientka přijímala podle zvyklostí z domu.

Péče o operační ránu a drény

Rána se hojila per primam. Rána byla převázána, dezinfikována a kryta sterilním krytím. Okolí rány bylo klidné bez zarudnutí a otoku, mírná lokální bolestivost. V ráně redonův drén 3. den napojený na injekční stříkačku s množstvím 25 ml, při převazu vytažen.

Vyprazdňování

Močení spontánní bez známek infekce či jiných komplikací. Stolice byla peristaltika aktivní (vyšetření poslechem) a plyny odcházely.

3. Pooperační den

Monitorace fyziologických funkcí a bolesti

U pacientky byla provedena kontrola fyziologických funkcí ráno. TK 130/80, puls 72 za minutu, dech 14 za minutu a tělesná teplota 36,8 °C. Podle vizuální analogové škály pacientka uváděla ráno bolest VAS 1.

Monitorace za pomoci škál

3. pooperační den byly využity škály VAS (viz. Monitorace fyziologických funkcí a bolesti) a hodnocení infekce v ráně, která byla bez známek komplikací.

Farmakologická medikace

Pacientce byla podána chronická medikace Vasocardin 50 mg půl tablety ráno.

Pohybový režim a výživa

Pacientka měla pohybový režim 2 – chodící a dietu 3 (racionální). Na snídani měla rohlík s paštikou, bílou kávu. Tekutiny pacientka přijímala podle zvyklostí z domu.

Péče o operační ránu a drény

Rána se hojila per primam. Rána byla převázána, dezinfekce a kryta sterilním krytím. Okolí rány bylo klidné bez zarudnutí a otoku. Pacientka byla poučena, že po příchodu domů může krytí odstranit a může ránu lehce omývat.

Vyprazdňování

Močení spontánní bez známek infekce či jiných komplikací. Stolice nebyla peristaltika aktivní (vyšetření poslechem) a plyny odcházely.

Pacientka byla při propuštění edukována o péči o ránu. O vhodnosti tlakové masáže a častém promazávání hydratačními krémy a o nutnosti si ránu chránit před sluncem.

6.7 Kazuistika č. 4

Pacientka D. D. (52 let) přijata na chirurgické oddělení Fakultní nemocnice Olomouc k plánovanému operačnímu výkonu totální thyreoidektomie.

Anamnéza

Osobní anamnéza: pacientka D. D. hospitalizovaná na chirurgickém oddělení 4/2016 k plánované operaci štítné žlázy s diagnózou netoxická struma mnohuzlová způsobena Graves – Basedowova chorobou. Další diagnóza v anamnéze pacientky D. D. je hyperurikémie.

Farmakologická anamnéza: pacientka při nástupu k hospitalizaci udává, že užívá *Thyrozol 10 mg (antihormon) jedenkrát denně ráno*, *Euthyrox 50 (hormon štítné žlázy) jedenkrát denně ráno* a *Cezera 5 mg (antihistaminikum) jedenkrát denně ráno*.

Rodinná anamnéza: *matka se léčila s onemocnění štítné žlázy, otcova onemocnění si pacientka nepamatuje.*

Pracovní anamnéza: pacientka pracuje jako asistent prodeje

Alergologická anamnéza: *pacientka uvádí alergii na penicilín*

Katamnéza

Pacientka byla přijata k plánované operaci na chirurgické oddělení. Pacientka byla přijata den před operací a při přijetí u ní byl *proveden Barthelův test základních všedních činností (s výsledkem 100 bodů)*, *Glasgow coma scale (s výsledkem 15 bodů)*, *hodnocení rizika vzniku dekubitů (s výsledkem 34 bodů)*, *index tělesné hmotnosti (váha 86 kg, výška 167 cm, s výsledkem BMI 30,84 – obezita I stupně)*, *Nutriční protokol (s výsledkem 1 bod)*. Při fyzikálním vyšetření sestrou bylo zjištěno, *celkový vzhled: působí upraveně, nehty a vlasy má čisté, zuby má vlastní, užívá brýle na čtení a nemá problém se sluchem*. Pacientka při příchodu měla kompletní předoperační vyšetření (EKG, anesteziologické vyšetření, souhlas s hospitalizací a samostatným výkonem, předoperační odběry – viz. tabulka předoperační odběry D. D.) a uváděla, *že si myslí, že je dostatečně informovaná o svém stavu a průběhu hospitalizační péče.*

Tabulka 4 Předoperační odběry D. D.

INR	0,9
aPTT	28,6 s
Erytrocyty	$5,17 * 10^{12}/l$
Leukocyty	$7,35 * 10^9/l$
Trombocyty	$284 * 10^9/l$
Hemoglobin	143 g/l
Hematokrit	0,419
TSH	5,041 mIU/l
T4	7,2 nmol/l
T3	3,46 nmol/l
K – draslík	3,9 mmol/l
Na – sodík	140 mmol/l
Cl – chloridy	108 mmol/l

V období krátkodobé předoperační přípravy byla pacientka poučena o nutnosti 8 hodinového lačnění před výkonem, o průběhu předoperační péče a pooperační péče a o prevenci tromboembolické nemoci a byla poučena o nutnosti elastického stažení dolních končetin. Pacientce byl den před operací ve dvacet hodin aplikován nízkomolekulární heparin subkutánně (Fraxiparine 0,4 ml) a v den operace si pacientka natáhla elastické stahovací punčochy. Místo operačního pole nebylo třeba nijak připravovat, pacientka se pouze večer den před operací okoupala podle zvyklostí z domu. Večer den před operací i v den operace byla pacientce podána premedikace podle ordinace anesteziologického lékaře (Diazepam 10 mg 20⁰⁰ a 7⁰⁰). S ranní premedikací si pacientka užila také Thyrozol 10 mg jednu tabletu a Euthyrox 50 jednu tabletu.

Operační den

U pacientky byla zvolena celková anestezie. Pacientka byla 8 hodin před operací lačná a byla dostatečně edukována. Pacientka byla odvezena v 12:35 na operační sál. Po operačním

výkonu strávila dvě hodiny na dospávacím pokoji, ze kterého byla dovezena v 14:40 na standardní chirurgické oddělení. U pacientky byla založena akutní karta – formulář určený k záznamu fyziologických funkcí (jako TK, puls, saturace) z pravidla první 2 hodiny co 15 minut další 4 hodiny co půl hodiny a poté co 1 hodinu dalších 6 – 8 hodin. U pacientky byl na sále zaveden periferní žilní katetr velikosti G18 na hřbetě levé ruky. Podle klasifikace tíže tromboflebitid (podle Madonna) byl stanoven stupeň 0. U pacientky byla zkontrolována fonace – tvorba zvuku hlasivkami a intenzita bolesti. Pacientka uváděla 1. hodinu pobytu na dospávacím pokoji intenzitu bolesti VAS – 2, bez nutnosti infuzní léčby. Po operaci byla u pacientky provedena škála – *Glasgow coma scale* s výsledkem 15 bodů. V 19⁰⁰ uváděla pacientka bolest intenzity VAS – 5, byla jí podle ordinace lékaře aplikována infuzní léčba Neodolpasse 250 ml intravenózně. Ve 20⁰⁰ byl pacientce aplikován Fraxiparine 0,4 ml (antikoagulancia), jako prevence tromboembolické nemoci a pacientka uváděla VAS – 2. Pacientka měla pohybový režim 3 – klid na lůžku, po čtyřech hodinách po převozu z dospávacího pokoje mohla za doprovodu zdravotnického personálu jít na toaletu. Měla po výkonu dietu 0/S. Mohla pouze po dvou hodinách po výkonu popíjet tekutiny (hořký čaj), pevnou stravu až snídani na druhý den. Pacientka měla po operaci v operační ráně zavedený redonův drén, který byl napojený na injekční stříkačku s podtlakem. Redonův drén 0. operační den odvedl 47 ml. Operační rána byla klidná, bolestivá s mírným otokem a kryta sterilním krytím ze sálu. Podle hodnocení infekce v ráně šlo o stupeň II. a I. lokální bolestivost s mírným otokem. Pacientka se do 2 hodin po operaci spontánně vymočila. Stolice nebyla, peristaltika aktivní (vyšetření poslechem), plyny odcházely.

1. Pooperační den

Monitorace fyziologických funkcí a bolesti

U pacientky byla provedena kontrola fyziologických funkcí ráno. TK 115/60, puls 62 za minutu, dech 17 za minutu a tělesná teplota 36,2 °C. Podle vizuální analogové škály pacientka uváděl ráno bolest VAS 4, proto ji byla podána infuzní léčba Neodolpasse 250ml intravenózně. Po ukončení infuze pacientka uváděla VAS 1. Večer pacientka uváděla bolest VAS 3, proto ji byla podána zase infuzní léčba Neodolpasse 250 ml intravenózně. Po ukončení léčby pacientka neuváděla bolest. Pacientka neuváděla žádné komplikace s verbálním vyjadřováním ani příznaky hypokalcemie.

Monitorace za pomoci škál

1. pooperační den byly využity škály VAS (viz. Monitorace fyziologických funkcí a bolesti), klasifikace tíže tromboflebitid (podle Madonna) s výsledkem 0 z důvodu zavedení periferního žilního katetru 2. den a hodnocení infekce v ráně, kde byla lokální bolestivost s mírným otokem.

Laboratorní vyšetření

Odběry se provádí, aby se předešlo komplikacím spojeným s poraněním příštítných tělísek. Pokud jsou příštítná tělíska porušena, dochází ke snížené tvorbě parathormonu, tedy ke sníženému vstřebávání kalia v ledvinách a nedostatečné uvolňování vápníku z kostí. U pacientky se odebíral kontrolní vápník (2,19), kalium (4,15) a magnezium (0,77).

Farmakologická medikace

Pacientce byl podán z chronické medikace pouze Cevera 5mg jedna tabletky ráno. Dále fraxiparine 0,4 ml subkutánně ve dvacet hodin večer.

Pohybový režim a výživa

Pacientka měla pohybový režim 2 – chodící a dietu 1B (kašovitá - šetřící). Na snídani měla krajíce veku s jogurtem a bílou kávu. Na oběd květáková polévka, knedlík a omáčka, mleté maso. A na večeři rohlík a sýr. Tekutiny pacientka přijímala podle zvyklostí z domu.

Péče o operační ránu a drény

Rána se hojila per primam. Rána byla bez převazu, kryta sterilním krytím ze sálu. Okolí rány bylo klidné bez zarudnutí s mírným otokem. V ráně redonův drén 2. den napojený na injekční stříkačku s množstvím 60 ml.

Vyprazdňování

Močení spontánní bez známek infekce či jiných komplikací. Stolice nebyla, peristaltika aktivní (vyšetření poslechem) a plyny odcházely.

2. Pooperační den

Monitorace fyziologických funkcí a bolesti

U pacientky byla provedena kontrola fyziologických funkcí ráno. TK 120/70, puls 62 za minutu, dech 14 za minutu a tělesná teplota 36,3 °C. Podle vizuální analogové škály

pacientka uváděla ráno bolest VAS – 1, bez nutnosti infuzní léčby. Večer pacientka uváděla také bolest VAS – 1.

Monitorace za pomoci škál

2. pooperační den byly využity škály VAS (viz. Monitorace fyziologických funkcí a bolesti), klasifikace tíže tromboflebitid (podle Madonna) s výsledkem 0 z důvodu zavedení periferního žilního katetru 3. den s následným vytažením. A hodnocení infekce v ráně, kde bylo lehké zarudnutí.

Farmakologická medikace

Pacientce byl podán z chronické medikace pouze Cevera 5 mg jedna tableta ráno. Dále Fraxiparine 0,4 ml subkutánně ve dvacet hodin večer.

Pohybový režim a výživa

Pacientka měla pohybový režim 2 – chodící a dietu 1 (kašovitá). Na snídani měla rohlík s máslem, medem a bílou kávu. Na oběd zeleninovou polévku, bramborovou kaši a kuře. A na večeři krajíce chleba a šunku. Tekutiny pacientka přijímala podle zvyklostí z domu.

Péče o operační ránu a drény

Rána se hojila per primam. Rána byla převázána, dezinfikována a kryta sterilním krytím. Okolí rány bylo klidné s lehkým zarudnutím. V ráně redonův drén 3. den napojený na injekční stříkačku s množstvím 30 ml, při převazu vytažen.

Vyprazdňování

Močení spontánní bez známek infekce či jiných komplikací. Stolice nebyla, peristaltika aktivní (vyšetření poslechem) a plyny odcházely.

3. Pooperační den

Monitorace fyziologických funkcí a bolesti

U pacientky byla provedena kontrola fyziologických funkcí ráno. TK 120/70, puls 65 za minutu, dech 14 za minutu a tělesná teplota 36,1 °C. Podle vizuální analogové škály pacientka uváděla ráno bolest VAS – 1.

Monitorace za pomoci škál

3. pooperační den byly využity škály VAS (viz. Monitorace fyziologických funkcí a bolesti) a hodnocení infekce v ráně, která byla bez známek komplikací.

Farmakologická medikace

Pacientce byl podán pouze z chronické medikace Cevera 5 mg a to jeden ráno.

Pohybový režim a výživa

Pacientka měla pohybový režim 2 – chodící a dietu 3 (racionální). Na snídani měla rohlík s paštikou, bílou kávu. Tekutiny pacientka přijímala podle zvyklostí z domu.

Péče o operační ránu a drény

Rána se hojila per primam. Rána byla převázána, dezinfekce a kryta sterilním krytím. Okolí rány bylo klidné bez zarudnutí a otoku. Pacientka byla poučena, že po příchodu domů může krytí odstranit a může ránu lehce omývat.

Vyprazdňování

Močení spontánní bez známek infekce či jiných komplikací. Stolice nebyla, peristaltika aktivní (vyšetření poslechem) a plyny odcházely.

Pacientka byla při propuštění edukována o péči o ránu. O vhodnosti tlakové masáže a častém promazávání hydratačními krémy a o nutnosti si ránu chránit před sluncem. Dále o následné substituční léčbě, která bude celoživotní, a kterou ji nasadí její ošetřující lékař.

6.8 Kazuistika č. 5

Pacientka P. A. (50 let) přijata na chirurgické oddělení Nemocnice Atlas ve Zlíně k plánovanému operačnímu výkonu totální thyreoidektomie.

Anamnéza

Osobní anamnéza: pacientka P. A. hospitalizovaná na chirurgickém oddělení 4/2016 k plánované operaci štítné žlázy s diagnózou nodózní struma. Pacientka se dlouhodobě léčí s Astma bronchiále.

Farmakologická anamnéza: pacientka při příchodu k hospitalizaci měla v chronické medikaci Letrox 100 mg (hormon štítné žlázy) jedenkrát denně ráno, Sinupret forte (sekretolytikum) třikrát denně ráno, v poledne a večer. Desloratadin 5 mg (antihistaminikum) jednu

tabletu večer a Zodac 10 mg (antihistaminikum) podle potřeby. Dále pacientka užívala inhalačně Alvesco (kortikosteroid) ráno a večer a Atrovent (bronchodilatancia) 2 vdechy.

Rodinná anamnéza: matka se léčila s hypertenzí a otec prodělal rakovinu kůže.

Pracovní anamnéza: pacientka pracuje jako učitelka na prvním stupni základní školy.

Alergologická anamnéza: *pacientka uvádí, že má alergii na penicilin a barvy na vlasy.*

Katamnéza

Pacientka byla přijata k plánované operaci na chirurgické oddělení. Pacientka byla přijata den před operací a při přijetí u ní byl *proveden Barthelův test základních všedních činností (s výsledkem 100 bodů), Glasgow coma scale (s výsledkem 15 bodů), hodnocení rizika vzniku dekubitů (s výsledkem 34 bodů), index tělesné hmotnosti (váha 60 kg, výška 164 cm, s výsledkem BMI 22,31 – normální rozmezí), Nutriční protokol (s výsledkem 1 bod). Při fyzikálním vyšetření sestrou bylo zjištěno, celkový vzhled: působí upraveně, nehty a vlasy má čisté, zuby má vlastní, užívá brýle na čtení a nemá problém se sluchem.* Pacientka při příchodu měla kompletní předoperační vyšetření (EKG, RTG, anesteziologické vyšetření, souhlas s hospitalizací a samostatným výkonem, předoperační odběry – viz. tabulka předoperační odběry P. A.) a uváděla, *že si myslí, že je dostatečně informovaná o svém stavu a průběhu hospitalizační péče.*

Tabulka 5 Předoperační odběry P. A.

INR	0,94
aPTT	26,7 s
Erytrocyty	4,420 * 10 ¹² /l
Leukocyty	6,560 * 10 ⁹ /l
Trombocyty	269 * 10 ⁹ /l
Hemoglobin	142 g/l
Hematokrit	0,418
K – draslík	5,0 mmol/l
Na – sodík	141 mmol/l

V období krátkodobé předoperační přípravy byla pacientka poučena o nutnosti 8 hodinového lačnění před výkonem, o průběhu předoperační péče a pooperační péče a o prevenci tromboembolické nemoci a byla poučena o nutnosti elastického stažení dolních končetin. Pacientka si v den operace natáhla elastické stahovací punčochy. Místo operačního pole nebylo třeba nijak připravovat, pacientka se pouze večer den před operací okoupala podle zvyklostí z domu. Večer den před operací i v den operace byla pacientce podána premedikace podle ordinace anesteziologického lékaře (20⁰⁰ – Hypnogen a 7⁰⁰ – Neurol 1 mg).

Operační den

U pacientky byla zvolena celková anestezie. Pacientka byla 8 hodiny před operací lačná a byla dostatečně edukovaná. Pacientka byla odvezena v 8:00 na operační sál. Po výkonu byla pacientka v 10:40 dovezena na jednotku intenzivní péče chirurgického oddělení.

Pacientka byla po přivezení na JIP napojena na monitor a byly ji pravidelně kontrolovány fyziologické funkce (krevní tlak, puls, saturace), které byly zaznamenávány do JIP záznamu a to v pravidelných intervalech, první 2 hodiny co půl hodiny a následně co 1 hodinu do následujícího dne (12hodin). U pacientky byl na sále zaveden periferní žilní katetr (PŽK) velikosti G18 v levé loketní jamce (vena basilica). Podle klasifikace tíže tromboflebitid (podle Madonna) byl stanoven stupeň 0. U pacientky byla zkontrolována intenzita bolesti, pacientka uváděla hned po přeložení na oddělení intenzivní péče bolest intenzity VAS – 6, podle ordinace lékaře ji byl aplikován Dolsin 50 mg subkutánně a 1 ampule Deganu (prokinetika) intravenózně, jako prevence nevolnosti po opioidních léku. Po dvou hodinách pacientka neuváděla žádné zlepšení stavu bolesti, proto ji byl aplikován znova Dolsin 50 mg subkutánně a 1 ampule Ondasetronu (antiemetika) intravenózně. Po operaci byl u pacientky *udělán Glasgow coma scale s výsledkem 15 bodů* a vyskytla se u ní pooperační komplikace pooperační chladový třes. Tato komplikace však po půl hodině po přeložení pacientky ustala. U pacientky se vyskytly vážné komplikace s verbálním vyjadřováním a poruchou výměny plynů. Následkem těchto komplikací bylo voláno akutní otorinolaryngologické konzilium. ORL konzilium bylo uzavřeno jako oboustranný otok hlasivek. Pacientce byl tedy přidán do léčby Aescin Teva (venofarmakum) třikrát denně po dvou tabletách a Dexamed 8 mg (kortikoid) čtyřikrát denně (2 – 8 – 14 – 20). Z důvodu zhoršeného polykání se musely pacientce tekutiny nahrazovat intravenózní cestou krystaloidními roztoky – Ringerův roztok 500 ml intravenózně ráno a večer. Pro zlepšení poruchy výměny plynů se podaly dva vdechy Atroventu a Bromhexin (bronchosekretolytikum) dvacet kapek třikrát

denně. Pro zhoršený psychický stav a strach pacientky ji byl do medikace přidán také Neuro 0,25 mg (benzodiazepiny) třikrát denně. Dále pacientce byl aplikován Zibor 2500 jednotek (antikoagulancia) ve 24⁰⁰, jako prevence tromboembolické nemoci. Pacientka neuváděla žádné brnění akrálních částí. Pacientka měla pohybový režim 3 – klid na lůžku, po čtyřech hodinách po převozu z dospávacího pokoje mohla za doprovodu zdravotnického personálu jít na toaletu. Měla po výkonu dietu 0/S. Mohla pouze po dvou hodinách po výkonu popíjet tekutiny (hořký čaj), pevnou stravu až snídani na druhý den. Pacientka měla po operaci v operační ráně zavedený redonův drén, který byl napojený na injekční stříkačku s podtlakem. Redonův drén 0. operační den odvedl 28 ml. Operační rána byla klidná, bolestivá a kryta mastným tylem a sterilním krytím ze sálu. Podle hodnocení infekce v ráně šlo o stupeň IV. lokální bolestivost v ráně. Pacientka se do 8 hodin po operaci spontánně vymočila. Stolice nebyla, peristaltika aktivní (vyšetření poslechem) a plyny odcházely.

1. Pooperační den

Pacientka byla pro pooperační komplikace (zhoršená verbální komunikace a poruchy výměny plynů) ponechána na jednotce intenzivní péče. Pacientce bylo opět voláno akutní ORL konzilium, s mírným zlepšením otoku hlasivek.

Monitorace fyziologických funkcí a bolesti

Pacientce byly změřeny fyziologické funkce ráno. TK 130/80, puls 90 za minutu, dech 19 za minutu a tělesná teplota 36,6 °C. Pacientka uváděla bolest intenzity VAS – 3, byla ji podána analgetická medikace Diclofenac třikrát denně. Pacientka si v průběhu 1. pooperačního dne nestěžovala na bolest vyšší VAS – 3, bez nutnosti doplnění analgetické léčby. Bez příznaku hypokalcemie.

Monitorace za pomoci škál

1. pooperační den byly využity škály VAS (viz. Monitorace fyziologických funkcí a bolesti), klasifikace tíže tromboflebitid (podle Madonna) s výsledkem 0 z důvodu zavedení periferního žilního katetru 2. den a hodnocení infekce v ráně, kde byla pouze lokální bolestivost.

Laboratorní vyšetření

Odběry se provádí, aby se předešlo komplikacím spojeným s poraněním příštítných tělísek. Pokud jsou příštítná tělíska porušena, dochází ke snížené tvorbě parathormonu, tedy ke sníženému vstřebávání kalia v ledvinách a nedostatečné uvolňování vápníku z kostí. U pacientky se odebíral kontrolní vápník (2,10) a parathormon (13,26).

Farmakologická medikace

Pro komplikace otoku hlasivek byl pacientce podán Aescin Teva třikrát denně po dvou tabletách a Dexamed 8 mg intravenózně čtyřikrát denně (2 – 8 – 14 – 20). Pro zhoršený psychický stav byl podán Neurol 0,25 mg třikrát denně. Pro zhoršené polykání tekutin, byly tekutiny nahrazovány intravenózní cestou krystaloidními roztoky – Ringerův roztok 500 ml ráno a večer. Dále pacientka dostala Bromhexin (bronchosekretolytikum) dvacet kapek třikrát denně a ve 24⁰⁰ Zibor 2500 jednotek subkutánně.

Pohybový režim a výživa

Pacientka měla pohybový režim 2 – chodící s klidem na lůžku, ale na toaletu s doprovodem. Dietu měla 1B – kašovitou šetřící. Ale pacientka z důvodu zhoršeného polykání přijímala pouze minimum tekutin, ty byly nahrazovány intravenózně, a stravu pouze jogurt.

Péče o operační ránu a drény

Rána se hojila per primam. Rána byla převázána, dezinfikována a kryta sterilním krytím. Okolí rány bylo klidné bez zarudnutí a otoku. V ráně redonův drén 2. den napojený na injekční stříkačku s množstvím 45 ml, při převazu vytažen.

Pacientce se po vytažení redonova drénu zmírnily obtíže s dýcháním.

Vyprazdňování

Močení spontánní bez známek infekce či jiných komplikací. Stolice nebyla, peristaltika aktivní (vyšetření poslechem) a plyny odcházely.

2. Pooperační den

Pacientka byla v 8⁰⁰ přeložena na standardní chirurgické oddělení. Opět zařízeno ORL vyšetření s mírným otokem levé hlasivky.

Monitorace fyziologických funkcí a bolesti

U pacientky byla provedena kontrola fyziologických funkcí ráno před překladem na standardní oddělení. TK 120/70, puls 50 za minutu, dech 16 za minutu a tělesná teplota 36,4 °C. Podle vizuální analogové škály pacientka uváděla ráno bolest VAS – 2, bez nutnosti analgetické léčby. Diclofenac v medikaci podle potřeby.

Monitorace za pomoci škál

2. pooperační den byly využity škály VAS (viz. Monitorace fyziologických funkcí a bolesti), klasifikace tíže tromboflebitid (podle Madonna) s výsledkem 0 z důvodu zavedení periferního žilního katetru 3. den. A hodnocení infekce v ráně, která byla bez známek komplikací.

Farmakologická medikace

Pacientce byla podána chronická medikace Letrox 100 jedenkrát denně ráno, Sinupret forte třikrát denně ráno, v poledne a večer. Desloratadin 5 mg jednu tabletu večer a Zodac 10 mg podle potřeby. Dále pacientka užívala inhalačně Alveso ráno a večer a Atrovent 2 vdechy. Dále k tomu Aescin Teva třikrát denně po dvou tabletách, Bromhexin (bronchosekretolytikum) třikrát denně dvacet kapek, Neurol 0,25 mg třikrát denně a Dexamed 8 mg intravenózně čtyřikrát denně (2 – 8 – 14 – 20).

Pohybový režim a výživa

Pacientka měla pohybový režim 2 – chodící a dietu 1 (kašovitá). Na snídani měla rohlík s jogurtem a bílou kávu. Na oběd polévku odmítla, a snědla bramborovou kaši a mleté maso. A na večeři krajíce veky a sýr. Tekutiny pacientka přijímala s problémy, ale pokoušela se podle zvyklostí z domu.

Péče o operační ránu a drény

Rána se hojila per primam. Rána byla převázána, dezinfikována a kryta sterilním krytím. Okolí rány bylo klidné bez zarudnutí a otoku.

Vyprazdňování

Močení spontánní bez známek infekce či jiných komplikací. Stolice nebyla, peristaltika aktivní (vyšetření poslechem) a plyny odcházely.

3. Pooperační den

Monitorace fyziologických funkcí a bolesti

U pacientky byla provedena kontrola fyziologických funkcí ráno. TK 120/80, puls 70 za minutu, dech 16 za minutu a tělesná teplota 36,2 °C. Podle vizuální analogové škály pacientka uváděla ráno bolest VAS – 1. Diclofenac v medikaci podle potřeby.

Monitorace za pomoci škál

3. pooperační den byly využity škály VAS (viz. Monitorace fyziologických funkcí a bolesti), klasifikace tíže tromboflebitid (podle Madonna) s výsledkem 0 z důvodu zavedení periferního žilního katetru 4. den s následným vytažením. A hodnocení infekce v ráně, která byla bez známek komplikací.

Farmakologická medikace

Pacientce byla podána chronická medikace Letrox 100 jedenkrát denně ráno, Sinupret forte třikrát denně ráno, v poledne a večer. Desloratadin 5 mg jednu tabletu večer a Zodac 10 mg podle potřeby. Dále pacientka užívala inhalačně Alveso ráno a večer a Atrovent 2 vdechy. Dále k tomu Aescin Teva třikrát denně po dvou tabletách, Bromhexin (bronchosekretolytikum) třikrát denně dvacet kapek, Neurol 0,25 mg třikrát denně.

Pohybový režim a výživa

Pacientka měla pohybový režim 2 – chodící a dietu 3 (racionální). Na snídani měla rohlík s máslem a medem, bílou kávu. Oběd rajská polévka, rýže s kuřetem na paprice. Večeře chleba se sýrem. Tekutiny se pacientka snažila přijímat podle zvyklostí z domu.

Péče o operační ránu a drény

Rána se hojila per primam. Rána byla převázána, dezinfekce a ponechána bez krytí. Okolí rány bylo klidné bez zarudnutí a otoku.

Vyprazdňování

Močení spontánní bez známek infekce či jiných komplikací. Stolice byla, peristaltika aktivní (vyšetření poslechem), plyny odcházely.

4. Pooperační den

Pacientka podstoupila opět ORL konzilium. Výsledek: viditelné zlepšení, hlasivky bez otoku.

Monitorace fyziologických funkcí a bolesti

U pacientky byla provedena kontrola fyziologických funkcí ráno. TK 125/70, puls 70 za minutu, dech 16 za minutu a tělesná teplota 36,2 °C. Podle vizuální analogové škály pacientka uváděla ráno bolest VAS – 0. Diclofenac v medikaci podle potřeby.

Monitorace za pomoci škál

4. pooperační den byly využity škály VAS (viz. Monitorace fyziologických funkcí a bolesti) a hodnocení infekce v ráně, která byla bez známek komplikací.

Farmakologická medikace

Pacientce byla podána chronická medikace Letrox 100 jedenkrát denně ráno, Sinupret forte třikrát denně ráno, v poledne a večer. Desloratadin 5 mg jednu tabletu večer a Zodac 10 mg podle potřeby. Dále pacientka užívala inhalačně Alveso ráno a večer a Atrovent 2 vdechy. Dále k tomu Aescin Teva třikrát denně po dvou tabletách, Bromhexin (bronchosekretolytikum) třikrát denně dvacet kapek.

Pohybový režim a výživa

Pacientka měla pohybový režim 2 – chodící a dietu 3 (racionální). Na snídani měla rohlík s máslem a medem, bílou kávu. Tekutiny pacientka přijímala podle zvyklostí z domu.

Péče o operační ránu a drény

Rána se hojila per primam. Rána byla převázána, vytažen steh, dezinfekce a kryta sterilním krytím. Okolí rány bylo klidné bez zarudnutí a otoku. Pacientka byla poučena, že po příchodu domů může krytí odstranit a může ránu lehce omývat.

Vyprazdňování

Močení spontánní bez známek infekce či jiných komplikací. Stolice nebyla, peristaltika aktivní (vyšetření poslechem) a plyny odcházely.

Pacientka byla při propuštění edukována o péči o ránu. O vhodnosti tlakové masáže a častém promazávání hydratačními krémy a o nutnosti si ránu chránit před sluncem. Dále o následné substituční léčbě, která bude celoživotní, a kterou ji nasadí její ošetřující lékař a

nutnosti brzké návštěvy ošetřujícího lékaře a kontrolou u spádového otorinolaryngologického lékaře.

6.9 Kazuistika č. 6

Pacientka V. D. (36 let) přijata na chirurgické oddělení Nemocnice Atlas ve Zlíně k plánovanému operačnímu výkonu totální lobektomie štítné žlázy.

Anamnéza

Osobní anamnéza: pacientka V. D. hospitalizovaná na chirurgickém oddělení 4/2016 k plánované operaci štítné žlázy s diagnózou nodózní struma.

Farmakologická anamnéza: pacientka při příchodu k hospitalizaci užívala v chronické medikaci Euthyrox 50 mg (hormon štítné žlázy) jedenkrát denně ráno.

Rodinná anamnéza: matka se léčila s onemocněním štítné žlázy a hypertenzní nemocí. Otec trpí Bechtěrevovou chorobou.

Pracovní anamnéza: pacientka pracuje administrativní pracovnice.

Alergologická anamnéza: *pacientka uvádí alergie na penicilin a mesocain.*

Katamnéza

Pacientka byla přijata k plánované operaci na chirurgické oddělení. Pacientka byla přijata den před operací a při přijetí u ní byl *proveden Barthelův test základních všedních činností (s výsledkem 100 bodů), Glasgow coma scale (s výsledkem 15 bodů), hodnocení rizika vzniku dekubitů (s výsledkem 34 bodů), index tělesné hmotnosti (váha 114 kg, výška 166 cm, s výsledkem BMI 41,37 – obezita III stupně), Nutriční protokol (s výsledkem 1 bod).* Při fyzikálním vyšetření sestrou bylo zjištěno, *celkový vzhled: působí upraveně, nehty a vlasy má čisté, zuby má vlastní, užívá trvale brýle a nemá problém se sluchem.* Pacientka při příchodu měla kompletní předoperační vyšetření (EKG, RTG, anesteziologické vyšetření, souhlas s hospitalizací a samostatným výkonem, předoperační odběry – viz. tabulka předoperační odběry P. A.) a uvádí, *že si myslí, že je dostatečně informovaná o svém stavu a průběhu hospitalizační péče.*

Tabulka 6 Předoperační odběry V. D.

INR	0,98
aPTT	28,3 s
Erytrocyty	$4,48 * 10^{12}/l$
Leukocyty	$6,4 * 10^9/l$
Trombocyty	$280 * 10^9/l$
Hemoglobin	121 g/l
Hematokrit	0,37
K – draslík	4,8 mmol/l
Na – sodík	140 mmol/l
Cl – chloridy	107 mmol/l

V období krátkodobé předoperační přípravy byla pacientka poučena o nutnosti 8 hodinového lačnění před výkonem, o průběhu předoperační péče a pooperační péče a o prevenci tromboembolické nemoci a byla poučena o nutnosti elastického stažení dolních končetin. Pacientka si v den operace natáhla elastické stahovací punčochy. Místo operačního pole nebylo třeba nijak připravovat, pacientka se pouze večer den před operací okoupala podle zvyklostí z domu. Večer den před operací i v den operace byla pacientce podána premedikace podle ordinace anesteziologického lékaře (20⁰⁰ – Hypnogen a 7⁰⁰ – Neurol 1 mg a Prothazin 25 mg).

Operační den

U pacientky byla zvolena celková anestezie. Pacientka byla 8 hodin před operací lačná a byla dostatečně edukovaná o pooperačním režimu. Pacientka byla odvezena v 10:00 na operační sál. Po výkonu byla pacientka v jedenáct hodin a dvacet pět minut 11:25 přeložena na jednotku intenzivní péče chirurgického oddělení.

Pacientka byla po přivezení na JIP napojena na monitor a byly ji pravidelně kontrolovány fyziologické funkce (krevní tlak, puls, saturace), které byly zaznamenávány do JIP záznamu a to v pravidelných intervalech, první 2 hodiny co půl hodiny a následně co 1 hodinu do

následujícího dne (12hodin). U pacientky byl na sále zaveden periferní žilní katetr velikosti G18 v levé loketní jamce (vena basilica). Podle klasifikace tíže tromboflebitid (podle Madonna) byl stanoven stupeň 0. Pacientka po přeložení ze sálu uváděla bolest o intenzitě VAS – 1, bez nutnosti analgetického řešení. Po operaci byl u pacientky *udělán Glasgow coma scale s výsledkem 13 bodů*, pacientka byla spavá lehce dezorientovaná. U pacientky se neobjevily žádné komplikace po celkové anestezii. U pacientky jsme zkontrolovali fonaci – tvorba zvuku hlasivkami a příznaky tetanie (hypokalcemie – brnění akrálních částí či křeče). Pacientka neuváděla, žádné problémy s hlasem či vzniklé brnění. Dále jsme kontrolovali intenzitu bolesti. Z důvodu bolesti o intenzitě VAS – 3, byl pacientce aplikován ve 20⁰⁰ Dolsin 50 mg subkutánně a 1 ampule Deganu (prokinetika) intravenózně, jako prevence nevolnosti po opioidních lécích. Dále byl u pacientky aplikován ve 24⁰⁰ Zibor 2500j (antikoagulancia) subkutánně, jako prevence tromboembolické nemoci. Pacientka měla pohybový režim 3 – klid na lůžku, po čtyřech hodinách po převozu z dospávacího pokoje mohla za doprovodu zdravotnického personálu jít na toaletu. Měla po výkonu dietu 0/S. Mohla pouze po dvou hodinách po výkonu popíjet tekutiny (hořký čaj), pevnou stravu až snídani na druhý den. Pacientka měla po operaci v operační ráně zavedený redonův drén, který byl napojený na injekční stříkačku s podtlakem. Redonův drén 0. operační den odvedl 59 ml. Operační rána byla klidná s lehkým zarudnutím a kryta sterilním krytím a mastným tylem ze sálu. Podle hodnocení infekce v ráně šlo o stupeň I. erytém v okolí rány. Pacientka se do 4 hodin po operaci spontánně vymočila. Stolice nebyla, peristaltika aktivní (vyšetření poslechem), plyny odcházely.

1. Pooperační den

Pacientka byla v 8⁰⁰ přeložena na standardní chirurgické oddělení.

Monitorace fyziologických funkcí a bolesti

U pacientky byla provedena kontrola fyziologických funkcí ráno před překladem na standardní oddělení. TK 110/60, puls 74 za minutu, dech 14 za minutu a tělesná teplota 36,4 °C. Podle vizuální analogové škály pacientka uváděla ráno bolest VAS – 2. Pacientce byla podána analgetická medikace Diclofenac p.o. třikrát denně. Bez nutnosti doplnění analgetické léčby. Pacientka neuváděla žádné příznaky hypokalcemie ani problémy s verbální komunikací.

Monitorace za pomoci škál

1. pooperační den byly využity škály VAS (viz. Monitorace fyziologických funkcí a bolesti), klasifikace tíže tromboflebitid (podle Madonna) s výsledkem 0 z důvodu zavedení periferního žilního katetru 2. den a hodnocení infekce v ráně, kde nebyly známky infekce.

Laboratorní vyšetření

Odběry se provádí, aby se předešlo komplikacím spojeným s poraněním příštítných tělísek. Pokud jsou příštítná tělíska porušena, dochází ke snížené tvorbě parathormonu, tedy ke sníženému vstřebávání kalia v ledvinách a nedostatečné uvolňování vápníku z kostí. U pacientky se odebíral kontrolní vápník (2,22) a parathormon (42,42).

Farmakologická medikace

Pacientce byl 1. pooperační den podán Diclofenac p.o. třikrát denně, Bromhexin (bronchosekretolytikum) dvacet kapek třikrát denně a Zibor 2500 jednotek ve 24⁰⁰.

Pohybový režim a výživa

Pacientka měla pohybový režim 2 – chodící a dietu 1B (kašovitá - šetřící). Na snídani měla veku, sýr a bílou kávu. Na oběd vývar, bramborovou kaši a hovězí maso s omáčkou. A na večeři rohlík se šunkou. Tekutiny pacientka přijímala podle zvyklostí z domu.

Péče o operační ránu a drény

Rána se hojila per primam. Rána byla převázána, dezinfikována a kryta sterilním krytím. Okolí rány bylo klidné bez zarudnutí a otoku. V ráně redonův drén 2. den napojený na injekční stříkačku s množstvím 5 ml, při převazu vytažen.

Vyprazdňování

Močení spontánní bez známek infekce či jiných komplikací. Stolice byla, peristaltika aktivní (vyšetření poslechem) a plyny odcházely.

2. Pooperační den

Pacientka podstoupila ORL vyšetření bez prokázání komplikací.

Monitorace fyziologických funkcí a bolesti

U pacientky byla provedena kontrola fyziologických funkcí ráno. TK 120/65, puls 58 za minutu, dech 14 za minutu a tělesná teplota 36,0 °C. Podle vizuální analogové škály

pacientka uváděla ráno bolest VAS – 1, bez nutnosti analgetické léčby. Diclofenac v medikaci podle potřeby.

Monitorace za pomoci škál

2. pooperační den byly využity škály VAS (viz. Monitorace fyziologických funkcí a bolesti), klasifikace tíže tromboflebitid (podle Madonna) s výsledkem 0 z důvodu zavedení periferního žilního katetru 3. den s následným vytažením. A hodnocení infekce v ráně, která byla bez známek komplikací.

Farmakologická medikace

Pacientce byl podán Bromhexin (bronchosekretolytikum) dvacet kapek třikrát denně.

Pohybový režim a výživa

Pacientka měla pohybový režim 2 – chodící a dietu 1B (kašovitá). Na snídani měla rohlík s jogurtem a bílou kávou. Oběd zeleninová polévka, brambory a vepřové mleté maso. Večeře pudink a piškoty. Tekutiny se pacientka snažila přijímat podle zvyklostí z domu.

Péče o operační ránu a drény

Rána se hojila per primam. Rána byla převázána, dezinfekce a ponechána bez krytí. Okolí rány bylo klidné bez zarudnutí a otoku.

Vyprazdňování

Močení spontánní bez známek infekce či jiných komplikací. Stolice byla, peristaltika aktivní (vyšetření poslechem), plyny odcházely.

3. Pooperační den

Monitorace fyziologických funkcí a bolesti

U pacientky byla provedena kontrola fyziologických funkcí ráno. TK 115/80, puls 68 za minutu, dech 15 za minutu a tělesná teplota 36,5 °C. Podle vizuální analogové škály pacientka uváděla ráno bolest VAS – 0.

Monitorace za pomoci škál

3. pooperační den byly využity škály VAS (viz. Monitorace fyziologických funkcí a bolesti) a hodnocení infekce v ráně, která byla bez známek komplikací.

Farmakologická medikace

Pacientce byl podán Bromhexin (bronchosekretoolytikum) dvacet kapek třikrát denně.

Pohybový režim a výživa

Pacientka měla pohybový režim 2 – chodící a dietu 3 (racionální). Na snídani měla rohlík s medem a bílou kávou. Tekutiny pacientka přijímala podle zvyklostí z domu.

Péče o operační ránu a drény

Rána se hojila per primam. Rána byla převázána, vytažen steh, dezinfekce a kryta sterilním krytím. Okolí rány bylo klidné bez zarudnutí a otoku. Pacientka byla poučena, že po příchodu domů může krytí odstranit a může ránu lehce omývat.

Vyprazdňování

Močení spontánní bez známek infekce či jiných komplikací. Stolice nebyla, peristaltika aktivní (vyšetření poslechem) a plyny odcházely.

Pacientka byla při propuštění edukována o péči o ránu. O vhodnosti tlakové masáže a častém promazávání hydratačními krémy a o nutnosti si ránu chránit před sluncem. Dále o následné substituční léčbě, která bude celoživotní, a kterou ji nasadí její ošetřující lékař.

6.10 Kazuistika č. 7

Pacient P. S. (55 let) přijat na chirurgické oddělení Nemocnice Atlas ve Zlíně k plánovanému operačnímu výkonu thymektomie.

Anamnéza

Osobní anamnéza: pacient P. S. hospitalizován na chirurgickém oddělení 4/2016 k plánované operaci štítné žlázy s diagnózou uzlová istmická struma s výraznou polycystickou degenerací. Další diagnózy v anamnéze pacienta jsou obezita a hypertenzní nemoc.

Farmakologická anamnéza: pacient při příchodu k hospitalizaci měl v chronické medikaci Prestarium Neo 5mg (antihypertenzivum) jednu tabletu ráno, Hipres 5 mg (blokátory vápníkových kanálů) jedna tableta ráno a půl tablety večer a Sortis 10 mg (atorvastatinum) jedna tableta večer.

Rodinná anamnéza: *matka prodělala rakovinu uzlin a otec je po srdečním bypasse.*

Pracovní anamnéza: pacient pracuje jako skladník.

Alergologická anamnéza: *pacient neuvádí žádnou alergii.*

Katamnéza

Pacient byl přijat k plánované operaci na chirurgické oddělení. Pacient byl přijat den před operací a při přijetí u něj byl *proveden Barthelův test základních všedních činností (s výsledkem 100 bodů), Glasgow coma scale (s výsledkem 15 bodů), hodnocení rizika vzniku dekubitů (s výsledkem 31 bodů), index tělesné hmotnosti (váha 92 kg, výška 175 cm, s výsledkem BMI 30,041 – obezita I stupně), Nutriční protokol (s výsledkem 1 bod).* Při fyzikálním vyšetření sestrou bylo zjištěno, *celkový vzhled: působí upraveně, nehty a vlasy má čisté, zuby má vlastní, užívá brýle na čtení a nemá problém se sluchem.* Pacient při příchodu měl kompletní předoperační vyšetření (EKG, RTG, anesteziologické vyšetření, souhlas s hospitalizací a samostatným výkonem, předoperační odběry – viz. tabulka předoperační odběry P. A.) a uvádí, *že si myslí, že je dostatečně informován o svém stavu a průběhu hospitalizační péče.*

Tabulka 7 Předoperační odběry P. S.

INR	0,96
aPTT	29,4 s
Erytrocyty	4,69 * 10 ¹² /l
Leukocyty	5,7 * 10 ⁹ /l
Trombocyty	305 * 10 ⁹ /l
Hemoglobin	143 g/l
Hematokrit	0,44
K – draslík	4,3 mmol/l
Na – sodík	139 mmol/l
Cl – chloridy	105 mmol/l

V období krátkodobé předoperační přípravy byl pacient poučen o nutnosti 8 hodinového lačnění před výkonem, o průběhu předoperační péče a pooperační péče a o prevenci tromboembolické nemoci a byl poučen o nutnosti elastického stažení dolních končetin. Pacient

si v den operace natáhl elastické stahovací punčochy. Místo operačního pole měl pacient už po příchodu do nemocnice oholené, tedy nebylo třeba nijak připravovat, pacient se večer den před operací okoupal podle zvyklostí z domu. Večer den před operací i v den operace byla pacientovi podána premedikace podle ordinace anesteziologického lékaře (20⁰⁰ – Lexaurin 3 mg a 7⁰⁰ – Neurol 1 mg). K ranní premedikaci si pacient vzal chronickou medicaci (Prestarium Neo 5 mg a Hipres 5 mg).

Operační den

U pacienta byla zvolena celková anestezie. Pacient byl 8 hodin před operací lačný a byl dostatečně edukován. Pacient byl odvezen v 9:00 na operační sál. Po výkonu byl pacient v 10:25 přeložen na jednotku intenzivní péče chirurgického oddělení.

Pacient byl po překladi na JIP napojen na monitor a byly mu pravidelně kontrolovány fyziologické funkce (krevní tlak, puls, saturace), které byly zaznamenávány do JIP záznamu a to v pravidelných intervalech, první dvě hodiny co půl hodiny a následně co hodinu do následujícího dne (12hodin). U pacienta byl na sále zaveden periferní žilní katetr (PŽK) velikosti G20 v levé loketní jamce (vena basilica). Podle klasifikace tíže tromboflebitid (podle Madonna) byl stanoven stupeň 0. U pacienta byla zkontrolována fonace – tvorba zvuku hlasivkami a intenzita bolesti. Pacient uváděl 1. hodinu po výkonu bolest intenzity VAS – 5. Podle ordinace lékaře byl pacientovi aplikován Dolsin 50 mg subcutánně a 1 ampule Deganu (prokinetika), jako prevence nevolnosti po opioidních analgetikách. Po operaci byl u *pacienta proveden Glasgow coma scale s výsledkem 14 bodů*. Dále byl pacientovy podán Bromhexin (bronchosekretolytikum) dvacet kapek třikrát denně a aplikován Zibor 2500 j (antikoagulancia) subkutánně, jako prevence tromboembolické nemoci. Pacient měl pohybový režim 3 – klid na lůžku, po čtyřech hodinách po převozu z dospávacího pokoje mohl za doprovodu zdravotnického personálu jít na toaletu. Měl po výkonu dietu 0/S. Mohl pouze po dvou hodinách po výkonu popíjet tekutiny (hořký čaj), pevnou stravu až snídani na druhý den. Pacient měl po operaci v operační ráně zavedený redonův drén, který byl napojený na injekční stříkačku s podtlakem. Redonův drén 0. operační den odvedl 35 ml. Operační rána byla klidná, bolestivá a kryta mastným tylem a sterilním krytím ze sálu. Podle hodnocení infekce v ráně šlo o stupeň II. a III. lokální bolestivost v ráně. Pacient se do 8 hodin po operaci spontánně vymočil. Stolice nebyla, peristaltika aktivní (vyšetření poslechem) a plyny odcházely.

1. Pooperační den

Pacient byl v 8⁰⁰ přeložen na standardní chirurgické oddělení.

Monitorace fyziologických funkcí a bolesti

Pacientovi byly změřeny fyziologické funkce ráno. TK 150/85, puls 62 za minutu, dech 16 za minutu a tělesná teplota 36,4 °C. Pacient uváděl bolest intenzity VAS – 3, byla mu podána analgetická medikace Diclofenac jedna tableta třikrát denně. Pacient si v průběhu 1. pooperačního dne nestěžovala na bolest vyšší VAS – 2, bez nutnosti doplnění analgetické léčby. Pacient neuváděl žádné příznaky hypokalcemie nebo poruchy verbální komunikace.

Monitorace za pomoci škál

1. pooperační den byly využity škály VAS (viz. Monitorace fyziologických funkcí a bolesti), klasifikace tíže tromboflebitid (podle Madonna) s výsledkem 0 z důvodu zavedení periferního žilního katetru 2. den a hodnocení infekce v ráně, kde byla lokální bolestivost a lehké zarudnutí.

Laboratorní vyšetření

Odběry se provádí, aby se předešlo komplikacím spojeným s poraněním příštítných tělísek. Pokud jsou příštítná tělíska porušena, dochází ke snížené tvorbě parathormonu, tedy ke sníženému vstřebávání kalia v ledvinách a nedostatečné uvolňování vápníku z kostí. U pacienta se odebíral kontrolní vápník (2,35) a parathormon (37,41).

Farmakologická medikace

Pacientovi byly podány léky z chronické medikace – Prestarium Neo 5 mg jedna tableta ráno, Hipres 5 mg jedna tableta ráno a půl tablety večer a Sortis 10 mg jedna tableta večer. Dále mu byl podán Bromhexin (bronchosekretolytikum) dvacet kapek třikrát denně a aplikován Zibor 2500 jednotek ve 24⁰⁰.

Pohybový režim a výživa

Pacient měl pohybový režim 2 – chodící s klidem na lůžku, ale na toaletu s doprovodem. Dietu měl 1B – kašovitou šetřící. Pacient měl na snídani veku s paštikou a bílou kávou. Oběd francouzská polévka, kvěťáková sedlina a bramborová kaše. Na večeri měl krupičnou kaši s kakaem a cukrem. Tekutiny pacient přijímal podle zvyklostí z domu.

Péče o operační ránu a drény

Rána se hojila per primam. Rána byla převázána, dezinfikována a kryta sterilním krytím. Okolí rány bylo klidné s lehkým zarudnutím. V ráně redonův drén 2. den napojený na injekční stříkačku s množstvím 31 ml, při převazu vytažen.

Vyprazdňování

Močení spontánní bez známek infekce či jiných komplikací. Stolice byla, peristaltika aktivní (vyšetření poslechem) a plyny odcházely.

2. Pooperační den

Pacient prodělal ORL vyšetření, bez zjevných známek komplikací.

Monitorace fyziologických funkcí a bolesti

U pacientky byla provedena kontrola fyziologických funkcí ráno. TK 150/80, puls 62 za minutu, dech 16 za minutu a tělesná teplota 36,5 °C. Podle vizuální analogové škály pacient udává bolest VAS – 2, bez nutnosti analgetické léčby. Diclofenac v medikaci podle potřeby.

Monitorace za pomoci škál

2. pooperační den byly využity škály VAS (viz. Monitorace fyziologických funkcí a bolesti), klasifikace tíže tromboflebitid (podle Madonna) s výsledkem 0 z důvodu zavedení periferního žilního katetru 3. den. A hodnocení infekce v ráně, která byla bez známek komplikací.

Farmakologická medikace

Pacientovi byla podána chronická medikace – Prestarium Neo 5 mg jedna tableta denně ráno, Hipres 5 mg jedna tableta ráno a půl tablety večer a Sortis 10 mg jedna tableta večer. Dále Bromhexin (bronchosekretolytikum) dvacet kapek třikrát denně.

Pohybový režim a výživa

Pacient měl pohybový režim 2 – chodící a dietu 1 (kašovitá). Na snídani měl džem, máslo, veku a bílou kávu. Na oběd polévka hovězí, vepřová pečeně a jemné nudle. A na večeri šunková pěna, pletýnka. Tekutiny pacient přijímal podle zvyklostí z domu.

Péče o operační ránu a drény

Rána se hojila per primam. Rána byla převázána, dezinfikována a kryta sterilním krytím. Okolí rány bylo klidné bez zarudnutí a otoku.

Vyprazdňování

Močení spontánní bez známek infekce či jiných komplikací. Stolice nebyla, peristaltika aktivní (vyšetření poslechem) a plyny odcházely.

3. Pooperační den

Monitorace fyziologických funkcí a bolesti

U pacienta byla provedena kontrola fyziologických funkcí ráno. TK 140/80, puls 70 za minutu, dech 16 za minutu a tělesná teplota 36,8 °C. Podle vizuální analogové škály pacient uváděl ráno bolest VAS – 1. Diclofenac v medikaci podle potřeby.

Monitorace za pomoci škál

3. pooperační den byly využity škály VAS (viz. Monitorace fyziologických funkcí a bolesti), klasifikace tíže tromboflebitid (podle Madonna) s výsledkem 0 z důvodu zavedení periferního žilního katetru 4. den s následným vytažením. A hodnocení infekce v ráně, která byla bez známek komplikací.

Farmakologická medikace

Pacientovi byla podána pravidelná chronická medikace - Prestarium Neo 5 mg jedna tableta denně ráno, Hipres 5 mg jedna tableta ráno a půl tablety večer a Sortis 10 mg jedna tableta večer. Dále Bromhexin (bronchosekretolytikum) dvacet kapek třikrát denně.

Pohybový režim a výživa

Pacient měl pohybový režim 2 – chodící a dietu 3 (racionální). Na snídani měl rohlík s máslem a sýrem, bílou kávu. Tekutiny se pacient snažil přijímat podle zvyklostí z domu.

Péče o operační ránu a drény

Rána se hojila per primam. Rána byla převázána, vytažen steh, dezinfekce a kryta sterilním krytím. Okolí rány bylo klidné bez zarudnutí a otoku. Pacient byl poučen, že po příchodu domů může krytí odstranit a může ránu lehce omývat.

Vyprazdňování

Močení spontánní bez známek infekce či jiných komplikací. Stolice nebyla, peristaltika aktivní (vyšetření poslechem) a plyny odcházely.

Pacient byl při propuštění edukován o péči o ránu. O vhodnosti tlakové masáže a častém promazávání hydratačními krémy a o nutnosti si ránu chránit před sluncem. Pacient byl dále informován o nutnosti návštěvy u ošetřujícího lékaře a kontroly krevních hladin TSH, T4 a T3.

6.11 Kazuistika č. 8

Pacientka S. A. (65 let) přijata na chirurgické oddělení Nemocnice Atlas ve Zlíně k plánovanému operačnímu výkonu totální thyreoidektomie.

Anamnéza

Osobní anamnéza: pacientka S. A. hospitalizovaná na chirurgickém oddělení 4/2016 k plánované operaci štítné žlázy s diagnózou struma toxica. Pacientka se dále léčí s hypertenzní nemocí.

Farmakologická anamnéza: pacientka při příchodu k hospitalizaci měla v chronické medicaci Atenol AL 50 mg (antihypertenzivum) jednu tabletu denně ráno, Triplixam 10mg (antihypertenzivum) jednu tabletu denně ráno, Godasal (antitrombolitikum) jednu tabletu denně ráno, Euthyrox 50 mg (hormon štítné žlázy) jednu tabletu ráno, Verospiron 25 mg (diuretikum) jednu tabletu denně ráno a Apo-allopurinol 100mg (antiflogistika) třikrát denně jednu tabletu.

Rodinná anamnéza: Matka stav po cévní mozkové příhodě, otec prodělal infarkt myokardu.

Pracovní anamnéza: pacientka je v důchodu.

Alergologická anamnéza: *pacientka uvádí, že má alergii na diclofenac a trávu.*

Katamnéza

Pacientka byla přijata k plánované operaci na chirurgické oddělení. Pacientka byla přijata den před operací a při přijetí u ní byl *proveden Barthelův test základních všedních činností (s výsledkem 100 bodů), Glasgow coma scale (s výsledkem 15 bodů), hodnocení rizika vzniku dekubitů (s výsledkem 31 bodů), index tělesné hmotnosti (váha 87kg, výška 174 cm,*

s výsledkem BMI 28,74 - nadváha), Nutriční protokol (s výsledkem 1 bod). Při fyzikálním vyšetření sestrou bylo zjištěno, celkový vzhled: působí upraveně, nehty a vlasy má čisté, zuby má vlastní, užívá brýle na čtení a má zhoršený sluch na levé ucho. Pacientka při příchodu měla kompletní předoperační vyšetření (EKG, RTG, anesteziologické vyšetření, souhlas s hospitalizací a samostatným výkonem, předoperační odběry – viz. tabulka předoperační odběry P. A.) a uvádí, že si myslí, že je dostatečně informovaná o svém stavu a průběhu hospitalizační péče.

Tabulka 8 Předoperační odběry S. A.

INR	0,95
aPTT	26,6 s
Erytrocyty	$5,12 \cdot 10^{12}/l$
Leukocyty	$9,0 \cdot 10^9/l$
Trombocyty	$256 \cdot 10^9/l$
Hemoglobin	151 g/l
Hematokrit	0,467
K – draslík	4,28 mmol/l
Na – sodík	144 mmol/l
Cl – chloridy	103,2 mmol/l

V období krátkodobé předoperační přípravy byla pacientka poučena o nutnosti 8 hodinového lačnění před výkonem, o průběhu předoperační péče a pooperační péče a o prevenci tromboembolické nemoci a byla poučena o nutnosti elastického stažení dolních končetin. Pacientka si v den operace natáhla elastické stahovací punčochy. Místo operačního pole nebylo třeba nijak připravovat, pacientka se pouze večer den před operací okoupala podle zvyklostí z domu. Večer den před operací i v den operace byla pacientce podána premedikace podle ordinace anesteziologického lékaře (20⁰⁰ – Hypnogen a 7⁰⁰ – Neurol 1 mg). Pacientka si k ranní medikaci užila ze svých chronických léků Triplixam a Atenol AL 50 mg)

Operační den

U pacientky byla zvolena celková anestezie. Pacientka byla 8 hodiny před operací lačná a byla dostatečně edukována. Pacientka byla odvezena v 11:45 na operační sál. Po výkonu byla pacientka v 13:00 přeložena na jednotku intenzivní péče chirurgického oddělení.

Pacientka byla po přeložení na JIP napojena na monitor a byly jí pravidelně kontrolovány fyziologické funkce (krevní tlak, puls, saturace), které byly zaznamenávány do JIP záznamu a to v pravidelných intervalech, první dvě hodiny co půl hodiny a následně co hodinu do následujícího dne (12hodin). U pacientky byl na sále zaveden periferní žilní katetr velikosti G18 v pravé loketní jamce (vena basilica). Podle klasifikace tíže tromboflebitid (podle Madonna) byl stanoven stupeň 0. U pacientky byla zkontrolována fonace – tvorba zvuku hlasivkami, příznaky tetanie (hypokalcemie – brnění akrálních částí či křeče) a intenzita bolesti. Pacientka neuváděla, žádné problémy s hlasem či vzniklé brnění. Pacientka 1. hodinu po operačním výkonu uváděla bolesti intenzity VAS – 5. Podle ordinace lékaře byl pacientce aplikován Dolsin 50 mg subkutánně a 1 ampule Deganu (prokinetika), jako prevence nevolnosti po opioidních lécích. Po operaci byl u pacientky *udělán Glasgow coma scale s výsledkem 15 bodů*. U pacientky se nevyskytly žádné komplikace způsobené celkovou anestézií. V 17⁰⁰ pacientka dále uváděla bolest o intenzitě VAS – 5, proto ji byl aplikován podle ordinace lékaře i.v. Novalgín 1g ve 100 ml fyziologického roztoku. Dále byl pacientce podán Bromhexin (bronchosekretolytikum) dvacet kapek třikrát denně a aplikován Zibor 2500 j (antikoagulancia) subkutánně, jako prevence tromboembolické nemoci. Pacientka měla pohybový režim 3 – klid na lůžku, po čtyřech hodinách po převozu z dopřávacího pokoje mohla za doprovodu zdravotnického personálu jít na toaletu. Měla po výkonu dietu 0/S. Mohla pouze po dvou hodinách po výkonu popíjet tekutiny (hořký čaj), pevnou stravu až snídani na druhý den. Pacientka měla po operaci v operační ráně zavedený redonův drén, který byl napojený na injekční stříkačku s podtlakem. Redonův drén 0. operační den odvedl 10 ml. Operační rána byla klidná, bolestivá a kryta mastným tylem a sterilním krytím ze sálu. Podle hodnocení infekce v ráně šlo o stupeň III. lokální bolestivost v ráně. Pacientka se do 8 hodin po operaci spontánně vymočila. Stolice nebyla, peristaltika aktivní (vyšetření poslechem) a plyny odcházely.

1. Pooperační den + operační den

V průběhu noci se u pacientky začal rozvíjet rozsáhlý hematoma v operační ráně. Docházelo k útlaku dýchacích cest, proto se vzniklý výpotek akutně evakuoval na jednotce intenzivní péče a po souhlasu pacientky došlo k operativní revizi operační rány.

U pacientky byla zvolena opět celková anestezie. Před operačním výkonem byly pacientce zkontrolovány fyziologické funkce. TK 115/60, puls 58 za minutu, dech 14 za minutu a tělesná teplota 36,8 °C. Pacientka před operací nic nejedla, tekutiny naposledy večer před spaním. Pacientka byla dostatečně edukována o svém zdravotním stavu a o komplikacích a jejich řešení. Pacientce nebyla podána žádná premedikace. Pacientka byla odvezena v 8:00 na operační sál. Po výkonu byla pacientka v 9:05 přeložena na jednotku intenzivní péče chirurgického oddělení. Pacientka byla po přivezení na JIP znova napojena na monitor a byly jí pravidelně kontrolovány fyziologické funkce (krevní tlak, puls, saturace), které byly zaznamenávány do JIP záznamu a to v pravidelných intervalech, první 2 hodiny co půl hodiny a následně co 1 hodinu do následujícího dne (12hodin). Pacientka měla zaveden periferní žilní katetr 2. den, podle klasifikace tíže tromboflebitid (podle Madonna) byl stanoven stupeň 0. Po operaci byl u pacientky *udělán Glasgow coma scale s výsledkem 15 bodů*. Pacientka po překladu z operačního sálu uváděla bolest intenzity VAS – 5. Podle ordinace lékaře jí byl aplikován Dolsin 50 mg subkutánně a 1 ampule Deganu (prokinetika) intravenózně, jako prevence nevolnosti po opioidních lécích. Dále jí byla podána profylaktická antibiotická léčba – Azepo 1 g (ATB) i.v. v 6⁰⁰, 14⁰⁰ a 22⁰⁰, pro prevenci otoku a zánětu byl pacientce podán Aescin Teva třikrát denně dvě tablety a Dexamed 8 mg intravenózně v 5⁰⁰, 12⁰⁰, 18⁰⁰ a 24⁰⁰. Pro lehčí odkašlávání byl pacientce podán Bromhexin dvacet kapek třikrát denně. Jako prevence tromboembolické nemoci byl pacientce aplikován Zibor 2500 jednotek ve 24⁰⁰. Dále se u pacientky kontrolovala fonace – tvorba zvuku hlasivkami a příznaky tetanie (hypokalcemie – brnění akrálních částí či křeče). Pacientka neuváděla, žádné problémy s hlasem či vzniklé brnění. Pacientka měla pohybový režim 3 – klid na lůžku, po čtyřech hodinách po převozu z dospávacího pokoje mohla za doprovodu zdravotnického personálu jít na toaletu. Měla po výkonu dietu 0/S. Mohla pouze po dvou hodinách po výkonu popíjet tekutiny (hořký čaj), pevnou stravu až snídani na druhý den.

Pacientka měla po operaci v operační ráně zavedený dva redonovy drény, které byly napojeny na injekční stříkačky s podtlakem. Redonovy drény 0. operační den odvedly levý 27 ml, pravý 39 ml. Operační rána byla klidná, bolestivá a kryta mastným tylem a sterilním

krytím ze sálu. Podle hodnocení infekce v ráně šlo o stupeň III. lokální bolestivost v ráně. Pacientka se do 8 hodin po operaci spontánně vymočila. Stolice nebyla, peristaltika aktivní (vyšetření poslechem) a plyny odcházely.

2. Pooperační den a 1. Pooperační den

Pacientka byla v 8⁰⁰ přeložena z jednotky intenzivní péče na standardní chirurgické oddělení. Na standardním oddělení bylo pacientce zajištěno ORL vyšetření, kde se neprokázaly žádné komplikace.

Monitorace fyziologických funkcí a bolesti

U pacientky byla provedena kontrola fyziologických funkcí ráno před překladem na standardní oddělení. TK 120/85, puls 58 za minutu, dech 18 za minutu a tělesná teplota 36,9 °C. Podle vizuální analogové škály pacientka uváděla ráno bolest VAS – 3, pacientce byla podána analgetická léčba Novalgin tbl. třikrát denně jedna tableta. U pacientky nebylo nutné navyšovat analgetickou léčbu. Pacientka neuváděla žádné příznaky hypokalcemie a poruch fonace.

Monitorace za pomoci škál

2/1. pooperační den byly využity škály VAS (viz. Monitorace fyziologických funkcí a bolesti), klasifikace tíže tromboflebitid (podle Madonna) s výsledkem 0 z důvodu zavedení periferního žilního katetru 3. den. A hodnocení infekce v ráně, kde byl hematoma a lokální bolestivost.

Laboratorní vyšetření

Odběry se provádí, aby se předešlo komplikacím spojeným s poraněním příštítných tělísek. Pokud jsou příštítná tělíska porušena, dochází ke snížené tvorbě parathormonu, tedy ke sníženému vstřebávání kalia v ledvinách a nedostatečné uvolňování vápníku z kostí. U pacientky se odebíral kontrolní vápník (2,42) a parathormon (46,62).

Farmakologická medikace

Pacientce byly podány léky z chronické medikace - Atenol AL 50 mg jednu tabletu denně ráno, Triplixam jednu tabletu denně ráno, Euthyrox 50 mg jednu tabletu ráno, Verospiron 25 mg jednu tabletu denně ráno a Apo-allopurinol 100mg třikrát denně jednu tabletu. Dále ji byl aplikován Dexamed 8 mg i.v. v 800, 1600 a 2400 a Aescin Teva dvě tablety třikrát denně, jako prevence vzniku nového hematoma v místě operační rány. A Bromhexin

(bronchosekretoolytikum) dvacet kapek třikrát denně a Zibor 2500 jednotek subkutánně ve 24⁰⁰.

Pohybový režim a výživa

Pacientka měla pohybový režim 2 – chodící a dietu 1B (kašovitá - šetřící). Na snídani měla veku s máslem a medem, bílá káva. Na oběd rajsou polévku, a těstoviny s kuřetem na paprice. A na večeři krajíce veky a sýr. Tekutiny pacientka přijímala podle zvyklostí z domu.

Péče o operační ránu a drény

Rána se hojila per primam. Rána byla převázána, dezinfikována a kryta sterilním krytím. Okolí rány bylo klidné s rozsáhlým hematodem, lehce bolestivé. V ráně redonovy drény 2. den napojený na injekční stříkačky s množstvím – levý drén 10ml, pravý drén 16 ml, při převazu vytaženy.

Vyprazdňování

Močení spontánní bez známek infekce či jiných komplikací. Stolice nebyla, peristaltika aktivní (vyšetření poslechem) a plyny odcházely.

3. Pooperační den + 2. Pooperační den

Monitorace fyziologických funkcí a bolesti

U pacientky byla provedena kontrola fyziologických funkcí ráno. TK 130/85, puls 65 za minutu, dech 15 za minutu a tělesná teplota 36,6 °C. Podle vizuální analogové škály pacientka uváděla ráno bolest VAS – 2, bez nutnosti analgetické léčby. Novalgín tbl. v medikaci pouze podle potřeby.

Monitorace za pomoci škál

3. / 2. pooperační den byly využity škály VAS (viz. Monitorace fyziologických funkcí a bolesti), klasifikace tíže tromboflebitid (podle Madonna) s výsledkem 0 z důvodu zavedení periferního žilního katetru 4. den. A hodnocení infekce v ráně, kde byl hematod a lokální bolestivost.

Farmakologická medikace

Pacientce byly podány léky z chronické medikace - Atenol AL 50 mg jednu tabletu denně ráno, Triplixam jednu tabletu denně ráno, Euthyrox 50 mg jednu tabletu ráno, Verospiron

25 mg jednu tabletu denně ráno a Apo-allopurinol 100mg třikrát denně jednu tabletu. Pro psychický stav pacientky byl do medikace přidán Neurool 0,25 mg ráno a večer. Dále ji byl aplikován Dexamed 8 mg i.v. v 8⁰⁰, 16⁰⁰ a 24⁰⁰ a Aescin Teva dvě tablety třikrát denně, jako prevence vzniku nového hematomu v místě operační rány. A Bromhexin (bronchosekretolytikum) dvacet kapek třikrát denně a Zibor 2500 jednotek subkutánně ve 24⁰⁰.

Pohybový režim a výživa

Pacientka měla pohybový režim 2 – chodící a dietu 1 (kašovitá). Na snídani měla rohlík s paštikou, bílá káva. Na oběd francouzská polévka, kvěťáková sedlina a bramborová kaše. A na večeri krupičnou kaši s kakaem a cukrem. Tekutiny pacientka přijímala podle zvyklostí z domu.

Péče o operační ránu a drény

Rána se hojila per primam. Rána byla převázána, dezinfikována a kryta sterilním krytím. Okolí rány bylo klidné s rozsáhlým hematodem.

Vyprazdňování

Močení spontánní bez známek infekce či jiných komplikací. Stolice byla, peristaltika aktivní (vyšetření poslechem) a plyny odcházely.

4. Pooperační den + 3. Pooperační den

Monitorace fyziologických funkcí a bolesti

U pacientky byla provedena kontrola fyziologických funkcí ráno. TK 130/80, puls 68 za minutu, dech 14 za minutu a tělesná teplota 36,6 °C. Podle vizuální analogové škály pacientka uváděla ráno bolest VAS – 2, bez nutnosti analgetické léčby. Novalgin tbl. v medikaci pouze podle potřeby.

Monitorace za pomoci škál

4. / 3. pooperační den byly využity škály VAS (viz. Monitorace fyziologických funkcí a bolesti), klasifikace tíže tromboflebitid (podle Madonna) s výsledkem 0 z důvodu zavedení periferního žilního katetru 5. den, s následným vytažením. A hodnocení infekce v ráně, kde byl hematom.

Farmakologická medikace

Pacientce byly podány léky z chronické medikace - Atenol AL 50 mg jednu tabletu denně ráno, Triplixam jednu tabletu denně ráno, Euthyrox 50 mg jednu tabletu ráno, Verospiron 25 mg jednu tabletu denně ráno a Apo-allopurinol 100mg třikrát denně jednu tabletu. Pro psychický stav pacientky byl do medikace přidán Neurol 0,25 mg ráno a večer. Dále ji byl podán Aescin Teva dvě tablety třikrát denně, jako prevence vzniku nového hematomu v místě operační rány. A Bromhexin (bronchosekretolytikum) dvacet kapek třikrát denně.

Pohybový režim a výživa

Pacientka měla pohybový režim 2 – chodící a dietu 3 (racionální). Na snídani měla rohlík s máslem a džemem, bílá káva. Na oběd hovězí polévku, vepřová pečeně a těstoviny. A na večeři šunková pěna, pletýnka. Tekutiny pacientka přijímala podle zvyklostí z domu.

Péče o operační ránu a drény

Rána se hojila per primam. Rána byla převázána, dezinfikována a kryta sterilním krytím. Okolí rány bylo klidné s rozsáhlým hematodem.

Vyprazdňování

Močení spontánní bez známek infekce či jiných komplikací. Stolice nebyla, peristaltika aktivní (vyšetření poslechem) a plyny odcházely.

5. Pooperační den a 4. Pooperační den

Monitorace fyziologických funkcí a bolesti

U pacientky byla provedena kontrola fyziologických funkcí ráno. TK 125/80, puls 72 za minutu, dech 16 za minutu a tělesná teplota 36,5 °C. Podle vizuální analogové škály uváděla pacientka intenzitu bolesti VAS – 1. Bez nutnosti analgetické léčby. V medikaci Novalgín tbl. podle potřeby.

Monitorace za pomoci škál

5. / 4. pooperační den byly využity škály VAS (viz. Monitorace fyziologických funkcí a bolesti) a hodnocení infekce v ráně, kde byl hematom.

Farmakologická medikace

Pacientce byly podány léky z chronické medikace - Atenol AL 50 mg jednu tabletu denně ráno, Triplixam jednu tabletu denně ráno, Euthyrox 50 mg jednu tabletu ráno, Verospiron

25 mg jednu tabletu denně ráno a Apo-allopurinol 100mg třikrát denně jednu tabletu. Pro psychický stav pacientky byl do medikace přidán Neurol 0,25 mg ráno a večer. Dále ji byl podán Aescin Teva třikrát denně dvě tablety a Bromhexin (bronchosekretolytikum) dvacet kapek třikrát denně.

Pohybový režim a výživa

Pacientka měla pohybový režim 2 – chodící a dietu 3 (racionální). Krajíc chleba s máslem a sýrem, bílá káva. Tekutiny pacientka přijímala podle zvyklostí z domu.

Péče o operační ránu a drény

Rána se hojila per primam. Rána byla převázána, vytažen steh, dezinfekce a kryta sterilním krytím. Okolí rány bylo klidné bez zarudnutí a otoku. Pacientka byla poučena, že po příchodu domů může krytí odstranit a může ránu lehce omývat.

Vyprazdňování

Močení spontánní bez známek infekce či jiných komplikací. Stolice nebyla, peristaltika aktivní (vyšetření poslechem) a plyny odcházely.

Pacientka byla při propuštění edukována o péči o ránu. O vhodnosti tlakové masáže po ústupu hematomu, častém promazávání hydratačními krémy nebo mastičkou pro lepší vstřebání hematomu (Heparoid) a o nutnosti si ránu chránit před sluncem. Dále o následné substituční léčbě, která bude celoživotní, a kterou ji upraví její ošetřující lékař. Pacientka byla informována, že kdyby se vyskytly jakékoliv problémy s výměnou plynu, má okamžitě navštívit svého ošetřujícího lékaře.

DISKUZE

Cílem této práce bylo sledování a zaznamenávání ošetrovatelské péče na chirurgickém oddělení Nemocnice Atlas ve Zlíně a na chirurgickém oddělení Fakultní nemocnice Olomouc.

Z daného výzkumu jsme zjistili, že ve většině případů se vyskytují shodné ošetrovatelské diagnózy (viz. Přílohy). Pokud dojde ke komplikacím spojenými s celkovou anestezií či pooperační komplikace v operační ráně, objevují se některé ošetrovatelské diagnózy dlouhodoběji (např. strach), nebo se objevují specifické ošetrovatelské diagnózy.

Ošetrovatelské diagnózy před operací

Nejčastější jsou nedostatečné znalosti (00126) a strach (00148), úzkost (146) a nedostatek spánku (00096).

Ošetrovatelské diagnózy v operační den

Jde o ošetrovatelské diagnózy spojené nejčastěji s celkovou anestezií či bolestí v operační ráně. V našem výzkumu jsme se setkali s: nedostatečné znalosti (00126), akutní bolest (00132), porušené polykání (00103), riziko aspirace (00039), narušená integrita tkáně (00044), riziko infekce (00004), riziko krvácení (00206), zhoršená verbální komunikace (00051), riziko nerovnováhy elektrolytů (00195), únava (00093), strach (00148), nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu (00002), deficit sebeděže při koupání (00108), deficit sebeděže při oblékání (00109), deficit sebeděže při stravování (00102), deficit sebeděže při vyprazdňování (00110), narušený obraz těla (00118), riziko pádů (00155), zhoršený komfort (00214),

Pooperační den

V 1. pooperačním dnu se nejčastěji objevovali diagnózy spojené s operační ránou, invazivními vstupy a pooperačními komplikacemi. A to: nedostatečné znalosti (00126), narušená integrita tkáně (00044), akutní bolest (00132), porušené polykání (00103), riziko infekce (00004), riziko krvácení (00206), nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu (00002), zhoršená verbální komunikace (00051), riziko aspirace (00039), narušený vzorec spánku (00198), únava (00093), narušený obraz těla (00118), zhoršený komfort (00214), riziko dysfunkční gastrointestinální motility (00197), riziko nerovnováhy elektrolytů (00195), strach (00148).

Další pooperační dny

V rámci 2. a 3. pooperačního dne se nevyskytla žádná nová ošetrovatelská diagnóza, pouze se pokračovalo v ošetrovatelských diagnózách už sledovaných.

V rámci kvalitativního výzkumu jsme zjistili jen malé rozdíly v ošetrovatelské péči na vybraných odděleních.

V zajištění předoperační ošetrovatelské péči jsme zaznamenali rozdíl v prevenci tromboembolické nemoci (TEN). Bandáže dolních končetin se provádí stejně, avšak ve Fakultní nemocnici v Olomouci aplikovali nízkomolekulární hepariny (Fraxiparine) večer před výkonem, v Nemocnici Atlas ve Zlíně aplikovali nízkomolekulární heparin (Zibor) až o půlnoci po výkonu. V jiných oblastech předoperační přípravy jsme nezjistili rozdíl.

V oblasti pooperační péči jsme zjistili rozdíly v oblasti monitorace po výkonu a aplikace preventivních léků. V rámci monitorace po výkonu ve Fakultní nemocnici v Olomouci byli pacienti sledováni po operaci na standardním chirurgickém oddělení. V Nemocnici Atlas ve Zlíně byli pacienti hospitalizováni na jednotce intenzivní péče, kde byli sledováni do následujícího dne, poté byli přeloženi na standardní chirurgické oddělení.

Další rozdíl jsme zaznamenali v podávání preventivních léků. V Nemocnici Atlas ve Zlíně se podávali kapky Bromhexin (bronchosekretyolitikum) každému pacientovi po operaci štítné žlázy. Podávali se z důvodu lepšího odkašlávání a uvolňování hlenu. Ve Fakultní nemocnici v Olomouci jsme se s tímto nesetkali.

V rámci oblasti pooperačních komplikací jsme se v Nemocnici Atlas ve Zlíně setkali se dvěma komplikacemi. U jedné pacientky došlo k následnému hematomu v operační ráně, který musel být znovu operačně řešený. U druhé pacientky došlo k otoku hlasivek a tím způsobené problémy s dechem a verbální komunikací. Ve Fakultní nemocnici Olomouc jsme se setkali pouze s nevolností po celkové anestezii.

Monitorace fyziologických funkcí se podle Janíkové a Zeleníkové (2013, s. 47) zpočátku kontrolují v intervalu 15 minut, a poté se interval prodlužuje. Ve Fakultní nemocnici Olomouc monitorovaly fyziologické funkce první 2 hodiny co 15 minut další 4 hodiny co půl hodiny a poté co 1 hodinu dalších 6 – 8 hodin. V Nemocnici Atlas ve Zlíně, monitorovaly fyziologické funkce pacienta na jednotce intenzivní péče v intervalech první 2 hodiny co půl hodiny a následně co 1 hodinu po dobu 12 hodin.

V bezprostřední pooperační péči má podle Janíkové a Zeleníkové (2013, s. 102) pacient kyslíkovou léčbu (oxygenoterapie.) Ve Fakultní nemocnici Olomouc byla pacientovi podávána oxygenoterapie v období (2 hodiny po operačním výkonu), následně po překladu na standardní oddělení už nikoliv. V Nemocnici Atlas ve Zlíně, byla oxygenoterapie aplikována hned po překladu na jednotku intenzivní péče, a trvala z pravidla 4-6 hodin nebo podle potřeby.

Kateřina Hauserová ve své práci z roku 2015 uvedla, že pacienti po operaci štítné žlázy v operační den nesmí vstávat z lůžka a mohou se pouze točit z boku na bok. Na vybraných odděleních měli pacienti v den operace pohybový režim 3, tedy ležící, ale po 4 hodinách po výkonu, mohli s doprovodem zdravotnického personálu jít na toaletu. Následný den měli pohybový režim 2, tedy chodící.

Povinností sestry je podle Janíkové a Zeleníkové (2013, s. 103) kontrola fonace. Fonace může být změněna taky důsledkem endotracheální intubace a otokem hrtanu, pokud se však neupraví do 24-48 hodin po operaci, je nutné ORL vyšetření. Na obou vybraných odděleních kontrolovali fonaci pravidelně při příjezdu ze sálu, a poté průběžně při měření fyziologických funkcí. Na obou vybraných odděleních jsme se setkali s poruchou verbální komunikace.

Další povinností sestry je podle Kateřiny Hauserové, která ve své práci z roku 2015 uvádí, že sestry se dotazují na projevy hypokalcemie (brnění, trnutí v koutku úst). Na obou vybraných odděleních se sestry při kontrole fonace dotazovaly na projevy hypokalcemie. Na vybraných odděleních se nevyskytl ani jeden pacient s projevy hypokalcemie.

Janíková a Zeleníková (2013, s. 103) uvádí, že pacient může po operaci pociťovat bolest v okolí operační rány. Důležité je monitorace bolesti a dostatečná analgezie. Ve vybraných odděleních se k hodnocení bolesti využívala škála VAS (vizuální analogová škála). První měření pomoci škály proběhlo na obou vybraných odděleních vždy při překladu ze sálu nebo dospávacího pokoje. Sestry vždy aplikovali podle ordinace lékaře analgetickou léčbu a to především ve FNOL – Neodolpasse 250 ml i.v. nebo Novalgin i.v. ve 100ml fyziologického roztoku, v Nemocnici Atlas ve Zlíně aplikovali nejčastěji v bezprostřední pooperační době Dolsin 50mg s.c. zároveň s 1 ampulí Deganu i.v. (jako prevence nevolnosti).

V oblasti péče o operační ránu a drény byli patrné rozdíly na vybraných odděleních. Podle Janíková a Zeleníková (2013, s. 103) a Zemana, Krška a kolektivu (2011, s. 275–276) se

provádí první převaz během 24-48 hodin po výkonu. V nemocnici Atlas ve Zlíně převazovali ránu a vytahovali redonův drén už ráno 1. pooperační den. Naopak ve Fakultní nemocnici Olomouc se první převaz rány konal 2. pooperační den a redonův drén se tahal podle množství odpadu v drenáži, nejčastěji 2. pooperační den.

Janíková a Zeleníková (2013, s. 103) uvádí, že každý pacient po operačním výkonu by se měl do 6-8 hodin po zákroku vymočit. Nevymočí-li se, je možné se pokusit navodit spontánní vyprazdňování močového měchýře např. puštěním vody, teplým obkladem. Ve Fakultní nemocnici Olomouc i v Nemocnici Atlas ve Zlíně, jsme se nesetkali s komplikacemi spojenými s neschopností vyprázdnit močový měchýř.

Na vybraných odděleních se odebírala pacientovi 1. pooperační den kontrolní krev na biochemické vyšetření. Ve Fakultní nemocnici odebírali kontrolní hladinu vápníku, kalium a magnezia. V Nemocnici Atlas ve Zlíně odebírali kontrolní hladinu parathormonu a vápníku.

Podle Janíkové a Zeleníkové (2013, s. 104) se pacient propouští z pravidla 3.-5. pooperační den. Ve Fakultní nemocnici Olomouc i v Nemocnici Atlas ve Zlíně propouštěli pacienty bez komplikací 3. pooperační den. Pacientky, u kterých se objevily pooperační komplikace byly propuštěny 5.-6. pooperační den.

ZÁVĚR

Cílem této práce bylo sledování a zaznamenávání ošetrovatelské péče na chirurgickém oddělení Nemocnice Atlas ve Zlíně a na chirurgickém oddělení Fakultní nemocnice Olomouc. Sledování jsme prováděli v první polovině měsíce dubna roku 2016. K výzkumu jsme využívali metodu kvalitativní – případové studie. Z každé případové studie jsme, jako výsledek, vytvořili kazuistiku. Potřebné data, které jsme získávali metodou pozorování, analýzou dokumentů a rozhovorem s pacienty a ošetřujícím personálem, jsme zaznamenávali do předem vytvořených pozorovacích archů.

Ve výzkumu jsme zjistili, že ošetrovatelská péče o pacienty s chirurgickým řešením štítné žlázy na vybraných odděleních je velmi podobná. Předoperační péče i pooperační péče se provádí na daných odděleních podobně.

Při předoperační péči byl jediný rozdíl v aplikaci nízkomolekulárních heparinů, jako prevence tromboembolické nemoci. Ve Fakultní nemocnici Olomouc se aplikoval Fraxiparine už večer před výkonem, v Nemocnici Atlas až po výkonu ve 24⁰⁰. V rámci ošetrovatelských diagnóz nebyl žádný rozdíl, u všech pacientů se objevoval strach či úzkost a nedostatečné znalosti.

V pooperační péči jsme také neobjevili výrazné rozdíly. Za období výzkumu ve Fakultní nemocnici jsme se nesetkali s pooperačními komplikacemi. Z toho důvodu jsme také zjistili pouze základní ošetrovatelské diagnózy spojené s celkovou anestezií a operační ránou. V nemocnici Atlas ve Zlíně jsme při výzkumu měli dvě pacientky s komplikacemi. Díky tomu jsme zjistili ošetrovatelské diagnózy specifické k pooperačním komplikacím (strach, úzkost, riziko krvácení či narušený obraz těla a poruchy výměny plynů). Základním rozdílem v pooperační péči byla péče o drén. V Nemocnici Atlas ve Zlíně se drén převazoval hned 1. pooperační den i s následným vytažením drénu. Ve Fakultní nemocnici v Olomouci se operační rána převazovala až 2. pooperační den a drén se tahal buď ten samý den či pokud bylo množství výpotku vysoké i 3. pooperační den. Další významné rozdíly jsme ve svém porovnávání nezaznamenali.

Ze získaných dat jsme vytvořili návrh doporučení pro praxi (viz přílohy PVI), kde jsme se věnovali nejčastějším ošetrovatelským diagnózám, které jsme zjistili. Ke každé dané ošetrovatelské diagnóze jsme stanovili cíl a ošetrovatelské intervence, které popisují činnosti, které mají setry v dané situaci vykonávat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Knižní zdroje

BLAŽEK, Martin, Eduard HAVEL a Eva BĚLOBRÁDKOVÁ, 2012. Předoperační vyšetření a příprava chirurgického pacienta. *Interní medicína pro praxi*. 14(11), s. 422 - 428. ISSN 1212-7299.

BRUNOVÁ, Jana. *Diagnostika a terapie poruch funkce štítné žlázy – část II*. *Medicína pro praxi* [online]. 2008, roč. 5, č. 9, s. 315-321. [cit. 16. 1. 2014]. ISSN 1214-8687. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/09/09.pdf>.

ČIHÁK, Radomír a Miloš GRIM, 2002. *Anatomie*. 2., upr. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0143-X.

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

DUDA, Miloslav a kol., 2011. *Základní výkony ve všeobecné chirurgii*. 1. Vydání. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-3234-2.

FERKO, Alexander, Zdeněk ŠUBRT, Tomáš DĚDEK, 2015. *Chirurgie v kostce*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1005-1.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava, 2012. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-543-3.

KALA, Zdeněk a Igor PENKA, 2010. *Perioperační péče o pacienta v obecné chirurgii*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-518-1.

KRŠEK, Michal, 2011. *Endokrinologie*. 1. vyd. Praha: Galén. 97 s. ISBN 978-80-7262-687-8.

HERDMAN, T. Heather, KAMITSURU, Shigemi, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015 – 2017*. Překlad Pavla Kudlová. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. Výzkum v ošetrovatelství. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.
- MARKALOUS, Bohumil a Marie GREGOROVÁ, 2007. *Nemoci štítné žlázy: otázky a odpovědi pro pacienty a jejich rodiny*. 3. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-961-0.
- MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FRONĚKOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1443-4.
- MOUREK, Jindřich, 2005. Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-1190-7.
- MUSIL, Dalibor, 2009. Rizika a prevence tromboembolické choroby. *Interní medicína pro praxi*. 11(12), s. 544 - 548. ISSN 1212-7299.
- NAŇKA, Ondřej a Miloslava ELIŠKOVÁ, 2009. *Přehled anatomie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-612-0.
- NAVRÁTIL, Leoš, 2008. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2319-8.
- ROKYTA, Richard, 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 680 s. ISBN 978-80-247-4867-2.
- SCHUMPELICK, Volker, 2013. *Chirurgie - stručný atlas operací a výkonů*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4531-2.
- SILBERNAGL, Stefan a Florian LANG, 2001. *Atlas patofyziologie člověka*. Vyd. 1. české. Praha: Grada. 404 s. ISBN 80-716-9968-3.
- SKALICKÁ, Hana, 2007. *Předoperační vyšetření: návody pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1079-2.
- SMIČKOVÁ, Eva, 2011. Péče o jizvy. *Medicína pro praxi*. 8(1), s. 31 - 33. ISSN 1214-8687.
- VYTEJČKOVÁ, Renata, Petra SEDLÁŘOVÁ, Vlasta WIRTHOVÁ, Iva OTRADOVCOVÁ, Pavla PAVLÍKOVÁ, 2013. Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3420-0.
- ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA, 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3., přeprac. a dopl. Vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3770-6.

Internetové zdroje

BŘEZÁK, Tomáš, 2014. *Punkce a biopsie dospělých*. [online]. Praha: 2.LF UK [cit. 2016-04-19]. Dostupné z: <http://new.propedeutika.cz/?p=484>

HAUSEROVÁ, Kateřina, 2015. *Zvláštnosti v poskytování ošetrovatelské péče před a po operaci štítné žlázy*. České Budějovice. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Mgr. Alena Polanová. [cit. 2016-05-18]. Dostupné také z: https://theses.cz/id/25evsh/Hauserov_bakal_sk_prce.pdf. Bakalářská práce.

HLOCH, Ondřej, 2014a. *Základní vyšetřovací techniky* [online]. Praha: 2.LF UK [cit. 2016-04-19]. Dostupné z: <http://new.propedeutika.cz/?p=211>

HLOCH, Ondřej, 2014b. *Vyšetření hlavy a krku* [online]. Praha: 2.LF UK [cit. 2016-04-19]. Dostupné z: <http://new.propedeutika.cz/?p=219>

https://www.fnol.cz/pdf/pacientske_brozurky/PORGYN_Jak%20pecovat%20o%20ranu%20po%20operaci.pdf

MATT, Vera, 2013. *Thyroidectomy Nursing Care Plans*. Nurseslabs [online]. [cit. 2016-05-03]. Dostupné z: <http://nurseslabs.com/5-thyroidectomy-nursing-care-plans/>

Nursing care plan on thyroidectomy, 2009. *Health & Medicine* [online]. LinkedIn Corporation [cit. 2016-05-03]. Dostupné z: <http://www.slideshare.net/1nurses/nursing-care-plan-on-thyroidectomy>

SMÉKALOVÁ, Kathrin, Petra BARTOŠOVÁ a Zuzana STRAKOVÁ, [2015]. *Jak pečovat o ránu po operaci*. Fakultní nemocnice Olomouc [online]. Olomouc [cit. 2016-05-03]. Dostupné z:

VÍTOVÁ, Lenka, 2014. *Laboratorní vyšetření v endokrinologii*. [online]. Praha: 2.LF UK [cit. 2016-04-19]. Dostupné z: <http://new.propedeutika.cz/?p=471>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

%	Procent
°C	Stupeň
ASA	American Society of Anesthesiologists
atd.	a tak dále.
BMI	Body mass index
Cm	Centimetr
CRP	C reaktivní protein
CT	výpočetní tomografie
EKG	elektrokardiograf
FNAB	aspirační biopsie tenkou jehlou
FNOL	Fakultní nemocnice Olomouc
g/l	Gram na litr
GIT	Gastrointestinální trak
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
ICHS	Ischemická choroba srdeční
JIP	Jednotka intenzivní péče
Kg	Kilogram
LMWH	Nízkomolekulární hepariny
mg.	Miligramů.
ml	Mililitrů
mm	Milimetrů.
mmHg	milimetr rtuťového sloupce
např.	Například
ORL	otorinolaryngologie

PTH	Parathormon
PŽK	Periferní žilní katetr
RTG	Rentgenové vyšetření
s.	Strana
SpO ₂	Saturace O ₂
T3	Trijodtyronin
T4	Tyroxin.
tbl.	Tableta
TEN	Tromboembolická nemoc
TK	Krevní tlak
TRAK	Protilátky proti TSH receptorm
TSH	Thyreotropní hormon
TT	Tělesná teplota
VAS	vizuální analogová škála

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Redonova drenáž s injekční stříkačkou	26
-------------------------------------------------------	----

SEZNAM TABULK

Tabulka 1 Předoperační odběry P.M.....	39
Tabulka 2 Předoperační odběry K. I.	44
Tabulka 3 Předoperační odběry P. B.	50
Tabulka 4 Předoperační odběry D. D.....	56
Tabulka 5 Předoperační odběry P. A.	61
Tabulka 6 Předoperační odběry V. D.....	69
Tabulka 7 Předoperační odběry P. S.....	74
Tabulka 8 Předoperační odběry S. A.	80

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha PI Povolení výzkumu na vybraných odděleních

Příloha PII Vzor informovaných souhlasů

Přílohy PIII Vzor pozorovacího archu

Příloha PIV Ošetrovatelské diagnózy Nemocnice Atlas

Příloha PV Ošetrovatelské diagnózy FNOL

Příloha PVI Návrh doporučení pro praxi

PŘÍLOHA P I POVOLENÍ VÝZKUMU NA VYBRANÝCH ODDĚLENÍCH



ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Lucie Vilišová		
Téma bakalářské práce	Ošetrovatelská péče o pacienta po operaci štítné žlázy		
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Pavla Kudlová, PhD. Kudlová podpis		
Skupina respondentů			
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)		Podpis
Fakultní nemocnice Olomouc	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
Nemocnice Atlas, Zlín	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne - 0 - 04 - 2016

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

PŘÍLOHA PII VZOR INFORMOVANÉHO SOUHLASU



Informovaný souhlas pacienta k účasti ve výzkumu pro bakalářskou práci

Název výzkumu: Ošetrovatelská péče u pacientů indikovaných k operaci štítné žlázy (před a po operaci)

Zadavatel výzkumu: Ústav zdravotnických věd Fakulty humanitních studií, UTB ve Zlíně

Řešitelský tým

Řešitel výzkumu: Lucie Vilišová (studentka 3. ročníku studijního oboru Všeobecná sestra, prezenční formy)

Odborný garant: PhDr. Pavla Kudlová, PhD. (vedoucí bakalářské práce)

Výzkum probíhá se souhlasem _____

Informace o kvalitativní metodě – kazuistice – případové metodě

Kazuistika je podrobné studium jedné osoby.

V rámci kazuistiky s Vámi provedeme rozhovor za účelem získání informací, které by nám mohly osvětlit Vaši současnou situaci, provedeme rozhovor s Vaším ošetřujícím personálem, popř. rodinnými příslušníky. Budeme analyzovat data z Vaší zdravotnické dokumentace, budeme dokumentovat (včetně pořizování fotografií) vývoj Vašeho onemocnění.

Naším cílem je zmapovat komplexní péči u pacientů indikovaných k operaci štítné žlázy (před a po operaci) a navrhnout nejlepší postup ošetrovatelské péče o tyto pacienty.

Vaše účast ve studii je pro nás velmi důležitá a nesmírně si ji vážíme. Všechny údaje, které budou od Vás získány, podléhají mlčenlivosti, tj. nebudou bez Vašeho písemného souhlasu dány k dispozici nezdravotníkům. Pokud budou přednášeny nebo publikovány, tak jen pod kódovým označením. Výsledky však musí být uvolněny pro etickou komisi resp. i pro jiné kontrolní orgány. Jinými slovy, absolutní důvěrnost informací nelze zaručit.

Máte právo svoji účast ve výzkumu kdykoliv přerušit a nemusíte sdělit důvod svého rozhodnutí.

Souhlas pacienta

Seznámil jsem se s informacemi a se svým zařazením do výzkumu souhlasím.

V _____ Dne _____

Jméno pacienta: _____ Podpis: _____

Jméno svědka: _____ Podpis: _____

Jméno zodpovědného vedoucího: _____ Podpis: _____

PŘÍLOHA PIII VZOR POZOROVACÍHO ARCHU

Pozorovací arch

Pozorování provedla: Lucie Vilišová

Iniciály			
Pohlaví			
Věk			
Anamnéza			
Nynější onemocnění k přijetí			
Vedlejší diagnózy			
Alergologická			
Farmakologická			
Pracovní			
Rodinná			
Fyzikální vyšetření sestrou			
Celkový vzhled	Normální	Schvácený	
Zuby	Vlastní	Protézy	
Brýle	Ano	Ne	Na čtení
Sluch	Normální	Zhoršený	Naslouchátko
Hmotnost			
Výška			
Škály:			
Barthelův test základních všedních činností			
Glasgow coma scale			
Hodnocení rizika vzniku dekubitů			
Index tělesné hmotnosti			
Nutriční protokol			
Bolest			
Předoperační péče			
Den přijetí - V den operace - den dopředu			
Dokumenty - EKG - Souhlasy - Kontrola předoperačního vyšetření - Protokoly - Doplnění:	Ano	Ne	

Předoperační informovanost pacienta	Informovaný		Neinformovaný
Předoperační celková příprava	Ano	Ne	Částečně
Lačnění (8hodin) Edukace pacienta Prevence TEN <ul style="list-style-type: none"> - Bandáže - Punčochy - Nízkomolekulární heparin Příprava místa <ul style="list-style-type: none"> - Holení - Depilace - Nic Hygiena <ul style="list-style-type: none"> - Sprcha s normálním mýdlem - Sprcha s dezinfekčním mýdlem Premedikace <ul style="list-style-type: none"> - noční - v den operace 			
Ordinace lékaře			
Laboratorní hodnoty při předoperačním vyšetření			
Koagulace			
INR			
APTT			
Hematologická laboratoř			
Krevní obraz			
Erytrocyty			
Leukocyty			
Trombocyty			
Hemoglobin			
Hematokrit			
Krevní skupina/Rh faktor			
Biochemická laboratoř			
TSH			
T4			
T3			
CRP			
Ionty			
K – draslík			
Na – sodík			
Cl – Chloridy			

Ca – Vápník		
P – fosfor		
Mg – Hořčík		
Fe – Železo		
Jiné:		
Fyziologické funkce		
Krevní tlak		
Puls		
Tělesná teplota		
Dech		
Premedikace		
Ošetrovatelské diagnózy	Ano	Ne
Nedostatečné znalosti (00126)		
Únava (00093)		
Beznaděj (00124)		
Úzkost (00146)		
Strach (00148)		
Nedostatek spánku (00096)		
Operace		
Typ anestezie		
Dieta/výživa		
Pohybový režim		
Popis rány:		
Způsob krytí		
Typ drénu		
Čas OP/ návrat		
Umístění pacienta po OP	JIP	Standart
Komplikace při/po anestezii	Ano	Ne
Aspirace do DC		
Alergická reakce		
Hypoventilace		
Rozvoj šoku a podchlazení		
Laryngospasmus		
Pooperační nauzea a zvracení		
Pooperační chladový třes		
Pooperační bolest		
Poranění zubů		
Pooperační dokumentace	Ano	Ne
Akutní karta		
JIP záznam		
Ordinace lékaře v operační den		

Škály:	Ano	Ne
Barthelův test základních všedních činností		
Glasgow coma scale		
Hodnocení rizika vzniku dekubitů		
Index tělesné hmotnosti		
Nutriční protokol		
Bolest		
Maddon-klasifikace tíže tromboflebitis		
Hodnocení infekce v ráně		
Ošetřovatelské diagnózy v operační den	Ano	Ne
Riziko nerovnováhy elektrolytů (00195)		
Narušený vzorec spánku (00198)		
Únava (00093)		
Deficit sebek péče při koupání (00108)		
Deficit sebek péče při oblékání (00109)		
Deficit sebek péče při stravování (00102)		
Deficit sebek péče při vyprazdňování (00110)		
Nedostatečné znalosti (00126)		
Zhoršená verbální komunikace (00051)		
Narušená osobní identita (00121)		
Narušený obraz těla (00118)		
Úzkost (00146)		
Snaha zlepšit zvládání zátěže (00158)		
Strach (00148)		
Riziko infekce (00004)		
Riziko krvácení (00206)		
Riziko aspirace (00039)		
Riziko pádů (00155)		
Riziko šoku (00205)		
Narušená integrita tkáně (00044)		

Riziko alergické reakce (00217)	
Riziko pooperativní hypotermie (000254)	
Zhoršený komfort (00214)	
Nauzea (00134)	
Akutní bolest (00132)	
Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu (00002)	
Porušené polykání (00103)	
Dysfunkční gastrointestinální motility (00196)	
Riziko dysfunkční gastrointestinální motility (00197)	
Sociální izolace (00053)	
Jiné:	
Pooperační péče	
1. Pooperační den	
Dieta/výživa	
Pohybový režim	
Popis rány	
Krytí	
Per primam/ Per secundam	
Invazivní vstupy	
PŽK/den zavedení	
PMK/den zavedení/množství	
Drény/množství v drénu	
Jiné:	
Fyziologické funkce	
Krevní tlak	
Puls	
Dech	
Tělesná teplota	
Ordinace lékaře	
Škály:	Ano
Barthelův test základních všedních činností	Ne
Glasgow coma scale	
Hodnocení rizika vzniku de- kubitů	
Index tělesné hmotnosti	
Nutriční protokol	

Bolest		
Maddon-klasifikace tíže tromboflebitis		
Hodnocení infekce v ráně		
Ošetřovatelské diagnózy	Ano	Ne
Riziko nerovnováhy elektrolytů (00195)		
Narušený vzorec spánku (00198)		
Únava (00093)		
Deficit sebeděže při koupání (00108)		
Deficit sebeděže při oblékání (00109)		
Deficit sebeděže při stravování (00102)		
Deficit sebeděže při vyprazdňování (00110)		
Nedostatečné znalosti (00126)		
Zhoršená verbální komunikace (00051)		
Narušená osobní identita (00121)		
Narušený obraz těla (00118)		
Úzkost (00146)		
Snaha zlepšit zvládnání zátěže (00158)		
Strach (00148)		
Riziko infekce (00004)		
Riziko krvácení (00206)		
Riziko aspirace (00039)		
Riziko pádů (00155)		
Riziko šoku (00205)		
Narušená integrita tkáně (00044)		
Riziko alergické reakce (00217)		
Riziko pooperační hypotermie (000254)		
Zhoršený komfort (00214)		
Nauzea (00134)		
Akutní bolest (00132)		
Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu (00002)		
Porušené polykání (00103)		
Dysfunkční gastrointestinální motility (00196)		
Riziko dysfunkční gastrointestinální motility (00197)		
Sociální izolace (00053)		

Jiné:		
Laboratorní odběry		
Biochemická laboratoř		
Vápník		
Jiné:		
2. Pooperační den		
Dieta		
Pohybový režim		
Popis rány		
Krytí		
Per primam/ Per secundam		
Invazivní vstupy:		
PŽK/den zavedení		
PMK/den zavedení/množství		
Drény/množství v drénu		
Jiné:		
Fyziologické funkce		
Krevní tlak		
Puls		
Dech		
Tělesná teplota		
Ordinace lékaře		
Škály:	Ano	Ne
Barthelův test základních všedních činností		
Glasgow coma scale		
Hodnocení rizika vzniku dekubitů		
Index tělesné hmotnosti		
Nutriční protokol		
Bolest		
Maddon-klasifikace tíže tromboflebitid		
Hodnocení infekce v ráně		
Ošetřovatelské diagnózy	Ano	Ne
Riziko nerovnováhy elektrolytů (00195)		
Narušený vzorec spánku (00198)		
Únava (00093)		
Deficit sebepěče při koupání (00108)		

Deficit sebeděče při oblékání (00109)	
Deficit sebeděče při stravování (00102)	
Deficit sebeděče při vyprazdňování (00110)	
Nedostatečné znalosti (00126)	
Zhoršená verbální komunikace (00051)	
Narušená osobní identita (00121)	
Narušený obraz těla (00118)	
Úzkost (00146)	
Snaha zlepšit zvládnání zátěže (00158)	
Strach (00148)	
Riziko infekce (00004)	
Riziko krvácení (00206)	
Riziko aspirace (00039)	
Riziko pádů (00155)	
Riziko šoku (00205)	
Narušená integrita tkáně (00044)	
Riziko alergické reakce (00217)	
Riziko pooperační hypotermie (000254)	
Zhoršený komfort (00214)	
Nauzea (00134)	
Akutní bolest (00132)	
Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu (00002)	
Porušené polykání (00103)	
Dysfunkční gastrointestinální motility (00196)	
Riziko dysfunkční gastrointestinální motility (00197)	
Sociální izolace (00053)	
Jiné:	
Laboratorní odběry	
3. Pooperační den	
Dieta	
Pohybový režim	
Popis rány	

Krytí		
Per primam/ Per secundam		
Invazivní vstupy		
PŽK/den zavedení		
PMK/den zavedení/množství		
Drény/množství v drénu		
Jiné:		
Fyziologické funkce		
Krevní tlak		
Puls		
Dech		
Tělesná teplota		
Ordinace lékaře		
Škály:	Ano	Ne
Barthelův test základních všedních činností		
Glasgow coma scale		
Hodnocení rizika vzniku dekubitů		
Index tělesné hmotnosti		
Nutriční protokol		
Bolest		
Maddon-klasifikace tíže tromboflebitis		
Hodnocení infekce v ráně		
Ošetřovatelské diagnózy	Ano	Ne
Riziko nerovnováhy elektrolytů (00195)		
Narušený vzorec spánku (00198)		
Únava (00093)		
Deficit sebeděže při koupání (00108)		
Deficit sebeděže při oblékání (00109)		
Deficit sebeděže při stravování (00102)		
Deficit sebeděže při vyprazdňování (00110)		
Nedostatečné znalosti (00126)		
Zhoršená verbální komunikace (00051)		

Narušená osobní identita (00121)	
Narušený obraz těla (00118)	
Úzkost (00146)	
Snaha zlepšit zvládnání zátěže (00158)	
Strach (00148)	
Riziko infekce (00004)	
Riziko krváčení (00206)	
Riziko aspirace (00039)	
Riziko pádů (00155)	
Riziko šoku (00205)	
Narušená integrita tkáně (00044)	
Riziko alergické reakce (00217)	
Riziko pooperativní hypotermie (000254)	
Zhoršený komfort (00214)	
Nauzea (00134)	
Akutní bolest (00132)	
Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu (00002)	
Porušené polykání (00103)	
Dysfunkční gastrointestinální motility (00196)	
Riziko dysfunkční gastrointes- tinální motility (00197)	
Sociální izolace (00053)	
Jiné:	
Laboratorní odběry	
4. Pooperační den	
Dieta	
Pohybový režim	
Popis rány	
Krytí	
Per primam/ Per secundam	
Invazivní vstupy	
PŽK/den zavedení/	
PMK/den zavedení/množství	
Drény/množství v drénu	
Jiné:	
Fyziologické funkce	
Krevní tlak	

Puls		
Dech		
Tělesná teplota		
Ordinace lékaře		
Škály:	Ano	Ne
Barthelův test základních všedních činností		
Glasgow coma scale		
Hodnocení rizika vzniku dekubitů		
Index tělesné hmotnosti		
Nutriční protokol		
Bolest		
Maddon-klasifikace tíže tromboflebitid		
Hodnocení infekce v ráně		
Ošetrovatelské diagnózy	Ano	Ne
Riziko nerovnováhy elektrolytů (00195)		
Narušený vzorec spánku (00198)		
Únava (00093)		
Deficit sebeděže při koupání (00108)		
Deficit sebeděže při oblékání (00109)		
Deficit sebeděže při stravování (00102)		
Deficit sebeděže při vyprazdňování (00110)		
Nedostatečné znalosti (00126)		
Zhoršená verbální komunikace (00051)		
Narušená osobní identita (00121)		
Narušený obraz těla (00118)		
Úzkost (00146)		
Snaha zlepšit zvládání zátěže (00158)		
Strach (00148)		
Riziko infekce (00004)		
Riziko krvácení (00206)		
Riziko aspirace (00039)		
Riziko pádů (00155)		

Riziko šoku (00205)		
Narušená integrita tkáně (00044)		
Riziko alergické reakce (00217)		
Riziko pooperativní hypotermie (000254)		
Zhoršený komfort (00214)		
Nauzea (00134)		
Akutní bolest (00132)		
Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu (00002)		
Porušené polykání (00103)		
Dysfunkční gastrointestinální motility (00196)		
Riziko dysfunkční gastrointestinální motility (00197)		
Sociální izolace (00053)		
Jiné:		
Laboratorní odběry		
Edukace k propuštění	Ano	Ne
Substituční léčba		
Péče o jizvu		
Histologický výsledek		

PŘÍLOHY PIV OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY NEMOCNICE
ATLAS

	Před OP	0.OP	1.poop.	2.poop.	3.poop.	4.poop.	5.poop.
00002		1x	-	-	-	-	-
00004		4x	4x	4x	4x	2x	1x
00030		1x	1x	1x	1x	-	-
00039		4x	4x	2x	2x	39x	-
00044		4x	4x	4x	4x	2x	1x
00051		3x	2x	2x	1x	-	-
00093		3x	1x	2x	1x	1x	-
00102		4x	-	-	-	-	-
00103		3x	3x	3x	1x	1x	-
00108		4x	-	-	-	-	-
00109		4x	-	-	-	-	-
00110		4x	-	-	-	-	-
00118		1x	2x	2x	1x	-	-
00126	4x	4x	4x	4x	4x	2x	1x
00132		4x	3x	1x	-	-	-
00148	4x	2x	2x	2x	2x	2x	2x
00155		1x	-	-	-	-	-
00195		2x	1x	1x	-	-	-
00206		4x	4x	4x	4x	2x	1x
00214		4x	2x	-	-	-	-

PŘÍLOHY PV: OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY FNOL

	Před OP	0.OP	1.poop.	2.poop.	3.poop .
00002	-	-	1x	-	-
00004	-	4x	4x	4x	4x
00039	-	4x	4x	2x	-
00044	-	4x	4x	4x	4x
00051	-	3x	2x	2x	-
00093	-	-	1x	1x	1x
00096	1x	-	-	-	-
00102	-	4x	-	-	-
00103	-	3x	4x	3x	-
00108	-	4x	-	-	-
00109	-	4x	-	-	-
00110	-	4x	-	-	-
00118	-	-	2x	2x	1x
00126	4x	4x	4x	4x	4x
00132	-	4x	4x	2x	-
00146	1x	-	-	-	-
00148	4x	-	-	-	-
00155	-	1x	-	-	-
00197	-	1x	2x	-	-
00198	-		1x	1x	1x
00206	-	4x	4x	4x	4x
00214	-	3x	3x	-	-

PŘÍLOHY PVI NÁVRH DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Návrh doporučení pro praxi

Ve svém návrhu doporučení pro praxi bych se chtěla věnovat tvorbě cílů a ošetrovatelských intervencí u nejčastějších ošetrovatelských diagnóz u pacientů po chirurgickém řešení štítné žlázy.

Data potřebná k tomuto návrhu byly zjištěny pomocí kvalitativního výzkumu - případová studia, který byl proveden za účelem tvorby bakalářské práce. Data jsou zpracovány pomocí Nanda taxonomie. Ošetrovatelské diagnózy jsou seřazeny podle priority.

Nedostatečná znalosti (00126)

- Určující znaky: nedostatečné znalosti
- Související faktory: nedostatek informací
- Cíl: Pacient uvádí, že má dostatek informací o svém zdravotním stavu a chápe informace týkající se jeho nemoci, vyšetření a operačního výkonu.

Ošetrovatelské intervence

- Posoudit množství informací pacienta
- Posoudit osobní faktory (věk, pohlaví, náboženství, životní zkušenosti)
- Poskytnout psychickou podporu pacienta
- Zjistit jazykové bariéry
- Posoudit schopnost pacienta porozumět informacím
- Poskytnout informace v kompetenci všeobecné sestry
- Zajistit návštěvu ošetřujícího lékaře
- Zodpovědět pacientovi dotazy

Akutní bolest (00132)

- Určující znaky: vyhledávání analgetické polohy, výraz bolesti v obličeji, vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti (VAS)
- Související faktory: fyzikální původci zranění (stp. Operaci štítné žlázy)
- Cíl: U pacienta nevznikne bolest intenzity vyšší než VAS 3 během hospitalizace.

Ošetřovatelské intervence:

- Posoudit bolest dostupnými škálami (VAS, Denní záznam bolesti podle Melzacka, atd.)
- Pozorovat neverbální projevy bolesti
- Sledovat fyziologické funkce pacienta, jako příznak bolesti (tachykardie)
- Zhodnotit vliv bolesti na psychický, fyzický a sociální stav pacienta
- Zajistit pohodlí, klid v okolí pacienta
- Edukovat pacienta o úlevové poloze
- Informovat lékaře o bolesti pacienta
- Podávat analgetickou léčbu podle ordinace lékaře
- Pravidelně kontrolovat účinnost analgetické léčby
- Sledovat projevy vedlejších účinků analgetické léčby

Narušená integrita tkáně (00044)

- Určující znaky: poškozená tkáň v oblasti krku po operaci, nedostatečné znalosti o ochraně integrity tkání
- Související faktory: chirurgický zákrok
- Cíl: Pacient je informován o pooperačním léčebném režimu a dodržuje jej

Ošetřovatelské intervence

- Posoudit okolí operační rány dostupnými škálami (hodnocení infekce v ráně)
- vést dokumentaci o stavu a ošetření rány
- Sledovat celkové i lokální známky infekce (bolest, zvýšená tělesná teplota, zvýšené zánětlivé markery v krevních odběrech)
- Sledovat okolí operační rány a drénu
- Asistovat lékaři při aseptickém převazu místa narušené integrity tkáně (operační rána)
- Kontrolovat funkčnost odvodných drénů
- Zajistit pravidelnou výměnu odvodných drenáží
- Při vzniku projevu komplikací ihned informovat lékaře
- Podávat antibiotickou profylaktickou léčbu podle ordinace lékaře

Riziko infekce (00004)

- Rizikové faktory: invazivní postupy, operační rána
- Cíl: Pacient je poučen o případných projevech infekce

Ošetřovatelské intervence

- Posoudit riziko infekce dostupnými škálami (maddona, hodnocení rány)
- Sledovat okolí operační rány a periferní žilní kanyly
- Zajistit pravidelný aseptický převaz periferní žilní kanyly podle daných standardů
- Asistovat lékaři při převazu operační rány a dodržovat aseptický postup
- Sledovat funkčnost a průchodnost odvodné drenáže
- Sledovat množství a charakter odpadu z drénu
- Edukovat pacienta o možných projevech infekce (zarudnutí, teplota, lokální bolest)
- Sledovat celkové i lokální projevy infekce
- Sledovat fyziologické funkce pacienta
- Vést dokumentaci o stavu a ošetření rány

Riziko krvácení (00206)

- Rizikové faktory: operační rána (po operaci štítné žlázy), nedostatečné znalosti o prevenci krvácení
- Cíl: Pacient je poučen o projevech případného krvácení

Ošetřovatelské intervence

- Posoudit riziko krvácení
- Sledovat možné krvácení (hematom, prosáklé krytí)
- Sledovat možné projevy vnitřního krvácení (útlak dýchacích cest, útlak trávicí trubice)
- Kontrolovat fyziologické funkce (TK)
- Kontrolovat a zapisovat množství, charakter odpadu z drénu
- V případě krvácení ihned přivolat lékaře
- Podávat hemostatickou medikaci dle ordinace lékaře
- Sledovat účinek ordinované medikace
- Zajistit krevní transfuze podle ordinace lékaře

Porušené polykání (00103)

- Určující znaky: kašel, mnohočetné polykání, bolest
- Související faktory: mechanická obstrukce
- Cíl: U pacienta nedojde k projevům malnutrice a dehydratace, bude schopen přijímat potravu a tekutiny

Ošetřovatelské intervence

- Posoudit stav výživy u pacienta a jeho polykací akt pacienta
- Posoudit příčiny a rizikové faktory
- Posoudit stav dutiny ústní (afty, defekty)
- Posoudit kašel, zvracivý reflex a dýchání
- Zajistit nasazení zubní protézy
- Zajistit vhodnou stravu (správná dieta, správná forma)
- Zajistit vhodnou polohu při stravování (v polosedě nebo sed)
- Zajistit dostatek času a klidný prostředí na stravování
- Zajistit dostatek vhodných tekutin
- Zajistit vhodný způsob příjmu tekutin (slámka, vhodná láhev)
- Zavést bilanci tekutin a příjmu stravy
- Při komplikacích informovat lékaře

Riziko aspirace (00039)

- Rizikové faktory: operace krku, léčebný režim (stp. celkové anestezii), zhoršené polykání
- Cíl: U pacienta nedojde k projevům aspirace během hospitalizace

Ošetřovatelské intervence

- Nepodávat první 2 hodiny po celkové anestezii nic per os
- Posoudit riziko polykání, jeho příčiny a rizikové faktory
- Zajistit vhodnou stravu (množství, dietu a konzistenci)
- Zajistit dostatek vhodných tekutin, vhodnou formou (ani ne horký ani ne studený, slámka, vhodná láhev)
- Zajistit vhodnou polohu pro stravování (v polosedě nebo sed)
- Zajistit dostatek času a klidné prostředí na stravování

- Při komplikacích informovat lékaře
- Podávat analgetickou léčbu podle ordinace lékaře
- Kontrolovat účinky analgetické léčby
- Při komplikacích zajistit odsávací katetr s odsávačkou k lůžku pacienta

Porucha výměny plynů (00030)

- Určující znaky: dyspnoe, neklid, hypoxemie
- Související faktory: nerovnováha mezi ventilací a perfuzí
- Cíl: U pacienta nedojde ke vzniku dlouhodobé hypoxémii a pacient bude udávat zlepšení dýchání

Ošetřovatelské intervence

- Posoudit dýchání dostupnými škálami (Beinsteinova škála k hodnocení situace a rizik v oblasti dýchání)
- Sledovat projevy hypoxemie (barva kůže a akraálních částí těla)
- Pravidelně kontrolovat fyziologické funkce a saturaci
- Informovat ošetřujícího lékaře
- Zajistit antiedematózní léčbu podle ordinace lékaře
- Sledovat hlavní a vedlejší účinky léčby
- Uložit pacienta do vhodné polohy (Fowlerova poloha)
- Zajistit oxygenoterapie podle ordinace lékaře
- Zajistit dechová cvičení nebo při problémech si odkašlat masáže (míčkování)

Neefektivní ochrana (00043)

- Určující znaky: neurosenzorické změny (v důsledku odstranění celé štítné žlázy a možnosti poranění příštítných tělísek)
- Související faktory: abnormální krevní profil (nízká hladina parathormonu a vápníku), léčebný režim (Parestezie, tetanie v důsledku odstranění celé štítné žlázy)
- Cíl: Pacient včas hlásí vzniklé parestezie nebo pacient nepocítuje parestezie

Ošetřovatelské intervence

- Zjišťovat projevy parestezie
- Podle ordinace lékaře odebrat laboratorní odběry (parathormon, vápník, kalium, hořčík)

- Při nízké hladině vápníku podat substituční léčbu (např. Calcium chloratum, Calcium gluconinum) podle ordinace lékaře
- Sledovat účinek substituční léčby a projevy parestzie

Zhoršená verbální komunikace (00051)

- Určující znaky: potíže s mluvením, dyspnoe, chrapot
- Související faktory: léčebný režim (operace štítné žlázy, stp. po endotracheální intubace-otok hrtanu)
- Cíl: Pacient bez komplikací sděluje své potřeby verbální cestou

Ošetrovatelské intervence

- Uklidnit pacienta
- Posoudit schopnost mluvení (chrapot, nelze hovořit)
- Edukovat pacienta o komplikacích způsobující zhoršenou verbální komunikaci v rámci kompetencí všeobecné sestry
- Informovat lékaře o komplikacích
- Na základě poskytnutých informací od lékaře, zjistit jak pacient dané problematice rozumí
- Odpovědět pacientovi jeho dotazy
- Zajistit ordinace podle lékaře (antiedematózní léčba, kortikoidy, analgetika)
- Sledovat vedlejší a hlavní účinky medikace
- Doporučit vhodné potraviny (mléčné výrobky)
- Zajistit ORL vyšetření podle ordinace lékaře

Nauzea (00134)

- Určující znaky: nauzea, kyselá chuť v ústech
- Související faktory: léčebný režim (stp. celkové anestezii)
- Cíl: U pacienta dojde ke snížení projevů/pocitů nauzey (měřeno pomocí VAS)

Ošetrovatelské intervence

- Posoudit příčiny a vlivy způsobující nevolnost
- Zajistit ordinace podle ordinace lékaře (antiemetika)
- Sledovat účinky ordinované léčby

- Sledovat časnost a charakter nevolnosti
- Umožnit výplach dutiny ústní
- Vyčistit dutinu ústní pomoci jednorázových štěteček nebo tampónů s vodou, heřmánkovým čajem, farmakologické roztoky (listerine)
- Edukovat pacienta o nutnosti konzumovat jídlo a pití v malých dávkách a v krátkých intervalech
- Zajistit dostatečný přísun vhodných tekutin (hořký nebo sladký čaj, čistá voda)
- Zajistit při dlouhodobých problémech nutričního asistenta
- Zavést bilanci tekutin a množství stravy
- Vysvětlit informace od ošetřujícího lékaře, pokud jim pacient nerozumí
- Zajistit pacientovi vhodné brožurky
- Edukovat i rodinné příslušníky, pokud pacient není schopen přijímat informace

Riziko pádů (00155)

- Rizikové faktory: pooperační zotavení, neznámé prostředí
- Cíl: U pacienta nedojde k pádu během hospitalizace

Ošetřovatelské intervence

- Posoudit riziko pádu
- Zajistit kompenzační pomůcky (hrazdy, postranice)
- Zajistit bezpečné okolí lůžka (kluzká podlaha, špatné obutí, nevhodný stolek)
- Zajistit doprovod pacienta na toaletu a do koupelny
- Edukovat pacienta o správném vícefázovém sedání (do polosedě, sedu, vstát)
- Edukovat pacienta o nutnosti doprovodu ošetřovatelského personálu při chůzi v operační den
- Při komplikacích při vstávání (točení hlavy, nevolnost, slabost) edukovat pacienta o nutnosti chvíli vyčkat
- Při komplikacích informovat lékaře

Strach (00148)

- Určující znaky: pociťuje strach, pociťuje obavy
- Související faktory: neznámé prostředí, operační výkon na štítné žláze
- Cíl: Pacient udává zmírnění pocitu strachu.

Ošetřovatelské diagnózy

- Posoudit příčiny a rizikové faktory ovlivňující strach
- Sledovat tělesné a psychické projevy strachu (třes, tachykardie)
- Zajistit dostatek informací pro pacienta (návštěva lékaře, konziliární vyšetření)
- Vysvětlit pacientovi dotazy
- Vyslechnout pacienta
- Vytvořit psychickou podporu pacienta
- Zajistit návštěvu rodinných příslušníků
- Zajistit podle ordinace lékaře návštěvu psychologa
- Zajistit podání medikace podle ordinace lékaře
- Sledovat účinnost ordinovaných léků
- Odpoutat pacienta od zdroje strachu
- Zajistit pacientovi odpočinek
- Podat premedikace podle ordinace anesteziologa

Únava (00093)

- Určující znaky: únava, nedostatek energie
- Související faktory: spánková deprivace, okolní bariéry (neznámé prostředí), léčebný režim (stp. operaci štítné žlázy, bolest operační rány, aplikace léků v noci)
- Cíl: Pacient neuvádí pocit únavy

Ošetřovatelské intervence

- Posoudit příčiny a rizikové faktory únavy
- Vyslechnout pacientovi problémy a pocity
- Zajistit vhodné prostředí ke spánku (vyvětrat, klid, tma)
- Zajistit aktivitu přes den
- Při nelepšení informovat lékaře
- Zajistit medikaci podle ordinace lékaře (hypnotika, sedativa)
- Kontrolovat účinky medikace podle lékaře
- Zajistit analgetickou léčbu podle ordinace lékaře
- Sledovat bolest podle dostupných škál (VAS)
- Zajistit pacientovi podle potřeby psychologické konzilium, nebo návštěvu kněze

Nedostatek spánku (00096); Narušený vzorec spánku (00198)

- Určující znaky: únava, snížená schopnost fungovat, neklid, roztěkanost, změna normálního vzorce spánku, potíže s usínáním
- Související faktory: léčebný režim (stp. operaci štítné žlázy, bolest, aplikace léků v noci, drény), bariéry v prostředí (narušení způsobené spolunocležníkem, neznámé prostředí)
- Cíl: Pacient udává po probuzení pocit odpočínutí

Ošetřovatelské intervence

- Posoudit příčiny a rizikové faktory nedostatku spánku
- Vyslechnout pacientovi problémy a pocity
- Zjistit pacientovi rituály a zvyklosti v oblasti spánku
- Zajistit vhodné prostředí ke spánku (upravené lůžko, vyvětrat, klid, mírnější světlo)
- Pomoc zajistit pacientovi vhodnou polohu ke spánku a bezpečnost (postranice, dostatek polštářů, vyvýšené hlavová část postele)
- Zajistit aktivitu přes den
- Při nelepšení informovat lékaře
- Zajistit medikaci podle ordinace lékaře
- Kontrolovat účinky medikace podle lékaře
- Zajistit analgetickou léčbu podle ordinace lékaře
- Sledovat bolest podle dostupných škál (VAS)
- Zajistit pacientovi podle potřeby psychologické konzilium, nebo návštěvu kněze

Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu (00002)

- Určující znaky: změněná chuť, odpor k jídlu, příjem potravin je menší, než je doporučená denní dávka
- Související faktory: léčebný režim (lačnění před operačním výkonem, stp. operaci štítné žlázy, bolest), neschopnost přijmout potravu (porucha polykání spojená s operací štítné žlázy)
- Cíl: U pacienta se neprojeví známky malnutrice a pacient bude schopný přijímat potravu podle potřeb organismu

Ošetřovatelské intervence

- Posoudit stav výživy podle dostupných škál (Škála pro hodnocení stavu výživy- Mini-nutritional Assessment, Body mass index-BMI)
- Posoudit příčiny a rizikové faktory nevyvážené výživy (poruchy polykání, bolest)
- Zajistit vhodnou stravu (kašovitou, šetřící, nenadýmavou)
- Zajistit vhodné podmínky ke stravování (vhodná poloha, klid, dostatečný čas)
- Sledovat bilanci tekutin a příjem stravy
- Při nelepším stavu zajistit nutričního asistenta
- Při komplikacích informovat lékaře
- Podle ordinace lékaře podávat parenterální stravu

Riziko dysfunkční gastrointestinální motility (00197)

- Rizikové faktory: změna zdroje vody, snížená cirkulace GIT, změna stravovacích návyků
- Cíl: U pacienta nedojde k dysfunkci gastrointestinálního traktu

Ošetřovatelské intervence

- Posoudit stav gastrointestinální motility (orientační auskultační vyšetření fonendoskopem)
- Kontrolovat pravidelnost defekace
- Sledovat subjektivní pocity klienta (pocity plnosti, nadýmání, bolesti břicha)
- Sledovat charakter stolice (konzistenci, barvu, zápach, příměsi)
- Zajisti dostatečný přísun tekutin
- Zajistit dostatečný přísun stravy (vhodná dieta, konzistence)
- Zajistit brzkou mobilizaci pacienta

Narušený obraz těla (00118)

- Určující znaky: negativní pocity ohledně vlastního těla
- Související faktory: léčebný režim (stp. operaci štítné žlázy, operační rána se zavedeným drénem)
- Cíl: Pacient se adaptuje na vzniklou situaci, a chápe sám sebe a jeho tělesné změny v dané situaci.

Ošetrovatelské intervence

- Posoudit psychický stav pacienta dostupnými škálami
- Sledovat projevy ukazující na znepokojení s vlastním tělem (odmítání zrcadel,
- Sledovat známky smutku a deprese
- Vyslechnout pacientovi pocity, obavy a dotazy
- Zajistit informace pro pacienta
- Edukovat pacienta o péči o jizvu po propuštění

Zhoršený komfort (00214)

- Určující znaky: strach, pocit diskomfortu, neklid
- Související faktory: léčebný režim (stp. operaci štítné žlázy, bolest, operační rána s drénem)
- Cíl: Pacient nepocítuje diskomfort

Ošetrovatelské intervence

- Posoudit oblast, ve které pacient pocítuje diskomfort
- Posoudit příčiny a rizikové faktory zhoršeného komfortu
- Zajistit edukaci pacienta o úlevových polohách
- Zajistit farmakologické (analgetická léčba) i nefarmakologické (úlevové polohy, odlehčování hlavy a krku při zatínání krčních svalů, přikládání chladových obkladů) metody odstranění bolesti
- Zajistit pacientovi klidné a příjemné prostředí
- Zajistit zvyklosti pacienta podle jeho rituálů z domu
- Vyslechnout pacientovi problémy a obavy

Deficit sebeděže: v koupání (00108); v oblékání (00109); ve stravování (00102), ve vyprazdňování (00110)

- Určující znaky:
- Související faktory: léčebný režim (stp. operaci štítné žlázy, bolest, zavedený drén)
- Cíl: Pacient má uspokojené potřeby ve všech oblastech deficitu, a podle možností se zapojuje do sebeděže

Ošetřovatelské intervence:

- Posoudit míru soběstačnosti v jednotlivých oblastech (Barthelův test všedních činností)
- Posoudit a sledovat příčiny a rizikové faktory způsobující jednotlivé deficity (bolest, užívání léků, operační rána)
- Povzbuzovat pacienta k péči o sebe sama
- Dopomáhat pacientovi v jednotlivých oblastech (zajistit potřebné pomůcky k lůžku, pomoc pacientovi při oblékání, zajistit doprovod pacienta na toaletu nebo do koupelny, při neschopnosti provést celkovou hygienu pacienta)
- Vyslechnout a zajistit pacientovi přání a potřeby
- Zajistit vhodnou stravu pacientovi-mletá, kašovitá
- Zajistit aplikaci analgetické léčby podle ordinace lékaře a sledovat intenzitu bolesti podle dostupných škál (VAS)
- Zajisti pacientovi dostatek času, klidu a soukromí na jednotlivé oblasti
- Při komplikacích informovat lékaře
- Podle ordinace lékaře při komplikacích dopomocť pacientovi (vypražování – cévkování, podání čípků; stravování – krmení, podání parenterální výživy)

Zdroje:

HAUSEROVÁ, Kateřina, 2015. *Zvláštnosti v poskytování ošetrovatelské péče před a po operaci štítné žlázy*. České Budějovice. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Mgr. Alena Polanová. [cit. 2016-05-18]. Dostupné také z: https://theses.cz/id/25evsh/Hauserov_bakal_sk_prce.pdf. Bakalářská práce.

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

ŠOURKOVÁ, Vendula, 2008. *Ošetrovatelská kazuistika u pacientky po totální thyroidektomii*. Praha. Závěrečná práce. 1. Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Jana Mlýnková.

Multimediální trenážér plánování ošetrovatelské péče: Ošetrovatelské diagnózy [online], 2012. Hradec Králové: VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola [cit. 2016-05-19]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/osetrovatelske-diagnozy.aspx>