

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Kristýna Tolarová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Kristýna Tolarová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA
S ONEMOCNĚNÍM ŠTÍTNÉ ŽLÁZY**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jitka Krocová

PLZEŇ 2020

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP/DP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

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

V Plzni dne 31.3.2020

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Kristýna Tolarová

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Specifika ošetrovatelské péče o pacienta s onemocněním štítné žlázy

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jitka Krocová

Počet stran – číslované: 65

Počet stran – nečíslované: 78

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 22

Klíčová slova: Štítná žláza- hyperthyreóza- hypothyreóza- karcinom štítné žlázy- ošetrovatelská péče

Souhrn:

Tato bakalářská práce je zaměřena na zmapování specifík ošetrovatelské péče o pacienta s onemocněním štítné žlázy, která je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá anatomii a fyziologií, hyperfunkcí a hypofunkcí, kde je specifikován průběh, příznaky, diagnostika a léčba. Dále se zabývá nádory štítné žlázy, akutními stavy a specifiky ošetrovatelské péče, která je rozdělena na obecnou, předoperační a pooperační péči. Praktická část obsahuje rozhovor s třemi respondenty a každý z nich je nemocný jinou formou onemocnění štítné žlázy. Poté byly vypracovány kazuistiky spolu s polostrukturovaným rozhovorem. V této části práce, bylo záměrem zjistit specifika ošetrovatelské péče a informovanost o této problematice. Toto téma jsem si zvolila proto, že je mi blízké a jedná se o velmi diskutované téma. Při zpracování rozhovoru byl zjištěn značný nedostatek informací a nesprávné dodržování režimových a léčebných opatření. Proto jsem jako výstup do praxe vytvořila mapu ošetrovatelské péče o pacienta, který je indikován k thyreoidektomii.

Abstract

Surname and name: Kristýna Tolarová

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Specifics of nursing care of patient with thyroid disease.

Consultant: PhDr. Mgr. Jitka Krocová

Number of pages – numbered: 65

Number of pages – unnumbered: 78

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 22

Keywords: Thyroid- hyperthyroidism- hypothyroidism- thyroid cancer- nursing care

Summary:

This bachelor thesis is focused on mapping the specifics of nursing care for a patient with thyroid disease, which is divided into theoretical and practical part. The theoretical part deals with anatomy and physiology, hyperfunction and hypofunction, where the course, symptoms, diagnostics and treatment are specified. It also deals with thyroid tumors, acute conditions and specifics of nursing care, which is divided into general, preoperative and postoperative care. The practical part includes an interview with 3 respondents and each of them is ill with a different form of thyroid disease. Then we worked out the case reports together with a semi-structured interview. In this part, the intention was to find out the specifics of nursing care and awareness of this issue. I choose this topic because it is a close to me, and very discussed topic. During the interview, a significant lack of information and incorrect adherence to regimen and treatment measures were found. Therefore, as an output into practice, I created a map of nursing care of a patient, which is indicated for thyroidectomy.

Poděkování

Veliké a srdečné poděkování patří mé vedoucí práce paní PhDr. Mgr. Jitce Krocové za vedení mé práce, odborný dohled a velmi cenné rady. Poděkování patří také panu MUDr. Janu Barcalovi, Ph.D., který mi umožnil odbornou konzultaci na mé téma. Děkuji i za podporu své rodině a respondentům, kteří se mnou aktivně spolupracovali.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK	11
ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 OBECNÁ CHARAKTERISTIKA ŠTÍTNÉ ŽLÁZY	14
1.1 Anatomie a fyziologie štítné žlázy.....	14
1.2 Význam jodu v organismu.....	15
1.3 Vyšetřovací metody v thyreoidologii	15
1.3.1 Anamnéza v thyreoidologii	15
1.3.2 Somatické vyšetření v thyreoidologii	16
1.3.3 Laboratorní vyšetření v thyreoidologii	17
1.3.4 Zobrazovací metody v thyreoidologii	17
2 PORUCHY ČINNOSTI ŠTÍTNÉ ŽLÁZY.....	19
2.1 Hyperfunkce štítné žlázy	19
2.1.1 Definice a výskyt hyperthyreózy.....	19
2.1.2 Příčiny hyperthyreózy.....	19
2.1.3 Klinický obraz hyperthyreózy	19
2.1.4 Diagnostika hyperthyreózy.....	20
2.1.5 Léčba hyperthyreózy	20
2.2 Hypofunkce štítné žlázy.....	20
2.2.1 Definice a výskyt hypothyreózy	20
2.2.2 Příčiny hypothyreózy.....	21
2.2.3 Klinický obraz hypothyreózy	21
2.2.4 Diagnostika hypothyreózy	22
2.2.5 Léčba hypothyreózy	22
3 ZÁNĚTY ŠTÍTNÉ ŽLÁZY	23
3.1 Akutní thyreoiditis	23
3.2 Subakutní thyreoiditis	23
3.3 Chronická thyreoiditis.....	24
3.4 Radiační thyreoiditis	24
4 AKUTNÍ STAVY V THYREOIDOLOGII.....	25
4.1 Thyreotoxická krize	25
4.2 Hypothyreózní kóma.....	26
4.3 Akutní hypokalcémie po operaci štítné žlázy	26
4.4 Rychle rostoucí struma	26
5 NÁDORY ŠTÍTNÉ ŽLÁZY	28

5.1	Karcinom štítné žlázy	28
5.1.1	Léčba karcinomu štítné žlázy	29
5.2	Anaplastický karcinom	29
5.3	Medulární karcinom.....	30
6	SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA S ONEMOCNĚNÍM ŠTÍTNÉ ŽLÁZY	31
6.1	Obecná charakteristika ošetrovatelské péče.....	31
6.1.1	Výživa.....	31
6.1.2	Vyprazdňování	31
6.1.3	Hygiena.....	32
6.1.4	Spánek a odpočinek	32
6.1.5	Polohování	32
6.1.6	Psychosociální potřeby- psychika	33
6.1.7	Bolest	33
6.2	Paliativní péče.....	33
6.3	Ambulantní péče	34
6.4	Ošetrovatelská péče o pacienta indikovaného k operačnímu řešení štítné žlázy..	34
6.5	Předoperační období a úloha sestry	35
6.6	Intraoperační období	36
6.7	Pooperační období a úloha sestry	37
6.7.1	Komplikace po operaci štítné žlázy.....	38
6.8	Režimová opatření u pacienta s onemocněním štítné žlázy.....	38
	PRAKTICKÁ ČÁST	40
7	FORMULACE PROBLÉMU	40
7.1	Cíl a úkoly práce	40
7.2	Charakteristika sledovaného souboru	41
7.3	Metodika práce	41
7.4	Organizace výzkumu	42
8	VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY	43
8.1	Kazuistika 1	43
8.1.1	Anamnéza	43
8.1.2	Fyzikální vyšetření	44
8.1.3	Návštěva ambulance endokrinologa 2013-2020	45
8.1.4	Funkční model zdraví podle Marjory Gordonové	46
8.1.5	Ošetrovatelské diagnózy.....	47
8.2	Kazuistika 2	48
8.2.1	Anamnéza	48

8.2.2	Fyzikální vyšetření	49
8.2.3	Návštěva ambulance endokrinologa a hospitalizace 2013-2020.....	50
8.2.4	Funkční model zdraví podle Marjory Gordonové	52
8.2.5	Ošetrovatelské diagnózy.....	53
8.3	Kazuistika 3	54
8.3.1	Anamnéza	54
8.3.2	Fyzikální vyšetření	55
8.3.3	Návštěva ambulance endokrinologa 2012-2020	56
8.3.4	Funkční model zdraví podle Marjory Gordonové	56
8.3.5	Ošetrovatelské diagnózy.....	58
9	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	60
	DISKUZE	65
	ZÁVĚR.....	69
	SEZNAM LITERATURY.....	70
	SEZNAM PŘÍLOH	72
	PŘÍLOHA A- INFORMOVANÝ SOUHLAS- RESPONDENT	73
	PŘÍLOHA B- POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR.....	75
	PŘÍLOHA C- MAPA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE- THYREOIDEKTOMIE	77

SEZNAM ZKRATEK

ASA	American Society of Anesthesiologists (Americká Společnost Anesteziologů)
CRP	C-reaktivní protein
CT	Computed Tomography (výpočetní tomografie)
EKG	Elektrokardiogram
FNAB	Fine Needle Aspiration Biopsy (Aspirační biopsie tenkou jehlou)
fT3	Volná frakce trijodthyroninu
fT4	Volná frakce thyroxinu
HTE	Hemithyreoidektomie
iCT	Imunoreaktivní kalcitonin
LWMH	Low Molecular Weight Heparin (nízkomolekulární heparin)
MR	Magnetická rezonance
NGS	Nasogastrická sonda
NMR	Nukleární magnetická rezonance
ORL	Otorhinolaryngologie
pCO ₂	Parciální tlak oxidu uhličitého
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
pO ₂	Parciální tlak kyslíku
RTG	Rentgenové vyšetření

SPECT	Single-Photon Emission Computed Tomography (jednofotónová emisní výpočetní tomografie)
STE	Subtotální thyreoidektomie
T3	Trijodthyronin
T4	Thyroxin/ Tetrajodthyronin
TEN.....	Tromboembolická nemoc
TG	Thyreoglobulin
TgAb	Protilátka proti thyreoglobulinu
TH	Thyreoidální hormony
TNM.....	Tumor, nody, metastázy
TSH.....	Thyreotropní hormon
TTE	Totální thyreoidektomie
USG	Ultrasonografické vyšetření

ÚVOD

Cílem naší bakalářské práce bylo zmapovat specifika ošetrovatelské péče o pacienty s onemocněním štítné žlázy. Štítná žláza je endokrinní žláza, která ovlivňuje téměř celý metabolismus, zasahuje do gastrointestinální oblasti, nervové oblasti a také do psychické oblasti. Velká skupina pacientů s poruchou štítné žlázy se léčí u svého endokrinologa. Další skupina pacientů o své nemoci ani neví. Výskyt nemoci štítné žlázy se nachází ve velmi vysokých číslech. Nejčastěji bývají postiženy ženy, ale jsou i případy, kdy je nemocen i muž. Obtíže, které se vyskytují při postižení štítné žlázy, se mohou objevit v případě, kdy se v rodině porucha štítné žlázy již objevila. Dědičné predispozice mají často značný vliv na propuknutí nemoci, stejně tak jako nedostatek jodu v potravě, vystavení se ozáření nebo již prodělaná porucha štítné žlázy. Mezi poruchy funkce orgánu patří zvýšená funkce (hyperfunkce štítné žlázy) nebo naopak nedostatečná funkce (hypofunkce štítné žlázy). Dle míry komplikací a stavu pacienta se volí jen návštěva ambulance endokrinologa, která bývá celoživotní, nebo je pacient indikován k operačnímu řešení.

V teoretické části práce se zabýváme anatomií a poruchami štítné žlázy. U jednotlivých onemocnění štítné žlázy postihující funkci orgánu jsou popsány průběh, příznaky, příčiny, diagnostika a léčba daného onemocnění. Další kapitola teoretické části se věnuje zánětům a nádorům štítné žlázy, kde jsou popsány druhy nádorů a jejich léčba. Zahrnuty jsou i akutní stavy v thyreidologii. Nejdůležitější témata práce jsou popsány v kapitole specifika ošetrovatelské péče o pacienta s onemocněním štítné žlázy, která se zabývá potřebami pacientů s onemocněním a zásadami, které jsou nutné ke správně provedené ošetrovatelské péči o pacienta. Je zde popsána jak obecná tak předoperační a pooperační péče, kde se zabýváme i úlohami sestry.

Výzkumným nástrojem kvalitativního šetření byl rozhovor. Byli vybráni tři pacienti, kteří se léčí a jsou v péči endokrinologa. Každý z těchto respondentů má jinou formu onemocnění štítné žlázy – hypofunkci, hyperfunkci a respondent, u kterého byl diagnostikován nádor. Analýzou rozhovorů byly určeny klíčové oblasti péče o pacienty s onemocněním štítné žlázy a také potřeba edukace těchto pacientů, a to průběžná.

Toto téma bakalářské práce bylo zvoleno z důvodu osobního zájmu o problematiku a vlastní zkušeností autorky kvalifikační práce. Všechny informace a poznatky byly čerpány z aktuálních zdrojů, knih, učebnic a internetových článků.

TEORETICKÁ ČÁST

1 OBECNÁ CHARAKTERISTIKA ŠTÍTNÉ ŽLÁZY

1.1 Anatomie a fyziologie štítné žlázy

Štítná žláza je endokrinní žláza, která má fyziologickou hmotnost 15-20g. Štítnou žlázu lze najít v úrovni obratlů C5-Th1 před průdušnicí (Astl, 2013, s. 35). Tato žláza je tvořena dvěma laloky, které jsou spojeny isthmem. Z histologického hlediska se skládá z folikulárních buněk, také nazývané thyreoocyty, které se vnitřně spojují s hormony produkováné štítnou žlázou (Kršek, 2011, s. 28).

Štítná žláza naléhá na přední plochu hrtanu a trachey. Pokud se nevyskytuje patologie, měla by být štítná žláza nehmátná a neviditelná. Uvnitř laloků jsou folikuly, jejichž velikost se může pohybovat kolem 20-200 mikrometrů. Tyto folikuly jsou vyplněny koloidem a naléhají na ploché až kubické folikulární buňky, které jsou nazývány thyreoocyty. Thyreoocyty mají za úkol vytahovat z oběhu jod a tím produkovat trijodthyronin a tetrajodthyronin. Stabilizované hladiny trijodthyroninu a tetrajodthyroninu jsou sekretovány dovnitř folikulů jako thyreoglobulin. Krevní zásobení štítné žlázy je zajištěno tepnami- a. thyroidea superior a inferior a žilami- vv. thyroideae superiores mediae et. inferiores. Z hlediska možných komplikací při chirurgických výkonech je důležitý velmi těsný anatomický vztah (lokalizace) a. thyroidea s nervus laryngus recurrens.

Štítná žláza produkuje thyreoidální hormony (TH)- tyroxin, také označen jako T4 a trijodthyronin označován pod T3. Tyto hormony jsou pro vývoj člověka esenciální, což znamená, že jsou důležité pro vývoj a diferenciaci (rozlišení) plodu. Velmi významně ovlivňují také následný vývoj. Výroba thyreoidálních hormonů je řízena hypotalamo-hypofýzární osou, která je regulována autokrinně (kdy buňka ovlivňuje sama sebe), hemo-krinně (činnost je vzdálena od místa vzniku) a parakrinně (ovlivnění buněk v nejbližším okolí) (Marek, Hána a kol., 2017, s. 201-203).

V hypothalamo-hypofýzo-thyreoidální ose probíhá regulace syntézy a uvolňování hormonů. Thyreoliberin, který je produkován v hypotalamu se podílí na uvolňování a tvorbě thyreotropinu (TSH) v předním laloku hypofýzy. Thyreotropin následně ovlivňuje tvorbu a stimulaci hormonů štítné žlázy (Kršek, 2011, s. 28). Za účasti adaptačních mecha-

mů je prokázána autoregulace štítné žlázy. Autoimunitní procesy hrají významnou roli v nepřímé regulační funkci štítné žlázy, a to prostřednictvím stimulačních a inhibujících protilátek (Marek, Hána a kol., 2017, s. 203).

Kromě TH je štítná žláza rovněž producentem kalcitoninu, a to v tzv. parafolikulárních buňkách, který se uplatňuje při regulaci metabolismu vápníku (Astl, 2013, s. 52). Kalcitonin se považuje za důležitou hodnotu v krvi, protože je možné diagnostikovat medulární karcinom štítné žlázy a posoudit stav po následném chirurgickém výkonu (Marek, Hána a kol., 2017, s. 217).

1.2 Význam jodu v organismu

Jod je základní stavební jednotka nutná pro tvorbu tyreoidálních hormonů. Jod člověk přijímá potravou. Po vstřebání jodidu je krví přesunut k bazální membráně thyreocytů (Astl, 2013, s. 51). V těhotenství je velmi důležitý dostatečný přísun jodu do 15. gestačního týdne. Poté si plod vytváří vlastní tyreoidální hormony. Nedostatek tyreoidálních hormonů v embryonální fázi má závažný dopad na vývoj plodu s možným fatálním zakončením - potrat až smrt plodu. Tento nedostatek může způsobit také těžké tělesné postižení s růstovou a mentální retardací, označované jako endemická kongenitální hypotyreóza dříve nazývané kretenismus (Marek, Hána a kol., 2017, s. 207-208). Při nedostatku jodu může vzniknout endemická struma, patologické zvětšení štítné žlázy, poruchy rozvoje intelektu a také poruchy růstu. Stejně jako nedostatek jodu je i jeho nadbytek nebezpečný. Zvýšené množství jodu v organismu může vést k rozvoji autoimunitních thyreopatií. V případě, kdy se podává jodová kontrastní látka, je nutné zvážit riziko thyreotoxikózy. Pokud je podání kontrastní látky nezbytně nutné, je důležité zvýšit přísun thyreostatik a kontrolovat hodnoty tyreoidální funkce (Marek, Hána a kol., 2017, s. 209-210).

1.3 Vyšetřovací metody v thyreoidologii

1.3.1 Anamnéza v thyreoidologii

Pomocí anamnézy je sbíráno mnoho důležitých dat a poznatků k usnadnění diagnostiky. V sekci rodinné anamnézy se zjišťuje, jestli se u někoho nemoc štítné žlázy vyskytla (poruchy funkce, nádory a záněty). Osobní anamnéza je zaměřena na otázky možných stresových situací, prodělaných úrazů, operací či minulých léčení. Pacient je tázán na přítomnost strumy v dětství, kde se případně léčil atd. Lékaře zajímá také pacientovo bydliště, a to z důvodu možného vlivu oblastí s jodovým deficitem, zejména u starších osob. Další otázky se zaměřují na stravovací zvyklosti. V další části se jsou kladeny otázky na některé

nevhodné návyky, jako jsou kouření a alkohol. Gynekologická anamnéza zahrnuje dotazy ohledně charakteru menstruačního cyklu, jeho pravidelnost, počet porodů a potratů. Ve farmakologické anamnéze jsou zjištěny pravidelně užívané léky. Pokud pacientka užívá hormonální antikoncepci, či jiný lék, který zvyšuje hladinu estrogenu, celková hodnota T4 bývá zvýšená.

Dále lékaře zajímají nynější onemocnění. Lékař se ptá na výskyt palpitací, třesu, polykacích či dýchacích potíží, nebo padání vlasů. Je nutno si všimnout, zda má pacient suchou či vlhkou (opocnou) kůži, také je důležité se otázat pacienta na toleranci tepla a chladu. Velmi důležitý je poznatek o aktuální hmotnosti nemocného, zda hubne či naopak přibírá na váze. Důležitý dotaz je na oční příznaky. Lékař se bude zajímat o pracovní anamnézu (kde mohl být nemocný např. ozářen) a sociální anamnézu (Marek, Hána a kol., 2017, s. 212-215).

1.3.2 Somatické vyšetření v thyreoidologii

Somatické vyšetření zahrnuje komplex diagnostických metod, kam je zahrnuto klinické, laboratorní, zobrazovací a cytologické vyšetření. Veškerá tato vyšetření jsou nezbytná k určení správné diagnózy a správného léčebného postupu. Po skončení primární léčby se mohou tyto metody používat ke sledování stavu nemoci a k zachycení komplikací či recidivě onemocnění (Astl, 2013, s. 67-79). Fyziologické funkce pacienta jsou monitorovány, především hodnoty tepové frekvence a krevního tlaku, které se u hypofunkce či hyperfunkce mohou lišit (Marek, Hána a kol., 2017, s. 210-215).

1.3.2.1 Vyšetření pohmatem, poslechem a pohledem v thyreoidologii

Jedná se o základní vyšetření, při kterém jsou zjišťována drobná hmatatelná ložiska, která nemusí být vidět pouhým okem. Dále je posuzována přibližná velikost štítné žlázy. Je sledován její pohyb, a to při polykání, kdy by se měla štítná žláza pohybovat zespoda nahoru, stejně jako hrtan. Pohmatem lékař vyšetří krční uzliny, což je velmi důležité pro identifikaci možných metastatických změn. Pomocí auskultace jsou vyšetřeny fenomény, které jsou přítomny u zvýšené vaskularizace tkáně – šelesty (Astl, 2013, s. 67-79). Pacient je již při vstupu do ordinace objektivně vyšetřován. Lékař posuzuje příchod, tón hlasu, stridor (šelestu) či otok strumy a krku. Hodnocena je kvalita kůže a její suchost nebo opocnost, také je hodnocena kvalita vlasů. Především je věnována pozornost velikosti štítné žlázy. Štítnou žlázu vyšetříme pohledem zepředu i ze stran. Bolest se obvykle neobjevuje, jen při vzácném stavu akutní thyroiditis (Marek, Hána a kol., 2017, s. 210-215).

1.3.2.2 Otorinolaryngologické vyšetření

Při tomto vyšetření je sledován stav hrtanu, krku, uzlin a oblast velkých cév. Hlavním důvodem je rozlišení nádoru od jiných anatomických poruch. Vyšetřuje se polykací akt a především stav hlasivek, kdy je sledován jiný tón hlasu (Astl, 2013, s. 67-79). Speciálně se sleduje hybnost hlasivek, pokud jsou jedna nebo obě hlasivky nepohyblivé, je nutnost zvážit možnost přítomnosti tumoru. Pokud je štítná žláza objemná, je možné posoudit odchylku hrtanu či trachey (Slouka a kol., 2018, s. 213-214).

1.3.3 Laboratorní vyšetření v thyreoidologii

Pro správnou diagnostiku jsou vyšetřeny proteiny specififikující funkční stav štítné žlázy, a to vyšetření hladin celkového T3 (fT3-volná frakce T3) a celkového T4 (fT4-volná frakce T4), případně i hladinu TSH. Při podezření na medulární karcinom je vhodné kontrolovat hodnoty iCT (imunoreaktivní kalcitonin). U nemocných, kteří podstoupili thyreoidektomii, je sledována hodnota thyreoglobulinu (TGL) a vápníku v krvi (Astl, 2013, s. 67-79).

1.3.4 Zobrazovací metody v thyreoidologii

Zobrazovací metody poskytují kvantitativní informace o morfologii žlázy (tvar, velikost, umístění a vztah k okolí) a informace kvalitativní- biologická aktivita a možné funkční změny ve štítné žláze (Janíková a kol., 2013, s. 98).

1.3.4.1 Ultrasonografie štítné žlázy

Jako metoda první volby je užitá suprasternální ultrasonografická metoda (USG). Velikou výhodou je její nízká radiační zátěž a zároveň nezatěžuje pacienta speciální přípravou. USG informuje o povaze a uspořádání parenchymu štítné žlázy. Pomocí různých metod lze vypočítat také její objem. Sledován je rozměr laloků a krčních lymfatických uzlin. Pomocí USG a bioptické jehly lze provést biopsii ambulantně, ale tuto metodu lze využít i v průběhu chirurgického zákroku.

1.3.4.2 Scintigrafie štítné žlázy

Jako další je nutno zmínit scintigrafii štítné žlázy. Jedná se o funkční vyšetření, které je obvykle zvolené jako druhé v pořadí po USG. Principem je aplikace radioaktivního jodu do štítné žlázy. Používají se sodné soli jodu a chlorid thalia. Při vyšetření se užívá zobrazení tzv. SPECT (single photon emission computed tomography), které je snímáno ve frontální, sagitální a transverzální rovině.

1.3.4.3 Další užívané zobrazovací metody

Dále je možné využít CT vyšetření, které se používá pro diagnostiku maligních procesů a velké strumy. Cílem je také určit riziko metastazování do okolí. Pokud CT neposkytlo dostatečné informace u maligních onemocnění, volí se tzv. NMR- Nukleární magnetická rezonance. Dále lze využít metodu RTG krku - nativním snímkem, RTG polykacího aktu nebo také angiografii (Astl, 2013, s. 67-79).

1.3.4.4 Tenkojehlová biopsie

Je možné využít invazivní metodu zvanou tenkojehlová biopsie FNAB, kdy je odebrán buněčný materiál. Je zde využita metoda bez aspirace či s aspirací pod USG. Vzorek, který se odebral pomocí této metody, poputuje na cytologii ve 10% formaldehydu, která napomůže rozpoznání povahy tkáně (maligní či benigní nádory). Tato metoda určuje další terapii pacienta (Astl, 2013, s. 67-79). Všeobecná sestra má za úkol edukovat a připravit pacienta, také nechá nemocného podepsat informovaný souhlas. Dále připraví potřebné pomůcky, upraví odběrové pole a asistuje lékaři. Tuto metodu provádí endokrinolog, výjimečně radiolog. Posouzení a zhodnocení výsledků vykonává endokrinolog (Límanová a kol. 2015, s. 8).

2 PORUCHY ČINNOSTI ŠTÍTNÉ ŽLÁZY

2.1 Hyperfunkce štítné žlázy

2.1.1 Definice a výskyt hyperthyreózy

„Hyperthyreóza neboli tyreotoxikóza je stav podmíněný nadbytkem hormonů štítné žlázy s rozvojem negativních důsledků. Není-li choroba léčena, může vést k úmrtí“ (Marek, Hána a kol., 2017, s. 243). Výskyt závisí na věku, celkovém stavu a zásobení organismu jodem. Postiženy bývají více ženy a vyskytnout se může v každém věku (Stárka, 2010, s. 89).

2.1.2 Příčiny hyperthyreózy

Uplatňuje se zde řada mechanismů pro vznik hyperthyreózy. Autoimunitní tyreotoxikóza (Graves-Basedownova forma) je autoimunitní choroba, kde převažují protilátky proti TSH receptorům a mohou být stimulující (tvoří hypertyreózu) nebo blokuující (tvoří hypotyreózu). V tomto případě převažují stimulující mechanismy, které v konečném důsledku vedou k rozvoji hyperthyreózy (Stárka, 2010, s. 83-88).

Dále se uplatňuje možný vliv některých léků, a to předávkování thyreoidálními hormony, některými léky pro úpravu srdečního rytmu amiodaron a nebo náhle zvýšený přísun jodu. Také mohou vznikat z důvodu zánětu, který postihuje štítnou žlázu (Marek, Hána a kol., 2017, s. 243).

2.1.3 Klinický obraz hyperthyreózy

Příznaky hyperthyreózy se liší dle příčiny, délky trvání, nebo tím, jak je hodnota thyreoidálních hormonů vysoká. Nejčastější příznak je hypermetabolismus, kdy nemocní často hubnou. Nemocný může pociťovat sníženou toleranci tepla. Mezi kožní příznaky patří pocení, nejčastěji dlaně rukou. Kvalita vlasů je horší, vlasy jsou mastné, jemné a mohou vypadávat. Mezi oční příznaky lze uvést vyšší lesk očí, retrakce (zkrácení) očních víček či exoftalmus. Tyto symptomy jsou ovlivněné celkově zvýšeným tonusem sympatiku. Kardiiovaskulární příznaky zahrnují tachykardii, arytmiie, nemocný může pociťovat palpitace. Mezi častější neuropsychické příznaky patří větší nervozita, únava, zrychlené psychomotorické tempo, občas se může vyskytnout i svalová slabost (Kršek, 2011, s. 31). Nemocní mají často sklony k průjmům (obvykle 3x-7x denně) a poklesu hmotnosti (o 5-10kg) a to z důvodu zrychleného metabolismu. U změny jako takové se nevyskytuje struma (Stárka, 2010, s. 83-88).

2.1.4 Diagnostika hyperthyreózy

Základem je správná a podrobná anamnéza, která je pro potvrzení stavu velmi důležitá. Lékař se dotazuje ohledně výskytu onemocnění v rodině a také přítomnost jiného autoimunitního onemocnění. Je zjištěna farmakologická anamnéza, léky, které by mohly mít vliv na štítnou žlázu (Marek, Hána a kol., 2017, s. 245-247). Vyšetření krve spočívá ve vyhodnocení hladiny hormonů štítné žlázy. TSH je obvykle vyskytuje v nízkých hodnotách, naproti tomu fT3 a fT4 bude zvýšeno. Relativně častý je nález hyperglykémie po jídle, spolu s glykosurií. V EKG obrazu je přítomná tachykardie a síňové arytmie (Stárka, 2010, s. 83-88). Pomocí ultrasonografického vyšetření je zjištěno, že je štítná žláza zvětšena a je hypoechogenní. Při dopplerovském vyšetření bude mít štítná žláza zvýšený průtok. Po delší době přítomnosti hyperthyreózy se mění morfologický obraz a dochází k modulární přestavbě. Za pomoci scintigrafie lze prokázat difúzně zvětšená struma. Pro přesnější diagnostiku je za potřebí použít CT či MR vyšetření (Hána, 2014, s. 86-89).

2.1.5 Léčba hyperthyreózy

Cílem léčby hyperfunkce je stabilizovat funkci štítné žlázy. K léčbě hyperfunkce se nejvíce využívají thyreostatika, které mají za úkol blokovat oxidaci jodu. Při kardiovaskulárních potížích jsou nemocným předepsány β -blokátory. Pokud léčba nelze příznivě vyřešit pomocí medikamentů, je možnost zvolit chirurgickou léčbu (Kršek, 2011, s. 33). Základem správné farmakoterapie je podávání thyreostatik (Thyrozol) a sledování hodnot hormonů fT3 a fT4 po dobu 4-6 týdnů. Léčba radiojodem je pro nemocné spojená s rizikem lokálního poškození (zpěvák) nebo pro nemocné ve špatném celkovém stavu. Nevýhodou je možnost aktivace autoimunitního procesu (Stárka, 2010, s. 83-88). Operační řešení častěji volíme v případě sportovců, žen s plánovanou graviditou, u nemocných s další autoimunitní chorobou a u pacientů vyžadujících vysoké dávky thyreostatik jako kompenzaci (Marek, Hána a kol., 2017, s. 248-249).

2.2 Hypofunkce štítné žlázy

2.2.1 Definice a výskyt hypothyreózy

„Hypothyreóza je onemocnění způsobené nedostatkem tyroxinu. Přes rozdílnou etiologii jsou příznaky stejné. Poměrně časté je spojení s různými autoimunitními chorobami“ (Marek, Hána a kol., 2017, s. 257). Tato porucha může být podmíněna hypotalamo-hypofyzární poruchou regulace, což je označováno jako tzv. centrální forma. Samotná porucha štítné žlázy, která je častější, se nazývá periferní forma. Výskyt se liší dle zásobení jodem nebo přítomností autoimunitních chorob (Stárka, 2010, s. 144-148).

2.2.2 Příčiny hypothyreózy

Příčiny hypofunkce mohou být různé. Ve většině případů převažují příčiny primární (patologie štítné žlázy), kdy tato postižení tvoří 95% ze všech případů. Centrální příčiny, kdy dochází k nedostatku stimulace štítné žlázy (při postižení hypothalamo-hypofyzární osy), jsou méně časté, tvoří kolem 5% (Kršek, 2011, s. 36-38). Jako další možný důvod hypothyreózy může být chronická autoimunitní thyreoditis, která může být jako součást dalšího přidruženého autoimunitního onemocnění (diabetes mellitus I. typu, některé formy anémií, roztroušená skleróza či celiakie). Dalšími příčinami mohou být léčebné chirurgické zákroky nebo různé medikamentní vlivy na štítnou žlázu, např. amiodaron (Stárka, 2010, s. 144-148). Záleží také na geografické poloze, určující zásobení jodem a selenem. Jako další, ale ne tak významné, jsou věk, genetické predispozice, pohlaví a hormonální změny (Marek, Hána a kol., 2017, s. 257-258).

2.2.3 Klinický obraz hypothyreózy

Hypothyreóza v průběhu fetálního vývoje a z toho vyplývající neléčená vrozená hypofunkce mají celoživotní důsledky, a to jak v oblasti psychické, tak i somatické. Poruchy, které vznikají v pozdějším stádiu, bývají při substituční léčbě reverzibilní (vratné). Hypothyreóza probíhá často nepozorovaně, pozvolna se rozvíjí a nemocný si příznaky často ani neuvědomuje. Ani jeden z typických příznaků zvýšené funkce se zde nevyskytuje a tyto příznaky bývají velmi nespecifické (Marek, Hána a kol., 2017, s. 258).

Symptomy snížené funkce štítné žlázy jsou velmi rozmanité a postihují skoro všechny orgánové systémy. V neurologické oblasti má nemocný zpomalené psychomotorické tempo, je spavý, můžou se vyskytnout poruchy sluchu či zhrubělý hlas. Nemocní si stěžují na únavu a bolesti svalů. Intenzita metabolismu je celkově snižena, což vede k typickému nárůstu tělesné hmotnosti. V kardiovaskulární oblasti nalézáme bradykardii. Fyziologické procesy v gastrointestinálním traktu jsou zpomalené, a to včetně peristaltiky, častým důsledkem je obstipace (zácpa). Dále nemocný může pociťovat nauzeu, nechutenství, někdy dochází až ke zvracení. Mezi typické kožní příznaky patří suchá kůže, vyskytují se otoky. Vlasy jsou křehké, lámavé a jemné. Kvalita nehtů je špatná a mají tendenci k lámání. V oblasti hormonálních regulací mohou nemocní pociťovat poruchu libida, ženy mohou uvádět poruchy menstruačního cyklu. Z ledvinných příznaků lze pozorovat jejich snížené prokrvení s možnými důsledky pro tvorbu moči (Kršek, 2011, s. 37-39).

2.2.4 Diagnostika hypothyreózy

U novorozenců se k průkazu kongenitální hypothyreózy užívá kapka krve k vyšetření TSH. Pokud se jedná o periferní hypothyreózu, je prokázána vyšší hodnota TSH. Fyziologická hodnota TSH se pohybuje mezi 3,5-5mIU/l (Hána, 2014, s. 96). U nemocného jsou sledovány subjektivní i objektivní příznaky. Sledována je suchost kůže, změny tónu hlasu a také vzhled očí. Pravidelný nálezní snížené tepové frekvence (bradykardie). Po použití laboratorních metod jsou hodnoceny thyreoidální hormony, a to TSH a T4 (Stárka, 2010, s. 144-148). Hodnoty TSH budou zvýšené a hodnota fT4 bude snižená. Je třeba hodnoty zohlednit spolu s věkem. Pokud se jedná o autoimunitní příčinu, je nutno zjistit průkaz protilátek TgAb (proti thyreoglobulinu). Ultrasonografické vyšetření podpoří potvrzení diagnózy (Marek, Hána a kol., 2013, s. 260).

2.2.5 Léčba hypothyreózy

Základem pro léčbu hypothyreózy je substituce pomocí levothyroxinu. Dávka se pohybuje kolem 100-150 μ g za den a užívá se 20-30 minut před jídlem ráno- nalačno. Dávka se v počátku léčby pohybuje kolem 25-50 μ g na den, po kontrolách se tato dávka dle potřeby zvyšuje (Kršek, 2011, s. 36-39). Jedná se o celoživotní léčbu a dispenzarizaci. Výhodou je, že na tento hormon není alergie. Před zahájením léčby zvážíme zdravotní stav, psychiku a další faktory. Je důležité pacienty poučit o užívání těchto léků, o tom, že se užívají 20-30 minut nalačno před jídlem a je vhodné je oddělit od ostatní medikace. Nebo existuje možnost tento lék užívat i na noc, a to 3-4 hodiny po posledním jídle (Marek, Hána a kol., 2017, s. 260-261).

3 ZÁNĚTY ŠTÍTNÉ ŽLÁZY

Jedná se o takzvané thyreoiditidy, a ty mohou být autoimunitní, bakteriální, virové a někdy i s neodhalenou etiologií. Nicméně hlavním kritériem pro rozdělení problematiky zánětu štítné žlázy je pro kliniku dělení dle průběhu- akutní, subakutní a chronická (Slouka a kol., 2018, s. 215).

3.1 Akutní thyreoiditis

Tento zánět je obvykle charakterizován difuzním zvětšením žlázy, nebo méně často vzniká absces (Slouka a kol., 2018, s. 215). Jako příčiny lze vidět infekční původce, jsou to nejčastěji *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Clostridium* sp.. Cesta přenosu je hematogenní- sepse, endokarditis. Další cestou přenosu mohou být zánětlivé procesy v okolí štítné žlázy jako hnisavá tonsilitida nebo hnisavá peritonitida. Tento stav má akutní průběh. Nemocný je zchvácený, má horečku, štítná žláza je bolestivá na pohmat. Příznaky se mohou podobat příznakům hyperfunkce (i v laboratorních výsledcích- zvýšené FT3 a FT4). Pomocí vyšetřovacích metod je využito laboratorních náběrů krve, poté také USG vyšetření. Popřípadě lze využít metodu biopsie tenkou jehlou a vyhodnotit vzorek skrze cytologické vyšetření (Slouka a kolektiv, 2018, s. 215). Laboratorní výsledky prokážou znatelně zvýšené CRP, leukocytózu a další možné ukazatele sepse (Marek, Hána a kol., 2017, s. 277-278). Léčba se zahajuje podáváním širokospektrých antibiotik, na krk se přiloží studené obklady, nemocnému jsou podány antiflogistika a kortikosteroidy. Pokud je přítomen absces, je nutné chirurgické řešení, a to incize neboli naříznutí (Slouka a kol., 2018, s. 215).

3.2 Subakutní thyreoiditis

Tento zánět je znám jako De Quervainova thyreoiditida. Etiologie není známá, často se prokáže v souvislosti s prodělaným virovým onemocněním. Hlavními příznaky jsou bolest (zejména při palpaci v postižené oblasti) a zvětšení štítné žlázy. Další typický příznak je zvýšení tělesné teploty (horečka). Někdy se tyto příznaky podobají pouhé viróze, a to kvůli shodným příznakům (únava, tachykardie a již zmíněná zvýšená teplota). Tento stav je někdy doprovázen hyperthyreózou, která po 3-6 týdnech odezní. Na základě laboratorních metod lze zjistit vyšší hodnotu sedimentace erytrocytů (>30 mm/h) a zvýšenou hladinu CRP. Pomocí USG jsou nalezeny zhrubělé oblasti, které poté navazují na normálně vypadající strukturu štítné žlázy. Pokud není jasná povaha jakékoli útvaru, je zde na místě

zvolit metodu FNAB, kdy lze vyloučit karcinom či jiné patologie. Nemocnému budou podány protizánětlivé léky. Pokud se jedná o lehčí formu zánětu, jsou podány nesteroidní antirevmatika. Antibiotická léčba zde není nutná, záleží na příčině onemocnění a na uvážení lékaře. Nemocnému v tomto stavu obvykle není indikováno podávání thyreostatik. Nemocný je sledován po dobu 2-3 let, a to z důvodu možného relapsu či pozdního nálezu hypothyreózy (Marek, Hána a kol., 2017, s. 278-279).

3.3 Chronická thyreoiditis

Jedná se o nejčastější zánětlivé, neinfekční a chronické onemocnění štítné žlázy. Toto onemocnění vzniká na autoimunitním podkladě, kdy si tělo tvoří protilátky proti štítné žláze. Tento stav po potvrzení diagnostiky bývá doživotní. (Kršek, 2011, s. 42). Mezi chronické thyreoiditidy patří Hashimotova thyreoiditis, chronická lymfocytární thyreoiditis bez strumy, poporodní thyreoiditis. Příznaky se obvykle objeví nenápadně bez znatelných subjektivních potíží, a proto se na tento zánět přichází náhodně. Po delší době se vyvine hypothyreóza. Nejčastější chronický zánět štítné žlázy je stav nazývaný se Hashimotova thyreoiditis. Pokud je diagnostickými metodami potvrzena, v dalším průběhu choroby lze očekávat buď hypertrofii či naopak atrofii štítné žlázy. Může se ze začátku projevovat mírně bolestivě a někdy se projeví útlak okolních struktur (Kršek, 2011, s. 42). Hlavním nescifickým příznakem je únava, lze si povšimnout obtíží, které jsou obdobné jako u hypothyreózy (Marek, Hána a kol., 2017, s. 279- 282). Základem je důsledná znalost klinického obrazu a rodinné anamnézy, a to z důvodu nenápadného začátku nemoci. Pomocí laboratorního vyšetření jsou porovnány hodnoty fT4 a TSH pro průkaz hypothyreózy a poté pro kontroly správné účinnosti léčby. Nemocný podstoupí také USG vyšetření, kde bývá často struktura štítné žlázy normální. Správná léčba je základ, a proto je důležitá substituce levothyroxinem případné hypothyreózy. Tato léčba bohužel bývá doživotní, proto jsou nemocní dispenzarizováni u endokrinologa. Pokud se vyskytne mechanický útlak, je vhodné zvolit chirurgické řešení (Kršek, 2011, s. 42).

3.4 Radiační thyreoiditis

Tento stav může nastat po ozáření krku a může probíhat jako akutní forma zánětu štítné žlázy nebo naopak jako chronický zánět. Pokud se vyskytne průběh chronického zánětu, je zde vyšší riziko vzniku karcinomu štítné žlázy (Slouka a kol., 2018, s. 215-216).

4 AKUTNÍ STAVY V THYREOIDOLOGII

4.1 Thyreotoxická krize

Jedná se o akutní stav, kdy se vystupňují příznaky hyperthyreózy. Tento stav je sice vzácný, ale pokud se objeví, jedná se o komplikaci hypertyreózy s možným ohrožením života. K tomuto stavu se nemocní mohou dostat tím, že nedodrží správnou léčbu, nebo u nemocného proběhlo trauma. Také těhotenství může být příčinou thyreotoxické krize (Kršek, 2011, s. 35-36). Jako další příčiny je nutno zmínit Graves-Basedowova chorobu a nebo hyperfunkční thyreoidální uzly. Vzniká špatnou léčbou nebo dlouhodobě neléčenou chorobou štítné žlázy. Tento stav mohou vyvolat také léky (salicyláty, fenytoin a fenothiazin).

Příznaky jsou stejné jako u samotné hyperthyreózy, ale zde jsou vystupňované. U nemocného je naměřena vysoká horečka a také může pociťovat pocení a třes. V kardiovaskulární oblasti jsou nalezeny tachykardie, arytmie až srdeční selhání. Častými příznaky jsou bolesti břicha, nauzea až zvracení. Thyreotoxická krize může progredovat a rozvinout se až v kóma nebo šokový stav s fatálním zakončením. Pro potvrzení správné diagnostiky vycházíme z příznaků. Využity jsou laboratorní metody, kdy jsou výsledky shodné s nálezem u hyperthyreózy (Kršek, 2011, s. 35-36). Prokazuje se snížení TSH a zvýšení thyreoidálních hormonů fT4 a fT3. K potvrzení stavu, můžeme použít USG metodu (Marek, Hána a kol., 2017, s. 273-274). Při léčbě je nejdůležitější rychle jednat, proto musí být nemocný co nejdříve přemístěn na jednotku intenzivní péče. Pacient je napojen na monitory, které snímají životní funkce, také je korigováno vnitřní prostředí a stabilizace kardiálních a respiračních parametrů. Nemocného zabezpečíme farmakologickou léčbou a to vysokými dávkami thyreostatik (preferujeme propylthiouracil). Jako součást léčby thyreostatiky jsou podány glukokortikoidy. Prognóza je nejistá, protože se jedná o život ohrožující stav (Kršek, 2011, s. 35-36). Po použití vysokých dávek thyreostatik se může vyskytnout řada nežádoucích účinků, a proto se indikuje Hydrocortison 200mg intravenózně. Nеспецифická léčba spočívá v rehydrataci, oxygenaci, prevenci tromboembolické nemoci. Podání antipyretik až fyzikální chlazení v případě horečky. Podávání jodu lze zahájit až po 2-3 hodinách po začáteční dávce thyreostatik, kdy se podává nasycený roztok jodidu draselného. Pokud je vyšší přísun thyreostatik, je nutno kontrolovat krevní obraz a jaterní testy (Marek, Hána a kol., 2017, s. 272-274).

4.2 Hypothyreózní kóma

Jedná se o akutní, život ohrožující stav, ve kterém se vystupňují příznaky hypothyreózy. „*Hypothyreózní kóma se definuje jako kvantitativní porucha vědomí a selhávání základních životních funkcí způsobené nedostatkem thyreoidálních hormonů*“ (Marek, Hána a kol., 2017, s. 274). Tento stav je velmi vzácný, většinou vzniká jako důsledek nesprávného léčebného postupu. Jako spouštějící faktory jsou uváděny léky (sedativa, anestezika či cordarone), podchlazení, infekce, krvácení a poruchy vnitřního prostředí (acidóza nebo hypoglykémie). Nemocný je dezorientovaný, má halucinace, je somnolentní a může dojít až ke kómatu. U nemocného s hypotermií s následným snižováním tělesné teploty se zhoršuje prognóza. Dalšími příznaky jsou bradykardie, hypotenze až šokový stav. Rozvíjí se hypoventilace s následující respirační insuficiencí, často s nutností plicní umělé ventilace. Peristaltika střev je zpomalena a funkce ledvin se zhoršuje. Pro potvrzení tohoto chorobného stavu je využita základní anamnéza, kdy se potvrzuje přítomnost hypothyreózy. Pomocí laboratorního vyšetření lze potvrdit hypothyreózní kóma. Je zjištěna rovněž úroveň vědomí (Kršek, 2011, s. 39-41). Nemocný je převezen na jednotku intenzivní péče, kde jsou monitorovány základní životní funkce. Velmi důležitá je úprava tělesné teploty, kdy se nemocný pomalu zahřívá a dodává se mu dostatek tekutin. Lékem první volby bývá Hydrocortison (v dávce 100mg) a až poté se podají thyreoidální hormony- levotyroxin (Marek, Hána a kol., 2017, s. 274-275).

4.3 Akutní hypokalcémie po operaci štítné žlázy

Jedná se o přechodný stav, který se může vyskytnout v případě, kdy jsou fyziologické hodnoty parathormonu výrazně sniženy. Nemocný není ve vážném ohrožení. Příčiny nejsou objasněny. Akutní stadium hypokalcémie je doprovázeno bolestmi hlavy, parestéziemi až křečemi. Laboratorní diagnostika prokáže sníženou koncentraci celkového kalcia v krvi. Cílem léčby je sledovat celkový stav nemocného včetně fyziologických funkcí. Pacient je zabezpečen podáním 10% kalcia glukonátu, který je zředěný ve fyziologickém roztoku a je podán pomocí infuzí přímo do žilního řečiště. Po odeznění akutního stavu se podávají perorální kalciové přípravky.

4.4 Rychle rostoucí struma

Jako strumu označujeme jakékoli difuzní nebo uzlové zvětšení štítné žlázy. Tento stav není obvykle důsledkem hyperthyreózy nebo hypothyreózy (Brunová a Bruna, 2009, s. 83). Nemocný je ohrožen útlakem okolních struktur. Téměř vždy se jedná o zhoubný

nádor štítné žlázy. Tento stav je velmi vzácný. Struma roste velmi rychle, již během několika týdnů může narůst do velkých rozměrů. Hlavním příznakem je otok či útlak na krku, je přítomný chrapot. Nemocný mívá většinou oteklý a cyanotický obličej i krk. K diagnostice se využívá biopsie tenkou jehlou, kdy je odebrán vzorek na cytologické a histologické vyšetření k určení povahy nádoru. Pro léčbu se většinou volí chirurgické řešení s následnou onkologickou terapií, kdy je po absolvování chemoterapie a radioterapie lepší prognóza. Po histologickém odběru je doporučeno podávání kortikoidů. Pokud je to nutné, zajistí se dýchací cesty pomocí tracheostomie. Rovněž je zavedena nasogastrická sonda (NGS) či perkutánní gastrostomie (PEG) pro přísun potravy, a to v případě, pokud je nádor tak masivní, že blokuje vstup do trávicího systému (Marek, Hána a kol., 2017, s. 274-276).

5 NÁDORY ŠTÍTNÉ ŽLÁZY

Nádory (tumory) se skoro vždy inhibují zvětšením postiženého orgánu či jeho části. Na základě biologických vlastností je lze rozdělit na benigní a maligní. Benigní typ je rostoucí nádor, který se chová jako celek a je nejčastěji z vazivové tkáně. Roste ohraničeně a neproniká do sousední tkáně, jedná se o expanzivní růst. Zato maligní typ nádoru, kde se jedná o infiltrační růst, který není ohraničený, je velmi nezřetelný a obtížný při chirurgickém odstranění. Je velmi invazivní a tvoří metastáze. Nádorové buňky postihují sousední tkáně a ničí je (Stříteský, 2001, s. 128-130).

Benigní nálezy jsou poměrně časté a známé jako benigní epitelový nádor. Nejznámější formou tohoto nádoru je folikulární adenom štítné žlázy. Tento adenom je opouzdřený, který může mít různou velikost. Nemá takovou schopnost syntetizovat hormony štítné žlázy, a proto se může na scintigrafii projevit jako studený uzel (má omezenou schopnost tvorby hormonů). Jestliže má adenom schopnost tvořit hormony, jedná se o takzvaný toxický adenom štítné žlázy (Kršek, 2011, s. 43-45). Výskyt maligního nádoru je poměrně vzácný, stejně jako metastazující nádory. Jako zástupce je vhodné uvést karcinom štítné žlázy. Mezi rizikové faktory, jenž způsobují nádory štítné žlázy, patří velká řada příčin. Tyto příčiny mohou být vnitřní a vnější. Mohou to být radiační vlivy, pozitivní rodinná anamnéza, nedostatek přísunu jodu, předešlá operace štítné žlázy bez následné substituce a genetické faktory. V posledních letech se výrazně zlepšila diagnostika a rozšíření vyšetřovacích metod, a to pomocí USG a cílené aspirační biopsie, díky kterým se včas nádor odhalí.

Nádory štítné žlázy se hodnotí dle TNM klasifikace (hodnocení škály rozsahu). Kdy T označuje velikost a rozsah tumoru, a to ve škále T0-T4. T4 značí stav úplné infiltrace. Písmeno N popisuje změny v lymfatickém systému a to v krčních uzlinách, škála je N0-N1. A písmeno M charakterizuje výskyt vzdálených metastáz, pokud se vyskytnou, a značeno je M1. Pokud se metastázy nenalezly, je tento stav označen M0 (Marek, Hána a kol., 2017, s. 286-288).

5.1 Karcinom štítné žlázy

Karcinomy štítné žlázy řadíme mezi maligní, diferencované epitelové nádory, řadíme sem papilární a folikulární karcinom.

Papilární karcinom lze označit jako maligní epiteliální tumor. Vyskytuje se nejčastěji u žen kolem 40. až 60. roku života a u dětí a mladistvých. Nádor prorůstá do okolí, a to zejména do dýchacích cest, jícnu i nervů, ale také se může propojit s kůží (Brunová a Bruna, 2009, s. 94). Pokud se tento druh nádoru vyskytne u starších osob, vyskytne se snížená schopnost akumulovat jod a je zde riziko zhoršení prognózy (Marek, Hána a kol., 2017, s. 286-287).

Folikulární karcinom tvoří asi 15% maligních tumorů štítné žlázy. Vyskytuje se častěji na místech s nedostatkem jodu. Nejčastěji se tento nádor diagnostikuje u nemocných mezi 50. až 60. rokem života. Šíření tohoto karcinomu lze sledovat krevní cestou či průkazem metastáz v plicích či v kostech. Rozšíření do lymfatických uzlin není u folikulárního karcinomu tak časté (Brunová a Bruna, 2009, s. 95).

5.1.1 Léčba karcinomu štítné žlázy

Léčba karcinomů vyžaduje multidisciplinární přístup, zahrnuje spolupráci endokrinologa, chirurga (věnujícího se operacím štítné žlázy), patologa a onkologa. Při plánování vhodné léčby, je na místě se obrátit na TNM klasifikaci. Tento výkon by měl být prováděn školenými a zkušenými lékaři. Pokud se jedná o dobře diferencovaný karcinom ve velikosti do 1 cm bez známek metastáz (i vzdálených) a bez známek záření, je možné zvolit méně radikální výkon- lobektomie (odstranění postiženého laloku štítné žlázy). Jestliže se jedná o špatně diferencovaný nádor s metastázami a je větší než 1cm, je na místě totální thyreoidektomie. Po operačním řešení štítné žlázy následuje substituční léčba thyreoideálními hormony, která zabrání vzniku rozvíjející se hypothyreóze. Spolu se substituční léčbou se podává radiojod. Následná péče se zabývá každoroční kontrolou pod USG a laboratorních nálezů, kdy sledujeme Tg, antiTg a thyreoidální hormony. Prognóza po tomto onemocnění je příznivá a to díky velmi dobrému stavu diagnostických a léčebných metod. K úplnému uzdravení dojde až u 85% pacientů, což je velmi příznivá informace (Marek, Hána a kol., 2017, s. 287-289).

5.2 Anaplastický karcinom

Druh tohoto nádoru se považuje za nejagresivnější karcinom. Postihuje častěji starší pacienty, kdy je postihne náhlý a rychlý růst štítné žlázy. Infiltrace probíhá do okolí krku, tvoří metastázy v plicích a v kostech. Nejčastější volba k řešení je chirurgický zákrok s následnou paliativní péčí. Prognóza je méně příznivá (Marek, Hána a kol., 2017, s. 287).

Léčba je podobná jako u léčby karcinomu štítné žlázy. Operace anaplastického karcinomu často indikuje k zavedení tracheostomie, a to z důvodu špatné lokalizace nádoru. Je možné nemocné léčit pomocí radioterapie, ale jen u nemocných kdy není na místě chirurgická léčba. Pomocí chemoterapie (kombinace doxorubicinu, přípravkem cisplatina a ozařováním) lze pomoci malému množství pacientů, protože chemoterapeutická léčba často nereaguje na anaplastický karcinom.

5.3 Medulární karcinom

Vytváří se z parafolikulárních buněk a tvoří cca 10% všech karcinomů u štítné žlázy. Je agresivnější než folikulární a papilární karcinom. Spolu s nálezem nádoru jsou objeveny uzlinové metastázy. Při hodnocení výsledků laboratoře je nalezena zvýšená hodnota kalcitoninu. Je diagnostikován náhodně při vyšetření USG (Sedláčková, Bajčiová, 2016, s. 203-204). Pacientům je indikována totální thyreoidektomie, pokud se objeví postižené okolní uzliny, je nutné zvolit úplnou radikální blokovou krční resekci. Po výkonu se doplňují thyreoidální hormony, vápník a vitamín D. Nemocný dále podstoupí radioterapii a chemoterapii (Astl, 2013, s. 150-156).

6 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA S ONEMOCNĚNÍM ŠTÍTNÉ ŽLÁZY

6.1 Obecná charakteristika ošetrovatelské péče

„Ošetrovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví“ (Janíková, 2013, s. 13). Počet chronicky nemocných pacientů (dlouhodobě nebo nevléčitelní nemocní) se zvyšuje, proto je třeba se věnovat jejich myšlenkové a vnímací oblasti, jaké má nemocný hodnoty a jaký má vztah k nemoci. Důležitá je edukace a dostatek informací, proto lze nemocnému doporučit poradenství v oblasti životního stylu či postupy zvládání a vyrovnání se s nemocí. Nemocnému je také možné doporučit podpůrné skupiny věnující se dané problematice (Gurková, 2017, s. 13-15).

6.1.1 Výživa

V oblasti výživy je nutno zhodnotit stav soběstačnosti pacienta v oblasti přijímání potravy a stav polykání. Nemocnému je podávána dieta dle ordinace lékaře s ohledem na dietní omezení, poruchy polykání, popřípadě alergie. Všeobecná sestra hlídá hmotnost, její pokles nebo růst, a poté ji zaznamenává do zdravotnické dokumentace. Pokud se jedná o nemocného s hypofunkcí štítné žlázy, je vhodné doporučit zvýšený příjem vlákniny. V druhém případě, při hyperfunkci štítné žlázy, se předchází průjmu. Jestliže se vyskytne, je na místě nemocného dobře zabezpečit tekutinami. Pokud pacient není schopen se sám najíst, zdravotnický personál nemocnému pomůže (podáváno malými sousty) a rovněž je zajištěn dostatečný pitný režim. Důležité je následně kontrolovat ústa, zda nemocný sousto spolkl, a tím zamezit komplikacím (dušnost či zaskočení sousta). Pitný režim je velmi důležitý, pacient by měl vypít alespoň dva litry tekutin. Pokud tuto hodnotu nemocný nesplní, je nutná parenterální výživa (pomocí infuzní terapie) pro doplnění tekutin a minerálů. Sledován je příjem a výdej tekutin, kožní turgor a stav sliznic. V případě operace je indikováno v nulový den-lačnění, tedy nic perorálně, další dny po operaci se nemocný postupně realimentuje (pacient postupně přechází z tekuté stravy zpátky na tuhou).

6.1.2 Vyprazdňování

Co se týče vyprazdňování, je zhodnocena soběstačnost moči a stolice. Všeobecná sestra by měla sledovat četnost, pravidelnost, příměsi, formu a tvar stolice a tyto parametry zapisovat do ošetrovatelské dokumentace. U hypofunkce štítné žlázy je třeba předejít zá-

cpě, naopak u hyperfunkce štítné žlázy je za potřebí zabránit průjmům. Při sledování diurézy jsou hodnoceny potíže a četnost. Pokud se jedná o ležícího nemocného, je vhodné zvážit zavedení primárního močového katétru. Péče o primární močový katétr spočívá v pravidelné hygieně a sledování množství moči. Močový katétr se mění každé tři týdny nebo dle doporučení výrobce a močový sáček se vymění po 3-5 dnech (také záleží na výrobci). Pokud je nemocný ležící, je obeznámen ho o zásadách použití podložní mísy. V případě, že byl pacient operován, je nutno kontrolovat jeho včasnou diurézu (do 6-8 hodin). Po této době se zavede primární močový katétr (prevence retence moče).

6.1.3 Hygiena

Hygienická péče závisí na soběstačnosti pacienta a zhodnocení potřebné dopomoci. Pro chodícího pacienta lze preferovat sprchování, které je možné provést na pokoji (či v umývárně- záleží na stavbě oddělení). Sestra má za úkol udržovat čisté a upravené lůžko a dodat pomůcky potřebné k hygieně. Pokud se jedná o ležícího pacienta, který alespoň s dopomocí dojde k umyvadlu, sestra (pomocný personál) pomůže s potřebnou hygienou a také upraví lůžko. Hygienická péče o ležícího pacienta je komplexní, je nutno zajistit omytí a údržbu těla, péči o dutinu ústní, vlasy, ostríhání nehtů, výměnu lůžkovin a péči o pokožku (prevence proti proleženinám). Při hygieně je velmi důležité si všimnout možného rozvoje dekubitů, včasnému zamezení a prevenci.

6.1.4 Spánek a odpočinek

Péče o spánek spočívá ve vytvoření vhodného prostředí pro spaní (vyvětrat, zajistit tmu, ticho). Vhodné prostředí pro odpočinek sestra tvoří i během dne. Všeobecná sestra sleduje úroveň únavy a odpočinku. Všeobecná sestra při vyplňování ošetřovatelské anamnézy zjistí pacientovo návyky a zvyky při spaní. Nemocnému je dopřán dostatečný klid a ticho, a také je nemocnému doporučena správná a vhodná poloha na spaní. Dle ordinace lékaře lze podat hypnotikum, pro lepší spánek a relaxaci. Nemocnému je doporučeno, aby si spánek rozložil a spal přes den méně, aby mohl spát v noci.

6.1.5 Polohování

V oblasti polohování je hlavním úkolem zdravotní sestry zamezit komplikacím (dekubity). Pacient je polohován dle stavu a soběstačnosti. Pokud se jedná o ležícího pacienta, který sám nezvládne změnit polohu, je pacient polohován přes den po 1-2 hodinách a přes noc po 2-3 hodinách. Pro správnou polohu, stabilitu a pohodlí nemocného je vhodné použít polohovací pomůcky, kterými je nemocný zabezpečen a zajištěn. Jako prevenci proti nemoci TEN je pro dlouhodobě ležící indikována aplikace nízkomolekulárního heparinu

(LWMH- Fraxiparine, Clexane). Všeobecná sestra podporuje nemocného v oblasti pohybu a rehabilitace, pacient provádí aktivní či pasivní cvičení. Pro větší podporu a dřívější uzdravení je možné indikovat rehabilitace prováděné fyzioterapeutem (Slezáková a kol., 2010, s. 81-85).

6.1.6 Psychosociální potřeby, psychika

Pro nemocné se štítnou žlázou je vhodné sloučit všechny na jeden pokoj. Zdravotnický personál respektuje změny nálady i citovou labilitu, a to z důvodu základního onemocnění. Je nutné nemocného psychicky podporovat a poučit o následných činnostech a péči. Pokud je příčinou onemocnění přítomnost autoimunitní poruchy, je nutné počítat s vyšší úrovní stresového chování. Je důležité s nemocnými zacházet trpělivě a vytrvale odpovídat na jejich dotazy. Je možné doporučit konání různých aktivit (čtení, sledování TV), a to pro snížení napětí a odreagování v době hospitalizace. Pro pacienty je důležitá návštěva rodiny a sociální opora- emocionální a informační (Madíncová, 2011, s. 50-68). Jestliže je nemocný onkologicky léčen, je třeba ho motivovat a dodávat dostatek informací. Psychický stav onkologicky nemocného je hodnocen dle vlivu premorbidní osobnosti (osobnost, věk, pohlaví, stádium nemoci). Vhodné je vyjádřit nemocnému dostatek empatie a pochopení pro vytvoření důvěry (Dostálová, 2016, s. 49-53).

6.1.7 Bolest

Bolest sledujeme a hodnotíme dle dostupných škál a metod. Nemocného se vyptáváme na frekvenci, lokalizaci a intenzitu bolesti. Bolest je nemocnému vždy věřena. Poté, co nemocný bolest oznámí, jsou nemocnému podány analgetika (či kombinaci léků) dle ordinace lékaře. A poté je sledován účinek podaných léků. Tato situace je zaznamenána do dokumentace (nebo je veden formulář o hodnocení bolesti) a je informován lékař. Analgetika jsou podávána po 8 hodinách (lze i kombinovat) a jsou pozorovány verbální ale i neverbální projevy. Nemocnému je doporučena vhodná úlevová poloha. V paliativní péči je péče o bolest nejdůležitějším aspektem v této problematice (Marková, 2010, s. 96-100).

6.2 Paliativní péče

„Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života.“ (Marková, 2010, s. 19). Paliativní péči lze rozdělit na obecnou (poskytuje každé zdravotnické zařízení) a na specializovanou (zařízení, kde se specializují jen na paliativní péči- hospice). Hospice jako specializované jednotky poskytující paliativní péči s možným ubytováním rodiny. Nemocný je zde spolu s rodinou speciálně při-

pravován a podporován. Kvalita života nemocného a jeho rodiny souvisí s uspokojováním potřeb s ohledem na hodnoty, které pacient a rodina vyznává (Marková, 2010, s. 20-38). V okamžiku oznámení a stanovení diagnózy se u onkologicky nemocných vyvíjí značné množství psychických traumat a obtíží. Za použití psychoonkologie (doprovázení a léčba psychických obtíží) je snaha o stabilizaci a zlepšení pacientovy psychické situace (vyrovnaním se sám se sebou a s nemocí) a jeho celkového posílení. K tomu může výrazně přispět přiměřená pohybová aktivita a také úprava jídelníčku- více ovoce a zeleniny (Angendt, 2010, s. 20-25).

Kompetence sester v paliativní péči je klíčová. Sestra by měla mít edukační, komunikační a organizační schopnosti. Základem všeho je umět s nemocným navázat kontakt jak pro zpětnou vazbu, tak i pro zodpovězení jeho otázek. Důvěra je v této oblasti zásadní, jestliže nám nemocný nevěří, nesvěří a neotevře se. Pacient má právo slyšet pravdu, plakat a cítit se lidsky. Mezi nejčastější obtíže v paliativní péči jsou dušnost, bolest, poruchy příjmu potravy, hydratace a psychické potíže (Marková, 2010, s. 50-60; 93-112).

6.3 Ambulantní péče

Tato péče patří do skupiny nazývané primární péče. Jedná se o stav, kdy není nutná hospitalizace v nemocničním zařízení. Tento druh péče se zabývá vyšetřováním, prevencí, léčením, rehabilitací a podporou zdraví. Ambulantní péči lze dělit na všeobecnou (praktický lékař, stomatolog) a specializovanou (neurologie, psychiatrie), která je odborně zaměřena. Do specializované oblasti zapadá ambulance endokrinologa (Plevová, 2018, s. 75).

6.4 Ošetrovatelská péče o pacienta indikovaného k operačnímu řešení štítné žlázy

Indikací k operaci štítné žlázy je, nález uzlu ve štítné žláze, který by mohl být nádorového charakteru. Dále potvrzená nádorová diagnóza, nález strumy či uzlíku, který způsobuje subjektivně negativní příznaky (stlačení průdušnice, utlačování okolí či potíže s polykáním). K další indikaci k výkonu patří vystupňované příznaky hypertyreózy přesněji Graves-Basedowovy choroby (*Thyroid Surgery: American Thyroid Association®*, 2019 [online]. [Cit. 30.12.2019]. Dostupné z: <http://www.thyroid.org/thyroid-surgery/>).

Operace štítné žlázy se řeší dle rozšíření postižení- tumor či uzly v laloku štítné žlázy. Operace samotná se nazývá **strumektomie** a provádí se v celkové anestezii. Dle druhu výkonu a po zhodnocení stavu pacienta a následné péči, kterou určí lékař. Lékař poté

provádí výkon- totální thyreoidektomie (TTE), kdy se vyjme celá štítná žláza. Považuje se za nejčastější druh provedeného výkonu. Další je hemithyreoidiektomie (HTE), kdy se odstraní jen půlka laloku štítné žlázy spolu s isthmem. Jiným typem výkonu je lobektomie, kdy se vyjme jen lalok bez isthmus. Subtotální thyreoidektomie (STE) je výkon, při kterém se odstraní téměř celá hmota štítné žlázy, ale ponechá se cca 2-4 mm zdravé tkáně v horním pólu jednoho laloku. Pokud se u nemocného prokáže maligní onemocnění, je indikována blokovaná krční disekce, kdy se odstraní celá štítná žláza (TTE) a krční lymfatické uzliny (Janíková, 2013, s. 99-100).

6.5 Předoperační období a úloha sestry

Předoperační péče zahrnuje péči a přípravu od rozhodnutí se k operaci a je ukončena předáním na operační sál. Cílem je připravit nemocného a vytvořit co nejpříznivější podmínky pro zvládnutí operační zátěže a zamezení možných komplikací. Předoperační péči je možné rozdělit na obecnou a speciální (společná pro všechny operační výkony), tělesnou, psychickou a medikamentózní (příprava vlastního organismu a úprava medikace), celkovou a místní (zaměřením na celek či na plánovanou operaci) a nakonec dlouhodobá, krátkodobá a bezprostřední (Wichsová, 2013, s. 136-137).

Nemocný je den před výkonem přijat na standardní chirurgické oddělení nebo na oddělení ORL. V dnešní době se již štítná žláza operuje jen na oddělení ORL a na chirurgickém oddělení jen výjimečně. Po uložení nemocného na pokoj sestra s pacientem vyplní ošetřovatelskou anamnézu a posoudí subjektivní a objektivní údaje pacienta. Lékař poté nemocnému sdělí potřebné informace o výkonu (průběh, rizika a možné komplikace). Endokrinologická příprava probíhá již několik týdnů před indikací k operaci. Ošetřující lékař následně s nemocným vypracují příjem, kdy se lékař zajímá o chronické nemoci, alergie, prodělané vážné nemoci, úrazy a operace. Dále se zajímá o osobní anamnézu, rodinnou anamnézu, chronickou medikaci a sociální anamnézu (u žen gynekologickou anamnézu). Věnuje pozornost také na stav kardiovaskulárního a dýchacího systému, vylučování a hmotnosti. Dále se provádí anesteziologické vyšetření anesteziologem, které je provedeno pomocí hodnocení anesteziologického rizika ASA1-5. Anesteziolog na základě informací (předěšlá anestezie, chronické medikace) určí vyhovující premedikaci (ve formě intramuskulární, perorální, rektální nebo bez premedikace). Také může naordinovat lék na spaní pro snížení napětí a stresu, pokud o něj pacient má zájem. Předepíše také infuzní terapii, která se obvykle podává od rána v den výkonu. Rovněž vyhodnotí patřičné podmínky pro intubaci (rozsah otevření úst a záklon hlavy).

Mezi intervence sestry patří zajištění obecné předoperační přípravy, kontrola dokumentace, popřípadě výsledků vyšetření indikované lékařem. Sestra dohlíží na důslednou úpravu operačního pole (mužům oholit krk), také kontroluje fyziologické funkce, zajistí zavedení periferního žilního katétru, podává léky, infuze či ATB (profylaxe) dle ordinace lékaře. Kontroluje správné lačnění nemocného (nesmí od půlnoci nic jíst, pít ani kouřit). Dále sestra zajišťuje prevenci TEN pomocí bandáží dolních končetin. Dle zvyklosti oddělení se aplikuje LWMH ve formě subkutánní injekce (Fraxiparine, Clexane). Sestra edukuje pacienta o odložení šperků a cenností (popřípadě se sepíše cennosti). Nemocný se musí těsně před odjezdem na sál vymočit a poté sestra aplikuje premedikace na výzvu od anesteziologa z operačního sálu. Po premedikaci nemocný nesmí vstávat, podává se většinou intramuskulárně do hýždě (Morphin, Dolsin), nebo ve formě tablety dle ordinace lékaře (anesteziologa). Všeobecná sestra zajišťuje odvoz nemocného na operační sál a předává ho anesteziologické sestře (Slezáková a kol., 2010, s. 81-89).

6.6 Intraoperační období

Intraoperační období začíná po zarouškování operačního pole a všichni členové operační skupiny musí být přítomni. Uvede se jméno nemocného a potvrdí se jeho identita, typ operace a lokalizace výkonu. Na sále jsou přítomni obvykle- operatér a operatéri (lékař specializovaný na operace štítné žlázy), anesteziolog, anesteziologická sestra, instrumentující sestra (podává nástroje, kontroluje sterilitu a následně počítá užitý materiál) a obíhající sestra (obsluha celé operační skupiny, dodává materiál, vede dokumentaci). Výkon se začne řezem na přední straně krku, cévy se podvážou a poté se štítná žláza odstraní. Výkon je zakončen zašitím rány a zavedením odvádějícího drénu. Před ukončením výkonu instrumentářka provádí početní kontrolu nástrojů a materiálu a následně jej nahlásí operatérovi. Pokud chybí materiál, označujeme tuto skutečnost za mimořádnou událost. Nakonec je operační rána omyta, osušena a sterilně překryta a to náplastí nebo obvazem (Wichsová, 2013, s. 136-137). Operační výkon se provádí v celkové anestezii, dýchací cesty jsou zajištěné endotracheální intubací. V průběhu operace se monitorují vitální funkce, EKG, pO₂, pCO₂. Nemocný je uložen do polohy na zádech se zdvižením trupu o 20-30° a záklo-nem hlavy. Operační pole se důkladně desinfikuje **nejodovým** přípravkem. Délka operace závisí na typu operačního výkonu. TTE se pohybuje kolem 1-2 hodin, ale TTE s blokovou krční direkcí může trvat i 4-5 hodin (Janíková, 2013, s. 101-103).

6.7 Pooperační období a úloha sestry

Toto období začíná ukončením operačního výkonu, kdy následně na pooperačním (dospávacím) pokoji probíhá intenzivní monitorování fyziologických funkcí, včetně spontánního dýchání, dokud nejsou patrné obranné reflexy a jsou odezněny myorelaxancia. Na oddělení je pacient převezen při vědomí a stabilizován (Slezáková a kol., 2019, s. 36-39).

Po transportu pacienta z pooperačního pokoje na oddělení, je nutné nemocného edukovat. Pokud nemocný podstoupil blokovou krční disekci, je indikováno strávit několik dní po výkonu na JIP oddělení. Nemocný by měl sedět v poloze v mírném polosedu, je nutno nemocného poučit, aby se nepřetáčel na boky a bradu přitahoval směrem k hrudníku – proti přemáhání a roztahování operační rány. Dále nemocného nutné poučit o možných komplikacích, které se mohou rozvinout po operaci štítné žlázy (brnění, otok krku, krvácení). Signalizační zařízení je uloženo v blízkosti pacienta a je poučen, aby si zazvonil, při jakýchkoliv potížích. Pokud nemocný udává pocit na zvracení, dáme mu emitní misku s buničitou vatou na dosah. Nemocného upozorníme na možnost podání a zklidnění bolesti pomocí analgetik dle ordinace lékaře.

Pacient po výkonu musí dodržovat klid na lůžku, dále měříme a hodnotíme fyziologické funkce (TK, P, D, SpO₂). Probíhá kontrola a sledování rány, zda neprosakuje krev skrze sterilní krytí. Dohlíží se na množství krve v Redonově drénu, a to každou hodinu (další den již po 2 hodinách) po dobu jeho zavedení, pokud se v lahvi objeví více krve, je zapotřebí informovat lékaře. Redonův drén se odstraní 2. den po operaci. Sledován je otok krku- laryngospasmus (komplikace), také brnění rukou, nohou či úst. Nemocný může pociťovat nauzeu a může i zvracet, proti zvracení lze podat různá antiemetika, která je možné podat různými způsoby (perorálně, intravenózně, per-rectum). Infuzní terapie je prováděna podle rozpisu od operujícího lékaře či anesteziologa z operačního sálu, analgetika a další medikaci je podávána dle ordinace lékaře. Je důležité, aby se nemocný vymočil do 6-8 hodin, pokud se nevymočí, je vhodné zajistit pacienta močovým katétre a jednorázově vycévkovat. Pokud je nemocný ležící, nebo není schopný se samovolně vymočit, je indikováno zavedení permanentního močového katétru. Lékař hodnotí kontrolní náběry venózní krve- zejména pro zjištění hladiny vápníku a fosforu, a to proti hypokalcémii jako komplikaci samotné. Po propuštění je nutné poučit pacienta o režimových opatřeních. Nemocný se následně ambulantně dostaví na vyndání stehů a to sedmý den od propuštění. Pacient bude dispenzarizován u endokrinologa, kdy bude pokračovat nebo se zavede léčba pomocí hormonů štítné žlázy (Slezáková a kol., 2010, s. 81-88).

6.7.1 Komplikace po operaci štítné žlázy

Jako u každé operace a zásahu do organismu se mohou vyskytnout komplikace a i zde se mohou vyskytnout specifické komplikace. Hlavní a nejobávanější komplikací je poškození zvratného nervu- nervus laryngeus recurrens. Poškození nervu na jedné straně se projevuje ochrnutím hlasivky, dočasným chrapotem a stridorem. Při poškození obou nervů hrozí riziko udušení, proto často lékaři indikují zavedení tracheostomie. Nebezpečné pro nemocného je také pooperační krvácení, závažné je hromadění krve v hodnotách 50-100 ml v operačním poli. Nebezpečí je ve vznikajícím hematomu, který utlačuje larynx a tracheu, a vyvolává otok laryngu a riziko vagové smrti.

Další komplikací je hypokalcémie, která vzniká z poškození nebo odstranění příštítných tělísek, a vznik tonických křečí. Jako mírnější projev tohoto stavu se může vyskytnout brnění (mravenčení) rukou, nohou nebo kolem úst. Pokud se hypokalcémie objeví, je tento stav okamžitě ohlášen lékaři a dle ordinace lékaře jsou podány přípravky s obsahem vápníku. Thyreotoxická krize vznikající po nadměrném vyplavení hormonů štítné žlázy do organismu, se projeví jako vystupňované příznaky hyperthyreózy. Jako prevenci této komplikace lékař obvykle indikuje kortikoidy již před operací. Vzniknout mohou i poruchy polykání (dočasné). Důležité je také sledovat odtok krve do Redonova drénu. Sledováním operační rány a sledováním otoku v okolí krku u nemocného, lze zabránit laryngospasmu, který může vést k udušení. Dalšími komplikacemi mohou být záněty plic, laryngotracheitida (poškození laryngu či trachey endotracheální kanylací), tromboflebitis (zánět žilní stěny), alergie, retence moče, ileus, škytavka nebo infekce. Nezávažnou komplikací jsou kosmetické změny v oblasti krku- jizva (Janíková, 2013, s. 99-100).

6.8 Režimová opatření u pacienta s onemocněním štítné žlázy

Mezi nejdůležitější opatření lze řadit především pravidelné kontroly u endokrinologa, obvykle se návštěva koná 2x ročně, ale dispenzarizace bývá celoživotní. Endokrinolog doporučí vhodnou stravu a dostatek tekutin, u pacienta s hyperfunkcí je zdůrazněna důležitost zvýšeného přísunu bílkovin a kalorií naopak u pacienta s hypofunkcí jsou doporučeny spíše nízkotučné potraviny. Pacient je poučen o celoživotním užívání léků (Euthyrox, Letrox, Thyrozol) a o jejich významu, tyto léky se užívají nalačno 20-30 minut před jídlem. Řada pacientů bere toto opatření jako otravné a zbytečné, proto své léky neužívají. Pravidelný přísun hormonů štítné žlázy je velmi důležitý- zabrání se tím vzniku akutního stavu/ komplikacím. Při pravidelné kontrole se odebírá venózní krev pro stanovení hodnot hor-

monů štítné žlázy (TSH, T3 a T4). Endokrinolog hodnotí výsledky a podle nich upravuje dávkování léku. Součástí každé návštěvy je kontrolní USG, důležité pro zjištění velikosti laloků, struktury štítné žlázy a také sledování vzniku nových patologií (Marek, Hána a kol., 2017, s. 260-270).

PRAKTICKÁ ČÁST

7 FORMULACE PROBLÉMU

Štítná žláza je endokrinní žláza, která se skládá ze dvou laloků a můstku. Uvnitř laloků se nachází folikuly vytvářející tzv. thyreoidální hormony. Tyto hormony štítné žlázy slouží k růstu a vývoji a také ovlivňují rychlost látkové výměny. Nejčastější poruchy jsou- zvýšená anebo snížená funkce štítné žlázy a různé formy zánětů. Často se mohou vyskytnout i maligní změny, a proto nedílnou součástí této problematiky jsou nádory štítné žlázy (karcinom, papilární karcinom, medulární karcinom). Správnými léky se tyto poruchy dají zmírnit nebo lze volit chirurgické řešení (thyreoidektomie) (Marek a Hána, 2017, s. 201).

Onemocnění štítné žlázy je v dnešní době často diagnostikovaná problematika (porucha funkce, nádor). Veliká skupina pacientů dochází ambulantně na endokrinologii, kdy jsou dispenzarizačně vyšetřováni a je korigována jejich léčba. A také je skupina pacientů, u kterých je nutné chirurgické řešení a to z mnoha důvodů (nádor, Graves-Basedowova choroba).

Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacienta s onemocněním se štítnou žlázou?

7.1 Cíl a úkoly práce

Hlavní cíl

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo specifikovat ošetrovatelskou péči o pacienty s onemocněním štítné žlázy.

Dílčí cíle

1. Zjistit specifika ošetrovatelské péče o pacienty s onemocněním štítné žlázy.
2. Zjistit, zda je pacient informován o svém onemocnění.
3. Zjistit, zda pacienti s onemocněním štítné žlázy dodržují zásady léčby a režimová opatření.
4. Analyzovat individuální potřeby pacientů s onemocněním štítné žlázy.

Výzkumné otázky

1. Splňují pacienti správná léčebná opatření?

2. Je pacient správně informován?

3. Mění se u pacienta kvalita života?

7.2 Charakteristika sledovaného souboru

Cílová skupina provedeného výzkumu jsou tři osoby (dvě ženy a jeden muž). Výběr této skupiny byl záměrný, jelikož se jedná o osoby, které trpí onemocněním štítné žlázy různé formy. Forma a průběh jejich onemocnění je velmi rozdílný. Tito pacienti se museli přizpůsobit novým opatřením (léčebným a režimovým). Pacienti jsou léčeni ambulantně, dochází na pravidelné kontroly a měli by dodržovat určené režimy. Proto byl výzkum zaměřen na informovanost o problematice štítné žlázy, sledování rozvoje nemoci v ambulanci péči a na rozlišení potřeb jednotlivých respondentů. Kritéria byla zvolena tak, aby měl respondent onemocnění štítné žlázy.

7.3 Metodika práce

Metoda realizovaného výzkumu je kvalitativní, výzkumným nástrojem jsou kazuistiky, v rámci kterých byly provedeny rozhovory.

„Kvalitativní výzkum je nematematický analytický postup. Může to být výzkum týkající se života lidí, příběhů, chování, ale taky chodu organizací, společenských hnutí nebo vzájemných vztahů. Kvalitativní výzkum spočívá v analýze zkoumaných jevů, odhalení jejich elementárních složek, odhalení spojení a závislostí, které jsou mezi nimi, v charakteristice jejich celostní struktury, interpretaci smyslu nebo funkce, kterou plní“ (Kutnohorská, 2009, s. 22).

Polostrukturovaný rozhovor obsahoval 19 otázek a každý rozhovor byl zaznamenán na diktafon a písemně. V rozhovoru byly získávány informace o vzniku onemocnění, prvních příznacích, průběhu onemocnění, léčbu, režimových opatřeních, a o tom zda jsou respondenti informováni o své nemoci. Každý z těchto rozhovorů probíhal korektně a ohleduplně vůči stavu respondentů. Anonymita pacientů byla dodržena. Respondenti byli seznámeni a poučeni o nahrávání a měli možnost na danou otázku neodpovědět. Rozhovor probíhal v klidném soukromém prostředí dle výběru respondenta. Analýza dokumentace probíhala srovnáním a sjednocením zpráv od nemocných. Porovnány byly anamnézy všech respondentů, postup léčby a pokroky či zhoršení stavu nemocných.

7.4 Organizace výzkumu

Výzkum se konal v měsících leden- únor 2020. Respondenti byli upozorněni a poučeni o možnosti neodpovědět na jimi nevhodnou otázku. Každý ze zkoumaných podepsal informovaný souhlas a souhlasil s výzkumem. S respondentem A jsem se setkala 2x po dobu 30 minut a 45 minut. Setkání proběhlo v příjemném domácím prostředí respondenta. S respondentem B jsem strávila 1 hodinu, také v domácím prostředí zkoumaného. Spolupráce s respondentem C probíhala v malé místní kavárně po dobu 45 minut. Následně byla s respondentem C vykonána ještě jedna schůzka a to u něj doma, tato schůzka zabrala 30 minut.

Respondent A je žena, 22 let, která se léčí s hypofunkcí štítné žlázy. Respondent B je muž, 45 let, který je po úspěšné léčbě karcinomu štítné žlázy s následnou pooperační hypofunkcí štítné žlázy. Respondent C je žena, které je 20 let a má diagnostikovanou hyperfunkci štítné žlázy.

8 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY

8.1 Kazuistika 1

8.1.1 Anamnéza

Respondent A je žena věku 22 let s diagnózou hypothyreózy, která byla potvrzena v 15 letech. Od té doby se léčí ambulantně u svého endokrinologa.

Osobní anamnéza

V dětství prodělala běžná dětská onemocnění. Celý život byla zdravá, dokud se v roce 2013 neobjevily příznaky (zvýšená únava a zimomřivost), které ji přivedly k lékaři. Po zhodnocení laboratorních výsledků byla nasazena léčba. V té době byla léčba úspěšná, proto od roku 2015 již neabsolvovala další kontrolu. Při vstupní prohlídce u praktického lékaře pro dospělé byly nalezeny vyšší hodnoty thyreoideálních hormonů. Proto od roku 2017 znovu dochází k endokrinologovi, má nasazenou medikaci a dochází na pravidelné kontroly. V roce 2018 byl pacientce zjištěn nedostatek železa, kyseliny listové a vitamínu D, proto je zajištěna terapeutickými preparáty.

Rodinná anamnéza

Pacientka je svobodná, má partnera. Otec i matka jsou zdraví a s ničím se neléčí. Babička z matčiny strany absolvovala thyreoidektomii, zemřela na infarkt myokardu v roce 2013. Otec z matčiny strany je léčen s diabetem mellitem. Má mladšího bratra, který je zdrav.

Gynekologická anamnéza

První menstruace nastoupila ve 13 letech. V 15 letech měla nepravidelnou menstruaci, a proto ji byla nasazena hormonální antikoncepce k srovnání cyklu, kterou užívá dodnes. Porody a potraty nepodstoupila. Děti nemá.

Pracovní anamnéza

Pacientka studuje na právnické fakultě. Dochází na brigády 3-5x týdně do supermarketu jako prodavačka.

Sociální anamnéza

Bydlí v panelovém bytě s rodinou, občas tráví čas u partnera. Se všemi má kladný a láskyplný vztah.

Farmakologická anamnéza

Euthyrox 112 μ g tbl	1-0-0
Vigantol 1x10ml, gtt	15gtt./ týden
Lindynette 20 tbl	0-0-1
Tardyferon-Fol 247,25mg/0,35mg, tbl	1-0-0

Alergická anamnéza

Neuvádí žádnou alergii

8.1.2 Fyzikální vyšetření

Celkový stav a vzhled: Pacientka je plně orientovaná místem, časem i prostorem. Cítí se zdráva. Při chůzi neudává problémy. V oblasti vylučování neuvádí žádné potíže, moč a stolice odchází pravidelně a spontánně.

Hlava: Na první pohled nejsou viditelné žádné patologické známky. Na poklep je hlava bez bolestí. Oči jsou lesklé a bez viditelných známek patologií. Zornice jsou stejně veliké. Vlasy má zdravé, dlouhé a husté.

Krk: Přední strana krku je zvětšena. Štítná žláza je na pohmat zvětšená, její pohyb je fyziologický. Znatelné, mírně zvětšené krční lymfatické uzliny na obou stranách krku.

Hrudník: Na pohled fyziologický a bez deformit. Dýchání je volné bez slyšitelných fenoménů. Srdeční akce je pravidelná.

Horní končetiny: Nehty jsou čisté (nosí gelové nehty). Tepová frekvence je na obou končetinách hmatná. Jinak bez patologií.

Dolní končetiny: Tepová frekvence je hmatná. Vzhledově bez patologií. Nehet na palci levé nohy je občas chirurgicky upravován, a to z důvodu zarůstání nehtu.

Váha: 83 kg

Výška: 173 cm

BMI: 27,7- nadváha

Krevní tlak: 116/68 mmHg

Tepová frekvence: 67/min

Tělesná teplota: 36,7°C

Dech: 10/ min

8.1.3 Návštěva ambulance endokrinologa 2013-2020 Duben 2013

První návštěva endokrinologa. Hodnoty hormonů štítné žlázy byli změněny. Ultrasonografický výsledek byl fyziologický. Výsledkem tohoto vyšetření bylo stanovení diagnózy mírného zánětu štítné žlázy.

Srpen - Říjen 2013

Pacientka přibrala na váze o 5,5 kg. Laboratorní hodnoty se opět měnily, a proto byla zahájena léčba a to podáváním preparátu Euthyrox 50 μ g ½ polovina tablety ráno nalačno půl hodiny před jídlem. A potvrdila se základní diagnóza- hypothyreóza. V měsíci říjnu byla pacientka obeznámena o stabilizaci laboratorních hodnot. A proto už endokrinologa dále nenavštívila a přestala brát tuto medikaci.

Květen a listopad 2017

Pacientka se rozhodla na doporučení praktického lékaře vyhledat endokrinologa. Při první návštěvě nové endokrinoložky byly provedeny kontrolní náběry a kontrolní sonografické vyšetření. Po vyhodnocení bylo zjištěno mírné zvětšení štítné žlázy a hladiny thyreoideálních hormonů byly taktéž změněny. Z tohoto důvodu endokrinolog opět nasadil léčbu Euthyrox 50 μ g jednu tabletu denně. V listopadu opět stoupla hmotnost, medikace Euthyroxu se zvýšila na 100 μ g jedna tableta denně ráno nalačno 30 minut před jídlem.

Březen- Prosinec 2018

Po zhodnocení kontrolních náběrů hormonů štítné žlázy a kontrolním sonografickým vyšetření byla opět zvýšena dávka Euthyroxu a to na 112 μ g 1 tableta denně ráno nalačno 30 minut před jídlem.

Květen – Prosinec 2019

Po kontrole krevního obrazu a biochemie byl potvrzen nedostatek železa, kyseliny listové a vitamínu D. Medikace se již ustálila – užívá Euthyrox 112 μ g. Thyreoidální hodnoty jsou v normě a ultrasonografické vyšetření ukazuje na fyziologickou velikost a strukturu štítné žlázy.

8.1.4 Funkční model zdraví podle Marjory Gordonové

1. Vnímání zdraví a jeho udržování

Pacientka je zcela orientována místem, časem i prostorem. V oblasti učení a soustředění je vše fyziologické.

2. Výživa, metabolismus

V oblasti výživy neuvádí žádné potíže. Váží 83 kg a měří 173 cm. BMI odpovídá hodnotě 27,7 což je nadváha. Pacientka nedodrží žádnou dietu. Má ráda pestrou stravu, ovoce a zeleninu. Jí 5x-6x denně, a to převážně domácí stravu. Vypije kolem 1-1,5l za den.

3. Vylučování

Vylučování stolice je pravidelné a neuvádí žádné potíže. Stolica je tuhá a bez známek patologií. Co se týče vylučování moči, taktéž neuvádí žádné problémy. Moč je fyziologická bez patologií.

4. Aktivita, cvičení

Pacientka má ráda pohyb, pohybové aktivitě se věnuje téměř každý týden, kdy dochází na cvičení na trampolíně. Pohybuje se aktivně bez problémů. Občas si zacvičí doma na podložce. Má ráda procházky.

5. Spánek a odpočinek

V oblasti spánku pacientka udává veliké zlepšení, co se týče únavy. Před nasazením léčby byla pacientka velmi vyčerpaná a chodila spát i odpoledne. Dnes pociťuje únavu jen při zvýšené fyzické aktivitě. Spí obvykle 8-10 hodin. Pacientka uvádí, že občas nemůže usnout.

6. Citlivost, vnímání, poznávání

Pacientka je plně orientována místem, časem a prostorem. Soustředění je bez problémů. Ve vnímací oblasti uvádí potíže pouze po dlouhé době učení. S pamětí nemá problémy, vše si pamatuje.

7. Sebepojetí, sebeúcta

Vnímá se jako radostná osoba. Chová k sobě úctu a má se ráda.

8. Role, vztahy

Pacientka žije s rodiči v panelovém bytě. S rodiči má velmi kladné vztahy. S mladším bratrem mají také velmi otevřený a vřelý vztah. Spolu s přítelem tráví čas různými způsoby (cestování, procházky). Vztah s přítelem je prý taktéž kladný.

9. Reprodukce, sexualita

Co se týče sexuality, neuvádí žádné problémy. První menstruaci měla v 13 letech, menstruace byla nepravidelná. Po návštěvě gynekologa ji byla nasazena hormonální antikoncepce. Při užívání se pravidelnost ustálila a od té doby neměla problémy. Chodí na pravidelné kontroly ke gynekologovi.

10. Stres, zátěžové situace- zvládání a tolerance

Stres zvládá smíšeně a také dle situace. Její postoj záleží na závažnosti problému a celkové situace. Používá zklidňující praktiky, které pomáhají ke snížení stresového napětí (počítání do 10, zklidňující dýchání).

11. Víra, životní hodnoty

Pacientka je nevěřící. Životní hodnoty má stanovené.

8.1.5 Ošetřovatelské diagnózy

00082- Efektivní léčebný režim

Jedná se o způsob zvládání léčby a následné zvládání druhotných následků.

Určující příznaky:

Subjektivní: Slovní vyjádření přání zvládnout léčbu. Slovní vyjádření o snaze a záměru omezit rizikové faktory a komplikace.

Objektivní: Zvolení vhodného programu pro splnění cíle léčby. Příznaky nemoci se nezhoršují.

Očekávané výsledky: Nemocný chápe léčebný režim. Pacient se vyhne vratným komplikacím.

Intervence: Mluv s pacientem o jeho cílech v oblasti léčby. Podporuj pacienta v jeho úsilí zvládnout opatření týkající se jeho léčebného režimu. Pomoz nemocnému hodnotit jeho léčebný režim. Rozpoznej negativní změny léčby.

Hodnocení: Pacientka rozumí vzniku komplikací. Snaží se dodržet stanovený léčebný režim.

00084- Hledání zdravého životního stylu

Situace, ve které člověk hledá možné změny zdravotních návyků za účelem posílení zdraví.

Určující příznaky: Pacient vyjadřuje přání, ve kterém chce podpořit své zdraví a svůj životní styl. Pacient chce ovládat lépe své zdraví.

Očekávané výsledky: Pacient má dostatek informací o zdravém životním stylu. Pacient využívá techniky, kterými podpoří své zdraví a svůj životní styl.

Intervence: Podpoř pacientovo úsilí v hledání nového životního stylu. Nauč pacienta principům zdravé stravy. Doporuč veřejné zdroje.

Hodnocení: Pacientka hledá správný životní styl, který ji vyhovuje. Pacientka si hledá potřebné informace k hledání svého životního stylu.

8.2 Kazuistika 2

8.2.1 Anamnéza

Respondent B je muž, 45let, po prodělaném karcinomu štítné žlázy s následným operativním odstraněním. Dále diagnostikována pooperační hypothyreóza.

Osobní anamnéza

Respondent B, je muž, je mu 45 let a 10 let pracuje u Policie ČR. V dětství prodělal běžné dětské nemoci. Je léčen pro pooperační hypothyreózu a je po totální thyreoidektomii z indikace zhoubného nálezu štítné žlázy (diferenciovaný karcinom štítné žlázy). V roce

2012 zpozoroval gynekomastii (růst prsou), proto navštívil praktického lékaře a následně byl odeslán k endokrinologovi, kde byly provedeny potřebné vyšetření. Byl mu nasazen lék Thyrozol, bez zlepšení. Bohužel byla potvrzena malignita, dle sonografického vyšetření byly potvrzeny tři uzlíky. Po odběru vzorku na rozpoznání charakteru byl rozpoznán jeden z nich jako zhoubný. Následně v roce 2012 absolvoval chirurgické odstranění prsou a totální thyreoidektomii ve FN Motol, kde byl léčen radiojodem. V roce 2018 byl potvrzen zvýšený příjem vápníku, fosforu a vitamínu D, proto podstoupil scintigrafii ledvin, pro prokázání rizika poškození ledvin.

Rodinná anamnéza

Pacient je ženatý a má dvě dcery. Starší dcera má hyperthyreózu. Mladší dcera zdráva. Matka 2x prodělaný infarkt myokardu.

Pracovní anamnéza

Původně je vyučený zedník. Nyní již 10 let pracuje jako policista u Policie ČR.

Sociální anamnéza

Žije spolu s rodinou v rodinném domě. Má mnoho přátel.

Farmakologická anamnéza

Letrox 225 μ g	1-0-0
Rocaltol 0,5 mcg	1-1-1
Vigantol 1x10ml, gtt	5 gtt./ den
Caltrate 600mg tbl.	0-0-1

Alergická anamnéza

Pacient udává přecitlivělost na **penicilin** projevující se vyrážkou.

8.2.2 Fyzikální vyšetření

Celkový stav a vzhled: Pacient je upravený. Má fyziologický postoj a pohybuje se aktivně. Je plně orientovaný časem, místem i prostorem.

Hlava: Hlava je bez patologií, na poklep bez bolesti. Vlasy má krátkého stříhu, upravené a nevypadávají.

Krk: Jizva na krku je zhojena, skoro není vidět. Na pohmat je klidná, bez známek patologií. Krk je bez otoků.

Hrudník: Hrudník fyziologický. Slabě viditelné jizvy po odejmutí prsou, jinak bez patologií.

Horní končetiny: Bez viditelných známek patologií. Nehty jsou pevné a netřepí se. Kůže je fyziologická a hydratovaná. Tepová frekvence je hmatná na obou končetinách.

Dolní končetiny: Bez patologie. Nehty bez nálezu. Tepová frekvence je hmatná na obou končetinách.

Váha: 108 kg

Výška: 185 cm

BMI: 31,5- obezita I. stupně

Krevní tlak: 115/85 mmHg

Tepová frekvence: 72 /min

Tělesná teplota: 36,7°C

Dech: 15/min

8.2.3 Návštěva ambulance endokrinologa a hospitalizace 2013-2020 Hospitalizace 2012 FN Motol

Pacient byl po návštěvě praktického lékaře odeslán na endokrinologii. Kde byla diagnostikována zhoubná patologie. Zhoubný novotvar byl indikací k operaci – totální thyreoidektomie. Pacient strávil ve FN Motol celkem 18 dní. Během hospitalizace probíhaly převazy sterilního krytí rány, po dvou operačních dnech se vyjmul Redonův drén. V průběhu hospitalizace se vyskytly komplikace, kdy devátý den po operaci nemocný pociťoval mírné brnění a udával křeče v oblasti rukou a lýtek. Propuštěn byl s nastavenou léčbou Letroxem 225µg a preparáty s obsahem vápníku, fosforu a vitamínu D. U pacienta se vyvinula pooperační hypothyreóza. Pacient byl indikován k léčbě radiojodem. Při prvním podání byl průběh bez komplikací.

Duben 2013

Nemocný byl rok po operaci na kontrole, po zhodnocení výsledků laboratorních nálezů bylo nalezeno snížené TSH a vápník, a naopak zvýšené fT4. Udával mírné brnění rukou, ale bez křečových stavů. Kůže na rukou byla sušší. Dle sonografického vyšetření nebyly nalezeny zbytky štítné žlázy. Váha stejná.

2014-2015

Pacient bohužel nemá lékařské zprávy, ale sdělil, co si pamatuje. Výsledky se ustálily a nemocný neměl žádné potíže. Jen opět mírné brnění na prstech na rukou. Krevní nálezy byly v normě. Sonografické vyšetření neukazovalo žádné patologie.

Únor 2016

Nebyla nalezena recidiva karcinomu štítné žlázy. Ultrasonografické vyšetření bylo bez patologického nálezu. V laboratorních výsledcích opět mírně snížený vápník. Thyreoidální hormony byly mírně přes hraniční hodnoty. Pacient opět absolvoval léčbu pomocí radiojodu. Tato léčba proběhla bez komplikací.

Březen 2017

Brnění ani křeče již neudává. V krvi nalezeno zvýšené TSH. Vápník stále mírně snížen. Dle sonografického vyšetření nenalezeny žádné patologie.

Březen 2018

Z laboratorních výsledků byl nalezen mírný nedostatek jodu. Brnění je velmi mírné. Thyreoidální hormony jsou v normě. Jiné potíže neudává. Váha je stabilní a neměnná. Léčba radiojodem, opět bez komplikací.

Březen 2019

Klinicky byl pacient v pořádku. Brnění a křeče neudával. Hodnota vápníku v krvi byla opět nižší. Hladina jodu byla velmi nízká. Nemocnému byly doporučeny potraviny se zvýšeným množstvím jodu. Zároveň byly zjištěny zvýšené hodnoty vápníku, fosforu a vitamínu D, které mají značný dopad na ledvinou funkci z důvodu užívání třech preparátů (Vigantol, Caltrate a Rocalrtol), které byly nasazeny pro zvýšení těchto hodnot.

Leden 2020

Dle laboratorních výsledků byl opět nalezen nízký index vápníku. Sonografické vyšetření neprokazuje žádné patologie. Zbytky štítné žlázy nejsou nalezeny. Dodávání jodu v potravě stále trvá. Váha se nemění.

8.2.4 Funkční model zdraví podle Marjory Gordonové

1. Vnímání zdraví a jeho udržování

O své zdraví se stará pečlivě. Vnímá zdraví jako důležitý aspekt. Plně orientován.

2. Výživa, metabolismus

Co se týče výživy, má doporučený zvýšený příjem jodu v potravě. Má seznam potravin, které mu byly doporučeny k úpravě hladiny jodu v krvi. Vypije kolem 2-2,5 litru tekutin za den. Jeho váha je 108 kg a výška 185cm, výpočtem BMI vyjde hodnota 31,5- obezita tzn. I. stupně. Pije hodně kávy, cca 7-8 šálků za den.

3. Vylučování

Stolice je spontánní, pravidelná a bez patologií. V oblasti močení je možné ohrožení ledvinné funkce, a to z důvodu nadměrného užívání preparátů s obsahem vápníku, fosforu a vitamínu D (nefrokalcinóza). Močení je fyziologické s občasnými močovými infekcemi.

4. Aktivita, cvičení

Nemocný je aktivní, cvičí, udržuje si fyzičku. Rád chodí s rodinou na výlety. Má rád sport a rád chodí na sportovní zápasy.

5. Spánek a odpočinek

Cítí se občas unaveně. Z počátku nemoci pociťoval únavu. Spí kolem 6-8 hodin. Dnes se spánkem nemá potíže. Potřebuje odpočívat.

6. Citlivost, vnímání, poznávání

V oblasti vnímání neudává žádné potíže. Je plně orientován. Poznávání je bez problémů.

7. Sebepojetí, sebeúcta

Neudává potíže. Je se sebou spokojený.

8. Role, vztahy

Má manželku a dvě dcery, se kterými má vlídný vztah. Má hodně přátel, se kterými rád posedí.

9. Reprodukce, sexualita

V této oblasti neudává problémy. Má dvě dcery.

10. Stres, zátěžové situace, zvládání a tolerance

Stres zvládá uspokojivě. Je tolerantní.

11. Víra, životní hodnoty

Pacient nevyznává víru. Jeho hlavní životní hodnoty má stanovené dle sebe.

8.2.5 Ošetřovatelské diagnózy

00148- Strach

Reakce člověka na hrozbu.

Určující příznaky:

Subjektivní: Pacient má zlé předtuchy, je napjatý až prožívání paniky. Jsou znatelné tělesné příznaky (bušení srdce, pocení),

Objektivní: Pacient je nejistý, nervózní, bledý. Může se vyskytnout pocení, průjemy nebo pláč.

Očekávané výsledky: Nemocný rozpozná objekt strachu. Umí eliminovat vzniklý strach. Pacient se naučí vhodné relaxační techniky pro zklidnění.

Intervence: Najdi zdroj strachu a pomoz s eliminací. Podpoř pacienta ve vyjádření emocí a buď mu na blízku. Sleduj tělesné příznaky strachu. Nauč pacienta relaxační techniky.

Hodnocení: Pacient svůj strach rozpozná. Nemocný používá vybrané relaxační techniky pro zmírnění strachu.

00163- Ochota ke zlepšení výživy

Situace, kdy člověk volí uspokojivý způsob příjmu potravy a tekutin, kdy obojí může být zlepšeno.

Určující příznaky: Pacient vyjadřuje touhu zlepšit výživu. Konzumuje doporučené potraviny. Má správný postoj, který se shoduje se zdravotními cíli.

Očekávané výsledky: Pacient chce změnit a zlepšit oblast výživy. Pacient ví, co má jíst a jaké jsou doporučené potraviny. Pacient jí pravidelně.

Intervence: Sleduj tělesnou hmotnost. Zhodnot' příjem stravy a tekutin. Poskytni nemocnému potřebné informace. Motivuj pacienta v dodržování správné výživy. Zajisti konzultaci s nutričním terapeutem.

Hodnocení: Pacient dodržuje doporučený jídelníček. Nemocný je dostatečně informován.

8.3 Kazuistika 3

8.3.1 Anamnéza

Respondentka C je žena, 20 let, léčí se s hyperthyreózou a astma bronchiale.

Osobní anamnéza

Respondent C je žena, které je 20 let. Dětství proběhlo s běžnými dětskými nemocemi. Nemocné byla v roce 2012, kdy byla diagnostikována hyperthyreóza. Na tuto poruchu se přišlo náhodně při preventivní kontrole u dětského lékaře. Byla nasazena léčba Letroxem 50 μ g. Udává, že si občas zapomene prášek vzít, ale převážně medikaci neužívá. Na kontroly k endokrinologovi nedochází, naposledy se dostavila v roce 2017. V roce 2020 bylo diagnostikováno astma bronchiale, které se projevovalo hlavně večer, kdy nemohla dýchat.

Rodinná anamnéza

Otec má hypothyreózu a matka je zdravá. Má mladší sestru, která je léčena s astmatem bronchiale a bratr má celiakii.

Gynekologická anamnéza

První menses udává ve 14 letech. Spolu s menstruací se vyskytly problémy, navštívila gynekologickou ambulanci a byla jí předepsána antikoncepce. Děti nemá. Pacientka nerodila, ani neabsolvovala potrat.

Pracovní anamnéza

Studuje prvním rokem vysokou školu zaměřenou na zdravotnictví. Má brigádu v trafice, kde prodává tabákové potřeby.

Sociální anamnéza

Žije v rodinném domě. V kolektivu je oblíbená, má spoustu přátel.

Farmakologická anamnéza

Letrox 50 μ g 1-0-0- nepravidelně

Sercept 225mcg, inhl. 2-0-2

Mirelle tbl 0-0-1

Alergická anamnéza

Astma bronchiale, kočičí chlupy, prach.

8.3.2 Fyzikální vyšetření

Celkový stav a vzhled: Pacientka je upravená a čistá. Její postavení těla je symetrické. Pohybuje se volně a aktivně. Je plně orientována.

Hlava: Na hlavě nejsou znatelné patologie. Vlasy má husté, ale občas vypadávají. Oči jsou lesklé a mírně vyboulené.

Krk: Krk je symetrický, pohledem i na pohmat je viditelná struma. Lymfatické uzliny po stranách krku jsou mírně zvětšené.

Hrudník: Hrudník je fyziologický a symetrický.

Horní končetiny: Končetiny jsou v pořádku. Kůže je hydratovaná, bez známek suchosti. Nehty jsou v dobré kvalitě. Tepová frekvence je hmatná na obou končetinách.

Dolní končetiny: Dolní končetiny jsou bez patologií. Nehty jsou taktéž dobré kvality. Tepová frekvence je dobře hmatná na obou končetinách.

Váha: 51 kg

Výška: 163 cm

BMI: 19,2- norma

Krevní tlak: 108/64 mmHg

Tepová frekvence: 71/min

Tělesná teplota: 36,5 °C

Dech: 13/min

8.3.3 Návštěva ambulance endokrinologa 2012-2020

Květen 2012

Po první návštěvě endokrinologa byla v krvi nalezena nízká hodnota TSH. Štítná žláza dle USG zvětšena- struma a prokázání hyperthyreózy. Zvýšené pocení, hyperaktivita, změny nálady. Pacientce byl nasazen Letrox 50µg. Mírné vypadávání vlasů.

Duben 2013- Září 2014

Thyreiodální hodnoty byly fyziologické. Struma stále viditelná a hmatná i dle USG. Nadále užívá Letrox 50µg.

Únor 2015- Duben 2016

V krevních testech nalezena mírně nízká hodnota TSH. Váha je stabilní a nemění se. Struma přetrvává dle USG vyšetření. Užívá Letrox 50µg. Občas si zapoměla léky vzít.

Květen 2017

Hodnoty hormonů štítné žlázy jsou v normě. Dle USG je prokázána struma. Váha je stálá. Špatně snáší teplo- pocení. Nadále užívání Letroxu 50µg, kdy pacientka přiznává, že si ho občas nevezme.

Na další kontroly se pacientka nedostavila. A léky spíše neužívá.

8.3.4 Funkční model zdraví podle Marjory Gordonové

1. Vnímání zdraví a jeho udržování

Nemocná se o své zdraví stará. Snaží se pravidelně užívat stanovenou medikaci od endokrinologa. Je plně orientována.

2. Výživa, metabolismus

Pacientka váží 51kg a měří 161 cm. BMI je tedy 19,2- norma. Udává mírně zrychlený metabolismus. Občas nemá chuť k jídlu. Volí zdravější a kvalitnější potraviny. Vypije cca 1-1,5 litru vody za den.

3. Vylučování

Co se týče vylučování stolice, udává průjmy 1-2x do měsíce. Jinak je stolice formovaná a bez patologií. Močení je fyziologické, pacientka neudává potíže.

4. Aktivita, cvičení

Pacientka je aktivní, má ráda tanec a velmi ráda sportuje. Nejvíce ji baví míčové hry.

5. Spánek a odpočinek

V oblasti spánku se pacientka potýká s únavou, která je dominantní spíše odpoledne. Spí cca 8-10 hodin. Problémy se spaním neudává.

6. Citlivost, vnímání, poznávání

Vnímání je fyziologické, s udržení pozornosti nemá problém.

7. Sebepojetí, sebeúcta

Cítí se sama se sebou spokojená. Má se ráda.

8. Role, vztahy

S rodiči vychází kladně, ráda s nimi tráví čas. S mladší sestrou má občas spory-společný dětský pokoj (úklid).

9. Reprodukce, sexualita

První menses nastal v 14. roce. Hned z počátku měla potíže a po návštěvě gynekologa byla nasazena hormonální antikoncepce. Je sexuálně aktivní. Poznává sama sebe. Partnera nemá.

10. Stres, zátěžové situace, zvládání a tolerance

Stresové situace pacientka moc nezvládá. Při zvýšeném napětí se pacientka začne více potit a pociťuje třes rukou a klepe nohami (syndrom neklidných nohou). Snaží se využívat relaxační techniky, ale jen s mírným účinkem.

11. Víra, životní hodnoty

Pacientka je nevěřící. Hodnoty stanoveny.

8.3.5 Ošetřovatelské diagnózy

00162- Ochota ke zlepšení léčebného režimu

Nemocný zvládá léčbu a také prevenci vůči komplikacím, ale jeho konané činnosti mohou být zlepšeny.

Určující příznaky:

Subjektivní: Nemocný vyjádřil přání ke zlepšení zvládání léčebného režimu.

Objektivní: Nemocný koná činnosti pro podporu léčebného režimu. Nemocný mluví o svých obtížích souvisejících s léčebným režimem a nemocí samotnou.

Očekávané výsledky: Pacient rozumí léčebnému režimu své nemoci. Pacient využívá vhodné zdroje k zjištění informací.

Intervence: Sleduj dodržování daného léčebného režimu. Všímej a hodnot' obtíže nemocného. Doporuč nemocnému vhodné zdroje.

Hodnocení: Pacientka se snaží brát léky pravidelně. Našla si dostatek informací o nemoci.

00030- Porušená výměna plynů

Stav, kdy dochází k dostatečnému nebo nedostatečnému okysličení krve, nebo nedostatečné vylučování oxidu uhličitého z krve skrz alveolokapilární membránu.

Určující příznaky:

Subjektivní: Dušnost, bolesti hlavy, úzkost.

Objektivní: Porucha dýchání, ortopnoe, tachypnoe, pocení.

Očekávané výsledky: Nemocný je seznámen s příznaky onemocnění. Aktivně se účastní na léčebném režimu. Pacient zvládá ovládat inhalátor. Pacient je klidný a netrpí bolestmi hlavy.

Intervence: Posud' dýchání pacienta. Posuzuj psychické změny. Sleduj bolesti hlavy. Informuj pacienta o příčinách vzniku onemocnění. Pouč a předved' užívání inhalátoru.

Hodnocení: Pacientka není dušná a pozná příznaky astmatu. Zvládá použít inhalátor.

9 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Otázka č. 1- Jaké onemocnění štítné žlázy máte? Jak dlouho onemocnění trvá?

Respondentka A odpovídá, že se léčí s hypotyreózou, od 15 let. Respondent B udává nález hypotyreózy a karcinomu štítné žlázy v roce 2012. Respondentka C odpovídá, že má hypertyreózu.

Otázka č. 2- Jaké byly první příznaky a potíže související s onemocněním štítné žlázy, které Vás přivedly k lékaři? Kolik Vám bylo let?

Respondentka A uvádí, že cítila zimomřivost, měla studené ruce a byla hodně unavená. Respondent B říká „*Začalo to vlastně tím, že mi začali růst prsa, taky jsem byl hodně unavený, k doktorovi jsem šel tak po 2-3 měsících*“. Respondentka C odpovídá, že prvotní příznaky byly neurčité, protože se na tuto poruchu přišlo čistou náhodou a zpětně si uvědomuje příznaky- vypadávaly jí vlasy, více se jí třásl ruce a klepala nohama, také ztrácela na váze.

Otázka č. 3- Léčíte se s jiným onemocněním než s onemocněním štítné žlázy?

Respondentka A se s ničím jiným neléčí, jen doplňuje hladiny železa v krvi. Respondent B se také s ničím neléčí. A naopak respondentka C odpovídá, že se léčí s bronchiálním astmatem, kdy je léčba v začátku.

Otázka č. 4- Jak dlouho po objevení prvních příznaků onemocnění jste navštívil/a lékaře? Jakého? (dětského, praktického, interního, endokrinologa)?

Respondentka A odpovídá, že její porucha štítné žlázy byla objevena náhodou, po návštěvě dětského pediatra a pak byla odeslána k endokrinologovi, ke kterému docházela s přestávkou. Respondent B zodpověděl, že šel k praktickému lékaři cca 2-3 měsíce, poté co mu začala růst prsa. Zato respondentka C uvádí, že nález její poruchy byl náhodný jako u respondentky A. Všichni tři respondenti odpovídají, že byli následně posláni do péče endokrinologa.

Otázka č. 5- Jaké jste měl/a pocity, když Vám bylo diagnostikováno toto onemocnění?

Všichni respondenti se shodli, že byli z počátku zaskočení a nevěděli co dále očekávat. Respondent B udává „*Trápily mě velmi nejisté pocity, byli to trochu nervy. Když jsem byl s kamarády na pivu, nevydržel jsem tolik, co vždy, a zvracel jsem a bylo mi špatně.*“

**Otázka č. 6- Jaká léčba Vám byla nasazena? Vyskytly se komplikace? (Pokud ano-
Jaké?)**

Všichni tři respondenti byli zabezpečeni léky. Respondentka A odpovídá, že jí byl nasazen Euthyrox 50ug, ½ tablety denně, dnes bere dávku 112ug 1x denně. Respondent B uvádí, že dostal jako první lék Thyrozol, kdy komplikací bylo, že lék prakticky neúčinkoval, proto byl nasazen Letrox 225ug. Respondentka C uvádí užívání léku Letrox 50ug.

**Otázka č. 7- Pozorujete na sobě příznaky a potíže související s onemocněním štítné
žlázy i nyní?**

Respondentka A nepocítuje žádné obtíže, jen mírnou únavu z důvodu zvýšené aktivity. Respondent B uvádí obtíže, jen když musí vysadit léky před prohlídkou. Jinak je občas unavený a má mírné křeče. Respondentka C říká „*Ano, vadí mi nejvíce teplo, pak se strašně potím.*“

**Otázka č. 8- Pozorujete na sobě změny, omezení eventuálně následky spojené
s onemocněním štítné žlázy?**

Respondentka A udává, že největší změna je užívání léků, nemůže si zvyknout na to brát je ráno nalačno. Respondent B se s ní shoduje a také ho ovlivňuje pravidelně užívat léky. Zato Respondentka C udává „*Když jsem ve stresu nebo jen málo nervózní, tak se mi klepou ruce a poklepávám si nohou. Jsem hyperaktivní a občas náladová.*“

Otázka č. 9- Jaké jste měl/a pocity při první návštěvě endokrinologa? Ovlivnila Vás tato návštěva?

Respondentka A odpověděla, že nevěděla, co od toho čekat, ovlivnilo ji hlavně užívání léků. Respondent B uvedl, že byl rád, že se to začalo řešit, kdy růst prsou nebyl vůbec příjemný. Naopak respondentka C byla zaskočena, jelikož nevěděla na co se v tu chvíli ptát.

Otázka č. 10- Myslíte si, že jste byl/a ze strany zdravotníků dostatečně seznámen/a o onemocnění štítné žlázy? Bylo informování dostatečné?

Respondentka A odpověděla, že nebyla dostatečně informovaná. Hodně informací si musela dohledat sama z vlastních zdrojů. Respondent B byl naopak velmi dobře informován. Respondentka C byla také dost informovaná, několik informací si dohledala sama.

Otázka č. 11- Kdo ze zdravotníků Vám poskytl informace o onemocnění, léčbě a režimových opatření?

Všechny tři respondenty informoval lékař. Jen respondentka A udává, že podaným informacím o svém stavu moc nerozumí. Respondenti B i C byli dostatečně informováni.

Otázka č. 12- Vyhledal/a jste si informace o Vaší diagnostikované nemoci štítné žlázy?

Všichni respondenti si vyhledali informace, kterým ale příliš nerozuměli. Respondentka A využila internetové zdroje. Respondent B udává, že využil knihu specializovanou na oblast štítné žlázy. Respondentka C odpověděla, že má dobrý přístup k informačním zdrojům, jelikož se pohybuje ve zdravotnictví.

Otázka č. 13- Byla Vám doporučena nějaká režimová opatření? Jaká?

Respondetka A udává nasazení léku Euthyrox a doplnění železa v krvi. Respondent B odpověděl, že dostal jako první lék Thyrozol, který byl bez účinku, následně byl předepsán Letrox, kdy se následně upravovala dávka. Doplnuje hladiny jodu v krvi. Respondentka C užívá Letrox a má omezit pití kávy.

Otázka č. 14- Dodržujete doporučená režimová opatření související s léčbou onemocnění štítné žlázy?

Respondentka A říká „*Občas si ten prášek zapomenu vzít, protože se mi nechce vstávat a radši si přispím a pak se rovnou najím.*“ Respondent B udává podobné problémy jako respondentka A, udává tyto problémy po dlouhých směnách v práci. Respondentka C říká, že léky nebere vůbec, a to z důvodu, že nebyla zvyklá snídat. Naposledy si léky vzala před dvěma lety.

Otázka č. 15- Myslíte si, že v souvislosti s onemocněním štítné žlázy se změnila Vaše potřeby ve smyslu stravy, pitného režimu, spánku, odpočinku, rodinných a společenských vztahů? Popřípadě byla potřeba upravit Vaši fyzickou aktivitu či pracovní režim?

Respondentka A říká „*No, ze začátku mě omezovala únava, v 15 letech, jsem klidně prospala celé odpoledne. Co se týče rodiny, měla jsem obavy, protože moje babička byla na operaci se štítnou žlázou a já jsem se bála, že budu muset taky.*“ Respondent B udává mírné problémy s užíváním léků v souladu s prací. Musí dodržovat jídelníček k doplnění jodu. A také měl psychické problémy z důvodu růstu prsou, kdy se cítil ve společnosti kamarádů špatně. Respondentka C udává: „*Nemám třeba vůbec hlad, někdy za den sním třeba jen jogurt. Střídají se taková určitá období- únava a hyperaktivita a to mám i v jídle. Třeba po těžkém jídle nebo fast foodu je mi špatně a nevolno.*“

Otázka č. 16- Docházíte na pravidelné kontroly k Vašemu endokrinologovi?

Respondentka A přestala k první endokrinoložce chodit, kdy po dvou letech přešla k jiné. Jinak na pravidelné kontroly již dochází, jsou provedeny náběry krve a sono krku. Respondent B uvádí, že jezdí na kontroly do FN Motol, kde dříve docházel na léčbu radiojodem, také zároveň navštěvuje oddělení nukleární medicíny. Ke své endokrinoložce také dochází jak má. Respondentka C udává, že na poslední kontrole byla v roce 2018 a od té doby na kontrole nebyla.

Otázka č. 17- Jste si vědom/a možných následků o nedodržování léčebného režimu a režimových opatření? Víte, jaké to mohou být?

Respondentky A i C se shodly, že možné následky neznají a neví, jaké by to mohli být. Respondent B si komplikace uvědomuje, jelikož komplikace měl. „*Stalo se to asi pátý den po operaci, kdy jsem cítil křeče v ruce, brnění v prstech a nohách. Bylo to hodně nepříjemné a trápí mě to někdy i dnes.*“ dodává.

Otázka č. 18- Absolvoval/a jste hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení na základě Vašeho onemocnění? Pokud ano, z jakého důvodu, jaký byl průběh a závěr?

Respondentky A i C uvedly, že neabsolvovaly hospitalizaci. Respondent B uvádí, že hospitalizaci absolvoval po dobu 10. dní, a to z důvodu odstranění štítné žlázy a chirurgické ošetření prsou.

DISKUZE

Tato bakalářská práce se zabývá specifiky ošetrovatelské péče o pacienty s onemocněním štítné žlázy. Respondenty šetření byli tři pacienti, kteří se léčí s různou formou onemocnění štítné žlázy.

Hlavním cílem bylo zmapovat specifika ošetrovatelské péče o pacienty s onemocněním štítné žlázy. Tento hlavní cíl jsem byl zvolen proto, že každý z těchto pacientů má jiný průběh nemoci a rozdílné příznaky. Pomocí dílčích cílů bylo zjišťováno, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o tyto pacienty, míru informovanosti, zda nemocní dodržují zásady léčby a režimová opatření a dále byla provedena analýza individuálních potřeb těchto pacientů.

V praktické části bylo realizováno kvalitativní šetření pomocí kazuistiky a rozhovoru. Tento rozhovor obsahoval 18 otázek. Pacienti byli poučeni o zachování anonymity a možnosti neodpovědět na danou otázku. Respondenti byli označeni písmeny A, B a C.

Jedna z otázek rozhovoru se týkala oblasti režimových opatření. Na základě rozhovoru bylo zjištěno, že všichni tři respondenti se shodují v tom, že si občas ráno nevezmou předepsaný lék na podporu štítné žlázy. Respondentka C udává, že léky ve větší míře spíše neužívá. Přiznává se, že naordinované léky užívá jen tehdy, když je doma a vzpomene si prášek vzít. Tento přístup se zdá být spíše nezodpovědný, a to hlavně vůči zdraví. Je zde riziko, že vznikne stav, kdy by se štítná žláza musela operativně vyjmout. Myslím si, že tento přístup k nemoci není vhodný, jelikož si tyto nemocní mohou zahrávat s možnými vážnými stavy, stejný názor má např. i Marek a Hána (2017, s. 261), kteří uvádí mnoho komplikací a akutních stavů souvisejících s neužíváním léků. Problémy s užíváním léků souvisí spolu s nastavenými hodnotami a režimem, který si stanovil sám pacient. Madincová (2011, s. 31) souhlasí, že léky podporující štítnou žlázu by se neměly jen tak vysazovat, nebo si ho občas jen vzít. Nemocní se s onemocněním štítné žlázy často potýkají s psychickými problémy, ať už je to pacient s hyperfunkcí nebo s hypofunkcí štítné žlázy. Na tuto oblast jsem se zaměřila, jelikož stres a strach jsou často nalézané pocity. Respondent B udává stres a nejistotu, tyto pocity jsou dle mého názoru na místě, jelikož prodělal maligní onemocnění. Myslím si, že každý kdo prodělal onkologické léčení je ve značném stresu i strachu z možného návratu nemoci. Dlouhodobý až chronický stres je velmi rizikový pro zdravotní stav nemocného. S těmito tvrzeními souhlasí Madincová (2011, s. 38),

kteřá uvádí, že se chronický stres může podílet na vzniku další choroby. Domnívám se, že jsou na místě stanovit určitá pravidla, jak se se stresem vypořádat, mnozí pacienti by určitě využili duševní hygienu, chození na procházky nebo jiné aktivity, které by zabránily vzniku stresu nebo ho alespoň zmírnily. Mnozí pacienti by se stresu snadno podali, ale bylo by zde možné riziko vzniku psychosomatického onemocnění.

Dále se nabízí k diskusi oblast informovanosti, kdy se respondentky A a C shodly, že podání informací nebylo dostačující a musely si dohledat informace z vlastních zdrojů. Informovanost a znalost problému je dle mého názoru v této problematice velmi důležitá a to z důvodu předcházení komplikacím a dalším nepříjemným důsledkům. Jsem toho názoru, že je třeba informovat důsledněji, a to především v oblasti užívání léků. Tato oblast je dle mého názoru jedna z hůře proveditelných, jelikož jedinec musí 20-30 minut před jídlem (nalačno) užívat léky. S těmito problémy se také potýkají respondenti našeho výzkumného šetření a občas i já sama. Často nemocní ani netuší, s čím se léčí, a léky berou jen ze zvyku. Myslím si, že v tomto případě, by nemocní měli být obohaceni informacemi o to více. Dlouhodobým neužíváním léků si nemocný zahrává se svým zdravím, a jeho příznaky se mohou vystupňovat a zapříčinit tak akutní stav. Madincová (2011, s. 22) souhlasí s tím, že dostatečná informovanost je základ, a to hlavně v případě propuštění pacienta zpět do domácího prostředí.

Příjem jodu v potravě je pro život nezbytně nutný. Mnoho pacientů trpí jeho nedostatkem, je to i případ respondenta B. Jak tvrdí Marek a Hána (2017, s. 207) na světě existují dvě miliardy lidí, kteří trpí nedostatkem jodu v potravě. V dřívějších dobách zasáhl pacienty jodový deficit, který se nevyhnul ani České republice. Tudíž jsem toho názoru, že je důležité užívat dostatečné množství jodu v potravě a zabránit tím komplikacím. Tuto látku mohou pacienti najít například v jodizované soli, v rybách (mořských), a v mléčných výrobcích. Při alergii na jod se nesmí zapomenout na použití nejodových přípravků, často pacienti ani neupozorní lékaře na tuto skutečnost a dochází k zbytečným potížím.

Pokud bych měla opakovat podobné šetření, asi bych se zaměřila i na hospitalizované pacienty a sledovala jejich rozvoj nemoci v nemocničním zařízení. Sledovala bych také stav před operací a po operaci. Věnovala bych se rovněž rizikům a komplikacím a hodnotila jejich rozvoj. Samozřejmě i pacienti, již se léčí ambulantně se nesmí přehlédnout, jelikož se potýkají s podobnými obtížemi jako v nemocničním zařízení, až na to, že nejsou operováni. A jen pravidelně dochází na kontroly ke svému endokrinologovi. Mohou

se potýkat s parestezií, výkyvy hodnot thyreoidálních hormonů či jinými potížemi spojenými s onemocněním štítné žlázy. Brnění a křečové stavy trápí respondenta B, který udával, že křečové stavy jsou jen občas, a proto pravidelně užívá vitamin D. Při své praxi, kterou jsem absolvovala na ORL, jsem viděla i vážné příznaky hypokalcémie, kdy se tato komplikace se projevovала křečovými stavy, kterou doprovázely bolesti hlavy a subjektivní pocity brnění celého těla. Parestezie by se měla sledovat, je také nutné poučit pacienta, aby neprodleně nahlásil tyto potíže. Pacient je po oznámení této skutečnosti častěji kontrolován a je obeznámen i lékař. Pokud se jedná o pacienta, který je léčen v domácím prostředí, měl by tyto příznaky také sledovat. Dle mého názoru je to relativně nejčastěji viděná komplikace u poruch štítné žlázy. S tímto názorem souhlasí i Marek a Hána (2017, s. 310), ale ještě je navíc uvedeno, že je třeba kompletní léčba nemocného.

Co se týče již zmíněného termínu psychosomatického onemocnění. Madincová (2011 s. 9-10), stručně popisuje choroby a onemocnění, které souvisejí se zvýšeným nervovým napětím a stresem a které se mohou podílet i na jejich vzniku. Jedná se o choroby kardiovaskulární (ischemická choroba srdeční, hypertenze), zasahující i do oblastí gastrointestinální- žaludeční vředy, zvýšená funkce štítné žlázy či různé dechové potíže a další. Tato onemocnění postihují pacienty, kteří jsou pod vlivem neustálého nátlaku a stresu. Tento typ lidí neumí relaxovat a odpočívat, jsou zahrnuti prací a hlavní problém je ten, že si „berou práci domů“. Tím je myšleno to, že nad prací přemýšlí i z domova, či provádí úlohy důležité pro provedení práce. Tento přístup se mi zdá spíše zbytečným, jelikož se těmto příznakům a nemocem dá snadno předejít. Pacienti by měli častěji chodit ven či do lesa, aby si vyčistili hlavu, trávit čas s rodinou nebo dělat jiné kroky k uvolnění a odstranění napětí a stresu. Lidé by se měli naučit odpočívat a sledovat případné potíže poukazující na vznik psychosomatického či somatopsychického onemocnění (termín pro označení stavu, kdy se naopak vzniklým onemocněním vytváří různé stresové pocity až deprese). Prevence nebo řešení problému je duševní hygiena, ve které se snadno najde každý člověk a vyplní si tak své potřeby a sníží pocity, které se jeví jako stres. Používán je také termín somatopsychické onemocnění, kdy se naopak se vzniklým onemocněním vytváří různé stresové pocity až deprese.

Jako doporučení pro praxi byla vytvořena mapa ošetrovatelské péče (viz. příloha C), kde jsou specifikovány úkony, které by měla všeobecná sestra plnit, a to u pacienta, který má jako indikaci odstranění štítné žlázy. Tato mapa by se mohla uplatnit při edukaci a při

správném plnění svých povinností. Bylo by vhodné tuto mapu umístit na sesternu nebo na oddělení ORL či chirurgické oddělení.

ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo zmapování specifik ošetrovatelské péče o pacienty s onemocněním štítné žlázy. Toto téma bylo zvoleno z důvodu velkého zájmu o tuto problematiku a také jistou vlastní zkušenost.

V praktické části jsou popisovány kazuistiky a rozhovory. Rozhovory byly provedeny s nemocnými, již se léčí s onemocněním štítné žlázy. Konkrétně se jedná o hyperfunkci štítné žlázy, hypofunkci štítné žlázy a pacienta s diagnostikovaným karcinomem štítné žlázy. Cílem rozhovoru bylo zjistit klíčové oblasti péče o pacienta s onemocněním štítné žlázy, zhodnotit také potřebu edukace, a zda dodržují daná režimová a léčebná opatření. Rozhovory byly následně porovnány a sepsány.

Na všechny tři respondenty byly vytvořeny kazuistiky. Tyto kazuistiky obsahovaly anamnézu (osobní, pracovní, sociální), dále fyzikální vyšetření, kde jsem se zajímala o subjektivní a objektivní stav nemocného a také o hodnoty fyziologických funkcí. Pro doplnění byl využit funkční model zdraví dle Marjory Gordonové. Jako poslední část kazuistiky jsou vytvořené ošetrovatelské diagnózy (aktuální).

V této práci byly stanoveny čtyři dílčí cíle, které se týkaly zjištění specifik ošetrovatelské péče, zjištění míry informovanosti, zda pacienti dodržují doporučená opatření (režimová, léčebná) a analýza potřeb nemocného. Tyto cíle byly splněny. Zároveň byl zjištěn chybějící rozsah informací k této problematice. V oblasti dodržování režimových opatření, v rámci výzkumu vyplynulo, že se tato opatření spíše nedodržují. Všichni tři respondenti měli problém s pravidelným užíváním svých léků, uvedli, že si lék občas zapomenou vzít.

Výstupem do praxe je mapa ošetrovatelské péče o pacienta (viz. příloha C), který je hospitalizován z důvodu indikace k thyreoidektomii. Jsou zde popsány hlavní zásady a to ty, které by nelékařský pracovník měl splnit. Jedná se o popsání třech oblastí- před výkonem, v den výkonu a po výkonu. Tato mapa by se mohla využít jako edukační materiál pro nelékařské zdravotníky a také jako doporučený postup ošetrovatelské péče.

SEZNAM LITERATURY

- ANGENENDT, Gabriele. *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2010. 326 s. ISBN 978-80-7367-781-7.
- ASTL, Jaromír. *Chirurgická léčba nemocí štítné žlázy*. 2. rozšířené vyd. Praha: Maxdorf, c2013, 252 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-376-3.
- BRUNOVÁ, Jana a Josef BRUNA. *Klinická endokrinologie a zobrazovací diagnostika endokrinopatií*. Praha: Maxdorf, c2009, 456 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-190-5.
- DOSTÁLOVÁ, Olga. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2016. 166 s. Sestra. ISBN 978-80-247-5706-3.
- GURKOVÁ, Elena. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2017. 191 s. Sestra. ISBN 978-80-271-0461-1.
- HÁNA, Václav. *Endokrinologie pro praxi*. Praha: Maxdorf, c2014, 224 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-414-2.
- JANÍKOVÁ, Eva. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 249 s. Sestra. ISBN-978-80-247-4412-4.
- KRŠEK, Michal. *Endokrinologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011, 97 s. ISBN 978-80-7262-687-8.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.
- LÍMANOVÁ, Zdeňka, Jan JISKRA, Dana MORAVČÍKOVÁ a Igor KAREN. *Diagnostika a léčba tyreopatií*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství, 2015, 33 s. ISBN 978-80-86998-77-0.
- MANDINCOVÁ, Petra. *Psychosociální aspekty péče o nemocného: onemocnění štítné žlázy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 123 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3811-6.
- MAREK, Josef a Václav HÁNA. *Endokrinologie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2017, 692 s. ISBN-97880-7262-484-3.
- MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 128 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3171-1.
- PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství I*. 2.vyd. Praha: Grada, 2018. 288 s. ISBN- 978-80-271-2327-8.

SEDLÁČKOVÁ, Eva a Viera BAJČIOVÁ. *Neuroendokrinní nádory*. Praha: Maxdorf, 2016, 375 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-468-5.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 264 s., s. ba-
rev. obr. příl. Sestra. ISBN 978-80-247-3129-2.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v chirurgii 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha:
Grada Publishing, 2019. 272 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2900-8.

SLOUKA, David. *Otorinolaryngologie*. První vydání. Praha: Galén, 2018. 286 s. ISBN-978-
80-7492-391-3

STÁRKA, Luboslav, ed. *Endokrinologie*. 1.vyd. Praha: Triton, 2010. 231 s. Lékařské repetito-
rium, sv. č. 1. ISBN-978-80-7387-328-8.

STŘÍTESKÝ, Jan. *Patologie*. 1.vyd. Olomouc: Epava, 2001, 338 s. ISBN 80-86297-06-3.

Thyroid Surgery: American Thyroid Association®, 2019 [online]. [Cit. 30.12.2019]. Dostupné
z: <http://www.thyroid.org/thyroid-surgery/>).

WICHISOVÁ, Jana. *Sestra a perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 192 s. Sestra.
ISBN 978-80-247-3754-6.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A – Informovaný souhlas: respondent
- Příloha B – Polostrukturovaný rozhovor
- Příloha C – Mapa ošetrovatelské péče: thyreoidektomie

PŘÍLOHA A- INFORMOVANÝ SOUHLAS- RESPONDENT

Informovaný souhlas pro respondenta. Téma bakalářské práce: Specifika ošetrovatelské péče o pacienta s onemocněním štítné žlázy.

STUDENT

Tolarová Kristýna

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

email: tolarka11@seznam.cz; tel: 725 950 111

VEDOUcí BP:

PhDr. Mgr. Jitka Krocová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: krocovaj@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je zmapovat specifika ošetrovatelské péče o pacienty s onemocněním štítné žlázy.

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

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

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

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

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

PŘÍLOHA B- POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

- 1) Jaké onemocnění štítné žlázy máte? Jak dlouho onemocnění trvá?
- 2) Jaké byly první příznaky a potíže související s onemocněním štítné žlázy, které Vás přivedly k lékaři? Kolik Vám bylo let?
- 3) Léčíte se s jiným onemocněním než s onemocněním štítné žlázy?
- 4) Jak dlouho po objevení prvních příznaků onemocnění jste navštívil/a lékaře? Jakého? (dětského, praktického, interního, endokrinologa)
- 5) Jaké jste měl/a pocity když Vám bylo diagnostikováno toto onemocnění?
- 6) Jaká léčba Vám byla nasazena? Vyskytly se komplikace? (Pokud ano- Jaké?)
- 7) Pozorujete na sobě příznaky a potíže související s onemocněním štítné žlázy i nyní?
- 8) Pozorujete na sobě změny, omezení, eventuelně následky spojené s onemocněním štítné žlázy?
- 9) Jaké jste měl/a pocity při první návštěvě endokrinologa? Ovlivnila Vás tato návštěva?
- 10) Myslíte si, že jste byl/a ze strany zdravotníků dostatečně seznámen/a o onemocnění štítné žlázy? Bylo informování dostatečné?
- 11) Kdo ze zdravotníků Vám poskytl informace o onemocnění, léčbě a režimových opatřeních?
- 12) Vyhledal/a jste si informace o Vaši diagnostikované nemoci štítné žlázy?
- 13) Byla Vám doporučena nějaká režimová opatření? Jaká? Jaká jsou dnes?
- 14) Dodržujete doporučená režimová opatření související s léčbou onemocnění štítné žlázy?
- 15) Myslíte si, že v souvislosti s onemocněním štítné žlázy, se změnily Vaše potřeby ve smyslu stravy, pitného režimu, spánku, odpočinku, rodinných a společenských vztahů? Popřípadě byla potřeba upravit Vaši fyzickou aktivitu či pracovní režim?

- 16) Docházíte na pravidelné kontroly k Vašemu endokrinologovi?
- 17) Jste si vědom/a možných následků o nedodržování léčebného režimu a režimových opatření? Víte, jaké to mohou být?
- 18) Absolvoval/a jste hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení na základě vašeho onemocnění? *Pokud ano, z jakého důvodu, jaký byl průběh a závěr?*

PŘÍLOHA C- MAPA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE: THYREO- IDEKTOMIE

Mapa ošetrovatelské péče: thyreoidektomie		
Den před výkonem	V den výkonu	Po výkonu
<ul style="list-style-type: none"> ○ Proved' seznámení P s chodem oddělení. ○ Odeber a vypracuj ošetrovatelskou anamnézu a stanov ošetrovatelské diagnózy. ○ Edukuj P o průběhu hospitalizace a denním režimu na oddělení. ○ Seznam P se zařízením na pokoji- signalizace, polohování postele. ○ Zajisti žilní vstup. ○ Asistuj lékaři při vstupním vyšetření P. ○ Asistuj anesteziologovi při anesteziologickém vyšetření. ○ Podej medikaci dle ordinace lékaře a dle anesteziologa. ○ Pouč P o tom, že OD PŮLNOCI NESMÍ JÍST, PÍT A KOUŘIT. ○ Aplikuj LWMH dle ordinace lékaře jako prevenci nemoci TEN. ○ Podej hypnotika dle ordinace lékaře a dle žádosti P. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ráno po probuzení P, splň ordinace předepsané lékařem. ○ Připomeň P, aby stále nic nepil, nejedl a nekouřil. ○ Podej infuzní terapii dle ordinace lékaře pro doplnění tekutin. ○ Dohlédni na správné nasazení bandáží DK. ○ Pouč P, aby si před odjezdem na operační sál sundal veškeré šperky a kovové předměty z těla. ○ Kontroluj PŽK a předcházej vzniku flebitis. ○ Dohlédni na řádné vymočení před podáním premedikace. ○ Podej premedikaci dle ordinace lékaře. ○ Pouč P, aby po aplikaci premedikace již nevstával z postele. ○ Zajisti transport na operační sál. ○ Připrav k lůžku potřebné pomůcky- podložní mísa, emitní miska, buničitá vata. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Při přebírání P z dospávacího pokoje, kontroluj stav vědomí a odeznění myorelaxancií. ○ Monitoruj fyziologické funkce (TK, P, TT, SpO₂) Á ½ hodiny. ○ Proved' edukaci P a oznam mu skutečnost, že by se měl vymočit do 6-8 hodin. ○ Zajisti infuzní terapii pro doplnění tekutin. ○ Doporuč správnou polohu (na zádech a mírně zvednuté pod hlavou) a také doporučíme nevstávat z postele a nepřemáhat operační ránu. ○ Dej k blízkosti P signalizační zařízení. ○ Proved' kontrolu Redonova drénu. Posud' jeho funkčnost (stlačená harmonika) a proved' zápis množství do ošetrovatelské dokumentace- konej tak každou hodinu. ○ Kontroluj krvácení a stav sterilního krytí. ○ Sleduj bolest, popřípadě podej preparáty na zmírnění bolesti dle ordinace lékaře.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Zajisti transport z operačního sálu zpět na oddělení. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sleduj parestezii (brnění, mravenčení) částí těla P. Edukuj P aby tyto potíže nahlásil. ○ Asistuj lékaři při odstranění Redonova drénu, které se provádí 2. den po operaci. ○ Každé ráno prováděj krevní náběr žilní krve, pro zjištění hodnoty vápníku a fosforu. Zaznamej tento údaj do ošetrovatelské dokumentace. ○ Kontroluj PŽK a předcházej vzniku flebitis. ○ Asistuj lékaři při převazu operační rány. ○ Sleduj komplikace a případně informuj lékaře. ○ Zajisti adekvátní dietu.
--	---	--

