



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Zvláštnosti v poskytování ošetřovatelské péče před a po
operaci štítné žlázy

Vypracoval: Kateřina Hauserová
Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová

České Budějovice 2014/2015

Abstrakt

Současný stav

S onemocněním štítné žlázy se setkáváme, po diabetu mellitu, jako s nejběžnějším onemocněním žláz s vnitřní sekrecí. Nejčastějšími onemocněními štítné žlázy jsou záněty, nádory, struma neboli zvětšení štítné žlázy, hyperfunkce a hypofunkce štítné žlázy. Indikacemi k operačnímu zákroku jsou, kromě jiného, maligní a benigní onemocnění štítné žlázy. V pooperační péči platí jak všeobecné zásady, tak specifické zásady pooperační péče, která se řídí stavem pacienta, druhem operačního výkonu a požadavky operatéra. Poskytování správné ošetrovatelské péče má též napomáhat předcházení vzniku možných pooperačních komplikací.

Bakalářská práce s názvem „Zvláštnosti v poskytování ošetrovatelské péče před a po operaci štítné žlázy“ je rozdělena na dvě části, teoretickou a empirickou. Teoretická část bakalářské práce se zabývá anatomí a fyziologií štítné žlázy a jejího okolí, potřebou jódu pro štítnou žlázu, popisuje jednotlivá onemocnění štítné žlázy, diagnostikou a léčbou onemocnění štítné žlázy. Dále ošetrovatelskou péčí před a po operaci štítné žlázy, vznikem možných komplikací a v neposlední řadě domácí péčí po propuštění pacienta z nemocnice.

Cíle a výzkumné otázky

Cílem bakalářské práce bylo zjistit zvláštnosti v poskytování ošetrovatelské péče před a po operaci štítné žlázy a zjistit režimová opatření a jejich znalost u pacientů po operaci štítné žlázy na chirurgickém oddělení. K dosažení cílů byly vytvořeny výzkumné otázky. O1: Jaké existují zvláštnosti v ošetrovatelské péči před operací štítné žlázy? O2: Jaké existují zvláštnosti v

ošetřovatelské péči po operaci štítné žlázy? O3: Jaká jsou režimová opatření u pacientů po operaci štítné žlázy? O3: Jaké znalosti mají pacienti o režimovém opatření po operaci štítné žlázy? Pro získání potřebných dat byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru.

Metodika

Ke zpracování této bakalářské práce bylo provedeno kvalitativní výzkumné šetření. Jako technika sběru dat byly použity polostrukturované rozhovory. Na základě rozhovorů byla sestavena kategorizace. Výzkumné šetření proběhlo na chirurgickém oddělení, kde se vyskytují pacienti s onemocněním štítné žlázy.

Výsledky

Z šetření vyšlo, že sestry znají zásady péče a jsou dostatečně informovány o ošetřování pacienta s onemocněním štítné žlázy. Z rozhovorů byly zjištěny zásady ošetřovatelské péče, které by se měly dodržovat po celou dobu hospitalizace pacienta s onemocněním štítné žlázy. Sestry v rozhovorech zdůrazňují rozdíly v poskytování ošetřovatelské péče před a po operaci štítné žlázy u pacienta. Z šetření bylo dále zjištěno, že by sestry uvítaly i další odborné semináře, které se zabývají danou problematikou, o ošetřování pacienta s onemocněním štítné žlázy. Dále byla zjištěna informovanost a znalost režimových opatření u pacientů po operaci štítné žlázy. Na základě získaných dat z rozhovorů s pacienty, kteří uvádějí, že jejich informovanost a tedy i znalost režimových opatření po operaci štítné žlázy, jsou minimální a nedostačující.

Výsledkem bakalářské práce bylo zjištění zásad péče o pacienty s onemocněním štítné žlázy. Byly zjištěny zásady ošetřovatelské péče u pacientů před a po operaci štítné žlázy. Dále byly zjištěny režimová opatření u pacientů po operaci štítné žlázy a znalost těchto režimových opatření u pacientů po operaci štítné žlázy.

Závěr

Tato bakalářská práce nastiňuje zvláštnosti v ošetrovatelské péči o pacienta s onemocněním štítné žlázy, zásad režimových opatření po propuštění pacienta z nemocnice a jejichž dodržování je mimo jiné podmínkou pro časné zotavení pacienta a jeho návrat do běžného života. Na základě získaných poznatků z šetření a z dostupných zdrojů bude vytvořen leták o zásadách ošetrovatelské péče u pacientů po operaci štítné žlázy. Bakalářská práce dále poslouží jako studijní materiál těm, kteří mají zájem se dozvědět něco víc o problematice péče o pacienty s onemocněním štítné žlázy.

Klíčová slova

Štítná žláza, ošetrovatelská péče, předoperační péče, pooperační péče, režimová opatření, sestra, pacient.

Abstract

Current state

After diabetes mellitus we encounter thyroid disease as the most common disease of the endocrine glands. The most common diseases of endocrine glands are inflammations, tumors, struma or thyroid enlargement, thyroid hyperfunction and hypofunction. Indications for surgery are among others malignant and benign thyroid diseases. In the postoperative care both general and specific principles are applied, which are conformed to the condition of the patient, the type of surgery and the surgeon requirements. Providing the right nursing care should also help the prevention of possible postoperative complications.

The bachelor thesis named „Special features in providing nursing care before and after thyroid surgery“ is divided into two parts, theoretical and empirical. The theoretical part of the bachelor thesis deals with thyroid anatomy and physiology and its surroundings, its need for iodine, it describes individual thyroid diseases, thyroid disease diagnosis and treatment. Furthermore, it also deals with the nursing care before and after thyroid surgery, the emergence of possible complications and last but not least it deals with home care after the patient is discharged from hospital.

Objectives and research questions

The aim of this bachelor thesis was to detect the peculiarities of providing nursing care before and after thyroid surgery and to determine regime measures and the knowledge of these in patients after thyroid surgery at the surgical department. Research questions were created to achieve the objectives. Q1: What are the peculiarities of the nursing care before thyroid surgery? Q2: What

are the peculiarities of the nursing care after thyroid surgery? Q3: What are the regime measures in patients after thyroid surgery? Q3: What knowledge do the patients have about the regime measures after thyroid surgery? To obtain necessary data a semistructured interview method was used.

Methodology

To process this thesis a qualitative research was carried out. Semi-structured interviews were used as a technique for data collection. Categorization was compiled on the basis of interviews. A research survey was carried out in the surgical ward, where there are patients with thyroid disease.

The research showed that the nurses are aware of care principles and they are sufficiently informed about treating a patient with thyroid disease. The interview showed the principles of nursing care, which should be followed throughout the whole period of hospitalization of patients with thyroid disease. In the interviews the nurses emphasized the differences in providing nursing care in a patient before and after thyroid surgery. Furthermore the research showed that nurses would be in favour of further training seminars that would deal with the given issue, about treating a patient with thyroid disease. Awareness and knowledge of the regime measures was also recognized in patients after thyroid surgery. Based on the data obtained from the interviews with patients, those report that their awareness and also knowledge of regime measures after thyroid surgery is minimal and insufficient.

The result of the bachelor thesis was to determine the principles of care for patients with thyroid disease. Principles of nursing care were detected in patients before and after thyroid surgery. Furthermore, regime measures were identified in patients after thyroid surgery and also the knowledge of those regime measures in patients after thyroid disease.

Conclusion

This bachelor thesis outlines the peculiarities in nursing care of patients with thyroid disease, policy of regime measures after a patient's discharge from hospital and keeping to those is among others a condition for early patients recovery and his return to a normal life. Based on the findings of the research and of available sources a flier will be created about the principles of nursing care for patients after thyroid surgery. The bachelor thesis will also serve as study material for those who are interested to learn more about the issue of care for patients with thyroid disease.

Key words

Thyroid, nursing care, preoperative care, postoperative care, regime measures, nurse, patient.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne (datum)

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Touto cestou bych chtěla velmi poděkovat za dobré připomínky, cenné rady a trpělivost při odborném vedení mé bakalářské práce Mgr. Aleně Polanové. Poděkování patří také všem sestřám a pacientům, kteří se na této práci podíleli.

Obsah

1	SOUČASNÝ STAV	15
1.1	OBOR CHIRURGIE	15
1.2	OBOR ENDOKRINOLOGIE	15
1.3	ANATOMIE A FYZIOLOGIE ŠTÍTNÉ ŽLÁZY A JEJÍHO OKOLÍ.....	16
1.3.1	<i>Význam jódu pro štítnou žlázu.....</i>	<i>19</i>
1.4	ONEMOCNĚNÍ ŠTÍTNÉ ŽLÁZY.....	20
1.4.1	<i>Poruchy funkce štítné žlázy.....</i>	<i>20</i>
1.4.2	<i>Zvětšení štítné žlázy</i>	<i>23</i>
1.4.3	<i>Záněty štítné žlázy.....</i>	<i>23</i>
1.4.4	<i>Nádory štítné žlázy</i>	<i>25</i>
1.5	DIAGNOSTIKA ONEMOCNĚNÍ ŠTÍTNÉ ŽLÁZY	26
1.6	LÉČBA ONEMOCNĚNÍ ŠTÍTNÉ ŽLÁZY	28
1.6.1	<i>Konzervativní léčba onemocnění štítné žlázy</i>	<i>29</i>
1.6.2	<i>Operační léčba a typy operací štítné žlázy</i>	<i>30</i>
1.7	OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U OPERACÍ ŠTÍTNÉ ŽLÁZY	30
1.7.1	<i>Předoperační příprava a úloha sestry.....</i>	<i>30</i>
1.7.2	<i>Pooperační péče a úloha sestry.....</i>	<i>33</i>
1.7.3	<i>Pooperační komplikace po operaci štítné žlázy a úloha sestry</i>	<i>35</i>
1.7.4	<i>Domácí péče po propuštění pacienta z nemocnice</i>	<i>37</i>
2	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	40
2.1	CÍLE PRÁCE.....	40
2.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	40
3	METODIKA	41
3.1	POUŽITÁ METODIKA.....	41
3.2	ROZHOVOR	41
3.3	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	41
4	VÝSLEDKY	43
4.1	KATEGORIZACE VÝSLEDKŮ Z ROZHOVORŮ SE VŠEOBECNÝMI SESTRAMI	43
4.2	KATEGORIZACE VÝSLEDKŮ Z ROZHOVORŮ S PACIENTY PO OPERACI ŠTÍTNÉ ŽLÁZY	49
5	DISKUZE.....	55
6	ZÁVĚR.....	68

7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	70
8	SEZNAM PŘÍLOH.....	74

Seznam použitých zkratek

T4 – thyroxin

T3 – trijodthyronin

CNS – centrální nervový systém

STH – thyreostimulační hormon

TRH – thyreoliberin

TSH – thyreotropní hormon

TBG – specifický globulin

TTR – specifický protein transtyrelin

fT4 – volný tyroxin

fT3 – volný trijodthyronin

CT – počítačová tomografie

CRP – C-reaktivní protein

FNAB – aspirační biopsie tenkou jehlou

ORL – otorinolaryngologie

NO – nynější onemocnění

RA – rodinná anamnéza

EKG – elektrokardiograf

pO₂ – parciální tlak kyslíku

pCO₂ – parciální tlak oxidu uhličitého

STE – subtotální resekce štítné žlázy

TL – totální lobektomie

TTE – totální tyreoidektomie

HTE – hemityreoidektomie

KO – krevní obraz

JIP – jednotka intenzivní péče

ARO – anesteziologicko resuscitační oddělení

CVT – centrální venózní tlak

SpO₂ – saturace hemoglobinu kyslíkem

VAS – vizuální analogová škála

cm- centimetr

např. – například

tzv. – tak zvaný

tj. – to je

Úvod

Onemocnění štítné žlázy patří k poměrně častým chronickým a nejčastějším onemocněním endokrinního systému. Nemoci štítné žlázy nejsou vzácné. Onemocnění štítné žlázy se definují tvarovými změnami, funkčními poruchami regulace a enzymatickými patologiemi tkáně buněk štítné žlázy. Proto tyto stavy zahrnují vývojové vady, enzymatické defekty, které jsou geneticky podmíněné, záněty a nádory štítné žlázy. Nemoci štítné žlázy jsou rozdílné geograficky, pohlavím, věkem, ale i typem onemocnění. Uvádí se, že s věkem stoupá výskyt onemocnění štítné žlázy. Celosvětově, také v České republice, vzrůstá výskyt zhoubných nádorů štítné žlázy. Endokrinologie je multidisciplinární obor, který se zabývá diagnostikou a léčbou těchto onemocnění a spolupracuje i s dalšími lékařskými obory. Endokrinologové řídí léčbu nemocí štítné žlázy ve spolupráci s chirurgy, nukleární medicínou, onkology, radioterapeuty a dalšími odborníky. Chirurgická léčba má své místo a je běžnou součástí v léčebných postupech u onemocnění štítné žlázy. Proto se obvykle všeobecné sestry setkávají s těmito pacienty na chirurgickém oddělení (Astl, 2013).

Téma bakalářské práce „Zvláštnosti v poskytování ošetrovatelské péče před a po operaci štítné žlázy“ si autorka práce toto téma vybrala, protože ji zaujala možnost vytvořit souhrn zásad a rozdílů v ošetrovatelské péči o pacienta s onemocněním štítné žlázy. Během povinné praxe ve zdravotnických zařízeních autorka nabyla dojmu, že sestry nejsou dostatečně seznámeny s ošetrovatelskou péčí u pacienta s onemocněním štítné žlázy a nemají potřebné informační materiály pro nastudování této problematiky. Proto se rozhodla vytvořit studijní materiál, který by mohl pomoci sestřím při zkvalitňování ošetrovatelské péče.

1 Současný stav

1.1 Obor chirurgie

Chirurgie je lékařský obor, který se zabývá operační léčbou onemocnění různých orgánů, a to včetně poranění. Jejím charakteristickým rysem, odlišujícím se od ostatních medicínských oborů, je užívání intervenčních metod, operací, a to jak v diagnostice, tak především v léčbě. Její název je odvozen z řeckého slova cheirurgia, v překladu znamenající práci rukou (cheir – ruka, ergein – pracovat), a patří k nejstarším odvětvím lékařství vůbec (Janíková, Zeleníková, 2013). Člení se na všeobecné a specializované obory. Všeobecná chirurgie představuje operace břicha, hrudní stěny, končetin, krku. Oftalmologie, operativní gynekologie, neurochirurgie, plastická chirurgie, traumatologie, urologie, kardiochirurgie, otorinolaryngologie, stomatochirurgie, ortopedie a dětská chirurgie se od všeobecné chirurgie oddělila. Chirurgické oddělení má část ambulantní, lůžkovou a operační (Čoupková, 2010). Speciální chirurgie se zabývá diagnostikou a léčbou nemocí jednotlivých orgánů s přihlédnutím k jejich lokalizaci a příčinám. V oborech, ve kterých je součástí léčby chirurgický výkon, se uplatňuje chirurgické ošetřovatelství. Předoperační, intraoperační a pooperační péče je hlavní zásadou chirurgického ošetřovatelství. Všechny typy operací a chirurgických výkonů mají několik společných obecných intervencí. Je to obecná předoperační péče, fyzická příprava pacienta na operaci, poskytnutí psychické podpory, kontrola podepsaného informovaného souhlasu a kontrola další dokumentace, obecná pooperační péče, edukace pacienta a jeho rodiny (Janíková, Zeleníková, 2013).

1.2 Obor endokrinologie

Endokrinologie je obor vnitřního lékařství, který se zabývá žlázami s vnitřní sekrecí, diagnostikou a léčbou jejich nemocí. K endokrinologovi, specialistovi v tomto oboru, bývá nemocný nejčastěji doporučen praktickým

lékařem na základě zvětšené štítné žlázy, dále na základě příznaků spojených se zvýšenou či sníženou činností štítné žlázy, při nálezů nádoru ve štítné žláze nebo metastázách v mízních uzlinách na krku či jiných orgánech v těle.

Endokrinologie je multidisciplinární obor. Endokrinolog často spolupracuje s chirurgem, radioterapeutem, onkologem, patologem a s dalšími specialisty. U nemocného, kromě stanovení nemoci štítné žlázy, také zjišťuje přesnou lokalizaci nemoci, rozhoduje o postupu léčby, zajišťuje medikamentózní léčbu či léčbu zářením. Endokrinolog dále také zajišťuje předoperační přípravu nemocného, sleduje nemocného po léčbě konzervativní i chirurgické (Dvořák, 2002).

1.3 Anatomie a fyziologie štítné žlázy a jejího okolí

Endokrinní žlázy jsou nezbytné pro zachování života. Pokud dojde k poruchám u těchto žláz a není zajištěno umělé dodávání daného hormonu do organismu injekcemi, tabletami nebo transplantací, tak atrofie nebo jejich odstranění vede ke smrti (Kopecký, 2010).

K endokrinním žlázám se řadí štítná žláza (*glandula thyroidea*), příštítné žlázy (*glandulae parathyroideae*), endokrinní složka pankreatu tvořená Langerhansovými ostrůvky (*pars endocrina pancreatis*), epifýza (šišinka; *glandula pinealis*), nadledvina (*glandula suprarenalis*) a hypofýza (podvěsek mozkový; *hypophysis*) (Čihák, 2013).

Štítná žláza, latinsky *glandula thyroidea*, je největší žláza s vnitřní sekrecí, jejíž hmotnost je v rozmezí 30 – 60g (Kopecký, 2010). Má tvar písmene H, který vzniká tím, že má dva hlavní laloky, pravý a levý lalok (*lobus dexter et lobus sinister*). Jsou uloženy po stranách hrtanu a horní části průdušnice. Dále je složena z užšího příčného můstku (*istmus glandulae thyroideae*), který je rozpjatý před začátkem průdušnice a spojuje oba laloky, ale také může chybět (Čihák, 2013).

Za normálních okolností jsou rozměry štítné žlázy tyto: délka laloku 5-8cm, šířka laloku 2-4cm a tloušťka 1,5-2,5cm. Isthmus je dlouhý kolem 1,5cm.

Barva žlázy je červenohnědá až červenofialová podle stupně náplně cév krví. Její povrch bývá hladký, někdy lehce hrbolatý (Čihák, 2013).

Lalůčky štítné žlázy jsou složeny z okrouhlých uzavřených váčků, které se nazývají folikuly, jejichž stěnu tvoří vrstva folikulárních buněk. Folikuly jsou vyplněné hustým, vazkým koloidem. Koloid je produktem folikulárních buněk, který obsahuje bílkovinu tyreoglobulin, na kterou jsou vázány účinné hormony štítné žlázy, a to tyroxin – T4 a trijodthyronin – T3 (Dylevský, 2009).

Mezi folikulárními buňkami jsou jednotlivě nebo ve skupinách uloženy parafolikulární buňky. Tyto buňky produkují kalcitonin, který u člověka vyvolává mírný pokles vápníku v krvi (Dylevský, 2009). Kalcitonin funguje jako částečný antagonist parathormonu, což znamená, že snižuje hladinu vápníku v krvi, podporuje jeho ukládání do kostní tkáně a inhibuje uvolňování vápníku z kostí, které naopak stimuluje parathormon.

Při hyperkalcémii (zvýšená hladina kalcia v krvi) je zvýšená sekrece kalcitoninu z parafolikulárních buněk, zatímco hypokalcémie (snížená hladina kalcia v krvi) sekreci kalcitoninu inhibuje (Čihák, 2013).

Thyroxin a trijodthyronin jsou dva základní hormony štítné žlázy. Zvýšené množství protékající krve žlázou usnadňuje výdej tyroxinu a trijodthyroninu. Pro tyto hormony a pro jejich tvorbu je zapotřebí jod (Kopecký, 2010).

Hormony štítné žlázy ovlivňují funkce metabolické, termoregulační, růstové a vývojové procesy. Jejich metabolická funkce spočívá v účinku hormonů na buněčné jádro, kde výrazně ovlivňuje řízení látkové výměny, zvláště tvorbu bílkovin, zvyšuje látkovou výměnu, spotřebu kyslíku ve tkáních, urychluje vstřebávání cukrů v zažívacím ústrojí a také zvyšuje jejich rozpad. Dále hormony zvyšují tvorbu tepla v organismu v chladném prostředí a podílejí se na udržení tělesné teploty. Růstový význam souvisí s metabolickými funkcemi tyroxinu a trijodtyroninu.

V normálních dávkách zvyšují tvorbu bílkovin, které organismus potřebuje především v době růstu. Vývojový význam se u člověka projevuje zejména při dozrávání tkáně CNS (centrální nervový systém). Při nedostatku hormonů

štítné žlázy dochází k postupnému narušení funkce mozku, které končí jeho těžkou poruchou (Kopecký, 2010).

Žlázy příštítné, latinsky glandulae parathyroideae, jsou čtyři malé, párově uspořádané, oválné, předozadně oploštělé útvary žlutorůžové barvy, ležící na zadní ploše štítné žlázy v oblasti horního a dolního pólu štítné žlázy. Dohromady je jejich hmotnost okolo 1g. Nacházejí se buď na povrchu štítné žlázy nebo jsou zanořeny do žlázové hmoty (Kopecký, 2010).

Jsou obaleny tenkým vazivovým obalem, od kterého odstupují jemné přepážky, které rozdělují vlastní žlázovou tkáň. Jsou složeny z pruhů neboli trámčů buněk oddělených krevními kapilárami. Buňky příštítných žláz jsou hlavní buňky, které produkují parathormon, jsou nejpočetnější. Oxyfilní buňky jsou typické vysokou úrovní své látkové výměny (Dylevský, 2009). Tyto buňky se objevují teprve až od 7. roku života a s postupujícím věkem jich přibývá (Čihák, 2013).

Funkce příštítných žláz je životně důležitá. Parathormon reguluje koncentraci iontů vápníku a fosforu v krvi. Při poklesu hladiny vápníku v krvi se těžce poškozuje přenos podnětů z nervu do svalu, zvyšuje se dráždivost svalů s následnými spastickými křečemi, a může dokonce skončit smrtí. Dále zrychluje odbourávání kostní hmoty a uvolňuje kalcium do krve při poklesu hladiny vápníku v krvi.

Kalcitonin a kalcitriol se podílejí na regulaci hladiny kalcia v krevní plasmě, na jeho vstřebávání ve střevě, odbourávání z kostí a ukládání do kostí. Při patologicky nadměrném vylučování parathormonu dochází k řídnutí kostí, ale příliš vysoká hladina kalcia v krvi vede k vápenným usazeninám v orgánech, například v cévách, v ledvinách.

Dále parathormon snižuje v krvi hladinu fosforu, snižuje zpětné vstřebávání fosfátů a ty jsou vylučovány močí. Při nedostatku parathormonu vzniká zákal oční čočky a ta se stává neprůhlednou (Kopecký, 2010; Čihák, 2013).

Tvorba a uvolňování hormonů štítné žlázy jsou ovlivňovány thyreostimulačním hormonem hypofýzy, neboli STH (thyreotropin) (Čihák, 2013). Thyreotropin je vylučován předním lalokem hypofýzy (Kopecký, 2010).

Na úrovni hypotalamo-hypofýzo-thyreoidální osy probíhá regulace syntézy a uvolňování hormonů štítné žlázy.

Thyreoliberin (TRH) je produkován v hypotalamu, který stimuluje uvolňování a tvorbu thyreotropinu (TSH) v hypofýze.

Thyreotropin následně stimuluje uvolňování a tvorbu hormonů štítné žlázy. Tento systém je ovlivněn negativními zpětnými vazbami (Kršek, 2011).

Thyroxin je z 90 % hlavním hormonem štítné žlázy, tetrajodthyronin T₄, asi v 9 % zastoupený biologicky aktivnější trijodthyronin T₃ a 1 % tvoří biologicky inaktivní rezervní rT₃ (Kittnar, 2011).

Hormony štítné žlázy jsou z více než 99 % transportovány krví k cílovým buňkám na plazmatické proteiny. Ze 70 % na specifický globulin (TBG), který váže jednu molekulu T₃ nebo T₄ a dále pak z 15-20 % na albumin a na specifický protein transtyretin (TTR).

Na lipoproteiny je navázáno minimální množství. Volný T₃ se váže na nukleární receptory buněk cílových tkání a zde vytváří své biologické účinky (Kittnar, 2011; Kršek, 2011).

1.3.1 Význam jódu pro štítnou žlázu

Štítná žláza je jedinou endokrinní žlázou, která je závislá na prvku jódu, který získává výhradně z potravy. Pokud je nedostatek jódu v potravě, tak dochází k poruchám funkce štítné žlázy, kdy se tvoří neúčinné hormony s jeho nízkým obsahem (Kopecký, 2010).

Důsledky z nedostatku jódu pro vývoj a růst organismu, zvláště mozku, se nazývají choroby z deficitu jódu. Jód ovlivňuje plod v době těhotenství, novorozence, děti i dospělé.

Nedostatek jódu způsobuje velmi závažné zdravotní potíže. V těhotenství může dojít k potratu, předčasnému porodu (Dvořák, 2010). Také dochází k vrozeným vývojovým vadám skeletu, dochází ke zpomalování tvorby kostí a k

jejich deformitám. Dále se vyskytují vady na srdci a gastrointestinálním traktu. Zásadní změny jsou v mozku, kdy dochází ke snížení celkové inteligence, ke změnám v psychice dítěte a může vzniknout syndrom hyperaktivního dítěte (Zamrazil, Čeřovská 2014). V dřívějších dobách docházelo k tzv. kretenismu neboli narození dítěte s těžkým poškozením centrálního nervového systému. U více jak 10 % dospělé populace se objevuje endemická struma, která je také způsobena nedostatkem jódu v potravě (Dvořák, 2002).

Tělo obsahuje asi 20 – 30 mg jódu. Z tohoto množství je 60 % ve štítné žláze. Nejvíce se jód nachází v mořských rybách a výrobcích z nich. U nás je povinně jodizovaná sůl a tudíž je hlavním zdrojem jódu. Obohaceny jódem jsou i některé stolní vody a ovocné nápoje. U rizikových skupin, např. u těhotných žen a u dětí, se obvykle podávají tablety s jódem (Svačina, 2008).

1.4 Onemocnění štítné žlázy

Nemoci štítné žlázy neboli tyreopatie patří k poměrně častým chronickým a nejčastějším onemocněním endokrinního systému. U nás onemocnění postihuje více než 5 % populace a počet onemocnění štítné žlázy stále narůstá.

Výrazná je závislost na věku, pohlaví a na hlavních geografických rozdílech. Ženy středního a vyššího věku onemocní 4 – 6 krát častěji. Ve stáří onemocní 20 % žen a 10% mužů. Takto velké procento populace u onemocnění štítné žlázy často souvisí s nedostatkem jódu.

Onemocnění štítné žlázy se může projevat třemi způsoby. Může jít o změnu místního nálezu na krku, změnu velikosti žlázy, její tvar, případně její uložení. Dále o změnu její funkce, kdy může či nemusí být zvětšena. Nakonec se mohou objevit endokrinní orbitopatie, např. onemocnění očníce (Mandincová, 2011).

1.4.1 Poruchy funkce štítné žlázy

Hypertyreóza neboli zvýšená produkce hormonů štítné žlázy bývá nejčastěji vyvolána patologickými změnami přímo ve štítné žláze (Brunová, Bruna, 2009).

Výskyt tohoto onemocnění závisí na typu populace, věku, stavu zásobení jódem a na výskytu autoimunitních onemocnění štítné žlázy. Vrchol výskytu je mezi 30 – 50 lety věku, ale vyskytuje se v každém věku. Vliv věku je méně významný než u hypotyreózy.

Onemocnění se stanoví při vysokých sérových koncentracích volného T4, případně volného T3, a nízkých koncentracích TSH. Další diagnostickou metou je ultrasonografie, scintigrafie se používá při nálezů uzlů ve štítné žláze a při podezření na toxický adenom.

Primární příčiny vzniku hypertyreózy spočívají v postižení štítné žlázy samotné. Do této kategorie patří nejčastěji Gravesova-Basedowova choroba neboli autoimunitní onemocnění produkující stimulující protilátky proti TSH receptorům (Češka, 2010). Vazbou těchto protilátek dochází k aktivaci receptorů. Autoprotilátky imitují fyziologické působení TSH na vlastní receptory a tyto autoprottilátky stimulují chorobný růst tkáně štítné žlázy, tvorbu jejích hormonů do obrazu uzlové strumy (Vokurka, 2012). Další příčinou bývá toxický adenom štítné žlázy s autonomní nadprodukcí tyreoidálních hormonů a toxická polynodózní struma, kdy je jeden či více autonomních adenomů ve štítné žláze. Záněty štítné žlázy, které se mohou vyskytovat v počátcích onemocnění hypertyreózou, způsobují uvolňování tyreoidálních hormonů z poškozené tkáně štítné žlázy.

Sekundární, centrální příčiny postihující hypofýzu, jsou vzácné. Patří sem TSH produkující adenom hypofýzy a syndrom hypofyzární rezistence na hormony štítné žlázy (Češka, 2010).

Celkové příznaky hypertyreózy jsou zvýšený bazální metabolismus, nervozita, bušení srdce, tachykardie, zvýšená únava, svalová slabost, úbytek hmotnosti, i když je příjem potravy normální. Dále nesnášenlivost horka, kůže je teplá a vlhká, oči vystupují z očníce a jsou široce otevřené – exoftalmus (Mačák, 2012). Dalšími příznaky mohou být svalový třes, neklid, nespavost, pocení, postižení krevního oběhu, ve kterém dochází k hyperkinetické cirkulaci

s tachykardií a periferní vazodilací, kdy je kůže teplá a vlhká (Vokurka, 2012).

U hypertyreózy se dále mohou vyskytovat endokrinní orbitopatie a tyreoidální dermopatie. U tyreoidální dermopatie vzniká tzv. pretibiální myxedém. Endokrinní orbitopatie je postižení tkání orbity (očnice), kdy je výskyt častější u kuřáků. Zde je postižení okohybných svalů a vaziva orbity. Vazivo orbity zvětšuje svůj objem a tak dochází k exoftalmu (protruzi bulbů) různého stupně (Češka, 2010).

Tyreotoxická krize, život ohrožující stav, vzniká vystupňováním příznaků hypertyreózy. Vzniká u neléčených forem hypertyreózy. Jsou zde přítomny vystupňované příznaky hypertyreózy, těžký hypermetabolismus, horečka až hyperpyrexie, tachykardie, hyperkinetická cirkulace, arytmie, srdeční selhání, neklid, agitovanost, delirantní stav až kóma. Tento stav může končit smrtí. Na jednotce intenzivní péče probíhá léčba, kde monitorují základní životní funkce, provádí korekce vodní, elektrolytové a acidobazické rovnováhy. Parenterálně podávají vysoké dávky tyreostatik, betablokátorů a vysoké dávky glukokortikoidů. Dále musí léčit případné arytmie, srdeční selhání, hyperpyrexie a další komplikace (Češka, 2010).

Hypotyreóza, snížená funkce štítné žlázy, je způsobená nedostatečnou funkcí samotné žlázy na základě její primární poruchy (Navrátil, 2008). Hypotyreóza může být vrozená nebo získaná. Vrozená při špatném využití jódu, získaná buď jako primární nebo sekundární. Primární jako Hashimotova tyreoiditida, po tyreoidektomii či terapii radiojódem nebo při terapii tyreostatiky. Sekundární (hypofyzární), při nedostatečné funkci předního laloku hypofýzy (Karges, 2011).

Při hypotyreóze klesá bazální metabolismus a spotřeba kyslíku, v krvi bývá zvýšená hladina cholesterolu, nízké hladiny T3 a T4 hormonů. TSH stoupá při primární hypotyreóze. Klinickými symptomy jsou zimomřivost, spavost, únava, suchá kůže, infiltrace podkoží v důsledku akumulace glykosaminoglykanů, bradykardie, zácpa (Holeček, 2006).

Podle vztahu TSH a volným T4 rozlišujeme dvě formy hypotyreózy. Hypotyreóza subklinická, kdy je TSH zvýšeno, ale T4 je v normě. Tato forma by se neměla klinicky projevovat. Hypotyreóza klinická (manifestní), kdy je hladina TSH zvýšena a hladina T4 je snižena. U této formy jsou přítomny subjektivní i objektivní příznaky hypotyreózy (Zamrazil, 2003).

Myxedémové kóma vzniká při těžké, neléčené hypotyreóze a je to život ohrožující stav. Vyvolávající příčinou může být také prochlazení, infekce nebo užívání sedativ. Projevuje se hypotermií, bradykardií, hypotenzí, hypoventilací a výrazným útlumem až kómatem (Navrátil, 2008). Léčba probíhá na jednotce intenzivní péče, kde se monitorují základní životní funkce, Tyroxin se doplňuje ve vysokých dávkách přes nazogastričnou sondu a parenterálně se podávají vysoké dávky hydrokortizonu (Karges, 2011).

1.4.2 Zvětšení štítné žlázy

Struma neboli zvětšení štítné žlázy je nejčastějším onemocněním štítné žlázy. Dělíme jí na strumu parenchymatózní (difúzní), kdy je celá žláza symetricky zvětšená a na strumu uzlovitou (nodózní). Podle funkce se dělí na eufunkční, hyperfunkční a hypofunkční. Dále může být struma benigní nebo maligní. Struma retrosternální (ponorná) zasahuje až za hrudní kost. V horských oblastech, kde je nedostatek jódu v potravě, se může u lidí vyskytovat struma endemická (Valenta, 2007).

Vyšetření u zvětšené štítné žlázy spočívá v klinickém nálezu při palpaci (pohmatu) štítné žlázy, ultrasonografické vyšetření, punkční biopsie u nodózních strum, vyšetření pomocí počítačové tomografie (CT) u velkých nebo u retrosternálních strum. Hormonální hodnoty jsou vždy v mezích normy.

Léčba je konzervativní nebo chirurgická. Chirurgická při podezření na malignitu nebo při mechanických obtížích (Vodička, 2014).

1.4.3 Záněty štítné žlázy

Mezi záněty štítné žlázy patří akutní, subakutní a chronická tyreoiditida. Zvláštní jednotkou je Riedelova tyreoiditida.

Tyreoiditidy (záněty štítné žlázy) jsou skupinou zánětlivých onemocnění, které se od sebe liší vznikem onemocnění, příznaky, léčbou a prognózou.

Akutní tyreoiditida probíhá jako infekční hnisavý zánět štítné žlázy a její výskyt je vzácný. Obvykle se projevuje bolestivým zduřením v oblasti štítné žlázy, kůže bývá teplá nebo zarudlá, bývají přítomny celkové známky zánětu. Při diagnostice jsou v laboratorních hodnotách přítomny známky zánětu, zvýšená sedimentace, erytrocyty (červené krvinky), zvýšená leukocytóza, CRP. Záleží také na celkovém klinickém obrazu. Je zde cílená antibiotická léčba na základě kultivačního vyšetření. Prognóza bývá příznivá.

Subakutní tyreoiditida postihuje častěji ženy a je relativně častá. Její vznik je virový. Může vzniknout po onemocnění horních cest dýchacích nebo bez souvislosti s respiračním onemocněním. Projevuje se bolestivým zduřením, únavou a zvýšenou teplotou. Základem v diagnostice je klinický obraz, laboratorně bývá zvýšená pouze sedimentace. Může se provést ultrasonografie. Tento typ zánětu štítné žlázy se léčí protizánětlivými léky a většina případů se vyléčí.

Chronická tyreoiditida je nejčastější příčinou hypotyreózy, která se vyskytuje běžně, a častěji jsou postiženy ženy. Dlouho probíhá asymptomaticky. Hlavním klinickým projevem je hypotyreóza. V počáteční fázi je přítomna struma, obvykle mírně difúzní, dále bolestivost a v dalším průběhu dochází naopak k atrofii štítné žlázy (Češka, 2010). Laboratorně se vyšetří TSH (tyreostimulační hormon) a f T4 (volný tyroxin) a zjišťuje se úroveň poruchy funkce štítné žlázy. Dále se zhotovuje sonografie k průkazu uzlů. Základem léčby je substituční léčba v podávání hormonů štítné žlázy.

Riedelova tyreoiditida je velmi vzácné onemocnění štítné žlázy, které je buď autoimunitní, nebo fibrotické. Vyskytuje se u žen středního a vyššího věku. Vznik tohoto onemocnění je nejasný. Fibrotický proces je invazivní a může postihnout i okolní struktury štítné žlázy. Struma je zde velmi tuhá až kamenná, roste rychle a činí mechanické potíže, jako je porucha polykání a

dušnost. Chirurgický výkon je zde nevyhnutelný pro mechanické potíže (Šarapatková, 2013).

1.4.4 Nádory štítné žlázy

Nádory štítné žlázy se vyskytují 5 krát častěji u žen ve všech věkových skupinách. Nádory vycházejí z folikulárního epitelu štítné žlázy a obvykle dobře vychytávají jód kromě karcinomu medulárního (Vlček, 2010).

Aspirační biopsie tenkou jehlou (FNAB) je dosud nenahraditelná metoda ke stanovení diagnózy a dále sonografické vyšetření štítné žlázy (Dvořáková, Zamrazil, 2013).

Maligní nádory dělíme na papilární a folikulární, které dobře akumulují radiojód a proto se využívá k jejich léčbě (Vlček, 2010).

Papilární epitelový karcinom se vyskytuje nejčastěji u žen, ale i u dětí a dospívajících. Je nejčastějším typem karcinomu štítné žlázy v dětském věku. V mladším věku dobře akumuluje radiojód. Folikulární epitelový karcinom má větší sklon k tvorbě vzdálených hematogenních metastáz, nejčastěji do plic a kostí. Dobré vychytávání jódu umožňují právě tyto metastázy (Vlček, Neumann, 2012). Anaplastický karcinom patří k nejagresivnějším lidským nádorům s rychlým růstem tyreoidální tkáně, který devastuje okolní tkáně na krku a tvoří metastázy do regionálních a vzdálených orgánů. Medulární karcinom nevychytává radiojód. Vychází z parafolikulárních C buněk. Výskyt je sporadický a může vzniknout na základě dědičnosti (Vlček, 2010).

Na léčbě nádorů se vždy podílí tým odborníků jako je praktický lékař, endokrinolog, patolog, chirurg, ORL lékař, specialisté z nukleární medicíny a onkolog. Proto je léčba vždy komplexní. Totální tyreoidektomie je vždy zásadní chirurgický výkon. Další léčbou je celoživotní podávání Levotyroxinu, které musí být ve správných dávkách a které se postupem času upravuje (Dvořáková, Zamrazil, 2013).

1.5 Diagnostika onemocnění štítné žlázy

Diagnostiku dělíme na funkční diagnostiku, která stanovuje zvýšenou, normální nebo sníženou funkci štítné žlázy. Morfologická diagnostika posuzuje štítnou žlázu z hlediska velikosti, tvaru, charakteru a vztahu k okolí (Zeman, Krška, 2011).

Dále je nezbytnou součástí diagnostiky rozhovor lékaře s pacientem neboli anamnéza (předchorobí), při kterém pacient popisuje své subjektivní potíže. Pochází z řeckého slova anamnesis a znamená to rozpomínání se.

Zahrnuje všechny údaje o zdravotním stavu pacienta od jeho narození až do současné doby, dále zahrnuje údaje o výskytu onemocnění v rodině a příbuzenstvu, sociální a pracovní poměry pacienta. Skládá se z osobních dat pacienta, jeho současných obtíží nebo důvodů vedoucích k návštěvě lékaře, z osobní anamnézy, kam patří nynější onemocnění (NO) a předchorobí, dále pak z rodinné anamnézy (RA) a z pracovní a sociální anamnézy (Klener, 2009). Lékař se ptá na užívání léků, kouření, pití alkoholu, zda se vyskytly nějaké potíže, zhodnotí stav sliznic a kožní turgor, četnost a pravidelnost stolice, stav pocení, poruchy spánku. Dále se dotazuje na potíže se sluchem, zrakem, s pamětí a na bolest a její zvládnutí (Čoupková, 2010). Onemocnění štítné žlázy zvyšuje pravděpodobnost výskytu tyreopatií a autoimunitních poruch v rodinné a osobní anamnéze. Důležité jsou informace o užívání léků, nejčastěji amiodaron, cytokiny, nadbytek jódu, lithium, které mohou způsobit tyreoidální poruchy v osobní anamnéze (Jiskra, 2010).

Součástí klinického vyšetření je fyzikální vyšetření pacienta. Při tomto vyšetření se zjišťují celkové příznaky jako je srdeční akce, stav kůže, třes, oční tlak. Dále lékař provádí vyšetření štítné žlázy aspekcí a palpací, ale někdy je možno tušit strumu při pohledu, aniž by při palpaci byla zvětšená žláza hmatná (Zeman, Krška, 2014). Pohledem lékař posuzuje viditelnost strumy zepředu, z boku, a to i v mírném záklonu hlavy a při polykání. Pohmatem lékař vyšetřuje štítnou žlázu v lehkém předklonu hlavy a při polknutí zachytí pohyb okrajů žlázy. Posuzuje se velikost laloků štítnice, jejich symetrie nebo asymetrie,

konzistence, povrch, citlivost. Vyšetření se může doplnit změřením obvodu krku, polykání doušky vody, vyšetření pacienta vleže s podložením krku. Dále se hodnotí barevné a tepelné změny na kůži v oblasti krku i přítomnost edému (Hahn, 2007).

Dále se provádí laboratorní vyšetření hormonů štítné žlázy z krve. K posouzení funkce štítné žlázy má z laboratorních parametrů největší význam vyšetření bazálního TSH (b TSH) v séru. Hodnota bazálního TSH je v rozmezí 0,35 – 5,50 μ U/l. Normální funkci štítné žlázy odpovídá normální hodnota TSH. Při hypertyreóze je pokles TSH a u hypotyreózy je TSH zvýšeno.

Určení tyroxinu (T4) a trijodtyroninu (T3) v séru slouží k přesnému určení periferní funkce štítné žlázy. Hodnota volného tyroxinu (fT4) je 10,3 – 23,2 pmol/l. Hodnota volného trijodtyroninu (fT3) je 3,54 – 6,47 pmol/l. Snížená hladina T4 je určující pro hypotyreózu a zvýšení T3 je určující pro hypertyreózu (Hoch, Leffler, 2003). Dále se u Graves-Basedowovi choroby stanovují protilátky proti TSH receptoru (TRAK, A-R-TSH). Při postižení medulárním karcinomem štítné žlázy slouží jako určující marker kalcitonin, který má hodnotu < 10,0 pg/ml. Dále se stanovuje tyreoglobulin, který se vyšetřuje u pacientů po totální tyreoidektomii pro zhoubný nádor štítné žlázy (Hahn, 2007).

Mezi vyšetřovací zobrazovací metody patří nativní rentgenový snímek plic a horní části hrudníku a krku, který může ukázat změnu polohy průdušnice a jícnu.

Ultrasonografie slouží k zobrazení tkáně štítné žlázy, ale i zvětšené mízní uzliny. Pod ultrazvukovou kontrolou se provádí punkční bioptické vyšetření štítné žlázy (Vyhnánek, 2003).

Dále se využívá počítačová tomografie (CT) a nukleární magnetická resonance, na kterých jsou dobře ohraničeny benigní nálezy než maligní nálezy, a které jsou dobře viditelné (Brunová, Bruna, 2014).

Scintigrafie štítné žlázy je radioizotopové vyšetření pomocí radioaktivního jódu ke zjištění nádorů štítné žlázy (Klener, 2009).

Invazivní metoda, která se používá v diagnostice při podezření na onemocnění štítné žlázy, je biopsie štítné žlázy (biopsie tenkou jehlou FNAB). Je to metoda, při které získáváme buněčný materiál, který se dále vyšetřuje na cytologii. Toto vyšetření se provádí ambulantně a mělo by být indikováno u všech nejasných nálezů na štítné žláze. Odebírá se při podezření na zhoubné nádory, nezhoubné nádory, při zánětech a při zvětšení štítné žlázy. Pacient zaujímá polohu rovně vleže na zádech bez podložení hlavy. Mohou být podloženy lopatky, aby byla hlava v mírném záklonu.

Úkolem sestry je vysvětlit pacientovi princip, podstatu vyšetření, vysvětlit přípravu a průběh vyšetření, být psychickou podporou pro pacienta. Dále zajistit pacientovu polohu, připravit lékaři pomůcky k výkonu, asistovat lékaři během výkonu, zajistit odeslání materiálu k dalšímu vyšetření.

Po vyšetření sestra sleduje pacienta a jeho možné komplikace jako je možné krvácení v místě vpichu, podkožní hematoma, nabodnutí průdušnice, kašel, bolest v místě vpichu, závratě (<http://ose.zshk.cz/vyuka/diagnostika.aspx?id=175>).

Dále se provádí otorinolaryngologické (dále ORL) vyšetření, které slouží k určení pokročilosti onemocnění štítné žlázy (Dvořák, 2002).

Vyšetřují se oblasti na hlavě a krku a patří sem orgány, které jsou křížovatkou polykacích a dýchacích cest. Lékař pohmatem vyšetřuje hrtan, uzliny, oblast velkých cév a oblast průdušnice. Při prorůstání nádoru štítné žlázy do oblasti průběhu zvrtného nervu či při přímé invazi do struktur hrtanu tak může dojít k omezení pohyblivosti hlasivek. Při onemocnění štítné žlázy se také mohou projevit změny hlasu, například zhrubění či chrapot (Nováková, 2011).

1.6 Léčba onemocnění štítné žlázy

Nemoci štítné žlázy jsou velmi dobře léčitelné, ale nutná je doživotní dispenzarizace a mnohdy i léčba. Musí zde být úzká spolupráce lékaře a pacienta. Léčba závisí na mnoha faktorech (Mandincová, 2011). Hlavním pravidlem léčby je předcházení nemocem, tedy prevence. Do primární

prevence patří dodržování správné životosprávy, vhodné pracovní podmínky, vytváření duševní pohody, zvýšení tělesného pohybu, dostatek spánku, správné stravování. Vyvarování se stresu, nadměrné konzumaci alkoholu, kouření a užívání drog. Sekundární prevence zahrnuje soubor opatření, která vedou ke zlepšení zdravotního stavu při nemoci. Patří sem tedy správné dodržování léčebného režimu. Dalším doplňkem léčby může být psychoterapie nebo lázeňská léčba (Markalous, 2004).

1.6.1 Konzervativní léčba onemocnění štítné žlázy

Symptomatická (podpůrná) léčba zahrnuje např. podávání léků, hormonů štítné žlázy v podobě tablet. Při neúspěšné konzervativní (neoperační) léčbě se přistupuje k chirurgické léčbě, např. k tyreoidektomii. Konzervativní léčba u zvětšené štítné žlázy se provádí, pokud nepůsobí výrazný útlak okolí. Podávají se hormony štítné žlázy, tablety např. Letrox, Euthyrox, jodidové tablety nebo kombinace obojího, např. tablety Jodthyroxu – kombinace jodu a hormonu tyroxinu. Při hyperfunkci štítné žlázy se v první fázi podávají tyreostatika, např. Carbimazol, které brání tvorbě hormonů štítné žlázy. Dále se mohou podávat beta-blokátory, které zklidňují zrychlený srdeční tep, např. Concor, Vasocardin. Konzervativní léčba u hypofunkce štítné žlázy je celoživotní a spočívá v doplňování hormonů štítné žlázy. Podle věku lékař upravuje dávky, které jsou u každého pacienta individuální. Pravidelně je pacient sledován v půlročních a ročních intervalech kvůli možnému předávkování nebo nedostatečné funkci. Euthyrox, Letrox, hormony štítné žlázy užívá pacient nalačno ráno půl hodiny před snídaní.

U léčby radioaktivním jódem nesmí pacient půl roku před touto léčbou užívat žádné preparáty jódu. Jestliže pacient po odstranění štítné žlázy užívá hormony, musí je vysadit na 3 až 6 týdnů před touto léčbou. Terapie se provádí na oddělení nukleární medicíny za hospitalizace pacienta. Radioaktivní jód se podává jako roztok k pití. Výhodou u této léčby je pro pacienta dobrá snášenlivost tohoto roztoku bez nějakých větších komplikací, nedochází k

závažnějšímu poškození okolních tkání a ozáření je minimální (Markalous, 2004).

1.6.2 Operační léčba a typy operací štítné žlázy

Operační zákroky na štítné žláze se provádějí za hospitalizace pacienta na chirurgickém oddělení. Doporučuje se u pacientů se strumou, která může utlačovat okolní orgány nebo se rychle zvětšuje, při podezření na nádor a u nemocných se zvýšenou činností štítné žlázy (Mandincová, 2011). O chirurgickém řešení, výkonu a o rozsahu výkonu rozhoduje chirurg, dle stádia vývoje onemocnění štítné žlázy a celkového stavu nemocného (Astl, 2013).

Typy operací na štítné žláze jsou subtotální resekce štítné žlázy (STE), kdy se zmenšuje tkáň produkující nadměrné množství hormonů. Totální lobektomie (TL), kdy se odstraňuje celý lalok spolu s isthmem. Totální tyreoidektomie (TTE), kdy se odstraní celá tkáň štítné žlázy. Provádí se při útlaku okolí, při podezření na nádor, stavy spojené s krvácením do štítné žlázy (Markalous, 2004; Zeman, 2014). Další možností operační léčby je hemityreoidektomie (HTE), kdy se odstraňuje postižený lalok a isthmus, např. při opakovaných cystách na postiženém laloku. Blokovaná krční disekce je odstranění krčních lymfatických uzlin, které se provádí společně s TTE, např. u některých maligních onemocnění štítné žlázy (Janíková, Zeleníková, 2013).

1.7 Ošetrovatelská péče u operací štítné žlázy

1.7.1 Předoperační příprava a úloha sestry

Správná a důsledná předoperační vyšetření u pacienta vedou k zabránění vzniku pooperačních komplikací. Dlouhodobá předoperační příprava zahrnuje interní předoperační vyšetření. Výsledky tohoto vyšetření nesmí být starší 14 dnů před plánovaným operačním výkonem. Interní předoperační vyšetření zahrnuje fyzikální vyšetření, vyšetření fyziologických funkcí, vyšetření moče, krve (KO – krevní obraz, základní biochemie, krevní skupina a Rh faktor,

Quickův test), EKG, rtg srdce a plic. Toto základní předoperační vyšetření může být doplněno o další speciální vyšetření, o kterém rozhoduje lékař dle celkového stavu pacienta (Čoupková, 2010).

Ošetřující endokrinolog má na starosti celkovou speciální přípravu pacienta před operací štítné žlázy. Jeho úkolem je upravit pomocí léků zvýšenou nebo sníženou činnost štítné žlázy k normální činnosti a upravuje se pomocí tyreostatik, betablokátorů a hormonů štítné žlázy. Před každou operací štítné žlázy musí mít pacient vyšetřeny hlasivky na krčním oddělení (Dvořák, 2002). Den před zákrokem je pacient přijat na standardní oddělení chirurgie dle indikace od endokrinologa k operaci. Chirurg musí pacienta seznámit a dostatečně informovat o postupu léčby, s rozsahem chirurgického výkonu, ale i s možnými pooperačními komplikacemi (Janíková, Zeleníková, 2013). Možná jsou také rizika spojená s polohou pacienta na operačním stole, kde se mohou projevit poruchy hybnosti nebo postavení krční páteře. Dále lékař sděluje i povahu a ošetření jizvy. Upozorní na potřebu pooperační celoživotní léčby funkce štítné žlázy. Po vysvětlení a zodpovězení otázek od nemocného musí podepsat souhlas s operací a léčbou (Astl, 2013). Pacienta dále vyšetří anesteziolog na anesteziologicko-resuscitační ambulanci, který naordinuje pacientovi narkózu. Pacientovi naordinuje premedikaci, což jsou léky, které se aplikují přibližně 45 minut před operačním výkonem pro zklidnění a uvolnění pacienta (Dvořák, 2002). Pacient musí před operací dále podstoupit krční vyšetření, které se provádí na ORL oddělení. Zde se vyšetřují hlasivky a hlas pacienta. Lékař zhodnotí a zaznamená kvalitu hlasu a hlasivek, které jsou významným ukazatelem možného poškození nervu po operaci. Dále se klade velký důraz na příznaky poruchy funkce štítné žlázy.

Krátkodobá předoperační příprava je omezena na 24 hodin před výkonem. Sestra musí zajistit před každým výkonem, aby byl pacient lačný a vyprázdněný. Pokud pacient není vyprázdněný, tak po dotazu sestry na pacienta mu podá čípek k vyprázdnění. Pacient musí mít zavedený a zajištěný žilní přístup. Dle soběstačnosti pacienta, pokud pacient není zcela soběstačný, sestra

provede celkovou hygienu, u žen odstraní lak z nehtů a odlíčí obličej (Čoupková, 2010). Příprava operačního pole a odstranění vousů u mužů z krční oblasti by se nemělo provádět desinfekčními prostředky, které obsahují jód, pro případ potřeby radiojódu k dalšímu případnému pooperačnímu léčení (Dvořák, 2002). Bezprostřední předoperační příprava je omezena na 2 hodiny před operací. V tomto krátkém časovém úseku sestra musí zajistit a provést kontrolu dokumentace pacienta, operačního pole, přiložení bandáží na dolní končetiny, vyjmutí zubní náhrady, pokud ji pacient má. Dále lačnost pacienta, vyprázdnění pacienta a zvládnout a provést speciální požadavky operátora, např. zavedení permanentního močového katétru nebo zavedení nazogastrické sondy, dle nutnosti a stavu pacienta. Sestra poučí pacienta, že po aplikaci premedikace nebude moci vstávat z lůžka. Poté aplikuje premedikaci na základě ordinace anesteziologa a výzvy z operačního sálu (Čoupková, 2010).

Další intervence sestry před operací štítné žlázy je kontrola předoperačních vyšetření, kontrola podepsaného informovaného souhlasu s operací. Kontroluje vitální funkce, tedy krevní tlak, pulz, tělesnou teplotu a dech. V den operace zajistí prevenci tromboembolické nemoci, aplikuje např. Fraxiparine (přípravek, který se používá k prevenci trombózy a plicní embolie, patří do skupiny antikoagulantů) dle ordinace lékaře. Dle lékaře dále zajistí aplikaci antibiotické profylaxe nebo předá požadované dávky antibiotik i s pacientem na operační sál. Na zavození z operačního sálu sestra odveze pacienta na operační sál s veškerou dokumentací, případnými léky a zajistí jeho předání do péče personálu operačního sálu (Janíková, Zeleníková, 2013).

Operace se provádí v celkové anestézii, kdy má pacient zprůchodněné dýchací cesty endotracheální intubací. Musí být monitorovány vitální funkce, EKG, pO₂, pCO₂. Pacient je v poloze na zádech se zdvižením trupu o 20-30° a má zakloněnou hlavu (Astl, 2013). Dezinfekce operačního pole se provádí Steriliem, Kodanem nebo jiným nejodidovým přípravkem. Podle typu operačního výkonu se odvíjí i délka operace (Janíková, Zeleníková, 2013).

1.7.2 Pooperační péče a úloha sestry

Pacienti po operaci štítné žlázy jsou dle jejich celkového stavu a podle určení operátéra nebo anesteziologa přeloženi na jednotku intenzivní péče nebo na pooperační pokoj. Pro riziko krvácení a pro riziko porušené průchodnosti dýchacích cest s dušením, jsou pacienti po operaci štítné žlázy přeloženi na jednotku intenzivní péče, kde vyžadují v prvních hodinách zvýšený sesterský dozor. Na JIP se u těchto pacientů sleduje i EKG a CVT (centrální venózní tlak), ale pouze pokud má pacient zajištěn a zaveden centrální žilní katétr. Při nekomplikovaném průběhu operace jsou pacienti přeloženi na pooperační pokoj (Dvořák, 2002).

Na pooperačním pokoji musí sestra zajistit správné polohování pacienta. Musí dbát na to, aby nedošlo k napětí v oblasti operační rány. Pacient je v polosedě, kdy má hlavu a trup zvednutý do úhlu 45 – 90°. Pacientovi tato poloha umožňuje lepší dýchání. Sestra sleduje a monitoruje vitální funkce, kdy zásadní je saturace krve kyslíkem (SpO₂), dále krevní tlak a puls, tělesnou teplotu, dýchání a stav vědomí, které se měří a provádí dle určení operátéra a anesteziologa v určitých intervalech. Měření těchto funkcí sestra provádí po 15 – 30 – 60 minutách. Pacientovi je podáván kyslík pomocí kyslíkových brýlí nebo kyslíkové masky, podává se ihned po operaci. Sestra musí také sledovat operační ránu a případné známky krvácení z operační rány. Pacient má také v operační ráně zavedeny 1 – 2 Redonovy drény. O počtu těchto drénů rozhoduje lékař dle operačního zákroku. U zavedeného Redonova drénu sestra musí každý den sledovat jeho funkčnost, tedy jestli má podtlak, dále sleduje a zapisuje charakter odváděného obsahu, množství, barvu a vzhled, musí sledovat i okolí drénu a případné známky infekce. Tyto drény se odstraňují 2. pooperační den. Než pacient opustí pooperační pokoj, musí jeho celkový stav zhodnotit lékař a při nekomplikovaném průběhu pacienta propustí na standardní oddělení chirurgie. Po stabilizaci pacienta provádí sestra měření po 3 - 4 hodinách, na standardním oddělení chirurgie. Sledování prvních 24 hodin po operaci štítné žlázy je velmi zásadní a důležité, jelikož hrozí závažné

komplikace. Tyto komplikace, které mohou vzniknout po operaci štítné žlázy, jsou uvedeny a popsány v kapitole „2.7.3 Pooperační komplikace po operaci štítné žlázy a úloha sestry“.

Po operaci může pacient pociťovat bolest v operační ráně. Sestra musí hodnotit bolest dle VAS škály (vizuální analogová škála bolesti). Dále aplikuje analgetika dle ordinace lékaře (Janíková, Zeleníková, 2013). Někdy se mohou podávat chladné obklady, které snižují místní otok a svalové napětí. Tyto obklady se používají krátkodobě (Málek, Ševčík, 2009).

Po operaci se pacient musí vymočit do 6-8 hodin, ale pokud tak neuskuteční, může sestra navodit spontánní vyprázdnění močového měchýře, kdy například pustí vodu z vodovodního kohoutku. Pokud ani toto nepomůže k vyprázdnění moče, musí sestra pacienta jednorázově vycévkovat.

Sestra s lékařem provádí první převaz operační rány za 24-48 hodin po operaci. Po operaci štítné žlázy má pacient ránu krytou sterilním mulem. První den po operaci sestra ránu převazuje, kdy odstraní staré obvazy, po kontrole a dezinfekci rány přiloží na ránu nový sterilní prodyšný mul. První nebo druhý den po operaci se odstraňuje drén z rány, ale po vytažení drénu sestra musí znovu ránu převázat. V operační ráně jsou buď vstřebatelné nebo nevstřebatelné stehy. Nevstřebatelné stehy se odstraňují 7. - 10. den po operaci.

V den operace pacient dostává výživu parenterální cestou. Několik hodin po operaci, 2-4 hodiny, dostává od sestry čaj po lžičkách a dále další tekutiny dle potřeby pacienta. První den po operaci má pacient dietu č. 1, dále při dobrém polykání pacienta přechází na dietu racionální (Janíková, Zeleníková, 2013). Pokud pacient nemůže po operaci pro žaludeční potíže přijímat tekutiny, aplikuje se mu fyziologický roztok v infúzi.

V tomto období se sledují hodnoty vápníku v krvi, kdy sestra musí pacientovi odebírat krev na biochemické vyšetření krve. Také se mohou projevit příznaky, které nasvědčují o přechodném nebo trvalém porušení příštítných tělísek. Příznaky jsou brnění prstů, svalové záškuby v obličejí nebo

svalové křeče. Při těchto příznacích sestra pacientovi podává léky s obsahem vápníku ve formě šumivých tablet nebo nitrožilních injekcí dle ordinace lékaře.

Při normálním průběhu a stavu pacienta je délka hospitalizace 2 – 5 dnů (Dvořák, 2002).

1.7.3 Pooperační komplikace po operaci štítné žlázy a úloha sestry

Zejména po operacích velkých nebo maligních strum je nejčastější komplikací poranění zvrtného nervu, n.recurrens, který probíhá po zadní straně štítné žlázy a v hrtanu inervuje hlasivkové svaly. Chrapotem se projevuje jednostranné poranění a k ochabnutí hlasivek dochází při oboustranném poranění, kdy hlasivky vytvoří překážku pro proudění vzduchu a nemocný se dusí. Pokud je nerv přerušen, jsou tyto poruchy trvalé, ale pokud je nerv pouze pohmožděn, jsou následky dočasné. Zpravidla se na tuto komplikaci přijde již na operačním sále, kdy nemocný nemůže dýchat a mluvit. Po probuzení pacienta z narkózy a po odstranění intubace pacient musí opakovat slova, ve kterých je písmeno „r“. Jednostranné poranění se léčí hlasovou rehabilitací a při oboustranném poranění se zavádí endotracheální kanyla. Později je nutná tracheostomie, kdy sestra musí připravit pomůcky a asistovat lékaři. Dále se také může provést plastika hlasivek (Valenta, 2003). U této komplikace sestra musí sledovat frekvenci, hloubku a rytmus dýchání, sledovat známky případného dušení jako jsou tachypnoe (zvýšená dechová frekvence), akrální cyanózu (namodralé zbarvení kůže a sliznic), sledovat pulzní oxymetrii (neinvasivní metoda monitorování kyslíkové saturace), dále hodnotit kvalitu hlasu (chrapot) a schopnost pacienta mluvit nahlas (Janíková, Zeleníková, 2013).

Další komplikací je krvácení v operační ráně, při kterém může dojít k útlaku trachey a dušení. Při této komplikaci musí sestra sledovat a kontrolovat vitální funkce pacienta, sledovat místo a krytí operační rány a obsah Redonova drénu (Janíková, Zeleníková, 2013). Tvorba hematomu v ráně s následným stlačením průdušnice a dušením je bezprostředně život ohrožující komplikace,

kdy sestra ihned volá lékaře. V takovém případě odstraní lékař obvaz a stehy, ránu otevře a hematom evakuuje. Sestra lékaři asistuje.

Odstranění nebo poškození příštítných tělísek je další možnou komplikací, kdy pokles hladiny vápníku v krvi způsobuje křeče. Poškození příštítných tělísek se zpravidla dostaví 3-5 den po operaci. Projevuje se jejich nedostatečná funkce, kdy se u pacientů mohou objevit pocity brnění prstů, Chvostkův příznak neboli křeč obličejových svalů vyvolaný lehkým poklepem před čelistním kloubem, kudy probíhá obličejový nerv (n.facialis) nebo karpopedální spasmy, které se projeví, když sestra měří pacientovi krevní tlak, křeče postihující svaly rukou a nohou, které jsou vyvolány sníženou hladinou vápníku v krvi (Valenta, 2003). Sestra se pacienta dotazuje na přítomnost parestézie prstů a na okolí úst, při výskytu případných křečí musí sestra informovat lékaře. Dále sestra provádí první a třetí pooperační den odběr krve na biochemické vyšetření krve, na vápník celkový a ionizovaný a na fosfor. Dle ordinace lékaře, na základě klinických příznaků a hladiny vápníku v krvi, sestra aplikuje substituční léčbu, např. Calcium chloratum, Calcium gluconicum (Janíková, Zeleníková, 2013).

Otok hrtanové sliznice se projevuje hrubším hlasem, kdy se doporučuje hlasový klid. Sestra zajistí zvlhčení vzduchu a dle ordinace lékaře podá pacientovi léky, které snižují otok ve tkáních. Případná změna hlasu se může u operovaných pacientů pozorovat od nepatrných odchylek až k hrubému a drsnému hlasu provázený chrapotem s hlasovou únavou.

Žaludeční nevolnost a zvracení po operaci štítné žlázy se vyskytuje častěji než u jiných operací, kdy je zde velké nebezpečí krvácení do operačního pole. Při této komplikaci sestra podá dle ordinace lékaře léky proti zvracení, tzv. antiemetika.

Poruchy hojení operační rány mohou vznikat široké, roztažené jizvy, které vznikají u nedostatečně pevné jizvy, která se postupně roztahuje. Hypertrofické jizvy se nešíří do okolí a nepřekračují hranici jizvy a při správném doléčení

zmizí. Keloidní jizvy se naopak šíří do okolí a překračují hranici jizvy a spontánně neustupují (Dvořák, 2002).

Tyreotoxická krize, která je způsobená hyperfunkcí štítné žlázy, uvolní nadbytek hormonů štítné žlázy. Sestra musí prvních 18 hodin po operaci sledovat případné příznaky tyreotoxické krize. Bývá to tachykardie (zvýšená srdeční činnost), třes, hyperpyrexie (vysoká horečka), bolest na hrudníku, psychomotorický neklid nebo návaly horka. Při výskytu těchto příznaků se pacient musí ihned přeložit na jednotku intenzivní péče, kde se zahájí léčba dle lékaře (Janíková, Zeleníková, 2013).

1.7.4 Domácí péče po propuštění pacienta z nemocnice

Po operacích, při kterých se odstraňuje štítná žláza, dostávají nemocní v dalším průběhu doživotně hormony štítné žlázy v tabletové formě. Musí se kontrolovat, je-li dostatečná hladina hormonů štítné žlázy v krvi. U operací, při kterých část štítné žlázy zůstává v těle, se sleduje možné znovuzplanutí (recidiva) onemocnění. K endokrinologovi, který operaci doporučil, se pacient předává po propuštění z nemocnice. Lékař pacientovi ordinuje podávání hormonů štítné žlázy. Správnou dávku těchto hormonů určuje právě tento endokrinolog na základě opakovaných vyšetření nemocného a laboratorních kontrol.

Po operaci štítné žlázy je pacient doporučen na krční vyšetření k ověření správné funkčnosti hlasivek.

Pacientům, kteří podstoupili operaci pro odstranění zhoubného nádoru štítné žlázy, se nenasazují hormony štítné žlázy, ale organismus se dostává do stavu hypothyreózy, která je léčebným záměrem. V tomto stádiu se pacient přijímá na oddělení nukleární medicíny k podávání radiojódu. Aplikace radiojódu má význam diagnostický a svým zářením ničí zbytek tkáně žlázy nebo metastázy. Po ozařování pacienta zůstává malá část radioaktivity v jeho těle a po propuštění z oddělení nukleární medicíny musí pacient po dobu 10 dnů dodržovat speciální opatření. Tato opatření pacientovi sděluje lékař společně se sestrou, kdy pacienta informují, že se nesmí pohybovat delší dobu

v blízkosti ostatních osob v domácnosti i v zaměstnání, měl by se vyhýbat kontaktu s malými dětmi, neměl by navštěvovat místa, kde bývá mnoho lidí, například kino, divadlo. Sestra i lékař se musí ujistit, že těmto informacím pacient porozuměl. Po ukončení této léčby endokrinolog ordinuje hormony štítné žlázy. Sledování těchto pacientů je doživotní.

Sestra pacienta informuje, že po operaci štítné žlázy, po jejím odstranění, je pracovní neschopnost, která obvykle trvá 2 - 6 týdnů (Dvořák, 2002). Dále je od sestry i lékaře pacientovi doporučen klidový režim nejčastěji 2 – 3 týdny po operaci štítné žlázy. Nedoporučují zaměstnání a činnosti, při kterých pacient musí vykonávat velkou fyzickou zátěž (Mandincová, 2011).

Lékař pacientovi vysvětlí, že operační rána se hojí jizvou a že tyto jizvy mohou být nápadné, nevzhledné a mohou způsobit zhoršení pohyblivosti krku. Při polykání mohou vyvolat nepříjemné pocity cizího tělesa v krku a pocity tahu. Pacient musí chránit hojící ránu před nečistotami a průnikem infekce z okolí prodyšným obvazem.

Sestra pacienta informuje, jak bude ošetřovat operační jizvu. Od 5. dne po operaci se lehce promazává hojící se rána dvakrát denně nemastným, čirým gelem Contractubexem nebo mastmi, např. Framykoin mast, Bactroban mast, Bepanthem krém, Septonex mast. Případně vzniklé strupy se nestrhávají násilím, ale lehce se změkčí mastí a setrou se. Během prvního půl roku po operaci se nesmí jizva vystavovat slunečnímu ani solárnímu záření. Po dobu 3-4 týdnů se jizva pouze oplachuje vlažnou vodou a není možné ji namáčet při koupeli nebo v bazénu.

Při špatném nebo nedostačujícím ošetření pooperační jizvy mohou vzniknout široké, roztažené jizvy, které vznikají postupným roztažením nedostatečně pevné jizvy. Lékař i sestra pacienta informují, o omezení pohybu, který napíná jizvu a měl by být v klidu. Stehy by se měly ponechat delší dobu v ráně nebo se ještě zpevní náplastovými stahujícími stehy a zvýší přívod vitamínů. Později se jizva odstraní a znovu se musí sešít. Toto se

provádí za 6 až 12 měsíců, ale během této doby jizva dozrává a zhojí se, že není důvod k její další kosmetické úpravě.

U hypertrofických jizev musí pacient provádět alespoň dvakrát denně jemné masáže s mastmi, které zmenšují množství nově vzniklého vaziva. Používají se např. Contractubex gel, Hirudoid forte mast nebo Bonal mast. Nejdříve po půl roce je dále možné použít laser, ale pokud se ani po této době a léčbě jizvy neoploští, je nutné, aby ji lékař vyříznul a provedl novou úpravu (Dvořák, 2002).

Pacient musí být také informován od lékaře i sestry o opatřeních ve výživě. Je třeba vzít v úvahu fakta o obsahu jódu v potravinách a obsah tzv. strumigenů v potravě. Pacient by měl dbát na dietní opatření. Měl by do svého jídelníčku zařadit mořské ryby, alespoň 3 porce týdně, omezit pití vody z vodovodního kohoutku, snížit potravinové strumigeny, např. zelí, brukvovité potraviny. Dále je nutné omezit nebo úplně přestat s kouřením a omezit příjem alkoholu (Astl, 2013).

2 Cíle a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1 Zjistit zvláštnosti v ošetrovatelské péči před a po operaci štítné žlázy.

Cíl 2 Zjistit režimová opatření a jejich znalost u pacientů po operaci štítné žlázy na chirurgickém oddělení.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaké existují zvláštnosti v ošetrovatelské péči před operací štítné žlázy?

Výzkumná otázka 2: Jaké existují zvláštnosti v ošetrovatelské péči po operaci štítné žlázy?

Výzkumná otázka 3: Jaká jsou režimová opatření u pacientů po operaci štítné žlázy?

Výzkumná otázka 4: Jaké znalosti mají pacienti o režimovém opatření po operaci štítné žlázy?

3 Metodika

3.1 Použitá metodika

Ke zpracování této bakalářské práce bylo provedeno kvalitativní výzkumné šetření. Jako technika sběru dat byly použity polostrukturované rozhovory. Výzkumné šetření proběhlo na chirurgickém oddělení, kde se vyskytují pacienti s onemocněním štítné žlázy. Se svolením náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, se souhlasem vrchních sester, dotazovaných sester oddělení a se souhlasem hospitalizovaných pacientů, kde bylo šetření prováděno. Šetření bylo anonymní. Z důvodu anonymity není součástí bakalářské práce „Žádost o povolení výzkumného šetření“, ale je k nahlédnutí u autorky práce.

3.2 Rozhovor

Ke sběru dat byly použity dva polostrukturované rozhovory. Jeden polostrukturovaný rozhovor se sestrami (Příloha 3). Druhý polostrukturovaný rozhovor s pacienty (Příloha 4). Respondentům byly položeny otázky týkající se péče o pacienty s onemocněním štítné žlázy, které byly v průběhu rozhovoru doplňovány o další podotázky. Rozhovory probíhaly na chirurgickém oddělení a to v klidném a příjemném prostředí, ve vyhrazené místnosti. Respondenti s rozhovory vždy dobrovolně souhlasili. Rozhovory byly prováděny od 2. 3. 2015 do 29. 4. 2015. Všechny rozhovory byly zaznamenávány písemně a po té přepsány (Příloha 5). Kvalitativní data byla analyzována a uspořádána do kategorizačních skupin.

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

První výzkumný soubor pro bakalářskou práci tvořily sestry pracující na chirurgickém oddělení. Osloveno bylo postupně 5 sester různého věku, délky odborné praxe a vzdělání. S každou sestrou byl proveden polostrukturovaný rozhovor. Osobní údaje sester nebyly nutné.

Druhý výzkumný soubor pro bakalářskou práci tvořili pacienti po operaci štítné žlázy hospitalizováni na chirurgickém oddělení, kteří byli před propuštěním z nemocnice. Bylo postupně osloveno 5 pacientů různého věku, délky hospitalizace a různého onemocnění štítné žlázy. S každým pacientem byl proveden polostrukturovaný rozhovor. Osobní údaje pacientů nebyly nutné.

4 Výsledky

4.1 Kategorizace výsledků z rozhovorů se všeobecnými sestrami

Sestra = S

Kategorizační skupiny

1. Předoperační vyšetření u pacientů s onemocněním štítné žlázy
2. Předoperační péče před operací štítné žlázy
3. Pooperační péče u pacientů po operaci štítné žlázy
4. Výskyt nejzávažnějších pooperačních komplikací a jejich ošetření
5. Poskytování informací o režimovém opatření, o správném ošetřování pooperační jizvy po propuštění pacienta
6. Získávání informací o ošetřovatelské péči u pacientů s onemocněním štítné žlázy

1. Předoperační vyšetření u pacientů s onemocněním štítné žlázy

Všechny dotazované sestry uvedly, že pacient musí mít interní vyšetření, vyšetření a doporučení od endokrinologa.

Sestra 2 dále uvedla: *„Je to interní vyšetření, ARO vyšetření, kde se určuje premedikace a doporučení od endokrinologa.“*

Sestra 3 navíc odpověděla: *„Nejdříve se provádí přes praktického lékaře, kde je zahrnuto veškeré interní vyšetření, potom musí mít pacient doporučení od endokrinologa k operaci a na krční vyšetření na ORL.“*

Sestra 1, 4 a 5 se navíc shodují, že pacient musí mít před operací štítné žlázy krční vyšetření na ORL oddělení a vyšetření na ARO ambulanci.

Sestra 4 dále uvedla: *„K operaci je doporučen od endokrinologa na základě vyšetření štítné žlázy. Musí mít celkové interní vyšetření, do kterého patří odběry krve, moče, zobrazovací metody, třeba i biopsie štítné žlázy. Pak musí na ORL, kde mu udělají krční vyšetření. Ještě ARO vyšetření na ambulanci, kde mu lékař napíše premedikaci.“*

2. Předoperační péče před operací štítné žlázy

Všechny dotazované sestry odpověděly, že informace týkající se předoperační péče a informace, které se týkají operace, podává sestra i lékař v příjmové ambulanci. Poskytují je ústně a písemně, kdy si pacient přečte a podepíše informovaný souhlas s operací. Sestra odešle pacienta na chirurgické oddělení. *„Informace poskytuje pan doktor už při příjmu pacienta na ambulanci. Příjem pacienta probíhá většinou ráno. Informuje ho o operaci, o jejím průběhu. Sestra informuje pacienta o předoperační přípravě. Tyto informace mu sdělují písemně i ústně.“* (S1) *„Pacienty informuje lékař už při jejich příjmu na ambulanci. Souhlas s operací mu dáme my sestry nebo lékař. Pacient si souhlas přečte a musí nám ho vrátit podepsaný.“* (S2) *„Předoperační základní péči už poskytuje sestra a lékař na příjmací ambulanci. Pacientovi to říkají a i dávají informovaný souhlas s operací. Potom jakmile přijdou pacienti sem k nám na oddělení, tak ještě dostávají veškeré informace od sester a od lékaře. Kromě podání informací o průběhu operace, jak operace bude probíhat, tyhle informace poskytuje pacientovi lékař. Sestra informuje pacienta o veškerých ošetrovatelských předoperačních výkonech, postupech.“* (S3) *„Informace o operaci říká lékař na příjmu v ambulanci, dá pacientovi k podpisu informovaný souhlas s operací, který musí podepsat. Takže informace poskytuje lékař i sestra, písemně i ústně.“* (S4) *„Poskytuje lékař a sestra na příjmové ambulanci. Lékař informuje o operaci, jak bude probíhat, od lékaře dostane pacient informovaný souhlas, který si přečte a podepíše. Od sestry dostane identifikační náramek a odešle ho k nám na oddělení. Informace tedy poskytují písemně i ústně.“* (S5)

Poskytování informací po operaci štítné žlázy poskytuje sestra i lékař a tyto informace jsou většinou podány ústně, uvádějí všechny dotazované sestry. Sestra 3 uvedla, že se podávají i písemně. *„Informuje sestra i lékař. Poskytují se písemně a ústně, protože před operací se dává informační list, který si pacient přečte, kde jsou napsány veškeré informace a když něčemu nerozumí,*

tak se zeptá nás nebo lékařů. Tento list musí podepsat, aby mohl jít na operaci. Je tam vypsáno veškeré operační poučení, co se týká operace.“

Dále se všechny sestry shodují, že pacienty informují o tom, že do pŕlnoci mohou jíst, pít a kouřit, dle stavu se pacient musí vyprázdnit, ale pokud se pacient nevyprázdní spontánně, je potřeba pomoci podáním čípku.

Sestra 1, 3, 4 a 5 podávají večerní léky dle ordinace lékaře. Sestra 2, 3 a 5 zavádějí u pacientů cévky, pokud jsou to pacienti nechodící. Sestra 2, 3, 4 a 5 pacientovi podá večer jídlo.

Sestra 1, 4 a 5 informuje pacienty, muže, aby si den před operací oholili krk. Sestra 2 a 5 navíc provádí odběry krve a sestra 5 dělá u pacienta EKG. Sestra 1 navíc uvádí: „*Ráno před operací při vizitě, musí lékař přesně zakreslit, na operačním poli (na krku), kudy bude prováděn operační řez.*“

Před operací štítné žlázy, sestra 2, 3, 4 a 5 kontrolují a sledují hodnoty vápníku v krvi pacienta.

3. Pooperační péče u pacientů po operaci štítné žlázy

Všechny dotazované sestry informují pacienta o tom, že po operaci bude převezen na pooperační pokoj, kde bude 2 hodiny a pokud se nevyskytnou nějaké pooperační komplikace, tak bude převezen zpátky na svůj pokoj, na standardní chirurgické oddělení.

Na pooperačním pokoji, kde je pacient 2 hodiny po výkonu, sestra sleduje fyziologické funkce, stav vědomí, operační ránu, drény a odpad z drénů. Shodně takto odpověděly všechny dotazované sestry. Sestra 1, 2, 4 a 5 se shodují, že pacient je napojen na kyslík a má buď kyslíkové brýle, nebo kyslíkovou masku. Sestra 1, 2, 3 a 5 odpověděly, že se dle ordinace lékaře podávají léky proti bolesti.

Dále sestry uvedly, že pacient může po 2 hodinách po operaci pít, ale ten den nesmí nic jíst. Sestra 2, 3 a 4 podává pacientovi po operaci čaj nebo infuzi a sestra 1 pouze infuzi, v den operace pacienta.

Další dny všechny sestry pacientům podávají stravu kašovitou a podle jejich schopnosti polykání, nejčastěji je to 3. pooperační den, poskytují stravu racionální neboli stravu normální.

Sestra 1 a 4 dávají pacientům, na dosah ruky, signalizační zařízení, pokud budou něco potřebovat, jelikož také shodně odpověděly, že pacienti nemohou vstávat z lůžka, ale jenom se otáčet na boky. Sestra 1, 3, 4 a 5 informují pacienty, aby při pohybu nebo při polohování dávaly pozor na operační ránu, aby je to netahalo za operační ránu.

Sestra 3 a 5 sledují operační ránu, dále pacientům odebírají krev a kontrolují a sledují hladinu vápníku v krvi. Sestra 3 navíc sleduje i odpad z drénů.

Sestra 1, 4 a 5 pacientům po operaci štítné žlázy sledují hladinu vápníku v krvi a ptají se pacientů, zda nemají pocit brnění v prstech. Sestra 1 navíc uvedla: *„Hlavně hladina vápníku v krvi, protože při operaci může dojít k poškození příštítných tělísek a pacient může právě pociťovat brnění prstů.“*

4. Výskyt nejzávažnějších pooperačních komplikací a jejich ošetření

Sestra 1, 3, 4 a 5 se s pooperačními komplikacemi často nesetkávají, jen zcela výjimečně 1 – 2x do roka.

Sestra 1 dále na tuto otázku odpověděla: *„Já jsem se setkala s pooperačním krvácením a to je hlavně vidět na odpadu z drénů. Ihned se musí informovat lékař a ten rozhodne, pokud je toho odpadu opravdu hodně, jestli bude muset pacient znova na operační sál, jestli nekrvácí něco zevnitř v ráně. Potom také, když pacient špatně dýchal, tak jsou do rána napojeni na oxymetr a když se saturace nesrovná a pořád špatně dýchají, tak se to řeší tak, že jsou přeloženi na JIP. Pokud je nějaká změna stavu pacienta, tak informujeme lékaře.“*

Na rozdíl od sestry 2, která se často setkává s brněním prstů a úst, když má pacient sníženou hladinu vápníku v krvi. Na léčbu sestra 2 odpověděla: *„Ihned jsem zavolala lékaře a dle jeho ordinace jsem nabrala krev, abychom*

zjistili hodnotu vápníku. Ten byl hodně snížený, takže jsme ho paní doplnili pomocí infuzí.“

Sestra 3 odpověděla: „Já osobně jsem se setkala s velmi masivním krvácením z rány, do toho drénu, bylo to u jedné pacientky. Měla zavedeny dva Redonovy drény a ty byly oba naplněné, ale obvaz byl suchý, tak jsem ihned volala lékaře a paní musela být převezena znova na operační sál, kde muselo být to krvácení zastaveno a samozřejmě musela být nalezena příčina toho krvácení.“

Sestra 4 se setkala s pooperačním krvácením z rány, s velkým množstvím odpadu v drénu, u pacientů po operaci štítné žlázy.

S otokem krku a následným nedostatečným průchodem dýchacích cest se setkala sestra 5.

Jako nejzávažnější pooperační komplikace, na kterých se shodly všechny dotazované sestry, jsou krvácení a obtížné dýchání.

Sestra 4 a 5 dále upozorňují na otok rány, brnění prstů a výskyt hematomu.

Při výskytu jakékoli pooperační komplikace všechny sestry odpověděly, že se ihned volá lékař, který rozhodne o dalším řešení pooperační komplikace.

5. Poskytování informací o režimovém opatření, o správném ošetřování pooperační jizvy po propuštění pacienta

Lékař a staniční sestra oddělení poskytují informace o režimovém opatření před propuštěním pacienta, informace jsou pacientovi poskytnuty ústně a písemně. Tyto veškeré informace o režimovém opatření i o ošetřování jizvy jsou v informačním letáku, který pacientům poskytuje staniční sestra při jejich odchodu z nemocnice. Lékař informuje pacienty o správném ošetřování pooperační jizvy, o další léčbě u endokrinologa. Na těchto odpovědích se shodují všechny dotazované sestry.

Informace o režimových opatřeních po propuštění pacienta z nemocnice mají všechny dotazované sestry.

Všechny sestry se shodují, že po propuštění pacienta z nemocnice se pacienti musí starat o pooperační jizvu, kdy ji musí promazávat a masírovat. Sestra 1, 2, 3 a 5 dále informují pacienta, že se jizva musí oplachovat vlažnou vodou, musí ji promazávat a masírovat příslušnými krémy nebo mastmi. Sestra 2 navíc pacientům doporučuje: *„Musí si tu jizvu oplachovat vlažnou vodou, aby jí promazávali a masírovali určenými krémy nebo mastmi, ale nejlepší je nesolené sádlo, po určité době zahojení jizvy.“* Sestra 3 a 5 navíc informuje pacienty, že nesmí jizvu vystavovat slunečnímu záření a sestra 3 dále informuje: *„Nesmí ji vystavovat slunečnímu nebo solárnímu záření, nebo aby nechodili do veřejných bazénů.“*

Sestra 2, 4 a 5 shodně odpověděly, že lékař informuje pacienty o následném užívání a dávkování hormonů štítné žlázy, po jejich propuštění z nemocnice.

Poskytování informací lékařem, o další možné léčbě na nukleární medicíně odpověděla sestra 2, 3, 4 a 5.

Pacienti po propuštění z nemocnice by měli mít klidový režim, odpověděly sestry 4 a 5.

Sestry 1, 2 a 5 odpověděly, že by pacienti neměli zvedat těžké věci, neměli by ihned sportovat, měli by se vyvarovat velké fyzické námaze. Sestra 3 navíc uvádí informaci: *„kdy bude moct provádět větší fyzickou sílu nebo kdy se bude moct vrátit zpátky do práce“* a se sestrou 5 se shodují na informaci, o návratu pacienta zpátky do zaměstnání.

Kromě sestry 5, všechny sestry odpověděly, že musí docházet za svým endokrinologem, který jim naordínuje a upraví dávkování léků a sestra 3 navíc odpověděla: *„Tento lékař upravuje klientovi léky, jejich dávkování a také klienta sleduje pro případ vzniku nádorového bujení ve štítné žláze.“*

Dále sestry 2, 3, 4 a 5 uvádí, že by se pacienti měli vyvarovat stresu. Změnit svůj jídelníček, do kterého by měl pacient zařadit mořské plody, měl by přestat kouřit a omezit pití alkoholu, shodně uvádějí sestry 1, 3 a 4.

6. Získávání informací o ošetrovatelské péči u pacientů s onemocněním štítné žlázy

Informovanost sester o ošetřování pacientů s onemocněním štítné žlázy je taková, že všechny dotazované sestry se shodují, že mají dostatek těchto informací.

Sestra 1, 3, 4 a 5 absolvovala odborné semináře, které připravuje odborný chirurgický lékař a sestra, kteří se touto problematikou zajímají. Sestry tam jsou informovány o ošetrovatelské péči i o provádění operace na štítné žláze a dále uvádějí, že tyto poskytnuté informace jim jsou velmi přínosné.

Sestra 2 uvádí: „*Ještě jsem na žádném takovém semináři nebyla a ani nevím, jestli nějaký byl nebo teprve bude. Každopádně, kdyby se nějaký brzy uskutečnil, tak bych byla moc ráda.*“

Sestra 1, 2 a 5 shodně odpověděly, že informací o ošetřování pacientů s onemocněním štítné žlázy mají dostatek, ale pokud si nejsou něčím jisté, tak se zeptají svých kolegyně nebo lékařů.

4.2 Kategorizace výsledků z rozhovorů s pacienty po operaci štítné žlázy

Pacient = respondent R

Kategorizační skupiny

1. Poskytování informací pacientům o svém onemocnění a role sestry
2. Informovanost pacientů o předoperační péči a role sestry
3. Informovanost pacientů o pooperační péči a role sestry
4. Sledování pacienta na pooperačním pokoji po operaci štítné žlázy a role sestry
5. Informovanost pacientů o režimovém opatření po propuštění z nemocnice a role sestry
6. Informovanost pacientů o ošetřování pooperační jizvy

1. Poskytování informací pacientům o svém onemocnění a role sestry

Každého z respondentů informoval/a endokrinolog/žka na základě různých vyšetření na štítné žláze. Vyšetření se skládalo z biopsie štítné žlázy, ultrazvuku štítné žlázy, scintigrafie štítné žlázy.

Respondenti 2, 3 a 5 se shodují, že informace o jejich nemoci jim byly ústně vysvětleny od endokrinologa a sestra se zde nějak neprojevila.

Respondenti 1 a 4 se shodují, že informace dostali, také ústně od endokrinologa a navíc dodávají: *„Informace o mém onemocnění mi byly poskytnuty formou letáčků, které mi dala moje endokrinoložka a měla jsem si je přečíst, a kdybych něčemu nerozuměla, tak jsem se měla za ní dostavit, kdybych něčemu nerozuměla, nebo jsem potřebovala něco vysvětlit. A sestra v tomto případě nehrála žádnou roli.“* (R1) *„Informace jsem dostala od endokrinoložky, která mě dostatečně informovala, jak ústně, tak mi dala různé informační letáky o tomto onemocnění. Sestra zde nehrála žádnou roli.“* (R4).

2. Informovanost pacientů o předoperační péči a role sestry

Respondent 1 dostal informace o tomto období na chirurgické ambulanci písemně i ústně od lékaře i sestry. *„O tomto období mi informace byly poskytnuty na chirurgické ambulanci, kde jsem se byla objednat na operaci, informace mi byly poskytnuty na papíře a zároveň mi sestra řekla, jaké nesmím užívat léky a dále mi řekla, že si musím dojít na předoperační vyšetření a v den nástupu do nemocnice si mám dojít na anesteziologickou ambulanci a potom jít na chirurgickou ambulanci, kde mě přijmou. Všechny informace, které mi byly podány, byly dostačující a srozumitelné a hlavně byly sděleny ochotným způsobem jak ze strany sestry, tak i lékaře.“*

Respondent 2 a 3 dostaly informace od sestry a lékaře ústně na chirurgickém oddělení. Respondenta 2 navíc lékař informoval: *„Lékař mě ještě informoval, které léky nesmím užívat. Informace asi pro mě byly dostačující.“*

Sestra mi řekla, že pokud nebudu něčemu rozumět nebo budu něco ještě potřebovat vědět, tak se jí mám zeptat, nebo taky pana doktora.“

Respondent 4 a 5 byli informováni ústně od sestry na oddělení. U všech respondentů, kromě respondenta 1, sestra prováděla odběry krve, zavádění periferní kanyly, informovala o lačnění respondentů od půlnoci, podala čípek na vyprázdnění, podala večeři a večerní léky. Dále uvádějí, že ráno při vizitě před operací jim lékař nakreslil čáru na krk, kvůli operačnímu řezu, před odjezdem na sál sestra aplikovala léky na zklidnění a uvolnění a poskytla bandáže na dolní končetiny. Respondent 4 byl vyzván, aby si odložil všechny šperky. Sestra dále respondenty 4 a 5 informovala: *„Taky mi řekla, že po operaci budu 2h na pooperačním pokoji a že se pak vrátím na oddělení.“* (R4) *„Sestra mi řekla, že po operaci pojedu na pooperační pokoj, kde budu dvě hodiny a pak mě přivezou zpátky na pokoj.“* (R5)

3. Informovanost pacientů o pooperační péči a role sestry

Informace o pooperační péči po operaci dostal respondent 1 od sestry takové: *„Nikdo mi vůbec nic neřekl, jen to, že v den operace, po operaci, nesmím celý den vstávat z postele a nic jíst a když budu něco potřebovat, tak si mám zazvonit a to vše mi řekla sestra a odešla.“* Nikdo respondenta 1 neinformoval o prováděné ošetrovatelské pooperační péči.

Respondenta 2 a 5 informovala o pooperační péči sestra a respondentům 3 a 4 byly informace poskytnuty od sestry a lékaře.

Respondentům 2, 3, 4 a 5 byly sděleny informace o výkonech, které sestry budou v pooperační péči provádět. Respondenti 2, 3, 4 a 5 byli sestrou informováni, že v den operace nebudou moct celý den vstávat z postele, po operaci, budou moct pít jenom čaj.

Respondentovi 2 řekla sestra, že bude mít zavedený drén, ale respondentovi 4 toto sdělil lékař. Respondentovi 2 a 5 bylo od sestry sděleno, že pokud bude potřebovat na záchod, tak v den operace bude muset na

podložní mísu v posteli, ale druhý den po operaci mohli vstát s dopomocí sestry.

Informace o podávání léků proti bolesti, byly poskytnuty respondentovi 3. Informace o odběrech krve na hladinu vápníku v krvi, byly poskytnuty respondentům 2, 4 a 5.

Respondenty 2 a 5 lékař informoval o zkoušení mluvit, po operaci štítné žlázy, respondenti uvádějí: „*Na vizitě jsem musela opakovat slova, která mi říkal pan doktor.*“ (R2) „*Ptali se mě, jak se mi dýchá a mluvili semnou. Zkoušeli, jak mluvím.*“ (R5)

4. Sledování pacienta na pooperačním pokoji po operaci štítné žlázy a role sestry

Sestra na pooperačním pokoji všem respondentům sledovala a měřila tlak, puls, dýchání. S respondenty zkoušela mluvit.

Respondent 1 a 2 museli říkat slova, ve kterých, je písmeno r. „*Pořád mě obtěžovali tím, abych jim řekla nějaké slovo, ve kterém je písmeno r.*“ (R1)

U respondentů 2, 3, 4 a 5 sledovala a kontrolovala vzhled rány, krvácení a drény, kolik odvádějí. Otok rány se sledoval u respondentů 4 a 5. Dále se u respondentů 2, 3 a 5 několikrát odebírala krev na určení hladiny vápníku v krvi. Všichni respondenti byli několikrát dotazováni na případné známky brnění prstů, brnění v ústech nebo brnění v jazyku.

Dále byli respondenti 1, 4 a 5 dotazováni na možné příznaky bolesti, které u respondenta 4 byly tlumeny podávanými léky proti bolesti. Respondenti 1 a 4 dostali infuzní roztok. „*Jelikož jsem nepotřebovala na toaletu, ale sestry potřebovaly moč, tak jsem dostala nějakou infuzi a pak to už šlo.*“ (R1)

5. Informovanost pacientů o režimovém opatření po propuštění z nemocnice a role sestry

Respondent 1 dostal informace částečně od lékaře a částečně od sestry, která byla na oddělení. Byly to informace o dalším léčení na nukleární

medicíně a o tom, že nesmí užívat jodové preparáty. Dále respondent 1 uvádí: *„Doktor mi jen řekl, že musím ještě na další léčení na nukleární medicínu a nesmím jíst jodové preparáty, nic víc jsem se nedozvěděla a to jsme se k tomu dostali jen, tak mezi řečí. Tak jsem se pak musela zeptat sestry, která byla zrovna na oddělení, co vše nesmím jíst, tak mi to zjistila a vše mi řekla. Místo toho abych dostala veškeré informace od lékaře, tak jsem je dostala od sestry, která byla tak ochotná a zjistila mi to.“* Podobně poskytnuté informace dostal i respondent 4, kterému také lékař oznámil, že se bude muset dále léčit na oddělení nukleární medicíny a že nesmí užívat potraviny s obsahem jódu. Další informace byly poskytnuty staniční sestrou oddělení. Byly to informace pouze o vyndání stehů z rány, o ošetřování jizvy a k jakému bude respondent 4 docházet k lékaři.

Respondenti 2, 3, 4 a 5 se shodují, že informace o režimových opatřeních dostali od staniční sestry a od lékaře, písemně i ústně. Staniční sestra jim při propuštění poskytla informační list, ve kterém je vše popsáno a vysvětleno. Respondenti 2, 3 a 5 uvádějí shodné informace, které jsou v poskytnutém informačním listě, že nesmí vykonávat velkou fyzickou zátěž, zvedat těžké věci, sportovat a informace o ošetřování pooperační jizvy. Respondenty 2 a 5 staniční sestra informovala o návratu do zaměstnání a respondenta 4 a 5 navíc o vyndání stehů.

Informace poskytnuté od lékaře se u respondentů 2, 3 a 5 shodují, že je informoval o docházení za endokrinologem, který je bude dále sledovat a bude upravovat jejich léčbu a užívání léků.

6. Informovanost pacientů o ošetřování pooperační jizvy

Respondent 1 nebyl vůbec informován o ošetřování pooperační jizvy, ani o vzniku možných komplikací. *„V den propuštění mi byla dána propouštěcí zpráva sestrou do ruky a to bylo vše. Žádné informace, jak mám pečovat o jizvu nebo jaké mohou být tyto komplikace, mi nebyly poskytnuty.“* (R1)

Respondenti 2, 3, 4 a 5 byli informováni od staniční sestry a měli informace popsány a vysvětleny v poskytnutém informačním letáku od staniční sestry. Respondentovi 5 tyto informace navíc poskytl i lékař.

Respondenti 2, 3, 4 a 5 uvádějí, že jizvu musí promazávat a masírovat. Respondent 3 navíc uvádí: „*Desátý den po operaci budu muset na vyndání stehů*“ Respondenti 2, 3 a 5 se shodují, že se jizva nesmí hodně namáčet, že jí stačí opatrně opláchnout vlažnou vodou a také nesmí přijít nebo se jizva nesmí vystavovat na slunci.

Informace o vzniku možných komplikací při špatném ošetřování jizvy nebo v její oblasti nebyli respondenti 2, 3 a 5 vůbec informováni. Po dotazu na staniční sestru od respondenta 4, mohou vzniknout na jizvě nebo v jejím okolí případně otok nebo modřina. „*Musím si ji hodně promazávat a masírovat, aby tam prý nevznikly nějaké komplikace. Může tam být nějaký otok nebo třeba modřina, to mi říkala staniční sestra, když jsem se jí na to ptala.*“ (R4)

5 Diskuze

Bakalářská práce se zabývá zvláštnostmi v poskytování ošetrovatelské péče před a po operaci štítné žlázy, režimovými opatřeními a jejich znalost u pacientů po operaci štítné žlázy. Pro získání odpovědí byly vytvořeny čtyři výzkumné otázky. Otázka 1: Jaké existují zvláštnosti v ošetrovatelské péči před operací štítné žlázy? Otázka 2: Jaké existují zvláštnosti v ošetrovatelské péči po operaci štítné žlázy? Otázka 3: Jaká jsou režimová opatření u pacientů po operaci štítné žlázy? Otázka 4: Jaké znalosti mají pacienti o režimovém opatření po operaci štítné žlázy? Pro získání potřebných dat bylo použito polostrukturovaného rozhovoru. První výzkumný soubor pro sběr dat technikou rozhovorů tvořil 5 sester pracujících na chirurgickém oddělení, kde jsou pacienti s onemocněním štítné žlázy. Druhý výzkumný soubor pro sběr dat technikou rozhovorů tvořil 5 pacientů, kteří byli hospitalizováni na chirurgickém oddělení a byli po operaci štítné žlázy. Otázky pro dotazované sestry v rozhovoru byly sestaveny podle určité posloupnosti tak, aby byla zmapována komplexní ošetrovatelská péče od přijetí pacienta s onemocněním štítné žlázy na oddělení, přes rozdíly v ošetrovatelské péči o pacienta před operací štítné žlázy, po operaci štítné žlázy, problémy a možné pooperační komplikace, které mohou nastat v pooperačním období po operaci štítné žlázy, až po propuštění pacienta z oddělení a jeho rekonvalescenci. Otázky pro dotazované pacienty (respondenty) byly sestaveny také podle určité posloupnosti tak, aby byla zmapována informovanost pacientů o předoperačním období, pooperačním období a prováděných výkonech, dále o režimových opatřeních po operaci štítné žlázy a znalost u těchto pacientů (respondentů) v rekonvalescenci.

Během provádění šetření na oddělení, v době prováděných rozhovorů, kde pracují dotazované sestry S1 – S5, se vyskytoval minimálně 1 – 2 pacienti po operaci štítné žlázy. Podle výpovědí dotazovaných sester se na oddělení vyskytují každý týden 1 – 4 pacienti, kteří podstupují operaci štítné žlázy.

V první řadě se autorka této bakalářské práce zaměřila na prováděné předoperační vyšetření a příjem pacienta na oddělení. Sestry S1 – S5 se shodují, že v prováděném předoperačním vyšetření je zahrnuto interní, krční, ARO vyšetření a doporučení pacienta k operaci od endokrinologa. S4 navíc říká: „Musí mít celkové interní vyšetření, do kterého patří odběry krve, moči, zobrazovací metody, třeba i biopsie štítné žlázy.“ Podle Čoupkové (2010) může být předoperační vyšetření doplněno o další speciální, o kterém rozhoduje lékař a dle celkového stavu pacienta.

Příjem pacienta k operaci s onemocněním štítné žlázy probíhá na chirurgické příjmové ambulanci, kde pacient dostává nutné informace od lékaře, které se týkají operace a informace od sestry o předoperační péči. Tyto informace jsou poskytnuty ústně i písemně. Pacient dostane informovaný souhlas s operací, který si přečte, podepíše a sestra pacienta odešle na chirurgické oddělení. Takto shodně odpověděly všechny dotazované sestry S1 – S5. S2 a S4 navíc říkají: „Pacient si souhlas přečte a musí nám ho vrátit podepsaný.“ (S2) „Informace o operaci říká lékař na příjmu v ambulanci, dá pacientovi k podpisu informovaný souhlas s operací, který musí podepsat.“ (S4) Tvrzení sestry S2 a S4 poukazuje na to, že pokud si pacient informovaný souhlas přečte, tak ho musí vrátit podepsaný, jinak nemůže na operaci. Janíková, Zeleníková (2013) uvádějí, že chirurg musí pacienta seznámit a informovat navíc o postupu léčby, rozsahu chirurgického výkonu a s možnými pooperačními komplikacemi. Astl (2013) navíc uvádí, že by měl lékař informovat pacienta o tom, jaká rizika jsou spojena s polohou pacienta na operačním stole, ošetření pooperační jizvy a potřebou pooperační celoživotní léčby. Po vysvětlení a zodpovězení otázek od pacienta by měl podepsat souhlas s operací a léčbou. Kdyby tento souhlas pacient nepodepsal, nesmí být pacient operován. Z prováděných rozhovorů s pacienty (respondenty) vyplynulo, že každý z nich dostal informovaný souhlas s operací, který si přečetl a podepsal. Informace, které uvádějí Janíková, Zeleníková (2013) a Astl (2013), byly všem

dotazovaným pacientům poskytnuty a vysvětleny lékařem v příjmové ambulanci.

Ošetrovatelská péče před operací štítné žlázy začíná příchodem pacienta na chirurgické oddělení, kdy je pacient od sestry seznámen s oddělením, jeho uložením na lůžko. Dotazované sestry S1 – S5 se shodují v tom, že informují pacienta o nutné lačnosti před operací, kdy nebudou moci od půlnoci jíst, pít a kouřit.

Další intervencí sestry je v tomto období zajištění vyprázdnění močového měchýře a tlustého střeva u pacienta. S2, S3 a S5 dle soběstačnosti pacienta zavádějí cévku. Ovšem např. o jednodušším podání podložní mísy do lůžka pacienta se nezmínila ani jedna sestra. Čoupková (2010) uvádí, že k vyprázdnění močového měchýře u pacienta dochází spontánně nebo dle stavu pacienta provádí katetrizace močového měchýře. Tento výkon provádí sestry na standardním oddělení nebo se může provést přímo na operačním sále. Všechny dotazované sestry se musí ujistit, zdali je pacient vyprázdněný, takže se pacienta zeptají nebo podají čípek k vyprázdnění. Dále Čoupková (2010) uvádí, že k vyprázdnění tlustého střeva pacienta, pokud není vyprázdnění spontánní, sestra podává čípek.

Všechny dotázané sestry, kromě S2, podávají večerní léky dle ordinace lékaře. S1, S4 a S5 informuje pacienty, muže, aby si oholili krk. S1 říká: „Ráno před operací při vizitě, musí lékař přesně zakreslit, na operačním poli (na krku), kudy bude prováděn operační řez.“ Dvořák (2002) poukazuje na to, že odstranění vousů u mužů by se nemělo provádět desinfekčními prostředky obsahující jód. Ani jedna dotazovaná sestra neodpověděla, že se pacienti nesmí holit přípravky, které obsahují jód. Sestry pouze informují pacienty - muže, aby se den před operací oholili. Jakými přípravky, to již neuvádějí.

Všechny sestry, kromě S1, kontrolují a sledují hodnoty vápníku v krvi pacienta. Hladinu vápníku sledují z důvodu jeho snížení nebo zvýšení v krvi. Odběry krve sestry provádějí v den příjmu pacienta na oddělení a dle ordinace lékaře. S5 navíc u pacienta provádí EKG. Tento výkon je sice již zahrnutý v

interním předoperačním vyšetření než jde pacient k hospitalizaci, ale pokud si to jeho stav nebo lékař žádá, je povinností sestry tento výkon provést. Čoupková (2010) uvádí, že v předoperační přípravě je zahrnuto lačnění a vyprázdnění pacienta, zavedení a zajištění žilního přístupu, provedení celkové hygieny, u žen odstranění laku z nehtů a odlíčení obličeje, zajištění a kontrola dokumentace, kontrola operačního pole, přiložení bandáží na dolní končetiny, vyjmutí zubní náhrady, provést speciální požadavky operátora a podání premedikace. Podle Janíkové, Zeleníkové (2013) musí sestra provést kontrolu dokumentace, kompletních výsledků předoperačních vyšetření a laboratorních hodnot, podepsaný informovaný souhlas, vitální funkce, zajistit prevenci tromboembolické nemoci, dle lékaře zajistit antibiotickou profylaxi a na zavození z operačního sálu odvézt pacienta s dokumentací i případnými léky na operační sál a zajistit jeho předání do péče personálu operačního sálu.

Z rozhovorů se sestrami však vyplynulo, že intervence sestry a výkony před operací, které uvádějí Čoupková (2010), Janíková, Zeleníková (2013), sestry u respondentů provádějí jen částečně. Žádná z dotazovaných sester neuvedla, že by dle lékaře zajistila prevenci tromboembolické nemoci, informovala respondenty o vyjmutí zubní náhrady, kontrolovala vitální funkce. Je možné, že si sestry na tyto výkony nevzpomněly, protože jsou běžnou součástí předoperační přípravy u pacienta před operací.

Ošetrovatelská péče po operaci štítné žlázy začíná u pacienta jeho příjezdem na pooperační pokoj. Informace o pooperační péči jsou také vypsány a vysvětleny v poskytnutém informovaném souhlasu s operací a pacientům jsou poskytnuty i ústně od lékaře i sestry. Takto odpověděli sestry i respondenti. S1 – S5 se shodují, že informují pacienty o tom, že po operaci budou převezeni na pooperační pokoj, kde budou dvě hodiny a pokud se nevyskytnou nějaké pooperační komplikace, že budou převezeni zpátky na svůj pokoj. Sestry pacienty takto informují, jelikož se mohou po operaci vyskytnout pooperační potíže. Při výskytu těchto potíží jsou pacienti převezeni na jednotku intenzivní péče, kde je zvýšený sesterský dozor na pacienty. Tak to uvádí i

Dvořák (2002), pacienti po operaci štítné žlázy jsou dle jejich celkového stavu a podle určení operátora či anesteziologa přeloženi buď na jednotku intenzivní péče nebo při nekomplikovaném průběhu na pooperační pokoj.

O výkonech, které budou sestry provádět v pooperačním období u pacienta po operaci štítné žlázy, sestry informovaly pouze respondenty 2, 3, 4, a 5. Respondent 1 byl informován velmi málo a uvedl: „Nikdo mi vůbec nic neřekl, jen to, že v den operace, po operaci, nesmím celý den vstávat z postele a nic jíst a když budu něco potřebovat, tak si mám zazvonit a to vše mi řekla sestra a odešla.“ Z této odpovědi od respondenta 1 vyplývá, že nebyl dostatečně informován o jeho ošetřování v pooperačním období, o výkonech, které se v tomto období provádějí a o tom, co pacient může nebo nemůže dělat.

Dle Janíkové, Zeleníkové (2013) sestra nejenom musí sledovat a kontrolovat operační ránu, krvácení z rány a zavedené Redonovy drény. U tohoto drénu musí sestra sledovat jeho funkčnost, charakter obsahu, množství, barvu a vzhled, jeho okolí a případné známky infekce. Informace o zavedení Redonových drénů po operaci štítné žlázy byl od lékaře informován pouze respondent 4, ale respondentovi 2, byly tyto informace sděleny sestrou. Všechny dotazované sestry S1 – S5 shodně odpověděly, že pokud je pacient na pooperačním pokoji dvě hodiny, tak sestra u pacienta sleduje fyziologické funkce, stav vědomí, operační ránu, drény a odpad z drénů. Dále Janíková, Zeleníková (2013) uvádějí, že se měření provádí v určitých intervalech dle operátora nebo anesteziologa. Měření sestra provádí po 15 – 30 – 60 minutách. Zásadní monitorací z vitálních funkcí je saturace krve kyslíkem (SpO₂), kdy se ihned po operaci štítné žlázy pacientům podává kyslík, pomocí kyslíkových brýlí nebo masky. Z odpovědí z rozhovorů se sestrami vyplynulo, že kromě S3, podávají ostatní dotazované sestry pacientovi kyslíkové brýle nebo masku. Podávají se při respirační insuficienci (nedostatečnosti) při snížené saturaci krve kyslíkem.

Jak uvádí Málek, Ševčík (2009), mohou se podávat chladné obklady v okolí operační rány, které snižují místní otok a svalové napětí, ale podávají se

jen krátkodobě. Z rozhovorů vyplynulo, že otok rány sestra sledovala pouze u respondentů 4 a 5, ale nepoužívala žádný chladný obklad na jeho snížení.

Jak uvádí Janíková, Zeleníková (2013), pacient může po operaci pociťovat bolest v místě operační rány. Proto sestra musí hodnotit bolest dle vizuální analogové škály (dále jen VAS škála) a dle ordinace lékaře aplikuje analgetika. Kromě S4, všechny dotazované sestry uvedly, že pacienti na pooperačním pokoji mohou od sestry dostat dle ordinace lékaře léky proti bolesti. Respondenti 1, 4 a 5 byli sestrou dotazováni na případné známky bolesti, ale léky byly poskytnuty pouze respondentovi 4. Ostatní respondenti léky nedostali, jelikož nepociťovali bolest. Sestry neodpověděly podle čeho hodnotí bolest, ale zdá se, že sestry znají, že dle zmíněné VAS škály, která je součástí pacientovy dokumentace a také přímým dotazem na pacienta zdali nepociťuje bolest, ale možná si na to jen nevzpomněly.

Na pooperačním pokoji sestra se všemi respondenty hovořila, aby mohla zhodnotit kvalitu hlasu a schopnost respondentů mluvit nahlas. Proto sestra musí s pacienty mluvit, aby vyloučila možné poškození vratného nervu. Z rozhovorů s respondenty vyplynulo, že nebyli o této činnosti sestry informováni, ale respondenti 2 a 5 odpověděli, že to byl lékař, který jim o této činnosti řekl, ale až na prováděné vizitě na standardním oddělení. Kdo má o této činnosti respondenty informovat? Já se domnívám, že o této skutečnosti by měl pacienta informovat lékař na vizitě den před operací. Také by měl lékař pacientovi vysvětlit, že po skončení operace bude pacient opakovat slova, ve kterých je písmeno „r“ a to ještě na operačním sále. Provádí se to proto, aby lékař zjistil, jestli nemá pacient poraněný zvrtný nerv. Respondent 1 říká: „Pořád mě obtěžovali tím, abych jim řekla nějaké slovo, ve kterém je písmeno r.“ Dle mého názoru to není žádné obtěžování pacienta, aby řekl nějaké slovo na r, jelikož pokud pacient toto slovo nevysloví, je zde velké riziko poškození zvrtného nervu, který v hrtanu inervuje hlasivkové svaly a pacient by tedy nemohl mluvit. Jak také uvádí Valenta (2003), chrapotem se projevuje jednostranné poranění, k ochabnutí hlasivek dochází při oboustranném

poranění, kdy hlasivky vytvoří překážku pro proudění vzduchu a nemocný se dusí.

Pacienti byli dále informováni o odebírání a sledování hladiny vápníku v krvi. Hladina vápníku v krvi se musí sledovat z důvodu případného poškození příštítných tělísek při operaci, jak uvádí Dvořák (2002). Sestry se proto dotazovaly všech respondentů, jestli nepocítují nějaké známky brnění prstů, v ústech nebo jazyka. Z rozhovorů s dotazovanými sestrami mi na otázku proč se musí sledovat hladina vápníku v krvi po operaci štítné žlázy, odpověděla pouze jedna sestra. S1 říká: „Hlavně hladina vápníku v krvi, protože při operaci může dojít k poškození příštítných tělísek a pacient může právě pociťovat brnění prstů.“ To poukazuje na to, že sestry ví, že se musí u pacientů odebírat a kontrolovat hladina vápníku v krvi, ale už neví, proč může být hladina vápníku snižena. Dle Dvořáka (2002) se při výskytu příznaků při poškození příštítných tělísek sestra musí podávat dle ordinace lékaře šumivé tablety s obsahem vápníku nebo ve formě nitrožilních injekcí.

Všichni respondenti byli po dvou hodinách lékařem propuštěni z pooperačního pokoje na standardní oddělení chirurgie. Po těchto dvou hodinách všechny dotazované sestry uvedly, že pacienti mohou pít, ale ten den nesmí nic jíst. Dvořák (2002) tvrdí že, pokud pacient nemůže přijímat tekutiny pro žaludeční potíže po operaci, tak se mu aplikuje fyziologický roztok v infuzi. Janíková, Zeleníková (2013) tvrdí, že v den operace pacient přijímá výživu parenterální cestou, po dvou až čtyřech hodinách, po operaci dostává čaj. S2, S3 a S4 odpověděly, že pacientům podávají pouze čaj nebo infuzi a S1 jenom infuzi. Dále se všechny dotazované sestry shodují, že pacienti po operaci přijímají nejdříve stravu kašovitou (dieta č. 1) a dále dle jejich schopnosti polykat dostávají stravu normální (dieta č. 3). S touto odpovědí se shodují i s Janíkovou, Zeleníkovou (2013), které uvádějí, že první den po operaci má pacient dietu č. 1. Poté při dobrém polykání pacienta přechází na stravu racionální, dietu č. 3. Žádný z dotazovaných respondentů nebyl

informován o dodržování anebo změně diety po operaci štítné žlázy, a dále při dobrém polykání pacienta, o přechodu na normální stravu.

Po operaci by se měl pacient do 6 – 8 hodin vymočit. Pokud tak pacient neuskuteční, sestra může navodit spontánní vyprázdnění močového měchýře, kdy pustí vodu z vodovodního kohoutku. Pokud ani to nepomůže, musí sestra pacienta jednorázově vycévkovat. Toto uvádí Janíková, Zeleníková (2013), ale dotazované sestry a respondenti říkají něco jiného. Respondent 1 říká: „Jelikož jsem nepotřebovala na toaletu, ale sestry potřebovaly moč, tak jsem dostala nějakou infuzi a pak to už šlo.“ Pouze respondentovi 2 a 5 bylo od sestry sděleno, že pokud bude potřebovat na toaletu, tak bude muset na podložní mísu v lůžku. Já se domnívám, že by měl být informován každý z respondentů, že pokud bude potřebovat na toaletu, bude muset na podložní mísu v lůžku, protože právě nesmí ten den po operaci vstávat z lůžka.

Co se týká vstávání z lůžka a polohování po operaci sestry shodně odpověděly, že pacienti nesmějí vstávat z lůžka, mohou se otáčet pouze na bok, ale jakou polohu a proč by jí měl pacient zaujímat, sestry neodpověděly. Dále sestry, kromě S2, informují pacienty, aby při pohybu a polohování dávali pozor na operační ránu, aby je to v okolí rány netahalo a aby se rána nenapínala. Janíková, Zeleníková (2013) tvrdí, že pacient po operaci štítné žlázy je v polosedě, kdy má hlavu a trup zvednutý v úhlu 45 – 90°, sestra musí dbát na to, aby nedošlo k napětí v oblasti operační rány. Dále tyto autorky tvrdí, že tato poloha umožňuje pacientovi lepší dýchání.

Dvořák (2002) se zmiňuje o převazování operační rány, která je krytá sterilním mulem, první den po operaci sestra ránu převazuje, odstraní starý obvaz, zkontroluje ránu a po dezinfekci ji znova kryje novým sterilním obvazem. Dále uvádí, že první nebo druhý pooperační den se odstraňují zavedené drény. Na dotaz o převazování operační rány nebo odstranění drénů sestry neodpověděly, jelikož jsem se na tyto výkony v pooperační péči nezeptala. Takže nevím, zdali sestry na oddělení informují pacienty o těchto výkonech a jak tyto výkony u pacientů provádí.

S poskytováním informací o možných pooperačních komplikacích jsou pacienti seznámeni v informovaném souhlase s operací, který dostanou už v příjmové ambulanci. Navíc byly tyto informace pacientům dále vysvětleny od lékaře, a proto se už na ně neptali. Všechny dotazované sestry (kromě S2), uvádí, že se s pooperačními komplikacemi setkávají velmi zřídka a to 1 – 2x do roka. Podle Valenty (2003) nejzávažnější pooperační komplikací je poranění zvratného nervu. Podle Janíkové, Zeleníkové (2013) je další závažnou komplikací krvácení v operační ráně, při kterém může dojít k dušení a útlaku trachey, tvorba hematomu v ráně s následným stlačením průdušnice a dušením je bezprostředně život ohrožující komplikace, další může být tyreotoxická krize, která je způsobená hyperfunkcí štítné žlázy, kdy se uvolní nadbytek hormonů štítné žlázy. Valenta (2003) zmiňuje odstranění nebo poškození příštítných tělísek, kdy pokles hladiny vápníku v krvi pacienta způsobují křeče. Dvořák (2002) uvádí otok hrtanové sliznice, který se projevuje hrubším hlasem. Žaludeční nevolnost a zvracení je mnohem častější po operaci štítné žlázy než u jiných operací a může způsobit krvácení do operačního pole, dále poruchy hojení operační rány. S2 se prý často setkává s brněním prstů a úst v případech, kdy má pacient sníženou hladinu vápníku v krvi. Na léčbu této komplikace S2 říká: „Ihned jsem zavolala lékaře a dle jeho ordinace jsem nabrala krev, abychom zjistili hodnotu vápníku. Ten byl hodně snížený, takže jsme ho paní doplnili pomocí infuzí.“ S1 říká: „Já jsem se setkala s pooperačním krvácením a to je hlavně vidět na odpadu z drénů. Ihned se musí informovat lékař a ten rozhodne, pokud je toho odpadu opravdu hodně, jestli bude muset pacient znova na operační sál, jestli nekrvácí něco zevnitř v ráně. Potom také, když pacient špatně dýchal, tak jsou do rána napojeni na oxymetr a když se saturace nesrovná a pořád špatně dýchají, tak se to řeší tak, že jsou přeloženi na JIP. Pokud je nějaká změna stavu pacienta, tak informujeme lékaře.“ S3 a S5 se setkaly s masivním krvácením z rány, S5 se setkala s otokem krku a následným nedostatečným průchodem dýchacích cest. S1 – S5 se shodly, že při vzniku jakékoli pooperační komplikace se ihned volá lékař,

který rozhodne o dalším léčebném řešení dané komplikace. S4 a S5 navíc odpověděly otok rány, brnění prstů a tvorba hematomu. Jak uvádí výše uvedená literatura, o výskytu dalších možných pooperačních komplikací a jejich znalost u dotazovaných sester je nízká a jak dále vyplývá z této literatury, pooperačních komplikací po operaci štítné žlázy, je mnohem více než odpověděly tyto sestry.

Informace o režimových opatřeních po propuštění pacienta z nemocnice, poskytuje lékař a staniční sestra oddělení. Takto uvádí všechny dotazované sestry. Bývá to ústně a písemně, kdy před odchodem staniční sestra poskytuje pacientům informační leták (Příloha 2), ve kterém jsou informace týkající se o režimových opatřeních i o ošetřování pooperační jizvy. Lékař informoval pacienty o ošetřování pooperační jizvy, o nutnosti docházení za endokrinologem, který je bude dále sledovat, upravovat léčbu a užívání léků. Respondenta 1 říká: „Doktor mi jen řekl, že musím ještě na další léčení na nukleární medicínu a nesmím jíst jodové preparáty, nic víc jsem se nedozvěděla a to jsme se k tomu dostali jen, tak mezi řečí. Tak jsem se pak musela zeptat sestry, která byla zrovna na oddělení, co vše nesmím jíst, tak mi to zjistila a vše mi řekla. Místo toho abych dostala veškeré informace od lékaře, tak jsem je dostala od sestry, která byla tak ochotná a zjistila mi to.“ Jsem přesvědčena, že tyto informace by měl poskytnout lékař před propuštěním pacienta, např. při vizitě, kdy je pacient propuštěn. Také si myslím, že tyto informace by měly být pacientovi poskytnuty i na oddělení nukleární medicíny, např. formou informačního letáku. Tyto zásadní informace by měl poskytovat lékař. Jak odpověděla i S2, S3, S4 a S5, informace o další léčbě na nukleární medicíně by měl poskytovat lékař. Podobné informace dostal i respondent 4, kterému lékař také oznámil, že nesmí užívat potraviny s obsahem jódu, ale jaké konkrétní potraviny nesmí užívat, se respondent nedozvěděl. Jak uvádí Astl (2013), pacient musí být informován o opatření ve výživě, měl by do svého jídelníčku zařadit mořské ryby, alespoň 3x týdně, snížit potravinové strumigeny, tzn. zelí, brukvovité potraviny, dále omezit pití

vody z vodovodního kohoutku, omezit nebo přestat s kouřením a pitím alkoholu. Částečně se s autorem shodují S1, S3 a S4, které odpověděly, že by pacienti měli změnit svůj jídelníček, do kterého by měli zařadit mořské plody, měli by přestat s kouřením a pitím alkoholu. Tuto informaci, která se týká, změny jídelníčku by měly vědět všechny dotazované sestry. Z rozhovorů však vyplynulo, že to vědí pouze 3 dotazované sestry. Ani v poskytnutém informačním letáku tato informace uvedena není. Sestry informovaly pacienty o dalším docházení za svým endokrinologem, který je bude dále sledovat a upravovat dávkování léků. Lékař tyto informace poskytl pouze respondentům 2, 3 a 5. S3 říká: „Tento lékař upravuje klientovi léky, jejich dávkování a také klienta sleduje pro případ vzniku nádorového bujení ve štítné žláze.“ Tuto informaci, kdy pacient musí docházet za svým endokrinologem po propuštění z nemocnice po operaci štítné žlázy, uvádí Dvořák (2002).

Dále v poskytnutém informačním listě od staniční sestry oddělení byla uvedena informace, že pacienti nesmějí vykonávat velkou fyzickou zátěž, zvedat těžké věci, sportovat a informace o ošetřování pooperační jizvy. Tyto informace si respondenti 2, 3 a 5 přečetli v poskytnutém listě, ale nikdo je dále neinformoval. Dostali pouze informaci o ošetřování pooperační jizvy.

V informačním listě jsou dále informace o návratu do zaměstnání, vyndání stehů, o dodržování klidového režimu, o vyvarování se stresu. Informace o ošetřování pooperační jizvy uvádí Dvořák (2002) takové, že od 5. dne po operaci ji začne lehce promazávat nemastným čirým gelem Contractubex nebo mastmi např. Framykoin mast, Bactroban mast, Septonex mast dvakrát denně. Během prvního půl roku se nesmí jizva vystavovat slunečnímu a solárnímu záření. Po dobu 3 – 4 týdnů se jizva pouze oplachuje vlažnou vodou, není ji možné namáčet při koupeli nebo v bazénu. Tyto informace, které uvádí i Dvořák (2002), se shodují s informacemi v poskytnutém informačním listě od staniční sestry. Dotazovaným respondentům, kromě R1, byly tyto informace poskytnuty. Respondent 1 říká: „V den propuštění mi byla dána propouštěcí zpráva sestrou do ruky a to bylo vše. Žádné informace, jak mám pečovat o

jizvu nebo jaké mohou být tyto komplikace, mi nebyly poskytnuty.“ Dle rozhovoru s respondentem 1 mi přišlo, že tento pacient byl nejméně informovaný. Nebyl mu ani poskytnut informační list, který předává staniční sestra pacientovi při jeho propuštění z nemocnice. O ošetřování pooperační jizvy byl respondent 5 navíc informován od lékaře. S2 navíc říká: „Musí si tu jizvu oplachovat vlažnou vodou, aby jí promazávali a masírovali určenými krémy nebo mastmi, ale nejlepší je nesolené sádlo, po určité době zahojení jizvy.“ Jak je známé, nesolené sádlo je nejlepší přírodní mast.

O vzniku možných komplikací v ráně nebo v jejím okolí všechny dotazované sestry odpověděly, že komplikace mohou vzniknout, ale pacienti nebyli o těchto komplikacích vůbec informováni. Pouze respondent 4 po dotazu na staniční sestru byl informován, že na jizvě nebo v jejím okolí může vzniknout otok nebo hematoma. Podle Dvořáka (2002) mohou při špatném hojení rány vznikat široké, roztažené jizvy, hypertrofické a keloidní jizvy. O vzniku těchto možných komplikací odpověděla pouze S5, že se jizva může zhojit keloidní jizvou. Další dotazované sestry odpověděly, že jako komplikací může být otok rány, hematoma, kýla v ráně a dehiscence rány.

Odborné semináře o ošetřování pacientů s onemocněním štítné žlázy, o této problematice, absolvovaly všechny dotazované sestry, kromě S2. Jediná S2 říká: „Ještě jsem na žádném takovém semináři nebyla a ani nevím, jestli nějaký byl nebo teprve bude. Každopádně, kdyby se nějaký brzy uskutečnil, tak bych byla moc ráda.“

Jak vyplývá z výpovědí z rozhovorů se sestrami a i z mého názoru, je mezi těmito sestrami velmi dobrá komunikace, ale komunikace s pacienty je dle mne nedostačující. Také se domnívám, že sestry nechávají poskytování některých informací na staniční sestru, např. informace o ošetřování pooperační jizvy, o zpětném nástupu do zaměstnání, jelikož každá z dotazovaných sester potvrdila, že informace o režimových opatřeních po propuštění pacienta, nejvíce poskytuje staniční sestra z oddělení.

Z rozhovorů od dotazovaných sester, jsem se z jejich odpovědí dozvěděla, že o ošetřování pacienta s onemocněním štítné žlázy jsou dostatečně informovány, ale dle mého názoru pacientům včas neposkytují veškeré informace o předoperační, pooperační péči a o veškerých režimových opatřeních.

Z rozhovorů od dotazovaných pacientů, jsem se z jejich výpovědí dozvěděla, že nebyli dostatečně informováni o veškeré ošetrovatelské péči a režimových opatřeních po operaci štítné žlázy. Po propuštění z nemocnice.

6 Závěr

Onemocnění štítné žlázy patří k poměrně častým chronickým a nejčastějším onemocněním endokrinního systému, ale nejsou vzácná. V naší republice toto onemocnění postihuje více jak 5 % populace a počet onemocnění se stále zvyšuje. Ve vyspělých zemích se vyskytují u 5 – 30 % obyvatel. Ženy ve středním a vyšším věku onemocní 4 - 6 krát častěji. Ve stáří se nemoc vyskytuje u 20 % žen a 10 % mužů. Takto velké procento populace s onemocněním štítné žlázy je způsobeno nedostatkem jódu. Nedostatek jódu tak vede nejen k závažným zdravotním důsledkům u jednotlivce, ale má i celospolečenský dopad. Onemocnění štítné žlázy jsou léčitelná, ale vyžadují správnou diagnostiku a léčbu ze strany odborných lékařských a nelékařských pracovníků a zodpovědný přístup ze strany nemocného.

V bakalářské práci byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit zvláštnosti v ošetrovatelské péči před a po operaci štítné žlázy. Druhým stanoveným cílem bylo zjistit režimová opatření a jejich znalost u pacientů po operaci štítné žlázy na chirurgickém oddělení. K těmto cílům byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. Otázka 1: Jaké existují zvláštnosti v ošetrovatelské péči před operací štítné žlázy? Otázka 2: Jaké existují zvláštnosti v ošetrovatelské péči po operaci štítné žlázy? Otázka 3: Jaká jsou režimová opatření u pacientů po operaci štítné žlázy? Otázka 4: Jaké znalosti mají pacienti o režimovém opatření po operaci štítné žlázy?

Na základě informací získaných z polostrukturovaných rozhovorů se sestrami bylo zjištěno, jaké existují zvláštnosti v ošetrovatelské péči u pacienta před a po operaci štítné žlázy. Zvláštnosti, které sestry provádějí v ošetrovatelské péči u pacienta před operací štítné žlázy, jsou podání čípku k vyprázdnění pacienta, u mužů se holí krk, zakreslení operační rány na krku, sledují laboratorní hodnoty vápníku v krvi pacienta. Zvláštnosti po operaci štítné žlázy u pacienta, jsou opakování slov u pacientů, ve kterých je písmeno „r“, mluvení pacientů se sestrami. V den operace nesmí nic jíst, pouze pít, až 3. pooperační den pacient přechází ze stravy kašovitě na stravu racionální, dále v

den operace nesmějí pacienti vstávat z lůžka, ale mohou se pouze otáčet na bok. Sestry odebírají krev a sledují hodnoty vápníku v krvi pacienta a dotazují se pacientů na případné brnění v prstech nebo ústech. Informace, které vplynuly z rozhovorů se sestrami, se týkají v poskytování předoperační, pooperační péče a v informovanosti o režimových opatřeních. Z výzkumného šetření vyšlo, že sestry jsou dostatečně informovány o ošetřování těchto pacientů, ale také by uvítaly i další odborné semináře, které by se na danou problematiku zaměřily. Sestry jsou částečně informovány o režimových opatřeních, které musí pacient po operaci štítné žlázy dodržovat, ovšem jejich poskytování nechávají na staniční sestře oddělení. Dále uvedly, že pokud si nejsou jisté, vše konzultují mezi sebou nebo s lékaři.

Na základě informací získaných z rozhovorů s pacienty bylo zjištěno, že poskytování informací od zdravotnického personálu, od sester i lékařů jsou pro ně nedostatečné a nejsou spokojeni s jejich minimální informovaností.

Tato bakalářská práce může posloužit jako studijní materiál pro studenty ošetřovatelství. Výstupem z práce bude leták o zásadách ošetřovatelské péče u pacientů po operaci štítné žlázy (Příloha 1), který může posloužit všeobecným sestram pro zkvalitnění ošetřovatelské péče u pacientů po operaci štítné žlázy.

7 Seznam použitých zdrojů

ASTL, Jaromír. *Chirurgická léčba nemocí štítné žlázy*. 2., rozšíř. vyd. Praha: Maxdorf, 2013, 252 s. ISBN 978-807-3453-763.

BRUNOVÁ, Jana a Josef BRUNA. *Clinical endocrinology and diagnostic imaging*. 1st ed. Prague: Karolinum, 2014, 370 s. ISBN 978-802-4620-589

BRUNOVÁ, Jana a Josef BRUNA. *Klinická endokrinologie a zobrazovací diagnostika endokrinopatií*. Praha: Maxdorf, 2009, 456 s. ISBN 978-807-3451-905.

ČEŠKA, Richard. *Interna*. 1. vyd., 3. dotisk. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-629-6.

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie*. 3., upr. a dopl. vyd. Editor Miloš Grim. Praha: Grada, 2013, 497 s. ISBN 978-802-4747-880.

ČOUPKOVÁ, Hana. *Ošetřovatelství v chirurgii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 264 s. ISBN 978-802-4731-292.

DOENGES, Marilynn E a Mary Frances MOORHOUSE. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2001, 565 s. ISBN 80-247-0242-8.

DVOŘÁK, Josef. *Štítná žláza a její nemoci: poučení pro nemocné*. 1. vyd. Praha: Serifa, 2002, 138 s. ISBN 80-902-8591-0.

DVOŘÁKOVÁ, Marcela a Václav ZAMRAZIL. *Lékařské listy. Lékařské listy: nádory štítné žlázy*. 2013, č. 11.

DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 532 s. ISBN 978-80-247-3240-4

HAHN, Aleš. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 390 s. ISBN 978-802-4705-293.

HOCH, Jiří a Jan LEFFLER. *Speciální chirurgie: učebnice pro lékařské fakulty*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2003, 224 s. ISBN 80-859-1206-6.

HOLEČEK, Milan. *Regulace metabolismu cukrů, tuků, bílkovin a aminokyselin*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 286 s. ISBN 80-247-1562-7.

- JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 249 s. ISBN 978-802-4744-124.
- JISKRA, Jan. Racionální diagnostika a léčba nemocí štítné žlázy. *Medicína pro praxi* [online]. 2010, č. 7 [cit. 2014-11-17]. Dostupné z: www.medicinapropraxi.cz
- KARGES, Wolfram J a Sascha al DAHOUK. *Vnitřní lékařství: stručné repetitorium*. 1. vyd. Překlad Jana Bernardová. Praha: Grada, 2011, 426 s. ISBN 978-802-4731-087
- KITTNAR, Otomar. *Lékařská fyziologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 790 s. ISBN 978-802-4730-684.
- KLENER, Pavel. *Propedeutika ve vnitřním lékařství*. 3., přeprac. vyd. Praha: Galén, 2009, 324 s. ISBN 978-807-2626-434.
- KOPECKÝ, Miroslav. *Somatologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, 313 s. ISBN 978-802-4422-718.
- KRŠEK, Michal. *Endokrinologie*. 1. vyd. Praha: Galén, c2011, 97 s. ISBN 978-807-2626-878.
- MAČÁK, Jiří, Jana MAČÁKOVÁ a Jana DVOŘÁČKOVÁ. *Patologie*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012, 347 s., [20] s. barev. obr. příl. ISBN 978-802-4735-306.
- MÁLEK, Jiří a Pavel ŠEVČÍK. *Léčba pooperační bolesti*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2009, 143 s. ISBN 978-802-0419-811.
- MANDINCOVÁ, Petra. *Psychosociální aspekty péče o nemocného: onemocnění štítné žlázy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 123 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4738-116.
- MARKALOUS, Bohumil. *Nemoci krku*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004, 255 s. ISBN 80-725-4552-3.
- NAVRÁTIL, Leoš. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 424 s. ISBN 978-802-4723-198.

NOVÁKOVÁ, Iva. *Ošetřovatelství ve vybraných oborech: dermatovenerologie, ORL, stomatologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 235 s. ISBN 978-802-4734-224.

Ošetřovatelství: vyšetřovací metody. *Multimediální trenážér plánování ošetřovatelské péče: diagnostika*[online]. [cit. 2014-10-09]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/diagnostika.aspx?id=175>

Ošetřovatelské diagnózy: definice. 1. české vyd. Editor T Herdman. Překlad Pavla Kudlová. Praha: Grada, 2010, 456 s. ISBN 978-802-4734-231.

SVAČINA, Štěpán. *Klinická dietologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 381 s. ISBN 978-80-247-2256-6.

ŠARAPATKOVÁ, Hana. *Záněty štítné žlázy. Záněty štítné žlázy* [online]. 2013, č. 10 [cit. 2014-10-09]. Dostupné z: solen.cz/pdfs/med/2013/08/07.pdf

VALENTA, Jiří. *Chirurgie pro bakalářské studium ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003, 237 s. ISBN 80-246-0644-5.

VALENTA, Jiří. *Základy chirurgie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007, 277 s. ISBN 978-802-4613-444.

VLČEK, Petr. *Moderní endokrinologická diagnostika poruch štítné žlázy. Moderní endokrinologická diagnostika poruch štítné žlázy* [online]. 2010, č. 3 [cit. 2014-10-09]. Dostupné z: www.cskb.cz/res/file/KBM-pdf/2010/2010-3/Vlcek-132.pdf

VLČEK, Petr a NEUMANN. *Rakovina štítné žlázy: současné diagnostické a léčebné možnosti: přehled nejen pro laickou veřejnost*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2012, 55 s. Lékař a pacient. ISBN 978-802-0427-991.

VLČEK, Petr. *Karcinom štítné žlázy: pooperační sledování nemocných* [online]. 2011 [cit. 2015-07-21]. Dostupné z: <http://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2011/06/04.pdf>

VODIČKA, Josef. *Speciální chirurgie*. 2., dopl. vyd. Praha: Karolinum, 2014, 317 s. ISBN 978-802-4625-126.

VOKURKA, Martin. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. 3., upr. vyd. Praha: Karolinum, 2012, 305 s. ISBN 978-802-4620-329.

VYHNÁNEK, František. *Chirurgie 2: pro střední zdravotnické školy*. 2. přepr. vyd. Praha: Informatorium, 2003, 238 s. ISBN 80-733-3007-5.

ZAMRAZIL, Václav a Jarmila ČEŘOVSKÁ. *Jod a štítná žláza: optimální přívod jodu a poruchy z jeho nedostatku*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014, 51 s. ISBN 978-80-204-3302-2.

ZAMRAZIL, Václav, Václav HOLUB a Petr KASALICKÝ. *Endokrinologie*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2003, 127 s. ISBN 80-725-4380-6.

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA. *Speciální chirurgie*. 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2014, 511 s. ISBN 978-807-4921-285.

8 Seznam příloh

Příloha 1 – Leták o zásadách ošetrovatelské péče u pacienta po operaci štítné žlázy

Příloha 2 – Informační leták

Příloha 3 – Polostrukturovaný rozhovor se sestrami

Příloha 4 – Polostrukturovaný rozhovor s pacienty

Příloha 5 – Přepsané rozhovory na CD

Příloha 1 – Leták o zásadách ošetrovatelské péče po operaci štítné žlázy

INFORMAČNÍ LETÁK PRO VŠEOBECNÉ SESTRY O ZÁSADÁCH OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE PO OPERACI ŠTÍTNÉ ŽLÁZY

Ošetrovatelská péče je cílena především na primární zhojení operační rány, která se nachází na přední straně krku. Důležitou součástí péče před propuštěním po operaci je edukace o léčebném režimu a životosprávě v domácím prostředí pacienta.

Zásady v pooperační péči u pacienta po operaci štítné žlázy a ošetrovatelské intervence:

Strava

- V den operace pacient přijímá výživu parenterální cestou
- 2 – 4 hodiny po operaci dostává čaj po lžičkách
- Podávat dietu dle stavu a polykání pacienta, nejdříve stravu kašovitou (dieta č. 1), po stabilizaci stavu a schopnosti polykání stravu racionální (dieta č. 3)
- Zajistit vhodně upravenou stravu pro snadnější polykání pro pacienta
- Zajistit dostatek času pro konzumaci jídla
- Zajistit konzultaci s nutričním terapeutem

Bolest

- Podávat léky proti bolesti (analgetika) dle ordinace lékaře
- Sledovat bolest (intenzitu, charakter, lokalizaci) dle VAS
- Sledovat účinek analgetik
- Podávat chladiivé obklady na zmírnění otoku

Vyprazdňování

- Po operaci se pacient musí do 6 – 8 hodin vymočit
- Navodit spontánní vyprázdňení močového měchýře
- Sledovat vyprazdňování tlustého střeva u pacienta
- Zhodnotit stav vyprázdňení u pacienta
- Zajistit vyprázdňení u pacienta

- Provést jednorázovou katetrizaci močového měchýře

Poloha a polohování

- Pacient je v polosedě
- Hlavu a trup má zvednutý do úhlu 45 – 90°
- Tato poloha zajišťuje pro pacienta lepší dýchání
- V den operace se pacient smí pouze otáčet na boky
- V den operace nesmí vstávat z lůžka
- Při polohování musí pacient i sestra dbát na to, aby nedošlo k napětí v operační ráně

Operační rána

- Sledovat případné známky krvácení
- Sledovat případné známky infekce
- Sledovat zavedené Redonovy drény (funkčnost drénu, množství, charakter obsahu, barvu a vzhled, okolí drénu)
- Drény se odstraňují 2. pooperační den
- První převaz operační rány provádí lékař za 24 – 48 hodin
- Nevstřebatelné stehy se odstraňují 7. – 10. den po operaci

Sestra u pacienta sleduje

- Fyziologické funkce (TK, P, D, TT) a stav vědomí
- Saturaci krve kyslíkem (SpO₂)
- Schopnost pacienta mluvit
- Účinek podaného kyslíku přes brýle nebo masku
- Příznaky bolesti u pacienta
- Bolest dle VAS
- Účinek analgetik
- Psychický stav nemocného
- Schopnost polykat
- Příjem stravy
- Vyprazdňování
- Stav místa vpichu PŽK (periferní žilní katétr)
- Stav operační rány
- Hodnoty vápníku v krvi pacienta
- Případné známky brnění prstů, úst nebo jazyka

Domácí péče po propuštění pacienta z nemocnice / Režimová opatření

Při normálním průběhu a stavu pacienta je **délka hospitalizace 2 – 5 dnů.**

- Při odstranění štítné žlázy nemocní **doživotně užívají hormony** štítné žlázy v tabletové formě (na lačno)
- Pacienti dochází k **endokrinologovi**, který jim **upraví dávky léků** a **pacienty sleduje** na základě opakovaných vyšetření a laboratorních kontrol
- Pacienti jsou **doporučeni** na **krční vyšetření** k ověření správné funkčnosti hlasivek
- Při odstranění **zhoubného nádoru** jsou pacienti dále předáni na **oddělení nukleární medicíny** k podávání radiojódu
- Po **ozařování** zůstává v těle pacienta malá část radioaktivity a po propuštění z oddělení nukleární medicíny **musí 10 dnů dodržovat speciální opatření** (opatření sděluje lékař společně se sestrou)
- **Pracovní neschopnost** po operaci štítné žlázy je **2 – 6 týdnů**
- **Klidový režim**, který trvá **2 – 3 týdny**
- Pacienti **nesmějí vykonávat velkou fyzickou zátěž** nebo **namáhavé činnosti**
- **Pacient musí chránit** **hojící se ránu před nečistotami prodyšným obvazem**
- Pacienti **5. den po operaci začínají jizvu lehce promazávat a masírovat, 2krát denně, nemastným čirým gelem Contractubexem nebo mastmi (Bactroban, Framykoin mast, Bepanthen krém)**
- **První půl rok po operaci pacienti nesmějí vystavovat jizvu slunečnímu ani solárnímu záření**
- **Po dobu 3 – 4 týdnů se jizva oplachuje vlažnou vodou a není ji možné namáčet při koupeli nebo v bazénu**
- **Pacient by měl dbát na dietní opatření**
- Měl by do svého **jídelníčku zařadit mořské ryby** (alespoň 3 porce týdně), **omezit pití z vodovodního kohoutku**
- Měl by **snížit potravinové strumigeny**, např. zelí, brukvovité potraviny
- Měl by **omezit nebo úplně přestat s kouřením a pitím alkoholu**

„Doufáme, že uvedené zásady a praktické rady v tomto letáku Vám budou k nápomoci, při poskytování ošetrovatelské péče a režimových opatření u pacientů po operaci štítné žlázy“

Zdroj: (Janíková, Zeleníková, 2013), (Astl, 2013), (Dvořák, 2002)

Příloha 2 – Informační leták

Operace štítné žlázy

Onemocnění štítné žlázy si v některých případech vyžaduje operační zákrok, při kterém je třeba odstranit celou žlázu nebo její část. Většinou to bývá v okamžiku, kdy již není možné pomocí léků normalizovat tvorbu hormonů ve žláze anebo se žláza nadměrně zvětšuje – buď celá, nebo se v ní tvoří nežádoucí útvary, tzv. uzly. Zvětšená žláza ohrožuje nemocného tlakem na okolní tkáň, což může vést ke ztíženému dýchání a polykání, uzly pak mohou vzbuzovat podezření ze zhoubného bujení ve žláze. O tom, zda je operace nutná a kdy je třeba k ní přistoupit, rozhoduje Váš endokrinolog. Ten také navrhuje, v jakém rozsahu je třeba operaci provést. Mezi základními typy operací dle rozsahu rozlišujeme tzv. totální tyreoidektomii, kdy se odstraňuje žláza celá, dále tzv. lobektomii, při které operátor odstraní pouze jeden lalok štítné žlázy a tzv. hemityreoidektomii, kdy se spolu s jedním lalokem odstraňuje také můstek spojující tento lalok s druhostranným. Jiné varianty, většinou spojené s úmyslným ponecháním zbytků žlázy, se dnes nepovažují za správné léčebné postupy.

Provedení operace a pooperační období

Operace štítné žlázy se provádí v celkové narkóze. Zhruba 3–4 cm nad dolní krční jamkou vede operátor horizontální řez kůží. Jeho velikost je závislá na velikosti žlázy, většinou se pohybuje mezi 3–7 cm. Po proniknutí přes tkáň, které žlázu kryjí, začíná vlastní preparace. Žláza je uvolněna od okolí, jsou podvázány a přerušeny cévy, které ji zásobují krví, a pak je žláza v požadovaném rozsahu vyjmuta. Zákrok končí zavedením odsávacího drěnu do lůžka žlázy, jeho vyvedením kůží vedle řezu a sešitím rány (většinou jedním dlouhým stehem, schovaným v kůži). Po skončení operace pacienta čeká krátkodobé intenzivní sledování základních životních funkcí a pak již pobyt na standardním oddělení. V prvních hodinách až dnech po operaci může pociťovat bolesti hlavy, bolesti v místě rány, nevolnost jako důsledek narkózy, případně bolesti v krku po podráždění trubičkou zavedenou ústí do průdušnice během operace. Bolesti a nevolnost jsou tlumeny léky. Dále jsou zdravotnickými pracovníky po operaci prováděny převazy a kontroly rány. Drén se většinou odstraňuje druhý pooperační den během převazu. V prvních dnech po operaci je kontrolována pohyblivost hlasivek a krev kvůli hladinám vápníku. Při nekomplikaném průběhu je pacient většinou 3.–5. den po výkonu propuštěn domů.

Možné komplikace

Operace štítné žlázy může být, stejně jako každý jiný chirurgický výkon, provázena vznikem nežádoucích komplikací. Jedná se především o krvácení (to se objevuje nejčastěji během prvních 24 hodin po operaci), otok rány nebo její zánět. V takových případech je někdy nutné ránu otevřít, krvácení zastavit, zavést opět drén do rány, případně podávat antibiotika k potlačení zánětu apod. – vždy dle charakteru dané komplikace. Operace štítné žlázy ale může být také provázena vznikem komplikací specifických jen pro tuto operaci. Mezi ně patří porucha funkce příštítných tělísek a poruchy hlasu nebo dýchání v důsledku poškození tzv. zvrtných nervů. Příštítná tělíska jsou drobné útvary velikosti čočky uložené na zadní ploše štítné žlázy. Během operačního výkonu je třeba tělíska od žlázy oddělit a zachovat v těle. Pokud jsou pohmožděna, dochází k poruše jejich funkce. Tento stav je spojen s poklesem hladiny vápníku v těle a projeví se brněním až křečemi ve tvářích a na končetinách. Hladina vápníku v krvi se proto po operaci sleduje, pokud však pacient takové potíže pociťí, je třeba na ně ihned upozornit zdravotnický personál, neboť se dají řešit okamžitým podáním vápníku a vitamínu D. Funkce příštítných tělísek se většinou sama obnoví po několika dnech a příznaky vymizí. Vzácně může být postižení trvalé – pak je nezbytné podávat léky k udržení optimální hladiny vápníku v krvi stále. Zvrtné nervy ovládají pohyb hlasivek. Na každé straně krku je jeden nerv uložený také v těsné blízkosti žlázy a průdušnice. Během operace je snahou operátora nervy nalézt a ochránit před poškozením, což může být někdy nesnadné (například při hodně zvětšené žláze, chronickém zánětu žlázy nebo postižení nádorem). Při porušení zvrtného nervu se hlasivka přestane hýbat a trvale zůstává téměř ve střední ose hrtanu. Toto se projeví chrapotem. Při poškození obou zvrtných nervů jsou obě hlasivky trvale v této nepříznivé poloze, což má vliv nejen na hlas, ale i na dýchání, jelikož hlasivky významně zužují dýchací trubici. O funkci zvrtných nervů po operaci se lze jednoduše přesvědčit pohledem na hlasivky, tzv. laryngoskopii, kterou provede specialista otolaryngolog. Řešení poruchy funkce zvrtného nervu jsou různá. Pokud je nerv při operaci pouze pohmožděn, doporučuje se protiedemová léčba, rehabilitace hlasu u hlasového specialisty, foniatra, a kontroly funkce hlasivek. Taková porucha se většinou za několik týdnů až měsíců upraví. Ve zcela vzácných případech porušení obou nervů jsou obě hlasivky v nepříznivé poloze a kromě zhoršení hlasu se objeví i dušnost způsobená zúžením dýchacích cest v místě hlasivek. Zcela výjimečně je třeba tento stav řešit provedením tracheotomie, tj. otvoru v přední části průdušnice. Pokud nedojde k obnově funkce zvrtných nervů, lze v pozdějším období postavení hlasivek chirurgicky upravit. Naštěstí díky pečlivým operačním technikám používaným v současnosti a modernímu technickému vybavení jsou oboustranné poruchy velmi vzácné a i k jednostranným trvalým poruchám dochází pouze zhruba v 0,5–2% případů.

Rekonvalescence po propuštění z nemocnice

Při nekomplikovaném průběhu je nemocný propuštěn do domácího ošetřování zhruba 3. až 5. den po operaci. I po propuštění je třeba zachovávat klidový režim, vyvarovat se nadměrné fyzické zátěže, zcela vynechat sportovní aktivity (včetně plavání) a také zvedání těžkých předmětů, jako je přenášení zavazadel, ale i zvedání dětí (při takové činnosti jsou nadměrně napínány krční struktury). Tato omezení je třeba striktně dodržovat alespoň 3 týdny po operaci. Fyzickou zátěž lze následně postupně zvyšovat a k plnému vytižení jako v době před operací je možné se vrátit nejdříve 6 týdnů po výkonu s přihlédnutím k celkovému zdravotnímu stavu. I po propuštění mohou být přítomny bolesti. Jednak v oblasti rány (ty postupně ustupují), jednak bolesti hlavy a krční páteře, které mohou vzniknout v důsledku dlouhodobých změn na krční páteři a svalech kolem ní. Obecně lze bolesti tlumit běžnými analgetiky, v případě potíží spojených s krční páteří je vhodná její rehabilitace po zhojení rány. Na krku zůstává jizva, kterou je možné již kolem 5. dne lehce osprchovat. Zhruba 7. až 10. den po operaci probíhá pooperační kontrola, při které se odstraní steh z rány a nemocnému je sdělen výsledek rozboru žlázy. Celková doba pracovní neschopnosti se pohybuje kolem 3–4 týdnů po provedení operace, v případě odstranění pouze části žlázy bývá tato doba kratší. Po propuštění z nemocnice je nezbytné co nejdříve kontaktovat svého odesílajícího endokrinologa. Ten na základě dokumentace o průběhu hospitalizace a kontrolních vyšetření organizuje další léčbu. Jde především o podávání náhradního hormonu štítné žlázy (l-thyroxinu), který je pro život nezbytný a jehož dávkování je někdy třeba průběžně upravovat podle potřeb organismu. K zajištění dokonalého vstřebávání je důležité užívat lék nalačno, odděleně od veškeré další léčby. Je možné také zvážit léčbu lázeňskou, kterou může podstoupit nemocný, jenž se léčil pro zvýšenou funkci štítné žlázy. Nástup musí být do 6 měsíců po operaci.

Péče o jizvu

Jizva na krku je jediným zevně patrným důsledkem operace. V časném období po operaci může být jizva nevzhledná, kůže v okolí může být oteklá nebo s krevním výronem (modřinou) apod. Chceme-li, aby jizva po operaci byla kosmeticky přijatelná, je třeba o ni pečovat. Kromě omytí a šetrného mechanického očištění se doporučuje ránu promazávat a masírovat. Je-li jizva po odstranění stehů klidná, doporučujeme alespoň 2x denně kůži vydatně promastit. K tomuto účelu se používá nesolené vepřové sádlo, neutrální mastný krém, měsíčková mast či dermatologické přípravky určené k péči o jizvy, případně lze použít také silikonové náplasti. O vhodnosti jednotlivých farmakologických preparátů se poraďte ve vaší lékárně. K zabránění srůstů kůže s hlubšími tkáněmi je třeba provádět masáže jizvy. Doporučuje se několikrát denně po dobu 10 minut s malými přestávkami provádět tlak prsty na jizvu. Vhodnými postupy jsou také masáže krouživými pohyby v těsném okolí jizvy, případně pomalé a šetrné odtahování jizvy od spodiny. Jelikož jizva vydrává několik měsíců, je třeba ji také chránit před slunečním zářením – ať už krytím oděvem nebo použitím opalovacího krému s velmi vysokým ochranným faktorem (50 a více). Definitivní kosmetické hodnocení jizvy lze poprvé provádět nejdříve půl roku po operaci. Jestliže po této době nejsou výsledky uspokojivé, lze konzultovat dermatologa, který může doporučit další vhodnou péči, například aplikaci kortikoidů, použití laseru atd. V krajním případě a při vzniku nežádoucích srůstů je možné jizvu chirurgicky vytnout a vytvořit novou.

Netradiční operační metody

Díky technickému pokroku se můžeme na některých pracovištích setkat operacemi, které se provádějí tzv. endoskopicky nebo „miniinvazivně“. Cílem těchto technik je co nejvíce zmenšit (v případě miniinvazivních technik) nebo vůbec nevytvořit (v případě endoskopických výkonů) jizvu na krku a tudíž zlepšit kosmetický efekt operace. Ne každá štítná žláza a ne každý nemocný jsou však vhodnými kandidáty na takový typ operace. Blížší vysvětlení Vám jistě poskytne Váš operátor.

Závěr

Výsledky operací štítné žlázy jsou obecně dobré, procento komplikací nízké a stále klesá. Úspěšnost celého procesu od stanovení indikace k operaci až po úspěšné zahojení operační rány je však závislá na dobré mezioborové spolupráci mezi endokrinologem a operátorem a také na aktivní spolupráci nemocného.

Doufám, že Vám tento text pomůže zodpovědět otázky a vysvětlit případné nejasnosti kolem operací štítné žlázy a případně Vám pomůže projít celou cestou od endokrinologa k operátorovi a zpět bez pochybností a nečekaných příhod.

Zpracoval: Odb. as. MUDr. Vladan Hrabě, ORL klinika LF UK a FN Plzeň

Odborná recenze: Doc. MUDr. Zdeňka Límanová, CSc., III. interní klinika 1. LF UK a VFN Praha

Zdroj: Nemocnice České Budějovice, a.s.

Příloha 3 – Polostrukturovaný rozhovor se sestrami

Otázky do rozhovoru:

1. Se kterým nejčastějším onemocněním se setkáváte na Vašem oddělení?
2. Jak často se setkáváte s onemocněním štítné žlázy na Vašem oddělení?
3. Kdo a jak poskytuje pacientovi informace o předoperační péči, a jaké jsou intervence sestry v tomto období, na Vašem oddělení?
4. Co vše zahrnuje předoperační vyšetření a kdo ho provádí?
5. V čem se liší předoperační péče před operací štítné žlázy než např. před operací (varixů, plic..) na Vašem oddělení?
6. Kdo informuje pacienta o pooperační péči na Vašem oddělení, jak tyto informace poskytuje/te a jaké jsou tyto informace?
7. V čem se liší pooperační péče u pacienta po operaci štítné žlázy než např. po operaci (varixů, plic,..) na Vašem oddělení?
8. Jaká je příprava operačního pole dle zvyklosti Vašeho oddělení?
9. Na jaké oddělení, pooperační pokoj nebo JIP, nejčastěji převážíte pacienta po operaci štítné žlázy?
10. Co vše sledujete na pooperačním pokoji u pacienta po operaci štítné žlázy?
11. Proč se musí dbát na polohování u pacienta po operaci štítné žlázy?
12. Jaké hodnoty sledujete v krvi u pacienta po operaci a proč?
13. Setkáváte se často s pooperačními komplikacemi po operaci štítné žlázy na Vašem oddělení?
14. S jakými nejčastějšími pooperačními komplikacemi jste se vy osobně setkala u pacienta po operaci štítné žlázy na Vašem oddělení? A jaký byl Váš postup v jejich řešení (ošetření, zmírnění)?
15. Jaké se vyskytují u pacientů po operaci štítné žlázy nejzávažnější pooperační komplikace a jaký je postup při jejich řešení (ošetření, zmírnění) na Vašem oddělení?
16. Jak pacientovi bezprostředně po operaci podáváte výživu a jak se dále upravuje, na Vašem oddělení?

17. Kdo pacienta informuje o další léčbě po propuštění do domácího léčení (prostředí), jaké jsou tyto informace, jak jsou pacientovi poskytnuty a jakou roli zde hrajete vy (jako sestra)?
18. Jak poskytujete informace, na Vašem oddělení, o správném ošetření pooperační jizvy, jaké jsou tyto informace a jaké mohou vzniknout komplikace v oblasti pooperační jizvy např. při špatném ošetření nebo při nedostatečném ošetření?
19. Jaká jsou režimová opatření u pacientů po operaci štítné žlázy, po propuštění z nemocnice?
20. Máte, jako sestry, dostatek informací o ošetřování pacientů s onemocněním štítné žlázy? Absolvovala jste, v rámci Vašeho dalšího vzdělávání, nějaké semináře o tomto onemocnění a o ošetřování těchto pacientů, na Vašem oddělení? + proč ano/ne? Nebo Vám tyto informace poskytl někdo jiný, kdo Vám tyto informace poskytl a v čem to pro Vás bylo přínosné?

Zdroj: vlastní zdroj

Příloha 4 – Polostrukturovaný rozhovor s pacienty

Otázky do rozhovoru:

1. Kdo Vás poslal k hospitalizaci na chirurgické oddělení?
2. Jakým způsobem Vám byly poskytnuty informace o Vašem onemocnění, kdo Vám tyto informace poskytl a jakou roli zde hrála sestra?
3. Jaké Vám bylo doporučeno předoperační vyšetření a kdo Vám toto vyšetření provedl? A jakou roli zde hrála sestra?
4. Jak probíhal Váš příjem na toto oddělení, kdo Vás přijímal a jakou roli zde hrála sestra?
5. Kdo Vám podal informace o předoperačním období, jak Vám byly tyto informace sděleny a jaké informace jste dostal? Byly pro Vás dostačující? +proč ano/ne?
6. V informovaném souhlasu Vám byly poskytnuty a vysvětleny možné pooperační komplikace, které mohou vzniknout po operaci štítné žlázy, byly Vám sděleny a vysvětleny i jinak? Ptal/a jste se na tyto komplikace? A kdo Vám je vysvětlil?
7. Jaké jste dostal/a informace o průběhu pooperační péče a kdo Vám tyto informace poskytl a jakou roli zde hrála sestra?
8. Na jaké oddělení jste byl/a po operaci převezen/a, na pooperační pokoj nebo JIP?
9. Jaké Vám byly poskytnuty informace o ošetrovatelské péči po operaci štítné žlázy na tomto oddělení?
10. Co vše se u Vás sledovalo po operaci štítné žlázy?
11. Projevily se u Vás nějaké konkrétní pooperační komplikace? (doplňující otázka: A jak probíhalo jejich ošetření?)
12. Kdo Vám poskytl informace o další léčbě po propuštění do domácího léčení a jaké byly tyto informace? A jakou roli zde hrála sestra?
13. Jak a kdo Vás informoval o správném ošetření pooperační jizvy, jaké Vám byly poskytnuty informace a jakou roli zde hrála sestra? Na co vše

musíte dbát při ošetřování jizvy a jaké mohou vzniknout komplikace při špatném ošetřování jizvy nebo v její oblasti?

Zdroj: vlastní zdroj

Příloha 5 – Přepsané rozhovory na CD