

Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta počas anestézie v ORL

Autor: PhDr. Jarmila Bramušková, Mgr. Balogová Eva

Pracovisko: OAİM - Nemocnica Zvolen, a.s.,

Fakulta zdravotníctva SZU so sídlom v Banskej Bystrici

Úvod

Najdôležitejšou úlohou anesteziológie je zabezpečiť bezbolestnosť akéhokoľvek výkonu a zbaviť pacienta bolesti počas choroby (Bohuš, 1992).

Prvý písomný doklad o celkovej anestézii je z roku 3500 pred našim letopočtom. Vtedy sa na znecitlivenie používalo ópium, alkohol, mandragora alebo zmesi rastlinných odvarov. Na našom území sa použila prvá éterová anestézia v nemocnici v Prahe v roku 1847. V roku 1891 bola vykonaná prvá tracheálna intubácia na našom území. V ďalšom období postupne dochádzalo k rozvoju anesteziológie, zavádzali sa nové anestetiká, svalové relaxanciá, konštruovali sa nové anesteziologické prístroje (Bohuš, 1992).

V dnešnej dobe je anesteziológia interdisciplinárny odbor, v ktorom musíme klásť najväčší dôraz na tímovú prácu. Zároveň je potrebné, aby bola dostatočne zaistená bezpečnosť operovaného pacienta so zameraním na vylúčenie alebo možnú kompenzáciu nežiaducich účinkov anestézie a operačnej záťaže. Anesteziológia má aj svoje špecifiká v jednotlivých odboroch, napríklad u operačných výkonov v ORL, oftalmológii, brušnej chirurgii alebo v gynekológii a pôrodníctve. Základnou požiadavkou však stále ostáva, že úlohou sestry je predovšetkým zabezpečiť čo najadekvátnejšiu ošetrovateľskú starostlivosť počas anestézie, ktorá zodpovedá platným ošetrovateľským štandardom.

Predoperačné vyšetrenie pacienta anesteziológom je podstatnou súčasťou prípravy na anestéziu. Každý pacient je pred anestéziou prehliadnutý anesteziológom a jeho stav je klinicky posúdený a zhodnotený. Anesteziologická vizita by mala prebehnúť najneskôr deň pred plánovaným výkonom, aby anesteziológ mohol naordinovať ďalšie liečebné a diagnostické opatrenia, významné z hľadiska anestézie, ktoré sú určené k zlepšeniu stavu pacienta (Larsen, 1998).

Predoperačná vizita slúži na: zhodnotenie fyzického a psychického stavu, určenie stupňa rizika a zaradenie do príslušnej kategórie, voľbu anesteziologického postupu, informácie pacienta s vysvetlením a získaním informovaného súhlasu pre navrhnutú anestéziu, zmiernenie strachu a obáv a ordináciu premedikácie (Larsen, 1998).

Všetky opatrenia sú zamerané na zmenšenie predoperačného rizika pre pacienta. Pred rozhovorom s pacientom sa anesteziológ informuje o anamnéze a o priebehu terajšieho ochorenia. Pritom sú dôležité: predchádzajúce choroby a operácie, chronické alebo akútne užívanie liekov, výsledky fyzikálnych vyšetrení, momentálna diagnóza a plánovaný výkon, výsledky konziliárnych vyšetrení, laboratórne nálezy a výsledky vyšetrení (Larsen, 1998). Druh a rozsah vyšetrení sa odráža predovšetkým od celkového stavu a veku pacienta, od charakteru a závažnosti výkonu, od anesteziologického postupu a od predpokladaného trvania výkonu i anestézie.

Poučenie pacienta pred anestéziou obsahuje: typické riziká aktuálne plánovaného anesteziologického postupu, voľba anesteziologického postupu s ohľadom na pacienta, začiatok predoperačného hladovania – najmenej 6 - 8 hodín pred plánovaním výkonom, potreba prestať fajčiť najneskoršie deň pred operáciou, približný čas začiatku operácie, premedikáciu, účel podania, spôsob podania, priebeh a postup v priestore pre úvod do anestézie: naloženie manžety pre meranie krvného tlaku, zaistenie vstupu do žily, pripavenie elektród EKG, priloženie masky s prívodom kyslíka na tvár, spôsob úvodu do anestézie (Thole, 1998). Informácie o pooperačnom postupe a jeho priebehu: prebúdžanie – zotavovací pokoj, prípadne dôležitosť pobytu na jednotke intenzívnej starostlivosti, ponechanie tracheálnej kanyly (neschopnosť hovoriť), umelá pľúcna ventilácia, monitorovanie, drenáž.

Psychologická príprava pacienta v ORL je dôležitou podmienkou pre hladký úvod a nekomplikovaný priebeh anestézie. Takmer všetci pacienti majú pred anestéziou a pred operáciou strach. Sú však v rozličnej miere pripravení ako pred sebou, tak pred inými tento strach a obavy pripustiť a hovoriť o nich. U väčšiny pacientov je treba psychologickú prípravu doplniť krátko pred operáciou premedikáciou (Bohuš, 1992).

Premedikácia je medikamentózna príprava pacienta pred operáciou, ktorá má splniť tieto požiadavky: psychicky pacienta upokojiť, vytvoriť určitý stupeň analgézie, znížiť vedľajšie negatívne účinky podávaných anestetík, potlačiť vedľajšie patologické reflexy, vznikajúce počas anestézie alebo operácie, dosiahnuť antiemetický a antihistamínový účinok. Pacient však zostáva osloviteľný a spolupracujúci. Správna premedikácia znižuje strach a rozrušenie pacienta, ale uľahčuje i úvod do celkovej anestézie a často znižuje i spotrebu anestetík (Bohuš, 1992).

Priechodnosť dýchacích ciest pri celkovej anestézii v ORL

Pri celkovej anestézii sa zabezpečuje priechodnosť dýchacích ciest, čo je jedna zo základných a prvoradých podmienok nekomplikovanej a bezpečnej anestézie.

Priechodnosť sa zabezpečuje: tracheálnou intubáciou, ústnym, nosohltanovým vzduchovodom, laryngeálnou maskou, tvárovou maskou, orofaryngeálnym vzduchovodom s tesniacou manžetou.

Tracheálna intubácia je výkon, pri ktorom sa zavádza do priedušnice tracheálna kanyla.

Podľa prístupovej cesty rozoznávame metódy: orotracheálnu intubáciu, nazotracheálnu intubáciu, koniotómiu - minitracheostómiu, tracheostómiu (Bohuš, 1992).

U operačných výkonov v ORL býva často obtiažne zaistenie dýchacích ciest. Dôvodom sú najrôznejšie anomálie v oblasti krku a dýchacích ciest. Najčastejšie ide o aktuálny problém, pre ktorý je pacient hospitalizovaný. Ak sa takáto komplikácia očakáva, je potrebné, aby bola intubácia prevedená v lokálnej anestézii pri vedomí alebo v celkovej anestézii po kontrole fibrobronchoskopu. Je potrebné, aby sme mali pripravené pomôcky pre urgentnú tracheotómiu, minitracheotómiu alebo koniotómiu.

Tracheálna intubácia má niekoľko dôležitých výhod: zabezpečuje priechodnosť dýchacích ciest, zabraňuje aspirácii, znižuje anatomicky mŕtvy priestor, umožňuje odsávanie tracheobronchiálnych sekrétov a presnú kontrolu dychového objemu pri spontánnej alebo umelej ventilácii pľúc, umožňuje dlhodobú umelú ventiláciu pľúc (Bohuš, 1992).

Ukončenie celkovej anestézie: dýchacie cesty sa pri výkonoch v ORL zaisťujú orotracheálnou a často aj nazotracheálnou cestou. Komplikácie je možné očakávať aj pri extubácii: riziko aspirácie krvi, z operačnej rany a podobne. Je potrebné, aby sa extubácia prevádzala pri úplnom prebudení pacienta. Pacienti pri operačných výkonoch ucha sa často zámerne uvádzajú do riadenej hypotenzie, pretože by kvapka krvi mohla zastrieť celé operačné pole.

Pri výkonoch v oblasti nosa a hypopharyngu sa využíva tamponáda hypopharyngu, ktorá slúži ako prevencia zatečenia krvi do dýchacích ciest.

Pooperačné obdobie: jednohodinový až dvojhodinový pobyt extubovaného spontánne dýchajúceho pacienta so stabilnými funkciami obehového systému po ukončení anestézie na pooperačnej izbe znižuje výskyt včasných pooperačných komplikácií. Na pooperačnej izbe sa u všetkých pacientov povinne sleduje dýchanie, krvný obeh, srdcová činnosť, vedomie a sfarbenie kože (Thole, 1998).

Pooperačná liečba bolesti: nedostatočná liečba pooperačných bolestí vyvoláva kardiovaskulárne a pľúcne komplikácie. Pooperačnú liečbu bolesti nemožno vynechať (Thole, 1998).

Povinnosti anesteziologickej sestry pri anestézii v ORL - Sestra musí mať na pamäti, že počas anestézie u operačných výkonov v ORL môže dôjsť najmä k: obtiažnej intubácii,

k ohrozeniu priechodnosti dýchacích ciest, ku komplikáciám pri extubácii. Je preto potrebné, aby bola zabezpečená prevencia pred reflexnou aktivitou (n. vagus) a tiež prevencia zvracania a tlaku v dýchacích cestách.

Pred úvodom do anestézie musí mať anesteziologická sestra pripravené všetky potrebné pomôcky na intubáciu (intubačný stolík). Na ňom sa nachádzajú aj pomôcky, ktoré sú potrebné pri možných komplikáciách počas anestézie. Je potrebné myslieť na to, že na intubáciu sa v anestézii v ORL používajú intubačné kanyly, ktoré majú užší lumen, pokiaľ je operačné pole v oblasti krku (spoločný priestor pre anesteziológa a operátora) alebo aj kanyly rôzneho tvaru, prípadne kanyly s kovovou výstužou. Pred začiatkom anestézie je potrebné upokojiť pacienta a pomôcť mu zvládnuť strach a obavy z anestézie a operačného výkonu. Počas anestézie sestra asistuje lekárovi, meria a zaznamenáva fyziologické funkcie do anesteziologického záznamu. Špecifikom oproti iným operáciám je to, že operačné pole sa nachádza v oblasti hlavy a krku, preto je aj táto časť prekrytá sterilnými rúškami. Toto je dôvod, prečo treba klásť zvýšenú pozornosť fixácii intubačnej kanyly a jej stav počas operačného výkonu pravidelne kontrolovať. U niektorých druhov oprácií je nutné vykonať tamponádu (prevencia zatečenia krvi do dýchacích ciest). Počas všetkých anestézií je potrebná funkčná odsávačka, obzvlášť pri operáciách v ORL (aj náhradná odsávačka). Pred extubáciou pacienta je nutné, aby sestra dôsledne poodsávala sekréty z dutiny ústnej a dýchacích ciest (prevencia komplikácie pri extubácii).

Záver

Anestéziu je potrebné počas operačného výkonu vždy prispôsobiť aktuálnym požiadavkám organizmu., aby boli zaistené základné fyziologické funkcie organizmu. Anestézia sa tiež líši podľa toho, akým spôsobom je navodená. Úloha sestry v celkovom systéme anestézie v ORL je nezastupiteľná a jedinečná, pretože je súčasťou tímu, ktorý slúži ku kvalitnému a bezproblémovému priebehu operácie, ale aj ku minimalizácii komplikácií u pacienta, čo v nemalej miere smeruje k rýchlemu a úspešnému pooperačnému priebehu ochorenia pacienta.

„Sestra je pre pacienta anjelom, ktorý pomáha, pohladí, poláska, pochopí, vypočuje, a tým zmierni bolesť a strach, ktoré sám ťažko nesie.“ (Bratová, Mankovecká, Brázdilová, 2009).

Zoznam použitej literatúry:

1. BOHUŠ, O. et al. 1992. *Anesteziológia resuscitológia a intenzívna starostlivosť*. Martin : Osveta, 1992. 416 s. ISBN 80-217-0436-5.
2. BOHUŠ, O.1990. *Anesteziologické komplikácie*, Martin : Osveta, 1990. 344 - 348 s.

ISBN 80-217-0114-5.

3. BRATOVÁ, A., MANKOVECKÁ, M., BRÁZDILOVÁ, D. Vplyv nedostatku vedomostí o anestézii na stav pacientov. In: *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444. Roč. 8, č. 3-4 (2009), s. 22-23.
4. LARSEN, R. et. al. 1998. *Anestezie*, Praha : Grada Publishing, 1998. 936 s. ISBN 80-7169-179-8.
5. THOLE – JECK, S., HALLBAUM, I., PICHLMAYR, I. 1998 . *Anesteziologie-praktická příručka*, Martin : Osveta, 1998. ISBN 80-88824-82-6.

Kontaktná adresa:

PhDr. Bramušková Jarmila
OAIM, Nemocnica Zvolen, a.s., Kuzmányho nábrežie 28, 96001
Centrum, 15, 96001, Zvolen
0905 571556, bramuskova@dakrazv.sk