

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2017/2018**

**Kateřina Haisová**



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

**Kateřina Haisová**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O KLIENTA  
PO TONSILEKTOMII**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Šafránková

PLZEŇ 2018

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

## DRUHÝ LIST ZADÁNÍ

### Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 25. 3. 2018

.....

vlastnoruční podpis

## Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí Mgr. Zuzaně Šafránkové za odborné vedení, cenné rady a v neposlední řadě za trpělivost a vstřícnost při konzultacích. Mé poděkování náleží i veškerému zdravotnickému personálu otorinolaryngologického oddělení a sdíleného lůžkového fondu za spolupráci při získávání údajů pro výzkumnou část práce.

Anotace

Příjmení a jméno: Haisová Kateřina

Katedra: Ošetrovatelství

Název práce: Ošetrovatelská péče o klienta po tonsilektomii

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Šafránková

Počet stran – číslované: 101

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 33

Počet příloh: 14

Počet titulů použité literatury: 32

Klíčová slova: tonsilektomie, akutní záněty Waldeyerova lymfatického okruhu, chronické záněty Waldeyerova lymfatického okruhu, ošetrovatelská péče, edukace, kazuistika, komplikace

Souhrn:

Bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči o klienta po tonsilektomii. V teoretické části práce se věnuji anatomii hltanu se zaměřením na Waldeyerův lymfatický okruh. Dále zde popisuji i indikace k tomuto výkonu a samotný operační výkon. Kapitole, které věnuji největší pozornost je kapitola popisující ošetrovatelskou péči a edukaci v předoperačním, perioperačním a pooperačním období. Praktická část mé práce obsahuje kazuistiku dětského a dospělého pacienta podstupujícího tento zákrok se zaměřením na ošetrovatelský proces a edukaci. Analýzou dat zjišťuji, kde vznikají deficitní oblasti v edukaci na základě čehož jsem vytvořila edukační materiál do rukou pacienta propuštěného do domácího ošetrování. Vzhledem k tomu, že se jedná o kazuistiku dětského a dospělého pacienta na konci své práce porovnávám rozdíly v ošetrovatelské péči o dospělého a dětského pacienta.



Annotation

Surname and name: Haisová Kateřina

Department: Nursing

Title of thesis: Nursing care of client after tonsillectomy

Consultant: Mgr. Zuzana Šafránková

Number of pages – numbered: 101

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 33

Number of appendices: 14

Number of literature items used: 32

Keywords: tonsillectomy, acute inflammation of Waldeyer's lymphatic circuit, chronic inflammation of Waldeyer's lymphatic circuit, nursing care, education, case report, complications

Summary:

The bachelor thesis is focused on nursing care of the client after tonsillectomy. In the theoretical part, I deal with the anatomy of the pharynx with a focus on the Waldeyer lymphatic circuit. I also describe the indications for this performance and the operation itself. The chapter I pay attention to is the chapter describing nursing care and education in preoperative, perioperative and postoperative periods. The practical part of my work contains a case study of a child and adult patient undergoing this procedure focusing on the nursing process and education. By analyzing the data, I find out where the deficiency areas in education are created, by which I have created the educational material in the hands of the patient who has been released to home care. Given the case study of a child and adult patient at the end of my work, I compare the differences in nursing care for the adult and the child patient.

# OBSAH

Obsah .....	10
ÚVOD.....	13
Teoretická část .....	24
1. Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku .....	24
1.1 Jednotlivé úseky otorinolaryngologie .....	25
1.1.1. Ambulantní část .....	25
1.1.2. Lůžkové oddělení .....	26
1.1.3. Operační trakt.....	26
2 Anatomie a fyziologie polykacích cest .....	28
2.1 Anatomie a fyziologie polykacích cest .....	28
2.2 Waldeyerův lymfatický okruh .....	29
2.3 Cévní zásobení a inervace hlavy a krku.....	31
3 Vyšetřovací metody v otorinolaryngologii (a úkol sestry na tomto oddělení) ....	32
3.1 Vyšetřovací metody na otorinolaryngologii .....	32
3.2 Endoskopie v otorinolaryngologii .....	33
3.3 Specifika vyšetření hltanu.....	33
3.4 Specifika vyšetření u dětí.....	36
3.5 Spolupráce sestry při otorinolaryngologickém vyšetření .....	37
4 Záněty Waldeyerova mizního okruhu .....	39
4.1 Klinický obraz a diagnostika tonsilitidy .....	39
4.2 Chronické postižení Waldeyerova mizního okruhu.....	41
4.3 Komplikace opakujících se tonsilitid.....	42
4.3.1 Šíření infekce per continuitatem .....	42
4.3.2 Šíření lymfatickou a hematogenní cestou .....	42
4.4 Léčba.....	43
4.4.1 Konzervativní .....	43
4.4.2 Chirurgická léčba-tonsilektomie .....	43
5 Tonsilektomie.....	44
5.1 Co je šetrnější? Laserová nebo klasicky provedená tonsilektomie? .....	44
5.2 Indikace a kontraindikace tonsilektomie .....	45
5.3 Předoperační vyšetření a ošetrovatelská péče před výkonem.....	46
5.4 Perioperační péče .....	49
5.5 Pooperační období .....	50
5.6 Propuštění do domácího ošetřování.....	50
5.7 Pooperační komplikace .....	51

6	Problematika psychologického prožívání předoperačního a pooperačního období .....	53
	praktická část .....	55
7	Formulace problému .....	55
7.1	Cíl výzkumu.....	55
7.2	Dílčí cíle.....	56
7.3	Výzkumné otázky .....	56
7.4	Druh výzkumu a výběr metodiky .....	56
7.5	Metoda .....	56
7.6	Výběr případu .....	57
7.7	Způsob získávání informací.....	57
7.8	Organizace výzkumu .....	57
8.	Model funkčních vzorců zdraví → Marjory Gordon.....	59
8.1.	Autorka – Marjory Gordon .....	59
8.2.	Model funkčních vzorců zdraví .....	59
8.3.	Jednotlivé vzorce .....	60
9.	KAZUISTIKA Č. 1 .....	63
9.1.	Anamnéza .....	63
9.2.	První setkání s pacientkou .....	63
9.3.	Počátek hospitalizace .....	64
9.4.	Rehospitalizace .....	70
9.5.	Po propuštění .....	72
10.	OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN .....	74
10.1.	Anamnéza.....	74
10.2.	Model „Funkčního typu zdraví“ Marjory Gordonové: 2. pooperační den .....	74
11.	OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY .....	78
11.1.	Aktuální ošetřovatelské problémy.....	78
11.2.	Potencionální ošetřovatelské problémy.....	82
12.	KAZUISTIKA Č. 2 .....	85
12.1.	Anamnéza.....	85
12.2.	První setkání s pacientkou.....	86
12.3.	Počátek hospitalizace .....	86
12.4.	Po propuštění.....	93
13.	OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN .....	95
13.1.	Anamnéza.....	95
13.2.	Model „Funkčního typu zdraví“ Marjory Gordonové: 2. pooperační den .....	96

14. OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY .....	100
14.1. Aktuální ošetřovatelské problémy.....	100
14.2. Potencionální ošetřovatelské problémy.....	103
DISKUZE .....	106
ZÁVĚR .....	111
LITERATURA A PRAMENY .....	113
SEZNAM ZKRATEK .....	116
SEZNAM PŘÍLOH .....	119
PŘÍLOHY .....	120

## ÚVOD

Toto téma jsme si vybrali z důvodu jeho aktuálnosti. Domníváme se, že problematice tonsilektomie je věnováno málo pozornosti. Potencionální pacienty lze rozdělit do dvou skupin. První skupinu tvoří odpůrci tohoto výkonu, a to zejména z důvodu obavy, že jim bude odstraněna bariéra, jež je chrání před možnou infekcí. Druhou skupinu tvoří jedinci, z našeho pohledu s racionálnější postojem k dané problematice. Tito lidé provedení výkonu jednoznačně neodmítají, ale rozhodují se na základě poskytnutých informací o rizicích v případě, že by výkon nepodstoupili. V praxi se často setkáváme s bagatelizováním výkonu ze strany pacientů. Klienti mají často pocit, že se jedná o naprosto bezrizikový výkon, který se provádí zejména v dětském věku jako prevence opakujících se tonsilitid. Opak je pravdou, i tento výkon s sebou nese četná rizika spojená s lokalizací operačního výkonu. Z důvodu častého bagatelizování pooperačních komplikací lze považovat za podstatné pacienty edukovat zejména v této oblasti. Právě tato skutečnost byla dalším faktorem pro volbu tohoto tématu. Jedním z dalších faktorů výběru bylo i to, že tonsilektomie je předmětem vášnivých diskuzí odborné veřejnosti. I mezi odbornou veřejností se najdou odpůrci provádění tonsilektomie, zvláště pak u pediatrických pacientů. Přestože existuje mnoho různých doporučení vycházející z EBN, nejsou tato doporučení všeobecně akceptována. Většina lékařů se řídí dle Pittsburského protokolu určujícího indikaci k provedení tonsilektomie na základě četnosti opakujících se tonsilitid.

Tonsilektomie poskytuje chirurgické řešení nejen chronických postižení tonsil, ale i mnoha akutních stavů v otorinolaryngologii. Tím akutním stavem může být absces tonsily, který hrozí šířením do okolních struktur. Pokud se infekce celotělově šíří, například hematogenní cestou, může nastat stav, který označujeme tonsilogení sepsí. Při této sepsi se rozvíjí šokový stav, který pacienta bezprostředně ohrožuje na životě a je nutné provést okamžitou intervenci. Na první pohled by se mohlo zdát, že provedení tonsilektomie je nezbytné pouze v akutních stavech. Je tedy důležité vysvětlit pacientům, že je potřeba odstranit tonsily i v případě, kdy tvoří infekční fokus. Komplikací chronické tonsilitidy je metatonsilární postižení ledvin, kloubů a srdce.

Samotné provádění výkonu prodělalo s postupem medicíny mnoho inovací. Dnes si nikdo z nás nedovede představit provedení tonsilektomie způsobem tupé preparace nehtem. Tento způsob je datován do doby 40 let před naším letopočtem. V 18. a 19. století se stala již rutinně prováděným výkonem za použití čteného instrumentária. Teprve v druhé

polovině 19. století se stala dominantou otorinolaryngologů z důvodu používání čelního reflektoru ke zpřehlednění operačního pole. 20. století přineslo ve vývoji tonsilektomie velký zvrat. V této době se používal gilotinový tonsilektom, jehož obsluha byla motoricky náročná. Proto byl nahrazen tonsilární kličkou Brunings, jejíž modifikaci používáme dodnes. I přes vývoj nových přístrojů je klasické chirurgické provedení tonsilektomie zlatým standardem. Užití laserů se ukázalo jako nepřínosné.

Hlavním cílem výzkumu je navržení optimálního edukačního plánu. Na základě hlavního cíle jsme stanovili tyto dílčí cíle:

Zjistit, jak zdravotnický personál edukuje pacienta o empiricky se vyskytujících pooperačních komplikacích.

Analyzovat rozdíl v potřebách dospělého a dětského pacienta.

Zpracovat edukační leták do rukou pacienta propuštěného do domácího ošetřování

Z těchto dílčích cílů vycházejí výzkumné otázky, které jsme stanovili takto:

Je opravdu edukace u pooperačních komplikací a o pooperačním režimu tak podstatná?

Jsou pacienti v předoperačním období edukováni o empiricky se vyskytujících pooperačních komplikacích (chrapot, huhňavost...)?

Jaké jsou potřeby dospělého pacienta v pooperačním období?

Jaké jsou potřeby dítěte v pooperačním období?

Vzhledem k tomu, že tento výkon patří mezi nejčastěji bagatelizované, nabízí se otázka: Je opravdu pooperační edukace tak podstatná?

## REŠERŠE

Rešerši pro bakalářskou práci jsem si nechávala zhotovit v Národní lékařské knihovně v Praze přes služby poskytované na jejích internetových stránkách. Do objednávky rešerše jsem zadávala klíčová slova, tematické, časové a jazykové vymezení. V rámci jazykového vymezení jsem žádala pouze o lustraci článků, knih, sborníků a disertačních prací v českém jazyce. Dalším z kritérií, která jsem zadávala, byl požadavek, aby vypracovaná rešerše obsahovala „díla“ v časovém rozmezí od roku 2007 do roku 2017.

Klíčovými slovy, která jsem zadala, byla: otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku; Waldeyerův lymfatický okruh; anatomie polykacích a dýchacích cest, tonsila palatina; předoperační a pooperační péče v otorinolaryngologii; pooperační komplikace spojené s anestezií a tonsilektomií; tonsilektomie; indikace k tonsilektomii; akutní a chronická tonsilitida; absces tonsily; peritonsilární zánět; specifika ošetrovatelské péče a edukace v ORL; model M. Gordon.

Tematické vymezení pro zhotovení rešerše jsem stanovila takto. Předpokládaný prospěch tonsilektomie pro pacienta. Zamezení opakování tonsilitidy, předcházení komplikacím jako jsou peritonsilární absces, abscedující záněty krčních lymfatických uzlin a hluboké krční flegmony. Účel tonsilektomie (zlepšení průchodnosti dýchacích a polykacích cest). Rizika výkonu i za předpokladu postupu lege artis (velké krvácení-hemoragický šok, dočasná huhňavost, otok hrtanu a aspirace, bolestivost, omezení příjmu potravy, zatékání potravy a tekutin do nosohltanu z důvodu poranění měkkého patra a patrových oblouků). Specifika předoperační přípravy ve smyslu otorinolaryngologických vyšetření a přípravy operačního pole. Specifické požadavky na všeobecnou sestru v péči o pacienta po tonsilektomii (znalost instrumentů, operačního pole a pooperačních komplikací spojených s anestezií i výkonem). Specifika péče o pacienta dětského a dospělého věku na otorinolaryngologii. Popis modelu M. Gordon. Instrumentárium používané k tonsilektomii. Způsoby provedení tonsilektomie. Specifika pooperační péče a edukace pacienta po tonsilektomii.

## ***Použité články***

Vzhledem k velkému počtu vyhledaných článků Vám blíže představím ty, jež jsem užila v bakalářské práci a obsahově splňovaly konkrétně stanovená kritéria.

### **Infračervené lasery versus klasická technika při tonsilektomii**

Výzkum byl prováděn na ORL klinice FN Plzeň na celkovém počtu dvaceti respondentů, kteří museli splňovat dvě základní kritéria: věk nad 18 let a indikaci k TE pro chronickou tonsilitis. Tento článek srovnává užití dvou laserových přístrojů, které jsou špičkovými nástroji ve svém primárním užití s klasickou metodou chirurgické tonsilektomie. Vzhledem k nízkému počtu respondentů byl celkový počet rozdělen na dvě skupiny. U všech 20-ti pacientů byla provedena levostranná tonsilektomie klasickou metodou. Aby bylo zamezeno placebo efektu, tak na které straně byl použit laser a na které klasická metoda, pacient nevěděl. Pooperační vizity byly prováděny vždy jedním lékařem a pooperační bolestivost byla hodnocena pro každou stranu zvlášť. Pacient pocíval vyšší bolestivost na straně, kde byl použit laser.

U prvních deseti pacientů byla tonsila vpravo odstraněna pomocí Er, Cr:YSGG laseru, jehož primární určení je pro stomatologii. Druhé polovině respondentů byla tonsila vpravo odstraněna pomocí krystalického holmiového laseru, který se vyznačoval rychlou preparací a výbornou přehledností operačního pole a hemostázou. Přestože se lasery vyznačují minimálním nebo přiměřeným termickým poškozením okolní tkáně a snižují riziko krvácení po TE, zůstává klasická metoda provedení zlatým standardem a to z toho důvodu, že užití laserů nepřineslo pacientovi žádný profit.

*Citace:* SLOUKA, David — POLENÍK, Pavel — ŠMÍD, David — HES, Ondřej — BOUDOVA, Ludmila — ERFREMOVÁ, Y. — KUČERA, Radek — HOŠEK, Petr — SLÍPKA, Jaroslav. Infračervené lasery versus klasická technika při tonsilektomii. *Otorinolaryngologie a foniatrie*, 2015, roč. 64, č. 4, s. 196-200. ISSN: 1210-7867.

### **Chrápanie a obštrukčné spánkové apnoe v detskom veku z pohľadu otorinolaryngológa**

Tento odborný článek pojednává o podstatnosti včasného záchytu počínající obstrukce dýchacích cest. Většina dětí přichází k pediatrovi pro typické chrápání či únavu. Pediatr stanoví podezření na hypertrofickou adenooidní vegetaci či diagnostikuje hypertrofii



patrové tonsily. Tyto děti jsou odesílány k odbornému vyšetření otorinolaryngologem. Dle hodnocení obstrukce dle Brodského se přistupuje k řešení. V případech, kdy se jedná již o středně závažnou obstrukci či dokonce OSA (porucha dechu způsobená významnou obstrukcí dýchacích cest) přistupuje lékař k chirurgickému řešení. Tyto děti jsou na první pohled nápadné svým výrazem – facies adenoidea (pootevřená ústa, protáhlý obličej...), při vyšetření lékař vidí gotické vyklenutí patra, slyšitelná zavřená huhňavost. Dále se k diagnostice obstrukce používají standardizované dotazníky.

*Citace: PNIÁK, Tomáš — KOMÍNEK, Pavel — NOVÁK, Vilém. Chrápání a obštrukčné spánkové apnoe v detskom veku z pohľadu otorinolaryngológa. Československá pediatrie, 2009, roč. 64, č. 12, s. 653-659. ISSN: 0069-2328.*

### **Krvácení po tonzilektomii – literární přehled (epidemiologie, rizikové faktory, život ohrožující krvácení)**

Tento článek poskytuje ucelené informace o důvodech vzniku pooperačního krvácení, a rizikových faktorech. Příspěvek je „souhrnem“ několika výzkumných prací, které se touto problematikou zabývaly. Rizikovými faktory je věk, pohlaví, medikace, indikace k operaci, technika operace a zkušenosti operátora. Co se týče rizikového faktoru věku, je empiricky prokázáno, že čím je jedinec starší, tím vyšší je riziko krvácení. Medikace je asi tím nejrizikovějším faktorem vzniku krvácení – je tedy velmi důležité včasné vysazení antikoagulační a antiagregační léčby v předoperačním období, stejně tak používání nesteroidních antiflogistik k zmírnění pooperační bolesti vede k vyššímu riziku krvácení. Je důležité mít na paměti, že první slabé krvácení většinou předchází silnému krvácení a je nutné takto pacientovi přednést, že i v případě drobného krvácení musí navštívit lékaře. I v dnešní době, kdy je lékařská pomoc snadno dostupná může se stát pooperační krvácení pacientu osudným. Drobná krvácení jsou většinou řešena podáním intravenózní medikace a dispenzarizací. Naopak ta masivní si vyžadují neodkladná řešení a ošetření na operačním sále. Závěr tohoto článku je takový, že bychom neměli podceňovat tuto závažnou komplikaci a snažit se svou edukací zlomit naprosto špatně zafixovanou představu o tom, že TE je banální „bezrizikový“ zákrok.

*Citace: KOMÍNEK, Pavel — CHROBOK, Viktor — PELLANT, Arnošt — KRAUS, Jaroslav — ČERNÝ, Vladimír — BETKA, Jaroslav. Krvácení po tonzilektomii – literární přehled (epidemiologie, rizikové faktory, život ohrožující krvácení). Otorinolaryngologie a foniatrie, 2014, roč. 63, č. 1, s. 41-49. ISSN: 1210-7867.*

## **Krvácení po tonsilektomii a tonsilotomii u dětí**

Hned v úvodu autoři uvádějí, že TE (tonsilektomie) a TT (tonsilotomie) jsou nejčastějšími chirurgickými výkony. Tyto výkony sice řadíme mezi „menší“, ale úzký vztah tonsil k cévám a dýchacím cestám řadí komplikace těchto výkonů mezi ty, které mohou ohrozit pacienta na životě. Dále autoři uvádějí, že drtivá většina respondentů byla indikována k tonsilektomii z důvodu chronické tonsilitidy. Následně popisují kritéria diagnostikování chronické tonsilitidy dle Pittsburského protokolu a následně pouze výčtem uvádějí další možné indikace k provedení TE jako je peritonsilární absces, hypertrofie tonsily aj. Autoři rozdělili krvácení z časového hlediska na primární (do 24. hodin) a sekundární (po 24. hodině od operace). Struktura respondentů byla následující: věk od 0-19-ti let, obě pohlaví, operační výkon TT, TT+AT, TE a TE+AT. Následně článek obsahuje několik grafických znázornění výsledků výzkumu. Krvácení po prosté TE se objevilo v 11,48% Z celkového počtu všech krvácení byla potřeba chirurgická revize pouze zhruba ve 2,3%. Nejčastěji se krvácení objevilo u adolescentů ve věku 16-17 let. Dále autoři rozebírají řešení krvácení. Většinu krvácení bylo možné zvládnout konzervativně podáním hemostatik (66,6%), silnější krvácení byla ošetřena bipolární koagulací a chirurgickou revizí. V závěru autoři uvádějí, že krvácení se objevilo nejčastěji v operační den, nebo až následně 5. pooperační den, kdy dochází k odlučování fibra.

*Citace: FRYČKOVÁ, Alice — MÁCHALOVÁ, Michaela — ŠLAPÁK, Ivo. Krvácení po tonsilektomii a tonsilotomii u dětí. Otorinolaryngologie a foniatrie, 2012, roč. 61, č. 1, s. 29-33. ISSN: 1210-7867.*

## **Je nutné vyšetření koagulace před adenotomií a tonsilektomii?**

Autoři článku se zabírají otázkou, zda je nutné plošně vyšetřovat koagulační parametry u všech pacientů podstupujících adenotomii či tonsilektomii. Výzkumníci své tvrzení nepodstatnosti plošného vyšetření podkládají četností odhalení poruch hemostázy v poměru k těm, u kterých toto vyšetření nepřineslo žádný profit. Výsledkem tohoto článku je, že použitím správně sestaveného standardizovaného dotazníku je možné vytipovat rizikové pacienty, u nichž by bylo na místě provést vyšetření koagulace. Tento dotazník autoři ve své práci navrhli tak, že je rozdělen na dvě sekce. První sekce se zabývá rodinnou anamnézou → dotazujeme se na to, zda se u někoho v rodině vyskytuje koagulační porucha. Druhá sekce se týká přímo pacienta, kde zkoumáme, zda pacient netrpí koagulační poruchou (časté epistaxe, opakovaná krvácení z odřenin aj.)

*Citace: SAMKOVÁ, Aneta — DULÍČEK, Petr — PAŘÍZKOVÁ, Eva — VOKURKA, Jan. Je nutné vyšetření koagulace před adenoidektomií a tonzilektomií?. Transfuze a hematologie dnes, 2011, roč. 17, č. 1, s. 24-29. ISSN: 1213-5763.*

### **Komentář k publikaci: Samková A. et al.: Význam předoperačního vyšetření hemostázy u dětí před adenotomií a tonzilektomií**

V tomto článku autoři rozebírají závěry z práce A. Samkové. Otorinolaryngologové spolupracují s pediatry a anesteziology. Je pochopitelné, že se za možné komplikace cítí odpovědní, a proto vyjádření pediatrů zdrav/a schopen/a operace v celkové anestezii považují za zcela neakceptovatelný. Podrobná osobní a rodinná anamnéza je velmi podstatná pro odhalení hemokoagulačních poruch. Autoři souhlasí s A. Samkovou v tom, že účelná anamnéza zaměřená na odhalení koagulačních poruch by mohla být dostačující a do budoucna nahradit plošné vyšetřování koagulace u všech pacientů podstupujících TE a AT. V rámci těchto operačních výkonů se ORL lékaři obávají zejména vykrvácení a udušení pacienta. Nicméně tyto výkony ve většině případů provádíme v celkové anestezii, kdy je i pacient s významnou poruchou koagulace zachráníitelný. Celková anestezie vyžaduje intubaci, čímž případné udušení pacienta během výkonu je prakticky nemožné. Všechny nemocnice mají krevní banku a je možné podat krevní plazmu na statim (z vitální indikace), která výrazně upraví hemostázu. Samozřejmě kromě podání plazmy může lékař provést tamponádu. Ovšem provedení těchto výkonů v lokální anestezii s sebou nese velké riziko udušení pacienta při masivnějším krvácení. Pokud by byly prováděny tyto výkony plošně v lokální anestezii a nemocnicích, kde není dostupné ARO, JIP a krevní banka, nevyhnuli bychom se nutnosti koagulaci vyšetřovat.

*Citace: CHROBOK, Viktor — PELLANT, Arnošt. Komentář k publikaci: Samková A. et al.: Význam předoperačního vyšetření hemostázy u dětí před adenotomií a tonzilektomií. Československá pediatrie, 2009, roč. 64, č. 9, s. 391. ISSN: 0069-2328.*

### **Má být vyšetření hemokoagulace rutinní součástí předoperačního vyšetření před adenotomií a tonzilektomií u dětí?**

Článek nabízí pohled anesteziologa na problematiku „zbytečných“ předoperačních odběrů ke zjištění poruch hemostázy. Autor zde uvádí, že tato problematika, zda plošně (ne)vyšetřovat hemostázu, je předmětem vášnivých diskuzí mezi zastupiteli různých medicínských oborů již po mnoho let. Veškeré výzkumy zabývající se touto problematikou

poukazují, že počet koagulačních poruch, které se zachytí až tímto plošným vyšetřením bez náznaků rizika v anamnéze, je naprosto zanedbatelný. Na druhé straně ovšem stojí operatéri, kteří zažili krvácení během operace nebo i po ní „bez“ důvodu. Až při následném pátrání po příčině byla odhalena koagulační porucha, která pokud by byla zkorigována nemusela komplikace nastat. Autor v této práci obhájí svůj negativní postoj k plošnému vyšetřování hemostázy výčtem několika argumentů. Jedním z nich je právě zanedbatelná pravděpodobnost prvozáhytu koagulační poruchy tímto odběrem. Dále pak uvádí zbytečné traumatizování dětí žilním odběrem aj. V závěru své práce podotýká, že dle jeho názoru nevede cesta skrz plošné laboratorní testování, ale spíše skrz připravenost zdravotníků komplikace řešit.

*Citace: ČERNÝ, Vladimír. Má být vyšetření hemokoagulace rutinní součástí předoperačního vyšetření před adenotomií a tonzilektomií u dětí?. Otorinolaryngologie a foniatrie, 2009, roč. 58, č. 4, s. 256. ISSN: 1210-7867.*

### **Akutní záněty hltanu**

Tento odborný článek shrnuje veškeré akutní záněty hltanu způsobené viry, ale i bakteriemi. V samotném úvodu je anatomické vymezení zkoumané oblasti, dále autoři popisují jednotlivé záněty této oblasti společně s etiologií zánětů. Terminologie zkoumané oblasti je pro snadnou orientaci uvedena v tabulce, stejně tak části Waldeyerova lymfatického okruhu. V rámci rozboru mikrobiologie a epidemiologie zánětů se autoři zaměřili na prevalenci jednotlivých agens způsobujících záněty v určitém věku, tyto poznatky autoři zanesli do jednoduché tabulky. Autoři popisují nejčastějšího původce bakteriální tonsilitidy jímž je  $\beta$ -hemolytický *Streptococcus pyogenes* skupiny A. Dále článek pojednává o klinických příznacích a makroskopickém nálezu na tonsilách společně s možnostmi diagnostiky jednotlivých agens způsobujících tyto záněty. Dalším odstavcem se autoři zaměřují na možnosti léčby, kde se zaměřují zejména na léčbu streptokokových zánětů, zejména pak na dávkování penicilinu dle věku nemocného. V závěru článku autoři popisují problematiku a nebezpečí nosičství  $\beta$ -hemolytických pyogenních streptokoků jak pro nosiče samotného, tak pro jeho okolí.

*Citace: KOMÍNEK, Pavel — MATOUŠEK, Petr. Akutní záněty hltanu. Medicína po promoci, 2010, roč. 11, č. 1, s. 74-80. ISSN: 1212-9445.*

## **Diagnostika a léčba tonzilitid u dětí**

V úvodu autor uvádí, že záněty v oblasti horních cest dýchacích a polykacích cest jsou nejčastějším důvodem pro návštěvu pediatra či obvodního praktického lékaře pro dospělé. Z úvodu vyplývá, že záněty této oblasti trápí populaci napříč věkovým skupinám. Ani v tomto přehledovém článku hned na začátku nechybí anatomické vymezení oblasti a bližší specifikování anatomie patrových tonsil a jejich napojení na Waldeyerův mízní okruh. V terminologickém vymezení nalezneme vedle definice laryngitidy, tonsilitidy a angíny i definici jednotlivých druhů angín tříděných dle anatomicko-patologického hlediska. Stejně jako v předchozím článku i zde následuje epidemiologie, diagnostika a klinické příznaky. V rámci odstavce týkajícího se diagnostiky mě zaujala skórovací tabulka týkající se streptokokové infekce. Tuto tabulku, jak autor uvádí lze použít, není-li k dispozici rychlé laboratorní vyšetření. I v tomto článku se autor zabývá problematikou nosičství  $\beta$ -hemolytických pyogenních streptokoků typu A, které jsou nebezpečná jak pro nosiče (revmatická horečka, poškození ledvin a srdce), tak i pro osoby z okolí. Autor upozorňuje na podstatnost správné terapie zánětů této oblasti a zejména klade důraz na správné a opodstatněné nasazení antibiotické léčby. Autor se v závěru svého příspěvku věnuje recidivám a indikacím k tonsilektomii. Tonsilektomii představuje jako řešení recidivujících angín, které se i přes správně nastavenou antibiotickou léčbu stále navrací. Ovšem na druhé straně upozorňuje, že k tomuto výkonu, zvláště pak v pediatrii musíme přistupovat s velkou pokorou vzhledem k tomu, že tonsily, pokud jsou zdravé, tvoří bariéru proti infekci.

*Citace: KOMÍNEK, Pavel. Diagnostika a léčba tonzilitid u dětí. Pediatrie pro praxi (Print), 2013, roč. 14, č. 1, s. 21-25. ISSN: 1213-0494.*

### **Tonsilektomie z pohledu dětského otorinolaryngologa**

Tento článek rozebírá indikace k tonsilektomii, které jsou již po mnoho let vášnivě diskutovaným tématem mnoha specialistů. Neutrální „seznam“ na situace, kdy tonsilektomii provést, neexistuje. V naší zemi se řídíme kritérii Pittsburského protokolu, který vymezuje počet recidiv akutní tonsilitidy, které jsou již indikací k provedení TE. Dalšími indikacemi k provedení tonsilektomie jsou komplikace akutních tonsilitid v podobě vzniku paratonsilárních či peritonsilárních abscesů. Absolutní indikaci k výkonu vedle nádorových onemocnění tvoří i septická angína. V případě chronické tonsilitidy, jejíž nejzávažnější komplikací je matatonsilární postižení vzdálených orgánů ( $\beta$ -hemolytický streptococcus

produkuje toxiny, které poškozují srdce, klouby ledviny aj.). Zvláštní indikaci k provedení TE tvoří syndrom spánkové apnoe při hypertrofii tonsily. V případě středně těžké obstrukce dochází k poruše fyzického, ale i mentálního vývoje dítěte, a proto se jedná o indikaci k TE.

*Citace: KABELKA, Zdeněk. Tonsilektomie z pohledu dětského otolaryngologa. Medical tribune (Praha), 2011, roč. 7, č. 2, C2. ISSN: 1214-8911.*

### **Tonsillitischronica a indikace k tonsilektomii**

Autorka hned na začátku svého článku vymezuje znaky akutní tonsilitidy a následně se věnuje pouze chronické tonsilitidě a její problematice. Diagnóza chronické tonsilitidy se vyznačuje zánětlivými změnami v parenchymu tonsil a jejich okolí. Autorka popisuje klinické příznaky specifické pro chronickou tonsilitidu. Pacient si typicky stěžuje na pocit cizího tělesa, únavu a dráždění k pokašlávání. Dále zde popisuje makroskopické změny tonsil, dle kterých lze chronickou tonsilitidu rozdělit do 4 skupin. Autorka upozorňuje na podstatnost její diferenciální diagnostiky od lymfomu tonsily. V oddílu, zabývajícím se léčbou, nalezneme konzervativní léčbu spočívající v ATB terapii a kloktání antiseptických roztoků. V rámci chirurgické terapie se autorka zabývá celkovými a místními indikacemi k provedení TE. Každou z indikací popisuje, čím je pro klienta nebezpečná a proč je tedy nutné provést chirurgickou intervenci. Autorka se v závěru zabývá i aktuální otázkou, zda v případě prosté hypertrofie tonsily by tonsilotomie („zkrácení“ mandle většinou formou radiofrekvenční termoablaci) nemohla nahradit tonsilektomii.

*Citace: VYHNÁNKOVÁ, Ludmila. Tonsillitischronica a indikace k tonsilektomii. Pediatrie pro praxi (Print), 2008, roč. 9, č. 6, s. 361-363. ISSN: 1213-0494.*

### **Vybrané akutní stavy v otorinolaryngologii**

V úvodu autoři uvádějí anatomické a fyziologické poznatky týkající se oblasti spadající do péče otorinolaryngologů. Dále zde nastiňují důvody, proč právě patologie v této oblasti mohou pacienta ohrozit na životě. Autoři vymezují čtyři základní patologické procesy, které mohou ohrozit život. Jako první popisují akutní onemocnění jazyka a dutiny ústní. V této oblasti se velmi často setkáváme s akutním edémem jazyka, který musíme okamžitě řešit vzhledem k tomu, že způsobuje obstrukci dýchacích a polykacích cest. Tento akutní stav je typickou potravinovou alergickou reakcí, nebo může vznikat následkem bodnutí hmyzem. Parenterálně podáváme antiedematozní léčbu a kortikoidy. V případě

významné obstrukce provádí lékař orotracheální intubaci. V případě, kdy se jedná o zánětlivé edémy jazyka, podáváme ATB parenterální cestou. Abscesy jazyka jsou typické pro poranění (i piercing). Další odstavec tvoří neodkladné stavy při onemocnění hltanu, kam naprosto typicky spadá flegmona a peritonsilární absces. V tomto případě je nutná okamžitá intervence otorinolaryngologa dle makroskopického nálezu. Lékař může provádět drenáž abscesu, nebo v přesně vymezených situacích může být indikována TE „za horka“. Lékař nasazuje širokospektrá ATB. Flegmóna tonsily se léčí konzervativně antibiotiky. Autoři dále popisují akutní epiglottidu a akutní subglotickou laryngitidu, které jsou typické pro dětský věk a jejich závažnost spočívá v akutní obstrukci dýchacích cest, kterou je třeba urgentně léčit.

*Citace: URBÁNKOVÁ, Pavla — URBÁNEK, Libor. Vybrané akutní stavy v otorinolaryngologii. Medicína pro praxi (Print), 2010, roč. 7, č. 2, s. 80-83. ISSN: 1214-8687.*

### **Specifika anestezie v dětském věku na ORL**

Specifikem anestezie v dětském věku je naprostá minimalizace traumatizace dítěte vpichy či jinými nepříjemnými prožitky. Premedikace je podána ve sladkém roztoku glukosy nebo šťávy po lžičce v co nejmenším celkovém objemu tekutiny. Na operačním sále je dítěti umožněno mít s sebou hračku. U pediatrických pacientů vždy provádíme inhalační úvod do anestezie a až následně jsou provedeny nepříjemné úkony jako je napichování intravenózních vstupů. Anesteziolog provede intubaci a je možné pacienta zarouškovat a zahájit výkon. Je důležité mít na paměti, že k dětem vždy přistupujeme pomalu, s klidem, a komunikaci přizpůsobujeme jejich věku a mentální zralosti.

*Citace: BOČKOVÁ, Mária. Specifika anestezie v dětském věku na ORL. Sestra (Praha), 2012, roč. 22, č. 2, s. 44. ISSN: 1210-0404.*

Celkem bylo vyhledáno 50 článků a abstrakt, 7 knih týkajících se ošetrovatelského modelu, 6 knih týkajících se otorinolaryngologie a 4 knihy věnující se ošetrovatelství v ORL. Veškerá bibliografie byla vypůjčena přes Městskou knihovnu v Klatovech, popřípadě meziknihovní výpůjčkou.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. OTORINOLARYNGOLOGIE A CHIRURGIE HLAVY A KRKU

Tento lékařský obor se zabývá onemocněními, úrazy a jinými patologiemi v oblasti hlavy a krku. Název oboru vychází z řeckého slova otós-ucho, rhinos-nos, larynx-hrtan, což jsou v řeckém jazyce názvy orgánů, které patří do kompetence otorinolaryngologů. Vzhledem k tomu, že obor chirurgicky obsáhne celou oblast krku a splenokrania, tak se původní název otorinolaryngologie rozšířil o dovětek chirurgie hlavy a krku. V rámci tohoto oboru se rozvinuly i podoblasti, a to konkrétně audiometrie a foniatrie. Audiometrie slouží k vyšetření sluchu. Foniatrie se zabývá komplexně diagnostikou, prevencí a léčbou poruch řeči, hlasu a sluchu, ať už vrozených či získaných. Osamostatnění tohoto oboru je poměrně nedávnou historií a jeho rychlý rozvoj, hlavně v chirurgické oblasti, je zajištěn masivním rozvojem endoskopických metod operací. Díky velmi domestikovaným endoskopickým přístrojům se otorinolaryngologům otevřely nové možnosti v chirurgii. Díky endoskopickým metodám můžeme operovat oblast nosu a paranazálních dutin, ale stejně tak došlo k rozvoji v chirurgii oblasti ucha a hrtanu, které byly do té doby špatně přístupné. Stejně jako většina medicínských oborů je i tento multidisciplinární. Otorinolaryngologové spolupracují s pediatry, cévními chirurgy, neurology, stomatology a dalšími specialisty z různých oblastí medicíny. Nároky na všeobecnou sestru na tomto oddělení jsou vysoké. Kromě všeobecných znalostí a dovedností získaných během studia, by měla mít základní znalosti v oblasti diagnostiky, terapie a specifické ošetrovatelské péče u jednotlivých diagnóz. Sestra by měla dokonale znát anatomii ORL oblasti. Veškeré tyto znalosti jsou důležité k tomu, aby sestra byla schopna správně poskytovat ošetrovatelskou péči všem pacientům, ať už po úrazu, s onkologickou diagnózou nebo po chirurgickém zákroku v této oblasti. Musí také zvládat specifické nástroje užívané v tomto oboru a v neposlední řadě hodnocení specifického operačního pole. Sestry pracující na ORL se často setkávají s pacienty s poruchami sluchu a řeči, je a proto nutné, aby měly dostatečné znalosti v oblasti psychologické problematiky ve spojitosti s těmito specifickými pacienty (Nováková, 2011, s.127-128, 131).



## 1.1 Jednotlivé úseky otorinolaryngologie

### 1.1.1. Ambulantní část

Ambulantní péče v České republice probíhá formou primární péče. Pacienti, kteří přicházejí k ošetření do ambulancí, nejsou v drtivé většině doporučení obvodním lékařem. Tato skutečnost, že pacient přichází bez doporučení obvodního lékaře a veškeré dokumentace, znesnadňuje ORL lékařům diagnostiku. Lidé přicházející s nějakými problémy do ambulance si ne vždy (např. ve stresu z nemocničního prostředí) mohou vzpomenout, jak se léky, které pravidelně užívají, jmenují, jaké mají lékové alergie a jiné podstatné informace, které by lékař měl za normálních okolností napsané v dokumentaci. Za podstatné informace v primární péči považujeme informace o současném onemocnění, prodělaných chorobách a operacích. V případě recidiv nebo komplikací současného onemocnění lékaře zajímá i výčet předchozích diagnostických metod a jejich závěr. Ovšem nejpodstatnější informace jsou lékové alergie. Pokud by byl alergickému jedinci podán penicilin, mohlo by to mít fatální dopad. V případě dětských pacientů tyto informace podávají rodiče, ale ne vždy jsou validní. V primární péči se často setkáváme se situací, kdy rodiče přicházejí s naprosto zdravým jedincem a chtějí po lékaři vyšetřit nosohltanovou mandli, protože dítě jejich známých ji vyšetřenou má. Výjimkou není ani situace, kdy pacienti chodí „preventivně“. Například mají v plánu odcestovat a byli na návštěvě u někoho, kdo je nemocný a bojí se, případné nákazy. Pouze malé procento pacientů přichází do ambulance se závažným onemocněním. Přestože se setkáváme s vážnými diagnózami v relativně malé míře, je třeba, aby se na tyto diagnózy nezapomínalo. Lékař, na základě získaných anamnestických dat a vyšetření, které provedl, stanovuje další postup, který by měl být pro pacienta, pokud možno co nejméně zátěžový, ale musí přinést cenné informace vedoucí k diagnóze. Z těchto informací vyplývá, že stanovení diagnózy v ambulantní péči je poměrně komplikované. Nicméně pro ambulantní péči existují doporučené postupy vycházející z EBM (EVIDENCE-BASED MEDICINE). Vzhledem k tomu, že pro mnoho situací důkazy chybí, tak se mnohdy lékař opírá o empirickou zkušenost.

V ambulantním traktu se však kromě prosté diagnostiky onemocnění provádějí i speciální vyšetření a drobné zákroky. Každý ambulantní box je vybaven základní soupravou pro provádění vyšetření a malých medicínských zákroku v oblasti hlavy a krku. Součástí základní výbavy, ambulance kromě výpočetní techniky, je vyšetřovací křeslo, židle pro lékaře, panel s nástroji, včetně nejrůznějších endoskopických nástrojů a medikamentů.

Nejtypičtějším předmětem používaným na ORL je čelní reflektor. Boxy jsou vybaveny soupravami pro malé výkony, jako jsou punkce dutin, výplachy ucha a zadní tamponáda dutiny nosní. V rámci ambulantního traktu tohoto oddělení nalezneme ve větších nemocnicích či poliklinikách specializované ambulance audiometrie, foniatric aj. Tato široká škála výkonů a diagnóz vyžaduje od všeobecné sestry nejen všeobecné dovednosti, ale zejména odborné znalosti a dovednosti v dg. a ošetřování klientů s nejrůznějšími chorobami v této oblasti. Úkolem sestry v ambulantním traktu je zejména psychická podpora pacienta, snižování faktoru strachu při vyšetření a spolupráce s lékařem. Setra dělá lékaři nejen „instrumentářku“ ale „jistí“ i pacienta tak, aby neublížil sobě ani lékaři.

### **1.1.2. Lůžkové oddělení**

Otorinolaryngologické lůžkové oddělení se na první pohled nějak zvlášť od jiného oddělení neliší. Oddělení je členěno dle pohlaví na ženský a mužský úsek. Rozlišujeme trakt pro dospělé a dětské pacienty. V rámci oddělení umísťujeme pacienty dle diagnózy a snažíme se udělat skladbu pacientů na pokoji zhruba ve stejné věkové skupině. Je tedy nepřípustné mít na pokoji společně pacienta s hnisavou angínou a pacienta „zdravého“, který čeká na chirurgický zákrok. Většina pacientů s hnisavými angínami je izolována na pokoji a strava je jim podávána na pokoji tak, aby se minimalizoval kontakt se spolu pacienty. Na oddělení, kromě společenské místnosti, jídelny a pokojů se sociálním zařízením, nalezneme denní místnost zaměstnanců, sesternu a vyšetřovnu. Vyšetřovna je vybavena velmi podobně jako ambulantní box. Rozdíl je v množství nástrojů a medikamentů. Základním vybavením ORL oddělení jsou různé nebulizátory a zvlhčovače vzduchu, které používáme v rámci konzervativní terapie, ale i pooperační péče.

### **1.1.3. Operační trakt**

Operační sál může být i součástí ambulantního traktu. Tento operační trakt je zpravidla určen pro malé výkony, jako jsou různé elize, incize s následnými drenážemi. Samotné vybavení operačních sálů se nijak významně neliší od sálu chirurgických. Dalo by se tedy říci, že kromě základních nástrojů užívaných i v obecné chirurgii zde nalezneme vysoce specializované nástroje určené k operacím v oblasti hlavy a krku. Vzhledem k tématu se zaměřím pouze na instrumentárium užívané k operacím oblasti hltanu. Nejčastější operací prováděnou v této oblasti je tonsilektomie. Instrumentářka musí mít připravený sterilní stůl s nástroji, které jsou k této operaci používány. Základním instrumentem je ústní

rozvěrač s lopatkou na jazyk, bez něhož by nebylo možné provést žádný výkon v oblasti nosohltanu a hltanu v CA. Velikost rozvěrače se volí dle věku pacienta. Dalšími instrumenty jsou autofixní Marschikova pinzeta, malé a velké tonsilektomiové raspatorium, Musseuxův ostrý chlapák, Freerovo raspatorium a tonsilektomiová klička s náhradními drátky. Tyto instrumenty jsou velmi specifické, a proto je nalezneme pouze na ORL sálech. Ovšem v chirurgii hltanu užíváme i instrumenty spadající do obecné chirurgie ovšem jejich tvar a velikost odpovídá potřebám oboru. Užíváme teda dlouhé skalpely, dlouhé zahnuté peány, dlouhou bipolární pinzetu a dlouhý jehelec (Nováková, 2011, s. 128-131; Kuchyňková, 2015, s. 15-18; Plch, 2018, s. 42, 139, 143).

## 2 ANATOMIE A FYZIOLOGIE POLYKACÍCH CEST

Vzhledem k tématu práce se budeme zabývat pouze klinickou anatomií dutiny ústní (cavumoris), hltanu (pharynx) a samotnou anatomickou stavbou tonsil.

### 2.1 Anatomie a fyziologie polykacích cest

Polykací cesty začínají dutinou ústní, kterou lze rozdělit na vestibulum oris a samotnou dutinu ústní. Vestibulum je ohraničeno rty, tvářemi a dásněmi s denticí. Vlastní dutina je ohraničena spodinou ústní, jazykem, tvrdým a měkkým patrem. Jazyk kromě své důležité funkce při artikulaci a detekci chuti obsahuje na svém kořeni lymfatickou tkáň, která je součástí Waldeyerova mízního okruhu. Tvrdé patro je tvořeno skeletem naší lby (os maxillaris a os palatinalis). Dále volně přechází v měkké patro tvořené svaly (m. levator veli palatiny a m. tensor velipalatini), které ve středu utvářejí uvulu. V dorzální části dutiny ústní utváří měkké patro patrové oblouky, mezi nimiž je uložena tonsillapalatinalis. Zadní patrový oblouk plyně přechází v boční stěny orofaryngu. Velmi podstatnou funkcí, kterou měkké patro má, je schopnost patrohltanového (velofaryngeálního-VFU) uzávěru, který zajišťuje Passavantův val.

Hltan (pharynx) je dutý svalový orgán společný pro dýchací i polykací cesty. Tato svalová trubice se táhne od báze lební až do výše C<sub>6</sub> (rovina dolního okraje prstencové chrupavky hrtanu). Z anatomického i klinického hlediska dělíme hltan na tři části. Z hlediska anatomického jej dělíme na paranasalis, oralis et laryngea, ale z pohledu klinického na nazofarynx (epifarynx), orofarynx (mezofarynx) a hypofarynx. Nazofarynx je prvním segmentem hltanu, do něž vpředu ústí dutina nosní dvěma choanami. V klenbě nosohltanu je adenoidní tkáň tvořící nosohltanovou mandli. Po bocích nosohltanu nalezneme vyústění Eustachovy trubice v oblasti valů (torus tubaris), kde se pod sliznicí nachází lymfatická tkáň podobná té, jež tvoří mandle. Na tuto etáž plynule navazuje orofaryng v oblasti velofaryngeálního uzávěru, který přechodně odděluje polykací a dýchací cesty tím, že se měkké patro přiloží k zadní stěně hltanu. Orofarynx (ústní část hltanu) je střední etáží hltanu. Zadní stěna hltanu se příčně vyklenuje, což je podmíněno horním svěračem hltanu. Toto vyklenutí označujeme jako Passavantův val, který se podílí na velofaryngeálním uzávěru při polykání a mluvě. Ventrální směrem se orofarynx skrze isthmus faucium (hltanovou branku) otevírá do dutiny ústní. Toto pružné zúžení je ohraničeno měkkým patrem, patrovými oblouky a kořenem jazyka. Mezi předním patrovým obloukem (arcus

palatoglossus) a zadním patrovým obloukem (arcus palatopharyngeus) je fossa (jamka), v níž je ukryta v peritonzilární pojivové tkáni tonsillapalatina (patrová mandle). Fascia pharyngobasilaris pokrývá laterální stranu tonsily a tvoří tak její pouzdro. Prostor mezi pouzdrem tonsily a stěnou hltanu je vyplněn řídkým vazivem. Tento prostor nazýváme jako peritonzilární, právě v tomto prostoru nalézáme při TE pozánětlivé srůsty. Boční stěny orofaryngu, které vycházejí ze zadního patrového oblouku, obsahují mimo tenké svalové vrstvy i hojné množství ostrůvků lymfatické tkáně. Oblast hypofaryngu, která plyně navazuje na orofaryng ve výši C<sub>4</sub> (rovina jazyky) je na svém konci výrazně zúžena a vytváří Kiliánův jícnový svěrač, který utváří hranici mezi hypofaryngem a jícnem (Astl, 2012, s. 35-36; Plch, 2008, s. 32-33; Hahn, 2007, s. 57; Komínek, 2005, s. 18-21).

## 2.2 Waldeyerův lymfatický okruh

Tato mízní soustava označována jako Waldeyerův lymfatický okruh hraje velkou roli v imunitních procesech. Do Waldeyerova mízního okruhu spadá veškerá lymfatická tkáň z oblasti faryngu a kořene jazyka. V této oblasti uvádíme dva základní termíny, a to lymfatické folikuly a tonsily. Lymfatické folikuly jsou tvořeny lymfatickou tkání, která je rozeseta v podslizniční tkáni hltanu. Při laterální straně hltanu tato tkáň utváří po stranách lymfatické pruhy. Oproti tomu tonsily (mandle) jsou orgány tvořené kompaktními shluky izolovaných ostrůvků lymfoepiteliální tkáně. Waldeyerův okruh je složen z Gerlachovy mandle (tonsilla etubariae → mandle kolem ústí Eustachovy trubice), hltanové mandle (tonsilla pharyngea), patrové mandle (tonsilla palatinae), jazykové mandle (tonsilla lingualis), mandle epiglottis (tonsilla ventriculilaryngis → lymfatická tkáň hrtanové příklopky) a lymfatických folikulů a pruhů. Dominantní roli v tomto okruhu mají patrové mandle, které jsou uloženy v zadní části dutiny ústní mezi patrovými oblouky v jamce. Lůžko mandle je tvořeno z většinové části svalovinou, která utváří mezi patrovými oblouky již zmiňovanou jamku. Mezi samotnou tonsilou a jejím pouzdrem, které je tvořené pharyngobasilární fascií pokrývající laterální stěnu tonsily, se nachází peritonzilární pojivová tkáň tvořená řídkým pojivem. Fossa supratonsilaris je fyziologicky mělká jamka lokalizována nad tonsilou, ovšem v rámci patologie může být poměrně hluboká a v tu chvíli ji označujeme jako recessus palatinus. Tuto jamku je důležitá znát nejen z pohledu patologie, ale i chirurgie. Patrové tonsily jsou lymfoepiteliální párový orgán. Jejich stavba je morfologicky velmi zajímavá. Povrchový epitel tonsil se zanořuje dovnitř tonsil, což nám na povrchu vyvolává vzhled zbrzděnosti. Tyto výchlípky povrchového epitelu do stromatu

mandle nám vytvářejí rozvětvené krypty, klinicky označované jako lakuny. Díky těmto kryptám je povrch pro kontakt mezi zevními antigeny a subepiteliálně uloženými sekundárními folikuly lymfatické tkáně mnohonásobně zvětšen. V kryptách se fyziologicky nachází detritus. Detritus je ve své podstatě sekret obsahující odloupaným epitelem, lymfocyty, bakterie, zbytky jídla aj. Tento sekret se z lakul dostává mechanicky při polykání. Při polknutí dochází ke stlačení lakul a „odpad“ je vytlačen na povrch a spolknut. V samotné lymfatické tkáni mandle, která je uložena mezi vazivovými přepážkami vycházejícími z pouzdra tonsily nalezneme subepiteliálně uložené sekundární folikuly. Tyto folikuly mají stejné uspořádání jako lymfatické uzliny s tím rozdílem, že zde nenalezneme žádnou přívodnou lymfatickou cévu. Díky domestikovanému uspořádání epitelu nad uzlíky lymfatické tkáně je umožněn snazší prostup lymfocytů (ty prostupují oboustranně) a zevních antigenů, které prostupují dovnitř. Antigeny vyvolávají v mandli imunitní reakce. Dochází ke zvětšení počtu imunoaktivních B-lymfocytů, které zodpovídají za humorální imunitní odpověď a T-lymfocytů, které jsou součástí buněčné odpovědi imunitního systému. Posláním T a B-lymfocytů je ochránit dutinu ústní a samotné tonsily před vznikem infekce. Vlivem chronického dráždění mandlí různými druhy patogenů dochází velmi složitými procesy k přeměně B-lymfocytů a T-lymfocytů v buňky paměťové. Význam těchto buněk spočívá v tom, že při opakované infekci stejným patogenem dokáží mnohonásobně rychleji a účinněji patogen usmrtit. Ale zainteresovanost krčních tonsil v imunitním systému prokazuje i fakt, že zde prokazatelně nalezneme imunoglobuliny, především IgG a IgA produkované B-lymfocyty. Vzhledem k tomu, že tonsila je orgán tvořený lymfatickou tkání, tak její velikost a tvar je velmi variabilní. Největší růstový boom je v batolecím období, kdy se dítě dostává do styku s větším množstvím patogenů. Ovšem největší velikosti dosahují mezi třetím a sedmým rokem, kdy dítě přichází do dětského kolektivu plného respiračních nemocí. V období adolescence naopak pozorujeme jejich postupnou involuci.

Z předešlého odstavce vyplývá, že tonsily nás chrání před infekcemi. Účinnou bariéru před infekcí mohou zastávat pouze zdravé tonsily. Pokud jsou tonsily postiženy chronickým zánětem, tak se naopak stávají infekčním fokusem a je indikováno jejich odstranění. Tonsilektomie s sebou nese žádné patologické imunitní reakce ani poruchy funkce Waldeyerova mízního okruhu. Funkce tonsil je plně kompenzována jiným lymfatickým orgánem spadajícím do tohoto okruhu (Hahn, 2007, s. 158-159; Komínek, 2005, s. 27; Komínek, 2010, s. 3).

## 2.3 Cévní zásobení a inervace hlavy a krku

Výživa celého hltanu je zajišťována povodím a. karotis externa (arteria karotis externa → zevní krční tepna). A. karotis externa má poměrně dost členité povodí, její větve se jmenují podle oblastí, které vyživují. Vzhledem k tématu se zmíním pouze o některých větvích a. karotis externa, a to konkrétně o těch, které vyživují patrovou mandli. Patrová mandle je při dolním pólu vyživována a. palatina ascendens, a. lingualis a a. fascialis, která je ze zmiňovaných cév nejsilnější. Naopak horní pól tonsily nám zásobují pouze dvě artérie a to a. palatina descendens a a. pharyngea ascendens. Z těchto výše uvedených poznatků si dovoluji tvrdit, že patrové mandle jsou bohatě prokrveny, a je tedy důležité jejich bohaté krevní zásobení znát. Největší velmi bohatě prokrvená. Žilní drenáž oblasti krku je zajištěna žilní pletení označovanou jako plexus pharyngicus. Z této žilní pleteně se prostřednictvím v. fascialis a v. retromandibularis dostáváme do povodí v. jugularis interna (vena jugularis interna → vnitřní krční žíla). Právě tyto dvě cévy jsou nejvýznamnějšími přítoky vena jugularis interna v krční oblasti. Lymfatické cévy jsou přímým pokračováním Waldeyerova okruhu a jejich drenáž je zajišťována skrze hluboké lymfatické cévy při v. jugularis interna. Díky bohaté lymfatické drenáži hltanu dochází často k zánětlivému či nádorovému poškození uzlin. Pharyngogéogenní prostor je velmi klinicky podstatné znát. Právě tímto prostorem, který je vyplněn řídkým vazivem prochází v. jugularis interna obě karotidy a lymfatické cévy. Tento fakt nám poskytuje ucelenou informaci o tom, jakými cestami se může šířit případná infekce (např.: komplikace angíny) či nádor původně lokalizovaný v uzlinách (Hahn, 2007, s. 159-160; (Komínek, 2005, s. 24-25; Hybášek, 1999, s.23).

Inervaci hltanu stejně, tak jako u zbytku našeho těla, dělíme na motorickou a senzitivní. Motorická inervace je zajištěna prostřednictvím plexus pharyngeus, jehož součástí jsou vlákna devátého a desátého hlavového nervu a krčního sympatiku. Senzitivní inervace měkkého patra a části nosohltanu je zajištěna druhou a třetí větví n. Trigeminus. Dále pak nám senzitivní cití v této oblasti zajišťují nervy plexus pharyngeus. Vzhledem k tomu, že devátý a desátý hlavový nerv senzitivně inervuje oblast patrových mandlí a i ucha, tak při poškození tonsily pacient pociťuje otalgii. Tuto skutečnost je důležité znát z klinického hlediska, protože jedním ze symptomů poškození krčních mandlí zánětem či nádorem může být již zmiňovaná bolest ucha. Je tedy naprosto normální, že pacient po TE pociťuje bolesti ucha a je nutné to znát, abychom ho mohli edukovat (Astl, 2012, s. 23-24; Hybášek, 1999, s. 23, Hahn, 2007, s. 160).

### **3 VYŠETŘOVACÍ METODY V OTORINOLARYNGOLOGII (A ÚKOL SESTRY NA TOMTO ODDĚLENÍ)**

Stejně jako na ostatních běžných odděleních začínáme i zde anamnézou, kde se zaměřujeme na dobu trvání obtíží a na jejich charakter. Provádíme měření FF, odebíráme biologický materiál aj. Ale v tomto oboru provádíme i zcela specifická vyšetření, která se v jiných oborech neuplatňují. Vzhledem k vybranému tématu a také k množství vyšetřovacích metod se budu blíže věnovat pouze těm, která nám napomáhají k diagnostice onemocnění vedoucích k tonsilektomii.

#### **3.1 Vyšetřovací metody na otorinolaryngologii**

V ORL lékařství lze uplatnit pohled, pohmat, poklep a poslech. Stejně jako je tomu v jiných oborech, postupujeme i zde od vyšetření méně invazivních k těm, které pro pacienta jsou více náročné-jak fyzicky, tak psychicky. První, čeho si všímáme pouhou inspekcí je to, jak pacient vypadá, zda je bledý, cyanotický, můžeme vidět opary v oblasti rtů, může být opocení či zarudlý v obličeji. Pozorujeme i to, jak pacient dýchá. U některých pacientů můžeme pozorovat namáhavé dýchání, ale i to, že dýchá například pouze ústy. Hned při příchodu pacienta do ordinace můžeme slyšet vedlejší dechové fenomény jako je stridor. Toto vše pozorujeme ještě dříve, než se pacient usadí do křesla a my „začneme“ vyšetřovat. Poté, když se pacient usadí, sbíráme anamnestická data. Obecnými příznaky zánětu je horečka doprovázená třesavkou a zimnicí. Nejčastějšími příznaky onemocnění hltanu, které může pacient popisovat, je bolest v krku, dysfagické bolesti mnohdy doprovázené otalgí (bolest ucha → vzhledem ke společné inervaci 9. a 10. hlavovým nervem). Dále mezi typické příznaky onemocnění hltanu řadíme parestezie, což jsou různé nepříjemné pocity v oblasti krku. Mezi parestezie řadíme pálení, škrábání, pocit zahlenění, ale i pocit cizího tělesa, které může vyvolávat pocit tlaku a nutit pacienta ke kašli. Při zánětu patrové mandle může být patrná i patologická sekrece v podobě hlenu či krve s příměsí hnisu. Ve spojitosti se zánětem dochází k navýšení produkce slin a vlivem dysfagických bolestí můžeme u pacienta pozorovat vytékání slin z úst či jejich vyplivování do emitní misky. Vzhledem k tomu, že záněty obecně jsou doprovázeny otokem, tak zde vlivem zduření sliznic může dojít k poruchám dýchání, mění se i hlas a schopnost artikulace (otevřená a zavřená huhňavost). Po odběru anamnestických dat přistupujeme k pohmatu. Lékař vyšetřuje pohmatem nejprve zevní oblast hlavy a krku. Prohmatává regionální uzliny, které vzhledem



k bohatému lymfatickému systému bývají zvětšené a bolestivé. Stejně tak jako se palpují uzliny na krku, tak lékař prohmatává i v. jungularis. Její přeplnění, palpační bolestivost a „nepoddajnost“, vedou lékaře k závěru, že by se mohlo jednat o tromboflebitidu této cévy. Tromboflebitida právě v. jungularis bývá častou komplikací u angín, kdy infekce původně lokalizovaná pouze na uzliny přestoupí do pharyngeálního prostoru a dojde k přenosu infekce na v. jungularis. Regionální uzliny i v. jungularis se palpují bimanuálně, abychom mohli provést stranové porovnání.

### **3.2 Endoskopie v otorinolaryngologii**

Endoskopická vyšetření jsou tím nejlepším, co nám moderní západní medicína nabízí. Tato vyšetření spočívají v zavedení rigidního nebo flexibilního endoskopu, který má na svém konci zdroj studeného světla, kameru a kanál pro vkládání instrumentů. Endoskopická vyšetření provádíme bez anestezie, v LA (lokální anestezii) nebo CA (celkové anestezii). Způsob anestezie se odvíjí od druhu endoskopického vyšetření. V LA provádíme laryngoskopie, lupenlaryngoskopie a u bojácných dětí, nebo při špatné průchodnosti choan i rinoskopie. Rinoskopie se provádí za použití flexibilního či rigidního endoskopu, který se zavádí přímo do dutiny nosní. U dětí a pacientů s atrézií choany se provádí anemizace a lokální anestezie za pomoci anestetika ve formě spreje, tak aby vyšetření bylo co nejméně nepříjemné. Tato zobrazovací metoda nám umožňuje přímé nahlédnutí do oblasti nosu a nosohltanu. U dětí se toto vyšetření používá k diagnostice hypertrofie nosohltanové mandle a případné indikaci k adenotomii. Přímá laryngoskopie, jejíž součástí je lupenlaryngoskopie, je vyšetření prováděné endoskopem zavedeným do oblasti laryngu. Toto vyšetření se provádí v premedikaci a následné lokální anestezii. V dětském věku je zpravidla prováděna v celkové anestezii. Pacient při tomto vyšetření leží s hlavou v maximálním záklonu a je zaváděn kovový tubus, který poskytuje lékaři přímý pohled do této oblasti.

### **3.3 Specifika vyšetření hltanu**

Veškerá vyšetření v oblasti hlavy a krku jsou prováděna vsedě, pouze ve vymezených případech, kdy nelze pacienta vyšetřit vsedě (může to být i nezvladatelné dítě nefixovatelné v sedě), je zvolena poloha vleže. Před zahájením vyšetření hltanu provede lékař inspekci dutiny ústní za použití čelního reflektoru a ústní lopatky. K vyšetření používáme nejlépe kovové ústní lopatky s drážkami, ale častěji se setkáváme s použitím jednorázových dřevěných špátlí. U vyšetření dutiny ústní postupujeme od nejzevnější části úst. Začínáme

tedy pohledem na rty a jejich okolí. Můžeme pozorovat opary, ragády či jiné infekce. V samotné dutině ústní hodnotíme stav sliznice, zda na ni nejsou patrné afty, soor, anomálie a jiné známky infekce dutiny ústní. Při samotné inspekci hodnotíme i stav chrupu a vývody slinné žlázy. U pacientů s nevhodnou zubní náhradou můžeme vlivem chronického zevního dráždění objevit leukoplakie (prekanceróza). Slinné žlázy hodnotíme, kromě pohledu, i pohmatem, kdy palpujeme možné rezistence ve vývodu slinné žlázy vlivem kamínku, zánětu či novotvaru. Vždy se provádí palpace obou stran současně, abychom mohli porovnávat strany mezi sebou. Hodnotíme souměrnost, konzistenci, bolestivost, popřípadě výtok. Ať už samovolný, či po stimulaci žlázy manuální masáží. Při aspekci dutiny ústní hodnotíme i jazyk. Pozorujeme, zda je povleklý a suchý, což je typické u horečnatých stavů, kdy dochází k dehydrataci. Dále hodnotíme barvu a kresbu, kdy vyhlazený šedorůžový jazyk je typickým příznakem perniciozní anemie. Jazyk vyšetřujeme i po jeho motorické stránce, kdy poprosíme pacienta, aby na nás vyplazil jazyk a my hodnotíme, zda pacient pláží středem či je tam retardace k jedné straně. Retardaci jazyka k jedné straně pozorujeme u obrny 12. hlavového nervu. Na straně vzniklé obrny pozorujeme faciální chvění a atrofii. Dále při aspekci dutiny ústní hodnotíme tvar tvrdého a měkkého patra. Měkké patro by mělo v klidu i při fonaci zůstat stále symetrické.

V oblasti nosohltanu vyšetřujeme průchodnost choan, adenoidní vegetaci, ústí Eustachovy trubice a hodnotíme stav sliznice. U sliznice popisujeme, zda je suchá, vlhká, s krustami nebo polypy. Standardně k vyšetření nosohltanu používáme zadní nepřímou rinoskopii, která se provádí za použití nosohltanového zrcátka a špátle. Podstatné je, aby hrtanové zrcátko bylo nahřáté a nedošlo k jeho zamlžení při vyšetření vlivem teplého vydechaného vzduchu. Špátlí lékař stlačí hřbet jazyka a zavede hrtanové zrcátko za oblast měkkého patra, tak aby v zrcátku viděl odraz klenby nosohltanu. Touto metodou otorinolaryngolog vyšetřuje strukturu a průchodnost choan a nosohltanovou mandli, která v pubertě typicky involuje. Dnes při vyšetření nosohltanu preferujeme použití moderních endoskopických přístrojů. Můžeme vyšetřovat rigidním, ale i flexibilním rinoskopem, který lékař zavádí do dutiny nosní. Určitou alternativou je vyšetření nosohltanu za použití orálně zavedeného laryngoskopu. Endoskopické vyšetření nám umožňuje zobrazit celkový stav dutiny nosní a nosohltanu, proto ho lze využít k diagnostice atrezie choany. Ovšem i dnes se stále uplatňuje digitální vyšetření nosohltanu, a to zejména u podezření na malignitu, kde je typický nález nepřesně ohraničených kulovitých útvarů. Pharingoskopie slouží k vyšetření orofaryngu, tedy inspekci měkkého patra a patrových oblouků. Lékař během

tohoto vyšetření vyhodnocuje souměrnost, tvar, pohyblivost a stav sliznice. K posouzení souměrnosti při fonaci je pacient vyzván k vyslovení písmena „é“, kdy lékař vyhodnocuje souměrnost pohybu celého passavantova valu. Nejčastější příčinou asymetrie pohybu passavantova valu je obrna 9. hlavového nervu. Tato obrna se projeví nepohyblivostí daného patrového oblouku a jeho poklesem („příznak opony“). U zánětlivého postižení tonsily je patrné vyklenutí jednoho patrového oblouku vlivem tlaku vyvíjeného zánětlivým procesem a pozorujeme též zarudnutí. Kromě zarudnutí můžeme během zánětu pozorovat infiltraci a či utváření povlaků na povrchu sliznice. U patrové tonsily hodnotíme tvar, velikost, barvu, konzistenci, fixaci v lůžku a symetrii. Velikostně tonsily třídíme do tří dimenzí. Popisujeme tonsily atrofické, normální velikosti a hypertrofické. Velikost tonsil, jak jsem již zmiňovala v textu výše, je i přímo závislá na věku jedince. Co je považováno za normální velikost v dětském věku, může být v dospělosti vnímáno jako hypertrofie. V některých případech, kdy je mandle uložena v hlubokém lůžku, je její velikost vyhodnocena až po její expresi z lůžka za pomoci ústní lopatky. Exprese se provádí stlačením dolního pólu předního patrového oblouku špátlí a jejím pomalým posunem směrem k hornímu pólu. Během tohoto manévru kromě vyhodnocení velikosti tonsily hodnotíme i konzistenci a vytlačený obsah lakun. Exsudát z lakun je posílán k mikrobiologickému vyšetření. Při posuzování tonsil se zaměřujeme i na vzhled jejich povrchu, který je za fyziologických okolností zbrázděn v místech vyústění lakun. Opakovanými peritonsilárními záněty dochází k fixaci tonsily v lůžku, a proto nelze provést její expresi. Následkem zánětu může být vytvoření vazivové jizvy ve vývodu lakuny, která brání fyziologické drenáži. Porušená fyziologická drenáž vede k vzniku chronického zánětu a tvorbě čepů, což jsou útvary tvořené viskózní hmotou. V akutních stavech lze pozorovat i výtok patologického sekretu z lakun. I ve vyšetření tonsil má své místo digitální vyšetření, a to zejména k vyšetření konzistence ve smyslu hrbolatosti a tuhosti tonsily. Vyšetření posledního segmentu hltanu je prováděno během nepřímé laryngoskopie. Během vyšetření se všímáme stavu sliznice a pohyblivosti hlasivek. Samozřejmě i v tomto oboru při vyšetření hltanu uplatňujeme moderní zobrazovací metody. Sonografické vyšetření nám umožňuje zobrazení stavu velkých cév, zejména v. jugularis. Tato céva bývá postižena přestupujícím zánětem z peritonsilárního prostoru. Tato zobrazovací metoda umožňuje zobrazení hypertrofie patrové mandle, peritonsilárního prostoru včetně abscesu. CT a NMR jsou moderní zobrazovací metody využívané nejen k odhalování nádorů v oblasti hlavy a krku, ale také k detekci zánětlivých komplikací v této oblasti. CT je vždy lékařem ordinováno při podezření na hnisavý absces v retrofaryngeálním nebo parafaryngeálním prostoru.

Hnisavé abscesy v této oblasti jsou extrémně nebezpečné (Hahn, 2007, s. 160; Komínek, 2005, s. 70-77; Hybášek, 1999, s.47-51; Šlapák, 2013, s. 150-152).

### 3.4 Specifika vyšetření u dětí

Asistence u vyšetření dítěte je diametrálně odlišná od asistence při vyšetření dospělého. Největším problémem při vyšetřování dítěte je jeho strach z neznámého prostředí a neznámých osob, které na něj mluví a dotýkají se ho. Dítě se cítí bezmocné a ztrácí jistotu a bezpečí. Při prvním kontaktu s dítětem je důležité získat si ho na svoji stranu, protože pokud jeho první zkušenost bude nepříjemná, nemůžeme od něj při další návštěvě očekávat spolupráci. Špatná předchozí zkušenost vede k nespolečnosti a afektovanosti dítěte při vyšetření. Stejně tak má na dítě a jeho spolupráci negativní vliv, pokud je rodiči strašeno, že mu budou u lékaře „ubližovat“. V případech, kdy pediatrický pacient přichází s akutním problémem, tak je potřeba, aby vyšetření byla provedena co nejdříve. Tato zkušenost dítě velmi často traumatizuje a vede k tomu, že se při další návštěvě dítě bojí. Nicméně tato zkušenost se dá napravit při kontrole, kdy dítěti věnujeme dostatek času a trpělivosti. Pokud tedy dítě nepřichází v akutním stavu, který by vyžadoval rychlé řešení, věnujeme vyšetření dostatek času. Preferujeme, aby při vyšetření bylo dítě jistěno svým doprovodem. Jištění sestrou jen v dětech podněcuje strach z neznámého a cítí zradu ze strany doprovodné osoby. Kojence a děti, které ještě nejsou schopné mluvit, jistíme v náručí. Vždy informujeme doprovod o tom, co a jak budeme dítěti dělat a jak dlouho to bude trvat. I na takto malé děti je podstatné při vyšetření mluvit. Volíme chlácholivá slova typu „Ty jsi šikulka“ aj. Větší děti, které již mluví, musíme do komunikace zapojit. Mluvíme přímo k dítěti, a ne pouze k matce, jako je tomu u dětí, které jsou v prelingválním věku. U těchto dětí volíme jednoduchá slova (komunikaci přizpůsobíme věku dítěte), kterými vyjádříme, co budeme dělat a jak dlouho to bude trvat. Dítě, které má s námi sjednané slovo, kterým vyšetření zastaví a ví, že celé vyšetření bude trvat jen po dobu, než napočítáme do osmi je klidnější a lépe spolupracuje. Pro přerušování vyšetření volíme pro dítě jednoduchá slova typu: „zlobíš“, nebo „bolí“ aj. Například při provádění tympanometrického vyšetření můžeme dítěti dát do ruky gumový špuntík, který se při vyšetření vkládá do ucha. Při endoskopických vyšetřeních můžeme ukázat, jak svítí a necháme ho, aby si na přístroj sáhl a ujistil se, že to není horké, ostré a podobně. Pokud se dítě vyšetření stále brání, může vyšetřit hračku a necháme dítě, aby hračka dělala „bodyguarda“, stejně tak můžeme vyšetřit doprovod. Pokud stále dítě nechce spolupracovat, lze mu nabídnout „úplatek“ formou bonbonu,

čokolády, kterou dostane za vyšetření nosu, obou uší a podobně. Pokud dítě spolupracuje, není potřeba ho pevně svírat, ale je drženo zlehka. Spíše by to mělo v dítěti demonstrovat „tulení“, než nějaké křečovitě bránění v pohybu. Pokud je dítě afektované a nespolupracuje, provádíme pouze vyšetření, která jsou nezbytná s tím, že pokud to bude potřeba, doplníme další vyšetření při následné kontrole. Důležité je za vyšetření dítě pochválit a dát mu slibovanou odměnu, jinak dítě ztrácí důvěru. Je podstatné, aby rodiče s dítětem o návštěvě lékaře mluvili. Děti, které mají pozitivní zkušenost s lékařem a vyšetřeními, jsou ve většině případů dobrými společníky (Kuchyňková, 2015, s. 18-19).

### **3.5 Spolupráce sestry při otorinolaryngologickém vyšetření**

Nejdůležitější je první kontakt. Měli bychom vždy nejprve pacienta usadit a odebrat anamnestická data, až poté se přistupuje k vlastnímu vyšetření. Před každým vyšetřením je nutné pacientovi vysvětlit, co a jak budeme provádět s ohledem na jeho věk a dosažené vzdělání. Vždy je nutné dát pacientovi prostor pro dotazy a projevit mu empatii. Lidé přicházejí k lékaři vždy s nějakým zdravotním problémem a obávají se nejen bolesti, ale i toho, co jim bude diagnostikováno, popřípadě jaká bude léčba. Protože je nezbytně nutné pro celý ošetrovatelský tým získat si důvěru, upozorňujeme pacienta na možné pocity u vyšetření. Nikdy však neužíváme slova typu „teď to bude bolet“, mohli bychom tím pacienta zbytečně vyděsit. Na dotazy „Bude to bolet?“ sestra znala správné komunikace odpovídá „Bude to chvíli nepříjemné“, nebo „Ucítíte mírný tlak“. Sestra by měla správnou komunikací umět pacienta motivovat ke spolupráci a snížit obavy. Ošetrovatelský personál se nikdy nesmí dopouštět lži. Lež u pacientů vyvolává nejistotu a ztrácí v nás důvěru. Sestra je vždy na blízku lékaři jako instrumentárka, ale jejím úkolem je během vyšetření i fixace hlavy v případech, kdy je to nezbytně nutné. Fixace hlavy by měla probíhat jen po nezbytně nutnou dobu, protože omezení pohybu vyvolává v každém z nás pocit nebezpečí. U dospělých jedinců je hlava šetrně, ale přesto pevně fixována oběma dlaněmi za oblast spánků sestrou stojící za hlavou pacienta. Při vyšetřování dětského pacienta je nutná spolupráce rodičů, pokud je to možné. Je vždy výhodou, když je u vyšetření přítomen někdo známý. Dítě pak lépe spolupracuje a není tak vystrašené. U dětského pacienta se fixace odvíjí dle věku. V novorozeneckém a kojeneckém věku je k fixaci používána zavínovací deka. Starší děti jistíme vsedě. Dítě může být omezováno sestrou nebo rodičem. V případech, kdy dítě fixují rodiče, je nutné jim důkladně vysvětlit, jak dítě jistit. Při vyšetření používáme dvě základní metody fixace dítěte. První možností, jak dítě držet,

je posadit si ho na sebe a jeho dolní končetiny stiskneme mezi svá stehna. Zajistíme dolní končetiny a omezíme tak jejich pohyb. Nedominantní rukou obejmeme dítě okolo hrudníku a rukou. Dominantní končetina jistí hlavu dítěte za čelo, a mírným tlakem za čelo tlačí hlavu na svou hrud'. Dítě by mělo být celými zády a hlavou přitisknuto. Tato poloha, kdy je dítě čelem k lékaři, je vhodná k vyšetření nosohltanu a hltanu. Druhou možností, jak jistit dítě je, že si dítě posadíme na jedno stehno a jeho DK stiskneme mezi svá stehna. Jednou horní končetinou obejmeme dítě okolo hrudníku a rukou. Druhá končetina mírným tlakem za spánek tlačí hlavu k hrudi sestry, popřípadě rodiče. Tuto polohu využíváme u vyšetření ucha a paracentéze. Pokud přes veškerou snahu nelze u pacienta provést dostatečnou fixaci hlavy a končetin, musí být zvážena jiná alternativa vyšetření (Hybášek, 1999, s. 47-48; Astl, 2012, s. 81-82).

## 4 ZÁNĚTY WALDEYEROVA MÍZNÍHO OKRUHU

Nejčastěji zánětem postiženým orgánem Waldeyerova lymfatického okruhu jsou tonsily. Infekce sice postihuje tento lymfatický okruh jako celek, ale vždy je jeden jeho úsek postižen nejvíce. Z toho vyplývá, že klinicky nerozeznáváme pouze angínu patrových tonsil, ale také angínu nosohltanové či jazykové mandle. Ovšem zánět patrových mandlí, který je laickou veřejností označován jako „angína“, je jednoznačným topem mezi orgány Waldeyerova mízniho okruhu postižených zánětem. Tonsilitida má typický obraz a nález na tonsilách, což nám usnadňuje diagnostiku tohoto onemocnění. Z důvodu této skutečnosti je nutné, aby praktičtí lékaři, ať už pro dospělé či děti a dorost, znali problematiku angín a komplikace, které často tonsilitidu doprovázejí. Nejtypičtější životní etapou, kdy je pacient postižen tonsilitidou je raná dospělost (mezi 20. a 30. rokem). Dle původce rozeznáváme tonsilitidy virové, mykotické, bakteriální a specifické (TBC, HIV, nádor mandle...), všichni tyto původci způsobují akutní tonsilitidu. Chronickou tonsilitidu způsobují pouze bakteriální nebo mykotičtí původci. Pro tento druh angíny je charakteristická hypertrofie tonsil, chronické čepy, změny v kryptách tonsil ve smyslu utvoření vazivových jizviček. Tato vazivová překážka brání správné drenáži lakun a vede k tvorbě abscesů. V případech, kdy se tonsilitidy šíří do peritonsilárních prostor, nebo došlo k utvoření peritonsilárního abscesu, je léčba chirurgická s antibiotickou clonou. Závažnou komplikací tonsilitidy je metatonsilární onemocnění. Jedná se o autoimunitní onemocnění, které se nejčastěji objevuje ve spojitosti s beta-hemolytickým streptokokem. V tomto případě se v těle začínou tvořit proti streptokokové protilátky. Závažnost této komplikace spočívá v tom, že tyto látky poškozují endokard, bazální membránu glomerulů a synoviální výstelku kloubu. Tyto skutečnosti mají tedy za následek opakované endokarditidy, záněty močových cest včetně ledvin, a revmatickou artritidu. Vzhledem k tématu práce se blíže budeme věnovat pouze zánětům či diagnózám, které jsou indikací k provedení TE (Astl, 2012, s. 39-40).

### 4.1 Klinický obraz a diagnostika tonsilitidy

Každý lékař, napříč všemi obory, by měl znát typický obraz tonsilitidy, a proto považují za vhodné zde zmínit alespoň nejzákladnější objektivní nález na tonsilách při probíhajícím zánětu.

Klinicky rozlišujeme tonsilitidu lakunární, katarální, folikulární, hyperangínu, a ulceromembranozní tonsilitidu. Katarální angína je nejčastěji se vyskytujícím akutním

zánětlivým postižením tonsil. Pro tento typ je typické ohnivé zarudnutí v oblasti krku. Při folikulárním typu tonsilitidy jsou na mandlích bíložluté tečkovité povlázky. Tyto povlázky lze z tonsily odstranit, aniž by mandle začala krváčet. Tento typ angíny je vzácný. Lakunární angína je nejčastější forma samostatné hnisavé angíny, pro níž je charakteristické, že dochází k vyplnění krypt (lakun) žlutavým hnisem. Na povrchu lékař popisuje žluté povlaky. Exprese jejich okolí dochází k vytlačení hnisu z lakun a odhalení kráterů v tonsilách, které tam vznikly vlivem narůstajícího zánětu. Ulceromembranózní typ angíny je mnohonásobně méně častý než předešlé tři typy tonsilitidy. Jak již napovídá název tohoto typu angíny, dochází k tomu, že na povrchu tonsily se tvoří vřidek nebo šedobílá blanka. Při snesení tohoto vřídka nebo blanky dochází ke krvácení tonsily. Hyperangína se vyskytuje velmi vzácně. Pro tento stav je zcela typický výskyt puchýřů v oblasti patrových oblouků. Kromě objektivního nálezu přímo na tonsile nám k diagnostice tonsilitidy napomáhají i průvodní příznaky onemocnění. Pacient zpravidla přichází pro bolest v krku. Při odběru anamnestických dat zjišťujeme, že pacient má horečku a bolest v krku se zhoršuje při polykání. Mnohdy bolest „vystřeluje“ do ucha. Nemocný si dále může stěžovat na bolesti hlavy, nevolnost, někdy až zvracení. U daného nemocného můžeme pozorovat zvýšené slinění a otok krku způsobený lymfadenitidou. Lymfadenitida u tonsilitidy je po objektivním nálezu přímo na povrchu tonsil tím nejcharakterističtějším příznakem angíny. Jedná se o zduření krčních a podčelistních lymfatických uzlin, které jsou pohmatově bolestivé. Při diagnostice tonsilitidy nám napomáhají kromě anamnézy a fyzikálního vyšetření v podobě pohmatu a pohledu i laboratorní vyšetření. Zpravidla odebíráme krev na KO+Diff, CRP, ASLO a FW. Z krevního obrazu vyčteme leukocytózu, což je výraz označující nárůst počtu leukocytů nad fyziologickou mez. CRP (C-reaktivní protein) a FW (sedimentace) jsou zvýšené a test na ASLO je pozitivní. Kromě krve se laboratorně zkoumá i výtěr z krku, kde jsou detekováni bakteriální původci tonsilitidy (Komínek, 2010, s. 5; Komínek, 2013, s. 21-24).

Tonsilitidy jsou způsobené buď bakteriemi, nebo viry. Bakteriálními původci způsobujícími tonsilitidu jsou nejčastěji beta-hemolytický streptokok typu A, pneumokoky nebo haemophilus influenzae. Tito původci jsou typicky detekováni při kultivaci stěru z patrové mandle. Mezi virovými původci tonsilitidy nalezneme například adenoviry, herpetické viry, ale i EBV (Komínek, 2010, s. 3-4).



## 4.2 Chronické postižení Waldeyerova mízního okruhu

Vzhledem k tématu se budeme blíže věnovat pouze chronickému postižení tonsil.

### *Tonsillitis chronica lacularis*

Tonsily jsou makroskopicky bez patologie, ovšem jejich exprese vede k vytlačení řídkého hnisu z lakun, spádové uzliny jsou palpačně mírně zvětšené a citlivé

### *Tonsillitis chronica hypertrophica*

Jak již název tohoto typu napovídá, lékař při pouhém pohledu vidí patrové tonsily, které přesahují rovinu patrových oblouků. Nápadné kromě jejich velikosti je i povrchové zbrázdění. Tento stav nazýváme jako hypertrofii, která je způsobena mnohočetným zmnožením lymfatické tkáně a vaziva.

### *Tonsillitis chronica atrophica*

Tento typ chronické tonsilitidy je charakteristický tím, že lékař při inspekcii patrových oblouků vidí atrofované tonsily. Kromě toho, že tonsily nedosahují roviny patrového oblouku a je vidět proláklina mezi nimi, lékař při palpaci cítí drobné tvrdé tonsily. Jejich zatvrdnutí je způsobené jejich vazivovou přestavbou se současným úbytkem lymfatické tkáně.

### *Tonsillitis chronica capsularis*

Ke stanovení této diagnózy dochází v případě, kdy je tonsila pevně fixovaná v lůžku. To znamená, že expresí patrového oblouku ji nelze vytlačit z lůžka. Její fixace je zapříčiněna vazivovou jizvou. (Nováková, 2011, s.149-150)

## 4.3 Komplikace opakujících se tonsilitid

Všeobecně lze říci, že nejčastěji se vyskytují komplikace zánětů hltanu právě na tonsilách. Jejich bohaté lymfatické a krevní zásobením nahrává snadnému a poměrně masivnímu šíření infekce do okolí. Zánětlivé komplikace hltanu se šíří čtyřmi základními cestami. První způsob šíření infektu je přímo z tkáně tonsily (per continuitatem). Tímto způsobem vzniká peritonsilární flegmóna nebo absces. Druhým způsobem šíření zánětu je podél cév a nervů. V této situaci se zánět dostává až do prostoru mezi krčními fasciemi, kde jsou uloženy cévy a nervy. Situace, kdy se zánět dostává mezi krční fascie, kde jsou uloženy cévy a nervy, může vést ke vzniku parafaryngeálního abscesu nebo flegmóny. Třetí cestu tvoří hematogenní přestup infekce. Poslední způsob šíření infekce lymfatickými cestami.

### 4.3.1 Šíření infekce per continuitatem

Tento způsob šíření infekce je nejčastější a jeho výsledkem jsou dvě nejčastější komplikace zánětu tonsil. Těmi komplikacemi je peritonsilární absces a flegmóna. Konkrétně při tomto způsobu šíření infekce dochází k tomu, že z hlubokých lakun tonsily se infekce skrze štěrbinu v tonsilárním pouzdře šíří do peritonsilárního prostoru. Ovšem infekce může vzniknout i z hluboko uložených mizních uzlíků (folikulů), jež zhnisají a vlivem rostoucího zánětu se navzájem propojí. V tomto případě mluvíme o paratonsilárním abscesu, popřípadě flegmóně. K této komplikaci dochází několik dní po angíně a projeví se vysokou horečkou, krutou bolestí na straně postižené mandle, neschopností polykat (obrázek č. 1).

### 4.3.2 Šíření lymfatickou a hematogenní cestou

Tonsilogenní sepse je způsobena rychlým šířením infekce hematogenní cestou, kdy dochází ke vzniku tromboflebitidy tonsilárních a paratonsilárních cév, které následně infikují v. jugularis. Tromboflebitidu v. jugularis interna diagnostikujeme pomocí dopplerovské sonografie nebo CT. Podobně může dojít ke vzniku tonsilogenní sepse při šíření infekce lymfatickými cévami, kdy dochází ke vzniku abscedujících lymfadenitid a následnému šíření do hlubokých krčních uzlin. Lymfadenitidy prokazujeme bimanuální palpací oblasti krku. Lymfatické uzliny jsou výrazně zduřené a palpačně bolestivé. Klinický obraz je velmi dramatický. Pacient má vysoké horečky a v krátké době se u něj rozvíjí

šokový stav spojený s hypotenzí, tachykardií a poruchami vědomí. V těžkých případech se mohou tvořit vzdálené abscesy v orgánech. Nejčastěji nalezneme abscesy v játrech a plicích. V případech tonsilogenní sepse se provádí TE za „tepla“ to znamená, že ji provádíme ihned, a ne až s odstupem času v klidové fázi (Vyhnánková, 2008, s. 361-363, (Urbánková, 2010, 81-82; Máchalová, 2012, s. 14-28).

## **4.4 Léčba**

### **4.4.1 Konzervativní**

Stejně jako u všech zánětlivých onemocnění musí nemocný dodržovat klidový režim. Zpravidla je aplikován Priznicův zapařovací obklad na oblast krku. Tento obklad spočívá v aplikaci vlhkého tepla. Lokální terapie spočívá v kloktání antiseptických roztoků a cucání pastilek s antiseptickými látkami. Jedná-li se o bakteriální zánět, tak jsou zpravidla nasazena antibiotika dle citlivosti. Součástí terapie je aplikace analgetik a antipyretik při tělesné teplotě nad 38°C. V indikovaných případech přichází na řadu chirurgická léčba v podobě tonsilektomie (Astl, 2012, s. 47, 49).

### **4.4.2 Chirurgická léčba-tonsilektomie**

Rozlišuje tři základní období, kdy je tento zákrok proveden. Pokud je proveden „za horka“, znamená to, že se jednalo o řešení akutního stavu, kterým může být absces tonsily, u kterého hrozí šíření do okolních struktur a rozvoj tonsilogení sepse. Další možností provedení TE je období pomínutí příznaků. V tomto případě hovoříme o provedení „za vlažna“. Poslední možností je provedení „za studena“ a to znamená, že výkon pacient postupuje s odstupem čtyř až šesti týdnů po prodělané tonsilitidě (Urbánková, 2010, s. 81-82; Astl, 2012, s. 47-49).

## 5 TONSILEKTOMIE

Jedná se o operační výkon, kdy zpravidla otorinolaryngolog provádí bilaterální tonsilektomii. Pouze v indikovaných případech je odstraňována pouze jedna tonsila.

### 5.1 Co je šetrnější? Laserová nebo klasicky provedená tonsilektomie?

Na toto téma probíhala studie formou analýzy dat u 20 pacientů v období od ledna 2009 do května 2013, kteří byli indikováni k TE pro chronickou tonsilitidu. Tito pacienti museli splňovat několik kritérií tak, aby mohli být zařazeni. Například nesměli mít žádné akutní ani chronické onemocnění laryngu vyjímajíc zmiňované chronické tonsilitidy. Respondent nesměl mít v anamnéze úraz v oblasti laryngu, vrozené vady a koagulační poruchy. Vzhledem k takto nízkému počtu respondentů byla zvolena, z mého pohledu, nezcela standardní metoda. U všech pacientů byla provedena levostranná tonsilektomie klasickou metodou a pravostranná tonsilektomie laserovou metodou. Pravostranná TE byla u poloviny respondentů provedena laserem primárně určeným k operacím v urologii (Ho:YAG laser) a u druhé poloviny byla operována laserem určeným ke stomatologickým zákrokům (Er, Cr:YSCC laser). Krystalický holmiový laser (Ho:YAG laser) se jevil z pohledu chirurga jako lepší alternativa provedení TE. Za použití toho přístroje se zkrátil čas při jednostranné TE o cca 2 minuty tím, že se urychlila preparace, hemostatické účinky tohoto přístroje byly výborné, a tím se zlepšila i přehlednost operačního pole. Ireverzibilní termické poškození odpovídalo předpokladům výzkumného týmu vzhledem k rozsahu výkonu. Jako významný nedostatek tohoto přístroje byla shledána jeho velikost, která neodpovídala parametrálně potřebám chirurgie v této oblasti. Na druhé straně Er, Cr:YSCC laser se zabudovaným nastavitelným chlazením proudem vzduchu nebo vody operátory zklamal. Sice ve své primární indikaci je špičkovým nástrojem s minimem termického poškození okolní tkáně. Ovšem při provádění TE se i při plném jeho výkonu nepodařilo urychlit preparaci a nedošlo ani k významnému hemokoagulačnímu efektu. Tato laserová metoda byla časově náročnější oproti klasické metodě zhruba o čtyři minuty. Manipulace s tímto přístrojem byla stížena o specifický tvar, který nevyhovoval potřebám chirurgie v ORL oblasti. Z pohledu operátorů by se tedy na první pohled jevil laser Ho:YAG jako vítěz nad klasickou chirurgickou metodou. Ovšem pokud přidáme proměnnou pooperační bolesti prožívané pacientem, která byla silnější na straně, kde byl použit laser, zjistíme, že klasická

metoda, je byla a do budoucna bude zlatým standardem pro provedení tohoto výkonu (Slouka, 2015, s. 196-200; Stelter, 2014).

## 5.2 Indikace a kontraindikace tonsilektomie

Indikace k tomuto chirurgickému výkonu lze rozdělit do několika skupin. První dělení vychází z naléhavosti zákroku, kdy rozeznáváme relativní a absolutní indikace. Druhé dělení indikací se řídí dle druhu onemocnění. Zda je nutné odstranit tonsilu z důvodu jejího postižení, nebo celkového onemocnění. Indikace z důvodu celkových onemocnění jsou přesně specifikované případy, kdy tonsila tvoří infekční fokus. V případě, kdy tonsila tvoří infekční fokus, tak zhoršuje nebo přímo vyvolává zánětlivé postižení srdce, ledvin, kloubů aj. orgánů. Nejčastější, a zároveň nejspornější, je indikace k tonsilektomii pro chronickou tonsilitidu. Přestože se nejedná o indikaci absolutní, tak diagnóza chronické tonsilitidy tvoří nejčastěji indikaci k TE. Odstranění krčních mandlí lékař indikuje i v případech, kdy hypertrofická tonsila způsobuje dysfagii, obstrukci dýchacích cest a poruchy artikulace. V krajních případech, kdy hypertrofie tonsil je významná, může dojít i k rozvoji spánkové apnoe, a nakonec i cor pulmonale. Spánková apnoe je zvláště v dětském věku velkým problémem. Vlivem plicní hypertenze dochází k hypoxii a hyperkapnii, která má za následek růstovou a mentální retardaci dítěte. Hypertrofie tonsil se v našem státě hodnotí dle Brodského do čtyřech stupňů (viz příloha č.1), v zahraničí se v rámci odběru anamnestických dat při podezření na OSA uplatňují dotazníky (viz příloha č. 2). Pokud objektivní nález na tonsilách splňuje kritéria stupně 3 a 4, jedná se o indikaci k tonsilektomii z důvodu významné obstrukce dýchacích cest. Dalším stavem, který je indikován k tonsilektomii, jsou opakované tonsilitidy. Opakované tonsilitidy mají typický průběh. Objevují se vysoké horečky, pozitivní nález na tonsilách a výrazné zduření a bolestivost místních lymfatických uzlin. Z kultivačního vyšetření stěru z tonsily je vždy pozitivní beta-hemolytický streptokok. Americká pediatrická akademie uvádí jako důvod k TE již čtvrtou recidivu angíny během jednoho roku. Čeští otolaryngologové se spíše kloní k vyššímu počtu recidiv, zvláště pak u dětských pacientů. Abscesy mandle, ať už peritonzilární nebo paratonzilární, tvoří společně s tonsilogenní sepsí absolutní indikaci k provedení TE. Pokud má lékař podezření na tumor tonsily, je pacient taktéž indikován k tonsilektomii, která se rozšiřuje o parciální odstranění lymfatických uzlin a následné provedení aktinoterapie a chemoterapie. Benigními nádory tonsily jsou nejčastěji papilom, fibrom či granulom. Bohužel v dnešních letech se maligní postižení tonsil vyskytuje čím dál častěji. U pacientů jsou nejčastěji diagnostikovány tyto malignity: spinocelulární karcinom,

anaplastický karcinom a maligní lymfom. Abychom mohli správně indikovat TE musí být splněna kritéria Pittsburgského protokolu vytvořeného INH (National Institute of Health). Tento protokol tvoří pomyslný návod ke správné indikaci k tonsilektomii. Například u opakující se tonsilitidy dle Pittsburgského protokolu musí dojít k recidivě 7x v jednom roce, 5x v roce po dobu pěti let nebo 3x ročně po dobu tří let, aby byla opodstatněným důvodem indikace k odstranění krčních mandlí. Tento operační zákrok se nikdy neprovádí během probíhajícího zánětu, nebo bezprostředně po něm. Výjimku tvoří provedení „za tepla“, které se provádí pouze při septické angíně (tonsilogenní sepe) nebo při peritonsilárním abscesu. Samozřejmě existují i další „indikace“ k tonsilektomii, které jsou naprosto odlišné od těch, o kterých jsem se zmiňovala výše. Tím důvodem může být úraz hltanové branky, kdy dojde k roztržení, většinou předního patrového oblouku, a výhřezu tonsily. Nebo může být provedena při plastické operaci rozštěpu patra. Je důležité mít na paměti, že je potřeba indikovat tento zákrok s rozmyslem, protože není úplně bez rizik. Přehled indikací viz příloha č. 3 (Komínek, 2005, s. 197-200; Astl, 2012, s. 40, 119; Pniak, 2009, s. 653-659; Kabelka, 2011; (Plzák, 2011, s. 57; Šlapák, 2013, 172-173).

Kontraindikace tonsilektomie jsou stejně jako u ostatních operačních zákroků. Mezi kontraindikace obecně společné pro všechny operační zákroky řadíme anesteziologické kontraindikace (těžká celková onemocnění) a krvácivé choroby ve smyslu chybění nějakého z koagulačních faktorů. Dle mého názoru bych tuto kontraindikaci zařadila mezi relativní kontraindikace protože, i tyto pacienty můžeme operovat po předešlé substituci výše zmíněných koagulačních faktorů. Relativní kontraindikace je probíhající akutní infekce a stav bezprostředně po ní (operace nejdříve po čtyřech týdnech od prodělání zánětu), stejně tak epidemie infekčních nemocí. TE neprovádíme bezprostředně po očkování, může být provedena až s odstupem dvou a více měsíců (Komínek, 2005, s. 200-201).

### **5.3 Předoperační vyšetření a ošetrovatelská péče před výkonem**

V rámci předoperačních vyšetření, která jsou prováděna v rámci dlouhodobé předoperační přípravy je pacient odeslán na interní, popřípadě jedná-li se o dítě, na pediatrické předoperační vyšetření a anesteziologické předoperační vyšetření. Veškerá vyšetření v rámci dlouhodobé předoperační přípravy podléhají standartu a zvyklostem dané nemocnice. Součástí vyšetření jsou krevní odběry, kde zpravidla nabíráme KO+Diff, APTT, Quickův test a samozřejmě odebíráme moč na vyšetření močového sedimentu. Na základě výsledků odběrů biologického materiálu je pacient z interního či pediatrického hlediska

schopen výkonu, nebo je naopak výkon kontraindikován. U dospělých pacientů nad čtyřicet pět let je prováděno EKG a RTG srdce a plic. Internista či pediatr uvádí do své zprávy výsledky vyšetření, prodělané závažné nemoci, úrazy, operace a popřípadě familiární výskyt krvácivých poruch (Komínek, 2005, s. 201).

Rutině prováděné vyšetření hemostázy v rámci předoperačních vyšetření se stalo předmětem diskuzí. Vzhledem k nízké prevalenci klinicky významných koagulačních poruch vyvstala otázka, zda je nutné provádět plošný předoperační screening cestou laboratorních vyšetření a nebylo by zcela postačující provést screening formou dotazníku. V zahraničí se již tento dotazník na rizika krvácivých poruch standardně užívá a jeho přínos je mnohaletými zkušenostmi empiricky podložen. Dotazník je založen na odběru anamnestických dat, jak osobních, tak rodinných. Při této screeningové metodě zvlášť posuzujeme rodinnou anamnézu. Ptáme se, zda jsou známé koagulační poruchy u rodičů dítěte, sourozenců dítěte, u rodičů matky či otce nebo jejich sourozenců. Za významné informace považujeme, zda výše uvedení členi rodiny trpěli v mládí na krvácivé poruchy, například časté epistaxe, krvácení z dásní aj, ale i to zda se v minulosti vyskytlo závažné krvácení u těchto osob. V rámci osobní anamnézy zjišťujeme, zda dítě prodělalo nějaké operace, popřípadě jaké, odebíráme i farmakologickou anamnézu. V rámci odběru dat se ptáme i na oblast častého krvácení a náročnosti jeho stavění. Například se zajímáme, zda dítě netrpí na časté epistaxe a zda je možné krvácení zastavit doma nebo je třeba vyhledat lékařskou pomoc. Takto sestavený dotazník by se mohl stát standardizovanou screeningovou metodou nahrazující klasický hemokoagulační screening prováděný laboratorními metodami. K této metodě nahrazení klasických koagulačních vyšetření dotazníkem se přiklání konsenzus odborných společností, jako je například Česká pediatriká společnost, Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny aj. Odborným šetřením MUDr. A. Samkové se zjistilo, že posuzování laboratorních koagulačních testů dle standardizovaných norem, kde není zanesen věk, vede k falešným výsledkům ve smyslu poruchy koagulace. Zhruba u třetiny dětských pacientů bylo detekováno prodloužené aPTT, aniž by u nich byla následně zjištěna koagulační porucha. Po shrnutí poznatků odborné veřejnosti, týkající se problematiky předoperačního vyšetření hemokoagulace formou aPTT plošně u všech pacientů, lze dojít k závěru, že toto konkrétní vyšetření by mohlo být prováděno pouze u rizikových pacientů. Za rizikového pacienta považujeme zejména jedince, který v přímé příbuzenské linii nese známky koagulačních poruch (Samková, 2009, s. 25-29; Chrobok, 2009, s. 391; Černý, 2009, s. 256).

Ošetrovatelská péče před tonsilektomií začíná již při prvním setkání s pacientem, kdy je nezbytné s ním navázat kontakt a získat si jeho důvěru. Jako před každou operací dělíme přípravu před výkonem na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední. Dlouhodobá příprava probíhá ještě v domácím prostředí, kdy si pacient, jak jsem již zmiňovala, zařizuje veškerá předoperační vyšetření. Krátkodobá příprava začíná po přijetí pacienta na oddělení a je časově omezena na 24 hodin před operací. K příjmu přichází zpravidla pacient s hotovými předoperačními vyšetřeními a podepsaným souhlasem s operací. V tomto období se snažíme o navázání kontaktu s nemocným. Navázání přátelského vztahu s pacientem je nesmírně důležité, protože pouze pacient, který má v nás důvěru, se nám svěří s jeho obavami. Vždy je důležité, aby byly zodpovězeny veškeré otázky. Ať už k samotnému operačnímu výkonu či k pooperačnímu období. Přestože sdělení postupu operace a předpokládané doby hospitalizace je v kompetenci lékaře, měla by mít sestra pracující na tomto oddělení dostatečné teoretické znalosti k tomu, aby dokázala pacientovi poskytnout ucelenou informaci o výkonu a pooperačním období. Během krátkodobé předoperační přípravy upozorníme pacienta na dodržení lačnění, pooperační režim a večer provedeme aplikaci LMWH (nízkomolekulární heparin) k prevenci TEN (tromboembolické nemoci) je-li to indikováno anesteziologem. Pokud se jedná o ženu, provedeme kontrolu, zda nemá nalakované nehty, popřípadě ji poprosíme, aby si je odlakovala. Pokud by pacientka měla gelové nehty, je potřeba to hlásit na sál. V rámci edukace je důležité pacienta upozornit na to, že po operaci bude mít ochraptělý hlas a že je to naprosto v pořádku. Bezprostřední předoperační příprava spočívá v poslání pacienta vyprázdnit, pokud potřebuje, poprosíme ho, aby sundal veškeré šperky (prstýnky, piercing...) včetně snímatelného chrupu, provedeme slovní kontrolu lačnění a zajistíme prevenci TEN v podobě bandáže dolních končetin. V tomto období je aplikována premedikace dle anesteziologa a léky dle ordinace otorinolaryngologa. Dle nové studie vydané Lékařskou fakultou Masarykovy univerzity v Brně se v rámci premedikace významně uplatňuje podání Etorikoxibu. Studie vychází z toho, že podání analgetik v rámci premedikace vede následně k zmírnění pooperační bolesti. Etorikoxibin byl vybrán pro jeho farmakodynamický profil. V první hodině se tento lék udržuje ve vysoké koncentraci a jeho dlouhý farmakodynamický profil zajišťuje dlouhodobou účinnost. Jeho účinek přetrvává až 24 hodin po podání. Jeho velkou výhodou je, že není dráždivý vůči žaludeční stěně. Cílem této studie bylo prokázat účinnost etorikoxibu oproti placebo v rámci premedikace. Závěr studie byl takový, že podáním tohoto léku došlo významně k snížení pooperační bolesti, pro objektivní posouzení přikládám výsledek studie viz příloha č. 4. Bezprostřední předoperační příprava je ukončena převozem



pacienta společně s dokumentací na operační sál, kde je předán do péče operačního týmu (Astl, 2012, s. 120; Leštianský, 2011, s. 1-8).

## 5.4 Perioperační péče

Začíná převzetím pacienta a jeho dokumentace z lůžkového oddělení zpravidla anesteziologickou sestrou. Povinností sestry je trojí kontrola pacienta. Navážeme s pacientem kontakt a zeptáme se ho například na datum narození, u dětí volíme snazší otázku (Jak se jmenuješ?). Následně zkontrolujeme identifikační náramek. Po překladi pacienta na operační stůl, který je vyhříván, je zahájena anestezie a ošetřeny oči zvlhčující oční mastí. V případě dětského pacienta se provádí inhalační úvod do anestezie, tak aby se dítě netraumatizovalo vpichem při zavádění PŽK. Dětsíí pacienti si mohou na operační sál brát s sebou oblíbenou hračku. Po převzetí pacientka na operační sál musí vše probíhat co nejrychleji. Je tedy důležité, aby měla anesteziologická sestra předem připravené veškeré pomůcky užívané k zaopatření dýchacích cest, žilního vstupu a medikamentů užívaných k anestezii. Během anestezie je pacient monitorován a vše je zaznamenáváno do perioperační ošetrovatelské dokumentace. Samozřejmě anesteziologická sestra není jediným NLZP vyskytujícím se na operačních sálech. Perioperační sestry jsou na sále zpravidla dvě. Jedna instrumentuje a druhá dělá „oběháře“. Sestra instrumentářka zodpovídá za sterilitu používaných operačních nástrojů. Je podstatné, aby sestra měla připravený sterilní stůl se všemi nástroji potřebnými k tomuto výkonu ve více velikostech. V případě upadnutí nástroje během výkonu a jeho potřeby, zajišťuje jeho doplnění sestra „obíhající“. Tato sestra kromě doplňování aktuálně potřebovaných nástrojů a roušek vede i perioperační záznam.

Na konci výkonu je sestra instrumentářka zodpovědná za kontrolu počtu nástrojů, roušek a poloroušek užitých během výkonu. Anesteziologická sestra asistuje lékaři při extubaci pacienta a dle jeho ordinace podává farmaka vedoucí k zrušení anestezie. Pacient je na sále probuzen a převezen do vstupního filtru. Pacient je z operačního traktu propuštěn při vědomí, kardiopulmonálně kompenzovaný s obnovenými obrannými reflexemi. Pacienta po tonsilektomii ukládáme na bok se zvýšenou horní polovinou těla ve sklonu 30°- 45° (Bočková, 2012; Leštianský, 2011, s. 1-8).

## 5.5 Pooperační období

Pacient je převezen z operačního sálu ve stabilizované poloze na boku se zvednutou horní polovinou těla. Poloha v polosedě minimalizuje riziko aspirace krve a sekretů. Po příjezdu na oddělení jsou plněny veškeré ordinace lékaře ve smyslu podávání infuzních roztoků a jiných medikamentů, např. antibiotik. V rámci akutní ošetrovatelské péče je pacientům aplikován chlad, měřeny fyziologické funkce po 30 minutách do stabilizace stavu a zvlhčován vzduch formou nebulizace. V akutní pooperační péči sledujeme známky akutního krvácení, které by se projevovalo vyplivováním krve či masivními stopami krve ve slinách. Jemné stopy krve ve slinách jsou naprosto normální. Podáváme mukolytické nosní kapky s vasokonstrikčními látkami. V rámci akutní ošetrovatelské péče podáváme analgetika dle ordinace lékaře. Vždy je upřednostňováno podání intravenózně, intramuskulárně nebo rektálně formou čípků. Nikdy nepodáváme perorálně, protože hrozí vysoké riziko aspirace. Podání vlažných tekutin je možné po odeznění analgezie, nejdříve však po třech hodinách po výkonu. Tekutiny podáváme po lžičkách. Důležitou zásadou je, že tekutiny nesmějí být horké. Strava může být podána nejdříve po pěti hodinách od výkonu, ale v praxi bývá podávána až první pooperační den. Edukujeme pacienta v oblasti hygieny dutiny ústní, vhodné je vyplachování dutiny ústní vlažným odvarem z heřmánku nebo antiseptickými roztoky. Vhodné je pouze sprchování vlažnou vodou (Astl, 2012, s. 120; Plch, 2008, s. 202; Plzák, 2011, s. 57-58 ).

## 5.6 Propuštění do domácího ošetřování

Do domácího ošetřování je propuštěn pacient bez známek akutního krvácení, ve stabilizovaném stavu. Nemocného, jedná-li se o dětského pacienta tak zákonného zástupce edukujeme v oblasti projevů krvácení. Nejvyšší riziko krvácení nastává do 10. pooperačního dnu, proto je vhodné do této doby dodržovat klidový režim. Krvácení po 10. pooperačním dnu nebývá v přímé souvislosti s operačním zákrokem. Poučíme pacienta o vhodnosti vyplachování dutiny ústní vlažným odvarem heřmánku. Pacient se nesmí sprchovat v horké vodě. Důležité je pacienta edukovat v oblasti hydratace a výživy. Nevhodné je pití kyselých ovocných nebo zeleninových šťáv, sycených nápojů nebo přírodních perlivých minerálních vod. Vhodná je měkká, nedráždivá a nekořeněná strava. Nevhodné je popíjení nebo pojídání horké či příliš studené stravy. Není proto vhodné pojídání zmrzliny. Edukujeme pacienta v oblasti analgetik. Nedoporučujeme medikamenty s antikoagulačním účinkem jako například ibalgin aj. Po dobu čtrnácti dní po operaci

se nesmějí opalovat a chodit do společnosti. Pracující jsou uschopněni nejdříve po dvou týdnech po operaci. Nejdůležitější je pacienta edukovat o tom, že pokud dojde ke krvácení nebo by měl zvýšenou teplotu, neprodleně vyhledá ORL lékaře (Astl, 2012, s. 120-121).

## 5.7 Pooperační komplikace

Pooperační komplikace lze rozdělit do dvou skupin, a to na komplikace vycházející z anestezie a komplikace v důsledku samotného operačního výkonu. Mezi empiricky se vyskytující komplikace, které jsou víceméně pouze nepříjemné pro pacienta. Těmito komplikacemi jsou dočasná huhňavost, chrapot a zatékání tekutin a stravy do dutiny nosní. O těchto pooperačních komplikacích, které se vyskytují vždy, ale pouze v rozdílné míře, pacienta edukujeme. Cílem této edukace je, aby se pacient po probuzení z narkózy nelekkl, že došlo během operace například k poškození hlasivek. Zatékání stravy a tekutin je zapříčiněno nedostatečností Passavantova valu z důvodu operačního zákroku na patrových obloucích. Dočasná huhňavost je způsobena fyziologickou reakcí těla na výkon. Měkké tkáně oblasti orofaryngu mírně otečou, a tím se změní artikulační prostor. Mezi pooperační komplikace řadíme bolest, která je vzhledem k lokalizaci operačního pole pacientem špatně akceptována. Ke zmírnění pooperační bolesti užíváme analgetika podávaná parenterálně. Vzhledem k otoku a bolesti řadíme do pooperačních komplikací dysfagii. Závažnou pooperační komplikací je silné krvácení. Vzhledem k této komplikaci je nutné pacienta po operaci edukovat, že při vyplivování slin do buničiny, eventuálně emitní misky, může pozorovat příměs krve. Měli bychom mu vysvětlit, že malé stopy krve ve slinách jsou zcela fyziologické, ale pokud by se krvácení zesilovalo, je nutné, aby přivolal sestru. Pro vizuální kontrolu nad krvácením ho upozorníme, že obsah emitní misky nebude vyhazovat.

Na základě studií, ze kterých bylo čerpáno, je krvácení věnován zvláštní odstavec. Postoperační krvácení lze z časového hlediska rozdělit do dvou období. Časné krvácení vzniká do 24 hodin po výkonu, jehož prevalence se snížila s vývojem nových operačních technik. Pozdní krvácení hrozí až do 10. pooperačního dne. U pozdního krvácení nedošlo ke snížení četnosti ani přes dynamický pokrok operačních technik. Nejvyšší riziko krvácení je do 5. pooperačního dne, proto jsou pacienti hospitalizováni po nejrizikovější období. Při masivním krvácení může dojít až k rozvoji hemoragického šoku, proto je velmi důležité věnovat prevenci a sledování krvácení dostatečnou pozornost. Kromě hemoragického šoku může dojít i k zástavě s následnou resuscitací. Následkem toho si pacient může nést závažné

neurologické poruchy. V historii bylo provedení TE velmi rizikové právě z důvodu silného krvácení, které bylo mnohdy až exsanguinační. Bohužel i dnes při podcenění krvácení, zejména ze strany pacienta, dochází k úmrtí. Je proto nesmírně důležité při propuštění pacienta edukovat, že v případě objevení, byť nepatrného krvácení okamžitě vyhledá lékařskou pomoc. Pacienti jsou zpravidla hospitalizováni. Důvodem hospitalizace je fakt, že drobné krvácení zvyšuje riziko toho silného až dvojnásobně. Jednotlivé studie se v hodnocení pooperačního krvácení liší. Mnohdy je to dáno i systémem zdravotnictví daného státu. V některých studiích je uváděno jako významné krvácení vyplivování krve po dobu 24 hodin s celkovou ztrátou krve čajového šálku. Jiní autoři považují za závažné pouze krvácení vyžadující ošetření chirurgickou metodou. Jako prevenci krvácení aplikujeme chlad formou přikládání ledu okolo celého krku. V případě, že pacient kašle jsou aplikována farmaka utlumující kašel. Nejužívanějším medikamentem je kodein. Jako statisticky významné se jeví zvýšený výskyt pooperačního krvácení ve věku šestnácti let, vyšší výskyt této komplikace je u chlapců a všeobecně u jedinců, u kterých byla provedena TE „za horka“. Kromě věku, pohlaví, indikace, farmakoterapie významně ovlivňuje vznik této komplikace i zkušenost operátora a jím zvolená technika (studené x teplé techniky). V době, kdy pacient přichází pro krvácení z domova, je potřeba rychle zajistit žilní vstup. Lékař vyšetří orofaryng a provede nezbytné ošetření vedoucí ke stabilizaci stavu. Dle síly krvácení se lékař rozhoduje, zda řešit konzervativně podáním hemostatik i.v., nejčastěji Dicynone. Nebo zda je nutné provést operační revizi, při které lékař provede očištění lůžka odsátím koagula, které může skrývat drobné kontinuální krvácení. Někdy postačí odsátí koagula, ošetření krvácejícího lůžka opichem nebo tamponem s peroxidem vodíku. Při silnějším krvácení se v CA nebo LA provádí bipolární elektrokoagulace eventuálně podvaz krvácející cévy. Vzhledem k empirickým zkušenostem s postoperačním krvácením je pacient nucen dodržovat klidový režim do 10. pooperačního dne. I přes dynamický vývoj medicíny a přístrojů v ní užívaných se nepodařilo najít techniku, která by významně ovlivňovala pooperační krvácení. Tato skutečnost řadí krvácení mezi stále aktuální komplikaci a svým způsobem tlačí operátory do vývoje nových technik provádění této operace. Exsanguinační pooperační krvácení zůstává stále velkým „strašákem“ otorinolaryngologů (Fryčková, 2012, s. 29-32; Komínek, 2014, s. 42-48).

## 6 PROBLEMATIKA PSYCHOLOGICKÉHO PROŽÍVÁNÍ PŘEDOPERAČNÍHO A POOPERAČNÍHO OBDOBÍ

Péče o psychiku pacienta je vždy individuální. Každý pacient je jiný a nelze všem poskytnout stejně uniformní informace. Informace vždy upravujeme vzhledem k věku pacienta, dosaženému vzdělání, ale i tomu, do jaké hloubky chce být nemocný informován. Operační zákrok vyvolává u našich pacientů obavy, a to z toho důvodu, že si uvědomují, že tuto situaci nemohou zvládnout sami bez cizí pomoci. Nikdo z nás pro tuto „překážku“ nezná zaručený způsob zvládnutí. Každý invazivní výkon vyvolává u našich pacientů ruku v ruce strach a úzkost o různé intenzitě. Pacienti přicházejí do zdravotnických zařízení plni obav a nejistoty z toho, co je čeká. Mohou se obávat zcela běžných situací, jako je konfrontace se zdravotnickým personálem, nebo i toho, že „si neseďnou“ se spolupacienty. Intenzita prožívání strachu a úzkosti je ovlivňována předešlými zkušenostmi s nemocí, ale i invazivními výkony a nemocničním prostředím vůbec. Prožívání těchto zcela fyziologických negativních pocitů, vyvolaných zejména ztrátou jistoty a bezpečí je do značné míry ovlivňováno přístupem zdravotnického personálu. Ze svého pohledu považují za velmi důležité hovořit s pacientem o jeho obavách a vysvětlit mu, že tyto emoce jsou zcela normální. Prožívání úzkosti je stav, kdy pacient pocítuje negativní emoce, ale příčinu svých obav nedokáže přesně definovat. Anticipační úzkost se rozvíjí v přímé souvislosti s předoperačním a pooperačním obdobím. Pacient může mít až panickou úzkost pouze z toho, že pomyslí na operační výkon, pooperační období, které je spojeno s různými ošetrovatelskými intervencemi, narušením soběstačnosti a soukromí. Prožívání anticipační úzkosti není závislé na druhu výkonu. Anticipační úzkost může prožívat pacient jdoucí na LAE stejně tak jako pacient jdoucí na transplantaci srdce. Na druhé straně prožívá pacient strach, který je přesným opakem úzkosti. Pacient přesně ví, čeho se obává a rozpoznané nebezpečí dokáže přesně definovat. Prožitek strachu trvá pouze po dobu dané hrozby. V souvislosti s operačním výkonem se pacienti nejčastěji obávají celkové anestezie, bolesti, pooperační diagnózy (zvláště pokud je tonsila odebírána pro podezření na karcinom tonsily) a pooperačního období. V souvislosti s pooperačním obdobím klienti nejčastěji verbalizují strach z ošetrovatelských a lékařských intervencí, poruchy soběstačnosti, bolesti, ztráty kontroly nad sebou a projevů nežádoucích emocí jako je pláč. Ztrátu kontroly nad sebou samým všeobecně klienti velmi špatně nesou, a proto považují za nutné jim vysvětlit, že za své city se nemají stydět. A rozhodně tím, že například pacient pláče se v našich očích neztrapňuje. Prožitek strachu a úzkosti je velmi individuální

a je do značné míry ovlivňován osobnostními rysy, aktuálním zdravotním stavem a projevy nemoci. Dále prožitky těchto emocí ovlivňuje věk a životní situace, ve které se pacient momentálně nachází. Prožitek strachu a úzkosti je zhoršován předešlou zkušeností, která nebyla příjemná. Ale také ji zhoršuje fakt, kdy je pacient nadměrně zatěžován ošetrovatelskými a lékařskými intervencemi, které nejsou nezbytně nutné (Zachartová, 2007, 166-174, 210, 215).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 7 FORMULACE PROBLÉMU

Předmětem praktické části mé bakalářské práce, je ošetrovatelská péče u pacienta po chirurgickém odstranění krčních mandlí. Předpokládaným prospěchem tonsilektomie pro klienta je zamezení opakování tonsilitid a vzniku komplikací, jako jsou zejména peritonsilární abscesy, lymfadenitidy krčních uzlin a hluboké krční flegmony. Účelem, za kterým se tento zákrok provádí je tedy zlepšení průchodnosti dýchacích a polykacích cest v situacích, kdy je patrová tonsila hypertrofická, ale i odstranění infekčního fokus z těla nemocného. (NOVÁKOVÁ, 2011, s. 127-128, 131)

Toto téma jsem si zvolila vzhledem k jeho aktuálnosti a také vzhledem k tomu, že dle mého názoru je tento operační zákrok laickou veřejností velmi podceňován. Výkon i přes postup lege artis sebou nese svá rizika. Mezi nejzávažnější komplikace patří krvácení, které v některých případech může být natolik masivní, že vede k rozvoji hemoragického šoku. Této závažné komplikaci se dá zabránit nebo ji alespoň včas detekovat správnou ošetrovatelskou péčí a edukací pacienta. Další závažnou komplikací vyskytující se po TE (tonsilektomii) je otok hrtanu a aspirace krve či jiného sekretu fyziologicky se nacházejícího v polykacích a dýchacích cestách. Přesto, že výskyt těchto závažných komplikací je procentuálně malý viz. výzkum v dizertační práci MUDr. Machalové (MÁCHALOVÁ, 2012, str. 34-50) a přímo se odvíjí od povahy patologického procesu, tak jejich dopad na život a komfort pacienta po výkonu. Nejčastěji se vyskytujícími komplikacemi jsou bolest po operačním výkonu způsobená poraněním měkkého patra a patrových oblouků, dočasná huhňavost a chrapot. Skutečnost, kdy empiricky víme, že pacient bude mít po operaci bolest a dočasnou huhňavost spojenou s chrapotem ve mně vzbuzuje otázku: Je opravdu edukace u pooperačních komplikací a pooperačním režimu tak podstatná?

### 7.1 Cíl výzkumu

Navrhnout optimální edukační plán

## **7.2 Dílčí cíle**

1. Aplikovat vhodný ošetrovatelský model ke sběru dat potřebných pro správné nastavení ošetrovatelské péče.
2. Zjistit, jak zdravotnický personál edukuje pacienta o empiricky se vyskytujících pooperačních komplikacích
3. Analyzovat rozdíl v potřebách dospělého a dětského pacienta.
4. Zpracovat edukační leták do rukou pacienta propuštěného do domácího ošetrování

## **7.3 Výzkumné otázky**

1. Je tento ošetrovatelský model vhodný?
2. Je opravdu edukace u pooperačních komplikací a pooperačním režimu tak podstatná?
3. Jsou pacienti v předoperačním období edukováni o empiricky se vyskytujících pooperačních komplikacích (chrapot, huhňavost...)?
4. Jaké jsou potřeby dospělého pacienta v pooperačním období?
5. Jaké jsou potřeby dítěte v pooperačním období?

## **7.4 Druh výzkumu a výběr metodiky**

Pro zpracování své bakalářské práce jsem si vybrala kvalitativní druh výzkumu. Typickým znakem této výzkumné metodiky je hloubkové šetření případu, které mi umožňuje získat informace o prožitcích a vlivu ošetrovatelské péče a edukace u daného jedince. Kvantitativní výzkum by mi neumožňoval porovnat reakce dospělého a dětského pacienta na edukaci o pooperačním režimu.

## **7.5 Metoda**

V praktické části své práce popisuji případovou studii formou kazuistiky. Kazuistika, mi umožňuje sledovat vývoj případu od samého začátku až po předání klienta z odborné péče otorinolaryngologa do rukou praktického lékaře. Na úvod své případové studie uvádím anamnestická data daného klienta. Zaměřuji se zejména na osobní, rodinou a pracovní anamnézu. V osobní anamnéze se zajímám zejména o počet prodělaných angín v posledních třech letech, prodělaná infekční onemocnění, a zda byl již pacient v minulosti operován, popřípadě v jaké anestezii. V sekci rodinné a pracovní anamnézy se zaměřuji na vliv prostředí na současný stav klienta. Celá kazuistika je chronologicky řazena, od prvního setkání s pacientkou (již v ambulantní péči), přes období hospitalizace, až po ukončení



ambulantní pooperační péče. Vlastní ošetrovatelský plán je členěn dle ošetrovatelského modelu M. Gordonové (Model funkčního typu zdraví).

## 7.6 Výběr případu

Do své práce jsem si záměrně vybírala klienty, kteří splňovali mnou stanovená kritéria. Nejpodstatnějším kritériem k výběru pacienta byla indikace k provedení TE z důvodu chronické tonsilitidy. Dalším bodem, který musel pacient splňovat je věková skupina v rozmezí 10-15 let u pediatrického a 20-40 let u dospělého. Daným pacientům splňujícím podmínky výběru byli požádáni o vyjádření informovaného souhlasu s výzkumem (příloha č 10). V případě dětského pacienta byl osloven i zákonný zástupce. Celkový počet respondentů je jeden dospělý a jeden pediatrický pacient.

## 7.7 Způsob získávání informací

*Analýza lékařské dokumentace a řízené sesterské dokumentace*

*Pozorování* → způsob mého pozorování byl účelový, při pozorování jsem se zaměřila na projevy pooperačních komplikací formou objektivních a subjektivních příznaků, pozorování jsem prováděla v pravidelných časových intervalech a prováděla jejich záznam do archu, který jsem si připravila dle vlastní empirické zkušenosti s těmito pacienty

*Rozhovor* → k získávání informací jsem využila polostrukturovaný rozhovor, jehož otázky jsem sestavila na základě ošetrovatelského modelu M. Gordonové, rozhovor probíhal 2. pooperační den dvakrát po cca 20-ti minutách, záznam rozhovoru jsem prováděla na papír formou poznámek, rozhovor byl tentýž den přepsán

*Hodnotící škály* → využívala jsem standardizované hodnotící škály typu: Madonnovy stupnice, percepční tabulky růstu u dívek 0-18let, VAS bolesti, Barthelova testu základních všedních činností aj.

## 7.8 Organizace výzkumu

Na počátku svého výzkumu jsem požádala o jeho schválení Klatovskou nemocnici a.s. Ze strany této instituce vyhověno (souhlas s výzkumem příloha č. 9). Výzkum k mé závěrečné práci jsem prováděla v Klatovské nemocnici a.s. v období odborných praxí v letním semestru 2. ročníku a zimním semestru 3. ročníku v roce 2017. Na začátku praktické části, kterou píše formou kazuistiky popisují anamnézu. Celá kazuistika je rozdělena do tří základních sekcí, a to na období před hospitalizací, kde popisují důvody

k indikaci k TE, předoperační vyšetření a jejich výsledky. Druhá sekce je tvořena vlastním popisem hospitalizace, kde popisují krátkodobou a bezprostřední předoperační péči a následnou pooperační ošetrovatelskou a lékařskou péči. Poslední sekci tvoří ambulantní pooperační péče, která je zakončena předáním pacienta do rukou praktického lékaře. Celý výzkum byl psán chronologicky.

## **8. MODEL FUNKČNÍCH VZORCŮ ZDRAVÍ → MARJORY GORDON**

### **8.1. Autorka – Marjory Gordon**

Tato výjimečná žena pochází z Clevelandu, ve státě Ohio. Marjory Gordon je považována za žijící legendu na poli ošetrovatelství. Tohoto ocenění se ji dostalo v roce 2009 od American Academy of Nursing. Je důležité podotknout, že tomuto ocenění předcházelo již dávno předtím udělení ocenění za tvorbu profesionálních standardů. O jejích kvalitách nevypovídají pouze udělená čestná uznání či ocenění, ale i míra jejího vzdělání. M. Gordon získala na Boston College doktorandský titul (Ph. D) za svou dizertační práci věnovanou diagnostickému hodnocení. Během svého života se stala členkou, a v případě severoamerické asociace sester i „hlavou“, organizací věnujících se rozvoji ošetrovatelské profese. V průběhu 22-ti let, kdy stála v čele NANDA (severoamerická asociace sester pro ošetrovatelskou diagnostiku) vydala ošetrovatelský model funkčních vzorců zdraví postavený na 11 doménách. Celý svůj život se věnuje rozvoji ošetrovatelství a snaze „dát“ ošetrovatelské profesi jednotný jazyk. Toto tvrzení podkládám tím, že během své kariery vydala čtyři knihy, z nichž nejznámější nese název „Manual of Nursing Diagnosis“. Přestože se jedná dnes již o dámu v letech, stále se aktivně věnuje rozvoji ošetrovatelské profese a to tím, že se aktivně podílí na výzkumu ošetrovatelských diagnóz a plánování ošetrovatelské péče a zároveň je emeritní profesorkou na Bostonské universitě (Pavlíková, 2005, s. 99; Bužgová, 2011, s. 179).

### **8.2. Model funkčních vzorců zdraví**

Utváření tohoto koncepčního modelu bylo ovlivněno celostátní „krizí“ na poli lékařské a ošetrovatelské péče. Výsledkem této krize nebylo pouze utváření koncepčních modelů a teorií, ale zejména změna pohledu na ošetrovatelskou profesi jako celek, a to tedy jako na samostatnou vědní disciplínu. Uvedení těchto teorií a modelů vedlo v polovině 20. století ke vzniku ošetrovatelského procesu, jehož prvním krokem bylo stanovení ošetrovatelského problému a rozhodování se o postupu. Podnětem pro vytvoření tohoto modelu byl fakt, že neexistoval žádný „must“ pro sběr anamnestických dat o nemocném, jenž by pomohl k rychlejšímu odhalení deficitních oblastí. M. Gordon stanovila nejprve rámec založený na 11-ti funkčních vzorcích zdraví v roce 1974. Až o mnoho let později, kdy, již stála v čele NANDA, vydala ošetrovatelský model v podobě, jak ho známe dnes

(r. 1987). Tento model, který přijala NANDA asociace, změnil do té doby používanou strukturu založenou pouze na 9 doménách na strukturu založenou na 11-ti funkčních vzorcích. V roce 1994 byla stávající struktura modifikována a dala vzniknout NANDA II Taxonomii. Konečnou podobu modelu, a tím mám na mysli třídění diagnóz do domén, získal až po analýze dat z 13 konference v St. Louis v Missouri v roce 1998 (Bužgová, 2011, s. 179-181).

Předpokladem pro vznik tohoto modelu bylo holistické chápání nemocného autorkou. Autorka vychází z toho, že všichni jedinci mají stejný vzorec chování, který vede k uspokojování jejich bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb. Zhodnocení vzorců chování sestrou v souvislosti se zdravím, rozvojem schopnosti a kvalitou života, by ji mělo ulehčit rozpoznání funkčního, dysfunkčního či potencionálně dysfunkčního vzorce chování. Na základě tohoto systematického zhodnocení by měla sestra stanovit ošetrovatelskou diagnózu a vhodné ošetrovatelské intervence vedoucí k jejímu řešení (Bužgová, 2011, s. 181).

*Funkční vzorec zdraví* → autorkou je popisován jako účelový, což znamená, že vede k uspokojování veškerých bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb s ohledem na prostředí, pohlaví, věk, osobnostní rysy a kulturu (Bužgová, 2011, s. 182-183).

*Dysfunkční a potencionálně dysfunkční vzorce zdraví* → autorka je označuje jako zdravotní problém, který je potřeba řešit pomocí ošetrovatelského procesu, samotný aktuální zdravotní problém představuje překážku v uspokojování potřeb, a tím vede k dysfunkčnosti jedno ze vzorců, o potencionálně dysfunkčním vzorci mluví tehdy, kdy stanovíme potencionální riziko na základě rizikového chování jedince (Bužgová, 2011, s. 184-185; Pavlíková, 2005, s. 101-102).

### **8.3. Jednotlivé vzorce**

*Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví* → v tomto vzorci se dotazujeme na to, jak pacient pečuje o své zdraví, zda dochází k prevenci a dodržuje stanovená lékařská i ošetrovatelská doporučení nebo i to, jestli se nechává očkovat nad rámec povinného očkování aj, ale také se dotazujeme na to, jak vnímá svůj zdravotní stav v souvislosti s plánováním budoucnosti

*Výživa a metabolismus* → zde se zajímáme o to, zda jedinec přijímá dostatečné množství tekutin a potravin vzhledem k metabolickým potřebám s ohledem na věk a pohlaví,

v této sekci se zajímáme o preferované potraviny či tekutiny, zajímá nás, zda pacient nedodrží nějakou dietu nebo zda se alternativně nestravuje, do tohoto vzorce zahrnujeme i potravinové doplňky, v rámci objektivního zhodnocení měříme BMI (výška, váha), TT, stav kůže a sliznic (dehydratace, ragády koutku úst-nedostatek vit. c) a schopnost epitelizace tkání

*Vylučování* → v rámci tohoto vzorce se zajímáme o množství, frekvenci ve vylučování moči a stolice (používání laxativ), ale stejně tak nás zajímají různé příměsi, specifické pachy aj. ukazatele vypovídající o patologických procesech jako je například nadměrné pocení, v rámci objektivního hodnocení můžeme měřit výdej tekutin, sledovat počet stolic či měřit a hodnotit odpady v drénech, pokud jsou zavedeny

*Aktivita, cvičení* → zde se zajímáme o veškeré denní aktivity, které jsou spojeny s výdejem energie (hygiena, domácnost, zaměstnání...), ale také to, zda se pacient věnuje aktivně nějakému sportu, popřípadě jakému a kolikrát v týdnu, jaké metody užívá k rekreaci (pasivní či aktivní odpočinek)

*Spánek, odpočinek* → v tomto vzorci se dotazujeme na to, zda pacient má nějaké rituály před spánkem, kolik hodin v noci spí, zda spí celou noc v kuse nebo je jeho spánek narušen (často se vzbouzí, nemůže usnout), zahrnujeme užívání hypnotik a zajímáme se i o kvalitu spánku (cítí se odpočinut po spánku ano vs. ne), ptáme se, zda během dne je zvyklí si jít lehnout po obědě a podobně

*Vnímání, poznávání* → v rámci tohoto bodu hodnotíme kognitivní funkce, zajímáme se o to, zda je pacient schopen poznávání jednotlivých vjemů (sluch, zrak...) nebo nemá poruchy čítí, hodnotíme i to, zda je pacient schopen se svévolně rozhodovat a schopnost verbální komunikace, sestra se zajímá o to zda dotyčný/á užívá kompenzační pomůcky (naslouchadlo, brýle aj.)

*Sebekoncepce, sebeúcta* → zde hodnotíme to, jak se pacient vnímá, jak se vyhrazuje (jeho postoje k hodnotám společnosti), hodnotíme i to, jak sebejistě vystupuje (oční kontakt...)

*Plnění rolí, mezilidské vztahy* → zde hodnotíme kvalitu a spokojenost v mezilidských vztazích a jednotlivé role, které daný pacient má

*Sexualita, reprodukční schopnost* → v tomto vzorci hodnotíme reprodukční schopnosti jedinců a jejich spokojenost v sexuálním životě, zajímáme se o to, kolik potomků mají (u žen se zajímá i o potraty, živě rozené děti a pravidelnost MC, popřípadě problémy v menopauze)

*Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance* → v rámci hodnocení tohoto vzorce sledujeme reakci a způsob zvládnání stresových situací

*Víra, přesvědčení, životní hodnoty* → zde se zajímáme o to, zda je jedinec ateista či věřící, hodnotíme postavení lidských hodnot, které výrazně ovlivňuje rozhodování

*Bezpečnost a ochrana* → v této sekci hodnotíme, co dává jedinci pocit bezpečí, dají se sem zahrnout i očkování nad rámec povinných

*Komfort* → v tomto vzorci hodnotíme vnímání tělesného komfortu jako je například bolest či jiné nepříjemné pocity

*Růst a vývoj* → zde hodnotíme, zda vývoj a vzrůst odpovídá věkové skupině a danému pohlaví

*Jiné* → do tohoto vzorce zanášíme informace, které jsou nezařaditelné do předchozích sekcí, jako je například intravenózní vstup, permanentní močové katétry a další invazivní vstupy (Bužgová, 2011, s. 183-184).

Tento ošetrovatelský model spadá do skupiny holistických koncepčních modelů. S tímto ošetrovatelským modelem se setkáváme nejen při výuce ošetrovatelského procesu na vysokých školách, ale také v praxi. Tento ošetrovatelský model je nejkompexnějším pojetím člověka v ošetrovatelském procesu (Bužgová, 2011, s. 186)

## 9. KAZUISTIKA Č. 1

*Katamnéza → od prvního setkání až po ukončení léčby*

### 9.1. Anamnéza

#### *osobní anamnéza*

Slečna N. S. narozena roku 2006 přijata pro často se opakující tonsilitidy. V roce 2012 podstoupila odstranění adenoidní vegetace v CA. Celková anestezie proběhla bez komplikací. Stav před hospitalizací velmi dobrý, dlouhodobě se léčí pouze u alergologa z důvodu alergické rhinitis. Pacientka prodělala běžná dětská onemocnění, vážněji nestonala. Současný stav první den hospitalizace dobrý, pacientka je zdravá. Veškerá vyšetření byla bez patologie a byla shledána jako kardiopulmonálně kompenzovaná, a tedy i operace v CA schopná. Naměřené vitální funkce při příjmu vyhodnoceny jako fyziologické. Farmakologická anamnéza vzhledem k výkonu nepodstatná, slečna užívá pouze Desloratadine 5mg 0-0-1 tbl. → zmírnění projevů alergie. Jiné léky neužívá.

#### *rodinná anamnéza*

Matka i otec zdraví, sourozenec taktéž zdravý. Otec je kuřák.

#### *sociální anamnéza*

Pacientka žije s rodiči a jedním sourozencem v rodinném domě. Je studentkou šestého ročníku základní školy. Vztahy v rodině vřelé.

### 9.2. První setkání s pacientkou

V únoru 2017 přišla do otorinolaryngologické ambulance pacientka ve věku 11 let v doprovodu matky na doporučení svého pediatra pro opakující se tonsilitidu. Matka udává, že dcera trpí angínou poměrně často. Zhruba tak pětkrát do roka bere ATB (antibiotika) z důvodu tonsilitis acuta. Pacientka byla vyšetřena a byla jí stanovena diagnóza susp. (suspektní → podezření) tonsilitis chronica (chronický zánět krčních mandlí). Byla zjištěna přítomná oboustranná krční lymfadenitida a jizvení na tonsilách po opakovaných akutních zánětech. Z tohoto důvodu bylo navrženo chirurgické odstranění tonsil.

Pacientka i matka poučeny o dalším postupu léčby. Pacientka objednána na plánovanou tonsilektomii v CA (celkové anestezii) z důvodu podezření na chronickou tonsilitidu. Matce předána zpráva od otorinolaryngologa pro obvodní lékařku. Dále předána pozvánka k operaci s datem 24. 4. 2017, žádost o předoperační vyšetření pediatrem a anesteziologem. Předán i souhlas se samotným výkonem a výkonem v celkové anestezii.

Pacientka i její zákonný zástupce odcházejí z ambulance edukováni v oblasti postupu léčby, s požadavky k přijetí a k předoperačnímu vyšetření (přílohy č. 12 a č. 13).

### **9.3. Počátek hospitalizace**

*pondělí 24. 4. 2017*

Dne 24. 4. 2017 byla přijata přes otorinolaryngologickou ambulanci 11-ti letá slečna k plánované tonsilektomii. V ambulanci bylo provedeno laryngoskopické vyšetření sloužící ke stanovení pohyblivosti hlasivek a intubačních poměrů, makroskopickému zhodnocení tonsil aj. Uložena byla na SLF-Dětského oddělení Klatovské nemocnice. V tento den bylo provedeno i anesteziologické konzilium a vizita otorinolaryngologem.

*Odborná vyšetření provedená v příjmové ambulanci*

- lupenlaryngoskopie: bpn
- rhinoepipharyngoskopie: oschlé sliznice, místy krusty, jinak nosní dutiny zcela volně průchodné, septum středem, úzké

*Ordinace lékaře*

- D 13 → od půlnoci nic p.o.
- trvalá medikace: Desloratidine 5mg 0-0-1 tbl.
- zítra premedikace dle COS: Sanoringtt. do nosu s odjezdem na sál, Dormicum 7,5 mg p.o., Atropin 0,5mg p.o.

*Ošetrovatelská péče*

Uložení pacientky na pokoj, seznámení se spolupacientkou, odběr ošetrovatelské anamnézy, psychická příprava na výkon, hygiena (sama → edukována v oblasti péče o dutinu ústní, nesmí si již večer čistit zuby s použitím zubní pasty, pouze vodou, možné vypláchnout ústní vodou), strava v jídelně, od půlnoci lační, premedikace na výzvu



*úterý 25. 4. 2017 → den výkonu*

*Ordinace lékaře před výkonem*

- D nic per os, po výkonu dieta čaj
- trvalá medikace: Desloratadine 5mg 0-0-1 tbl.
- premedikace na výzvu: Sanoringtt. do nosu s odjezdem na sál, Dormicum 7,5mg p.o., Atropin 0,5mg p.o.

*Ošetrovatelská péče před výkonem*

Ráno reedukace o hygieně úst → již nesmí provádět hygienu dutiny ústní a vyplachovat ústní vodou, možno pouze vypláchnout dutinu ústní vodou z kohoutku, nic per os a dohled nad lačněním, klid na lůžku, psychická příprava na výkon.

Bezprostřední příprava → kontrola identity pacientky podle dokumentace, slovem a identifikačním náramkem, odeslání na toaletu, změření FF (TK-138/91, P-104, TT-36,4 °C) a jejich záznam do dokumentace, podání premedikace → edukována o tom, že po premedikaci se může cítit unavená, může se jí točit hlava, edukace v oblasti prevence pádu → nikam sama nechodit, pokud by se jí chtělo na toaletu či cokoli jiného by potřebovala, byla poučena o přivolání sestry pomocí signalizačního zařízení, které jí bylo dáno na dosah ruky, poučena o svléknutí veškerého oblečení včetně spodního prádla, s odjezdem na sál opět provedena kontrola identity pacientky, slovní dotaz na dodržení lačnění a ošetření dutiny nosní sanorin gtt., které byly aplikovány do obou nosních dírek, transport na COS (centrální operační sály) a předání pacientky společně s dokumentací perioperační sestře v 9:10

*Perioperační ošetrovatelský záznam*

Příjem pacientky perioperační sestrou v 9:10, provedena kontrola identity pacientky, převzata dokumentace od sester z oddělení, kontrola alergií zejména na dezinfekci (neguje), slovní kontrola dodržení lačnění, pacientka transportována ze vstupního filtru na žlutý sál a uložena do operační polohy na zádech, na operačním sále proveden inhalační úvod do celkové anestezie, zavedena intubační kanyla skrze dutinu nosní, zaveden PŽK do hřbetu LHK již v anestezii z důvodu minimalizace traumatizace dítěte vpichem, zarouškování a antiseptické ošetření operačního pole skinsept mucosou, následně provedena tamponáda hypopharyngu, čas první incize 9:25 a zahájen samotný operační výkon, během výkonu kapal Isolyte roztok o objemu 500 ml, krvácení stavěno opichem a koagulací BIPO,

z odstraněných tonsil odebrán histologický preparát v počtu dvou vzorků, zhruba 20 minut před koncem výkonu podán Paracetamol Kabi 500mg i.v., patrová oblouky sešity UCRYL W 9024 LOTKE 8D8PD0, čas poslední sutury a ukončení samotného operačního výkonu v 9:50, následně byla provedena kontrola počtu roušek, poloroušek, sušení a nástrojů, anesteziolog provedl zrušení anestezie s následnou extubací, celková délka anestezie stanovena na 40 minut, pacientka opouští sál bez známek krvácení a kardiopulmonálně kompenzovaná, transport z operačního sálu do filtru, kde došlo k předání pacientky sestře z oddělení zhruba v 10:05.

#### *Operační protokol*

Operace zahájena 25. 4. 2017 v 9: 25 na operačním sále OP5 žlutý sál, výkon probíhal v celkové anestezii, operační diagnosa J 350 Chronická tonsilitida, operační výkon tonsilektomie (výkon pro ZP 71763 2x tonsilektomie), operace ukončena 25. 4. 2017 v 9: 50.

Popis operace → tonsilectomia billateralis: v CA připraveno operační pole, vpravo uchopena tonsila Maršíkovou pinzetou, povytáhnuta mediálně a skalpelem proveden nářez předního patrového oblouku, nůžkami proniknuto do vrstvy a tamponem tupě provedena preparace tonsil od horního pólu směrem distálně, hilus přerušen Bruningsovou kličkou, během preparace tonsila fixována jizvou , tato jizva zeslabena bipol. koagulací, a pak přerušena. Po odstřížení tonsily proveden opich lůžka, doplněno bipol. koagulací ve více lokacích. Lůžko pak zkontrolováno. Operace vlevo probíhala identicky, včetně jednoho opichu a více lokální koagulace (bipol.). Výkon trval 25 minut, krevní ztráty přiměřené výkonu, lůžka čistá bez krve, vysušena sanorin tampony.

#### *Ordinace lékaře po výkonu*

- monitoring bolesti á 3 hodiny, kontrola krvácení!!!
- zítra dieta ORL, polévka, piškoty v čaji, pudink
- obklady na krk i zepředu, zvýšená poloha hlavy
- observace stavu dýchání, kontroly TK, P, TT dle rozpisu (v 11-12-13-14-17-19 hod.)
- infuzní terapie: 1.INF.: Isolyte 500 ml nechat dokapat ze sálu 125ml/1hod, 2.INF.: Glucose 5 % 500 ml 12-14hod
- analgetika: Novalgin 1 amp. do 100 ml FR i. v. á 6-8 hod, Paracetamol Kabi 500 mg i.v. á 6-8 hod, rozestup mezi jednotlivými analgetiky minimálně 2 hodiny

- flexilu ponechat + péče o ni
- pooperační vizita: dívka si stěžuje na bolesti, lůžka klidná, nezvrací a nejsou ani patrné známky krvácení, afebrilní.

#### *Ošetrovatelská péče po výkonu*

Pacientka převzata z COS v 10:05 a transportována na dětské oddělení, provedeno měření saturace, krevního tlaku a pulzu, po příjezdu na oddělení ze sálu, provedena úprava lůžka a zdvižení horního dílu postele pod hlavou, tak aby bylo minimalizováno riziko aspirace případných sekretů, slečna poučena o vyplivování slin, které nemůže z důvodu bolesti polknout do emitní misky, poučena i o tom, že z emitky buničinu nebude vyhazovat z důvodu toho, abychom měli kontrolu nad krvácením a množstvím sekretu, pacientce podáno signalizační zařízení k ruce, edukováno o riziku pádu, slečně byl aplikován chlad zezadu i zepředu na krk z důvodu analgezie, ale také jako prevence krvácení, ledy pravidelně měněny, pravidelně prováděná observace dechu, tlaku a pulzu (veškeré fyziologické funkce bez významné patologie), pravidelné sledování bolesti a podávání analgetik dle ordinace lékaře, asistence u vizity otorinolaryngologa, péče o PŽK (hodnocení dle Madonna stupěň 0), infuzní terapie dle ordinace lékaře, založen záznam k ošetřování invazivních vstupů a k monitoraci bolesti, sledování první mikce, která proběhla v 13:35 hod., péče o hydrataci pacientky → edukace v oblasti, že nesmí horké pouze vlažné, aby nedošlo k rozkrvácení operačního pole, také tekutiny hrazeny pomocí infuzní terapie, pacientka edukována v oblasti hygieny dutiny ústní (zatím možné pouze vyplachovat vlažnou vodou)

#### ***středa 26. 4. 2017 → 1. pooperační den***

##### *Ordinace lékaře*

- monitoring bolesti á 3 hodiny → nabízet analgetika!!!
- D ORL/ polévka, piškoty do čaje, pudink
- ledové obklady již ex, flexilu zatím ponechat k aplikaci analgetik + péče o PŽK
- analgetika: Novalgin 1 amp. Do 100 ml FR i.v. á 8 hod., Paracetamol Kabi 750 mg i.v. á 8 hod., časový rozestup mezi jednotlivými analgetiky minimálně 2 hod.
- vizita otorinolaryngologa: spala asi dobře, moc nemluví, analgetika během noci neměla, objektivně → uvula s naznačeným otokem, lůžka s fibrem, ústa otevře lehce omezeně.

### *Ošetrovatelská péče*

Reedukace v oblasti hygieny dutiny ústní, strava v jídelně, reedukace v oblasti toho, že nesmí nic horkého pouze vlažné, piškoty rozmočit v kakau, nepolykat je na sucho, péče o PŽK, kontrola krvácení → slečna poučena, že okamžitě hlásit sestře, pokud by začala vyplivovat sliny s příměsí krve, pacientce byla k dispozici stále emitní miska na vyplivování slin, které z důvodu bolestivosti nechtěla polykat, slečna byla poučena o tom, že obsah emitní misky nebude vyhazovat, aplikace chladu (po odpolední vizitě zrušeno), aplikace analgetik dle potřeby a ordinace lékaře, asistence u vizity, péče o psychický stav pacientky → umožnění kontaktu s rodiči, poskytnuta flash do televize na pokoji s filmy dle vlastního výběru slečny.

### **čtvrtek 27. 4. 2017 → 2. pooperační den**

#### *Ordinace lékaře*

- monitoring bolesti á 3 hodiny → nabízet analgetika!!!
- D ORL/ kaše, piškoty do čaje, pudink
- vyplachovat dutinu ústní řepíkem
- flexilu prosím zatím ponechat +péče o PŽK
- analgetika: Paracetamol Kabi 750 mg i.v. á 8 hod., Algifen gtt. 35 gtt. á 6 hodin, časový rozestup mezi jednotlivými analgetiky minimálně 2 hod.
- vizita otorhinolaryngologa: spala dobře, stále moc nemluví, analgetika během noci neměla, objektivně → na uvule přetrvává náznak otoku, lůžka s fibrem, ústa otevře lehce omezeně.

### *Ošetrovatelská péče*

Reedukace v oblasti péče o dutiny ústní, dnes sní vyplachovat ústa vlažným řepíkem, strava na jídelně, připomenutí toho, že nesmí nic horkého pouze vlažné, pečivo rozmočit v čaji, nepolykat je na sucho, péče o PŽK, kontrola krvácení → slečna poučena, že okamžitě hlásit sestře pokud by začala vyplivovat sliny s příměsí krve, pacientce byla ponechána emitní miska na vyplivování slin, slečna byla poučena o tom, že obsah emitní misky nebude vyhazovat, aplikace analgetik dle potřeby a ordinace lékaře, asistence u vizity, péče o psychický stav pacientky.

*pátek 28. 4. 2017*

*Ordinace lékaře*

- monitoring bolesti á 3 hodiny → nabízet analgetika!!!
- D ORL/kaše, piškoty do čaje, pudink
- PŽK dnes EX, dnes dimise do domácího ošetřování
- analgetika: Novalgin 1 amp. do 2 ml i.m. á 8 hod., Algifen gtt 35gtt. á 8 hod., časový rozestup mezi jednotlivými analgetiky minimálně 2 hod.
- vizita otorhinolaryngologa: spala dobře, mluví, již o poznání lépe, analgetika během noci neměla, objektivně → uvula stále s naznačeným mírným otokem, lůžka s fíblem, ústa otevře lehce omezeně.

*Ošetrovatelská péče*

Reedukace v péči o dutinu ústní, strava na jídelně, nesmí nic horkého pouze vlažné, piškoty rozmočit v kakau, nepolykat je na sucho, péče o PŽK, kontrola krvácení → slečna poučena, že okamžitě hlásit sestře, pokud by začala vyplivovat sliny s příměsí krve, aplikace analgetik dle potřeby a ordinace lékaře, asistence u vizity.

*Propuštění do domácího ošetřování*

Při propuštění slečně i mamince poskytnut edukační materiál deseti zásad, jak se chovat po TE (tento dokument viz příloha č. 5). Pacientka byla propuštěna do domácího ošetřování, matka i slečna odcházejí poučeny o léčebném režimu (klidový režim, nechodit do kolektivu), dietním omezení (nevhodné kyselé šťávy, ostrá jídla...) a vhodné úpravě stravy (spíše měkká strava, vhodné omáčky s těstovinami atd.). Edukována i v oblasti užívání analgetik, mezi jednotlivými analgetiky časový rozestup minimálně 2 hodiny (možné kombinovat algifenové gtt. s paralenem či nurofenem, ibalgin je nevhodný).

Pacientka odchází s edukačním letákem, poučena o léčebném režimu, stanoveným datem kontroly na otorhinolaryngologické ambulanci (pondělí 1.5. 2017) a s předpisem na algifenové kapky (ALGIFEN NEO POR GTT SOL 1X50ml dávkování: 30 kapek á 6 hodin).

## 9.4. Rehospitalizace

*neděle 30. 4. 2017*

Na otorinolaryngologickou ambulanci přichází slečna v doprovodu matky pro akutní krvácení, na ambulanci zaveden PŽK, slečna byla přijata na SLF-Dětského oddělení, kde ji bylo aplikováno Dicinone i.v., aplikován chlad, zvýšená poloha horní části těla, jednalo se o poměrně silné krvácení a bylo nutné provést akutně reoperaci. Pro odloučení velké části fibrinu.

*Ordinace lékaře po výkonu*

- monitoring bolesti á 3 hodiny, kontrola krvácení!!!
- od oběda dieta ORL, polévka, piškoty v čaji, pudink
- obklady na krk i zepředu, zvýšená poloha hlavy
- observace stavu dýchání, kontroly TK, P, TT dle rozpisu (v 4-5-6-10-13 hod.)
- infuzní terapie: 1.INF.: Isolyte 500 ml nechat dokapat ze sálu 125ml/1hod, 2.INF.: Isolyte 500 ml 12-15hod
- analgetika: Novalgin 1 amp. do 100 ml i.v. á 6-8 hod., Paracetamol Kabi 500 mg i.v. á 6-8 hod, rozestup mezi jednotlivými analgetiky minimálně 2 hodiny
- flexilu ponechat + péče o ni
- pooperační vizita: afebrilní, dívka si stěžuje na bolesti, lůžka klidná, nezvrací a nejsou známky akutního krvácení.

*Ošetřovatelská péče po výkonu*

Pacienta převzata z COS v 3:35 hod. a transportována na dětské oddělení, provedeno měření saturace, krevní tlaku a pulzu po příjezdu na oddělení ze sálu, provedena úprava lůžka a zdvižení horního dílu postele pod hlavou, tak aby bylo minimalizováno riziko aspirace případných sekretů, slečna poučena o vyplivování slin do emitní misky, které není schopna z důvodu bolesti polknout, poučena i o tom, že z emitní misky buničinu nebude vyhazovat z důvodu toho, abychom měli kontrolu nad krvácením a množstvím sekretu, pacientce podáno signalizační zařízení k ruce, edukováno o riziku pádu, slečně byl aplikován chlad zezadu i zepředu na krk z důvodu analgezie, ale také jako prevence krvácení, ledy byli pravidelně měněny, pravidelně prováděná observace dechu, tlaku a pulzu (FF-bpn), pravidelné sledování bolesti a podávání analgetik dle ordinace lékaře, asistence u vizity

otorinolaryngologa, péče o PŽK, infuzní terapie k hrazení tekutin, založen záznam k ošetřování invazivních vstupů a k monitoraci bolesti, sledování první mikce, která proběhla v 10:20 hod., péče o hydrataci pacientky → edukace v oblasti, že nesmí horké pouze vlažné, aby nedošlo k rozkrvácení operačního pole, pacientka edukována v oblasti hygieny dutiny ústní (zatím možné pouze vyplachovat chladnou vodou)

### ***pondělí 1. 5. 2017***

#### *Ordinace lékaře*

- monitoring bolesti á 3 hodiny
- D ORL/ polévka, piškoty do čaje, pudink
- flexilu prosím ponechat k aplikaci analgetik +péče o ni
- analgetika: Paracetamol Kabi 500 mg i.v. á 8 hod., Algifen gtt. 35 gtt. á 6 hodin, časový rozestup mezi jednotlivými analgetiky minimálně 2 hod.
- vizita otorinolaryngologa: spala dobře, moc nemluví, analgetika během noci neměla, objektivně → na uvule stále náznak otoku, lůžka s fíblem, ústa otevře neomezeně.

#### *Ošetrovatelská péče*

Reedukace v oblasti péče o dutiny ústní, strava na jídelně, připomenutí toho, že nesmí nic horkého pouze vlažné, pečivo rozmočit v čaji, nepolykat je na sucho, péče o PŽK, kontrola krvácení → slečna poučena, že okamžitě hlásit sestře pokud by začala vyplivovat sliny s příměsí krve, pacientce byla ponechána emitní miska na vyplivování slin, slečna byla poučena o tom, že obsah emitní misky nebude vyhazovat, aplikace analgetik dle potřeby a ordinace lékaře, asistence u vizity, péče o psychický stav pacientky.

### ***úterý 2. 5. 2017***

#### *Ordinace lékaře*

- monitoring bolesti á 3 hodiny → nabízet analgetika!!!
- D ORL/ kaše, piškoty do čaje, pudink
- PŽK dnes EX, dnes dimise do domácího ošetřování
- analgetika: Paracetamol Kabi 500 mg i.v. á 8 hod., Algifen gtt 35gtt. á 8 hod., časový rozestup mezi jednotlivými analgetiky minimálně 2 hod.

- vizita otorinolaryngologa: spala dobře, mluví, již o poznání lépe, analgetika během noci neměla, objektivně → uvula s naznačeným mírným otokem, lůžka s fibrem, ústa otevře bez problémů.

#### *Ošetrovatelská péče*

Reedukace v péči o dutinu ústní, strava na jídelně, nesmí nic horkého pouze vlažné, piškoty rozmočit v kakau, nepolykat je na sucho, péče o PŽK, kontrola krvácení → slečna poučena, že okamžitě hlásit sestře, pokud by začala vyplivovat sliny s příměsí krve, aplikace analgetik dle potřeby a ordinace lékaře, asistence u vizity, při propuštění slečně i mamince poskytnut znovu edukační materiál deseti zásad, jak se chovat po TE. Pacientka byla propuštěna do domácího ošetřování, matka i slečna odcházejí poučeny o léčebném režimu (vhodné nápoje, strava a úprava stravy) a s datem kontroly na ORL ambulanci 5. 5. 2017 v dopoledních hodinách.

### **9.5. Po propuštění**

#### *pondělí 5. 5. 2017*

- subjektivně → cítí se slabá a unavená (matka udává, že pospává během dne), bolestivost v krku přetrvává, udává, že již nekrvácela
- objektivně → lůžka s fibrem, stehy již nevidím, bez známek krvácení, hltan klidný, ústa otevírá bez omezení, afebrilní.

Slečna odchází z ordinace s datem kontroly (pátek 12.5. 2017) a edukována v oblasti klidového režimu a léčebného režimu. Analgetika zvykle při bolesti, doporučeno vyplachovat dutinu ústní vlažným řepíkem lépe Tantum verde (dezinfekční a analgetický účinek), při obtížích kontrola na ambulanci kdykoli.

#### *pátek 12. 5. 2017*

- subjektivně → cítí se dobře, bolest v krku ještě trvá (pouze při polykání pociťuje silnější bolest), nekrvácela
- objektivně → hltan klidný, bez známek akutního krvácení, lůžka místy s fibrem, afebrilní.

Pacientka odchází z ordinace bez známek akutního krvácení, poučena o léčebném režimu (klidový režim → nechodit do kolektivu), vyplachovat dutinu ústní Tantum verde nebo vlažným řepíkem, analgetika při bolesti. Kontrola opět za týden (19. 5. 2017).



*pátek 19. 5. 2017*

- subjektivně → cítí se dobře, mírnou bolest pociťuje pouze při polykání něčeho tužšího.
- objektivně → bez známek akutního krvácení, afebrilní, lůžka již zhojena, ústa otevírá bez omezení, hltan zcela klidný, lůžka po TE klidná.

Pacientka předána do péče obvodního lékaře pro děti a dorost, poučena sestra i matka o tom, že pokud by se vyskytl jakýkoli problém, vyhledají pomoc otorhinolaryngologa. Další kontrola podle potřeby při obtížích.

## 10. OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN

### 10.1. Anamnéza

#### *osobní anamnéza*

Slečna N. S. narozena roku 2006 přijata pro často se opakující tonsilitidy. V roce 2012 podstoupila odstranění adenoidní vegetace v CA. Celková anestezie proběhla bez komplikací. Stav před hospitalizací velmi dobrý, dlouhodobě se léčí pouze u alergologa z důvodu alergické rhinitis. Pacientka prodělala běžná dětská onemocnění, vážněji nestonala. Současný stav první den hospitalizace dobrý, pacientka je zdravá. Veškerá vyšetření byla bez patologie a byla shledána jako kardiopulmonálně kompenzovaná, a tedy i operace v CA schopná. Naměřené vitální funkce při příjmu vyhodnoceny jako fyziologické. Farmakologická anamnéza vzhledem k výkonu nepodstatná, slečna užívá pouze Desloratadine 5mg 0-0-1 tbl. - zmírnění projevů alergie. Jiné léky neužívá.

#### *rodinná anamnéza*

Matka i otec zdraví, sourozenec taktéž zdravý. Otec je kuřák.

#### *použité škály*

Madonnova stupnice → tíže flebitis 0, Melzakova stupnice → intenzita bolesti na úrovni 4 (krutá bolest), Barthelův test základních všedních činností → 90 bodů vzhledem k pooperační slabosti, Humpty Dumpty Falls Scale (13 bodů → riziko pádu)

### 10.2. Model „Funkčního typu zdraví“ Marjory Gordonové:

#### 2. pooperační den

##### *Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví*

*subjektivně* → cítí se zdravá, rodiče ji nechali očkovat na klíšťovou encefalitidu a na chřipku, užívá doplňky stravy (sama slečna o nic z tohoto nestojí, očkování a veškeré injekce nesnáší, je to spíše impuls vycházející z iniciativy rodičů), často trpí na angíny a to i několikrát v roce, nikdy vážněji nestonala a žádný těžký úraz neměla (pouze fraktura pravé ruky způsobená pádem z kola), v šesti letech podstoupila adenotomii, k zubaři chodí pravidelně (mají na ZŠ školního zubaře), na prevenci k pediatrovi chodí

*objektivně* → v lékařské dokumentaci zanesen stav po adenotomii v roce 2012, alergie na roztoče a jarní pyly, chrup sanovaný, jinak celkový stav pacientky objektivně dobrý, fyzikální vyšetření bez patologie, anesteziologické i pediatrické vyšetření BPN,

otorinolaryngologické vyšetření pouze suchá sliznice, nosní dutiny místy s krustami, jinak taktéž bez patologie

### ***Výživa a metabolismus***

*subjektivně* → momentálně nemá chuť jíst ani pít, ve zdraví si potrpí na sladké, nejí pravidelně a žádnou speciální dietu nedrží, nejí ryby a rajčata, pitný režim moc nedodržuje („za den vypiju tak litr minerálky, nemám moc přes den žízeň“), preferuje slazené sycené nápoje („pítí bez bublinek nesnáším, občas si dám Nestea, ale jinak pítí bez bublin nepiju“)

*objektivně* → jí pouze málo nebo vůbec (většinou odmítá stravu z důvodu bolesti při polykání), za den vypije zhruba tři hrnky čaje

### ***Vylučování***

*subjektivně* → udává, že problémy s vyprazdňováním nemá, doma na stolicí chodila pravidelně

*objektivně* → mikce již proběhla, na stolicí zatím nebyla

### ***Aktivita, cvičení***

*subjektivně* → před operací se aktivně věnovala basketbalu, nyní verbalizuje pocit slabosti a únavy

*objektivně* → postava atletická, pospává během dne, chůze pouze s doprovodem

### ***Spánek, odpočinek***

*subjektivně* → ve všední dny vstává pravidelně v 7 hodin a o víkendu je zvyklá si přispat („o víkendu vstávám, až když chci a chodím taky déle spát, můžu se koukat na televizi“), momentálně není schopna zhodnotit jak dlouho spí, protože se často budí, nikdy dříve neměla problém se spánkem, až teď během hospitalizace se často během noci probouzí, ale po chvíli zase usne („nemohu spát, pokaždé když polknu tak mě to vzbudí, protože mi to zabolí“, „musím se vždycky trochu napít, aby se mi to v tom krku uhladilo“), po probuzení pociťuje únavu z nevyspání, slečna je zvyklá spát s otevřeným oknem a před spaním sledovat TV

*objektivně* → z nočních záznamů není patrné, že v noci nespí, ale slečna pospává během dne a jsou patrné celkové projevy únavy (zívání, neschopnost koncentrace...)

### ***Vnímání, poznávání***

*subjektivně* → slečna nemá žádný handicap, verbalizuje, že není schopna se po delší dobu soustředit z důvodu únavy („vždy mi někdo něco říká a já za chvíli nevím co říkal“)

*objektivně* → své příbuzné poznává bez obtíží, při rozhovoru se brzy unaví, zrakový ani sluchový handicap neguje

### ***Sebekoncepce, sebeúcta***

*subjektivně* → hodnotí se negativně a cítí se nepříjemně („cítím se trapně, když začnu brečet a každý se mě ptá proč“, „jestli mi to bolí, nebo co se děje“), na dotaz, jestli má z něčeho strach odpovídá: „bojím se až přijde doktor a bude mi zase sahat na krk, že mi to bude bolet, nebo že mi dají injekci“

*objektivně* → zhoršená koordinace pohybů, skleslá nálada (slečna je posmutnělá), slečna se stydí při rozhovoru s personálem nebo při vizitě (těká očima po místnosti, hraje si s dekou, červená se při tom, když má mluvit...), bojí se bolesti při vyšetření během vizity (uhýbá při pohmatu na krk)

### ***Plnění rolí, mezilidské vztahy***

*subjektivně* → nemá problém, má sourozence, se kterým si velmi rozumí

*objektivně* → bydlí s rodiči a sourozencem, vztah s nimi vřelý

### ***Sexualita, reprodukční schopnost***

*subjektivně* → vzhledem k věku pacientky, na toto téma nepadla z mé strany otázka

### ***Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance***

*subjektivně* → cítí se vyčerpaná, slabá a verbalizuje nejistotu ze situace, ve které se momentálně nachází, stýská se jí

*objektivně* → pacientka je úzkostná (třeše se jí hlas, červená se, na otázku: „Z čeho máš strach“ nedokáže odpovědět, udává, že sama neví, možná, že ji to bude bolet nebo, že dostane injekci), poplává, slečna mnohem lépe spolupracuje, když má návštěvu

### ***Víra, přesvědčení, životní hodnoty***

*subjektivně* → slečna a celá její rodina jsou ateisté

### ***Bezpečnost a ochrana***

*subjektivně* → rodiče nechali slečnu očkovat na klíšřovou encefalitidu a chřipku

*objektivně* → slečna má naočkována všechna povinná očkování

### **Komfort**

*subjektivně* → slečna verbalizuje bolest v oblasti operační rány stupňující se při polykání, udává, že když se napije, jde jí část tekutin do nosu a ten jí pak pálí

*objektivně* → slečna vyžaduje analgetika, má bolestivé grimasy, odmítá polykat sliny, většinu jich vyplivuje do emitní misky, hodnocení bolesti dle Melzaka je na úrovni 4 tedy krutá bolest, egocentrické chování (zaměřuje se pouze na sebe)

### **Růst a vývoj**

*subjektivně* → slečna hodnotí svůj vzrůst jako normální, ve škole svým vzrůstem nevyčnívá, říká: „sice ve škole patřím mezi ty vyšší holky, ale nikdy mi to nevadilo“, na otázku, zda svoji výšku vnímá jako mínus odpovídá: „naopak svoji výšku vnímám jako výhodu při hraní basketbalu, který mě baví“

*objektivně* → slečny výšku 154 cm jsem zhodnotila jako normální (dle percepční tabulky růstu u dívek od 0 do 18 let – viz příloha č. 11)

### **Jiné**

zaveden periferní žilní katétr na COS v den výkonu → tíže flebitis vyhodnocena dle Madonnovy stupnice na stupeň 0

## 11. OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY

### 11.1. Aktuální ošetrovatelské problémy

#### **00132 akutní bolest v oblasti krku z důvodu operačního zákroku**

*etiologie* – operační výkon v oblasti krku

*subjektivně* → slečna verbalizuje krutou bolest v oblasti krku, bojí se polykat kvůli zhoršení bolesti, změna chuti k jídlu a příjmu tekutin

*objektivně* → záškuby mimického svalstva při polykání (bolestivé grimasy), odmítá polykat sliny (většinu jich vyplivuje do emitní misky), obranné chování pacientky (brání se při ORL vyšetření), vegetativní odpověď těla na bolest (změna krevního tlaku, pulzu, rozšířené zornice ...), silné expresivní chování (neklid, pláč, sténání, zívání...), panika, celkové zvýšení svalového napětí, hodnocení bolesti dle Melzaka na stupni 4 (krutá bolest)

*očekávaný výsledek* → slečna pociťuje úlevu od bolesti do 30 minut od podání analgetik ordinovaných lékařem

*ošetrovatelské intervence* → pravidelně sleduj neverbální projevy bolesti, zjisti a pravidelně hodnot' intenzitu, charakter bolesti a vše důkladně zaznamenávej, hodnot' bolest dle hodnotících škál a vždy používej pouze jednu škálu (dle Melzaka), podávej analgetika dle ordinace lékaře, sleduj žádoucí i nežádoucí účinky podávaných analgetik, akceptuj a věř pacientovi bolest, tak jak ji udává (vnímá), zajisti klidné prostředí a maximální možný komfort pro pacienta, pravidelně měň ledové obklady na krk

*hodnocení* → pravidelnými ošetrovatelskými intervencemi byla bolest zmírněna na stupeň, který byla slečna schopna tolerovat (Melzakova stupnice-2)

#### **00095 porucha spánku v souvislosti s akutní bolestí**

*etiologie* – akutní pooperační bolest v oblasti krku, zhoršující se s polykáním

*subjektivně* → slečna verbalizuje, že nemůže usnout i když se cítí unavená, často se budí přes noc („při polknutí se probudím, protože mi to bolí“), cítí se unavená i po probuzení, verbalizuje pocit celkové slabosti

*objektivně* → dle nočního dekurzu slečna přes noc spí, pacientka během dne pospává, delší rozhovor ji vyčerpává, reakce jsou s mírnou latencí, slečna se není schopna soustředit po delší časový interval (často se ptá, co jsem říkala)

*očekávaný výsledek* → slečna nebude pociťovat únavu po spánku, bude se cítit odpočatá do dvou dnů

*ošetřovatelské intervence* → zhodnot příčiny vedoucí k poruše spánku, pravidelně podávej analgetika dle ordinace lékaře tak, abys minimalizovala negativní vliv bolesti na spánek a usínání, sleduj citový vztah k rodičům, zjisti spánkové rituály, zajisti vhodné prostředí pro spánek, sleduj a zaznamenávej délku spánku, ptej se pacienta na to, zda spal dobře a cítí se odpočatý, v souladu se zdravotním stavem dostatečně zaměstnávej pacienta přes den, abys minimalizovala riziko vzniku obráceného denního režimu

*hodnocení* → již následující noc slečna udává, že se lépe vyspala (řekla si o analgetika na noc)

#### **00002 nedostatečná výživa**

*etiologie* – odmítání stravy z důvodu vysoké bolestivosti při polykání tekuté i kašovitě stravy

*subjektivně* → slečna udává pocit plného břicha, nemá chuť na žádné jídlo, a dokonce ani na sladkosti, slečna udává, že má změněnou chuť přijímané potravy (vše se jí zdá nahořklé), slečna udává bolest při polykání stravy, pociťuje i únik části stravy do dutiny nosní

*objektivně* → slečna odmítá stravu, jí buď velmi málo, nebo vůbec, její denní příjem potravy je menší, než doporučená denní dávka živin, slečna je celkově zesláblá, jsou patrné bolestivé grimasy při polykání

*očekávaný výsledek* → pacientka chápe nutnost přijímat potravy a je ochotná přijímat stravu v přijatelném množství, tj. alespoň polovina podávaného množství

*ošetřovatelské intervence* → ved' pacienta k dostatečnému a pravidelnému příjmu stravy a tekutin, pravidelně větrej pokoj a omez nepříjemné pachy, dbej na správnou teplotu podávané stravy a zároveň i na její servírování (tak aby byla vizuálně lákavá), edukuj pacienta o vhodných potravinách a jejich teplotě a konzistenci, posud' míru ochoty pacienta přijímat potravu, zjisti jaké pacient má oblíbené jídlo a zároveň jaké

má stravovací návyky, dbej o hygienu dutiny ústní a zabraň tak vzniku infekce (např.: aftózní stomatitidě)

*hodnocení* → slečnin denní příjem se zvýšil, ale i v době dimise byl nižší než doporučená denní dávka (zhruba třetina porce), slečna je edukována v oblasti nutnosti příjmu potravy a je ochotna svůj denní příjem normalizovat

### **00103 porušené polykání**

*etiologie* – bolest a otok v oblasti polykacích cest způsobený operačním výkonem

*subjektivně* → bolest při polykání, pocit tlaku v krku a uvíznutí sousta, slečna verbalizuje, že ji nejde sousto spolknout najednou, ale musí jej polykat na vícekrát, taktéž má pocit, že ji uniká část stravy, ale i tekutin do dutiny nosní při každém polknutí, slečna si „střádá“ sliny, než je polkne

*objektivně* → odmítání stravy, snížený příjem tekutin (slečna nechce moc často pít, protože ji polykání přináší zhoršení bolesti), delší interval potřebný k příjmu potravy, polykání na vícekrát, bolestivé záškuby mimického svalstva při polykání

*očekávaný výsledek* → pacientka je schopna do propuštění lépe polykat a navýšit příjem stravy a tekutin (vymizí riziko malnutrice a dehydratace)

*ošetřovatelské intervence* → zhodnoť otok v oblasti polykacích cest, posud schopnost polykání na základě podání malého množství tekutin, zajisti vhodnou polohu k příjmu potravy a tekutin, dbej na správnou konzistenci a teplotu přijímané stravy a tekutin, dbej na úpravu pacientovi stravy, poskytni dostatek času k příjmu potravy a podporuj pacienta v perorálním příjmu

*hodnocení* → 3. pooperační den je slečna schopna lépe polykat, otok v oblasti krku pozvolna ustupuje

### **00045 poškozená ústní sliznice**

*etiologie* – chirurgický výkon v oblasti dutiny ústní

*subjektivně* → slečna verbalizuje bolesti v oblasti operačního pole, poruchy chuti k jídlu („vůbec mi to nechutná, nemá to žádnou chuť“) a stěžuje si na obtížné polykání

*objektivně* → operační rána v oblasti krku s mírným otokem, nechce příliš mluvit, snížený příjem stravy a tekutin, omezené otevírání úst

*očekávaný výsledek* → operační rány se do propuštění hojí per primam



*ošetřovatelské intervence* → péče o dutinu ústní, výplachy řepíkem, podávání medikace, pravidelné sledování známek infekce a krvácení a prevence těchto komplikací

*hodnocení* → slečna odchází s klidnou pooperační ránou nejevící známky infekce a krvácení

#### **00146 úzkost**

*etiologie* – změna zdravotního stavu a společenské role

*subjektivně* → pacientka udává pocit bušení srdce a verbalizuje obavy z vyšetření a výkonů

*objektivně* → slečna není schopna koncentrace, má sníženou pozornost, celkově jsou patrné známky neklidu, nespavost, plačtivost, zhoršená spolupráce

*očekávaný výsledek* → pacientka do propuštění plně spolupracuje

*ošetřovatelské intervence* → zjisti stupeň úzkosti, podávej dostatek informací o tom, co a kdy se bude dít a podávej je opakovaně, poskytni informace srozumitelně a s ohledem na věk pacienta, umožni kontakt s rodinou, mluv pomalu, klidně a polohlasně, poskytni pacientovi prostor pro dotazy, umožni pacientovi projevit své emoce i negativní (pláč, hněv...) a neodsuzuj je, dostatečně pacienta aktivuj a odpoutávej pozornost od jeho problémů, poskytni sebe sama jako člověka ne jen jako zdravotnického pracovníka, veď v dokumentaci záznam o úzkosti pacienta

*hodnocení* → slečna plně spolupracuje pouze za přítomnosti příbuzného, její neverbální projevy svědčí o nejistotě, slečna se viditelně uvolnila, když se dozvěděla, že půjde domů

#### **00148 strach**

*etiologie* – ztráta jistoty v podobě rodičů, nepříjemné ošetřovatelské a lékařské výkony

*subjektivně* → slečna verbalizuje strach z bolesti při jednotlivých výkonech, neví, jak se má tvářit nebo chovat při kontaktu s personálem, bojí se, že to nevydrží, když jí je prováděn nějaký výkon, vždy když někdo přijde nebo se jí na něco zeptá, tak má pocit bušení srdce

*objektivně* → slečna těká očima po místnosti, červená se, když má odpovídat na otázky personálu, brání se při výkonech, zvýšené napětí, soustředí se na předmět strachu (např.: injekce...), zvýšení pulzu a zrychlení dechu, ustrašený výraz a bledost v obličeji

*očekávaný výsledek* → dojde k eliminaci strachu do dvou dnů

*ošetřovatelské intervence* → identifikuj zdroj strachu, poskytuj pacientovi dostatek informací v rámci svých kompetencí o tom, co se bude dít i jak dlouho to bude trvat, podporuj pacienta a buď mu nablízku, poskytni prostor pro otázky ze strany nemocného, sleduj projevy strachu na fyziologických funkcích, snaž se odpoutat pacientovu pozornost od zdroje strachu, projev pacientovi empatii

*hodnocení* → slečna plně spolupracuje, ale stále jsou patrné známky strachu ve smyslu bledosti ve tváři, třesu končetin aj.

## **11.2. Potencionální ošetřovatelské problémy**

### ***00206 riziko krvácení***

*etiologie* – narušená integrita tkáně operačním výkonem

*očekávaný výsledek* → slečna ví, jak předcházet krvácení (minimalizace rizik), po dobu hospitalizace nedojde ke krvácení a rána se hojí per primam

*ošetřovatelské intervence* → dodržuj důsledně péči o operační ránu, prováděj pravidelně kontrolu pooperačního krvácení, pátrej po lokálních známkách infekce v místě pooperační rány, edukuj pacienta o způsobech, jak snížit riziko pooperační infekce a krvácení, informuj pacienta i rodinu o prevenci pooperačního krvácení

*hodnocení* → k pooperačnímu krvácení během hospitalizace nedošlo, slečna (i matka) zná způsoby, jak předcházet krvácení nebo jak snížit riziko vzniku (jeden z bodů desatera po TE → nepít horké nápoje)

### ***00004 riziko infekce***

*etiologie* – PŽK, narušená integrita tkáně operačním výkonem

*očekávaný výsledek* → slečna ví, jak předcházet infekci (minimalizace rizik), po dobu zavedení PŽK nedojde k flebitidě dané cévy a rána se hojí per primam

*ošetřovatelské intervence* → dodržuj důsledně aseptický postup při péči o invazivní vstupy, pátrej po lokálních známkách infekce v místě invazivních vstupů (pravidelně hodnot' místo vpichu PŽK dle Madonnovy stupnice), edukuj pacienta o způsobech, jak snížit riziko pooperační infekce, informuj pacienta i rodinu o prevenci pooperační infekce

*hodnocení* → k rozvoji infekce během hospitalizace nedošlo, slečna (i matka) zná způsoby, jak předcházet infekci nebo jak snížit riziko jejího vzniku (jeden z bodů desatera po TE → vyhýbat se kolektivu a místům, kde se setkává více lidí, jako je např. kino, nákupní centrum ...)

### **00155 riziko pádu**

*etiologie* – celková slabost, únava a pocit točení hlavy při mobilizaci

*očekávaný výsledek* → během hospitalizace k pádu nedojde, pacientka zná rizikové faktory a dodržuje prevenci pádu

*intervence* → vyhodnot' veškeré rizikové faktory, poskytni signalizační zařízení na dosah ruky, edukuj pacienta o nutnosti přivolání personálu pokaždé, když chce někam jít jako prevenci pádu, zajisti bezpečné prostředí v okolí pacienta – postranice, zabrzděné lůžko a noční stolek, suchá podlaha, dostatek osvětlení, protiskluzové pomůcky

*hodnocení* → během hospitalizace k pádu nedošlo

### **00028 riziko dehydratace**

*etiologie* – účelové omezení tekutin ze strany pacientky zapříčiněné dysfagií

*očekávaný výsledek* → pacientka má normální kožní turgor a je dostatečně hydratována

*intervence* → podporuj pacientku v příjmu tekutin a sleduj jejich příjem, sleduj známky dehydratace, jako jsou suché sliznice, snížený kožní turgor, dbej na správnou teplotu podávaných tekutin

*hodnocení* → k rozvoji dehydratace během hospitalizace nedošlo

<b>Edukační plán</b>				
<b>Účel edukačního plánu</b>	Předejít vzniku infekce a minimalizovat rizika			
<b>Cíl edukačního plánu</b>	Slečna zvládá minimalizaci rizik správnou péčí o dutinu ústní			
<b>Pomůcky:</b>			<b>Výukové metody</b>	
Chamomilla Teva 100ml roztok, plastový kelímek, balená neperlivá voda, informační leták			Praktická ukázka, rozhovor	
<b>Druh cíle</b>	<b>Specifické cíle</b>	<b>Hlavní body plánu</b>	<b>Časová dotace</b>	<b>Hodnocení</b>
Kognitivní	Slečna si vybaví správný poměr vody a léčebného roztoku	Slovní instruktáž o správném postupu a poměru ředění	4 x 5minut	Pacientka dokáže slovně shrnout správný postup a říct poměr mezi vodou a léčebným roztokem
Psychomotorický	Slečna umí správný postup realizovat	Praktická ukázka správného postupu přípravy roztoku. Následně provádí slečna.	4 x 5minut	Slečna ukázala správný postup přípravy roztoku
Afektivní	Pacientka dojde k přesvědčení, že správná péče o dutinu ústní je podstatná k hojení pooperační rány per primam	Vysvětlení podstatnosti správné péče o dutinu ústní nutné k hojení pooperační rány per primam	2 x 2minut	Slečna pravidelně provádí výplachy dutiny ústní

## 12. KAZUISTIKAČ. 2

### Katamnéza → od prvního setkání až po ukončení léčby

#### 12.1. Anamnéza

##### *osobní anamnéza*

Slečna R. H. narozena roku 1995 v Klatovské nemocnici sekci. K hospitalizaci byla přijata pro chronické změny na tonsilách, po často se opakujících atakách tonsilitidy. V roce 2004 podstoupila adenotomii laserovou metodou ve vojenské nemocnici v Plzni v celkové anestezii. Celková anestezie proběhla bez komplikací. Stav před hospitalizací velmi dobrý, dlouhodobě se slečna s ničím neléčí. Pravidelně užívá hormonální antikoncepci (Foxinetteneo 1 tbl.), vzhledem k jejímu věku obvyklá medikace. Slečna má alergii na pyl a ocet, v pylové sezóně (od května do července) užívá Zyrtec – jednu tabletu ráno, jako prevenci alergické rhinitis. Slečna během dětství prodělala běžná dětská onemocnění. Mimo tato běžná onemocnění prodělala mononukleózu a limskou boreliózu. V roce 2007 pacientka prodělala na lyžích úraz páteře (vyhřeznutí plotének). V roce 2008 podezření na apendicitis acuta řešeno konzervativně. V roce 2016 ataka spálové angíny, po níž byla slečna indikována k tonsilektomii. Současný stav první den hospitalizace dobrý, slečna je zcela zdravá. Veškerá vyšetření prováděná v rámci dlouhodobé předoperační přípravy byla bez patologie. Na základě těchto vyšetření slečna shledána kardiopulmonálně kompenzovanou, a tedy i operace v celkové anestezii schopnou. Vitální funkce naměřené při příjmu vyhodnoceny jako fyziologické. Farmakologická anamnéza vzhledem k typu operace nepodstatná. Slečna neužívá pravidelně žádné jiné léky než hormonální antikoncepci.

##### *rodinná anamnéza*

Matka v minulosti trpěla na časté pneumonie → špatně léčeny, jinak zdravá. Otec hypertonik, jinak zdrav. Bratr zdrav, v dětství prodělal běžná dětská onemocnění, podstoupil pouze adenotomii. Rodinný výskyt dědičného DM (diabetes mellitus), slečna jej nemá.

##### *sociální anamnéza*

Pacientka žije s rodiči a sourozencem v panelovém bytě. Slečna je již zaměstnána jako zdravotnický asistent v Klatovské nemocnici a.s. na oddělení větších dětí. Vztahy v rodině vřelé, plánují s přítelem samostatné bydlení.

## **12.2. První setkání s pacientkou**

Koncem července 2017 přichází do otorinolaryngologické ambulance slečna ve věku 21 let v doprovodu své matky pro silnou dysfagii a horečku. Slečna byla ošetřena a léčena se spálovou angínou na ORL oddělení Klatovské nemocnici a.s. Na konci terapie byla slečna objednána k tonsilektomii z důvodu chronických po zánětlivých změn na tonsilách. Slečna trpí na časté angíny, pravidelně minimálně dvakrát v roce bere ATB (antibiotika) z důvodu tonsilitis acuta. Slečna objednána k plánovanému otorinolaryngologickému předoperačnímu vyšetření na 13. října 2017. Slečna odchází z ambulance edukována o dalším postupu léčby a se stanoveným datem plánovaného předoperačního vyšetření. Dále předána zpráva pro obvodního lékaře.

V říjnu 2017 přichází do otorinolaryngologické ambulance pacientka ve věku 22 let v doprovodu svého přítele k plánovanému předoperačnímu otorinolaryngologickému vyšetření. Pacientka byla vyšetřena a byla jí stanovena diagnóza tonsilitis chronica (chronický zánět krčních mandlí). Makroskopicky patrná oboustranná krční lymfadenitida a zjizvení na tonsilách po předchozích atakách tonsilitidy. Pacientka poučena o dalším postupu léčby a předána jí pozvánka k plánované tonsilektomii v CA (celkové anestezii) s datem 13. 11. 2017. Společně s pozvánkou k plánované operaci předány: žádost o předoperační vyšetření obvodním lékařem a anesteziologem. Slečna dostala domů informovaný souhlas s operací, aby si jej mohla v klidu přečíst. Pacientka poučena, že informovaný souhlas donese podepsaný v den nástupu k plánované operaci tj. 13.11. 2017.

Pacientka odchází z ambulance edukována v oblasti postupu léčby, s požadavky k přijetí a k předoperačnímu vyšetření.

## **12.3. Počátek hospitalizace**

*pondělí 13. 11. 2017*

Dne 13. 11. 2017 byla přijata přes otorinolaryngologickou ambulanci 22-ti letá slečna k plánované tonsilektomii. V ambulanci bylo provedeno laryngoskopické vyšetření sloužící ke stanovení pohyblivosti hlasivek a intubačních poměrů, makroskopickému zhodnocení tonsil aj. Pacientka byla uložena na SLF-chirurgického oddělení Klatovské nemocnice a.s. V tento den bylo provedeno i anesteziologické konzilium a vizita otorinolaryngologem.

### *Odborná vyšetření provedená v příjmové ambulanci*

- lupenlaryngoskopie: bpn
- rhinoepipharyngoskopie: nosní sliznice fyziologická, choany volně průchodné, septum středem

### *Ordinace lékaře*

- D 3 → od půlnoci nic p.o.
- trvalá medikace: Foxinetteneo 1 tbl. ráno (pacientka bere sama)
- zítra premedikace dle COS: Sanoringtt. do nosu s odjezdem na sál, Dormicum 7,5 mg p.o., Atropin **0,5mg p.o.**

### *Ošetrovatelská péče*

Uložení pacientky na pokoj, seznámení se spolupacientkami, odběr ošetrovatelské anamnézy, psychická příprava na výkon, hygiena (sama → edukována v oblasti péče o dutinu ústní, nesmí si již večer čistit zuby s použitím zubní pasty, pouze vodou, možné vypláchnout ústní vodou), strava na jídelně chirurgického oddělení, slečna edukována o možnosti raního užití antikoncepce, od půlnoci lační, premedikace na výzvu

### *úterý 14. 11. 2017 → den výkonu*

#### *Ordinace lékaře před výkonem*

- D nic per os, po výkonu dieta čaj
- trvalá medikace: Foxinetteneo 1 tbl. ráno
- premedikace na výzvu: Sanoringtt. do nosu s odjezdem na sál, Dormicum 7,5mg p.o., Atropin 0,5mg p.o.

#### *Ošetrovatelská péče před výkonem*

Ráno reedukace o hygieně ústní → již nesmí provádět hygienu dutiny ústní za použití zubní pasty ani vyplachovat ústa ústní vodou, možno pouze vypláchnout dutinu ústní kohoutkovou vodou, ráno užití antikoncepce a edukace o zapití malým douškem vody, nic per os a dohled nad lačněním, klid na lůžku, psychická příprava na výkon

Bezprostřední příprava → kontrola identity pacientky podle dokumentace, slovem a identifikačním náramkem, poslání pacientky na toaletu, změření FF (TK 142/97, P 111/min, TT 36,8 °C) a jejich záznam do dokumentace, podání premedikace → edukována o tom, že po premedikaci se může cítit malátná, může se jí točit hlava, edukace

v oblasti prevence pádu → nikam sama nechodit, pokud by se jí chtělo na toaletu či cokoli jiného by potřebovala, byla poučena o přivolání NLZP (nelékařského zdravotnického pracovníka) pomocí signalizačního zařízení, které jí bylo dáno na dosah ruky, poučena o svléknutí veškerého oblečení, včetně spodního prádla, s odjezdem na sál opět provedena kontrola identity pacientky dle identifikačního náramku a slovní kontrolou, slovní dotázání na dodržení režimu nic per os (zda lační) a ošetření dutiny nosní santorin gtt., které byli aplikovány do obou nosních dírek, transport na COS (centrální operační sály) a předání pacientky společně s veškerou dokumentací perioperační sestře v 12:25 hod.

#### *Perioperační ošetřovatelský záznam*

Příjem pacientky perioperační sestrou v 12:25, provedena slovní kontrola identity pacientky, převzata dokumentace od sester z oddělení, kontrola alergií zejména na dezinfekční prostředky (neguje), slovní dotázání na dodržení lačnění, pacientka transportována ze vstupního filtru na žlutý operační sál a zaveden PŽK (periferní žilní katetr) do hřbetu levé ruky, pacientka uložena do operační polohy na zádech, na operačním sále proveden inhalační úvod do celkové anestezie, zavedena intubační kanyla skrze dutinu nosní a dále aplikována intravenózní anestetika přes injektomat, zarouškování a antiseptické ošetření operačního pole skinsep mucosou, následně provedena tamponáda hypopharyngu, čas první incize 12:55 a zahájen samotný operační výkon, během výkonu kapal Isolyte roztok o objemu 1000 ml rychlostí 150ml/hodinu, krvácení stavěno opichem a bipolární koagulací, z odstraněných tonsil odebrán histologický preparát v počtu tří vzorků, zhruba 25 minut před koncem výkonu podán Paracetamol Kabi 1g i.v., patrové oblouky sešity UCRYL W 9024 LOTKE 8D8PD0, čas poslední sutury a ukončení samotného operačního výkonu ve 13:20, následně byla provedena kontrola počtu roušek, poloroušek, sušení a nástrojů, anesteziolog provedl zrušení anestezie podáním antidot anestetik s následnou extubací, celková délka anestezie stanovena na 55 minut, pacientka opouští sál bez známek krvácení a kardiopulmonálně kompenzovaná, slečna transportována z operačního sálu zpět do filtru, kde došlo k předání pacientky sestře z oddělení zhruba ve 13:45hod.

#### *Operační protokol*

Operace zahájena 14. 11. 2017 v 12: 55 na operačním sále OP5 žlutý sál, výkon probíhal v celkové anestezii, operační diagnosa J 350 Chronická tonsilitida, operační výkon tonsilektomie (výkon pro ZP 71763 2x tonsilektomie), operace ukončena 14. 11. 2017 v 13:45.



Popis operace → tonsilectomia billateralis: v CA připraveno operační pole, vpravo uchopena tonsila Maršíkovou pinzetou, povytáhnuta mediálně a skalpelem proveden nářez předního patrového oblouku, nůžkami proniknuto do vrstvy a tamponem tupě provedena preparace tonsil od horního pólu směrem distálně, hilus přerušen Bruningsovou kličkou, během preparace tonsila fixována na dvou místech jizvou, tyto jizvy zeslabeny bipol. koagulací, a pak přerušeny. Po odstranění tonsily proveden opich lůžka, doplněno bipol. Koagulací na více místech. Lůžko makroskopicky zkontrolováno. Operace vlevo probíhala identicky, včetně opichu a více lokální bipolární koagulace. Výkon trval 35 minut, krevní ztráty přiměřené výkonu, lůžka čistá bez známek krvácení, vysušena sanorin tampony.

#### *Ordinace lékaře po výkonu*

- Monitoring bolesti á 3 hodiny, kontrola krvácení!!!
- zítra dieta ORL/polévka, piškoty v čaji, pudink
- obklady na krk i zepředu, zvýšená poloha hlavy
- observace stavu dýchání, kontroly TK, P, TT dle rozpisu (v 14-15-16-17-19 hod.)
- infuzní terapie: 1.INF.: Isolyte 1000 ml nechat dokapat ze sálu 150ml/1hod, 2.INF.: Glucose 5% 500 ml 13-15hod
- analgetika: Novalgin 1 amp. do 100 ml FR i.v. á 6-8 hod, Paracetamol Kabi 750 mg i.v. á 6-8 hod, rozestup mezi jednotlivými analgetiky minimálně 2 hodiny
- terapie: PNC 2xD 1,5 milionu j. nyní, následně ve 20 hod., nyní podat 1tbl. Codein 30
- flexilu ponechat + péče o ni
- pooperační vizita: slečna si stěžuje na bolesti a absolutní nemožnost polykání, lůžka klidná bez známek krvácení, nezvrací a je afebrilní.

#### *Ošetřovatelská péče po výkonu*

Pacienta převzata z COS ve 13:45hod a transportována na chirurgické oddělení, provedeno měření saturace, krevního tlaku a pulzu po příjezdu ze sálu, provedena úprava lůžka a zdvižení horního dílu postele pod hlavou, tak aby bylo minimalizováno riziko aspirace případných sekretů, slečna poučena o vyplivování slin, které nemůže z důvodu bolesti polknout do emitní misky, poučena i o tom, že z emitní misky buničinu nebude vyhazovat, abychom měli kontrolu nad krvácením a množstvím sekretu, pacientce podáno

signalizační zařízení k ruce, edukována o riziku pádu, slečně byl aplikován chlad zezadu i zepředu na krk z důvodu analgezie, ale také ke snížení rizika krvácení, ledy pravidelně měněny, aplikace PNC 1,5 milionu j. i.m. dle ordinace operátéra, pravidelně prováděna observace dechu, tlaku a pulzu (fyziologické funkce bez významné patologie), pravidelné sledování bolesti a podávání analgetik dle ordinace lékaře, asistence u vizity otorinolaryngologa, péče o PŽK (hodnocení dle Madonna, tíže flebitis vyhodnocena na stupeň 0), aplikace infuzní terapie dle ordinace lékaře, založen záznam k ošetřování invazivních vstupů a k monitoraci bolesti, sledování první mikce, která proběhla v 17:20 hod., péče o hydrataci pacientky → edukace v oblasti, že nesmí horké pouze vlažné, aby nedošlo k rozkrvácení operačního pole (čaj nalit v předstihu, aby ochladl), zároveň tekutiny hrazeny parenterální cestou (infuzní terapie), pacientka edukována v oblasti hygieny dutiny ústní (zatím možné pouze vyplachovat vlažnou vodou)

### ***středa 15. 11. 2017 → 1. pooperační den***

#### *Ordinace lékaře*

- monitoring bolesti á 3 hodiny
- D ORL/ polévka, piškoty do čaje, pudink
- ledové obklady ponechat do odpoledne pak ex
- flexilu zatím ponechat k aplikaci analgetik + péče o PŽK
- terapie: PNC 1,5 milionu j. v 8, 20 hod., Aescin-Teva 2-2-2 tbl.
- analgetika: Novalgin 1 amp. do 100 ml FR i.v. á 8 hod., Paracetamol Kabi 750 mg i.v. á 6-8 hod., časový rozestup mezi jednotlivými analgetiky minimálně 2 hod.
- vizita otorinolaryngologa: slečna zatím příliš nemluví, subjektivně udává, že se moc nevyspala, vyžadovala analgetika během noci, objektivně → uvula s otokem, lůžka s fibrem, ústa otevře lehce omezeně.

#### *Ošetřovatelská péče*

Reedukace v oblasti hygieny dutiny ústní, strava v jídelně, reedukace v oblasti toho, že nesmí nic horkého, pouze vlažné tekutiny, piškoty rozmocit v kávě (nepolykat je na sucho), aplikace PNC 1,5 milionu jednotek i.m. (ráno a večer), péče o PŽK, kontrola krvácení → slečna edukována, že v případě, kdy by začala vyplivovat sliny s příměsí krve, okamžitě to nahlásí sestře, pacientce byla k dispozici stále emitní miska na vyplivování slin,

keré z důvodu bolestivosti odmítala polykat, slečna byla poučena o tom, že obsah emitní misky nebude vyhazovat, aplikace chladu (s plněním večerních ordinací zrušeno), aplikace analgetik dle potřeby a ordinace lékaře, asistence u vizity, péče o psychický stav pacientky → umožnění kontaktu s rodinou a přáteli.

#### **čtvrtek 16. 11. 2017 → 2. pooperační den**

##### *Ordinace lékaře*

- monitoring bolesti á 3 hodiny → nabízet analgetika!!!
- D ORL/ kaše, piškoty do čaje, pudink
- vyplachovat dutinu ústní řepíkem nebo heřmánkem
- flexilu prosím zatím ponechat +péče o PŽK
- terapie: PNC 1,5 milionu j. v 8, 20 hod., Aescin-Teva 2-2-2 tbl.
- analgetika: Paracetamol Kabi 750 mg i.v. á 6-8 hod., Algifen gtt. 35 gtt. á 6-8 hodin, časový rozestup mezi jednotlivými analgetiky minimálně 2 hod.
- vizita otorhinolaryngologa: subjektivně udává, že spala již lépe, stále moc nemluví, vyžadovala analgetika během noci, objektivně → na uvule přetrvává otok, lůžka s fibrem, ústa otevře stále lehce omezeně.

##### *Ošetrovatelská péče*

Reedukace v oblasti péče o dutiny ústní, dnes smí vyplachovat ústa vlažným řepíkem nebo heřmánkem, strava na jídelně, připomenutí toho, že nesmí nic horkého pouze vlažné, pečivo rozmočit v čaji (nepolykat na sucho), péče o PŽK (hodnocení tíže flebitis dle Madona), aplikace PNC 1,5 milionu jednotek i.m. (ráno a večer), kontrola krvácení → slečna poučena, že okamžitě hlásit sestře, pokud by začala vyplivovat sliny s příměsí krve, pacientce ponechána emitní miska na vyplivování slin, slečna byla poučena o tom, že obsah emitní misky nebude vyhazovat, aplikace analgetik dle potřeby a ordinace lékaře, asistence u vizity, péče o psychický stav pacientky.

#### **pátek 17. 11. 2017**

##### *Ordinace lékaře*

- Monitoring bolesti á 3 hodiny → nabízet analgetika!!!
- D ORL/kaše, piškoty do čaje, pudink
- PŽK dnes EX
- dnes dimise do domácího ošetřování

- analgetika: Algifen gtt 35gtt. á 6-8 hod., Novalgin 1amp. á 8.hod, časový rozestup mezi jednotlivými analgetiky minimálně 2 hod.
- terapie: PNC 1,5 milionu j. v 8, 20 hod., Aescin-Teva 2-2-2 tbl.
- vizita otorhinolaryngologa: subjektivně spala dobře, mluví již o trochu lépe, analgetika během noci neměla, objektivně → uvula stále s naznačeným otokem, lůžka s fibrem, ústa otevře lehce omezeně.

#### *Ošetrovatelská péče*

Reedukace v péči o dutinu ústní (opatrně si může čistit, ne mentolovou pastou a ústní vodou typu Listerin), aplikace PNC 1,5 milionu j. i.m. ráno, strava na jídelně, nesmí nic horkého pouze vlažné, pečivo rozmočit v tekutinách, nic nepolykat na sucho, péče o PŽK (hodnocení tíže flebitis dle Madona), kontrola krvácení → slečna poučena, že okamžitě hlásit sestře, pokud by začala vyplivovat sliny s příměsí krve, aplikace analgetik dle potřeby a ordinace lékaře, asistence u vizity.

#### *Propuštění do domácího ošetřování*

Při propuštění slečně poskytnut edukační materiál deseti zásad, jak se chovat po TE (tento dokument viz příloha č. 5). Slečna odchází poučena o léčebném režimu (klidový režim, nechodit do kolektivu, pracovní neschopnost...), dietním omezení (nevhodné kyselé šťávy, ostrá jídla...) a o vhodné úpravě stravy (spíše měkká strava, vhodné omáčky s těstovinami atd.). Edukována v oblasti užívání analgetik, mezi jednotlivými analgetiky časový rozestup minimálně 2 hodiny (možné kombinovat algifenovégtt. s paralenem či nurofenem, ibalgin je nevhodný). Slečna poučena i o užívání antibiotik (nutno dobrat, časové rozmezí...)

Pacientka odchází s edukačním letákem, poučena o léčebném režimu, stanoveným datem kontroly na otorhinolaryngologické ambulanci (pondělí 20. 11. 2017) a s předpisem na algifenové kapky (ALGIFEN NEO POR GTT SOL 1X50ml dávkování: 40-45 kapek á 6-8 hodin), antibiotika (OSPEN 1 500 po 8 hodinách) a antiedematozní léčbu (AESCIN-TEVA 90 tbl.).

## 12.4. Po propuštění

*pondělí 20. 11. 2017*

- subjektivně → cítí se unavená a malátná, bolestivost v krku přetrvává, stupňuje se při polykání, slečna udává, že od propuštění se u ní neprojevily známky krvácení (žádné krevní stopy ve slinách...)
- objektivně → lůžka s fibrem, stehy vpravo již nevidím, vlevo steh v insitu, bez známek krvácení, hltan klidný, ústa otevírá s mírným omezením, afebrilní, Oспен stále bere.

Slečna odchází z ordinace s datem kontroly (pátek 24. 11. 2017) a edukována v oblasti klidového režimu a léčebném režimu (pokračovat v ATB terapii a antiedematozní léčbě). Analgetika zvykle při bolesti, doporučeno vyplachovat dutinu ústní vlažným řepíkem nebo heřmánkem, lépe Tantum verde (dezinfekční a analgetický účinek), při obtížích kontrola na ambulanci kdykoli.

*pátek 24. 11. 2017*

- subjektivně → cítí se stále unavená, bolest v krku ještě trvá (při polykání se stupňuje), nekrvácela
- objektivně → hltan klidný, bez známek akutního krvácení, lůžka s fibrem, stehy již nevidím, afebrilní, stále bere ATB.

Pacientka odchází z ordinace bez známek akutního krvácení, poučena o léčebném režimu → pokračovat v dosavadní terapii (klidový režim → zatím neukončena pracovní neschopnost), vyplachovat dutinu ústní Tantum verde, analgetika při bolesti. Kontrola opět za týden (1. 12. 2017)

*pátek 1. 12. 2017*

- subjektivně → cítí se již méně unavená, bolest v krku zmírněna, ale ještě trvá, nekrvácela
- objektivně → hltan klidný, bez známek akutního krvácení, lůžka místy s fibrem, afebrilní, ATB již dobrala.

Pacientka odchází z ordinace bez známek akutního krvácení, poučena o léčebném režimu, vyplachovat dutinu ústní Tantum verde, analgetika při bolesti. Kontrola opět za týden (8. 12. 2018)

***pátek 8. 12. 2017***

- subjektivně → cítí se dobře, mírnou bolest pociťuje pouze při polykání tuhé stravy
- objektivně → bez známek akutního krvácení, afebrilní, lůžka již téměř zhojena, ústa otevírá bez omezení, hltan klidný

Pacientka odchází z ordinace bez známek akutního krvácení, poučena o léčebném režimu, vyplachovat dutinu ústní Tantum verde, analgetika při bolesti. Kontrola opět za týden

***pátek 15. 12. 2017***

- subjektivně → cítí se dobře, mírnou bolest pociťuje pouze při polykání tuhé stravy.
- objektivně → bez známek akutního krvácení, afebrilní, lůžka po TE klidná a zcela zhojená, ústa otevírá bez omezení, hltan klidný

Pacientka předána do péče obvodního lékaře, poučena o tom, že pokud by se naskytl jakýkoli problém, vyhledá pomoc otorhinolaryngologa. Další kontrola podle potřeby při obtížích, za týden možno pracovníě uschopnit (pracovník ve veřejném sektoru).

## 13. OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN

### 13.1. Anamnéza

#### *osobní anamnéza*

Slečna R. H. narozena roku 1995 v Klatovské nemocnici sekci. K hospitalizaci byla přijata pro chronické změny na tonsilách po často se opakujících atakách tonsilitidy. V roce 2004 podstoupila adenotomii laserovou metodou ve vojenské nemocnici v Plzni v celkové anestezii. Celková anestezie proběhla bez komplikací. Stav před hospitalizací velmi dobrý, dlouhodobě se slečna s ničím neléčí. Pravidelně užívá hormonální antikoncepci (Foxinetteneo 1 tbl.), vzhledem k jejímu věku obvyklá medikace. Slečna má alergii na pyl a ocet, v pylové sezoně (od května do července) užívá Zyrtec jednu tabletu ráno jako prevenci alergické rhinitis. Slečna během dětství prodělala běžná dětská onemocnění. Mimo tato běžná onemocnění prodělala mononukleózu a lymfickou boreliózu. V roce 2008 podezření na apendicitis acuta řešeno konzervativně. V roce 2007 pacientka prodělala úraz páteře (vyhřeznutí plotének) na lyžích. V roce 2016 ataka spálové angíny, poníž byla slečna indikována k tonsilektomii. Současný stav první den hospitalizace dobrý, slečna je zcela zdráva. Veškerá vyšetření prováděná v rámci dlouhodobé předoperační přípravy byla bez patologie. Na základě těchto vyšetření slečna shledána kardiopulmonálně kompenzovanou, a tedy i operace v celkové anestezii schopnou. Vitální funkce naměřené při příjmu vyhodnoceny jako fyziologické. Farmakologická anamnéza vzhledem k typu operace nepodstatná. Slečna neužívá pravidelně žádné jiné léky než hormonální antikoncepci.

#### *rodinná anamnéza*

Matka v minulosti trpěla na časté pneumonie → špatně léčeny, jinak zdráva. Otec hypertonik jinak zdrav. Bratr zdrav, v dětství podstoupil adenotomii. Rodinný výskyt dědičného DM (diabetes mellitus), slečna jej nemá.

#### *použité škály*

Madonnova stupnice → tíže flebitis 0, Melzakova stupnice → intenzita bolesti na úrovni 4 (krutá bolest), Barthelův test základních všedních činností → 90 bodů vzhledem k pooperačnímu vertigu.

## **13.2. Model „Funkčního typu zdraví“ Marjory Gordonové: 2. pooperační den**

### ***Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví***

*subjektivně* → cítí se zdráva, nechává se očkovat nad rámec povinných očkování (na HPV a chřipku), užívá doplňky stravy (slečna se zajímá o zdravou výživu a aktivně se věnuje běhu), často trpí na angíny, a to i několikrát v roce, nikdy vážněji nestonala a žádný těžký úraz neměla (pouze vyhřeznutí plotének po pádu na lyžích), v devíti letech podstoupila adenotomii, na preventivní prohlídky ke stomatologovi, gynekologovi i obvodnímu lékaři chodí

*objektivně* → v lékařské dokumentaci zanesen stav po adenotomii v roce 2004, vyhřeznutí plotének v roce 2007 a stav po lymfatické borelióze. Při sběru anamnestických dat detekována alergie na pyly a ocet. Chrup sanovaný, celkový stav pacientky objektivně dobrý, fyzikální vyšetření bez patologie, anesteziologické i interní vyšetření BPN, otorinolaryngologem shledána pouze krční lymfadenitida a chronické po zánětlivé změny na tonsilách, jinak taktéž bez patologie

### ***Výživa a metabolismus***

*subjektivně* → momentálně nemá chuť jíst ani pít vzhledem k únavě a pooperační bolesti, ve zdraví si potrpí na zdravou výživu („snažím se jíst zdravě, ale občas zhřeším, miluju sladké“), snaží se jíst pravidelně a dodržuje vysoko-bílkovinou dietu, nejí houby, ořechy a sušené ovoce, pitný režim moc nedodržuje i když se o to snaží („za den vypiju tak litr a půl vody, nemám přes den žízeň“, „piju pouze při sportu, jinak na pití zapomínám“), preferuje vodu nebo 100% ovocné a zeleninové šťávy („každý den si dělám k snídani buď ovocné, nebo zeleninové smoothie“)

*objektivně* → jí pouze málo nebo vůbec (většinou odmítá stravu z důvodu bolesti při polykání), za den vypije zhruba čtvrt konvičky čaje (tj. 500ml)

### ***Vylučování***

*subjektivně* → problémy s vyprazdňováním neudává, doma na stolicí chodila pravidelně každý den

*objektivně* → mikce již proběhla, na stolicí nebyla



### ***Aktivita, cvičení***

*subjektivně* → před operací se aktivně věnovala běhu, nyní verbalizuje pocit malátnosti a únavy

*objektivně* → postava velmi atletická, pospává během dne, při chůzi většinou požaduje doprovod (vertigo)

### ***Spánek, odpočinek***

*subjektivně* → ve všední dny, kdy nejde do práce si ráda přispí (stejně jako o víkendu), do práce vstává pravidelně v 5 hodin („když mám volno a o víkendu vstávám, až když chci“, „chodím také déle spát, můžu se koukat na televizi, protože ráno nevstávám do práce“), momentálně není schopna zhodnotit, jak dlouho spí, vzhledem k tomu, že se často budí, do této doby neměla problém se spánkem, až teď během hospitalizace se často během noci probouzí, ale po chvíli zase usne („často se vzbouzím, protože nemohu polknout“, „spím s otevřenou pusou a vysychá mi to, a pak nemohu polykat a když už polknu, tak je to velmi bolestivé a musím se napít, aby mi šlo polknout“), po probuzení se necítí odpočatě

*objektivně* → ze záznamů noční směny není patrné, že v noci nespí, nicméně během noci slečna vyžaduje analgetika, slečna pospává během dne a jsou patrné celkové projevy únavy (neschopnost koncentrace, celková slabost...)

### ***Vnímání, poznávání***

*subjektivně* → slečna nemá žádný handicap (mentální ani zdravotní), verbalizuje, že není schopna se po delší dobu koncentrovat z důvodu vyčerpání („vždy po návštěvě se cítím vyčerpaná a nepamatuju si, co mi kdo říkal“)

*objektivně* → své příbuzné a přátele poznává naprosto bezpečně, během rozhovoru se brzy unaví, zrakový ani sluchový handicap neguje

### ***Sebekoncepce, sebeúcta***

*subjektivně* → hodnotí se negativně a cítí se trapně („cítím se trapně, když něco rozliju, protože strčím neohrabaně do stolku“), na dotaz, jestli má z něčeho strach odpovídá: „nevím“ jestli se něčeho bojím, to asi ne, ale celkově se cítím nepříjemně, protože jsem zvyklá si vše dělat sama a teď mi to nejde tak, jak bych si představovala“

*objektivně* → zhoršená koordinace pohybů, skleslá nálada (slečna je smutná), slečna začíná prosbu: „Je mi to trapné, ale mohla byste...“, slečna se chová rozpačitě při vyšetření během vizity (těká očima po místnosti, uhýbá při pohmatu na krk z důvodu bolesti a omlouvá se zato, že to ucukávání nemůže ovlivnit)

### ***Plnění rolí, mezilidské vztahy***

*subjektivně* → nemá problém, má přítele se kterým společně plánují bydlení, se sourozencem i rodiči si rozumí

*objektivně* → bydlí s rodiči a sourozencem, vztah s nimi vřelý, s partnerem plánují společné bydlení

### ***Sexualita, reprodukční schopnost***

*subjektivně* → slečna plánuje rodinu cca. za dva až tři roky, až si s přítelem zařídí bydlení („chtěla bych dvě děti, ale nejdříve se s XXX musíme nastěhovat do svého bytu“)

*objektivně* → slečna vypráví o budoucnosti s dětmi s velkým zaujetím (má to přesně rozplánované, co a jak bude), ve zdravotnické dokumentaci nenalezena anamnéza gynekologických potíží, momentálně užívá antikoncepci

### ***Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance***

*subjektivně* → slečna se cítí unavená a vyčerpaná, má pocit, že nic nezvládá sama a na vše potřebuje pomocníky

*objektivně* → pacientka je nesvá při prosbách o pomoc, vždy začíná prosbu o pomoc: „Cítím se trapně, ale mohla byste mi pomoci s...“

### ***Víra, přesvědčení, životní hodnoty***

Slečna věří v nějakou energii, ale ve své podstatě je ateistka stejně jako zbytek její rodiny

### ***Bezpečnost a ochrana***

*subjektivně* → slečna se nechala očkovat proti HPV a chřipce, snaží se žít zdravě

*objektivně* → slečna má naočkovaná všechna povinná očkování

### ***Komfort***

*subjektivně* → slečna verbalizuje bolesti v krku, které je stupňující při polykání, udává, že když se napije jde jí část tekutin do nosu a ten jí pak pálí

*objektivně* → slečna vyžaduje analgetika, má bolestivé grimasy při polykání, odmítá polykat sliny (vyplivuje je do emitní misky), hodnocení bolesti dle Melzaka je na úrovni 3-4, tedy krutá bolest, expresivní chování (brání se při vyšetření → uhýbá, chytá lékaře za ruce...)

### ***Růst a vývoj***

*subjektivně* → slečna hodnotí svůj vzrůst jako normální, v práci patří mezi vzrůstový průměr („nikdy jsem moc výškou nevyčnívala“)

*objektivně* → slečny výšku 171 cm jsem zhodnotila jako normální (dle percepční tabulky vzrůstu, kterého by měla dosáhnout dívka v období plnoletosti)

### ***Jiné***

zaveden periferní žilní katetr na operačním sále v den výkonu → tíže flebitis vyhodnocena dle Madonnovy stupnice na stupeň

## 14. OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY

### 14.1. Aktuální ošetrovatelské problémy

#### **00132 akutní bolest v oblasti krku z důvodu operačního zákroku**

*etiologie* – operační výkon v oblasti krku

*subjektivně* → pacientka verbalizuje palčivé bolesti v krku, které se stupňují při polykání a vystřelují do uší, slečna udává, že nemá chuť jíst ani pít, aby nemusela polykat

*objektivně* → bolestivé grimasy (při polykání, ORL vyšetření...), změna vnímání času, expresivní chování (neklid, sykání), autonomní reakce organismu (pocení, bledost v obličeji, zvýšení pulzu a krevního tlaku)

*očekávaný výsledek* → úleva od bolesti do 30 minut od podání analgetik ordinovaných lékařem

*ošetrovatelské intervence* → pravidelně sleduj a hodnot' stupeň bolesti dle Melzakovy stupnice, sleduj charakter, lokalizaci, zhoršující faktory a kolísání bolesti během dne, hodnot' ovlivnitelnost bolesti analgetickou terapií, pozoruj neverbální projevy bolesti (bolestivé grimasy, ucukávání při vyšetření...), sleduj FF, které jsou vlivem bolesti měněny a vyhodnot' vliv bolesti na fyzickou (zejména spánek a odpočinek) a psychickou pohodu, zajisti klidné a pohodlné prostředí, podávej analgetika dle ordinací lékaře a sleduj jejich účinek včetně nežádoucích, ved' pacientku k spoluúčasti na podávání analgetik (sama si bude určovat kdy chce analgetika)

*hodnocení* → pravidelným hodnocením a podáváním ordinovaných analgetik byla bolest zmírněna na stupeň pro slečnu akceptovatelný (stupeň 1-2)

#### **00095 porucha spánku v souvislosti s akutní bolestí**

*etiologie* – akutní pooperační bolest v oblasti krku, zhoršující se s polykáním

*subjektivně* → pacientka verbalizuje, že se neustále během spánku budí („nemám problém usnout, ale hned jak polknu, tak se proberu“), po spánku se necítí odpočinitá („mám pocit, jako bych vůbec nespala“)

*objektivně* → snížená fyzická aktivita, zhoršená koordinace pohybů, slečna si stěžuje na to, že se neustále během noci vzbouzí (z nočních záznamů není patrné, že pacientka nespí, nicméně během noci vyžaduje analgetika), pacientka pospává během dne, verbalizuje, že se cítí slabá a unavená (časté zívání), pacientka je vzhůru o dost dříve než ostatní pacienti

*očekávaný výsledek* → zkvalitnění spánku a odpočinku následující noc

*ošetřovatelské intervence* → sleduj a zaznamenávej subjektivní pocity pacienta ze spánku a odpočinku, zajisti vhodné prostředí a klid ke spánku a odpočinku, podávej analgetika dle ordinací lékaře a sleduj jejich účinek, vzhledem ke snížené fyzické aktivitě a koordinaci pohybů zajisti dopomoc v deficitní oblasti

*hodnocení* → po následující noci se slečna cítila více odpočatá

#### **00002 nedostatečná výživa**

*etiologie* – odmítání stravy z důvodu vysoké bolestivosti při polykání tekuté i kašovitě stravy

*subjektivně* → pacientka udává, že nemá na nic chuť a nepocituje ani pocit hladu, verbalizuje změnu chuti („vše se mi zdá hořko sladké“)

*objektivně* → denní příjem stravy neodpovídá metabolickým potřebám (slečna nesní ani čtvrt porce), bolesti při polykání zapříčiněné operačním zákrokem v této oblasti, celková slabost

*očekávaný výsledek* → pacientka chápe nutnost přijímat potraviny a je ochotná přijímat stravu v přijatelném množství, tj. alespoň polovina podávaného množství

*ošetřovatelské intervence* → edukuj pacienta o vhodných potravinách, jejich úpravě a zejména teplotě, pravidelně větrej pokoj tak, aby se v pokoji eventuálně v jídelně nekoncentrovaly nepříjemné pachy, dbej také na servírování (musí vypadat vizuálně lákavě), podporuj pacientku v pravidelném a dostatečném příjmu stravy, posuď míru ochoty přijímat stravu, pečuj o hygienu dutiny ústní (výplachy heřmánkem → prevence infekce a hojení pooperační rány)

*hodnocení* → slečna na konci hospitalizace snědla slabší polovinu porce

### **00103 porušené polykání**

*etiologie* – bolest a otok v oblasti polykacích cest způsobený operačním výkonem

*subjektivně* → pacientka verbalizuje bolesti při polykání, pocit tlaku a zaseknutí sousta („během jídla musím popíjet a polknout dvakrát až třikrát, než to spolknou“), vždy si schovává sliny, než je polkne

*objektivně* → slečna při příjmu potravy nebo tekutin polyká na vícekrát, slečna má snížený příjem stravy a tekutin, bolestivé grimasy při polykání

*očekávaný výsledek* → pacientka je schopna do propuštění lépe polykat a přijímat stravu i tekutiny v přijatelném množství (není riziko malnutrice ani dehydratace)

*ošetřovatelské intervence* → posuď schopnost polykat na základě podání malého množství tekutin, zajisti vhodnou úpravu a konzistenci stravy, podávej vhodné tekutiny (ne perlivé nebo horké), poskytni dostatek času k příjmu stravy a poskytni mu psychickou podporu, zhodnot' otok v oblasti krku a podávej předepsanou medikaci

*hodnocení* → 3. pooperační den je slečna schopna lépe polykat (zvýšil se příjem per os), otok v oblasti krku pozvolna ustupuje

### **00045 poškozená ústní sliznice**

*etiologie* – chirurgický výkon v oblasti dutiny ústní

*subjektivně* → verbalizace bolesti v oblasti dutiny ústní, poruchy chuti k jídlu a polykání

*objektivně* → operační rána v oblasti krku, otok této oblasti, snížený příjem stravy a tekutin, omezené otevírání úst, neochota příliš komunikovat

*očekávaný výsledek* → po dobu hospitalizace se budou operační rány hojit per primam

*ošetřovatelské intervence* → péče o dutinu ústní, výplachy řepíkem, podávání medikace (ATB, antiedematózní terapie), prevence infekce, pravidelné sledování známek infekce krvácení

*hodnocení* → splněno částečně, slečna odchází s klidnou pooperační ránou nejvící známky krvácení

### **00148 strach**

*etiologie* – přílišná znalost veškerých komplikací (pracovník ve zdravotnictví)

*subjektivně* → neví, jak se má tvářit nebo chovat při kontaktu s personálem, který zná z výkonu svého povolání, bojí se komplikací a nezvládnutí bolesti

*objektivně* → slečna je rozpačitá, když si má říkat o analgetika nebo odpovídat na otázky zdravotníků, motorický neklid, třes rukou, široce rozevřené oči a zrychlený pulz

*očekávaný výsledek* → dojde k eliminaci strachu do dvou dnů

*ošetřovatelské intervence* → poskytuj pacientovi dostatek informací v rámci svých kompetencí o tom, co se bude dít i jak dlouho to bude trvat, podporuj pacienta po psychické stránce a buď mu nablízku, poskytni prostor pro otázky ze strany pacientky, sleduj projevy strachu na fyziologických funkcích, snaž se odpoutat pacientovu pozornost od zdroje strachu, projev pacientovi empatii, vysvětlí pacientce, že ucukávání během vyšetření je naprosto normální a rozhodně ne trapné (dá se to pochopit vzhledem k bolestivosti vyšetření)

*hodnocení* → slečna plně spolupracuje, ale její výraz v obličeji stále vypovídá o obavách (cítí se nejistá, protože neví, kdy půjde domů), slečna se viditelně uvolnila, když ji lékaři sdělili, že bude propuštěna

## **14.2. Potencionální ošetřovatelské problémy**

### **00004 riziko infekce**

*etiologie* – PŽK, narušená integrita tkáně operačním výkonem

*očekávaný výsledek* → P zná způsoby, jak předcházet infekci nebo alespoň snížit riziko, po dobu zavedení PŽK nedojde k flebitidě dané cévy a rána se hojí per primam

*ošetřovatelské intervence* → důsledně dodržuj aseptický postup v péči o invazivní vstupy, pátrej po lokálních známkách infekce v místě invazivního vstupu (pravidelně hodnot' místo vpichu PŽK dle Madonnovy stupnice), edukuj pacienta o způsobech,

jak snížit riziko pooperační infekce (omezené návštěvy, ne velké skupiny lidí, ne návštěvy s onemocněním respiračního systému...)

*hodnocení* → k rozvoji infekce během hospitalizace nedošlo, P zná způsoby, jak ji předcházet (jeden z bodů desatera po TE → vyhýbat se kolektivu a místům kde se shromažďuje mnoho lidí, např. nákupní centra, divadlo ...)

### **00155 riziko pádu**

*etiologie* – celková slabost, malátnost, únava a vertigo při mobilizaci

*očekávaný výsledek* → během hospitalizace k pádu nedojde, pacientka zná prevenci pádu

*intervence* → vyhodnot' veškeré rizikové faktory (vertigo, slabost, celkovou únavu...), poskytni signalizační zařízení na dosah ruky, edukuj pacienta o nutnosti přivolání personálu pokaždé, když chce někam jít jako prevenci pádu, zajisti bezpečné prostředí → zabrzděné lůžko a noční stolek, suchá podlaha, dostatek osvětlení, protiskluzové pomůcky v koupelně a sprchovém koutu

*hodnocení* → během hospitalizace k pádu nedošlo

### **00206 riziko krvácení**

*etiologie* – narušená integrita tkáně operačním výkonem

*očekávaný výsledek* → slečna ví, jak předcházet krvácení (minimalizace rizik), po dobu hospitalizace nedojde ke krvácení a rána se hojí per primam

*ošetřovatelské intervence* → dodržuj důsledně péči o operační ránu, prováděj pravidelně kontrolu pooperačního krvácení, pátrej po lokálních známkách infekce v místě pooperační rány, edukuj pacienta o způsobech, jak snížit riziko pooperační infekce a krvácení, informuj pacienta i rodinu o prevenci pooperačního krvácení

*hodnocení* → k pooperačnímu krvácení během hospitalizace nedošlo, slečna (i matka) zná způsoby, jak předcházet krvácení nebo jak snížit riziko vzniku (jeden z bodů desatera po TE → nepít horké nápoje)



## 00028 riziko dehydratace

*etiologie* – účelové omezení tekutin ze strany pacientky zapříčiněné dysfagií

*očekávaný výsledek* → pacientka je dostatečně hydratována

*intervence* → podporuj pacienta v příjmu tekutin a sleduj jejich příjem, sleduj známky dehydratace (suché sliznice, snížený kožní turgor, bolesti hlavy...), dbej na správnou teplotu podávaných tekutin (ne horké nebo ledové!!!!), zajišťuj parenterální podávání tekutin dle ordinací lékaře

*hodnocení* → k rozvoji dehydratace během hospitalizace nedošlo

Edukační plán				
Účel edukačního plánu	Předéjit vzniku krvácení			
Cíl edukačního plánu	Slečna efektivně předchází vzniku krvácení dodržováním pooperačního režimu			
Pomůcky			Výukové metody	
Mořská voda do nosu, roztok heřmáнку, chladicí polštářky, informační leták			Rozhovor, praktická ukázka	
Druh cíle	Specifické cíle	Hlavní body plánu	Časová dotace	Hodnocení
Kognitivní	Slečna si vybaví kolikrát denně si musí aplikovat nosní kapky a zabránit tak osychání operačního pole.	Slovní edukace o tom, kolikrát si bude kapat do nosu, že se musí snažit nespát s otevřenými ústy.	4 x 5 min.	Slečna dokáže slovně shrnout jak zabráni osychání operačního pole.
Kognitivní	Slečna ví, jak se má zachovat v případě krvácení.	Pacientka poučena o tom, že v případě krvácení okamžitě přivolá sestru.	5 x 2 min.	Slečna dokáže slovně shrnout co bude dělat v případě krvácení a jak se bude chovat, aby ke krvácení nedošlo.
Psychomotorický	Slečna si sama umí aplikovat led na krk, sama provádí výplachy dutiny ústní, dodržuje pitný režim a zvládá si aplikovat nosní kapky.	Slečně ukázána lednička, kde jsou připravené ledy, praktická ukázka aplikace nosních kapek. Následně provádí slečna.	2 x 5 min.	Slečna předvedla správnou aplikaci nosních kapek.
Afektivní	Slečna dojde k přesvědčení, že dodržováním pitného režimu a pravidelnou aplikací nosních kapek předejde krvácení.	Vysvětlení nutnosti dodržování léčebného režimu, který minimalizuje riziko vzniku krvácení.	3 x 2 min.	Slečna pravidelně aplikuje nosní kapky, dodržuje pitný režim a vyplachuje dutinu ústní.

## DISKUZE

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala kvalitativní výzkum formou dvou kazuistik. Pro svou studii jsem záměrně vybrala respondenty stejného pohlaví a se shodnou lékařskou diagnózou vedoucí k tonsilektomii. Zpracovala jsem kazuistiku u pediatrického a dospělého pacienta z toho důvodu, abych mohla porovnat specifika ošetrovatelské péče v daných věkových skupinách. Obě mé pacientky byly hospitalizovány na sdíleném lůžkovém fondu otorinolaryngologického oddělení v Klatovské nemocnici. Výzkum jsem realizovala během odborné praxe tak, abych se mohla aktivně podílet na ošetrovatelském procesu u svých respondentů.

### *Kazuistika č. 1 → pediatrický pacient*

Pediatričtí pacienti ve svém „neštěstí“ vidí spíše to, že mohou být doma a bude jim věnována celodenní pozornost. Dítě se mnohem více soustředí na profit z toho, že je nemocné než na to, že by mu to mohlo přinést nějakou nepříjemnost. Dětské pacienty nevnímají zameškání ve škole příliš tragicky, spíše jim vadí vyloučení z kolektivu, že nemohou jít za kamarádkou na návštěvu, nemohou na kroužky a provozovat jiné záliby, které mají. Domnívám se, že je to dáno i podstatou určitého vývojového stádia, ze kterého plynou naše role. Děti nemají na rozdíl od svých rodičů roli pečovatele, živitele rodiny, zaměstnance, ale roli syna, popřípadě dcery a hlavně dítěte.

Při retrospektivní analýze dat získaných během výzkumu jsem stanovila jako největší ošetrovatelský problém *akutní pooperační bolest*. Tento problém vnímám jako zvlášť závažný z toho důvodu, že právě akutní bolest nejvíce narušuje bio-psycho-sociální pohodu pacientů, která je velmi podstatná pro uspokojování lidských potřeb (hierarchie potřeb viz příloha č. 6). Toto tvrzení čerpám z vlastní zkušenosti s bolestí, kdy nelze uspokojit potřebu kvalitního spánku, když prožíváte bolest. Domnívám se, že pokud byste se také zamysleli nad tím, jaké prožitky ve Vás bolest vyvolává, s největší pravděpodobností by to byl pocit úzkosti, strachu a v neposlední řadě výrazného tělesného diskomfortu. Právě tělesný diskomfort vyvolaný bolestí je z mého pohledu tím nejpodstatnějším faktorem vedoucím k prožitku zvlášť silných emocí. Moje dětská respondentka akutní pooperační bolest zvládala z počátku velmi špatně z toho důvodu, že se obávala, aby aplikace analgetik i.v. nebyla spojena s procedurální bolestí, a proto se zprvu snažila bolest překonat. Ovšem empatickým přístupem a vhodnou edukací, že aplikace farmak i.v. je naprosto bezbolestná jsme dosáhli optimální spolupráce s dívkou při vyhodnocování a účelné eliminaci akutní

pooperační bolesti vhodně nastavenou analgetickou hladinou. Zároveň jsem kromě aplikace analgetik podnikala i jiné intervence vedoucí k eliminaci bolesti, jako je aplikace chladu aj. Slečna udávala, že se jí zdá doba od podání analgetik k nástupu jejich účinku jako nekonečná. Z toho lze usoudit, že vlivem akutní pooperační bolesti došlo u slečny ke změně vnímání času. Ale abych tento fakt, že akutní pooperační bolest je závažným ošetrovatelským problémem nepodkládala pouze svými subjektivními pocity z mého výzkumu, dovoluji si toto tvrzení podložit faktem uvedeným v knize „Ošetrovatelský proces a jeho realizace“ prof. Ph.D.Valérie Tothové Ph.D. a kolektivu. V této publikaci autoři uvádějí, že uspokojování biologických potřeb zejména zajištění, aby pacient netrpěl bolestí je prioritou ošetrovatelského procesu. Autoři se zde opírají o fakt, že neuspokojení biologických potřeb se promítne do chování pacienta v podobě podrážděnosti, nespolupráce, apatie a možné agrese (Tothová, 2014, s. 161). I mnoho lékařských výzkumů se snažilo zjistit, jak by se dal tento závažný ošetrovatelský problém eliminovat. Ať už to byl výzkum MUDr. Dhiwara, který se věnoval faktu, zda podávání systémových antibiotik vede k eliminaci pooperační bolesti. Či výzkum probíhající ve FN Plzeň, kdy se lékaři snažili ovlivnit pooperační bolest vhodnou operační technikou. Je s podivem, že laserová operační technika přinesla pacientům vyšší bolestivost, přestože laserové operační techniky jsou tím „nejlepším“, co nám dnes mohou lékaři nabídnout (Slouka, 2015, s. 196-200).

### ***Kazuistika č. 2 → dospělý pacient***

Dospělí pacient se cítí touto situací mnohem více ohrožen a hůře snáší pracovní neschopnost. Obává se dlouhodobé nemoci a případných nepříjemností v zaměstnání. V této pro něj nové situaci se cítí velmi zranitelný a pociťuje úzkost z toho, co bude dál. Tuto situaci vnímá jako ohrožení budoucnosti.

Při retrospektivní analýze dat získaných během výzkumu jsem stanovila jako největší ošetrovatelský problém i u dospělého pacienta *akutní pooperační bolest*. Tento problém vnímám jako zvláště závažný z toho důvodu, že právě akutní bolest nejvíce narušuje bio-psycho-sociální pohodu pacientů, která je velmi podstatná pro uspokojování lidských potřeb. Avšak dospělí pacient nepociťující strach z aplikace analgetik, ale cítí ostych z toho říct si o další analgetika. U dospělých pacientů převládá pocit nadbytečného obtěžování personálu. U této pacientky jsme se snažili dosáhnout rozhovorem faktu, aby se pacientka za prožitek bolesti nestyděla a o analgetika si říkala vždy dle potřeby.

Dalšími aktuálními ošetrovatelskými diagnózami, které jsem stanovila u obou svých respondentů na základě analýzy dat získaných během sběru informací dle ošetrovatelského modelu M. Gordon byli: *porucha spánku v souvislosti s akutní bolestí, nedostatečná výživa, porušené polykání, poškozená ústní sliznice, úzkost a strach*. Všechny tyto ošetrovatelské diagnózy přímo souvisí s prožitkem akutní pooperační bolesti.

V případě *poruchy spánku v souvislosti s akutní pooperační bolestí*, jsme si jako cíl ošetrovatelské péče stanovili, že slečna nebude pociťovat únavu po spánku a bude se cítit odpočatě do dvou dnů. Vhodnou edukací jsme se snažili slečnu přimět, aby si na noc vzala analgetika tak, aby nástup podávané medikace zkvalitnil spánek. Slečna již následující noc verbalizovala, že je více odpočínutá. Podání analgetik před tím, než chtěla „jít“ spát ji podle jejího tvrzení pomohlo.

Ošetrovatelský problém *porušené polykání a nedostatečná výživa*, byly řešeny vhodnou úpravou podávané stravy a edukací o podstatnosti per orálního příjmu stravy. Ošetrovatelským cílem bylo, aby slečna došla k přesvědčení, že per orální příjem dostatečného množství (alespoň polovina podávané porce) je nezbytná. Slečna během hospitalizace postupně navyšovala per orální příjem, ale ten ani v době dimise nedosahoval denní doporučené dávky. Z toho důvodu byla slečna reedukována o nutnosti dostatečného příjmu potravy a je ochotná svůj příjem normalizovat. Slečny (v případě dětské pacientky i matka) byly edukovány o vhodné úpravě stravy, vhodných potravinách a v neposlední řadě i o teplotě podávané stravy a tekutin (nesmí horké – vysoké riziko krvácení)

*Poškozená ústní sliznice* je z mého pohledu závažný ošetrovatelský problém z toho důvodu, že je zde poměrně velká plocha pro vstup infekce. Cílem naší péče bylo, aby se operační rány hojili per primam. Tohoto cíle jsme se snažili dosáhnout dostatečnou hygienou dutiny ústní a péčí o operační ránu (výplachy řepíkem). Slečna v době dimise odcházela s pooperační ránou nejevící žádnou patologii (infekce, krvácení...). Slečna (u dětské pacientky i matka) byli poučeny o nutnosti dostatečné hygieny dutiny ústní, podstatnosti výplachů řepíkem a v neposlední řadě nutnosti zvlhčování operační rány.

Potencionálními ošetrovatelskými diagnózami, které jsem během svého výzkumu analyzovala byli: riziko infekce, riziko pádu, riziko dehydratace a riziko krvácení.

Za nejpodstatnější považuji edukaci pacientek v oblasti prevence krvácení. Pooperační krvácení je velmi závažnou pooperační komplikací, která i v dnešní době může

končit latentně. Obě své pacientky jsme během hospitalizace edukovali a neustále jim připomínali, že pokud by začaly, byť malinko krváčet, ať okamžitě přivolají sestru signalizačním zařízením. Během hospitalizace jsme se slovně dotazovali, zda nekrvácí a v rámci kontroly nad touto komplikací jsme jim „zakázali“ vyhazovat obsah emitní misky, kam vyplivovaly sliny, které pro bolest nebyly schopné polykat. Při propuštění do domácího ošetřování byly obě pacientky edukovány, že pokud by se u nich objevilo i malé krvácení vyhledají ORL lékaře. Dále jsme pacientky edukovali o tom, že jako prevenci rozkrvácení nesmějí horké tekutiny a potraviny, nebudou se sprchovat v horké vodě, pravidelně budou provádět výplachy dutiny ústní řepíkem (u dospělé pacientky možno tantum verde) a zvlhčovat operační ránu. Domnívám se, že edukace by měla probíhat kontinuálně po celou dobu péče o pacienta. Tedy od jeho přijetí až po jeho „vyléčení“. Edukace je v ošetrovatelství vnímána jako samostatný proces. Podstatnost a hlavní cíl edukace si dovoluji podložit knihou „Ošetrovatelský proces a jeho realizace“ prof. Ph.Dr.Valérie Tothové Ph.D. a kolektivu. Již popisuje důležitou roli edukace v ošetrovatelství. Cílem edukace dle autorů je zejména pozitivní změna ve vědomostech, postojích a návycích pacienta, které by měli vést k zlepšení a udržení zdraví (Tothová, 2014, s. 191-193).

Skutečností, která mi velmi zaskočila je fakt, že ošetrovatelské péči o pacienty po tonsilektomii se zatím ještě nikdo nevěnoval. Přesto, že tento výkon patří mezi ty, které se na ORL provádějí zcela standardně. Jediným článkem, který se alespoň okrajově dotýká ošetrovatelské péče o klienta po tonsilektomii je článek Mgr. Janské s názvem „Ošetrovatelská péče o pacienta s peritonsilárním abscesem. V tomto článku je popsána kazuistika muže s peritonsilárním abscesem, u kterého byla provedena levostranná tonsilektomie „za tepla“ pro absces a krční lymfadenitidu. Autorka zde stanovila pět ošetrovatelských problémů v rámci ošetrovatelského procesu. První stanovenou diagnózou je *akutní bolest*. Tento ošetrovatelský problém jsem stanovila v rámci svého výzkumu také. Ovšem v rámci intervencí, které paní magistra popisuje, postrádám aplikaci chladu, jakožto fyzikální metodu analgezie. Dle mého názoru má tato fyzikální metoda nepopiratelné místo v rámci eliminace akutní pooperační bolesti. Stejně tak se domnívám, že je potřeba přesně definovat cíl a určit období, za které by měl být cíl splněn. Autorka zde má uvedený cíl pouze obecně bez vymezení času vyhrazeného k jeho splnění. Je přece rozdíl mít za cíl eliminovat bolest do 30 minut od podání analgetik nebo mít cíl, že pacient nebude verbalizovat bolest 7. pooperační den. Dle mého názoru je potřeba přesně definovat cíl tak, abych mohla vyhodnotit, zda ke splnění cíle došlo či nedošlo. *Hypohydratace až dehydratace z důvodu*

*sníženého příjmu tekutin* je další ošetrovatelskou diagnózou, kterou autorka ve svém článku popisuje. Přesto, že já jsem tuto diagnózu nestanovila, domnívám se, že její stanovení v tomto případě je naprosto vhodné, protože pacient v popisované kazuistice paní magistrou měl dlouhodobě porušené polykání a v pooperačním období tento problém přetrvával. Ovšem, v mém případě stačilo tuto diagnózu stanovit jako potencionální, protože ani jedna z mých respondentek neměla polykací obtíže před operací a v rámci pooperačního období bylo vhodnými ošetrovatelskými intervencemi tomuto problému předcházeno. Další ošetrovatelskou diagnózou stanovenou paní magistrou v tomto článku je *ztížené dýchání z důvodu otoku v krku*. Cílem, který zde autorka interpretuje, bylo, aby pacient netrpěl hypoxií a saturace hemoglobinu kyslíkem byla fyziologická. Tento ošetrovatelský problém jsem v rámci svého výzkumu nestanovila, protože ani u jedné ze slečen nedošlo k ztíženému dýchání z důvodu otoku v oblasti krku. U obou mých respondentek vznikl „fyziologický“ pooperační otok, který vznikl v rámci fyziologické reakce tkáně na operační zákrok. Tento otok byl pouze drobný a nijak nenarušovat dýchání a z toho důvodu nebylo třeba tuto diagnózu stanovit. *Neschopnost přijímat potravu v důsledku operačního výkonu* jsem v rámci svého výzkumu stanovila stejně jako autorka. Stejně jako popisují já ve své bakalářské práci, tak i Mgr. Janská popisuje postupnou realimentaci pacienta ve stravě v pooperačním období. Autorka uvádí, že realimentace probíhá od parenterální výživy přes perorální tekutou, až po kašovitou stravu. Potencionálním problémem, který autorka ve svém článku popisuje, je *riziko krvácení*. Naprosto se ztotožňuji s intervencemi, které zde autorka popisuje. Stejně jako já považuje paní magistra edukaci v této oblasti za velmi podstatnou a má ji zahrnutou v ošetrovatelských intervencích. V rámci porovnávání výsledků Mgr. Janské a mé práce jsem zjistila, že autorka stanovila méně ošetrovatelských problémů, ale dle mého názoru je to dáno tím, že tento článek má sloužit pouze jako přehledový. Z ošetrovatelských problémů, které považuji osobně za velmi podstatné, opomenula dle mého názoru pouze jeden. Tím, co mi v rámci ošetrovatelského procesu stanoveného autorkou chybí, je stanovení ošetrovatelské diagnózy *„porušené sliznice v DÚ z důvodu operačního zákroku“*. Tuto ošetrovatelskou diagnózu vnímám jako zvlášť důležitou z toho důvodu, že po tonsilektomii vzniká relativně velká raná na sliznici patrových oblouků. V tomto místě může docházet snadno ke vzniku krvácení, ale také infekce (Janská, 2007).

## ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci se zabývám ošetrovatelskou péčí o klienta před a po chirurgickém odstranění patrových tonsil, až do doby, kdy je předán do rukou obvodního lékaře. Tento zákrok je nejčastěji prováděným otorinolaryngologickým operačním výkonem. Tento výkon indikujeme nejčastěji z důvodu chronické tonsilitidy, hypertrofie tonsil aj. viz. teoretická část a příloha č. 3. Ve většině případů provádíme tento výkon v celkové intubační anestezii z důvodu minimalizace rizik aspirace krve a vyššího komfortu, jak pro pacienta, tak pro operátora. viz. teoretická část a příloha č. 8. Většina nemocnic používá k tonsilektomii studené techniky doplněné o elektrokoagulaci, takto vypreparovanou tonsilu následně podrobují histologickému vyšetření. viz příloha č. 9 (Chrobok, 2012). Pro zpracování kvalifikační práce jsem zvolila kvalitativní výzkum formou dvou kazuistik, který mi umožňuje hloubkovou studii případu. Obsahem mého případového šetření jsou dvě kazuistiky u pacientů indikovaných k provedení tonsilektomie z důvodu chronické tonsilitidy. Pro svoji práci jsem záměrně zvolila respondenty se stejnou lékařskou diagnózou a pohlavím, ale odlišné věkové skupiny. Pro pacienta je tato situace zcela nová a způsobuje mu stres, proto je nutné ho na tuto situaci včas připravit a dát mu prostor pro dotazy.

V celé své bakalářské práci upozorňuji zejména na podstatnost správné edukace sestrou v předoperačním období, o pooperačním režimu, a empiricky se vyskytujících pooperačních komplikacích. Žádný z pacientů neví, že se po tomto zákroku zcela fyziologicky vyskytuje dočasná huhňavost či chrapot, pokud mu to sami nesdělíme v rámci edukace. Když se nad tím sama zamyslím, kdybych se po operaci probudila a nemohla mluvit, vyděsilo by mne to. A proto se domnívám, že je vhodné pacienta psychicky připravit na to, jak bude probíhat pooperační režim, co je v tomto období zcela fyziologické a co již ne. Z vlastních zkušeností získaných během odborné praxe vím, že pacienti, kteří vědí, co se s nimi bude po operaci dít, a mají o pooperačním režimu nějakou představu, mnohem lépe spolupracují a nejsou tak úzkostní. Nehledě na to, že edukací o problémech, které se u pacienta vyskytnou (akutní pooperační bolest, huhňavost, chrapot aj.), si získáváme jeho důvěru. Vědomí, že je to „normální“ a má to tak „každý“, pacienta uklidňuje → bere to jako něco, co neohrožuje jeho budoucnost. Vzhledem k tomu, že jsem zpracovala kazuistiku u pediatrického a dospělého pacienta, je nutné upozornit na to, že ke každému přistupujeme s ohledem na jeho věk, osobnostní rysy a samozřejmě dosažené vzdělání.

Jako hlavní cíl své bakalářské práce jsem si zvolila, vytvoření vhodného edukačního materiálu do rukou dětského a dospělého pacienta propuštěného do domácího ošetřování. Tento edukační materiál je součástí mé bakalářské práce (viz. samostatná příloha). Dílčími cíli bylo zjistit, jak zdravotnický personál edukuje pacienty v předoperačním období o pooperačních komplikacích, které se vyskytují empiricky. Velmi příjemným překvapením bylo, že většina pacientů byla velmi dobře s touto problematikou seznámena. Dalším cílem bylo zjistit diferenci mezi potřebami dospělého a dětského pacienta. Velmi zajímavým poznatkem bylo, že bez rozdílu na věk bylo nejdůležitější pro obě pacientky vědomí, že je jim neustále někdo nablízku a mají plnou podporu jak ze strany zdravotnického personálu, tak rodiny.

Závěrem bych chtěla říci, že je potřeba všechny pacienty bez rozdílu brát jako holistické osoby se všemi jejich bio-psycho-sociálními a spirituálními potřebami. Každý z nás jsme jiný, stejně tak jako máme jinou DNA, tak i naše potřeby a osobnostní rysy jsou jiné.



# LITERATURA A PRAMENY

## *Knihy*

- BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3557-3.
- PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-80-247-1211-6.
- ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2068-5.
- NOVÁKOVÁ, Iva. *Ošetrovatelství ve vybraných oborech: dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. 1. vyd. Praha : GradaPublishing, 2011. 235 s. : il., tab. ; 21 cm. ISBN: 978-80-247-3422-4.
- KUCHYNKOVÁ, Zdeňka. *Dětská otolaryngologie: nejčastější situace v ambulanci praxi*. 1. vydání. Praha : GradaPublishing, 2015. 143 stran : ilustrace ; 21 cm. ISBN: 978-80-247-4177-2.
- ŠLAPÁK, Ivo. *Dětská otorinolaryngologie*. 1. vyd. Praha : Mladá fronta a. s., 2013. 333 s. : il., tab. ; 24 cm. ISBN: 978-80-204-2900-1.
- PLZÁK, Jan — HERLE, Petr (ed.). *ORL pro všeobecné praktické lékaře*. Praha : Raabe, [2011]. 146 s. : il., tab. ; 21 cm. ISBN: 978-80-86307-90-9.
- PLCH, Josef. *Otorinolaryngologie v perioperační péči*. 2. přeprac. vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 213 s. : il. ; 21 cm. ISBN: 978-80-7013-486-3.
- HYBÁŠEK, Ivan. *Ušní, nosní a krční lékařství*. Praha: Galén, c1999. ISBN 8072620177..
- ASTL, Jaromír. *Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku: pro bakaláře, obor ošetrovatelství*. 2., nezměn. vyd. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2053-4.
- KOMÍNEK, Pavel, Viktor CHROBOK a Jaromír ASTL. *Záněty hltanu*. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2005. Medicína hlavy a krku. ISBN 80-7311-064-4
- HAHN, Aleš. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 390 s. : il., tab. ; 25 cm. ISBN: 978-80-247-0529-3.

## ***Odborné časopisy***

- KOMÍNEK, Pavel — MATOUŠEK, Petr. Akutní záněty hltanu. *Medicína po promoci*, 2010, roč. 11, č. 1, s. 74-80. ISSN: 1212-9445.
- SLOUKA, David — POLENÍK, Pavel — ŠMÍD, David — HES, Ondřej — BOUDOVOÁ, Ludmila — ERFREMOVÁ, Y. — KUČERA, Radek — HOŠEK, Petr — SLÍPKA, Jaroslav. Infračervené lasery versus klasická technika při tonzilektomii. *Otorinolaryngologie a foniatrie*, 2015, roč. 64, č. 4, s. 196-200. ISSN: 1210-7867.. ISSN: 1210-7867.
- PNIAK, Tomáš — KOMÍNEK, Pavel — NOVÁK, Vilém. Chrápanie a obštrukčné spánkové apnoe v detskom veku z pohľadu otorinolaryngológa. *Československá pediatrie*, 2009, roč. 64, č. 12, s. 653-659. ISSN: 0069-2328.
- KABELKA, Zdeněk. Tonsilektomie z pohledu dětského otolaryngologa. *Medical tribune (Praha)*, 2011, roč. 7, č. 2, C2. ISSN: 1214-8911.
- SAMKOVÁ, Aneta — PAŘÍZKOVÁ, Eva — DULÍČEK, Petr. Význam předoperačního vyšetření hemostázy u dětí před adenotomií a tonzilektomií. *Československá pediatrie*, 2009, roč. 64, č. 9, s. 400-405. ISSN: 0069-2328.
- CHROBOK, Viktor — PELLANT, Arnošt. Komentář k publikaci: Samková A. et al.: Význam předoperačního vyšetření hemostázy u dětí před adenotomií a tonzilektomií. *Československá pediatrie*, 2009, roč. 64, č. 9, s. 391. ISSN: 0069-2328.
- ČERNÝ, Vladimír. Má být vyšetření hemokoagulace rutinní součástí předoperačního vyšetření před adenotomií a tonzilektomií u dětí?. *Otorinolaryngologie a foniatrie*, 2009, roč. 58, č. 4, s. 256. ISSN: 1210-7867. *Otorinolaryngologie a foniatrie*, 2009, roč. 58, č. 4, s. 256. ISSN: 1210-7867.
- LEŠTIANSKÝ, Boris — HAKL, Marek — PEŠLOVÁ, Marie — VESELÁ, Vladimíra — PAVLÍK, Tomáš — KOSTŘICA, Rom. Etorikoxib v premedikaci před tonzilektomií. *Anesteziologie a intenzivní medicína*, 2011, roč. 22, č. 3, s. 137-145. ISSN: 1214-2158.
- BOČKOVÁ, Mária. Specifika anestezie v dětském věku na ORL. *Sestra (Praha)*, 2012, roč. 22, č. 2, s. 44. ISSN: 1210-0404.

- FRYČKOVÁ, Alice — MÁCHALOVÁ, Michaela — ŠLAPÁK, Ivo. Krvácení po tonzilektomii a tonzilotomii u dětí. *Otorinolaryngologie a foniatrie*, 2012, roč. 61, č. 1, s. 29-33. ISSN: 1210-7867.
- KOMÍNEK, Pavel — CHROBOK, Viktor — PELLANT, Arnošt — KRAUS, Jaroslav — ČERNÝ, Vladimír — BETKA, Jaroslav. Krvácení po tonzilektomii – literární přehled (epidemiologie, rizikové faktory, život ohrožující krvácení). *Otorinolaryngologie a foniatrie*, 2014, roč. 63, č. 1, s. 41-49. ISSN: 1210-7867.
- KOMÍNEK, Pavel. Diagnostika a léčba tonzilitid u dětí. *Pediatric pro praxi (Print)*, 2013, roč. 14, č. 1, s. 21-25. ISSN: 1213-0494.
- VYHNÁNKOVÁ, Ludmila. Tonsillitis chronica a indikace k tonzilektomii. *Pediatric pro praxi (Print)*, 2008, roč. 9, č. 6, s. 361-363. ISSN: 1213-0494.
- URBÁNKOVÁ, Pavla — URBÁNEK, Libor. Vybrané akutní stavy v otorinolaryngologii. *Medicina pro praxi (Print)*, 2010, roč. 7, č. 2, s. 80-83. ISSN: 1214-8687.
- Dhiwakar M, Clement W, Supriya M, McKerrow M (2010) Antibiotics to reduce post-tonsillectomy morbidity. *Cochrane Database Syst Rev* 7:1–32.
- ŠATANKOVÁ, J. — CHROBOK, Viktor. Současný pohled na adenotomii a tonzilektomii v České republice formou dotazníkové studie. *Časopis lékařů českých*, 2012, roč. 151, č. 10, s. 495. ISSN: 0008-7335.
- JANSKÁ, Jana. Ošetrovatelská péče o pacienta s peritonsilárním abscesem. *Sestra (Praha)*, 2007, roč. 17, č. 2 (Tematický Sešit 194), s. 56. ISSN: 1210-0404.

### **Internetové zdroje**

- MÁCHALOVÁ, Michaela. Změna algoritmu léčby peritonsilárního abscesu v dětském věku [online]. Brno, 2012 [cit. 2017-10-24]. Dostupné z: <[http://is.muni.cz/th/69087/lf\\_d/](http://is.muni.cz/th/69087/lf_d/)>. Disertační práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Ivo Šlapák.
- Stelter K (2014) Tonsillitis and sore throat in children. *GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg* 13:Doc07. doi: [10.3205/cto000110](https://doi.org/10.3205/cto000110)
- *Pyramida potřeb podle A. Maslowa* [online]. In: . [cit. 2018-02-12]. Dostupné z: <https://publi.cz/books/171/04.html>

## SEZNAM ZKRATEK

NLZP → nelékařského zdravotnického pracovníka

PŽK → periferní žilní katetr

DM → diabetes mellitus

TJ. → to je

ATB → antibiotika

D → dieta

PNC → penicilin

J. → jednotek

CA → celková anestezie

SLF → sdílený lůžkový fond

BPN → bez patologického nálezu

COS → centrální operační sály

TBL. → tablety

BIPOL. → bipolární

GTT. → kapky

MG. → miligramy

P.O. → per os

PŽK → periferní žilní katetr

AMP. → ampule

I.V. → intra venozně

TE → tonsilektomie

FF → fyziologické funkce

TV → televizor

NAPŘ. → například

NANDA → Severoamerická asociace pro ošetrovatelskou diagnostiku

VIT. → vitamín

MC → menstruační cyklus

TT → tonsilotomie

AT → adenotomie

M. → musculus (sval)

VFU → velofaryngeální uzávěr

IgG → imunoglobulin G

IgA → imunoglobulin A

A. → arteria (tepna)

V. → vena (žíla)

A. CAROTIS EXTERNA → arteria carotis externa („zevní krkavice“)

V. JUNGULARIS INTERNA → vena jugularis interna („vnitřní krční žíla“)

LA → lokální anestezie

EBM (EVIDENCE-BASED MEDICINE) → medicína založená na důkazech

KO+DIFF → krevní obraz a diferenciál leukocytů (rozpočet jednotlivých druhů leukocytů)

APTT → aktivovaný protrombínový test

EKG → elektrokardiografie

RTG → rentgen

LMWH → nízkomolekulární (frakcinovaný) heparin

LAE → laparoskopická apendektomie

EBV → Virus Epstein Barrové (druh lidského herpes viru)

DK → dolní končetiny

# SEZNAM PŘÍLOH

## **příloha č. 1**

Hodnocení hypertrofie tonsil dle Brodského

## **příloha č. 2**

Dotazník na spánkovou apnoei u dětí do 5. roku

## **příloha č. 3**

přehled indikací vedoucích k TE

## **příloha č. 4**

Pokles spotřeby analgetik s podáním enterokoxibu v rámci premedikace

## **příloha č. 5**

10 zásad, jak se chovat po TE

## **příloha č. 6**

Pyramida potřeb dle A. Maslowa

## **příloha č. 7**

Poměr tonsilektomií v CA a LA

## **příloha č. 8**

Histologické vyšetření tonsily

## **příloha č. 9**

Souhlas s výzkumem KTN za období 2. ročníku LS

Souhlas s výzkumem KTN za období 3. ročníku ZS

## **příloha č. 10**

Souhlas s výzkumem pediatrický a dospělý pacient

Podepsané souhlasy mám u sebe založené

## **příloha č. 11**

Růstová tabulka dívky

## **příloha č. 12**

Pokyny k přijetí k operaci

## **příloha č. 13**

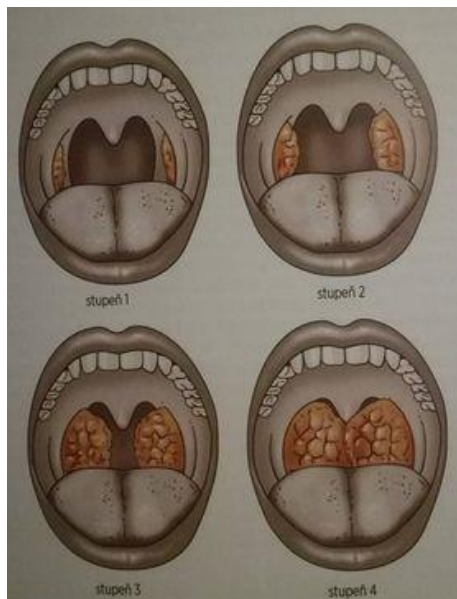
Instrukce pro praktického lékaře k předoperačnímu vyšetření

## **obrázek č. 1**

Paratonsilární absces vpravo

# PŘÍLOHY

## Příloha č. 1



### 1. Hodnocení hypertrofie tonsil dle Brodského (Komínek, 2005, s. 200)

## Příloha č. 2

<p><b>1. Chrápe Vaše dítě v noci?</b> Nikdy Výnimočně (menej ako raz za mesiac) Príležitostne (1–4 krát mesačne) Často (viac ako raz za týždeň) Väčšinu noci</p>	<p><b>(hyperextenzia krku, vystrčený zadoček)?</b> Áno Nie</p>
<p><b>2. Popíšte, prosím, hlasitosť chrápania.</b> Nechrápe Slabé (počuteľné len v blízkosti dieťaťa) Lahké (počuteľné, neruší) Mierne (lahko počuteľné, nie príliš hlasité) Hlasité (hlasité, vyrušuje, nemožno ignorovať) Extrémne hlasité („trasú sa steny“)</p>	<p><b>7. Pomočuje sa Vaše dieťa?</b> Nikdy Výnimočne (menej ako raz za mesiac) Príležitostne (1–4 krát mesačne) Často (viac ako raz za týždeň) Väčšinu noci</p>
<p><b>3. Pozorujete, že dieťa bojuje o dych počas spánku?</b> Nikdy Výnimočne (menej ako raz za mesiac) Príležitostne (1–4 krát mesačne) Často (viac ako raz za týždeň) Väčšinu noci</p>	<p><b>8. Trpí Vaše dieťa na rannú bolesť hlavy?</b> Nikdy Výnimočne (menej ako raz za mesiac) Príležitostne (1–4 krát mesačne) Často (viac ako raz za týždeň) Väčšinu rán</p>
<p><b>4. Zastavuje sa Vašemu dieťaťu dýchanie v spánku?</b> Nikdy Výnimočne (menej ako raz za mesiac) Príležitostne (1–4 krát mesačne) Často (viac ako raz za týždeň) Väčšinu noci</p>	<p><b>9. Zaspáva Vaše dieťa v škole?</b> Nikdy Výnimočne (menej ako raz za mesiac) Príležitostne (1–4 krát mesačne) Často (viac ako raz za týždeň) Väčšinu dní Trvalá spavosť</p>
<p><b>5. Trasiete niekedy s dieťaťom, aby sa na dýchlo?</b> Nikdy Výnimočne (menej ako raz za mesiac) Príležitostne (1–4 krát mesačne) Často (viac ako raz za týždeň) Väčšinu noci</p>	<p><b>10. Sťažuje sa Vaše dieťa na celodenný pocit únavy?</b> Nikdy Výnimočne (menej ako raz za mesiac) Príležitostne (1–4 krát mesačne) Často (viac ako raz za týždeň) Väčšinu dní</p>
<p><b>6. Zaspáva Vaše dieťa v nezvyčajných polohách</b></p>	<p><b>11. Zaspí Vaše dieťa za menej ako 30 minút ako pasažier v aute?</b> Nikdy Výnimočne (menej ako raz za mesiac) Príležitostne (1–4 krát mesačne) Často (viac ako raz za týždeň) Väčšinu dní</p>

### 2. Dotazník na spánkovou apnoiu u dětí do 5. roku, (Pniak, 2009, s. 656)



Příloha č. 3

<b>indikace k TE</b>	
<b>onemocnění vlastní tonsily</b>	<b>celková onemocnění</b>
opakování tonsilitid dle Pittsburského protokolu	metatonsilární postižení orgánů (poškození ledvin, srdce, kloubů aj.)
chronická tonsilitida	
hypertrofie tonsil působící obtíže	
peri či paratonsilární absces	
septická angina	
tonsila jako infekční fokus	

3. Indikace k TE, (zdroj: vlastní)

Příloha č. 4

Tabulka 2. Srovnání spotřeby analgetik v čase po tonzilektomii (TE) u sledovaných skupin

Spotřeba analgetik	Etorikoxib		Placebo		Celkem		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Medikace 1 hodinu po TE</b>							
Ne	24	63,2	20	54,1	44	58,7	0,486
Ano (směs 1 nebo 2)	14	36,8	17	45,9	31	41,3	
<b>Medikace 3 hodiny po TE</b>							
Ne	34	89,5	22	59,5	56	74,7	0,004
Ano (směs 1 nebo 2)	4	10,5	15	40,5	19	25,3	
<b>Medikace 6 hodin po TE</b>							
Ne	27	71,1	21	56,8	48	64,0	0,234
Ano (směs 1 nebo 2)	11	28,9	16	43,2	27	36,0	
<b>Medikace 24 hodin po TE</b>							
Ne	28	73,7	17	45,9	45	60,0	0,019
Ano (směs 1 nebo 2)	10	26,3	20	54,1	30	40,0	

Tabulka 3. Celková spotřeba analgetik prvních 24 hodin po tonzilektomii u sledovaných skupin

Celková spotřeba analgetik	Etorikoxib		Placebo		Celkem		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Směs 1</b>							
Žádné podání	9	23,7	0	0,0	9	12,0	<0,001
1 podání	19	50,0	11	29,7	30	40,0	
2 podání	10	26,3	15	40,5	25	33,3	
<b>Směs 2</b>							
Žádné podání	34	89,5	27	73,0	61	81,3	0,082
1 nebo 2 podání	4	10,5	10	27,0	14	18,7	
<b>Celkem</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>	

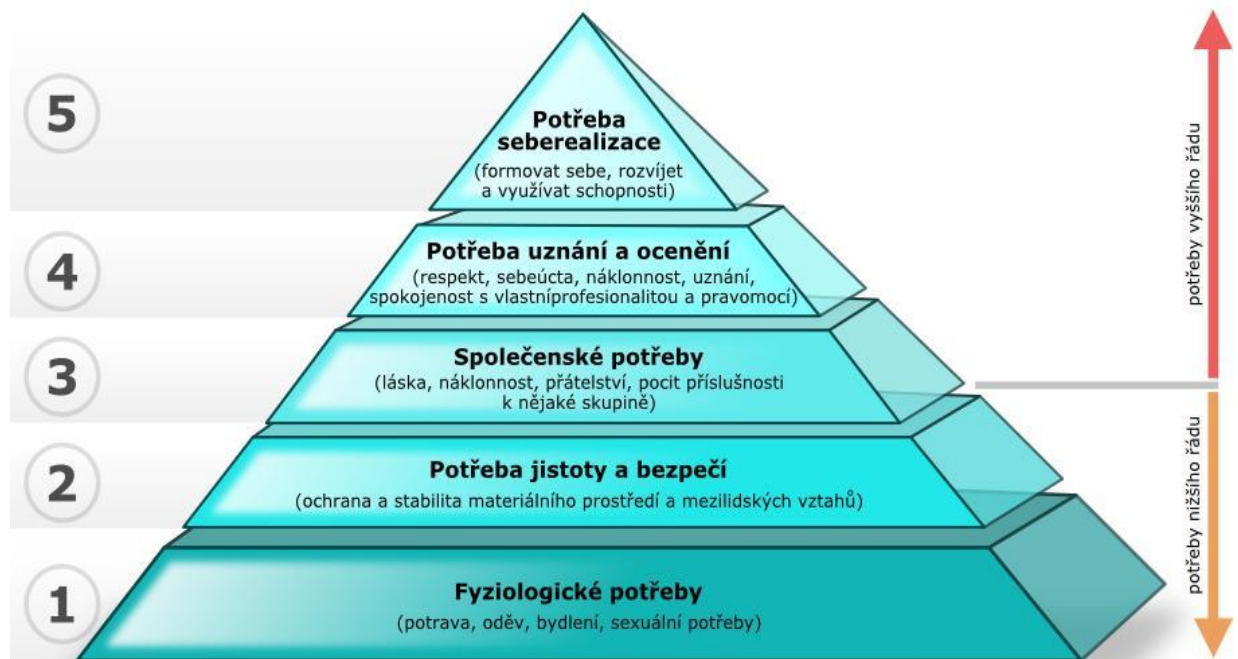
4. Pokles spotřeby analgetik s podáním enterokoxibu v rámci premedikace, (Leštianský, 2011, s. 140)

Příloha č. 5

10 zásad jak se chovat po TE
Nejeste ani nepijte horké
Nejeste dráždivou stravu (upřednostňujte nekořeněná jídla)
Nepijte kyselé ovocné šťávy a perlivé limonády (lépe čaj - NE horký)
Dodržujte klidový režim (nechoďte do míst kde se akumuluji lidé-kino, nákupní centra...)
Nesprchujte se v horké vodě!!!
V případě krvácení okamžitě vyhledejte lékařskou pomoc!!!!
Neužívejte ibalgin, ibuprofen, lépe algifenové kapky, panadol...
Vhodná je kašovitá strava
Pravidelně provádějte výplachy dutiny ústní a aplikujte si mořskou vodu do nosu

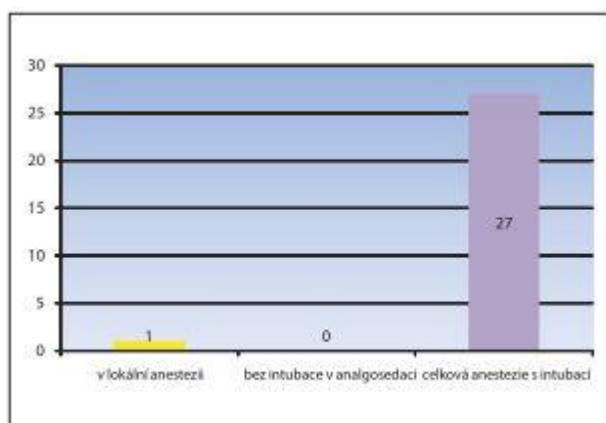
5. 10 zásad jak se chovat po AET, TT, TE, ORL (ORL oddělení Klatovská nemocnice a.s., 2016)

Příloha č. 6



6. Pyramida potřeb dle A. Maslowa, (Pyramida potřeb podle A. Maslowa [online]. In: . [cit. 2018-02-12]. Dostupné z: <https://publi.cz/books/171/04.html>)

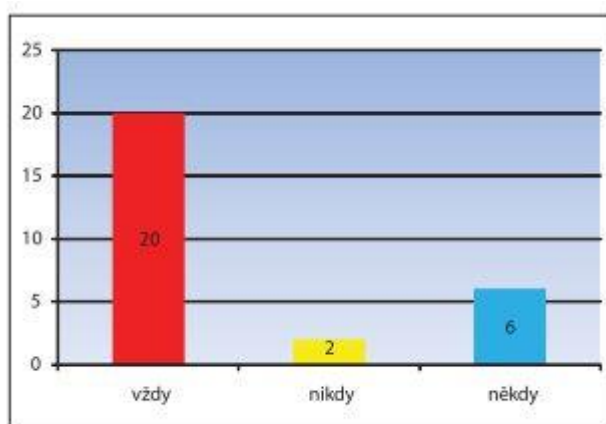
Příloha č. 7



Graf 5. Způsoby zákroků u tonsilektomie.

7. Poměr tonsilektomií v CA a LA, (Šatanková, 2012, s. 87)

Příloha č. 8



Graf 15. Histologické vzorky u tonsilektomie.

8. Histologické vyšetření tonsily, (Šatanková, 2012, s.91)



**ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ INFORMACÍ V SOUVISLOSTI  
S VYPRACOVÁNÍM BAKALÁŘSKÉ PRÁCE  
– KLATOVSKÁ NEMOCNICE, A. S.**

**Jméno a příjmení studentky:** Haisová Kateřina

**Úplný název vysoké / vyšší odborné školy:** Západočeská univerzita Plzeň

**Fakulta / katedra:** Fakulta zdravotnických studií / Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

**Studijní obor / ročník:** Všeobecná sestra / 2. ročník

**Název bakalářské práce:** Ošetřovatelská péče o klienta po tonsilektomii

**Vedoucí práce:** Šafránková Zuzana, Mgr.  
Západočeská univerzita v Plzni / Fakulta zdravotnických studií / Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

**Kontakt na vedoucího práce :** [safrankz@kcs.zcu.cz](mailto:safrankz@kcs.zcu.cz) / 377 633 780

---

**Jsem zaměstnancem Klatovské nemocnice a.s. :** ne

**ZOK:**

**Pracovní pozice:**

**Jsem zaměstnancem jiného poskytovatele zdravotních služeb: ne**

**Název poskytovatele zdr. služeb:**

**Pracoviště:**

Pracovní pozice:

Nejsem v pracovním poměru.

**Cíl mé bakalářské práce:** vytvoření kazuistiky u dětského a dospělého klienta, edukační materiál

Termín přípravy v Klatovské nemocnici a.s. pro empirickou část práce: 1.4. - 31.5. 2017

Kontaktní pracoviště Klatovské nemocnice a.s. pro empirickou část:  
ORL (chirurgie-SLF-ORL lůžka), Dětské oddělení

---

### Metoda empirické části práce

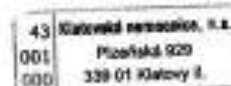
#### 1. Vypracováním kazuistiky / analýzy / – text žádosti:

Žádám o možnost poskytnutí informací o:

- léčebných metodách
- ošetřovatelských postupech
- zobrazovacích metodách
- laboratorních metodách / analýzách / výsledcích v rámci přípravy podkladů pro vypracování mé bakalářské práce.
- informace mě bude poskytovat oprávněný zdravotnický pracovník Klatovské nemocnice a.s., kterým je:
  
- Kontaktní telefon, e-mail a pracoviště oprávněného zdravotnického pracovníka Klatovské nemocnice a.s. :

176 335 898, [sekce@nemocn.klatov.cz](mailto:sekce@nemocn.klatov.cz)  
Mgr. Vladislava Veselá

V. Veselá



---

Žádost podává student: Kateřina Haisová, 732403022, [kacka.hais@seznam.cz](mailto:kacka.hais@seznam.cz)

V Klatovech dne: 13. 5. 2014



**ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ INFORMACÍ V SOUVISLOSTI  
S VYPRACOVÁNÍM BAKALÁŘSKÉ PRÁCE  
– KLATOVSKÁ NEMOCNICE, A. S.**

**Jméno a příjmení studentky:** Haisová Kateřina

**Úplný název vysoké / vyšší odborné školy:** Západočeská univerzita Plzeň

**Fakulta / katedra:** Fakulta zdravotnických studií / Katedra ošeftvateľství a porodní asistence

**Studijní obor / ročník:** Všeobecná sestra / 3. ročník

**Název bakalářské práce:** Ošeftvateľská péče o klienta po tonsilektomii

**Vedoucí práce:** Šafránková Zuzana, Mgr.  
Západočeská univerzita v Plzni / Fakulta zdravotnických studií / Katedra ošeftvateľství a porodní asistence

**Kontakt na vedoucího práce :** [safrankz@kos.zcu.cz](mailto:safrankz@kos.zcu.cz) / 377 633 760

---

**Jsem zaměstnancem Klatovské nemocnice a.s. :** ne

**ZOK:**

**Pracovní pozice:**

**Jsem zaměstnancem jiného poskytovatele zdravotních služeb:** ne

**Název poskytovatele zdr. služeb:**

**Pracoviště:**



Pracovní pozice:

Nejsem v pracovním poměru.

**Cíl mé bakalářské práce:** vytvoření kazuistiky u dětského a dospělého klienta, edukační materiál

**Termín přípravy v Klatovské nemocnici a.s. pro empirickou část práce:** 1.11. - 31.12. 2017

**Kontaktní pracoviště Klatovské nemocnice a.s. pro empirickou část:**  
ORL (chirurgie-SLF-ORL lůžka), Dětské oddělení

---

## Metoda empirické části práce

### 1. Vypracováním kazuistiky / analýzy / – text žádosti:

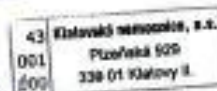
Žádám o možnost poskytnutí informací o:

- léčebných metodách
- ošetřovatelských postupech
- zobrazovacích metodách
- laboratorních metodách / analýzách / výsledcích v rámci přípravy podkladů pro vypracování mé bakalářské práce.
- Informace mě bude poskytovat oprávněný zdravotnický pracovník Klatovské nemocnice a.s., kterým je:
- Kontaktní telefon, e-mail a pracoviště oprávněného zdravotnického pracovníka Klatovské nemocnice a.s. :

346 335 898, mobil a text. 111

Mgr. Klavdiana Veselá

b. Veselá



---

Žádost podává student: Kateřina Haisová, 732403022, kacka.hais@seznam.cz

V Klatovech dne: 11. 9. 2017

## Příloha č. 10

### INFORMOVANÝ SOUHLAS s výzkumem k bakalářské práci

#### NÁZEV PRÁCE

Ošetrovatelská péče o klienta po tonsilektomii

#### STUDENT

jméno: Kateřina Haisová  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
Fakulta zdravotnických studií ZČU  
e-mail: kacka.haiseznam.cz

#### VEDOUcíBP:

jméno: Mgr. Zuzana Šafránková  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
Fakulta zdravotnických studií ZČU  
e-mail: safrankz@kos.zcu.cz

#### CÍL STUDIE:

Cílem studie je navrhnout optimální edukační plán pro dospělého dětského pacienta propuštěného do domácího ošetřování.

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

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

S Vaším souhlasem budu nahlížet do zdravotnické dokumentace o Vás vedené a pořizovat z ní poznámky, které budou využity do bakalářské.

#### SOUHLAS S VÝZKUMEM

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

Podpis účastníka výzkumu:..... Datum:.....

Podpis studenta:..... Datum:.....

### 11. Informovaný souhlas s výzkumem – dospělý pacient



## INFORMOVANÝ SOUHLAS S VÝZKUMEM K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

### NÁZEV PRÁCE

Ošetrovatelská péče o klienta po tonsilektomii

### STUDENT

jméno: Kateřina Haiszová  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
Fakulta zdravotnických studií ZČU  
e-mail: kacka.haiseznam.cz

### VEDOUcí BP:

jméno: Mgr. Zuzana Šafránková  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
Fakulta zdravotnických studií ZČU  
e-mail: [safrankz@kos.zcu.cz](mailto:safrankz@kos.zcu.cz)

### CÍL STUDIE:

Cílem studie je navrhnout optimální edukační plán pro dospělého dětského pacienta propuštěného do domácího ošetrování.

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

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

S Vaším souhlasem budu nahlížet do zdravotnické dokumentace o Vás vedené a pořizovat z ní poznámky, které budou využity do bakalářské.

### SOUHLAS S VÝZKUMEM

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

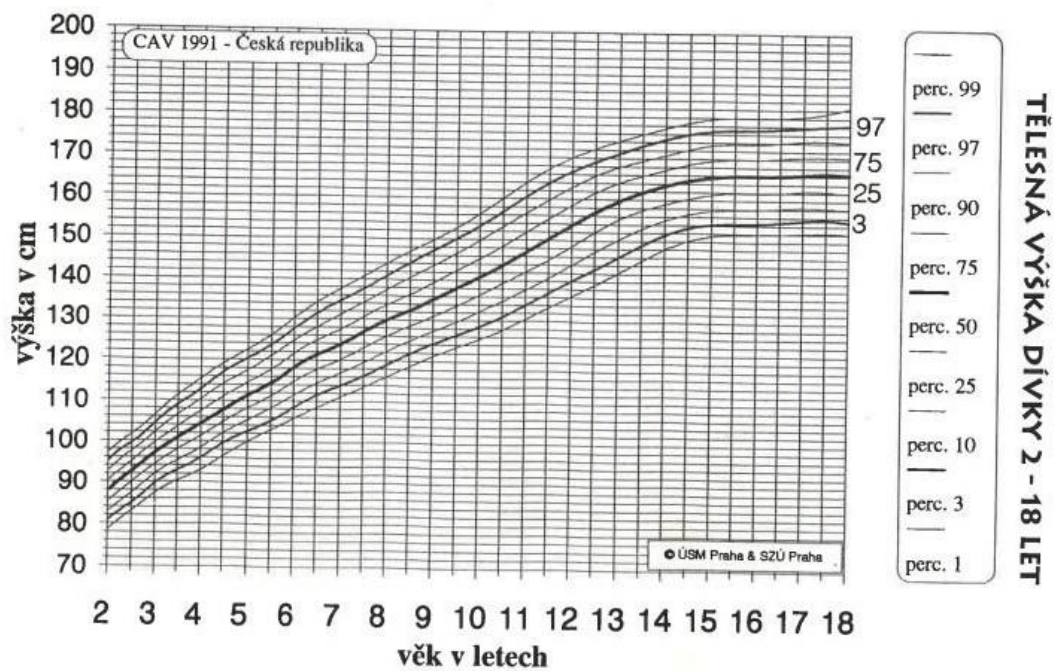
Podpis účastníka výzkumu: ..... Datum:

Podpis zákonného zástupce: ..... Datum:

Podpis studenta: ..... Datum:

## 12. Informovaný souhlas s výzkumem – dětský pacient

Příloha č. 11



13. Růstová tabulka dívky, (zdroj: vlastní)

## ORL oddělení Klatovská nemocnice, a.s.

Pan ( i ) .....r.č. ....

je objednáán ( a ) na .....k přijetí na ušní,nosní,krční oddělení

Klatovské nemocnice,a.s. za účelem .....

**Na ambulanci našeho oddělení se dostavte mezi 8.00 -9.00 hodinou ( děti v doprovodu rodičů ). Vezměte si s sebou občanský průkaz,kartu pojištěnce,běžné toaletní potřeby,pyžamo a domácí obuv. Návštěvy v nemocnici jsou ve středu a v neděli od 14.00 do 15.30 hodin,pak denně od 16.00 hodin. Děti do 6 let nemají přístup. Možnost informací na nemocné i telefonicky. 10-14 dní před nástupem léčeni si dejte provést vyšetření, která jsou níže uvedená. V případě, že jste před nástupem onemocněli, telefonicky si dohodněte jiný termín.**

**Ženy nastupující k operaci v celkové anestezii žádáme, aby neměly na rukou umělé nehty.**

**Obvodní,závodní lékaře a dětská střediska prosíme o laskavé provedení předoperačního vyšetření,výsledky nemocný přinese s sebou :**

**při lokální anestezii – KO,moč chemicky + sediment ,popř.také interní nebo pediatrické vyšetření předoperační.**

**V případě celkové anestezie :**

**Děti do 18 let splňující kritéria ASA 1 a 2 : KO,moč chemicky + sediment, pediatrické vyšetření.**

**Děti do 18 let splňující kritéria ASA 3 a více : KO,moč chemicky + sediment, pediatrické vyšetření, rozšíření vyšetření ( další laboratorní vyš., EKG křivka, echokardiografie aj. ) pak v závislosti na povaze komplikujícího onemocnění pokud vyplyne z pediatrického vyšetření ).**

**Dospělí splňující kritéria ASA 1 : vyšetření internistou nebo praktickým lékařem, KO,moč chemicky + sediment, nad 40 let navíc glykémie, ionty v séru, jaterní testy, urea, kreatinin, osmolarita, EKG nad 40 let, RTG hrudniku nad 60 let.**

**Dospělí splňující kritéria ASA 2 – 4 : interní vyšetření, KO, Quickův test, apTT, glykémie, ionty v séru, jaterní testy, urea, kreatinin, osmolarita, celková bílkovina a albumin, moč chemicky + sediment, EKG, RTG hrudníku nad 60 let, pod 60 let pouze v případě kardiálního nebo plicního komplikujícího onemocnění.Další laboratorní případně specializovaná vyš. ( plicní + spirometrické, echokardiografické, neurologické, endokrinologické aj. ) dle komplikujících onemocnění a pokud vyplynou z interního vyšetření.**

**Výsledky vyšetření necháváme zde.**

**V případě vyšetření pro celkovou anestezii nesmí být výsledky starší než 14 dní před plánovanou operací.**

**Pracovníci oddělení děkují za projevenou důvěru.**

Klatovská nemocnice, a. s.  
Ptačeská 329  
339 01 Klatovy  
IČO: 26300527

Informace pro praktického lékaře  
F-159  
Verze: 1  
Nahrazuje: \_\_\_\_\_



Vychází z: SOP – 5

### INFORMACE PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE

#### DOPORUČENÁ VYŠETŘENÍ PŘED DIAGNOSTICKÝMI NEBO LÉČEBNÝMI VÝKONY OPERAČNÍ A NEOPERAČNÍ POVAHY S POŽADAVKEM ANESTEZIOLOGICKÉ PÉČE - DOSPĚLÝ PACIENT V KLATOVSKÉ NEMOCNICI, A. S.

Pro dospělé pacienty splňující kritéria ASA I připravované k plánovanému výkonu je požadováno:

- vyšetření praktickým lékařem
- laboratorní vyšetření - krevní obraz, moč chemicky + sediment nad 40 let navíc glykémie, ionty v séru, jaterní testy, urea, kreatinin, osmolalita
- EKG nad 40 let, RTG hrudníku nad 60 let

Pro dospělé pacienty splňující kritéria ASA II - IV připravované k plánovanému výkonu je požadováno:

- vyšetření internistou nebo praktickým lékařem u ASA II
- vyšetření internistou vždy u ASA III a IV
- laboratorní vyšetření - krevní obraz, QapTT, glykémie, urea, kreatinin, ionty v séru osmolalita, jaterní testy, celková bílkovina a albumin, moč chemicky + sediment
- EKG vždy
- RTG hrudníku nad 60 let, pod 60 let pouze v případě kardiálního nebo plicního komplikujícího onemocnění

Další laboratorní případně specializovaná vyšetření (plicní + spirometrické, echokardiografické, neurologické, endokrinologické aj.) dle komplikujících onemocnění, a pokud vyplnou z předoperačního vyšetření.

Doba platnosti předanestetického vyšetření obvykle 1 měsíc, není-li důvod vyžadovat nové vyšetření (např. při změně zdravotního stavu od posledního vyšetření). Doba platnosti RTG vyšetření 12 měsíců, opět není-li důvod vyžadovat nové vyšetření.

#### Vymezení pojmů:

Dospělý pacient - pacient od 18-ti let života

Anesteziologické riziko ASA (schéma American Society of Anesthesiologists):

- Riziko ASA I - normální zdravý asymptomatický pacient bez přidružených onemocnění.
- Riziko ASA II - pacient s lehkým celkovým onemocněním bez omezení funkční výkonnosti.
- Riziko ASA III - pacient s těžkým celkovým onemocněním s omezením výkonnosti.
- Riziko ASA IV - pacient s těžkým celkovým onemocněním, které s operací nebo bez operace ohrožuje život pacienta.
- Riziko ASA V - terminální stav, smrt nastane do 24 hodin s operací i bez ní.

TEL	Klatovská nemocnice, a. s.
DIOS	Ptačeská 329, 339 01 Klatovy I
304	Děd. ORL a chirurgie hlavy a krku
	Ambulance: 0881
701	Telefon: 376 335 127

MUDr. Chroustová Marta

Obrázek č. 1



*16. Paratonsilární absces vpravo, (Komínek, 2010, s. 9)*