

# Příprava pacienta v anesteziologické ambulanci

Olga Smékalová



LÉKAŘSKÁ FAKULTA V PLZNI  
UNIVERZITA KARLOVA



AKUTNĚ.CZ

SIM|PL

MUNI | SIMU  
MED

XVII. konference AKUTNĚ.CZ, Brno, 2025

# Konflikt zájmů

- Anesteziolog s 17letou praxí
- Školitel rezidentů v předatestační přípravě

# Proč děláme vyšetření před anestezií?

- Zjistit případné „nestabilní“ či neodhalené diagnózy (dekompenzace, infekce, ischemie, těžká anémie).
- Připravit pacienta fyziologicky i logisticky (medikace, lačnění).
- Rozhodnout a domluvit se s pacientem na vhodném typu anestezie, analgezie a pooperační péče.
- Správně třídit – kdo může na ambulantní výkon a kdo musí na JIP/ARO po operaci.
- **SNÍŽIT PERIOPERAČNÍ RIZIKO**



Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny  
DOPORUČENÉ POSTUPY

## DOPORUČENÝ POSTUP VYŠETŘENÍ PŘED DIAGNOSTICKÝMI NEBO LÉČEBNÝMI VÝKONY OPERAČNÍ A NEOPERAČNÍ POVAHY S POŽADAVKEM ANESTEZIOLOGICKÉ PÉČE (TZV. PŘEDANESTETICKÉ VYŠETŘENÍ)

Připravila pracovní skupina:  
Vladimír Černý, Karel Cvachovec, Pavel Ševčík, Jan Šturma  
Schváleno výborem ČSARIM ke dni 18.5.2009  
Verze 2/2009



### Preoperative assessment of adults undergoing elective noncardiac surgery

### Updated guidelines from the European Society of Anaesthesiology and Intensive Care

Lamperti, Massimo; Romero, Carolina S.; Guarracino, Fabio; Cammarota, Gianmaria; Vetrugno, Luigi; Tufegdzcic, Boris; Lozsan, Francisco; Macias Frias, Juan Jose; Duma, Andreas; Bock, Matthias; Ruetzler, Kurt; Mulero, Silvia; Reuter, Daniel A.; La Via, Luigi; Rauch, Simon; Sorbello, Massimiliano; Afshari, Arash

[Author Information](#) ☺

*European Journal of Anaesthesiology* 42(1):p 1-35, January 2025. | DOI: 10.1097/EJA.0000000000002069



# Co by mělo obsahovat předanestetické vyšetření

(podle doporučení ČSARIM z roku 2009)

Cílem předanestetického vyšetření je:

- zhodnocení dostupných výsledků předoperačního vyšetření,
- posouzení zdravotního stavu a funkční rezervy orgánových systémů pacienta,
- detekce případných abnormalit při fyzikálním nálezů nebo na základě biochemických či pomocných vyšetření,
- v případě potřeby návrh případných dalších pomocných a konsiliárních vyšetření,
- v případě potřeby návrh optimalizace orgánových funkcí,
- stanovení plánu anesteziologické péče (včetně způsobu pooperační analgezie) s ohledem na stav nemocného, typ výkonu a možnosti zdravotnického pracoviště,
- informace pacienta o plánovaném výkonu, způsobu anestézie a pooperační péči a získání jeho informovaného souhlasu.

Načasování předanestetického  
vyšetření

# Načasování předanestetického vyšetření

**When and how should the preoperative anaesthesia assessment happen?**

*R1.1: We recommend an **early outpatient preoperative anaesthesia assessment** to reduce day-of-surgery cancellations and length of hospital stay. (1C)*

*R1.2: We recommend that **telemedicine and standardised questionnaires be used** as part of the preoperative anaesthesia assessment to improve patient accessibility to preanaesthesia care and their satisfaction. (1B)*

*R1.3: We suggest performing the preoperative assessment before the day of surgery, preferably **within 30 days**. However, we advise an updated comprehensive review by the attending anaesthetist within the 48 h before surgery. (CPS)*

*R1.4: We suggest conducting the preoperative assessment **as early as possible, but within 30 days** of the planned procedure for high-risk patients, to allow patient optimisation and fitness improvement for surgery.*

Co potřebujeme vědět od  
pacienta?

# Anamnéza

- Kardiorespirační „red flags“
- Tolerance zátěže
- Poruchy dýchacích cest / ventilace
- Léková anamnéza
- Alergie a předchozí komplikace v anestezii
- Neurologické a psychické komorbidity
- Endokrinní a metabolické poruchy
- Renální a jaterní onemocnění
- Specifické skupiny

# Zhodnocení kardiovaskulárních funkcí

# Zhodnocení kardiovaskulárních funkcí

## What kind of tools could we use to assess the cardiovascular system preoperatively?

R3.1: We suggest using the Revised Cardiac Risk Index (RCRI) score in preoperative patient risk stratification. (2C)

R3.2: When ordering preoperative blood tests, we suggest using natriuretic peptides as biological markers in high-risk patients (RCRI >2) undergoing high-risk surgery. (2C)

R3.3: We discourage using METs as a subjective measurement of the patient's functional capacity before medical decision-making. The preoperative patient-subjective estimate of METs correlates poorly with the METs measured by exercise stress testing. Nonetheless, in selected individuals, the preoperative assessment of patient-subjective METs is used as a surrogate marker of preoperative performance even if this is not seen as a substitute for preoperative cardiopulmonary testing. (1A)

R3.4: We recommend combining natriuretic peptides and Duke Activity Status Index questionnaires to evaluate cardiac reserve in high-risk patients undergoing high-risk surgery. (1C)

R3.5: We recommend completing the WHO Disability Assessment Schedule 2.0 in high-risk patients before surgery as this could be useful to inform the patients about the risks of postoperative disability. (1C)

# Revised Cardiac Risk Index (RCRI)

- Anamnéza ischemické choroby srdeční
- Anamnéza cerebrovaskulárního onemocnění
- Anamnéza srdečního selhání
- Diabetes mellitus na inzulinoterapii
- Sérový kreatinin nad 176,84  $\mu\text{mol/l}$  (2 mg/dl)
- Vysoce riziková operace (nitrohrudní, intraperitoneální nebo cévní)
- Pravděpodobnost rozvoje velké kardiovaskulární příhody

OTHER | Originally Published 7 September 1999 | [Check for updates](#)

## Derivation and Prospective Validation of a Simple Index for Prediction of Cardiac Risk of Major Noncardiac Surgery

Thomas H. Lee, Edward R. Marcantonio, Carol M. Mangione, Eric J. Thomas, Carlisi A. Polanczyk, E. Francis Cook, David J. Sugarbaker, Magruder C. Donaldson, Robert Poss, Kalon K. L. Ho, Lynn E. Ludwig, Alex Pedan, and Lee Goldman [SHOW FEWER](#) | [AUTHOR INFO](#)

# Circulation

JOURNAL OF THE AMERICAN HEART ASSOCIATION

Revised Cardiac Risk Inde... [★](#) [🔗](#)

**CALCULATOR** NEXT STEPS EVIDENCE CREATOR

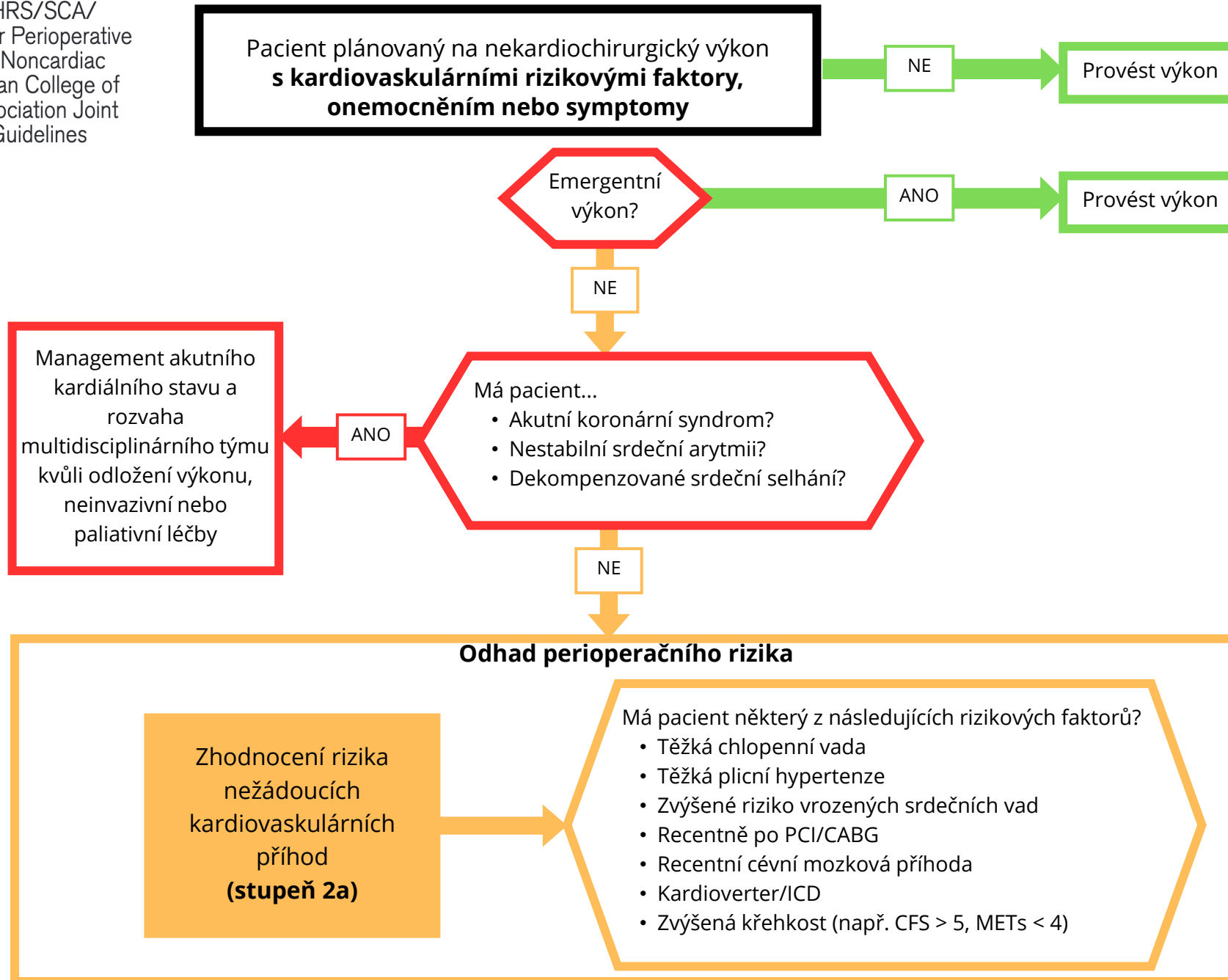
**High-risk surgery** **No** 0 **Yes** +1  
Intraperitoneal; intrathoracic; suprainguinal vascular

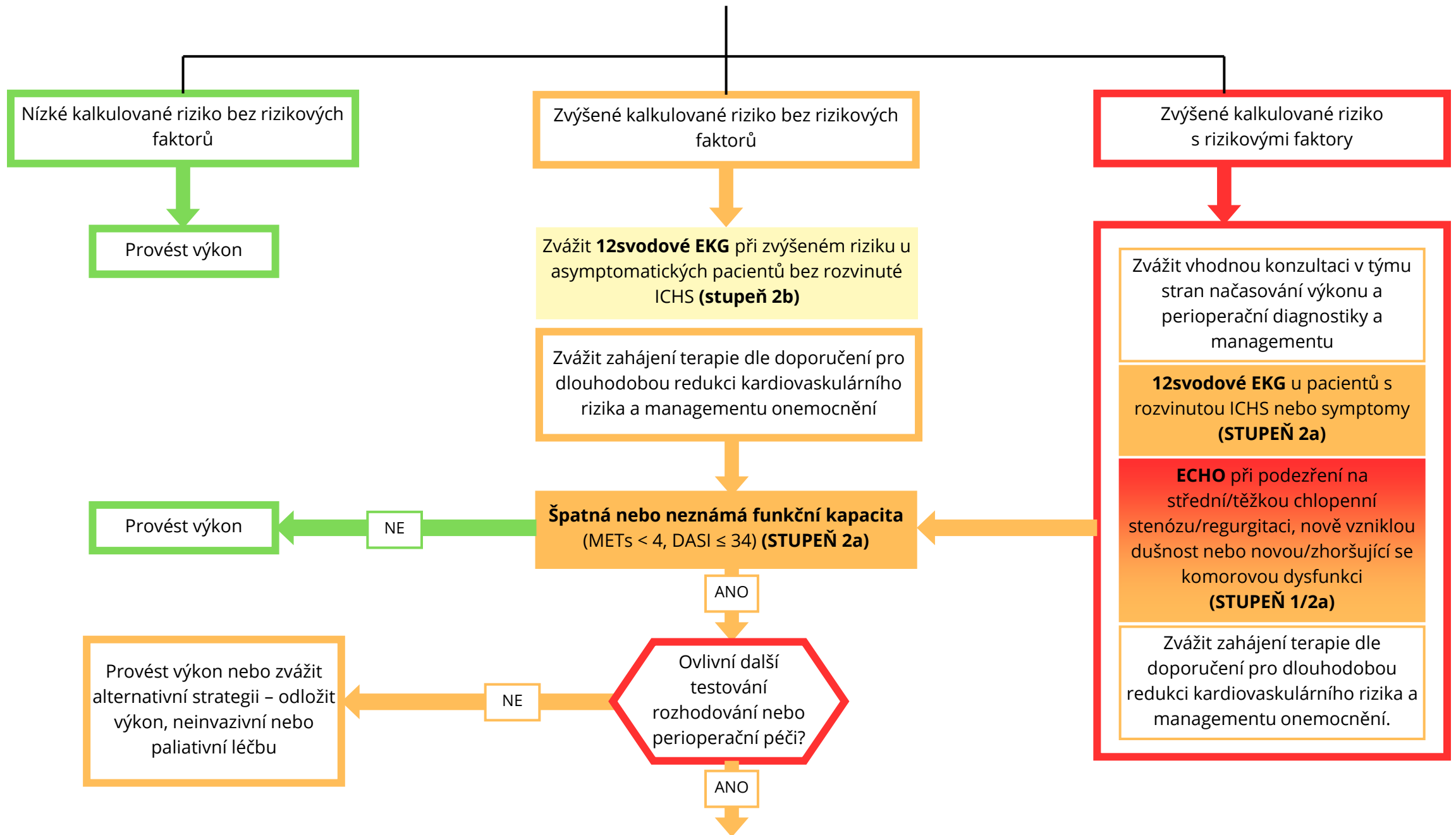
**History of ischemic heart disease** **No** 0 **Yes** +1  
History of myocardial infarction (MI); history of positive exercise test; current chest pain considered due to myocardial ischemia; use of nitrate therapy or ECG with pathological Q waves

**History of congestive heart failure** **No** 0 **Yes** +1  
Pulmonary edema, bilateral rales, or S3 gallop; paroxysmal nocturnal dyspnea; chest x-ray (CXR) showing pulmonary vascular redistribution

**History of cerebrovascular disease** **No** 0 **Yes** +1  
Prior transient ischemic attack (TIA) or stroke

**RESULT** **0 points** Risk of major cardiac event: 0.5





ANO



Provést výkon

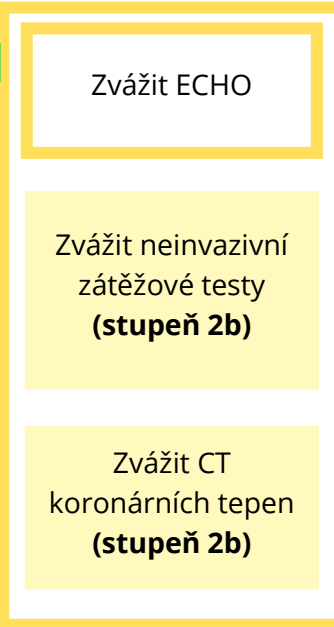
Normální biomarkery

Abnormální biomarkery

Multidisciplinární rozvaha ke zvážení rizik a benefitů dalšího vyšetřování

Provést výkon

Nízké riziko



Další vyšetřování

Bez vyšetřování

Zvažit alternativní strategie - odložit výkon, neinvazivní nebo paliativní léčbu nebo provést výkon

Zvažit pooperační sledování troponinu  
**(stupeň 2b)**

## CLINICAL PRACTICE GUIDELINES

---

2024 AHA/ACC/ACS/ASNC/HRS/SCA/  
SCCT/SCMR/SVM Guideline for Perioperative  
Cardiovascular Management for Noncardiac  
Surgery: A Report of the American College of  
Cardiology/American Heart Association Joint  
Committee on Clinical Practice Guidelines



## Rok 2024 v přehledu – Kardiovaskulární problematika v intenzivní a perioperační medicíně

Smékalová O.<sup>1,2,3,4</sup>, Klimovič A.<sup>1,2,3</sup>, Kletečka J.<sup>1,2</sup>, Zatloukal J.<sup>1,2,3</sup>, Beneš J.<sup>1,2,3,5</sup>

### PŘEHLEDOVÉ ČLÁNKY / REVIEW ARTICLES

Rok 2024 v přehledu – Kardiovaskulární problematika v intenzivní a perioperační medicíně

<https://doi.org/10.36290/aim.2024.054>



Tolerance zátěže

## Clinical Frailty Scale



**1 Very Fit** – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.



**7 Severely Frail** – Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).



**2 Well** – People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active occasionally, e.g. seasonally.



**8 Very Severely Frail** – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.



**3 Managing Well** – People whose medical problems are well controlled, but are not regularly active beyond routine walking.



**9 Terminally Ill** – Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy <6 months, who are not otherwise evidently frail.



**4 Vulnerable** – While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities. A common complaint is being "slowed up"; and/or being tired during the day.



**5 Mildly Frail** – These people often have more evident slowing, and need help in high order IADLs (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.



**6 Moderately Frail** – People need help with all outside activities and with keeping house. Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.

### Scoring frailty in people with dementia

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.

# Clinical Frailty Scale

# Duke Activity Status Index (DASI)

**Tab. 4.** Duke Activity Status Index (DASI) [30]

Činnost	Váha
Pečovat o sebe sama (např. najíst se, obléci se, vykoupat, použít záchod)	2,75
Chůze po domě/bytě	1,75
Jít jeden nebo 2 bloky po rovině	2,75
Vyjít jedno křídlo schodů nebo jít do kopce	5,5
Uběhnout krátkou vzdálenost	8
Dělat drobné domácí práce (např. utřít prach, umýt nádobí)	2,7
Dělat středně namáhavé domácí práce (např. vytírat podlahu, luxovat, drobná péče o zahrádku)	3,5
Dělat těžkou domácí práci (např. zvedat a přesouvat těžší nábytek, drhnout podlahu)	8
Těžká práce na zahradě (např. hrabání listí, sekání trávy bez samohybu, plení a rytí)	4,5
Sexuální aktivita	5,25
Namáhavá sportovní aktivita (např. plavání, single tenis, basketball, lyžování)	7,5
Vyhodnocení – součet všech vah jednotlivých prováděných aktivit	

- sumární hodnota < 34

Fyzikální, laboratorní a  
zobrazovací vyšetření

- Celkový pohled na pacienta (otoky, barva kůže, ortopnoe, rychlá změna váhy...)
- Zhodnocení dýchacích cest (airway assessment)
- Zhodnocení vitálních funkcí (poslech, TK, TF, event. EKG, SpO2...)

**L**  
4b.



#### Look externaly - zevní pohled

- Obličejové trauma
- Velké řezáky
- Vousy nebo knírek
- Velká jazyk

**E**  
3b.



#### Evaluate - zhodnot 3-3-2

1. vzdálenost mezi řezáky < 3 prsty
2. mezi jazykou a bradou < 3 prsty
3. thyroidea - jazyk < 2 prsty



**M**  
1b.



#### Mallampati

Mallampati skóre > 2



**O**  
1b.



#### Obstrukce / Obezita

Jakákoliv potenciální obstrukce DC, např. epiglottitis, trauma, peritoneální absces, obezita, rakovina hlavy a krku, hematom na krku, cizí těleso nebo termická poranění

**N**  
1b.



#### Neck mobility - pohyblivost krku

Neschopnost provést extenzi krku, číhací pozici, nasazený kční límec, artritida

součet	stupeň obtížnosti
1-3	Snadná
4-5	Středně obtížná
6-7	Obtížná
8-9	Velmi obtížná
10	Extrémně obtížná

#### Při očekávané obtížné intubaci (Lemon 6b a více)

- Provedení výkonu na COS!!! + Přivolej pomoc
- Připrav pomůcky pro obtížnou intubaci
- Zvaž intubaci pacienta při vědomí (určitě LEMON > 7)
- Preoxygenuj + nasad kyslíkové brýle - nastav max. průtok O2
- V případech intubace v CA použij krátkodobě účinná farmaka

# Stratifikace výkonů

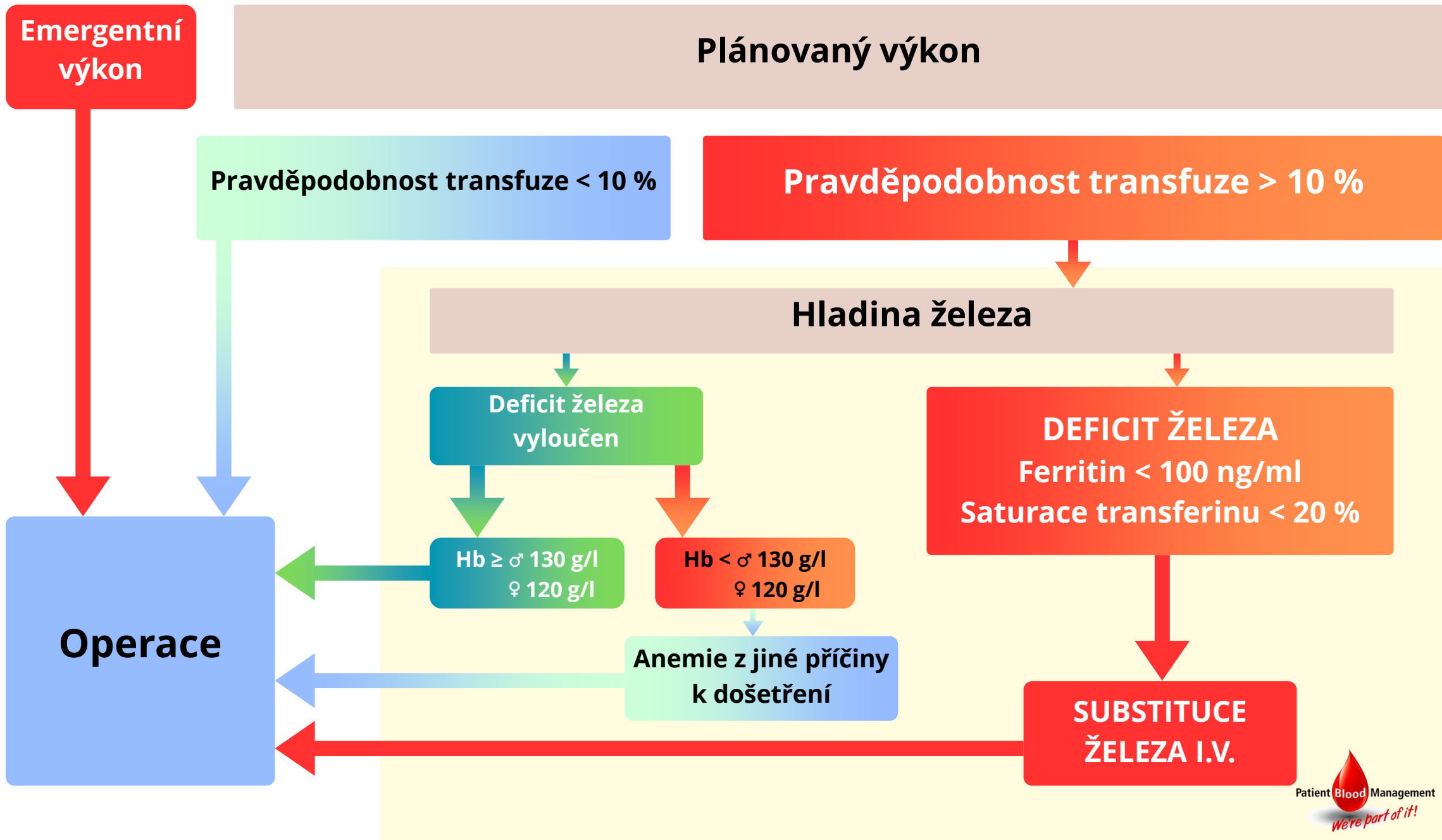
- Podle závažnosti výkonu – malé, střední, velké
- Podle anamnézy a vyšetření – dle ASA

# Stratifikace výkonů a vyšetření

KLASIFIKACE ASA					
	I	II	III	IV	V
A	DOTAZNÍK + KLINIK/PRAKTIK	DOTAZNÍK+ KLINIK/PRAKTIK	PRAKTIK/SPEC	SPEC	SPEC
	M	M	M+LAB+KOAG	M+LAB+KO+KOAG	M+LAB+KO+KOAG
			EKG > 40let	EKG	EKG
				RTG S+P	RTG S+P
B	PRAKTIK	PRAKTIK	PRAKTIK/SPEC	SPEC	SPEC
	M+LAB+KO+KOAG	M+LAB+KO+KOAG	M+LAB+KO+KOAG	M+LAB+KO+KOAG	M+LAB+KO+KOAG
		EKG > 40let	EKG > 40let	EKG	EKG
		RTG S+P > 60let	RTG S+P > 60let	RTG S+P	RTG S+P
C	PRAKTIK/SPEC	PRAKTIK/SPEC	SPEC	SPEC	SPEC
	M+LAB+KO+KOAG	M+LAB+KO+KOAG	M+LAB+KO+KOAG	M+LAB+KO+KOAG	M+LAB+KO+KOAG
		EKG > 40let	EKG > 40let	EKG	EKG
		RTG S+P > 60let	RTG S+P > 60let	RTG S+P	RTG S+P
PRAKTIK - PRAKTICKÝ LÉKAŘ DOSPĚLÝCH nebo DĚTÍ A DOROSTU; SPEC- INTERNÍ SPECIALISTA/PEDIATR					
M - MOČ+SEDIMEN; LAB - Na, K, Cl, UREA+KREAT, BILIRUBIN+ALT+AST, BÍLKOVINA/ALBUMIN; KO - KREVNÍ OBRAZ; KOAG - APTT, INR;					

Optimalizace pacienta před  
výkonem – co opravdu můžeme  
ovlivnit?

- Preoperační anémie – diagnostika a léčba (PBM principy, železo, EPO ve výjimečných případech).
- Optimalizace diabetu – SGLT2 inhibitory – kdy vysadit?
- Optimalizace hypertenze, srdeční dekompenzace, stabilizace respirační insuficience.
- Optimalizace astmatu/CHOPN – bronchodilatační terapie, úprava medikace.
- Kouření, alkohol, OSA



# Perioperační úprava chronické medikace

# Perioperační úprava medikace podle guidelines ESAIC 2025

- NOACs – 24 h (nízké riziko), 48 h (vysoké)
- VKA – 24–48 h dle rizika, bridging u mechanických chlopní
- ASA – ponechat; P2Y12 dle rizika / PCI algoritmu
- GLP-1 agonisté – 1–2 týdny pauza, všichni = full stomach
- SGLT2i – 3–4 dny pauza, pozor na eDKA
- ACEi/sartany – zvaž pauzu při riziku hypotenze
- Betablokátory – pokračovat
- Kortikoidy – myslet na stress-dosing
- Psychofarmaka / antiepileptika – pokračovat

# SGLT2 inhibitory („-floziny“)

- Empagliflozin (Jardiance), dapagliflozin (Forxiga), canagliflozin (Invokana), ertugliflozin (Steglatro)...
- SGLT2 inhibitory blokují sodium-glucose co-transporter 2 (SGLT2) v proximálním tubulu ledvin.

# SGLT2 inhibitory („-floziny“)

- Blokáda zpětné resorpce glukózy v ledvinách
  - Pokles glykemie nezávislý na inzulínu (minimální riziko hypoglykémie)
  - Více glukózy v moči (glukosurická diuréza)
- Osmotická diuréza
  - Ztráta tekutin a sodíku – riziko dehydratace a hypovolemie
- Hemodynamické efekty
  - Snížení preload/afterload, mírný pokles TK
  - Snižuje progresi srdečního selhání
  - Renoprotektivní efekt díky snížení intraglomerulárního tlaku
- Zvýšení glukagonu / lipolýzy / ketogeneze
  - **Zvýšené riziko euglykemické ketoacidózy (eDKA) – obzvláště v kombinaci s lačněním**
  - Glukóza může být normální, zatímco ketony a acidóza jsou vysoké

# SGLT2 inhibitory („-floziny“)

Doporučení vysadit  
3-4 dny předem

R12.8: SGLT2 inhibitors (SGLT2i) drugs should be withheld for 3 to 4 days before elective procedures to reduce the risk of euglycemic diabetic ketoacidosis. (CPS)

R12.9: Patients taking SGLT2i medications should consume clear fluids approximately 2 h before the procedure to keep regular hydration. (CPS)

R12.10: Euglycemic diabetic ketoacidosis should be suspected in this category of patients, and blood  $\beta$ -hydroxybutyrate (BOHB) is a functional confirmatory test. (CPS)

R12.11: If a patient taking SGLT2i drugs did not discontinue the medication in time, dehydration caused by bowel preparation for endoscopy can increase the ketone levels, and the patient should be adequately hydrated before leaving the hospital. (CPS)

Zatím nejsou  
jednoznačné protokoly.

# GLP-1 agonisté

- **Týdenní** injekční podání (Ozempic, Wegovy, Trulicity, Mounjaro...) – vysadit min. 1 týden před výkonem,
- Pokud je lék indikován k léčbě obezity, vysadit **min. 2 týdny** (kvůli delšímu poločasu).
- **Denní** podání (Victoza, Saxenda, Rybelsus) – vysadit **v den výkonu**.

# GLP-1 agonisté

- Napodobují účinek endogenního hormonu GLP-1 (glucagon-like peptide-1)
- Stimulace inzulínu (glukóza-dependentní) – nezpůsobují hypoglykémie samy o sobě, zlepšují postprandiální glykémii
- Snížení sekrece glukagonu – brzdí nadměrnou produkci glukózy v játrech
- Centrální efekt na sytost – menší příjem potravy, úbytek hmotnosti
- Kardiometabolické efekty – mírné snížení TK, protektivní účinek u diabetiků
- Zpomalení vyprazdňování žaludku = riziko plného žaludku

# GLP-1 agonisté

= riziko plného žaludku

- 24 h před výkonem pouze tekutá dieta
- Pokud je to možné – ultrazvuk žaludku k posouzení obsahu
- Pokud USG není dostupné a výkon nelze odložit – **Rapid Sequence Induction**

**Je potřeba další výzkum!**

# Informovaný souhlas a edukace pacienta

# Informovaný souhlas a edukace pacienta

- Co pacient musí vědět –
  - Jaká bude anestezie?
  - Jaké jsou rizika?
  - Jaký bude očekávaný průběh?
  - Bude pooperační analgezie?
- Edukace ohledně lačnění, režimových opatření, CPAP u OSAS, doprovodu domů, atd.

## CO BYCH JEŠTĚ MĚL O BLOKÁDÁCH VĚDĚT?

### BLOKÁDA MŮŽE NĚKDY SELHÁT:



- může se to stát například z technických důvodů, při menším účinku léku nebo kvůli individuálním rozdílům v anatomii
- v takovém případě zajistíme jinou metodu tlumení bolesti

### I PŘI ÚSPĚŠNĚ BLOKÁDĚ MŮŽETE CÍTIŤ URČITOU BOLEST:



- někdy je operaci ovlivněno více nervů, než lze znecitlivět

### LÉKY PROTI BOLESTI BUDETE POTŘEBOVAT I PO BLOKÁDĚ:



- výhodou je, že díky blokádě většinou postačí menší množství slabších léků, které mají méně nežádoucích účinků

## KDY KONTAKTOVAT ZDRAVOTNICKÝ PERSONÁL?

- pokud se bolest náhle výrazně zhorší a nereaguje na podané léky
- pokud se objeví horečka, zarudnutí, otok nebo výtok v místě vpichu
- pokud necitlivost nebo slabost přetrvává déle než 48 hodin po výkonu



Klinika anesteziologie,  
resuscitace a intenzivní medicíny

## PERIFERNÍ NERVOVÁ BLOKÁDA



### Kontaktujte nás:

Fakultní nemocnice Plzeň  
alej Svobody 80  
323 00 Plzeň-Lochotín  
Tel: 377 103 111  
fnplzen.cz

## CO JE PERIFERNÍ NERVOVÁ BLOKÁDA?

Periferní nervová blokáda je metoda znecitlivění určité části těla. Lékař aplikuje lék na znecitlivění (lokální anestetikum) v blízkosti nervu. Tím se dočasně přeruší vedení bolesti z operované oblasti.

## BUDU PŘI BLOKÁDĚ SPÁT?

Ne vždy - záleží to především na typu operačního výkonu, zvolené operační technice, a také na Vašem zdravotním stavu. Blokádu lze využít dvěma způsoby:



### DOPLŇEK K CELKOVÉ ANESTEZII:

- periferní nervová blokáda se provede před usmáním, poté Vás uvedeme do celkové anestezie
- po probuzení blokáda zajišťuje menší pooperační bolest a umožňuje snížit dávky silných léků proti bolesti



### SAMOSTATNÁ METODA:

- operovaná oblast se znecitliví periferní nervovou blokádou
- zůstáváte při vědomí, ale podle potřeby můžete dostat léky na lehké „přispání“ (analgesedace)



## JAK SE PERIFERNÍ BLOKÁDA PROVÁDÍ?

- lékař zavede tenkou jehlu pod kontrolou ultrazvuku nebo nervového stimulátoru
- aplikuje malé množství lokálního anestetika k nervu
- vpich není výrazně bolestivý - podobá se injekci u zubaře
- účinek nastupuje během 10-30 minut

## JAK SE BUDU CÍTÍT PO VÝKONU A NA CO BYCH SI MĚL DÁVAT POZOR?

- končetina bude několik hodin necitlivá, těžká a „cizí“ (4-24 h, někdy déle)
- nebudete ji mít plně pod kontrolou, proto ji chraňte před poraněním
- nepokládejte na ni nic horkého ani studeného (radiátor, nahřívací polštář)
- nezatěžujte ji, dokud se cítíte a síla zcela nevrátí.
- při odeznívání se může objevit mravenčení - to je normální

## CO JE KATÉTR PRO OPAKOVANOU / NEPŘETŘITOU BLOKÁDU A KDY SE POUŽÍVÁ?

- jde o speciální typ nervové blokády, kterou doporučujeme u rozsáhlejších nebo bolestivějších operací
- lékař pod kontrolou ultrazvuku zavede k nervu tenkou hadičku (katétr), přes kterou lze opakovaně nebo nepřetržitě podávat léky na znecitlivění
- katétr obvykle zůstává několik dní
- každý den Vás navštíví tým léčby bolesti KARIM a upraví dávku podle Vaší potřeby

## JAKÉ PŘÍNOSY MÁ BLOKÁDA PRO MĚ JAKO PACIENTA?

- účinná úleva od bolesti po operaci
- menší potřeba silných opioidů (méně ospalosti, nevolnosti, zácpy)
- u některých výkonů možnost provedení operace bez celkové anestezie (jen s lehkým přispáním)
- rychlejší rehabilitace a mobilizace
- dřívější propuštění domů

## JAKÁ RIZIKA A NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY MŮŽE MÍT BLOKÁDA?

- dočasná necitlivost, slabost či mravenčení v končetině
- modřina nebo citlivost v místě vpichu
- velmi vzácně: infekce, krvácení, alergická reakce
- výjimečně: trvalejší poškození nervu (většinou přechodné)

Jak mít předanestetická vyšetření  
co nejvíc konzistentní?



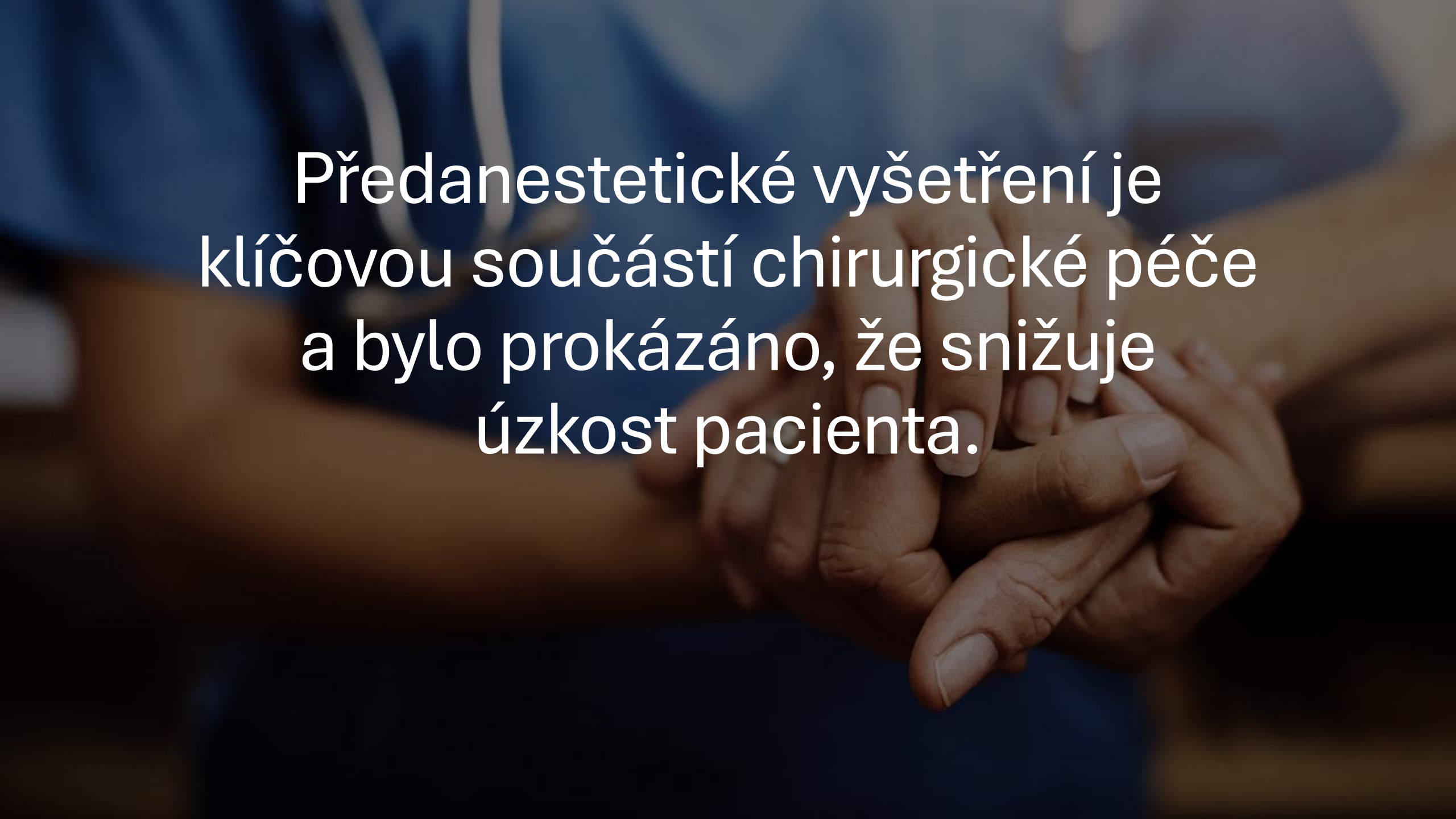
## PŘEDANESTETICKÉ VYŠETŘENÍ A PŘÍPRAVA PACIENTA



## Obsah

<b>CO JE PŘEDANESTETICKÉ VYŠETŘENÍ A CO MUSÍ OBSAHOVAT?</b> .....	4
<b>PŘEHLED POŽADOVANÝCH PŘEDOPERAČNÍCH VYŠETŘENÍ</b> .....	4
KLASIFIKACE AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS (ASA) .....	5
STRATIFIKACE VÝKONŮ PODLE ZÁVAŽNOSTI .....	5
CO JE TO „VITÁLNÍ INDIKACE“? .....	5
KDO ROZHODUJE, ZDA JE PACIENT SCHOPEN OPERACE? .....	5
ROZŠÍŘENÍ POŽADAVKŮ NA VYŠETŘENÍ U SPECIFICKÝCH SKUPIN / OPERAČNÍCH ZÁKROKŮ .....	6
SHRNUTÍ PRO PRAXI .....	7
<b>ZHODNOCENÍ DÝCHAČÍCH CEST</b> .....	9
PACIENT S POTENCIÁLNĚM OBŤIŽNÝM ZAJIŠTĚNÍM DC V ANESTEZIOLOGICKÉ AMBULANCI .....	9
PACIENT S POTENCIÁLNĚM OBŤIŽNÝM ZAJIŠTĚNÍM DC NA OS .....	9
SHRNUTÍ .....	10
<b>PŘEDOPERAČNÍ LAČNĚNÍ</b> .....	11
ELEKTIVNÍ VÝKONY .....	11
AKUTNÍ VÝKONY .....	11
DĚTSKÁ POPULACE .....	11
KOURENÍ .....	13
<b>PACIENT S PONV</b> .....	14
<b>PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA U SPECIFICKÝCH VÝKONŮ</b> .....	16
A WAKE KRANIOTOMIE .....	16
PACIENTI PŘED OPERACÍ S UŽITÍM ADENOSINU .....	17
PACIENTI PŘED OPERACÍ S UŽITÍM GLUKOKORTIKOIDŮ .....	18
PACIENTI PŘED KOMPLEXNÍMI MIKROCHIRURGICKÝMI/PLASTICKÝMI ZÁKROKY V OBLASTI DUTINY ÚSTNÍ/ORL .....	19
VÝKONY S POUŽITÍM PŘEDOPERAČNÍ REKUPERAČNÍ KRVY .....	20
INDIKACE PROVEDENÍ ZÁKROKU U DĚTSKÉ POPULACE NA COS .....	21
<b>PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA U SPECIFICKÝCH ONEMOCNĚNÍ</b> .....	22
PACIENT S ANAMNEZOU „PÁLENÍ ŽÁHY“ .....	22
DIABETES MELLITUS .....	23
HYPERTENZE .....	25
SYNDROM OBSTRUKČNÍ SPÁNKOVÉ APNOE .....	27
CHRONICKÁ OBSTRUKČNÍ PULMONÁLNÍ NEMOC .....	28
ASTHMA BRONCHIALE .....	30
ISCHEMICKÁ CHOROBA SRDCE .....	31
ANTITROMBOTICKÁ LÉČBA .....	33
PACIENT S CHRONICKOU BOLESTÍ .....	36
PACIENT S PODEZŘENÍM NA MALIGNÍ HYPERTERMII .....	38
PSYCHIATRICKÝ PACIENT .....	40
PACIENT S NEUROLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM .....	43
NEPORODNICKÉ VÝKONY U GRAVIDNÍ PACIENTKY A SPECIFIKA KŮLIČÍ PACIENTKY .....	47
<b>PREMEDIKACE</b> .....	50
DOBA PODÁNÍ PREMEDIKACE PŘED VÝKONEM .....	50
DĚTSKÁ POPULACE .....	50
<i>Anestezie místa vpichu</i> .....	50
<i>Premedikace před operačními výkony (spojenými s nutností analgézie):</i> .....	50
<i>Premedikace před nebolestivými výkony (diagnostiky atd.)</i> .....	51
DOSPĚLÍ PACIENTI .....	51
<b>PŘÍLOHA 1 – MOŽNOSTI INDIKOVÁNÍ SVODNÁ ANESTEZIE/ANALGÉZIE PODLE TYPU VÝKONU</b> .....	52
CHIRURGIE OBECNÁ I SPECIÁLNÍ .....	52
GYNEKOLOGIE .....	53

TRAUMATOLOGIE A ORTOPEDIE .....	53
UROLOGIE .....	54
<b>PŘÍLOHA 2 – DOPORUČENÍ PRO UŽITÍ REGIONÁLNÍ ANESTEZIE PŘI UŽÍVÁNÍ ANTITROMBOTICKÉ A ANTIKOAGULAČNÍ LÉČBY</b> .....	55
ANTIKOAGULAČNÍ LÉČBA .....	55
TROMBOLYTICKÁ FIBRINOLYTICKÁ TERAPIE .....	56
ANTIAGREGAČNÍ LÉČBA .....	57
<b>PŘÍLOHA 3 – MANUÁL OBŤIŽNÉ INTUBACE FN PLZEŇ</b> .....	58
<b>PŘÍLOHA 4 – NÁVRH INTERPRETACE ROTEM A POSTUP TERAPIE</b> .....	60



Předanestetické vyšetření je klíčovou součástí chirurgické péče a bylo prokázáno, že snižuje úzkost pacienta.

# Česká anesteziologická cesta 2025

## ...mapujeme, kudy jdeme

**Vyplňte krátký dotazník.**

Ukažte českou praxi.

Pomůžete vytvořit aktuální obraz české anesteziologie.





Děkuji za pozornost