

Intenzivistovo Desatero

Pavel Ševčík
KARIM FN Ostrava
LF Ostravské univerzity

XII. konference Akutně.cz 21.11.2020

Vymezení pojmů

- Mentorování
- Zjevené pravdy versus
- Medicína založená na důkazech - EBM
- Desatero

- Nebudu citovat žádné studie. Záměrně

Mentorování

- V ČR mírně negativní konotace ve smyslu nesympatického a nudného poučování
- V západním zahraničí – neformální vztah učitele a žáka / školitele a rezidenta spojený s předáváním znalostí, dovedností, zkušeností a s vedením mladého pracovníka k sebezdokonalování

Medicína založená na důkazech

- EBM – vědomé, zřetelné a soudné používání nejlepších současných důkazů při rozhodování o péči o jednotlivé pacienty

McMaster University Hamilton, early 90's
David L Sackett, BMJ 1996

Zjevená pravda

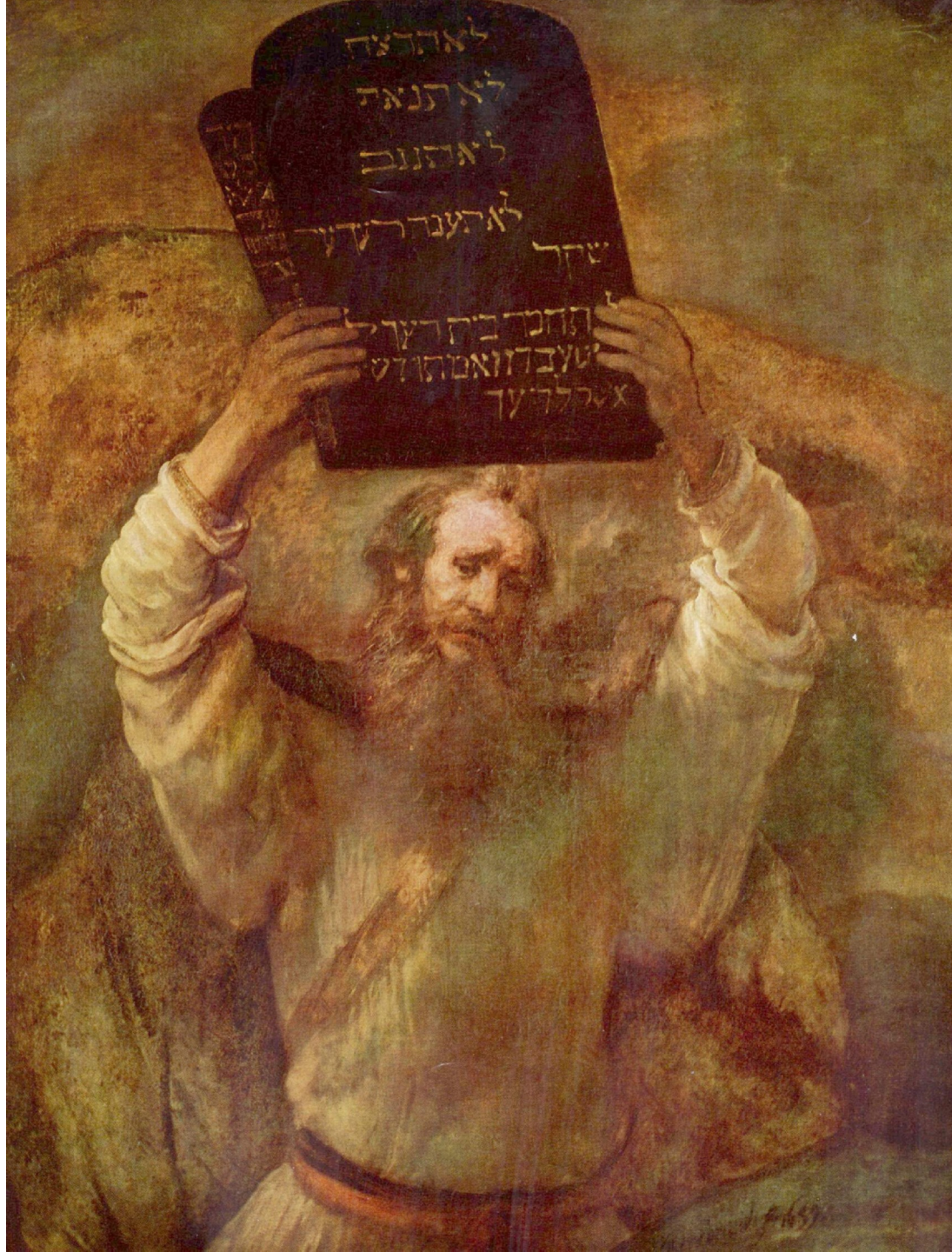
- Je dána shůry
- Z teologického hlediska - samotným rozumem neodhalitelná

Petrželka J. Dějiny filosofie

– viz <https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/ff/ps10/phil/web/ta13.html>

Desatero

- Soubor základních etických norem
- V kontrastu s ním - nynější prales zákonů
- Ústava USA – údajně necelých 900 slov
- Následovala však řada tzv. dodatků
- Např. 18. dodatek – zákaz alkoholu - 1917
- V současnosti v ČR existuje údajně na **400 tisíc vyhlášek a zákonů**
- Např. zákon o dani z příjmu se za 27 let existence ČR změnil již 180x
- Kam se hrabe Desatero



1. *V jednoho Boha věřit budeš.*
2. *Nevezmě jména Božího nadarmo.*
3. *Pomni abys den sváteční světil.*
4. *Cti otce svého a matku svou.*
5. *Nezabiješ.*
6. *Nezesmilníš.*
7. *Nepokradeš.*
8. *Nepromluvíš křivého svědectví
proti bližnímu svému.*
9. *Nepožádáš manželky bližního svého.*
10. *Nepožádáš statku bližního svého.*



Desatero manželských příkázání pro pány.

I. Muž má se vždy dle rozkazů ženy řídit a přání její ochotně a bez reptání plnit.

II. Muž má ženě dvakrát denně ruce lbatí za to, že byla tak dobrá a vzala si ho, čímž mu připravila řádnou a tichou domácnost.

III. Muž má svoje vady ještě před svatbou odložit, ze všech hříchů se ženě vyzpovídati a *klíč od domu* drahé své polovici navždy odevzdati.

IV. Muž má všechno se zřejmou chutí snísti, co žena uvaří a vždy řádně to pochváliti, třebaš by to za nic nestálo!

V. Muž se má nečistých toulek vystříhati. Stane-li se však přece, že přijde později domů, má ho žena řádně vyhubovati a vyplátniti, k čemuž může obou rukou i veškerého nádobí použiti. Co se při tom *rozbíje*, jest muž povinen hned druhý den ráno přikoupiti.

VI. Přeje-li si žena nové šaty, klobouk nebo cokoliv jiného, má muž na to bez řečí klopiti.

VII. Služek si nemá muž ani všimati, aniž na ně mluví a do kuchyně nesmí ani páchnouti.

VIII. Muž se má starati o vychování dětí a v nepřítomnosti ženy pilně je chovati a krmiti.

IX. Muž má na večer všechny kapsy ženě ke kontrole ukázati a peníze své před ní spočítati.

X. Muž má každého večera seděti doma a ženu pikantními anekdotami baviti, neboť jen jejím přičiněním se stal pořádným a spokojeným člověkem!



S pozdravem

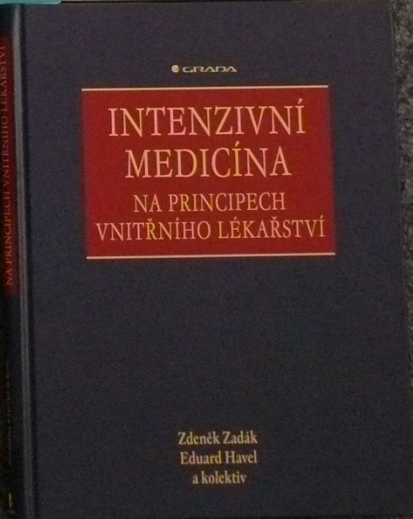
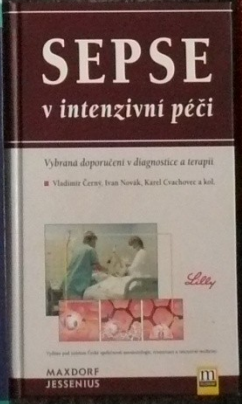
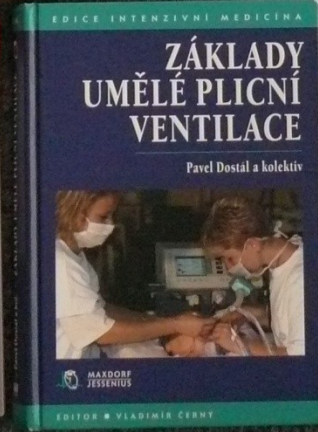
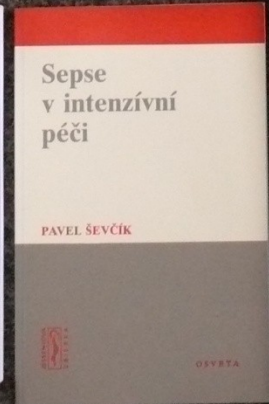
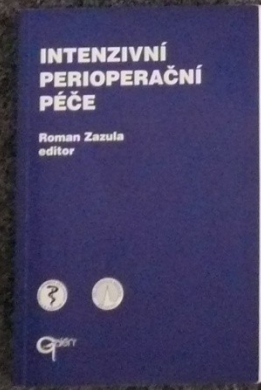
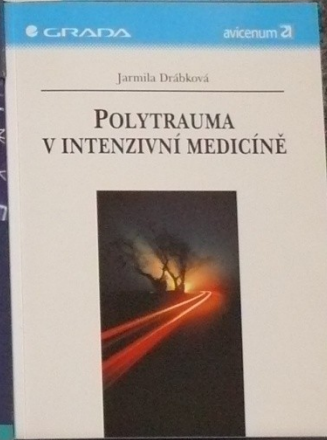
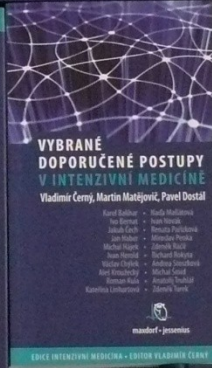
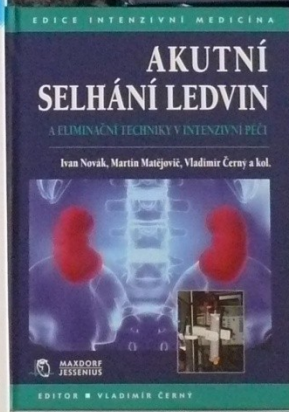
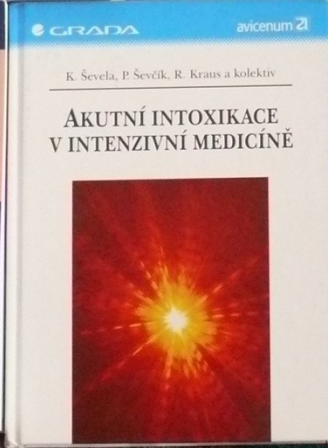
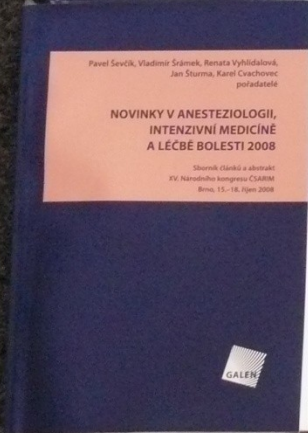
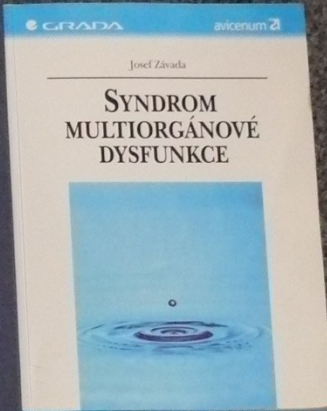
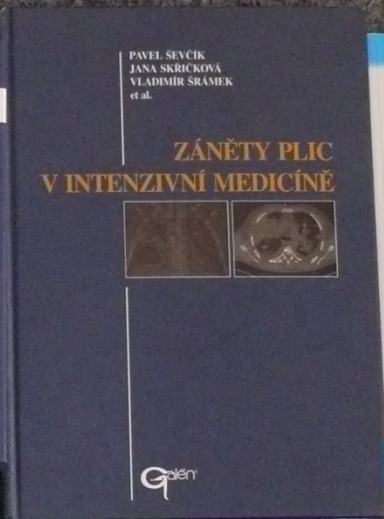
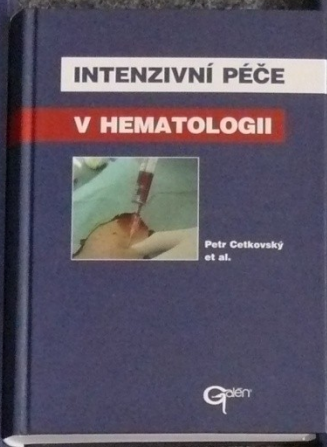
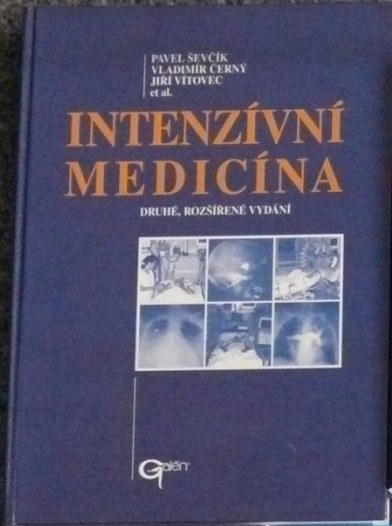
Ježen
Který přes ne tato
příkázání
zachovává.



DE SA TE RO

Ursula
Nuberová

sebevědomých
žen



První a druhé vydání - „desatero“

1. U většiny případů hypovolemického šoku bývají velmi podceněny ztráty tekutin.
2. Pokud lék není u daného nemocného prokazatelně účinný, vysad' jej.
3. Denně se zamýšlej nad skutečnou potřebou každého intravaskulárního vstupu.
4. Řada pacientů je udržována na umělé plicní ventilaci delší dobu, než je nezbytně nutné.
5. Antibiotika jsou určena pro léčbu bakteriálních infekcí.
»Léčba« kolonizace pomocí antibiotik je nesmysl jak ze zdravotního, tak z epidemiologického i ekonomického hlediska.

6. Buď přítomen alespoň u jedné toalety nemocného každý den. Pacienta si tak můžeš prohlédnout, prohmatat, proklepat a poslechnout z jinak nepřístupných stran. Současně můžeš okamžitě reagovat na změny stavu, které jsou při toaletě časté – zhoršení saturace kyslíkem, probouzení z analgosedace s intolerancí tracheální rourky, interferencí s ventilátorem, tachykardií, hypertenzí.
7. Denně naslouchej postřehům sester o stavu nemocných. Dozvíš se věci, kterých by sis sám nemusel všimnout.
8. Pravidelně sestram vysvětluj, proč děláš to, co právě děláš. Jejich zájem o práci se výrazně zvýší.

9. Pamatuj, že gastrická či enterální výživa zahájená za 2–3 dny po vzniku kritického stavu není časná. U většiny nemocných se lze pokoušet alespoň o částečnou výživu touto cestou ihned po stabilizaci stavu, což bývá zpravidla do několika hodin po přijetí.
10. Nedělej z kritického pacienta více nemocného, než právě je. Tvým cílem není permanentní měření nejrůznějších veličin, ale uzdrava pacienta. Jinými slovy – buď tak invazivní, jak vyžaduje vážnost situace, ale tak konzervativní, jak je v dané chvíli možné.

Pavel Ševčík
pořadatel

Martin Matějovič
Vladimír Černý
Karel Cvachovec
Ivan Chytra
spolupráce na pořádání

INTENZIVNÍ MEDICÍNA

Třetí, přepracované a rozšířené vydání

Galén

Intenzivní medicína – třetí vydání

- Místo tykání jsem začal čtenářům vykat
- Mírně jsem změnil pořadí některých příkázání
- A zejména – přidal jsem dva další body:

11. Každý den se ptejte, zda musí být konkrétní pacient sedován a zda je možné, aby se více pohyboval a intenzivněji rehabilitoval.

12. Cílem intenzivní péče je vyvedení pacienta z kritického stavu, nikoli odvykání od dlouhodobého abúzu návykových látek, zejména alkoholu. Nebojte se substituce tam, kde je významné riziko syndromu z odnětí. Ten může závažný stav pacienta jedinečně zhoršit.

URČENO (NEJEN) MLADÝM LÉKAŘŮM V PŘÍPRAVĚ

- U většiny případů hypovolemického šoku bývají velmi podceněny ztráty tekutin.
- Pokud lék není u daného nemocného prokazatelně účinný, vysadte jej.
- Každý den se ptejte, zda musí být konkrétní pacient sedován a zda je možné, aby se více pohyboval a intenzivněji rehabilitoval.
- Denně se zamýšlejte nad skutečnou potřebou každého intravaskulárního vstupu.
- Neudržujte pacienty na umělé plicní ventilaci delší dobu, než je nezbytně nutné.
- Mějte na paměti, že antibiotika jsou určena pro léčbu bakteriálních infekcí. »Léčba« kolonizace pomocí celkového podávání antibiotik je nesmysl ze zdravotního, epidemiologického i ekonomického hlediska.
- Cílem intenzivní péče je vyvedení pacienta z kritického stavu, nikoli odvykání od dlouhodobého abúzu návykových látek, zejména alkoholu. Nebojte se substituce tam, kde je významné riziko syndromu z odnětí. Ten může závažný stav pacienta jedině zhoršit.
- Buďte přítomni každý den alespoň u jedné toalety nemocného. Pacienta si tak můžete prohlédnout, prohmatat, proklepat a poslechnout z jinak nepřístupných stran. Současně můžete okamžitě reagovat na změny stavu, které jsou při toaletě časté – zhoršení saturace kyslíkem, probouzení z analgosedace s intolerancí tracheální rourky, interferencí s ventilátorem, tachykardií, hypertenzí.
- Denně naslouchejte postřehům sester o stavu nemocných. Dozvíte se věci, kterých byste si sami nemuseli všimnout.
- Pravidelně sestram vysvětlujte, proč děláte to, co právě děláte. Jejich zájem o práci se výrazně zvýší.
- Pamatujte, že gastrická či enterální výživa zahájená za 2–3 dny po vzniku kritického stavu není časná. U většiny nemocných se lze pokoušet alespoň o částečnou výživu touto cestou ihned po stabilizaci stavu, což bývá zpravidla do několika hodin po přijetí.
- Nedělejte z kriticky nemocného více nemocného, než právě je. Vaším cílem není permanentní měření nejrůznějších veličin, ale úzdava pacienta. Jinými slovy – buďte tak invazivní, jak vyžaduje vážnost situace, ale tak konzervativní, jak je v dané chvíli možné.

1. U většiny případů hypovolemického šoku bývají velmi podceněny ztráty tekutin

- V první, resuscitační fázi, musíte být agresivní
- Teprve v pozdějších hodinách, po iniciální stabilizaci, je nutno s tekutinami zacházet opatrně
- V té době už je rozvinutý SIRS a mj. zvýšená propustnost kapilár
- Kontroly krevního obrazu v prvních hodinách resuscitace hemoragického šoku (ŽOK) jsou k ničemu
- Hodnoty KO bývají zpočátku optimističtější, než je skutečnost
- „Dobry“ KO v této fázi nevypovídá nic o náplni řečiště

2. Pokud lék není u daného nemocného prokazatelně účinný, vysadte jej

- Polypragmázie je jednou z mnohých neřestí medicíny
- V IM ve skutečnosti potřebujeme poměrně málo léčiv:
- tekutiny
- kyslík
- katecholaminy
- hepariny
- ne vždy (!) antibiotika – viz dále
- často anaglosedace – viz dále
- nezapomínejte na chronickou medikaci pacienta

3. Každý den se ptejte, zda musí být konkrétní pacient sedován a zda je možné, aby se více pohyboval a intenzivněji rehabilitoval

- Utlumený pacient:
- je mnohem více ohrožen komplikacemi
- je delší dobu závislý na ventilační podpoře
- déle stoná
- málo se hýbá, pokud vůbec
- jeho léčba se neúměrně prodražuje

4. Denně se zamýšlejte nad skutečnou potřebou každého intravaskulárního vstupu

- Každá hodina navíc je spojena s vyšším rizikem komplikací
- Každý vstup omezuje pacienta v pohybu
- Týká se to i jiných než intravaskulárních vstupů
- Opravdu je zapotřebí tolik odběrů?
- Opravdu je ještě nutné sledovat (hod.) diurézu?
- Opravdu ještě musíme podávat léky a tekutiny i.v.?

5. Neudržíte pacienty na UPV déle než je nezbytně nutné

- Delší UPV je spojena s nárůstem komplikací, vyšší morbiditou a mortalitou
- Nutí nás prodlužovat analgosedaci
- Znemožňuje aktivní mobilizaci a rehabilitaci
- Znemožňuje pacientovi kvalitně komunikovat
- Zbytečně zvyšuje nároky na ošetrovatelskou péči

6. Mějte na paměti, že antibiotika jsou určena pro léčbu bakteriálních infekcí. „Léčba“ kolonizace pomocí celkového podáváním antibiotik je nesmysl ze zdravotního, epidemiologického i ekonomického hlediska

- Stejně tak léčba virových onemocnění
- Ekologie nemocniční mikroflóry je zoufalá
- Ještě více než IM k ní přispívá (hemato)onkol.
- Nosičství není možné eradikovat

7. Cílem intenzivní péče je vyvedení pacienta z kritického stavu, nikoli odvykání od dlouhodobého abúzu návykových látek, zejména alkoholu. Nebojte se substituce tam, kde je významné riziko syndromu z odnětí. Ten může závažný stav pacienta jedině zhoršit

Syndrom z odnětí alkoholu

- Následky – prodloužení UPV, prodl. hospitalizace
persistentní delirium
- Závislost na alkoholu bývá v IM podceňována
(nikoli však na KARIM FN Ostrava)
- Pacienti zapírají, příbuzní nevědí nebo zapírají též
- Dif dg příčin deliria u těchto pac. bývá obtížná
- Řešení – symptomatická léčba + psychofarmaka

Myslete na profylaxi sy z odnětí!

- Pacient nemusí být z definice alkoholik a při tom může být v riziku syndromu z odnětí
- U pacienta, který si dá pouhé dva drinky denně, se může vyvinout delirium tremens
- To samé se může stát pacientům, kteří užívají chronicky benzodiazepiny
- Hyperaktivace sympatiku může vedle tachykardie, hypertenze, profuzního pocení a mydriázy vést u rizikových osob k AIM, CMP vč. krvácení do mozku
- I léčené delirium tremens má mortalitu 10%

Co tedy dělat?

- Jednou z cest je **nepřerušit přísun alkoholu**
- Pacient je na PRIM přijat zpravidla ze zcela jiných důvodů než kvůli odvykání od alkoholu či jiných látek
- Léčba těchto důvodů (trauma, závažný pooperační stav, kritické interní onemocnění...) je prioritní
- Pokud je pacient schopen pít, necht' si vypije, pokud ne, aplikujme do žaludeční sondy, PEG
- Pouze KI enterální výživy nám v tom může bránit
- Zpravidla stačí menší než obvyklé množství – 1-2 piva, 2 dl vína, 0,5 dl tvrdého alkoholu
- Nelze-li enterálně, lze i.v. – 20-40 ml 10% alkoholu/h
- **Thiamin 300-500 mg denně**

8. **Budte přítomni každý den alespoň u jedné toalety nemocného**

- Pacienta si můžete prohlédnout, prohmatat, proklepat a poslechnout z nepřístupných stran
- Můžete okamžitě reagovat na změny stavu, které jsou při toaletě časté – zhoršení S_pO_2 , probouzení z analgosedace s intolerancí rourky, interferenci s ventilátorem, rozpojení systémů, tachykardii, hypertenzi...
- Spatříte případné proleženiny či jiné kožní změny

9. Denně naslouchajte postřehům sester o stavu nemocných. Dozvíte se věci, kterých byste si sami nemuseli všimnout

- Sestry stráví s pacientem podstatně více času
- Mj. nás někdy sestry navedou k přemýšlení o prognóze pacienta
- Stejně pozorně naslouchajte i rehabilitačním pracovnícím

**10. Pravidelně sestřám vysvětlujte,
proč děláte to, co právě děláte.
Jejich zájem o práci se výrazně
zvýší**

- Týká se to i rozhodování na konci života

11. Pamatujte, že gastrická či enterální výživa zahájená za 2–3 dny po vzniku kritického stavu není časná. U většiny nemocných se lze pokoušet alespoň o částečnou výživu touto cestou ihned po stabilizaci stavu, což bývá zpravidla do několika hodin po přijetí

- Trávicí trakt je určen pro přijímání stravy, nikoli pro hladovění = lenošení
- Atrofie epitelu nastupuje velmi rychle
- Opět se objevují úvahy o bolusovém podávání gastrické výživy

12. Nedělejte z kritického pacienta více nemocného, než právě je. Vaším cílem není permanentní měření nejrůznějších veličin, ale úzdava pacienta. Jinými slovy - buďte tak invazivní, jak vyžaduje vážnost situace, ale tak konzervativní, jak je v dané chvíli možné

- Vaše konání musí mít tah na branku – tzn. snaha o (pozitivní) vývoj, nikoli o konzervaci stavu
- I když tomu brání diskontinuita péče o pacienty

Pro intenzivní medicínu platí

- Je to navýsost týmová práce
- Ďábel je ukryt v detailech neboli
- „Intensive care is about doing simple things well“
- Drobná a soustavná masarykovská práce
- Neustále myslíte dopředu, prospektivně a prognosticky
- I když je IM vysoce specializovanou disciplínou, nikdy se nestavte do role mistrů světa
- V jednoduchosti je síla. Ne však v primitivnosti
- Vždy používejte **kritické myšlení**
- Občas však „Follow your instinct“
- Velmi je indikována **pokora**



KOMENSKÉHO MRAVOUCNÉ DESATERO.

STIHEJ CTNOSTI, VYHYBEJ SE NEPRAVOSTEM!

I. Nevypravuj všeho, co víš;
nevěř všemu, čeho se doslycháš; nežádej všeho, co vidíš;
nečiň všeho, co můžeš, než toliko, co jsi povinen:
a budeš opatrný.

II. Buď skromný, ne nestydatý,
mlčelivý, nikoli mluvňý!
Když kdo mluví, mlč;

když tobě co praví, poslouvej;
když tobě co poroučí, buď mu po vůli!

III. Ke všem buď vlidný, k nikomu úlisný,
vystříhej se pochlebovatí!

IV. Buď dále nadto spravedliv!
Nežádej ničeho cizího, nic sobě neosobuj!

V. Máš býti také udatný, ku pracem
čilý, zanechej prázdňě lenochům!



VI. Štěstěna bývá nestálá,
přináší rozdílné případy, často smutné.
A ty snáší trpělivý člověk, choulostivý
vzdychá, pláče a kvílí.

VII. Buď i dobrotivý a milosrdný!
Kdo tebe oč žádá, dej mu, máš-li;
bidnému pomáhej, můžeš-li!

VIII. Urazil-li tě kdo, promiň mu vinu!
Ublížil-lis ty komu, ukoj a ukrof jej!
Krásno jest tlumiti zlost, odpouštěti vinníku
a promijeti odprošujícím.

IX. Nezáviděj nikomu, přej všem,
vděk se čiň, komukoli můžeš, a
zalibiš se všem dobrým lidem.

X. Mluv vždy pravdu, nechtěj lháti!

Komenského zásada:



kdo prospívá v umění
a neprosívá v mravech,
více neprosívá nežli prospívá.

V letech 1614-16 v Přerově správce školy, 1616-18 kněz a kazatel,
1618-22 ve Fulneku správce školy, 1622-28 v Čechách života hájí,
1628-41 v Lešně českým bratřím slouží, o gymnasium se stará,
1641 a 1642 v Londýně a Švéděch snaží se o vědu a školy.

Komenského brzo vyučování:



Všechny věci samy ze sebe
plyňtež,
odstupíť násilí od věcí.

1642-48 v Elbingu pilně spisuje, 1648-50 v Lešně jako
biskup Jednotu Bratrskou spravuje, 1650-54 v Blatném
Pořoku nové školy zřizuje, 1654-56 zase v Lešně o Jednotu
pečuje, 1656-70 v Amsterodamě spisy vydává a učí.