



Klid, světlo, orientace anebo jak přesvědčit pacienta, že není na Marsu

Bc. Marcela Křížová

Nefarmakologická prevence a management deliria v intenzivní péči

Co je delirium?

- Náhle vzniklá kvalitativní porucha vědomí a kognitivních funkcí s kolísavým průběhem (často horší v noci).
- Klinické subtypy:
 - Hyperaktivní (do 20 %): Agitovanost, agrese, halucinace, psychomotorický neklid.
 - Hypoaktivní (20–40 %): Apatie, letargie, spavost. Nejvyšší mortalita, často přehlíženo!
 - Smíšené (cca 50 %): Střídání obou fází



Incidence aneb Jak velký je to problém?

- Globální čísla na JIP:
 - 20 % až 90 % všech hospitalizovaných na JIP.
 - Až 80 % pacientů na umělé plicní ventilaci (UPV).
- Časový faktor: Vzniká obvykle do 48 hodin od přijetí.
- Rizikové faktory: Tíže stavu (APACHE II), UPV, analgosedace, sepse, věk nad 65 let, senzorický deficit.

Komplikace a devastující následky

- Akutní komplikace: Prolongovaná UPV, delší hospitalizace, self-extubace, pády, aspirace.
- Post-Intensive Care Syndrome (PICS) – život po JIP:
 - > 60 % pacientů má po propuštění kognitivní deficit srovnatelný s traumatickým poraněním mozku!
 - 25 % má kognitivní deficit na úrovni středně těžké demence.
 - 60 % trpí úzkostmi, 40 % depresemi, 10–50 % PTSD (Posttraumatická stresová porucha).
 - 20 % pacientů umírá do 1 roku po propuštění z JIP.



Jaká je realita ve Fakultní nemocnici Ostrava (FNO)?

- KARIM FNO: Pracoviště s vysokým podílem velkých operačních výkonů, UPV a ECMO péče.
- Historie vs. současnost:
 - Standardní operační postup (SOP) pro delirium z roku 2006 – byl příliš obecný, chyběly specifické JIP nástroje a screening.
 - Dnes: Implementace moderních konceptů – eCASH (časný komfort, minimální sedace, maximální humánní péče) a ABCDEFGH bundle.
 - Zavedení deníků péče na KARIM FNO a aktivní časná rehabilitace.

Diagnostika ve FNO – Dvoustupňový zlatý standard

- Rutinní screening sestry: Provádí se 1–2x denně (ideálně každou směnu).
- Dvoustupňový přístup:
 1. Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS): Hodnocení hloubky sedace (cílem je RASS -1 až +1, tj. lehká sedace/bdělost).
 2. CAM-ICU (Confusion Assessment Method for ICU): Pokud je RASS > -4. Hodnotí se 4 znaky: akutní vznik/kolísání, nepozornost, porucha myšlení, alterace vědomí.
- Alternativa: ICDSC (vhodné pro pasivní screening sestrou).



Terapie deliria – Farmakologická vs. Nefarmakologická

- Základní pravidlo: Farmakoterapie by měla nastoupit až po vyčerpání nefarmakologických možností. Neexistuje žádný „zázračný lék“ na delirium.
- Farmakologický přístup:
 - Antipsychotika (Haloperidol, Quetiapin): Nejsou doporučena k rutinní prevenci, užívají se pouze krátkodobě k symptomatické kontrole těžké hyperaktivní agitace.
 - Benzodiazepiny: Obrovský delirogenní potenciál! Úplný zákaz s výjimkou abstinenčních syndromů (alkohol/benzodiazepiny).
 - Alfa-2-agonisté (Dexmedetomidin): Zkracuje trvání deliria, podporuje fyziologický spánek, umožňuje weaning.



Nefarmakologická prevence – Rehabilitace a pohyb

- ▶ Šokující matematika imobility:
 - ▶ Imobilizace zvyšuje riziko deliria 26x až 33x!
 - ▶ Svalová síla klesá o 1 % až 1,5 % za každý den na lůžku!
 - ▶ Kurtace (fyzické omezení): Zvyšuje výskyt deliria 26x! Způsobuje dekubity, otlačky a edémy.
- ▶ Strategie FNO:
 - ▶ Časná mobilizace do 24 hodin od operace/stabilizace.
 - ▶ Cvičení 3x denně (pasivní cvičení v kómatu, aktivní posazování, stání, motomed na lůžku).



Mobility protokol

	<i>RHB 0</i>	<i>RHB 1</i>	<i>RHB 2</i>	<i>RHB 3</i>
<i>Úroveň</i>	Bez rehabilitace	Rehabilitace na lůžku	Rehabilitace na lůžku + sed	Rehabilitace na lůžku, sed + stoj
<i>Fyzioterapeut</i>		a.pasivní b.aktivní	a.kardio sed b.nácvik sedu s DKK přes okraj	a.nácvik stoje u lůžka b.nácvik přesunů do křesla c.nácvik chůze
<i>Sestra</i>	Polohování	Polohování	Dopomoc na lůžku	Dopomoc na lůžku a v sedě
	Míčkování Kontaktní dýchání Vibrace	Podpora ventilace + dechové trenažéry	Posazování	Přesun do křesla
		Soběstačnost a sebeobsluha na lůžku	Aktivace v sedě	Doprovod při chůzi

Kontraindikace RHB:

- U RHB pomocí dechových trenažérů: akutní pneumothorax a hemothorax
- Hypoxie s častou desaturací pod 88%
- Hemodynamická nestabilita pacienta se zahájením podávání vasopresorické podpory
- Kontraindikace stanovené ordinací lékařem.

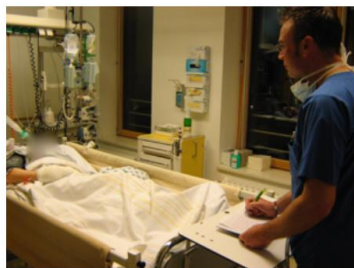


Kognice, ICU deník a nikotinové náplasti

- ICU deník (Deník péče o pacienta na KARIM FNO):
 - Psaný rodinou a personálem během sedace a ventilace.
 - Prokazatelně snižuje výskyt PTSD po 3 měsících z 13 % na 5 %!
- Kognitivní trénink:
 - Aplikace v mobilu (např. The Light of Future – herní trénink paměti a pozornosti u pooperačních stavů významně snižuje závažnost deliria).
- Nikotinové náplasti:
 - Včasná detekce odvykacího syndromu u kuřáků. Substituce nikotinu jako součást kauzální eliminace příčin deliria.
- Virtuální realita
- Reorientace – nástěnné hodiny, aktuální kalendář

ICU-DIARY.ORG

[START](#) [DIARY](#) [SUPPORT](#) [NEWS](#) [MAP](#) [LITERATURE](#) [LINKS](#) [ABOUT US](#)



The ICU diary is a diary that is written for ICU patients during their time of sedation and ventilation. It is written by relatives, nurses and others. The patient can read his or her diary afterwards and is more able to understand what has happened.



ICU-Diary

The website icu-diary.org is the base of an informal network for all health care workers that are interested in the ICU diary. We offer literature, descriptions and help for implementation. We try to coordinate informations, projects and new studies. And we try to connect people.

The network is founded by Eva Akerman, Carl Bäckman, Ingrid Egerod, Christina Jones, Dirk Knüick, Peter Nydahl, and the wonderful, deceased Sisse Storli. There are no financial or commercial conflicts or interests.

If you would like to join the network or just receive the newsletter, please mail to:





Bazální stimulace a síla rodinného hlasu

- Koncept podporující vnímání vlastního těla a okolí
- Využití především u pacientů se změněným stavem vědomí
- Podpora orientace, komunikace a kontaktu s okolím
- Důležitý je individuální přístup k pacientovi
- Využití doteku, polohování, somatické stimulace a hlasu
- Cílem je zvýšit pocit bezpečí a zachovat kontakt s pacientem

Noční a klidový režim – Boj s decibely

- Realita hluku na JIP:
 - Doporučený limit WHO pro noc: 30 dB.
 - Průměrný hluk na JIP: 50–60 dB (s extrémními špičkami až 128 dB!).
 - Zdroje: Alarm monitoru (75 dB), lidský hlas personálu (75–83 dB!).
- Jak zařídit klid (22:00 – 06:00):
 - Ztlumení světel, noční režim alarmů, měkké podrážky bot.
 - Špunty do uší (tlumí o 33 dB) a masky na oči.
 - Minimalizace nočních ošetřovatelských intervencí.

Neurostimulace



Závěr a doporučení pro praxi

► Take-home messages:

1. Delirium není komplikace JIP, je to akutní selhání orgánu s doživotními následky (PICS).
2. SOP z roku 2006 nestačí – je nutné plošné zavedení standardizovaného screeningu (CAM-ICU/RASS) sestrami.
3. Zlatá triáda nefarmakologické prevence: Časná mobilizace, spánková hygiena a zapojení rodiny (nahrávky, deníky).
4. Přestaňme tlumit pacienty benzodiazepiny, raději jim vraťme jejich brýle, naslouchátka a lidskou důstojnost.







Děkuji vám za pozornost.

