

HLUBOKÁ ANALGOSEDACE

Bezpečí pacienta, nebo překážka jeho zotavení?

PRO vs. PROTI • pohled sestry v intenzivní péči



Bc. Eva Slováčková
staniční sestra ARK – JIP 2

ČSARIM XXXII.
19. 9. 2026

Teze: hlubší sedace není cíl. Je to nástroj.

CO VÍME

- Lehká sedace je preferovaná, pokud hlubší sedace není klinicky indikovaná.
- Cíl sedace má být individualizovaný podle stavu pacienta.

CO ŘEŠÍ SESTRA

- Bolest, RASS, agitovanost, synchronizaci s ventilátorem a hemodynamiku.
- Bezpečnost a komfort pacienta v reálném čase.

KLÍČOVÁ OTÁZKA

- Potřebuje tento pacient hlubší sedaci právě teď?
- Proč? Na jak dlouho? Kdy už ji nepotřebuje?

Stejný pacient. Dvě legitimní perspektivy.

● PRO HLUBŠÍ SEDACI

- Bezprostřední bezpečnost: ETK, CŽK, drény, pád, sebepoškození.
- Tolerance UPV a synchronizace s ventilátorem.
- Kontrolovaný komfort u vybraných klinických situací.
- Krátkodobě může být humánnější než opakované neúspěšné probouzení.



● PROTI HLUBŠÍ SEDACI

- Vyšší riziko prodloužení UPV a obtížnějšího weaningu.
- Vyšší riziko deliria a omezení časně mobilizace.
- Oddálení neurologického hodnocení.
- Nedostatek personálu není indikací k hlubší sedaci.

Sestra: vykonavatel ordinace, nebo aktivní titrátor?

- Sestra sleduje pacienta nepřetržitě a vidí změny, které se v čase mění.
- Hodnotí reakci na bolest, úzkost, agitovanost, RASS, synchronizaci s ventilátorem a hemodynamiku.
- Při protokolizované titraci může reagovat na aktuální klinický obraz.
- Současně musí být jasné kompetence, cílová úroveň sedace a pravidla eskalace.

„Máme nastavit analgosedaci podle okamžiku, kdy pacienta vidí lékař — nebo podle průběžného klinického obrazu?“

Nejdřív bolest. Potom sedace.

BPS

8

→ analgezie

BPS

4

- Sedace ≠ analgezie.
- Bolest může vyvolat stres, tachykardii, vyšší spotřebu O₂, agitaci a poruchy spánku.
- V kazuistice analgetický bolus snížil BPS 8 → 4, ale agitace přetrvávala.

Kdy může být hlubší sedace legitimním cílem?

Těžké ARDS / potřeba synchronizace s ventilátorem

Neuromuskulární blokáda

Status epilepticus

Vybrané neurochirurgické stavy / těžká intrakraniální hypertenze

Těžká agitace nereagující na adekvátní léčbu příčiny

Pronační poloha

Některé paliativní situace



Nejde jen o hloubku. Záleží i na volbě léku.

Ptejme se:

- Jak rychlý je nástup?
- Jak dlouho účinkuje?
- Kumuluje se?
- Jak ovlivní TK a dech?
- Jak ovlivní delirium?
- Jak rychlé bude probuzení?

Pacient rozhoduje

- Renální / hepatální funkce
- Hemodynamická stabilita
- Potřeba neurologického hodnocení
- Cíl sedace
- Tolerance UPV

Farmakologie

- V řadě situací jsou preferovány propofol nebo dexmedetomidin před benzodiazepiny.
- To neznamená, že jeden lék je nejlepší pro každého.

Kazuistika: je RASS 2 vždy bezpečnější?

PACIENT

- 65 let, po rozsáhlé resekci tumoru dutiny břišní
- ICHS, hypertenze, CHOPN, BMI 30
- Před hospitalizací soběstačný a aktivní

1. DEN NA JIP

- UPV: FiO_2 0,45 • PEEP 8 cm H_2O
- MAP 72–78 mmHg • noradrenalin 0,08 $\mu\text{g/kg/min}$
- RASS –3 • BPS 8
- Propofol + kontinuální opioid + paracetamol

2. den: probuzení odhalí problém

- Cíl RASS –1 až 0. Po snížení sedace: RASS +2.
- Výrazná úzkost, tachykardie 120/min, MAP 95 mmHg, dyssynchronie s ventilátorem.
- Opakovaně sahá k ETK.
- Hypoxemie, hypoglykemie, retence moči, dislokace katetrů, poloha i technický problém ventilátoru byly vyloučeny.
- Analgetický bolus → BPS 4, ale agitace přetrvává.

Je další prohloubení sedace léčbou — nebo jen řešením symptomu?

CO BYSTE UDĚLALI VY?

A — LEHKÁ SEDACE

- RASS -1 až 0
- Maximální dohled
- Komunikace + orientace
- Analgezie a nefarmakologické intervence

B — DOČASNĚ HLUBŠÍ

- RASS -3 až -4
- Kontrolovaná tolerance UPV
- Prevence akutního vytažení ETK
- Průběžné přehodnocení

Argumenty PRO: co vidí sestra u lůžka?

1. BEZPEČNOST

- Pacient se opakovaně snaží vytáhnout ETK.
- Prevence nežádoucí události je lepší než její následné řešení.

2. KLINICKÝ OBRAZ

- RASS je jen jedno číslo.
- Současně vidíme bolest, úzkost, intoleranci UPV a riziko sebepoškození.

3. DOČASNOST

- Krátkodobé prohloubení ≠ automaticky over-sedation.
- Rozhodující je indikace, cíl a plán výstupu.

Argumenty PROTI: co může hlubší sedace stát?

- Prodloužení mechanické ventilace a obtížnější odvykání.
- Vyšší riziko deliria.
- Omezení časně mobilizace a komunikace.
- Oddálení neurologického hodnocení.
- Riziko, že se z dočasného řešení stane rutinní hluboká sedace.
- Nedostatek personálu nesmí být sám o sobě indikací k hlubší sedaci.

„Nemůžeme řešit nedostatek personálu tím, že pacienta více utlumíme.“

90 minut poté: rozhodnutí má svůj výstup

RASS

-4

BPS

3

MAP

75 mmHg

SpO₂

95 %

- Pacient je synchronní s ventilátorem.
- Bez dalšího zvyšování vazopresoru.
- Sestra má konečně prostor pro kontinuální sledování.

Bylo rozhodnutí správné? A pokud ano — kdy už správné být přestává?

Každá hlubší sedace musí mít plán výstupu.



Proč je pacient hluboce sedovaný?



Kdy sedaci znovu přehodnotíme?



Jaký RASS je cílem?



Kdy lze dávku snížit?



Jak dlouho má tento stav trvat?



Jaký je plán probuzení?



Jak hodnotíme bolest a delirium?

Nejde o RASS. Jde o pacienta.

„Potřebuje tento pacient být hluboce sedovaný právě teď?“

PROČ • NA JAK DLOUHO • KDO POZNÁ, ŽE UŽ TO NENÍ POTŘEBA?

INDIKACE

- Konkrétní terapeutický cíl

MONITORACE

- Průběžné hodnocení

DE-ESKALACE

- Plán výstupu

Děkuji za pozornost!

Kontakt:
eva.slovackova@fnusa.cz

Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně
Pekařská 53, Brno 602 00

tel.: +420 543 183 530
www.fnusa.cz

