

Robleda et al. byla provedena analýza incidence bolesti u různých ošetrovatelských postupů na souboru 70 sedovaných pacientů na umělé plicní ventilaci. K hodnocení byla použita behaviorální škála (BPS) a bispektrální index (BIS), přičemž byla zjištěna až 94% incidence bolesti, s mediánem BPS skóre 6 [9].
Mezi potencionální psychosociální faktory, které ovlivňují vznik bolesti, řadíme především delirium, spánkovou deprivaci, strach, úzkost, sociální izolaci, depresi, a také posttraumatickou stresovou poruchu [10].

Důsledky bolesti

Fyzické a psychické důsledky neléčené bolesti jsou pro pacienty významné a dlouhodobé. Bolest je velmi často pacienty označována jako traumatický zážitek a nepříjemná zkušenost. Akutní stresová reakce způsobená bolestí působí negativně na orgánové systémy. Aktivuje se neuroendokrinní stres, zvyšuje se hladina cirkulujících katecholaminů, která způsobuje vazokonstrikci, zhoršuje se perfuze tkání a je omezena dodávka kyslíku do tkání. V organismu vzniká katabolický hypermetabolismus, který vede k hyperglykémii, lipolýze a odbourávání svalové hmoty [4]. Následkem uvedených změn dochází k potlačení imunitních reakcí nemocných, větší náchylnosti ke vzniku infekcí a ke zhoršenému hojení ran [11].
Fyziologické reakce na nekontrolovanou a neléčenou bolest, zahrnují úzkost, tachykardii, hypertenzi, tachypnoe či diaforézu. Vlivem těchto změn vzniká nadměrná spotřeba kyslíku, snižuje se gastrointestinální motilita, mění se plicní mechanika a dochází k retenci vody a sodíku v důsledku aktivace renin-angiotenzin-aldosteronové osy [12].
Pacienti, kteří přežili pobyt na JIP, mohou pociťovat bolest ještě několik měsíců po jejich propuštění, a to především v rámci „post ICU syndromu“. Chronická nebo přetrvávající bolest má výrazný vliv na kvalitu života pacientů s přesahem do všech domén [13]. Rozsáhlá prospektivní multicentrická studie prokázala vysokou prevalenci perzistující bolesti tři měsíce po propuštění z JIP, vyjádřenou numerickou hodnotící škálou (Numeric Rating Scale, NRS) s hodnotou 3 a více bodů, a s charakterem neuropatické bolesti [14].

Hodnocení bolesti

Odpovídající management bolesti zahrnující jak její hodnocení, tak léčbu, je důležitým aspektem zajištění komfortu u pacientů v intenzivní péči [15]. Bolest má především subjektivní povahu, proto je za nejspolehlivější metodu jejího hodnocení považováno vlastní sdělení pacienta. Pro účel sebehodnocení bolesti jsou k dispozici hodnotící škály, například vizuální analogová škála (Visual Analog Scale, VAS), numerická hodnotící škála (Numeric Rating Scale, NRS) anebo také behaviorální škála bolesti pro neintubované pacienty (Behavioral Pain Score – non-intubated patients, BPS-NI) [16]. Mezi další možnosti hodnocení řadíme například využívání instrumentálních nástrojů (např. technologie Analgesia Nociception Index, ANI), které jsou vhodné především pro peroperační hodnocení nocicepce [5].
Vzhledem k povaze kritického onemocnění, aplikaci sedativní medikace, zajištění dýchacích cest, přítomnosti deliria a jiných faktorů, není často možné uvedené nástroje pro sebehodnocení bolesti použít [17] a podle závěrů studií bývá skóre bolesti podhodnoceno [18, 19]. Přesto pro skupinu nemocných v intenzivní péči existují různé nástroje a škály pro hodnocení bolesti [1, 3, 20].

Tab. 1. Behavioral Pain Scale (BPS, český překlad) [upraveno podle 3, 4]

Table with 3 columns: Indikátor, Popis chování, Skóre. Rows include facial expressions (uvolněný, mírné napětí, celkově napjatý, grimasování), upper limb movements (žádné pohyby, částečně ohnuté, plně ohnuté, trvalé ohnuté), UPV tolerance (tolerující, občas kašel, netolerující, neschopnost ovládat ventilaci), and vocalization (žádná, občasné sténání, časté sténání, nářikání).

Tab. 2. Critical Care Observation Pain Tool (CPOT, český překlad) [upraveno podle 2]

Table with 4 columns: Indikátor, Popis chování, Skóre, and a fourth column for specific observations like 'relaxace' or 'napětí'. Rows include facial expressions (Uvolněný, Svráštění čela), limb movements (žádná, pomalé, vytahuje invazivní vstupy), muscle tension (nebrání se, brání se, výrazně se brání), compliance (ventilace plně tolerována, aktivované alarmy, asynchronie), and vocalization (nemluví, nářiká, křičí).

Běžnou praxí je hodnocení bolestivých symptomů na základě změn vitálních funkcí pacienta. Provedené studie ale dokazují, že kolísání vitálních funkcí není spolehlivou známkou přítomnosti nebo nepřítomnosti bolesti, ale tvoří pouze doplněk v rámci jejího komplexního hodnocení [16, 21]. Pro optimalizaci léčby bolesti je tedy zapotřebí využívat spolehlivější metody [22]. Dva nejčastěji doporučované nástroje pro hodnocení bolesti u pacientů neschopných bolest verbálně vyjádřit, jsou Behavioral Pain Scale (BPS, Tab. 1) a Critical Care Observation Pain Tool (CPOT, Tab. 2) [5, 23]. Obě škály jsou podrobeny mnoha výzkumům a zkoumáním. Nástroje