

Tab. 3. *Nástroje pro hodnocení bolesti [23, 52–56]*

Zkratka	Název	Popis	Použití u dospělých pacientů s deliriem
BPAT	Behavioral Pain Assessment Tool	8 položek behaviorálních aspektů bolesti (čtyři výrazy obličeje, dvě tělesné reakce, dvě verbální reakce) Celkové skóre se pohybuje od 0 do 8	omezené důkazy
ESCID	Scale of Behavioural Indicators of Pain	5 položek behaviorálních aspektů bolesti (výraz obličeje, pohyby těla, svalové napětí, poddajnost ventilaci, utěšitelnost) Celkové skóre se pohybuje od 0 do 10	omezené důkazy
FLACC	Faces, Legs, Activity, Cry and Consolability	5 indikátorů chování (obličej, nohy, aktivita, pláč, utěšitelnost) Celkové skóre se pohybuje od 0 do 10	bez důkazů
MOPAT	Multidimensional Objective Pain Assessment Tool	4 behaviorální dimenze (neklid, svalové napětí, grimasy, vokalizace bolesti) hodnocené od 0 do 3 bodů a 3 fyziologické dimenze (srdeční frekvence, dýchání, pocení) hodnocené od 0 do 1 bodu	bez důkazů
NPAT	Non-Verbal Pain Assessment Tool	5 hodnotících položek (emoce, pohyb, vokalizace, výraz obličeje, reakce těla) Celkové skóre se pohybuje od 0 do 10	bez důkazů
NRS	Numerical Rating Scale	Číselná stupnice pro hodnocení bolesti. Nejběžnější formou je vodorovná čára s 11 bodovým rozsahem Celkové skóre se pohybuje od 0 do 10	bez důkazů
NVPS	Non-Verbal Pain Scale	5 položek pro hodnocení bolesti (výraz obličeje, pohyb, obranná reakce, vitální funkce, respirační systém) Celkové skóre se pohybuje od 0 do 10	omezené důkazy
PAINAD	Pain Assessment in Advanced Dementia Scale	5 položek pro hodnocení bolesti (dýchání, bolestivá řeč, výraz obličeje, řeč těla, utěšování) Celkové skóre se pohybuje od 0 do 10	zkoumáno
VRS	Verbal Rating Scale	Kategorická ordinální škála složená ze 4 nebo 5 úrovní slovních přídavných jmen k popisu rostoucí intenzity bolesti	bez důkazů
WBPS	The Wong–Baker Faces Scale	Řada liniových diagramů s výrazy tváří k popisu rostoucí intenzity bolesti	zkoumáno
MBPS	The Modified Behavioral Pain Scale	Behaviorální škála bolesti, která zkoumá 3 domény (výraz obličeje, pláč, pohyby těla) Celkové skóre se pohybuje od 0 do 10	bez důkazů
MPES	The Multidimensional Pain Evaluation Scale	Multidimenzionální škála pro hodnocení bolesti – posouzení bolesti na škále od 0 do 10, označení deskriptorů charakteru bolesti, označení místa bolesti do grafu)	bez důkazů

CPOT a BPS vykazují rozdílnou specifitu a senzitivitu, ale například ve studii Severgnini et al. bylo zjištěno, že sice škála BPS vykazuje vyšší specifitu a nižší senzitivitu ve srovnání s CPOT, ale v kombinovaném použití mají oba skórovací systémy vyšší efektivitu při hodnocení bolesti [22].

Existují ale i další hodnotící škály (Tab. 3), jejichž použití však bývá často nesystematické, a ne příliš rozšířené v běžné klinické praxi [20].

BPS obsahuje tři základní hodnocené oblasti (výraz tváře, pohyby horních končetin, tolerance umělé plicní ventilace nebo vokalizaci u neintubovaných pacientů). Každá oblast je hodnocena zdravotnickým personálem od 1 do 4 bodů. Souhrnné skóre se pohybuje od 3 do maximálně 12 bodů. Výsledky 5 a více bodů znamenají přítomnost bolesti. Zvýšené skóre 5 a více znamená zvýšení intenzity bolesti. CPOT popisuje čtyři základní domény chování (výraz obličeje, pohyby těla, svalové napětí, poddajnost ventilaci nebo vokalizaci u neintubovaných pacientů), kdy každá doména je ošetřujícím personálem hodnocena body od 0 do 2. Celkové skóre se pohybuje od 0 do maximálně 8 bodů, přičemž výsledek 3 a více bodů představuje přítomnost bolesti [7, 23, 24]. Škála CPOT je vhodným nástrojem k rozlišení mezi bolestivými a nebolestivými zákroky [2].

Delirium a bolest

Delirium je neurokognitivní porucha multifaktoriální etiologie, která je charakteristická poruchou vědomí a pozornosti, jež se rozvíjí v krátkém časovém intervalu a má fluktuující charakter. Další poruchy se týkají paměti, jazyka, orientace a vnímání [25–27]. Z odborných studií vyplývá, že delirium postihuje přibližně jednu třetinu všech pacientů na JIP a vzniká přibližně u 20–50 % kriticky nemocných, kteří nejsou mechanicky ventilováni. U pacientů s umělou plicní ventilací dosahuje prevalence deliria až 80 %. Míra výskytu deliria se ale může lišit v závislosti na studované populaci a použitých screeningových nástrojích [17, 28].

Delirium je spojeno s horšími léčebnými výsledky, včetně vyšší mortality. U pacientů s deliriem je často delší doba pobytu na JIP, stejně tak jako doba umělé plicní ventilace. Léčba pacientů s deliriem je rovněž spojena s vyššími finančními náklady [17, 28, 29].

Klinické projevy deliria vykazují poměrně rozsáhlou variabilitu [30]. Na základě stupně agitovanosti pacientů jsou popisovány tři podtypy deliria: hypoaktivní, hyperaktivní a smíšené [31]. Stav agrese a ne-