

Jak pracovat s Doporučeným postupem ČSARIM pro zajištění obtížných dýchacích cest?

Zajištění dýchacích představuje jednu z klíčových oblastí oboru anesteziologie a intenzivní medicína (AIM) a jednu z tzv. core kompetencí vzdělávacích programů AIM na celém světě, ale nejenom to – téma obtížných dýchacích cest představuje dnes již samostatnou náplň postgraduálních formátů typu Advanced Airway Management Fellowship. Určité výsadní postavení problematiky zajištění dýchacích cest není náhodné – průchodné dýchací cesty jsou základní podmínkou adekvátní ventilace pro poskytování bezpečné anesteziologické péče a v kritických stavech představují esenciální předpoklad obnovení homeostázy organismu. Z pohledu forenzní medicíny je ztráta průchodnosti dýchacích cest, není-li adekvátně (vy)řešena, prakticky vždy spojena se závažnými důsledky nejenom pro pacienta a jeho rodinu, ale rovněž pro lékaře, který byl za zajištění dýchacích cest v daném případě zodpovědný. O výši odškodnění (za předpokladu, že ho bylo dosaženo) ani nemluvě – ve vyspělých zemích se částky pohybují v řádu jednotek milionů dolarů a v individuálních případech i více. Ostatně, problematika ztráty průchodnosti dýchacích cest jako významné příčiny morbidity nebo mortality je aktuální i v České republice, přestože přesné údaje o počtu, jejich průběhu a finálním výsledku těchto příhod nejsou k dispozici.

Doporučený postup zajištění obtížných dýchacích cest dospělých a dětí vypracovala ČSARIM z řady důvodů. V první řadě tím ČSARIM naplňuje závazek, který jsme učinili jako odborná společnost před lety – připojili jsme se a adoptovali teze tzv. Helsinské deklarace, která definuje rámec poskytování bezpečné anesteziologické péče a roli odborných společností v jejím prosazování. Upřímně a z pohledu i „normálního anesteziologa“ (za které se oba editoři dokumentu i přes své funkce vedoucích pracovišť považují) tento důvod vnímáme jako ten nejméně důležitý, aniž bychom tím chtěli snižovat historický význam uvedené deklarace z pohledu bezprecedentního pojmenování bezpečnosti jako priority nejvyššího řádu v naší práci. Tím hlavním důvodem k formulování uvedených doporučení byla snaha přinést do naší odborné komunity český text, kte-

rý bude sloužit za prvé – jako základní edukační zdroj pro lékaře v přípravě na atestaci a na svou budoucí roli specialisty v oboru, za druhé – jako teoretické východisko zpracování lokálních (a specifika daného zařízení reflektujících) postupů či standardů pro situace obtížných dýchacích cest. Za třetí – existence doporučení má trvale připomínat význam problematiky pro obor, pacienty a nás anesteziology, kteří by měli být v plném významu slova experty na zajištění dýchacích cest jako nikdo jiný.

Text byl některými členy ČSARIM v rámci ankety k doporučení komentován jako „složitý, dlouhý a nepřehledný“, jeho role a přínos nemůže být podle našeho názoru ve stručnosti – téma zajištění dýchacích cest bylo, je a bude vždy komplexní a relativně rozsáhlé. Zjednodušení a trivializace odborného problému bývají většinou na úkor kvality obsahu, přestože lze jistě namítnout, že pojmout složitou problematiku jednoduše je umění. Všem, kteří se chtějí zabývat otázkou zajištění dýchacích cest do hloubky, předkládáme dokument jako východisko, na němž lze (vy)stavět vlastní přístup k řešení těchto situací. Přístup, který musí vždy reflektovat naši praxi, dostupnost pomůcek a odborného zázemí a vnímání pojmu „anesteziolog je strážcem bezpečnosti“ pacienta. Věříme také, že obrazová část doporučený postup významně zpřehlednila a že graficky znázorněné algoritmy obtížného zajištění dýchacích cest budou nedílnou součástí vašich pracovišť a vaší každodenní praxe.

Pro ty z vás, kteří přesto text číst nechtějí z důvodu jeho „komplexnosti“ a hledají zjednodušená řešení (bez kritiky takového přístupu), formulujeme níže aspoň hlavní zásady k dosažení co nejlepšího výsledku v situacích ztráty průchodnosti dýchacích cest. Nicméně přijmeme prosím tezi, že pokud je nějaká oblast v našem oboru, kterou bychom měli znát hluboce i teoreticky a opravdu dokonale, je to právě otázka zajištění dýchacích cest.

Hlavní vzkazy „one size fits all“ doporučeného postupu:

1. Neodkládat zavolání pro pomoc (přestože se většině z nás moc nechce a vnímáme to jako symbol našeho „selhání“ – opak je pravdou).

2. Neodkládat dlouho provedení koniotomie (či jiné metody invazivního subglotického zajištění dýchacích cest), pokud je situace dramatická a není reálný předpoklad obnovení oxygenace méně invazivním způsobem.

3. Naučit se formulovat plán postupu pro zajištění očekávaných obtížných dýchacích cest (přístup typu „jsem dost zkušený, ono to **nějak** půjde“ není známkou odborného hrdinství, ale ignorance problému).

4. Adoptovat tezi, že při volbě postupu/techniky zajištění dýchacích cest musí mít prioritu bezpečnost pacienta nad jeho komfortem.

5. Naučit se referovat pacienta (pokud to daná klinická situace umožňuje a je-li k tomu odborný důvod) na pracoviště, které může poskytnout vyšší stupeň bezpečné péče (např. dostupností fibroskopické intubace při vědomí, nemáme-li k tomu my sami podmínky, pomůcky či zkušenost), a nevní-

mat to jako známku nedostatečné odbornosti svojí nebo vlastního pracoviště.

Na závěr lze bez nadsázky říct, že každý doporučený postup je jen tak dobrý, jak s ním umíme pracovat, a že všechny doporučené postupy jsou v medicíně „jen“ pro situace, kdy nemáme odborný důvod proč postupovat odlišně. Lékaři nemohou nikdy garantovat „dobrý“ klinický výsledek, ale vždy musí zaručit volbu správného postupu – a k tomu je dokument určen především.

prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D., FCCM
doc. MUDr. Petr Štourač, Ph.D.

editoři Doporučeného postupu ČSARIM pro zajištění obtížných dýchacích cest u dospělých a dětí

ZAJÍMAVOSTI Z LITERATURY

APACHE a qSOFA ve stratifikaci rizika při sepsi

Lee JT, Mikkelsen MA. Risk stratification tools in sepsis: from acute physiology and chronic health evaluation to quick sequential organ failure assessment. CCM. 2019;47:1159–1164.

Opakovaně se důrazně doporučuje a hodnotí časná, náležitá a správná diagnostika a diagnóza sepse. Ověřuje se vhodnost a míra platnosti různých skórovacích systémů, protože čas od vzniku do léčby je pro přežití zásadní.

Zjišťování a stratifikace rizika se zpřesňují a porovnávají. Článek autorů publikace (Kansas City, PA, USA) hodnotí, jak je uvedeno i v názvu příspěvku, klasické APACHE a nový qSOFA skórovací systém a jejich predikční významnost.

Prediktivní schopnost novějšího qSOFA se lišila především podle komorbidit, senzitivitou a specifitou a AUROC – viz podrobné zdůvodnění v textu.

Přesnost qSOFA v predikci mortality se snižuje při vzrůstajícím spolupodílu komorbidit a uvedený trend má signifikantní význam. Otázku vlivu věku nelze ze studie dostatečně ověřit.

Pokud se qSOFA připojí ke klinickému hodnocení chronické kritické choroby (chronic critical illness, CCI), vede obdobně jako APACHE k podstatně spolehlivější predikci mortality – od 0,61 do 0,77.

QSOFA je výstižnější v identifikaci méně závažných infekcí nebo dokonce u neinfekčních případů. Pro ně zůstává rychlým, klinicky pohotově dostupným a jednoduchým nástrojem.

Připravila doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc.
e-mail: jarmila.drabkova@fnmotol.cz