

Шкалы и критерии оценки Боли - Возбуждения - Делирия (PAD) в условиях ОРИТ



ООО «Орион Фарма»
119034, Москва,
Сеченовский переулок, д. 6, стр. 3
Тел.: +7 495 363 50 71,
факс: +7 495 363 50 74
www.orionpharma.ru

ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ORION
PHARMA

Практические рекомендации по тактике ведения PAD в ОРИТ¹

ДИАГНОСТИКА

ЛЕЧЕНИЕ

ПРОФИЛАКТИКА

Р БОЛЬ

Оценка боли:

4 раза в смену и по мере необходимости

- NRS - если пациент может сообщить о боли
- BPS - если не может сообщить

Обезболивание в течение 30 минут, затем оценки боли

- Нефармакологические методы
- Фармакологическое обезболивание

- Превентивное обезболивание перед болезненными вмешательствами
- Принцип „обезболивание прежде седации“

А ВОЗБУЖДЕНИЕ

Оценка возбуждения:

4 раза в смену и по мере необходимости

- RASS
- SAS

Целевая седация или ежедневное прерывание седации:

- Цель седации: пациент осознанно выполняет команды, возбуждения нет

- Ежедневное выполнение теста на спонтанное дыхание (SBT), ранняя мобилизация, физические упражнения

D ДЕЛИРИЙ

Оценка на делирий:

1 раз в смену и по мере необходимости

- CAM-ICU
- ICDSC

- Обезболивание по необходимости
- Устранение дезориентированности
- Фармакологическое лечение делирия

- Выявление факторов риска делирия
- Избегать применения бензодиазепинов
- Ранняя мобилизация
- Нормализация сна
- Возобновить прием антипсихотических средств

BPS поведенческая шкала боли, **CAM-ICU** метод оценки спутанности сознания в ОРИТ, **ICDSC** протокол скринингового обследования на делирий, **NRS** цифровая рейтинговая шкала боли, **RASS** шкала возбуждения-седации Ричмонда, **SAS** шкала возбуждения-седации, **SBT** тест на спонтанное дыхание



БОЛЬ

Визуально-Аналоговая Шкала (ВАШ)

- ВАШ – часто используемая шкала боли. ВАШ представляет собой вертикальный или горизонтальный отрезок прямой длиной 10 см (100 мм)
- Пациенту предлагается сделать на нем отметку, соответствующую интенсивности испытываемой им боли, где 0 баллов- это отсутствие боли, а 10 баллов (10 см на шкале) - невыносимая боль



Цифровая рейтинговая шкала боли (NRS)

- Боль оценивается по шкале от 0 до 10 (10 = невыносимая боль, 0 = нет боли)
- Пациента просят указать числовое значение на шкале, наиболее точно описывающее интенсивность боли



Вербальная рейтинговая шкала (VRS)

0. НЕТ БОЛИ
1. СЛАБАЯ
2. УМЕРЕННАЯ
3. СИЛЬНАЯ
4. НЕВЫНОСИМАЯ БОЛЬ

Инструмент для оценки боли в ОРИТ (SPOT) и поведенческая шкала боли (BPS)

Шкалы SPOT и BSP- наиболее эффективные и достоверные поведенческие шкалы боли у неспособных к общению взрослых пациентов в ОРИТ⁽¹⁾

Инструмент для оценки боли в ОРИТ (SPOT)⁴

	0	1	2
Выражение лица	Мышечное напряжение отсутствует	Хмурится, брови опущены	1+веки плотно закрыты
Движение тела	Нет движений	Медленные, осторожные движения; пациент трогает или трет место боли. Ищет внимание через движения	Пытается удалить дренажи, пытается сесть, неконтролируемое поведение
Мышечное напряжение	Нет сопротивления пассивным движениям – расслабленный	Сопротивление пассивным движениям - напряженный	Сильное сопротивление пассивным движениям – ригидный
Синхронизация с вентилятором ИЛИ	Тревоги не активизируются, хорошо переносит вентиляцию	Тревоги прекращаются спонтанно (кашель)	Асинхрония, тревоги часто активизируются (борьба с вентилятором)
Вокализация	Разговор в нормальном тоне или беззвучный	Вздыхает, стонет	Кричит, рыдает

Поведенческая шкала боли (BPS) - для интубированных пациентов²

Признак	Описание	Балл	
Выражение лица	Расслабленное	1	
	Частично напряженное, брови опущены	2	
	Сильно напряжено, веки закрыты плотно	3	
	Гримасы на лице	4	
Движение верхних конечностей	Нет движений	1	
	Легкое сгибание	2	
	Полное сгибание со сгибанием пальцев	3	
	Подобранная конечность, пациент оказывает сопротивление лечебным мероприятиям	4	
Синхронизация с вентилятором	Хорошо переносит	1	
	Кашель, но переносит хорошо	2	
	Борется с вентилятором	3	
	Контролируемая ИВЛ невозможна	4	
Целевая анальгезия должна быть <6		ИТОГО	

Поведенческая шкала боли для неинтубированных пациентов (BPS-NI)^{3,4}

В шкале BPS-NI признак „синхронизация с вентилятором“ заменен на „вокализация“. BPS-NI позволяет оценить боль у пациентов, не способных адекватно общаться (например, спящий пациент или в делирии)

Признак	Описание	Балл	
Выражение лица	Расслабленное	1	
	Частично напряженное, брови опущены	2	
	Сильно напряжено, веки закрыты плотно	3	
	Гримасы на лице	4	
Движение верхних конечностей	Нет движений	1	
	Легкое сгибание	2	
	Полное сгибание со сгибанием пальцев	3	
	Подобранная конечность, пациент оказывает сопротивление лечебным мероприятиям	4	
Вокализация	Болевая вокализация отсутствует	1	
	Стоны ≤ 3 раз/мин и ≤ 3 сек	2	
	Стоны > 3 раз/мин или >3 сек	3	
	Возгласы „Ой, ох!“ или задержка дыхания > 3 сек	4	
Целевая анальгезия должна быть <6		ИТОГО	

Жизненные показатели не рекомендуется использовать для оценки боли у взрослых пациентов ОРИТ, но могут быть стартом для начала дальнейшей оценки боли⁽¹⁾



ВОЗБУЖДЕНИЕ

Порядок оценки RASS

1. Наблюдать пациента

Пациент бодрствует или спокоен (RASS 0)? Есть ли у пациента признаки того, что он беспокоен или возбужден (RASS от +1 до +4)?

2. Если пациент сонлив, попросите громким голосом, назвав пациента по имени, открыть глаза и посмотреть на вас. Повторите голосовую команду, если это необходимо. Попросите пациента задержать взгляд

Пациент открывает глаза и держит зрительный контакт > 10 сек (RASS-1)

Пациент открывает глаза, но зрительный контакт < 10 сек (RASS-2)

Пациент производит какое-либо движение или откывает глаза, но зрительный контакт отсутствует (RASS-3)

3. Если пациент не реагирует на голосовую команду, нужно провести физическую стимуляцию: встряхнуть за плечо, а затем потереть грудь. Если ответа нет - встяхуть плечо

Пациент производит какое-либо движение или открывает глаза в ответ на физическую стимуляцию (RASS-4)

Пациент не реагирует на голос и физическую стимуляцию (RASS-5)

Шкала возбуждения-седации Ричмонда (RASS)¹

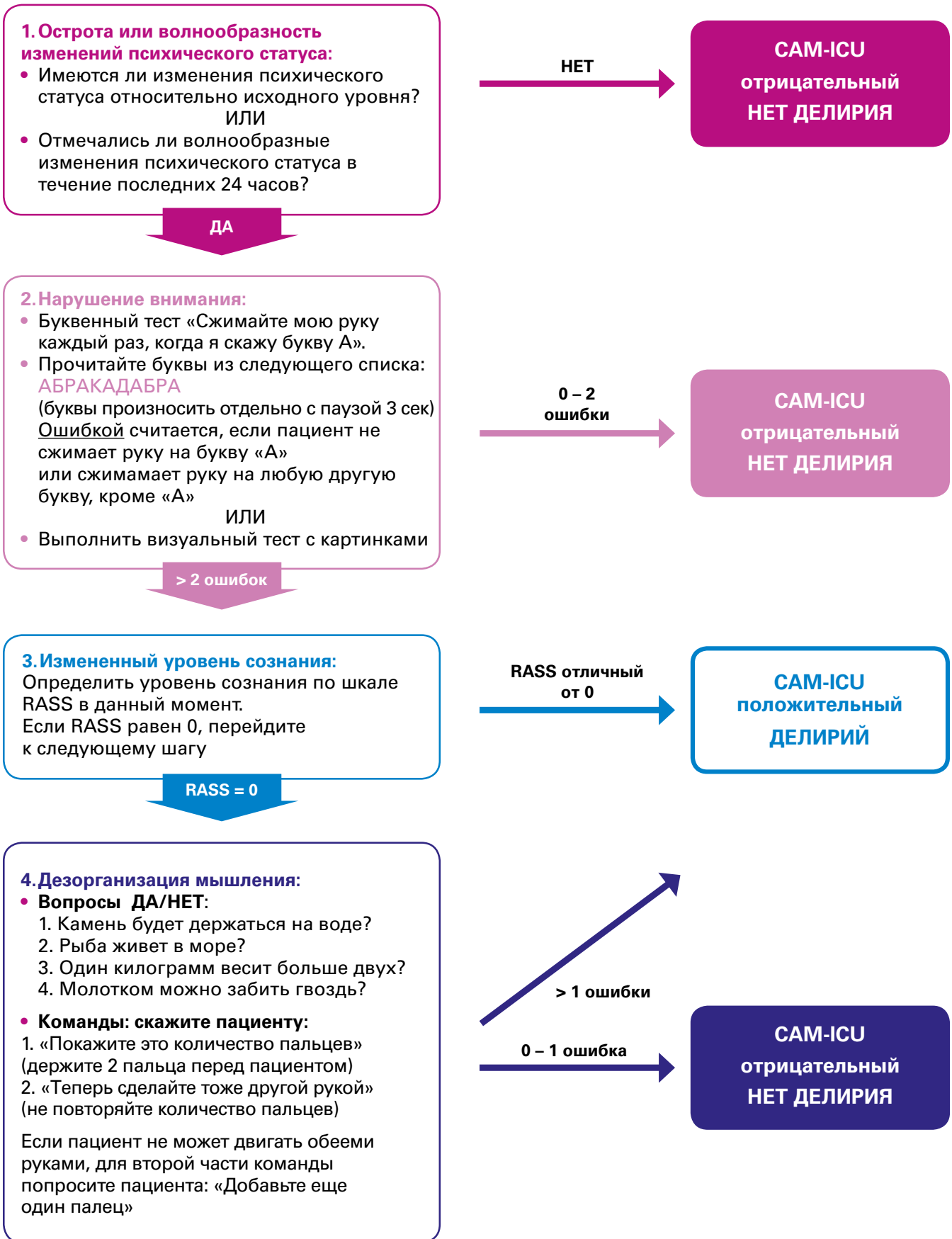
	Термин	Описание	
+4	Крайне агрессивен	Явная агрессивность, ярость; представляет опасность для медицинского персонала	
+3	Крайне возбужден	Пытается удалить трубки/катетеры или агрессивен по отношению к медицинскому персоналу	
+2	Возбужден	Осуществляет частые бесцельные движения, борется с вентилятором	
+1	Беспокоен	Проявляет тревогу, беспокойство, но движения не агрессивны и не энергичны	
0	Бодрствует и спокоен		
-1	Сонлив	Сонлив, но поддерживает длительное (> 10 сек) бодрствование - открывает глаза/зрительный контакт в ответ на оклик	Голосовая стимуляция
-2	Легкая седация	Кратковременное (< 10 сек) пробуждение со зрительным контактом в ответ на оклик	
-3	Умеренная седация	Движение или открытие глаз в ответ на оклик, но зрительный контакт отсутствует	Физическая стимуляция
-4	Глубокая седация	На громкий оклик не отвечает, однако при физической стимуляции пациент производит движение либо открывает глаза	
-5	Не просыпается	Реакция на голосовую или физическую стимуляцию отсутствует	

1. Sessler et al, Am J Respir Crit Care Med 2002; 166: 1338–1344.



ДЕЛИРИЙ

Метод оценки спутанности сознания в ОРИТ (CAM-ICU или МОСС-ОРИТ)





ДЕЛИРИЙ

Протокол скринингового обследования на делирий в ОПИТ (ICDSC)^{1,2}

		Баллы
1. Изменение уровня сознания	A. Нет ответа	
	B. Ответ только на интенсивную физическую стимуляцию, что означает серьезные изменения сознания, исключая оценку Если кома (A) или ступор (B) - оценка не проводится, прочерк в графе „Баллы“	
	C. Ответ на легкую или умеренную стимуляцию, что означает изменение сознания 1 балл	
	D. Бодрствование или сонливость, быстрый ответ на стимуляцию 0 баллов	
	E. Преувеличенный ответ на нормальную стимуляцию 1 балл	
2. Невнимательность	Затруднение выполнения команд и общения Легко отвлекается на внешние стимулы Нарушение фокусировки внимания Любой из этих пунктов 1 балл	
3. Дезориентация	Нарушение ориентации в пространстве, времени или персонализации 1 балл	
4. Галлюцинация, делирий или психоз	Явная клиника галлюцинации (например, пытается поймать несуществующий предмет) или бреда 1 балл	
5. Психомоторное возбуждение и заторможенность	Гиперактивность, требующая дополнительных седативных препаратов или фиксации пациента Гипоактивность или клинически значимая заторможенность Любой из этих пунктов - 1 балл	
6. Неадекватное высказывание или поведение	Неуместная, невнятная или бессвязная речь Неадекватное проявление эмоций на событие/ситуацию Любой из этих пунктов - 1 балл	
7. Нарушение режима сон/бодрствование	Сон < 4 часов или частые ночные пробуждения (исключая пробуждения, инициируемые медперсоналом или громкими звуковыми сигналами) 1 балл	
8. Изменчивость симптомов (флуктуация)	Периодичность проявления или изменчивость любого из вышеперечисленных симптомов в течение суток (или от одной до другой смены) 1 балл	

ИТОГО _____

0 баллов = нет делирия, 1-3 балла = Подозрение на субклинический делирий,
4 балла и более = Делирий