

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