

Sedation mechanisch beatmeter Patienten

„Beschränkung der Sedierung mechanisch beatmeter Patienten auf ein Niveau, das durch validierte Skalen eingeschätzt wird und tägliches Aufwachen – sei es auch nur teilweise – ermöglicht.

Erwartete positive Wirkungen

- + Kürzere Gesamtdauer der mechanischen Beatmung
- + Weniger Komplikationen in Verbindung mit der mechanischen Beatmung (durch die intensivmedizinische Betreuung bedingte Lähmungen, Delirium, Infektionen)
- + Erleichterte frühzeitige Mobilisierung der Patienten“

Der Umgang mit Delir, Analgesie und Sedierung (DAS) ist integraler Bestandteil der heutigen intensivmedizinischen Therapie (1). Die einzelnen DAS-Komponenten greifen so fein ineinander, dass der Blick über die Sedation hinausgehen muss. Ein Delir ist beispielsweise unabhängig assoziiert mit signifikant erhöhter 6-Monats-Mortalität, mehr Beatmungstagen, sowie längerer Verweildauer, sowohl auf der Intensivstation, als auch im Spital (1-3). Seine Inzidenz im Rahmen der intensivmedizinischen Behandlung beträgt bis zu 80% (4). Sedierung, im Besonderen frühe, tiefe Sedierung, hat einen erheblichen Einfluss auf das langfristige Behandlungsergebnis (8-11) und die Entwicklung zusätzlicher Probleme, wie beispielsweise das Delir.

Schmerz ist ein Hauptstressfaktor für Patienten auf Intensivstationen und muss konsequent gesucht und behandelt werden damit hieraus keine Folgeprobleme entstehen (14).

Aktuelle Leitlinien (1) empfehlen daher einen wachen, ruhigen Patienten und adäquate stressmindernde Behandlung. Dies führt zu einer erheblichen Verbesserung des Behandlungsergebnisses (12,13).

Doch wie erreichen wir im klinischen Alltag diese Forderungen (15)?

- Effektives Schmerzassessment und -management mittels validierten Screeningtools (z.B. BPS, NRS, VAS) und standardisierter Therapie.
- Ziel ist ein wacher, interaktiver Patient (direkt nach der Intubation), es existieren nur wenige Ausnahmen (z.B. erhöhte ICP-Werte, schweres ARDS), welche eine tiefe Sedation erfordern und rechtfertigen.
- Falls tiefe Sedation nötig ist, sollte diese schnellstmöglich reduziert werden!
- Ein multimodales Konzept, bestehend aus non-pharmakologischen und pharmakologischen (idealerweise unter Einbezug des Patienten) Komponenten muss konsequent genutzt werden.
- Opiate oder Benzodiazepine sollten nur unter Anwendung der entsprechenden Scores (z.B. BPS oder RASS) und unter Beachtung klar definierter Therapieziele eingesetzt werden.
- Der Komfort des Patienten sollte durch nicht-pharmakologische Massnahmen wie z.B. Lärmreduktion, Licht, Orientierungshilfen wie Uhr u. Kalender erhöht werden.
- Vermeidung von Benzodiazepinen (besonders kontinuierliche Gabe)!
- Auf Entzugssymptome nach Opiat- und Benzodiazepingabe achten und ggf. therapieren.
- Raus mit allem (Katheter, Drainagen), was es nicht braucht...

Referenzen

1. Ely EW, Shintani A, Truman B, Speroff T, Gordon SM, Harreil FE, et al. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *JAMA* 2004, Apr 14;291(14):1753-62.
2. Ely EW, Gautam S, Margolin R, Francis J, May L, Speroff T, et al. The impact of delirium in the intensive care unit on hospital length of stay. *Intensive Care Med* 2001, Dec;27(12):1892-900.
3. Ely EW, Baker AM, Dunagan DP, Burke HL, Smith AC, Kelly PT, et al. Effect on the duration of mechanical ventilation of identifying patients capable of breathing spontaneously. *N Engl J Med* 1996, Dec 19;335(25):1864-9.
4. Ely EW, Margolin R, Francis J, May L, Truman B, Dittus R, et al. Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *Crit Care Med* 2001, Jul;29(7): 1370-9.
8. Hodgson C, Bellomo R, Berney S, Bailey M, Buhr H, Denehy L, et al. Early mobilization and recovery in mechanically ventilated patients in the ICU: A bi-national, multi-centre, prospective cohort study. *Crit Care* 2015, Feb 26;19:81.
9. Balzer F, Weiß B, Kumpf O, Treskatsch S, Spies C, Wernecke KD, et al. Early deep sedation is associated with decreased in-hospital and two-year follow-up survival. *Crit Care* 2015, Apr 28;19:197.
10. Shehabi Y, Chan L, Kadiman S, Alias A, Ismail WN, Tan MA, et al. Sedation depth and longterm mortality in mechanically ventilated critically ill adults: A prospective longitudinal multicentre cohort study. *Intensive Care Med* 2013, May;39(5):910-8.
11. Nydahl P, Ruhl AP, Bartoszek G, Dubb R, Filipovic S, Flohr HJ, et al. Early mobilization of mechanically ventilated patients: A 1-day point-prevalence study in germany. *Crit Care Med* 2014, May;42(5):1178-86.
13. Kress JP, Pohlman AS, O'Connor MF, Hall JB. Daily interruption of sedative infusions in critically ill patients undergoing mechanical ventilation. *N Engl J Med* 2000, May 18;342(20):1471-7.
14. Herridge MS, Tansey CM, Matté A, Tomlinson G, Diaz-Granados N, Cooper A, et al. Functional disability 5 years after acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med* 2011, Apr 7;364(14):1293-304.
15. Metha S.; Ten tips for ICU sedation, *Intensive Care Med*. 2018 Jul;44(7):1141-1143. doi: 10.1007/s00134-017-4992-9. Epub 2017 Nov 18.

Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU, 2018; *Crit Care Med*. 2018 Sep;46(9):e825-e873. doi: 10.1097/CCM.0000000000003299