

Son yıllarda teknolojinin gelişmesi neticesinde hastalara tanı veya tedavi amacıyla invaziv veya invaziv olmayan girişimler yapılmaya başlanmıştır. Ameliyathane dışında yapılacak bu girişimler sırasında hastaların ağrı, korku, huzursuzluk duymaması hareket etmemesi için anestezi veya sedasyon gerekir. Bu uygulamalar sağlık harcamalarını azaltmış ve bu durum anestezi uzmanları ameliyathane dışına çekerek yeni bir çalışma alanı oluşmasına neden olmuştur. Bu durum yerine göre anestezi uzmanları ve hastalar için bazı özel sorunlar ve komplikasyonlara sebep olmaktadır.

Ameliyathanede verilecek olan anestezinin hasta güvenliğini sağlama ve uygun bir ortamda uygun ekipmanla verilmesi için anestezi uzmanları tarafından bazı kılavuzlar oluşturulmuştur. Ameliyathane dışı anestezi uygulamalarında preoperatif değerlendirme, işlem için uygun anestezi tekniğinin planlanması ve hasta için güvenli bir ortamın oluşturulması girişimin başarısını arttırmaktadır.

AMELİYATHANE DIŞI ANESTEZİ UYGULAMALARINDA HASTA DEĞERLENDİRMESİ

Öncelikle hasta veya hastanın sorumluluğunu taşıyan kişiye yapılacak işlem ve riskler hakkında detaylı bilgi vermek ve onam almak gerekmektedir. Hastanın genel durum muayenesi, fizik muayenesi yapılmalı, anamnezi, laboratuvar bulguları, sigara ve alerji öyküsü alınarak ASA sınıflandırılması yapılmalıdır.

İşlem öncesi açlık süresi berrak sıvılar için 2 saat, anne sütü için 4 saat, mama/inek sütü için 6 saat, hafif yiyecekler için 6 saat ve kontrast madde için 1 saat olarak ayarlanmalıdır.^{1,2}

HASTANIN DERLENME VE TABURCU EDİLME KRİTERLERİ

Hastalar sedasyon öncesi bilinç düzeyine ulaşıncaya kadar derlenme odasında izlenmelidir.

Hastalar derlenme odasına nakil edilirken hemodinamikleri ve ventilasyonu kontrol edilmelidir. Hastaların derlenme odasına alındıktan sonra mental durumları ve sedasyon düzeyleri periyodik olarak izlenmelidir. Gerekğinde hipoksinin önlenmesi için oksijen verilmeli, endikasyonu varsa, bulantı/kusmayı önleyici ilaçlar uygulanmalıdır.

Hastalar taburcu edilmeden önce:

- Tamamen uyanık ve oryante olmalıdır.
- Vital bulgular stabil ve kabul edilebilir sınırlar içerisinde olmalıdır.
- Antagonist ilaç (flumazenil, nalokson) verilen hastalarda yeniden sedasyon gelişmeyeceğinden emin olmak için yeterli süre (2 saate kadar) beklenmelidir.
- Günübürlük hastalar taburcu edilirken yanlarında sorumlu bir erişkin bulunmalıdır. Hastaya girişim sonrası uygulanması gereken diyet, ilaç ve aktivite ile ilgili (varsa) yazılı bilgi verilmelidir.
- Bebekler ve mental durumu başlangıçta bozuk olan hastaların, ilk durumlarına dönmeleri beklenmelidir.^{2,3}

Kaynaklar

1. Paul G. Barash, Bruce F. Cullen, Robert K Stoelting, Michael K Cahalan, M. Christine Stock, Çeviri Editörü Karamehmet Yıldız, Klinik Anestezi Temelleri.
2. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği Ameliyathane Dışı Anestezi Kılavuzu, 20015
3. Ameliyathane Dışı Anestezi 723H00086 Ankara, 2011
4. Güçlü YÇ. Ameliyathane Dışı Anestezi. Keçik Y (ed), Temel Anestezi, Güneş Kitapevi, Ankara, 2012; 941-950
5. Morgan, G. Edward. Jr. Maged S. Mikhail, Michael J. Murray, C. Philip Larson, Jr., Klinik Anesteziyoloji, Güneş Kitapevi, Ankara, 2015.
6. Leyla İyilikçi, Günübürlük Anestezi ve Ameliyathane Dışı Anestezi
7. Cegin MB, Soyoral L, Yüzkat N, Kılıç M, Kurt N, Goktas U. Our anesthesia practices outside the operation room: Evaluation of 528 patients. J Clin Exp Invest 2015; 6 (2): 150-153
8. Kenneth Deitch DO, Miner J, Cludnofsky RC et al. Does end tidal CO2 monitoring during emergency department procedural sedation and analgesia with propofol decrease the incidence of hypoxic events? A randomized, controlled Trial, Ann Emerg Med 2010,55 (3):258-64
9. Goudra B,Singh PM, Goude G, Borle A, Carlin A, Yadward A. Propofol and nonpropofol based sedation for outpatient colonoscopy-prospective comparison of depth of sedation using an EEG based Sedline monitor. J Clin Monit Comput ,2015; 12
10. Toklu S, İyilikçi L, Gönen C, Ciftci L, Gunenç F, Sahin E, Gokel E., Comparison of etomidate-remifentanyl and propofol-remifentanyl sedations in patients scheduled for colonoscopy Eur J Anesthesiol 2009,26(5):370-6.

11. Riphhaus A., Rabofski M., Wehrmann T., Endoscopic sedation and monitoring practice in Germany: results from the first nationwide survey, *Z Gastroenterol*, 2010, 48(3):392-397 34
12. Türk HŞ, Aydoğmuş M, Ünsal O, Işıl CT, Citgez B, Oba S, Açık ME. Ketamine versus alfentanil combined with propofol for sedation in colonoscopy procedures: a randomized prospective study. *Turk J Gastroenterol*. 2014;25(6):644-9.
13. Turkkal D, Gokmen N, Yıldız A, Iyilikci L, Gokel E, Sagduyu K, Günerli A. A crossover, post-electroconvulsive therapy comparison of clinical recovery from rocuronium versus succinylcholine, *J Clin Anesth*, 2008;(89):589-93