

Yoğun Bakımda Hasta Bakımının Temelleri

Adnan ATA¹

| 1. Genel Bakış

Yoğun bakım, hayati tehlike arz eden hastalıkların veya travmaları olan ağır hastaların ve hastalıkları nedeniyle hayati tehlike gelişme potansiyeline sahip komplikasyon gelişebilecek hastaların bakımını içerir. Doğru bir şekilde ifade edilirse, yoğun bakım, ağır ancak potansiyel olarak geri döndürülebilir sorunları olan hastalara ayrılmalıdır.

Günümüz yoğun bakım ünitelerinin kökeni, spesifik postoperatif tedavi için postoperatif iyileşme odasının kullanılmasıyla başladı. Bu kavram, 1950'lerin başındaki poliomyelit salgını sırasında mekanik ventilasyon kullanılmasıyla birçok felçli hasta kurtarıldığında daha da ivme kazandı. Ancak günümüz yoğun bakım tedavisi sadece postoperatif tedavi ve solunum desteğiyle ilgili değildir. 1960'tan itibaren neredeyse dört on yıl boyunca gelişen birçok uzmanlık alanının bilgi ve deneyimini içermektedir. Solunum tedavisi kavramıyla göğüs hastalıkları, koroner bakım ünitesi kavramıyla kardiyoloji, iç hastalıkları ve anesteziyolojideki ilerlemeler, modern yoğun bakım ünitesinin evrimine büyük katkıda bulunmuştur. Tıbbi veya cerrahi alanındaki uzmanlık alanları vücuttaki tek bir organ sistemine odaklanırken, genel tıbbi veya cerrahi yoğun bakım ünitesi hastaya bütüncül bir yaklaşım sergiler ve çeşitli organ sistemleri arasında muazzam bir bağımlılık ve

¹ Uzm. Dr., Kocaeli Derince ve Eğitim Araştırma Hastanesi, Reanimasyon Yoğun Bakım, ata.adnan06@gmail.com, 0000-0001-7265-3017

varsa *Clostridium difficile* gibi diğer patojenlerin de ele alınması gerekebilir. Mikrobiyolojik sonuçlar elde edildiğinde ve hastanın klinik yanıtı gözlemlendiğinde, tanımlanan patojenlerin duyarlılıklarına dayanarak antibiyotik rejimi daraltılabilir.

Bilgisayar destekli karar verme sistemleri ayrıca yoğun bakım ortamında antimikrobiyal deeskalasyon uygulamalarını kolaylaştırmak için kullanılmaktadır. Araştırmacılar gerçek zamanlı mikrobiyoloji tarayıcısı ve bilgisayar destekli karar verme sistemi kullanarak patojen izolatına yönelik antibiyotik reçetesi yapmışlar ve karbapenem, üçüncü nesil sefalosporinler ve vankomisin reçete edilen hasta oranlarında önemli azalmalar olduğunu bulmuşlardır (18).

Antibiyotiklerin daraltılması veya mümkünse kesilmesi ileriye yönelik antibiyotik direncinin önüne geçilmesi yönünde katkı sağlayacaktır.

Sonuç olarak yoğun bakımda hastalara multidisipliner ve bütüncül yaklaşımın yanısıra günlük hasta takibinde yardımcı olabilecek kontrol listelerinin hazırlanması pratik anlamda fayda sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. Udwardia FE. Overview. In: Udwardia FE (ed.) *Principles of Critical Care* 3.rd ed. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers; 2014. p 3-4.
2. Udwardia FE. Principles, philosophy and ethics of critical care. In: Udwardia FE (ed.) *Principles of Critical Care* 3.rd ed. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers; 2014. p 4-9.
3. Schorr C, Townsend SR. Performance improvement and severity scores in critical care. In: Parrillo JE, Dellinger RP (eds.) *Critical Care Medicine: Principles of Diagnosis and Treatment in the Adult*. 5th ed. Philadelphia: Elsevier; 2019. p. 1127-1137.
4. Vincent JL, Moreno R: Scoring systems in the critically ill. *Critical Care* 2010, 14:207. doi:10.1186/cc8204
5. Vincent JL. Give your Patient a fast hug (at least) once a day. *Crit Care Med*. 2005 Jun; 33(6): 1225-9.
6. Şenoğlu N, Köse I, Zincircioğlu Ç, Erbay RH. Yoğun bakımla hızlı kucaklaşma (fast hugs). *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi* (2014)12: 72-81
7. Carson SS. Chronic critical illness In: Hall JB, Schmidt GA (eds) *Principles of Critical Care*. 4th ed. New York: McGraw Hill Education; 2015. p. 97-103.
8. Stoltenberg E, Joffe AM. Yoğun Bakım. (Işıl Özkoçak Turan, Volkan Hancı, Çev. Ed.). Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2018.
9. Udwardia FE. Control of pain and anxiety and use of relaxants in the critically ill patient. In: Udwardia FE (ed.) *Principles of Critical Care* 3.rd ed. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers; 2014. p. 853-864.
10. Meyer NJ, Schmidt GA. Pulmonary embolic disorders: thrombus, air, and fat. In: Hall JB, Schmidt GA (eds) *Principles of Critical Care*. 4th ed. New York: McGraw Hill Education; 2015. p.318-336

11. Alvez J, Lopez YP, Rojas JN ve ark. Can we achieve zero hospital acquired pneumonia? *Curr Treat Options Infect Dis* (2018) 10:153–168
DOI 10.1007/s40506-018-0164-x
12. Simillis C, Rasheed S. Acute gastrointestinal bleeding. In: Bersten AD, Handy MJ (eds). *OH's Intensive Care Manual*. 8th ed. Elsevier; 2019. p. 551-564
13. Preiser JC, Ichai C. Glycemic control. In: Hall JB, Schmidt GA (eds) *Principles of Critical Care*. 4th ed. New york: McGraw Hill Education; 2015. p.141-145
14. NICE-SUGAR Study Investigators. Intensive versus conventional glucose control in critically ill patients. *N Engl J Med*. 2009;360:1283-1297.
15. Manthous CA , Schmidt GA, Hall JB. Liberation from mechanical ventilation. In: Hall JB, Schmidt GA (eds) *Principles of Critical Care*. 4th ed. New york: McGraw Hill Education; 2015. p.535-541
16. Vincent JL. Septic shock . In: Vincent JL, Abraham E, Moore FA, Kochanek PM,Fink MP. (eds) *Textbook of Critical Care* 7 th ed. Philadelphia : Elsevier; 2017. p. 843-848
17. Timsit JF. Vascular catheter related infections. In: Vincent JL, Abraham E, Moore FA, Kochanek PM,Fink MP. (eds) *Textbook of Critical Care* 7 th ed. Philadelphia : Elsevier; 2017. p. 837-842
18. Kollef MH, Micek ST. Antimicrobial stewardship. In: Vincent JL, Abraham E, Moore FA, Kochanek PM,Fink MP. (eds) *Textbook of Critical Care* 7 th ed. Philadelphia : Elsevier; 2017. p. 802-806