

Intensive Care/ Yoğun Bakım Ünitesi

Informed Consent - Turks

Bilgilendirilmiş Onay – Yoğun bakım ünitesinde tedavi ve tetkikler için izin

Bilgilendirilmiş onay nedir?

Bilgilendirilmiş onay (informed consent), İngilizce bir terimdir ve kelimenin tam anlamıyla "bilgilendirilmiş onay" anlamına gelir.

WGBO Yasasına (Tıbbi Tedavi Sözleşmesi Yasası) göre, hastalar ancak durumları (teşhis) ve olası tedavileri hakkında doğru ve tam olarak bilgilendirildikten sonra tıbbi tedavi için izin verebilirler.

Burada, önerilen tedavinin ne anlama geldiğini ve alternatiflerin olup olmadığını açıklanmaktadır. Ayrıca tedavinin avantaj ve dezavantajları ve bu tedaviyi tercih etmezseniz sonuçlarının ne olacağı görüşülür. Tedavinin en önemli riskleri de görüşülmektedir. Tüm bilgiler edinildikten sonra hasta, tedaviye onay verip vermemeye karar verebilir. Bu konu hasta ile gerektiği gibi görüşülemezse yasal bir temsilci görevlendirilir.

Yasal temsilci ve irtibat kişisi

Yoğun bakım uzmanı hasta ve/veya yakınlarını tıbbi durumu hakkında bilgilendirir. Bu bilgiler teşhis, incelemeler, tedavi ve kısa ve uzun vadeli beklentiler hakkındadır.

Yasaya göre doktorun hasta ile sadece bir tedavi ilişkisi vardır. Yoğun Bakım Ünitesinde (YBÜ) hasta her zaman konuşmalara aktif olarak katılamaz veya tedavisiyle ilgili önemli kararlar verememektedir. Yasaya göre, hastalar hakkında herhangi birine bilgi vermemize izin verilmemektedir. Bu nedenle, siz/yakınınız yatırıldığın(ız)da aile adına irtibat kurulacak kişinin kim olacağını kararlaştıracağız.

Siz/yakınınız bir tedavi ile ilgili tüm bilgileri doğru bir şekilde ele alıp işleyemiyor ve bu nedenle

izin veremiyorsa(nız), hasta adına doktorun muhatabı hastanın yasal temsilcisi olur. Bu kişi, irtibat kişisi ile aynı kişi olabilir ancak, olmak zorunda değildir.

Siz/yakınınız bunu kendiniz/kendisi yapamıyorsa(nız), yasal temsilci size/yakınınıza yapılacak muamele ile ilgili kararlarda sizinle birlikte fikir yürütecektir. Elbette önceden kapsamlı bir şekilde bilgilendirileceksiniz.

Standart Yoğun Bakım Ünitesi tedavisinin unsurları

Yoğun bakım ünitesindeki tıbbi bakım ve hemşirelik bakımı, oldukça basitten çok karmaşığa kadar değişebilmektedir. Bu bakım, solutulma, tansiyon ve kalp atış hızı gibi hayati fonksiyonların izlenmesinden solunum, böbrek fonksiyonu yerine geçen terapi vs. gibi hayati fonksiyonların devralınmasına kadar uzanır.

Tedavinin bazı unsurları, standart uygun yoğun bakımın bir parçasıdır.

Gerektiğinde tedavinin tüm unsurları için avantaj, dezavantaj ve riskleri ayrı ayrı açıklamak her zaman mümkün olmamaktadır. Bu nedenle bu bilgilendirmede yoğun bakım ünitesinde standart tedavinin en önemli unsurları anlatılmaktadır. Bu bilgiyi okuduktan sonra hâlâ sorularınız olduğunda, bunları sormaktan çekinmeyin.

Standart yoğun bakım tedavisi şu hususları içermektedir:

1. Periferik damar yolu
2. Damar yolu
3. Mesane kateteri
4. Mide sondası
5. Port
6. Antibiyotik verilmesi
7. Vazoaktif ilaçların verilmesi
8. Kan ürünlerinin verilmesi (transfüzyon)
9. Başka ilaçların verilmesi
10. Anestezi ve sedasyon
11. Entübasyon
12. Solutulma
13. Tahlil için kan alınması
14. Muayene ve tedavi için ulaşım
15. Diğer teşhisler
 - a. EKG/göğüs röntgeni/ultrason/BT taraması/MR taraması
 - b. Ekokardiyografi (TEE)
 - c. Bronkoskopi/gastroskopi/kolonoskopi
16. Müdahaleler
 - a. Drenaj/delinmeler
 - b. Göğüs dreni
17. Özgürlüğü kısıtlayıcı müdahaleler
18. IC dosyalama ve diğer tedavi görevlilerine bilgi sağlama.

Genelde tüm standart yoğun bakım tedavileri siz/yakınınız için gerekli değildir ancak, yoğun bakım ünitesinde tedavi için bilgilendirilmiş onay (informed consent) istendiğinde, yukarıda açıklanmış olduğu gibi toplam paket kastedilmektedir. Siz/yakınınız belirli tedavileri (örneğin kan nakli) reddetme hakkına sahipsiniz/sahiptir.

Standart yoğun bakım tedavisi yanı sıra birkaç ek tedavi vardır ve, gerekli olduğu zaman, bunlar siz/yakınınız ile ayrıntılı olarak görüşülecek ve bilgilendirilmiş onay alınacaktır.

Yoğun bakım ünitesinde ek tedavi aşağıda belirtilenlerden oluşabilmektedir:

1. Böbrek fonksiyonu yerine geçen terapi (diyaliz)
2. Trakeotomi
3. ERCP
4. PCI
5. Anjiyografi/tromboliz/coil tedavisi
6. (Yeniden) ameliyat

Standart yoğun bakım tedavileri hakkında açıklama

1. Periferik damar yolu

Nedir?

Bu, genelde dirsek altı bölümünde bir damara sokulan plastik bir iğnedir.

Ne içindir?

Damar yolu aracılığıyla ilaç veya sıvılar verilebilir. Sizde/yakınınızda bir port (açıklaması aşağıdadır) olsa bile, örneğin hastanın aynı damar yolu ile aynı anda verilemeyen çok fazla ilaca ihtiyacı olduğu için periferik bir damar yolunun da açılması gerekebilmektedir.

Riskler nelerdir?

Periferik damar yolunun açılması ciddi komplikasyonlara neden olmaz. Damar yolunun takılı olduğu damar, zamanla iltihaplanabilir. Bu durum, damar yolunu çıkarmak için bir nedendir. Ayrıca başlangıçta damarda iyi şekilde takılı olan bir damar yolu sonrasında sızma yapabilmektedir. Sıvılar ve ilaçlar bu durumda derinin altına sızabilir. Bu durumda damar yolu çıkarılır.

2. Damar yolu

Nedir?

Bu, bir atardamara yerleştirilen plastik bir iğnedir. Damar yolu birçok farklı yerden açılabilir ve burada bileğin iç tarafı en yaygın tercih edilen yerdir. Diğer olasılıklar, üst koldaki ve kasıktaki atardamarlardır.

Ne içindir?

Bir damar yolunun 2 önemli fonksiyonu vardır. Tansiyon her zaman ölçülebilir ve bazı ilaçların tansiyon üzerindeki etkisi yakından izlenebilir ve gerektiğinde ayarlanabilir. Tansiyon tehlikeli bir şekilde düşer veya yükselirse derhal uyarı alırız.

Kan, damar yolu üzerinden kolaylıkla alınabilir. Değerleri (örneğin, şeker seviyesi) belirlemek için yoğun bakım ünitesindeki hastalardan genelde az miktarda kan alınır. Bir damar yolu olmadan, bir hastaya çok sıkça iğne yapılması gerekirdi.

Riskler nelerdir?

Neyse ki, bir damar yolunun komplikasyonları çok nadirdir. Ortaya çıktıklarında tedavi edilebilirler. Olası komplikasyonlar arasında enfeksiyon, kanama veya morarma ve çok nadiren vücudun atardamarın beslendiği kısımlarında kan akışı bozukluğu yer alır.

Sinir hasarı meydana gelebilir çünkü vücuttaki sinirler genelde atardamarlara yakındır. Atardamarın delinmesi, duvarı zayıflamış bir atardamarın şişmesine (psödoanevrizma) neden olabilir.

Bir damar yolunun avantajları neredeyse her zaman olası dezavantajlardan ağır basmaktadır. Solutulan hastalarda veya vazoaaktif ilaçlarla (açıklaması aşağıdadır) tedavi edilen hastalarda bir damar yolu gereklidir.

3. Mesane kateteri

Nedir?

İdrar yolundan mesaneye geçen bir hortum.

Ne içindir?

İdrar, mesane sondası ile mesaneden boşaltılır. Bu kısmen pratik nedenlerdendir: hastalar monitöre bağlı oldukları ve serum taktıkları için bölümümüzde tuvalete gidemiyorlar. Bunun yanı sıra, tüm hastalar ne zaman idrar yapmaları gerektiğini belirtememekteler. Hastanın saatte ne kadar idrar yaptığını takip etmek de önemlidir. Bu husus, önemli organların (bu durumda böbrekler) kan akışı hakkında bir şeyler belirtmektedir.

Riskler nelerdir?

İdrar yolu içinden bir mesane sondası yerleştirilir; genelde bu kolay ve sorunsuz şekilde gerçekleşir. Prostat büyümesi olan erkeklerde, yerleştirme bazen zor olabilir. Mesane sondası takıldığında kanama olabilir ve birkaç gün sonra mesane iltihaplanması riski artmaktadır. Mesane kateterinin uzun süreli kullanımı, idrar yolunun daralmasına neden olabilir.

4. Mide sondası

Nedir?

Mide sondası, genelde burundan veya bazen ağızdan yemek borusu yoluyla ve mideye sokulan bir hortumdur.

Ne içindir?

Hastaya mide sondası yoluyla sonda besini (sıvı bir besin) verebiliriz. Bu, solunum tüpü nedeniyle normal bir şekilde yiyip içemeyen solutulan hastalar için özellikle önemlidir.

Ancak, solunum cihazına bağlı olmayan hastalar da, örneğin yutma sorunları veya şiddetli halsizlik durumlarında, genelde bir mide sondası yoluyla beslenirler. Beslenmenin yanı sıra sonda yoluyla ilaç da verilebilir. Mideye sonda takmanın bir başka nedeni de bağırsaklar düzgün çalışmıyor olduğunda mide ve bağırsak sularını boşaltmak olabilmektedir. Tüm hastalar için, ama özellikle ağır hastalar için iyi beslenmeleri önemli olduğundan, genelde bir mide sondası gerekli olmaktadır.

Riskler nelerdir?

Mide sondası takmak oldukça basit bir işlemdir. Hortum burundan yerleştirildiği için burun kanaması meydana gelebilir. Diğer bir risk de sondanın yanlışlıkla solunum borusuna girmesidir. Sonda ile beslenmeye başlamadan önce sondanın doğru yerleştirilip yerleştirilmediği her zaman kontrol edilir.

5. Port

Nedir?

Bu, çoklu bağlantıları olan büyük bir damara açılmış olan bir damar yoludur. Portun takılması, steril koşullar altında bir doktor tarafından gerçekleştirilir. Portun takılabileceği damarlar, boyunda köprücük kemiğinin altında veya kasıkta bulunur. Damarı delmeden önce, damar bir ultrason makinesi kullanılarak görüntülenebilir.

Ne içindir?

Portun takılmasının ana nedeni, normal bir damar yoluyla uygulanamayan bazı ilaçların verilebilmesidir. Hastalar mide ve bağırsak sistemden beslenemese bile özel beslenmenin bu şekilde yapılabilmesi için bir porta ihtiyaç duyulur. İlaç veya beslenme verilmesine ek olarak, kalbin fonksiyonları da ölçülebilir. Bu bize tedavinin ayarlanabilmesine neden olabilecek bilgileri vermektedir.

Riskler nelerdir?

Portun takılmasında komplikasyonlar nadir görülür. En önemlileri kanama, sönmüş bir akciğer (takılma esnasında) ve bir enfeksiyondur.

Kanama, damar değil, atardamar delindiği için meydana gelebilir. Yukarıda belirtilen yerlerde, büyük damarlar büyük atardamarlara yakındır.

Köprücük kemiğinin altına bir port takılırken, iğnenin ucunun akciğere değme riski vardır. Bu, bir akciğer sönmesine (pnömotoraks) yol açabilir. Portun hâlâ gerekli olup olmadığını her gün değerlendiriyoruz. İmkân olduğunda port sökülecektir.

6. Antibiyotik verilmesi

Nedir?

Hastalık oluşturan bakterilerle savaşmayı amaçlayan ilaçların verilmesi.

Ne içindir?

Enfeksiyonlar yoğun bakım ünitesinde önemli rahatsızlıklardır. Birçok hasta, örneğin ciddi zatürre veya idrar yolu enfeksiyonu gibi bir enfeksiyonla hastaneye yatırılır. Bir hasta enfeksiyonla yatırılmasa bile daha sonra portta enfeksiyon gibi bir enfeksiyon gelişmesi olasıdır.

Hastanın hastalığına hangi bakterinin neden olduğu bilinmediğinde ancak, hastada ciddi bir enfeksiyon (sepsis) olduğu açıksa, o zaman çoğu zaman birçok farklı bakteriye karşı etkili olan antibiyotiklere başlanır.

Riskler nelerdir?

Antibiyotik verilirken risk, alerjik reaksiyonun ortaya çıkmasıdır. Bu aynı zamanda aşırı duyarlılık reaksiyonu olarak da bilinmektedir. Genelde aşırı duyarlılık reaksiyonu olan bir hastada şişlikler ve/veya kırmızı deri döküntüleri olur. Düşük tansiyon da gelişebilir.

Daha şiddetli vakalarda dil, dudaklar ve ağızdaki mukoza zarlarında şişme meydana gelir. Hasta bir tüp ile solutulmadığında (açıklaması aşağıdadır) bu durum nefes darlığına neden olabilir. Antibiyotik verilmeden önce hastaya her zaman geçmişte antibiyotik alerjisi olup olmadığı sorulur.

Uzun süreli antibiyotik kullanımı ile bazı bakteriler bunlara karşı duyarsız (dirençli) hale gelebilir. Bu nedenle antibiyotik yaklaşımı günlük olarak dikkatle kontrol edilir. İmkân olduğunda antibiyotik ilaçlar durdurulacaktır.

7. Vazoaktif ilaçların verilmesi

Nedir?

Hastanın tansiyonunu ve/veya kalp fonksiyonunu düzeltmek için güçlü ilaçların verilmesi.

Ne içindir?

Kritik hastalarda sıklıkla dolaşım bozuklukları görülür. Tansiyon ve kalp atış hızı çok yüksek veya düşük olabilir veya kalp yeterince kan ve oksijen pompalayamayabilir. Kalp atış hızını ve tansiyonu stabilize etmek için genelde güçlü ilaçlar gereklidir. Bu ilaçlar vazoaktif ilaçlar olarak da adlandırılmaktadır.

Bu ilaçlarla tedavi edilen hastalarda, tansiyonu yakından izlemek için bir damar yolunun ve ilacı her zaman uygulayabilmek için bir portun olması arzu edilir.

Riskler nelerdir?

Kalp atış hızını ve tansiyonu etkilemeleri dışında vazoaktif maddelerin uygulanmasıyla ilişkili pek çok başka risk yoktur. Teknik bir arıza veya mekanik bir sorun nedeniyle (portun aniden tıkanması) ilaçların verilmesi kesintiye uğrayabilir. Bu durum, kısa sürede tehlikeli derecede düşük tansiyona neden olabilir. Alerjik reaksiyonlar nadirdir.

8. Kan ürünlerinin verilmesi (kan transfüzyonu)

Nedir?

Kan transfüzyonu ile kan veya kan ürünlerinin verilmesini kastediyoruz.

Ne içindir?

En iyi bilinen kan ürünleri, oksijen taşınması için gerekli olan kırmızı kan hücreleri (eritrositler) ve esas olarak (pıhtılaşma) proteinleri içeren plazmadır. Kan pıhtılaşmasında da bir işlevi olan trombositler de (kan pulcukları) düzenli olarak verilir.

Riskler nelerdir?

Bir donörden alınan kan veya kan ürünleri verildiğinde, vücudun yabancı proteinlere tepki verdiği transfüzyon reaksiyonu riski vardır. Bu nedenle, hastaların kan grupları ve antikolar için önceden test edilmesi önemlidir. Bununla birlikte, hafif ila çok şiddetli olabilen bir reaksiyon görülebilir.

Bunu istemediğini (yazılı olarak) açıkça belirten hastalara kan ürünleri elbette vermiyoruz.

Kan transfüzyonu hakkında daha fazla bilgi 'Kan transfüzyonu' başlıklı broşürde bulunabilir.

9. Başka ilaçların verilmesi

Nedir?

Yoğun bakım ünitesindeki hastalara vazoaktif ilaçlar ve antibiyotiklerin yanı sıra çeşitli ilaçlar da verilmektedir.

Ne içindir?

Bölümümüzde sıklıkla kullanılan ilaçlar ağrı kesiciler, uyku ilaçları, tromboza karşı ilaçlar ve tansiyonu düzenleyici ilaçlardır. Solutulan birçok hastaya inhale ilaç (nebulizasyon) verilir ve yapay olarak beslenen (mideden sonda ile beslenme veya kan damarından beslenme) birçok hasta, kan şekerini istenen seviyede tutmak için insüline ihtiyaç duyar.

Riskler nelerdir?

Herhangi bir alerji veya aşırı duyarlılık reaksiyonundan haberdar olmamız önemlidir. İlaçlara ek olarak, hastaların besinler, plasterler veya röntgen kontrast maddeleri gibi başka şeylere de aşırı duyarlı olup olmadığını bilmek isteriz.

10. Anestezi ve sedasyon

Nedir?

Anestezi (narkoz), damar yoluyla ilaçların verilmesinden hemen sonra başlayan, yapay olarak oluşturulan bir bilinç kaybıdır. Anestezi altındaki kişiler kendilerine veya çevrelerinde olan hiçbir şeyin farkında olmazlar.

Sedasyon, anesteziden daha az derin olan yapay bir uykudur. Hafif sedasyon ve derin sedasyon vardır.

Hafif sedasyon ile hastaya uyku ilacı verilir ancak, yine de ses veya hafif bir dokunuşla uyandırılabilir. Derin sedasyonda, yanıt almak için daha güçlü bir uyaran gerektirir.

Ne içindir?

Yoğun bakım ünitesindeki bazı işlemler veya tedaviler için, örneğin entübasyon için (açıklaması aşağıdadır) bir hastayı narkoz altına almak gerekir.

Hastalara sedasyon uygulanmasının nedenleri, hastanın rahatsızlığını veya endişesini önlemek ve akciğerleri kritik derecede hasta olan hastaların solutulması iyileştirmektir. Huzursuzluk ve akut kafa karışıklığı durumunda da hafif sedasyon kullanılabilir. 'Özgürlüğü kısıtlayıcı müdahaleler' bölümüne de bakınız.

Riskler nelerdir?

Ağır hasta olan hastaların rezervi sınırlı olduğundan, uyku ilacı verilmesi tansiyonun düşmesine neden olabilir.

Bu düşük tansiyon, anestezinin (narkozun) en önemli yan etkisidir. Yoğun bakım ünitesinde bu duruma her zaman hazırız.

Derin sedasyonun en önemli dezavantajları deliryumun daha sık görülmesi (daha fazlasını 'akut kafa karışıklığı/deliryum' broşüründe okuyunuz), yoğun bakım ünitesinde daha uzun bir yatış süresi ve daha az öksürebilme durumu ve dolayısıyla (yeniden) zatürreye yakalanma riskinde artış görülmesidir.

Yoğun bakım ünitesindeki tedavinin bir hasta için çok stresli olabileceğini anlıyoruz ancak, çok uzun veya çok derin sedasyonun zararlı olabileceğini de biliyoruz. Bu nedenle hastalara mümkün olduğunca az sedasyon uygulamaya çalışıyoruz. Her hasta için, o anda hasta için en iyi olan hususun ne olduğunu sürekli olarak değerlendiriyoruz.

11. Entübasyon

Nedir?

Entübasyon, bir solunum hortumunun yerleştirilmesidir. Bir solunum hortumuna "tüp" de denir (İngilizce olan "tube" kelimesinden edinilmiştir).

Ne içindir?

Bir hastanın invaziv olarak solutulmasını sağlamak için bir solunum tüpü gereklidir. İnvaziv, vücuda bir şey (bu durumda tüp) sokulması gerektiği anlamına gelmektedir. Bir solunum tüpü genelde ağızdan nefes borusuna sokulur. Tüpün sonunda, solunum cihazının akciğerlere üflediği havanın dışarı sızmaması için şişirilmiş bir balon vardır. Solunum tüpü ses telleri arasında yer alır ve bu nedenle tüp takılı olan hasta konuşamamaktadır.

Bir solunum tüpünün takılabilmesi için, hasta halihazırda bilinçsiz veya komada olmadığı halde, hastanın narkoz altına alınması (anesteziye bakınız) gereklidir.

Riskler nelerdir?

Solunum tüpünün takılması risksiz değildir ancak, hastanın solutulması gerekiyorsa gereklidir. Ana riskler boğaz, ses telleri ve nefes borusu ve dışların hasar görmesidir. Mide içeriğinin akciğerlere kaçtığı boğulma riski de vardır. Bu husus aspirasyon olarak da bilinir ve bu nedenle planlı bir ameliyatta entübe olan hastaların aç olması gerekir.

Çok fazla mide içeriği akciğerlere gittiği halde bu durum, hastanın ölmesine neden olacak kadar nefes almasını bozabilir. Entübasyon başarısız olsa bile (örneğin nefes borusu girişi görünmüyorsa) ve bunun sonucunda hasta solutulamıyorsa bu durum oksijensizliğe ve hatta ölüme neden olabilir.

Entübasyondan kaynaklanan ciddi komplikasyonlar nadirdir. Her entübasyon (acil durumda da) deneyimli doktorlar tarafından özenle hazırlanır ve gerçekleştirilir.

12. Solutulma

Nedir?

"Solutulma" terimi, hastanın bir cihaza bağlı olduğu anlamına gelir; solunum cihazı. Bu cihaz solunumu destekler veya tamamen devralır. 2 şekli vardır: bir yüz maskesi aracılığıyla invaziv olmayan solutulma ve boğazda bir tüp aracılığıyla invaziv solutulma.

İnvaziv olmayan solutulma

İnvaziv olmayan solutulmada (NIV veya maske solutulması) hastaya bir maske takılır. Solunum makinesi tarafından buraya hava üflenir ve bu hava, burun ve ağız yoluyla hastanın ciğerlerine gider. Bunun düzgün şekilde gerçekleşmesi için maske yüze sıkıca takılıdır.

Hastalar nefes alıp vermenin belirli bir basınçta gerçekleştiğini hissedeceklerdir. Bazı hastalar baskı ve maskeye alışmak zorunda kalırken, bazı hastalar için bu bir rahatlama gibi gelebilir. (Daha fazlasını 'İnvaziv olmayan solutulma (NIV) başlıklı broşürde okuyun).

İnvaziv solutulma

İnvaziv solutulmada hastanın boğazına yerleştirilen ve ağızdan ses tellerini geçerek solunum borusuna geçen bir tüp vardır. Solunum cihazı bu tüp aracılığıyla içeriye hava üfler. Bu destek için olabilir ancak, makinenin tüm solunumu üstlenmesi de mümkün olabilir.

Ne içindir?

Solunumun temel işlevi, oksijen almak ve karbondioksit vermektir. Hasta nefes almakta güçlük çekiyorsa ve/veya kan değerleri iyi olmadığında doktor solunumu (geçici olarak) destekleme kararı alabilir. Akciğer hastalığı olan hastalarda bu durum gerekli olabilmektedir. Ancak, kalbi (aniden) artık düzgün çalışmayan (kalp yetmezliği) hastalarda da gerekli olabilmektedir. Bir hastada düşük tansiyon (şok) ile ciddi bir enfeksiyon olduğunda, hastaya çok fazla enerji tasarrufu sağladığı için genelde solutulma tercih edilir. Hasta için mümkün olduğu halde bu, invaziv olmayan solutulma ile yapılır.

Bir de ameliyat olan başka bir hasta grubu vardır. Ameliyat esnasında artık kendi kendilerine nefes alamayacak derecede derin bir uykuya dalıyorlar. Bu nedenle boğazlarına bir hortum (entübasyon) verilerek solutulurlar. Böyle bir ameliyattan sonra hastalar, genelde ameliyathanede veya uyanma odasında uyandırılırlar.

Büyük ameliyatlarda hastaların daha geç uyandırılmasını tercih edebiliyoruz. Bu hastalar yoğun solunum cihazına bağlanıyor. Mümkün olduğu zaman onları uyandırıyoruz ve çoğu zaman kısa sürede solunum cihazından çıkarılabiliyorlar.

Riskler nelerdir?

İnvaziv olmayan solutulma

İnvaziv olmayan solutulmada (maskeli solutulma), sıkı maske nedeniyle yüzde basınç noktaları oluşabilir. Kişiler ayrıca daha kolay tıkanma veya boğulma yaşayarak mide içeriğinin hava yollarına/akciğerlere kaçmasına neden olabilir. Buna aspirasyon denir. Riskleri azaltmak için bu hastalarla yakından işbirliği içinde oluyoruz.

İnvaziv solutulma

Bir solunum cihazının bir hastanın akciğerlerini havalandırma şekli, normalde nasıl soluduğumuzdan çok farklıdır. Bu durum akciğerler için zorlayıcı verici olabilir. Uzun süreli veya ağır şekilde yüklenme, akciğerlerin sertleşmesine neden olarak solutulma giderek zorlaştırabilmektedir. Solutulma nedeniyle akciğer sönmesi de (pnömotoraks) oluşabilir. Ayrıca yeni bir zatürree (pnömoni) gelişebilir.

Akciğerleri çok ağır hasta olan ve solutulan hastaların, özel durumlarda yüz üstü yatmaları da gerekebilir. Bu sayede akciğerler oksijeni daha iyi emer. Yüzüstü pozisyonda hasta daha da derin bir uykuya dalmakta ve sırtüstü pozisyona döndüğünde yüzün şişebileceği ve vücudun üst kısmında ve bacaklarda baskı noktaları oluşabileceği fark edilmektedir.

Solunun cihazından ayırmak (alışmak)

Hastanın durumu düzeldiğinde, tekrar kendi kendine nefes almaya başlamalıdır. Cihazın solunum desteği kademeli olarak azaltılacaktır.

Bu işleme solunum cihazından ayırmak (solutulmamaya alışmak) diyoruz. Bu işlemin ne kadar süreceği hastadan hastaya değişmektedir. Solutulma süresi ne kadar uzun olursa, solutulmamaya alışmak o kadar uzun sürer. Hasta tekrar tamamen bağımsız şekilde nefes almaya başladığında ve tamamen uyanmış olduğunda, solunum hortumu çıkarılır. Bunun sonrasında hastanın sesi kısalmış olabilir. Bu durum, ses tellerinin solunum hortumu tarafından tahriş edilmesinden kaynaklanır ve genelde birkaç gün içinde geçmektedir. İstisnai durumlarda ses kısıklığı daha uzun sürer. 'Solutulma' başlıklı broşürümüzde daha fazlasını okuyun.

13. Tahlil için kan alınması

Nedir?

Bir porttan (bir atardamardaki damar yolundan) veya bir iğne (ponksiyon) ile kan alınması.

Ne içindir?

Düzgün bir şekilde tedavi edebilmek için düzenli kan tahlilleri yapılması gereklidir. Solutulan hastalar için kandaki oksijen ve karbondioksit seviyelerini düzenli olarak ölçmek isteyebiliriz. Hastalara insülin verdiğimizde kan şekerini günde birkaç kez ölçmek zorundayız.

Riskler nelerdir?

Komplikasyon riski düşüktür. Port aracılığıyla düzenli kan alınmasında, portta (atardamardaki damar yolu) küçük bir enfeksiyon riski vardır. İğne yoluyla kan alındığında kanama veya morarma meydana gelebilir.

14. Muayene ve tedavi için ulaşım

Nedir?

Gerekli muayene veya tedavi için bir hastayı yoğun bakım ünitesinin dışına çıkarmak.

Ne içindir?

Gerekli olan tüm tetkik ve tedaviler yoğun bakım ünitesinin kendisinde yapılamamaktadır.

Bu nedenle bazen bir hastanın başka bir bölüme, örneğin röntgen bölümüne BT taraması için götürülmesi gerekir.

Tabii ki, bir hastanın aldığı destek tedavisi, hastanın taşınıyor olduğu sürede mümkün olduğunca devam etmelidir. Bu özellikle solutulma ve verilen belirli ilaçlar için geçerlidir.

Böbrek fonksiyonu yerine geçen terapi gibi tedavinin geçici olarak kesilmesi gereken kısımları da vardır. Solutulma yapılan hastaların taşınması için monitör, solunum cihazı ve serum pompalarını içeren özel bir taşıma modülü üretilmiştir.

Riskler nelerdir?

En önemli riskler, hastanın durumunun bozulması ve port veya solunum hortumunun arızalanması veya hastayı destekleyen cihazlarla ilgili mekanik sorunlar gibi teknik sorunlardır. Bu riskler, çeşitli önlemlerle mümkün olduğu kadar sınırlandırılmıştır.

Solutulma yapılan bir yoğun bakım hastasının yoğun bakım ünitesi dışına taşınması esnasında her zaman bir yoğun

bakım ünitesi hemşiresi ve bir yoğun bakım ünitesi doktoru/asistanı mevcuttur.

15. Diğer teşhisler

a. EKG / Göğüs Röntgeni / Ultrason / BT taraması / MR taraması

Nedir?

Kalp ve akciğerlerin röntgenlerini çekmek, kalp, akciğerler ve karın organlarının ultrasonlarını yapmak, kalp filmi çekmek, BT taraması veya MR taraması yapmak.

Ne içindir?

Bu araştırmaları bir kontrol niteliğinde düzenli olarak gerçekleştiriyoruz. Örneğin, bir solunum hortumu yerleştirdikten sonra hortumun düzgün yerleşmiş olup olmadığını anlamak için kalp ve akciğerlerin röntgenini çekiyoruz.

Ek teşhis yapabilmek için bu testleri de yapıyoruz. Bu durum, bu testlerle hastanın sıkıntısının ne olduğunu bulmaya çalıştığımız anlamına gelir.

Riskler nelerdir?

Hasta tetkik için başka bir bölüme giderse (örneğin tomografi), o zaman 'Muayene ve tedavi için nakil' bölümünde tanımlanmış olduğu gibi riskler vardır.

Diğer araştırmalarda riskler minimum düzeydedir. Bir röntgen çekimi yapmak, hastayı zararlı radyasyona maruz bırakır ancak, tek bir görüntü için gereken radyasyon miktarı o kadar küçüktür ki, hiçbir risk söz konusu değildir.

Kalp filmi veya ultrason çekiminin de hiçbir riski yoktur.

Daha fazlasını 'Röntgen Çekimi Yapmak' veya 'Elektrokardiyogram' başlıklı broşürlerde okuyunuz.

b. Transözofageal Ekokardiyografi (TEE)

Nedir?

Bu, doktorun yemek borusu ve mide yoluyla kalbin ultrasonunu çektiği bir ultrasonudur.

Ne içindir?

Bazen ağır hasta olan bir hastada kalbin incelenmesi gerekir. Bu durumda kalbin düzgün çalışıp çalışmadığını veya oksijen eksikliğinden kaynaklanan bir hasar olup olmadığını görebiliriz. Kalp kapakçıklarından birinde enfeksiyon (endokardit) olup olmadığınıın görülmesi de görmek mümkündür.

Genelde bunu önce göğüs duvarı aracılığıyla dışarıda deneriz. Bu normal bir kalp ultrasonudur.

Yoğun bakım ünitesindeki hastalarda bu araştırmayı yapmak genelde çok zordur.

Bazen kalbin görüntüsünü hiç edinmemekteyiz. Kalbi görüntülemenin tek yolu yemek borusundan yapılan bir ultrasonudur.

Riskler nelerdir?

Riskler çok kötü değildir. Muayene bir gastroskopiye benzemektedir (açıklaması aşağıdadır). Bir TEE'den ciddi komplikasyonlar neredeyse hiç görülmemektedir. Bu, ağız, boğaz veya yemek borusundaki mukoza zarının hasar görmesi ile ilgilidir. Daha fazlasını 'Poliklinikte TEE' başlıklı broşürde okuyunuz.

c. Bronkoskopi / gastroskopi / kolonoskopi

Bronkoskopi

Nedir?

Bronkoskopi, göğüs hastalıkları uzmanının ince, esnek bir hortumu ağızdan veya burundan veya solutulan bir hasta olması durumunda tüpten solunum yollarına soktuğu bir incelemedir. Bu hortum bir ışık ve bir kamera içerir.

Ne içindir?

Bu araştırma ile solunum yollarının içi görüntülenebilir. Doktor bu şekilde mukoza zarının yapısını iyi bir şekilde görebilecektir. Enflamasyon ve herhangi bir anormallik de görüntülenebilir. Doktor araştırma (biyopsi) için mukoza zarından parçalar alabilir. Ayrıca bir durulama yapılabilir. Durulama sıvısı toplanır ve böylece bakteri veya mantar varlığı açısından incelenebilir.

Riskler nelerdir?

Riskler esas olarak hastanın ne kadar hasta olduğuna bağlıdır. Ciddi derecede hasta bir hastada, bronkoskopi, özellikle yanında yıkama da yapılıyorsa, akciğer fonksiyonunun daha da bozulmasına neden olabilir ve nefes darlığı daha da kötüleşebilir. Bu husus, hastanın solutulmasının gerekeceği kadar şiddetli olabilmektedir.

Çok nadir görülen komplikasyonlar şunlardır: solunum yollarında mekanik hasar (solunum yolu travması), akciğerin sönmesi (pnömotoraks), kanama veya yeni bir enfeksiyon.

Ciddi bir şekilde hasta olmayan hastalarda bu araştırmanın az komplikasyonu vardır. Ses kısıklığı, öksürük veya boğaz/burun ağrısı oluşabilir. Bu şikâyetler neredeyse her zaman kendiliğinden geçer. Daha fazlasını 'Bronkoskopi' başlıklı broşürde okuyunuz.

Gastroskopi ve kolonoskopi

Nedir?

Gastroenteroloji uzmanının ışıklı bir tüp ve kamera (endoskop) aracılığıyla sindirim sisteminin içini incelediği araştırmalardır.

Ne içindir?

Gastroskopi

Gastroskopi (mide muayenesi) esnasında ağızdan ve yemek borusundan esnek bir hortum (endoskop) sokulur. Gastroenterolog bu durumda mukoza zarını görebilir ve gerektiğinde daha fazla inceleme için materyal alabilir. Kanama durumunda kanamayı da durdurabilir.

Kolonoskopi

Kolonoskopi (bağırsak araştırması) esnasında, anüsten (makat) esnek bir hortum sokulur. Gastroenterolog bu durumda mukoza zarını görebilir ve gerektiğinde daha fazla inceleme için materyal alabilir. Bu incelemenin hazırlığı genelde bağırsağı temizlemek için laksatifler ile yapılır.

Riskler nelerdir?

Bu araştırmalar genelde hastanede yapılır. Komplikasyon riskleri çok azdır. Bağırsakta, midede veya yemek borusunda küçük bir kanama veya delik (perforasyon) riski vardır.

Bu delik çok büyükse veya sorun yaratıyorsa cerrahın deliği kapatmak için ameliyat yapması gerekebilir. Bu çok nadirdir.

Daha fazlasını 'Gastroskopi' veya 'Kolonoskopi' başlıklı broşürlerde okuyunuz.

16. Müdahaleler

a. Drenaj / ponksiyon

Nedir?

Bir doktorun örneğin göğüs boşluğunu veya karın boşluğunu deldiği bir iğnedir (ponksiyon).

İğne yapılmadan önce net bir tablo elde etmek için bir BT taraması veya ultrason yapılır.

Ne içindir?

Araştırma için (örneğin apse kültürü için) sıvıyı vücuttan çıkarmak veya sıvının akması için küçük bir hortum bırakmak için ponksiyon gerekli olabilir. Biz buna drenaj diyoruz.

Riskler nelerdir?

Riskler küçüktür. En büyük risk, kanamanın meydana gelmesidir. Ponksiyon göğüs boşluğunda yapıldığında, akciğerin sönmesi için küçük bir ihtimal vardır.

Daha fazlasını 'Ponksiyonlar' başlıklı broşürde okuyunuz.

b. Göğüs dreni

Nedir?

Göğüs dreni, göğüs boşluğuna (toraks) yerleştirilen bir hortumdur (dren).

Ne içindir?

Normal bir durumda, akciğer zarları (plevra) birbiri ile temas içindedirler ancak, hasta olan hastalarda burada sıvı (plevral sıvı) veya hava (sönmüş akciğer/pnömotoraks) birikebilir. Bu, bir drenle giderilebilir ve nefes almayı kolaylaştırır.

Riskler nelerdir?

Göğüs dreni takılmasının komplikasyonları şunlardır: kanama, enfeksiyon, sinir hasarı ve sönmüş bir akciğer.

Genelde göğüs drenajının takılması hususu, hasta veya yasal temsilcisi ile önceden görüşülür. Bazı acil durumlarda görüşme yapmak için maalesef zaman olmuyor ve doktorun hemen harekete geçmesi gerekir.

Akciğer ameliyatı geçiren hastalar, kan, hava ve sıvının göğüs boşluğuna girmesini önlemek için gözlem amacıyla bir göğüs dreni ile yoğun bakım ünitesine alınabilir.

17. Özgürlüğü kısıtlayıcı müdahaleler

Nedir?

Özgürlüğü kısıtlayıcı müdahalelerde hastanın hareket özgürlüğü kısıtlanır. Sabitleme en çok bilinenidir.

Bu husus, hastanın kollarının ve bacaklarının sabitlenmesi anlamına gelir. Bunun için bilek kayışı, ayak bileği kayışı, yan korkuluk, yatakta sabitlemek için bel bandı, hasta bakımı battaniyesi (bir tür uyku tulumu) ve toplama eldiveni gibi özgürlüğü kısıtlayıcı yardım araçları kullanırız.

Diğer bir özgürlüğü kısıtlayıcı müdahale, huzursuzluk ve akut kafa karışıklığı durumunda verilebilen (hafif) sedasyondur. (bkz. 'anestezi ve sedasyon')

Ne içindir?

Hastalık tablosu, fiziksel ve/veya zihinsel zarar görme riskine soktuğunda veya başkaları için tehlike oluşturduğunda hastayı korumak için VieCuri'de özgürlüğü kısıtlayıcı müdahaleler uygulanır. Bu müdahale uygulanmadığında gerekli tıbbi tedavinin yapılamaz olması da bir sebep olabilir. Bunlar almak istemediğimiz tedbirlerdir.

Yoğun bakım ünitesindeki hastaların huzursuz ve kafası karışmış olması yaygın bir durumdur. Bu huzursuzluk ve kafa karışıklığı, değişen derecelerde mevcut olabilir ve genelde deliryumdan kaynaklanır. 'Akut kafa karışıklığı - Deliryum' broşüründe daha fazlasını okuyun.

İlk olarak, çok fazla ilgi, iyi bir günlük ritim, durumu iyileştirme ve muhtemelen ilaç tedavisi ile deliryum veya huzursuzlukla mücadele edilmeye çalışılır ancak, bazen bu işe yaramaz veya yeterince hızlı gerçekleşmez. Kafa karışıklığı içinde hastaların damar yollarını, sondaları, mesane sondasını, solunum hortumlarını veya portu çekme riski vardır. Bu durum tehlikeli ve yaşamı tehdit eden durumlara neden olabilir.

Hastaları kendilerine karşı korumak için kişisel özgürlük hakları olsa bile bazen acilen ellerini, ayaklarını ve/veya tüm hastayı bağlayıp sabitleştirilmesi gerekir.

Uygulamada, her zaman hasta veya yasal temsilcisi ile önceden istişare etmemiz mümkün değildir. Bu konu ancak yasal temsilci ile daha sonraki bir tarihte görüşülebilir. Bağlayıp sabitleştirme süresini her zaman mümkün olduğunca kısa tutmaya çalışıyoruz, her vardiyada buna olan ihtiyaç yeniden değerlendirilmektedir.

Riskler nelerdir?

Hastaları kendilerinden korumaya çalışsak da, bir hasta bağlayıp sabitleştirme materyali ile kendine zarar verebilmektedir. Nadir durumlarda, bir hasta o kadar huzursuz olabilir ki sabitleştirme malzemesine dolanabilir ve bu süreçte ciddi şekilde yaralanabilir.

Bunun riski hasta her zaman izlenmediğinde artar, ki bu durum özellikle yoğun bakım ünitesinde meydana gelmeyen bir husustur. Bu risklerin neredeyse görülmemesini sağlamak için yönergeler oluşturulmuştur.

Daha fazlasını 'Özgürlüğü kısıtlayıcı tedbirler' başlıklı broşürde okuyunuz.

18. IC dosyalama ve diğ er tedavi görevlilerine bilgi sağ lama

Nedir?

Hastaların tıbbi verileri elektronik hasta dosyasına kaydedilir. Tıbbi veriler, bakımın mümkün olan en iyi şekilde sürdürülmesi dâhil olmak üzere çeşitli nedenlerle saklanır.

Ne içindir?

Bir hasta olarak, siz/yakınınız genelde birkaç sağlık hizmeti sağlayıcısıyla uğraşmak zorunda kalır(sınız). Hasta verilerinin bu bakım sağlayıcıları arasında değış tokuşu o zaman arzu edilir ve genelde gerekli olmaktadır. Önemli verilerin ilgili sağlık hizmeti sağlayıcılarına iletildiğini kabul ediyor olduğunuzu varsayıyoruz.

Yoğun bakım ünitesinden taburcu olur olmaz aile hekiminize/diğ er tedavi görevlilerinize bir Yoğun Bakım Ünitesi taburcu yazısı gönderilecektir.

Bakım kalitesini artırmak için çeşitli tıbbi veriler de anonim olarak değı erlendirmelere dâhil edilir. Bazı veriler yıllık faaliyet raporunda ve bilimsel dosya araştırmalarında da anonim olarak kullanılmaktadır.

Yoğun bakım ünitesinde ek tedaviler

Bir önceki bölümde yoğun bakım ünitesindeki birçok hasta için gerekli olan tedaviler anlatılmıştır.

Tedavinin standart yoğun bakım tedavisinin parçası olmayan başka bölümleri de vardır. Gerekğinde bu hususu hasta ve yakınları ile detaylı olarak görüştüyoruz.

1. Böbrek fonksiyonu yerine geçen terapi

Nedir?

Böbreklerin işlevini geçici olarak devralan bir diyaliz makinesiyle uygulanan tedavi.

Ne içindir?

Ağır hasta olan hastalarda hastalık, insan vücudunun her yerinde kendini gösterebilir. Böbrekler buna karşı çok hassastır ve (geçici olarak) yetersiz çalışabilir. Böbreklerin fonksiyonu, vücudumuzdaki sıvı miktarını düzenlemek ve atıkları idrar yoluyla dışarı atmaktır.

Böbrekler artık düzgün çalışmadığında (böbrek yetmezliği), bu fonksiyonların bir diyaliz makinesi tarafından devralınması gerekir.

Bu husus, kandan hızla filtre edilmesi gereken belirli bir madde ile zehirlenme durumunda da gerekli olabilir.

Yoğun bakım ünitesinde bu, bir tür sürekli diyalizle yapılır; CVVH (Sürekli Venovenöz Hemofiltrasyon). Bu, merkezi bir kan damarına yerleştirilecek büyük bir damar yolu gerektirir (port başlıklı bölüme bakın).

Bir makine kanı, atık ürünlerin ve sıvıların kandan çıkarılabileceği bir filtreden (yapay böbrek) geçirir.

Riskler nelerdir?

Özel bir merkezi damar yolu olan diyaliz portu takılmasının riskleri vardır. Normal porttan daha kalın bir porttur, bu nedenle herhangi bir kanama daha yoğun olabilir.

Makineyi kullanırken de riskler vardır.

Diyaliz filtresi zamanla pıhtılaştığı için makinede kan kaybı olabilir. Sistemdeki tüm kanın hastaya geri verilmesi her zaman mümkün değildir. Bu durum, bir kan transfüzyonu gerektirebilir.

Pıhtılaşmaya karşı ilaçların kullanımıyla ilişkili riskler de vardır. Kan damarlarının dışındaki kan pıhtılaşmaya başlar ve bu durumda diyaliz makinesinin çalışması durur. Diyalizi mümkün kılmak için pıhtılaşma önleyici bir ilaç vermek gerekir. Bunun için makinedeki kanın pıhtılaşmamasını sağlayan bir ilaç (sitrat) kullanıyoruz. Bazen bu ilaç, özellikle karaciğer düzgün çalışmadığında, hastada sorunlara neden olur.

Bu durumda başka kan sulandırıcı ilaçlar kullanırız.

Bunun dezavantajı, diğer kan sulandırıcı maddenin de hastaya (ve sadece makineye değil) girmesi ve bu nedenle (potansiyel olarak ciddi) kanamaya neden olabilmesidir. Bu nadirdir.

2. Trakeotomi

Nedir?

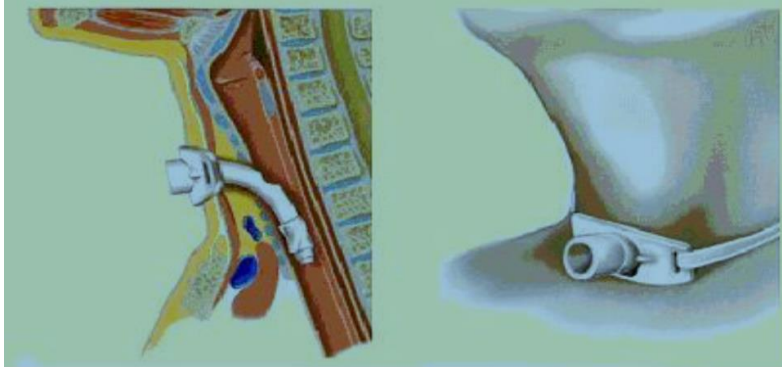
Trakeostomi, trakeada bir kanülün (borunun) yerleştirilebileceği bir açıklıktır. Bu, hastanın kendi kendine nefes almasını ve aynı zamanda bir makine tarafından solutulmasını sağlar. Bu kanül, genelde ağızdan sokulan solunum hortumunun (tüpünün) yerini alır.

Trakeostomi tüpünün yerleştirilmesi küçük bir cerrahi işlemdir ve yoğun bakım ünitesinde veya ameliyathanede gerçekleştirilebilir. Hasta tamamen uyutulur ve ameliyatı fark etmez.

Bir trakeostomi;

içeriden

dışarıdan



Ne içindir?

Trakeostominin ana nedeni, hastanın solutulma durumundan yavaş ve kademeli olarak ayrılmasını gerektiren uzun süreli solutulmasıdır. Diğer nedenler şunlardır: uzun süreli çok düşük bilinç düzeyi (koma), ciddi kas zayıflığı veya normal solunum tüpünün çıkarılmasını imkânsız veya güvensiz kılan boyun şişmesi (ekstübasyon). Hastalar için trakeostomi tüpü ağızdan solunum tüpünden daha uygundur. Diğer avantajları ise kanülü olan bir kişinin sürekli ve bir kanül ile solutulmasının gerekmemesidir. Zamanla ve belirli koşullar altında hasta da konuşabilir ve bir şeyler içebilir. Ağız ve boğaz boşluğunun bakımı da daha iyi yapılabilir.

Riskler nelerdir?

Müdahalenin olası komplikasyonları anestezi veya ameliyatın kendisi ile ilgilidir. Kanama meydana gelebilir ve ayrıca küçük bir ihtimalle havanın derinin altına kaçma olasılığı da vardır. Uzun vadede nefes borusunda iz oluşabilir. 'Trakeostomi' başlıklı broşürümüzde daha fazlasını okuyun.

3. ERCP

Nedir?

Safra yolları ile ilgili bir araştırmadır. ERCP'nin açılımı Endoskopik Retrograd Kolanjiyo Pankreatografi şeklindedir.

Ne içindir?

Gastroenteroloji doktoru, ağız, yemek borusu ve mideden ince bağırsağın başlangıcına geçmek için özel bir endoskop olan, önünde kamera ve ışık bulunan bir hortum kullanır. Safra kanalının çıktığı yer burasıdır. Gastroenteroloji doktoru daha sonra olası safra taşlarının dışarı çıkabilmesi için bu çıkışta küçük bir kesi yapar. Bunun üzerine özel bir tel yardımıyla safra kanallarını siler.

Ayrıca, yolunda başka safra taşı olup olmadığını görmesini sağlayan özel bir sıvı (kontrast) enjekte edebilir.

Riskler nelerdir?

Mide ve bağırsakların keşif amaçlı incelemelerinde olduğu gibi, yemek borusu, mide duvarı veya ince bağırsakta küçük bir kanama veya delik (perforasyon) oluşma riski vardır. Bu nadirdir.

ERCP'nin nadir fakat can sıkıcı bir komplikasyonu, pankreasın iltihaplanmasıdır. Buna pankreatit denir. Bir pankreatit genelde birkaç gün içinde iyileşir ancak, çok nadiren ciddi bir seyir de gösterebilir.

'Derin sedasyon altında ERCP' başlıklı broşürde daha fazlasını okuyun.

4. PCI / Stent takılması

Nedir?

PCI, stent takılması olarak da bilinen Perkütan Koroner Müdahale anlamına gelir. PCI esnasında doktor, bilek veya kasıktaki atardamardan koroner arterlerdeki (kalbi çevreleyen kan damarları) daralmaya ince bir tel (kateter) sokar

. Bir balonu şişirerek kan damarı gerilir.

Bundan sonra kan tekrar normal şekilde akabilir, böylece kalp tekrar yeterli oksijen alır. Mümkünse damar duvarını desteklemek için bir stent (tükenmez kalem yayına benzer) de yerleştirilir. Bu stent yeni bir daralmanın oluşma riskini azaltır.

Ne içindir?

Bir veya daha fazla daralmış koroner arterin neden olduğu göğüs ağrısı durumunda, örneğin kalp krizi durumunda bir PCI yapılmalıdır. Hasarı sınırlandırmak için, kalp kası mümkün olan en kısa sürede tekrar yeterli oksijen almalıdır. Bu, koroner arterdeki tıkanıklığın giderilmesiyle yapılabilir.

Riskler nelerdir?

Bir PCI, genelde sorunsuz geçer. Olası komplikasyonlar, bilek/kasıktaki giriş açıklığında kanama veya morarmadan ibarettir.

Kontrast sıvısı, plaster veya ilaç bir aşırı duyarlılık reaksiyonuna neden olabilir. Tedavi esnasında hemen hemen tüm vakalarda hızlı bir şekilde çözülebilen bir kardiyak aritmi meydana gelme olasılığı vardır.

Çok nadir durumlarda, kalp krizine veya beyin enfarktüsüne neden olabilen yeni bir kan pıhtısı oluşur. Koroner arter duvarında bir hasar ve/veya kalp fonksiyonunda çok ciddi bir bozulma, son derece nadirdir. Bu durumda kalp desteği ve/veya bir kalp cerrahisi merkezinde acil ameliyat gereklidir.

Daha fazlasını 'FFR ölçümü/stent tedavisi' başlıklı broşürde okuyunuz.

5. Anjiyografi / tromboliz / coil tedavisi

Nedir?

Bu, kan damarlarının röntgen araştırmasıdır. Doktor (girişimsel radyoloji uzmanı) özel bir damla ile bir damara veya artere bir sıvı (kontrast) enjekte ederek kan damarlarını röntgen araştırması ile net bir şekilde görünür hale getirir.

Ne içindir?

Bu muayene ile kan damarlarında bir sorun olup olmadığını, örneğin daralma, tıkanma veya genişleme (anevrizma) olup olmadığını görebiliriz. Bir sorun bulunduğu, doktor bunu çözmeye çalışabilir. Bir tıkanma durumunda, bir pıhtı emilerek ve çözülmesine izin verilerek (tromboliz) kan damarı yeniden açılmaya çalışılır.

Damarda kanama varsa doktor bir madde enjekte ederek veya damarı kapatarak (coil tedavisi) kanamayı durdurmaya çalışabilir.

Riskler nelerdir?

Bu araştırma esnasında genelde çok miktarda kontrast madde verilir. Büyük miktarlarda bu sıvı, böbrekler için kötüdür. Bazen böbrekler bu testten sonra eskisinden daha kötü çalışır. Çoğu zaman bu durum geçicidir.

Kontrast sıvı, iyot içerir. Bazı insanlar buna alerjiktir ve alerjik reaksiyonu olabilir. İyot alerjisi önceden biliniyor olduğunda iyot kullanılmamaktadır.

Araştırma esnasında kanama olabilir. Bu kanama genelde tedavi edilebilir ancak, bazen kanama zor bir noktadadır ve nadir durumlarda kanamayı durdurmak için ameliyat gerekir.

Daha fazlasını "Anjiyografi/anjiyoplasti tedavisi" başlıklı broşürde okuyunuz.

6. Ameliyat

Nedir?

Bu husus, hastanın (tekrar) ameliyat edilmesi gerektiği anlamına gelir.

Ne içindir?

(Yeni) bir ameliyatın nedenleri farklı olabilir. Çoğu ameliyat, hastanın altta yatan durumu nedeniyle gerekli olmaktadır. Bazen önceki bir ameliyat sonrasında komplikasyonlar ortaya çıktığı için yeni bir ameliyat gerekir. Hastanın farklı, daha az şiddetli bir şekilde iyileşip iyileşmeyeceği her zaman değerlendirilir. (Yeni) bir ameliyatın gerekli olduğu gerçeği, sağlık ekibinin, yoğun bakım doktorlarının ve operatörlerin (cerrahlar, ürologlar, KBB uzmanları veya jinekologlar) sorunu çözenin tek yolunun bu olduğuna karar vermesi anlamına gelir.

Yoğun bakım doktoru, genelde cerrahla birlikte hastaya ve ailesine ameliyatın neden gerekli olduğunu ayrıntılı olarak açıklar.

Riskler nelerdir?

Riskler birçok hususa bağlıdır. En önemli 2 tanesi, ameliyat olduğunda hastanın ne kadar hasta olduğu ve nasıl bir ameliyat yapılması gerekiyor olmasıdır. Genelde yoğun bakım ünitesinde başka bir ameliyata ihtiyaç duyan hastalar çok hastadır veya tıbbi geçmişlerinde birden fazla sorun vardır. Sonuç olarak, ek sorun riski çoğu zaman yüksektir.

Doktor bu hususu ve beklenen prognozu (tahmin) sizinle ayrıntılı olarak görüşecektir.

Broşürler

Bu broşürde bahsettiğimiz birçok tedavi ve test için ayrı broşürlerimiz vardır. Bunları www.viecuri.nl/folders adresinde bulabilirsiniz.

Aradığınız broşür dilinizde mevcut olmayabilir. Sorularınız varsa ve ek açıklamaya ihtiyacınız olduğunda, hemşireden bir tercüman çağırmasını isteyin.

Sorular

Bu broşürü okuduktan sonra hâlâ sorularınız olduğunda, bunları hemşireler veya tedavi eden uzmanla görüşün.

Yoğun bakım ünitesine erişim

Venlo Şubesi

Yoğun Bakım Ünitesi

Güzergâh numarası 87	asansör aracılığıyla K kulesi 2 ^{nci} kat
Bölüm 1, yatak numarası 1-8	☎ (077) 320 57 86
Bölüm 2, yatak numarası 9-16	☎ (077) 320 57 85
Bölüm 3, yatak numarası 17-24	☎ (077) 320 57 90

Sizin/yakınınızın yattığı(nız) oda: _____

VieCuri Medisch Centrum

Locatie Venlo

Tegelseweg 210
5912 BL Venlo
☎ (077) 320 55 55

Locatie Venray

Merseloseweg 130
5801 CE Venray
☎ (0478) 52 22 22

Meer informatie www.viecuri.nl

Bekijk uw medische gegevens op www.mijnviecuri.nl