

SEDATİZE HASTANIN BAKIMI

SEDATED PATIENTS CARE

Mehtap KAVURMACI*

Mehtap TAN**

* Doç. Dr. Atatürk Üni. Hemşirelik Fak. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum
** Prof. Dr. Atatürk Üni. Hemşirelik Fak. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum

Yazışma Adresi:

Mehtap KAVURMACI
E posta: mehtap.kavurmaci@atauni.edu.tr

Gönderim Tarihi : 12 Eylül 2018

Kabul Tarihi : 16 Temmuz 2019

ÖZET

Sedasyon tedavisi mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalar başta olmak üzere yoğun bakım hastalarının tedavisinde sıklıkla kullanılmaktadır. Yoğun bakımda uygulanan sedasyon tedavisinin başlıca amacı; yoğun bakım ortamına bağlı olarak hastanın yaşadığı rahatsızlık, gerilim, ağrı ve stresi en aza indirmektir. Sedasyon tedavisi için kullanılacak ilaçların seçimi her hastanın klinik durumuna uygun olarak yapılmalıdır. Bazı hastalarda minimal düzeyde sedasyon uygun iken, bazı hastalarda derin sedasyon gerekebilmektedir. Sedasyon tedavisinde istenilen sonuçlara ulaşılabilmesi için, yoğun bakım hastasının bakımında en önemli rolü üstlenen hemşirelerin, sedasyonun uygulama prensipleri, değerlendirilmesi, ilaç seçimi ve olası komplikasyonları konusunda bilgi sahibi olması gerekmektedir. Bu makale yoğun bakımda sedasyon tedavisi alan hastalara bakım veren hemşirelere rehberlik etmesi amacı ile hazırlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: sedasyon, hemşirelik, yoğun bakım

ABSTRACT

Sedation therapy is frequently used in the treatment of intensive care patients, especially in patients with mechanical ventilation support. The main aim of sedation therapy in intensive care is; is to provide a level of consciousness that is calm but can communicate with the environment by removing the patient's fear, anxiety and agitation. The choice of drugs to be used for sedation therapy should be made in accordance with the clinical condition of each patient. In some patients, minimal sedation is appropriate, while in others, deep sedation is required. In order to achieve the desired results in the treatment of sedation, the nurses who play the most important role in the care of the intensive care patient should have knowledge about the sedation application principles, evaluation, drug selection and possible complications. This article is compiled with the aim of guiding nursing nurses who receive sedation therapy in intensive care.

Keywords: sedation, nursing, intensive care

GİRİŞ

Sedasyon tedavisi, yoğun bakım (YB)'da tedavi gören hastaların önemli tedavi basamaklarından biridir (Sarıcaoğlu ve ark. 2005). Sedasyon tedavisi mekanik ventilasyon (MV) desteğinde olan hastalarda daha sık kullanılmak üzere YB hastalarının çoğunda hastaların anksiyetesini, ajitasyonunu ve ağrısını azaltmak amacıyla uygulanmaktadır (Rocco et. al. 2005; Hilbert et. al. 2012). Doğru ve etkin bir şekilde uygulanan sedasyon tedavisi hastaların YB'da kalış sürelerini, MV desteğinin süresini, sedasyon tedavi süresini ve tedavi maliyetini azaltmaktadır (Uyar 2006; Yaşar 2006). Sedasyon tedavisinde istenilen sonuçlara ulaşılabilmesi için tedavinin bir protokol dahilinde verilmesi gerekmektedir (Van Dishoeck et. al. 2009).

YB hastasının bakımında en önemli rolü üstlenen ve sedasyon tedavisinde ilaç uygulamalarını gerçekleştiren hemşirelerin sedasyon gereksinim seviyesini devamlı ve uygun bir yöntemle değerlendirmesi ve sık kullanılan sedatiflerin klinik farmakolojisini iyi bilmesi önemlidir. Kaliteli hemşirelik bakımı sedasyon tedavisinin başarısını belirleyen önemli faktörlerden biridir. Bu derleme YB'da sedasyon tedavisi alan hastalara bakım veren hemşirelere rehberlik etmesi amacı ile yapılmıştır.

SEDASYON ENDİKASYONLARI

Sedasyon; hastanın korku ve endişe kaynaklı rahatsızlığını ve ağrısını azaltmak için santral sinir sistemi ve reflekslerinin farmakolojik veya nonfarmakolojik yollarla baskılanmasıdır. YB hastaları sıklıkla ağrı, gürültü, trakeal aspirasyon, yoksunluk, izolasyon, immobilizasyon, fiziksel gerilim, iletişim yokluğu ve uyku yoksunluğu gibi ağır çevre koşullarına maruz kalırlar (Akıncı ve ark. 2007; Çağlar ve ark. 2016; Lele and Souter 2016).

YB'da uygulanan sedasyon tedavisi, hastanın kaygısını, ajitasyonunu ve ağrısını azaltmakta, stres cevabını baskılamakta, depresyonu önlemekte, uyku sorunlarını azaltmakta ve hasta konforunu arttırmaktadır. Ayrıca hemodinamik stabiliteyi sağlamak ve aspirasyon, kateterizasyon gibi invaziv işlemler ve pansumanlar esnasında hasta bakımını kolaylaştırmaktadır (Park and Kim 2014; Walder and Tramer 2004). Sedasyon endikasyonları; anksiyoliz, analjezi, uyku rahatsızlığı, sıkıntının azaltılması, yapay solunumun kolaylaştırılması, amnezi, çekilme sendromunun önlenmesi, nöbetlerin önlenmesi ve beyin korunması sayılabilir. YB hastalarında sıklıkla görülen

anksiyete; korku, uykusuzluk, ağrı, konfüzyon, bellek kaybı, kontrol kaybı, ilaçlar, gürültü, ışık ve alarmlar, biyokimyasal bozukluklar, yabancı yüzler ve konuşmalar, mekanik ventilasyon nedeni ile iletişim kuramama ve yetersiz analjezi gibi nedenlere bağlı olarak görülmektedir (Sarıcaoğlu ve ark. 2005).

Rotondi ve ark. (2002) yaptıkları çalışmada YB' da tedavi gören hastaların yoğun bakımda kaldıkları süre içinde korku, anksiyete, ağrı, uykusuzluk, çaresizlik, kontrol kaybı ve yalnızlık gibi sorunlar yaşadığını saptamışlardır. Granja ve ark. (2005) çalışmalarında YB' da tedavi gören hastaların %41'inin uyku bozukluğu, %64'ünün ise ağrı sorunu yaşadığını belirlemişlerdir. Literatürde YB hastalarının büyük bir çoğunluğunun, yoğun bakımda kaldıkları süreyi "korkutucu", "eziyet verici", "rahatsız edici" ve "sıkıcı" olarak tanımladığını belirten pek çok çalışma bulunmaktadır (Fredriksen, Ringsberg 2007; Hofhuis, et.al. 2008; Maddox et al. 2001).

YB' da hasta konforunun sağlanabilmesi için ağrının değerlendirilmesi ve yeterli analjezinin sağlanması son derece önemlidir. YB' da ağrı yaklaşımında arzulanan sonuç, hastanın rahatsızlığını minimum seviyeye indirme ve normal fonksiyonlara hızlı bir şekilde dönmesini sağlamak olmalıdır. YB hastalarında uygun analjezinin sağlanması son derece önemlidir (Akçabay 2002).

SEDASYON VE ANALJEZİ UYGULAMA PRENSİPLERİ

YB hastalarında uygun ve etkin sedasyon yönetiminin sağlanabilmesi için hastaların sedasyon gereksinimlerinin devamlı olarak uygun bir yöntemle takip edilmesi ve sedasyon tedavisinin uygun bir protokol dahilinde verilmesi gerekmektedir (Van Dishoeck et. al. 2009). Etkin bir şekilde uygulanan sedasyon tedavisi, hastaların hastanede kalış süresini ve MV desteğinin süresini, MV desteğine bağlı gelişebilecek komplikasyonların sıklığını azaltmaktadır (Akıncı ve ark. 2007, Van Dishoeck et. al. 2009, Yaşar 2006, Seyhan 2006). Sedasyon, "minimal sedasyon", "bilinçli sedasyon", "derin sedasyon" ve "genel anestezi" olarak sınıflandırılabilir (Ay ve Öztürk 2000).

Minimal sedasyon (Anksiyolizis); "Hastaların sözlü emirlere kolaylıkla ve normal cevap verebildiği kendi havayolunu koruyabildiği ve açık tutabildiği, koruyucu

reflekslerin etkilenmediği ilaçla oluşturulmuş durum” olarak tanımlanmaktadır.

Orta düzeyde sedasyon (Bilinçli sedasyon); “Hastanın havayolunu bağımsız olarak ve devamlı açık tutabildiği, sözlü ve fiziksel uyaranlara uygun cevap verebildiği, bilincin minimal düzeyde baskılandığı durum” olarak tanımlanmaktadır.

Derin sedasyon; “Koruyucu reflekslerin kısmi kaybı ve havayolunun bağımsız olarak sürekli sağlanamadığı ve fiziksel ve sözlü komutlara cevap verilemediği bilincin artmış derecede baskılandığı durum” olarak tanımlanmaktadır.

Genel anestezi; “İlaçla oluşturulan bilinç kaybı ve ağrılı uyaranla bile uyandırılmama durum” olarak tanımlanmaktadır. Hastanın kendi başına solunum fonksiyonlarını idame ettirme yeteneği genellikle azalmıştır ve çoğunlukla pozitif basınçlı ventilasyon gerekebilir (Ay ve Öztürk 2000).

Hastalara uygulanacak sedasyon tedavisi, hastanın durumuna ve tedavi sürecindeki değişikliklere göre yeniden planlanabilir olmalıdır. Yetersiz sedasyon tedavisi, hastalarda oksijen tüketiminde artışa, ventilatöre uyumsuzluğa, posttravmatik stres bozukluğuna, hastanın foley kateter ve nazogastrik sonda gibi girişim yollarını çıkartmaya çalışmasına neden olabilmektedir (Seyhan 2006). Derin sedasyon tedavisi ise hastalarda, solunum depresyonu, MV desteğine ihtiyaç duyulan sürenin artması, MV ilişkili pnömoni riskinin artması, hipotansiyon, bradikardi, atrofi, ileus, böbrek yetmezliği, venöz staz, koma ve hatta ölüme yol açabilmektedir (Guttormson et. al. 2010). Yetersiz sedasyonun riskleri; hipertansiyon, taşikardi, rahatsızlık, hipoksi, hiperkapni, istemsiz ekstübasyon, ventilatör uyumsuzluğudur. Aşırı sedasyonun riskleri; hipotansiyon, bradikardi, koma, renal yetmezlik, venöz staz, immünsüpresyon, solunum depresyonu, ileus, ventilatör tedavi süresinde uzama ve yoğun bakımda kalış süresinde uzama sayılabilir. Sedatif ilaçların genellikle parenteral yoldan ve tercihen de infüzyon şeklinde verilmesi tercih edilir. Uygun sedasyon düzeyinin sağlanabilmesi için; hasta değerlendirilmesinin ardından, gerekli sedasyon düzeyi belirlenmeli ve uygulanacak analjezik ve sedatif seçimi yapılmalıdır. Sedatif tedavisinin ardından hastanın sedasyon gereksinimi yeniden değerlendirilmeli, tedavinin seyri ve olası beklenmedik komplikasyonlara karşı dikkatli olunmalıdır (Yaşar 2006).

SEDASYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sedasyonun uygun ve etkin tedavi düzeyine ulaşabilmek için sedasyonun değerlendirilmesinde birçok yöntem kullanılmıştır. Bununla beraber sedasyonu en uygun düzeyde devam ettirebilmek güçtür ve sedasyon tedavisi ile ilgili olarak YB’ da kabul görmüş bir standart bulunmamaktadır. Sedasyonun değerlendirmesinde objektif ve subjektif yöntemler kullanılmaktadır (Carrasco 2000)

Objektif Yöntemler: Anestezi uygulamalarında gelişen teknoloji ile birlikte ilerleme sağlayan bu yöntemler rutin olarak kullanılmamaktadır. Bu yöntemler arasında yer alan, plazma sedatif konsantrasyonunun saptanması, frontal elektromyogram, elektroensefalografi ve alt özofajial kontraktilite gibi yöntemlerin sedasyon değerlendirilmesi için uygun ve duyarlı olmadığı tespit edilmiştir (Teitelbaum, Ayoub, Skrobik 2011). Sedasyon düzeyini değerlendirmede kullanılan bir diğer objektif yöntem, sayısal değer gösteren bispektral indeks (BIS) monitörizasyonudur. BIS monitörizasyonu, yatak başında kullanılabilen ve günümüzde rutin kullanılmayan bir yöntemdir (Yamashita et. al. 2008).

Subjektif Yöntemler: Hastaların sedasyon tedavisinin etkin ve uygun dozlarda sürdürülebilmesi için çok yönlü değerlendirmeler yapılmakta ve farklı parametreleri içeren sedasyon skalaları kullanılmaktadır. Aşağıda belirtilen bu skalaların sedasyon düzeyinin değerlendirilmesinde güvenilirlik olarak birbirlerine üstünlükleri olmamakla birlikte Ramsey sedasyon skalası uygulama kolaylığı nedeniyle en sık kullanılan skaladır.

Ramsey Sedasyon Skalası (RSS): Ramsey ve ark. (1974) tarafından geliştirilmiş olan bu skala günümüzde YB’ da en sık kullanılan skorlama sistemidir (Tablo 1).

Tablo 1. Ramsay Sedasyon Skalası

Ramsay Sedasyon Skalası
1. Hasta endişeli, ajite veya huzursuzdur.
2. Hasta koopere, oryante ve sakinidir
3. Hasta yalnız emirlere uymaktadır.
4. Hasta uyumakta ancak alnına vurmaya ve seslenmekle uyanmaktadır
5. Hasta uyumakta alnına vurmaya ve seslenmeye zayıf yanıt vermektedir
6. Hasta uyumakta alnına vurmaya ve seslenmeye zayıf yanıt vermemektedir

İngiltere’de yapılmış olan bir araştırmada YB’da %88’inde sedasyon değerlendirme skalalarının kullanıldığı ve bu skalaların %66’sının RSS olduğu tespit edilmiştir (Reschreiter, Maiden, Kapila 2008).

Richmond Ajitasyon Sedasyon Skalası (RASS): RASS’ın en önemli avantajı sedasyon düzeyini ayrıntılarıyla göstermesi ve ilaç tedavisinde titrasyonun daha kolay yapılmasına imkan sağlamasıdır (Fraser et. al. 2000; Tablo 2).

Tablo 2. Richmond Ajitasyon-Sedasyon Skalası

Richmond Ajitasyon-Sedasyon Skalası	
+4	Hırçın [personel için tehlikeli olabilecek düzeyde]
+3	İleri derecede ajite [tüpü ve kateteri çekiyor, agresif hasta]
+2	Ajite [sık olarak amaçsız hareketler, ventilatörle uyumsuzluk]
+1	Huzursuz [endişeli ancak agresif değil]
0	Uyanık ve sakin
-1	Uykulu [sesli uyarılarla kısa süreli göz açma]
-2	Hafif sedasyon [sesli uyarılarla kısa süreli göz açma]
-3	Orta dereceli sedasyon [göz açar ancak göz teması kurulamaz]
-4	Derin sedasyon [sesli uyarılara yanıt yok, fiziksel uyarıyla göz açma]
-5	Uyandırılmaz

Hepkarşı ve ark. (2015) YB’da uygulanan sedasyon düzeylerinin belirlenmesinde RASS ve RSS skalalarını karşılaştırdıkları çalışmalarında; hemşire ve doktorların her iki skalanın da uygulanışını “çok kolay” olarak değerlendirdiğini saptamışlardır (Korhan ve ark. 2013).

Riker Sedasyon-Ajitasyon Skalası (RSAS): Riker ve ark. (2000) tarafından geliştirilen skala hasta ve ventilatör arasındaki ilişkiyi değerlendirmemektedir (Tablo 3).

Tablo 3. Riker Sedasyon-Ajitasyon Skalası

Riker Sedasyon-Ajitasyon Skalası [RSAS]	
7.	Tehlikeli ajite: Endotrakeal tüpü, kateterleri çeken, yatak kenarlarına çıkan, personele vuran hasta
6.	Çok ajite: Uyarılara rağmen sakinleşmeyen, tüpü ısırarak hasta.
5.	Ajite: Tedirgin orta derecede ajite, oturmaya çalışan hasta
4.	Sakin, koopere: Sakin, kolayca uyandırılabilen, emirlere uyan hasta
3.	Sedatize: Zor uyandırılan, verbal uyarılarla uyanan veya basit emirleri yerine getiren hasta.
2.	Çok sedatize: Fiziksel uyarılarla uyandırılan, emirlere uymayan, iletişim kurulamayan, spontan hareket eden hasta.

1. Yanıtsız: Ağrılı uyarılarla minimal ya da yanıtsız emirlere uymayan, iletişim kurulamayan hasta.

Motor Aktivite Değerlendirme Skalası (MASS): YB’da kullanımında diğer skalalara göre daha güvenilir ve uygulanabilir bir skaladır (De Jong 2005; Tablo 4)

Tablo 4. Motor Aktivite Değerlendirme Skalası
Motor Aktivite Değerlendirme Skalası (MASS)

Skor	Sınıf	Tanım
6	Tehlikeli ajite	Eksternal bir uyarı olmaksızın endotrakeal tüpü, kateterleri çeken, yatak kenarlarına çıkan, personele vuran hasta
5	Ajite	Eksternal bir uyarı olmaksızın hareket eden, yatak dışına çıkmaya çalışan, emirleri dinlemeyen hasta
4	Huzursuz ve koopere	Eksternal bir uyarı olmaksızın hareket eden, yatak çarşafını toplayan, emirlerini dinleyen hasta.
3	Sakin ve koopere	Eksternal bir uyarı olmaksızın hareket eden, amaçlı olarak, yatak çarşafını giysilerini toplayan, emirleri dinleyen hasta
2	İsmi söylendiğinde ya da dokunulduğunda yanıt veriyor	İsmi söylendiğinde ya da dokunulduğunda gözlerini açan, kaşlarını kaldıran, başını çeviren, ekstremitelerini hareket ettiren hasta
1	Sadece ağrılı uyarılarla yanıt veriyor	Sadece ağrılı uyarılarla gözlerini açan, kaşlarını kaldıran, başını çeviren, ekstremitelerini hareket ettiren hasta
0	Yanıtsız	Ağrılı uyarılarla hareket etmeyen hasta

Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliği Sedasyon Değerlendirme Ölçeği: Ölçek Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliği tarafından 2005 yılında geliştirilmiştir. Sedasyon değerlendirme ölçeği; bilinç, ajitasyon, anksiyete, uyku ve hasta-ventilatör uyumu olmak üzere 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe Çevirisinin Güvenirlilik Çalışması Korhan ve arkadaşları tarafından 2013 yılında yapılmıştır.

Sedasyonda Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler

YBU izlenen kritik hastalarda sedasyon için öncelikle nonfarmakolojik yöntemler tercih edilmelidir. Nonfarmakolojik yöntemler olarak, uyku/uyanıklık döngüsünün sağlanması, çevre ısısının stabil tutulması, yatak başı alarmlarının da sebep olduğu gürültünün kontrolü, aile üyelerinin çağırılması, gevşeme egzersizleri, müzik tedavisi, sırt masajı gibi yöntemler kullanılabilir (Çağlar ve ark. 2016, Lele and Souter 2016; Yıldırım, Kara, Ortaç Ersoy 2016).

Sedasyonda Kullanılan Farmakolojik Yöntemler

YB hastalarında sedasyon için farmakolojik ajana geçilmesi gerektiğinde ilaç seçimi hastanın klinik durumuna göre yapılmalıdır. Tercih yapılırken dikkat edilmesi gereken hususlar; sedasyon ve analjezinin esnek/yönlendirilebilir olması, sonlandırıldığında ilaçların etkisinin kısa sürede sona ermesi, istendiğinde kısa sürede istenen sedasyon ve analjezi düzeyine ulaşılabilmesidir (Sarıcaoğlu ve ark. 2005).

İdeal Sedasyon Ajanının Özellikleri

- Etkisi hızlı başlamalı,
- Yeterli sedasyon düzeyini sağlayabilmeli,
- Kesildikten sonra etkisi çabuk kalkmalı, döndürülebilir,
- Verilmesi kolay olmalı,
- Birikici etki göstermemeli,
- Kardiyovasküler depresan etkileri minimal olmalı,
- Solunumu baskılamalı,
- Eliminasyonu renal, hepatik ve akciğer fonksiyonlarından bağımsız olmalı,
- Aktif metabolitleri olmamalı,
- Doza bağımlı etkileri monitörize edilebilmeli,
- Yan etkileri minimal olmalı,
- İlaç etkileşimleri minimal olmalı,
- Ucuz olmalıdır.

Sedasyon tedavisi için ilaç seçiminde belli standartlar oluşturulmaya çalışılsa da, her YB kendi yapısı ve ihtiyaçlarına göre farklı ajanlar kullanmayı tercih edebilmektedir. YB' da sıklıkla kullanılan ilaç grupları aşağıda belirtilmiştir.

Benzodiazepinler

Benzodiazepinler düşük dozlarda anksiyolitik etki gösterip, konsantrasyonu arttıkça sedatif ve amnestik etki oluşturabilme özelliklerinden dolayı YB' da kullanılmak için uygun

ilaçlardır. En fazla tercih edilen benzodiazepinler aşağıda verilmiştir.

Diazepam: YB hastalarında tekrarlanan dozları aşırı sedasyona sebep olabildiğinden en az tercih edilen benzodiazepindir (Akçabay 2002).

Lorazepam: Etki süresinin uzun oluşu sebebiyle uzun dönem sedasyon gerektiren YB hastalarında kullanımı tercih edilmektedir (Akçabay 2002).

Midazolam: Benzodiazepinler grubunun en yeni ilacıdır ve bu gruptaki diğer ilaçlardan farklı olarak suda suda çözünebilen tek benzodiazepindir. Böbrek yetmezliğinde dikkatli kullanılmalıdır (Akçabay 2002; Kuhlen, Putensen 2004).

Barbitüratlar

Bu sınıftaki ilaçların YB' da kullanımları, endikasyondaki azalma, kardiyovasküler yan etkileri ve sınırlı sedatif özellikleri nedeniyle sınırlıdır.

Propofol

YB' da kısa süreli sedasyon için tercih edilen bir ilaçtır. Etki başlama süresi 1-2 dakika, yarılanma ömrü 26-32 saattir. İlacın kesilmesinden sonra 10-20 dakika gibi kısa bir süre içinde uyanma gerçekleşir (Akçabay 2002).

Nöroleptikler

Haloperidol: YB' da sedasyon amacıyla kullanılan diğer ilaçlara göre daha düşük kardiyorespiratuar depresyon yapması en önemli özelliğidir. Özellikle YB' da deliryum tedavisinde kullanımı tercih edilir. Etkisinin yavaş başlaması nedeniyle anksiyetenin hızlı kontrolünde tercih edilmemelidir (Akçabay 2002).

Analjezikler

Opiyoidler: Bu ilaçlar santral sinir sistemindeki opiyoid reseptörleri etkileyerek etkilerini ortaya çıkarırlar. YB' da kullanılacak opiyoid dozu hastanın cevabına göre tespit edilmelidir. Opioidler kesildiklerinde hastada yoksunluk sendromunun ortaya çıkmasına neden olabileceklerinden kesilirken çok dikkatli olunması gerekir (Sarıcaoğlu ve ark. 2005; Akçabay 2002).

Morfin: YB' da sedasyon ve analjezi sağlamak için en çok kullanılan ajan morfindir. IV uygulandığında etkisi hızlı başlar ve 3-4 saat sürer (Seyhan 2006).

Kodein: Morfine metabolize olarak etki gösterir (Seyhan 2006).

Hidromorfon: Karaciğerde metabolize edilir. Etkisi 20-30 dakikada başlar, yarılanma ömrü 2-3 saattir. Hemodinamik açıdan instabil

veya renal yetersizliği olan hastalarda tercih edilen opioiddir (Seyhan 2006).

Fentanil: YB' da sedatifler ile kombine olarak en sık kullanılan opioid ajandır. Santral sinir sistemi tarafından alınması morfine göre daha iyidir ve etkisi çok daha hızlı başlar (Akçabay 2002; Seyhan 2006).

Remifentanil: Kısa etkili bir opioiddir. Etkisi hızla ortaya çıkar, kolay titre edilir ve birikme riski bulunmaz (Kuhlen, Putensen 2004; Sezen, Temiz, Güngör 2015).

Nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar (NSAİİ)

Ketorolak: Daha çok analjezik bir ilaç olup diğer NSAİİ gibi koagülasyon bozuklukları ve peptik sebep olur. Ketorolak oral olarak veya IM ve IV yollardan uygulanabilir. IV yol daha güvenlidir (Akçabay 2002).

Parasetamol: YB' da kullanımı, antipiretik ve uzun süreli yatmaya bağlı hafif şiddetteki ağrılarda analjezik amaçlı kullanımı ile sınırlıdır. Yarılanma ömrü 2 saattir. Karaciğerde konjugasyonla metabolize olur (Akçabay 2002).

SEDASYONA BAĞLI KOMPLİKASYONLAR VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Sedasyon ve analjezi tedavisinde en önemli rolü üstlenen hemşirelerin, tedavi prosedürüne uygun olarak ilaçları zamanında ve uygun dozda vermelerinin yanında verilen ilaçların etkilerini ve yan etkilerini de izlemeleri gerekir.

Solunum Depresyonu

Opioid tedavisi alan tüm hastaları tehdit eden ve tedavisi mümkün olan bir komplikasyondur. Solunum depresyonuna yönelik hemşirelik bakımında;

-Tedavi süresince hastanın solunum sayısı, derinliği, hızı ve genel görüntüsü sürekli gözlemlenerek değişiklikler kayıt edilir.

-Entübe/trakeostomize olan hastanın trakeal sekresyonları gereksinim doğrultusunda düzenli olarak temizlenir.

-Hastalar solunum depresyonu belirti ve bulguları olan anksiyete, huzursuzluk ve dispne yönünden yakından takip edilir.

-Solunum depresyonu geliştiğinde kullanılmak üzere gerekli araçlar hazır bulundurulur.

-Kliniğin solunum depresyonu geliştiğinde uygulanmak üzere belirlenmiş bir protokolü varsa protokole uygun olarak ilaç verilir.

-Hastanın dışkılama sayısı ve dışkılamanın niteliği araştırılır.

-Sedasyon için kullanılan opioidlerin etkisini geri çevirmek için sıklıkla nalokson kullanılır. Flumazenil ise benzodiazepinlerin kompetitif antagonisti olarak kullanılmaktadır (Sezen, Temiz, Güngör 2015; Tel 2000; Terzi ve Nurten 2011).

Kardiyovasküler Etkiler

YB hastalarında opioidlerle beraber verilen anestezi maddeler periferik damarlarda sempatik aktiviteyi bloke ederek vazodilasyona, venöz göllenmeye ve kan basıncında düşmeye neden olmaktadır. Opioid analjezinin en sık yan etkisi kan basıncında ve kalp atımında azalma olmasıdır. Opiyoide bağlı hipotansiyon iyi tolere edilir ve genellikle müdahale gerektirmez. Aynı şey opioidle ortaya çıkan bradikardi için de geçerlidir, istirahat halinde asemptomatiktir. Kontrendikasyonu yoksa, hastanın başı alçaltılıp ayakları hafif yükseltilir ve hastanın sıvı alımı artırılır. Kan basıncını yükseltmek için 15-30 mg Efedrin intravenöz olarak yapılmak üzere hazır bulundurulur (Sezen, Temiz, Güngör 2015; Tel 2000; Terzi ve Nurten 2011).

Bulantı ve Kusma

Bulantı ve kusma sıklıkla opioidlerin yan etkisi olarak yada aşırı sedasyon nedeniyle beyindeki kusma merkezinin uyarılması ile gerçekleşir. Bulantı ve kusmaya yönelik hemşirelik bakımında;

-Bulantı ve kusma geliştiğinde hekim istemine göre hastaya antiemetik verilir.

-Hasta aspirasyon riskine karşı korunur, oral hijyeni sağlanır ve bulantı-kusmanın nedeni anlaşılıncaya kadar hastaya ağızdan birşey verilmez.

-Sedasyon tedavisi infüzyon şeklinde uygulanıyorsa infüzyon hızı yavaşlatılır. Bulantı-kusmayı önlemede ilaç dozunun yavaş yavaş artırılması etkilidir.

-Beslenmede değişim ve sıvı volüm eksikliği riskine yönelik, bireyin kilo takibi yapılarak günlük kalori gereksinimi hesaplanır. Besleme sırasında ve beslemeden sonra en az 30 dakika bireyin başı yatak içinde dik konuma (en az 30-45 derece) getirilir ya da birey oturtulur (Sezen, Temiz, Güngör 2015; Tel 2000; Terzi ve Nurten 2011).

Konstipasyon

YB hastalarında opioidle bağlı gelişen gastrointestinal motilite depresyonu konstipasyona neden olmaktadır. Konstipasyon gelişen hastada hemşirelik bakımı olarak;

-Hastanın mahremiyetine özen gösterilir ve YBÜ'de bağırsak boşaltımına olanak sağlayacak uygun ortam düzenlenir.

-Konstipasyonu önlemek için dışkı yumuşatıcılar ve laksatifler kullanılabilir.

-Eğer engel bir durum yoksa hastanın bol lifli diyet alması ve sıvı tüketimini arttırması sağlanır.

-Kronik opiyoid kullanımına bağlı gelişen konstipasyonun tedavisinde oral naloksan kullanımı, sistemik opiyoid antagonizmine neden olmadan başarılı olur (Sezen, Temiz, Güngör 2015; Tel 2000; Terzi ve Nurten 2011).

KAYNAKLAR

Akçabay M. Yoğun Bakım Ünitesinde Sedasyon Ağrı Kontrolü ve Parolitik İlaç Kullanımı. Yoğun Bakım Dergisi 2002; 2(3): 151-161.

Akıncı SB, Kanbak M, Güler A, Canbay M, Aypar Ü. Mekanik ventilasyondaki hastalarda stres yaratan deneyimler. Türk Anest Rean Der Dergisi. 2007; 35(5): 320-328:

Ay S, Öztürk M. Bilinçli Sedasyon. Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2000; 2(3): 121-126.

Carrasco G. Instruments for Monitoring Intensive Care Unit Sedation. Crit Care 2000; 4: 217-225

Çağlar G, Arsava EM, Topçuoğlu MA. Nöroyoğun Bakım Hemşireliği: Bazı Pratik Taktikler. Türkiye Klinikleri J Intern Med Nurs-Special Topics 2016; 2(2): 80-84.

De Jong MM, Burns SM, Campbell ML, Chulay M, Grap MJ, Pierce LN, Simpson T. Development of the American Association of Critical-Care Nurses' Sedation Assessment Scale for Critically Ill Patients. Am J Crit Care, 2005; 14(6): 531-544

Edmons HL, Paloheimo M. Computerised Monitoring of the EMG and EEG During Anaesthesia: An Evaluation of The Anaesthesia And Brain Function Motor. Intensive Clin Comput. 1985; 1: 201-210.

Ely EW, Truman B, Shintani A. Monitoring Sedation Status Over Time in ICU Patients: Reliability and Validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). JAMA. 2003 Jun 11; 289(22): 2983-2991.

Fraser GL1, Prato BS, Riker RR, Berthiaume D, Wilkins ML. Frequency, Severity and Treatment of Agitation in Young Versus Elderly Patients in the ICU. Pharmacotherapy 2000; 20: 75-82.

Fredriksen ST, Ringsberg KC. Living the Situation Stress-Experiences Among Intensive Care Patients. Intensive and Critical Care Nursing 2007; 23: 124-131.

Diğer Reaksiyonlar

Sedatif ve analjezik ajanların karaciğer ve böbreklerde metabolize edilmesine bağlı olarak karaciğer ve böbrek yetmezliği olan hastalarda toksik etkiler meydana getirebilmektedir. Bu nedenle hemşireler hastaların karaciğer yada böbrek sorunları olup olmadığını bilmeli, karaciğer ve böbrek fonksiyonlarını yakından takip etmelidir.

Opioid ilaçlar özellikle intravenöz yolla uygulandıkları zaman alerjik reaksiyonlara neden olabilmektedir. Bu durumda hemşire derhal hekime haber vermelidir ve hekim istemine göre antihistaminikler verilmelidir (Akçabay 2002; Sezen, Temiz, Güngör 2015; Tel 2000; Terzi ve Nurten 2011).

Granja C, Lopes A, Moreira S, Dias C, Costa-Pereira A, Carneiro A; JMIP Study Group. Patients' Recollections of Experiences in the Intensive Care Unit May Affect Their Quality of Life. Critical Care 2005; 9(2): 96-109.

Guttormson JL, Chlan L, Weinert C, Savik K. Factors Influencing Nurse Sedation Practices with Mechanically Ventilated Patients: A U.S. National Survey. Intensive and Critical Care Nursing. 2010; 26: 44-50.

Hepkarşı A, Bor C, Demirağ K, Çankaya İ, Uyar M. The Comparison of Ramsay and Richmond Scales for Intensive Care Unit Sedation, the Consistency Between Doctors and Nurses. J Turk Soc Intens Care 2015;13:112-116.

Hilbert G, Clouzeau B, Nam Bui H, Vargas F. Sedation During Non-Invasive Ventilation. Minerva Anestesiol 2012; 78: 842-846.

Hofhuis JGM, Spronk PE, Van-Stel HF, Schrijvers JP, Rommes JH, Bakker J. Experiences of Critically Ill Patients in the ICU. Intensive and Critical Care Nursing 2008; 24: 300-313.

Korhan EA, Khorshid L, Uyar M, Çankaya G. Reliability Study of the Turkish Translation of Sedation Assessment Scale of the American Association of Critical Care Nurses'. F.N. Hem. Derg 2013; 21(1): 40-48.

Kuhlen R, Putensen C. Remifentanyl for Analgesia-Based Sedation in the Intensive Care Unit. Crit Care 2004; 8: 13-14.

Park JM, Kim JH. Assessment and Treatment of Pain in Adult Intensive Care Unit Patients. The Korean Journal of Critical Care Medicine 2014; 29(3): 147-159

Lele A, Souter M. Sedation practices in the Neurocritical Care Unit. J Neuroanaesthesiol Crit Care 2016; 3: 81-87.

Maddox M, Dunn SV, Prey LE. Psychosocial recovery following ICU: Experiences and Influences

- Upon Discharge to the Community. Intensive and
Ramsay M, Savege T, Simpson BRJ, Goodwin R. Controlled Sedation with Alphaxalone/Alphadolone. Br Med J 1974; 22: 656-659.
- Reschreiter H, Maiden M, Kapila A.** Sedation Practice in the Intensive Care Unit: a UK National Survey. Crit Care 2008; 12: R152.
- Rocco M, Conti G, Alessandri E, Morelli A, Spadetta G, Laderchi A, Di Santo C, Francavilla S, Pietropaoli P.** Rescue Treatment for Noninvasive Ventilation Failure due to Interface Intolerance with Remifentanyl Analgosedation: a Pilot Study. Intensive Care Med 2010; 36: 2060-2065.
- Rotondi AJ, Chelluri L, Sirio C, Mendelsohn A, Schulz R, Belle S, Im K, Donahoe M, Pinsky MR.** Patients' Recollections of Stressful Experiences While Receiving Prolonged Mechanical Ventilation in An Intensive Care Unit. Crit Care Med 2002; 30:746-52.
- Sarıcaoğlu F, Akıncı SB, Dal D, Aypar Ü.** Yoğun Bakım Hastalarında Analjezi ve Sedasyon. Hacettepe Tıp Dergisi. 2005; 36: 86-90.
- Seyhan TÖ.** Yoğun Bakımda Kullanılan Sedatif ve Analjezik Ajanlar. Yoğun Bakım Derneği Dergisi 2006; 4(1): 45-49.
- Sezen A, Temiz G, Güngör MD.** Yoğun Bakım Hemşireliği. Nobel Tıp Kitabevleri: İstanbul, 2015:287-327.
- Teitelbaum JS, Ayoub O, Skrobik YA.** Critical Appraisal of sedation, analgesia and delirium in neurocritical care. The Canadian Journal of Neurological Sciences 2011; 38(6): 815-825.
- Critical Care Nursing 2001; 17: 6-15.
- Tel H.** Epidural Analjezi ve Hemşirelik Bakımı. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Derg, 2000, 4(1): 33-40.
- Terzi B, Nurten K.** Yoğun Bakım Hastasında Hemşirelik Bakımı. Yoğun Bakım Derg 2011; 1: 21-25
- Uyar M.** Mekanik Ventilasyonda Sedasyon. Yoğun Bakım Derneği Dergisi. 2006; 4(1): 65-70.
- Uzelli Yılmaz D, Akın Korhan E, Baysan B.** The Effect of Music Therapy on Sedation Levels and Vital Signs of Patients under Mechanical Ventilatory Support: A Pilot Study. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilim Fak Derg 2016; 1(3):21-27.
- Van Dishoeck AM, Van der Hooft T, Simoons ML, Van der Ent M, Scholte op Reimer WJM.** Reliable Assessment of Sedation Level in Routine Clinical Practice by Adding an Instruction to the Ramsay Scale. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2009; 8: 25-128.
- Walder B, Tramer MR.** Analgesia and Sedation in Critically Ill Patients. Swiss Med Wkly 2004; 134: 333-346.
- Yamashita K, Terao Y, Inadomi C, Takada M, Fukusaki M, Sumikawa K.** Age-dependent Relationship between Bispectral Index and Sedation Level. J Clin Anesth 2008; 20: 492-495.
- Yaşar MA.** Yoğun Bakımda Sedasyonun Genel Özellikleri. Yoğun Bakım Derneği Dergisi. 2006; 4(1): 50-57.
- Yıldırım F, Kara İ, Ortaç Ersoy E.** Noninvasiv Mekanik Ventilasyon Sırasında Sedasyon. Tuberk Toraks 2016; 64(3): 230-239.