

AMAÇ: Erişkin Yoğun Bakım Ünitesinde tedavi ve takip olan erişkin hastalarda hava yolu izlemi için yöntem belirlemek.

2. KAPSAM:

Erişkin Yoğun Bakım Ünitesinde oksijen ihtiyacı olan hastaları kapsar.

3. KISALTMALAR:

4. TANIMLAR:

Erişkin Yoğun Bakım Ünitesi: Yaşamsal fonksiyonları risk taşıyacak şekilde bozulmuş hastalara hizmet vermek üzere planlanmış, izlemi ve tedavisi için özel ileri teknolojiye sahip ekipmanlar ile donatılmış uzman hekim ve hemşirelerin çalıştığı özel alanlardır.

Erişkin: 18 yaş ve üzeri hastalar

5. SORUMLULAR:

Üst Yönetim, Erişkin Yoğun Bakım Ünitesi sorumlu hekimleri ve hemşireleri sorumludur.

6.FAALİYET AKIŞI:

6.ERİŞKİN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ ENTÜBASYON KRİTERLERİ;

6.1.1.Kardiyopulmoner Arrest

6.1.2.Solunum Yetersizlikleri

6.1.3.Oksijenlenmede Yetersizlik (Maske veya nazal kanülle oksijen verilmesine rağmen arteriyel kanda PO₂ de düşmenin yada PCO₂ de Yükselme gözlemlendiği durumlar)

6.1.4.Pulmoner sekresyonların temizlenmesi ve kontrol altına alınması gereken durumlar

6.1.5.Derin Koma

6.1.6.Üst Hava Yolu Obstrüksiyonu

6.1.7.Solunum yollarını etkileyen ciddi yüz ve kafa travmaları

6.1.8.Solunumsal Arrest

6.1.9.Aspirasyon Riski

6.1.10.Glasgow Koma Skalası 8'in altında olan hastalar

6.2.ERİŞKİN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ EKSTÜBASYON KRİTERLERİ:

6.2.1.Mekanik ventilasyon gereken sebebin ortadan kalkması veya düzelme göstermesi

6.2.2.Nöromusküler blokajın sonlandırılması

6.2.3.Efektif solunum çabası belirtileri

6.2.4.Negatif inspiratuvar gücün >30-45cmH₂O olması

6.2.5.Vital kapasite 15 ml/kg ve üstünde olması

6.2.6.Spontan Tidal Volümün >6ml/kg üzerinde olması

6.2.7.Ölü Boşluk/Tidal Volüm Oranı >0,6

6.2.8.FiO₂<0,5 , PEEP <5-6mmHg iken PaO₂'nin 70 ve üzeri olması

6.2.9.FiO₂<0,5 , PEEP <5-6mmHg iken PaO₂/FiO₂ oranının >200

6.2.10.Hasta-ventilatör senkronizasyonu solunum kaslarının uygunluğu.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
YOĞUNBAKIM SORUMLU HEKİMİ	KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	HASTANE YÖNETİCİ

6.3.ERİŞKİN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ HAVA YOLU İZLEMİNDE DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR;

6.3.1.Entübasyon tüpü yerleştirildiğinde solunum sesleri dinlenmelidir, bu esnada göğüs ve abdomen gözlemlenir.

6.3.2.Entübasyon tüpü doğru yerleştirildiğinde bilateral solunum sesleri alınmalıdır.

6.3.3.Her ventilasyon ile göğüs hafif yükselir, mideye hava girişi duyulmaz gastrik distansiyon olmaz.

6.3.4.Entübasyon tüpü yerleştirildikten sonra üst dudak hizasından erkeklerde 22 cm, kadınlarda 20 cm seviyesinde tespit edilmelidir. Gerekğinde akciğer grafisi çekilerek tüpün yeri saptanmalıdır.

6.3.5.Entübasyon tüpünün yerleştirilme saati, tespit edildiği ölçüsü (cm) Yoğunbakım Hasta değerlendirme ve izlem formuna kaydedilir.

6.3.6.Hava yollarının güvenliği için nemlendirme ve ısıtma önemlidir. HMA veya aktif ısı nemlendiriciler ile entübe hastaların havayolu nemlendirilir.

6.3.7.Aspirasyon ventilatördeki hasta bakımının önemli bir parçasıdır. Aspirasyon sterilizasyon kurallara dikkat edilerek yapılmalıdır.

6.3.8.Endotrekeal tüp kafının doku hasarını kontrol etmek amacıyla günlük tüp kaf basıncı takipleri yapılır ve hemşire ön değerlendirme formuna kayıt edilir.

6.4. ERİŞKİN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ İNVAZİV VENTİLASYON YÖNTEMLERİ ENDİKASYONLARI;

6.4.1.Yetersiz Alveoler Ventilasyon

6.4.2.Apne

6.4.3.PaCO₂'nin 55-60 üzerinde olması (kronik hiperkarbi düşünülüyorsa)

6.4.4.Hipoventilasyon düşündürülen bulgular varsa

- PaCO₂ giderek artıyorsa
- Vital kapasite 15 ml/kg altında ise
- Ölü boşluk/Tidal Volüm Oranı>0.6

6.4.5.Yetersiz arterial oksijenizasyon

- FiO₂ > 0.6 iken PaO₂'nin <70
- FiO₂ > 0.6 iken siyanozun olması

6.5. ERİŞKİN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ NONİNVAZİV VENTİLASYON YÖNTEMLERİ ENDİKASYONLARI;

6.5.1.CPAP;

6.5.1.1.Akut Pulmoner Ödem

6.5.1.2.KOAH (Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı)

6.5.1.3.ARDS

6.5.1.4.Diğer entübasyon gerektirmeyen solunum yetmezliği olan durumlar.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
YOĞUNBAKIM SORUMLU HEKİMİ	KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	HASTANE YÖNETİCİ