نامه به سردبیر

استقرار واحد مراقبت های ویژه بخش اورژانس

حامد امینی آهی دشتی

دپارتمان اورژانس، بیمارستان امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

*__نویسنده مسئول:__ حامد امینی اهی دشتی؛ ایران، ساری، بلوار امیر مازندرانی، بیمارستان امام خمینی، بخش اورژانس. تلفن: ۰۱۱۳۳۳۶۱۷۰۰؛ پست الکترونیک: h.aminiahidashti@muzums.ac.ir

تاریخ دریافت: خرداد ۱۳۹۵

تاریخ پذیرش: مرداد ۱۳۹۵

با افزایش آمار پذیرش بیماران در بخش اورژانس و ازدیاد نسبت بیماران بدحالی که هنوز در سرویس های تخصصی دیگر پذیرش نشده اند و یا امکان انتقال ایشان به سایر بخش ها به دلیل شلوغی میسر نگردیده است، نیاز به ارائه مراقبت های ویژه در بخش اورژانس بیش از پیش محسوس شده است. ازدحام بیش از حد بیماران در بخش اورژانس یکی از شایعترین نگرانی های بین المللی است (۱-۳). تاخیر در پذیرش و انتقال بیماران به واحد مراقبت های ویژه در بسیاری از بیمارستان های شلوغ و فاقد تخت خالی مراقبت های ویژه اتفاق می افتد که این مشکل فقط مربوط به کشور ما نبوده و دامنگیر بسیاری از کشورهای توسعه یافته نیز می باشد (۴). تخت های مراقبت های ویژه به طور متوسط تنها حدود ۶/۳ – ۱/۲ درصد کل تخت های یک بیمارستان را تشکیل می دهند. این در حالی است که بیش از ۱۵ الی ۲۰ درصد بودجه بیمارستانها به آنها اختصاص می یابد (۵). مطالعات نشان داده اند که بیماران بدحال نیازمند مراقبت های ویژه، مدت زمان اقامت بیشتری در بخش اورژانس دارند و مانیتورینگ ناکافی و درمان غیراستاندارد در این بخش می تواند ضمن به خطر انداختن ایمنی بیماران باعث ایجاد عوارض و پیامد های نامطلوب برای آنها گردد (۶). افزایش طول مدت اقامت بیماران نیازمند به مراقبت های ویژه در بخش اورژانس باعث افزایش موارد پنومونی ناشی از ونتیلاتور و مورتالیتی می گردد (۴, ۷). بیشتر بخش های اورژانس نیروی انسانی لازم برای ارایه خدمات ضروری به بیماران بدحال را نداشته و لذا انجام اقدامات مراقبتی مانند تغییر پوزیشن بیماران برای کاهش بروز زخم بستر یا رعایت بهداشت دهان در بیماران تحت ونتیلاسیون مکانیکی در یک اورژانس شلوغ بسیار دشوار و گاهی غیرممکن است (۸-۱۰). افرادی که دارای بیماری جدی ولی با شرایط قابل برگشت بالقوه هستند بیشترین سود را از مراقبت های ویژه می برند. بسته به نوع و کیفیت ارائه خدمات، ۲ تا ۸۰ درصد بیماران در بخش مراقبت های ویژه فقط مانیتورینگ قلبی-تنفسی می گردند تا اینکه یک اقدام درمانی حیاتی و موثر را دریافت کنند. امروزه باتوجه به افزایش بیماران بدحال نیازمند به مراقبت های ویژه و بالا بودن زمان اقامت این بیماران در بخش اورژانس، ایجاد امکانات و توانایی لازم نظیر مانیتورینگ قلبی، ونتیلاتور و نیروی انسانی آموزش دیده جهت ارایه مراقبت های اختصاصی به بیماران بدحال در این بخش ضروری است. این موضوع به عنوان یک تجربه موفق در بسیاری از کشورهایی که دارای سابقه طولانی تری در ارایه خدمات تخصصی در بخش اورژانس هستند، مورد آزمون قرار گرفته است. امروزه در بسیاری از بخش های اورژانس پیشرفته، قسمت مراقبت حیاتی در اورژانس وجود دارد. همچنین متخصصین طب اورژانسی که بطور ویژه در زمینه مراقبت های بحرانی آموزش دیده اند و تحت عنوان متخصص اقدامات حیاتی اورژانس در این واحدها فعالیت دارند (۱۱, ۱۲). به نظر می رسد ایجاد دوره های آموزشی مراقبت ویژه برای متخصصین طب اورژانس و راه اندازی یک دوره فلوشیپ مراقبت های ویژه با توانایی ارایه خدمات پیشرفته ویژه در کشور لازم است. وجود چنین متخصصینی نه تنها باعث می گردد تا کمبود متخصصین مراقبت های ویژه جبران گردد بلکه باعث افزایش کیفیت خدمات حیاتی در بخش اورژانس و تسهیل هماهنگی بین بخش اورژانس و بخش مراقبت های ویژه می گردد

سهم نویسندگان:

نویسنده معیارهای استاندارد نویسندگی بر اساس پیشنهادات کمیته بین المللی ناشران مجلات پزشکی را دارا بود.

تضاد منافع:

بدینوسیله نویسنده تصریح می نمایند که هیچ گونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

منابع مالی:

هیچ گونه کمک مالی برای انجام این پروژه دریافت نشده است.

منابع:

1. Mullins PM, Goyal M, Pines JM. National growth in intensive care unit admissions from emergency departments in the United States from 2002 to 2009. Academic Emergency Medicine. 2013;20(5):479-86.
2. Bernstein SL, Aronsky D, Duseja R, Epstein S, Handel D, Hwang U, et al. The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. Academic Emergency Medicine. 2009;16(1):1-10.
3. Baratloo A, Maleki M. Description of a Working Day as a Senior Emergency Medicine Resident; Burning Candle at Both Ends! EMERGENCY-An Academic Emergency Medicine Journal. 2015;3(1):1.
4. Lambe S, Washington DL, Fink A, Herbst K, Liu H, Fosse JS, et al. Trends in the use and capacity of California's emergency

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی می باشد.

departments, 1990-1999. Annals of emergency medicine. 2002;39(4):389-96.
5. Wild C, Narath M. Evaluating and planning ICUs: methods and approaches to differentiate between need and demand. Health Policy. 2005;71(3):289-301.
6. Chalfin DB, Trzeciak S, Likourezos A, Baumann BM, Dellinger RP, group D-Es. Impact of delayed transfer of critically ill patients from the emergency department to the intensive care unit. Critical care medicine. 2007;35(6):1477-83.
7. Rose L, Gray S, Burns K, Atzema C, Kiss A, Worster A, et al. Emergency department length of stay for patients requiring mechanical ventilation: a prospective observational study. Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine. 2012;20(1):1.
8. Grap MJ, Munro CL, Unoki T, Hamilton VA, Ward KR. Ventilator-associated pneumonia: the potential critical role of emergency medicine in prevention. The Journal of emergency medicine. 2012;42(3):353-62.
9. Baratloo A, Maleki M. Iranian emergency department overcrowding. Journal of Emergency Practice and Trauma. 2015;1(2):39.
10. Lyneham J, Cloughessy L, Martin V. Workloads in Australian emergency departments a descriptive study. International emergency nursing. 2008;16(3):200-6.
11. Weingart SD, Sherwin RL, Emlet LL, Tawil I, Mayglothling J, Rittenberger JC. ED intensivists and ED intensive care units. The American journal of emergency medicine. 2013;31(3):617-20.
12. Otten EJ. Emergency Department Critical Care. Journal of Emergency Medicine. 2014;46(4):598.

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی می باشد.

Letter to Editor

Establishment of Emergency Department Intensive Care Unit

Hamed Aminiahidashti

Department of Emergency Medicine, Imam Khmeini Hospital, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

***Corresponding author:** Hamed Aminiahidasht; Department of Emergency Medicine, Imam Khmeini Hospital, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran. Tel: +989113540546; Email: hamedaminiahidashti@yahoo.com

Abstract

With the increasing number of patients admitted to emergency department (ED) there is a raise in ratio of patients with severe conditions, who have not yet been admitted to other specialist services or their disposition to other departments has not been done due to overcrowding; therefore, the need for providing intensive care in ED is felt more than ever. Patient overcrowding in ED is one of the most common international concerns. Delays in admission and disposition of patients to intensive care unit (ICU) happen in most crowded hospitals that lack free ICU beds. This problem is not restricted to our country and can even be seen in many developed countries. ICU beds only make up an average of 1.2 – 6.3% of all beds in a hospital, while more than 15-20% of the hospital budget is dedicated to them. Studies have shown that patients with severe conditions in need of intensive care stay longer in ED and insufficient monitoring and non-standard care in this department can jeopardize the safety of these patients and result in side effects and undesirable outcomes for them. Long ED stay of patients in need of intensive care leads to increase in ventilator-induced pneumonia and mortality. Most EDs lack the required human resources for providing the care patients with severe conditions need. Therefore, providing cares such as changing the position of patients for reducing the chance of developing bedsore or keeping mouth hygiene in those under mechanical ventilation in a crowded ED is very difficult if not impossible. Patients with potentially reversible severe diseases reap the most benefit from intensive care. Based on type and quality of care provided, 2 to 80% of patients in ICU are only under cardiopulmonary monitoring and not receiving a vital and effective treatment. Currently, considering the increased number of severely ill patients in need of intensive care and their long ED stay, providing equipment and resources needed such as cardiac monitoring, ventilator, and trained staff for providing intensive care for severely ill patients is necessary in ED. This has been tested and proved successful in many countries, which have a longer history in providing intensive care in ED. Nowadays there is a critical care unit in many developed EDs. In addition, emergency physicians that have been trained in the field of critical care are working in these units as emergency critical care specialists. It seems that establishing critical care training courses for emergency physicians and initiating an intensive care fellowship course with high capacity for providing intensive care is necessary in our country. Existence of these specialists not only provides compensation for scarcity of intensive care specialists, but also increases the quality of critical care in ED and facilitates coordination between ED and ICU.

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی می باشد.