



BİRİNCİ  
BASAMAĞA  
YÖNELİK  
TANI ve  
TEDAVİ  
REHBERLERİ  
2012

**ÖN NÜSHADIR:**

“Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri 2012”nin ön nüshasıdır. Görüş ve önerilerinizi Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri 2012 Geri Bildirim Formu’nu kullanarak iletebilirsiniz.



**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI**  
**BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK**  
**TANI VE TEDAVİ**  
**REHBERLERİ**  
**2012**

**Proje Koordinatörü:** Dr. Salih MOLLAHALİLOĞLU

**Proje Koordinatör Yardımcıları:** Uzm. Dr. Banu AYAR

Dr. Hasan Gökhan ÖNCÜL

Dr. Hakkı GÜRSÖZ

Dr. Mustafa KOSDAK

**Editör:** Prof. Dr. Ersin YARIŞ

**Editör Yardımcıları:** Prof. Dr. Emin Sami ARISOY

Prof. Dr. Füsün YARIŞ

Prof. Dr. Ufuk BEYAZOVA

Prof. Dr. Yeşim TUNÇOK

Doç. Dr. Hale Zerrin TOKLU

Doç. Dr. Remzi ERDEM

**Danışma Kurulu:** Prof. Dr. Nihat TOSUN

Prof. Dr. Adnan ÇİNAL

Dr. Yasin ERKOÇ

Dr. Ekrem ATBAKAN

Dr. Saim KERMAN

Dr. Seracettin ÇOM

**Teknik Kurul:** Dr. Şenay ÖZGÜLCÜ

Uzm. Dr. Aylin BAYDAR ARTANTAŞ

Dr. Ali ALKAN

Dr. Ayşegül GENÇOĞLU

Dr. Derya ATEŞOĞLU

Dr. Mümine Nurdan DOĞUKAN

Dr. Hüseyin ÖZBAY

**Redaktör:** Hüseyin GÜÇ

**Grafiker:** Hüseyin KOCAKULAK

Değerli Meslektaşlarım,

Sağlık Bakanlığımız; herkesin kolayca ulaşabileceği, güvenilir, kaliteli sağlık hizmeti vermekle görevlidir. Bu hizmetin sürekli ve düzenli olmasını sağlamak, izlemek ve denetlemek de yine Bakanlığımızın yükümlülüğündedir. Bu amaçla yürüttüğümüz faaliyetlerden biri de “Akılcı İlaç Kullanımı” kapsamındaki çalışmalardır.

Bu çerçevede geliştirilen “Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri – 2012” sağlık hizmetlerinin kalitesine ve güvenilirliğine çok önemli katkılar sağlayacaktır. Yoğun çalışmalar sonucu ortaya çıkan bu rehberler, hekimlere kullanışlı ve pratik bilgiler sunmaktadır. Modern tıbbın gereklerine ve halk sağlığı yaklaşımının ilkelerine uygun olarak geliştirilen bu rehberler, özellikle aile hekimlerimiz için eşi bulunmaz kılavuzlar olarak ülkemiz sağlık hizmetlerinde yerini alacaktır.

Hekimler arasında uzlaşmayı ve etkisiz hatta zararlı bazı yanlış uygulamalardan kaçınmayı sağlama hedefinde olan “Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri” elinizdeki son hâlini, yoğun emek ve özveri sayesinde almıştır. Rehberlerin planlanması, yazılması, değerlendirilmesi ve redaksiyonu ayrı ayrı süreçler gerektirmiştir. Bu süreçlerin her biri, en üst düzeyde dikkat gerektirdiğinden, zaman alıcı ve yorucu olmuştur. Oldukça geniş bir kadro tarafından yürütülen çalışmanın her aşaması, alanında kendini kanıtlamış yetkin kişilerce gerçekleştirilmiştir.

İlk basılan örneğinden elinizdeki güncel hâline gelene kadar söz konusu rehberlerin geliştirilmesi ve güncelleştirilmesinde katkılarından dolayı Sağlık Bakanlığı ilgili birimlerine ve bu rehberde katkıda bulunan herkese teşekkür eder, tüm aile hekimlerimiz için yararlı bir kaynak olmasını dilerim.

**Prof. Dr. Recep AKDAĞ**

**Sağlık Bakanı**

Değerli Meslektaşlarım,

Son yıllarda dünyanın pek çok yerinde, tanı ve tedaviye yönelik klinik rehberlerin; tıbbi uygulamaların bir parçası hâline gelmeye başladığı görülmektedir. Bu rehberler, sağlık hizmetlerinin en üst düzeyde verilmesinde hekimlere yol gösterici bir kaynak olmaktadır. Tanı ve tedavi rehberleri, hekimlere kılavuzluk ederek, sadece klinik uygulamaların daha etkin hâle getirilmesini sağlamakla kalmayıp gereksiz sağlık harcamalarının önüne geçilmesinde de önemli bir araç olmaktadır.

Hekimlerin, günlük mesleki uygulamalarında hemen her hastada tanı, tedavi veya prognoza ilişkin bazı yeni bilgilere gereksinim duyması kaçınılmazdır. Bu bilgilere ulaşmak için zaman genellikle kısıtlı olduğundan, kanıta dayalı uygulamaların etkin, kolay ulaşılabilir ve güncel kaynaklardan sağlanabilmesi önemlidir. “Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri – 2012” aile hekimlerinin bu ihtiyacını karşılamaya yönelik olarak geliştirilmiş, değerli bir kaynaktır. Bu kitap, toplumumuzda sık görülen klinik durumlar için uygun tanı ve tedavi yöntemleri hakkında pratik ve akılcı çözümler sunmaktadır. Böylece, birinci basamak sağlık hizmetinde görev yapan aile hekimlerinin kolayca ulaşabilecekleri bilimsel kaynak ihtiyacı da büyük ölçüde giderilmektedir.

Çok değerli öğretim üyeleri, uzman hekimler, aile hekimleri ve Sağlık Bakanlığından ilgili birimlerde görev yapan arkadaşlarımızın titiz çalışmaları ile hazırlanmış “Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri – 2012” nin tüm hekimlerimize faydalı bir kaynak olmasını diler, bu kitabın hazırlanmasında emeği geçen herkese teşekkür ederim.

**Dr. Salih MOLLAHALİLOĞLU**

**Hıfzıssıhha Mektebi Müdürü**

---

**Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri – 2012'nin Geliştirilmesine Katkıda  
Bulunan Kurum ve Kuruluşlar**

---

Ankara Üniversitesi  
Başkent Üniversitesi  
Çukurova Üniversitesi  
Dicle Üniversitesi  
Dokuz Eylül Üniversitesi  
Ege Üniversitesi  
Erciyes Üniversitesi  
Fatih Üniversitesi  
Gazi Üniversitesi  
Gülhane Askeri Tıp Akademisi  
Hacettepe Üniversitesi  
İstanbul Üniversitesi  
Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Karaelmas Üniversitesi  
Kırıkkale Üniversitesi  
Kocaeli Üniversitesi  
Marmara Üniversitesi  
Mustafa Kemal Üniversitesi  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi  
Osmangazi Üniversitesi  
Trakya Üniversitesi  
Uludağ Üniversitesi  
Yüzüncü Yıl Üniversitesi  
S.B. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
S.B. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
S.B. Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
S.B. Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
S.B. Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
S.B. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
S.B. Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
S.B. İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Denizli İl Sağlık Müdürlüğü  
Edirne İl Sağlık Müdürlüğü  
Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü  
Kahramanmaraş Merkez 112 İstasyonu  
Kırıkkale Merkez 5 Nolu Sağlık Ocağı  
Kırıkkale Merkez 7 No'lu Sağlık Ocağı  
Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü  
Türkiye Lokomotif ve Motor Sanayi AŞ.  
Özel Bayındır Hastanesi  
Özel Çamlıca Medica Hospital  
Özel Mesa Hastanesi

Acil Tıp Derneği  
Ankara Diyabet Derneği  
Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği  
KBB, Baş ve Boyun Cerrahisi Derneği  
Türk Anestezi ve Reanimasyon Derneği  
Türk Cerrahi Derneği  
Türk Dermatoloji Derneği  
Türk Farmakoloji Derneği  
Türk Gastroenteroloji Derneği  
Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği  
Türk Jinekoloji Derneği  
Türk Kardiyoloji Derneği  
Türk Nöroloji Derneği  
Türk Plastik-Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği  
Türkiye Psikiyatri Derneği  
Türk Toraks Derneği  
Türkiye Milli Pediatri Derneği  
Türkiye Tıbbi Rehabilitasyon Kurumu Derneği

TASLAK

---

**Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri – 2012'nin Geliştirilmesi Çalışmalarına Katılan ve Katkıda Bulunan Kişiler**

---

Prof. Dr. Ahmet AKICI	Doç. Dr. Adnan ÜNAL
Prof. Dr. Akif TOPÇU	Doç. Dr. Alp ÇETİN
Prof. Dr. Ali KOŞAR	Doç. Dr. Ateş KARA
Prof. Dr. Atiye ÇENGEL	Doç. Dr. Atilla KARAALP
Prof. Dr. Ayşe GELAL	Doç. Dr. Ayper SOMER
Prof. Dr. Ayşe PEYMAN YALÇIN	Doç. Dr. Banu ERİŞ GÜLBAY
Prof. Dr. Ayşe SERDAROĞLU	Doç. Dr. Berrin GÜNAYDIN
Prof. Dr. Babür KÜÇÜK	Doç. Dr. Betül BOZKURT
Prof. Dr. Bülent BOYACI	Doç. Dr. Canan ULUOĞLU
Prof. Dr. Bülent COŞKUN	Doç. Dr. Çiğdem BİBER
Prof. Dr. Bülent GÜMÜŞEL	Doç. Dr. Esra ÖNAL
Prof. Dr. Dilek ARMAN	Doç. Dr. Figen COŞKUN
Prof. Dr. Dilşad MUNGAN	Doç. Dr. Gaye ULUBAY
Prof. Dr. Faruk ERDEN	Doç. Dr. Gülümser AYDIN
Prof. Dr. Fikret İLERİ	Doç. Dr. Heves KARAGÖZ
Prof. Dr. Fikret Oğuz ERİŞ	Doç. Dr. Hürrem BODUR
Prof. Dr. Fügen YÖRÜK	Doç. Dr. Levent İNAN
Prof. Dr. Füsun ERSOY	Doç. Dr. Mehmet Anıl ONAN
Prof. Dr. Hakan S. ORER	Doç. Dr. Mehmet Murat BAŞAR
Prof. Dr. Harika ÇELEBİ	Doç. Dr. Mehmet Oğuz YENİDÜNYA
Prof. Dr. Hayrunnisa BOLAY BELEN	Doç. Dr. Metin AYDOĞAN
Prof. Dr. İlknur BOZKURT	Doç. Dr. Murat Orhan ÖZTAŞ
Prof. Dr. Mehmet MELLİ	Doç. Dr. Murat ÜNALACAK
Prof. Dr. Muhittin ŞENER	Doç. Dr. Nezh DAĞDEVİREN
Prof. Dr. Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU	Doç. Dr. Nurullah ZENGİN
Prof. Dr. Nuri İhsan KALYONCU	Doç. Dr. Özlem KURT AZAP
Prof. Dr. Oğuz Erkan BERKSUN	Doç. Dr. Remzi ERDEM
Prof. Dr. Onur KARABACAK	Doç. Dr. Serap ÜÇLER
Prof. Dr. Rana ANADOLU	Doç. Dr. Serdar KULA
Prof. Dr. Sedat BOYACIOĞLU	Doç. Dr. Sermin ÖZTEKİN
Prof. Dr. Sedat KÖSE	Doç. Dr. Sühan AYHAN
Prof. Dr. Sedat TÜRKOĞLU	Doç. Dr. Süreyya BARUN
Prof. Dr. Sedef ŞAHİN	Doç. Dr. Tuncay DELİBAŞI
Prof. Dr. Seher DEMİRER	Doç. Dr. Zuhul KESKİL
Prof. Dr. Semih BASKAN	Yard. Doç. Dr. Adnan CANSEVER
Prof. Dr. Süleyman GÖRPELİOĞLU	Yard. Doç. Dr. Ahmet TIRYAKI
Prof. Dr. Turgay COŞKUN	Yard. Doç. Dr. Arif Alper ÇEVİK
Prof. Dr. Turgay ÖCAL	Yard. Doç. Dr. Mümtaz MAZICIOĞLU
Prof. Dr. Tülay KANSU	Yard. Doç. Dr. Nejat DEMİRCAN
Prof. Dr. Yeşim TUNÇKOK	Yard. Doç. Dr. Sibel AŞÇIOĞLU
Prof. Dr. Zafer GÜNEY	Yard. Doç. Dr. Tolga AYDOS
Doç. Dr. A. Mesut ÜNSAL	



Öğr. Gör. Sedat TÜRKOĞLU  
Uzm. Dr. Aysu DUYAN ÇAMURDAN  
Uzm. Dr. Bülent ERBİL  
Uzm. Dr. Dilek KAPTAN KIRAĞI  
Uzm. Dr. Ece ÖZDOĞRU  
Uzm. Dr. Ediz TÜTÜNCÜ  
Uzm. Dr. Hasan TEZEL  
Uzm. Dr. Mehmet Ali KARACA  
Uzm. Dr. Mehmet Bahadır BERKTAŞ  
Uzm. Dr. Ömer Faruk DEMİR

Uzm. Dr. Özcan ERTÜRK  
Uzm. Dr. Serap ÖZMEN  
Uzm. Dr. Ümit Murat ŞAHİNER  
Dr. Cenk GÜRSOY  
Dr. Abdülaziz ÜNAL  
Dr. Fatih TÜTEN  
Dr. İlknur SALMAN  
Dr. Murat YAZICI  
Dr. Rukiye GÜL  
Dr. Savaş YILMAZ

TASLAK

---

**Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri – 2012’yi Gözden Geçiren Kişiler**

---

Doç. Dr. Özlem GÜLBAHAR  
Yard. Doç.Dr.Ayşe GÜLER  
Yard. Doç. Dr. Nihat ŞEN  
Yard. Doç. Dr. Yasin BEZ  
Uzm. Dr. Ahu TAKOĞLU  
Uzm. Dr. Banu BAL ÇERMİK  
Uzm. Dr. Berna BOZKURT  
Uzm. Dr. Ebru KURŞUN  
Uzm. Dr. Elif Reyhan MOLLARECEP  
Uzm. Dr. Filiz ARAZ  
Uzm. Dr. Gül PAMUKÇU  
Uzm. Dr. N. Özgür DOĞAN  
Uzm. Dr. Oktay ADANIR  
Uzm. Dr. Serkan KARADAĞ  
Uzm. Dr. Şölen ARTANTAŞ  
Uzm. Dr. Şule NAMLI  
Dr. Eray AKGÜNLÜ  
Dr. Faruk KARSLI  
Dr. Fethi Ahmet ATILGAN  
Dr. Gülgün ÜNSAL  
Dr. Hamza GEMİCİ  
Dr. Hatice ASLAN  
Dr. İlknur SALMAN  
Dr. İsmail SAYAR  
Dr. M. Murathan ABACI  
Dr. Murtaza BAYKAN  
Dr. Mustafa SARIŞEN  
Dr. Nural ÇİLENGİR  
Dr. Onur ERDOĞAN  
Dr. Osman SARIGÜL  
Dr. Osman SOLAKOĞLU  
Dr. Ö.Faruk ÖZYAŞAR  
Dr. Reha Şevki ÜNSAL  
Dr. Sadullah GÜMÜŞ  
Dr. Ş. Müslüm BEYAZ  
Dr. Tülin ARULAT

# İÇİNDEKİLER

<b>ACİL TIP .....</b>	<b>1</b>
Acil Psikiyatrik Hastaya Yaklaşım .....	1
Akut Karın .....	5
<b>DAHİLİYE.....</b>	<b>11</b>
Demir Eksikliği Anemisi .....	11
<b>DERMATOLOJİ.....</b>	<b>15</b>
Akne Vulgaris .....	15
Derinin Yüzeysel Mantar Enfeksiyonları .....	18
Ürtiker .....	24
<b>ENFEKSİYON HASTALIKLARI.....</b>	<b>28</b>
Çocuklarda Döküntülü Hastalıklar .....	28
Çocuklarda İdrar Yolu Enfeksiyonu .....	32
İshal ve Dehidratasyon (Küçük çocuklarda) .....	36
<b>FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON - ORTOPEDİ .....</b>	<b>40</b>
Bel Ağrısı .....	40
Osteoartrit .....	44
<b>GÖĞÜS HASTALIKLARI .....</b>	<b>49</b>
Akut Astım Atağı .....	49
Çocukta Pnömoni .....	54
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı .....	58
Sigarayı Bırakma .....	64
Toplum Kökenli Pnömoni .....	68
<b>KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM .....</b>	<b>72</b>
Aile Planlaması .....	72
Dismenore .....	82
Gebelik İzlemi .....	84
Menopoz .....	90
<b>KARDİYOLOJİ .....</b>	<b>93</b>
Akut Miyokard Enfarktüsü .....	93
Anjina Pektoris .....	98
Hipertansiyon .....	104

<b>KULAK BURUN BOĞAZ.....</b>	<b>113</b>
Akut Orta Kulak Enfeksiyonu.....	113
Akut Bakteri Rinosinüziti.....	117
Alerjik Rinit.....	121
Tonsil ve Boğaz Enfeksiyonu.....	126
Virus Nedenli Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu .....	128
<b>PSİKİYATRİ .....</b>	<b>130</b>
Anksiyete Bozuklukları .....	130
Uyku Bozuklukları .....	135

TASLAK



# ACİL PSİKIYATRİK HASTAYA YAKLAŞIM - 2012

## BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Acil psikiyatrik hastalar, davranışsal, ruhsal ve fizyolojik belirtilerle gelebilir. Bu hastalara yaklaşımda temel amaç organik ve işlevsel sorunların ayırımını yapmaktır.

Psikiyatrik bir sorunu olduğu düşünülen her hastada intihar (özkıyım) ve cinayet olasılığı akılda tutulmalıdır. İntihar düşüncesi, planı ve varsa önceki girişimleri sorulmalıdır. Hastanın öykü ve davranışları, kendisi veya başkasına zarar verebileceği konusunda uyarıcı olabilir.

Çocukluk yaş grubunda fiziksel, cinsel veya duygusal istismar ya da ihmal olasılığı bile adli makamlara bildirilmelidir.

### Ayırıcı Tanı

- Bilinç bozukluğu, dikkat, bellek, yönelim bozukluğu
- Nörolojik ve fiziksel hastalıklar
- İlaç-madde zehirlenmesi
- Yoksunluk sendromu
- Varsanılar, hezeyanlar, konuşma ve davranış bozukluğu
- Psikotik bozukluklar
- Anksiyete belirtileri
- Depresif belirtiler
- Somatoform belirtiler
- Depresyon, somatoform bozukluk
- Kriz değerlendirmesi

Öncelikle organik bir sorun (fiziksel hastalık, madde yoksunluğu, zehirlenme) olup olmadığı araştırılmalıdır:

Bilinç değişikliği (uykuya eğilim, deliryum, koma) ve bellek, dikkat, yönelim gibi bilişsel işlevlerin bozukluğuna eşlik eden taşikardi, takipne, kızarıklık, tremor benzeri fizyolojik belirtiler organik bir sorunu düşündürmelidir. Travma mutlaka araştırılmalıdır.

Bilinç değişikliği ve/veya bilişsel bozukluk saptanmışsa, madde (alkol, esrar, eroin) ve ilaç öyküsü mutlaka araştırılmalıdır.

Organik sorun olasılığı dışlandıktan sonra, akut psikotik durumlar ayırt edilmelidir:

- Varsanılar (özellikle işitsel, görsel)
- Sanrılar (kötülük görme, alınma, kıskançlık)
- Davranış bozukluğu: Saldırganlık, garip ve amaçsız davranışlar, kendi kendine konuşma-gülme, donakalma
- Konuşma bozukluğu (anlaşılmaz konuşma, enkoherans) varlığında akut psikotik bozukluk olasılığı düşünülmelidir.

Psikotik belirtilerin bulunmadığı hastalarda depresyon, anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluk ve krize yol açan durumlar düşünülmelidir.

## Değerlendirme

Ajitasyon, en sık karşılaşılan acil psikiyatrik sorundur. Bütün hasta gruplarında görülebilir, ancak psikotik bozukluklarda daha sık karşılaşılır. Ajite hasta, anksiyeteli, işbirliğine girmeyen, şiddete eğilim gösterebilen, tehditkâr ve saldırgan hastadır.

Ajite hasta ile karşılaşıldığında;

- Hastayla aranızda fiziksel olarak yeterli bir uzaklık olmasını sağlayın.
- Kim olduğunuzu ve ne yapmak istediğinizi açık ve anlaşılır bir dille açıklayın.
- Uzun süreli göz ilişkisinden kaçınınız; ısrarlı göz iletişimi tehditkâr olarak algılanabilir.
- Tartışmaktan kaçınınız.
- Görüşme süresini çok uzatmayın.

## Tedavi

1. Deliryum yaşamı tehdit eden bir durumdur. Metabolik, endokrin, toksik, travmatik ve serebral nedenli olabilir. Temel tedavi nedene yöneliktir:
  - Hasta yalnız bırakılmamalı, hastanın kendisi ve başkalarına zarar vermesi önlenmelidir.
  - Hastanın aşırı uyaranlardan uzak, sakin bir ortamda kalması sağlanmalıdır.
  - Neden belirlenmeden önce benzodiazepinler ve antikolinergik ilaçlar kullanılmamalıdır.
  - Davranış bozukluğu kontrol edilemeyen ajite hastalarda, haloperidol 5-10 mg kas içine uygulanmalıdır. Hasta en kısa sürede üst merkeze sevk edilmelidir. Haloperidolün yerine, yan etkiler açısından daha güvenli olan atipik antipsikotiklerin kas içine enjekte edilen formları da kullanılabilir. Ülkemizde olanzapinin böyle bir farmasötik formu vardır. Gerektiğinde 24 saat içerisinde aynı doz (5-10 mg; en çok 20 mg/gün) yinelenebilir. Olanzapin kullanımından önceki 2 saat içinde hastanın benzodiazepin almamış olması, enjeksiyondan sonraki 2 saat içinde de hastaya benzodiazepin verilmemesi gerekir.
2. Alkol entoksikasyonu veya yoksunluğu durumunda özel yaklaşım gereklidir.
3. Akut psikotik eksitasyon (şizofreni, manik atak, şizoaffektif bozukluk, hezeyanlı bozukluk, kısa psikotik bozukluk) durumlarında, hastanın saldırgan ve dürtüsel davranışları olabileceği unutulmamalı ve dikkatli olunmalıdır.

Psikotik eksitasyon durumlarında;

  - Haloperidol 5-10 mg kas içine uygulanmalıdır. Davranış kontrolü sağlanamadığında 30 dakika arayla aynı doz yinelenebilir.
  - Distoni varlığında biperiden 2,5-5 mg kas içine, gerektiğinde yavaş olarak toplardamar içine uygulanmalıdır.
  - Daha sonra hasta bir üst merkeze sevk edilmelidir. Haloperidolün yerine kas içine olanzapin enjeksiyonu (5-10 mg; en çok 20 mg/gün) bir başka tedavi seçeneğidir.
4. Hasta panik atak, kriz (akut stres bozukluğu, uyum bozukluğu, posttravmatik stres bozukluğu), konversiyon bozukluğu ya da disosiyatif durumlarla başvurabilir.

**Panik atak** en çok bir saat sürer. Konuşma ve gerçekçi bilgilendirme çoğu hastada atağın geçmesine yardımcı olur. Ağızdan veya kas içine verilen diazepamın etkisi yaklaşık bir saatte başlar. Bu nedenle, etkin tedavi toplardamar içine diazepam uygulamasıdır. Ancak solunum baskılanması olasılığından ötürü dikkatle kullanılmalıdır.

**Konversiyon bozukluğu** birçok durumda görülebilecek bir belirtidir. Depresyon, anksiyete bozukluğu ve psikotik bozuklukların belirtisi olabilir. Ancak, konversiyon bozukluğu düşünülmeden önce, hastaların %25-50'sinde, konversiyonla birlikte bazı nörolojik ve fiziksel hastalıkların olabileceği akılda tutularak ayırıcı tanı yapılmalıdır.

Konversiyon bilinçli bir taklit değildir. Bu nedenle, tanı ve tedavi amacıyla, ağrılı uyaran vermek, amonyak koklatmak, iğne batırmak, tokat atmak gibi hastaya acı verecek uygulamalar kesinlikle yapılmamalıdır.

Hastalar genellikle telkine yatkındır. Sakin bir ortamda, tercihen yalnız yapılan destekleyici ve anlamaya yönelik bir görüşme konversiyonun sonlanmasını sağlar. Konversiyonla en sık psikojenik nöbet şeklinde karşılaşıldığından epilepsi nöbeti ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır (Bakınız Tablo 1).

**Tablo: Epilepsi- konversiyon bozukluğu ayırıcı tanısı**

	<b>Epilepsi</b>	<b>Konversiyon</b>
<b>Bilinç</b>	Kapalıdır.	Çevresinin farkındadır, tepki vermez.
<b>Süre</b>	1-2 dakikadır.	Değişkendir, saatlerce sürebilir.
<b>Göz Hareketleri</b>	Gözkapağında direnç yoktur. Gözler bir yöne sabittir.	Gözlerini açmaya dirençlidir ve gözler hareketlidir.
<b>Kornea refleksi</b>	Yok	Var
<b>Işık refleksi</b>	Yok	Var
<b>Öncesinde emosyonel stres</b>	Genellikle yoktur.	Genellikle vardır.
<b>Plantar cevap</b>	Ekstansör	Fleksör
<b>Ortam</b>	Her ortamda görülebilir.	Genellikle başkalarınınca görülebileceği ortamlarda olur.
<b>Kendine zarar verme</b>	Kafa travması, dil ısırma, idrar kaçırma, yaralanma olabilir.	Genellikle kendini korur. Dil ısırma ve idrar kaçırma yoktur.
<b>Belirti özelliği</b>	Belirtiler hemen her nöbette aynıdır.	Nöbetler arasında önemli değişiklik olabilir.

**Kriz**, herhangi bir ruhsal rahatsızlığı olan ya da olmayan kişilerde akut olarak gelişen, yaşamı tehdit eden, olağandışı olaylar karşısında yaşanan ve günlük işlevselliği bozan her türlü durumdur. Ölüm, iş ve sosyal statü kaybı, doğal afet, insan eliyle oluşturulan travmaya maruz kalma ve kişiler arası sorunlar kriz nedeni olabilir.

Acil koşullarda, krize yaklaşım ilkelerine göre davranılmalıdır:

Empatik, güven verici ve anlamaya yönelik bir görüşme genellikle rahatlatıcıdır. Amaç kişinin duygusal tepkisini azaltmaktır.

Hasta, olayı anlatması için desteklenmeli, ancak zorlanmamalıdır.

Hastaların çoğunda ilaç kullanımı gerekmez. Anksiyetenin çok yoğun olduğu ve rahatlayamayan hastalarda 3-5 gün anksiyolitik ilaç (benzodiazepin , hidrosizin, vb) kullanılabilir. (Anksiyete Bozuklukları rehberine bakınız.)

Her intihar girişimi ciddiye alınmalı ve bir yardım çağrısı olarak değerlendirilmelidir. Hastanın halen intihar düşüncesi ve /veya planı olup olmadığı araştırılmalıdır. Daha önce intihar girişiminin olması, kronik tıbbi veya psikiyatrik bir hastalığın bulunması, sosyal destek yetersizliği, ergen olma, yalnız yaşama ve yaşlılık riski artıran başlıca etkenlerdir. Görüşmede, yargılayıcı olmayan, sakin, destekleyici bir tutum sergilenmelidir.

5. İstismar ve ihmal, annenin, babanın veya - varsa, çocuğun bakım, sağlık ve korunmasından sorumlu- başka kişilerin yaptığı ya da ihmal ettiği eylemler sonucunda, çocuğun fiziksel, cinsel, duygusal ve sosyal açıdan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesidir. İstismar ev, okul, hastane, bakım kurumu gibi her yerde olabilir.

İstismarın rastlanma sıklığı saptanandan çok daha yüksektir. İstismarların %10'u ölümlle sonlanır.

### **Sevk Ölçütleri**

- Tıbbi bir durum ve/veya madde etkisi düşüncülen
- Psikotik bulgu saptanan
- İntihar ve cinayet olasılığı bulunan

hastalar ilk girişimden sonra uygun bir merkeze sevk edilmelidir.

### **Kaynaklar**

1. Köroğlu E, ed. DSM-IV Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. HYB yayını, 1994.
2. Gelder M, Mayou R, Cowen P, ed. Shoter Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford University Press, 2001.
3. Ebert M, Loosen P, Nurcombe B, ed. Current Diagnosis & Treatment in Psychiatry. Lange, 2000.
4. Hyman S, ed. Manual of Psychiatric Emergency. Little Brown, 1988.
5. Goldman H, ed. Review of General Psychiatry. Lange, 1995.
6. Kaplan SJ. Physical Abuse and Neglect in Child and Adolescent Psychiatry, 2. basım. Baltimore: Williams-Wilkins. 1996;1033-41.
7. Canas F. Management of agitation in the acute psychotic patients-efficacy without excessive sedation. European Neuropsychopharmacology 2007 Mar;17 Suppl2:S108-14.
8. Onur E, Cimilli C. Deliryum Tedavisinde Yeni Bir Yaklaşım: Atipik Antipsikotikler. Türk Psikiyatri Dergisi. 2005;16(3):216-224.





## AKUT KARIN - 2012

### BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Akut karın, karın içi organlarda enflamasyon, perforasyon, obstrüksiyon ya da enfarkta bağlı olarak birden ortaya çıkan ve genellikle acil cerrahi girişim gerektiren bir durumdur.

**Akut karın ağrısı:** Genellikle daha önce olmayan, bir haftadan kısa süredir (en çok 48 saat) var olan, daha önce nedene yönelik bir tanı konulmamış karın ağrısının birden ortaya çıkması ve giderek artmasıdır.

Acil servise karın ağrısı ile gelen hastaların 1/3'ünde cerrahi gerektiren akut karın, 1/3'ünde tıbbi nedenli akut karın, 1/3'ünde de özgül olmayan karın ağrısı ya da sindirim sistemine ilişkin işlevsel ağrı belirtileri mevcuttur. Akut karın ağrılarının bir kısmı karın dışı kaynaklıdır ve tıbbi tedavi ile çözümlenebilir.

**Tablo 1. Karın Ağrısına Yol Açan Durumlar**

Neden	Örnek
Obstrüksiyon	Bağırsak koliği, böbrek taşı, safra koliği
Enflamasyon	Enterokolit, mezenter lenfadeniti
Perforasyon	Peptik ülser perforasyonu, kolon perforasyonu
Torsiyon	Over torsiyonu, sigmoid volvulusu, testis torsiyonu
İskemi	Mezenter arter trombozu, dalak enfarkti, inkarsere herni

Akut karın nedenleri yaş ve cinsiyete göre farklılık gösterir.

**Tablo 2. Akut Karın Ağrısının Sık Görülen Nedenleri**

• Safra koliği	• Akut intestinal obstrüksiyon
• Peptik ülser perforasyonu	• Akut perfore apandisit
• Duodenal ülser perforasyonu	• Akut divertikülit
• Akut pankreatit	• Over kist rüptürü
• Meckel divertikülü	• Over torsiyonu

#### Tanı

Doğru tanıya ulaşmada iyi bir anamnez ve fizik inceleme çok önemlidir. Kimi zaman hasta, kendi sorununu tanımlayamayacak kadar düşün olabilir. Gerektiğinde hastanın yakınlarından öykü alınmalıdır.

#### Belirti ve Bulgular

Karın ağrısı, iştahsızlık, bulantı, kusma, ateş, ishal ya da kabızlık, huzursuzluk.

## Öykü

Ağrı sorgulanırken ağrının şekli (kolik, aralıklı, sürekli), yeri, yayılımı, şiddeti, seyri, süresi, ağrıyı artıran ve azaltan nedenler, ağrıya eşlik eden belirti ve bulgular belirlenmelidir.

**Tablo 3. Ağrının Yayılımı İle İlgili Özellikler (Yayılan /Vuran Ağrı Bölgeleri)**

Bölge	Organ	Örnek
Sağ subskapular bölge ya da omuz	Diyafragma, Safra kesesi, Karaciğer	Safra koliği, Peptik ülser perforasyonu, Pnömoperiton
Sol subskapular bölge ya da omuz	Diyafragma, Dalak, Mide, Pankreas kuyruğu, Dalak fleksurası	Dalak rüptürü, Pankreatit
Sırt	Pankreas, Duodenum, Aort	Pankreatit, Abdominal aort anevrizması ve rüptürü
Koksiks	Uterus, Rektum	Uterus koliği
Pelvis ya da genital	Böbrek, Üreter, İliak arterler	Üreterolitiazis

**Tablo 4. Akut Karındaki Anahtar Noktalar**

<ul style="list-style-type: none"><li>Yaş</li><li>Ortaya çıkış zamanı ve şekli</li><li>Belirtilerin süresi</li><li>Ağrı özelliği</li><li>Ağrı bölgesi ve yayılım bölgeleri</li><li>Eşlik eden belirtiler ve ağrı ile ilişkisi<ul style="list-style-type: none"><li>Bulantı ya da iştahsızlık</li><li>Kusma</li><li>İshal ya da kabızlık</li></ul></li><li>Adet kanaması öyküsü</li></ul>
--

## Fizik İnceleme

Genel fizik inceleme ilkelerine uyularak karında inspeksiyon, palpasyon, perküsyon ve oskültasyon yöntemleri uygulanır. Hastanın genel görünüşü, duruşu, hareketleri, karın dışı belirtiler önemlidir. Rektal, genital, pelvik inceleme yapılmalıdır.

**Tablo 5. Akut Karının Fizik İncelemede Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar**

<b>Genel Gözlem</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Genel görünüm</li><li>Fizik inceleme sırasındaki davranış</li><li>Yaşamsal bulgular ve beden sıcaklığı</li></ul>
<b>Göğüs</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Oskültasyon</li></ul>
<b>Karın</b> <ul style="list-style-type: none"><li>İnspeksiyon (distansiyon, yerel şişme, fitik, kesi izi ve skarlar)</li><li>Perküsyon (timpan ya da azalmış, duyarlık, vuran ağrı)</li><li>Palpasyon* (rijidite, defans, duyarlık, rebound, hiperestezi)</li><li>Oskültasyon</li></ul>
<b>Pelvis</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Rektum incelemesi (duyarlık, dışkı varlığı, kan, kitle)</li><li>İki elle inceleme (serviks hareketinde duyarlık, adnekte kitle)</li><li>Obturator bulgusu</li></ul>
<b>Sırt ve Yan</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Perküsyon (kostavertebral açı duyarlığı)</li><li>İliopsoas bulgusu</li></ul>

\* Palpasyonda duyarlık, rijidite, kas defansı peritonit lehinedir, böyle durumlarda hasta kesinlikle eve gönderilmemelidir.

Normalde karın perküsyonu ile timpan sesler duyulur. Ancak patolojik süreçlerde timpan seste azalma, ‘matite’ ses alınması ya da bu inceleme yönteminin karında aşırı duyarlığa yol açması gibi bulgularla karşılaşılabilir.

Oskültasyonla bağırsak seslerinde artma, azalma ya da seslerin hiç duyulmaması, metalsi ses duyulması ve abdominal aortada üfürüm duyulması söz konusu olabilir.

**Tablo 6. Karın Bölgelerine Göre Ağrı Nedenleri**

<b>Sağ Üst Bölge (Kadran) Ağrısı</b>	<b>Sol Üst Bölge (Kadran) Ağrısı</b>
Safra koliği	Dalak rüptürü
Kolanjit	Dalak enfarktı
Karaciğer apsesi	Dalak büyümesi
Hepatit	Gastrit
Peptik ülser perforasyonu	Peptik ülser perforasyonu
Budd-Chiari sendromu	Jejunum divertiküliti
Karaciğer tümörü	Pankreatit
Apandisit	Divertikülit
Perinefrit	Perinefrit
Pnömoni	Pnömoni
Miyokard enfarktüsü	Miyokard enfarktüsü
Ampiyem	Ampiyem
Kosta kırığı	Kosta kırığı
Herpes zoster	Herpes zoster
Perihepatit	
<b>Sağ Alt Bölge Ağrısı</b>	<b>Sol Alt Bölge Ağrısı</b>
Apandisit	Apandisit
Akut enterokolit	Perfore kolon kanseri
Crohn hastalığı	Crohn koliti
İntestinal obstrüksiyon	İntestinal obstrüksiyon
Divertikülit	Divertikülit
Meckel divertiküliti	İskemik kolit
Over kist rüptürü	Over kist rüptürü
Yabancı cisim delinmesi	Böbrek ya da üreter taşı
Endometriozis	Endometriozis
Salpenjit	Salpenjit
Dış gebelik	Dış gebelik
Over torsiyonu	Over torsiyonu
Pyelonefrit	Pyelonefrit
Psoas apsesi	Psoas apsesi
Rektus kılıfı hematomu	Rektus kılıfı hematomu
Herpes zoster	Herpes zoster
Kolesistit	
Peptik ülser perforasyonu	
İliak arter anevrizma rüptürü	
Mezenter lenfadeniti	
Pankreatit	

**Tablo 7. Orta Hattta Yerleşen Karın Ağrısının Karın Bölgelerine Göre Nedenleri**

<b>Mide Üstü (Epigastrik)</b>
Peptik ülser Pankreatit Gastrit Özofajit Mezenter iskemisi Apendisit (erken) Miyokart enfarktüsü Perikardit Kolesistit
<b>Göbek Çevresi</b>
İnce bağırsak tıkanması Apendisit Pankreatit Mezenter iskemisi
<b>Hipogastrik</b>
Kalın bağırsak tıkanması Bağırsak kılıflaşması (intussepsiyon) Apendisit Divertikülit Enterokolit Over torsiyonu Testis torsiyonu Uterus fibromu dejenerasyonu ya da torsiyonu Sistit

**Tablo 8. Yaygın Karın Ağrısı Nedenleri**

Erken apandisit Perfore apandisit Peptik ülser perforasyonu Divertikül perforasyonu Kolon perforasyonu Peritonit (birincil ya da ikincil) Pankreatit Mezenter adeniti Mezenter iskemisi Abdominal aort anevrizması ve rüptürü Diyabetik ketoasidoz koması Besin zehirlenmesi Ağır metal zehirlenmesi Akut porfiri Orak hücre krizi Akut lösemi
---

### Laboratuvar

- **Kan sayımı:** Lökosit sayısı çoğu hastada artarken, ilerlemiş peritonit, sepsis, yaşlılar ve bağışıklık sistemini baskılayan tedavi alan hastalarda normal ya da düşük olabilir. Hematokrit, kan kaybı durumlarında düşme gösterir, dehidratasyonda kan yoğunlaşmasına bağlı artış olabilir.
- **Tam idrar incelemesi:** İdrar yolu enfeksiyonu ya da hematüri saptanabilir.

### Görüntüleme

Ayakta karın grafisi sadece içi boş organ perforasyonu, ileus ve batında yabancı cisim kuşkusu varsa istenmelidir. Grafide, batında diyafram altında serbest hava görülmesi perforasyon tanısı için

tipiktir. İleuslu bir hastada hava sıvı düzeyinin görülmesi, sigmoid torsiyonunda araba tekerleği görüntüsü tanıda oldukça yardımcı olabilir.

### Ayırıcı Tanı

Dikkatli bir anamnez ve fizik inceleme yapıldığında tanıya gitmek çok zor değildir. Akut karın yapan nedenler, ağrının belirgin olduğu karın bölgesi, ağrının yayılımı ve eşlik eden belirtiler birleştirildiğinde tanıya ulaşılır. Ancak akut karın ile karışabilen durumlarla oldukça sık karşılaşılır. Akut karınla karışan tüm hastalıklarda akut karın dışlanana kadar hastaya akut karın gibi davranılmalıdır.

**Tablo 9. Ayırıcı Tanıda Dikkate Alınması Geren Özellikler**

Ağrının Yerleşimi	Ağrının Başlangıç Biçimi ve Tipi	Fizik İnceleme	Olası Tanı	Karar
Göbek çevresinde ya da genellikle sağ alt kadrana yerleşik	Yavaş başlangıçlı Akut	Başlangıçta epigastrik Sonra sağ alt kadrana duyarlılığı	Akut apandisit	Sevk
Yaygın	Ani Kolik	Karın distansiyonu	İntestinal obstrüksiyon	Sevk
Epigastrik	Ani Sürekli	Epigastrik duyarlık	Perfore duodenal ülser	Sevk
Epigastrik ya da sağ üst kadrana	Yavaş başlangıçlı Akut	Sağ üst kadranda duyarlık	Akut kolesistit	Sevk
Epigastrik ve arkaya yayılan	Ani - Sürekli Şiddetli	Epigastrik duyarlık	Akut pankreatit	Sevk
Kostavertebral ya da üreterler boyunca	Ani Şiddetli - Keskin	Lomber duyarlık	Böbrek koliği	Sevk gerekmez
İki yanlı adneksiyal, yaygın olabilir	Yavaş Gittikçe artan	Serviksin hareketiyle artan ağrı	Akut salpenjit	Sevk
Tek yanlı pelvik (rüptüre olursa omuza yayılabilir)	Ani Hafif Şiddetli	Adneks kitlesi	Dış gebelik	Sevk

### Sevk

Akut karın şüphesi olan bütün hastalar zaman yitirilmeden cerrahi girişimin yapılabileceği bir merkeze sevk edilmelidir. Sevk sırasında mevcut durumu şiddetlendirecek girişimlerden kaçınılmalıdır. Günümüzde akut karın olan hastalarda kesinlikle hiçbir analjezik ilaç verilmemesi yönündeki görüşün yerine, hastaların ağrısının tanı ve tedavi ile ilgili girişimlere devam edilmek kaydıyla kesilmesi yönündeki görüş öne çıkmaktadır. Karın ağrısı ile gelen hastaların tanısı konulana veya kesin tedavisi yapılanaya kadar geçen süreçte ağrısının kesilmesinde herhangi bir sakınca yoktur. Ancak buradan, karın ağrısı ile gelen hastaların ağrısının kesilip eve gönderilebileceği sonucu kesinlikle çıkartılmamalıdır.

Ağızdan beslenmenin sonlandırılması, gerekirse nazogastrik drenaj yapılması, hastanın damar yolunun açılıp izotonik sıvı veya laktatlı ringer ile hidrasyonu gerekir.

### Kaynakça

1. Jones RS, Claridge JA, Acute Abdomen, Sabiston Textbook of Surgery: the biological basis of modern surgical practice. 17th ed. Courtney M. Townsend Jr. (ed) 2004,1219-1239.

2. Britton J, The Acute Abdomen, Oxford Textbook of Surgery: 2nd ed. Peter J. Morris William C. Wood (ed). 2000, 1823-1841.
3. Schechter WP, Peritoneum and Acute Abdomen, Essential Practice of Surgery Jeffrey A. Norton (ed). 2003, 147-155.
4. Matthews JB, Hodin RA, Acute Abdomen and Appendix, Surgery: Scientific Principles and Practice Lazar J. Greenfield (ed), 2001, 1224-1236
5. Trunkey DD, Crass Ra. Abdominal Pain. Mills J, Ho MT, Salber PR, Trunkey DD, ed. Current Emergency Diagnosis & Treatment, Los Altos: Lange, 1985: 111-30.
6. American College of Emergency Physicians. Clinical Policy for the Initial Approach to Patients Presenting with a Chief Complaint of Nontraumatic Acute Abdomen Pain. Ann Emerg Med 1994; 23: 906-22.
7. Clinical Policy: Critical Issues for the Initial Evaluation and Management of Patients Presenting with a Chief Complaint of Nontraumatic Acute Abdomen Pain. Ann Emerg Med 2000; 36: 406-15.
8. Boey JH. The Acute Abdomen. Way LW, ed. Current Surgical Diagnosis & Treatment. Beirut: Lange, 1994, 441-52.
9. Tait IS. The Patients with Acute Abdomen Pain Wait Unduly Long for Analgesia, Journal of Royal College of Surgeons of Edinburgh, 1999,44: 181-4.
10. O'Brien MC. Acute abdominal pain. Tintinalli JE. Tintinalli's Emergency Medicine; A Comprehensive Study Guide, 7th Ed. New York: McGraw Hill 2011:519-528.



# DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ - 2012

## BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Demir eksikliğine bağlı anemi dünyada en sık karşılaşılan anemi türüdür. Ülkemizde üç kadından birisinde, iki çocuktan birisinde demir eksikliği anemisi bulunmaktadır.

Hemoglobin ve hematokrit düzeylerinin, tabloda yaş gruplarına göre belirtilen değerlerin altında olması anemi olarak kabul edilir. (Tablo 1)

**Tablo 1. Yaş Gruplarına Göre Normal Hemoglobin ve Hematokrit Değerleri**

Yaş	Hemoglobin (g/dl)	Hematokrit(%)
2-6 ay	9,5	29
6 ay-2 yaş	10,5	33
2-12 yaş	11,5	35
12-18 yaş	12	36
>18 yaş kadın	12	36
>18 yaş erkek	13	41

Hemoglobin veya hematokrit bakılmıyorsa, avuç solukluğu değerlendirme ölçütü olarak kullanılabilir:

- Yalnızca avuç içi soluk, parmak uçları pembeyse anemi
- Avuç içinin yanı sıra parmak uçları da soluksa ağır anemi olarak değerlendirilir.

### Demir Eksikliği Anemisi Olasılığının Arttığı Durumlar

- Süt çocukları
- Prematüre bebekler (hızlı büyüme nedeniyle)
- İnek sütü ile beslenen bir yaşın altındaki bebekler; özellikle ilk altı ayda tam inek sütü verilmeye başlanmış olan bebekler
- Hızlı büyümenin gerçekleştiği ergenlik (adölesan) dönemindeki, özellikle adet görmeye başlamış olan kız çocukları
- Doğurganlık yaşındaki kadınlar
- Gebeler
- Hayvansal besinlerden yoksun beslenme, kronik kan kaybı, bağırsak paraziti veya çeşitli nedenlere bağlı emilim bozukluğu olan hastalar

### Tanı

#### Belirti ve Bulgular

Solukluk (özellikle avuç ve mukoza solukluğu), hâlsizlik, iştahsızlık, huzursuzluk, süt çocuklarında büyüme duraklaması, çarpıntı, baş ağrısı, baş dönmesi, nefes darlığı, kulak çınlaması.

Pika (toprak, kağıt gibi besin dışı maddeler yeme), çocuklarda katılma nöbeti, glossit, dilde papilla atrofi, kaşık tırnak, tırnaklarda kolay kırılma, saç dökülmesi, ağız köşelerinde ragadlar, yutma güçlüğü, üfürüm.

Anemiden bağımsız biçimde (hipoferritinemi) aşırı hâlsizlik ve yorgunluk olabilir.

Çocuklarda dikkat ve algılama sorunları, okul başarısında azalma, öğrenme güçlüğü.

### Laboratuvar Bulguları

- Hemoglobin, hematokrit, eritrosit sayısı ve ortalama eritrosit hacmi azalır. Reaktif trombositoya neden olabilir. Trombosit sayısı 600.000 /mm<sup>3</sup> değerine ulaşabilir.
- Periferik kan yaymasında hipokromi, mikrositoz ve anizositoz görülebilir. Normoblast görülmesi demir eksikliği anemisi olmadığını düşündürür.
- Bakılabiliriyorsa, demir depolarını yansıtan ferritin düzeyi değerlendirilir. Düzeyin 15 microgram/L'nin altına düşmesi demir depolarının boşaldığının göstergesidir.

### Ayırıcı Tanı

Birinci basamakta, tedavinin başarısız kaldığı hastalarda, ayırıcı tanıda, ülkemizde sık görülen ve tedaviye yanıtızsız hipokromik-mikrositer anemiye yol açan talasemi (hasta veya taşıyıcı) ve kronik hastalığa bağlı anemi akla gelmelidir. Talasemi minör ile demir eksikliği anemisi ayırıcı tanısında aşağıdaki tablo kullanılabilir (Tablo 2). Ancak kesin ayırıcı tanı hemoglobin elektroforezi ile yapılır.

**Tablo 2. Tam Kan Sayımında Talasemi ve Demir Eksikliğine Bağlı Aneminin Ayırıcı Tanısı**

Parametreler	Demir Eksikliği Anemisi	Talasemi minör
Eritrosit (mm <sup>3</sup> )	<5,5 milyon	>5,5 milyon
RDW*	Artmış	Normal
MCV (fl)**	50-80	60-70
Trombosit	Artmış	Normal
Hb (gr/dl)	4-12	10-11

\*RDW: Eritrosit dağılım genişliği,

\*\*MCV: Ortalama eritrosit hacmi, Hb: Hemoglobin

### Tedavi ve İzlem

- Demir eksikliği anemisi tanısı konulduğunda, tedavi öncesindeki en önemli nokta etiyolojik nedenin bilinmesidir. Yoksa tedavi başarısız olabilir.
- Hemoglobin açığını düzeltmek ve depo demirini yerine koymak için demir verilmesi gerekir. İki değerlikli demir (ferro) sülfat, tercih edilen, ağız yolundan kullanılabilen standart demir preparatıdır. Üç değerlikli (ferrik) demirlerin etkililiği düşüktür.
- Erişkinde 150-200 mg/gün elementer demir (aç karnına, 2-3 dozda)
- Çocukta 4-6 mg/kg/gün elementer demir (aç karnına, 2-3 dozda)
- Ağız yolundan demir kullanımıyla kan değerleri, aneminin derecesine göre 1-2 ayda normale döner.
- Hemoglobin normal düzeye ulaştıktan sonra, depo demirini yerine koymak için, tedavi erişkinde en az 6 ay, çocukta 6-8 hafta daha sürdürülmelidir. Toplam tedavi süresi 6 ayı geçmemelidir.
- Tedaviye yanıtın göstergesi hemoglobin değerinin üçüncü haftada en az 2 g/dl artmasıdır.
- Hemoglobinleri normal, ferritinleri düşük hastalara 2-3 ay süre ile ferritin değerleri normale gelene kadar ağızdan kullanılacak demir preparatları eklenmelidir.

Akut enfeksiyonda tedaviye ara verilir. Enfeksiyon tedavisinden sonra anemi tedavisi kaldığı yerden sürdürülür.



Demir ağız yolundan süt ve antasitlerle birlikte kullanılmalıdır. Tetrasiklinler ve kinolonlar demir emilimini azaltabilir.

Ağızdan demir kullanımı sırasında bulantı, kusma, karın ağrısı, kabızlık ve ishal gibi yan etkiler görülürse ilaç tok karnına alınabilir. Ayrıca, dışkıının siyaha boyanacağı hastaya anlatılmalıdır. Şurup veya damla kullanılan çocuklarda dişler de boyanabilir.

Parenteral demir, ağızdan demir tedavisini tolere edemeyenlerde, hızlı düzeltilmesi gereken anemilerde, persistan mide-barsak kaynaklı kan kayıplarına bağlı durumlarda kullanıldığından ve anaflaksiye yol açabileceğinden birinci basamak tedavide gerekli değildir.

Yüksek dozda demirin özellikle çocuklarda toksik olduğu unutulmamalıdır.

### **Tedaviye Cevap**

Hematokritte yükselme 10 günde başlar.

En son düzelen bulgu nörolojik bulgulardır. Düzelme 12-18 ayı bulabilir. Bazen tam düzelme olmayabilir.

### **Sevk Ölçütleri**

- Başlangıç hemoglobin düzeyi <7 gr/dl olan tüm çocuklar, ağır anemi düşünülerek,
- Başlangıçta avuç solukluğu, yalnızca avuç içini değil parmak uçlarını da kapsayacak biçimde belirginse, ağır anemi düşünülerek,
- Ağızdan demirin uygun dozda ve düzenli kullanımına karşın, 3 hafta sonra avuç solukluğunda düzelme olmaz ya da hemoglobin düzeyindeki artış 2 g/dl'nin altında kalır ise, tedaviye yanıtızsızlık düşünülerek,
- Belirgin splenomegali veya hemoliz bulguları veya ailede hemolitik anemi öyküsü varsa, hemolitik anemi düşünülerek,
- Dışkıda kan varsa, özellikle erişkinde, gastrointestinal sistem tümörü düşünülerek,
- Anemi ile birlikte kalp yetmezliği bulguları varsa ağır anemi düşünülerek,
- Anemi nedeni açıklanamayan hastalar,
- Malignite riski nedeniyle bütün yaşlı hastalar,

üst basamağa sevk edilmelidir.

### **Profilaksi**

- Prematüre bebeklere ikinci aydan başlayarak 1 yaşına kadar 2 mg/kg/gün, en çok 15 mg/gün; zamanında doğan ve doğum ağırlığı normal olan bebeklere dördüncü aydan başlayarak 1 yaşına kadar 1 mg/kg/gün, en çok 15 mg/gün demir verilmelidir.
- Anne sütü alan bebeklerde altıncı aydan sonra demirden zengin ek besinlere mutlaka başlanmalıdır. Zorunluluk olmadıkça, bir yaşın altındaki bebeklere tam inek sütü verilmemelidir.
- Anne sütü alamayan, demir ile zenginleştirilmiş mama verilemeyen durumlarda, ağız yolundan demir sülfat verilmelidir.
- Gebelik ve emzirme döneminde anne 60-120 mg/gün demir sülfat kullanmalıdır. Hastalara demir (sakatat, kırmızı et, beyaz et, yumurta sarısı, kuru baklagil) ve -özellikle tahılda bulunan demirin emilimini artıran- C vitamini yönünden zengin besinlerle düzenli beslenme önerilmelidir.

## Kaynakça

1. Andrews NC, Bridges KR. Disorders of Iron Metabolism and Sideroblastic Anemia. Nathan and Oski SH, ed. Philadelphia: Saunders. 1998;423-61.
2. Beers MH, Berkow R. Anemias. The Merck Manual, 17th ed. New Jersey: Merck. 1999; 849-82.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations to Prevent and Control of Iron Deficiency in the United States. MMWR 1998;47(No.RR-3)
4. Fairbanks VF, Beutler E. Iron-deficiency. Beutler E, Lichtman MA, Coller BS, Kipps TJ, ed. Williams Hematology, 5th ed. New York: Mc GrawHill 1995;490-511.
5. Hamilton CW. Hematologic Disorders. Wells BG, DiPiro JT, Scwinghammer TL, Hamilton CW eds. Pharmacotherapy Handbook, Appleton & Large 1998;367-74.
6. Lanskovsky P. Iron deficiency anemia. Lanskovsky P, ed. Manual of Pediatric Hematology and Oncology. 1995; 35-50.
7. Lee GR. Iron Deficiency and Iron Deficiency Anemia. Lee GR, Foerster J, Lukens J, Parasvekas F, Greer JP, Rodgers GM, ed. Wintrobe's Clinical Hematology, 10th ed. Mass Publishing. 1999; 979-1110.
8. World Health Organization. Integrated Management of Childhood Illness. Reference Library of Selected Materials- WHO/FCH/CAH/01.08, WHO. Geneva, 2001
9. <http://www.merck.com/mmpe/sec11/ch130/ch130b.html>
10. Antianemik İlaçlar I. Demir. Kayaalp SO. Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji. Kayaalp SO , ed. 12. Baskı, Pelikan Yayıncılık, Ankara, 2009; 1335-1347.
11. Anemiler ve diğer kan hastalıklarından bazıları. Bölüm 9.1. Türkiye İlaç Kılavuzu-5 2007 Formüleri. Kayaalp SO, ed. Turgut Yayıncılık, İstanbul, 2007; 453-457.
12. Fauci AS, Kasper DL, Longo DL, Braunwald E, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J. Iron Deficiency and Other Hypoproliferative Anemias. 17th Edition. Harrison's Principles of Internal Medicine McGraw-Hill Companies, Inc.2008.



# AKNE VULGARİS - 2012

## BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Akne vulgaris, kıl kökü ve yağ bezinin enflamatuvar bir hastalıdır, 12-15 yaş arasında %85 oranında görülür. 25 yaş dolayında kendiliğinden sonlanmakla birlikte, 40-45 yaşa kadar süren şiddetli bir seyir de gösterebilir. Genetik yatkınlık, stres, uygun olmayan kozmetik kullanımı ve hiperandrojenizm başlıca risk etmenleridir.

### Tanı

En sık olarak yüzde görülmekle birlikte, sırt ve göğüs gibi bölgelerde de görülebilir. Enflamatuvar olan ve olmayan lezyonlardan oluşabilir. Enflamatuvar olmayan lezyonlar, açık komedon (siyah nokta) ve kapalı komedondur (deri renginde küçük papüller). Enflamatuvar lezyonlar ise papül, püstül, kistik ve nodüldür. Aknede en sık komedon, papül ve püstüllere rastlanır. Kistik ve nodüler lezyonlar genellikle iz bırakarak geriler. Akneli bir kişide kistik, nodül veya akneye ait izlerin var olması, lezyonlar sayıca az bile olsa aknenin şiddetli veya komplikasyonlu olduğunun göstergesidir.

Tanı öykü ve klinik bulgularla konur.

### Ayırıcı Tanı

- Akne rozea (Yüzün dışbükey bölümlerini tutar. Genellikle eritem ve telenjiektazi eşlik eder. Komedon yoktur.)
- İlaça bağlı akne (Kortikosteroidler, halojenler, antitüberküloz ilaçlar ve lityum akneye yol açabilir.)
- Ağız çevresinde dermatit (Lezyonlar akneye benzer ama ağız etrafında yerleşmiştir; daha çok papül ve püstüllerden oluşur.)
- Follikülit
- İkinci dönem sifiliz küçük püstülleri (Bakırimsı renktedir ve tek tek yerleşim söz konusudur.)

### Tedavi

Akne vulgaris, psikososyal sorunlara yol açması ve yara izi bırakabilmesi nedeniyle mutlaka tedavi edilmelidir. Tedavinin uzun süreli olacağı ve beklenen etkinin en erken 1-2 aydan sonra başlayacağı; kozmetik uygulamalardan olabildiğince uzak durulması, lezyonların sıkılmaması ve koparılmaması gerektiği hastaya anlatılmalıdır. Tedavi seçiminde aknenin şiddeti, yaygınlığı ve hastanın yaşı önemlidir.

#### A. Lokal (Topikal) Tedavi

Tedavide ilk basamaktır; hafif ve orta dereceli aknede uygulanır. Topikal tedavide kullanılan ilaçların sadece lezyon üzerine değil tüm bölgeye uygulanması gerektiği mutlaka vurgulanmalıdır. Örneğin; yüze yerleşimli bir aknede önerilen topikal ilaç, göz çevresi dışında tüm yüze iyice yedirilerek uygulanmalıdır.

Tedaviye yardımcı ilaçlar olarak; temizleyiciler, sabunlar, tercihen antibakteriyel etkili ve pH'ı ayarlı olanlar, günde 2-3 kez kullanılmalıdır. Burada dikkat edilmesi gereken nokta bu ilaçların deriyi kurutmadan temizlemesini sağlamaktır; aksi takdirde deride reaktif olarak yağlanma daha da artabilir.

### **Komedolitikler, Keratolitikler**

Komedonlu akne için ilk seçenek topikal retinoidlerdir. Türkiye'deki müstahzarlar dört tip topikal retinoid içermektedir: retinoik asit, tretinoin, izotretinoin ve adapalen. Bu ilaçlar %2'lik salisilik asit, %4'lük eritromisin (jel, losyon) ile veya diğer topikal ilaçlarla da kombine edilebilir. Retinoidler (krem veya jel formunda) ışığa duyarlılığı artırmaları nedeniyle yalnızca akşamları kullanılır. Bu ilaçlar, özellikle tedavinin ilk haftalarında yüksek tahriş etkileri gösterebileceğinden tedavi sıklığı başlangıçta daha seyrek olmalı (2-3 günde bir gibi) daha sonra ideal sıklığa erişilmelidir. Retinoidlerin gebelik ve emzirme döneminde kullanımından kaçınmak gerekir. Topikal preparatların mukoza ve bütünlüğü bozulmuş deriyle teması ve kıvrım yerlerinde birikiminden kaçınılmalıdır.

### **Antibakteriyel İlaçlar**

Enflamatuvar akne için;

- Klindamisin (%1) losyon günde iki kez kullanılır.
- Eritromisin (%2-4) ve benzoilperoksit (%5) birlikte günde iki kez kullanılır.
- Eritromisin (%2-4) jel günde iki kez kullanılır.
- Tetrasiklin (%3) krem günde 2 kez kullanılır.

Topikal antibiyotikler tercihen diğer topikal ilaçlarla kombine edilerek kullanılmalı; tek başlarına kullanılacaklar ise 3-4 haftadan uzun kullanılmamalıdır.

### **Komedolitik ve Antibakteriyeller**

- Benzoilperoksit (%2,5-10) Jel veya Krem:

Günde bir kez, tercihen akşam uygulanır. Tedaviye düşük derişimli preparatla başlanır. İki ay içinde yanıt alınmazsa, topikal antibiyotik kullanımı uygundur. En önemli yan etki olan lokal deri tahriş dozun azaltılmasıyla hafifletilir.

- Azelaik Asit (%20) Krem:

Özellikle postenflamatuvar hiperpigmentasyon gelişenlerde seçilir. Günde iki kez kullanılır. Gebelik ve emzirme döneminde dikkatli kullanılmalıdır. Gözle temas ettirilmemelidir. En önemli yan etki olan lokal tahriş, uygulama sıklığı azaltılarak veya tedaviye ara verilerek önlenir. Seyrek olarak ışığa duyarlılık gözlenir.

## **B. Sistemik Tedavi**

Topikal tedaviye yanıt vermeyen orta şiddetteki akne veya şiddetli enflamatuvar akne için ağız yolundan antibiyotik kullanılması gerekir. Akne tedavisinde kullanılan antibiyotikler: tetrasiklinler (tetrasiklin, doksisisiklin), makrolidler (eritromisin, klindamisin) ve trimetoprim sulfometaksazoldur. Her üç grup antibiyotik temel olarak *Propionibacterium acnes*'e etkilidir.

Dikkat edilmesi gereken noktalar:

- Akne için sistemik antibiyotik hiçbir zaman tek başına kullanılmamalı, daima topikal bir ilaçla kombine edilmelidir.
- Eğer topikal bir antibiyotik ile kombine edilecekse tercihen bu aynı gruptan bir topikal antibiyotik olmalıdır.
- Sistemik antibiyotiklerin akne için etkinliğini gösterebilmesi için en az 6-8 hafta geçmesi gerekir.
- Olası antibiyotik direnci nedeniyle 3-4 aydan uzun süreyle kullanılmamalıdır.

- Akne için uzun süreyle (üç ayı aşkın süre) ağız yoluyla antibiyotik kullanan bir hastada akne birdenbire şiddetlenme olursa iki olasılık akla gelmelidir: bakteriyel direnç ya da gram negatif follikülit. Her iki durumda da tedavi kesilmelidir.

### **Tetrasiklin ve Türevleri**

Tetrasiklin, günde iki kez 500 mg kullanılır. Belirgin klinik yanıt alındıktan sonra doz 500 mg'a indirilebilir. İdeal emilimin gerçekleşebilmesi için ilaç aç karnına (yemeklerden 1 saat önce veya 2 saat sonra) alınmalıdır. Tetrasiklin ve türevleri, 8 yaşın altındaki çocuklar, gebeler ve emziren kadınlarda kullanılmamalı; böbrek ve karaciğer hastaları ve ışığa duyarlılığı olanlarda ise dikkatli kullanılmalıdır. Süt ve süt ürünleri, antasit, kalsiyum, demir, magnezyum tuzları tetrasiklin ve türevlerinin emilimini azaltır.

Doksisiklin, günde 100-200 mg dozunda kullanılır. Tok karnına ve mutlaka su ile yutulmalıdır. Hastaya, ilacın ışığa duyarlılık ve mide bağırsak sistemi yakınmaları oluşturabileceği söylenmelidir.

### **İzlem**

Tedavinin ilk ayı içinde hasta ilaca bağlı yan etkiler ve tedaviye uyum yönünden değerlendirilmelidir. Daha sonra iki aylık aralarla hasta izlenmeli, idame tedavisine (genellikle topikal retinoidler, benzoil peroksit veya azelaik asit ile yapılmalı) geçildikten sonra izlem aralıkları açılmalıdır.

### **Sevk Ölçütleri**

- Şiddetli nodülökistik akne
- Aktif akneye eşlik eden yaraların veya postenflamatuvar hiperpigmentasyonun varlığı
- Akne fulminans (ateş, artralji, genel durum bozukluğu gibi sistemik bulgularla seyreden sıklıkla genç erkeklerde görülen ağır akne)
- Tedaviye yanıtızsızlık \*
- İleri yaşa kadar süren akne \*
- 25 yaşın üstünde (geç) başlayan akne \*
- Hirşutizmin eşlik ettiği akne \*

durumlarında hasta üst merkeze sevk edilmelidir.

---

\* Hiperandrojenizm olasılığı söz konusudur.

### **Kaynakça**

1. Zaenglein AL , Thiboutot DM. Acne Vulgaris. Bologna JL, Jorizzo JL Rapini RP eds. Dermatology. NewYork: Mosby. 2003: Volume I, pages: 531-545.
2. Zaenglein AL , Thiboutot DM. Expert Recommendations for Acne Management. Pediatrics 2006; 118: 1188-1199.
3. Leyden JJ. A Review of The Use of Combination Therapies for The Treatment of Acne Vulgaris. J Am Acad Dermatol 2003; 49: S200-210.
4. Katsambas AD, Stefanaki C, Cunliffe WJ. Guidelines for Treating Acne. Clin Dermatol 2004; 22: 439-444.
5. Chu A. Acne Vulgaris. Lebowhl MG, Heymenn WR, Beth-Jones J, Carlson J, eds. Treatment of Skin Disease. China: Mosby Elsevier 2006; pages; 6-12.



# DERİNİN YÜZEYSEL MANTAR ENFEKSİYONLARI - 2012

## BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Mantar enfeksiyonları, önemli bir toplumsal sağlık sorunudur; dermatoloji birimlerine başvuru nedenlerinin %10'unu oluşturur. Yüzeysel mantar enfeksiyonları; deri, mukoza, kıl ve tırnakta görülür. Dermatofit enfeksiyonları (dermotofitozlar), pitriyazis versikolor ve kandidiyazis sık rastlananlardır.

### Risk Etmenleri

- Sıcak ve nemli ortam
- Hamam, sauna, plaj ve havuz gibi ortak kullanım alanları
- Kapalı ve havalanması iyi olmayan ayakkabı kullanımı (örneğin; asker, mahkum ve işçilerde)
- Sentetik çamaşır kullanımı
- Bağışıklık sistemini baskılayan durumlar

## DERMATOFİT ENFEKSİYONLARI

### TİNEA KAPİTİS (SAÇKIRAN)

Saçlı derinin mantar enfeksiyonudur, genellikle 3-5 yaş grubu çocuklarda görülür. Pubertede kendiliğinden iyileşir. Kırık ve cansız kıllar, ince kepeklenme, lokal alopesi temel bulgularıdır. Bu bulgulara iltihabi değişiklikler eklenirse püstüler, nodüler lezyonlar (kerion) ortaya çıkar ve kalıcı alopesi ile sonuçlanır.

### Tanı

Klinik görünüm önemlidir. Kepeklerden alınan kazıntı ve bir pens ile çekilen kıl örneğine %10-20'lik KOH damlatılıp doğrudan mikroskopik inceleme yapılarak hif ve sporların görülmesiyle tanı konulur.

### Ayırıcı Tanı

- Favus
- Seboreik dermatit (Saçlı deride eritemli alanlar üzerinde sarı yağlı kepekler şeklinde görülür. Saçlarda dökülme yoktur.)
- Sifiliz ikinci dönem lezyonları (Oksipital bölgede güve yeniği gibi dökülme görülür. Kepek genellikle yoktur.)
- Alopesi areata (Keskin sınırlı, derinin tamamen normal olduğu saçsız alanlar vardır.)
- Psöriyazis (Beyaz, sedef rengi kepekli, zemini eritemli plaklar vardır. Saç dökülmesi yoktur.)
- Trikotillomani (Etkilenen bölgede değişen boyutta, seyrelmiş, kırık ancak sağlıklı saçlar vardır.)

## Tedavi

### Sistemik Antifungal İlaçlar

4-6 hafta süreyle kullanılır. Antifungal ilaçlar karaciğer işlevleri bozuk olan hastalarda dikkatli kullanılmalıdır.

	Çocuklarda	Yetişkinlerde
Griseofulvin	10-20 mg/kg/gün	500 mg/gün
Terbinafin	20-40 kg için 125 mg/gün 40 kg üzeri için 250mg/gün	250 mg/gün
Itrakonazol	3-5 mg/kg/gün	100 mg/gün

### Lokal (Topikal) Antifungal İlaçlar

Topikal antifungal ilaçlar, tinea kapitis tedavisinde sistemik tedavilere ek olarak kullanılmalıdır. Saçlı deride özellikle sprey formundaki antifungaller tercih edilmelidir. Ayrıca antifungal şampuanların kullanılması da önerilmektedir.

Topikal antifungaller günde 2 kez, 4-6 hafta süreyle kullanılır. Kerion oluşmuşsa ek olarak kısa süreli (7-10 gün) 1 mg/kg/gün prednizolon verilebilir ve lezyon üstündeki kılların cımbızla temizlenmesi önerilir.

## FAVUS

Saçlı derinin, özel klinik tablo ile seyreden mantar enfeksiyonudur. Daha çok çocuklarda görülür. Tedavi edilmezse yaşam boyu sürer. Temel bulgular; çanak biçimi sarı-yeşil krut (skutula, godet) atrofik skatris, cılız gri-beyaz normal uzunlukta saçlar ve kötü kokudur.

### Tanı, Ayırıcı Tanı ve Tedavi

Tinea kapitis ile aynıdır.

## TİNEA PEDİS

Ayıklarda görülen yüzeysel mantar enfeksiyonudur. En sık ayak parmakları arasında (3-4. aralık) görülür. Klinik olarak parmak aralarında kaşıntı, soyulma ve yumuşamayla karakterizedir. Ayak tabanlarında ve ayak kenarında ince beyaz kuru skuamlarla (kuru skuamli tip) ya da veziküllerle (vezikülobüllöz tip) seyreden tipleri de vardır.

### Tanı

Klinik görünüm ve doğrudan mikroskopik inceleme ile konur.

### Ayırıcı Tanı

- Psöriyazis (Genelde bilateral tutulum görülür. Özellikle ayak tabanının orta ve iç yüzünde deskuamasyon izlenir.)
- Kontakt dermatit (Ayak üstleri ve tabanları etkilenebilir. Klinik ayrımı zor olabilir.)
- Hiperhidrozis (Ayak nemli ve masere görünümündedir.)
- Sifiliz ikinci dönem lezyonları (Lezyonlar halka şeklinde olabilir. Bakır kırmızısı hâlde bulunur, belirti vermeyebilir.)

## **Tedavi**

Bölgenin kuru tutulması en önemli tedavi yaklaşımıdır.

Topikal antifungal ilaçlar, 4-6 hafta süreyle günde iki kez kullanılır. Kuru skuamli tipte mutlaka 4-6 hafta süreyle sistemik tedavi uygulanmalıdır.

### **Topikal Antifungaller:**

Bifanozol, izokonazol, klotrimazol, ketokonazol, mikonazol, naftidin, oksikonazol, sulkonazol, sikloproksolamin, terbinafin, tiyokonazol, tolnaftat, undesilenik asit, sertakonazol içeren krem, losyon veya spreyleyler.

Dirençli olgularda veya kuru skuamli tipte lokal antifungallere sistemik tedavi de eklenmelidir.

Sistemik tedavi tinea kapitis tedavisi ile aynıdır.

## **TİNEA KORPORİS**

Saçlı deri, el ayak, tırnak ve kasık dışındaki bölgelerde yerleşen yüzeysel mantar enfeksiyonudur. Her yaşta görülebilir. Çevreye doğru genişleyen, ortadan iyileşen, keskin sınırlı, eritemli-skuamli lezyonlarla karakterizedir.

## **Tanı**

Klinik görünüm ve doğrudan mikroskopik inceleme ile konur. Hayvan ile temas öyküsü sorulmalıdır.

## **Ayrırcı Tanı**

- Egzama (Klinik olarak ayırt edilemeyebilir.)
- Psöriyazis (Skuamlar kalın ve beyaz renklidir.)
- Pitriyazis rozea (Büyük keskin sınırlı plak dışında, küçük oval veya yuvarlak çok sayıda kepekli yama görülür.)
- Sifiliz ikinci dönem lezyonları (Çok sayıdadır. Klinik olarak ayırt edilemeyebilir.)

## **Tedavi**

Topikal antifungal ilaçlar 3-4 hafta, günde 2 kez kullanılır.

## **ONİKOMİKOZ**

Tırnakta yerleşen mantar hastalığıdır. Sıklığı, kronikleşmesi ve tedavinin zorluğu nedeniyle özel bir öneme sahiptir.

Onikomikoz tüm tırnak hastalıklarının %20'sini oluşturur. Genel olarak erişkinlerde görülür. 40-60 yaş arasında toplumda sıklığı %15-20'dir. Ayak tırnaklarında sıklıkla birinci tırnaktan başlar. Genellikle tinea pedis sonrasında gelişir. Tırnakta sarı-kahverengi renk değişikliği, subungual hiperkeratoz, tırnakta kolay kırılma temel belirtilerdir. Tırnak çevresi normaldir.

## **Tanı**

Tırnağın görünümü ve doğrudan mikroskopik inceleme ile konur.



## Ayrırcı Tanı

- Psöriyazis (Çukurlaşma dışındaki tırnak değişiklikleri klinik olarak ayırt edilemez.)
- Liken planus (Çukurlaşma, tırnak kıvrımının tırnağın üstüne uzanması veya boyuna çizgilenme.)
- Kronik egzamaya bağlı tırnak değişiklikleri (Periungual bölge derisinde egzamatöz değişiklikler vardır.)

## Tedavi

Tedaviye en dirençli yüzeysel mantar enfeksiyonudur. Tedavide lokal ve sistemik antifungaller birlikte kullanılır. Hastalıklı tırnakların törpülenmesi tedavi etkinliğini artırır.

Sistemik antifungaller 3-12 ay süreyle kullanılır. Antifungal ilaçlar karaciğer işlevi bozuk olan hastalarda dikkatli kullanılmalıdır.

Terbinafin	250 mg/gün	el tırnağında	6 hafta
		ayak tırnağında	12 hafta
İtrakonazol	2x200 mg/gün	el tırnağında	2 ay
		ayak tırnağında	3 ay
	200mg/gün	el ve/veya ayak tırnağında	3 ay
Flukonazol	150 mg/hafta	el tırnağında	9 ay
		ayak tırnağında	12 ay

## İtrakonazol Tedavi Şeması

İtrakonazol 12 hafta süreyle 200 mg/gün dozda aralıksız uygulanabileceği gibi aşağıdaki şemaya göre de uygulanabilir.

	El Tırnağı	Ayak tırnağı
1. Hafta	7 gün boyunca 2x200 mg/gün itrakonazol	7 gün boyunca 2x200 mg/gün itrakonazol
2. Hafta	Ara	Ara
3. Hafta	Ara	Ara
4. Hafta	Ara	Ara
5. Hafta	7 gün boyunca 2x200 mg/gün itrakonazol	7 gün boyunca 2x200 mg/gün itrakonazol
6. Hafta	-	Ara
7. Hafta	-	Ara
8. Hafta	-	Ara
9. Hafta	-	7 gün boyunca 2x200 mg/gün itrakonazol

## PİTRİYAZİS VERSİKOLOR

Malassezia furfur 'un neden olduğu, sık görülen yüzeysel bir mantar enfeksiyonudur. Diğer fungal enfeksiyonlardan farklı olarak bulaşıcı değildir; derinin özel yatkınlığı ile ortaya çıkar. Çocuklukta seyrek görülür. Nemli ve sıcak iklimlerde görülme sıklığı artabilir. Gövde, boyun, ekstremitelerin üst kısımlarında sütlü kahverengi, düzensiz ve keskin sınırlı, üzeri ince skuamli maküller şeklindedir. Güneşle karşılaşma sonucu veya esmer tenlilerde lezyonlar hipopigmente olarak da görülebilir.

### Tanı

Klinik görünüm ve doğrudan mikroskopik inceleme ile konur.

### Ayırıcı Tanı

- Tinea korporis
- Seboreik dermatit (Eritemli zeminde sarı, yağlı kepeklerle seyreden lezyonlar; göğüs ön duvarı özellikle de orta hatta yoğunlaşmıştır.)
- Psöriyazis (Beyaz-sedef rengi kalın kepeklerle karakterize plaklar veya papüller şeklinde görülür. Özellikle diz, dirsek ve saçlı deri gibi tipik yerleşimlere bakılmalıdır.)
- Pitriyazis rozea (Lezyonlar gövdede deri çizgilerine paralel yerleşerek çamağacı benzeri bir görünüm oluşturur.)
- Hipopigmente formda sifiliz ikinci dönem lezyonları (Lezyon üzerinde kepeklenme yoktur.)
- Vitiligo (Keskin sınırlı, depigmente, kepeksiz enflamatuvar olmayan maküllerdir.)
- Tüberküloid lepra (Lezyonlarda duyu kaybı vardır.)

### Tedavi

Selenyum sülfid, çinko pirition veya ketokonazol içeren şampuanlar bir ay süreyle gün aşırı lezyonlu vücut bölgesine banyo sırasında uygulanıp beş dakika bekletilerek yıkanır. Sonrasında haftada iki kez en az üç ay süreyle kullanılmalıdır. Bunun yanı sıra lezyonlu bölgelerde azol türevi (izokonazol, ketokonazol, klotrimazol, oksikonazol, sulkonazol, tiyokonazol) antifungal krem veya losyonlar günde 1-2 kez, iki hafta süreyle kullanılır. Lezyonlar çok yaygınsa veya çok sık tekrarlayan olgularda ağız yolundan antifungal tedavi önerilebilir; dozlar ve kullanım şekilleri aşağıda belirtilmiştir:

Ketokonazol	200 mg/gün,	5 gün
	400 mg/hafta,	2 hafta
Itrakonazol	200 mg/gün,	5-7 gün
Flukonazol	300 mg/hafta,	2 hafta
	150 mg/hafta,	4 hafta

## KANDİDİYAZİS

Kandidiyazis rehberine bakınız.

## **Mantar Enfeksiyonlarında Tedavi İlkeleri**

- Geniş alan ve kıllı bölgelerdeki uygulama için losyon ya da spreyle tercih edilir.
- Merhemler, örtücü özelliklerinden dolayı kıvrım bölgelerinde (nemli yüzeylerde) kullanılmamalıdır.
- Tırnak cilaları formundaki antimikotik preparatlar, tırnakların proksimalinde tutulum yoksa etkilidir ve az sayıda (1-3) tırnak tutulumunda kullanılmalıdır.
- Mantar enfeksiyonlarının tedavisinde ilaçsız pudraların yeri ve tedavi edici etkisi yoktur. Tersine deride tahrişe ya da gözeneklerde tıkanmaya neden olabilir. Ancak antifungal içeren pudralar özellikle tinea pediste lezyonların yinelemesini önlemek amacıyla uygulanabilir.

## **Korunma**

Havlu, şapka, tarak, fırça, ayakkabı, terlik, çorap, giysi gibi kişisel eşyaların ortak kullanımından kaçınma önemlidir. Mantar enfeksiyonu oluşturan ve bulaşmasını kolaylaştıran etmenler hastaya anlatılmalıdır.

## **Sevk Ölçütleri**

Karaciğer bozukluğu, böbrek bozukluğu, gebelik, emzirme dönemi ve diyabet varlığında sistemik tedavinin uzman denetiminde yapılması önerilir. Tedaviye dirençli onikomikoziste ve cerrahi tedavi gerektiren durumlarda hasta üst merkeze sevk edilmelidir.

## **Kaynakça**

1. Odom RB, James W.D. Berger TG. Diseases Resulting from Fungi and Yeast. Diseases of The Skin. Philadelphia: Saunders; 2000: 358-416.
2. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH. Fungal Disease. In: Dermatology. Heidelberg: Springer:2000:313-81.
3. Gupta Ak, Ryder JE, Nicol K, Cooper EA. Superficial Fungal İnfections: an Update on Pityriasis Versicolor, Seborrheic Dermatitis, Tinea Capitis and Onychomycosis. Clin Dermatol 2003; 21: 417-425.
4. Schwartz RA. Superficial Fungal İnfections. Lancet 2004; 364: 1173-82.
5. Sobera JO, Elewski BF. Fungal Diseases. Bologna JL, Jorizzo RP, Rapini RP, eds. Dermatology. London, Mosby-Elsevier 2003, Volume I, pages: 1171-98.
6. Üstünes L, ed. RxMediaPharma İnteraktif İlaç Bilgi Kaynağı, İzmir,GEMAŞ, 2009.
7. Roberts DT, Taylor WT, Boyle J. Guidelines for treatment of onychomycosis. Br J Dermatol 2003, 148:402-410.
8. Thursky KA, Playford EG, Seymour JF, Sorrell TC, Ellis DH, Guy SD, Gilroy N, Chu J, Shaw DR. Recommendations for the treatment of established fungal infections. Intern Med J. 2008 Jun;38(6b):496-520.

## BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Ürtiker, derinin; kaşıntılı, eritemli, ödemli, değişik biçim ve büyüklüklerde papül ve plaklarla seyreden, yüzeysel, geçici, vasküler ve ani başlayan bir reaksiyonudur. Deri altı dokusu ve mukozaları tutan biçimine anjiyoödem adı verilir.

Larinks ödeminin eşlik ettiği akut ürtiker ve anjiyoödem yaşamı tehdit edebilen durumlardır.

Lezyonlar 6 haftadan kısa sürerse akut, uzun sürerse kronik ürtiker söz konusudur.

### Ürtiker Nedenleri:

- İlaçlar (aspirin, steroid olmayan antienflamatuvar ilaçlar, kodein, penisilin ve türevleri, radyokontrast maddeler vb.)
- Besinler (çikolata, süt, yer fıstığı, çilek, domates, yiyecek katkı maddeleri, deniz ürünleri)
- Bakteriyel ve viral enfeksiyonlar, parazitik enfestasyonlar
- Fiziksel uyarılar (sıcak, soğuk, egzersiz, basınç, su, dermografizm)
- Duygusal stres

### Tanı

Öykü ve klinik özelliklere dayanır.

- Lezyonlar vücudun herhangi bir yerinde veya yaygın olarak görülebilir.
- Lezyonlar kaşıntılı, yer değiştiren, basmakla solan, eritemli, ödemli plaklar şeklinde görülüp, 2-24 saat içinde kendiliğinden geriler.
- Anjiyoödem tanısı yüz, göz çevresi, dudaklar ve dilde şişlik gözlenmesi ile konulur. Bazen beraberinde larinks ödemi ve solunum sıkıntısı görülebilir

### Ayırıcı Tanı

- Böcek sokması reaksiyonu (Lezyon ortasında nokta şeklinde ısırık yeri bulunur.)
- Viral döküntü (Eşlik eden başka bulgular vardır.)
- Eritema multiforme minör (Tipik hedef lezyonlar bulunur.)
- Ürtikeryal vaskülit (Lezyonlar basmakla solmaz ve 24 saatten uzun sürer. İyileştikten sonra da lezyon yerleri koyu renk kalır.)

### Tedavi

#### Genel Önlemler

- Nedenin (enfeksiyon, besin, emosyonel stres) ortadan kaldırılması; neden ilaçsa kesilmesi veya değiştirilmesi
- Sıcak, stres, alkol ve ilaç gibi artırıcı nedenlerden sakınılması

## İlaç Tedavisi

### Akut Ürtiker

#### SOLUNUM SIKINTISI OLMAYAN AKUT ÜRTİKER VE ANJİYOÖDEM TEDAVİSİ

##### Lezyonlar çok yaygın değilse veya anjiyoödem yoksa

İlk seçilecek ilaç oral antihistaminiklerdir.

- **Difenhidramin hidroklorür:**  
Yetişkin: 25-50 mg/gün (en çok 400 mg/gün)  
Çocuk: 5 mg/kg/gün, 3-4 dozda (en çok 300 mg/gün)
- **Hidroksizin:**  
Yetişkin: 25 mg x 3-4/gün  
Çocuk: 2-4 mg/kg/gün, 3-4 dozda
- **Klemastin:**  
Yetişkin: 1-2 mg/gün  
Çocuk: 1-3 yaş: 250-500 µg x 2/gün  
3-6 yaş: 500 µg x 2/gün  
6-12 yaş: 0,5-1 mg/gün

Lezyonlar ve kaşıntı tümüyle düzelene kadar veya en çok 3 hafta devam edilir.

Birinci kuşak antihistaminiklerin sedatif ve antikolinergik yan etkilerinin istenmediği durumlarda ikinci kuşak antihistaminikler tercih edilir.

- **Setrizin:**  
2-6 yaş: 5 mg/gün tek doz  
6 yaş üstü ve erişkin: 10 mg/gün, tek doz
- **Loratadin:**  
2-6 yaş: 5 mg/gün tek doz  
6 yaş ve erişkin: 10 mg/gün, tek doz

##### Lezyonlar çok yaygın veya anjiyoödem belirginse

Parenteral antihistaminikler kullanılır

- **Klorfenoksamin hidroklorür:**

Tercihen kas içine veya damar yoluyla, 5 dakika içinde yavaş puşe şeklinde, uygulanır. 6 saat arayla tekrarlanabilir.

- Erişkin: 10 mg x 2-3 kez/gün
- 2-5 yaş çocukta erişkin dozun 1/3'ü
- 6-10 yaş çocukta erişkin dozun 1/2'si
- 10 yaş üstü çocukta erişkin dozu

Hastalık kontrol altına alındıktan sonra tedavi oral antihistaminikler ile 20 gün sürdürülür.

## BELİRGİN SOLUNUM SIKINTISI VARLIĞINDA AKUT ÜRTİKER VE ANJİYOÖDEM TEDAVİSİ

### 1.Adım: Adrenalin (Ülkemizde 0,25, 0,50 ve 1 mg/ml olarak ampulleri vardır.)

0,3-0,5 mg; 1:1000'lik adrenalin deri altı veya kas içine solunum sıkıntısı gerileyinceye kadar 10-20 dakikada bir tekrarlanır.

Çocuk dozu: 0,01 mg/kg damar yoluyla

### 2.Adım: Solunum yolunun açık tutulması, nazal O<sub>2</sub> uygulanması

### 3. Adım: Antihistaminik; Klorfenoksamin hidroklorür

Tercihen kas içine veya damar yoluyla 5 dakika içinde yavaş puşe şeklinde 6 saat arayla tekrarlanabilir.

Erişkinde 10 mg x 2-3 kez/gün

2-5 yaş çocukta erişkin dozun 1/3'ü

6-10 yaş çocukta erişkin dozun 1/2'si

10 yaş üstü çocukta erişkin dozu

### 4.Adım: Kortikosteroid; Metilprednisolon

Erişkinde 50 mg metilprednisolon damar yoluyla, 6 saatte bir, 2-4 kez tekrarlanabilir. Kardiyak yan etkileri olabileceği için infüzyonla uygulanmalıdır.

Çocuklarda 0,5-2 mg/kg/gün 2-4 doza bölünerek damar yoluyla verilir.

## Kronik Ürtiker

- İkinci kuşak H1-reseptör antagonistleri

Levosetirizin 5-10 mg/gün (8 hafta)

veya

Feksofenadin 180 mg/gün (8 hafta)

veya

Desloratadin 5 mg/gün (8 hafta)

- Belirtiler kontrol altına alınmazsa sedatif özelliği belirgin birinci kuşak H1-reseptör antagonistlerinden biri başlanır.

Hidroksizin 10-50 mg/gün

veya

Difenhidramin 25-50 mg/gün

veya

H2-reseptör antagonisti eklenebilir.

veya

Doksepin 10-50 mg/gün

Lezyonlar şiddetlenirse prednizolon 20-40 mg/gün (ağız yoluyla)

- Lezyonlar yine kontrol altına alınmazsa hasta bir üst merkeze sevk edilmelidir.

## Sevk Ölçütleri

- Tedaviye yanıt alınmaması
- Anjiyoödemde belirtilerin 24 saat içinde gerilememesi veya solunum sıkıntısının devam etmesi
- Yineleyen anjiyoödem varlığı

**Kaynakça**

1. Soter N, Kaplan A. Urticaria and Angioedema. In: Fitzpatrick's Dermatology In General Medicine (Eds: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz S) 6th edition, 2003, McGraw-Hill, New York., p 1129 – 1138.
2. Dibbern DA. Urticaria: Selected Highlights and Recent Advances. Med Clin N Am 2006; 90: 187–209.

TASLAK



# ÇOCUKLARDA DÖKÜNTÜLÜ HASTALIKLAR - 2012

## BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Çocukluk çağında sık görülen, çoğu virüslerle oluşan, deride çeşitli tipte döküntülerle, kimi zaman da ateşle giden hastalıklardır. Başlıcaları kızamık, kızamıkçık, kızıl, suçiçeği, beşinci hastalık (eritema enfeksiyozum) ve altıncı hastalık (roseola infantum)'tır. Döküntü, ayrıca birçok sistemik, alerjik ve bulaşıcı hastalığa eşlik edebilir.

### Tanı

Öykü ve fizik inceleme birçok olgu için tanı koydurucudur.

### Öykü

- Yaş
  - Yakınmaların süresi
  - Döküntü dışında başka yakınma olup olmadığı, varsa neler olduğu (ateş, burun akıntısı, baş ağrısı, boğaz ağrısı, gözlerde kızarıklık, ışıktan rahatsız olma, öksürük, kaşıntı, eklem ağrısı, kusma, karın ağrısı)
  - Döküntünün özellikleri, diğer belirtiler ortaya çıktıktan sonra kaçınıcı günde başladığı, kaç gündür var olduğu, nereden başladığı, nereye yayıldığı, rengi, büyüklüğü
  - Temas öyküsü
  - Aşılama durumu
- sorulmalıdır.

### Fizik İnceleme

- Genel görünüm
- Ateş
- Döküntünün özellikleri (makülopapüler, veziküler, yaygın, basınca solup solmama, birleşme özelliği, rengi, simetrik olması)
- Döküntünün yerleşimi (ilk başlama yeri, yayılımı, döküntünün yoğun olduğu ya da hiç görülmediği yerler)
- Lenf düğümü büyümesi olup olmadığı, varsa yerleşimi (ön servikal, postauriküler, subokspital gibi)
- Ağız ve boğaz incelemesi (Koplik lekesi, yumuşak damakta enanem, tonsillerin görünümü, çilek dili)
- Gözlerin görünümü (konjonktivit)
- Saçlı deri (lezyon olup olmadığı)

**Döküntülü hastalığı olan çocuklar döküntü süresince gebelerden uzak tutulmalıdır.**

**Döküntülü hastalıkların bildirim zorunludur.**



**Tablo: Çocukluk çağında sık görülen döküntülü hastalıklar**

Hastalık	Kuluçka Süresi (Gün)	Bulaştırıcılık Süresi	Eşlik Eden Belirtiler	Döküntünün Yeri	Döküntünün Özelliği	Döküntünün Süresi	Laboratuvar Bulguları	Tedavi	Korunma	Komplikasyon	Sevk
<b>Kızamık</b>	9-14	Döküntüden 2-4 gün önce ve 2-5 gün sonraya dek	Koplik lekesi, ateş, nezle, öksürük, konjonktivit, ışığa bakamama (fotofobi)	Saçlı deri sınırında başlar, gövde, kol ve bacaklara yayılır	Makülopapüler döküntü, birleşme özelliğindedir, kahverengileşerek kaybolur	Belirtilerden 3-5 gün sonra başlar, 5-7 gün sürer	Lökopeni, Kızamık özgül IgM	Ateş için parasetamol (40-60 mg/kg/gün, 4 dozda, ağızdan) A vitamini *	12. ayını bitiren ve ilkököl 1. sınıftaki çocuklarda kızamık, kızamıkçık ve kabakulak aşısı (KKK) yapılmalıdır.	Pnömoni, sinüzit, kulak enfeksiyonu, larenjit, ensefalit, uzun dönemde SSPE	Ağır pnömoni, ensefalit, larenjit
<b>Kızamıkçık</b>	14-21	Döküntü başladıktan sonra 7 gün, konjenital kızamıkçıkta bir yıl	Hafif ateş, baş ağrısı, hâlsizlik, postauriküler ve suboksipital LAP	Yüzde başlayıp, boyun, gövde, kol ve bacaklara yayılır	Makülopapüler, pembe	Belirtiler başladıktan 1-2 gün sonra başlar, 3 gün kadar sürer	Normal ya da hafif lökopeni, kızamıkçık özgül IgM	Ateş için parasetamol (40-60 mg/kg/gün, 4 dozda, ağızdan)	12. ayda Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak (KKK) aşısı	Seyrek olarak eklem ağrısı, artrit, ensefalit, trombositopeni, purpura	Ensefalit, trombositopeni
<b>Kızıl</b>	2-5	Belirtilerden 24 saat öncesinden, 2-3 hafta sonrasına dek (Tedavi alıyorsa 24 saat sonra bulaşıcılık sona erer)	Sıklıkla 3 yaştan büyük çocuklarda görülür. Ateş, boğaz ağrısı, baş ağrısı, çilek dili, damak ve küçük dilde peteşiler, pastia çizgisi, servikal LAP	Koltuk altı ve kasıklardan tüm bedene yayılır. Yüzde ve alında kızarıklık, ağız çevresinde solukluk	Yaygın, pembe-kırmızı, basınca solan, toplu iğne başı görünümünde	Belirtilerin ikinci günü başlar, bir hafta sürer	Lökositoz, boğaz kültürü	Ateş için parasetamol (40-60 mg/kg/gün, 4 dozda, ağızdan) Penisilin V 50.000-100.000 ü/kg/gün, 3 dozda, ağızdan, 10 gün Benzatin Penisilin tek doz, kas içine	-	Sinüzit, kulak enfeksiyonu, mastoidit, servikal adenit, retrofarengeal apse, osteomyelit, ARA, AGN	Peritonsiller-retrofarengeal apse, menenjit, septik artrit, osteomyelit

**Tablo: Çocukluk çağında sık görülen döküntülü hastalıklar (Devam)**

Hastalık	Kuluçka Süresi (Gün)	Bulaştırıcılık Süresi	Eşlik Eden Belirtiler	Döküntünün Yeri	Döküntünün Özelliği	Döküntünün Süresi	Laboratuvar Bulguları	Tedavi	Korunma	Komplikasyon	Sevk
<b>Suçiçeği</b>	10-21	Döküntüden 1-2 gün önce başlayıp döküntülerin tamamı kabuklanana dek	Ateş, hâlsizlik, iştahsızlık, baş ağrısı, kimi zaman karın ağrısı	Saçlı deri, yüz ve gövdede sık, kol ve bacaklarda nadir	Kaşıntılı, ertitamatöz maküller, içi sıvı dolu veziküllere dönüşüp kabuklanır. Aynı anda farklı yaşta lezyonlar bulunur.	Belirtilerden 24-48 saat sonra başlar, 7-10 gün sürer	İlk 72 saatte lökopeni, ardından lenfositoz	Aspirin verilmez. Ateş için parasetamol (40-60mg/kg/gün, 4 dozda, ağızdan). Kaşıntı için hidrokisizin, Asiklovir**	Suçiçeği aşısı***	Deri enfeksiyonları, ensefalit, serebellar ataksi, pnömoni, aspirin kullanılırsa Reye Sendromu	Bağışıklık yetmezliği olan hastalar, pnömoni, ensefalit
<b>Beşinci Hastalık (Eritema Enfeksiyozum)</b>	4-14	Döküntüden önce başlayıp, 1-2 gün sonrasında dek	En sık okul çağında görülür. Özgül olmayan hafif ÜSYE bulguları	Yanaklarda, kol, bacak ve gövdede	Yanaklarda tokatlanmış yüz görünümü, gövde, kol ve bacaklarda makülopapüler, dantele benzeyen, simetrik döküntüler, sıcak ve güneş ışığına maruz kalmayla yineleyebilir	Belirtilerden hemen sonra başlar.	-	Ateş için parasetamol (40-60 mg/kg/gün, 4 dozda, ağızdan)	-	Artrit, aplastik kriz	Aplastik kriz
<b>Altıncı Hastalık (Roseola Infantum)</b>	10-15	Bilinmiyor	En sık 6 ay-3 yaş arasında görülür. Yüksek ateş Genel durum iyi	Göğüste başlar, yüz, kol ve bacaklara yayılır.	Pembe, 2-3 mm, makülopapüler, basmakla solar, seyrek olarak birleşir	Ateşin 3.-5. günde aniden normale düşmesiyle ortaya çıkar, 1-2 gün sürer	Lökopeni	Ateş için parasetamol (40-60mg/kg/gün, 4 dozda, ağızdan)	-	Ateşli konvülsiyon	-

ARA; Akut romatizma ateşi, AGN; Akut glomerulonefrit, LAP ;Lenfadenopati

\* A Vitamini: Dünya Sağlık Örgütü, eksiklik olan yörelerde A vitamini kullanımı önermektedir. A vitamini, komplikasyon gelişme olasılığı olan ya da komplikasyon gözlenen olgularda, 1 yaşın üzerinde 200.000 IU, 6 ay ile bir yaş arasında 100.000 IU, ağızdan bir kez verilmelidir.

\*\* Asiklovir, 12 yaştan büyük hastalar, kronik deri ya da akciğer hastalığı bulunanlar, uzun süreli salisilat tedavisi uygulananlar, kortikosteroid kullananlar gibi orta-ağır şiddette suçıçeği geçirme tehlikesi daha yüksek olan hastalar için düşünülmelidir.

\*\*\* Suçiçeği aşısı: 12. ayını tamamlamış çocuklara, deri altına uygulanır. En az dört- hafta arayla iki kez yapılır. İkinci doz genelde 4-6 yaşta uygulanır. Sağlık Bakanlığı rutin aşı takviminde yer almamaktadır.

**Kaynakça:**

1. Krugman S. Gerson AA, Hotez PJ, Katz SL. Krugman's Infectious Diseases of Children 11.Ed. 2006.

TASLAK



# ÇOCUKLARDA İDRAR YOLU ENFEKSİYONU - 2012

## BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

İdrar yolu enfeksiyonu (İYE), enfeksiyon belirtileriyle birlikte, idrarda bakteri bulunması durumudur. İYE çocukluk çağında en sık görülen hastalıklardandır. Yapısal bozukluklar erkeklerde daha sık görüldüğünden yaşamın ilk aylarında erkek, daha büyük yaşlardaysa kız çocuklarında daha sıktır.

Çocukluk çağında İYE, belirtilerin şiddetine göre komplike (ateş  $>39,0^{\circ}\text{C}$ , hasta görünüm var, ağızdan alım iyi değil, orta-ağır dehidrate) ve komplike olmayan (ateş  $<39,0^{\circ}\text{C}$ , ağızdan alım iyi, dehidratasyon hafif ya da yok) olarak ikiye ayrılır.

### Patogenez

İYE genellikle, perinedeki bakterilerin, tırmanıcı olarak, üretra üzerinden idrar yoluna ulaşması sonucunda oluşur. Üç aydan küçük çocuklarda kan yoluyla yayılım olabilir. En sık İYE yapan bakteri E. coli'dir. Daha az sıklıkla Klebsiella, Proteus, enterekok ve yenidoğanda B grubu streptokok da etken olabilir.

### Tanı

#### Klinik Bulgular

Hastanın yaşına göre değişir.

Yenidoğan Dönemi: Ateş ya da hipotermi, emmeme, kilo alamama, huzursuzluk, kusma, ishal, uzamış sarılık, morarma ve sepsis bulguları görülebilir.

2 Ay - 2 Yaş: Ateş, iştahsızlık, kusma, ishal, yineleyen olgularda büyüme geriliği ve kötü kokulu idrar görülür.

2 Yaş Üstü: Ateş, işerken yanma(dizüri), işeme bozuklukları (sık idrara çıkma, idrara zor yetişme, idrar kaçırma), suprapubik bölgede ağrı, böğür ağrısı ve yineleyen olgularda büyüme geriliği görülür.

Ergenlik dönemi: İYE daha çok sistit olarak görülür. (Bk. Erişkinlerde İdrar Yolu Enfeksiyonu Rehberi)

### İdrar İncelemesi

#### Tam İdrar İncelemesi

İdrarın steril koşullarda toplanması gerekmez. Ancak idrar örneği alındıktan sonra bir saat, olanak varsa 30 dakika içinde incelenmelidir. İdrar çubuğuyla idrarda lökosit esterazı ve nitrit bakılabilir; birinin pozitif olması İYE'yi destekler, ikisinin pozitif olması İYE'yi kuvvetle düşündürür. İdrar ayrıştırıldıktan (santrifüj) sonra mikroskopta büyük büyütmede (x40) her alanda ortalama en az 5 lökosit görülmesi piyüri olarak nitelenir; piyüri(idrarda irin varlığı) İYE göstergesi olarak kabul edilir. Ek olarak lökosit kümelerinin var olması İYE tanısını destekler.

### Geliştirilmiş İdrar İncelemesi

Ayrıştırılmamış (santrifüj edilmemiş) idrarda lökosit sayma camında mm<sup>3</sup> te 10 ve üzerinde lökosit varlığı piyüri olarak nitelenir. Ayrıştırılmamış idrarla yapılan yaymanın gram boyamasında yağlı (immersiyon) büyütmede (x100) her 10 alanda en az bir bakteri görülmesi bakteriüri olarak değerlendirilir ve genellikle kültürde 100. 000/ mL ve üzerinde üremeyle uyumludur.

İYE için altın standart, uygun alınmış idrar örneğinde yeterli sayıda bakteri üremesidir:

- **Torba İle İdrar Alma:** Torba steril olsa bile yanlış pozitif sonuç olasılığı %85'tir. Bu nedenle, torba örneğinin kültüründeki üreme değerlendirmeye alınmamalıdır; ancak, kültürde üreme olmaması İYE'nin olmadığını gösterir.
- **Suprapubik aspirasyon ya da steril kateterle alınan idrar:** Büyük çocuklarda da orta akım idrarı örnekleri kültür için uygundur.

Uygun koşullarda alınmış **orta akım idrarı** örneğinde 10<sup>5</sup> koloni/ml, steril kateter örneğinde 10<sup>4</sup> koloni/ml, suprapubik aspirasyonla alınan örnekte 10<sup>3</sup> koloni/ml tek tip bakteri üremesi kesin tanı koydurucudur. İdrar kültürü yapılamayan durumlarda, idrarın mikroskopik incelemesinde piyüri ve bakteriürinin birlikte saptanması İYE tanısını kuvvetle düşündürür.

### Komplikasyonlar

- Böbrekte nedbe oluşumu
- Hipertansiyon
- Uzun dönemde ve yineleyen İYE sonrası kronik böbrek hastalığı

### Tedavi

Amaç hızlı, uygun tanı ve tedaviyle hastalığı iyileştirmek ve uzun dönemde gelişebilecek kalıcı renal parankim zedelenmesi, hipertansiyon ve böbrek yetmezliği komplikasyonlarını önlemektir. İYE'nin %30-50 olasılıkla yineleyebileceği unutulmamalıdır. Tedavide izlenecek yol hastanın yaşı ve özelliklerine göre belirlenir.

Yaşamın ilk iki ayındaki bebekler hastaneye yatırılarak ve antibiyotikler toplardamar yoluyla verilerek tedavi edilmelidir. Bu bebekler aynı zamanda sepsis gibi değerlendirilmeli, ayrıca menenjit olasılığı da göz önüne alınmalıdır. Bu bebeklerin tedavisinde, genelde ampisilin yanı sıra bir aminoglikozit (ön sırada gentamisin) ya da üçüncü kuşak sefalosporin kullanılabilir.

**Tablo: İki aylıktan büyük çocuklarda antibiyotik tedavisi:**

Toplardamar ya da Kas İçine		Ağızdan Tedavi	
<b>İlk Seçenek</b>		<b>İlk seçenek</b>	
Seftriakson	50-75 mg/kg/gün	Trimetoprim-sulfametoksazol	8 mg/kg/gün, 2 dozda*
<b>İkinci Seçenek:</b>		<b>İkinci Seçenek:</b>	
Amikasin	15-22,5 mg/kg/gün, 3 dozda	Sefalekssin	75-100mg/kg/g, 3-4 dozda
Tobramisin	5-7,5 mg/kg/gün, 3 dozda	Sefaklor	20 mg/kg/gün, 2-3 dozda
Gentamisin	5-7,5 mg/kg/gün, 3 dozda	Sefadroksil	30 mg/kg/gün, 1 -2 dozda
		Sefuroksim	20-40 mg/kg/gün, 2 dozda
		Sefiksım	8 mg/kg/gün, 1-2 dozda
Klinik bulgular düzeldikten sonra ağızdan tedaviye geçilebilir.			
Tedavi 14 güne tamamlanır			Tedavi süresi 14 gündür.

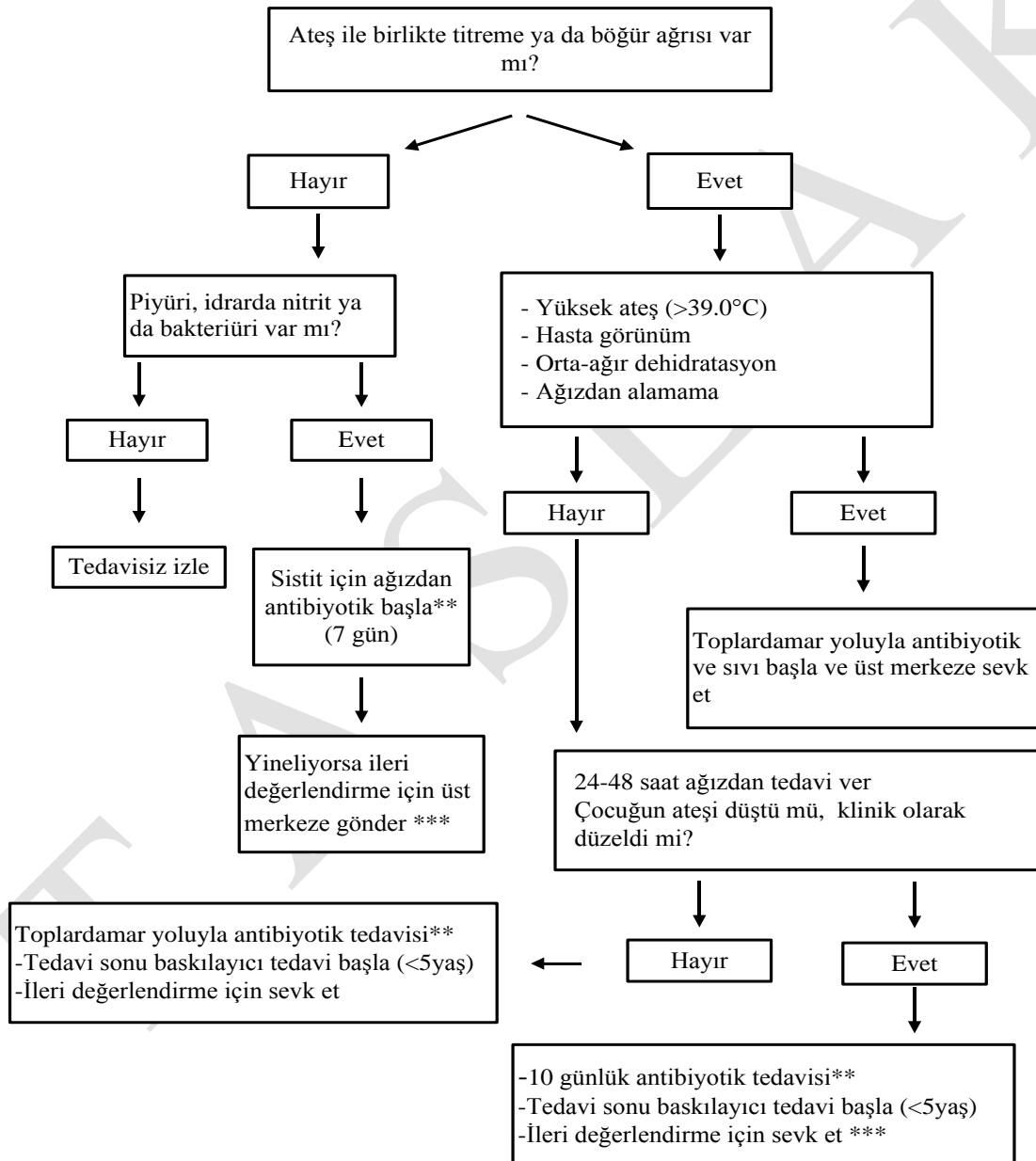
\*TMP/SM direnci söz konusu olabileceğinden kültür yapılamayan olgularda tedavinin 2-3. günlerinde yapılan değerlendirmelerde, yanıt alınmadıysa başka ilaca geçilmelidir.

## Baskılayıcı Tedavi

- 2 yaşın altında ateşli ilk İYE'den sonra ileri incelemeler yapılana değin
- Yineleyen İYE'de ileri incelemeler yapılana değin geceleri bir kez trimetoprim/sulfametoksazol (2 mg/kg/gün trimetoprim dozuyla) ya da nitrofurantoin (2 mg/kg/gün)
- İleri incelemeler yapıldıktan sonra, yineleyen İYE (6 ayda 2 ya da 12 ayda 3 kez ) ya da veziköüretal reflü gibi böbrek yapısal bozukluğu, taş gibi göllenme oluşturan durumlar varsa ilaç profilaksisi verilebilir.

İdrar yolu enfeksiyonu geçiren çocuklarda ileri inceleme gereklidir.

## Şema: İki Aydan Büyük Çocuklarda İdrar Yolu Enfeksiyonu Tedavi ve İzlemi \*



\* Birinci basamak hizmeti veren birimlerin çoğunda idrar kültürü yapılamadığı dikkate alınarak hazırlanmıştır.

\*\* Tedavi bitiminden 48 saat sonra idrar incelemesi ve olabilirse kültür ile iyileşmeyi değerlendirir.

\*\*\* 5 yaşın altında tüm ateşli idrar yolu enfeksiyonları ve yineleyen sistit olgularının (veziköüretal reflü gibi yapısal bozuklukları dışlamak amacıyla) ileri değerlendirme için sevk edilmesi gereklidir.

**Kaynakça**

1. Chang SL, Shortliffe LD. Pediatric Urinary Tract infections . *Pediatr Clin N Am* 2006; 53: 379-400.
2. The diagnosis, treatment and evaluation of the initial urinary tract infection in febrile infants and young children. Clinical practice guidelines. Consensus report of AAP. *Pediatrics*. 2009; 103 (4): 843-52.

TASLAK



# İSHAL VE DEHİDRATASYON (BEŞ YAŞINDAN KÜÇÜK ÇOCUKLARDA) - 2012

## BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

İshal, dışkının normalden daha sulu ve (6 aydan büyük çocuklarda) günde en az üç kez yapılması durumudur. Sık, ancak normal kıvamda dışkılama ishal olarak kabul edilmez. Ayrıca, anne sütü ile beslenen bebekler normalden daha sık ve yumuşak dışkılayabilir.

Beş yaşından küçük çocuklarda ishalin en önemli tehlikesi, vücuttan hızla çok miktarda su ve tuz kaybı sonucu ölümdür. İshal kronikleşirse beslenme bozukluğuna neden olabilir. İyi beslenemeyen çocuklarda ishal daha sık görülür ve daha ağır seyreder.

**Akut ishal**, 14 günden kısa süren ishaldir. Nedeni, çoğu kez bir enfeksiyondur.

**İnatçı (persistan) ishal**, akut ishalin bağırsak epitelini iyileşmesindeki gecikme nedeniyle 14-30 gün sürmesi durumudur.

**Kronik ishal**, bir aydan uzun süren ishaldir.

**Dizanteri**, ağrılı dışkılama (tenesm) ile birlikte dışkıda kan ve mukus (beyaz küre varlığıyla) görülmesidir.

### Tanı

#### Öykü

Öyküde ateş, ishal süresi, dışkı sayısı, dışkıda kan görülüp görülmediği, kusma, beslenmenin bozulup bozulmadığı, hastanın son kez ne zaman idrar yaptığı sorulmalıdır.

#### İshalli Hastaya Yaklaşım

- Dehidratasyon önlenmeli, varsa tedavi edilmelidir.
- Dizanteri ve inatçı (persistan) ishalde uygun yaklaşım sağlanmalıdır.
- İshalli dönem ve sonrasında uygun beslenme sağlanmalıdır.

#### Dehidratasyon Değerlendirmesi

##### Gözlem:

Dehidratasyon Derecesi	Dehidrate değil	Hafif-orta dehidrate	Ağır dehidrate
Genel durum	İyi, canlı, hareketli	Huzursuz	Uykuya eğilim var ya da bilinci kapalı
Göz küreleri	Normal	Çökük	Çok çökük ve kuru
Gözyaşı	Var	Yok	Yok
Ağız ve dil	Islak, nemli	Kuru	Çok kuru
Susama	Yok	Susamış, istekle içiyor	Suyu içemiyor



## İnceleme:

Dehidratasyon Derecesi	Dehidrate değil	Hafif-orta dehidrate	Ağır dehidrate
<b>Turgor</b>	Normal	Eski haline yavaş dönüyor (1 saniyeden uzun)	Eski haline çok yavaş dönüyor (2 saniyeden uzun)
<b>Nabız</b>	Normal	Normal	Hızlı ve zayıf
<b>Kan basıncı</b>	Normal	Normal	Düşük

## Tedavi

İshalli çocuklarda dışkılamayı azaltıcı ya da kusmayı önleyici ilaçlar kesinlikle kullanılmamalıdır.

### Evde İshal Tedavisi

Anneye aşağıdaki gibi öğretilir:

- Bol sıvı verin: Her sulu dışkıdan sonra, hasta 2 yaşın altındaysa 1 çay bardağı (100 ml), 2 yaşın üstündeyse 1 su bardağı (200 ml).
- Bebek emiyorsa anne sütü vermeyi sürdürün ve daha sık emzirin. Altı aydan küçükse ve yalnızca anne sütü alıyorsa, emzirmenin yanı sıra, içmek isterse kaynatılmış ılık su verilebilir.
- Bebek anne sütü almıyorsa her zaman aldığı yiyecekleri vermeyi sürdürün.
- Ek besin alıyorsa, sulu yiyecekler, çorba, yoğurt, yoğurtlu pirinç çorbası, iyi pişmiş yağsız et, balık, patates püresi, muz ve taze sıkılmış meyve (şeftali, elma, havuç) suyu verilebilir.
- Daha kısa aralıklarla azar azar günde en az altı öğün besleyin.
- İshal geçtikten sonra da iki hafta süre ile ek öğün verin.

Koltuk altından ölçülen ateş 38,0°C'den yüksekse parasetamol 10-15 mg/kg/doz, 4-6 saat arayla, en çok 60 mg/kg/gün verin.

## İzlem

### Hastanın Yeniden Getirilmesini Gerektiren Durumlar

- İshal üç gün içinde düzelmemişse
- Çok sulu ishal varsa
- Dışkıda kan görülmeye başlamışsa
- Ateş ortaya çıkarsa
- Ağızdan besin alamıyorsa
- Aşırı kusma varsa

### Ağızdan Sıvı Tedavisi (AST)

- Oral Rehidratasyon Sıvısını(ORS) 75-100 ml/kg 4-6 saat içinde verin ORS nasıl vereceğini anneye sağlık kurumunda öğretin. İki yaşından küçük çocuklarda 1 tatlı kaşığı/dk., iki yaşından büyük çocuklarda bardaktan yudum yudum vererek ilk uygulamayı gösterin. Hasta kusarsa 10 dakika bekleyip daha yavaş bir hızla (1 tatlı kaşığı/2 dk.) yeniden deneyin. Bu süre içinde çocuk, istediği zaman emzirilir. Altı aylıktan küçük ve emzirilmeyen bebeklerde, hipernatremi tehlikesini önlemek için ORS'ye ek olarak 100-200 ml kaynatılmış soğutulmuş su verilmesi önerilir.
- 4-6 saatin sonunda dehidratasyon bulgularını yeniden değerlendirin:
  - Dehidratasyon düzelmişse hasta ORS tedavisini evde sürdürmek üzere gönderilir. İshal ve su kaybı sürebileceği için, anneye iki gün yetecek kadar ORS paketi verilir ve her sulu dışkıdan sonra, 2 yaşın altında 1 çay bardağı, 2 yaşın üzerinde 1 su bardağı ORS ve normal suyun dönüşümlü olarak verilmesi önerilir.
  - Dehidratasyon bulguları sürüyorsa ORS tedavisi sürdürülür.

### **Ağır Dehidratasyonlu ocuğa Yaklaşım**

Toplardamar içine sıvı verme yoluyla tedavi olanağı varsa;

- Yükleme tedavisi, 100 ml/kg laktatlı ringer ya da fizyolojik serumla yapılır:
  - Sıvının 20 ml/kg'lık miktarı 1 yaşın altındaki çocuklarda 60 dakika, 1-5 yaş arasındaki çocuklarda 30 dakika içinde verilir.
  - Sıvının 80 ml/kg'lık miktarı 1 yaşın altındaki çocuklarda 5 saat, 1-5 yaş arasındaki çocuklarda 2,5 saat içinde verilir.
- Yükleme tedavisinin sonunda hasta yeniden değerlendirilir, düzelme yoksa yükleme tedavisi bir kez daha uygulanır.
- ocuk ağızdan alabilir duruma gelir gelmez, toplardamar yoluyla sıvı tedavisine ek olarak 5 ml/kg/saat olacak biçimde ORS tedavisi başlanır.
- Damar yoluyla yapılan sıvı tedavisinin bitiminde (genellikle 4-6 saat sonra) ocuk yeniden değerlendirilir. Dehidratasyon düzelmemişse ORS tedavisi gözlem altında sürdürülür. Ağır dehidratasyon sürüyorsa damar yoluyla sıvı tedavisi yinelenir ve hastanın uygun bir merkeze sevk edilmesi planlanır.

Damar yoluyla sıvı verilmesi 30 dakika içinde sağlanamamışsa;

- Nazogastrik sonda takılarak 20 ml/kg/saat (6 saatte toplam 120 ml/kg) ORS verilir.
- ocuk 1-2 saatlik aralarla yeniden değerlendirilir. Kusma ya da karın şişliği varsa sıvı daha yavaş verilir.
- Dehidratasyonu  saatte düzelmeyen, sürekli kusma ya da karın şişliği olan hastalar damar yoluyla sıvı tedavisi için uygun bir merkeze sevk edilir.
- Altıncı saatin sonunda hasta yeniden değerlendirilir: Dehydrate ise ORS verilir, dehidratasyon dzelmişse ORS tedavisini evde sürdürmek üzere gönderilir.

### **İnatçı (Persistan) İşhali Olan ocuğa Yaklaşım**

- Dehidratasyon varsa tedavi edilir.
- Ek bir hastalık varsa tedavi edilir.
- Vitamin ve mineralden zengin beslenme önerilir.
- Beşinci gün yapılan değerlendirmede, ishal sürüyorsa uygun bir merkeze sevk edilir.

### **Dizanterili ocuğa Yaklaşım**

- Dehidratasyon varsa tedavi edilir.
- Dışkısında kan olan, iki aydan kk tüm hastalar uygun bir merkeze sevk edilir.
- Trimetoprim 8-12mg/kg/gün dozuyla ko-trimoksazol iki dozda ağızdan başlanır ve hasta iki gün sonra değerlendirilmek üzere çağrılır.
- İkinici gün değerlendirmesinde düzelme (dışkıdaki kan miktarında azalma, dışkı sayısında azalma, ateşin düşmesi, karın ağrısının azalması, iştahın düzelmesi gibi) varsa, antibiyotik tedavisinin beş güne tamamlanması istenir.
- Ko-trimoksazol ile tedaviye yanıt vermeyen, çocuklarda sefiksim 8 mg/kg/gün, bir ya da iki dozda başlanır ve iki gün sonra değerlendirilmek üzere çağrılır. Düzelme varsa tedavi 5 güne tamamlanır.

- Düzelmeye yoksa, amipli dizanteri düşünülerek metronidazol tedavisi başlanır. Bu tedavi ile yine düzelmeye yoksa uygun bir merkeze sevk edilir.
- Amipli dizanteri o yörede yaygınsa metronidazol ile tedaviye hemen başlanabilir

### **Sevk Ölçütleri**

- Ağızdan alamayan, ememeyen, sık kusan, konvülsiyon geçiren, uykuya eğilimli ya da dalgınlığı olan, başvuruda ağır dehidratasyonu olan
- ORS tedavisi sırasında ağır dehidratasyon bulguları gelişen, saatte birden çok dışkılayan, saatte üçten çok kusan, karında şişlik gelişen
- Ağır beslenme bozukluğu olan
- İshalle birlikte ağır pnömoni ya da menenjit düşünülen
- İki aydan küçük olan
- İshali 14 günden uzun süren ve yanı sıra dehidratasyonu olan
- İnatçı (persistan) ishali olan, gerekli önerilere karşın beşinci günde düzelmeyen
- Bir yaşından küçük olan ve dizanterisi iki gün sonra yapılan değerlendirmede düzelmeyen
- Ko-trimoksazol, sefiksim, metronidazol tedavisine karşın dizanterisi düzelmeyen
- İshali 1 aydan uzun süren çocuklar,

uygun bir merkeze sevk edilmelidir.

### **Kaynakça**

1. Greenbaum LA. Pathophysiology of body fluids and fluid therapy. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, eds. Nelson Textbook of Pediatrics, 17th ed. Philadelphia: Saunders, 2004: 250-1
2. Khanna R, Lakhanpaul M, Burman-Roy S, Murphy MS; Guideline Development Group and the technical team. Diarrhoea and vomiting caused by gastroenteritis in children under 5 years: summary of NICE guidance BMJ. 2009;338:b1350.



# BEL AĞRISI- 2012

## BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Bel ağrısı, iş gücü ve geçici veya kalıcı işlev kaybına neden olduğundan toplumların temel sağlık sorunlarından birisidir. Gelişmiş ülkelerde nüfusun %60-80'i yaşamının bir döneminde bel ağrısı ile karşılaşır.

### Risk Etmenleri

Bel ağrısı nedenleri çeşitlidir; ancak bel ağrılarının %80-90'ı mekanik (kas zorlanması, disk hernisi, spondilolistezis) veya dejeneratif (osteoartrit, spinal stenoz) kaynaklıdır. Ayırıcı tanıda osteoporotik kompresyon fraktürleri, enflamatuvar romatizmal hastalıklar, tümörler, enfeksiyonlar, doku romatizmaları (miyofasyal ağrı sendromları, fibromiyalji) düşünülmelidir. Mekanik bel ağrılarının ortaya çıkışında ağır yaşam koşulları, beden mekaniklerinin yanlış kullanımı, halter, futbol, güreş gibi spor etkinlikleri, sigara, obezite, ağır fiziksel etkinlik gerektiren meslekler gibi etmenlerin rol oynadığı gösterilmiştir.

### Tanı

Tanıya ayrıntılı anamnez, fizik inceleme ve yardımcı tanı yöntemleri (laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri) ile gidilir.

Mekanik veya dejeneratif bel ağrısından farklı klinik özellikler gösteren hastalar, ileri tanı ve tedavi için sevk edilmelidir.

### Belirti ve Bulgular

- Bel ağrısı veya bacak ağrısı
- Hareket kısıtlılığı
- Bacaklarda uyuşma, karıncalanma, güçsüzlük
- İdrar veya dışkı kaçırma
- Genel yakınmalar (ateş, halsizlik, kilo kaybı gibi)

### Öykü

**Ağrı Sorgulaması:** Başlangıcı, sıklığı, süresi, yeri, yayılımı, derin veya yüzeysel oluşu, ağrıyı başlatan, artıran veya azaltan etmenler, niteliği (künt, zonklayıcı gibi), ağrının niceliği, ağrıyla birlikte bulunan belirtiler, hastanın daha önce aldığı tedaviler değerlendirilmelidir.

Mekanik kaynaklı bel ağrılarında, ağrı dinlenme ile azalır, fiziksel etkinlikle artar, sabah tutukluğu yoktur veya kısa (5-10 dk.) sürelidir. Enflamatuvar bel ağrılarında ise ağrı dinlenme ve sıcak uygulamayla artar, fiziksel etkinlikle azalır, en az bir saat sabah tutukluğu eşlik eder, ağrı uykudan uyandırabilir. Gece uykudan uyandıran ağrı çoğu zaman ciddi bir nedene (kanser ağrısı gibi) bağlı olabilir.

## Fizik İnceleme

Sistemik fizik inceleme yapılmalıdır. Ayrıca bel bölgesi kas iskelet sistemi ve nörolojik inceleme üzerine yoğunlaşılmalıdır. Nörolojik defisit varsa hasta bir üst merkeze sevk edilmelidir.

İnspeksiyonda postür ve deri değerlendirilir. Palpasyonda paravertebral spazm, spinöz çıkıntı palpasyonunda duyarlılık, sakroiliyak eklem basısı değerlendirilir. Bel hareket açıklığına bakılır. Siyatik ve femoral germe testi yapılır. Alt ekstremitelerde motor, duyu, refleks değerlendirmesi yapılır.

## Ayırıcı Tanı

Mekanik bel ağrısının sinir kökü ağrısı ve olası ciddi spinal patolojilerden ayrımı yapılmalıdır (Tablo 1).

**Tablo 1. Mekanik Bel Ağrısında Ayırıcı Tanı Açısından Belirti ve Bulgular**

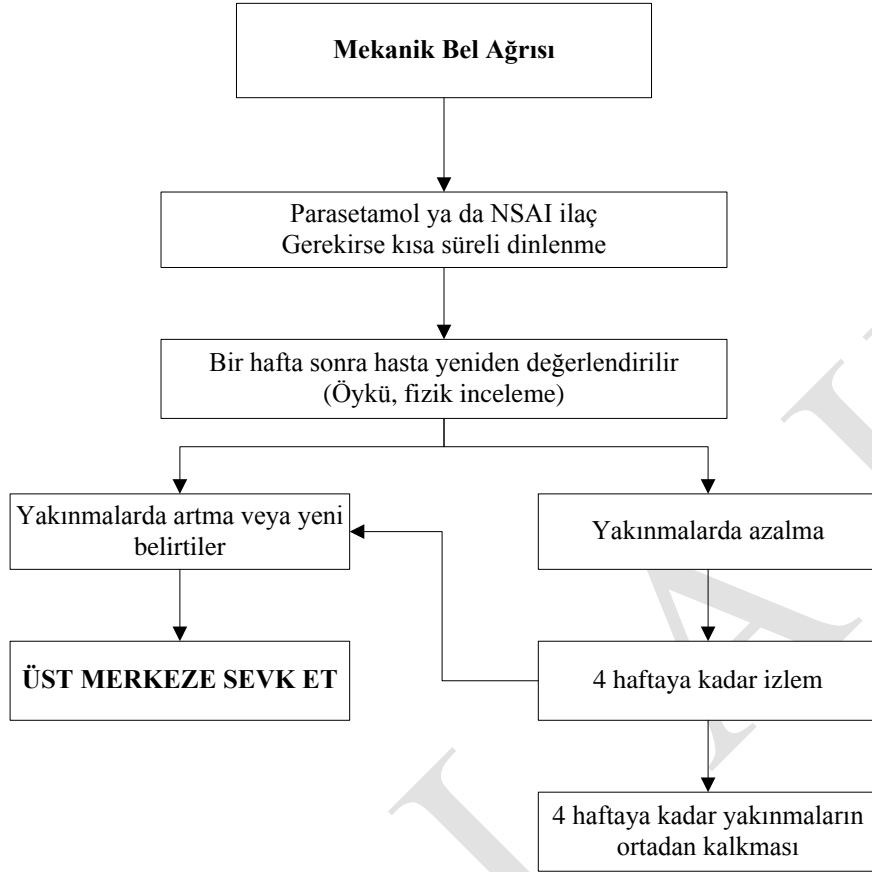
Mekanik Bel Ağrısı	Sinir Kökü Ağrısı	Olası Ciddi Spinal Patolojiler (Fraktür, Malignite, enflamatuvar ve enfeksiyöz hastalıklar)
<ul style="list-style-type: none"><li>• 20 - 55 yaş</li><li>• Ağn bel - kalça - bacağın üst kısmında</li><li>• Mekanik ağn</li><li>• Genel durum iyi</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bel ağnsından daha yoğun tek taraflı bacak ağnsı</li><li>• Ağrının ayak ve parmaklara yayılması</li><li>• Duyu, refleks, motor değişiklikler</li><li>• Pozitif sinir germe testleri</li><li>• Cauda equina sendromu (mesane, bağırsak sfinkter işlev bozukluğu, her iki bacakta nörolojik bulgular)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• &lt;20 - &gt;55 yaş</li><li>• Mekanik olmayan ağn</li><li>• Gece ağnsı</li><li>• Torasik ağrı</li><li>• Malignite öyküsü</li><li>• Kilo kaybı</li><li>• Ateş</li><li>• Yapısal deformite</li><li>• Yaygın nörolojik bulgular</li></ul>
<b>TEDAVİ ET</b>	<b>ÜST MERKEZE SEVK ET</b>	<b>ÜST MERKEZE SEVK ET</b>

## Tedavi

Mekanik bel ağrısı tedavisinde temel ilke ağrıyı azaltmak, bele hareket yetisi kazandırmak, kişiyi gündelik yaşamına döndürmektir. Mekanik nedenli ağrıların çoğu hiçbir tedavi olmadan da zaman içinde kendiliğinden düzelmeye eğilimindedir (Şekil 1).

- 1. İlaç Tedavisi:** Basit analjezikler (parasetamol), steroid olmayan antiinflamatuvar (NSAI) ilaçlar, paravertebral kas spazmı varsa kas gevşeticiler 7-10 gün süre ile verilmelidir.
- 2. Dinlenme:** Yatakta dinlenmenin kısa süreli (2-3 gün, en fazla bir hafta) tutulması önemlidir. İntradiskal basınç ve paraspinal kas ve ligamanlar üzerinde yüklenmeyi azaltmak belirtilerin iyileşmesine yardım eder. Disk herniasyonu dışındaki mekanik bel ağrılarında yatakta dinlenmenin etkinliğini gösteren bilimsel veri yoktur.
- 3.** Hasta günlük etkinlikler için cesaretlendirilmeli, risk etmenleri ve genel fizik kondisyonunun sağlanması için bilgilendirilmelidir.
- 4.** Akut ağrılı dönem sona erince uygun egzersize başlanmalı, aşırı fiziksel ve sportif etkinlikler kısıtlanmalıdır.

## Mekanik Bel Ağrısının Tedavisinde Akış Çizelgesi



### İzlem

İzlem süresi 1-4 haftadır.

### Sevk Ölçütleri

- Bel ağrısı eşliğinde ateş, kilo kaybı varsa veya genel durum kötüyse
- Şiddetli bir travma varsa
- Mesane veya bağırsak sfinkter kontrolüyle ilgili sorun varsa
- Nörolojik defisit varsa
- Mekanik kaynaklı olmayan bel ağrısı ya da ayırıcı tanıda sorun varsa hasta üst merkeze sevk edilmelidir.

### Kaynakça

1. Berker E. Bel Ağrılarında Tanıya Kısa Bakış. J Phys Med Rehab. 2001; 1:1-3.
2. Guidelines for the Management of Acute Low Back Pain. Royal College of General Practitioners. 1998; 6:253-4.
3. Low Back Pain. Cann CC ed. Griffith's 5 Minute Clinical Consult. Baltimore: Williams & Wilkins; 1998; 626-9.
4. Acute and Chronic Low Back Pain. Effective Health Care. 2000; 6:1-8.
5. Casey PJ, Neinstein JN. Low Back Pain Pwdoly S, Harris ED, Sledge CB eds. Kelley's Textbook of Rheumatology, 6th ed. Philadelphia: Saunders. 2001; 509-23.

6. Borenstein DG. Low Back Pain. Klippel JH, Dieppe PA eds. Rheumatology. Philadelphia: Mosby; 1998; 4:3.1-26.
7. Braun J, Sieper J: Early Diagnosis of Spondyloarthritis. Nat Clin Pract Rheumatol. 2006 ;2 (10): 536-545.

TASLAK



# OSTEOARTRİT - 2012

## BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Osteoartrit (OA), eklem kıkırdağını tutan, dejeneratif, ilerleyici özellikte, zaman zaman enflamatuvar alevlenmeler gösteren, bu dönemde tedavi gerektiren, dünyadaki en yaygın eklem hastalığıdır. Tüm eklemlerde görülmekle birlikte en sık diz, kalça, omurga ve el eklemlerinde ortaya çıkar. Prevalansı yaşla artar.

Hastalık iki grupta incelenir.

- 1. Birincil OA:** Hastalık oluşturacak bir etiyolojik neden yoktur. Genellikle eklem kıkırdağının normal yaşlanma süreci ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.
- 2. İkincil OA:** Kalça displazisi, kalça çıkığı, perthes hastalığı (femur başı avasküler nekrozu), femur başı epifiz kayması, geçirilmiş kalça kırığı ya da travmatik çıkığı, eklem enfeksiyonu (septik artrit sekeli), eklem içi kırıklar, eklemde enflamatuvar hastalıklar gibi birçok etiyolojik neden vardır.

### Risk Etmenleri

Etiyolojide rol oynayan etmenler:

- Hormonal etmenler
- Genetik özellikler
- Yaşlanma
- Obezite
- Travma

### Tanı

#### Semptomlar

- Hareketle artan, dinlenmekle azalan eklem ağrıları
- Uzun süre hareketsizlik sonrası ortaya çıkan ve yarım saatten kısa süren eklem tutukluğu/sertliği
- Eklemde enflamatuvar atak sırasında şişlik, sıcaklık artışı
- Radyolojik olarak osteoartrit bulgusu olan hastaların yaklaşık %50'sinde ağrı vardır.

Bu nedenle yaşlılarda ağrı yapabilecek diğer hastalıkların ayırıcı tanısı (kanser, polimiyaljiya romatika gibi) yapılmalıdır.

#### Fizik İnceleme

- Eklemde palpasyonla duyarlılık
- Krepitasyon
- Eklem hareketlerinde ağrı ve kısıtlılık
- Enflamatuvar atak sırasında eklemde sıcaklık artışı, hafif derecede effüzyon
- Eklemde instabilite, periartiküler kas atrofisi



### **Laboratuvar Bulguları**

Laboratuvar bulguları özellik göstermez. Ancak, enflamatuvar atak sırasında eritrosit sedimentasyon hızı ve CRP düzeyinde hafif/orta derecede artış görülebilir.

### **Radyolojik Bulgular**

Eklem aralığında daralma, osteofit oluşumu, subkondral skleroz (erken radyolojik bulgu), subkondral kistler.

### **Ayırıcı Tanı**

- Septik artrit
- Romatoid artrit
- Gut, psödogut
- Psöriatik artrit
- Fibromiyalji
- Yansıyan ağrı

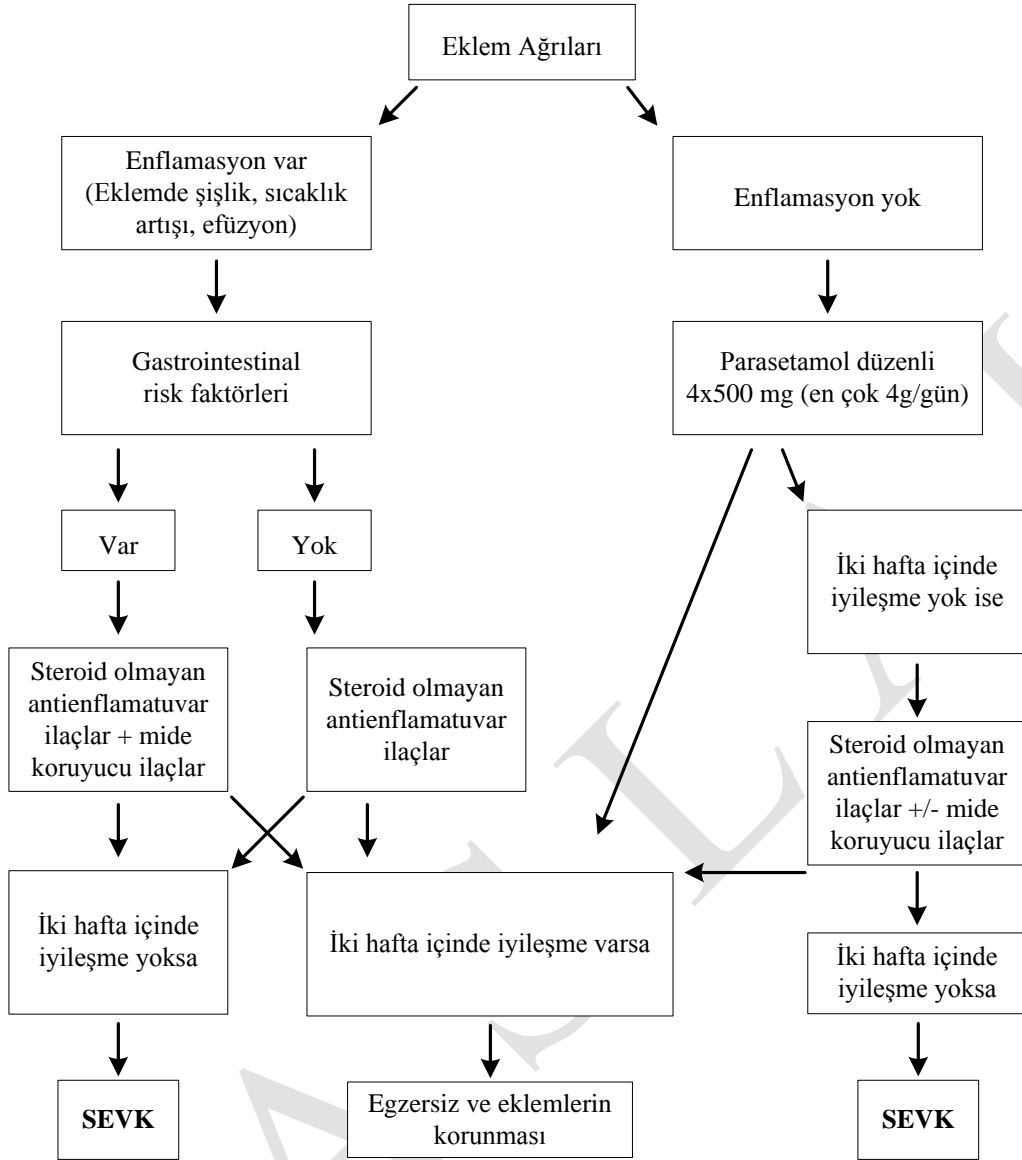
### **Tedavi**

Tedavide amaç, ağrıyı azaltmak ve eklem hareketliliğini artırarak yaşam niteliğini yükseltmektir.

Bu amaçla öncelikle basit ağrı kesiciler, steroid olmayan antienflamatuvar (NSAI) ilaçlar kullanılabilir. Son yıllarda ağız yolundan kullanılabilen glukosamin ve kondroitin sülfat bileşiklerinin hastalık gidişini yavaşlatabildiği yönünde çalışmalar vardır. Eklem içi hyaluronik asit enjeksiyonlarının, lubrikasyonu ve eklem kıkırdağının beslenmesini artırıp belirtileri azaltarak yaşam niteliğini düzelttiğine ilişkin iddialar henüz yeterince kanıtlanmış değildir.

İlaç dışı tedavi en az ilaç tedavisi kadar önemlidir. Fizik tedavi egzersizlerinin veya ev egzersizlerinin uygulanması tedavi açısından önemlidir. Aralıklı da olsa fizik tedavi programlarının uygulanması, hastaların ilaç gereksinimlerini azaltması bakımından önemlidir.

## Osteoartritte İlaç Tedavisi:



### NSAI İlaç Kullanımının Gastrointestinal Sistem Yan Etkileri Açısından Risk Etmenleri

- 65 yaş ve üzerinde olmak
- Geçirilmiş peptik ülser öyküsünün olması
- Geçirilmiş üst gastrointestinal sistem kanaması öyküsünün olması
- Antikoagülan veya glukokortikoidlerin kullanılması
- Eşlik eden başka bir hastalığın olması

## **Basit Ağrıkessiciler (Parasetamol, Aspirin) ve NSAI İlaçların Kullanımında Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar**

- Kronik alkol kullanımı ve karaciğer hastalığı, parasetamol toksisitesini artırır.
- NSAI ilaçlar sıklıkla gastrointestinal sistem hasarına yol açabilirler. Bu sorunlar hastaların yarısında hiçbir ön belirti vermeden başlayabilir.
- Aktif ülseri olan hastalarda NSAI ilaçlar kontrendikedir.
- NSAI ilaçlar, karaciğer, böbrek, kalp damar sistemi ve akciğer (KOAHA,astım) hastalıklarında dikkatli kullanılmalıdır.
- Aynı anda birden fazla NSAI ilaç kullanılmamalıdır.
- NSAI ilaçların antikoagülanlar, lityum (atılımını azaltarak toksik etki), anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri(ADEi), diüretikler (böbreklere toksik etki) ve antihipertansifler ile etkileştikleri unutulmamalıdır.
- NSAI ilaçlara kullanımına olanaklı en düşük dozda ve en çok 3 hafta için başlanmalı, uzun süreli tedavi ve yüksek dozlardan kaçınılmalıdır.
- Yaşlı hastalarda yarılanma ömrü kısa olan NSAI ilaçlar tercih edilmelidir.
- Kullanılan NSAI ilacın etkili olup olmadığına karar vermek için en az bir haftalık bir kullanım süresine gereksinim vardır.

## **İlaç Dışı Tedavi**

- Hasta eğitimi (örneğin, diz ve kalça osteoartritte eklem binen yükü azaltmak için sağlam tarafta baston kullanımı, bulunulan ortamlarda merdiven yerine asansörün tercih edilmesi, yerde diz üstü durmak, bağdaş kurmak gibi aktivitelerden kaçınılması, alçak olmayan tuvalet oturaklarının tercih edilmesi), psikolojik destek
- Kilo verme (obez hastalar için)
- Egzersiz (düzenli olarak haftada 3 gün 30-45 dakika yürüme, eklem çevresi kaslarını güçlendirme egzersizleri, normal eklem açıklığı egzersizleri, aerobik egzersizler)
- Enflamatuvar atak döneminde dinlenme, soğuk uygulama ve elastik bandaj
- Kronik dönemde bölgesel sıcak uygulama
- Eklemlerin zorlanmasının engellenmesi

## **Sevk Ölçütleri**

- Tedaviye karşın semptomların sürmesi
- Semptomların hızla ilerlemesi
- Tanıda şüphe olması
- Sakatlığa neden olmuş osteoartrit

## **Kaynakça**

1. ACR Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines. Recommendations for the Medical Management of Osteoarthritis of the Hip and Knee. Arthritis Rheum 2000;43(9): 1905-1915
2. Hochberg MC, Altman RD, Brandt KD, Clark BM, Dieppe PA, Griffin MR, Moskovvitz RW, Schnitzer TJ. Guidelines for the Medical Management of Osteoarthritis. Part I. Osteoarthritis of the Hip. American College of Rheumatology. Arthritis Rheum. 1995; 11:1535-40.
3. Hochberg MC, Altman RD, Brandt KD, Clark BM, Dieppe PA, Griffin MR, Moskovvitz RW, Schnitzer TJ. Guidelines for the Medical Management of Osteoarthritis. Part II. Osteoarthritis of the Knee. American College of Rheumatology. Arthritis Rheum. 1995; 11:154146.

4. Kas, iskelet ve Eklem Sistemi Hastalıkları. Kayaalp SO Editör. Türkiye ilaç Kılavuzu 2001 Formüleri, İstanbul:Turgut Yayıncılık, 2001.
5. Manek NJ, Lane NE, Osteoarthritis: Current Concepts in Diagnosis and Management. Am Fam Physician.2000; 61:1795-804.
6. Pelletier JP, Pelletier JM, Raynauld JP : Most Recent Developments in Strategies to Reduce the Progression of Structural Changes in Osteoarthritis: today and tomorrow. Arthritis Res Ther. 2006;8(2):206.
7. Bagga H, Burkhardt D, Sambrook P, March L : Longterm Effects of Intraarticular Hyaluronan on Synovial Fluid in Osteoarthritis of the Knee. Journal of Rheumatology. 2006;33(5):946-950.
8. Avdic D, Pecar D, Mujic E : Osteoarthritis Application of Physical Therapy Procedures. Bosn J Basic Med Sci. 2006 ; 6(3): 84-88.

TASLAK



# AKUT ASTIM ATAĞI - 2012

## BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Astım atağı, nefes darlığı, hışıltılı solunum, göğüs sıkışmasında ya da bu belirti ve bulgularda ilerleyici artışın olduğu durumdur. Ataklar akciğer fonksiyonlarının (PEF ya da FEV1) ölçümü ile gösterilebilen ekspirasyon hava akımında azalma ile belirgindir. Astım atağını tetikleyen nedenler, tetikleyicilerle karşılaşma ya da kullanılan antienflamatuvar tedavinin yetersiz kalmasıdır. Tetikleyiciler, virüs kökenli enfeksiyonlar, alerjenler, ilaçlar, egzersiz, soğuk hava, duygusal etmenlerdir. Astım atağını tetikleyen ilaçlar arasında en sık rastlananlar aspirin ve diğer steroid olmayan antienflamatuvar (NSAI) ilaçlar ile beta blokörlerdir.

### Tanı

#### Belirti ve Bulgular

Çocukta (Tablo 1) ve erişkinde (Tablo 2) belirti ve bulgulara göre astım atağı derecelendirilir.

Tanı, fizik inceleme bulgularıyla konur. Akciğer fonksiyon testleri, tanı ve şiddetinin derecelenmesinde yardımcıdır.

**Tablo 1. Çocukta Astım Atağı Şiddetinin Derecelendirilmesi**

Belirti ve Bulgular	Hafif	Orta	Ağır
<b>Nefes Darlığı</b>	Yürürken	Konuşurken	Dinlenirken bile olabilir.
<b>Konuşma</b>	Cümlelerle	Kısa cümlelerle	Sözcüklerle
<b>Pozisyon Değişikliği</b>	-	Oturmayı tercih eder.	Oturmayı tercih eder.
<b>Yardımcı solunum kaslarının solunuma katılması</b>	Katılmıyor	Katılıyor	Katılıyor
<b>Hışıltılı solunum</b>	Yalnızca ekspiryum sonunda	Tüm ekspiryum boyunca	Tüm inspiyum ve ekspiryum boyunca uzaktan duyulabilen, Daha ağır olgularda sessiz akciğer
<b>Solunum sayısı*</b>	Artmıştır	Artmıştır	>30/dk
<b>Nabız**</b>	<100/dk	100-120/dk	>120/dk
<b>PEF***</b>	>%80	%60-80	<%60
<b>Oksijen saturasyonu****</b>	>%95	%91-95	<%90

\* Uyanık çocukta normal solunum sayıları:  
<2 ay ise <60/dak.  
2-12 ay ise <50/dak.  
1-5 yaş ise <40/dak.  
6-8 yaş ise <30/dak.

\*\* Çocuklarda normal nabız: <12 ay ise <160/dak.  
1-2 yaş ise <120/dak.  
2-8 yaş ise <110/dak.

\*\*\* Zirve ekspiratuvar akımı (peak expiratory flow)

\*\*\*\* Olanak varsa ölçülmelidir.

**Tablo 2. Erişkinde Astım Atağı Şiddetinin Değerlendirilmesi**

<b>Belirti ve Bulgular</b>	<b>Hafif</b>	<b>Orta</b>	<b>Ağır</b>	<b>Yaşamı tehdit eden</b>
<b>Nefes darlığı</b>	Eforla yatabilir	Konuşurken oturmayı tercih eder	Dinlenmede öne eğilmiş	-
<b>Konuşma</b>	Cümleler	Kısa cümleler	Sözcükler	-
<b>Bilinç</b>	Huzursuz olabilir	Çoğunlukla huzursuz	Çoğunlukla huzursuz	Çok huzursuz ve konfüze
<b>Solunum hızı</b>	Artmış	Artmış	>30/dk	-
<b>Yardımcı solunum kaslarının solunuma katılımı</b>	Genellikle yok	Genellikle var	Genellikle var	Torako-abdominal paradoks hareket
<b>Hışıltılı solunum</b>	Genelde ekspirasyon sonunda	Belirgin	Belirgin	Sessiz akciğer
<b>Nabız/dakika</b>	<100	100-120	>120	Bradikardi
<b>Pulsus paradoksus</b>	Yok, <10 mmHg	10-25 mmHg	>25 mmHg	Solunum kaslarının yoğunluğuna bağlı olarak bulunmaz.
<b>PEF*</b> (Bronkodilatör sonrası %, beklenen %, kendi en iyisi)	>%80	%60-80	< %60 (Beklenenin veya en iyi değerinin) < 100 L/dakika	-
<b>PaO2 (oda havası)</b>	Normal	>60 mmHg	< 60 mmHg (olasılıkla siyanoz)	-
<b>ve/veya PaCO2</b>	<45 mmHg	<45 mmHg	> 45 mmHg	-
<b>SaO2 (oda havası)**</b>	>%95	%91-95	< %90	-

\* Zirve ekspiratuvar akımı (peak expiratory flow)

\*\* Olanak varsa ölçülmelidir.

## Tedavi

### Evde Atak Tedavisi

Atak tedavisinin başarısı, tedavinin hastalığın kötüleşmeye başladığı ilk andan itibaren uygulanması ile yakından ilişkilidir. Bu amaçla hafif ve orta ataklar için, evde tedaviye başlanması önerilir. PEF ölçümünde %20'den az azalma, gece uyanma ve  $\beta_2$  agonist kullanımında artış ile giden hafif orta ataklar evde tedavi edilebilir (Tablo 1). PEF ölçümleri tedaviyi yönlendirmede yardımcıdır.

### Bronkodilatörler

- Kısa etkili  $\beta_2$  agonistler (SABA): İlk bir saat içinde 20 dakika arayla 2–4 puf uygulanır.
- Yanıtı göre SABA doz ve sıklığı ayarlanır. Hafif ataklarda 3–4 saat arayla 2–4 puf, orta ataklarda 1–2 saat arayla 6–10 puf olarak SABA kullanımı sürdürülür.
- Kısa etkili bronkodilatörlerin ölçülü doz inhaler (ÖDİ) formlarının “spacer” denen bir ara hazne ile verilmesi ile nebulizatörle verilmesi arasında etkinlik farkı yoktur.
- İlk bir saat içinde PEF değeri %80'in üzerine çıkmışsa ve bu iyilik hali üç dört saat sürüyorsa ek tedavi gerekmez.

### Glukokortikoidler

- İlk birkaç dozluk SABA tedavisine yanıt vermeyen her hastanın acil servise başvurması gerekmez. Hasta hekimine danışarak ya da verilmiş eylem planına göre sistemik glukokortikoide başlayabilir.
- Sistemik glukokortikoidler, günde 0,5–1 mg/kg prednizolon ya da eş değeri olarak tedaviye eklenmelidir.

Astım atakları sırasında sedatif hipnotik ilaçlar, mukolitikler, antibiyotikler (pnömoni eşlik etmiyorsa) ve adrenalin verilmemelidir.

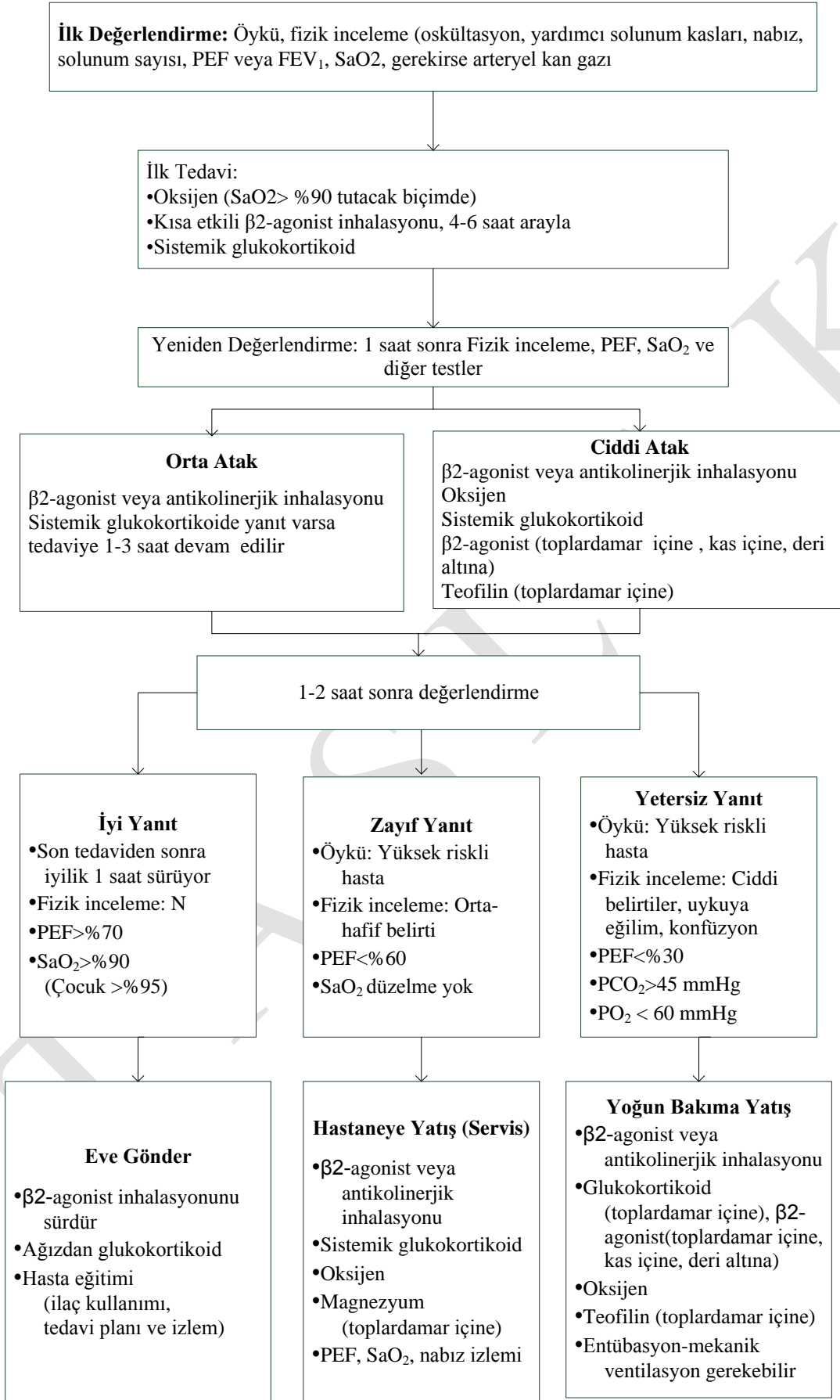
### İlaç Dışı Tedavi

- Hasta, atağa yol açan alerjen veya iritanlardan uzaklaştırılmalıdır.
- Bol sıvı alınması, nemli sıcak hava soluma, soğuk algınlığı ilaçları ve antihistaminikler etkisizdir.

### Atakta hemen glukokortikoid başlanması gereken hastalar

- Başlangıçta verilen  $\beta_2$ -agoniste yanıtı olmayan hastalar,
- Sistemik glukokortikoid alırken atak ortaya çıkan hastalar,
- Önceki ataklarında sistemik glukokortikoid gerekmiş olan hastalar

## Şema: Hastanede Atak Tedavisi





## Sevk Ölçütleri

- Yaşamı tehdit edici ağır atak geçiren erişkin ve çocuk hastalar, ilk tedavi girişimi sonrasında,
- İlk tedavi girişimine karşın, bir saat sonunda klinik düzelme olmayan ya da PEF değeri %70'in üstüne çıkmayan hastalar,
- Ölçülebiliyorsa, oksijen saturasyonu %90'ın üstüne çıkarılmayan hastalar üst merkeze sevk edilmelidir.

## Kaynakça

1. Bavbek S, Güç MO, Kalpaklıoğlu AF. Ulusal Verilerle Astma. Kalyoncu AF, Türkteş H.,ed., Ankara: Kent Matbaası, 1999.
2. Global Initiative For Asthma (Global Strategy for Asthma Management and Prevention, NIH, 2008, www.ginasthma.com). <http://www.ginasthma.com/Guidelineitem.asp?i1=2&i2=1&intId=1561>
3. Toraks Derneği Ulusal Astım Tanı ve Tedavi Rehberi. Türk Toraks Dergisi. Cilt 11 (Ek1): Aralık 2010.
4. Rodrigo GJ, Rodrigo C, Hall JB. Acute Asthma in Adults: A Review. Chest 2004; 125: 1081-1102.



# ÇOCUKTA PNÖMONİ - 2012

## BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Pnömoni çocukluk çağında sık görülen ve ölüme yol açan bir enfeksiyon hastalığıdır.

### Kolaylaştırıcı Etmenler:

- Anne sütü ile beslenememe
- Yetersiz bağışıklama
- Erken doğum, düşük doğum ağırlığı
- İki yaşından küçük olmak
- Beslenme bozukluğu
- Kalabalık ev ve okul ortamı
- Başta sigara olmak üzere ev içi ve dışı hava kirliliği
- Doğuştan kalp, solunum, kas, sinir, iskelet sistemi hastalıkları
- Bağışıklık sistemini baskılayıcı hastalıklar

### Tanı

#### Genel Semptomlar

Ateş, baş ağrısı, huzursuzluk, inleme, beslenme güçlüğü, kusma, karın ağrısı

#### Solunum Sistemine İlişkin Semptomlar

Öksürük, solunum sayısında artma, solunum güçlüğü, siyanoz, yardımcı solunum kaslarının solunuma katılması (burun kanadı solunumu, çekilmeler), balgam, akciğer zarında tutulum varsa yan ağrısı.

Bazı pnömonilerde üst solunum yolu enfeksiyonu biçiminde prodromal bir dönem olabilir.

#### Fizik İnceleme

En önemli bulgu solunum sayısında artmadır.

Dakikadaki solunum sayısının;	0-2 ay için	>60/dk
	2 ay-1 yaş için	>50/dk
	1-5 yaş için	>40/dk olması solunum sayısında artma olarak kabul edilir.

Siyanoz ve yardımcı solunum kaslarının solunuma katılması görülebilir.

Akciğerler dinlendiğinde ince (krepitan) raller, lobar pnömonide bronş sesi (tuber sufl) duyulur. Süt çocuklarında özgül dinleme bulguları olmayabilir.

<b>Klinik Bulgular</b>	<b>Sınıflama</b>	<b>Tedavi</b>
Solunum sayısında artma	<b>Pnömoni</b>	Evde (Sağlık kuruluşu kontrolünde )
Solunum sayısında artma Göğüste çekilme	<b>Ağır pnömoni</b>	Hastanede (Sevk et)
Solunum sayısında artma Solunum durması (apne) Göğüste çekilme İnleme Santral siyanoz Dalgınlık Sıvı alamama Dehidratasyon	<b>Çok ağır pnömoni</b>	Hastanede Yoğun bakım biriminde (Sevk et)

### **Laboratuvar Bulguları**

- Akciğer grafisinde pnömoni ile uyumlu bulgular
- Tam kan sayımında lökositoz
- Eritrosit sedimentasyon hızında artma görülebilir.

### **Ayırıcı Tanı**

Pnömoni dışındaki akut solunum yolu enfeksiyonları (üst solunum yolu enfeksiyonu, larenjit, bronşiyolit), astım, akciğer tüberkülozu

### **Tedavi**

Temel amaç, sevki gereken hastaların ayırt edilmesi, gerekmeyenlerin uygun tedavisidir.

### **İlaç Tedavisi**

Pnömonide çoğu kez tek ilaçla tedavi yeterlidir.

Tedaviye solunum sayısında artma düzeldikten sonra 7-10 gün daha devam edilir.

<b>Yaş</b>	<b>Etkenler</b>	<b>Tedavi</b>
<b>0-2 ay</b>	B grubu streptokok Gram negatif bakteriler S. aureus	Hastaneye sevk (Sevk edilmesi gereken hastaya oksijen verilerek sevk edilmelidir.)
<b>2 ay - 5 yaş</b>	H. influenzae tip b S. pneumoniae S. aureus Virüsler	-Penisilin ve türevleri: Penisilin prokain 25.000-50.000 ü/kg/gün, 1-2 dozda, kas içine ya da Penisilin V 50.000 ü/kg/gün, 3-4 dozda, ağızdan ya da Amoksisilin 80-90 mg/kg/gün, 3 dozda, ağızdan ya da Ampisilin 50-100 mg/kg/gün, 4 dozda, ağızdan ya da A moksilisilin-klavulanat 80-90 mg/kg, 2 dozda, ağızdan
<b>5 yaş üstü</b>	S. pneumoniae M. pneumoniae C. pneumoniae Virüsler	-Makrolidler (aç karnına ya da yemeklerden 1 saat önce ya da 1-2 saat sonra); Eritromisin 30-50 mg/kg/gün, 4 dozda, ağızdan ya da Klaritromisin 15 mg/kg/gün, 2 dozda, ağızdan ya da Azitromisin 1. gün 10 mg/kg/gün, 2-5. günler 5 mg/kg/gün, tek dozda, ağızdan ya da -Penisilin ve türevleri

## **Anne Eğitimi**

- Annenin bebeği sık emzirmesi; bebek anne sütü alamıyorsa, dehidratasyonun önlenmesi için sıvı yiyecekleri sık vermesi önerilir.
- Anneye ilaçları önerildiği gibi kullanmasının ve hekimin önermediği hiçbir ilacı (öksürük şurubu gibi) vermemesinin gereği anlatılır.
- Anne, pnömonili çocuğun izleminde önemli olan ateş, solunum sayısı ve sıkıntısında artma, solunumun durması, inleme, siyanoz durumunda hemen hekime başvurulması konusunda eğitilir.
- Annenin ateşli çocuğa yaklaşımı (ateşi derecede ölçerek izleme, aşırı giydirmeme, ılık suyla yıkama, gerekirse ateş düşürmek için parasetamol verme) öğrenmesi sağlanır.

## **İzlem**

- Tedaviye yanıt genellikle 2 gün sonra alınır; genel durum düzelir, ateş 2-4 gün sonra düşer. Fizik inceleme bulguları ilk haftada düzelmeyebilir.
- Aileye bulgulara kötüleşme olmazsa 2 gün sonra; ateşin düşmemesi ya da ortaya çıkması, solunumun hızlı olması, soluk alırken göğüste çekilmeler olması, emmeme, beslenememe, dalgınlık, havale geçirme, genel durum bozukluğu durumlarında çocuğu hemen hekime getirmesi söylenir.
- Pnömonili her süt çocuğu, kalp yetmezliği bulguları yönünden değerlendirilmeli ve izlenmelidir.
- Tedaviye yanıt alınamayan hastalarda, verilen antibiyotiğe dirençli bir bakteriyle enfeksiyon olasılığı yanı sıra ampiyem, apse, perikardit, sepsis gibi sorunlar da düşünülmelidir.
- Beslenme bozukluğu önemli bir tehlike etmeni olduğundan, izlem sırasında beslenme bozukluğunun tedavisine de önem verilmelidir.

## **Sevk**

- Pnömonisi olan 0-2 aylık bebekler
- Ağır ve çok ağır pnömonisi olan her yaştaki çocuklar
- Tedavinin ilk 2-4 günü içinde bulgularında düzelme olmayan ya da kötüleşme olan hastalar
- Kolaylaştırıcı etmenleri olan çocuklar
- Akciğer grafisi çekilebiliyorsa; çoklu lobar tutulum, apse, pnömatosel, akciğer zarında sıvı birikimi (plevral effüzyon) ya da radyolojik bulgulara kötüleşmesi olan çocuklar hastaneye sevk edilmelidir.

## **Korunma**

- Aşılama: Eksik aşıları olan çocuklar aşı takviminde önerildiği biçimde aşılanmalıdır.
- Beslenme bozukluğu önlenmelidir.
- Başta sigara olmak üzere ev içi ve dışı hava kirliliği engellenmelidir.

## **Kaynakça:**

1. Sectish TC, Prober CG. Pneumonia. Kliegman: Nelson Textbook of Pediatrics, 18. ed. Philadelphia: Saunders, 2007. Chapter 397
2. World Health Organisation. Fourth Programme Report, 1988-1989, ARI programme for Control of Acute Respiratory Infections, Geneva; WHO 1990; 7:31.

3. American Academy of Pediatrics. Pneumococcal infections. Pickering LK, Baker CD, Long SS, McMillan JA., ed. Red Book: 2009 Report of the Committee on Infectious Diseases. 28. ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2009: 525-537.
4. BTS guidelines for the management of community acquired pneumonia in childhood. Thorax 2002;57(Suppl 1):I1–I24
5. Chang AB, Chang CC, O'Grady K, Torzillo PJ. Lower respiratory tract infections Pediatr Clin North Am 2009;56:1303-21

TASLAK



# KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI (KOAİ) - 2012

## BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ), geri dönüşsüz hava akımı kısıtlılığı ile belirgin, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır. KOAİ’de ilerleyici hava akımı kısıtlılığının nedeni, akciğerlerde başta sigara olmak üzere zararlı parçacık ya da gazlara karşı gelişen enflamasyondur.

### Tanı

#### Belirti ve Bulgular

Başlıca belirti ve bulgular; solunum sayısı artışı, hızlı yüzeysel solunum, büyük dudak solunumu, yardımcı kasların solunuma katılması, göğüs ön arka çap artışı, fıçı göğüs, santral siyanoz, paradoks hareket (solunum yetmezliği), pretibial ödem (sağ kalp yetmezliği), solunum ve kalp seslerinin derinden gelmesi, dinlenme durumunda hisiltılı solunum, ronkus ve bazı hastalarda kaba ral duyulmasıdır.

Kronik öksürüğü olan ve balgam çıkaran, efor kapasitesinde azalmaya yol açan sürekli ve ilerleyici nefes darlığı olan orta yaş veya ileri yaş grubundaki hastalarda başta sigara olmak üzere diğer risk etmenleri varlığında KOAİ mutlaka düşünölmelidir (Tablo 1).

Tablo 1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Göstergeleri

Belirti	Özellik
Nefes darlığı	<ul style="list-style-type: none"><li>İlerleyici</li><li>Egzersizle kötüleşir</li><li>Sürekli</li><li>“Hava açlığı” olarak tanımlanır</li></ul>
Kronik öksürük	<ul style="list-style-type: none"><li>Aralıklı olabilir, prodüktif olmayabilir</li></ul>
Kronik balgam çıkarma	<ul style="list-style-type: none"><li>Balgam çıkarmanın her türü</li></ul>
Öyküde risk etmenleri	<ul style="list-style-type: none"><li>Sigara ve benzeri maddeleri içme</li><li>Mesleksen olarak kimyasallara ve toza maruz kalma</li><li>Pişirme amaçlı tezek ve odun gibi organik yakıtların dumanına maruz kalma</li></ul>

### Ayırıcı Tanı

- Astım (aile öyküsü varlığı, daha genç hasta olması, gece ya da sabaha karşı belirtiler, alerji, rinit, egzama varlığı, geri dönebilir hava akımı kısıtlılığı)
- Konjestif kalp yetmezliği (bazalarda ince raller, kardiyomegali, hava akımı kısıtlılığının olmaması)
- Bronşektazi (fazla miktarda balgam çıkarma, kaba raller, parmaklarda çomaklaşma)
- Tüberküloz
- Bronşiyolit

## Laboratuvar

Tanı spirometri ile kesinleştirilmelidir. Özellikle atipik öyküsü olan hastalarda astım tanısını dışlamak için bronkodilatörle geridöndürme (reversibilite) testi yapılmalı, akciğer tüberkülozu ve kalp yetmezliği gibi altta yatan hastalıkları dışlamak amacıyla akciğer grafisi çekilmelidir.

## Tedavi

Tedavinin hedefleri; hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak, belirtileri gidermek, egzersiz toleransı ve yaşam niteliğini artırmak, komplikasyon ve alevlenmeleri önlemek ya da tedavi etmektir. Bu hedeflere ulaşılırken hastalığın değerlendirilmesi ve izlenmesi, risk etmenlerinin azaltılması, stabil KOAH'ın ve alevlenmelerin önlenmesi aşamalarının yönetimi önemlidir. Sigaranın bırakılması, hastalığın ilerlemesini azaltan kanıtlanmış tek etkili yöntemdir. Hastalığın doğal seyrini değiştiren başka hiçbir yöntem yoktur.

### A. İlaçlı Tedavi

Stabil KOAH, en az 4 hafta süre ile belirti ve bulgularda artış olmamasıdır. İlaçlı tedavide hastalığın ciddiyetine göre  $\beta_2$  agonistler, antikolinerjikler, metilksantinler, inhale ve sistemik glukokortikoidler ve kombine ilaçlar kullanılır (Tablo 2). Hafif olgularda ve yakınmaların süreklilik göstermediği hastalarda gerektiğinde bronkodilatör kullanılması, belirtilerin sürekli olduğu durumlarda ise düzenli bronkodilatör kullanılması önerilir (Tablo 2).

**Tablo 2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında İlaçlı Tedavi**

	Ölçülü Doz İnhaler	Kuru Toz İnhaler	Nebülizatör Solüsyonu	Ağız Yolundan
<b>Kısa etkili <math>\beta_2</math>-agonist</b>				
Terbutalin	250 $\mu$ g, 4-6 saatte bir, 1-2 kez	500 $\mu$ g, 4-6 saatte bir, 1 kez	(10 $\mu$ g/ml), 0,5ml, 4-6 saatte bir, 1 flakon	-
Salbutamol	100 $\mu$ g, 4-6 saatte bir, 1-2 kez	200 $\mu$ g, 4-6 saatte bir, 1-2 kez	(2,5 $\mu$ g/2,5 ml), 2,5 ml 4-6 saatte bir, 1 flakon	-
<b>Uzun etkili <math>\beta_2</math>-agonist</b>				
Salmeterol	25 $\mu$ g, 12 saatte bir, 2-4 kez	50 $\mu$ g, 12 saatte bir, 1-2 kez	-	-
Formoterol	12 $\mu$ g, 12 saatte bir, 1 kez	12 $\mu$ g, 12 saatte bir, 1 kez	-	-
<b>Antikolinerjikler</b>				
İpratropiyum	20 $\mu$ g 6 saate bir, 2 kez	-	-	-
Tiotropium	-	18 $\mu$ g günde 1 kez	-	-

**Tablo 2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında İlaçlı Tedavi (Devam)**

	Ölçülü Doz İnhaler	Kuru Toz İnhaler	Nebülizatör Solüsyonu	Ağız Yolundan
<b>İnhale glukokortikoidler</b>				
Beklometazon dipropiyonat	50-250 mcg, günde 2 kez 2 inhalasyon ya da 4 kez 1 inhalasyon, en çok 4 kez 2 inhalasyon	-	-	-
Budesonid	50-200 mcg, günde 2 kez 200-800 mcg	200-400mcg, günde tek doz 200-400mcg	250-500mcg/ml, Günde 2 kez 0,5-1 mg	-
Flutikazon propiyonat	50-125 mcg, Günde iki kez 500 mcg	50-500 mcg, Günde iki kez 100-500 mcg	250-1000 mcg/ml, Günde 2 kez 500-2000mcg	-
<b>Kombine olanlar</b>				
Salbutamol + ipratropiyum	20 µg ipratropium, 120 µg salbutamol 6 saatte bir, 2 kez	-	İpratropiyum bromür 0,52 mg, salbutamol 2,5 mg/2,5 ml, 6-8 saatte 1 flakon	-
Formoterol+budesonid	-	12 µg formoterol fumarat, 200 ya da 400 µg budesonid Günde 2 kez 1-2 inhaler kapsül	-	-
<b>Metilksantinler</b>				
Aminofilin*	-	-	-	100-200mg tablet, kapsül, Günde 3-4 kez 200mg
Teofilin(SR)	-	-	-	100-300mg tablet, günde 2 kez 200-300 mg
<b>Sistemik glukokortikoidler</b>				
Deksametazon	-	-	-	-
Prednizolon	-	-	-	5 mg tablet, Günde 5-60 mg
Metilprednizolon**	-	-	-	4-16 mg tablet, günde 4-48 mg

\* 24mg/ml ampülü 6 mg/kg dozda toplardamar içine uygulanır.

\*\* Yetişkinde toplardamar içerisine 125 mg dozda uygulanır.



**Tablo 3. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Spirometik Evrelemesi \* ve Evrelere Göre Tedavi**

<b>Evre I</b>	Hafif	FEV1/FVC < 0,70 FEV1 ≥ %80	Risk etmenlerinin ortadan kaldırılması, aşı, gerektiğinde kısa etkili bronkodilatatör
<b>Evre II</b>	Orta	FEV1/FVC < 0,70 % 50 ≤ FEV1 < % 80	Tedaviye bir ya da birkaç uzun etkili bronkodilatatör ve gereğinde rehabilitasyon eklenmesi
<b>Evre III</b>	Ağır	FEV1/FVC < 0,70 %30 ≤ FEV1 < %50	Yineleyen ataklar varsa inhale glukokortikoid eklenmesi
<b>Evre IV</b>	Çok Ağır	FEV1/FVC < 0,70 FEV1 < % 30 ya da kronik solunum yetmezliği varlığında FEV1 < % 50	Kronik solunum yetmezliği varsa uzun süreli oksijen tedavisi eklenmesi ve cerrahi girişimin düşünülmesi.

\* FEV1 ölçümleri bronkodilatatör ilaç uygulandıktan sonra yapılmalıdır.

### **β2- Agonist Kullanımı Sırasında Alınması Gereken Önlemler**

- Aerosol kullanımı sırasında ortaya çıkabilecek paradoks etkiler açısından dikkatli olmak gerekir.
- Hava odacığı (spacer) kullanımı, yerel ve sistemik yan etkileri azaltır; hasta uyumunu artırabilir.
- Stabil KOAH hastalarına günlük püskürtme sayısının en fazla 8-12 olduğu öğretilmelidir.
- Hasta, uzun etkili inhale β2-agonist kullanıyorsa sık aralıklarla kullanmaması konusunda uyarılmalıdır.
- Evlerde kullanılan nebulizatörlere gereksinim azdır.

### **Antikolinergik Kullanımı Sırasında Alınması Gereken Önlemler**

- Hastalar genellikle hava odacığı kullanmalı ve ilacın göze kaçmamasına dikkat etmelidir.
- Gerektiğinde doz, tolere edilmek koşuluyla günde 3-4 kere 2-3 püskürtmeden 6-8 püskürtmeye kadar artırılabilir.
- Taşikardi, ağız kuruması, glokom, prostatizm veya mesane boynunda tıkanma gibi yan etkiler yönünden hasta izlenmelidir.

### **Diğer İlaçlar**

- Koruma amaçlı ya da uzun süreli antibiyotik kullanımının tedavide yeri yoktur. KOAH atağı ya da başka bir bakteri enfeksiyonu varlığı dışında stabil dönemde antibiyotik kullanımı önerilmez.
- Lökotrien antagonistlerinin KOAH tedavisinde yeri yoktur.
- Solunum baskılanması yapan ilaçlar kullanılmamalıdır.
- Beta blokörler gerekli olmadıkça kullanılmamalıdır.

### **B. Diğer Tedavi Yöntemleri**

#### **İnfluenza Aşısı**

Yılda bir kez sonbaharda (eylül-kasım ayları arasında) uygulanan influenza aşısı alevlenmeleri ve ölüm riskini azaltır. Pnömonokok aşısı ise 65 yaş üstü KOAH'lılara ve 65 yaşından genç olupta FEV1 < %40 olanlara yapılmalıdır.

### **Oksijen Tedavisi**

Uzun süreli oksijen tedavisi verilmiş hastalar, günde en az 15 saat 1-3 litre/dk akım hızında oksijen almalıdır.

### **Rehabilitasyon**

Egzersiz çalışmaları, eğitim ve beslenme desteği içermelidir.

### **KOAH Alevlenmesinin Tedavisi**

Hastaların nefes darlığı, öksürük, balgam miktarı ve pürülansında akut ve tedavi değişikliği gereksinimi doğuran artışla belirgindir. Ağır solunum yetmezliği gelişen hastalarda siyanoz, uykuya eğilim, istemsiz kasılmalar, interkostal çekilmeler ve bilinç bulanıklığı görülebilir. Alevlenmelerin çoğunun nedeni enfeksiyonlar ve hava kirliliğidir. Alevlenmelerde pnömoni, konjestif kalp yetmezliği, pnömotoraks, plevrada sıvı toplanması, pulmoner emboli ve aritmiler akla gelmelidir.

Gerekli görüldüğünde akciğer radyografisi, EKG, solunum fonksiyon testleri, arter kan gazları, rutin kan ve biyokimya incelemeleri yapılmalıdır.

### **Hastaneye Sevk Gereksinimi Olmayan Hastalarda Alevlenme Tedavisi**

- Bronkodilatör tedavi başlanır ya da zaten alıyorsa artırılır. Olanak varsa hava odacığı (spacer) ile, ölçülü doz inhaler kısa etkili beta 2 agonist (salbutamol ya da terbütalin) 1,5-2 saatte bir 6-8 püskürtme uygulanır; yanıt yetersizse ipratropium bromür (3-4 saatte bir 6-8 püskürtme) eklenmelidir. Her iki bronkodilatör ilaç birlikte verilebilir. Ölçülü doz inhaler ile bronkodilatörleri kullanamayan hastalarda nebulizatör ile tedavi seçeneği değerlendirilmelidir.
- Hastanın durumu sık aralıklarla (2-4 saat) değerlendirilmeli tedavi hastanın yanıtına göre düzenlenmelidir.
- Birkaç saat içinde belirtilerde iyileşme olmazsa tedaviye ağızdan glukokortikoid (0,4-0,6 mg/kg/gün prednizolon) eklenir. Birkaç saat sonra yeniden değerlendirme yapılır. Belirtilerde azalma oluyorsa steroide 1-2 hafta devam edilir. Eğer belirtilerde azalma olmazsa hasta, hastaneye sevk edilir.
- Sedatif-hipnotiklerden kaçınılır.
- Hastanın dehidrate ya da fazla hidrate olmaması sağlanır.
- Nefes darlığında, balgam miktarında artma ya da pürülan balgam gibi enfeksiyon belirtileri varsa 7-10 gün süreyle ikinci kuşak sefalosporin ya da beta-laktamaz inhibitörlü aminopenisilinle birlikte makrolid ya da doksisiklin kullanılır.
- Varsa enfeksiyon dışı alevlenme nedenlerine yönelik önlemler alınır (Bakınız Konjestif Kalp Yetmezliği)

### **Sevk Ölçütleri**

- 40 yaş altında başlamış KOAH
- Yeterli tedaviye karşın yılda iki ya da daha fazla atak geçirenler
- Yeterli tedaviye karşın ilerleyici nefes darlığı, egzersiz toleransında azalma, kilo kaybı ve ağır KOAH belirtileri
- Uzun süreli oksijen gereksinimi
- Birlikte osteoporoz, kalp yetmezliği, bronşektazi ve akciğer kanseri bulunması
- Cerrahi için değerlendirme
- Semptomların şiddetinde belirgin artış
- İleri evre KOAH varlığı
- Siyanoz ve periferik ödem gibi kor pulmonale bulguları
- Başlangıçta uygulanan tıbbi tedaviye yanıtızlık

- Yeni gelişen aritmiler
- Şüpheli tanı
- Yaşlı ve toplumsal desteği olmayan hastalar
- Sık enfeksiyon geçiren KOAH olguları
- Bronşektaziden kuşku edilen KOAH olguları

#### **Kaynakça**

1. Celli BR, Snider GL, Helfner J, et al. Standarts for the Diagnosis and Care of Patients with COPD. Am Respir Crit Care Med 1995;152:S 77-120.
2. Siafakas NM, Vermeire P, Pride NB, etal. Optimal Assessment and Management of COPD. Eur Respir J 1995;8:1398-420.
3. Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaşısı Raporu 2010
4. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. Eur Respir J 2004; 23: 932–946.
5. Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease, Global Strategy For The Diagnosis, Management, And Prevention Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2009)



# SİGARAYI BIRAKMA - 2012

## BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Sigara, dünyadaki en önemli önlenebilir erken ölüm nedenidir. Ülkemizde sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle her yıl yaklaşık 100.000 kişi ölmektedir. Sigaraya başlamada 11-15 yaş dönemi çok önemli olduğundan, bu yaştaki çocuklar özellikle korunmalıdır.

### Tanı

Fiziksel bağımlılığın derecesi Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (Tablo 1) veya Nikotin Bağımlılığı Ölçütleri (Tablo 2) ile belirlenir.

Uyandıktan sonra ilk 30 dakika içinde sigara içilmesi ve günde 15 sigaradan fazla içiliyor olması da nikotin bağımlılığının yüksek olduğunu gösteren basit bir testtir.

### Tedavi

Hangi nedenle görülürse görülsün, her hastaya sigara içip içmediği sorulmalıdır.

Sigara içen herkes zaman ayrılıp görüşülerek, uygun bir dille ve ısrarla sigarayı bırakmaya teşvik edilmelidir. Birçok kişi yalnızca sorma ve teşvikle sigarayı bırakmaktadır.

Ayrıca, hastanın bırakma isteği değerlendirilmeli, sigarayı 30 gün içinde bırakmak isteyip istemediği sorulmalıdır. İstekliyse destek sağlanmalı, değilse özendirilmelidir.

#### A. Sigarayı Bırakmak İsteyenler İçin

Sigara içen ve bırakma denemesi için istekli olan hastaları, bu sürece hazırlamak, deneme aşamasına getirmek ve sigarayı bıraktıktan sonraki süreçte yaşayacağı zorluklarla mücadelesini kolaylaştıracak girişimleri onlara öğretmek gerekir. Bu amaçla önerilen yöntemler “5A/5Ö” olarak isimlendirilmiştir (1). Sırasıyla bu başlıklara bakacak olursak;

**1. Öğren (Ask-Sor):** Her olgunun sigara içip içmediğinin sorgulanması ve kaydedilmesidir. Hastaya özel bir sigara dosyası çıkartılarak, yaşamsal (vital) bulgularının yanı sıra sigara içme özellikleri ile ilgili bilgilerin işlenmesi aşamasıdır.

**2. Öner (Advise-Tavsiye Et):** Her hastaya açık, güçlü bir mesajla bırakması gerektiğinin vurgulanmasıdır. Olanaklıysa sigarayı bırakmayı en kısa zamanda başarması önerilmelidir. Verilmesi önerilen mesajlar:

- Açık olarak: “Sizin sigarayı bırakmanızın önemli olduğunu düşünüyorum, size yardımcı olabilirim. Henüz hasta değilken sigarayı bırakın!”
- Güçlü olarak: “Sizin doktorunuz olarak, sizin için en önemli şeyin sigarayı bırakmanız olduğunu ve bunun şimdi ve ileride sizi hastalıklardan koruyacağını düşünüyorum.”
- Kişisel olarak: Sigara kullanımı ile şu anki sağlık/hastalık durumu veya sigaranın ekonomik yükü, toplumsal bedeli, çocukları ve ailesinin dumana maruz kalması gibi bireye ait durumlarla ilişkilendirilecek durumların belirtilmesidir.

**3. Ölç (Assess-Değerlendir):** Bireyin gelecek 1 ay içinde sigarayı bırakmaya istekli olup olmadığının sorulmasıdır. Bırakma isteğinin değerlendirilmesi için;

- Denemeye hazırsa destek sağlanması,

- Eğer yoğun bir bırakma tedavisi istiyorsa koşulların elverdiği ölçüde, hastanın tedavi edilmesi veya ileri bir merkeze sevk edilmesi,
- Bırakma konusunda isteksiz ise motivasyon desteği sağlanması,
- Adölesan, gebelik gibi özel bir durum varsa ek bilgi verilmesi gereklidir.

**4. Önderlik Et (Arrange-Düzenle):** Bir bırakma planı yapılarak bu süreçte hastanın yanında olunacağını söylenmesidir.

Bireyi bırakmaya hazırlarken belirtilecek öneriler şunlardır:

- İki hafta içinde olacak biçimde bırakma günü belirleyin,
- Arkadaşlarınıza, ailenize ve çevrenize bırakma isteğinizi açıklayın ve destek alın.
- İlk birkaç hafta içinde oluşabilecek nikotin yoksunluk belirtileri dâhil yaşanabilecek olumsuzluklarla mücadeleyle hazır olun.
- Yaşadığınız ortamdaki tütün ürünlerini ortadan kaldırın, zamanınızın önemli bir kısmını geçirdiğiniz yerlerde (ev, iş, araba gibi) sigara içmekten kaçının.

Ayrıca sorunları çözmeye yönelik uygulanabilir önerilerde bulunulması gereklidir. Bunlar;

- Bırakma gününden sonra hiç sigara içilmemesi gerektiği, bir nefes dahi almaması gerektiği vurgulanmalıdır. Geçmişteki bırakma girişimlerini ve yeniden başlamaları (nüksleri) gözden geçirerek bunlarla nasıl başa çıkabileceği konusu tartışılmalıdır. Bırakma çabası sırasında gelişebilecek değişiklikleri ve tetikleyici etmenleri öngörmeye çalışmalı ve bunların üstesinden nasıl gelebileceği anlatılmalıdır. Bırakma süreci boyunca alkolü sınırlaması ya da uzak durması gerektiği, alkolün yeniden sigaraya başlamaya neden olabileceği söylenmelidir. Yaşadığı evde kendisinden başka sigara içen(ler) varsa, bırakmasını olumsuz etkileyebileceğinden ev halkı bırakma konusunda hastayı cesaretlendirmeli veya en azından hastanın yanında sigara içilmemesi sağlamalıdır.
- Tedavi için de toplumsal destek sağlanması gerekir. Bireylere bırakma girişimi sırasında kliniğindeki sağlık personelinin toplumsal destek alabileceği söylenmelidir.
- Tedavi dışında hastanın toplumsal destek almasına yardım edilmesi gerekir. Hastaya kendi ortamında toplumsal destek sağlayacak bireylerden (ailesi, arkadaşları, eşi, çocukları gibi) yardım istemesi önerilmelidir.
- Kontrendikasyon yoksa ilaç tedavisi önerilmesi gerekir. Sigara bırakma döneminde yoksunluk belirtileri ve içme isteğini azaltacak ilaç [nikotin yerine koyma (replasman) tedavisi, bupropion] kullanabileceği anlatılmalıdır. Hastanın yaşına, kültürüne ve eğitim düzeyine göre bilgiler verilmeli, bilgilendirme amaçlı ek materyal sağlanmalıdır.

**5. Örgütle (Arrange-İzlem):** Bireyin yüz yüze görüşmeler ya da telefon görüşmeleri yoluyla izlenmesidir.

Bırakma tarihinden sonra tercihen 1 hafta içinde hasta ile görüşülmeli, ikinci görüşme ilk 1 ay içinde yapılmalı, gereksinim varsa yine görüşülmeli, daha sonra olgunun durumuna göre randevu sıklığı belirlenmelidir. İzlemler olanaklıysa yüz yüze veya telefon yoluyla sürdürülmelidir. İzlemlerde başarılı olanlar kutlanmalı, yeniden başlama olmuşsa nedenleri tartışılmalı, çözüm yolları geliştirilmeli, ilaç kullanımı ve sorunları incelenmeli, gerekiyorsa daha yoğun bir tedavi girişimi düşünülmelidir.

Sigarayı bırakma günü belirlenir. Hastanın ailesi ve çevresinden bırakma girişiminde anlayış ve destek vermeleri istenir. Hasta, nikotin yoksunluk belirtileri (sinirlilik, dikkat dağınıklığı, kabızlık) konusunda bilgilendirilir, egzersiz yapması önerilir ve varsa destekleyici yayınlar verilir.

Nikotin yerine koyma tedavisi gerekip gerekmediği değerlendirilir. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanı 6 ya da üstünde olan hastalar nikotin bağımlısı olarak kabul edilir ve yerine koyma tedavisi uygulanır. İlk hafta ve ilk ay sonunda görüşülmek üzere randevu verilir.

## B. Sigarayı Bırakmak İstemeyenler İçin

Hastanın sigaranın zararları konusunda yeterli bilgisi olmayabilir, daha önceki denemelerinde başarısızlık yaşamış ya da toplumsal veya ekonomik sorunlar yaşıyor olabilir. Bu durumdaki hastalara, 5R diye adlandırılan girişimlerde bulunmak gerekmektedir.

<b>İlgilenme (Relevance)</b>	
Kişiyi özel durumun ele alınması	Olabildiğince bireyin o anki durumu (hastalık, aile, çocuk, ekonomik durum, yaş, cinsiyet, sağlık endişesi gibi) ele alınarak neden bırakması gerektiği konusunda bilgi verilmelidir.
<b>Riskler (Risks)</b>	
Sigara içmenin sonuçlarının vurgulanması	<b>Akut Riskler:</b> Nefes darlığı, astım atağı, gebeliğe olumsuz etkiler, serum CO düzeyinde artış gibi etkilerinden söz edilmelidir. <b>Kronik Riskler:</b> Kalp krizi, felç, başta akciğer olmak üzere larinks, ağız, farinks, özofagus, pankreas, mesane, serviks kanseri riskinde artış, kronik bronşit gibi risklerden söz edilmelidir. <b>Çevresel Riskler:</b> Sigara içenlerin çocuklarında akciğer kanseri ve kalp hastalıkları riskinde artmadan, astım, orta kulak hastalıkları, solunum sistemi hastalıklarının görülme sıklığında artıştan ve gebelerde düşük doğum ağırlığına yol açabileceğinden söz edilmelidir.
<b>Kazançlar (Rewards)</b>	
Sigarayı bıraktığında elde edeceği yararlarıdan söz edilmesi	Birey, sigarayı bıraktığında erken ve geç dönemde ortaya çıkacak olası yararları konusunda bilgilendirilmeli ve mevcut durumu ile en ilişkili olabilecek değişikliklerin üzerinde durulmalıdır: <ul style="list-style-type: none"><li>- Koku ve tat alma duyusunun geri geleceği</li><li>- Para biriktirebileceği</li><li>- Kendini daha iyi hissedeceği</li><li>- Evinin, arabasının, elbiselerinin, nefesinin daha iyi kokacağı</li><li>- Çocuklarına iyi örnek olacağı</li><li>- Sağlıklı bebek ve çocuklara sahip olacağı</li><li>- İçtiği sigaranın başkasını rahatsız edeceği endişesini yaşamayacağı</li><li>- Fiziksel aktivitelerde daha iyi performans göstereceği</li><li>- Cilt kırışıkları ve yaşlanma hızının azalacağı</li><li>- Eski sağlığına kavuşabileceği</li><li>- Daha iyi nefes alabileceği mutlaka söylenmelidir.</li></ul>
<b>Engeller (Roadblocks)</b>	
Sigarayı bırakmayı engelleyen sorunların irdelenmesi	Sigarayı bırakmasında onun için önemli olan engeller (yoksunluk belirtileri, başarısızlık korkusu, kilo alma, destekten yoksunluk, depresyon, sigara içmekten hoşlanmak gibi) sorulmalı ve bu engelleri tedavi edebilecek yöntemlerin (sorun çözme stratejileri, ilaç tedavisi) olduğu hastaya anlatılmalıdır.
<b>Yineleme (Repetition)</b>	
Her başvuruda desteğin yinelenmesi	Bırakmak istemeyen hastanın kliniğe her başvurusunda onu cesaretlendirici görüşmeler yinelenmeli, daha önceki denemelerinde başarısız olanların birkaç denemeden sonra başarabilecekleri konusunda bilgi verilmelidir.

## İzlem

Sigaraya yeniden başlama sıklıkla ilk üç ay içinde olduğundan, bu dönemde yakın izlem, sonrasında da bir yıl süreyle izlem gereklidir.

## Sevk Ölçütleri

Nikotin yerine koyma tedavisine gerek duyulan veya birkaç kez başarısız girişimde bulunmuş hastalar sigara bırakma birimlerine veya ilgili uzmanlara yönlendirilmelidir. Adolesan, gebe ve zeminde psikiyatrik hastalığı olan hastalar bu konuda uzmanlaşmış kliniklere gönderilmelidir.

**Tablo1. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi**

	a	b	c	d
1. Günde ne kadar sigara içiyorsunuz? a. En çok 10 tane      b. 11-20 tane      c. 21-30tane      d. En az 31tane	0	1	2	3
2. Uyandıktan sonra ilk sigarayı içinceye kadar geçen süre nedir? a. En çok 5 dakika      b. 6-30 dakika      c. 31-60 dakika      d. 60 dakikadan çok	3	2	1	0
3. Sigara içilmesi yasak olan sinema, kütüphane, hastane gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz? a. Evet      b. Hayır	1	0	-	-
4. Vazgeçmekte en çok zorlanacağınız sigara hangisidir? a. Günün ilk sigarası      b. Diğer herhangi biri	1	0	-	-
5. Sigarayı uyandıktan sonraki ilk saatlerde, daha sonraki saatlere kıyasla daha sık içiyor musunuz? a. Evet      b. Hayır	1	0	-	-
6. Günün çok büyük bir bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar ağır hasta olsanız, yine de sigara içer misiniz? a. Evet      b. Hayır	1	0	-	-

**Tablo 2. Nikotin Bağımlılık Ölçütleri**

1. En az birkaç haftadır her gün nikotin alıyor olmak
2. Nikotin kullanımının birden kesilmesi ya da miktarın azaltılmasından sonraki 24 saat içinde aşağıdaki yoksunluk belirtilerinden en az dördünün ortaya çıkması a. Şiddetli nikotin arayışı içinde olmak b. Kızgınlık ya da öfke c. Anksiyete d. Huzursuzluk e. Kalp atım hızında yavaşlama f. İştah artışı g. Konsantrasyon bozuklukları

## Kaynakça

1. 2008 PHS Guideline Update Panel, Liaisons, and Staff. Respir Care. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. 2008; 53: 1217-22.
2. Tür A, ed. Sigaranın Sağlığa Etkileri ve Bırakma Yöntemleri. İstanbul: Logos Yayıncılık, 1995:194-211.
3. Lillington GA, Leonard CT, Sachs DPL. Smoking cessation. Chest in Med 2000;21:199-208.



# TOPLUM KÖKENLİ PNÖMONİ (ERİŞKİN) - 2012

## BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Toplum kökenli pnömoni, toplum içindeki günlük yaşam sırasında ortaya çıkan akciğer parankimi enfeksiyonudur. Ölüm oranı, ayaktan tedavi edilen hastalarda %1-5, hastanede tedavi edilen olgularda %12 ve yoğun bakım desteği gereken hastalarda ise %40'tır.

### Tanı

#### Fizik İnceleme Bulguları

Pnömoninin tipik ya da atipik olmasına göre değişkendir (Tablo 1).

#### Laboratuvar

Bakımız Tablo 1.

#### Mikroskopik İnceleme (Olanak Varsa)

Balgam ya da alt solunum yolundan alınan diğer örneklerin mikroskopik incelemesi, tanıda yardımcıdır.

#### Balgam Kültürü

Ayaktan tedavi edilen hastalarda, ilk tedaviye yanıtızsızlık durumunda olanak varsa tedavi değiştirilmeden önce, balgam kültürünün yapılması önerilir. Balgam kültürü sonuçları, Gram boyaması sonuçları ile birlikte yorumlanmalıdır.

#### Akciğer Grafisi (Tablo 1)

Belirti ve fizik inceleme bulguları ile pnömoni düşünülen hastada, olanak varsa arka-ön ve yan akciğer grafisi çekilmelidir. Akciğer grafisi, hem tanıda hem de pnömoniyi taklit eden ya da ona eşlik eden diğer hastalıkların ayırıcı tanısında yardımcıdır.

**Tablo 1. Toplum Kökenli Pnömonide Belirtiler, Fizik İnceleme, Laboratuvar ve Akciğer Grafisi Bulguları**

	Tipik Pnömoni	Atipik Pnömoni
<b>Belirtiler</b>	Akut başlangıç, titreme ile yükselen ateş, öksürük, pürülan balgam, yan ağrısı	Subakut başlangıç, hafif ateş, hâlsizlik, yaygın kas ağrısı, bilinç bulanıklığı, baş ağrısı, bulantı, kusma, ishal, kuru öksürük ya da mukuslu balgam
<b>Fizik İnceleme Bulguları</b>	Perküsyonda matite ve dinlemekle bronş solunum sesi veya yaygın ince raller	Fizik inceleme bulguları ile radyolojik bulgular arasında uyumsuzluk saptanır.
<b>Laboratuvar Bulguları</b>	Lökositoz, balgamın Gram boyamasında nötrofil ve gram pozitif diplokok hakimiyeti	Balgamın Gram boyamasında nötrofil görülmesi, bunun yanında bakteri görülememesi
<b>Akciğer Grafisi</b>	Lob tutulumu	Nonlober veya lob tutulumu



## Ayırıcı Tanı

- Akut bronşit
- Akciğer tüberkülozu
- Kalp yetmezliği: Genellikle 65 yaş üstü, ortopnesi olan, kalp tepe atımı yer değiştirmiş, miyokard enfarktüsü öyküsü olan hastalar
- Akciğer kanseri
- Akciğer embolisi: Gebe ve doğum sonrası öyküsü olan, 4 haftadan fazla hareketsiz kalan ya da malignitesi olan hastalarda derin ven trombozu ya da akciğer embolisinden şüphelenilmelidir.

## Tedavi

Herhangi bir kronik hastalığı olmayan pnömonili hastalar, üst merkeze sevk etmeyi gerektiren durumlar dışında, birinci basamakta tedavi edilir.

Hemen ampirik tedaviye başlanır. Antibiyotik seçiminde klinik görünümün tipik veya atipik olması yönlendiricidir. Tedavi ateş düştükten sonra bir hafta daha sürdürülür. Tedaviye yanıt, ateşin antipiretik tedavi uygulanmadan düşmesi ve lökositozda düzelme ile değerlendirilir. Ortalama tedavi süresi, tipik pnömonide 7-10 gün, atipik pnömonide 14-21 gündür. Klinik yanıt varsa tedavi süresi uzatılmamalıdır. Akciğer grafisinde düzelme, klinik yanıtla göre daha geç olabilir.

---

### Penisilinler:

Amoksisilin :	1.000 mg günde üç kez (8 saat ara ile), ağızdan
Prokain penisilin G :	800.000 ü. günde iki kez, kas içine

### YA DA

### Makrolidler\*:

Eritromisin:	6 saatte bir 500 mg ağızdan
Roksitromisin:	12 saatte bir 150 mg ağızdan
Klaritromisin:	12 saatte bir 500 mg ağızdan
Azitromisin:	24 saatte bir 500 mg / 3 gün ağızdan veya 1.gün 500 mg/gün, sonraki 4 gün 250 mg/gün ağızdan
Diritromisin :	24 saate bir 500 mg ağızdan

### YA DA

Doksisiklin*:	12 saat arayla 200 mg ile başlanır, 12 saat arayla 100 mg ile devam edilir.
---------------	---

\* Atipik pnömoni düşünülüyor ve tipik-atipik pnömoni ayrımı yapılamıyorsa ya da penisilin alerjisi varsa doksisiklin veya makrolid grubu ilaçlardan biri seçilmelidir.

## Korunma

Altta yatan kronik hastalıkların kontrol altına alınması, dengeli beslenme, hijyenik önlemler, sigara ve alkol alışkanlıklarının kontrolü ile toplum kökenli pnömoninin sıklığı ve öldürücülüğü azaltılabilir. Risk etmenleri olan hastalara pnömoniden korunma amacıyla her yıl influenza aşısı ve 5 yılda bir pnömokok aşısı uygulanmalıdır. Pnömomokok aşısının üç yıldan kısa aralıklarla ve ikiden fazla uygulanması uygun değildir.

### Pnömomokok Aşısı Yapılması Gereken Durumlar

- 65 yaşın üstünde olmak
- Bakım evi vb. yerlerde kalıyor olmak
- Demans, felç, serebrovasküler hastalıklar
- Kalp yetmezliği
- KOAH, bronşektazi, kistik fibrozis
- Kronik karaciğer hastalığı
- Diabetes mellitus
- İşlevsel ya da anatomik aspleni
- Beyin omurilik sıvısı kaçağı

## Sevk Ölçütleri

Ampirik tedavi uygulanan hastalarda 72 saat içinde klinik ya da laboratuvar yanıt alınmazsa ya da aşağıdaki ölçütlere uyan hastalar tedavi edilmeden hemen bir üst basamak sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir (Tablo 2).

**Tablo 2. Bir Üst Basamak Sağlık Kuruluşuna Sevk Ölçütlerine Uyan Hastalar**

Risk Etmenleri*	Fizik İnceleme Bulguları*	Laboratuvar*
<ul style="list-style-type: none"><li>• 65 yaşın üstünde olmak</li><li>• Eşlik eden hastalıklar<ul style="list-style-type: none"><li>- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı</li><li>- Bronşektazi</li><li>- Kistik fibroz</li><li>- Diabetes mellitus</li><li>- Böbrek hastalığı</li><li>- Kalp yetmezliği</li><li>- Karaciğer hastalığı</li><li>- Serebrovasküler hastalıklar</li><li>- Malignite</li></ul></li><li>• Bir yıl içinde pnömoni tanısıyla yatış</li><li>• Aspirasyon şüphesi</li><li>• Splenektomi sonrası</li><li>• Alkolizm</li><li>• Malnütrisyon</li><li>• Huzur evinde yaşama</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Solunum sayısı &gt; 30/dakika</li><li>• Kan basıncı Sistolik &lt;90mmHg, Diyastolik &lt; 60 mmHg</li><li>• Koltuk altı ateş &lt; 35°C veya &gt; 40°C</li><li>• Bilinç değişikliği</li><li>• Siyanoz</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lökosit sayısı &lt;4.000 /mm<sup>3</sup> ya da &gt;30.000/mm<sup>3</sup> ya da nötrofil &lt;1000/mm<sup>3</sup></li><li>• Akciğer grafisinde çok loblu kavite, plevrada sıvı birikimi, lezyonlarda hızlı ilerleme</li><li>• SaO<sub>2</sub>&lt;%92 (nabız oksimetre varsa)</li></ul>

\* Risk etmenleri, fizik inceleme ve laboratuvar bulgularından herhangi birini taşıyan hastalar üst merkeze sevk edilmelidir.

### **Kaynakça**

1. Bartlett JG, Dovvelli FS, File TM, Musher DM, Fine MJ. Practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults. Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2001;31:347-82.
2. The Official Statement of the American Thoracic Society. Guidelines for the Management of Community-acquired Pneumonia. Am J RespCritCare Med 2001 ;163:1730-54.
3. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections. ERS Task force in collaboration with ESCMID. Eur Respir J 2005; 26: 1138–1180.
4. BTS Guidelines For The Management Of Community Acquired Pneumonia In Adults - 2004 Update. BTS Pneumonia Guidelines Committee. Published on BTS website on 30.04.04.
5. Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of communityacquired pneumonia in adults. Clin Infect Dis 2007;44 (Suppl 2):27-72.
6. Türk Toraks Derneği Erişkinlerde Toplumda Gelişen Pnömoni Tanı ve Tedavi Uzlaşı Raporu. Türk Toraks Dergisi cilt:10 (Ek 9):Haziran 2009.



# AİLE PLANLAMASI - 2012

## BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

**Gebeliğin Önlemesi (Kontrasepsiyon):** Her ikisi de fertil olan çiftlerde birtakım yöntemler uygulanarak fertilizasyonun belirli bir süre engellenmesidir

**Sterilizasyon:** Fertilizasyonun geri dönülmez biçimde ortadan kaldırılmasıdır.

**Danışmanlık:** İdeal olan kadının eşi ile birlikte danışmanlık almasıdır. Kadına tüm yöntemler, kendi anlayacağı dilde ayrıntıları ile (yararları, yan etkileri, etkinliği, maliyeti, kullanım kolaylığı/zorluğu) anlatılmalıdır. Danışmanlık veren kişi hiçbir yönetime ilişkin yan tutmamalı, her yöntemi eşit yanlılıkla anlatmalı; çiftin yaşam tarzını, alışkanlıklarını, sağlık durumunu, üreme organlarının durumunu, ailevi ve tıbbi öyküsünü değerlendirerek gebeliği önleyecek en uygun yöntem(ler)i önerip tercihi kadının kendisinin yapmasına olanak vermelidir.

Gebeliği önleyici yöntemin başarısızlığı, Pearl indeksi ile belirlenir. Bu kadın-yıl birimini ifade eder. Örneğin % 0,1 oranı, söz konusu yöntemi 1 yıl kullanan 1000 kadından 1'inde istenmeyen gebelik olduğunu ifade eder.

### SINIFLANDIRMA

#### 1. Modern Olmayan Yöntemler

- Menstrual sıklusta fertilizasyonun yüksek olduğu günlerle ilgili yöntemler
- Emzirme
- Geri çekme
- Vajinanın yıkanması

#### 2. Modern Yöntemler

- Bariyer yöntemler
  - Erkek kondomu
  - Spermisidler
  - Diyafram
  - Serviks başlığı
  - Kadın kondomu
- Rahim içi araçlar (RİA)
- Kombine oral kontraseptifler
- Yalnızca progesteron içeren yöntemler
  - Mini hap
  - Depo-Provera
  - Norplant
  - İmplanon
  - Jadelle
- Geri dönülebilir olmayan yöntemler
  - Kadın sterilizasyonu (Tüp ligasyonu)
  - Erkek sterilizasyonu (Vazektomi)
- Acil kontrasepsiyon
  - Yuzpe rejimi
  - Tek başına levonorgestrol
  - RİA
  - Mifepriston (Antiprogesteron ilaç)
- Vaginal halka (Nuvaring ®)
- Ortho- Evra (Kombine estrogen + Progesteron içeren “transdermal terapötik sistem”, ülkemizde pazarlanmıyor)

## **MENSTRUAL SIKLUSTA FERTİLİZASYONUN YÜKSEK OLDUĞU GÜNLERLE İLGİLİ YÖNTEMLER**

(Beden sıcaklığındaki değişmeyi ölçüm yöntemi, servikal mukustaki değişiklikleri izleme yöntemi, takvim yöntemi)

Bu yöntemlerde tipik menstrual sıklusta, yumurtlamanın(ovulasyonun) olabileceği siklusun ortasındaki 8-10 günler temel alınmıştır. Bu fertil günlerde ya koitusdan kaçınılır veya ek yöntem kullanılır. Koitusdan kaçınılma tercih ediliyorsa ayın 1/3–1/4 arasında penetratif ilişkiye girilmemesi gerekir. İyi bir izlem, düzenli gün sayma gerektirdiğinden etkinliği düşük bir korunma yöntemidir

### **Koitus İnterruptus (Geri Çekme):**

- Ejakülasyonun vajinadan ve dış genitaliadan uzakta gerçekleşmesidir.
- Ek araç veya ilaç gerektirmez. Olumsuz olarak semenden bir miktar sıvı ejakülasyondan önce dışarı kaçabilir. Bu sıvıda milyonlarca sperm bulunabilir ve gebeliğe yol açabilir.
- Erkeğin iyi bir öz denetimi gerekir. İlişkinin plato fazında kesilmesi doyumsuzluğa, psikolojik sorunlara yol açabilir.
- Başarısızlık oranı % 4-18'dir.

### **Postkoital Duş:**

- Su, sirkeli su, limonlu su ile yapılabilir. Ancak ejakülasyondan 90 saniye sonra mukusta spermelerin belirlendiği unutulmamalıdır.

### **Emzirmenin Uzaması:**

- Artmış prolaktinin foliküllerin gelişimi üzerine etkisi amenoreye yol açar. Korunma açısından çok etkili değildir.
- Doğum sonrası korunma için 3. haftadan sonra bir korunma yöntemine geçilmesi uygundur.

Emzirme döneminde kondom, spermisid kullanılabilir. Diyafram, servikal başlık rahim normale dönmeden kullanılamaz. Rahim eski durumunu almadan RİA takılırsa RİA'nın atılma riski vardır. Kombine oral kontraseptifler süt miktarını azalttığı için önerilmez. Yalnızca progesteron içeren yöntemler, haplar, implantlar, depo-provera, progesteron salan RİA'lar kullanılabilir.

## **BARİYER YÖNTEMLER**

### **Vajina Diyaframı:**

- Diyafram, kauçuktan yapılmış, kenarları bükülebilen kubbe biçiminde bir araçtır.
- İlişkiden 1 saat önce yerleştirilmelidir. Yerleştirilmeden önce serviks üzerine gelecek olan iç kısmına spermisid sürülür.
- En büyük sorun diyaframın kadının kendisi tarafından yerleştirilmesidir, istenmeyen gebelikler çoğunlukla yanlış yerleştirmeye bağlı olarak gerçekleşir.

### **Erkek Kondomu (Prezervatif, Kaput):**

- Gebeliği önleyici etkisinin yanı sıra AIDS dahil olmak üzere cinsel ilişki ile bulaşan Herpes simpleks, Human papilloma virüsü, Hepatit B, sifilis, gonore, chlamidia gibi hastalıkların önlenmesinde önemli rol oynar.
- Her ilişkide bir kondom kullanılmalıdır.
- Kondomlar, serin kuru bir yerde 5 yıl süreyle saklanabilirler.
- Başarısızlık oranı % 2-12 arasındadır.
- Bazıları spermisid ile kaplanmıştır. Silikon yağı, jel, pudra katılarak kayganlaştırılmışlardır.

- Spermidli kondom, vajinanın yeterince ıslanmasını beklemeden ilişkiye girme, kauçuğu etkileyen kayganlaştırıcılar yırtılmaya neden olabilirler.

#### Yan Etkileri:

- Glans duyarlılığı azalır. Çok ince veya kayganlaştırılmış kondomlar önerilir.
- Bazı kadın ve erkeklerde kauçuğa karşı alerji gelişebilir.

#### **Kadın Kondomu (Femal kondom, Femidom):**

- Vajinaya yerleştirilen lateks veya poliüretandan yapılmış ceplerdir.
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı korunmada etkili bir bariyer yöntemi olduğu düşünülmektedir.
- İlk yıl başarısızlık oranı % 10-20
- Pahalıdır ve aile planlaması yöntemi olarak kabul edilebilirliği tartışmalıdır.

#### **Spermidler:**

- Hücre zarını parçalayarak spermleri öldürürler.
- En çok nonoxynol-9 kullanılır. (A-gen ovül, Lorophyn ovül, Lady ovül )
- Süppozituar ve tabletlerin köpürmesi için 10-15 dakika beklenmeli ve ilişkiden sonra 6-8 saat yerinde bırakılmalıdır.
- Başarısızlık oranı % 5-25'tir.
- Spermid alerjisi gelişebilir. Teratojenik etkisi tartışmalıdır.

#### Bariyer Yöntemlerinin Yan Etkileri

- Bölgesel tahriş, bazı kadınlarda vajinada kuruluk
- Kandidiazis ve üriner sistem enfeksiyon oranında artış
- Toksik şok sendromu
  - Ateş, diyare, kusma, göz kızarıklığı ortaya çıkar.
  - Birkaç günde, güneş yanığına benzer yaygın döküntüler olabilir.
  - Baş dönmesi, hâlsizlik, boğaz ağrısı, eklem ve kas ağrısı olabilir.
  - Olguların % 2-3 kadarında böbrek, kalp ve karaciğer etkilenir. Bu olgularda ölüm olabilir. Daha çok vajinaya tampon kullananlarda siktir.

#### **RAHİM İÇİ ARAÇ (RİA)**

- Rahimde yabancı cisim olarak lokal enflamatuvar yanıt oluşturarak etki gösterirler (sperm, blastokist, implantasyon üzerine etkisi ile).
- Progestasyonel ilaç içerenler proliferatif cevabı bozarlar, tubanın hareketlerini ve serviks mukusunu bozarlar, menstrüasyondaki kan kaybını % 40-50 oranında ve dismenoreyi azaltırlar.
- Uygulama ve izlemi için eğitim/sertifikasyon gerektirir.
- Uterus perforasyonu, dış gebelik, normal gebelik oluşması, pelviste enfeksiyon gibi komplikasyonlar açısından kadın doğum uzmanı ya da sertifikalı hekimce uygulanmalı ve izlenmelidir.

## KOMBİNE ORAL KONTRASEPTİFLER

Yüksek etkinlik, kolay kullanım, az yan etki, gebeliği önleme dışında bazı jinekolojik sorunların giderilmesinde tedavi edici değer gibi özelliklere bağlı olarak tüm dünyada yaygın biçimde kullanılmaktadırlar.

Östrojen (etinil estradiol) ve progesteron içerir. Östrojen dozu 20-50 mikrogram arasında değişir. Düşük doz estrojenle ara kanama ve gebelik riski olduğu için östrojen dozu 30-35 mikrogram arasında olan haplar tercih edilir. Farklı progesteronların farklı dozda, farklı etkinlikleri, potensleri vardır.

### Kullanım Rejimleri:

21 gün her gün bir tane alınıp 7 gün ara verilir, ilaç kullanılmadığı dönemde çekilme kanaması olur. 8. gün yeni kutuya başlanır. Her gün kullanılan ürünler de vardır ve bunlarda son 7 gün alınan haplarda aktif madde bulunmaz kansızlığa karşı demir bulunur.

### Etki Mekanizması:

Temel etkileri ovülasyonu inhibe etmektir. Servikal mukusun özelliğini değiştirip spermin geçişini engellerler. Ayrıca, oluşturdukları atrofik endometriuma bağlı olarak implantasyonu önlerler.

**Tablo 1. Türkiye'de Kullanılan Kombine Oral Kontraseptifler**

Preparat ismi	Firma	Farmasötik biçim	Etinil estradiol dozu (mg)
Desolett	Organon	Tablet	0.03
Diane-35	Schering	Draje	0.035
Eugynon	Schering	Draje	0.05
Ginera	Schering	Draje	0.03
Lo-ovral	Wyeth	Tablet	0.03
Lyndiol	Organon	Tablet	0.05
Microgynon	Schering	Draje	0.03
Minulet	Wyeth	Draje	0.03
Myralon	Organon	Tablet	0.02
Miranova	Schering	Tablet	0.02
Yasmin	Schering	Tablet	0.03
Ovral	Wyeth	Draje	0.05
Ovulen-50	Ali-Raif	Tablet	0.05
Primosiston	Schering	Tablet	0.01
Triquilar	Schering	Sarı draje	0.03
Triquilar	Schering	Beyaz draje	0.04

### Etkinlik:

İlk kullanım yılında 1000 kadından 1 tanesinde gebelik saptanmıştır.

### Yararları:

- Adetler daha kısa, daha hafif, daha düzenli olur.
- Adetler ağrısız ve premenstrual sendrom bulguları görülmeksizin olur.
- Menoraji, premenstrual sendrom, anovulatuvar disfonksiyonel kanama, dismenore tedavisinde ilk seçenek kombine oral kontraseptiflerdir (OKS).
- Kombine hapları kullananlarda benign meme hastalıkları, over kistleri, endometriozis, pelvik inflamatuvar hastalık, akne daha az görülür.
- Over ve endometrium kanserinden korur. Bu ilaçlar 5 yıl kullanıldığında over kanseri riski %50 azalır ve bu etki ilacı bıraktıktan sonraki 10 yıl sürer.
- Ektopik gebeliği önlerler.
- Romatoid artrit gelişimini azaltırlar.
- Osteoporoz riskini azaltırlar.
- Bırakıldığı zaman fertilitate kısa sürede geri döner.
- Demir eksikliğine bağlı anemi riskini azaltırlar.
- Kullanımı son derece kolay, güçlü etkili, koitus zamanı ile ilişkisiz yöntemlerden biridir.

### Kontrendikasyonları

#### Kesin Kontrendikasyonlar

- Kardiyomiyopati dâhil iskemik kalp hastalıkları
- Birçok tip kalp kapak hastalıkları
- Tromboza eğilimli hastalık veya geçirilmiş venöz trombozu öyküsü
- arteryal trombozu öyküsü
- Geçirilmiş beyin kanaması veya var olan geçici iskemik atak öyküsü
- Beyinde damarsal oluşum bozukluğu olması
- Pulmoner hipertansiyon
- Hiperlipidemi
- Fokal veya kreşendo migren veya ergotamin- sumatriptan gerektiren migren
- Aktif karaciğer hastalığı, rekürren kolestatik sarılık, Dubin-Johnson veya Rotor Sendromu
- Karaciğer tümörü
- Bilinen safra taşı varlığı
- Porfiri
- Steroidlerin etkileyebileceği ciddi hastalığın olması (örneğin, gestasyonel trofoblastik hastalık)
- Gebelik
- Tanı konulmamış anormal rahim kanaması
- Östrojene bağımlı tümör olması (örneğin, meme kanseri)

#### Göreceli Kontrendikasyonlar

- Hipertansiyon
- Ailede kalp-damar sistemi hastalığı öyküsü
- Diabetes mellitus
- Sigara kullanımı
- İleri yaş (35 yaş üstü)
- Obezite
- Migren, epilepsi, depresyon
- Gebelik sırasında veya daha önce OKS kullanırken sarılık geçirenler
- Emzirenler (bebek 6 aydan küçük ise)
- 40 yaşını geçmiş ve diyabet, kalp-damar sistemi hastalığı, beyin-damar sistemi hastalığı riski taşıyanlar
- Hareketi engelleyecek büyük ameliyat geçirme veya 4 hafta içinde böyle bir ameliyat geçirecek olma



- **Hiperprolaktinemi:** Bu tür hastalarda östrojen verilmesi ile hipofizdeki laktotrof hücrelerden prolaktin salgılanması artar. Bu nedenle bunlara sadece progesteron içeren gebeliği önleyici yöntemlerden birisi uygulanmalıdır.

#### Riskleri ve Yan Etkileri

Hergün sürekli olarak hap almak hasta uyumu açısından kolay değildir. Ruhsal durum değişikliği, kilo alma, sıvı tutulumu, bulantı, kusma, baş ağrısı, kloazma, libido kaybı, mastalji, memede büyüme, yağlı cilt çoğu zaman ilacın bırakılmasına neden olur. Fakat 3-6 ay içerisinde bu yan etkilerin çoğu geçer. Eğer zaman geçmesine karşın yan etkiler azalmıyorsa o zaman östrojen–progesteron dozu daha farklı olan bir ilaç seçilmelidir.

Ciddi yan etkiler, daha çok kalp-damar sistemi üzerinedir. İlaç hem atardamarları hem de toplardamarları etkiler. Lipid ve trigliseridlerde artış yapar, pıhtılaşma faktörleri üzerinde etkileri vardır. Hipertansiyon ve sigara içme tromboembolik hastalık olasılığını artırır.

**Meme kanseri** ile kombine oral kontraseptifler arasındaki gerçek ilişki henüz ortaya konulamamıştır. Var olan bilgiler, OKS kullanmanın, tümörün erken teşhis edilmesini sağladığını; geç evre ise hastalığın daha da ilerlemesine neden olduğunu düşündürmektedir.

**Serviks Kanseri:** 5 yıldan fazla OKS kullanmak ile serviksin skuamoz kanserinde bir miktar artış bildirilmiştir. Ancak bu hapları kullananlar, yıllık smear incelemelerini yaptırdıkları için erken tanı olanağı doğabilir.

#### Uygulamada Yararlı Bilgiler

İlaca başlamadan önce tüm risk etmenlerini ortaya koyacak biçimde ayrıntılı öykü alınmalı, kan basıncı ölçülmeli, hasta tartılmalıdır. Eğer gerekli değilse olağan pelvik incelemeye gerek yoktur. Serviksten smear alınmalı, hasta 35 yaş üstündeyse meme incelemesi yapılmalıdır. Risk etmeni olan kadınlarda lipid ve pıhtılaşma profiline bakılmalıdır. Yeni ilaç kullanmaya başlayanlarda 30-35 mikrogram östrojen içeren hap ile başlanmalıdır. Eğer ilk üç aydan sonra anormal kanama kalıbı kendiliğinden geçmezse, altında jinekolojik patoloji bulunmuyorsa, o zaman daha yüksek östrojen içeren veya daha farklı progesteron içeren ilaç verilmelidir. Uzun süreli enzim indüksiyonu yapan ilaç (antikövlzanlar, griseofulvin, rifampisin) kullanan kadınlara, optimum etkinlik için 50 mikrogram östrojen içeren preparat verilmelidir.

Geniş spektrumlu antibiyotikler kombine oral kontraseptiflerin etkinliğini azaltır. Bu süre içinde kadın, ilacını almaya devam etmeli; ama antibiyotik kullandığı sürece ve bundan bir hafta sonrasına kadar ek bir yöntem ile korunmalı veya cinsel ilişkiden kaçınmalıdır.

Daha önce hap kullanan kadınların bebeklerinde bir anomali olabileceğine ilişkin bilgi bulunmamaktadır. Oral kontraseptif kullanırken gebe kalan kadında teratojenik etki riski düşüktür.

#### Hap Alınması Unutulursa

**Pakette 28 Hap Olanlarda:** Eğer ilaç içermeyen, plasebo değeri taşıyan 7 haptan biri unutulmuşsa gebelik riski bulunmadığından ek bir korunma yöntemine gerek yoktur.

**Pakette 21 Hap Olanlarda:** Başka bir deyişle hormon içeren haplardan biri unutulmuşsa en son ilacı ne zaman aldığına bağlı olarak strateji belirlenir;

- 24 saatten önceyse;
  - Hemen unutulmuş hap alınır.
  - Normal ilaç alma zamanına dönülür.
  - O günün ilacı da zamanı gelince alınır.
- 24 saat geçmişse;
- 24 saatten fazla geçmişse;
  - Unutulan en son hap hemen alınır.
  - Diğer hap zamanı gelince alınır.
  - Diğer unutulmuş haplar imha edilir.
  - Kalan hapları kullanmaya devam edilir.

#### **Eğer Siklusun 15-21 Günlerinde Bir Hap Unutulmuşsa;**

- Pakette kalan hapların kullanılması sürdürülür.
- Asla adet görmek için ilaçlara ara verilmez. Paketteki hormonal haplar biter bitmez yeni bir kutuya başlanır. Bu yeni kutu bitene kadar adet görmek olanaksızdır.
- Eğer 28 haplık kutular kullanılıyorsa son 7 hap alınmaz. Paketteki hormonal haplar biter bitmez yeni bir kutuya başlanır. Bu yeni kutu bitene kadar adet görmek olanaksızdır.

#### İzlem

Gebeliği önlemek amacıyla kombine oral kontraseptif kullanan kadın, ilk kez bu ilacı alıyorsa 3 ay sonra değerlendirilmeli; ondan sonra 6-12 aylık aralarla izlenmeli; yılda bir kez meme ve pelvis incelemesi yapılmalıdır. Kadın, kullanmak istediği sürece hapı kullanabilir. Kullanım süresinde bir sınır yoktur.

#### **YALNIZ PROGESTERON İÇEREN YÖNTEMLER**

Bu tür gebeliği önleyici yöntemlerin etki mekanizması şöyledir:

- Serviksin mukusunu kalınlaştırarak sperm geçişini engellerler.
- Kullanılan progesteronun türüne ve dozuna göre yumurtlamayı baskırlar.
- Tüplerde yumurtanın taşınmasını yavaşlatırlar.
- Döllenmiş yumurtanın endometriuma yerleşebilirliğini bozarlar.

Östrojenin trombotik olaylara neden olmasından dolayı yalnız progesteron içeren ilaçların daha güvenli olduğuna inanılır. Bunların hiçbirisi HIV veya cinsel yolla bulaşan diğer hastalıklara karşı kadını korumaz.

Barbiturat, rifampisin, griseofulvin gibi karaciğerde enzim indüksiyonu yapan ilaçlarla birlikte kullanıldığında progesteronun etkisi azalmaktadır. Progesteron içeren ilaçlar süt yapımını ve sütün niteliğini etkilememektedir. Süte belli miktarlarda geçerler; ancak bu geçen miktar bebekte kombine hapların aksine olumsuz bir etki oluşturmazlar. Bu yöntemler; adet sırasındaki kanamayı, ağrıyı ve premenstrual sendrom bulgularını hafifletir.

#### Yan Etkileri

- Düzensiz kanama
- Kilo alma
- Sıvı retansiyonu
- Baş ağrısı
- Duygudurum değişiklikleri
- Akne
- Memelerde gerginlik
- Sarılık (Aktif karaciğer ve safra kesesi hastalığı dışlanmalıdır.)

- Bulantı, baş dönmesi (Gebelik dışlanmalıdır.)
- Karın alt bölgesinde ve pelviste ağrı (Dış gebelik dışlanmalıdır.)
- Göğüs ağrısı (Kalp ve damar sistemi hastalıkları dışlanmalıdır.)

Tüm bu yan etkiler birkaç ay kullanıldıktan sonra giderek azalır.

### **Mini Hap:**

Yalnız progesteron içeren haplara bu ad verilir. Mükemmel kullanıcılarda ilk yıldaki başarısızlık oranı % 0,5 iken tipik kullanıcılarda % 5'dir. Eğer mini hap kullanılırken gebelik olursa bunun dış gebelik olma riski normalden çok daha yüksektir. Adetin ilk gününde ilaç kullanmaya başlanır, her gün bir tane alınır, bir kutu bitince hemen diğerine başlanır. Burada ilaçsız dönem yoktur. İlaç her gün aynı saatte alınmalı ve ilaç unutulursa aynen kombine haplardaki protokol uygulanmalıdır. Mini hap kullanırken arada ara kanama olması nadir değildir.

Ülkemizde pazarlanmamıştır.

### **Depo-Medroksiprogesteron:**

Üç aylık iğne olarak da bilinir. 3 ayda bir kas içine uygulanır ve 3 aylık koruma sağlar. 150 mg depo etkili medroksiprogesteron asetat içerir. İlk enjeksiyon kadın adetli iken yapılır. Kas içine uygulandıktan sonra buradan küçük dozlarda salıverilir. İlk yıl kullanımında %99 oranında etkili bir yöntemdir.

Doğumdan sonraki 6. haftada anne emzirmiyorsa enjeksiyon yapılabilir. Emziriyorsa enjeksiyon 3-4 hafta ertelenmelidir. Emzirenlerde, ileri yaş kadınlarda kullanılabilir. Over kanserine karşı koruyucu olduğu bildirilmektedir. Diğer progesteron içeren yöntemlerdeki kontrendikasyonlar bunun için de geçerlidir. Kadının yılda bir kez meme ve pelvis incelemesi yaptırması, 3 ayda bir enjeksiyon için geldiğinde (aynı zamanda izlem değeri taşır) belirtiler açısından sorgulanması gerekir. En sık yan etkileri; adet düzensizliği, baş ağrısı, kilo alma, memede duyarlılıktır.

### **Norplant:**

Kolun medial kısmına; deri altına yerleştirilen 6 adet eğilebilir çubuk içeren levonorgestrel salgılayan kapsüllerden oluşmuştur. Palpe edildiğinde hissedilebilir bazen de görülebilir. 5 yıllık koruma sağlar. 5 yıl sonra kapsüller yerinden çıkarılmalı gerekirse yenisi ile değiştirilmelidir. Başarısızlık riski <%1'dir Uygulama için özel eğitim gereklidir. İnsizyon yerinde inflamasyon, enfeksiyon, kötü skar oluşumu olabilir. Şayet kapsüller çok derine yerleştirilirse çıkarılması zorlaşır.

Östrojen kullanma kontrendikasyonu olan, ileri yaş kadınlar, emzirenler, cinsel ilişkiden bağımsız uzun süreli geri dönüşümlü yöntem isteyenlerde seçilecek yöntemdir.

Takıldıktan bir ay sonra, sonrasında yılda bir kez olmak üzere hasta değerlendirilmek üzere çağırılmalıdır.

### **İmplanon:**

İçinde levonorgestrolen daha az androjenik olan 68 mg etonorgestrel içerir. Yerleştirme tercihen adetin ilk 1-5. günlerinde yapılır. Emziren kadınlarda uygulanabilir. Diğer özellikleri aynen norplanta benzer.

### **Jadelle:**

İçinde 75 mg levonorgestrel içeren iki çubuktan oluşan deri altına yerleştirilen implanttır. Tamamen norplanta benzer.

## GERİ DÖNDÜRÜLEBİLİR OLMAYAN YÖNTEMLER

### Kadın Sterilizasyonu:

40'lı yaşlara kadar kadın; fertilesini korur. Ailesini, çocuk sayısını tamamlamış, başka yöntem kullanmak istemeyen veya diğer yöntemleri kullanmasında kontrendikasyon olan kadınlarda bu yöntem tercih edilmektedir. Cerrahi bir işlem ile her iki tüp 1/3 proksimalinden bağlanır, kesilir veya kliplenir. Sonuçta tüp ile over arasındaki taşıma mekanizması bozularak yumurta ile spermin birleşmesi engellenir. Cerrahi işlemin hormon üretimi, adet düzeni, yumurtlama, cinsel işlev üzerine etkisi yoktur. Bilinen en etkili yöntemlerden birisi olup 10 yıllık dönemde %2'den az başarısızlık riski vardır.

Tüplerin bağlanması açısından tıbbi kontrendikasyon yoktur. En önemlisi sosyal kontrendikasyon olup eşlerin ileride çocuk sahibi olmama konusunda kesin kararlı olmaları gerekir.

### Erkek Sterilizasyonu (Vazektomi):

Erkeklerde vas deferenslerin kapatılması ile sperm taşınmasının engellenmesine dayanan yöntemdir. Tüplerin bağlanmasına göre işlem daha basittir ve komplikasyonları daha azdır. Hemen hemen %100 etkili bir yöntemdir. Cinsel işlevi etkilemez, yaşam tarzı üzerine zararlı bir etkisi yoktur. Ejekülatta hiç sperm çıkmamasına kadar kişi hâlâ fertildir. Bu süre operasyondan sonra ortalama 2-4 ay, 20 ejakülata kadardır. Bu süre zarfında ek bir korunma yöntemine gereksinim vardır. Bu yöntem cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korumaz.

### ACİL KONTRASEPSİYON (POSTKOİTAL KONTRASEPSİYON)

Gebeliği önlemek için cinsel ilişki sonrasında kullanılan araç veya ilaçları ifade eder. Korunmasız cinsel ilişki veya tecavüz sonrasında kullanılır.

- Midsiklus koitusu izleyen 72 saatte uygulandığında başarısızlık oranı %1'den azdır.
- Yüksek doz kullanıma bağlı bulantı, kusma, baş ağrısı görülebilir.
  - Konjuge estrogenler: 30 mg x 5 gün ya da 50 mg x 2 gün toplardamar içine
  - Etinil estradiol 5 mg x 5 gün
  - 12 saat ara ile 2-şer tablet
  - Preven veya norlevo (acil kontrasepsiyon kitleri)
  - İlk 5 gün içinde RIA kullanılabilir
  - Levonorgestel 2x0.75mg

Etkinliği saptama oldukça güçtür. Ama etkinlik, önlenebilen potansiyel gebelik sayısı olarak ifade edilebilir. Yuzpe rejimi, levonorgestrel %75-85, RIA ise %95 oranında gebeliği önler.

PİD veya cinsel yolla bulaşan hastalık riski olan kadınlarda RIA takılmamalıdır.

#### Yan Etkileri

- Bulantı (%60), kusma (%16) (yuzpe rejiminde). Levonorgestrel alanlarda %23 oranında bulantı olur. Bu durumda antiemetikler ile birlikte kullanılır (Dramamine®, Metpamid®v.b),
- Yüksek doz östrojen 1-2 gün süreyle memede gerginliğe neden olur.
- Bir sonraki siklusta 3 günden fazla olabilen adet gecikmesi, erken adet görme olabilir.
- Zor ve ağrılı RIA yerleştirme: Genelde bu tür kadınlar nullipar olduğu için yerleştirme zor olabilir. Delinme riski de yüksektir.

Hangi yöntemin kullanılacağı, kişiye, cinsel ilişki zamanına, yumurtlama zamanına, varsa sistemik hastalığa, kontrendikasyonlara göre belirlenmelidir.

## VAGİNAL HALKA (Nuvaring®)

Estrojen ve progesteron içeren, bükülebilir, vaginaya yerleştirilen bir halkadır. Kontraseptif etkisi, risk ve yan etki bakımından oral kontraseptiflere benzer

Halka adet döneminin ilk 3 haftasında vagina içerisinde kalır, 1 hafta kullanılmaz. Erkek partner tarafından hissedilmez. Vaginadan kolayca çıkartılabilir. Eğer ilişki sırasında çıkartılacak ise bu süre 3 saatten fazla olmamalıdır. Aksi halde prezervatif gibi ek yöntemler ile birlikte kullanılmalıdır.

### Kaynakça

1. Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ankara, 2005 ISBN 975-590-136-
2. Foran TM. New contraceptive choices across reproductive life. Med J Aust. 2003 Jun 16; 178(12): 616-20.
1. Lindberg CE. Emergency contraception for prevention of adolescent pregnancy. MCN Am J Matern Child Nurs. 2003 May-Jun; 28(3): 199-204.
2. Baill IC, Cullins VE, Pati S. Counseling issues in tubal sterilization. Am Fam Physician. 2003 Mar 15; 67(6): 1287-94.
3. Kacmar JE. New contraception options. Med Health R I. 2003 Jan; 86(1): 6-8.
4. Schnare SM. Progestin contraceptives. J Midwifery womens Health. 2002 May-Jun; 47(3): 157-66.
5. Glasier A. Emergency contraception. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2002 Apr; 16(2): 181-91.
6. Diaz S. Contraceptive implants and lactation. Contraception. 2002 Jan; 65(1): 39-46.
7. Burkman RT. Oral contraceptives: current status. Clin Obstet Gynecol. 2001 Mar; 44(1): 62-72.
8. Gilliam ML, Derman RJ. Barrier methods of contraception. Obstet Gynecol Clin North Am. 2000 Dec; 27(4): 841-58.
9. Kaunitz AM. Injectable contraception. New and existing options. Obstet Gynecol Clin North Am. 2000 Dec; 27(4): 741-80.
10. Shulman LP. Oral contraceptives. Risks. Obstet Gynecol Clin North Am. 2000 Dec; 27(4): 695-704, v-vi.
11. Nelson AL. Intrauterine device practice guidelines: medical conditions. Contraception. 1998 Sep; 58(3 Suppl): 59S-63S; quiz 72S.
12. Bardin CW. Implantable contraception. Curr Ther Endocrinol Metab. 1997; 6: 292-300.
13. Cemalettin AKYÜREK, Nedim ÇİÇEK, Çetin ÇELİK, Ali HABERAL. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Bölüm:70, Kontrasepsiyon ve Aile Planlaması, Sayfa 805, Güneş Kitabevi, 2. Baskı



## DİSMENORE - 2012

### BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Dismenore, ağrılı adet görme durumudur. Ağrı; aralıklı, kramp tarzında, suprapubik bölgede yoğunlaşmış olup zaman zaman bulantı, kusma, ishale birlikte görülür. Dismenore, adolesanlarda %60, erişkinlerde %45 oranında görülür.

Birincil (primer) dismenorede organik bir neden yoktur; ağrı endometriyumdan prostaglandin salgılanmasıyla ilişkilidir. Genellikle menarşla ya da menarştan birkaç yıl sonra, ovulatuvar siklusların yerleşmesiyle başlar. Adetten birkaç saat önce başlayan ağrı iki üç gün sürer.

İkincil (sekonder) dismenorede endometriyozis, uterus ve vajinanın doğumsal anomalileri, servikal stenoz, adenomyozis, over kisti, pelvik yapışıklık, rahim içi araç, pelvik enfeksiyon ve tümör gibi organik bir neden vardır.

#### Tanı

- Temel belirti pelviste kramp tarzı ağrıdır. Ayrıca bel ağrısı, baş ağrısı, bulantı, kusma, ishal, çarpıntı ve hâlsizlik görülebilir.
- Birincil dismenorede fizik inceleme normaldir. Tanı öykü, ağrının periyodik özelliği ve altta yatan bir neden saptanamamasıyla konur.
- İkincil dismenorede ağrı menstrüel siklusun ikinci yarısında başlar ve kanamanın bitiminden sonra birkaç gün sürer. Fizik incelemede duyarlık ve patolojik bulgu olabilir. Kesin tanı için ileri inceleme gerekir.

#### Ayrırcı Tanı

Dış gebelik, tamamlanmamış düşük (inkomplet abortus) ve üriner enfeksiyon düşünülmelidir.

#### Tedavi

Birincil dismenorede temel amaç, ağrının giderilmesidir. Tedavide steroid olmayan antienflamatuvar (NSAİ) ilaçlar ya da ovülasyonu (yumurtlamayı) baskılayan, kombine oral kontraseptifler kullanılır. NSAİ ilaçlar olguların %80'inde etkindir. Ayrıca karın alt kısmına sıcak uygulanması ve egzersiz dismenorede etkili bulunmuştur.

NSAİ ilaçlardan ibuprofen, naproksen sodyum ve mefenamik asit önerilir. İlaça menstrüasyondan 1-2 gün önce başlanmalı ve birkaç gün kullanılmalıdır.

- **İbuprofen**  
İlk seçilecek ilaçtır. Her 6 saatte ağızdan 400 - 800 mg (draje, film tablet), tercihen tok karnına alınır.
- **Mefenamik asit**  
İkinci seçilecek ilaçlardandır. Ağızdan, 500 mg yükleme dozundan sonra 3 gün boyunca her 6 saatte, 250 mg (kapsül, film tablet) alınır.
- **Naproksen sodyum**  
İkinci seçilecek ilaçlardandır. Başlangıçta ağızdan 500-575 mg, sonra gerekirse 6-8 saatte bir 250-275 mg (tablet, film tablet) (en çok 1.250 mg/gün) alınır.

İlaç her adet döneminde kullanılmalıdır. İlaç seçimi ve doz değişikliği üç aylık uygulama değerlendirilmeden yapılmamalıdır.

**Oral kontraseptifler:** Düşük estradiol içerikli (0,035mg) preparatlar siklik olarak 6-12 ay süreyle kullanılır.

İkincil dismenorede tedavi, mutlaka altta yatan nedene göre yapılmalıdır.

### Sevk Ölçütleri

Üç aylık tedaviye yanıt alınamayan birincil dismenore olguları veya ikincil dismenoreli olduğu düşünülen hastalar üst merkeze sevk edilmelidir.

### Kaynakça

1. Zhang WY, Li Wan Po A. Efficacy of Minor Analgesics in Primary Dysmenorrhea: A Systematic Review. Br J Obstet Gynaecol. 1998;105:780-9.
2. Barbieri RL. Dysmenorrhea. Barbieri RL, Berga SL, DeChemey AH, et al, ed. Gynecology in Primary Care: A Step-by-Step Approach. New York: Scientific American Medicine, 1999:1-6.
3. Brown CS, Freeman EW, Ling FW. An Update on the Treatment of Premenstrual Syndrome. Am J. Man Care. 1998;4:115-24.
4. Mehta DK, ed. British National Formulary, Nr42. London: British Medical Association and Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, 2001.
5. Premenstrual Syndrome. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-gynecologists. ACOG Practice Bulletin No 15, April 2000.
6. Akin, MD, Weingand, KW, Hengehold, DA, et al. Continuous low-level topical heat in the treatment of dysmenorrhea. Obstet Gynecol 2001; 97:343.
7. Golomb, LM, Solidum, AA, Warren, MP. Primary dysmenorrhea and physical activity. Med Sci Sports Exerc 1998; 30:906.



# GEBELİK İZLEMİ - 2012

## BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Gebelik izlemi, gebeliğin planlanmasıyla başlayan, sağlıklı sürdürülmesini ve sorunsuz bir doğumu amaçlayan, gerekli tıbbi, psikolojik ve sosyal desteği doğru, dikkatli ve akılcı uygulamalarla gerçekleştiren kapsamlı bakım sürecidir.

### Amaçlar

- Gebelik sorunlarını, erken tanı ve tedaviyle en aza indirmek
- Bebeklerin gebelik ve doğum nedenli sorunlarını en aza indirmek
- Gebelikteki risk etmenlerini belirlemek
- Gebeyi normal gebelik süreci ve olası sorunlar, tehlike işaretleri konusunda bilgilendirip yönlendirerek riskli tutum ve davranışlardan uzaklaşmasını sağlamak; örneğin, sigara, alkol ve ilaç kullanımının zararları konusunda uyarmak, beslenme ve egzersiz konusunda bilgilendirmek
- Anne ve bebek morbidite ve mortalite oranlarını azaltmak
- Doğum ve doğum sonrasıyla ilgili konularda (lohusalık, doğum sonrası gebeliğin önlenmesi, yenidoğan bakımı ve beslenmesi, bağışıklanması ve anne sütü) bilgilendirmek

### İzlem

Gebeliğin saptanmasıyla başlar.

- Birinci İzlem:** Gebeliğin 14. haftasında veya ilk 14 hafta içerisinde yapılmalıdır.
- İkinci izlem:** Gebeliğin 18-24. haftaları (tercihen 20-22. haftalar) arasında yapılmalıdır.
- Üçüncü İzlem:** Gebeliğin 30-32. haftaları arasında yapılmalıdır.
- Dördüncü İzlem:** Gebeliğin 36-38. haftaları arasında yapılmalıdır.

40. haftaya kadar doğum gerçekleşmezse gebe, doğum yapacağı sağlık kuruluşuna sevk edilir.

Her izlemde risk değerlendirmesi yapılır, riskli hasta üst merkeze sevk edilir.

**Her bir izlemde, gebeyi değerlendirmek için aşağıdaki basamaklar uygulanır.** Basamaklar değerlendirilirken daha önceki izlemin ardından herhangi bir değişiklik olup olmadığı sorgulanır.



**Tablo: Gebelik değerlendirme basamakları**

	<b>I. İzlem</b>	<b>II. İzlem</b>	<b>III. İzlem</b>	<b>IV. İzlem</b>
<b>Süre</b>	İlk 14 hafta	18-24. haftalar arası	30-32. haftalar arası	36-38. haftalar arası
<b>Kişisel Bilgiler</b>	+	Değişiklikler sorgulanır	Değişiklikler sorgulanır	Değişiklikler sorgulanır
<b>Tıbbi Öykü</b>	+	Tıbbi öykü gözden geçirilir	Tıbbi öykü gözden geçirilir	Tıbbi öykü gözden geçirilir
<b>Obstetrik Öykü</b>	+	Obstetrik öykü gözden geçirilir	Obstetrik öykü gözden geçirilir	Obstetrik öykü gözden geçirilir
<b>Mevcut Gebelik Öyküsü</b>				
Son adet tarihi ve bulgulara göre tahmini doğum tarihi hesaplama	+			
Gebelik yakınmaları	+	+	+	+
Demir alımı ile ilgili yakınma		+	+	+
<b>Fizik İnceleme</b>	+	+	+	+
<b>RİSK DEĞERLENDİRME FORMU</b>	Herhangi bir kriter EVET ise üst merkeze sevk edilir			
<b>Laboratuvar Testleri</b>				
İdrar tahlili	+	+	+	+
Hemogram	+	+	+	+
Gebe ve Eş Kan grubu	+	Önceden yapılmadıysa	Önceden yapılmadıysa	Önceden yapılmadıysa
Gereken diğer testler (Eğer yapılamıyorsa hasta üst merkeze sevk edilir)		Glukoz tarama testi Temel obstetrik ultrasonografi		
<b>Demir Desteği</b>	12. haftadan itibaren tüm gebelik boyunca 40-60 mg/gün demir ağızdan verilir, uygulama doğumdan sonra 3 ay daha sürdürülür			
<b>Folik Asit Desteği</b>	Gebelerde artan gereksinimi karşılamak ve megaloblastik kansızlık gelişmesini önlemek yanında, fötusta yarık damak, yarık dudak ve spina bifida, anensefali, ensefalosel gibi nöral tüp defektlerini önlemek amacıyla gebe kalma planı bulunan tüm kadınlara günde 400 mikrogram folik asid ağız yoluyla verilebilir			
<b>Tetanoz Toksoidi</b>	İlk doz 12. haftadan itibaren yada ilk tespitten itibaren, 2.doz 4 hafta sonra, 3. doz son dozdan 6 ay sonra (Her doz 0,5 mg kas içine)			
<b>İdrar Yolu Enfeksiyonu ve Diğer Enfeksiyonlar</b>	Gereken tedaviler verilir. İdrar yolu enfeksiyonu tedavisinin ardından yapılan izlemde hâlâ enfeksiyon devam ediyorsa bir üst basamağa sevk edilir.			
<b>Bilgilendirme</b>	+	+	+	+
<b>Danışmanlık</b>	+	+	+	+
<b>Üst Merkeze Sevki Gerektiren Durumlar</b>	+	+	+	+
<b>“Gebe İzlem Fişi”nin Denetlenmesi</b>	+	+	+	+

## 1. Kişisel Bilgiler

Gebenin; T.C. kimlik numarası, yaşı, adresi ve telefon numarası, medeni durumu, akraba evliliği durumu (böyle bir evlilik söz konusu ise akrabalığın yakınlık derecesi) öğrenilir; sosyoekonomik durumu, sağlık güvencesi, en yakın sağlık kuruluşuna ulaşım koşulları değerlendirilir.

## 2. Tıbbi Öykü

- Kronik sistemik hastalıklar (diabetes mellitus, hipertansiyon, kalp ve damar hastalıklar, kronik böbrek hastalığı, epilepsi, tiroid hastalıkları vb.)
- Geçirilmiş ya da tedavisi süren enfeksiyon hastalıkları (tüberküloz, brusella, paraziter hastalıklar vb.)
- Madde bağımlılığı, sigara, alkol kullanımı
- İlaç alerjisi, sürekli kullandığı ilaçlar
- Geçirilmiş operasyonlar
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon (CYBE) öyküsü
- Kan hastalıkları ve kan transfüzyonu öyküsü
- Aile öyküsü (diabetes mellitus, yineleyen fetus anomalileri, çift yumurta ikizi vb.)
- Kısırlık varsa süresi ve gördüğü tedaviler

## 3. Obstetrik Öykü

- Gravida (o anki gebelik de dâhil toplam gebelik sayısı), parite (daha önceki doğum sayısı) ve yaşayan çocuk sayısı
- Önceki gebeliklerin öyküsü:
  - Gebelik haftası ve sonlanma biçimi (canlı doğum, ölü doğum, düşük, ektopik ya da mol gebelik)
  - Gebeliği nerede ve kimin sonlandırdığı
  - Gebelik sırasında yaşanan sorunlar (kanama, gebeliğe bağlı diyabet, tromboz, emboli, preeklampsi-eklampsi)
  - Doğum biçimi (normal, sezaryen, forseps veya vakumla doğum)
  - Doğum sırasında yaşanan sorunlar (ablasyo plasenta, plasenta previa, prezantasyon anomalileri, 3. derece perine yırtığı)
  - Doğum sonrası yaşanan sorunlar (plasentanın ayrılmasında yaşanan sorunlar, kanama, enfeksiyon, depresyon vb.)
  - Bebeğin değerlendirilmesi (doğum ağırlığı, anomali varlığı, prematür, postmatür, çoğul gebelik, bebek ölüm nedeni)
  - Tetanoz toksoid bağışıklama öyküsü
  - Gerekirse anti D Ig uygulanıp uygulanmadığı

## 4. Mevcut Gebelik Öyküsü

- Son adet tarihi (SAT), bilinmiyorsa ilk gebelik testi tarihi, fetus hareketlerinin ilk hissedildiği tarih
- Tahmini doğum tarihi (TDT) = SAT - 3 ay + 7 gün
- Gebelik yakınmaları (bulantı-kusma, sık idrara çıkma, kabızlık, mide yanması, bacaklarda ağrı, nefes darlığı, çarpıntı vb.)
- Gebelik tehlike işaretlerine ait yakınmalar
- Fetus hareketlerinin varlığı

## 5. Fizik İnceleme

- Boy-kilo ölçümü

- Kan basıncı ölçümü
- Nabız
- Ciddi kansızlık bulgularının araştırılması (el tırnağı, konjonktiva, ağız mukozasında solukluk, dispne, solunum sayısının 30'un üstünde olması)
- Göğüs ve kalp dinleme bulguları, tiroid incelemesi
- Hastalığı gösteren diğer tehlike işaretleri (nefes darlığı, öksürük, yüksek ateş vb.)
- Ödem gözlenmesi
- Diğer sistemik incelemeler (varis, tromboflebit bulguları açısından inceleme)
- Uterus büyüklüğünün gebelik haftasına uygunluğunun değerlendirilmesi (ilk izlemde vajina incelemesi, daha sonraki izlemlerde simfizis pubis-uterus fundusu arasındaki mesafenin ölçümü ile)
- Fetusun kalp seslerinin değerlendirilmesi (10-12 haftadan itibaren el Doppleri, 16-20. haftadan itibaren ÇKS borusu [Pinard stetekobu] ile)

## 6. Risk Değerlendirme Formu

<b>OBSTETRİK ÖYKÜ</b>	<b>Evet/Hayır</b>
Önceki gebeliklerde ölü doğum/yenidoğan kaybı	
3 veya daha fazla ardı ardına spontan düşük öyküsü	
Erken doğum öyküsü (22-37 hafta arası)	
Anomalili bebek doğurma öyküsü	
Son bebeğin doğum ağırlığı <2500g	
Son bebeğin doğum ağırlığı >4500g	
Hipertansiyon veya preeklampsi/eklampsi nedeniyle hastaneye yatış	
Genital organlara yönelik geçirilmiş operasyon (miyomektomi, klasik sezaryen, serklaj, septum operasyonu, konizasyon)	
<b>MEVCUT GEBELİK</b>	
Tamı konmuş ya da kuşkulu çoğul gebelik	
18 yaş altı	
35 yaş üstü	
Mevcut ya da önceki gebeliklerde Rh uygunsuzluğu	
Vajina kanaması	
Pelviste kitle	
Diastolik kan basıncının 90 mm Hg üstünde olması	
Kansızlık öyküsü	
<b>GENEL TIBBİ ÖYKÜ</b>	
İnsülin bağımlı diabetes mellitus	
Böbrek hastalığı	
Kalp damar hastalığı	
Tiroid hastalığı	
Talasemi taşıyıcılığı	
Sigara, alkol veya diğer madde bağımlılığı	
Diğer ciddi tıbbi hastalık veya gebelikte ilaç kullanımı gibi durumlar (belirtin)	

## 7. Laboratuvar Testleri

**İdrar Tahlili:** Bakteriüri ve proteinüri açısından idrar test çubuğu ile, eğer olanaklıysa mikroskopik olarak idrara bakılır.

**Kan Sayımı veya Hemoglobin ve Hematokrit Ölçümü:** Her izlemde gebe hemoglobinine bakılır.

**Kan Grubu Tayini:** İlk izlemde gebenin ve eşinin kan grubuna Rh uygunsuzluğu açısından bakılır. Anne Rh (-), baba Rh (+) ise İndirekt Coombs Testi yapılmalıdır. İndirekt Coombs testi sonucu (+) olanlar üst merkeze sevk edilir.

Sağlık kuruluşunda yapılamıyor ise gebenin belirtilerine göre gereken diğer testler için gebe bir üst basamağa yönlendirilir (Down sendromu ve nöral tüp defektleri taraması, II. İzlemde glukoz tarama testi, temel obstetrik ultrasonografi yapılması vb.)

## 8. Bilgilendirme

Gebeliğe bağlı yakınmalar hakkında gebe bilgilendirilir (yorgunluk, bulantı ve kusma, sık idrara çıkma, baş dönmesi, varis ve hemoroid, kabızlık, mide yanması, bacaklarda kramplar, nefes darlığı, ciltteki değişiklikler, memelerde duyarlılık, meme başındaki bezlerde belirginleşme, kolostrum salgılanması, aşırı tükürük salgılanması, toprak yeme vb.)

## 9. Danışmanlık

Aşağıdaki konularla ilgili danışmanlık verilir.

- Beslenme ve diyet
- Fiziksel etkinlik ve çalışma koşulları
- Gebelikte cinsel yaşam
- Hijyen ve genel beden bakımı
- Ağız ve diş sağlığı
- Sigara alışkanlığı
- Alkol alışkanlığı ve madde bağımlılığı
- İlaç kullanımı
- Tetanoz toksoid bağışıklaması
- Acil durumlarda gebe ve ailesinin izlenecek yöntem konusunda bilgilendirilmesi
- Doğum eylemi ve doğum
- Doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağını planlanması
- Emzirme
- Postpartum aile planlaması danışmanlığı

## 10. Üst Merkeze Sevk Gerektiren Durumlar

- Risk değerlendirme formunda EVET olması
- Hemoglobinin 7 gr/dl ve altında olması
- İndirekt Coombs testi sonucunun pozitif olması
- Preeklampsi belirtileri, hipertansiyon veya proteinüri olması
- Uterus büyüklüğü/yüksekliğinin (fundus-pubis mesafesi) beklenen haftaya göre büyük veya küçük olması ( $\pm 4$ cm.)
- Gebenin fetus hareketlerini hissetmemesi veya el doppleri ile fetus kalp seslerinin duyulmaması
- Bir önceki izlemde bakteriüri saptanan gebenin tedaviye karşın bakteriürisinin sürüyor olması
- Çoğul gebelik kuşkusu/Prezentasyon anomalileri kuşkusu (doğrulamak ve doğumu planlamak üzere)

### **Tehlike İşaretlerinin Varlığı**

- Vajina kanaması
- Yüksek ateş veya ciddi güçsüzlük
- Karın ağrısı
- Solunum güçlüğü veya sık soluma
- Günlük etkinliklerin gerçekleştirilememesi
- Konvülsiyon (epilepsi nöbeti gibi kasılmalar)
- Baş ağrısı ile birlikte görmede bozulma
- Amnion mayisinin gelmesi
- Hızlı kilo alımı
- Yüz, el ve bacaklarda şişme

### **11. Gebe İzlem Fişinin Denetlenmesi**

- İzlem sırasındaki tüm ayrıntıların izlem fişine yazılıp yazılmadığına dikkat edilir.
- İzlem fişinin bir örneği gebeye verilerek gebeye başka bir sağlık kuruluşuna başvurduğunda tüm gebelik süreci hakkında bilgi edinilmesi sağlanır ve acil obstetrik yaklaşımlar da buna göre planlanır.
- Bir sonraki izlem tarihi belirlenerek randevu kartına yazılır.
- Kuruluşun telefon numarası, ilgili sağlık personelinin adı ve soyadı da aynı karta not edilir

### **GENEL AÇIKLAMA**

*Yukarıda detayları belirtilen izlemler gebelik boyunca yapılması öngörülen asgari izlemlerdir. İzlemi yapan sağlık çalışanının veya gebenin gereksinim duyması durumunda izlem sayısı ve yöntemi yeniden düzenlenir. Uygulamada birlikteliği sağlamak ve hekimlerin klinik uygulamalarında yol gösterici olması amacı ile Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Doğum Öncesi Bakım Bilim Kurulu tarafından hazırlanan rehberden değiştirilerek hazırlanmıştır. Doğum Öncesi Bakım Rehberi değişmez kurallar dizisi değildir ve hastaya sunulan hizmetlerin hukuksal standartlarını oluşturmaz. Tıp bilimi, “hastalık değil hasta vardır.” kuralına uygun olarak her hastanın durumunun kendi özel koşulları içerisinde değerlendirilmesini temel prensip olarak kabul eder.*

### **Kaynakça**

1. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Doğum Öncesi Bakım Rehberi.  
<http://www.saglik.gov.tr/TR/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF1A9547B61DAFFE2A4F192C55D7367761>



## MENOPOZ - 2012

### BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Menopoz, menstrüasyonun kalıcı olarak kesildiği son adet kanamasıdır. Bu zamanda genetik olarak programlanmış, overdeki follüküllerin yitimi sonucunda overin yumurta, östrojen ve progesteron hormon üretimi biter. Menopozal geçiş dönemi, adet düzensizlikleri ve FSH düzeyinde yükselme ile başlar.

#### Tanı

Klinik olarak daha önce adet görmekte olan bir kadının 12 ay süreyle adet görmemesi durumunda menopoz tanısı konulabilir.

Menopozal geçiş döneminde adet düzeninde değişiklikler ve menopozal belirtiler (sıcak basmaları, duyu durum değişiklikleri, uyku bozuklukları) olur. Bu dönemde serum FSH ve östradiol düzeyleri zaman zaman normal sınırlarda olabildiğinden menopoz tanısı için kullanılmaz.

#### Ayırıcı Tanı

- Hipertiroidizm adet düzensizlikleri, terleme, duyu durum değişiklikleri ile
- Gebelik, hiperprolaktinemi ve tiroid hastalıkları adet düzeni değişiklikleri ile
- Bazı ilaçlar, karsinoid sendrom, feokromasitoma ya da altta yatan malignensi atipik sıcak basmaları ile menopoz bulgularını taklit edebilir.

**Oligomenore/amenore olgularının ayırıcı tanısında** serum  $\beta$ -hCG, prolaktin, TSH, FSH düzeylerinden yararlanılır.

#### Sınıflama

- **Doğal menopoz:** Beklenen yaşta görülen son adettir. 45-55 yaşları arasında görülür. Ortalama menopoz yaşı ülkemizde 47'dir.
- **Cerrahi menopoz:** Her iki overin cerrahi olarak çıkarılması sonucunda, erken dönemde adetten kesilmedir. Sadece uterusu alınan, overleri alınmayan hastalarda over fonksiyonları durana kadar menopozun adet haricindeki semptomları görülmez.
- **Prematür menopoz:** 40 yaşın altında adetten kesilmedir. Kadınların %1'inde görülür.

Aşağıdaki durumlarda menopoz beklenilenden daha erken yaşta ortaya çıkabilir:

- Sigara içmek
- Ailede menopoz yaşının düşük olması
- Bazı genetik durumlarda (Turner, frajil-x sendromu)
- Radyoterapi
- Kemoterapi
- Otoimmün hastalıklar (poliglanduler yetmezlik, hipotiroidizm, Addison hastalığı, vitiligo, myasteniya gravis, Tip I DM, lupus, RA v.b)
- İn utero DES maruziyeti
- Galaktoz metabolizması bozuklukları

## Semptomlar

### Östrojen Eksikliğine Bağlı Semptomlar

#### 1. Akut Dönem

- Vazomotor yakınmalar: Ateş basması, terleme, çarpıntı
- Psikosomatik yakınmalar: Uyku düzensizlikleri, depresyon, sinirlilik, duygudurum değişiklikleri, dikkat ve bellek azalması

#### 2. Subakut Dönem

- Genitoüriner sistem yakınmaları: Vajinada kuruluk, cinsel yaşamda sıkıntılar, yineleyen üriner sistem enfeksiyonları, idrar kaçırma
- Deride kuruluk, saç ve tırnaklarda kırılma

#### 3. Kronik Dönem

- Osteoporoz
- Kalp-damar sistemi hastalıkları: Menopoz öncesi kadınlarda miyokard enfarktüsü görülme riski erkeklere oranla daha düşükken menopoz sonrası dönemde eşitlenir. Total kolesterol ve LDL-kolesterol yükselir, HDL-kolesterol düşer.

## Tedavi

### İlaç Dışı Tedavi ve Bilgilendirme

- Hastaya durumun doğal bir süreç olduğu anlatılmalıdır.
- Beslenme: Kolesterolde kısıtlı, kalsiyumdan zengin diyet önerilir.
- Egzersiz: Kemik kaybını önlemek için, haftada 3 kez en az 30-60 dakika süreyle koşma, tempolu yürüyüş, bisiklete binme gibi aerobik egzersizler yanında, kemik ve kas kütlelerini koruyucu hafif ağırlık egzersizleri yapılmalıdır.
- Kol ve bacakları açıkta bırakarak güneşten yararlanma önerilir.
- Menopoz öncesi ve sonrası dönemde karşılaşılan psikosomatik ve cinsel sorunlar hakkında konuşup bilgi verilir. Hafif orta derecedeki ürogenital atrofi belirtileri için vajinal nemlendiriciler ve cinsel ilişki için kayganlaştırıcı kremler önerilir.
- Hastaya, kendi memesini eliyle incelemesinin önemi anlatılmalı ve öğretilmeli; meme kanseri gibi sıklıkla menopoz sonrası dönemde görülen hastalıkların taranabilmesi için 40 yaşından sonra mamografi için uygun bir merkeze gitmesi önerilmelidir.

### Kalsiyum Desteği

Hormon replasman tedavisi almıyorsa günlük kalsiyum gereksinimi 1.500 mg elementer kalsiyumdur. Besinlerle 500 mg elementer kalsiyum alındığından, ek olarak 1.000 mg elementer kalsiyum verilir. Kalsiyum preparatlarının yemeklerle alınması ve hastanın yeterince su alması önerilir.

### D Vitamini Desteği

Günlük 400 IU D vitamini önerilir.

### Diğer İlaçlar

Menopoz belirti ve bulgularının tedavisi için kullanılacak hormonun, seçici serotonin geri-alım inhibitörü ilaçların( SSRI), osteoporoz ilaçlarının kullanımı ve seçimi kişiye özgü olmalıdır. Bu tür ilaç kullanımı için hasta bir üst merkeze sevk edilir. Ayrıca;

- Erken yaşta cerrahi menopoz
- Prematür menopoz
- İkincil osteoporoz (uzun süreli steroid kullananlar, hiperparatiroidizm, kronik böbrek hastalığı) durumlarında da hasta, bir üst merkeze sevk edilmelidir.

Menopoz sonrası dönemdeki her kadının yılda bir kez kadın hastalıkları ve doğum uzmanınca değerlendirilmesi gerekir.

#### **Kaynakça**

1. Coulam CB, Adamsen SC, Annegers JF. Incidence of Premature Ovarian Failure. *Obstet Gynecol* 1986;67:604.
2. Cresswell JL, Egger P, Fall CHD, Osmond C, Fraser RB, Barker DJP Is the Age of Menopause Determined in-utero? *Early Hum Develop* 1997;49:143.
3. Gonzales GF, Villena A. Age at Menopause in Central Andean Peruvian women. *Menopause* 1997; 4:32.
4. Speroff L, Glass R, Kase N. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 1999;643-779.
5. Torgerson DJ, Avenell A, Russel IT, Reid DM. Factors Associated with Onset of Menopause in Women aged 45-49. *Maturitas* 1994; 19:83.
6. Treolar AE. Menarche, Menopause and Intervening Fecundability. *Hum Biol* 1978; 46: 89.
7. Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği ve Türkiye Jinekoloji Obstetrik Derneği. Hormon Replasman Tedavisi Konsensus Sonuçları. 23-24, Kasım 2002.
8. [www.nlm.nih.gov/medlineplus/menopause.html](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/menopause.html)
9. [www.menopause.org](http://www.menopause.org)
10. Menopozda Metabolik Hastalıklarda Hormon ve Alternatif Tedavi prensipleri. Prof. Dr. Abdullah Turfanda, Prof. Dr. Tülay Turfanda İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Doğum Ana Bilim Dalı, 2004





# AKUT MİYOKARD ENFARKTÜSÜ - 2012

## BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Akut miyokard enfarktüsü, iskemi nedeniyle gelişen “miyokard nekrozu” olarak tanımlanır. Klinikte ST yükselmesi olan ve olmayan miyokard enfarktüsü olarak iki kısımda incelenir. Etiyopatogenezinden ateroskleroz sorumludur.

### Tanı

#### Belirti ve Bulgular

Göğüs ağrısı en önemli klinik bulgudur. Sıklıkla prekordiyal yerleşim gösterir. Boyun, özellikle sol omuz ve kolun iç yüzüne yayılır. Genellikle 20-30 dakikadan uzun sürer. Ezici, baskılayıcı tipte bir ağrıdır. Soğuk terleme ve ölüm korkusuyla birlikte. Ağrı eforla ya da eforsuz başlayabilir, opioid analjeziklerle giderilebilir. Hastalarda ağrı olmaksızın sıkıntı hissi, çarpıntı, bayılma ve nefes darlığı gibi yakınmalar olabilir. Bazı hastalar akut akciğer ödemi ve kardiyojenik şok tablosu ile gelebilirler.

#### Fizik İnceleme

- Miyokard enfarktüsü'ne özgü bulgu yoktur.
- Solukluk, terleme ve anksiyete olabilir. Nabız ve kan basıncı artışı genellikle beklenmekle birlikte, normal ya da azalmış olabilir. Dinlemekle kalp sesleri derinden gelebilir; bazen S3-S4 gallop, sistolik üfürümler ve perikard frotmanı duyulabilir.
- Kalpte nekroz alanının geniş olduğu hastalarda akut akciğer ödemi veya kardiyojenik şok bulguları ortaya çıkabilir.

#### Laboratuvar Bulguları

#### EKG

ST segmentinde yükselme enfarktüs alanına uyan derivasyonlarda olur. Başlangıç döneminde, ilgili derivasyonlarda T dalgasında sivrileşme, akut dönemde ST segment ve T dalgasında yükselme olur (EKG örneklerine bakınız). Inferior miyokard enfarktüsü saptanan olgularda sağ göğüs derivasyonları da çekilir; V4R'de 1 mm'den fazla ST segment yüksekliği sağ ventrikül miyokard enfarktüsünü düşündürür. Ayrıca miyokard enfarktüsüne bağlı ritim bozuklukları gelişebilir. ST segment yüksekliği olmayan miyokard enfarktüsünde EKG normal olabilir, T negatiflikleri ya da ST segment çökmeleri saptanabilir.

Derivasyon	Enfarktüs Alanı
V <sub>1-4</sub>	Anteroseptal
V <sub>1-6</sub>	Anterior
V <sub>1-6</sub> , D <sub>1</sub> , aVL	Yaygın anterior
D <sub>2</sub> , D <sub>3</sub> , aVF	Inferior
V <sub>4R</sub> (sağ derivasyon)	Sağ ventrikül tutulumlu inferior

## Biyokimyasal İncelemeler

Olanak varsa, serumda miyogloblin (1-4 saat), CK-MB (4-8 saat), troponin-T ve I (3-12 saat) ölçülür ve yükseklik saptanır.

Tanı erken dönemde tipik göğüs ağrısı ya da EKG değişiklikleri ile olanak varsa biyokimyasal değişikliklerin gösterilmesiyle konur.

## Ayrırcı Tanı

Akut miyokard enfarktüsü aşağıdaki durumlarla karışabilir:

- Aort diseksiyonu
- Akciğer embolisi
- Pnömotoraks
- Perikardit
- Prekordiyal bölgede kas ve eklem ağrıları
- Akut kolesistit
- Peptik ülser
- Dispepsi

## Tedavi

### Tedavinin Amaçları

- Nekroz alanının genişlemesinin önlenmesi
- Akut miyokard enfarktüsü sonrası ortaya çıkan malign aritmilerin önlenmesi ve tedavisi
- Miyokard iyileşmesinin desteklenmesi ve yeni enfarktüs oluşumunun önlenmesi

### Tedavi Çizelgesi

- Hasta yatakta dinlenmeye alınıp monitörle izlenir. Defibrilatör hastanın yanı başında olmalıdır. Damar yolu açılır.
- **Aspirin** 300 mg (160-325 mg arası) dozda çiğnetilir.
- **Oksijen** uygulanır.
- **Nitrogliserin** dilaltından verilir. İskemik ağrısı sürenlerde isosorbid dinitrat 5 mg dilaltından beş dakikada bir toplam üç doz verilir. Sistolik kan basıncı 90-100 mmHg ya da daha düşük ise, önceki sistolik kan basıncına göre 30 mmHg ya da daha fazla kan basıncı düşmesi olmuş ise, nabız dakikada 50'nin altında ya da 100'ün üstünde ise ve inferior miyokard enfarktüsü kuşkusuna varsa ya da hasta ereksiyon işlev bozukluğu için son 24-48 saat içinde fosfodiesteraz enzim inhibitörü almış ise nitrat verilmemelidir.
- **Morfin sülfat**, 2-4 mg toplardamar içine verilir. Yoksa yerine meperidin 50-100 mg dozda toplardamar yoluyla verilir. Ağrının geçmemesi durumunda 5-15 dakika sonra aynı doz yinelenebilir.
- **Beta blokör:** Miyokard enfarktüsünün ilk 24 saati içinde beta blokör tedavisine başlanmalıdır. Metoprolol 6 saatte bir 50 mg ya da atenolol günde 1 kez 50 mg ya da intrinsik semptomimetik etkinliği olmayan başka bir beta blokör ağız yoluyla verilir. Taşiaritmi ya da hipertansiyon varlığında metoprolol 5 mg toplardamar içine 3-5 dakika süren yavaş enfüzyonla ve beş dakika aralarla en çok 3 kez verilir. Hasta monitörize edilemiyorsa uygulanmamalıdır. Ayrıca, kalp atım hızı dakikada 60'ın altındaysa, sistolik kan basıncı 100 mmHg'den düşükse, kalp yetmezliği, periferik hipoperfüzyon ya da şok durumu varsa, EKG'de PR aralığı 0,24 saniyeden uzunsa, 2. ve 3. derece atrium ventrikül bloğu, astım ya da reaktif hava yolu hastalığı söz konusuysa toplardamar içine beta blokör kullanılmamalıdır.

## Sevk Ölçütleri

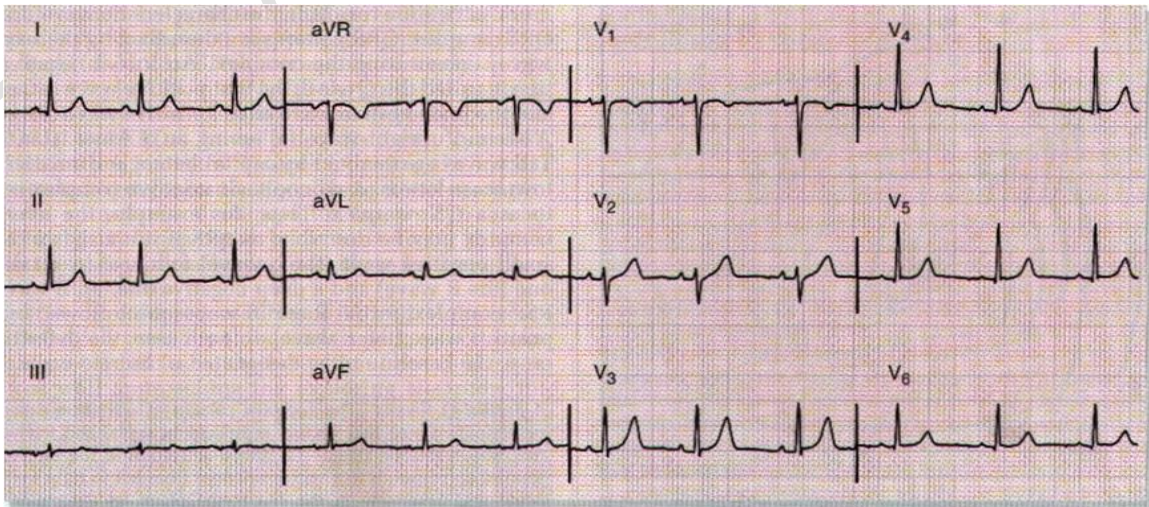
Reperfüzyon tedavisi ilk 12 saat içinde yapıldığı takdirde yaşam kurtarıcı olduğundan, birinci basamakta 20 dakikadan uzun süren ve iskemik ağrı düşündüren tüm hastalar, EKG bulgusu olmasa bile yukarıda anlatılan tedavi hızla uygulanarak ambulans ya da benzeri bir araçla hemen koroner yoğun bakım birimi olan bir sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir. Unutulmaması gereken en önemli girişim, aspirin çiğnettirmektir. Hastanın başvurusundan sevk işleminin tamamlandığı son ana kadar aritmilere (VF/nabızsız VT) bağlı ölümleri önleyebilmek için defibrilasyon koşulları sağlanmalıdır. Hastada kardiyojenik şok gelişmişse ya da hastaya trombolitik tedavi uygulanması uygun değilse (Tablo 1) perkütan girişim ve by-pass uygulayabilen bir sağlık merkezine gönderilmesi uygundur.

**Tablo 1. Trombolitik Tedavi Yapılmaması Gereken Durumlar**

<b>Mutlak</b>	Geçirilmiş hemorajik inme öyküsü Yapısal serebral vasküler lezyon varlığı (malformasyon) Birincil ya da metastatik malign intrakraniyal neoplazm Üç saat içindeki akut iskemik inme dışında son üç ay içinde olan iskemik inme Aort diseksiyonu kuşkusu Aktif kanama ya da bilinen kanama diyatezi Son üç ay içinde kapalı kafa ya da yüz travması
<b>Göreceli</b>	Kronik, ciddi ve denetlenemeyen hipertansiyon öyküsü Sistolik kan basıncının 180 mmHg ya da diyastolik kan basıncının 110 mmHg üzerinde olması Üç aydan daha önce iskemik inme, demans ya da yukarıda belirtilmeyen intrakraniyal patolojik durum Travmatik ya da 10 dakikadan uzun süren kalp akciğer canlandırması Üç hafta içinde majör cerrahi girişim öyküsü Dört hafta içinde olan iç kanama Kompres edilemeyen vasküler ponksiyon Gebelik Aktif peptik ülser Oral antikoagülan kullanımı Streptokinaz için: Beş günden daha önce verilmiş ise ya da daha önce alerjik reaksiyon gelişmiş ise

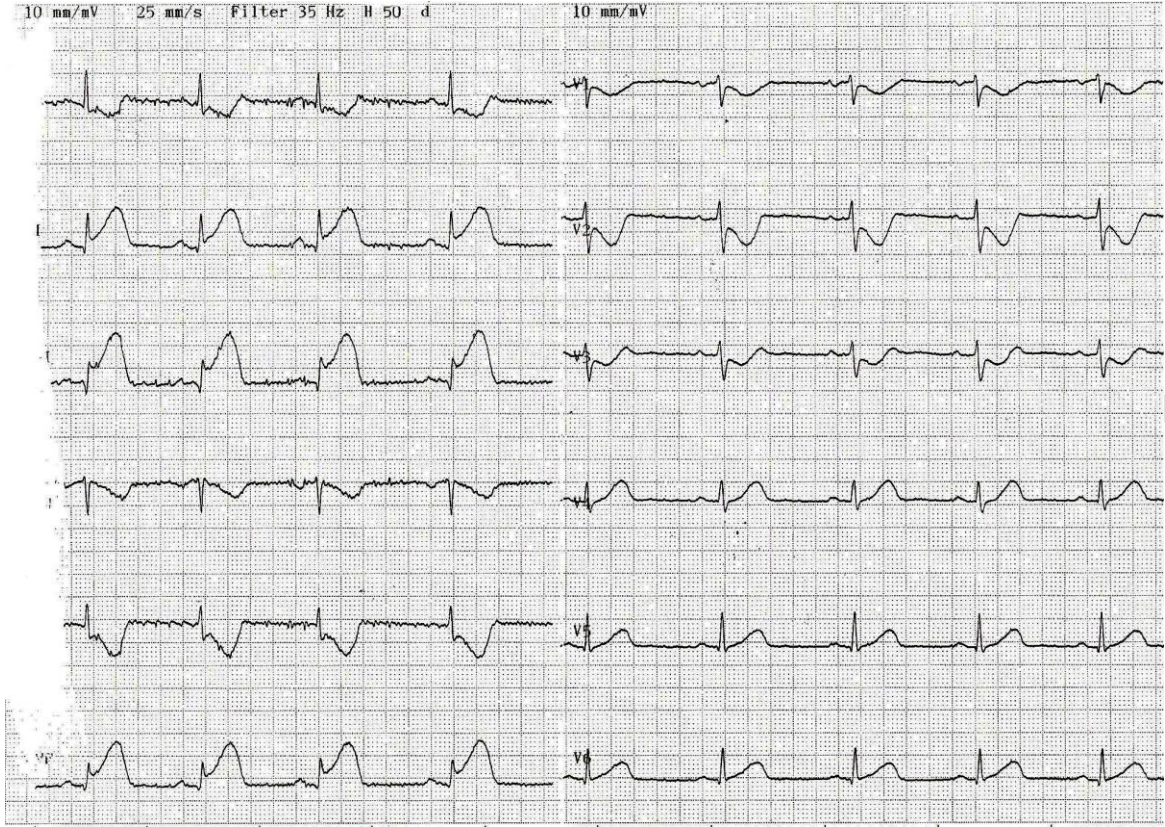
## EKG ÖRNEKLERİ

### Normal EKG:

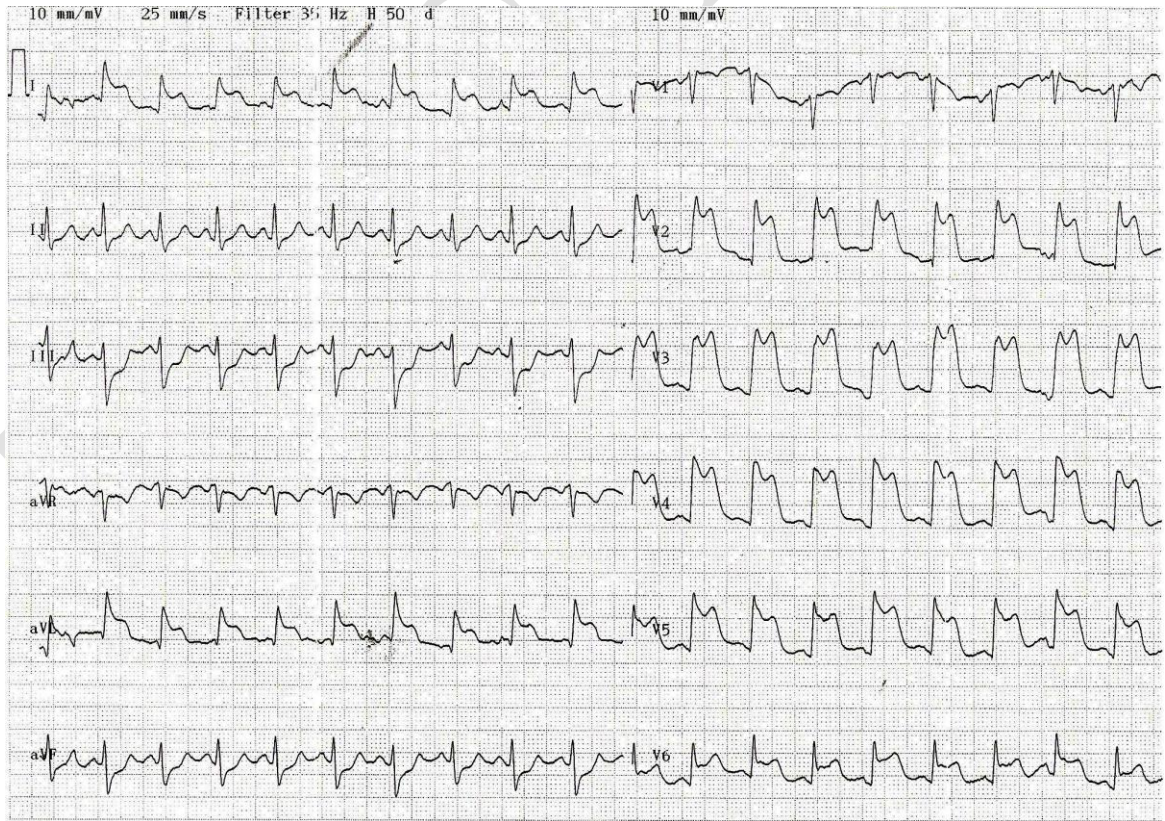




**İnferior AME:** D2-D3-AVF ST yükselmesi, D1-AVL-V1-V3 resiprok ST çökmeleri mevcut.



**Yaygın ön duvar AME:** V1-V6, D1-AVL ST yükselmesi ve D2-D3-AVF resiprok ST çökmeleri var.



## Kaynakça

1. Antman EM, Hand M, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Halasyamani LK, Hochman JS, Krumholz HM, Lamas GA, Mullany CJ, Pearle DL, Sloan MA, Smith SC Jr, Anbe DT, Kushner FG, Ornato JP, Pearle DL, Sloan MA, Jacobs AK, Adams CD, Anderson JL, Buller CE, Creager MA, Ettinger SM, Halperin JL, Hunt SA, Lytle BW, Nishimura R, Page RL, Riegel B, Tarkington LG, Yancy CW. Canadian Cardiovascular Society; American Academy of Family Physicians; American College of Cardiology; American Heart Association, 2007 focused update of the ACC/AHA 2004 guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2008;15;51(2):210-47.
2. Antman EM, Hand M, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Halasyamani LK, Hochman JS, Krumholz HM, Lamas GA, Mullany CJ, Pearle DL, Sloan MA, Smith SC Jr; 2004 Writing Committee Members, Anbe DT, Kushner FG, Ornato JP, Jacobs AK, Adams CD, Anderson JL, Buller CE, Creager MA, Ettinger SM, Halperin JL, Hunt SA, Lytle BW, Nishimura R, Page RL, Riegel B, Tarkington LG, Yancy CW. 2007 Focused Update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: developed in collaboration With the Canadian Cardiovascular Society endorsed by the American Academy of Family Physicians: 2007 Writing Group to Review New Evidence and Update the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction, Writing on Behalf of the 2004 Writing Committee. *Circulation.* 2008 15;117(2):296-329.
3. Hochman JS, Sleeper LA, Webb JG, et al. Early revascularization in acute myocardial infarction complicated by cardiogenic shock. SHOCK Investigators. Should We Emergently Revascularize Occluded Coronaries for Cardiogenic Shock. *N Engl J Med* 1999; 341:625-34.
4. Sanborn TA, Sleeper LA, Bates ER, et al. Impact of thrombolysis, intra-aortic balloon pump counterpulsation, and their combination in cardiogenic shock complicating acute myocardial infarction: a report from the SHOCK Trial Registry. Should we emergently revascularize occluded coronaries for cardiogenic shock? *J Am Coll Cardiol* 2000; 36:1123-9.





# ANJİNA PEKTORİS - 2012

## BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Anjina pektoris genellikle;

- Efor ve stresle ortaya çıkıp, dinlenmekle veya nitrogliserin sprey ya da izosorbid dinitrat dil altı tablet ile geçen,
- Baskı, sıkışma ya da yanma tarzında,
- Çoğunlukla prekordiyum ve sternum arkasında duyulup omuz, kol, boyun ve çeneye yayılım gösterebilen

göğüs ağrısı ya da rahatsızlık hissidir.

Temel sorun kalp kasının oksijen gereksinimi ile kalbe sunulan oksijen miktarı arasındaki dengenin bozulmasıdır. En sık nedeni aterosklerotik koroner arter hastalığıdır.

### Kararlı (Stabil) Anjina Pektoris

- Egzersiz ve stresle ortaya çıkan,
- Dinlenme ve nitrogliserin ile geçen,
- Genellikle 5-15 dakikadan kısa süren ağrı ile karakterizedir.

### Kararsız (Unstabil) Angina Pektoris

Aşağıdakilerden herhangi birisinin olması tanı için yeterlidir

- Karakteri ne olursa olsun son iki ay içinde başlayan,
- Dinlenme hâlinde gelen,
- Genellikle 20 dakikadan uzun süren,
- İlerleme gösteren; sıklığı, süresi, şiddeti artan, nitrogliserine yanıtı azalan,
- Miyokard enfarktüsü, bypass cerrahisi, kalbe invaziv girişim sonrası yeni gelişen ağrı ile karakterizedir.

### Tanı

İyi alınmış bir öykü anjina pektoris tanısı için yeterlidir. Egzersiz ya da stres ile gelen ve dinlenme ile azalabilen, 5-15 dakika süren, prekordiyal bölgede başlayıp, boyuna, sol omuz ve kola yayılabilen ağrı tipiktir. Hastalar tipik ağrı tanımlamadan, anjina eş değeri kabul edilen eforla kötüleşen nefes darlığı, sıkıntı hissi, fenalaşma gibi öznel yakınmalarla da başvurabilir. Hasta; risk etmenleri, kansızlık, hipertiroidi, aritmi, stres ve ağır egzersiz gibi anjina ataklarını uyarabilen nedenler yönünden mutlaka değerlendirilmelidir (Tablo 1).

### Fizik İnceleme

Fizik inceleme ve laboratuvar bulguları özgül olmayıp çoğu kez normaldir. Terleme, nefes darlığı ve anksiyete görülebilir. Komplikasyonlara bağlı olarak mitral yetmezlik üfürümü ve ral duyulabilir; ödem, nabız ve kan basıncı değişikliği saptanabilir.

## Laboratuvar Bulguları

EKG değişiklikleri (ST ve T değişiklikleri, anormal Q dalgası, ritim ve ileti bozuklukları) tanıyı destekler. EKG değişikliği olmaması angina pectoris olasılığını ortadan kaldırmaz. Olanak varsa, hemoglobin, açlık kan şekeri, lipid profili ve akciğer grafisi değerlendirilmelidir.

## Ayırıcı Tanı

Tablo 2'ye bakınız.

## Tedavi

Tedavinin amaçları; miyokard enfarktüsü ve ölümü önleyerek hastalığın gidişini iyileştirmek ve hastalık belirtilerini ortadan kaldırmaktır.

### 1. Akut İlaç Tedavisi

- Aspirin tablet 100 mg çiğnetilerek yutturulur.
- İzosorbid dinitrat dil altı tablet (5 mg) veya nitrogliserin sprey; kontrendikasyonu yoksa, 5 dakika ara ile 3 kez verildikten sonra göğüs ağrısı geçmezse hasta üst merkeze sevk edilmelidir.

Ayrıca hastaya ağrısı olduğu zaman (sağlık kuruluşuna gelmeden veya getirilmeden önce) bir adet dil altı nitrat alması ve 5 dakika içinde yakınması geçmezse 112'yi araması önerilir. Burada 3 doz yerine sadece 1 doz önerilmesinin nedeni olası bir miyokard enfarktüsüne geç tanı konulmasının önüne geçmektir.

### 2. Uzun Süreli İlaç Tedavisi

- Aspirin tablet günde 75-325 mg tek dozda
- Beta blokörler: Propranolol günde 80-320 mg 2 ya da 4'e bölünmüş dozda ya da metoprolol günde bir kez 100-400 mg ya da atenolol günde bir kez 50-200 mg ağızdan verilir.
- Beta-blokör ile tedaviye yanıt alınmazsa, tedaviye uzun etkili nitrat ya da kalsiyum kanal blokörü eklenir. Sol ventrikül işlev bozukluğu, sinüs bradikardisi ve atrium ventrikül ileti bozukluğu olanlarda beta blokör ve kalsiyum kanal blokörünün bir arada kullanılmasından kaçınılmalıdır. Birlikte kullanılmaları çok gerekliyse kalsiyum kanal blokörü olarak amlodipin gibi uzun etkili bir dihidropiridin kullanılmalıdır.
  - İzosorbid mononitrat tablet 7-8 saat ara ile günde 2 kez 20 mg, sürekli salınımlı ise günde bir kez 60-240 mg ağız yoluyla kullanılır.
  - Verapamil tablet günde 8 saatte bir 80 mg (en çok 360 mg/gün), karaciğer yetmezliği olan yaşlı hastalarda günde 8 saatte bir 40 mg, SR ise günde bir kez akşamları 120-480 mg ağız yoluyla kullanılır.
  - Diltiazem tablet günde 4 kez 30 mg (en çok 360 mg/gün) SR tablet ise günde bir kez 180-360 mg, SR kapsül ise 120-540 mg ağız yoluyla kullanılır.
  - Amlodipin tablet günde bir kez 5-10 mg ağız yolundan verilir.
- İkili ilaç kullanılmasına karşın tedaviye yanıt alınmazsa beta blokör, kalsiyum kanal blokörü ve nitrattan oluşan üçlü ilaç tedavisi uygulanır.
- Hasta beta blokörü tolere edememişse önce bir kalsiyum kanal blokörü (verapamil ya da diltiazem) verilir, gerekirse nitrat eklenir. Amlodipin gibi dihidropiridin türevi kalsiyum kanal blokörü ile nitratın birlikte kullanılması, her iki ilaç da vazodilatör olduğundan uygun değildir.

### 3. İkincil Koruma Amaçlı Ek Tedavi

- Sigaranın bırakılması
- Egzersiz (Haftada en az 5 gün 30 dakika hızlı yürüme)
- Diyet
- Anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri: Geçirilmiş miyokard enfarktüsü varlığında ya da koroner girişim yapılmış hastalara, diyabetik ya da sol ventrikül işlev bozukluğu olan hastalara verilmelidir.
- Hasta obez ise ideal beden ağırlığına gelmesi (Hedef BKİ=18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup>, hedef bel çevresi erkekte <102 cm, kadında <88 cm) sağlanır.
- Alkol tüketiminin kısıtlanması
- Kan şekerinin düzenlenmesi (Hedef HbA1c <%7)
- Kan basıncının denetimi (Hedef <140/90 mmHg; kronik böbrek hastalığı ya da diyabet varsa <130/80 mmHg)
- Kan lipidlerinin düzenlenmesi (Hedef LDL-Kolesterol <100mg/dl ve trigliserid düzeyi <150mg/dl, hedef HDL dışı kolesterol <130 mg/dl)

### 4. İskemiye tetikleyen nedenlerin düzeltilmesi (Tablo 1)

#### Sevk Ölçütleri

- Tüm kararlı anjinalı hastalar, risk değerlendirmesi ve invaziv tedaviye gereksinim olup olmadığının saptanması amacıyla
- Birden çok ilaç kullanan hastada tedaviye yanıt alınmazsa ve belirtiler hastanın aktivitelerini kısıtlıyorsa
- Kararsız anjina düşünülen hastalar
- Ağrısı 15 dakikadan uzun süren, tedaviye yanıt vermeyen tüm olgular

kardiyoloji bölümü olan bir üst basamak sağlık kuruluşuna sevk edilir.

#### Kararsız Anjina Ön Tanısı Alan Hastalar Üst Merkeze Sevk Edilirken Yapılacaklar:

- Aspirin tablet 100 mg çiğnetilip yutturulur.
- Damar yolu açılır.
- Yaşamsal bulgular izlenir.
- Oksijen verilir.
- Nitrogliserin sprey ya da 5 mg izosorbid dinitrat dil altı tablet 3 kereye kadar 5 dakika ara ile verilir.
- Morfin 2-4 mg toplardamar içine 5-10 dakika arayla, en çok 10 mg verilir. Morfin yoksa 50-100 mg meperidin verilir.



**Tablo 1. İskemiye Tetikleyen Nedenler**

	<b>Artmış Oksijen Gereksinimi</b>	<b>Azalmış Oksijen Sunumu</b>
<b>Kalple İlişkili Nedenler</b>	Aort stenozu Hipertrofik kardiyomiyopati Dilate kardiyomiyopati Taşikardi – Supraventriküler – Ventriküler	Aort stenozu Hipertrofik kardiyomiyopati
<b>Kalp Dışı Nedenler</b>	Hipertermi Hipertiroidi Sempatomimetik toksisitesi (örneğin kokain kullanımı) Hipertansiyon Anksiyete Arteriyovenöz fistül	Kansızlık Hipoksemi –Pnömoni –Astm –Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı –Pulmoner hipertansiyon –İnterstisyel akciğer fibrozisi –Tıkalıcı (obstrüktif) uyku apnesi Sempatomimetik toksisitesi (örneğin kokain kullanımı) Hiperviskozite –Polisitemi –Lösemi –Trombositoz –Hipergammaglobulinemi

**Tablo 2. Anjina Pektorisin Ayırıcı Tanısı**

<b>Ağrı Karakteri</b>	<b>Ağrı Yeri</b>	<b>Ağrı Yayılımı</b>	<b>Fizik İnceleme</b>	<b>Ön Tanı</b>
Baskı, sıkıştırma, ağırlık, yanma tarzında; egzersiz, soğuk, stres ile artan, dinlenme ve nitrogliserin ile azalan	Göğüs, epigastrium	Kol, çene, boyun, sırt	Normal olabilir. Üfürüm, akciğerde raller, terleme, soluk görünüm	İskemik göğüs ağrısı* –Akut miyokard enfarktüsü –Anjina pektoris
Ani başlayan, şiddetli, yırtılma ve bıçak saplanır tarzda, sürekli	Sırt, göğüs	Yer değiştiren ağrı	Şok bulguları, sağ-sol kol kan basıncı farkı, nörolojik defisit, yeni aort yetmezliği üfürümü, tamponad	Aort diseksiyonu*
Ani başlangıçlı, bıçak saplanır tarzda, nefes almakla artan	Tek yanlı	-	Solunum seslerinde tek yanlı azalma, nefes darlığı	Pnömotoraks*
Ani başlangıçlı, bıçak saplanır tarzda, oturup öne eğilmekle azalan	Göğüs	Kalp apeksi, sol kol ve boyun	Perikordiyal frotman duyulabilir	Perikardit*
Ani başlangıçlı, batıcı	Göğüs ve yan ağrısı	-	Nefes darlığı, hemoptizi, takipne, taşikardi, derin ven trombozu	Akciğer embolisi*
Batıcı, nefes almakla artan	Yan ağrısı	-	Pnömonide ral, plörezide pleval frotman	Plörezi ve pnömoni
Yanma tarzında, yemekten sonra, yatar pozisyonda artan	Substernal	Stemum arkasından yukarı	Özgül bulgu yok	Reflü özofajit
Palpasyon ve hareketle artan	Değişken	-	Özgül bulgu yok	Kas iskelet sistemi hastalıkları

\* Hasta ileri inceleme ve tedavi amacıyla uygun koşullarda, bir üst basamağa sevk edilmelidir.

### **Kaynakça**

1. Morrow DA, Gersh BJ, Braunwald E. Chronic coronary artery disease. In: Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Braunwald E, editors. Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. Philadelphia, Pa: Elsevier Saunders, 2005:1281-342.
2. Smith SC, Jr., Allen J, Blair SN, et al. AHA/ACC guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 update endorsed by the National Heart, Lung, and Blood Institute. *J Am Coll Cardiol* 2006; 47:2130-9
3. Braunwald E, Antman EM, Beasley JW, et al. ACC/AHA guideline update for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction--2002: summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on the Management of Patients With Unstable Angina). *Circulation* 2002; 106:1893-900.
4. Fox K, Garcia MA, Ardissino D, Buszman P, Camici PG, Crea F, Daly C, De Backer G, Hjemdahl P, Lopez-Sendon J, Marco J, Morais J, Pepper J, Sechtem U, Simoons M, Thygesen K, Priori SG, Blanc JJ, Budaj A, Camm J, Dean V, Deckers J, Dickstein K, Lekakis J, McGregor K, Metra M, Morais J, Osterspey A, Tamargo J, Zamorano JL; Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology; ESC Committee for Practice Guidelines (CPG). Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: The Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. 2006; 27(11):1341-81.



# HİPERTANSİYON - 2012

## BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Hipertansiyon, farklı günlerdeki üç ayrı ölçümde sistolik kan basıncının 140 mmHg veya diyastolik kan basıncının 90 mmHg ya da üzerinde olmasıdır. Hipertansiyon tanı ve tedavisinin temel amacı, kan basıncı yüksekliğinin yaratabileceği kalp damar sistemi, beyin damar sistemi ve böbrekler gibi hedef organ hasarlarını, bu komplikasyonlara bağlı hastalık ve ölümü azaltmaktır.

Hipertansiyonlu olguların %95'ini birincil (primer) hipertansiyon oluşturur. Erişkin nüfusta ortalama hipertansiyon görülme sıklığı %30 iken 50 yaş ve üzeri nüfusta %45-50'dir.

Hipertansiyonlu hastalarda kalp damar sistemi hastalıkları riskini sadece kan basıncı düzeyi belirlemez. Birlikte bulunan diğer kalp damar sistemi risk etmenlerini de göz önünde bulundurmak gerekir.

### **Kalp Damar Sisteminde Risk Etmenleri:**

- Diabetes mellitus (DM)
- Aile öyküsü (anne, baba ve kardeşlerden; erkeklerde 55, kadınlarda 65 yaş öncesi koroner arter hastalığı görülmesi)
- Hipertansiyon
- Sigara
- Hiperlipidemi
- Obezite (Beden kitle indeksi  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>)
- Fiziksel hareketsizlik
- Mikroalbuminüri ya da Glomerüler Filtrasyon Hızı  $< 60$  ml/dk
- Yaş (erkek  $\geq 55$ , kadın  $\geq 65$ )

### **Tanı**

Kan basıncı, hasta 5-10 dakika dinlendikten sonra, oturur pozisyonda, manşon kola uyumlu olacak biçimde, kol altı desteklenerek ve kalp hizasında ölçülmelidir. Ölçüm beş dakika sonra yinelenmeli ve bu iki ölçümün ortalaması kaydedilmelidir. Ölçümlerden en az biri yüksek çıkarsa üçüncü bir ölçüm daha yapılmalı ve bu üç ölçümün ortalaması kaydedilmelidir. İlk kez ölçüm yapılırken her iki koldan, sonraki değerlendirmelerde ise tercihen sağ koldan yapılmalıdır. Eğer kan basıncının ölçümünde bir koldan alınan ölçüm diğer koldan alınan ölçümden anlamlı ve sürekli olarak daha yüksek çıkıyor ise, kan basıncı izleminde bu kolun kullanılması uygun olur. Kollar arasındaki sistolik basınç farkı 20 mmHg'den ya da diyastolik basınç farkı 10 mmHg'den fazla olduğu durumda ise hastanın bir üst basamağa sevk edilmesi uygundur (Tablo 1).

### **Belirtiler**

Kan basıncı yüksekliği çoğunlukla belirti vermez. Bu nedenle, sağlık kurumuna başvuran her erişkin hastanın kan basıncı ölçülmelidir.

## **Fizik İnceleme**

Hipertansiyonlu hastanın fizik incelemesinde özellikle beden kitle indeksi, göz dibi, kalp damar sistemi değerlendirilmeli ve nörolojik incelemeye önem verilmelidir.

## **Laboratuvar**

Komplike olmamış hipertansiyonda laboratuvar incelemeleri çoğunlukla normaldir. Tanı konulması, hastanın başlangıç değerlerinin bilinmesi ve izlemde yararlanması için, olanak varsa aşağıdaki incelemeler yapılmalıdır:

- Tam idrar incelemesi
- Serum potasyum, sodyum, klor, BUN, kreatinin, ürik asit, kan şekeri, total kolesterol, yüksek dansiteli lipoprotein kolesterolü (HDL-K), düşük dansiteli lipoprotein kolesterolü (LDL-K), trigliserid düzeyleri
- EKG
- Telekardiyogram

## **Ayrırcı Tanı**

İkincil (sekonder) hipertansiyon, tüm olguların %5'ini oluşturur. Hasta, 20 yaş ve altında ya da 60 yaş ve üstündeyse, batında üfürüm alınıyorsa, kan basıncı ataklar halinde yükseliyorsa, kan basıncı yüksekliği aniden başlamış ve çok şiddetli seyrediyorsa ya da ilaç tedavisine yanıt alınmıyorsa ikincil hipertansiyon yönünden incelenmelidir (Tablo 1).

## **Tedavi**

Amaç, kan basıncını kontrol altına alarak hedef organ hasarını önlemek ve var olan hasarın ilerlemesini durdurmaktır. Komplike olmamış hipertansiyonun tanı ve tedavisi birinci basamakta yapılmalıdır. Hipertansif hastalarda ulaşılması gereken kan basıncı hedefi <140/90 mmHg iken diyabetik ve kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda ise <130/80 mmHg olmalıdır.

## **Yaşam Biçimi Değişiklikleri (İlaç Dışı Tedavi)**

Kan basıncı yüksek olan hastaların tümüne hipertansiyon hakkında eğitim verilmeli ve yaşam biçimi değişiklikleri önerilmelidir. Yaşam biçimi değişiklikleri kan basıncını ve kalp damar sistemi hastalıkları riskini düşürür, antihipertansif ilaç tedavisinin etkinliğini artırır. Yaşam biçimi değişiklikleri çoğu hasta için en az ilaç tedavisi kadar önemlidir ve şunları içerir:

- Sigaranın bırakılması
- İdeal beden ağırlığına ulaşmak/gerekliyorsa kilo vermek
- Düzenli egzersiz: Haftada 3-5 kez 45 dakikalık tempolu yürüyüş
- Alkol tüketiminin azaltılması: Günde en çok 1-2 kadeh
- Tuz alımının azaltılması
- Meyve ve sebze tüketiminin artırılması, kolesterolden ve doymuş yağdan zengin besinlerden kaçınılması

## **İlaç Tedavisi**

Yaşam biçimi değişiklikleri ilaç tedavisine eşlik etmelidir. İlaç tedavisinde temel ilke bireyselleştirilmiş tedavidir. Eşlik eden kalp damar sistemi hastalıkları risk etmenleri de göz önünde bulundurulmalı ve tedavinin düzenlenmesi için hastanın mutlak riski değerlendirildikten sonra risk etmenleri ortadan kaldırılmaya çalışılmalıdır. Tedaviye uyuncun sağlanması en az ilaç seçimi kadar

önemlidir. Tedaviye uyuncu artırmak amacıyla, uzun etkili ve tercihen tek dozda kullanılacak ilaç seçilmelidir.

### **İlaç Seçimi**

İlaç seçimi hipertansiyon evresine göre yapılır (Tablo 1). İlaçların kullanıldığı ve kullanılmadığı durumlar dikkate alınmalıdır (Tablo 2). Hipertansiyon tedavisinde sık kullanılan ilaçlar Tablo 3'te özetlenmiştir. İlaç seçiminde hastaların özel durumları da göz önünde bulundurulmalıdır (Tablo 4). Örneğin koroner arter hastalığı ya da kalp yetmezliği olan hipertansif hastada beta blokörler (BB) yaşam süresini uzattığı için tedavide yer almalıdır. Benzer biçimde Anjiotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörü (ADEi) ilaçların, kalp yetmezliği olan ve geçirilmiş miyokard enfarktüsü bulunan hastalarda tedavi protokollerinde yer alması uygundur. Hipertansiyon dışında ek bir hastalık yok ise "evre 1 hipertansiyon"da ilk önerilen ilaçlar tiazid diüretikleridir. Ülkemizde tiazid diüretikleri tek başlarına pazarlanmadıklarından ilk tedavi seçeneği olarak 55 yaşın altındaki genç hastalarda BB ya da ADEi; 55 yaşın üstündeki hastalarda ise Kalsiyum Kanal Blokörü (KKB) ilaçların seçimi önerilir. İlk başlanılan ilaca yanıt alınmadıysa ilaç grubu değiştirilir. Tedaviye yanıt var; ancak istenen tedavi hedefine ulaşılmadıysa ilk ilacın en yüksek dozuna çıkılır ya da ikinci bir ilaç eklenir (Tablo 1). İnatçı kuru öksürük nedeniyle ADEi tedavisini kesmek zorunda kalan hastalar için Anjiotensin Reseptör Blokörleri (ARB) bir seçenek oluşturur. Evre 2 hipertansiyonda ilk tercih olarak tiazid diüretikler ile ADEi, BB, KKB ya da ARB kombine edilir. Eğer ikili tedavi ile kan basıncı istenen düzeye çekilememişse uygulanan kombinasyonda olmayan bir ilaç daha tedaviye eklenir. Üçlü kombinasyon tedavisine karşın hedef kan basıncı değerlerine ulaşılmamış ise hasta bir üst merkeze sevk edilir.

Hipertansiyon hayat boyu sürebilecek bir hastalık olduğundan tedavi maliyeti ilaç seçiminde dikkate alınmalıdır.

### **Özel Durumlar**

#### **Dirençli Hipertansiyon**

Hipertansif bir hastanın kan basıncı, biri diüretik olacak biçimde en yüksek dozlardaki üçlü ilaç tedavisine karşın 140/90 mmHg'nın altına düşürülemezse dirençli hipertansiyondan söz edilir. Hekimlerin sık yaptıkları bir hata kombinasyonda diüretiğe yer vermemeleri ya da yetersiz dozda yer vermeleridir.

#### **İzole Sistolik Hipertansiyon:**

Diyastolik kan basıncı 90 mmHg'nın altında iken sistolik kan basıncının 160 mmHg veya üstünde olmasıdır. Özellikle yaşlılarda sık rastlanır ve mutlaka tedavi edilmelidir. İlk seçenek ilaçlar tiazid diüretikler ve uzun etkili KKB'lerdir.

#### **Gebelikte Hipertansiyon:**

Gebelikte ve laktasyonda bilinen en güvenli ilaç alfa-metil dopadır. Hasta önceden antihipertansif tedavi alıyorsa ADEi ve ARB dışındaki ilaçlarına devam edilir. Gebelikte yeni ortaya çıkan hipertansiyon olguları sevk edilmelidir. Sevk edilemiyorsa alfa-metildopa kullanılabilir.

#### **Çocukluk Çağında Hipertansiyon:**

Büyük oranda sekonder hipertansiyon grubunda olduğu için birinci basamakta tedavisi önerilmez.

#### **Hipertansif Acil Durumlar:**

Yüksek kan basıncı değerleri (>180/120 mmHg) ile baş vuran, belirti vermeyen hastalarda doğrudan iki antihipertansif ilaç ağız yolundan başlanabilir. Bir veya iki gün içinde mutlaka yeniden değerlendirilmelidir.

Burun kanaması, nörolojik belirti olmaksızın baş ağrısı gibi hafif belirtiler varsa hasta yatırılarak dinlendirilir ve kısa etkili bir ilaç verilir. Bu amaçla **kaptopril 25-50 mg** çiğnetilerek yutturulur. Yüksek kan basıncı değerlerini aniden düşürmek sakıncalı olduğundan dilaltı nifedipin tedavisinden kaçınılmalıdır. Bu nedenle ilk bir saatte ortalama kan basıncının %25 kadar düşürülmesi ve daha sonraki 2-4 saat içinde 160/100-110 mmHg civarına çekilmesi hedeflenir. Devamında hastanın almakta olduğu ilaç tedavisi varsa bu ilacın dozu yükseltilir ya da kombinasyon tedavisine geçilir.

Hasta, yüksek kan basıncı değerleri ile birlikte gelişmiş ensefalopati (baş ağrısı, huzursuzluk, konfüzyon), akciğer ödemi, kararsız anjina, miyokard enfarktüsü, intrakraniyal kanama ya da akut böbrek yetmezliği gibi sorunlarla gelmişse tedavi acildir. Parenteral tedavi ve sorunların kontrol altına alınması için hasta acilen bir üst kuruluşa sevk edilmelidir.

## İzlem

Hasta bilgilendirilmeli, hastaya ilacın düzenli kullanılması gerektiği ve yaşam biçimi değişikliklerinin önemi anlatılmalıdır.

Hastaya, tedavi başladıktan sonra 5-7. günlerden itibaren ev koşullarında en az 4-5 günlük kanbasıncı ölçümü yapması önerilir. Kan basıncı kontrol altına alınmaya dek hasta 15-30 günde bir görülmelidir. Bu süreçte hastanın evde yaptığı ölçümler değerlendirilmeli ve kan basıncı ölçülmelidir. İlaçların etkinliği ve yan etkileri bu izlem sürecinde değerlendirilmelidir.

Kan basıncı kontrol altına alınca, komplike olmayan hastaların kan basıncı altı ayda bir değerlendirilmeli ve hedef organ hastalıkları yönünden değerlendirme (tam idrar incelemesi, potasyum, sodyum, klor, BUN, kreatinin, ürik asit, EKG) yapılmalıdır. Komplike olan hastalar ise (kalp yetmezliği, diyabet vb.) bir üst basamağa sevk edilmelidir.

## Hastanın Kan Basıncını Kendisinin Ölçmesi

Hekimlerin hastalarını ve hasta yakınlarını kan basıncı ölçüm tekniği konusunda eğitmeleri yararlıdır. Elektronik kan basıncı ölçerler arasında en güvenilir sonuç verenler koldan ölçüm yapanlardır. Bilekten ölçüm yapanlar daha az güvenilirken parmaktan ölçenler hiç önerilmemelidir. Ölçüm sıklığı, yeni tanı konulduğunda ya da ilaç değişikliği yapıldığında bir hafta süre ile sabah ve akşam ikişer kez, kronik izlem altında iken üç ayda bir yine yukarıda önerildiği gibi bir hafta süre ile olmalıdır. İlk gün ölçümleri atılmalı, diğerleri değerlendirmeye alınmalıdır. Bu sonuçların sağlık kurumlarında ölçülen sonuçlardan daha düşük çıkacağı bilinmeli, ölçümler 135/85 mmHg değerini aştığı zaman yüksek kabul edilmelidir.

## Sevk Ölçütleri

- Birisi diüretik olmak kaydıyla üç ilaç verilmesine karşın kontrol altına alınamayan hipertansiyon olguları
- Toplardamar yoluyla tedavi gerektiren hipertansif acil durumlar
- Gebelikte ortaya çıkan hipertansiyon olguları
- Çocukluk çağındaki hipertansiyonlu olgular
- Ağır hedef organ hasarı ya da klinik sorunlarla giden hipertansiyon olguları
- İkincil hipertansiyon kuşkusu olan hastalar

sevk edilmelidir.

**Tablo 1. Kan Basıncı Evrelemesi ve Tedavi Düzenlemesi**

<b>Kan Basıncı Evresi</b>	<b>Sistolik (mmHg)</b>	<b>Diastolik (mmHg)</b>	<b>İzlem</b>	<b>Yaşam Biçimi Değişiklikleri</b>	<b>İlaç Tedavisi (Eşlik Eden Hastalık Yoksa)</b>	<b>İlaç Tedavisi (Eşlik Eden Hastalık Varsa)</b>
<b>Normal</b>	< 120	ve <80	2 yıl içinde değerlendirir	Özendirilir	-	-
<b>Prehipertansiyon</b>	120-139	ya da 80-89	1 yıl içinde değerlendirir	Evet	Gerekli değil	Gerekli
<b>Evre 1 Hipertansiyon</b>	140-159	ya da 90-99	2 ay içinde doğrula	Evet	Diüretikler, ADEi, ARB, BB, KKB ya da kombine ilaçlar	Gerektikçe diüretik, ADEi, ARB, BB, KKB
<b>Evre 2 Hipertansiyon</b>	>160	>100	1 ay içinde hastayı değerlendirir; gerekiyorsa sevk et. Eğer kan basıncı >180/110 mmHg ise durumuna ve komplikasyonlara göre hemen ya da bir hafta içinde tedavi et	Evet	İlk seçenek iki etken maddeli kombine ilaçlar; Tiaziddiüretikler ile ADEi, ARB, BB, KKB kombine edilir	Gerektikçe diüretik, ADEi, ARB, BB, KKB ilaçlar

KKB: Kalsiyum kanal blokörü,  
ARB: Anjiotensin reseptör blokörü,  
BB: Beta blokör,  
ADEi: Anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörü



**Tablo 2. Antihipertansif Tedavide Kullanılan İlaç Gruplarının Kullanıldığı ve Kullanılmadığı Durumlar**

<b>İlaç Sınıfı</b>	<b>Kullanıldığı Durumlar</b>	<b>Kullanılmaması Gereken Durumlar</b>
Tiazid diüretikleri	Konjestif kalp yetmezliği Yaşlılıkta hipertansiyon İzole sistolik hipertansiyon	Gut Gebelik
Kıvrım diüretikleri	Böbrek yetmezliği Konjestif kalp yetmezliği	-
Aldosteron antagonistleri	Konjestif kalp yetmezliği Miyokard enfarktüsü sonrası	Böbrek yetmezliği Hiperpotasemi
Beta blokörler	Anjina pektoris Miyokard enfarktüsü sonrası Konjestif kalp yetmezliği (en düşük dozdan başlanarak dikkatle kullanılmalı) Gebelik Taşiaritmi	Astım KOAH İkinci ve üçüncü derece atrioventriküler blok Periferik damar hastalığı
Kalsiyum kanal blokörleri (dihidropiridin grubu)	Yaşlılıkta hipertansiyon İzole sistolik hipertansiyon Anjina pektoris Periferik damar hastalığı Karotis aterosklerozu Gebelik	Taşiaritmiler Konjestif kalp yetmezliği
Kalsiyum kanal blokörleri (verapamil, diltiazem)	Anjina pektoris Karotis aterosklerozu Supraventriküler taşikardi	İkinci ve üçüncü derece atrioventriküler blok Konjestif kalp yetmezliği
Anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörü (ADEi) ilaçlar	Konjestif kalp yetmezliği Sol ventrikül işlev bozukluğu Geçirilmiş miyokard enfarktüsü Diyabetik olmayan nefropati Tip I diyabetik nefropati Proteinüri	Gebelik Hiperpotasemi Bilateral renal arter stenozu
Anjiotensin II reseptör blokörleri	Tip 2 diyabetik nefropati Diyabetik mikroalbuminüri Sol ventrikül hipertrofisi ADEi intoleransı	Gebelik Hiperpotasemi Bilateral renal arter stenozu
Alfa blokörler	Benign prostat hipertrofisi	Konjestif kalp yetmezliği İdrar kaçırma

**Tablo 3. Antihipertansif Tedavide Sık Kullanılan İlaçlar**

İlaç Grubu	Doz (mg/gün)	Günlük Veriliş Sıklığı
<b>Tiazid-Benzeri Diüretikler</b>		
İndapamid	1,5–2,5	1
<b>Kıvrım Diüretikleri</b>		
Furosemid	20–80	2
<b>Potasyum Tutucu Diüretikler</b>		
Amilorit	5–10	1–2
Triamteren	50–100	1–2
<b>Aldosteron Reseptör Blokörleri</b>		
Spironolakton	25–100	1
<b>Beta Blokörler</b>		
Atenolol	50–100	1
Bisoprolol	5–20	1
Metoprolol	50–200	1–2
Metoprolol (uzamış salımlı)	50–100	1
Propranolol	40–160	2
<b>İntrinsik Sempatomimetik Etkisi Olan Beta Blokörler</b>		
Asebutolol	400–800	2
Nebivolol	5	1
Pindolol	10–30	2
<b>Kombine Alfa ve Beta Blokörler</b>		
Karvedilol	12,5–25	2
<b>Anjiotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri</b>		
Benazepril	10–20	1
Kaptopril	25–50	2-3
Enalapril	5–20	1–2
Fosinopril	10–40	1
Lisinopril	10–20	1
Moeksipril	7,5-30	1
Perindopril	4–8	1
Kinapril	10–40	1
Ramipril	2,5–10	1
Silazapril	1-5	1
Trandolapril	0,5-2	1

**Tablo 3. Antihipertansif Tedavide Sık Kullanılan İlaçlar (Devamı)**

İlaç Grubu	Doz (mg/gün)	Günlük Veriliş Sıklığı
<b>Anjiyotensin II Reseptör Blokörleri</b>		
Eprosartan	600-800	1
Kandesartan	8-32	1
İrbesartan	150-300	1
Losartan	25-100	1-2
Telmisartan	40-80	1
Olmesartan	10-20	1
Valsartan	40-160	1-2
<b>Benzotiyazepin Grubu Kalsiyum Kanal Blokörleri</b>		
Diltiazem (yavaş salımlı)	120-480	1
Verapamil (yavaş salımlı)	120-480	1-2
<b>Dihidropiridin Grubu Kalsiyum Kanal Blokörleri</b>		
Amlodipin	5-10	1
Barnidipin	10-20	1
Benidipin	2-8	1
Felodipin	5-20	1
İsradipin	2,5-10	2
Lasidipin	2-6	1
Lerkanidipin	10-20	1
Nikardipin	60-120	3
Nifedipin	30-60	3
Nifedipin (uzun etkili)	30-60	1
Nilvadipin	8-16	1
Nisoldipin	10-40	1
Nitrendipin	10-80	1-2
<b>Alfa<sub>1</sub>-Adrenerjik Reseptör Blokörleri</b>		
Doksazosin	1-16	1
Terazosin	1-20	1-2
<b>Santral Etkili Sempatolitik</b>		
Metildopa	250-1000	2

**Tablo 4. Özel Durumlarda Kullanılan Antihipertansif İlaçlar**

Sol ventrikül hipertrofisi	ADEi, KKB, ARB
Asemptomatik ateroskleroz	KKB, ADEi
Mikroalbuminüri	ADEi, ARB
Böbrek işlev bozukluğu	ADEi, ARB
Geçirilmiş inme	Herhangi bir antihipertansif
Geçirilmiş miyokard enfarktüsü	BB, ADEi, ARB
Anjina pektoris	BB, KKB
Kalp yetmezliği	Diüretikler, BB, ADEi, ARB, Aldosteron antagonistleri
Tekrarlayıcı atriyal fibrilasyon	ARB, ADEi
Kronik atriyal fibrilasyon	BB, Dihidropiridin olmayan KKB
Böbrek yetmezliği/Proteinüri	ADEi, ARB, Kıvrım diüretikleri
Periferik arter hastalığı	KKB
Yaşlılarda izole sistolik hipertansiyon	Diüretikler, KKB
Metabolik sendrom	ADEi, ARB, KKB
Diabetes mellitus	ADEi, ARB
Gebelik	KKB, Metildopa, BB
Siyah ırk	Diüretikler, KKB

KKB: Kalsiyum kanal blokörü,

ARB: Anjiotensin reseptör blokörü, BB: Beta blokör:

ADEi Anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörü

#### Kaynakça

1. Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu. Türk Kardiyol Dern Arş. 2000; 28:335-97.
2. Williams B, Poulter NR, Brown MJ, et al. Guidelines for management of hypertension: report of the fourth working party of the British Hypertension Society, 2004-BHS IV. J Hum Hypertens 2004; 18:139-85.
3. O'Brien E, Asmar R, Beilin L, et al. European Society of Hypertension recommendations for conventional, ambulatory and home blood pressure measurement. J Hypertens 2003; 21:821-48.
4. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens 2003; 21:1011-53.
5. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension 2003; 42:1206-52.
6. Mancia G, De BG, Dominiczak A, et al. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2007; 28:1462-536.
7. Türkiye İlaç Kılavuzu-5 2007 Formülleri. Hipertansiyon ve Kalp Yetmezliği. Kayaalp SO, ed. Turgut Yayıncılık, İstanbul, 2007; 82.



# AKUT ORTA KULAK ENFEKSİYONU - 2012

## BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Akut orta kulak enfeksiyonu, orta kulak mukozasının irinli enfeksiyonudur. Sıklıkla bakteri nedenlidir ve etken orta kulağa nazofarenksten ulaşır. Etken çoğunlukla Streptococcus pneumonia, Moraxella catarrhalis ve 5 yaşından küçük çocuklarda Haemophilus influenzae'dir. Yaşamın ilk iki yılında daha sık görülmektedir.

### Tanı

Öykü, fizik inceleme ve özellikle kulak incelemesiyle konur.

### Öykü

- Şiddetli kulak ağrısı
- Çocuklarda ağlama, huzursuzluk, ateş
- İşitme azlığı
- Kulak akıntısı
- Kulaklarda çınlama ve dolgunluk
- Baş dönmesi
- Geçirilmiş ÜSZE

### Fizik İnceleme Bulguları

- Ateş
- Kulak incelemesi: Bastırmakla duyarlık, otoskopik incelemede kulak zarında kızarıklık, kalınlaşma ve bombeleşme görülebilir. İlerlemiş olgularda dış kulak yolunda akıntı ve zarı perforasyon görülebilir.

### Laboratuvar Bulguları

Kan, biyokimya ve mikrobiyoloji incelemeleri gerekmez.

### Tedavi

#### İlaç Tedavisi

- Sık görülen olası etkenlere yönelik olarak antibiyotik kullanılır.
- Akut orta kulak enfeksiyonu şüphesi varken, buşon nedeniyle kulak zarı görülemiyorsa kulak yıkanmamalıdır.

**Tablo: Akut orta kulak enfeksiyonunda ilaç tedavisi**

<b>Ağrı ve Ateşin Tedavisi</b>	Parasetamol	Erişkinlerde 500-1.000 mg/doz, ağızdan 3-4 doz/gün; Çocuklarda 10 mg/kg/doz, ağızdan 4-6 doz/gün
	İbuprofen	Erişkinlerde 6-8 saat arayla 400-800 mg Çocuklarda 5-10 mg/kg/doz, En çok 3,2 g/gün
<b>Antibiyotik Tedavisi</b>	Birinci seçenek	Tanısı kesin olmayan ve hafif olgular antibiyotik tedavisi verilmeksizin gözlenebilir. Amoksisilin; Erişkinlerde 1,5-3,5 g/gün, ağızdan 3 doz/gün, 10 gün süreyle Çocukta 40-45 mg/kg/gün, ağızdan (dirençli pnömokok olasılığı, son bir ay içinde penisilin yapısında antibiyotik kullanımı, akut orta kulak enfeksiyonu öyküsü varsa: 80-90 mg/kg/gün, ağızdan) 3 doz/gün, 10 gün süreyle Penisilin alerjisi varsa; ağızdan eritromisin ya da klaritromisin 10 gün, azitromisin 5 gün süreyle
	İkinci seçenek	Amoksisilin-klavunat* ağızdan 10 gün süreyle İkinci kuşak sefalosporinler (sefuroksim aksetil, sefdinir) ağızdan 10 gün süreyle

\*Amoksisilin/klavunat oranı 7/1 olmalıdır.

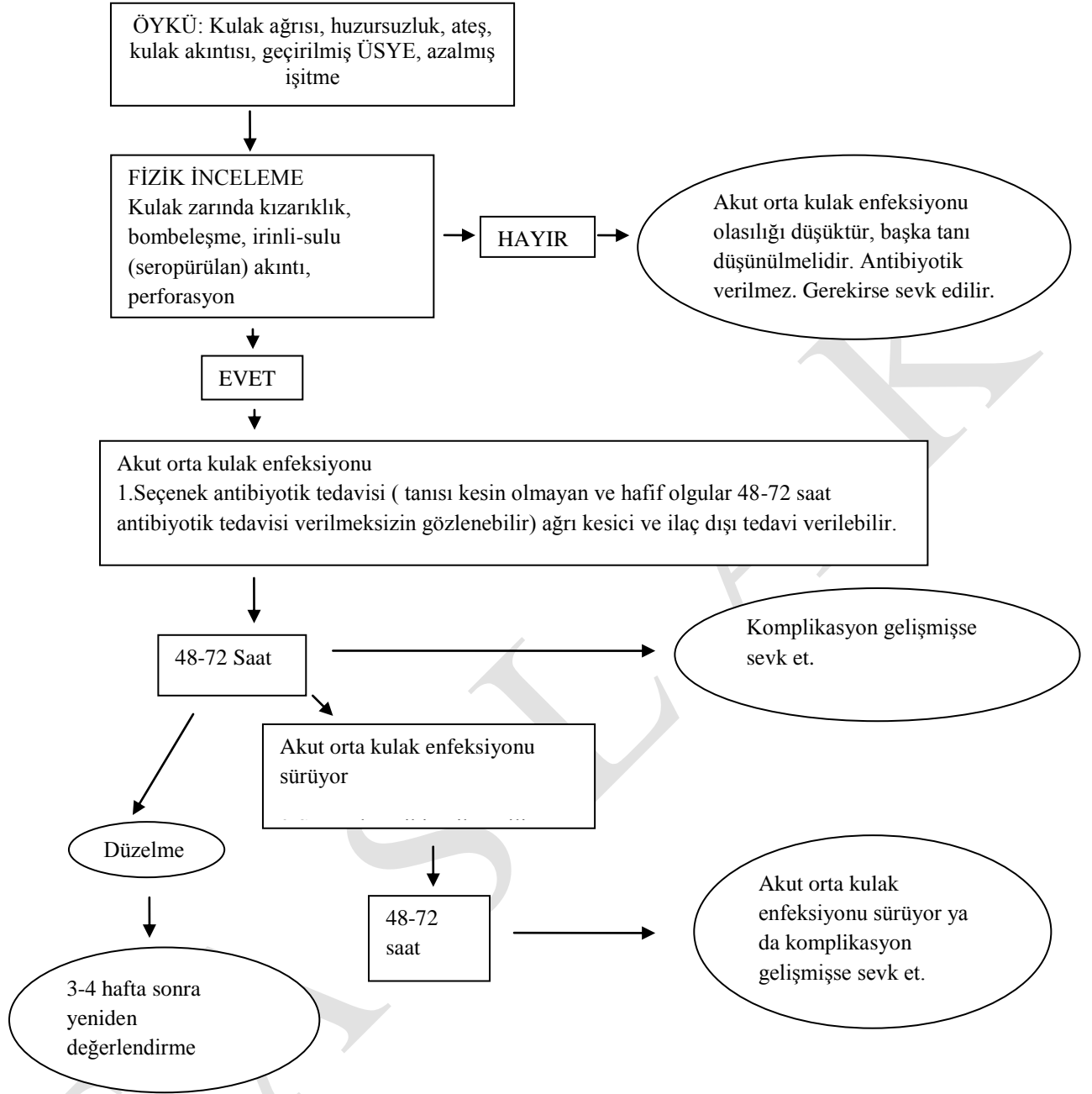
### **Korunma**

- Anne sütü ile beslenme akut orta kulak enfeksiyonu sıklığını azaltır.
- Evde ve taşıtlarda sigara içilmemesi sağlanmalıdır.
- Süt çocuklarının yatarak beslenmemesi, beslenirken yaklaşık 45 derecelik açıyla tutulması önerilir.

### **Ayrırcı Tanı**

- Bebekte ağlamaya bağlı kulak zarı kızarıklığı
- Çene ya da diş kaynaklı ağrı (Fizik incelemede kulak zarı, kulak ağrısına karşın normaldir)
- Ağız boşluğu ve boğaz hastalıkları (Fizik incelemede kulak zarı, kulak ağrısına karşın normaldir)
- Dış kulak yolu enfeksiyonu
- Kronik orta kulak enfeksiyonu

## Şema: Akut orta kulak enfeksiyonunda ayırıcı tanının yapılması



## İzlem

Tedaviye başlandıktan 2-3 gün sonra kulak incelemesi yapılmalı, 3-4 hafta sonra da kulak zarı ve işitme yeniden değerlendirilmelidir.

## Komplikasyonlar

Kronik orta kulak enfeksiyonu, akut mastoid enfeksiyonu, yüz felci, periost altı apse, menenjit ve beyin apsesi gibi kafa içi komplikasyonlar gelişebilir.

## Sevk

- Kulak zarı perforasyonu
- İkinci seçenek antibiyotik başlanmasından 48-72 saat sonra akut orta kulak enfeksiyonu bulgularının gerilememesi
- Altı ay içinde 3, bir yıl içinde 4 ya da daha çok sayıda akut orta kulak enfeksiyonu saptanması
- Komplikasyon gelişmesi
- Tedavinin başlangıcından 6 hafta sonra işitme azlığının sürmesi durumlarında hasta sevk edilmelidir.

## Kaynakça

1. Pichichero ME. Acute otitis media: part 1. Improving diagnostic accuracy. Am Fam Physician 2000;61:2051-6.
2. Galsziou PP, Del Mar CB, Sanders SL. Antibiotics for acute otitis media in children, Cochrane review. The Cochrane Library 2, Oxford: Update Software, 2001.
3. Flynn CA, Griffin G, Tudiverf. Decongestants and antihistamines for acute otitis media in children, Cochrane review. The Cochrane Library 2, Oxford: Update Software, 2001.
4. Neff MJ. Release guideline on diagnosis and management of acute otitis media. Am Fam Physician 2004;69:2713-5.



Akut rinosinüzit, burun ve burun çevresi sinüs mukozasının enflamasyonudur. Virüs ve bakterilerle gelişebilir. Biri burun tıkanıklığı ya da ön veya arka burun akıntısı (geniz akıntısı) olmak üzere, yüzde ağrı, dolgunluk hissi, duyarlık, koku almada azalma ya da kayıp benzeri en az iki belirtinin 12 haftadan kısa süredir var olmasıdır.

### Kolaylaştırıcı Etmenler

- Virüs nedenli üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE)
- Alerjik ya da alerjik olmayan rinit (vazomotor rinit)
- Anatomik yapı bozukluğu (baş ve yüzde yapısal bozukluk, septal deviasyon, yarık damak)
- Burunda tıkanıklık (adenoid vejetasyon, yabancı cisim, polip, tümör)
- Çevresel etmenler (sigara, hava kirliliği, kuru ve soğuk hava)
- Bağışıklık sisteminin baskılanması
- Diş enfeksiyonu
- Gastro-özefageal reflü
- Travma
- Kontamine suda yüzme

### Fizik İnceleme

- Burun ya da genizde akıntı, burun mukozasında kızarıklık ve ödem
- Yüzde duyarlık
- Ateş

### Tanı

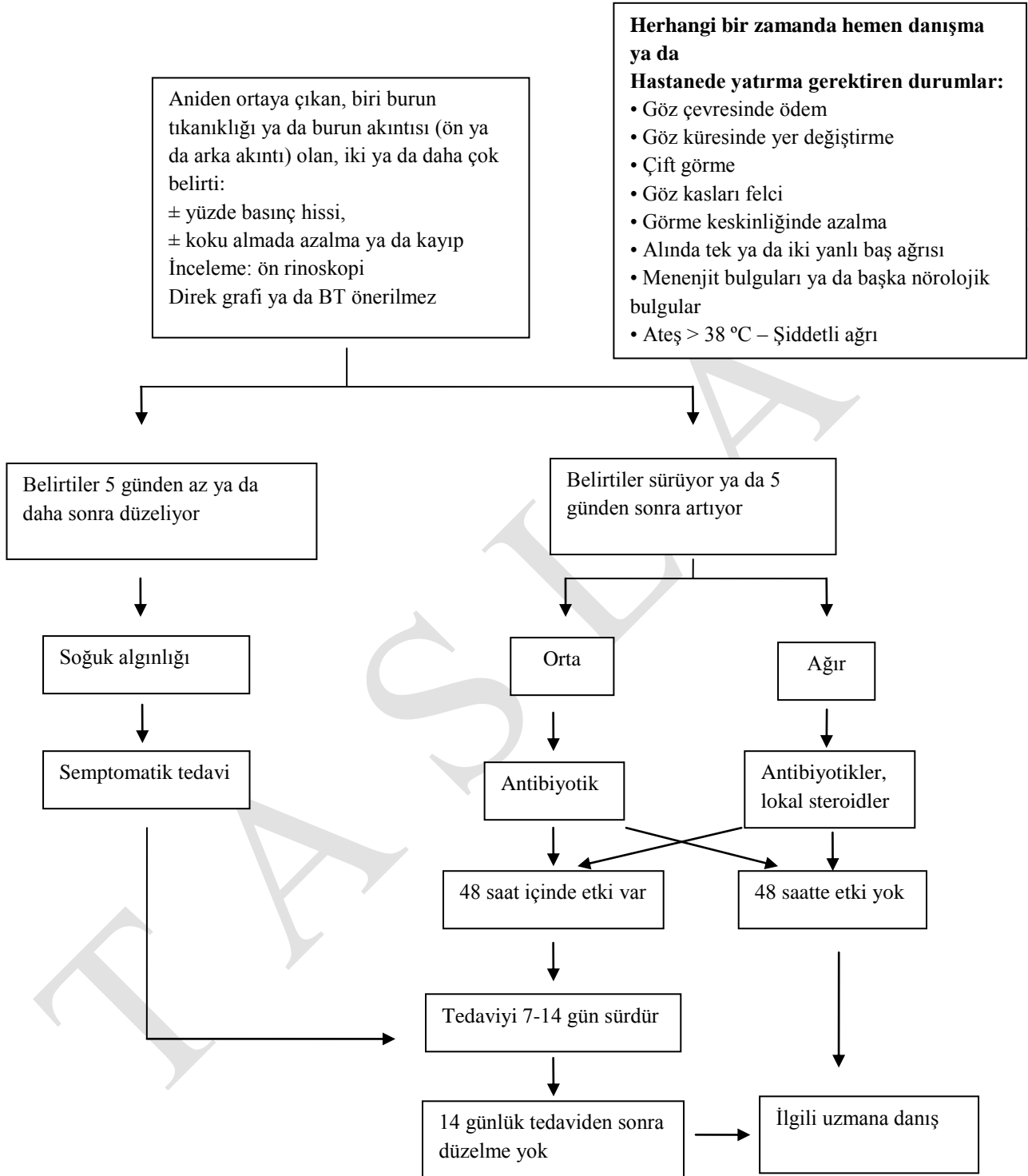
Tanı, öykü ve fizik inceleme bulgularıyla konur. Belirtileri beş gündür düzelmeyen ya da başlangıçta iyileşme göstermesine karşın yakınmaları beşinci günden sonra artan hastalar, radyoloji ve laboratuvar incelemesi gerekmeksizin akut bakteri rinosinüziti olarak kabul edilir. Belirtiler “hafif”, “orta şiddette” ya da “şiddetli” olarak değerlendirilmelidir. 38°C’den yüksek ateş ve şiddetli ağrı, “şiddetli” belirtileri oluşturur.

### Ayırıcı Tanı

- Virüs nedenli ÜSYE
- Alerjik rinit
- Adenoid vejetasyon
- Yabancı cisim
- Nazal polip
- Tümör

## Tedavi

Amaç, doku ödeminin azaltılarak sinüs boşalma ve havalanmasının sağlanması ve enfeksiyonun tedavisidir. Aşağıdaki akış çizelgesi uygun tedavi için yol göstericidir:



## İlaç Dışı Tedavi

- Yeterli sıvı alımı
- Akut dönemde izotonik çözeltiyle (%0,9 NaCl) burun yıkama
- Burun temizliğinin öğretilmesi
- Dinlenme

## İlaç Tedavisi

### A. Antibiyotik

#### İlk Seçenek İlaçlar

- Amoksisilin: Çocukta 40-45 mg/kg/gün, ağızdan 8 saat arayla, 10 gün  
(Dirençli pnömokok olasılığı, son bir ay içinde penisilin yapısında antibiyotik kullanımı, akut orta kulak enfeksiyonu öyküsü varsa: 80-90 mg/kg/gün)

Erişkinde 1,5-3 g/gün, ağızdan 8 saat arayla, 10 gün

Penisilin alerjisi varsa makrolidler (eritromisin ve klaritromisin 10 gün, azitromisin 5 gün süreyle) kullanılmalıdır.

Antibiyotik tedavisi 14 güne uzatılabilir.

- Son iki ayda en az iki kez akut sinüzit geçirilmişse
- Son iki ayda herhangi bir nedenle ilk seçenek ilaç kullanılmışsa
- İlk seçenek ilaçla 3 günde başarılı olunamamışsa

ikinci seçenek ilaç kullanılmalıdır.

#### İkinci Seçenek İlaçlar

- Amoksisilin-klavulanik asit: Amoksisilin dozu çocukta 80-90 mg/kg/gün, amoksisilin/klavulanik asit oranı 7/1 olmalıdır.

- İkinci kuşak sefalosporinler: (sefuroksim aksetil, sefdinir), Ağızdan

### B. Semptomatik Tedavi

- Lokal ya da sistemik dekonjestan: Çocuklarda kullanılmamalıdır. Erişkinlerde kullanılabilir, ancak yaşlı ve hipertansif hastalarda dikkatli olunmalıdır. Lokal dekonjestanlar 5 günden uzun süre kullanılmamalıdır.
- Ağrı kesici – ateş düşürücü (parasetamol ya da ibuprofen)
- Ağır olgularda buruna steroid uygulaması (kullanım için bkz Alerjik Rinit Rehberi )
- Antihistaminikler yalnızca alerjik olgularda kullanılmalıdır.

### Komplikasyonlar

- Orbital selülit, apse
- Kafa içi : Menenjit, epidural apse, subdural apse, beyin apsesi, osteomyelit, kavernöz sinus trombozu

### Sevk

- Aşağıdaki bulguların varlığından ötürü komplikasyon geliştiği düşünülenler
  - Göz çevresinde ödem
  - Göz küresinde yer değiştirme

- Çift görme
  - Göz kasları felci
  - Görme keskinliğinde azalma
  - Alında tek ya da iki yanlı şiddetli baş ağrısı
  - Alında şişlik
  - Menenjite ilişkin ya da başka nörolojik bulgular
- Uygun tedaviye karşın iki hafta içinde iyileşmeyenler
  - Yılda erişkinlerde en az dört, çocuklarda altı kez akut bakteri rinosinüziti geçirenler
  - Uygun tedaviye karşın hastalığı 12 haftadan uzun süren hastalar ilgili uzmana sevk edilmelidir.

#### **Kaynakça**

1. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: Management of sinusitis. Pediatrics 2001;108:798-808.
2. Anon JB, Jacobs MR, Poole MD, ve ark. Sinus and allergy health partnership. Antimicrobial treatment guidelines for acute bacterial rhinosinusitis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2004;130(1 Suppl):1-45.
3. Pearlman AN, Conley DB Review of current guidelines related to the diagnosis and treatment of rhinosinusitis .Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2008;16:226-30.

Alerjik rinit, çocuk ve erişkinlerde sık görülen, burun mukozasının IgE aracılı, kronik bir hastalıdır. Kişisel ve ailesel atopi öyküsü, alerjenlerle erken karşılaşma, hava kirliliği ve sigara, temel risk etmenleridir.

Yakınmalar mevsimsel yoğunluk gösterebilir ya da yıl boyu sürebilir. Mevsimsel rinitte etken; genelde polenler iken, diğerlerinde çoğunlukla akar, hamamböceği, evcil hayvan, mantar sporu gibi ev içi alerjenlerdir.

### Tanı

#### Öykü

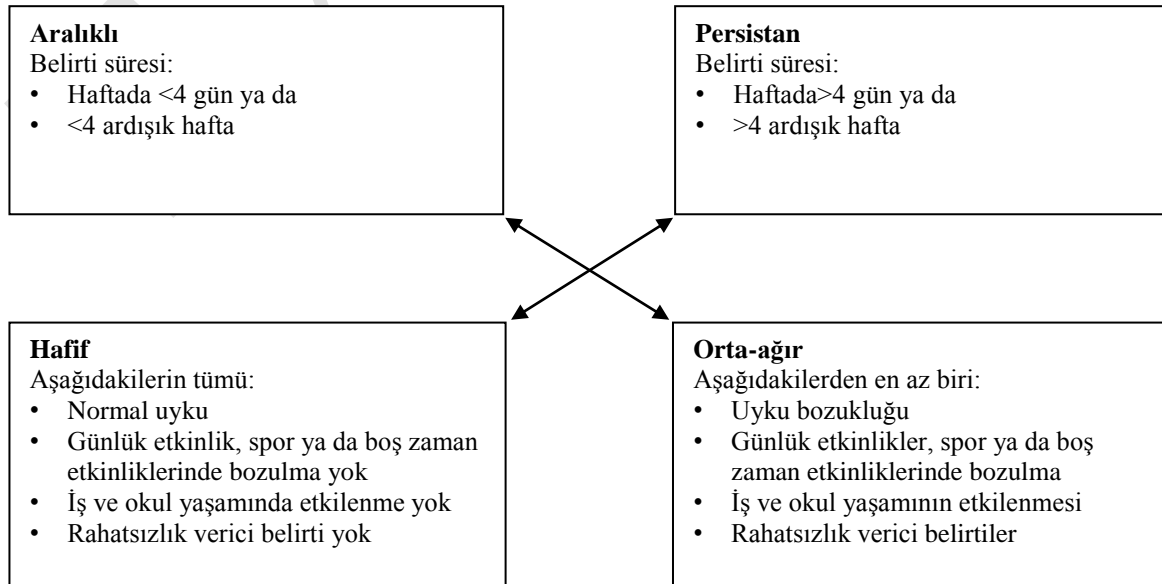
- Hapşırma, burun tıkanıklığı, burun akıntısı, geniz, burun, boğaz ve gözlerde kaşıntı varlığı, alerjik riniti akla getirmelidir.
- Bu semptomların sık ortaya çıkması ve başlayınca en az bir saat sürmesi
- Yakınmaların ergen ya da genç erişkinlikte başlaması
- Yakınmaların mevsimlerle ilişkisi: İlkbahar ve yaz aylarında polene bağlı yakınmalar
- Tetikleyici etmenler: Ev temizledikten sonra (ev içi alerjenlere karşı alerjik rinit) ya da bahçeye çıktıktan sonra ortaya çıkan belirtiler (polene bağlı alerjik rinit)

#### Fizik İnceleme

Burun mukozasının rengi, tanı koydurucu değildir. Berrak burun akıntısı ve konkalarda ödem ya da hipertrofi gözlenebilir. Boğaz arka duvarı genellikle ince kabartılı (granüle) görünür. Göz altında koyu halkalanmalar (Shiner belirtisi), alerjik selam (tıkanıklık hissinden kurtulmak için burnun el ayasıyla yukarıya doğru itilmesi) ve buna bağlı olarak nazal tip (burun ucu) üzerinde yatay çizgilenme kronik olgularda belirgin olabilir.

#### Sınıflandırma

Aşağıdaki sınıflandırma, tedavide yol gösterici olacaktır:



## **Alerjik Rinite Eşlik Eden Hastalıklar**

Alerjik rinit tek olarak ya da konjonktivit, astım ve atopik dermatitle birlikte görülebilir.

## **Komplikasyonlar**

Alerjik rinit uygun tedavi edilmediğinde; rinosinüzit, uyku bozukluğu, çocuklarda kulak enfeksiyonu, ağız solunumu nedeniyle damak ve diş yapısında gelişimsel sorunlar gelişebilir.

## **Ayırıcı Tanı**

- Enfeksiyöz rinit (soğuk algınlığı)
- Mekanik sorunlar: adenoid vejetasyon, septum deviasyonu, yabancı cisim, tümör, BOS rinoresi
- Nazal polipozis
- Vazomotor rinit
- İlaçlara bağlı rinit: Bazı antihipertansif ilaçlar, oral kontraseptifler
- Rinitis medikamentoza: Lokal dekonjestanların aşırı kullanımına bağlı rinit

Tek yanlı belirtiler, diğer belirtiler olmaksızın burun tıkanıklığı, mukopürülan burun akıntısı, önden burun akıntısı olmaksızın geniz akıntısı, ağrı, yineleyen burun kanaması ve koku almama (anozmi) alerjik riniti düşündürmez.

## **Korunma**

- Mevsimsel rinitte, polen döneminde dış etkinliklerden olabildiğince kaçınma
- Ev tozu akarlarından korunmak amacıyla, ev içinde nemin azaltılması için ev içinde çamaşır kurutulmaması, toz tutabilecek kalın halı, battaniye gibi eşyaların en aza indirilmesi.
- Ev içi alerjenler yanı sıra sigara, egzoz gazı, deterjan, boya, parfüm gibi tetikleyicilerden sakınma

## **Tedavi**

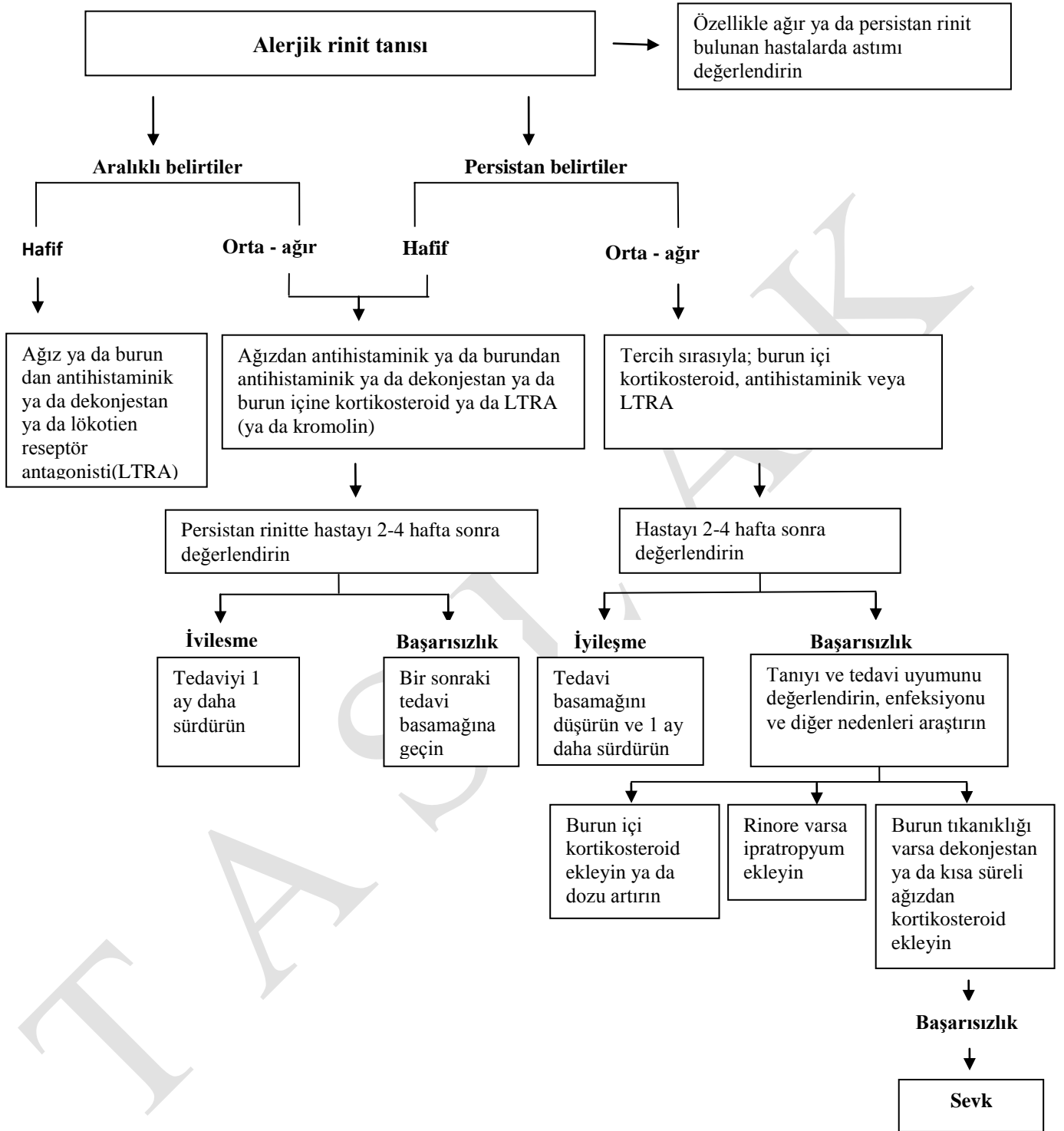
Amaç, okul ve iş başarısını bozan, toplumsal uyumda güçlüğü yol açan belirtilerin baskılanması, yaşam niteliğinin düzeltilmesi ve komplikasyonların önlenmesidir.

### **İlaç Dışı Tedavi:**

İzotonik çözeltiyle (%0,9 NaCl) burun lavajı yapılabilir.

### **İlaç Tedavisi:**

Tedavide aşağıdaki çizelgeye uyulması, tedavi başarısını artıracaktır:



### Antihistaminikler:

Birinci kuşak antihistaminiklerin sedasyon ve emosyonel yan etkilerinden dolayı ikinci kuşak antihistaminikler yeğlenir.

Loratadin:	2-6 yaşta 5 mg/gün, tek doz, ağızdan 6 yaş üstü ve erişkinde 10 mg/gün, tek doz, ağızdan
Setirizin:	2-6 yaş 5 mg/gün, tek doz, ağızdan 6 yaş üstü ve erişkinde 10 mg/gün, tek doz ağızdan
Feksofenadin:	Tek doz 120 mg/gün, ağızdan 12 yaşın altında verilmez.
Desloratadin:	2-6 yaş 2,5mg/kg, tek doz, ağızdan 12 yaş üstü ve erişkinde 10 mg/gün tek doz ağızdan
Rupatadin:	12 yaş üstü ve erişkinde 10mg/kg, tek doz, ağızdan
Levosetirizin:	2-6 yaş 5 mg/gün, tek doz, ağızdan

Burun tıkanıklığının belirgin olduğu, belirtileri antihistaminiklerle baskılanamayan hastalarda, tedaviye lokal ya da sistemik dekonjestanlar ya da topikal steroidler eklenebilir.

<b>Topikal Steroidler:</b>	
Budesonid	6 yaş üstü ve erişkinde 2x100-200 mikrogram
Flutikazon propionat	4-11 yaş 1x100 mikrogram 12 yaş üstü ve erişkinde 1-2x100 mikrogram
Mometazon furoat	4-11 yaş 1x100 mikrogram 12 yaş üstü ve erişkinde 1-2x100 mikrogram
Triamsinolon asetonit	12 yaş üstü ve erişkinde 1-2x110 mikrogram
<b>Sistemik Dekonjestan:</b>	
Psödoefedrin	2-5 yaş 3x15 mg ağızdan 6-12 yaş 3x30 mg ağızdan 12 yaş üstü ve erişkinde 2-3x60 mg ağızdan Yaşlı ve kan basıncı yüksek hastalarda dikkatle kullanılmalıdır.
<b>Lokal Dekonjestan:</b>	
Ksilometazolin Hidroklorür, Oksimetazolin	Damla ya da püskürtme 12 yaş altında günde 2 kez 0,5 mg (Günde 3 doz aşılmalı) 12 yaş üstü ve erişkinde günde 4 kez 1 mg

### **Lokal dekonjestanlar 5 günden uzun süre kullanılmamalıdır.**

Topikal steroidler ile burun ve boğazda kuruma ve irritasyon, burun kanaması, koku ve tat duyusunda bozulma, seyrek olarak ülserasyon, septum perforasyonu gibi yan etkiler olabilir.

Bu nedenle, gerektiğinde, birinci basamak tedavide kullanım 4 hafta ile sınırlandırılmalı ve nazal septuma uygulanmamasına dikkat edilmelidir.



## **İzlem**

Mevsimsel alerjik rinitte tedavi, çiçek tozu (polen) mevsimi boyunca, kronik olgularda kontrol sağlanana dek sürmelidir.

Düzelmeyen hastalar komplikasyonlar açısından değerlendirilmek üzere ilgili uzmana yönlendirilmelidir.

## **Sevk**

Tedaviye yeterli yanıt vermeyen olgular, ayırıcı tanı açısından ileri incelemelerin yapılabilmesi, sorumlu alerjenin saptanması ve gerektiğinde bağışıklık tedavisi (immünoterapi) kararı açısından sevk edilmelidir.

## **Kaynakça**

1. Bousquet J, Lund VJ, van Cauwenberge P, et al. Implementation of guidelines for seasonal allergic rhinitis: a randomized controlled trial. *Allergy*. 2003 Aug;58(8):733-41.
2. Bousquet J et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 Update. *Allergy* 2008;63(Suppl. 86):8-160
3. Bachert C. A review of the efficacy of desloratadine, fexofenadine, and levocetirizine in the treatment of nasal congestion in patients with allergic rhinitis. *Clinical Therapeutics* 2009;31(5):921-44

Tonsil ve boğaz enfeksiyonu erişkinde %90, çocukluk çağında %60-75 oranda, virüslerle oluşur. Virüs nedenli tonsil ve boğaz enfeksiyonu kendiliğinden iyileşir; tedavide, ağrı kesici ve ateş düşürücüler yeterli olup antibiyotiklerin yeri yoktur.

Bakteri nedenli tonsil ve boğaz enfeksiyonlarının çoğunda etken A grubu beta-hemolitik streptokoklardır (AGBHS). Bakteri nedenli tonsil ve boğaz enfeksiyonu sıklıkla kış aylarında ve en sık 5-15 yaşlar arasında görülür. AGBHS'nin neden olduğu tonsil ve boğaz enfeksiyonuna bağlı orta kulak, sinüs, mastoid enfeksiyonları tonsil çevresinde apse ve servikal lenfadenit gibi irinli komplikasyonlar ya da akut romatizma ateşi ve glomerulonefrit gibi irinli olmayan komplikasyonlar gelişebilir. Bu nedenle AGBHS nedenli tonsil ve boğaz enfeksiyonunun uygun antibiyotikle ve uygun sürede tedavisi gereklidir.

### Tanı

- Ateş, boğazda yanma, karıncalanma, hâlsizlik, iştahsızlık, emme-yeme isteksizliği, baş ağrısı, virüs nedenli tonsil ve boğaz enfeksiyonunda ilk ortaya çıkan ve bir iki gün içinde giderek şiddetlenen belirtilerdir. Burun tıkanıklığı veya akıntısı, hapşırma, ses değişikliği, öksürük, konjonktivit bulunması etkenin virüs olduğunu düşündürür. Farenks ve tonsillerde kızarıklık, tonsillerde büyüme ve eksüda görülebilir.
- AGBHS'ye bağlı tonsil ve boğaz enfeksiyonunda en özgül yakınmalar birden bire başlayan boğaz ağrısı, yutma güçlüğü ve ateştir. Ateş, 40°C'ye kadar yükselebilir. Özellikle çocuklarda baş ağrısı, karın ağrısı, bulantı ve kusma görülebilir. Fizik incelemede orofarenkste kızarıklık, tonsillerde eksüda, büyüme, küçük dilde ödem ya da ağrılı ön servikal lenfadenopati saptanabilir.
- AGBHS nedenli tonsil ve boğaz enfeksiyonunda antibiyotik tedavisi gerektiğinden doğru tanı önemlidir. Öykü ve fizik incelemeyle AGBHS'ye bağlı akut tonsil ve boğaz enfeksiyonu düşünüldüğünde, olanak varsa, boğaz kültürü ya da hızlı antijen saptama testleri kullanılır. Hızlı testte antijen saptanamaması etkenin AGBHS olmadığı anlamına gelmez; bu durumda boğaz kültürü yapılmalıdır. Laboratuvar incelemesi olanağı yoksa, AGBHS enfeksiyonuyla uyumlu öykü ve fizik inceleme bulgularına dayanarak antibiyotik tedavisine başlanabilir.

### Ayırıcı Tanı

- Servikal ya da yaygın ağrısız lenfadenopati, makülopapüler döküntü, dalak büyümesi varlığında enfeksiyöz mononükleoz olasılığı düşünülmelidir. Bu hastalık sırasında amoksisilin kullanımı döküntü olasılığını artırır.
- Tonsiller ve boğazda, kaldırınca kanayan gri-yeşil zar varlığında difteri olasılığı akla gelmelidir.

### Tedavi

- AGBHS nedenli tonsil ve boğaz enfeksiyonunun uygun tedavisi hastalık süresini kısaltır, etkenin başkalarına bulaşmasını azaltır; retrofarengeal apse ya da peritonsiller apse, lenfadenit, akut romatizma ateşi ve akut glomerulonefrit gibi komplikasyonlar engellenir. Belirtilerin ilk 9 günü içinde başlanan tedavi akut romatizma ateşini önlemektedir.

- AGBHS nedenli tonsil ve boğaz enfeksiyonu tedavisinde ilk seçenek antibiyotik penisilinlerdir. Öncelikle, 10 gün süreli ağızdan penisilinle tedavi yeğlenmelidir. Ağızdan tedaviye uyum sorunu, hastada ya da ailesinde romatizmal kalp hastalığı varsa kas içine tek doz benzatin penisilin verilmelidir. Penisilin alerjisi olanlarda makrolid grubu antibiyotikler (eritromisin ve klaritromisin 10 gün, azitromisin 5 gün süreyle) kullanılmalıdır.

## **Semptomatik Tedavi**

### **Parasetamol**

Çocukta 10 mg/kg/doz, gerekirse 4-6 saat arayla yinelenir (en çok 60 mg/kg/gün).

Erişkinde en çok 4 gr/gün

### **İbuprofen**

5-10 mg/kg/doz, gerekirse 4-6 saat arayla yinelenir (en çok 60 mg/kg/gün).

## **İzlem**

Hasta komplikasyonlar yönünden izlenmelidir.

## **Sevk**

- Retrofarengeal ya da peritonsiller apse
- Tedaviye yanıtızlık
- 48-72 saatte ateşin düşmemesi ve belirtilerin sürmesi
- Diğer komplikasyonlar

varlığında hasta sevk edilmelidir.

## **Kaynakça**

1. Cooper RJ, Hoffman JR, Bartlett JG, ve ark. Principles of appropriate antibiotic use for acute pharyngitis in adults: Background. Ann Intern Med 2001; 134:509-17.
2. Lan AJ, Colford JM, Colford JM Jr. The Impact of Dosing Frequency on the Efficacy of 10-day Penicilin or Amoxicillin Therapy for Streptococcal Tonsillopharyngitis: A Meta Analysis. Pediatrics 2000; 105:E19.
3. Snow V, Mottur-Pilson C, Cooper RJ, Hoffman JR. Principles of Appropriate Antibiotic Use for Acute Pharyngitis in Adults. Ann Intern Med 2001; 134:506-8.



# VİRUS NEDENLİ ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONU - 2012

## BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Virüslerle oluşan, akut üst solunum yolu enfeksiyonlarıdır (ÜSYE). Soğuk algınlığı adıyla da bilinir. İki yüze yakın farklı virüs, akut ÜSYE yapabilir. Etken influenza virüsü olduğunda ÜSYE "grip" olarak nitelenir.

Virüs nedenli ÜSYE genellikle 3-7 günde, etken influenza virüsüyse 7-14 günde kendiliğinden iyileşir. Soğuk hava, virüs nedenli ÜSYE nedeni değildir. Ancak kış aylarında kapalı alanda ortak yaşamın artması ÜSYE etkenlerinin bulaşma riskini artırır.

### Tanı

#### Semptomlar

- Ateş, hâlsizlik, iştahsızlık, çocuklarda emme ya da yeme isteksizliği, baş ağrısı; ilk ortaya çıkan ve bir iki gün içinde giderek şiddetlenen belirtilerdir.
- Boğazda yanma, karıncalanma
- Burun tıkanıklığı, burun akıntısı, hapşırma, ses değişikliği, öksürük, konjonktivit, ishal

Yüksek ateş, belirtilerin şiddetli olması, uzun sürmesi ve kas ağrısı, influenza enfeksiyonunu düşündürür.

### Tedavi

Semptomlara yöneliktir.

- Ateşli dönemde yatakta dinlenme ve yeterli sıvı alımı önerilmelidir.
- Ağrı kesici-ateş düşürücü ilaç kullanılabilir. Parasetamol (çocukta en çok 60 mg/kg/gün olacak biçimde 4 dozda) ve benzeri ağrı kesici, ateş düşürücülerin verilmesi yeterlidir. Çocuklarda virüs nedenli enfeksiyonlarda, Reye sendromu riski nedeniyle asetilsalisilik asit kullanılmamalıdır.
- Akut dönemde izotonik çözeltiyle (%0,9NaCl) burun yıkaması uygulanabilir.
- Virüs nedenli ÜSYE sırasında hasta kesinlikle sigara içmemeli; ayrıca hastanın bulunduğu evde sigara içilmesi mutlaka engellenmelidir.
- **Antibiyotiklerin tedavide yeri yoktur** ve ikincil bakteri enfeksiyonlarını önleme amaçlı kullanımı söz konusu değildir.
- Dekonjestanlar, öksürük kesiciler ve benzeri ilaçlar hastalığı önlemez, tedavi etmez ve hastalık süresini kısaltmaz. Bu ilaçların semptomatik tedavideki yararlarına ilişkin kanıtlar da yeterli değildir.
- C vitamini, virüs nedenli ÜSYE gidiş ve süresini etkilemez; ancak bu vitaminin destek amaçlı kullanımında sakınca yoktur.

### İzlem

- Bağışıklık yetmezliği, kronik akciğer, kalp ve metabolik hastalığı olanlar ve 65 yaşından büyüklerde grip sonrası komplikasyon gelişme olasılığı yüksektir.
- Bir haftadan uzun süren ateş ya da öksürük, balgam, kulak ağrısı, sinüslere basınca ağrı olması, komplikasyon (tonsil ve boğaz enfeksiyonu, pnömoni, kulak enfeksiyonu, sinüzit gibi eklenmiş bir bakteri enfeksiyonu) olasılığını düşündürmelidir.

## Korunma

- Ellerin sabunla en az 30 saniye yıkanması, etken bulaşımının önlenmesinde en etkili yöntemdir. Eller burun, göz ve ağızdan uzak tutulmalıdır.
- Kapalı, kalabalık ve özellikle sigara içilen ortamlardan uzak durulmalıdır.
- İnfluenza aşısının 6 aylıktan büyük çocuk ve erişkinlere; öncelikle 65 yaşından büyük, huzurevinde kalan ya da çalışanlarla, kronik sistemik hastalığı, bağışıklık baskılanması ya da yetmezliği, astımı olan çocuk ve yetişkinler gibi risk gruplarında uygulanması önerilir.

## Kaynakça

1. Tan T, Little P, Stokes T; Guideline Development Group Antibiotic prescribing for self limiting respiratory tract infections in primary care: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2008; 23;337:a437
2. Snow V, Mottur-Pilson C, Gonzales R; American College of Physicians-American Society of Internal Medicine; American Academy of Family Physicians; Centers for Disease Control; Infectious Diseases Society of America Principles of appropriate antibiotic use for treatment of nonspecific upper respiratory tract infections in adults. *Ann Intern Med*. 2002;136(9):709.
3. Gosala SB. Antibiotics for coughs and colds different developing world.: *BMJ* 2008 18;337:a1325
4. Schroeder K, Fahey T; Systematic review of randomised controlled trials of over the counter cough medicines for acute cough in adults; *BMJ* Volume 324, 9 February 2002
5. Simasek M, Blandino DA; Treatment of Common Cold; *American Family Physician*, Volume 75, Number 4, February 15, 2007
6. Smith SM, Schroder K, Fahey T; Over the counter medications for cough in children and adults in ambulatory settings (Review); *The Cochrane Collaboration*; *The Cochrane Library* 2008; Issue 1
7. Taverner D, Latte GJ; Nasal decongestants for the common cold (Review); *The Cochrane Collaboration*; *The Cochrane Library* 2009; Issue 1



# ANKSİYETE BOZUKLUKLARI - 2012

## BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Anksiyete, bedensel belirtilerin eşlik ettiği nedensiz bir korku ve endişe durumu olarak tanımlanabilir. Uyarı ile karşılaştırıldığında çok şiddetli olan, zamanla azalmak yerine artan ve en önemlisi kişinin işlevselliğini bozan anksiyete patolojik kabul edilmelidir.

### Belirti ve Bulgular

Anksiyete belirtileri dört grupta toplanır:

- 1. Ruhsal Belirtiler:** Anksiyetenin ruhsal belirtileri hafif bir tedirginlik durumundan, şiddetli bir panik duygusuna kadar değişen geniş bir yelpazede yer alır. Endişe, gerginlik, huzursuzluk, kötü bir şey olacaktıymış hissi, kolay öfkelenme, denetimini yitirme, çıldırma ya da ölüm korkusu sık rastlanan anksiyete belirtileridir.
- 2. Bedensel Belirtiler:** Tüm sistemlerle ilişkili belirtiler ortaya çıkabilir. En sık çarpıntı, göğüs ağrısı, nefes darlığı, hiperventilasyon, boğulma hissi, terleme, baş dönmesi, baş ağrısı, uyuşukluk hissi, titreme, kolay yorulma, bulantı, karın ağrısı, ishal, sık idrara çıkma gibi belirtiler görülebilir.
- 3. Bilişsel Belirtiler:** Anksiyete bozukluğu olan hastalar, anksiyete uyandıran ya da anksiyeteyi artıran düşünceler içerisindedir. Bu düşünceler birçok mantık hatası içerir. Yoğunlaşma güçlüğü, bellek sorunları, olayların anlamını değerlendirme yanlışlıkları, yer ve zamana ilişkin yanılsamalar diğer sık görülen bilişsel belirtilerdir.
- 4. Davranışsal Belirtiler:** Motor huzursuzluk, yardım ya da güvenlik sağlamaya ilişkin davranışlar ve anksiyete uyaran ortam ya da nesnelere kaçınma gibi belirtilerdir.

### Anksiyete Bozuklukları

Ortak belirtinin anksiyete olduğu bir dizi rahatsızlık anksiyete bozuklukları başlığı altında toplanmıştır. Anksiyete belirtileri olarak kendini gösteren, bireyi ailesel, toplumsal, mesleki işlevselliğini bozacak düzeyde etkileyen ruhsal bozukluklardır. Anksiyete bozuklukları, aşağıda sıralanan nedenlerden dolayı önemli bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir:

1. Sık rastlanan bozukluklardır. Araştırmalar, toplumun yaklaşık %25'inde anksiyete bozukluğu olduğunu göstermektedir. Genel tıp hastalıklarına en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluk anksiyete bozukluklarıdır.
2. Anksiyete bozukluklarının neden olduğu işlevsellik kaybı ya da yaşamın niteliğinde düşme kronik tıbbi hastalıklardakine eş değer düzeydedir.
3. Sık görülmelerine ve önemli işlevsellik kaybına neden olmalarına karşın, bu hastalar çoğu kez psikiyatri yerine genel tıbbın değişik bölümlerine başvurmayı tercih ettiklerinden tanınma olasılıkları düşüktür ve tanı dışı kalan anksiyete bozukluğu olguları yüksek sağlık harcamalarına neden olabilir.

Sık görülme, ciddi işlevsellik kaybına neden olma ve tedavi giderlerinde artışa yol açma gibi önemli sonuçları olan anksiyete bozukluklarının çözümünde birinci basamakta çalışan hekimlerin rolü önemlidir ve tedaviye yanıt alma olasılıkları yüksektir.

**Panik Bozukluğu:** Anksiyete belirtilerinin birden başladığı ve genellikle 10 dakika içerisinde en yüksek düzeye ulaştığı, yoğun korku ve rahatsızlık dönemine panik atak denir. Panik atak gerçek bir tehlike anında yaşanabildiği gibi başka psikiyatrik bozukluklarda da ortaya çıkabilir. Panik bozukluğundaki ataklar bir nedene bağlı olmadan ortaya çıkar ve atakların ne zaman geleceği belirsizdir. Atakların sıklığı günde birkaç kez ile ayda birkaç kez arasında değişkenlik gösterir. Atakların olmadığı dönemlerde genellikle yeni atakların olacağına ilişkin endişeli bir beklenti vardır. Zamanla, panik atak geldiğinde yardım sağlamanın zor olacağı düşünülen yerlerden kaçınma davranışı gelişebilir. Buna agorafobi denir. Agorafobisi olan hastalar yardımsız kalacaklarını düşündükleri yolculuk, kapalı yerler, kalabalık, piknik gibi ortamlardan kaçarlar ya da bu ortamlara ancak büyük sıkıntılar yaşayarak katlanabilirler.

Panik bozukluğu hastalarına acil servislerde, kardiyoji, göğüs hastalıkları, hipertansiyon polikliniklerinde sık rastlanır.

**Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB):** Birçok günlük olağan olay ya da etkinlik hakkında aşırı endişe ve üzüntü yaşama YAB'nin temel belirtisidir. Kişi, olaylar karşısında bu denli üzüntü duymanın mantıksız olduğunu kabul etmesine karşın bu duygusunu denetlemeyi başaramaz. Yoğunlaşma gücüğü, çabuk sinirlenme, uykusuzluk, huzursuzluk, kolay yorulma, gerginliğe bağlı baş ya da kas ağrıları YAB'de sık rastlanan diğer belirtilerdir. Günlük olaylar karşısında endişe duyma normalde de sık yaşanan bir duygudur. Normal endişe ve YAB ayırımını yapmak için, sınıflandırma sistemlerinde, endişenin hemen her gün olması ve en az 6 ay devam etmesi koşulu getirilmiştir. YAB hastaları kendilerini, evhamlı, kolay sinirlenen, aceleci, olayların genellikle olumsuz yönlerine odaklanan, mükemmeliyetçi kişiler olarak tanımlarlar.

**Özgül Fobi:** Çeşitli nesne ve durumlardan aşırı ve sürekli korkma durumu özgül fobi olarak tanımlanmaktadır. Kişi fobik uyararla hemen her karşılaştığında panik şiddetine kadar ulaşabilen yoğun bir anksiyete yaşar ve genellikle bu durumdan kaçır. Kaçınmanın olanaksız olduğu durumlarda genellikle yoğun sıkıntı yaşanır. Hayvanlar, fırtına ya da deniz gibi doğal ortamlar, toplu taşıma araçları, asansör, tünel gibi ortamlar ve kan görme ya da enjeksiyon fobik uyararı olabilir.

Toplumda sık olarak bulunan özgül fobi olguları fobik uyararıdan kaçınarak yaşamayı alışkanlık edindiklerinden, genellikle tedaviye başvurmazlar. Ancak belirtiler zamanla şiddetlenerek işlevselliği bozabilir. Tedavi edilmemiş özgül fobi daha ciddi psikiyatrik hastalıklara zemin oluşturabilir.

**Sosyal Fobi:** Kişinin mahcup ya da rezil olacağı ve başkalarının yargılanacağı düşüncesi ile toplumsal ortamlardan kaçınması sosyal fobi olarak tanımlanır.

**Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB):** Kişinin saçma bulduğu, sıkıntı veren, yineleyici düşünce ya da dürtülere obsesyon denmektedir. Obsesyonların verdiği sıkıntıyı azaltmak üzere yapılan yineleyici motor ya da zihinsel eylemler ise kompulsiyon olarak tanımlanır. Bulaşma, kuşku, simetri, saldırganlık ve cinsel obsesyonlar en sık rastlanan obsesyonlardır. Yıkama, denetleme, biriktirme, sayma, düzeltme ise en sık görülen kompulsiyonlardır.

**Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Akut Stres Bozukluğu:** Doğal afet, trafik kazası, yangın ya da saldırıya uğrama gibi, fiziksel ve ruhsal bütünlüğü tehdit eden ve çaresizlik hissi yaşatan travmatik olaylardan sonra ortaya çıkan bir psikiyatrik bozukluktur. Travmayı rüyalarda ya da düşüncede yeniden yeniden yaşama, olayı hatırlatan etkinliklerden kaçınma, çabuk sinirlenme, aşırı

tepkisellik ve uykusuzluk; bozukluğun temel belirtilerini oluşturur. Olaylardan sonraki ilk bir ayda akut stres bozukluğu, bir aydan uzun süren olgularda travma sonrası stres bozukluğu tanısı konur.

### **Ayırıcı Tanı**

Kalp damar sistemi hastalıkları, kalp ritim bozuklukları, tiroid işlev bozukluğu, feokromositoma, lupus eritamatozus, üremi, vitamin B<sub>12</sub> yetmezliği gibi birçok hastalık anksiyete bozukluğu gibi belirti verebilir. Alkol ya da benzeri maddelerin entoksikasyon ve yoksunluğunda da anksiyete belirtileri ortaya çıkabilir. İdrar kaçırma, bilinç bulanıklığı gibi atipik belirtilerin bulunması organik nedenlerin araştırılması konusunda önemli bir ipucudur. Yaşlı hastalarda öncelikle organik bir etkenin rol oynayabileceği düşünülmelidir.

### **Tedavi**

Hastaların düşünce ve kaygılarını açıklamasına izin veren etkili bir hasta-hekim ilişkisi, anksiyete bozukluklarının tedavisinde ilk önemli adımdır. Hastaların düşüncelerini açıklama olanağı bulması, kaygı artıran çarpık düşüncelerin ve mantık hatalarının düzeltilmesi için fırsat olabilir. Hastaların yaşadıkları durumlar, hastalığın gidişi ve tedavi yöntemleri hakkında bilgilendirilmeleri; kronikleşme ve yineleme eğilimi olan bu hastalıkların tedavisine başlarken çok önemlidir ve sıkıntıların azalmasını sağlayıp tedaviye uyumu artırır.

Özgül fobi dışında kalan anksiyete bozukluklarında genellikle farmakolojik tedavilere başvurmak gerekir. Bugün tedavi seçeneklerinin ilk sırasında seçici serotonin geri-alım inhibitörü (SSRI) ve serotonin-noradrenalin geri-alım inhibitörü (SNRI) grubu antidepresanlar yer almaktadır. Buspiron, hidroksizin ve trisiklik antidepresan (TSA) ilaçlar da anksiyete bozukluklarının tedavisinde kullanılabilir.

İlaçların yan etkilerini anksiyetenin artışı yönünde yanlış yorumlama eğilimleri yüksek olduğundan anksiyete bozukluğu olan hastalar bu açıdan duyarlıdırlar. Genel kural olarak OKB hariç antidepresan tedaviye düşük doz ile başlanmalıdır. Hastanın ilaç yan etkilerine dirençlerine göre doz yavaş yavaş artırılmalı ve etkin doza çıkıldıktan sonra toplam etkinin değerlendirilmesi için 6-8 hafta kadar beklenmelidir. Başta OKB olmak üzere bazı anksiyete bozukluklarında bu süre 8-10 haftaya kadar uzayabilmektedir. Ancak hastalar, bir aydan uzun olmayan aralıklarla görülmeli; başta ilaç yan etkileri ve hızlı iyileşme beklentileri gibi nedenlerle hastaların tedaviden vazgeçmelerinin önüne geçilmelidir. Yoğun anksiyete belirtileri yaşayan hastalarda belirtilerin hızla ortadan kaldırılması, uzun dönemli tedaviye hasta uyumunu artırmak için önemli olduğundan antidepresan etkinin başlamasına kadar geçen sürede benzodiazepinlerden yararlanmak düşünülebilir. Genellikle 3 haftalık bir kullanım yeterlidir. Madde kullanımı, kişilik bozukluğu ya da önerilen tedavilere uymama gibi özellikler taşıyan olgularda benzodiazepinlerden kaçınmakta yarar vardır.



**Tablo 1. Anksiyete Bozukluklarında Kullanılan İlaçlar ve Bazı Özellikleri**

Grubu	İlaç	Doz Aralığı (mg/gün)	Yan Etki	Öneri
Benzodiazepin	Lorazepam	1-10	Sedasyon, uyuşukluk, unutkanlık, motor koordinasyon bozukluğu, solunum sıkıntısı	Tolerans gelişmesi ve bağımlılık yapma potansiyeli nedeniyle uzun süreli kullanılmamalıdır. Alkol ile birlikte alınmamalıdır.
	Alprazolam	1-10		
	Klonazepam	1-6		
	Diazepam	2-40		
Azaspirodekanedion	Buspiron	20-60	Baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı, taşikardi, uykusuzluk	Bölünmüş dozlarda düşük doz başlanmalıdır. Alkolle etkileşimi yoktur. Klinik etki birkaç haftada ortaya çıkar.
Antihistaminik	Doksilamin	25	Ağız kuruluğu ve görme bozukluğu	Uykusuzluk tedavisinde kullanılabilir. Süre 2 haftayı geçmemelidir. Dikkat isteyen işlerde çalışanlarda kullanılmamalıdır.
	Hidroksizin	50-200	Ağız kuruluğu, uyuşukluk, tremor	
Beta-blokör	Propranolol	40-200	Hipotansiyon, bradikardi	Çarpıntı, titreme gibi belirtilerin egemen olduğu performans anksiyetesi durumlarında yararlı olabilir.
Antidepresanlar	Trisiklik (örneğin, klomipramin, imipramin, amitriptilin) ve SSRI grubu antidepresanlar, venlafaksin, mirtazapin vb. kullanılabilir.			

## İzlem

Anksiyete bozukluğu olgularında tedavinin başlangıcı, hassas bir dönemdir. Bu dönemde ilaçlara bağlı yan etkiler ya da beklenen etkinin ortaya çıkmaması hastaların kaygılarını artırabilir. Tedavide hedef tam iyileşme olmalı, tedaviye en az bir yıl devam edilmelidir. Bu süre OKB için iki yıl olarak önerilmektedir. Tedavi sonlandırıldığında yineleme öyküsü olanlarda koruyucu tedavi daha uzun sürmelidir.

## Sevk Ölçütleri

- Yeterli doz ve 6-8 hafta ilaç kullanımına karşın tedaviye yanıt alınamaması
- Tanıda şüphe olması
- Eş zamanlı başka psikiyatrik bozukluk ve özkıyım riski bulunması
- Eşlik eden madde ve alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı olması
- Tedaviye uyum sorunları olması
- Ciddi psikososyal sorunların bulunması
- Psikososyal destek sistemlerinin yetersiz olması
- Eşlik eden, tanı ve tedavide güçlük yaratan organik hastalık olasılığı
- Gebelik veya emzirme döneminde bulunulması
- Çocukluk dönemi anksiyete bozukluğu; ayrılık anksiyetesi, aşırı anksiyete bozukluğu, okul fobisi var olması

- Psikoterapi ya da ilaç dışı tedavilere gereksinim duyulması
- Öyküde başka bir psikiyatrik bozukluk (psikotik bozukluk, bipolar bozukluk, yineleyici depresyon gibi) yer alması

durumlarında hasta üst merkeze sevk edilmelidir.

#### **Kaynakça**

1. Akın T, Onur E. Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış. Psikiyatri Temel Kitabı, 2'nci baskı. (Ed. Köroğlu E, Güleç C.) Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2007: 296-303.
2. Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, WashingtonDC, 2000'den çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.
3. Barlow DH. Anxiety and It's Disorders. Guilford Press, New York, 2002.
4. Hollander E, Simeon D. Anxiety Disorders. In: Essentials of Clinical Psychiatry, second edition. (Eds. Hales RE, Yudofsky SC.) American Psychiatric Publishing, Washington D.C. and London 2004; 339-422.
5. Pine DS, McClure EB. Anxiety Disorders: Clinical Features. In: Comprehensive Textbook of Psychiatry. (Eds. Sadock BJ, Sadock VA.) Lippincott Williams&Wilkins Philadelphia 2005: 1768-80.
6. Işık E, Taner YI. Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. Golden Print, İstanbul, 2006.



# UYKU BOZUKLUKLARI - 2012

## BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Yaşamın üçte biri uykuda geçer. Sağlıksız bir uyku günlük yaşamı doğrudan etkiler. Uykuyla ilgili başlıca sorunlar, uykusuzluk (insomnia), horlama ile birlikte tanıklı apne, aşırı uyku (hipersomnia) ve parasomniadır (gece korkusu, gece terörü, uykuda yürüme).

### UYKUSUZLUK

Uykusuzluk, hastanın kendini dinlenmiş hissedebileceğinden daha az uyumasıdır. Uykuya geçme veya uykuyu sürdürme sorunu olarak tanımlanabilir. Uykusuzluğun dört haftadan uzun sürmesi, kronik uykusuzluk olarak değerlendirilir.

1. Birincil uykusuzluk: Çevresel veya psikolojik herhangi bir neden yoktur.
2. İkincil uykusuzluk: Aşağıdaki nedenlere bağlı olarak ortaya çıkar:
  - Stres
  - Anksiyete
  - Depresyon
  - Ağrı
  - Bazı ilaçlar (bazı antihipertansifler, beta blokörler, dekonjestanlar, gebeliği önleyen haplar, kafein içeren ağrı kesiciler, teofilin)
  - Bazı hastalıklar (kronik obstrüktif akciğer hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, hipertiroidi)
  - Alkol ve madde bağımlılığı
  - Diğer nedenler (vardiyalı çalışma, jet lag ve benzerleri)

### Tedavi

Uykusuzluktan yakınan hasta dikkatle dinlenmeli ve sorununun önemsendiği hastaya fark ettirilmelidir. Öyküde sorunun süresi, yatağa giriş saati, uykuya geçiş süresi, gece boyunca uyanma sıklığı, çevresel etmenler gibi uyku hijyeni ile ilgili etkenler sorgulanmalıdır.

Birincil uykusuzlukta öncelikle hastanın hemen ilaca sarılmaması, uyku hijyenini düzenlemesi önerilmelidir. İkincil uykusuzlukta ise tedaviye yaklaşım nedene yönelik olmalıdır.

### Uyku Hijyeni İlkeleri

- Her gün düzenli egzersiz yapılmalı, egzersiz yatma vaktinden 6 saat önce sonlandırılmalıdır.
- Akşam ağır yemekler yenmemelidir.
- Akşam yemeğinden sonra alkol, kolalı içecek, kahve, çay ve sigaradan kaçınılmalıdır.
- Yatak odasının fiziksel koşulları (ses, ısı, ışık) kişisel tercihlere uygun olmalıdır.
- Yatak konforu kişisel tercihe göre ayarlanmalıdır.
- Uyku gelmeden yatak odasına ve yatağa gidilmemelidir.
- Yatak odası; çalışmak, televizyon seyretmek gibi uyku ve cinsel ilişki dışındaki eylemler için kullanılmamalıdır.
- Uyumak için yatınca ve uyku tutmayınca, uykuya geçmek için ısrarlı olunmamalı; kalkılarak rahatlatıcı, çok hareket gerektirmeyen, tekdüzeliği olan bir uğraşta bulunulmalı; heyecan verici televizyon programları ya da kitaplardan kaçınılmalıdır.

- Herhangi bir nedenle geç yatılsa bile her sabah aynı saatte kalkılarak günlük yaşama geçilmeli ve gün içinde uyunmamalıdır.
- Uyandıktan sonra hemen yataktan çıkılmalıdır. Dinlenmek amacıyla uyumaya devam etmek dinlendirici olmadığı gibi uyku ritmini de bozabilmektedir.

Bu düzenlemelere karşın yakınması devam eden hastalarda ilaçla tedavi son seçenektir.

## **Uykusuzlukta Kullanılan İlaç Grupları**

İlaç tedavilerinde benzodiazepinler, sedatif özelliği olan antidepresanlar (trazodon, mirtazapin, amitriptilin gibi trisiklik antidepresanlar) ve antihistaminikler (difenhidramin, doksilamin, hidrosizin) kullanılabilir. Bu ilaçların kronik uykusuzlukta uzun süreli kullanımlarına ait yeterli veri bulunmamaktadır.

### **1. Antihistaminikler**

12 yaşından küçük çocuklarda uyku bozukluğu için antihistaminikler kullanılmaz.

- Difenhidramin: Yatarken 50 mg ağızdan alınır.
- Doksilamin: Etki süresinin uzun olması ertesi güne sarkan bir artık etki olarak uyuşukluğa yol açabilir. Yatmadan 30 dakika önce 25-50 mg dozunda ağızdan alınır.
- Hidrosizin: Gece yatmadan önce 50-100 mg ağızdan alınır.

### **2. Benzodiazepinler:**

Uzun etkili olanlar ertesi gün uyuşukluk ve benzeri artık etkiye yol açar. Bu nedenle kısa etki süreli olanlar seçilmelidir; ancak hipnotik olarak kullanıma uygun benzodiazepinler ülkemizde bulunmamaktadır. İlaçla tedavi gerektiğinde, etki sürelerinin uzun olması sakınca oluşturmakla birlikte, gece sedasyon sağlama ve uykuya geçişi kolaylaştırma amacıyla anksiyolitik olarak kullanılan diğer benzodiazepinlerden yararlanılabilir. (Anksiyete Bozuklukları Rehberi'ne bakınız. )

### **3. Zopiklon:**

Benzodiazepinlerden farklı yapıda olmakla birlikte benzer özellikler gösteren yeni bir ilaçtır. Etki süresi kısadır. Ertesi güne etkisi kalmaz veya çok az kalır. Gece yatmadan önce 7,5 mg dozunda alınır. Yaşlılarda doz yarıya indirilmelidir. Çocuklarda kullanılmamalıdır.

### **4. Antidepresan İlaçlar**

- Amitriptilin: Trisiklik antidepresan grubu ilaçlardandır. Tek doz 10-50 mg gece yatmadan 1 saat önce kullanılır. Yaşlılarda antikolinerjik yan etkileri nedeniyle kullanılması önerilmez.
- Trazodon: Gece tek doz 50 mg alınır. Yaşlılarda kullanılabilir, erkek hastalarda priapismus yapabilir.

Benzodiazepinler ve zopiklon kötüye kullanım potansiyeli taşıdıkları için yeşil reçeteye verilir. Bağımlılık yapabileceklerinden ideal olarak yalnızca akut sorunlarda kısa süreli olarak kullanılmalıdırlar. İlaç tedavisinde en düşük doz seçilmeli, tercihen bir hafta kullanılmalı, düzenli kullanımda 4 hafta aşılmamalı, daha uzun süreli tedavi için aralıklı kullanım tercih edilmelidir. Uzun süreli kullanımın en önemli sakıncası olan “rebound” uykusuzluk ve yoksunluk sendromunu önlemek için ilaç kademeli olarak kesilmelidir. Alkol ile birlikte alınmamalıdırlar.

## AŞIRI UYKU DURUMU

Uyku gereksiniminin artması, istenmeyen durum ve ortamlarda uykuya geçiş olmasıdır. Birincil (narkolepsi) veya ikincil (uyku ile ilişkili solunum bozuklukları, psikiyatrik bozukluklar, sinir sistemi bozuklukları, ilaçlar vb.) nedenlere bağlı olarak ortaya çıkabilir. En sık karşılaşılan nedeni uyku apne sendromudur.

Aşırı uyku durumunun semptomatik tedavisinde son yıllarda modafinil kullanılmaya başlanmıştır. Bağımlılık yapmayan uyarıcı nitelikte özelliğe sahip modafinil 100-400 mg/gün dozlarında bu hastalarda görülen gündüz uykululuk hali için bir tedavi seçeneğidir.

**Narkolepsi:** Gün içerisinde engellenemeyen ve çoğu zaman bireyin farkına varmadığı ani uyku atakları şeklinde kendini gösterir. Toplumda nadir görülmektedir ancak yeti yitimine ve kazalara sebep olabildiği de akılda tutulmalıdır.

**Uyku Apne Sendromu:** Horlama ile birlikte uykuda solunumunun durduğunun yatak eşi tarafından fark edilmesi (tanıklı apne) uyku apne sendromu açısından değerlendirilmelidir. Hastalığın diğer temel bulgusu gündüz aşırı uykuya eğilimdir.

### Öneriler

Bu tür yakınmaları olan hastaların uygulaması gereken bazı genel önlemler vardır:

1. Kilo verilmesi
2. Uykuda yatış pozisyonu apne sayı ve süresini değiştirdiğinden sırt üstü değil, daha çok yan pozisyonlarda yatılması
3. Alkol ve her türlü sedatif-hipnotik ilaç kullanımından kaçınılması

### Sevk Ölçütleri

Horlama, tanıklı apne ve aşırı uyku durumundan yakınan hastalar ilgili alanda bir uzmanın bulunduğu bir merkeze gönderilmelidir.

### Kaynakça

1. HolbrookAM, Crovvtther R, LotterA, Cheng C, King D. Meta-analysis of Benzodiazepine Use inThe Treatment of Insomnia. CMAJ 2000;162:225-33.
2. Kryger MH, Roth T, Dement WC. Principles and Practice of Sleep Medicine, 3rd ed. Philadelphia: Saunders, 2000.
3. Türkiye İlaç Kılavuzu-5 2007 Formüleri. Merkezi Sinir Sistemi İlaçları. Kayaalp SO, ed. Turgut Yayıncılık, İstanbul, 2007; 166-254.
4. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 8. baskı. Ankara: Feryal Matbaası, 2001.
5. S. Evers, J. Afra, A. Frese, P. J. Goadsby, M. Linde, A. May and P. S. Sandor. EFNS guideline on the drug treatment of migraine – report of an EFNS task force. European Journal of Neurology 2006, 13: 560–572.
6. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. 3. baskı. Ankara: MN Medikal ve Nobel Matbaası, 2006.
7. Shapiro CM. ABC of Sleep Disorders. BMJ, 1993.
8. Golicki D, Bala MM, Niewada M, Wierzbicka A. Modafinil for narcolepsy: systematic review and meta-analysis. Medical Science Monitor 2010 Aug 1;16(8):RA177-86.