



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK
TANI VE TEDAVİ
REHBERLERİ
2003

1. Basım
Ocak 2002
2. Basım
Temmuz 2003

©Bu kitabın tüm hakları Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğüne aittir. Bu kitabın tamamen ya da kısmen çoğaltılması kaynak gösterilerek ve/veya Mektep Müdürlüğünün onayı ile yapılabilir.

EditörProf. Dr. Emin Sami ARISOY¹**Editör Yardımcısı**Doç. Dr. Ersin YARIŞ²Dr. Özlem COŞKUN³**Danışma Kurulu**Prof. Dr. Dilek ARMAN⁴Yrd. Doç. Dr. Aykut BARUT⁵Dr. Salih MOLLAHALİLOĞLU³Dr. A. Esra TIRYAKIOĞLU³Dr. Ümit BAŞARA³Doç. Dr. Oğuz BERKSUN⁶Uzm. Dr. Lars BJERRUM⁷Uzm. Dr. Marc BLOCKMAN⁸Prof. Dr. Nail ÇAĞLAR⁶Doç. Dr. Haluk C. ÇALIŞIR⁹Prof. Dr. Lütfü ÇÖPLÜ¹⁰Doç. Dr. Oktay ERAY¹¹Doç. Dr. B. Faruk ERDEN¹Prof. Dr. Çetin EROL⁶Dr. Mehmet FETTAHOĞLU¹²Dr. Doğan FİDAN¹³Prof. Dr. Fikret İLERİ⁴Prof. Dr. M. Oğuz GÜÇ¹⁰Doç. Dr. İ. Nuri KALYONCU²Prof. Dr. Tülay KANSU¹⁰Prof. Dr. Ayşen KARADUMAN¹⁰Doç. Dr. Yunus Emre KOCABAŞOĞLU¹⁴Doç. Dr. Deniz KUMBASAR⁶Yrd. Doç. Cem OKTAY¹¹Prof. Dr. Nurgul MAİMANALİEVA¹⁵Prof. Dr. Zeynep MISIRLIGİL⁶Uzm. Dr. Bass RİKKEN⁷Prof. Dr. Bülent SİVRİ¹⁰Prof. Dr. Lale TOKGÖZOĞLU¹⁰Prof. Dr. Ayşegül TOKATLI¹⁰Uzm. Dr. Joanne TOPALIAN¹⁶Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR¹⁷Uzm. Dr. Jaap VAN DER LAAN⁷Yrd. Doç. Dr. Dilek YALNIZOĞLU¹⁰Doç. Dr. Kazım YAZICI¹⁰Doç. Dr. Muharrem YAZICI¹⁰Prof. Dr. Hakan S. ORER¹⁰Prof. Dr. Sabahattin AYGIN¹²**Yayın Kurulu**Dr. Salih MOLLAHALİLOĞLU³Dr. Özlem COŞKUN³Dr. A. Esra TIRYAKIOĞLU³Dr. Ümit BAŞARA³

- ¹ Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
- ² Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi
- ³ Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Müdürlüğü
- ⁴ Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
- ⁵ Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi
- ⁶ Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
- ⁷ DSÖ Farmakoterapi Eğitim ve Araştırma İşbirliği Merkezi Danışmanı, Hollanda
- ⁸ SADAB Başkanı, Cape Town Üniversitesi, Güney Afrika
- ⁹ S.B. Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- ¹⁰ Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
- ¹¹ Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
- ¹² Sağlık Bakanlığı
- ¹³ National Institute for Clinical Excellence (NICE), İngiltere
- ¹⁴ Groningen Üniversitesi Tıp Fakültesi, Klinik Farmakoloji Ana Bilim Dalı, Hollanda
- ¹⁵ Boston Üniversitesi, Halk Sağlığı Okulu, ABD
- ¹⁶ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), İngiltere
- ¹⁷ Sağlık Bakanlığı Müsteşarı



Kıymetli Meslektaşlarım;

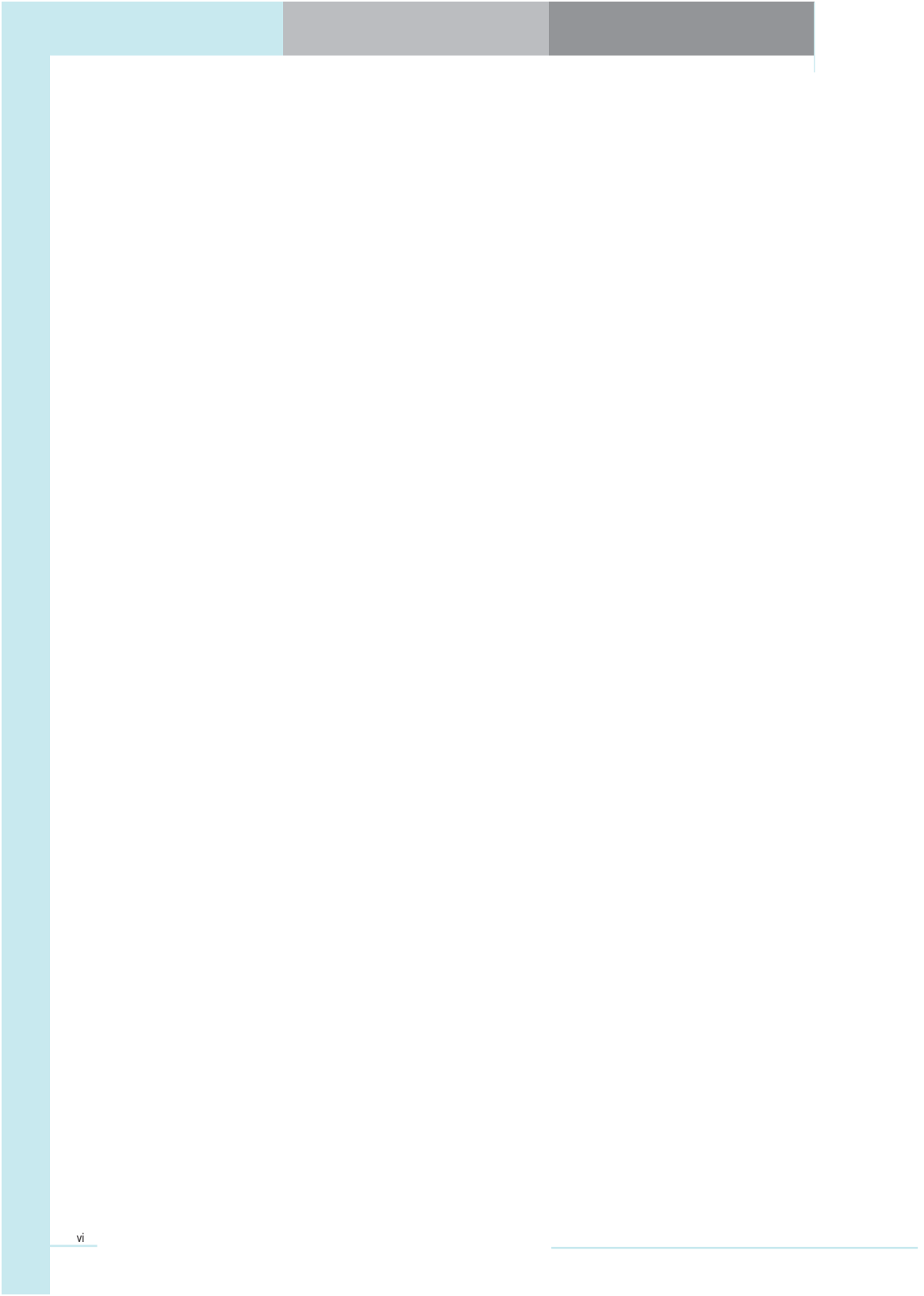
Sağlık Bakanlığı, herkesçe kolay erişilebilir, her koşulda güvenilir, sağlık hizmetlerini sürekli ve düzenli olarak vermekle, izlemekle ve denetlemekle görevlidir.

Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri Bakanlığımızın öncelikli faaliyetlerinden biri; akılcı ilaç kullanımı çerçevesinde birinci basamağa yönelik olarak hazırlanan Tanı ve Tedavi rehberleri çalışmasının devamı niteliğindedir. Yoğun çalışmalar sonucu ortaya çıkan Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri'nin genişletilmiş basımı sağlık hizmetlerinin güvenilirliğine ve kalitesine çok önemli katkı sağlayacaktır.

Ülkemizde temel sağlık hizmetleri sunan her hekime dağıtılan **Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri** kullanışlı ve pratik bir yol göstericisi olma niteliği taşımaktadır.

Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri 2003 Sağlık Bakanlığı ilgili birimlerinin, konularında uzman hekim ve öğretim üyelerinin, uzmanlık derneklerinin, birinci basamakta çalışan hekimlerin, sosyal güvenlik kurumları ve meslek örgütlerinin geniş katılımlarıyla hazırlanmıştır. Çalışmaya katkıda bulunan herkese teşekkür ediyorum. Bu çalışmanın birinci basamakta çalışan hekimlerimize yararlı bir kaynak olmasını diliyorum.

Prof. Dr. Recep AKDAĞ
Sağlık Bakanı



Sevgili Meslektaşlarım,

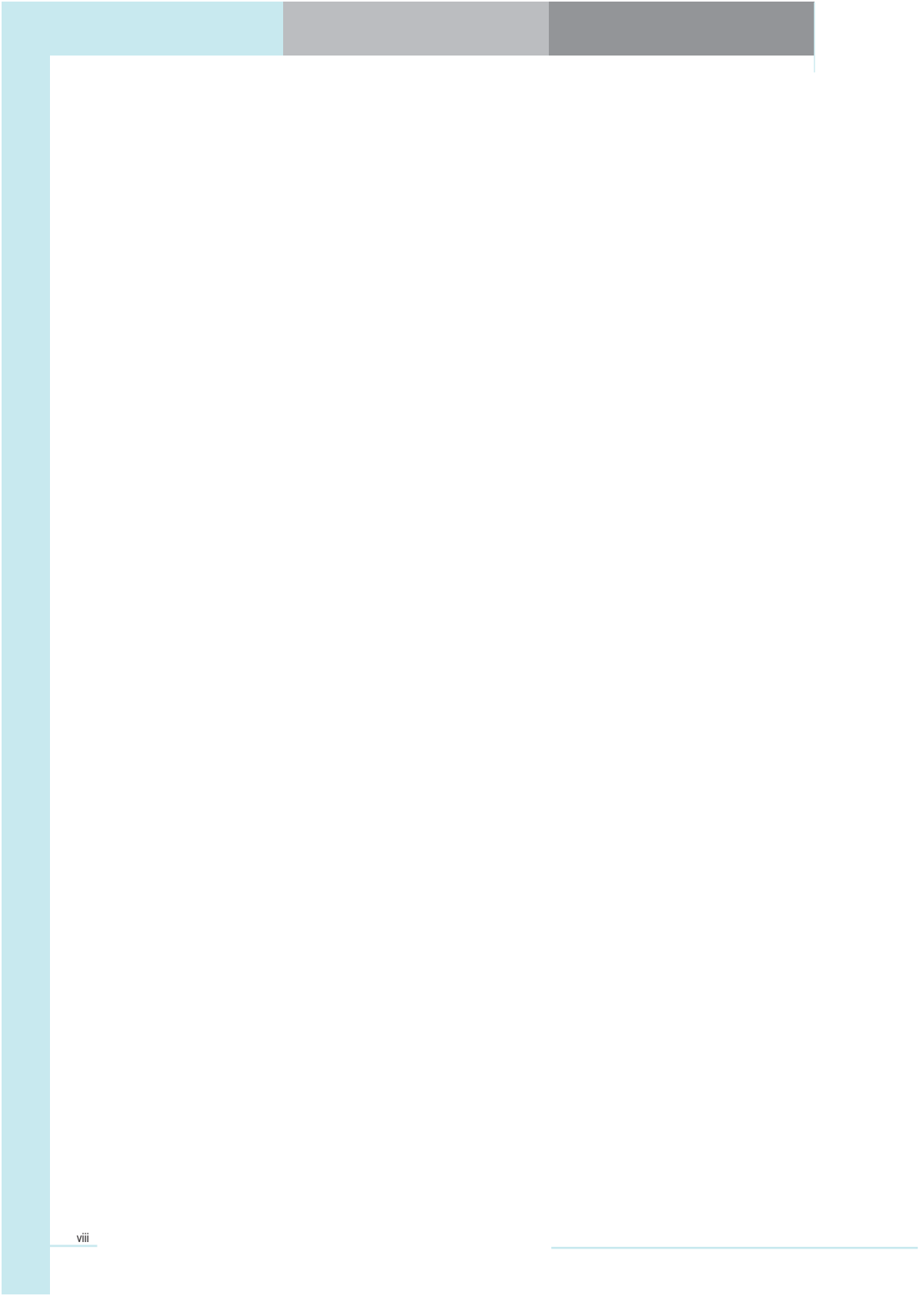
Son on yıl içinde dünyanın pek çok yerinde özellikle tedaviye yönelik rehberlerin, tıbbi uygulamaların bir parçası haline gelmeye başladığı görülmektedir. Tanı ve tedavi rehberlerinin, titizlikle hazırlandığı takdirde sağlık hizmetlerinin en üst düzeyde verilmesi, gereksiz sağlık harcamalarının azaltılması, hekimler arası uzlaşmayı artırması, etkinliği kanıtlanmamış veya etkisiz hatta zararlı kimi yanlış uygulamalardan kaçınmayı sağlaması gibi çok sayıda yararı olduğu bir gerçektir.

Elinizdeki Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri, özellikle toplumda sık görülen sağlık problemlerinin saptanmasında ve çözümünde tavsiye edilen, üzerinde uzlaşmaya varılmış ilaçlı ya da ilaçsız tanı ve tedavi şemalarını içermektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin sunumun da tartışılmaz bir öneme sahip olan özellikle sahada görev yapan hekimlerimizin reçete düzenlemesinde ihtiyaç duydukları bilimsel kaynak eksikliğini ve bilimsel kaynaklara ulaşmanın güçlüğünü gidermeyi de amaçlamaktadır.

Bu rehber II. Sağlık Projesi kapsamında Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından geliştirilmiştir. Rehber son halinin verilmesi ve basımı ise Hıfzıssıhha Mektebi tarafından gerçekleştirilmiştir. Bildiğiniz üzere bu tür çalışmalarda devamlılık ve kurumsallaşma çok önemlidir. Bir çok güzel çalışma ne yazıkki zaman içinde yarım kalmıştır. Büyük emekler harcanarak hazırlanan bu rehber çalışmasının gelecekte de aynı kalite ve güvenilirlikte devamını sağlamak amacıyla, Sayın Bakanımızın emirleri doğrultusunda tekrar hizmete açılan Hıfzıssıhha Mektebine devredilmiştir. Bundan sonra ben ve arkadaşlarım daha önce Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü çatısı altında başlayan faaliyetlerimize Hıfzıssıhha Mektebi çatısı altında sizlerin katkı ve destekleriyle devam edeceğiz.

Birinci basamakta çalışan hekimlere tavsiye niteliğinde olan; Tanı ve Tedavi Rehberlerinin kullanıma girmesi ile birlikte; akılcı ilaç kullanımına temel oluşturacağına, birinci basamak sağlık hizmetlerinin verimliliğinin daha da artacağına inancımız sonsuzdur. Bu rehberlerin hazırlanmasında görev alan Sağlık Bakanlığı ilgili birimlerine, konularında uzman hekim ve öğretim üyelerine, uzmanlık demeklerine, birinci basamakta çalışan hekimlerine, sigorta kurumlarına, meslek örgütlerine, DSÖ Rasyonel Farmakoterapi İşbirliği Merkezi'ne, Sağlık Projesi eski Genel Koordinatörü Dr. Mehmet FETTAHOĞLU ve Sağlık Programları bölümü çalışanlarına da katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Dr. Salih MOLLAHALİLOĞLU
Hıfzıssıhha Mektebi Müdürü



"Bir rehber
pek çok hekimin günlük çalışma sürecini yansıtmıyorsa
yalnızca hayranlık duyulacak
bir altın standart olarak kalacaktır."

Farmer
1993

Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri'nin oluşturulmasında amacımız hasta bakım kalitesinin artması, hedefimiz alanda çalışan hekimlerin gereksinim duyduğu bilimsel, kanıta dayalı, uygulanabilir ve güncel bir rehber geliştirmektir.

Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri öncelikle birinci basamakta çalışan hekimler için hazırlanmıştır ve bir yol gösterici niteliğindedir. Rehberiniz, ülkemizde en sık görülen ve alanda çalışan hekimlerin böyle bir rehberde olmasını istedikleri sağlık sorunlarını kapsamaktadır.

Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri'nin geliştirilmesi aşamasında öncelikle alanda çalışan hekimler ve uzmanlık dernekleriyle bağlantı kuruldu. Sonra ülkemizin birçok yerleşim biriminde çalışan, özellikle sağlık ocaklarımızda görev yapan hekimler, uzmanlık dernekleri temsilcileri, üniversite öğretim üyeleri, ilgili kurum temsilcileri, benzeri rehberler geliştirmiş ülkelerin bu konuda deneyimli çalışanları ve Dünya Sağlık Örgütü uzmanlarının geniş katılımıyla çalışma toplantıları yapıldı. Bu toplantıların her bir çalışma grubunda en az, alanda çalışan bir hekim, halk sağlığı uzmanı, farmakoloji uzmanı ve konuyla ilişkili uzmanlık alan(lar)ından bir(er) uzman bulunmasına özen gösterildi. Çalışma gruplarıncı oluşturulan ilk Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri taslakları, geribildirim istemiyle, alanda çalışan hekimlerimiz, üniversiteler, uzmanlık dernekleri, meslek odaları ve Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu'nun eğitim hastanelerine gönderildi. Geribildirimler, çalışma toplantılarının benzer katılımlı çalışma gruplarında değerlendirildi, tartışıldı, bölüm taslaklarında yeni düzenlemeler yapıldı ve Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri elinizdeki biçimine ulaştı.

Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri'nin yaşayan metinler'den oluşması amaçlandı. Bunu sağlayabilecek en iyi yol geribildirim olduğundan, elinizdeki rehber, ekinde geribildirim formları da taşımaktadır. Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri konusunda geribildirimde bulunmak isteyen herkesi geribildirime çağırıyoruz. Rehberiniz yaşayan ve güncel bir yol gösterici olarak kalması ancak bu yolla sağlanabilir. Uygulamadaki sorunları, bize geribildirim yanı sıra rehberler@saaglik.gov.tr adresine e-mektuplar göndererek de bildirebilirsiniz.

Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri ekinde yer alan Advers İlaç Etki Bildirim Formu, ilaç yan etkileri söz konusu olduğunda kullanılmak üzere eklenmiştir. Bu tür bildirimler, ilaç güvenliğinin değerlendirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberlerinin Geliştirilmesine Katkıda Bulunan Kurum ve Kuruluşlar

Abant İzzet Baysal Üniversitesi(Düzce Tıp Fakültesi)
 Adnan Menderes Üniversitesi
 Afyon Kocatepe Üniversitesi
 Akdeniz Üniversitesi
 Ankara Üniversitesi
 Atatürk Üniversitesi
 Başkent Üniversitesi
 Celal Bayar Üniversitesi
 Cumhuriyet Üniversitesi
 Çukurova Üniversitesi
 Dicle Üniversitesi
 Dokuz Eylül Üniversitesi
 Ege Üniversitesi
 Erciyes Üniversitesi
 Fırat Üniversitesi
 Gazi Üniversitesi
 Gaziantep Üniversitesi
 Gülhane Askeri Tıp Akademisi
 Hacettepe Üniversitesi
 İnönü Üniversitesi
 İstanbul Üniversitesi/ İstanbul Tıp Fakültesi
 İstanbul Üniversitesi / Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
 Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi
 Karadeniz Teknik Üniversitesi
 Kırıkkale Üniversitesi
 Kocaeli Üniversitesi
 Maltepe Üniversitesi
 Marmara Üniversitesi
 Mersin Üniversitesi
 Ondokuz Mayıs Üniversitesi
 Osmangazi Üniversitesi
 Pamukkale Üniversitesi
 Selçuk Üniversitesi
 Süleyman Demirel Üniversitesi
 Trakya Üniversitesi
 Uludağ Üniversitesi
 Yeditepe Üniversitesi
 Yüzüncü Yıl Üniversitesi
 Zonguldak Karaelmas Üniversitesi
 S.B. Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
 S.B. Ankara Dr. Muhtittin Ülker Acil Yardım ve Travmatoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi
 S.B. Ankara Dr. Sami Ulus Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
 S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
 S.B. Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi
 S.B. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
 S.B. Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi
 S.B. Ankara Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi
 S.B. Ankara Zekai Tahir Burak Doğumevi Kadın Hastalıkları ve Araştırma Hastanesi
 S.B. Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
 S.B. İstanbul 70. Yıl Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi
 S.B. İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

S.B. İstanbul Bakırköy Ruh Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
 S.B. İstanbul Beyoğlu Prof. Dr. N. Reşat Belger Eğitim ve Araştırma Hastanesi
 S.B. İstanbul Bezmî Alem Valide Sultan Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi
 S.B. İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi
 S.B. İstanbul Heybeliada Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
 S.B. İstanbul Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
 S.B. İstanbul Koşuyolu Kalp Eğitim ve Araştırma Hastanesi
 S.B. İstanbul Süleymaniye Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
 S.B. İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
 S.B. İstanbul Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi
 S.B. İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
 S.B. İstanbul Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
 S.B. İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
 S.B. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
 S.B. İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
 SSK Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Hastanesi
 SSK Ankara Eğitim Hastanesi
 İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği
 Acil Tıp Derneği
 Biyoetik Derneği
 Enfeksiyon Hastalıkları Derneği
 Genel Pratisyenlik Enstitüsü
 Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
 İmmünoloji Derneği Türk Gastroenteroloji Derneği
 KBB, Baş ve Boyun Cerrahisi Derneği
 Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Derneği
 Milli Pediatri Derneği
 Pediatrik Hematoloji Derneği
 Romatizma Araştırma ve Savaş Derneği
 Toraks Derneği
 TTB-Uzmanlık Dernekleri Koordinasyon Kurulu Başkanlığı
 Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği
 Türk Biyokimya Derneği
 Türk Cerrahi Derneği
 Türk Dermatoloji Derneği
 Türk Farmakoloji Derneği
 Türk Gastroenteroloji Derneği
 Türk Görüntüleme ve Girişimsel Radyoloji Derneği
 Türk Jinekoloji Derneği
 Türk Kardiyoloji Derneği
 Türk Klinik Biyokimya Derneği
 Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti
 Türk Mikrobiyoloji Derneği
 Türk Nefroloji Derneği
 Türk Nöroloji Derneği
 Türk Otorinolarenoloji ve Baş Boyun Cerrahisi Derneği
 Türk Pediatri Kurumu
 Türk Tıbbi Rehabilitasyon Kurumu Derneği
 Türk Üroloji Derneği
 Türkiye Aile Hekimleri Derneği
 Türkiye Çocuk Cerrahisi Derneği
 Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzman Hekimleri Derneği
 Türkiye Parazitoloji Derneği
 Türkiye Psikiyatri Derneği Türkiye

Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği
Türkiye Spor Hekimleri Derneği
Türkiye Veremle Savaş Derneği Federasyonu
Ulusal Allerji ve Klinik İmmünoloji Derneği
Adana Sağlık Müdürlüğü
Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğü
Afyon İl Sağlık Müdürlüğü
Ağrı İl Sağlık Müdürlüğü
Aksaray İl Sağlık Müdürlüğü
Amasya İl Sağlık Müdürlüğü
Ankara İl Sağlık Müdürlüğü
Antalya İl Sağlık Müdürlüğü
Ardahan İl Sağlık Müdürlüğü
Artvin İl Sağlık Müdürlüğü
Aydın İl Sağlık Müdürlüğü
Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü
Bartın İl Sağlık Müdürlüğü
Batman İl Sağlık Müdürlüğü
Bayburt İl Sağlık Müdürlüğü
Bilecik İl Sağlık Müdürlüğü Bilecik
Bingöl İl Sağlık Müdürlüğü
Bitlis Sağlık Müdürlüğü
Bolu İl Sağlık Müdürlüğü
Burdur İl Sağlık Müdürlüğü
Bursa İl Sağlık Müdürlüğü
Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü
Çankırı İl Sağlık Müdürlüğü
Çorum İl Sağlık Müdürlüğü
Denizli İl Sağlık Müdürlüğü
Diyarbakır Sağlık Müdürlüğü
Düzce İl Sağlık Müdürlüğü
Edirne İl Sağlık Müdürlüğü
Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü
Erzincan İl Sağlık Müdürlüğü
Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü
Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü
Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü
Giresun İl Sağlık Müdürlüğü
Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğü
Hakkari İl Sağlık Müdürlüğü
Hatay İl Sağlık Müdürlüğü
İğdır İl Sağlık Müdürlüğü
Isparta İl Sağlık Müdürlüğü
İçel İl Sağlık Müdürlüğü
İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü
İzmir İl Sağlık Müdürlüğü
Kahramanmaraş İl Sağlık Müdürlüğü
Karabük İl Sağlık Müdürlüğü
Karaman İl Sağlık Müdürlüğü
Kars İl Sağlık Müdürlüğü
Kastamonu İl Sağlık Müdürlüğü
Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü
Kırıkkale İl Sağlık Müdürlüğü
Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü

Kırşehir İl Sağlık Müdürlüğü
Kilis İl Sağlık Müdürlüğü
Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü
Konya Sağlık Müdürlüğü
Kütahya İl Sağlık Müdürlüğü
Malatya İl Sağlık Müdürlüğü
Manisa Sağlık Müdürlüğü
Mardin İl Sağlık Müdürlüğü
Mersin İl Sağlık Müdürlüğü
Muğla İl Sağlık Müdürlüğü
Muş İl Sağlık Müdürlüğü
Nevşehir İl Sağlık Müdürlüğü
Niğde Sağlık Müdürlüğü
Ordu İl Sağlık Müdürlüğü
Osmaniye İl Sağlık Müdürlüğü
Rize Sağlık Müdürlüğü
Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü
Samsun İl Sağlık Müdürlüğü
Siirt İl Sağlık Müdürlüğü
Sinop İl Sağlık Müdürlüğü
Sivas İl Sağlık Müdürlüğü
Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü
Şırnak İl Sağlık Müdürlüğü
Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü
Tokat İl Sağlık Müdürlüğü
Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü
Tunceli İl Sağlık Müdürlüğü
Uşak İl Sağlık Müdürlüğü
Van İl Sağlık Müdürlüğü
Yalova İl Sağlık Müdürlüğü
Yozgat İl Sağlık Müdürlüğü
Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü
Genelkurmay Başkanlığı TSK Sağlık Komutanlığı
Bağ-Kur Genel Müdürlüğü
Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü
SSK Başkanlığı Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü
Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı
Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı
Sağlık Bakanlığı AÇS ve AP Genel Müdürlüğü
Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü
Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı
Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı
Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü
Sağlık Bakanlığı Sıtma Savaşı Dairesi Başkanlığı
Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı
Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlık Bakanlığı Verem Savaşı Dairesi
Türk Eczacıları Birliği
Türk Tabipleri Birliği

Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri Toplantıları Katılımcı Listesi

Pror. Dr. AHMET ACET	Prof. Dr. AYLA GÜLERKON
Prof. Dr. TURAN ACICAN	Prof. Dr. AŞUMAN GÜRAKSIN
Prof. Dr. REÇEP AKDUR	Prof. Dr. HÜLYA GÜVEN
Prof. Dr. TULİN AKAN	Prof. Dr. AYHAN GÜLERKON
Prof. Dr. F. AYŞEN AKINCI TAN	Prof. Dr. AYSUN İDİL
Prof. Dr. GAZANFER AKSAKOĞLU	Prof. Dr. FİKRET İLERİ
Prof. Dr. FIRDEVŞ AKTAŞ	Prof. Dr. CEYLA İRGEÇ
Prof. Dr. EMİN SAMİ ARISOY	Prof. Dr. ALEV HASANOĞLU
Prof. Dr. NAZIM ARSLAN	Prof. Dr. FUAT KALYONCU
Prof. Dr. DİLEK ARMAN	Prof. Dr. NURİ KAMEL
Prof. Dr. NİLGÜN ATAKAN	Prof. Dr. GÜLER KANRA
Prof. Dr. NECDET AYTAÇ	Prof. Dr. TULAY KANSU
Prof. Dr. REMZİ AYGÜN	Prof. Dr. AYŞEN KARADUMAN
Prof. Dr. SEMİH BASKAN	Prof. Dr. ÇİMEN KARASU
Prof. Dr. SEVİM BAVBEK	Prof. Dr. ÖNUR KARABACAK
Prof. Dr. MİYASE BAYRAKTAR	Prof. Dr. NURİ KIRAZ
Prof. Dr. SUMRU BEDER	Prof. Dr. KADİR KOÇAK
Prof. Dr. MELİH BERBEROĞLU	Prof. Dr. SEZEN KOŞAY
Prof. Dr. NESRİN BEŞBAŞ	Prof. Dr. H. AYDINTEN KUMAN
Prof. Dr. UFUK BEYAZOVA	Prof. Dr. HALİL KURT
Prof. Dr. HAYATİ BİLGİÇ	Prof. Dr. HAKAN KÜLTÜRSAY
Prof. Dr. NAFİZ BOZDEMİR	Prof. Dr. SELMA METİNTAŞ
Prof. Dr. NESRİN BÖLÜKBAŞI	Prof. Dr. ZEYNEP MISIRLIĞİL
Prof. Dr. AYKAN CANBERK	Prof. Dr. FATMA OĞUZ
Prof. Dr. ABDULLAH CEYLAN	Prof. Dr. ÜLGİN ZEKİ OK
Prof. Dr. MEHMET CEYLAN	Prof. Dr. ŞULE OKTAY
Prof. Dr. AYŞENUR CİLA	Prof. Dr. AYŞENUR ÖKTEN
Prof. Dr. ŞÜKRÜ CİN	Prof. Dr. CAÑ ÖZTÜRK
Prof. Dr. BÜLENT COŞKUN	Prof. Dr. MUSTAFA ÖZTÜRK
Prof. Dr. ŞALİ ÇAĞLAR	Prof. Dr. RECEP ÖZTÜRK
Prof. Dr. AĞAÇ ÇERTUĞ	Prof. Dr. YUSUF ÖZTÜRK
Prof. Dr. AHMET ÇORAKÇI	Prof. Dr. UĞUR ÖZÇELİK
Prof. Dr. AYDIN ÇORAKÇI	Prof. Dr. ALAADDİN PAHSA
Prof. Dr. MELTEM ÇÖL	Prof. Dr. ÖZDEN PALAOĞLU
Prof. Dr. LÜTFÜ ÇOPLU	Prof. Dr. SEVGİ SARYAL
Prof. Dr. YAVUZ DEMİREL	Prof. Dr. İSMAİL SAVAŞ
Prof. Dr. A. PEKCAN DEMİRÖZ	Prof. Dr. AYŞE SERDAROĞLU
Prof. Dr. NECDET DOĞAN	Prof. Dr. BÜLENT SIVRI
Prof. Dr. LEVENT DOĞANCI	Prof. Dr. TUNCAY HAŞİP SÖZEN
Prof. Dr. ÜLKER DOĞRU	Prof. Dr. KADIRHAN SUNGUROĞLU
Prof. Dr. İSMET DÖKMECİ	Prof. Dr. ALTAY ŞAHİN
Prof. Dr. TURHAN ECE	Prof. Dr. HAKAN ŞATIROĞLU
Prof. Dr. NURHAN ENGİNAR	Prof. Dr. ÖZGENÇ TIMLIOĞLU
Prof. Dr. SEVİM ERCAN	Prof. Dr. LALE TOKGÖZOĞLU
Prof. Dr. FEYZA ERKAN	Prof. Dr. REZAN TOPALOĞLU
Prof. Dr. AKGÜN EVİNÇ	Prof. Dr. YEŞİM TUNÇOK
Prof. Dr. MUHARREM GERÇEKER	Prof. Dr. AYFER TUNÇER
Prof. Dr. AYHAN GÖÇMEN	Prof. Dr. HALUK TÜRKTAŞ
Prof. Dr. SÜLEYMAN GÖRPELIOĞLU	Prof. Dr. REYHAN UÇKU
Prof. Dr. M. OĞUZ GÜÇ	Prof. Dr. FATMA ULUTAN

Prof. Dr. AYŞE WİLKE
 Prof. Dr. AKIN YILDIZ
 Prof. Dr. ŞADİ YENEN
 Prof. Dr. ERDEM YORMUK
 Prof. Dr. KADRIYE YURDAKÖK
 Prof. Dr. HALUK VAHAPOĞLU
 Doç. Dr. ERSİN AKARSU
 Doç. Dr. LEVENT ALTUNTOP
 Doç. Dr. YALÇIN ARAL
 Doç. Dr. HANDE ARSLAN
 Doç. Dr. FUAT ATALAY
 Doç. Dr. SEFER AYCAN
 Doç. Dr. AHMET AYDIN
 Doç. Dr. SİNAN AYDOĞDU
 Doç. Dr. RUŞEN AYTAÇ
 Doç. Dr. KUDRET AYTEMİR
 Doç. Dr. ÖMER AZAL
 Doç. Dr. İSMET BAYRAMOĞLU
 Doç. Dr. SİBEL Ü. BENLİ
 Doç. Dr. ZEYNEL BEYHAN
 Doç. Dr. BÜLENT BOYACI
 Doç. Dr. RAHA CENGİZLİER
 Doç. Dr. TURHAN ÇAĞLAR
 Doç. Dr. OSMAN ÇAĞLAYAN
 Doç. Dr. HALUK C. ÇALIŞIR
 Doç. Dr. MUALLA ÇETİN
 Doç. Dr. A. ÖZDEN ÇİFTÇİ
 Doç. Dr. FÜGEN ÇOKÇA
 Doç. Dr. NURİ DANIŞMAN
 Doç. Dr. GÖNÜL DİNÇ
 Doç. Dr. DENİZ DOĞRU
 Doç. Dr. E. FARUK ERDEN
 Doç. Dr. MURAT F. ERDOĞAN
 Doç. Dr. TULAY ERKAN
 Doç. Dr. AYŞE GELAL
 Doç. Dr. LEVENT GÖRENEK
 Doç. Dr. DİLEK GÜLDAL
 Doç. Dr. H. SADİ GÜLEÇ
 Doç. Dr. GÜRDEN GÜR
 Doç. Dr. ALPER GÜRLEK
 Doç. Dr. METE GÜNGÖR
 Doç. Dr. GÜNDER HAFİZ
 Doç. Dr. MİTHAT HALILOĞLU
 Doç. Dr. METİN HASDE
 Doç. Dr. AYDAN İKİNCİOĞULLARI
 Doç. Dr. ERDAL İNCE
 Doç. Dr. NURİ İHSAN KALYONCU
 Doç. Dr. HAYRETTİN KARA
 Doç. Dr. GÜNGÖR KARAGÜZEL
 Doç. Dr. NEŞİL KELEŞ
 Doç. Dr. OĞUZ KILINÇ
 Doç. Dr. DURSUN KIRBAŞ
 Doç. Dr. YUNUS EMRE KOCABAŞOĞLU

Doç. Dr. SESİN KOCAGÖZ
 Doç. Dr. DENİZ KUMBASAR
 Doç. Dr. ASLI KURUOĞLU
 Doç. Dr. ESRA KUŞÇU
 Doç. Dr. SELMA METİNTAŞ
 Doç. Dr. DİLŞAD MÜNGAN
 Doç. Dr. UĞUR ÖZÇELİK
 Doç. Dr. FATİH ÖKTEM
 Doç. Dr. FARUK ÖNAL
 Doç. Dr. AHMET FAİK ÖNER
 Doç. Dr. S. HAKAN ÖRER
 Doç. Dr. OSMAN ÖRSEL
 Doç. Dr. ERCÜMENT ÖLMEZ
 Doç. Dr. METİN ÖZATA
 Doç. Dr. S. SADİ ÖZDEM
 Doç. Dr. SUMRU ÖZEL
 Doç. Dr. BÜLENT ÖZİN
 Doç. Dr. ŞEREF ÖZKARA
 Doç. Dr. ŞEVKAT BAHAR ÖZVARİŞ
 Doç. Dr. GÖNÜL PARMAKSIZ
 Doç. Dr. MUSTFA SAATÇİ
 Doç. Dr. Z. TOROS SELÇUK
 Doç. Dr. MUSTAFA SERKAN
 Doç. Dr. ALPER SOMER
 Doç. Dr. SEDEF ŞAHİN
 Doç. Dr. H. ÖZDEN ŞENER
 Doç. Dr. ESİN ŞENOL
 Doç. Dr. SELAHHATTİN ŞENOL
 Doç. Dr. NEVİN TURAGAY
 Doç. Dr. PINAR TUNCEL
 Doç. Dr. NECLA TÜLEK
 Doç. Dr. İPEK TÜRKTAŞ
 Doç. Dr. RÜÇHAN TÜRKYILMAZ
 Doç. Dr. BETÜL ULUKOL
 Doç. Dr. YAGİZ ÜRESİN
 Doç. Dr. FARUK ÜNAL
 Doç. Dr. NECMETTİN ÜNAL
 Doç. Dr. BİRGÜL VARAN
 Doç. Dr. BİROL VURAL
 Doç. Dr. MEHMET VURAL
 Doç. Dr. RIDVAN YALÇIN
 Doç. Dr. SONGÜL YALÇIN
 Doç. Dr. ERSİN YARIŞ
 Doç. Dr. İLHAN YETKİN
 Doç. Dr. KURŞAT YILDIZ
 Doç. Dr. NEZİHE YILMAZ
 Doç. Dr. FARUK YORULMAZ
 Doç. Dr. TAŞKIN YÜCEL
 Yrd. Doç. Dr. ZEKERİYA AKTÜRK
 Yrd. Doç. Dr. HAKAN ALTINTAŞ
 Yrd. Doç. Dr. SÜHAN AYHAN
 Yrd. Doç. Dr. BİLAL BAKIR
 Yrd. Doç. Dr. HULAGU BARIŞKANER

Yrd. Doç. Dr. AYKUT BARUT
 Yrd. Doç. Dr. GÜLSEN CEYHAN
 Yrd. Doç. Dr. SÜLEYMAN CEYLAN
 Yrd. Doç. Dr. ALP ÇETİN
 Yrd. Doç. Dr. NEZİH DAĞDEVİREN
 Yrd. Doç. Dr. AHMET DEMİRCAN
 Yrd. Doç. Dr. MÜCAHİT EĞRİ
 Yrd. Doç. Dr. OKTAY ERAY
 Yrd. Doç. Dr. FATMA İNANICI ERSÖZ
 Yrd. Doç. Dr. TUNCAY MÜGE FİLİZ
 Yrd. Doç. Dr. HARDAR GÖK
 Yrd. Doç. Dr. ZAFER GÖREN
 Yrd. Doç. Dr. TAMER GÜNEŞ
 Yrd. Doç. Dr. GÜLAY SAİN GÜVEN
 Yrd. Doç. Dr. KENAN HİZEL
 Yrd. Doç. Dr. TACETTİN İNANDI
 Yrd. Doç. Dr. H. SERDAR İSKİT
 Yrd. Doç. Dr. LEYLA KARAOĞLU
 Yrd. Doç. Dr. BURHANETTİN KAYA
 Yrd. Doç. Dr. TAYFUN KIR
 Yrd. Doç. Dr. CEM OKTAY
 Yrd. Doç. Dr. NURPER ERBERK ÖZEN
 Yrd. Doç. Dr. HANDAN İŞİN ÖZİŞİK
 Yrd. Doç. Dr. YEŞİM ÇETİNKAYA ŞARDAN
 Yrd. Doç. Dr. İZZET TANDOĞAN
 Yrd. Doç. Dr. RUŞEN TOPALLI
 Yrd. Doç. Dr. PINAR TOPŞEKER
 Yrd. Doç. Dr. COŞKUN USTA
 Yrd. Doç. Dr. SEVTAP VELİPAŞAOĞLU
 Yrd. Doç. Dr. NUR YAPAR
 Yrd. Doç. Dr. FÜSUN YARIŞ
 Yrd. Doç. Dr. DİLEK YALNIZOĞLU
 Yrd. Doç. Dr. AYLİN YILDIRIR
 Uzm. Tıp. Yzb. CENGİZHAN AÇIKEL
 Uzm. Dr. ALİ AKDOĞAN
 Uzm. Dr. SERGİN AKPEK
 Uzm. Dr. AYLA ONAT AKTULAY
 Uzm. Dr. HÜLYA ALTINYOLLAR
 Uzm. Dr. MUŞTAAFA RICI
 Uzm. Dr. O. ÖZCAN ARIMAN
 Uzm. Dr. FÜSUN ARTIRAN İĞDE
 Uzm. Dr. CEM ATAĞLI
 Uzm. Dr. CANAN AYBAY
 Uzm. Dr. ÇİĞDEM AYDEMİR
 Uzm. Dr. FARUK BACIOĞLU
 Uzm. Dr. MARK BLOCKMAN
 Uzm. Dr. LARS BJERRUM
 Uzm. Dr. HÜRREM BODUR
 Uzm. Dr. ALPER CANBAY
 Uzm. Dr. İSMAİL CEYHAN
 Uzm. Dr. AYHAN HİLMİ ÇEKİN
 Uzm. Dr. CANAN ÇELİK
 Uzm. Dr. ALP ÇETİN

Uzm. Dr. SELÇUK ÇOMOĞLU
 Uzm. Dr. TULİN DABAKOĞLU ERDENER
 Uzm. Dr. R. KAAN EMİR
 Uzm. Dr. ALİ RIZA ERDOĞAN
 Uzm. Dr. ÖZLEM ERDOĞAN
 Uzm. Dr. FİŞUN AYŞIN ARTIRAN İĞDE
 Uzm. Dr. NÜKET İŞİTEN
 Uzm. Dr. ATEŞ KARA
 Uzm. Dr. AĞILLA KARAALP
 Uzm. Dr. TUNAY KARACA
 Uzm. Dr. GÜLAY KORUKLUOĞLU
 Uzm. Dr. ALEV OĞUZ KUTLU
 Uzm. Dr. DEMET YANDIM KUŞÇU
 Uzm. Dr. JAAP R. VAN DER LAAN
 Uzm. Dr. NURGÜL MEİMANALİEVA
 Uzm. Dr. MİNE ESİN OCAKTAN
 Uzm. Dr. TİMUÇİN ORAL
 Uzm. Dr. SEÇİL ÖZKAN
 Uzm. Dr. BARAN ÖNAL
 Uzm. Dr. M. ALİ ÖZATIK
 Uzm. Dr. TULİN ÖZDENER
 Uzm. Dr. DİLEK ÖZTAŞ
 Uzm. Dr. S.A.J.J. RİKKEN
 Uzm. Dr. CANAN SARGIN
 Uzm. Dr. SALİM SATAR
 Uzm. Dr. ORHAN ŞENCAN
 Uzm. Dr. ESRA TONGUÇ
 Uzm. Dr. SERKAN TOPALOĞLU
 Uzm. Dr. EMEL TÜRKBEYİ
 Uzm. Dr. MUHARREM UÇAR
 Uzm. Dr. MEHMET UĞURLU
 Uzm. Dr. ATEŞ ÜLKER
 Uzm. Dr. YUSUF ÜSTÜ
 Uzm. Dr. NİLGÜN TUNCEL YARDIMCI
 Dr. M. TOLUNAY ADAPINAR
 Dr. HANDE AKCAN
 Dr. MELTEM AKKAŞ
 Dr. FERHANİYE AKKIN
 Dr. E. İSMET AKKIN
 Dr. FİLİZ AKSOY
 Dr. YÜKSEL AKSOY
 Dr. NİMET AKSU
 Dr. MELEK AKTAŞ
 Dr. SÜLEYMAN AKTAŞ
 Dr. SÜMEYRA ALKIŞ
 Dr. HANİFE ALKUT
 Dr. MEHMET ALTIOK
 Dr. METİN ARI
 Dr. ZAFER ARSLAN
 Dr. YEŞİM ATAK
 Dr. SABAHATTİN ATAĞLU
 Dr. ÇİĞDEM AYDEMİR
 Dr. ERDİNÇ AYDIN

Dr. SÜREYYA AYÜNAL
 Dr. HASAN BAĞCI
 Dr. MUSTAFA BAKIR
 Dr. YEŞİM BALCI
 Dr. EBRU BASA
 Dr. BERRAK BORA BAŞARA
 Dr. ÜMİT BAŞARA
 Dr. ALİ BAŞPINAR
 Dr. TUNCER BAŞTAŞ
 Dr. YILDIRIM BAYAZIT
 Dr. MUHARREM BAYTEMUR
 Dr. MEHTAP BİCAN
 Dr. FERİDUN BİLGİN
 Dr. BERNA N. BOYACI
 Dr. B. BANU BOYLU
 Dr. FİLİZ BOZKURT
 Dr. VEDAT BUYURGAN
 Dr. NERGİZ BUZLU
 Dr. NÜKHET ÖRNEK BÜKEN
 Dr. ENGİN CEVHER
 Dr. KADİR CİĞER
 Dr. ERCAN COŞKUN
 Dr. FİGEN COŞKUN
 Dr. ÖZLEM COŞKUN
 Dr. HALUK CUMHUR
 Dr. MELTEM ÇAĞLAR
 Dr. MELEK ÇAKIR
 Dr. DİLEK ÇALIŞKAN
 Dr. REHA CENK ÇANKAYA
 Dr. Y. HAKAN ÇAVUŞOĞLU
 Dr. SERPİL ÇEÇEN
 Dr. MUSTAFA ÇELEBİ
 Dr. MÜCELLA ÇEVİK
 Dr. TANSU ULUKAVAK ÇİFTÇİ
 Dr. ESRA ÇİRÇİ
 Dr. GONCA CİNGİL ÇORAK
 Dr. MURAT ÇUBUKÇU
 Dr. CEMALETTİN ÇULHA
 Dr. ARZU ADL
 Dr. ALPARSLAN DEMİR
 Dr. FİLİZ DEMİR
 Dr. GÖNÜL DEMİR
 Dr. İLYAS OKTAY DEMİRCİ
 Dr. RUHSAR DEMİREL
 Dr. HİLMİ DEMİRİN
 Dr. MERAL DEMİRÖREN
 Dr. İRFAN DOĞAN
 Dr. LENA DOĞAN
 Dr. YILDIRIM DOĞRUYOL
 Dr. BİNNAZ KAYA DURANAY
 Dr. MAHMET DÜZKALE
 Dr. ALİ DÜZOVA
 Dr. DİLEK EFECİK

Dr. SERPİL EKİN
 Dr. BELGİN EMİNOĞLU
 Dr. SEZAI EMİRAL
 Dr. Z.ŞULE ERAYMAN
 Dr. FERAH ERBİL
 Dr. ALİ RIZA ERDOĞAN
 Dr. HALİL ERKAN ERIŞTİ
 Dr. ABDULKADİR ERKAYA
 Dr. A. HAKAN ERMAN
 Dr. HÜLYA ERMİŞ
 Dr. BERRİN ESEN
 Dr. MEHMET FETTAHOĞLU
 Dr. HİKMET FIRAT
 Dr. VİLDAN FIRAT
 Dr. DOĞAN FİDAN
 Dr. SİBEL GÖREN
 Dr. ERCAN GÖÇGELDİ
 Dr. SADULLAH GÜL
 Dr. AYŞE GÜREL
 Dr. AYCAN GÜNER
 Dr. AYLA GÜNEY
 Dr. NURDAN GÜNDOĞAN
 Dr. DİLEK SERT GÜRALP
 Dr. SERAP GÜRSER
 Dr. İBRAHİM GÜRİSOY
 Dr. MUSTAFA GÜVELİ
 Dr. FİLİZ MUSTAN HASAN
 Dr. MUSTAFA HASAN
 Dr. MELTEM HINÇAL
 Dr. EMRE İNCE
 Dr. A. İLKER İNCE
 Dr. ALİ KANOĞLU
 Dr. SALİH KARACA
 Dr. SEVAL KARADUMAN
 Dr. AYHAN KARAKOÇ
 Dr. MEHTAP KARTAL
 Dr. BÜLENT KAYA
 Dr. GÖNÜL DERNEK KAYA
 Dr. AYFER KELEŞ
 Dr. BELMA KERİMOĞLU
 Dr. İLKER KERİŞ
 Dr. SELAMİ KILIÇ
 Dr. BİRGÜL KILINÇ
 Dr. SAKİNE KOCA
 Dr. HALİL KOCAOĞLU
 Dr. GÜLAY KORUKOĞLU
 Dr. ERSİN KÖKSAL
 Dr. SAVAŞ KUDAŞ
 Dr. G. FİLİZ KURTOĞLU
 Dr. EMİNE KÜÇÜK
 Dr. SALİH MOLLAHALİLOĞLU
 Dr. DURMUŞ MUSLU
 Dr. MİTHAT MÜCAHİTOĞLU

Dr. SÜLEYMAN CAN NUMANOĞLU
 Dr. SİNAN OĞUZHAN
 Dr. MELİH ONAT
 Dr. ERKAN ONUK
 Dr. NİHAL ÖNAL
 Dr. MUSTAFA ÖZCAN
 Dr. HANİFE ÇAM ÖZEL
 Dr. İLKER ÖZEL
 Dr. PERVİN ÖZELÇİ
 Dr. METEHAN ÖZEN
 Dr. ERDOĞAN ÖZER
 Dr. MEHMET ÖZDEMİR
 Dr. YÜKSEL ÖZMEN
 Dr. D. NİYAZİ ÖZÜÇELİK
 Dr. GÜLÜMSER ÖZYOL
 Dr. HAKAN ERKAN PEHLİVAN
 Dr. S. SEMİH SAĞESEN
 Dr. SEDAT SAĞIR
 Dr. MİKTAT SAĞLAM
 Dr. GÜLAY SAĞLAMÖZ
 Dr. SEVGİ SAK
 Dr. NURHAN SARI
 Dr. CENGİZ SARIGÜL
 Dr. MURAT SARIKAYA
 Dr. KIRAZ SARIYAŞAR
 Dr. AZİME SERHAT
 Dr. ÇEMALETİN SULHA
 Dr. ÖZGÜR ŞÖNMEZ
 Dr. SİBEL SÜTLÜOĞLU
 Dr. ERGÜN ŞAHİN
 Dr. FİGEN ŞAHİN
 Dr. İRFAN ŞENCAN
 Dr. FATMA ŞENER
 Dr. TANJU ŞENTÜRK
 Dr. ZEYNEP ŞENTÜRK
 Dr. EKREM ŞİRİN
 Dr. ALİ RACİ TAN
 Dr. İSMAİL TAŞ
 Dr. A. ESRA TIRYAKIOĞLU
 Dr. MESUT TOKGÖZ
 Dr. JOANNE TOPALIAN
 Dr. FUNDA TOPRAK
 Dr. AHMET İRFAN TURAN
 Dr. S. HATİCE TURAN
 Dr. MELEK TURGAY
 Dr. AHMET REMZİ TULÜCE
 Dr. MUHARREM UÇAR
 Dr. NADİR ULU
 Dr. ARZU USANMAZ
 Dr. NİLHAN ERYEĞEN USLU
 Dr. MEHMET UZUN
 Dr. ESRA UÇUNCU

Dr. SEHER ÜLGER
 Dr. ERKAN ÜNAL
 Dr. SARP ÜNER
 Dr. ÇİĞDEM ŞİMŞEK
 Dr. Ş. SONGUL YALÇIN
 Dr. VEFA YANMAZ
 Dr. YAVUZ YARPUZLU
 Dr. KIRAZ SARA YAŞAR
 Dr. ÜMİT YAŞAR
 Dr. ÖMER YEDİKARDEŞLER
 Dr. HİLMİ YENİEV
 Dr. ORHAN YERMEZ
 Dr. FİGEN YILAY
 Dr. CENAP YILDIRIM
 Dr. MESUT YILDIRIM
 Dr. MUHAMMET YILDIRIM
 Dr. NARİN YILDIRIM
 Dr. OĞUZHAN YILDIZ
 Dr. EDA YILMAZ
 Dr. FİGEN YILMAZ
 Dr. GÜLDER YILMAZ
 Dr. KEMAL YILMAZ
 Dr. MAHMUT YILMAZ
 Dr. CÜNEYT YILMAZER
 Ecz. MERAL AKSOY
 Ecz. MERİH DİZİCİ
 Ecz. ŞELDA CEREN
 Ecz. ÖZLEM ACAR DOĞAN
 Ecz. ÖZLEM DUMAN
 Ecz. MELTEM ERŞAHİN
 Ecz. BELMA KARAHANIOĞLU
 Ecz. BERRİN KILINÇ
 Ecz. RUKİYE KOCAMIŞ
 Ecz. SEVİL ÖZCIVANOĞLU
 Ecz. GONCA SEMİZ
 Ecz. NESRİN SÜRÜCÜ
 Ecz. RİDA ŞİMŞEKER
 Ecz. ADNAN TAMER
 Ecz. İLKNUR TOKGÖZ
 Ecz. METE TURSUN
 Ecz. ŞAFAK ÜNSAL
 Ecz. NERMİN YILDIRIM
 Psikolog AYŞİN KURTULUŞ
 Uzm. SEDAT ÇETİK
 Uzm. MUHARREM VARLIK
 AKIN ALPER
 SEDAL ÇAYIRLI
 OĞUZ ENGİZ
 AYLAKARABULUT
 İBRAHİM KÜÇÜK
 MURAT OBALI

İÇİNDEKİLER

ACİL PSİKİYATRİK HASTAYA YAKLAŞIM	135	BOĞMACA	175
AKCİĞER TÜBERKÜLOZU (ÇOCUK)	59	BRUSELLOZ	177
AKCİĞER TÜBERKÜLOZU (ERİŞKİN)	63	CİNSEL YOLLA BULAŞAN ENFEKSİYONLAR	181
AKNE VULGARİS	1	DELİRYUM TREMENS	230
AKUT ALKOL ZEHİRLENMESİ	231	DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ	255
AKUT ASTIM ATAĞI	69	DEPRESYON	241
AKUT BAKTERİYEL RİNOSİNÜZİT	123	DERİNİN YÜZEYEL MANTAR ENFEKSİYONLARI	5
AKUT İSHAL (ERİŞKİN)	163	DİABETES MELLİTUS	271
AKUT KARIN (ERİŞKİN)	147	DİFTERİ	193
AKUT MENENJİT	167	DİSFONKSİYONEL UTERUS KANAMALARI	105
AKUT MYOKARD ENFARKTÜSÜ	51	DİSMENORE	109
AKUT OTİTİS MEDİA	119	DÖKÜNTÜLÜ HASTALIKLAR (ÇOCUK)	191
AKUT ROMATİZMAL ATEŞ	23	EGZAMA / DERMATİT	11
AKUT VİRAL HEPATİT	171	ENTEROBİYAZİS	198
ALLERJİK RİNİT	127	ERİTEMA ENFEKSİYOZUM	192
ALKOL BAĞIMLILIĞI	229	FAVUS	6
ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI	230	FEBRİL KONVÜLSİYON	101
ALKOL YOKSUNLUĞU SENDROMU	230	FOBİK BOZUKLUK	236
ALVEOLER EKİNOKOKKOZ	226	GASTROİNTESTİNAL PARAZİT	
AMİBİYAZİS	198	ENFEKSİYONLARI	197
ANAFLAKTİK ŞOK	151	GEBELİK İZLEMİ	111
ANJİNA PEKTORİS	27	GENİTAL HERPES	182
ANKSİYETE BOZUKLUKLARI	235	GENİTAL SİĞİLLER	189
ASKARİS	198	GENİTAL ÜLSERLE KARAKTERİZE HASTALIKLAR	181
ASTIM	73	GERİLİM TİPİ BAŞ AĞRISI	91
AŞI TAKVİMİ	295	GIARDİYAZİS	198
AŞIRI UYKU DURUMU	253	HAYVAN ISIRIĞI	221
ATOPIK DERMATİT	11	HİMENOLEPİYAZİS	198
BAŞ AĞRISI	91	HİPERLİPİDEMİ	31
BAKTERİYEL VAJİNOZ	187	HİPERTANSİYON	37
BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUĞU	250	HİPOKONDRIAZİS	247
BEL AĞRISI	259	İDRAR YOLU ENFEKSİYONU (ÇOCUK)	201
BİLİNÇ BOZUKLUĞU	95	İDRAR YOLU ENFEKSİYONU (ERİŞKİN)	205

İÇİNDEKİLER

İSHAL VE DEHİDRATASYON	PSİKOJEN AĞRI BOZUKLUĞU	249
(BEŞ YAŞINDAN KÜÇÜK ÇOCUKLARDA)	ROSEOLA INFANTUM	192
KANCALI KURT ENFEKSİYONU	SERVİSİT	184
KANDİDİYAZ	SİTMA	213
KANSERLİ HASTAYA YAKLAŞIM	SİFİLİZ	182
KARDİYO PULMONER CANLANDIRMA (ERİŞKİN)	SİĞARA BIRAKMA	293
KEDİ TIRMIĞI HASTALIĞI	SOMATİZASYON BOZUKLUĞU	248
KIZAMIK	SOMATOFORM BOZUKLUKLARI	247
KIZAMIKÇIK	SUÇİÇEĞİ	192
KIZIL	TENYAZİS	198
KİSTİK EKİNOKOKKOZ	TETANOZ	217
KONJESTİF KALP YETMEZLİĞİ (ERİŞKİN)	TİNEA KAPİTİS	5
KONTAKT DERMATİT	TİNEA KORPORİS	7
KONVERSİYON BOZUKLUĞU	TİNEA PEDİS	6
KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI	TOKSOKARA ENFEKSİYONLARI	227
KUDUZ	TOKSOPLAZMOZ	227
LABORATUVAR REFERANS DEĞERLERİ	TONSİLLOFARENJİT	131
LEPTOSPIROZ	TOPLUM KÖKENLİ PNÖMONİ (ERİŞKİN)	83
LYME HASTALIĞI	TRAVMALI HASTAYA YAKLAŞIM	155
MADDE KULLANIMINA BAĞLI ANKSİYETE	TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU	236
BOZUKLUĞU	TRİKOMONİYAZ	187
MENOPOZ	TULAREMİ	225
MİGREN	UYKU APNE SENDROMU	253
OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK	UYKU BOZUKLUKLARI	251
ONİKOMİKOZ	UYKUSUZLUK	251
OSTEOARTİRİT	ÜRETRİT	184
OSTEOPOROZ	ÜRTİKER	19
PANİK BOZUKLUĞU	VİRAL ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONU	133
PELVİK ENFLAMATUVAR HASTALIK	VULVOAJİNAL KANDİDİYAZ	187
PEPTİK ÜLSER	YANIK	159
PİTRİYAZİS VERSİKOLOR	YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU	236
PNÖMONİ (ÇOCUK)	ZOONOZLAR	221
PROTEİN-ENERJİ MALNÜTRİSYONU		281



AKNE VULGARİS

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Akne vulgaris, kıl kökü ve yağ bezinin enflamatuvar bir hastalığıdır, 12-15 yaş arasında %85 sıklıktadır. 25 yaş dolayında kendiliğinden sonlanmakla birlikte, özellikle kadınlarda 40 yaşa kadar süren şiddetli bir seyir gösterebilir. Genetik yatkınlık, stres, yağlı kozmetik uygulamalar ve hiperandrojenizm başlıca risk faktörleridir.

Tanı

Birincil yerleşim yeri yüzdür, sırt ve göğüste de görülebilir. Enflamatuvar olan ve olmayan lezyonlardan oluşur.

Enflamatuvar olmayan lezyonlar, açık komedon (siyah nokta) ve kapalı komedondur (beyaz nokta).

Enflamatuvar lezyonlar papül, püstül, kist ve nodüldür. En çok komedon, papül ve püstüllerle seyredir. Kistik ve nodüler lezyonlar skar bırakarak geriler. (Sayfa : 302)

Tanı öykü ve klinik bulgularla konur.

Ayırıcı Tanı

- Akne rozacea
- İlaç akneleri (kortikosteroidler, halojenler, antitüberküloz ilaçlar, lityum)
- Perioral dermatit
- Follikülit
- İkinci dönem sifiliz püstülleri

Tedavi

Akne vulgaris, psikososyal sorunlara yol açması ve skar bırakabilmesi nedeniyle mutlaka tedavi edilmelidir. Hastaya, tedavinin uzun süreli olacağı ve beklenen etkinin en erken 1-2 aydan sonra başlayacağı açıklanmalıdır. Tedavi seçiminde lezyonların şiddeti, yaygınlığı, hastanın yaşı önemlidir.

A. Lokal tedavi

Tedavide ilk basamaktır, hafif ve orta dereceli akne de uygulanır.

1. İlaçsız tedavi

Hafif (yalnızca komedon bulunan) akne de tek olarak yeterlidir.

- Temizleyiciler, sabunlar, tercihen antibakteriyel ve pH'sı ayarlı olanlar, günde 2-3 kez kullanılmalıdır.
- Kozmetik uygulamalardan kaçınılmalıdır.
- Lezyonlar sıkılmamalı ve koparılmalıdır.

2. İlaçlı tedavi

Orta dereceli akne, ilaçsız tedaviye ek olarak keratolitikler ve antibakteriyel ilaçlar uygulanır.

• Komedolitikler, Keratolitikler

Komedonlu akne için ilk seçenek *tretinoin*, ikinci seçenek *adapalen* dir. Bu ilaçlar %2'lik *salisilik asit* (jel, losyon) ile kombine edilebilir.

Tretinoin krem, jel (0,25-1 mg/gün), morötesi ışın duyarlılığı nedeniyle yalnızca akşamları, *adapalen* jel (%1) günde iki kez kullanılır. Topikal preparatların mukoza ve bütünlüğü bozulmuş deriyle teması ve kıvrım yerlerinde birikiminden kaçınılmalıdır.

• Antibakteriyel ilaçlar

Enflamatuvar akne;

- *Klindamisin* (%1) losyon günde iki kez kullanılır.
- *Eritromisin* (%3) ve *benzoil peroksit* (%5) birlikte günde iki kez kullanılır.
- *Eritromisin* (%2-4) jel günde iki kez kullanılır.

• Komedolitik ve antibakteriyeller

- *Benzoil peroksit* (%2,5-10):

Günde bir kez, tercihen akşam uygulanır. Tedaviye düşük konsantrasyonlu preparatla başlanır. İki ay içinde yanıt alınamazsa, topikal antibiyotik kullanımı uygundur. En önemli yan etki olan lokal deri irritasyonu doz azaltımıyla hafifletilir.

- *Azelaik asit* (%20 krem):

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

B. Sistemik Tedavi

Şiddetli enflamatuvar akne öncelikle antibiyotik kullanımı gerekir. İlk seçenek *tetrasiklin*, ikinci seçenek *doksisisiklin* dir.

- *Tetrasiklin*:

Günde iki kez 500 mg kullanılır. 4-6 hafta sonra doz aşamalı olarak azaltılır ve tedavi günlük 250 mg dozla 8-12 ay sürdürülür. İlk 3 ayda düzelme olmazsa antibiyotik değiştirilir. *Tetrasiklin* ve türevleri 8 yaşın altındaki çocuklar, gebeler ve emziren kadınlar, böbrek ve karaciğer hastaları ve ışık duyarlılığı olanlarda kullanılmamalıdır. Süt, antiasit, kalsiyum, demir, magnezyum tuzları emilimi azaltır.

- *Doksisisiklin:*

Günde 2 kez 100 mg 4-6 hafta, sonra günde 100 mg 8-12 ay süreyle kullanılır.

Tedavi sırasında ışığa duyarlık gözlenebilir.

İzlem

İlk üç ay ayda 1, sonra üç aylık aralarla en az bir yıl izlem gerekir. Tedavi sırasında lokal iritasyon, gastrointestinal yakınma, ilaç reaksiyonları geliştiğinde hekime başvurulması önerilmektedir.

Sevk

- Şiddetli nodülokistik akne
 - Akne fulminans (ateş, artralji, genel durum bozukluğu gibi sistemik bulgularla seyreden, sıklıkla genç erkeklerde görülen ağır akne)
 - Tedaviye yanıtızsızlık *
 - İleri yaşa kadar süren akne *
 - Yirmi beş yaşın üstünde (geç) başlayan akne *
 - Hirsutizmin eşlik ettiği akne *
- durumlarında hasta sevk edilmelidir.

* Hiperandrojenizm olasılığı söz konusudur.

Kaynaklar

1. Odom RB, James WD, Berger TG. Acne. Disases of the Skin. Philadelphia: Saunders. 2000: 284-306.
2. Braun -Falco O, Plewig G, Wolff HH. Diseases of the Sebaceous Glands. Dermatology. Heidelberg: Springer. 2000: 1051-82.
3. Strauss JS, Thiboutot DM. Diseases of the Sebaceous Glands. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, ed. Dermatology in General Medicine. New York: McGraw-Hill. 1999: 769-84.
4. Cunliffe WJ, Simpson NB. Disorders of the Sebaceous Glands. Champion RH, Burton JI, Burns DA, ed. Textbook of Dermatology. London: Blackwell Science. 1998: 1927 - 84.



DERİNİN YÜZEYEL MANTAR ENFEKSİYONLARI

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Mantar enfeksiyonları önemli bir toplumsal sağlık sorunudur; dermatoloji birimlerine başvuruların %10'unu oluşturur. Yüzeysel mantar enfeksiyonları deri, mukoza, kıl ve tırnakta görülür. Yüzeysel mantar enfeksiyonları sıklık sırasına göre, dermatofit enfeksiyonları (dermatofitozlar), pitiriazis versikolor ve kandidiyazdır.

Risk Faktörleri

- 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
- İmmün sistemi baskılayıcı durumlar

DERMATOFİT ENFEKSİYONLARI

TİNEA KAPİTİS (SAÇKIRAN)

Saçlı derinin mantar enfeksiyonudur, genellikle 3-5 yaş grubu çocuklarda görülür. Pubertede spontan iyileşir. Kırık ve cansız kıllar, ince kepeklenme, lokal alopesi temel bulgularıdır. Bu bulgulara iltihabi değişiklikler eklenirse tümör benzeri püstüller, nodüler lezyonlar (kerion celsi) ortaya çıkar ve kalıcı alopesi ile sonuçlanır. (Sayfa 304-305)

Tanı

Klinik görünüm ve kepeklerden alınan kazıntı ve bir pens ile çekilen kıl örneğine nativ preparat yapılır. **Nativ preparat** , alınan örneğe %10-20'lik KOH damlatılarak yapılan mikroskopik incelemedir. Tanı, nativ preparatta hif ve sporların görülmesiyle konur.

Ayırıcı tanı

Favus, seboroik dermatit, sifiliz 2. dönem lezyonları, alopesi areata, psöriyazis, trikotillomani.

Tedavi

Sistemik antifungal ilaçlar 4-6 hafta süreyle kullanılır.

	Çocuklarda	Yetişkinlerde
<i>Griseofulvin</i>	10-20 mg/kg/gün	500 mg/gün
<i>Terbinafin</i>	–	250 mg/gün
<i>Itrakonazol</i>	–	100 mg/gün
<i>Ketokonazol</i>	3-5 mg/kg/gün	200 mg/gün

Terbinafin ilk 2 yaştaki çocuklarda sistemik olarak kullanılmamalıdır. *Ketokonazol* ciddi hepatotoksik etkileri nedeniyle sınırlı ve zorunlu durumlarda kullanılmalıdır. Karaciğer fonksiyon testleri ayda 1 kez kontrol edilmelidir.

Lokal antifungal ilaçlar:

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

FAVUS

Saçlı derinin 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. (Sayfa : 305/1)

TİNEA PEDİS

En sık yüzeysel mantar enfeksiyonu olup ayaklarda görülür. Erkeklerde daha sık, çocuklarda seyrek. En sık ayak parmakları arasında, ayrıca ayak tabanı, ayak yan taraflarında yerleşim gösteren vezikülobülloz, sulantılı, masere, skuamli değişken klinik bulgularla görülebilir.

Klinik belirtiler bazen ellerde de görülebilir (*tinea manum*).

Tanı

Klinik görünüm ve nativ preparatla konur. (Sayfa : 306)

Ayırıcı tanı

Psöriyazis, kontakt dermatit, hiperhidrozis, sifiliz 2. dönem lezyonları.

Tedavi

Bölgenin kuru tutulması en önemli faktördür.

Lokal antifungal ilaçlar, 4-6 hafta süreyle günde 2 kez kullanılır.

Lokal antifungaller:

Bifanozol, izokonazol, klotrimazol, ketokonazol, mikonazol, naftifin, oksikonazol, sulkonazol, sikloproksolamin, terbinafin, tiokonazol, tolnaftat, undesenoatlar.

Dirençli olgularda lokal antifungallere sistemik tedavi de eklenebilir.

Sistemik tedavi tinea kapitis tedavisi ile aynıdır.

TİNEA KORPORİS

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

Tanı

Klinik görünüm ve nativ preparat ile konur. (Sayfa : 303)

Ayırıcı tanı

Ekzema, psöriyazis, pitriyazis rozesea, sifiliz 2. dönem lezyonları.

Tedavi

Lokal 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. En sık ayak tırnaklarından özellikle birinci tırnaktan başlar. Genellikle tinea pedis ertesinde gelişir. Tırnakta sarı-kahverengi renk değişikliği, subungual hiperkeratoz, tırnakta kolay kırılma temel belirtilerdir. Tırnak çevresi normaldir.

Tanı

Klinik görünüm ve nativ preparat ile konur.

Ayırıcı Tanı

Psöriyazis, liken planus, egzamalar, kandidiyaz

Tedavi

Tedaviye en dirençli yüzeysel mantar hastalığıdır. Sistemik antifungaller 3-12 ay kullanılır. Hastalıklı tırnakların törpülenmesi tedavi etkinliğini artırır.

<i>Terbinafin</i>	250 mg/gün	el tırnağında	6 hafta
		ayak tırnağında	12 hafta
<i>İtrakonazol</i>	2x200 mg/gün	el tırnağında	2 ay
	lik 7 gün / ay	ayak tırnağında	3 ay
<i>Flukonazol</i>	150 mg/hafta	el tırnağında	9 ay
		ayak tırnağında	12 ay

PİTRİYAZİS VERSİKOLOR

M. furfur 'un neden olduğu, sık görülen yüzeysel bir mantar hastalığıdır. Çocuklukta seyrektrir. Nemli ve sıcak iklimlerde görülme sıklığı %40'a çıkabilir. Gövde, boyun, ekstremitelerin üst kısımlarında sütlü kahverengi, düzensiz ve keskin sınırlı, üzeri ince skuamli maküller şeklindedir. Güneşle karşılaşma sonucu lezyonlar hipopigmente de görülebilir.

Tanı

Klinik görünüm ve nativ preparat ile konur.

Ayırıcı tanı

Tinea corporis, seboeik dermatit, psöriyazis, pitriyazis rozasea, hipopigmente formda sifiliz 2. dönem, vitiligo, tüberküloid lepra.

Tedavi

Selenyum sülfid, *çinko pirition* veya *ketokonazol* içeren şampuanlar bir ay süreyle gūnaşırı lezyonlu vūcut bölgesine uygulanıp 5 dakika bekletilerek yıkanır. Ertesinde haftada iki kez en az üç ay süreyle kullanılır. *Topikal imidazol* veya *ketokonazol* içeren krem veya losyonlar 2 hafta süreyle gūnde 2 kez, *terbinafin* %1'lik krem veya solūsyon gūnde iki kez 7 gün süreyle kullanılır.

KANDİDİYAZ

Kandidiyaz rehberine bakınız. (Sayfa 15)

Mantar Hastalıklarında Tedavi İlkeleri

- Geniş alan ve kıllı bölgelerdeki uygulama için genellikle losyon ya da spreyler seçilir.
- Merhemler, örtücü özelliklerinden dolayı nemli yüzeylerde kullanılmamalıdır.
- Tırnak cıaları formundaki antimikotik preparatlar, tırnaklarda mantara bağıli erken distrofide etkili olabilir ve en çok iki tırnak birden etkilendiğinde kullanılmalıdır.
- Mantar enfeksiyonlarının tedavisinde, tuvalet ve kozmetik amaçlar dışında pudraların yeri ve tedavi edici etkisi yoktur ve deride irritasyona neden olabilir.

Korunma

Havlu, şapka, tarak, fırça, ayakkabı, terlik, çorap, giysi gibi kişisel eşyaların ortak kullanımından kaçınma önemlidir. Mantar enfeksiyonu oluşum ve bulaşmasını kolaylaştırıcı nedenler hastaya anlatılmalıdır.

Sevk

Karaciğer bozukluğu, böbrek bozukluğu, gebelik, emzirme dönemi ve diabetes mellitus varlığında sistemik tedavinin uzman denetiminde yapılması önerilir. Tedaviye dirençli onikomikozda ve cerrahi tedavi gerektiren durumlarda hasta sevk edilmelidir.

Kaynaklar

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. Martin AG, Kobayashi GS. Superficial Fungal Diseases with Cutaneous Involvement. Freedberg Im, Eisen AZ, Wolff K, ed. Dermatology in General Medicine. New York: McGraw-Hill. p. 2337-88, 1999.
4. Hay RJ, Moore M. Mycology. Champion RH, Burton JI, Burns DA, ed. Textbook of Dermatology. London: Blackwell Science: 1998: 1277-1376,



EGZEMA / DERMATİT

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Egzema/dermatit, bedensel veya dış nedenlerle deride ortaya çıkan enflamatuvar bir yanıttır. Akut tipinde deride kaşıntılı, eritemli, veziküllü, sulantılı lezyonlarla karakterizedir. Kronikleştiğinde kaşıntı, kuruluk, hiperkeratoz ve fissürler görülür. Bu lezyonların bir kısmı veya hepsi bir arada olabilir.

En sık görülen iki tipi vardır:

- Atopik dermatit
- Kontakt dermatit

ATOPİK DERMATİT

Aile öyküsünde deri ve/veya solunum yolu alerjisi bulunabilen egzema türüdür.

Nedenleri

- Besinler* (yumurta, süt, çerezler, soya, balık ve buğday)
- İnhalanlar (akarlar, polenler, küf ve mantar sporları)
- Mikrobiyal etkenler (bakteri ve virüsler)

* Etiyolojideki rolü kanıtlanmadıkça besinler yasaklanmamalıdır.

Tanı

Öykü ve klinik bulgularla konur.

- Erken başlama yaşı
- Ailesel atopi öyküsü
- Kaşıntı, yaygın deri kuruluğu
- Lezyonların tipik dağılımı
 - Bebeklerde yüz, ekstremitelerin dış kısımları ve boyun
 - Çocuk ve erişkinlerde kıvrım bölgeleri, özellikle antekübital ve popliteal bölgeler
- Kronik olarak tekrarlayan dermatit tablosu

Ayırıcı tanı

- Seboreik dermatit
- Kontakt dermatit
- Psöriyazis

- Çocuklarda bazı immün yetmezlik hastalıkları
- Yüzeyel mantar enfeksiyonları

Tedavi

Temel amaç kaşıntı ve kaşıntıyı tetikleyen ya da neden olabilen faktörlerin azaltılmasıdır. Bu nedenle, öncelikle bazı genel önlemler alınmalıdır. Yaşanan ortam kuru olmamalı ve ısısı sabit tutulmalıdır. Banyo suyu ılık olmalıdır. Giysiler pamuklu, tınaklar kısa olmalıdır. Akut ataklarda çocukluk çağı aşıları uygulanmamalıdır.

İlaçsız tedavi

- Nemlendiriciler: Sıvı vazelin veya uygun nemlendiriciler banyodan sonra ilk 3 dakika içinde uygulanmalı ve gün içinde deri kurudukça tekrarlanmalıdır.

İlaçlı tedavi

• Topikal kortikosteroid

Topikal kortikosteroidler güçlerine göre tercih edilebilir.

Güç	Örnek
Az	%1'lik <i>hidrokortizon</i>
Orta	%0,05'lik <i>klobetazon butirat</i>
Güçlü	%0,1'lik <i>betametazon</i> ve <i>hidrokortizon butirat</i>
Çok güçlü	%0,05'lik <i>klobetazol propiyonat</i>

- Bebeklerde az güçlü (*hidrokortizon* %0,5) pomad veya kremler kullanılır. Günde 1-2 kez, ince bir tabaka halinde, lezyonlar geçene kadar veya en çok 2 hafta kullanılır. Daha uzun süre kullanmak gerekiyorsa, en az 1 hafta ara verilir ve bu dönemde nemlendiricilerle tedavi sürdürülür.
- Daha büyük çocuklar ve erişkinlerde orta güçlü (*klobetazon butirat* %0,05) topikal kortikosteroid tercih edilir. Yanıt alınamazsa veya kalın plaklı lezyonların olduğu durumlarda çok güçlü veya güçlü (*klobetazol propiyonat* %0,05, *hidrokortizon butirat* %0,01) topikal kortikosteroidler gerekebilir.
- Yüz, kıvrım bölgeleri ve çocuklarda altbezi alanında az güçlü topikal kortikosteroidler seçilmelidir. Bakteri veya mantar enfeksiyonlarının varlığında topikal kortikosteroid kullanılmamalıdır.

• Oral antihistaminik

Hidroksizin: Yetişkinde : 25 mg/doz 3-4 kez tekrarlanabilir.

Çocukta : 2 mg/kg/gün 3-4 dozda (en çok 120 mg/gün)

Oral antihistaminik kullanımına kaşıntı kontrol altına alınana dek devam edilir.

• Topikal antibiyotik

Akut sulantılı lezyonlar üzerinde sarı, bal rengi kurutlar görüldüğünde *mupirosin* veya *sodyum fusidat* içeren pomadlar 7-10 gün süre ile günde iki kez uygulanır.

İzlem

Atopik dermatit kronik ve tekrarlayan ataklarla süren bir hastalıktır. Ataklar sırasında uygun tedavi önerileri ile izlenmelidir.

Sevk

- Önerilen tedavilerle kontrol altına alınamayan
- Yaygın egzematöz bulguları olan
- Tedaviye dirençli kronik atopik dermatitli hastalar sevk edilmelidir.

KONTAKT DERMATİT

Deriye temas eden maddelerle oluşan egzema türüdür. Etkenler çevre koşulları, meslek ve kişisel faktörlere göre farklılık gösterir. Sıklıkla sabun, deterjan ve çeşitli kimyasal maddeler (metaller, boyalar, bitkiler, topikal ilaçlar) neden olur. Genellikle iritan ve alerjik olmak üzere iki farklı mekanizma ile oluşur.

Tanı

- Etkenin deriye temas ettiği bölgelerde şiddetli kaşıntı, eritem, vezikül, sulantı ve kurutlu lezyonlar.
- Kronik olgularda deri sert, fissürlü, kaşıntılı ve kurutlu bir görünüm alır. Öykü ve klinik bulgularla konur.

Ayırıcı tanı

- Atopik dermatit
- Seboreik dermatit
- Psöriyazis
- Herpes simpleks enfeksiyonu
- Yüzeyel mantar enfeksiyonları

Tedavi

Temel amaç alerjenle teması önlemektir. Bu da, alerjiden uzaklaşmak veya koruyucu malzeme (eldiven, koruyucu giysi gibi) kullanmak ile mümkündür.

Topikal kortikosteroidler:

Akut sulantılı lezyonlarda güçlü kortikosteridli (*klobetazol propiyonat*) kremler tercih edilmeli ve semptomlar düzelene kadar ya da en çok 2 hafta devam edilmelidir. Sulu lezyonlarda ilacın krem formu, kuru lezyonlarda pomad formu kullanılmalıdır.

Sevk

Tedaviye dirençli yaygın lezyonları olan hastalar nedene yönelik araştırma için sevk edilmelidir.

Kaynaklar

1. Belsito DV. Allergic Contact Dermatitis. Freedberg IM, Eisen AZ, Woff K, ed. Dermatology in General Medicine. New York: McGraw Hill. 1999;1447-61.
2. Kayaalp S O, ed, BNF/TİK Türkiye İlaç Kılavuzu, İstanbul: Turgut Yayıncılık, 2001
3. Braun FO, Plewig G, Burgdorf WHC. ed. Dermatology. Berlin: Springer-Verlog. 2nd ed. 2000; 457-64.
4. Leung DYM, Tharp M, Boguniewicz M. Atopic Dermatitis: Freedberg IM, Eisen AZ, Woff K, ed. Dermatology in General Medicine. New York: McGraw Hill. 1999;1464-80.
5. Odom RB, James WD, Berger TG. Contact Dermatitis: Disease of The Skin. 9th ed. Philadelphia: Saunders. 2000; 95-123.
6. Odom RB, James WD, Berger TG. Atopic Dermatitis: Disease of The Skin. 9th ed. Philadelphia: Saunders. 2000; 69-76.
7. Tofte SJ, Hanifin JM. Current Management and Therapy of Atopic Dermatitis. J Am Acad Dermatol 2001;44:13-6.



KANDİDİYAZ

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

MAYIS 2003

Mukokutanöz kandidiyaz, patojen kandidaların, en sık olarak *Candida albicans* 'ın deri ve mukozalarda oluşturduğu enfeksiyondur. Kötü hijyen koşulları, uzun süreli antibiyotik ve immün baskılayıcı ilaç kullanımı, diabetes mellitus, aşırı su ve sabun teması risk faktörleridir.

Deri ve tırnak kandidiyazı

- **Erezyo interdigitalis blastomıçetika:**
Sık görülür. El ve ayak parmakları arasında kızarıklık plaklar şeklinde beliren bir enfeksiyondur. Plakların üzerinde beyaz kabuklar oluşur, deri sulantılıdır.
- **İntertrigo:**
Koltuk altı, meme altı, göbük ve kasıklarda keskin sınırlı, eritemli, skuamli eksüdatif lezyonlarla karakterizedir.
- **Tırnak kandidiyazı:**
Paronişi tırnak çevresinin ağrılı, kızartılı şişliği ile karakterizedir. Cerahatsizdir. **Onişi** de tırnak sertleşir, kalınlaşır, rengi değişir, esmerleşir. Psödomonas eklenirse tırnakta yeşil renk oluşur.
- **Perianal kandidiyaz:**
Anüs çevresinde beyaz, masere ve kaşıntılı lezyonlarla karakterizedir.

Mukoza kandidiyazı

- **Perleş:**
Dudak köşelerinde, mukozla ile deri birleşim yerlerinde ağrı ve yanma ile birlikte sulantılı, eritemli lezyonlardır.
- **Pamukçuk:**
En sık karşılaşılan kandidiyaz tipidir. Genellikle zayıf, hastalıklı, bakımsız süt çocuklarında görülür. Ağız içinde, dil üstünde beyaz ve gri küçük plaklar oluşur.
- **Kronik glossit:**
Yaşlılar ve sindirim sistemi bozuk kişilerde gelişir. Dil papillaları atrofiye olur ve dilde derin çatlaklar oluşur. Dilde ağrı ve yanma vardır. Dil üzerinde gri renkte zarımsı plaklar bulunabilir.
- **Vajinal kandidiyaz:**
Gebeler ve diyabetlilerde sık görülür. Vajen mukozasında kızarıklık, şişlik ve yer yer yapışık beyaz plaklar vardır. Hastada "süt keşiğı" tarzında vajinal akıntı, ağrı ve kaşıntı olur. (Tedavi için sayfa 187)

Tanı

Klinik görünüm ve nativ preparatla konur. **Nativ preparat**, alınan örneğe %10-20'lik KOH damlatılarak yapılan mikroskopik incelemedir. Blastospor ve yalancı hif yapan maya hücreleri görülür.

Ayırıcı Tanı

- Kıvrım bölgesi lezyonlarında; psöriyazis, seboreik dermatit, kontakt dermatit, atopik dermatit.
- Tırnak tutulumunda; psöriyazis, liken planus, onikomikoz, travma.
- Perianal ve vajinal mukoza tutulumunda; kontakt dermatit, liken skleroatrofikus
- Oral mukoza lezyonlarında; liken planus, sifiliz 2. dönem mukoza lezyonları, aft, Behçet Hastalığı, herpes simpleks, enfeksiyonu düşünülmelidir.

Tedavi

Oral enfeksiyonlar:

Sodyum bikarbonat solüsyonu lavajları ve/veya *viole de gentiane* %1'lik çözeltisi ile atuşmanlar yapılır

veya

Nistatin süspansiyon (1 ml = 20 damla = 100.000 ünite) toplam 400.000-600.000 ünite/gün, günde 4 kez 2 hafta uygulanır.

Tırnak tutulumu nda (9-12 ay) ve **deri lezyonları** nda (2-3 hafta) topikal ve sistemik tedavi uygulanır.

	Yetişkinlerde	Çocuklarda
<i>Flukonazol</i> :	150 mg/hafta veya 50 mg/gün	– 1-2 mg/kg/gün
<i>Itrakonazol</i> :	100-200 mg/gün	–
<i>Ketokonazol*</i> :	200 mg/gün	3-5 mg/kg/gün

**Ketokonazol* ciddi hepatotoksik etkilerinden dolayı sınırlı ve zorunlu durumlarda kullanılmalıdır. Karaciğer fonksiyon testleri ayda 1 kez kontrol edilmelidir.

Korunma

Havlı, şapka, tarak, fırça, ayakkabı, terlik, çorap, giysi gibi kişisel eşyaların ortak kullanımından kaçınma önemlidir. Mantar enfeksiyonu oluşum ve bulaşımını kolaylaştırıcı nedenler hastaya anlatılmalıdır.

Sevk

Karaciğer bozukluğu, böbrek bozukluğu, gebelik ve laktasyonda, diabetes mellitusta ve immün baskılanmış hastalarda sistemik tedavinin uzman kontrolünde yapılması önerilir.

Kaynaklar

1. Odom RB, James WD, 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.: Dermatology. Heidelberg: Springer. p. 2000:313-80.
3. Martin AG, Kobayashi GS. Superficial Fungal Diseases with Cutaneous Involvement.: Freedberg IM, Eisen AZ , Wolff K, ed. Dermatology in General Medicine. New York: McGraw-Hill. 1999:2337-88,
4. Hay RJ, Moore M , Mycology.: Champion RH, Burton JI, Burns DA, eds. Textbook of Dermatology. London: Blackwell Science. 1998:1277-376
5. Kayaalp S O, ed, BNF/TİK, Türkiye İlaç Kılavuzu, İstanbul: Turgut Yayıncılık 2001. s.356.



ÜRTİKER

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Ürtiker; ani başlayan, derinin kaşıntılı, eritemli, ödemli, değişik biçim ve büyüklüklerde papül ve plaklarla özelliğlenen, yüzeysel, geçici damarsal bir reaksiyonudur. Deri altı doku ve mukozaları tutan şekline anjiyoödem adı verilir.

Larinks ödeminin eşlik ettiğı 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 anti-enflamatuvar ilaçlar, kodein, penisilin ve türevleri, radyokontrast maddeler ve başka ilaçlar)
- Besinler (çikolata, süt, yer fıstığı, çilek, domates, yiyecek katkı maddeleri, deniz ürünleri)
- Enfeksiyonlar (bakteriyel, viral), parazitik enfestasyonlar
- Fiziksel uyarılar (sıcak, soğuk, egzersiz, basınç, su, dermografizm)
- Emosyonel stres

Tanı

Öykü ve klinik özelliklere dayanır.

- Lezyonlar vücudun herhangi bir yerinde veya yaygın olabilir.
- Lezyonlar kaşıntılı, yer değıştiren, basmakla solan, eritemli, ödemli plaklardır.
- Bir lezyon aynı yerde 2-24 saat kalır.
- Anjiyoödem tanısı yüz, göz çevresi, dudaklar ve dilde şişlik varlığı ile konur. Bazen larinks ödemi ve solunum sıkıntısı eşlik edebilir. (Sayfa : 307)

Ayrııcı 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.

Tedavi

Genel önlemler

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

SOLUNUM SIKINTISI OLMAYAN AKUT ÜRTİKER VE ANJİYOÖDEM TEDAVİSİ

Lezyonlar çok yaygın değilse veya anjiyoödem yoksa

İlk seçilecek ilaç **oral antihistaminikler** dir.

- *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 tamamen düzelene kadar veya en çok 3 hafta devam edilir.

Birinci kuşak antihistaminiklerin sedatif ve antikolinerjik etkilerinin istenmediği durumlarda tercih edilebilir.

ikinci kuşak antihistaminikler

- *Setirizin:*
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 üstü ve erişkin: 10 mg/gün, tek doz

Lezyonlar çok yaygınsa 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 formları mevcuttur.)
0,3 - 0,5 mg, 1:1000'lik *adrenalin* deri altı veya kas içine solunum sıkıntısı gerileyinceye kadar
10 - 20 dakikada bir tekrarlanabilir.
Çocuk dozu: 0,01 mg/kg damar yoluyla
2. **Adım:** Solunum yolunun açık tutulması, nazal O₂ 2 uygulanması
3. **Adım:** **Antihistaminik;** *Klorfenoksamin hidroklorür*
Tercihen kas içine veya damar yoluyla 5 dakika içinde yavaş puşe şeklinde 6 saat arayla tekrarlanabilir.
Erişkinde 10 mgx 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 damar yoluyla 2-4 doza bölünerek verilir.

Kronik ürtiker tedavisi akut ürtikerdeki gibidir. Tedavi süresi daha uzundur, semptomlar tolere edilebilir düzeye gelinceye kadar sürer.

Uyarılar

- Antihistaminik kullanılırken sedasyon, ağız kuruluğu (antikolinerjik etki), sindirim sistemi yakınmaları, tremor gibi yan etkiler ortaya çıkabilir.
- Gebeliğin ilk trimestrinde antihistaminik kullanılmamalıdır. İkinci ve üçüncü trimesterde klasik antihistaminikler verilebilir.
- Ürtiker tedavisinde topikal antihistaminik ve topikal kortikosteroidlerin yeri yoktur.

Sevk

- Tedaviye yanıt alınamadığında
- Anjiyoödemde semptomlar 24 saat içinde gerilemediğinde veya solunum sıkıntısı devam ettiğinde
- Tekrarlayan anjiyoödem varlığında

hasta sevk edilmelidir.

Kaynaklar

1. Odom RB, James WD, Berger TG. Erythema and Urticaria.: Disease of the Skin. Philadelphia:Saunders. 2000;160-74.
2. Grattan C, Powell S, Humphreys F. Management and Diagnostic Guidelines for Urticaria and Angioedema. Br J Dermatol 2001;144:708-14.
3. Soter NA. Urticaria and Angioedema. Freedberg IM, Eisen AZ, Woff K, ed. Dermatology in General Medicine. New York: McGraHill. 1999:1409-19.
4. Kayaalp S O, Ed. BNF/TİK Türkiye İlaç Kılavuzu, İstanbul:Turgut Yayıncılık, 2001.
5. Black AK, Champion RC. Urticaria.: Champion RC, Burton JL, Burn DA, Breathnach SM, ed. Textbook of Dermatology, 6th ed. Oxford: Blackwell Science, 1998: 2113-39.
6. Cotterill JA, Warin AP. General Aspects of Treatment.: Champion RC, Burton JL, Burn DA, Breathnach SM, ed. Textbook of Dermatology 6th ed. Oxford: Blackwell Science, 1998: 3289-310.
7. Braun Falco O, Plewig G, Burgdorf WHC, eds. Dermatology, 2nd ed. Berlin: Springer-Verlog, 2000; 431-56.



AKUT ROMATİZMAL ATEŞ

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

A grubu beta-hemolitik streptokoklara bağlı tonsillofarenjite ikincil olarak gelişen yaygın enflamatuvar bir bağ dokusu hastalığıdır. Streptokok antijenlerine karşı gelişen antikörlerin eklem, kalp, bazal gangliyon gibi dokularda oluşturduğu hasar sonucu gelişir.

Sosyoekonomik durumu düşük toplumlarda daha sık görülür. Sıklıkla 6-15 yaş grubunda ortaya çıkar.

Akut tonsillofarenjitin tedavisi akut romatizmal ateş gelişimini engeller.

Tanı

Öykü

1-5 hafta, ortalama 3 hafta önce geçirilmiş tonsillofarenjit öyküsü

Belirti ve bulgular

- Gezici poliartrit (%75): Diz, ayak bileği, dirsek, el bileği
- Kardit (%40-50): Taşikardi, üfürüm (mitral ve aort yetmezliği), perikardit, kardiomegali, kalp yetmezliği bulguları
- Eritema marginatum (%10): Özellikle gövde ve kolların iç yüzünde
- Deri altı nodülleri (%2-10): Ekstansör yüzlerde, tendon kılıflarına yapışık nodüller
- Sydenham koresi (%15): Tonsillofarenjitten 1-6 ay sonra
- Ateş
- Artralji

Laboratuvar bulguları:

- Tam kan sayımı
 - Lökositoz
 - Periferik yayma: (özellikle ayırıcı tanı için)
- Eritrosit sedimentasyon hızı (ESH): Genellikle 60 mm/st üzerinde
- Yüksek antistreptolizin O (ASO) düzeyi, titresi: Erişkinlerde 240 Todd ü, çocuklarda 320 Todd ü üzerinde
- C- reaktif protein (CRP) pozitifliği
- EKG: Uzamış PR aralığı, taşikardi
- Boğaz kültürü: Sıklıkla negatif
 - Telekardiyografi
 - Ekokardiyografi

Akut romatizmal ateşe özgül bir testin bulunmaması nedeniyle, tanı, belirti ve bulguların modifiye Jones kriterlerine göre değerlendirilmesiyle konur. Geçirilmiş streptokok enfeksiyonunu gösteren bir kanıt eşliğinde, iki majör bulgu ya da bir majör ve iki minör bulgu tanıyı kuvvetle düşündürür.

Modifiye Jones kriterleri

Majör bulgular	Minör bulgular	Grup A Streptokok enfeksiyonu kanıtı
<ul style="list-style-type: none"> - Kardit - Poliartrit - Sydenham koresi - Eritema marginatum - Deri altı nodülleri 	Klinik: <ul style="list-style-type: none"> - Ateş - Artralji Laboratuvar: <ul style="list-style-type: none"> - Akut faz reaktanlarında (ESH, CRP) artış - PR aralığında uzama 	<ul style="list-style-type: none"> - Yüksek veya yükselmekte olan streptokok antikor titresi - Pozitif boğaz kültürü

Geçirilmiş streptokok enfeksiyonu kanıtı varlığında kore bulunması akut romatizmal ateşi düşündürmelidir.

Akut romatizmal ateş tanısı düşünüldüğünde bildirimi yapılır.

Ayrııcı Tanı

- Juvenil romatoid artrit
- Reaktif artrit
- Sistemik lupus eritematosus
- Septik artrit
- Akut lösemi

Tedavi

1. Streptokok enfeksiyonunun tedavisi

- Benzatin penisilin (kas içine, tek doz)		<27 kg 600.000 ü
		>27 kg 1.200.000 ü
		veya
- Penisilin V (ağızdan)	Çocukta	50.000 ü/kg/gün
	Erişkinde	2-3 milyon ü/gün
		2-3 doza bölünerek, toplam 10 gün
Penisilin alerjisi varsa		
- Eritromisin (ağızdan)	Çocukta	40 mg/kg/gün, 2-4 dozda, 10 gün
	Erişkinde	günde 2-4 kez 500 mg, 10 gün

2. Antienflamatuvar tedavi

- *Asetil salisilik asit* 50-75 mg/kg/gün (en çok 4 gr)
4 dozda, 2-3 hafta içinde azaltılarak kesilir.

Profilaksi

- *Benzatin penisilin* (kas içine) kış aylarında 3 haftada bir
yaz aylarında 4 haftada bir

- *Penisilin V* (ağızdan) günde iki kez 250.000 ü
Penisilin alerjisi varsa

- *Eritromisin* günde iki kez 250 mg

Profilaksi süresi

İzole artrit : Yirmi yaşa kadar veya ataktan sonra en az 5 yıl
Kardit: Yaşam boyu

Sevk

- Kalp yetmezliği varsa, diürez, gerektiğinde dijitalizasyon, (Kalp Yetmezliği rehberine bakınız. Sayfa 45) yapıp *benzatin penisilin* ve antienflamatuvar tedavi uygulanarak hasta acilen sevk edilir.
- Kore ön tanısıyla değerlendirilen hastalar sevk edilir.
- Tanı kesin değilse ve kardiyak bulgu yoksa,
 - ESH yüksekse *benzatin penisilin* uygulanır ve hasta antienflamatuvar tedavi verilmeden sevk edilir.
 - ESH düşükse: *benzatin penisilin* ve izlem yapılır.
- Tanı kesinse, *benzatin penisilin* ve antienflamatuvar tedavi verilir ve hasta sevk edilir.

Kaynaklar

1. Ayoub EM. Acute Rheumatic Fever. Allen HD, Gutgesell HP, Clark EB, Driscoll DJ, ed. Heart Disease in Infants, Children, and Adolescents. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001:1226-41.
2. El Said GM, El-Refaee MM, Sorour KA, El-Said HG. Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease. Garson A, Bricker JT, Fisher DJ, Neish SR, ed. The Science and Practice of Pediatric Cardiology. Philadelphia: Williams & Wilkins, 1998:1691-724.
3. Lan AJ, Colford JM, Colford JM Jr. The Impact of Dosing Frequency on the Efficacy of 10-day Penicillin or Amoxicillin Therapy for Streptococcal Tonsillopharyngitis: A Meta-analysis. Pediatrics 2000; 105: E19.
4. Braunwald, ed. Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine, 6th ed. Philadelphia: Saunders, 2001.



ANJİNA PEKTORİS

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Anjina, genellikle;

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

Temel sorun kalp kasının oksijen gereksinimi ile kalbe gelen oksijen arasındaki dengenin bozulmasıdır.

Kararlı Anjina

- Egzersiz ve stresle ortaya çıkan ve
- İstirahat ve *nitrogliserin* (NG) ile geçen ve
- Genellikle 5-15 dakikadan kısa süren ağrı ile karakterizedir.

Kararsız Anjina

(aşağıdakilerden herhangi birinin varlığı tanı için yeterlidir)

- Karakteri ne olursa olsun son iki ay içinde başlayan veya
- İstirahat halinde gelen veya
- Genellikle 20 dakikadan uzun süren veya
- İlerleme gösteren; sıklığı, süresi, şiddeti artan, NG'ye yanıtı azalan veya
- Miyokard enfarktüsü, bypass, kalbe invazif girişim sonrası yeni gelişen ağrı ile karakterizedir.

Tanı

İyi bir anamnez anjina pektoris tanısı için yeterlidir. **Egzersiz veya stres ile gelen ve istirahat ile azalabilen, 5-15 dakika süren, prekordiyal bölgede başlayıp, boyuna, sol omuz ve kola yayılabilen ağrı tipiktir**. Ancak hastalar tipik ağrı tarif etmeden, anjina eşdeğeri kabul edilen efor dispnesi, sıkıntı hissi, fenalaşma gibi subjektif yakınmalarla başvurabilir.

Hasta; risk faktörleri ve anemi, hipertiroidi, aritmi, stres, ağır egzersiz gibi anjina ataklarını uyaraabilen nedenlerin varlığı açısından mutlaka sorgulanmalıdır.

Fizik muayene

Fizik muayene ve laboratuvar bulguları özgül olmayıp çoğu zaman normaldir. Terleme, dispne ve anksiyete görülebilir. Komplikasyonlara bağlı olarak S₃, S₄, mitral yetmezlik üfürümü, ral duyulabilir; ödem, nabız ve kan basıncı değişikliği saptanabilir.

Laboratuvar

EKG değişiklikleri (ST ve T değişiklikleri, anormal Q dalgası, ritim ve iletim bozuklukları) tanıyı destekler, EKG değişikliği olmaması olasılığı ortadan kaldırmaz. Olanak varsa, hemogloblin, açlık kan şekeri, kan kolesterol ve trigliserid düzeyi, akciğer grafisi değerlendirilmelidir.

Ayrırcı tanı

AĞRI KARAKTERİ	AĞRI YERİ	AĞRI YAYILIMI	FİZİK MUAYENE	ÖN TANI
Baskı, sıkıştırma, ağırlık, yanma tarzında; egzersiz, soğuk, stres ile artan, istirahat ve NG 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, tamponat	Aort diseksiyonu *
Ani başlangıçlı, bıçak saplanır tarzda, nefes almakla artan	Tek taraflı		Tek taraflı solunum seslerinde azalma, nefes darlığı	Pnömotoraks *
Ani başlangıçlı, bıçak saplanır tarzda, oturup öne eğilmekle azalan	Göğüs	Kalp apeksine, sol kol ve boyuna	Perikardiyal frotman duyulabilir	Perikardit *
Ani başlangıçlı, batıcı	Göğüs ve yan ağrısı		Dispne, hemoptizi, takipne, taşikardi, derin ven trombozu arayınız.	Pulmoner emboli *
Batıcı, nefes almakla artan	Yan ağrısı		Pnömonide ral, plöreziye plevral frotman	Plörezi ve pnömoni
Yanma tarzında, yemekten sonra, yatar pozisyonda artan	Substernal	Sternum arkasından yukarı	Özgül bulgu yok	Reflü özofajit
Palpasyon ve hareketle artan	Değişken		Özgül bulgu yok	Kas iskelet sistemi

* Hasta mutlaka ileri tetkik ve tedavi amacıyla bir üst basamağa sevk kurallarına uygun koşullarda sevk edilmelidir. (Sayfa 30)

Tedavi

Kararsız anjının her an miyokard enfarktüsüne ilerleyebileceği unutulmamalı ve hasta acilen sevk edilmelidir.

1- Anjının akut tedavisi

- *Aspirin* tablet 300 mg çiğnetilir **ve**
- *İzosorbid dinitrat* dil altı tablet 5 mg veya *nitrogliserin* sprey: Kontrendikasyon yoksa, 5 dk ara ile 3 kez verildikten sonra göğüs ağrısı geçmezse **hasta sevk edilmelidir**

2- Anjının uzun süreli ilaç tedavisi

- *Aspirin* tablet 100-300 mg/gün tek dozda (kontrendikasyon yoksa)
- Beta-bloker (kontrendikasyon yoksa, hastanın tolere edebileceği en üst doza çıkılabilir)
metoprolol tablet 100 mg/gün 2 doza bölünerek veya
atenolol tablet 50-100 mg/gün tek dozda

1 haftalık izlemten sonra;

Hasta beta-blokeri tolere edemezse, ilaç kesilip uzun etkili nitrat ve kalsiyum kanal blokeri kombinasyonu başlanır

Beta-bloker ile ağrı kontrol altına alınamazsa, tedaviye uzun etkili nitrat ve kalsiyum kanal blokeri eklenir.

- *izosorbid mononitrat* tablet 40 mg günde 2 kez (long retard kapsül ise 50 mg/gün tek doz) ve
- *verapamil* tablet 80 mg günde 3 kez; 3 x 120 mg'a kadar çıkılabilir (yaşlılarda 40 mg günde 3 kez) veya
- *diltiazem* tablet 30 mg günde 4 kez (yaşlılarda başlangıçta 2 kez, SR tablet ise 120 mg/gün tek doz) veya
- *amlodipin* tablet 5-10 mg/gün tek dozda

*** Kombine tedavi ile hastanın semptomları kontrol altına alınamazsa ve semptomlar hastanın aktivitelerini kısıtlıyorsa hasta sevk edilmelidir**

3- İlaç dışı tedavi

a. Anemi, hipertiroidi gibi tetikleyici nedenlerin düzeltilmesi

b. Risk faktörlerinin azaltılması

- Yaşam şeklinin değiştirilmesi
- Sigaranın bırakılması
- Hafif egzersiz (yürüyüş)
- Diyet
- Hasta obez ise ağırlığın ideal vücut ağırlığına gelmesi
- Alkol tüketiminin kısıtlanması
- Kan şekerinin düzenlenmesi (Diabetes Mellitus rehberine bakınız. Sayfa: 271)
- Kan basıncının düzenlenmesi (Hipertansiyon rehberine bakınız. Sayfa: 37)
- Kan lipidlerinin düzenlenmesi (Hiperlipidemi rehberine bakınız. Sayfa: 31)

Sevk

- Kararsız anjina düşünülen hastalar
- Ağrısı 15 dakikadan uzun süren, tedaviye yanıt vermeyen tüm olgular

Kararsız anjina ön tanısı ile sevk ederken:

- Damar yolunu aç
- Vital bulguları izle
- Oksijen 4 L/dk
- *Nitrogliserin* sprey veya *izosorbid dinitrat* 5 mg dil altı tablet
- *Morfin* 2-4 mg 5-10 dk arayla (en çok 10 mg)
- *Aspirin* tablet 300 mg çiğnetilir

Kaynaklar

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of Stable Angina. A national clinical guideline. SIGN:Edinburg, 2001.
2. Management of Patients with Chronic Stable Angina ACC/AHA/ACP-ASIM Practice Guidelines for J Am Coll Cardiol 1999;33:2092-197).
3. Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Part 7: the Era of Reperfusion: Section 1: Acute Coronary Syndromes The American Heart Association in Collaboration with the International Liaison Committee on Resuscitation. Circulation. 2000;102(8 Suppl).



HİPERLİPİDEMİ

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Hiperlipidemiler, lipoprotein metabolizma bozukluğu sonucu serum total kolesterol (TK), düşük dansiteli lipoprotein kolesterolü (LDL-K) ve trigliserid (TG) konsantrasyonlarında yükseklikte giden bozukluklardır. Yüksek dansiteli lipoprotein kolesterolü (HDL-K) düşüklüğü de duruma eşlik edebilir. Hiperlipidemi ateroskleroz ve buna bağlı komplikasyonların en önemli nedenidir.

Ülkemizde TK düzeyleri, batı toplumlarına göre genelde düşük olmakla birlikte, 30 yaş üstündeki erişkinlerin %25'inde TK 200 mg/dl'nin ve/veya TG 150 mg/dl'nin üstündedir. HDL-K düzeyleri ise, erkeklerin %70'inde, kadınların %50'sinde 40 mg/dl'nin altındadır. TK/HDL-K oranının artmasının, gelecekteki koroner olayların en iyi öngördürücülerinden biri olduğu gösterilmiştir.

Hiperlipidemiler primer ve sekonder olarak sınıflandırılır: Primer hiperlipidemilerde en önemli faktör kalıtım olup çevresel faktörler de katkıda bulunur. Sekonder hiperlipidemiler ise diyabet, kronik böbrek ve karaciğer hastalıkları, obezite, alkol kullanımı, hipotroidi ve ilaç kullanımı [steroid ve steroid yapılı hormonlar, tiazid grubu diüretikler, retinoidler, blokerler (bu ilaçların değiştirilmesi/kesilmesi için yarar/zarar değerlendirmesi yapılmalıdır)] gibi faktörlere bağlı gelişir.

Başvuru hangi nedenle yapılırsa yapılsın, aşağıdaki risklerin en az birini taşıyan bireylerde lipid profili (TK, LDL-K, HDL-K, TG) ölçülmeli, lipid düzeylerine bakılmayan ancak aşağıdaki risk faktörleri olan tüm hastalara yaşam biçimi değişiklikleri önerilmelidir:

1. 45 yaş üstündeki sağlıklı erişkinler
2. Postmenopozal kadınlar (fizyolojik ya da cerrahi)
3. Birinci derece akrabalarında hiperlipidemi ve erken koroner kalp hastalığı ve/veya ani ölüm öyküsü olanlar
4. Sigara içenler
5. Obezitesi olanlar (Obezite rehberine bakınız. Sayfa 277)
6. Aterosklerotik damar hastalığı (ASDH) öyküsü olanlar
7. Sekonder hiperlipidemi riski taşıyanlar

8. Metabolik sendromu olanlar; tanı ölçütlerinden en az 3 tanesi olmalıdır.

Metabolik sendrom tanı ölçütleri

Abdominal obezite	Bel çevresi:	Erkek >102 cm Kadın >88 cm
Trigliserid		>150 mg/dl
HDL-K		Erkek <40 mg/dl Kadın <50 mg/dl
Kan basıncı		³ 130/85 mmHg
Açlık kan şekeri		³ 110 mg/dl

Tanı

Semptom ve bulgular

Hiperlipidemiler genellikle semptom veya bulguya yol açmaz.
Ayrıntılı öykü alınmalı, tam fizik muayene yapılmalıdır.

Fizik muayene

- Vücut kitle indeksi (VKİ) hesaplanmalıdır: Vücut ağırlığı/(boy)² = kg/m² (Obezite rehberine bakınız. Sayfa 277)
- Deri: Ksantalezma, ksantoma
- Kardiyovasküler: Arter traselerinde üfürüm ve/veya nabız alınamaması
- Serebrovasküler: Karotid oskültasyonunda üfürüm ve benzeri bulgular araştırılmalıdır.

Tanı kan lipid düzeyleri ölçümü ile konur.

TG ölçümü için 12 saatlik açlık sonrası kan örneği alınmalıdır.

Lipid düzeyleri sınıflaması

	TK (mg/dl)	LDL-K (mg/dl)	TG (mg/dl)
Optimal		< 100	
Normal	<200	100-129	<150
Sınırdan yüksek	200-239	130-159	150-199
Yüksek	³ 240	160-189	200-500
Çok yüksek		³ 190	>500

HDL-K düzeyinin 40 mg/dl'nin altında olması düşük kabul edilmektedir.

Tedavi

Lipid düzeylerinin normale dönmesi, koroner arter hastalığı ve inme riski yanı sıra kardiyovasküler sistem (KVS) ölümlerini de azaltır. Hiperlipidemili birey, tüm diğer KVS risk faktörleri açısından değerlendirilmeli, izlem ve tedavi buna göre planlanmalıdır.

Tedavinin amacı koroner kalp hastalığı (KKH) için yüksek risk taşıyan hastalarda LDL-K'yi 100 mg/dl'nin, TK/HDL-K oranını 5'in altına düşürmektir.

Hiperlipidemi saptanan veya lipid düzeylerine bakılamayan ancak risk faktörleri olan hastalara yaşam biçimi değişiklikleri önerilmelidir. Bu önlemler çoğu hasta için en az ilaç tedavisi kadar önemlidir.

Önerilecek yaşam biçimi değişiklikleri:

- Doymuş yağ ve kolesterolden zengin besinlerden kaçınılması; lif, balık ve antioksidanlardan zengin beslenme
- Sigara ve alkolün bırakılması
- İdeal vücut ağırlığına ulaşılması (Obezite rehberine bakınız. Sayfa 277)
- Düzenli egzersiz: Haftada 4 kez en az 20 dakikalık tempolu yürüyüş veya egzersiz

İlaç Tedavisi

İlaç tedavisi mutlaka ikincil nedenler dışlandıktan sonra başlanmalıdır.

İlaç tedavisi hedefleri hastanın risk gruplarına göre belirlenir.

İlaç tedavisinde risk grupları.

Yüksek risk	Aterosklerotik damar hastalığı (ASDH) ve/veya Diabetes mellitus (DM) ve/veya Metabolik sendrom + ³ 50 yaş erkek Metabolik sendrom + < 50 yaş kadın + TK/HDL-K ³ 5
Orta risk	Koroner kalp hastalığı (KKH) için ³ 3 risk faktörü varlığı (ASDH veya DM yok) veya Metabolik sendrom + < 50 yaş
Düşük risk	En fazla 2 risk faktörü varlığı [ASDH, DM (glikoz intoleransı), metabolik sendrom yok]

Koroner kalp hastalığı risk faktörleri.

Yaş	Erkeklerde ³ 45, kadınlarda ³ 55 veya menopozda olması (fizyolojik veya cerrahi)
Aile öyküsü	Birinci derece erkek akrabalarında 55, birinci derece kadın akrabalarında 65 yaşından önce koroner arter hastalığı bulunması
Sigara	İçiyor olmak
Hipertansiyon	140/90 mm Hg üzeri kan basıncı veya antihipertansif tedavi görüyor olmak
Hiperkolesterolemi	TK ³ 200 mg/dl, LDL-K ³ 130 mg/dl
Düşük HDL-K	40 mg/dl altı
DM	Dişabet bir risk faktörü olmanın yanı sıra, koroner kalp hastalığı varlığına eşdeğer bir risk taşıdığından risk değerlendirmesinde ayrı bir yeri vardır.

Kolesterol yüksekliğinde statinler, trigliserid yüksekliğinde fibratlar kullanılır. Sadece kolesterol yüksekliği olan hastalarda statinlere kombine olarak ya da statinlerin kullanılmadığı durumlarda tek başına *kolestiramin* kullanılabilir.

Hiperlipidemi tedavisinde kullanılabilecek ilaçlar

İlaç*	Doz	Yan Etkiler	Kontrendikasyonlar
Fibratlar <i>Fenofibrat</i> (mikronize) <i>Gemfibrozil</i>	200-250 mg/gün bir kez 600-1.200 mg/gün iki kez	Mide-bağırsak sistemi bozuklukları, anksiyete, transaminazlarda yükselme, deri döküntüleri, pankreatit	Karaciğer ve böbrek yetmezliği, safra kesesi taşı, diyabetik nöropati, gebelik, emzirme.
Safra asid sekestranları <i>Kolestiramin</i>	8-36 g/gün dört kez	Kabızlık ve diğer mide-bağırsak sistemi yan etkileri, birlikte kullanılan ilaçların ve yağda çözünen vitaminlerin emilimini azaltır.	Tam biliyer tıkanma
Statinler (HMG-KoA redüktaz inhibitörleri) <i>Atorvastatin</i> <i>Fluvastatin</i> <i>Pravastatin</i> <i>Simvastatin</i>	Günde tek doz 10-80 mg/gün 40-80 mg/gün 10-40 mg/gün 10-80 mg/gün	Transaminazlarda yükselme, rabdomiyoliz, miyozit	Gebelik, laktasyon, aktif veya kronik karaciğer hastalığı, açıklanamayan transaminaz yüksekliği, ağır kas travması

*İlaç isimleri alfabetik sırayla yazılmıştır.

İzlem

Lipid düzeyleri yanı sıra, tedavi öncesi ve sonrasında serum transaminaz düzeyleri de izlenmelidir. Bu izlemler ilk 3 ay, 6 haftada bir (yani 2 kez), ilk yıl 3 aylık, daha sonra 6 aylık ara ile ve doz artışlarında yeni baştan yapılması önerilir. Serum transaminaz düzeyleri yüksek olan veya alkol kullanan hastalarda bu izlem özellikle önemlidir. Tedavi başlangıcında kreatinin fosfokinaz düzeyinin bilinmesi yararlı olabilir. Rutin kreatinin fosfokinaz kontrolüne gerek yoktur. Hastalara kas ağrısı, güçsüzlük veya aşırı halsizlik gibi yakınmalarında hekime başvurmaları gerektiğini söylemek yeterlidir.

İzlemler sırasında, ilaç kullananlarda yan etki değerlendirmesi de yapılmalıdır.

Tedavi sonrasında izlem ile hedeflerin yaşam boyu korunması amaçlanır. İlaç kullanan hastalarda tedaviye amaçlanan LDL-K değerini sağlayan en düşük doz ile devam edilmelidir.

Sevk

- Laboratuvar değerlendirme olanağı olmayan durumlarda tüm risk grupları
- Yüksek risk grubunda olup da yaşam biçimi değişikliği ve ilaç tedavisine 6 hafta sonunda yeterli yanıt vermeyen hastalar
- Başka sistemik hastalığı olan hastalar
- Yaşam biçimi ve beslenme değişikliğine yanıt vermeyen orta ve düşük risk grubu hastalar
- Öyküsünde ailesel hiperlipidemi olanlar

- Total kolesterolü 500 mg/dl'nin üstünde olanlar
- Hem kolesterol hem de trigliserid yüksekliği (mikst tip) olup, ilaçsız tedaviye yanıt vermeyen hastalar
- Orta ve düşük risk gruplarında, yaşam biçimi değişikliğiyle 3. ve 6. ayda amaçlanan LDL-K değeri sırasıyla 130 ve 160 mg/dl olup bu hedefe ulaşamadığında hasta sevk edilmelidir.

Kaynaklar

1. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Programme (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA 2001;285:2486-97.
2. Mahley RW, Bersot TP. Drug Therapy for Hypercholesterolemia and Dislipidemia. Hardman JG, Limbird EL, ed. Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics. 10th ed. New York: McGraw-Hill, 2001:971-1002.
3. Onat A, Ed. TEKHARF (Türk Erişkinlerde Kalp Sağlığı Risk Profili ve Kalp Hastalığı), Ohan Matbaacılık, 2000, İstanbul.
4. Türk Kardiyoloji Demeği Koroner Kalp Hastalıkları Korunma ve Tedavi Kılavuzu.



HİPERTANSİYON

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Hipertansiyon, farklı günlerdeki üç ayrı ölçümde sistolik kan basıncının 140 mmHg ve/veya diastolik kan basıncının 90 mmHg veya üzerinde olmasıdır.

Hipertansiyon tanı ve tedavisinin temel amacı, kan basıncı yüksekliğinin yaratabileceği komplikasyonları, örneğin kardiyovasküler, serebrovasküler ve renal olaylar gibi hedef organ hasarlarını ve bu komplikasyonlara bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır.

Tüm hipertansiyon vakalarının %95'ini primer hipertansiyon oluşturur. Erişkin nüfusta ortalama hipertansiyon prevalansı %30, 50 yaş ve üzeri nüfusta %45-50'dir.

Kardiyovasküler Risk Faktörleri:

- Diyabetes Mellitus (DM)
- Aile öyküsü (Anne baba kardeşlerden erkeklerde 55, bayanlarda 65 yaş önce koroner arter hastalığı görülmesi)
- Hipertansiyon
- Sigara
- Hiperlipidemi

Hipertansiyon İçin Risk Faktörleri	
Sıvı Fazlası olan durumlar	Aşırı tuz tüketimi Böbrek hastalığı nedeniyle hipervolemi
Birlikte olan durumlar	Obezite Aşırı alkol alımı Fizik aktivite azlığı
İlaç alımına bağlı Sempatomimetik ilaçlar(Ör: Dekonjesanlar vb)	Steroid olmayan antienflamatuvar ilaçlar Siklooksijenaz 2 inhibitörleri Oral kontraseptifler Steroidler Siklosporin vb Kokain ve amfetamin Meyan kökü

Tanı

Kan basıncı, hasta 5-10 dakika dinlendikten sonra, oturur pozisyonda, manşon kola uyumlu olacak şekilde, kol altı desteklenerek ve kalp hizasında ölçülmelidir. Kan basıncı yüksek saptanırsa ölçüm en az 5 dakika sonra tekrarlanmalıdır. Ölçüm hastanın ilk muayenesinde her iki koldan, sonraki değerlendirmelerde ise sağ koldan yapılmalıdır.

Semptomlar:

Kan basıncı yüksekliği çoğunlukla semptomsuzdur. Bu nedenle, sağlık ocağına başvuran her erişkin hastanın kan basıncı ölçülmelidir.

Fizik Muayene:

Hipertansiyonlu hastanın fizik muayenesi dikkatle yapılmalı, özellikle beden kitle indeksi, göz dibi, kardiyovasküler sistem değerlendirilmeli ve nörolojik muayeneye önem verilmelidir.

Laboratuvar İncelemesi:

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

- Tam idrar incelemesi
- Potasyum, sodyum, klor, BUN, kreatinin, ürik asit, kan şekeri, total kolesterol, HDL kolesterol, LDL-Kolesterol, trigliserid düzeyleri
- EKG
- Telekardiyogram

Ayırıcı Tanı

Sekonder hipertansiyon, tüm olguların %5'ini oluşturur. Hasta 20 yaş ve altı veya 60 yaş ve üstündeyse, karında üfürüm alınıyorsa, kan basıncı ataklar halinde yükseliyorsa, kan basıncı yüksekliği aniden başlamış ve çok şiddetli (Tablo 1) seyrediyorsa ya da ilaç tedavisine yanıt alınamıyorsa hasta sekonder hipertansiyon yönünden incelenmelidir.

Tedavi

Amaç kan basıncını kontrol altına alarak hedef organ hasarını önlemek ve varolan hasarın ilerlemesini durdurmaktır. Komplike olmamış hipertansiyonun tanı ve tedavisi birinci basamakta yapılmalıdır.

Hastaya hipertansiyon için risk faktörlerinin düzeltilmesi durumunda kan basıncının düzeltilebileceği ve ya daha rahat kontrol edilebileceği anlatılmalıdır.

Yaşam Biçimi Değişiklikleri (İlaç Dışı Tedavi):

Kan basıncı yüksek olan hastaların tümüne hipertansiyon hakkında eğitim verilmeli ve yaşam biçimi değişiklikleri önerilmelidir.

Yaşam biçimi değişiklikleri çoğu hasta için en az ilaç tedavisi kadar önemlidir:

- Sigaranın bırakılması
- İdeal vücut 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, Potasyum alımının artırılması
- Kolesterolde zengin besinlerden kaçınılması

İlaç Tedavisi

Yaşam biçimi değişiklikleri ile ilaç tedavisine başlanır.

Temel ilke bireyselleştirilmiş tedavidir. Eşlik eden kardiyovasküler risk faktörleri de göz önünde bulundurulmalı ve tedaviyi planlamak için hastanın mutlak riski değerlendirilmelidir. Hastanın risk faktörleri öncelikle ortadan kaldırılmalıdır.

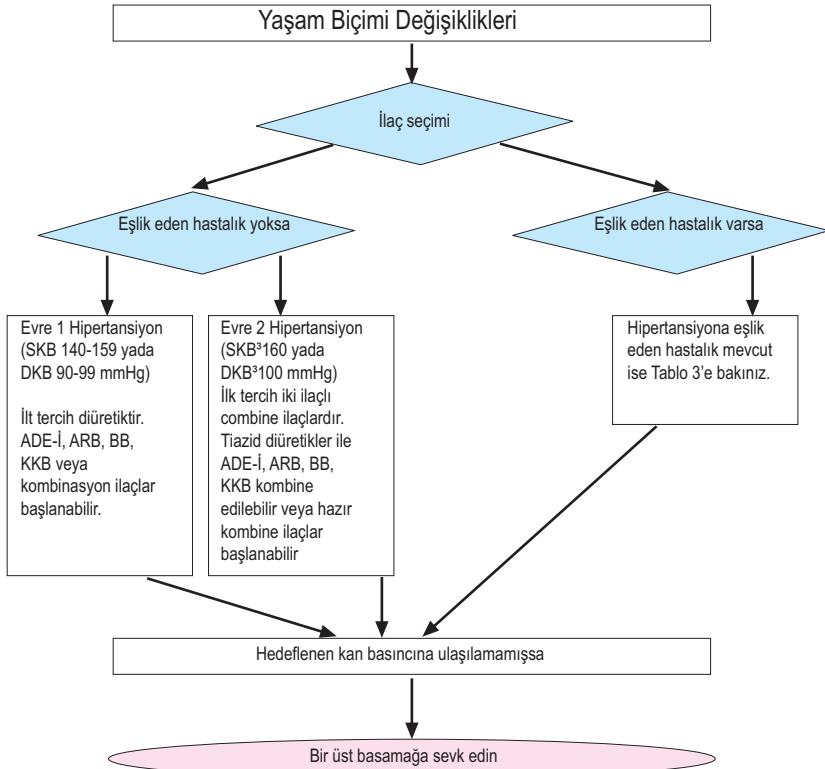
İlaç seçiminde son öneriler hekimleri serbest bırakmakla birlikte öncelikle etkisi kanıtlanmış ve ekonomik ilaçlar tercih edilmelidir.

Anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri denenmeden Anjiyotensin Reseptör Blokerleri başlanması tedavi maliyetini atıracaktır.

İlaç Seçimi:

Evre 1 Hipertansiyon: Diüretikler ile tedaviye başlanmalıdır, ancak kombine preparatlar veya Beta blokerler(BB), Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri(ADE-İ) , Anjiyotensin Reseptör Blokerleri (ARB), Kalsiyum kanal blokeri (KKB) de verilebilir.

Evre 2 Hipertansiyon: Tiazid diüretikler ile kombine ilaçlar tercih edilir, Tiazide + ADE-İ veya ARB veya Beta bloker veya KKB verilebilir.



Tablo 1. Kan basıncı evreleri tedavi biçimleri.

Kan Basıncı Sınıflaması	Sistolik Kan Basıncı	Diastolik Kan Basıncı	Yaşam Biçimi Değişiklikleri	İlaç Tedavisi	
				Eşlik Eden Hastalık Yoksa	Eşlik Eden Hastalık Varsa
NORMAL	<120	<80	Özendirilir	Antihipertansif ilaç tedavisine gerek yok	Hastanın durumu değerlendirilir. Tablo 3'e bakınız.
Prehipertansiyon	120-139	80-89	Evet		
Evre 1	140-159	90-99	Evet	İlk tercih diüretiktir. ADE-İ, ARB, BB, KKB veya kombinasyon ilaçlar başlanabilir.	
Evre 2	³ 160	³ 100	Evet	İlk tercih iki ilaçlı kombine ilaçlardır Thiazid diüretikler ile ADE-İ, ARB, BB, KKB kombine edilebilir veya hazır kombine ilaçlar başlanabilir	

Tablo 2. Antihipertansif tedavide kullanılan ilaç gruplarının kontrendikasyonları.

İlaç Sınıfı	Kontrendikasyonlar
Diüretikler (tiazid grubu)	Diyabet, dehidratasyon, elektrolit bozuklukları, akut koroner olaylar, dislipidemi, gut
Beta blokerler	Astım, KOAH, Kalp bloku*, dislipidemi, periferik damar hastalığı, depresyon
ADE inhibitörleri, ARB	Gebelik, hiperkalemi, bilateral renal arter darlığı
Kalsiyum antagonistleri (Nondihidropiridin grubu)	Kalp bloku**, Konjestif kalp yetersizliği**

ADE inhibitörleri: Anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri

ARB: Anjiyotensin reseptör blokerleri

* 2. ya da 3. derece AV blok

** 2. ya da 3. derece AV blok ve konjestif kalp yetersizliğinde verapamil ya da diltiazem kontrendikedir.

Tablo 2'de yer almayan ilaçlar (santral etkili antihipertansifler, alfa blokerler ve doğrudan etkili vazodilatörler)

hastanın uzmanı sevk edilmesinde zorluk olan durumlarda birinci basamak hekiminin yakın gözlemi altında verilmelidir.

Hedef Kan Basıncı	
<140/90 mmHg	Tüm hipertansiyon hastalarında
<130/80 mmHg	Diyabette
<125/75 mmHg	Proteinürlü (böbrek yetmezliğinde >1 gram/24 saat)

Özgül Tedavi Önerileri

- Yaşam biçimi değişiklikleri %10'luk bir hasta grubu için tek tedavi iken, farmakolojik tedavi önerilen hastalar için destek tedavi konumundadır.
- Hipertansiyonlu hastaların %50'si 12 aylık izlemde ilaç kullanımını bırakmaktadır. Tedaviye uyuncu artırmak amacıyla, uzun etkili ve tercihen tek dozda kullanılacak ilaç seçimi düşünülebilir. Tedaviye uyuncun sağlanması en az ilaç seçimi kadar önemlidir.
- Komplike olmayan hipertansiyonda, başka bir ilaç grubu için endikasyon yoksa veya bu ilaçların kullanılması için sakınca bulunmuyorsa diüretikler, ADE inhibitörleri, ARB'ler ya da beta blokerler tercih edilmelidir.
- Hipertansiyonda tedaviye, seçilen ilacın en düşük dozu ile başlanmalıdır. Burada amaç yan etkileri en düşük düzeyde tutmaktır. Kan basıncı kontrolü sağlanamazsa ve ilaç tolere edilebiliyorsa dozu artırılır, tolere edilemiyorsa tedaviye ikinci bir ilaç eklenir. Halen kullanılmıyor ve kullanımı için kontrendikasyon yoksa ilk ek ilaç seçeneği diüretikler olmalıdır.
- İlk ilaç hiç tolere edilememiş veya hiç yanıt alınamamışsa tamamen bırakılır.

İlk İlaç Seçenekleri

- Düşük dozlu, uzun etkili ve günde bir kez alınabilen bir ilaçla başlanır ve doz ayarlaması yapılır.
- Düşük doz kombinasyonlar da uygun olabilir.

Tablo 3. Antihipertansif tedavide ilaç grubu seçimleri.

Hipertansiyona eşlik eden hastalık	1. İlaç	İlk ilaca yanıt alınamıyor ya da kullanılamıyorsa eklenir ya da değiştirilir.	
		1. Alternatif	2. Alternatif
Yok	Diüretik ve/veya ADE-İ veya ARB	Beta blokerler	Kalsiyum kanal blokerleri
Astım, KOAH	ADE-İ veya ARB	Kalsiyum kanal blokerleri	Diüretik
Aritmi	Beta bloker	Verapamil veya Diltiazem	
Diabetes mellitus (DM)	Diüretik ve ADE-İ	Diüretik ve ARB	
DM+mikroalbuminüri	ARB	ADE inhibitörleri	
Anjina pectoris/ miyokard enfarktüsü sonrası	Beta blokerler ve/veya ADE-İ	Kalsiyum kanal blokerleri (Verapamil, diltiazem)	Diüretik
Kalp Yetmezliği	ADE-İ veya ARB ve/veya diüretik	Beta blokerler (bisoprolol, karvediol, metoprolol)	

Tablo 4. Antihipertansif tedavide kullanılacak örnek ilaçlar.

İlaç Grubu		Doz	Diğer İlaçlar
Diüretikler	<i>İndapamid</i>	Başlangıç: 1,5-2,5 mg/gün sabahları tek doz İdame: 2,5 mg/gün	
Beta blokerler	<i>Atenolol</i>	Başlangıç: 25-50 mg/gün, tek doz İdame: 25-100 mg/gün	<i>Bisoprolol</i> <i>Pindolol</i> <i>Asebutolol</i> <i>Propranolol</i> <i>Karvediol(a+b)</i>
	<i>Metoprolol</i>	Başlangıç: 50 mg/gün, tek doz İdame: 50-200 mg/gün	
ADE inhibitörleri*	<i>Enalapril</i>	Başlangıç: 5-10 mg/gün, tek doz İdame: 10-20 mg/gün	<i>Silazapril</i> <i>Benazepril</i> <i>Perindopril</i> <i>Fosinopril</i> <i>Trandolapril</i> <i>Kinapril</i>
	<i>Lisinopril</i>	Başlangıç: 5-10 mg/gün, tek doz İdame: 5-20 mg/gün	
	<i>Ramipril</i>	Başlangıç: 2,5-5 mg/gün tek doz İdame: 2,5-10 mg/gün	
Anjiyotensin Reseptör Blokerleri	<i>Losartan</i>	Başlangıç: 50-100 mg/gün, tek doz İdame: 50-100 mg/gün	<i>İrbesartan</i> <i>Telmisartan</i> <i>Kandesartan</i>
	<i>Valsartan</i>	Başlangıç: 80-160 mg/gün, tek doz İdame: 80-160 mg/gün	
Kalsiyum Kanal Blokerleri	<i>Nifedipin</i> (kontrollü salınımlı)	Başlangıç: 30-60 mg/gün, tek doz İdame: 30-90 mg/gün	<i>İsradipin</i> <i>Lasidipin</i> <i>Nisoldipin</i>
	<i>Nitrendipin</i>	Başlangıç: 10-80 mg/gün, 2 doza bölünerek İdame:10-80 mg/gün	
	<i>Amlodipin</i> ya da <i>Felodipin</i>	Başlangıç: 5mg/gün, tek dozda İdame: 5-10 mg/gün	

* Yaşlılarda, böbrek yetmezliği olanlarda ve diüretikle birlikte kullanılıyorsa verilen günlük dozların yarısını kullanınız.

Kombine İlaç Tedavisi:

Kan basıncının tek ilaçla kontrol altına alınamadığı durumlarda aşağıdaki kombinasyonlar önerilir:

- Diüretik + Beta bloker
- ADE inhibitörü + Diüretik
- ARB + Diüretik
- Kalsiyum antagonisti + ADE inhibitörü
- Kalsiyum antagonisti + ARB
- Kalsiyum antagonisti (dihidropiridin türevi) + Beta bloker
- ADE inhibitörü + Diüretik + Kalsiyum antagonisti
- ARB + Diüretik + Kalsiyum antagonisti

Özel Durumlar:

- **İzole Sistolik Hipertansiyon:** Diyastolik kan basıncı 90 mmHg'nın altında iken sistolik kan basıncının 140 mmHg veya üstünde olmasıdır. Özellikle yaşlılarda sık gözlenir ve mutlaka tedavi edilmelidir. İlk seçenek ilaçlar tiazid diüretikler ve uzun etkili kalsiyum antagonistleridir.
- **Gebelikte Hipertansiyon:** Hasta önceden antihipertansif tedavi alıyorsa ADE inhibitörleri ve anjiyotensin reseptör antagonistleri dışındaki ilaçlarına devam edilir. Gebelikte yeni ortaya çıkan hipertansiyon vakaları sevk edilmelidir. Sevk edilemediği durumlarda alfa-metildopa veya hidralazin kullanılabilir.
- **Çocukluk Çağında Hipertansiyon:** Büyük oranda sekonder hipertansiyon grubunda olduğu için birinci basamakta tedavisi önerilmez.
- **Hipertansif Acil Durumlar:** Hasta yüksek kan basıncı değerleri ile semptomsuz ya da hafif semptomlarla başvurduğunda kan basıncı kontrolü çok acil değildir. Yüksek kan basıncı değerlerini aniden düşürmekten kaçınılması, birkaç saat içinde kontrol altına alınması önerilir (özellikle nörolojik semptomları olan hastalarda). Bu amaçla kaptopril 25-50 mg çiğnetilerek verilir. Devamında hastanın almakta olduğu ilaç ek doz şeklinde ya da yeni bir ilaçla kombine edilerek hipertansiyon tedavisine devam edilir. **Sakıncaları nedeni ile dilalti nifedipin tedavisinden kaçınılmalıdır.** Hasta, yüksek kan basıncı değerleri ile birlikte gelişmiş ensefalopati (baş ağrısı, huzursuzluk, konfüzyon), akciğer ödemi, kararsız angina, miyokard enfarktüsü, intrakraniyal kanama ya da akut böbrek yetmezliği sorunlarıyla gelmişse tedavi acildir. Parenteral tedavi ve sorunların kontrolü için hasta sevk edilmelidir.

İzlem

Hastaya, tedavi başladıktan sonra 5-7. günlerden itibaren ev koşullarında en az 4-5 günlük kan basıncı değeri izlemi önerilir. Hasta kan basıncı kontrol altına alınana kadar 15-30 günde bir görülmelidir. Bu kontrollerde hastanın evde yaptığı izlem sorulmalı ve kan basıncı ölçülmelidir. İlaçların etkinlik ve yan etkilerin değerlendirilmesi bu kontrol sırasında yapılmalıdır.

Kan basıncı kontrolü sağlandıktan sonra, komplike olmayan hastaların kan basınçları 6 ayda bir kontrol edilmeli 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) 3 ayda bir bu değerlendirmeleri yaptırmalıdır.

Hastaya ilacının düzenli kullanımı ve yaşam biçimi değişiklikleri hatırlatılmalıdır. Yapılan çalışmalarda hastanın ilacını düzenli olarak alması büyük ölçüde hekimin hastaya hastalığını, hastalığının sonuçlarını ve tedaviyi anlaşılır biçimde anlatmasına bağlıdır, bu nedenle hastanın bilgilendirilmesi büyük önem taşır.

Sevk Ölçütleri

- Üç ilaca rağmen kontrol edilemeyen hipertansiyon vakaları
 - İntravenöz tedavi gerektiren hipertansif acil durumlar
 - Gebelikte ortaya çıkmış hipertansiyon vakaları
 - Çocukluk çağındaki hipertansiyon vakaları
 - Ağır hedef organ hasarı ya da klinik sorunlarla seyreden hipertansiyon vakaları
 - Sekonder hipertansiyon şüphesi olan hastalar
- sevk edilmelidir.

Kaynaklar

1. 1999 World Health Organization- International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. Journal of Hypertension 1999;17:151-83.
2. The Seventh Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC-VII). JAMA 2003;287:2560-2572.
3. The sixth report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC-VI). Arch Intern Med 1997;152: 2413-46.
4. The Treatment of Hypertension in Adult Patients with Diabetes, Diabetes Care 2002;25:134-47.
5. STOP Hypertension 2, Lancet 1999;354:1751-56.
8. Heart Outcomes Prevention Evaluation (HOPE) Study, NEJM 2000;342:145-53.
9. Onat A, ed. TekHarf Çalışması, Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı, Risk Profili ve Kalp Hastalığı, İstanbul: Ohan Matbaacılık, 2000.
10. American Diabetes Association. Treatment of Hypertension in Adults with Diabetes, Diabetes Care 2002;25, 71-73.



KONJESTİF KALP YETMEZLİĞİ (ERİŞKİN)

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

İstirahat veya günlük etkinliklerin gerektirdiği egzersiz sırasında, dokuların oksijen ve metabolik gereksiniminin kalp tarafından karşılanamamasıdır. Kalbin çalışma bozukluğuna (sistolik ve diyastolik disfonksiyon) veya dokuların artan gereksinimine (hipertiroidi, anemi) bağlı olabilir.

Etyoloji

İskemik kalp hastalıkları, hipertansiyon, kalp kapak hastalıkları, kardiyomiyopatiler en sık nedenlerdir.

Tanı

Semptom ve bulgular

Başlıcaları **nefes darlığı** , **halsizlik** , **egzersiz intoleransı** ve **ödem** dir.

Nefes darlığı, egzersiz veya istirahatte olabilir. Kalp yetmezliğinde nefes darlığının temel nedeni akciğer konjesyonudur. Konjesyon derecesine göre egzersiz dispnesi, ortopne ya da paroksizmal nokturnal dispne gelişebilir. Konjesyonun sistemik venlere yansımaları periferik ödem oluşur.

Halsizlik ve egzersiz intoleransı, kalbin pompalama gücünün azalması sonucu gelişen debi düşüklüğüne bağlıdır.

Bu semptomlardan herhangi birine bağlı olarak, fonksiyonel kapasite değişik derecelerde kısıtlanabilir. Fonksiyonel kapasitenin durumu, tedavi yaklaşımını belirlemede büyük önem taşır (Tablo 1).

Fizik muayene

Kalp-damar sistemi

Kalp hızı genellikle yüksektir. Pulsus alternans saptanabilir.

Kalp tepe atımının aşağı ve sola doğru yer değiştirmesi kalp büyüklüğünü göstermede basit ve değerli bir bulgudur.

S3 (3. kalp sesi) duyulması

Kalp yetmezliği nedenine bağlı olarak sistolik veya diyastolik üfürüm ve ek sesler duyulabilir.

Solunum sistemi

Akciğerde kreptan raller

Kostodiafragmatik sinüs kapalılığı

Solunum seslerinde lokal azalma (plevral sıvıya bağlı olarak)

Baş-boyun

Boyunda venöz dolgunluk

Karın

Hepatomegali

Asit

Ekstremiteler

Pretibial ödem

Laboratuvar**EKG**

Nedeni aydınlatmada yararlı olabilir. Kalp yetmezliği olan hastaların çoğunda EKG'de morfolojik, iskemik veya ritme ait bozukluk vardır. Bu nedenle, EKG'nin normal olması durumunda kalp yetmezliği tanısı gözden geçirilmelidir.

Telekardiyografi

Kalp büyüklüğü ve pulmoner konjesyonun değerlendirilmesinde önemlidir.

Tam kan sayımı

Anemi kalp yetmezliği nedeni olabileceği gibi, başka bir nedenle gelişen kalp yetmezliğinde klinik durumu bozan önemli bir faktör de olabilir. Kalp yetmezliği olan bir hastada hemoglobinin 10 gr/dl'nin altında olmaması istenir.

Biyokimyasal inceleme

Kalp yetmezliğinde, azalan böbrek fonksiyonu ve/veya ilaçlar nedeniyle böbrek fonksiyon testleri bozulabildiğinden izlemde üre ve kreatinin değerleri ölçülmelidir. Diüretik kullanımıyla dengesizlikleri gelişebileceğinden elektrolitler (Na^+ , K^+), sistemik konjesyonun değerlendirilmesi açısından karaciğer fonksiyon testleri de izlenmelidir. Bu testlerin bir üst basamakta yapılması önerilir.

Tiroid fonksiyon testleri

Hipertiroidi ve hipotiroidi kalp yetmezliği nedeni olabileceği gibi başka bir nedenle gelişen kalp yetmezliğinde klinik durumu bozan önemli bir faktör de olabilir. Bu tetkiklerin bir üst basamakta yapılması önerilir.

Tedavi

Kalp yetmezliğinin önlenmesi

Amaç miyokard hasarı oluşturabilecek herhangi bir durumda hasarın genişlemesinin önlenmesi, örneğin koroner arter hastalığında yeni enfarktüslerin önlenmesi için risk faktörlerinin azaltılmasıdır.

İlaçsız tedavi

- Yaşam tarzında değişiklikler yapılmalıdır.
- Tuz kısıtlanmalıdır. Yapay tuzlar, zengin K⁺ içeriği nedeniyle kalp yetmezliği olan hastalarda sakıncalıdır.
- Alkol alımı kesilmelidir.
- Sigara bırakılmalıdır. (Sigarayla bırakma rehberine bakınız. Sayfa 293)
- Yaygın inanışın aksine, hastalar ilaç tedavisi ile stabil hale geldikten sonra egzersize (yürüyüş gibi) teşvik edilmelidir. Bu egzersizler hastanın yaşam kalitesini artırır.
- Obezite kilo vermemelidir. (Obezite rehberine bakınız. Sayfa 277)
- İleri derecede kalp yetmezliği olanlar dışında sıvı alımı kısıtlanmamalıdır.

İlaç tedavisi

Fonksiyonel kapasite tedavide durumu belirleyici rol oynar (Tablo 1). Yetmezlik tedavisinde kullanılan ilaçların bir kısmı yaşam kalitesini, bir kısmı yaşam süresini artırır.

Tablo 1. Kalp yetmezliğinin tıbbi tedavisi

Fonksiyonel Kapasite ***		Kullanılması önerilen ilaçlar
1. SINIF	Günlük etkinliklerde semptomsuz	ADE inhibitörü
2. SINIF	Günlük etkinliklerde hafif semptomlu	ADE inh. * (veya ARB) + diüretik + beta blokör
3. SINIF	Günlük etkinliklerde belirgin semptomlu	ADE inh. * (veya ARB) + diüretik + beta blokör + <i>spironolakton</i> + kalp glikozidleri**
4. SINIF	İstirahatte semptomlu	ADE inh. * (veya ARB) + diüretik + beta blokör + <i>spironolakton</i> + kalp glikozidi **

* ADE inhibitörlerini tolere edemeyen hastalarda ARB verilir.

** *Digoksin* atrial fibrilasyon varlığında tüm sınıflarda kullanılır. Ayrıca ADE inhibitörü ve diüretik tedavisine rağmen semptomu olan 2-4. sınıf hastalarda kullanılması önerilir.

*** Tüm fonksiyonel kapasite sınıflarına ilaçlarla beraber yaşam tarzı değişiklikleri önerilmelidir.

Anjiyotensin Dönüştürücü (Converting) Enzim İnhibitörleri (ADE)

Yaşam süresini uzattığı gösterilmiş olan ADE inhibitörleri, fonksiyonel kapasiteye bakılmaksızın tüm hastalarda başlanmalıdır. ADE inhibitörleri tolere edilemediğinde anjiyotensin II reseptör blokörleri (ARB) önerilmelidir.

Diüretikler

Asemptomatik (1. sınıf) hastalarda önerilmez. Su ve tuz tutulum bulguları olan

(2-4. sınıf) hastalarda kullanılmalıdır. Konjesyon şiddeti arttıkça, tiazid diüretiklerinden daha etkili olan *furosemid* tercih edilmelidir. Diüretik alanlar elektrolit bozukluğu açısından izlenmelidir.

Beta adrenoseptör blokörleri

Günümüzde, fonksiyonel kapasitesi 2-4. sınıf olan hastalarda kullanımı önerilen beta blokörler, akut dönemde kalp yetmezliğinde kötüleşmeye yol açabileceği için, hastaların yatırılarak izlenebildiği merkezlerde başlanmalıdır. Beta blokörler akut kalp yetmezliğinde kontrendikedir.

Kalp glikozidleri

Kalp yetmezliğinde ilk seçilecek ilaçlar değildir. Bu ilaçların güvenlik aralığı dardır. Yaşlılarda, böbrek ve tiroid fonksiyon ve elektrolit bozukluğu olanlarda toksik etki çok çabuk gelişebilir.

Bu ilaçlar atrial fibrilasyonun eşlik ettiği vakalarda, sinüs ritmindeki hastalarda ise ileri kalp yetmezliğinde kullanılmalıdır. Ayrıca ADE inhibitörü ve diüretik tedavisine rağmen kalp yetmezliği semptomları süren 2-4. sınıf hastalarda kullanımları önerilir. Ağızdan kullanılan tek pozitif inotropik ilaç *digoksindir*.

Spironolakton

Aldosteron reseptör antagonistidir. K⁺ tutucu bir diüretik olmakla birlikte kalp yetmezliğinde kullanım nedeni diüretik etkisine bağlı değildir. ADE inhibitörü ve diüretik kullanılmasına rağmen fonksiyonel durumu 3-4. sınıf olan hastalarda 25 mg/gün kullanımın yaşam süresini uzatmaktadır. 1-2. sınıfta kullanım önerilmez.

Antitrombotik-antikoagülan tedavi

İskemik kaynaklı olan konjestif kalp yetmezlikli (KKY) hastalarda kontrendikasyon yoksa 100-300 mg *aspirin* önerilir. Atriyal fibrilasyonlu KKY'li hastalara aspirin başlanmalı ve antikoagülan tedavi (*varfarin*) açısından değerlendirilmek üzere sevk edilmelidir.

Antilipidemik tedavi

İskemik kaynaklı KKY'li hastalara lipid düzeylerine göre antilipidemik tedavi önerilmelidir (Hiperlipidemiler rehberine bakınız. Sayfa 31).

Tablo 2. Kalp yetmezliğinde kaçınılması veya dikkatli kullanılması gereken ilaçlar

- Steroid dışı antiinflamatuvar ilaçlar
- I. sınıf antiaritmik ilaçlar
- Kalsiyum antagonistleri (*verapamil*, *diltiazem*, birinci kuşak dihidropiridin türevleri)
- Trisiklik antidepresanlar
- Kortikosteroidler
- *Lityum*
- Yüksek sodyum içeriği olan ilaçlar (Örneğin Na içeren antiasit ve laksatifler)

İzlem ve Sevk

- Kontrol aralıkları klinik duruma göre ayarlanır. Klinik durum stabilse 3-6 ay aralarla kontrol yeterlidir. Semptomlarda artma olduğunda hasta en kısa sürede hekimine başvurmaktadır.
- Her kontrolde fonksiyonel kapasite sorgulanmalıdır. Fonksiyonel kapasitesi bir önceki değerlendirmeye göre kötüleşenlerde neden araştırılmalıdır (Dekompanseasyon tablosu).
- Diüretik veya ADE inhibitörü dozu semptomlara göre yeniden ayarlanan hastalar, üre ve K⁺ düzeyleri değişebileceği için, 1 hafta sonra ve stabil düzey sağlandıysa 3-6 ay aralarla izlenmelidir.
- Araya giren enfeksiyonlar yetmezliği dekompanse edebileceğinden her yıl grip aşısı yapılmalıdır.
- Kalp yetmezliği olan hastalarda fonksiyonel kapasiteye göre tedavi düzenlendikten sonra nedeni aydınlatmak ve olası tedavileri değerlendirmek amacıyla hasta sevk edilmelidir.
- Bazen hastalarda su-tuz tutulumunun ilk bulgusu kısa süre içinde kilo almaktır. Bu nedenle, hastalar her gün tartılma konusunda uyarılmalıdır. Kısa sürede kilo artışı belirlenen hastalarda diüretik dozunu geçici olarak artırmak çoğu zaman yararlıdır.
- Fonksiyonel kapasitenin kötüleşme nedeni bulunamazsa ileri sevk sağlanmalıdır.

Tablo 3. Kalp yetmezliğinde kötüleşmeye neden olan faktörler

Kalp Dışı Nedenler

- Önerilen tedaviye uyulmaması
- Kalp yetmezliğini kötüleştirebilecek ilaçların başlanması (Tablo 2)
- Alkol kullanımı
- Böbrek fonksiyonlarının bozulması
- Enfeksiyonlar
- Pulmoner embolizm
- Tiroid fonksiyonlarında bozulma
- Anemi

Kalbe Ait Nedenler

- Atrial fibrilasyon
- Diğer supraventriküler veya ventriküler aritmiler
- Bradikardi
- Mitral veya triküspit yetmezliğin artması
- Miyokard iskemisi veya infarktüsü

* İlaçların ciddi yan etkileri sorgulanmalıdır. Özellikle *digoksin* entoksikasyonu düşünüldüğünde (bulantı-kusma bazen tek semptom olabilir) *digoksin* kesilip hasta sevk edilmelidir.

* Tedavide karşılaşılabilecek en önemli komplikasyonlardan biri akut akciğer ödemidir. Bu durumda, tedavi (Tablo 4) olanaklar ölçüsünde yapılarak, hasta en kısa sürede hekim eşliğinde sevk edilmelidir.

Tablo 4. Akut Kalp Yetmezliği / Akciğer Ödemi Tedavisi

- Damar yolunun açılır (sıvı yüklenmesinden kaçınılmalıdır).
- Oksijen tedavisi (nazal kanül ile 2 L/dk) başlanır.
- *Furosemid* 20-80 mg damar yoluyla (önceden kullanan hastalarda yüksek doz gerekebilir) verilir.
- *Nitroglicerine* 10-20 mikrogram/dk damar yoluyla başlanıp doz kan basıncına göre ayarlanır.
- Damar yoluyla verilemediği durumlarda *nitroglicerine* 0,4 mg dil altı verilmelidir.
- *Kaptopril* 25 mg, ağızdan
- *Morfin sülfat* 2-4 mg ven yoluyla (Hipotansiyon ve bronkospazm varlığında kaçınılmalıdır.)

Tablo 5. Kalp yetmezliği tedavisinde kullanılan ilaçlar

İlaç Grubu		Başlangıç Dozu	İdame	Dozu Uyarılar
ADE inhibitörleri	<i>Kaptopril</i>	6,25 mg	25-50 mg *	Bilateral renal arter stenozu, daha önce ADE inh. tedavisi ile oluşmuş anjiyodem ve 5,5 mEq/L'nin üzerinde serum K ⁺ düzeyi varlığında kontrendikedir.
	<i>Enalapril</i>	2,5 mg	10 mg **	
	<i>Lisinopril</i>	2,5 mg	5-20 mg	
Diüretikler	<i>Furosemid</i>	20-40 mg	20-200 mg	Hipokalemi, hipomagnezemi, hiponatremi, hiperürisemi, glukoz intoleransı önemli yan etkilidir.
	<i>Hidroklorotiazid</i>	25 mg	50-75 mg	
	<i>Spironolaktone</i>	25 mg	25-50 mg	Hiperkalemi, jinekoma önemli yan etkilidir.
Beta blokörler	<i>Metoprolol</i>	12,5 mg	200 mg***	Ağır bradikardi, ileri derecede kalp bloku, ağır astım veya bronkospazm ve istirahat iskemisi bulunan periferik arter hastalığı varlığında kontrendikedir.
	<i>Bisoprolol</i>	1-2,5 mg	10 mg ***	
	<i>Karvediol</i>	3,125 mg	50 mg ***	
Kalp glikozidleri	<i>Digoksin</i>	0,250 mg	0,125-0,250 mg	Güvenlik aralığı dardır. Yaşlı, renal fonksiyonu bozulmuş ve zayıf hastalarda doz azaltılmalıdır.
ARB	<i>Losartan</i>	25 mg	50 mg	Hipertansiyon, ciddi böbrek yetersizliği (kreatinin düzeyi 2,5 mg üstünde sakıncalıdır).
	<i>Valsartan</i>	40 mg	80 mg	

* Günde iki doz

** Günde üç doz

*** Toler edilebilir idame dozuna kadar kademe kademe artırılmaya çalışılmalıdır.

Kaynaklar

1. Packer M, Bristow MR, Cohn JN et al. For the Carvediol Heart Failure Study Group. The Effect of Carvediol on Morbidity and Mortality in Patients with Chronic Heart Failure. N Eng J Med 1996;334: 1345-55.
2. The Digitalis Investigation Group. The Effect of Digoxin on Mortality and Morbidity in Patients with Heart Failure. N Engl J Med 1997;336:525-33.
3. Pitt B, Zannad F, Remme WJ et al. The Effect of Spironolactone on Morbidity and Mortality in Patients with Severe Heart Failure. Randomized Aldactone Evaluation Study Investigators. N Engl J Med 1999;34:709-17.
4. CIBIC-II Investigators and Committees. The Cardiac Insufficiency Bisoprolol. Study II(CIBIC-II): A Randomized trial. Lancet 1999;353: 9-13.
5. MERIT-HF Study Group Effect of Metoprolol CR/XL in Chronic Heart Failure. Intervention Trial in Randomized Intervention Trial in CHF (MERIT-HF). Lancet 1999; 353: 2001-7.
6. Bristow MR. Management of Heart Failure. Braunwald E, Zipes DP, Libby P, ed. Heart Disease. 6th ed. Philadelphia: Saunders; 2001; 635-58.
7. Remme WJ, Swedberg K. Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure. Eur Heart J 2001;22:1527-60.
8. 1999 World Health Organization-Internal Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. Journal of Hypertension 1999;17:151-183.
9. Cohn JN, Tognoni G. A Randomized Trial of the Angiotensin-receptor Blocker Valsartan in Chronic Heart Failure. N Engl J Med. 2001;345:1667-75.
10. Heart Outcomes Prevention Evaluation (HOPE) Study. N Engl J Med 2000;342:145-53.



AKUT MYOKARD ENFARKTÜSÜ

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Akut miyokard enfarktüsü (AME), akut koroner sendromlar olarak bilinen kararsız anjina pectoris ve ST yükselmesi olmayan miyokard enfarktüsünü (ME) de içeren klinik sendromlardan biri ve en ciddi olanıdır. Miyokardın belli bir bölgesine gelen kan akımının azalma veya kesilmesi sonucu gelişir. Etyopatogeneze ateroskleroz (%95) sorumludur.

Tanı

Semptom ve bulgular

Göğüs ağrısı en önemli klinik bulgudur. Sıklıkla prekordiyumda 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 veya eforsuz başlayabilir, narkotik analjeziklerle giderilebilir. Hastalarda ağrı olmaksızın sıkıntı hissi, çarpıntı, bayılma, nefes darlığı gibi yakınmalar olabilir; akut akciğer ödemi, kardiyojenik şok tablosu ile gelebilirler.

Fizik muayene

Miyokard enfarktüsüne özgül bulgu yoktur.

Solukluk, terleme ve anksiyete olabilir. Nabız ve kan basıncı artışı genellikle beklenmekle birlikte, normal ya da azalmış da olabilir. Dinlemekle kalp sesleri derinden gelebilir, bazen S₃- S₄ gallop, sistolik üfürümler ve perikard frotmanı duyulabilir.

Kalpте nekroz alanının geniş olduğu hastalarda akut akciğer ödemi veya kardiyojenik şok bulguları ortaya çıkabilir.

Laboratuvar bulguları

EKG:

Enfarktüs alanına uyan derivasyonlarda değişiklik olur. Başlangıç döneminde, ilgili derivasyonlarda T dalgasında sivrileşme, akut dönemde ST segment ve T dalgasında yükselme olur (EKG örneklerine bakınız. Sayfa 54). İnför ME saptanan olgularda sağ göğüs derivasyonları da çekilir, V₄R' de 1 mm'den fazla ST segment yüksekliği sağ ventrikül ME'yi düşündürür. Ayrıca enfarktüse bağlı olarak gelişen aritmiler saptanabilir.

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

Biyokimyasal değişiklikler

Biyokimyasal incelemelerde serumda miyogloblin (1-4 saat), CK-MB (4-8 saat), troponin-T ve I (3-12 saat) (olanak varsa) bakılır ve yükseklik saptanır.

Tanı erken dönemde tipik göğüs ağrısı, EKG değişiklikleri ve mümkünse biyokimyasal değişikliklerin gösterilmesiyle konur.

Ayırıcı Tanı

Akut miyokard enfarktüsü aşağıdaki durumlarla karışabilir:

- Aort diseksiyonu
- Pulmoner emboli
- Pnömotoraks
- Perikardit
- Prekordiyal bölgede kas-eklem ağrıları
- Akut kolesistit
- Peptik ülser
- Dispepsi

Tedavi

Amaç

- 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

- 1- Oksijen 4-6 l/dk uygulanır.
- 2- Damar yolu açılır.
- 3- **Antiagregan tedavi: Asetil salisilik asit 300 mg (160-325 mg arası) çiğnetilir**
- 4- Ağrının giderilmesi: *Morfin sülfat* (2-4 mg damar yoluyla), yoksa *meperidin* (50-100 mg kas içine) verilir. Ağrının geçmemesi durumunda 15 dakika sonra aynı doz tekrarlanabilir.
- 5- Antiiskemik tedavi:
 - a. *İsosorbid dinitrat* 5 mg: Hipotansiyon, bradikardi ile seyreden sağ ventrikül enfarktüsünde ve *sildenafil* kullananlarda kontrendikedir.

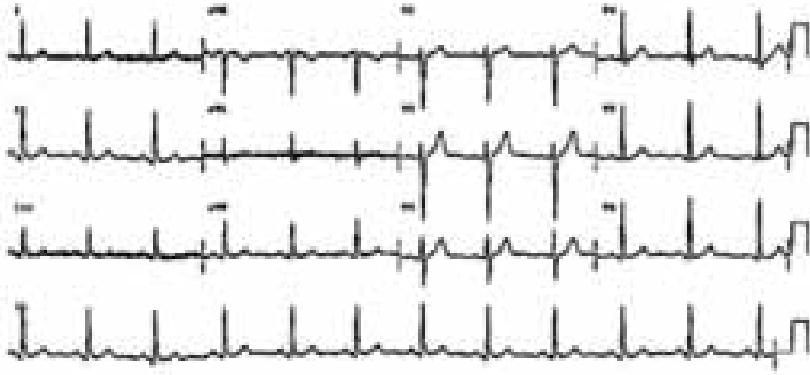
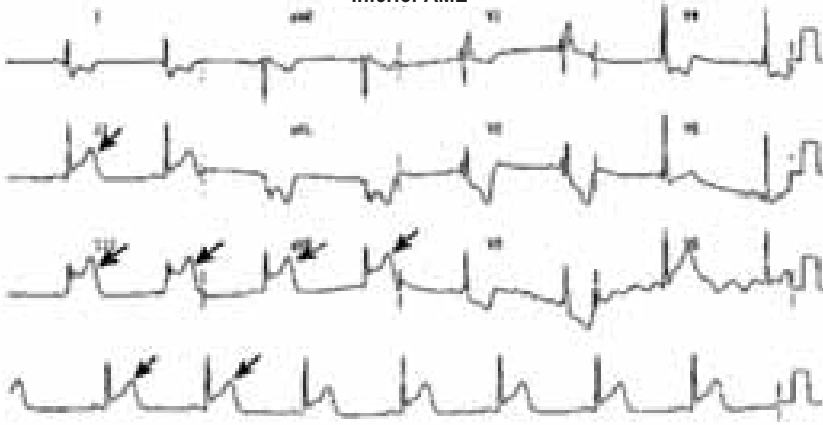
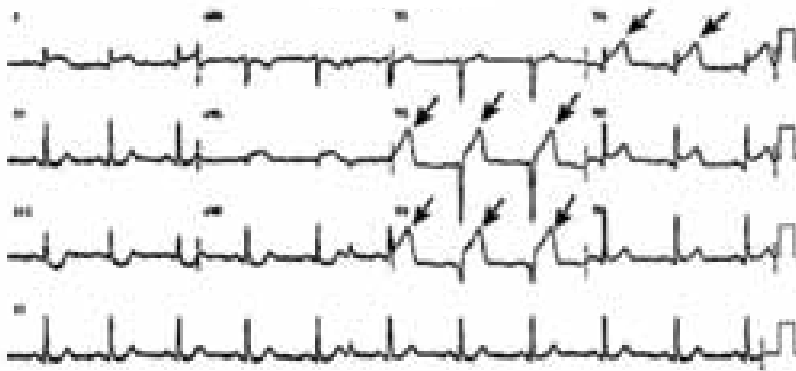
b. Beta blokerler: Kalp hızı 60/dk altında ve sistolik kan basıncı 90 mmHg'nın altında değilse *metoprolol* 5 mg damar yoluyla yavaş infüzyonla (3-5 dk içinde gidecek şekilde) ve 5 dakika aralarla toplam 3 kez verilebilir. Monitörize edilemiyorsa uygulanmamalıdır.

Sevk

Reperfüzyon tedavisi 12 saate kadar yapıldığı takdirde hayat kurtarıcı olduğundan, birinci basamakta 20 dakikadan uzun süren ve iskemik ağrı düşündüren tüm hastalar, EKG bulgusu olsun olmasın yukarda anlatılan tedavi şeması hızla uygulanarak, ambulans ya da benzeri bir araçla derhal koroner yoğun bakım birimi olan bir merkeze sevk edilmelidir. Hastanın başvurusundan sevkin tamamlandığı son ana kadar aritmilere (VF/ nabızsızVT) bağlı ölümleri önleyebilmek için defibrilasyon şartları sağlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Braunwald E, ed. Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine, 6 th ed. Philadelphia: Saunders, 2001.
2. Topol EJ, ed. Textbook of Interventional Cardiology, 3rd ed. Philadelphia:Saunders, 1999.
3. Goldman L, Braunwald E, eds. Primary Cardiology. Philadelphia:Saunders, 1998.
4. Giuliani ER, Gersh BJ et al, eds Mayo Clinic Practice of Cardiology, 3rd ed. London:Mosby- Wolfe, 1997.
5. Volta SD et al, eds. Cardiology. London: Mc Graw-Hill, 1999.

EKG Örnekleri:**Normal EKG****İnferior AME****Anteior AME**



PEPTİK ÜLSER

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Mide asidi ve pepsinin yol açtığı mukozal hasarın oluşmasıyla ortaya çıkan peptik ülser daha çok orta ve ileri yaşlarda gözlenir. Önde gelen etyolojik neden *Helicobacter pylori* enfeksiyonudur. *H. pylori* enfeksiyonu yaşla artar; ülkemizde prevalansı 40-50 yaş grubunda %80'dir. Duodenal ülserli hastaların %90-96, gastrik ülserli hastaların %60-80'inde *H. pylori* antijeni pozitifliği saptanmaktadır.

Tanı

Öykü

Öyküde yer alabilecek risk faktörleri arasında steroid olmayan antienflamatuvar ilaç (SOAEI) ve aspirin kullanımı, stres (travma, ağır yanık, enfeksiyon, cerrahi girişim) ve hipergastrinemi sayılabilir.

Noninvazif Hp testleri (Hasta bu testlerle size başvurabilir.)

- Anti Hp seroloji
- C13 üre soluk testi
- Dışkıda Hp antijen testi

Semptomlar

Peptik ülser semptomları

- Yanma, kazınma şeklinde epigastrik ağrı
- Yiyecek ve antiasidlerle azalan ağrı
- Gece uykudan uyandıran veya öğün aralarında mide boşken ağrı (pirozis / göğüste yanma peptik ülserden çok gastro-özofageal reflü ile uyumludur)
- Ekşime, yanma, şişkinlik, bulantı gibi dispeptik yakınmalar

Komplike peptik ülser bulgu ve semptomları

- Gastrointestinal kanama: dışkıda gizli kan (+), melena, hematemez, anemi
- Obstrüksiyon (bulantı, kusma)
- Penetrasyon, perforasyon (şiddetli karın ağrısı)
- Kanseri (kilo kaybı, iştahsızlık)
(kanseri riskinin yaşla arttığı akılda tutulmalıdır)

Fizik muayene

Epigastriumda derin palpasyonla hassasiyet olabilir.

Dispeptik yakınmalarla gelen hastalarda klinik değerlendirme ile peptik ülser düşünülebilir. Ancak kesin tanıya endoskopi veya radyolojik incelemeyle ulaşılabilir.

Ayırıcı tanı

- Fonksiyonel dispepsiler (dispeptik yakınmalarla gelen hastaların %60'ında)
- Gastroözofageal reflü
- Safra kesesi hastalıkları
- Mide kanseri
- Kronik pankreatit

Tedavi

Amaç

- Semptomların giderilmesi
- Peptik ülserin tedavisi ve komplikasyonların engellenmesi
- *H. pylori* eradikasyonu ile tekrarlama ve komplikasyonların engellenmesi

Tedavide diyetin yeri yoktur. Ancak, hastanın kendisine rahatsızlık verdiğini söylediği yiyecekleri yememesi önerilebilir.

Peptik ülser SOAEİ kullanımına bağlı ise, ilaç kesilir, alkol ve sigara kullanımı bırakılır.

1. İlaç tedavisi

Proton pompa inhibitörü veya H₂ reseptör blokerlerinden biriyle dört hafta tedavi verilir ve kontrole çağrılır.

Tedavi seçenekleri	H ₂ Reseptör Blokeri	Proton Pompa İnhibitörü
1	Ranitidin 300 mg/gün, 2 eşit dozda	Omeprazol 40 mg/gün, tek dozda
2	Nizatidin 300 mg/gün, 2 eşit dozda	Lansoprazol 30 mg/gün, tek dozda şiddetli ise 60 mg/gün, 2 eşit dozda
3	Famotidin 40 mg/gün tek doz	Pantoprazol 40 mg/gün, tek dozda şiddetli ise 80 mg/gün, 2 eşit dozda

3. *H. pylori* nedenli peptik ülserde ilaç tedavisi:

Hp tedavi rejimleri

- Proton pompa inhibitörleri (veya *bizmut* preparatları)
- *Klaritromisin*
- *Amoksisilin* veya *metronidazol*

Etkenin eradikasyonu için, 2 hafta sürdürülecek üçlü tedavi uygulanır:

Omeprazol 40 mg/gün, 2 eşit dozda Lansoprazol 60 mg/gün, 2 eşit dozda Pantoprazol 80 mg/gün, 2 eşit dozda	veya	Amoksisilin 2.000 mg/gün, 2 eşit dozda Klaritromisin 1.000 mg/gün, 2 eşit dozda	ve
Omeprazol 40 mg/gün, 2 eşit dozda Lansoprazol 60 mg/gün, 2 eşit dozda Pantoprazol 80 mg/gün, 2 eşit dozda	veya	Metronidazol 1.000 mg/gün, 2 eşit dozda Klaritromisin 500 mg/gün, 2 eşit dozda	ve
Ranitidin Bizmut sitrat 800 mg/gün, 2 eşit dozda		Amoksisilin 2.000 mg/gün, 2 eşit dozda Klaritromisin 1.000 mg/gün, 2 eşit dozda	ve

Tedavi tamamlandıktan sonraki iki haftalık süre içerisinde hastanın semptom ve klinik bulguları devam ediyorsa hasta endoskopik inceleme için sevk edilmelidir.

İzlem

Hasta akut komplikasyonlar açısından izlenmelidir:

- Obstrüksiyon
- Penetrasyon
- Perforasyon
- Mide-bağırsak sistemi kanaması

Sevk

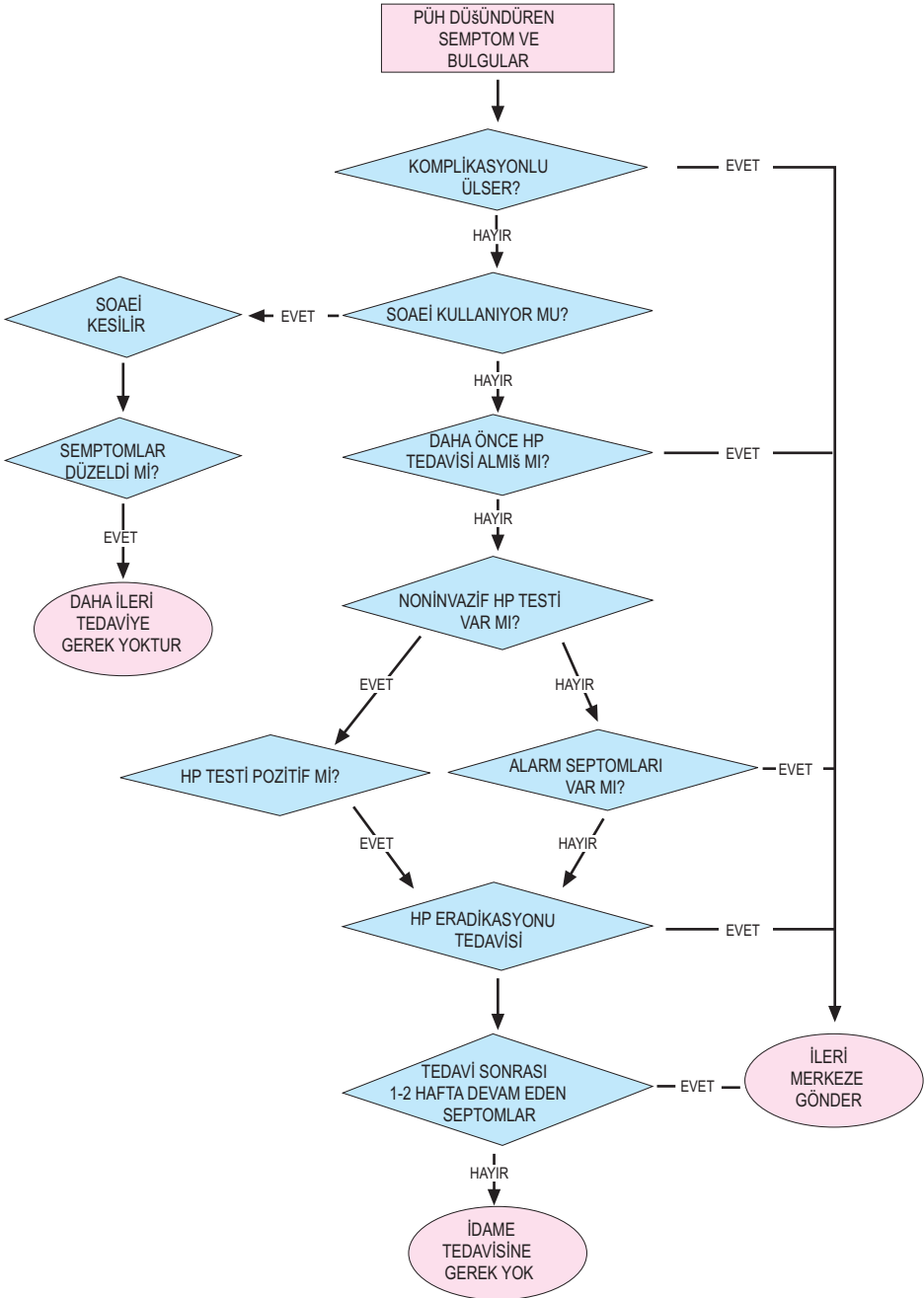
- 45 yaşın üstündeki dispepsili hastalar
- Alarm semptomları (45 yaşın üstündeki hastada, bulantı / kusma, anemi, gastrointestinal kanama öyküsü, dışkıda gizli kan (+), şiddetli karın ağrısı hızlı kilo kaybı, disfaji / odinofaji) olanlar
- Komplikasyon şüphesi olan veya saptananlar
- Tıbbi tedaviye uygun denetlenmek kaydıyla, tedaviye yanıtız kalan hastalar sevk edilmelidir.

Akut komplikasyon belirlenen hasta, damar yolu açılıp sevk edilmelidir.

Kaynaklar

1. Damman HG et al. Eradication of *Helicobacter Pylori* with Pantoprazol. *Helicobacter*; 2000;5:41-51.
2. Dyspepsia; Challenges in Diagnosis and Selection of Treatment. *Clin Ther*; 2001; 23:1130-44.
3. Fichbach LA, Goodman KJ, Feldman, Aragaki C. Source of Variation of *Helicobacter Pylori* Treatment Success in Adults Worldwide: A Meta-analysis. *Int J Epidemiol* , 2002; 31:128.
4. Leodolter, Kuling M, Brasch H, Meyer-Sabellek W, Willich SN, Malferheiner P. A Meta –analysis comparing Eradication, Healing and Relaps Rates in Patients with *Helicobacter Pylori* . *Ther* 2001;15:1949-58.
5. Miehlk S et al. Treatment of *Helicobacter Pylori* Infection. *Semin Gastrointest Dis* 2001;12:167-79

ERİŞKİNLERDE PEPTİK ÜLSER HASTALIĞI (PÜH)





AKCİĞER TÜBERKÜLOZU (ÇOCUK)

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Çocukluk çağı tüberkülozu, genellikle, erişkin bir tüberküloz hastasının yaydığı *Mycobacterium tuberculosis* basilini çocukların inhale etmesi sonucu gelişir. Sıklıkla hiler lenfadenopati ve akciğerde konsolidasyonlarla seyreder. Adölesan döneminde erişkin (reaktivasyon) tipi tüberküloz görülebilir.

Risk faktörleri

- Ailede tüberkülozlu bir hasta olması
- İlk beş (özellikle ilk) yaşta tüberküloz enfeksiyonunun tüberküloz hastalığına dönüşme olasılığı çok yüksektir. Ayrıca, bu yaş grubunda yaşamı tehdit eden menenjit ve miliyer tüberküloz daha sık gelişir.
- Enfeksiyondan sonraki ilk 6 ayda tüberküloz hastalığı gelişme riski en yüksektir ve bu risk 2 yıl boyunca yüksek kalır.
- İmmün sistemin baskılandığı durumlar (malnütrisyon, kızamık, suçiçeği, boğmaca, HIV enfeksiyonu, lösemi ve lenfoma gibi maligniteler, kronik böbrek yetersizliği, kortikosteroidler ve immün sistemi baskılayıcı tedaviler, immün yetersizlikler)

Tanı

Öykü

Ev içinde tüberkülozlu bir hastanın olması tanısal açıdan çok önemlidir.

Semptomlar

- Öksürük, ateş, kilo kaybı, kilo alamama, gece terlemesi, halsizlik ve iştahsızlık
- Çocuklarda yaş küçüldükçe bu semptomların görülme sıklığı azalır.

Fizik muayene

Özgül bir fizik muayene bulgusu yoktur. Fizik muayene normal olabilir.

Akciğerdeki lezyona göre ral, ronküs ya da tuber suflı (bronşiyal solunum) duyulabilir. Küçük çocuklarda lenfohematojen yayılım sık olduğundan hepatomegali ve/veya splenomegali görülebilir.

Laboratuvar**Radyolojik bulgular**

Akciğer grafisinde hiler ya da paratrakeal lenfadenopati, konsolidasyon, ateletazi, pleval efüzyon, miliyer görünüm, erişkin tip tüberküloz varsa kavite olabilir.

Tüberkülin deri testi

PPD kullanılarak yapılan tüberkülin deri testi pozitifliğine aşağıdaki ölçütlerle karar verilir:

BCG'siz	0-4 mm	Negatif kabul edilir.
	5-9 mm	Şüpheli kabul edilir. Testten sonraki 7-14 gün içinde test yinelenir; ölçüm 5-9 mm ise negatif, 10 mm ve üstünde ise pozitif kabul edilir.
	10 mm ve üstü	Pozitif kabul edilir.
BCG'li	0-4 mm	Negatif kabul edilir.
	5-14 mm	BCG'ye bağlı olduğu kabul edilir.
	15 mm ve üstü	Pozitif kabul edilir.
Bağıışıklığı baskılanmış, malnütrisyonlu, HIV enfeksiyonlularda 5 mm ve üstü pozitif kabul edilir.		

Bakteriyoloji

Tüberküloz hastalığı düşünüldüğünde, mümkünse bakteriyolojik inceleme yapılmalıdır. Hasta çıkarabiliyorsa balgam, çıkaramıyorsa açlık mide suyu örneği alınır. Tüberküloz basilleri için mikroskopik inceleme ve olanak varsa kültür yapılır.

Çocukluk çağı tüberkülozunda bakteriyolojik tanı oranı çok düşüktür.

Bakteriyolojik olarak kanıtlanamayan durumlarda, tanı birçok faktörün bir arada değerlendirilmesiyle konur:

- Tüberkülozlu bir hasta ile temas öyküsü
- Tüberküloz hastalığı şüphesiyle değerlendirilen çocukların yakınları, aile bireyleri ve sık görüştüğü kişiler arasında, verem savaşı dispanserinde yapılan taramada kaynak olgu saptanması
- Tüberkülin deri testinin pozitif olması
- Öykü ve fizik muayene bulguları
- Radyolojik bulgular

Tedavi

Başlangıç tedavisi döneminde 2 ay üç ilaç kullanılır:	
<i>Izoniazid</i> (H)	10-15 mg/kg/gün (en çok 300 mg/gün)
<i>Rifampisin</i> (R)	10-15 mg/kg/gün (en çok 600 mg/gün)
<i>Pirazinamid</i> (Z) ya da <i>Morfazinamid</i> (M)*	20-40 mg/kg/gün (en çok 2 gr/gün) 40-60 mg/kg/gün (en çok 3 gr/gün)
Devam tedavisi döneminde 4 ay iki ilaç kullanılır:	
<i>Izoniazid</i> (H)	10-15 mg/kg/gün (en çok 300 mg/gün)
<i>Rifampisin</i> (R)	10-15 mg/kg/gün (en çok 600 mg/gün)

*Ülkemizde *pirazinamid* yerine *morfazinamid* kullanılabilir. Dozlara dikkat edilmelidir.

Tedavinin düzenli ve sürekli verilmesi çok önemlidir. Bu nedenle, 'doğrudan gözetimli tedavi' uygulanması önerilir. İlacın her bir dozu bir sağlık personelinin gözetimi altında içirilmelidir.

Korunma

1. Tüberkülozlu erişkin hastanın tedavisi, basil kaynağını yok ederek bulaşmayı önler.
2. BCG aşısı, doğumdan sonra ikinci ayda ve ilkökul birinci sınıfta yapılır.
3. **Tüberküloz enfeksiyonu (tüberkülin testi pozitif olan ancak klinik veya radyolojik bulgu saptanmayan) veya tüberkülozlu bir hastayla temas öyküsü (enfeksiyon şüphesi) olan kişilerde, koruyucu ilaç tedavisi tüberküloz hastalığı gelişimini belirgin olarak azaltır** .

Koruyucu ilaç tedavisi aşağıdaki durumlarda uygulanır:

- Tüberkülin deri testi pozitif olan 6 yaşından küçük tüm çocuklar
- Akciğer tüberkülozlu bir hasta ile aynı evde oturan 15 yaş ve altındaki çocuklar (tüberkülin deri testi negatif olsa bile)
- Temas öyküsü olan immün sistemi baskılanmış çocuklar (tüberkülin deri testi negatif olsa bile)
- Tüberkülozlu anneden doğan bebekler
- Tüberkülin deri testinin negatifken, arada BCG yapılmamış olmak kaydıyla, en az 6 mm'lik artışla 12 ay içinde pozitifleştiği çocuklar

Koruyucu ilaç tedavisinde;

- *Isoniazid* 10 mg/kg/gün (en çok 300 mg/gün) 9 ay süreyle verilir.

Kaynak olgu *izoniazid* e dirençliyse;

- *Rifampisin* 10 mg/kg/gün (en çok 600 mg/gün) 6 ay süreyle verilir.

İzlem

- Tedaviye başlandığı gün hastanın bildirimi yapılır.
- Beslenme düzenlenir.
- Eksik aşılar tamamlanır.
- Hasta, verem savaşı dispanserisiyle birlikte düzenli aralıklarla izlenir. Birinci ay sonunda tedaviye yanıt değerlendirilir. Daha sonra hasta aylık dönemlerle izlenir.

Sevk

Verem Savaşı Dispanserine sevk

Tüberküloz hastalığı veya şüphesinde her çocuk, tanı konulması, tedavi planı, ilaçların ücretsiz sağlanması ve tedavinin düzenli yürütülmesi için verem savaşı dispanserine gönderilir.

Kaynak olgunun saptanması için, hastanın aile bireyleri ve yakın temasta bulunduğu kişiler tarama amacıyla verem savaş dispanserine sevk edilir.

Hastaneye sevk

- Solunum zorluğu bulunan ya da genel durumu bozuk olan
- Miliyer tüberkülozlu
- Kemik, eklem, menenks gibi akciğer dışı tüberküloz hastalığı olan hastalar hastaneye sevk edilmelidir.

Kaynaklar

1. Verem Savaşı Daire Başkanlığı. Tüberküloz Hastalarının Tanı, Tedavi ve İzlenmesi. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü ve Verem Savaşı Daire Başkanlığı, Ankara, 1998.
2. Pio A, Chaulet P. Tuberculosis Handbook. WHO/TB/98.253, Geneva, 1998.
3. Inselman LS, Kendig EL. Tuberculosis. Chernick V, Boat T, ed. Kendig's Disorders of the Respiratory Tract in Children. 6th ed. Philadelphia: Saunders, 1998.
4. American Academy of Pediatrics. Tuberculosis. Pickering LK, ed. 2000 Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases. 25th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics. 2000:593-613.



AKCİĞER TÜBERKÜLOZU (ERİŞKİN)

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Tüberküloz, *Mycobacterium tuberculosis* 'in akciğer ve larenks tüberkülozlu hastalardan sağlam kişiye solunum yoluyla bulaşması sonucunda ortaya çıkar. Ülkemizde en sık genç erişkinlerde ve erkeklerde görülür. Basili alan bireylerde önce tüberküloz enfeksiyonu gelişir. Bu kişilerin %5-10'unda daha sonra tüberküloz hastalığı gelişmektedir.

Tüberküloz hastalığı günümüzde, organ tutulumu olarak şu şekilde sınıflanmaktadır:

- **Akciğer tüberkülozu**
Balgam yaymasında basil gösterilmesine göre:
 - Yayma pozitif (+) akciğer tüberkülozu
 - Yayma negatif (-) akciğer tüberkülozu
- **Akciğer dışı organ tüberkülozu**

Tüberküloz hastalığının toplum sağlığı açısından en önemli tipi yayma (+) akciğer tüberkülozudur.

Hastalık değerlendirilirken dikkate alınması gereken diğer bir nokta, hastanın daha önce tüberküloz tedavisi alıp almadığıdır . Hasta daha önce tüberküloz ilacı almamış veya bir aydan kısa bir süre tedavi almışsa 'yeni olgu' olarak tanımlanır.

Tüberküloz kontrolü

Tüberkülozun kontrolünde amaç, 'yayma (+) akciğer tüberkülozu' olgularının %70'ini saptamak ve saptanan hastaların da %85'inin iyileşmesini (kür) sağlamaktır. Bu hedefe her ilaç dozunun bir gözetmen tarafından icirildiği 'doğrudan gözetimli tedavi' (DGT) ile ulaşmak olasıdır.

Tanı

Semptomlar

- Genel semptomlar:
 - Kilo kaybı, ateş, gece terlemesi, halsizlik, iştahsızlık
- Solunum sistemi semptomları:
 - Öksürük (özellikle üç haftadan uzun süren), balgam, hemoptizi, göğüs ağrısı, nefes darlığı, ses kısıklığı (larenks tutulumunda)

3 haftadan uzun süren öksürük en önemli semptomdur, çünkü tüberkülozda her öksürük hastalığı yayar.

Fizik muayene

Özgül bir muayene bulgusu yoktur. Fizik muayene normal olabileceği gibi, hasta çok ağır belirti ve bulgularla da başvurulabilir.

Laboratuvar

Akciğer grafisi tek başına tanı koydurmaz.

Kesin tanı, mikroskopik olarak balgamda tüberküloz basilinin gösterilmesiyle konur.

Üç haftadan uzun süren öksürük yakınmasıyla başvuran her kişide, 24 saat içinde üç kez (ilk başvuruda alınan, gece boyunca toplanan ve sabah çıkarılan, ikinci örnek getirildiğinde alınan balgam örneklerinde) tüberküloz basili aranmalıdır. Balgam inceleme yöntemi için Sağlık Bakanlığı rehberlerine (kaynak no:2) başvurulabilir. Balgam örnekleri, incelendikten sonra kültür için verem savaşı dispanserine gönderilmelidir.

Yayma (+) akciğer tüberkülozu tanısı aşağıdaki durumlarda konur:

- Üç balgam örneğinden en az ikisi yayma (+) ise
- Üç balgam örneğinden biri yayma (+) ve akciğer grafisinde tüberkülozla uyumlu bulgu varsa
- Üç balgam örneğinden biri yayma (+) ve bu örneğe ait kültürde tüberküloz basili üremişse

Tedavi

Tüberküloz ilaçlarının her dozu, tüm tedavi süresince bir görevlinin gözetimi altında (DGT) içirilir. İlaçlar her gün bir kerede ve aç karnına verilmelidir.

Tedavi süresi 6 ay olup iki dönemden oluşur:

- **Başlangıç Dönemi:** İlk iki ay 4 ilaçla
- **Devam Dönemi:** Son dört ay 2 ilaçla

BAŞLANGIÇ DÖNEMİ: Dört ilaç bir arada kullanılır; HRZ ve E (ya da S)

İlaçlar	Günlük doz (mg/kg/gün)		Günlük Maksimum doz (mg/kg/gün)	Tedavinin amacı	Klinik Sonuçları	Süre
1.İzoniazid (H)	5	10-15	300	• Erken bakterisidal aktivite • Direnç gelişimini önleme	• Bulaşıcılık önlenir • Ölümler azalır • Klinik iyileşme	2 ay
2.Rifampisin (R)	10	10-15	600			
3.Pirazinamid (Z)	25	20-40	2000			
ya da Morfozinamid *	40	40-60	3.000			
4.Etambutol (E)	15	15-25	2.500			
ya da Streptomisin (S)	15	12-18	1.000			

DEVAM DÖNEMİ: İki ilaç birden kullanılır HR				
İlaçlar	Günlük doz (mg)	Tedavinin amacı	Klinik Sonuçları	Süre
1. İzoniazid (H)	300	Sterilizan aktivite sağlamak	<ul style="list-style-type: none"> • Kür sağlanır • Relapslar önlenir 	4 ay
2. Rifampisin (R)	600			

*Ülkemizde pirazinamid yerine morfinamid kullanılabilmektedir. Dozlara dikkat edilmelidir.

Hasta ve yakınlarına öneriler

- Tedavide beslenme, istirahat, hava değişimi gibi uygulamaların bir rolü yoktur.
- Hastalık çoğunlukla aile içinde bulaştığından, her 'yayma (+) akciğer tüberkülozu' hastasının birlikte yaşadığı aile bireyleri ve birlikte uzun zaman geçirdiği kişiler tüberküloz açısından değerlendirilmelidir.
- Ortamın havalandırılması basil yoğunluğunu düşüreceğinden, hastanın odası sık havalandırılmalıdır.
- Tüberküloz solunum yolu ile bulaştığından, çatal, kaşık gibi gereçlerle bulaşmaz.
- İlaçlar bir defada ve aç karnına içilmelidir.

İzlem

Tedavi izleminde en önemli nokta, hastanın ilaç alımının düzenli olarak gözetim altında yapılmasını sağlamaktır. İlaçlara bağlı olarak iştahsızlık, bulantı, kusma ve karaciğer enzimlerinde yükselme gözlelenebilir. Bu yakınma ve bulgular ortaya çıktığında sevk edilmelidir.

Sevk

Tüberküloz hastalığı veya şüphesi olan her erişkin, tanı konulması, tedavi planı, ilaçların ücretsiz sağlanması ve tedavinin düzenli yürütülmesi; hastanın aile bireyleri ve yakın temasta bulunduğu kişiler de tarama amacıyla verem savaşı dispanserine (VSD) sevk edilir.

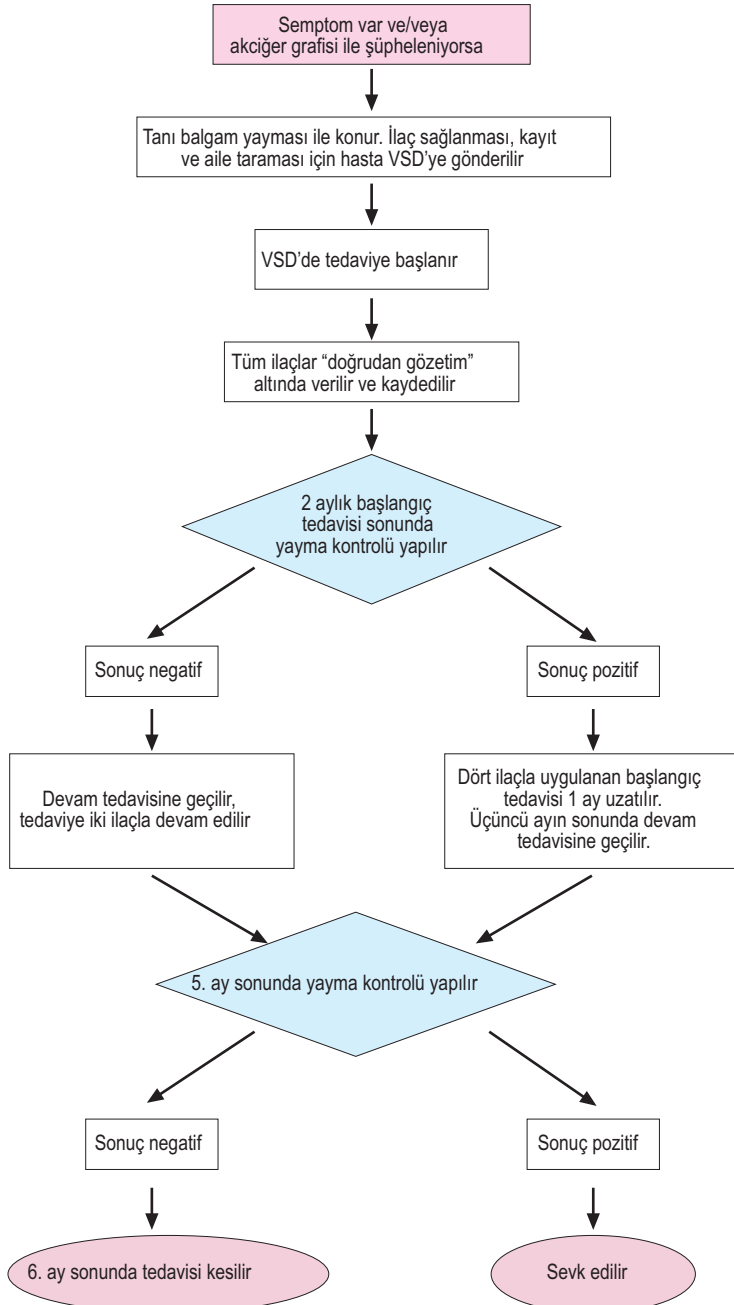
- Tüberküloz hastalığını düşündüren semptomları olan, ancak yayma incelemelerinde basil gösterilemeyen
- Yalnızca bir balgam örneğinde yayma (+) olup akciğer grafisi normal olan
- Yayma (+) olup daha önce bir aydan uzun süre tüberküloz tedavisi almış olan
- Tedavi sırasında iştahsızlık, bulantı, kusma ve karaciğer enzimlerinde yükselme saptanan
- Tedavide beşinci ayın sonundaki kontrol balgam yaymasında basil saptanan hastalar verem savaşı dispanserine sevk edilmelidir.

Sevkte dikkate alınması gereken en önemli nokta, hastalığın yolculuk sırasında yayılma olasılığıdır. Yayma (+) akciğer tüberkülozlu hastaların hava dolaşımı iyi olmayan bir araçla sevki uygun değildir.

Kaynaklar

1. Pio A, Chaulet P. Tuberculosis Handbook. WHO/TB/98.253, Geneva, 1998.
2. Verem Savaşı Daire Başkanlığı. Tüberküloz Hastalarının Tanı, Tedavi ve İzlenmesi. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü ve Verem Savaşı Daire Başkanlığı, Ankara, 1998.
3. Treatment of Tuberculosis Guidelines for National Programmes. WHO/TB/97.220, 1997.
4. Crofton J., Horne N., Miller F. Klinik Tüberküloz, Yüce Yayınları, 1995.
5. Who Global Tuberculosis Report. 2001 WHO/2001.

Sağlık Bakanlığı





AKUT ASTIM ATAĞI

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

ERİŞKİNDE AKUT ASTIM ATAĞI

Tanı

	Hafif Atak	Orta Atak	Ağır Atak
Klinik özellikler - Dispne - Konuşma - Pozisyon - Yardımcı solunum kasları - Vizing	- Yürürken çıkar. - Cümlelerle konuşur. - Solunuma katılmıyor. - Yalnızca ekspiryum sonunda vizing var.	- Konuşurken çıkar. - Birkaç cümlele konuşur. - Oturmayı tercih eder. - Solunuma katılıyor. - Tüm ekspiryum boyunca vizing var.	- Dinlenirken bile olabilir. - Kelimelerle konuşur. - Oturmayı tercih eder. - Solunuma katılıyor, - Uzaktan da duyulabilen, tüm inspiryum ve ekspiryum boyunca süren vizing var. Daha ağır olgularda sessiz - akciğer, siyanoz.
	Hafif Atak	Orta Atak	Ağır Atak
Bulgular - Solunum sayısı - Nabız - PEF * - Oksijen satürasyonu **	Artmıştır <100/dk >%80 >%95	Artmıştır 100-120/dk %60-80 %90-95	>30/dk >120/dk < %60 < %90

* Zirve ekspiratuvar akımı (peak expiratory flow)

** Olanak varsa ölçülmelidir.

Tedavi

İlaç grubu	Hafif Atak	Orta Atak	Ağır Atak
Kısa etkili beta-2 agonist (salbutamol veya terbutalin)	Salbutamol 2-4 püskürtme (puf) - İlk saatte 20 dakikada bir, en fazla 3 kez - Sonra 4-6 saatte bir yinelenerek 24-48 saat devam edilebilir.	Salbutamol 2-4 püskürtme veya nebulizatörle 2,5 mg - İlk saatte 20 dakikada bir, en fazla 3 kez, - Sonra duruma göre 1-4 saatte bir yinelenebilir. ve	Nebulizatörle 2,5 mg salbutamol 20 dakikada bir yinelenerek veya 0,15-0,3 mg/kg sürekli ve
Prednisolon veya eşdeğeri	Alıyorsa, inhaler steroid dozu iki katına çıkarılır.	0,5-1 mg/kg/gün sistemik olarak verilir.	1-2 mg/kg/gün (60-80 mg/gün) İV uygulanır.
Oksijen	Nazal kanülle 2-4 l/dk veya maske ile 3-4 l/dk OKSİJEN SATÜRASYONU %90'IN ÜSTÜNE ÇIKARILAMIYORSA HASTA ACİL OLARAK SEVK EDİLMELİDİR.		

ÇOCUKTA AKUT ASTIM ATAĞI

Tanı

	Hafif Atak	Orta Atak	Ağır Atak
Klinik özellikler - Dispne - Konuşma - Pozisyon - Yardımcı solunum kasları - Vizing	- Yürürken ortaya çıkar. - Cümlelerle konuşur. - Solunuma katılmıyor. - Yalnızca ekspiryum sonunda vizing var.	- Konuşurken ortaya çıkar. - Birkaç cümlele konuşur. - Oturmaya tercih eder. - Solunuma katılıyor. - Tüm ekspiryum boyunca vizing var.	- Dinlenirken bile olabilir. - Kelimelerle konuşur. - Oturmaya tercih eder. - Solunuma katılıyor. - Uzaktan da duyulabilen, tüm inspiyum ve ekspiryum boyunca süren vizing var. - Daha ağır olgularda sessiz akciğer, siyanoz.
	Hafif Atak	Orta Atak	Ağır Atak
Bulgular - Kalp tepe atımı - Solunum sayısı - Çekilme (retraksiyon) - Beslenme güçlüğü - PEF* - Oksijen saturasyonu **	- Yaşa göre normal - Normal - Yok - Yok - >%80 - >%95	- <140/dk - 40-50/dk - Var - Var - %60-80 - %90-95	- >140/dk - >50/dk - Var - Beslenemiyor - <%60 - <%90

* Zirve ekspiratuvar akımı (peak expiratory flow)

** Olanak varsa ölçülmelidir.

Tedavi

İlaç grupları	Hafif Atak	Orta Atak	Ağır Atak
Hızlı etkili beta-2 agonist (salbutamol veya terbutalin)	Salbutamol nebulizatörle - 0,15 mg/kg/doz - En çok 5 mg/doz veya - 2-4 püskürtme - İlk saatte 20 dakikada bir, en çok 3 kez - Daha sonra 4-6 saatte bir yinelenerek 24-48 saat devam edilebilir.	Salbutamol nebulizatörle - 0,15 mg/kg/doz - En çok 5 mg/doz veya - 2-4 püskürtme - İlk saatte 20 dakikada bir, en çok 3 kez - Daha sonra 1-4 saatte bir 0,1-0,15 mg/kg/doz veya 2-4 püskürtme	Salbutamol nebulizatörle - 0,15 mg/kg/doz - En çok 5 mg/doz veya - 2-4 püskürtme - İlk saatte 20 dakikada bir, en çok 3 kez - Daha sonra 1-4 saatte bir 0,1-0,15 mg/kg/doz veya 2-4 püskürtme
Prednisolon veya eşdeğeri	Alıyorsa, inhaler steroid dozu iki katına çıkarılır.	ve - 1-2 mg/kg/gün (en çok 60 mg/gün) sistemik olarak verilir. Ancak, status astmatikus söz konusuysa; - Metilprednisolon 1 mg/kg, ven içine 6 saat aralarla 48 saat süreyle verilir. - Sonra PEF >%70 olana dek 1-2 mg/kg/gün (en çok 60 mg/gün) dozda devam edilir.	
Oksijen	Nazal kanülle 2-4 l/dk veya maske ile 4 l/dk OKSİJEN SATÜRASYONU %90'IN ÜSTÜNE ÇIKARILAMIYORSA HASTA ACIL OLARAK SEVK EDİLMELİDİR.		

Akut astım atağında tedavinin amacı hava yolu tıkanıklığının ortadan kaldırılması ve hipokseminin düzeltilmesidir.

- Atak tedavisinin temelini yüksek dozda verilen kısa etkili beta-2 agonistler ve sistemik steroidler oluşturur.
- Kısa etkili beta-2 agonistler ölçülü doz inhaler, aracı tüp (spacer) veya nebulizatörle verilir.
- Metilprednisolon, hasta alabiliyorsa ağızdan, değilse ven içine 2-4 doza bölünerek verilir.

Sevk

- Yaşamı tehdit edici ağır atak geçiren erişkin ve çocuk hastalar, ilk tedavi girişimi ertesinde
- İlk tedavi girişimine karşın, bir saat sonunda PEF değeri %70'in üstüne çıkmayan hastalar, atağın ağırlığına bakılmaksızın
- Ölçülebiliyorsa, oksijen satürasyonu %90'ın üstüne çıkarılamayan hastalar sevk edilmelidir.

Kaynaklar

1. Bavbek S, Güç MO, Kalpaklıoğlu AF. Ulusal Verilerle Astma. Kalyoncu AF, Türkteş H.,ed., Ankara: Kent Matbaası, 1999.
2. International Pediatric Asthma Consensus Group. Third International Pediatric Consensus Statement on the Management of Childhood Asthma. Pediatric Pulmonology; 1998;25:1-17.
3. Global Initiative For Asthma (Global Strategy for Asthma Management and Prevention, NIH, 2002, www.ginasthma.com).
4. Toraks Demeği Ulusal Astım Tanı ve Tedavi Rehberi, İstanbul, 2000, www.toraks.org.tr



ASTIM

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Astım kronik enflamasyona bağlı olarak gelişen, geri dönebilir bronkospazmla karakterize bir hava yolu hastalığıdır. Ülkemizde sıklığı çocuklarda %5-8, erişkinlerde %5'in altındadır.

Risk faktörleri

- Kişisel ve ailesel atopik hastalık öyküsü
- Alerjenler
- Hava kirliliği ve sigaraya maruz kalma

Tanı

Öykü

Bazı faktörlerle alevlenen, tekrarlayıcı öksürük, nefes darlığı, hırıltılı/hışıltılı solunum, göğüşte sıkışma hissi semptomlarından biri veya birkaçı bulunabilir.

Bu semptomlar viral solunum yolu enfeksiyonları ile artar, daha çok gece ve/veya sabaha karşı ortaya çıkar, nöbetler halinde gelir, kendiliğinden veya ilaçlarla düzelir. Yakınmanın olmadığı dönemler vardır, mevsimsel değişkenlik gösterir.

Fizik muayene

Bulgular hastalığın ağırlığına göre değişir. Dinlemekle normal olabileceği gibi, ekspiryum uzunluğu, vizing, ronküs duyulabilir. Ağır olgularda solunum seslerinde azalma ve sessiz akciğer vardır. Ayrıca yardımcı solunum kaslarının solunuma katılması görülebilir.

Laboratuvar bulguları

Hava yollarındaki obstrüksiyonun ve bunun geri dönebilir olduğunun gösterilmesinde zirve akım hızı (peak expiratory flow: PEF) ölçeri olarak 'peak flowmeter' (PFM) yardımcı olabilir. Bronkodilatör verildiğinde PEF değerindeki %15 ve daha çok artış astım lehinedir.

Ayırıcı tanı

Çocuklarda

Akut bronşiyolit, yabancı cisim aspirasyonu, gastroözefageal reflü, konjenital anomaliler, kistik fibroz, kalp yetmezliği, tüberküloz, tümör.

Tedavi

Amaç semptomsuz ve ataksız, tüm etkinliklere izin veren yaşam kalitesi sağlamaktır.

Korunma

- Tetikleyici faktörlerin ortadan kaldırılması:
Alerjenler (ev tozu akarı, hamamböceği, ev hayvanları, polenler, mesleki alerjenler), ilaçlar (aspirin, steroid olmayan anti-inflamatuvar ilaçlar, beta blokörler), besinler ve katkı maddeleri, viral enfeksiyonlar, gastroözofageal reflü, kronik solunum yolu hastalıkları (rinit ve/veya rinosinüzit, nazal polip, kistik fibroz), sigara, bacasız soba, ocak, egzoz gazı, deterjan, boya, insektisid, her türlü sprey ve parfüm kokusu
- Grip aşısı: Her yıl ekim veya kasım aylarında yapılabilir.

Eğitim

İlk koşul hastanın eğitimi ve uyumudur. Hastalık hakkında genel bilgi, alerjen ve diğer risk faktörlerinden korunma, uzun süreli ve düzenli ilaç kullanımının önemi, inhaler ilaç teknikleri ve ilaçların yan etkileri, semptomlar arttığında ne yapması gerektiği hastaya anlatılmalıdır.

İlaç tedavisi

Astım tedavisinde iki grup ilaç kullanılır:

1. Kontrol ediciler

Hava yolu enflamasyonunu kontrol altına almak amacıyla düzenli kullanılan ilaçlardır. Bu ilaçlar inhaler steroidler, yavaş salınan teofilin, uzun etkili beta-2 agonistler, kromonlar ve lökotrien reseptör antagonistleridir.

Kontrol edici olarak uzun etkili beta-2 agonistler tek başlarına kullanılmamalıdır.

2. Semptom gidericiler

Hastanın yakınmalarını ortadan kaldırmak amacıyla gereksinim halinde kullanılan bronkodilatör ilaçlardır. İlk seçenek hızlı etkili beta-2 agonistlerdir. Bu amaçla kısa etkili teofilin ve antikolinergikler de kullanılabilir.

- Astımda tedavinin temelini oluşturan anti-inflamatuvarların dozu hastalığın ağırlığına göre artırılıp azaltılır. Buna basamak tedavisi denir.
- Hastanın semptomlarına göre en uygun basamaktan başlanarak semptomlarda tam kontrol sağlandıktan 1-3 ay sonra bir basamak inilir.
- Tüm basamaklarda gereksinim halinde kısa etkili beta-2 agonist verilir.

ERİŞKİNDE ASTIM BASAMAK TEDAVİSİ

HAFİF İNTERMİTAN	HAFİF PERSİSTAN	ORTA PERSİSTAN	AĞIR PERSİSTAN
<ul style="list-style-type: none"> Haftada 2 kezden az semptom Gece semptomları <ayda 2 Sadece egzersiz veya tetikleyicilerle temas sonrası semptom PEF > %80 GPEF <%20 	<ul style="list-style-type: none"> Gündüz semptomları: >Haftada 2 (3-6) Gece semptomları: > Ayda 2 (3-4) PEF>%80, GPEF: %20-30* 	<ul style="list-style-type: none"> Gündüz semptomları: Her gün Gece semptomları > Haftada 2 (Ayda 5'ten fazla) PEF: %60-80, GPEF %30* 	<ul style="list-style-type: none"> Gündüz semptomları: Sürekli Gece semptomları: Çok sık PEF<%60, GPEF>%30*
	3 ayda yanıt alınmazsa sevk	Tüm çocuk hastaları sevk et Erişkinlerde 3 ayda yanıt alınmazsa sevk et	Tüm hastaları sevk et
Kontrol edici ilaca gerek yok	KONTROL EDİCİ İlk Seçenek Düşük doz inhaler steroid BDP : 250 µg/gün veya BUD : 200-400 µg/gün veya FP : 125 µg/gün	KONTROL EDİCİ İlk Seçenek Düşük-Orta doz inhaler steroidler BDP : 250 µg/gün veya BUD : 200-800 µg/gün veya FP : 125 µg/gün ile birlikte Formotero 12-24 µg veya Salmeterol 50-100 µg	Sevk edilemiyorsa KONTROL EDİCİ İlk Seçenek Yüksek doz inhaler steroid BDP : >1000 µg/gün veya BUD : >800 µg/gün veya FP : >500 µg/gün ile birlikte uzun etkili beta-2 agonist ve gerektiğinde aşağıdakilerden biri veya fazlası eklenebilir: -Yavaş salınan teofilin -Oral steroid (5-10 gün, 30-40 mg/gün)
	Diğer Seçenekler Yavaş salınan teofilin veya Lökotrien reseptör antagonisti	Diğer Seçenekler Orta doz inhaler steroide eklenen Yavaş salınan teofilin veya Lökotrien reseptör antagonisti	
SEMPTOM GİDERİCİLER Her basamakta gereksinim halinde inhale hızlı etkili beta-2 agonist (s albutamol 100 µg veya t erbutalin 250 µg) 1-2 püskürtme BDP: Beklometazon dipropionat , BUD: Budesonid , FP: Flutikazon propionat GPEF: Günlük PEF değişkenliği			

ÇOCUKTA ASTIM BASAMAK TEDAVİSİ

HAFİF İNTERMITAN	HAFİF PERSİSTAN	ORTA PERSİSTAN	AĞIR PERSİSTAN
Kontrol edici ilaca gerek yok	KONTROL EDİCİ İlk Seçenek Düşük doz inhaler steroid BDP : 100-400 µg/gün veya BUD : 100-200 µg/gün veya FP : 100-200 µg/gün	KONTROL EDİCİ İlk Seçenek Orta doz inhaler steroid BDP : 400-800 µg/gün veya BUD : 200-400 µg/gün veya FP : 200-500 µg/gün ile	KONTROL EDİCİ İlk Seçenek Yüksek doz inhaler steroid veya gerektiğinde aşağıdakilerden biri veya daha fazlası eklenebilir Yüksek doz inhaler steroid BDP : >800 µg/gün veya BUD : >400 µg/gün veya FP : >500 µg/gün ile birlikte Yavaş salınan teofilin veya Uzun etkili beta-2 agonist veya Lökotrien reseptör antagonisti veya oral steroid 5-10 gün 20-30 mg/gün
	Diğer Seçenekler Yavaş salınan teofilin veya Kromonlar veya Lökotrien reseptör antagonisti	Diğer Seçenekler Orta doz inhaler steroide eklenen Yavaş salınan teofilin veya Lökotrien reseptör antagonisti veya uzun etkili beta-2 agonist	
SEMPATOM GİDERİCİLER			
Her basamakta gereksinim halinde inhale hızlı etkili beta-2 agonist (salbutamo 100 µg veya terbutalin 250 g) 1-2 püskürtme			

BDP: Beklometazon dipropionat , BUD: Budesonid , FP: Flutikazon propionat

İzlem

İlk kontrol 3 ay sonra yapılır, sonrasında hasta 6-12 ay aralarla görülür. Tedavi başladıktan 3-6 ay sonra hasta stabilse ilaç dozu azaltılabilir ve iki hafta izlenir. Semptomlar geriliyorsa bir alt basamağa geri dönülür.

Sevk

- Tanı güçlüğü çekilen ve tedaviye tam yanıt vermeyen kronik astımlı hastalar
- Ciddi astımlı erişkinler, orta-ağır astımlı 3 yaşın altındaki çocuklar ve astım kontrolü güçleşen gebeler
- Suprasternal retraksiyonu olan, yardımcı solunum kaslarını kullanan, konuşma güçlüğü olan hastalar
- İlk müdahaleye karşın bir saat sonunda PEF değeri %70'in üstüne çıkmayan hastalar sevk edilmelidir.

Kaynaklar

1. Ulusal Verilerle Astma. Bavgbek S, Güç MO, Kalpaklıoğlu AF, Kalyoncu AF, Türktaş H, ed. Ankara: Kent Matbaası, 1999.
2. International Pediatric Asthma Consensus Group. Third International Pediatric Consensus Statement on the Management of Childhood Asthma. Pediatric Pulmonology. 1998;25:1-17.
3. Global Initiative For Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention-2002. (www.ginasthma.com)
4. Toraks Derneği Ulusal Astım Tanı ve Tedavi Rehberi, İstanbul 2000.



KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), kısmi geri dönüşüm gösteren hava akım kısıtlanması ile karakterize bir hastalıktır. Hava akım kısıtlanması ilerleyicidir ve zararlı parçacık veya gazlara karşı akciğerin anormal enflamatuvar yanıtıyla ilişkilidir.

Kronik bronşit, akciğer tüberkülozu, bronşektazi, akciğer apsesi gibi başka bir hastalığa bağlanamayan, birbirini izleyen en az iki yıl boyunca her yıl en az üç ay süren öksürük ve balgam çıkarmayla özelliklenir.

Amfizem, terminal bronşiyollerin distalindeki hava yollarında, belirgin fibrozisin eşlik etmediği duvar hasarı ile birlikte anormal kalıcı genişlemesidir.

Ülkelerdeki KOAH prevalansı 2-9/1000 arasında değişir. KOAH dünyada ölüm nedenleri arasında 4. sırada yer alır, 2020'de 3. sıraya yükseleceği öngörülmektedir.

Risk faktörleri

KOAH gelişiminde en önemli risk faktörü sigaradır. Sigara içenlerin %50'sinde kronik bronşit gelişirken, %15-20'sinde KOAH gelişir. KOAH'lıların %80-90'ında neden sigaradır. Sigara dışında kırsal kesimde ısınma ya da pişirme amaçlı kullanılan tezek, odun gibi organik yakıtların dumanına maruz kalma, kömür madeni işçilerindeki gibi mesleki faktörler ve genetik yatkınlık gibi faktörler de önemlidir.

Tanı

Semptomlar

Hastalığın belirtileri genellikle orta yaş sonu ya da ileri yaşta ortaya çıkar. Kronik öksürüğü olan ve balgam çıkaran, efor kapasitesinde azalmaya yol açan sürekli ve ilerleyici dispnesi olan hastalarda başta sigara olmak üzere risk faktörleri varlığında KOAH mutlaka düşünülmelidir.

Fizik Muayene Bulguları

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, istirahatte hışıltılı solunum, ronkus ve bazı hastalarda kaba ral duyulmasıdır.

Spirometri

KOAH tanısı spirometri ile desteklenmelidir. Spirometrik testler yapılamadığında semptomlar, fizik muayene bulguları ve PEF-metre ile ölçülen PEF değerindeki azalma tanıda yardımcı olabilir. FEV₁/FVC oranının %50'nin altında olduğunu gösteren pratik bir yaklaşım zorlu ekspirasyon zamanının 6 saniyenin üstüne çıkmasıdır.

Ayırıcı tanı

- Astım
- Konjestif kalp yetmezliği
- Bronşektazi
- Tüberküloz

Tedavi

Amaçlar

- Hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak
- Semptomları gidermek
- Egzersiz toleransı ve yaşam kalitesini arttırmak
- Komplikasyon ve alevlenmeleri önlemek veya tedavi etmek.

Risk faktörlerinin ortadan kaldırılması

- Sigaranın bırakılması hastalığın ilerlemesini azaltan kanıtlanmış tek ve etkin yöntemdir. (Sigarayla Bırakma rehberine bakınız. Sayfa 293)
- Hastalığın doğal seyrini değiştiren başka hiçbir yöntem yoktur.
- Sağlık kurumuna başvuran, sigara alışkanlığı olan, orta ve ileri yaştaki tüm bireylerde potansiyel olarak KOAH düşünülmelidir.

Stabil KOAH tedavisi

Stabil KOAH en az 4 hafta süre ile semptom ve fizik bulgularda artış olmamasıdır.

A. Farmakolojik Tedavi

1. Bronkodilatörler

İlaç	Ölçülü Doz İnhaler (µg)	Nebülizer(mg)	Oral (mg)	Etki süresi (saat)
Beta-2 Agonistler				
Salbutamol (albuterol)	100-200	0,5- 2	4	4-6
Terbutalin	250-500	5-10	5	4-6
Formoterol	12-24		-	12
Salmeterol	50-100		-	12
Antikolinerjikler				
İpratropium bromür	40-80	0,25-0,50	-	6-8
Metilksantinler				
Aminofilin	-	-	200-400	24 saate kadar, değişken
Teofilin	-	-	100-400	24 saate kadar, değişken

Hafif olgularda, yakınmaların devamlılık göstermediği hastalarda gereklikçe bronkodilatör kullanımı, semptomların devamlı olduğu durumlarda ise düzenli bronkodilatör kullanımı önerilir.

2. Aşılar

Yılda bir kez sonbaharda uygulanan influenza aşısının alevlenmeleri ve ölüm riskini azalttığı bilinmektedir.

2. Antibiyotikler

Enfeksiyon kontrolü dışında stabil dönemde antibiyotik kullanımı önerilmez.

- Solunum depresyonu yapan ilaçlar kullanılmamalıdır.
- Beta blokerler mutlak gerekli olmadıkça kullanılmamalıdır.
- ADE inhibitörü ilaçlara öksürük komplikasyonu yönünden dikkat edilmelidir

B. Diğer tedavi yöntemleri

1. Oksijen tedavisi

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

2. Rehabilitasyon: Egzersiz çalışmaları, eğitim ve beslenme desteği içermelidir.

Stabil KOAH evrelendirmesi (GOLD)

Evre	Semptom ve Bulgular	Önerilen Tedavi
Genel		<ul style="list-style-type: none"> - Risk faktörlerinin giderilmesi - İnfluenza aşılması
Evre 0 (Risk altında)	Kronik semptomlar (öksürük, balgam) Risk faktörlerinin varlığı Normal spirometri	
Evre I (Hafif KOAH)	FEV ₁ /FVC < %70 FEV ₁ ≥ %80 Semptomlar var veya yok	<ul style="list-style-type: none"> - Gerekirse kısa etkili bronkodilatör
Evre II (Orta KOAH)	IIA: FEV ₁ /FVC < %70 % 50 -FEV ₁ < %80 Semptomlar varsa	<ul style="list-style-type: none"> - Bir veya daha çok bronkodilatörle düzenli tedavi - Rehabilitasyon - Anlamlı semptomatik veya spirometrik yanıt varsa inhale steroid
	IIB: FEV ₁ /FVC < %70 % 30 -FEV ₁ < %50 Semptomlar varsa	<ul style="list-style-type: none"> - Bir veya daha çok bronkodilatörle düzenli tedavi - Rehabilitasyon - Anlamlı semptomatik veya spirometrik yanıt varsa veya sık tekrarlayan alevlenmeler varsa inhale steroid
Evre III (İleri KOAH)	FEV ₁ /FVC < %70 FEV ₁ < %30 veya solunum ya da sağ kalp yetmezliği varlığı	<ul style="list-style-type: none"> - Bir veya daha çok bronkodilatörle düzenli tedavi - Anlamlı semptomatik veya spirometrik yanıt veya sık tekrarlayan alevlenmeler varsa inhale steroid - Komplikasyonların tedavisi - Rehabilitasyon - Solunum yetmezliği varsa uzun süreli oksijen tedavisi - Cerrahi yaklaşım

*Spirometre varlığında evrelendirme yapılmalıdır.

KOAH Alevlenmesi

KOAH akut alevlenmesi hastaların belirti ve bulgularında özellikle nefes darlığı, balgam miktarı ve pürülansında artış olarak tanımlanabilir.

Ağır solunum yetmezliği gelişen hastalarda ise siyanoz, uykuya eğilim, istemsiz kasılmalar, interkostal çekilmeler ve bilinç bulanıklığı görülebilir.

Alevlenmelerin yaklaşık %60'ında neden belirlenemez. Nedeni belirlenen alevlenmelerin çoğunda alevlenmeye yol açan etkenler viral veya bakteriyel enfeksiyonlardır.

Alevlenmelerde pnömoni, konjestif kalp yetmezliği, pnömotoraks, plevral sıvı, pulmoner emboli ve aritmiler de akla gelmelidir.

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

Alevlenme tedavisi

- Bir bronkodilatör ilaçla (inhaler beta-2 agonist veya antikolinerjik) tedaviye başlanır. Mümkünse 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. Bazı hastalarda 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 planı hastanın cevabına göre düzenlenmelidir.
- Alevlenmeye bağlı ağır solunum yetmezliği gelişenlerde veya bronkodilatör tedaviye yanıt alınamamış ise 0,4-0,6 mg/kg/gün (ortalama 30-60 mg/gün) / 1-2 hafta metil prednizolon tedaviye ağız yoluyla eklenir.
- Pürülans varsa antibiyotik tedavisi uygulanır: Özellikle *S. pneumoniae*, *H. influenzae* tip b ve *M. catarrhalis* 'e etkili antibiyotikler seçilmelidir. Öncelikli seçenek olarak beta laktamaz inhibitörü + semisentetik penisilinler veya 2. kuşak sefalosporinler başlanabilir. Seçilmiş olgularda (beta laktamlara aşırı duyarlık, etyolojide atipik enfeksiyon etkeni olasılığı) kinolonlar ya da makrolidler verilebilir. Antibiyotikler ortalama 7-14 gün kullanılır.
- Sedatif ve hipnotiklerden kaçınılır.
- Hastanın dehidrate ya da fazla hidrate olmaması sağlanır.
- Tedaviye yanıt yoksa ya da hastalık ağırlaşıyorsa hasta sevk edilir.
- Düzeliyorsa tedavi dozu azaltılarak izlenir.
- Varsa enfeksiyon dışı alevlenme nedenlerine (konjestif kalp yetmezliği (sayfa 45) gibi) yönelik önlemler ve tedavi için ilgili konulara bakınız.

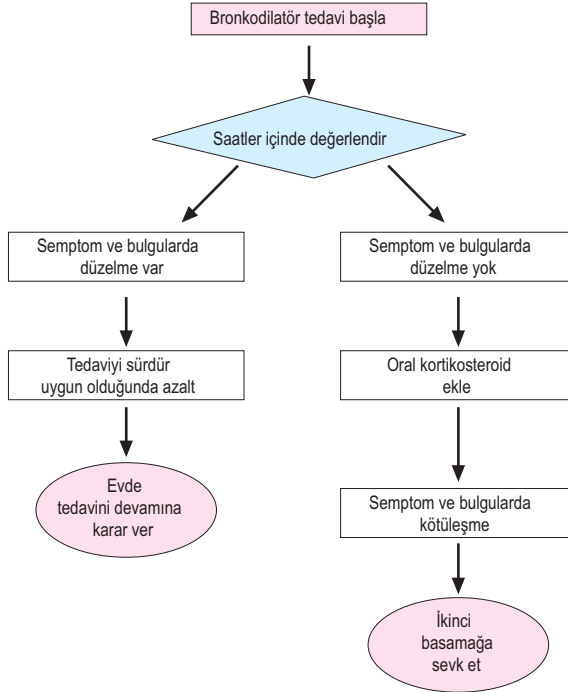
Sevk

- Semptom şiddetinde artma (ani istirahat dispnesi gelişmesi gibi)
 - İleri evre KOAH varlığı
 - Yeni bulguların gelişmesi (siyanoz, periferik ödem gibi kor pulmonale bulguları)
 - Tıbbi tedaviye yanıtsızlık
 - Eşlik eden ciddi hastalık varlığı
 - Yeni gelişen aritmiler
 - Şüpheli tanı
 - Uzun süreli oksijen tedavisi verilmesi öngörülen KOAH olguları
 - Sık enfeksiyon geçiren KOAH olguları
 - Bronşektaziden şüphelenilen KOAH olguları
 - 40 yaşından genç KOAH olguları
- sevk edilmelidir.

İzlem

Hastanın durumuna göre 3-12 ayda bir izlem yapılmalıdır.

KOAH ALEVLENMESİNDE TEDAVİ



Kaynaklar

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. National Health, Lung and Blood Institute Publication no:2701, April 2001.
2. Celli BR, Snider GL, Helfner J, et al. Standards for the Diagnosis and Care of Patients with COPD. Am Respir Crit Care Med 1995;152:S 77-120.
3. Siafakas NM, Vermeire P, Pride NB, et al. Optimal Assessment and Management of COPD. Eur Respir J 1995;8:1398-420.
4. Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Rehberi. İstanbul, 2000.



TOPLUM KÖKENLİ PNÖMONİ (ERİŞKİN)

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Toplum kökenli pnömoni, toplum içindeki günlük yaşam sırasında ortaya çıkan akciğer parankimi enfeksiyonudur. Ölüm oranı, hafif pnömonili hastalarda %1-5 iken ağır hastalarda %25'lere ulaşır.

Tanı

Semptomlar

Ateş, öksürük, balgam çıkarma, yan ağrısı, nefes darlığı.

Fizik muayene

Bronşiyal solunum sesi ve/veya ince rallerin duyulması

Akciğer grafisi

Akciğer grafisinde parankimal infiltrasyon görülmesi

Klinik yaklaşım

	Tipik Pnömoni	Atipik Pnömoni
Klinik bulgular	Akut başlangıç, titreme ile yükselen ateş, öksürük, pürülan balgam, yan ağrısı	Subakut başlangıç, hafif ateş, halsizlik, bilinç bulanıklığı, baş ağrısı, bulantı, kusma, ishal, kuru öksürük veya mukoid balgam
Fizik muayene	Konsolidasyon bulguları (perküyonda matite ve dinlemekle bronşiyal solunum sesi ve/veya yaygın ince raller)	Genellikle fizik muayene bulguları ile radyolojik bulgular arasında uyumsuzluk saptanır.
Laboratuvar bulguları	Lökositöz Balgam Gram boyamasında preparatta nötrofil ve gram pozitif diplokok hakimiyeti	Balgamın Gram boyamasında preparatta nötrofil görülmesi, bunun yanında bakteri görülebilmesi
Posteroanterior akciğer grafisi	Lober tutulum	Nonlobar ve/veya lobar tutulum

Ayırıcı tanı

- Akut bronşit
- Tüberküloz
- Kalp yetersizliği
- Akciğer kanseri

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

Sevk

Risk faktörleri*	Fizik muayene*	Laboratuvar*
<ul style="list-style-type: none"> • 60 yaşın üstünde olmak • Eşlik eden hastalıklar <ul style="list-style-type: none"> - Kronik obstrüktif akciğer hastalığı - Bronşektazi - Kistik fibroz - Diabet mellitus - Kronik böbrek yetmezliği - Konjestif kalp yetmezliği - Kronik karaciğer hastalığı • Son 1 yıl içinde pnömoni tanısıyla hastaneye yatış • Aspirasyon şüphesi • Postsplenektomi • Alkolizm • Malnütrisyon • Antibiyotik tedavisine 3 günde cevapsızlık • Bakım eksikliği (evsiz veya yalnız yaşamak, fiziksel ve mental özürü olmak) 	<ul style="list-style-type: none"> • Solunum sayısı > 30/dakika • Kan basıncı <ul style="list-style-type: none"> Sistolik < 90 mmHg Diastolik < 60 mmHg • Ateş < 35°C veya > 40°C (aksiller) • Ekstrapulmoner hastalık (menenjit, artrit) • Bilinç değişikliği • Siyanoz 	<ul style="list-style-type: none"> • Beyaz küre sayısı <4.000 /mm³ veya >30.000/mm³ • Hematokrit < %30 veya Hemoglobin <9 g/dl • Akciğer grafisinde multilober tutulum, kavite, plevral sıvı birikimi, lezyonlarda hızlı ilerleme

* Risk faktörleri, fizik muayene ve laboratuvar bulgularından herhangi birini taşıyan hastalar sevk edilmelidir.

Tedavi

Sevk gerekmiyorsa, hemen ampirik tedavi başlanır.

Antibiyotik seçiminde klinik görünümün tipik veya atipik olması yönlendirici olabilir.

Tedavi ateş düştükten sonra bir hafta daha sürdürülür. Ortalama tedavi süresi, tipik pnömönide 7-10 gün, atipik pnömönide 14-21 gündür. Klinik yanıt varsa tedavi süresi uzatılmamalıdır. Radyolojik 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 250-500 mg ağızdan
 - Azitromisin : 24 saatte bir 500 mg / 3 gün ağızdan
- veya
1. gün 500 mg/gün,
sonraki 4 gün 250 mg/gün ağızdan

YA DA

Doksisisiklin *:

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 doksisisiklin veya makrolid grubu ilaçlardan biri seçilmelidir.

İzlem

- Hastalar tedavinin 3. günü kontrole çağrılmalıdır. Ateşi 72 saat içinde düşmeyen veya genel durumu düzelmeyen hastalar sevk edilmelidir.
- Tedaviye yanıt, ateşin antipiretik tedavi uygulanmadan düşmesi ve lökositozda düzelme ile değerlendirilir.
- Risk faktörleri olan hastalara pnömoniden korunma amacıyla her yıl influenza aşısı ve beş yıl ara ile yalnızca 2 kez pnömokok aşısı uygulanmalıdır.

Aşılama için gerekli bazı risk faktörleri

- 60 yaşın üstünde olmak
- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
- Bronşektazi
- Kistik fibroz
- Splenektomi
- Astım

Kaynaklar

1. Bartlett JG, Dowell 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 Resp Crit Care Med 2001;163:1730-54.
3. Toraks Derneği Solunum Sistemi Enfeksiyonları Çalışma Grubu. Pnömoniler Tanı ve Tedavi Rehberi, Ankara: Toraks Derneği, 1998.



PNÖMONİ (ÇOCUK)

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Pnömoni akciğer parankiminin enfeksiyon ve enfeksiyon dışı nedenlerle enflamasyonudur.

Pnömoni ülkemizde 0-4 yaştaki çocuklarda ilk sıradaki ölüm nedenidir; 0-1 yaş bebek ölümlerinin %48,8; 1-4 yaş çocuk ölümlerinin %42,1'ini pnömoni oluşturur.

Risk faktörleri

- Anne sütü ile beslenememe
- Yetersiz bağışıklama
- Prematürelilik, düşük doğum ağırlığı
- İki yaşından küçük olmak
- Malnütrisyon
- Kalabalık ortam (ev, okul)
- Başta sigara olmak üzere ev içi ve dışı hava kirliliği
- Doğumsal kalp, solunum, kas, sinir, iskelet sistemi hastalıkları
- İmmün sistemi baskılayıcı hastalıklar.

Tanı

Genel semptomlar

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

Solunum sistemine ait semptomlar

Öksürük, takipne, dispne, siyanoz, yardımcı solunum kaslarının solunuma katılması,

burun kanadı solunumu, balgam, plevrada tutulum varsa yan ağrısı

Bazı pnömonilerde gripal enfeksiyon şeklinde prodromal bir dönem olabilir.

Fizik muayene

Takipne en önemli bulgudur.

Dakikadaki solunum sayısının;

0-2 ay için >60/dk

2 ay-1 yaş için >50/dk

1-5 yaş >40/dk olması takipne olarak kabul edilir.

Siyanoz, yardımcı solunum kaslarının solunuma katılması (burun kanadı solunumu, çekilmeler) görülebilir.

Akciğer oskültasyonunda kreptan (ince) raller, lobar pnömonide tuber sufl (bronşiyal ses) alınır. Süt çocuklarında tipik dinleme bulguları duyulmayabilir.

Klinik Bulgular	Sınıflama	Tedavi
Takipne	Pnömoni	Evde (Sağlık ocağı kontrolünde)
Takipne Göğüste çekilme	Ağır pnömoni	Hastanede (Sevk et)
Takipne ve apne Göğüste çekilme, inleme Santral siyanoz, dalgınlık Sıvı alamama, dehidratasyon	Çok ağır pnömoni	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 (ÜSYE, larenjit, bronşiyolit), astım, akciğer tüberkülozu.

Tedavi

Amaç sevkı gereken hastaların ayırt edilmesi, gerekmeyenlerin uygun tedavisidir.

İlaç tedavisi

Pnömonide çoğu kez tek ilaçla tedavi yeterlidir.

Tedavi süresi takipne düzeldikten sonra 7-10 gündür.

Yaş	Etkenler	Tedavi
0-2 ay	B grubu streptokok Gram negatif bakteriler	Sevk*
2 ay – 5 yaş	H. influenzae tip b S. pneumoniae S. aureus Virüsler	<ul style="list-style-type: none"> - 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 - Ko-trimoksazol: Trimetoprim (8-12 mg/kg/gün) + Sülfametoksazol (40-60 mg/kg/gün), 2 dozda, ağızdan ya da - İkinci kuşak sefalosporinler: Sefuroksim aksetil 30 mg/kg/gün, 2 dozda, ağızdan
5 yaş üstü	S. pneumoniae M. pneumoniae C. pneumoniae Virüsler	<ul style="list-style-type: none"> - Makrolidler ve/veya penisilinler 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 - Penisilin ve türevleri

*Sevki gereken hastaya oksijen verilerek gönderilmelidir.

Anne eğitimi

- Annenin bebeği sık emzirmesi, bebek anne sütü alamıyorsa, dehidratasyonun önlenmesi için sıvı yiyecekleri sık vermesi önerilir.
- Anneye ilaçları uygun şekilde kullanmasının ve hekimin önermediği hiçbir ilacı (öksürük şurubu dahil) çocuğa vermemesinin gereği anlatılır.
- Anne, pnömonili çocuğun izleminde önemli olan ateş, solunum sayısı ve sıkıntısında artma, solunumun durması (apne), inleme, morarma durumunda hemen hekime başvurması konusunda eğitilir.
- Annenin ateşli çocuğa yaklaşımı (ateşi dereceyle ölçerek izleme, fazla 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 muayene bulguları ilk haftada düzelmeyebilir.
- Aileye bulgularda kötüleşme olmazsa 2 gün sonra; ateşin düşmemesi veya ortaya çıkması, solunumun hızlı olması, soluk alırken göğüste çekilmeler olması, emmeme, beslenememe, dalgınlık, havale geçirme, genel durum bozukluğu durumlarında çocuğu hemen kontrole getirmesi söylenir.
- Pnömonili her süt çocuğu kalp yetmezliği bulguları yönünden değerlendirilmeli ve izlenmelidir.
- Tedaviye yanıt alınamayan hastalarda, verilen antibiyotiğe dirençli bir mikroorganizma ile enfeksiyon olasılığı yanı sıra ampiyem, apse, perikardit, sepsis gibi sorunlar da düşünülmelidir.
- Malnütrisyon önemli bir risk faktörü olduğundan izlem sırasında malnütrisyonun tedavisine de önem verilmelidir.

Sevk

- Ağır ve çok ağır pnömoni bulguları olan her yaştaki çocuklar
- Pnömonili 0-2 aylık bütün çocuklar
- Tedavinin ilk 2-4 gününde bulgularında düzelme olmayan veya kötüleşme olan çocuklar
- Risk faktörü oluşturan sorunları olan çocuklar
- Akciğer grafisi çekilebiliyorsa, çoklu lobar tutulum, apse, pnömosel, plevral effüzyonu veya radyolojik bulgularda kötüleşmesi olan çocuklar hastaneye sevk edilmelidir.

Korunma

- Aşılama: Kızamık ve boğmaca sonrası pnömonilerin önlenmesi için, aşı takviminde yer alan kızamık ve boğmaca aşıları ve BCG aşısı yapılmalıdır. Astım, kronik akciğer hastalığı, diabetes mellitus, immün yetersizlik, malnütrisyon gibi sorunları olan hastalara H. influenzae tip b aşısı da yapılmalıdır.

- Malnütrisyon önlenmelidir.
- Başta sigara olmak üzere ev içi ve dışı hava kirliliği engellenmelidir.

Kaynaklar

1. T.C. Hükümeti-UNICEF 2001-2005 İşbirliği Programı Türkiye'de Çocuk ve Kadınların Durumu Raporu, Aralık 2000: 103-85.
2. McCracken GH. Diagnosis and Management of Pneumonia in Children. *Pediatr Infect Dis J* 2000; 19: 924-8.
3. World Health Organisation. Fourth Programme Report, 1988-1989, ARI programme for Control of Acute Respiratory Infections, Geneva; WHO 1990; 7:31.
4. Correa AG, Starke JR. Bacterial pneumonia. Chernick V, Boat TF, ed. *Kendig's Disorders of the Respiratory Tract in Children*. Philadelphia: Saunders, 1998: 518-25.
5. Heiskanen-Kosma T, Korppi M, Jokinen C, et al. Etiology of Childhood Pneumonia: Serologic Results of A Prospective, Population-based Study. *Pediatr Infect J* 1998; 17: 986-91.



BAŞ AĞRISI

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Baş ağrıları primer ve sekonder olarak sınıflandırılır. Primer baş ağrıları migren ve migren dışı olarak iki gruptur. Migren dışı grupta en sık gerilim tipi baş ağrısı görülür.

Sekonder baş ağrılarının başlıca nedenleri arasında hipertansiyon, kafa içi basınç artışı, vasküler nedenler, enfeksiyonlar, hipoksi, hipoglisemi ve ilaçlar düşünülmelidir. Sekonder baş ağrılarında altta yatan hastalığa yönelik tedavi ve sevk kuralları uygulanmalıdır.

Migren ve Gerilim Tipi Baş Ağrısının Ayırt Edici Özellikleri

Gerilim Tipi Baş Ağrısı	Migren
<p>Genellikle 20-50 yaşları arasında başlar, kadınlarda erkeklerle göre daha sıktır, stresle ilişki gösterir.</p> <p>Epizodik tip:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ayda 15 günden az, 30 dakika-7 gün arasında sürer. Hafif veya orta şiddetli, basıcı veya sıkıştıncı karakterde, bilateral yerleşimlidir. Fiziksel aktiviteyle ilişki göstermez, istirahatle geçmez. Bulantı yoktur. Aura ve prodrom evreleri yoktur. Görmeye bulanıklık ve baş dönmesi eşlik edebilir. <p>Kronik tip:</p> <ul style="list-style-type: none"> En az 6 ay boyunca, ayda en az 15 gün, hemen her gün olan, daha çok bilateral ve oksipitofrontal yerleşimlidir. 	<ul style="list-style-type: none"> Genç erişkin kadınlarda daha sık görülür. Dört saatten uzun, 72 saatten kısa sürer. Ağrı sıklıkla tek taraflı, zonklayıcı, orta veya yüksek şiddetlidir. Fizik aktiviteyle artar. Bulantı, fotofobi ve fonofobi ile birliktedir. Olguların %10-20'sinde aura vardır. Bu olgular "auralı (klasik) migren" olarak adlandırılır. Auraların %90'ı görsel belirtiler şeklindedir.

Tedavi

Gerilim tipi baş ağrısı tedavisi

İlaçsız tedavi

- Hastalara stresle mücadele etme ve gevşeme yöntemleri (düzenli egzersiz, jimnastik, masaj, sıcak banyo, meditasyon) anlatılmalı, bu işlemlerin tedavinin önemli bir parçası olduğu vurgulanmalıdır.
- Hastaya doktor tarafından güven verilmesi önemlidir.

İlaç tedavisi

- Parasetamol : Erişkinlerde 4-6 saatte bir ağızdan 500-1.000 mg (en çok 4 g/gün) verilir.
- Asetil salisilik asit : Erişkinlerde 4-6 saatte bir ağızdan 300-900 mg (en çok 4 g/gün) verilir.
- İbuprofen : Erişkinlerde günde üç kez ağızdan 400 mg verilir.
- Naproksen sodyum : Erişkinlerde günde iki kez ağızdan 500 mg verilir.

Dikkat gerektiren noktalar

- Parasetamol ün hepatotoksik etkisi, kronik alkol kullanımı olanlarda günlük izin verilen en yüksek dozdan daha düşük dozlarda da ortaya çıkabilir.
- Steroid olmayan antienflamatuvar ilaçlar (SOAEİ) astım ve alerjik hastalıklarda kullanılmamalıdır.
- Karaciğer ve böbrek bozukluğu olanlarda SOAEİ dikkatle kullanılmalıdır.
- Kafein le kombine analjezik preparatları tercih edilmemelidir.
- SOAEİ peptik ülser gibi gastrik yakınmaları olanlarda dikkatli kullanılmalıdır.
- Analjeziklerin sürekli ve aşırı dozda kullanılması kronik baş ağrısına neden olabilir.

Sevk

- Ateş ve ense sertliği (menenjit, subaraknoid kanama olasılığı)
 - Konvülsiyon
 - Bilinç bulanıklığı
 - Görme bozukluğu
 - Nörolojik bulgu
 - Kafa travması ile birlikte bulantı-kusma, rinore veya otore
 - Ani başlayan ve ilerleme gösteren ya da karakter değiştiren, bir haftadan uzun süren ağrı
 - İkinme ve öksürükle artan baş ağrısı (kafa içi basınç artışı olasılığı)
 - Organik bir nedene bağlı olduğu düşünülen baş ağrısı
 - Bir aylık tedaviye rağmen iyileşmeyen baş ağrısı
- durumlarında hasta sevk edilmelidir.

Migren tipi baş ağrısı tedavisi

İlaçsız tedavi

Hasta bilgilendirilmeli ve migrenin benign bir hastalık olduğu anlatılmalıdır.

Profilaktik açıdan, olası tetikleyici nedenler olan açlık, uykusuzluk, stres, bazı yiyecek ve içecekler (çikolata, beyaz peynir, sosis, salam, kırmızı şarap) anlatılmalı ve kaçınılması öğütlenmelidir.

İlaç tedavisi

Profilaksi

Ayda 2-3'ten çok atak oluyorsa, profilaktik ilaç tedavisi başlanmalıdır. Başarı oranı %60-70'tir.

A. Beta blokörler

Propranolol : Ağızdan günde 2-3 kez alınarak, 20 mg/gün dozundan başlayıp yeterli yanıt alınıncaya kadar en çok 160 mg/gün dozuna çıkılır. Klinik etkin doz 80 mg/gün'dür.

Metoprolol : Erişkinlerde günde iki kez 50 mg dozunda başlanır, günlük doz 200 mg'a kadar artırılabilir.

B. Trisiklik antidepresanlar

Amitriptilin : Yatmadan önce ağızdan 10-20 mg, tek dozda kullanılır, bazen 150 mg'lık doz gerekebilir.

C. Siproheptadin

Erişkinlerde akşamları 4 mg verilir.

D. Flunarizin

Yatmadan önce 5-10 mg kullanılır.

Akut atak tedavisi

SOAEİ çoğu kez bir antiemetikle birlikte kullanılır. Tedaviye atak başlangıcında ya da devam ederken başlanır.

Asetil salisilik asit : Peristaltizmin bozulması nedeniyle emilimi azalacağından kolay çözünen efervesan tablet formu seçilmelidir. Başlangıç dozu olan 900-1.000 mg'dan sonra, 300 mg'lık dozları her yarım saatte bir tekrarlanarak, en çok 1.800 mg olacak şekilde, ağızdan verilir.

İbuprofen günde 2-3 kez, toplam doz 600-1.200 mg olacak şekilde ağızdan verilir.

Naproxen sodyum 500 mg'lık ilk dozdan sonra her 6-8 saatte bir 250 mg ağızdan verilir.

Parasetamol ün etkili olabileceği gösterilmiş olmakla birlikte, emilim sorunları nedeniyle sonuç alınamayabilir.

Ergotamin başlangıçta 2 mg, sonra yarım saatte bir 1 mg; en çok 6 mg/gün ve 10 mg/hafta olarak kullanılır. Emilim düzensizliği ve yan etkiler sorun yaratabilir.

Metoklopramid antiemetik bir ilaçtır. Bulantı varsa, yatışıncaya kadar 3x10 mg ağızdan verilir.

Yanıt alınamayan şiddetli ağrılarda, triptan grubu ilaçlar ağızdan, intranazal veya deri altına uygulanabilir.

Dikkat gerektiren noktalar

- İlaçların gelişigüzel ve aşırı dozda kullanımı kronik baş ağrısına neden olabilir.
- Profilaktik tedavi ani olarak kesilmemelidir.
- Amitriptilin epilepsili hastalarda kullanılmamalıdır.

- Beta blokörler astım ve kalp yetmezliği olan hastalarda kontrendikedir.
- Triptanlar kalp hastalığı olan ve hipertansiyonu kontrol altında olmayan hastalarda kontrendikedir.
- Hormon replasmanı veya oral kontraseptif alanlarda ağrı kontrol edilemiyorsa tedavi planı gözden geçirilmelidir.
- Gebelerde parasetamol dışındaki ilaçlar kullanılmamalıdır.

İzlem

- Migren hastaları tedaviye başladıktan 2 hafta sonra yan etkiler, üçüncü haftadan sonra profilaksi etkinliği yönünden kontrole çağırılmalıdır.
- Profilaksi başarılıysa hasta aylık kontrollere çağırılmalıdır. Profilaktik tedavi altı ay uygulandıktan sonra, doz yavaş yavaş azaltılarak kesilir ve atakların yeniden başlayıp başlamadığı değerlendirilir.

Sevk

- Elli yaşın üstünde ortaya çıkan ağrı
- Her zamankinden farklı veya çok şiddetli ağrı
- Şiddetli seyreden ilk atak
- Profilaksiye yanıt alınamaması
- Tedaviye yanıt alınamaması (status migrenozus)
- Fokal baş ağrısı ve nörolojik bulgu olması
- İlerleyici seyretmesi ve eşliğinde mental bozukluk bulunması
- Sistemik hastalık ve hipertansiyon, taşikardi, ateş gibi semptomlarla birlikte olması durumlarında hasta sevk edilmelidir.

Kaynaklar

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and Diagnostic Criteria for Headache Disorders, Cranial Neuralgias, and Facial Pain. Cephalalgia 1988;8(suppl 7):1-96.
2. Ferrari MD., et al. Oral Triptans (serotonin 5-HT(1B/1D) agonists) in Acute Migraine Treatment: A Meta-analysis of 53 trials. Lancet . 2001; 358(9294):1668-75.
3. van der Kuy PH, Lohman JJ. A Quantification of the Placebo Response in Migraine Prophylaxis. Cephalalgia 2002; 22:265-70.
4. Tomkins GE., et al. Treatment of Chronic Headache with Antidepressants: A Meta-analysis. Am J Med . 2001; 111:54-63.
5. Dahlof C. Sumatriptan Nasal Spray in the Acute Treatment of Migraine: A Review of Clinical Studies. Cephalalgia . 1999; 19:769-78.
6. Gray RN et al. Drug Treatments for the Prevention of Migraine Headache. Agency for Health Care Policy and Research Technical Review 2.3, Feb 1999.
7. Gray RN et al. Self-Administered Drug Treatments for Acute Migraine Headache. Agency for Health Care Policy and Research Technical Review , 2.4. Feb 1999.
8. Krobot KJ, Schroder-Bernhardi D, Pfaffenrath V. Migraine Consultation Patterns in Primary Care. Results from the PCAOM study 1994-96. Cephalalgia . 1999;19:831-40.
9. Multinational Oral Sumatriptan and Cafergot Comparative Study Group. A Randomized, Double-blind Comparison of Sumatriptan and Cafergot in the Acute Treatment of Migraine. Eur Neurol 1991;31:314-322.



BİLİNÇ BOZUKLUĞU

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Bilinç, kendinden ve çevreden haberdar olabilme durumudur. Uyanıklık ve farkında olabilme şeklinde iki bileşeni vardır. Uyanıklıkta azalma, komaya kadar değişen düzeylerde bilinç bozukluğuna neden olabilir.

Bilinç bozukluğu çeşitli nedenlere bağlı olarak gelişebilir:

- Enfeksiyonlar
- Metabolik ve endokrin nedenler (hipoglisemi)
- Sıvı-elektrolit dengesizliği
- Hipoksi, hiperkapni
- Kardiyak nedenler
- Hipertansif ensefalopati
- İlaçlar, alkol ve toksinler
- Serebrovasküler hastalıklar
- Travma
- Konvülsiyon
- Hipotermi, hipertermi
- Tümörler

Çocuklarda enfeksiyon, hipoglisemi, sıvı-elektrolit dengesizliği ve zehirlenmeler; yaşlılarda serebrovasküler hastalıklar, sıvı-elektrolit dengesizliği, kardiyak nedenler, enfeksiyon ve ilaçlar öncelikle düşünülmelidir. Ayırıcı tanıda psikojenik yanıtızsızlık akılda tutulmalıdır.

Bilinç bozukluğu olan hasta değerlendirilirken, bir yandan da acil sevk için hazırlık yapılmalıdır.

Nedeni açıklanamayan her bilinç bozukluğu adli vakadır.

Tanı

Öykü

- Bilinç değişikliğinin ortaya çıkış zamanı ve süresi
- Eşlik eden belirtiler (terleme, göğüs ağrısı, baş ağrısı, nöbet, çarpıntı, ateş)
- Alerji öyküsü
- Geçirilmiş hastalık ve ameliyatlar
- Kullanılmakta olan ilaçlar

- Alışkanlıklar (alkol, ilaç, madde)
- Travma öyküsü
- Daha önce benzer atak ve ailede benzer durum öyküsü
- Toksik maddelerle temas öyküsü
- Isırık öyküsü

Fizik Muayene

Travma şüphesi varsa, boyun kırığı olasılığı açısından ani boyun hareketlerinden kaçınmalı, boyun stabilize edilmelidir.

Travma düşünülmüyorsa mutlaka ense sertliğine bakılmalıdır.

Laboratuvar

- Kan şekeri
- Elektrolitler (sodyum, kalsiyum)
- Tam kan sayımı
- Böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri
- EKG

Tedavi

Bilinç bozukluğu olan hastaya yaklaşım zamana karşı bir yarıştır.

Öncelikle yaşamı tehdit eden durumlara yönelik girişimler başlatılmalıdır.

Yaklaşım tüm yaş gruplarında aşağıdaki sırayla olmalıdır.

BİLİNÇ BOZUKLUĞU OLAN HASTAYA İLK YAKLAŞIM**HAVA YOLU AÇILMALI**

(Travma şüphesinde boyun stabilize edilmeli)

AĞIZ İÇİ KONTROL EDİLMELİ

(Salgı, yabancı cisim, takma diş)

'AIRWAY' TAKILMALI

(Kardiyopulmoner Canlandırma rehberine bakınız. Sayfa 135)

SOLUNUM DEĞERLENDİRİLMELİ

(Solunum sayısı, derinliği, tipi)

**OKSİJEN BAŞLANMALI, YETERSİZSE AMBU İLE DESTEKLENMELİ
GEREKİRSE ENTÜBASYON YAPILMALI**

(Kardiyopulmoner Canlandırma rehberine bakınız. Sayfa 135)

DOLAŞIM KONTROL EDİLMELİ

(Nabız, kan basıncı)

DAMAR YOLU AÇILMALI

(Kan örneği alınmalı)

(İlk verilecek sıvı %5 dekstroz olmalıdır.)

Erişkin

Tiamin (B1 vitamini)* 100 mg ven içine
 %10 dekstroz ven içine puşe
Glikoz ** 25 g (%50'lik dekstroz 50 ml veya
 %20 dekstroz 125 ml)
 %0,9 NaCl (SF) veya laktatlı Ringer, hipoglisemi
 şüphesinde
 %5 dekstroz ile devam edilir.

Çocuk

Glikoz 0,2-0,5 g/kg olacak şekilde
 %10 dekstroz ven içine puşe
 Hemodinamik bozukluk yoksa
 yaşa uygun derişimde sıvı*** ile devam
 Hemodinamik bozukluk varsa laktatlı
 Ringer veya SF ile 20 ml/kg/saat yükleme

KISA NÖROLOJİK DEĞERLENDİRME YAPILMALI

Pupil değerlendirmesi (anizokori, ışık reaksiyonu), **göz**
dibi muayenesi

ve

Glasgow Koma Çizelgesi (GKÇ) veya **AVPU** 'ya göre
 hastanın değerlendirilmesi yapılmalıdır.

(Travmalı Hastaya Yaklaşım rehberine bakınız. Sayfa 155)

KUSMA VARSA ANTİEMETİK YAPILMALI

(Boyun korunarak hasta yan çevrilmeli)

* Kronik alkol, ilaç bağımlılığı veya uzun süreli açlıkta glikoz verilmeden önce mutlaka tiamin verilmelidir: Ven içine infüzyon 10 dakikadan kısa sürmemeli, anafaksi için önlem alınmalıdır.

** Bakılabiliriyorsa glikoz verilmeden önce test çubuğu ile kan şekeri bakılması uygundur.

*** Yenidoğan döneminde ilk gün %5 dekstroz, sonraki günlerde $\frac{1}{5}$ SF, 1-24 ay arasında $\frac{1}{5}$ SF, 2-6 yaş arasında $\frac{1}{3}$ SF, 6 yaştan büyük çocuklarda $\frac{1}{3}$ - $\frac{1}{2}$ SF, erişkinde SF verilir.

Glasgow koma çizelgesi*

Göz Açma		Sözel		Motor	
Spontan	4	Yönelimi tam (yer, kişi, zaman)	5	Emirlere uyuyor	6
Sözlü uyarı	3	Yönelimi yetersiz	4	Uyarıya yöneliyor	5
Ağrı ile	2	Uygunsuz kelime	3	Ağrıdan kaçıyor	4
Kapalı	1	Anlaşılmaz sesler	2	Ağrıya fleksiyon yanıtı (dekortike)	3
		Yanıtsız	1	Ağrıya ekstansiyon yanıtı (deserebre)	2
				Hareketsiz	1

* GKÇ puanı üç alanda alınan toplam puandır. Puanın düşüklüğü komanın derinliğini gösterir. İzlemede puan değişikliği kaydedilmelidir.

Nedene yönelik tedavi

Acil girişimler yapıldıktan sonra, neden belirlenebilmişse nedene yönelik tedavi düzenlenir.

Hipoksi	Oksijen verilir.
Hiponatremi Hipernatremi	Hızlı düzeltilmemelidir
Kafa içi basınç artışı (bilinç kapalı, anizokori varsa)	Boyun korunarak baş 30° yükseltilir. <i>Mannitol</i> %20 ven içine infüzyon: 1 g/kg 30 dakikada yükleme 0,25-0,5 g/kg devam edilir (4-6 saatte bir) Çocuklarda 0,25 - 0,5 g/kg ve/veya <i>Furosemid</i> 0,5-1 mg/kg ven içine
Hipertansiyon	Akut iskemik inme düşünülüyorsa, kan basıncı sistolik 220 mmHg ve/veya diyastolik 140 mmHg üstünde değilse acil tedavi gerekmez; üstündeyse <i>kaptopril</i> 6,25-12,5 mg ağızdan veya dil altına verilebilir (Diğer durumlar için Hipertansiyon rehberine bakınız. Sayfa. 37).
Enfeksiyon	Ateşin düşürülmesi Meningit (Akut Meningit rehberine bkz. Sh. 167) veya sepsis düşünülüyorsa uygun antibiyotik
Süren veya tekrarlayıcı nöbetlerle status epileptikus tablosu	Erişkin <i>Diazepam</i> 2-5 mg ven içine, en çok 15 mg/doz, en çok 2 mg/dak hızda verilmelidir. Nöbet kontrolü sağlanamazsa: <i>Fenitoin</i> 15-20 mg/kg ven içine yükleme, en çok 50 mg/dak hızda verilmelidir. Çocuk <i>Diazepam</i> 0,2-0,4 mg/kg ven içine (En çok 1 ay-5 yaş arasında 5 mg/doz, 5 yaş üstünde 10 mg/doz; 15-30 dakika aryla 2 doz verilebilir.) <i>Fenitoin</i> 15-20 mg/kg ven içine yükleme 1-3 mg/kg/dak hızda verilmelidir. Nöbet geçiren hastalarda damar yolu açılmamışsa, <i>diazepam</i> 0,2-0,5 mg/kg rektal veya <i>midazolam</i> 0,15-0,30 mg/kg kas içine nazal veya bukkal mukozaya uygulanmalıdır.
Zehirlenmeler	Zehirlenmeler yönünden değerlendirin.
Hipertermi	Uygun periferik soğutma ve sıvı tedavisi
Travma	Travmalı Hastaya Yaklaşım rehberine bakınız. Sayfa: 155

- *Mannitol* solüsyonu kristalleşmişse şişe ısıtılarak kristalin çözülmesi sağlandıktan sonra verilmelidir
- *Diazepam* , çocuklar ve yaşlılarda ani solunum durması yapabileceğinden ven içine hızlı verilmemelidir.
- *Fenitoin dekstroza* çökeceğinden *serum fizyolojik* içinde yalnızca ven içine infüzyon şeklinde verilmeli, ven dışına kaçması önlenmeli, kas içine verilmemelidir. Uygulama sırasında solunum ve kalp fonksiyonları izlenmelidir .

Sevk

Bilinç bozukluğu ile gelen tüm hastalar acil değerlendirme ve stabilizasyon sağlandıktan sonra derhal sevk edilmeli ayrıntılı nörolojik muayene için zaman kaybedilmemelidir.

Sevk edilirken

- Sevk öncesinde idrar sondası takılmalı
- Hasta donanımlı bir ambulansla sevk edilmeli
- Mümkünse hastaya, gelişebilecek komplikasyonların tedavisini yapabilecek bir sağlık görevlisi eşlik etmeli
- Tanı ve tedaviyle ilgili tüm işlem ve izlemlere ait yazılı belgeler hastayla birlikte gönderilmeli ve sevk edilen kuruma hasta hakkında telefonla bilgi verilmeli
- Damar yolu açılırken alınan 10 ml kan örneği hastayla birlikte gönderilmelidir.

Kaynaklar

1. Plum F, Posner JB. The Diagnosis of Stupor and Coma. 3rd ed. Philadelphia: Davis Company; 1982:1-16.
2. Ziai WC, Mirski MA. Evaluation and Management of the Unconscious Patient. Johnson RT, Griffin JW, Mc Arthur JC, ed. Current Therapy in Neurological Disease. 6th ed. Philadelphia: Mosby; 2002:1-8.
3. Hacke W, Kaste M, Olsen TS, et al. Acute Treatment of Ischemic Stroke. Cerebrovasc Dis 2000;10 (suppl 3): 22-33.
4. Kırbaş D, Varlı K. Delirium. Kırbaş D, Varlı K, ed. Birinci Basamakta Nörolojik Hastalıklar: Tanı, Tedavi, Rehabilitasyon. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 1997:134-52.
5. Smith BJ. Treatment of Status Epilepticus. Wyllie E, ed. Epilepsy Neurol Clin 2001;19:347-69.



FEBRİL KONVÜLSİYON

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Merkez sinir sistemi enfeksiyonu dışı nedenlerle oluşan, ateş eşliğinde ortaya çıkan nöbettir. Çocukluk çağı nöbetlerinin en sık olanıdır, insidansı %2-4'tür. Sıklıkla 6 ay-5 yaş arası çocuklarda, en sık 18-22 aylar arasında görülür. Etyolojide genetik geçişin rolü düşünülmektedir.

Tanı

Nöbet bilinç kaybı, gözlerde kayma, dudaklarda morarma, apne, vücudun tümü ya da bir bölümünde tonik klonik kasılma, idrar ve/veya dışkı kaçırma şeklinde ortaya çıkabilir.

Nöbet öncesi, sırası ya da sonrasında 38,5 °C veya üstünde ateş vardır.

Febril konvülsiyon genellikle kısa sürer; çoğu zaman 3 dakikadan kısadır ve hasta hekime ulaştığında nöbet bitmiştir. Hastaların 1/4'inde ateşin ilk bulgusu febril konvülsiyon olabilir.

Onbeş dakikadan kısa süren, 24 saat içinde yinelenmeyen, jeneralize tipte febril konvülsiyonlar, 'basit febril konvülsiyon' olarak nitelenir. İlk kez geçirilen basit febril konvülsiyonda tanı için kan sayımı, biyokimyasal testler, EEG ve kraniyal görüntüleme gerekmez.

İlk febril konvülsiyonda, hasta 12 aydan küçükse, normal bilinç durumuna nöbet ertesinde kısa sürede dönememişse veya nöbet komplike ise, merkez sinir sistemi enfeksiyonu olasılığı mutlaka dışlanmalıdır (Akut Menenjit rehberine bkz. Sayfa 167)

Ayrıca ateşsiz nöbet öyküsü varsa hasta epilepsi yönünden araştırılmalıdır.

Komplike febril konvülsiyon

- Konvülsiyonun 15 dakikadan uzun sürmesi
- Konvülsiyonun fokal olması
- Yirmi dört saat içinde birden çok konvülsiyon olması
- Hastanın 6 aydan küçük veya 5 yaştan büyük olması

Nöbet tekrarında risk faktörleri

- İlk febril konvülsiyonun bir yaştan altında geçirilmesi ya da komplike tipte olması
- Birinci derece yakınlarda epilepsi ya da febril konvülsiyon öyküsü
- Sık enfeksiyon geçirme
- Nöromotor gelişimin geri olması
- Konvülsiyonun ateş hafif yüksekken (40°C'nin altında) ortaya çıkması
- Ateş yükselmesiyle konvülsiyon arasındaki sürenin 2 saatten kısa olması

Febril konvülsiyonun her üç çocuktan birinde tekrarlama riski vardır. Tekrarlama oranı, risk faktörü yoksa %10'ken, risk faktörü sayısı üç ve üstündeyse %100'e çıkabilir.

Tedavi

Amaç ateşin düşürülmesi, konvülsiyon sürüyorsa durdurulması, ateşe yol açan enfeksiyon odağının bulunarak uygun tedavi verilmesidir.

Hasta getirildiğinde konvülsiyon sona ermiş, hasta 12 ayın üstünde ve genel durumu iyi, febril konvülsiyon basitse, hasta ateşi düşürülüp, nedene yönelik tedavi planlanıp, aileye gerekli bilgiler verilerek evine gönderilebilir.

Ateş kontrolü

- Giysiler çıkarılır, çocuk ince bir giysi ile bırakılır.
- Oda sıcaklığı 18-20°C'ye ayarlanır.
- Koltuk altı ateşi 38°C'nin üstündeyse;
 - *Parasetamol* : 10-15 mg/kg/doz, 4-6 saatte bir ağızdan veya rektal ya da
 - *Ibuprofen* : 5-10 mg/kg/doz, 6 saatte bir ağızdan verilir.
- **Soğuk kompres, soğuk duş, alkol uygulaması yapılmamalıdır.** Ilık suyla duş yaptırılabilir.

Konvülsiyon sürüyorsa veya gözlem sırasında yeni konvülsiyon başlamışsa

- Hasta düz bir zemine yan yatırılır.
- Hava yolunun açıklığı kontrol edilir
- Ağız açık ise 'airway' konur.
- %100 oksijen verilir.
- Rektal *diazepam* uygulanır: Mümkünse rektal form kullanılır; yoksa, aynı doz ampul formu beslenme sondası ile rektal yoldan uygulanır. Sonda 5 cm boyunda kesilip yarısı rektuma yerleştirilir:
 - 1 ay-5 yaş : 0,2-0,5 mg/kg/doz, en çok 5 mg/doz
 - 5 yaş üstünde : 0,2-0,5 mg/kg/doz, en çok 10 mg/doz

Profilaksi

Tekrarlayan komplike febril konvülsiyonda ya da risk faktörü sayısı 3 veya daha çoksa bir uzmana danışılarak;

1. Aralıklı (intermitan) profilaksi uygulanabilir.
 - Ateşli hastalığın ilk 2 gününde rektal (ya da ağızdan) *diazepam* 0,5 mg/kg/gün, 2 dozda
ya da
 - Nöbetin durdurulması ve uzun süren nöbetlerin engellenmesi amacıyla rektal *diazepam*
2. Devamlı profilaksi uygulanabilir.
 - *Fenobarbital* : 5 mg/kg/gün, 2 dozda, ağızdan
ya da
 - *Sodyum valproat* : 20-30 mg/kg/gün, 2-3 dozda, ağızdan

Sevk

- İlk febril konvülsiyon 12 ayın altında geçirilmişse
- İlk nöbet komplike febril konvülsiyonsa
- Mental retardasyon, mikrosefali veya normal olmayan nörolojik bulgular varsa
- Ateşsiz konvülsiyonlar varsa
- Epilepsi veya intrakraniyal patoloji düşünülüyorsa hasta sevk edilmelidir.

Aileye bilgi ve uyarılar

- Febril konvülsiyonda genetik yatkınlık olabileceği
- Febril konvülsiyonun epileptik bir nöbet olmadığı
- Üç yaştan sonra tekrarlama riskinin düşük olduğu
- Kısa süreli febril konvülsiyonun beyin hasarı yapmadığı
- Aşı uygulamasının risk taşımadığı
- Ateşin derecesi izlenmesi ve ateş kontrolünün sağlanması gerektiği,
- Febril konvülsiyonun $\frac{1}{3}$ oranda tekrarlayabileceği ve böyle durumlarda:
 - Hastanın düz bir zeminde yan yatırılması
 - Hastayı tutarak konvülsiyonu durdurmaya çalışılmaması
 - Kasılmalar sırasında çene, kol ve bacakları açmaya uğraşılması
 - Ağızdan hiçbir şey verilmemesi
 - Soğan veya başka bir maddenin koklatılması
 - Hastanın üstüne soğuk su dökülmemesi, ancak ılık su ile duş yaptırılabilceği aileye anlatılır.

Kaynaklar

1. Rosman NP. Febril Seizures. Pellock JM, Dodson WE, Bourgeois BFD, ed. Pediatric Epilepsy. New York: Demos, 2001:163-72.
2. Knudsen FU. Febrile Seizures: Treatment and Outcome. Brain Dev 1996;18:438-49.
3. Stenklyft PH, Carmona M. Febrile seizures. Emerg Med Clin North Am 1994;12:989-99.
4. Fukuyama Y, Seki T, Ohtsuka C, Miura H, Hara M. Practical Guidelines for Physicians in the Management of febrile seizures. Brain Dev 1996;18:479-84.
5. American Academy of Pediatrics Provisional Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Febrile Seizures. Practice Parameter: the Neurodiagnostic Evaluation of the Child with A First Simple Febrile seizure. Pediatrics 1996;97:769-72.
6. Rantala H, Tarkka R, Uhari M. A Meta-analytic Review of the Preventive Treatment of Recurrences of Febrile Seizures. J Pediatr 1997;131:922-5.
7. Gal P, Reed MD. Medications. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, ed. Nelson Textbook of Pediatrics, 16th ed. Philadelphia: Saunders, 2000:2235-304.



DİSFONKSİYONEL UTERUS KANAMALARI

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Organik bir nedene ya da gebeliğe bağlı olmayan, uterustan kaynaklanan kanama bozukluğudur. Kanamanın miktarı, sıklığı ve/veya aralığı bozulmuş olabilir. Normal menstrüel siklus 21-35 gün olup kanama 3-7 gün sürer ve günde ortalama 30-40 ml (yaklaşık 3 pet) kan kaybına yol açar.

Anormal kanamanın patolojik nedenleri ekarte edildikten sonra disfonksiyonel uterus kanaması tanısı konulabilir. Disfonksiyonel uterus kanaması (adet düzensizliği) sıklıkla hipotalamus-hipofiz-over ekseninin herhangi bir düzeyde bozulması veya buna verilen endometriyum yanıtının aksamasıyla ortaya çıkar.

Tanı

Semptomlar

- Oligomenore: Menstrüel siklusun 35 günden uzun sürmesidir.
- Polimenore: Menstrüel siklusun 21 günden kısa olmasıdır.
- Menoraji (hipermenore): Menstrüel siklusun düzenli olmasına rağmen kanama miktarının çok ve süresinin uzun olmasıdır.
- Metroraji: Menstrüel siklusların düzensiz ve sık aralıklarla olmasıdır.
- Hipomenore: Kanama miktarının az ve süresinin kısa olmasıdır.

Hastanın yaşı, bulunduğu reproduktif dönem, kullandığı kontrasepsiyon yöntemi tanıda göz önünde bulundurulmalıdır.

ANORMAL UTERUS KANAMALARINDA TANI



Tedavi

Amaç, normal fizyolojik menstrüel sıklusa benzer siklus yaratmaktır. Tedavide hastanın kanadığı süre, miktar ve siklus düzeni önemlidir. Hastanın sistemik sorunları ve gebe kalmayı isteyip istemediği göz önüne alınarak aşağıdaki tedavi seçeneklerinden biri seçilmelidir. Tedavinin önkoşulu pelvik muayenedir.

Tedavi Semptom	Steroid olmayan antienflamatuvar ilaçlar	Oral kontraseptifler (0,05 mg etinil estradiol içerenler)	Progestinler (medroksiprogesteron asetat)
Menoraji veya 10 günden kısa aralıklarla az veya çok kanama tanımlanan Metroraji / menometroraji	Kanamalı iken başvurulmuşsa hemen, değilse adet ilk günü kullanılmaya başlanarak 5 gün devam edilecek.	Kanamalı iken başvurulmuşsa hemen, değilse adet ilk günü kullanılmaya başlanarak günde 3 kez bir adet, 5-7 gün boyunca kullanılacak. Sonraki aylarda adet beşinci günden itibaren günde bir tane kullanılacak.	Kanamalı iken başvurulmuşsa hemen, değilse adet 15. günü kullanılmaya başlanarak günde 2 kez bir adet olmak üzere 10 gün kullanılacak.
10 günden uzun aralıklarla az veya çok kanama tanımlanan Metroraji / menometroraji	Kanamalı iken başvurulmuşsa hemen, değilse adet ilk günü kullanılmaya başlanarak 5 gün devam edilecek.	Kanamalı iken başvurulmuşsa hemen, değilse adet ilk günü kullanılmaya başlanarak her gün bir adet alınacak. Kutu bitiminde 21 günlük preparatlarda 7 gün ara verilerek 28 günlük preparatlarda ara verilmeksizin sonraki kutuya geçilecek.	Kanamalı iken başvurulmuşsa hemen, değilse adet 15. günü kullanılmaya başlanarak günde 2 kez bir adet olmak üzere 10 gün kullanılacak.
Polimenore veya Oligomenore		Adetin ilk günü kullanılmaya başlanarak her gün bir adet alınacak. Kutu bitiminde 21 günlük preparatlarda 7 gün ara verilerek 28 günlük preparatlarda ara verilmeksizin sonraki kutuya geçilecek	Kanamalı iken başvurulmuşsa hemen, yoksa adet 15. günü kullanılmaya başlanarak günde 2 kez bir adet olmak üzere 10 gün kullanılacak
Hipomenore	Organik bir nedene bağlı değilse tedavi edilmez. Organik nedenler sıklıkla küretaj, abortus, enfeksiyonlar sonrasında endometrium dokusunun azalmasına ya da hiperprolaktinemiye bağlıdır. Yaş ile birlikte fizyolojik hipomenore gelişebilir.		
Yan etkiler için izlem	- Sindirim sistemi üzerine etkiler (Bulantı kusma ve diğer dispeptik yakınmalar) - Kan tablosu üzerine etkiler (Hemogram bak) - Sıvı retansiyonu (Ödem ve kan basıncı izle)	- Sindirim sistemi üzerine etkiler (Bulantı kusma ve diğer dispeptik yakınmalar) - Venöz tromboembolik olaylar - Baş ağrısı sorgula	- Akne, ürtiker, depresyon, libido değişikliklerini sorgula

- İlk ayda istenen sonuç alınırsa tedaviye 3 ay devam edilmeli, alınmazsa hasta sevk edilmelidir.
- Oral kontraseptifler 40 yaşın altında kontrasepsiyon isteyen hastalarda ilk seçenek olmalıdır.
- Progesteron 40 yaşın üzerindeki hastalarda ilk seçenek olmalıdır.

Steroid olmayan antienflamatuvar ilaçlar

İsim	Doz (mg/gün)	Süre
<i>Mefenamik asit</i>	1.500	Üç eşit doza bölünerek tok karına verilir.
<i>Naproksen sodyum</i>	1.250	İlk doz 500 mg olarak başlanır. Gereksinime göre 250 mg 6-8 saat ara ile tok karına verilir.
<i>İbuprofen</i>	1.200-1.800	Üç eşit doza bölünerek tok karına verilir.

Kaynaklar

1. Rakel RE. Gynecology. Textbook of Family Practice, 6th ed. Philadelphia: Saunders, 2002; 667-87.
2. Lethaby A, Augood C, Duckitt K. Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs for Heavy Menstrual Bleeding. Cochrane Library Issue 2, Oxford, 2002.
3. Hickey M, Higham J, Fraser IS. Progestogens Versus Estrogens and Progestogens for Irregular Uterine Bleeding Associated with Anovulation. Cochrane Library Issue 2, Oxford, 2002.
4. Iyer V, Farquhar C, Jepson R. Oral Contraceptive Pills for Heavy Menstrual Bleeding. Cochrane Library Issue 2, Oxford, 2002.



DİSMENORE

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

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

Primer dismenorede organik bir neden yoktur; ağrı endometriyal prostaglandin salıverilmesiyle ilişkilidir. Ağrı genellikle menarşla ya da menarştan birkaç yıl sonra, ovülatuar siklusların yerleşmesiyle başlar. Adetten birkaç saat önce başlayan ağrı iki-üç gün sürer.

Sekonder dismenorede endometriyoz, uterus ve vajinanın doğumsal anomalileri, servikal stenoz, adenomyoz, over kisti, pelvik yapışıklık, rahim içi araç, pelvik enfeksiyon ve tümör gibi organik bir neden vardır.

Tanı

- Temel semptom kramp tarzı pelvik ağrıdır. Ayrıca bel ağrısı, baş ağrısı, bulantı, kusma, ishal, çarpıntı ve halsizlik görülebilir.
- Primer dismenorede fizik muayene normaldir. Tanı öykü, ağrının periyodik özelliği ve altta yatan bir neden saptanmamasıyla konur.
- Sekonder dismenorede ağrı adetten bir-iki hafta önce başlar ve adetin bitiminden sonra birkaç gün sürer. Fizik muayenede duyarlık ve patolojik bulgu olabilir. Kesin tanı için ileri inceleme gerekir.

Ayrıcı Tanı

Ektopik gebelik, tamamlanmamış düşük ve üriner enfeksiyon düşünülmelidir.

Tedavi

Primer dismenorede temel amaç ağrının giderilmesidir. Tedavide prostaglandin sentaz inhibitörü özelliği taşıyan steroid olmayan antienflamatuvar ilaçlar ya da ovülasyonu baskılayan kombine oral kontraseptifler kullanılır. Steroid olmayan antienflamatuvar ilaçlar olguların %80'inde etkindir.

Uygulamada, bunlardan *ibuprofen*, *naproksen sodyum* ve *mefenamik asit* kullanımı önerilir. İlaça menstrüasyondan 1-2 gün önce başlanmalı ve birkaç gün kullanılmalıdır.

- *İbuprofen* :

İlk seçilecek ilaçtır. 1.200-1.800 mg/gün (en çok 2.400 mg/gün), üç doza bölünerek, tercihen tok karnına alınır.

- *Mefenamik asit* :

İkinci seçilecek ilaçlardandır. 1.500 mg/gün, üç doza bölünerek alınır.

- *Naproksen sodyum* :

İkinci seçilecek ilaçlardandır. Başlangıçta 500-575 mg, sonra gerekirse 6-8 saatte bir 250-275 mg (en çok 1.250 mg/gün) alınır.

- *Diflunisal* :

Üçüncü seçilecek ilaçlardandır. 1.000 mg'lık yükleme dozundan sonra 12 saatte bir 500 mg alınır.

- *Flurbiprofen* :

Üçüncü seçilecek ilaçlardandır. 100 mg başlangıç dozu ertesinde, 4-6 saatte bir 50-100 mg (en çok 300 mg/gün) alınır.

- *Ketoprofen* :

Üçüncü seçilecek ilaçlardandır. 150 mg/gün üç doza bölünerek günde en çok 200 mg alınır.

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

Sekonder dismenorede tedavi mutlaka altta yatan nedene göre yapılmalıdır.

Sevk

Tedaviye yanıt alınamayan primer dismenore olguları ve sekonder dismenoreli olduğu düşünülen hastalar sevk edilmelidir.

Kaynaklar

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, DeCherney 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, Nr 42. 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.



GEBELİK İZLEMİ

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Gebelik izlemi, gebeliğin planlanmasıyla başlayan, sağlıklı sürdürülmesini ve sorunsuz bir doğumu amaçlayarak 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 faktörlerini 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 mortalitesini azaltmak
- Doğum ve doğum sonrasıyla ilgili konularda (lohusalık, doğum sonrası kontrasepsiyon, yenidoğan bakımı ve beslenmesi, bağışıklanması ve anne sütü) bilgilendirmek.

Gebeliğin tanısı

- Gebelik, gebelik testi ile doğrulanır.
- Gebelik testi (+) ise gebelik yaşı belirlenir:
 - Son adet tarihi
 - Fundus yüksekliği
 - Bimanuel pelvik muayene

İzlem

İzlem gebeliğin saptanmasıyla başlar.

İzlem sıklığı:

- İlk değerlendirme
- 32. haftaya kadar 4 haftada bir
- 32-36 haftalarda 2-3 haftada bir
- 36. hafta-doğum arasında haftada bir

Yüksek riskli durumlarda hastaya uygun izlem sıklığı değişiklikleri yapılabilir.

İlk değerlendirme

Öykü

- **Aile öyküsü:** Diabetes mellitus, orak hücreli anemi, talasemi
- **Akraba evliliği**
- **Kronik hastalıklar:** Diabetes mellitus, hipertansiyon, tüberküloz, epilepsi, kalp hastalığı, tromboembolik hastalık, kronik böbrek hastalığı, doğumsal kalça çıkığı
- **İlaç kullanımı**
- **Madde bağımlılığı:** Sigara, alkol, uyuşturucu madde kullanımı
- **Enfeksiyonlar:** Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, TORCH, B hepatiti, HIV
- **Cerrahi öykü:** Geçirilmiş karın ameliyatları, kan transfüzyonu
- **Obstetrik öykü:** Önceki gebeliklerin sayısı, doğum şekli, doğum travması, düşük, preterm eylem, bebek doğum ağırlığı, anomalili doğum, gestasyonel trofoblastik hastalık, dış gebelik, preeklampsi, eklampsi, çoğul gebelik, doğum sonrası komplikasyonlar
- **Anne yaşı:** 18 yaş altı, 35 yaş üstü
- **Sosyoekonomik düzey**

Fizik muayene

- Genel fizik muayene
- Kan basıncı ölçümü
- Boy ölçümü (150 cm'den kısa boylularda baş-pelvis uygunsuzluğu)
- Ağırlık ölçümü
- Meme muayenesi
- Pelvik muayene (mümkünse 'pap smear')
- Çocuk kalp sesi (ÇKS) muayenesi: 20. haftadan sonra
- Fundus yüksekliği muayenesi: 16. haftadan sonra (son adet tarihiyle uyumu)
- Fetal prezentasyon muayenesi: 20. haftadan sonra

Laboratuvar

- Hemoglobin, hematokrit
- Kan grubu (ABO ve Rh)
- Tam idrar incelemesi
- Açlık kan şekeri (Diabetes mellitus açısından risk faktörü varsa glukoz tolerans testleri)
- HBsAg (olanak varsa)

İzlemde sonraki değerlendirmeler

Fizik muayene

- Genel fizik muayene (ödem, varis, sarılık, solukluk, obezite, aşırı zayıflık)
- Kan basıncı ölçümü
- Ağırlık ölçümü (Kilo alımı izlemi)
- Çocuk kalp sesi (ÇKS) muayenesi: 20. haftadan sonra
- Fundus yüksekliği muayenesi: 16. haftadan sonra (simfizis pubis ile fundus arasındaki mesafenin santimetre cinsinden ölçümü gebelik haftasını gösterir.)
- Fetal prezentasyon muayenesi: 20. haftadan sonra

Laboratuvar incelemesi

- İdrar incelemesi
- Hemoglobin
- Ultrasonografinin gebelik izleminde; gebelik yaşının belirlenmesi, çoğul gebeliğin tanısı, ektopik gebelik, plasental yerleşim ve prezantasyonun belirlenmesi açısından rolü vardır.

Bağışıklama

Tetanoz Aşısı

- Hiç aşılanmamışsa : Birinci trimesterden sonra 4 hafta arayla iki doz
- Bağışıkça : Birinci trimesterden sonra tek doz

Aşılama doğumdan 3 hafta önceye kadar tamamlanmalıdır.

Destekleyici tedavi

Gebelik tanısı konulduğu andan itibaren 0,4 mg/gün *folik asit*, anemi olmasa bile ikinci trimesterden itibaren 60 mg/gün *elementer demir* verilir.

Dengeli beslenme ve kalsiyumdan zengin diyet önerilir.

Kaynaklar

1. Hodnett ED. Continuity of Caregivers for Care During Pregnancy and Childbirth (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 2, 1999, Oxford.
2. Mahomed K. Iron Supplementation in Pregnancy (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 2, 1999, Oxford.
3. Cloherty LJ, Nelson JP. Hormonal Placental Function Tests Before Fetal Assessment in High Risk Pregnancies (Cochrane Review). The Cochrane Library Issue 2, 1999, Oxford.
4. Rakel RE. Textbook of Family Practice. Saunders, 2002.
5. WHO Antenatal Care Randomized Trial : Manual for the Implementation of the New Model. WHO, Geneva, 2002.

Durum/sempptom	Klinik tanı	Öneri
Ayak, baldır ya da bacakta ağrı ve kızarıklık	Trombosit	Sev. et.
Vajinal akıntı, genital bölgede yara ya da yanma	Vajinit, cinsel yolla bulaşan hastalıklar	Ayrıncı tanı yap, tedavi et. (Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar bölümüne bakınız.)
Ateş (>38°C)	Enfeksiyonlar (özellikle idrar yolu enf.)	Ayrıncı tanı yap, tedavi ver.
-ÇKS'nin en az 10 dakika boyunca 120 altı 160 üzerinde olması ve artımı	Fetal iyilik halinin bozulması	Sev. et.
-Fetal hareketlerin azalması (12 saatte 10'dan az)		
Vajinal kanama	Düşük tehdidi, düşük, plasenta previa, ablasyo plasenta, erken doğum tehdidi	Sev. et.
Amniyon sıvısı gelmesi	Erken membran rüptürü, doğum	Sev. et.
Prezentasyon anomalileri ve makat geliş	Primipar makat, omuz, el vb geliş	Sev. et.
KB>140/90 mmHg ± proteinüri iz ödem	Preeklampsi	Sev. et.
Şiddetli baş ağrısı / epigastik ağrı / bulanık görme		
Ağrılı kontraksiyon	Preterm doğum, term doğum, ablasyo plasenta	Hidrolyonu sağla ve sev. et.
Bakteriüri	Asemptomatik bakteriüri	Tıbbi tedavi (<i>ampisilin</i> / <i>amoksisilin</i>)
Rh uyumsuzluğu		Baba Rh (+) ise tüm Rh negatif anneleri 24-26. haftada sev. et.
Eşlik eden sistemik kronik hastalıklar	Diabetes mellitus, böbrek hastalığı, kalp hastalığı, diğer sistem hastalıkları	Sev. et.
Habituel düşük, ölü doğum, fetal anomali, düşük doğum ağırlıklı bebek (<2500 gr), makrozomik bebek (>4500 gr), preeklampsi-eklampsi		Sev. et.
Önceki sorunlu gebelikler		Sev. et.
Geçirilmiş jinekolojik operasyonlar	Myomektomi, konizasyon, sezaryen, servikal serkalaj, septum rezeksiyonu	Sev. et.
Çoğul gebelik, 18 yaş altı, 35 yaş üstü gebelikler		Sev. et.
Şiddetli bulantı-kusma	Hipememezis gravidarum	Diyet öner (az ve sık atarlara yeme). İdrarda aseton +++/++++ ise, kilosunun %5'ini kaybederse veya kayıp 2 kg/hafta üzerinde ise sev. et. Ayaktan tedavi sırasında <i>metoklopramid</i> ve <i>piridoksin</i> verilebilir.
Halsizlik, yorgunluk	Anemi	Hemogloblin 7 gr/dl'nin altında/ya demir dozunun artır, yetmezlik bulguları varsa sev. et.
Mide yannası, ekşimesi, retrosternal yanma		Antasitler, aljinalar
Ayakta uyuşma ve krampiler		Kalsiyum ve germe egzersizleri öner.



MENOPOZ

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Menopoz, ovaryan aktivitenin (üreme ve östrojen yapımı) yitimi ertesinde, menstrüasyonun kalıcı olarak kesildiği son adet kanamasıdır (meno: kanama, pause: duraklama, ara).

Tanı

En az bir yıl adet görülmemesi ile menopoz tanısı konulabilir.

Laboratuvar bulguları:

- Serum folikül stimüle edici hormon (FSH) >30 IU/ml
ve
- Östradiol (E2) <20 pg/ml
ise kesin tanı konur.

Sınıflama

- Doğal menopoz: Beklenen yaşta görülen son adettir. 44-56 yaşları arasında görülür; ortalama menopoz yaşı ülkemizde 47'dir.
- Cerrahi menopoz: Her iki overin cerrahi olarak çıkarılması sonucunda, erken dönemde adetten kesilmedir.
- Prematür menopoz: 40 yaşın altında adetten kesilmedir; kadınların %1'inde görülür.

Risk faktörleri

Aşağıdaki durumlarda erken yaşta adetten kesilme görülebilir:

- Sigara içimi
- Anne menopoz yaşının düşük oluşu
- Radyoterapi
- Kemoterapi
- Otoimmün hastalıklar
- Düşük sosyoekonomik durum, beslenme yetersizliği
- Anne karnında gelişme geriliği ile doğan bebekler
- Yüksek rakımda yaşama
- Psikolojik travmalar

Semptomlar

Östrojen eksikliğine bağlı semptomlar

1. Akut dönem

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

2. Subakut dönem

- Genitoüriner sistem yakınmaları: Vaginal kuruluk, cinsel yaşamda sıkıntılar tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu, idrar kaçırma
- Deride kuruluk, saç ve tırnaklarda kırılma

3. Kronik dönem

- Osteoporoz
- Kardiovasküler sistem 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

Bilgilendirme

- Hastaya durumun doğal bir süreç olduğu, replasman tedavisiyle normal yaşamına devam edeceği anlatılmalıdır. Vazomotor semptomların ve genitoüriner atrofisinin tedavisinde, osteoporozun önlenmesinde hormon replasman tedavisinin önemi vurgulanmalıdır.
- Beslenme: Kolesterolde fakir, kalsiyumdan zengin diyet önerilir.
- Egzersiz: Kemik kaybını önlemek için, haftada 3 kez en az 30-60 dakika süreyle koşma, tempolu yürüyüş, bisiklete binme gibi egzersizler yapılmalıdır.
- Kol ve bacakları açıkta bırakarak güneşten yararlanma önerilir.
- Menopoz öncesi ve sonrası dönemde karşılaşılan psikosomatik ve cinsel sorunlar hakkında konuşup bilgi verilir.
- Kendi memesini muayene etmesinin 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.
- Önceden kalp hastalığı olanlarda hormon tedavisi ile kalp hastalığına karşı koruma elde edilememiştir.

Kalsiyum desteği

- Hormon replasman tedavisi almıyorsa günlük kalsiyum gereksinimi 1.500 mg *elementer kalsiyum*dur. Besinlerle 500 mg *elementer kalsiyum* alındığından, ek olarak 1.000 mg *elementer kalsiyum* verilir. Kalsiyum preparatlarının yemeklerle alınması önerilir.
- Hormon replasman tedavisi alıyorsa; günlük kalsiyum gereksinimi 1.000 mg'dır.

D vitamini desteği

Günlük 400 IU *D vitamini* önerilir.

Sevk

- Erken yaşta cerrahi menopoz
- Prematür menopoz
- Sekonder osteoporoz (uzun süreli steroid kullananlar, hiperparatiroidizm, kronik böbrek hastalığı) durumlarında hasta sevk edilir.
Ayrıca;
- Menopoz sonrası dönemdeki her kadının yılda 1 kere kadın hastalıkları ve doğum uzmanınca muayene edilmesi önerilmektedir.

Kaynaklar

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.



AKUT OTİTİS MEDIA

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Akut otitis media (AOM) orta kulak ve havalı boşluklarının süpüratif enfeksiyonudur. Sıklıkla bakteriyeldir ve etken orta kulağa nazofarenksten ulaşır. Etken çoğunlukla *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* ve 5 yaşından küçük çocuklarda *Haemophilus influenzae* 'dır.

Tanı

Öykü, fizik muayene ve özellikle otoskopi bulguları ile konur.

Öykü

- Şiddetli kulak ağrısı
- Çocuklarda ağlama ve huzursuzluk, ateş
- İşitme azlığı
- Kusma
- Kulak kepçesini kurcalama (çocuklarda)
- Geçirilmiş ÜSZE

Fizik muayene bulguları

- Ateş
- Kulak muayenesi: Bastırmakla hassasiyet, otoskopik incelemede kulak zarında kızarıklık ve bombeleşme, kulak yolunda akıntı

Laboratuvar bulguları

Hematolojik, biyokimyasal ve mikrobiyolojik inceleme önerilmez.

Tedavi

Amaç enfeksiyonun giderilmesi, orta kulak havalanmasının sağlanması, ağrının giderilmesi ve komplikasyonların önlenmesidir.

İlaç dışı tedavi

Bol sıvı alımı ile hidrasyon sağlanmalıdır.

İlaç tedavisi

Ağrı ve ateş tedavisi	<i>Parasetamol</i>	Erişkinde 500-1.000 mg/doz, ağızdan 3-4 doz/gün, en çok 4 gr/gün Çocukta 10 mg/kg/doz, ağızdan 4-6 doz /gün, 48-72 saat verilecektir.
Antibakteriyel Tedavi	Birinci seçenek	<i>Amoksisilin</i> Erişkinde 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 grubu antibiyotik kullanımı, akut otitis media öyküsü varsa: 80-90 mg/kg/gün, ağızdan) 3 doz/gün, 10 gün süreyle Penisilin alerjisi varsa ağızdan <i>eritromisin</i> ve <i>klaritromisin</i> 10 gün , <i>azitromisin</i> 5 gün süreyle
	İkinci seçenek	<i>Amoksisilin-klavulonat*</i> ağızdan 10 gün süreyle İkinci kuşak sefalosporinler (<i>sefuroksim aksetil</i>) ağızdan 10 gün süreyle

* Amoksisilin / klavulonat oranı 7/1 olmalıdır.

Çocuklarda *serum fizyolojik* kullanımı, nazal dekonjesyon ve orta kulak havalanmasına katkı sağlayabilir.

Kulağa lokal (topikal) ilaç uygulanmamalıdır.

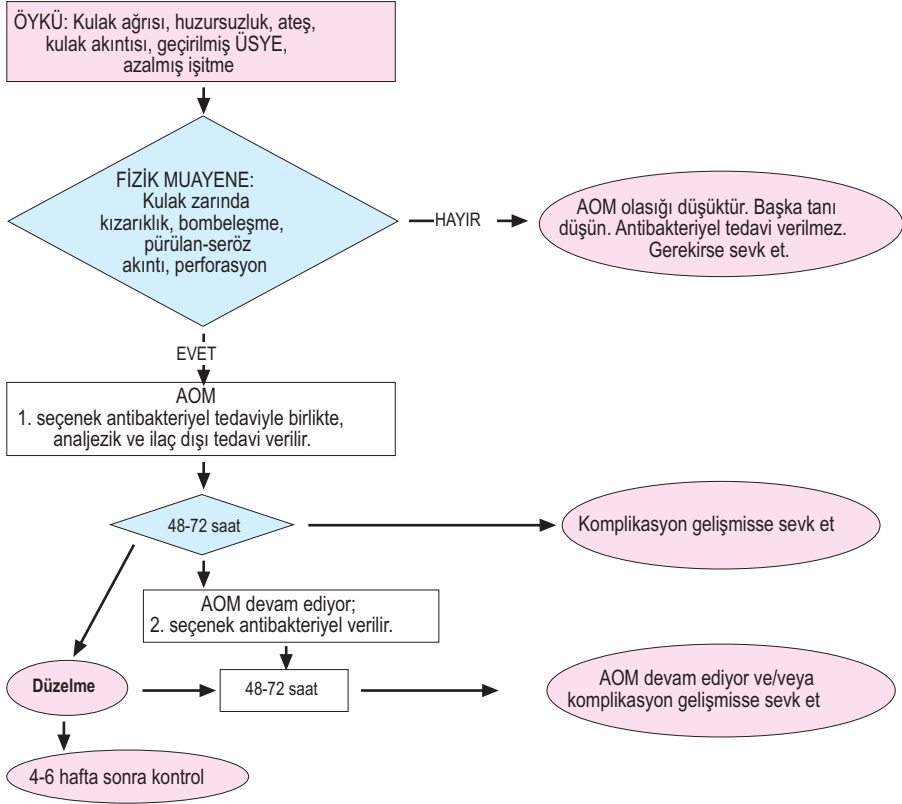
Akut otitis media şüphesi varken, buşon nedeniyle kulak zarı görülemiyorsa kulak lavajı yapılmamalıdır.

Korunma

- Viral ÜSYE sırasında nazal hava yolu açık tutulmalıdır.
- Anne sütü ile beslenme akut otitis media insidansını azaltır.
- Evde sigara içilmemesi sağlanmalıdır.
- Süt çocuklarının yatarak beslenmemesi, beslenirken yaklaşık 45 derecelik açı ile tutulmaları önerilir.

Ayırıcı tanı

- Bebekte ağlamaya bağlı kulak zarı kızarıklığı
- Çene veya diş kaynaklı ağrı (kulak ağrısına rağmen fizik muayenede kulak zarı normaldir)
- Eksternal otit
- Kronik otitis media



İzlem

Tedavi başladıktan 3-5 gün sonra otoskopik inceleme önerilir.

Kulak zarı ve işitme 4-6 hafta sonra kontrol edilmelidir.

Komplikasyonlar

Kronik otitis media, akut mastoidit ve fasiyal paralizi, menenjit gibi intrakraniyal komplikasyonlar gelişebilir.

Sevk

- Kulak zarı perforasyonu
- İkinci seçenek antibakteriyel tedaviye başlanmasından 48-72 saat sonra AOM bulgularının gerilememesi
- Altı ay içinde 3, 1 yıl içinde 4 veya daha çok sayıda AOM saptanması
- Komplikasyon gelişmesi
- Tedaviden sonraki ilk ay içinde rekürrens görülmesi
- Tedavinin başlangıcından 6 hafta sonra işitme azlığının devam etmesi durumlarında hasta sevk edilmelidir.

Kaynaklar

1. Alho OP, Kilkku O, Oja H, Koivu M, Sorri M. Control of Temporal Aspect When Considering Risk Factors for Acute Otitis Media. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1993;119:444-9.
2. Pichichero ME Acute otitis media: Part I. Improving Diagnostic Accuracy. Am Fam Physician 2000;61: 2051-6.
3. ICSI Institute for Health Care Guidelines; no.GRD05 at Institute for Clinical Systems Improvement 1999;Dec:24 p.
4. Glasziou PP, Del Mar CB, Sanders SL. Antibiotics for Acute Otitis Media in Children, Cochrane Review. The Cochrane Library 2, Oxford: Update Software, 2001.
5. Flynn CA, Griffin G, Tudiver F. Decongestants and Antihistamines for Acute Otitis Media in Children, Cochrane Review. The Cochrane Library 2, Oxford: Update Software, 2001.
6. Pelton SI. Otitis, Sinusitis and Related Conditions. Armstrong D, Cohen J ed. Infectious Diseases, London: Mosby, 1999:2.25.1-8.



AKUT BAKTERİYEL RİNOSİNÜZİT

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Akut rinosinüzit, paranasal sinüs mukozasının enflamasyonudur. Burun mukozası da hemen her zaman etkilendir. Viral ve bakteriyel etkenler veya alerji gibi enfeksiyöz olmayan nedenlerle gelişebilir.

Risk faktörleri

- Alerjik veya alerjik olmayan rinit (vazomotor rinit)
- Viral üst solunum yolu enfeksiyonu
- Anatomik yapı bozukluğu (kraniyofasiyal anomali, septal deviasyon, yarık damak)
- Nazal obstrüksiyon (adenoid vejetasyon, yabancı cisim, polip, tümör)
- Çevresel faktörler (**sigara** , hava kirliliği, kuru ve soğuk hava)
- İmmün sistemin baskılanması
- Diş enfeksiyonu
- Gastroözefageal reflü
- Travma
- Kontamine suda yüzme

Tanı

Tanı öykü ve fizik muayene bulgularıyla konur. On günden daha uzun süren rinosinüzit semptom ve bulgularını taşıyan hastalar radyoloji ve laboratuvar incelemesi gerekmeksizin akut bakteriyel rinosinüzit olarak kabul edilir.

Öykü

- Burun tıkanıklığı
- Baş ağrısı
- Yüzde ağrı veya basınç hissi (eğilmeyle artabilir)
- Koku alma bozukluğu
- Öksürük (uzamış öksürük, özellikle çocuklarda)
- Ağız kokusu
- Ateş
- Geniz akıntısı
- Halsizlik

Fizik muayene

- Burun ve genizde akıntı
- Yüzde palpasyonla duyarlık
- Ateş
- Periorbital ödem (özellikle çocuklarda)

Genel olarak, viral üst solunum yolu enfeksiyonu geçirenlerde, semptomların 7 gün sonra kötüleşmesi ya da 10 gün sonra iyileşmemesi (burun akıntısı, baş ağrısı, özellikle geceleri artan öksürük) akut bakteriyel rinosinüzit lehinedir.

Ayırıcı tanı

- Viral üst solunum yolu enfeksiyonu
- Alerjik rinit
- Adenoid vejetasyon
- Yabancı cisim
- Nazal polip
- Tümör

Tedavi

Amaç enfeksiyonun tedavisi ve doku ödeminin azaltılarak sinüs boşalım ve havalanmasının sağlanmasıdır.

İlaç dışı tedavi

Hasta kesinlikle sigara içmemeli, evde sigara içilmesi mutlaka engellenmelidir.

- Bol sıvı alımı ile yeterli hidrasyonun sağlanması
- Akut dönemde serum fizyolojik ile burun lavajı
- Buhar uygulaması
- Burun temizliğinin öğretilmesi
- İstirahat
- Lokal ısı uygulaması

İlaç tedavisi

A. Antibakteriyel tedavi

İlk seçenek:

- *Amoksisilin* : Çocukta 40-45 mg/kg/gün, ağızdan 8 saat arayla, ağızdan, 10 gün (Dirençli pnömokok olasılığı; son bir ay içinde penisilin grubu antibiyotik kullanımı, akut otitis media öyküsü varsa: 80-90 mg/kg/gün) Erişkinde 1,5-3 g/gün, 8 saat arayla, ağızdan, 10 gün

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

Antibiyotik tedavisi 14 güne uzatılabilir.

İkinci seçenek:

- Son iki ayda 2 veya daha çok akut sinüzit geçirilmişse
 - Son 2 ayda herhangi bir nedenle ilk seçenek ilaç kullanılmışsa
 - İlk seçenek ilaçla 3. günde başarılı olunamamışsa ikinci seçenek ilaç kullanılmalıdır.
- *Amoksisilin-klavulanik asit* : (*Amoksisilin* dozu çocukta 80-90 mg/kg/gün, *amoksisilin/klavulanik asit* oranı 7/1 olmalıdır.)
 - İkinci kuşak sefalosporinler (*sefuroksim aksetil*), ağızdan

B. Semptomatik tedavi

- Lokal ya da sistemik dekonjestan:
Çocuklarda dekonjestan kullanılmamalıdır. Erişkinlerde kullanılabilir, ancak yaşlı ve hipertansif hastalarda dikkatli olunmalıdır. Lokal dekonjestanlar 5 günden uzun kullanılmamalıdır.
- Analjezik – antipiretik (*parasetamol* ya da *ibuprofen*)
- Antihistaminikler yalnızca alerjik olgularda kullanılmalıdır.

Komplikasyonlar

- Orbital: Apse, selülit, optik nörit
- İntrakraniyal: Menenjit, epidural apse, subdural apse, beyin apsesi, osteomyelit, kavernoöz sinüs trombozu

Sevk

- Komplikasyon geliştiği düşünülen
- Uygun tedaviye rağmen iki hafta içinde iyileşmeyen
- Yılda en az erişkinlerde dört, çocuklarda altı kez akut bakteriyel rinosinüzit geçiren
- Uygun tedaviye rağmen hastalığı 12 haftadan uzun süren (kronik) hastalar sevk edilmelidir.

Kaynaklar

1. Sinus and Allergy Partnership. Antimicrobial Treatment Guidelines for Acute Bacterial Rhinosinusitis. Otolaryngology-Head and Neck Surgery. Suppl. 2000;123: No 1, Part 2.
2. Williams Jr. JW, Aguilar C, Makela M, Cornell J, Hollman DR, Chiquette E, Simel DL. Antibiotics for Acute Maxillary Sinusitis. Cochrane Review. The Cochrane Library 2, Oxford:Update Software, 2001.
3. Osguthorpe JD. Adult Rhinosinusitis: Diagnosis and Management. Am Family Physician. 2001;63: 69-76.
4. Fagnan LJ. Acute Sinusitis: A Cost-effective Approach to Diagnosis and Treatment. Am Family Physician, 1998.
5. Snow V, Mottur-Pilson C, Hickner JM. Principles of Appropriate Antibiotic Use for Acute Sinusitis in Adults. Ann Intern Med 2001;134: 495-7.
6. Hickner JM, Bartlett JG, Besser RE, Gonzales R, Hoffman JR, Sande MA. Principles of Appropriate Antibiotic Use for Acute Rhinosinusitis in Adults: Background 2001;134: 498-505.
7. Pelton SI. Otitis, Sinusitis and Related Conditions. Armstrong D, Cohen J, eds. Infectious Diseases, London: Mosby 1999; 2:25.1-8.
8. American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guideline: Management of Sinusitis. Pediatrics 2001;108:798-808.
9. National Guideline Clearinghouse. Evidence Based Clinical Practice Guideline for Children with Acute Bacterial Sinusitis in Children 1 to 18 Years of Age. Cincinnati: Cincinnati Children's Hospital Medical Center; 2001 Apr 27. 17 (234)



ALERJİK RİNİT

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Alerjik rinit nazal mukozanın IgE aracılı, kronik enflamatuvar bir hastalığıdır. Çocuk ve erişkinlerde sık rastlanır. Kişisel ve ailesel atopi öyküsü, alerjenler, hava kirliliği ve sigara temel risk faktörleridir.

Tanı

Öykü

- Hapşırma, burun tıkanıklığı, akıntısı ve kaşıntısı, geniz akıntısı ve kaşıntısı, en belirgin yakınmalardır. Tanı için, bu yakınmalardan en az ikisinin bir saatten uzun sürelerle bir günden fazla tekrarı gereklidir.
- Öyküde yakınmaların mevsimlerle ilişkisi ve tetikleyici faktörler yanı sıra kişisel ve ailesel atopi de sorgulanmalıdır. Yakınmalar mevsimsel yoğunluk gösterebilir veya yıl boyu sürebilir. Mevsimsel rinitte etken genelde polenlerken, diğerlerinde çoğunlukla akar, hamamböceği, evcil hayvan, mantar sporu gibi ev içi alerjenlerdir.

Fizik muayene

Nazal mukoza genellikle soluk ve ödemli görünümündedir. Berrak burun akıntısı ve konkaların hipertrofisi gözlenebilir. Göz altında koyu halkalanmalar (Shiner belirtisi), alerjik selam (burun tıkanıklığı hissinden kurtulmak için el ayası ile burnun yukarıya doğru itilmesi) ve buna bağlı olarak burun üzerinde çizgilenme kronik olgularda belirgin olabilir.

Alerjik rinite eşlik eden hastalıklar

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

Komplikasyonlar

Uygun tedavi edilmediğinde rinosinüzit, uyku bozukluğu (apne), 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)
- Polipozis
- Vazomotor rinit

- İlaçlara bağlı rinit (bazı antihipertansif ilaçlar, oral kontraseptifler)
- Rinitis medikamentoza (topikal dekonjestanların aşırı kullanımına bağlı rinit)

Korunma

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

Tedavi

Amaç, okul ve iş başarısını bozan, sosyal uyumda güçlüğü yol açan semptomların baskılanması, yaşam kalitesinin düzeltilmesi ve komplikasyonların önlenmesidir.

İlaç dışı tedavi

*Serum fizyolojik*le burun lavajı yapılabilir.

İlaç tedavisi

Alerjik rinit tedavisinde ilk seçenek antihistaminiklerdir.

- Birinci kuşak antihistaminikler ucuz, kolay bulunabilen ve güvenli ilaçlardır:
Difenhidramin hidroklorür Çocukta 5 mg/kg/gün, 4 eşit dozda, ağızdan
 (en çok 300 mg/gün)
 Yetişkinde 3-4 kez 25-50 mg, ağızdan

Hidroksizin Çocukta 2-5 mg/kg/gün, 3-4 dozda, ağızdan
 Yetişkinde 3-4 kez 25 mg, ağızdan

Klemastin Çocukta günde 2 kez 250-500 µg, ağızdan
 Yetişkinde günde 2 kez 0,5-1 mg, ağızdan

- Birinci kuşak antihistaminiklerin sedasyon yan etkisinden kaçınılması gerektiğinde ikinci kuşak antihistaminikler tercih edilebilir:

Loratadin 2-6 yaş 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 hidroklorür tek doz 120 mg/gün, ağızdan
 12 yaşın altında verilmez.

- Burun tıkanıklığının belirgin olduğu ve semptomları antihistaminiklerle baskılanamayan hastalarda, tedaviye lokal veya sistemik dekonjestanlar veya topikal steroidler eklenebilir.

Topikal steroidler:

<i>Budesonid</i>	6 yaş üstü ve erişkinde 2x100-200 µg
<i>Flutikazon propionat</i>	4-11 yaş 1x100 µg 12 yaş üstü ve erişkinde 1-2x100 µg
<i>Mometazon furoat</i>	4-11 yaş 1x100 µg 12 yaş üstü ve erişkinde 1-2x100 µg
<i>Triamsinolon asetonid</i>	6-12 yaş 1x55 µg 12 yaş üstü ve erişkinde 1x110 µg

Sistemik dekonjestan:

<i>Psödoefedrin</i>	2- 5 yaş 3x15 mg, ağızdan 6-12 yaş 3x30 mg, ağızdan 12 yaş üstü ve erişkinde 2-3x60 mg, ağızdan Yaşlı ve hipertansif hastalarda dikkatle kullanılmalıdır.
---------------------	--

Lokal dekonjestan:

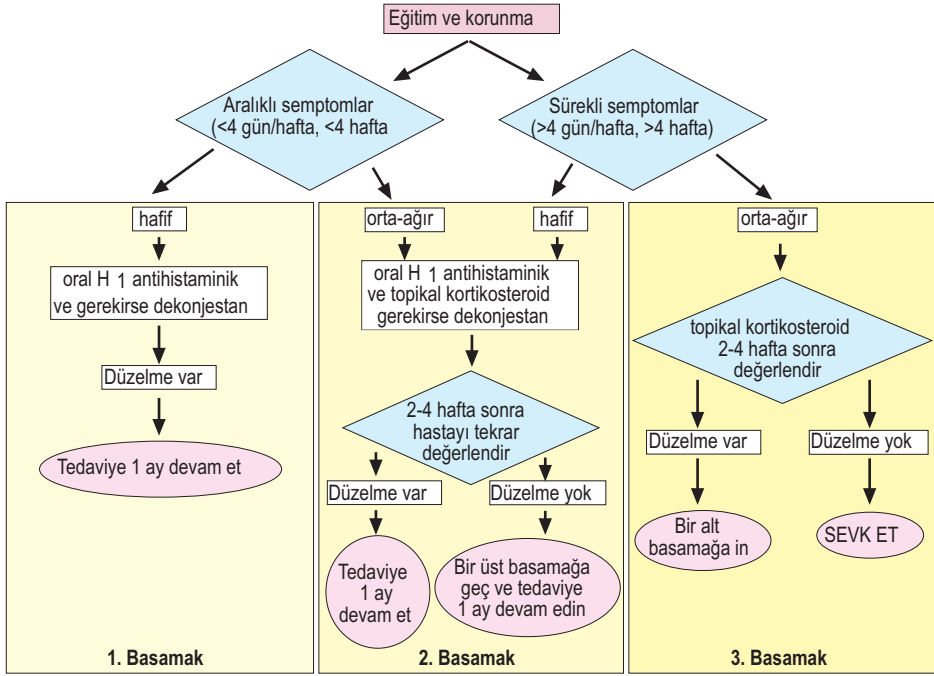
<i>Ksilometazolin hidroklorür</i> , <i>oksimetazolin</i> damla veya sprey
12 yaş altında günde 2 kez 0,5 mg (günde 3 doz aşılmalı)
12 yaş üstü ve erişkinde günde 4 kez 1 mg

Lokal dekonjestanlar 5 günden uzun 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.

ALERJİK RİNİT TEDAVİSİ



Hafif : Uyku ve günlük etkinliklerde sorun yok, okul-iş başarısı normal.

Orta-ağır: Uyku düzensizliği, günlük etkinlikte bozulma, okul-iş başarısında bozulma (en az biri)

İzlem

Mevsimsel alerjik rinitte tedavi, polen mevsimi boyunca, kronik olgularda kontrol sağlanana dek sürmelidir.

Düzelmeyen hastalar komplikasyonlar açısından değerlendirilmelidir.

Sevk

Tedaviye yeterli yanıt vermeyen olgular, ayırıcı tanı açısından ileri tetkiklerin yapılabilmesi, sorumlu alerjenin saptanması ve gerektiğinde immünoterapi kararı açısından sevk edilmelidir.

Kaynaklar

1. Pathophysiology and Pharmacotherapy of Allergic Rhinitis. JACI 1999;103 (3)
2. Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma. Aria Workshop Report. JACI 2001;108 (5)
3. Gary S. Rachelefsky. National Guidelines Needed to Manage Rhinitis and Prevent Complications. Ann Allergy, Asthma, Immunol. 1999;82:296-305
4. Kayaalp S, ed. BNF/TİK Türkiye İlaç Kılavuzu, İstanbul: Turgut Yay., 2001.



TONSİLLOFARENJİT

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Tonsillofarenjit, farenks ve tonsillerin enfeksiyonudur. Tonsillofarenjit erişkinde %90, çocukluk çağında %60-75 oranda virüslerle oluşur.

Virüs nedenli tonsillofarenjit kendiliğinden iyileşir; tedavide antibiyotiklerin yeri yoktur.

Virüslerin neden olmadığı tonsillofarenjitlerin hemen hepsinde etken A grubu beta-hemolitik streptokoktur (AGBHS). Akut romatizmal ateş ve glomerulonefrit gibi komplikasyonların önlenmesi için, AGBHS nedenli tonsillofarenjitlerin uygun antibiyotikle ve uygun sürede tedavisi gereklidir. Bu durum, doğru tanı konarak, AGBHS tonsillofarenjiti olgularının tedavi edilmesini, diğer hastalarda da gereksiz antibiyotik kullanımının önlenmesini zorunlu kılar.

Tanı

Ateş, boğazda yanma-karıncalanma-ağrı, farenks-tonsil hiperemi veya eksüdası temel belirti ve bulgulardır.

Ateş, halsizlik, iştahsızlık, çocuklarda emme-yeme isteksizliği, baş ağrısı viral tonsillofarenjitte ilk ortaya çıkan ve bir-iki gün içinde giderek şiddetlenen belirtilerdir. AGBHS tonsillofarenjitindeyse bu semptomlar saatler içinde ortaya çıkabilir.

AGBHS tonsillofarenjiti tanısı için aşağıdaki belirti ve bulguların hepsinin varlığı aranır:

- Ateş
- Ağrılı ön servikal lenfadenopati
- Tonsiller üzerinde eksüda ve/veya membran
- Burun tıkanıklığı-akıntısı, hapşırma, ses değişikliği, öksürük, konjonktivit bulunmaması **(Sadece bu semptomların varlığı etkenin virus olduğunu düşündürür.)**

Şiddetli boğaz ağrısı, yutkunma güçlüğü ve ağrısı daha çok AGBHS tonsillofarenjitinde görülür.

Kesin tanı kültürde AGBHS üretilmesiyle konur.

Ayırıcı tanı

- Ağrısız servikal veya yaygın lenfadenopati, splenomegali, makülopapüler döküntü varlığında enfeksiyöz mononükleoz olasılığı düşünülmelidir.
- Kaldırınca kanayan gri-yeşil membran varlığında difteri olasılığı düşünülmelidir.

Tedavi

AGBHS tonsillofarenjitinin uygun tedavisi hastalık süresini kısaltır, etkenin başkalarına bulaşmasını azaltır, süpüratif (retrofarengeal apse, peritonsiller apse, süpüratif lenfadenit gibi) ve süpüratif olmayan (akut romatizmal ateş ve akut poststreptokokkal glomerulonefrit) komplikasyonlar engellenir.

Benzatin penisilin:

Tek doz, kas içine

<27 kg 600.000 ü

>27 kg 1.200.000 ü

ya da

Penisilin V:

Çocukta 50.000 ü/kg/gün

Erişkinde 2-3 milyon ü/gün

İki veya üçe bölünerek, ağızdan 10 gün

Penisilin alerjisi varsa;***Eritromisin:***

Çocukta 40 mg/kg/gün 2-4 dozda

Erişkinde günde 2-4 kez 500 mg

En çok 1 gr/gün, ağızdan 10 gün

Semptomatik tedavi***Parasetamol:***

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

Erişkinde en çok 4 gr/gün

İzlem

Hasta süpüratif ve süpüratif olmayan komplikasyonlar yönünden izlenmelidir.

Sevk

- Retrofarengeal veya peritonsiller apse
 - Tedaviye yanıtızlık
- durumlarında hasta sevk edilmelidir.

Kaynaklar

1. Cooper RJ, Hoffman JR, Bartlett JG, Besser RE, Gonzales R, Hickner JM, Sande MA. Principles of Appropriate Antibiotic Use for Acute Pharyngitis in Adults: Background. Ann Intern Med 2001;134:509-17.
2. Hayes CS, Williamson H Jr. Management of Group A Beta-hemolytic Streptococcal Pharyngitis. Am Fam Physician 2001;63:1557-64.
3. Lan AJ, Colford JM, Colford JM Jr. The Impact of Dosing Frequency on the Efficacy of 10-day Penicillin or Amoxicillin Therapy for Streptococcal Tonsillopharyngitis: A Meta Analysis. Pediatrics 2000;105:E19.
4. 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.



VİRAL ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONU

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Virüslerle oluşan, akut üst solunum yolu enfeksiyonlarıdır (ÜSYE). Soğuk algınlığı, gripal enfeksiyon, rinofarenjit adlarıyla da bilinir. İki yüze yakın farklı virüs akut ÜSYE yapabilir. Etken influenza virüsü olduğunda ÜSYE “grip” olarak nitelenir.

Viral ÜSYE genellikle 3-7 günde, etken influenza virüsü ise 7-14 günde kendiliğinden iyileşir. Soğuk hava viral ÜSYE nedeni değildir. Ancak kış aylarında kapalı alanda ortak yaşamın artması ÜSYE etkenlerinin bulaşma riskini artırır.

Tanı

Semptomlar

- Ateş, halsizlik, iştahsızlık, çocuklarda emme-yeme isteksizliği, baş ağrısı (İlk ortaya çıkan ve bir-iki gün içinde giderek şiddetlenen belirtilerdir.)
 - Boğazda yanma-karıncalanma-ağrı
 - **Burun tıkanıklığı-akıntısı, hapşırma, ses değişikliği, öksürük, konjonktivit, ishal (Bu semptomlardan ikisinin bulunması viral ÜSYE tanısını koydurur.)**
- Yüksek ateş, şiddetli semptomlar ve kas ağrısı, influenza enfeksiyonunu düşündürür.

Tedavi

Semptomlara yöneliktir.

- Ateşli dönemde yatak istirahati ve yeterli sıvı alımı önerilmelidir.
- Analjezik/antipiretik ilaç kullanılabilir.
Parasetamol (çocukta en çok 60 mg/kg/gün olacak şekilde 4 dozda) verilmesi yeterlidir. **Çocuklarda viral enfeksiyonlarda, Reye sendromu riski nedeniyle asetilsalisilik asit kullanılmamalıdır.**
- Akut dönemde *serum fizyolojik* burun damlası uygulanabilir.
- **Viral ÜSYE sırasında hasta kesinlikle sigara içmemeli, ayrıca evde sigara içilmesi mutlaka engellenmelidir.**
- **ANTİBİYOTİKLERİN TEDAVİDE YERİ YOKTUR.** Komplikasyon ve sekonder bakteriyel enfeksiyon gelişmesini engellemezler.
- Dekonjestanlar ve öksürük şurupları semptomları azaltabilir; ancak hastalığı önlemez, tedavi etmez ya da hastalık süresini kısaltmaz.
- C vitamini viral ÜSYE seyir ve süresini etkilemez.

İzlem

- İmmün yetmezliği, kronik akciğer, kalp ve metabolik hastalığı olanlar ve 65 yaşından büyük kişilerde grip sonrası komplikasyon gelişme riski fazladır.
- Bir haftadan uzun süren ateş ve/veya öksürük, balgam, kulak ağrısı, sinüslere basmakla ağrı bulunması, komplikasyon (tonsillofarenjit, pnömoni, otit, 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 65 yaşından büyük, huzurevinde kalan veya çalışanlarla, kronik sistemik hastalığı, immün baskılanması veya yetmezliği, astımı olan çocuk ve yetişkinler gibi risk gruplarında uygulanması önerilir.

Kaynaklar

1. Pickering L, ed. 2000 Red Book, Report of the Committee on Infectious Disease, 25. ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2000.
2. http://www.niaid.nih.gov/fact_sheets/cold.htm



ACİL PSİKİYATRİK HASTAYA YAKLAŞIM

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

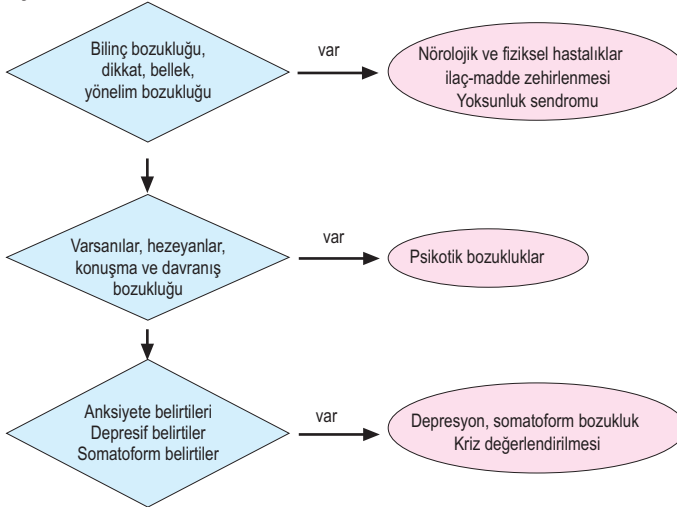
2003

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

Psikiyatrik bir sorunu olduğu düşünülen her hastada intihar ve cinayet olasılığı akılda tutulmalıdır. İntihar düşüncesi, planı ve varsa önceki girişimlerin sorulmasından kaçınılmalıdır. Hastanın öykü ve davranışları, kendisi veya başkasına zarar verebileceği konusunda uyarıcı olabilir.

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

Ayırıcı Tanı



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

1. Bilinç değişikliği (uykuya eğilim, deliriyum, 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.

2. 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 karşılaşılr. 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 ilişisinden kaçının; ısrarlı göz iletişimi tehditkâr olarak algılanabilir.
- Tartışmaktan kaçının.
- 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 sevk edilmelidir.

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 yinelenmelidir.

- Distoni varlığında *biperiden* (Akineton) 2,5-5 mg kas içine, gerektiğinde yavaş olarak ven içine uygulanmalıdır.
 - Ertesinde hasta sevk edilmelidir.
4. Hasta panik atak, kriz (akut stres bozukluğu, uyum bozukluğu, posttravmatik stres bozukluğu), konversiyon bozukluğu ya da disosiyatif durumlarla başvurabilir.
- a- Panik atak en çok bir saat sürer. Konuşma ve gerçekçi bilgilendirme çoğu hastada atağın geçmesine yardımcı olur. Ağızdan veya kas içine verilen *diazepam* ın etkisi yaklaşık bir saatte başlar. Bu nedenle, etkin tedavi ven içine *diazepam* uygulamasıdır, ancak solunum baskılaması nedeniyle dikkatle kullanılmalıdır.
- b- Konversiyon birçok durumda görülebilecek bir belirtidir. Depresyon, anksiyete bozukluğu ve psikotik bozuklukların belirtisi olabilir. Ancak, konversiyon bozukluğu düşünülmezden 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 tanı yapılmalıdır.

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

- c- 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* , *hidroksizin* , *difenhidramin*) kullanılabilir (Anksiyete Bozuklukları rehberine bakınız. yfa 235).

d- Her intihar girişimi ciddiye alınmalı ve bir yardım çağırısı 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 ölümle sonlanır.

Sevk

- Tıbbi bir durum ve/veya madde etkisi düşünülen
- Psikotik bulgu saptanan
- İntihar ve cinayet olasılığı bulunan hastalar ilk girişimden sonra sevk edilmelidir.

Kaynaklar

1. Koroğlu 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.



KARDİYO PULMONER CANLANDIRMA (ERİŞKİN)

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Kardiyopulmoner canlandırma (resusitasyon), solunum ya da dolaşımı herhangi bir nedenle durmuş (arrest) kişilere yapılan destek tedavisidir. Kardiyopulmoner arrest erişkinlerde daha çok kardiyak nedenler, çocuklarda daha çok solunum sistemi hastalıklarından kaynaklanır.

Hiçbir tıbbi araç ve ilaç kullanmadan yapılan girişimler temel yaşam desteği (TYD), araç ve ilaç kullanılarak yapılan girişimlerse ileri yaşam desteği (İYD) olarak tanımlanır.

ERİŞKİN TEMEL YAŞAM DESTEĞİ

Erişkin Temel Yaşam Desteği Hareket Planı (8 yaş üstü için)

1. Çevre güvenliğini sağlayın.

2. Bilinç durumunu kontrol edin.

Servikal travma olasılığını düşünüp, hastayı omuzlarından hafifçe sarsarak, yüksek sesle “İyi misin?” diye sorun:

A. Sözlü olarak veya hareket ederek yanıt veriyorsa;

- Daha ileri bir tehlike olmadıkça bulduğunuz pozisyonunda bırakın.
- Yakınmasına yönelik olarak durumunu değerlendirin.
- Mutlaka yardım isteyin; olanak varsa destek ve sevk için 112'yi arayın.
- Hastanın durumunu düzenli aralıklarla yeniden değerlendirin.

B. Yanıt vermiyorsa:

- Mutlaka yardım isteyin; olanak varsa destek ve sevk için 112'yi arayın.
- Servikal yaralanma olasılığını dikkate alarak kişiyi sırtüstü yatar pozisyona çevirin.

3. Hava yolunu açın.

Servikal yaralanma olasılığı yoksa, başı ekstansiyona getirip, çeneyi yukarıya doğru kaldırarak; servikal yaralanma olasılığı varsa, boynu hareket ettirmeden angulus mandibuladan tutup çeneyi öne doğru iterek hava yolunu açın.

Ağız içini kontrol edin; yabancı cisim varsa görerek çıkarın.

4. Solunumu değerlendirin.

Hava yolunu açık tutarak "bak, dinle, hisset" yöntemiyle 10 saniye süreyle normal solunumun olup olmadığını kontrol edin.

A. Normal soluyorsa:

- Hastayı iyileşme (yan) pozisyonuna çevirin.
- Solunumun devam edip etmediğini sık aralıklarla kontrol edin.

B. Solunmuyorsa veya ara sıra iç çekme (gaspıng) hareketleri veya yetersiz solunum çabaları varsa:

Her biri 2 saniye süren **2 kurtarıcı soluk** verin. Göğüs kafesinin, normal solunumdaki gibi yükseldiğini gözleyin.

Etkili solunum yaptırmakta güçlükle karşılaşıyorsanız:

- Baş ve boyuna yeniden pozisyon vererek 2 kurtarıcı soluğu tekrarlayın.
- Başarılı olamıyorsanız, yabancı cisim olasılığı için Heimlich manevrasını uygulayın.

5. Dolaşım belirtilerini değerlendirin.

Karotis nabzına bakmak için 10 saniyeden uzun zaman harcamayın.

A. Nabız alınıyorsa:

- Yapay solunuma devam edin.
- Yaklaşık her 10 solunumda veya her dakikada bir solunum ve dolaşım belirtilerini yeniden kontrol edin.
- Bu kontroller sırasında 10 saniyeden uzun zaman harcamayın.
- Hasta kendiliğinden solumaya başlar, ama bilinç durumu düzelmezse iyileşme pozisyonuna getirin.

B. Nabız alınamıyorsa **göğüs (toraks) basısına (kompresyon) başlayın. (Kardiyak masaj)**

Bir elinizin 'topuğu'nu (tenar ve hipotenar bölgeler) ksifoid çıkıntının yaklaşık 2-3 cm yukarısına, tam orta çizgi üstüne, diğer elinizi de bu elin üzerine yerleştirin. Kollarınızı dirsekten bükülmeden sternumun üzerinde dik tutarak, sternumu 4-5 cm çöktürecek şekilde bası uygulayın. Kostaların üstü, karnın üst kısmı ve sternumun alt ucuna bası uygulamadığınızdan emin olun.

Dakikada yaklaşık 100 basılıklı bir hızla göğüs basısını sürdürün (15 basıyı 9 saniyede yapın).

Sternum üstüne koyduğunuz elinizin sternumla temasının kesilmemesine ve kompresyon-dekompresyon sürelerinin eşit ve ritmik olmasına dikkat edin.

Her 15 kompresyondan sonra hava yolunu yeniden açarak 2 etkili solunum verin.

6. Bası (kardiyak masaj) ve solunuma 15:2 oranında devam edin

Kardiyopulmoner canlandırmada kurtarıcı sayısı ne olursa olsun aynı oran geçerlidir.

Dakikada bir kez veya beş döngüde bir dolaşım ve spontan solunum bulgularını kontrol edin.

Etkin spontan solunum ve dolaşım belirtileri varsa, hastayı hava yolu açık kalacak şekilde iyileşme pozisyonuna getirin.

ERİŞKİN İLERİ YAŞAM DESTEĞİ

Temel yaşam desteği sürdürülürken, olanak varsa, canlandırmaya ileri yaşam desteği ile devam edilmelidir.

Erişkin İleri Yaşam Desteği Hareket Planı (8 yaş üstü için)

1. İlk değerlendirmede hastanın bilinç durumu, hava yolu, solunum ve dolaşımını kontrol edin. Ambu-maske ile pozitif basınçlı solunuma ve göğüs basısına başlayın. Monitörde ventriküler fibrilasyon / nabızsız ventriküler taşikardi (VF/VT) ritmi varsa defibrile edin.
2. Hava yolunu açık tutmak için uygun malzeme (orofarengeal airway, entübasyon tüpü) kullanın.
3. Ambu-maske yardımı ile solutun. Olanak varsa entübe edin, %100 oksijen verin.
4. Damar yolu açın. Kalp ritmi ve hastanın diğer sorunları için gerekli ilaçları uygulayın (Akış çizelgelerine bakın).
5. Hastayı monitörize edin. Monitörde VF/VT varsa defibrile edin.
6. Arrest nedenini araştırıp tedavi edin.

Kardiyak arrest ritimleri

1. VF/VT (Ventriküler fibrilasyon veya nabızsız ventriküler taşikardi)
 2. Non VF/VT (Asistoli veya nabızsız elektriksel aktivite)
- İki ritmin en önemli farkı **yalnızca VF/VT grubunda defibrilasyon uygulanmasıdır.**

Diğer tedaviler her iki grupta da aynıdır.

Ventriküler fibrilasyon / Nabızsız ventriküler taşikardi (VF/VT)

Erişkinde ani kardiyak arrestte ritim genellikle VF'dir. VF'nin tek etkili tedavisi defibrilasyondur. VF'nin başlaması ile defibrilasyon uygulanması arasındaki süre sonucu belirleyen en önemli faktördür.

VF başladıktan sonraki her dakikada, hastanın defibrilasyondan yararlanma şansı %7-10 azalır. Bu nedenle, erken defibrilasyon uygulaması önemlidir. Defibrilasyon, arrest

durumunda monitörde VF/VT görüldüğünde diğer işlemlerden (hava yolu, solunum, dolaşım uygulamaları) önce gelir.

İlk defibrilasyon uygulaması 200 J, ikinci uygulama 200-300 J, üçüncü ve izleyen tüm uygulamalar 360 J'lük bir enerji ile uygulanmalıdır.

Bu üç şoka rağmen VF/VT sürüyorsa canlandırmaya 1 dakika devam edilmeli ve uygun ilaçlar verilmelidir (VF/VT akış çizelgesine bakın).

VF/VT'nin devamı halinde ardışık olarak 30-60 saniye içinde 360 J ile defibrilasyon ve antiaritmik ilaçlar uygulayarak resusitasyona devam edilir.

Asistoli veya nabızsız elektriksel aktivite (Non VF/VT)

Monitörde elektriksel aktivitenin izlenmediği ve nabızın alınmadığı durumlar asistoli, nabızın alınmadığı ancak monitörde VF/VT dışındaki herhangi bir elektriksel aktivitenin izlendiği durumlar nabızsız elektriksel aktivite (NEA) olarak tanımlanır.

Bu durumda izlenecek yol, 3 dakika canlandırma (hava yolu, solunum ve dolaşım desteği), ritmin değerlendirilmesi, uygun ilaç tedavisinin verilmesidir.

Damar yolunun açılması

Canlandırma sırasında hızla antekübital veya boyun venlerinden damar yolu açılmalıdır. Damar yoluyla verilen ilaçların ardından 10-20 ml sıvı (%0,9 NaCl, laktatlı Ringer veya diğerleri) verilir.

Canlandırmada kullanılan ilaçlar

Adrenalin

Kardiyak arrest ritimlerinde, canlandırma süresince, her 3-5 dakikada bir 1 mg *adrenalin* ven yoluyla uygulanmalıdır. Damar yolu açılmamış, endotrakeal tüp yerleştirilmiş hastalarda 2-3 mg *adrenalin* 10 ml'ye kadar %0,9 NaCl ile seyreltilerek endotrakeal tüpten verilebilir. Bu uygulama sonrasında ilacın alveoler ağaca uygun dağılımını sağlayabilmek için, ambu-maske sistemi ile 5 kez pozitif basınçlı ventilasyon uygulanmalıdır.

Atropin

Non VF/VT'de (monitördeki ritmin hızının dakikada 60'ın altında olduğu durumda) 1 mg *atropin* 3-5 dakikada bir ven içine verilir. Doz 0,04 mg/kg veya toplam 3 mg'dır. Damar yolu açılmamış, endotrakeal tüp yerleştirilmiş hastalarda 2-3 mg *atropin* 10 ml'ye kadar %0,9 NaCl ile seyreltilerek endotrakeal tüpten verilebilir.

Antiaritmik ilaçlar

Amiodaron

Üç kez uygulanan defibrilasyona yanıt vermeyen VF/VT ritminde ilk seçilecek antiaritmik *amiodaron* (150 mg/ 3 ml'lik ampul) olmalıdır. *Amiodaron* 300 mg/doz ven yoluyla verilir. Ardından bir kez daha defibrilasyon yapılır. VF/VT sürer veya tekrarlırsa ek doz olarak 150 mg *amiodaron* verilir. İzleyen şoka yanıt alınamazsa diğer bir antiaritmik ilaç (örneğin *lidokain*) kullanılır.

Lidokain

Defibrilasyon ve *amiodaron* uygulamasına yanıt vermeyen VF/VT ritminde kullanılır. *Lidokain* , 1-1,5 mg/kg (erişkin bir hasta için ortalama 100 mg; %2'lik *lidokain* den 5 ml) ven içine verilir. Etkisiz kalırsa, ilk dozun yarısı 3-5 dakika içinde tekrarlanır. Ven içine puşe edilen toplam *lidokain* dozu 3 mg/kg'ı aşmamalıdır. Daha sonra 2-4 mg/dk hızda %10'luk *lidokain* infüzyonuna geçilir.

Tampon solüsyonlar

Sodyum bikarbonat

Doku hipoksisini artırması ve ek sodyum yükü gibi potansiyel zararları nedeniyle, bilinenin aksine, kardiyopulmoner canlandırmada sık kullanılmaması gerekir.

Sodyum bikarbonat uygulanması gereken durumlar:

- Hiperkalemi (Altta yatan hastalık nedeniyle gelişebilir.)
- Metabolik asidoz (pH<7,1; altta yatan hastalık nedeniyle gelişebilir.)
- Trisiklik antidepresan (TCA) zehirlenmesi
- Salisilat zehirlenmesi (İdrarı alkalinize etmek için)
- Uzamış canlandırma: Entübe edilerek solutulan arrestli hastalarda, 20-25 dakika sonra 1 mEq/kg dozda *sodyum bikarbonat* ven yoluyla yavaş olarak verilir.

Özellikle nabızsız elektriksel aktivite izlenen arrestli hastalarda, aşağıdaki olası 'geri döndürülebilir durumlar' (5 H -5 T) değerlendirilmeli ve tedavileri yapılmalıdır.

- H ipovolemi
- H ipoksi
- H idrojen iyonu (asidoz)
- H iperkalemi / H ipokalemi
- H ipotermi
- T abletler (TCA, beta-blokör, kalsiyum kanal blokörü, dijital zehirlenmeleri)
- T amponad (kardiyak)
- T ansiyon pnömotoraks
- T romboz (pulmoner emboli)
- T romboz (miyokard enfarktüsü)

İlk Değerlendirme - ABCD

- Yanıtı değerlendir
- Acil yanıt sistemini aktive et
- Defibrilatör iste

A Hava yolu	: Hava yolunu aç
B Solunum	: Pozitif basınçlı soluk ver
C Dolaşım	: Göğüs basısı (masajı) uygula (Kardiyak masaj)
D Defibrilasyon	: VF / nabızsız VT varsa 3 defa şok uygula (200 J, 200-300 J, 360 J)

İkinci Değerlendirme

Daha ileri değerlendirmeler ya da tedavilere odaklan

A Hava yolu	: Hava yolunu mümkün olduğu kadar erken aç; kullanılabilecek malzemeleri yerleştir
B Solunum	: Hava yolu malzemelerini doğru yerleştirip yerleştirmediyini kontrol et
B Solunum	: Hava yolu malzemelerini sabitle, uygun malzemeyi tercih et
B Solunum	: Etkili oksijenizasyon ve solunumu sağla
C Dolaşım	: Damar yolu aç
C Dolaşım	: Ritmi tanımla, monitörize et
C Dolaşım	: Ritim ve durum için uygun olan ilaçları uygula
D Ayırıcı tanı	: Geri döndürülebilir durumları araştır ve tedavi et

Ventriküler Fibrilasyon / Nabız Ventriküler Taşikardi**İlk Değerlendirme - ABCD**

İlk 3 defibrilasyondan sonra devam eden ya da tekrarlayan VF/VT

**İkinci Değerlendirme**

Adrenalin 1 mg ven içine puşe, her 3-5 dakikada bir tekrar et



Defibrilasyon uygulamalarını devam ettir
1 x 360 J, 30-60 sn aralarla

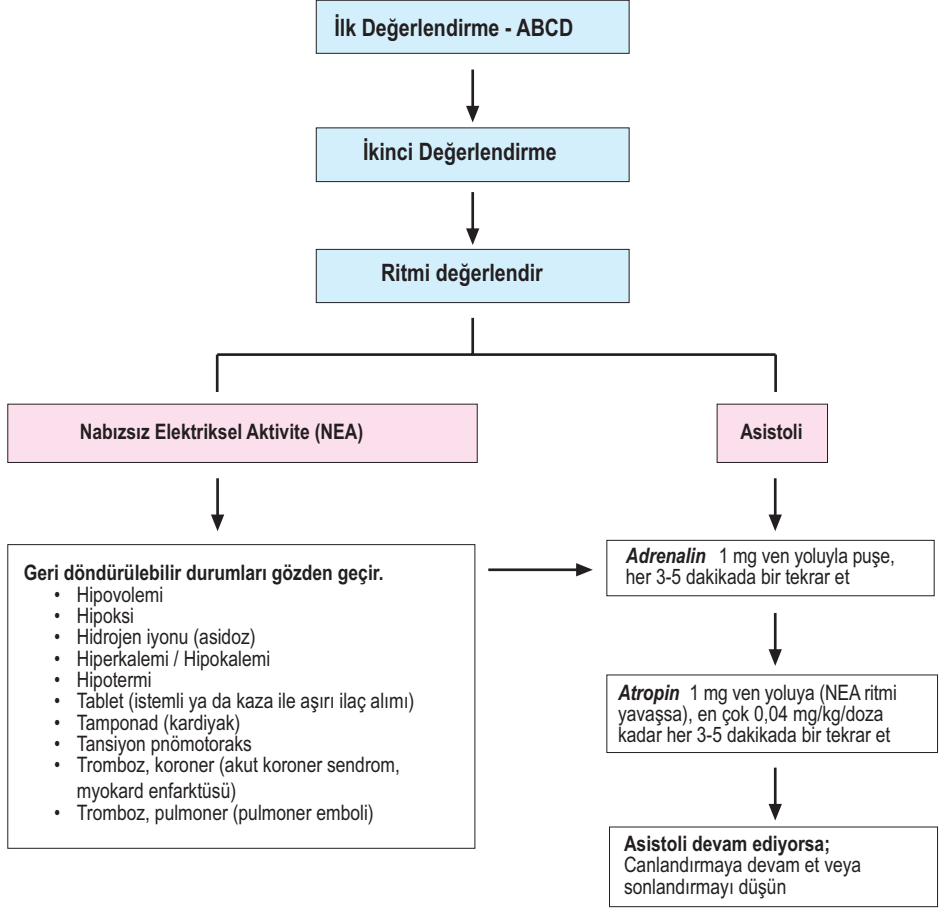


Antiarritmik vermeyi düşün
Amiodaron, lidokain
Tampon solüsyonu vermeyi düşün
Sodyum bikarbonat



Defibrilasyon uygulamalarını devam ettir

Non-Ventriküler Fibrilasyon / Nabız Ventriküler Taşikardi (Non VF / VT)



Kaynaklar

1. The American Heart Association in Collaboration with the International Liaison Committee on Resuscitation. Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2000;102 (suppl I):1-384.



AKUT KARIN (ERİŞKİN)

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Akut karın, karın içi organlarda enflamasyon, perforasyon, obstrüksiyon ya da infarkta bağlı olarak birden ortaya çıkan ve genellikle acil cerrahi girişim gerektiren bir durumdur. Akut karın nedenleri yaş ve cinsiyete göre farklılık gösterir.

Tanı

Akut karın yapan birçok neden vardır.

Doğru tanıya ulaşmada iyi bir sorgulama ve fizik muayene çok önemlidir.

Semptomlar

Karın ağrısı, iştahsızlık, bulantı, kusma, ateş, ishal veya kabızlık, huzursuzluk.

Öykü

1. Ağrı sorgulaması

- Başlangıcı:
 - Nasıl başladı? (Ani, 1-2 saat içinde, saatler içinde)
 - Ne zaman başladı? **(6 saatten uzun süren şiddetli ağrıda önemli bir durum var demektir.)**
 - Nerede başladı? (Başlangıç yeri, zamanla yer değiştirdi mi?)
- Özelliği (Kolik, aralıklı, sürekli)
- Şiddeti
- Yerleşimi: Yayılımı var mı?
- Arttıran ve azaltan faktörlerin varlığı.

2. Eşlik eden semptomlar:

İştahsızlık, bulantı, kusma (safralı, kanlı, fekaloid), sarılık, dışkılama bozuklukları (kabızlık, ishal, kanlı, mukuslu), rektal ağrı, dizüri, hematüri, ateş, terleme, dispne, öksürük, görmede bulanıklık olabilir.

3. Kadınlarda jinekolojik öykü: Son adet tarihi, varsa obstetrik öyküsü, anormal vajinal kanama, ektopik gebelik risk faktörleri (pelvik enflamatuvar hastalık, rahim içi araç, geçirilmiş ektopik gebelik öyküsü).

4. Özgeçmiş: Kronik hastalıklar (diabetes mellitus, iskemik-aritmik kalp hastalıkları gibi), geçirilmiş karın ameliyatları, kullanılan ilaçlar, alkol kullanımı.

Fizik muayene

- İnspeksiyon: Karın distansiyonu, skar dokusu, herni varlığı
- Palpasyon: duyarlık (hassasiyet), rijidite, **kas defansı (peritonit lehinedir ve hasta kesinlikle eve gönderilmemelidir)**, organ büyümeleri, ele gelen kitle varlığı, geri tepen (rebound) duyarlık varlığı
- Oskültasyon: Bağırsak seslerinde artma veya azalma, abdominal aortada üfürüm duyulması

Laboratuvar

- Kan sayımı: Beyaz küre sayısı çoğu hastada artarken, ilerlemiş peritonit ve sepsiste normal veya düşük olabilir. Hematokrit, kan kaybı durumlarında düşme gösterir, dehidratasyonda hemokonsantrasyona bağlı artış olabilir.
- Tam idrar incelemesi: Üriner sistem enfeksiyonu ve/veya hematüri saptanabilir.

Ayırıcı tanı

Ağrının Yerleşimi	Ağrının Başlangıç Şekli ve Tipi	Fizik Muayene	Olası Tanı	Karar
Periumbilikal veya genellikle sağ alt kadrana lokalize	Sinsi – akut Sürekli	Başlangıçta epigastrik, sonra sağ alt kadrana duyarlığı	Akut apandisit	Derhal Sevk et
Yaygın	Ani Kolik	Karın distansiyonu	İntestinal obstrüksiyon	Derhal Sevk et
Epigastrik	Ani Sürekli	Epigastrik duyarlık	Perfore duodenal ülser	Derhal Sevk et
Epigastrik veya sağ üst kadrana	Sinsi – akut	Sağ üst kadranda duyarlık	Akut kolesistit	Sevk et
Epigastrik ve arkaya yayılan	Ani Sürekli ve şiddetli	Epigastrik duyarlık	Akut pankreatit	Derhal Sevk et
Kostavertebral veya üreter traseleri boyunca	Ani, şiddetli ve Keskin	Lomber duyarlık	Renal kolik	Sevk et
Bilateral adneksiyal, jeneralize olabilir	Yavaş Gittikçe artan	Serviksin hareketiyle artan ağrı	Akut salpenjit	Derhal Sevk et
Unilateral pelvik, rüptüre olursa omuza yayılabilir	Ani Hafif -şiddetli	Adneksiyal kitle	Ektopik gebelik	Derhal Sevk et

Tabloda akut karına en sık neden olan hastalıklar özetlenmiştir. Başka birçok hastalık da akut karına neden olabilir. Herhangi bir başka nedenle akut karın geliştirdiği düşünülen tüm hastalar cerrahi girişim yapılabilecek bir merkeze sevk edilmelidir.

Sevk

Akut karın şüphesi olan bütün hastalar sevk edilmelidir.

Sevk öncesinde, bir sonraki hekimi yanıtılabileceği için, **sakincedir.**

ağrı kesici uygulanması

Kaynaklar

1. 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.
2. American College of Emergency Physicians. Clinical Policy for the Initial Approach to Patients Presenting with a Chief Complaint of Nontraumatic Acute Abdominal Pain. Ann Emerg Med 1994; 23: 906-22.
3. Clinical Policy: Critical Issues for the Initial Evaluation and Management of Patients Presenting with a Chief Complaint of Nontraumatic Acute Abdominal Pain. Ann Emerg Med 2000; 36: 406-15.
4. Boey JH. The Acute Abdomen. Way LW, ed. Current Surgical Diagnosis & Treatment. Beirut: Lange, 1994, 441-52.
5. Tait IS. The Patients with Acute Abdominal Pain Wait Unduly Long for Analgesia, Journal of Royal College of Surgeons of Edinburgh, 1999, 44: 181-4.



ANAFLAKTİK ŞOK

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Anafilaksi ve anafilaktoid reaksiyonlar, immünolojik mekanizmaların aktivasyonuna bağlı olarak dokuda mast hücresi veya kanda bazofillerin sitoplazmalarındaki vazoaaktif aminlerin salıverilmesi sonucunda ortaya çıkan, **ölümle sonuçlanabilen,** her hekimce tedavi edilmesi gereken, **acil bir durumdur.**

Anafilaktoid reaksiyonlar, hafif ürtiklerden şokla seyreden ağır sistemik reaksiyonlara kadar geniş bir klinik tablo gösterebilir. En şiddetli klinik tablo anafilaktik şoktur. Şok, kalp-damar sisteminin vücudun temel metabolik gereksinimlerini karşılayamadığı durumdur. Öyküsünde atopi, alerji, ADE inhibitörü ve beta-adrenerjik blokör ilaç kullanımı olanlarda daha sık ve tedavisi güç reaksiyonlar görülebilir.

En sık karşılaşılan anafilaksi nedenleri

- Arı ve böcek sokmaları
- İlaçlar: Penisilin, aspirin, steroid dışı anti-enflamatuvar ilaçlar, aşılar, antiserumlar
- Kan ürünleri
- Besinler: Yumurta, balık, inek sütü, yer fıstığı, kuruyemiş, besin katkı maddeleri
- Radyolojide damar yoluyla kullanılan kontrast solüsyonlar (anafilaktoid reaksiyon)

Tanı

Anafilakside görülme sıklığına göre belirti ve bulgular

- Ürtiker ve anjioödem; dil ve dudaklarda şişme ve siyanoz
- Dispne, vizing, hırıltılı solunum, boğulma hissi
- Baş dönmesi, bayılma, hipotansiyon
- Bulantı, kusma, karın ağrısı, ishal
- Yüzde kızarıklık (flushing)
- Üst hava yolu ödemeine bağlı şiddetli disfoni, ses kısıklığı
- Baş ağrısı
- Rinit
- Substernal ağrı
- Kaşıntı, döküntü
- Konvülsyon
- Taşikardi
- Atrial fibrilasyon
- Kardiyak arrest
- Takipne

Semptomlar, antijenle karşılaştıktan sonra 5-30 dakikada başlar. Ancak, bir saat veya daha geç, özellikle, anafilaksi besin ve ağızdan alınan ilaçlara bağlı olduğunda saatler sonra ortaya çıkabilir. Atak yatıştıktan saatler sonra yeniden alevlenebilir (bifazik anafilaksi). Kardiyovasküler semptomlar tedaviye rağmen 24 saat sürebilir.

Ayırıcı Tanı

- Yabancı cisim aspirasyonu
- Vazovagal reaksiyon
- *Flushing* sendromları: Karsinoid, post-menopozal, *klorpropamid*, alkol alımı gibi
- Diğer şok tipleri: Hemorajik, kardiyojenik, endotoksik
- Panik atak
- Herediter anjiödem
- Progesteron anafilaksisi
- Akut akciğer ödemi

Tedavi

Amaç yaşamı kurtarmak, temel ve ileri yaşam desteği sağlamaktır.

- Boyun ekstansiyona getirilip solunum yolu açık tutulur.
- Hasta sırtüstü yatırılır, kan basıncı ölçülür, ayaklar havaya kaldırılır.
- Nazal kanül veya maskeyle dakikada 4-6 litre %100 oksijen verilir.
- Tedavide ilk ilaç *adrenalin* dir. Ülkemizde 0,25, 0,50 ve 1 mg/ml olarak 3 ayrı 1/1000 *adrenalin* ampulü vardır. *Adrenalin* kas içine (İM) veya deri altına (SC) verilir:

Yaş	Doz	1 mg/ml	0,5 mg/ml	0,25 mg/ml
1 yaş altı	0,05 mg	0,05 ml	0,1 ml	0,2 ml
1 yaş	0,1 mg	0,1 ml	0,2 ml	0,4 ml
2 yaş	0,2 mg	0,2 ml	0,4 ml	0,8 ml
3-12 yaş	0,3 mg	0,3 ml	0,6 ml	1,2 ml
Erişkin	0,5 mg	0,5 ml	1 ml	2 ml

Bir defalık en yüksek doz çocukta 0,3 mg, erişkinde 0,5 mg'dır.

Kan basıncı ve nabızda iyileşme sağlanamazsa, uygulama 10 dakika sonra yinelenir. Reaksiyon bir antijen enjeksiyonu veya böcek sokmasına bağlıysa o alanda deri altına 0,1-0,3 mg *adrenalin* yapılır.

- Damar yolu açılır ve *serum fizyolojik* veya *laktatlı Ringer* sıvı tedavisine başlanır.
- Erişkinde 1-2 ampul *klorfenoksamin hidroklorür* veya *difenhidramin hidroklorür* ven yoluyla yavaş enjeksiyon şeklinde verilir. Çocuk dozu, 2-5 yaşta erişkin dozun üçte biri, 6-10 yaşta erişkin dozun yarısı kadardır. 10 yaşın üstünde erişkin dozu uygulanır. Daha sonra, 48 saat süreyle kas içine ve ağızdan antihistaminik verilir.
- *Metil prednizolon* 1-2 mg/kg ven yoluyla verilir ve hasta stabilize olana kadar 6 saat arayla tekrarlanır. Eşdeğer doz hesaplanarak, *deksametazon* veya *prednizolon* da kullanılabilir.

- Bronkospazm varsa ve kan basıncı düşük değilse, daha önceden düzenli olarak *teofilin* kullanıyorsa 3-6 mg/kg *aminofilin* 20 ml serum fizyolojik içinde 10-15 dakikada gidecek şekilde ven içine verilir. Varsa, hazır *teofilin* li sıvı kullanılabilir. *Teofilin* in ciddi aritmi yapma riski vardır. Bulantı, kusma veya aritmi olursa infüzyon durdurulur. Nebulizatör varsa, *salbutamol* erişkinde 2,5 mg/doz, günde en fazla 4 kez inhalasyon yoluyla verilir. Nebulizatör yoksa *salbutamol* ölçülü doz inhale (MDI) ara cihazla 4-6 püskürtme (puff) /20 dakikada bir inhalasyonla verilir.
- Klinik durum ağırllaşıyorsa, damar yoluyla sıvı tedavisi hızlandırılır. Kardiyak aritmi yoksa 10 ml serum fizyolojik ile sulandırılmış 0,1 mg *adrenalin* çok yavaş olarak ven içine verilir. Bu uygulamanın fatal ventriküler aritmi riski vardır.
- Reaksiyon devam ediyor ve kalp yetmezliği geliyorsa 200 mg *dopamin* 500 ml %5 dekstroz içine konulup 2-5 µg/kg/dk olarak başlanır ve kan basıncına göre sürdürülür.

Anafilaksinin hafif formlarında, hastanın durumuna göre tedavi önerilerinden sadece bir kısmı uygulanabilir. Örneğin; sadece ürtikerle gelmiş hastaya ağızdan veya parenteral antihistaminik yeterli olabilir.

İzlem ve Sevk

Acil girişim ve tedaviye rağmen semptomları kaybolmayan ve hipotansiyonu düzelmeyen hastalar, tedavi sürdürülerek, solunum ve dolaşımın devamlılığı sağlanarak, sağlık personeli eşliğinde ambulansla sevk edilmelidir.

Anafilaksi veya anafilaktoid reaksiyon tanısıyla acil tedavisi yapılan her hasta, erken dönemde bifazik reaksiyon açısından da tedavi edilebileceği bir merkezde izlenmelidir.

Korunma

Anafilaksi ve anafilaktoid reaksiyon oluşturabilecek her türlü tıbbi girişim ve enjeksiyonun uygulandığı ortamlarda, acil tedavi için gerekli ilaçlar, oksijen tüpü, hava yolu tüpü (airway), ven yoluyla kullanılan serumlar ve enjektör hazır bulundurulmalıdır.

Alerjisi olduğu bilinen herkesin, yanında enjektör ve *adrenalin* ampul veya hazır *adrenalin* otoenjeksiyon kiti taşıması önerilmelidir.

Kaynakça

1. Liebermann P. Specific and Idiopathic Anaphylaxis. Pathophysiology and Treatment. Bierman CW, Pearlman DS, Shapiro GG, Busse WW, ed. Allergy, Asthma and Immunology From Infancy to Adulthood, 3rd ed. Philadelphia: Saunders. 1996;297-319.
2. Liebermann P. Anaphylaxis and Anaphylactoid Reactions. Middleton Jr E, Ellis EF, Yunginger JW, et al, ed. Allergy Principles and Practice, 5th ed, St.Louis: Mosby, 1998; 1079-92.
3. Herrera AM, de Shazo RD. Current Concepts in Anaphylaxis. Pathophysiology, Diagnosis and Treatment. Reisman RE, Liebermann P, ed. Immunology and Allergy Clinics of North America. Philadelphia: Saunders. 1992;12:517-34.
4. Kayaalp SO (ed). BNF/TİK Türkiye İlaç Kılavuzu 2001 Formülleri. İstanbul: Turgut Yay, 2001.
5. Nicklas RA, et al. The Diagnosis and Management of Anaphylaxis. Allergy and Clinical Immunology 1998;101:S465-528.



TRAVMALI HASTAYA YAKLAŞIM

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Travmalı hasta, doku ve organ bütünlüğünü bozan ve yaşamsal sorun yaratan yaralanması olan hastadır. Başlıca nedenler, trafik kazası, düşme, kesici-delici alet ve ateşli silah yaralanmalarıdır. Solunum, dolaşım ve merkez sinir sistemi ile ilgili yaşamsal işlevlerin bozulması en önemli ölüm nedenidir.

Travmaya bağlı ölümlerin üçte biri, yaşamın uygun bir yaklaşımla kurtarılabileceği ilk birkaç dakika ile birkaç saat arasında gerçekleşir.

Travmalı hastaya yaklaşımda amaç

- Yaralanmaları, yaşamsal tehdit açısından önem sırasına göre derhal tedavi etmek
- Gereksinim duyulan tüm canlandırma önlemlerini almak
- Çok sayıda hasta olduğunda uygun önceliklendirmeyi yapmak
- Hastanın uygun koşullarda ileri bir merkeze sevkini sağlamak

İlk Değerlendirme

Bu aşamada amaç, hastanın görüldüğü anda varolan ve yaşamı tehdit eden sorunlarını belirleyerek hızla tedavi edilmesini sağlamaktır.

İlk değerlendirme 2-5 dakika içinde tamamlanmalıdır.

ABCDE olarak sıralanan bu değerlendirme, hızla ve dikkatle yapılmalı, özellikle olay yerindeki değerlendirmelerde hasta ve hekimin güvenliğinin sağlanmış olması unutulmamalıdır.

Travmalı hastadan, mümkün değilse olayın tanıklarından;

- Travmanın oluş zamanı
- Biçimi
- Hastanın travma anındaki durumu
- Hastanın sağlığına ilişkin (hastalık, zehirlenme düşündürebilecek durum, kullanılan ilaç, alerji öyküsü, ameliyat) konusunda çok hızlı ve özet bilgi alınmalıdır.
- Çocuk travmalarında çocuk, ailesi ya da getiren kişilerin şüpheli davranış ve tutumları, çocuk istismarı ve ihmali olasılığı açısından değerlendirilmelidir.

A. Hava yolunun denetimi (A irway) * ve servikal stabilizasyon

- Travmalı her hastada, aksi kanıtlanana kadar, spinal yaralanma olduğu düşünülerek boyun ve omurganın sabitleştirilmesi gerekir. Bu nedenle, ilk olarak boyunluk ve sırt tahtası ile stabilizasyon sağlanmalıdır.

- Boyunluk takılı hastada hava yolunu açmak için sadece çene öne itilmelidir.
- Boyun travması olmadığı kanıtlandığında, baş geriye itilerek çene yukarı kaldırılmalıdır.
- Ağız içindeki yabancı cisim, takma diş, salgılar, hematoma ve kusmuk, el veya aspiratörle temizlenmelidir.
- Bilinci kapalı hastaya 'airway' takılmalıdır.
- Bu girişimlere rağmen, hava yolu açıklığı sağlanamıyorsa, Glasgow Koma Skoru (GKS**) 8 veya altındaysa ya da ciddi oksijen tedavisine rağmen nabız oksimetre değeri %90 ve üstüne çıkmıyorsa, kalıcı hava yolu (orotrakeal entübasyon) sağlanmalıdır.

* Hava yolunun sağlanması ile ilgili ayrıntılar için Kardiyopulmoner Canlandırma rehberine bakınız . Sayfa 139

** GKS için Bilinç Bozukluğu rehberine bakınız. Sayfa 95.

B. Solunumun sağlanması (Breathing) *

Hava yolu açık ve sorunsuz duruma getirildikten sonra bu basamağa geçilir.

- Solunumun olup olmadığı "Bak-Dinle-Hisset" yöntemiyle kontrol edilir.
 - Solunum sayısı, hızı ve derinliği değerlendirilir.
 - Solunum arresti varsa, ağızdan ağıza solunum veya airway-entübasyon tüpü aracılığıyla balon-valf-maske sistemi (ambu) kullanılarak solunum desteği uygulanmalıdır. İlk anda iki derin solunum yaptırılmalıdır.
 - Tüm hastalara mümkün olan en yüksek konsantrasyon ve akım hızında oksijen verilmelidir.
 - Göğüs açık ve hava giriş-çıkışı olan kesi veya doku kaybı varsa tamponla kapatılmalıdır.
 - Akciğer sesleri dinlenmelidir. Akciğer seslerinde azalma, takipne ve/veya ciddi solunum sıkıntısı varsa pnömotoraks, akciğer kontüzyonu, hemotoraks ve yelken göğüs olasılığı vardır. Solunum yetersizse ambu ile desteklenmelidir.
- Yelken göğüsü** olan (göğüs duvarı kemik yapı bütünlüğünün bozulduğu) hastalarda kuvvetli bir analjezik ile solunum rahatlatılmalı ve oksijen verilmelidir. Bilinenin aksine, kum torbası ya da çamaşırların göğüs duvarına yerleştirilmesi gibi göğüs duvarı paradoks hareketini önlemeye yönelik girişimler hipoksiyi artırdığı için yapılmamalıdır.
- Göğüs ağrısı, hava açlığı, solunum sıkıntısı, taşikardi, hipotansiyon, tek taraflı akciğer seslerinin kaybı, boyun venlerinde dolgunluk ve siyanoz **tansiyon pnömotoraks** olasılığını düşündürmelidir. Bu durumda, ikinci interkostal aralıkta klavikula orta çizgisi üzerinden mümkün olan en geniş çaplı branül ile göğüs boşluğuna girilmeli, tansiyon pnömotoraks açık pnömotoraksa dönüştürülmelidir.

* Solunumun sağlanması ile ilgili ayrıntılar için Kardiyopulmoner Canlandırma rehberine bakınız . Sayfa 139

C. Dolaşım sisteminin değerlendirilmesi (Circulation) *

Hastanın solunum sorunu giderildikten sonra bu basamağa geçilir.

- Öncelikle karotis nabızı (bebeklerde brakiyal nabız) ve kan basıncı değerlendirilir. Karotis nabızı muayenesini olanaksız kılan bir yaralanma varsa femoral veya brakiyal nabıza bakılabilir. Nabız kontrolü eşzamanlı olmamak kaydıyla daima çift taraflı olarak yapılır.
- Kardiak arrest varsa dıştan kalp masajı uygulanır. Yetişkinde on beş kalp masajına karşılık iki solunum yapılması, bebek (0-1 yaş) ve çocuklarda (1-8 yaş) beş kalp masajına karşılık bir solunum yapılması ve bu işlemi her beş yapıştan sonra solunum ve dolaşımın kontrol edilmesi gerekir.
- Üst ekstremitelere öncelik verilerek tercihen mümkün olan en büyük iki damar yolu açılır.
- Hipovolemik şok bulguları varsa (hipotansiyon, filiform nabız) *serum fizyolojik veya laktaklı Ringer* erişkin hastada 2 lt, çocuklarda 20 ml/kg bolus olarak verilmelidir.
- Dışarıya kanama varsa kanama yeri tamponla baskı uygulanarak kapatılır. Mümkün olduğunca turnike uygulamasından kaçınılmalıdır.

* Kalp masajıyla ilgili ayrıntılar için Kardiyopulmoner Canlandırma rehberine bakınız. Sayfa 139

D. Nörolojik değerlendirme (Disability)

- Kısa nörolojik muayene ile bilinç durumu kontrol edilir.
- Bilinç durumu en hızlı olarak **AVPU** ile değerlendirilmelidir:
A Bilinci açık, uyanık (alert)
V Sözlü uyarana cevap var (verbal)
P Ağrılı uyarana cevap var (pain)
U Uyarana yanıt yok (unresponsive)
- Pupillerin çapı, ışık refleksi, ekstremitte hareketleri kontrol edilir.

E. Elbiselerin çıkarılması (Exposure)

Hasta hipotermiden korunarak bütün giysiler çıkarılır ve vücudun her tarafı gözlenerek belirlenenler dışında lezyon olup olmadığı araştırılır.

İkinci değerlendirme

ABCDE değerlendirmesi ertesinde gerekli girişimlerden sonra, 5-10 dakikada tamamlanacak biçimde, bütün beden yapı ve işlevlerinin değerlendirildiği ayrıntılı bir fizik muayene yapılmalıdır. Amaç, travmalı hastalarda çoklu doku-organ etkilenme olasılığının yüksek olması nedeniyle, gözden kaçmış olabilecek yaralanmaları araştırmak ve varsa diğer hastalıkları saptamaktır. Saptanan sorunlar hızla kontrol altına alınmalıdır:

- Tüm açık yaralarda tetanoz profilaksisi yapılır (Tetanoz rehberine bakınız. Sayfa: 217).
- İdrar yapma gücüğü olan ve dolaşım sistemi stabil olmayan hastalarda, kontrendikasyon oluşturacak bir sorun düşünülüyorsa idrar sondası uygulanır. Dış üretral meatusta kan, perinede hematoma veya ekimoz bulunması durumunda retrograd üreterografi yapılmadan sonda takılmamalıdır.
- Çoklu travmalı hastalarda midenin boşaltılması amacıyla nazogastrik ya da orogastrik sonda takılır.

- Damar yolu açık tutulur.
- Kırık ve/veya disloke eklemler atel ile sabitleştirilir.
- Yumuşak doku yaralanmaları steril tamponla kapatılır.

Sevk

Vital bulguların stabilizasyonu sağlandıktan sonra, travmalı hastanın ileri bir merkeze uygun koşullarda ve en kısa sürede sevk edilmesi için hazırlık yapılmalıdır. Bu amaçla:

1. Hastanın gönderileceği merkez ile mutlaka iletişime geçilmeli ve bu merkez sözel ve yazılı (epikriz) olarak bilgilendirilmelidir. **Türkiye genelinde Acil Yardım Ambulansı telefon numarası 112'dir.**
2. Sevk, donanımı yeterli bir ambulansla yapılmalıdır.
3. Sevk süresince hastaya mutlaka vital bulguları değerlendirebilecek ve gerektiğinde müdahale edebilecek bir sağlık personeli eşlik etmelidir.
4. Çocuk ihmal ve istismarı birinci basamakta çözümlenmesi güç ve ciddi bir sorundur. Şüphe edildiğinde, hasta sevk edilmeli, ayrıca çocuğun korunmaya alınmasının sağlanabilmesi için adli ihbar gerçekleştirilmelidir.
5. **Şiddeti hangi düzeyde olursa olsun, travmaya uğramış tüm hastalar, erişkin ya da çocuk, adli olgu olarak değerlendirilmeli, adli bildirim zorunluluğu nedeniyle kayıtları adli işlemlere uygun olarak doldurulmalıdır.**

Korunma

Birinci basamak hekimi, alan çalışmasında travmaya bağlı morbidite ve mortalitenin azaltılmasına yönelik eğitici görev almalıdır:

- Topluma, yazılı ve görsel malzeme kullanılarak, sağlığı yakından ilgilendiren - alkollü araç kullanılmaması, emniyet kemeri takılması, motosiklet sürücülerinin başlık kullanması gibi- konularda, trafik kuralları hakkında bilgi verilmelidir.
- Yüksekten düşme ve ev içi kazaların önlenmesi amacıyla, çocukların hiçbir koşulda evde yalnız bırakılmaması, konut içi ve çevresinin çocukların varlığı gözetilerek düzenlenmesi (balkonlara uygun korkuluk takılması, mobilyaların sabitlenmesi, zararlı nesnelerin çocukların ulaşamayacağı yerlerde saklanması gibi) gerektiği belirtilmelidir.
- Ateşli silah ve delici-kesici aletlerin çocuklardan uzak tutulması yasal zorunluluktur. Yasaların yaşama geçmesi için gereken eğitim çalışmaları yapılmalıdır.
- Çocuklarda fiziksel istismarın önlenmesi konusunda topluma yönelik eğitici çalışma ve görüşmeler yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. American College of Surgeons. Advanced Trauma Life Support. Program for doctors, 6th ed. Chicago: American College of Surgeons, 1997.
2. Edward E. Cornwell III. Initial Approach to Trauma Patient.: Tintinalli JE, Ruiz E, Krome RL, eds. Emergency Medicine: A comprehensive Study Guide, 5th ed. New York: McGraw Hill. 2000:1609-1613.
3. Melio FR. Priorities in the Multiple Trauma Patient. In: Eckstein M, Chan D, eds. Contemporary Issues in trauma. Emerg Med Clin North Am 1998;16:29-43.
4. Grossman MD. Introduction to Trauma Care. In: Peitzman BA, Rhodes M, Schwab CW, eds. The Trauma Manual. Philadelphia: Lippincott-Raven Company, 1998:1-5.



YANIK

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

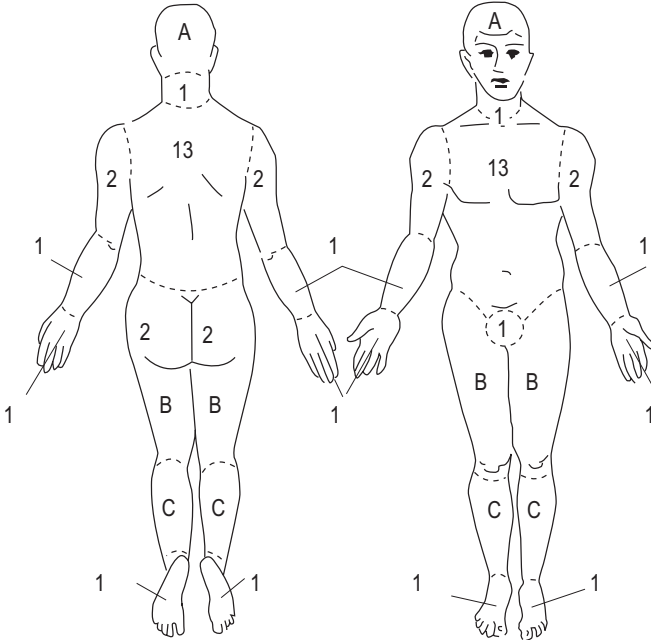
2003

Yanık, ısı, elektrik, kimyasal madde ve radyoaktif ışınların etkisiyle, deri katlarında değişik derinlik ve genişlikte doku hasarının olduğu, deri bütünlüğünün bozulduğu, sistemik sorunlara yol açabilen bir durumdur.

Tanı

Yanık alanının genişlik ve derinliği, etkenin şiddeti ve derinin etkenle etkileşim süresiyle orantılıdır.

Yanık, genişliğine göre yüzde olarak tanımlanır. Hesaplama, aşağıdaki Lund-Browder Çizelgesi oldukça doğru sonuç vermektedir. Hastanın elinin palmar yüzünün, başparmak kapalıyken, vücut yüzeyinin yaklaşık %1'ine eşit olduğu bilgisi, küçük yanıkların genişliğinin belirlenmesinde kullanılabilir. Yanık yüzdesi, tedavi planı, beslenme desteği ve cerrahi girişimlerin belirlenmesi ve prognozda önemlidir.



Yaşlar	A (Başın bir yüzü)	B (Uyluğun bir yüzü)	C (Bacığın bir yüzü)
0 - 1 yaş	%9	%2	%2
1 - 4 yaş	%8	%3	%2
5 - 9 yaş	%6	%4	%2
10 - 14 yaş	%5	%4	%3
15 yaş	%4	%4	%3
Erişkin	%3	%4	%3

Yanık, derinliğine göre dört dereceye ayrılır:

Birinci derece yanık

Yalnızca epidermis yanmıştır. Dermal vazodilatasyon nedeniyle eritem ve ısı artışı vardır ve oldukça ağrılıdır. Ağrı ve eritem 2-3 gün içinde kaybolur, dördüncü gün hasarlı epitel deskuame olur. Güneş yanığı 1. derece yanıklara örnektir.

İkinci derece yanık

Epidermis tahrip olmuş, dermis de etkilenmiştir. Ödem, vezikül ve bül gelişmiştir, çok ağrılıdır. Yüzeysel ve derin dermal yanık olarak ikiye ayrılır. Enfeksiyon önlenirse, yüzeysel yanık 3, derin yanık 3-9 haftada iyileşir. Sıcak sıvı ya da katı maddeyle temas yanıkları 2. derece yanığa örnektir.

Üçüncü derece yanık

Dermisin tüm katlarını tutar. Derinin kuru bir görünümü vardır ve klasik yanık eskarı gelişir. Sinir hücrelerinin zedelenmesi sonucu ağrı duyusu kaybolur. Sıcak sıvı, alev, elektrik ve kimyasal maddelerle temas sonrasında oluşur.

Dördüncü derece yanık

Tüm deri katları ve deri altı yağ dokusuna ek olarak kas, tendon ve kemik gibi derin doku yanıklarını da içerir. Genellikle elektrik veya alevle uzun süreli temas sonucu oluşur.

Hafif Yanık

- Yetişkinde %15'ten, çocukta %10'dan küçük 1-2. derece yanık
- Tüm hastalarda %2'den küçük 3. derece yanık

Ciddi Yanık

- Yetişkinde %15, çocukta %10'dan büyük 2. derece yanık
- Tüm hastalarda %2'den büyük 3. derece yanık

Tedavi

Hasta giysileri çıkarılıp steril ya da temiz bir çarşafa sarılmalı, ne ile ve ne zaman yandığı sorgulanmalıdır. Kimyasal yanıklarda yanık alanı bol su ile yıkanmalı ve bu işlem asıl tedavi başlayana kadar sürdürülmelidir.

Hafif yanık

- Birinci derece yanık özel tedavi gerektirmez. Ağızdan sıvı desteği ve analjezik-antipiretik tedavi yeterlidir.
- Oda sıcaklığındaki serum fizyolojik ile yıkayarak temizlik yapılır. Akut yanıklarda ılık su uygulaması, ağrı ve ödemi azaltır.
- Yanık tedavisinde büllerin temizlenmesi hatadır. Bütünlüğü bozulmamış büllelerden, biyolojik bir pansuman gibi yararlanılmalı, yalnızca enfekte ya da kendiliğinden patlamış büller debride edilmelidir.
- Yanık yarası, nemli ve yaraya yapışmayan pansuman malzemeleriyle örtülmeli ve bu katın üzerine steril gazlı bez kapatılmalıdır. Bu malzemeler içinde en ucuz ve kolay elde edileni, steril vazelin ya da antibiyotikli pomat emdirilmiş tül veya tek kat gazlı bezdir.
- Temiz yaralarda ayrıca topikal antibiyotik kullanımına gerek yoktur. Yalnızca, yanık kontamine olmuş ya da eskar dokusu gelişmişse topikal antibiyotik kullanılır.
- Tetanoz aşılması sorgulanmalı ve gerekiyorsa tetanoz profilaksisi yapılmalıdır.

Ciddi yanık

- Hava yolu açık tutulmalı (airway, gerekirse entübasyon, hatta trakeotomi), solunum sıkıntısı veya inhalasyon yaralanması olan hastalarda oksijen verilmelidir.
- Damar yolu açılmalı ve 24 saat içinde verilecek olan *laktatlı Ringer* solüsyonu miktarı 4 ml/kg/yanık yüzdesi (Modifiye Parkland Formülü) olarak hesaplanmalıdır. Bu miktarın yarısı ilk 8 saatte, kalan yarısı sonraki 16 saatte verilmelidir.
- Foley kateteri takılmalı ve saatlik idrar izlemi yapılmalıdır. İnfüzyon hızı, idrar çıkışı erişkinler için saatte 30-50 ml, çocuklar için saatte en az 1 ml/kg olacak şekilde ayarlanmalıdır.
- Ağrı ven içine uygulanacak analjezik ve sedatifler ile giderilmeli, ekstremiteler yanıklarında elevasyon uygulanmalıdır.
- Hipotermiyi önlemek amacıyla hasta örtülerek sıcak tutulmalı, ven yoluyla verilen sıvılar vücut sıcaklığında olmalıdır.
- Eskar dokusunun kanlanması olmadığından sistemik antibiyotiklerin yanık yarasına geçişi yeterli değildir. Bu nedenle topikal antibiyotikler kullanılır. En sık kullanılan topikal ilaçlar *gümüş sülfadiazin* (%1) krem, *nitrofurazon* (%0,2) pomat ve *gümüş nitrat* (%0,5) solüsyonudur.
- Tetanoz profilaksisi yapılmalıdır.

Düzenli yara debridmanı, enfeksiyon ve kontraktür gelişimini engellemeyi amaçlar. Temiz yanık yaralarında, sık pansuman iyileşmeyi geciktireceğinden 2-3 günde bir pansuman yapılması yeterlidir. Diğer yanıklarda pansuman günde bir kez yapılmalıdır.

Sevk

- %10'dan büyük ikinci derece yanık
- Üçüncü derece yanık
- Elektrik yanığı
- Yıldırım çarpmasına bağlı yanık
- Vücudu çepeçevre saran yanık
- Yüz, el, ayak, genital bölge, perine ve eklem bölgesi yanığı
- İnhalasyon yanığı
- Kimyasal yanık
- Yanığa eşlik eden travma
- İyileşme sürecini olumsuz etkileyebilecek sistemik bir hastalık bulunması
- Hastanın 10 yaşından küçük veya 50 yaşından büyük olması
- Sosyal, psikolojik ve uzun dönem rehabilitasyon gerektirecek yanık durumlarında hasta yanık merkezi olan bir hastaneye sevk edilmelidir.

Kaynaklar

1. Press B. Thermal, Electrical and Chemical Injuries. Aston SJ, Beasley RW, Thorne CHM, ed. Grabb & Smith's Plastic Surgery, 5th ed, Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1997: 161.
2. Yowler JC, Fratiene RB. Current Status of Burn Resuscitation. Clin Plast Surg 2000; 27: 1.
3. Arıncı A. Yanıklar ve Tedavileri. Nobel Kitabevleri, İstanbul, 2000.
4. Wolf SE, Herndon DN. Burns. Townsend CM, ed. Sabiston Textbook of Surgery. Philadelphia: Saunders, 2001:345-63.
5. Committee of Trauma, American College of Surgeons. Resources for Optimal Care of the Injured Patient. American College of Surgeons, Chicago, 1999: 55-62.
6. Warden GD, Heimbach DM. Burns. Schwartz Principles of Surgery, Vol 1, McGraw Hill, 1999:230.



AKUT İSHAL (ERİŞKİN)

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

İshal, günde üç veya daha çok sayıda yumuşak, sulu dışkılama durumudur.

Akut ishal, süresi iki haftayı aşmayan ishaldir. Akut ishalde büyük çoğunlukla enfeksiyon etkenleri sorumludur. Hastaların %50-60'ında etken virüstür. Bakteri ve parazitler, daha seyrek karşılaşılan akut ishal nedenleridir.

Persistan ishal, 14 günden uzun, bir aydan kısa süren ishaldir.

Kronik ishal, bir aydan uzun süren ishaldir. Başlıca kronik ishal nedenleri :

- Enflamatuvar bağırsak hastalıkları (ülseratif kolit, Crohn hastalığı)
- Enfeksiyonlar
- Paraziter hastalıklar
- Bağırsak tüberkülozu
- İskemik bağırsak hastalığı
- Bağırsak tümörleri
- Endokrin hastalıklar (hipertiroidi, hipoparatiroidi, diyabetes mellitus)
- Kistik fibroz
- Kısa bağırsak sendromu
- Emilim bozuklukları
- Besin alerjisi

Tanı

Öykü

- Ateş
- Bulantı-kusma
- İshal şiddeti (günlük dışkılama sayısı ve kıvamı)
- Altta yatan hastalık
- Antibiyotik kullanımı
- Seyahat
- Yakın çevrede benzer semptomların varlığı mutlaka sorulmalıdır.

Fizik muayene

- Ateş
- Nabız
- Kan basıncı
- Varsa, dehidratasyonun derecesi mutlaka belirlenmelidir.

Ayırıcı tanı

- Ülseratif kolit
- İskemik bağırsak hastalığı (50 yaşın üstünde ishal ve ciddi karın ağrısı)
- Divertikülit
- Arsenik, kurşun, civa ve benzeri maddelerle zehirlenme (kusma, şiddetli karın ağrısı)

Tedavi

Bağırsak hareketini azaltan ilaçlar ve bağırsak antiseptikleri kesinlikle kullanılmamalıdır.

1. Beslenme

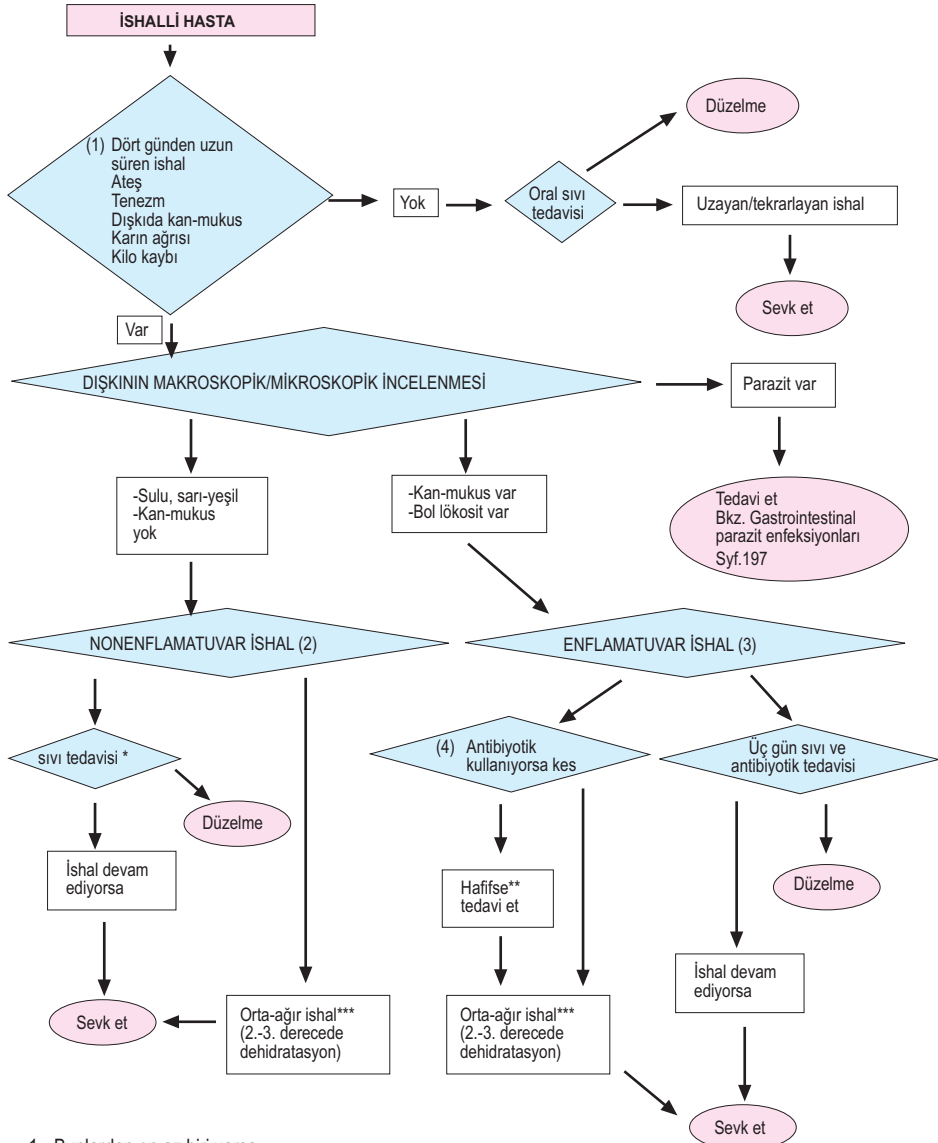
5 yaşın üstündeki çocuklarda su, yoğurt, patates haşlaması, pirinç lapası, muz, taze meyve suyu (şeftali, elma, havuç) verilir. Erişkinler, kafeinli içecekler dışında, yiyebildiği her besini alabilir.

2. Oral sıvı tedavisi

Dehidratasyon değerlendirilmesi yapılmalıdır. Bakın sayfa 209'daki tablo.

Ağızdan sıvı tedavisinde ORS (oral rehidratasyon sıvısı) önerilir. Evde ORS hazırlama yöntemi :

- 1 litre kaynatılmış soğutulmuş suya 3,5 g $NaCl$ (3/4 çay kaşığı tuz)
- 2,5 g $NaHCO_3$ (1 çay kaşığı karbonat)
- 1,5 g KCl (1 bardak portakal suyu veya orta boy patates veya 2 muz)
- 20 g glukoz (4 yemek kaşığı toz şeker) katılarak ORS oluşturulabilir.



1 Bunlardan en az biri varsa

2 Nonenflamatuvar ishal nedenleri: Besin zehirlenmesi (*B. cereus*, *S. aureus*), *V. cholerae*, *E. coli* (ETEC, EPEC), virüsler, *G. lamblia*

3 Enflamatuvar ishal nedenleri: *Shigella*, *Salmonella*, *E. coli* (EIEC, EHEC), *C. jejuni*, *C. difficile*, *E. histolytica*

4 Antibiyotiğe bağlı ishal düşünülüyorsa

* Kolera salgını varsa şüpheli olgularda antibiyotik tedavisi

** Hafif: Günlük aktiviteyi bozmuyorsa

*** Orta: Günlük aktivitelerde zorlanıyorsa. Ağır: Günlük aktivitelerini yapamıyorsa

3. Antimikrobiyal tedavi

Akut enfeksiyöz gastroenteritlerin %85-90'ı antimikrobiyal tedavi gerektirmez.

Antimikrobiyal tedavi gereği akış şemasına göre değerlendirilir:

- Erişkinlerde 3-5 gün süreyle *siprofloksasin* 2x500 PO mg veya *ofloksasin* 2x200 mg PO veya bölgede direnç düşükse *trimetoprim-sülfametoksazol* (*TMP-SMZ*) 2x(800/160) mg PO kullanılır.
- Çocuklarda 3-5 gün süreyle *trimetoprim-sülfametoksazol* 8-12 mg/kg/gün PO, iki eşit dozda, bölgede *TMP-SMZ* direnci yüksekse ikinci kuşak sefalosporin (*sefuroksim* 30-40 mg/kg/gün PO, iki dozda veya *sefaklor* 20-40 mg/kg/gün PO veya PE**, üç dozda) veya *seftriakson* 50 mg/kg/gün PE, tek dozda kullanılır.
- Ateşsiz, kanlı mukuslu ishal ve tenezm varlığında *E. histolytica* tedavisi açısından Gastrointestinal Parazit Enfeksiyonları rehberine bakınız. Sayfa 197.
- Antibiyotige bağlı kolit: *Metronidazol* erişkinlerde 4x250 mg PO, çocuklarda 4x7,5 mg/kg PO, 7-14 gün süreyle kullanılır.

*PO : Ağız Yoluyla (peroral) **PE : Perenteral

Korunma

Çiğ yenen sebze ve meyveler iyice yıkanmalı, temizliği bilinmeyen sular kaynatılarak içilmeli, yemekten önce, tuvalet ve oyundan sonra el yıkama alışkanlığı kazanılmalıdır.

Komplikasyonlar

Gastroenterit seyrinde

- Dehidratasyon
- Elektrolit dengesizliği
- Şok
- Hemolitik üremik sendrom gelişebilir.
- Metabolik asidoz
- Sepsis
- Konvülsiyon (ateş, shiga toksin etkisi)

Sevk

- İkinci veya üçüncü derece dehidratasyonu olan
- Orta veya ağır ishali olan
- Parazit yönünden araştırılmış, ancak parazit saptanamamış, kronik ishali olan hastalar sevk edilmelidir.

Kaynaklar

1. Acute Diarrhea: A Practical Review. The American Journal of Medicine, 1999;106:670-75.
2. Guidelines On Acute Infectious Diarrhea in Adults. The American Journal of Gastroenterology, 1997; 92:1962-75.
3. IDSA Guidelines for the Management of Infectious Diarrhea. Clin Infectious Diseases 2001; 32:331-51.
4. Mandell GL, Bennett Je, Dolin R, ed. Mandell, Douglas And Bennett's Principles And Practice Of Infectious Diseases, 5Th Ed, New York: Churchill Livingstone, 2000.
5. Schlosberg D. Current Therapy of Infectious Diseases, St Louis: Mosby, 2001.



AKUT MENENJİT

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Menenjit beyin zarlarının enflamasyonudur. Akut menenjit çeşitli etkenlerin kan veya komşuluk yoluyla beyin zarlarına ulaşması sonucu gelişir. En sık karşılaşılan bakteriyel etkenler, yenidoğan döneminde B grubu streptokoklar ve *E. coli*, diğer yaş gruplarında *S. pneumoniae* ve *N. meningitidis* 'tir. Ancak yenidoğan döneminde *L. monocytogenes*, ilk beş yaşta *H. influenzae* tip b ve yaşlılarda gram negatif basiller de sık görülen menenjit etkenleri arasında yer alır.

Tanı

Belirti ve bulgular

0-3 AY	3 AY - 5 YAŞ	5 YAŞ ÜSTÜ ÇOCUKLAR VE ERİŞKİMLER
Ateş (>38°C rektal) veya Hipotermi (<36°C rektal)	Ateş (>38°C koltuk altı)	Ateş (>37,2°C koltuk altı)
Emmeme	Bilinç değişikliği (letarjiden komaya kadar)	Baş ağrısı
Aktivite azalması	Huzursuzluk	Kusma
Kusma	Kusma	Bilinç değişikliği (letarjiden komaya kadar)
Konvülsiyon	Konvülsiyon	Fotofobi
Fontanel kabarıklığı	Peteşi veya purpura	Konvülsiyon
Dolaşım bozukluğu* (siyanoz, taşikardi, filiform nabız, kapiller dolum zamanı uzaması, hipotansiyon)	Konvülsiyon	Peteşi veya purpura
Yenidoğan reflekslerin azalması	Baş ağrısı	Menenks irritasyon bulguları (ense sertliği, Kernig ve Brudzinski bulguları)
	Fontanel kabarıklığı	Dolaşım bozukluğu* (siyanoz, taşikardi, filiform nabız, kapiller dolum zamanı uzaması, hipotansiyon)
	Menenks irritasyon bulguları (ense sertliği, Kernig ve Brudzinski bulguları)	
	Dolaşım bozukluğu* (siyanoz, taşikardi, filiform nabız, kapiller dolum zamanı uzaması, hipotansiyon)	

*Taşikardi: Nabız

0-30 gün >190/dk
1-12 ay >160/dk

1-5 yaş >120/dk
>5 yaş >110/dk

Hipotansiyon: Sistolik kan basıncı

<1 yaş <65 mm Hg
>1 yaş <75 mm Hg
adolesan ve erişkin <90 mm Hg

Kapiller dolum zamanı uzaması:

>2 saniye

Tedavi

- Komplikasyon, sekel ve mortaliteyi önlemek için tedaviye hemen başlanmalıdır.
- Solunum ve dolaşım desteği sağlanarak hasta en kısa sürede sevk edilmelidir.
- Menenjit etkeninin başkalarına bulaşması engellenmelidir.

Öncelikle ve hemen yapılması gerekenler

- Hava yolu açıklığı sağlanmalıdır.
- Gerekli ise oksijen (3-5 l/dk) verilmelidir.
- Damar yolu açılmalıdır. Çocuklarda, dolaşım bozukluğu varsa 20 ml/kg/saat %0,9 NaCl (SF) 1 saat içinde verilir; sevk sırasında dolaşım bozukluğu devam ediyorsa aynı miktar sıvı tekrar verilir. Dolaşım bozukluğu bulguları yoksa sıvı miktarı damar yolu açık kalacak şekilde ayarlanır. Erişkinde, dolaşım bozukluğu varsa 500 ml %0,9 NaCl 2 saat içinde verilir; dolaşım bozukluğu devam ediyorsa aynı miktar sıvı tekrar verilir. Dolaşım bozukluğu bulguları yoksa, hızı damar yolu açık kalacak şekilde ayarlanarak yaşa uygun derişimde sıvı; yenidoğan döneminde ilk gün %5 dekstroz, sonraki günlerde 1/5 SF, 1-24 ay arasında 1/4 SF, 2-6 yaş arasında 1/3 SF, 6 yaştan büyük çocuklarda 1/2 SF, adölesan ve erişkinde SF verilir.
- Konvülsiyon varsa *diazepam* 0,2 mg/kg/doz (1 ay-5 yaş arasında en çok 5 mg/doz, 5 yaş üstünde 10 mg/doz) yavaş olarak ven içine, damar yolu açık değilse 0,2-0,5 mg/kg/doz rektal yoldan verilir.

Antibiyotik tedavisi

Antibiyotığın ilk dozu ven içine hemen verilmelidir.

Seftriakson -bulunabiliyorsa- tüm yaş grupları için ilk seçenek olarak kullanılır

Çocuk: 50 mg/kg/doz, ven içine

Erişkin: 2 gr/doz, ven içine

Sevk süresinin 12 saati aştığı durumlarda uygulama tekrarlanmalıdır.

Seftriakson bulunmadığı durumlarda kullanılacak antibiyotikler :

0-5 yaş

Ampisilin 100 mg/kg/doz, ven içine

Ampisilin yoksa veya öyküde penisilin alerjisi varsa :

Yenidoğan dönemi sonrasında

Kloramfenikol 25 mg/kg/doz, ven içine

5 yaş üstü çocuklar ve erişkinler

Kristalize penisilin

Çocuk: 100.000 ü/kg/doz

Erişkin: 5 milyon ü/kg/doz

ven içine

Penisilin yoksa veya öyküde *penisilin* alerjisi varsa :

Kloramfenikol

Çocuk: 25 mg/kg/doz,

Erişkin: 1 gr/doz,

ven içine

Sevk

Bütün hastalar acilen sevk edilmelidir.

Bildirimi zorunludur.

Profilaksi

Dolaşım bozukluğu bulguları olan, belirti ve bulguların hızla kötüleştiği, peteşi veya purpuraların bulunduğu hastalarda meningokok enfeksiyonu olasılığı yüksektir.

Meningokok kemoprofilaksisi

- Hasta ile aynı evde yaşayanlara
- Hastanın kreş, anaokulu ve okulda sıra arkadaşlarına
- Hastanın salgıları ile temas (ağızdan ağıza solunum, entübasyon, aspirasyon) eden sağlık personeline
- Tanı öncesindeki 7 günde, hasta ile aynı gün içinde 4 saatten uzun süre aynı kapalı ortamda bulunanlara uygulanır.

İlaç	Doz	Uyarılar
<i>Rifampisin</i> <1 ay >1 ay	5 mg/kg/doz 12 saat arayla, ağızdan, 4 doz 10 mg/kg/doz 12 saat arayla, ağızdan, 4 doz (en çok 600 mg/doz)	Gebelikte kullanılmamalıdır.
<i>Seftriakson</i> <12 yaş >12 yaş	125 mg, kas içine, tek doz 250 mg, kas içine, tek doz	
<i>Siprofloksasin</i> >18 yaş	500 mg, ağızdan, tek doz	Gebelikte kullanılmamalıdır.

Profilaksi uygulananlar menenjit semptom ve bulguları yönünden bilgilendirilir.

Kaynaklar

1. Prober CG. Central Nervous System Infections. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, ed. Nelson Textbook of Pediatrics. 16th ed. Philadelphia: Saunders, 2000: 751-61.
2. American Academy of Pediatrics. Meningococcal Infections. Peter G, ed. 2000 Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases. 24th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2000: 396-401.
3. Tunkel AR, Scheld WM. Acute Meningitis. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, ed. Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 5th ed. New York: Churchill Livingstone, 2000: 959-89.



AKUT VİRAL HEPATİT

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Viral hepatit, hepatotrop virüslerin neden olduğu akut iltihabi karaciğer hastalığıdır. Bu virüslerden A ve E (hepatiti) virüsleri başlıca fekal oral yol; B, C ve D virüsleri parenteral yolla bulaşır. B, C ve D virüsleriyle taşıyıcılık ve kronikleşme söz konusudur.

A Hepatiti

Çocuklarda viral hepatitin en sık nedenidir. Enfeksiyon çocuklarda %90 oranda semptomsuzdur. Semptomların görülme sıklığı yaşla artar, erişkinlerde %60'a ulaşır. Erişkinlerin %90'dan çoğu seropozitifdir. A hepatiti binde 1-5 oranda fulminan seyeder.

B Hepatiti

Belirtiler A hepatitine göre daha az şiddetlidir. Bulaşma yaşı küçüldükçe kronikleşme oranı artar. Perinatal bulaşmada çocuklarda kronikleşme oranı %85-90, erişkin yaşta bulaşmada %5-10'dur. B hepatiti binde 5-15 oranda fulminan seyeder.

C Hepatiti

Akut enfeksiyon çoğunlukla semptomsuzdur. Kronik enfeksiyonda semptomlar silik, seyir yavaştır. Kronikleşme oranı %75-80'dir.

D Hepatiti

Bulaşma için HBsAg'ye gerek vardır. D hepatitinin kronikleşme oranı %75-90'dır.

E Hepatiti

Klinik seyir A hepatiti ile benzerlik gösterir. Gebelerde fulminan seyir %20'dir.

Hepatotropik virüslerin özellikleri

	HAV	HBV	HCV	HDV	HEV
Kuluçka süresi	15-45 gün	60-180 gün	14-160 gün	21-45 gün	15-60 gün
Geçiş yolu					
Deri-mukoza	Seyrek	Yaygın	Yaygın	Yaygın	Yok
Fekal-oral	Yaygın	Yok	Yok	Yok	Yaygın
Kan ve kan ürünleri	Seyrek	Sık	Sık	Sık	Seyrek
Cinsel	Seyrek	Sık	Seyrek	Seyrek	Seyrek
Plasenta	Yok	Yaygın	Seyrek	Yok	Yok
Kronikleşme	Yok	Var	Var	Var	Yok
Fulminan seyir	Seyrek	Var	Seyrek	Var	Seyrek

Risk Grupları

- HBsAg pozitif (enfekte) anne bebekleri
- HBsAg pozitif (enfekte) kişilerin aile üyeleri
- Ven yoluyla 'madde' kullananlar
- Çok eşli heteroseksüeller
- Homoseksüel erkekler
- Hemodiyaliz hastaları
- Sık kan transfüzyonu yapılanlar
- Sağlık çalışanları
- Endemik bölgeye seyahat edenler
- Sosyoekonomik düzeyi düşük olanlar

Tanı

Akut viral hepatit çoğunlukla semptomsuzdur. Semptomlu hastalarda bulantı, kusma, halsizlik, iştahsızlık, sağ üst kadranda duyarlık vardır. Sarılık varlığında dışkı renginde açılma olması kolestazi düşündürür.

Laboratuvar

İdrarda bilirubin saptanması ve ürobilinojen artışı, serumda ALT ve AST yüksekliği hepatiti destekler.

B hepatiti serolojisi

HBV enfeksiyonunun evresi	HBsAg	Anti-HBs	Anti-HBc IgM	Anti-HBc IgG
Akut	+	-	+	-
Kronik	+	-	-	+
Pencere dönemi	-	-	+	-
Geçirilmiş/iyileşme	-	+	-	+
Aşılanmış	-	+	-	-

Ayırıcı Tanı

- Hemolitik anemiler
- Bakteriyel ve paraziter hepatitler
- Tıkanma sarılıkları
- Toksik hepatitler (alkol, ilaç, toksin)
- Otoimmün hepatit
- Kronik hepatitlerin relapsı veya üzerine başka bir etkenin eklenmesi
- Kanserler

Korunma

Kişisel hijyen kurallarına uymak fekal-oral yolla bulaşmayı önler. Parenteral, cerrahi ve dental girişimlerde kullanılan araç gereçler tek kullanımlık olmalı ya da sterilize edilmelidir.

Parenteral geçişe neden olabilecek tıraş makinesi, jilet, tırnak makası ve diş fırçası gibi gereçler ortak kullanılmamalıdır.

Eşi veya kendisi hepatitli kişiler ve çok sayıda cinsel eşi olanlar prezervatif kullanmalı ve aşılanmalıdır.

B hepatiti için temas öncesi profilakside, aşılama ve sağlık eğitimi çok önemlidir. B hepatiti için temas sonrası profilakside, perkütan yaralanmada, B hepatitli birisiyle cinsel ilişkisi ertesinde ve HBsAg pozitif annelerden doğan bebeklere hemen B hepatiti aşısı ile birlikte hepatit B immünglobülini (HBİG) uygulanmalıdır.

B hepatiti aşısı doğumdan itibaren yapılabilir. Sağlık ocaklarında bebeklere 0.,2.,9. aylarda ücretsiz yapılmaktadır. Ayrıca enfeksiyona yakalanma riski yüksek olan kişilerde '0.,1.,6. ay' aşılama düzeniyle üç kez yapılmalıdır. Ancak, hemodiyaliz hastalarında olduğu gibi, hızlı serokonversiyon oluşması istenen durumlarda '0.,1.,2.,12. ay' aşılama düzeni uygulanabilir. Rapel doza gerek yoktur.

Tedavi

Özel bir diyet önerilmez. Alkol ve hekime danışmadan ilaç kullanılmamalıdır. Ağır egzersizden kaçınılmalıdır. Haftada bir kontrol önerilir.

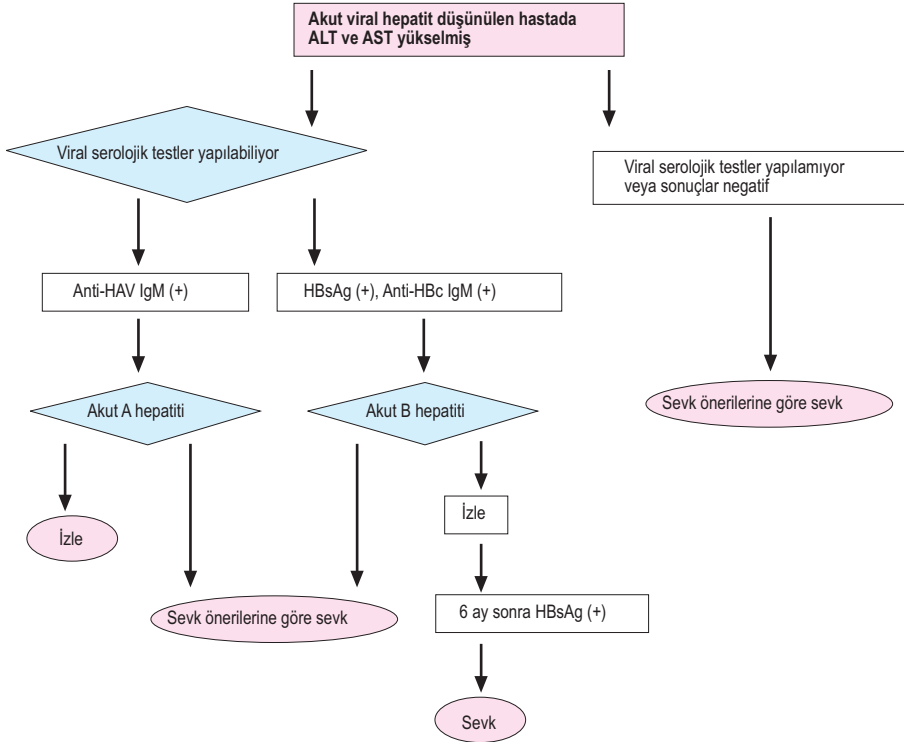
Komplikasyonlar

- Kolestaz
- Fulminan hepatit
- Taşıyıcılık (B, C, D, hepatitleri için)
- Kronik hepatit (B, C, D, hepatitleri için)
- Siroz (B, C, D, hepatitleri için)
- Hepatosellüler karsinoma (B, C, D, hepatitleri için)

Sevk

- Sarılığın iki haftadan uzun sürmesi ve giderek artma eğiliminde olması
- Hepatik ensefalopati bulguları (bilinç bulanıklığı, uykuya eğilim, ağızda amonyak kokusu)
- Ağızdan beslenememe
- Hipoglisemiye eğilim
- Komplikasyonların gelişmesi
- Altta yatan kronik bir karaciğer hastalığı durumlarında hasta sevk edilmelidir.

Viral Hepatitlerde Yaklaşım (Laboratuvar olanaklarına göre)



Kaynaklar

1. Kılıçturgay K, Badur S. Viral Hepatit 2001. Viral Hepatitle Savaşım Derneği. Ankara, 2001.
2. Kawai H, Feinstone SM. Acute Viral Hepatitis. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, ed. Principles And Practice of Infectious Diseases. 5th ed, Philadelphia: Churchill Livingstone, 2000:1279-97.
3. Leventhal WD, Hueston WJ, Virella G. Infectious Diseases. Rakel RE, ed. Textbook of Family Practice. 6th ed, Philadelphia: Saunders, 2002:329-32.
4. Rodney WM. Gastrointestinal Disorders. Rakel RE, ed. Textbook of Family Practice. 6th ed, Philadelphia: Saunders, 2002:1176-9.
5. www.cdc.gov/hepatitis



BOĞMACA

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Boğmaca, *Bordetella pertussis* 'in yol açtığı, her yaştaki duyarlı bireyi etkileyebilen, çocukluk çağında ağır seyreden akut bulaşıcı bir hastalıktır.

Aşılanma korunmanın temel ögesidir.

Olası vaka tanımı

Aşısız veya eksik aşı ve en az 2 haftadır öksürüğü olan bir kişide;

A.

- Şiddetli öksürük nöbetleri
- İç çekmeli solunum
- Öksürükten hemen sonra kusma durumlarından birinin eşlik etmesi ve

B.

- Pnömoni, plörezi, sinüzit gibi öksürüğe neden olabilecek başka bir sorun bulunmaması ve

C.

- Çevrede boğmaca salgını olması
- boğmaca olasılığını kuvvetle düşündürmelidir.

Tam kan sayımında, çoğu hastada karşılaşılan, mutlak lenfositozun bulunduğu (15.000-100.000 /mm³) önemli bir tanısıl ipucudur.

lökositoz

Ayırıcı Tanı

- Yabancı cisim aspirasyonu
- Tüberküloz
- Kistik fibroz

Tedavi

1. Solunumu rahatlatmak için oksijen verilebilir.
2. Sık sık ve az az beslenme sağlanmalıdır.
3. Hasta, **sigara dumanı** ve toz gibi öksürüğü uyaran etkenlerden kesinlikle uzak tutulmalıdır.
4. Antibiyotik tedavisi:
 - *Eritromisin*: Çocuklarda 40-50 mg/kg/gün 4 eşit doza bölerek
 - Erişkinlerde toplam doz 1-2 gr/gün 4 eşit doza bölerek (en çok 2 gr/gün)
 - doz 14 gün ağızdan uygulanır.

Sevk

- Altı aydan küçük tüm çocuklar
- Öksürük nöbetleriyle;
 - Oksijenasyonun bozulması (apne, siyanoz)
 - Beslenmenin bozulması gibi komplikasyonların ortaya çıktığı hastalar

sevk edilmelidir.

Boğmaca bildirimi zorunlu bir hastalıktır.

Korunma

A. İzolasyon:

Hastaların, bebekler, aşısız veya eksik aşıları çocuklardan antibiyotik tedavisinin ilk 5 günü tamamlanana kadar uzak tutulması ve okul, kreş gibi toplu yaşanan ortamlara girmemesi sağlanmalıdır.

B. Yakın temasta profilaksi

- Ev halkı
- Hastanın ağız veya solunum salgılarına maruz kalan sağlık personeli
- Bakıcılar, kreş veya okul arkadaşları
- Akrabalar, evi düzenli olarak ziyaret eden arkadaşları

gibi yakın temas edenlere **profilaktik antibiyotik tedavisi** ve **bağışıklama** uygulanmalıdır.

1. Profilaktik antibiyotik tedavisi

Boğmaca temaslılarına yaş ve bağışıklık durumundan bağımsız olarak 14 gün süreyle ağzından *eritromisin* (40-50 mg/kg/gün, 4 doza bölünerek) verilmelidir.

2. Bağışıklama

Sağlık Bakanlığı'nın aşı takvimine göre yapılmalıdır. (Sayfa 295)

Bu kişilerden 4 doz boğmaca-difteri-tetanoz (BDT) aşısı yapılmamış, aşılama durumu bilinmeyen veya 4 doz aşılamadan sonra 3 yıl geçmiş 7 yaşından küçük çocuklara en kısa sürede 1 doz BDT aşısı yapılmalı ve aşı takvimine devam edilmelidir.

İzlem

Hasta ve onunla yakın teması olanlar semptomlar açısından 21 gün izlenmelidir.

Kaynaklar

1. Pickering L, Ed. 2000 Red Book, Report of the Committee on Infectious Disease, 25. ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2000.
2. Damro MR, Ed. Griffith's 5 Minute Clinical Consult. Texas: William & Wilkins, 1998.
3. Nip Publications. Guidelines for the Control of Pertussis Outbreaks. Chapter 3. Treatment and Chemoprophylaxis, Cdc.



BRUSELLOZ

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Bruselloz, Brucella cinsi bakterilerin etken olduğu bir zoonozdur. Ülkemizde yaygın bir enfeksiyon olup hayvancılıkla uğraşılacak yörelerde daha sıktır. Ülkemizde etken olan türler *B. melitensis* ve *B. abortus*' tur.

Bulaşma hasta hayvanların (koyun, keçi, sığır) plasenta, fetus, kan, idrar gibi enfekte materyallerinin deri ve mukozaya temasıyla, pastörize edilmemiş süt ve süt ürünlerinin tüketilmesiyle olur. İnhalasyon yolu ile bulaşma mümkündür.

İlkbaharda taze peynir tüketimi ve hayvan doğumlarının artmasıyla ilişkili olarak daha sık görülür. Genç erişkinlerde ve erkeklerde daha çok rastlanması mesleki risk ile ilgilidir.

Hastalık kronikleşme eğilimindedir. Sık görülen eklem ve kemik tutulumu yanında çeşitli organ ve sistemler de tutulabilir. Sakroileit ve spondilit sık görülür. Uygunsuz ve yetersiz tedavi alanlarda daha sık olmak üzere nüksedebilir. Uygun tedavi ile mortalite %1'den düşükken tedavi edilmeyenlerde %3-5'tir.

Bruselloz bildirimi zorunlu bir hastalıktır

Tanı

Klinik Belirti ve Bulgular

- Ateş, gece terlemesi ve eklem ağrısı akut brusellozda en sık görülen belirtilerdir. Halsizlik, bel, sırt ve baş ağrıları, iştahsızlık bu belirtilere eşlik eder.
- Akut dönemde daha çok geceleri olmak üzere yüksek olan ateş, tedavi edilmeyen hastalarda dalgalı bir seyirle giderek azalır. Kronik olguların yaklaşık yarısında ateş görülmez.
- Kronik olgularda daha sık olmak üzere hepatosplenomegali ve lenfadenopati görülebilir. Yine kronik olgularda depresyon da sık rastlanan bir durumdur.
- Organ tutulumu (sakroileit, spondilit, epididimoorsit, endokardit, menenjit gibi) durumunda tutulan organla ilgili belirti ve bulgular saptanır.

Laboratuvar

- Serumda standart tüp aglütinasyon yöntemi (Wright testi) ile antikor araştırılır. Uygun klinik bulguların yanı sıra 1/160 ve üstündeki titreler pozitif kabul edilir.
- Rose Bengal ancak bir tarama testi olarak kullanılabilir. Bu testle pozitiflik saptanan olgularda Wright testi yapılarak titre belirlenmelidir.
- Özgül olmayan laboratuvar bulguları arasında CRP pozitifliği, sedimentasyon hızında orta derecede artış, ALT ve AST yüksekliği vardır. Lökositöz beklenen bir bulgu değildir. Anemi, lökopeni, trombositopeni ve seyrek olarak da pansitopeni görülebilir.

Ayırıcı Tanı

- Akut romatizmal ateş
- Kollajen doku hastalıkları
- Dejeneratif eklem hastalıkları
- Salmonelloz, tüberküloz, sıtma gibi ateşle seyreden diğer enfeksiyonlar

Tedavi

Tedavinin amacı enfeksiyonun ortadan kaldırılması ve nükslerin önlenmesidir.

Temel tedavi ilkesi kombine ve en az 6 hafta süre ile uygun antibiyotik kullanılmasıdır.

Antibiyotik tedavisinde kullanılan kombinasyonlar**Erişkinler :**

- *Doksisiklin* * günde iki kez 100 mg, ağızdan 6 hafta süreyle ve
- *Rifampisin* ** günde tek doz 600-900 mg, ağızdan 6 hafta süreyle
veya
- *Doksisiklin* günde iki kez 100 mg, ağızdan 6 hafta süreyle ve
- *Salmonelloz* *** günde tek doz 1 g, İM 2-3 hafta

Çocuklar (8 yaşın üstünde):

- *Doksisiklin* 2-4 mg/kg/gün ağızdan (en çok 200 mg/gün) iki dozda, 6 hafta süreyle ve
- *Rifampisin* günde tek doz 15-20 mg/kg ağızdan, günlük doz bir defada ve
total doz 600 - 900 mg/gün geçmeyecek şekilde, 6 hafta süreyle
veya
- *Doksisiklin* 2-4 mg/kg/gün ağızdan (en çok 200 mg/gün) iki dozda 6 hafta süreyle ve
- *Streptomisin* (günde tek doz 20-40 mg/kg, en çok 1g/gün, İM) 14 gün

Çocuklar (8 yaş ve altında):

- *Trimetoprim* 10 mg/kg/gün (en çok 480 mg/gün) ve *sulfametoksazol* 50 mg/kg
(en çok 2,4 gr/gün), günlük doz ikiye bölünerek ve
- *Rifampisin* günde tek doz 15-20 mg/kg ağızdan, günlük doz bir defada ve
total doz 600 - 900 mg/gün geçmeyecek şekilde, 6 hafta süreyle
veya
- *Rifampisin* günde tek doz 15-20 mg/kg PO 6 hafta süreyle ve
- *Streptomisin* günde tek doz 20-40 mg/kg İM) 14 gün
veya
- *Trimetoprim* 10 mg/kg/gün (en çok 480 mg/gün) ve *sulfometoksazol* 50 mg/kg
(en çok 2,4 gr/gün), günlük doz ikiye bölünerek 6 hafta süreyle ve
- *Streptomisin* (günde tek doz 20-40mg/kg, İM) 14 gün süreyle.

* Hasta **doksisiklin** ile aynı anda antiasit almama, süt ve süt ürünlerini kullanmama ve artan fotosensitivite konusunda uyarılmalı ve ilacın bol su ile alınması önerilmelidir. Gastrointestinal yakınmalar halinde antiasit kullanılacaksa **doksisiklin** ve antasit kullanımı arasında iki saatlik süre olmalıdır.

** **Rifampisin** tedavisi sırasında geçmeyen bulantı, kusma ve sarılık görülürse, tedavinin kesilmesi ve doktora başvurulması konusunda hasta uyarılmalıdır. Başta idrar olmak üzere vücut sıvılarına ve kontakt lense kırmızı renk verebileceği hastaya anlatılmalıdır.

*** **Streptomisin** kullanan hasta, kulak çınlaması, işitme kaybı ve denge bozukluğu gibi olası yan etkilere karşı uyarılmalı, böyle bir durumda ilacı keserek doktora başvurulması önerilmelidir.

İlaç dışı tedavi

Akut dönemde istirahat ve fizik aktivitenin sınırlandırılması önerilir.

İzlem

Serumda antikor düşük titrede uzun süre pozitif kalacağından, izlemde serolojinin değeri yoktur. İzlem klinik bulgularla yapılır.

Hastanın yakın çevresinde benzer hastalık olup olmadığı sorgulanmalıdır.

Korunma

- Hayvanların plasenta, fetus, kan gibi enfekte olabilecek materyalleriyle temas olasılığı ve doğum gibi işlemler sırasında eldiven, maske ve gözlük kullanılmalıdır.
- Pastörize olmayan süt ve süt ürünlerinin pişirilmeden tüketilmemesi gerekir. Peynir pastörize edilmemiş süttten yapılmışsa üretim tarihinden itibaren salamura koşullarında 3 ay geçmeden tüketilmemelidir.

Sevk

- Organ ve sistem tutulumu şüphesi olan
- Gebe
- Derin lökopeni, anemi, trombositopeni veya pansitopeni saptanan
- Relaps görülen
- Tedavi ile klinik düzelme olmayan
- Altta yatan bir hastalığı olan (kronik karaciğer, böbrek ve kalp kapak hastalıkları, maligniteler, bağışıklık sisteminin baskılandığı durumlar gibi)
- İlaç yan etkisi gelişen hastalar sevk edilmelidir.

Kaynaklar

- 1- Young E. *Brucella* Species. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, ed. Principles and Practice of Infectious Diseases, 5th ed. New York: Churchill Livingstone. 2000:2386-93.
- 2- Gotuzzo E, Carillo C. *Brucella*. Gorbach SL, Bartlett NR ed. Infectious Diseases. 2Nd ed. Philadelphia: Saunders, 1998:1837-45.
- 3- Brucellosis. Madkour Mm ed. 1st. ed, Cambridge: Gr.Britain University Press 1989.
- 4- Berbari Ef, Wilson Wr. *Brucella*, *Francisella*, *Pasteurella*, *Yersinia* and *Hacek*. Wilson Wr, Sande Ma, Ed. Current Diagnosis and Treatment In Infectious Diseases. 1st Ed. New York: Mc-graw-hill, 2001:630-2.
- 5- Sözen TH. Bruselloz. Wilke A, Söyletir G, Doğanay M, ed. İnfeksiyon Hastalıkları 1. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 1996, 486-91.
- 6- Chambers HF. Antimicrobial Agents. Hardman JG, Lirbird EL, ed. Goodman & Gilman's the Pharmacological Basis of Therapeutics, 10th ed. New York: 2001:1143-380.
- 7- American Academy of Pediatrics. Brucellosis. Pickering LK, Ed. 2000 Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases. 25th ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics, 2000;192-3.



CİNSEL YOLLA BULAŞAN ENFEKSİYONLAR

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE), her türlü (vajinal, oral, anal) cinsel ilişki yoluyla bulaşır. Genç erişkinler ve erkeklerde daha çok görülür.

Birinci basamak sağlık hizmetleri yaklaşımı açısından CYBE şu şekilde sınıflanabilir:

- A. Genital ülserle belirgin hastalıklar
- B. Üretrit ve servisitler
- C. Vajinal akıntıyla belirgin hastalıklar
- D. Pelvik enflamatuvar hastalık
- E. Genital siğiller
- F. Viral hepatitler (Akut Viral Hepatit rehberine bakınız. Sayfa 171)
- G. Ektoparazitler
- H. HIV enfeksiyonu

A. GENİTAL ÜLSERLE KARAKTERİZE HASTALIKLAR

Bu grupta başlıca aşağıdaki hastalıklar bulunur:

- Sifiliz
- Genital herpes

Şankroid, granüloma inguinale ve lenfogranüloma venereum ülkemizde çok seyrek görülür.

Sifiliz ve genital herpeste temel bulgu ve belirtiler

Bulgu	Sifiliz	Genital herpes
Primer lezyonlar	Şankr (erode papül, deri renginde)	Vezikül *
Lezyon sayısı	Genellikle tek, nadiren 2-3	Çok sayıda, birleşebilirler*
Sınırlar	Düzgün ve belirgin	Eritemli, belirgin
Derinlik	Yüzeyel	Yüzeyel
Taban	Temiz, düzgün, sert*	Eritemli, düzgün
Sekresyon	Seröz	Seröz
Ağrı	Yok	Var*
Kaşıntı	Yok	Var*
Lenf düğümleri	Sert, mobil, duyarlık yok	Sert, duyarlı

* Ayırıcı tanıda yardımcı özellikler

A.1. Sifiliz

Etken *Treponema pallidum* 'dur. Sifiliz deri, mukoza ve iç organları tutar, tedavi edilmediğinde yıllarca sinsi bir seyir gösterir, çeşitli organ ve doku yıkımlarına yol açabilir. İnkübasyon süresi ortalama üç haftadır. Genital ülser primer sifilizin başlıca belirtisidir.

Tedavi amacı

- Bulaşıcılığın önlenmesi
- Hastalığın ilerlemesinin önlenmesi
- Mortalitenin azaltılması

Tedavi

- *Benzatin penisilin G*: Tek doz 2,4 milyon ünite, kas içine
- Penisiline alerji varsa, *doksisisiklin*: Günde iki kez 100 mg, ağızdan, 15 gün süreyle
- Hastanın cinsel eşi de mutlaka aynı şekilde tedavi edilmelidir.

Sevk

- Kesin tanı veya izlem için laboratuvar olanakları yoksa
- Ülser kaybolduktan sonra deri ve mukozada papüler döküntüler ortaya çıkarsa
- Gebelik durumunda hasta sevk edilmelidir.

A.2. Genital Herpes

Etken *Herpes simplex virus* tip 1 ve tip 2'dir. Genital herpes, genital bölgede vezikül ve ülserlerle karakterizedir. Primer enfeksiyonla vücuda giren virüs latent kalır ve sık rekürrens gösterebilir.

Tedavi amacı

- Klinik iyileşmeyi hızlandırmak
- Bulaşıcılığı önlemek
- Nüksleri önlemek

Tedavi

Primer enfeksiyon:

- *Asiklovir* : Günde 3 kez 400 mg, ağızdan, 7-10 gün

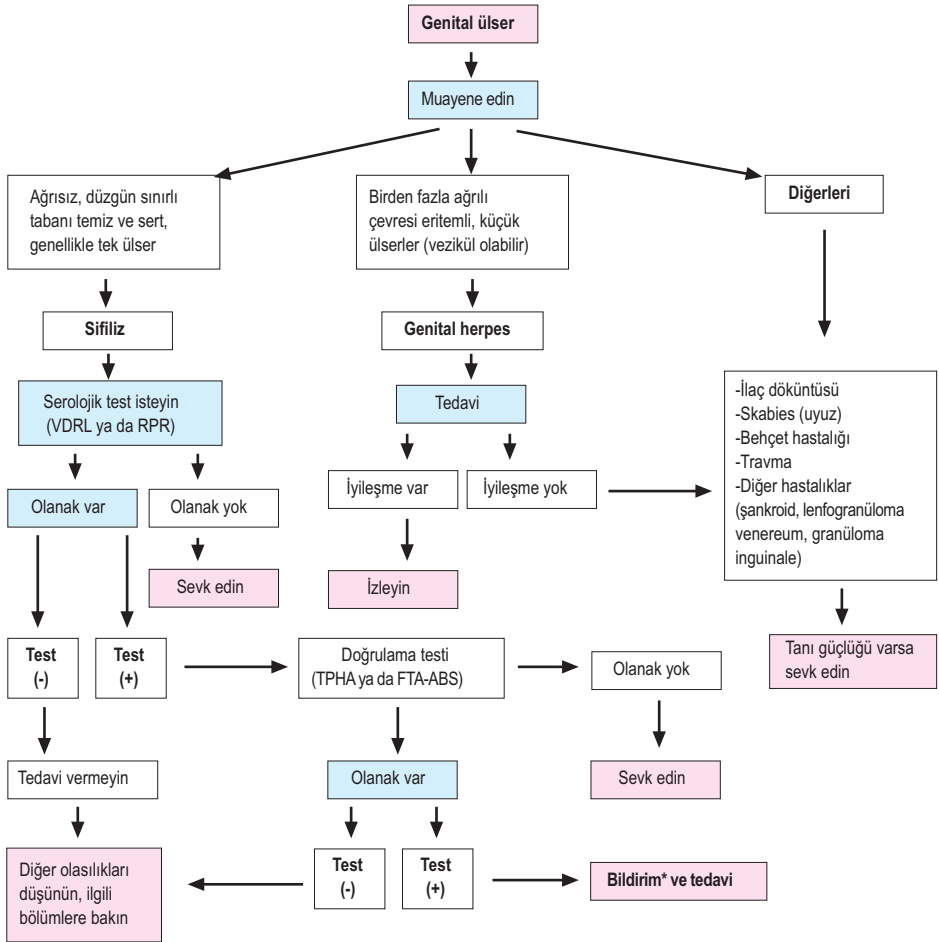
Rekürren enfeksiyon:

- *Asiklovir* : Günde 3 kez 400 mg, ağızdan, 5 gün

Sevk

- Tedaviye rağmen iyileşmeyenler
- Yılda 6 defadan fazla rekürrens gösterenler (süpresyon tedavisi planlanması için)
- Gebeler
- Sistemik ağır hastalığı (pnömoni, hepatit, meningoensefalit gibi) olanlar sevk edilmelidir.

Genital ülserli hastaya yaklaşım

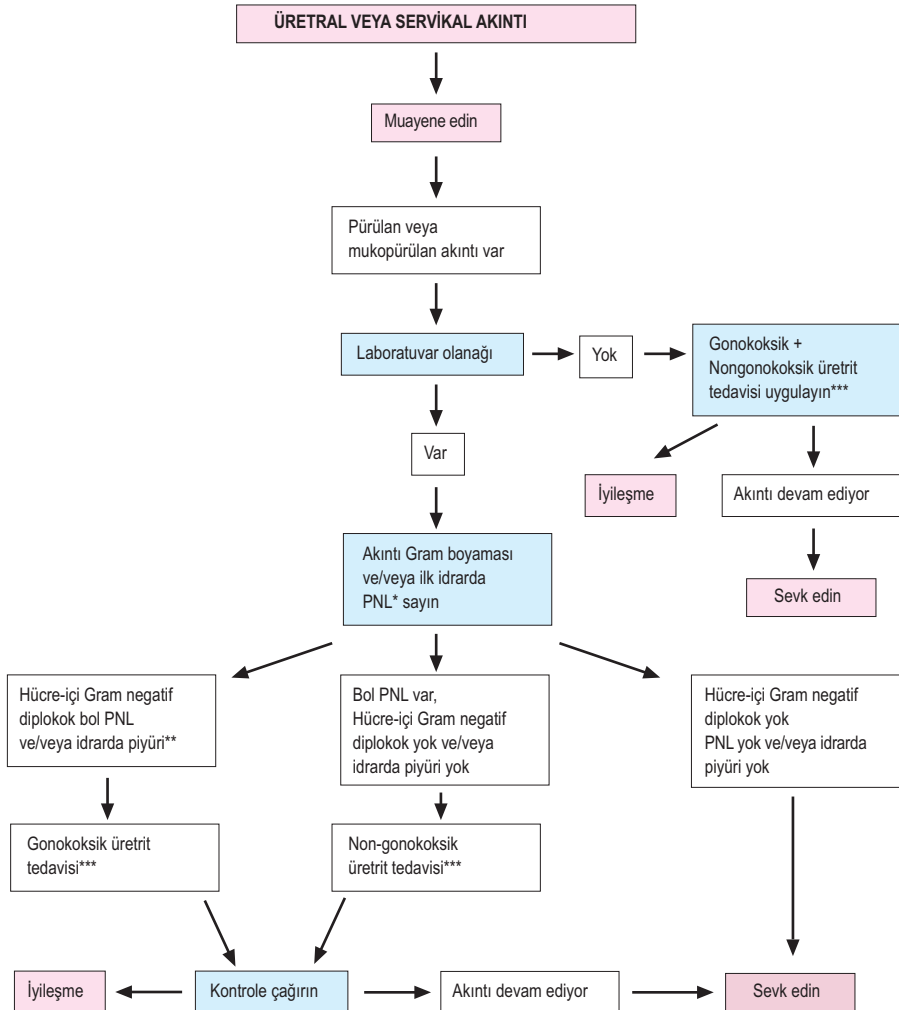


* Sifiliz acil olarak bildirim zorunlu hastalıklardandır; Sağlık Bakanlığı Sifiliz Tedavi Yönetmeliği uyarınca işlem yapılmalıdır.

B. ÜRETRİT VE SERVİSİTLER

Erkeklerde üretra (üretrit), kadınlarda serviksten (servisit) mukopürülan veya pürülan akıntı, bazen dizüri ve kaşıntı ile karakterize, genellikle *Neisseria gonorrhoeae* ve *Chlamydia trachomatis* 'e bağlı enfeksiyonlardır.

Üretrit ve servisitle belirgin hastalıklara yaklaşım



*PNL: Polimorf nüveli lökosit ** Piyüri: Lökosit $\times 10^3$ /mm

3 * Cinsel eşi de tedavi edin**

Tedavi amacı

- Enfeksiyonun bulaşmasını engellemek
- Klinik iyileşmeyi hızlandırmak
- Lokal ve sistemik komplikasyonları önlemek
- Kronikleşmeyi ve sterilite gibi olumsuz sonuçları engellemek

Tedavi

Gonokoksik üretrit tedavisi:

- *Seftriakson* : Tek doz, 250 mg, kas içine **veya**
- *Sefiksım* : Tek doz, 400 mg, ağızdan **veya**
- *Siprofloksasin* : Tek doz, 500 mg, ağızdan **veya**
- *Ofloksasin* : Tek doz, 400 mg, ağızdan

Nongonokoksik üretrit tedavisi:

- *Doksisiklin* : Günde iki kez, 100 mg ağızdan, 7 gün **veya**
- *Ofloksasin* : Günde iki kez, 300 mg ağızdan, 7 gün **veya**
- *Azitromisin* : Tek doz, 1 gr ağızdan **veya**,
- *Eritromisin* : Günde dört kez, 500 mg ağızdan, 7 gün.

Sevk

Tedaviye karşın yakınmaları devam edenler sevk edilir.

C. VAJİNAL AKINTIYLA BELİRGİN HASTALIKLAR

- Bakteriyel vajinoz (Cinsel yolla bulaşan bir hastalık olmamakla birlikte cinsel aktivite ile ilişkisinin olduğu bilinmektedir.)
- Trikomoniyaz
- Vajinal kandidiyaz

Vajinal akıntılı hastalıkların özellikleri

	Normal	Trikomonal	Kandidal	Bakteriyel vajinoz
Cinsel Bulaşıcılık		+	+/-	-
Semptomlar				
Vulva irritasyonu	-	++	++	+/-
Dizüri	-	%20	+	-
Koku	-	+/-	-	++
Bulgular				
Labial eritem	-	+/-	+/-	-
Genital bölgede lezyon	-	-	+	-
Akıntı				
Görünümü	Renksiz	Sarı-yeşil köpüklü	Beyaz, peynirimsi, süt keşiği gibi	Gri-beyaz homojen
Vajen duvarına yapışma	-	-	+	+
pH	-4.5	~4.6	-4.5	~4.6
Koku testi (KOH ile)*	-	-	-	Balık kokusu veya pis koku
Mikroskopi				
Taze yaş preparat	-	Hareketli trofozoid (%70)	-	-
Gram boyalı preparat				
Epitel	N	N	N	İpucu (clue) hücreleri
PNL/Epitel oranı	-1	~1	Değişken	-1
Bakteri	G (+) basiller (laktobasil)	G (+) basiller	G (+) basiller, maya ve psödohip (%50)	Gram labil kokobasil

* AÇSAP Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi'ne bakınız.

Tedavi amacı

- Hastanın yakınma ve semptomlarını ortadan kaldırmak
- Komplikasyonları önlenmek
- Diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkların görülmesini engellemek
- Gebelerde istenmeyen sonuçları (erken doğum, erken membran rüptürü gibi) önlemek

Tedavi

Trikomoniyaz:

- *Metronidazol* : Tek doz 2 gr tablet, ağızdan **veya** günde iki kez 500 mg tablet, ağızdan, 7 gün.

Vulvovajinal kandidiyaz:

- *Klotrimazol* 500 mg, vajinal tablet, tek doz veya
- *Mikonazol* 200 mg, vajinal supozituar, 3 gün süreyle veya
- *Flukonazol* 150 mg kapsül, ağızdan tek doz

Bakteriyel vajinoz:

Cinsel eşin tedavisine gerek yoktur.

Metronidazol kullanılırken alkol alınmamalıdır.

- *Metronidazol* 500 mg tablet, ağızdan günde iki kez, 7 gün süreyle veya
- *Metronidazol* Bir aplikatör dolusu (5 gr) %0,75'lik jel, intravajinal, günde 1 kez, 5 gün süreyle veya
- *Klindamisin* Bir aplikatör dolusu (5 gr) %2'lik krem, intravajinal, günde 1 kez, yatarken, 7 gün süreyle.
- Gebelerde;
Klindamisin 300 mg kapsül, günde iki kez, ağızdan, 7 gün süreyle veya
Metronidazol 250 mg tablet, günde üç kez, ağızdan, 7 gün süreyle
Gebelerde tedaviden bir ay sonra kontrol muayenesi yapılmalıdır.

Sevk

- Tekrarlayan
 - Ağır (vulvada aşırı eritem, ödem, fissür ve mukozada soyulma olan)
 - Tedaviye yanıt vermeyen
 - Altta yatan hastalığı olan (diabetes mellitus, steroid alan hastalar gibi)
- hastalar sevk edilmelidir.

D. PELVİK ENFLAMATUVAR HASTALIK (PEH)

Vajina ve endoserviksteki mikroorganizmaların gebelik veya cerrahi girişim olmadan endometrium, tuba uterinale ve overlerde assenden olarak ilerlemesiyle gelişen, genellikle nükslerle karakterize akut bir sendromdur. İnfertilitenin önde gelen nedenidir.

Etkenleri: Başta *Neisseria gonorrhoeae* ve *Chlamydia trachomatis* olmak üzere vajen florasında bulunan *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis* ve *Ureaplasma urealyticum* etken olabilir.

Tanı

Akut PEH için minimum klinik ölçütler alt karın ağrısı, adnekslerde ve serviks duyarlılığıdır. Ayrıca vajinal akıntı, yüksek ateş (38°C üstü), düzensiz kanamalar eşlik edebilir.

Ayırıcı tanı

Salpenjit, apendisit, dış gebelik, endometriozis ve over kisti komplikasyonları ile karışabilir.

Tedavi

Amaç klinik iyileşmenin hızlandırılması, kronikleşmeyi önlemek, komplikasyonların önlenmesidir.

Nükslerin önlenmesi için asemptomatik cinsel eş tedavisi şarttır.

Rahim içi araç (RİA) kullananlarda PEH şüphesi varsa 24 saatlik antibiyotik tedavisinden sonra RİA çıkarılmalıdır.

1. Seçenek :

Ofloksasin günde iki kez, 400 mg + *metronidazol* günde iki kez, 500 mg; ağızdan, 14 gün.

2. Seçenek :

Seftriakson tek doz, 250 mg kas içine + *doksisiklin* ; günde iki kez, 100 mg, ağızdan, 14 gün ± *metronidazol* ; günde iki kez, 500 mg, ağızdan, 14 gün.

Sevk

- Bulantı kusma, yüksek ateşi olan
 - Gebe
 - Tedavinin başlamasından itibaren 3 gün içinde semptomları düzelmeyen hastalar
 - Kesin tanı konamayan
 - Apse şüphesi olan
 - Oral tedavi uygulanamayan
 - Peritonit bulgusu saptananlar
- sevk edilmelidir.

E. GENİTAL SİĞİLLER

Human papilloma virüs (HPV) tarafından oluşturulan iyi huylu deri lezyonlarıdır. Bu lezyonlar doğrudan temas veya otoinokülasyonla yayılır. HPV'nin alt tipleri ile farklı görünümüne lezyonlar oluşur. En sık görülen kondiloma aküminatadır. Genital siğil oluşturan HPV alt tiplerinin (16, 18, 31, 33, 35) serviks kanserleri ile ilişkisi düşünülmektedir.

Tanı

Siğiller genellikle semptomsuzdur. Hastalar genital bölgede ortaya çıkan kabarıklık oluşumlarıyla başvurur.

Fizik muayene

Penis, pubis, anüs, vulva ve vajen çevresinde deriden kabarıklık, pembe-kahve renkli papüller görülür. Kondiloma aküminata, daha çok anüs çevresinde pembe renkli karnıbahar görünümünde papüller şeklinde izlenir. Kondiloma aküminata sulantılı ve kötü kokuludur.

Ayırıcı tanı

Anogenital yerleşimli nevüsler, skuamöz hücreli kanserler, kondiloma lata ve malign melanomdan görünümü ile ayırt edilmelidir. Olanak varsa, kondiloma aküminata için tedaviye başlamadan önce patolojik inceleme yapılmalıdır.

Tedavi amacı

Temel ilke lezyonların skar bırakmadan giderilmesini sağlamaktır.

- Bulaşıcılığı engellemek
- Estetik kaygıları gidermek

İlaçsız tedavi

Siğiller tedavi edilmeden kendiliğinden de kaybolabilir.

İlaçla tedavi

1. *Podofilin* %20'lik tentür benzoat içinde hazırlanır. Çevre doku korunarak, siğillere uygulanır. İki saat bekletilerek yıkanır. Haftada bir kez uygulanır. Tahriş olursa tedaviye ara verilir. Gebelerde kullanılmamalıdır.
2. %30-40 konsantrasyonda hazırlanan *salisilik asit* li pomadlar çevre doku korunarak lezyon üzerine uygulanır.
3. %80-90 konsantrasyonda *triklorasetik asit* çevre doku korunarak haftada bir kez uygulanır.

İzlem

Siğiller tedavi ile her zaman kaybolmayabilir veya yeni siğiller çıkabilir. Bu durumda tedavi tekrarlanmalıdır.

Sevk

- Hızla yayılan ve büyüyen anogenital siğillerin varlığında
- Gebelik durumlarında hasta sevk edilir

Genel uyarılar

- Hastaların cinsel eşleri de mutlaka muayene edilmelidir.
- Tedavi süresince cinsel ilişkiye girmemeleri gerektiği hastalara mutlaka söylenmelidir.
- Cinsel yolla bulaşan hastalığı olan bir kişide mutlaka cinsel yolla bulaşan diğer hastalıklar da araştırılmalıdır.
- Cinsel eş tedavisini unutmayın.
- Hastalara cinsel yolla bulaşan hastalıkların bulaşma yolları konusunda eğitim verilmelidir.

Korunma

- Tek cinsel eşlilik
- Şüpheli cinsel ilişkide bulunmama
- Şüpheli cinsel ilişkide kondom kullanılması

Kaynaklar

1. Brown JJ, Yen-Moore Angela, Tying SK. An Overview of Sexually Transmitted Disease, Part 1. J Am Acad Dermatology 1999;41:511-29.
2. Brown JJ, Yen-Moore Angela, Tying SK. An Overview of Sexually Transmitted Disease, Part 2. J Am Acad Dermatology 1999;41:611-77.
3. Case Definition for Infectious Conditions Under Public Health Surveillance. MMWR.1997;46 (RR 10):1-55.
4. CDC. Sexually Transmitted Disease Treatment Guidelines 2002. MMWR. 2002;51 (RR6):1-82
5. John Hopkins Information Program. Hatcher RA, Rinehart W, Blackburn R, Geller JS, ed. The Essentials of Contraceptive Technology, Baltimore, 1997.
6. Rein MF. Vulvovaginitis and Cervicitis. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, ed. Principles and Practice of Infectious Diseases. 5th ed. New York: Churchill Livingstone; 2000;2383-86.
7. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi: 3. Basım. Ankara. 2000;239-307.
8. Sparling PF, Handsfield HH. *Neisseria gonorrhoeae*. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, ed. Principles and Practice of Infectious Diseases. 5th ed. New York: Churchill Livingstone; 2000;2242-50.
9. The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy 2002. Gilbert DN, Moellering RC, Sande A, ed. 32nd ed. Hyde Park, 2002; Antimicrobial Therapy Inc.



DÖKÜNTÜLÜ HASTALIKLAR (ÇOCUK)

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Çocukluk çağında sık görülen, çoğu virüslerle oluşan, deride çeşitli tipte döküntüler, bazen de ateşle seyreden hastalıklardır. Başlıcalarını kızamık, kızamıkçık, kızıl, suçiçeği, beşinci hastalık (eritema enfeksiyozum) ve altıncı hastalık (roseola infantum) oluşturur. Ayrıca birçok sistemik, alerjik ve bulaşıcı hastalığa döküntü eşlik edebilir.

Tanı

Öykü

Öykü ve fizik inceleme birçok olgu için tanı koydurucudur.

- 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 gibi)
- Döküntünün özellikleri: diğer belirtiler ortaya çıktıktan sonra kaçınıcı günde başladığı, kaç gündür var olduğu, nereden başladığı, nereye yayıldığı, rengi, büyüklüğü sorulmalıdır.

Fizik muayene

- 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)
- Lenfadenopati varlığı ve yerleşimi (ön servikal, postauriküler, suboksipital gibi)
- Ağız ve boğaz muayenesi (Koplik lekesi, yumuşak damakta enanem, tonsillerin görünümü, çilek dili)
- Gözlerin görünümü (konjonktivit)
- Saçlı deri (lezyon olup olmadığı)

TABLO: Çocukluk Çağında Sık Görülen Döküntülü Hastalıklar

Hastalık	Kuluçka süresi (gün)	Bulaşıcılık süresi	Eşik eden belirtiler	Döküntünün yeri	Döküntünün özelliği	Döküntünün süresi	Laboratuvar bulguları	Tedavi	Koruma	Komplikasyon	Sevki
Kızamık	9-14	Döküntüden 2-4 gün önce ve 2-5 gün sonra da dek	Kopik (keşi), ateş, nezle, öksürük, konjonktivit, fotofobi	Seçil deri, sınımda başlar, gövde ve ekstremitelere yayılır	Makülopapüler döküntü, birleşme özelliğindedir, kaşıyarak ilerler	Semptomlardan 3-5 gün sonra başlar, 5-7 gün sürer	Lökopeni, kızamık özgül ıgıt	Ateş için parasetamol/ (40-60 mg/kg/gün, 4 dozda, ağzadan)	9 ayını bitiren ve ikinci 1 sınıftaki çocuklarda kızamık aşısı yapılmalıdır.	Pnömoni, sinüzit, otit, larenjit, ensefalit, uzun dönemde SSPE	Ağır pnömoni, ensefalit, larenjit
Kızamıkçık	14-21	Döküntü başlandıktan sonra 7 gün, konjenital rubelada bir yıl	Hafif ateş, baş ağrısı, nazal sekresyonlar, postoraleüler ve subokspial LAP	Yüzde başlayıp, boyuna, gövde ve ekstremitelere yayılır	Makülopapüler, pembe	Semptomlar başladıktan 1-2 gün sonra başlar, üç gün kadar sürer	Normal ya da hafif lökopeni, kızamıkçık özgül ıgıt	Ateş için parasetamol/ (40-60 mg/kg/gün, 4 dozda, ağzadan)	Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak (KKK)* aşısı	Nadiren artıral, trombozistopeni, purpura	Ensefalit, trombozistopeni
Kızıl	2-5	Belirtilerden 24 saat önce, 2-3 hafta sonra da dek (tedavi alıncaya dek saat sonra bulaşıcılık sona erer)	Sıklıkla 4 yaştan büyük çocuklarda görülür. Ateş, boğaz ağrısı, baş ağrısı, ciltte dül, damak ve uvulada peteşiler, pasta çökmesi, serikal LAP	Kulak altı ve kaslılardan tüm vüda yayılır. Yüzde ve alında kızamık, parçalı solukluk	Vaygın, pembe-kırmızı, basınca solan, topluğuna başı görünümünde	Belirtilen ikinci gün başlar, bir hafta sürer	ASO, lökositöz, boğaz kültürü	Ateş için parasetamol/ (40-60 mg/kg/gün, 4 dozda, ağzadan) Parasetamol/ 50.000-100.000 ü/gün, 3 dozda, ağzadan 10 gün boyunca Parasetamol/ 100 mg/kg/gün, 4 dozda, kas içine		Sinüzit, otit, serikal adenit, retrooraleüler ağız, osteomyelit, ARD, ACD	Peritonisler-retroraleüler ağız, menenjit, sepsis, artı, osteomyelit
Supçeği	10-21	Döküntüden 1-2 gün önce başlayıp döküntüden bir hafta sonra da dek	Ateş, nazal sekresyonlar, boğaz ağrısı, bazen kaam ağrısı	Seçil deri, yüz ve gövdeye sık, ekstremitelerde nadir	Kasıtlı, enlematöz maküller, içi sıvı dolu veziküllere dönüşüp, kabuklanır. Ayrı anda farklı yaşta lezyonlar bulunur	Semptomlardan 24-48 saat sonra başlar, 7-10 gün sürer	İlk 72 saatte lökopeni, ardından lersitoz	Ateş için parasetamol/ (40-60 mg/kg/gün, 4 dozda, ağzadan), Kasıtlı için hidrokortizon Asiklovir**	Supçeği aşısı**	Deri enfeksiyonları, ensefalit, sereteliler, alaksı, pnömoni, asitri kullanırsa Reye Sendromu	İmmün yetersizlikli hastalar, pnömoni, ensefalit
Ettema enfeksiyonu	4-14	Döküntüden önce başlayıp 1-2 gün sonra da dek	En sık okul çağında görülür. Özgül ölmeyen hafif USYE bulguları	Yanaklarda, kol bacak ve gövdeye	Makülopapüler, dantele benzeren, simetrik	Belirtilerden hemen sonra başlar.	—	Ateş için parasetamol/ (40-60 mg/kg/gün, 4 dozda, ağzadan)	—	Artı, apastik kız	Apastik kız
Roseola infantum	10-15	Bilmiyor	En sık 6 ay-3 yaş arasında görülür. Yüksek ateş Genel durum iyi	Göğüsle başlar, yüz ve ekstremitelere yayılır	Pembe, 2-3 mm, makülopapüler, basınca solan, nadiren birleşir	Ateşin 3-5. günde ardından normale dönüşmeye otaya çıkar, 1-2 gün sürer	Lökopeni	Ateş için parasetamol/ (40-60 mg/kg/gün, 4 dozda, ağzadan)	—	Fekrit konvulzyon	

ARA, Akut romatizmal ateş, AGN, Akut glomerulonefrit, LAP, Lenfadenopati

KKK Aşısı: 12. ayını tamamlayan çocuklara den altına uygulanır. Ancak toplumda tüm çocukların aşılanmaması, aşısız çocuklarda hastalık görülme yaşını ileriye atıp konjenital rubella riskini artıracağı unutulmamalıdır. Sağlık Bakanlığı aşı takviminde yer almamaktadır.

Asiklovir, 12 yaştan büyük hastalar, kronik deri ya da akciğer hastalığı bulunmayan, uzun süreli salisilat tedavisi uygulanmayan, kortikosteroid kullanmayan gibi orta-ağır şiddetli bupçeği bupçeme riski daha yüksek olan hastalar için düşünülmelidir.

Supçeği aşısı: Bir yaşından büyük çocuklarda kullanılabilecek bir aşı bulunmaktadır. 12 ay-12 yaş arasında tek doz, 12 yaşın üzerinde dört-sekiz hafta araya iki doz deri altına uygulanabilir. Sağlık Bakanlığı aşı takviminde yer almamaktadır.



DİFTERİ

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Difteri, toksin üreten *Corynebacterium diphtheriae* 'nın yol açtığı, tonsiller, farenks veya burunda yapışkan membran, düşük ateş ve boğaz ağrısı ile karakterize bir üst solunum yolu enfeksiyonudur. Hastanın orofarengeal salgılarıyla bulaşır.

- **Solunum sistemi;** tonsil, farenks, larenks, larengo-trakeal yol, burun
- **Solunum sistemi dışı;** deri, kulak, konjonktiva, genital yerleşimli olabilir.

Solunum sistemi yerleşimli difteri

1. Aşısız kişide boğaz ağrısı ve düşük dereceli ateş
2. Farenks ve tonsillerde kaldırılınca kanayan, tipik olarak gri veya beyaz, düz, kalın, fibrinöz ve kuvvetlice mukozaya yapışmış membranlar
3. Servikal lenfadenopati
4. Boyunda ödem nedeniyle aşırı şişlik (boğa boynu)
5. Yumuşak damakta paralizi
6. Solunum zorluğu, ses kısıklığı ve öksürük (larenks difterisi)
7. Tek taraflı veya iki taraflı, başlangıçta seröz, giderek seröz-anjinöz burun akıntısı (burun difterisi)

Tanı

Larenjit, nazofarenjit veya tonsillitle birlikte tonsil, farenks ve burunda yapışkan membranların (psödomembran) görülmesi

Ayırıcı tanı

- Bakteriyel farenjit (A grubu streptokok)
- Viral farenjit
- Enfeksiyöz mononükleoz
- Oral sifiliz
- Kandidiyaz
- Akut epiglottit
- Krup

Tedavi

1. Hasta, solunum yolu tıkanması ve asfiksi riski nedeniyle, kalp ve solunumun monitörize edilebileceği bir hastaneye **hemen sevk edilir** . Hasta ambulansla sevk edilmelidir. Sevk sırasında, hastanın solunumu kontrol altında tutulmalı ve oksijen uygulanmalıdır.
2. Antitoksin ve antibiyotik ile özgül tedaviye **en kısa sürede** başlanmalıdır .

Antitoksin uygulaması halen tedavide en ciddi destektir. Antibiyotik verilmesi ise bakterinin yerleştiği anatomik bölgede yok edilmesini sağlar ve hastalığın yayılmasını önler.

Difteri Antitoksini Uygulaması

Difteri tipi	Doz (ünite)	Veriliş yolu
Nazal difteri	10.000-20.000	Kas içine
Tonsiller difteri	15.000-25.000	Kas veya ven içine
Farengeal/larengeal difteri	20.000-40.000	Kas veya ven içine
Karışık tip/gecikmiş tanı	40.000-60.000	Ven içine

Antibiyotik tedavisi

Antibiyotik tedavisi antitoksin tedavisine bir seçenek değildir ve yerine geçmez.

Antibiyotik	Doz	Veriliş yolu
Eritromisin		
Çocuklarda	40-50 mg/kg/gün (günde dört kez)	Ağızdan
Erişkinlerde	500 mg (günde dört kez)	Ağızdan
Prokain penisilin		
Çocuklarda	25.000-50.000 ü/kg/gün (günde iki kez)	Kas içine
Erişkinlerde	600.000 ünite (günde iki kez)	Kas içine

Antibiyotik tedavisi en az 14 gün devam etmelidir.

Korunma ve kontrol

Difteri bildirimi zorunlu bir hastalıktır.

İzolasyon

Hastalar; tedavi tamamlanıp en az 24 saat arayla lezyon bölgesinden alınan kültür iki kez (-) bulununcaya kadar **kesinlikle** sağlıklı bireylerden ayrı tutulmalıdır.

Yakın temaslılar

Toksijenik *C. diphtheriae* ile enfekte bir difteri olgusu ile son yedi gün içinde yakın temasta bulunan herkesin risk altında olduğu kabul edilir.

- Ev halkı
- Arkadaşlar, akrabalar ve evi düzenli ziyaret eden kişiler (bakıcı kadın vb.)
- Öpüşme/cinsel ilişki
- Okulda aynı sınıfta bulunanlar
- İşyerinde aynı odayı paylaşanlar
- Hastanın orofarengeal salgılarıyla temas eden sağlık çalışanları

Profilaksi

Antibiyotik

Benzatin penisilin G : Tek doz kas içine <6 yaş için 600.000 ü,
 6 yaş için 1,2 milyon ü

veya

Eritromisin : 7-10 gün ağızdan, çocuklar için 40 mg/kg/gün, erişkinler için 1g/gün

Bağışıklama

Geçmişte üç dozdan daha az difteri toksoidi ile aşılanmış bütün yakın temaslılar veya aşılanma durumu bilinmeyen her kişiye hemen bir doz aşı uygulanmalı, daha sonra bağışıklama aşı takvimine göre tamamlanmalıdır. Geçmişte üç doz aşı yapılmış olan temaslılara da, son 12 ayda dördüncü bir doz uygulanmamışsa hemen rapel uygulanmalıdır. Hastalığı geçirenler tedaviden 3 ay sonra aşılanmalıdır.

İzlem

Bütün yakın temaslılar difterinin klinik semptom ve bulgularını gösterip göstermedikleri yönünden sorgulanmalı, hastayla son temastan sonraki yedi gün boyunca günlük izleme alınmalıdır. Günlük izlemde boğazda membran varlığı araştırılmalıdır. Bütün temaslıların bağışıklanma durumları sorgulanmalıdır.

Kaynaklar

1. Christenson B, Bottiger M. Serological Immunity to Diphtheria in Sweden in 1978 and 1984. Scand J Infect Dis 1986; 18:227-33
2. Damro M R, ed. Griffith's 5 Minute Clinical Consult. William & Wilkins, Texas, 1998.
3. Galazka A, Kardymowicz B. Immunity Against Diphtheria in Adults in Poland. Epidem Infect 1989; 103: 587-93
4. Krugman S, et al. Diphtheria. Infectious Disease of Children. Mosby Year Book, 9th ed. 1992.
5. Pickering L, ed. 2000 Red Book, Report of the Committee on Infectious Disease, 25th ed. Elk grove Village: American Academy of Pediatrics, 2000.
6. Rappuoli R, Peragini M, Falsen E. Molecular Epidemiology of the 1984-1986 Outbreak of Diphtheria in Sweden. N Eng J Med 1988;318:12-4.
7. Simonsen O, Kjeldsen K, Bentzon MW, Heron I. Susceptibility to Diphtheria in Populations Vaccinated Before and After Elimination of Indigenous Diphtheria in Denmark. Acta Path Microbiol Immunol Scand 1987; 95: 225-31



GASTROİNTESTİNAL PARAZİT ENFEKSİYONLARI

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Gastrointestinal parazit enfeksiyonu; protozoon ve helmintlerin ince ve/veya kalınbağırsaklara yerleşmesidir. Yurdumuzun her bölgesinde *Giardia intestinalis* (*G. lamblia*), *Entamoeba histolytica*, *Enterobius vermicularis* (kıl kurdu); *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, *Hymenolepis nana*, *Taenia saginata* ya, kancalı kurtlara (*Ancylostoma duodenale*, *Necator americanus*) ise özellikle Doğu Karadeniz ve Doğu Akdeniz bölgelerinde rastlanır.

Tanı

Belirtiler

- İshal, karın ağrısı, karında gaz ve gerginlik hissi (*A. lumbricoides*, *T. trichiura*, *T. saginata*, *H. nana*, *G. lamblia*)
- Kanlı mukuslu dışkılama (dizanteri), tenezm (*E. histolytica*)
- Anal kaşıntı (*E. vermicularis*)
- Demir eksikliği anemisi (Kancalı kurtlar, *E. histolytica*)
- Büyüme gelişme geriliği (Kancalı kurtlar, *G. lamblia*)
- Rektal prolapsus (*T. trichiura*)

Laboratuvar bulguları

Farklı günlerde alınan en az üç dışkı örneği ve perianal materyal incelenmelidir.

A. Makroskobik inceleme

Dışkı örneği, kıvam, görünüm, renk, kan veya mukus içeriği açısından incelenir. Dışkıda erişkin *A. lumbricoides* (ortalama 20 cm uzunluğunda, pembe beyaz renktedir, toprak solucanını andırır) veya *E. vermicularis* (ortalama 1 cm uzunluğunda, 1-2 mm enindedir, beyaz bir kılı andırır) veya *T. saginata* halkaları (1,5-2 cm uzunluğunda, 5-6 mm eninde, hareketlidir) görülebilir.

B. Mikroskobik inceleme

Dışkı örneği (3-4 mm büyüklüğünde) lam üstünde;

- Serum fizyolojikle karıştırılıp lamelle kapatılarak özellikle hareketli trofozoitler (*G. lamblia* ve *E. histolytica*),
- Lugol solüsyonu ile karıştırılıp lamelle kapatılarak helmint yumurtaları ve protozoon kistleri yönünden incelenir.

E. vermicularis tanısında sabahleyin perianal bölge temizlenmeden uygulanan selofan bant yöntemi kullanılır. Bandın yapışkan kısmı perianal bölgeye değdirildikten sonra bir lama yapıştırılır. Mikroskopta 10'luk büyütmeyle kıl kurdu yumurtaları araştırılır. Bu yöntemle *T. saginata* yumurtaları da görülebilir. (Sayfa : 308-309)

Tedavi

Gebelikte antiparaziter ilaç kullanımı son derece kısıtlıdır ve tedavi mümkün olduğunca gebelik sonrasına ertelenmelidir. *Niklosamid* gebelikte güvenli kabul edilir.

Enfeksiyon	İlaç	Erişkin Dozu	Çocuk Dozu
Amibiyazis	<i>Metronidazol</i> ³ <i>Ornidazol</i> ³	Günde 3 kez, 500-750 mg, 10 gün Günde 2 kez 500 mg, 10 gün	40-50 mg/kg/gün (3 dozda), 10gün 25 mg/kg/gün (2 dozda), 10 gün
Giardiyazis	<i>Metronidazol</i> ³ <i>Ornidazol</i> ³ <i>Seknidazol</i> ³ <i>Furazolidon</i> ⁴	Günde 2 kez 500 mg, 5 gün Günde 2 kez 250 mg, 5 gün 2 gr tek doz Günde 4 kez 100 mg, 7-10 gün	20-25 mg/kg/gün (3 dozda), 5 gün 15 mg/kg/gün (2 dozda), 5 gün 40 mg/kg tek doz 6 mg/kg/gün (4 dozda), 7-10 gün
Enterobiyazis ¹	<i>Pirantel pamoat</i> ^{1,5} <i>Mebendazol</i> ¹ <i>Albendazol</i> ^{1,6} <i>Pirvinium pamoat</i> ^{1,5}	750 mg tek doz 100 mg tek doz 400 mg tek doz Erişkinde tercih edilmez	11 mg/kg tek doz 100 mg tek doz 10 mg/kg tek doz 5 mg/kg tek doz
Askariyazis	<i>Mebendazol</i> <i>Pirantel pamoat</i> ⁵ <i>Albendazol</i> ⁶	Günde 2 kez 100 mg, 3 gün 11 mg/kg tek doz (en çok 1 gr) 400 mg tek doz	Günde 2 kez 100mg, 3 gün (+2 yaş) 11 mg/kg tek doz (en çok 1 gr) 400 mg tek doz
Trişuriyazis	<i>Mebendazol</i> ⁵ <i>Albendazol</i> ⁶	Günde 2 kez 100 mg, 3 gün 400 mg tek doz	Günde 2 kez 100 mg, 3 gün 400 mg tek doz
Kancalı kurt enfeksiyonu	<i>Mebendazol</i> ⁵ <i>Pirantel pamoat</i> ⁵ <i>Albendazol</i> ⁶	Günde 2 kez 100 mg 3 gün 11 mg/kg tek doz (en çok 1 gr) 400 mg tek doz	Günde 2 kez 100mg 3 gün (+2 yaş) 11 mg/kg tek doz (en çok 1 gr) 400 mg tek doz
Tenyazis ²	<i>Niklosamid</i> ² Laksatif	2 gr tek doz <i>Niklosamid</i> den 2 saat sonra	2-6 yaş 1gr; 6-12 yaş 1,5 gr; tek doz <i>Niklosamid</i> den 2 saat sonra
Himenolepiyazis	<i>Niklosamid</i> ²	İlk gün 2 gr tek doz, sonra 1 gr/gün tek dozda, 9 gün	İlk gün 2-6 yaş 1 gr, 6-12 yaş 1,5 gr tek dozda; sonraki 9 gün ilk dozun $\frac{1}{2}$ 'si tek dozda

¹Enterobiyazis saptandığında tüm aile veya birlikte yaşayanlar tedavi edilir. 15 gün sonra tedavi yinelenir.

²Akşam yemeğinden sonra bir şey yememesi, sabah aç karnına tabletleri iyice çiğneyip az miktarda su ile yutması önerilir. Laksatif olarak *sennosid A+B* kullanılabilir. Laksatiften 1 saat sonra yemek yenebilir.

³Gebeliğin ilk 3 ayında ve emzirme sırasında kontrendikedir.

⁴Üç aylıktan küçük bebeklerde kontrendikedir.

⁵Gebelikte ve 2 yaşından küçük çocuklarda kontrendikedir.

⁶Gebelikte ve emzirme döneminde kontrendikedir. Tedavi uygulanırken 1 ay süreyle gebelik önlenmelidir.

Korunma

- Tırnaklar kısa kesilmeli, yemeklerden önce eller iyice yıkanmalıdır. Meyve ve sebzeler temiz suyla iyice yıkanmadan tüketilmemelidir.
- Protozoon kistleri ve helmint yumurtaları çoğunlukla klorlamaya dirençlidir ve şüpheli içme suları en az 10 dakika kaynatıldıktan sonra içilmelidir.
- Tenyazisten korunmada, çiğ ve az pişmiş sığır eti ve ürünlerinden, özellikle çiğ köfteden kaçınılmalıdır.
- Kancalı kurtlardan korunmada çıplak el ve ayağın çamurla teması önlenmelidir.
- Kancalı kurt, askaris ve trişuris enfeksiyonlarından korunmada insan dışkısının gübre olarak kullanılması önlenmelidir.
- Besin sektöründe çalışanlarda periyodik portör kontrolleri yapılmalıdır.

Sevk

- Amipli dizanteride komplikasyon (perforasyon, toksik megakolon, ameboma, perianal ülserasyon) gelişmiş hastalar
- Uygun tedaviye cevap vermeyen amipli dizanteri veya giardiyasis olguları
- Akut batin şüphesi olan hastalar sevk edilmelidir.

Kaynaklar

1. Mandell GL, Bennet JE, Dolin R, ed. Principles and Practice of Infectious Diseases, 5 th ed. New York: Churchill Livingstone, 2000.
2. Unat EK, Yücel A, Altaş K, Samastı M, ed. İnsanın Ökaryonlu Parazitleri ve Bunlarla Oluşan Hastalıkları. Unat'ın Tıp Parazitolojisi. 5 inci baskı, İstanbul: Doyuran Matbaası, 1995.
3. Özcel MA, Altıntaş N, ed. Parazit Hastalıklarında Tanı. Türkiye Parazitoloji Derneği yayını, İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi, 1997.
4. Kuman HA, Altıntaş N, ed. Protozoon Hastalıkları, İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi, 1996.



İDRAR YOLU ENFEKSİYONU (ÇOCUK)

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

İdrar yolu enfeksiyonu (İYE), enfeksiyon semptomları ile birlikte, idrarda bakteri bulunması durumudur. İYE çocukluk çağında en sık görülen enfeksiyonlardan biridir, morbiditesi yüksektir. Bir yaşın altında erkeklerde, 1 yaşın üstünde kızlarda daha sık görülür.

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

Patogenez

İYE genellikle, perineumda bulunan mikroorganizmaların, asendan olarak, üretra yoluyla üriner sisteme ulaşması sonucunda oluşur. Altı aydan küçük çocuklarda hematojen yolla yayılım olabilir. İYE'de en sık izole edilen bakteri gram negatif enterik bakterilerden *E. coli* 'dir. Daha az sıklıkla *Klebsiella*, *Proteus*, *enterokok* ve yenidoğanda *B grubu streptokok* etken olabilir.

Tanı

Klinik bulgular

Hastanın yaşına göre değişir.

- Yenidoğan dönemi: Ateş veya hipotermi, emmeme, kilo alamama, huzursuzluk, kusma, ishal, uzamış sarılık, siyanoz ve sepsis bulguları.
- 2 ay-2 yaş: Ateş, iştahsızlık, kusma, ishal, büyüme geriliği ve kötü kokulu idrar.
- 2 yaş üstü: Ateş, dizüri, işeme bozuklukları (sık idrara çıkma, idrara zor yetiştirme, enürezis), konstipasyon, suprapubik bölgede ağrı, böğür ağrısı ve büyüme geriliği
- Adolesan dönemi: Daha çok sistit şeklinde görülür. İdrar yolu enfeksiyonu (Erişkin) rehberine bakınız. Sayfa 205.

İdrar incelemesi

İdrar incelemesi için steril şartlarda idrar örneği elde edilmelidir. İdrar incelemesi ve kültürü için en iyi örnek, mesanede uzun süre beklemiş olan sabah ilk idrardır. Steril idrar toplama yöntemleri:

1. Steril torba yöntemi: İşeme kontrolü olmayan çocuklarda en sık kullanılan yöntemdir. Ancak, kontaminasyon riski çok olduğundan idrar örneği uzun süre bekletilmeden elde edilmeli, 30 dakika içinde elde edilemezse yeni torba takılmalıdır.

2. Orta akım idrarı: İşeme kontrolü olan çocuklarda oldukça güvenilir bir yöntemdir.
3. Üretral kateterizasyon
4. Suprapubik aspirasyon

İYE kesin tanısında altın standart idrar kültürüdür. Steril idrar örneğinde 10^5 koloni/ml tek tip bakteri üremesi kesin tanı koydurur. İdrar kültürü yapılamayan durumlarda idrarın mikroskopik incelemesinde piyüri ve bakteriyürinin birlikte saptanması İYE tanısını kuvvetle düşündürür:

Piyüri , santrifüj edilmiş idrarda 40x büyütmede her alanda 10'dan fazla lökosit saptanmasıdır.

Bakteriyüri santrifüj edilmiş steril idrarda 40x büyütmede her alanda bakteri görülmesidir ve idrar kültüründe 10^5 koloni/ml bakteri üreyeceğini gösterir. İdrarın test çubuğuyla (stikle) kimyasal incelemesinde nitrit veya lökosit esteraz testinin pozitif bulunması tanıya yardımcı olmakla birlikte, iki testin birlikte pozitif bulunması İYE'yi kuvvetle düşündürür.

Komplikasyonlar

- Tekrarlayan İYE
- Renal skar oluşumu
- Hipertansiyon

Tedavi

Amaç hızlı, uygun tanı ve tedavi ile akut morbidite ve uzun dönemdeki **renal parankim zedelenmesi, hipertansiyon ve böbrek yetmezliği** komplikasyonlarını önlemektir.

Tedavide izlenecek yol hastanın yaşı ve klinik özelliklerine göre belirlenir.

İki ayın altındaki bebeklerde, İYE geniş spektrumlu antibiyotikle parenteral olarak, mümkünse hastaneye yatırılarak tedavi edilmelidir . Bu hastalarda tedavide *ampisilin* ve *aminoglikozid* kombinasyonu veya 3. kuşak sefalosporin kullanılabilir.

İki aydan büyük çocuklarda tedavi ve izlem planı şekil olarak özetlenmiştir.

Parenteral tedavi	Oral tedavi
İlk seçenek: <i>seftriakson</i> (50-75 mg/kg/gün)	- <i>Trimetoprim/sulfametoksazol</i> (8 mg/kg/gün, 2 dozda)
İkinci seçenek: <i>amikasin</i> (10-15 mg/kg/gün, 3 dozda) <i>tobramisin</i> (5-7,5 mg/kg/gün, 3 dozda) <i>gentamisin</i> (5-7,5 mg/kg/gün, 3 dozda)	- İkinci kuşak sefalosporinler <i>sefaklor</i> (20 mg/kg/gün, 3 dozda) <i>sefadroksil</i> (30 mg/kg/gün, 1-2 dozda) <i>sefuroksim</i> (20-40 mg/kg/gün, 3 dozda)
Klinik bulgular düzeldikten sonra oral tedaviye geçilebilir.	- Üçüncü kuşak sefalosporinler <i>sefiksım</i> (8 mg/kg/gün, 1-2 dozda)
Tedavi 10 güne tamamlanır.	Tedavi süresi 10 gündür.

Baskılayıcı tedavi

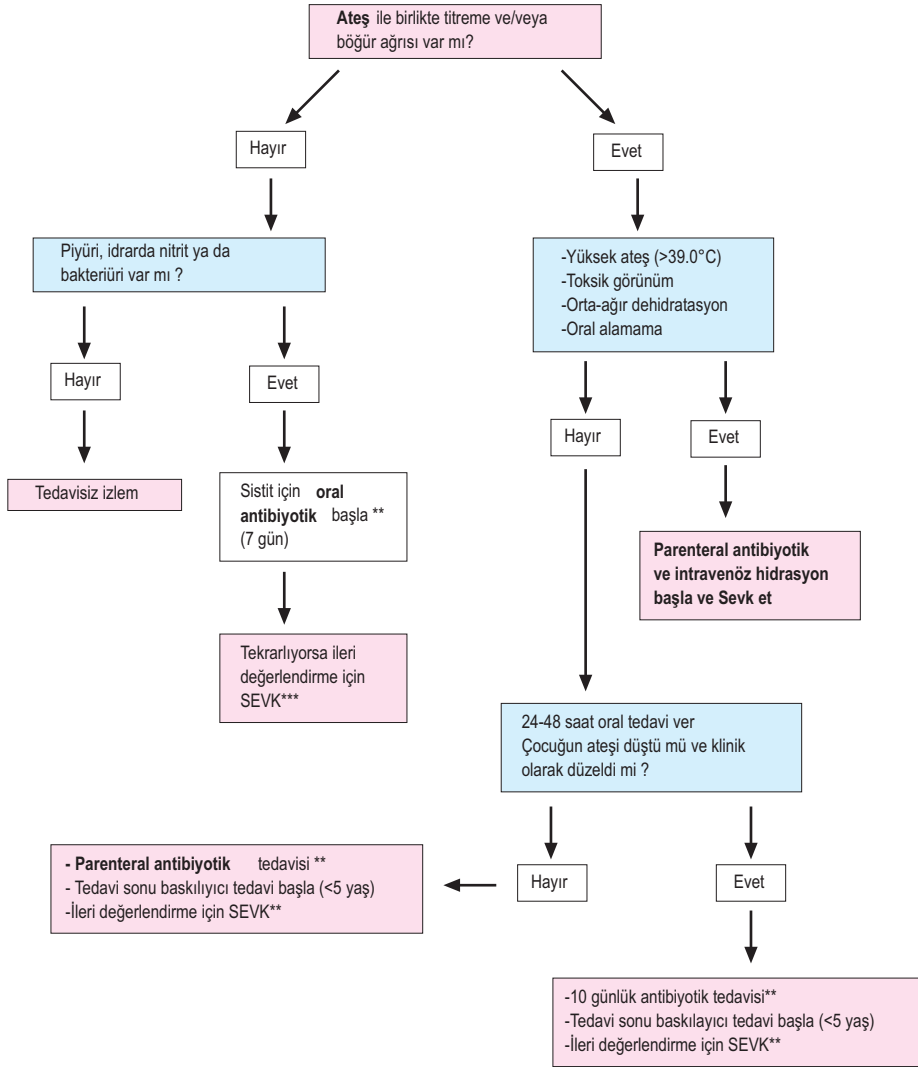
- 5 yaşın altında ateşli ilk idrar yolu enfeksiyonundan sonra ileri tetkikler yapılana kadar
- 5 yaşın üstünde tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonunda ileri tetkikler yapılana kadar tek doz, geceleri
trimetoprim/sulfametoksazol (2 mg/kg/gün, Trimetoprim dozu ile hesaplanır.)
nitrofurantoin (2 mg/kg/gün)

Kaynaklar

1. Chon CH, Lai FC, Dairiki Shortlife LM. Pediatric Urinary Tract Infection. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:1441-59.
2. Linshaw MA. Controversies in Childhood Urinary Tract Infections. *World J Urol* 1999;17:383-95.
3. Roberts KB. A Synopsis of the American Academy of Pediatrics Practice Parameter on The Diagnosis, Treatment and Evaluation of The Initial Urinary Tract Infection in Febrile Infants and Young Children. *Pediatr Rev* 1999;20:344-7.
4. Roberts KB. The AAP Practice Parameter on Urinary Tract Infections in Febrile Infants and Young Children. *American Academy of Pediatrics. Am Fam Physician.* 2000;62:1815-2

Çocuklarda İdrar Yolu Enfeksiyonu Tedavi ve İzlemi *

(2 aydan büyük çocuklarda)



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

** Tedavi bitiminden 48 saat sonra idrar tetkiki ve mümkünse kültür ile iyileşmeyi değerlendirir.

*** 5 yaşın altında tüm ateşli idrar yolu enfeksiyonları ve tekrarlayan sistit vakalarının (veziko üreteral reflü gibi anatomik bozuklukları ekarte etmek amacıyla) ileri değerlendirme için sevk edilmesi gereklidir.



İDRAR YOLU ENFEKSİYONU (ERİŞKİN)

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

İdrar yolu enfeksiyonu (İYE), oluşumuna göre komplike ve komplike olmayan, yerleşimine göre alt ve üst İYE olarak tanımlanabilir. En sık karşılaşılan İYE mesane mukozasının enflamasyonu olan sistittir. Enfeksiyonların %60-80'i *E. coli* nedenlidir.

Genç, gebeliği ve ürolojik bir sorunu olmayan kadınlarda 7 günden kısa süreli sistit, komplike olmayan, diğerleri komplike sistit olarak tanımlanır.

Reenfeksiyon

Sistit tedavisinden en az 2 hafta sonra farklı bir bakteri kökeni (suş) ile gelişen enfeksiyondur. Tekrarlayan sistitlerin %20'si reenfeksiyondur.

- Cinsel ilişki
- Diabetes mellitus
- Diyafram kullanımı
- Menopoz sonrası dönemde işeme sonrası artık idrara yol açan durumlar gibi nedenlerle oluşur.

Relaps

Sistit tedavisinden sonra 2 hafta içinde aynı bakteri kökeni ile gelişen enfeksiyondur. Tekrarlayan sistitlerin % 10'unu oluşturur.

- Hastanın tedaviye uymaması
- Yetersiz antibiyotik emilimi
- Etkenin dirençli oluşu
- Böbrek taşı
- Daha seyrek olarak anatomik bozukluklar nedeniyle gelişir.

Tekrarlayan Enfeksiyon

Kadınlarda son 6-12 ayda, erkeklerde son 3 yılda en az 3 İYE varlığıdır.

Komplike İYE

Hastayı tekrarlayan veya tedavisi güç İYE'ye eğilimli duruma getiren anatomik, fonksiyonel veya farmakolojik faktörler varlığında gelişen enfeksiyondur. Diabetes mellituslu erkeklerdeki İYE komplike kabul edilir.

Sıklık

Cinsel aktif kadınlarda prevalans %30-40'tır.

Genç erkeklerde seyrekir.

Risk faktörleri

- Önceden geçirilmiş İYE
- Diabetes mellitus
- Gebelik
- Yoğun cinsel yaşam
- Spermisid, diyafram kullanımı
- Taş, tümör, darlık, mesanenin tam boşalamaması gibi anatomik veya fonksiyonel ürogenital sistem anomalileridir.

Tanı

Klinik bulgular ve idrar tetkiki ile tanı konur.

Semptomlar

- Dizüri (en sık görülen semptom)
- Sıkışma duygusuna karşın az miktarda idrar çıkışı
- Sık idrara çıkma
- Suprapubik ağrı, dolgunluk, erkeklerde rektumda dolgunluk, perianal ağrı
- Bulanık, kötü kokulu idrar
- Hematüri
- Yaşlılarda; idrar tutamama, kokulu idrar
- Vajinitis (%10)

Fizik muayene

Genellikle suprapubik duyarlık (hassasiyet) dışında bulgu yoktur.

Ancak, kostovertebral açığı duyarlılığının mutlaka değerlendirilmesi gerekir.

Ateşin 38,3 °C'nin üstünde olması, bulantı, kusma, kostavertebral açığı duyarlılığı, bel ağrısı, üst İYE olasılığı düşündürmelidir.

Laboratuvar**İdrar incelemesi**

Piyüri, santrifüj edilmiş idrarda 40x büyütmede her alanda 10'dan fazla lökosit bulunmasıdır. Test çubuğu (stik) ile tanımlanabilir.

Bakteriüri: Mikroskopik inceleme veya nitrit stik testi ile saptanır.

Piyüri	Nitrit	Karar
Pozitif	Pozitif	Hasta tedavi edilir.
Pozitif	Negatif	Jinekolojik enfeksiyon olasılığı: Jinekolojik muayene yapılmalı. Nitrit (-) bakteriler örneğin stafilkokoklar etken olabilir.
Negatif	Pozitif	Oldukça seyrek. Tarihi geçmiş veya yanlış kullanılmış test çubuğu ya da kontaminasyon söz konusu olabilir.
Negatif	Negatif	İYE yok.

Ayırıcı tanı

Kadınlarda vajinit, üretrit ve pelvik enflamatuvar hastalık.
Erkeklerde prostatit ve epididimit.
Gerekirse pelvik ve rektal muayene yapılabilir.

Tedavi

Amaç mesanenin bakteriden arındırılması ve böylece semptomların düzeltilerek komplikasyonların önlenmesidir.

Korunma ve eğitim

- Hidrasyonun sağlanması: Günlük sıvı gereksiniminin (2-2,5 lt) sağlanması
- Tekrarlayan enfeksiyonu olan kadınlarda antimikrobiyal profilaksi
- Zemin hazırlayıcı faktörlerin düzeltilmesi
- İdrar yapma gereksinimi duyulduğunda idrarın tutulmaması
- Kadınlarda genital bölge temizliğine dikkat edilmesi
- Gebelerde tekrarlayan bakteriyüri saptandığında semptomsuz olsa bile tedavi edilmeli, tedavi başarısızlığı ve/veya komplike durumlarda idrar kültürü dahil ileri tetkikler için bir üst basamağa hasta sevk edilmelidir.

Antimikrobiyal tedavi

<i>Trimetoprim-Sülfametoksazol</i> ¹	160 mg + 800 mg 2 eşit dozda ağızdan verilir.
<i>Siprofloksasin</i> ^{1,2}	500-1000 mg/gün, iki eşit dozda, ağızdan verilir.
<i>Ofloksasin</i> ^{1,2}	200-400 mg/gün, sabahları tek doz, ağızdan verilir.
<i>Norfloksasin</i> ^{1,2}	800 mg/gün, iki eşit dozda, ağızdan verilir.

¹ Gebelikte kullanılmamalıdır.

² Kinolonlar 18 yaş altında, kırıkdak gelişimi tamamlanmadığından kullanılmamalıdır.

Alt İYE'de *trimetoprim-sülfametoksazol* (TMP-SMZ) ve fluorokinolon (*siprofloksasin*, *ofloksasin*, *norfloksasin*) ağız yoluyla kullanılabilir. Bu ilaçların 3 gün kullanımı yeterlidir. TMP-SMZ'nin komplike olmayan sistitli kadınlarda ilk seçenek olarak kullanımı önerilir. TMP-SMZ ile tedaviye yanıtızlık halinde, TMP-SMZ'ye direnç olasılığı göz önünde bulundurularak kinolonlardan biri ile tedavi önerilir.

Gebelerde *amoksisilin* (3x500 mg), *sefalekssin* (3x500 mg), *nitrofurantoin* (4x50 mg) 7 gün süreyle güvenle kullanılabilir.

İzlem

48-72 saat içinde ateşi düşmeyen, semptomları düzelmeyen hastanın kontrole gelmesi istenir. Bu durumlar tedavi başarısızlığını gösterir.

- *TMP-SMZ* tedavisi ile başarısızlık söz konusu ise kinolon başlanmalıdır.
- Kinolonlardan biri ile başarısızlık söz konusu ise hasta sevk edilmelidir.
- Yılda 3 kez veya daha fazla tekrarlayan hastalarda ve koitusla ilişkili sistit geçiren hastalarda koitustan hemen sonra, kullanılan kontraseptif yöntem (spermisid vb.) ve genital hijyen değerlendirildikten sonra düşük doz *TMP-SMZ* (80/400 mg/gün), *sefuroksim* (125 mg/gün) veya *nitrofurantoin* (100 mg/gün) ile profilaksi yapılır.

Sevk

Komplike ve üst İYE olasılığı söz konusu olduğunda parenteral antibiyotik tedavisi ve kültür ile izlem gereklidir. Bu durumlarda hastanın sevkı uygun olacaktır. Sevkin mümkün olmadığı durumlarda florokinolonlar, geniş spektrumlu sefalosporinler, aminoglikozidler parenteral/oral yoldan kullanılarak hastalar 2 hafta süreyle tedavi edilebilir.

Kaynaklar

1. Chambers ST. Cystitis and Urethral Syndromes. Armstrong D, Cohen J, ed. Infectious Diseases. London: Mosby, Ch 57, 1999.
2. Infectious Disease Society of America. Guidelines for Antimicrobial Treatment of Uncomplicated Acute Bacterial Cystitis and Acute Pyelonephritis in Women. Clin Infect Dis 1999;29:745-58.
3. Sobel JD, Kaye D. Urinary Tract Infections. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, ed. Principles & Practice of Infectious Diseases, 5th Edition. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2000:773-805.
4. Stam WE, Hooton TM. Management of Urinary Tract Infections in Adults. N Engl J Med 1995;329:1328-34.
5. www.aafp.org/afp/990301ap/1225.html
6. Urinary Tract Infections in Pregnancy. Curr Opin Urol 2001;11:55-9.



İSHAL VE DEHİDRATASYON (BEŞ YAŞINDAN KÜÇÜK ÇOCUKLARDA)

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

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 akut olarak 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.

Persistan ishal akut ishalin bağırsak epiteli iyileşmesindeki gecikme nedeniyle 14-30 gün sürmesi durumudur.

Kronik ishal bir aydan uzun süren ishaldir.

Dizanteri ishalde dışkıda kan görülmesidir.

Tanı

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

İshalli hastaya yaklaşım

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

Dehidratasyon değerlendirilmesi

Dehidratasyon derecesi	Dehydrate değil	Hafif-orta dehydrate	Ağır dehydrate
Gözlem			
Genel durum	İyi, canlı, hareketli	Huzursuz	Letarjik veya bilinci kapalı
Gözler	Normal	Çökük	Çok çökük ve kuru
Gözyaşı	Var	Yok	Yok
Ağız ve dil	Islak, nemli	Kuru	Çok kuru
Susama	Yok	Susuz, istekle içiyor	Suyu içemiyor
Muayene			
Turgor	Normal	Eski haline yavaş dönüyor (1 saniyeden uzun)	Eski haline çok yavaş dönüyor (2 saniyeden uzun)
Tedavi	Evde ORS tedavisi	ORS tedavisi	Ven yoluyla sıvı tedavisi

Tedavi

İshalli çocuklarda antidiyareik ve antiemetik ilaçlar kesinlikle kullanılmamalıdır.

Evde ishal tedavisi

Anneye aşağıdaki şekilde öğretilir:

- Bol sıvı verin: Her ishalli dışkıdan sonra, hasta 2 yaşın altındaysa 1 çay bardağı (100 ml), 2 yaşın üstündeyse 1 su bardağı (200 ml).
- Bebek emiyorsa anne sütüne devam edin 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 yiyeceklere devam edin.
- Ek besin alıyorsa, sulu yiyecekler, çorba, yoğurt, yoğurtlu pirinç çorbası, taze sıkılmış meyve (şeftali, elma, havuç) suyu verilebilir.
- Daha kısa aralıklarla azar azar günde en az 6 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 verilir.

Hastanın yeniden getirilmesini gerektiren durumlar

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

Ağızdan sıvı tedavisi (AST)

- Oral rehidratasyon sıvısını (ORS) 75-100 ml/kg 4-6 saat içinde verin. ORS'yi nasıl vereceğini anneye sağlık ocağında 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 riskini 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 tedavisine evde devam etmek üzere gönderilir. İshal ve su kaybı sürebileceği için, anneye iki gün yetecek kadar ORS paketi verilir ve her sulu dışkıdan sonra, dönüşümlü olarak ORS ve normal su verilmesi önerilir.
 - Dehidratasyon bulguları sürüyorsa ORS tedavisi sürdürülür.

Ağır dehidratasyonlu çocuğa yaklaşım

Ven yoluyla tedavi olanağı varsa;

- Yükleme tedavisi 100 ml/kg *laktatlı Ringer* veya serum fizyolojikle yapılır:
 - Sıvının 30 ml/kg'lık miktarı 1 yaşın altındaki çocuklarda 60 dakika, 1-5 yaş arasındaki çocuklarda 30 dakika içinde verilir.
 - Sıvının 70 ml/kg'lık miktarı 1 yaşın altındaki çocuklarda 5 saat, 1-5 yaş arasındaki çocuklarda 2,5 saat içinde verilir.
- Yükleme tedavisinin sonunda hasta tekrar değerlendirilir, düzelme yoksa yükleme tedavisi bir kez daha uygulanır.
- Çocuk ağızdan alabilir duruma gelir gelmez, ven yoluyla sıvı tedavisine ek olarak 5 ml/kg/saat olacak şekilde ORS tedavisi başlanır.
- Ven yoluyla yapılan sıvı tedavisinin bitiminde çocuk yeniden değerlendirilir. Dehidratasyon düzelmişse ORS tedavisine evde devam etmek üzere gönderilir, dehidratasyon düzelmemişse ORS tedavisine gözlem altında devam edilir. Ağır dehidratasyon sürüyorsa ven yoluyla sıvı tedavisi tekrarlanır.

Ven yoluyla sıvı verilmesi 30 dakika içinde sağlanamamışsa;

- Nazogastrik sonda takılarak 20 ml/kg/saat (6 saatte toplam 120 ml/kg) ORS verilir.
- Çocuk 1-2 saatlik aralarla yeniden değerlendirilir. Kusma veya karında distansiyon varsa sıvı daha yavaş verilir.
- Dehidratasyonu üç saatte düzelmeyen, tekrarlayan kusma veya karında distansiyonu olan hastalar ven yoluyla sıvı tedavisi için sevk edilir.
- Altıncı saatin sonunda hasta yeniden değerlendirilir: Dehydrate ise ORS verilir, dehidratasyon düzelmişse ORS tedavisine evde devam etmek üzere gönderilir.

Persistan ishelli çocuğa yaklaşım

- Dehidratasyon varsa tedavi edilir.
- Ek bir hastalık varsa tedavi edilir.
- Vitamin ve mineralden zengin beslenme önerilir.
- Beşinci gün yapılan kontrolde, ishal devam ediyorsa sevk edilir.

Dizanterili çocuğa yaklaşım

- Dehidratasyon varsa tedavi edilir.
- Dışkıсында kan olan, iki aydan küçük tüm hastalar sevk edilir.
- *Trimetoprim* 8-12 mg/kg/gün dozuyla *kotrimoksazol* iki dozda ağızdan başlanır ve hasta iki gün sonra kontrole çağrılır.
- İkinci gün kontrolünde düzelme (dışkıdaki kan miktarında azalma, dışkı sayısında azalma, ateşin düşmesi, karın ağrısının azalması, iştahın düzelmesi gibi) varsa, antibiyotik tedavisinin beş güne tamamlanması istenir.

- *Kotrimoksazol* ile tedaviye yanıt vermeyen, bir yaşından büyük çocuklarda *sefuroksim aksetil* 30 mg/kg/gün, iki dozda başlanır ve iki gün sonra kontrole çağrılır. Düzelme varsa tedavi 5 güne tamamlanır.
- Düzelme yoksa, amipli dizanteri düşünülerek *metronidazol* tedavisi başlanır (Gastrointestinal Parazit Enfeksiyonları rehberine bakınız. Sayfa 197). Bu tedavi ile yine düzelme yoksa sevk edilir.
- Amipli dizanteri o yörede yaygınsa *metronidazol* ile tedaviye hemen başlanabilir

Sevk

- Ağızdan alamayan, ememeyen, sık kusan, konvülsiyon geçiren, letarjik veya dalgınlığı olan, başvuruda ağır dehidratasyonu olan
- ORS tedavisi sırasında ağır dehidratasyon bulguları gelişen, saatte birden çok dışkılayan, saate üçten çok kusan, karında distansiyon gelişen
- Ağır malnütrisyonu olan
- İshalle birlikte ağır pnömoni veya menenjit düşünülen
- İki aydan küçük olan
- İshali 14 günden uzun süren ve beraberinde dehidratasyonu olan
- Persistan ishali olan, gerekli önerilere karşın beşinci günde düzelmeyen
- Bir yaşından küçük olan ve dizanterisi iki gün sonra yapılan kontrolde düzelmeyen
- *Kotrimoksazol*, *sefuroksim aksetil*, *metronidazol* tedavisine karşın dizanterisi düzelmeyen
- İshali 1 aydan uzun süren (kronik)

çocuklar sevk edilir.

Kaynaklar

1. Meyers A. Modern Management of Acute Diarrhea and Dehydration in Children. Am Fam Physician 1995;51:1103-17.
2. Murphy MS. Guidelines For Managing Acute Gastroenteritis Based On A Systematic Review of Published Research. Arch Dis Child 1998;79:279-84.
3. World Health Organization (WHO). Readings on Diarrhoea: Student Manual. Geneva: WHO, 1992.
4. World Health Organization (WHO). Integrated Management of Childhood Illness. Geneva: Division of Child Health and Development, WHO: 1997.



SITMA

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Sıtma, *Plasmodium* cinsi protozoonların yol açtığı parazitik bir enfeksiyondur. Ülkemizde, insektisit direnci gibi çeşitli nedenlerle dönem dönem sıklaşır. Sıtma, GAP Bölgesi, Çukurova ve Amik Ovası illerinde odaksal olarak saptanırken, sıtma olgularına diğer bölgelerde de rastlanır. Türkiye'deki yerli olguların hepsinde sıtma etkeni *P. vivax* 'tır. Bu nedenle, kılavuz *P. vivax* için düzenlenmiştir.

Tanı

- Halsizlik, baş ağrısı, eklem ve kas ağrıları, kırıklık gibi özgül olmayan belirtiler ve düzensiz ateş olabilir.
- "Üşüme-titreme, yüksek ateş, bol terleme" ile tanımlanan klasik sıtma nöbeti, Türkiye'de görülen *P. vivax* sıtmasında genelde görülmez. "*P. vivax*" sıtması tamamen özgül olmayan belirtilerle seyreder.
- Ateşin nöbetler halinde gelmesi sıtmayı kuvvetle düşündürmelidir. "*P. vivax*" sıtmasında nöbetler 48 saat aralarla gözlenir. Başlangıçta, nöbet aralarında ve tedaviye başladıktan hemen sonra hasta kendini iyi hissettiğini belirtir.
- Sıtmanın yaygın olduğu bölgelerde yaşayan veya son bir yılda bu bölgelere seyahat etmiş olan, yüksek ateş veya özgül olmayan enfeksiyon belirtileri bulunanlarda sıtma olasılığı düşünülmelidir.

Fizik muayene

Yüksek ateş, anemi bulguları (solukluk, taşikardi), splenomegali ve daha çok çocuklarda olmak üzere, seyrek olarak hepatomegali görülebilir.

Laboratuvar

- Bir damla periferik kanla hazırlanan kalın ve ince yayma preparatlarının, Giemsa boyası ile boyanmasıyla plazmodyumlar görülür. Tanı kalın yayma ile konur, ince yayma ile tür belirlenir. Laboratuvarlarda yapılmakta olan Wright boyası ile boyanmış kan preparatlarında da etken görülebilir.
- Kalın yayma preparatı, lama aktarılan bir damla periferik kanın, tek kullanımlık bir araçla (lanset, kürdan, lam köşesi) yayılarak, yapay ısı kullanmadan, kapalı ortamda kurutulmasıyla ve **alkol ile tespit edilmeden** hazırlanır.
- İnce yayma preparatı, lama aktarılan periferik kanın, lamın ince kenarı ile yayılmasından sonra, yapay ısı kullanmadan, kapalı ortamda kurutulduktan sonra **alkol ile tespit edilmesi** ile hazırlanır.

- **Sıtmada kan alımının ateşle ilgisi yoktur.** Kan yaymaları 12-24 saat ara ile en az üç kez tekrarlanır.
- Örneklerin alındığı lamaların temiz olması ve bir kez kullanılmasına özen gösterilmelidir.

Ayırıcı tanı

Ateş, anemi ve splenomegali ile seyreden diğer hastalıklar düşünülmelidir.

Tedavi

- **Klorokin** ve **primakin** illerde Sağlık Müdürlüklerine bağlı sıtma dispanseri/sıtma birimlerinden ücretsiz olarak sağlanır. Bir tablet/draje **klorokin** 150 mg **klorokin** baz içerir. Bir tablet/draje **primakin** 7,5 veya 15 mg baz **primakin** içerir.

Sıtmada Radikal (**Klorokin+Primakin**) Tedavi Çizelgesi

	1. Gün		2. Gün	3. Gün	4-14. günler arası
Klorokin (3 gün)	İlk doz (0. saat)	İkinci doz (6. saat)	Erişkin: 300 mg Çocuk: 5 mg/kg	Erişkin: 300 mg Çocuk: 5 mg/kg	-
	Erişkin: 600 mg Çocuk: 10 mg/kg	Erişkin: 300 mg Çocuk: 5 mg/kg			
Primakin (14 gün)	Erişkin: 15 mg Çocuk: 0,3 mg/kg				

Klorokin, epileptik hastalarda dikkatle kullanılmalıdır.

Primakin, gebeler, 6 aydan küçük bebekler ve süt veren annelerde kullanılmamalıdır.

Korunma

- *P. vivax* için kemoprofilaksi gereksiz ve sakıncalıdır.
- Temel önlem, sivrisinek-insan ilişkisinin kesilmesidir. Bu nedenle, cibinlikler, sineklikler, perdeler önerilmektedir. İnsektisit içeren sinek kovucular da kullanılabilir. Durgun su alanlarının kurutulması çok önemlidir.
- Yurtdışında sıtmanın endemik olduğu bölgelere seyahat edecek olanlar, danışmanlık için yönlendirilmelidir.

İzlem

- Hastalar tedavinin 7., 14. ve 28. günlerinde ince ve kalın yayma ile değerlendirilmelidir.
- Tedavi sırasında ateş yükselmesi olursa hastanın kontrole gelmesi önerilmelidir.
- Sıtma tanısı konulan gebeler, 3 günlük *klorokin* tedavisinden sonra, gebelik sonuna kadar 15 günde bir kalın ve ince yaymayla izlenmelidir. Plazmodyum görülmesi durumunda 3 günlük *klorokin* tedavisi yinelenir. Emzirmeyenlerde doğumdan sonra, emzirenlerde bebek altı aylık olduktan sonra, parazite bakılmaksızın radikal tedavi uygulanmalıdır.
- Sıtma tanısı konulan 6 aylıktan küçük bebekler 3 günlük *klorokin* tedavisinden sonra 15 günde bir kalın ve ince yaymayla izlenir. Plazmodyum görülmesi durumunda 3 günlük *klorokin* tedavisi yinelenir. Bebek 6 ayını doldurduğunda parazite bakılmaksızın radikal tedavi uygulanmalıdır.

Sevk

- *P. falciparum* olguları
- Tedavinin 7., 14. ve 28. günlerinde ince ve kalın yayma ile tekrar değerlendirilip plazmodyum saptanan olgular
- Glikoz-6-fosfat-dehidrogenaz eksikliği ya da immün yetmezliği olan sıtmalı hastalar sevk edilir.

Kaynaklar

1. Akdur R. Sıtma Eğitim Notları. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1997.
2. Akdur R. Sıtma Laboratuvar Teknisyeni El Kitabı. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1997.
3. Krogstad DJ. Malaria. Guerrant RL, Walker D, Weller P, ed. Tropical Infectious Diseases, Principles, Pathogenesis and Practice. Edinburg: Churchill and Livingstone, 1999.
4. Krogstad DJ. Plasmodium species (Malaria). Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, ed. Principles and Practice of Infectious Diseases. 5. baskı. New York: Churchill and Livingstone, 2000.



TETANOZ

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Clostridium tetani 'nin neden olduğu, tonik klonik kasılmaların görüldüğü, tedavisi güç bir hastalıktır. Her yaşta görülebilmekle birlikte, özellikle yenidoğan döneminde ve ileri yaşlarda ölümcül seyreder. Etkenin ürettiği toksinler sinir-kas kavşağını etkileyerek klinik bulguları oluşturur. Aşısız ya da eksik aşıli kişilerde, deri bütünlüğünün bozulduğu her durum tetanoz için önemli bir risktir.

Risk Faktörleri

- Aşısız ya da eksik aşıli oluş
- Doğum
- Travmatik yara
- Cerrahi yara
- Yenidoğanda hijyenik olmayan göbek bakımı
- Yanık
- İntravenöz ilaç bağımlılığı
- Deri ülseri

Kuluçka süresi: 2 gün-2 ay, ortalama 10 gündür.

Tanı

Tetanoz tanısı klinik bulgularla konur, bakteriyolojik doğrulama gerekmez.

Belirti ve bulgular

- Huzursuzluk
- Her türlü uyarılarla oluşan kasılmalar
- Başlangıçta çene ve boyun kaslarında, daha sonra tüm kaslarda katılık
- Yutma güçlüğü
- Trismus
- Opistotonus (tüfek tetiği pozisyonu)

Sevk ve Tedavi

Amaç komplikasyonları ve ölümü önlemektir.

Tedavi yoğun bakım biriminde yapılmalıdır.

Hasta acil olarak sevk edilmelidir.

Sevk edilinceye kadar yapılacak işlemler:

- Damar yolu açılmalıdır.
- Hasta sedatize edilmelidir:
 - Diazepam Çocukta: 0,2 mg/kg ven içine
 - Erişkinde: 5-10 mg ven içine infüzyon
 - Fenobarbital Çocukta: 5 mg/kg ven yoluyla verilir.
- Solunum yolu açık tutulmalıdır (airway takılabilir).
- Hareket kısıtlanmalı, hasta sedyeye taşınmalıdır.
- Hasta ses, ışık, dokunma uyarılarından korunmalıdır.

- Olanak varsa tetanoz immün globulini ve antibiyotik tedavisi başlanmalıdır:
 - a. Antitoksik tedavi: İnsan tetanoz immünglobulini (TİG) 250-500 ü verilir.
 - b. Antibiyotik tedavisi:
 - *Metronidazol* 30 mg/kg/gün, 6 saatte bir, 10-14 gün süreyle, ağızdan veya ven içine

Ayırıcı tanı

- Diş apsesi
- Peritonsiller apse
- Subaraknoid kanama
- Konvülsiyon
- Menenjit
- Hipokalsemik tetani
- Alkol yoksunluk sendromu

Korunma

Yara bakımı

Deri bütünlüğünün bozulduğu her durumda tetanoz akla gelmelidir.

Yara yeri serum fizyolojikle iyice temizlenmelidir.

İmmünglobulin ve/veya aşı (ayrı enjektörlerle ayrı bölgelere) yapılmalıdır:

- İnsan kaynaklı tetanoz immünglobülini (TIG) 250 ü kas içine
- At kaynaklı antitoksin 3.000-5.000 ü kas içine uygulanır.

Aşı öyküsü	Temiz ve yüzeysel yara		Diğer yaralar	
	Aşı	İmmünglobulin	Aşı	İmmünglobulin
Bilinmiyor ya da 3 dozdan az	Uygula	Uygulama	Uygula	Uygula
Üç veya daha çok doz	Uygulama*	Uygulama	Uygulama**	Uygulama

* Son doz 10 yıldan uzun bir süre önce ise uygula

** Son doz 5 yıldan uzun bir süre önce ise uygula

Bağışıklama

Tetanoz aşısı etkin olarak korur.

Hastalık bağışıklık oluşturmaz; bu nedenle, hastalığı geçirenler de aşılanmalıdır.

Eğitim

- Her türlü yaralanmada yara yerinin temiz su ve sabunla zaman geçirmeden yıkanması
- Aşıların düzenli olarak yaptırılması

Kaynaklar

1. Pickering L, ed. 2000 Red Book, Report of the Committee on Infectious Diseases, 25th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2000.
2. Dire DJ. Tetanus. eMedicine Journal, November 13, 2001, Vol 2, Number 11.
3. World Health Organization. Field Manual for Neonatal Tetanus Elimination. World Health Organization, Geneva, 1999.
4. Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases., 5th ed, p. 2.541



TETANOZ (YENİDOĞAN)

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Yenidoğan döneminde uyarılarla ortaya çıkan tonik kasılmalar, emme ve yutma güçlüğü ile seyreden öldürücü bir hastalıktır. Göbek kordonunun steril olmayan aletlerle kesilmesi ve uygun olmayan göbek bakımı sonrasında, aşısız ya da eksik aşıli annelerin bebeklerinde görülür.

Yenidoğan tetanozunun bildirimi zorunludur.

Tanı

Klinik belirti ve bulgularla düşünülür, bakteriyolojik doğrulama gerekmez.

Yaşamın ilk günlerinde normal emen bir bebekte ortaya çıkan emme güçlüğü, katılık ya da konvülsiyon tanı için yol göstericidir.

Belirti ve bulgular

- Emmeme
- Huzursuzluk
- Katılık (yaygın kas spazmı, risus sardonikus, trismus, opistotonus)
- Her türlü uyarılarla kasılma
- Larengospazm

Sevk ve Tedavi

Tedavi yenidoğan yoğun bakım biriminde yapılmalıdır.

Hasta acil olarak yenidoğan yoğun bakım birimi bulunan en yakın sağlık kurumuna sevk edilmelidir.

A. Hasta en kısa sürede sevk edilemiyorsa aşağıdaki işlemler yapılmalıdır:

1. Damar yolu açılmalı, 150 ml/kg/gün hızıyla 1/5 % 0,9 NaCl infüzyonuna başlanmalıdır.
2. Hasta sedatize edilmelidir:
 - Diazepam 0,2 mg/kg ven içine verilir, 3-6 saatte bir tekrarlanır.
 - Fenobarbital 5 mg/kg ven içine verilir.
3. Solunum yolu açık tutulmalıdır (airway takılabilir).

4. Hasta ses, ışık ve dokunma uyaranlarından korunmalı, loş ve sessiz bir ortamda izlenmelidir.
5. Enfeksiyonun giriş yeri temizlenmelidir.
6. *Kristalize penisilin* 100.000 ü/kg/doz ven içine verilir.
7. Mümkün olan en kısa sürede tetanoz immünglobülini (500 ü) veya tetanoz antitoksini (10.000 ü) kas içine yapılmalıdır.

B. Hasta kısa sürede sevk edilebiliyorsa, yukarıdaki 1., 3., 4., 5. maddeler uygulanarak gönderilmelidir.

Korunma

- Tüm gebeler tetanoz yönünden tam aşıli duruma getirilmelidir.
- Doğumlar hijyenik koşullarda yapılmalıdır.
- Yenidoğan göbek bakımı uygun bir şekilde yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Pickering L, ed. 2000 Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases. 25th ed. Elk Grove Village, IL: American Acedemy of Pediatrics, 2000.
2. Dire DJ. Tetanus. eMedicine Journal, November 13, 2001, Vol. 2(11).
3. Damro MR, ed. Griffith's 5 Minute Clinical Cunsult. Texas:William & Wilkins, 1998.
4. World Health Organization. Field Manual for Neonatal Tetanus Elimination. Geneva: World Health Organization, 1999.



ZOONOZLAR

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Zoonozlar, hayvanlardan insanlara doğrudan veya dolaylı temas, artropod vektör (kene, sivrisinek) ve yiyeceklerle bulaşan viral, bakteriyel, mikotik ve parazitler enfeksiyonlardır. Zoonoz sayısı 200'den fazladır.

Ülkemiz açısından en önemli zoonozlar bu bölümde, besin kaynaklı zoonozlardan bruselloz ayrı bir rehberde yer almaktadır (Sayfa:177).

Ülkemiz için önemli bazı zoonozlar

Durum / Hastalık	Önemi / Özelliği
Hayvan ısırığı	Kuduz ve tetanoz profilaksisi ve özel durumlarda yumuşak doku enfeksiyonu için antibiyotik profilaksisi gerektirir.
Kuduz	Sosyal boyutlu ölümcül bir hastalıktır.
Kedi tırnağı hastalığı	Öykü ve tipik klinik bulgularla kolay tanı konabilir.
Şarbon	Epidemiyolojik önemi vardır. Tipik deri lezyonlu hastalarda kolay tanı konulabilir.
Tularemi	Salgınlarının tanımlanması önemlidir.
Leptospiroz	Salgınlarının tanımlanması önemlidir.
Lyme hastalığı	Özellikle erken olgularda tipik klinik bulgularla kolay tanı konulabilir.
Kist hidatik	Ülkemizde sık görülür, koruyucu önlemlerin bilinmesi önemlidir.
Toksoplazmoz	Ülkemizde sık görülür, gebe izleminde saptanması önemlidir.
Toksokara enfeksiyonları	Ülkemizde sık görülür, koruyucu önlemlerin bilinmesi önemlidir.

HAYVAN ISIRIĞI

Ülkemizde en sık köpek, kedi ve fare ısırığı görülürken, at, eşek, sığır, koyun, tavşan, gelincik, kurt ve tilki ısırığı da bildirilmektedir.

Hayvanla temas riski yüksek meslek grupları (veteriner hekim, orman bekçisi, korucu, hayvan bakıcısı, hayvan laboratuvarı personeli), çocuklar ve gençlerde ısırılma daha sıktır.

Hayvan ısırması sonucu, başta kuduz ve tetanoz olmak üzere pek çok hastalık bulaşabilir.

Hayvanın ağız florasındaki mikroorganizmaların neden olduğu selülit, artrit, osteomyelit gibi enfeksiyöz sorunlar ve bağışıklık sistemi yetersiz kişilerde ölümcül sepsis gelişebilir.

Tanı

Isıran hayvanın türü, sahipli olup olmadığı, sağlık durumu, kuduz aşısı olup olmadığı, hayvanın nerede olduğu belirlenmelidir.

Hastanın tetanoza karşı bağışıklanma durumu ve aspleni, steroid kullanımı, protez kalp kapağı, kronik hastalık, siroz, HIV enfeksiyonu gibi çeşitli sorunlara zemin oluşturabilecek bir hastalığı olup olmadığı sorgulanmalıdır.

Yaralanmanın yaşamsal işlevleri bozabilecek önemde olup olmadığı belirlenmelidir. Yarada ödem ve nekrotik doku varlığı, ısırılan bölgenin hareket işlevi, eklem ve kemiğe penetrasyon olup olmadığı, lokal enfeksiyon bulguları araştırılmalıdır. Enfekte yaralarda Gram boyalı yaymanın incelenmesi ve kültür yapılması önerilir.

Tedavi

Hastanın yaşamsal işlevleri denetim altındaysa aşağıdaki uygulamalar yapılmalıdır:

• Yara temizliği

Yara bol su ve sabunla yıkandıktan sonra iyot solüsyonları uygulanmalıdır. Kuduz şüpheli temasta, kozmetik faktörler ve enfeksiyon riski değerlendirilerek, ancak yara çevresine kuduz immün globulini uygulandıktan sonra dikiş atılabilir.

• Profilaktik ve tedavi amaçlı antibiyotik

Büyük ısırık, ezici-delici yara, kedi ısırığı, el yarası, kemik ve ekleme yakın yara varlığı ve zemin hazırlayıcı hastalığı olanlarda profilaktik olarak, enfekte yaralarda tedavi amacıyla;

- *Amoksisilin/klavulanat* 3-5 gün süreyle ağız yoluyla günde iki kez 875/125 mg veya
- *Doksisiklin* günde iki kez 100 mg kullanılmalıdır.

• Tetanoz bağışıklaması

Primer bağışıklaması yapılmış ve son aşısının üzerinden 5 yıl geçmiş hastalara bir doz tetanoz aşısı uygulanması yeterlidir. Aşısız olanlara ve aşılama durumu bilinmeyenlere tetanoz aşısı ve tetanoz immünglobulini uygulanmalı, daha sonra tetanoz aşı takvimi (0., 1., 6. ve 12. ay) tamamlanmalıdır.

• Kuduz bağışıklaması

Kemiriciler dışındaki sıcakkanlı hayvan temaslarında (ısıрма, tırmalama, mukozalara salya bulaşması) kuduz bağışıklaması yapılmalıdır.

Sevk

Enfeksiyon bulguları 48 saat içinde düzelmeyen veya deri altı, kas, eklem ve kemiğe yayılım gösteren, sepsis bulguları olan, bağışıklık sistemi baskılanmış, uyum göstermeyen, yaşamsal işlevleri bozulmuş (özellikle boyun ısırıkları damar ve sinir kesilerine yol açabilir) ve ezilme tipi yaralanması olanlar sevk edilmelidir.

KUDUZ

Kuduz, sıcakkanlı hayvanlar ve insanlarda görülen bir virüs ensefalitidir. Ülkemizde en sık köpek ısırması ile bulaşmaktadır.

Kuluçka süresi 4 gün-19 yıl, ortalama 3-8 haftadır.

Tanı

Kuduz halsizlik, ateş, baş ağrısı, iştahsızlık, bulantı, boğaz ağrısı ve aşırı halsizlik gibi özgül olmayan prodromal belirtilerle başlar.

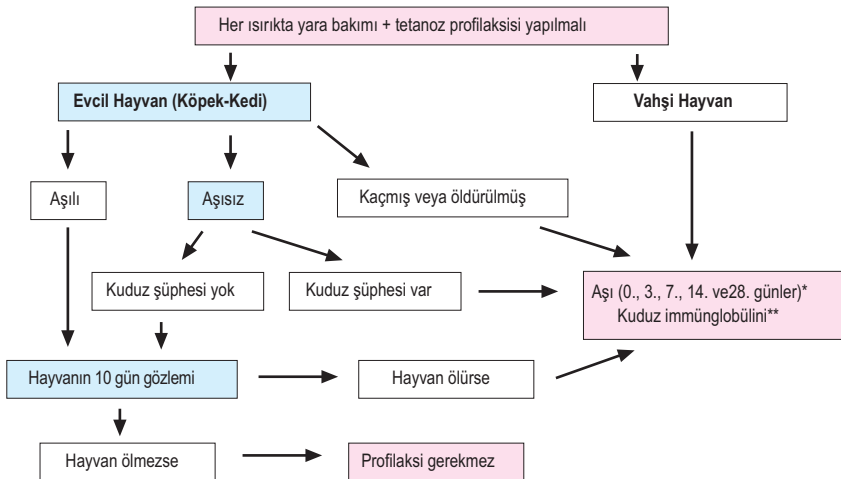
Şüpheli hayvan teması (ısırma, tırmalama, mukozalara salya bulaşımı) olan hastalarda, prodromal belirtilerle birlikte, ısırılma bölgesi ve bölgenin iletimini sağlayan periferik sinir trasesinde hiperestezi, parestezi veya anestezi kuduz tanısı için ilk ipucu olabilir.

Ateş, ajitasyonlarla seyreden bilinç bozukluğu, delirium, istem dışı kasılma ve konvülsiyonlar görülebilir. Kuduz, karakteristik bulgusu olan su korkusu (hidrofobi), paraliziler, periferik kollaps ve koma gelişimiyle 5-6 gün içinde ölümle sonuçlanır. Hastalık bazen ilerleyici, simetrik flask paralizilerle seyreder ve bu seyirle Guillain-Barré sendromu ile karışabilir.

Sevk

Kuduz şüpheli hayvan teması olan ve yukarıdaki belirtileri gösteren bütün hastalar, kuduz profilaksisi uygulanıp uygulanmadığına bakılmaksızın sevk edilmelidir.

KUDUZ RİSKLİ TEMASTA PROFİLAKSİ YAKLAŞIMI



* Hücre kültürü aşısı erişkinlerde deltoid, çocuklarda deltoid veya uyluk kasına uygulanmalıdır. Hayvanın kuduz olmadığı kanıtlanırsa aşılama kesilir. Son 5 yıl içinde tam doz aşılanmış veya temas öncesi tam doz profilaksi uygulanmış olanlara temas sonrasında 0 ve 3. günlerde iki aşı uygulanır.

** İnsan kökenli kuduz immun globulini (Ig) 20 IU/kg, hayvan kökenli kuduz immun globulini 40 IU/kg dozla, alan anatomik olarak uygunsa mümkün olduğunca yara çevresi ve içine, kalan miktar ise aşının yapıldığı ekstremiteden farklı bir ekstremitede kas içine uygulanır.

Ayrıntılar için Sağlık Bakanlığı 9.05.2001 tarih, 7755 sayılı Kuduz Bağışıklama Yönergesi'ne bakınız.

KEDİ TIRMIĞI HASTALIĞI

Kedi teması sonucu bulaşabilen *Bartonella hanselea* 'nın etken olduğu bir hastalıktır.

Tanı

Bakterinin giriş yerinde oluşan ağrısız bir papül gelişimini en sık aksiller, servikal, submandibuler ve inguinal bölgede saptanan bölgesel lenfadenopati izler. Ateş görülebilir. Genellikle 2-3 haftada kendiliğinden iyileşir. Konjonktivit, nörolojik sorunlar ve özellikle AIDS hastalarında organ tutulumu saptanabilir.

Tedavi

Bağışıklık sistemi normal hastalar ve organ-sistem tutulumuyla seyretmeyen olgularda antibakteriyel tedavi gerekmez.

ŞARBON

Etken *Bacillus anthracis* 'tir. En sık karşılaşılan tipi olan deri şarbonu, hasta çiftlik hayvanlarının etleriyle temas sonucu gelişir. Bakteri sporlarının inhalasyonu mediastinit şeklinde seyreden solunum sistemi şarbonu ağır ve öldürücüdür. Orofarengeal ve gastrointestinal şarbon seyrek görülen hastalıklardır.

Tanı

Öykü ve klinik bulgular yol göstericidir.

Deri lezyonu ağrısızdır, siyah renkli kabuğu tipiktir.

Kesin tanı örneğin Gram boyamasında gram pozitif basillerin saptanması ve kültürle konur.

Tedavi

Penisilin G erişkinde 4 saat arayla 4 milyon ünite ven yoluyla verilir. Çocuklarda ağırlığa göre doz ayarlaması yapılmalıdır.

Erişkinde kinolonlar ve 8 yaşın üstündeki hastalarda tetrasiklinler diğer seçeneklerdir.

Sepsisle sonuçlanabileceğinden yaraya cerrahi girişimden kaçınmalıdır.

Sistemik bulgusu olan hastalar sevk edilmelidir.

TULAREMİ

Etken olan *Francisella tularensis* gram negatif bir çomaktır. Enfekte tavşan teması, kene ısırması ve enfekte hayvanların kontamine ettiği sulardan bulaşabilir. Ülkemizde su kökenli salgınları bildirilmiştir.

Tanı

Etkenin giriş yerinde deride ülser ve lenfadenopati en sık rastlanan bulgulardır. Ayrıca konjonktivit, farenjit, pnömoni veya tifoya benzer belirti ve bulgularla seyredebilir.

Kesin tanı kültür ve serolojik testlere dayanır.

Tedavi

Streptomisin veya 8 yaşın üstündeki hastalarda tetrasiklinler seçilecek antibiyotiktir. Sistemik hastalık bulgusu olanlar ve salgın varlığında hastalar sevk edilmelidir.

LEPTOSPIROZ

Leptospira türlerinin yol açtığı spiroketal bir enfeksiyondur. Enfekte fare ve bazen köpek idrarlarının kontamine ettiği sulardan deri ve mukozalar yoluyla bulaşır. Ülkemizde pirinç tarımı yapılan bölgelerde daha sık karşılaşılmaktadır.

Tanı

Ateş, sarılık, merkez sinir sistemi bulguları, böbrek yetmezliği, konjonktival kanamalarla seyredebileceği gibi kendini sınırlayan hafif ateşli veya ağır hastalık olarak da seyredebilir.

Tanı genellikle serolojik testlerle doğrulanır.

Tedavi

Penisilin G veya *ampisilin* ven yoluyla kullanılır.

Ağır seyirli olgular sevk edilmelidir.

LYME HASTALIĞI

Ixodes cinsi kenelerin ısırması ile bulaşan *Borrelia burgdorferi* 'nin etken olduğu bir hastalıktır. Ülkemizdeki varlığı serolojik araştırmalarla kanıtlanmıştır.

Kene ısırmasından 1-2 hafta sonra ısıriş bölgesinde eritema kronikum migrans adı verilen, ortalama 15 cm çapında ortası soluk, çevresi eritemli dairesel deri lezyonu gelişir. Ateş, kas ağrısı, halsizlik gibi semptomlar olabilir. Lezyon 1-2 haftada solar. Konjonktivit, aseptik menenjit, kardit ve fokal nörolojik bulgular görülebilir. Tedavi edilmeyen olgularda aylar sonra artrit gelişebilir.

Tanı

Erken hastalıkta negatif olabilmekle birlikte özgül Ig M ve Ig G antikorlarını saptayan serolojik testler yararlı olabilir.

Tedavi

Eritema kronikum migrans için *amoksisilin*, 500 mg 8 saatte bir, *doksisisiklin* 100 mg 12 saatte bir, *sefuroksim aksetil* 500 mg 12 saatte bir 3 hafta süre ile ağız yoluyla verilmelidir .

Kene ısırmasından sonra antibiyotik profilaksisine gerek yoktur.

KİST HİDATİK (KİSTİK EKİNOKOKKOZ)

Ülkemizde yaygındır. Etken *Echinococcus granulosus* , çiğ enfekte koyun iç organlarıyla beslenen köpeklerle bulaşır. Bu köpeklerin dışkılarıyla atılan yumurtaların kirli eller, su ve yiyecekler aracılığıyla ağız yoluyla alınmasıyla enfeksiyon insanlara geçer; başta karaciğer ve akciğerlerde, daha seyrek olarak diğer organlarda kistler oluşur.

Tanı

Yıllarca belirtisiz kalabilir, bulunduğu yere göre bası belirtileri, hepatomegali, ürtiker, sarılık görülebilir. Eozinofili sıktır.

Tanı görüntüleme yöntemleri ile konur, serolojik testlerle doğrulanır.

Tedavi

Uygun merkezlerde, kistin yerleştiği organ, kistin büyüklüğü, sayısı, komplike olup olmadığı ve hastanın genel durumu göz önüne alınarak cerrahi tedavi, tıbbi tedavi (*mebendazol*, *albendazol*) veya PAIR (ponksiyon, aspirasyon, enjeksiyon, reaspirasyon) uygulanır.

Herhangi bir nedenle kist rüptüre olursa hastada anafilaktik reaksiyon gelişebilir.

Sevk

Kistik ekinokokkoz şüphesi olan ve tanısı alan tüm hastalar sevk edilmelidir.

ALVEOLER EKİNOKOKKOZ

Echinococcus multilocularis ile enfekte tilki, kedi ve köpek dışkılarıyla bulaşır. Orta ve Doğu Anadolu'da görülmektedir.

Kanser gibi hızlı ilerler, sarılık sıktır.

Tanı

Görüntüleme yöntemleri ve serolojik testlerle konur.

Tedavi

Mümkünse cerrahi olarak çıkarılır, ardından tıbbi tedavi (*albendazol*, *mebendazol*) uygulanır. Cerrahi uygulanamıyorsa uzun süreli tıbbi tedavi yararlıdır.

Sevk

Alveoler ekinokokkoz şüphesi olan ve tanısı alan tüm hastalar sevk edilmelidir.

TOKSOPLAZMOZ

İnsana, kedi dışkıyla atılan ve dış ortamda 1-5 günde enfektif hale geçen ookistlerin su veya sebzele alınması ya da doku kisti içeren çiğ veya az pişmiş etlerin yenmesiyle bulaşır. İlk kez gebelikte enfekte olan annelerden plasenta yoluyla bebeklere bulaşabilir. Düşüğe neden olabilir ama tekrarlayan düşüklere yol açmaz.

Tanı

Bağıışıklığı sağlam olgularda genellikle belirti vermez, bazen servikal lenfadenopati gözlenir. Koryoretinite ve özellikle bağıışıklığı baskılanmışlarda ensefalite yol açabilir.

Konjenital toksoplazmoz; semptomsuz olabildiği gibi düşük, serebral kalsifikasyon, hidrosefali, koryoretinit, mental retardasyon gibi semptom ve bulgularla da görülebilir.

Tanı daha çok serolojik yöntemlerle konur. Akut enfeksiyonun tanısında anti-toksoplazma IgM antikorları varlığı önemlidir.

Gebelikten önce bir kez antikor saptanan anne adaylarında, antikor düzeyi yüksek bile olsa tedaviye ve antikor düzeyinin izlemine gerek yoktur.

Tedavi

Ülkemizde gereksiz tedavi ve küretaj uygulamaları sıklıkla. Gebelik sonlandırılmadan önce, mümkünse, fetüsün enfekte olup olmadığı araştırılmalıdır.

Sevk

Şüpheli olgular tanı ve tedavi için sevk edilmelidir.

TOKSOKARA ENFEKSİYONLARI (İÇ ORGAN LARVA GÖÇÜ)

Etken sıklıkla köpeklerdeki *Toxocara canis*, bazen kedilerdeki *Toxocara cati* 'dir. Etken anne köpekten yavrusuna geçtiğinden yavru köpekler en önemli enfeksiyon kaynağıdır. Dışkıyla atılan yumurtalar dış ortamda 3-4 haftada enfektif özellik kazanır. Bu yumurtaların, özellikle çocuklar tarafından kirdi eller, su ve yiyecekler aracılığıyla alınmasıyla bağırsaklarda açılan larvalar çeşitli organlara yayılır.

En önemli belirti eozinofilidir, sıklıkla lökositoz da eşlik eder. Hepatomegali, alerji, öksürük, ateş, görme bozukluğu, karın ağrısı, ürtiker gibi çok çeşitli belirtiler ortaya çıkabilir.

Tanı

Yavru köpeklerle temas ve pika öyküsü bulunabilir.

Tanıda serolojik yöntemler değer taşır. Kesin tanı enfekte dokulardan alınan biyopsilerle yapılır.

Sevk

Şüpheli olgular sevk edilmelidir.

ZOONOZLARDAN KORUNMA

1. Halk zoonotik hastalıklar ve korunma yolları konusunda bilinçlendirilmelidir.
2. Sokak köpeklerinin uygun birimlerde toplatılması, tedavi edilmesi, kısırlaştırılması: Kuduz, kist hidatik, Toksokara enfeksiyonu açısından önemlidir.
3. Ev hayvanlarının veteriner hekim kontrolüne alınması, bu konuda yasal düzenlemelerin yapılması ve uygulanması: Kuduz (aşı), kist hidatik (3 ayda bir *prazikuantel*), Toksokara enfeksiyonu açısından önemlidir.
4. Özellikle kurban bayramlarında hijyenik olmayan koşullarda ve yetkili olmayan kişilerce yapılan kesimlerin önlenmesi: Kist hidatik ve şarbon açısından önemlidir.
5. Çiğ veya az pişmiş et yenmemesi, çiğ etle temas sonrası ellerin iyi yıkanması: Toksoplazmoz (özellikle gebelikte), şarbon, tularemi açısından önemlidir.
6. Hayvan dışkılarından korunma: Çiğ sebzelerin iyi yıkanması, çocukların hayvan dışkısıyla kontamine topraklarda oynamasının engellenmesi, yemek öncesi el yıkama alışkanlığı kazandırılması: Toksoplazmoz (özellikle gebelikte), kist hidatik, Toksokara enfeksiyonu açısından önemlidir.

Kaynaklar

1. Eckert J, Gemmell MA, Meslin FX, Pawlowski ZS. WHO/OIE Manual on Echinococcosis in Humans and Animals: A Public Health Problem of Global Concern, 2002.
2. Glaser C, Lewis P, Wong S. Pet-, Animal-, and Vector-borne Infections. *Pediatr Rev.* 2000; 219-32.
3. Gorbach SL, Bartlett JG, Blacklow NR, ed. *Infection Diseases*. 2nd ed. Philadelphia: Saunders, 1998.
4. Kuduz Bağışıklama Yönergesi. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ankara, 2001.
5. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, ed. *Principles and Practice of Infectious Diseases*, 5th ed. New York: Churchill and Livingstone, 2000.



ALKOL BAĞIMLILIĞI

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Alkol, kullanım ve komplikasyonlarına bağlı acil, akut ve kronik tıbbi ve hukuksal sorunlar oluşturabilir. Alkol bağımlılığı ve kötüye kullanımı önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Ülkemizde alkol bağımlılığı %8 dolayındadır.

A. ALKOL BAĞIMLILIĞI

Alkol kullanımına bağlı olarak denetim yitimiyle birlikte bedensel, ruhsal, toplumsal ve yasal sorunların oluştuğu, kronik ve ilerleyici bir hastalıktır.

Tanı

Alkol bağımlısı hasta, alkol kullanımı ve yoksunluk belirtileri dışında, çoğunlukla alkol ve sorunlarından hiç söz etmeksizin, ruhsal ya da bedensel yakınmalarla başvurur.

Sık karşılaşılan yakınmalar:

- Çökkün (depresif) duygudurum, uykusuzluk, huzursuzluk, yoksunluk belirtileri
- Alkol kullanımına bağlı bedensel komplikasyonlarla ilişkili yakınmalar (ülser, gastrit, karaciğer hastalıkları, kan hastalıkları, enfeksiyonlar)
- Alkol kullanımına bağlı yasal ve sosyal sorunlar
- Alkol kullanımına bağlı kaza ve yaralanmalar, ailenin yardım istemi

Aşağıdaki durumlardan en az üçünün son bir yılda varlığı alkol bağımlılığı tanısını koydurur:

1. Uzun süredir aynı miktarda alkol alınmasına karşın, aynı etkinin elde edilememesi veya istenen etkiyi yaratmak için giderek artan miktarda alkol kullanılması (tolerans)
2. Alkol alınmadığında yoksunluk semptomlarının ortaya çıkması ya da semptomlardan kaçınmak için alkol alınması
3. Alkol kullanımının miktar ya da süre olarak sınırlandırılmaması
4. Alkol kullanımını denetlemek için sürekli istek duyulması veya tekrarlayan başarısız bırakma girişimleri olması
5. Alkolü sağlamak, kullanmak veya etkilerinden kurtulmak için çok zaman harcanması

6. Sosyal, mesleki ve boş zamanı değerlendirme etkinliklerine ayrılan zamanın alkol tüketimi için harcanması
7. Alkol kullanımının neden olduğu veya kötüleştirdiği fiziksel veya psikolojik sorunların bilinmesine karşın alkol kullanımının sürdürülmesi

A. 1. Alkol yoksunluğu sendromu

Kanda alkol düzeyinin düşmesi sonucu 8-12 saat içinde ortaya çıkabilir. Hafif anksiyeteden yaşamı tehdit eden bir durum olan delirium tremense kadar uzanan geniş bir yelpazede oluşabilir.

Semptomlar

- Anksiyete
- Uykusuzluk
- Erken uyanma
- Bulantı
- Kusma
- Terleme
- Tremor
- Algı bozuklukları (halüsinasyon, illüzyon)
- Epileptik nöbet
- Delirium tremens

A. 2. Delirium tremens

Uzun süredir aşırı miktarda alkol kullananlarda görülme olasılığı daha yüksektir. Alkol kesilmesi ya da azaltılmasından yaklaşık 48-72 saat, bazen bir hafta sonra ortaya çıkabilir.

Semptomlar

- Ajitasyon
- Algı bozuklukları
- Yakın bellek bozukluğu
- Otonomik bozukluklar (terleme, taşikardi, ateş)
- Ellerde tremor
- Oryantasyon bozukluğu
- Bilinç bulanıklığı
- Dikkat bozukluğu
- Uykusuzluk
- Ataksi

Delirium tremens 3-4 gün sürer.

Delirium tremens acil bir durumdur; benzodiyazepinlerle müdahale edilip, sevk edilmelidir. Tedavi edilmediğinde mortalite yüksektir (%15).

B. ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI

Tanı

Alkol bağımlılığı tanısı almamış hastada, son bir yılda aşağıdakilerden en az birinin sıkıntı yaratıcı biçimde ortaya çıkmasıyla tanı konur:

1. Alkol kullanımı nedeniyle iş, ev ve sosyal yaşam sorumluluklarını yineleyici biçimde yerine getirememe
2. Fiziksel olarak tehlikeye gireceği durumlarda bile yineleyici biçimde alkol kullanma
3. Alkol kullanımı nedeniyle yineleyici biçimde yasal sorunlar ortaya çıkması
4. Alkol kullanımı nedeniyle ortaya çıkan sosyal sorunlara karşı alışkanlığın sürdürülmesi

Sosyal veya sağlık sorunlarına yol açabilecek alkol miktarı:

Miktar (birim/hafta)	Risk
Erkek: 0-21 Kadın: 0-14	Düşük
Erkek: 22-50 Kadın: 15-25	Orta, özellikle tütün kullananlarda
Erkek: >50 Kadın: >35	Yüksek, özellikle tütün kullananlarda

Bir birim içkinin içerdiği alkol miktarı 8-13 gr etanoldür. Bu miktar yaklaşık olarak 33 cl'lik bir kutu biraya karşılık gelir. Kabaca, bir 'tek' rakı / votka / cin veya 1 bardak şarap da 1 birim olarak değerlendirilebilir.

Sık tüketilen içkilerdeki yaklaşık alkol konsantrasyonları (%):

Rakı	45-50	Bira	5-8
Şarap	12	Votka	40
Cin	47	Viski	40
Likör	40	Kanyak	40

C. AKUT ALKOL ZEHİRLENMESİ

Alkol kullanımı sırasında ya da hemen sonrasında, alkolün merkez sinir sistemine etkisiyle ortaya çıkan, uygunsuz davranış veya psikolojik değişikliklerle görülen, geriye dönüşlü bir sendromdur. Konuşma, denge, bellek, yargılama kusurları, ajitasyon ortaya çıktığında, kan alkol düzeyi genellikle 200 mg/dL'nin üstündedir. Kandaki miktar arttıkça hasta önce komaya girer, sonra solunum durmasıyla ölüm olabilir.

D. KRONİK ALKOL KULLANIMININ SİSTEMİK KOMPLİKASYONLARI

- Gastrit, peptik ülser, pankreatit, özefajit
- Karaciğer yetmezliği
- Polinöropati (ayaklarda yanma, uyuşma, impotans), Wernicke ensefalopatisi, Korsakoff psikozu, demans
- Kardiyomyopati
- Anemi
- Enfeksiyonlara yatkınlık
- Embriyonik: Fetal alkol sendromu

Tedavi

A. Bilgilendirme ve danışmanlık

1. Bağımlılık:

Aile ve hastaya alkol bağımlılığının riskleri ve tedavi gerektirdiği açıklanmalıdır.

Alkol bağımlılarının alkolü bırakması amaçlanır. Ancak, hastalığın yineleyebileceği bilinmelidir.

Ani kesme durumunda yoksunluk sendromunun ortaya çıkacağı, bu nedenle, alkolün hekim kontrolünde bırakılması gerektiği bildirilmelidir.

Alkol tedavisi hastanın isteği dışında gerçekleştirilemez.

Alkol bağımlılığı durumunda tedavi için sevk gereklidir.

2. Kötüye kullanım:

Bağımlılık olmaksızın kötüye kullanım durumlarında, kontrollü ve daha az alkol alma önerilmelidir. Alkol kullanımını azaltmaya yönelik öneriler hastaya özgü biçimde planlanmalıdır. Hastanın tükettiği alkol miktarını saptamak ve azaltmasını önermek, içmeye başladığı saati geciktirmesini, daha düşük konsantrasyonda alkol içeren içkileri tercih etmesini önermek gibi yaklaşımlardan yararlanılabilir.

B. İlaç tedavisi ve sevk

1. Alkol yoksunluğu:

Hangi alkol yoksunluğunun süreç içinde delirium tremense gireceği önceden bilinemez.

O nedenle, **tedavinin hastanede yapılması gerekir.**

Hastayı sevk ederken yapılması gerekenler aşağıdaki sıra ile olmalıdır:

1. **100 mg tiamin** (B1 vitamini) içecek şekilde B vitamini preparatı kas ya da ven içine uygulanmalıdır. *Tiamin* eksikliği olan hastalarda vitamin öncesi glukoz (dekstroz) verilmesi Wernicke ensefalopatisine yol açabileceğinden **tiamin, dekstroz infüzyonuna başlamadan verilmelidir**. **Tiamin verilemeyen hastaya dekstroz verilmemeli**, %0,9 NaCl gibi şekerli bir sıvı verilmelidir.
2. Bilinç kapalı ve hipoglisemi varsa, hipoglisemiyi düzeltmek için ven yoluyla 25 g dekstroz (80 ml %30'luk dekstroz) verilmelidir.

3. *Diazepam* 10-60 mg/gün, ağız veya ven yoluyla verilir. Başlangıçta 5-10 mg ven yoluyla verilir, tamamen sakinleşinceye dek 10 dakika aralarla 5 mg verilebilir. Ven içine uygulama hızı 5 mg/dk'yı geçmemelidir. Ağızdan başlangıçta 10-20 mg verilip 1-2 saat aralarla tekrarlanabilir. Emilimi düzensiz olduğu için kas içine verilmemelidir.
4. Hidrasyon: Sıvı alımı önerilir, bu sağlanamayacaksa ven yoluyla 3.000 ml/gün %5 dekstroz verilmelidir.

2. Akut alkol zehirlenmesi:

1. Hava yolu açılmalıdır.
2. Aspirasyon önlenmelidir.
3. Hipotermi engellenmelidir.
4. Erişkinde 100 mg, çocukta 50 mg *tiamin* ertesinde, ven içine, erişkinde 80 ml, çocukta 1,5-3 ml/kg %30 dekstroz verilir. Hipoglisemi düzeltilemiyorsa %5-10 dekstroz infüzyonu yapılır. Altı saatte klinik düzelme olmazsa hasta sevk edilmelidir.
5. Ağır zehirlenmelerde (hasta sözel veya fiziksel uyararla uyandırılmazsa) yukarıda belirtilenler hemen yapıp sevk edilmelidir.

Alkol ile zehirlenen hasta kusturulmamalı ve aktif kömür verilmemelidir.

Antagonisti yoktur, bu nedenle kahve ve benzeri içecekler yarar sağlamaz.

Alkol ile zehirlenmelerde metanol zehirlenmesi de düşünülmalıdır.

İLAÇ VE ZEHİR DANIŞMA MERKEZLERİ :

- Refik Saydam Hıfzısıhha İlaç ve Zehirlenme Merkezi,
Ankara: (800) 314 79 00 (5 hat, 24 saat)
- Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Farmakoloji Anabilim Dalı İlaç ve Zehir Danışma Merkezi,
İzmir: (232) 277 33 33 (24 saat)
- AMATEM (Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi),
İstanbul: (212) 543 65 65

Kaynaklar:

1. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 8. baskı. Ankara: Feryal Matbaası, 2001.
2. Kent R. Olson ed. Poisoning & Drug Overdose. 3rd ed, Connecticut: Appleton Lange, 1999.
3. Gelder M, Mayou R, Cowen P, ed. Shorter Oxford Textbook of Psychiatry, 4th ed. New York: Oxford University Press, 2001.
4. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. 4. baskı (DSM-IV), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994'ten çeviri, Köroğlu E (çeviri editörü), Ankara:Hekimler Yayın Birliği, 1998.



ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Anksiyete; otonom sinir sisteminin hiperaktif olduğunu gösteren, somatik bulguların eşlik ettiği bir endişe duygusudur.

Belirtiler

Bedensel	Ruhsal
Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkıntı hissi Titreme Çarpıntı hissi Sersemlik hali Baş dönmesi Bayılacakmış gibi hissetme Kaslarda gerginlik hissi Bulantı ya da karın ağrısı Nefes darlığı, nefes alamama hissi, hava açlığı Uyuşukluk hissi Vücudun değişik bölgelerinde karıncalanma hissi Baş ağrısı, Huzursuzluk, kolay yorulma	Gerginlik hissi Endişe, kaygı hali ve huzursuzluk Panik hissi Kendini rüyada gibi hissetme Çıldıрма, delirme korkusu Ölme korkusu Kontrolünü kaybetme korkusu Uyku bozukluğu Konsantrasyon güçlüğü

Anksiyete belirtileri ile ortaya çıkan, bireyi toplumsal, mesleki ve ailesel işlevselliğini bozacak düzeyde etkileyen ruhsal bozukluklardır. Erişkinlerde görülen tüm anksiyete bozuklukları çocuk ve ergenlerde de görülebilir. Bu yaş grubunda ayrıca bağlandığı kişilerden ayrılma ile ortaya çıkan yoğun anksiyete ile belirli ayrılma anksiyetesi bozukluğu da görülür.

Her dört kişiden birinde yaşamın herhangi bir döneminde anksiyete bozukluğu olduğu, her altı kişiden birinde ise son bir yıl içinde bozukluğun sürdüğü bilinmektedir.

Anksiyete Bozuklukları

1	Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB)	En az 6 ay süren, hemen her gün ortaya çıkan, gelecekteki birçok olay ve etkinlik hakkında kaygı duyma ve bunu kontrol etmekte güçlük.
2	Panik Bozukluğu (PB)	Yineleyen, beklenmedik panik atakların olması ve en az bir ataktan sonra 1 ay ya da daha uzun süren yeni bir atak geleceğine ilişkin anksiyeteli beklenti olması. Eğer kaçınma davranışları eklenmişse agorafobi panik bozukluğu adını alır. Panik atak: Anksiyete belirtilerinin birden başladığı ve 10 dakikada en yüksek düzeye ulaştığı, en çok bir saat süren yoğun bir korku ve rahatsızlık dönemidir.
3	Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)	Kişinin mantıksız olduğunu bildiği halde zihninden atamadığı takıntılı düşünceler (obsesyon) ve ortaya çıkan sıkıntıyı giderebilmek için mantıksız olduğunu bildiği halde yapmaktan kendini alıkoymadığı yineleyici davranışlar (kompulsiyon) olması durumudur.
4	Fobik Bozukluklar	Özgül Fobi : Belirli durumlar, nesneler ve işlevler karşısında duyulan aşırı ve anlamsız korkudur. Sosyal Fobi : Performans gerektiren durum ya da sosyal ortamlarda anksiyete belirtilerinin başkaları tarafından fark edilmesi ve buna bağlı olarak küçük düşme korkusu yaşanması durumudur. Agorafobi: Yalnız başına kalmak, yalnız sokağa çıkmak gibi yardım alınamayacağı düşünülen yerlerde bulunmaktan korkma durumudur.
5	Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)	Doğal afet, trafik kazası ve şiddetle karşılaşma gibi, fiziksel ve ruhsal bütünlüğü tehdit eden, dehşete düşüren ve çaresiz bırakan travmatik yaşantılardan 4 hafta kadar sonra ortaya çıkabilen ve yıllarca sürebilen anksiyete durumudur. Travmayı tekrar yaşama (istem dışı sık anımsama, rüyalarda görme veya olay tekrar oluyormuş gibi hissetme), kaçınma ve aşırı uyarılmışlık belirtileri ile gider. Akut Stres Bozukluğu: Bu belirtilerin iki günden çok, bir aydan az sürmesi yanı sıra şaşkınlık, şok, unutkanlık, kendini rüyadaymış gibi hissetme belirtilerinin varlığı durumudur.
6	Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu	Anksiyete bozukluğu belirtilerinin, genel tıbbi bir durumun fizyolojik sonucu olduğuna ilişkin kanıtların olduğu durumlardır.
7	Madde Kullanımına Bağlı Anksiyete Bozukluğu	Anksiyete bozukluğu belirtilerinin madde kullanımı, zehirlenmesi ya da yoksunluğu ve bir ilaç kullanımının doğrudan fizyolojik sonucu geliştiğine ilişkin kanıtların olduğu durumlardır.

Ayırıcı Tanı

Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu

- Depresyon
- Somatoform bozukluklar
- Şizofreni ve şizoaftif bozukluk
- Bipolar affektif bozukluk
- Uyum bozuklukları
- Madde kötüye kullanımı, bağımlılığı ve yoksunluğu
- Sistemik hastalıklar
- Endokrin hastalıklar (hipertiroidi, Cushing, feokromositoma ve diabetes mellitus gibi)
- İlaç yan etkileri (steroidler, semptomimetikler, nöroleptikler)

Tedavi

Hastalara sakin ve güven verici davranmalı, düşünce ve kaygılarını ifade etmeleri desteklenmelidir. Hastalığın nedenleri, seyri ve tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirme hastayı rahatlatır. Hastanın kaçınma davranışı ve güvence arayışı desteklenmemelidir. Anksiyete ile başetme ve sıkıntı veren durumların üstüne gitmesi önerilmelidir.

Tedavide tek ilaç kullanımı doğru yaklaşımdır. Benzodiazepinler dışındaki ilaçların etkileri 2-4 hafta gecikebilir. Bu nedenle, yaygın ve şiddetli anksiyetesi olanlarda benzodiazepinlerle kombine tedaviye başlanması önerilebilir. Trisiklik antidepresanların antikolinergik yan etki ve kan terapötik düzeyine ulaşabilmesinin 2 hafta gerektirmesi nedeniyle öncelikle seçici serotonin geri alım inhibitörleri veya seçici serotonin-noradrenalin geri alım inhibitörleri seçilebilir. Ancak ilaç seçiminin etkinlikten çok yan etki nedeniyle olduğu unutulmamalı ve seçim hastanın klinik durumuna göre yapılmalıdır. Hastaya ilaç yan etkileri konusunda ayrıntılı bilgi verilmelidir. Yan etkilere büyük ölçüde tolerans geliştirdiğinden tedaviye devam önerilmelidir. Somatik belirtileri ön planda olan hastalarda tedaviye beta-bloker eklenebilir. İlaçlara düşük dozla başlanmalı, 3-7 gün aralıklı doz artırımlarıyla etkin doza çıkılmalı, 4- 6 haftada yanıt alınmadığında en yüksek doza çıkılmalıdır.

Anksiyete bozukluklarının tedavisinde psikoterapi de önemli yer tutar.

İlaçlar

Farmakolojik İlaç	Başlangıç Dozu (mg/gün)	Doz aralığı (mg/gün)	Sık görülen yan etkiler	Uyarılar-önlemler
Trisiklik Antidepresanlar				
İmipramin	10-25	150-300	Tedavi başlangıcında anksiyete belirtilerinde artış, görme bulanıklığı, taşikardi, çarpıntı, kan basıncı değişiklikleri, uykusuzluk, sinirlilik, huzursuzluk, ağız kuruluğu, kabızlık, sersemlik hissi, terleme, titreme, idrar yapma güçlüğü, kilo artışı	İki ya da üçe bölünmüş dozlarda kullanılması önerilmektedir. Gece tek dozda verilebilir. İlaç etkileşmelerine dikkat edilmelidir. Yaşlı, kalp sorunları ve intihar riski olan hastalarda kullanılmamalıdır. OKB'de klomipramin tercih edilmektedir
Klomipramin	10	150-300		
Amitriptilin	25	75-150		
Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI)				
Fluvoksamin	50	100-300	Anksiyetede artış, bulantı, baş ağrısı, uykusuzluk, iştahsızlık, ağız kuruluğu, sersemlik, titreme, cinsel işlev bozukluğu	İlaç etkileşmelerine dikkat edilmelidir. Tek doz verilebilir. OKB'de öncelikle tercih edilmektedir.
Fluoksetin	10	20-80		
Sertralin	25	50-200		
Paroksetin	10	20-60		
Citalopram	10	20-60		
Seçici Serotonin-Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri (SNRI)				
Venlafaksin	37,5	75-375	SSRI yan etkileri, kan basıncı değişiklikleri	
Benzodiazepinler				
Alprazolam	0,25	2-10	Sedasyon, kronik kullanımda uykusuzluk, bellek bozuklukları, konsantrasyon güçlüğü, sinirlilik, ağız kuruluğu, titreme, kabızlık, idrar yapma güçlüğü, libido ve iştah değişiklikleri, yüksek dozlarda solunum depresyonu	Alkol ve diğer merkez sinir sistemi depresanları ile birlikte kullanılmamalıdır. 3-4 hafta kullanılmalı, 1 hafta ara ile 1/4 oranında azaltılarak kesilmelidir.
Lorazepam	0,5-1	1-4		
Diazepam	2,5	5-30		
Diğer				
Buspiron	5	15-60	Seyrek olarak bulantı, sersemlik, başağrısı ve sinirlilik	YAB dışında etkinliği yoktur.
Beta-blokörler				
Propranolol	10-20	10-160	Hipotansiyon, bradikardi, kalp yetmezliği	Çarpıntı, titreme gibi somatik belirtilerin varlığı ve performans anksiyetesinde eklenebilir.

İzlem

Hasta, anksiyete bozukluğu tedavisi başladıktan 1 hafta sonra yan etkiler yönünden, en erken 3 hafta sonra da etkinlik yönünden kontrol edilmelidir. Tedavi, belirtilerin ortadan kalkmasından sonra en az 6 ay sürdürülmeli ve tedavi bitiminde doz azaltılarak kesilmelidir. Bu süre panik bozukluğunda 1 yıl, OKB'de 2 yıla dek uzatılabilir. İzlem sıklığı hastaya göre ayarlanır. İzlem aralıkları 1 aydan uzun olmamalıdır.

Sevk

- Yeterli doz ve 6-8 hafta ilaç kullanımına rağmen tedaviye yanıt alınamaması
 - Tanıda kuşku olması
 - Eşzamanlı başka psikiyatrik bozukluk ve intihar riski varlığı
 - Eşlik eden madde ve alkol kötüye kullanımı-bağımlılığı varlığı
 - Tedaviye uyum sorunları
 - Ciddi psikososyal sorun varlığı
 - Psikososyal destek sistemlerinin yetersiz olması
 - Eşlik eden, tanı ve tedavide güçlük yaratan organik hastalık olasılığı
 - Gebelik veya laktasyon dönemi
 - Çocukluk dönemi anksiyete bozukluğu; ayrılık anksiyetesi, aşırı anksiyete bozukluğu, okul fobisi
 - Psikoterapi ya da ilaç dışı tedavilere gereksinim
 - Öyküde başka bir psikiyatrik bozukluk (psikotik bozukluk, bipolar bozukluk, yineleyici depresyon gibi) varlığı
- durumlarında hasta sevk edilmelidir.

Kaynaklar

1. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 8. basım, Ankara: Feryal Matbaası, 2001.
2. Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatri Hastalıklarının Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, 4. basım (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington 2000'den çeviri. Köroğlu E (çeviri ed). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2001.
3. Greist CH, Jefferson JM., Anxiety Disorders. Goldman HH, ed. Review of General Psychiatry, 5th ed, Lange, 1995.
4. Kaplan HI , Sadock BJ, Grebb JA, ed. Synopsis of Psychiatry, 7th ed. Baltimore:Williams&Wilkins. 1994:573-616.



DEPRESYON

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Depresyon kişisel, mesleki, ailesel ve sosyal ağır komplikasyonları olan bir hastalıktır. Yaşam boyu gelişme olasılığı kadınlarda %10-25, erkeklerde %5-12'dir. Her yaşta görülebilir ve tekrarlama riski yüksektir.

Diabetes mellitus, miyokard enfarktüsü, kanser, inme, hipotiroidi gibi bazı bedensel hastalıklar ve alkol-madde bağımlılığı depresyona eşlik edebilir ve/veya yol açabilir. Oral kontraseptif ve kortikosteroidler başta olmak üzere pek çok ilaç depresyona neden olabilir. Depresyonlu hastalar sıklıkla, fiziksel yakınmalarla psikiyatristten önce birinci basamak hekimine başvurur.

Özellikle erkekler ve yaşlılarda, ölümle sonlanan, depresyonla ilgili intihar girişimi çöktür. İntihar düşüncesi, eğilimi ve girişiminin pratisyen hekim tarafından özellikle değerlendirilmesi gereklidir.

Tanı

BELİRTİLER

1.GRUP

- * Çökkün duygudurum - üzüntü hali
- * İlgisi kaybı / zevk alamama

2.GRUP

- Güçsüzlük / enerji kaybı
- Uyku bozukluğu-uykusuzluk/çok uyuma
- Dikkat toplayamama- kararsızlık
- İştah bozukluğu-kilo alma veya kaybı
- Psikomotor yavaşlama veya hızlanma
- Değersizlik ve yetersizlik düşünceleri
- İntihar düşüncesi

* En az biri birinci gruptan olmak üzere, sayılan belirtilerden beşi, en az iki hafta süre ile işlevselliği bozacak derecede varsa tanı konulur.

Ayırıcı tanı

- Madde ve ilaç kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğu
- Demans
- Uyum bozukluğu
- Anksiyete bozuklukları
- Travma sonrası stres bozukluğu
- Kişilik bozuklukları
- Yaş
- Şizofreni ve şizoaffektif bozukluk
- Bipolar affektif bozukluk

Tedavi

Tedavide etkinin haftalar içinde ortaya çıkacağı açıklanıp hastaya sabırlı olması söylenir ve tedavi süresince yaşamıyla ilgili önemli kararlar almaması önerilir.

İlaç tedavisine başlamadan önce mutlaka alkol kullanımı sorulmalıdır. Alkol kullanan hastada, antidepresan ilaçlarla alkolün aditif etkileşebileceği göz önünde bulundurulmalı ve hasta uyarılmalıdır. Yan etkiler (örneğin; ilaca bağlı cinsel yetersizlik, iştahsızlık, ağız kuruluğu, kabızlık) hakkında ayrıntılı bilgi verilir. Bu yan etkilere bir ölçüde tolerans gelişebileceğinden hastaya tedaviye devam etmesi önerilir.

Depresyonun yanı sıra fiziksel bir rahatsızlık varsa tedavi edilmesi gereklidir.

Hasta önceki depresyon atağında kullanılan antidepresandan yarar görmüşse tedaviye aynı ilaçla başlanması önerilir.

Tedaviye tek ilaçla başlanır. Doz düşük olarak başlanıp aşamalı olarak artırılır. Yaşlı hastaların tedavisinde doz azaltımı gerekmektedir (Yaşlılarda senkop olasılığına dikkat edilmelidir). Mümkün olduğu kadar kısa sürede terapötik doza ulaşmak önemlidir.

İlaçlar arasında etkinlik yönünden değil, yan etkileri açısından fark vardır. Trisiklik antidepresanların antikolinerjik, serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) cinsel fonksiyonlar ve uyku üzerine yan etkileri daha çoktur.

Trisiklik antidepresanlarla tedavi düşünülüyorsa olası yan etkiler açısından ayrıntılı değerlendirme yapılmalıdır. Epileptik, kalp sorunu olan, yaşlı ve yan etkileri tolere edemeyen hastalarda SSRI tercih edilmelidir. Trisiklik antidepresanların tedavi dozuna ulaşımı en az 2 hafta gerektirdiği için SSRI tercih edilebilir.

SSRI grubunda başlangıç ve tedavi dozu genellikle aynıdır. Diğer grup ilaçlarda ise düşük dozdan başlanarak 7-14 günde tedavi dozuna ulaşılır. Tedaviye yanıt 3-6 haftada gözlenir, ancak yanıt 8 haftaya kadar uzayabilir. Semptomlar kaybolduktan sonra, tedaviye aynı dozda en az altı ay devam edilmelidir. Sonra dozlar azaltılarak kesilir.

İzlem

Hasta tedavi başladıktan bir hafta sonra yan etki, en az üç hafta sonra da ilaç etkinliği açısından kontrol edilmelidir. Sonraki izlem sıklığı hastanın durumuna göre ayarlanır. Tedavinin bitiminde doz azaltılarak kesilmelidir.

Sevk

- İntihar riski
- Şüpheli tanı veya eşzamanlı başka psikiyatrik bozukluk
- Terapötik doza ulaşılmasını izleyen sekiz hafta sonunda tedaviye dirençli depresyon veya antidepresanlara yetersiz yanıt
- Psikotik bulguların varlığı
- Aile desteğinin yetersiz olması
- Bipolar bozukluk (öyküde mani veya hipomani atağı)
- Antidepresan tedavi ile komplike olmuş anlamlı fiziksel rahatsızlıkların olması
- Gebelik ve laktasyon döneminde olma
- Çocukluk çağı depresyonu
- Hafif belirtilerle seyreden, ilaç tedavisi gerektirmeyen, genellikle süregen depresif durumların tedavisi için psikoterapi amaçlanması
- Alkol-madde bağımlılığı

durumlarında hasta sevk edilmelidir.

İLAÇ ADI	BAŞLANGIÇ DOZU	TEDAVİ(İDAME) DOZU	EN YÜKSEK GÜNLÜK DOZ
TRİSİKLIK ANTİDEPRESANLAR			
Amitriptilin	75 mg/gün (yaşlılarda ve ergenlerde 30-75 mg/gün) bölünmüş dozlarda veya tek gece dozu ile	Gerektiğinde aşamalı olarak artırılır (2 hafta içinde 25 mg'lık artırımlarla)	150 mg/gün
İmipramin	75 mg/gün, bölünmüş dozlarda Yaşlılarda 10 mg/gün	Basamaklı olarak artırılarak 50-100 mg/gün Yaşlılarda 30-50 mg/gün, 2 hafta içinde 25 mg'lık artırımlarla	150 mg/gün
Klomipramin	10 mg/gün bölünmüş dozlarda veya tek gece dozu ile	30-150 mg/gün	250 mg/gün
TRİSİKLIK BENZERİ ANTİDEPRESANLAR			
Mianserin	30-40 mg/gün Yaşlılarda 30 mg/gün	Gerektiğinde basamaklı olarak artırılır. Olağan doz aralığı 30-90 mg/gün	90 mg/gün
Tianeptin	3x12,5 mg/gün	3x12,5 mg/gün	37,5 mg/gün
Trazadon	150 mg/gün Yaşlılarda 100 mg/gün	Yemekten sonra ya da gece tek doz 300 mg/güne kadar çıkılabilir.	300 mg/gün
GERİ DÖNÜŞÜMLÜ MAO İNHİBİTÖRÜ			
Moklobemid	Genelde bölünmüş dozlarda Yemeklerden sonra 300 mg/gün	Yanıtı göre doz ayarlanır. Olağan doz aralığı 150-600 mg/gün	600 mg/gün

İLAÇ ADI	BAŞLANGIÇ DOZU	TEDAVİ (İDAME) DOZU	EN YÜKSEK GÜNLÜK DOZ
SEÇİCİ SEROTONİN GERİ ALIM İNHİBİTÖRLERİ			
Fluvoksamin	100 mg/gün akşam dozu	100 mg/gün üstü dozlar bölünerek uygulanır. 4 hafta içinde sonuç alınmazsa 50 mg/gün artırımlarla etki çıkana ya da en yüksek doza kadar yükseltilir.	300 mg/gün
Fluoksetin	20 mg/gün	20 mg/gün	60 mg/gün
Paroksetin	Her sabah 20 mg	10 mg'lık basamaklarla doz artırılır.	50 mg/gün Yaşlılarda 40 mg/gün
Sertralin	50 mg/gün	50 mg'lık basamaklarla en yüksek doza kadar çıkılır, sonra olağan idame dozu olan 50 mg/gün'e inilir.	200 mg/gün
Sitalopram	20 mg/gün	Sabah veya akşam tek doz 20 mg/gün	60 mg/gün Yaşlılarda 40 mg/gün
SEROTONİN-NORADRENALİN GERİ ALIM İNHİBİTÖRLERİ			
Venlafaksin	75 mg/gün iki doza bölünerek, ağır olgularda 150 mg/gün iki doza bölünerek	75 mg/gün iki doza bölünerek, ağır olgularda 150 mg/gün iki doza bölünerek	2-3 günde bir 75 mg'lık artırımlarla 375 mg/gün'e kadar çıkılabilir.
Nefazodon	2x100 mg/gün	5-7 gün sonra 2x200 mg/gün	Aşamalı olarak en fazla 2x300 mg/gün, Yaşlılarda 2x100-200 mg/gün
DİĞER			
Mirtazapin	15 mg/gün, gece yatarken	Yanıtı göre gece yatarken ya da bölünmüş iki dozda alınmak üzere 45 mg/güne kadar çıkılır	45 mg/gün

İlaçlar aşamalı olarak azaltılarak kesilir.

Antidepresanlar bir kutudan fazla reçete edilmemelidir.

Kaynaklar

- Kaplan H, Sadock B. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 6th ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 2000.
- Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 2001.
- American Psychiatric Association. Practical Guidelines for Major Depressive Disorder in Adults. Am J Psychiatry. 1993;150 (suppl 4).
- Shatzberg AF, Nemeroff CB. 2nd ed. American Psychiatric Press, 1998.
- Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B. Current Diagnosis and Treatment in Psychiatry. McGraw Hill, 2000.
- Kayaalp SO. Türkiye İlaç Kılavuzu 2001 Formüleri: İstanbul: Turgut Yayıncılık, 2001.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Synopsis of Psychiatry. 7th ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1994.

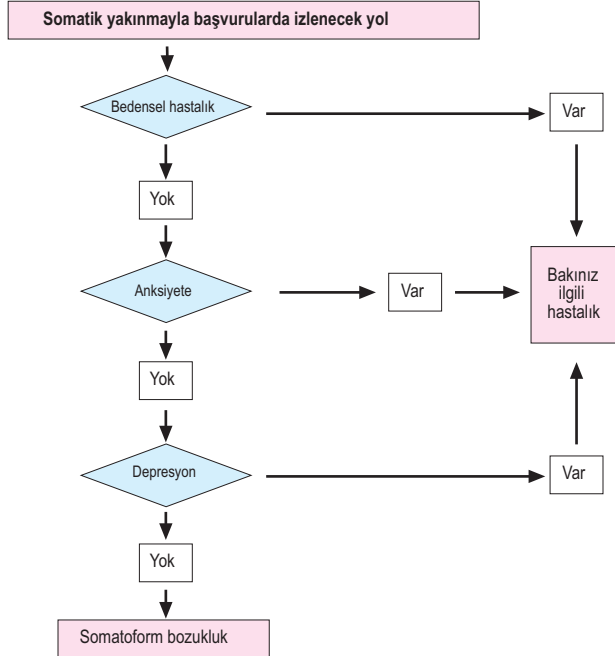


SOMATOFORM BOZUKLUKLAR

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Somatoform bozukluklar herhangi bir organik neden olmaksızın, oluşumlarında psikolojik nedenlerin rol oynadığı çeşitli bedensel belirtilerle seyreden psikiyatrik bozukluklardır. Belirtiler hastalar tarafından bilinçli olarak yaratılmaz ve bilinçli olarak kontrol edilmeleri de mümkün değildir. Bu hastalık grubunda somatizasyon bozukluğu, konversiyon bozukluğu, hipokondriasis, psikojenik ağrı bozukluğu, beden dismorfik bozukluğu yer alır. Birinci basamakta bu bozukluklara oldukça sık rastlanır.



HİPOKONDRIAZİS

Normal veya anormal bedensel duylumlara karşı aşırı duyarlılık ve bu duyarlılıkla birlikte bu duyumları ciddi bedensel bir hastalığın belirtisi gibi yorumlama ve aksi kanıtlansa bile hastanın bu düşüncesinden vazgeçmemesi ile karakterize bir bozukluktur. Hastalık hastalığı olarak da bilinen bu bozukluk ağır bir anksiyete (bunaltı-kaygı-endişe) haline neden olur. Yaşam boyu prevalansı %4-9 arasında değişmektedir. En sık 20-30 yaşlar arasında görülür. Her iki cinsten de görülme sıklığı aynıdır. Hastaların

en önemli özelliği içgörülerinin olmayışdır. Sağlıklarına ilişkin kaygıların mantıksızlığını kavrama konusunda istek ve gayretleri yoktur. Bu mantıksızlığı kavramaları yönünde hekim tarafından ortaya konan çabalar çoğunlukla boşa gider. Seyir genellikle kroniktir.

Ayırıcı Tanı

Major depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluğu yarattıkları somatik belirtiler ve bunlarla ilişkili şiddetli kaygılar nedeniyle ayırıcı tanıda dikkate alınmalıdır. Yine HIV enfeksiyonu, multipl skleroz (MS), sistemik lupus eritematosus (SLE), hipokondriazis tanısı konmadan önce mutlaka dışlanmalıdır. Beden dismorfik bozukluğu ayırıcı tanıda dikkate alınması gereken bir diğer durumdur. Bu bozuklukta insanın görüntüsünü bozduğunu düşündüğü bir beden bölgesi ile bitmek tükenmek bilmeyen uğraşısı vardır.

Tedavi

Düzenli doktor (psikiyatrist dışında) kontrolü ve bu kontrollerde, hastada içgörü yetersizliği olsa bile telkin ve güven tesisi bu bozukluğun tedavisinde önemli bir yer tutar. Psikiyatrik tedavide grup psikoterapileri bireysel psikoterapiye yeğlenir. Birlikte olan psikiyatrik durumlar örneğin, depresyon, anksiyete antidepresanlar ve anksiyolitiklerle tedavi edilir.

SOMATİZASYON BOZUKLUĞU

Herhangi bir organik neden olmaksızın aşağıdaki belirtilerin bir kısmı ile seyreden bir bozukluktur. Kadınlarda bu belirtilerden 14'ü, erkeklerde ise 12'sinin bulunması somatizasyon bozukluğu tanısının konması için yeterlidir. Bir kısım hastada belirti sayısı açısından somatizasyon bozukluğu kriterini karşılamayabilir. Ancak bu hastalar somatizasyon sendromu olarak değerlendirilir. Yaşam boyu prevalans %0,1-0,5'tir. Kadınlarda 5 ile 20 kat daha sık görülür. Alt sosyokültürel düzeyde daha sık rastlanır.

- | | | |
|----------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| 1. Karın ağrısı | 15. Hafıza kaybı | 28. Gebelikte aşırı veya |
| 2. Eklem ağrıları | 16. Çarpıntı | hastaneye yatmayı gerektirecek |
| 3. Göğüs kafesinde ağrılar | 17. Cinsel ilgisizlik | kadar kusma |
| 4. Ağırli üriasyon | 18. Menstrüel düzensizlik | 29. Üriner retansiyon |
| 5. Bulantı | 19. Ses kaybı | veya zor işeme |
| 6. Kusma | 20. Cinsel ilişkide ağrı | 30. Paralizi |
| 7. İshal | 21. Cinsel ilişkiden zevk alamama | 31. Sağırılık |
| 8. Bağırsaklarda gazlanma | 22. Ekstremitelerde ağrı | 32. Baş dönmesi |
| 9. Yutkunmada güçlük | 23. Dismenore | 33. Kas güçsüzlüğü |
| 10. Nefes darlığı | 24. Genital organ ve bölgelerde ağrı | 34. Bilinç kaybı |
| 11. Yürümede zorluk | 25. Sırt-bel ağrısı | veya baygınlık |
| 12. Körlük | 26. Diğer ağrılar (baş ağrısı gibi) | 35. Nöbet veya konvülsiyonlar |
| 13. Çift görme | 27. Bazı yiyeceklerle | 36. Aşırı menstrüel kanama |
| 14. Bulanık görme | tahammülsüzlük | 37. Kendini hasta hissetme |

Ayırıcı Tanı

Hastalar özellikle MS, SLE ve HİV gibi enfeksiyonlar açısından incelenmelidir. Ayrıca çok sayıda doğum ve düşük yapmış olma dikkate alınmalıdır. Somatik belirtilerle seyreden depresyon ve anksiyete bozuklukları ve şizofreni göz önünde bulundurulması gereken ruhsal bozukluklardır.

Tedavi

Belirtilerin ruhsal ve emosyonel sorunların bir ifadesi olduğu düşünüldüğünde tedavide psikoterapinin ve psikoterapide de hastanın kendisini, duygularını ve sorunlarını ifade etmesinin önemli olduğu akılda tutulmalıdır. Psikoterapide amaç bedensel belirtilerin ruhsal ve duygusal sorunların bir anlatımı olarak kullanılmasını hastaların kendilerini ifade etme düzeyinde ortadan kaldırılmasını sağlamaktır.

PSİKOJEN AĞRI BOZUKLUĞU

Herhangi bir organik neden olmaksızın bedensel ağrılarla seyreden bir bozukluktur. Psikososyal stresörler bu bozukluğun ortaya çıkışında önemlidir. Kadınlarda erkeklerden çok daha sık görülür. Ağrılar kolayca lokalize edilemez. Madde kötüye kullanımı ile komplike olabilir. Her yaşta ortaya çıkabilir. Kadın ve erkeklerde aynı sıklıkta rastlanır.

Ayırıcı Tanı

Ağrı yaratan tüm tıbbi durumlar ve somatizasyon bozukluğu dikkate alınmalıdır.

Tedavi

Destekleyici, içgörü kazandırmaya yönelik psikoterapiler ve düşük doz antidepresan ilaç ile tedaviler denenebilir.

KONVERSİYON BOZUKLUĞU

Strese tepki olarak gelişen nörolojik hastalığa benzer, motor (paralizi gibi), disosiyatif (bayılma) veya duysal (konuşamama, körlük, sağırılık gibi) semptomlarla seyreder. Bu belirtiler nöroanatomik dağılıma uymazlar. Hastaların, bu bedensel belirtilere karşı güzel aldırma (La belle indifference) adı verilen bir tür ilgisizlik içinde olmaları pek çok olguda neredeyse tipiktir. Hastalar belirtilerden yakınıyor ancak bu belirtileri çok da umursamıyor izlenimi uyandırır. 1-30/10.000 oranında görülür. Psikiyatrik ayaktan hastaların yaklaşık %3'ünü oluşturur. Alt sosyoekonomik düzeyde daha sık rastlanır. 10-35 yaşları arasında kadınlarda daha siktir.

Ayırıcı Tanı

Duyu ve motor kayıp veya fonksiyon bozuklukları ile seyreden diğer tüm tıbbi durumlar konversiyon bozukluğu tanısı konmadan önce dışlanmalıdır. Temaruz (taklit ve uydurma tablolar) ayırıcı tanıda dikkate alınmalıdır.

Somatizasyon bozukluğu da ayırıcı tanıda önemlidir. Çoklu organ ve beden bölgesi tutulumu ile konversiyondan ayrılır.

Tedavi

Belirtiler genellikle günler ve haftalar sürebilir ve yineler. Destekleyici (supportive), içgörü kazandırmaya yönelik ve davranışçı psikoterapi uygulanır. Psikoterapi yanı sıra özellikle anksiyolitikler veya düşük doz antidepresanlar (anksiyolitik amaçlı) tedavide işe yarar.

BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUĞU

Hasta, bedeninde fizik görünümünü bozan bir şeyin olduğuna inanır ve bundan dolayı büyük sıkıntı yaşar. Görünümünü bozan şey ya hayalidir ya da çok ufak bedensel bir kusurdur. Örneğin hastanın burnu çok büyüktür ve bu görünüm hastaya göre son derece acayıptır. Bedenin bir bölgesi ile bitmek tükenmek bilmez uğraşı genellikle kozmetik amaçlı cerrahi bir girişim arayışına döner. Depresif belirtiler duruma eşlik eder. Buradaki uğraşı obsesif bir özellik taşır ancak bu durumda obsesif kompulsif bozukluk tanısı konmaz. Beden dismorfik bozukluğu en çok 15-20 yaşları arasında kadın ve erkeklerde aynı sıklıkta görülür.

Ayırıcı Tanı

Anoreksiya nervoza beden imajında bozulma ve kilo almaya karşı aşırı duyarlılık nedeniyle dikkate alınmalıdır.

Tedavi

SSRI antidepresanlar ve *kломipramин* tedavide etkin ilaçlardır. Eşlik eden durumlar ayrıca tedavi edilmelidirler.

Sevk

- Ayırıcı tanıda güçlük
- Organik sorun
- Psikoterapi gereksinimi
- Öyküde başka bir psikiyatrik hastalık hikayesinin bulunması
- Diğer eşlik eden hastalıklara bağlı intihar riski olması durumlarında hasta sevk edilmelidir.

Kaynaklar

1. Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, 4. basım (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington 2000'den çeviri. Köroğlu E (çeviri ed). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2001.
2. Kaplan H, Sadock B. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 6th ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 2000.
3. Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B. Current Diagnosis and Treatment in Psychiatry. McGraw Hill, 2000.
4. Hahn RK, Albers LJ, Reist C. Current Clinical Strategies: Psychiatry 1999-2000 Edition. Current Clinical Strategies Publishing. New York.



UYKU BOZUKLUKLARI

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Yaşamın üçte biri uykuda geçer. Sağlıksız bir uyku günlük yaşamı doğrudan etkiler. Uykuya 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 ve/veya uykuyu sürdürme sorunu olarak tanımlanabilir. Uykusuzluğun dört haftadan uzun sürmesi, kronik uykusuzluk olarak değerlendirilir.

1. Primer uykusuzluk: çevresel veya psikolojik herhangi bir neden yoktur.
2. Sekonder uykusuzluk: Aşağıdaki nedenlere bağlı olarak ortaya çıkar:
 - Stres
 - Anksiyete
 - Depresyon
 - Ağrı
 - Bazı ilaçlar (bazı antihipertansifler, beta blokerler, dekonjestanlar, oral kontraseptifler, kafein içeren ağrı kesiciler, teofilin preparatları)
 - Bazı hastalıklar (kronik obstrüktif akciğer hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, hipertiroidi)
 - Alkol ve madde bağımlılığı
 - Diğer etkenler (vardiyalı çalışma, jet lag ve benzerleri)

Tedavi

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

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

Uyku hijyeni ilkeleri

- Her gün düzenli egzersiz yapılmalı, egzersiz yatma vaktinden 6 saat önce sonlandırılmalıdır.
- Akşam ağır yemekler yenilmemelidir.
- Akşam yemekten sonra alkol, kolalı içecek, kahve, çay ve sigaradan kaçınılmalıdır.
- Yatmadan 2 saat önce sıcak banyo yapılmalıdır.
- Yatak odasının fiziksel şartları (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, kalkarak rahatlatıcı, çok hareket gerektirmeyen, tekdüzeliği olan bir uğraşıda bulunulmalı, heyecan verici televizyon programları ya da kitaplardan kaçınılmalıdır.
- Herhangi bir nedenle geç yatılsa bile sabah aynı saatte kalkılarak günlük yaşama geçilmeli ve gündüz uyumamalıdır.
- Uyandıktan sonra hemen yataktan çıkılmalıdır.

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

Uykusuzlukta kullanılan ilaç grupları

1. 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 rehberine bakınız. Sayfa 235)

2. 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.

3. Doksilamin: Sedatif etkili bir antihistaminiktir. Bu nedenle uykuya geçişi kolaylaştırır. Etki süresinin uzun olması ertesi gün uyuşukluğa yol açabilir. Yatmadan 30 dakika önce 25 mg dozunda alınır. İki haftadan uzun süreyle ve 12 yaşın altındaki çocuklarda kullanılmamalıdır.

Benzodiazepinler ve *zopiklon* yeşil reçeteyle verilir. Bağımlılık yapabilir, bu nedenle suistimal edilirler. İdeal olarak yalnızca akut sorunlarda kısa süreli olarak kullanılmalıdırlar. Uzun süreli kullanımın en önemli sakıncası ilacın kesilmesi ertesinde ortaya çıkan 'rebound' uykusuzluk ve yoksunluk sendromudur. Tercihen bir hafta kullanılmalıdırlar. Daha uzun süreli tedavi için aralıklı kullanım tercih edilmelidir. **Alkol ile birlikte alınmamalıdırlar.**

AŞIRI UYKU DURUMU

Uyku gereksiniminin artması, istenmeyen durum ve ortamlarda uykuya geçiş olmasıdır. En sık görülen neden uyku apne sendromudur.

UYKU APNE SENDROMU

Horlama sosyal bir semptom gibi görülmekle birlikte, hastanın uyurken solunumunun durduğunun yatak eşi tarafından fark edilmesi (tanıklı apne) ile birlikte bulunduğu uyk u apne sendromu gibi ciddi sonuçları olan bir hastalığa işaret edebilir. Hastalığın üçüncü 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 sırtüstü değil daha çok yan pozisyonlarda yatılması
3. Alkol ve her türlü sedatif-hipnotik ilaç kullanımından kaçınılması

Sevk

Horlama, tanıklı apne ve aşırı uyku halinden yakınan hastalar ilgili alanda bir uzmanın bulunduğu bir merkeze sevk edilmelidir.

Kaynaklar

1. Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. Meta-analysis of Benzodiazepine Use in The 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. Kayaalp SO, editör. Türkiye İlaç Kılavuzu 2001 Formüleri, İstanbul: Turgut Yayıncılık; 2001.
4. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 8. baskı. Ankara: Feryal Matbaası, 2001.



DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Demir eksikliği anemisi dünyada en sık karşılaşılan anemidir.

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

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 içi yanı sıra parmak uçları da soluksa ağır anemi olarak değerlendirilir.

Demir eksikliği anemisi olasılığının arttığı grup ve 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 menstrüasyonu başlamış olan kız çocukları
- Doğurganlık yaşındaki kadınlar
- Gebeler
- Hayvansal besinlerden yoksun beslenme, kronik kan kaybı, bağırsak paraziti veya çeşitli nedenlere bağlı malabsorpsiyonu olan hastalar

Tanı

Belirti ve Bulgular

Solukluk (özellikle avuç ve mukoza solukluğu), halsizlik, 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, ağız köşelerinde ragadlar, yutma güçlüğü, üfürüm.

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

Laboratuvar

- Hemoglobin, hematokrit, eritrosit sayısı ve ortalama eritrosit hacmi azalır.
- Periferik yaymada hipokromi, mikrositoz ve anizositoz görülebilir. Normoblast görülmesi demir eksikliği anemisi olmadığını düşündürür. (Sayfa : 312-315)

Tedavi ve İzlem

- Hemoglobin açığını düzeltmek ve depo demirini yerine koymak için demir verilmesi gerekir. İki değerlikli *demir (ferro) sülfat*, tercih edilen, standart oral demir preparatıdır.
- Erişkinde 150-200 mg/gün *elementer demir*, (aç olarak, 2-3 dozda)
- Çocukta 4-6 mg/kg/gün *elementer demir* (aç olarak, 2-3 dozda)
- Oral *demir* kullanımıyla kan değerleri, aneminin derecesine göre 1-2 ayda normale döner.
- Hemoglobin normal düzeye ulaştıktan sonra, depo demirini yerine koymak için, tedavi erişkinde 3-6 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.

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

Oral *demir*, süt ve antasitlerle birlikte kullanılmamalıdır.

Tetrasiklinler ve kinolonlar *demir* emilimini azaltabilir.

Oral demir kullanımında bulantı, kusma, karın ağrısı, kabızlık ve ishal gibi yan etkiler olabilir, bu durumda ilaç tok karına alınabilir. Ayrıca, dışkı siyaha boyanabilir. Şurup veya damla kullanılan çocuklarda dişler de boyanabilir.

Yüksek dozda *demirin* özellikle çocuklarda toksik olduğu unutulmamalıdır.

Sevk

- 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
- Oral *demir* tedavisinin uygun ve düzenli kullanımına karşın, 3 hafta sonra avuç

solukluğunda düzelme olmaz ya da hemoglobin düzeyindeki artış <2 g/dl ise, tedaviye yanıtızsızlık düşünülerek

- Belirgin splenomegali ve/veya hemoliz bulguları ve/veya ailede hemolitik anemi öyküsü varsa, hemolitik anemi düşünülerek
- Dışkıda kan varsa, özellikle erişkinde, mide-bağırsak sistemi tümörü düşünülerek
- Anemi ile birlikte kalp yetersizliği bulguları varsa ağır anemi düşünülerek
- Anemi nedeni açıklanamayan hastalar
- Bütün yaşlı hastalar, malignite riski nedeniyle sevk edilmelidir.

Ayırıcı tanı

Birinci basamakta, tedavinin başarısız kaldığı hastalarda, ayırıcı tanıda, ülkemizde sık görülen ve tedaviye yanıtızsız hipokromik-mikrositer anemiye yol açan iki anemi olan **talasemi** (hasta ve taşıyıcıları) ile **kronik hastalık anemisi** akılda tutulmalıdır.

Korunma

- Bebeklerde ilk 6 ayda yalnızca anne sütü verilmeli, 6. aydan sonra, özellikle demirden zengin ek besinlere mutlaka başlanmalıdır. Zorunluluk olmadıkça, bir yaştan altındaki bebeklere tam inek sütü verilmemelidir.
- Anne sütü alamayan, demir ile zenginleştirilmiş mama verilemeyen durumlarda, oral *demir sülfat* verilmelidir:
 - Prematüre bebeklere 2. aydan başlayarak 1 yaşına kadar 2 mg/kg/gün, en çok 15 mg/gün,
 - Zamanında doğan ve doğum ağırlığı normal olan bebeklerde 4. aydan başlayarak 1 yaşına kadar 1 mg/kg/gün, en çok 15 mg/gün
- Gebelik ve emzirme döneminde 60-120 mg/gün *demir sülfat* kullanılmalıdır. Hastalara demirden (sakatat, kırmızı et, beyaz et, yumurta sarısı, kuru baklagil) ve özellikle tahılda bulunan demirin emilimini artıran C vitamininden zengin besinlerle düzenli beslenme önerilmelidir.

Kaynaklar

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 Graw Hill 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. Lansowsky P. Iron deficiency anemia. Lansowsky 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.



BEL AĞRISI

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Bel ağrısı, işgücü ve geçici veya kalıcı fonksiyon kaybına neden olduğundan toplumların temel sağlık sorunlarından biridir. Gelişmiş ülkelerde nüfusun %60-80'i yaşamın bir döneminde bel ağrısı ile karşılaşır.

Bel ağrısı nedenleri çeşitlidir, ancak %80-90'ı mekanik kaynaklıdır (kas zorlanması, disk hernisi, spondilolistezis, osteoartrit, spinal stenoz). Kesin nedeni belirlemek her zaman kolay olmamakla birlikte, bel ağrısı oluşumunda ağır yaşam koşulları, vücut mekaniklerinin yanlış kullanımı, halter, futbol, güreş gibi spor etkinlikleri, sigara, obezite, ağır fiziksel aktivite gerektiren meslekler gibi faktörlerin rol oynadığı gösterilmiştir.

Tanı

Tanıya ayrıntılı sorgulama, fizik muayene ve yardımcı tanı yöntemleri (laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri) ile ulaşılır.

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

Semptomlar

- Bel ağrısı ve/veya bacak ağrısı
- Hareket kısıtlılığı
- Bacaklarda uyuşma, karıncalanma, kuvvetsizlik
- 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 faktörler, arttıran veya azaltan faktörler, niteliği (künt, zonklayıcı gibi), ağrının niceliği, ağrıyla birlikte bulunan belirtiler, hastanın daha önce aldığı tedaviler gibi.

Mekanik kaynaklı bel ağrılarında, ağrı istirahat ile azalır, aktivite ile artar, sabah tutukluğu yok veya kısa (5-10 dak.) sürelidir. Enflamatuvar bel ağrılarında ise ağrı istirahat ve sıcak uygulamayla artar, egzersizle 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 muayene

Sistemik fizik muayene yapılmalıdır. Ayrıca bel bölgesi kas iskelet sistemi ve nörolojik muayene üzerine yoğunlaşılmalıdır.

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

Ayırıcı Tanı

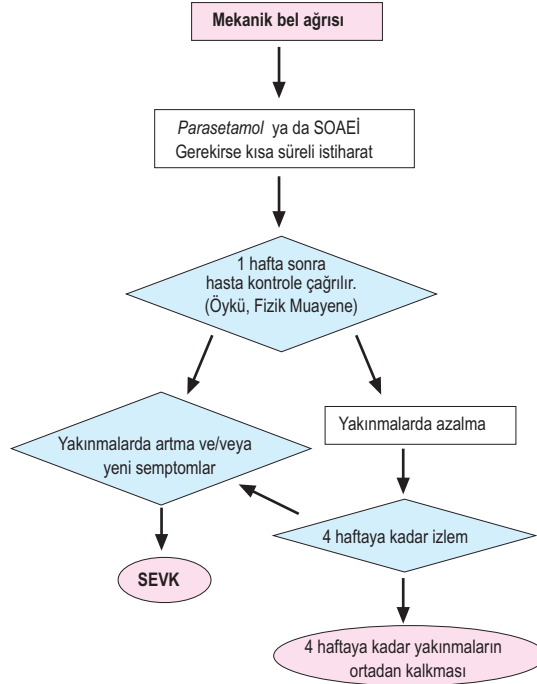
Mekanik bel ağrısının sinir kökü ağrısı ve olası ciddi spinal patolojilerden ayrımı yapılmalıdır.

Mekanik bel ağrısı	Sinir kökü ağrısı	Olası ciddi spinal patolojiler (Fraktür, malignite, enflamatuvar ve enfeksiyöz hastalıklar)
20 – 55 yaş Ağrı bel – kalça – bacağın üst kısmında Mekanik ağrı Genel durum iyi	Bel ağrısından daha yoğun tek taraflı bacak ağrısı Ağrıda ayak ve parmaklara yayılma Duyu, refleks, motor değişiklikler Pozitif sinir germe testleri cauda equina sendromu (mesane, bağırsak sfinkter disfonksiyonu, her iki bacakta nörolojik bulgular)	<20 - >55 yaş Mekanik olmayan ağrı Gece ağrısı Torasik ağrı Malignite öyküsü Kilo kaybı Ateş Yapısal deformite Yaygın nörolojik bulgular
TEDAVİ ET	SEVK ET	SEVK ET

Tedavi

Mekanik bel ağrısı tedavisinde temel ilke ağrıyı azaltmak, bele hareket yetisi kazandırmak, kişiyi sosyal yaşamına döndürmektir. Mekanik nedenli ağrıların çoğu hiçbir tedavi olmadan da zaman içinde kendiliğinden düzelme eğilimindedir.

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



İzlem

İzlem süresi 1-4 haftadır.

Sevk

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

Kaynaklar

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.



OSTEOARTRİT

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

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

Etyolojide rol oynayan faktörler:

- Yaşlılık
- Genetik özellikler
- 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 (Öm: kanser, polimiyalja romatika gibi) yapılmalıdır.

Fizik muayene

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

Laboratuvar

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, subkondral kistler

Ayırıcı tanı

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

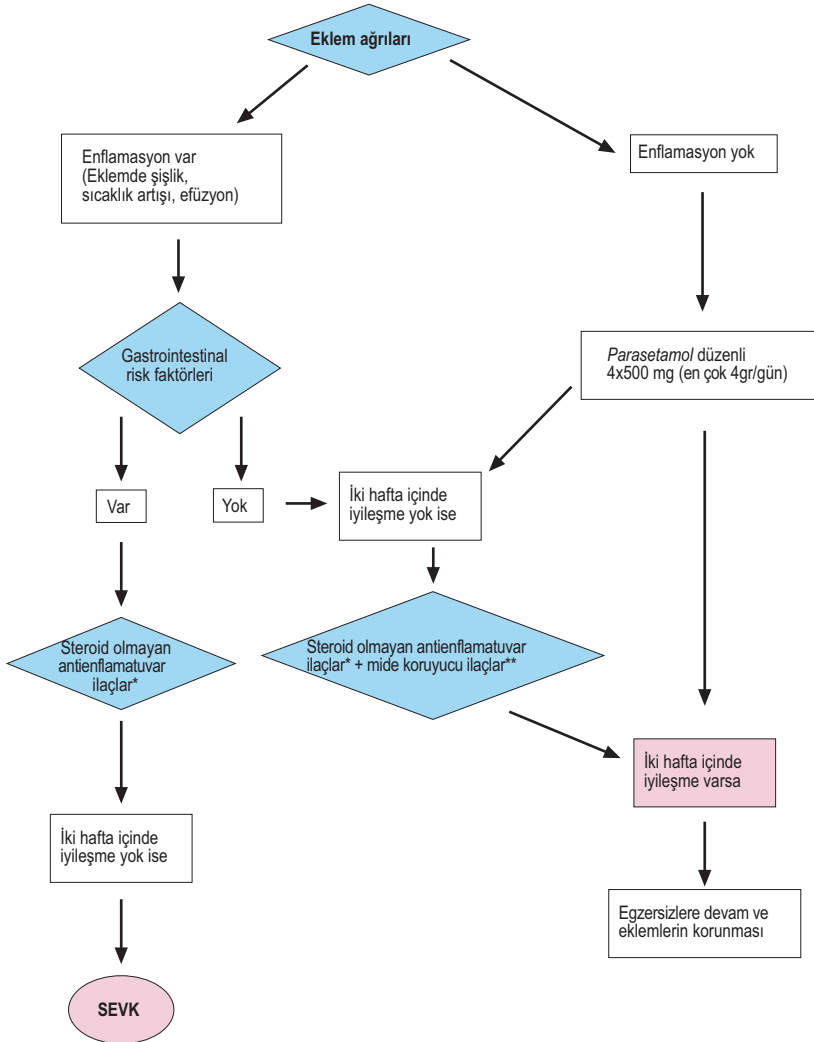
Tedavi

Hastalığın kesin tedavisi yoktur. Tedavide amaç, ağrıyı azaltmak ve eklem hareketliliğini artırarak yaşam kalitesini yükseltmektir. İlaç dışı tedavi en az ilaç tedavisi kadar önemlidir.

İlaç dışı tedavi

- Hasta eğitimi (örneğin, diz ve kalça osteoartritinde eklem binen yükü azaltmak için sağlam tarafta baston kullanımı gibi), psikolojik destek
- Kilo verme (obez hastalar için). (Obesite rehberine bakınız. Sayfa 277)
- Egzersiz (düzenli olarak haftada 3 gün 30-45 dakika yürüme, eklem çevresi kaslarını güçlendirme egzersizleri, normal eklem açıklığı egzersizler, aerobik egzersizler)
- Enflamatuvar atak döneminde istirahat, soğuk uygulama ve elastik bandaj
- Kronik dönemde lokal sıcak uygulama
- Eklemlerin zorlanması engellenmesi

İlaç Tedavisi



(*) Farklı steroid olmayan antiinflamatuar ilaçlar (SOAEI)'lar arasında etkinlik bakımından fark bulunmamıştır.

(**) SOAEI'ye bağlı gastropatilerde PGE₂ analogu veya proton pompası inhibitörleri önerilmektedir.

SOAEİ Kullanımının gastrointestinal yan etkiler açısından risk faktörleri

- 65 yaş ve üzerinde olmak
- Geçirilmiş peptik ülser öyküsü
- Geçirilmiş üst GİS kanama öyküsü
- Antikoagülan veya glukokortikoidlerin kullanımı
- Eşlik eden başka bir hastalığın olması

Basit analjezikler ve SOAEİ'in kullanımında dikkat edilmesi gereken noktalar

- Kronik alkol kullanımı ve karaciğer hastalığı, *parasetamol* toksisitesini artırır.
- SOAEİ'lar sıklıkla gastrointestinal hasara yol açabilirler. Bu problemler %50 hastada hiçbir ön belirti vermeden başlayabilir.
- Aktif ülseri olan hastalarda SOAEİ'lar kontrendikedir.
- SOAEİ'lar, karaciğer, böbrek, kardiyovasküler ve pulmoner sistem (örneğin KOAH, astım) hastalıklarında dikkatli kullanılmalıdır.
- Aynı anda birden fazla SOAEİ kullanılmamalıdır.
- SOAEİ'ların antikoagülanlar (antagonist), lityum (atılımını azaltarak toksik etki), anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (antagonist), diüretikler (nefrotoksisite) ve antihipertansifler (antagonist) ile etkileşir.
- SOAEİ'ların kullanımına mümkün olan en düşük dozla ve en çok 3 hafta için başlanmalı, uzun süreli tedavi ve yüksek dozlardan kaçınılmalıdır.
- Yaşlı hastalarda yarı ömrü kısa olan SOAEİ'lar tercih edilmelidir.

Sevk

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

Kaynaklar

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, Moskowitz 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, Moskowitz RW, Schnitzer TJ. Guidelines for the Medical Management of Osteoarthritis. Part II. Osteoarthritis of the Knee. *American College of Rheumatology. Arthritis Rheum.* 1995;11:1541-46.
4. Kas, İskelet ve Eklem Sistemi Hastalıkları. Kayaalp SO Editör. Türkiye İlaç Kılavuzu 2001 Formülleri, İstanbul:Turgut Yayıncılık, 2001.
5. Manek NJ, Lane NE, Osteoarthritis: Current Concepts in Diagnosis and Management. *Am Fam Physician.* 2000; 61:1795-804.



OSTEOPOROZ

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Osteoporoz, kemik dokusunun, kütleğinde azalma ve mikro-mimari yapısında bozulma sonucu, kemik kırılabilirliği ve kırık olasılığının artmasıyla tanımlanır.

Primer osteoporoz

En sık görülen tiptir. Menopoz sonrası osteoporoz, 70 yaş üstündekileri etkileyen yaşa bağlı senil osteoporoz ve menopoz öncesi kadınlarla orta yaşlı erkekleri etkileyen idiyopatik osteoporoz gibi alt tipleri vardır.

Sekonder osteoporoz

İlaç kullanımı, kortikosteroid fazlalığı, enflamatuvar eklem hastalıkları (romatoid artrit, ankilozan spondilit gibi), kemik yapısını etkileyen endokrin hastalıklar nedeniyle gelişir.

Risk faktörleri

- Diyetle yetersiz kalsiyum, D vitamini ve aşırı miktarda protein alımı
- Aile öyküsü
- 45 yaşın altındaki menopoz, cerrahi menopoz
- Geç menarş (>16 yaş)
- İleri yaş (>65 yaş)
- Hipogonadizm
- İmmobilizasyon ve sedanter yaşam
- Aşırı sigara, alkol ve kafein tüketimi
- Yetersiz güneş ışığına maruz kalma (örneğin; kapalı giyinme)
- Kısa boy ve ince vücut yapısı
- Cinsiyet: Kadınlarda erkeklerden daha sıktır.

Belirti ve bulgular

Sırt ağrısı (akut/kronik), travma olmaksızın veya minimal travma ile oluşan kırıklar (vertebra, önkol distali, femur proksimali, pubis ve kosta), torakal kifoz, skolyoz ve boyda kısalma.

Tanı

Hastada risk faktörlerinin varlığı, fizik muayenede postür değişiklikleri ve boy kısalması osteoporozu düşündüren bulgulardır. Seksen yaşın üstünde ve travmaya bağlı olmadan kırık gelişen hastalarda başka bir tetkik yapmadan osteoporoz tedavisine başlanmalıdır.

Tedavi

Tedaviden çok korunma önemlidir. Maksimum kemik kütlesi otuzlu yaşlara kadar olduğundan, çocukluk ve gençlik döneminde yeterli kalsiyum ve *D vitamini* alımı, çok önemlidir.

Profilaktik ilaç uygulamasının etkisi yoktur.

Tedavide hastaya göre yaklaşım önerilir.

Tablo : Yaşlara göre günlük kalsiyum gereksinimi (mg/gün).

Yaş	Gereksinim (mg/gün)	Yaş	Gereksinim (mg/gün)
0-5 ay	400	18-50 yaş	1.000
6 ay- 1 yaş	600	50-64 yaş	1.200
1-8 yaş	500-800	65 yaş ve üstü	1.500
8-18 yaş	1.300	Gebelik ve laktasyon	1.300

Korunma

- Yeterli kalsiyum alımı (Tablo): Risk faktörleri olanlarda 1.000-1.500 mg/gün kalsiyum alımı sağlanmalıdır. Diyetle yeterli kalsiyum alımının sağlanamadığı durumlarda ağızdan kalsiyum preparatları, tercihen akşam verilebilir. Bir su bardağı süt veya 1 kase yoğurt veya 100 g beyaz peynir yaklaşık 250 mg kalsiyum içerir.
- Yeterli *D vitamini* alımı: Yeterince güneşe maruz kalmayan kişiler ve yaşlılarda 400-800 iü/gün *D vitamini* ağız yoluyla verilebilir.
- Düzenli fiziksel aktivite: Haftada 3-4 gün 1 saat, yüz, kol ve bacaklar doğrudan güneş ışığına maruz kalacak şekilde, yürüyüş, koşu gibi kemiğe yük bindirici egzersizler yararlıdır.
- Sigara içilmemesi, aşırı alkol ve kafein tüketilmemesi önerilmelidir.
- Düşmelerin engellenmesi için önlem alınmalıdır. Hastalar kırık oluşturabilecek düşme risk faktörleri (örneğin genel düşkünlük hali, denge ve görme bozukluğu, sedatif kullanımı gibi) açısından uyarılmalıdır.

Sevk

- İki ve daha fazla risk faktörü olan, menopoz sonrası dönemdeki kadınlar
 - Radyografide ileri derecede osteopeni (kemik yoğunluğunda azalma) saptananlar
 - Sekonder osteoporoza yol açabilecek hastalığı olanlar
 - Osteoporoza ilişkin semptom belirten hastalar
- sevk edilmelidir.

Kaynaklar

1. Delaney MF, LeBoff MS. Metabolic Bone Diseases. Ruddy S, Harris ED, Sledge CB, ed. Kelley's Textbook of Rheumatology. Philadelphia: Saunders 2001;1635-52.
2. Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy. NIH Consensus Statement. March 27-29; 2000; 17(1):1-36.
3. Lane JM, Nydick M. Osteoporosis: Current Modes of Prevention and Treatment. J Am Acad Orthop Surg. 1999;7:19-31.
4. Sambrook PN, Dequeker J, Rasp HH. Osteoporosis. Klippel JH, Dieppe PA, ed. Rheumatology. London: Mosby; 1998; 8.36.1 – 8.41.11.
5. Hahn BH. Osteopenic Bone Diseases. Koopman WJ ed. Arthritis and Allied Conditions. Baltimore: Williams and Wilkins; 1997;2203-31.
6. Yılmaz C. Tüm Yönleriyle Osteoporoz. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi; 1997.
7. Riggs BL, Melton LJ. The Prevention and Treatment of Osteoporosis. N Engl J Med. 1992;327:620-7.



DIABETES MELLİTUS

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Diabetes mellitus (DM), insülin eksikliği ya da insüline karşı direnç nedeniyle oluşan ve hiperglisemi ile karakterize bir metabolizma bozukluğudur. Görülme sıklığı, 20 yaş üstünde %7,2'dir. Açlık kan/plazma şekeri normal sınırlarda olanların tokluk kan şekeri düzeyleri incelendiğinde, en az %33'ünün DM tanısı alma olasılığı olduğu görülür.

Risk faktörleri

Yaş, şişmanlık, sedanter yaşam, ailede diyabet varlığı, gestasyonel diyabet öyküsü. Hastaların %50'sine hipertansiyon eşlik eder.

Tanı

Semptomlar

Belirgin bir semptom olmayabilir.

- Ağız kuruluğu
- Halsizlik
- Kilo kaybı
- Vajinal kaşıntı
- Polidipsi
- ve/veya akıntı
- Polifaji
- Bulanık görme
- Çabuk acıkma
- Yaraların geç iyileşmesi
- Poliüri
- Erektile disfonksiyon
- Tekrarlayan deri enfeksiyonları
- El ve ayaklarda karıncalanma ve yanma
- Mide bulantısı
- Uyku hali

Fizik muayene

Hastada belirgin bir muayene bulgusu olmayabilir. Yine de

- Boy-kilo ölçümü
 - Bel, kalça çevresi ölçümü
 - Vücut Kitle İndeksi (VKİ: kg/m^2)
 - Göz dibi muayenesi (mümkünse)
 - Periferik damar muayenesi
 - Ayak muayenesi
 - Kan basıncı ölçümü
 - Nörolojik muayene
- yapılmalıdır.

Laboratuvar

Rastgele ölçümlerde, kan/plazma glikoz düzeyinin 200 mg/dl değerinden yüksek olduğunun **bir kez** saptanması DM tanısı için yeterlidir.

Açlık kan/plazma şekeri (AKS)	OGTT 2. saat kan/plazma şekeri*	Tanı
70-110 mg/dl	-	Normal
³ 126 mg /dl**	-	Diyabet
110-125 mg/dl	ve ³ 200 mg/dl	Diyabet
<126 mg/dl	ve 140-200 mg/dl	Bozulmuş Glikoz Toleransı
110-125 mg/dl	ve <140 mg/dl	Bozulmuş Açlık Kan/Plazma Glikozu

* Yukarıda sayılan diyabet semptomlarından biri ve/veya risk faktörlerinden biri ve/veya komplikasyonlarından biri varsa “Oral Glikoz Tolerans Testi” (OGTT) gereklidir. OGTT, 10 saatlik açlık sonrasında hastaya 75 gram glikoz içirilerek yapılır. Tokluk kan/plazma şekeri değeri makrovasküler komplikasyonlar ile doğrudan ilişkilidir.

** En az iki kez tespit edilmelidir.

Tedavi

Amaç, kan/plazma şekerini düzenlemek ve DM ile birlikte sık görülen lipid profil bozukluğu, kan basıncı yüksekliği ve diğer mikro/makrovasküler patolojileri önlemek yoluyla komplikasyonları engellemektir.

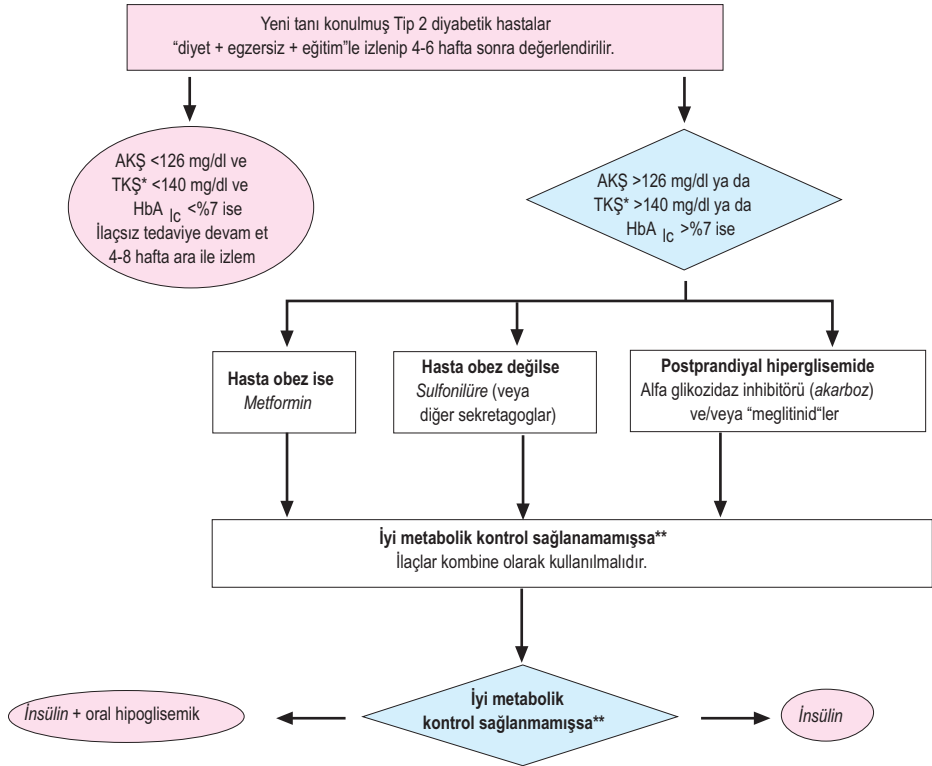
İlaçsız tedavi

1. Eğitim: Hastaya hastalığı, tedavi edilmezse DM'nin yol açacağı komplikasyonlar, hipoglisemi belirtileri ve alınabilecek önlemler, diyet, egzersiz, ayak bakımı ve uygulama yöntemleri hakkında bilgi verilmelidir.
2. Diyet tedavisi: Amaç, hastanın ideal ağırlığına ulaşması, bu ağırlığın korunması ve yemek sonrası kan/plazma glukozunda ani yükselmelerin engellenmesidir. İdeal ağırlık cinsiyete ve yaşa göre değişir. Vücut kitle indeksinin $[VKI] = \frac{\text{Vücut ağırlığı (kg)}}{\text{boy (m)}^2}$ 19-25 arasında olması hedeflenir. Hastaya verilecek kalori, hedef ideal ağırlığa göre hastanın yaşı, cinsiyeti, mesleği ve fizik aktivitesi dikkate alınarak hesaplanır. Hastanede yatan hastaların büyük kısmının enerji gereksinimi, vücut ağırlığının kilogramı başına 25-35 kcal hesabıyla karşılanabilir. Hasta, zayıfsa, günlük kalori miktarı 200-400 kcal artırılabilirken şişmansa azaltılmalıdır. Sağlık ocağında, belirli kalori miktarı içeren standart diyet örnekleri, gıda değişim listeleri geçici olarak kullanılabilir.
3. Egzersiz: Uygun bir egzersiz programı, haftada 3-4 kez yapılacak, kalp atım sayısını %50 artıracak, 30-40 dakikalık tempolu yürüyüş gibi bir aktiviteden oluşmalıdır. Egzersiz programına başlamadan önce mutlaka sistemik muayene yapılmalı, hasta özellikle kardiyovasküler açıdan değerlendirilmelidir.
4. Sigara ve alkol kullanılmaması önemlidir. (Sigara bırakma rehberine bakınız. Sh. 293)

İlaç tedavisi

- Tip 1 DM kuşkusuz olan veya yeni tanı konulmuş hastalar acilen sevk edilmelidir. İleri inceleme ve tedavi planlanmasından sonra, hasta uzman önerileri çerçevesinde birinci basamakta izlenebilir.
- Tip 2 DM'li hastaların yaklaşık %30'u “diyet + egzersiz + eğitim” ile yıllarca metabolik olarak kontrol altında tutulabilir.
- Tip 2 DM'de oral antidiyabetikler düşük dozda başlanır ve kan glukoz değerlerine göre dozları ayarlanır.

- Tip 2 DM'de kullanılan oral antidiabetiklerin hipoglisemi yapıcı etkilerine karşı hastalar bilgilendirilmelidir.



*TKŞ: Tokluk Kan/Plazma Şekeri: Öğünden iki saat sonra alınan kan/plazma şekeri.

** İleri tetkik ve tedavi için uzmana sevk edilmelidir. Düzenlenen tedavi protokolü ve uzman önerileri çerçevesinde izlenebilir.

Temel ilaçlar

- 1. Metformin:** Periferik insülin direncini düşürdüğü için özellikle obez hastalarda tercih edilir. 850 mg dozla başlanır. Tek veya iki doz olarak yemeklerden sonra verilir. En yüksek günlük doz 2,5 gr'dır.
- 2. Akarboz:** Bağırsaklardan glikoz emilimini geciktirir. Başlangıç dozu, günde üç kez 50 mg'dır. İlaç yemeğin ilk lokması ile birlikte alınmalıdır. Gastrointestinal sistem yakınmalarına yol açabilir. Bu yakınmaları azaltmak ve hasta uyuncunu arttırmak için 25 mg dozda da başlanabilir. Gerekirse doz 3x100 mg'a kadar yükseltilebilir.
- 3. İkinci kuşak sulfonilüreler:** İnsülin salgılanmasında artış sağlayarak etki gösteren bu grup ilaçlar genellikle, yemeklerden 20-30 dakika önce alınmalıdır.
 - **Gliklazid:** Tedaviye 40-80 mg arasında bir dozla başlanır ve yanıtı göre doz ayarlanır. Tek dozda en fazla 160 mg kahvaltıda alınır. Daha yüksek dozlar günde 2 ya da 3'e bölünerek verilmelidir. En yüksek günlük doz 320 mg'dır.

- **Glipizid:** Tedaviye 2,5 ile 5 mg arasında bir dozla başlanır. En yüksek günlük doz 20 mg'dır. Kahvaltıdan önce 15 mg'lık tek doz şeklinde uygulamak mümkündür. Daha yüksek dozlar 2 ya da 3'e bölünerek verilebilir.
 - **Glibenklamid:** Tedaviye 5 mg (yaşlılarda 2,5 mg) dozla başlanır ve yanıtı göre doz artırılabilir. En yüksek günlük doz 15 mg'dır ve 3'e bölünerek verilebilir.
 - **Glibornurid:** Tedaviye 12,5 mg dozla başlanır. Tek doz uygulanır. 75 mg'lık en yüksek doza kadar çıkılabilir.
 - **Glimepirid:** Tedaviye 0,5-1 mg arasında bir dozla başlanır. 1-2 haftada bir 1 mg'lık artışlarla doz ayarlanabilir. Tek veya iki dozda verilmelidir. En yüksek günlük doz 6 mg'dır.
- 4. Meglitinidler:** *Nateglinid* ve *repaglinid* gibi ilaçlar insülin salgılanmasını hızla artırır, ancak bazal düzeylerine hızla dönmesini sağlar. Dolayısıyla, postprandiyal kan/plazma glukozunun etkin kontrolünü sağlamak ve fizyolojik bir plazma insülin profili elde etmek mümkün olabilir.
- 5. Tiyazolidindionlar:** *Rosiglitazon*, *pioglitazon* gibi ilaçlar periferik dokuların insüline duyarlılığını artırarak insülin direncini azaltırlar.
- 6. İnsülin :** Birinci basamakta zorunlu olmadıkça başlanmamalıdır. Uzman önerileri çerçevesinde izlem ve doz ayarlanması yapılabilir.

Adjuvan tedavide kullanılan ilaçlar

1. Tatlandırıcılar: Gerekse duyan hastalarda yapay tatlandırıcı olarak aspartam, sakarin, sodyum *siklamat* kullanılabilir. Tatlandırıcılar yüksek dozda kullanılmamalıdır.
2. *Asetil salisilik asit*: Diyabet komplikasyonları arasında yer alan aterosklerozu önlemek amacıyla 80 mg/gün dozda sürekli kullanılabilir.
3. Hipertansiyonu olan hastalarda anjiyotensin dönüştürücü enzim (ADE) inhibitörleri, anjiyotensin reseptör blokörleri veya kalsiyum kanal blokörleri kullanılabilir. Hipertansiyon tedavisindeki amaç hemodinamiği bozmayan en düşük sistolik ve diastolik kan basıncına ulaşmak olmalıdır.
4. Dislipidemi varsa, obez hastalarda yaşam tarzı değişiklikleri, egzersiz, diyet, kontrollü kilo verme, sigara bırakma öncelikle düşünülmelidir. Bu değişikliklere 3-6 ayda yanıt alınamıyorsa, total kolesterol düzeyini 160 mg/dl, LDL-kolesterol düzeyini 100 mg/dl altında tutmak için ilaç tedavisi düzenlenmelidir. Hiperkolesterolemili hastalarda ilk seçilecek ilaçlar statinler olmalıdır. 2-3 aylık iyi glisemik kontrole karşın trigliserid ve VLDL yüksek ise *gemfibrozil* veya *fenofibrat* başlanabilir.

İzlem

Diyabetik hasta, kan şekeri kontrol altına alınana dek haftada 1-2 kez, sonra üç ayda bir izlenmelidir. İzlemede, açlık kan şekeri, postprandial ikinci saat kan şekeri, HbA_{1c} (mümkünse 6 ayda bir), genel fizik muayene, ağırlık izlemi, kan basıncı ölçümü, ayak muayenesi gereklidir. Yaşam tarzında yapılması gereken değişiklikler hasta eğitimi çerçevesinde sürekli vurgulanmalıdır. Her yıl ek olarak ayrıntılı göz dibi muayenesi

IC

yapılmalı, kan biyokimyası değerlendirilmeli, 24 saatlik idrarda mikroalbüminüri düzeyi ölçülmeli, elektrokardiyogram çekilmelidir. Diyabetli hastalarda kardiyak sessiz iskemi yönünden dikkatli olmak gereklidir.

Sevk

- Kan şekerinin ölçülemediği durumlarda hastaların birinci basamakta izlemi ve tedavisi mümkün değildir.
- Diyabetik koma ve prekomalarda yeterli hidrasyon sağlanarak hasta sevk edilmelidir.
- Gebe diyabetikler
- Ağır nefropatisi olanlar
- Retinopatisi olanlar
- Ağrılı nöropatisi olanlar
- Tip 1 DM'si olanlar
- İyileşmeyen diyabetik yaraları, diyabetik ayağı olanlar
- Otonom nöropati saptananlar
- Her şeye rağmen diyabeti kontrol edilemeyenler
- Kronik karaciğer hastalığı olanlar
- Ağır hiperglisemik ve genel durumu bozuk hastalar uzmana sevk edilmelidir. Yaşamı tehdit eden durumlarda hasta, hipoglisemi riski yaratmayacak dozlarda *kristalize insülin* uygulanarak sevk edilmelidir.
- Tedavi altındaki hastalar hipoglisemi halinde ise yeterli glikoz verilerek acilen sevk edilmelidir. Nakil sırasında hipoglisemi ataklarını engelleyecek önlemler (glikoz infüzyonu ve *glukagon* enjeksiyonu) alınmalıdır.

Kaynaklar

1. The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care, January 2002; 25(Supplement 1): S5-S20.
2. American Diabetes Association. Evidence Based Nutrition Principles and Recommendations for the Treatment and Prevention of Diabetes and Related Complications. Diabetes Care, January 2002; 25(Supplement 1): S50-S620
3. American Diabetes Association: Standards of Medical Care for Patients with Diabetes Mellitus (position statement) Diabetes Care 2002; 25 (Supplement 1): S3333-S49.
4. DeFronzo RA. Pharmacologic Therapy for Type 2 Diabetes Mellitus. Ann Intern Med 1999;131:281-303.
5. Bonora E, Muggeo M. Postprandial Blood Glucose as a Risk factor for Cardiovascular Disease in type II Diabetes: the Epidemiological Evidence. Diyabetologica 2001;44: 2107-14.
6. The DIS Group. Risk factors for myocardial infarction and death in newly detected NIDDM: The Diabetes Intervention Study, 11-year Follow-up. Diyabetologia 1996; 39: 1577-83.
7. Ratner RE. Controlling Postprandial Hyperglycemia. Am J Cardiol 2001; 88(Supplement): 26H-31H.
8. Standard Treatment Guidelines and Essential Drugs List for South Africa. 1998:38-45.
9. Türkiye İlaç Kılavuzu 2001 Formüleri. Endokrin Sistem İlaçları. Kayaalp SO, ed. Türkiye İlaç Kılavuzu 2001 Formüleri. İstanbul: Turgut Yayıncılık, 2001; 308-19.



OBEZİTE

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Obezite bir hastalıktır!.. Vücut yağ miktarının artışıyla tanımlanır, metabolik ve damarsal morbidite açısından risk faktörü oluşturur.

Obezite, primer (eksojen) ve sekonder (metabolik, genetik, iyatrojenik) olarak ikiye ayrılır ve metabolik sendromun en önemli ögesidir. Primer obezite nedenleri, hareketsiz (sedanter) yaşam tarzı ve aşırı kalori alımıdır.

Obezite prevalansı Dünya’da %30 , Türkiye’de kadınlarda %29-46, erkeklerde %13-16’dır. Ülkemizde kilo artışının en hızlı olduğu dönem 30-40 yaş arasındır.

Obezlerde aşağıdaki hastalıkların görülme olasılığı artar:

- Diabetes mellitus
- Koroner kalp hastalığı
- Hiperlipidemi
- Hipertansiyon
- İnme (stroke)
- Diğer hastalıklar: Osteoartrit, safra taşı, uyku apnesi, kanser (erkeklerde kolon ve prostat; kadında meme, uterus ve mesane)

Kırk beş yaş üstü erkekler, menopozdaki kadınlar, sigara içenler, sedanter yaşam sürenler, ailelerinde hipertansiyon, kalp-damar hastalığı, diabetes mellitus olanlar bu hastalıklar açısından risk altındadır.

Çocukluk çağı, özellikle adolesan çağı obezitesi genellikle erişkin yaşta da sürer. Çocukluk obezitesi tanı ve tedavisi, erişkin çağıdaki kronik hastalıkları önleme açısından çok önemlidir.

Tanı

Obezite tanısı için antropometrik ölçümler yeterlidir.

- Vücut kitle indeksi (VKİ) en sık ve güvenilir olarak kullanılan ölçüttür:

$$VKİ = \text{Vücut ağırlığı (kg)} / \text{Boy}^2 (\text{m}^2)$$

VKİ’nin 30 kg/m² ve üstünde olması obezite olarak kabul edilir.

Risk altındaki kişilerde VKİ 27 kg/m² olması obezite kabul edilmelidir.

Çocuklarda ise VKİ’nin yaşa ve cinsiyete göre 95. persentilin üstünde olması obezite kabul edilir (Tablo 1).

- Bel çevresi ölçümü vücuttaki yağ dağılımının saptanmasında kullanılır. Bel çevresinin erkeklerde >102 cm, kadınlarda >88 cm olması abdominal obezite olarak değerlendirilir ve kardiyovasküler risk göstergesi kabul edilir. Bu değerler gebeler için geçerli değildir.

Ayırıcı tanı

Endokrin (hipotiroidi, Cushing sendromu, insülinoma, polikistik over sendromu, erkekte hipogonadizm), genetik nedenler ve ilaç kullanımı düşünülmelidir.

Laboratuvar

Olanak varsa, açlık ve tokluk kan şekeri, serum lipidleri (trigliserid, total kolesterol, LDL-kolesterol, HDL-kolesterol) değerlendirilmelidir.

Tedavi

Amaç, hasta için kabul edilebilir, gerçekçi bir kilo kaybı hedeflenerek, obeziteye ilişkin morbidite ve mortalite riskini azaltmak ve yaşam kalitesini yükseltmektir. Vücut ağırlığının 6 aylık dönemde %10 azalması obezitenin yol açtığı hastalıkların önlenmesinde önemli yarar sağlar.

1. Diyet

Diyetle haftada ortalama 500 gram kilo kaybı beklenir. Bu amaçla, düşük kalorili dengeli diyetler planlanmalıdır. Pratik yaklaşım olarak, kadınlar için 1.200 kcal/gün, erkekler için 1.400 kcal/gün orta derecede düşük kalorili diyet önerilebilir.

- Diyet bileşimi %20-30 yağ, %15 protein ve %55-60 karbohidrattan oluşmalıdır.
- Diyet yüksek lif oranı içermeli, doymuş yağ oranı azaltılmalı ve değişime olanak sağlanmalıdır.
- Diyetin öğünleri sık, miktarları az olmalı, sosyoekonomik koşullara uygun ve yaşam boyu uygulanabilir olmalıdır.
- **Kısa süreli, dengesiz ya da çok düşük kalorili diyetlerden kaçınmalıdır.**

2. Egzersiz

Egzersiz hastanın cinsiyeti, yaşı ve mevcut risk faktörlerine göre ayarlanmalıdır. Yürüyüş, güvenli ve kolay uygulanabilir olduğundan herkese önerilebilir. Günde 10 dakika olarak başlayıp haftada en az 5 gün 30-45 dakikaya çıkacak şekilde artırılmalıdır.

3. Davranış değişikliği

Hastanın yaşam şekli ve beslenme alışkanlıklarında kalıcı değişiklikler sağlanmaya çalışılır. Besin maddelerinin sağlıklı hazırlanış şekilleri önerilir.

Çocukluk çağındaki obezite tedavisi

- Mutlaka ailenin beslenme alışkanlığı değiştirilmelidir.

- İki yaş altındaki çocuklarda, motor gelişme geriliği yoksa kilo kaybı amaçlanmamalıdır.
- İki-yedi yaş arası çocuklarda amaç kilonun korunmasıdır. Ancak çocuk çok hızlı kilo almışsa ya da ailede başka obez bireyler varsa, ayda en fazla 500 gram ağırlık azalması sağlanmalıdır.
- Yedi yaşından büyük çocukların haftada 0,5-1 kg kaybetmesi sağlanmalıdır.

Sevk

- Diyet ve egzersiz tedavisine rağmen kilo kaybının olmaması
 - Stabil olmayan veya yeni ortaya çıkmış ek hastalıkların varlığı
 - Sekonder obezite
 - Hedeflenenden çok kilo kaybı
 - Yeme alışkanlıkları ve gerçekçi olmayan nedenlerle tedaviye uymama (psikotik hastalar)
- durumlarında hasta sevk edilmelidir.

Çocukluk çağında, obez çocukta kabızlık varsa hipotiroidi; mental retardasyon, gelişme geriliği ve minör malformasyonlar varsa genetik bazı sendromlar açısından çocuk sevk edilmelidir.

İzlem

- Ayda bir kez, mümkünse aynı tartı ile, ağırlık izlemi yeterlidir.
- Diyetle ilgili eğitim verilmelidir. Beklenen ölçüde kilo kaybı yoksa eğitim tekrarlanmalıdır.
- Beklenenden (3 ayda vücut ağırlığının %10'undan) çok kilo kaybı varsa hasta katabolizma açısından dikkatle ve daha sık aralıklarla izlenmelidir.
- Kan basıncı izlemi yapılmalıdır.

Tablo 1. Çocuklarda yaşa ve cinsiyete göre VKİ persentilleri

Yaş	Erkek			Kız		
	Persentil			Persentil		
	5	50	95	5	50	95
1	14,6	17,2	19,9	14,7	16,6	19,3
2	14,4	16,5	19,0	14,3	16,0	18,7
3	14,0	16,0	18,4	13,9	15,6	18,3
4	13,8	15,8	18,1	13,6	15,4	18,2
5	13,7	15,5	18,0	13,5	15,3	18,3
6	13,6	15,4	18,1	13,3	15,3	18,8
7	13,6	15,5	18,9	13,4	15,5	19,7
8	13,7	15,7	19,7	13,6	16,0	21,0
9	14,0	16,0	20,9	14,0	16,6	22,7
10	14,2	16,6	22,2	14,3	17,1	24,2
11	14,6	17,2	23,5	14,6	17,8	25,7
12	15,1	17,8	24,8	15,0	18,3	26,8
13	15,6	18,4	25,8	15,4	18,9	27,9
14	16,1	19,1	26,8	15,7	19,4	28,6

Tablo 2. Günlük enerji gereksinimine göre besin gruplarının tüketilmesi önerilen porsiyon sayıları*

Enerji	Tahıl	Meyve	Sebze	Süt ve ürünleri	Et, yumurta, kurubaklagil	Yağ
1.200	5	2	3	1,5	4	3
1.300	5	2	4	1,5	4	4
1.400	5	2	4	2	5	4
1.500	6	2	4	2	5	4
1.600	6	3	4	2	6	4
1.700	7	3	4	2	6	5
1.800	7	3	5	2	7	5

Besin gruplarının porsiyon miktar ve içerikleri için Sağlık Bakanlığı'nın Toplumun Beslenme Bilinçlendirilmesi adlı eğitim materyaline başvurulabilir.

*SIGN obezite kılavuzundan aktarılmıştır.

Kaynaklar

1. Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. The Evidence Report. NIH Publication No. 98-4083, 1999.
2. Onat A. TEKHARF (Türk Erişkinlerde Kalp Sağlığı, Risk Profili ve Kalp Hastalığı) İstanbul, 2000.
3. Hatemi H, Turan N, Arık N, Yumuk V. Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Tarama Sonuçları (TOHTA). Endokrinolojide Yönelişler 2000;11 (Ek 1).
4. Alikafıoğlu A, Yordam N. Obezitenin Tanımı ve Prevalansı. Katkı 2000;21:475-81.
5. Hellerstein MK, Parks EJ. Obesity and Overweight. Greenspan FS, Gardner DG, ed. Basic and Clinical Endocrinology, 6th ed. McGraw-Hill, 2001.
6. Ulusal Obezite Rehberi. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 1999.
7. Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Siedel KD, Dietz WH. Predicting Obesity in Young Adulthood from Childhood and Parental Obesity. N Eng J Med. 1997;337:869-73.
8. Dietz WH. Childhood Obesity. Prevention and Treatment of Childhood Obesity. Acad Sci. 1993;699:47-54.
9. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Obesity in Scotland. A National Clinical Guideline. Pilot Edition. SIGN Publication No 8,1996.



PROTEİN-ENERJİ MALNÜTRİSYONU

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Protein-enerji malnütrisyonu beslenmede değişik derecelerde protein ve/veya enerji eksikliği sonucu oluşan, en sık süt çocukları ve küçük çocuklarda rastlanan, sık olarak enfeksiyonların da eşlik ettiği bir sendromlar grubudur.

Diyette uygun miktarda esansiyel vitamin ve minerallerin bulunmaması durumunda da mikrobesein malnütrisyonu söz konusudur.

Malnütrisyon ülkemizde yaygın bir sağlık sorunu olup 5 yaşın altındaki çocukların %8,3'ü yaşa göre düşük ağırlıklıdır.

Risk faktörleri

1. Temel nedenler

- Besin öğelerinin nitelik ya da nicelik olarak yetersizliği
- Kusma ve ishaller
- Enfeksiyon ve parazitozlar
- Düşük sosyoekonomik düzey

2. Hazırlayıcı nedenler

- Preterm doğum, düşük doğum ağırlığı, doğum travması,
- Sindirim sisteminin yapısal bozuklukları (örneğin; damak, dudak yarığı)
- Kalp, dolaşım, böbrek, sinir sisteminin kronik hastalıkları, mental retardasyon
- Metabolik ve endokrin hastalıklar (örneğin; diyabet)
- Diğer hastalıklar (örneğin; çölyak, kistik fibroz, malign hastalıklar)

Tanı

Vücut ağırlığı, antropometrik ölçüler ve aralarındaki ilişkiler malnütrisyon tanısına yardımcıdır. Malnütrisyon ve derecesinin belirlenmesinde yaygın olarak Gomez sınıflaması kullanılır.

Gomez sınıflaması:

Yaşa göre ağırlık değerlendirmesine dayanır. Ağırlık, aynı yaşta, beslenmesi iyi, sağlıklı bir çocuğunki ile karşılaştırılır.

$$\text{Yaşa göre ağırlık (\%)} = \frac{\text{Çocuğun ağırlığı}}{\text{Aynı yaşta sağlıklı bir çocuğun ağırlığı}} \times 100$$

Gomez sınıflamasına göre malnütrisyon düzeyleri

%90-%100	: Beslenme durumu normal
%75-%89	: 1. derece (hafif) malnütrisyon
%60-%74	: 2. derece (orta) malnütrisyon
<%60	: 3. derece (ağır) malnütrisyon

Ağır malnütrisyon

- **Marasmus:** Kalori eksikliği ön plandadır. Ağırılık, yaşa göre ağırılık eğrilerinde -2 SD'nin altındadır ve belirgin zayıflık bulguları vardır. Yüz görünümü normal olabilir, ancak omuz, kol, kalça ve bacak kasları atrofiktir. Kostalar belirgindir. Kalçalar, göğüs ve karınla karşılaştırıldığında daha küçüktür. Kalça yağ dokusu kaybolduğu için kalça ve baldırlarda çok sayıda deri katlantısı vardır.
- **Kwashiorkor:** Protein eksikliği ön plandadır. Özellikle ayaklarda olmak üzere genelize ödem, apati, deri ve saç değişiklikleri görülür.
- **Marasmik kwashiorkor:** Marasmus ve kwashiorkor bulguları bir aradadır.

Tanı temelde klinik bulgulara dayanarak konur.

Olanak varsa, neden olabilecek ya da eşlik edebilecek durumlar için inceleme yapılabilir.

Laboratuvar

- Kan sayımı ve periferik yayma (Anemi ve enfeksiyonlar açısından)
- İdrar mikroskopisi (İdrar yolu enfeksiyonu açısından)
- Dışkı mikroskopisi (Enfeksiyonlar, enfestasyonlar ve malabsorbsiyon açısından)
- PPD (Malnütrisyon nedeniyle PPD yanıtının yanlış negatif olabileceği dikkate alınmalıdır)

Tedavi

Birinci basamakta yalnızca hafif malnütrisyonlu çocuklar tedavi edilir.

İlaçsız tedavi**Beslenme önerileri****Bebek 6 aydan küçük ve yalnızca anne sütü alıyorsa:**

- Emzirme tekniği değerlendirilmeli ve uygun emzirme tekniği anneye gösterilmelidir. Anneye daha sık, daha uzun, gece ve gündüz emzirmesi önerilmelidir (1. Ek).
- Beş gün sonra kontrole çağırılmalıdır.

Bebek 6 aydan küçük ve anne sütüne ek olarak başka besin ya da süt alıyorsa:

- Anneye sütünün bebeği besleyebileceği konusunda özgüven kazandırılmalıdır.
- Anneye bebeğini daha sık, daha uzun, gece ve gündüz emzirmesi, yavaş yavaş ek besinleri azaltması önerilmelidir.
- Beş gün sonra kontrole çağırılmalıdır.

Bebek 6 aydan küçük ve ağırlıklı olarak ek besin ile besleniyorsa:

- Bebeğin olabildiğince sık emzirilmesi önerilmeli, uygun ek besinlerin (ayına uygun

mama ya da inek sütü) doğru ve hijyenik koşullarda hazırlanması ve yeterli miktarda verilmesi gerektiği anlatılmalıdır (2. Ek).

- Beş gün sonra kontrole çağırılmalıdır.

Bebek 6 -12 aylıkça:

- Bebek her istediğinde emzirmeye devam edilmelidir.
- Uygun ek besinlerin doğru ve hijyenik koşullarda hazırlanması ve yeterli miktarda verilmesi önerilmelidir (1. Ek).
- Besinleri hazırlama (sulandırılmış süt ya da muhallebi) ve verme sürecindeki biberon kullanımı, hazırlanmış besinin uzun süre bekletilmesi gibi hatalar saptanmalı ve düzeltilmelidir.
- Bebek normal ağırlığına ulaşınca kadar muhallebisi koyu hazırlanmalıdır:
Desteklenmiş muhallebi: 100 kcal/100 ml
 - 10 gr- 2 tatlı kaşığı silme pirinç unu (1 tatlı kaşığı silme= 5 gr)
 - 10 gr- 2 tatlı kaşığı silme şeker (1 tatlı kaşığı silme = 5gr)
 - 200 ml-bir su bardağı süt (1 su bardağı= 200ml)
 - 1 tatlı kaşığı sıvı yağ (1 tatlı kaşığı= 5 ml)
 - 50 ml- 1/4 su bardağı su
- Bebeğin beslenmeye aktif olarak katılımının sağlanması önerilmelidir (Örneğin; annenin sofraya bebeği ile beraber oturması ve yemek için teşvik etmesi, çocuğa ayrı bir tabak ve yeterli miktarda yemek verilmesi).

Çocuk 12 ay - 2 yaş arasıdaysa:

- Bebek her istediğinde emzirmeye devam edilmelidir.
- Ailenin yediği yemeklerden (baharatsız ve az yağlı) günde 5 kez, aile ile aynı sofrayı paylaşarak yemesi önerilmelidir (1. Ek).
- Bebek anne sütünden başka bir besin almayı reddediyorsa uygun yiyecekleri alması konusunda teşvik edilmelidir.

Çocuk 2 yaşından büyükçe:

- Günde 3 kez ailenin yediği yemeklerden, aynı sofrada yemesi önerilmelidir (1. Ek).
 - Günde en az 2 ara öğün verilmelidir.
- Diyet için Sağlık Bakanlığı'nın Sağlıklı Çocuklar İçin Beslenme Rehberi'ne bakınız.

İlaçlı tedavi

Malnütrisyon açısından izlem boyunca, *A vitamini* 1.000 ü/gün, *D vitamini* 400 ü/gün içerecek şekilde çoklu vitamin verilir.

Demir eksikliği anemisi saptanırsa tedavi edilir (Demir Eksikliği Anemisi rehberine bakınız. Sayfa 255).

Varsa eşlik eden enfeksiyonlar tedavi edilmelidir.

İzlem

- 5. günde annenin beslenmedeki değişiklik önerilerine uyucunu değerlendirmek için kontrol edilir.
- 14. günde çocuğun ağırlığının ölçülmesi ve beslenme uygulamalarının yeniden değerlendirilmesi için kontrol edilir.
- Çocuk kilo almaya başlamışsa anne övülür ve desteklenir.
- Çocuğun kilosunda değişiklik yoksa, anneye saptanan beslenme sorunları ile ilgili önerilerde bulunularak 1 ay sonra tekrar kontrole çağırılır.
- Çocuk yaşına göre uygun kilo artışına ya da normal ağırlığına ulaşıncaya kadar aylık izlem sürdürülür.
- Aşılamanın aşı takvimine uygun olarak sürdürülmesi gerekir.

Malnütrisyon-enfeksiyon kısır döngüsü dikkate alınarak, olası bir enfeksiyon durumunda çocuğun en kısa sürede sağlık ocağına getirilmesi konusunda aile uyarılmalıdır.

Sevk

- Orta ve ağır malnütrisyon varsa
- Hafif malnütrisyonunda beslenmenin düzelmediği (ağırlık artışının en az 10-20 gr/kg/gün olmadığı) saptanıyor ya da çocuk kilo kaybediyorsa
- Öykü ve klinik bulgular malnütrisyonun sistemik bir hastalık sonucunda ortaya çıktığını düşündüyorsa hasta sevk edilmelidir.

Korunma

- Gebelik izleminin düzenli yapılması ve anne sütünün önemi konusunda eğitim verilmesi
- Doğum sonrasında bebeğin anne yanına hemen verilmesi ve emzirmeye başlanması
- Çocuk sağlığı izleminin düzenli olarak yapılması, izlemde büyüme eğrisinin değerlendirilmesi ve beslenme bilgilerinin verilmesi (1. Ek)
- Çocuğun ağırlığı yaşına göre henüz -2SD'nin altında olmasa bile, ağırlık eğrisinin plato çizmesi veya ağırlık kaybının olması durumunda beslenme danışmanlığı ve izlemin sıklaştırılması
- Malnütrisyon açısından risk faktörlerine sahip çocukların daha sık izlenmesi ve beslenme danışmanlığına önem verilmesi

Kaynaklar

1. Gökçay G, Garibağaoğlu M. Sağlıklı Çocuğun Beslenmesi. Neyzi O, Ertuğrul T, ed. Pediatri, 3. bas. Nobel Tıp Kitapevleri, 2002:183-203.
2. Saner G. Protein-enerji Malnütrisyonu. Neyzi O, Ertuğrul T, ed. Pediatri, 3. bas. Nobel Tıp Kitapevleri, 2002:210-20.
3. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 1999.
4. World Health Organization. Integrated Management of Childhood Illness-Çocuk Hastalıklarına Entegre Yaklaşım Türkiye Adaptasyonu, 2002.
5. World Health Organization. Management of Severe Malnutrition: A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers, Geneva, 1999.

1. Ek. Sağlıklı çocuklar için beslenme kılavuzu

Doğumdan 6. Aya Kadar	6. Aydan 12. Aya Kadar	12. Aydan 2 Yaşa Kadar	2 Yaş ve Sonrası
<p>-Bebek 6. ayın sonuna kadar yalnızca anne sütü ile beslenmelidir.</p> <p>-Başka hiçbir besin ya da içecek (su, çay, meyve suyu, tıcaat mama, inek sütü) verilmemelidir.</p> <p>-Bebek her istediğinde, gece ve gündüz, günde toplam en az 8 kez emzirilmelidir.</p>	<p>-Bebek her istediğinde emzirilmelidir.</p> <p>-Emzime yanında aşağıdaki besleyici ek besinler yeterli miktar (her bir öğünde en az 1 çay bardağı) ve sıklıkta (anne sütü alanlarda 3 öğün/gün, almayanlarda 6 öğün/gün) verilmelidir.</p> <p>•Sıvı yağ ile hazırlanan sebze ve tahıl çorbaları (patates, pırlınc, mercimek, bulgur ve benzeri)</p> <p>•Yumurta sarısı ya da kıyma, sebze eklenmiş pırlınc ya da bulgur ile hazırlanmış yemekler (etli dolmalar, sulu köfte ve benzeri)</p> <p>•Yoğurtlu çorbalar (tarhana, yayla) ve ekme</p> <p>•Mercimek, pırlınc, bulgur, havuç, patates, domates, kuru soğan, sıvı yağ ile hazırlanan çorbalar ve ekme</p> <p>•Muhallebi ya da sütlü (pırlınc unu, pırlınc, yumurta, süt, şeker, sıvı yağ ile hazırlanan)</p> <p>•Taze meyve suyu ya da püresi</p> <p>•Pastörize süten yapılmış, tuzu alınmış peynir, ekme ve pekmez ya da reçelle kahvalt</p> <p>-İçecek olarak kaynatılmış su, ayran, taze sıklımı meyve suyu verilmelidir.</p>	<p>-Bebek her istediğinde emzirilmelidir.</p> <p>-Günde 5 kez allenin yediği yemeklerden (baharatlı ve az yağlı) her seferde 1 su bardağı kadar verilmelidir.</p> <p>•Peynir, ekme ve taze sebze (domates, biber ve benzeri)</p> <p>•Sıvı yağ ile hazırlanmış kıymalı (ya da tavuklu) sebze yemeği (patates, kabak ve benzeri) ve yoğurt, ekme</p> <p>•Sıvı yağ ile hazırlanan kıymalı çorbalar (sebze ve tahıl, kuru baklagil çorbaları)</p> <p>•Sıvı yağ ile hazırlanan kuru baklagil yemeği (kuru fasulye, nohut ve ekme (pırlınc pilavı, bulgur pilavı)</p> <p>•Yumurta sarısı ya da kıyma, sebze eklenmiş pırlınc ya da bulgur ile hazırlanmış yemekler (etli dolmalar, sulu köfte)</p> <p>•Yoğurtlu çorbalar (tarhana, yayla) ve ekme</p> <p>•Izgara köfte, pilav (makarna, patates)</p> <p>•Yumurta, domates, biber, peynir, sıvı yağ ile hazırlanan menemen</p> <p>•Yumurta, peynir (ya da domates, biber, patates, haşlanmış havuç) ile hazırlanan omlet ve ekme</p> <p>•Mevsimine göre taze sebze, meyve</p> <p>-İçecek olarak kaynatılmış su, ayran, inek sütü, taze sıklımı meyve suyu verilmelidir.</p>	<p>-Günde 3 kez allenin yediği besinlerden verilmelidir.</p> <p>-Bir öğünde alacağı yemek miktar 1,5 su bardağıdır.</p> <p>-Her verilen yemeğe tavuk, balık, yumurta, peynir gibi besinlerden biri sıvı yağ ile birlikte katılmalıdır.</p> <p>-Günde iki ara öğün verilmelidir.</p> <p>-Ara öğün olarak taze sebze meyve, inek sütü, yoğurt, peynir ekme verilebilir.</p> <p>-İçecek olarak kaynatılmış su, ayran, inek sütü, taze sıklımı meyve suyu verilmelidir.</p>
<p>-Bir yaştan önce bal verilmemelidir.</p> <p>-Hiçbir zaman çay verilmemelidir.</p> <p>-Kola ve benzeri asitli içecekler verilmemelidir.</p> <p>-Tatlı (şeker, bisküvi, çikolata gibi) yiyecekler kısıtlı olmalıdır.</p>			

2. Ek. Anne sütü alamayan 0-6 aylık bebekler için beslenme rehberi

İlk Ay

- İlk tercih ticari (hazır) mama olmalıdır.
 - Ticari mamanın satın alınamadığı durumlarda:
 - İnek sütü 50 ml (yarım çay bardağı)
 - Su 50 ml (yarım çay bardağı)
 - Toz şeker 5 gr (1 tatlı kaşığı)
 - Bitkisel sıvı yağ 2 gr (1 çay kaşığı)
- ile hazırlanmış süt verilir.

1-3 Ay

- İlk tercih ticari (hazır) mama olmalıdır.
 - Ticari mamanın satın alınamadığı durumlarda:
 - İnek sütü 100 ml (bir çay bardağı)
 - Su 50 ml (yarım çay bardağı)
 - Toz şeker 5 gr (1 tatlı kaşığı)
 - Bitkisel sıvı yağ 2 gr (1 çay kaşığı)
- ile hazırlanmış süt verilir.

4-6 Ay

- İlk tercih ticari (hazır) mama olmalıdır.
 - Ticari mamanın satın alınamadığı durumlarda:
 - İnek sütü 100 ml (bir çay bardağı)
 - Toz şeker 5 gr (1 tatlı kaşığı)
 - Bitkisel sıvı yağ 2 gr (1 çay kaşığı)
- ile hazırlanmış süt verilir.

- İnek sütü en az 10 dakika kaynatılarak kullanılmalıdır.
- Annelere hazır mama hazırlama eğitimi verilmelidir.

Yaş	Miktar/öğün (en az)	Öğün/gün (en az)
1-2 hafta	50-70 ml	7-8
3-4 hafta	75-110 ml	6-7
5-8 hafta	110-180 ml	5-6
3 ay	170-220 ml	5
6 ay	220-240 ml	4



KANSERLİ HASTAYA YAKLAŞIM

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Kanser, hücrelerin organizma aleyhine kontrolsüz çoğalıp farklılaşması sonucu doku, organ ve sistemlerde yapısal ve fonksiyonel bozukluğa neden olan malign bir hastalıktır.

Kanserlerin üçte biri önlenabilir, üçte biri erken tanı ile tedavi edilebilir, üçte birinde yaşam kalitesi uygun bakımla iyileştirilebilir.

Tüm kanserlerin %35'inden yiyecekler, %30'undan tütün ve ürünleri, %10'undan enfeksiyon etkenleri, %4'ünden mesleki faktörler, %21'inden diğer nedenler sorumludur.

Türkiye'de kanser insidans hızı (yüz binde)*

Erkek		Kadın	
Akciğer	14,19	Meme	7,32
Mide	3,96	Mide	2,12
Mesane	3,51	Deri	2,10
Larenks	2,71	Over	1,70
Prostat	2,52	Kolon	1,28
Diğer	73,11	Diğer	85,48

1999 Sağlık Bakanlığı

*Avrupa'da benzer insidansların yüz binde 150-300 arasında olduğu dikkate alınınca, ülkemizde kanserli olguların sağlıklı bildirilmediği anlamı çıkarılabilir.

Ülkemizde 1982 yılından beri kanser bildirimi zorunludur.

Tanı

Belirti ve bulgular

Her kanser türüne göre farklı olmakla birlikte, sık karşılaşılan bazı semptomlar vardır:

- Vücudun herhangi bir yerinde şişlik
- İyileşmeyen veya iyileşmesi geciken yara
- Ben ve siğillerde büyüme, renk değişikliği, kanama, yara açılması gibi değişiklikler
- Olağandışı kanama
- Yutma güçlüğü
- Sürekli öksürük veya ses kısıklığı
- İdrar ve dışkılama alışkanlığında değişiklik
- Nedeni açıklanamayan ateş ve kilo kaybı
- Sürengen ağrı

Öykü

Meslek ve alışkanlık öyküsü, öz ve soygeçmişi içeren ayrıntılı öykü alınmalıdır.

Fizik muayene

Sistemik muayene yapılmalı; deri, lenf düğümü, akciğerler, meme, karın, testisler ve prostat muayenesi, rektal, vajinal ve nörolojik muayene özellikle yapılmalıdır.

Laboratuvar

- Kan sayımı
- Periferik yayma
- Eritrosit sedimentasyon hızı: Enfeksiyon dışlandıktan sonra, 20 mm/st'in üzerindeki 2 ölçüm, özellikle yaşlı hastalarda kanser olasılığı açısından değerlendirilmelidir.
- Dışkıda gizli kan: Kolorektal kanserlerde önemlidir.
- İdrar incelemesi : Ağrısız hematüri mesane ve böbrek kanserlerinde önemli bir bulgudur.
- 'Pap smear': Serviks kanseri tanısında önemlidir.

Risk faktörleri

Aşağıda ülkemizde sırasıyla en sık görülen kanser tür ve risk faktörleri belirtilmiştir. Sağlık ocağı hekimi, bu riskleri taşıyan bireyleri yılda en az bir kez değerlendirmeli, kuşkulu olguları sevk etmeli ve sonuçlarını izlemelidir.

Akciğer kanseri

- Tütün ve alkol
- Yaş: En sık 55-65 yaş
- Mesleksi veya çevresel olarak asbest, uranyum, radon veya radyasyona maruziyet

Akciğer kanseri %90'ı tütünle ilişkili olması nedeniyle tüm kanser türleri arasında en çok önlenabilir olanıdır.

Mide kanseri

- Yaş: En sık 60 yaş
- Kurutulmuş, tuzlu, dumanlanmış, salamura, kızartma, nitrat içeriği yüksek yiyeceklerin fazla tüketimi
- *H. pylori* enfeksiyonu
- Tütün
- Pernisöz anemi, atrofik gastrit, intestinal polipler
- Menetrier hastalığı

Mesane kanseri

- Tütün
- Çeşitli karsinojenlere mesleksel veya çevresel olarak maruziyet (*anilin*, aromatik aminler, benzidin, azo boyaları, *2-naftilamin*, boyalar, petrol ve ürünleriyle çalışanlar, kablo ve matbaa işçileri)
- Şistozoma enfeksiyonu
- Kronik sistit
- Pelvik radyoterapi, nitrozaminlerle karşılaşma
- *Siklofosamid*, *klornafazin*, *sodyum-2 merkaptosülfat* kullanımı

Larenks kanseri

- Tütün, alkol ve marihuana
- Gastroözofageal reflü hastalığı
- Human papilloma virus (HPV) enfeksiyonu
- İyonizan radyasyon, hardal gazı, izopropil yağı, asbest, nikel ve dietil sülfata maruziyet
- Kötü beslenme ve düşük sosyoekonomik düzey

Deri kanseri

- Siğil, melanositik lezyon (ben)
- Açık ten, saç ve göz rengi
- Kseroderma pigmentozum öyküsü
- Albinizm
- Uzun süreli ultraviyole maruziyeti veya yanık skarları
- Kömür-katran türevlerine maruziyet

Meme kanseri

- 40 yaşın üstündeki kadınlar
- Kişisel ve/veya ailesel meme kanseri öyküsü: Annesinde meme kanseri öyküsü olanlarda risk en yüksektir.
- Nulliparite, ilk gebeliğini 30 yaştan sonra yaşamış olmak
- Menarşi 12 yaştan önce veya menopozu 50 yaştan sonra yaşamış olmak
- Radyasyona maruziyet
- Kronik alkol kullanımı
- Atipik duktal hiperplazi

Meme kanseri açısından izlem

- **Kendi kendine elle meme muayenesi** : 20 yaşın üzerindeki kadınlara ve eşine öğretilerek ayda bir kez yaptırılmalıdır.
- **Hekim tarafından meme muayenesi:** 20-39 yaş arasındaki kadınlarda 3 yılda bir, 40 yaşın üzerinde yılda bir kez yapılmalıdır.
- **Mamografi:** 40 yaşından genç, semptomsuz kadınlara önerilmez.
 - Semptomsuz tüm kadınlar;
 - 40–49 yaş arasında 1-2 yılda bir,
 - 50–69 yaş arasında en az yılda bir kez mamografi için sevk edilmelidir.
 - Kuşku olgular derhal sevk edilmelidir.
- Bu yöntem meme kanserinden ölümleri, üçte bir oranda azaltmaktadır.
- **Meme ultrasonografisi:** Tarama amaçlı kullanılmaz.

Over kanseri

- Infertilite
- *Klomifen sitrat, menotropin ve/veya perineal pudra kullanımı*
- Yağdan zengin beslenme
- Kendisinde veya ailesinde meme, kolon ve/veya over kanseri öyküsü
- Erken (12 yaş öncesi) menarş ve/veya geç (50 yaş sonrası) menopoz

Prostat kanseri

- 50 yaşın üstündeki erkekler
- Ailede prostat kanseri öyküsü
- Yağdan zengin beslenme
- Ağır metallere (özellikle kadmiyum) ve ultraviyole ışığa maruziyet
- Enfeksiyon etkenleri
- Tütün

Serviks kanseri

- 50 yaş (en sık)
- Human papilloma virüs (HPV), Herpes simpleks virüs (HSV) tip II, HİV, Epstein Barr (EB) virüs enfeksiyonu
- Tütün
- Erken yaşta cinsel etkinlik, çoklu cinsel eş varlığı

Serviks kanseri açısından izlem

Pelvik muayene ve ‘pap smear’ 18 yaşından büyükler ve cinsel aktif olan 18 yaşın altındaki kadınlarda yılda bir kez yapılmalıdır. Uygulama servikal kanser mortalite oranını %60 azaltır.

Kolorektal kanser

- 45 yaş ve üstü
- Obezite ve karbonhidrat ve yağdan zengin, düşük posalı diyet
- Kolorektal kanser veya adenomatöz polipli yakın akraba öyküsü
- Enflamatuvar bağırsak hastalığı

Kolorektal kanser açısından izlem

Risk faktörlerinden en az birini taşıyanlara rektal muayene, dışkıda gizli kan testi ardışık (iki kez) yapılmalı ve yılda bir kez tekrarlanarak pozitif çıkanlar sevk edilmelidir.

Endometrium kanseri

- Östrojene uzun süreli maruziyet: Östrojen replasman tedavisi, *tamoksifen*, polikistik over sendromu
- Obezite, diyabet ve/veya hipertansiyon
- Nulliparite, erken menarş, geç menopoz, anovulatuvar siklus öyküsü
- Hastada veya ailede kolon, meme, over kanseri öyküsü
- Hayvansal yağ, protein ve kaloriden zengin diyet
- Tütün

Kanserli hastaya yaklaşım

Hekim, iyileşme şansı olmasa bile, hastaya psikososyal sorunlarında destek sağlayabilmeli, hastayı en uygun tedavi için yönlendirmeli, tedavinin istenmeyen etkileri konusunda bilgilendirmeli ve bilimsel olmayan tedavilere başvurmaması konusunda ikna etmelidir.

Hekim hastaya asla yalan söylememeli, tanıyı açıklamak için ruhsal durumunun uygun olduğu zamanı beklemelidir, ancak gerçeği tümüyle anlatmak her zaman gerekli değildir.

Kanserden korunma

Temel amaç, etiyolojik faktörleri ortadan kaldırmak veya en aza indirmektir. Bu amaçla etkin kanser kontrol programları sürdürülmelidir.

Primer Korunma

- Kanserle savaşmada öncelikle tütün ve ürünlerine karşı önlemler alınmalıdır. Sigara konusunda yüz yüze eğitim yöntemi seçilmelidir.
- Yeterli ve dengeli beslenme için çaba gösterilmeli, obezite sorunu olanlar izlenmeli ve eğitilmelidir. Toplumda fiziksel etkinliği arttırmak için sürekli eğitim verilmelidir. Baklagil, sebze-meyve, süt ve ürünlerinin tüketimi desteklenmeli, kırmızı et tüketiminin sınırlandırılması sağlanmalıdır.
- Alkol kullanımı önlenmelidir.
- Mesleki kanserlerle savaşım için, varsa işyeri hekimi ile işbirliği içinde, mesane kanseriyle ilişkili anilin boyaları ve lösemi ile ilişkili benzenle çalışılan yerlerde işveren ve işçiler eğitilmelidir.
- Kanserle ilişkili olduğu düşünülen enfeksiyonlarda (HBV-hepatoselüler karsinoma, HPV-servikal kanser, şistozoma-mesane kanseri) korunma, bağışıklama, erken tanı ve etkili tedavi sağlanmalıdır.
- İyonize radyasyon ve güneş ışınlarına karşı deri kanserleri konusunda korunma amaçlı eğitim verilmelidir.

Sekonder Korunma

Kanserde tedavi, erken tanı ne kadar kısa sürede konmuşsa o kadar başarılıdır. Kanser belirtileri olan olguların izi sürülmeli, erken tanı için şüpheli hastalar hemen sevk edilmelidir.

Kaynaklar

1. GLOBOCAN 2000: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, Version 1.0. IARC Cancer Base No:5, Lyon, IARCPress, 2001
2. <http://cancerresearch.org/>
3. <http://www.aacr.org>
4. <http://www.aafp.org/afp>
5. <http://www.cancer.org>
6. <http://www.iarc.fr/>
7. <http://www.icr.ac.uk>
8. <http://www.nci.nih.gov>
9. <http://www.uicc.org>
10. Klinik Onkoloji. 4. bsm. Uluslararası Kanserle Savaş Birliği 1992.
11. Sağlık Bakanlığı, Kanserle Savaş Daire Başkanlığı, 1999 yılı verileri



SİGARAYI BIRAKMA

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

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.

Sigara psikolojik ve fiziksel bağımlılık yapar.

Tanı

Günde en az bir sigara içen kişi günlük tiryakidir.

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 isteyenler için:

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

B. Sigarayı bırakmak istemeyenler için:

- Bağlantılandırma: Hastanın sağlık ve sosyal durumuyla bağlantı kurularak, örneğin sigaranın evdeki çocuk ve yaşlılara zararlı etkisinden ısrarla söz edilerek, sigarayı bırakmanın önemi vurgulanır.
- Risklerden söz etme: Sigaranın sağlık yönünden kısa ve uzun dönem riskleri (kansere ve kalp hastalığı gibi), çevresel etkileri ayrıntılı olarak anlatılır.
- Ödüllerden söz etme: Sigarayı bırakmanın yararları anlatılır.
- Engelleri tartışma: Sigarayı bırakma konusundaki endişeler (kilo alma gibi) sorulur ve çözüm yolları anlatılır.
- Yineleme: Hasta her görüldüğünde sigarayı bırakma konusunda yeniden teşvik edilmelidir.

İzlem

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

Sevk

Nikotin replasmanına gerek duyulan veya birkaç kez başarısız girişimde bulunmuş hastalar sigara bırakma birimleri veya ilgili uzmanlara yönlendirilir.

Tablo 1. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

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

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	

Kaynaklar

1. Tür A, ed. Sigaranın Sağlığa Etkileri ve Bırakma Yöntemleri. İstanbul: Logos Yayıncılık, 1995:194-211.
2. Lillington GA, Leonard CT, Sachs DPL. Smoking cessation. Chest in Med 2000;21:199-208.



AŞI TAKVİMİ*

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Çocukluk dönemi aşı takvimi

	Doğumda	2. ayın sonu	3. ayın sonu	4. ayın sonu	9. ayın sonu	16-24. ay	İlköğretim 1	İlköğretim 8
BCG		4					4	
DBT		4	4	4		4		
POLİO		4	4	4		4	4	
KIZAMIK					4		4	
Td							4	4
HEPATİT B	4	4			4			

Doğurganlık Çağı (15-49 Yaş) Kadınlardaki Tetanoz Aşı Takvimi

Doz Sayısı	Uygulama Zamanı	Koruma Süresi
TT1	Gebeliğin 4. ayında veya aşılanmamış kadında ilk karşılaşmada**	yok
TT2	TT1'den en az 4 hafta sonra	1-3 yıl
TT3	TT2'den en az 6 ay sonra	5 yıl
TT4	TT3'den en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	10 yıl
TT5	TT4'den en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	Doğurganlık çağı boyunca

** Daha önceki aşı durumuna ait kaydı bulunan kadınlarda takvime kaldığı yerden devam edilir.

* Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı tarafından hazırlanmıştır.

SIK GÖRÜLEN, HAFİF YAN ETKİLER

Aşı	Lokal reaksiyon ^a (ağrı, şişlik, kızarıklık)	38°C'yi geçen ateş ^b	Huzursuzluk, kırılganlık ve sistemik belirtiler ^c
BCG	% 90- 95	-	-
DBT (Boğmaca)	%50'ye varan	%50'ye varan	%50'ye varan
TT	~ %10*	~ %10	~ %25
OPV	-	<%1	< %1**
Hepatit-B	Erişkinde %15, çocukta % 5	-	%1-6
Kızamık	%10	%5-15	%5 döküntü

^a Aşı yerine soğuk uygulama, *parasetamol*

^b Ekstra sıvı verme, ılık pansuman uygulama, *parasetamol*

^c Ekstra sıvı verme, *parasetamol*

* Lokal reaksiyonlar rapel dozlarda %50-85'e kadar çıkabilir.

** Sistemik belirtiler ishal, başağrısı ve/veya kas ağrısı şeklinde olabilir.

NADİR GÖRÜLEN, CİDDİ YAN ETKİLER

Aşı	Reaksiyon	Ortaya çıkış süresi	1 milyon dozda görülme sıklığı
BCG	- Süpüratif lenfadenit - BCG osteiti - Yaygın BCG enfeksiyonu	- 2-6 ay - 1-12 ay - 1-12 ay	- 100-1.000 - 1-700 - 2
DBT (Boğmaca)	- 3 saatten fazla süren çiğlik tarzında durdurulamayan ağlama - Konvülsiyon (nöbet geçirme) - Hipotonik hiporesponsif atak - Anafaksi/şok - Ensefalopati	- 0-24 saat - 0-3 gün - 0-24 saat - 0-1 saat - 0-3 gün	- 1.000-6.0000 - 570 - 570 - 20 - 0-1
TT/ Td	- Brakial nevrit - Anafaksi - Steril apse	- 2-28 gün - 0-1 saat - 1-6 hafta	- 5-10 - 1-6 - 6-10
OPV	- Aşıya bağlı paralitık poliomiyelit (risk ilk dozda, erişkinlerde ve immün yetmezliği olanlarda daha yüksektir)	- 4-30 gün (temaslılarda 4-75 gün)	- 0,70 (ilk doz) - 0,11-0,16 (sonraki dozlarda) - 0,13 (temaslılarda)
Hepatit-B	- Anafaksi - Guillain-Barre Sendromu	- 0-1 saat - 1-6 hafta	- 1-2 - 5
Kızamık	- Febril konvülsiyon - Trombositopeni - Anafaksi	- 5-12 gün - 15-35 gün - 0-1 saat	- 333 - 33 - 1-50

GENEL AŞI KONTRENDİKASYONLARI

Gerçek aşı kontrendikasyonları nadir görülür.

Aşı	Gerçek Kontrendikasyonlar (Bu durumlarda ilgili aşı uygulanmaz)	Yanlış Kontrendikasyonlar (İlgili aşının yapılmasına engel bir durum değildir)
Tüm aşılar	<ul style="list-style-type: none"> - Aşı veya aşının bir bileşenine karşı anafilaktik reaksiyon geçirme hikayesi - Ateşli veya ateşsiz ağır hastalık 	<ul style="list-style-type: none"> - Hafif-orta dereceli lokal reaksiyon (ağrı, kızamıklık, şişlik) - Aşı sonrası düşük veya orta düzeyde ateş hikayesi - Ateşli veya ateşsiz hafif akut hastalık - Antibiyotik tedavisi alıyor olma - Hastalık sonrası nekahat döneminde olma - Enfeksiyöz hastalık geçiren bir kişi ile yakın zamanda temas hikayesi - Aşı uygulanacak kişide ya da ailesinde penisilin allerjisi veya diğer spesifik olmayan allerji hikayesi - Annenin hamile olması ya da evde hamile olan bir kadın olması
BCG	<ul style="list-style-type: none"> - İmmün yetmezlik (malignite, HIV enfeksiyonu, konjenital veya immünoşüpresif tedavi ile ortaya çıkan immün yetmezlik durumu) - Gebelik 	-
DBT	<ul style="list-style-type: none"> - Daha önceki aşı uygulanmasından sonraki 7 gün içinde ensefalopati gelişmesi* - Daha önceki DBT sonrası 48 saat içinde ortaya çıkan 40.5°C'nin üzerinde ateş* - Daha önceki DBT sonrası 48 saat içinde ortaya çıkan hipotonik hiporesponsif atak* - Daha önceki DBT'den sonraki 3 gün içinde konvülsiyon geçirme* - Daha önceki DBT sonrası 48 saat içinde başlayan, 3 saatten fazla süren, çığlık tarzında, durdurulamayan ağlama* 	<ul style="list-style-type: none"> - Daha önceki DBT sonrası 40.5 °C'yi geçmeyen ateş - Ailede konvülsiyon hikayesi** - Ailede DBT sonrası aşı yan etkisi görülme hikayesi
OPV	<ul style="list-style-type: none"> - Bilinen immün yetmezlik (malignite, HIV enfeksiyonu, konjenital veya immünoşüpresif tedavi ile ortaya çıkan immün yetmezlik durumu) veya ev halkında immün yetmezliği olan kişi varlığı - Gebelik 	<ul style="list-style-type: none"> - Emzirme - Antibiyotik tedavisi - İshal***
Hepatit-B	<ul style="list-style-type: none"> - Ekmek mayasına karşı anafilaktik reaksiyon hikayesi **** 	- Gebelik
Kızamık	<ul style="list-style-type: none"> - Neomisin veya jelatine karşı anafilaktik reaksiyon hikayesi - Gebelik - Bilinen immün yetmezlik (malignite, HIV enfeksiyonu, konjenital veya immünoşüpresif tedavi ile ortaya çıkan immün yetmezlik durumu) - Aşıdan önceki 3-11 ay içinde kan ürünü veya immünglobülin uygulanmış olması (uygulanan ürünün etki süresine göre karar verilir) - Trombositopeni, - Trombositopenik purpura öyküsü 	<ul style="list-style-type: none"> - Tüberküloz veya pozitif PPD testi - Emzirme - Ev halkında immün yetmezliği olan kişi varlığı - Yumurtaya karşı allerjik reaksiyon hikayesi - Neomisin karşı anafilaktik olmayan allerjik reaksiyon hikayesi

* Bu çocuklara DBT aşısı yerine DT uygulanmalıdır.

** Ailede konvülsiyon hikayesi olan çocuklara DBT uygulanmasından önce başlayıp sonraki 24 saat boyunca 4 saatte bir parasetamol verilmelidir.

*** Bir ay sonra doz tekrarlanır.

**** Rekombinant DNA teknolojisi ile üretilen Hepatit-B aşısı, ekmek mayası mantarına(Saccharomyces cerevisia) HBsAg geni içeren bir plasmid ekleyip HBsAg sentez ettirilerek elde edilir.



LABORATUVAR DEĞERLERİ

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

LABORATUVAR DEĞERLER*

BİYOKİMYASAL TESTLER

Albumin:	3,5 – 5,0	g/dL
Alanin aminotransferaz (ALT):	4 – 41	U/L
Aspartat aminotransferaz (AST):	8 – 38	U/L
Alkalen fosfataz (ALP):	20 – 130	U/L
Amilaz:	30 – 220	U/L
Bilirubin		
Direkt:	0,1 – 0,5	mg/dL
İndirekt:	0,1 – 1,0	mg/dL
Total:	0,2 – 1,2	mg/dL
BUN:	10 – 20	mg/dL
Demir:	60 – 150	µg/dL
Demir bağlama kapasitesi, total:	250 – 400	µg/dL
Folik asid:	3 – 15	ng/mL
Fosfor, inorganik:	2,5 – 4,5	mg/dL
Gama glutamiltransferaz (GGT):		
Kadın.....	7 – 30	U/L
Erkek.....	11 – 40	U/L
Glikoz:	70 – 110	mg/dL
Globulin:	2,3 – 3,5	g/dL
Hb A1c:	%3,5 – 6,5	
Kalsiyum:	9,2 – 11,0	mg/dL
Klorür:	98 – 109	mmol/L
Kolesterol		
Total:	150 – 200	mg/dL
HDL-K:		
Kadın.....	>40	mg/dL
Erkek.....	>35	mg/dL
LDL-K:	<130	mg/dL
Kreatin kinaz (CK):		
Kadın.....	30 – 140	U/L
Erkek.....	38 – 175	U/L
Kreatinin:	0,6 – 1,2	mg/dL
Kreatinin klerensi	90 – 120	mL/dak
Laktat dehidrogenaz (LDH):	100 – 190	U/L

Lipaz:	14 – 280	mU/mL
Magnezyum:	1,3 – 2,1	mmol/L
Potasyum:	3,5– 5,5	mmol/L
Sodyum:	136 – 142	mmol/L
Tiroid testleri		
Serbest T 3:	260 – 480	pg/dL
Serbest T 4:	0,9 – 2,3	ng/dL
Total T 3:	80 – 200	ng/dL
Total T 4:	5,0 – 12,0	mg/dL
TSH:	1,5 – 5,0	mU/mL
Total protein:	6,0 – 8,0	g/dL
Trigliserid:	30 – 190	mg/dL
Ürik asid	Kadın	2,5 – 7,0 mg/dL
	Erkek	3,0 – 8,5 mg/dL
Vitamin B 12	200 – 1000	pg/mL

HEMATOLOJİK TESTLER

Hemoglobin (Hb):	Kadın	12 – 16	g/dL
	Erkek	14 – 18	g/dL
Hematokrit (Hct):	Kadın.....	%37 – 47	
	Erkek.....	%40 – 54	
Eritrosit (RBC):	Kadın	4,0– 5,5x10 ¹²	/L
	Erkek	4,5 – 6,0x10 ¹²	/L
Ortalama eritrosit hemoglobini (MCH):		26 – 34	pg
Ort. Erit. Hb konsantrasyonu (MCHC):		%31–37	
Ortalama eritrosit hacmi (MCV):		80 – 100	fL
Trombosit (PLT):		150 – 400x10 ⁹	/L
Lökosit (WBC):		4,5 – 11,0x10 ⁹	/L
Sedimentasyon (ESR):	Kadın	0 – 20	mm/saat
	Erkek	0 – 15	mm/saat

* Referans değerler, laboratuvarın kullandığı yöntemle göre değişiklik gösterebilir.

FOTOĞRAFLAR



Akne Vulgaris



Tinea Corporis



Tinea Capitis



Favus



Kerion Celci



Tinea Pedis



Tinea Pedis
Kuru - skuamlı tip



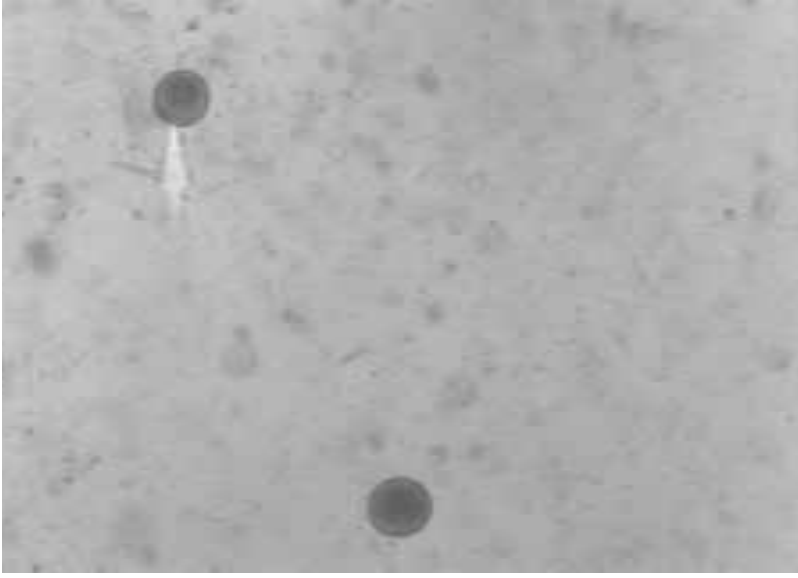
Ürtiker



Enterobius Vermicularis Yumurtası (Kıl Kurdu)
Selofau bant yöntemi x10'luk objektif



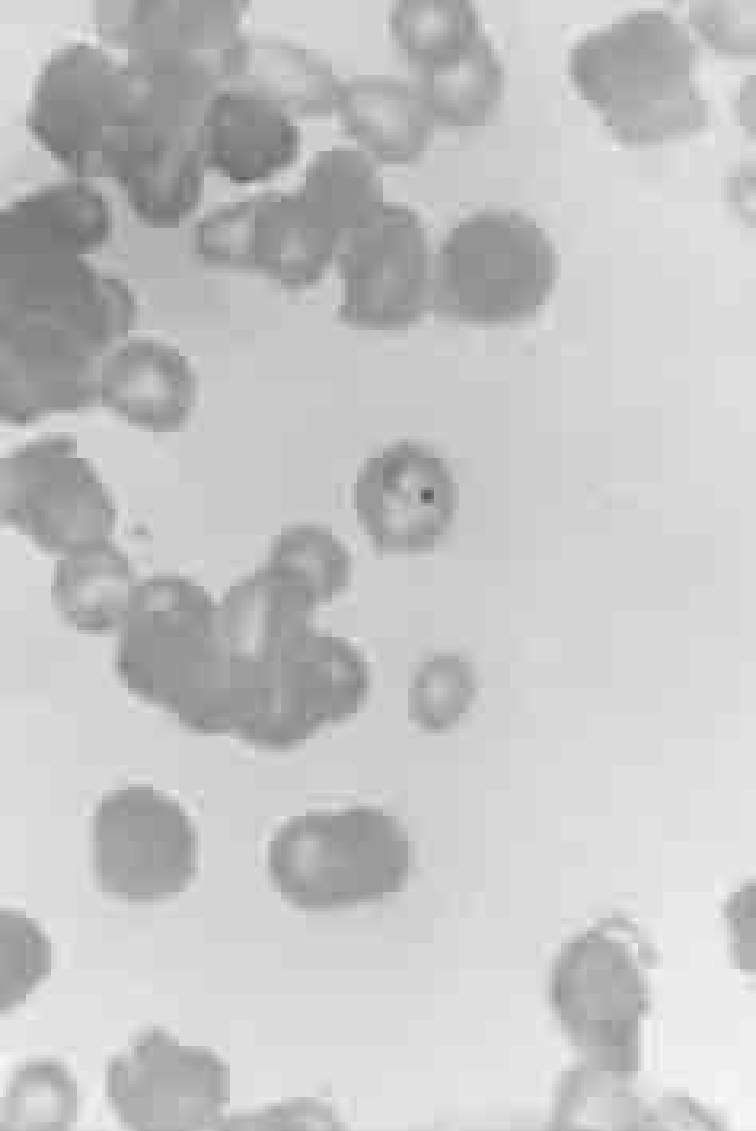
Giardia İntestinalis (lamblia) "Kist"
Lugol yöntemi x40'lık objektif



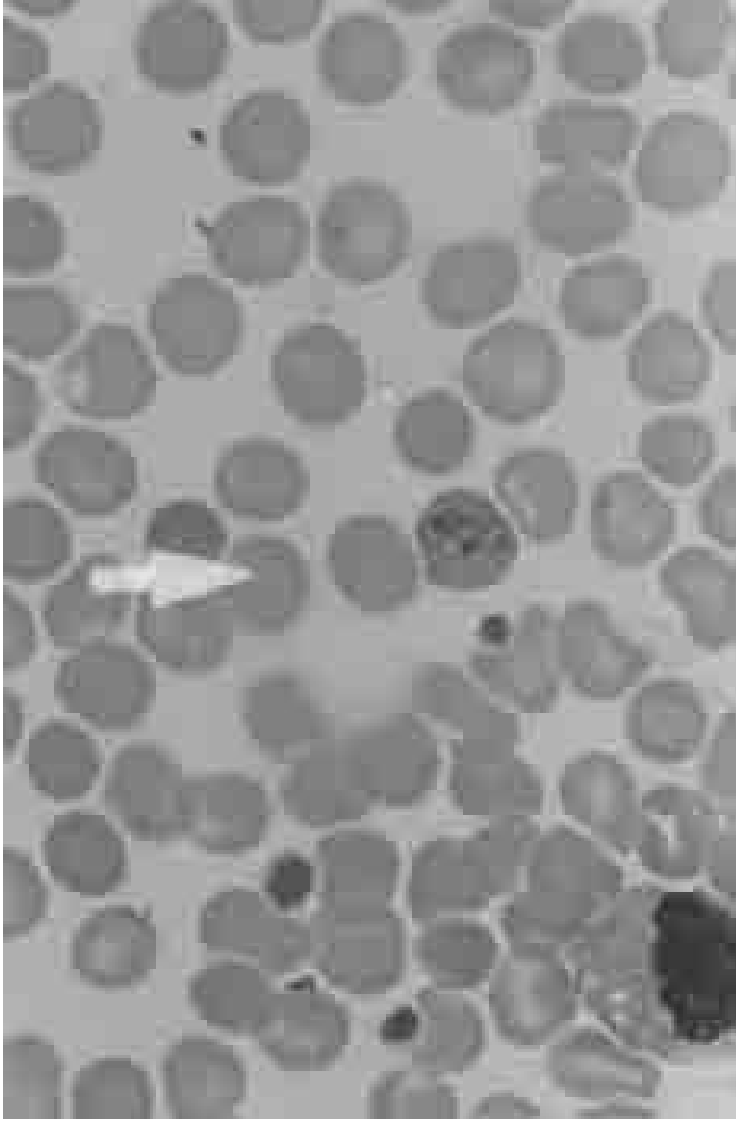
Entamoeba Histolytica (kistler)
Lugol yöntemi x40'lık objektif



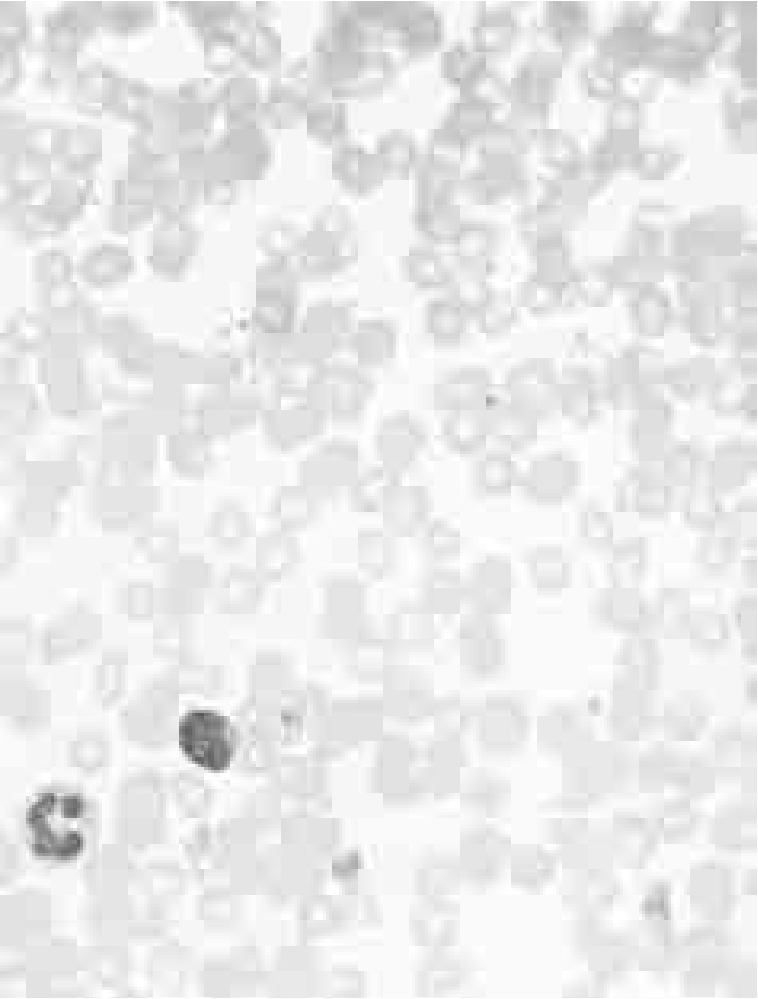
Entamoeba Histolytica "Trofozoit"
Serum fizyolojikte direk bakı x100'lık objektif



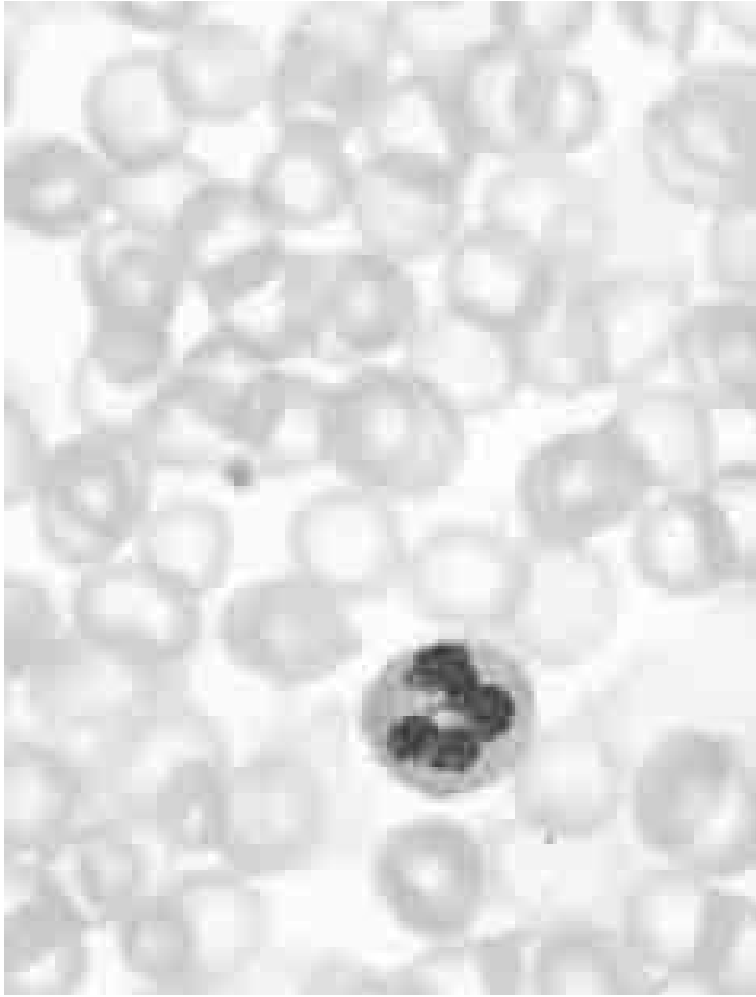
Plasmodium Vivax "Trofozoi" İnce Yayma, Giemsa Boyası
x100'lük objektif (immersion)



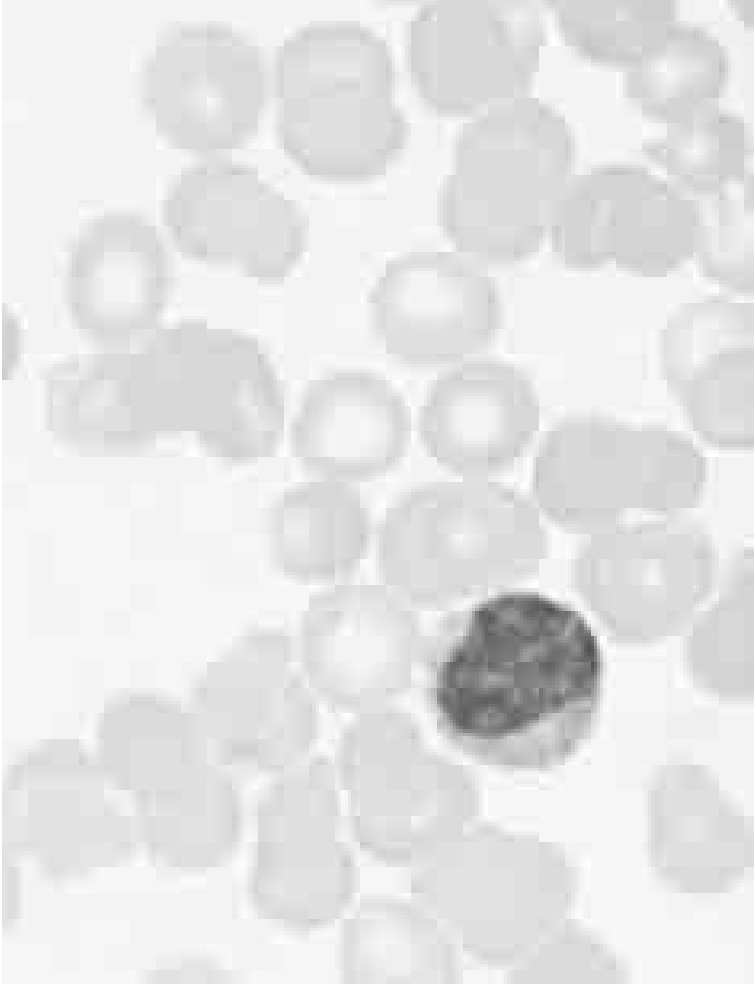
Plasmodium Vivax "Trofozoit" İnce Yayma, Giemsa Boyası
x100'lük objektif (immersion)



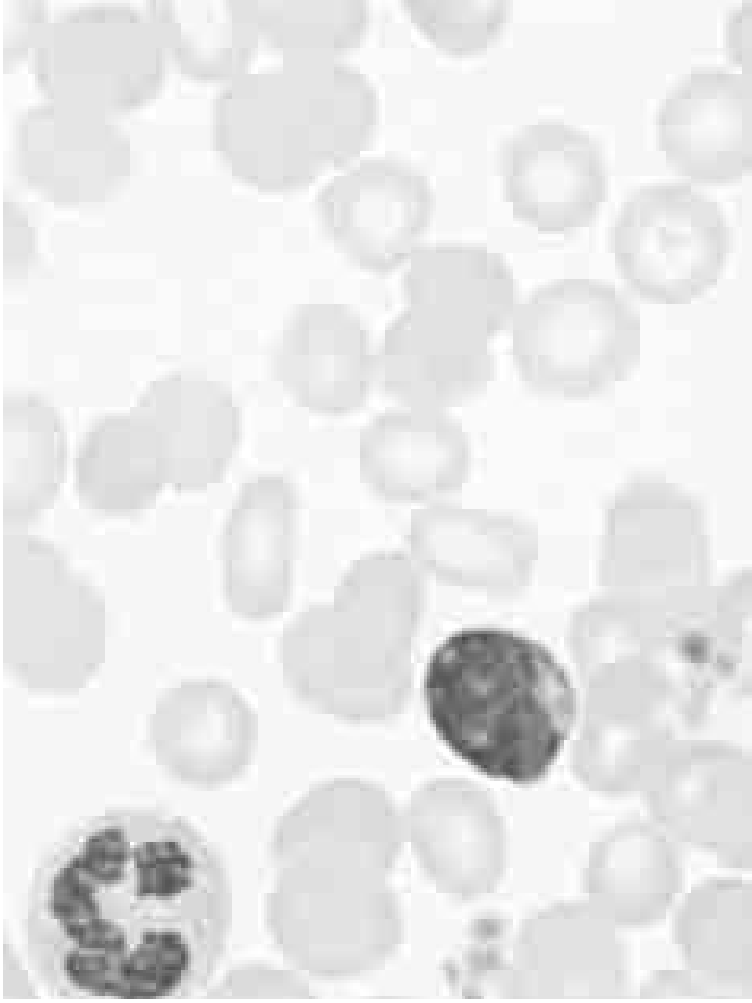
Demir Eksikliği Anemisi
Periferik Yayma



Demir Eksikliği Anemisi
Periferik Yayma



Demir Eksikliği Anemisi
Periferik Yayma



Demir Eksikliği Anemisi
Periferik Yayma