



PNÖMONİ (ÇOCUK)

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Pnömoni akciğer parankiminin enfeksiyon ve enfeksiyon dışı nedenlerle enflamasyonudur.

Pnömoni ülkemizde 0-4 yaşındaki 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 bağıışıklama
- Prematürelilik, düşük doğum ağırlığı
- İki yaşından küçük olmak
- Malnürtrisyon
- Kalabalık ortam (ev, okul)
- Başta sigara olmak üzere ev içi ve dışı hava kirliliği
- Doğumsal kalp, solunum, kas, sinir, iskelet sistemi hastalıkları
- İmmün sistemi baskılacak 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 krepitan (ince) raller, lober pnömonide tuber sufi (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 sevki 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 Amoksilin 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 sefaloçiporinler: 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

*Sevk gereken hastaya oksijen verilerek gönderilmelidir.

Anne eğitimi

- Annenin bebeği sık emzirmesi, bebek anne sütü alamıysa, dehidratasyonun önlenmesi için sıvı yiyecekleri sık vermesi önerilir.
- Anneye ilaçları uygun şekilde kullanmasının ve hekimin önermediği hiçbir ilacı (öksürük şurubu dahil) çocuğa vermemesinin geregi 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, ilk suyla yıkama, gerekirse ateş düşürmek için parasetamol verme) öğrenmesi sağlanır.

İzlem

- Tedaviye yanıt genellikle 2 gün sonra alınır. Genel durum düzeler, 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 göğüsde 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 düzelleme olmayan veya kötüleşme olan çocuklar
- Risk faktörü oluşturan sorunları olan çocuklar
- Akciğer grafisi çekilebiliyorsa, çökülü lober tutulum, apse, pnömotosel, 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 aşları 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.