



P - 58

## YOĞUN BAKIMDA SELF-EKSTÜBASYONA BAĞLI ARİTENOID DİSLOKASYON KOMPLİKASYONU (OLGU SUNUMU)

**Hülya Ulusoy\***, **Müge Koşucu\***, **Selma Özkan\***, **A.Cemal Ümit Işık\*\***, **İbrahim Özen\***, **Nesrin Erciyes\***

\* Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Trabzon

\*\*Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz AD, Trabzon

**Giriş:** Yoğun bakım hastalarında planlanmamış ekstübasyonlar nispeten nadiren görülür. Bu vaka raporunda, self-ekstübasyon sonrasında aritenoid dislokasyon gelişen bir vaka sunuldu.

**Olgu:** On yedi yaşında, 60kg erkek hasta, status epileptikus nedeniyle yattığı nöroloji servisinde sedatize edilip, sorun yaşanmadan ilk denemede oral olarak entübe edildi ve yoğun bakım ünitesine kabul edildi. SIMV modunda %40 FiO<sub>2</sub> ile mekanik ventilatöre bağlandı. Standart monitorizasyon altında konvülzyonların kontrolü için antiepileptik tedavi yanında propofol infüzyonu başlandı. Hastanın konvülzyon atakları, BIS (Bispektral indeks) ve RSS (Ramsey sedasyon skorları) kaydedildi. Kan antiepileptik düzeyleri normal değerlere gelip, konvülzyon görülmediği dönemde propofol dozu azaltılmaya başlandı. 96. saatte; hasta konvülzyonsuz, CPAP (6 cm H<sub>2</sub>O) modunda FiO<sub>2</sub> %35, spontan destekli, mekanik ventilatöre bağlı; kan gazı, laboratuvar ve hemodinamik verileri stabil; RSS: 3; BIS: 76 idi (propofol 16 ml/saat). Bu dönemde hasta self-ekstübasyon yaptı. Hastada reentübasyon ihtiyacı gelişmedi. 6 saat sonra hastada ses kısıklığı fark edildi. KBB bölümünce sağ vokal kord hareketlerinde kısıtlılık ve videolarinoskopik muayenesinde sağ aritenoidde ödem ve dislokasyon tesbit edildi. Başka klinik sorunu olmayan hasta nöroloji servisine devredildi. Post-ekstübasyon 10ncu günde ses kısıklığında azalma olduğundan spontan iyileşme ve izleme karar verildi. Hastada post-ekstübasyon 28. gün normale yakın ses kalitesi vardı ve videolarinoskopik muayenesinde minimal posterior glottik yarık belirlendi.

**Tartışma:** Self-ekstübasyon görülen hastaların bir kısmında reentübasyon zorunlu olabilir. Bu vakalar olası laringolojik komplikasyonlar açısından değerlendirilmelidir. Bazen cerrahi müdahale gerektiren aritenoid dislokasyonu ile kalıcı ses kısıklığı oluşabilir. Yoğun bakım hastalarının BIS ve RSS değerlerine göre tatminkar görünen sedasyon düzeyleri ani uyanışı engellemeyebilir. Self-ekstübasyon sedasyon düzeyinden başka faktörlerle de oluşabildiğinden yakın gözlemin önemi unutulmamalıdır.

P - 59

## MALATYON ENTOKSİKASYONUNDA AKUT İNTERSTİSYEL PANKREATİT ve AKCİĞER ÖDEMİ

**Hüseyin Fidan\***, **Remziye Gül Sivacı\***, **Ender Ellidokuz\*\***, **Demet Erol\***, **Canan Balcı\***

\* Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Afyon

\*\* Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD, Afyon

**Giriş:** Onaltı yaşında, bayan hasta, malatyon içimi ile suisid girişimi sonrası hastanemize başvurdu. Bir saat içinde hastada hipotansiyon gelişti ve periferik oksijen saturasyonu (sPO<sub>2</sub>) oksijen desteğine rağmen % 79'a düştü. Solunum sayısı arttı, pembe köpüklü kan tükürmeye başladı. Hasta entübe edilerek mekanik ventilatöre bağlandı. Pozitif inotropik destek ve atropin infüzyonu başlandı. İlk 24 saat içinde serum amilaz değeri 984 U L-1 idi. Hastanın serum amilaz değeri dördüncü günde normal sınırlara indi. Serum psödokolineraz düzeyleri beşinci günde normal sınırlara geldi. Pulmoner ödem gelişen ve akut interstisyel pankreatit kriterlerine uyan olguda atropin infüzyonu ve PAM tedavisi ile biyokimyasal parametreler ve klinik tablo dramatik olarak düzeldi. Hasta ilaç içiminden sonraki kırk altıncı saatte ekstübe edildi. Atropin tedavisinin yalnızca klinik hedeflere ulaşmaya dek değil, serum amilaz veya lipaz düzeyleri ve serum psödokolineraz düzeylerinin normal değerlerine gelineye dek kullanılmasının ve bu yaklaşımın pankreatit prevelansına etkisinin araştırılması gerektiği kanaatindeyiz. Organofosfat entoksikasyonuna bağlı gelişen akciğer ödemi ve bu patolojinin akut pankreatit ile birlikteliğinin nadir olması ve atropin tedavisinin pankreatit gelişimi üzerine olan etkilerinin tartışılmasını sağlamak için bu olguyu sunmayı uygun bulduk



P - 60

## TRAVMAYA BAĞLI BAZİLER ARTER DİSEKSİYONU(OLGU SUNUMU)

**A. Çizen\*, S. Çolakoğlu\*, E. Bombacı\*, S. Dalbayrak\*\*, T.Y. Atakan\*, I. Gürel\*\***

\* Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

\*\* Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Beyin Cerrahisi Kliniği, İstanbul

**Giriş:** Vertebral arter diseksiyonuna bağlı baziler arter oklüzyonu çocuklarda nadir görülen, şuur kaybı, hemiparezi, istemsiz hareketler ve başağrısı ile ortaya çıkan bir klinik tablodur.

**Olgu:** Yüksekten düşme sonrası kusma ve şuur kaybı gelişen 7 yaşında erkek hasta acil servise getirildiğinde konvülsiyon geçirmesi üzerine Yoğun Bakım servisine kabul edildi. Özgeçmişinde 1 yaşında siklik nötropeni tanısı aldığı ve aralıklı immunglobulin ve G-CSF tedavisi görmesi dışında bir özellik yoktu. Fizik muayenede şuur kapalı, ağrılı uyarana göz açıyor, pupiller izokorik, PIR +/+, ağrılı uyarana ekstansör yanıt mevcut, verbal yanıt inleme, GKS: 6/15, Babinski bilateral pozitif olarak değerlendirildi. Bilgisayarlı beyin tomografisinde beyin sapında infarkt ile uyumlu heterojen alanlar tespit edildi. EEG de yaygın epileptiform deşarjlar içeren serebral biyoelektrik aktivite saptandı. Rutin laboratuvar tetkiklerinde bir özellik yoktu. Spontan solunumu yeterli, akciğer sesleri doğal olan hastaya maske ile 2L/sa oksijen desteği verildi. Arter kan gazı değerleri: pH:7.44, pO<sub>2</sub>: 73.5 mmHg, pCO<sub>2</sub>: 44.8 mmHg, HCO<sub>3</sub>: 25.8 mmol/L, BE: 5.3, SaO<sub>2</sub>: %95.5, TA:100/64 mmHg, KTA: 98 atım/dakika, ateş: 37°C idi. Standart yoğun bakım tedavi protokolüne ek olarak antibiyotik profilaksisi ve fenitoin 5 mg/kg/gün başlandı. 2. günde konvülsiyonları kontrol altına alınan hastaya ileri tetkik amaçlı baş ve boyun MR Anjiyografi planlandı. 7. günde çekilen MR Anjiyografide sol vertebral arter V-3 segmentinde diseksiyon, sol basiler arterde totale yakın oklüzyon, sol serebellar hemisferde ve ponsda subakut iskemi bulguları saptandı. Cerrahi girişim düşünülmemesi üzerine tedaviye antiagregan, antitrombotik ajanlar eklendi. 4. günde hasta göz açma sözle, motor yanıt lokalize etmeye çalışır, verbal yanıt anlamsız sözler, GKS: 11/15, oda havasında spontan solunumda çocuk servisine devredildi.

**Tartışma:** En sık görüldüğü grup 6-15 yaş arası erkek çocuklardır. Tanı baş ve boyun MR Anjiyografisi ile konur. Tedavide ilk 6 saat içinde trombolitik ajanlar ve balon anjiyoplastisi önerilmekte olup, diseksiyonun subintimal geliştiği travmatik olgularda prognoz iyi seyrederek, ancak tam iyileşme 10 aya kadar uzayabilir. Bizim olgumuzda MR Anjiyografi tetkiki pahalı olması ve özel merkezlerde yapılabilmesinden dolayı ancak 7. günde sağlanabildiğinden trombolitik tedavi ve balon anjiyoplastisi uygulanamadı.

**Kaynaklar:** 1.Rosman NP, Adhami S, Mannheim GB. Basilar artery occlusion in children. Child Neurol. 2003 Jul;18(7):450-62. / 2.Nakatomi H, Nagata K. Basilar artery occlusion due to spontaneous basilar artery dissection in a child. Acta Neurochir.(Wien).1999; 141(1):99-104.

P - 61

## MYASTENİA GRAVİS OLGULARINDA TIMEKTOMİ SONRASI YOĞUN BAKIM TAKİBİ

**E. Şimşek, K. Karapınar, B. Özpolat, A. Sarıgül, M. Kar, B. Erdolu, E. Yücel**

SSK Ankara Eğitim Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, Ankara

**Giriş:** Myastenia gravis hastalarında transsternal timektomi sonrası yoğun bakım takiplerinde karşılaşılan sorunlar. Materyal-Metod: Eylül 2000 ile Mart 2003 yılları arasında myastenia gravis tanısı ile 5 hastaya transsternal yolla genişletilmiş timektomi uygulandı. Hastaların 4'ü erkek ( 40± 2yıl ), 1'i 8 yaşında kız çocuğuydu. Tüm hastalara ENMG ile tanı konulmuş ve operasyon öncesi torax CT çekilmişti. Eşlik eden ek hastalıkları yoktu. 4 hasta operasyon öncesi pyridostigmin tedavisi alırken 1 hasta remisyonda idi. Operasyon sonrası 3 hasta ekstübe 2 hasta entübe olarak yoğun bakıma getirildi. Tüm hastalara oral alimla beraber hemen pyridostigmin tedavisine başlandı. Hastaların yoğun bakımda yakın kan gazı, drenaj ve hemodinamik takipleri yapıldı. Etkin analjezi ve sık aspirasyonun yanı sıra fizyoterapist tarafından hemen başlatılan solunum egzersizleri yaptırıldı. Hastaların yoğun bakımda kalış süreleri 24± 6 saat, taburculuk süreleri 4± 1 gündü. Enfeksiyon, drenaj, diürez ve hemodinamik problemler ile karşılaşmadı. Bir hasta myastenik kriz nedeni ile eksitus oldu.

**Sonuç:** Myastenia gravis de zor ekstübasyon ve ekstübasyon sonrası solunum sıkıntısı en ciddi sorunlardır. Bunları aşabilmek için genişletilmiş timektomi, erken dönemde preoperatif tedavinin sürdürülmesi, etkin analjezi, sık aspirasyon, yakın kan gazı takibi ve erken solunum egzersizinin etkili olduğu görüldü. Bu etkin tedavi ile ateletaksi ve enfeksiyon önlenerek, yoğun bakımda kalış ve taburculuk süresi azalmaktadır.



P - 62

## PERİPARTUM KARDİYOMİYOPATİ: OLGU SUNUMU

*Aygen Türkmen, Aysel Altan, Namigar Turgut, Salih Öztürk*

*Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, SSK Okmeydanı Eğitim Hastanesi, İstanbul*

**Giriş:** Peripartum kardiyomyopati (PP-KMP) kalp yetersizliğinin, gebeliğin son dönemlerinde veya postpartum dönemde görülebilen nadir bir formudur. Etiyolojisi tam olarak bilinmeyen bu hastalığın tanı ve tedavisinde obstetrisyenlerin, kardiyologların, anesteziistlerin ve neonatologların birlikte çalışması gerekmektedir. Prognoz açısından henüz yeterli bilgiler mevcut değildir<sup>(1)</sup>.

**Olgu:** Beş ay önce doğum yapan 26 yaşında (gravida 2 para 2) esmer kadın hasta evde nefes alamama şikayeti ile acil servise getirildiğinde kardiyopulmoner arrest olduğu tespit edildi. Hikayesinde hipertansiyon, konnektif doku hastalığı, konjenital kalp hastalığı mevcut değildi. Dört yıl önceki ilk gebeliğinde nefes darlığı şikayeti olduğu ve kalp yetmezliği tanısı konduğu yakınlarından öğrenildi.

Kardiyopulmoner resusitasyon uygulanan hasta yoğun bakıma alındı. Orotrakeal entübe olan hastada solunum frekansı 44/dk, arteriel kan basıncı 110/70 mmHg, kalp atım hızı 120/dk olarak tespit edildi. Oskültasyonda her iki akciğerde yaygın krepitan raller mevcuttu. GCS: 5 APACHE II: 21 olarak değerlendirildi. Elektrokardiografide iskemi açısından bir veri olmaksızın sinus taşikardisi tespit edildi. Transtorasik ekokardiyografide de anterior duvar hipokinezisi, EF % 48 olarak değerlendirildi. Kardiyoloji doktorları ile birlikte peripartum kardiyomyopati tanısı kondu.

**Tartışma:** Peripartum miyokardiyopati nadir görülen bir hastalık olmasına rağmen, anesteziistlerin veya yoğun bakım doktorlarının ayırıcı tanıda mutlaka düşünmeleri gerekmektedir. Otuz yaşından büyük, gestasyonel hipertansiyon hikayesi olan, siyahi ırktan olan

veya ikiz olan gebeliklerde peripartum miyokardiyopati insidansı artmaktadır. Prognoz hastalığın başlamasından sonraki ilk altı ay içerisinde sol ventrikül kontraktilesindeki iyileşmeye bağlıdır<sup>(2)</sup>.

**Kaynaklar:** 1- Koucky M, Binder T, Krejci V, Zivny J. Obstetrical aspects of peripartum cardiomyopathy. Ceska Gynekol. 2003 Mar;68(2):111-4. / 2- Martin J, Apin M, Bienengraber H, Erdmann M, Milewski P. Peripartum cardiomyopathy. Perioperative anaesthesiological management of a rare complication of pregnancy Anaesthesist. 2003 Feb;52(2):137-41.

P - 63

## YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE KEMOTERAPİ UYGULAMASI

*G. Berkel Yıldırım, A. Çizen, E. Bombacı, B. Çevik, S. Çolakoğlu*

*Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği*

**Giriş:** Kanser hastalarının yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) tedavi nedenlerinin başında solunum sıkıntısı, organ disfonksiyonları, lokalize veya sistemik enfeksiyon komplikasyonları gelmektedir. Kemoterapide kullanılan ajanlar nedeniyle hastalarda nötropeni ve enfeksiyona eğilim arttığı gibi kemik iliği baskılanmasına bağlı olarak immünitede azalma gözlenmektedir. Ancak özellikle mekanik ventilasyon ihtiyacı olan nötropenik kanser hastalarının yoğun bakım ünitesinde tedavisi halen tartışmalıdır.

**Olgu:** 57 yaşında, 155 cm boyunda ve 60 kg olan kadın hasta, 1 yıldır multinodüler guatr nedeniyle izlenmekte iken yapılan ince iğne aspirasyon biopsisi sonrasında gelişen solunum sıkıntısı nedeniyle tiroid kanseri ön tanısı ile operasyona alındı. Peroperatif dönemde herhangi bir problem olmayan hastada, mevcut olan kitlenin ileri derecede trakeaya invaziv olması nedeniyle hasta postoperatif extübe edilmeden YBÜ' ne alındı. Preoperatif tiroid kitle basısı ve trakea deviasyonunu nedeniyle trakeotomi açılmayan hastaya 5. günde elektif şartlarda trekeostomi açıldı. Tiroid Non-Hodgkin yüksek grade lenfoma tanısı konması nedeniyle hastaya yoğun bakım ünitesindeki 12. gününde CHOP (siklofosamid, doxorubisin, vincristin, prednizolon) protokolü ile kemoterapi (KT) başlandı. Antibiyoterapi alınan kültür sonuçları doğrultusunda belirlendi. KT sonrası 4. günde febril nötropeni tablosu gelişen hastaya tedaviye ek olarak Filgrastim (G-CSF) 48 mU/gün ve immunonütrisyon uygulandı. İlk kür kemoterapi sonrasında mekanik ventilatör desteğine ihtiyacı kalmayan hasta diğer kür tedavilerini almak üzere ilgili servise haliyle devredildi. Yoğun bakımdaki nötropenik hastalarda mortallite oranları hematolojik malignitelere göre solid tümörlerde daha düşüktür. Ancak nötropeni yoğun bakım mortalitesi açısından organ disfonksiyonu gibi etkili bir risk faktörü olarak belirlenememiştir<sup>(1,2)</sup>. Sepsis tablosundaki kanser hastalarında erken transport ve etkin antibiyoterapinin 30 günlük mortaliteyi azalttığına dair raporlar vardır<sup>(3)</sup>. Hastane



enfeksiyonlarının sık geliştiği yoğun bakım ortamında kemoterapi uygulanması ve sonrasında gelişen immün baskılanma önemli bir risk faktörüysen de yoğun bakım ihtiyacı olan hastalarda tedavinin erken başlatılması açısından fayda-zarar ilişkisi göz önünde bulundurulmalıdır.

P - 64

## MİVAKURYUMA BAĞLI UZAMIŞ APNE

A. Akyol, A. Can Şenel, H. Ulusoy, F. Karip, H. Uzunlar, A. Eroğlu, N. Erciyes

KTÜ Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Trabzon

**Giriş:** Mivakuryum, plazma psödokolinesteraz (PChE) tarafından hızlı bir şekilde inaktive edilen kısa etkili nöromusküler blokerdir. Düşük PChE düzeyi olan hastalarda, atipik kolinesteraz bulunanlarda veya antikolinesteraz verildiğinde etki süresi uzar. Erkisi 2-2.5 dakikada başlar, 20-25 dakika sürer. Bunun için kısa süreli cerrahi girişimler için ideal bir ajandır. Bu bildiriye kısa süreli bir cerrahi girişimde kullandığımız mivakuryumun uzayan etkisini sunmayı amaçladık.

**Olgu:** Primer amenore tanısıyla laparoskopi planlanan, daha önce operasyon geçirmemiş, preanestezik muayenesi normal, 18 yaşında, 50 kg ağırlığında bayan hasta. Vital bulguları stabil olan hasta, 3 mg/kg propofol, 1 microgr/kg fentanil, 1 mg/kg lidokain, 0.2 mg/kg mivakuryum verilerek entübe edildi. Anestezi idamesi % 50 O<sub>2</sub>, %50 N<sub>2</sub>O, % 1.5-2 sevofluran ile sağlandı. Ek bir anestezi ajanına ihtiyaç olmadan 25 dk sonra operasyon tamamlandı ve eş zamanlı olarak anestezi ajanlar kesildi. Operasyon odasında uyanan, yeterli süre beklenilmesine rağmen TOF yanıtı %25 olması dolayısıyla soluyamayan hasta postanestezik bakım ünitesine alındı. Burada da 120 dk beklenilmesine rağmen soluyamayınca yoğun bakım ünitesi (YBÜ) ne alınıp, SIMV modunda, fiO<sub>2</sub>: 0.4, f: 12, TV: 400 ml olacak şekilde mekanik ventilatör (MV) e bağlandı ve 2 mg/kg/saat IV propofol infüzyonuna başlandı. Bu esnada bakılan PChE düzeyi 2972 U/L (N: 4300-11500 U/L) idi. Anestezinin sonlandırılmasından yaklaşık 8 saat sonra solunumunun düzelmesi ve TOF yanıtının %75 in üzerinde olmasından dolayı ekstübe edildi. Tekrarlanan psödokolinesteraz düzeyinin anlamlı yükselmediği (3214 U/L) gözlemlendi. Ertesi gün sabaha kadar YBÜ nde gözlenen hasta servise gönderildi.

**Sonuç:** Mivakuryum ve süksinilkolin gibi PChE tarafından inaktive edilen kas gevşeticiler kullanılacaksa, mutlaka hastanın preoperatif PChE düzeyine bakılması gerektiği kanaatindeyiz.

P - 65

## RİSPERİDON İNTOKSİKASYONUNA BAĞLI GEÇ GELİŞEN SOLUNUM YETMEZLİĞİ

A. Akyol, H. Ulusoy, A. Can Şenel, F. Karip, A. Eroğlu, H. Uzunlar, N. Erciyes

KTÜ Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Trabzon

**Giriş:** Risperidon, serotonin ve dopamin antagonisti olan antipsikotik bir ajandır. Pozitif veya negatif semptomların görüldüğü akut, kronik şizofrenik psikozlarda ve bipolar rahatsızlıklara bağlı manik epizodların tedavisinde, duyu durum stabilizatörleri ile beraber adjuvan olarak kullanılabilir. Literatürde çok sayıda risperidon intoksikasyonu bildirilmesine rağmen, solunum depresyonu ve mekanik ventilasyon (MV) ihtiyacı olan vakalar çok az ve genellikle ilk 24-72. saatlerde görülmektedir. Bu bildiriye, risperidon intoksikasyonuna bağlı geç gelişen (7. günde), yoğun bakım ünitesi (YBÜ) nde MV ihtiyacı olan bir solunum yetmezliği olgusunu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 26 yaşında, suisid amaçlı 30 adet Risperidon tb (1 mg.lık) içtiği öğrenilen ve sokakta baygın halde bulunan bayan hasta, Devlet Hastanesine kaldırılmış, 2 günü YBÜ nde olmak üzere 6 gün tetkik ve tedavisi sürdürülmüş. Yedinci güne kadar solunum desteğine ihtiyacı olmayan hastanın solunumunun bozulması üzerine acil servisimize gönderilmiş. Hastanın yapılan muayenesinde; genel durumu kötü, bilinci kapalı ve uzayan apneleri olması üzerine entübe edilerek YBÜ ne alınıp, SIMV modunda, fiO<sub>2</sub>: 0.7, f: 12, TV: 450 ml olacak şekilde MV e bağlandı. Sedasyon amacıyla 2 mg/kg/saat IV propofol infüzyonuna başlandı. YBÜ'ne yatırılışının 7. gününde ekstübe edilen hasta, iki gün daha YBÜ'nde izlenip, ilaç alımının 17. gününde bilinci açık, genel durumu iyi, aktif ve koopere halde Psikiyatri servisine gönderildi.

**Sonuç:** Risperidon gibi antipsikotik ilaç intoksikasyonuna bağlı olarak gelişen solunum yetmezliğinin 7. günde bile görülebileceği akıld tutulmalıdır.



P - 66

## KÖRLÜK İLE SONUÇLANAN METANOL ZEHİRLENMESİ

**Gönül Tezcan Keleş, Sabri Özasan, Melek Sakarya**

*Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Manisa*

**Giriş:** Kaçak içki yapımında etil alkol yerine kullanılması sonucu karşılaşılabilen metil alkol zehirlenmeleri başlangıçta ciddi toksik semptomların yokluğu sonucunda klinisyeni yanıltabileceği gibi hastaneye başvuruda da gecikmeye neden olabilir. Tedavide gecikme ya da uygun olmayan şekli ise geriye dönüşsüz SSS hasarı ve ölümlerle sonuçlanır.

Sosyal bir ortamda toplu halde alınan ev yapımı alkollü içkiden zehirlenen ve diğer kişilerde de benzer bulguların ortaya çıkması sonucu hastaneye erken başvuru sonucu sağ kalımla sonuçlanan bir olguyu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 50 Y, 75 kg, E olgunun öyküsünde ev yapımı rakıdan 4 kadeh içilmesinden 12 saat sonra bulanık görme şikayetlerinin başladığı; başvurduğu göz hekimi tarafından B vit reçetesi ile evine gönderildiği; şikayetlerinin devam etmesi ve birlikte alkol aldığı kişilerde de benzer şikayetler oluşması üzerine acil servise başvurduğu öğrenildi. Bilinci açık, koopereasyonu sınırlı olan hastanın özgeçmişinde 20 yıldır günde 35 cL rakı kullanımı dışında özellik yoktu. Kan metil alkol düzeyi 37.1 mg dL-1 olarak ölçüldü. Biyokimyasal analiz sonuçları normal sınırlarda idi. Arteriyel kan gazı analizinde yüksek anyon açıklı metabolik asidoz vardı. Hasta metil alkol intoksikasyonu tanısı ile yoğun bakım ünitesine alındı.

Hastanın bikarbonat açığı hesaplanarak HCO<sub>3</sub> infüzyonuna başlandı. Toplam 230 mEq HCO<sub>3</sub> verildi. %20'lik etil alkol solüsyonu 40ml.saate-1 dozunda nazogastrik yol ile verilmeye başlandı; toplam 307 ml %20 etil alkol solüsyonu kullanıldı. 24. saatte T-tüp ile spontan solunuma bırakılan hasta 48. saatte ekstübe edildi. Arteriyel kan gazları ve ventilasyon modları Tablo 1'de izlenmektedir. Yatışın 5. gününde kraniyal MR'da her iki putamen, korpus kallosum splenium sol tarafta ve serebral hemisferde subkortikal tutulum oluşturan subakut evrede nekroz alanları tespit edildi. 8. Günde yapılan göz muayenesinde; sol gözde daha belirgin bilateral optik atrofi tespit edildi. Hasta yatışının 8. gününde tahuru edildi. Taburculuğunun 15. gününde yapılan kontrol muayenesinde bilateral optik atrofiye bağlı tam görme kaybı dışında sistemik bulgular normaldi.

**Tablo 1.** Arteriyel kan gazları analizi ve ventilasyon şekli.

	pH	PaO <sub>2</sub> mmHg	PaCO <sub>2</sub> mmHg	HCO <sub>3</sub> / BE mmol L-1	Ventilasyon
Gelişinde	7.17	87.1	6.8	2.4/-26.1	Spontan
2. saat	7.08	136.1	8.4	4.1/-22.1	CMV
4. saat	6.84	161.6	33.5	9.8/-20.1	CMV
12. saat	6.99	184.3	53.7	12.8/-18.5	CMV
20. saat	7.47	139.7	33.7	24.1/ 0.5	PS
24. saat	7.55	97.8	38.3	33.3/11.1	Spontan(6L/dk O <sub>2</sub> T tüp)
4. gün	7.45	79	40.7	27.7/3.7	Ekstübe(oda havası)

**Sonuç:** Metil alkol intoksikasyonunda toksik düzeyin 50 mg dL-1 olduğu bildirilmektedir. Ancak toksisite formata bağlı olup direkt olarak metanole bağlı olmaması nedeniyle, kan metanol seviyeleri toksisitenin ciddiyeti ile orantılı olmayabilmektedir. pH<7.00 olması, pH>7.00 olan vakalara göre mortaliteyi 20 kat artırmaktadır. Yaklaşık 8 saat pH<7.00 olarak izlenen bu olguda sağ kalımın erken şüphe ile hastaneye erken başvurusu sonucu olduğu düşünüldü.



P - 67

## SİSTEMİK SKLEROZİSLİ HASTADA TRAKEAL ENTÜBASYONA SEKONDER GELİŞEN TRAKEA-ÖZEFAGEAL FİSTÜL

Ö. Özsoylar\*, M. Arslan\*, N. Çekmen\*, M. Akçabay\*, S. Demircan\*\*

\*Gazi Üniv. Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Ad. \*\*Gazi Üniv. Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD

**Giriş:** Skleroderma sınırlı ve sistemik tipleri olan, etyolojisi tam bilinmeyen, otoimmün bir hastalıktır<sup>(1)</sup>. Solunum sıkıntısıyla yoğun bakımımızda takip ettiğimiz, endotrakeal entübasyona sekonder trakeaözefageal fistül (TÖF) gelişen, sklerodermalı hastayı sunuyoruz.

**Olgu:** On yıldır sınırlı skleroderma tanısıyla takip edilen 64 yaşındaki kadın hasta solunum sıkıntısı, siyanoz, bilinç bozukluğu nedenleriyle yoğun bakımımıza kabul edildi, endotrakeal entübasyon uygulanarak mekanik ventilasyona başlandı. Muayenesinde; deri elastikiyetinde azalma, yüzde ve ellerde renk değişiklikleri, el parmaklarında sklerodaktili mevcuttu. Alt ve üst ekstremitte uçları soğuk, siyanoze, periferik nabızlar alınıyordu. Laboratuvar incelemelerinde lökositoz, anemi, kan üre nitrojeninde, karaciğer enzimlerinde yükselme, ekokardiyografide kalbin çevresinde perikardiyal efüzyon, pulmoner hipertansiyon saptandı. Yatışının 9. gününde endotrakeal tüpünden mide içeriğin gelmesi üzerine muhtemel bir TÖF'den şüphelenilerek fiberoptik bronkoskopi yapıldı; jugulum seviyesinde kord vokallerden 2 cm uzaklıkta fistül ağız tespit edildi. Nazogastrik sondadan verilen metilen mavisinin görülmesiyle fistül doğrulandı. Endotrakeal stent yerleştirilmesi planlanırken, onbirinci günde ani şekilde özafagustan ve trakeadan masif kanamalı mide içeriğinin gelmeye başlamasının ardından şok tablosu ve kardiyak arrest gelişti. Yapılan acil müdahaleye ve resusitasyona rağmen hasta kaybedildi.

**Sonuç:** Özellikle uzun süreli entübasyona sekonder gelişen TÖF'ler önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Kaf basısına bağlı nekrozun önlenmesi için kafın aralıklı olarak şişirilmesi, erken dönemde ekstübasyonu düşünülmeyen hastalarda trakeostominin tercih edilmesi tüpe bağlı komplikasyonların azaltılması açısından önemlidir. Bizim olgumuzdaki gibi konnektif doku hastalığı bulunan hastalarda TÖF'lerin daha sık ve beklenenden erken oluşabileceği göz önünde bulundurulurken, daha uyanık olunması görüşünderiz.

**Kaynaklar:** 1. Virginia D. Steen. Treatment of Systemic Sclerosis: Am J Clin Dermatol 2001; 2 (5): 315-325

P - 68

## MOTOR NÖRON HASTALIĞI TANISI İLE İZLENEN BİR HASTADA GELİŞEN REKTUM ADENOKANSERİ

N. Çekmen, Ö. Özsoylar, M. Akçabay, M. Arslan, F. Sunay Demir, D. Erdoğan, C. İrkeç

Gazi Üniveritesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Nöroloji AD, Ankara

**Giriş:** Motor nöron hastalığı (MNH) spinal kordun ön boynuz motor nöronlarında, beyin sapı motor çekirdeklerde ve frontal lobun posterior bölgesindeki motor alan nöronlarında ilerleyici dejenerasyonla karakterize kronik bir hastalıktır.

**Olgu:** Kırkdokuz yaşında, erkek hasta, tüm vücudunda ve bacaklarında güç kaybı, yutkunma güçlüğü, ses kısıklığı, nefes darlığı, balgamını atamama, dilinde dolanma, yemek alışkanlığında bozulma, kilo kaybı, son günlerinde artan yürüyememe, çabuk yorulma şikayetleri üzerine acil servise başvurdu. Arteriyel kan gazlarının kötüleşmesi ve bilincinin kapanması üzerine entübe edilerek mekanik ventilasyona tabi tutuldu ve reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi'ne kabul edildi. Hasta klinik ve elektrofizyolojik bulgular gözönüne alınca alt motor nöron sendromu ön tanısı ile izleme alındı. Yatışının 7. ayında hastanın rektal taze kanaması olması, kilo kaybının artması ve hemoglobin düzeyinin 6.6 g/dL ve hematokrit % 18.6 olması üzerine genel cerrahi kliniğince yapılan endoskopik incelemelerinde rektosigmoid bileşkede ve rektumda iki adet ülserovejetan kitle izlendi. Buradan yapılan biyopsinin patolojik incelemesi adenokanseri ile uyumlu gelmesi üzerine operasyon planlanıp küratif amaçla low anterior rezeksiyon gerçekleştirildi. Hastaya onkoloji kliniği tarafından adjuvan kemoterapi önerildi, ancak hastamızın genel durumunun iyi olmaması nedeniyle kemoterapi uygulanmadı.

**Sonuç:** Hastamızda klinik seyir öncelikle ağırlıklı olarak motor nöron bulgularıyla kendini gösterdi. Bu nedenle motor nöron tutulumu bulgularıyla başvuran hastalarda detaylı bir dahili değerlendirme yapılmalı ve bizim hastamızda olduğu gibi altta yatan bir malignensi erken dönemde ekarte edilmelidir. Olgumuzu alt MNH tanısından aylar sonra gelişen rektum kanseri nedeniyle sunmayı uygun bulduk.



Anahtar kelimeler: Motor nöron hastalığı, malignensi, Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ), paraneoplastik sendrom, rektum kanseri

Kaynaklar: 1. Miller R, Mitchell J, Lyon M, et al. Riluzole for amyotrophic lateral sclerosis (ALS)/motor neuron disease (MND). Available in The Cochrane Library [database on disk and CDROM]. Updated quarterly. The Cochrane Collaboration; issue 2. Oxford: Update Software, 2002: CD001447. / 2. Michel Dib: Amyotrophic lateral sclerosis: progress and prospects for treatment. Drugs2003; 63 (3) : 289-310. / 3. Swash M. Clinical features and diagnosis of amyotrophic lateral sclerosis. In: Brown Jr RH, Meininger V, Swash M, editors. Amyotrophic lateral sclerosis. London: Martin Dunitz 2000; 3-30.

P - 69

## BİR DİSTONİA MUSKULORUM DEFORMANS OLGUSU

**N. Çekmen, M. Akçabay, Z. Yeşilbudak**

*Gütf Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Ad, Gütf Nöroloji AD, Ankara*

**Giriş:** Distonia muskolorum deformans; çocukluk çağlarında başlayan ekstremitelerin progresif distonik hareketleri ile karakterize, erişkin dönemde ise servikal, kranyal ve brakial kaslarda sınırlı, nadiren gövde ve alt ekstremitte kaslarını tutan bir tablodur. Etyolojisi bilinmemektedir. İlerlemiş vakalarda gövde ve ekstremitte kaslarının bilateral tutulmasıyla hasta yatağa bağımlı hale gelir <sup>(1)</sup>.

**Olgu:** Yirmi yaşında erkek hasta. Bir yıl içinde konuşma ve yutma güçlüğü başlamış. Son üç aydır durumu iyice kötüleşmiş ve yataktan kalkamaz duruma gelmiş. Beslenmesi ve solunumu bozulmuş, öğürme refleksi azalmıştı. Şikayetlerinin artması üzerine hasta ileri tanı ve tedavi amacıyla nöroloji kliniğine yatırıldı. Motor muayenede tüm ekstremitelerde distonik postür ve spastisite hakimdi. Tortikollis, oromandibuler ve laringial distoni mevcuttu. Tam kan, idrar ve biyokimya bulguları normaldi. Oral alımı yeterli olmadığı için nazogastrik tüp ile beslenmeye başlandı. Antikolinerjik yan etkisinden yararlanmak amacıyla bir Trisiklikantidepresan (TAD) olan Amitriptilin (laroksil) 25 mg/gün yattığı süre boyunca uygulandı. Distoniye yönelik L-Dopa(Madopar) 100mg/gün olarak 10 gün süreyle uygulandı. Hastamıza aynı zamanda baklofen (lioresal) tablet 3x5mg başlandı, 3.günden itibaren 3x10 mg olarak 21gün süreyle devam edildi. Oromandibular, tortikollis, bleferospazm gibi fokal distoniler için aktive olan ilgili kaslara üç veya dört değişik noktadan toplam 240 ünite botulinum toksini (botox flakon) enjekte edildi. Bütün yapılan bu tedaviler klinik tablonun gerilemesinde fazla bir katkısı olmamakla beraber sadece semptomlarda bir hafifleme sağlamıştır. Laringiyal distonisi nedeniyle respiratuar distres gelişmesi, bilincinin kapanması ve arteriyel kan gazlarının kötüleşmesi üzerine entübe edilerek mekanik ventilasyon ile solunum desteğinde bulunuldu ve Reanimasyon YBÜ'ne nakledildi. Mekanik solunum desteği ve medikal tedaviğe rağmen hasta yatışının 89.gününde ileri derecede akciğer enfeksiyonu ve kalp yetmezliği nedeniyle kaybedildi.

**Sonuç:** Biz bu hastayı primer jeneralize geç evre ve yoğun bakıma ihtiyaç hisseden bir distoni olgusu olarak yayınlamayı uygun bulduk.

**Kaynaklar:** 1.Lang AE, Riley DE. Movement disorders. In: Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Marsden CD. Neurology in Clinical Practise. The Neurological Disorders. Boston, Butterworth- Heinemann 1996;1579-1584.

P - 70

## ŞİDDETLİ ASİDOZLU (PH 6.7) VE TAM İYİLEŞEN BOĞULMA OLGUSU

**Halil İ. Uzunlar, Ahmet Eroğlu, Ahmet Can Şenel, Ahmet Akyol, Habib Bostan, Nesrin Erciyes**

*KTÜ Tıp Fak. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Trabzon*

**Giriş:** Suda boğulma olguları suda kalma süresine, su sıcaklığına bağlı olmak üzere ve uygulanan etkili resusitasyon işlemi ve uygun yoğun bakım destek tedavisi ile nörolojik hasarlanma gelişmeden hayatta kalabilirler.

**Olgu:** 19 yaşındaki genç tuzlu suda boğulma nedeniyle acil servise getirildiğinde solunumu yoktu, bilinci kapalı, soğuk ve siyanotik idi. Tansiyon ve nabızları alınamıyordu. Pupiller bilateral dilate ve ışığa yanıtsızdı. EKG monitorizasyonunda ventriküler fibrilasyon saptandı. Hasta entübe edilerek %100 O<sub>2</sub> ile solutulmaya başlanarak kardiyopulmoner resusitasyon işlemlerine başlandı. Defibrilasyona yanıt alınmadı ve eksternal kardiyak masajla normal sinus ritmi sağlandı.



Kan gazında pH 6.71 olarak tespit edilince hastaya bikarbonat infüzyonu uygulanarak kan basıncı 80/70 mmHg ve nabız 90/dakika olarak yoğun bakım ünitesine alındı. IPPV modunda, 8 cmH<sub>2</sub>O PEEP ve FiO<sub>2</sub> %50 olacak şekilde mekanik ventilasyona başlandı. Toplam 15 ampul bikarbonat infüzyonundan sonra kan gazı pH 7.16, PaO<sub>2</sub> 90 mmHg, PaCO<sub>2</sub> 37 mmHg, BE -12 olarak belirlendi. Bikarbonat infüzyonuna devam edilerek 6 saat sonra normal kan gazı değerlerine ulaşıldı. Hastanın labaratuvar değerleri, yüksek karaciğer enzimleri dışında normaldi. (SGOT:700, SGPT:434 IU/L). Akciğer röntgenogramındaki başlangıçtaki yaygın pulmoner ödem görüntüsü ventilasyonun 2. gününde kayboldu. 36 saat sonra hasta mekanik ventilatörden ayrılarak ekstübe edildi. Vital bulguları stabildi, bilinci açık ancak dezoriyante idi. Karaciğer enzimlerinin seviyesi giderek azaldı ve hasta 4. gün bilinci açık, koopere ve vital bulguları stabil olarak nöroloji servisine gönderildi. Kranial MR sağ globus pallidusta sinyal intensite artışı dışında normaldi. Hasta nöroloji servisinde 2 gün kaldıktan sonra evine taburcu edildi. 10 gün sonra poliklinikte görüldüğünde söylenenleri çabuk unutmada dışında bir şikayeti yoktu ve nörolojik muayenesi normaldi.

**Tartışma:** pH<7, genellikle kötü prognoz göstergesidir. Suda boğulma olgularında prognozu genellikle suda kalma süresi, suyun sıcaklığı ve oluşan pulmoner ödemle ilişkili PaO<sub>2</sub>'nin seviyesi belirler. Hipotermi beyni ve diğer organları hücresel hipoksiye karşı korur. Şiddetli asidozun negatif inotropik, aritmogenik etkileri vardır ve kardiyak resusitabiliteyi azaltır. Olgumuzda; boğulmanın olduğu gün Karadeniz'de su sıcaklığının 22 °C derece olması ve yaklaşık 2-3 dakika içinde kurtarılarak ve 7-8 dakika içinde de acil servise getirilmiş olması hayatta kalmasının önemli nedenleridir. Olgumuzda öğrenildiği kadar hastaneye gelme süresince (7-8 dak.) spontan solunumun olmaması ve acil servisteki görülme anındaki tansiyonun ve nabzın alınmamasına rağmen resusitasyon işleminin başarılı olması ve nörolojik defisitsiz hayatta kalmasını hipoterminin organizmayı koruyucu etkisine bağlayabiliriz. Suda boğulma olguları, hipoterminin etkisi ile hipoksinin zararlarından korunabilmekte ve uzamış kardiyopulmoner arrest şeklinde bile gelseler resusitasyon başarılı olabilmekte ve yoğun bakım tedavisi ile nörolojik hasarsız yaşayabilmektedirler.

P - 71

## PLAZMAFEREZ VE İVİĞ TEDAVİSİYLE HIZLI VE TAM DÜZELME GÖSTEREN GUILLAIN-BARRE OLGUSU

*Dilek Karaaslan, Lütfi Yavuz, Tülay Tunçer Peker, Hasan Rifat Koyuncu\*, Tufan Altındış, Betül Akdemir  
Süleyman Demirel Ü. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD Süleyman Demirel Ü. Nöroloji AD\**

**Giriş:** Guillain-Barre sendromu (GBS) solunumsal veya gastrointestinal viral enfeksiyonları takiben akut veya subakut gelişen asendan seyirli motor polinöropati tablosudur. Tedavide İvİğ ve plazmaferezin tek tek veya kombine kullanımı üzerinde durulmaktadır.

**Olgu:** Üç gün önce başlayan üst solunum yolu enfeksiyonu sonrasında akut gelişen sol gözde pitoz, yutma güçlüğü, kol ve bacaklarda güçsüzlük nedeniyle nöroloji bölümüne takip edilen 26 yaşındaki erkek hasta şikayetlerine solunum sınırlılığı eklenmesi üzerine yoğun bakıma kabul edilip entübe edildi; sedasyon uygulanarak SIMV modunda ventilasyona başlandı. Nöroloji bölümünde iki gün aldığı İvİğ (0.5 g/kg/gün) tedavisine üç gün daha devam edildi. Ek olarak 6 kür plazmaferez uygulandı. Entübasyonun üçüncü gününde trakeostomi uygulanan hasta 15 gün boyunca aralıklı olarak SIMV moduna alınarak çoğunlukla 'pressure support' eşliğinde spontan modda izlendi. 15. günden sonra SIMV gerekmedi. 27. günden itibaren T-tüp ile izlenen hasta 31. günde nöroloji servisine devredildi. Trakeostomisi kapatılan hasta fizyoterapi programı sonrasında 54. günde yürüyerek tahurcu edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** GBS'nun prognozunun iyi olduğuna inanılsa da bu hastalık nedeniyle ölen veya uzun dönemde nörolojik sekelle yaşamak zorunda kalan hasta sayısı az değildir <sup>(1)</sup>. GBS'da anti-GM1 antikorunun IgG3 subgrubunun pozitif olduğu olgularda hızlı iyileşme olduğu gösterilmiştir <sup>(2)</sup>. Biz hastamızda gözlemlediğimiz hızlı ve tam iyileşmede erken dönemde uygulanan İvİğ ve plazmaferez tedavilerinin büyük payı olduğu kanısındayız.

**Kaynaklar:** 1-J Clin Apheresis. 2003; 18(4):175-80 / 2-Neurology. 2003; 60(9):1514-8





P - 72

## 341 GÜN MEKANİK VENTİLATÖRE BAĞLI KALAN MYASTENİA GRAVİSLİ OLGU SUNUMU

*M. Yılmaz<sup>1</sup>, L. Döşemeci<sup>1</sup>, N. Coşkunfırat<sup>1</sup>, M. Cengiz<sup>1</sup>, B. Dora<sup>2</sup>, A. Ramazanoğlu<sup>1</sup>*  
*Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD<sup>1</sup>, Nöroloji AD<sup>2</sup>*

**Giriş:** Myastenia Gravis tedavisindeki gelişmeler bu hastalıkta mortalite ve morbidite oranlarını önemli ölçüde düşürmüştür. Bu çalışmada M.gravis sonucu 341 gün mekanik ventilasyon uygulandıktan sonra taburcu edilen bir olgu sunulmuştur.

**Olgu:** Otuz yedi yaşında erkek hasta konuşma ve yutma güçlüğü, göz kapaklarında düşüklük, çift görme yakınmaları nedeniyle nöroloji polikliniğine başvurmuş. Klinik muayenede myastenia gravis ön tanısı konulmuş, tensilon testi ve repetitif sinir uyarımı ile tanı onaylanmış. Bilgisayarlı toraks tomografisinde de timoma saptanması üzerine yatışından bir hafta sonra timektomi yapılmış. Hastanın operasyondan sonra da yutma güçlüğü'nün devam etmesi nedeniyle pridostigmin tedavisine devam edilmiş ve dört kez plazmaferez ve immünglobülin tedavisi uygulanmış. Postoperatif dönemde iyileşme göstermeyen, solunum güçlüğü giderek artan hasta Reanimasyon Ünitesine alınarak entübe edildi ve mekanik ventilatöre bağlandı. Entübasyon süresinin uzun olacağı düşünülerek Reanimasyon' a yatışının 2. haftasında trakeostomi açıldı. Olgumuza 341 gün mekanik ventilasyon uygulandı. Bu süre içerisinde nasokomiyal pnomoni, ciddi selülit ve üriner sistem enfeksiyonlarına bağlı olarak birkaç kez ağır sepsis kliniği gelişti. Bu süre sonunda ventilatörden ayrılabilirdi ve Reanimasyon Ünitesine yatışının 380. gününde Nöroloji Kliniği'ne devredildi. Trakeostomi, açılış tarihinden 510 gün sonra çekildi ve yatışının 550. gününde hastaneden taburcu edildi.

**Sonuç:** M. gravisli hastalarda solunum kaslarının tutulumuna bağlı olarak ciddi solunum yetmezliği meydana gelebilir ve bu durum uzun süreli mekanik ventilasyon ihtiyacı gerektirebilir.

P - 73

## UZUN SÜRELİ MEKANİK VENTİLYASYON DESTEĞİ GEREKTİREN BİR OLGU

*D. Gökçınar, D. Albayrak, D. Erdem, M. Baydar, N. Göğüş*  
*Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği*

**Giriş:** Uzun süreli mekanik ventilasyon, akut hastalığı olmayan fakat bu tür desteğe devamlı gereksinim duyan hastalarda uygulanır. Akustik nörinom nedeniyle operasyon geçirdikten sonra uzun süre mekanik ventilasyon uygulanan bir vakada ülkemiz koşullarında bakım ve maliyetin ne düzeyde olduğunu vurgulamak istiyoruz.

**Olgu:** Yirmibir yaşında, 165 cm boyunda, 50 kg ağırlığında, astenik görünümde bayan hasta ilk olarak dört yıl önce işitmede azalma, kulak çınlaması ve dengesizlik şikayetiyle hastanemize başvurdu. Bilgisayarlı tomografi bulgusu olarak sağ ve sol internal akustik kanalda kitle lezyonu tespit edilmesi üzerine Beyin Cerrahisi Kliniği tarafından suboksipital kraniektomi ve tümör eksizyonu yapıldı. Patoloji sonucu schwannoma olarak değerlendirilen hasta 3 yıl sonra işitme kaybı, dengesizlik ve yürüyememe şikayetiyle tekrar başvurdu. Hastada beyin sapına ve serebelluma bası yapan bilateral nöks tümör tespit edildi. Tekrar suboksipital kraniektomi uygulandı. Ancak tümöral kitle beyin sapındaki hayati merkezlere doğru ilerlemişti. Bu nedenle tam olarak çıkarılamadı. Postoperatif 28. günde yüksek ateş, takipne, bilinç kaybı oldu. Bu tablonun gelişmesine neoplastik menenjitin yol açtığı düşünüldü. BOS bulguları bu ön tanıyı destekledi. Gittikçe artan solunum sıkıntısı ve kan gazlarında bozulma olması üzerine entübe edildi. Mekanik ventilasyona SIMV modunda başlandı. Bir hafta sonra bilinç açık, koopere, oryante hale geldi. Ancak parapleji mevcuttu ve spontan solunum çabası olmasına rağmen kendi kendine yeterli tidal volüm oluşturamıyordu. Toplam 492 gün mekanik ventilasyonda takip edildi.

**Tartışma:** Günümüzde ulaşılan tıbbi ve teknolojik ilerlemeler uzun süreli mekanik ventilatör desteğine bağlı hastaların artmasına yol açmıştır. Böyle hastalarda prognoz daha çok altta yatan bozukluğa bağlıdır. Bizim vakamız için evde mekanik ventilasyon, uzun süreli bakım hastanesi ya da rehabilitasyon hastanesine nakledilmesi düşünülebilir. Tüm bunlar için yeni finansal destekler bulunması, sigorta kapsamının genişletilmesi ve yüksek donanımlı yoğun bakım ünitelerinin yanı sıra orta ve daha düşük düzeyli kronik bakım üniteleri kurulması gerekir.



P - 74

## GEBELİK VE YILDIRIM ÇARPMASI

*Hale Borazan, Ender Gedik, Müslüm Çiçek, Hacer Ülger, M. Özcan Ersoy*  
*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD*

**Giriş:** Yıldırım çarpması; kalp durması, işitme-görme kaybı ve nörolojik hasarlarla sonuçlanabilir. Ölüm oranı % 20-33 olarak belirtilmiştir <sup>(1)</sup>. Literatürde gebelik sırasında yıldırım çarpması nadir olarak bildirilmiştir <sup>(2)</sup>. Uygulanan destek tedavileri sonucunda sağlıklı olarak taburcu edilen gebe bir olguyu sunmayı amaçladık. Olgu Öncesinde sağlıklı, 29 yaşında, 28 haftalık gebeliğe sahip olgu açık alanda çalışırken yıldırım çarpmasına maruz kalarak 1.5 saatlik uzaklıktaki yerleşim merkezinden hastanemize sevk edildi. Acil serviste yapılan muayenesinde; bilinci kapalı, GKS 9, pupiller izokorik, bilateral IR (+), bilateral yaygın raller (+), plantar refleksler fleksör, sağ kulakta kanama mevcut olup, EKG'sinde hafif ST yükselmesi ve nadir VES, kraniyal MRG'de minimal ödem, AKG'da; pH 7.42, PCO<sub>2</sub> 34.7 mmHg, PO<sub>2</sub> 59.3 mmHg, kan biyokimyasında CK, CK-MB, LDH değerlerinde ileri derecede yükseklik saptandı. YBÜ'ne alınan ve Kardiyoloji, KBB, Nöroloji ve Kadın Doğum Hst konsültasyonu istenen olgunun, rutin monitorizasyonu sağlandı. 5 L/dk maskeyle oksijen ve destek tedavileri başlandı. Yapılan obstetrik USG'de FKA 130/dk olup, ek anomali saptanmadı. Kardiyoloji izlem, KBB elektif timpanoplasti, Nöroloji mannitol ile anti-ödem tedavi önerdi. Ancak ikinci saatte tam olarak bilinci açıldığından ve gebeliği göz önünde tutularak mannitol uygulanmadı. İzleminin altıncı gününde sağlıklı olarak taburcu edildi. Yapılan kontrollerinde sorunu olmayan olgunun, 10 hafta sonra sağlıklı NSVY ile bir erkek bebeği oldu.

**Tartışma ve Sonuç:** 26 haftalık gebe olguda anne sağlıklı olmasına rağmen fetüsün yaşamını yitirdiği bildirilmiştir <sup>(2)</sup>. Olgumuzda tek taraflı işitme kaybı dışında ek patoloji saptanmamış ve sağlıklı bir bebek doğurmuş olup geç dönem de komplikasyon gelişmemiştir. Önceden bildirilen olgunun maruz kaldığı akımın ve giriş yerinin farklı olabileceğini düşünüyoruz. Bu olguya edindiğimiz deneyimimizi paylaşmayı amaçladık.

**Kaynaklar:** 1. Ped Anaesth 2003; 13: 76-9. / 2. NEJM 1994; 14: 1492.

P - 75

## KOLŞİSİN ZEHİRLENMESİ (Olgu Sunumu)

*Süleyman Ganıdağlı, Cevdet Becerik, Mustafa Cengiz*  
*Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD*

**Giriş:** Kolşisin ailevi akdeniz ateşi, Behçet sendromu, primer biliyer siroz, skleroderma, sarkoidozis ve çeşitli cilt hastalıklarının tedavilerinde kullanılmaktadır. Kasıtlı aşırı doz alımıyla nadiren karşılaşılr. Bu olguda kolşisin zehirlenmesinin klinik özellikleri ve sonuçlarının tartışılması amaçlandı.

**Olgu:** 25 yaşında, 50 kg ağırlığında bir hasta 55 mg kolşisin oral almından 19 saat sonra yoğun bakım ünitesine kabul edildi. Hasta, şuur açık, diyare, batında yaygın hassasiyet, cilt soğuk ve soluk, nabız 110 atım/dk, arteriel kan basıncı 110 / 70 mmHg bulgularıyla yatırıldı ve mide lavajı ile aktif kömür uygulamasına başlandı. İlaç almından sonraki 36. saatte genel durumu kötüleşen olguda Ekokardiyografik incelemede sol ventrikül duvar hareketleri diffüz hipokinetik, ejeksiyon fraksiyonu % 30 - 35, sol ventrikül sistolik ve diastolik fonksiyon bozukluğu tespit edildi. Ön-arka akciğer radyografisinde alt zonlarda infiltrasyon gözlemlendi.

**Tartışma:** Kolşisin tubüllere bağlanarak mikrotübül polimerizasyonunu önler. Bu durum depolimerizasyona neden olur. Kolşisin'in antimitotik etkisi kromozomların metafaz safhasında ayrılmalarının durması ile gerçekleşir. Kolşisin zehirlenmesinde görülen klinik bulguların şiddeti alınan dozla yakından ilgilidir. 0.5 - 0.8 mg/kg dozda kolşisin alımında mortalite % 10 - 50 iken, 0.8 mg/kg' dan daha yüksek dozlarda alımı durumunda mortalitesi %100' dür. Ancak toplam 7.5 mg' lık bir dozla zehirlenme sonrası ölüm olabildiği gibi, 350 mg'lık doz ile zehirlenmeden kurtulan olgu da bildirilmiştir.

**Sonuç:** Kolşisin zehirlenmesi olan hastalar klinik durumu ne olursa olsun mutlaka yatırılmalı, genel durumu progressif olarak kötüleşen bir klinik seyir izlediği unutulmamalı, sıvı elektrolit, solunum dolaşım monitorizasyonu altında yoğun destek tedavisi uygulanmalıdır.



## ARDIÇ KATRANI İNTOKSİKASYONU

*Süda Tekin Koruk<sup>1</sup>, Esin Özyılkan<sup>2</sup>, Pınar Kaya<sup>2</sup>, Dilşen Çolak<sup>2</sup>,  
Ömer Dönderici<sup>2</sup>, Yıldırım Cesaretli<sup>3</sup>*

*Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1.Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği 2. İç Hastalıkları Kliniği 3. Refik Saydam Hıfzısıhha Enstitüsü Zehir Danışma Merkezi, Ankara*

Ardıç katranı; *Juniperus oxycedrus* isimli ağacın gövde ve yapraklarının distille edilmesiyle elde edilen; eterik yağlar, triterpen ve fenollerini içeren oldukça toksik bir maddedir. Burada, geleneksel tedavi yöntemi olarak ardıç katranını kullanan bir hastada yoğun bakım izlemi gerektirecek düzeyde gelişen ağır komplikasyonlar anlatılmaktadır.

Daha önceden sağlıklı 32 yaşında genç erkek hasta, evinde geleneksel yöntemle elde ettiği ardıç katranından böbrek taşı düşürmek amacıyla bir kaşık aldıktan 18 saat sonra acil servisimize yüksek ateş, şiddetli solunum güçlüğü, bulantı ve kusma şikayetiyle başvurdu. Geldiğinde tansiyonu 70/30 mmHg, solunumu yüzeysel olan hastanın öyküsü oldukça kısaydı. Hasta, yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Burada, akut böbrek yetmezliği, karaciğer toksisitesi, miyokardiyoliz ile seyreden kardiyak sorunlar ve yüzünde kusma sonrası oluşan yanıklar ile 7 gün izlendi. Hastada gelişen multiorgan yetmezliği destekleyici ve semptomatik tedavi ile düzelmeye gösterdi ve hasta yatışının 11. gününde taburcu edildi.

Olguumuz tedavi amacıyla fenol içeren toksik bir maddeyi alan ilk vakadır. Literatürdeki diğer intoksikasyon vakaları yanlılıkla ya da topikal uygulamalar sonucu fenole maruz kalmış vakalar olup, vakamız bu anlamda bir ilktir. Özellikle geleneksel tedavi ile yapılan halk ilaçlarının popüler olduğu toplumlarda, açıklanamayan organ yetmezliği ile gelen hastalarda yabancı madde intoksikasyonundan şüphelenilmelidir.

## SES KISIKLIĞI SEMPTOMUYLA BAŞLAYAN BİR GUILLAIN-BARRE SENDROMU

*N. Çekmen, M. Akçabay, A.Mahli, Z.Yeşilbudak*

*Güft Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Ad, Güft Nöroloji AD, Ankara*

**Giriş:** Guillain-Barré Sendromu (GBS); sinir kökleri ile kranial ve periferik sinirleri etkileyen, nedeni bilinmeyen, bütün yaş gruplarında görülebilen akut inflamatuvar-demyelinizan poliradikülopatidir <sup>(1,2)</sup>. Olgu: Seksenbeş kg ağırlığında, 65 yaşında kadın hasta. Yaklaşık 3 hafta boyunca süren ses kısıklığı şikayeti sonrasında başvurduğu Kulak-Burun-Boğaz kliniğinde üst solunum yolu enfeksiyonu düşünülerek tedavi edilmiş, son bir haftada geçmeyen ses kısıklığıyla birlikte, ellerinde uyuşma, iğnelenme, beraberinde önce sol bacakta, daha sonra sağ bacakta gelişen güçsüzlük, takip eden günlerde yedikleri ve içtikleri burnundan gelmeye başlaması üzerine hastanemize başvuran hasta nöroloji bölümüne değerlendirildi. Tam kan sayımı ve biyokimyasal parametreler normal sınırlar içinde bulundu. EKG'de V1,V2,V3 de T negatiflikleri saptandı. Yapılan nörolojik muayenesinde bilinç açık, koopere, oryante idi. Klinik ve elektrofizyolojik bulgular göz önüne alınca bulgular akut inflamatuvar demyelinizan polinöropati ile uyumlu olarak değerlendirildi. Yatışının 3. gününde solunum sıkıntısı gelişmesi, bilincinin kapanması ve arteriyel kan gazlarının pH 7.14, PaCO<sub>2</sub> 74 mmHg, PaO<sub>2</sub> 48 mmHg, SaO<sub>2</sub> % 62, HCO<sub>3</sub> 22 mmol/L, Be -11 mmol/L, solunum frekansı 40/dk bulunması üzerine entübe edilerek mekanik ventilasyona tabi tutuldu ve reanimasyon YBÜ'ne kabul edildi. SIMV modunda FiO<sub>2</sub> % 50, frekans 10/dk, tidal volüm 700 mL destekle, PEEP 5 cmH<sub>2</sub>O ile ventile edilmeye başlandı. Klinik bulguları GBS ile uyumlu olduğu düşünülerek nöroloji kliniği tarafından yatışının 7.gününde 0.4 gr/kg/gün'den IVIG tedavisi 5 gün boyunca uygulandı. Ancak hastamızın genel durumunun hızlı kötüleşmesinden dolayı IVIG tedavisine yeterli yanıt alınamadı. Mekanik solunum desteği ve medikal tedaviye rağmen hasta yatışının 28.gününde ileri derecede akciğer enfeksiyonu ve kalp yetmezliği nedeniyle kaybedildi.

**Sonuç:** GBS'da tedavi destek tedavisi, gerekirse solunum desteği ve mekanik ventilasyon, otonomik disfonksiyonların tedavisi, plazmaferez ve IVIG tedavisidir. Biz hastamızın erken dönemde mekanik ventilasyona ihtiyaç hissetmesi, kliniğinin hızlı seyretmesi ve yaşının ileri olması nedeniyle kaybedildiğine inanıyoruz.

**Kaynaklar:** 1.Arnason BGW: Acute inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy. In Dyck PJ, Thomas PK, Griffin JW, Lambert E, Bunge R (eds): Peripheral Neuropathy. Philadelphia, WB Saunders 1993;1437. / 2.Bella IR, Chad DA. Guillain-Barré syndrome. In: Irwin RS, Cerra FB, Rippe JM, (eds) Intensive Care Medicine, New York, Lippincott-Raven 1998;2115-22.



P - 78

## KRONİK LİTYUM İNTOKSİKASYONU VE ARDS

*Gülay Aşık Eren, Zafer Çukurova, Oya Hergünel, Hülya Leblebici,  
Fulya Uludağ, Metin Aslantay*

*Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

**Giriş:** Bipolar bozuklukların tedavisinde kullanılan lityum karbonat, membran stabilizasyonu sağlayarak nöral eksitasyonu ve sinaptik transmisyonu deprese ederek etkili olur; ancak lityum tedavi edici dozu ile toksik dozu birbirine çok yakındır. Tedavi dozlarında (1.5 mEq/l) bile toksik belirtiler görülebilmektedir. Lityumla oluşan akut zehirlenmeler toksik ensefalopati, kardiyovasküler deteriorasyon ve ARDS, akciğer ödeme kadar giden solunum distressi şeklinde karşımıza çıkabilir(1,2). Biz de bu olguyla kronik lityum toksisitesi gelişen hastada, kronik sigara içiciliği ve KOAH zemininde sepsis ve ARDS'ye kadar giden olguda deneyimlerimizi aktarmayı amaçladık.

**Olgu:** Manik-Depresif bozukluk nedeniyle 10 yıldır 900 mg/gün lityum tedavisi alan, 35 kg ağırlıkta ve günde 2 paketten fazla sigara kullanımı olan, düşkün, bayan hasta, 4 gün önce geçirilmiş gastroenterit öyküsü ile şuurda bulanıklık, uykuya meyil şikayetleriyle 2 gündür acil dahiliyede takipteyken şuurunun kapanması, mide içeriğinin aspirasyonu ve solunum depresyonu gelişmesi üzerine, entübe edilerek yoğun bakım ünitemize kabul edilmiştir. Acilde alınan lityum düzeyi: 1.89 mEq/l olan hastanın bir gün sonra reanimasyona kabulündeki düzeyi: 1.47mEq/l gelmiş, reanimasyona alındığında GKS: 6 olan hastanın entübasyon tüpünden bolca gastrik mayi aspire edilip, mekanik ventilasyon desteği başlanmıştır. Antikonvülzan, anti-ödem ve antibiyoterapi altında takibinde akciğer grafisinde infiltrasyonlar görülmüş, kültürlerindeki bakteriyel üremeleri uygun antibiyoterapiyle tedavi edilirken, 20. günde akut batın gelişmesi üzerine, eksploratif laparotomi yapılmış, sepsise bağlı değişiklikler tesbit edilmiştir. Sepsis ve ARDS tablosu uygun tedavilerle düzeltildikten sonra hasta 42. günde sekelsiz taburcu edilmiştir.

**Tartışma:** Lityumun başlıca eliminasyon yolu böbreklerdir. Dehidratasyon, gastroenterit ve bazı ilaçlar glomeruler filtrasyonu azaltarak lityum entoksikasyonunu retikler. Tablo çok değişkendir, en çok nörolojik komplikasyonlar, kardiyovasküler instabilizasyon, solunum distressi şeklinde karşımıza çıkar. Solunum problemi özellikle genel durumu bozuk, KOAH'lı hastalarda ARDS'ye kadar uzanan bir tabloyla ağır seyredebilir<sup>(1,2)</sup>.

**Kaynaklar:** 1) Richard TT; Lithium intoxication 1999: ID:J Am Society of Nephrology. 2) Saunders Manual of Critical care; Dupuis RE, Cooper AA, Rosamond LJ, et al. Multiple delayed peak lithium concentrations following acute intoxication wit an extended-release product. Ann Pharmacother 1996;30:356-360

P - 79

## ECSTASY İNTOKSİKASYONUNA BAĞLI AKUT HİPONATREMİ ve RABDOMİYOLİZ

*Arslan D., Özsoylar Ö., Ilıca S., Akçabay M.*

*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD*

**Giriş:** Ecstasy sentetik bir amfetamin derivesi olup, keyif verici diğer ilaçlara göre güvenli olarak bilinmesine rağmen kullanımında doz bağımlı veya idiosenkrazik olarak birçok toksisite bulgusu saptanmıştır. Bunların çoğu semptomimetik, serotoninerjik etkilerine bağlı olup hipertansiyon, taşikardi, hipertermi, ajitasyon, hiponatremi, hepatotoksisite, rabdomiyoliz, dissemine intravasküler koagülasyon, serabral ödem ve ölüm görülebilmektedir.

**Olgu:** Önceden sağlıklı 29 yaşında bayan alkolle birlikte tek tablet ecstasy aldıktan sonra uykusuzluk, hiperaktivite, ajitasyon gelişmesi ve sonrasında konvülsiyon başlaması ile bilincinin kapanması üzerine acil servise getirilmiştir. Acil serviste vital bulguları bradikardi (55 atım/dk ) dışında normal olan hasta yoğun bakım ünitemize kabul edilerek gastrik lavaj ve aktif kömür ile ilk müdahaleleri yapılmıştır. Kraniyal tomografi ve elektroensefalografi bulguları normal olan hastanın biyokimyasal incelemesinde derin hiponatremi, düşük serum osmolaritesi ve kas enzimlerinde aşırı artış saptanmıştır. Konvülsiyonları benzodiazepinlerle kontrol altına alınan hastanın hiponatremisi hipertonic solusyonlarla kademeli olarak replase edilmiş, idrar alkalizasyonu ve hızlı diürez sağlanmıştır. Biyokimyasal düzelleme doğrultusunda konvülsiyonları azalan hastanın 48 saat sonra bilinci açılmaya başlamış, üçüncü gün sonunda hastayla kooperasyon kurulabilmiştir.



**Tartışma:** Ecstasy intoksikasyonunda görülen hiponatreminin uygunsuz antiüretik hormon(ADH) salgımına bağlı olduğu düşünülmektedir. Daha çok bayanlarda saptanan hiponatreminin östrojen siklusundan etkilendiği de bildirilmiştir. Hiponatremiye bağlı serebral ödem ve rabdomyoliz sonucu akut böbrek yetmezliği birçok olguda ölüm sebebidir.

**Sonuç:** Bu olguyu tek bir Ecstasy hapının bile bu derece ciddi bilinç kaybı, konvülsiyon, hiponatremi ve rabdomyolize sebep olması ve destek tedavisine hızlı yanıt vermesi açısından önemli olarak değerlendirdik ve paylaşmak istedik.

**Kaynaklar:** Hegadoren KM et al. Neuroscience and Biobehavioral Reviews 1999; 23:539-53 / Emde K et al. J Emerg Nurs 2003; 29:440-443

P - 80

## AKUT KARBONMONOKSİT İNTOKSİKASYONU ve GEBELİK

*Ayda Başgül \*, Sevilay Akcan\*\*, İnci Paksoy\*, G. Ulufer Sivrikaya\*, Hasan Çoruk\**

*\*Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Anestiyoloji ve Reanimasyon Kliniği \*\*Özel Osmanoğlu Hastanesi Yoğun Bakım Servisi*

**Giriş:** Karbonmonoksit(CO),organik maddelerin tam olmayan yanmasından ortaya çıkan renksiz,kokusuz,tatsız ve non iritan bir gaz olduğundan kazara ya da kasti zehirlenme nedenidir. Hemoglobine oksijene oranla 210-280 kez fazla afinite göstererek hücrel anoksiye neden olur. Ortamda ki CO %0.1 gibi düşük konsantrasyon da bile toksik etki yaratabilir. Hamile kadınlar,bebek ve çocuklar ile koroner kalp hastalığı bulunanlar CO maruziyetinde daha fazla risk altındadır. Hamileliğinin 9. haftasında 5 saat süreyle akut CO maruziyetinde kalan bir olguyu sunarken gebelikte CO maruziyetinin özelliklerini gözden geçirmeyi amaçladık.

**Olgu Sunumu:** 31 yaşında 9 haftalık gebe kadın aralık ayında kömür sobasından tüten gazla 5 saati aşkın maruziyet sonrası eşi tarafından sabah 05:30 sularında acile getirildi. Hastanın şuuru açık,uykuya eğilimliydi şiddetli baş ağrısı,güçsüzlüğü ve bulantısı vardı. Arter kanı vişne çürüğü rengindeydi ancak COHb düzeyi bakılmadı. Hasta monitorize edilip intravenöz yol açılarak kristalloid infüzyonuna başlandı. CPAP maskesiyle %100 oksijenle tedavi vakit kaybetmeksizin başlatıldı. Bir saat içinde hastanın bulantısı,baş ağrısı ve uykuya eğilimi ortadan kalktı. 4 saat sonra yüz maskesine geçildi ve 24 saat içinde yoğun bakım ünitesinden servise alındı. Maddi nedenlerle hiperbarik oksijen tedavisine gönderilemedi. Hastaya ve eşine CO ile zehirlenmenin fetus üzerindeki olası yan etkileri anlatıldı ve ebeveynlerinde isteğiyle fetus 48 saat sonra tahliye edildi.

**Sonuç:** Gebelikte CO zehirlenmesinin fetus üzerine etkilerinin derecesini tahmin etmek zordur. Gebelik mevcut ise hiperbarik oksijen tedavisinin önceliği vardır ve fetal etkilenmeyi azaltır. Ancak hiperbarik oksijen tedavisine rağmen fetal beynin olumsuz etkilendiği olgu sunumları mevcuttur ve ebeveynler bu konuda bilgilendirilmelidir.

P - 81

## ACİL TRAKEOTOMİ SONRASI BİLATERAL PNÖMOTORAKS

*Dilek Özdamar, Nurcan Yumuk, Altay Ateşpare, Kamil Toker*

*Kocaeli Üniv. Tıp Fak. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD*

**Giriş:** Trakeotomi, acilen hava yolunun açılmasını sağlayan yaşam kurtarıcı bir girişimdir. Ancak komplikasyonları olabilmektedir. Olgumuzda trakeotomi sonrası bilateral pnömotoraks gelişmiştir.

**Olgu:** 25 yaşındaki kadın besin zehirlenmesine bağlı solunum sıkıntısıyla acile getirildi. Genel durumu kötüydü. Siyanoz, dil ve dil altı yumuşak dokülarda boyunda yaygın ödemi, ileri derecede solunum sıkıntısı mevcuttu. Ödem nedeniyle ağzı açılmıyordu. Acil trakeotomi yapıp, YBÜ'ne alındı. Kontrol PA akciğer grafisinde patolojiye rastlanmadı. 15 saat CPAP modunda yapay solunum desteği uygulandı. 2. günde sol, 4. günde sağ pnömotoraks saptandı. BT'de trakeotomi kanülünün innominate artere çok yakın olduğu gözlemlendi. Dekanüle edildi sonrasında eksterne edildi.

**Tartışma:** Bilateral pnömotoraks nadir trakeotomi komplikasyonudur <sup>(1)</sup>. Inferior trakeotomilerde innominate arter rüptür riskide fazladır. İleri solunum sıkıntısı olan olgumuzda öncelikle trakeotomi denenmiştir. Perkütan trakeotominin alternatif olabileceği düşünülse de cerrahi trakeotomiye göre fazla girişimsel komplikasyonları gösterilmiştir <sup>(2)</sup>. Olgumuzda trakeotomiye bağlı bilateral pnömotoraks gelişmiştir, ayrıca innominate arter rüptür riskide göz önüne alındığında bu tür girişimlerde daha dikkatli olunması gerektiğini düşünülmektedir.



**Kaynaklar:** 1.Bilateral pneumotorax after emergency tracheotomy:two case reports and a review of the literature. Ameye F, Mattelin W, Ingels K, Bradwell R. The Journal of Laryngology and Otolaryngology 1994;108(1):69-70. / 2.Dulguerov, P., Gysin, C., Perneger, T.V, Chevrolet, J.C, Percutaneous or surgical trachostomy: a meta-analysis, Crit Care Med, 1999, 27: 1617-25

P - 82

## AKCİĞER MALİGNİTESİNE SEKONDER GELİŞEN GUILLAIN-BARRE SENDROMU

**R. Yağmur, N. Saykal, N. Çete, B. Dora, L. Döşemeci, A. Ramazanoğlu.**

*Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Nöroloji AD, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Antalya*

**Giriş:** Guillain Barre Sendromu hızlı ilerleyen progresif paralitik bir hastalıktır, periferik sinir ve sinir köklerinin inflamatuvar demyelinizasyonudur. Solunum sistemi veya gastrointestinal sistem enfeksiyonu, viral enfeksiyonlar (CMV, EBV, Viral hepatit, ...HIV gibi) neden olabilir. Cerrahi operasyon sonrası veya kanser ender olarak hastalığa neden olabilir veya eşlik eder.Bu olgu sunumunda akciğer malignitesine bağlı olarak Guillain Barre gelişen bir olgu sunulmuştur.

**Olgu Sunumu:** Daha önceden bilinen kronik bir hastalığı olmayan 54 yaşında erkek olgu, ellerde ve ayaklarda ani başlayan güçsüzlük şikayeti ile Acil Servise başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde bilinci açık, koopere, bilateral ışık reflexleri pozitif, pupiller izokorik, kraniyal sinir muayenesi normaldi. Yapılan nörolojik muayenede; eldiven çorap tarzı hipostezi, alt ekstremitte ve üst ekstremitte distalde daha belirgin parezi, derin tendon refleksleri, aşil ve babinski refleksleri yok, üst ekstremitte ve patella refleksleri pozitif bulundu. Hastada 24 saat sonra bulbar zayıflık; akut solunum güçsüzlüğü, disartri, disfaji ve oftalmoparezi gelişmesi üzerine mekanik ventilatöre bağlandı. Elektromyografide (EMG) ağır derecede polinöropati, kas denervasyonu tespit edildi. Lomber ponksiyonda (LP) glukoz ve protein seviyeleri normaldi, hücre görülmedi. Kas biyopsisinde hafif derecede lenfositik infiltrasyon görüldü. Beyin BT'nde patolojik bulgu yoktu. PA Akciğer grafisi ve bronkoskopik inceleme sonucu hastaya skuamöz hücreli akciğer kanseri tanısı konuldu. GB tedavisi için intravenöz immunglobulin ve kortikosteroid verildi. Hastanın takibi boyunca bir aylık sürede dysartri, disfaji, ve oftalmoparezisinde düzelme olduğu, motor ve duyu muayenesinde bir değişiklik olmadığı görüldü. Hasta 72 gün Yoğun Bakım Ünitesinde mekanik ventilatöre bağlı takip edildi; ağır sepsis ve kardiyak arrest nedeniyle kaybedildi.

**Sonuç:** Guillain-Barre Sendromu nadir olarak maligniteye ikincil olarak gelişir. Yoğun Bakım Ünitesine Guillain-Barre Sendromu tanısı ile yatan hastalarda, altta malignite olup olmadığı araştırılmalıdır.

P - 83

## MİYASTENİA GRAVİS VE YOĞUN BAKIM (2 OLGU NEDENİYLE)

**B. Çevik, E. Bombacı, A.Çizen, T.Y.Atakan, A.Boztepe, A.Örskiran, S.Çolakoğlu**

*Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, II. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kln., İstanbul*

**Giriş:** Miyastenia Gravis (MG), primer olarak postsinaptik sinir kas kavşağını etkileyen, dalgalı kuvvet kaybı ve kolay yorulma ile karakterize otoimmün bir hastalıktır. Miyastenik kriz, mekanik ventilasyon gerektiren solunum yetmezliği olarak tanımlanabilir ve hastaların %15-20'sinde görülen hayati bir komplikasyondur. İlaçların yanlış kullanımı, hastalığın ilerlemesi, operasyon gibi stresin arttığı durumlar ya da bazen basit bir enfeksiyon bile bu krizleri tetikleyebilir.

**Olgu I:** 2 yıldır MG tanısı ile tedavi görmekte olan 58 yaşında erkek hasta, son iki aydır çiğneme, yutma güçlüğü ve yürüme mesafesinde kısılma şikayetleri ile nöroloji servisine yatırılmış. 3. günde genel durum bozulması, şuur kaybı ve solunum sıkıntısı ile yoğun bakıma alınan hastanın Glaskow Koma Skalası (GKS) 3/15, arteriyel kan gazında pH: 6.8, PaCO<sub>2</sub>: 153 mmHg, PaO<sub>2</sub>: 84.6 mmHg, HCO<sub>3</sub>: 28 mmol/L, BE: -4.6 mmol/L, SaO<sub>2</sub> :%85.6 olması üzerine entübe edildi. 0.03 mg/kg/sa midazolam ile sedasyon başlanarak, SIMV +PS modunda ( PS:10 mbar, TV: 6 ml/kg, fr: 12/dak, FIO<sub>2</sub>: 0.6, PEEP: 5 mbar) mekanik ventilasyon uygulandı. Asidoz düzelme zamanı yaklaşık 8 saatti. Standard yoğun bakım tedavi protokolüne ek olarak piridostigmin tb 3x120mg ve metilprednizolone 1 mg/kg başlandı ve Impact® (Novartis Nutrition, Germany) ile enteral nutrisyona geçildi. Trakeal kültüründe Pseudomonas spp. üreyen hastanın tedavisine siprofloksazin 2x200 mg eklendi. Hastaya 3. günde 150 mg/kg/gün intravenöz immün globülin (IV Ig G) tedavisi başlandı. 4.gün GKS'si daha iyi olan hastanın sedasyonu kesildi ve weaning planlandı. 9.günde ekstübe edilerek 2L/dk maske ile oksijen tedavisine geçildi. 13.günde nöroloji servisine devredildi. **Olgu II:** 26 yaşında erkek hasta. 6 ay önce halsizlik ve çift görme şikayetleri ile hastaneye başvuran hastaya Basedow-Graves tanısı ile tedavi başlanmış ancak şikayetleri azal-



mayıp beraberinde yutma ve solunum güçlüğü gelişmesi üzerine nöroloji servisinde miyastenia gravis tanısı konmuş. Solunum sıkıntısının ilerlemesi üzerine entübe edilerek yoğun bakıma alınan hastaya SIMV + PS modunda ( PS:10 mbar, TV: 6 ml/kg, fr: 12/dak, FIO<sub>2</sub>: 0.4, PEEP: 5 mbar) mekanik ventilasyon başlandı. Standard uygulamaların yanı sıra tedavisine piridostigmin 3x 120 mg, metilprednizolone 1 mg/kg, azotiyoprin 1x50 mg, propranolol HCl 2x20 mg, propiltiyourasil 3x100 mg eklendi. Tedavinin 5. gününde IV Ig G tedavisi başlandı. Hasta yatışının 20.gününde genel durum iyi, şuur açık, kooperc, spontan solunum yererli, trakeotomize halde nöroloji servisine nakledildi. Hasta bir ay sonra solunum sıkıntısı ile yeniden yoğun bakıma alındı. Trakeal kültüründe Pseudomonas spp. üremesi üzerine meropenem 3x1gr, amikasin sulfat 1x1gr başlandı. 10 gün mekanik ventilasyon uygulanan hasta, 15.günde genel durumu iyi, şuur açık, koopere ve spontan solunumda yeniden nöroloji servisine nakledildi. Nöroloji servisinde 17 gün daha takip edilen hastanın trakeostomisi kapatılarak haliyle evine taburcu edildi.

**Tartışma:** MG'de tedavi hem sinir kas kavşağı hem de immün sistemdeki fonksiyon bozukluğuna yönelik olmalıdır. Akut ataklarda immünsupresyonun ve piridostigminin rolü tartışmalı olmakla birlikte bu tedavilerden halen faydalanılmaktadır. Tedavinin erken dönemde başlanması bu hastaların yoğun bakım ve solunum desteği ihtiyacını azaltacaktır. **Kaynaklar:** 1. Curr Treat Options Neurol. 2004 Jan; 6(1):3-15. 2. Curr Treat Options Neurol. 2004 Mar; 6(2): 163-171.

P - 84

## ERİŞKİN REYE SENDROMU

Ş. Ş. Ayhan <sup>1</sup>, M. Ayhan <sup>2</sup>, Ş. B. Öztürk <sup>3</sup>, S. Öncü <sup>3</sup>, S. Sakarya <sup>3</sup>, N. Çulhacı <sup>4</sup>, İ. Kurt <sup>1</sup>

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, <sup>1</sup> Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, <sup>2</sup> İç Hastalıkları AD, <sup>3</sup> İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, <sup>4</sup> Patoloji AD, Aydın

**Giriş:** Reye sendromu, ilk kez 1963 yılında Reye, Morgan ve Baral tarafından tanımlanan viral enfeksiyon olgularında salisilatlarla karşı hipersensitivite nedeni ile geliştiği düşünülen, mekanizması tam aydınlatılmamış mortal seyirli bir hastalıktır. Çocukluk çağı hastalığı olarak kabul edilmekle birlikte nadir de olsa erişkinlerde bildirilmiştir.

**Olgu:** 27 yaşında kadın hasta kusma, ateş, halsizlik ve konuşamama nedeni ile yakınları tarafından hastanemize getirildi. Öyküsünde bir hafta önce boğaz ağrısı şikayeti ile gittiği hekim tarafından ÜSYE+ miyalji tanısı ile amoksisilin+ klavulanat 1 gr bid tb 2x1, naproksen EC forte tb 2x1, tizanidin MR tb 1x1, feniramidol drj 3x1 verildiği ve bu ilaçları 5 gün kullandığı öğrenildi. Hastanemiz acil servisine başvurusundan iki gün önce halsizlik, bulantı, kusma, baş dönmesi ve ateş şikayetleri başlamıştı. Özgeçmişinde trafik kazası sonrası sol humerus kırığının internal fiksasyonu dışında özellik yoktu. Fizik bakışında uykuya meyilli olan hasta sorulara yanıt vermiyordu. Ense sertliği yok, Kerning ve Brudzensky bulguları negatifti. Diğer nörolojik ve sistemik muayene bulguları normal olan hastanın tetkiklerinde AST (260 IU/L) ve ALT (142 IU/L) yüksekliği dışında anormallik saptanmadı. HBs Ag, AntiHCV, EBV VCA IgM, CMV IgM negatif saptandı. Acil çekilen beyin tomografisi normal olarak değerlendirildi. BOS incelemesinde direkt bakıda hücre saptanmadı. Gram boyamasında özellik yoktu. BOS glukoz ve proteini normal sınırlardaydı. Hasta viral ensefalit ön tanısı ile yatırıldı. Yatışının ertesi günü ağırlı uyarana yanıtında azalma, idrar inkontinansı ve ateş yüksekliği gelişti. BOS ve kan kültürlerinde üreme olmadı. Viral ensefalit açısından BOS HSV tip 1 IgM ve kranial MRI tetkiki istenildi. Sol humerus alt ucundaki plak nedeni ile MRI tetkiki yapılamadı. HSV tip 1 IgM negatifti. Hastanın bilincinin giderek kapanması, Glasgow koma skalasının düşmesi ve patolojik refleks pozitifliği saptanması üzerine çekilen kontrastlı beyin tomografisinde erken arteriyel fazda şüpheli meningeal kontrastlanma (enfeksiyon ?) saptandı. Yoğun bakım servisine alınan hastaya asiklovir 250 mg 3x3 IV infüzyon tedavisi başlandı. Endotrakeal entübasyon yapılarak, ventilatöre bağlanan hastada hastaneye yatışının 4.gününde spontan deserebre postür gelişmesi üzerine ek olarak antiödem tedavi başlandı. Yatışının 5. günü hipotansiyonu ve idrar çıkışında azalma olan hastaya dopamin infüzyonu başlandı. İzlem sürecinde hastanın pupillerinde bilateral dilatasyon ve ışık refleksi kaybı izlendi. Dobutamin ve adrenalin infüzyonu eklendi. Tedaviye yanıt vermeyen hasta kaybedildi. Otopsi aile tarafından kabul edilmemesi nedeni ile yapılamadı. Ancak ailenin izni alınarak KC biyopsisi yapılabildi. Patoloji raporunda incelenen biyopsi örneğinde yaygın mikrovaziküler steatoz, yer yer sinüzoidlerde dilatasyon ve konjesyon, birkaç alanda küçük nekroz odakları izlendiği bildirildi. Biyopsi bulguları ve hastanın klinik tablosu birlikte değerlendirilince Reye sendromu olabileceği düşünüldü. Erişkinlerde nadir görülen bir hastalık tablosu olması nedeni ile olgununun sunulmasına karar verildi.



**Tartışma:** Reye sendromu çocukluk çağı hastalığı olarak kabul edilmekle birlikte nadir de olsa erişkinlerde bildirilmiştir. Salisilatlar yanında diğer ağır kesicilerle de görülebilmektedir. Tanı kriterleri bilinç düzeyinde değişikliklerle seyreden akut noninflamatuar ensefalopati, AST-ALT düzeylerinde 3 kat veya daha fazla artış ve mikroveziküler KC yağlanması ile seyreden KC fonksiyon bozukluğu, beyin ödemi ve KC anormalliklerini açıklayacak başka nedenin olmaması, BOS incelemesinde mm3'de 8'den daha az BK olması, beyin biyopsisinde inflamasyon olmaksızın beyin ödemi saptanmasıdır.

**Sonuç:** Erişkinlerde oldukça nadir görülmesi nedeni ile bu tür bulgularla başvuran hastalarda ayırıcı tanıda gözden kaçabilir. Özellikle KC enzim yüksekliği, bilinç değişiklikleri gösteren ve viral enfeksiyon ya da ilaç kullanımı öyküsü olan hastalarda ayırıcı tanıda hatırla tutulmalıdır.

**Kaynaklar:** 1. Mehdi S, Franco J. Reye's syndrome in an adult: a case report. WMJ 2000; 99: 23-4 / 2. Ohyagi Y, Yamaguchi H, Ito Y, Nishima M, Fujii N. An adult case of Reye syndrome induced by diclofenac sodium, and recovered by plasma Exchange. Rinsho Shinkeigaku. 1998;38:311-3. / 3. Belay ED, et al. Reye's syndrome in the United States from 1981 through 1997. N Engl J Med 1999; 340:1377-82.

P - 85

## YOĞUN BAKIMDA POSTİNTUBASYON TRAKEAL STENOZDA YAKLAŞIM VE BRONKOSKOPİK DİLATASYON İLE TEDAVİ

*Ahmet Mahli, Serap Atabekoğlu, Ayşe K. Yarıcı Ayfer Özdemir, Sedat Demircan, İ. Can Kürkçüoğlu  
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Ad, Göğüs Cerrahisi AD*

**Giriş ve Amaç:** Postintubasyon trakeal stenoz (Cuff stenozu) hava yolunun bölgesel iskemik nekrozuna yol açan klinik bir sorundur. Bu tipteki stenozların sıklığı, etyolojinin bilinmesi, endotrakeal ve trakeostomi tüplerinin uygun yönetimi ve modifiye tüplerin kullanımı ile azalmaktadır. Biz bu olguda postintubasyon trakeal stenoz nedenleri, tanısal yöntem ve uygun tedavileri tartıştık.

**Olgu:** 37 yaşında, erkek hasta, pakiplörit tanısı nedeniyle başka bir merkezde bilateral torakotomi ve dekortikasyon operasyonları geçirmiş. Postoperatif 3. günde solunum sıkıntısı başlamış, arteriyel kan gazı ölçümlerinin kötüleşmesi üzerine hasta orotrakeal entübe edilerek respiratöre bağlanmış. Hasta postoperatif 15. günde YBÜ'imize sevk edildi. Sol göğüs tüpünden drene olan ampiyem ve endotrakeal aspirat kültürlerinde üreyen bakterilere uygun antibiyotik tedavisi başlandı. Hasta YBÜ'imize gelişinin 12. gününde ekstübe edildi. Solunum sıkıntısının tekrarlaması üzerine ancak 6.5 numara tüple entübe edilebildi. Yapılan fiberoptik bronkoskopi ve BT'de kord vokallerin 4 cm distalinde stenoz saptandı. Rijid bronkoskopi ile iki kez dilatasyon yapıldı. Hasta 41. günde taburcu edildi ve solunum sıkıntısının tekrarlaması halinde trakeal stent yerleştirileceği konusunda bilgilendirildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Bilgisayarlı tomografi santral hava yollarının patolojilerinin tanınması ve karakterlerinin belirlenmesini sağlar. Benign trakeal stenozun değerlendirme ve yönetiminde bronkoskopik dilatasyon güvenilir ve etkili bir yöntemdir. Dilatasyon tek başına hastaların % 50'sinde etkindir. Bununla birlikte stent yerleştirilmesi ve lazer tedavisi dilatasyon tedavisinin tamamlayıcısı olarak kombine edilebilir.

**Kaynaklar:** Prince JS et al. Radiographics. 2002; 22: 215-30 / Chhajed PN, Malouf MA, Glanville AR. Intern Med J. 2001; 31: 512-6





P - 86

## PNÖMONEKTOMİ SONRASI GELİŞEN BRONKOPLEVRAL FİSTÜL ve AMPIYEMLİ HASTAYA YOĞUN BAKIMDA YAKLAŞIM

*Ahmet Mahli, Ayşegül Z. Kordan, Sunay Demir, Zerrin Yılmaz, İ. Cüneyt Kurul, Sedat Demircan*  
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji Ve Reanimasyon AD, Göğüs Cerrahisi AD

**Giriş ve Amaç:** Pnömonektomiden sonra oluşan ana bronş güdüğüne komplikasyon olarak ampiyem eşlik etmesi durumu, özel tedavi stratejileri gerektirir. Bizim olgumuza da plevral drenajla birlikte çift lümenli tüple entübe edilerek tek akciğer ventilasyonu uygulandı.

Bu hastada nedene yönelik tedavi yanında hastaya uygun ventilasyon stratejileri tartışıldı.

**Olgu:** 52 yaşında erkek hastaya epidermoid Ca tanısıyla sağ pnömonektomi yapıldı. Hastanın postoperatif 3. günde solunum sıkıntısı olması, balgam kültüründe psödomonas, dren kültüründe gram (+) kok ve gram (-) basil üremesi üzerine üçlü antibiyotik tedavisine başlandı. Postoperatif 8. günde torakotomi hattından ampiyemle uyumlu mayi gelmesi ve akciğer grafisinde sağda seviye veren görüntü olması nedeniyle torasentez yapıp plevral dren yerleştirildi. Postop. 12. günde rijit bronkoskopi yapılan hastanın sağ bronş güdüğünün açık olduğu gözlemlendi. Solunum sıkıntısının artması, genel durumunun kötüleşmesi üzerine YBÜ'ne alındı. Bilinci açık, oryante, koopere olan hastanın takipnesi mevcuttu. Genel 39°C ateşi ve lökositozu olan hastanın sabaha karşı genel durumu ve kan gazı değerleri daha da kötüleşti. Solunum arresti gelişen hastaya sol çift lümenli tüp takılarak tek akciğer ventilasyonuna geçildi. Kardiyak destek için pozitif inotropik ilaçlar uygulandı. Akciğer grafisinde belirgin patoloji görülmeyen hastanın uygulanan antibiyotik tedavisine rağmen ateş ve lökositozu arttı. Tüm destekleyici tedavilere yanıt vermeyen olgumuz postop. 17. günde ex. oldu.

**Sonuç:** Septik şokta mortalite oranının yüksek olduğu bilinmekle birlikte, olgumuzda ameliyat nedeni ve cinsi, uygulanan kemoterapi, eşlik eden hastalık ve komplikasyonlar gibi faktörlerin hastayı kaybetmemizde rolü olduğunu düşünmekteyiz.

**Kaynaklar:** - Fiala P et al. European Journal of Cardio-thoracic Surgery 2004; 24:127-30 / - Schneider D et al. European Journal of Cardio-thoracic Surgery 2002; 21: 644-8

P - 87

## SEPSİSLİ BİR OLGUDA KONTİNU VENO-VENÖZ HEMODİYAFİLTRASYON ve AKTİVE PROTEİN C KULLANIMI SIRASINDA PERKÜTAN TRAKEOSTOMİ AÇILMASI

*Müslüm Çiçek, Ender Gedik, Zafer Doğan, Nurçin Gülhaş, M. Özcan Ersoy*  
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Malatya

**Giriş:** İntraabdominal sepsis sonrası akut böbrek yetmezliği (ABY) gelişen olguda eş zamanlı kontinü veno-venöz hemodiyafiltrasyon (KVVHDF) ve aktive protein C (APC) uygulaması sırasında perkütan trakeostomi (Griggs yöntemiyle) açılmasını sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 42y, erkek olgu, ateşli silah yaralanması nedeniyle (Grade III karaciğer laserasyonu, çekum perforasyonu, sağ akciğerde hemo-pnömotoraks ve kontüzyon, diyafragma rüptürü, sol testis laserasyonu, sol femoral arter yaralanması ve sağ tibiada parçalı kırık) hemorajik şoktayken hastanemiz aciline getirildi ve operasyon sonrası YBÜ'ne alındı. Mekanik ventilatöre (MV) bağlı olarak takip ve tedavisi yapılan olgunun postoperatif 2. günde hemodinamisi düzeldi ve bilinci açıldı.

Solunum yetmezliğinin sürmesi nedeniyle MV'den ayrılamadı. 5. günde genel durumunda kötüleşme ve sepsis bulguları başladı. 10. günde suphepatik apse drenajı ve ileokolik anastomoz kaçağı tamiri ve ileostomi yapıldı. ABY nedeniyle 10Ü/kg heparin ile KVVHDF başlandı. Yeterli volüm replasmanı, dobutamin ve noradrenalinle inotropik desteğe rağmen



men hipotansif seyretmesi, ABY ve solunum yetmezliğinin sürmesi nedeniyle APC tedavisine karar verildi. Sedatiflere aşırı hipotansif yanıt olması, endotrakeal tüpü tolere edememesi ve solunum yetmezliğinin uzun süreceği öngörülerek perkütan trakeostomi açılması planlandı. KVVHDF heparinsiz olarak sürdürüldü. APC tedavisinin 30. saatinde 2 saat ara sonrası trakeostomi uygulandı. İşlemden 1 saat sonra tekrar APC başlandı. Herhangi bir komplikasyonla karşılaşılma-  
dı. Yatışının 47. gününde trakeotomisi kapatılmış olarak taburcu edildi. İzleminin beşinci ayında tibia fraktürü sekeli dışında sağlıklıydı.

**Tartışma ve Sonuç:** APC kullanımı sırasında majör veya minör cerrahi girişimin 2 saat öncesinde ilacın kesilmesi ve majör cerrahiden 12 saat sonra, minör cerrahiden hemen sonra başlanabileceği bildirilmektedir<sup>(1)</sup>. Minör cerrahi olarak kabul edilebilen trakeostomi sırasında eş zamanlı olarak KVVHDF ve APC uygulanmış olması ve herhangi bir kanama problemi gelişmemesi nedeniyle deneyimimizi paylaşmayı uygun bulduk.

**Kaynak:** 1- <http://pi.lilly.com/us/xigris.pdf>

P - 88

## EŞ ZAMANLI KARBONMONOKSİT ZEHİRLENMESİNDE FARKLI KLİNİK TABLOLAR

*Erdoğan Öztürk, Ender Gedik, Hüseyin Tekşan, Müslüm Çiçek, M.Özcan Ersoy*  
*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Ve Reanimasyon AD, Malatya*

**Giriş ve Amaç:** Karbonmonoksit zehirlenmesi sonucu çok farklı klinik tablolar görülebilir. Erken evrede dezoryantasyon, konvülsiyon, ataksi, fokal nörolojik ve parkinson benzeri bulgular, geç evrede demans, agnozi, mutizm, kortikal görme kaybı, hareket bozuklukları, spastisite, periferik nöropati ve inkontinans gibi nörolojik bulgular görülebilir<sup>(1)</sup>.

Bu sunumda aynı anda zehirlenmeye maruz kalan üç olguda gelişen farklı klinik tabloları sunmayı amaçladık.

**Olgular:** Yaklaşık 12 saatlik bir karbonmonoksit zehirlenmesi nedeniyle bilinci kapalı halde hastanemize sevk edilen, öncesinde sağlıklı 29 (O1) ve 32 (O2) yaşında iki erkek kardeşin kaldıkları evde bulunan diğer bir olgunun (O3, 24y, E) öldüğü öğrenildi. Acil serviste hemen entübe edilen ve ünitemize getirilen olgular BIPAP moduyla ventilatöre bağlandı. İlk 6 saat % 100 oksijen uygulandı. İlk kraniyal BT'lerinde hafif ödem dışında bulgu yoktu. Mannitol ile anti-ödem tedavi, jeneralize konvülziyonları nedeniyle tiyopental sodium ile fenitoin ve diğer destek tedavileri uygulandı. O2 beşinci, O1 ise dokuzuncu günde ekstübe edildi. Dokuzuncu günde eşzamanlı muayenelerinde; O2'de orta derecede kooperasyonla ekstremitelerinde 3/5 kuvvet kaybı ve hafif spastisite mevcutken; O1'de nonkooperasyon ve ekstremitelerinde 2/5 kuvvet kaybı ile hafif-orta spastisite tespit edildi. 14. günde kraniyal MRG'de her iki olguda corona radiata ve centrum semiovale de beyaz cevher tutulumu izlenirken O1'de gri cevher tutulumu daha belirgin bulundu. Olgular on gün arayla O2 öncelikli olmak üzere sekelsiz taburcu oldu.

**Tartışma ve Sonuç:** Centrum semiovale lezyonunda değişken derecelerde görülebilen ekstrapiramidal bulgular erken ve uygun destek tedavisiyle geriye dönebilir (1).

Sonuç olarak; eş zamanlı karbonmonoksit zehirlenmesiyle farklı klinik tabloların gelişiminde bireysel faktörlerin etkili olabileceğini düşünüyoruz.

**Kaynak:** 1. Mov Disord 1994; 9: 550-8.



P - 89

## TEDAVİYE DİRENÇLİ HİPERTANSİF İKİ OLGUDA SEDASYON AMACIYLA DEXMEDETOMİDİNE KULLANIMI

*Fatma Ülger, A.Haydar Şahinoğlu*

*Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Samsun*

Vaka-I (V1): 51Y /E, GCS 10, APACHE:11, hasta hipertansif intraserebral hematoma, ventriküler drenaj ile ilişkili menenjit, aspirasyon pnömonisi tanılarıyla izlenmekte olan hastanın klinik parametreleri solunum 35 dk, TA: 200/ 90, NDS:90, A:37:1C PRVC modunda TV:570 ml fr: 12. PEEP 5, pH 7.30, PaO<sub>2</sub> 68, PCO<sub>2</sub> :40 HCO<sub>3</sub>: 27 SpO<sub>2</sub>: 92, FiO<sub>2</sub> % 50

Vaka-II (V2): 67Y / E , GCS :10, APACHE :13 Intraserebral hematoma, ventriküler drenaj, tedaviye dirençli hipertansiyon tanıları ile yoğun bakımda izlenen hastanın klinik parametreleri solunum 28 /dk, TA 220/95, A: 36.8 °C, SIMV de TV: 510 ml, PEEP 5, fr: 12, pH 7.33, PaO<sub>2</sub> 109, PCO<sub>2</sub> :43.8 HCO<sub>3</sub>: 25 SpO<sub>2</sub>: 98, FiO<sub>2</sub> % 40. Sedasyon amacıyla dexmedetomidine (Dex) seçildi.

Tablo 1: Hemodinami ve sedasyon değerlendirme sonuçları

Zaman	Nabız		Sistol		Diyastol		Mean		Isı °C		Doz µg/kg/h		Chamorro Sed Skoru		Ramsay Sed Skoru	
	V1	V2	V1	V2	V1	V2	V1	V2	V1	V2	V1	V2	V1	V2	V1	V2
0.dk	72	72	163	162	67	86	88	98	36.8	36.8	1.0	1.0	1	1	1	1
10.dk.	84	68	159	152	69	85	87	85	36.7	36.7	0.2	0.2	2	1	1	1
15.dk	70	66	167	191	72	85	96	90	36.4	36.4	0.2	0.2	2	2	2	2
20.dk	82	81	171	194	79	86	92	92	36.4	36.4	0.2	0.2	3	2	2	2
30.dk	68	90	142	175	61	92	82	81	36.7	36.7	0.2	0.3	3	2	2	2
45.dk	67	81	145	165	64	75	84	84	36.5	36.6	0.2	0.4	3	3	4	4
1.h	65	75	111	185	52	78	68	78	36.5	36.8	0.1	0.5	3	3	4	4
2.h	62	82	146	143	69	70	87	87	36.4	36.4	0.11	1.0	3	3	4	4
6.h	58	47	147	152	72	74	93	93	36.7	36.7	0.16	1.10	3	3	4	4
12.h	58	48	160	160	80	83	105	95	36.8	36.7	0.23	1.20	3	3	4	4
16.h	69	60	187	150	90	70	117	85	36.8	36.8	0.25	1.25	3	3	4	4
20.h	59	50	175	182	94	76	121	83	36.7	37.7	1.0	1.25	3	3	4	4
24.h	57	75	174	174	91	91	124	91	36.7	36.9	1.1	1.25	3	3	4	4
30.h	55	55	158	158	90		116	87	36.8	36.8	1.1	1.25	3	3	4	4
34.h	53		184		90		117		36.7		1.1		3		4	

**Tartışma:** Alfa-2 adrenerjik agonist etki hipotansiyona neden olabilmektedir.1 Kontrollü mekanik ventilasyon ve sedasyon ihtiyacı olan iki hasrada bilinç takibinin de yapılabilmesi için sedatif, anksiyolitik ve analjezik özelliği olan Dex ile sedasyon uygulanması sırasında yan etkiler de hasta lehine kullanılarak etkin sonuç alınmıştır.

**Sonuç:** Dexmedetomidine bilinç takibi gereken nörolojik hasarlı hastalarda sedasyon uygulamada kolaylıklar sağlamak-tadır.

**Kaynaklar:** 1- J.B. Dyck, SL Shafer et.al. Dexmedetomidine pharmacokinetics and pharmacodynamics Anaesthetic Pharmacology Review 1993; 1:238-245 / 2- R.M. Venn, PJ. Newman, R.M. Grounds: A phase II study to evaluate the efficacy of dexmedetomidine for sedation in the medical intensive care unit Int.care. med. (2003) 29:201-207



P - 90

## TRAVMATİK YAĞ EMBOLİSİ SENDROMU

*Yaman Özyurt, Hakan Erkal, Kemal Özay, Zuhal Arıkan*

*Özel Umut Hastanesi, İstanbul*

**Giriş:** Yağ embolisi sendromu (YES), yağ partiküllerinin dolaşım sistemine girmesinin neden olduğu solunumsal, nörolojik ve cilt bulgu ve belirtileri ile seyreden, mortalitesi ve morbiditesi yüksek, tedavisi güç klinik bir bozukluktur. En sık olarak alt ekstremitelerde uzun kemiklerinin travmatik kırıkları sonucu ortaya çıkar. Bu çalışmada, yoğun bakım servisinde tedavi ettiğimiz bir olgu nedeniyle YES tedavisini ve özelliklerini sunmayı amaçladık.

**Olgu:** Araç dışı trafik kazası sonucu hastanemize getirilen 16 yaşında, BMI : 26, kadın hasta. Sağ tibia ve fibulada segmenter fraktür saptanması üzerine uzun bacak alçı ateline alınıp, takip ve tedavisine başlanıyor. Yatışının 18. saatinde; periferik siyanozu saptanan olgunun, yüzeysel ve takipneik (42 /dk) soluduğu, her iki akciğerde yaygın krepitasyonlar ve bazallerde solunum seslerinde azalma belirlendi. PIR+/+, GCS 4/15 (GA1+VY1+MY2) olarak değerlendirildi. SpO<sub>2</sub>: % 80 olan olgunun, AKG: pH: 7.01, pO<sub>2</sub>: 63mmHg, pCO<sub>2</sub>: 41mmHg, SaO<sub>2</sub>: 76, BE:-17 mmol olarak bulundu. Klinik tablo, olgunun hikayesi ve intrakraniyal veya pulmoner patoloji olmaması nedeniyle olguya YES tanısı kondu. Olgu, ortorakeal entübe edildi ve ventilasyon tedavisi (SIMV-VC+PS+PEEP: FiO<sub>2</sub>: 1, TV: 600 ml, f: 14/dk, PEEP: 5 cmO<sub>2</sub>) ve sedasyon uygulanmaya başlandı. PA akciğer grafisinde, bilateral yaygın dansite artışı, tipik 'kar fırtınası görünümü', kraniyal tomografisinde ise diffüz beyin ödemi saptandı. 2. gün olgunun boyun ve her iki konjunktivasında peteşiyal döküntü geliştiği gözlemlendi. Çekilen toraks tomografisinde ise, bilateral alt ve üst loblarda yaygın, posteriorda belirgin parankimal konsolidasyon ve plevral effüzyon saptandı. Aynı solunum modunda ve FiO<sub>2</sub>:0.6 ile tedavi uygulanırken AKG: pH: 7.23, pO<sub>2</sub>: 71mmHg, pCO<sub>2</sub>: 31mmHg, SaO<sub>2</sub>: 92, BE:-11 olarak saptandı. 6. gün perkütan trakeostomi uygulandı. 7.gün PS+CPAP modunda ve FiO<sub>2</sub>:0.3 ile ventilasyon uygulanırken AKG:pH:7.41, pO<sub>2</sub>:114mmHg, pCO<sub>2</sub>:35mmHg, SaO<sub>2</sub>:99, BE:5 olarak saptandı. 10. gün sedasyonu sonlandırılan olgu, T tüpe alınarak artan sürelerle spontan solunuma bırakıldı. 12. gün olgu, ara dönemde, trakeotomize ve spontan solunumu yeterli olarak Ortopedi kliniğine devredildi.

**Tartışma:** Dolaşım sisteminde yağ bulunmasının neden olduğu klinik bulgular yağ embolisi sendromu olarak isimlendirilir<sup>(1)</sup>. Sıklıkla, alt ekstremitelerde uzun kemiklerinde travmatik kırık sonucunda ve ortopedik cerrahi uygulanması sırasında görülür. Geçirilen travmadan sonraki 24-36 saat içinde bulgular ortaya çıkar. En sık solunum yetmezliği bulguları, nörolojik bozukluklar ve peteşiyal döküntüler görülür<sup>(2)</sup>. Tedavi, asıl olarak non-spesifik ve destekleyicidir. Saptanan kırığın erken dönemde tespit edilmesi dolaşıma yağ girişini engellediğinden zorunludur<sup>(3)</sup>. YES'lu olgularda en sık solunum sistemine ait bozukluklar geliştiğinden risk altındaki olgular solunum monitörizasyonu yapılarak izlenmelidir.

**Sonuç:** YES gelişimi açısından risk altındaki olgularda; saptanan kırıkların erken fiksasyonu ve özellikle solunum sisteminin monitörize edilerek olguların izlenmesi, YES gelişen olgularda ise solunum ve dolaşım desteğinin sağlanması tedavinin asıl amacı olmalıdır.

**Kaynaklar:** 1- N Engl J Med 1993; 329: 961-3. / 2- Am J Orthop. 2002; 31:507-12. / 3- Orthop Rev. 1994; 23:107-17.

P - 91

## AKUT İNMELİ HASTANIN BESLENMESİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ

*Sakine Memiş, Serap Gökçe*

*Adnan Menderes Üniversitesi*

**Giriş:** Akut inme, gelişmiş toplumlarda ölüm nedenleri arasında üçüncü ve sakatlık nedenleri arasında birinci sırada yer alır. Akut inmeli hastaların yaklaşık %45-67'sinde disfaji görülmektedir. Ayrıca, sağlık hizmeti almak için hastanelere başvuranların %15'inde, servis hastalarının ise %30'unda hastanedeki ilk bir hafta içinde malnütrisyon saptandığı genel bir bilgidir. Disfaji malnütrisyona ek olarak ciddi solunum komplikasyonlarına (asfiksi ve aspirasyon pnömonisi) da neden olmaktadır. Bu iki komplikasyon inmeli hastalarda en önemli morbidite nedenleridir. Disfaji inmeli hastaların yarısında ilk bir hafta içinde hızla düzelenken, üçte birinde ise bir ay içinde düzelmektedir. Disfajinin iyileşme sürecinde hastaların beslenmesi geciktirilmemelidir. Eğer hastada uyanıklık kusuru yoksa inmenin ilk 24 saatinin sonunda disfaji yönünden değerlendirilmelidir. Yatak başı değerlendirilmede ağız içinde sekresyon birikimi ve gıda artıklarının olması, ağızdan salya akışı, yutma sırasında öksürük, tıkanma hissi ve sonrasında ses kalitesinde değişiklik gibi belirtiler disfaji varlığını göstermektedir. Değerlendirme sonucuna göre en uygun besleme yoluna karar verilmelidir. Bu yollar oral, nazogastrik sonda (NGS) ve perkütan endoskopik gastrostomi (PEG)'den biri olabilir. Hastada uyanıklık kusuru varsa ve disfaji mevcutsa enteral beslemeye (NGS veya PEG) geçilmelidir. Enteral beslenme yapılan hastalarda uygun günlük kalori, besin miktarı ve besin niteliği (diabet, KOAH vb) ayarlanmalıdır. Enteral beslenen hastalarda hemşire beslenmenin ti-



pi (sürekli/intermittant), hastanın toleransı (rezidü/diyare vb), gelişebilecek klinik sorunların takibi ve beslenme sırasındaki uygun pozisyonu sağlamada önemli sorumluluklara sahiptir. Oral beslenen hastalarda ise hastanın çiğneme ve yutma durumu, aldığı besin miktarının takibi, bağımsız yemeye teşvik, etkilenmemiş tarafla çiğnemenin sağlanması, yutmayı kolaylaştırıcı yöntemlerin kullanımı, diyetine uygun beslenmesi gibi konularda hasta ve ailenin eğitiminde önemli görevleri vardır.

P - 92

## ACIK ve KAPALI ASPİRASYON SİSTEMLERİNİN NOZOKOMİYAL PNÖMONİ OLUŞUMU AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

*Uzm. Hem. Aynur Cüce*

*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji AD*

Yoğun bakım üniteleri, hastane enfeksiyonlarının yaklaşık %25'inin gözlendiği alanlardır.

Genellikle altta yatan metabolik hastalık, uygulanan (entübasyon, intravenöz kateterizasyon gibi) çeşitli invaziv girişimler gibi hazırlayıcı faktörlere bağlı olarak gelişen dirençli patojenlerin etken olduğu sistemik enfeksiyonlar, hastanın yaşamını tehdit ettiği gibi hastanede kalış süresinin uzamasına ve maliyetin artmasına neden olduğu belirtilmektedir.

Entübasyon uygulanan hastaların, havayolu açıklığını sürdürmek amacıyla uygulanan aspirasyon işleminin önemli komplikasyonları arasında nozokomiyal pnömoninin olduğu bildirilmektedir.

Araştırma, açık ve kapalı olarak uygulanan aspirasyon sistemlerini nozokomiyal pnömoni oluşumu açısından karşılaştırmak amacıyla planlanmış ve İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji A.D Reanimasyon Ünitesi'nde deneysel olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırma kapsamına, mekanik ventilatöre bağlı olarak yatan, primer yoğun bakım endikasyonu solunum sıkıntısı olan çeşitli tanılarda 144 hasta alınmıştır.

Veriler, araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilen hasta izlem formu aracılığı ile toplanmıştır. Araştırmaya alınma kriterleri olarak, aynı üniteye yatışının ilk 24 saati içerisinde entübasyon ve 48 saatten fazla mekanik ventilasyon beklentisi olarak belirlenmiştir. YBÜ'ne kabulde; pnömonisi, trakeal kültürde üremesi olan hastalar ile, immüsupresif ilaç ve yüksek doz kortikosteroid kullanan hastalar araştırma dışı bırakılmıştır. Hastaların izlemi yoğun bakım ünitesinden çıkana kadar yapılmış, bulgular hasta izlem formuna kayıt edilmiştir.

Nozokomiyal pnömoni gelişmesi açısından gruplar birbirleriyle karşılaştırıldığında (açık sistemle aspire edilen grup %90,3, kapalı sistemle aspire edilen grup %18,1) fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $c2, p<0,0001$ ).

Sonuç olarak, kapalı aspirasyon yönteminin, açık aspirasyon yöntemine göre nozokomiyal pnömoni oluşumunu engelleme açısından daha etkin bir yöntem olduğu belirlenmiştir.



P - 93

## GATA GENEL CERRAHİ AMELİYAT SONRASI BAKIM ÜNİTESİ

*Hemş. Yeter Seyfeli, Hem. Ayşegül Arar, Hem. Hatice Öklü, Hem. Birgül Gençer*

*GATA, Ankara*

Bu yayınıımızda, GATA Genel Cerrahi Ameliyat sonrası bakım ünitemizi ve hemşirelik aktivitemizi tanıtmayı amaçladık.

Ameliyat sonrası bakım ünitemiz, yeniden restore edildikten sonra 2003 yılında hizmete açılmıştır. Ünitemizde 15 yatak bulunmakta olup içerisinde özel donanımlı, hastaları yataklarıyla alıp banyo yaptırabileceğimiz bir banyosu ve WC'si mevcuttur. Ünitemiz özel havalandırma sistemi ile çalışmaktadır.

Ünitemiz Ekibi: 1 sorumlu, 14 Hemşire ,1 personel, 1 sağlık astsubayı ve nöbetçi doktordan oluşmaktadır.

Çalışma Saatleri: (08.00-16.00 ve (16.00-08.00) şeklindedir. 16.00-08.00 nöbetinde 3 hemşire görev almaktadır.

### Hemşirelik Girişimleri

\*Post op gün

**Amaç:** Hastaların vital bulgularının stabil olması, ağrının giderilmesi ve gelişebilecek komplikasyonları önlemek

- Genel anestezi alan bütün hastalar ünitemize kabul edilir. Taşıyıcı yardımı ile sedyeye gelen hastalar sağlık astsubayı, personel doktor ve hemşire eşliğinde yatağına alınır.
- Yaşam bulgularına bakılır. Saturasyonuna bakılır, gerekli olduğu durumlarda oksijen verilir.
- Eğer hastanın hipertermisi yoksa ısıtılır, oksijenasyonunda sağlanmış olur.
- Taşikardi, bradikardi, aritmi, mevcutsa ve 40 yaş üzerinde ise monitörize edilir.
- Hastanın pijaması giydirilir ve başı 30° ile 45° kaldırılır.
- Dr. İstemi uygulamaya başlanır. İstemdeki ilaçlar uygulanmadan önce mutlaka ilaç alerjisi DM ve Hipertansiyon gibi kronik hastalığı olup olmadığı dosyasından araştırılır.
- İlk bir saat 15" bir ikinci saatte 30" bir ve sonrası saat başı vital bulguları alınarak kaydedilir.
- Ağrı puanlama skarları ile hastaların ağrıları değerlendirilir. Gerekğinde analjezik uygulanır.
- Hastanın üretral kateteri varsa, saatlik aldığı çıkardığı takibi (A.C.T.) yapılır. İdrar çıkışı değerlendirilir. Üretral kateteri yoksa ilk idrar çıkışı takip edilir ve kaydedilir. 8 saat içerisinde idrar çıkışı yoksa neloton sonda ile boşaltılır.
- Hastanın insizyon yeri ve pansumanı kanama yönünden kontrol edilir. Drenler miktar ve içerik bakımından değerlendirilir. Nazogastrik sonda var ise saat başı aspire edilir. Miktar ve içeriği kaydedilir.
- Derin ven trombozu riski, akciğerlerin yeterli ventilasyonu ve bağırsak motilitesini hızlandırmak amacı ile hasta ilk 8 saatte mobilize edilir.
- Mobilizasyon sonrası antiembolik çorapları çıkartılır.
- Hastanın bağırsak sesleri değerlendirilerek post op 1. gün sabahı hastaya oral sulu diyet başlanır ve hasta odasına alınır.

### Post op I. Gün

**Amaç:** Hastanın tam mobilizasyonunu sağlamak, anestezi ve immobilizasyondan kaynaklanabilecek solunum sistemi ile ilgili, gelişebilecek komplikasyonları önlemek

Bunun için : \* Hastaya saat başı solunum egzersizleri yaptırılır.

- Soğuk buhar uygulanır.
- Spirometre kullanım için teşvik edilir.
- Akciğer sesleri dinlenir ve değerlendirilir.
- Gün boyunca 4 saat aralıklarla mobilize edilir.
- Bağırsak sesleri dinlenir ve değerlendirilir.

### Yatağa Tam Bağımlı Hasta Bakımı

**Amaç:** Günlük yaşam aktivitemini devam ettirmek.

- Günlük, genel vücut bakımı verilir.
- Haftada 2 kez yatak banyosu verilir.
- 6 saatte bir ağız bakımı verilir.
- 2 saatte bir pozisyon verilir (sol lateral , semi fauler, sağ lateral)
- Saat başı akciğer sesleri dinlenilerek gereğinde (entotrakeal yada trakeostomi) aspirasyonu yapılır.
- Beslenmesi sağlanır (Enteral ve parenteral yoldan)
- Uygun boşaltımı sağlar.



P - 94

## MEMORIAL HASTANESİ HEMŞİRELİK HİZMETLERİ HİZMET İÇİ EĞİTİM MODELİ

*Dokumacı Zeynep, Arpağ Nurgül,  
Memorial Hastanesi, İstanbul*

**Amaç:** Toplam kalite yönetiminde; tüm çalışanların niteliklerinin artırılması, yönetim kararlarının sağlıklı bilgi/veri analizine dayandırılması, tüm kaynakların bir bütünlük içinde ele alınmasına önem ve öncelik verilir. (Ersen:1997, 20)

Bu çalışma ile Memorial Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü'nde uygulanan hizmet içi eğitim modelinin açıklanması hedeflenmiştir.

**Yöntem / Uygulama:**

### 1. Kurum İçi Eğitim

#### 1.1 Hemşirelik Eğitimleri

##### 1.1.1.Bilgi Güncelleme Eğitimleri:

- Kalite Hemşirelik Süreci Eğitimi(16 saat)
- Kardiyopulmoner Resüsitasyon Eğitimi(9 saat)

##### 1.1.2.Gelişim Eğitimleri

###### 1.1.2.1 Sertifikalı eğitimler:

- Yoğun Bakım Hemşireliği Eğitimi(36 saat)
- Acil Hemşireliği eğitimi(32 saat)
- Kadın Sağlığı ve Doğum Hemşireliği Eğitimi(20 saat)
- Temel EKG (24 saat)

###### 1.1.2.2. Zorunlu Eğitimler

- Genel Oryantasyon Eğitimi (12 saat)
- Hemşire Oryantasyon Eğitimi(46 saat)
- İletişim( 4 saat)
- Ağrı Yönetimi(12 saat)
- Rehber Hemşire Eğitimi(16 saat)

1.1.3.Klinik Eğitimler: Birimlerin,hasta profillerine yönelik hazırladıkları sunumlardır.

#### 1.2 Destek Hizmetler Personeli Eğitimleri

İlk yardım , enfeksiyon kontrol ilkeleri, hasta taşıma kaldırma ilkeleri, hasta hak ve sorumluluklarını içermektedir.

### 2. Kurum Dışı Eğitim

2.1 Bilimsel Toplantılar:Hastane dışından da katılımı yapılan toplantılardır.

2.2 Kongre, Sempozyum, vb.:Hemşirelerin , bilimsel araştırmalar yaparak konuşmacı ya da poster sunumu ile etkinliklere katılımları desteklenmektedir.

**Sonuç:** Hemşirelerin hizmetiçi eğitimi , "Hemşirelerin Sürekli Eğitimi Talimatı" ve "Eğitim Prosedürü" ne uygun olarak plan dahilinde yapılmakta ve yıllık strateji planlaması içerisinde bütçelendirilmektedir.

Yıl sonunda İnsan Kaynakları Eğitim Koordinatörlüğü tarafından yapılan eğitim ihtiyaç analiz anketleri , kalite indikatörleri, performans değerlendirmeler, hasta memnuniyeti anketleri, denetim sonuçları değerlendirilerek yıllık plan oluşturulmakta ve uygulanmaktadır.

İstatistik kayıtlar, Eğitim Departmanı tarafından tutulmakta ve hizmet kalitesine etkileri açısından sürekli iyileştirme programı içerisinde gözden geçirilmektedir. Sonuçları kişilerin performans değerlendirmesine ve kariyer planlamasına yansıtılmaktadır.

**Kaynakça:** 1- Akın, B.,Çetin, C., Erol, V.: "Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi", Beta Basım, İstanbul, 2. Baskı, , (2001). / 2- Düren, Z.: "2000' li Yıllarda Yönetim", Alfa Basım Yayın Dağıtım, İstanbul,( 2000). / 3- Tekin, M.: "Toplam Kalite Yönetimi", Kuzucular Ofset, Konya, (1999).



P - 95

## MEMORIAL HASTANESİ YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE İŞE BAŞLAYAN HEMŞİRELERİN GENEL VE KLİNİK ORYANTASYON PROGRAMI

*Arpağ N., Dokumacı Okur Z., Tümer H., Pamuk S.*  
*Memorial Hastanesi*

**Amaç:** Memorial Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde uygulanan oryantasyon programının amacı ; yeni başlayan hemşirenin kuruma, üniteye adaptasyonunu ve yoğun bakım hemşireliğinin gerektirdiği bilgi, beceri, davranışları kazanmasında temel ilkelerin oluşumunu sağlamaktır.

**Yöntem ve Uygulama:** Yoğun bakımlarda göreve başlayan hemşirelerin genel ve klinik oryantasyon programı, "Eğitim Prosedürü" ve "Hemşirenin Sürekli Eğitim Talimatı"na uygun olarak gerçekleştirilir.

İlk aşamada "Genel Oryantasyon" programı, İnsan Kaynakları Koordinatörlüğü tarafından 1,5 gün süre ile uygulanmaktadır. Eğitim içeriğinde ;

- Memorial Hastanesi misyon, vizyon, kalite politikası, organizasyon şeması,
- Hasta hak ve sorumlulukları
- Code Blue ve Pink Code Prosedürü
- Akreditasyon ve ISO standartları
- Enfeksiyon Kontrol Komitesi İşleyişi ve Prosedürleri
- Hastanenin fiziki tanıtımı yer almaktadır.

"Genel Oryantasyon" programı sonrasında, hemşireler işbaşı yapmadan önce, 2 hafta süreyle sterilizasyon ünitesinde rehber hemşire gözetiminde klinik eğitim alırlar. Bu sürecin bitiminde, klinik oryantasyon programına ilgili yoğun bakımlarda devam edilir.

Klinik oryantasyon programı, rehber hemşire gözetiminde, adaptasyon formu doğrultusunda planlı olarak yürütülen 3 aylık bir eğitim sürecidir. Eğitim içeriğinde;

- Kurumsal Adaptasyon
- Ünite Adaptasyonu
- Atık Yönetimi
- Narkotik/Demirbaş Kontrolü
- Form ve Kayıtlar
- Talimat ve Prosedürler
- Hasta bakımına Uyum
- Ekipman Kullanımı
- İletişim yer almaktadır.

**Sonuç ve Öneriler:** Genel ve klinik oryantasyon programı uygulanan hemşirelerin kuruma adaptasyonunda istenilen standartlarda verimlilik elde edilmektedir. Bu süreç sonunda, yetersiz görülen hemşirelerin adaptasyon sürecinin uzatılması ya da kişilerin farklı bir alanda değerlendirilmesi ile hem kurum hem de çalışan verimliliğine olumlu katkılar sağlanmaktadır.

**Kaynak:** 1. Memorial Hastanesi Personel Klinik Oryantasyon Prosedürü.





P - 96

## YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN ORYANTASYONU ve SÜREKLİ EĞİTİMİ İÇİN BİR MODEL

*Berrin Bulut Çepni, Ayşe Pişkin*

*VKV Amerikan Hastanesi, İstanbul*

Hastanemizde yeni işe başlayan tüm hemşirelere İnsan Kaynakları ve Hemşirelik Hizmetleri bölümleri tarafından yapılan genel oryantasyon programlarının yanı sıra yoğun bakım ünitesinde çalışacak hemşirelere işe başlamalarından itibaren altı ay içinde "Yoğun Bakım Oryantasyon Programı" verilir. Yoğun Bakım Oryantasyon Programı 32 saat teorik ve 24 saat pratik olmak üzere toplam 56 saatten oluşmaktadır.

Programda hasta kabulü, rapor alma-verme, hasta transferi, ziyaretçi kabulü, yoğun bakımda hasta değerlendirme, trakeostomi, entübasyon aspirasyon, solunum egzersizleri, arter kan gazları, mekanik ventilasyon, göğüs tüpleri, monitörizasyon, elektrokardiyografi çekimi ve öldürücü arırmilerin değerlendirilmesi, defibrilasyon, kardioversiyon uygulamaları, geçici ve kalıcı pace makeri olan hastanın bakımı, hemodinamik izlem, yoğun bakımda sık kullanılan ilaçların hazırlanması ele alınan konulardır. Bu programı tamamlayan hemşireler, altı aylık bir süreci yoğun bakım ünitesinde klinik rehber hemşire (preceptör) ile ya da sorumlu hemşire ile birlikte çalışmak zorundadır. Bu süre içinde direkt olarak hasta sorumluluğu almaları beklenmez. Preceptör ve /veya sorumlu hemşire ile birlikte çalıştığı sürede yoğun bakıma ait sistem ve iş talimatlarını, prosedürleri okuyarak en az bir defa preceptör hemşirenin rehberliğinde uyguladıktan sonra hastaya tek başına bu işlemi yapabilmektedir. Oryantasyon süreci olarak değerlendirilen bu altı aylık süre içinde belirli aralıklarla ve sonunda yapılan değerlendirmelerin sonunda başarılı olanlar yoğun bakım ünitesinde primer olarak hasta sorumluluğu alabilmektedirler.

Hastanemizde yoğun bakımda çalışan hemşirelere "Temel Elektrokardiyografi", "Temel Yaşam Desteği", "İleri Kardiyak Yaşam Desteği" ve "Yoğun Bakım Hemşireliği Kursları" nı almaları ve belirli aralıklarla bu kurslardan alınan sertifikaları yenilemeleri beklenmektedir.

P - 97

## İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ANESTEZİYOLOJİ A.B.D. REANİMASYON SERVİSİ ÇALIŞANLARININ ÖRGÜT İKLİMİ İLE STRES UNSURLARINI ALGILAMALARI VE İŞİ BIRAKMA NİYETLERİ

*Yasemin Deniz, Aynur Cüce, Mehmet Y.Yahyağil*

*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji AD*

**Giriş:** Sağlık kuruluşları yenilikçiliğe açık, takım çalışmasını önemseyen ve destekleyen, iletişim ağlarının çok yönlü ve açık olduğu, bilgiye ulaşımın rahatlıkla sağlandığı ve yönetsel desteğin gereken her durumda verildiği işletmelerdir. Bu kurumlarının, iş aktivitelerinin ve çalışma koşullarının çalışanlar tarafından algılanma biçimi işyeri atmosferini yansıtabildiğinden, ilgili kurumun yönetsel stratejilerinin niteliği de belirlemektedir. Ancak, işyerilerindeki genel koşul ve uygulama biçimlerinin, çalışanlarca daha çok 'olumsuz' olarak algılanması mantıksal açıdan stres faktörlerinin yoğunluğuna ve dolayısıyla çalışanların örgüte bağlılıklarının zayıflığının, diğer bir ifadeyle işi-bırakma niyetlerinin bir göstergesi olacaktır. Araştırmanın amacı; İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji A.B.D Reanimasyon ünitesinde, modern bir örgüt tanımına uygun olarak belli iklimsel özellikleri taşıyıp, taşımadığının ve iklimsel unsurların özellikle bir sağlık kuruluşunda doğal olarak mevcut olan stres olgusuyla nasıl bir bağlantı oluşturduğunu incelemektedir. İkincil amaç olarak da iklimsel ve stres unsurlarının, çalışanların işi bırakma eğilimleri ile ilişkisini saptamaktır. Araştırma reanimasyon ünitesinde görev yapan 110 tıbbi personeli kapsamaktadır. Araştırmada, iki ayrı ölçme aracı kullanılmıştır. Birinci ölçme aracı, Örgüt İklimi Soru Formu olup, ikinci ölçme aracı, 6 kavramsal boyut ve 8 maddeden oluşan ve işyeri stres unsurlarının varlığını ölçmeye yönelik 5'li Likert tipi ölçektir. Araştırmadan elde edilen veriler sonucunda; olumsuz bulunan iklimsel özelliklerden dolayı algılanan stres düzeyi yüksek fakat işi bırakma eğiliminin düşük olduğu saptanmıştır.



P-98

## MAVİ KOD ÇALIŞMALARI

*Müjgan Mutlu Alkan, Berrin Bulut Çepni, Ayşe Pişkin, Aysel Badır*  
VKV Amerikan Hastanesi

Kalp ve solunum durması ya da diğer yaşamı tehdit eden durumlarda temel ve ileri yaşam desteği sağlamak amacıyla oluşturulan organizasyondur. Kod ekibi, ekip lideri ve bir ya da daha fazla ekip üyelerinden oluşur. Ekip lideri yönetim ve koordinasyondan sorumlu iken ekip üyeleri, ekip liderinin verdiği direktifleri uygulamaktan sorumludur.

Hastanemizdeki kod ekibi üyeleri; anestezi hekimi, koroner yoğun bakım ünitesi doktoru, kod bembşiresi, supervisor hemşire, servis hemşiresinden oluşmaktadır. Ekibin liderliğini koroner yoğun bakım bekimi yapmaktadır ve her bir ekip üyesinin rolleri belirlenmiştir.

Resüsitasyon uygulamasından sonra tutulan kayıtlar, mavi kod ekibi ve kalite geliştirme departmanı tarafından aylık olarak değerlendirilerek yayınlanır. Bu değerlendirmelerde ölçülen süreç risk yönetimidir. Risk Yönetim Süreci; Tehlikeleri tanımlama, Risk belirleme ve riskin düzeyine karar verme, Riski kontrol altına alma, Gözden geçirme ve iyileştirmeden oluşur.

Kod ekibimizin son 2 yıllık performans değerlendirmeleri sonuçları incelendiğinde 2002 yılında toplam 79 vaka, 2003 yılında toplam 72 vakaya mavi kod uygulanmıştır. Mavi kod yapılarak başarılı sonuç elde edilen hastaların oranına baktığımızda 2002 yılında % 40 ile Ocak ayında en düşük, % 88 ile Şubat ayında en yüksek başarı oranları belirlenmiş olup yıllık ortalama % 62.6'dır. 2003 yılında da % 17 ile Nisan ayında en düşük, % 91 ile Ağustos ayında en yüksek başarı oranı belirlenmiş olup yıllık ortalama % 51'dir.

Elde ettiğimiz yıllık ortalama değer bir sonraki yıl için referans alınır.

P - 99

## MÜSKÜLER DİSTROFİLER HASTALARIN AÇIK KALP CERRAHİSİ AMELİYATLARINDA ANESTEZİ VE POSTOPERATUAR DÖNEM YOĞUN BAKIMDA İZLEME VE TEDAVİLERİ: İKİ OLGU SUNUMU"

*Ayşe Baysal, Adnan Yüksek, Arif Tarhan, Azmi Özler*  
Dr. Siyami Ersek GKDC Hastanesi Haydarpaşa, İstanbul

**Giriş:** Müsküler distrofiler proksimal kas zayıflığı, ilerleyici dejenerasyon, motor fonksiyonların yavaş yavaş azalması ile seyreden bir grup nöromusküler hastalıklardır.

Açık kalp koroner arter baypas ameliyatı yapılan iki hastanın yoğun bakım seyirleri, akciğer ve nöromusküler fonksiyonları değerlendirilerek sağlıklı hastaların sonuçları ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Olgu Sunumu 1:** 37 yaşında 1.68 cm ve 78 kg olan erkek hasta hikayesinde 10 yaşından beri ilerleyici tarzda kollarında ve bacaklarda güçsüzlük, merdiven çıkamama, halsizlik şikayetleri olan hasta göğüs ağrısı şikayeti ile hastanemize başvurmuş, yapılan tetkik ve angiografi sonucu koroner arter baypas greft ameliyatına karar verilmiştir. Fizik muayene bulgularında kollar ve bacaklarda proksimal kaslarda 3/5 kas güçsüzlüğü ve distal kaslarda da 4/5 kas güçsüzlüğü saptanmıştır. Hastanın solunum fonksiyon testleri orta derecede restriktif pulmoner hastalık sonucu göstermiştir. Hastanın yoğun bakımda ekstübasyon için gerekli kas gücü ve gerekli akciğer fonksiyonlarının sağlanma süreleri belirlenmiştir. Bu amaçla iskelet kas ve solunum kasları fonksiyonlarının değerlendirme yöntemleri ve alınan sonuçlar Tablo 1 ve 2 de özetlenmiştir.

**Olgu Sunumu 2:** 33 yaşında 1.58 cm ve 55 kg olan kadın hasta hikayesinde 18 yaşından sonra başlayan kollarında ve bacaklarda güçsüzlük, merdiven çıkamama, nefes darlığı ve halsizlik şikayetleri olan hastada yapılan ekokardiyografi ile 2+ mitral yetmezlik ve 1+ aort yetmezliği saptanmıştır. Hastanın solunum fonksiyon testlerinde de orta derecede restriktif pulmoner hastalık ve fizik muayenede kifoskolyoz, kol ve bacaklarda proksimal kaslarda 4/5 güçsüzlük saptanmıştır. Hastanın yoğun bakımda ekstübasyon için gerekli kas gücü ve gerekli akciğer fonksiyonlarının sağlanma süreleri belirlenmiştir. Bu amaçla alınan sonuçlar Tablo 3 ve 4'dedir.

**Tartışma ve Sonuç:** Müsküler distrofil hastaların kalp cerrahisi ameliyatlarındaki doğru anestezi uygulamaları hastaların yoğun bakımda ekstübasyonlarını kolaylaştırarak, akciğer fonksiyonları normalden düşük olan ve riskli bir grup oluşturan bu hastaların kalp cerrahisi ameliyatları sonrası sağlıklarına kavuşmalarında önemli bir rol oynar.



P-100

## YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE FAALİYET TABANLI MALİYET UYGULAMASI

*Nimet Ateş, Figen Öker, Atıf Akdaş*

*Marmara Üniversitesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği AD*

**Giriş:** Yoğun bakım üniteleri tıbbi aktivite ve hasta bakımı açısından hastane hizmetlerinde ayrıcalık taşıyan ve hastane maliyetlerinin %20'sini kullanan kliniklerdir <sup>(2)</sup>.

**Amaç:** Yoğun bakım ünitelerinde faaliyet tabanlı maliyet sistemini uygulayarak, uygulama sonuçlarını değerlendirip, maliyetleri azaltıcı tedbirlerin alınması konusunda yöneticilere karar verme açısından yardımcı olmaktır.

**Yöntem:** Araştırmamızda 2001 yılı maliyet verileri, Eylül, Ekim, Kasım, Aralık 2001 dönemlerinin hasta verileri kullanılmıştır. Hastalar APACHE II skorlama sistemi ile gruplandırılmış, 12 adet faaliyet merkezi tespit edilmiştir. Hasta gruplarına göre faaliyet maliyetlerinin tüketme oranlarındaki farklılıklar tespit edilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmamızda yoğun bakım ünitesinin 2001 yılı hizmet (direkt ve indirekt) giderleri toplam maliyeti 606.693 Amerikan doları bulunmuştur. İlk olarak, hizmet giderlerinin toplam maliyeti maliyet etkenleri kullanılarak faaliyet merkezlerine dağıtılmış ve faaliyet merkezlerinin maliyetleri bulunmuştur. Faaliyet merkezleri ve maliyetleri aşağıdaki gibidir.

### *Faaliyet Merkezleri ve Maliyetleri*

Faaliyet Merkezleri	Faaliyet Merkezlerinin Maliyetleri (Amerikan Doları)
Hasta kabulü	21757,2
Monitorizasyon ve maske ile O <sub>2</sub>	82125,4
Mekanik ventilasyon	98218,6
Muayene ve tedavinin Düzenlenmesi	41446,2
İnvazif Girişimler	28618,4
Hasta Bakımı	103209,6
Hasta Takibi	45188,4
Tedavinin Yapılması	38589,7
Laboratuvar İşlemleri	36752,1
Hasta nakli ve Ölüm hazırlığı	20382,5
Resusitasyon	33030,4
Temizlik İşlemleri	57374,3

Daha sonraki aşamada; faaliyet merkezlerinin maliyetlerine, maliyet etkenleri kullanılarak hasta gruplarının günlük maliyetleri bulunmuştur. Hasta gruplandırılmasında APACHE II skoru hesaplanamayan hastalardan; anestezi sonrası bakım alan hastalar I. Grup, 24 saatini dolduramayan hastalar IV.Grup hasta grubuna alınmıştır. Hasta gruplarının günlük maliyetleri aşağıdaki gibidir.

### *Hasta Gruplarının Günlük Maliyetleri*

Hasta Grupları	Apache II Skorları	Günlük Maliyetleri (USA \$)
I. Grup	0-10 puan	203
II. Grup	11-20 puan	388,9
III.Grup	21-30 puan	615
IV.Grup	31-üstü	605,9

**Tartışma:** Noseworthy T.W., ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; yüksek maliyet kategorilerinde APACHE II skor eğiliminin olduğu görülmüştür. Bu sonuç araştırmamızı desteklemektedir <sup>(3)</sup>.

Ridley S., ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; APACHE II skor değerlerinden hastaların bireysel masraflarının yorumlanabildiği ortaya konulmuştur <sup>(5)</sup>. İşleyen'in yaptığı araştırmada hasta grupları arasında maliyet farklılıkları olduğu tespit edilmiştir <sup>(1)</sup>. Bu sonuçlar araştırmamızı desteklemektedir.

Kirton O.C., ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada; masraf kontrolü için hasta kabul, monitorizasyon kriterlerinin olması, laboratuvar testlerinin spesifik, sayı ve sıklık olarak uygun olması, hemşirelik etkinliğinin sağlanması gerektiği ortaya konulmuştur <sup>(2)</sup>. Bu sonuçlar araştırmamızı destekler niteliktedir.

Ralp H., ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada maliyet etkinliği için pazarlama, fiyatlandırma ve prosedür kullanımının dikkate alınması gerektiği vurgulanmıştır <sup>(4)</sup>. Bu sonuçta araştırmamızı desteklemektedir.



**Sonuç:** Yoğun bakım ünitelerinde maliyetleri azaltan tedbirler, yoğun bakım ünitelerindeki hastaların; sınıflandırma, kabul, tedavi, bakım, laboratuvar işlemleri, taburcu kriterlerinin standartlaştırılması ve standartların sürekli uygulanabilirliğinin sağlanmasıdır.

**Kaynaklar:** 1) İşleyen A.: Faaliyete Dayalı Maliyet Sistemi'nin Bir Hizmet İşletmesinde Uygulanması. Verimlilik Dergisi, Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, No: 3, s.113-132, Ankara, 2000. / 2) Kirton O.C., Civetta Jim., Hudson-Civetta J.: Cost effectiveness in the intensive care unit. Surg Clin North Am, 76 (1) : 175-200, Feb 1996. / 3) Noseworthy T.W., Konopad E., Shustach A., Johnston R., Grace M.: Cost Accounting of Adult Intensive Care: Methods and Human and Capital Inputs. Crit Care Med, 24 (7) : 1168-1172, July 1996. / 4) Ralph H., Ramsey IV.: Activity-Based Costing for Hospitals. Hospital and Health Services Administration, 39 (3) : 385-396, Fall 1994. / 5) Ridley S., Biggam M., Stone P.: A Cost-Benefit Analysis of Intensive Therapy. Anaesthesia, 48 (1) : 14-19, Jan 1993.

P-103

## "TRIPLE-H" TEDAVİSİNDE PICCO İLE MONİTORİZASYONUN KLİNİK SONUCA ETKİSİ

*Tülin Erden, Damla Aktan, Nilüfer Koç, Ayşe Yıldırım, Figen Esen  
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji AD*

**Giriş:** Anevrizmal subaraknoid kanama (SAK) sonrası mortalite ve morbiditeyi arttıran en önemli faktör serebral vazospazma bağlı serebral iskemik hasardır. Serebral vazospazm tedavisinde komplikasyonlarına rağmen hipervolemi, hemodilüsyon ve hipertansiyon ("Triple-H") hala en etkin yöntem olarak kabul görmektedir. Bu çalışma PICCO (Pulse Counter Cardiac Output) monitörizasyonunun "Triple-H" tedavi uygulamasında sıvı replasmanının optimal düzeyde olmasını sağlayarak noradrenalin kullanımını azaltacağı ve klinik sonuca olumlu katkıda bulunacağı öngörülerek planlandı.

**Metod:** Çalışmaya anjiyografik olarak anevrizmal SAK tanısı alan ve standart mikro cerrahi girişimle rüptüre anevrizması kontrol altına alınmış, klinik vazospazm tespit edilen 22 hasta dahil edildi. Hastalar rastgele iki gruba ayrıldı. PICCO grubunda santral venöz katetere ek olarak femoral artere 4F kateter (PV-2015L13, Pulsion Medical Systems, MUNICH) yerleştirilerek PICCO (Pulse I Counter Cardiac Output Pulsion Medical Systems, Munich) sistemine bağlandı. Kontrol grubuna standart olarak sağ subklavyan venöz kateter yerleştirildi. "Triple-H" tedavisinde ölçüm değerlerinin sistolik arter basıncının (SAB) 160-180 mmHg, kontrol grubunda SVB'nin 10-14 mmHg, PICCO grubunda kardiyak indeksin (KI) 3,5-4 l/dk/m<sup>2</sup>, intratorasik kan volümü indeksinin ("ITBVI") 1000-1200 ml/m<sup>2</sup>'ye ulaşması hedef olarak belirlendi. Çalışma grubunda ekstra vasküler akciğer suyu indeksi ("EVLWI") değerinin 10 ml/kg'ın, kontrol grubunda ise SVB'nin 14 mmHg'nin üzerine çıkan ölçüm değerleri tespit edildiğinde sıvı replasman tedavisi sınırlandırıldı. Hedef parametrelere ulaşmak için uygulanan sıvı ve noradrenalinin günlük miktarı, klinik vazospazm bulgularının izlendiği süre, mekanik ventilasyon süresi, yoğun bakımdan çıkış Glaskow skalası skoru (GÇS) kaydedildi.

**Bulgular:** PICCO grubunda kristalloid ve kolloid replasmanının klinik vazospazmın 3. gününde anlamlı derecede düşük olduğu saptandı. Noradrenalinin PICCO grubunda ilk 2 günde kontrol grubuna göre daha yüksek dozda kullanıldığı tespit edildi. Üçüncü günde noradrenalin kullanımı kontrol grubunda devam ederken, PICCO grubunda vazopressör gereksinimi olmadığı saptandı (Tablo 1).

**Tablo 1: Günlük sıvı ve inotrop miktarı**

	Gruplar	1.gün	2. gün	3. gün
Kristalloid (ml/gün)	Kontrol (11)	3186±1069	2477±1842	4225±1155
	PICCO (11)	3190±746	2700±1585	2742±1786*
Kolloid (ml/gün)	Kontrol (11)	753,8±458	664±372	1150±1200
	PICCO (11)	693±413	642,9±303,4	875±247*
Noradrenalin µg/kg-gün	Kontrol (11)	0,05±0,01	0,05±0,01	0,05±0,01
	PICCO (11)	0,12±0,8	0,09±0,08	0

p<0,05 Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında



PICCO grubunda mekanik ventilasyon süresinin anlamlı derecede kısa olduğu saptandı.(Tablo 2)

**Tablo 2: Yoğun bakım takipleri ve klinik sonuç**

	Kontrol(n=11)	PICCO (n=11)
Yoğun bakım Kalış Süresi (gün)	12,36±5,08	12,09±3,85
Mekanik Ventilasyon Süresi (gün)	4,14±3,13	3,80±3,70*
Klinik SVS süresi (gün)	4,36±2,87	3,18±1,72*
GÇS (n)	5 (3)	5 (5)
	4 (7)	4 (4)
	3 (1)	3 (1)

\* p<0,05 Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında

**Sonuç:** PICCO ile monitorizasyon agresif "Triple-H" tedavisi sırasında sıvı replasmanının optimal sınırlarda kalmasına yardımcı olarak, vazopressör gereksinimini azalmasına katkıda bulunmuştur. Klinik sonuç farklı olmamakla birlikte, klinik vazopressörün izlenme süresi bu yeni monitorizasyon varlığına kısalmıştır.

P - 105

## PEDİATRİK TRAVMA HASTALARINDA BAZ AÇIĞININ PROGNOSTİK FAKTÖR OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

**S. Kızılrnak\*, H. Yanar\*\*, A. Yıldırım\*, D. Akçora\*, N. Çakar\*, K. Taviloğlu\*\***

\*İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD

\*\*İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

Arteriyel baz açığı erişkin travma olgularında tedavinin ve prognozun belirlenebilmesi için kullanışlı bir parametredir<sup>(1)</sup>. Pediatrik travma olgularında hastaneye giriş baz açığının prognoz tayininde ve bu olguların takibinde kullanımıyla ilgili yapılmış olan çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Biz bu çalışmamızda 12 yaş altındaki pediatrik travma olgularında arteriyel baz açığının travmanın ağırlığı ve mortalite ile olan ilişkisini araştırmayı amaçladık.

**Metod:** 2002 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp fakültesi Acil Cerrahi Birimi'nde takip edilen 12 yaş altı 106 pediatrik travma olgusu çalışmaya alınmıştır. Olgular yaş, cinsiyet, tanı, giriş sistolik arter basınçları, Glasgow koma skoru, Injury severity score (ISS), Pediatrik travma skoru (PTS), baz açığı ve laktat düzeyleri, yoğun bakım, mekanik ventilasyon süreleri ile toplam hastane kalış süreleri ve mortalite açısından değerlendirilmiştir.

İstatiksel analizler Mann-Whitney U testi ve çift yönlü Spearman sıra korelasyon testi kullanılarak yapılmıştır. p < 0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Olguların toplam mortalitesi % 21,69 olarak saptandı. Kaybedilen olguların daha derin baz açığı (p=0,006), daha düşük GCS'u (p = 0,015), daha yüksek ISS değerleri (p = 0,001) ve daha düşük PTS değerleri (p = 0,001) mevcuttu. Baz açığının hem ISS hem de PTS ile korele olduğu görüldü. - 8 mMol/l baz açığının öngörülen mortalitesi % 25 olarak saptandı.

	Yaşayanlar	Kaybedilenler	P değeri
Yaş	5,4±3,1	5,6±2,9	0,680
Baz açığı mMol/l	-4,9±3,4	- 10,1±8	0,006*
Laktat mMol/l	2,1±1,3	3,8±3,8	0,168
ISS	12	19	0,001*
PTS	6	3	0,001*
GCS	10±4	8±4	0,015*
SAP	103	95	0,075
Yoğun bakım süresi	7±6	6±6	0,186
Yapay solunum süre	4,3±5,7	5,6±7,9	0,311
Hastane kalış süresi	18±17	7±9	0,0001*



**Sonuç:** Hastaneye girişte ki baz açığı travmanın ağırlığını ve prognozu gösteren önemli bir faktördür. – 8 mMol/lit üzerindeki baz açığı dekompanse şok açısından klinisyeni uyarmalı ve prognozun ciddi olduğunu düşündürmelidir.

**Kaynaklar:** 1. Rutherford EJ, et al. Base deficit stratifies mortality and determines therapy. J Trauma. 1992;33:417-423

P - 106

## PNÖMONİ VE YÜKSEK İNTRAABDOMİNAL BASINÇ OLUŞTURULAN RAT MODELİNDE ÇEŞİTLİ YAPAY SOLUNUM STRATEJİLERİNİN VENTİLATÖRLERLE İLİŞKİLİ AKCİĞER HASARINA ETKİLERİ

**S. Kızılırmak\*, A. Ayyıldız\*, N. Çakar\*, A. Çağatay\*\*, M. Kaya\*\*\*, L. Telci\*, K. Akpir\***

\*İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABD \*\*İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Bakterioloji ve Enfeksiyon Hastalıkları ABD \*\*\*İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Fizyoloji ABD

**Giriş:** İntraabdominal basınç artışı pulmoner parankimi, gaz değişimini ve respiratuar mekaniği ciddi bir şekilde etkilemektedir (1). Değişik yapay solunum stratejilerinin (PEEP, tidal volüm, hava yolu basıncı) ventilatörle ilgili akciğer hasarına olan etkileri birçok çalışmada araştırılmıştır (2). Bu çalışmada intraabdominal basınç artışı ve pnömoni oluşturduğumuz ratlarda değişik solunum yolu basınçlarının ventilatörle ilişkili akciğer hasarına etkisini ve akciğerden bakteri translokasyonu araştırılmıştır.

**Metod:** 36 adet Sprague Dawley cinsi erkek rat uyutulup trakeostomize edildikten sonra 14 cmH<sub>2</sub>O peak inspiratuar basınç (PIP), 0 cmH<sub>2</sub>O PEEP, FiO<sub>2</sub> 1.0, 30 solunum sayısı/dak, I/E:1/2 olacak şekilde basınç kontrole ventilasyon (PCV) modunda ventile edildiler. Kan örneklerini alabilmek ve arteryel basınç moniterizasyonu için carotis arteri kanüle edildi. Bazal kan gazı ve kan kültürü için kan örnekleri alındı. 0.5 mlx10<sup>5</sup> cfu/ml Pseudomonas aeroginosa trakeaya inoküle edildikten sonra ratlar 6 gruba (n=6) randomize edildiler. 5 grubun batin içi basınçları 15 cmH<sub>2</sub>O ya artırıldı ve bu düzeyde tutuldu: G1 (30 cmH<sub>2</sub>O PIP, 0 cmH<sub>2</sub>O PEEP, 15 cmH<sub>2</sub>O IAP), G2 (30 cmH<sub>2</sub>O PIP, 10 cmH<sub>2</sub>O PEEP, 15 cmH<sub>2</sub>O IAP), G3 (45 cmH<sub>2</sub>O PIP, 0 cmH<sub>2</sub>O PEEP, 15 cmH<sub>2</sub>O IAP)

G4 (45 cmH<sub>2</sub>O PIP, 10 cmH<sub>2</sub>O PEEP, 15cmH<sub>2</sub>O IAP), G5 (30 cmH<sub>2</sub>O PIP, 5 cmH<sub>2</sub>O PEEP, 15 cmH<sub>2</sub>O IAP), G6 (30 cmH<sub>2</sub>O PIP, 5 cmH<sub>2</sub>O PEEP, 0 cmH<sub>2</sub>O IAP)

Arteryel kan gazı ve kan kültürü örnekleri başlangıç, 30. dakika, 60 dakika ve 90. dakikalarda alındı. 90. dakikada hayvanlar sakrifiye edildikten sonra akciğerleri çıkartılıp yaş/kuru ağırlık ölçümleri yapıldı.

**Sonuçlar:** Gruplar arasında bazal ve 90. dakika MAP, PaCO<sub>2</sub> ve pH açısından bir fark yoktu. Oksijenasyona bakıldığında G3 te PaO<sub>2</sub> nin G2,G5 ve G6 ya oranla 90. dakikada anlamlı olarak düştüğü gözlemlendi (p=0,0004). Yaş/kuru ağırlık ölçümlerinde G3 ve G4 ün G5 ve G6 ya göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı (p= 0.0006). Kan kültürlerinde G1 de 1, G3 de 3 , G4 de 3 hayvanda üreme saptandı (istatistiksel olarak anlamlı değil).

**Tartışma:**Bu modelde G3 ve G4 te uygulanan ventilasyon stratejileri diğer ventilasyon stratejilerine göre daha kötü sonuçlar vermiştir.

**Kaynak:** Demetriades D. Abdominal compartment syndrome. Trauma 2000;2:277-281



## EVDE NON-İNVAZİVE VENTİLASYON BİPAP UYGULAMASI (OLGU SUNUMU) KOAİ+OSAS=OVERLAP SENDROMU

*Münevver Bulut, Günay Kayısoy, Edhem Ünver*  
SSK Süreyyapaşa Göğüs ve Damar Hastalıkları Eğitim Hastanesi

**Giriş ve Amaç:** Evde BİPAP (bilevel positive airway pressure) uygulaması, kısmi ventilasyon desteği gereken, kliniği stabil, kronik solunum yetmezliği olan olguların tedavisinde kullanılmaktadır. Bizde KOAH (kronik obstruktif akciğer hastalığı) + OSAS (obstruktif uyku apne sendromu) tedavi sonu düzelme gösteren hastada evde BİPAP uygulaması deneyimimizi aktarmayı amaçladık.

**Olgu:** 61 yaşındaki erkek olgu. 10 yıldır KOAH tanısı olan hastanın akut solunum yetmezliği on tanısı ile hastanemiz acil servisine getirildiği öğrenildi. İlk muayenesinde genel durumu kuru, şuur bulanık, kooperasyon kurulamıyordu. Arter kan gazı değerlerinde respiratuar, asidoz ve hipoksi gözleniyordu. Hasta bu haliyle "crash", orotrakeal entübe edile-reksolunumsal yoğun bakımdan mekanik ventilasyon tedavisi (PURİTAN BENNET 760 SERİSİ VENTİLATÖR) olarak (A/C de VCV modunda) uygulanmaya başladı. Hastanın arter kan gazı değerlerine göre tedavinin 2. gününde sedasyon dozu düşürülerek mekanik ventilasyonun SİMİV/VCV moduna geçildi. Tedavinin 3. günü sedasyon dozu kesilerek spontan moda PSV ile "weaving" e başlandı. Klinik düzelme gösteren hasta, arter kan gazı değerleri düzelince extübe edildi. Tedavinin 4. gününde nazal kanülle oksijen verilirken (FiO<sub>2</sub>), apneler gözlenince POLİSOMNOGRAFI yaptırıldı. Polisomnografi de RDİ=55 desatürasyon indeksi 39 bulundu. Hastaya BİPAP uygulandıktan sonra İPAP=12, EPAP=6 satürasyonlarının azaldığı görüldü. Hasta BİPAP cihazı ile takibe alındı. Tedavinin 5. günü BİPAP cihazı hasta yakınlarına öğretilerek hasta taburcu edildi.

**Tartışma:** Overlap Sendromlu hastaların nasıl tedavi edileceğine yönelik veriler oldukça yetersizdir. KOAH lı hastalarda uyku sırasında PaCO<sub>2</sub> de anlamlı yükselme oluyor veya oksijen verildiğinde başağrısı geliyorsa, bu hastalarda olması bir OSAS birlikteliğinden şüphelenilmesi gerektiği vurgulanmaktadır<sup>(2-3)</sup>.

Klinik önemi olan (apne-hipopne indeksi>20) OSAS'lı vakalarda ideal tedavi seçeneği CPAP (continious positive airway pressure)'dır. Ancak OSAS+KOAH birlikteliği varsa bu hastalarda BİPAP tedavisinden daha iyi sonuç alınır. Evde rehabilitasyonun hastaneye yatış sıklığını azaltarak tedavi maliyetlerini azaltabileceği ileri sürülmektedir. (1)

**Kaynaklar:** 1 )ATS Statements Amj Respir Crit Care med 1995; 152 (5) (suppl) / 2) Brown LK Respir Care Clin N. Am 1998; 4(3):493-512 / 3) Douglas NJ Clin Chest Med 1998; 19(1):115-25