

POSTER BİLDİRİLER

POSTER PRESENTATIONS

POSTER BİLDİRİLER

POSTER PRESENTATIONS

P 01

AĞIR PNÖMONİLİ HASTALARDA PROCALCİTONİN VE APACHE-II DÜZEYLERİNİN YOĞUN BAKIM YATIŞ SÜRESİ VE MORTALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

Volkan İnal, Sema Halhallı, Erkan Narlı, Kerim Oyman

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dahili Bilimler Yoğun Bakım Kliniği, Edirne, Türkiye

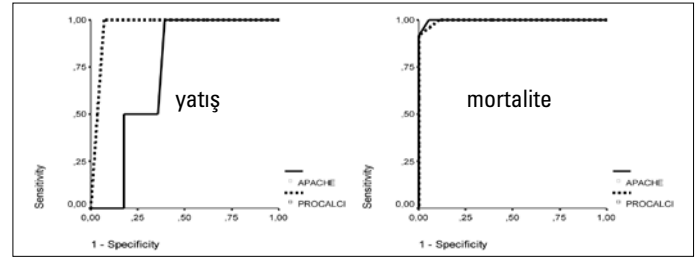
Amaç: Bu çalışmanın amacı, özel bir hasta grubu olarak yoğun bakımda yatan ağır pnömonili hastalarda procalcitonin ve APACHE-II düzeylerinin yatış süresi (LOS) ve hasta mortalitesi ile ilişkisinin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntemler: Yoğun bakımda 2012 yılı ilk sekiz ayında yatan ağır pnömoni hastalarına ait veriler retrospektif olarak incelenmiştir. Hastalara ait günlük procalcitonin ve APACHE-II düzeyleri, LOS ve mortalite verileri istatistiksel ilişkileri açısından karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Ocak-Ağustos 2012 arasında, yaş ortalaması (mean±SD) 66±8 toplam 64 (40 erkek, 24 kadın) ağır pnömonili hastaya ait veriye ulaşılmıştır. Ortalama LOS (mean±SEM) 10,4±0,4 gün olup 31'i ex, 33'ü taburcu ile sonlanmıştır. Ortalama (mean±SEM) procalcitonin düzeyleri 4,8±0,8 ve ortalama (mean±SEM) APACHE-II düzeyleri 25,6±0,6'dır. Procalcitonin ve APACHE-II düzeyleri ile LOS (r: 0,773 vs r: 0,647, her ikisi için p<0,001) korrelasyon göstermektedir. Procalcitonin ve APACHE-II düzeyleri ile mortalite arasında (r: 0,865 vs r: 0,865, her ikisi için p<0,001) da benzer bir korrelasyon mevcuttur. ROC analizinde AUC değerleri; LOS açısından procalcitonin için 0,964 ve APACHE-II için 0,723, bunun yanında mortalite açısından procalcitonin için 0,995 ve APACHE-II için 0,998 olarak hesaplanmıştır (Şekil 1). Yapılan regresyon analizinde de procalcitonin düzeylerinin LOS ve mortalite ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001).

Sonuç: Burada beklenildiği üzere; ağır pnömoni nedeniyle yoğun bakımda yatan hastalarda, yoğun bakımlarda sık kullanılan bir skorlama sistemi olan APACHE-II düzeylerinin hem LOS hem de hasta mortalitesi açısından kıymetli bir belirteç olduğu gösterilmiştir. Bu bulgu yeni değildir. Ayrıca bu çalışma; kısa süresi olması, örneklem sayısının düşüklüğü, hastalara ait komorbid verileri içermemesi nedeniyle sonuçları açısından da kısıtlı kabul edilebilir. Bunun yanında çalışmadan çıkan ilginç sonuç; bu hastalara ait procalcitonin düzeylerinin mortaliteyi göstermesi açısından en az APACHE-II kadar iyi olduğu ve hatta LOS öngörmesi açısından APACHE-II'den daha iyi olduğudur. Yoğun bakımda yatan ağır pnömonili hastalarda procalcitonin

düzeylerinin takibi, klinisyene hasta mortalitesi ve LOS açısından öngörü sağlamaktadır. Bu konuda ileri çalışmaların planlanması faydalı olacaktır.



Şekil 1: APACHE-II ve procalcitonin düzeyleri ile yatış süresi ve mortalite açısından ROC analizi

P 02

PROCALCİTONİN DÜZEYİ İLE ERKEN ANTİBİYOTİK KULLANIMININ YATIŞ SÜRESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Volkan İnal, Sema Halhallı, Ali Cem Yekdeş, Yıldız Ortaburun, Elif Merev

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dahili Bilimler Yoğun Bakım Kliniği, Edirne, Türkiye

Amaç: Yoğun bakım hastalarında klinisyenin gerekli gördüğü durumlarda antibiyoterapi başlanması çeşitli nedenlerle gecikmekte ve bu durum hasta mortalite ve morbiditesini olumsuz etkilemektedir. Bu çalışmada; sistemik inflamatuvar yanıt sendromlu (SIRS) hastalarda, objektif bir kriter olarak procalcitonin düzeylerinin, erken dönem antibiyoterapi başlanmasında, hasta yatış süreleri (LOS) üzerine etkisi araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntemler: 2012 yılı içinde yoğun bakımda yatan, APACHE-II skoru 20-25 arasında olan hastalara ait veriler retrospektif olarak taranmıştır. Procalcitonin düzeyi 2 µg/l<saptanarak aynı gün antibiyoterapi başlanan 40 SIRS hastası vaka grubu olarak seçilmiştir. Kontrol grubu olarak, procalcitonin düzeyi bakılmamış, antibiyoterapi CRP/ateş yüksekliği ve kültür sonuçlarına göre başlanmış, cinsiyet ve yaş olarak benzer 40 SIRS hastası seçilmiştir. Hastalar yoğun bakımda 7 günden kısa veya uzun LOS açısından değerlendirilmişlerdir (Mortalite ile sonlanan vakalar çalışmaya alınmamıştır).

Bulgular: Vaka grubunda 18/40 (%45), kontrol grubunda 32/40 (%80) hasta yedi günden uzun süre yatmıştır. ORR (absolute risk reduction)

oranı (0,80-0,45=0,35) %35, RRR (relative risk reduction) oranı (0,35/0,45=0,78) %78'dir. Buradan hesaplanan NNT (number need to treat) değeri (1/0,35=2,9) yaklaşık 3'tür.

Sonuç: Bu çalışma; vaka sayısı düşük, hasta komorbiditelerini içermeyen, kullanılan antibiyotik türü, kullanım süresi ve kültür sonuçlarını değerlendirmeyen, basit, pilot bir vaka-kontrol çalışması olarak zayıflıklar içermektedir. Bu zayıflık ve karıştırıcı faktörlerden mümkün olduğunca kaçınılması amacıyla; (1) mortalite ile sonlanımlar, LOS değerlendirilmesi yapıldığından, çalışmaya alınmamıştır, (2) hasta genel durumu ve komorbiditelerinin standardizasyonu açısından APACHE-II skoru 20-25 arası olan hastalar alınmıştır, (3) çalışmanın özelliğine de uygun olarak sadece SIRS hastaları çalışmaya dahil edilmiştir.

Bu çalışmanın sonucuna göre yoğun bakımda yatan SIRS hastalarında; (1) procalcitonin düzeyi bakılarak erken antibiyoterapi başlanan her 3 hastadan 1'inde fayda sağlanmaktadır, (2) procalcitonin düzeylerinin yakın takibi erken antibiyoterapi başlanabilmesi açısından faydalıdır, (3) erken antibiyoterapi başlanması LOS'u kısaltmaktadır, (4) bunun maliyet analizine de olumlu yönde yansımaları olacaktır.

Önerilerimiz; (1) daha büyük örneklerle ve benzerliği yüksek prospektif çalışmaların planlanması, (2) yoğun bakımlarda erken antibiyoterapi başlanabilmesi için gerekli düzenlemelerin planlanması, (3) bu konunun maliyet analizi çalışmalarının planlanmasıdır.

P 03

YOĞUN BAKIMDA BASİT VERİLERLE MORTALİTEYİ ÖNGÖREBİLMEK MÜMKÜN MÜ?

Volkan İnal, Sema Halhallı, Fatma Erez

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dahili Bilimler Yoğun Bakım Kliniği, Edirne, Türkiye

Amaç: Yoğun bakımda yatan hastalarda mortalitenin basit belirteçlerinin değerlendirilmesi.

Gereç ve Yöntemler: Ocak-Ağustos 2012 arasında yatan 238 hastanın verileri retrospektif olarak taranmıştır. Hastalara ait; hemogloblin düzeyleri (Hb), kan ürünü replasmanı (ünite olarak) ihtiyaçları, CRP düzeyleri, gün olarak yatış süreleri (LOS), vazopresör desteği ihtiyacı olan gün sayısı, sedasyon uygulanan gün sayısı, hemodiyafiltrasyon/hemodiyaliz (HDFx) uygulanan gün sayısı, meknik ventilatöre bağlı kaldıkları gün sayısı ortak bir veri tabanında toplanmıştır. Bu verilerin, hastaların mortalite durumlarına etkisi istatistiksel olarak ROC eğrileri ve korrelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. APACHE-II skorlarının prediktif değeri literatürde defalarca gösterildiği, ayrıca çalışmanın amacı daha basit verilerin kullanımı olduğu için, çalışmada değerlendirilmemiştir.

Bulgular: 238 hastanın 122'si (%51) mortalite ile sonlanmıştır. Hastaların değerlendirmeye alınan verileri Tablo 1'de özetlenmiştir. Yapılan korrelasyon analizinde; yüksek CRP düzeyleri ($p<0,05$), uzun süreli vazopresör desteği ($p<0,01$) ve mekanik ventilatör ihtiyacının uzaması ($p<0,05$) hasta mortalitesi ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Bunun yanında; düşük Hb düzeyleri veya kan ürünü replasmanı ihtiyacı, uzun LOS, sedasyon ve HDFx uygulanan gün sayısı, mortalite ile istatistiksel olarak anlamlı bir korrelasyon göstermemiştir. Yapılan ROC analizinde hasta mortalitesini öngörmesi açısından; yüksek (7 mg/dl<) CRP düzeyleri AUC: 0,905, vazopresör ihtiyacının uzaması (4 gün<) AUC: 0,833, mekanik ventilatör ihtiyacının uzaması (4 gün<) AUC: 0,762 değerlendirildi.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarına göre yoğun bakımda yatan hastalarda; 7 ve üzeri CRP düzeyleri, 4 günden uzun süren vazopresör veya mekanik ventilatör ihtiyacı, hasta mortalitesinin uzun hesaplamalar gerektirmeyen, klinisyeni daha agresif yaklaşımlar için uyarıcı, erken ve basit belirteçlerdir. Çalışmamız zayıflıklar içerse de, ileri ve gelişmiş çalışmaların planlanmasını yöreklendirecek pratik yaklaşımlar sunmaktadır.

Tablo 1: Genel veriler

	min	maks	mean	SEM	SD
Hb	6,1	16,5	10,6	0,3	0,2
KUR	0	11	1,4	0,3	2,6
CRP	0	37,5	5,1	0,8	6,6
LOS	1	29	8	0,7	11
Vspsr	0	29	2,9	0,6	5
Sdsyn	0	22	1,8	0,5	3,8
HDFx	0	9	0,4	0,2	1,4
MekVent	0	29	4,3	0,7	5,6

(min: en düşük, maks: en yüksek, mean: ortalama, SEM: standart error of mean, SD: standart deviation, Hb: hemoglobin mg/dl, KUR: kan ürünü replasmanı, CRP: serum reaktif protein, Vspsr: vazopresör desteği verilen gün, Sdsyn: sedasyon uygulaması gün, HDFx: hemodiyafiltrasyon uygulaması gün, MekVent: mekanik ventilatöre bağlı gün)

P 04

YOĞUN BAKIMDA KAN ÜRÜNLERİ REPLASMANI HASTA SÖRÜİNDE ÖNGÖRÜ SAĞLAR MI?

Volkan İnal, Sema Halhallı, Fatma Erez

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dahili Bilimler Yoğun Bakım Kliniği, Edirne, Türkiye

Amaç: Yoğun bakımda yatan hastalarda ortalama hemoglobin düzeylerinin ve kan ürünleri replasmanı (KÜR) ihtiyacının hasta süreci ve sonlanımı açısından değerlendirilmesi.

Gereç ve Yöntemler: Yoğun bakımda sekiz aylık süre içinde yatış tanısı muhtelif kanamalar ve kanama diyatezleri olan hastalar dışlandıktan sonra, toplam 213 hastanın verileri retrospektif olarak taranmıştır. Hastalara ait; hemogloblin düzeyleri (Hb), kan ürünü replasmanı (KÜR) ünite olarak ihtiyaçları, gün olarak yatış süreleri (LOS) ve sonlanımları ortak bir veri tabanında toplanmıştır. Hastaların Hb düzeyleri 7 mg/dl ve altında (cut-off) olması ve KÜR ihtiyacının 2 ünite ve üzerinde olması; LOS 7 gün ve üzeri (cut-off) ve sonlanımları (mortalite/taburcu) ile ilişkisi; istatistiksel olarak CI %95 ve $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular: 213 hastanın 109'u (%51) mortalite ile sonlanmıştır. Hastaların değerlendirmeye alınan verileri Tablo 1'de özetlenmiştir. Yapılan korrelasyon analizinde; düşük Hb düzeyleri (<7 gr/dl) ne uzun LOS (7 gün<) ile ($p: 0,60$) ne de mortalite ile ($p: 0,60$) ilişki göstermemiştir. Benzer şekilde; 2 ünite ve üzeri KÜR ihtiyacı da ne uzun LOS (7 gün<) ile ($p: 0,44$) ne de mortalite ile ($p: 0,26$) ilişki göstermemektedir. Yapılan ROC analizinde de; düşük Hb düzeyleri (<7 gr/dl) uzun LOS (7 gün<) için (AUC: 0,535, CI %95, 0,320-0,749) ve mortalite için

(AUC: 0,526, CI %95, 0,390-0,662) anlamlı gözükmemektedir. Aynı şekilde; 2 ünite ve üzeri KÜR ihtiyacı da ne uzun LOS (7 gün<) için (AUC: 0,533, CI %95, 0,257-0,810) ne de mortalite için (AUC: 0,555, CI %95, 0,421-0,689) anlamlı değildir.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçları negatif değerdedir. Literatür ve genel kanının aksine düşük Hb düzeyleri ve çok sayıda KÜR ihtiyacı, yoğun bakımda yatan hastalarda LOS ve mortalite ile korrelasyon göstermektedir. Çalışmada seçilmiş olan cut-off değerler için prediktivite, sensitivite ve spesifite değeri yoktur. Bu durumun test edilmesi için, daha ayrıntılı, geniş ve ileri çalışmalara ve istatistiksel değerlendirmelere ihtiyaç vardır.

Tablo 1: Genel veriler

	min	maks	mean	SEM	SD
Hb	6,1	16,5	10,6	0,3	0,2
KUR	0	11	1,4	0,3	2,6
LOS	1	29	8	0,7	11

(min: en düşük, maks: en yüksek, mean: ortalama, SEM: standart error of mean, SD: standart deviation, Hb: hemoglobin mg/dl, KUR: kan ürünü replasmanı, LOS: yatış süresi)

P 05

YOĞUN BAKIM HASTALARI NEDEN ÖLÜR?

Volkan İnal, Sema Halhallı

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dahili Bilimler Yoğun Bakım Kliniği, Edirne, Türkiye

Amaç: Yoğun bakım tanılarının mortalite oranları ile ilişkisinin saptanması.

Gereç ve Yöntemler Üçüncü basamak yoğun bakım hizmeti veren, mekanik ventilatör kullanım oranı %70'ler (hasta-gün) üzerinde olan, 10 yataklı yoğun bakımda 2012 yılı ilk sekiz ayında yatan hastaların verileri retrospektif olarak taranmıştır.

	ex E	ex K	ex toplam	tab E	tab K	tab toplam	genel toplam
n	71	51	122	57	59	116	238
Yaş	64±15	71±12	67±15	60±20	66±17	63±19	65±17
Yatış süresi gün	8±12	8±9	8±11	8±14	8±6	8±11	8±11
DM	1	8	9	7	17	24	33
ABY	9	5	14	7	5	12	26
KBY	7	7	14	11	11	22	36
Ağır pnömoni	24	7	31	16	17	33	64 (%27)
ARDS	13	7	20	7	1	8	28
MODS 3+	17	15	32	22	24	46	78 (%33)
Septik şok	7	12	19	5	2	7	26
Malignite	20	8	28	7	2	9	37 (%16)
Arrest yaşayıcı	3	4	7	3	1	4	11

(ex: eksitus, E: erkek, K: kadın, tab: taburcu, DM: diabetes mellitus, ABY: akut böbrek yetmezliği, KBY: kronik böbrek yetmezliği, ARDS: respiratuar distres sendromu, MODS3+: multipl organ disfonksiyonu 3 ve daha fazla sistemi tutan)

Bulgular: Tabloda görüldüğü üzere Ocak-Ağustos 2012 arasında yaş ortalaması 65±17 olan toplam 238 hastaya hizmet verilmiştir. Hastaların ortalama yatış süreleri (8±11gün) açısından bir farklılık saptanmamıştır. Hastaların yaklaşık 1/3'ünde çoklu organ yetmezliği (MODS), 1/4'ünde ise ağır pnömoni (mekanik ventilatör ihtiyacı ile) en sık yatış sebepleridir. Bunun yanında ne MODS ne de ağır pnömoni mortalite açısından artmış risk oluşturmamaktadır. Diyabet, kronik veya akut böbrek yetmezliği (hemodiyaliz/hemodiyafiltrasyon uygulaması) ve arrest yaşayıcı olmak da mortalite açısından fark yaratmamaktadır. Total mortalite oranı %51 olup; erkek cinsiyet, özellikle erkeklerde malignite, pnömoni ve respiratuar distres sendromu (ARDS), kadınlarda ise ileri yaş ve septik şok yüksek mortalite ile seyretmektedir. Kaybedilen hastalar açısından bakıldığında en önemli mortalite nedenleri sırasıyla; MODS, ağır pnömoni, malignite, ARDS ve septik şoktur. Tüm hasta gruplarının değerlendirilmesinde; malignite hastaları %75, septik şok %73, ARDS %71, ağır pnömoni %50 ve MODS %40 oranında mortalite seyretmektedir. Malignite hastalarının %75 mortalite sonlanması hastaların genellikle terminal dönem olmasıyla ilişkili olup, bu hastalar total mortalitenin yaklaşık %23'ünü oluşturmaktadır. Bunların hariç tutulmasıyla dahi mortalite oranları %40'ları bulmaktadır.

Sonuç: Bu çalışma kısa süreli, düşük hasta sayılı, retrospektif, ayrıntılı hasta özellikleri ve verileri içermemesi açısından zayıflıklar içerse de, genel olarak şu önemli sonuçları vermektedir: (1) yoğun bakıma hasta kabulünde "fayda görmeyecek kadar kötü, fayda görmeyecek kadar iyi" hastaların ayrımı prensibi göz ardı edildiği sürece yoğun bakım mortalite oranları yüksek seyredecektir, (2) bu hastalar, gerçekten fayda görebilecek ve ihtiyacı olan hastaların yataklarını işgal edeceklerdir, (3) dolayısıyla kurumlarca yasal dayanakları da olan "yoğun bakım hasta kabul kriterleri" çalışmalarının yapılması gereklidir, (4) hastaların yoğun bakıma nakil/sevkinde geç kalındığı ve mevcut durumlarının ileri derecede ağırlaşmasından sonra/neredeyse geri dönüşü zor evrede yoğun bakıma verildiği göze çarpmakta olup, yoğun bakım ihtiyacı daha erken dönemde değerlendirilmelidir, (5) septik şok ve ARDS tüm gelişmelere rağmen yüksek mortalite oranlarını korumakta, özellikle ağır pnömoni ve MODS olgularının bu aşamalara ilerlememesi için maksimum efor sarf edilmelidir.

P 06

DISSEMİNE INTRAVASKÜLER KOAGULASYONUN VE PULMONER TROMBOEMBOLİNİN NADİR BİR NEDENİ: AMNİYON SIVI EMBOLİSİ

Ali Kemal Kadiroğlu¹, Sıddık Evsen², M. Erdal Sak², Dilek Geneş³, Sezgin Barutçu³, M. Serdar Değirmenci³, Şengül Topçu³, M. Sinan Dal⁴, Yaşar Yıldırım¹, M. Serdar Yıldırım³

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, GDYBÜ, Diyarbakır, Türkiye

²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Doğum Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

³Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, GDYBÜ, Diyarbakır, Türkiye

⁴Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

Amaç: Amniyotik sıvı embolisi ani başlangıçlı hipotansiyon, hipoksi ve şiddetli koagulopati ile karakterize, etyopatogenezi henüz tam aydınlatılmamış mortalitesi yüksek obstetrik bir acil durumdur. İnsidansı 1/8000 ile 1/80000, mortalite oranı %61-86 arasındadır. Bu olguda amacımız 10.gebeliğinde servikal serklajı açılıp spontan travayda izlenirken aniden hipotansiyon, hipoksi, nöbet ve taşipne gelişen hastada amniyon mai embolisinin tanı, kliniği ve sonucunu tartışmaktır.

Gereç ve Yöntemler: Otuz beş yaşında kadın hasta, 10. gebeliği (gravid 10 parite 3 abort 7 yaşayan 2), 25 hafta 4 günlük servikal serklajı mevcut. Hasta suyunun gelmesi ve sancılarının olması nedeniyle servikal serklajı açılıyor ve spontan travay takibine alınıyor. Hasta izlenirken aniden solunum sıkıntısı, siyanoz, nöbet ve taşipne gelişiyor.

Bulgular: Genel durumu kötüleşen ve entübe edilen hasta diğer yoğun bakımlarda yer yokluğu nedeniyle yoğun bakım ünitemize kabul edildi. Şuur kapalı, IR: +/-, KR: +/-, Babinski: lakayt, TA: 70/40 mmHg Nb: 165/dk A: 36,5°C Mekanik ventilatöre bağlandı. Basınç destekli, SIMV modunda solunum replasman tedavisine başlandı. Kadın doğum doktorları tarafından yapılan vajinal muayenesinde tam açıklık saptanınca hasta doğurtuldu. Doğum sonrası kanama kontrolü çok zor gerçekleştirildi. Tam kan, biyokimya, koagulasyon parametreleri ve arter kan gazı çalışıldı. WBC; 12,000, Hgb; 8,28, Trombositler; 101,000, Üre: 24, kreatinin: 0,75, albumin; 1,83, C3; 73,9, C4; 11, AST; 98, ALT; 17, CRP; 1,84, INR; 3,36, fibrinojen; 50 ve AKG'da laktik asidoz PY'de şistosit saptandı. Hastada amniyon sıvı embolisine bağlı dissemine intravasküler koagulasyon, kranial ve pulmoner tromboemboli düşünüldü. 3 Ü TDP sonrası kontrol INR; 1,78 geldi. Santral venöz kateter açıldı. SVB: 5 cmH₂O idi. 1Ü ES, izotonik sıvı ve %20 albumin replasmanı uygulandı. Enoxaparin 6000Ü 2x1, kepra 1 gr 2x1, dopamin ve norepinefrin başlandı. CTPA ve kranial BT çekildi. CTPA; Sağ pulmoner arter alt ve üst dallarında PTE, her iki AC'de enfarktla uyumlu mozaik patern görünümü şeklinde raporlandı. Kranial BT; sol serebral hemisferde bazal ganglionların kısmen korunduğu yaygın hipodens görünüm ve sağ fronto pariyetalde verteks düzeyinde parafalsin alanda anterior serebral arterin A1 segment trasesine uyan düşük yoğunluklu alan enfarkt olarak değerlendirildi. Takiplerinde ateşi ve lökositozu olan hastaya Meronem 1 gr 3x1 başlandı. Yoğun bakım ünitemize kabulünün 8.gününde hastada ani kardiyak arrest gelişti. Kardiyopulmoner resüsitasyon yapıldı. Yanıt alınmadı ve exitus olarak kabul edildi.

Sonuç: Amniyon sıvı embolisi, dissemine intravasküler koagulasyonun nadir bir nedeni olup, yaygın kranial ve pulmoner tromboemboli gibi ölümcül klinik durumlara yol açabilir.

P 07

ANEMİNİN, YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE UYGULANAN İNVAZİV İŞLEMLERLE VE ENFEKSİYON ETKENLERİ İLE İLİŞKİSİ

Leyla Kutlucan¹, Leyla Yılmaz Aydın², Ali Kutlucan³, Fatih Ermiş³, Murat Erdoğan³, İbak Gönen⁴, Yusuf Aydın³

¹Düzce Devlet Hastanesi, Anesteziyoloji Bölümü, Düzce, Türkiye

²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye

³Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye

⁴Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye

Amaç: Yoğun bakım üniteleri (YBÜ), ciddi problemleri ve çoğunlukla komorbid durumu fazla olan hastaların takip ve tedavi edildiği birimlerdir. YBÜ'lerinde; komorbiditeler, invazif girişler, yatış sürelerinin uzun olması gibi sebeplerden dolayı hastane enfeksiyonuna (HE) yakınlık fazladır. Bu retrospektif çalışmanın amacı; dahiliye YB ünitemizde gözlenen hastane kaynaklı enfeksiyonların ve HE oluşumuna katkıda bulunan faktörlerin, anemi ile ilişkisini karşılaştırmaktır.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmamız 9 yataklı Dahili YBÜ'nde yapılmış olup, bir yıl içerisinde HE gelişen 129 hastadan, yatışında anemisi olanlarla olmayanlar değerlendirilmiştir. Çeşitli invaziv işlemlerin ve enfeksiyon etkenlerinin, anemi ile ilişkisi incelenmiştir.

Bulgular: HE olan hastaların, yatışlarında alta yatan hastalık durumları değerlendirildiğinde; yatışında anemik olan hasta sayısı 85 (%65,9) olup, bunların 38'i (%44,7) kadın, 47'si (%55,3) erkekti. Aneminin girişimsel işlemlerle ilişkisine bakıldığında; entübasyonda, aneminin alta yatan önemli bir sorun olduğu, 80 entübasyonun 59'unda var olan aneminin istatistiksel olarak da anlamlı olduğu gözlemlendi (p=0,02). Ayrıca santral kateter takılma oranı ile anemi arasında da anlamlı ilişki saptanmış olup (p=0,02), 48 santral kateterlinin 38'inin anemik olduğu görüldü. 44 trakeostomi yapılan HE'lu hastanın da 31'inde anemi vardı. Anemi ile enfeksiyon etkenleri karşılaştırıldığında; fungal enfeksiyonu olan hastalarının tamamının anemik olduğu, acinetobacter, polimikrobiyal, stafilokok ve E.coli üremelerinin anemiklerde daha fazla olduğu görüldü (Tablo 1).

Sonuç: YBÜ'ne yatırılan hastalarda daha önceden var olan ek problemler prognozda önemli bir faktör olup, bunlardan kontrol altına alınabilenler en uygun şekilde tedavi edilmelidir. Ayrıca ek hastalıklarla ilişkili olarak yapılacak invaziv girişimler hastane enfeksiyonu riskini artırabilir. Anemi de YBÜ'lerde önemli bir komorbid durum olup, etyolojisi mümkünse belirlenip, en uygun şekilde tedavi edilmelidir. Aksi halde hastane enfeksiyonu riskini artıracak invaziv işlemlerin artışına sebep olabilir.

Tablo 1. Anemi ile enfeksiyon etkenleri arasındaki ilişkisi

		Etken								Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	
Anemi	yok	4	6	8	4	4	11	0	7	44
	var	9	12	9	5	9	18	5	18	85
Total		13	18	17	9	13	29	5	25	129

1: Belirsiz, 2: Polimikrobiyal, 3: Pseudomonas, 4: Klebsiella, 5: Stafilokok, 6: E.coli, 7: Fungal 8: Acinetobakter

P 08

KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ VE SOLUNUM YETMEZLİĞİ OLAN HASTADA GELİŞEN AKUT RESPIRATUAR DİSTRESS SENDROMU VE RECRUITMENT MANEVRASI

Ali Kemal Kadiroğlu¹, Dilek Geneş², Yaşar Yıldırım¹, Zülfükar Yılmaz¹, Emre Aydın², M. Serdar Yıldırım², Özlem Adıyaman², Recai Akdoğan², Ali Üzel², Ahmet Akbay²

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

Giriş: Yoğun bakım hastalarında solunum yetmezliği ve mortalitesi yüksek olan akut respiratuar distress sendromu (ARDS) gelişebilmektedir. Bu bildiride amacımız ARDS ile takip edilen hastalarda recruitment manevrasının önemini vurgulamaktır.

Olgu: KBY tanısı ile haftada 3 hemodiyaliz programında olan 20 yaşında erkek, 1 ay önce nefes darlığı, balgamla karışık kan tükürme nedeniyle antibiyoterapi almasına rağmen şikayetleri geçmeyen hasta Göğüs-Tbc kliniğinde pnömoni ve solunum yetmezliği ile takip edildi. Genel durumu kısmen düzelen hasta hemoptizi etyoloji ile Nefroloji kliniğine alındı. Nefroloji kliniğinde takipte iken ateş, solunum yetmezliği olan ve genel durumu kötüleşen hasta GDYBÜ'ne alındı: GD: kötü, GKS: 6, şuur kapalı, entübeli. TA: 145/86 mmHg Nb: 146/dk A: 38,6°C SS: 48/dk. Bilateral akciğerde yaygın ronküs mevcut. Lökosit: 7,420, Hb: 8,01g/dl, Plt: 83,100, CRP: 43 mg/dl, Üre: 119 mg/dl, kreatinin: 9,02 mg/dl, Ph: 7,43, PCO₂: 39,6 mmHg PO₂: 37,7 mmHg, HCO₃: 26 mmol/L, SaO₂: %74,3, PaO₂/FiO₂=120 bulundu. PA AC grafide bilateral infiltrasyonlar mevcuttu. Hastada ARDS düşünüldü. Akciğer koruyucu solunum tedavisi uygulandı.

Tartışma: Göğüs-tbc kliniğinde pnömoni ve solunum yetmezliği için antibiyoterapi ve maske ile 10 lt/dk O₂ uygulandı, SaO₂: %65 olunca BİPAP başlandı. Takiplerinde SaO₂:>%90 olarak seyretti. Hemoptizi ayırıcı tanısında vaskülit için otoantikorlar negatif idi. BİPAP ihtiyacı olmayan hasta ileri tetkik için Nefroloji kliniğine alındı. Tekrar ateşi olan hastanın idrar kültüründe Acinetobakter Baumannii/Calcoaceticuscom üremesi üzerine izolasyonu sağlandı. Colistin 150 mg 2x1 ve B-laktam 4x1 eklendi. Hastanın PAAC grafisinde yaygın bilateral infiltrasyonları devam etmekte idi, dispne gelişti. Aralıklı hemodiyaliz ve ultrafiltrasyon yapıldı. Takibinde aniden solunum arrestisi sonrasında kardiyak arrest geçiren hasta entübe edildi. 3 dk KPR sonrası sinüs ritmine dönünce dahiliye yoğun bakım ünitesine alındı. Hastaya Thorax BT çekildi. İnfiltratif görünüm Aspergilloz? ARDS? Ödem? Enfeksiyon? olarak değerlendirildi. Hastaya Amfoterisin B ve pnömosistis carinii de düşünülerek baktrim başlandı. Hastanın sol akciğerinde ateletaksi gelişti. Ön planda akciğer ödemi ve ARDS düşünülerek Vt: 6ml/kg, frekans: 16, 10 cmH₂O PEEP ve SIMV-basınç destekli mod ile ventilatör desteği sağlandı. Sık aspirasyon ve saat başı 30 cmH₂O/30sn PEEP ile 48 saat recruitment manevrası uygulandı. Kontrol grafide ateletaksi imajı kayboldu. Kontrol kültürlerinde üremesi olmayan hastanın antibiyoterapisi kesildi. GKS: 11 olan hasta extübe edildi. Maske ile oksijen desteği sağlandı ve SaO₂:>%90 seyretti. Nefroloji kliniğine transfer edildi.

Sonuç: ARDS ile takip edilen hastalarda recruitment manevrası yararlıdır ve akciğer koruyucu solunum tedavisinde düşünülmelidir.

P 09

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE RENAL REPLASMAN TEDAVİSİ (RRT) UYGULANAN AKUT BÖBREK HASARLI (ABH) HASTALAR İLE SON DÖNEM BÖBREK YETMEZLİĞİ (SDBY) OLAN HASTALARIN KARŞILAŞTIRILMASI

Türkay Akbaş¹, Sait Karakurt², Serhan Tuğlular³

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları ve Yoğun Bakım Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Amaç: Yoğun bakım ünitesine yatırılan ABH ve SDBY'li hastaların prognozunu araştırmak.

Gereç ve Yöntemler: Bu çalışmamızda Aralık 2000-Ocak 2008 tarihleri arasında üniversitenin dahili yoğun bakım ünitesinde RRT uygulanan hastaların retrospektif olarak incelendi. İstatistik için SPSS 11 versiyonu kullanıldı.

Bulgular: RRT uygulanan 216 hastanın 101'inde SDBY, 115'inde ABH tanısı vardı (Tablo 1). Hastaların ana yatış tanıları enfeksiyon, kardiyak problemler ve kanamaydı. İki grup arasında noninvasif mekanik ventilasyon kullanımı (ABH: %32,2, SDBY: %25,7, p: 0,299), ortalama yoğun bakım yatış gün sayısı (ABH: 11,8, SDBY: 12,1, p: 0,853) ve böbrek dışı organ yetmezlik varlığı (ABH: %64, SDBY: %62,3, p: 0,840) benzer bulundu. ABH hastalarında kanser tanısı ve invazif mekanik ventilasyon kullanımı (ABH: %73, SDBY: %51,5, p: 0,001) yüksek saptandı. ABH hastalarının diyaliz endikasyonları sepsise ikincil ABH (%50,4), sepsis dışı ABH (%40,8) ve sıvı yüklenmesiydi (%7,8). SDBY hastaların %73,3'ün düzenli diyaliz programına devam edilirken, geri kalan hastaların üremi (%12,9), sıvı yüklenmesi (%10,9) ve hiperkalemi (%1,7) nedeniyle ek diyaliz ihtiyacı olmuştur. Hemodinamik bozukluk nedeniyle ABH hastalarında sürekli diyaliz tedavisi (SDT) daha sık kullanılmıştır (ABH: %33, SDBY: %12,9, p: 0,011). Mortalite oranı ABH hastalarında yüksek bulunurken (ABH: 67,8, SDBY: 50,5, p: 0,010) APPACHE II oranları iki grup arasında benzer olarak saptandı. Ölüm nedenleri ABH'de sepsis (%87,2), karaciğer yetmezliği (%7,6), solunum yetmezliği (%2,6), kanama (%1,3) ve kardiyak (%1,3); SDBY'de sepsis (%76,6), kardiyak (%23,5) ve kanama (%5,9) idi. Yatış etiyolojisi açısından mortalite, ABH gelişen sepsisli hastalarda %81, kardiyak problemle yatırılanlarda %27,3, kanamalılarda %66,7 ve karaciğer yetmezliğinde %100 idi. SDBY'de mortalite ise sepsisli hastalarda %67,8, kardiyak problemle yatırılanlarda %67,8, nöbetle yatırılanlarda %55,6 ve kanamalılarda %23,1 idi.

Sonuç: Yoğun bakım ünitesinde RRT gerektiren ABH hastaların mortalitesi SDBY hastalarına göre daha yüksektir. ABH hastalarında mortalitenin en önemli nedeni sepsisdir ve hemodinamik nedenlerden dolayı bu hastalarda SDT daha sık kullanılmaktadır.

Tablo 1: ABH ve SDBY hastaların özellikleri

Parametreler	ABH (n:115)	SDBY (n: 101)	P
Cinsiyet, % erkek	53	49,5	0,342
Yaş,yılı, median (IQR)	67 (55-74)	65 (53-72)	0,094
APACHE II, SD	27,8±7,9	27,5±9,0	0,503
Yatış tanıları, %			0,000
Enfeksiyon	60	30,7	
Kardiyak problemler	9,6	26,9	
Kanama	7,8	12,9	
Nöbet	0	8,9	
Postoperatif takip	0,9	8,9	
Karaciğer yetmezliği	5,2	0	
Diğerler	16,3	9	
Komorbidite, %			
Kardiyovasküler hastalık	40,9	46,5	0,402
Diabetes mellitus	31,3	29,7	0,799
Kanser	27,8	7,9	0,000
Serebrovasküler hastalık	14,8	10,9	0,396

P 10

DAHİLİ YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE GÖZLENEN HASTANE KAYNAKLI ENFEKSİYON HIZI**Ali Kutlucan¹, Leyla Kutlucan², Murat Erdoğan¹, İbak Gönen³, Leyla Yılmaz Aydın⁴, Yusuf Aydın¹, Fatih Ermiş¹**¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye²Düzce Devlet Hastanesi, Anesteziyoloji Bölümü, Düzce, Türkiye³Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye⁴Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye

Amaç: Hastane Enfeksiyonu (HE) sağlık alanındaki gelişmelerle birlikte, hastaneler için önemli bir kalite göstergesi olup; hastanede yatış süresini artırmakta, morbidite ve mortalite artışına neden olarak, maliyette de önemli oranda kayba yol açmaktadır. HE hızı ve etkenleri pek çok faktöre bağlı olup, hastaneler arasında ve bir hastanenin değişik birimleri arasında farklılık gösterebilir. Servise yatan hasta profili, fiziksel koşullar, personelin sayıca yeterlilik ve bilgi durumu ile enfeksiyon kontrol önlemlerine uyum gibi faktörlere bağlı olarak enfeksiyon hızı ve etkeni farklılık gösterir. Bu retrospektif çalışmanın amacı; dahiliye yoğun bakım ünitemizde (YBÜ) gözlenen hastane kaynaklı enfeksiyon hızını ölçmektir.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmamızda, Üniversitemiz Tıp Fakültesi Hastanesi Dahili Yoğun Bakım Ünitesinde, 1 Ocak 2011-31 Aralık 2011 tarihleri arasında yatan hastalar retrospektif olarak nozokomiyal enfeksiyon açısından taranmıştır. Hastalar yatışında fizik muayene ve tetkiklerle primer enfeksiyon yönünden değerlendirildi. Yoğun bakımda yatış sırasında günlük olarak değerlendirilip, enfeksiyon durumu hakkında kayıtlar tutuldu.

Bulgular: İzlenen hasta sayısı bir yılda toplam 296 olup, bunların 157'si erkek (%53), 137'si kadındı (%47). HE, 62 hastada gelişmiş olup (%20,9), yaşları 45 ila 97 yaş arasında ve yaş ortalaması 72,7±11,1'di. 62 hastada gelişen toplam 129 HE'nun (%43,6), 59'u (%45,7) kadınlarda, 70'i (%54,3) erkeklerdeydi. HE olan hastalarda kültür üreme yerleri; 62 derin trakeal aspirasyonda, 39 kan kültüründe, 16 idrar kültüründe, 5 yara kültüründe, 4 kateterde, 2 bronkoalveoler lavajda, 1 balgamda üreme saptandı. Hastalarda üretilen enfeksiyon etkenleri ise; 29'unda E.coli, 25'inde Acinetobacter, 17'sinde Pseudomonas, 13'ünde Stafilokok, 9'unda Klebsiella, 5'inde fungal, 18'inde polimikrobiyal üreme saptandı. 13 hastada ise üreme saptanamadı.

Sonuç: Servisimizdeki HE hızı Türkiye ortalamasındadır. Ancak yapılacak düzenlemelerle ve özellikle doktor, hemşire, yardımcı personelin, sayı ve eğitim yönünden yeterli düzeye getirilmesi ile oran daha aşağı çekilebilir. Servisimizde izlenen hastaların, komorbidesi fazla olan ve çoğunluğu oldukça ileri yaş hastalar olması da, HE hızının daha düşük olmamasında etkili olan faktörlerden olabilir.

P 11

METFORMİNLE İNTİHAR GİRİŞİMİ SONRASI ŞİDDETLİ LAKTİK ASİDOZ GELİŞEN ÖLĞÜ**Deniz Avcı¹, Ali Çetinkaya¹, Samet Karahan¹, Mustafa Başak¹, Kadir Bulut¹, Nilüfer Oğuzhan²**¹Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Kayseri, Türkiye²Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Kayseri, Türkiye

Amaç: 90 yıllık geçmişi olan biguanidler, fenforminle popülaritelerini yitmişlerdir de, son 20 yılda metforminle eski popülaritesinin üstüne çıkmıştır. Metformin, hepatik glukoneojezi inhibe ederek ve hedef organlarda insülin etkisini artırarak etki eden antidiyabetiktir. Laktik asidoz nadir, ama hayatı tehdit edici bir komplikasyondur. Fenformin, 100.000 hasta yılında 40-65 hastada laktik asidoz yaptığı için piyasadan kaldırılmıştır. Metforminin moleküler yapısı ve farmakokinetiğinin farklı olduğu, glukoz oksidasyonunu periferik dokularda açlık laktat üretimini önemli ölçüde etkilemeden yaptığı düşünülmektedir. Ancak laktik asidoz hepatik yetmezlikli, böbrek yetmezlikli hastalarda veya intihar amaçlı aşırı doz almada meydana gelebilir.

Gereç ve Yöntemler: 17 yaş, bayan, intihar amaçlı 75 adet metformin 1 gram alımını takiben dördüncü saatte acilde yapılan lavaj ve kömür uygulamasının ardından yoğun bakıma alındı. Genel durumu kötü, şuur açık ve uykuya eğilimiydi. Kan gazında pH: 7,216, pCO₂: 27 mmHg, baz açığı: -15,5 HCO₃⁻; 10,7 mmol/dL idi. Kan şekeri 12 mg/dl ölçülen hastaya %20 dekstroz infüzyonu gönderildi. Hastanın kan laktat düzeyi 48 mg/dL idi. Bikarbonat verilmeye başlandı ve acil hemodiyalize alındı. Juguler kateterizasyonu beklerken geçirdiği yarım saatlik süre sonrasında pH'sı: 7,008'e kadar geriledi ve 4,5 saatlik hemodiyaliz sonrasında pH 7,188 çıkarıldı baz açığı-6 oldu. Kan gazı istenen seviyelere çekilemediğinden diyalize devam edilmek istendi. İkinci sefer diyalize alınan hastanın ikinci seans 2 saatlik diyalize rağmen laktat düzeyi 67 mg/dL, pH: 6,997 oldu ve baz açığı -22,3 idi. İkinci diyaliz seansının 3. saatinde hastada VF gelişti ve defibrile edilen hasta asistoli gösterdi, CPR'a cevap vermeyen hasta ex oldu.

Tartışma: Laktik asidoz artmış kan laktat düzeyi (>45,0 mg/dL), azalmış kan pH değeri (<7,35) ve artmış anyon açığıyla karakterize bir durumdur. Metformin, mitokondriyal zincirdeki kompleks I'yı inhibe ederek karaciğerin laktat klirensini bozmaktadır.

Sonuç: Olgu, 75 gram metformin almıştı ve hemodiyaliz uzatılmış olmasına ve sürekli bikarbonat infüzyonuna rağmen hasta kurtarılmadı. Bu olgu vasıtasıyla bizim ısrarla vurgulamak istediğimiz deneyimimiz, metformin intoksikasyonunda, alınan miktar, hastanın kliniği ve laboratuvar değerleri asidoza işaret ediyorsa hemodiyalizin bir an önce gündeme gelmesi, asidoz için ne kadar gerekiyorsa o kadar uzatılmasıdır. Metformin proteinlere bağlanmamaktadır ve küçük yapısı nedeniyle hemodiyalizle iyi temizlenmektedir. Laktat üretimi, hemodiyalizle uzaklaştırıldığımızdan daha hızlı olabilmekte ve laktik asidoz hemodiyalize rağmen hızla ilerleyebilmektedir.

P 12

DİSSEMİNE İNTRAVASKÜLER KOAGÜLASYON ÖLĞÜSÜ**Cengizhan Emre¹, Selma Emre², Aslı Batuman³, Şirin Aytaç⁴, Filiz Banu Etheoğlu³, Alev Akdikan³, Dilber Kumral³**¹Etilik İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Ankara, Türkiye²Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara, Türkiye³Yenimahalle Devlet Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Ankara, Türkiye⁴Yenimahalle Devlet Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Amaç: Dissemine intravasküler koagülasyon (DİK), farklı sebeplerle hemostatik dengenin bozulması sonucu yaygın damar içi pıhtılaşmanın uyarılması ile karakterize bir sendromdur. Damar içi fibrin pıhtıları

küçük ve orta çaplı damarlarda tıkanmaya neden olur. Bunun sonucunda organ perfüzyonu bozulabilir ve multiorgan yetmezliği tablosu gelişebilir. Yaygın damar içi pıhtılaşmanın diğer bir sonucu ise pıhtılaşma faktörleri ve trombositlerin tüketimine bağlı olarak şiddetli kanamaların görülmesidir. Her zaman tespit edilmese de altta yatan bir hastalıktan kaynaklanır. Altta yatan hastalıklar sıklıkla enfeksiyonlar, hematolojik maligniteler ve solid organ kanserleridir. Burada gastrointestinal sistem kanaması ile gelen ve DİK tespit edilen bir hasta sunulmaktadır.

Gereç ve Yöntemler: Yetmiş iki yaşında kadın hasta kanlı kusma şikayeti ile acil servise başvurdu. Acil serviste hemoglobin 3,7 K/uL ölçülmesi üzerine yoğun bakım ünitesine kabul edildi. Yapılan acil gastroduodenoskopide dev, polipoid, üzeri ülserle, hematinize kanla kaplı lezyon izlendi. Korpus, fundus, antrum ödemi olup sindirilmiş kan mevcuttu ve aktif kanama yoktu.

Hastanın sağ kolunda hızlı ilerleyen ekimotik plaklar ve yer yer içi hemorjik sıvı ile dolu frajil büller gelişti (Resim 1). Kolda bulunan ekimotik lezyonlar, hızla genişleyerek boyun seviyesine kadar ilerledi ve genel durumu bozuldu. Kardiyopulmoner arrest gelişen hasta entube edilerek CPR uygulandı. CPR'a cevap veren hastanın alınan tetkiklerinde d-dimer yüksekliği ve trombositopeni tespit edildi. Ateşinde yükselme olan hastanın, PT, aPTT ve INR değerleri uzamış bulundu (Tablo 1). Bu bulgularla hastaya DİK tanısı konuldu.

Tartışma: Kanser olgularında hiperkoagülasyon iyi bilinen bir durumdur. Malign hastalıkların seyriinde görülen DİK, kanser hücrelerinin ekspresse ettiği fibrin stabilize edici faktörler ve benzer moleküllere bağlıdır. Spontan venöz tromboz gözlenen ve herhangi bir platelet bozukluğu olmayan hastaların yaklaşık %10'unda iki yıl içinde bir malign hastalık tespit edilmektedir. Burada sunulan hastada yapılan endoskopi ile gastrik kardia üzerinde bulunan dev polipoid ve ülserle lezyonun klinik görünümü malign bir tümörü düşündürdü. Hastanın DİK tablosunun hızla gelişmesi ve kısa sürede ex olması nedeniyle, histopatolojik tanısı doğrulanamadı. DİK tanısı uzamış PT, APTT, trombositopeni, artmış d-dimer seviyeleri ile konur. Bununla birlikte, PT ve APTT süreleri her zaman uzamış olmayabilir. En değerli tanı aracı artmış d-dimer seviyeleridir. Deri lezyonları bazen sendromun ilk belirtisi olabilir. Lezyonların tipik görüntüsü DİK tanısı için uyarıcı olabilir. Kanama şikayeti veya venöz trombus nedeniyle gelen hastalarda DİK akla gelmelidir.

Tablo 1. Hastanın başlangıç ve 12 saat sonrasındaki laboratuvar değerleri

	Başlangıç	12.saat
Ateş (°C)	36,1	39,5
Beyaz Küre (K/uL)	28,8	7,99
Hemoglobin (K/uL)	3,7	6
Trombosit (K/uL)	142	42
PT (sn)	15	36
aPTT (sn)	22,9	116
İNR (sn)	1,09	2,60
d-dimer (Ug/L)	?	50600



Resim 1. Hastanın sağ kolundaki lezyonların görünümü.

P 13

GERİATRİK VE GERİATRİK OLMAYAN GRUPLARDA, EK HASTALIKLAR İLE YOĞUN BAKIMDA KALIŞ SÜRELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Leyla Kutlucan¹, Ali Kutlucan², Leyla Yılmaz Aydın³, Fatih Ermiş², Murat Erdoğan², Mücahit Gür², İbak Gönen⁴, Yusuf Aydın²

¹Düzce Devlet Hastanesi, Anesteziyoloji Bölümü, Düzce, Türkiye

²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye

³Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye

⁴Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye

Amaç: Yoğun Bakım Üniteleri (YBÜ) 'nde çoğunlukla ileri yaş hastalar takip edilmekte olup, bu hastalara sıklıkla birçok hastalık eşlik edebilmektedir. Bu iki önemli faktör de hastanede kalış süresini etkileyebilmektedir. Biz bu çalışmada hastane enfeksiyonu (HE) gelişen 65 yaş üstü ve 65 yaş altı hastaların, ek hastalıkları ile birlikte hastanede kalış sürelerini değerlendirdik.

Gereç ve Yöntemler: Üniversite hastanemizde 1 yıl süre ile takip ettiğimiz 296 hastadan, 129 HE gelişen hasta, geriatrik ve geriatrik olmayan gruplara ayrılıp, ek hastalıkları ile beraber hastanede kalış sürelerini değerlendirdik.

Bulgular: HE gelişen hastaların YBÜ'de kalış süreleri ortalama 67,17±52,4 olup; geriatrik grubun 66,1±50,4 gün, geriatrik olmayan grubun ise serviste 71,1±57,2 gün kaldığı hesaplandı. Yatış süreleri '0-15', '15-30' ve '30 günden fazla' olarak üç gruba ayrıldığında; geriatrik grupta %67,6, geriatrik olmayan grupta ise %66,6 oranında hastanın 30 günden fazla hastanede kaldığı görüldü. Cinsiyet yönünden kalış süreleri arasında anlamlı fark tesbit edilmeyenken, 15 günden kısa yatışların erkeklerde biraz daha fazla olduğu bulundu. Hastanede kalış süresi arttıkça entübasyon ve trakeostomi oranlarının anlamlı oranda arttığı saptandı. Yatış süresi ile komorbidite değerlendirildiğinde; 15 günden uzun yatışın, nörolojik problemlili hastalarda anlamlı, diyabetlilerde ise anlamlılığa yakın oranda fazla olduğu görüldü. Diğer komorbiditelerin varlığında da yatış süresi 15 günden fazla, ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Sonuç: HE gelişen hastalarda hastanede yatış süresinin geriatrik ve geriatrik olmayan grupta yarım fazlasının 30 günden fazla kaldığı görülmüştür. Bu sonuçlarda; ileri yaş hastalarımızın ve altta yatan hastalıklarının fazla olması, Glasgow Koma Skala'larının düşük olması etkili olabilir. Geriatrik grupta yatış süresinin az gibi görünmesinin nedeni, bu gruptaki hastaların erken kaybedilmesi olarak düşünülmüştür. Serebrovasküler olay ve diyabet, yoğun bakımda kalış süresini uzatan önemli faktörlerin başında gelmektedir.

P 14

GENEL DAHİLİYE YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE TAKİP EDİLEN KRONİK BÖBREK HASTALIĞI OLAN BİR HASTADA KAYNAĞI BİLİNMEYEN ATEŞİN NADİR BİR NEDENİ: HEMOFAGOSİTİK SENDROM

Ali Kemal Kadiroğlu¹, Sezgin Barutçu², Önder Ekmen²,
M. Serdar Yıldırım², Yaşar Yıldırım¹, Sinan Dal³

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

³Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

Amaç: Hemofagositik sendrom yoğun bakım hastalarında nadir görülen ve mortalitesi çok yüksek olan bir hastalıktır. Hemofagositik sendrom spesifik olmayan semptomlarla karakterize olabileceği gibi şiddetli klinik tablo ile de karşımıza çıkabilir. Bu bildiriye sunmamızdaki amaç spesifik olmayan semptomlarla ortaya çıkan bir hemofagositik sendrom olgusunu paylaşmaktır.

Olgu: 1 hafta öncesine kadar evre 4 kronik böbrek hastalığı (KBH) dışında herhangi bir şikayeti olmayan 31 yaşında bayan hastanın halsizliği, yorgunluğu zaman zaman yediklerini içerik tarzda bulantı-kusması ve ateşi olması üzerine Nefroloji kliniğine yatırıldı.

Genel durum orta, şuur açık, oryante, koopere. TA: 130/70 mmHg NB: 98/dk Ateş: 38,3°C SS: 12/dk. Splenomegali dışında anlamlı bir bulgu saptanmadı. Lökosit: 15,7, Hb: 8,7, Sedim: 115 mm/s, CRP: 13,2 mg/dl, Fibrinojen: 499-53 mg/dl, PT: 21 INR: 1,7, üre: 104 mg/dl, kreatinin: 2,19 mg/dl, Alb: 1,9 g/dl, Trigliserit: 131-749 mg/dl, LD: 282-4732 mg/dl, idrar dansitesi: 1009 proteinüri: 150 mg, idrarda eritrosit: 250.

Tartışma: KBH zemininde akut böbrek hasarı ön tanısıyla nefroloji kliniğine yatırılan hastanın takiplerinde sürekli ateş olması nedeniyle enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu istendi. Kan ve idrar kültürlerinde üreme olmadı. Rose bengal pozitif saptandı seftriakson+rifampisin başlandı, sonra doksisiklin 100 mg 2x1 eklendi. Üçlü tedaviye rağmen ateşleri düşmeyen hastanın tekrar bakılan rose bengal testi negatif geldi. Tedavisi meropenem 1 gr 3x1 olarak düzenlendi. Eklem ağrıları olan hastanın anti CCP ve otoimmün paneli negatif gelmesi üzerine romatolojik hastalık düşünülmedi. PA AC'de bilateral plevral efüzyonu olan hastada sarkoidoz düşünülerek thoraks BT çekildi fakat sarkoidoz lehine bulgu saptanmadı. Balgamda ARB negatif saptandı. TORCH grubu negatif geldi. Ferritin: 5178 ng/ml gelmesi üzerine hastada still hastalığı düşünülerek hastaya prednol 40 mg 1x1 başlandı. Takiplerinde fibrinojen düşüklüğü gelişmesi kanamasının olması INR değerinin uzaması üzerine DIC düşünülerek hasta Dahiliye Yoğun Bakıma transfer edildi. PLT düşüklüğü olan hastaya trombosit replasmanı yapıldı. DIC açısından hastaya TDP replasmanı yapıldı. Hastada 7 günden fazla süren ateş yüksekliği, splenomegali, pansitopeni olması, ferritin-trigliserit yüksekliği ve fibrinojen düşüklüğü olması nedeniyle Hemofagositik Sendrom düşünülerek hastaya kemik iliği (Kİ) aspirasyonu yapıldı. Kİ aspirasyonunda eritrositi fagosite etmiş hemofagositik hücreler tespit edildi. Hastaya Dekort 16 mg 1x1 başlandı. Etoposid kemoterapi (KT) protokolü verilmesi planlandı. KT uygulanmadan hasta exitus oldu.

Sonuç: Klinik takipte iken tüm tetkik ve tedaviye rağmen nedeni bilinmeyen ateşi olan hastalarda hemofagositik sendrom düşünülmelidir.

P 15

HEMOLİTİK ÜREMİK SENDROM TANILI OLGULARIMIZ VE KLİNİK SONUÇLARIMIZ

Ali Kemal Kadiroğlu¹, Yaşar Yıldırım¹, Zülfükar Yılmaz¹,
M. Serdar Yıldırım², Nizam Demir², Önder Ekmen²,
Emre Aydın², Fatma Aydın², Ferhat Bacaksız², Yakup Düzköprü²

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, GDYBÜ, Diyarbakır, Türkiye

²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, GDYBÜ, Diyarbakır, Türkiye

Trombotik mikroanjiopatiler; klinik olarak birbirine benzeyen iki hastalığı, trombotik trombositopenik purpura (TTP) ve hemolitik üremik sendromu (HÜS) içerir. HÜS diyareli ve diyaresiz olarak ikiye ayrılır, ayrıca Faktör H mutasyonuna da bağlı gelişebilir. TTP'nin etyolojisinde ADAMTS13 gen mutasyonu mevcuttur. Hemolitik anemi, mikrovasküler tromboz ve trombositopeni ortak klinik bulgulardır. HÜS'te diyare önemli bir bulgudur. Diyare (+) olgular genellikle yaz ve sonbahar mevsimlerinde ortaya çıkar. Başta escherichia coli O157: H7 olmak üzere birçok bakteri tarafından üretilen toksinler tarafından kaynaklanmaktadır. Bu çalışmamızda kliniğimize başvuran HÜS tanılı hastaların klinik sonuçlarını sunmak istedik.

Olgularımız: Beş HÜS tanılı hastamız takip edildi. Yaşları 16 ile 49 arasındaydı. Hastalar kliniğimize 2011, 2012 yıllarının Temmuz, Ağustos ve Eylül aylarında başvurmuşlardı. Hastalarımızın 5'ide kadındı. Başvuru anında 4'ünde diyare değerinde ise kanama şikâyetleri vardı. Bir hastamız hipotansif iken diğerleri normotansifti. Hastaların hepsinde pansitopeni tablosuna üre kreatinin yüksekliği eşlik ediyordu. Hastaların tedavilerinde steroid ve plazmaferez ile destek tedavisi uygulandı. Hastalar ihtiyaç halinde zaman zaman hemodiyalize alındı. Başvuru anında genel durumu kötü olan ve hipotansif seyreden hastamızın multiorgan yetmezliğide mevcuttu. Hasta yapılan tedaviye yanıt vermedi ve exitus oldu. Bir diğer hastamız ise başlangıçta genel durumu iyiydi, takiplerde solunum sıkıntısı gelişti. Hipervolemisi olan hasta ara ara hemodiyalize alındı. Hastanın noninvazif solunum desteği ile durumu düzelmeyince entübe edildi. Tedaviye yanıt vermeyen hasta kardiyopulmoner arrest geçirdi, exitus oldu. Diğer üç hastamız ise tedaviye olumlu yanıt verdi 2 hastamız nefroloji kliniğine transfer edilip şifa ile taburcu edilirken, diğeri ise kendi isteği ile taburcu oldu.

Sonuç olarak; Trombotik mikroanjiopati bulgularıyla Genel Dahiliye Yoğun Bakım Ünitemize 5 HÜS tanılı hasta yatırıldı, hastaların 4'ünde diyare şikayeti vardı. Hastalara steroid ve plazmaferez ile endikasyon oldukça intermittan hemodiyaliz tedavisi uygulandı. İki hastamız exitus oldu. Diğer 3 hastamız ise düzelenek şifa ile taburcu edildi.

P 16

NON HODGKIN LENFOMA TANILI HASTADA GELİŞEN VENTRİKÜLER TAŞİKARDİ ATAĞININ NADİR BİR NEDENİ: MAGNEZYUM EKSİKLİĞİ

Ali Kemal Kadiroğlu¹, Dilek Geneş², Yaşar Yıldırım¹,
Emre Aydın², Fatma Yılmaz Aydın², M. Serdar Yıldırım²,
Nizam Demir², Yakup Düzköprü², Erdal Bodakçı², Ahmet Akbay²

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

Amaç: Ventriküler taşikardi, sıklıkla akut myokard enfarktüsü, dilate kardiyomyopati gibi yapısal kalp hastalıklarına eşlik eden üç veya daha fazla ardişik 3 prematür vurunun olması olarak tanımlanır. Bununla beraber hipomagnezemi durumunda spontan olarak da meydana gelebilir. Bu bildiriyi sunmamızdaki amaç Non-hodgkin lenfoma tanılı bir hastada gelişen ventriküler taşikardinin nadir ve ölümcül olabilen bir nedenini paylaşmaktır.

Olgu: Şubat 2012'de Diffüz Büyük B Hücreli lenfoma tanısı ile kemoterapi ve radyoterapi alan hasta sol periferik facial paralizi gelişmesi üzerine medikal onkoloji kliniğinde tedavi ve takip edilirken şuur bulanıklığı, genel durum bozukluğu olması üzerine dahiliye yoğunbakım ünitesine alındı. GD; kötü, şuur kapalı, TA: ölçülemiyor, NB: 172/dk Ateş: 36,7°C SS: 18/dk. Sol supraklaviküler LAP, mitral odakta 3/6 şiddetinde sistolik üfürüm mevcut. Lökosit: 3,270, Hb: 11,4 g/dl Trombosit: 282,000, Sedim: 40 mm/s, CRP: 1,49 mg/dl, üre: 92 mg/dl, kreatinin: 2,28 mg/dl, Na: 139 mmol/l, K: 3,9 mmol/l, Cl: 106 mmol/l, Ca: 8,3 mg/dl, Mg: 0,8 meq/l, TBil: 0,6 mg/dl, DBil: 0,3 mg/dl, AST: 1286 u/l, ALT: 1173 u/l, ALP: 44 u/l, LDH: 730u/l, GGT: 99 u/l, T.protein: 6,53 g/dl, Alb: 3,13g/dl.

İdrar dansitesi: 1.018 ph: 5, proteinüri: 75 mg, idrarda eritrosit: 150

Tartışma: Şubat 2012'de boyunda şişkinlik şikayeti olan hastanın yapılan boyun lenf nodu biyopsisi Diffüz Büyük B Hücreli lenfoma olarak geldi. Hastaya 6 kür R-CHOP ile bilateral boyuna 45 GY radyoterapi verildi. Parsiyel yanıt olması ile hasta 4 kür R-ICE uygulandı.

Hastada sol periferik facial paralizi gelişmesi üzerine onkoloji kliniğinde tedavi amaçlı takip edilirken Kulak-Burun-Boğaz önerisi ile kranial MR çekildi. Kranial MR sonrası şuur bulanıklığı, genel durum bozukluğu olması üzerine hasta dahiliye yoğunbakıma alındı. Önce ventriküler taşikardi sonra kardiyopulmoner arrest gelişti. Entübe edilen hastaya KPR ve elektrokardiyoversiyon yapıldı. Elektrolitler için kan örneği gönderildi. Na: 139 mmol/l, K: 3,9 mmol/l, Cl: 106 mmol/l, Ca: 8,3 mg/dl, Mg: 0,8 meq/l olarak geldi.

2x1 gr/gün IV magnezyum infüzyonu yapıldı. Hipotansiyonu olan hastaya noradrenalin infüzyonu başlandı. Kontrol Mg düzeyi 2,1 meq/l olarak geldi. Takiplerinde nonsustained VT'nin devam etmesi üzerine hastaya amiodaron infüzyonu başlandı. Ritmi düzeldi. Şuuru açıldı, vitallerinin stabil olması ile extübe edildi. Noradrenalin kademeli olarak kesildi. Hipotansiyona sekonder gelişen iskemik hepatit nedeniyle amiadaron kesildi. Hastaya metoprolol 50 mg/gün başlandı. Tekrar VT atağı geçiren hastanın karaciğer enzim düzeylerinin gerilemesi ile amiodaron 200 mg tablet 3x1 eklendi. Genel durumu düzelen hasta medikal onkoloji kliniğine transfer edildi.

Klinik takipte iken ani ventriküler taşikardi gelişen onkolojik hastalarda magnezyum eksikliği düşünülmelidir.

P 17

MRI İLE TANI KONULAN MARCHIAFAVA-BİGNAMI HASTALIĞI

Figen Leblebici, Hatice Yağmurdur, Özlem Soyal, Musa Zengin, Bayazit Dikmen

Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, C3 Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara, Türkiye

Giriş: Marchiafava-Bignami (MB) hastalığı ya da sendromu kronik alkol tüketenlerde; nadiren alkol kullanmayanlarda görülen toksik bir hastalıktır (1). Genel görüş olarak kompleks B vitamini eksikliğine bağlı olarak ortaya çıkar. Beynin korpus kallosum bölgesinde ilerleyici demiyelinasyon ve nekroz ile sonuçlanır. Zaman içinde komşu dokularda beyaz cevhere, nadiren subkortikal alanlara kadar yayılır.

Kesin tanısı MRI görüntüleme bulgularıyla koyduğumuz bu olguyu klinik özellikleriyle sunmayı amaçladık.

Olgu: Yirmibeş yaşında, on yıldır kronik alkol bağımlılığı olan erkek hastada yaklaşık iki ay önce başlayan çift görme, bulanık görme, 45 gün önce başlayan ayaklarının üzerine basamama ve denge bozukluğuna bağlı yürüyememe, son bir hafta içinde konfüzyon, anlamsız konuşmalar, konuşamama, yutkunma bozukluğu ve bilinç kaybı ortaya çıkmış. Bilinci kapalı olarak acil servise getirildiğinde ileri solunum sıkıntısı olan hasta yoğun bakıma alınarak entübe edildi. Nörolojik muayenesinde bilateral horizontal ve vertikal nistagmusu, ağırlı uyarana tüm ekstremitelerde azalmış yanıt ve bilateral tüm ekstremitelerde yaygın rijidite mevcuttu. Duyu ve serebellar testlere kooperasyonu yoktu. Çekilen kranial MR görüntülemesinde pons anterosüperiorda, sağda ve solda bilateral serebral pedinküllerde, bilateral internal kapsül arka bacağı ve talamus lateralinde, korpus kallozum korpus posterior ve spleniumunda, bilateral periventriküler beyaz cevher alanları ve sentrum semiovalede yaygın konflüens oluşturan T1A sekanslarda izo-hipo, T2A sekanslarda hiperintens diffüzyon sekansında kısıtlanma gösteren hiperintens izlenen yaygın sinyal değişikliği izlenmiştir. Bu radyolojik bulgularla MB hastalığı olarak değerlendirildi.

Tartışma: MB hastalığında tanı klinik bulgulara ek olarak görüntüleme yöntemleriyle konur. Subakut tip MB; demans, dizartri, kaslarda hipertoni ile seyreder ve yıllarca yaşayabilir. Akut MB klinik olarak Wernicke ansefalopatisi ile karışabilir ya da beraber olabilir. Kronik MB ise demans ile karakterizedir ve alzheimer, multienfarkt demans ve Pick hastalığı ile karışır.

Sonuç: Radyolojik olarak akut MB'yi Wernicke'den ayırmak zor değildir. Çünkü Wernicke'de MRI anormal sinyal intensitesi gösterir ve kontrast tutulumu mamiller cisim, periakvaduktal alan ve üçüncü ventrikül duvarıdır. Hiponatreminin hızlı düzeltilmesine bağlı olarak gelişen akut pontin miyelinozda ise anormal T2 sinyal intensitesi ponsun bazalinde yer alır ve ayırıcı tanıda akla gelmelidir. Korpus kallosumu içeren T2 sinyal değişiklikleri MB tanısını kesinleştirir (2). Tedavide öncelik hastayı hayatta tutmaya yönelik olmalıdır.

Kaynaklar

J Neurol Res 2011; 1: 168-169.
AJNR 2003; 24: 1955-1957.

P 18

YÜKSEK DOZ RISPERİDON KULLANIMI SONRASINDA AKUT DİSTONİ GELİŞEN BİR OLGU

Aslı Batuman¹, Cengizhan Emre², Filiz Banu Ethemoglu¹, Meltem Sürgit¹, Alev Akdikan¹, Gülsüm Kavalcı², Dilber Kumral¹

¹Yenimahalle Devlet Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Ankara, Türkiye

²Etilik İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Ankara, Türkiye

Giriş: Atipik antipsikotiklerin suisid amacıyla yüksek doz alındığında veya tedavi amacıyla uygulamalarda distoni, parkinsonizm, akatizi, tardif diskinez gibi ekstrapiramidal ve diğer bazı yan etkilere neden olduğu bildirilmiştir. Risperidon şizofrenik ve şizoaffektif psikozların pozitif ve negatif belirtileri üzerinde etkili H1 reseptörlerine güçlü afinitesi olan, serotonin (5-HT₂), dopamin (D₂), α₁ ve α₂ adrenerjik etkili bir antipsikotiktir.

Olgu: Onyediy yaşında kadın hasta suisid amaçlı ilaç alımı nedeniyle acil servise getirildi. Öyküsünden, hastanın madde bağımlısı olduğu, düzenli olarak eroin ve uyarıcı hap kullandığı, 1 gün önce psikiyatriste başvurduğu, risperidon 1 mg/gün başladığı ve acil servise başvurduğu

dan 2 saat önce hastanın 19 mg risperidone aldığı öğrenildi. Uykuya meyilli olan hasta, acil serviste gastrik lavaj ve aktif kömür uygulanmasının ardından yoğun bakıma kabul edildi. Yoğun bakımda standart monitörizasyonu yapılan hastanın vital bulguları stabildi. İlaç alımından yaklaşık 4 saat sonra dilde şişlik ve nefes almada zorluk şikayeti başladı.

Tartışma: İnspiratuar stridor, sinüs taşikardisi (KH: 150 atım/dk) gelişen hastaya anjionörotik ödem ön tanısıyla 250 mg metilprednisolon ve 45,5 mg feniramin intravenöz yolla uygulandı. Birkaç dakika sonra konuşamama, boyun, ağız ve dil kaslarında kasılma şikayetleri eklendi. Fasial grismas, dil, ağız ve boyun kaslarında spazmlar gözlenen hastada risperidone bağlı distonik reaksiyon düşünüldü ve 5 mg biperiden intramüsküler yolla uygulandı. Birkaç dakika sonra tablo dramatik olarak düzeldi. Takibinde hastanın laboratuvar sonuçları normal, vital bulguları stabil seyretti. Hasta 48 saat sonra psikiyatri önerileriyle taburcu edildi.

Sonuç: Akut distoni antipsikotik tedavi sırasında ortaya çıkan, istemsiz, sürekli veya spazmodik kas kasılmalarıyla seyreden bir ekstrapiramidal sistem yan etkisidir. Anormal kıvrımlara, ritmik hareketlere ve değişik postürlere sebep olabilir. Genellikle ani olarak ortaya çıkar ve sıklıkla baş ve boyun kaslarını tutar. Tortikollis, fasial grimaslar ve okulojirik krizler şeklinde olabilir. Nadiren ölümcül sonuçları olabilen ani solunum sıkıntısı, stridor, taşikardi gibi belirti ve bulguların olduğu laringeal distoniler ortaya çıkabilir. Erkek cinsiyet, 30 yaşından genç olmak, antipsikotiklere duyarlılık, aile öyküsü, kafa travması ve madde kötüye kullanım öyküsü risk faktörleridir. Tetanos, katatoni, histeri ve konvülsiyon gibi tanılarla akut distonik reaksiyonların ayırıcı tanısı yapılmalıdır.

Laringeal distoni, anafaksi tablosunu da taklit edebilmektedir. Anafaksi veya anjionörotik ödem durumunda acil tedavi gerekirken, nöroleptik kullanan hastalarda akut laringeal distoni olasılığı akılda tutulmalıdır.



Resim 1. Dilde ödemli görünüm ve kıvrılma hareketi.

P 19

UZUN SÜRELİ PARENTERAL BESLENME SONRASI GELİŞEN WERNICKE ENSEFALOPATİSİ

Zeynep Nur Akçaboy, Hatice Yağmurdur, Ramazan Baldemir, Nevzat Mehmet Mutlu, Bayazit Dikmen

Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, C3 Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara, Türkiye

Giriş: Wernicke Ensefalopatisi (WE), tiyamin eksikliğine bağlı gelişen, ensefalopati, trunkal ataksi ve görme bozuklukları ile karakterize akut bir hastalıktır. En sık kronik alkolizm ile ilişkili malnütrisyon durumlarında görülmekle birlikte kanser, hiperemesis gravidarum, bariatrik cerrahi sonrası ve uzun süreli total parenteral nutrisyon (TPN) tedavisi alan hastalarda iyatrojenik olarak geliştiği de bildirilmiştir. Klinik olarak şüphelenilen durumlarda MR görüntüleme, periakuaduktal gri bölge, talamus, mamiller cisim, hipotalamus gibi üçüncü ventrikül çevresinde hiperintens sinyal artışı görülmesi tanıyı doğrulamak için yeterli kabul edilir. Bu bildiriye uzun süreli TPN tedavisi almış olan bir hastada gelişen WE olgusu sunulmuştur.

Olgu: 1,5 yıl önce metastatik mide Ca tanısıyla 4 kez kemoterapi, 1 kez radyoterapi alan hasta son 6,5 aydır TPN ile beslenmiş. Ağustos 2012'de total gastrektomi ve splenektomi yapılan hastanın son 2 aydır oral alımı çok bozulmuş ve şiddetli bulantı kusmaları olmuş. 1 hafta öncesine kadar kendi ihtiyaçlarını karşılayabilen hasta çift görme, yürüme bozukluğu, denge problemleri gelişmesi üzerine hospitalize edilmiş. Yapılan ilk nörolojik muayenesinde bilinç konfü, kooperasyon oryantasyon ileri derecede kısıtlı, sağ konjuge bakışı kısıtlı ve tüm ekstremitelerde motor güç azalmış olarak değerlendirildi. Oftalmolojik muayenesinde nistagmus saptanmayan hastada bilateral papiller hemoraji olduğu tespit edildi. Çekilen MR'ında T2 ve FLAIR sekanslarda bilateral talamus medial kesimde, inferior da periakuaduktal gri cevhere doğru uzanan hiperintens sinyal değişiklikleri tespit edildi. Uzun süredir TPN alan ve malnütrisyonu olan hastada klinik bulgular ve tanıyı destekler tarzda MR bulgularının olması nedeniyle WE geliştiği düşünüldü. Hastaya ilk iki gün 3x200 mg/gün, sonraki beş gün 1x200 mg/gün olacak şekilde tiyamin tedavisine başlandı (1). Ardından 100 mg/gün'lük tedaviye devam edildi. Tedavi başladıktan sonra bilinç durumu düzelen hasta primer hastalığı nedeniyle halen hospitalize edilmektedir.

Tartışma ve Sonuç: WE'nin, kronik alkolizm dışında yoğun bakımda sıklıkla takip edilen GIS cerrahisi geçirmiş ya da GIS kanserleri nedeniyle uzun süreli TPN almak zorunda kalan hastalarda gelişebileceği akılda tutulmalıdır. Klinik olarak şüphelenildiğinde MR ile tanının desteklenmesinin ardından hızlıca tiyamin tedavisine başlanması, mortalite ve morbiditeyi azaltacağı unutulmamalıdır.

Kaynaklar

- Galvin R, Brathen G, Ivashynka A, et al. EFNS guidelines for diagnosis, therapy and prevention of Wernicke encephalopathy. Eur J Neurol 2010; 17: 1408-18.

P 20

YÜKSEK DOZ LERKANİDİPİN VE CARVEDİLOL KULLANAN OLGUDA, DİRENÇLİ HEMODİNAMİK İNSTABİLİTENİN KONTROLÜ

Ali Kutlucan¹, Leyla Kutlucan², Murat Erdoğan¹, Leyla Yılmaz Aydın³, Fatih Ermiş¹, Mücahit Gür¹, Yusuf Aydın¹, Ayhan Sartaş⁴

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye

²Düzce Devlet Hastanesi, Anesteziyoloji Bölümü, Düzce, Türkiye

³Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye

⁴Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye

Giriş: Lerkanidipin hipertansiyon tedavisinde; karvedilol ise hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı ve kalp yetmezliği tedavisinde uzun zamandır kullanılan ilaçlardır. Daha önceden lerkanidipin yüksek dozu ile ilgili bir vaka ve karvedilol yüksek dozu ile ilgili birkaç olgu bildirilmiş olmasına rağmen, her iki ilacın birlikte yüksek dozda kullanımına bağlı vaka bildirilmemiştir. Biz burada yüksek doz lercanidipin ve karvedilol kullanan; gastrik lavaj, aktif kömür, i.v. dopamin ile sekelsiz olarak iyileşen, bilinen ilk vakayı sunduk.

Olgu: 28 yaşında bayan hasta suicid amaçlı 500 mg lercanidipin, 250 mg karvedilol aldıktan 3 saat sonra yakınları tarafından acil servise getirilmiş. Hasta ilk değerlendirildiğinde; bilinci açık, glaskow koma skalası 15, tansiyon arterial (TA) 63/45 mm/Hg, nabız 100/dakika, solunum sayısı 18/dakika saptandı. Hastanın diğer sistem muayeneleri doğaldı. Çekilen elektrokardiyografisi normal sinüs ritmindeydi ve P-R mesafesi normaldi. Hastaya gastrik lavaj ile aktif kömür uygulandı ve %0,9 izotonik bolus şeklinde başlandı. Hastanın hipotansif seyretmesi üzerine hastaya 5 µg/kg/dk'dan dopamin infüzyonu başlanarak yakın takip için dahili yoğun bakım ünitesine alındı. Yoğun bakıma gelişinde TA: 75/40 mm/Hg pH: 7,38, Na: 134, K: 4,16, laktat: 9, glukoz: 170 mg/dl saptandı. Takiplerinde belirgin hipotansiyon ve refleks taşikardisi olan hastanın izotonik infüzyonu 400 cc/saat, dopamin infüzyonu da 10 µg/kg/dk olacak şekilde düzenlendi. Hemodinamisi yavaş yavaş düzelen ve idrar çıkışı olan hastanın yaklaşık 36 saat sonra ortalama arter basıncı 65 mm/Hg olması üzerine mevcut tedavide değişiklik yapılmadan tedaviye devam edildi ve TA yükselmeye başladı. Günlük takiplerinde tansiyon değerlerinin izin verdiği ölçüde izotonik infüzyonu ve dopamin infüzyonu tedricen azaltılarak yatışının 4. gününde destek kesildi ve hasta sekelsiz olarak taburcu edildi.

Sonuç: Daha önceden bildirilen olgularda, yüksek doz lercanidipin sonucu hemodinamik stabilitenin, i.v. dekstroza beraber yüksek doz insülin verilmesi ile sağlandığı ve vazopressörlerin etkili olmadığı; yüksek doz karvedilol kullanan olguda ise, stabilitenin sıvı desteği ve dopamin desteği ile sağlandığı bildirilmiştir. Bizim olgumuzda da, yüksek dozda lercanidipin ve karvedilol sonucu oluşan ciddi ve dirençli hipotansiyon kontrolü, dopamin ve sıvı desteği ile yaklaşık 36 saatte sağlanmıştır. Antihipertansiflerle oluşan ciddi hipotansiyon durumlarında, mevcut tedavi yöntemleri en kısa sürede, yakın takip ile, basamaklı olarak uygulanmalı ve hemodinamik kontrol mümkün olan en kısa sürede sağlanmalıdır.

P 21

NONİNVAZİV MEKANİK VENTİLASYON İLE BAŞARILI BİR ŞEKİLDE TEDAVİ EDİLEN BİR ARDS OLGUSU

Yusuf Savran, Tuğba Başoğlu, Sevgi Öztürk, Yakup Duran, Güntuğ Güngör

9 Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi Dahiliye Anabilim Dalı, Dahiliye Yoğun Bakım Servisi, İzmir, Türkiye

Amaç: Akut solunum yetmezliği durumlarında noninvaziv mekanik ventilasyon (NIMV) ve invaziv mekanik ventilasyon (IMV) karşılaştırmalarının yapıldığı çok sayıda çalışma bulunmasına karşın akut solunum

sıkıntısı sendromu (ARDS) tanısında bu konuda az sayıda çalışma vardır ve bu konu halen tartışmalıdır. ARDS'de NIMV ile izlenen hastalar ile yapılan çalışmalarda başarısızlık oranları az olmamakla beraber IMV'da görülen pek çok komplikasyonu önleyebilir ve benzer derecede yarar sağlayabilir. Yapılan bir metaanalize göre NIMV'un endotrakeal entübasyona gidişi ve mortaliteyi azaltmadığı bildirilmiştir. Halen tartışmalı olması ve literatürde sık rastlanmaması nedeniyle NIMV ile başarılı bir şekilde tedavi ettiğimiz ARDS olgumuz ile ilgili tecrübelerimizi paylaşmak istiyoruz.

Gereç ve Yöntemler: 26 yaşındaki erkek hasta Burkitt lenfoma tanısıyla aldığı kemoterapi tedavisi sonrası 10.günde nötropenik ateş ve sepsis ilişkili ARDS tanılarıyla yoğun bakım ünitemize devralındı. Direkt akciğer grafisinde bilateral yaygın infiltrasyonlar saptandı. 6 lt/dk nasal oksijen verilirken alınan arteriyel kan gazında Ph: 7,47 PO2: 51,4 mmHg, PCO2: 30 mmHg, HCO3: 22,4 mmol/l SaO2: %89 olarak ölçüldü. PO2/FiO2<150 idi. Genel durumu orta, bilinci açık, koopere ve oryente ancak takipneik (30/dk), hipotansif (TA: 85/45 mmHg) ve taşikardik (110/dk) olan hastaya yakın monitorizasyon eşliğinde CPAP modunda CPAP: 15 cm H2O ve FiO2: %50 ayarlarıyla NIMV tedavisine başlandı. İzlem süresince yakın invaziv monitorizasyon ve günlük akciğer grafileri ile takip edildi.

Bulgular: 1 saat NIMV uygulamasından sonra solunum sayısı: 18/dk, TA: 130/80 mmHg, nabız: 100/dk ve alınan arteriyel kan gazında Ph: 7,46, PO2: 90 mmHg, PCO2: 38 mmHg, HCO3: 24 mmol/l, SaO2: %95 olarak ölçüldü. Hasta NIMV'dan ayrıldığında desature olduğundan yakın pulse oksimetre ve arteriyel kan gazı takipleri ile 48 saat aralıksız NIMV'a devam edildi. 48 saat sonunda CPAP ihtiyacı azalmaya başlayan hastanın NIMV'dan ayrıldığı süreler kademeli olarak arttırılarak nazal oksijen desteği ile izlenmeye başlandı. 72 saatlik izlem sonrası klinik, radyolojik ve laboratuvar olarak düzelve sağlanan hasta servis izlemine devredildi.

Sonuç: ARDS için NIMV rutin tedavi yöntemi olarak önerilmemektedir. IMV ile ilgili komplikasyonlar nedeniyle mekanik ventilasyon ihtiyacı olan bir hastada entübasyondan önce hastanın NIMV için uygun bir hasta olup olmadığı değerlendirilmeli ve uygunsuz NIMV uygulanmalıdır. Özellikle erken dönemde ve hafif ARDS'si olanlarda dikkatle denenebilir. Ağır olgularda ise başarısızlık oranı yüksek olsa bile endotrakeal entübasyon uygulaması çok şart değilse NIMV denenmesi hava yollarını korumak, bilinç kaybını veya nefes darlığını engellemek için uygun olabilir. Ancak, NIMV ile hasta iyileşmiyor, kötüleşiyorsa IMV uygulaması geciktirilmemelidir.

P 22

BAŞARISIZ WEANING SÜREÇLERİNDE ANKSİYETENİN ROLÜ

Yusuf Savran, Tuğba Başoğlu

9 Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi Dahiliye Anabilim Dalı, Dahiliye Yoğun Bakım Servisi, İzmir, Türkiye

Amaç: Yoğun bakım ünitelerinde anksiyetenin potansiyel negatif etkilerinden biri de weaning sürecinin zorlaşmasıdır. Klinik olarak weaning için hazır olan hastalarda alta yatan solunumsal bir hastalık olmadığı halde, ekstübasyon sonrası dispne, takipne, taşikardi, terleme gibi anksiyeteye bağlı bulgular görülebilmektedir. Bu nedenle tekrarlayan başarısız weaning denemeleri ile uzamış entübasyon süreleri arasında kısır döngü oluşur. Yoğun bakım ünitemizde anksiyeteye bağlı tekrarlayan weaning süreçleri sonrası sedasyon altında ekstube olan olgumuz ile ilgili tecrübelerimizi paylaşacağız.

Gereç ve Yöntemler: Nisan 2010'da canlı vericiden renal transplantasyon öyküsü olan ve immunsupresif tedavi alan 44 yaşında erkek hasta toplum kökenli pnömoni ve buna bağlı tip 1 solunum yetmezliği tanıları ile yoğun bakım ünitemize yatırıldı. Hasta entübe edilerek mekanik ventilasyon (MV) desteğine başlandı. İzlemede akciğer grafilerinde infiltrasyonda azalma ve laboratuvar değerlerinde klinik düzelme, komplikansında artma, hemodinamik olarak da stabil hale gelmesi ve bilincinin açık, kas gücü tam, sesli uyaran ve emirlere yanıtının tam olması üzerine sedasyonu kesilerek ekstübasyon denendi.

Bulgular: Ekstübasyondan 1 saat sonra hastada dispne, takipne, terleme ve ajitasyon gelişmesi ve oksijen saturasyonlarının düşmesi üzerine yeniden entübe edilerek MV desteğine devam edildi. Uygun şartlar altında yapılan 2. Ekstübasyon denemesi de 10. saatte başarısızlıkla sonuçlanan hastanın klinik ve laboratuvar olarak weaninge hazır olduğu; ancak psikolojik olarak da sürece hazırlanması gerektiğini düşündük. Yeniden başlayan süreçte hastanın anksiyetesini gidermek için ek önlemler alınmalıydı. Hastanın kendisini ifade edebilmesi için okuma kartları ile sık sık iletişim kuruldu. Kendisine uygulanan her türlü bakım ve tıbbi yöntem uygulaması anlatılarak yapıldı. Midazolam infüzyonuna 2 mg/saat dozundan devam edildi. Üçüncü weaning süreci başarı ile sonuçlanan hastanın midazolam infüzyonu 24 saat daha devam ettirildi ve tedavisinin tamamlanması ardından şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Yoğun bakım ünitelerinde görülen anksiyetenin potansiyel olumsuz etkilerinden en önemlisi oksijen tüketiminde artış ve mekanik ventilatör faydalanımında azalmadır. Bu da uzamış entübasyon süreleri ve başarısız weaning süreçlerini beraberinde getirir. Biz de olgumuzda klinik olarak mekanik ventilatör desteğine ihtiyacı kalmamasına rağmen, anksiyeteye bağlı başarısız weaning denemeleri tecrübe ettik. Anksiyete klinikte solunum yetmezliği gibi presente olduğundan; yaklaşımımızda yanıtıcı faktör oldu. Olgumuzda medikal tedavi yanı sıra psikolojik destek sağlandığında weaningde daha başarılı olduğumuzu gördük.

P 23

YAŞLI HASTALARDA AKUT HİPERKAPNİK SOLUNUM YETMEZLİĞİ TEDAVİSİNDE NON İNVAZİV MEKANİK VENTİLASYONUN ETKİNLİĞİNDE FARKLILIK VAR MI?

Fatma Çiftci, Duygu Acar, Miraç Öz, Aydın Çiledağ, Akın Kaya

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Çebeci, Ankara, Türkiye

Amaç: Non invaziv pozitif basınçlı mekanik ventilatör (NIMV) farklı etiyojilere bağlı akut solunum yetmezliği tedavisinde son on yıldır etkin olarak kullanılmaktadır. Hasta yaşının NIMV ile tedavi başarısı üzerindeki etkileri ile ilgili yapılan araştırmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. NIMV ile tedavinin yaşlı hastalarda etkinliğini değerlendiren araştırma sayısı ise çok azdır.

Bu araştırma akut hiperkapnik solunum yetmezliği (AHSY) tanısıyla Yoğun Bakım Ünitesi'ne (YBÜ) yatırılan yaşlı hastalarda (>65 yaş) NIMV'ün etkinliğini araştırmak amacıyla düzenlenmiştir.

Gereç ve Yöntemler: Prospektif olarak planlanan araştırmaya AHSY ile YBÜ'nde tedavi verilen 12 hasta (4 kadın, 8 erkek) dahil edildi. Hastaların NIMV tedavi öncesi klinik bulguları ve arter kan gazı değerlendirilerek invaziv mekanik ventilasyon ihtiyacı olan hastalar araştırma dışında bırakıldı. Araştırmaya katılan hastaların Glasgow Koma Skoru

(GKS) ve APACHE 2 skoru hesaplandı. NIMV BPAP cihazı ile Spontan/ Timed (S/T) mod ile başlandı. Tüm hastalara yüz maskesi uygulandı. İnspiratuar pozitif basınç (IPAP) 10 cmH₂O ve ekspiratuar pozitif basınç (EPAP) 5 cmH₂O ile başlanarak IPAP 22 cmH₂O ve EPAP 8 cm H₂O'a kadar artırıldı. Başlangıç ve günlük AKG değerleri, FiO₂ ve BPAP süreleri kaydedildi.

YBÜ'nde yedi günlük takibinde invaziv mekanik ventilasyon ihtiyacı olan veya takibinde exitus olan hastalar tedavi başarısızlığı olan grup olarak kabul edildi. Her iki grubun başlangıç klinik parametreleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşları 74,08±6,74 olarak hesaplandı. Akut solunum yetmezliği etiyojisi değerlendirildiğinde 10 hastada kronik obstrüktif akciğer hastalığı alevlenmesi, 3 hastada akut kardiyojenik pulmoner ödem, 1 hastada bronşektazi ve 1 hastada obstrüktif uyku apnesi izlendi. Hastaların ortalama GKS değeri 13,08±4,35 ve APACHE 2 skoru 22,8±8,26 bulundu.

Araştırma süresince 5 hastada IMV tedavisine geçildi. IMV desteği alan 5 hastadan 4'ü takibinde exitus oldu. 5 hasta tedavi başarısızlığı olan gruba dahil edildi.

Tedavi başarısızlığı olan grupta 1 hasta pulmoner ödem ve 4 hasta KOAH alevlenme tanılarıyla takip ediliyordu.

Tedavi başarısızlığı olan grupta yaş ortalaması daha yüksek bulundu (78,0±8,3 vs 69±3,9) (p<0,05). Bu grupta tüm hastalar erkek cinsiyeteydi.

Tedavi başarısızlığı olan grupta GKS daha düşük (9,1±3,2 vs 14,1±4,4) ve APACHE 2 skoru (28,2±6,5 vs 19,7±4,8) daha yüksek bulundu.

Sonuç: Akut hiperkapnik solunum yetmezliği olan yaşlı hastalarda NIMV tedavisinin etkinliğini belirleyen faktörler yaş, başlangıçtaki solunum hızı, Glasgow Koma Skoru (GKS) ve APACHE 2 skorudur.

Araştırma devam etmekte ve olgu sayısının artmasıyla daha anlamlı sonuçlara ulaşılması beklenmektedir.

P 24

SPONTAN HEMORAJİK NEKROZ GELİŞEN BİR ADRENAL FEOKROMOSİTOMA OLGUSU

Yusuf Savran, Güntuğ Güngör, Tuğba Başoğlu, Sevgi Öztürk, Muhammet Limon

9 Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi Dahiliye Anabilim Dalı, Dahiliye Yoğun Bakım Servisi, İzmir, Türkiye

Amaç: Feokromositoma adrenal veya ekstra-adrenal dokunun aşırı katekolamin sentezine neden olan tümöral oluşumdur. Poliklinik kontrolüne başvuran hipertansiyon hastaları arasında prevalansı %0,1-%0,6 arasında değişmektedir. Literatürde massif nekroz, tümör içine kanama, tümör kapsülünde yırtılma ve retroperitoneal bölgeye kanama ile seyreden spontan rüptüre feokromositoma olguları tanımlanmış olup biz de spontan olarak kitle içine kanama sonrası nekroz gelişen bir feokromositoma olgumuzu paylaşmak istedik.

Gereç ve Yöntemler: 56 yaşında bayan hasta 1 aydır başlayan bulantı, kusma, baş dönmesi ve aralıklı künt vasıfta sol alt kadranda karın ağrısı ve 1 ayda 15 kg kilo kaybı yakınmaları ile dahiliye polikliniğine başvurdu. Yapılan tetkiklerde sedimentasyonu: 90 mm/s ve hipokrom mikrositer anemisi saptanan hasta ileri tetkik amacıyla dahiliye servisine yatırıldı. Servis izleminde ataklar şeklinde terleme, taşikardi ve tansiyon yüksekliği (TA: 200/110 mmHg) gözlenen hastanın 24 saatlik idrar tekikinde metanefrin: 18642,81, normetanefrin: 6547,2, dopamin: 163,88, epinefrin:

561,33, norepinefrin: 332,03, VMA: 51,13, HVA: 10,24, 5 HİAA: 5,07 olarak saptandı. Hastanın abdominal MR görüntülemesi sol sürrenal bezde yaklaşık 8x8x9 cm boyutlarında spontan adrenal kanama izlenmiş olup hastanın yapılan torakoabdominal tomografisi ile birlikte değerlendirildiğinde kitlesel lezyon zemininde kanama dışlanamamaktadır şeklinde raporlandı.

Bulgular: Genel cerrahi tarafından opere edilen hastanın adrenal rezeksiyon materyalinin patolojik incelemesi; makroskopik olarak çoğu alanda enkapsüle görünümde tümöral dokuyu anımsatan kitlesel yapı görülmüştür (*). Alınan çok sayıda kesitlerde tüm adrenal medullada yerleşmiş kitlesel yapıda ve bazı alanlarda korteksi de silen yaygın nekroz görülmüştür. Nekroz çevresinde organize olmuş histiyositlerden zengin, vaskülarizasyonu belirgin, arada yabancı cisim dev hücrelerini içeren granülasyon dokusu bulunmaktadır. Kitlesel yapıdaki nekroz alanında hücresel yapıyı belirlemeye yönelik immünohistokimyasal boyamaların hiçbirinde olumlu boyanma olmamıştır, ki-67 ile bu alanda canlı hücre görülmemiştir şeklinde raporlanarak hastada feokromasitoma zemininde spontan yaygın nekroz tablosu düşünülmüştür.

Sonuç: Literatürde feokromositomasi olan olgularda spontan hemorajik nekroz sınırlı vaka grubunda bildirilmekle birlikte oluşum mekanizması ile ilgili net bir bilgi bulunmamaktadır. Nadir rastlanan bu durum bazı olgularda hızlı tümör büyümesine bağlı olarak artan hormon salgısı ve erken sürede yüksek basınç artışı tablosu ile tümör dokusu içindeki damarsal yapılarda yırtılma stressi ile meydana gelen sürece bağlı olmaktadır şeklinde değerlendirilmiştir.



(*): Makroskopik olarak çoğu alanda enkapsüle görünümde tümöral dokuyu anımsatan kitlesel yapı görülmüştür.

P 25

HASTA YAKINLARININ FİZİKSEL KISITLAMAYA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

Burcu Bayrak Kahraman¹, Güler Duru Aşiret², Gönül Yıldırım³, İmatullah Akyar², Gülşen Kışlak Aytekin⁴, Asuman Öz⁵

¹Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye

²Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye

³Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Ankara, Türkiye

⁴Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara, Türkiye

⁵Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara, Türkiye

Amaç: Fiziksel kısıtlama hasta güvenliğini sağlamak için fiziksel veya

mekanik aletlerin hastanın vücuduna bağlanarak veya sağlık personeli tarafından hastaya kısa süreli fiziksel güç uygulanarak hasta hareketlerinin kısıtlanmasıdır. Sıklıkla yoğun bakım, psikiyatri, acil servis gibi ünitelerde uygulanan; hastanın özerkliğini kısıtlayan, yanlış kullanımı yaralanma ve ölümlere yol açabilen fiziksel kısıtlama, aydınlatılmış onam formu kullanılmasını gerektirmektedir. Söz konusu ünite koşullarında pek çok girişim için onam, hasta yakınları tarafından sağlanmaktadır. Bu nedenle yoğun bakım ünitelerinde sıklıkla kullanılan fiziksel kısıtlamaya ilişkin olarak hasta yakınlarının bilgilendirilmesi önem taşımaktadır. Literatürde konuyla ilgili çalışmaların sağlık personelinin yaklaşımı, tutumları ve duygularını belirlemeye odaklanması ve hasta yakınlarının görüşlerini ortaya koyan bir çalışmaya rastlanmaması nedeniyle bu çalışma planlanmıştır. Araştırma yoğun bakım ünitelerinde yatan ve fiziksel kısıtlama uygulanan hastaların yakınlarının fiziksel kısıtlamaya ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Araştırma 30 Nisan-15 Ekim 2012 tarihleri arasında Ankara'da bir üniversite hastanesinin Dahiliye ve Cerrahi yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) yatan 35 hasta yakını ile yapılmıştır. Veriler YBÜ'de çalışan hemşireler tarafından kısıtlama uygulanan hasta yakını ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından ilgili literatür incelenerek geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Veriler SPSS 15.0 istatistik paket programı aracılığı ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan hasta yakınlarının %54,3'ü kadın ve yaş ortalamaları 40,4±6,7'dir. Hasta yakınlarının %82,9'u hastanın birinci dereceden yakınıdır. Araştırma kapsamına alınan bireylerin %82,9'u hastalarının neden fiziksel kısıtlandığına ilişkin bilgi verildiğini belirtmesine karşın %88,6'sı kendilerinden fiziksel kısıtlama için onam alınmadığını ifade etmişlerdir. Fiziksel kısıtlama uygulanan bireylerin %94,3'ünün yalnızca kollarının, %5,7'sinin ise kol ve bacaklarının kısıtlandığı, kısıtlama nedeni olarak da %68,6'sı tedaviye uyumsuzluk, %20'si kendine zarar verme ve %14,3'ü de ajite olmalarını belirtmiştir. Kısıtlanan hastaların %5,7'sinin ekstremitesinde şişlik ve morarma görüldüğü belirlenmiştir. Hasta yakınlarının %88,6'sı hastaları için fiziksel kısıtlamanın gerekli olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. Gerekli olmadığını düşünenlerin %8,6'sı ise hastalarının yanında kalmalarını fiziksel kısıtlamaya çözüm olarak önermişlerdir.

Sonuç: Araştırmada hasta yakınlarının fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi almalarına rağmen aydınlatılmış onam vermedikleri ve çoğunluğunun fiziksel kısıtlamayı gerekli gördüğü görülmüştür. Tedaviye uyumsuzluk, kendine zarar verme, ajitasyon gibi hasta tepkilerinin ve fiziksel kısıtlamanın yarattığı yaralanmaların, daha az oranda olmasına karşın hasta yakınlarının hasta yanında bulundurulması önerisi ile azaltılabileceği düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler: Fiziksel kısıtlama, hasta yakını, hemşire

P 26

KOROZİF ÖSOFAJİT OLGUSUNDA ORAL GLUTAMİN DESTEĞİ

Cengizhan Emre¹, İlhami Demirkapı¹, Cihan Döğer¹, Didem Katar², Semih Aydemir¹, Metin Kılınç¹

¹Etilik İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, Ankara, Türkiye

²Etilik İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

Giriş: Yakıcı maddelerin alımı sonrasında, ösofagusta gelişen inflamasyon

yon ve hasar korozif ösofajit olarak adlandırılır. Korozif ösofajit nedeni olan madde asit veya alkali, sıvı ya da katı olabilir. Korozif ösofajitlerin %75-90'ından alkali maddeler sorumludur ve önemli sekellerin gelişmesi de daha çok alkali kimyasallar nedeniyle olmaktadır. Potasyum suda çözünen güçlü alkali bir elementtir. Bu makalede saf potasyum çözeltisinin içilmesine bağlı gelişen korozif ösofajitli olgu sunulmaktadır.

Olgu: Elliye yaşında çiftçilikle uğraşan erkek hasta tarlada çalışırken susuzluğunu gidermek amacıyla su olduğunu düşündüğü, su gibi berrak, kokusuz, sıvıdan içtiğini ancak içtikten hemen sonra ağzında yanma ve acı tat hissetmesi üzerine geri çıkardığını ifade etti. Yanma hissini şiddetlenmesi ve solunum sıkıntısı nedeniyle hastaneye getirilen hasta hastanemiz acil servisinde monitörize edildi. Fizik muayenede oral mukoza hiperemik, uvula ödemliydi. Dinlemekle akciğerlerinde stridor ve yaygın ronküz tespit edildi. Gastroenterolog tarafından yapılan endoskopik incelemede; oral mukoza, uvula ve epiglot çevresinde ileri derecede ödem ve eksudalar izlendi. Özefagus proksimalinden itibaren lümeni çepeçevre saran kirli sarı renkte kalın tabaka oluşturmuş eksuda izlendi, mideye zorlanarak geçildi, görülebilen mide mukozası normaldi. Klavuz tel eşliğinde mideye beslenme tüpü yerleştirildi. Hastanın oral alımı kesildi. Yoğun bakımda hastaya klaritromisin 500 mg 2x1 gram IV, ampicilin/sulbaktam 4x1 gram IV, teofilin 200mg solüsyon 2x1, parasetamol solüsyon 3x1000 mg, 100 mg ranitidin HCL), parenteral beslenme başlandı. Yedinci gün sonunda hastaya glutamin 2x5 mg/gün oral olarak başlandı. Yirmibir günlük oral glutamin tedavisi sonrasında endoskopide mukozanın iyileştiği, özefagusta yapısal kalınlaşmalar olduğu görüldü.

Tartışma: Glutamin GİS için primer enerji kaynağı olup mukoza iyileşmesinde, enfeksiyon gelişmesini önlemede önemli bir aminoasittir. GİS mukozasının korunması, atrofisinin engellenmesi ve bakteriyel translokasyonun önlenmesinde önemli rol oynar. Katabolik durumlarda glutamin ihtiyacı kas yıkımı ile karşılanır. Korozif ösofajit tedavisinde, mukoza hasarının onarımı ve hızlı iyileşme amacıyla oral yolla kullanılan glutamini etkili olabileceğini düşünüyoruz.

P 27

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE PERKÜTAN ENDOSKOPIK GASTROSTOMİ DENEYİMİ

Kürşat Gündoğan¹, Ramazan Coşkun¹, Gamze İçaçan², Alper Yurci³, Recep Civan Yüksel², İsmail Hakkı Akbudak⁴, Muhammet Güven¹, Murat Sungur¹

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi, Kayseri, Türkiye

²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye

³Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Gastroenteroloji Bilim Dalı, Kayseri, Türkiye

⁴Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi, Denizli, Türkiye

Amaç: Perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) çeşitli nedenlerle oral yoldan beslenemeyen ancak gastrointestinal fonksiyonları normal olan hastalarda nutrisyon desteği sağlamak için tercih edilen bir yöntemdir. Bu çalışmanın amacı Gastroenteroloji Ünitesi tarafından PEG uygulanan hastaların demografik özelliklerini ve komplikasyonlarını araştırmaktır.

Gereç ve Yöntemler: Bu çalışma bir Üniversite Hastanesinde 2004-2012 yılları arasında PEG takılan hastaları kapsamaktadır. Çalışma retrospektif olarak yapıldı. Çalışmaya alınan hastaların PEG öncesi beslenme beslenme şekli ve süresi, kullandığı antikoagülan ilaçlar, takılma nedeni, öncesi enfeksiyonları, değişim yapıldı ise nedenleri, alt hastalıkları, kullanılan antibiyotikleri ve takılma sırasında kullanılan sedatif ilaçları, oluşan komplikasyonları kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 128 hastanın 91'i erkek (%71), 37'si (%29) kadındı. Yaş ortalaması 53,9±19,5 yıl idi. En fazla takılma endikasyonu serebrovasküler hastalık (SVH) (%26,6) idi. PEG takılmadan önce hastaların %52,4'ü nazogastrik sonda ile %32,8'i parenteral, %14,8'i oral olarak beslenmekte idi. PEG takılmadan önce parenteral veya NG yolla hastaların beslenme süresi 42,6±33,7 gün idi. %46,9'nun pnömonisi, %6,3'nün üriner enfeksiyonu, %3,1'nin kateter enfeksiyonu vardı. %7 hastaya profilaktik antibiyotik başlandı. %55,5 hasta ise takılma esnasında antibiyotik kullanılmadı idi. Hipertansiyon en fazla tespit edilen alt hastalıktı (%19,5). Hastaların %44,5'inde trakeostomi takılı idi. İşlem esnasında hastaların %96'sına midazolam ve %4'üne propofol kullanıldı. İşlemden önce hastaların %14,1'i ASA, %16,4'ü düşük molekül ağırlıklı heparin, %2,3'ü ise klasik heparin kullanılmakta idi. İşlem sırasında %5 hastada minor kanama meydana geldi. Takipleri sırasında %81,3 hastada herhangi bir komplikasyon gelişmedi. %12,5 hastada enfeksiyon, %5,5 hastada peristomal kaçak ve %1 hastada ise PEG etrafında ülser görüldü. Hastaların %11,7'sinin PEG'i değiştirildi.

Sonuç: PEG uygulaması uzun süreli nutrisyon sağlamada etkili ve güvenilir bir yoldur. Oral yoldan beslenemeyen hastalarda PEG uygulaması mortalite ve morbiditesi düşük, genel anestezi gerektirmeyen, minimal invaziv bir işlemdir.

P 28

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNE KABUL EDİLEN HASTALARIN DOKTOR VE HEMŞİRELER TARAFINDAN TAHMİN EDİLEN BOY UZUNLUĞU VE VÜCUT AĞIRLIKLARI İLE GERÇEK BOY VE VÜCUT AĞIRLIKLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Nuray Delen¹, Burcu Bayrak Kahraman², Çiğdem Özdemir¹, Melda Türkoğlu¹, Gülbin Aygencel¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara, Türkiye

²Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye

Amaç: Araştırma yoğun bakım ünitesine kabul edilen hastaların, doktor ve hemşireleri tarafından tahmin edilen boy ve vücut ağırlıkları ile gerçek boy ve vücut ağırlıklarının karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Araştırma Mart-Ekim 2012 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi iç hastalıkları yoğun bakım ünitesine kabul edilen, iletişim kurulabilen ancak boy ve vücut ağırlığını bilmeyen ve iletişim kurulamayan 68 hasta ile yapılmıştır. Hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin veriler araştırmacılar tarafından geliştirilen veri toplama formu ile toplanmıştır. Boy ve vücut ağırlığına ilişkin olarak yatıştan sonraki ilk 24 saat içinde her hastanın hemşire ve doktorundan hastanın boy ve vücut ağırlığını tahmin etmesi istenmiş ve tahminler kayıt edilmiştir. Gerçek boy uzunluğu araştırmacılar tarafından hastalar yatar pozisyonunda yatarken mezura ile ölçülerek elde edilmiştir. Vücut ağırlığının belirlenmesinde ise hastalar yatar pozisyonda iken yatak ayaklarına yerleştirilerek ölçüm yapılabilen bir tartı (SOEHNLE PROFESSIONAL 7711) kullanılmıştır. Ölçüm sonuçları araştırmacılar tarafından veri toplama formuna kayıt edilmiştir. Veriler SPSS 15,0 istatistik paket programı aracılığı ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması 63±17 ve %62'si erkektir. Hastaların yoğun bakıma yatış tanılarında ilk sıralarda solunum sıkıntısı ve pnömoni (%38), sepsis (%27), ve gastrointestinal sistem kanamaları (%15) yer almaktadır. Yoğun bakım ünitesine kabul

edildikten sonra ilk 24 saat içerisinde araştırma kapsamındaki hastaların %56'sı mekanik ventilasyon desteği, %40'ı dozu kg göre ayarlanan bir intravenöz ilaç tedavisi almıştır. Doktor ve hemşirelerin, hastaların vücut ağırlığı tahminleri ile gerçek vücut ağırlıkları arasında pozitif, güçlü (r: .855, .855, p=0,00) bir korelasyon bulunmuştur. Benzer şekilde hasta gerçek boy uzunlukları ile doktor ve hemşirelerin tahmini boy uzunlukları arasında da pozitif, güçlü (r: .822, .757, p=0,00) bir korelasyon saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastaların gerçek boy uzunlukları ortalaması 1,64±0,09, gerçek vücut ağırlıkları ortalaması ise 72,45±16,48 olarak belirlenmiştir. Doktorların tahmini boy uzunluğu ortalaması 1,67±0,08, tahmini vücut ağırlığı ortalaması 71,64±12,74 olarak saptanırken hemşirelerin tahmini boy uzunluğu ortalaması 1,66±0,09 ve tahmini vücut ağırlığı ortalaması 72,15±14,62 olarak saptanmıştır.

Sonuç: Sonuç olarak yoğun bakım ünitesinde doktorlar ve hemşireler tarafından tahmin edilen boy uzunluğu ve vücut ağırlıklarının gerçeğe oldukça yakın olduğu belirlenmiştir.

P 29

SEPSİSTE UYGUN HİDRASYONUN YOĞUN BAKIM YÖNETİMİNDEKİ ÖNEMİ

Veysel Özalper, İbrahim Çetindağlı, Özgür Sirkeci, Mustafa Dinç, Müslüm Sağır, Yalçın Önem, Cihan Top

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, İç Hastalıkları Servisi, İstanbul, Türkiye

Amaç: Sepsis %10-90 arası mortal seyreden ve tedavisi oldukça zor olan bir sendromdur. Enfeksiyona abartılı sistemik inflamatuvar yanıtın takibinde tablo sepsisten septik şoka ve sonunda organlarda yetmezlikle ölüme kadar ilerleyebilmektedir. Hızlı, uygun, yoğun takip ve tedavi mortaliteyi azaltabilecek en önemli unsurlardır. Burada diyabetik ayak enfeksiyonuna sekonder gelişen ve bir çok komplikasyonla seyreden ağır sepsisli bir olgu sunulmaktadır. Amacımız sepsisin iyi organize olmuş yoğun bakım şartlarında yönetilmesinin mortaliteyi azaltabileceğini tekrar vurgulamak ve uygun hidrasyonun önemini belirtmektir.

Gereç ve Yöntemler: Olgumuz 71 yaşında bilinen HT, DM, KKY, AF tanıları olan ve 2006 yılında CABG+MVR operasyonu geçirmiş, warfarin kullanmakta olan bir kadın hastadır. Son 3-4 gündür olan halsizlik, üşüme, titreme, şuur bulanıklığı ve son 24 saatte idrar yapamama nedeniyle hasta acil servise getirilmiştir. Hasta diyabetik ayak yara enfeksiyonuna sekonder sepsis öntanısı ile yoğun bakımımıza yatırılmıştır.

Bulgular: Bulgular tablo halinde sunulmuştur.

Sonuç: Ağır sepsis, ABH ve warfarin koagülopatisi öntanıları ile yoğun bakımda takibe başlanan hastaya inotropik ajan ihtiyacı olmadan kristaloid mayi replasmanı, teicoplanin-piperacillin/tazobactam ampirik antibiyoterapi, TDP replasmanı ve gerekli medikasyonlar uygulandı. 4 saat sonra OAB: 70 mmHg'nin üzerine çıkan hasta 6 saat sonra idrar çıkarmaya başladı. 24 saat içinde genel durumu ve metabolik tablosunda düzelmeye gözlemdi. 12 gün sonra ortopedi servisine diz altı amputasyon yapılmak üzere nakledildi. Hasta amputasyon sonrası 10. günde taburcu edildi.

Sonuç olarak diyabetik ayak enfeksiyonları hastamızda olduğu gibi ağır sepsise kaynak teşkil edebilir. Sepsis yönetiminde hedef kaynak tesbiti/kontrolü, tanısasal amaçlı kültür, geniş spektrumlu antibiyoterapi (erken saatlerde yapılması önemli), uygun hidrasyon (CVP: 8-12 mmHg, OAB: 65 mmHg, idrar çıkışı>0,5 ml/kg/h olacak şekilde) çok önemlidir.

Olgumuzun ilgi çekici olan tarafı ise ağır sepsis tablosunun inotropik ajan ihtiyacı olmadan uygun hidrasyon ve erken antibiyoterapi ile düzelmesidir. Normal şartlarda TDP'nin volüm genişletici olarak kullanılmaması istenmekle beraber olgumuzda tablonun düzelmesine katkısının olabileceği düşünülmektedir.

Vital Bulgular	TA	Nbz	Ateş	SS		
	68/25 mmHg	112/dk (aritmik)	34,6°C	24/dk		
Fizik Muayene	<ul style="list-style-type: none"> Genel durumu kötü, letarjik Sağ popliteal arter ve distalindeki nabızlar non-palpabl Sağ ayak 2.parmak nekroze, parmak proksimalinde ülser, etrafı eritemli lezyon mevcut (Wagner 4-5) (Resim olarak gösterilmiştir) 					
Laboratuvar	WBC	Üre	Kreatinin	Sedim	CRP	INR
	21300/µL	192 mg/dL	3,02 mg/dL	124 mm/h	106 mg/L	6,8
Radyoloji	<ul style="list-style-type: none"> Doppler USG'de sağ popliteal arterde monofazik akım, proksimali trifazik, distalinde ise akım alınmadı 					



P 30

LİTYUM İNTOKSİKASYONU: OLGU SUNUMU

Belgin Akan, Deniz Erdem, Duygu Kayar, Derya Gökınar

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Reanimasyon I Kliniği, Ankara, Türkiye

Giriş: Lityum, bipolar bozukluk tedavisinde kullanılan ve tedavi edici doz aralığı dar (0,6-1,2 mEq/L) olan bir ilaçtır. İntihar amaçlı ya da kazayla fazla alınması ile akut, yandaş hastalıklar veya birlikte kullanılan ilaçlara bağlı kronik intoksikasyon görülebilir.

Olgu: Bipolar bozukluk nedeniyle 20 yıldır 1200mg/gün lityum kullanan 52 yaşındaki erkek hasta bir hafta önce başlayan dengesizlik, konuşma ve yürüme zorluğu, bulantı, kusma şikayetleri ile acil servise başvurdu. Eşlik eden koroner arter hastalığı, hipertansiyon ve hiperlipidemi nedeniyle ilaç kullanıyordu. Yakınlarından bir hafta önce el ve ayaklarında şişme olması nedeniyle tedavisine diüretik eklendiği öğrenildi. Diüretik kullanımı ile şikayetlerinin arttığı öğrenilmesi üzerine bakılan kan lityum düzeyi 4,9 mmol/L ölçüldü.

Yakın izlem ve tedavi amaçlı yoğun bakıma kabul edilen hastanın bilinci açık, oriante ve koopereydi. Konuşma ve hareket güçlüğü, ellerde ince tremor saptandı. Diğer sistem muayeneleri normal idi. Monitörizasyon sonunda hipotansiyon ve sinüzal taşikardi saptandı. Biyokimyasal olarak üre ve kreatinin yüksekliği, GFH'ında düşme, arteriyel kan gazında ise metabolik asidoz saptandı. Sıvı ve bikarbonat replasmanı sonrası bir kez hemodiyaliz yapıldı. Bulantı, kusma kayboldu. Kan lityum düzeyleri kademeli olarak 3. Gün 1,08 mmol/L'e düştü. 5. gün bulguların düzelmesi sonucu taburcu edildi.

Tartışma: Lityumun tedavi edici doz aralığı dar olduğundan ilacın kullanımı sırasında kan düzeylerinin sıkı takibi gerekir. Kan düzeylerindeki yükselme başta tiroid, paratiroid ve böbrekler olmak üzere tüm vücudu etkileyebilmektedir. Birlikte kullanılan ilaçlar (non steroid antiinflamatuvar ilaçlar, ACE inhibitörler ve bu hastada olduğu gibi diüretikler), eşlik eden diğer hastalıklar (dehidrasyon, enfeksiyonlar) toksisite oluşma riskini artırır. Tedavi semptomatiktir.

Literatürde lityum eliminasyon hızı hesaplanıp 1 mmol/L düzeyine düşmesi için gereken tahmini süre 36 saati aşarsa bu düzeye düşene kadar hemodiyalizin sürdürülmesini öneren kaynaklar yanında, hemodiyaliz olmadan başarılı sıvı desteği ile tedavi edilen olgular olduğu bildirilmektedir. Olgumuz 4,9 mmol/L kan düzeyi ile nörolojik semptomlar göstermesi üzerine bir kez hemodiyalize alındı. Olguda hemodiyaliz devamı için önerilen bilinen konjestif kalp yetmezliği, karaciğer ve böbrek yetmezliği, sepsis gibi komorbid durumlar bulunmamaktaydı. Bu nedenle olguya tedavinin devamında saatlik idrar çıkışı, böbrek fonksiyon testi ve elektrolit takibi ile sıvı tedavisi uygulandı.

Sonuç: Kronik lityum intoksikasyonu ile gelen bu olguda toksikasyona zemin hazırlayan etkenler, toksikasyondan etkilenebilecek sistemler değerlendirilmiş, hemodiyaliz ve eşlik eden etkili sıvı tedavisinin önemi vurgulanmıştır.

P 31

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN İŞ YÜKÜNÜN BELİRLENMESİ

Sürücü, Ş.¹, Göçmen Avcı, G.², Çifçi, M.³, Türker, S.⁴

¹Fulya Acıbadem Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürü, İstanbul, Türkiye

²Fulya Acıbadem Hastanesi Sorumlu Hemşire, İstanbul, Türkiye

³Fulya Acıbadem Hastanesi Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi, İstanbul, Türkiye

⁴Fulya Acıbadem Hastanesi Eğitim Gelişim Hemşiresi, İstanbul, Türkiye

Amaç: Özel bir grup hastanesinde yer alan genel, koroner, kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin iş yüklerinin belirlenmek amacıyla planlanmış bir çalışmadır.

Gereç ve Yöntemler: Araştırma, tanımlayıcı türde yapılmış bir çalışmadır. Araştırmanın evreni, 02 Ocak-06 Şubat 2012 tarihleri arasında

özel bir sağlık grubunda yer alan 5 hastanenin genel, koroner, kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışan 150 hemşireden; örnekleme ise oransız küme örnekleme yöntemi ile seçilen 38 hemşirenin uygulamalarından oluşmaktadır.

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından oluşturulan bir "Genel Bilgi Formu" "Cheltenham Hasta Sınıflandırma Ölçeği" ve "Hemşirelik Uygulamaları Listesi" kullanılarak toplandı. Hemşirelik uygulamaları listesi, gece ve gündüz shiftinde çalışan hemşireler tarafından doldurulmuştur. Shiftin başlangıcından bitişine kadar yapılan tüm işlemlere ayrılan süreler, 10 dakika ara ile listeye kaydedilmiştir. Bu hastalara aynı zamanda cheltenham hasta sınıflandırma ölçeği de uygulanmıştır. Çalışma hemşirelerin her shiftte dahil olduğu bir haftalık süre içinde yapılmıştır. Çalışmaya katılan hemşirelere, cheltenham hasta sınıflandırma ölçeğinin ve hemşirelik uygulamaları listesinin nasıl doldurulacağı hakkında bilgi verilmiştir.

Çalışmanın yapılması için öncelikle etik kurul ve kurum izni alındı. Elde edilen verilen SPSS 16.0 kullanılarak istatistiksel olarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Verilen incelendiğinde, çalışmaya katılanların %79'u kadın, %21'i erkektir. Yaş ortalamaları ise 25,23±2,2 şeklindedir. Öğrenim düzeylerine bakıldığında, %55,2 oranıyla lise mezunu olanlar ilk sırada yer almaktadır. Katılımcıların %86,8'i Genel yoğun bakımda çalışmaktadır.

Cheltenham Hasta Sınıflandırma kriterleri değerlendirildiğinde, hastaların %2,6'sı Tip 2 %34,2 Tip 3 %63,2'si Tip 4 grubunda olduğu görülmüştür.

Tablo 1: Hemşirelik uygulama listesinin süre (dakika) dağılımı

Özellik	08: 00-18: 00 vardiyası		18: 00-08: 00 vardiyası	
	Süre (dakika)	%	Süre (dakika)	%
Direk bakım uygulamaları	222	37	286	34
Kayıt ve rapor etme	72	12	105	12,5
Hasta tanınması	114	19	155	18,5
Hasta ile ilişkili dolaylı uygulama	66	11	100	12
Hemşirenin görevi olmayan uygulamalar	90	15	160	19
Bireysel aktiviteler	36	6	34	4
Toplam	600	100	840	100

Hemşirelik uygulama listesine göre hemşireler zamanlarının; Direkt bakım uygulamalarına (08-18 vardiyasında %37, 18-08 vardiyasında %34), daha sonra sırası ile; Kayıtlar (08-18 vardiyasında %12, 18-08 vardiyasında %12,5), Tanılama (08-18 vardiyasında %19, 18-08 vardiyasında %18,5), Hemşirenin görevi olmayan uygulamalar (%15, 18-08 vardiyasında %19), Hasta ile ilişkili dolaylı uygulamalar (08-18 vardiyasında %11, 18-08 vardiyasında %12) ve Bireysel aktivitelere (08-18 vardiyasında %6, 18-08 vardiyasında %4) ayırdıkları görüldü.

Hemşirelik uygulamaları listesinde dikkati çeken bulgular arasında hemşirenin görevi olmayan uygulamalar ve hasta ile ilişkili dolaylı uygulamalara ayrılan zamanın yüksek olmasıdır.

Sonuç: Yoğun bakımlarda hemşirenin direkt hasta bakımı uygulamalarına ayırdığı zaman gündüz vardiyasında %37, gece vardiyasında ise %34 lük bir orana sahip iken, hemşirenin görevi olmayan uygulamalara ayrılan zaman ise gündüz %15, gece ise %19 gibi yüksek bir orana sahiptir.

P 32

YOĞUN BAKIMDAN SERVİSE ÇIKARILAN HAŞTALARIN İLK 48 SAAT İÇİNDE TEKRAR YOĞUN BAKIMA HASTA YATIŞ ORANLARINDAKİ AZALMANIN YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNE SORUMLU HEKİM TANIMLANMASININ OLUMLU ETKİSİ

Nurkan Mertşahin, Gamze Yüce, Sonay Gücesan, Sevtap Yılmaz

Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi, Trabzon, Türkiye

Amaç: Bu çalışma 01/07/2011 ve 01/07/2012 tarihleri arasında Dahiliye Yoğun Bakım (DYBÜ)'de yapılmıştır. Yapılan bu çalışma sorumlu uzman hekimlerin tanımlanmasıyla servise çıkarılan yoğun bakım hastalarının ilk 48 saat içinde tekrar yoğun bakıma yatış oranlarındaki etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Verilerin toplanmasında yoğun bakım ünitesine tekrar yatış oranları bildirim formu ve hasta kayıt defteri kullanılmıştır. Araştırma evrenini eğitim araştırma hastanesi DYBÜ'nde yatan hastalar oluşturmaktadır. Veriler 1 Temmuz 2011-1 Temmuz 2012 tarihleri arasında retrospektif olarak son on iki ayı içerecek şekilde toplanmıştır. 1 Ocak 2012 tarihinden itibaren yoğun bakıma sorumlu uzman doktor tanımlanmıştır. Hasta kabulü, servise çıkarılması ve taburcu edilmesi sorumlu hekimin sorumluluğuna verilmiştir. 2011 son altı ay ve 2012 ilk altı ay yoğun bakıma tekrar hasta yatışları değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik dağılımlar ve ortalamalar kullanılmıştır.

Bulgular: 2011 yılındaki yatan hastaların tekrar yatış oranı %5,47, tekrar yatış mortalite oranı %50, yaş ortalamaları 67,62, cinsiyet %50 kadın %50 erkektir. Tekrar yatış nedeni olarak %50 solunum sıkıntısı, %12,5 gis kanama, %12,5 hipoglisemi, %12,5 konjestif kalp yetmezliği olarak saptanmıştır. 2012 yılında sorumlu hekim tanımlandıktan sonra tekrar yatış oranı %1,81, tekrar yatış mortalite oranı %50, cinsiyet %50 kadın, %50 erkektir. Tekrar yatış nedenleri olarak %50 ca, %50 koah+femur başı fraktürü olarak saptanmıştır.

Sonuç: DYBÜ'ne sorumlu hekim tanımlanmasından sonra servise çıkan ve ilk 48 saat içinde geri dönen hasta yatış oranının azaldığı görülmektedir. Yoğun bakım ünitelerine sorumlu uzman hekimlerin tanımlanmalarının tekrar yatış oranlarındaki etkinliği açısından uygulamanın devamı önerilmektedir.

P 33

YOĞUN BAKIM HASTALARINDA ÖLÇÜM YERİNE GÖRE KAN ŞEKERİ DEĞERLERİ

İbrahim Kurt¹, Mediha Ayhan², Şenol Ayhan¹, Aslıhan Karul³, Engin Güney², Meryem Nil Kaan¹

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

²Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı, Aydın, Türkiye

³Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

Amaç: Kan şekeri düzeyinin yakından izlenmesi ve sıkı kontrolü yoğun bakım ünitelerinde giderek önem kazanmaktadır. Bu nedenle kan şekeri düzeylerinin doğru ve sık olarak ölçülmesi gereklidir. Hastane laboratuvarlarında kan şekeri düzeyi bakılması tedavide aksamaya yol açabilecek

kadar uzun sürdüğü için, glukometre ile yatak başı ölçüm sık olarak yapılmaktadır. Ancak, bu yöntemin diğer ölçüm yöntemleriyle korelasyonunu inceleyen araştırmalar azdır. Çalışmamızın amacı kan şekeri düzeylerini farklı yerlerden ve farklı yöntemlerle ölçmenin sonuçları etkileyip etkilemediğini saptamaktır.

Gereç ve Yöntemler: Sürekli glukoz ölçüm sistemi (CGMS) takılan 5 erişkin hastada 5 gün süreyle, eş zamanlı olarak 4 saat ara ile glukometre (GM) ile parmak ucu kapiller kan, arteriyel, santral ve periferik venöz kan örnekleri biyokimya laboratuvarına (BK) gönderilerek otoanalizörlerle kan şekeri bakılmıştır. Ölçüm yöntem ve yerlerinin değerlerinin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile, birbirleri ile karşılaştırılması Wilcoxon T testi ile, birbirleriyle olan ilişkileri Pearson korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. En küçük varyanslı kan şekeri ölçüm yöntem ve yeri ile diğer ölçüm yöntem ve yerlerinin varyansları Levene testi ile karşılaştırılmıştır. p değeri 0,05 altında olan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Kan şekeri değerlerinin ölçüm yöntem ve yerleri arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. En yüksek ilişki santral venöz BK ile santral venöz GM ve parmak ucu GM ile periferik GM arasında bulunmuştur. Kan şekeri değerleri dağılımı incelendiğinde en homojen dağılımın periferik BK ve en heterojen ve çarpık dağılım ise yöntem bakımından arterden alınan kanlarda olduğu izlenmiştir. En küçük varyanslı olan periferik BK ile diğer değişkenlerin varyansları karşılaştırıldığında, CGMS, santral venöz GM, periferik GM, parmak ucu GM ve GCMS arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış ($p>0,05$), santral venöz BK, arteriyel GM ve arteriyel BK arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,01$).

Sonuç: İstatistiksel olarak en küçük varyans değerinin periferik venlerden alınıp biyokimya laboratuvarına ölçüm yapılan örneklerde olduğu saptanmıştır. Ayrıca kısa sürede sonuç alınabilme, ucuzluk ve doğru sonuç alabilme gibi özelliklerine bakıldığında parmak ucundan alınan kan ile yatak başı glukometre kullanımı şu an için en uygun seçenek gibi görülmektedir.

P 34

ANİ KARDİYAK ARRESTLE YOĞUN BAKIMA ALINAN TEDAVİYE DİRENÇLİ UZUN QT SENDROMU

Mücahit Gür¹, Leyla Kutlucan², Hakan Tibilli³, Ali Kutlucan¹, Yasin Türker³, Leyla Yılmaz Aydın⁴, Süber Dikici⁵, Gökhan Celbek¹

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye

²Düzce Devlet Hastanesi, Anesteziyoloji Bölümü, Düzce, Türkiye

³Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye

⁴Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye

⁵Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye

Giriş: Uzun QT (LQT) sendromu; EKG'de uzamış QT mesafesi, ventriküller aritmiler, torsade de pointes nedeniyle gelişen senkop ve ölümlerle karakterize heterojen bir sendromdur. Edinsel veya konjenital olabilen ventriküler repolarizasyon fazındaki uzama sonucu, mortal seyreden aritmiler oluşabilmektedir. Edinsel formda neden; QT mesafesini uzatan ilaçlar, elektrolit bozuklukları, çeşitli metabolik hastalıklar iken, konjenital formda ise iyon kanallarını kodlayan genlerde mutasyonlar sorumludur. Burada, daha önceden bilinen hiçbir hastalığı ve ilaç kullanımı olmayan ve ani kardiyak arrestle yatırılan olgu sunulmuştur.

Olgu: Elli bir yaşında, bilinen bir rahatsızlığı olmayan bayan hastada gelişen ani bilinç kapanması ve bayılma sonrası, yaklaşık 6-7 dk içinde

gelen sağlık personellerince, kardiyopulmoner arrest saptaması üzerine, 8-10 dakika resüsite edilip acil servisimize getirmiş. Hasta takip için yoğun bakıma yatırıldı. Kendisinde önemli medikal öykü olmayan hastanın, anne tarafı yakınlarında 50'li yaşlarda ani kardiyak ölüm hikayeleri mevcuttu. Fizik muayenede; TA: 140/90 mmHg, nabız: 120/dk ve ritmik, GKS: 5, diğer sistem muayeneleri doğal olup, hasta IMV'de takibe alındı. Tetkiklerde Na: 140 meq/l, K: 3,9 meq/l, Ca: 8 mg/dl, P: 1,4 mg/dl, Mg: 2,2 mg/dl, parathormon: 253 pg/ml, troponin I: 0,96 saptandı ve diğer tetkikler normaldi. Ekokardiyografide EF: %40 ve global hipokinezi görüldü. Takiplerde, saatler içerisinde bilinci açılan fakat ajite olan hastaya 50 mg propofol, sonrasında 2 mg/h midazolam infüzyonu uygulanarak sedasyon sağlandı. Yaklaşık 8 saat sonra, polimorfik ventriküler taşikardi; sonrasında torsa de pointes (Şekil 1) gelişti. Bir ampül Mg iv püşe ve kardiyoversiyon uygulanan hasta sinüs ritmine döndü. Daha sonra taşikardi gelişmesi üzerine; diltiazem ve amiodaron uygulandı. Mg 3 mg/dl ve K: 4 mEq/l olacak şekilde elektrolit replase edilen hastada 48 saat süresince 8 kez VT ve torsa de pointes atakları gelişti ve her defasında defibrile edilerek sinüs ritmine döndü. Yapılan koroner anjiyografide patoloji saptanmadı. QTc mesafesi 0,469 saptanan hastanın, klinik ve aile hikayesi de dikkate alınarak LQT sendromu olabileceği düşünülerek tedavi yeniden düzenlendi. Metoprolol ve lidokain infüzyonu başlanan hasta 12. saatinden itibaren sinüs ritmine döndü ve yeni aritmi yaşanmadı. Kardiyak arrest ve tekrarlayan VT atakları geliştiği için implantable cardioverter defibrilator takıldı.

Sonuç: Yoğun Bakıma senkop atağı ve kardiyak arrestle başvuran, ciddi aritmileri olan hastalarda LQT sendromu düşünülmelidir. İlaçlar, elektrolit bozukluğu, tiroid hastalığı gibi metabolik olan edinsel patolojiler yanında, kalıtsal bir durumda göz ardı edilmemelidir.



Şekil 1

P 35

NIMV'UN NADİR BİR KOMPLİKASYONU: HEMORAJİK KONJONKTİVİT

Durdu Mehmet Yavşan, Yılmaz Duru, Turgut Teke, Kürşat Uzun

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

Giriş: Kronik solunum yetmezliği olan hastalarda evde uzun süreli Noninvasiv Mekanik Ventilasyon (NIMV) kullanımı giderek artmakta olup bu hastalarda aritmilere bağlı antikoagülan kullanımı sıktr. Bu bildiride Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), Konjestif Kalp yetmezliği ve atrial fibrilasyonu olan bir hastada evde uzun süreli NIMV ve beraberinde kullandığı warfarine bağlı olarak gelişen NIMV'nun nadir bir komplikasyonu olan tek taraflı hemorajik konjonktivit sunulmuştur.

Olgu: KOAH'a bağlı kronik hiperkapnik solunum yetmezliği nedeniyle takipte olan ve evde uzun süreli NIMV ve atrial fibrilasyon nedeni ile warfarin kullanan 67 yaşında erkek hasta nefes darlığında artma, sağ gözde kızarıklık ve bacaklarda şişme şikayetleriyle acil servisimize başvurdu. Fizik muayenesinde takipnesi (30/dk), taşikardisi (140/dk), solunum seslerinde solda alt alanda azalma ve pretibial ödemleri mevcuttu. Sağ gözde sklerada hemorajik gözlendi. Laboratuvar incelemelerinde Hg: 12 gr/dl, Hct: %36, lökosit: 15870/mm³, trombosit: 178.000/mm³, INR: 2,7 idi. Arter kan gazı incelemesinde pH: 7,41 pCO₂: 76,1 mmHg, pO₂: 83,7 mmHg, HCO₃: 47,3 mEq/L, sO₂: %94,2 idi. Hastanın çekilen akciğer grafi-

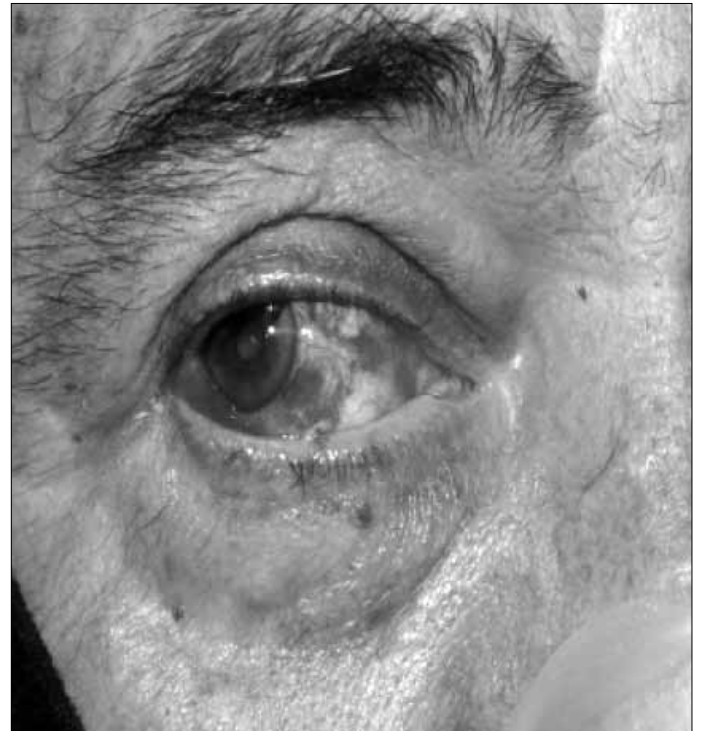
sinde solda daha belirgin bilateral kostadiafragmatik sinüs kapallığı yapan dansite artımı ile kardiomegali gözlendi.

Hastada warfarin kullanımına bağlı NIMV'un nadir bir komplikasyonu olan sağ gözde hemorajik konjonktivit tesbit edildi. Oronasal maske ile NIMV alırken oluşan hava kaçakları önleildi.

Sonuç: Bu vakada NIMV ile uygulanan yüksek pozitif basıncın neden olduğu barotravmanın warfarine bağlı gelişebilecek olan hemorajik konjonktiviti potansiyelize ettiğini düşündük. Bu nedenle uzun süreli antikoagülan kullanan KOAH'lı hastalarda NIMV tedavisinin bir komplikasyonu olarak hemorajik konjonktivitin gelişebileceği akılda tutulmalı, oronasal maskeden kaynaklanan hava kaçakları önlenmelidir.



Resim 1: PA Akciğer grafisi



Resim 2: Sağ gözde hemorajik konjonktivit

P 36

TRAKEOSTOMİLİ HASTADA GELİŞEN HİPOKSEMİK SOLUNUM YETMEZLİĞİ**Durdu Mehmet Yavşan, Fatma Arzu Akkuş, Mustafa Göktepe, Kürşat Uzun***Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya, Türkiye*

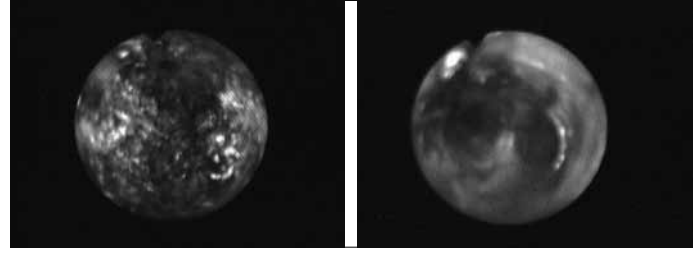
Giriş: Gerek anatomik gerekse fizyolojik nedenlere bağlı alt solunum yollarındaki sekresyonlarını atamayan hastalarda trakeostomi açılması sıklıkla kullanılan bir yöntemdir.

Bu bildiri Larinks kanseri tanısı ile opere olduğu için trakeostomi açılan bir hastada trakea lümeninin alt ucunun krutlarla tama yakın tıkanması sonucu gelişen Hipoksemik solunum yetmezliği sunulmuştur.

Olgu: 3 yıl önce Larink kanseri tanısı ile operasyon sonrası trakeostomi açılarak kanül yerleştirilmiş olan 69 yaşında erkek hasta 1 ay önce başlayan ve son günlerde artan nefes darlığı, öksürük ve hırıltı yakınması ile acil serviste görüldü. Özgeçmişinde 35 yıl günde 2 paket smoker olduğu, 6 aydır trakeostomi kanülünü kullanmadığı ve bakımını yapmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde takipnesi (30/dk), taşikardisi (120/dk), solunum seslerinde dinlemekle azalma mevcuttu. Boyun bölgesinde eski operasyona bağlı scar dokusu ve trakeostomisi vardı. Acil servise gelişteki arter kan gazları incelemesinde (4 lt/dk O₂) pH: 7,46, pCO₂: 32,9 mmHg, pO₂: 41,6 mmHg, HCO₃: 23,2 mEq/L, sO₂: %82,5 idi. Çekilen akciğer grafisinde amfizematöz değişiklikler mevcuttu. Toraks tomoğrafisinde trakea alt uç ve karinada darlık yapan yumuşak doku dansitesi gözlemlendi (Resim 1). Trakeostomi yerinden hastaya Fiberoptik Bronkoskopi (FOB) yapıldı. Trakea lümenini tama yakın tıkanan ve karinaya kadar uzanan krut gözlemlendi (Resim 2).

Hasta, hipoksemik solunum yetmezliği tanısı ile Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesinde takip edildi. FOB eşliğinde foley sonda ile trakea lümenini tama yakın tıkanan ve karinaya kadar uzanan krutlar aspire edilerek tamamen temizlendi. FOB sonrası klinik yakınmaları düzelen ve arter kan gazları değerleri pH: 7,45, pCO₂: 33 mmHg, pO₂: 93 mmHg, HCO₃: 24 mEq/L, sO₂: %96 ölçülen hasta yatışının 6. gününde şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Bu vakada, düzenli trakeal aspirasyon yapılmadığı için, trakea lümeninde oluşan krutların; hipoksemik solunum yetmezliği yapabileceğini gördük. Bu nedenle trakeostomili hastalarda düzenli trakeal aspirasyonlar yapılmalıdır.

**Resim 1: PA akciğer grafisi ve toraks tomografisi****Resim 2: FOB görüntüsü**

P 37

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE GLUTARİK ASİDÜRİ TİP 2 TANISI ALAN BİR OLGU**Ebru Ortaç Ersoy¹, Dorina Rama¹, Özlem Ünal², Serap Sivri², Arzu Topeli¹***¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara, Türkiye**²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara, Türkiye*

Giriş: Glutarik asidüri tip 2 otozomal resesif geçişli bir hastalıktır. Hastaların idrarlarında pek çok anormal amino asit ve yağ asidi metabolitiyle beraber yüksek miktarda glutarik asit atılımı olur. Bu hastalık üç klinik fenotipe neden olur: doğumsal anomalilerle beraber olan yenidoğan formu, doğumsal anomalilerin olmadığı yenidoğan formu ve hafif ya da geç başlangıçlı form. Üçüncü gruptaki hastalarda klinik değişikdir. Bu hastalar ilk aylarda aralıklı kusma atakları, metabolik asidoz ve hipoketotik hipoglisemiyle başvurabildikleri gibi erişkin çağda Reye benzeri hastalık tablosu ve proksimal miyopatiyle de gelebilir. Bu vakada, yoğun bakımda izlenen ve glutarik asidüri tip 2 yeni tanı alan bir hasta anlatılmaktadır.

Olgu: Daha önce kas güçsüzlüğü ile başvurduğu dış merkezde fruktoz 1,6-difosfataz eksikliği ve lipid miyopatisi düşünülerek ampirik olarak oral karnitin tedavisi başlanan ancak tedaviyi düzenli almayan 19 yaşında kadın hasta bir hafta içinde gelişen ve giderek artan kaslarda kuvvetsizlik, efor kapasitesinde azalma ve solunum güçlüğü şikayetleri ile dış merkeze başvurmuştu. Hasta solunum sıkıntısının derinleşmesi ve bilincinin kapanması üzere entübe edilerek ünitemize yatırıldı. Fizik muayenesinde pupiller anizokorik, sağ pupil fiks dilate ve ışık refleksi alınmıyordu. Hepatomegalisi vardı. Hastanın gelişinde glikoz 70 mg/dl, sodyum 117 mEq/L, ALT 412 U/L, AST 1366 U/L, LDH 7604 U/L idi. Arter kan gazında pH 7,3, laktat 3,9 mmol/L olarak ölçüldü. Çekilen beyin BT'sinde sulkusları silinmiş, yaygın beyin ödemi vardı. Beyin MR'da ise hipoglisemiye sekonder kortikal değişiklikler görüldü. Hastanın beslenmesi fruktoz içermeyen solusyonlar ile sağlandı. Tanı açısından Tandem MS ve idrarda organik asit analizi gönderildi. Sonuçlar Glutarik asidüri tip 2 ile uyumlu idi. Hastaya karnitin 3x1 g, riboflavin 3x100 mg ve koenzim Q10 1x100 mg tedavisi verildi ve organik asitlerin uzaklaştırılması için toplam 3 kez hemodiyalize alındı. İki hafta mekanik ventilasyonda takip edilen ve yaygın kas güçsüzlüğü olan hasta vitamin tedavileri ve fizyoterapi uygulamaları sonucu ventilatörden ayrıldı. Fizyoterapi uygulamaları ile yutması ve yürümesi düzelen hasta yatışının 23. gününde taburcu edildi.

Sonuç ve Tartışma: Glutarik asidüri tip 2, nadir bir metabolik hastalık olup, genelde yenidoğan döneminde tanı konmaktadır, ancak bir alt tipi

olan geç başlangıçlı formunda klinik çok değişkendir. Hipoglisemi, metabolik asidoz, hepatomegali ve proksimal miyopati olan erişkin hastalarda ayırıcı tanıda metabolik hastalık düşünülmeli ve Tandem MS gibi basit tarama testleri ile tanı konulmalıdır. Riboflavin, karnitin ve özel diyet uygulaması ile letal seyreden bu tip hastalıklarının tedavisi erişkin yaşta da mümkündür.

P 38

MEKANİK VENTİLASYON UYGULANAN KRİTİK HASTALARDA BİSPEKTRAL İNDEKS (BİS) VE RICHMOND AJİTASYON SEDASYON SKALASININ (RASS) KARŞILAŞTIRILMASI

Ebru Ortaç Ersoy, Serpil Öcal, Asuman Öz, Cansu Akdağ, Arzu Topeli

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara, Türkiye

Amaç: Yoğun bakımda yatan ve sedasyon alan hastalarda klinik sedasyon skalaları kullanılmakla beraber derin sedasyon alan hastalarda objektif bir ölçüm olan bispektral indeks (BİS) daha faydalı olabilir. Bu nedenle BİS ölçümü ile Richmond ajitasyon sedasyon skalası (RASS) skoru arasında bir korelasyon olup olmadığını değerlendirebilmek için bu çalışmayı planladık.

Gereç ve Yöntemler: Mekanik ventilasyon ihtiyacı olan, altta yatan nörolojik hastalığı olmayan, yaşları 21 ve 78 arasında değişen 14 hasta çalışmaya alındı. Çalışmaya alınan 14 hastaya 4'er saat ara ile eş zamanlı toplam RASS değerlendirmesi ve BİS ölçümü (Covidien®) yapıldı. Yapılan ölçüm ve değerlendirmeler sonunda RASS skoru ile BİS ölçüm değerleri arasında korelasyon olup olmadığı spearman korelasyon analizi kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 9'u kadın 5 tanesi erkekti. Yaş ortalamaları $61,1 \pm 19,6$ (21-78) olarak bulundu. Toplam 84 ölçüm yapıldı. Onbir hasta sedasyon alıyordu. Üç hastanın sedasyonları ölçüm yapıldığı gün kesilmişti. Yapılan korelasyon analizi sonrasında BİS ölçümleri ile RASS değerlendirmeleri arasında korelasyon izlenmedi ($r: 0,334$, $p: 0,243$).

Sonuç: Elde edilen bulgular RASS değerlendirmesi ve BİS ölçümü arasında korelasyon olmadığını gösterdi. Bu durumu olgu sayımızın az olması, RASS değerlendirmelerinin farklı kişiler tarafından yapılmış olması ile açıklayabiliriz.

P 39

GOOD PASTURE SENDROMU VE LEGIONELLA BİRLİKTELİĞİ

Ebru Ortaç Ersoy¹, Burak Aktaş¹, Ercan Türkmen², Güneş Arık², Arzu Sağlam Ayhan³, Arzu Topeli¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara, Türkiye

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Ünitesi, Ankara, Türkiye

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Giriş: Good Pasture Sendromu anti glomeruler bazal membran (anti-GBM) antikolları ile karakterize, nadir otoimmün hastalıklardandır. Pulmoner hemorajinin eşlik edebildiği hızlı ilerleyici renal yetmezlik ile karşımıza çıkabilir. Viral ve bakteriyel enfeksiyonlar anti-GBM hastalığını indükleyebilir. Bizim hastamız Legionella pnömonisi ile birlikte ortaya çıkan bir Good Pasture Sendromu vakasıdır.

Olgu: Daha önce sağlıklı olan 25 yaşında erkek hasta bir hafta öncesinde geçirdiği üst solunum yolu enfeksiyonu sonrası başlayan bulantı, kusma ve günde 3-4 kez olan kan ve mukus içermeyen ishal nedeniyle başvurduğu merkezde siprofloksasin ve metranidazol tedavisi almış. Şikâyetleri devam eden hasta hemoptizi ve bacaklarda şişlik gelişmesi üzerine hastanemize başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde genel durumu orta, bilinci açıktı. Ateşi 37,6 (derece santigrat), solunum sayısı 34/dk olarak ölçüldü. Fizik muayenesinde bilateral akciğer bazallerinde azalmış solunum sesleri, orta zonlarda raller ve bilateral 3+pretibial ödem mevcuttu. Laboratuvar bulgularında hemoglobin 6,7 g/dL, kan üre nitrojeni 58,5 mg/dL, kreatinin 4,8 mg/dL, potasyum 5,3 mEq/L, ürik asit 8,2 mg/dL, fosfor 5,5 mg/dL, albumin 2,2 g/dL idi. Arter kan gazında PaO₂ 59 mmHg, PaCO₂ 30 mmHg, oksijen saturasyonu 0,90 olarak ölçüldü.

Tartışma: Hasta yoğun bakım ünitesine alınarak non-invaziv mekanik ventilasyon ve sonrasında rezervuarlı maske ile oksijen tedavisi uygulandı. Ağır pnömoni ve 15 gün öncesinde seyahat öyküsü olması nedeniyle idrarla legionella antijeni gönderildi, piperasilin tazobaktam ve klaritromisin tedavisi ampirik olarak başlandı.

Hastada renopulmoner sendrom düşünülerek immunolojik belirteçler gönderildi ve akut böbrek yetmezliğinde olması nedeniyle hemodiyaliz uygulandı. Beş gün hemodiyalizle beraber plazma değişim tedavisi ve 2 gün 1000 mg, 1 gün 500 mg pulse steroid tedavisi ardından siklosporin tedavisi verildi. Hastanın hipoksemisi düzelince renal biyopsi yapıldı.

Renal biyopsi sonucu anti-GBM antikolları görülen hastaya Good Pasture Sendromu tanısı kondu. İdrarda legionella antijeni pozitif gelen hastanın tedavisine klaritromisin 3. gününde rifampisin eklendi. Böbrek fonksiyonları, hipoksemisi ve kan parametreleri düzelen hasta tedavisi düzenlenerek yatışının 17. gününde taburcu edildi.

Sonuç: Anti-GBM hastalığı Q-ateşi gibi bakteriyel ve HIV gibi viral hastalıklarla beraber olabilir. Literatürde legionella ile birlikte Good Pasture Sendromunun olduğu tek vaka bulabildik (1). Bu nedenle bu olguyu sunmayı uygun bulduk. Renopulmoner sendromlarda legionella enfeksiyonu düşünülmelidir.

Kaynaklar:

1. Case Records of the Massachusetts General Hospital (Case 17-1978). N Engl J Med 1978;298: 1014-21.

P 40

GENEL YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDEKİ SANTRAL VENÖZ KATETER UYGULAMALARININ RETROSPEKTİF İNCELENMESİ

Figen Özmen, Aysun Çakır, Sibel Biçim, Ceyhan Oktay Solakoğlu

Acıbadem Kadıköy Hastanesi, Genel Yoğun Bakım Ünitesi, Kadıköy, İstanbul, Türkiye

Amaç: Santral venöz kateterizasyon anestezi ve yoğun bakım ünitelerinde pek çok amaç için sıklıkla kullanılan bir uygulamadır¹. Santral venöz kateterizasyon; CVP ölçümü, periferik damar yolu bulunamayan hastalar, periferik ven ve dokular için iritan olan ilaç uygulamaları gerektiren durumlarda, laboratuvar testleri için sıklıkla kan alınacak hastalar, pace maker uygulanacak hastalar, TPN uygulanacak hastalarda kullanılmaktadır².

Bu çalışma da 2008-2009 tarihten itibaren yapılan santral kateter uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi ve komplikasyon nedenlerinin araştırılması amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntemler: Araştırma retrospektif, tanımlayıcı bir alan araştırmasıdır. Araştırma özel bir hastanede genel yoğun bakım ünitesinde gerçekleştirilecektir. Yoğun bakımda yatan ve santral venöz takılan tüm hastalar araştırmanın evrenini ve örneklemini oluşturdu.

Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından uzman görüşü olarak oluşturulan veri toplama formu kullanıldı.

2008-2009 tarihleri arasında santral kateter takılan hastalar araştırmanın yapıldığı kurumun elektronik hasta kayıt sisteminden taranarak elde edildi. Bu hastalar belirlendikten sonra hasta dosyaları kurumun arşivinden temin edilecektir. Hasta dosyalarındaki veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan veri toplama formuna kayıt edildi. Çalışmanın yapılması için öncelikle etik kurul izni ve kurum izni alındı.

Bulgular: Katılımcıların bireysel özellikleri tablo 1 de yer almaktadır.

Tablo 1. Bireysel Özellikler

Özellik		n	%
Cinsiyet	Erkek	85	51,8
	Kadın	79	48,2
*BKİ	18 altı	8	4,87
	18-21	10	6,09
	22-25	21	12,8
	26-30	27	16,4
	31-40	37	22,5
	41 ve üstü	8	4,87
Kronik Hastalık	Var	147	89,6
	Yok	17	10,4
Yaş ortalaması	69		
Toplam		164	100

Tablo 2: Kateterler ile İlgili Bulgular

Özellik		n	%
Kateter takılış nedeni	Elektif	25	15,2
	Acil şartlar	139	84,8
Kateter takılış yeri	Subklavyen	80	48,7
	Femoral	10	6,09
	jugular	72	43,9
	bazilik	1	0,6
Kateter bakım sıklığı	Günde birkez	142	86,6
	Günde iki kez	22	13,4
Kateterden Uygulanan tedavi	Total Parantral Nitrüsyon	8	4,87
	Kan transfüzyonu	71	43,2
	Antibiyotik	130	79,3
Kateterin çıkarılma nedeni	İhtiyacın ortadan kalkması	162	98,7
	Yüksek ateş	2	2,3
Toplam		164	100

Hastaların bireysel özellikleri incelendiğinde %51,8 erkek olduğu, %22,5'unun beden kitle indeksleri 31-40 arasında, %89,6'sında ise kronik hastalık bulunduğu belirlendi.

Kateterlerin %84,8'i acil şartlarda açıldığı, %48,7'sinde subklavyen ven kullanıldığı %86,6'sına günde bir kez pansuman yapıldığı, %79,3'ünde kateterden antibiyotik tedavisi uygulandığı ve kateterlerin %98,7'sinin ihtiyacın ortadan kalkması üzerine sonlandırıldığı belirlendi.

Yapılan çalışmada hastaların %1,21 (n=2) staplococcus Epidermidis üremesi olmuştur. Üreme olan iki hastanın kateter kalış süresi 12 ve 20 gündür ve üreme olan kateterlerin takılma yerleri jugular vendir.

Sonuç: Günümüz tıp uygulamalarında tedavi amaçlı çok değişik kateterler kullanılmaktadır. Bu kateterleri 5 milyondan fazlasının santral venöz kateter olduğu bildirilmiştir. Kateter kullanımına bağlı olarak başta enfeksiyon olmak üzere bir çok komplikasyonlar gelişebilmektedir.

Kateter enfeksiyonu gelişme oranı %3-20 arasında olup kateter tiplerine göre farklılık göstermektedir. İnternal juguler santral venöz kateterler, daha sık enfekte olmaktadır (6). Yapılan çalışmada enfeksiyon gelişme oranı %1,21 olup jugular vende ortaya çıkmıştır. Bulgular literatürü destekler nitelikte olup kateter enfeksiyonu gelişme oranının düşük olması sevindiricidir.

Kateter enfeksiyonlarını önlemek için uygun ven seçimi yapılması ve bakımına dikkat edilmesi önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Ertürk E, Akbulut S (2007). Santral venöz kateter takma ve bakımı. 3.Ulusal Yoğun Bakım Enfeksiyonları Simpozyumu,3-4
2. Şahinoğlu HA (1992) Yoğun bakım sorunları ve tedavileri. 1. Basım, Ankara: Set Ofset., 95-101.
3. Çam R, Dönmez Y, Demir F (2008). Yoğun bakım ünitelerinde santral venöz kateterlerin özellikleri ve gelişen komplikasyonların incelenmesi.Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 12: 1-2, 17-22.
4. Kapısız N (2003). Santral venöz kateter embolizasyonu: (Olgu sunumu). Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, 11,54-56
5. Tercan F, Venöz kateterizasyon için girişim yolları ve kateter tipleri. Türk hemotoloji Derneği-Hematoloji Pratiğinde Uygulamalı Kateterizasyon Kursu, 16-22
6. Hakyemez Nİ (2008). Santral venöz kateter ilişkili enfeksiyonların sıklığı ve risk faktörlerinin analizi. Uzmanlık Tezi, İstanbul: Okmeydanı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, 2-60.

P 41

NÖROŞİRURJİ YOĞUN BAKIMINDA 6 AYDAN UZUN HOSPİTALİZE EDİLEN OLGULARIN DESKRİPTİF ÇALIŞMASI

Selçuk Göçmen¹, Serpil Öcal², Cem Atabey¹, Feridun Acar³, Erdener Timurkaynak⁴

¹Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Nöroşirurji Servisi, İstanbul, Türkiye

²Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

³Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nöroşirurji Anabilim Dalı, Denizli, Türkiye

⁴Ufuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nöroşirurji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye (etimurkaynak@yahoo.com)

Amaç: Yoğun bakım hastaları incelendiğinde, en uzun hospitalizasyon süresi nörolojik olguların yatırıldığı nöroloji ve nöroşirurji yoğun bakım ünitelerinde görülmektedir. Bu hasta grubunu tanımlayan bir çalışma yapılmamaktadır.

Gereç ve Yöntemler: Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Nöroşirurji yoğun bakımında 6 aydan uzun yatırılmış 10 olgu retrospektif incelenmiştir. Elde edilen veriler, tanımlayıcı çalışma oluşturması açısından sınıflandırılmış ve analiz edilmiştir.

Bulgular: Olguların yaş ortalaması 35,9 yıldır. %80'i erkek ve %20'si kadın olgu ortalama 14,3 ay nöroşirurji yoğun bakımında takip edilmiştir. Hastalarda en sık üriner sistem infeksiyonu, saptanmıştır. En sık metisiline dirençli *Staphylococcus aureus*, *pseudomonas aeruginosa* ve *klebsiella pneumoniae* izole edilmiştir. En sık görülen metabolik bozukluk hiponatremi, hipopotasemi, hipoalbuminemi ve hipoproteinemidir. Hastaların yoğun bakımda yattığı süre içinde en çok intaniye konsültasyonu (ortalama 13,2), fizik tedavi ve rehabilitasyon (FTR) ile nöroloji ise 2. sıklıkta istenen konsültasyonlardı. Bu hastalardan 3'ü kardiyopulmoner arrest nedeniyle, 2'si ise sepsis nedeniyle exitus mortalis olmuştur.

Sonuç: Bakım hastalarının primer tedavileri tamamlanarak stabil hale geldikten sonra yoğun bakımda uzun süre kalmamaları ve en kısa sürede özel bakım evlerine (nursing home) transfer edilmeleri gerekmektedir. Bu konuyla ilgili toplantılar yapılarak ortak noktalar bulunmalı ve sağlık bakanlığı ile yeni projeler oluşturulmalıdır. Böylece bu hastaların devlete olan maliyetleri ile hastaların aileleri üzerindeki sosyal ve maddi yük azaltılabilir.

Tablo 1. Hastaların klinik dağılımı

Klinik Tanı	Hasta sayısı	Tedavi
Akut Epidural Hematom	2	Hematoma boşaltılması
Kranial ASY	1	Debridman-Duraplasti
Kapalı kafa travması	4	Takip
Vertebral Abse (Pott)	1	Antitbc tedavisi
Baziler anevrizma	1	Cerrahi-EVD
3.ventrikülde kolloid kisti	1	Cerrahi-Intraserebral hematoma boşaltılması-EVD-V/P Şant

ASY; Ateşli silah yaralanması, Antitbc; antitüberküloz, EVD; eksternal ventriküler drenaj, V/P şant; ventriküloperitoneal şant uygulaması.

Tablo 2. Hastaların nörolojik tablosu

Hastalar	Yatış NM	Takip NM	Nörolojik Progresyon	Ex
1.Hasta	E: 1 V: 2 M: 1 GKS 4	E: 2 V: 1 M: 5 GKS 8	Var	+
2.Hasta	E: 2 V: 2 M: 3 GKS 7	E: 4 V: 5 M: 6 GKS 15	Var	
3.Hasta	E: 1 V: 1 M: 1 GKS 3	E: 4 V: 1 M: 3 GKS 8	Var	
4.Hasta	E: 4 V: 1 M: 2 GKS 7	E: 4 V: 1 M: 2 GKS 7	Aynı	+
5.Hasta	E: 1 V: 1 M: 3 GKS 5	E: 4 V: 1 M: 3 GKS 8	Var	
6.Hasta	Paraparetik (+4/5 kuvvet)	Paraparetik (+4/5 kuvvet)	Aynı	
7.Hasta	E: 1 V: 1 M: 2 GKS 4	E: 4 V: 1 M: 2 GKS 7	Var	+
8.Hasta	E: 4 V: 1 M: 2 GKS 7	E: 4 V: 1 M: 3 GKS 8	Var	+
9.Hasta	NM normal	Bitkisel yaşam	Regresyon	
10.Hasta	NM normal	Bitkisel yaşam	Regresyon	+

NM: Nörolojik muayene; GKS: Glasgow Koma Skalası. (E: Eyes V: Verbal M: Motor)

Tablo 3. İnfeksiyon kaynağı, üreyen mikroorganizmalar ve toplam enfeksiyon atak sayısı

Hastalar	Üreme yerleri	Üreyen Mikroorganizmalar	Enfeksiyon atağı
1.Hasta	1-Balgam kültürü 2-Aspirat kültürü 3-Kan kültürü 4-İdrar kültürü	Gr-Asinetobakter Staf. Aureus/Psöd. Aer. Kleb.Pnö./Psöd.Aer./MRSA Acinetobakter/Maya/Candida	10
2.Hasta	1-Yara yeri kültürü	MRSA	7
3.Hasta	1-Yara yeri kültürü 2-Aspirat kültürü 3-Deri kazıntısı 4-Burun kültürü	Psöd. Aer. Kleb. pnö./Psöd. aer./Kleb. Ooxitica/Acinetobac. E.coli Koag-staf aureus.	8
4.Hasta	1-Yara yeri kültürü 2-İdrar kültürü 3-Kan kültürü 4-Plevral mayi kültürü 5-Aspirat kültürü	MRSA/Serratia mar. Psöd. Aer./Psöd.spp Psöd aer./enterobacter sokanozi/MRSA MRSA/Kleb. Pnömospp. Pnö./Psöd aer. MRSA	18
5.Hasta	1-İdrar kültürü 2-Kan kültürü 3-Yara yeri kültürü	Serratia mar./Psöd aer./maya Koag-staf aureus MRSA	9
6.Hasta	1-İdrar kültürü	Psöd aer./Maya/candida albicans	5
7.Hasta	1-Deri kazıntı 2-İdrar kültürü	Psöd aer./sitrobacter Psöd aer.	2
8.Hasta	1-Kan kültürü 2-Yara yeri kültürü 3-İdrar kültürü 4-Aspirat kültürü	MRSA/maya/gr.-kok/Psöd. Aer./ESBL+E.coli/ Asinetobacter/Klebsiella pnöm./Serratia mar. Psöd.aer./Kleb pnöm./MRSA Psöd. Aer./Maya Kleb. Pnö.	20
9.Hasta	1-İdrar kültürü 2-Yara yeri kültürü 3-Kan kültürü	Asinetobac./E.coli/Kleb pnöm. Proteus Psöd aer./Enterobac/Koag- staf aureus	12
10.Hasta	1-İdrar kültürü 2-Kan kültürü 3-Yara yeri kültürü 4-Kateter kültürü	Maya/Psöd aer./Kleb. Pnö./ Candida alb./Prot. Miribalis/Asinetobac/proteus vulgaris/E.coli MRSA/Psöd aer./Candida al. MRSA/Psöd aer. Psöd aer.	48

Tablo 4. Hastaların etkilenmiş metabolik kan değerleri

Hastalar	1.Hasta	2.Hasta	3.Hasta	4.Hasta	5.Hasta	6.Hasta	7.Hasta	8.Hasta	9.Hasta	10.Hasta
Glu	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑		↑
Üre	↓ ↑	↓ ↑	↓	↓	↓	↑	↑	↓	↑	↓
Kre	↓ ↑	↓ ↑	↓	↓	↓	↓		↓	↓	↓
Na	↓	↓	↓	↓	↓	↓		↓		↓
K			↓		↓	↓		↓		↓
ALT	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↓	
AST	↑	↑	↑	↑	↑	↑		↑	↓	
Total Bill.		↑	↓	↑	↑	↑	↓	↑	↓	↓
Alb.	↓	↓	↓	↓	↓	↓		↓	↓	↓
T. prot.	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Ü. Asit	↓	↓ ↑	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
ALP	↑		↑	↑	↑	↑		↑	↑	↑
LDH			↑	↑	↑			↑	↑	↑
GGT			↑	↑	↑		↑	↑	↑	↑
HDL			↓	↓	↓		↑	↓	↓	
LDL			↓	↓	↓			↓		
Kol.	↓		↓	↓	↓			↓	↓	↓
VLDL		↑	↑							↓
TG		↑	↑							↓

↑: Normal değer üstünde değerler için kullanılmıştır; ↓: Normal değer altında değerler için kullanılmıştır; ↓↑: Bazı dönemlerde alınan kan örneğinde normal değer altında, bazı dönemlerde ise üzerinde çıkmış.

Metabolik normal değerler; Glukoz (Glu) 65-107 mg/dl, Üre 10-50 mg/dl, Kreatinin (Kre) 0,0-1,3 mg/dl, Serum sodyum (Na) 135-150 meq/L, Serum potasyum (K) 3,5-5,5 meq/L, ALT 8-40 U/L, AST 0-38 U/L, Total billuribin (Bill) 0,0-1,0 mg/dl, Albumin (Alb) 3,4-4,8g/dl, Total protein (T. Prot) 5,5-7,5g/dl, Ürik asit (U. Asit) 3,4-7,0 mg/dl, Alkalen fosfotaz (ALP) 0-270 U/l, LDH 240-480 U/l, GGT 7-50 U/L, HDL 37-70 mg/dl, LDL 60-160 mg/dl, Kolesterol 10-40 mg/dl, VLDL 10-40 mg/dl, TG 50-200 mg/dl.

Tablo 5. Hastaların beslenme şekilleri

Beslenme Şekli	Hasta sayısı
Oral	2
İlk önce NG-sonra oral	1
PEG	7

NG; Nasogastrik, PEG; Perkütan endoskopik gastrotomi.

Tablo 6. Hastaların yoğun bakımda yattığı süre içinde alınan konsültasyonlar ve sayıları

Hastalar	1.Hasta	2.Hasta	3.Hasta	4.Hasta	5.Hasta	6.Hasta	7.Hasta	8.Hasta	9.Hasta	10.Hasta
Konsültasyonlar										
İntaniye	1	12	9	9	10	2	4	20	8	57
Genel cerrahi					1			2		
Anestezi	1	1	2					3	3	1
Dahiliye				2			8		9	12
Kardioloji	1	1	1				3		10	1
Nefroloji		7							1	3
KBB		1			1				8	3
FTR		2	5	1	1	1	2	2	1	12
Nöroloji					1	1	2	2	1	11
Plastik cerrahi		3						4		
Üroloji		1					3	1		9
Göğüs Hast.			1	22	3		4			
Ortopedi			2	3				2		7
Gastroenteroloji			2	3	3			5	1	5
Cildiye			1				4	1	5	2
Hematoloji									1	1

KBB: Kulak burun ve boğaz; FTR: Fizik tedavi ve rehabilitasyon; Göğüs Hast. Göğüs hastalıkları

P 42

KRİTİK HASTADA HEMORAJİK KOMPLİKASYONLAR: GÖRÜLME SIKLIĞI, NEDENLERİ VE YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ SONUÇLARINA ETKİLERİ

Gülşay Yazıcı, Tuğba Körlü, Müge Aydoğdu, Özlem Özdedeoğlu, Gül Gürsel

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara, Türkiye

Amaç: Kanama, yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) oldukça sık karşılaşılan, önemli mortalite ve morbiditeye neden olan komplikasyonlardan biridir. Kanama gelişimi ile birlikte tanılmalı ve terapötik girişimler artar (endoskopi, bronkoskopi ve kan transfüzyonu gibi); VTE riski ve kardiyak koruma için uygulanan antikoagülan ve antiplatelet ilaçların kullanımı sınırlandırılır. YBÜ'lerinde günlük pratikte sık karşılaşılan ve iyi bilinen bir komplikasyon olmasına rağmen kanama ile ilgili risk faktörlerini, kanamanın klinik önemini ve fonksiyonel sonuçlarını değerlendiren çalışma sayısı oldukça azdır. Yoğun bakım ünitemizde hemorajik komplikasyon görülme sıklığını belirlemek; gelişme nedenlerini, uygulanan tedavileri ve sonuçlarını değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmaya Kasım 2011-Kasım 2012 tarihleri arasında YBÜ'de yatan invaziv veya noninvaziv mekanik ventilasyon uygulanan hastalar prospektif olarak dahil edildi. Tüm hastalar, günlük kanama gelişimi açısından değerlendirildi; alta yatan hastalıkları, kullanılan ilaçları, laboratuvar parametreleri, kanama sonrası gelişen komplikasyonları ve kanamaya müdahale yöntemleri kaydedildi. Yatışları süresince trombosit değerinde %30 düşme veya <100.000/mm³ altına düşme gerçekleşen hastalarda Heparinle İndüklenen Trombositopeni (HIT) ve Dissemine İntrovasküler Koagülasyon (DIC) skorları hesaplandı. Kanaması olan ve olmayan hastalar YBÜ sonuçları açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya yaş ortalamaları 69 ± 13 olan 64'ü erkek (%50) toplam 128 hasta dahil edildi. Takipleri süresince 18 hastada (%14) kanama saptandı. Kanama olan hastaların APACHE II skoru 23 ± 7 , olmayan hastaların skoru 19 ± 6 olarak değerlendirildi. Kanama yeri 2 (%11) hastada vasküler kateter çevresi, 3 (%17) hastada cilt, 5 (%28) hastada GIS, 8 (%44) hastada trakeostomi veya endotrakeal tüpten, 3 (%17) hastada genito üriner sistemden, 1 (%1) hastada intraoküler kanama olarak belirlendi. Bu kanamaların biri fatal, 13'ü minör kanama, 4'ü majör kanamayı. Bu hastalarda kanamaya neden olan faktörler olarak; 4 (%22) hastada travma, 4 (%22) hastada uygulanan invaziv girişimler, 9 (%50) hastada trombosit düşüklüğü, 2 (%11) hastada INR yüksekliği, 3 (%17) hastada DIC, 4 (%22) hastada ise uygulanan antikoagülan ve antiplatelet ilaçlar ve 5 hastada enfeksiyon olarak belirlendi. HIT skoru toplam 14 hastada hesaplandı. İki hastada skor 5 (%28) bulundu ve orta olasılıklı HIT olarak değerlendirildi. Bir hastada ise skor 6 olarak bulundu ve yüksek olasılıklı HIT olarak değerlendirildi. DIC skoru toplam 16 hastada hesaplandı. Bunlardan bir tanesi 5 olarak, iki tanesi 6 olarak bulundu ve belirgin DIC olarak değerlendirildi. Kanama olan hasta grubunda olmayanlara göre daha fazla hematolojik komorbidite olduğu belirlendi (%22 vs %6, $p=0,034$). Kanama olan hasta grubunda MV uygu-

lanma oranını diğer gruba göre anlamlı daha yüksekti (%89 vs %23, $p=0,001$). Yine bu grupta diyalizin daha fazla uygulandığı belirlendi (%50 vs %6, $p=0,001$). Kanama olan hastalarda olmayanlara göre VIP ve üriner enfeksiyon görülme yüzdesi daha yüksekti ($p=0,009$ ve $p=0,004$). Sepsis ve septik şok kanama olan hasta grubunda anlamlı derecede yüksekti ($p=0,002$). Enfeksiyon etkenleri açısından bakıldığında kanama komplikasyonunun Acinetobakter Baumannii ve Enterokok enfeksiyonları ile birlikte anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi. ($p=0,005$ ve $p=0,020$). Kanama komplikasyonu olan ve olmayan hastalar karşılaştırıldığında her iki grup arasında kanama öncesi standart heparin, düşük molekül ağırlıklı heparin, warfarin, clopidogrel, asetilsalisilik asit kullanımı açısından anlamlı farklılık olmadığı belirlendi. Kanama olan 18 hastadan 12 (%67)'si exitus ile sonuçlandı, kanama olmayan hasta grubu ile karşılaştırıldığında bu grupta mortalite istatistiksel anlamlı daha yüksek bulundu ($p=0,001$).

Sonuç: Kanama, YBÜ'lerinde ciddi mortalite ve morbiditeye neden olabilen önemli bir komplikasyondur. Uygulanan medikal tedavilerden ziyade altta yatan hastalığın ağırlığı, eşlik eden komplikasyonlar ve enfeksiyonlar bu komplikasyonun gelişiminde önemli rol oynar.