

İç Hastalıkları Hemşireliği

Yeni

Akıl Notları

Güncel . Pratik . Referanslı

Editör:
Prof. Dr. Tülin BEDÜK



- ✓ Hasta Bakımında **Gerekli Bilgiler**
- ✓ Algoritma, Tablo ve Şemalarla Sunulan **Pratik Yaklaşım**
- ✓ Bilinmesi Gereken **Önemli Ayrıntılar**
- ✓ Uyarılar, Önlemler



GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

İç Hastalıkları Hemşireliği



Akıl Notları

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !

Editör

Prof. Dr. Tülin Bedük

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü



GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ AKIL NOTLARI

Copyright © 2019

Bu Kitabın her türlü yayın hakkı **Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.**'ne aittir. Yazılı olarak izin alınmadan ve kaynak gösterilmeden kısmen veya tamamen kopya edilemez; fotokopi, teksir, baskı ve diğer yollarla çoğaltılamaz.

ISBN: 978-975-277-595-4

Yayıncı ve Genel Yayın Yönetmeni: Murat Yılmaz

Genel Yayın Yönetmeni Yardımcısı: Polat Yılmaz

Yayın Danışmanı ve Tıbbi Koordinatör: Dr. Ufuk Akçıl

Dizgi - Düzenleme: Ümit Saçı

Kapak Tasarımı: İhsan Ağın

Baskı: Ayrıntı Basım Yayın ve Matbaacılık Hiz. San. Tic. Ltd. Şti.

İvedik Organize Sanayi Bölgesi 28. Cad. 770 Sok. No: 105-A

Ostim/ANKARA

Telefon: (0312) 394 55 90 - 91 - 92 • Faks: (0312) 394 55 94

Sertifika No: 13987

UYARI

Medikal bilgiler sürekli değişmekte ve yenilenmektedir. Standart güvenlik uygulamaları dikkate alınmalı, yeni araştırmalar ve klinik tecrübeler ışığında tedavilerde ve ilaç uygulamalarındaki değişikliklerin gerekli olabileceği bilinmelidir. Okuyuculara ilaçlar hakkında üretici firma tarafından sağlanan ilaca ait en son ürün bilgilerini, dozaj ve uygulama şekillerini ve kontrendikasyonları kontrol etmeleri tavsiye edilir. Her hasta için en iyi tedavi şeklini ve en doğru ilaçları ve dozlarını belirlemek uygulamayı yapan hekimin, en iyi ve doğru bakımı vermek hemşiresinin sorumluluğundadır. Yayıncı ve editörler bu yayından dolayı meydana gelebilecek hastaya ve ekipmanlara ait herhangi bir zarar veya hasardan sorumlu değildir.

GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnönü Sokak No: 3
06410 Sıhhiye / Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7 / 2 Esentepe / İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43
Faks: (0212) 356 87 44

KADIKÖY

Rasimpasha Mah. İskele Sokak
No: 4 / A Kadıköy / İstanbul
Tel: (0216) 546 03 47

www.guneskitabevi.com
info@guneskitabevi.com



ÖNSÖZ

Günümüzde hızla gelişen bilim ve teknolojiye paralel olarak her alanda bilgi birikimi artmaktadır. Bu gelişimden hemşirelik de doğal olarak etkilenmekte konu alanıyla ilgili literatürün tümüne ulaşabilmek zaman almaktadır. Bu nedenle kısa, öz ve yenilikleri içeren, bilgilere kolaylıkla ulaşmayı sağlayacak “Akıl notları” yaklaşımı ile yazılan kaynaklara gereksinim duyulmaktadır.

“İç Hastalıkları Hemşireliği Akıl Notları” adlı kitabı bu anlayışla hazırlarken, hemşirelik bakımını yönlendirecek, kuramsal ve uygulamaya ilişkin bilgilere, bunun yanı sıra hemşirelik tanıları ve girişimleri çerçevesinde hemşirelik bakımına yer verilmiştir. Kitabın halen eğitim sürecinde olan öğrencilerimizle iç hastalıkları kliniklerinde çalışan meslektaşlarımıza, bir ilk başvuru kaynağı olabilmesi için hasta bakımında gerekli özet bilgiler ve bilinmesi gerekli önemli ayrıntılar, uyarılar ve önlemler algoritma, tablo ve şemalarla sunulan pratik bir yaklaşımla vurgulanmaya çalışılmıştır.

Kitabın oluşturulmasına katkı veren, yoğun tempolarına karşın özveri ile emeğini esirgemeyen alanında uzman ve deneyimli meslektaşlarımın her birine ayrı ayrı teşekkür ederim. Bunun yanı sıra kitabın oluşturulması sürecinde her aşamada bize sonsuz destek veren sayın Murat Yılmaz, sayın İhsan Ağın ve sayın Ümit Saçı'ya ve tüm Güneş Tıp Kitabevleri çalışanlarına teşekkür ederim.

“İç Hastalıkları hemşireliği Akıl Notları”nın Ülkemizde konuya ilişkin Türkçe yayın eksikliğini kapatmaya yönelik bir katkı oluşturmasını diler, kitabın geliştirilmesine yarar sağlayacak görüş ve önerilerinizi bekler, saygılar sunarım.

Prof. Dr. Tülin BEDÜK
Ankara 2015

KATKIDA BULUNANLAR

Yrd. Doç. Dr. İmatullah Akyar

*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik
Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı*

Prof. Dr. Hatice Bostanoğlu

*Yakın Doğu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü*

Doç. Dr. Hülya Bulut

*Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Hemşirelik Bölümü*

Doç. Dr. Rahşan Çevik Akyıl

*Adnan Menderes Üniversitesi
Söke Sağlık Yüksekokulu*

Prof. Dr. Zehra Durna

*İstanbul Bilim Üniversitesi
Florence Nightingale Hastanesi
Hemşirelik Yüksekokulu*

Doç. Dr. Sevgisun Kapucu

*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik
Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı*

Prof. Dr. Ayfer Karadakovan

*Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı*

Prof. Dr. Sultan Kav

*Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Hemşirelik ve Sağlık
Hizmetleri Bölümü*

Yrd. Doç. Dr. Sevinç Kutlutürkan

*Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Hemşirelik Bölümü*

Prof. Dr. Nermin Olgun

*Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Hemşirelik Bölümü*

Doç. Dr. Leyla Özdemir

*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik
Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı*

Prof. Dr. Zeynep Özer

*Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik
Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı*

Prof. Dr. Sabire Yurtsever

*Mersin Üniversitesi Hemşirelik
Yüksekokulu*

İÇİNDEKİLER

BÖLÜM 1. HOMEOSTAZİSİ BOZAN DURUMLAR VE HOMEOSTATİK MEKANİZMALAR 1

Prof. Dr. Zeynep Özer

1.1 SIVI-ELEKTROLİT VE ASİT -BAZ DENGESİ VE DENGESİZLİKLERİ 2

Prof. Dr. Zeynep Özer

1.2 ŞOK 21

Prof. Dr. Sabire Yurtsever

1.3. YARA VE YARA İYİLEŞMESİ. 27

Doç. Dr. Hülya Bulut

1.4. STRES VE STRESLE BAŞ ETME 35

Yrd. Doç. Dr. İmatullah Akyar

BÖLÜM 2. ONKOLOJİ HEMŞİRELİĞİ 45

Prof. Dr. Sultan Kav

Kanserde Tedavi Yöntemleri. 58

BÖLÜM 3. SOLUNUM SİSTEMİ HASTALIKLARI VE HEMŞİRELİK BAKIMI 105

Prof. Dr. Zehra Durna, Yrd. Doç. Dr. Rahşan Çevik Akyıl

Üst Solunum Yolu Hastalıkları 105

Alt Solunum Yolu Hastalıkları 109

Solunum Bozuklukları 123

BÖLÜM 4. KALP HASTALIKLARI VE HEMŞİRELİK BAKIMI 129

Prof. Dr. Sabire Yurtsever

Koroner Arter Hastalıkları. 129

Kalbin Enfeksiyon Hastalıkları. 133

Kalp Kapağı Hastalıkları 136

BÖLÜM 5. KAN HASTALIKLARI VE HEMŞİRELİK BAKIMI145

Yrd. Doç. Dr. Sevinç Kutlutürkan

Anemiler	145
Kanama Hastalıkları	150
Lökosit Hastalıkları	152
Lenfomalar	155
Miyeloproliferatif Hastalıklar	158

BÖLÜM 6. İMMÜN SİSTEM HASTALIKLARI VE HEMŞİRELİK BAKIMI161

Doç. Dr. Sevgişun Kapucu

Bağışıklık Tipleri	161
Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu (AIDS)	165
Aşırı Duyarlılık Reaksiyonları: Alerjik Hastalıklar	167

BÖLÜM 7. SİNDİRİM SİSTEMİ HASTALIKLARI VE HEMŞİRELİK BAKIMI173

Prof. Dr. Zeynep Özer

Özofagus Hastalıkları	173
Mide Hastalıkları	176
Karaciğer ve Safra Kesesi Hastalıkları	177
Pankreas Hastalıkları	185
İnce ve Kalın Barsak Hastalıkları	188

BÖLÜM 8. BÖBREK-İDRAR YOLLARI HASTALIKLARI VE HEMŞİRELİK BAKIMI197

Prof. Dr. Ayfer Karadakovan

Üriner Sistem Enfeksiyonları	197
Primer Glomeruler Hastalıklar	201
Akut ve Kronik Böbrek Hastalıkları	205

BÖLÜM 9. ENDOKRİN SİSTEM HASTALIKLARI VE HEMŞİRELİK BAKIMI219

Prof. Dr. Nermin Olgun

Hipofiz Hastalıkları	223
Tiroid Hastalıkları	227
Paratiroid Hastalıkları	227
Tiroid Hastalıkları	237

Paratiroid Hastalıkları	237
Adrenal Bez Hastalıkları	239
Pankreas Langerhans Adacıkları Hastalıkları	242

BÖLÜM 10. SİNİR SİSTEMİ HASTALIKLARI VE HEMŞİRELİK BAKIMI 265

Prof. Dr. Hatice Bostanoğlu

Serebrovasküler Hastalık (SVH)	265
Geçici (Transiyent) İskemik Atak (GİA-TİA)	273
Myastenia Gravis (MG)	274
Multipl Skleroz (MS)	277
Parkinson Hastalığı (İdiopatik Parkinsonizm)	282
Guillain-Barre Sendromu (GBS)	287
Epilepsi (SARA)	291

BÖLÜM 11. KAS-İSKELET SİSTEMİ HASTALIKLARI VE HEMŞİRELİK BAKIMI 299

Doç. Dr. Leyla Özdemir

Kas-İskelet Sisteminin Genetik Geçişli Hastalıkları	299
Kas-İskelet Sisteminin Enflamatuvar Hastalıkları	301
Kas İskelet Sisteminin Metabolik Hastalıkları	307
Kas İskelet Sistemini Etkileyen Sistemik Hastalıklar	308
Sık Rastlanan Yakınmalar	311

Tedavi

Hafif düzey/kronik hipomagnezemide oral yoldan magnezyum oksit ya da preparatları verilir.

Şiddetli/semptomatik hipomagnezemide IV ya da IM magnezyum sülfat verilir.

Ani ve hızlı ilaç yüklemesi sonucu gelişebilen hipermağnezemi için kalsiyum glukonat verilebilir.

Hemşirelik Girişimleri

1. Tedavi sırasında magnezyum, potasyum ve kalsiyum dengesizlikleri belirti ve bulgularının dikkatli şekilde izlenmesi sağlanır.
2. Yaşam bulgularının ve EKG'sinin 4-8 saatte bir değerlendirilmesi yapılır.
3. Dijital alan hasta intoksikasyon yönünden izlenir (hipomagnezemi dijitalerin etkisini artırır)
4. Aldığı ve çıkardığı sıvı takibi yapılır.
5. Hipomagnezemi sonucu gelişen nöromusküler değişiklikler açısından hasta güvenliği sağlanır.
6. Hasta/hasta yakınlarına diyet, ilaç kullanımı ve semptomlar hakkında bilgi verilmelidir.

Hipermagnezemi

Serum magnezyum düzeyinin 4 mEq/L'nin üzerinde olmasıdır.

Hipermagnezemi Nedenleri

Gıdalarla magnezyum alımının fazla olması

Böbrek yetmezliği nedeniyle üriner yoldan magnezyum atılımının azalması

Magnezyum içeren antiasitlerin, lavmanların ve laksatiflerin fazla miktarda kullanılması

Hipomagnezemi tedavisi, gebelik hipertansiyonunun tedavisi amacıyla fazla magnezyum verilmesi

Değerlendirme

Hasta Öyküsü

Böbrek yetmezliği, antiasid ya da laksatif kullanımı, diyabet, asidoz öyküsü, ilaç öyküsü, semptom deneyimi (en temel şikayetler kas zayıflığı ve yorgunluk)

Fizik muayene

Bulantı, kusma, sıcak basması, terleme, mental fonksiyonlarda bozulma, laterji, uykuya eğilim, koma, paralizi, derin tendon refleksinde azalma, hipotansiyon, bradikardi, EKG değişiklikleri

Komplikasyonları

Atriyoventriküler ve intraventriküler iletim duraklamasına bağlı kardiyak arresttir.

Çizelge. 1.2.1. Şoka Neden Olabilen Faktörler (Devamı)

Şokun Tipi	Nedenleri
Kardiyojenik şok	Myokard enfarktüsü Ciddi kardiyak aritmiler Perikardit Konjestif kalp yetmezliği Papiller kas rüptürü Ventriküler duvar rüptürü Kalp tamponadı Septal perforasyon Kardiyomyopati Tansiyon pnömotoraks Massif pulmoner emboli
Vazojenik Şok	Vazojenik – Anafaktik Şok Antibiyotikler Arı, böcek vb sokması Kan, plazma, immunglobulin transfüzyonu Analjezikler Steroid dışı antiinflatuar ilaçlar Dekstran, mannitol gibi direkt histamin salan preparatlar Vazojenik – Septik Şok Genitoüriner sistem enfeksiyonları Genitoüriner sistem ameliyatları İntraabdominal enfeksiyonlar Deri ve yara enfeksiyonları Kateter enfeksiyonu (intravenöz, üriner vb.)
Nörojenik Şok	Nörojenik Şok Beyne ilişkin hastalıklar Spinal anestezi Derin genel anestezi Spinal kord yarabiyeti İnsülin reaksiyonu

- **Belirti ve Bulgular:** Şokta görülebilen belirti ve bulgular Çizelge 1.2.2’de yer almaktadır.

Vazokonstruksiyon: 5-10 dakika süren vazokonstruksiyon, dokunun oksijenlenmesini azaltır.

Yarada hipoksi ve laktik asit oluşur, bu da makrofajları uyarak doku onarımı sürecini başlatır.

Vazodilatasyon: Vazodilatasyon, yerel duyu sinir uçlarının uyarılması ve yerel refleks hareketle olur. Zedelenme bölgesindeki mast hücrelerinden salınan histamin de vazodilatasyona neden olur. Bölgede ısı artar ve kızarıklık(hiperemi) görülür.

Damar geçirgenliğinde değişimler ve kan akımının artması sonucu; Damar içinden plazma damar dışına yani interstisyel alana geçer. Zedelenme bölgesinde ödem olur. Sinir uçlarına ödemin yaptığı basının derecesine göre ağrı olur.

İnflamasyon: Travma alanındaki doku yıkımı inflamasyon sürecini başlatır. *İnflamasyon olayı tüm iyileşme sürecini tetikleyen olaydır.* İnflamasyon aşamasının görevi zedelenme bölgesinde ölü hücre ve mikroorganizmaları yok ederek yeni dokunun yerleşeceği ortamı hazırlamaktır.

İnflamasyon aşamasında; damar duvarından hücrelerarası boşluğa geçen sıvı, kan hücreleri, ölü hücreler ve savunma hücreleri inflamatuvar eksudayı oluşturur (Şekil 1.3.1). Eksuda seröz, pürülan, fibrinöz ve hemorajik özellikte görülebilir.

Inflamatuvar Eksudanın Zedelenmiş Bölgedeki Görevleri

- Bakteriler tarafından serbestleştirilen toksinleri dilüe etmek,
- Doku onarımı için gerekli olan besin maddelerini bölgeye getirmek,
- Bakterileri fagosite edecek koruyucu hücreleri bölgeye taşımaktır.

İnflamasyonun tipik belirti ve bulguları

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Isı Artışı (Calor), • Kızarıklık (Rubor), • Ağrı (Dolor) | <ul style="list-style-type: none"> • Şişlik (Swelling), • Fonksiyon kaybıdır. |
|--|---|

II. Proliferatif (Fibroblastik) Aşama

Zedelenmeden saatler sonra başlar. Bu aşamada fibroblastlar hızla kollajen sentez ederler.

Proliferasyon evresi; 2 gün ile 3 hafta sürer

- Granülasyon
 - Fibroblastlar, kollajen yapımı artar
 - Yeni kapiller damarlar granülasyon dokusu oluşturur ve yarayı doldurur
- Kontraksiyon
 - Yara kenarları yarayı küçültmek için bir araya gelir
- Epitelizasyon
 - Epitelizasyon için nemli bir yüzey oluşur
 - Hücre göçü olur

III. Matürasyon (Olgunlaşma) Aşaması

Bu aşamada kollajen sentezi ve yıkımı yoluyla skar oluşumu, yaranın gerilme direncini kazanması söz konusudur. 3 hafta ile 2 yıl sürer.

Çizelge 1.4.1. Nöroendokrin Yanıt ile İlişkili Hormonlar

Hormonlar	Anatomik Yapı	Fizyolojik Etki
Katekolaminler Epinefrin ve Norepinefrin	Lokus seruleus (norepinefrin) Adrenal medulla (norepinefrin- epinefrin)	Kalp atm hızı, kalbin kasılma gücünde artma Kalbe venöz dönüş ve kardiyak outputta artma Vazokonstriksiyon (deri, gastrointestinal sistem, böbrek, periferik damarlarda konstrüksiyon; iskelet kasi, akciğer ve kalpte dilatasyon) Kan basıncında artma Renin-anjiyotensin-aldosteron sistemini aktive etme Bronş düz kasında ve hava yolunda dilatasyon İnsulin sentezinde azalma, glukagon sentezinde artma Glikojenolizis, glikoneogenesis, lipoliz, proteolizde artma ve periferik dokuda glikoz alımında azalma Gastrointestinal sisteminde peristaltizm ve gastrik asit salgılamada azalma, sfinkter kontraksiyonu Göz kaslarında uzak görüşü artırmak için kontraksiyon, pupilde dilatasyon Merkezi sinir sisteminde dikkat, uyanıklık ve kavramada artma Bağışkık hücreleri ve adipoz hücrelerin sitokin üretiminde artma Adrenokortikotropik hormon (ACTH) salgını ve kortizol salgını kolaylaştırma
Kortikotropin Releasing Hormon	Hipotalamus	Ön hipofizden ACTH salgını Lokus seruleus nöron aktivitesinde artma
Hormonlar	Anatomik Yapı	Fizyolojik Etki
Adrenokortikotropik hormon	Ön hipofiz	Kortizol sentez ve salgılamada artma

Çizelge 2.2. Doku tipine göre tümörlerin adlandırılması (Devamı)

Doku Kaynağı	Benign	Malign
Lenfoid doku Timus	–	Non-Hodgkin Malign Lenfoma Lenfositik tip Histiositik tip Undifferensiye, polimorfik tip Undifferensiye, Burkitt tip Timoma
Sinir dokusu ve türevleri Glial doku Meningsler Nöron hücreleri Sinir kılıfı Melanositler Adrenal medulla Retina Özelleşmiş sinir uçları	Benign gliomlar (bazı epandimom ve oligodendriogliomlar nonmalign düşünülebilir) Menengioma Ganglionöroma Nörofibroma Pigmente nevüs Feokriositoma Karsinoid tümörler	Glioblastoma multiforme, medulloblastoma, astrositoma, epandimoma, oligodendrioma Meningeal sarkoma Nöroblastoma Nörofibrosarkoma Malign Melanom Malign feokromasitom Retinoblastom Karsinoid tümörler
Bir hücre tipinden daha fazla miks tümörler Embriyonik böbrek Gonadal doku Gonadal doku	– Teratoma –	Nefroblastoma Teratokarsinoma Koryokarsinoma ile birlikte embriyonel karsinoma

Kanser Epidemiyolojisi

Kanser epidemiyolojisi toplumlarda kanserin sıklığını, kanser oluşumuna katkıda bulunan belli risk faktörlerinin rolünü; konakçı, çevre ve kanserin gelişimine ya da inhibisyonuna katkıda bulunan diğer durumları inceler.

Uluslararası Kanser Araştırma Enstitüsü (IARC) verilerine göre 2012 yılında tahmini olarak dünya genelinde 8.2 milyon ölümün kansere bağlı olduğu ve 14.1 milyon yeni kanser vakasının rapor edildiği belirtilmektedir. Avrupada 2012 yılında tahmini 3.45 milyon yeni kanser vakası ve 1.75 milyon kansere bağlı ölüm meydana geldiği bildirilmiştir.

yanıt veren dokular biyolojik etki ve radyosensitiviteden farklı şekillerde etkilenir.

- **Radyosensitivite:** Normal ve kanserli hücrelerin hepsi radyasyonun etkilerine duyarlıdır ve etkilenebilir. Genellikle hızlı bölünen normal ve kanserli hücreler (örn; Mukoza) radyasyona daha fazla duyarlıdır ve radyosensitif olarak adlandırılır. Yavaş bölünen hücreler (kas hücreleri, nöronlar) daha az radyosensitif ya da radyasyona dirençlidir. Radyosensitiviteyi etkileyen faktörler: hücre fazı, oksijen, farklılaşma, proliferatif kapasite, radyasyon hasarının tamiri, tümör büyüklüğü, fraksiyon ve radyasyonun kalitesidir.

Radyoterapinin (RT) amaçları: Radyoterapinin amaçları 3 ana başlık altında toplanır.

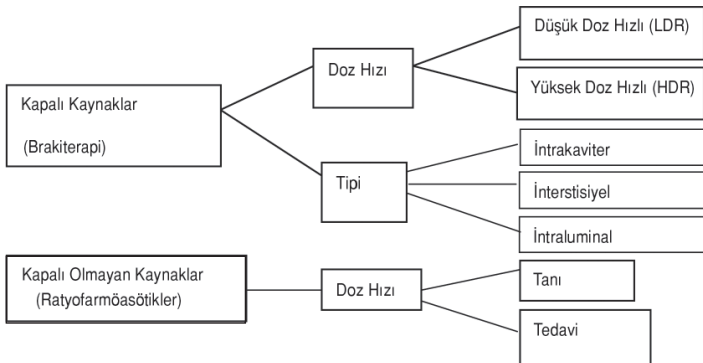
- **Küratif:** Kanser hücrelerini erken evrede tedavi etmek ya da küçülmesini sağlamak
- **Kontrol:** Kanserın başka bir bölgede tekrar oluşumunu önlemek
- **Palyasyon:** İleri düzey kanser durumunda semptom yönetimini sağlamak

Radyoterapi genellikle cerrahi tedavi, kemoterapi ya da immunoterapi gibi tedavilerle birlikte uygulanmaktadır. Eğer cerrahi tedaviden önce uygulanırsa (neoadjuvant terapi) radyasyon tümörü küçültmek amacıyla kullanılır. Cerrahi tedaviden sonra uygulanırsa (adjuvant terapi) cerrahi sonrası kalma ihtimali olan mikroskopik tümör hücrelerini ortadan kaldırmak amacıyla kullanılır.

RT'nin Uygulama/Verme Yöntemleri

Lokal Tedavi

- **Teleterapi (Eksternal Radyoterapi):** Bireyin dışardan vücuduna tedavi dozunun verilmesidir. Radyasyon kaynağı ile hastanın arasında belli bir uzaklık/mesafe vardır. Bu uzaklık cihazın teknik özelliklerine göre 80-100 cm arasında değişmektedir. Kanser tedavisinde yaygın olarak kullanılan cihazlar yüksek enerjili lineer hızlandırıcılar (LİNAC) ve Cobalt-60 teleterapi cihazlarıdır.
- **Radyoaktif kaynak tedavisi: (brakiterapi)**



Şekil 2.3 Radyoaktif kaynak tedavisi.

- Posa bırakan gıdaları tercih ediniz. Bunlar; çiğ veya pişmiş sebzeler, meyveler (kabuklu ve çekirdekli olanlar), meyve suları, hoşaf ve komposto (özellikle kayısı ve erik), fındık, patlamış mısır, kuruyemiş, kepek ekmeğidir.
- Kabızlık yapabilecek yumurta, peynir, patates, pilav, makarna gibi gıdaları az miktarda yiyiniz.
- Her gün hareket ediniz (15–30 dakika). Yürüyebilir, bisiklete binebilir, yoga yapabilirsiniz. Yürüyemiyorsanız sandalyede ya da yatarken yapabileceğiniz egzersizleri öğreniniz.
- Dışkılamak için zaman ayırınız.
- Öğünleri hep aynı zamanda yemeye dikkat ediniz.
- Kabızlık belirtilerini (dışkı tıkaçı, abdominal gerginlik gibi) bilmeniz karışlaştığınızda fark ederek doktorunuza ve hemşirenize iletebilmeniz için önemlidir.

Diyare

Barsak alışkanlığının normal şeklinden farklı olarak, dışkının sıvı içeriği veya miktarında artıştır. Diyare elektrolit dengesizliği, dehidratasyon, malnütrisyon ve immün fonksiyon azalması gibi hayatı tehdit edici ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Ayrıca böbrek kan akımını, asit- baz dengesini, cilt bütünlüğü ve ilaç metabolizmasını olumsuz yönde etkileyebilir.

Kemoterapiye bağlı diyare gastrointestinal sistemin aktif olarak bölünen epitel hücrelerinin hasarı ile ilişkilidir. Derecesi ve süresi kullanılan ajanın dozu ve uygulama sıklığına bağlıdır. Diyare için en fazla risk taşıyan kemoterapötik ajanlar; 5-FU (yüksek doz uygulaması veya leucovorin, methotrexate veya interferonla kombinasyonu), Actinomycin-D, Topoisomerase inhibitörleri (Irinotecan, Topotecan gibi) ve paclitaxel (taxol)'dir.

Diyarenin oluşum riskini ve derecesini azaltan girişimler: şunlardır;

- Dışkı sayısı, miktarı ve içeriğini değerlendirmek,
- Potasyum ve diğer kaybedilen sıvı ve elektrolitlerin replasmanı,
- İstemdeki antidiyare ilaçlarının uygulanması.

Diyareye yönelik hasta ve aile eğitim konuları: aşağıda yer almaktadır;

- 24 saatlik dışkılama sayınızı, dışkınızın rengini ve kıvamını doktorunuza bildirmek için gözlemleyiniz.
- İşaliniz devam ettiği sürece çok posa bırakan ve sindirim sisteminizi tahriş edebilecek gıdalar almayınız. Bunlar; çiğ sebzeler, kepekli veya 8 tahıllı buğday ekmeği, fındık, çekirdek, yağlı gıdalar, fasulye, taze ve kurutulmuş meyveler, meyve suları (muz, avokado, elma ve üzüm hariç), çikolata, baharatlı ve acılı yemekler, sarımsak, hardal turşu ve alkollü içeceklerdir.
- Yüksek kalorili ve potasyum açısından zengin gıdalar alınız. Haşlanmış patates, muz ve şeftali yiyebilirsiniz. Bunlara ek olarak ishal döneminde pirinç lapası, haşlanmış makarna, yoğurt, ayran, yağsız beyaz peynir ve yağsız ızgara tavuk yiyebilirsiniz.
- Günde en az 3 litre sıvı alınız. Sıvı ihtiyacı için suyun yanı sıra açık çay ve ayran gibi sıvılar da almalısınız.
- Kafeinli ve karbonatlı içecekler içmeyiniz.
- Üzüm pekmezinden kaçınınız.
- Kahve, demli çay, alkol, tütün ve tatlılardan uzak durunuz.

- Ateş, titreme,
- Terleme,
- Öksürük,
- Pürülan balgam,
- Plevral tipte göğüs ağrısı,
- Baş ağrısı,
- Bulantı-kusma, karın ve kas ağrısı görülür.

■ **Tedavi:** Şiddetli vakaların hastanede tedavisi gerekebilir.

- Uygun antibiyotik tedavisine ilaveten ekspektoranlar, analjezik ve antipiretik kullanılır.
- Hastaya oksijen tedavisi, nebulizasyon, hidrasyon ve göğüs fizyoterapisi uygulanır.
- **Sıvı -elektrolit** replasmanı yapılarak hastaya uygun diyet ayarlanmalıdır.

■ **Hemşirelik Bakımı:** Hemşirelik girişimleri pnömonin ortaya çıkmasını önlemeye yönelik olmalıdır.

- Hemşire hastanede risk altındaki bireylere karşı dikkatli olmalıdır.
- ÜSYE gelişirse destekleyici önlemlerle tedavi edilmelidir (dinlenme, yeterli sıvı alımı, dengeli beslenme gibi)
- Akut alevli dönemde hastanın aktivitesi kısıtlanmalı ve istirahat etmesi sağlanmalıdır.
- Genel durumu iyi olan genç bireyler yakın takipte olmak kaydı ile evde antibiyotik tedavisi ve istirahati önerilir.
- Sigarayı bırakmanın önemi anlatılır.
- Riskli bireylerin pnömokok aşısı yapılması konusunda bilgilendirmeler yapılmalıdır.
- Hastane koşullarında tedaviye alınan hastalar yakın takip edilmesi önemlidir.
- Hasta kendi bakımını yapacak düzeye gelene kadar günlük yaşam aktivitelerinde yardımcı olunur.
- Dinlenme ve aktivite planlaması yapılır.
- 2-4 saatte bir solunum sesleri dinlenmelidir.
- Solunum hızı, derinliği ve kalitesi, mental durumu değerlendirilip kaydedilir.
- Sekresyonların rengi, miktarı, kokusu değerlendirilir.
- Order edilen O₂ nemlendirilerek nazal kateter ve maske ile verilir.
- Hastaya en rahat solunum yapacağı pozisyon verilir.
- Oksijen satürasyonu takip edilir.
- Hastaya derin solunum ve öksürük egzersizleri öğretilir ve 4 saatte bir yaptırılır.
- Spirometre ile solunum egzersizleri yaptırılır.
- Aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılır
- Sık sık pozisyon değiştirilir.
- Yüksek kalorili bol proteinli vitaminden zengin gıdalarla beslenmesi sağlanır
- Uzun ve kalabalık ziyaretler kısıtlanır.
- Ağız bakımı yapılarak enfeksiyon yayılımının önlenmesinin yanı sıra hastada rahatlatmış olur.
- Komplikasyon belirtileri açısından hasta değerlendirilir.

- Sıvı kısıtlamasına gidilebilir,
- Diüretik,
- Digital türevi ilaçlar,
- Kalsiyum kanal blokerleri,
- Antikoagulanlar tedavide yer alır.
- Oksijen tedavisi uygulanır.

■ **Hemşirelik Bakımı:** Hemşire pulmoner hipertansiyon açısından riskli hastaları (KOAHA, konjenital kalp hastalıkları, mitral kapak hastalıkları gibi) bilmelidir.

- Hastanın solunum sesleri, hava açlığı, taşikardi yardımcı solunum kaslarını kullanıp kullanmadığı değerlendirilir.
- Hastaya semi-fowler pozisyonu verilerek istirahatı sağlanır.
- Aktivite ve dinlenme periyotları düzenlenir.
- Aldığı-çıkardığı sıvı izlemi yapılır.
- Oksijen tedavisi ile hastanın düzenli izlemi önemlidir.

Pulmoner Kalp Hastalığı (Kor pulmonale)

■ **Tanımı:** Akciğer toraks ya da pulmoner dolaşım hastalıklarına sekonder olarak sağ ventrikülde hipertrofi, dilatasyon veya yetmezliğin gelişmesidir.

■ **Etiyoloji:** En sık masif pulmoner emboli nedeniyle gelişir. Genellikle kronik-tir ve kronik obstrüktif akciğer hastalığında alvolar hipoksiden kaynaklanır. Solunum sistemini etkileyen her bozukluk kor pulmonaleye neden olabilir. Sıklıkla sigara tiryakilerinde ve erkeklerde görülmektedir.

■ **Belirti ve Bulgular:**

- Dispne, ökrürükle birlikte balgam çıkarma,
- Hırıltılı solunum
- Retrosternal ya da substernal ağrı
- Halsizlik
- Ödem
- Senkop atakları
- Uyku hali, yorgunluk
- Baş ağrısı
- İleri evrelerdeki hastalarda, sağ kalp yetmezliğine bağlı semptom ve bulgular ortaya çıkar.

■ **Tedavi:** Tedavi planı altta yatan nedene yönelik olarak yapılır.

- Pulmoner emboliye bağlı ise antikoagulan tedavi uygulanır.
- Semptomatik tedavide pulmoner hipertansiyonun tedavisi yapılmalıdır.
- Sıvı elektrolit ve asit baz dengesizlikleri varsa düzeltilmesi gerekir.
- Alta yatan solunum sorunu tıkanmayla ilişkili ise bronkodilatatör tedavi uygulanır.
- Solunum terapisi birikmiş sekresyonu çıkarmada etkili olan yöntemdir.
- Endotrekal entübasyon ve mekanik ventilasyon tedavisinde gerekebilir
- Oksijen tedavisi (ağır vakalarda 24 saat oksijen tedavisi uygulanabilir)
- Kalp yetmezliği varsa yatak istirahati, düşük sodyumlu diyet, diüretik, dinitaller tedavi de yer alır.

lanımı, kafa yaralanmaları, göğüs travması, multipl skleroz, spinal kord yaralanması, myastenia gravis akut solunum yetmezliğine yol açar.

■ **Belirti ve Bulgular:** Hastalarda sıklıkla;

- Huzursuzluk, yorgunluk baş ağrısı,
- Dispne,
- Öksürük,
- Göğüs sıkışması ve göğüs ağrısı,
- Siyanoz,
- Wheezing,
- Yardımcı solunum kaslarının solunuma katılması,
- Taşikardi ve tedavi edilmezse aritmi,
- Hipotansiyon,
- Konjestif kalp yetmezliği,
- Solunum asidozu ve kardiyak arrest gelişimi görülebilir.

■ **Tedavi:** Tedavi duruma yol açan nedene yönelik olarak yapılır.

- İlaç tedavisinde brokospazmı ortadan kaldırmaya yönelik bronkodilatörler ve şiddetli durumda IV aminofilin kullanılabilir.
- Kortikostroidler,
- Diüretikler,
- Antibiyotikler,
- Anksiyete ve huzursuzluk için düşük dozda sedasyon yapılabilir.
- Akciğerlerde gaz değişiminin desteklenmesi ve oksijen tedavisi, mekanik ventilasyon veya intermittant pozitif basınç uygulaması gerekebilir.

■ **Hemşirelik Bakımı:** Hastalar genelde yoğun bakım ünitesinde tedavi edilir.

- Yaşam bulguları, oksijen saturasyonu, arteriyel kan gazı takibi yapılır, solunum hızı, ritmi ve derinliği değerlendirilir.
- Ventilatördeki hasta bakımı ilkeleri uygulanır.
- Hasta rahatladıktan sonra derin solunum ve öksürük egzersizleri yaptırılır, spirometre kullanımı için cesaretlendirilir.
- Sekresyonları yumuşatmak için nebulizatörle buhar uygulanır.
- Hasta rahatladıktan sonra derin solunum ve öksürük egzersizleri yaptırılır, spirometre kullanımı için cesaretlendirilir.
- Akut tabloda aspirasyon riski tipik olarak ağızdan alımı önler bu nedenle enteral ve parenteral beslenmeye geçilebilir.
- Beslenme yetersizliği solunum kaslarını da içeren kas erimesine yol açarak iyileşmeyi geciktireceği için protein ve enerji depoların korunması açısından önemlidir.

Akut Respiratuar Distres Sendromu (ARDS)

■ **Tanımı:** Alveoler kapillerlerde artmış permeabilitenin neden olduğu pulmoner ödeme bağlı akut hipoksemik solunum yetmezlidir.

■ **Etiyoloji:** Boğulma, gastrik aspirasyon, yağ ve hava embolosi, pnömoni, toksik gaz inhalasyonu, pankreatit, Dissemine intravasküler koagülasyon (DIC), aşırı doz ilaç alımı, travma, büyük cerrahi girişimler, sistemik sepsis, ağır yaygın cilt yanığı ve aşırı uyuşturucu kullanımı rol oynar.

■ **Belirti ve Bulgular:** Genellikle solunumla ilgilidir.

BÖLÜM 4. KALP HASTALIKLARI VE HEMŞİRELİK BAKIMI AKIL NOTLARI

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !



Prof. Dr. Sabire Yurtsever

Kalp, bir kas pompası olup dakikada ortalama 70 kez kasılıp gevşer. Kalbin bu sürekli pompalama etkinliği sonucunda kan, damarlar yoluyla vücudun tüm doku ve organlarına oksijen ve besin maddesi taşır. Metabolizma sonucu açığa çıkan artık maddeler de uzaklaştırılır.

KORONER ARTER HASTALIKLARI

- **Tanım:** Koroner arter hastalığı (KAH), yetişkinlerde en sık karşılaşılan kardiyovasküler hastalıktır. Nedeni çoğunlukla arteriyosklerozdur. Hastalıkta, kalbin beslenmesini sağlayan koroner arterlerde damar duvarının kalınlaşarak sertleşmesi ve elastikiyetini kaybetmesi söz konusudur.
- **Etiyoloji:** Koroner arter hastalığının gelişiminde etkili olan risk faktörleri iki gruba ayrılmaktadır. Bu faktörler Çizelge 4.1'de yer almaktadır.

Çizelge 4.1. Koroner Arter Hastalıklarının Risk Faktörleri

Kontrol Edilemeyen Risk Faktörleri	Kontrol Edilebilen Risk Faktörleri
• Aile öyküsü (birinci derece akrabalarında erkeklerde 55 yaş ya da daha erken, kadınlarda 65 yaş ya da daha erken yaşta koroner arter hastalığı öyküsü olan) • Yaş (erkeklerde 45 yaş ve üstü, kadınlarda 55 yaş ve üstünde olmak) • Cinsiyet (erkeklerde kadınlara göre daha erken yaşlarda ortaya çıkmaktadır) • Irk (zenci ırkta risk daha fazladır)	• Hiperlipidemi (HDL kolesterolün 35 mg/dl altında, LDL kolesterolün 130 mg/ dl üstünde olması) • Sigara içme, tütün kullanma • Hipertansiyon • Diyabetes mellitus • Metabolik sendrom • Obezite • Hareket azlığı • Emosyonel stres

Koroner arter hastalığı; kararlı anjina pectoris, kararsız anjina pectoris ve miyokard enfarktüsü şeklinde ortaya çıkabilmektedir.

Kararlı Anjina Pectoris

- **Tanım:** kararlı anjina pectoris, miyokardın kanlanamaması sonucunda ortaya çıkar ve genellikle göğüs üzerinde ağrı ya da basınç hissi ile karakterizedir.

Çizelge 4.13. Perikarditte Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik Bakımı

- Göğüs ağrısı değerlendirilir.
- Kalp sesleri 4 saatte bir dinlenir.
- İstemde yer alan ilaçlar uygulanır. Etki ve yan etkileri izlenir.
- Sessiz ve sakin bir ortam sağlanır.
- Emosyonel destek sağlanır.
- Derin nefes alıp vermesi desteklenir.
- Gerekirse oksijen verilir.
- Fowler ya da yüksek fowler pozisyonu verilir.
- Akut inflamasyon döneminde yaşam bulguları saatte bir izlenir.
- Kalp ritmi aritmi yönünden izlenir.
- Düşük kardiyak out-put belirti ve bulguları (idrar miktarında azalma, soğuk, soluk cilt, kapiller geri dolum zamanında uzama vb) izlenir.
- Gerekirse cerrahi girişim için hazırlık yapılır.

KALP KAPAĞI HASTALIKLARI**Mitral Darlık**

- **Tanım:** Diyastol sırasında kanın mitral kapaktaki obstrüksiyon nedeniyle sol atriyumdan sol ventriküle geçişinin engellenmesidir.
- **Etiyoloji:** Romatizmal kalp hastalığı, bakteriyel endokardit, konjenital defekt nedeniyle gelişebilir.
- **Belirti ve bulgular:** Mitral darlık başlangıçta pek semptom vermeyebilir. Belirti ve bulgular hastalığın derecesine bağlıdır.
Çizelge 4.14'de Mitral darlıkta görülen belirti ve bulgular yer almaktadır.

Çizelge 4.14. Mitral Darlıkta Belirti ve Bulgular

Belirti ve Bulgular

- Eforla birlikte dispne
- Öksürük
- Hemoptizi
- Sık tekrarlayan akciğer enfeksiyonları (bronşit ve pnömoni)
- Paroksizmal nokturnal dispne
- Ortopne
- Halsizlik, yorgunluk
- Çarpıntı
- Darlığın derecesi ilerledikçe sağ kalp yetmezliği belirti ve bulguları (jugular venlerde dolgunluk, hepatomegali, assit, periferik ödem) ortaya çıkar.
- Ciddi mitral darlıkta yüz ve ekstremitelerde siyanoz görülür.
- Nadir olarak göğüs ağrısı gelişebilir.
- Atrial fibrilasyon görülebilir.
- Emboli riski yüksektir.

Yaşam şekli değişikliklerine ilişkin düzenlemeler: Fazla kilolu ise, zayıflama, alkol alımını kısıtlama, sigarayı bırakma, haftada en az üç gün 30-45 dakika aerobik egzersiz yapma, stresle baş etme yöntemlerini öğretme ve kullanmaya teşvik etmeyi içerir.

Diyet düzenlemesi ise;

- Sodyum alımını azaltma,
- Diyetle yeterli potasyum alımını sürdürme,
- Diyetle yeterli kalsiyum ve magnezyum alımını sürdürme,
- Diyetle sature yağ ve kolesterol alımını kısıtlamadır.

İlaç tedavisi olarak;

- Diüretikler
- Beta adrenarjik blokerler
- Alfa adrenarjik blokerler
- Anjiotensin konverting enzim inhibitörleri
- Kalsiyum kanal blokerleri
- Vazodilatatörler önerilmektedir.

■ **Hemşirelik Bakımı:** Çizelge 4.25'de primer hipertansiyonda hemşirelik bakımı yer almaktadır.

Çizelge 4.25. Primer Hipertansiyonda Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik Bakımı

- Hipertansiyona neden olabilecek davranışlar belirlenir ve kontrolüne ilişkin bilgi verilir.
- Sağlıklı yaşam davranışları geliştirmeye ilişkin hasta ile birlikte planlama yapılır.
- Önerilen tedaviye ilişkin bilgi verilir.
- Hipertansiyona ilişkin bilgi düzeyi değerlendirilir. Uzun dönem etkileri tartışılır.
- Günlük tüketilen besinler değerlendirilir. Risk oluşturabilecek alışkanlıklar tartışılır.
- Diyetisyene yönlendirilerek uyması gereken diyet rejimi hakkında bilgi sahibi olması sağlanır.
- Kilo vermesi gerekiyorsa kontrollü bir şekilde kilo vermesinin önemi anlatılır.
- Günlük aldığı çıkardığı sıvı miktarını takip etmesi önerilir.
- Kilo değişimini yakından takip etmesinin önemi açıklanır.
- Kan basıncını ölçme konusunda bilgi verilir.
- Düzenli kontrollerin önemi açıklanır.

Kaynaklar

- Akdemir N., Birol L. (2004). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Genişletilmiş İkinci Baskı, Sistem Ofset, Ankara.
- Kadayıfçı A., Karaaslan Y., Köroğlu E. (Eds.) (2008). Acil Durumlarda Tanı ve Tedavi. Üçüncü Baskı, HYB Basım Yayın, Ankara.
- Karadakovan, A., Eti Aslan, F. (2010). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Kitabevi, Adana.
- Lemone P., Burke K. (2010). Medical Surgical Nursing: Critical Thinking in Client Care. Third Edition, Pearson Education LTD. New Jersey.
- McPhee S.J., Lingappa V.R., Ganong W.F. (2006). Çev. Ed. Erkan Çoban, Gültekin Süleymanlar, Hastalıkların Fizyopatolojisi, Dördüncü Baskıdan Çeviri, Palme Yayıncılık, Ankara.
- Sansoy V., Küçüköğlu S. (Çev. Ed) (2004). Kardiyovasküler Aciller. Birinci Baskı, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti. İstanbul.
- Smeltzer S.C., Bare B.G., Hinkle J.L., Cheever K.H. (2010). Brunner & Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing. Twelfth Edition, Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

(Plethora) gelişir. Fiziksel muayenede splenomegali ve hepatomegali saptanır. Baş ağrısı, baş dönmesi, eforla yorgunluk, hipertansiyon, epigastrik distres, sırt ağrısı, kaşıntı ve vasküler hastalık belirtileri (anjina, intermittant klaudikasyon, serebral yetmezlik) görülmektedir.

- **Tanı:** Lökosit, trombosit ve total kan volümü, serum eritropoetin düzeyi, kemik iliği eritroid koloni büyümesinin incelenmesi, eritrosit sayımı ve MCHC düzeyine bakılır. Deri rengi, karaciğer ve dalak muayenesi yapılır. Bireyde ağrı ve kaşıntı gibi semptomlar açısından değerlendirme yapılması ile tanı konulur.
- **Tedavi:** Antiinflamatuvar, antihistaminik, myelosupresif ajanlar ve ürik asit salınımını azaltmaya yönelik Allopurinol ilaç tedavisi kullanılmaktadır. Flebotomi ve radyoterapide tedavi seçenekleri arasında yer alır.
- **Hemşirelik Bakımı:** Polisitemide ortaya çıkan semptomlara yönelik hemşirelik girişimleri aşağıda maddeler şeklinde özetlenmiştir;
 - Kan volümü artışına bağlı olarak gelişebilecek tromboz ve serebrovasküler olay açısından izlem,
 - Antikoagülan ilaçlar alımı sonrası kanama belirtileri açısından izlem,
 - Aspirin ve benzeri ilaçların alınmaması konusunda bilgilendirme,
 - Antineoplastik ilaçların yan etki kontrolü,
 - Bol sıvı alımı,
 - Egzersiz yapması konusunda teşvik edilmesi,
 - Kaşıntı nedeniyle cildi rahatlatmak için cilt bakımı,
 - Cildin nemliliğinin sağlanması,
 - Sigara kullanmaması konusunda bilgilendirme,
 - Demir ilaçlarından kaçınması konusunda bilgilendirme,
 - Diyetinde demir içeren gıdalardan kaçınması,
 - Laboratuvar bulgularının izlenmesidir.

KANAMA HASTALIKLARI

Trombositopeni

- **Tanım:** Trombosit sayısının $100.000/\text{mm}^3$ 'ün altında olmasıdır.
- **Etiyoloji:** Tam olarak nedeni belli değildir. Anemiler, SLE, AIDS gibi hastalıklar, viral enfeksiyonlar, kemoterapi, radyoterapi, heparin tedavisi ve bazı ilaçlar gibi pek çok faktör trombositopeniye yol açabilmektedir.
- **Belirti ve bulgular:** Trombosit seviyesinde düşüklüğe bağlı değişkenlik göstermektedir. Trombositlerin çok düştüğü durumlarda; burun, müköz membran ve Gastro İntestinal Sistem (GİS) kanamaları, cilt veya müköz membranlarda peteşial döküntüler görülebilmektedir.
- **Tanı:** Karın muayenesi (dalak ya da karaciğer büyümesi açısından), tam kan sayımı, kan yayması, PT ve PTT zamanlarına bakılması, kemik iliği aspirasyonu veya biyopsisi ile tanı konulur.
- **Tedavi:** Trombosit transfüzyonu, trombosit büyüme faktörleri, taze donmuş plazma veya plazmaferez, yüksek doz steroid tedavisi uygulanır.

- **Hemşirelik Bakımı:** HL ve NHL'de benzer hemşirelik girişimleri uygulanmaktadır. Bu girişimler Çizelge 5.4. de yer almaktadır.

Çizelge 5.4. HL ve NHL'de Hemşirelik Girişimleri

Hemşirelik Girişimleri

- Öykü alınması,
- Kemoterapi ve radyoterapinin erken ve geç dönem komplikasyonlarını yakından takip etmeye önlemeye/hafifletmeye yönelik bakımı planlama,
- Enfeksiyonlar açısından izlem ve bakımı planlama,
- Yeterli hidrasyon ve beslenmeyi sağlama,
- Ağrının azaltılması ve önlenmesi,
- Hastalık ve tedavi konusunda hasta ve aile eğitimidir.

Miyelodisplastik Sendrom

- **Tanım:** Kronik sitopeniler ve anormal hücrel olgunlaşması ile karakterize birçok heterojen hematolojik durumu içerir.
- **Etiyoloji:** Etiyolojik faktörlerde AML'ye benzerlikler bulunmaktadır. Benzen, kemoterapötik ajanlar (özellikle alkileyici ajanlar), radyasyona maruziyet sayılabilir.
- **Belirti ve Bulgular:** Başlangıç belirti ve bulgular genellikle sitopenilere bağlı sorunlar (anemi, lökopeni, trombositopeni) gelişir. Başlangıç semptomları olarak; halsizlik, çabuk yorulma, solukluk, kanama eğilimi ve enfeksiyon artışı vardır. Splenomegali, hepatomegali, lenfadenomegali, nadiren vaskulit, monoartiküler artrit, poliserozit gibi otoimmün komplikasyonlar ve bu komplikasyonlara ait bulgular gelişir. Anormal demir metabolizması, bozulmuş globin zincir sentezi, eritrosit enzimlerinin azalması, HbF seviyesinin artması, anormal eritrosit antijenleri saptanır.
- **Tanı:** Periferik yayma, kemik iliği aspirasyonu, granülositlerde nükleer hiposegmentasyon, granülositer hipogranülasyon, makrosit ya da "akantosit" (eritrositlerde dikensi görünüm) varlığı, kemik iliğinde megakaryosit, mikromegakaryosit, hipogranüler megakaryosit, displastik nükleuslu megakaryosit görülmesi ve kemik iliğinde "ring sideroblast" varlığı ile tanı konur.
- **Tedavi:** Eritropoetin-alfa tedavisi, immünite düzenleyici ilaç tedavisi, şelasyon tedavisi, G-CSF kullanımı, antineoplastik ilaçların kullanılması, hematopoetik kök hücre transplantasyonudur.

Destek Tedavileri■ **Anemi Tedavisi**

Eritrosit transfüzyonları dışında eritropoetin (EPO)

■ **Nötropeni Tedavisi**

Hematopoetik büyüme faktörleri hematopoezisi artırma ve enfeksiyonları tedavi etmede; G-CSF ya da GM-CSF kullanımı Önerilen yaklaşım tekrarlayan ya da antibiyotik-refrakter enfeksiyonlu nötropenik hastalarda sitokinlerin kullanılmasıdır.

Çizelge 6.9. AIDS Belirti ve Bulguları

Belirti ve Bulgular	
<i>Enfekte durumdan 2-6 hafta sonra</i>	<i>Kronik HIV enfeksiyonu</i>
• Ateş • Boğaz ağrısı • Lenfadenopati • Miyalji • Artralji • Diyare • Baş ağrısı • Bulantı/kusma • Kilo kaybı • Aseptik menenjit • Monoiliiazis • Döküntü ya da ülserler	• Halsizlik • Ateş • Gece terlemesi • Diyare • Kilo kaybı • Tekrarlayan LAP • Monoiliiazis • Tüylü lökoplaki • Herpes zoster • Seboreaik dermatit • Ağızda aftöz ülserler • Tekrarlayan vajinal kandidiazis



HIV bulaştıktan sonra belirtiler 2-15 yıl arasında geniş bir aralıkta görülür, sero pozitif bireylerin %80'i bu dönemde ve hastalık bulaşıcıdır.

- **Tanı:** AIDS'de tanı için uygulanan testler aşağıda yer almaktadır.
 - **ELİSA** (tarama testi),
 - **Hızlı HIV Antikor Testi**
 - **Western Blot Testi** (doğrulama testi) yapılır. Virüsü alan bireylere öncelikle ELISA testi yapılır. Eğer ELISA sonucu pozitif ise Western Blot Testi ile HIV'in pozitifliği doğrulanır.
 - **P24 Çekirdek Antijeni;** FDA tarafından kullanımı onaylanmıştır. Çok özgüldür, daha az duyarlıdır (%85-90).
- **Tedavi:** Semptomları olan tüm hastalara HIV tedavisi başlanmalıdır, non-semptomatik olanlarda CD⁺ T hücre sayısı 200-350/ mm³ arasında ise tedavi başlanmalıdır. HIV ile enfekte bireylerde tedavi iki amaca yöneliktir;
 - Hastalığın ilerlemesini geciktirmek için, doğrudan virüse müdahale etmek,
 - Fırsatçı enfeksiyonların ve kanser gelişmesinin engellenmesi.

HIV'e karşı kullanılan ilaç protokolleri sürekli değişmektedir, bu protokoller oluşturulan ilaçlar antiretroviral ajanlar olarak bilinmektedir. Antiretroviral tedavi rejimleri oldukça kompleks, önemli yan etkileri olan, virüsün hızla yapı değiştirmesi ve viral direnç nedeniyle tedavide zorluklar yaratan maliyeti oldukça yüksek tedavilerdir.



HIV için Standart Tedavi
HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy- Yüksek Aktiviteli Antiretroviral Tedavi)

HIV için antiretroviral tedavi rejimlerinin yanı sıra, aşı çalışmaları da devam etmektedir. Ayrıca, tedavide fırsatçı enfeksiyonlar için, antibiyotikler ve immün sistemi güçlendirmek için, sitokin ve lenfokinlerin kullanımına ilişkin çalışmalar sürmektedir.

Kalazya

Akalazyanın tam tersi bir durumdur. Kardiyo-özofageal sfinkterde yetmezlik söz konusudur ve bu nedenle asit mide içeriği özofagusa geri döner.

Etiyoloji

Bilinen bir etyolojik faktör olmamakla beraber kardiak sfinkter, gevşek ve daima açık olur. Bu nedenle mide içeriği özofagusa regürjite olmaktadır. En sık nedeni alt özofagus sfinkterinin basıncının düşüklüğü ve uygunsuz gevşemesidir.

Belirti ve Bulgular

Regürjitasyon
Pirozis (üst epigastrium ve sternum bölgesinde duyulan yanma hissi)
Disfaji
Odinofaji (ağrılı yutma)
Aspirasyon
Aspirasyon pnomonisi

Kalazya'da Tedavi

Antiasitler mide asidini azalttığı için geçici olarak yarar sağlayabilir.

Hemşirelik Bakımı

Amaç: Semptomların giderilmesi, komplikasyonların önlenmesi, remisyonun sağlanması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi
Şişmanlık özofajitisle birlikte olan veya uyarıcı bir faktör olduğu için hastanın ideal vücut ağırlığına ulaşması sağlanır.
Günde en az 3 öğün düzenli yemek yenmelidir.
Yatmadan önce yemek yeme alışkanlığından vazgeçilmelidir. Yemekten hemen sonra yatmaktan kaçınılması gerekir. En az 3 saat yatmamak.
Koyu çay, kahve, karbonatlı içecekler, domates, asitli meyve suları, acı baharatlar diyetten çıkarılmalıdır.
Özofageal sfinkter basıncını arttırmak için; proteinden zengin besinler ve yağlı besinler artırılır.
Yemek hacmini azaltmak için yemeklerde sıvı alımı azaltılıp, sıvı alımı öğün aralarına kaydırılır.
Kızartmalar, çok sıcak veya çok soğuk besinler yenilmemelidir.
Karın içi basıncı arttıran, sıkı kemer, korse gibi uygulamalardan kaçınılmalıdır.
Yatılan yatağın başının 15-25 cm yükseltilmesi, gece uykudayken, özofagusa geçen mide içeriğinin yer çekimi etkisiyle geriye dönmelerini kolaylaştırır.
Alt özofagus basıncını azalttığı için alkol kullanılmamalıdır.
Tok karnına egzersiz yapılmamalıdır.
Sigara kesinlikle içilmemelidir.

Çizelge 8.2. Üriner Sistem Enfeksiyonları Risk Faktörleri

Mesanenin tam olarak boşaltılmasında yetersizlik	Üriner bölgeye kateter uygulaması, sistoskopi gibi girişimler
Doğumsal anomaliler, üretral daralmalar, mesane boynu kontraktürü, mesane tümörleri, böbrek ya da üreter taşları, üreterlerin baskılanması ve nörolojik bozukluklara bağlı olarak idrar akımının engellenmesi	- Üretral mukozada enflamasyon ya da yıpranma - Kadınlarda uretranın kısa olması ve anüsün vajinaya yakın olması
Doğal savunma mekanizmalarında azalma ya da immün sistem baskılanması	- DM - Gebelik - Nörolojik hastalıklar - Gut - Mesane boşalmasını engelleyen ve idrar biriminkine neden olan diğer durumlar

■ **Belirti ve bulgular:** Alt üriner sistem enfeksiyonlarında;

- Ağrılı idrar yapma,
- İdrar yaptıktan sonra yanma hissi,
- Sık idrara çıkma,
- Sıkışma hissi,
- Gece idrara çıkma (noktürü),
- İnkontinans,
- Suprapubik ya da pelvik ağrı
- Hematüri ve sırt ağrısı yakınmaları tipiktir.

Yaşlı bireylerde bu tipik bulgular nadiren görülür.

■ **Tedavi:** İlaç tedavisinin yanı sıra hemşirenin hastaya yapacağı eğitim büyük önem taşımaktadır.

■ **İlaç tedavisi:** Komplikasyonsuz üriner sistem enfeksiyonlarında 3 günlük antibiyotik tedavisiyle %80 başarı sağlanabilmektedir. Piyelonefrit gibi komplikasyonlu olgularda sefalosporin, ampicillin/aminoglikozid kombinasyonları ile 7-10 günlük tedavi uygulanır. Trimethoprim sulfamethoxazole (TMP-SMZ, Bactrim, Septra), nitrofurantoin (Macrochantin, Furadantin) ampisilin ya da amoxicillin yaygın olarak kullanılan ilaçlardır. Ancak E. coli'nin bu ajanlara direnç geliştirdiği durumlarda diğer tedavi seçeneklerine başvurulur. Fluoroquinolone ciprofloksasin (Cipro) ve TMP-SMZ bu tür dirençli olgularda kullanılabilen ilaçlardır.

■ **Hemşirelik bakımı:** Üriner sistem enfeksiyonlarında hemşirelik bakımı, enfeksiyonu tedavi etmek ve tekrarlamasını önlemeye yönelik olarak planlanır. Saptanabilecek hemşirelik tanıları aşağıda verilmiştir:

- Üretra, mesane ya da diğer üriner sistem yapılarındaki enfeksiyon ve enflamasyona bağlı *akut ağrı*,
- Enfeksiyonu tetikleyen, tekrarlamasına neden olan etmenler, tekrarların saptanması, önlenmesi ve ilaç tedavisine ilişkin *bilgi eksikliği*.

Hemşirelik tanılarına yönelik yapılacak hemşirelik girişimleri şunlardır:

- Ağrının giderilmesini sağlayıcı girişimler uygulanır.

yavaşlatılarak arteriyel hat hastaya yakın bir yerden klemplenir. Arteriyel hat-tan 100-150 cc serum fizyolojik verilerek diyalizer ve setteki kanın hastaya geri verilmesi sağlanır. Daha sonra ven iğnesi çıkarılarak kanama olasılığına karşı basınçlı tampon uygulanarak bandajlanır. Bundan sonra hastanın kan basıncı ölçülür. Hasta kendisini iyi hissediyorsa kaldırılıp kilosu ölçülerek kayıt edilir.

Hemodiyalizin komplikasyonları: HD tedavisine bağlı akut ve kronik komplikasyonlar gelişebilir. Çizelge 8.7'de HD'in akut ve kronik komplikasyonları verilmiştir.

Çizelge 8.7. HD'in Akut ve Kronik Komplikasyonları

Akut Komplikasyonlar	Kronik Komplikasyonlar
Hipotansiyon	Hipertansiyon
Kramp	Kardiyovasküler sorunlar
Bulantı-kusma	Nörolojik sorunlar • Üremik ensefalopati • Diyaliz demansı • Diyaliz dengesizlik (Disequilibrium) sendromu • Nöropati • Konvülsiyon • Subdural hematom • Baş ağrısı
Baş ağrısı	Diyaliz amiloidozu • Karpal tünel sendromu • Periferik eklemlerde osteoartropati • Spondilartropati
Göğüs ağrısı	Anemi/kanamaya eğilim
Sırt ağrısı	Enfeksiyonlar • Damar girişim yolu enfeksiyonları • Pnömoni • İdrar yolu enfeksiyonu • Hepatit B ve C • HIV
Kaşıntı	Üremik kemik hastalığı
Ateş/titreme	Uyku bozuklukları
*Diyaliz dengesizlik (Disequilibrium) sendromu: Genellikle akut böbrek yetersizliği olan ya da BUN düzeyi 150 mg/dL ↑ olan hastalarda görülür	
Hava embolisi (nadir)	

HD'de hemşirelik bakımı: Uzun süreli hemodiyaliz uygulaması hastalık ve hastanın yaşamında getirdiği kısıtlamalar nedeniyle kabul edilmesi güç bir tedavidir. Çoğunlukla ekonomik sorunlar, işini yürütmedeki güçlülükler, olası iş kaybı, cinsel istekte azalma, impotans, kronik bir hastalığa bağlı depresyon ve ölüm korkusu sıklıkla karşılaşılan sorunlardır. Genç hastalarda evlilik, çocuk sahibi olma ve aileye yük olma gibi sıkıntılar görülebilir. Diyaliz tedavisinin sıklığı, sıvı ve beslenme ile ilgili kısıtlamalar hasta ve ailesi için yaşam biçimin-

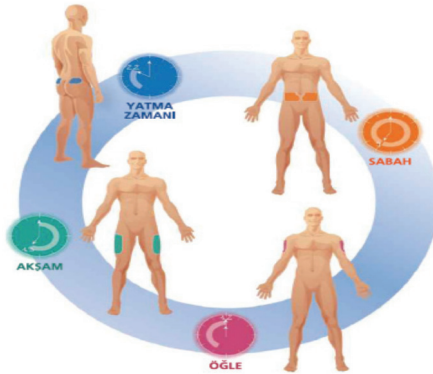


Şekil 9.3 İnsülin uygulama bölgeleri (Kaynak:T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Erişkin Diyabetli Bireyler İçin Eğitimci Rehberi. Olgun N, Özkan S, Satman İ, Yetkin İ, Çalışkan D, Özcan Ş, Özer E. (Eds.), Koza Basım Yayın Ltd. Şti, Ankara, 2014. s.64.)

İnsülin Uygulama Bölgelerinde Rotasyon Teknikleri

Aynı öğünde aynı bölge tekniği: Her bir enjeksiyon zamanı için bir bölge belirlenir. Sabahları karın, öğlenleri kol, akşamları bacak, yatma zamanında kalça vb. gibi. Kol, bacak ve kalça sağ, sol olarak kendi içinde ikiye, karın bölgesi ise dört kadrana bölünür, her kadrana saat yönünde bir hafta kullanılır. Kalça kullanılmayacak ise yatmadan önce yapılan insülin de bacadan uygulanabilir. (Şekil 9.4)

Haftalık bölge rotasyonu: Günde tek doz veya iki doz insülin kullanılıyorsa haftalık bölge rotasyonu uygulanabilir. Aynı bölge içindeki insülin uygulamaları arasında en az bir parmak mesafe olmasına dikkat edilir, birbirine çok yakın yapılırsa yağ dokusunda artma veya seyrek olarak da azalma, dolayısıyla insülin emiliminde azalma olur. (Şekil 9.5)



Bu durumda: 4 enjeksiyon / günlük rejim

Şekil 9.4 Aynı öğünde aynı bölge tekniği (Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Erişkin Diyabetli Bireyler İçin Eğitimci Rehberi. Olgun N, Özkan S, Satman İ, Yetkin İ, Çalışkan D, Özcan Ş, Özer E. (Eds.), Koza Basım Yayın Ltd.Şti, Ankara, 2014. s.65).

İç Hastalıkları Hemşireliği Akıl Notları

Homeostazisi Bozan Durumlar ve Homeostatik Mekanizmalar	1
Onkoloji Hemşireliği	45
Solunum Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı	105
Kalp Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı	129
Kan Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı	145
İmmün Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı	161
Sindirim Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı	173
Böbrek-İdrar Yolları Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı	197
Endokrin Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı	219
Sinir Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı	265
Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı	299

ARADIĞINIZ TÜM TIP KİTAPLARI BU ADRESTE



www.guneskitabevi.com

GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnan Sokak No: 3
06410 Sıhhiye/Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7/2 Esentepe/İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43
Faks: (0212) 356 87 44

KARTAL ŞUBE

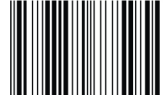
Cevizli Mahallesi Denizler Cad.
No: 19/C Kartal/İstanbul
Tel & Faks: (0216) 546 03 47



Türkiye'nin her yerinden...
0505 734 13 13



ISBN 978-977-277-595-4



9 789752 177595 4