

Akut Pankreatitli Hastaların Yoğun Bakım Ekibi Tarafından Erken Tanınması, Bakımı ve Taburculuk Eğitimi

Early Diagnosis, Care, and Discharge Education of Patients with Acute Pancreatitis by the Intensive Care Team

Eylem Topbaş

Amasya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Amasya, Türkiye

Öz

Yoğun bakım ünitelerine akut pankreatit primer yatış nedeni olabilirken, başka bir hastalığın komplikasyonu olarak da akut pankreatit gelişebilir. Mortalite ve morbiditesi yüksek bir hastalık olduğu için yoğun bakım ünitelerinde çalışan hekim ve hemşirelerin akut pankreatiti iyi tanımaları ve klinik bakımını iyi yönetmeleri, tekrarlayan enfeksiyonları önlemek için taburculuk eğitimini iyi yapmaları gerekmektedir. Bu derlemede akut pankreatitin tıbbi ve hemşirelik yönetimi ile hasta eğitiminin neleri içermesi gerektiği üzerinde durulmuştur. (Yoğun Bakım Derg 2015; 6: 98-103)

Anahtar sözcükler: Akut pankreatit, hemşirelik bakımı, sağlık eğitimi, yoğun bakım

Geliş Tarihi: 22.04.2015 **Kabul Tarihi:** 10.12.2015

Akut pankreatit (AP), insidansı son yıllarda giderek artan, ciddi sistemik etkilere sahip bir pankreas hastalığıdır (1). Temel olay pankreasın lokal enflamasyonu olsa da sistemik etkileri ölümcül seyredebilir (1).

Patofizyolojik Süreç: Pankreatit, normal şartlarda pankreasta inaktif olarak bulunan sindirim enzimlerinin aktif hale geçerek kendi dokusunu ve diğer organları sindirmesi, böylece yaygın inflamasyonun gelişmesi ile kan ve/veya idrarda pankreas ekzokrin enzimlerinin yüksekliği ve karın ağrısı ile seyreden akut klinik bir tablodur (2, 3).

Atlanta'da 1992 yılında yapılan toplantıda klinik karar, takip ve tedavide belirleyici olması adına, AP sınıflamasında fikir birliğine varılmıştır. Tablo 1'de bu sınıflama yer almaktadır (1, 4).

Bu sınıflamaya göre hafif akut pankreatit (HAP), pankreasta ödematöz değişiklikler ve inflamasyonla karakterize kendini sınırlayan tiptedir. HAP'taki lokal enflamasyon mide ve barsaklarda ödem ve ileusa neden olur. Ağır akut pankreatit (AAP)'te ise lokal nekrotizan enflamasyon ve sistemik komplikasyonlarla giden klinik bir tablo görülmektedir. AAP'de pankreasın aktif sindirim enzimleri pankreas parankimine ve retroperitonyuma sızar. Periton arkasında bir kimyasal yanık oluşur ve konağın sistemik enflamatuvar yanıtı aktive olur. Bu da nekrotizan, hemorajik ve enfektif komplikasyonlar, çoklu organ yetmezliği ve ölüme sonuçlanabilecek bir klinik seyre zemin hazırlamaktadır (1).

Abstract

Acute pancreatitis can be the primary cause of hospitalization in intensive care units, while it can also develop as a result of a complication of an illness. As acute pancreatitis has high mortality and morbidity rates, physicians and nurses who work in intensive care units should be well aware of acute pancreatitis and able to manage clinic care and have a well-organized discharge training to prevent recurring infections. This review focuses on the medical and nursing management of patients with acute pancreatitis and what patient education should include. (Yoğun Bakım Derg 2015; 6: 98-103)

Keywords: Acute pancreatitis, intensive care, health education, nursing care

Received: 22.04.2015 **Accepted:** 10.12.2015

Neden Pankreatit Olgularında Dikkatli Gözlem ve Bakım Gereklidir?

Başlangıçta hafif olan pankreatitler klinik seyir sırasında şiddetli pankreatite dönüşebilir. Bu nedenle tüm pankreatit olguları yakın ve dikkatli klinik takip ve tedavi gerektirir. Yoğun bakım ünitesi (YBÜ)'nde çalışan hemşire ve hekimler AP ile iki şekilde karşılaşılır; ilk olarak ağır pankreatit tanısı alarak yatırılmış hastalar, ikinci olarak da başka bir nedenle YBÜ'ye yatan hastalarda gelişen AP. Bu nedenle YBÜ'de çalışan sağlık profesyonellerinin akut pankreatiti yakından tanımaları ve klinik yönetimini iyi yapmaları gerekmektedir (1).

Etyoloji: Gelişmiş ülkelerde %70-80 etanol suistimali veya safra yolu taşları, az gelişmiş ülkelerde ise, Asya ve Afrika'da, malnütrisyon ve toksik ajanların alınması hastalığın etyolojik faktörleri arasında yer almaktadır (4). Bunların yanı sıra, endokrin ve metabolik hastalıklar (primer hiperparatiroidizm-hiperkalsemi, hiperlipidemi, diyabet koması, üremi, gebelik), ailesel, travma (eksternal, operatif, endoskopik retrogradkolanjiyografi), iskemi (hipoperfüzyon, hipotansiyon, ateroembolizm, kardiyopulmoner bypass, vaskülit), pankreatik kanal obstrüksiyonu (tümör, papiller stenoz, pankreas divizyonu, askaris infestasyonu), duodenal obstrüksiyon, enfeksiyonlar [Bakteriler (*Campylobacter*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella*) virüsler [Kabakulak, Coxsackie B virüsü, sitomegalovirüs (CMV), Epstein Barr virüsü (EBV), Parazitler

Tablo 1. Akut pankreatitte atlanta sınıflamasına göre tanımlar (1, 4)

Hafif akut pankreatit	Organ fonksiyon bozukluğu olmayan pankreatit, genelde 3-5 gün içinde iyileşir. İnterstisyel ödem, hafif inflamatuvar hücre infiltrasyonu ve intrapancreatik veya peripankreatik yağ nekrozu ya da her ikisinin kanıtları ile karakterizedir.
Ağır akut pankreatit	Organ yetmezliği bulguları ve/veya nekroz, abse ve psödokist gibi komplikasyonlarla birlikte olan pankreatittir. Bez içinde fokal ve diffüz dağılım gösteren asiner hücre nekrozu, intrapancreatik damarlarda tromboz, vasküler yapılar da bozulma ve parankim içine kanama ve abse oluşumu görülebilir.
Nekrotizan pankreatit	Steril tipte parankimde diffüz ya da lokal yağ nekrozu bölgeleri vardır. Enfekte tipte nekroz odakları vardır.
Peripankreatik sıvı birikimi	Pankreasta ve pankreas komşuluğunda akut pankreatitin erken evresinde gelişen; granülasyon dokusu veya fibröz doku ile çevrelenmemiş sıvı koleksiyonları.
Psödokist	Nonepitelize fibröz ya da granülasyon dokusuyla çevrili; genellikle sindirim enzimlerinden zengin pankreatik sıvı koleksiyonu.
Pankreatik abse	Genellikle pankreasın proksimal kısmında bulunan; az miktarda veya hiç pankreatik nekroz içermeyen; akut pankreatite veya pankreatik travmaya bağlı gelişen çevresi sınırlı intraabdominal pürülan koleksiyondur.

(*ascaris*, *clonorchis sinensis*), ilaçlar, akrep sokması, böbrek yetersizliği gibi diğer etyolojik faktörlerdir (1, 2, 4).

Epidemiyoloji: Kuzey Adriatik Bölgesi'nde (5), ve İngiltere ile Galler'deki (6) hastanelerden elde edilen retrospektif (10 yıllık verileri içeren) çalışmalarda AP insidansı 30/100000 olarak bildirilmekte ve etyolojisinde de safra taşları ve alkolün primer rol oynadığı belirtilmektedir (5, 6). Yadav ve Lowenfels (7)'de çalışmalarında AP insidansının 13-45/100000 olduğunu, etyolojisinde safra taşı ve alkolün primer rol oynadığını belirtmişlerdir (8, 9).

Klinik Bulgular ve Tanı

Hastalar genellikle ani başlayan karın ağrısı, bulantı-kusma şikâyetleri ile kliniklere gelirler. Başvuran bu olguların %80'i HAP, %20'si AAP'dir. Hastadan alınacak iyi bir öykü, fizik muayene, laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri ile hem AP tanısı hem de hastalığın şiddeti belirlenebilir (1).

Hasta Öyküsü: Epigastrik bölgede keskin ve şiddetli bir ağrıdan yakınır. Fakat yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastaların çoğun-

luğu sedatize ve/veya entübe edildikleri için ilk majör semptom olan ağrı hasta tarafından ifade edilemeyebilir (1).

Ağrı: epigastriyumdadır, ancak sıklıkla bir veya iki omuzda veya göğsün alt kesiminde hissedilebilir, ani başlangıçlı olduğu, yavaşça şiddetini arttırdığı ve üst şiddete ulaşmış sabit kaldığı tarif edilir. Üreteral veya intestinal kolikteki rahatlatma veya ağrının azalması yoktur, ancak dik durma, öne eğilme veya dizleri toplayıp yana yatma durumunda ağrı azalabilir. Ağrının plöretik komponenti olabir ve hızlı, yüzeyel solunum eşlik edebilir. Sıklıkla ağrı epigastriumdan sırtın ortasına sıkıştırıcı ve bıçak saplanır tarzda olarak da tanımlanır (4). Ek olarak hipertermi ve sarılık varsa koledokolitiazis ve kolanjit akla getirilmelidir. Tanıda gecikme yaşanan olgularda ise solunum işlevlerinde bozulma ve bilinç sorunları görülebilir (1). Bulantı ve kusma sıklıkla görülür, mide boşaltıldıktan sonra da devam eder ve gastroözefageal yırtık ve kanama (yani Mallory-Weiss Sendromu) ile sonuçlanabilir. Kusma ve öğürme, nazogastrik tüp yerleştirilmesi ile rahatlatılabilir, ancak ne kusmanın azalması ne de gastrik dekompresyon ağrısı hafifletir (4).

Fizik Muayene: AP'li hastalar tipik olarak endişeli ve hastalıklı görünürler. Terli ve hipertermik olabilirler. Sıklıkla rahat pozisyonu bulana kadar etrafta yuvarlanır ve hareket ederler. Bu açıdan, hareket ağrılarını arttırdığından hareket etmeden sabit duran perforasyona bağlı peritoniti olan hastalardan ayrılırlar (4). Karında distansiyon, hassasiyet, defans ve barsak seslerinin alınamaması, ateş (yüksek ateş enfekte nekroz ve beraberinde sıvı koleksiyonu ya da kolanjiti akla getirmeli), hipotansiyon ve taşikardi (üçüncü boşluğa sıvı kaybı nedeni ile), hipovolemik şok (vasküler permabilitede artış, vazodilatasyon ve enflamatuvar sitokin salınımı nedeni ile), plevral efüzyon (AAP'de sitokin deşarjına ve retroperitoneal boşluktan gelen enflamatuvar içeriğin subdiyafragmatik alandan sızması ile), solunum yetmezliğine bağlı dispne ve taşipne, göbek çevresinde Cullen belirtisi ve lumbal bölgede Grey Turner belirtisi (pankreatik kanamalar sonucu deride görülen kahverengimsi ve yeşilimsi renk değişiklikleri), assit ya da ele gelen kitle (psödokist) görülebilir (1). Çoğu AP'li hastanın algısı normaldir. Ancak bir kısmında ilaç ve etanol maruziyetine, hipoksemi, hipotansiyon veya inflamasyonlu pankreastan toksik ajanların dolaşımına salınmasına bağlı hafif veya şiddetli mental durum değişiklikleri olabilir. Deri muayenesinde eritema nodozuma bağlı subkutan endurasyon ve eritemal alanları görülebilir (bu lezyonların, dolaşımdaki pankreatik lipazlarla yağ dokunun sindirimine bağlı geliştiği düşünülmektedir).

Laboratuvar Testleri: Serum amilazı normalin 3 katı ya da daha fazla artar. Akut atağın başlangıcından hemen birkaç saat içinde yükselir, 3-5 gün yüksek seviyede kalabilir. Serum lipazı amilaza paralel olarak yükselir ve daha uzun süre yüksek kalır. Bu özelliği ile semptomların gerilediği olgularda tanıda yardımcıdır (1). Klinik olarak AP'den şüphelenilen olgularda amilaz ve lipaz normal ise görüntüleme yöntemleri ile tanıyı doğrulamak gerekir. Yüksek seviyedeki trigliserid, amilaz ve lipaz ölçümünü engellediği için serumu sulandırarak tetkik yapmak gereklidir (1). Amilaz ve lipaz dışındaki laboratuvar tetkikleri etiyolojik nedenleri ortaya çıkartmak ve hastalık şiddetini öngörmek için kullanılır. Örneğin bilirubin ve transaminazların özellikle de Alanin aminotransferaz (ALT)'ın yüksek olması (>80 IU/L) safra taşı pankreatitini düşündürür. Lökosit, glikoz, kan üre azotu (BUN), arteriyel PaO₂, albümin, kalsiyum ve C-reaktif protein ise AP tanısı ve ayırıcı tanısından çok pankreatitin şiddetini belirlemede önemlidir (1).

Hemoglobin, hematokrit, BUN ve serum kreatininde artma intravasküler sıvı kaybına işaret etmektedir. Anoreksia, bulantı-kusmaya yanı sıra, pankreatik olaya bağlı olarak retroperitoneal alana büyük

miktarda sıvı kaybı ve sistemik kapiller kaçak sıvı kaybına yol açan nedenler arasındadır. Lökositoz ve hiperglisemi dolaşımdaki katekolaminlerin, azalmış insülinin ve hiperglukagoneminin kombine etkisi nedeni ile ortaya çıkmaktadır (4).

Üriner tripsinojen-2 testi son yıllarda çalışılan ve AP'nin şiddetini belirlemede kullanılan yeni bir laboratuvar testidir. Hem kanda hem de idrarda tripsinojen aktivasyonunun niceliksel ölçümü AP'nin şiddetini büyük bir doğrulukla gösterebilmektedir(1).

Görüntüleme Yöntemleri: Klinik tanının doğrulanması, etiyolojik nedenin saptanması, hastalığın şiddetinin değerlendirilmesi, komplikasyonların saptanması ve sonuçta tedaviye rehber olması açısından önemlidir (1). Bu amaçla düz karın grafisi, batin ultrasonu, bilgisayarlı tomografi, retrograd kolanjiyopankreatografi (ERCP), manyetik rezonans kolanjiyopankreatografi (MRKP) ve endosonografi kullanılabilir (1). Günümüzde multidedektör sıralı bilgisayarlı tomografi, teşhisin doğrulanması ve nekroz ya da diğer lokal komplikasyonların tespit edilmesinde standart yöntemidir. Kontrastlı ultrason ise ilerleyen zamanlarda AP teşhis ve evrenmesinde rol oynayabilir (10).

Akut Pankreatit Lokal Komplikasyonları: Nekroz, abse veya psödokist, intraperitoneal hemoraji, splenik/portal ven trombozu, barsak infarktı, gastrik ve kolon motilitesinde bozulma, ileus, hepatitdir (11).

Akut Pankreatit Sistemik Komplikasyonları: AP seyrinde şok (hipotansif, septik, hemorajik), pulmoner yetmezlik [akut solunum sıkıntısı sendromu (ADRS)], ateletazi, böbrek yetmezliği, metabolik bozukluklar (hipokalsemi, asidoz), yaygın damar içi pıhtılaşma, akut tübüler nekroz, hiperglisemi, yağ nekrozu, yağ embolisi, ensefalopati vb. görülebilir (11).

Akut Pankreatitli Hastada Prognoz: Hastanın klinik şiddetini, gelişebilecek komplikasyonlarını önceden saptamak, olası önlemleri önceden almak adına prognozu belirlemek önemlidir. Bunun için çeşitli skorlama sistemlerinden yararlanılır. AP prognozunu belirlemek için Akut Fizyoloji ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi (APACHE II) skoru, Ranson skorlaması veya Imrie's skor (Modifiye Glasgow II skorlaması) klinik yayınlarda sıkça kullanılanlardır (1). Bunların yanı sıra Atlanta Sınıflaması, Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) varlığı, Harmless Acute Pancreatitis Score (HAPS), Bedside index of severity in acute pancreatitis (BISAP), CT Severity Index (CTSI) (Balthazar Score) ve Amerikan Gastroenteroloji Birliği'nin Kılavuzları ile de prognoz belirlenmeye çalışılabilir (1, 4, 11).

Tıbbi Tedavi

Akut pankreatit tanısı alan hastalar mutlaka hastaneye yatırılarak takip ve tedavi altına alınmalıdır. Tanıyı takiben pankreatitin şiddeti ilk üç saatte belirlenmelidir (1). Hastalar solunum, kardiyovasküler ve metabolik durum açısından monitorize edilmelidir (1, 2). Pankreatitin seyri sırasında klinik tablo değişebileceğinden yatışın 48. saatinde tekrar değerlendirmeler yapılarak HAP mı, AAP mi belirlenmelidir (1).

Akut Pankreatitte Tıbbi Tedavinin Amacı: Ağrının giderilmesi, sıvı elektrolit dengesinin sağlanması ve şokun önlenmesi, pankreas sekresyonun baskı altına alınması, sekonder enfeksiyonların önlenmesi, etiyolojik faktörlerin ortadan kaldırılması ve pankreası dinlendirmek için nazogastrik aspirasyon yapılmasıdır (özellikle bulantı kusması olan, ağır atak geçirenlere yapılır).

Akut pankreatitte destek tedavi

1. Sıvı replasmanını, gerekiyorsa solunum desteğini,
2. Ağrı tedavisini (intravasküler opioidler, torokal veya yüksek lomber epidural kateterler aracılığıyla lokal anestezipler, anti- inflamatuvar ajanlar kullanılabilir),

3. Pankreas sekresyonlarının inhibisyonunu (oral alımın durdurulması, antikolinergikler, nazogastrik drenaj uygulanması, H₂ reseptör blokerleri, antiasitler, proteolitik enzim inhibitörleri),

4. Metabolik desteği

5. Antibiyotik tedavisini ve

6. Beslenme desteğini içerir. Akut pankreatitli hastalarda erken dönemde oral alım durdurulur, ancak HAP olgularında enteral beslenmeye 48 saat içerisinde geçilebilir (12). AAP'de ise total parenteral beslenme planlanabilmekle beraber, hastanın tolere ettiği en kısa sürede enteral beslenmeye geçilmeli, gerekirse parenteral ve enteral yol birlikte kullanılmalıdır (2).

7. Tedavi, antisekretuar ve antienflamatuvar tedavi, pankreatik asit ve pankreatik plevral efüzyonun tedavisi gibi destekleyici tedavilerin yanı sıra eğer geliştirse abdominal kompartman sendromunun tedavisi veya cerrahi (biliyer hastalık varsa kolesistektomi, psödokist veya abse varlığında internal veya eksternal drenaj, parsiyel pankreatektomi vb.) tedaviyi de kapsar (1-4).

Akut Pankreatitli Hastanın Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik bakımı; akut ağrı (13-17), nazogastrik sondaya bağlı rahatsızlık (13), beslenme dengesizliği (13, 18), etkin olmayan solunum (13, 18), sıvı elektrolit dengesizliği ve hipovolemik şok (13, 14, 17-19), oksijenizasyon ve ventilasyonda bozulma (14), etkin olmayan dolaşım (14), anksiyete (14, 20), hareket ve güvenliği sağlamada yetersizlik riski (14), ve cilt bütünlüğünde bozulma riski (14) ve AP'li hastanın eğitimi (14, 16, 21) başlıkları altında incelenecektir:

Tanı 1: Akut Ağrı

Nedeni: Ağrı ödem sonucu pankreasın gerilmesi ve periton irritasyonuna (enfamasyonuna) bağlı gelişir.

Amaç: Hastanın rahatlamasını ve ağrının azalmasını sağlamaktır.

Hemşirelik Bakımı:

1. Hastanın davranışları gözlenir, 1-10 ağrı skalasına (veya diğer ağrı ölçekleri ile) göre hastanın ağrısı değerlendirilir. Değişmeyen ağrı yoğunluğu veya ağırdaki artış hekime bildirilir (13, 14).

2. Ağrı takibi için, 4 saatte bir ağrı skalası ile değerlendirme yapılmalıdır. Ağrı kesicilerin etkisini değerlendirmek için; IV uygulama sonrası 5 dakika ve intramüsküler uygulama sonrası 20 dakika içinde tekrar ağrı değerlendirmesi yapılmalıdır. Antiemetik, hipnotikler, sedatifler veya kas rahatlatıcıları gibi ilaçların analjezikler ile etkileşimi konusunda hekim ile iletişime geçilmelidir. Ağrının kontrol altına alınması önemlidir, çünkü kontrol altına alınmamış ağrı metabolizmayı hızlandırır; pankreatik ve gastrik enzim salınımını artırır. Ağrının pankreatik enzimlerde artışa veya pankreatik hemorajiye işaret edebileceğine dikkat edilmelidir.

3. Nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılması düşünülebilir (relaksasyon, derin nefes alma, dikkatini başka yöne çekme, müzik terapisi, masaj, aromaterapi). Bu yöntemler analjezi etkisi yapar. Derin uyarılar ağrı yollarının kapanmasını sağlar. Germe rahatlama siklusunun düzenli olarak uygulaması sağlar. Hastanın derin nefes alması ve spesifik kas gruplarını girmesi ve sonra nefes vermesi ile kaslarını rahatlatması sağlanır (13-15).

4. Meperidine (Demerol) sıklıkla ağrıyı gidermede kullanılır (13, 14). Meperidin santal sinir sistemini baskılayarak hastanın ağrı eşliğini artırır. Dişibeyaz'ın makalesinde ise (19) "morfin analoglarının oddi sfinkterinin basıncını arttırdığı yönündeki endişelerin yersiz olduğunun gösterildiği gibi, bu amaçla kullanımlarının da güvenli olduğu" belirtilmektedir.

5. Hastanın ağrı deneyimleri dinlenir. Bu yaklaşım hastanın anksiyetesinin azalmasını sağlar. Tedavi altında iken göstergeler izlenir. Ağrının hafiflememesi, rahatsızlık, uykusuzluk, irritabilite ve anoreksiya, aktivite seviyesinde azalma durumlarında tedavi planı gözden geçirilmelidir (13, 14).

6. Hastanın iki saatte bir pozisyon değiştirmesine yardım edilir. Sık döndürme bası noktalarındaki basıncı azaltır; pulmoner ve vasküler komplikasyonları önler (13, 14).

Pankreas Stimülasyonuna Bağlı Ağrıyı Azaltmak İçin Yapılacak Hemşirelik Bakımı

1. Antikolinergik ilaçlar kullanılabilir ve oral alım azaltılabilir. Antikolinergik ilaçlar gastrik ve pankreatik sekresyonları azaltırken, yiyecek ve içecekler pankreatik sekresyonları artırırlar (15-17).

2. Hastanın yatak istirahatı sağlanmalıdır. Yatak istirahatı metabolizmayı azaltır, bu da gastrik ve pankreatik salınımı azaltacaktır. Hastaya göğüs diz pozisyonu verilebilir (15-17).

3. Nazogastrik (NG) sonda ile drenaj sağlanmalıdır. NG drenaj, gastrik içeriği giderir ve gastrik sekresyonun duodenuma girmesini ve sekretin salınımını engeller. Barsaklardaki distansiyonu azaltarak solunum sıkıntısının rahatlamasını sağlar. Bunun için, NG'nin drenajı sağladığından emin olunmalıdır. Belirli aralıklarla NG'den gelen miktarlar ölçülmelidir. Gastrik sekresyonun rengi ve viskozitesi kayıt edilmelidir (15-17).

Beklenen Hasta Sonuçları: Hastanın rahatladığını ifade etmesi, ağrının geçmesi, dinlenmenin sağlanması ve uyku periyotlarının uzamasıdır.

Tanı 2: NG'ye Bağlı Rahatsızlık

Amaç: NG'ye bağlı rahatsızlığı düzeltmek

Hemşirelik Bakımı:

1. Hastaya NG'nin kullanım amacı açıklanır.
2. Burun deliklerinin irritasyonu önlemek için suda eriyen yağ burun etrafına sürülür.

3. Özefageal ve gastrik mukozadaki basıncın azalmasını sağlamak için NG aralıklı olarak kendi etrafında döndürülür. Fakat basınç ve gerilmeden kaçınılmalıdır.

4. Orofarenks kuruluğu ve irritasyonu hafifletmek için oral hijyen sağlanır ve alkolsüz gargara solüsyonları kullanılır.

Beklenen Hasta Sonuçları: Hastanın NG'nin neden takıldığını anlaması ve NG'ye uyum göstermesi, burun deliklerinin etrafındaki cilt ve dokularda, orofarenkste NG tüpe bağlı rahatsızlık ve ağrının olmaması, nazofarenks ve ağız bölgesi mukoza membranlarının temiz ve nemli olması. Oral hijyen sayesinde susuzluk hissinin azalmasıdır.

Tanı 3: Beslenme Dengesizliği

Nedeni: Akut pankreatit seyri sırasında beslenme eksikliği oral alımda azalma, metabolik ihtiyacın artması, sindirim sisteminin olumsuz etkilenmesi sonucunda gelişir.

Amaç: Beslenmenin düzeltilmesi.

Hemşirelik Bakımı:

1. Tat almada bozulma ve ağız kokusundan dolayı iştah kaybı görülebilir. Bu nedenle yemeklerden önce ve sonra ağız bakımı yapılmalıdır (13, 18).

2. Hastanın günlük kilo takibi yapılır (13, 18).

3. Hasta tolerasyonuna göre yüksek karbonhidratlı, protein ve yağ oranı düşük besinler verilir. Bu yiyecekler pankreasın salgısını arttırmadan kalori girişini artırırlar (13, 18).

4. Kahve ve baharatlı yiyecekler pankreatik ve gastrik salınımı arttıracığından dolayı hastaya aşırı kahve ve baharatlı yiyecekler yememesi konusunda danışmanlık yapılır (13, 18).

5. Alkol içeren ürünlerin alımı, pankreasa zarar vererek akut pankreatit atağına neden olacağından hasta alkol almaması konusunda eğitilir. Gerek görülürse uygun tedavi merkezlerine yönlendirilir (13, 18).

6. Gerekirse doktor tarafından istenmiş olan parenteral beslenme başlanır (13, 18).

7. Serum glukoz seviyesi izlenir ve eğer gerekiyorsa insülin tedavisi doktor istemi ile başlanır. Yağların sindirilmemesine bağlı steatore görülebilir. Yüksek glukoz seviyesi ve steatore pankreasın dokularının bozulduğunun işaretleridir (13, 18).

Beklenen Hasta Sonuçları: Ağız kokusunun olmaması, normal serum glukoz seviyesinin ve kilonun korunması, bulantı ve diyarenin azalması, dışkının normal haline dönmesi, diyetin yüksek kalorili, düşük yağ ve protein içermesi, alkol kullanılmaması gibi hastanın beklenen sağlıklı yaşam biçimi davranış değişikliğini gerçekleştirmesidir (13, 18).

Tanı 4: Etkin Olmayan Solunum

Nedeni: Akut pankreatite bağlı retroperitoneal bölgede ödem diyafragmayı kaldırır, plevral efüzyon gelişebilir. Bu durum pulmoner kapasiteyi kısıtlar ve solunum yetmezliğine yol açabilir. İntraabdominal enfeksiyon ve zorlu solunumun artması metabolik gereksinimi artırır. Ayrıca ciddi ağrıya, pulmoner infiltrasyona ve atelektaziye bağlı olarak hızlı ve yüzeysel (etkin olmayan) solunum görülür (13, 18).

Amaç: Solunum fonksiyonlarının düzeltilmesidir.

Hemşirelik Bakımı:

1. Pankreatit ciddi peritoneal ve retroperitoneal reaksiyonlara sebep olduğundan bunların sonucu olarak ateş, taşikardi ve hızlı solunum görülebilir. Fizik muayene, pulse oksimetri ve arteriyel kan gazları ile solunum durumu değerlendirilir. Düzenli aralıklarla hastanın solunumu, ateşi ve nabız takip edilir (13, 18).

2. Hipoksisi varsa nazal kanül veya yüz maskesi ile oksijen desteği verilir. Oksijen tedavisi solunum sisteminin iş yükünü azaltmaya ve dokulara yeterli oksijen sağlanmasına yardımcı olacaktır (13, 18).

3. Her iki saatte bir pozisyon verilir. Sık pozisyon değişimi, tüm akciğer loblarının havalanmasını sağlar (13, 18).

4. Hastanın daha rahat solunması için semi fowler pozisyonu verilir. Bu pozisyon, diyaframa basıncını azaltır ve akciğer genişlemesine izin verir (13, 18).

5. Hasta, saat başı derin soluk alması ve öksürmesi konusunda bilgilendirilir ve cesaretlendirilir. Derin solunum ve öksürük solunum yollarını temizler ve atelektaziye önler (13, 18).

6. Metabolik gereksinimleri azaltmak için ateşi düşürme, nabız sayısının azaltılması, anksiyete ve ağrının giderilmesi gibi işlemler uygulanır (13, 18).

7. Solunum yolları enfeksiyonu varsa antibiyotiklerin doktorun iste mi doğrultusunda verilmesi sağlanır (13, 18).

Beklenen Hasta Sonuçları: Solunum seslerinin düzelmesi, patolojik solunum seslerinin olmaması, arteriyel kan gazları değerlerinin normal olması, yattığında semi-fowler pozisyonunu koruması, sık sık pozisyon değiştirmesi, ateşin düşmesi ve solunum sistemine ait enfeksiyon bulgularının olmamasıdır.

Tanı 5: Oksijenizasyon ve Ventilasyonda Bozulma

Amaç: Akciğerlerde normal gaz değişiminin sağlanması.

Hemşirelik Bakımı:

1. Hasta dönmesi, derin solunum yapması, öksürmesi, 4 saatte bir spirometre kullanması konusunda desteklenir. Amaç, solunum yollarının temizlenmesine katkı sağlamaktır (14).

2. Hipoventilasyon, hızlı ve yüzeysel solunum ve solunum sıkıntısı açısından hasta değerlendirilir (14).

3. Pulse oksimetri, end-tidal karbondioksit (CO₂) ve arteriyel kan gazları izlenir (14).

4. İki-dört saatte bir solunum sesleri dinlenir. 2,3,4 numaralı hemşirelik uygulamaları solunumu rahatlatmak ve ventilasyonu artırmak için yapılacak girişimlere yol gösterici olurlar (14).

5. Gerekirse oksijen desteği başlanır. Ağrı etkin solunumu engelliyorsa ağrı kesicilerle ağrı kontrolü sağlanır. Ağrının etkin soluk alıp vermeyi engelleyeceği ve oksijen gereksinimi arttıracacağı akılda tutulmalıdır (14).

6. Ağır solunum yetmezliği bulunan hastalar entübasyon ihtiyacı açısından acilen değerlendirilmelidirler (14)..

Beklenen Hasta Sonuçları: Hastanın yardımcı solunum kaslarını kullanmadan nefes alıp verebilmesi; endtidal CO₂ ve arteriyel kan gazlarının normal sınırlarda olması; solunum seslerinin normal olmasıdır.

Tanı 6: Sıvı Elektrolit Dengesizliği, Hipovolemi, Şok, Etkin Olmayan Dolaşım

Amaç: Sıvı elektrolit dengesizliğinin düzeltilmesi, hipovolemi ve şokun önlenmesi/düzeltilmesi, kan basıncının, kalp hızının ve hemodinamik parametrelerin normal sınırlarda olması, yeterli dolaşımın sağlanmasıdır.

Hemşirelik Bakımı:

1. Hastalığın ciddiyetine göre saatlik ya da iki saatlik aralar ile vital bulguları alınır. İlaç uygulamaları, kan örneği alımı için intravenöz yol sağlanır.

2. Sıvı elektrolit desteğini belirlemek için hastanın vital bulguları, cilt turgoru, mukoz membranlar, üriner output ve hemodinamik parametrelerden yararlanır.

3. Böbrek dışı sıvı elektrolit kayıpları değerlendirilir (kusma, diyare, NG drenajı, aşırı terleme). Kusma ve NG drenajın ile belli bir süre hastanın yemek yemesini de engelleyeceği akılda tutulur. Bu bulgular ışığında hastanın sıvı elektrolit desteği miktarına karar verilir.

4. Üriner outputun 50 mL/saat az olup olmadığı değerlendirilir. Dokular ödem varlığı açısından değerlendirilir (13). Üriner output >30 mL/saat sürdürmek için, hekim istemine göre IV sıvı replasmanı (dengeli kristaloid sıvılar; ör. Ringer laktat) uygulanır. Hafif pankreatitte de sıvı kaybı önemli düzeylerde olabildiğinden ilk saatlerinden itibaren dengeli kristaloid sıvılar başlanır ve kolloid sıvılara tercih edilir (17, 19).

5. Ciddi hemodinamik stabilite ve şok durumunda sıvı tedavisi yanı sıra vazopressör tedavi de başlanır.

6. Kanama bulguları izlenir. Hemorajik pankreatit durumunda önemli miktarda kan ve kan ürünleri kullanımı gerekebileceği bilinmelidir.

8. Şiddetli hipokalsemi ve tetani durumlarında doktor istemi ile uygulanmak üzere kalsiyum glukonat kolay ulaşılabilir bir yerde bulundurulur.

9. Karın asit yönünden değerlendirilir. Bunun için;

a. Karın çevresi her sekiz saatte bir ölçülür.

b. Kilo takibi günlük yapılır.

c. Abdomende sıvı birikimi var mı diye palpe edilir. Pankreatitte plazma abdominal kaviteye geçtiğinden kan volümünde azalma ile beraber karında asit miktarında artış gözlenir.

10. Hasta çoklu organ yetmezliği gelişimi açısından takip edilmelidir (nörolojik, kardiyovasküler, böbrek ve solunum sistemi). Pankreatit ciddi ve tedaviye yanıt vermiyorsa organ yetmezlikleri görülebilir.

11. Hasta yatışından itibaren laktat izlemi yapılır. Laktat yükseliği pankreatitin şiddetini gösterir ve tedavi altında gerilemesi beklenir.

12. Protrombin zamanı (PT), Parsiyel tromboplastin zamanı (PTT), tam kan sayımı günlük olarak ve doktor istemi doğrultusunda izlenir.

13. Lüzum halinde, hemodinamik değerlendirme için invazif arter kan basıncı, santral venöz basınç, pulmoner arter basıncı, kardiyak output ve intraabdominal basınç takibi yapılmalıdır.

Beklenen Hasta Sonuçları: Normal ve nemli cilt turgorunun sağlanması; normal kan basıncının, idrar outputun sağlanması; normal sınırlarda kan gazlarının ve elektrolit dengesinin sağlanması; sıvı kayıplarının uygun sıvılarla yerine konularak sıvı açığından kaçınılması; bel çevresinin ve kilonun korunması; asit gelişiminin sınırlanması ve diğer organ fonksiyonlarının korunmasıdır. Özetle, hastada etkin doku dolaşımının sağlanması ile organ yetmezlik gelişiminin önlenmesi hedeflenir.

Tanı 7: Anksiyete

Neden: Psikolojik, biyolojik veya sosyal bütünlüğün bozulmasının sonucudur.

Hemşirelik Bakımı:

1. Hastanın tanı kriterlerinde belirtilen fizyolojik, emosyonel ve bilişsel parametreleri (endişe, kontrol kaybı, gerginlik, gevşeyememe, kötü bir şey olacağını düşünme, sinirlilik, ağlama, öfke patlaması, ürkme, korkma, göz teması kurmama vb. gibi emosyonel, kalp hızının artması, terleme, titreme, baş dönmesi, ağız kuruluğu vb. gibi fizyolojik, öğrenme yeteneğinin azalması, konfüzyon, dalgınlık, unutkanlık, çevrenin farkında olmama vb. gibi bilişsel parametreler) devamlı olarak değerlendirilir (14, 20).

2. Hastaya basit, etkili relaksasyon stratejileri konusunda eğitim verilir (14, 20).

3. Eğer kardiyovasküler açıdan kontraendike değilse, ayaktan başa kadar bütün kaslarını sıralı olarak germe ve rahatlatması sağlanır (14, 20).

4. Hastanın korkuları ve endişeleri dinlenir. Anksiyeteye neden olan sorunlar ortadan kaldırılmaya çalışılır (14, 20).

Bu uygulamalardaki hedef hastanın rahatlaması ve semptom yönetimini kolaylaştırmaktır.

Beklenen Hasta Sonuçları: Hastanın hastalığı ile ilgili sorular sorması, tedavi planına katılımının sağlanmasıdır.

Tanı 8: Hareket ve Güvenliği Sağlamada Yetersizliğin Yarattığı Riskler

1. Derin ven trombozu profilaksisi için istem yapılmışsa uygulanmalıdır. Derin ven trombozunun bulguları açısından ekstremiteler düzenli olarak takip edilir; ödem, kızarıklık ve ağrı gelişimi gözlemlenir (14).

2. Dolaşımı artırmak ve dekübit ülserini önlemek için sık pozisyon değiştirilir (14).

3. Hemodinamik stabilite ve hemostatik denge için akut dönem geçtikten sonra sandalyeye ambulasyon sağlanır (14).

4. Gerekirse hastalar fizik tedaviye yönlendirilir (14).

5. Kas kitlesini ve eklem açıklığını korumak için aktif rom egzersizleri yapılır (14).

Tanı 9. Cilt Bütünlüğünde Bozulma Riski

1. Sekiz saatte bir cilt değerlendirilir ve aynı zamanda yeniden pozisyon verilir (14).

2. Hasta her iki saatte bir döndürülür (14).

3. Basınç bölgeleri izlenir ve rahatlaması sağlanır (14).

Bu uygulamadaki hedef basınç ülserlerinin gelişimini önlemek ve var olan basınç ülserlerini tedavi etmektir.

Beklenen Hasta Sonuçları: Basınç ülserlerinin gelişmemesidir.

AP'de Hasta Eğitimi

Hastaneye yatışın erken dönemlerinde;

1. Hasta ve yakınları ile akut pankreatitin etiyojisi ve tedavisi hakkında konuşulur (14, 16, 21).

2. Hasta ve yakınları parasentez, santral venöz kateter yerleştirilmesi, laboratuvar sonuçları ve planlanan diğer girişimler konusunda bilgilendirilir (14, 16, 21).

3. Pankreatitin olası komplikasyonları (sepsis, ARDS) ve kullanılan ilaçların yaygın yan etkileri konusunda bilgilendirilirler (14, 16, 21).

Hasta taburcu olduğunda;

1. Hastalığın önlenmesi, tekrarlaması ve neden olan faktörlerin önlenmesi konularına odaklanılır (14, 16, 21).

2. Yara bakımı, ilaçları konusunda bilgi verilir (14, 16, 21).

3. Eğer hastalık devamlı ve uzun süreli ise hastaya pankreatik enzimleri uyarmayan özel diyet öğretilir (14, 16, 21).

4. Eğer hasta alkol bağımlısı ise alkolü bırakması konusunda uyarılır ve bırakmayı sağlayıcı merkezlere yönlendirilir.

Evde Bakım: Akut pankreatitten sonra birçok hasta evde takibe ihtiyaç duyar. Hastalar fiziksel ve kas dayanıklılığını kaybeder. Fizik tedaviye ihtiyaç duyabilirler. Devam eden bakımda enfeksiyonun önlenmesi ve geç komplikasyonların varlığının erken saptanması çok önemlidir. Akut faz boyunca birçok hastaya narkotikler verilir, takipte hastaların narkotiklere bağımlılığı değerlendirilmelidir (18).

1. Hasta, tekrar akut pankreatit atağı geçirmemesi ve kronik pankreatit gelişmesini önlemek için alkolden uzak durması konusunda uyarılır.

2. Pankreas salgılarını uyarabileceği için kafein içeren içecekler içmemesi söylenir.

3. Diyetinin yağdan fakir olması önerilir; çünkü yağlı gıdalar pankreasın kolesistokinin sekresyonunu artırır. Karbonhidratlar daha az uyarıcıdır bu yüzden diyeti ağırlıklı olarak karbonhidrat içermelidir.

4. Hasta ve ailesi pankreatit, diyabet, steatorite (yağlı feçes) belirtileri konusunda bilgilendirilmelidir. Bu belirtiler pankreasın dokusundaki değişiklikler hakkında bilgi verecektir.

5. Hemşire hastanın tüm anlatılanları anladığından emin olmalıdır (18). Bunun için tekrarlar ve sorulardan yararlanılabilir.

Sonuç

Hemşireler, yoğun bakım ünitesinde akut pankreatitli bir hastanın hemşirelik bakımını yönetirken semptomları erken fark edebilmeli, hastanın yaşam kalitesini artırıcı hemşirelik uygulamalarını bilmelidir. Hemşireler tekrarlı yatışları önlemek ve hastaların sağlıklarını geliştirici davranış biçimi kazanmalarını sağlamak için hasta eğitiminde de etkin rol almalıdırlar.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Yazar bu çalışma için finansal destek almadığını beyan etmiştir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the author.

Financial Disclosure: The author declared that this study has received no financial support.

Kaynaklar

1. Topgül K. Akut pankreatit. Şahinoğlu H, Dilek A, Kaya A. Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri. Nobel Tıp Kitapevi, 3. Baskı, 2011:1607-16.
2. Köksal GM. Akut pankreatitte yoğun bakım yönetimi. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi 2010;8:85-9.
3. Özkan H. Akut ve Kronik Pankreatit, Candar İ. Medikal Tedavi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları 1. Cilt 1, 2003:667-9.
4. Steer ML. Akut pankreatit, Tulunay M, Cuhruk H, Denker Ç. Irwin ve Rippe'nin Yoğun Bakım Tıbbi. Güneş Tıp Kitapevi, 2014:1230-40.
5. Stimac D, Mikolasevic I, Krznaric-Zrnec I, et al. Epidemiology of acute pancreatitis in the North Adriatic Region of Croatia during the last ten years. Gastroenterol Res Pract 2013;1-5. [CrossRef]
6. Roberts E, Akbari A, Thorne K, et al. The incidence of acute pancreatitis: impact of social deprivation, alcohol consumption, seasonal and demographic factors. Aliment Pharmacol Ther 2013;38:539-48. [CrossRef]
7. Yadav D, Lowenfels AB. The epidemiology of pancreatitis and pancreatic cancer. Gastroenterology 2013;144:1252-61. [CrossRef]
8. Satoh K, Shimosegawa T, Masamune A, et al. Nationwide epidemiological survey of acute pancreatitis in Japan. Pancreas 2011;40:503-7. [CrossRef]
9. Yadav D, Whitcomb DC. The role of alcohol and smoking in pancreatitis. Nat Rev Gastroenterol Hepatol 2010;7:131-45. [CrossRef]
10. Kwon RS, Scheiman JM. Pankreatik görüntüleme yeni ilerlemeler. Curr Opin Gastroenterol in Turkish Pres 2006;4:229-37.
11. Tüzün A, Yıldız İM, Baysal B. Akut pankreatit. Kocaeli Tıp Dergisi 2012;3:50-8.
12. Pandol SJ. Akut Pankreatit. Curr Opin Gastroenterol in Turkish Pres 2006;1:1-8.
13. Smeltzer SG, Bare BG. Assessment and management of patients with biliary disorders, Acute Pancreatitis, Medical Surgical Nursing. Lippincott Williams & Wilkins 10th Edition, 2001:1135-43.
14. Morton PG, Fountaine DK, Hudak CM, Gallo BM. Gastrointestinal system, Acute pancreatitis, Critical Care Nursing A Holistic Approach. Lippincott Williams & Wilkins, 8th Edition, 2005:969-77.
15. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Vehbi Koç Vakfı Sanerik Yayın No:2 İstanbul, 2003:646-7.
16. Urden LD, Stacky KM, Lough ME. Gastrointestinal disorders and the therapeutic management, Critical Care Nursing Diagnosis and Management. Mosby, Fourth Edition, 2002:813-7.
17. Thelan LA, Urden LD, Lough ME, et al. Gastrointestinal disorders and therapeutic management, acute pancreatitis, Critical Care Nursing Diagnosis and Management. St Louis, Mosby, Third Edition, 1998:950-9.
18. Lewis SM, Heitkemper MM, Dickson SR. Liver, biliary, tract, and pancreas problems, Medical Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems. Mosby's, 2004:1133-8.
19. Dişibeyaz S. Akut pankreatitte tedavi. Endoskopi 2010;18:81-6.
20. Moyet-Carpenito LJ, Hemşirelik Tanıları, Erdemir F, Hemşirelik Tanıları El Kitabı, Nobel Tıp Kitapevi, 2010:57-9.
21. Bucher L, Melander S. Acute Pancreatitis, Critical Care Nursing. WB Saunders Company, Tokyo, 1999:764-77.