

AÇLIK GREVİ YAPMIŞ HASTADA TEDAVİ YAKLAŞIM PROTOKOLÜ



AÇLIK GREVİ YAPMIŞ HASTADA TEDAVİ YAKLAŞIM PROTOKOLÜ



*Bu kılavuz Dr. Zeki Gül, Dr. Nahit Acar,
Diyetisyen Hülya Uzun'un katkılarıyla
Dr. Emel Gökmen tarafından hazırlanmıştır.*

***Açlık Grevi Yapmış Hastada
Tedavi Yaklaşım Protokolü***



*Birinci Baskı, Kasım 2012, Ankara
Türk Tabipleri Birliği Yayınları*



TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ MERKEZ KONSEYİ

GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok.

No:2 Kat:4, 06570 Maltepe / ANKARA

Tel: (0 312) 231 31 79 • Faks: (0 312) 231 19 52-53

e-posta: ttb@ttb.org.tr • <http://www.ttb.org.tr>

ÖNSÖZ

Başlangıcı tıbbi bir nedene dayanmasa da sonuçları tıbbi boyut kazanan açlık grevleri mevcut tıp müfredatında “uzamış açlık halleri” bahsinin yüzeyselliği nedeni ile açlık grevi epidemilerinde tedavi/izlem boyutu ile hekimler adına malpraktise meyil yaratmaktadır.

Ne üzücüdür ki dünyada en büyük tekrarlayan epidemiler ülkemizde yaşanmaktadır. Geçmişte salt tıbbi boyutu ile değil etik çerçevede de sorunlar izlenmişti. Aydınlatılmış onam alınmadan hekimlere tedaviye başlamaları yönündeki baskılar yerleşik tıbbi etik kurallar ile uyuşmamaktadır.

Bilindiği üzere açlık grevi (AG); katılımcıların bir duruma dikkat çekmek veya protesto etmek, bir takım taleplerini dile getirmek için beslenmeyi reddetmesidir. Değişen miktarlarda su, tuz, şeker ve vitamin alımını içeren bu süreç çeşitli nedenlerle farklılıklar gösterebilmekte; misal kimi zaman cezaevi yönetimlerinde vitamin alımı tıbbi bir müdahale olarak engellenebilmektedir.

DTB Malta Bildirgesi'nde (1991) açlık grevi; «zihinsel olarak ehliyetli ve kendi iradesiyle açlık grevine karar vermiş kimsenin belirli bir zaman için yiyecek ve/veya sıvı almayı reddetmesi» şeklinde tanımlanmıştır. Süreli ya da süresiz olabilmektedir.

AG genellikle tutuklu ve hükümlüler tarafından cezaevi koşullarında yapıldığı için tıbbi takip ve dökümantasyon zorluğu içermekte-

dir. Ülkemizde yapılan gerek 1996 gerekse 2000–2001 AG ve ölüm orucu verileri ciddi tıbbi deneyim sağlamış olsa da her yönüyle tam bir tedavi protokolü oluşturmada yetersizdir. Açlık süresince yeterli dökümantasyonunun olmaması ve her açlık grevinde değişen koşulların varlığı bu yetersizlikte etkindir.

1996 Bayrampaşa Cezaevi AG+ÖO katılımcılarının tümünü içeren 1 yıllık takipli tez çalışması İÜ Tıp Fakültesinde multidisipliner yapılmıştır. Alanında en kapsamlı dökümantasyon olan bu çalışma temel alınarak, 2000 dönemi açlık grevi deneyimlerinin de eklenmesiyle elinizdeki dökümantasyon oluşturuldu. Bu çalışmada her iki epidemide gerek TTB tarafından oluşturulan bağımsız izlem heyetlerinin gerekse üyesi hekimlerin bilgi ve deneyimlerinden de yararlanılmıştır.

Hipokrat'tan miras “hastalık yok, hasta vardır” sözünden hareketle; Çıkış noktası “muhtemelen deneyimsiz olduğunuz bu alanda” sizleri yönlendirmek değil, yardımcı olabilmektir. Daha önce bunları deneyimlemiş meslektaşlarınız ile sizler de deneyimlerinizi paylaşıp; gereğinde yardım isteyebilirsiniz. TTB her koşulda yanınızda olmaya çalışacaktır.

Ortak amacımız tıp tarihinin derinliklerinden geliyor:

“Primumnihilnocere”

“Önce zarar verme”

KLİNİK YAKLAŞIM

I. ANAMNEZ ÖZELLİKLERİ (AÇLIK GREVİ SÜRESİNCE KLİNİK SEYİR)

Açlık süreci ile ilgili yeterli anamnez alma zorluğunuzun olacağını düşündüğümüz için daha önceki dönem deneyimlerden olan AG süreci klinik seyirini özetledik. Dr. Gökmen 1996 AG tez çalışması; 69 günlük, 67 olguluk bir çalışmadır. AG süreci anamnezi için günümüzdeki ile benzer koşulları olduğunu varsayarak 96 çalışmasının bulgularını veriyoruz. Yazı itibarıyla cezaevlerinden ulaşan bilgiler B vitamini alımının olmadığı veya yetersiz alındığı yönündedir. 2000–2001 döneminde AG süresince baştan itibaren B vitamini alınmıştır. 1996 AG ile dikkat çekici olan farklılığı açlık süresince olan yakınmalar ve ölümler daha uzun açlık döneminde (100'lü günlerde) ortaya çıkmıştır. Malnütriyon daha derin olmakla birlikte klinik seyir ve sekeller daha ılımlı seyretmiştir.

İlk karşılaştığımız hasta açlık grevine devam ediyor veya sonlandırmış olabilir. Bilinç düzeyi ve aynı anda birçok hastanın acil ünitenize getirilmesi nedeniyle anamnezde bazı hususlar gözünüzden kaçabilir.

Anamnezde Önemli Hususlar

- Açlığın kaçınıcı gününde olduğu, sürekliliği mi yoksa aralıklı mı yapıldığı
- AG'ni nasıl sürdürdüğü (aldığı sıvı, tuz, şeker ve vitamin içeriği; miktarı ve sürekliliği)

- AG'nin nasıl sonlandırıldığı (özellikle sizden önce İV uygulama yapılmış mı?)
- AG öncesi geçirilmiş hastalıklar, kullandığı ilaçlar, ilaçlarına ara verip vermediği ve tıbbi öykü (Hipertansiyon, D.Mellitus, Hipoglisemi, Tiroid hastalıkları, Kalp damar hastalıkları, Epilepsi vb.)

Deneyimlerin İzinde Anamneze Dair İpuçları

- Tansiyon-Nabız: 1996 katılımcılarının hepsi az veya çok halsizlikten yakınmaktadır. Açlığın 3. haftasından itibaren ortostatik hipotansiyon bulguları meydana gelmektedir; buna bağlı olarak 3 katılımcıda ani ayağa kalkışla senkop gelişmişti. Taşikardi ise 2. ayın ortalarında hemen hepsinde gelişmiştir. Özellikle B1 almayan olgularda ileri dönemlerde bradikardi gelişebilmektedir.
- Bulantı-kusma-hıçkırık: Kırklı günlerde yatağa bağımlı hale gelen 3 katılımcıdan ikisi altmışlı günlerde yaşamını kaybetmişti. Bu katılımcılar aynı zamanda kırklı günlerde kusmaları başlayanlardı. Ellili günlerde hepsinde belirli dönemlerde kusmalar olmakta ve yaklaşık yarısında sürekli hale gelmektedir.

%30'u ellili günlerde sıvı alamaz hale gelmektedir. %20'sinde ise sıvı alı-

mı belirgin azalmaktadır. %10'unda gözle görülebilen GİS ve üriner sistem kanaması gelişmiştir. % 5'inde ise sıkıntı yaratacak düzeyde hıçkırık mevcuttur.

- Beş Duyu: Duysal irritabilite ve kayıplar ön planda seyretmektedir. Yine kırklı günlerde ışık, ses ve koku hassasiyeti başlamakta ve giderek artmaktadır. En önemlisi %80'inde gelişen koku hassasiyetidir.
- Ağır vakalar: Tümünde tipik seyir tekrarlayan kusmalar, sıvı alamama, yatağa bağımlı hale gelme, bilincin kapanması ve tedavi yapılamadığında ölümdür.
- Pnömoni: Otopsilerde hepsinde ortak neden olarak pnömoni dikkat çekicidir. Aspirasyonun kolaylaştırdığı akciğer enfeksiyonu ve potasyum benzeri elektrolitlerin eksikliğine bağlı solunum kaslarındaki zayıflamanın süreci hızlandığı söylenebilir.
- Wernicke Ansefolapatisi (WA): AG süresince WA ile ilişkilendirilebilecek bilinç bozuklukları, diplopi, ataksi bulguları %30 olguda ılımlı mevcuttur. Özellikle 60'lı günlerde açlık süresince hiç B1 vitamini (tiamin) alınmamışsa depoların alınan şekerle tükenmeye başladığını ve bulgularının başlayabileceğini unutmamalıyız.
- Malnütrisyon: AG süresince gözle

görülür ağırlık kaybı gelişmektedir. AG süresince neredeyse hiç şikayeti olmayanlarla, yaşamını kaybeden veya ağır tabloda açlığı sonlandıranlar % 15 gibi eşit oranda iki uçta yer almaktaydı. BMI (vücut kitle indeksi) üzerinden yapılan değerlendirmelerde her iki grupta istatistiksel anlamlı bir farklılık yoktu.

II. İLK MUAYENE BULGULARI

Sistemik Muayene Bulguları (96 hastane kayıtları baz alınmıştır)

Karşımıza gelen hastada belirgin malnütriyon ve dehidratasyon bulguları dikkat çekici olacaktır. Beraberinde vitamin eksikliği bulguları da tabloya eklenecektir. Bu dönemde hastalar tek veya birkaç kişinin bulunduğu odalarda yardım almadan AG yaptıkları için özbakımları da kötü olabilir. Deride dehidratasyon bulguları yanı sıra özellikle yatağa bağımlı olanlarda dekübitis yaraları olabilir. Fiziki muayenede özellikle akciğer enfeksiyonları nedeniyle dinleme sesleri önemlidir.

- Enfeksiyon gelişmişse ateş olabilir. Ancak ağır vakalarda tam tersine nadiren hipotermi gelişebileceği unutulmamalıdır.
- Hipotansiyon, bradikardi ve ortostatik hipotansiyon hepsinde mevcuttur. Özellikle Tiamin eksikliğinin tetikle-

diği bu bulgular, yeterli Tiamin replasmanı ile hızla düzelmektedir. 1996 Dr. Gökmen tezinde ayrıntılı kardiyolojik takip ve değerlendirmelerinde kalp kas kitlesi vücuda paralel azalmış olsa da kalbin fonksiyonlarının korunduğu görülmüştü.

- Giriř Biokimya Bulguları:
Serum elektrolitleri Na,K,Cl,Ca,Mg düşüktür (kusmalar nedeniyle özellikle Cl düşüklüğü beklenir). BUN ve kreatinin düşük bulunabilir. Serum albumin, total protein ve globulin değerleri düşüktür. Hafif düzeyde anemi beklenir.

Nörolojik Muayene Bulguları

1996 AG+ÖO hastalarından nörolojik muayene bulguları olanların tümünün öyküsündeki kırklı ve ellili günlerde ileri derecede ışık, ses, koku hassasiyetinin ve kayıpların diğer açlık grevcilere oranla daha ön planda başlamış olması dikkat çekiciydi. Siyah bantla gözünü kapatacak kadar fotofobi gelişebiliyordu. Görmede azalma ve bulanık görme, ileri görme kaybı çoğunluğunda mevcuttu. Koku hassasiyeti, parosmi belirgindi. Nadiren koku duyusu azalmıştı. Ses hassasiyeti, işitme azalması, uğultu-motor çalışması tarzında tinnitus mevcuttu. Pozisyonel vertigo gelişebiliyordu. Hastalar ekstremitelerde uyuşma, karıncalanma, ağrı ve kramp- lar ile migren tarzı ağrı ve oksipital nevralsi tanımlamaktaydılar.

Bilinç ve mental durum deęerlendirmesin-

de; 1996'da hastanede izlenenlerde stupor, sommolans ve belirgin konfüzyonel durumlar görülmüştür. İlerleyen günlerde uyanıklık kusuru ve mental bozukluk saptanmıştır. Bu hastalarda başlangıçta tiamin eklenmemiş İV dekstroz uygulaması yapıldığı ve WA, WKS tablolarının geliştiği unutulmamalıdır. Biriken deneyimler sonrası böylesine bir hata günümüzde tekrarlanmayacağı için sizin hastalarınızda bu denli olumsuz bilinç bozuklukları beklenmemektedir. Açlık süresince B vitamini almamış hastalarınızda nadiren WA bulgusu olarak konfüzyonel bir tablo ile karşılaşabilirsiniz. Karşılaşacağınız bilinç bozuklukları büyük olasılıkla dehidratasyon, enfeksiyon ve genel durumun bozulmasına sekonder gelişmiş olacaktır.

Göz muayenesinde; WA gelişmiş ise oftalmoparezi, nistagmus görülebilir. Başlangıçta görme kaybı belirgindir. Kseroftalmi olabilir. Çoğunluğunda az veya çok gece körlüğü bulguları olabilir. Fundoskopide çoğunluğunda optik disk soluktu,, nadiren retinal kanama mevcuttu.

Eğer WA gelişmişse gövde ve ekstremitateaksi bulguları saptanabilir. Ayrıca pozisyonel vertigo da gelişebilir. Nadiren Rhomberg (+) olabilir.

Nöromusküler muayenede ekstremitte kaslarında 2-4/5 düzeyinde kas zaafı gelişmişti. Derin tendon reflekslerinde azalma mevcuttu. Paresteziler tanımlamalarına rağmen yüzeysel duyu normaldi. Derin duyu kısmen bozulmuştu.

İlerleyen günlerde uykuya eğilim azalmış hastalarda konfüzyonel durum devam etsede amnestik durumları açık olarak gözlemlenmeye başlamıştı. Korsakoff Sendromu olan bu amnestik durum sizin hastalarınızda beklenmemektedir. Çünkü açlık sonlandırılmasını müteakip yapılan tiamin içermeyen dekstroz uygulaması sonucunda gelişmiş tablolarıdır.

Başlangıçta ağır psikotik içerikli major depresyon, major depresyon, hafif öfori ve disinhibe davranışlar, püeril davranışlar dikkat çekiciydi. Hastanede izlenen hastaların neredeyse tümünde gelişen psikiyatrik tablolar “Korsakoff Psikoza” na ait nöropsikiyatrik gösterimler olarak değerlendirilmiştir.

III. TEDAVİ (İlk 10 gün içindir)

- İlk olarak hasta size İV mayii ile gelmişse sonlandırınız (eklenen içerik karışıklığı olabilir) ve İsolayte ile değiştiriniz. İsolayte özellikle K, Mg benzeri eklemeler için uygundur, bu nedenden dolayı büyük damar yolu tercih edilir. Biokimya değerleri acilen alınmalıdır. Biokimya değerleri; başlangıç tedavisi ve günlük takiplerde, sıvı ve elektrolit replasmanı yanı sıra yeniden beslenmenin takibinde de önemli yol gösterici olacaktır.
- Başlangıçta öncelikli istenecek laboratuvar tetkikleri: Elektrolitler (Na, K, Ca, Cl, Fosfor), CK, BUN, Kreatinin, Total protein, Albumin, Globulin,

Karaciğer enzimleri, Hemogram, Sedimentasyon, Kan Şekeri, TİT, mümkünse vitamin düzeyleri.

- Akciğer grafisi öncelikli olabilir. Ancak özellikle solunum sesleri kaba-laşmışsa akciğer enfeksiyonun beklenen sonuç olduğunu unutmayınız. Uygun antibiyoterapi uygulanması gerekebilir.
- EKG'de ST-T değişiklikleri tiamin eksikliği veya hipopotasemi bulgusu olarak gelişebilir.
- Eğer hastada idrar çıkışı yoksa deneyimler dehidratasyona bağlı olduğu yönündedir. Hastanın AG öncesi böbrek hastalığı yoksa, uzun süreli açlıkta böbrek fonksiyonları genelde korunmuştur. Rehidratasyonu takiben idrar çıkışı başlayacaktır.

Açlığın sonlandırılmasında iki grup hastayla karşılaşılacaktır. Bilinci açık ve oral beslenebilenler ile bilinç durumu oral beslenmeye uygun olmayan hastalar. Her iki grup hastada da malnütrisyon ve dehidratasyon beklenen sistemik tablolardır. Önemli bir husus her iki durumda da hızlı yüklemelerden kaçınmamız gerektiğidir. Açlık süresince metabolizmanın adaptif yetileriyle küçüldüğü unutulmamalıdır. Minimal ölçekte başlanıp süreç içinde yavaş artışlar yapılmalıdır.

- Başlangıçta toplam günlük sıvı miktarının 1500- 2000 ml

kadar olması planlanmalıdır (Parenteral+enteral). Ortalama 50-60 kg bir hasta için bu miktarın yeterli olacağını düşünüyoruz. Ancak ekstra bir kayıp (diare, kanama, poliüri vd) varsa üzerine eklenmelidir.

- İlk seçeneğimiz İzolayte olmalıdır (İzotoniğe göre vücut fizyolojisine daha uygundur). Yine idame sıvısı İzolayte olarak seçilmeli, yine ek replasman gerekirse %0.09 İzotonik Sodyum Klorür kullanılmalıdır. Hipertonik solüsyonlardan özenle kaçınılmalıdır.
- Bu hasta grubunda başlangıçta tam kalori verilemeyeceği unutulmamalıdır. Ortalama günlük 1000 kalori ile başlanmalı, 15-20 cal/kg/gün geçilmemelidir. Günlük protein miktarı başlangıçta 20-25 gr/gün olmalıdır.

İlk günlerde elektrolit replasmanı gerekli olacaktır. Ayrıca oral alım başlamadığı için vitamin replasmanı da gerekebilir. Oral veya NG alım başladığında vitaminler rutin İV mayiden çıkarılabilir.

Elektrolitler:

Potasyum:0.5-1 mEq/kg/24 h olarak düşünülürse 50 kg bir hasta için günlük 2.5-5 ampul eklenebilir. Uzun açlık sonrasında yeniden beslenme süreciyle birlikte potasyum replasmanı ihtiya-

cı fazla olacaktır. Bu nedenle günde iki defa kan düzeyinin bakılması önerilir.

Magnezyum: 1000 ml İV solüsyona 1-2 ampul eklenmelidir. Serum magnezyum düzeyi normalin üst sınırı olan 2.6 mg/dl, 2.2 mEq/l, 1.1 mmol/l değerlerine yakın tutulmalıdır. Magnezyum tetkikini her zaman laboratuvarından elde edemeyebilirsiniz. Yeniden beslenme süresince önemi ve gerekliliği yüksektir. Magnezyumu ölçemersenizde günde 2 ampul magnezyum replasmanının sakıncası yoktur. Ancak hastada renal problem olmamalıdır.

1996 olgularında uzun süreli açlıkta böbrek fonksiyonları korunmuştu. Ancak eğer hastanın açlık öncesi öyküsünde veya mevcut durumda renal problem varsa K ve Mg için özellikle dikkatli olunmalıdır.

Mg ve K yeniden beslenmenin değerlendirilmesinde çok önemlidir. Mümkün olduğu kadar normal aralığın üst sınırında tutulmalıdır. O nedenle K için 5 ampul, Mg için 2 ampul ile başlayıp günlük takiplerde ihtiyaca göre miktarlar arttırılabilir veya azaltılabilir.

Sodyum: Hiponatremi beklenmekle birlikte başlangıçta hipernatremi de görülebilir. Başlangıç sodyum değeri 130-145 mEq/lt değerlerinin dışındaysa tedavi önerilir. 130 mEq/lt altındaysa replasman önerilir. Replasman yapılırken önerilen idame

mayilerin sodyum içerdığı ve bu hastalarda toleransın azaldığı da unutulmamalıdır. Sodyum takibi gerektiren hastalarda saatlik takipte 0.5-1 mEq/lt değerini, toplam 24 saatlik takipte ise 10 mEq/lt değerini aşan artış veya düşüşlerin olmamasına dikkat edilmelidir. Hiponatremi ve hipernatreminin ciddi sorunlar yaratabileceği unutulmamalıdır. Hiponatremide yavaş replasman önerilir. Bu olgularda hipernatremide ise en uygun ve hızlı tedavi içme suyuyla sağlanabilir. NG yoluyla veya hasta rahat alıyorsa oral su içirilmelidir. İV dekstroz benzeri sıvılar vermek yerine mamanın yanında su vermek daha hızlı ve etkili olarak sodyumu düşürür. Durum stabilize oluncaya kadar 4 saat aralıklı ölçümler yapılmalıdır. (İlerleyen günlerde İV yüklenme sonucu oluşabilecek hipernatremiye de dikkat etmek gerekir. 2000 yılı AG sürecinde bir hastada aşırı sodyum yüklenmesine bağlı santral pontin myelinosis gelişmişti).

Kalsiyum: Mutlaka iyonize kalsiyum bakılmalıdır. Uzamış açlıkta albumin düzeyi düşüktür. Laboratuvar sonucunda düşük bulunan kalsiyum gerçekte albuminin düşüklüğünün göstergesi olabilir. Eğer replasman yapılacaksa iyonize kalsiyum düşük bulunmalıdır veya düzeltilmiş kalsiyum normalin altında kalıyorsa replasman yapılmalıdır.

Düzeltilmiş Ca: Ölçülen total Ca + [0.8 x (4.5 – albumin düzeyi)]

Albumin: Serum değeri 2.5 g/dl altına düşmeden ve semptomatik değilse dışarıdan albumin vermeye gidilmesi önerilmez.

Fosfor: Yeniden beslenmenin takibinde önemlidir. Düşük bulunduğu replasman önerilmez. Eğer fosfor düşük ise enerji fazla yüklenmiştir. Bu durumda kalori ve sıvı kısıtlamasına gidiniz. Eğer fosfor düzeyini ölçemiyorsanız hastada yeniden beslenme süresince gelişen solunum yetmezliği bulguları kalori açısından fazla yüklendiğinizin göstergesi olarak yorumlanabilir. Bu durumda öncelikli olarak kalori ve sıvı kısıtlayınız. (daha önce de belirttiğimiz üzere uzamış açlıklarda kalbin kendisinden kaynaklı yetmezlik bulguları gözlemlenmemiştir).

Vitaminler:

B1 vitamini (Tiamin): En önemli replasman gerektiren vitamindir. İlk 3 günde 1gr/gün verilmelidir. Piyasada Bemiks ampul 25 mg/amp içeriğiyle en fazla B1 içeren preparattır. Eğer % 5 dekstroz veriliyorsa 1 ml dekstroz, 1 mg tiamin içermelidir (Örneğin; 500 cc % 5 dekstroza 20 ampul Bemiks eklenmelidir). Dekstroz içinde verilen B1 miktarı düşüldükten sonra kalanı İso-layte idame sıvısına eklenmelidir.

İlk 3 günden sonrasında oral/NG alıma geçildiğinden tabletle devam edilir. 250 mg tiamin içeren B1+B6+B12

kombine preparatları 2x1 kullanılmaktadır (Apikobal tab, Benexol-B12 tab, Nerox-B12, Bevitab-B12 tab). Eğer İV dekstroz verilmesi gerekirse de aynı şekilde 1ml dekstroz/ 1mg tiamin içermelidir.

Eğer Wernicke Ansefalopatisi veya Wernicke-Korsakoff Sendromu gelişmişse 1 gr/gün tiamine daha uzun süre devam edilmelidir.

C vitamini:Redoxan ampul (2 amp/gün)

K vitamini:Libavit-K 1 ampul/gün (semptomları varsa veya INR yüksekse ihtiyaç halinde eklenebilir)

Karnitin: CK yüksek hastalarda özellikle olmak üzere, tüm hastalara karnitin verilebilir. Karnitine 500 mg/gün yeterlidir. (Carnitene ampul 1x1/2 ampul)

B12 vitamini: Eğer açlık süresince vitamin almadıysa Dodex ampul İM 1x1 (1 hafta süreyle)

E vitamini: Evigen ampul İM 1x10-labilir.

A vitamini ve Folikasiti oral vermek durumundayız.

A vitamini:Avigen forte dr 2x1 drj/gün

Folik asit:Folbioltab 1x1 tab/gün

Hasta oral/NG ile beslenemiyor ve sadece İV mayii veriliyorsa; yoğun bakım üniteniz varsa

ilgili hekimden destek almanız önerilir. Koşul sağlanabiliyorsa bu hastalarda total parenteral nutrisyonla (TPN) desteği ve oligopepetid diyetle beslenme başlanabilir.

Çoğunlukla bu koşul sağlanamayacağı için bu hastalarda 1000 ml İsolayte + 1000 ml % 5 dekstroz başlangıçta uygulanabilir. Bu grup hastada da en kısa sürede NG ile enteral beslenmeye geçilmelidir. Dekstroz veriliyorsa mutlaka her 1 ml dekstroz için 1mg tiamin içermesine dikkat edilmelidir ve potasyum mutlaka eklenmelidir.

İV rehidratasyonda en önemli husus hiç bir zaman yeterince tiamin içermeyen dekstroz içeriğinin verilmemesidir. Tiamin depoları ya tükenmiştir ya da tükenmek üzeredir. Bu durumda verilecek dekstroz doğrudan santral sinir sistemi hasarı oluşturacaktır. WA ve WKS gelişiminin nedenidir. 1996'daki WKS olguları bu şekilde olmuştur. 1996 ve 2000 deneyimlerinden sonra ülkemizde halen WKS tanısı alan hasta olması mazur görülemez. Doğrudan hekimin ihmali ve suç unsuru taşımaktadır. WA ve WKS gelişimini engellemek için her 500 cc % 5 dekstroz içine 20 ampul Bemiks ekleyiniz. (Bemiks ampulde 25 mg, Becozyme ampulde 20 mg tiamin vardır.) Günlük 1 gr tiamin ilk günlerde mutlaka gereklidir.

Hasta enteral alabiliyorsa ideali 1000 ml İV+1000 ml enteral beslenme mayii ile başlanmasıdır. Uzun süreli açlığa maruz kalan hastalarda subtotal villöz atrofi ve malabsorpsiyona yol açan barsak mukoza değişiklikleri

gelişmektedir. Otopsilerdeki sindirim sistemi bulguları da bu durumu göstermektedir. Bu nedenle yeniden beslenmeye enteral yoldan oligopeptid diyetle başlanmalıdır. İdeali bu diyetle adapte olana kadar periferik parsiyel TPN (total parenteral nutrisyon) desteği ve oligopeptid diyet uygulamasıdır. 1996 AG hastalarında uygun koşullarda TPN ve oligopeptid diyet uygulamasına rağmen 6. günde karoten düzeyi düşük bulunmuştu. Karoten düşüklüğü intestinal absorpsiyonun 1. haftada halen sağlanmadığını göstermekteydi. Takipte mukozal bütünlüğün sağlanmasının geç olacağını bilmek açısından önemlidir.

Hastanızda beklenen laboratuvar bulguları:

- Açlığın uzamasıyla organizma küçülmemekte ve azot kaybını minimize etmektedir. Bundan dolayı serum BUN ve kreatinin değerleri genellikle düşüktür, az sayıda 4 olguda yüksektir. Rehidratasyonu takiben düşecektir.
- Metabolizma geliştirdiği adaptasyonlar nedeniyle kas yıkımını minimize eder, eğer yüksek serum CK düzeyi varsa adaptasyonun aşıldığının göstergesidir.
- Serum protein ve albumin oranları malnütrisyonla orantılı düşük olacaktır.
- Hafif anemi olguların tümünde saptanabilir.
- Vitamin düzeyleri beklendiği gibi düşük olacaktır. A vitamini düşüktü. Bir detay olarak A vitamini düşüklüğü

ilgili çalışmada kseroftalmi, konjuktivit ve gece körlüğü olarak klinikte de belirgin olarak gözlenmişti.

Uzun süreli açlığa maruz kalmış hastada ilk ulaşılması hedeflenen enerji düzeyi yaklaşık 1000 kcal/gün olmalıdır. Bu hedefe oral/NG ile beslenmede, 3-4 gün gibi bir süreyle yavaş ulaşılmalıdır. Çok yavaş arttırılarak yaklaşık 10 gün gibi bir sürede günlük ihtiyacın tamamının karşılanması hedeflenmelidir. Diyetin içeriğinin glutensiz ve laktosuz olması önerilir. Uzun süreli açlıktan sonra yeniden beslenmeye oligopeptid (semi elemental) diyetle geçilmesi gereklidir. Ülkemizde bunu karşılayabilecek şu andaki tek ürün Peptisorb 500ml olarak mevcuttur.

Yeniden beslenme ve metabolik cevabın izlenmesinde biokimya çok yardımcı olacaktır. En önemli izlenecekler **K, Mg ve Fosfor** olacaktır. K ve Mg normalin üst sınırında tutulmalıdır.

Yeniden beslenme sürecinde **Fosfor** düşerse enerji fazlalığı var demektir. Bu durumda enerji ve sıvı kısıtlaması yapılmalıdır.

Fosfor ve Potasyum normal seyrediyorsa miktarda yavaş yavaş artışlar yapılmalıdır.

Beslenme durumunun takip ve planlanmasında diyetisyen ile birlikte çalışmayı tercih ediniz.

Enteral Beslenme Materyali Önerileri

Peptisorb:Oligopeptid (semi elemental) bir içeriği mevcuttur. 1mililitresi 1 kcal içerir. Osmolalitesi düşüktür. Oral/NG beslenmenin ilk

gününde 500 ml Peptisorb yarıyarıya sulandırılır. 500 ml/gün (250 kcal/gün) ile beslenme başlatılır. Biokimya takibiyle ılımlı arttırmalar yapılmalıdır. NG' den beslenenlerde infüzyon tercih edilmelidir. Oligopeptid diyetin oral alımı tadı nedeniyle zordur.

Damar yolu açık olan hastalarda ilk 2-3 gün içerisinde ek olarak %5 Dekstroz 500 ml verilebilir. (İlk gün toplam sıvı alımı: İsolayte 1000ml+ Sulandırılmış Peptisorb 500 ml+ % 5 Dekstroz 500 ml=2000 ml olabilir)

Osmolite: Oligopeptid değildir. Ancak laktoz ve gluten içermemesi ve osmolaritesinin düşük olması nedeniyle oligopeptid ürün bulunamazsa tercih edilebilir. Yine 1mililitresi 1 kcal içerir. Osmolite 250 ml yarıyarıya sulandırılıp elde edilen 500 ml mamanın yarısı ile başlanır. İzleyen günlerde yavaş yavaş miktar artırılır.

Oligopeptid diyet ile adaptasyon sağlandıktan sonra ilerleyen günlerde Osmolite ile devam edilebilir. Osmolite oral alımı Peptisorba göre daha kolaydır.

Hospitalize Edilmeyen Hastalarda İlk 10 Gün İçin Beslenme Önerileri

Hasta hospitalize edilmemiş olsa da yeniden beslenmeye oligopeptid diyetle başlaması sonrasında normal gıdalara geçmesi önerilir. Bu sırada beslenme ürünü olarak Osmolite kullanılabilir.

Basit şekerlerden uzak durulmalıdır (limonata, çay şekeri gibi). Yağlardan kaçınılmalıdır. Sindirimi zor ve posalı (kepekli, kuru bakla-

Yaklaşık 10 günde yeterli oral beslenmeye geçilmesi planlanmaktadır. Komplikeasyonlu bazı hastalarda bu süre uzayabilir. Oral tam beslenmeye geçildiğinde B1+B6+B12 vit preparatları 2x1 tab/gün, B kompleks 2x1/gün ve multivitamin preparatı 1x1 tab/gün ile devam edilebilir. Beslenmede mutfak yiyeceklerine destek olarak Osmolite kullanılabilir.

Sorularınız için:
acilikrevleri@ttb.org.tr
Tel: (0 312) 2313179

giller, çiğ sebzeler, bulgur, süt gibi) yiyecekler tüketilmemelidir. Baharatlı, salçalı, salamura ve konserve yiyecekler kullanılmamalıdır. Buğulama ve haşlama pişirme biçimi olarak tercih edilmelidir. Yumurta akı sindirebilirliği en yüksek proteindir unutulmamalıdır.

Tüm Olgular İçin Oral Vitamin Önerileri

B1+B6+B12 vitamini: Apikobal tab, Benexol-B12 tab, Nerox-B12, Bevitab-B12 tab veya eşdeğerleri; 2x1 tab/gün

B kompleks vitamini: Becozyme-C Forte Lak tab, Bemiks film tab, Becovital-C yumuşak kapsül veya eşdeğerleri: 2x1 tab/gün

C vitamini ve Kalsiyum için: Calcium Sandoz+Vit C efervesan tab 1x1 eff tab/gün

E vitamini: Evicap forte yumuşak kapsül, Ephynal yumuşak jelatin kapsül veya eşdeğerleri: 2x1 kapsül/gün

A vitamini: Avigen forte drj 2x1 drj/gün

Polivitamin: Bir multivitamin tablet 1x1 kullanılabilir.

B12 vitamini: Mümkünse serum B12 düzeyi ve folat bakılmalı, eksikliğinde veya açlık süresince hiç vitamin almamışsa kan düzeyine bakılmaksızın Dodex ampul 1x1 İM bir hafta süresince ba bakılarak ihtiyaç halinde başlanmalı. Dodex ampul İM/gün (1 hafta)

Karnitin: Carnitene tablet 1x1 tab/gün

Folik asit: Folbiol tab 1x1 tab/gün