


Olgu Sunumu: Acil Klinikte Kist Hidatik Rüptürü ve Hemşirelik Yönetimi / A Case Report: Cyst Hydatid Rupture and Nursing Management in the Emergency Department

Dilek GELİN¹, Özlem AKBOĞA ŞAHİN², Sıdıka OĞUZ³

1. Dilek Gelin, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Doktora Öğrencisi, Kayseri Şehir Hastanesi, dilekgelin10@gmail.com 

2. Özlem Şahin Akboğa, Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi, ozlemsahin.os17@gmail.com 

3. Sıdıka Oğuz, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi, soguz@marmara.edu.tr 

Gönderim Tarihi | Received: 02.06.2022, Kabul Tarihi | Accepted: 23.06.2023, Yayın Tarihi | Date of publication: 31.08.2024

Atıf | Reference: "GELİN, D., Şahin Akboğa, Ö.ve Oğuz S. (2024). Bir Olgu Sunumu: Kafatası Üzerine Düşme Sonucu Acil Servise Başvuran Hastada Gelişen Kist Hidatik Rüptüre ve Hemşirelik Yönetimi. *Sağlık Akademisi Kastamonu (SAK)*, 9(2), 407-415. <https://doi.org/10.25279/sak.1125464>

Öz

Önemli bir halk sağlığı sorunu olan kist hidatik, toplumda sık görülmekle birlikte çoğunlukla asemptomatik seyredebilir. Yayılım gösterdiği organlar içinde rüptür olduğunda, hayatı ciddi bir şekilde tehdit eder ve ani solunum yetmezliği ile hastanın ölümüne neden olabilir. Acil klinikte kist hidatik rüptürü tanısını alan hastaya oldukça az rastlanmaktadır. Bu olguda, hasta perde asarken merdivenden kafatası üzerine düşme nedeni ile acil kliniğe başvurmuştur. Ön frontalde şişlik ve ödem şikâyeti olan hastanın takibinde anafilaktik şok bulguları gelişmiştir. Yapılan tetkik (tam kan sayımı, biyokimya, beyin ve toraks bilgisayarlı tomografi, akciğer grafisi) ve fizik muayeneler sonucunda hastaya kist hidatik rüptürü tanısı konulmuştur. Bu çalışmanın amacı, kist hidatik rüptürü gibi ender vakaların saptanmasında acil klinik hemşiresinin önemini ortaya koymaktır. Acil klinik hemşireleri travma hastalarını yakından izlemelidir. Acil klinik karmaşasında hastadaki semptomları fark edebilmek, iyi bir gözlem yeteneğine sahip deneyimli hemşireler ile gerçekleştirilebilir ve hayat kurtarıcıdır.

Anahtar Kelimeler: Acil tedavi, Hemşirelik, Hidatik kist.

Abstract

Cystic echinococcosis, an important public health issue, is often prevalent in the community yet may remain asymptomatic in most cases. However, when rupture occurs in the organs it has spread to, it poses a serious threat to life and can lead to sudden respiratory failure and death. Cases diagnosed with cystic echinococcosis rupture in the emergency clinic are quite rare. In this case, a patient presented to the emergency clinic after falling from a ladder while hanging curtains, resulting in trauma to the skull. The patient, who complained of swelling and edema in the frontal region, developed symptoms of anaphylactic shock during follow-up. Following tests (complete blood count, biochemistry, brain and thorax computed tomography, chest X-ray) and physical examinations, the patient was diagnosed with cystic echinococcosis rupture. The aim of this study is to highlight the importance of emergency clinic nurses in detecting rare cases such as cystic echinococcosis rupture. Emergency clinic nurses should closely monitor trauma patients. Recognizing symptoms in the chaos of the emergency clinic requires experienced nurses with good observational skills, which can be life-saving.

Keywords: Emergency Treatment, nursing, Hydatid Cyst.



1. Giriş

Kist hidatik, *Echinococcus granulosus*'un neden olduğu paraziter bir enflamasyondur (Gül ve Vehbi Kayra, 2018). *Ekinokokozis granulosus*, karaciğer (%66) ve akciğere (%22) yaygın yerleşirken, iskelet sistemine (%0.5-2.5) nadir yerleşmektedir (Pirhan ve Kurt, 2017). Kist hidatik, Çin, Orta Asya, Orta Doğu, Akdeniz, Doğu Afrika ve Güney Amerika gibi pek çok ülkede endemi yapmaktadır (Gül ve Vehbi Kayra, 2018). Endemik bölgelerde yıllık görülme sıklığı 1-200/100.000'dir. Türkiye'nin hemen her bölgesinde görülen bu hastalığın görülme sıklığı ise 50-400/100.000'dür. Yani, kist hidatik tüm dünyada görülebilen önemli bir halk sağlığı sorunudur (Türk Toraks Derneği, 2020).

Kist hidatik, spontan veya travma sonrası rüptürü olabilmektedir. Kist hidatik rüptürü tanılama abdominal ultrasonografi ve göğüs tomografisi gibi tetkiklerin kullanımı kolaylık sağlamaktadır. Kist hidatik rüptürü olduğunda ve semptom verene kadar fark edilemeyebilir. Kist hidatik rüptürü sonrası içerik batın içine yayılmakta, karın ağrısına ve intestinal obstrüksiyona neden olmaktadır. Ayrıca, kist içeriğinin allerjen olması ile hastada ürtiker, anjiyonötik ödem ve anafilaktik şok görülebilmektedir (Kuş ve diğerleri, 2017).

Bu olgu sunumunda, acil kliniğine düşme şikayeti semptomları ile başvuran travma hastasının takibinde, farklı semptomların ortaya çıktığı anlatılmaktadır. Dünyanın her yerinde görülebilen, çoklu yerleşim bölgelerine sahip olan, asemptomatik ilerleyen kist hidatik rüptürü acil klinik hemşiresi tarafından fark edilmiştir. Acil klinik hemşiresi tarafından yapılan detaylı fizik muayene, gözlemlerle hastanın bakım ve tedavisi yapılmış ve başarılı şekilde hayatı kurtarılmıştır. Bu olgu, kist hidatik rüptürü gibi ender vakaların saptanmasında acil klinik hemşiresinin bilgi ve farkındalığının önemini ortaya koymayı amaçlamıştır.

2. Olgu

2.1. Hastanın Medikal Geçmişi

Acil kliniğe başvuran hasta erkek hasta olup 58 yaşındadır. Hastanın özgeçmişinde herhangi bir kronik hastalığı bulunmamaktadır. Daha önce hastanın acil kliniğe renal kolik ağrısı ve sol ayakta burkulma gibi şikâyetler ile başvurduğu öğrenilmiştir. Başvuru sırasında acil klinik hemşiresi tarafından alınan anamnezde hastanın sürekli kullandığı bir ilacı ve aile öyküsünde önemli bir hastalığı olmadığı belirlenmiştir.

2.2. Olgunun prognozu

Hasta, evde perde asarken düşme sonucu kafatasında oluşan şişlik ve ödem şikayetiyle acil kliniğe gelmiştir. Acil klinik hekimi tarafından yapılan fizik muayene sonucunda; kafatasının sol frontal lobunda ağrı, hassasiyet ve ödem olduğu belirlenmiştir. Acil klinik travma birimi hemşiresi hastanın yaşam bulgularını almıştır (Ateş: 36.3 °C, Nabız: 78/dk, Solunum: 24/dk, Kan basıncı: 98/65 mm/Hg ve sPO₂: %89). Düşmenin kafatasındaki etkisini görmek amacıyla hasta, acil klinik travma birimi hemşiresi ile birlikte beyin tomografisine (BT) gönderilmiştir. BT sonucunda, kafatasında kanama ve kırık odağı olmadığı tespit edilmiştir. Acil travma birimine ikinci kez kabul edilen hastanın takibinin sekizinci dakikasında hastada dispne, cilt renginde kızarıklık ve morarma gibi semptomlar görülmüş ve acil klinik hekimine haber verilmiştir. Hastanın yaşam bulguları tekrar alınarak fizik muayene yeniden yapılmıştır. Hasta, hipotansif (93/57 mm/Hg), takipneik (32/dk) ve akut hipoksiktir (sPO₂: %85). Etkili solunumun sürdürülmesi ve doku perfüzyonunun sağlanabilmesi için acil klinik travma birimi hemşiresi hastaya nazal kanül ile oksijen (4 lt/dk) uygulamış ve semi-fowler pozisyonu vermiştir. Durumun nedenini saptamak amacıyla hasta tekrar acil klinik travma hemşiresi eşliğinde toraks (göğüs) tomografisine gönderilmiştir. Bu tetkikin sonucunda; hastada pnömotoraks



(sönmüş akciğer), hemotoraks (göğüs boşluğunda kan toplanması) ve mediastinelde shiftin (mediastende kayma) olduğu raporlanmıştır. Ciddi solunum sıkıntısı yaşayan ve genel durumu kötüleşen hasta, acil klinik travma birimi hemşiresi ile acil resüsitasyon birimine transfer edilmiştir. Düşmenin birçok organa etkisi, alt abdominal bölgede kanama ya da serbest mayi olabileceği düşünülerek, acil klinik hekimi tarafından abdominal ultrasonografisi yapılmıştır. Karaciğer sol lobunda kist hidatik bulunduğu ve kistin rüptürü olduğu belirlenmiştir. İlaveten, kist içeriğinin akciğerde yayıldığı ve bu yayılım sonucu kist içeriğinin etkisiyle hastanın anafilaktik şoka girdiği saptanmıştır. Kan gazı, hemogram ve biyokimya tetkikleri için tekrar kan alınmıştır. Hastanın acil klinikte kısa süre kalması ve bu sürede birçok hemşirelik girişiminin uygulanması nedeniyle hemşirelik kuramcılarına göre detaylı bakım planı oluşturma imkânı yoktur. Bu nedenle acil klinikte hasta yönetimi sırasında hastaya NANDA (International (NANDA-I) North American Nursing Diagnosis Association) ve Sparks&Taylor'ın Hemşirelik Tanı'ları konulmuştur (Erdemir, 2012; Karahan ve Kav, 2019). Olayın seyri, konulan tanıları, yapılan müdahaleler ve müdahalelerin zamanları Tablo 1'de anlatılmıştır

Tablo 1. Olgunun Prognozu

Tarih / Zaman	Yaşam bulguları	Birim	Acil Klinikte Hemşirelik Yönetimi (Bakımı)
15.03.2018 İlk kabul saati:11:32	A: 36,3 °C N: 78/dk S: 24/dk KB: 98/65 mm/Hg SpO ₂ : %89	Hastanın acil travma Birimine kabul edilmesi ve bu birimin hemşiresi ve personel eşliğinde radyoloji birimine gönderilmesi.	Hastanın yaşam bulguları, anamnezi ile kan tetkikleri acil klinik travma birimi hemşiresi tarafından alınmış ve kayıt edilmiştir.
11:35	SpO ₂ : %89	Radyoloji	Acil klinik travma birimi hemşiresi eşliğinde hasta güvenliği sağlanarak hastanın ilk tetkiki olarak beyin tomografisi çekilmiş ve hasta acil travma birimine tekrar gönderilmiştir.
İkinci kez kabul saati: 11:40	A:37 °C N: 104/dk S:32/dk KB:93/57 mm/Hg SpO ₂ :%85	Acil travma birimine hastanın tekrar kabul edilmesi. Acil Travma Birimi Hastanın Takibi:	Acil klinik travma birimi hemşiresi tarafından: Tanı: Hasta Visüel Analog Skala'ya (VAS) göre ağrısını 10 olarak ifade etmiş ve "Akut ağrı" hemşirelik tanısı konulmuştur. Amaç: Hastanın ağrısını azaltmaktır. Planlama: Ağrı azaltmaya yönelik girişimler planlanmıştır. Uygulama: Akut ağrıyı gidermeye yönelik hekim istemi ile analjezik intravenöz yolla hastaya uygulanmıştır. VAS'a göre analjezi öncesi ve sonrası ağrı değerlendirmesi yapılmıştır. Acil kliniğin koşulları ve zaman kısıtlılığı nedeniyle ağrıyı gidermeye yönelik farmakolojik olmayan yöntemler uygulanmamıştır. Değerlendirme: Hasta, ağrısını dokuz olduğunu ifade etmiştir. Genel durumu kötüleşen hastanın yaşam bulguları, acil travma birimi hemşiresi tarafından beş dakika aralıklarla alınmaya başlanmıştır. Tanı: Dispne ve ağrıya bağlı olarak "Etkisiz Solunum Örüntüsü" hemşirelik tanısı konulmuştur. Amaç: Hastanın solunum sıkıntısını gidermektir. Planlama: Hastanın solunumunu rahatlatmak için hemşirelik girişimleri planlanmıştır. Uygulama: Nazal kanül ile oksijen (4 lt/dk O ₂) tedavisine başlanmıştır. Solunum sayısı, hızı derinliği ve göğüs hareketleri izlenmiştir. Hastaya semi-fowler pozisyonu verilmiştir. Hastaya derin solunum egzersizleri (burundan al, ağızdan ver) öğretilmiş ve yaptırılmıştır. Solunum rehabilitasyonu sağlanmaya çalışılmıştır. Değerlendirme: Hastanın solunum sıkıntısı (s: 32/dk) devam etmiştir.
11:48	SpO ₂ : %85	Radyoloji	Solunum sıkıntısının nedenini anlamak amacıyla acil klinik travma birimi hemşiresi eşliğinde hasta güvenliği ve transferi sağlanarak hasta tekrar tomografiye (toraks) gönderilmiş ve çekim sonrasında acil travma birimine tekrar gönderilmiştir.



12:00	A: 36,8 °C N: 110/dk S: 36/dk KB: 96/60 mm/Hg SpO ₂ : %81	Acil resüsitasyon birimine hastanın kabulü. Acil Resüsitasyon Biriminde Hastanın Takibi:	<p>Radyoloji biriminden gelen hasta acil travma birimine geri kabul edilmiştir. Kabul edilen hastanın genel durumunun daha da kötüleşmesi nedeniyle hasta acil klinik travma birimi hemşiresi ile birlikte acil resüsitasyon birimine nakil edilmiştir. Acil resüsitasyon birimi hemşiresine hasta, yazılı ve sözlü olarak teslim edilmiştir.</p>
			<p>Acil klinik resüsitasyon hemşiresi, resüsitasyon biriminde hastayı monitörize etmiş ve yaşam bulgularını beş dakika aralıklarla izlemeye devam etmiştir.</p> <p>Tanı: Pnömotoraks ve hemotoraksa tanısı konulan hastaya "Solunumun Etkili Olmaması/Bozulmuş Spontan Ventilasyon" hemşirelik tanısı konulmuştur.</p> <p>Amaç: Ciddi solunum sıkıntısı yaşayan hastanın solunum sıkıntısını gidermektir.</p> <p>Planlama: Hastanın solunumunu rahatlatarak girişimler planlanmıştır.</p> <p>Uygulama: Nazal kanül ile oksijen (4 lt/dk O₂) tedavisine devam edilmiştir.</p> <p>Hastanın solunum sayısı, hızı, derinliği, göğüs hareketleri izlenmeye devam edilmiştir.</p> <p>Periferik ve arteriyel oksijen takibi yapılmıştır.</p> <p>Hastanın semi-fowler pozisyonunda kalması sağlanmıştır.</p> <p>Derin solunum egzersizlerine (burundan al, ağızdan ver) devam edilmiş ve hasta bunun için teşvik edilmiştir.</p> <p>Değerlendirme: Hastanın solunum sıkıntısının artarak (s:36/dk, SpO₂: %81) devam ettiği görülmüştür.</p> <p>İlerleyen saatlerde (saat 12:30) tüp torakostomi yapılması kararı alınmıştır.</p>
			<p>Genel durum bozukluğu ile birlikte hastada anafilaksi bulgularının (nefes darlığı, morarma, deride kızarıklık) görülmesiyle acil resüsitasyon hekimi hastaya "Anafilaktik Şok" tanısı koymuştur.</p> <p>Tanı: Anafilaktik şok tanısı alan hastaya "Etkisiz Periferik Doku Perfüzyonu" hemşirelik tanısı konulmuştur.</p> <p>Amaç: Hastanın periferik doku perfüzyonunu sağlamak, oryantasyon ve renal perfüzyonun sürdürmektir.</p> <p>Planlama: Acil hekiminin sözlü ve yazılı istemi doğrultusunda anafilaktik şok tedavisinin uygulanması planlanmıştır. Ayrıca, periferik doku perfüzyonunu sürdürmeye yönelik girişimlerde bulunulmuştur.</p> <p>Uygulama:</p> <p>Dokunun oksijenlenmesini ve solunumunu desteklemek için nazal kanül ile oksijen (4 lt/dk O₂) tedavisine devam edilmiştir.</p> <p>Periferik oksijenlenmeyi ve havayolu açıklığını sürdürmek için hastaya semi-fowler pozisyonu verilmeye devam edilmiştir.</p> <p>Hastanın periferik oksijen saturasyonu sık aralıklar ile izlenmiştir.</p> <p>Yetersiz perfüzyon nedeniyle beyin dolaşımının da etkileneceği düşünülerek Glaskow Koma Skalası (GKS) ile bilinç takibi (sesli ve ağırlı uyaran ile hastanın oryantasyonu takip edilmiştir) yapılmıştır.</p> <p>Periferik nabızlara, ekstremiteler sıcaklığına bakılmış ve deri rengi kontrol edilmiştir.</p> <p>Beş dakika aralıklar ile ekstremitelerin rengi ve sıcaklığı değerlendirilmiş, bilinci ve yaşam bulguları takip edilmiştir (izlem saatleri: 12:07, 12:12, 12:17, 12:22, 12:27)</p> <p>Aldığı çıkardığı takibi yapılmış, idrar rengi takip edilmiştir.</p> <p>Oksijen tedavisi aldığı için ağız bakımı yapılmıştır.</p> <p>Kurum protokolü doğrultusunda ve acil hekim istemi ile 0,01 mg/kg dozunda olacak şekilde 0,5 mg intramüsküler enjeksiyon adrenalin uygulanmıştır. Hekimin sözlü ve yazılı istemi doğrultusunda renal perfüzyonun devamlılığını sağlamak için 500 cc %0,9 Sodyum Klorür ile sıvı replasmanı uygulanmıştır. Arteriyel oksijen oranı sık takibi (arteriyel O₂ ve CO₂ takibi) ve hemodinamisinin değerlendirilmesi amacıyla kan gazı ve ilave tetkikler (hemogram, biyokimya) için kan alınmıştır.</p> <p>Değerlendirme: Dispne (s: 36/dk) devam ettiği görülmüştür.</p> <p>Deride morarma, kızarıklık azalmıştır.</p> <p>İdrar çıkışı olmuş ve idrar renginin normal olduğu görülmüştür.</p> <p>Hastanın bilincinin açık, koopere ve ajite olduğu görülmüştür (GKS =15).</p>



12:02	Deri rengi: Mor GKS: 15 SpO ₂ : % 83	Acil Resüsitasyon Biriminde Hastanın Takibi:	<p>Tanı: Hastanın ajitasyonu ve korkuları nedeniyle "Ölüm Anksiyete" hemşirelik tanısı konulmuştur.</p> <p>Amaç: Hastanın korkularını ifade etmesi ve anksiyetenin azaltılması amaçlanmıştır.</p> <p>Planlama: Hastanın durumuna dair ve yapılacak işlemlere ilişkin hastanın anlayacağı şekilde açıklama yapılması planlanmıştır.</p> <p>Uygulama: Hastanın durumu (travma nedeniyle acil kliniğe gelmesi ancak sonrasında genel durumunun neden kötüleştiği) kısa net cümleler ile hasta ve yakınlarına hekim eşliğinde açıklanmıştır.</p> <p>Yapılan acil müdahaleler ile tedaviye erken dönemde başlandığı anlatılmıştır.</p> <p>Hastaya sakin kalması yönünde telkinlerde bulunulmuştur.</p> <p>Hastaya tedaviye aktif katılmasının önemi açıklanmıştır.</p> <p>Hastanede gerekli tüm tetkik ve tedavilerinin hızlı ve güvenli şekilde uygulandığından bahsedilmiştir.</p> <p>Terapötik iletişim teknikleri ile hastanın hastalık ve ölüm korkusu ile ilgili duygularını ifade etmesi sağlanmıştır.</p> <p>Hasta dua ederek rahatlayabileceğini ifade ettiği için olumlama ve telkinler ile dua etmesi için uygun ortam (paravan çekme, daha uygun bir yere hastayı konumlandırma gibi) oluşturulmuştur.</p> <p>Değerlendirme: Acil resüsitasyon hemşiresi tarafından hastanın anksiyetesinin azaldığı gözlemlenmiştir.</p> <hr/> <p>Tanı: Hastanın İtaki Düşme Ölçeği'ne göre yüksek riskli (12) olması, hipotansif (KB: 96/60 mm/Hg) ve dispne bağlı yorulması ile "Düşme Riski" hemşirelik tanısı konulmuştur.</p> <p>Amaç: Hastanın düşmesini önlemektir.</p> <p>Planlama: Hastanın düşmesini önlemek için gerekli tedbirlerin alınması planlanmıştır.</p> <p>Uygulama: Hasta İtaki Düşme Ölçeği'ne göre değerlendirilmiş ve hasta yüksek riskli bulunmuştur.</p> <p>Yatak kenarlıkları kaldırılmış, yatak seviyesi en düşüğe getirilmiştir.</p> <p>Hastanın rahat edebilmesi için yastıklar ile hasta desteklenmiş ve olası travmaları önlenmiştir.</p> <p>Hemşire çağrı cihazı hakkında kısaca eğitim verilmiş ancak genel durumunun kötü olması nedeni ile hasta yalnız bırakılmamıştır.</p> <p>Klinikler arası transferde birim hemşireleri tarafından hastaya eşlik edilmiş ve gerekli güvenlik tedbirleri alınmıştır.</p> <p>Değerlendirme: Hastada düşmeye bağlı travma gelişmemiştir.</p>
12:30	A:36.8 °C N: 99/dk S:36/dk KB:98/41 mm/Hg SpO ₂ : %89	Acil Resüsitasyon Biriminde Hastanın Takibi:	<p>Dispne'nin şiddetini (S:36/dk) azaltmak için acil ve göğüs cerrahisi hekimlerinin ortak kararı ile hastaya tüp torakotomi takılmasına karar verilmiştir.</p> <p>Tüp torakotomi seti ve diğer malzemeleri acil resüsitasyon biriminin hemşiresi tarafından hazırlanmıştır.</p> <p>İşlem hakkında hasta bilgilendirilmiştir.</p> <p>İşlem, birim hemşiresinin yardımı ile başlatılmış ve bitirilmiştir.</p> <p>İşlem sırasında birim hemşiresi hekime steril olarak yardım etmiştir.</p> <p>İşlem sonrası, göğüs tüpü bakımında yer alan (tüp drenajının devam ettirilmesi, hava kaçığının önlenmesi ve göğüs tüpünün yukarı kaldırılmaması gibi) uygulamalar yapılmıştır.</p> <p>İşlemin hemen ardından solunum, ağrı şiddeti ve pozisyon açısından hasta tekrar değerlendirilmiştir.</p>



			<p>Acil resüsitasyon hemşiresi: Tanı: Hastanede olması ve birçok invazif girişimin birlikte uygulanması nedeni ile hastaya "Enfeksiyon Riski" hemşirelik tanısı konulmuştur. Amaç: Hemşirelik bakım ve tıbbi tedavisi sırasında hastanın hastane enfeksiyonu ile bulaşını önlemektir. Planlama: Periferik katater ve pnömotoraks uygulamasında steril tekniklere uyulması planlanmıştır. Uygulama: Periferik katater el hijyenine uyularak ve steril teknikler ile takılmıştır. Hekim ve hemşire göğüs tüpü uygulaması sırasında steril tekniklere göre işlem gerçekleştirmiştir. Aseptik teknikler ile göğüs tüpü pansumanı yapılmıştır. Non-invazif işlemler sırasında (nazal kanül ile oksijen tedavisi ve yaşam bulgularını alma) doğru el yıkama teknikleri kullanılmıştır. Enfeksiyon belirti ve bulguları (periferik katater ve göğüs tüpü çevresi kızarıklık ve akıntı, ısı artışı ve ateş) yönünden hasta takip edilmiştir. Değerlendirme: Hastanın vücut sıcaklığının normal olup, hastada enfeksiyon belirti ve bulgularının görülmediği belirlenmiştir.</p>
12:32	Deri rengi: Normal *GKS: 15 SpO ₂ : %87 PaO ₂ :87 mmHg	Acil Resüsitasyon Biriminde Hastanın Takibi:	Tüm bu müdahaleler sonrası hastanın deri renginin normale döndüğü gözlemlenmiştir. Birim hemşiresi tarafından hastanın bilinç, satürasyon ve yaşam bulgularının takiplerine devam edilmiştir.
13:00	A:36.5 °C N: 98/dk S:28/dk KB:104/ 72mm/Hg SpO ₂ :%90 Deri rengi: Normal *GKS: 15 Göğüs tüpü drenajı: 500 cc ve kanlı	Acil Resüsitasyon Biriminde Hastanın Takibi:	Bu birimden ayrılana kadar tedavinin aksamaması ve hastanın durumunun kötüleşmemesi için gerekli izlem ve müdahaleler sürdürülmüştür. Göğüs cerrahi hekiminin önerisiyle hastanın acil olarak ameliyata alınması gerektiğine karar verilmiştir. Birim hemşiresi tarafından ameliyat öncesi hazırlığa başlanmıştır. Ameliyat öncesi hazırlığında; Hekim ile birlikte hasta ve yakınlarına, ameliyatın gerekliliği ve riskleri konusunda bilgilendirme yapılmıştır. Hastadan onam belgesi alınmıştır. Hastanın fizyolojik hazırlığı için kan hazırlanması istenmiş ve bu nedenle kan merkezi ile görüşülmüştür. Hastanın açlığı sorgulanmış ve ameliyat olacağı göğüs bölgesinin tüy temizliği kontrol edilmiştir. Acil klinikte yapılan müdahaleler hakkında ameliyathane hemşiresi sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmiştir. "Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi" doldurulmuştur.
13:30	A:36.5 °C N: 90/dk S:24/dk KB:109/75 mm/ Hg SpO ₂ : %90 Deri rengi: Normal *GKS: 15	Acil Ameliyathane Birimi	Ameliyathane hazırlıklarının tamamlanması sonrası acil resüsitasyon birimi hemşiresi eşliğinde hasta ameliyathaneye güvenli şekilde transfer edilmiştir.
Olgunun sonuçlanması			
18.03.2018	Göğüs cerrahi kliniği		Göğüs cerrahi kliniğinde üç gün takip edilen hasta, genel durumunun normale dönmesi ile taburcu edilmiştir.

Kısaltmalar: A=Ateş; N=Nabız, S=Solunum; KB=Kan Basıncı; SpO₂=Satürasyon; GKS=Glaskow Koma Skalası, PaO₂=Arteriyel oksijen basıncı

2.3. Olgunun Sonuçlanması

Ameliyat yaklaşık iki saat kadar sürmüş ve ameliyattan sonra hasta göğüs cerrahi kliniğine yatırılmıştır. Göğüs cerrahi kliniğinde; yaşam bulgularının takip edildiği, hekim istemi ile intravenöz sıvı ve analjezik tedavisi uygulandığı klinik hemşiresinden öğrenilmiştir. Göğüs cerrahisi kliniğinde yattığı süreçte hasta ile ilgili raporlar incelendiğinde, akciğerde hemotoraks ve pnömotoraksın olmadığı, batında serbest sıvının kalmadığı belirlenmiştir. Bu



raporların sonucuna göre; göğüs cerrahisi kliniğine kabulünden üç gün sonra hasta şifa ile taburcu edilmiş ve sonrasında ayaktan takip edilmiştir.

2.4. Araştırmanın Etik Yönü

Olgu sunumu için hastadan yazılı, sözlü onam ve hastaneden kurum izni alınmıştır.

3. Tartışma

Kist hidatik rüptürü spontan ya da travmaya bağlı gelişebilmekte ve çoğunlukla asemptomatik olabilmektedir (Simons ve diğerleri, 2011). Bu olgu sunumunda hasta travma nedeniyle acil kliniğe başvurmuş ancak, kist hidatik rüptüre olup akciğere yayılım göstermiş, hastada mediastinal şift ve ciddi solunum yetmezliği semptomları görülmüştür. Yapılan bir çalışmada da acil kliniğe sağ bacağa yayılan ağrı şikayeti ile başvuran hastada, yapılan fizik muayenesinde karnın sağ alt kadranında ele gelen kitle olduğu belirlenmiş ve kitlenin kist hidatik olduğu ve kist hidatiğin kemik tutulumu varlığı raporlanmıştır (Pirhan ve Kurt, 2017). Başka bir çalışmada ise göğüs ağrısı ve öksürük şikayeti ile acil kliniğe başvuran hastanın posterior mediastinumunda (Kutluk ve diğerleri, 2017), kalçada siyatik ağrıya neden olan pelvik kistin (Çetintaş ve diğerleri, 2015), böbrek taşına taklit eden taşın kist hidatik olduğu bildirilmiştir (Gül ve Vehbi Kayra, 2018). Paraplejik şikayetler ile acil kliniğe başvuran ve 2.5 ay önce trafik kazası geçiren hastada kafa travması sonrası beyinde kist hidatik geliştiği saptanmıştır (Altun ve Yüksel, 2018). Mevcut olgu ve diğer olgularda olduğu gibi kist hidatik olabildiğince farklı bölgelere yerleşim yeri göstermiştir. Çoğunlukla asemptomatik olan kist hidatik, başlangıçta hastada semptom vermeden seyrederken travma sonrası rüptüre olması ile hastanın solunumunun durmasına varan ileri semptomlar göstermiştir. Benzer şekilde, pelvikte perineal ağrı şikayeti ile hastaneye başvuran hastada dört ay önce karnın sağ alt kadranında ele gelen kitle olduğu ve bu kitlenin retroperitonel alanda ve asemptomatik olduğu belirtilmiştir (Er ve diğerleri, 2017). Yine asemptomatik bir hastada kalp bölgesinde kist hidatiğe rastlanmıştır (Evcin ve diğerleri, 2005). Başka çalışmada bu olgunun semptomları ile benzerdir ama kist hidatik cerrahisi sonrası subakut akciğer enfeksiyonu (kronik nekrotizan pulmoner aspergillozis) geliştiği saptanmıştır (Emirlioğlu ve diğerleri, 2017). Bu olguda, kist hidatiğin rüptüre olmasıyla hastanın genel durumu bozulmuş ve hasta anafilaktik şoka girmiştir. Bu nedenle acil travma birimi hastasına bakım veren acil klinik hemşiresi hastanın fiziksel durumunu sürekli olarak değerlendirmeli ve uygulanan tedavilere yanıtını izlemelidir. Kist hidatik pek çok yerleşim yeri bulunması ve asemptomatik olması nedeniyle başka hastalıkların bulguları ile kolaylıkla karışabilmektedir. Acil klinik hekimi ve hemşiresi, acil kliniğe başvuran tüm hastalarda şüpheli olmalı ve hasta takibinde her ihtimali göz önünde bulundurmalıdır. Kist hidatik rüptürü semptomlarından ağrı, ateş, alerjik reaksiyon, lokalize/yaygın karın ağrısı, kusma, dolaşım sisteminin kollapsı, abdominal kramplar, genel durumun kötüleşmesi ve abdominal kitle varlığı sayılabilir (Toumi ve diğerleri, 2017). Antijenik materyalin salınması ile birlikte alerjik reaksiyonlar (ürtiker, kaşıntı, kızarıklık, uvula ödemi), pnömotoraks ve ileri evrede anafilaktik reaksiyon (anjioödem, dispne, takipne, orofaringeal/larengial ödem, respiratuvar arrest, ödem bronkospazm, hipotansiyon, siyanoz, kardiyak arrest, letarji, azalmış bilinç düzeyi) görülebilmektedir (Kuş ve diğerleri, 2017). Alerjik reaksiyon bulgularının görülmesi, kist hidatik rüptürüne yapılacak müdahaleyi geciktirmektedir (Toumi ve diğerleri, 2018). Bu olguda da düşme sonucunda kist hidatiğin rüptüre olması nedeniyle hasta anafilaktik şoka girmiştir. Hasta başvuru anında ve başvurudan sekiz dakika sonrasında oldukça farklı semptomlar göstermiştir. Acil klinik hekimi ve hemşiresi gerekli müdahaleler için hazırlık yapmıştır (Tablo 1). Oysaki, kist hidatik rüptürü tanısı konulan bir hastada rüptür sonucu alerjik reaksiyon ve sepsis gelişmediği, hastanın prognozunun asemptomatik seyrettiği bildirilmiştir (Majbar ve diğerleri, 2014). Bu olguda, hastanın kist hidatik rüptürü olması nedeniyle hastanın yaşamı tehlikeye girmiştir.



4. Sonuç ve Öneriler

Bu olgu sunumunda, hastanın acil kliniğe ilk geliş semptomları ile hastanın takibinin sekizinci dakikasında, hasta genel durumu ve semptomları açısından oldukça farklılık göstermiştir. Hastanın durumundaki değişikliklerin erken fark edilmesi, yakın izlemin sürdürülmesi, en kısa sürede uygun tedavinin yapılması, hastalık komplikasyonları ve hasta mortalite oranlarının azalmasına katkı sağlamıştır. Acil klinik hemşirelerinin hastalık bilgisi, hasta izlemi ve yönetiminde hayat kurtarıcı anahtar görevi vardır. Bu olguda, acil klinik hemşireleri, yakından hasta izlemi, iyi bir tedavi ve bakım yönetimi ile hastanın hayatını kurtarmıştır.

Acil klinik hemşireleri hastanın tanılanması, gözlenmesi ve tedavi edilmesi aşamasında aktif olarak görev almalıdır. Bunların yanı sıra, sağlık ekibinin önemli üyesi olan acil klinik hemşireleri ekip içi iletişim kurma, hastayı karşılama, hastaya etkili ve kaliteli bakım sunma gibi pek çok görevlerini yerine getirmelidir. Hastadaki farklı semptomları acil hemşireleri erken fark etmeli, hemşirelik tanımlarını güncelleyerek hemşirelik bakım ve tedavileri düzenlemelidirler.

Beyanlar

Araştırma 2. International Congress on Nursing (13-15 Nisan 2018, İstanbul) kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur. *Bu çalışma sırasında, herhangi bir kurum, firma, şirket veya bireyden destek alınmamıştır. Tez çalışmasından üretilmemiştir. Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması beyan etmemiştir. Çalışma için hastadan yazılı ve sözel onam alınmıştır. Yazar Katkıları: DG, ÖŞA, SO; Fikir/kavram: DG, ÖŞA, SO; Tasarım: DG, ÖŞA, SO; Danışmanlık: SO; Veri toplama ve/veya Veri İşleme: DG; Analiz ve/veya Yorum: DG, ÖŞA, SO; Kaynak tarama: DG, ÖŞA, SO; Makalenin Yazımı: DG, ÖŞA, SO; Eleştirel inceleme: DG, ÖŞA, SO

Kaynaklar

- Altun, İ. ve Yüksel, K. Z. (2018). Primary cranial hydatid cyst uncommon cause of plegia: A case report with literature review. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, 8, 99-104.
- Çetintaş, D., Kamanlı, A., Kaya Güçer, T., Akgöl, G., Kırkıl, C., & Onur, M. R. (2015). A rare cause of sciatica: Primary pelvic hydatid cyst. *Türk Fiz Tıp Rehab Dergisi*, 61, 366-370.
- Emirlioğlu, N., Yalçın, E. E., Doğru Ersöz, D., Kiper, N., Özçelik, H. U., Özcan, HN., ... & Cengiz, A. B. (2017). Chronic necrotizing pulmonary aspergillosis in an immunocompetent patient after the surgery of hydatid cyst. *Tuberkuloz ve Toraks*, 65(2), 157-160.
- Er, A., Kamer, E., Cengiz, F., Türkoğlu, İ., Çapkinoğlu, E., Örsel, A., & Peşkersoy, M. (2017). Primer retroperitoneal kist hidatik: Bir olgu sunumu. *Journal of Surgical Arts*, 10(1), 19-21.
- Erdemir, F. (2012). Hemşirelik tanıları el kitabı. *Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul*, 447-455.
- Evcin, E. B., Türk, A., Sungurlu, F., & Kodallı, N. (2005). Kardiak kist hidatik: BT ve MRG bulguları. *Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 45(3), 172-173.
- Gül, Ü. Ve Vehbi Kayra, M. (2018). A case of renal hydatid cyst mimicking a non-opaque kidney stone. *Journal of Urological Surgery*, 5(1), 37-38.



- Karahan A., Kav S. (2019). Sparks&Taylor'ın Hemşirelik Tanı Referans El Kitabı. *Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara*, 24-27.
- Karahan A., Kav S. (2019). Sparks&Taylor'ın Hemşirelik Tanı Referans El Kitabı. *Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara*, 43-45.
- Karahan A., Kav S. (2019). Sparks&Taylor'ın Hemşirelik Tanı Referans El Kitabı. *Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara*, 315-318.
- Kuş, M., Arer, İM., Akkapulu, N., & Yabanoğlu, H. (2017). Karaciğer subkapsüler kist hidatik. *Cukurova Med Journal*, 42(3), 564-566.
- Kutluk, A. C., Kocatürk, C. İ., Ceyhan, S., Cansever, L., Bedirhan, M. A., & Akin, H. (2017). A posterior mediastinal hydatid cyst. *Respir Case Rep*, 6(1), 60-63.
- Majbar, A. M., Aalala, A. A., Elalaoui, M., Sabbah, F., Raiss, M., Hrorra, A., & Ahallat, M. (2014). Asymptomatic intra-peritoneal rupture of hydatid cyst of the liver: Case report. *BMC Research Notes*, (7), 114.
- Pirhan, Y. ve Kurt, N. (2017). Bone Hydatid cyst disease. *Dicle Medical Journal*, 44(4), 401-404.
- Simons, F. E. R., Arduoso, L. R., Bilò, M. B., El-Gamal, Y. M., Ledford, D. K., Ring, J., & Thong, B. Y. (2011). World Allergy Organization guidelines for the assessment and management of anaphylaxis. *World Allergy Organization Journal*, 4(2), 13.
- Toumi, A., Salem, R., Jabra, S. B., Abdesslem, G., Noomen, F., & Hamdi, A. A. (2018). Pulmonary embolism as a rare complication of liver hydatid cyst: Report of two cases. *Iran Journal Med Sci*, 43(2), 214-217.
- Toumi, O., Noomen, F., Salem, R., Rabeh, H., Jabra, S. B., Korbi, I., ... & Hamdi, A. (2017). Intraperitoneal rupture of hydatid cysts. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 43(3), 387-391.
- Türk Toraks Derneği, 2020. 18 Mayıs 2022 tarihinde <https://toraks.org.tr/> adresinden erişilmiştir.

Extended Abstract

Hydatid cyst is often an asymptomatic chronic, latent disease. The contents of the cyst that ruptures spontaneously after trauma may cause anaphylactic shock. In this case, a patient presented with anaphylactic shock due to hydatid cyst rupture following trauma. The patient was asymptomatic upon initial presentation to the emergency clinic. During emergency clinic monitoring, the nurse closely followed the patient and detected early clinical changes. Advanced tests and radiological imaging were performed to establish a diagnosis for clinical prognosis. It was determined that the patient developed a rare hydatid cyst rupture after trauma, leading to anaphylactic shock. In the emergency resuscitation unit, the necessary medical treatment for anaphylaxis was administered by the nurse under the supervision of a doctor. The patient was quickly taken to the operating room, and postoperative care was continued in the clinic. Emergency clinics are complex units where the clinical condition of patients can rapidly change. Emergency clinic nurses should be able to recognize all symptoms related to patient care and intervene quickly when necessary. Being attentive and knowledgeable about patients and diseases is life-saving for emergency clinic nurses.