



DOI: 10.38136/jgon.841568

Turunkus Arteriozus Tip I Tanısı Alan Bir Yenidoğanın Yoğun Bakım Serüveni: Olgu Sunumu**Intensive Care Adventure of a Newborn Diagnosed with Truncus Arteriosus Type I: Case Report**Hülya DEMİRCİ¹MERVE TÜREMEN² Orcid ID: 0000-0003-3712-6013 Orcid ID: 0000-0003-0349-722X¹ Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Manisa, Türkiye² T.C. Sağlık Bakanlığı Karaman Ermenek Toplum Sağlığı Merkezi, Ebe**ÖZ**

Trunkus arteriozus nadir görülen, cerrahi tedavi ve postoperatif bakım gerektiren bir kalp anomalisidir. Bu anomalide, kalpten çıkan tek bir ana damar (trunkus arter) sistemik, pulmoner ve koroner arter dolaşımını sağlar. Bu yazıda, trunkus arteriozus tip 1 tanısı ile opere edilen bir yenidoğana, postop 12. günden itibaren, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde verilen bireyselleştirilmiş gelişimsel bakımına ilişkin olgu sunumu yapıldı. Bu süreçte uygulanan hemşirelik bakımına ilişkin tanı ve girişimler tablo halinde verildi. Bu olgu sunumunun, postoperatif dönemde yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde tedavi ve bakımı yapılan konjenital kalp anomalili yenidoğanların hemşirelik bakımında yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Konjenital kalp anomalileri, trunkus arteriozus, yenidoğan yoğun bakım ünitesi, bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım

ABSTRACT

Truncus arteriosus is a rare heart anomaly that requires surgical treatment and postoperative care. In this anomaly, a single main vein (arterial trunk) from the heart provides systemic, pulmonary, and coronary artery circulation. In this article, a case report of a newborn patient who was operated with the diagnosis of truncus arteriosus type 1 and given individualized developmental care in the newborn intensive care unit from the 12th postop day. Diagnosis and interventions related to nursing care applied in this process were tabulated. This case report is thought to guide the nursing care of newborns with congenital heart defects who were treated and cared for in newborn intensive care units during the postoperative period.

Keywords: Congenital heart defects, Truncus arteriosus, Newborn Intensive Care Units, Individualized developmental care

GİRİŞ

Doğumsal kalp hastalığı prevalansında son yıllarda bir artış rapor edilmiştir. Tanıda ekokardiyografinin yaygın kullanımı, tarama yöntemleri ve yenidoğan yoğun bakım izlemlerinin artması, bu artışa neden olan en önemli faktörlerdir (1). Nadir görülen doğumsal kalp anomalilerinden biri olan trunkus arteriozus (TA), tüm doğumsal kalp defektleri arasında %1,1-2,5 oranında görülmektedir (2). Bu anomalide kalpten tek bir büyük arter çıkarak sistemik, pulmoner ve koroner dolaşımı sağlar (2-4). Trunkus arteriozusa genellikle ventriküler septal defekt eşlik eder (>%98) (5).

Ekokardiyografik tanı, boyutları aorttan daha geniş, ventriküllere biner tarzda tek bir büyük arterden pulmoner arterlerin çıktığının görülmesi ile konur (3). Genellikle doğum sonrası dönemde cerrahi müdahale gerekir. İlk uygulanan cerrahi tedavi pulmoner bantlama ameliyatıdır. Bu girişimin amacı, pulmoner kan akımını azaltarak kalp yetersizliği ve pulmoner arteriyoler obstrüktif hastalık gelişmesini önlemektir (6). Yoğun bakım ünitelerinde izlemin temel hedefleri; hastanın durumundaki değişiklikleri erken dönemde fark ederek gerekli tedaviyi uygulamak, semptom ve klinik bulgularını

fark edebilmek ve hastanın tedaviye verdiği yanıtı değerlendirebilmektir (7). Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde (YYBÜ) ise amaç, tek başına sağ kalımdan çok ağır morbidite ve gelişimsel sorunu olmayan bebeklerin oranını artırmaktır. Bu amaçla, YYBÜ verilen bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım, yenidoğanın gestasyonel yaşına ve uyum kapasitesine göre değişmekle birlikte; çevresel uyaranları düzenleme-iyileştirici çevrenin oluşturulması, uyku-uyanıklık düzeninin sağlanması, gelişimsel destekleyici aktiviteler ve aile merkezli bakım bileşenlerinden oluşmaktadır (8,9).

Yoğun bakım ünitelerinde hasta bakımının iyileştirilmesinde önemli bir yere sahip olan hemşireler, yoğun bakım kalitesini nitelik ve nicelik olarak etkileyebilen ekip üyeleridir. İyileşme sürecinin hızlandırılmasında, hastalarla 24 saat kesintisiz zaman geçiren yoğun bakım hemşireleri, birçok hasta bakım hizmetini yürütülmekte ve sunulan bu hizmet sağ kalımı doğrudan etkileyebilmektedir (10).

Bu makalede, trunkus arteriozus tip 1 tanısı olan bir yenidoğanın, YYBÜ postoperatif hemşirelik bakımının sunulması amaçlanmıştır.

Sorumlu Yazar/ Corresponding Author:

Merve TÜREMEN

TC Sağlık Bakanlığı Karaman Ermenek Toplum Sağlığı Merkezi, Ebe Karaman/TÜRKİYE

E-mail: mrvtrmn42.5@hotmail.com

Başvuru tarihi : 18.12.2020

Kabul tarihi : 02.03.2021

OLGU

İlk gebeliği olan 28 yaşındaki anne, ikiz gebelik nedeniyle 34. gebelik haftasında sezaryen ile doğum yaptı. Antenatal izlemlerde intrauterin fallot tetralojisi tanısı olan 2075 gr ağırlığındaki kız bebek, doğum sonrası yapılan ekokardiyografik değerlendirme ile trunkus arteriozus tip 1 tanısı aldı ve postnatal 3. günde pulmoner arter bantlanması işlemi gerçekleştirildi. Ameliyat sonrası kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesine mekanik ventilatörde CMV modda entübe halde sedatize olarak devralındı; Kalp tepesi atımı (KTA):140 dk, TA (Ort): 34mmHg, SaO₂:%98 idi. Postoperatif 2. günde anemi gelişti ve eritrosit süspansiyonu verildi (Hb: 8.5g/dl, Hct: %25). Bebek entübe halde SIMV modda mekanik ventilatörde iken total bilirubin değeri (11.85 mg/dl) yükseldiği için fototerapi uygulandı. C-reaktif protein (CRP) değeri (11.41mg/l) operasyon sonrası yükseldiği için order edilen antibiyotikler uygulandı ve hasta enfeksiyon yönünden izlendi. Postoperatif 5. günde genel durum kötüleşti, desatüre oldu ve bradikardi gelişti; KTA: 96 dk, TA: 78/34 (Ort.:47) mmHg, SaO₂: %78 idi. Order edilen inotrop (dobutamin, dopamin) ilaçlar önerilen dozlarda başlandı. Hasta, postoperatif 7. günde nazal CPAP'a alındı ve tolere etti (Ph:7.41, PCO₂:32.5 mmHg, PO₂: 71 mmHg, cLac:2.0 mol/l). Bu süreçte tekrar anemi gelişen hastaya eritrosit süspansiyonu verildi. Anne sütü ile beslenmeye orogastrik sonda ile postop 7. günde başlandı. Postoperatif 12 gün süreyle kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesinde izlenen hasta postop 13. gün yenidoğan

yoğun bakım ünitesine devredildi. Nazal SIMV modda devralınan hastada toraks tüpü ve umbilikal kateter mevcuttu. Biyokimya (AST: 155 lu/l, ALT: 458 lu/l, CRP: 24.91 mg/l, Üre: 70 mg/dl, Kreatinin:1.5 mg/dl) ve koagülasyon (PTZ:21.70 sn, INR:%1.94) testleri değerlendirildi. Nazal CPAP'te izlemde iken oksijen saturasyonunun düşmesi ve kan gazı değerlerinin bozulmasına nedeniyle postop 14. günde reentübe edildi. Hastada diüretiklere bağlı kilo alım güçlüğü mevcuttu. Postop 15. günde tekrar nazal CPAP'e alındı ve tolere etti. Kan değerleri düzelmeye başladı ve kilo aldığı görüldü. Postop 17. günde umbilikal kateteri çekildi ve bakımı yapıldı.

Bebeğin genel durumu stabil olduğunda, anne-bebek uyumu ve bağlanmayı sağlamak amacıyla annenin bebeğine dokunması ya da ten tene temas sağlandı.

Yoğun bakımda kaldığı süreçte bebeğe; persistan pulmoner hipertansiyon, enfeksiyon, akut ağrı, anemi, kanama riski, aspirasyon riski, spontan ventilasyonu sürmede yetersizlik (hipoksemi riski), ventilatörden ayrılmaya disfonksiyonel tepki, beslenmede dengesizlik: gereksinimden az beslenme, beslenme örüntüsünde etkisizlik, deri bütünlüğünde bozulma, oral mukoz membranlarda bozulma riski, ebeveynde anksiyete ve ebeveyn-bebek bağlanmasında bozulma riski alanlarında hemşirelik tanıları doğrultusunda bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım uygulandı (5,7,8,11-18) (Tablo 1). Postop 43. günde vücut ısısı, kan şekeri ve oksijen düzeyi stabil olan ve 1995 gr ağırlığa ulaşan bebek taburcu edildi.

Tablo 1. Trunkus Arteriozus Tip I Tanısı Alan Yenidoğanın Hemşirelik Bakım Planı

Persistan Pulmoner Hipertansiyon	*Doğumsal kalp anomalisi (Trunkus Arteriozus)	-Persistan Pulmoner Hipertansiyona bağlı oluşabilecek komplikasyonların gelişmesi	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vital bulgular 2 saat arayla takip edilecek ✓ Gerekliğinde kan gazı kontrolü yapılacak ✓ Persistan Pulmoner Hipertansiyona neden olabilecek hipoglisemi, hipokalsemi, sepsis, polisitemi ve pnömoni gibi olası komplikasyonlar takip edilecek ✓ Mekanik ventilasyonda olan yenidoğanın bakımı sürdürülecek (CPAP veya entübasyon) ✓ Anemi veya hipovolemi durumlarında kan transfüzyonu yapılacak ✓ Order edilen pulmoner vazodilatör etkili ilaçların uygulanması ve izlemine önem verilecek
---	---	---	--

<p>Enfeksiyon</p> <p>Lökosit sayısı: 23.09µl/ml</p> <p>CRP: 11.41mg/l</p>	<p>*İnvaziv girişimler</p> <p>*Cerrahi operasyon</p> <p>*Entübasyon</p> <p>*Hastanede kalma süresi</p>	<p>-Enfeksiyon belirti ve bulgularının görülmemesi</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tüm uygulamalardan önce ve sonra eller yıkanacak ✓ Enfeksiyon belirtileri izlenecek (letarji, beslenmede güçlük, kusma, vücut ısısında değişiklik, taşipne, renk değişikliği gibi) ✓ Cerrahi insizyon yerinin bakımı yapılırken sterilizasyona dikkat edilerek dokudaki değişim gözlenecek ✓ Tüm invaziv ve non-invaziv girişimler (orogastrik sonda takma, entübasyon işlemi, derin trakeal aspirasyon vb.) cerrahi aseptik tekniğe uygun yapılacak ✓ Proteinsiz sıvılar, TPN ve setleri 24 saatte bir değiştirilecek ✓ İntravenöz kanül yeri günlük takip edilecek ve 72 saatten uzun süre kullanılmamasına özen gösterilecek ✓ Entübasyon tüpü veya nazal kanül olduğu dönemde tüp bakımı özen gösterilecek ✓ Ventilatör setleri haftalık değiştirilecek ve yenidoğana ait olacak ✓ Yenidoğanın beslenmesinde kullanılan orogastrik beslenme sondaları 12 saat ara ile değiştirilerek ✓ Beslenme sonrası 1 cc steril su verilerek orogastrik sondanın temizliği sağlanacak ✓ Umbilikal kateter bakımı sırasında sterilizasyona dikkat edilecek, enfeksiyon bulgusu yönünden değerlendirilecek ve 14 günden uzun süre kullanılmayacak ✓ Laboratuvar tetkikleri hekim istemine göre tekrarlanacak ✓ Tekrarlayan enfeksiyon durumunda kan kültürü tekrarlanacak ✓ Hekim tarafından order edilen antibiyotikler uygun doz ve saatinde uygulanacak ✓ Yenidoğana takılı olan monitör bağlantıları, aspiratör ve ventilatör cihazları vb. araçların temizliği ve dezenfeksiyonu uygun şekilde yapılacak
<p>Akut Ağrı</p> <p>(NIPS:3)</p> <p>Ağlama</p> <p>İnleme</p> <p>Huzursuzluk</p>	<p>*Cerrahi operasyon</p> <p>*İnvaziv ve invaziv olmayan girişimler</p>	<p>-Bebeğin ağrı hissini azalması ve rahatladığının görülmesi</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ağrıyı değerlendirmek için bebeğin davranışları gözlenecek ve kayıt altına alınacak (kıvrınma, ağlama, ellerini ayaklarını geri çekme, yumruklarını sıkması gibi) ✓ Ağrı NIPS (Neonatal Infant Pain Scale) ile 4-6 saatte bir değerlendirilecek ✓ Yenidoğana yapılan bakım ve girişimler, yeterli dinlenme ve uykuyu sağlamak amacıyla, mümkünse aynı anda yapılacak ✓ Uygun zamanlı ve etkili nonfarmakolojik girişimler ve bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım yöntemleri ile ağrı yönetimi sağlanacak <ul style="list-style-type: none"> * Çevresel uyaranlar ses, ışık ve keskin kokular azaltılacak * Yenidoğanın rahat edeceği pozisyon sağlanacak ve kendini güvende hissetmesi için yuva/simit yapılarak vücudu desteklenecek * Ağrı ve acı verebilecek uygulamalarda maksimum düzeyde hassasiyet sağlanacak * Ağrılı işlemler öncesi ve sırasında dektroz damlatma, emzik verme ve yanağına dokunma-eline tutma gibi girişimlerle yenidoğan desteklenecek

<p>Anemi Hb: 8.5g/dl Hct: %25</p>	<p>*Cerrahi operasyon * Prematürite</p>	<p>-Kan değerlerinin normal sınırlarda olmasının sağlanması</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Yenidoğanın cilt rengi, oksijen saturasyonu, hidrasyon durumu, yaşam bulguları takip edilecek ✓ Başlanan demir desteği beslenmeden bir saat önce verilecek ✓ Tanı ve takip amaçlı flebotomi uygulamalarında kan kaybını azaltmak için pediatrik tüpler tercih edilecek ✓ Eritrosit süspansiyonu (ERT) lökosit filtresinden geçirilerek uygun ısı ve miktarda bebeğe verilecek ✓ Transfüzyon için ayrı bir damaryolu açılacak ve sadece ERT gönderilecek ✓ ERT transfüzyonu sırasında diğer mai ve tedaviler durdurulacak ✓ ERT transfüzyonu öncesi ve sonrasında 2-4 saat beslenme durdurulacak ✓ Verilecek olan ERT'nin 14 günden eski olmamasına dikkat edilecek ✓ Yenidoğanın vital bulguları takip edilecek ve ani bir değişiklik geliştiğinde ERT transfüzyonu durdurulacak ✓ ERT yavaş infüzyonla 2 saatte verilecek ve 24 saat sonra Hb ve Hct değerleri kontrol edilecek
<p>Kanama riski PLT:155000/m³ PTZ: 14.90 INR: %1.33</p>	<p>*Cerrahi operasyon sonrası uzayan kan değerleri</p>	<p>-Kanama riskinin ortadan kaldırılması</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Kanama belirti ve bulguları takip edilecek (ekimoz, peteşi, hematom) ✓ Ağız ve burun bakımı için yapılan uygulamalara dikkat edilecek (aspiratör basıncı, aspirasyon sonda seçimi vb.) ✓ Yaşam bulguları sık aralıklarla değerlendirilecek ✓ Drenaj takibi ve kaydı yapılacak (thorax tüpü) ✓ Trombosit sayısı, Hct. , Hb. , PT, aPTT hekim istemi ile bakılacak ve değerlendirilecek <p>Trombolitik tedavi uygulamasında;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tedaviyi takiben ilk 4 saat 15 dakikada bir, daha sonra 24 saate kadar her saat ve gerektiğinde TA ve Nb kontrolü yapılacak • Vasküler girişimler azaltılacak • IV kateter trombolitik tedavisinden önce takılacak • Her saat ve gerektiğinde bütün vasküler giriş bölgeleri kontrol edilecek <p>• 24-48 saat süre ile IM ve SC enjeksiyon yapılmayacak</p>
<p>Aspirasyon riski</p>	<p>*Postoperatif dönem, *Prematürite *Trakeobronşial pasaja sekresyon ve besin kaçabilmesi</p>	<p>-Bebekte aspirasyon deneyiminin olmaması</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bebeğe uygun pozisyon verilecek (kuvöz veya radyan ısıtıcıda ise baş kısmı yükseltilecek, yan pozisyon verilecek) ✓ Beslenme öncesi steril spanç ve sodyum bikarbonat ile ağız bakımı verilecek ve oluşan sekresyonlar temizlenecek ✓ Ağız ve boğazda obstrüksiyona neden olacak durumlar sık sık gözlenecek ✓ Burun serum fizyolojikle (SF) nemlendirilerek temizliği sağlanacak ✓ Endotrakeal tüpü olduğu dönemde SF ve PBV (pozitif basınçlı ventilasyon) tüp bakımı sağlanacak ✓ Orogastrik sondanın yerinin tespitine dikkat edilecek ✓ Beslenme aralıkları, midenin boşalmasına izin verecek şekilde planlanacak

<p>Spontan ventilasyonu sürdürmede yetersizlik</p> <p>(Hipoksemi riski)</p> <p>Ph:7.24</p> <p>PCO₂:29.9mmHg</p> <p>PO₂:52.0mmHg</p> <p>clac:4.5mmol/l</p>	<p>*Kan gazı değerlerinde bozulma</p> <p>*Oksijen gereksiniminde artma</p>	<p>-Yenidoğanın kan gazı değerlerinin normal aralıkta olması ve spontan solunumun sağlanması</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Solunum sıkıntısı bulguları değerlendirilecek (solunum hızının 60/dk olması, hırıltılı solunum, burun kanadı solunumu, interkostal çekilme) ✓ Hipoksemi belirtileri takip edilecek (huzursuzluk, iritabilite, apne ve nöbet atakları) ✓ Solunum sıkıntısı ve hipoksemi bulguları varsa acil olarak hekime rapor edilecek ✓ Herhangi bir solunum yetmezliği şüphesi varsa beklemeksizin kan gazı ve göğüs radyografisi değerlendirilecek ✓ Yenidoğanın klinik tablosuna göre nazal CPAP veya entübasyon yapılacak (hekim ile beraber) ✓ Monitörize olan yenidoğanın oksijen saturasyonu takip edilecek ✓ Mekanik ventilatörde iken entübasyon tüpünün sekresyon ile tıkalı olup olmadığı kontrol edilecek ✓ Yenidoğanın yatış süresince atelektazi gelişmesine karşı orderına eklenen nebül tedavisinin uygulanmasına dikkat edilecek ve postural drenaja önem verilecek ✓ <u>Nazal kanül ile oksijen tedavisi sırasında ağız-burun temizliğine özen gösterilecek</u>
<p>Ventilatörden ayrılmaya disfonksiyonel tepki</p>	<p>*Ventilatörde uzun süre kalma (>1 hafta)</p>	<p>-Ventilatörden ayırma işleminin olumlu olması,</p> <p>-Ekstübe durumda kalabilmesi</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Önceki ventilatörden ayırma girişimlerinde başarısızlığa neden olan faktörler değerlendirilecek ✓ Ventilatörde ayrılmaya hazır oluşluk değerlendirilecek; <ul style="list-style-type: none"> * Ventilatörde oksijen saturasyonun %50 ya da daha düşük olması * Ekspiryum sonrası pozitif basıncın (PEEP) 5 cm H₂O basıncından daha düşük olması * Solunum hızının dakikada 30'dan az olması ✓ Solunum sesleri değerlendirilecek ✓ Bebeğin güven duyacağı olumlu bir ortam sağlanacak (loş ışık, cihazların ses şiddetinin azaltılması, sakinleştirici dokunuşlarda bulunmak ve konuşmak gibi) ✓ Ameliyat sonrası mekanik ventilatörde uzun süre izlenen ve ayırma disfonksiyonu yaşayan bebeğe hekim orderi ile başlanan nebül ve kafein sitrat tedavisi doğru doz ve saatlerde verilecek ✓ Ayırma girişiminden önce ve ekstübasyondan sonraki 2 saat oral beslenme yapılmayacak
<p>Beslenmede dengesizlik: gereksinimden az beslenme</p>	<p>*Cerrahi operasyon sonrası oral beslenmenin güçleşmesi,</p> <p>*Kilo kaybının olması</p>	<p>-Beslenmenin ve kilo alımının devamlılığının sağlanması</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Kiloya göre günlük alabileceği kalori miktarı hesaplanacak ✓ Günlük vücut ağırlığı kontrolü yapılacak ✓ Bebeğin beslenmesini sürdürmesi sağlanacak ✓ Aspirasyon riski açısından gözlenecek ✓ Sekresyonu olduğunda burun temizliği, postural drenaj uygulaması yapılacak ✓ Beslenmeyi engelleyen bulantı-kusma yapan oral ilaç ve vitaminler beslenme saatinden bir saat önce ya da bir saat sonra verilecek ✓ Kilo alımının devamlılığı için kullanılan anne sütü zenginleştirici gıda takviyeleri uygun şekilde verilecek (30 cc anne sütüne bir ölçek olacak şekilde) ✓ Beslenme sırasında bebeği sakinleştirmek için dokunma, küçük parmağı ağızına verme, konuşma gibi uygulamalar yapılacak ✓ Orogastrik sonda ile beslenen bebeklerde beslenme, kendi akışıyla sağlanacak ✓ Biberon veya ağıza damlatarak beslenmede aspirasyon riski açısından gözlenecek ✓ <u>Beslenme saatlerine özen gösterilecek (8x3-5 ml)</u>

Bebeğin beslenme örüntüsünde etkisizlik	*Postop izlemde orogastrik sonda ile beslenme ve emme-yutmada güçlük yaşama *Uzun süre oral beslenememe	-Emme refleksinin etkin hale getirilmesi -Emzirme ile ilgili doyumunda ve yeterliğinde bir artış olması	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bebeğin beslenme örüntüsü ve gereksinimi değerlendirilecek (miktarı, süresi, beslenme sırasındaki çabası; solunum sayısı, yorgunluk belirtileri) ✓ Günlük alması gereken anne sütü ve/veya formül mamanın miktarı doktor önerisi doğrultusunda belirlenecek ✓ Ebeveynler beslenme konusunda desteklenecek ✓ Beslenme öncesi ağırlı işlemlerden kaçınılacak (damar yolu girişimleri, aspirasyon gibi) ✓ Sakin, loş ve temiz bir ortam hazırlanacak ✓ Bebeği rahatsız edebilecek çevresel uyaranlar en aza indirilecek (monitor, infüzyon cihazı ve ventilatör sesi gibi) ✓ Bebeğe hafif dik pozisyon verilerek aspirasyon riski önlenecek ✓ Bebeğin gereksiz yere enerji harcaması azaltmak için uyuması sağlanacak ✓ Bebek ara beslenmelerde oral alım için desteklenecek (bir beslenme orogastrik sonda ile diğer beslenme mümkünse anne ile sağlanacak) ✓ Anne emzirmeye teşvik edilecek
Deri bütünlüğünde bozulma	*Cerrahi insizyon yeri *İntravenöz girişim *Pozisyona bağlı ödem *Pişik *Uzun yatış süresi	-Gereken bakım ve pozisyon değişikliği ile derinin eski haline dönmesinin sağlanması	<ul style="list-style-type: none"> ✓ İnsizyon yerinin bakımı yapılacak ✓ Sık aralıklarla pozisyon değişikliği yapılarak ödem oluşması engellenecek ✓ Pişik bakımında uygun pomatlar kullanılacak, alt bakımı 3 saatte bir yapılacak ✓ Uzun süreli antibiyotik tedavisi ve inatçı pişikte oksijen tedavisi uygulanacak ✓ Kuvöz içinde pasif hareketler yaptırılacak ✓ Vücut nemlendirici losyonlarla nemlendirilecek ✓ İntravenöz girişim sonrası damarda oluşan hasarlar için epitelizan ve vasoprotektif krem/jel ile bakım yapılacak
Oral müköz membranda bozulma riski	*Entübasyon süreci *Mideden rezidü gelişi *Beslenememe *Pamukçuk oluşması	-Bebeğin oral kavitesinde bütünlük gözlenmesi	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Her 3 saatte bir ağız içi sodyum bikarbonatla (1 cc sodyum bikarbonat + 9 cc serum fizyolojik) temizlenecek ✓ Aspirasyon riski olan bebekte oral hijyene dikkat edilecek ✓ Orogastrik sonda takılı iken stop kısmı açık bırakılarak rezidü kontrolü yapılacak ve gerekirse ağız içi aspire edilecek ✓ Ağız ve dudakları kurduğunda nemlendirilecek
Ebeveynde Anksiyete	*Bebeğin yoğun bakım ünitesinde olması *Bebeğin kaybedebileceği düşüncesi * Belirsizlik	-Ebeveynlerin rahatlaması ve duygularını rahatça ifade edebilmesi	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ebeveynlere yoğun bakım ünitesi, işleyici ve çalışanlar hakkında anlayacakları şekilde kısaca açıklama yapılacak ✓ Bebeğin durumu hakkında anlayabileceği şekilde basit, kısa ve sakın bir şekilde bilgi verilecek ✓ Ebeveynler duygularını ifade etmeleri ve soru sormaları için teşvik edilecek
Ebeveyn-bebek bağlanmasında bozulma riski	*Enfeksiyon varlığı *İzolasyon süreci	-Ebeveynin bebeğe dokunması, konuşması ve göz teması kurması	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aileye kısıtlamanın nedenleri açıklanacak, ✓ Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeğini ziyaret etmesi ve bebeğiyle ilgili duygularını paylaşması için fırsat verilecek, ✓ Ziyaret konusunda anne desteklenecek ve kuvöz başında temas olmadan görmesi sağlanacak, ✓ Bebeğin durumu stabil olduğunda, annenin kuvöz kapağından bebeğine dokunması ya da tene tene temas sağlanacak, <p>Bebek taburcu olmadan önce;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Bebek bakımını anneye birlikte yapılması (beslenme, banyo, alt bakımı gibi) ✓ Bebeğin durumu uygunsa anne ile baş başa kalmasının sağlanması

TARTIŞMA

Konjenital kalp hastalıklarında, antenatal tanı oranlarının artması, bu alanda uzman bir ekip tarafından kısa sürede opere edilmesi ve kardiyak cerrahi post-operatif bakım tecrübesi olan bir ekip tarafından izlenmesi, mortalite oranlarının düşürülmesi için önemlidir (19). Bu olgu da antenatal dönemde saptanmış ve tecrübeli bir ekip tarafından postnatal 3. günde pulmoner arter bantlanması işlemi gerçekleştirilmiş ve yoğun bakım ünitesinde tecrübeli bir ekip tarafından izlenmiştir.

Bu hastalarda yaşamın ilk ayında cerrahi tedavi uygulanması, cerrahinin başarısını artırma ve dolayısıyla pulmoner hipertansiyon açısından önemlidir. Postoperatif dönemde ölümlerin en önemli sebebi olarak miyokardiyal yetmezlik ve kontrol altına alınamayan pulmoner hipertansif kriz gösterilmiştir (20). Bu olguda da, erken dönemde cerrahi tedavi uygulanmış ve yoğun bakım ünitesinde persistan pulmoner hipertansiyona yönelik girişimler uygulanmıştır. Erken dönemde opere edilen hastada buna bağlı herhangi bir komplikasyon gelişmemiştir.

Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalar, fizyolojik durumları nedeniyle diğer bölümlerde yatan hastalardan daha çok enfeksiyona yatkındır (7). Bu nedenle, cerrahi operasyon geçiren ve entübe olan olguda, tüm uygulamalardan önce ve sonra eller yıkanmış, enfeksiyon belirtileri yakından izlenmiş, tüm uygulamalarda asepsi-antisepsi kurallarına dikkat edilmiştir.

Gelişimsel bakım, dünyanın birçok yerinde YYBÜ yüksek riskli yenidoğanların bakımında uygulanmaktadır (17). Gelişimsel bakım kapsamında yapılan uygulamalar; çevresel ışık ve sesin kontrolü, yenidoğanın gelişimini destekleyen aktiviteler (uygun pozisyonun sağlanması, toplu bakım verme, besleyici olmayan emmenin desteklenmesi, kanguru bakımı, bebeğin dinlenmesinin sağlanması vb.) ve aile merkezli bakımın sağlanmasıdır (17,21). Böylece yenidoğan, nörolojik ve duyuşal yönden desteklenirken, yaşayabileceği stres de azalır (17). Bu nedenle, yenidoğanda rahatsızlığa neden olabilecek çevresel uyarılar en aza indirilmiş, uygun pozisyon verilmiş ve mümkün olduğunca, uygulanan girişimlerde stres durumunu azaltacak önlemler alınmıştır. Uygulanan girişimlerle yenidoğanda ağrı kontrolü ve beslenme örüntüsünün düzenlenmesi sağlanmaya çalışılmıştır.

Konjenital kalp hastalıklarında ameliyat sonrası dönemde ventilasyon desteğine ihtiyaç artmıştır. Postoperatif solunum sıkıntısının değerlendirilmesinde hastanın solunum bulguları önemlidir. Bu doğrultuda gecikmeden ventilasyon desteği sağlanmalıdır (5). Bu olguda, yenidoğanın oksijen saturasyonu ve

solunum bulguları yakından takip edilmiştir. Solunum sıkıntısı bulguları saptandığında; durum hekime rapor edilmiş, klinik tabloya göre göre nazal CPAP veya entübasyon desteği uygulanarak ventilasyon ihtiyacı sağlanmıştır. Ventilatörden ayrılmaya hazır olan yenidoğanın ekstübasyonu kademeli olarak gerçekleştirilmiştir.

Cerrahi operasyon sonrası orogastrik sonda ile beslenen ve kilo kaybı olan yenidoğan, günlük kalori gereksinimi dikkate alınarak Tablo 1'de yer alan girişler doğrultusunda, sık aralarla beslenmiştir. Beslenme sırasında aspirasyon riski nedeniyle gerekli önlemler alınmış, yenidoğana uygun pozisyon verilmiş ve beslenme aralıkları düzenlenmiştir.

Literatürde, yenidoğanın cilt bütünlüğünü sürdürmeye yönelik uygulamaların önemli olduğu ve yenidoğanın cilt hasarları yönünden korunması gerektiği bildirilmektedir (22). Bu olguda, yenidoğanın cilt bütünlüğünün sürdürülmesine yönelik Tablo 1'de yer alan girişimler yapılmış, sonuç olarak deri bütünlüğü korunmuştur. Ayrıca bebeğin oral mukoz membranını korumak amacıyla her 3 saatte bir ağız bakımı verilmiş, mide rezidü kontrolü yapılmış, ağız ve dudakları kurduğunda nemlendirilmiştir.

Son yıllarda, yenidoğanda konjenital kalp defektlerinde cerrahi başarının artmasıyla beraber hayatta kalma oranı da artmış ve araştırmacılar ebeveyn-bebek ilişkilerine odaklanmıştır. Bebeğin konjenital kalp hastalığı tanısı alması, cerrahi sonuçların belirsizliği, ebeveyn kontrol kaybı, bebeklerin fiziksel görünümündeki değişiklikler ve yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin teknolojik atmosferinden korkma gibi nedenler ebeveynlerde krize neden olabilir (23,24). Bu olguda öncelikle, ebeveynlere yoğun bakım ünitesine kabul sırasında ünitenin işleyişi ve bebeğin durumu hakkında anlayabilecekleri şekilde açıklama yapılmış, anlamadığı konularda soru sormaları ve duygularını ifade etmeleri için cesaretlendirilmiştir. Daha sonraki ziyaretlerin çoğuna annenin geldiği gözlenmiştir. Bu süreçte, anne-bebek bağlanmasına destek olmak amacıyla annenin bebeğini görmesi, koşullar uygun olduğunda bebeğine dokunması ve bakımına katılması sağlanmıştır.

SONUÇ

Bu olgu sunumunda, TA tip 1 tanısı alan bir yenidoğana YYBÜ'de kaldığı süre içinde uygulanan bireyselleştirilmiş gelişimsel bakımlar anlatılmaktadır.

Konjenital kalp hastalıklarında cerrahi sonrası bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım ve izlemlerinin son derece önemli olduğu, böylece yenidoğanda ortaya çıkabilecek olası komplikasyonla-

rın erken tanı ve tedavisinin mümkün olacağı söylenebilir.

TEŞEKKÜR

Bu makalenin yazılmasında değerli katkılarından dolayı Sayın Uzm. Dr. Turhan Topoğlu'na teşekkür ederiz.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Çıkar çatışması yoktur.

FİNANSAL DESTEK

Herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

HASTA ONAMI

Sunulan olgudan yazılı onam alınmıştır.

YAZAR KATKILARI

H.D.: Tasarım, Yorum, Literatür Taraması, Makale yazımı, Eleştirel İnceleme

M.T: Fikir/Kavram, Veri Toplama, Yorum, Literatür Taraması, Makale yazımı

KAYNAKLAR

1. Şimşek A, Baysal B. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde doğumsal kalp hastalığı sıklık ve dağılımı: tek merkez deneyimi. *Ortadoğu Tıp Derg* 2019; 11(4): 446-49.
2. Sivri M, Çimen D, Nayman A, Erdoğan H, Koplay M. Trunkus arteriyozus: tanı ve görüntüleme yöntemleri. *Selçuk Pediatri* 2014; 2(2):233-238.
3. Çetin O, Şen C, Saltık L, Aydoğan B, Uludağ S. Prenatal tanı alan trunkus arteriozus tip 1:olgu sunumu. *Perinatoloji Dergisi* 2010; (1):31-34.
4. Karacı AR, Aydemir NA, Şaşmazel A, Harmandar Ş, Erdem A, Yurtsever N ve ark. Trunkus arteriozus tam düzeltme ameliyatlarında erken ve orta dönem sonuçlar. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 2012; 20(2):194-99.
5. Boxwell, G. Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği. Güdücü Tüfekçi F, Küçük Alemdar D, Kardaş Özdemir, F (eds). 2.Basımdan Çeviri, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık, 2016.
6. Uğurlu ŞB, Kabakçı B, Sarıosmanoğlu ON, Oto Ö, Hazan E, Paytoncu Ş, Saylam G, Ünal N. Tıp I-II Trunkus arteriozuslu çocuklarda cerrahi uygulama sonuçlarımız: yedi olgunun değerlendirilmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg* 2005; 13(3):219-23.
7. Akdeniz S, Ünlü H. Yoğun bakım hemşireliği. *Yoğun Bakım Dergisi* 2004;4(3):179-85.
8. Arpacı T, Altay N. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım: güncel yaklaşımlar. *Türkiye*

Klinikleri J Nurs Sci 2017; 9(3):245-54.

9. Çağlar S, Dur Ş, Sönmez Düzkaya D, Koç Özkan T, Torun N ve ark. Türkiye'deki yenidoğan hemşirelerinin profilleri ve bireyselleştirilmiş gelişimsel bakıma yönelik uygulamaları. *JAREN* 2019; 5(2):132-140.
10. Düzgün F, Yılmaz DU, Karaman D, Çınar HG, Dikmen Y, Yılmaz D. Yoğun bakım hemşirelerinin ekip çalışması tutumlarının incelenmesi. *J Contemp Med* 2019; 9(1):32-36.
11. Carpenito-Moyet LJ. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Erdemir F (ed). 3. Basımdan Çeviri, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2012.
12. Satar M, Engin Arısoy A, Han Çelik İ. Türk Neonatoloji Derneği, Yenidoğan Enfeksiyonları Tanı ve Tedavi Rehberi. 2018 Güncellemesi
13. Perk Y, Atasay B, Çetinkaya M. Türk Neonatoloji Derneği Kan Ürünleri Transfüzyon Rehberi-2016.
14. Olguntürk R. Pediatrik pulmoner hipertansiyon ve doğumsal kalp hastalıklarına bağlı pulmoner arteriyel hipertansiyon. *Anadolu Kardiyol Derg* 2010; (10Özel Sayı 1):50-6.
15. Terzi B, Kaya N. Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Derg* 2011; (1): 21-5.
16. Bayraktar S, Gözen D. Özefagus atrezisi olan prematüre yenidoğana postoperatif dönemde hemşirelik yaklaşımı, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2011; 27(3):75-87.
17. Kaynak S, Bal Yılmaz H, Başbakkal Z, Yardımcı F. Yenidoğan Yoğun bakım Ünitesinde Gelişimsel Bakım. *KSÜ Tıp Fak Der* 2020;15(3): 81-7.
18. Harvey KA, Kovalesky A, Woods RK, Loan LA. Experiences of mothers of infants with congenital heart disease before, during, and after complex cardiac surgery *Heart&Lung* 2013; (42):399-406.
19. Varal İG, Köksal N, Özkan H, Bostan Ö, Sığınak İŞ, Bağcı O ve ark. Yenidoğan yoğun bakım ünitemizde izlenen konjenital kalp hastalıkları: sıklığı, risk faktörleri ve prognozu. *J Curr Pediatr* 2015; (13):159-64.
20. Kızıltepe U, Eyileten ZB, Çavolli R, Koloğlu M, Uysalel A, Akalın H. Trunkus arteriozus onarımı sonrası beklenmeyen bir mortalite nedeni: nekrotizan enterokolit. *T Klin J Cardiovascular Surgery* 2003; 4:166-170.
21. Alparslan Ö. Yenidoğan yoğun bakım hastalarında duyuşsal algılamada bozulma. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2013; 17(2):59-67.

22. Yarar E, Küçük S. Yenidoğan yoğun bakım hemşireliği: yenidoğan bakımına ilişkin rol ve bakım kriterleri farkındalığı. *ACU Sağlık Bil Derg* 2020; 11(1):148-153.
23. Uhm J, Choi M. Mothers' needs regarding partnerships with nurses during care of infants with congenital heart defects in a paediatric cardiac intensive care unit. *Intensive & Critical Care Nursing* 2019; (54):79-87.
24. Akbaş M, Akça E, Şenoğlu A, Sürücü ŞG. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan anne-babaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin incelenmesi. *Sted* 2019; 28(2):87-97.