

Guillain Barre Sendromlu Hastanın Yönetiminde Hemşirenin Rolü: Olgu Sunumu

The Role of Nurses in the Disease Management of Patients with Guillain Barre Syndrome: a Case Study

İLKNUR ÖZKAN*
CANSU POLAT**
SERKAN DEMİR*

Geliş Tarihi: 17.02.2015, Kabul Tarihi: 22.11.2016

ÖZ

Guillain Barre Sendromu (GBS) immün sistemi ve periferik sinir sistemini etkileyen bir sendromdur. Hastalığa bağlı immobilité, fonksiyon kaybı, paralizé sık görülmesinden dolayı GBS ciddiye alınmalı ve agresif olarak tedavi edilmelidir. GBS önemli komplikasyonlara, yetersizliklere ve psikososyal problemlere neden olabilir. GBS bütün hemşirelik yeteneklerini kullanmayı ve gözlem gücünü gerektirir. Bu vaka çalışmasında GBS tanılı hastaların hastalık yönetiminde hemşirelik bakımının önemini vurgulamak amaçlandı.

Anahtar kelimeler: Guillain Barre Sendromu; hemşirelik bakımı.

ABSTRACT

Guillain Barre syndrome (GBS) is a syndrome that affects the immune system and attacks the peripheral nervous system. Because of the incidence of immobility, loss of functionality, and paralysis, GBS should be taken seriously and treated aggressively. GBS may lead to significant complications, disability and psychosocial problems. GBS will require all your nursing skills and powers of observation. The purpose of this case study was to focus on the importance of nursing in the disease management of patients with a diagnosis of GBS.

Keywords: Guillain Barre Syndrome; nursing care.

Guillain Barre Sendromu (GBS), periferik sinir sisteminin hızlı progresif seyreden simetrik güçsüzlük ve arefleksi ile karakterize akut inflamatuvar otoimmün bir hastalığıdır.^[1] Görülme sıklığı yüz binde 1-2 oranındadır, çocukluktan ileri yaşa kadar her yaşta görülebilir. Erkeklerde ve kadınlarda eşit olarak görülmektedir.^[1,2] Kesin nedeni bilinmemekle birlikte enfeksiyonlar (Epstein-Barr virüs, campylabacter jejuni, herpes simpleks virüs, Sitomegalovirüs) ve aşılar (kuduz aşısı, influenza aşıları, oral polio aşısı, difteri, çiçek, kızamık, boğmaca tetanoz aşıları) dahil olmak üzere immün sistem üzerine etkili olan çeşitli faktörlerin hastalığın gelişmesini etkilediği düşünülmektedir. Hastaların %40-50'sinde başlangıçtan 2-4 hafta önce enfeksiyon öyküsü mevcuttur. En sık görülen nonspesifik grip benzeri üst solunum yolu enfeksiyonudur.^[1-4]

GBS'de erken klinik belirtiler genellikle bacaklarda simetrik güç kaybı ile başlar. Proksimal kaslarda daha belirgindir. Güç kaybı giderek üst ekstremiteleri tutar. Bazen fasiyal, oküler ve orofarengial kaslar da başlangıçta tutulabilir. GBS'nin en ağır komplikasyonu solunum kaslarında güçsüzlüktür ve hastaların yaklaşık 1/3'ünde görülür. Hastaların üst ve alt ekstremitelerinde orta ya da hafif derecede eldiven ve çorap tarzında yüzeysel duyu bozuklukları, yaklaşık %15'inde ise hastalığın erken dönemlerinde vibrasyon ve pozisyon duyusunda azalma saptanır. Paretik ekstremitelerde arefleksi hemen hemen daima mevcuttur. Ortostatik hipotansiyon, geçici hipertansiyon, kardiyak aritmi, EKG değişiklikleri, mesane fonksiyon bozuklukları, ileus gibi otonomik bozukluklarda GBS'de görülebilir. Bu nedenle GBS'li hasta ciddiye alınmalı, dikkatli bir şekilde takip ve tedavi edilmelidir.^[4-7]

* İ Özkan, Sorumlu Hemşire (İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı mezunu); S Demir, Uzman Doktor; SBU Haydarpaşa Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Servisi, Haydarpaşa / İstanbul

** C Polat, Araştırma Görevlisi (Doktora Öğrencisi)
Yazışma Adresi / Address for Correspondence:
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Abidei Hürriyet Cad. 34381 Şişli / İstanbul
Tel.: 0 212 440 00 00 (27044)
e-posta: cansu.polat@istanbul.edu.tr; cansup@ymail.com

GBS yönetiminde doğru tanının konulması, tedavi rejiminin başlanması, hemşirelik girişimlerinin hastanın akut semptomlarına ve komplikasyonlarına yönelik olması çok önemlidir.^[6-11] Bu olguda GBS tanılı hastaların hastalık yönetiminde hemşirelik bakımının önemini vurgulamak amaçlandı.

Olgu

On gün önce yapılmış kızamık aşısı hikayesi olan 22 yaşında erkek hasta Y.E, ellerde ayaklarda ani gelişen uyuşma, kuvvetsizlik şikayeti ile özel bir hastanede GBS ön tanısıyla 10.03.2013 tarihinde hospitalize edilmiş ve hastaya intravenöz immünglobin (IVIG) başlanmış. Bir gün sonrasında solunum güçlüğü ve konuşma güçlüğü gelişmesi üzerine ileri tetkik için hasta yoğun bakım ünitemize ambulans uçakla sevk edildi. Yoğun bakıma alınıp monitörize edildiğinde satürasyonu düşük bulundu, kan gazı değerlendirildiğinde respiratuar asidoz tablosu (PH: 7.23, PCO₂: 62mmHg, PO₂:58mmHg) saptandı. Solunumunun kötüleşmesi ve satürasyonun düşmesi üzerine hasta entübe edildi. Senkronize aralıklı zorunlu ventilasyon (SIMV) modunda %100 O₂ ile mekanik ventilatöre bağlandı. Çekilen akciğer grafisinde bilateral pnömotoraks tespit edildi ve göğüs cerrahisi konsültasyonu sonucu bilateral tüp torakostomi yapıldı. Tansiyonu: 121/75mm/Hg; Nabızı: 119dk; Vücut sıcaklığı: 37.1 C, Oksijen satürasyonu: %80 olarak ölçüldü. Akciğer sesleri bilateral azalmış; kalp sesleri ritmik ve düzenli; ek ses üfürüm yoktu. Batın serbest, rebound ve defans yok, bağırsak sesleri normoaktif, organomegali yoktu, dört ekstremitede de motor defisit mevcuttu. Hastanın ve ailesinin önemli başka bir tıbbi hikayesi yoktu. Psikososyal hikayesi değerlendirildiğinde hasta bekar, mesleği öğretmen, ailenin tek çocuğuydu. Hastalığın akut fazında en önemli destekçisi annesi ve babasıydı.

GBS'nin Kliniği

Çalışmalarda GBS'li olguların çoğunda hastalığın ortaya çıkışından 1-4 hafta öncesinde, geçirilmiş üst solunum yolu enfeksiyonu, gastroenterit gibi bir enfeksiyon, cerrahi girişim, aşılama, doğum öyküsü mevcuttur.^[4-6] Hastamız Y.E'ninde 10 gün önce yapılmış olan kızamık aşısı öyküsü mevcuttu.

GBS hızla kol ve bacakların uç kısımlarında, oldukça simetrik uyuşmalar ile başlar. Bu duyuşsal belirtiler ile birlikte veya günler içinde oldukça simetrik kuvvetsizlik eklenir. Kol veya bacaklarda (birden fazla) ilerleyici kas kuvvetsizliği, muayenede refleksler alınamayabilir. Solunum kasları tutulumuna bağlı olarak solunum güçlüğü, fasiyal sinir paralizisine bağlı olarak yutkunma ve konuşma güçlükleri eşlik edebilir.^[2,4,6] Hastamız Y.E'de ellerde ayaklarda uyuşma, kuvvetsizlik, ilerleyen günlerdeki nörolojik muayenesinde alt ekstremiteler parezik, üst ekstremiteler plejiktir. Refleksler alınamıyordu. Solunum güçlüğü, yutkunma güçlüğü, konuşmada güçlük mevcuttu.

Hastaneye yatırılan GBS'li hastaların %30'dan fazlası solunum

desteğine ihtiyaç duyar, yoğun bakım ünitelerinde takip edilir.^[5-8] Otonomik fonksiyon bozukluğuna bağlı olarak kalp aritmileri, ortostatik hipotansiyon, hipertansiyon krizleri gibi bulgular görülebilir. Bu nedenle hasta monitörize edilmeli yakından takip edilmelidir.^[5-9] Hasta Y.E hastalık başlangıcının ikinci gününde yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilatöre bağlandı. Hasta sürekli monitörize edilerek izlendi. Hastada ilerleyen günlerde hipertansiyon ve taşikardi izlendi.

GBS'de Tanı Yöntemleri

Guillain Barre Sendromu tanısı tutarlı klinik, laboratuvar ve nörofizyolojik bulgularla diğer durumların dışlanması ile konur. Beyin omurilik sıvısında (BOS) pleositoz olmaksızın protein seviyesinde artış ve akut nöropatiyi destekleyen nörofizyolojik bulgularla (sıklıkla demiyelinizan) tanı doğrulanır. Bu bulgular hastalığın erken evresinde her zaman bulunmayabilir.^[3] Y.E'ye lomber ponksiyon yapıldı. BOS'ta protein artışı saptandı. Hastanın EMG'de sinir ileti çalışması yavaşlamış saptandı. GBS ile uyumlu bulundu.

GBS'nin Progresyonu

GBS, başlangıç ve ilerleme dönemi, plato dönemi ve iyileşme dönemi olmak üzere üç klinik evre ile sınıflandırılır. Başlangıç dönemi, semptomların birden başladığı ve hızla ilerlediği dönemdir ve genellikle hızlıdır. Maksimum güçsüzlük vakaların %50-75'inde 2 hafta, %90-98'inde 4 hafta içinde gerçekleşir. Başlangıç ve ilerleme dönemi 10-12 gündür. Vakaların küçük bir bölümünde bu süre 4 haftaya kadar uzayabilir. Plato dönemi, semptomların var olduğu, 10-12 günden 4 haftaya kadar sürebilmektedir. Özellikle aksonal dejenerasyon izlenen grupta daha uzun plato fazı ve kalıcı sekeller bildirilmektedir. İyileşme dönemi, semptomların gerilemeye başladığı 2 yıl ve üzeri bir süreçtir.^[3,12] Bu vakada YE'nin semptomları 10 Mart 2013 tarihinde başladı. Şikayetlerin artması ve azalması 4 haftayı buldu. Y.E ellerini ve ayaklarını 30.günde yavaş yavaş hareket ettirmeye başladı ve hastaya aktif fizyoterapi başlandı. 50.günde hasta ayağa kaldırıldı; 60.günde hasta yardımsız 10 metre yürüyebilir hale geldi. 3.ayda hasta Fizik Tedavi Rehabilitasyon (FTR) kliniğine nakil edildi. 3.ayda hasta yardımsız 50 metre yürür durumdaydı. FTR ve servisimizce hala takipleri sürdürülmektedir.

GBS'nin Tedavisi

Plazmaferez ve IVIG uygulaması GBS'nin kabul görmüş tedavileridir.^[3] GBS tedavisinde kullanılan plazmaferez ve IVIG'nin etki mekanizmaları tam olarak bilinmemektedir. Plazmaferez'in asil etki mekanizmasının dolaşan antikörlerin uzaklaştırılması olduğu düşünülmektedir. IVIG'nin etkileri net olmamakla beraber oto antikörleri, komplemanı bağlayarak azaltır ve B hücre aracılı antikör üretimini baskıladığı düşünülmektedir. Bir başka görüşte aktive olmuş reseptörleri bağladığı ve baskılayıcı T hücre miktarını arttırdığı düşünülmektedir. Her iki tedavi yönteminin aynı zamanda

proenflamatuar sitokin üretimini baskılayarak anormal bağışıklık yanıtını baskıladığı düşünülmektedir.^[1-3,7]

Plazmaferez semptomların başladığı ilk 4 hafta içinde uygulanır. Ne kadar erken uygulanmaya başlanırsa o kadar yararlı olduğu gösterilmiştir. Bu tedavi 4-5 seansta 50ml/kg dozunda 10-14 gün uygulanmaktadır. Bu sırada %5 human albümin veya benzer kolloid solüsyon verilmeli, ciddi elektrolit bozukluğu, aritmiler ve hipotansiyon gibi komplikasyonlar yönünden hastalar yakından takip edilmelidir.^[5-8]

IVIG hastalık semptomlarının başladığı ilk 2 hafta içinde tedaviye başlanır. Uygulama 2g/kg, 5 gün içinde yapılır. Yürümenin kötüleşmesi, baş ağrısı, ateş, cilt reaksiyonları, kan grubu AB olanlarda hemolitik anemi gibi yan etkiler görülebilir.^[10] IVIG ve plazmaferez'in GBS tedavisinde tek tek ya da kombine olarak kullanılmasının etkinlik açısından birbirlerine üstünlüğü tespit edilmemiştir. IVIG ve plazmaferez karşılaştırıldığında maliyet olarak eşit bulunmuştur. Hatta IVIG daha kolay uygulanabilir, transfüzyon enfeksiyon oranı daha düşüktür. IVIG plazmafereze göre de daha noninvaziftir.^[7,8,10] Bu vakada da hastaya 7 gün süreyle IVIG başlandı. Herhangi bir yan etki gözlenmedi.

Tedavide kortikosteroid kullanımı tartışmalıdır. Son yapılan araştırmalarda kortikostereoidin rutin olarak kullanımı önerilmemektedir. Steroidlerin miyelin döküntülerinin makrofajlar tarafından temizliğini inhibe ettiği, iyileşmeyi olumsuz etkilediği ve denerve olmuş kas lifleri hasarını artırdığı veya remiyelinizasyona engel olduğu düşünülmektedir.^[11] Y.E'ye pnömotoraks sonrası hastanın sol tarafında gelişen ateletaksi için 7 gün süreyle 80 mg/gün prednol başlandı.

Diğer Tedaviler

GBS tedavisinde ilaç tedavisi hastalığın patofizyolojisinden daha çok hastalığın sekonder etkilerine yöneliktir. Heparin, derin ven trombozunu önlemek için başlanır. Yoğun stres ve antikoagülan ilaç kullanımı GBS'de ülser ve kanama riskini artırmaktadır. Bu yüzden hastaya mide koruyucu tedavi başlanır. Bu vakada hastaya heparin ve pantoprazole başlandı. GBS'de iskelet kas ağrıları, nöropatik ağrılar sık görüleceğinden ağrı yönetimi önemlidir. Nonsteroid antiinflamatuar, opioidler, antidepresanlar, gabapentin gibi antikonvülzanlar duruma göre başlanır. Bu vakada Y.E'ye gabapentin başlandı. Y.E.'ye pnömotoraks nedeniyle uygulanan bilateral torakotomi sonrası 1gr sefazoline ampul (cefazol ampul), asetil sistein (Asist ampul) Ipratropium Bromür Monohidrat Salbutamol Sulfat (Combivent inhaler) başlandı.

GBS'de Olası Komplikasyonlar ve Hemşirelik Girişimleri

GBS yönetimi multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Hemşirenin rolü hastanın semptomlarını yönetmek ve olası komplikasyonları önlemektir.^[3,6,8,12] Yoğun bakım tedavisi

gerektiren GBS'li hastaların uzun süreli izlendiği bir araştırmada mortalite, morbitide, yetersiz iyileşme ve komplikasyonlar arasındaki ilişkinin önemi vurgulanmış olup hastaların yoğun bakımda kalış süresi ortalama 21 gün bulunmuş ve %78'inin mekanik ventilasyona ihtiyacı olduğu saptanmıştır. Üçte ikisinde en az bir komplikasyon görülmüş, pnömoni en sık görülen komplikasyon (%54) olarak saptanmıştır. Morbitide genellikle mekanik ventilasyonla ve erkek cinsiyetle ilişkili bulunmuştur. Ortalama 3 yılda %75'inde bağımsız hareket edebilme görülmüştür.^[13] Uzamış mekanik ventilasyonun ve ciddi aksonal kaybın iyileşme sürecini uzattığı saptanmıştır. GBS'de oluşabilecek komplikasyonlar ve hemşire tarafından bu komplikasyonların yönetimi aşağıda vakamızla karşılaştırılarak verilmiştir.

Hava Yolu Açıklığı Ve Solunumun Yönetimi

GBS'de solunum kaslarının tutulumuna bağlı olarak hastanın non invaziv ya da invaziv mekanik ventilasyona ihtiyacı olabilir. Solunum kasları disfonksiyonunu değerlendirmek için hastanın vital kapasitesi, tidal volümü, solunum sayısı ve pulse oksimetre değerleri değerlendirilir. Ek olarak hastanın öksürme, yutkunma refleksleri; aspirasyon riski ve solunum desteğine ihtiyacı yönünden değerlendirilir.^[5-9] Bu vakada Y.E akut fazın başladığı 2. günde entübe edildi. Vital kapasite, solunum sayısı, tidal volüm ve pulse oksimetre ile O₂ saturasyonu sürekli kontrol edildi. Kan gazı ile PH, PO₂ ve PCO₂ seviyeleri kontrol edildi. Günlük akciğer grafisi çekildi. Bir hafta sonra trakeotomi açıldı; 30.günde SIMV modundan sürekli pozitif hava yolu basıncı (CBAP) moduna, 33.günde aralıklı oksijen ile T tüpe, 45.günde oda havasına alındı. Hastanın 70. günde trakeostomisi kapatıldı.

Otonomik disfonksiyon meydana gelebileceğinden ısı, solunum, kan basıncı ve nabız sıkı takip edilmelidir. Ciddi durumlarda invazif monitörizasyon hasta yönetiminde diğer bir opsiyon olabilir. Hipotansiyon ve hipertansiyon arteriyel hatla izlenmelidir.^[7,8,9] Bu vakada Y.E arteriyel kateterizasyonla monitörize edildi. Hastada hipertansiyon ve taşikardi izlendi.

Ağrı Yönetimi

GBS'li hastalarda iskelet kas ağrıları, nöropatik ağrılar çok görülür. Hastalar nöropatik ağrıyı orta seviyeden şiddetli seviyeye kadar hissedebilirler. Ağrı, GBS tedavisinde en zor tedavi edilen semptomlardan biridir. Ağrı kontrol edilemediğinde korku ve anksiyete artar. İyileşme süreci yavaşlar. Hastane sürecinde takip edilmesi gereken önemli bulgulardan biride ağrıdır. Hemşire hastanın ağrısını en az 4 saatte bir değerlendirmelidir. Bunun için vizüel ağrı skalaları kullanılabilir. Hemşire ilaç tedavisiyle birlikte ağrı yönetimi için uygun hemşirelik girişimlerini de (masaj, ağrıyı yönlendirme, ısı, buz uygulama, deri stimülasyonu, vb) planlamalıdır.^[4,6] Bu vakada Y.E'nin ağrı şiddeti 0-10 arasında değerlendirildiğinde hastanın en şiddetli ağrısı 6 olmuştur. Hastaya pregabalın ve nonsteroidal antiinflamatuar başlandı. Hastanın ilgisini ağrıdan

başka bir yöne çekmek için müzik dinletildi.

İmmobilizasyon

İmmobilizasyon süresinin uzunluğu düşünüldüğünde derin ven trombozu ve pulmoner emboli riski için profilaktik tedavi önerilmektedir. Profilakside elastik bandaj, pönomatik sistemlerle bacakların kompresyonu, rotasyon yapabilen tedavi yatakları ve düşük doz heparin kullanılır.^[4,6,8] Hemşire hastayı derin ven trombozu belirtileri açısından dikkatlice gözlemlemelidir. Bu vakada Y.E'ye düşük doz heparin başlandı. Hastaya elastik bandaj uygulandı. Hastada derin ven trombozu görülmedi.

Korku ve Anksiyete

Hastanın psikolojik yönden iyi olması çok önemlidir. GBS'li hastalarda anksiyete ve korku beklenen bir durumdur; çünkü hasta son derece sağlıklıken aniden semptomlar gelişir. Duyu kaybı, immobilité, ağrı korkuya neden olur. Korku seviyesi arttıkça anksiyete gelişir. Hastalarda anksiyete ile birlikte daha sonra depresyon gelişir. Hastanın duyu durumu hemşire tarafından sık sık değerlendirilmelidir. Hastanın korku ve anksiyetesini azaltmak için hastalığı hakkında ve yapılan her işlem hakkında bilgi verilmelidir. Hasta için sakin bir ortam oluşturulmalıdır. Destek grubu olarak aile, arkadaş, sağlık çalışanı önemlidir. Destek gurup hastanın bakım ekibinde destekleyici olarak yer almalıdır. Hastanın durumuna göre antidepresan kullanımı ve psikoterapi gereksinimi olabilir. Hemşire emosyonel sorunları saptamak için empatik ve duyarlı olmak zorundadır.^[4,6,8] Bu vakada Y.E'ye sakin bir ortam sağlanmaya çalışıldı. Hasta ziyaret saatlerinde annesi ve babasıyla görüştürüldü. Y.E'ye ve ailesine hastalığı ve yapılan işlemler hakkında sık sık bilgi verildi. Psikiyatri konsültasyonu sonucu hastanın tedavisine essitalopram 10mg eklendi.

Rehabilitasyon

Hastanın uzun süreli bir rehabilitasyon sürecine ihtiyacı olabilir.^[6-9,14] Bu vakada hasta rehabilitasyon için FTR kliniğine nakil oldu. Hasta yoğun bakımda yattığı süreçte deformiteyi önleyecek pozisyonda yatırıldı, basınç yarasını önlemek için iki saatte bir pozisyon verildi. Eklem kontraktürlerinden kaçınmak için pasif eklem hareket açıklığı (EHA) egzersizleri ve splintleme kullanıldı.

Enfeksiyon

GBS'de akut dönemde otonomik disfonksiyon sonucunda ventilatör desteği gereksinimi fazladır. Ventilatör desteği kötü prognozla ilişkilidir, hastanede kalış süresini ve maliyeti artırır. Mekanik ventilasyonda daima bir enfeksiyon riski vardır. Nazokomiyal veya ventilatöre bağlı pnömoni tedavisi zor ve morbidite ve mortaliteyi artıran bir durumdur. Hastanın steril biçimde entübasyonu, aseptik teknikle aspirasyonu, hasta yatak

başının 30 derece yükseltilmesi enfeksiyon yönetiminde önemlidir.^[6-9,12] Bu vakada hastanın göğüs tüpü insizyon bölgesi, perkütan endoskopik gastrostomisi (PEG), trakeostomi bölgesi enfeksiyon bulguları açısından gözlemlendi. Ventilatör devresi 2-7 gün arasında rutin olarak değiştirildi. Bakteri filtresi 24 saatte bir değiştirildi. Aspirasyon sırasında asepsi ilkelerine dikkat edildi. Sekresyonlar renk ve miktar açısından değerlendirildi. Ağız bakımı iki saatte bir verildi. Günlük vücut bakımı uygulandı. Günlük PEG ve trakeostomi bakımı sürdürüldü. Diğer invaziv işlemler sırasında da asepsi ilkelerine dikkat edildi.

Cilt Bütünlüğü

GBS'li hastalarda immobilizasyona bağlı olarak vücut kitlelerinde önemli kayıp oluşur ve paralizye bağlı olarak cilt bütünlüğünün bozulma riski ve eklemelerde kontraktür riski artar. Hastanın cilt bütünlüğü sık sık değerlendirildi, hastaya iki saatte bir pozisyon verildi.^[7-9,14] Bu vakada hastanın yatak yarısı riski günlük Braden skalasıyla değerlendirildi. Hastaya iki saatte bir pozisyon verildi. Hastada bası yarısı ve eklemelerde kontraktür oluşmadı.

Beslenme

Hemşirelerin GBS'li hastanın bakımında unutmaması gereken şeylerden biri de malnütrisyon iyileşmeyi geciktirebileceği için hastanın beslenme durumunun değerlendirilmesidir. İmmobilité, azalmış gastrik motilité, disfaji ve depresyon hastada malnütrisyona neden olabilir. Bu nedenle hastaya enteral veya parenteral beslenme başlanabilir. Akut fazda enteral beslenmeye aspirasyonu önlemek için öncelik verilebilir. Hemşire tarafından enteral beslenmede nazogastrik tüpün yeri, gastrik rezidü her 4 saatte bir kontrol edilir. Hastanın oral alıp alamayacağı günlük kontrol edilmelidir. Yutkunma ve gag refleksi kontrol edilmeli ve aspirasyon riski açısından değerlendirilmelidir. Günlük kilo takibi, serum albümin ve total protein takibi yapılmalıdır. Hastanın kilosu ve günlük gereksinimlerine göre diyetisyen tarafından alacağı kalori ve protein miktarı hesaplanmalıdır.^[6,8,9,12] Bu vakada hasta ilk bir ay nazogastrik (NG) sondayla sonra PEG ile beslendi. Günlük alması gereken toplam kalori miktarı diyetisyene danışıldı. Serum albümin, prealbümin, total protein değerleri değerlendirildi. Aldığı çıkardığı sıvılar izlendi. NG ve PEG ile ilgili oluşabilecek beslenme komplikasyonları izlendi (aspirasyon, diyare, konstipasyon gibi). Yutkunma, gag refleksi günlük takip edildi; 60. günde hastanın PEG'i kapatıldı. Bu süreçte hastada malnütrisyon gelişmedi.

Sonuç

GBS'li hastanın bakımı sağlık ekibinin özen ve dikkatle planlama yapmasını gerektirir. GBS'li hastanın bakımında holistik yaklaşım ve multidisipliner ekip çalışması gereklidir. GBS'li hasta bakımında hemşirelik bakımı iyileşme sürecini etkileyen, hastanın yaşam kalitesini artıran en önemli

faktörlerden biridir.

Hemşire GBS'li hastanın yönetiminde periferik nöropati, kraniyal sinir disfonksiyonu, solunum disfonksiyonu, otonomik disfonksiyonu göz önünde bulundurarak hastayı sürekli izlemeli ve gereksinimler doğrultusunda holistik yaklaşımla bakımı planlayabilmelidir.

KAYNAKLAR

- van den Berg B, Walgaard C, Drenthen J, Fokke C, Jacobs BC, van Doorn PA. Guillain-Barré syndrome: pathogenesis, diagnosis, treatment and prognosis. *Nat Rev Neurol* 2014; 10(8):469-82. <https://dx.doi.org/10.1038/nrneurol.2014.12>.
- Atkinson SB, Carr RL, Maybee, P, Haynes D. The challenges of managing and treating Guillain-Barre syndrome during the acute phase. *Dimens Crit Care Nurs* 2006; 25(6):256-63. <http://dx.doi.org/10.1097/00003465-200611000-00003>.
- Bowyer HR, Glover M. Guillain Barre Syndrome: Management and treatment options for patients with moderate to severe progression *J Neurosci Nurs* 2010; 42(5):288-93. <http://dx.doi.org/10.1097/JNN.0b013e3181ecafa9>.
- Topçuoğlu MA, Durna Z, Karadakovan A. Nörolojik bilimler hemşireliği. İçinde: Ekmekci H, Öztürk Ş. Guillain-Barre Sendromlu ve diğer periferik nöropatili hastalarda tedavi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014. s.607-615.
- Girgin Kelebek N. Guillain-Barre hastasında yoğun bakım. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi* 2007; 5:55-60.
- Simmons S. Guillain-Barré syndrome: a nursing nightmare that usually ends well. *Nursing* 2010; 40(1):24-9. <https://dx.doi.org/10.1097/01.NURSE.0000365911.63265.ac>.
- McNair ND. Treatment of Guillain-Barré syndrome. *J Infus Nurs* 2013; 36(6):397-400. <https://dx.doi.org/10.1097/NAN.0000000000000011>.
- Haldeman D, Zulkosky K. Treatment and nursing care for a patient with Guillain-Barre' syndrome. *Dimens Crit Care Nurs* 2005; 24(6):267-72.
- Personnier B, Patte A. Management and monitoring a patient with Guillain-Barré syndrome *Rev Infirm* 2011; 169:38-40.
- Wittstock M, Benecke R, Zettl UK. Therapy with intravenous immunoglobulins: complications and side effects. *Eur Neurol* 2003; 50(3):172-5. <https://dx.doi.org/10.1159/000073059>.
- Hughes RA. Treatment of Guillain-Barre' syndrome with corticosteroids: lack of benefit. *Lancet*. 2004; 17(363):181-2. [https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)15367-6](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(03)15367-6).
- De Cort M. Nursing a patient with Guillain-Barre syndrome. 2011; 17(7):32-3.
- Dhar R, Stitt L, Hahn AF. The morbidity and outcome of patients with Guillain-Barré syndrome admitted to the intensive care unit. *J Neurol Sci* 2008; 15(264):121-128. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jns.2007.08.005>.
- Demir S, Aydın G. Guillain Barre sendromu rehabilitasyonu. *Romatizma* 2001; 16(2):107-13.