

Febril Konvülziyon Geçiren Çocuğa Yaklaşım

Care of the Child who has Febrile Seizure

SUZAN YILDIZ*
DUYGU GÖZEN**

ÖZET

Febril konvülziyonlar (FK), 5 ay - 5 yaş arası çocuklarda vücut ısısının yükselmesine bağlı olarak gelişen, konvülziyon türleri arasında en sık görülenidir. FK'nın patofizyolojisi halen tam olarak açıklanamamakla birlikte, FK tanısında önemli ayırıcı bazı özellikler bulunmaktadır. Konvülziyonun yenidoğan döneminden sonra olması, merkezi sinir sistemi enfeksiyonları dışındaki ateşli (38 °C üzerinde vücut ısısı) hastalıkla beraber ortaya çıkması FK olarak değerlendirilmektedir. FK tanısında Amerikan Pediatri Akademisinin (APA) önerileri kullanılmaktadır. Basit FK'lar genellikle tedavi gerektirmeksizin 2-3 dk içinde kendiliğinden geçmektedir. Ancak çok sık FK geçiren, uzun süren komplike FK'sı olan ve tekrarlayan febril status epileptikus olan çocuklarda devamlı ilaç kullanımı gerekçesi bulunmaktadır. FK'nın acil tedavi ve bakımında sırasıyla; hava yolu açıklığının sürdürülmesi, konvülziyonun durdurulması, ateşin düşürülmesi, ailenin bilgilendirilmesi ve gerekirse çocuğun hastaneye yatırılması uygulamaları gerçekleştirilmektedir.

Anahtar sözcükler: Acil tedavi; ateş; febril konvülziyon; çocuk.

Herhangi bir bozukluk ya da hastalığın bulgusu olarak değerlendirilen konvülziyon bir tanı değildir. Bilinç kaybı ya da bilinçte bozulma, anormal motor aktivite ve davranış, duysal ve otonomik fonksiyon bozukluklarının birinin ya da bir çoğunun birlikte görüldüğü tablolar şeklinde ortaya çıkar.^[1-4]

Febril konvülziyonlar (FK), 5 ay - 5 yaş arası çocuklarda vücut ısısının yükselmesine bağlı olarak gelişen, çevresel nedenli konvülziyon türleri arasında en sık görülenidir.^[2,4] Merkezi sinir sisteminin (MSS) enfeksiyon hastalıklarına bağlı gelişen konvülziyonlar FK olarak değerlendirilmemekte, FK'ların ekstraserebral enfeksiyonlarda yüksek vücut ısısına bir reaksiyon olarak geliştiği bildirilmektedir.^[5-7]

Tarihsel açıdan incelendiğinde; Hammurabi'nin Babil kanunlarında MÖ 2080 yıllarına dayanan febril konvülziyonlarla ilgili olarak Hipokrat'ın da vücut ısısının yükselmesi ve yaşla ilişkisini ifade ettiği görülmektedir.^[3,5] Yunanlılar'ın antik döneminden beri bilinmekle birlikte, febril konvülziyonların ancak bu yüzyılda diğer epilepsilerden ayrı tanılanabildiği bildirilmektedir.^[5-7]

* S Yıldız, Prof. Dr.
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Şişli/İstanbul
Tel.: 0 212 440 00 00 / 27012 Faks: 0 212 224 49 90
e-posta: suzyil@istanbul.edu.tr

ABSTRACT

Febrile seizures (FS) are the most common form of the other cerebral seizures which are frequently seen 5 month - 5 years old children and arises with high body temprature. The reason of the FS is not clearly explored by pathophysiology of this symptom but there are some spesific differences of FS. FS is evaluated as appeared beside of infection diseases with high fever (high body temperature over 38 °C) of central nervous system & after newborn period. The American Academy of Pediatrics' suggestions is used for identifying FS. Simple FS is usually reliefs automatically in 2-3 minutes. If the attacks of FS continued long time or recrudescence more than ones and has been complex or febrile status epilepticus attacs usually medical therapy has to be indicated for long time. For the acute therapy and the care of FS these steps has to practiced one by one; airway has to open, convulsion has to stopped, the fever has to reduced, knowledge has to given to family and if needed child has to hospitalized.

Key words: Acute therapy; fever; febrile seizure; child.

Febril Konvülziyon Nedir?

“İngiliz Ulusal Sağlık Enstitüsü”ne göre FK, genellikle 3 ay - 5 yaş arasında görülen, ateşle birlikte olan ancak intrakraniyal enfeksiyon bulgusu olmayan, nöbet için belirgin bir neden olmadan ortaya çıkan olaydır.^[5,7] Uluslararası Epilepsi ile Savaş Birliği (International League Against Epilepsy-ILAE) ise, benzer bir tanım getirmiş “Çocukluk çağında birinci aydan sonra görülen, öncesinde yenidoğan nöbetleri ya da afebril nöbetleri olmayan, diğer akut semptomatik nöbet kriterlerini karşılamayan, MSS enfeksiyonları dışındaki ateşli (38 °C üzerinde vücut ısısı) hastalıkla beraber ortaya çıkan nöbettir” şeklinde tanımlamıştır.^[3,5,7] Patogenezi halen çok iyi bilinmeyen FK'lar epilepsi riskinin çok düşük olduğu konvülziyonlardır.^[7]

Febril Konvülziyona Neden Olan Etmenler Nelerdir?

Ekstraserebral akut enfeksiyonların neden olduğu vücut ısısının yükselmesiyle ortaya çıkan FK'lara neden olan enfeksiyon etkenleri açısından incelendiğinde; virüslerin bakterilere oranla daha fazla etken oldukları dikkat çekmektedir.^[2,5,8] Enfeksiyon

** D Gozen, Yard. Doç. Dr.
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Şişli/İstanbul
Tel.: 0 212 440 00 00 / 27116 Faks: 0 212 224 49 90
e-posta: dgozen@istanbul.edu.tr

hastalıkları olarak ise sıklıkla üst solunum yolu enfeksiyonları, akut otitis media ve gastrointestinal enfeksiyonlarda meydana geldiği görülmektedir. Son yıllarda özellikle bir yaş altındaki çocuklarda, herpes virüs 6 enfeksiyonlarının neden olduğu komplike FK'lardan söz edilmektedir.^[3,7,8]

Enfeksiyonların dışında vücut ısısının yükselmesine neden olan boğmaca ve kızamık aşı uygulamalarından sonra da komplikasyon olarak FK'yı ortaya çıkabilmektedir.^[3,7]

Birinci veya ikinci derece yakın akrabalarda FK olması, yenidoğan döneminde sağlık sorunu nedeniyle bakım almış olması ve gelişim geriliği FK açısından risk faktörleri arasında yer almaktadır.^[1,3]

Febril Konvülsiyonun Epidemiyolojik Özellikleri Nelerdir?

FK'lar en sık 2-3 yaş arası çocuklarda, genel olarak 5 ay - 5 yaş arasında görülür. Tüm toplumlarda görülme sıklığı %4-5 arasında olup, olguların %25-40'ında ailenin diğer bireylerinde görüldüğünden söz edilmektedir.^[1,3,9]

Cinsiyet açısından erkek çocuklarda kızlardan 2-4 kat daha sık görülen FK'nın ilk ortaya çıkma yaşı genellikle 12-15. aylardır ve üç yaş üzerinde ilk nöbeti geçiren çocuk sayısının oldukça az olduğu bildirilmektedir.^[1,3,9,10] Çocukların %2-4'ü 6 yaşın altındaki çocuklar olup, en sık 19. ayda (18-22 ay arasında) görülmektedir.^[3,5,9] Konvülsiyonun tekrarlama riski ilk konvülsiyonun geçirilme yaşıyla ilgili olarak değişiklik gösterir. İlk FK'sını 1 yaş altında geçiren bebeklerde bir sonraki yüksek vücut ısısında tekrarlama riski %50 iken, 1 yaş sonrası bu risk %30'a inmektedir.^[3,9,10]

Ülkemiz ilköğretim öğrencilerinde FK yaygınlığının %5,5 olduğu, olguların yarısına yakın kısmının 2 yaş altı, %20'sinin 3 yaş, %20'sinin 3 yaş üzerinde ve %10'unun 0-1 yaş arası çocuklar olduğundan söz edilmektedir.^[3,5]

Ailesel açıdan incelendiğinde, olguların %9-22'sinin kardeşlerinde, %8-17'sinin anne- babalarında FK öyküsünün bulunduğu bildirilmektedir.^[1,3,5] Anne tarafından FK öyküsü olan çocukların baba tarafında olan çocuklara göre daha fazla riskli grupta olduğu düşünülmektedir.^[5] Mevsimsel olarak, üst solunum yolu enfeksiyonlarının sık olduğu mevsim geçişleri ve kış aylarında daha sık görülmektedir.^[3,5]

Febril Konvülsiyonu Diğer Konvülsiyonlardan Ayıran Özellikler Nelerdir?

FK'nın tanısında dikkat edilmesi gereken özellikler ve diğer konvülsiyonlardan ayrılmasına ilişkin bazı kriterler aşağıda yer almaktadır.

- Yenidoğan dönemindeki konvülsiyonlar FK'lar kapsamında yer almaz. Öyküsünde geçirilmiş yenidoğan konvülsiyonu olan çocuklar FK kapsamında değerlendirilmez.^[3,5,10]
- MSS'ye ait enfeksiyonlar (menenjit, ansefalit vb), çoğu zaman

yüksek vücut ısısı semptomunun eşlik etmesiyle birlikte FK'lardan ayrı tutulur.^[3,5]

- FK tanısının konulabilmesi için ateş dışında, başka hastalıkların bulgularının olmaması gerekir.^[3,6,7]
- Elektrolit dengesizliği olan çocuklarda görülen konvülsiyonlar, FK'dan ayrı tutulur.^[6,7]
- Daha önce febril özellikte olmayan konvülsiyon geçirmiş çocuklarda vücut ısısının yükselmesiyle birlikte görülen konvülsiyonlar, FK olarak değerlendirilmez.^[1,3,6,7]

Febril Konvülsiyonun Belirti ve Bulguları Nelerdir?

FK'ların %19-35'ini komplike nitelikteki konvülsiyonlar oluşturmaktadır. Olguların büyük bir bölümü enfeksiyonun birinci gününde FK geçirmekte, yarıya yakın bir bölümünde hastalığın ilk semptomu olarak ortaya çıkmakta ve %10'a yakın bir oranında enfeksiyon sırasında iki ya da daha fazla sayıda konvülsiyon görülmektedir.^[3,5,8] Zaman açısından bakıldığında ise geç, akşam üzeri ve nadiren geceleri görülmektedir.^[5,8,10]

Bir yaştan önce FK geçiren çocukların daha sonraki vücut ısısı yükselmesi durumunda konvülsiyon geçirme riski %50, bir yaş üzerindeki çocuklarda ise %30'dur. Bir yaş altında ilk kez FK geçiren çocuklarda konvülsiyonların komplike özellikte ve uzun süreli olma eğiliminde olduğu, ayrıca ilk konvülsiyonu komplike olan çocukların daha sonraki konvülsiyonlarının da komplike nitelikte olma riskinin yüksek olduğundan söz edilmektedir. Fokal nitelikli konvülsiyon nöbetlerinin daha uzun süreli olduğu bildirilmektedir.^[3,5,6] Genellikle vücut ısısının hızlı yükselmesi sırasında ya da vücut ısısının yükseldiği ilk 24 saat içinde konvülsiyon ortaya çıkar.^[2,4,9,10]

FK'lar basit ve komplike olarak ikiye ayrılmaktadır. Basit FK'lar, 15 dakikadan kısa süren, 24 saatte bir kereden fazla görülmeyen, jeneralize karakterde nöbetlerdir. FK'ların %70'i basit tiptedir. Komplike FK'lar ise, 15 dakikadan uzun süren, 24 saatte birden fazla sayıda görülen, jeneralize veya fokal özellikte konvülsiyonlardır. FK'ların %30'u komplike tiptedir.^[1,3,4,8] Bilinç açılmaksızın bir veya birkaç konvülsiyonun 30 dakikadan daha uzun sürmesi febril status olarak adlandırılır. FK'ların %5'i bu nitelikte konvülsiyonlardır.^[2,3,5]

FK'ların büyük bir bölümünü oluşturan jeneralize FK'ların %80'i tonik-klonik, %14'ü tonik ya da klonik ve %6'sı atonik olarak görülmekte, kalan %10-15'lik FK'lar ise fokal konvülsiyonlar olarak izlenmektedir.^[1,2,7]

FK nöbeti öncesinde çocukların büyük çoğunluğunda huzursuzluk, yorgunluk ve ağlama belirtileri görülür. FK'ların büyük bir kısmı jeneralize, %70'i 5 dakikadan kısa, %20'si 5-10 dk ve %10'u 15 dakikadan daha uzun süren nöbetler şeklindedir.^[1,2,4]

Febril Konvülsiyonda Tanı Yöntemleri Nelerdir?

FK'nın tanısında en önemli kural MSS'ye ait bir enfeksiyon varlığının konvülsiyona neden olup olmadığının belirlenmesidir.^[1,2,5,6,8,9]

FK tanısında Amerikan Pediatri Akademisinin (APA) önerileri kullanılmaktadır. APA'nın 1999 yılında yayınladığı önerilere göre, 12 aydan küçük FK geçiren çocuklara menenjit bulgularının olmaması ya da minimal durumunda lomber ponksiyon (LP) yapılması; 12-18 aylar arası çocuklarda menenjitin klinik bulgularının belirgin olmaması nedeniyle LP yapılmasının düşünülmesi ve 18 aydan büyük çocuklarda LP'nin rutin olarak yapılmaması; ancak ense sertliği, Kernig ve Brudzinski bulguları olan çocuklarda yapılması önerilmektedir. Bunların dışında FK öncesi antibiyotik kullanmakta olan çocuklarda da meningeal iritasyon bulgularının baskılanmış olabileceği düşünüldüğünden LP yapılması önerilmektedir.^[6,7,9,10]

Basit FK tanılmasında MSS görüntülemesi gerekli değildir. Ancak komplike FK'da, fokal konvülsiyonu olan çocuklarda, bilinci hemen açılmayan, etyolojisi belirgin olmayan çocuklarda acil olarak kraniyal ultrasonografi, beyin tomografisi ve çocuk stabilize olduktan sonra kraniyal manyetik rezonans görüntülemesinin yapılması önerilir.^[2,3,7,8] Elektro-ensefalografi ise fokal bulgular gelişmiş, bilinci hemen açılmayan çocuklarda ensefalit ayırıcı tanısı olarak kullanılır.^[6,8,9]

Febril Konvülsiyonun Tedavisi Nasıldır?

FK en sık görülen aynı zamanda en iyi huylu konvülsiyondur. Tedavisinde amaç, uzayan konvülsiyonu durdurmaktır. Ateşe bağlı olarak gelişmesi nedeniyle FK'ların tedavisinde çocuğa antipiritikler verilir. Ancak antipiritiklerin verilme amacı sadece çocuğu rahatlatmaktır. Çünkü yapılan çalışmalar antipiritikleri vererek ateşi düşürmenin konvülsiyonu engellemediğini bildirmektedir.^[3,5,6]

Basit FK'lar genellikle tedavi gerektirmeksizin 2-3 dakika içinde kendiliğinden geçer. 12 ayın üzerinde, hastaneye getirildiğinde konvülsiyonu sona ermiş, genel durumu iyi, basit FK geçirmiş çocukların nedene yönelik tedavisi yapılır, ileriye yönelik bakımı planlanır ve aileye bilgi verilerek evine gönderilir.^[11,6]

Hastane dışında 5 dk'dan uzun süren FK'da rektal diazepam (0,3-0,5 mg/kg, en fazla 5-10 mg) verilebilir. Hastaneye konvülsiyon geçirerek getirilen çocuklarda ise konvülsiyon başlangıcından itibaren en az 5 dk geçmiş olabileceği düşünüldüğünden damar yolu açılması ve intravenöz diazepamın aynı dozda verilmesi önerilmektedir. Bu tedavi ile 5-10 dakika içinde konvülsiyonun durdurulabileceği ifade edilmektedir.^[1,2,3,6]

Çok sık FK geçiren, uzun süren komplike FK'sı olan ve tekrarlayan febril status epileptikus olan çocuklarda devamlı ilaç kullanımı gerekmektedir. Bu şekilde tekrarlayan FK ya da risk faktörü tüçün üzerinde olan çocuklarda profilaktik olarak ateşli hastalığın ilk iki gününde rektal ya da ağızdan diazepam 0.5mg/kg/gün

olacak şekilde iki dozda uygulanması önerilmektedir. Devamlı profilaksiste fenobarbital 5 mg/kg/gün oral olarak iki doz ya da sodyum valproat 20-30 mg/kg/gün, oral olarak 2-3 dozda verilmektedir. Bu tedaviye ortalama 1-2 yıl devam edilmekte ve ilaç yavaş olarak kesilmektedir.^[2,3,4,6] Basit FK geçiren çocuklarda mental motor gelişim normal iken, uzun süren komplike FK'larda ya da febril status geçiren çocuklarda epilepsi riski yüksektir.^[2,5]

Febril Konvülsiyonu Olan Çocuğun Hemşirelik Yaklaşımı Nasıl Olmalıdır?

Konvülsiyon, ailelerin özellikle çocuklarının mental motor gelişimi ile ilgili aşırı endişe duydukları acil tıbbi müdahale gerektiren bir durumdur. Hastaneye ilk başvuru sırasında uygulanması gereken acil girişimler genel olarak şu şekilde sıralanabilir:

1. Hava yolu açıklığının sürdürülmesi,
2. Konvülsiyonun durdurulması, damar yolunun açılması ve sıvı alımının sürdürülmesi,
3. Ateşin düşürülmesi,
4. Çocuğun travmalardan korunması,
5. Ailenin bilgilendirilmesi, sakinleştirilmesi ve değerlendirilmesi,
6. Gerekliyse çocuğun hospitalize edilmesidir.^[2,6,11-12]

FK'nın acil tedavi ve bakımının genel olan bu basamaklarında uygulanması gereken hemşirelik girişimleri aşağıda yer almaktadır.

1. Hava yolu açıklığının sürdürülmesi

Özellikle konvülsiyon anında çocuğun dilinin hava yolunu kapamaması ve dilini ısırması için dişler arasına gazlı bezle sarılmış dil basacağı konulmalı, eğer dişler kenetlenmiş ise açmak için zorlanmamalıdır.^[11,14,15]

Çocuğun ağız içinde biriken salgıları aspire etmemesi için başı yana doğru çevrilir ve salgılar aspire edilir. Gerekirse, ağız açık ise airway yerleştirilir ve oksijen verilerek solunum desteklenir. Bu işlemler sırasında çocuğun nefes alıp vermesi, solunum sayısı, ritmi, derinliği gözlenmeli ve kaydedilmelidir. Düzensiz, yüzeyel ve zorlu solunum, siyanoz gibi belirtilere karşı gerekirse hasta monitörize edilmeli; ambu ve acil malzemeler hazır bulundurulmalıdır.^[6,11,12]

2. Konvülsiyonun durdurulması, damar yolunun açılması ve sıvı alımının sürdürülmesi

Konvülsiyon acil şekilde durdurulması gereken bir durumdur. Bu nedenle acil çocuk hemşiresinin uygulamalarında hızlı gözlem yapma, karar verme ve yapılacak girişimi hızlı şekilde gerçekleştirebilme yeteneğine sahip olması oldukça önemlidir. Öncelikle konvülsiyon geçirmekte olan çocuğa, hızlı travmalardan koruyacak şekilde düz bir zeminde, yatak kenarları kaldırılıp güvenliği sağlanacak şekilde pozisyon verilmeli ve bu sırada çocuk yakından gözlenmelidir. Gözlem sırasında çocuğun geçirmekte olduğu nöbetin özelliği, ne kadar süreden beri

geçirdiği süratle değerlendirilir ve diğere acil ekip arkadaşları hemen bilgilendirilir. Gerekli tüm bilgiler hemşirelik notuna kaydedilir. Olabildiğince çabuk bir şekilde damar yolu açılarak, hekimin önerdiği antikonvülsif ilaç uygulanır. Konvülsiyonun tekrarlama riski açısından hastanedeki gözlem boyunca antikonvülsif ilacın verilmesi amacıyla damar yolu açıklığının sürdürülmesi için damar yolu açık kalacak şekilde sıvı verilmeye devam edilir. Damar yolu açılmıyorsa tertip edilen antikonvülsif ilaç rektal yolla uygulanır. Aileye uygulanan ilaç ile ilgili bilgi verilmelidir.^[11-13]

3. Ateşin düşürülmesi

Çocuğun vücut ısısı 15 dakika aralarla izlenerek kaydedilmeli, vücut ısısı 38,5 °C üzerinde ise hekime haber verilmelidir. Önerilen antipiretik ilaç uygulanır, çocuğun üzerindeki fazla giyisiler çıkarılır. Uygulama sonrasında da vücut ısısı takibi devam ettirilir, 30-60 dk içinde vücut ısısında düşme gözlenmediyse ılık uygulama yapılır. Aileye vücut ısısının ölçümü ve düşürülmesine yönelik bilgi verilir.^[11,12,14]

4. Çocuğun travmalardan korunması

Konvülsiyon geçirmekte olan çocuğu travmalardan korumak için düz bir zeminde yatırılır. Düz ve yastuksuz olarak yatırılan çocuğun karyolasının yatak kenarlıkları kaldırılarak, konvülsiyon sırasında kasılmalara bağlı olarak yataktan düşmesine engel olunur. Çocuğun yakın çevresinde kesici ya da delici cisimler varsa yaralanmaması için uzaklaştırılır. Konvülsiyonun tekrarlama olasılığı olduğundan hastanede kaldığı süre içinde yatak kenarlıklarının kaldırılarak güvenliğinin sürdürülmesi gerekir.^[11,12,15]

5. Ailenin bilgilendirilmesi, sakinleştirilmesi ve değerlendirilmesi

Konvülsiyon ve konvülsiyon sırasında yapılan tıbbi uygulamalar aileler için korkutucu, endişe verici ve stres kaynağı olan uygulamalardır. Aile, anksiyetesini azaltmak için acil uygulamalardan sonra gerek yapılan işlemler gerekse konvülsiyon ve bakımı hakkında bilgilendirilir. Konvülsiyona yönelik detaylı öykü, ailede FK öyküsünün olup olmadığı ve evden hastaneye gelene kadar yaşananlar aile ile ayrıntılı olarak görüşülür. Çocuğun bundan sonra ateşinin yükselmesi durumunda antipiretik kullanımı, FK geçirmesi durumunda ailenin evde acil olarak uygulayabileceği ilaçlar ve uygulama şekilleri ile ilgili ayrıntılı açıklama yapılır.^[11,12] Çocuğun bilinç durumunu değerlendirme ve değişiklik durumunda ailenin yapması gerekenler hakkında aileye eğitim verilir. Ailenin anksiyete ve stresini azaltmak için kısa süreli FK'ların beyin hasarı yapmadığı, tekrarlaması durumunda çocuğun düz bir zemine yan yatırılması, kasılmalar sırasında çocuğun zarar görmesinin engellenmesi, sıkın giysilerin gevşetilmesi ancak kasılmayı durdurmak için çocuğun tutulmaması ve çenesinin zorla açılmaya çalışılmaması, ağızdan bir şey vermeye çalışılmaması gerektiği konusunda bilgi verilmelidir. Beş dakikayı geçiyorsa evde rektal diazepam uygulaması öğretilir.^[11,12,15]

6. Gerekliyse çocuğun hastaneye yatırılması

FK geçiren çocukların genellikle hastaneye yatırılması gerekmekte, çoğu zaman stabil olup, bilinç açılana kadar gözlem altında tutulmaktadır. Ancak çocuğun klinik durumu düzelmıyorsa, yaşı 18 aydan küçükse, komplike FK ya da febril status epileptikus geçirmiş ise, ateş ve FK'ya neden olan etken belirlenememiş ya da meningeal iritasyona ait bulgular varsa ve ailenin ev koşulları yetersiz, sosyo-kültürel düzeyi evde çocuğun izlemi açısından yeterli değilse hastanın hastaneye yatırılması gerekir. Tüm bu durumlar hemşire tarafından gözlenmeli ve tüm ekip üyelerinin işbirliği ile değerlendirilerek çocuğun gerekliyse hastaneye yatışı gerçekleştirilmelidir.^[2,11-15]

Kendi Kendini Değerlendirme SORULAR

Aşağıda verilen soruları değerlendirerek kendi kendimize çözelim.
Daha sonra, verilen yanıtlar ile karşılaştıralım.

Ölgu 1

Henüz 15 günlük olan bebeğin annesi bebeğini, vücudunda kasılmalar olduğunu, daha önce dokunduğunda bebeğin vücudunu sıcak hissettiğini, gözlerini tek bir noktaya dikip bakışlarının sabitleştığını ve ağzından salya geldiğini belirterek, acil servise getirdi. Anne bebeğini getirdiğinde bu şikayetlerin hiçbiri bebekte görülmedi; annesi hastaneye gelirken yolda belirtilerin geçtiğini bildirdi. Toplam kasılma süresinin birkaç dakika olduğunu belirtti.

1- Ölgu 1'de verilen bilgiler ışığında bebeğin tanılmasını yapınız. Bebeğin geçirmekte olduğu konvülsiyon tipini belirlemede ayırıcı özellik aşağıdakilerden hangisidir?

- Vücut ısısı
- Ağızdan salya akması
- Yenidoğan döneminde olması
- Bulguların birkaç dakikada geçmiş olması

Ölgu 2

On sekiz aylık MK, vücut ısısı 39,7 °C ve ense sertliği bulgusu ile acil servise getirildi. Ailesi evde çocuğun jeneralize karakterde konvülsiyon geçirdiğine dair ifadelerde bulundu; konvülsiyon süresinin 5 dk olduğunu, daha önce de bebeklerinin ateşe bağlı konvülsiyon geçirdiğini bildirdi.

2- Yukarıda verilen örnekte MK'nın konvülsiyon tanılmasına yönelik değerlendirmeniz aşağıdakilerden hangisidir?

- Konvülsiyon geçirmemiştir.
- Febril konvülsiyon geçirmiştir.
- Komplike febril konvülsiyon geçirmiştir.
- MSS enfeksiyonuna bağlı konvülsiyon geçirmiştir.

3- Febril konvülsiyon geçirmekte olan çocuğa uygulanacak girişimlerin sırası aşağıdaki hangi şıkta doğru verilmiştir?

- Konvülsiyonu durdurulur, ateşi düşürülür, hava yolu açıklığı sürdürülür, aile sakinleştirilir.
- Konvülsiyonu durdurulur, hava yolu açıklığı sürdürülür, ateşi düşürülür, aile sakinleştirilir.
- Hava yolu açıklığı sürdürülür, konvülsiyonu durdurulur, ateşi düşürülür, aile sakinleştirilir.
- Ateşi düşürülür, konvülsiyonu durdurulur, hava yolu açıklığı sürdürülür, aile sakinleştirilir.

4- Febril konvülsiyon geçirmekte olan HA'nın konvülsiyonunu durdurmaya yönelik uygulayacağınız aşağıdaki girişimlerden hangisi yanlıştır?

- Çocuk kesinlikle düz bir zeminde yatırılmalıdır.
- Damar yolu açılarak antikonvülsif ilaç uygulanmalıdır.
- Damar yolu açılmayan çocuğa kas içinden antikonvülsif verilmelidir.
- Damar yolu açılmayan çocuğa rektal antikonvülsif verilmelidir.

5- Aşağıda febril konvülsiyona ait bilgilerden hangisi yanlıştır?

- Sıklıkla 5 ay- 5 yaş arasındaki çocuklarda görülür.
- Febril konvülsiyon çocuğun ateşli olmadığı dönemde ortaya çıkar.
- Basit febril konvülsiyon genellikle tedavi edilmeden birkaç dakika içinde geçer.
- Komplike febril konvülsiyonda status epileptikus gelişebilir, tedavi gerektirir.

6- Aşağıda verilen hastalıkların hangisinde febril konvülsiyon gelişmez?

- Bronkopnömoni
- Akut otitis media
- Herpes virus 6 enfeksiyonu
- Karbonmonoksit intoksikasyonu

7- Aşağıdakilerden hangisi FK'nun risk faktörlerinden değildir?

- FK tipinin basit olması
- Yenidoğan döneminde sağlık sorunu nedeniyle bakım almış olması
- Çocukta gelişim geriliğinin olması
- Birinci veya ikinci derecede yakın akrabada FK olması

8- Aşağıdakilerden hangisi FK'ın belirti ve bulgularından değildir?

- Vakaların büyük bir kısmı enfeksiyonun 1. gününde FK geçirir.
- %10 oranındaki vakada FK hastalığın ilk semptomu olarak ortaya çıkar.
- %10 oranındaki vakada enfeksiyon sırasında 2 ya da daha fazla sayıda FK görülür.
- FK geç, akşam üzeri; nadiren geceleri ortaya çıkar.

9- FK hikayesi olan ve hastanede gözlem altında tutulan A.Y.'nin ateşi 38,5°C üzerinde bulunmuştur. A.Y. için aşağıda verilen girişimlerin uygulama sırasını numaralayıp belirtiniz.

- Hekime haber verilir. ()
- Çocuğun vücut ısısı 15 dakika aralıklarla izlenir, kaydedilir. ()
- 30-60 dakika içinde vücut ısısında düşme olmazsa ılık uygulama yapılır. ()
- Önerilen antipiretik ilaç uygulanır. ()

1:c / 2:d / 3:c / 4:c / 5:b / 6:d / 7:a / 8:b / 9:d,b,c
KENDİ KENDİNİ DEĞERLENDİRME CEVAPLARI

KAYNAKLAR

- Apak S. Konvülsiyonlar, İçinden: Nezih O, Ertuğrul T, editör. Pediatri. Cilt 2, 3. baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2002. s. 1343-153.
- Çiftçi M. Bir yaş altında febril konvülsiyon ile getirilen çocuklarda lomber ponksiyon bulguları. İstanbul:TC Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği; 2007. s. 12-28 http://www.istanbul saglik.gov.tr/w/tez/pdf/cocuk_sagligi/dr_mustafa_ciftci.pdf [Erişim: 12.8.2008].
- Aydınlı N. Febril konvülsiyon. İçinden: Cantez T, Ömeroğlu RE, Baysal SU ve ark. editör Çocuk sağlığı ve hastalıkları ders kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2003. s. 613-4.
- Ayata A. Febril konvülsiyonda yeni yaklaşımlar. S.D.Ü. Tıp Fak Derg 2004;11:27-30.
- Kafadar İ, Hahn A, Neubauer BA. Febril konvülsiyona güncel bakış. Türk Aile Hek Derg 2004;8:34-40.
- Arsoy ES. T.C. Sağlık Bakanlığı birinci basamağa yönelik tanı ve tedavi rehberleri. Ankara: Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı; 2003. s. 101-4.
- Yakut A. Febril konvülsiyon. Türkiye Klinikleri Pediatrik Nöroloji Özel Sayısı 2003;1:119-26.
- Baumann RJ, Duffner PK. Treatment of children with simple febrile seizures: the AAP practice parameter. American Academy of Pediatrics. Pediatr Neurol 2000;23:11-7.
- Akgün B. 5 ay-5 yaş arasındaki çocuklarda febril konvülsiyon ile demir eksikliği anemisi arasındaki ilişkinin araştırılması. İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü; 2005. s. 2-17. www.istanbul saglik.gov.tr/w/tez/pdf/aile_hekimligi/dr_burhan_akgun.pdf [Erişim: 02.08.2008].
- Serdaroğlu A. Febril konvülsiyonlar. Klinik Pediatri 2003;2:98-100.
- Bryant R. The child with cerebral dysfunction. In: Hockenberry MJ, Wilson D, Winkelstein ML, editors. Wong's essentials of pediatric nursing. 7th. ed. Philadelphia: Mosby; 2005. p.1011-62.
- Ball JW, Bindler RC. Alterations in neurologic function. In: Dewitt JH, editor. Child health nursing partnering with children and familie. New Jersey: Pearson Education Inc; 2006. p. 1298-366.
- Çavuşoğlu H. Çocuk sağlığı hemşireliği. 7. baskı. Ankara: Sistem Ofset Basım Yayın San; 2002. s. 305-36.
- Pek H. Febril konvülsiyonlar. İçinden: Conk Z, editör. Çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği el kitabı. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları; 1997.
- Kuşuoğlu S. Pediatrik tıbbi aciller. İçinden: Şelimen D, editör. Acil bakım. İstanbul: Tavashı Matbaası; 2004. s. 514-15.