



BİRİNCİ
BASAMAĞA
YÖNELİK
TANI ve
TEDAVİ
REHBERLERİ
2012

ÖN NÜSHADIR:

“Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri 2012”nin ön nüshasıdır. Görüş ve önerilerinizi Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri 2012 Geri Bildirim Formu’nu kullanarak iletebilirsiniz.



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK
TANI VE TEDAVİ
REHBERLERİ
2012

Proje Koordinatörü:

Dr. Salih MOLLAHALİLOĞLU

Proje Koordinatör Yardımcıları:

Uzm. Dr. Banu AYAR

Dr. Hasan Gökhan ÖNCÜL

Dr. Hakkı GÜRSÖZ

Dr. Mustafa KOSDAK

Editör:

Prof. Dr. Ersin YARIŞ

Editör Yardımcıları:

Prof. Dr. Emin Sami Arısoy

Prof. Dr. Füsun Yarış

Prof. Dr. Ufuk Beyazova

Prof. Dr. Yeşim Tunçok

Doç. Dr. Hale Zerrin Toklu

Doç. Dr. Remzi Erdem

Danışma Kurulu:

Prof. Dr. Nihat TOSUN

Prof. Dr. Adnan ÇİNAL

Dr. Yasin ERKOÇ

Dr. Ekrem ATBAKAN

Dr. Saim KERMAN

Dr. Seracettin ÇOM

Teknik Kurul:

Uzm. Dr. Aylin BAYDAR ARTANTAŞ

Dr. Şenay ÖZGÜLCÜ

Dr. Ali ALKAN

Dr. Ayşegül GENÇOĞLU

Dr. Derya ATEŞOĞLU

Dr. Mümine Nurdan DOĞUKAN

Dr. Hüseyin ÖZBAY

Redaktör:

Hüseyin GÜÇ

Grafiker:

Hüseyin KOCAKULAK

Değerli Meslektaşlarım,

Sağlık Bakanlığımız; herkesin kolayca ulaşabileceği, güvenilir, kaliteli sağlık hizmeti vermekle görevlidir. Bu hizmetin sürekli ve düzenli olmasını sağlamak, izlemek ve denetlemek de yine Bakanlığımızın yükümlülüğündedir. Bu amaçla yürüttüğümüz faaliyetlerden biri de “Akılcı İlaç Kullanımı” kapsamındaki çalışmalardır.

Bu çerçevede geliştirilen “Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri – 2012” sağlık hizmetlerinin kalitesine ve güvenilirliğine çok önemli katkılar sağlayacaktır. Yoğun çalışmalar sonucu ortaya çıkan bu rehberler, hekimlere kullanışlı ve pratik bilgiler sunmaktadır. Modern tıbbın gereklerine ve halk sağlığı yaklaşımının ilkelerine uygun olarak geliştirilen bu rehberler, özellikle aile hekimlerimiz için eşi bulunmaz kılavuzlar olarak ülkemiz sağlık hizmetlerinde yerini alacaktır.

Hekimler arasında uzlaşmayı ve etkisiz hatta zararlı bazı yanlış uygulamalardan kaçınmayı sağlama hedefinde olan “Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri” elinizdeki son hâlini, yoğun emek ve özveri sayesinde almıştır. Rehberlerin planlanması, yazılması, değerlendirilmesi ve redaksiyonu ayrı ayrı süreçler gerektirmiştir. Bu süreçlerin her biri, en üst düzeyde dikkat gerektirdiğinden, zaman alıcı ve yorucu olmuştur. Oldukça geniş bir kadro tarafından yürütülen çalışmanın her aşaması, alanında kendini kanıtlamış yetkin kişilerce gerçekleştirilmiştir.

İlk basılan örneğinden elinizdeki güncel hâline gelene kadar söz konusu rehberlerin geliştirilmesi ve güncelleştirilmesinde katkılarından dolayı Sağlık Bakanlığı ilgili birimlerine ve bu rehberde katkıda bulunan herkese teşekkür eder, tüm aile hekimlerimiz için yararlı bir kaynak olmasını dilerim.

Prof. Dr. Recep AKDAĞ

Sağlık Bakanı

Değerli Meslektaşlarım,

Son yıllarda dünyanın pek çok yerinde, tanı ve tedaviye yönelik klinik rehberlerin; tıbbi uygulamaların bir parçası hâline gelmeye başladığı görülmektedir. Bu rehberler, sağlık hizmetlerinin en üst düzeyde verilmesinde hekimlere yol gösterici bir kaynak olmaktadır. Tanı ve tedavi rehberleri, hekimlere kılavuzluk ederek, sadece klinik uygulamaların daha etkin hâle getirilmesini sağlamakla kalmayıp gereksiz sağlık harcamalarının önüne geçilmesinde de önemli bir araç olmaktadır.

Hekimlerin, günlük mesleki uygulamalarında hemen her hastada tanı, tedavi veya prognoza ilişkin bazı yeni bilgilere gereksinim duyması kaçınılmazdır. Bu bilgilere ulaşmak için zaman genellikle kısıtlı olduğundan, kanıta dayalı uygulamaların etkin, kolay ulaşılabilir ve güncel kaynaklardan sağlanabilmesi önemlidir. “Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri – 2012” aile hekimlerinin bu ihtiyacını karşılamaya yönelik olarak geliştirilmiş, değerli bir kaynaktır. Bu kitap, toplumumuzda sık görülen klinik durumlar için uygun tanı ve tedavi yöntemleri hakkında pratik ve akılcı çözümler sunmaktadır. Böylece, birinci basamak sağlık hizmetinde görev yapan aile hekimlerinin kolayca ulaşabilecekleri bilimsel kaynak ihtiyacı da büyük ölçüde giderilmektedir.

Çok değerli öğretim üyeleri, uzman hekimler, aile hekimleri ve Sağlık Bakanlığından ilgili birimlerde görev yapan arkadaşlarımızın titiz çalışmaları ile hazırlanmış “Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri – 2012” nin tüm hekimlerimize faydalı bir kaynak olmasını diler, bu kitabın hazırlanmasında emeği geçen herkese teşekkür ederim.

Dr. Salih MOLLAHALİLOĞLU

Hıfzısıhha Mektebi Müdürü

**Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri – 2012'nin Geliştirilmesine Katkıda
Bulunan Kurum ve Kuruluşlar**

Ankara Üniversitesi
Başkent Üniversitesi
Çukurova Üniversitesi
Dicle Üniversitesi
Dokuz Eylül Üniversitesi
Ege Üniversitesi
Erciyes Üniversitesi
Fatih Üniversitesi
Gazi Üniversitesi
Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Hacettepe Üniversitesi
İstanbul Üniversitesi
Karadeniz Teknik Üniversitesi
Karaelmas Üniversitesi
Kırıkkale Üniversitesi
Kocaeli Üniversitesi
Marmara Üniversitesi
Mustafa Kemal Üniversitesi
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Osmangazi Üniversitesi
Trakya Üniversitesi
Uludağ Üniversitesi
Yüzüncü Yıl Üniversitesi
S.B. Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi
S.B. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
S.B. Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
S.B. Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi
S.B. Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
S.B. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi
S.B. Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
S.B. İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
S.B. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Denizli İl Sağlık Müdürlüğü
Edirne İl Sağlık Müdürlüğü
Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü
Kahramanmaraş Merkez 112 İstasyonu
Kırıkkale Merkez 5 Nolu Sağlık Ocağı
Kırıkkale merkez 7 No'lu Sağlık Ocağı
Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü
TürkiyeLokomotif ve Motor Sanayi AŞ.
Bayındır Hastanesi
Mesa Hastanesi
Özel Çamlıca Medica Hospital

Türk Kardiyoloji Derneđi
Toraks Derneđi
Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneđi
Türk Nöroloji Derneđi
Türkiye Psikiyatri Derneđi
Türkiye Milli Pediatri Derneđi
Türk Dermatoloji Derneđi
Türkiye Tıbbi Rehabilitasyon Kurumu Derneđi
Türk Cerrahi Derneđi
KBB, Baş ve Boyun Cerrahisi Derneđi
Acil Tıp Derneđi
Türk Anestezi ve Reanimasyon Derneđi
Türk Jinekoloji Derneđi
Türk Plastik-Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneđi
Türk Gastroenteroloji Derneđi
Türk Farmakoloji Derneđi
Ankara Diyabet derneđi
Türk Hipertansiyon ve Üroloji Derneđi

Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri – 2012'nin Geliştirilmesi Çalışmalarına Katılan ve Katkıda Bulunan Kişiler

Prof. Dr. Ahmet AKICI	Doç. Dr. Adnan ÜNAL
Prof. Dr. Akif TOPÇU	Doç. Dr. Alp ÇETİN
Prof. Dr. Ali KOŞAR	Doç. Dr. Ateş KARA
Prof. Dr. Atiye ÇENGEL	Doç. Dr. Atilla KARAALP
Prof. Dr. Ayşe GELAL	Doç. Dr. Ayper SOMER
Prof. Dr. Ayşe Peyman YALÇIN	Doç. Dr. Banu ERİŞ GÜLBAY
Prof. Dr. Ayşe SERDAROĞLU	Doç. Dr. Berrin GÜNAYDIN
Prof. Dr. Babür KÜÇÜK	Doç. Dr. Betül BOZKURT
Prof. Dr. Bülent BOYACI	Doç. Dr. Canan ULUOĞLU
Prof. Dr. Bülent COŞKUN	Doç. Dr. Çiğdem BİBER
Prof. Dr. Bülent GÜMÜŞEL	Doç. Dr. Esra ÖNAL
Prof. Dr. Dilek ARMAN	Doç. Dr. Figen COŞKUN
Prof. Dr. Dilşad Mungan	Doç. Dr. Gaye ULUBAY
Prof. Dr. Faruk ERDEN	Doç. Dr. Gülümser AYDIN
Prof. Dr. Fikret İLERİ	Doç. Dr. Heves KARAGÖZ
Prof. Dr. Fikret Oğuz ERİŞ	Doç. Dr. Hürrem BODUR
Prof. Dr. Fügen YÖRÜK	Doç. Dr. Levent İNAN
Prof. Dr. Füsun ERSOY	Doç. Dr. Mehmet Anıl ONAN
Prof. Dr. Hakan S. ORER	Doç. Dr. Mehmet Murat BAŞAR
Prof. Dr. Harika ÇELEBİ	Doç. Dr. Mehmet Oğuz YENİDÜNYA
Prof. Dr. Hayrunnisa BOLAY BELEN	Doç. Dr. Metin AYDOĞAN
Prof. Dr. İlknur BOZKURT	Doç. Dr. Murat Orhan ÖZTAŞ
Prof. Dr. Mehmet MELLİ	Doç. Dr. Murat ÜNALACAK
Prof. Dr. Muhittin ŞENER	Doç. Dr. Nezih DAĞDEVİREN
Prof. Dr. Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU	Doç. Dr. Nurullah ZENGİN
Prof. Dr. Nuri İhsan KALYONCU	Doç. Dr. Özlem KURT AZAP
Prof. Dr. Oğuz Erkan BERKSUN	Doç. Dr. Remzi ERDEM
Prof. Dr. Onur KARABACAK	Doç. Dr. Serap ÜÇLER
Prof. Dr. Rana ANADOLU	Doç. Dr. Serdar KULA
Prof. Dr. Sedat BOYACIOĞLU	Doç. Dr. Sermin ÖZTEKİN
Prof. Dr. Sedat KÖSE	Doç. Dr. Sühan AYHAN
Prof. Dr. Sedat TÜRKOĞLU	Doç. Dr. Süreyya BARUN
Prof. Dr. Sedef ŞAHİN	Doç. Dr. Tuncay DELİBAŞI
Prof. Dr. Seher DEMİRER	Doç. Dr. Zafer GÜNEY
Prof. Dr. Semih BASKAN	Doç. Dr. Zuhul KESKİL
Prof. Dr. Süleyman GÖRPELİOĞLU	Yard. Doç. Dr. Adnan CANSEVER
Prof. Dr. Turgay COŞKUN	Yard. Doç. Dr. Ahmet Tiryaki
Prof. Dr. Turgay ÖCAL	Yard. Doç. Dr. Arif Alper ÇEVİK
Prof. Dr. Tülay KANSU	Yard. Doç. Dr. Mümtaz MAZICIOĞLU
Prof. Dr. Ufuk BEYAZOVA	Yard. Doç. Dr. Nejat DEMİRCAN
Prof. Dr. Yeşim TUNÇKOK	Yard. Doç. Dr. Sibel AŞÇIOĞLU
Doç. Dr. A. Mesut ÜNSAL	Yard. Doç. Dr. Tolga AYDOS

Öğr. Gör.Sedat TÜRKOĞLU
Uzm. Dr. Aysu DUYAN ÇAMURDAN
Uzm. Dr. Bülent ERBİL
Uzm. Dr. Dilek KAPTAN KIRAĞI
Uzm. Dr. Ece ÖZDOĞRU
Uzm. Dr. Ediz TÜTÜNCÜ
Uzm. Dr. Hasan TEZEL
Uzm. Dr. Mehmet Ali KARACA
Uzm. Dr. Mehmet Bahadır BERKTAŞ
Uzm. Dr. Ömer Faruk DEMİR

Uzm. Dr. Özcan Ertürk
Uzm. Dr. Serap ÖZMEN
Uzm. Dr. Ümit Murat ŞAHİNER
Dr. Cenk GÜRSOY
Dr. Abdülaziz ÜNAL
Dr. Fatih TÜTEN
Dr. İlknur SALMAN
Dr. Murat YAZICI
Dr. Rukiye GÜL
Dr. Savaş YILMAZ

Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri – 2012’yi Gözden Geçiren Kişiler

Yard. Doç.Dr.Ayşe GÜLER
Yard. Doç. Dr. Nihat ŞEN
Yard. Doç. Dr. Yasin BEZ
Öğr. Gör. Dr. Özlem GÜLBAHAR
Uzm. Dr. Ahu TAKOĞLU
Uzm. Dr. Banu BAL ÇERMİK
Uzm. Dr. Berna BOZKURT
Uzm. Dr. Ebru KURŞUN
Uzm. Dr. Elif Reyhan MOLLARECEP
Uzm. Dr. Filiz ARAZ
Uzm. Dr. Oktay ADANIR
Uzm. Dr. Serkan KARADAĞ
Uzm. Dr. Şölen ARTANTAŞ
Uzm. Dr. Şule NAMLI
Dr. Eray AKGÜNLÜ
Dr. Faruk KARSLI
Dr. Fethi Ahmet ATILGAN
Dr. Gülgün ÜNSAL
Dr. Hamza GEMİCİ
Dr. Hatice ASLAN
Dr. İlknur SALMAN
Dr. İsmail SAYAR
Dr. M. Murathan ABACI
Dr. Murtaza BAYKAN
Dr. Mustafa SARIŞEN
Dr. Nural ÇİLENGİR
Dr. Onur ERDOĞAN
Dr. Osman SARIGÜL
Dr. Osman Solakoğlu
Dr. Ö.Faruk Özyaşar
Dr. Reha Şevki Ünsal
Dr. Sadullah GÜMÜŞ
Dr. Ş.Müslüm Beyaz
Dr. Tülin Arulat

İçindekiler

Tonsil ve Boğaz Enfeksiyonu	1
Virus Nedenli Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu	3
Akut Orta Kulak Enfeksiyonu	5
Akut Bakteri Rinosinüziti	9
Alerjik Rinit	13
İshal ve Dehidratasyon (5 yaşından küçük çocuklar)	18
Ürtiker	22
Demir Eksikliği Anemisi	26
Sigarayı Bırakma	30
Aile Planlaması	34

Tonsil ve boğaz enfeksiyonu erişkinde %90, çocukluk çağında %60-75 oranda, virüslerle oluşur. Virüs nedenli tonsil ve boğaz enfeksiyonu kendiliğinden iyileşir; tedavide, ağrı kesici ve ateş düşürücüler yeterli olup antibiyotiklerin yeri yoktur.

Bakteri nedenli tonsil ve boğaz enfeksiyonlarının çoğunda etken A grubu beta-hemolitik streptokoklardır (AGBHS). Bakteri nedenli tonsil ve boğaz enfeksiyonu sıklıkla kış aylarında ve en sık 5-15 yaşlar arasında görülür. AGBHS'nin neden olduğu tonsil ve boğaz enfeksiyonuna bağlı orta kulak, sinüs, mastoid enfeksiyonları tonsil çevresinde apse ve servikal lenfadenit gibi irinli komplikasyonlar ya da akut romatizma ateşi ve glomerulonefrit gibi irinli olmayan komplikasyonlar gelişebilir. Bu nedenle AGBHS nedenli tonsil ve boğaz enfeksiyonunun uygun antibiyotikle ve uygun sürede tedavisi gereklidir.

Tanı

- Ateş, boğazda yanma, karıncalanma, hâlsizlik, iştahsızlık, emme-yeme isteksizliği, baş ağrısı, virüs nedenli tonsil ve boğaz enfeksiyonunda ilk ortaya çıkan ve bir iki gün içinde giderek şiddetlenen belirtilerdir. Burun tıkanıklığı veya akıntısı, hapsirme, ses değişikliği, öksürük, konjonktivit bulunması etkenin virüs olduğunu düşündürür. Farenks ve tonsillerde kızarıklık, tonsillerde büyüme ve eksüda görülebilir.
- AGBHS'ye bağlı tonsil ve boğaz enfeksiyonunda en özgül yakınmalar birden bire başlayan boğaz ağrısı, yutma güçlüğü ve ateştir. Ateş, 40°C'ye kadar yükselebilir. Özellikle çocuklarda baş ağrısı, karın ağrısı, bulantı ve kusma görülebilir. Fizik incelemede orofarenkste kızarıklık, tonsillerde eksüda, büyüme, küçük dilde ödem ya da ağrılı ön servikal lenfadenopati saptanabilir.
- AGBHS nedenli tonsil ve boğaz enfeksiyonunda antibiyotik tedavisi gerektiğinden doğru tanı önemlidir. Öykü ve fizik incelemeyle AGBHS'ye bağlı akut tonsil ve boğaz enfeksiyonu düşünüldüğünde, olanak varsa, boğaz kültürü ya da hızlı antijen saptama testleri kullanılır. Hızlı testte antijen saptanamaması etkenin AGBHS olmadığı anlamına gelmez; bu durumda boğaz kültürü yapılmalıdır. Laboratuvar incelemesi olanağı yoksa, AGBHS enfeksiyonuyla uyumlu öykü ve fizik inceleme bulgularına dayanarak antibiyotik tedavisine başlanabilir.

Ayrııcı Tanı

- Servikal ya da yaygın ağrısız lenfadenopati, makülopapüler döküntü, dalak büyümesi varlığında enfeksiyöz mononükleoz olasılığı düşünülmelidir. Bu hastalık sırasında amoksisilin kullanımı döküntü olasılığını artırır.
- Tonsiller ve boğazda, kaldırınca kanayan gri-yeşil zar varlığında difteri olasılığı akla gelmelidir.

Tedavi

- AGBHS nedenli tonsil ve boğaz enfeksiyonunun uygun tedavisi hastalık süresini kısaltır, etkenin başkalarına bulaşmasını azaltır; retrofarengeal apse ya da peritonsiller apse, lenfadenit, akut romatizma ateşi ve akut glomerulonefrit gibi komplikasyonlar engellenir. Belirtilerin ilk 9 günü içinde başlanan tedavi akut romatizma ateşini önlemektedir.

- AGBHS nedenli tonsil ve boğaz enfeksiyonu tedavisinde ilk seçenek antibiyotik penisilinlerdir. Öncelikle, 10 gün süreli ağızdan penisilinle tedavi yeğlenmelidir. Ağızdan tedaviye uyum sorunu, hastada ya da ailesinde romatizmal kalp hastalığı varsa kas içine tek doz benzatin penisilin verilmelidir. Penisilin alerjisi olanlarda makrolid grubu antibiyotikler (eritromisin ve klaritromisin 10 gün, azitromisin 5 gün süreyle) kullanılmalıdır.

Semptomatik Tedavi

Parasetamol

Çocukta 10 mg/kg/doz, gerekirse 4-6 saat arayla yinelenir (en çok 60 mg/kg/gün).

Erişkinde en çok 4 gr/gün

İbuprofen

5-10 mg/kg/doz, gerekirse 4-6 saat arayla yinelenir (en çok 60 mg/kg/gün).

İzlem

Hasta komplikasyonlar yönünden izlenmelidir.

Sevk

- Retrofarengeal ya da peritonsiller apse
- Tedaviye yanıtızsızlık
- 48-72 saatte ateşin düşmemesi ve belirtilerin sürmesi
- Diğer komplikasyonlar

varlığında hasta sevk edilmelidir.

Kaynakça

1. Cooper RJ, Hoffman JR, Bartlett JG, ve ark. Principles of appropriate antibiotic use for acute pharyngitis in adults: Background. Ann Intern Med 2001; 134:509-17.
2. Lan AJ, Colford JM, Colford JM Jr. The Impact of Dosing Frequency on the Efficacy of 10-day Penicilin or Amoxicillin Therapy for Streptococcal Tonsillopharyngitis: A Meta Analysis. Pediatrics 2000; 105:E19.
3. Snow V, Mottur-Pilson C, Cooper RJ, Hoffman JR. Principles of Appropriate Antibiotic Use for Acute Pharyngitis in Adults. Ann Intern Med 2001; 134:506-8.

VİRUS NEDENLİ ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONU - 2012

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Virüslerle oluşan, akut üst solunum yolu enfeksiyonlarıdır (ÜSYE). Soğuk algınlığı, adıyla da bilinir. İki yüze yakın farklı virüs, akut ÜSYE yapabilir. Etken influenza virüsü olduğunda ÜSYE "grip" olarak nitelenir.

Virüs nedenli ÜSYE genellikle 3-7 günde, etken influenza virüsüyse 7-14 günde kendiliğinden iyileşir. Soğuk hava, virüs nedenli ÜSYE nedeni değildir. Ancak kış aylarında kapalı alanda ortak yaşamın artması ÜSYE etkenlerinin bulaşma riskini artırır.

Tanı

Semptomlar

- Ateş, hâlsizlik, iştahsızlık, çocuklarda emme ya da yeme isteksizliği, baş ağrısı; ilk ortaya çıkan ve bir iki gün içinde giderek şiddetlenen belirtilerdir.
- Boğazda yanma, karıncalanma
- Burun tıkanıklığı, burun akıntısı, hapşırma, ses değişikliği, öksürük, konjonktivit, ishal

Yüksek ateş, belirtilerin şiddetli olması, uzun sürmesi ve kas ağrısı, influenza enfeksiyonunu düşündürür.

Tedavi

Semptomlara yöneliktir.

- Ateşli dönemde yatakta dinlenme ve yeterli sıvı alımı önerilmelidir.
- Ağrı kesici-ateş düşürücü ilaç kullanılabilir. Parasetamol (çocukta en çok 60 mg/kg/gün olacak biçimde 4 dozda) ve benzeri ağrı kesici, ateş düşürücülerin verilmesi yeterlidir. Çocuklarda virüs nedenli enfeksiyonlarda, Reye sendromu riski nedeniyle asetilsalisilik asit kullanılmamalıdır.
- Akut dönemde izotonik çözeltiyle (%0.9NaCl) burun yıkaması uygulanabilir.
- Virüs nedenli ÜSYE sırasında hasta kesinlikle sigara içmemeli; ayrıca hastanın bulunduğu evde sigara içilmesi mutlaka engellenmelidir.
- **Antibiyotiklerin tedavide yeri yoktur** ve ikincil bakteri enfeksiyonlarını önleme amaçlı kullanımı söz konusu değildir.
- Dekonjestanlar, öksürük kesiciler ve benzeri ilaçlar hastalığı önlemez, tedavi etmez ve hastalık süresini kısaltmaz. Bu ilaçların semptomatik tedavideki yararlarına ilişkin kanıtlar da yeterli değildir.
- C vitamini, virüs nedenli ÜSYE gidiş ve süresini etkilemez; ancak bu vitaminin destek amaçlı kullanımında sakınca yoktur.

İzlem

- Bağışıklık yetmezliği, kronik akciğer, kalp ve metabolik hastalığı olanlar ve 65 yaşından büyüklerde grip sonrası komplikasyon gelişme olasılığı yüksektir.
- Bir haftadan uzun süren ateş ya da öksürük, balgam, kulak ağrısı, sinüslere basınca ağrı olması, komplikasyon (tonsil ve boğaz enfeksiyonu, pnömoni, kulak enfeksiyonu, sinüzit gibi eklenmiş bir bakteri enfeksiyonu) olasılığını düşündürmelidir.

Korunma

- Ellerin sabunla en az 30 saniye yıkanması, etken bulaşımının önlenmesinde en etkili yöntemdir. Eller burun, göz ve ağızdan uzak tutulmalıdır.
- Kapalı, kalabalık ve özellikle sigara içilen ortamlardan uzak durulmalıdır.
- İnfluenza aşısının 6 aylıktan büyük çocuk ve erişkinlere; öncelikle 65 yaşından büyük, huzurevinde kalan ya da çalışanlarla, kronik sistemik hastalığı, bağışıklık baskılanması ya da yetmezliği, astımı olan çocuk ve yetişkinler gibi risk gruplarında uygulanması önerilir.

Kaynakça

1. Tan T, Little P, Stokes T; Guideline Development Group Antibiotic prescribing for self limiting respiratory tract infections in primary care: summary of NICE guidance. BMJ. 2008; 23;337:a437
2. Snow V, Mottur-Pilson C, Gonzales R; American College of Physicians-American Society of Internal Medicine; American Academy of Family Physicians; Centers for Disease Control; Infectious Diseases Society of America Principles of appropriate antibiotic use for treatment of nonspecific upper respiratory tract infections in adults. Ann Intern Med. 2002;136(9):709.
3. Gosala SB. Antibiotics for coughs and colds different developing world.: BMJ 2008 18;337:a1325
4. Schroeder K, Fahey T; Systematic review of randomised controlled trials of over the counter cough medicines for acute cough in adults; BMJ Volume 324, 9 February 2002
5. Simasek M, Blandino DA; Treatment of Common Cold; American Family Physician, Volume 75, Number 4, February 15, 2007
6. Smith SM, Schroder K, Fahey T; Over the counter medications for cough in children and adults in ambulatory settings (Review); The Cochrane Collaboration; The Cochrane Library 2008; Issue 1
7. Taverner D, Latte GJ; Nasal decongestants for the common cold (Review); The Cochrane Collaboration; The Cochrane Library 2009; Issue 1



AKUT ORTA KULAK ENFEKSİYONU - 2012

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Akut orta kulak enfeksiyonu, orta kulak mukozasının irinli enfeksiyonudur. Sıklıkla bakteri nedenlidir ve etken orta kulağa nazofarenksten ulaşır. Etken çoğunlukla *Streptococcus pneumonia*, *Moraxella catarrhalis* ve 5 yaşından küçük çocuklarda *Haemophilus influenzae*'dir. Yaşamın ilk iki yılında daha sık görülmektedir.

Tanı

Öykü, fizik inceleme ve özellikle kulak incelemesiyle konur.

Öykü

- Şiddetli kulak ağrısı
- Çocuklarda ağlama, huzursuzluk, ateş
- İşitme azlığı
- Kulak akıntısı
- Kulaklarda çınlama ve dolgunluk
- Baş dönmesi
- Geçirilmiş ÜSYE

Fizik İnceleme Bulguları

- Ateş
- Kulak incelemesi: Bastırmakla duyarlık, otoskopik incelemede kulak zarında kızarıklık, kalınlaşma ve bombeleşme görülebilir. İlerlemiş olgularda dış kulak yolunda akıntı ve zarda perforasyon görülebilir.

Laboratuvar Bulguları

Kan, biyokimya ve mikrobiyoloji incelemeleri gerekmez.

Tedavi

İlaç Tedavisi

- Sık görülen olası etkenlere yönelik olarak antibiyotik kullanılır.
- Akut orta kulak enfeksiyonu şüphesi varken, buşon nedeniyle kulak zarı görülemiyorsa kulak yıkanmamalıdır.

Tablo: Akut orta kulak enfeksiyonunda ilaç tedavisi

Ağrı ve Ateşin Tedavisi	Parasetamol	Erişkinlerde 500-1.000 mg/doz, ağızdan 3-4 doz/gün; Çocuklarda 10 mg/kg/doz, ağızdan 4-6 doz/gün
	İbuprofen	Erişkinlerde 6-8 saat arayla 400-800 mg Çocuklarda 5-10 mg/kg/doz, En çok 3,2 g/gün
Antibiyotik Tedavisi	Birinci seçenek	Tanısı kesin olmayan ve hafif olgular antibiyotik tedavisi verilmeksizin gözlenebilir. Amoksisilin; Erişkinlerde 1,5-3,5 g/gün, ağızdan 3 doz/gün, 10 gün süreyle Çocukta 40-45 mg/kg/gün, ağızdan (dirençli pnömokok olasılığı, son bir ay içinde penisilin yapısında antibiyotik kullanımı, akut orta kulak enfeksiyonu öyküsü varsa: 80-90 mg/kg/gün, ağızdan) 3 doz/gün, 10 gün süreyle Penisilin alerjisi varsa; ağızdan eritromisin ya da klaritromisin 10 gün, azitromisin 5 gün süreyle
	İkinci seçenek	Amoksisilin-klavunat* ağızdan 10 gün süreyle İkinci kuşak sefalosporinler (sefuroksim aksetil, sefdinir) ağızdan 10 gün süreyle

*Amoksisilin/klavunat oranı 7/1 olmalıdır.

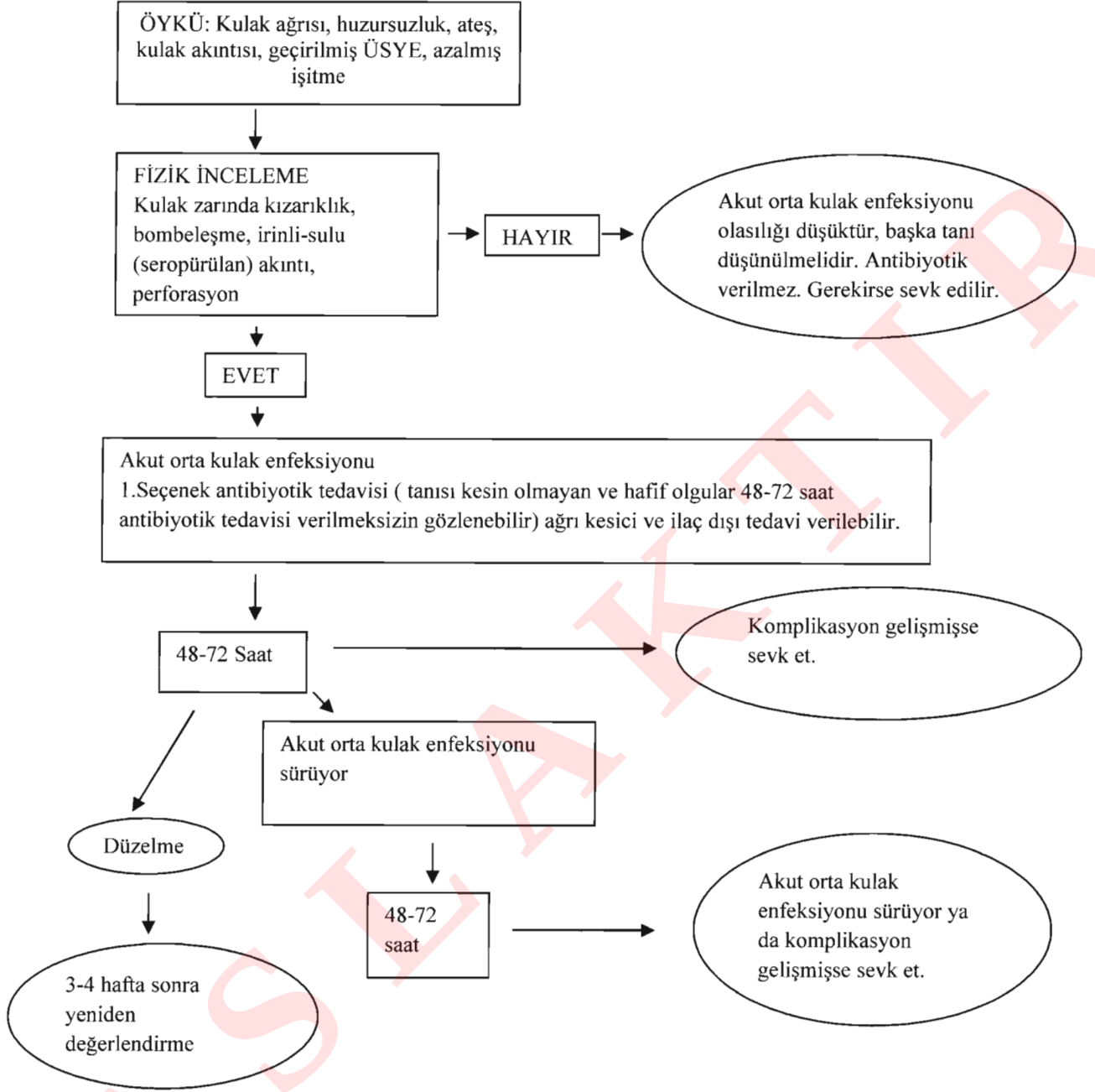
Korunma

- Anne sütü ile beslenme akut orta kulak enfeksiyonu sıklığını azaltır.
- Evde ve taşıtlarda sigara içilmemesi sağlanmalıdır.
- Süt çocuklarının yatarak beslenmemesi, beslenirken yaklaşık 45 derecelik açıyla tutulması önerilir.

Ayırıcı Tanı

- Bebekte ağlamaya bağlı kulak zarı kızarıklığı
- Çene ya da diş kaynaklı ağrı (Fizik incelemede kulak zarı, kulak ağrısına karşın normaldir.)
- Ağız boşluğu ve boğaz hastalıkları (Fizik incelemede kulak zarı, kulak ağrısına karşın normaldir.)
- Dış kulak yolu enfeksiyonu
- Kronik orta kulak enfeksiyonu

Şema: Akut orta kulak enfeksiyonunda ayırıcı tanının yapılması



İzlem

Tedaviye başlandıktan 2-3 gün sonra kulak incelemesi yapılmalı, 3-4 hafta sonra da kulak zarı ve işitme yeniden değerlendirilmelidir.

Komplikasyonlar

Kronik orta kulak enfeksiyonu, akut mastoid enfeksiyonu, yüz felci, periost altı apse, menenjit ve beyin apsesi gibi kafa içi komplikasyonlar gelişebilir.

Sevk

- Kulak zarı perforasyonu
- İkinci seçenek antibiyotik başlanmasından 48-72 saat sonra akut orta kulak enfeksiyonu bulgularının gerilememesi
- Altı ay içinde 3, bir yıl içinde 4 ya da daha çok sayıda akut orta kulak enfeksiyonu saptanması
- Komplikasyon gelişmesi
- Tedavinin başlangıcından 6 hafta sonra işitme azlığının sürmesi durumlarında hasta sevk edilmelidir.

Kaynakça

1. Pichichero ME. Acute otitis media: part 1. Improving diagnostic accuracy. Am Fam Physician 2000;61:2051-6.
2. Galsziou PP, Del Mar CB, Sanders SL. Antibiotics for acute otitis media in children, Cochrane review. The Cochrane Library 2, Oxford: Update Software, 2001.
3. Flynn CA, Griffin G, Tudiverf. Decongestants and antihistamines for acute otitis media in children, Cochrane review. The Cochrane Library 2, Oxford: Update Software, 2001.
4. Neff MJ. Release guideline on diagnosis and management of acute otitis media. Am Fam Physician 2004;69:2713-5.

Akut rinosinüzit, burun ve burun çevresi sinüs mukozasının enflamasyonudur. Virüs ve bakterilerle gelişebilir. Biri burun tıkanıklığı ya da ön veya arka burun akıntısı (geniz akıntısı) olmak üzere, yüzde ağrı, dolgunluk hissi, duyarlık, koku almada azalma ya da kayıp benzeri en az iki belirtinin 12 haftadan kısa süredir var olmasıdır.

Kolaylaştırıcı Etmenler

- Virüs nedenli üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜS YE)
- Alerjik ya da alerjik olmayan rinit (vazomotor rinit)
- Anatomik yapı bozukluğu (baş ve yüzde yapısal bozukluk, septal deviasyon, yarık damak)
- Burunda tıkanıklık (adenoid vejetasyon, yabancı cisim, polip, tümör)
- Çevresel etmenler (sigara, hava kirliliği, kuru ve soğuk hava)
- Bağışıklık sisteminin baskılanması
- Diş enfeksiyonu
- Gastro-özefageal reflü
- Travma
- Kontamine suda yüzmeye

Fizik İnceleme

- Burun ya da genizde akıntı, burun mukozasında kızarıklık ve ödem
- Yüzde duyarlık
- Ateş

Tanı

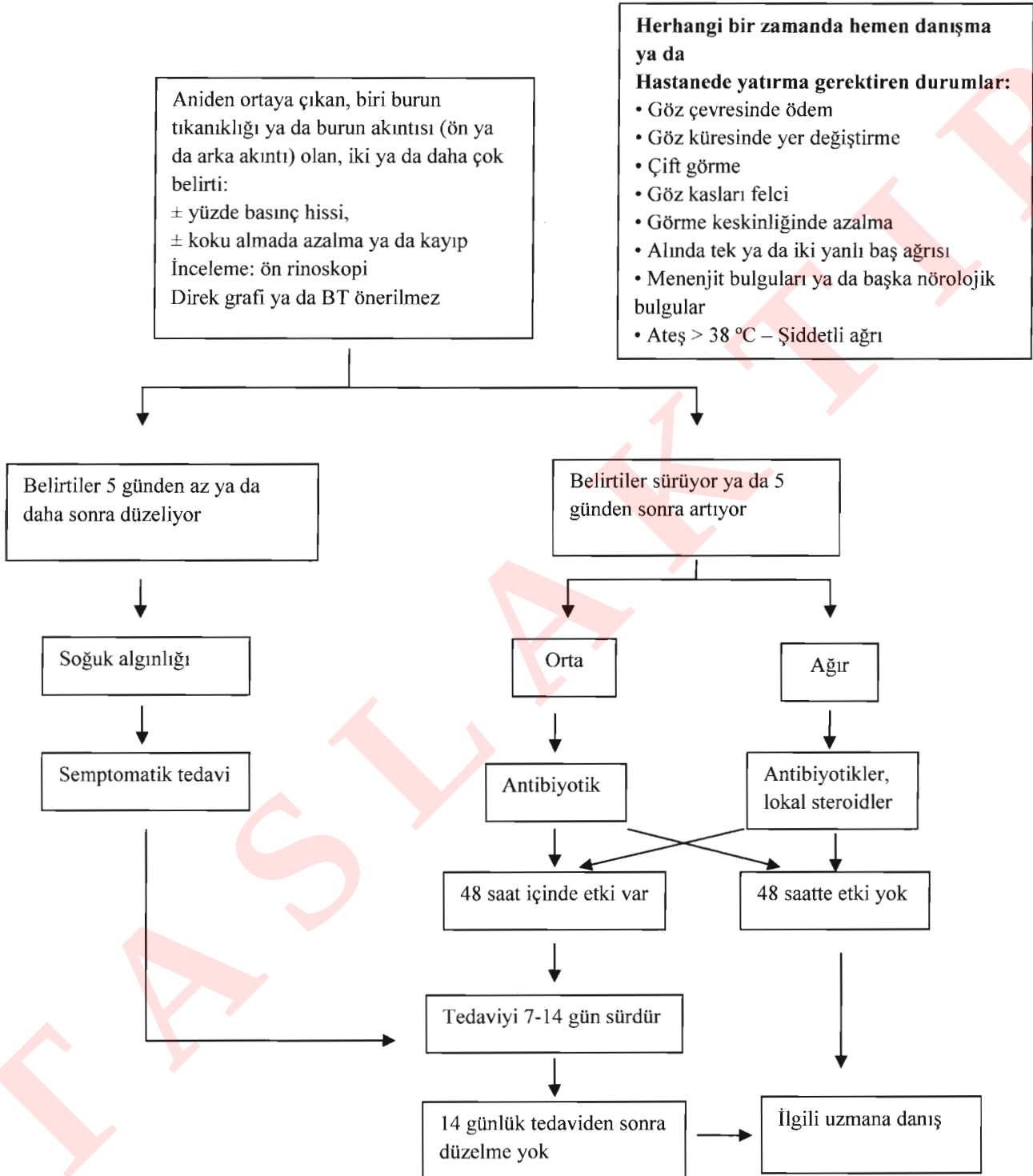
Tanı, öykü ve fizik inceleme bulgularıyla konur. Belirtileri beş gündür düzelmeyen ya da başlangıçta iyileşme göstermesine karşın yakınmaları beşinci günden sonra artan hastalar, radyoloji ve laboratuvar incelemesi gerekmeksizin akut bakteri rinosinüziti olarak kabul edilir. Belirtiler “hafif”, “orta şiddette” ya da “şiddetli” olarak değerlendirilmelidir. 38°C’den yüksek ateş ve şiddetli ağrı, “şiddetli” belirtileri oluşturur.

Ayırıcı Tanı

- Virüs nedenli ÜS YE
- Alerjik rinit
- Adenoid vejetasyon
- Yabancı cisim
- Nazal polip
- Tümör

Tedavi

Amaç, doku ödeminin azaltılarak sinüs boşalma ve havalanmasının sağlanması ve enfeksiyonun tedavisidir. Aşağıdaki akış çizelgesi uygun tedavi için yol göstericidir:



İlaç Dışı Tedavi

- Yeterli sıvı alımı
- Akut dönemde izotonik çözeltiyle (%0.9 NaCl) burun yıkama
- Burun temizliğinin öğretilmesi
- Dinlenme

İlaç Tedavisi

A. Antibiyotik

İlk Seçenek İlaçlar

- Amoksisilin: Çocukta 40-45 mg/kg/gün, ağızdan 8 saat arayla, 10 gün
(Direncili pnömokok olasılığı, son bir ay içinde penisilin yapısında antibiyotik kullanımı, akut orta kulak enfeksiyonu öyküsü varsa: 80-90 mg/kg/gün)

Erişkinde 1,5-3 g/gün, ağızdan 8 saat arayla, 10 gün

Penisilin alerjisi varsa makrolidler (eritromisin ve klaritromisin 10 gün, azitromisin 5 gün süreyle) kullanılmalıdır.

Antibiyotik tedavisi 14 güne uzatılabilir.

- Son iki ayda en az iki kez akut sinüzit geçirilmişse
- Son iki ayda herhangi bir nedenle ilk seçenek ilaç kullanılmışsa
- İlk seçenek ilaçla 3 günde başarılı olunamamışsa

ikinci seçenek ilaç kullanılmalıdır.

İkinci Seçenek İlaçlar

- Amoksisilin-klavulanik asit: Amoksisilin dozu çocukta 80-90 mg/kg/gün, amoksisilin/klavulanik asit oranı 7/1 olmalıdır.
- İkinci kuşak sefalosporinler: (sefuroksim aksetil, sefdinir), Ağızdan

B. Semptomatik Tedavi

- Lokal ya da sistemik dekonjestan: Çocuklarda kullanılmamalıdır. Erişkinlerde kullanılabilir, ancak yaşlı ve hipertansif hastalarda dikkatli olunmalıdır. Lokal dekonjestanlar 5 günden uzun süre kullanılmamalıdır.
- Ağrı kesici – ateş düşürücü (parasetamol ya da ibuprofen)
- Ağır olgularda buruna steroid uygulaması (kullanım için bkz Alerjik Rinit Rehberi)
- Antihistaminikler yalnızca alerjik olgularda kullanılmalıdır.

Komplikasyonlar

- Orbital selülit, apse
- Kafa içi : Menenjit, epidural apse, subdural apse, beyin apsesi, osteomyelit, kavernoöz sinüs trombozu

Sevk

- Aşağıdaki bulguların varlığından ötürü komplikasyon geliştiği düşünülenler
 - Göz çevresinde ödem
 - Göz küresinde yer değiştirme

- Çift görme
- Göz kasları felci
- Görme keskinliğinde azalma
- Alında tek ya da iki yanlı şiddetli baş ağrısı
- Alında şişlik
- Menenjitte ilişkin ya da başka nörolojik bulgular
- Uygun tedaviye karşın iki hafta içinde iyileşmeyenler
- Yılda erişkinlerde en az dört, çocuklarda altı kez akut bakteri rinosinüziti geçirenler
- Uygun tedaviye karşın hastalığı 12 haftadan uzun süren hastalar ilgili uzmana sevk edilmelidir.

Kaynakça

1. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: Management of sinusitis. Pediatrics 2001;108:798-808.
2. Anon JB, Jacobs MR, Poole MD, ve ark. Sinus and allergy health partnership. Antimicrobial treatment guidelines for acute bacterial rhinosinusitis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2004;130(1 Suppl):1-45.
3. Pearlman AN, Conley DB Review of current guidelines related to the diagnosis and treatment of rhinosinusitis .Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2008;16:226-30.

Alerjik rinit, çocuk ve erişkinlerde sık görülen, burun mukozasının IgE aracılı, kronik bir hastalığıdır. Kişisel ve ailesel atopi öyküsü, alerjenlerle erken karşılaşma, hava kirliliği ve sigara, temel risk etmenleridir.

Yakınmalar mevsimsel yoğunluk gösterebilir ya da yıl boyu sürebilir. Mevsimsel rinitte etken; genelde polenler iken, diğerlerinde çoğunlukla akar, hamamböceği, evcil hayvan, mantar sporu gibi ev içi alerjenlerdir.

Tanı

Öykü

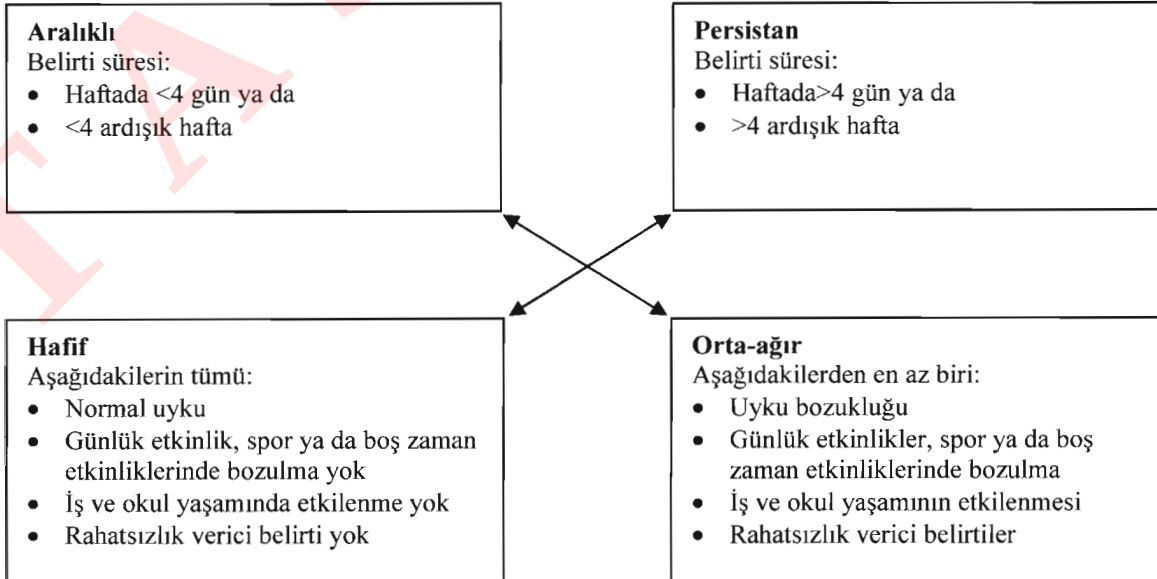
- Hapşırma, burun tıkanıklığı, burun akıntısı, geniz, burun, boğaz ve gözlerde kaşıntı varlığı, alerjik riniti akla getirmelidir.
- Bu semptomların sık ortaya çıkması ve başlayınca en az bir saat sürmesi
- Yakınmaların ergen ya da genç erişkinlikte başlaması
- Yakınmaların mevsimlerle ilişkisi: İlkbahar ve yaz aylarında polene bağlı yakınmalar
- Tetikleyici etmenler: Ev temizledikten sonra (ev içi alerjenlere karşı alerjik rinit) ya da bahçeye çıktıktan sonra ortaya çıkan belirtiler (polene bağlı alerjik rinit)

Fizik İnceleme

Burun mukozasının rengi, tanı koydurucu değildir. Berrak burun akıntısı ve konkalarda ödem ya da hipertrofi gözlenebilir. Boğaz arka duvarı genellikle ince kabartılı (granüle) görünür. Göz altında koyu halkalanmalar (Shiner belirtisi), alerjik selam (tıkanıklık hissinden kurtulmak için burnun el ayasıyla yukarıya doğru itilmesi) ve buna bağlı olarak nazal tip (burun ucu) üzerinde yatay çizgilenme kronik olgularda belirgin olabilir.

Sınıflandırma

Aşağıdaki sınıflandırma, tedavide yol gösterici olacaktır:



Alerjik Rinite Eşlik Eden Hastalıklar

Alerjik rinit tek olarak ya da konjonktivit, astım ve atopik dermatitle birlikte görülebilir.

Komplikasyonlar

Alerjik rinit uygun tedavi edilmediğinde; rinosinüzit, uyku bozukluğu, çocuklarda kulak enfeksiyonu, ağız solunumu nedeniyle damak ve diş yapısında gelişimsel sorunlar gelişebilir.

Ayrırcı Tanı

- Enfeksiyöz rinit (soğuk algınlığı)
- Mekanik sorunlar: adenoid vejetasyon, septum deviasyonu, yabancı cisim, tümör, BOS rinoresi
- Nazal polipozis
- Vazomotor rinit
- İlaçlara bağlı rinit: Bazı antihipertansif ilaçlar, oral kontraseptifler
- Rinitis medikamentoza: Lokal dekonjestanların aşırı kullanımına bağlı rinit

Tek yanlı belirtiler, diğer belirtiler olmaksızın burun tıkanıklığı, mukopürülan burun akıntısı, önden burun akıntısı olmaksızın geniz akıntısı, ağrı, yineleyen burun kanaması ve koku almama (anozmi) alerjik riniti düşündürmez.

Korunma

- Mevsimsel rinitte, polen döneminde dış etkinliklerden olabildiğince kaçınma
- Ev tozu akarlarından korunmak amacıyla, ev içinde nemin azaltılması için ev içinde çamaşır kurutulmaması, toz tutabilecek kalın halı, battaniye gibi eşyaların en aza indirilmesi.
- Ev içi alerjenler yanı sıra sigara, egzoz gazı, deterjan, boya, parfüm gibi tetikleyicilerden sakınma

Tedavi

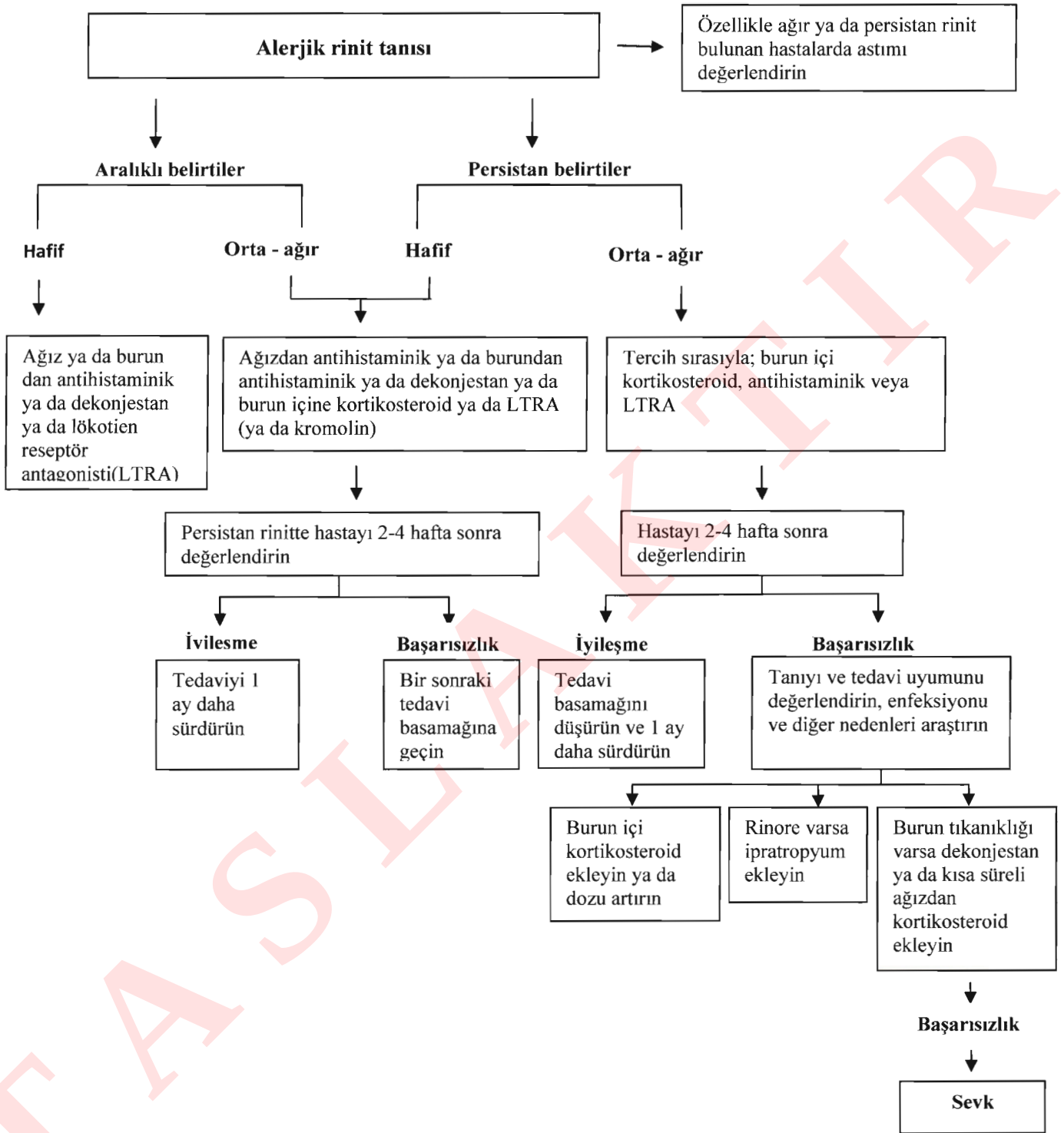
Amaç, okul ve iş başarısını bozan, toplumsal uyumda güçlüğü yol açan belirtilerin baskılanması, yaşam niteliğinin düzeltilmesi ve komplikasyonların önlenmesidir.

İlaç Dışı Tedavi:

İzotonik çözeltiyle (%0.9 NaCl) burun lavajı yapılabilir.

İlaç Tedavisi:

Tedavide aşağıdaki çizelgeye uyulması, tedavi başarısını artıracaktır:



Antihistaminikler:

Birinci kuşak antihistaminiklerin sedasyon ve emosyonel yan etkilerinden dolayı ikinci kuşak antihistaminikler yeğlenir.

Loratadin:	2-6 yaşta 5 mg/gün, tek doz, ağızdan 6 yaş üstü ve erişkinde 10 mg/gün, tek doz, ağızdan
Setirizin:	2-6 yaş 5 mg/gün, tek doz, ağızdan 6 yaş üstü ve erişkinde 10 mg/gün, tek doz ağızdan
Feksofenadin:	Tek doz 120 mg/gün, ağızdan 12 yaşın altında verilmez.
Desloratadin:	2-6 yaş 2,5mg/kg, tek doz, ağızdan 12 yaş üstü ve erişkinde 10 mg/gün tek doz ağızdan
Rupatadin:	12 yaş üstü ve erişkinde 10mg/kg, tek doz, ağızdan
Levosetirizin:	2-6 yaş 5 mg/gün, tek doz, ağızdan

Burun tıkanıklığının belirgin olduğu, belirtileri antihistaminiklerle baskılanamayan hastalarda, tedaviye lokal ya da sistemik dekonjestanlar ya da topikal steroidler eklenebilir.

Topikal Steroidler:	
Budesonid	6 yaş üstü ve erişkinde 2x100-200 mikrogram
Flutikazon propionat	4-11 yaş 1x100 mikrogram 12 yaş üstü ve erişkinde 1-2x100 mikrogram
Mometazon furoat	4-11 yaş 1x100 mikrogram 12 yaş üstü ve erişkinde 1-2x100 mikrogram
Triamsinolon asetonit	12 yaş üstü ve erişkinde 1-2x110 mikrogram
Sistemik Dekonjestan:	
Psödoefedrin	2-5 yaş 3x15 mg ağızdan 6-12 yaş 3x30 mg ağızdan 12 yaş üstü ve erişkinde 2-3x60 mg ağızdan Yaşlı ve kan basıncı yüksek hastalarda dikkatle kullanılmalıdır.
Lokal Dekonjestan:	
Ksilometazolin Hidroklorür, Oksimetazolin	Damla ya da püskürtme 12 yaş altında günde 2 kez 0,5 mg (Günde 3 doz aşılmamalı) 12 yaş üstü ve erişkinde günde 4 kez 1 mg

Lokal dekonjestanlar 5 günden uzun süre kullanılmamalıdır.

Topikal steroidler ile burun ve boğazda kuruma ve irritasyon, burun kanaması, koku ve tat duyusunda bozulma, seyrek olarak ülserasyon, septum perforasyonu gibi yan etkiler olabilir.

Bu nedenle, gerektiğinde, birinci basamak tedavide kullanım 4 hafta ile sınırlandırılmalı ve nazal septuma uygulanmamasına dikkat edilmelidir.

İzlem

Mevsimsel alerjik rinitte tedavi, çiçek tozu (polen) mevsimi boyunca, kronik olgularda kontrol sağlanana dek sürmelidir.

Düzelmeyen hastalar komplikasyonlar açısından değerlendirilmek üzere ilgili uzmana yönlendirilmelidir.

Sevk

Tedaviye yeterli yanıt vermeyen olgular, ayırıcı tanı açısından ileri incelemelerin yapılabilmesi, sorumlu alerjenin saptanması ve gerektiğinde bağışıklık tedavisi (immünoterapi) kararı açısından sevk edilmelidir.

Kaynakça

1. Bousquet J, Lund VJ, van Cauwenberge P, et al. Implementation of guidelines for seasonal allergic rhinitis: a randomized controlled trial. *Allergy*. 2003 Aug;58(8):733-41.
2. Bousquet J et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 Update. *Allergy* 2008;63(Suppl. 86):8-160
3. Bachert C. A review of the efficacy of desloratadine, fexofenadine, and levocetirizine in the treatment of nasal congestion in patients with allergic rhinitis. *Clinical Therapeutics* 2009;31(5):921-44



İŞHAL VE DEHİDRATASYON (BEŞ YAŞINDAN KÜÇÜK ÇOCUKLARDA) - 2012

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

İshal, dışkının normalden daha sulu ve (6 aydan büyük çocuklarda) günde en az üç kez yapılması durumudur. Sık, ancak normal kıvamda dışkılama ishal olarak kabul edilmez. Ayrıca, anne sütü ile beslenen bebekler normalden daha sık ve yumuşak dışkılayabilir.

Beş yaşından küçük çocuklarda ishalin en önemli tehlikesi, vücuttan hızla çok miktarda su ve tuz kaybı sonucu ölümdür. İshal kronikleşirse beslenme bozukluğuna neden olabilir. İyi beslenemeyen çocuklarda ishal daha sık görülür ve daha ağır seyreder.

Akut ishal, 14 günden kısa süren ishaldir. Nedeni, çoğu kez bir enfeksiyondur.

İnatçı (persistan) ishal, akut ishalin bağırsak epiteli iyileşmesindeki gecikme nedeniyle 14-30 gün sürmesi durumudur.

Kronik ishal, bir aydan uzun süren ishaldir.

Dizanteri, ağrılı dışkılama (tenesim) ile birlikte dışkıda kan ve mukus (beyaz küre varlığıyla) görülmesidir.

Tanı

Öykü

Öyküde ateş, ishal süresi, dışkı sayısı, dışkıda kan görülüp görülmediği, kusma, beslenmenin bozulup bozulmadığı, hastanın son kez ne zaman idrar yaptığı sorulmalıdır.

İshalli Hastaya Yaklaşım

- Dehidratasyon önlenmeli, varsa tedavi edilmelidir.
- Dizanteri ve inatçı (persistan) ishalde uygun yaklaşım sağlanmalıdır.
- İshalli dönem ve sonrasında uygun beslenme sağlanmalıdır.

Dehidratasyon Değerlendirmesi

Gözlem:

Dehidratasyon Derecesi	Dehidrate değil	Hafif-orta dehidrate	Ağır dehidrate
Genel durum	İyi, canlı, hareketli	Huzursuz	Uykuya eğilim var ya da bilinci kapalı
Göz küreleri	Normal	Çökük	Çok çökük ve kuru
Gözyaşı	Var	Yok	Yok
Ağız ve dil	Islak, nemli	Kuru	Çok kuru
Susama	Yok	Susamış, istekle içiyor	Suyu içemiyor

İnceleme:

Dehidratasyon Derecesi	Dehidrate değil	Hafif-orta dehidrate	Ağır dehidrate
Turgor	Normal	Eski haline yavaş dönüyor (1 saniyeden uzun)	Eski haline çok yavaş dönüyor (2 saniyeden uzun)
Nabız	Normal	Normal	Hızlı ve zayıf
Kan basıncı	Normal	Normal	Düşük

Tedavi

İshalli çocuklarda dışkılamayı azaltıcı ya da kusmayı önleyici ilaçlar kesinlikle kullanılmamalıdır.

Evde İshal Tedavisi

Anneye aşağıdaki gibi öğretilir:

- Bol sıvı verin: Her sulu dışkıdan sonra, hasta 2 yaşın altındaysa 1 çay bardağı (100 ml), 2 yaşın üstündeyse 1 su bardağı (200 ml).
- Bebek emiyorsa anne sütü vermeyi sürdürün ve daha sık emzirin. Altı aydan küçükse ve yalnızca anne sütü alıyorsa, emzirmenin yanı sıra, içmek isterse kaynatılmış ılık su verilebilir.
- Bebek anne sütü almıyorsa her zaman aldığı yiyecekleri vermeyi sürdürün.
- Ek besin alıyorsa, sulu yiyecekler, çorba, yoğurt, yoğurtlu pirinç çorbası, iyi pişmiş yağsız et, balık, patates püresi, muz ve taze sıkılmış meyve (şeftali, elma, havuç) suyu verilebilir.
- Daha kısa aralıklarla azar azar günde en az altı öğün besleyin.
- İshal geçtikten sonra da iki hafta süre ile ek öğün verin.

Koltuk altından ölçülen ateş 38,0°C'den yüksekse parasetamol 10-15 mg/kg/doz, 4-6 saat arayla, en çok 60 mg/kg/gün verin.

İzlem**Hastanın Yeniden Getirilmesini Gerektiren Durumlar**

- İshal üç gün içinde düzelmemişse
- Çok sulu ishal varsa
- Dışkıda kan görülmeye başlamışsa
- Ateş ortaya çıkarsa
- Ağızdan besin alamıyorsa
- Aşırı kusma varsa

Ağızdan Sıvı Tedavisi (AST)

- Oral Rehidratasyon Sıvısını(ORS) 75-100 ml/kg 4-6 saat içinde verin ORS nasıl vereceğini anneye sağlık kurumunda öğretin. İki yaşından küçük çocuklarda 1 tatlı kaşığı/dk., iki yaşından büyük çocuklarda bardaktan yudum yudum vererek ilk uygulamayı gösterin. Hasta kusarsa 10 dakika bekleyip daha yavaş bir hızla (1 tatlı kaşığı/2 dk.) yeniden deneyin. Bu süre içinde çocuk, istediği zaman emzirilir. Altı aylıktan küçük ve emzirilmeyen bebeklerde, hipernatremi tehlikesini önlemek için ORS'ye ek olarak 100-200 ml kaynatılmış soğutulmuş su verilmesi önerilir.
- 4-6 saatin sonunda dehidratasyon bulgularını yeniden değerlendirin:
 - Dehidratasyon düzelmisse hasta ORS tedavisini evde sürdürmek üzere gönderilir. İshal ve su

kaybı sürebileceği için, anneye iki gün yetecek kadar ORS paketi verilir ve her sulu dışkıdan sonra, 2 yaşın altında 1 çay bardağı, 2 yaşın üzerinde 1 su bardağı ORS ve normal suyun dönüşümlü olarak verilmesi önerilir.

- Dehidratasyon bulguları sürüyorsa ORS tedavisi sürdürülür.

Ağır Dehidratasyonlu Çocuğa Yaklaşım

Toplardamar içine sıvı verme yoluyla tedavi olanağı varsa;

- Yükleme tedavisi, 100 ml/kg laktatlı ringer ya da fizyolojik serumla yapılır:
 - Sıvının 20 ml/kg'lık miktarı 1 yaşın altındaki çocuklarda 60 dakika, 1-5 yaş arasındaki çocuklarda 30 dakika içinde verilir.
 - Sıvının 80 ml/kg'lık miktarı 1 yaşın altındaki çocuklarda 5 saat, 1-5 yaş arasındaki çocuklarda 2,5 saat içinde verilir.
- Yükleme tedavisinin sonunda hasta yeniden değerlendirilir, düzelme yoksa yükleme tedavisi bir kez daha uygulanır.
- Çocuk ağızdan alabilir duruma gelir gelmez, toplardamar yoluyla sıvı tedavisine ek olarak 5 ml/kg/saat olacak biçimde ORS tedavisi başlanır.
- Damar yoluyla yapılan sıvı tedavisinin bitiminde (genellikle 4-6 saat sonra) çocuk yeniden değerlendirilir. Dehidratasyon düzelmemişse ORS tedavisi gözlem altında sürdürülür. Ağır dehidratasyon sürüyorsa damar yoluyla sıvı tedavisi yinelenir ve hastanın uygun bir merkeze sevk edilmesi planlanır.

Damar yoluyla sıvı verilmesi 30 dakika içinde sağlanamamışsa;

- Nazogastrik sonda takılarak 20 ml/kg/saat (6 saatte toplam 120 ml/kg) ORS verilir.
- Çocuk 1-2 saatlik aralarla yeniden değerlendirilir. Kusma ya da karın şişliği varsa sıvı daha yavaş verilir.
- Dehidratasyonu üç saatte düzelmeyen, sürekli kusma ya da karın şişliği olan hastalar damar yoluyla sıvı tedavisi için uygun bir merkeze sevk edilir.
- Altıncı saatin sonunda hasta yeniden değerlendirilir: Dehidrate ise ORS verilir, dehidratasyon düzelmişse ORS tedavisini evde sürdürmek üzere gönderilir.

İnatçı (Persistan) İshali Olan Çocuğa Yaklaşım

- Dehidratasyon varsa tedavi edilir.
- Ek bir hastalık varsa tedavi edilir.
- Vitamin ve mineralden zengin beslenme önerilir.
- Beşinci gün yapılan değerlendirmede, ishal sürüyorsa uygun bir merkeze sevk edilir.

Dizanterili Çocuğa Yaklaşım

- Dehidratasyon varsa tedavi edilir.
- Dışkıında kan olan, iki aydan küçük tüm hastalar uygun bir merkeze sevk edilir.
- Trimetoprim 8-12mg/kg/gün dozuyla ko-trimoksazol iki dozda ağızdan başlanır ve hasta iki gün sonra değerlendirilmek üzere çağrılır.
- İkinci gün değerlendirmesinde düzelme (dışkıdaki kan miktarında azalma, dışkı sayısında azalma, ateşin düşmesi, karın ağrısının azalması, iştahın düzelmesi gibi) varsa, antibiyotik tedavisinin beş güne tamamlanması istenir.
- Ko-trimoksazol ile tedaviye yanıt vermeyen, çocuklarda sefiksime 8 mg/kg/gün, bir ya da iki dozda başlanır ve iki gün sonra değerlendirilmek üzere çağrılır. Düzelme varsa tedavi 5 güne tamamlanır.

- Düzeltme yoksa, amipli dizanteri düşünülerek metronidazol tedavisi başlanır. Bu tedavi ile yine düzeltme yoksa uygun bir merkeze sevk edilir.
- Amipli dizanteri o yörede yaygınsa metronidazol ile tedaviye hemen başlanabilir

Sevk Ölçütleri

- Ağızdan alamayan, ememeyen, sık kusan, konvülsiyon geçiren, uykuya eğilimli ya da dalgınlığı olan, başvuruda ağır dehidratasyonu olan
- ORS tedavisi sırasında ağır dehidratasyon bulguları gelişen, saatte birden çok dışkılayan, saatte üçten çok kusan, karında şişlik gelişen
- Ağır beslenme bozukluğu olan
- İshalle birlikte ağır pnömoni ya da menenjit düşünülen
- İki aydan küçük olan
- İshali 14 günden uzun süren ve yanı sıra dehidratasyonu olan
- İnatçı (persistan) ishali olan, gerekli önerilere karşın beşinci günde düzelmeyen
- Bir yaşından küçük olan ve dizanterisi iki gün sonra yapılan değerlendirmede düzelmeyen
- Ko-trimoksazol, sefiksim, metronidazol tedavisine karşın dizanterisi düzelmeyen
- İshali 1 aydan uzun süren çocuklar,

uygun bir merkeze sevk edilmelidir.

Kaynakça

1. Greenbaum LA. Pathophysiology of body fluids and fluid therapy. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, eds. Nelson Textbook of Pediatrics, 17th ed. Philadelphia: Saunders, 2004: 250-1
2. Khanna R, Lakhanpaul M, Burman-Roy S, Murphy MS; Guideline Development Group and the technical team. Diarrhoea and vomiting caused by gastroenteritis in children under 5 years: summary of NICE guidance BMJ. 2009;338:b1350.

Ürtiker, derinin; kaşıntılı, eritemli, ödemli, değişik biçim ve büyüklüklerde papül ve plaklarla seyreden, yüzeysel, geçici, vasküler ve ani başlayan bir reaksiyondur. Deri altı dokusu ve mukozaları tutan biçimine anjiyoödem adı verilir.

Larinks ödeminin eşlik ettiği akut ürtiker ve anjiyoödem yaşamı tehdit edebilen durumlardır.

Lezyonlar 6 haftadan kısa sürerse akut, uzun sürerse kronik ürtiker söz konusudur.

Ürtiker Nedenleri

- İlaçlar (aspirin, steroid olmayan antienflamatuvar ilaçlar, kodein, penisilin ve türevleri, radyokontrast maddeler vb.)
- Besinler (çikolata, süt, yer fıstığı, çilek, domates, yiyecek katkı maddeleri, deniz ürünleri)
- Bakteriyel ve viral enfeksiyonlar, parazitik enfestasyonlar
- Fiziksel uyaranlar (sıcak, soğuk, egzersiz, basınç, su, dermografizm)
- Duygusal stres

Tanı

Öykü ve klinik özelliklere dayanır.

- Lezyonlar vücudun herhangi bir yerinde veya yaygın olarak görülebilir.
- Lezyonlar kaşıntılı, yer değiştiren, basmakla solan, eritemli, ödemli plaklar şeklinde görülüp, 2-24 saat içinde kendiliğinden geriler.
- Anjiyoödem tanısı yüz, göz çevresi, dudaklar ve dilde şişlik gözlenmesi ile konulur. Bazen beraberinde larinks ödemi ve solunum sıkıntısı görülebilir

Ayırıcı Tanı

- Böcek sokması reaksiyonu (Lezyon ortasında nokta şeklinde ısırık yeri bulunur.)
- Viral döküntü (Eşlik eden başka bulgular vardır.)
- Eritema multiforme minör (Tipik hedef lezyonlar bulunur.)
- Ürtikeryal vaskülit (Lezyonlar basmakla solmaz ve 24 saatten uzun sürer. İyileştikten sonra da lezyon yerleri koyu renk kalır.)

Tedavi

Genel Önlemler

- Nedenin (enfeksiyon, besin, emosyonel stres) ortadan kaldırılması; neden ilaçsa kesilmesi veya değiştirilmesi
- Sıcak, stres, alkol ve ilaç gibi artırıcı nedenlerden sakınılması

İlaç Tedavisi

Akut Ürtiker

SOLUNUM SIKINTISI OLMAYAN AKUT ÜRTİKER VE ANJİYOÖDEM TEDAVİSİ

Lezyonlar çok yaygın değilse veya anjiyoödem yoksa

İlk seçilecek ilaç oral antihistaminiklerdir.

- **Difenhidramin hidroklorür:**
Yetişkin: 25-50 mg/gün (en çok 400 mg/gün)
Çocuk: 5 mg/kg/gün, 3-4 dozda (en çok 300 mg/gün)
- **Hidroksizin:**
Yetişkin: 25 mg x 3-4/gün
Çocuk: 2-4 mg/kg/gün, 3-4 dozda
- **Klemastin:**
Yetişkin: 1-2 mg/gün
Çocuk: 1-3 yaş: 250-500 µg x 2/gün
3-6 yaş: 500 µg x 2/gün
6-12 yaş: 0,5-1 mg/gün

Lezyonlar ve kaşıntı tümüyle düzelene kadar veya en çok 3 hafta devam edilir.

Birinci kuşak antihistaminiklerin sedatif ve antikolinergik yan etkilerinin istenmediği durumlarda ikinci kuşak antihistaminikler tercih edilir.

- **Setrizin:**
2-6 yaş: 5 mg/gün tek doz
6 yaş üstü ve erişkin: 10 mg/gün, tek doz
- **Loratadin:**
2-6 yaş: 5 mg/gün tek doz
6 yaş ve erişkin: 10 mg/gün, tek doz

Lezyonlar çok yaygınsa veya anjiyoödem belirginse

Parenteral antihistaminikler kullanılır

- **Klorfenoksamin hidroklorür:**

Tercihen kas içine veya damar yoluyla, 5 dakika içinde yavaş puşe şeklinde, uygulanır. 6 saat arayla tekrarlanabilir.

Erişkin: 10 mg x 2-3 kez/gün
2-5 yaş çocukta erişkin dozun 1/3'ü
6-10 yaş çocukta erişkin dozun 1/2'si
10 yaş üstü çocukta erişkin dozu

Hastalık kontrol altına alındıktan sonra tedavi oral antihistaminikler ile 20 gün sürdürülür.

BELİRGİN SOLUNUM SIKINTISI VARLIĞINDA AKUT ÜRTİKER VE ANJİÖDEM TEDAVİSİ

1.Adım: Adrenalin (Ülkemizde 0,25, 0,50 ve 1 mg/ml olarak ampulleri vardır.)

0,3-0,5 mg; 1:1000'lik adrenalin deri altı veya kas içine solunum sıkıntısı gerileyinceye kadar 10-20 dakikada bir tekrarlanır.

Çocuk dozu: 0,01 mg/kg damar yoluyla

2.Adım: Solunum yolunun açık tutulması, nazal O₂ uygulanması

3. Adım: Antihistaminik; Klorfenoksamin hidroklorür

Tercihen kas içine veya damar yoluyla 5 dakika içinde yavaş puşe şeklinde 6 saat arayla tekrarlanabilir.

Erişkinde 10 mg x 2-3 kez/gün

2-5 yaş çocukta erişkin dozun 1/3'ü

6-10 yaş çocukta erişkin dozun 1/2'si

10 yaş üstü çocukta erişkin dozu

4.Adım: Kortikosteroid; Metilprednisolon

Erişkinde 50 mg metilprednisolon damar yoluyla, 6 saatte bir, 2-4 kez tekrarlanabilir. Kardiyak yan etkileri olabileceği için infüzyonla uygulanmalıdır.

Çocuklarda 0,5-2 mg/kg/gün 2-4 doza bölünerek damar yoluyla verilir.

Kronik Ürtiker

- İkinci kuşak H1-reseptör antagonistleri

Levosetirizin 5-10 mg/gün (8 hafta)

veya

Feksofenadin 180 mg/gün (8 hafta)

veya

Desloratadin 5 mg/gün (8 hafta)

- Belirtiler kontrol altına alınamazsa sedatif özelliği belirgin birinci kuşak H1-reseptör antagonistlerinden biri başlanır.

Hidroksizin 10-50 mg/gün

veya

Difenhidramin 25-50 mg/gün

veya

H2-reseptör antagonisti eklenebilir.

veya

Doksepin 10-50 mg/gün

Lezyonlar şiddetlenirse prednizolon 20-40 mg/gün (ağız yoluyla)

- Lezyonlar yine kontrol altına alınamazsa hasta bir üst merkeze sevk edilmelidir.

Sevk Ölçütleri

- Tedaviye yanıt alınamaması
- Anjiyoödemde belirtilerin 24 saat içinde gerilememesi veya solunum sıkıntısının devam etmesi
- Yineleyen anjiyoödem varlığı

Kaynakça

1. Soter N, Kaplan A. Urticaria and Angioedema. In: Fitzpatrick's Dermatology In General Medicine (Eds: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz S) 6th edition, 2003, McGraw-Hill, New York., p 1129 – 1138.
2. Dibbern DA. Urticaria: Selected Highlights and Recent Advances. Med Clin N Am 2006; 90: 187–209.

DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ - 2012

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Demir eksikliğine bağlı anemi dünyada en sık karşılaşılan anemi türüdür. Ülkemizde üç kadından birisinde, iki çocuktan birisinde demir eksikliği anemisi bulunmaktadır.

Hemoglobin ve hematokrit düzeylerinin, tabloda yaş gruplarına göre belirtilen değerlerin altında olması anemi olarak kabul edilir. (Tablo 1)

Tablo 1. Yaş Gruplarına Göre Normal Hemoglobin ve Hematokrit Değerleri

Yaş	Hemoglobin (g/dl)	Hematokrit(%)
2-6 ay	9,5	29
6 ay-2 yaş	10,5	33
2-12 yaş	11,5	35
12-18 yaş	12	36
>18 yaş kadın	12	36
>18 yaş erkek	13	41

Hemoglobin veya hematokrit bakılamıyorsa, avuç solukluğu değerlendirme ölçütü olarak kullanılabilir:

- Yalnızca avuç içi soluk, parmak uçları pembeyse anemi
- Avuç içinin yanı sıra parmak uçları da soluksa ağır anemi olarak değerlendirilir.

Demir Eksikliği Anemisi Olasılığının Arttığı Durumlar

- Süt çocukları
- Prematüre bebekler (hızlı büyüme nedeniyle)
- İnek sütü ile beslenen bir yaştaki bebekler; özellikle ilk altı ayda tam inek sütü verilmeye başlanmış olan bebekler
- Hızlı büyümenin gerçekleştiği ergenlik (adölesan) dönemindeki, özellikle adet görmeye başlamış olan kız çocukları
- Doğurganlık yaşındaki kadınlar
- Gebeler
- Hayvansal besinlerden yoksun beslenme, kronik kan kaybı, bağırsak paraziti veya çeşitli nedenlere bağlı emilim bozukluğu olan hastalar

Tanı

Belirti ve Bulgular

Solukluk (özellikle avuç ve mukoza solukluğu), hâlsizlik, iştahsızlık, huzursuzluk, süt çocuklarında büyüme duraklaması, çarpıntı, baş ağrısı, baş dönmesi, nefes darlığı, kulak çınlaması.

Pika (toprak, kağıt gibi besin dışı maddeler yeme), çocuklarda katılma nöbeti, glossit, dilde papilla atrofi, kaşık tırnak, tırnaklarda kolay kırılma, saç dökülmesi, ağız köşelerinde ragadlar, yutma güçlüğü, üfürüm.

Anemiden bağımsız biçimde (hipoferritinemi) aşırı halsizlik ve yorgunluk olabilir.

Çocuklarda dikkat ve algılama sorunları, okul başarısında azalma, öğrenme güçlüğü.

Laboratuvar Bulguları

- Hemoglobin, hematokrit, eritrosit sayısı ve ortalama eritrosit hacmi azalır. Reaktif trombositoya neden olabilir. Trombosit sayısı 600.000 /mm³ değerine ulaşabilir.
- Periferik kan yaymasında hipokromi, mikrositoz ve anizositoz görülebilir. Normoblast görülmesi demir eksikliği anemisi olmadığını düşündürür.
- Bakılabiliriyorsa, demir depolarını yansıtan ferritin düzeyi değerlendirilir. Düzeyin 15 microgram/L'nin altına düşmesi demir depolarının boşaldığının göstergesidir.

Ayırıcı Tanı

Birinci basamakta, tedavinin başarısız kaldığı hastalarda, ayırıcı tanıda, ülkemizde sık görülen ve tedaviye yanıtız hipokromik-mikrositer anemiye yol açan talasemi (hasta veya taşıyıcı) ve kronik hastalığa bağı anemi akla gelmelidir. Talasemi minör ile demir eksikliği anemisi ayırıcı tanısında aşağıdaki tablo kullanılabilir (Tablo 2). Ancak kesin ayırıcı tanı hemoglobin elektroforezi ile yapılır.

Tablo 2. Tam Kan Sayımında Talasemi ve Demir Eksikliğine Bağı Aneminin Ayırıcı Tanısı

Parametreler	Demir Eksikliği Anemisi	Talasemi minör
Eritrosit (mm ³)	<5.5 milyon	>5.5 milyon
RDW*	Artmış	Normal
MCV (fl)**	50-80	60-70
Trombosit	Artmış	Normal
Hb (gr/dl)	4-12	10-11

*RDW: Eritrosit dağılım genişliği,

**MCV: Ortalama eritrosit hacmi, Hb: Hemoglobin

Tedavi ve İzlem

- Demir eksikliği anemisi tanısı konulduğunda, tedavi öncesindeki en önemli nokta etiyolojik nedenin bilinmesidir. Yoksa tedavi başarısız olabilir.
- Hemoglobin açığını düzeltmek ve depo demirini yerine koymak için demir verilmesi gerekir. İki değerlikli demir (ferro) sülfat, tercih edilen, ağız yolundan kullanılabilen standart demir preparatıdır. Üç değerlikli (ferrik) demirlerin etkililiği düşüktür.
- Erişkinde 150-200 mg/gün elementer demir (aç karnına, 2-3 dozda)
- Çocukta 4-6 mg/kg/gün elementer demir (aç karnına, 2-3 dozda)
- Ağız yolundan demir kullanımıyla kan değerleri, aneminin derecesine göre 1-2 ayda normale döner.
- Hemoglobin normal düzeye ulaştıktan sonra, depo demirini yerine koymak için, tedavi erişkinde en az 6 ay, çocukta 6-8 hafta daha sürdürülmelidir. Toplam tedavi süresi 6 ayı geçmemelidir.
- Tedaviye yanıtın göstergesi hemoglobin değerinin üçüncü haftada en az 2 g/dl artmasıdır.
- Hemoglobinleri normal, ferritinleri düşük hastalara 2-3 ay süre ile ferritin değerleri normale gelene kadar ağızdan kullanılabilen demir preparatları eklenmelidir.

Akut enfeksiyonda tedaviye ara verilir. Enfeksiyon tedavisinden sonra anemi tedavisi kaldığı yerden sürdürülür.

Demir ağız yolundan süt ve antasitlerle birlikte kullanılmamalıdır. Tetrasiklinler ve kinolonlar demir emilimini azaltabilir.

Ağızdan demir kullanımı sırasında bulantı, kusma, karın ağrısı, kabızlık ve ishal gibi yan etkiler görülürse ilaç tok karına alınabilir. Ayrıca, dışkının siyaha boyanacağı hastaya anlatılmalıdır. Şurup veya damla kullanılan çocuklarda dişler de boyanabilir.

Parenteral demir, ağızdan demir tedavisini tolere edemeyenlerde, hızlı düzeltilmesi gereken anemilerde, persistan mide-barsak kaynaklı kan kayıplarına bağlı durumlarda kullanıldığından ve anaflaksiye yol açabileceğinden birinci basamak tedavide gerekli değildir.

Yüksek dozda demirin özellikle çocuklarda toksik olduğu unutulmamalıdır.

Tedaviye Cevap

Hematokritte yükselme 10 günde başlar.

En son düzelen bulgu nörolojik bulgulardır. Düzelme 12-18 ayı bulabilir. Bazen tam düzelme olmayabilir.

Sevk Ölçütleri

- Başlangıç hemoglobin düzeyi <7 gr/dl olan tüm çocuklar, ağır anemi düşünülerek,
- Başlangıçta avuç solukluğu, yalnızca avuç içini değil parmak uçlarını da kapsayacak biçimde belirginse, ağır anemi düşünülerek,
- Ağızdan demirin uygun dozda ve düzenli kullanımına karşın, 3 hafta sonra avuç solukluğunda düzelme olmaz ya da hemoglobin düzeyindeki artış 2 g/dl'nin altında kalır ise, tedaviye yanıtızlık düşünülerek,
- Belirgin splenomegali veya hemoliz bulguları veya ailede hemolitik anemi öyküsü varsa, hemolitik anemi düşünülerek,
- Dışkıda kan varsa, özellikle erişkinde, gastrointestinal sistem tümörü düşünülerek,
- Anemi ile birlikte kalp yetmezliği bulguları varsa ağır anemi düşünülerek,
- Anemi nedeni açıklanamayan hastalar,
- Malignite riski nedeniyle bütün yaşlı hastalar,

üst basamağa sevk edilmelidir.

Profilaksi

- Prematüre bebeklere ikinci aydan başlayarak 1 yaşına kadar 2 mg/kg/gün, en çok 15 mg/gün; zamanında doğan ve doğum ağırlığı normal olan bebeklere dördüncü aydan başlayarak 1 yaşına kadar 1 mg/kg/gün, en çok 15 mg/gün demir verilmelidir.
- Anne sütü alan bebeklerde altıncı aydan sonra demirden zengin ek besinlere mutlaka başlanmalıdır. Zorunluluk olmadıkça, bir yaşın altındaki bebeklere tam inek sütü verilmemelidir.
- Anne sütü alamayan, demir ile zenginleştirilmiş mama verilemeyen durumlarda, ağız yolundan demir sülfat verilmelidir.
- Gebelik ve emzirme döneminde anne $60-120$ mg/gün demir sülfat kullanmalıdır. Hastalara demir (sakatat, kırmızı et, beyaz et, yumurta sarısı, kuru baklagil) ve -özellikle tahılda bulunan demirin emilimini artıran- C vitamini yönünden zengin besinlerle düzenli beslenme önerilmelidir.

Kaynakça

1. Andrews NC, Bridges KR. Disorders of Iron Metabolism and Sideroblastic Anemia. Nathan and Oski SH, ed. Philadelphia: Saunders. 1998;423-61.
2. Beers MH, Berkow R. Anemias. The Merck Manual, 17th ed. New Jersey: Merck. 1999; 849-82.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations to Prevent and Control of Iron Deficiency in the United States. MMWR 1998;47(No.RR-3)
4. Fairbanks VF, Beutler E. Iron-deficiency. Beutler E, Lichtman MA, Coller BS, Kipps TJ, ed. Williams Hematology, 5th ed. New York: Mc GrawHill 1995;490-511.
5. Hamilton CW. Hematologic Disorders. Wells BG, D'Plro JT, Scwinghammer TL, Hamilton CW eds. Pharmacotherapy Handbook, Appleton & Large 1998;367-74.
6. Lanskovsky P. Iron deficiency anemia. Lanskovsky P, ed. Manual of Pediatric Hematology and Oncology. 1995; 35-50.
7. Lee GR. Iron Deficiency and Iron Deficiency Anemia. Lee GR, Foerster J, Lukens J, Parasvekas F, Greer JP, Rodgers GM, ed. Wintrobe's Clinical Hematology, 10th ed. Mass Publishing. 1999; 979-1110.
8. World Health Organization. Integrated Management of Childhood Illness. Reference Library of Selected Materials- WHO/FCH/CAH/01.08, WHO. Geneva, 2001
9. <http://www.merck.com/mmpe/sec11/ch130/ch130b.html>
10. Antianemik İlaçlar I. Demir. Kayaalp SO. Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji. Kayaalp SO , ed. 12. Baskı, Pelikan Yayıncılık, Ankara, 2009; 1335-1347.
11. Anemiler ve diğer kan hastalıklarından bazıları. Bölüm 9.1. Türkiye İlaç Kılavuzu-5 2007 Formülleri. Kayaalp SO, ed. Turgut Yayıncılık, İstanbul, 2007; 453-457.
12. Fauci AS, Kasper DL, Longo DL, Braunwald E, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J. Iron Deficiency and Other Hypoproliferative Anemias. 17th Edition. Harrison's Principles of Internal Medicine McGraw-Hill Companies, Inc.2008.

Sigara, dünyadaki en önemli önlenabilir erken ölüm nedenidir. Ülkemizde sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle her yıl yaklaşık 100.000 kişi ölmektedir. Sigaraya başlamada 11-15 yaş dönemi çok önemli olduğundan, bu yaştaki çocuklar özellikle korunmalıdır.

Tanı

Fiziksel bağımlılığın derecesi Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (Tablo 1) veya Nikotin Bağımlılığı Ölçütleri (Tablo 2) ile belirlenir.

Uyandıktan sonra ilk 30 dakika içinde sigara içilmesi ve günde 15 sigaradan fazla içiliyor olması da nikotin bağımlılığının yüksek olduğunu gösteren basit bir testtir.

Tedavi

Hangi nedenle görülürse görülsün, her hastaya sigara içip içmediği sorulmalıdır.

Sigara içen herkes zaman ayrılıp görüşülerek, uygun bir dille ve ısrarla sigarayı bırakmaya teşvik edilmelidir. Birçok kişi yalnızca sorma ve teşvikle sigarayı bırakmaktadır.

Ayrıca, hastanın bırakma isteği değerlendirilmeli, sigarayı 30 gün içinde bırakmak isteyip istemediği sorulmalıdır. İstekliyse destek sağlanmalı, değilse özendirilmelidir.

• Sigarayı Bırakmak İsteyenler İçin

Sigara içen ve bırakma denemesi için istekli olan hastaları, bu sürece hazırlamak, deneme aşamasına getirmek ve sigarayı bıraktıktan sonraki süreçte yaşayacağı zorluklarla mücadelesini kolaylaştıracak girişimleri onlara öğretmek gerekir. Bu amaçla önerilen yöntemler “5A/5Ö” olarak isimlendirilmiştir (1). Sırasıyla bu başlıklara bakacak olursak;

1. **Öğren (Ask-Sor):** Her olgunun sigara içip içmediğinin sorgulanması ve kaydedilmesidir. Hastaya özel bir sigara dosyası çıkartılarak, yaşamsal (vital) bulgularının yanı sıra sigara içme özellikleri ile ilgili bilgilerin işlenmesi aşamasıdır.

2. **Öner (Advise-Tavsiye Et):** Her hastaya açık, güçlü bir mesajla bırakması gerektiğinin vurgulanmasıdır. Olanaklıysa sigarayı bırakmayı en kısa zamanda başarması önerilmelidir. Verilmesi önerilen mesajlar:

- Açık olarak: “Sizin sigarayı bırakmanızın önemli olduğunu düşünüyorum, size yardımcı olabilirim. Henüz hasta değilken sigarayı bırakın!”
- Güçlü olarak: “Sizin doktorunuz olarak, sizin için en önemli şeyin sigarayı bırakmanız olduğunu ve bunun şimdi ve ileride sizi hastalıklardan koruyacağını düşünüyorum.”
- Kişisel olarak: Sigara kullanımı ile şu anki sağlık/hastalık durumu veya sigaranın ekonomik yükü, toplumsal bedeli, çocukları ve ailesinin dumana maruz kalması gibi bireye ait durumlarla ilişkilendirilecek durumların belirtilmesidir.

3. **Ölç (Assess-Değerlendir):** Bireyin gelecek 1 ay içinde sigarayı bırakmaya istekli olup olmadığının sorulmasıdır. Bırakma isteğinin değerlendirilmesi için;

- Denemeye hazırsa destek sağlanması,

- Eğer yoğun bir bırakma tedavisi istiyorsa koşulların elverdiği ölçüde, hastanın tedavi edilmesi veya ileri bir merkeze sevk edilmesi,
- Bırakma konusunda isteksiz ise motivasyon desteği sağlanması,
- Adölesan, gebelik gibi özel bir durum varsa ek bilgi verilmesi gereklidir.

4. Önderlik Et (Arrange-Düzenle): Bir bırakma planı yapılarak bu süreçte hastanın yanında olunacağını söylenmesidir.

Bireyi bırakmaya hazırlarken belirtilecek öneriler şunlardır:

- İki hafta içinde olacak biçimde bırakma günü belirleyin,
- Arkadaşlarınıza, ailenize ve çevrenize bırakma isteğinizi açıklayın ve destek alın.
- İlk birkaç hafta içinde oluşabilecek nikotin yoksunluk belirtileri dâhil yaşanabilecek olumsuzluklarla mücadeleye hazır olun.
- Yaşadığınız ortamdaki tütün ürünlerini ortadan kaldırın, zamanınızın önemli bir kısmını geçirdiğiniz yerlerde (ev, iş, araba gibi) sigara içmekten kaçının.

Ayrıca sorunları çözmeye yönelik uygulanabilir önerilerde bulunulması gereklidir. Bunlar;

- Bırakma gününden sonra hiç sigara içilmemesi gerektiği, bir nefes dahi almaması gerektiği vurgulanmalıdır. Geçmişteki bırakma girişimlerini ve yeniden başlamaları (nüksleri) gözden geçirerek bunlarla nasıl başa çıkabileceği konusu tartışılmalıdır. Bırakma çabası sırasında gelişebilecek değişiklikleri ve tetikleyici etmenleri öngörmeye çalışmalı ve bunların üstesinden nasıl gelebileceği anlatılmalıdır. Bırakma süreci boyunca alkolü sınırlaması ya da uzak durması gerektiği, alkolün yeniden sigaraya başlamaya neden olabileceği söylenmelidir. Yaşadığı evde kendisinden başka sigara içen(ler) varsa, bırakmasını olumsuz etkileyebileceğinden ev halkı bırakma konusunda hastayı cesaretlendirmeli veya en azından hastanın yanında sigara içilmemesi sağlamalıdır.
- Tedavi için de toplumsal destek sağlanması gerekir. Bireylere bırakma girişimi sırasında kliniğinizdeki sağlık personelinin toplumsal destek alabileceği söylenmelidir.
- Tedavi dışında hastanın toplumsal destek almasına yardım edilmesi gerekir. Hastaya kendi ortamında toplumsal destek sağlayacak bireylerden (ailesi, arkadaşları, eşi, çocukları gibi) yardım istemesi önerilmelidir.
- Kontrendikasyon yoksa ilaç tedavisi önerilmesi gerekir. Sigara bırakma döneminde yoksunluk belirtileri ve içme isteğini azaltacak ilaç [nikotin yerine koyma (replasman) tedavisi, bupropion] kullanabileceği anlatılmalıdır. Hastanın yaşına, kültürüne ve eğitim düzeyine göre bilgiler verilmeli, bilgilendirme amaçlı ek materyal sağlanmalıdır.

5. Örgütle (Arrange-İzlem): Bireyin yüz yüze görüşmeler ya da telefon görüşmeleri yoluyla izlenmesidir.

Bırakma tarihinden sonra tercihen 1 hafta içinde hasta ile görüşülmeli, ikinci görüşme ilk 1 ay içinde yapılmalı, gereksinim varsa yine görüşülmeli, daha sonra olgunun durumuna göre randevu sıklığı belirlenmelidir. İzlemler olanaklıysa yüz yüze veya telefon yoluyla sürdürülmelidir. İzlemlerde başarılı olanlar kutlanmalı, yeniden başlama olmuşsa nedenleri tartışılmalı, çözüm yolları geliştirilmeli, ilaç kullanımı ve sorunları incelenmeli, gerekiyorsa daha yoğun bir tedavi girişimi düşünülmelidir.

Sigarayı bırakma günü belirlenir. Hastanın ailesi ve çevresinden bırakma girişiminde anlayış ve destek vermeleri istenir. Hasta, nikotin yoksunluk belirtileri (sinirlilik, dikkat dağınıklığı, kabızlık) konusunda bilgilendirilir, egzersiz yapması önerilir ve varsa destekleyici yayınlar verilir.

Nikotin yerine koyma tedavisi gerekip gerekmediği değerlendirilir. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanı 6 ya da üstünde olan hastalar nikotin bağımlısı olarak kabul edilir ve yerine koyma tedavisi uygulanır. İlk hafta ve ilk ay sonunda görüşülmek üzere randevu verilir.

• Sigarayı Bırakmak İstemeyenler İçin

Hastanın sigaranın zararları konusunda yeterli bilgisi olmayabilir, daha önceki denemelerinde başarısızlık yaşamış ya da toplumsal veya ekonomik sorunlar yaşıyor olabilir. Bu durumdaki hastalara, 5R diye adlandırılan girişimlerde bulunmak gerekmektedir.

İlgilenme (Relevance)	
Kişiye özel durumun ele alınması	Olabilirdiğince bireyin o anki durumu (hastalık, aile, çocuk, ekonomik durum, yaş, cinsiyet, sağlık endişesi gibi) ele alınarak neden bırakması gerektiği konusunda bilgi verilmelidir.
Riskler (Risks)	
Sigara içmenin sonuçlarının vurgulanması	Akut Riskler: Nefes darlığı, astım atağı, gebeliğe olumsuz etkiler, serum CO düzeyinde artış gibi etkilerinden söz edilmelidir. Kronik Riskler: Kalp krizi, felç, başta akciğer olmak üzere larinks, ağız, farinks, özofagus, pankreas, mesane, serviks kanseri riskinde artış, kronik bronşit gibi risklerden söz edilmelidir. Çevresel Riskler: Sigara içenlerin çocuklarında akciğer kanseri ve kalp hastalıkları riskinde artmadan, astım, orta kulak hastalıkları, solunum sistemi hastalıklarının görülme sıklığında artıştan ve gebelerde düşük doğum ağırlığına yol açabileceğinden söz edilmelidir.
Kazançlar (Rewards)	
Sigarayı bıraktığında elde edeceği yararlardan söz edilmesi	Birey, sigarayı bıraktığında erken ve geç dönemde ortaya çıkacak olası yararları konusunda bilgilendirilmeli ve mevcut durumu ile en ilişkili olabilecek değişikliklerin üzerinde durulmalıdır: - Koku ve tat alma duyusunun geri geleceği - Para biriktirebileceği - Kendini daha iyi hissedeceği - Evinin, arabasının, elbiselerinin, nefesinin daha iyi kokacağı - Çocuklarına iyi örnek olacağı - Sağlıklı bebek ve çocuklara sahip olacağı - İttiği sigaranın başkasını rahatsız edeceği endişesini yaşamayacağı - Fiziksel aktivitelerde daha iyi performans göstereceği - Cilt kırışıkları ve yaşlanma hızının azalacağı - Eski sağlığına kavuşabileceği - Daha iyi nefes alabileceği mutlaka söylenmelidir.
Engeller (Roadblocks)	
Sigarayı bırakmayı engelleyen sorunların irdelenmesi	Sigarayı bırakmasında onun için önemli olan engeller (yoksunluk belirtileri, başarısızlık korkusu, kilo alma, destekten yoksunluk, depresyon, sigara içmekten hoşlanmak gibi) sorulmalı ve bu engelleri tedavi edebilecek yöntemlerin (sorun çözme stratejileri, ilaç tedavisi) olduğu hastaya anlatılmalıdır.
Yineleme (Repetition)	
Her başvuruda desteğin yinelenmesi	Bırakmak istemeyen hastanın kliniğe her başvurusunda onu cesaretlendirici görüşmeler yinelenmeli, daha önceki denemelerinde başarısız olanların birkaç denemeden sonra başarabilecekleri konusunda bilgi verilmelidir.

İzlem

Sigaraya yeniden başlama sıklıkla ilk üç ay içinde olduğundan, bu dönemde yakın izlem, sonrasında da bir yıl süreyle izlem gereklidir.

Sevk Ölçütleri

Nikotin yerine koyma tedavisine gerek duyulan veya birkaç kez başarısız girişimde bulunmuş hastalar sigara bırakma birimlerine veya ilgili uzmanlara yönlendirilmelidir. Adolesan, gebe ve zeminde psikiyatrik hastalığı olan hastalar bu konuda uzmanlaşmış kliniklere gönderilmelidir.

Tablo1. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

	a	b	c	d
1. Günde ne kadar sigara içiyorsunuz? a. En çok 10 tane b. 11-20 tane c. 21-30tane d. En az 31tane	0	1	2	3
2. Uyandıktan sonra ilk sigarayı içinceye kadar geçen süre nedir? a. En çok 5 dakika b. 6-30 dakika c. 31-60 dakika d. 60 dakikadan çok	3	2	1	0
3. Sigara içilmesi yasak olan sinema, kütüphane, hastane gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz? a. Evet b. Hayır	1	0	-	-
4. Vazgeçmekte en çok zorlanacağınız sigara hangisidir? a. Günün ilk sigarası b. Diğer herhangi biri	1	0	-	-
5. Sigarayı uyandıktan sonraki ilk saatlerde, daha sonraki saatlere kıyasla daha sık içiyor musunuz? a. Evet b. Hayır	1	0	-	-
6. Günün çok büyük bir bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar ağır hasta olsanız, yine de sigara içer misiniz? a. Evet b. Hayır	1	0	-	-

Tablo 2. Nikotin Bağımlılık Ölçütleri

1. En az birkaç haftadır her gün nikotin alıyor olmak
2. Nikotin kullanımının birden kesilmesi ya da miktarın azaltılmasından sonraki 24 saat içinde aşağıdaki yoksunluk belirtilerinden en az dördünün ortaya çıkması a. Şiddetli nikotin arayışı içinde olmak b. Kızgınlık ya da öfke c. Anksiyete d. Huzursuzluk e. Kalp atım hızında yavaşlama f. İştah artışı g. Konsantrasyon bozuklukları

Kaynakça

- 2008 PHS Guideline Update Panel, Liaisons, and Staff. Respir Care. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. 2008; 53: 1217-22.
- Tür A, ed. Sigaranın Sağlığa Etkileri ve Bırakma Yöntemleri. İstanbul: Logos Yayıncılık, 1995:194-211.
- Lillington GA, Leonard CT, Sachs DPL. Smoking cessation. Chest in Med 2000;21:199-208.



AİLE PLANLAMASI - 2012

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Gebeliğin Önlemesi (Kontrasepsiyon): Her ikisi de fertil olan çiftlerde birtakım yöntemler uygulanarak fertilizasyonun belirli bir süre engellenmesidir

Sterilizasyon: Fertilizasyonun geri dönülmez biçimde ortadan kaldırılmasıdır.

Danışmanlık: İdeal olan kadının eşi ile birlikte danışmanlık almasıdır. Kadına tüm yöntemler, kendi anlayacağı dilde ayrıntıları ile (yararları, yan etkileri, etkinliği, maliyeti, kullanım kolaylığı/zorluğu) anlatılmalıdır. Danışmanlık veren kişi hiçbir yönteme ilişkin yan tutmamalı, her yöntemi eşit yanlılıkla anlatmalı; çiftin yaşam tarzını, alışkanlıklarını, sağlık durumunu, üreme organlarının durumunu, ailevi ve tıbbi öyküsünü değerlendirerek gebeliği önleyecek en uygun yöntem(ler)i önerip tercihi kadının kendisinin yapmasına olanak vermelidir.

Gebeliği önleyici yöntemin başarısızlığı, Pearl indeksi ile belirlenir. Bu kadın-yıl birimini ifade eder. Örneğin % 0,1 oranı, söz konusu yöntemi 1 yıl kullanan 1000 kadından 1'inde istenmeyen gebelik olduğunu ifade eder.

SINIFLANDIRMA

1. Modern Olmayan Yöntemler

- Menstrual siklusta fertilizasyonun yüksek olduğu günlerle ilgili yöntemler
- Emzirme
- Geri çekme
- Vajinanın yıkanması

2. Modern Yöntemler

- Bariyer yöntemler
 - Erkek kondomu
 - Spermisidler
 - Diyafram
 - Serviks başlığı
 - Kadın kondomu
- Rahim içi araçlar (RİA)
- Kombine oral kontraseptifler
- Yalnızca progesteron içeren yöntemler
 - Mini hap
 - Depo-Provera
 - Norplant
 - İmplanon
 - Jadelle
- Geri dönülebilir olmayan yöntemler
 - Kadın sterilizasyonu (Tüp ligasyonu)
 - Erkek sterilizasyonu (Vazektomi)
- Acil kontrasepsiyon
 - Yuzpe rejimi
 - Tek başına levonorgestrol
 - RİA
 - Mifepriston (Antiprogesteron ilaç)
- Vaginal halka (Nuvaring ®)
- Ortho- Evra (Kombine estrogen + Progesteron içeren “transdermal terapötik sistem”, ülkemizde pazarlanmıyor)

MENSTRUAL SIKLUSTA FERTİLİZASYONUN YÜKSEK OLDUĞU GÜNLERLE İLGİLİ YÖNTEMLER

(Beden sıcaklığındaki değişmeyi ölçüm yöntemi, servikal mukustaki değişiklikleri izleme yöntemi, takvim yöntemi)

Bu yöntemlerde tipik menstrual sıklusta, yumurtlamanın(ovulasyonun) olabileceği siklusun ortasındaki 8-10 günler temel alınmıştır. Bu fertil günlerde ya koitusdan kaçınılır veya ek yöntem kullanılır. Koitusdan kaçınılma tercih ediliyorsa ayın 1/3–1/4 arasında penetratif ilişkiye girilmemesi gerekir. İyi bir izlem, düzenli gün sayma gerektirdiğinden etkinliği düşük bir korunma yöntemidir

Koitus Interruptus (Geri Çekme):

- Ejakülasyonun vajinadan ve dış genitaleden uzakta gerçekleşmesidir.
- Ek araç veya ilaç gerektirmez. Olumsuz olarak semenden bir miktar sıvı ejakülasyondan önce dışarı kaçabilir. Bu sıvıda milyonlarca sperm bulunabilir ve gebeliğe yol açabilir.
- Erkeğin iyi bir öz denetimi gerekir. İlişkinin plato fazında kesilmesi doyumsuzluğa, psikolojik sorunlara yol açabilir.
- Başarısızlık oranı % 4-18'dir.

Postkoital Duş:

- Su, sirkeli su, limonlu su ile yapılabilir. Ancak ejakülasyondan 90 saniye sonra mukusta spermlerin belirlendiği unutulmamalıdır.

Emzirmenin Uzaması:

- Artmış prolaktinin foliküllerin gelişimi üzerine etkisi amenoreye yol açar. Korunma açısından çok etkili değildir.
- Doğum sonrası korunma için 3. haftadan sonra bir korunma yöntemine geçilmesi uygundur.

Emzirme döneminde kondom, spermisid kullanılabilir. Diyafram, servikal başlık rahim normale dönmeden kullanılamaz. Rahim eski durumunu almadan RİA takılırsa RİA'nın atılma riski vardır. Kombine oral kontraseptifler süt miktarını azalttığı için önerilmez. Yalnızca progesteron içeren yöntemler, haplar, implantlar, depo-provera, progesteron salan RİA'lar kullanılabilir.

BARİYER YÖNTEMLER

Vajina Diyaframı:

- Diyafram, kauçuktan yapılmış, kenarları bükülebilen kubbe biçiminde bir araçtır.
- İlişkiden 1 saat önce yerleştirilmelidir. Yerleştirilmeden önce serviks üzerine gelecek olan iç kısmına spermisid sürülür.
- En büyük sorun diyaframın kadının kendisi tarafından yerleştirilmesidir, istenmeyen gebelikler çoğunlukla yanlış yerleştirmeye bağlı olarak gerçekleşir.

Erkek Kondomu (Prezervatif, Kaput):

- Gebeliği önleyici etkisinin yanı sıra AIDS dahil olmak üzere cinsel ilişki ile bulaşan Herpes simpleks, Human papilloma virüsü, Hepatit B, sifilis, gonore, chlamidia gibi hastalıkların önlenmesinde önemli rol oynar.
- Her ilişkide bir kondom kullanılmalıdır.
- Kondomlar, serin kuru bir yerde 5 yıl süreyle saklanabilirler.
- Başarısızlık oranı % 2-12 arasındadır.
- Bazıları spermisid ile kaplanmıştır. Silikon yağı, jel, pudra katılarak kayganlaştırılmışlardır.

- Spermisidli kondom, vajinanın yeterince ıslanmasını beklemeden ilişkiye girme, kauçuğu etkileyen kayganlaştırıcılar yırtılmaya neden olabilirler.

Yan Etkileri

- Glans duyarlılığı azalır. Çok ince veya kayganlaştırılmış kondomlar önerilir.
- Bazı kadın ve erkeklerde kauçuğa karşı alerji gelişebilir.

Kadın Kondomu (Femal kondom, Femidom):

- Vajinaya yerleştirilen lateks veya poliüretandan yapılmış ceplerdir.
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı korunmada etkili bir bariyer yöntemi olduğu düşünülmektedir.
- İlk yıl başarısızlık oranı % 10-20
- Pahalıdır ve aile planlaması yöntemi olarak kabul edilebilirliği tartışmalıdır.

Spermisidler:

- Hücre zarını parçalayarak spermleri öldürürler.
- En çok nonoxynol-9 kullanılır. (A-gen ovül, Lorophyn ovül, Lady ovül)
- Süppozituar ve tabletlerin köpürmesi için 10-15 dakika beklenmeli ve ilişkiden sonra 6-8 saat yerinde bırakılmalıdır.
- Başarısızlık oranı % 5-25'tir.
- Spermisid alerjisi gelişebilir. Teratojenik etkisi tartışmalıdır.

Bariyer Yöntemlerinin Yan Etkileri

- Bölgesel tahriş, bazı kadınlarda vajinada kuruluk
- Kandidiazis ve üriner sistem enfeksiyon oranında artış
- Toksik şok sendromu
 - Ateş, diyare, kusma, göz kızarıklığı ortaya çıkar.
 - Birkaç günde, güneş yanığına benzer yaygın döküntüler olabilir.
 - Baş dönmesi, hâlsizlik, boğaz ağrısı, eklem ve kas ağrısı olabilir.
 - Olguların % 2-3 kadarında böbrek, kalp ve karaciğer etkilenir. Bu olgularda ölüm olabilir. Daha çok vajinaya tampon kullananlarda sıktır.

RAHİM İÇİ ARAÇ (RIA)

- Rahimde yabancı cisim olarak lokal enflamatuvar yanıt oluşturarak etki gösterirler (sperm, blastokist, implantasyon üzerine etkisi ile).
- Progestasyonel ilaç içerenler proliferatif cevabı bozarlar, tubanın hareketlerini ve serviks mukusunu bozarlar, menstrüasyondaki kan kaybını % 40-50 oranında ve dismenoreyi azaltırlar.
- Uygulama ve izlemi için eğitim/sertifikasyon gerektirir.
- Uterus perforasyonu, dış gebelik, normal gebelik oluşması, pelviste enfeksiyon gibi komplikasyonlar açısından kadın doğum uzmanı ya da sertifikalı hekimce uygulanmalı ve izlenmelidir.

KOMBİNE ORAL KONTRASEPTİFLER

Yüksek etkinlik, kolay kullanım, az yan etki, gebeliği önleme dışında bazı jinekolojik sorunların giderilmesinde tedavi edici değer gibi özelliklere bağlı olarak tüm dünyada yaygın biçimde kullanılmaktadırlar.

Östrojen (etinil estradiol) ve progesteron içerir. Östrojen dozu 20-50 mikrogram arasında değişir. Düşük doz estrojenle ara kanama ve gebelik riski olduğu için östrojen dozu 30-35 mikrogram arasında olan haplar tercih edilir. Farklı progesteronların farklı dozda, farklı etkinlikleri, potensleri vardır.

Kullanım Rejimleri:

21 gün her gün bir tane alınıp 7 gün ara verilir, ilaç kullanılmadığı dönemde çekilme kanaması olur. 8. gün yeni kutuya başlanır. Her gün kullanılan ürünler de vardır ve bunlarda son 7 gün alınan haplarda aktif madde bulunmaz kansızlığa karşı demir bulunur.

Etki Mekanizması:

Temel etkileri ovülasyonu inhibe etmektir. Servikal mukusun özelliğini değiştirip spermin geçişini engellerler. Ayrıca, oluşturdıkları atrofik endometriuma bağlı olarak implantasyonu önlerler.

Tablo 1. Türkiye'de Kullanılan Kombine Oral Kontraseptifler

Preparat ismi	Firma	Farmasötik biçim	Etinil estradiol dozu (mg)
Desolett	Organon	Tablet	0.03
Diane-35	Schering	Draje	0.035
Eugynon	Schering	Draje	0.05
Ginera	Schering	Draje	0.03
Lo-ovral	Wyeth	Tablet	0.03
Lyndiol	Organon	Tablet	0.05
Microgynon	Schering	Draje	0.03
Minulet	Wyeth	Draje	0.03
Myralon	Organon	Tablet	0.02
Miranova	Schering	Tablet	0.02
Yasmin	Schering	Tablet	0.03
Ovral	Wyeth	Draje	0.05
Ovulen-50	Ali-Raif	Tablet	0.05
Primosiston	Schering	Tablet	0.01
Triquilar	Schering	Sarı draje	0.03
Triquilar	Schering	Beyaz draje	0.04

Etkinlik:

İlk kullanım yılında 1000 kadından 1 tanesinde gebelik saptanmıştır.

Yararları:

- Adetler daha kısa, daha hafif, daha düzenli olur.
- Adetler ağrısız ve premenstrual sendrom bulguları görülmeksizin olur.
- Menoraji, premenstrual sendrom, anovulatuvar disfonksiyonel kanama, dismenore tedavisinde ilk seçenek kombine oral kontraseptiflerdir (OKS).
- Kombine hapları kullananlarda benign meme hastalıkları, over kistleri, endometriozis, pelvik inflamatuvar hastalık, akne daha az görülür.
- Over ve endometrium kanserinden korunur. Bu ilaçlar 5 yıl kullanıldığında over kanseri riski %50 azalır ve bu etki ilacı bıraktıktan sonraki 10 yıl sürer.
- Ektopik gebeliği önlerler.
- Romatoid artrit gelişimini azaltırlar.
- Osteoporoz riskini azaltırlar.
- Bırakıldığı zaman fertilitate kısa sürede geri döner.
- Demir eksikliğine bağlı anemi riskini azaltırlar.
- Kullanımı son derece kolay, güçlü etkili, koitus zamanı ile ilişkisiz yöntemlerden biridir.

Kontrendikasyonları

Kesin Kontrendikasyonlar

- Kardiyomiyopati dâhil iskemik kalp hastalıkları
- Birçok tip kalp kapak hastalıkları
- Tromboza eğilimli hastalık veya geçirilmiş venöz trombozu öyküsü
- arteryal trombozu öyküsü
- Geçirilmiş beyin kanaması veya var olan geçici iskemik atak öyküsü
- Beyinde damarsal oluşum bozukluğu olması
- Pulmoner hipertansiyon
- Hiperlipidemi
- Fokal veya kreşendo migren veya ergotamin- sumatriptan gerektiren migren
- Aktif karaciğer hastalığı, rekürren kolestatik sarılık, Dubin-Johnson veya Rotor Sendromu
- Karaciğer tümörü
- Bilinen safra taşı varlığı
- Porfiri
- Steroidlerin etkileyebileceği ciddi hastalığın olması (örneğin, gestasyonel trofoblastik hastalık)
- Gebelik
- Tanı konulmamış anormal rahim kanaması
- Östrojene bağımlı tümör olması (örneğin, meme kanseri)

Göreceli Kontrendikasyonlar

- Hipertansiyon
- Ailede kalp-damar sistemi hastalığı öyküsü
- Diabetes mellitus
- Sigara kullanımı
- İleri yaş (35 yaş üstü)
- Obezite
- Migren, epilepsi, depresyon
- Gebelik sırasında veya daha önce OKS kullanırken sarılık geçirenler
- Emzirenler (bebek 6 aydan küçük ise)
- 40 yaşını geçmiş ve diyabet, kalp-damar sistemi hastalığı, beyin-damar sistemi hastalığı riski taşıyanlar
- Hareketi engelleyecek büyük ameliyat geçirme veya 4 hafta içinde böyle bir ameliyat geçirecek olma

- **Hiperprolaktinemi:** Bu tür hastalarda östrojen verilmesi ile hipofizdeki laktotrof hücrelerden prolaktin salgılanması artar. Bu nedenle bunlara sadece progesteron içeren gebeliği önleyici yöntemlerden birisi uygulanmalıdır.

Riskleri ve Yan Etkileri

Hergün sürekli olarak hap almak hasta uyumu açısından kolay değildir. Ruhsal durum değişikliği, kilo alma, sıvı tutulumu, bulantı, kusma, baş ağrısı, kloazma, libido kaybı, mastalji, memede büyüme, yağlı cilt çoğu zaman ilacın bırakılmasına neden olur. Fakat 3-6 ay içerisinde bu yan etkilerin çoğu geçer. Eğer zaman geçmesine karşın yan etkiler azalmıyorsa o zaman östrojen–progesteron dozu daha farklı olan bir ilaç seçilmelidir.

Ciddi yan etkiler, daha çok kalp-damar sistemi üzerinedir. İlaç hem atardamarları hem de toplardamarları etkiler. Lipid ve trigliseridlerde artış yapar, pıhtılaşma faktörleri üzerinde etkileri vardır. Hipertansiyon ve sigara içme tromboembolik hastalık olasılığını artırır.

Meme kanseri ile kombine oral kontraseptifler arasındaki gerçek ilişki henüz ortaya konulamamıştır. Var olan bilgiler, OKS kullanmanın, tümörün erken teşhis edilmesini sağladığını; geç evre ise hastalığın daha da ilerlemesine neden olduğunu düşündürmektedir.

Serviks Kanseri: 5 yıldan fazla OKS kullanmak ile serviksin skuamoz kanserinde bir miktar artış bildirilmiştir. Ancak bu hapları kullananlar, yıllık smear incelemelerini yaptırdıkları için erken tanı olanağı doğabilir.

Uygulamada Yararlı Bilgiler

İlaca başlamadan önce tüm risk etmenlerini ortaya koyacak biçimde ayrıntılı öykü alınmalı, kan basıncı ölçülmeli, hasta tartılmalıdır. Eğer gerekli değilse olağan pelvik incelemeye gerek yoktur. Serviksten smear alınmalı, hasta 35 yaş üstündeyse meme incelemesi yapılmalıdır. Risk etmeni olan kadınlarda lipid ve pıhtılaşma profiline bakılmalıdır. Yeni ilaç kullanmaya başlayanlarda 30-35 mikrogram östrojen içeren hap ile başlanmalıdır. Eğer ilk üç aydan sonra anormal kanama kalıbı kendiliğinden geçmezse, altında jinekolojik patoloji bulunmuyorsa, o zaman daha yüksek östrojen içeren veya daha farklı progesteron içeren ilaç verilmelidir. Uzun süreli enzim indüksiyonu yapan ilaç (antikonvülzanlar, griseofulvin, rifampisin) kullanan kadınlara, optimum etkinlik için 50 mikrogram östrojen içeren preparat verilmelidir.

Geniş spektrumlu antibiyotikler kombine oral kontraseptiflerin etkinliğini azaltır. Bu süre içinde kadın, ilacını almaya devam etmeli; ama antibiyotik kullandığı sürece ve bundan bir hafta sonrasına kadar ek bir yöntem ile korunmalı veya cinsel ilişkiden kaçınmalıdır.

Daha önce hap kullanan kadınların bebeklerinde bir anomali olabileceğine ilişkin bilgi bulunmamaktadır. Oral kontraseptif kullanırken gebe kalan kadında teratojenik etki riski düşüktür.

Hap Alınması Unutulursa

Pakette 28 Hap Olanlarda: Eğer ilaç içermeyen, plasebo değeri taşıyan 7 haptan biri unutulmuşsa gebelik riski bulunmadığından ek bir korunma yöntemine gerek yoktur.

Pakette 21 Hap Olanlarda: Başka bir deyişle hormon içeren haplardan biri unutulmuşsa en son ilacı ne zaman aldığına bağlı olarak strateji belirlenir;

- 24 saatten önceyse;
 - Hemen unutulmuş hap alınır.
 - Normal ilaç alma zamanına dönülür.
 - O günün ilacı da zamanı gelince alınır.
- 24 saat geçmişse;
 - Unutulan hap ve o günün hapi aynı zamanda alınır.
- 24 saatten fazla geçmişse;
 - Unutulan en son hap hemen alınır.
 - Diğer hap zamanı gelince alınır.
 - Diğer unutulmuş haplar imha edilir.
 - Kalan hapları kullanmaya devam edilir.

Eğer Siklusun 15-21 Günlerinde Bir Hap Unutulmuşsa;

- Pakette kalan hapların kullanılması sürdürülür.
- Asla adet görmek için ilaçlara ara verilmez. Paketteki hormonal haplar biter bitmez yeni bir kutuya başlanır. Bu yeni kutu bitene kadar adet görmek olanaksızdır.
- Eğer 28 haplık kutular kullanılıyorsa son 7 hap alınmaz. Paketteki hormonal haplar biter bitmez yeni bir kutuya başlanır. Bu yeni kutu bitene kadar adet görmek olanaksızdır.

İzlem

Gebeliği önlemek amacıyla kombine oral kontraseptif kullanan kadın, ilk kez bu ilacı alıyorsa 3 ay sonra değerlendirilmeli; ondan sonra 6-12 aylık aralarla izlenmeli; yılda bir kez meme ve pelvis incelemesi yapılmalıdır. Kadın, kullanmak istediği sürece hapi kullanabilir. Kullanım süresinde bir sınır yoktur.

YALNIZ PROGESTERON İÇEREN YÖNTEMLER

Bu tür gebeliği önleyici yöntemlerin etki mekanizması şöyledir:

- Serviksin mukusunu kalınlaştırarak sperm geçişini engellerler.
- Kullanılan progesteronun türüne ve dozuna göre yumurtlamayı baskırlarlar.
- Tüplerde yumurtanın taşınmasını yavaşlatırlar.
- Döllenmiş yumurtanın endometriuma yerleşebilirliğini bozarlar.

Östrojenin trombotik olaylara neden olmasından dolayı yalnız progesteron içeren ilaçların daha güvenli olduğuna inanılır. Bunların hiçbirisi HIV veya cinsel yolla bulaşan diğer hastalıklara karşı kadını korumaz.

Barbiturat, rifampisin, griseofulvin gibi karaciğerde enzim indüksiyonu yapan ilaçlarla birlikte kullanıldığında progesteronun etkisi azalmaktadır. Progesteron içeren ilaçlar süt yapımını ve sütün niteliğini etkilememektedir. Süte belli miktarlarda geçerler; ancak bu geçen miktar bebekte kombine hapların aksine olumsuz bir etki oluşturmazlar. Bu yöntemler; adet sırasındaki kanamayı, ağrıyı ve premenstrual sendrom bulgularını hafifletir.

Yan Etkileri

- Düzensiz kanama
- Kilo alma
- Sıvı retansiyonu
- Baş ağrısı
- Duygudurum değişiklikleri
- Akne
- Memelerde gerginlik
- Sarılık (Aktif karaciğer ve safra kesesi hastalığı dışlanmalıdır.)

- Bulantı, baş dönmesi (Gebelik dışlanmalıdır.)
- Karın alt bölgesinde ve pelviste ağrı (Dış gebelik dışlanmalıdır.)
- Göğüs ağrısı (Kalp ve damar sistemi hastalıkları dışlanmalıdır.)

Tüm bu yan etkiler birkaç ay kullanıldıktan sonra giderek azalır.

Mini Hap:

Yalnız progesteron içeren haplara bu ad verilir. Mükemmel kullanıcılarda ilk yıldaki başarısızlık oranı % 0,5 iken tipik kullanıcılarda % 5'dir. Eğer mini hap kullanılırken gebelik olursa bunun dış gebelik olma riski normalden çok daha yüksektir. Adetin ilk gününde ilaç kullanmaya başlanır, her gün bir tane alınır, bir kutu bitince hemen diğerine başlanır. Burada ilaçsız dönem yoktur. İlaç her gün aynı saatte alınmalı ve ilaç unutulursa aynen kombine haplardaki protokol uygulanmalıdır. Mini hap kullanırken arada ara kanama olması nadir değildir.

Ülkemizde pazarlanmamıştır.

Depo-Medroksiprogesteron:

Üç aylık iğne olarak da bilinir. 3 ayda bir kas içine uygulanır ve 3 aylık koruma sağlar. 150 mg depo etkili medroksiprogesteron asetat içerir. İlk enjeksiyon kadın adetli iken yapılır. Kas içine uygulandıktan sonra buradan küçük dozlarda salıverilir. İlk yıl kullanımında %99 oranında etkili bir yöntemdir.

Doğumdan sonraki 6. haftada anne emzirmiyorsa enjeksiyon yapılabilir. Emziriyorsa enjeksiyon 3-4 hafta ertelenmelidir. Emzirenlerde, ileri yaş kadınlarda kullanılabilir. Over kanserine karşı koruyucu olduğu bildirilmektedir. Diğer progesteron içeren yöntemlerdeki kontrendikasyonlar bunun için de geçerlidir. Kadının yılda bir kez meme ve pelvis incelemesi yaptırması, 3 ayda bir enjeksiyon için geldiğinde (aynı zamanda izlem değeri taşır) belirtiler açısından sorgulanması gerekir. En sık yan etkileri; adet düzensizliği, baş ağrısı, kilo alma, memede duyarlılıktır.

Norplant:

Kolun medial kısmına; deri altına yerleştirilen 6 adet eğilebilir çubuk içeren levonorgestrel salgılayan kapsüllerden oluşmuştur. Palpe edildiğinde hissedilebilir bazen de görülebilir. 5 yıllık koruma sağlar. 5 yıl sonra kapsüller yerinden çıkarılmalı gerekirse yenisi ile değiştirilmelidir. Başarısızlık riski <%1'dir Uygulama için özel eğitim gereklidir. İnsizyon yerinde inflamasyon, enfeksiyon, kötü şkar oluşumu olabilir. Şayet kapsüller çok derine yerleştirilirse çıkarılması zorlaşır.

Östrojen kullanma kontrendikasyonu olan, ileri yaş kadınlar, emzirenler, cinsel ilişkiden bağımsız uzun süreli geri dönüşümlü yöntem isteyenlerde seçilecek yöntemdir.

Takıldıktan bir ay sonra, sonrasında yılda bir kez olmak üzere hasta değerlendirilmek üzere çağırılmalıdır.

İmplanon:

İçinde levonorgestrolen daha az androjenik olan 68 mg etonorgestrel içerir. Yerleştirme tercihen adetin ilk 1-5. günlerinde yapılır. Emziren kadınlarda uygulanabilir. Diğer özellikleri aynen norplanta benzer.

Jadelle:

İçinde 75 mg levonorgestrel içeren iki çubuktan oluşan deri altına yerleştirilen implanttır. Tamamen norplanta benzer.

GERİ DÖNDÜRÜLEBİLİR OLMAYAN YÖNTEMLER

Kadın Sterilizasyonu:

40'lı yaşlara kadar kadın; fertilesini korur. Ailesini, çocuk sayısını tamamlamış, başka yöntem kullanmak istemeyen veya diğer yöntemleri kullanmasında kontrendikasyon olan kadınlarda bu yöntem tercih edilmektedir. Cerrahi bir işlem ile her iki tüp 1/3 proksimalinden bağlanır, kesilir veya kliplenir. Sonuçta tüp ile over arasındaki taşıma mekanizması bozularak yumurta ile spermin birleşmesi engellenir. Cerrahi işlemin hormon üretimi, adet düzeni, yumurtlama, cinsel işlev üzerine etkisi yoktur. Bilinen en etkili yöntemlerden birisi olup 10 yıllık dönemde %2'den az başarısızlık riski vardır.

Tüplerin bağlanması açısından tıbbi kontrendikasyon yoktur. En önemlisi sosyal kontrendikasyon olup eşlerin ileride çocuk sahibi olmama konusunda kesin kararlı olmaları gerekir.

Erkek Sterilizasyonu (Vazektomi):

Erkeklerde vas deferenslerin kapatılması ile sperm taşınmasının engellenmesine dayanan yöntemdir. Tüplerin bağlanmasına göre işlem daha basittir ve komplikasyonları daha azdır. Hemen hemen %100 etkili bir yöntemdir. Cinsel işlevi etkilemez, yaşam tarzı üzerine zararlı bir etkisi yoktur. Ejekülatta hiç sperm çıkmamasına kadar kişi hâlâ fertildir. Bu süre operasyondan sonra ortalama 2-4 ay, 20 ejakulat kadardır. Bu süre zarfında ek bir korunma yöntemine gereksinim vardır. Bu yöntem cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korumaz.

ACİL KONTRASEPSİYON (POSTKOİTAL KONTRASEPSİYON)

Gebeliği önlemek için cinsel ilişki sonrasında kullanılan araç veya ilaçları ifade eder. Korunmasız cinsel ilişki veya tecavüz sonrasında kullanılır.

- Midsiklus koitusu izleyen 72 saatte uygulandığında başarısızlık oranı % 1'den azdır.
- Yüksek doz kullanıma bağlı bulantı, kusma, baş ağrısı görülebilir.
 - Konjuge estrogenler: 30 mg x 5 gün ya da 50 mg x 2 gün toplardamar içine
 - Etinil estradiol 5 mg x 5 gün
 - 12 saat ara ile 2-şer tablet
 - Preven veya norlevo (acil kontrasepsiyon kitleri)
 - İlk 5 gün içinde RIA kullanılabilir
 - Levonorgestel 2x0.75mg

Etkinliği saptama oldukça güçtür. Ama etkinlik, önlenebilen potansiyel gebelik sayısı olarak ifade edilebilir. Yuzpe rejimi, levonorgestrel %75-85, RIA ise %95 oranında gebeliği önler.

PİD veya cinsel yolla bulaşan hastalık riski olan kadınlarda RIA takılmamalıdır.

Yan Etkileri

- Bulantı (%60), kusma (%16) (yuzpe rejiminde). Levonorgestrel alanlarda % 23 oranında bulantı olur. Bu durumda antiemetikler ile birlikte kullanılır (Dramamine ®, Metpamid ®v.b),
- Yüksek doz östrojen 1-2 gün süreyle memede gerginliğe neden olur.
- Bir sonraki siklusa 3 günden fazla olabilen adet gecikmesi, erken adet görme olabilir.
- Zor ve ağrılı RIA yerleştirme: Genelde bu tür kadınlar nullipar olduğu için yerleştirme zor olabilir. Delinme riski de yüksektir.

Hangi yöntemin kullanılacağı, kişiye, cinsel ilişki zamanına, yumurtlama zamanına, varsa sistemik hastalığa, kontrendikasyonlara göre belirlenmelidir.

VAGİNAL HALKA (Nuvaring®)

Estrojen ve progesteron içeren, bükülebilir, vaginaya yerleştirilen bir halkadır. Kontraseptif etkisi, risk ve yan etki bakımından oral kontraseptiflere benzer

Halka adet döneminin ilk 3 haftasında vagina içerisinde kalır, 1 hafta kullanılmaz. Erkek partner tarafından hissedilmez. Vaginadan kolayca çıkartılabilir. Eğer ilişki sırasında çıkartılacak ise bu süre 3 saatten fazla olmamalıdır. Aksi halde prezervatif gibi ek yöntem ler ile birlikte kullanılmalıdır.

Kaynakça

1. Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ankara, 2005 ISBN 975-590-136-
2. Foran TM. New contraceptive choices across reproductive life. Med J Aust. 2003 Jun 16; 178(12): 616-20.
3. Lindberg CE. Emergency contraception for prevention of adolescent pregnancy. MCN Am J Matern Child Nurs. 2003 May-Jun; 28(3): 199-204.
4. Baill IC, Cullins VE, Pati S. Counseling issues in tubal sterilization. Am Fam Physician. 2003 Mar 15; 67(6): 1287-94.
5. Kacmar JE. New contraception options. Med Health R I. 2003 Jan; 86(1): 6-8.
6. Schnare SM. Progestin contraceptives. J Midwifery womens Health. 2002 May-Jun; 47(3): 157-66.
7. Glasier A. Emergency contraception. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2002 Apr; 16(2): 181-91.
8. Diaz S. Contraceptive implants and lactation. Contraception. 2002 Jan; 65(1): 39-46.
9. Burkman RT. Oral contraceptives: current status. Clin Obstet Gynecol. 2001 Mar; 44(1): 62-72.
10. Gilliam ML, Derman RJ. Barrier methods of contraception. Obstet Gynecol Clin North Am. 2000 Dec; 27(4): 841-58.
11. Kaunitz AM. Injectable contraception. New and existing options. Obstet Gynecol Clin North Am. 2000 Dec; 27(4): 741-80.
12. Shulman LP. Oral contraceptives. Risks. Obstet Gynecol Clin North Am. 2000 Dec; 27(4): 695-704, v-vi.
13. Nelson AL. Intrauterine device practice guidelines: medical conditions. Contraception. 1998 Sep; 58(3 Suppl): 59S-63S; quiz 72S.
14. Bardin CW. Implantable contraception. Curr Ther Endocrinol Metab. 1997; 6: 292-300.
15. Cemalettin AKYÜREK, Nedim ÇİÇEK, Çetin ÇELİK, Ali HABERAL. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Bölüm:70, Kontrasepsiyon ve Aile Planlaması, Sayfa 805, Güneş Kitabevi, 2. Baskı