

Orem'in Özbakım Eksikliği Kuramına Göre Yoğun Bakımda Toksik Epidermal Nekrolizli Hasta Bakımı*

Patient Care with Toxic Epidermal Necrolysis in Intensive Care Unit According to Orem's Self-Care Deficit Theory*

Duygu AKBAŞ UYSAL^{1a}, Fisun ŞENUZUN AYKAR^{2b}

ÖZET Giriş: Toksik epidermal nekroliz, ilaçların yol açtığı, şiddetli deri nekrozuyla beraber sistemik semptomların da olduğu birden çok organı etkileyebilen bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Toksik epidermal nekrolizin sıklıkla antibiyotik ve antikonvülzan ilaç kullanımına bağlı olarak geliştiği bildirilmektedir. Yaşamı tehdit eden bu hastalığın tedavisi, yanık yoğun bakımda iyi uygulanan multidisipliner bir bakım yaklaşımıyla gerçekleştirilmektedir. Bu kapsamda bakım sürecinde kullanılan hemşirelik kuram ve modelleri sağlık profesyonelleri için çerçeve oluşturarak bakımın kalitesini artırmaktadır. Hemşirelik uygulamalarının kanıta dayalı olmasında en büyük adımlardan biri kuram kullanmaktır. Orem'in Öz Bakım Eksikliği Kuramı hemşirelerin en sık kullandığı kuramlardan birisidir. Bu olguda yanık yoğun bakımda tedavi edilen toksik epidermal nekrolizli hastanın hemşirelik bakım planı Orem'in Öz Bakım Eksikliği Kuramına göre ele alınmıştır. **Olgu Sunumu:** Bilinen alzheimer ve hipertansiyon hastalığı olan 85 yaşındaki kadın hasta, iki gündür tüm vücutta yaygın kızarıklık deride soyulma şikayetleri ile acil servise başvurmuştur. Evde ateş nedeniyle çok fazla antibiyotik kullanan hasta toksik epidermal nekroz ön tanısıyla yanık yoğun bakıma yatırılmıştır. Fizik muayene bulguları; hasta koopere değil, kan basıncı 160/90 mmHg, nabız 110/dk, ateşi 37.7°C olarak kaydedilmiştir. Tüm vücutta özellikle hastanın kollarında ve sırtında aşınmaya uğramış alanlar mevcuttur. Deride yaygın kırmızı ve mor renk değişimi vardır. Göz ve oral mukoza tutulumu mevcuttur. Toksik epidermal nekrolizis tedavisi için immunglobulin verilmiş ve hemşirelik bakım uygulamaları yoğunlaştırılmıştır. **Hemşirelik Bakımı:** Ağız yarısından dolayı beslenmesini yeterince sağlayamayan hastaya, beslenme ve enerji gereksinimini karşılamak amacı ile nazogastrik sonda takılmıştır. İkinci derece yanık olgusu gibi yara yeri değerlendirilen hastanın, cilt yüzeyinden ciddi oranda sıvı kaybı olması üzerine hastanın hemodinamisinin sağlanması için yoğun sıvı desteği verilmiştir. Sıvı elektrolit takibi sık aralıklarla yapılmıştır. **Sonuç:** TEN vakalarının yönetimi, en iyi sonucu sağlamak için multidisipliner bir ekip yaklaşımıyla yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik bakım, toksik epidermal nekroliz, yoğun bakım,

ABSTRACT Introduction: Toxic epidermal necrolysis is defined as a disease caused by drugs that can affect multiple organs with systemic symptoms along with severe skin necrosis. It is reported that toxic epidermal necrolysis often develops due to the use of antibiotics and anticonvulsant drugs. The treatment of this life-threatening disease is carried out with a multidisciplinary care approach that is well implemented in burn intensive care. In this context, nursing theories and models used in the care process increase the quality of care by creating a framework for health professionals. One of the biggest steps in making nursing practice evidence-based is to use theory. Orem's Self-Care Deficit Theory is one of the theories most frequently used by nurses. In this case, the nursing care plan of the patient with toxic epidermal necrolysis treated in the burn intensive care unit was discussed according to Orem's Self-Care Deficit Theory. **Case Report:** An 85-year-old female patient with known Alzheimer's and hypertension disease was admitted to the emergency room with complaints of widespread rash and skin peeling throughout the whole body for two days. The patient, who used too many antibiotics at home due to fever, was admitted to intensive care with a preliminary diagnosis of toxic epidermal necrosis. Physical examination findings; The patient is uncooperative, blood pressure is recorded as 160/90 mmHg, pulse is 110/min, and temperature is 37.7°C. There are eroded areas all over the body, especially on the patient's arms and back. Immunglobulin was given for the treatment of toxic epidermal necrolysis and nursing care practices were intensified. **Nursing care:** A nasogastric tube was inserted to the patient, who could not provide adequate nutrition due to a mouth wound, in order to meet his nutritional and energy needs. The patient's wound site was evaluated as a second-degree burn case, and intensive fluid support was given to ensure the patient's hemodynamics due to significant fluid loss from the skin surface. Liquid electrolyte monitoring was performed at frequent intervals. **Conclusion:** Management of TEN cases should be done with an interprofessional team approach to ensure the best outcome.

Keywords: Nursing care, toxic epidermal necrolysis, intensive care,

GİRİŞ

TOKSİK EPİDERMAL NEKROLİZ

Toksik epidermal nekroliz (TEN), sepsis ve ölümle sonuçlanabilen epidermin dermisten ayrılması ile karakterize ve mukoza zarının pul

pul dökülmesiyle kendini gösteren bir hastalık tablosudur.^{1,2} TEN vakaları potansiyel olarak yaşamı tehdit eden bir durumdur. İlk olarak Alan Lyell tarafından 1956 yılında "derinin haşlanmasına benzeyen bir patlama" olarak tanımlanmıştır.³

Geliş Tarihi/Received: 05.11.2023 Kabul Tarihi/Accepted: 14.12.2023

ORCID: 0000-0002-7076-9339^a, 0000-0002-3466-4943^b

¹Öğretim Görevlisi, İzmir Kavram Meslek Yüksek Okulu, İzmir, Türkiye.

²İzmir Tınaztepe Üniversitesi, İzmir, Türkiye.

Yazışma Adresi/Correspondence: Duygu AKBAŞ UYSAL

E-posta: duygu.uysal@kavram.edu.tr

*Bu çalışma, 9-12 Kasım 2022 tarihinde Antalya'da 3. Uluslararası 9. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireleri Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Toksik epidermal nekrolizin etiyolojisinde %70-80 oranında ilaç kullanımı olduğu bildirilmektedir.⁴ Antibiyotikler, allopürinoller nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar ve antikonvülzanlar TEN riskini artıran ilaçlardır. Bu ilaçlara karşı verilen bağışıklık yanıtının dışında, enfeksiyon, tümörler ve aşılarda TEN oluşumuna neden olan potansiyel faktörler olarak rapor edilmiştir.^{4,5} Son zamanlarda, viral enfeksiyon veya tedavi sırasında kullanılan ilaçlara bağlı olarak COVID-19 hastalarında da TEN vakası bildirilmiştir.⁶ Vakaların çoğunluğu ilaç kaynaklı olduğu için, özellikle yakın zamanda başlanmış olan ilaç tedavisinin detaylı sorgulanması, tedavinin yol göstericiliği açısından oldukça önemli olmaktadır.⁶

Toksik epidermal nekroliz oluşumu hastaların çoğunda yaşamın 5. ve 7. dekatları arasında görülmektedir.^{7,8} Hastalığın görülme sıklığı, erişkinlerde yaş ortalamasının artmasına paralel olarak artmaktadır. Ancak TEN'in her yaş grubunda ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır. Genel olarak yetişkinlerde görülen vakaların çoğunluğunun uyuşturucu kaynaklı olduğu bildirilirken, çocuklarda ana neden enfeksiyon olarak rapor edilmiştir.^{7,8}

Klinik tablo neden olan etkenin alınmasından sonraki ilk 4 hafta içinde ortaya çıkmaktadır. Hastalarda öncelikli görülen semptomlar; 1-3 gün süren öksürük, boğaz ağrısı, gözlerde yanma ve artralji olarak bildirilmiştir.⁹ Daha sonra, deri döküntüsü, belirsiz bir şekilde koyu, eritematöz maküla döküntüsü ve bül olarak ortaya çıkan ve birleşerek tabaka benzeri kabarcıklar oluşturan görüntüler bulunmaktadır. Bu kabarcıklar kolayca dökülme ve karakteristik nemli, soyulmuş bir dermis bırakma eğilimindedir.¹⁰⁻¹² Genellikle döküntüler tüm gövdeyi etkilemeden önce yüzde, preternal bölgede yayılım göstermeye başlarlar. Vakaların genelinde saçlı deri bölgesinin korunduğu bildirilmiştir. Klinik semptomlar arasında epidermin hafif baskı ile alttaki yüzeyden ayrılması yer almaktadır.¹²

Klinik tedavi sürecinde hastalarda enfeksiyondan bağımsız olarak görülen ateş ve genel durum bozukluğu bildirilmektedir. Sıvı elektrolit dengesizliği, böbrek yetmezliği, bronkopnömoni ve sepsis gibi komplikasyonların oluşması hastaların üçte birinde ölüme yol açmaktadır. Hastalığın prognozunun belirlenmesinde yaş, nekroliz

alanı ve serum amilaz düzeyi önemli bir yer tutmaktadır.¹¹⁻¹²

Tanı konulduğu andan itibaren neden olan ilaçlar hemen kesilmeli ve hasta yoğun bakım şartlarında bakılmalıdır. Venöz sıvı replasmanı, nazogastrik beslenme, çevre ısısının düzenlenmesi tedavide kritik basamakları oluşturmaktadır.¹³⁻¹⁵

Hastalığın şiddetini ve buna bağlı olarak da mortalite oranını tahmin etmede SCORTEN ölçeği kullanılmaktadır.¹⁶ Ölçeği 2000 yılında Garin ve ark. (2000) toksik epidermal nekroliz vakaları için spesifik bir hastalık şiddeti skoru geliştirmek için oluşturmuşlardır. SCORTEN ölçeği hastaneye başvurudan sonraki ilk 24 saatte ve 3.günde değerlendirilen 7 bağımsız değişkeni içermektedir.¹²⁻¹⁵ Yedi önemli prognostik faktör (yaş >40 olması, taşikardinin (≥ 120 /dk) varlığı, kanser veya hematolojik malignite varlığı, bir günde ayrışan deri yüzeyinin %10'un üzerinde olması, serum üre düzeyinin 10 mmol/l'den yüksek olması, serum bikarbonat düzeyinin 20 mmol/l'nin altında olması, serum glukoz düzeyinin 252 mg/dl'den yüksek olması) birer puanla skorlanır.¹⁶ Toplamı SCORTEN skorunu vermektedir (Tablo 1).

Toksik epidermal nekroliz nadir görülen bir hastalık olmasına rağmen mortalitesi %30-60'a kadar varabilmektedir. Bu nedenle tedavi ve bakımı oldukça ciddiye gerektirmektedir. TEN'li hastaların sepsis riskinin yüksek olması nedeniyle yanık ünitelerinde, steril şartlar altında bakılmaları gerekmektedir.¹²⁻¹⁵ Uzun süreli bakım ihtiyacı olan hastaların bakım gereksinimlerinin karşılanmasında hemşirelerin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Hastalığın yol açtığı fiziksel ve psikolojik sorunlara yönelik bütüncül bir bakım yaklaşımı uygulayan hemşireler bakım planını belirli kuramlara dayanarak uygulamaktadırlar.¹⁷ Dorothe Elizabeth Orem tarafından oluşturulan öz bakım yetersizliği kuramı; evrensel nitelikte uygulanabilir olan ve sağlıktan sapma durumlarında neden öz bakım gereksinimi duyulur sorusunu ele alan bir kuramdır.¹⁷ Öz bakım temel anlamıyla bireylerin normal yaşamlarında karşılaştıkları problemler karşısında fiziksel, sosyal, duygusal olarak oluşturdukları tepki ve yaşamlarını sürdürebilmek için yaptıkları eylemleri kapsamaktadır. Bu anlamda da öz bakım teorisi yaşamın sürekliliği için öz bakıma neden ihtiyaç

olduğunu vurgulamaktadır. Orem hemşireliğinin niçin ve ne zaman gerekli olduğunu açıklamaktadır.¹⁷⁻¹⁸ Kuram hemşirelik bakımının, sınırlılıkları nedeniyle bakımını yapamayan hastalar kendi bakımını bağımsız olarak yapabilecek duruma gelinceye kadar devam ettiğini vurgulamaktadır. Kuram ayrıca hemşirelik amacının olabilecek en kısa zamanda bireyin kendi bağımsızlığını elde

etmesine yardımcı olmak olarak açıklamaktadır.¹⁷⁻¹⁸

Evrensel olan kuram ülkemizde birçok kronik hastalığın bakım sürecinde hemşireler tarafından kullanılmıştır. Bu makalede toksik epidermal nekrolizli hastanın bakım süreci Orem'in öz bakım eksikliği kuramına göre ele alınmıştır.¹⁷⁻¹⁸

Tablo 1. SCORTEN Ölçeği

Parametreler	Skor	Skor aralığı	Mortalite hızı (%)
Yaş ≥ 40	1	0-1	3,2
Malignite	1	2	12,1
Tutulan vücut yüzeyi ≥ %10	1	3	35,3
Taşikardi ≥120	1	4	58,3
BUN >10 mmol/L (>28 mg/dL)	1	≥5	90
Serum Glukoz >14 mmol/L (>252 mg/dL)	1		
Serum Bikarbonat < 20 mmol/L	1		
Skor	7		

OLGU SUNUMU

Bilinen Alzheimer ve hipertansiyon hastalığı olan 85 yaşındaki kadın hasta, iki gündür tüm vücutta yaygın kızarıklık deride soyulma şikayetleri ile acil servise başvurmuştur. Evde ateş nedeniyle çok fazla antibiyotik kullanan hasta toksik epidermal nekroz ön tanısıyla yoğun bakıma yatırılmıştır. Tüm vücutta özellikle hastanın kollarında ve sırtında aşınmaya uğramış alanlar mevcuttur. Deride yaygın kırmızı ve mor renk değişimi vardır. Göz ve oral mukoza tutulumu mevcuttur. Rutin laboratuvar incelemelerinde, sedimentasyon: 58mm/saat, açlık kan şekeri: 124mg/dl, albumin: 2,9 gr/dl, CRP: 290, tam idrar tetkikinde bol lökosit saptanmıştır.

Yoğun bakımda uygulanan tedavisi için 2 g/kg IVIG planlanmış, bu doz 5 güne bölünerek verilmiştir. Prednol 40 mgx2, n-asetil sistein 600 mgx3, proton pompa inhibitörü 40 mg, düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) 0.6 İÜ olacak şekilde tedavisi planlanmıştır. Hastaya enfeksiyon konsültasyonu istenmiş ve enfeksiyon hekimi istemi ile tazobaktam 3*4,5 gr başlanması uygun bulunmuştur. Ağız mukozasında oluşan yaygın lezyonlar nedeniyle oral alımı durdurulmuştur. Mevcut kronik hastalığından dolayı koopere olamayan hastaya

nazogastrik sonda takılmıştır. Hastanın ikinci haftadan itibaren lezyonları reepitelizasyon olmaya başlamıştır ancak hastanın oksijen saturasyonu düşmüş kan gazı bulgusuna göre hasta entübe edilmiştir mekanik ventilatöre bağlı sedatize olarak takip edilen hastada sepsis gelişmiş ve hasta kaybedilmiştir.

Temel Durumsal Faktörler

Sağlık Bakım Sistemi: SSK

Cinsiyet: Kadın

Tanı: Toksik epidermal nekroliz

Yaşamsal Bulgular: Kan basıncı 160/90 mmHg, nabız 110/dk, ateşi 37,7°C olarak, solunum:20, Saturasyon: %89 olarak kaydedilmiştir.

Deri: Lezyon varlığı

Kilo Durumu: 75 kg **Boy Uzunluğu:**160 cm

Beslenme: Ağız mukozasında oluşan yaygın lezyonlar nedeniyle oral alımı durdurulmuştur. Hastaya yoğun bakıma ilk yatış gününde nazogastrik sonda takılmıştır.

Eliminasyon: Hastaya acil serviste idrar sondası takılmıştır.

Uyku ve Dinlenme: Hasta geceleri 5-6 saat uyuduğunu fakat yoğun bakımda ses olmasından dolayı uykusunun sürekli bölündüğünün ifade etmiştir.

Ağrı: Sırtında yara olan yerlerinin ağrıdığını ifade etmiştir. Görsel analog skala puanı 5 olarak kaydedilmiştir.

İletişim: Hastanın algısal yetisi ve iletişim becerisi düşüktür.

Evrensel Öz Bakım Gereksinimleri

Bireyin günlük yaşam aktiviteleri olan; hava, su, beslenme, boşaltım, aktivite, dinlenme ve sosyal etkileşim gibi ihtiyaçların normal olarak sürdürülmesine odaklanır.

Toksik epidermal nekroliz tanısı olan bu hastanın evrensel öz bakım gereksinimleri şu şekildedir:

Hava: Hastanın solunum sayısı 20 dk/ltir.

Su: Hastanın oral alımı kapalıdır. Sıvı alımı intravenöz olarak desteklenmektedir. Hesaplanan parkland formülüne göre sıvı alımı ilk gün saatte 500cc'dir. Sonra idrar çıkışına göre sıvı alımı yeniden düzenlenmiştir.

Beslenme: Hasta nazogastrik sondayla enteral ürün-mama verilerek beslenmiştir.

Boşaltım ve dışkılama: Hastaya başvurduğu acil serviste idrar sondası takılmıştır. Yatışının ilk günü idrar rengi ve miktarı normal olarak kaydedilmiştir. Hastanın ilk yatışta gaita kontrolü var iken 14.günde entübe edilen hasta sedatize takip edilmiş bakımları hemşire tarafından yapılmıştır.

Aktivite ve dinlenme: Alt ve üst ekstremitelerde belirgin kas güçsüzlüğü olan hasta mobilize edilememiş, hastaya yatak içi aktif pasif egzersizler yaptırılmıştır.

Tehlikelerden korunma: İtaki düşme riski puanı 13 olan hasta majör travma riski taşımakta.

Sosyal Etkinlik: Hasta ilk yatışından entübe olduğu zamana kadar yoğun bakım şartlarında sağlık ekibiyle iletişim kurarak vakit geçirmiştir.

Gelişimsel Öz Bakım Gereksinimleri

Kişinin gelişimsel dönemdeki ihtiyaçlarını vurgulamaktadır. Hasta 85 yaşında geriatrik

popülasyonda olan bir hastadır. Kronik hastalıklara uyum sürecini göstermesi geren yaşta hastada ani durum değişikliğinin olması mevcut durumu kötü etkilemektedir.

Sağlıktan Sapmada Öz-bakım Gereksinimleri

Orem, sağlık sapmalarını bireysel iyileşme önündeki engeller, hastalıklar ve tedavi varlığında kendini gösteren kişisel bakım ihtiyaçları olarak tanımlar¹⁷. Güncel şikâyetler bu alt grup içinde değerlendirilebilir. TEN'li hastalarda sepsis gelişme olasılığı oldukça yüksektir²⁻⁵. Hastada görülen vezikobüller lezyonlar, açık yaralar, kaşıntı, mukoz membranda kabuklaşma enfeksiyona yol açan risk faktörleridir. Ayrıca hasta yoğun bakımına yatışının 14.gününde entübe edilmiş ve mekanik vantilatöre (MV) bağlanmıştır. Bir hafta boyunca mekanik ventilatörde takip edilen hastada MV ilişkili enfeksiyon riski oluşmuştur. Bunun yanında hastanın yatışından itibaren hastaya takılan ve hastada üç hafta boyunca takılı kalan foley katater ve santral venöz katater enfeksiyon riski oluşturmuştur.

Sağlıktan sapmada öz bakım gereksinimi oluşturan diğer problem ağız içinde ve dudaklarda yaygın ülserasyonlar nedeniyle oral alımının gerçekleştirilememesidir. Bu da hasta da beden gereksiniminden az beslenmeye neden olmaktadır.

TEORİK ÇERÇEVENİN KULLANILMASI

Orem'e göre üç hemşirelik sistemi vardır. Bunlar

1.Tümüyle eksiklik giderici (tam kompensasyon): Hastanın bakımının yalnızca hemşire ve sağlık personelleri tarafından yapıldığı, hastanın bakımda aktif rol oynamadığı hemşirelik sistemi, bu sistemde belirlediğimiz tanılar şunlardır¹⁷: Ağrı, Beden Gereksiniminden Az Beslenme, Deri Bütünlüğünde Bozulma, Oral Mukoz Membranlarda Değişim

2.Kısmen eksiklik giderici (kısmi kompensasyon): Hasta ve hemşirenin bakımda ortak rol aldığı hemşirelik sistemidir, bu sistemde belirlediğimiz tanılar şunlardır¹⁷: Enfeksiyon Riski

3.Destekleyici: Bu sistemde esas görev hastaya rehberlik etmek ve destek sağlamaktır, bu

sistemde belirlediğimiz tanılar şunlardır¹⁷: Anksiyete

UYGULANAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

HEMŞİRELİK TANISI: AKUT AĞRI

Hemşirelik Girişimleri: Ağrının yeri ve şiddeti, niteliği, ağrıyı arttıran/azaltan faktörler değerlendirildi. Vücudundaki açık yaraların diğer yüzeylerle teması azaltıldı yara üzerinde baskı olmaması sağlandı. Hastaya entübasyon öncesi yapılan ağrı değerlendirilmelerinde vizual analoog skala kullanıldı. Ağrı puanına göre hastaya hekim istemi doğrultusunda analjezik (tradolox 100 mg 3*1) uygulaması yapıldı. İlaç öncesi ve bir saat sonrası ağrı değerlendirmesi tekrar yapıldı.

Yatışının ikinci haftasında entübe olan hastaya entübe/sedatize hastaların değerlendirildiği Davranışsal Ağrı Skalasına göre değerlendirilerek analjezi uygulaması yapıldı.

Değerlendirme: Hasta ilk hafta uygulanan farmakolojik ve non farmakolojik yöntemlerden sonra rahatladığını ifade etti.

Entübe olduktan sonra yüz ifadesi, üst ekstremiteler ve ventilator ile uyumun rahat olduğu görülmüştür.

HEMŞİRELİK TANISI: ENFEKSİYON RİSKİ

Hemşirelik Girişimleri: Hastanın vücudundaki açık yaralara aseptik tekniğe uygun olarak her gün pansuman yapıldı. Aseptik yara bakımı, yeniden epitelizeasyona kadar ikincil enfeksiyonu önlemek için önemlidir. Yara bakımında standart bir yaklaşım yoktur. Etkilenen derinin erken veya geç debridmanını veya debridman yapılmamasını destekleyen güçlü bir kanıt bulunmamaktadır.¹⁹ Pansuman materyali olarak sıvı vazelin emdirilmiş yara bakım örtüleri kullanılmıştır. Olası enfeksiyon belirtileri (vücut ısısında artış, laboratuvar değerleri) kontrol edildi. İnvaziv girişimlerde (arteryal / santral / venöz kateter, üretral kateter takılması vb.) cerrahi aseptik tekniğe uyulmasına özen gösterildi. Her gün hastane ilişkili enfeksiyonu önlemek adına önlem paketi dolduruldu. Hastaya entübe olduktan sonra mekanik ventilatör ilişkili enfeksiyonları önlemek için; aseptik tekniğe uygun olarak hasta aspire edildi, kapalı aspirasyon sistemi

kullanıldı. Bakteri ısı nem filtreleri günlük değiştirildi.

Değerlendirme: Hastadan ilk yatış gününden itibaren her hafta yara kültürü gönderilmiştir kültür sonuçlarında hastane ilişkili enfeksiyona rastlanmamıştır.

HEMŞİRELİK TANISI: DERİ BÜTÜNLÜĞÜNDE BOZULMA

Deri Bütünlüğünde Bozulma İlişkili Faktörler: Vezikobüller lezyonlar, açık yaraların varlığı, gözlerde şişlik, ödem, malnütrisyon.

Amaç / Beklenen Hasta Sonuçları: Deri bütünlüğünün devamlılığı sağlanacak.

Hemşirelik Girişimleri: Mukozal tutulumun oluşabileceği bölgeler sık sık kontrol edildi. Aldığı çıkardığı takibi yapıldı. Pozisyon verirken basıncın abdomen, sırt, ekstremitelere eşit yük dağılımı yapıldı. Her dört saatte bir pozisyon değişimi yapıldı. Her gün Braden Bası Yarası Skalası değerlendirildi ve hastada var olan yaralara ek yara oluşma durumu açısından sıkı takip edildi.

Değerlendirme: Hastada var olan lezyonların ikinci haftada gerilediği görüldü.

HEMŞİRELİK TANISI: ORAL MUKOZ MEMBRANLARDA DEĞİŞİM

Hemşirelik Girişimleri: Ağız kavitesi lezyonlar ağrı ya da aşırı kanama yönünden değerlendirildi. Yoğun bakımda yatan hasta ağız değerlendirme ölçeği ile hastanın ses, yutma, dudaklar, mukoz membranlar, dil, diş eti, dişler ve tükürük salgısı günlük değerlendirildi. Bilinçsiz hasta ve ağızdan beslenmediği için ağız kuruluşunun önlenmesi adına sık aralıklarla bakım yapıldı. Ağız membranının nemliliği ve temizliğini sağlamak için ağız bakımı 4-8 saatte bir, solunum yolu enfeksiyonlarını azaltan %0.12'lik klorheksidin ile yapıldı. Ağız boşluğunun tamamı (yanak mukozası, dişlerin üzeri ve altı, dil üzeri ve altı, damak) iyice temizlendi. Dudakları nemlendirildi.

Hasta mekanik ventilatöre bağlandıktan sonra ağız bakım aracı süngerli çubuklar ve özel ağız solüsyonları kullanıldı. Hastanın ağız bakım mekanik ventilatöre bağlandıktan sonra 4-8 saatte bir yapılmaya devam etti.

Fırçalama/temizlenme bittikten sonra dudaklara nemlendirici sürüldü.

Değerlendirme: Hastanın ağız içinde var olan mukozal yaralar yakalıs on gün sonra geriledi hastaneye yatışından kaynaklı yeni bir mukozal kuruma ya da irritasyon bulgusu gözlenmedi.

HEMŞİRELİK TANISI: BEDEN GEREKSİNİMİNDEN AZ BESLENME

Hemşirelik Girişimleri: Malnütrisyon belirtisi ve bulguları izlendi. Günlük aldığı çıkardığı ve kilo takibi yapıldı. Diyetisyenle iş birliği yapılarak protein içeriği yüksek enteral ürün-mama verilmesi planlandı ve hastanın diyetine uyumu desteklendi.

Değerlendirme: Oral beslenmeyi tolere edemeyen hastaya hekim istemi doğrultusunda nazogastrik sonda takılarak enteral ürün verilmeye başlanmıştır.

HEMŞİRELİK TANISI: ANKSİYETE

Hemşirelik Girişimleri: Hasta akut, sıkıntılı döneminde yalnız bırakılmadı. Duygularını ifade etmesi sağlandı. Hastaya yapılan tedavi yöntemleri, pansuman işlemleri açıklandı. Ailesine de süreçle ilgili gerekli bilgiler verildi.

Değerlendirme: Hasta sakin bir şekilde tedaviye uyum gösterdi.

SONUÇ

Toksik epidermal nekrolizin tanı kriteri ve tedavisi ile ilgili yaygın görülen bir fikir birliği bulunmamaktadır. Hastalığın tedavisinde esas olarak destekleyici tedavi kullanılmaktadır. Destekleyici tedaviyle beraber hastaya uygulanan destekleyici bakım oldukça önemlidir. Bu nedenle bir yoğun bakım hemşiresinin hastayı bütüncül değerlendirip bakım planını uygulaması, hastaların yaşam sürelerini ve yaşam kalitelerini artırmada ayrıca multidisipliner yaklaşımda hemşirenin koordinasyon rolü önemli olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Tükenmez G, Mansur AT, Tütüncü D , Serdar Z A, Aydıngöz İE. Toksik epidermal nekrolizde intravenöz immunglobulin tedavisi: İki Olgu Sunumu. TÜRKDERM 2005; 39:136-41.
2. Altinkaya Çavuş M, Gökbulut Bektaş Ş, Özyurt K. Toksik epidermal nekroliz tanılı

hastanın yoğun bakımda izlemi, GKDA Dergisi 2019;25(4):296-302.

3. Lyelle A. Toxic epidermal necrolysis: an eruption resembling scalding of the skin. Br J Dermatol 1956 Nov;68(11):355-61
4. Mockenhaupt M, Viboud C, Dunant A, Naldi L, Halevy S, Bouwes Bavinck JN et al. Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: assessment of medication risks with emphasis on recently marketed drugs. The EuroSCAR-study. J Invest Dermatol 2008 Jan;128(1):35-44.
5. Wu J, Lee YY, Su SC, Wu TS, Kao KC, Huang CC et al. Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis in patients with malignancies. Br J Dermatol 2015 Nov;173(5):1224-31.
6. Narang I, Panthagani AP, Lewis M, Chohan B, Ferguson A, Nambi R. COVID-19-induced toxic epidermal necrolysis. Clin Exp Dermatol 2021 Jul;46(5):927-929.
7. Yavuz C, Gürgey E. Toksik epidermal nekrozda tedavi yaklaşımları. Türkiye Klinikleri Dermatol 2006;16:59- 68
8. Endorf FW, Cancio LC, Gibran NS. Toxic epidermal necrolysis clinical guidelines. J Burn Care Res 2008;29:706- 12.
9. Chahal D, Aleshin M, Turegano M, Chiu M, Worswick S. Vaccine-induced toxic epidermal necrolysis: A case and systematic review. Dermatol Online J. 2018 Jan; 15;24(1)
10. Altıay S, Vatansever Ü, Okutan Ö, Karasalihoğlu S, & Pala Ö. Fenitoin alan bir hastada toksik epidermal nekroliz. Türk Pediatri Arşivi 2004; 39(2): 91-93.
11. Uygur F, Oksuz S, Sever C, Kopal C. Our approach to toxic epidermal necrolysis and review of current treatment alternative. Türk Dermatoloji Dergisi 2008; 2: 61 – 64
12. Bastuji-Garin S, Fouchard N, Bertocchi M, Roujeau JC, Revuz J, Wolkenstein P. SCORTEN: a severity-of-illness score for toxic epidermal necrolysis. J Invest Dermatol 2000;115:149-153.

13. Hsu DY, Brieva J, Silverberg NB, Silverberg JI. Morbidity and Mortality of Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis in United States Adults. *J Invest Dermatol* 2016 Jul;136(7):1387-1397.
14. Akman A, Alpsoy E. Eritema multiforme, StevenJohnson sendromu ve toksik epidermal nekroliz (Lyell Sendromu). *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2006;2:6- 15
15. Chave TA, Mortimer NJ, Sladden MJ, Hall AP, Hutchinson PE. Toxic epidermal necrolysis: current evidence, practical management and future directions. *Br J Dermatol* 2005;153:241-53.
16. Bilaç C, Şahin M T, Öztürkcan S. Dermatolojide hastalık şiddeti skorlama sistemleri. *Archives of the Turkish Dermatology & Venerology/Turkderm* 2000;50(2).
17. Akbaş D, Aykar F. Yıldırım Y, Fadiloğlu Z. Ç. Orem'in öz bakım yetersizlik kuramına göre yanık hastasında olgu sunumu. *Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi* 2020; 2(1), 54-63.
18. Muslug K, & Yardımcı F. Orem'in öz bakım teorisine göre juvenil dermatomiyozitli hastanın değerlendirilmesi ve hemşirelik bakım planı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2012; 28(2), 123-133.
19. Ordin Y, Sütsünbuloğlu E. Yanık yaraları ve hemşirelik bakımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Nursing Spicial Topics*2017;3(3), 216-223.