

# Endoskopik Retrograd Kolanjiyo Pankreatografi (ERCP) Uygulanan Koledokolitiazis Hastası ve Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

## *Cholelithiasis Patient Applied to Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography (ERCP) and Nursing Care: A Case Report*

Servet KALYONCU<sup>1</sup>, Özlem CEYHAN<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği, Kayseri, Türkiye.

### Özet

Koledokolitiazis, ortak safra kanalı içinde safra taşı varlığını ifade etmektedir. Yaşla birlikte fizyolojik olarak ortak safra kanalının genişlemesi nedeniyle koledokolitiazis, yaşlılarda daha sık görülmektedir. Koledokolitiazis genellikle biliyer kolik olarak tanımlanan karın ağrısına neden olmaktadır. Beraberinde bulantı ve kusma eşlik etmektedir. Koledokolitiazisli hastalarda Akut kolanjit, Akut Bilier Pankreatit gibi pek çok komplikasyon gelişebilmektedir. Komplikasyon gelişmiş koledokolitiazisli hastada hemşirelik bakımının amaçları; belirti ve bulguları erken tespit etmek, bireylerin öz bakımlarını sağlamak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve iyilik hali kazandırmak, Endoskopik Retrograd Kolanjiyo Pankreatografi (ERCP) işlemi öncesinde, esnasında, sonrasında uygun hemşirelik girişimlerini planlamak, ERCP işlemi sırasında ve sonrasında gelişebilecek komplikasyonları takip etmek ve gerekli hemşirelik girişimlerini uygulamak, hasta ve ailesini eğitmektir. 56 yaşında olduğu bilinen ülseratif kolit (27 yıldır), ritim bozukluğu, DM tanıları olan hastanın 12 gündür epigastrik bölgede dolgunluk ve ağrısı nedeniyle acile başvurmuştur ve koledokolitiazis tanısı ile servise kabul edilmiştir. Olgu Marjory Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örgütleri Hemşirelik Bakım Modeli ile değerlendirilerek, hemşirelik bakımı verilmiştir. Hastadan ve ailesinden çalışmanın yapılması ve yayınlanması için gerekli izin alınmıştır. Olguda akut ağrı, bulantı, hipertermi, iştahsızlığa bağlı vücut gereksiniminden az beslenme, yorgunluğa bağlı aktivite intoleransı, sarılık ve kaşıntıya bağlı cilt bütünlüğünde bozulma, sıvı elektrolit dengesizliği, bireysel başetmede yetersizlik, bilgi eksikliği hemşirelik tanıları belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Koledokolitiazis, ERCP, Hemşire, Hasta, Bakım, Olgu Sunumu

### Abstract

Cholelithiasis refers to the presence of gallstones in the common bile duct. Cholelithiasis is more common in the elderly due to physiological dilatation of the common bile duct with age. Cholelithiasis usually causes abdominal pain defined as biliary colic. It is accompanied by nausea and vomiting. Many complications such as acute cholangitis and acute biliary pancreatitis may develop in patients with cholelithiasis. The aims of nursing care in patients with cholelithiasis with complications are to detect signs and symptoms early, to provide self-care, to improve quality of life and well-being, to plan appropriate nursing interventions before, during and after the Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography (ERCP) procedure, to follow the complications that may develop during and after the ERCP procedure and to implement the necessary nursing interventions, and to educate the patient and his family. A 56-year-old patient with a known diagnosis of ulcerative colitis (27 years), arrhythmia and DM presented to the emergency department because of fullness and pain in the epigastric region for 12 days and was admitted to the ward with a diagnosis of cholelithiasis. The case was evaluated with Marjory Gordon's Functional Health Patterns Nursing Care Model and nursing care was provided. The necessary permission was obtained from the patient and her family for the study and publication. The nursing diagnoses of acute pain, nausea, hyperthermia, nutrition less than the body requirement due to anorexia, activity intolerance due to fatigue, deterioration in skin integrity due to jaundice and itching, fluid electrolyte imbalance, inadequacy in individual coping, and lack of information were determined.

**Keywords:** Cholelithiasis, ERCP, Nurse, Patient, Care, Case Report

**Yazışma Adresi:** Servet KALYONCU, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği, Kayseri, Türkiye

**Telefon:** +95063096866 **e-mail:** servetkalyoncu38@gmail.com

**ORCID No (Sırasıyla):** 0000-0001-8687-2229, 0000-0002-1869-8713

**Geliş tarihi:** 03.04.2023

**Kabul tarihi:** 04.08.2023

**DOI:** 10.17517/ksutfd.1276159

## GİRİŞ

Koledokolitiazis, ductus cholodechus yolunda safra kesesi taşlarının varlığını ifade eder. Koledokolitiazis primer ve sekonder olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Primer koledokolitiazis, tipik olarak safra stazına bağlı olarak gelişir. Bu durum intraduktal taş oluşumu için risk oluşturur. Primer koledokolitiazisin nedenleri genellikle safra yollarını yaygın olarak etkiler buna bağlı olarak da hastalarda hem ekstrahepatik hem de intrahepatik safra taşları olabilir. İntrahepatik taşlar tekrarlayan piyojenik kolanjit ile komplike hale dönüşebilir. Primer koledokolitiazis, kistik fibrozis, tekrarlayan persistan biliyer enfeksiyonlar, karaciğer nakli sonrası görülen hepatik arter yaralanmasına bağlı iskemi gibi nedenlerle oluşabilir (1). Sekonder koledokolitiazis, koledokolitiazisin en sık görülen tipidir. Safra kesesindeki taşların ductus choledochus'a düşmesi ile ortaya çıkar. Yapılan çalışmalarda kolelitiazisi olan hastaların %10-15'inde taşa bağlı olarak 10 yıl içinde semptomatik olarak ortaya çıkar. Kolelitiazis nedeni ile ameliyat edilen hastaların yaklaşık %10-20'sinde operasyon esnasında safra yollarında da taş olduğu görülmektedir. Koledokolitiazisli hastalar çoğunlukla semptomatik şikayetlerle hastaneye başvururlar. Bu hastalarda tipik olarak biliyer tipte ağrı ve laboratuvar bulgularında yüksek bilirubin ve alkalen fosfataz değerleri saptanır. Komplike olmayan hastalarda çoğunlukla ateş yüksekliği saptanmazken, nadir olarak hastalar asemptomatik olarak seyredebilir (2,3). Kolelitiazisli (safra kesesi taşı) hastaların yaklaşık %10-20'sinin safra kanallarında taş oluşacağı tahmin edilmektedir. Bu bakımdan prevalansı yüksek bir hastalıktır (4). Kolelitiazisli hastalarda koledokolitiazis insidansı yaşla birlikte artmaktadır. Kolelitiazis kadın hastalarda, hamile hastalarda, yaşlı hastalarda ve serum lipid düzeyi yüksek olanlarda daha sık görülebilmektedir (5,6).

Karaciğerde sentezlenen ve safra kesesinde depolanan safra sıvısı, çeşitli nedenlere bağlı safra kesesi ve kanallarında safra taşı oluşumuna neden olabilmektedir. Safra kesesinde taş olan bazı hastalarda taşlar safra kesesinden sistik kanala ve daha sonra da koledoka geçmektedir. Koledokolitiazis vakalarının çoğu, safra kesesinden ortak safra kanalına safra taşlarının geçişine bağlıdır. Primer koledokolitiazis ise daha az sıklıkta görülebilmektedir. Primer koledokolitiazis, intraduktal taş oluşumu ile sonuçlanan safra stazı nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Safra kanalları yaşla birlikte genişlemektedir. Genişlemiş safra kanalları ve biliyer divertikülü olan yaşlı yetişkinler, primer safra kanalı taşlarının oluşumu için risk altındadır. Safra akışı, ortak safra kanalı içindeki taşlar tarafından engellenirse tıkanma sarılığına ve hepatite yol açabilmektedir. Staz nedeniyle kolanjit tablosu gelişebilmektedir. Koledokolitiazisli hastalarda diğer safra yolu obstrüksiyonu sebeplerine göre kolanjit ve sepsis daha yaygın olarak görülebilmektedir (7).

Yaşla birlikte fizyolojik olarak ortak safra kanalının genişlemesi nedeniyle koledokolitiazis, yaşlılarda daha sık görülmektedir. Kolesistektomi sonrası koledok genişliğinin 10 mm'yi geçmesi ile bilier staz ve primer koledok taşı oluşumu görülebilmektedir (8). Koledok taşı olan hastaların semptom ve bulguları oldukça değişkendir ve hastalar asemptomatik olabileceği gibi biliyer kolik, sarılık, kolanjit veya pankreatit gibi komplikasyonlarla karşılaşabilmektedir (9). Koledokolitiazis genellikle biliyer kolik olarak tanımlanan karın ağrısına neden olmaktadır. Ağrı genellikle sağ hipokondriumda veya epigastriumda bulunmaktadır ve 30 dakika ile birkaç saat sürmektedir. Beraberinde bulantı ve kusma eşlik etmektedir (10).

Safra kanalındaki bir taşın kanala impakte olması tıkanma sarılığına neden olabilir. Çoğu zaman tıkanma kısmi olur ancak bazı durumlarda kanalda safra akımı tamamen kesilebilir. Sıklıkla tıkanmanın ileri düzeyde olmasıyla enfeksiyon gelişir ve kolanjit tablosu ortaya çıkar. Safra kanalının tıkanmasıyla safra basıncındaki artış, bakterilerin safra kanalından kan dolaşımına geçmesine neden olur. Koledokta taşa bağlı kolanjit gelişen hastaların kan kültürlerinde genellikle gram negatif bakteri üremesi olur (11).

Koledokolitiazisin komplikasyonlarından biri olan Akut kolanjit, Charcot triadı olarak bilinen ateş, sarılık ve karın ağrısına neden olan, Oddi sfinkteri aracılığıyla barsaklardan safra kanalına gelen bakterilerin neden olduğu ortak safra kanalının akut inflamasyonu ve enfeksiyonudur. Bakteriyemi ve sepsis gelişen hastalarda ise hipotansiyon ve mental durum değişikliklerinin de olduğu Reynold pentadı ortaya çıkabilir. Akut kolanjit tanısı klinik, laboratuvar ve görüntülemeye dayanır. Akut kolanjit erken fark edilmez ve uygun şekilde tedavi edilmezse hızla sistemik inflamatuvar yanıt sendromu (SIRS), sepsis ve mortaliteye neden olabilmektedir (11,12).

Koledokolitiazisin diğer bir komplikasyonu olan Akut Bilier Pankreatit ise, çeşitli nedenlere bağlı pankreas dokusunun hasarlanması, inflamasyona bağlı karın ağrısı ve kanda pankreas enzim seviyelerinin yükselmesiyle karakterize bir hastalık tablosudur. Akut pankreatit (AP), neden olduğu komplikasyonları ile birlikte tüm dünyada önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Hafif ve ciddi AP'de mortalite %1'den %20'ye kadar değişmektedir (13).

Kolanjit ve pankreatit gibi potansiyel olarak yaşamı tehdit eden komplikasyonları nedeniyle asemptomatik hastalarda dahi koledokolitiazisin tedavi edilmesi önemlidir. Etkili tedavi modaliteleri arasında Endoskopik Retrograd Kolanjiyo Pankreatografi (ERCP), perkütan tedavi ve cerrahi tedavi yer almaktadır (8).

Komplikasyon gelişmiş koledokolitiazisli hastada hemşirelik bakımının amaçları; belirti ve bulguları erken tespit etmek, bireylerin öz bakımlarını sağlamak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve iyilik hali kazandırmak, ERCP

işlemi öncesinde, esnasında, sonrasında uygun hemşirelik girişimlerini planlamak, ERCP işlemi sırasında ve sonrasında gelişebilecek komplikasyonları takip etmek ve gerekli hemşirelik girişimlerini uygulamak, hasta ve aile eğitimidir. Bu sebeple hemşirelerin hasta ve ailesine hastalığın yönetimine ilişkin yardımcı olmak ve komplikasyonları önlemeye yönelik sağlık eğitimi verilmesi oldukça önemlidir (14-19).

Olgu Marjory Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Hemşirelik Bakım Modeli ile değerlendirildi. Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri, hemşirelerin hasta bakımında daha kapsamlı bir değerlendirme yapması ve hemşirelik sürecini uygulayabilmeleri için kullanılmak üzere tanımlanmış bir süreç olduğu için bu olgu, hemşirelik bakımı Gordon'un FSÖ modeline göre planlanmıştır.

**OLGU:** 56 yaşında olan ST lise mezunu, memur ve evlidir. Kan grubu BRh(+) olan hastanın 15 yıldır sigara öyküsü bulunmaktadır

**Tanısı:** Koledokolitiazis

**Soy Geçmişi:** Baba – DM

**Kronik Hastalıkları:** DM, aritmi, ülseratif kolit

## FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜSÜ

### Sağlığın Algılanması ve Yönetim Biçimi

**Öykü:** 56 yaşında olduğu bilinen ülseratif kolit (27 yıldır), ritim bozukluğu, DM tanıları olan hastanın 12 gündür epigastrik bölgede dolgunluk ve ağrısı mevcut. Bulantı ve kusma isteği varmış. 3 gündür idrar renginde koyulaşma ve gaita renginde açılma meydana gelmiş. Ağrıları karın bölgesine yayılmaktaymış. Karın ağrısı sırtına da vurmaktaymış. Kaşıntı, halsizlik, iştahsızlık şikayetleri de olmuş. Hasta soğuk algınlığı olarak düşünüp Talcid isimli ilacı kullanmış. Birkaç gün geçtikten sonra şikayetleri artmaya devam eden hasta acile başvurmuş. Acilde oral kapalı hidrasyon başlanmış. Hastadan tetkikler istenmiş. Total ve direkt bilirubin, GGT, AST-ALT parametrelerinde önemli artış görülmesi üzerine görüntüleme yapılmış.

**Şikayet:** Halsizlik, iştahsızlık, bulantı-kusma, karın ve sırt ağrısı, idrar renginde koyulaşma, gaita renginde açılma, sarılık, kaşıntı.

**Geçirilen Operasyonlar:** İnguinal herni

**Sürekli Kullanılan İlaçlar:** Salmiden 3x3, diltizem 1x1, glifix 1x1

**Hastanın yaşam bulguları (ERCP'den önce):** kan basıncı 110/70 mmHg, radyal nabız: 72/dakika, solunum: 18/dakika ve ateşi 36,5 C, SPO2: 98.

**Hastanın yaşam bulguları (ERCP'den sonra):** kan basıncı 140/80 mmHg, radyal nabız: 92/dakika, solunum: 22/dakika ve ateşi 38,1 C, SPO2: 95.

**Order Edilen İlaçlar:** Diltizem 30mg (1X1), Penta-500mg (3X2), Poliaminofen 1000mg (2X1), Xemol 20mg (2X1), Glifix 30 mg (1X1), Eçiceft 1000mg (2X1).

**Laboratuvar Parametrelerinde Değişiklikler (ERCP'den önce):** Pt değeri yüksek, Ca düşük, CRP değeri yüksek, total bilirubin ve direkt bilirubin değerleri yüksek çıkmıştır.

**Laboratuvar Parametrelerinde Değişiklikler (ERCP'den sonra):** Aptt ve Pt değerleri yüksek, CRP değeri yüksek, total bilirubin ve direkt bilirubin değerleri yüksek çıkmıştır.

### Beslenme ve Metabolik Durum

**Kilosu:** 76kg **Boyu:** 1,75cm **BKİ:** 24,81 (Normal)

R3 Diyabetik Diyet+Ülseratif Kolit Diyeti

Hasta oral yoldan besleniyor, yemeğini kendisi yiyebiliyor. Hastanede hastaya R3 diyabetik diyet ve ülseratif kolit diyeti uygulanıyor. Evde düzenli olarak 3 ana öğün şeklinde besleniyormuş. Hastada evdeyken iştahsızlık, bulantı, kusma mevcutmuş. Özellikle yağlı yemek yedikten sonra bu belirtilerde artma oluyormuş. Hastaneye yattıktan sonra orali kapatılmış. Hastanede ERCP işlemi yapıldıktan sonra orali sırasıyla R1, R2, R3 olmak üzere açılmış. Evde günlük 1,5 litre su tüketimi oluyormuş. 175 cm boyunda ve 76 kg olan hastanın, BKİ'si 24,81 (Normal kiloda). Hasta son 1 ayda istemsiz olarak 5 kilo kaybetmiş. Yutmada güçlük, ağzında yara-kuruluk, dişlerinde çürük olmadığını ifade etti. Hastanede-yken ağız bakımını sadece su ile yaptığını söyledi.

### Boşaltım Örüntüsü

Hasta evdeyken gündüzleri 15-20 kez, geceleri ise 3-4 kez miksiyona çıktığını belirtti. İdrarını kesik kesik yaptığını söyledi. Hematürisi, poliürisi ve noktürisi mevcut. Hastanede günde 3-4 kez miksiyona çıktığını ifade etti. Hasta evdeyken ve hastanede günde 1 kez defekasyona çıktığını belirtti. Hastanın AÇT'si yok. Dizüri, inkontinans, diyare, konstipasyon mevcut değil. Hasta aşırı terlemesinin mevcut olmadığını belirtti. Ülseratif kolitin yangı dönemlerinde dışkıсында mukus ve kan olduğunu, diyaresi ve rektal ağrısı olduğunu söyledi.

### Aktivite ve Egzersiz Örüntüsü

Hasta memur. Hastanede genellikle gününü yatarak geçiriyormuş. Hastalıktan kaynaklı ara ara ağrısı (ilk hastaneye geldiğinde ağrısının şiddetini değerlendirmesini istediğimizde 10 üzerinden 8-9 olmak üzere puan

verdi.), sürekli halsizliği ve yorgunluğu olduğunu söyledi. Bu yüzden pek hareket etmek istemiyormuş. Boş zamanlarında genelde eşiyile sohbet ettiğini, TV izlediğini, bağ-bahçe işleri ile uğraştığını ifade etti. Düzenli uyguladığı bir egzersiz programı yok. Son 6 ayda düşme öyküsü yok. Kas gücü kontrolünde elimizi sıkabildi. Kas gücüne 5 üzerinden 5 puan verdi. Mevcut bir ağrısı olmadığını belirtti. Karın ve periferik ödemi mevcut değil. Hastanın öksürmesi, balgamı ve siyanozu yok. Solunum sayısı (18-20) ve oksijenlenme düzeyi (95-98) normal aralıktadır. Hasta özbakım gereksinimlerini kendisinin karşılayabildiğini dile getirdi. Norton: Bası yarası riski yok. (Puanı: 20) İtaki: Düşme riski yok. (Puanı: 7)

### Uyku ve Dinlenme Örüntüsü

Hasta evdeyken 22-22.30 civarında uyuduğunu ve 6-6.30 civarında uyandığını söyledi. Günde 7-8 saat düzenli uyuduğunu belirtti. Geceleri tuvalet ihtiyacını gidermek amacıyla sık sık uyandığını ifade etti. Gündüz uykuları yokmuş. Hastanede de düzenli ve rahat uyuyabildiğini dile getirdi. Ancak karın ağrısı başladığından beri uykusunun düzensiz olduğunu, yorgun ve halsiz hissettiğini belirtti. Tek yastıkla uyuyor. Kabus görmediğini, uykuya dalarken herhangi bir alışkanlığının olmadığını ifade etti.

### Bilişsel Algılama Örüntüsü

Hasta miyop olduğunu ve bu yüzden gözlük kullandığını belirtti. Tad ve koku almasında, iştihesinde, konuşmasında herhangi bir problemi olmadığını ifade etti.

\***Yakın Bellek:** Akşam yemekte ne yediği sorulduğunda doğru cevap verdi.(Hastanın eşi tarafından teyit edildi.)

\* **Orta Bellek:** Hastaneye ne zaman yatışının olduğu ve tanısının ne olduğu soruldu ve doğru cevapladı (Hastanın dosyasına bakılarak teyit edildi).

\***Uzak Bellek:** Hastaya evlenme tarihi soruldu ve doğru yanıtladı (Hastanın eşi tarafından onaylandı).

Hasta kişiye, yere ve zamana oryanteydi. Biz kimiz sorusuna doğru cevap verdi. Şu an nerede olduğunu sordüğümüzde hastanede olduğumuzu söyleyerek, doğru cevabı verdi. Bugünün tarihini sordüğümüzde 21 Aralık Çarşamba olduğunu söyleyerek doğru cevabı verdi. Hasta dikkat dağınıklığı ve unutkanlık yaşamadığını dile getirdi.

### Kendini Algılama ve Benlik Örüntüsü

Hasta hastaneye yatış sebebini biliyor. Ataklarının azalması ve sorun yaşamamak için bu duruma uygun olarak beslendiğini dile getirdi. Hasta bu konu ile ilgili daha fazla bilgi sahibi olmak istediğini belirtti. İyileşeceğine, en kısa zamanda toparlanacağına inanıyor.

Sorulan sorulara uygun cevaplar veriyordu. Hastanın kendine ve başkalarına zarar verme riski yok. Hasta hastanede endişe, korku yaşamadığını söyledi. Beden imajında ve benlik saygısında bozukluk görülmemektedir.

Kendini sakin ve uyumlu biri olarak tanımladı. Hastalık sürecinden sonra sürekli yatakta vakit geçirdiğini ve halsizlik hissettiğini ifade etti.

### Rol İlişki Örüntüsü

32 yıldır evli olan hastanın eşi, çocuğu ile arası çok iyiymiş. Hastanın eş, baba gibi rolleri mevcut. Yanında refakatçisi olarak eşi kalıyor. Eşi ve sağlık personeli ile iyi iletişiminin iyi olduğu gözlemlendi. Konuşurken dikkatli dinliyor ve göz teması kuruyordu. Hasta 1 çocuğu olduğunu, ziyarete geldiğini söyledi. Ziyarete gelen yakınları ile görüşürken mutlu ve sakin görünüyordu. Öz bakımını kendisinin yaptığını belirtti.

### Stres ve Baş Etme Örüntüsü

Hastanın ilk hastalık belirtileri olduğu zaman (özellikle ağrı) stres yaşamış. Aynı zamanda ülseratif kolit hastalığı da mevcut olduğu için atak dönemlerinde stres yaşıyormuş. Şu an halsiz ve yorgun hissetmesi dışında bir problemi olmadığını belirtti. Hasta herhangi bir stres yaşadığında bu durumu eşiyile paylaştığını, kendisini bağ-bahçe işlerine verdiğini dile getirdi. Yakın geçmişte büyük yaşam değişiklikleri olmamış. Psikiyatrik öykü ve intihar girişimi yok.

### Cinsellik ve Üreme

Hasta cinsel kimliğine uygun giyiniyor. 1 çocuğu mevcut. Cinsel yolla bulaşan hastalığı yok. Hasta perine hijyenine dikkat ettiğini söyledi.

### İnanç ve Değerler

Hastanın geleneksel uyguladığı tedavi ve batıl inancı yok. İbadetlerini evdeyken rahatlıkla yapabildiğini ancak hastalık tanısı aldığından beri yaşadığı semptomlardan (halsizlik, yorgunluk, ağrı, bulantı-kusma) kaynaklı olarak yapamadığını söyledi.

### Hemşirelik tanısı 1: Akut Ağrı

**Beklenen sonuç:** Hastanın ağrısının 10 üzerinden 3 puana düşürülerek ağrı şiddetinin azalmasının sağlanması, daha az kramp ve rahatsızlık gelişmesinin sağlanması, ağrı ve rahatsızlık artmadan hareket edebilmesinin ve dönmesinin sağlanması, hastanın rahatça dinlenmesinin ve uzun süreli uyumasının sağlanması

**Hemşirelik girişimleri:** Hastanın ağrısı olup olmadığı, hasta ve yakınlarının ağrıya ilişkin inanç ve değerleri sorgulandı. Ağrının yeri, şiddetini ve niteliğini değerlendirildi ve doktora bildirildi. Ağrısını değerlendirmesini

istediğimizde 10 üzerinden 7 puan verdi. Ağrıyı azaltan\ artırıcı faktörler sorgulandı. Hekim istemine uygun analjezik (poliaminofen) ve antispazmodik (xemol) tedavisi uygulandı ve kullanılan ilaçların yan etkileri gözlemlendi ve hasta bu konuda bilgilendirildi. Tedavi sonrası hastanın ağrısının azalması değerlendirildi. Gün boyunca dinlenme fırsatları ve mümkün olduğunca gürültüsüz ortam sağlandı. Anksiyete ve korkularını gidermek için açıklayıcı bilgi verildi. Analjezikler hastanın uyku ve istirahatını bölmeyecek şekilde planlandı.

**Değerlendirme:** Dr. istemine uygun analjezik (poliaminofen) ve antispazmodik (xemol) tedavisi uygulandı ve hastanın ağrısı azaltıldı. Tedavi sonrası ağrısını değerlendirmesini istediğimizde 10 üzerinden 3 puan verdi.

#### **Hemşirelik tanısı 2:** Bulantı

**Beklenen sonuç:** Hastanın bulantısının azalması ya da tamamen geçmesinin sağlanması

**Hemşirelik girişimleri:** Bulantı kusmaya neden olan faktörler belirlendi. Bulantı-kusma sıklığı, miktarı, zamanı yönünden değerlendirildi. Bulantı kusmanın tedaviyle, öğünlerle, pozisyonla ilişkisi değerlendirilerek hasta bilgilendirildi. Doktor istemi ile antiemetik uygulandı. Hastanın gaz ve gaita çıkışı kontrol edildi. Bulantı-kusmayı azaltan/önleyen faktörler belirlendi, hasta bilgilendirildi ve buna yönelik uygulamalar yapıldı (Yağlı, çok baharatlı ve ağır kokulu, çok tatlı, çok tuzlu, yiyeceklerden uzak durulması, sıvı ve yumuşak gıda alınması, yemeklerden 1 saat önce ve sonra sıvı alımının kısıtlanması, kusma refleksi meydana geldiği sırada derin nefes alıp verilmesi, diyetine uygun beslenmesi, soğuk yiyeceklerin tercih edilmesi, yemeklerden sonra yarı oturur pozisyonda dinlenmesi). Kusma sonrası ağız bakımı yapılması sağlandı. Bulantı-kusma durumunda aspirasyon riskine karşı koruyucu önlemler alındı ve bu önlemlere yönelik hasta ve ailesi bilgilendirildi.

**Değerlendirme:** Hasta bulantısının azaldığını ifade etti (19.12.22). Hasta bulantısının tamamen geçtiğini belirtti (20.12.22).

#### **Hemşirelik tanısı 3:** Hipertermi

**Beklenen sonuç:** Hastanın vücut sıcaklığının normal aralığa getirilmesi

**Hemşirelik girişimleri:** Hastada hipertermiye neden olan faktörler değerlendirildi. Hastanın vital bulguları kontrol edildi. Beden ısısı yükseldiğinde daha sık aralarla ateş ölçümü yapıldı. Dr. istemine göre antibiyotik tedavisi yapıldı. Hastaya soğuk uygulama yapıldı (soğuk kompres vb). Solunum yollarının açıklığı ve devamlılığı sağlandı. Gerekliğinde terleme ile kayıpları önlemek için IV sıvı replasmanı yapıldı. Hastanın mental durumu yakından izlendi. Hastadan Dr. İstemine

göre kültür alındı. Hastanın ince giyinmesi sağlandı. Hastaya ve yakınlarına hipertermi gelişmesine neden olan faktörler hakkında bilgi verildi.

**Değerlendirme:** Hastanın ERCP işlemi yapıldıktan sonra yükselen ateşi kontrol altına alınarak normal aralığa gelmesi sağlandı. (19.12.22) Hastanın laboratuvar bulgularında WBC değerinin düştüğü gözlemlendi.

**Hemşirelik tanısı 4:** İştahsızlığa Bağlı Vücut Gereksiniminden Az Beslenme

**Beklenen sonuç:** Hastanın iştahını azaltan gastrointestinal belirtilerin ve rahatsızlıkların azaltılması, normal bağırsak alışkanlıklarının sürdürülmesinin sağlanması, abdominal rahatsızlıkların ve distansiyonun azaltılması

**Hemşirelik girişimleri:** Hastanın diyet öyküsü, günlük gıda alımı ve beslenme durumu değerlendirildi. Diyetine uygun beslenmesi sağlandı. Öğün zamanı yatağın baş kısmı yükseltildi. Yemekten önce ağız bakımı ve yemek zamanı ortamın hoş olması sağlandı. Küçük miktarlarda ama sık sık yemek verildi. Hasta yemek ve destek ürünleri yemek için teşvik edildi. Doktor istemine göre bulantı, kusma, diyare ya da konstipasyon için uygun ilaçlar verildi. Hasta daha fazla sıvı alması ve egzersiz yapması için teşvik edildi.

**Değerlendirme:** Hasta sıvı retansiyonu olmadan kilosunu korudu ve iştahsızlığı azaldı.

**Hemşirelik tanısı 5:** Yorgunluğa Bağlı Aktivite İntoleransı

**Beklenen sonuç:** Hastanın tolere edebileceği ölçüde egzersiz ve hijyeninin sağlanması, hastanın belirli seçilmiş aktiviteleri yerine getirmesinin sağlanması, daha hızlı iyileşebilmesi için diyetine uygun beslenmesinin sağlanması

**Hemşirelik girişimleri:** Hastanın aktiviteye dayanıklılığı ve yorgunluk seviyesi değerlendirildi. Yorgun olduğu zamanlar aktivite ve hijyen konusunda yardım edildi. Hasta yorgun olduğu zaman dinlendirildi. Hastanın istediği aktivite ve hareketleri yapması konusunda yardım edildi. Hastanın karbonhidrat ve protein alımı diyetine uygun bir şekilde sağlandı.

**Değerlendirme:** Hasta, gücünün ve iyilik halinin arttığını belirtti. Hastanın uygun dinlenme periyotları ile koridorda yürüyüş yaptığı gözlemlendi.

**Hemşirelik tanısı 6:** Sarılık ve Kaşıntıya Bağlı Cilt Bütünlüğünde Bozulma

**Beklenen sonuç:** Kaşıntıdan ortaya çıkan tahriş ve enfeksiyonun önlenmesi, cildin irritasyonu ve sürtünmesinin azaltılması, uygun aralıklarla değerlendirmenin yapılması

**Hemşirelik girişimleri:** Kaşıntıya bağlı rahatsızlık değerlendirildi. Laboratuvar bulgularından total ve direkt bilirubin takibi yapıldı. Hastanın tırnaklarının kısa ve düz tutulması sağlandı. Hastaya sık cilt bakımı yapması gerektiği, sabun ve alkollü losyonların kullanmasından kaçınması gerektiği söylendi. Hastaya her iki saatte bir yumuşatıcı kremle masaj yapıldı. Cilt bütünlüğü 4-8 saatte bir kontrol edildi.

**Değerlendirme:** Cilt bütünlüğünde kızarıklık, bozulma ve yaralanma gözlemlenmedi. Hasta kaşıntısının azaldığını söyledi.

#### **Hemşirelik tanısı 7: Sıvı Elektrolit Dengesizliği**

**Beklenen sonuç:** Sıvı elektrolit dengesizliğinin giderilmesi, hipovolemi ve şok gelişmesinin (taşikardi, hipotansiyon vs.) önlenmesi

**Hemşirelik girişimleri:** Vital bulgu ve kilo takibi yapıldı. Sıvı elektrolit dengesizliğini gösteren belirti ve bulgular gözlemlendi (Yüksek ateş, uykuya eğilim, halsizlik, deri turgorunda bozulma, nabız ve tansiyon düzensizlikleri vb). Hekim istemine göre elektrolit takibi yapıldı. Sonuca göre hekim istemindeki tedavi uygulandı. Hastanın tedaviye cevabı takip edildi. Hastanın düzenli olarak albümin değeri kontrol edildi, AÇT takibi yapıldı.

**Değerlendirme:** Kan basıncı, nabız ve solunumun normal aralıkta olduğu gözlemlendi. Kusma-ışhal gibi sıvı ve elektrolit kaybına neden olan durumlar gözlemlenmedi. Mukoz membran nemli ve normal deri turgoru mevcuttu.

#### **Hemşirelik tanısı 8: Bilgi Eksikliği**

**Beklenen sonuç:** Hastanın bilgi eksikliğinin giderilmesi

**Hemşirelik girişimleri:** Hastanın bilgi eksikliğinin nedenleri araştırıldı ve öğrenme biçimleri belirlendi. Mevcut risk faktörleri belirlendi. Verilecek konuda güncel literatür tarandı ve yeni eğitim planlamaları yapıldı. Hastanın hastalığa dair bilgi gereksinimleri tanımlandı (tedavisi, diyeti, ilaçları ve hastalığa ait inanışları gibi). Söz konusu uygulamayı gerçekleştirmesi için hasta cesaretlendirildi. Hastaya mevcut sağlık durumu, tedavi, ilaçları, diyeti ve diğer konular hakkında bilgi verildi.

**Değerlendirme:** Hasta mevcut sağlık durumu, tedavi, ilaçları, diyeti ve diğer konular hakkında daha kapsamlı bilgi sahibi olduğunu dile getirdi.

## **TARTIŞMA**

Koledokolitiazis ortak safra kanalı içerisinde safra taşı bulunmasına denilmektedir. 2 tip olarak karşımıza çıkmaktadır. Primer taşlar koledokun kendisinde üretilen taşlara denilirken sekonder taşlar safra kesesindeki taşların ortak safra kanalı içerisine düşmesinden kaynaklanmaktadır. Klinikte en çok sekonder taşlarla

karşılaşılmaktadır. Safra kesesinde taş olan bir birey on yıl içerisinde yüzde 10-15 arasında safra yollarında taş düşürüp semptomatik olacaktır. Bunun dışında kolesistektomi sırasında hastaların yüzde 10 kadarında koledokolitiazis olduğu farkedilmekte ve yaş arttıkça insidansın yükseldiği düşünülmektedir. Safra taşına bağlı semptom veren hastaların yaklaşık yüzde 10 unda koledokolitiazis gelişecektir ve bunun dışında akut kolesistit ile başvuran hastalarda bu oran daha da yükselerek yüzde 15 seviyelerine ulaşacaktır (1,20).

Koledokolitiazis ile başvuran hastaların çoğu başvuru anında semptomatiktir fakat belirli dönemlerde hastalar asemptomatik olabilir. Semptomlar içerisinde sağ üst kadranda ağrısı, epigastrik ağrı ve bulantı kusma sayılabilir. Ağrı kolik tarzda gibi olsa da semptomlar daha uzun sürelidir. Hastalardaki taş kendiliğinden düştüğünde semptomlar kaybolabilir veya koledok geçici tıkanmış anlarda semptomla başvurabilirler. Fizik muayenede epigastrik veya sağ üst kadranda hassasiyet olabilir. Koledokta tıkanmaya bağlı olarak safra kesesinde genişleme olduğunda fizik muayenede kese ele gelebilir ve buna da Courvoisier belirtisi denilmektedir. Bilirubin artışına bağlı olarak inspeksiyonda sarılık görülebilir (21,22).

Laboratuvar parametrelerine bakıldığında genel olarak AST ALT tipik olarak yükselmiştir. Sonrasında ise kolestatik enzimleri olan ALP GGT ve bilirubin değerleri yükselmeye başlar. Buna rağmen karaciğer enzimleri birçok olayda artış gösterebileceğinden pozitif prediktif değerleri düşük olsa da normal karaciğer testlerinin negatif prediktif değerleri daha yüksektir. Semptomların düzelmesi ile kan tablosu düzelen hastada taşın kendiliğinden düştüğü düşünülebilir. Koledokolitiazis sonrasında akut pankreatit ve akut kolanjit gelişimi açısından klinik ve laboratuvar parametreleri dikkatle değerlendirilmelidir (10,20). Hastalarda tanı için ilk basamak transabdominal ultrason olmalıdır. USG invaziv olmayan kontrast madde kullanılmayan her hastada güvenle kullanılacak bir yöntemdir. Sonraki aşamada ERCP den yararlanmak mümkündür. Koledokolitiazis tanısı koymada ERCP altın standart yöntem olarak karşımıza çıkar (23).

Endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERCP); safra yolları ve pankreas hastalıklarının tanı ve tedavisinde önemli bir yer tutan, aynı seansta hem tanı hem de tedavi edebilme imkanı sunan çeşitli komplikasyonları olabilen ve gastroenterolojinin günlük pratiğinde sıklıkla kullanılan invaziv bir işlemdir. Bu işlem yandan görüşlü bir endoskop ve içinden geçirilen kateeter teller yardımı ile yapılmaktadır. Duodenumun ikinci kütasında bulunan ampullanın kanülasyonu sonrasında kontrast madde verilerek safra ve pankreas yolları görüntülenebilir. Bu sayede safra ve pankreas yollarına erişim sağlanarak çeşitli tedavi modaliteleri uygulanabilir. ERCP ile tedavi amaçlı sfinkterotomi, balon ya da basket ile taş ve çamur ekstraksiyonu, biliyer dilatasyon,

stent ya da nazobilyer drenaj katateri takılması gibi işlemler yapılabilmektedir. Bu işlemler sırasında ERCP ilişkili çeşitli komplikasyonlar gelişebilmektedir (24). Bu komplikasyonlar; pankreatit, sfinkterotomi sonrası kanama, perforasyon, kolanjit, kolesistit, stente bağlı duktal yaralanmalar ve sedasyon ilişkili kardiyopulmoner komplikasyonlardır. Bu komplikasyonlar arasında en yaygın olanları pankreatit ve kanamadır (25,26). ERCP ilişkili pankreatit sıklığı yüksek olmakla birlikte bu komplikasyonların engellenmesi ve azaltılması adına birçok çalışma yapılmış ve kesin ya da olası birçok risk faktörü tanımlanmıştır. Bu risk faktörleri arasında kadın cinsiyet, genç yaş, pankreatit öyküsü olması, oddi sfinkter disfonksiyonu, zor kanülasyon olması, pankreatik kanala kontrast geçişi olması, koledoğun dilate olmaması, serum bilirubin düzeyinin normal olması, son dönem böbrek yetmezliği sayılabilir (26,27).

Literatür tarandığında, şimdiye kadar ülkemizden ERCP uygulanan koledokolitiazis hastası ve hemşirelik bakımına yönelik olgu sunumuna rastlanılmamıştır. Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri, hemşirelerin hasta bakımında daha kapsamlı bir değerlendirme yapması ve hemşirelik sürecini uygulayabilmeleri için kullanılmak üzere tanımlanmış bir süreç olduğu için bu olgu, hemşirelik bakımı Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ) modeline göre planlanmıştır. Böylelikle olgunun literatüre katkıda bulunacağı düşünülmüştür.

Bu olguda dikkat çekmek istenilen hastanın Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ) modeline göre tedavisi ve bakımı yapılmış olup, hasta bu tedaviden fayda görmüştür.

## SONUÇ

Koledokolitiazis tüm dünyada karın ağrısı, bulantı ve sarılık şikâyeti ile hastaneye başvuran hastalarda sıklıkla karşılaşılan klinik bir durumdur. Koledokolitiazisin tedavi edilmemesi akut kolanjit, akut pankreatit, bilier sepsis gibi acil müdahale gerektiren, yaşamı tehdit eden komplikasyonlara neden olabileceği gibi sekonder bilier sirozun da en sık sebebi koledokolitiazistir. ERCP tüm dünyada sıklıkla kullanılan ve koledokolitiazisin tanısı ve tedavisinde halen altın standart olarak kabul edilen oldukça invaziv ve komplikasyon riski nispeten yüksek bir girişimdir. Akut pankreatit en sık komplikasyonudur ancak daha mortal seyreden koledok perforasyonu, hemoraji, sepsis gibi ciddi komplikasyonlar da işlem sonrasında gelişebilir. Bu nedenle koledokolitiazis tanısı konulan hastalara uygun hemşirelik bakımının uygulanması oldukça önemlidir. Özellikle hastanın ağrısının giderilmesi, bulantının azaltılması, ateşinin düşürülmesi, diyetinin düzenlenmesi, cilt bütünlüğünün korunması vb. gibi durumların hemşirelik

süreci içerisinde bakım verilmesi, bakımın sürekliliğini sağlması, bakımı standart hale getirmesi, bireye özgüllük oluşturmalarının yanı sıra hastanın hastanedeki kalış süresini kısaltması, mortalitenin azalması ve yaşam kalitesinin artırılması açısından önemlidir. Bu olgu ile birlikte hastanın tüm boyutlarla ele alınması ve sürecin devam takibinin yapılması açısından önemli olduğu görülmüş, hemşirelik mesleği adına profesyonelleşme ve meslekten memnuniyeti artırmak için bakım planlarına öncelik verilmesi önerilebilir.

**Çıkar Çatışması ve Finansman Beyanı:** Yazarlar aralarında herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

**Bilgilendirilmiş Onam:** Bu yazıda sunulan hastadan bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır.

**Yazar Katkı Oranı:** Yazarlar makaleye eşit katkı sunduklarını beyan ederler.

## KAYNAKLAR

- Collins C, Maguire D, Ireland A, Fitzgerald E, O'Sullivan GC. A prospective study of common bile duct calculi in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy: Natural history of choledocholithiasis revisited. *Annals of surgery*. 2004;239(1):28. <http://doi:10.1097/01.sla.0000103069.00170.9c>.
- Figueiredo JC, Haiman C, Porcel J, Buxbaum J, Stram D, Tambe N. Sex and ethnic/racial-specific risk factors for gallbladder disease. *BMC gastroenterology*. 2017;17(1):1-12. <https://doi.org/10.1186/s12876-017-0678-6>.
- O'Neill CJ, Gillies DM, Gani JS. Choledocholithiasis: Overdiagnosed endoscopically and undertreated laparoscopically. *ANZ journal of surgery*. 2008;78(6):487-91. <http://doi:10.1111/j.1445-2197.2008.04540.x>.
- Park CH. The management of common bile duct stones. *Korean J Gastroenterol*. 2018;71(5):260-3. <http://doi:10.4166/kjg.2018.71.5.260>.
- van Dijk AH, de Reuver PR, Besselink MG, van Laarhoven KJ, Harrison EM, Wigmore SJ. Assessment of available evidence in the management of gallbladder and bile duct stones: A systematic review of international guidelines. *Hpb*. 2017;19(4):297-309. <http://dx.doi.org/10.1016/j.hpb.2016.12.011>.
- Jinfeng Z, Yin Y, Chi Z, Junye G. Management of impacted common bile duct stones during a laparoscopic procedure: A Retrospective Cohort Study of 377 Consecutive Patients. *Int J Surg*. 2016;32:1-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijvs.2016.06.006>.
- Viriyaraj V, Rookkachart T. Predictive factors for choledocholithiasis in symptomatic gallstone patients. *J Med Assoc Thai*. 2016;99(8):112-7.
- Copelan A, Kapoor BS. Choledocholithiasis: Diagnosis and management. *Tech Vasc Interv Radiol*. 2015;18(4):244-55. <http://doi:10.1053/j.tvir.2015.07.008>.
- Singh A, Mann HS, Thukral CL, Singh NR. Diagnostic accuracy of MRCP as compared to Ultrasound/CT in patients with obstructive jaundice. *J Clin Diagn Res* 2014;8:103. <http://doi:10.7860/JCDR/2014/8149.4120>.
- Yang M-H, Chen T-H, Wang S-E, Tsai Y-F, Su C-H, Wu C-W. Biochemical predictors for absence of common bile duct stones in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *Surgical endoscopy*. 2008;22(7):1620-4. <http://doi:10.1007/s00464-007-9665-2>.

11. Masri KR, Salyers WJ. Pentad's triad: Revisiting reynold's pentad. *Kansas Journal of Medicine*. 2012;5(3):94-6.
12. Buxbaum JL, Fehmi SMA, Sultan S, Fishman DS, Qumseya BJ, Cortessis VK. ASGE guideline on the role of endoscopy in the evaluation and management of choledocholithiasis. *Gastrointestinal endoscopy*. 2019;89(6):1075-105. <http://doi.org/10.1016/j.gie.2018.10.001>.
13. Lee SY, Goh BKP, Chan CY. Chapter 55 - Etiology, pathogenesis, and diagnostic assessment of acute pancreatitis. Sixth Edit. Vols 1-2, Blumgart's Surgery of the Liver, Biliary Tract and Pancreas: Sixth Edition. Elsevier Inc.; 2017. 883-896.e3 p. <http://10.1016/B978-0-323-34062-5.00055-8>.
14. Correa CSM, Bagatini A, Prates CG, Sander GB. Patient safety in an endoscopy unit: An observational retrospective analysis of reported incidents. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 2021;71(2):137-141. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2021.02.023>.
15. Hasalla E, Taka I, Hasalla B, Baha S, Dybeli E. Nursing care during ERCP. *International Journal of Medicine & Healthcare*. 2018;3(1):17-21.
16. Chen C, Sun B, Wang S, Wang S, Wang K, Hu B, Ye Z. Nursing care of patients undergoing endoscopic ultrasonography guided biliary drainage in the treatment of malignant obstructive jaundice. *Chinese Journal of Nursing*. 2018;53(3):310-313.
17. Burtea E, Dimitriu A, Maloş A, Saftou A. Periprocedural role of nurses during interventional endoscopic procedures under deep sedation. *Current Health Sciences Journal*. 2018;44(1):14-18. <https://doi.org/10.12865/CHSJ.44.01.02>.
18. Kızılıçık Özkan Z. Hemşirelik sınıflama sistemlerine göre ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde hemşirelik süreci. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021;10(2):194-198. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.775483>.
19. Okana N, Ito K, Takuma K, Hara S, Igarashi Y. Prevention and management of ERCP-related complications. *Mini-invasive Surgery*, 2021;5(29): 1-9. <https://doi.org/10.20517/2574-1225.2021.15>.
20. Frossard JL, Morel PM. Detection and management of bile duct stones. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2010;72(4):808-16. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2010.06.033>.
21. Fitzgerald JEF, White MJ, Lobo DN. Courvoisier's gallbladder: law or sign? *World journal of surgery*. 2009;33(4):886-91. <https://doi.org/10.1007/s00268-008-9908-y>.
22. Abboud P-AC, Malet PF, Berlin JA, Staroscik R, Cabana MD, Clarke JR. Predictors of common bile duct stones prior to cholecystectomy: a meta-analysis. *Gastrointestinal endoscopy*. 1996;44(4):450-7. [http://doi.org/10.1016/s0016-5107\(96\)70098-6](http://doi.org/10.1016/s0016-5107(96)70098-6).
23. Tse F, Barkun JS, Barkun AN. The elective evaluation of patients with suspected choledocholithiasis undergoing laparoscopic cholecystectomy. *Gastrointestinal endoscopy*. 2004;60(3):437-48. [http://doi.org/10.1016/s0016-5107\(04\)01457-9](http://doi.org/10.1016/s0016-5107(04)01457-9).
24. Talukdar R. Complications of ERCP. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2016;30(5):793-805. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpg.2016.10.007>.
25. Petelin JB. Laparoscopic common bile duct exploration. *Surgical Endoscopy And Other Interventional Techniques*. 2003;17(11):1705-15. <https://10.1007/s00464-002-8917-4>.
26. Manoharan D, Srivastava DN, Gupta AK, Madhusudhan KS. Complications of endoscopic retrograde cholangiopancreatography: an imaging review. *Abdom Radiol*. 2019;44(6):2205-16. <https://doi.org/10.1007/s00261-019-01953-0>.
27. Freeman ML. Preventing Post-ERCP Pancreatitis: Update 2016. *Curr Treat Options Gastroenterol*. 2016;14(3):340-7. <http://dx.doi.org/10.1007/s11938-016-0097-8>.