

Yenidoğan Sarılığı ve Aile Eğitimi

Yasemin AÇIK^{*}, S.Erhan DEVECİ^{*}
Nilgün ULUTAŞDEMİR^{**}, Nesrin İPEKÇİ^{***}

ÖZET

Yenidoğan sarılığı, yenidoğan döneminin sık karşılaşılan sorunlarından. Erken tanı ve gerekli tedavi olmazsa bilirubinün nörotoksik etkisi ile ölüme ve uzun dönem nörolojik bozukluğa sebep olabilir. Bu sebeplerden dolayı sarılık, geçmişteki gibi günümüzde de önemlidir. Yenidoğan döneminde olumsuz sonuçlara neden olabilecek sarılığı önlemek için doğumdan sonra özellikle ilk hafta kontrolleri yapmak gereklidir. Bu kontroller yapılarak ve aileler eğitilerek istenmeyen komplikasyonlar önlenir. Çocuk sağlığı alanında çalışan sağlık profesyonellerine bu konuda önemli görevler düşmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan, Sarılık, Erken Tanı, Tedavi, Aile Eğitimi.

Jaundice of Newborn and Family Education

ABSTRACT

Jaundice of newborn babies is one of the problems which is faced in the term of newborn. Whithout early diagnosis and necessary treatment; it is a disease that can cause to death and long term norologic fault by norotoxic effect of bilirubinemia. Because of these reasons ,jaundice is important nowadays like in the past. It is necessary to do the controls after birth especially in the first week to prevent the jaundices which can cause to negative outcomes in the term of newborn. It's possible to prevent the complications by the help of these controls and also by educating families. The health professionals who work on children's health, have an important role about it.

Key Words: Newborn, Jaundice, Early diagnosis, Treatment, Educating families.

^{*} Öğr.Üyesi, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

^{**} Öğr. Gör., Kilis 7 Aralık Üniversitesi Yusuf Şerefoğlu Sağlık Yüksekokulu.

^{***} Öğr. Gör., Kilis 7 Aralık Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu.

GİRİŞ

Yenidoğan sarılığı eski zamanlarda da bilinen bir hastalıktır. Ancak hastalığın tedavisi için özel bir uğraş sarfedilmezdi. Yeni doğmuş bebeklerdeki sarılık durumuna dair ilk bilgi Metlinger tarafından 1473 yılında yazılmış olan *Ein Regiment der Kinder* adlı kitapta yer almaktadır (Misra ve ark., 1998).

Michael Ettmuler, doğumdan kısa süre sonraki sarılık durumundan 1708 yılında yayınladığı "*De Infantum Morbis*" adlı bilimsel araştırma yazısında bahsetmiştir. Yine yenidoğan sarılığı ile ilgili ilk kayıtlardan biri de, John Burton tarafından 1742 yılında yayınladığı "*A Full view of All the Diseases Incident to Children*" (Çocuklar üzerinde etkili olan tüm hastalıkların tam bir incelemesi) başlıklı bilimsel araştırma yazısında bulunmaktadır. Bu araştırmasında, Burton, sarılığın bağırsaklardaki hassas bir durumla ilgili olduğu tezini ortaya atmıştır. Bunun bir benzeri yaklaşım, 1853 yılında, Condie tarafından Philadelphia'da desteklenmiştir. Condie, yenidoğan sarılığının mekonyumun serbestçe boşaltılmasına duyulan gereksinimle ilgili olduğunu farzetmiştir. Hintyağı veya küçük bir miktar calomel (tathısülümen) veya ışın'ın faydalı olacağını öne sürmüştür. İlginç olanı ise o zamanlarda sarılığın uyku durumu ile ilgili olduğunu belirtmiş olmasıdır (Misra ve ark., 1998).

Yine 18. yüzyılın sonlarında ve 19. yüzyılın başlarında Fransa'da basılmış birçok yayın vardır ve bunlardan biri 1847 yılında, Jacques Francois Hervieux tarafından doktora tezi olarak Paris Üniversitesinde sunulmuş olanıdır. Tezin başlığı "*De l'ictere des nouveau-nes*" (Yenidoğanlardaki sarılık üzerine) dir (American Academy of Pediatrics, 1994). Hervieux, yenidoğan sarılığının etkilenmiş bir bebeğin beynindeki sarı lekelenmeden bahseden ilk bilimadamı olmuştur (Tan ve ark., 1997).

Anatomik ve fizyolojik yapısı, davranışları, toplumda yeri bakımından yetişkinlerden farklılıklar gösteren; kendine özgü bir birey, bir organizma olarak ele alınan ve neslin devamını sağlayan çocuk insan hayatında önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık bakanlığı 2008 yılı TNSA verilerine göre Türkiye'de 2008 yılı bebek ölüm hızı binde 17'dir. Bu bebeklerin 5.171'i postneonetal dönemde 16.805'i neonetal dönemde kaybedilmektedir (Baybek ve ark., 2004).

Yenidoğan döneminde sarılık ile çok sık karşılaşmakta, genellikle tedavi gerektirmeden kendiliğinden gerilemektedir. Sağlıklı term bebeklerin %50-70'inde sarılık görülürken, bu oran preterm bebeklerde %80'lere çıkmaktadır (Maisels ve Kring, 1998; Madam ve ark., 2005). Bununla beraber yüksek bilirubin seviyelerinin erken tanı ve tedavisinin yapılmadığı durumlarda

bilirubin ensefalopatisinin (kernikterus) gelişmesi tüm çocuk hekimlerini korkutmaktadır. Dünyada kernikterus bildirilen ülkeler arasında ilk sırada Amerika Birleşik Devletleri (%27), ikinci sırada Singapur (%19) ve üçüncü sırada Türkiye'nin (%16) bulunması ülkemizde yenidoğan sarılığı üzerinde daha fazla araştırma yapılması gerektiğini göstermektedir (Ip ve ark., 2004).

Pıçak'ın yaptığı araştırmaya göre sarılık nedeniyle getirilen bebeklerin %93,2'sinin ilk bir ile yedi gün içinde sarılıkları saptanmıştır. Bebeklerin %16,3'ünde ise ilk gün sarılık tesbit edilmiştir. Kavlu'ya göre sarılık nedeniyle getirilen bebeklerin %75'nin ilk üç ile yedi gün içinde sarılıkları saptanmıştır. Etiyolojik neden olarak en sık, nedeni tesbit edilemeyen (olasılıkla fizyolojik sarılık ve anne sütü sarılığı), ikinci sıklıkta ABO uyumsuzluğu saptanmıştır. Aileler, anne sütünün verilmesi, emzirme teknikleri konusunda, anne sütünün yanında şekerli su verilmemesi konusunda eğitilmelidir (Pıçak, 2008).

Eğitim düzeyi düşük olan annelerin gelenek ve göreneklerine göre çocuk bakımı uygulamaları sonucu çocuklarının sağlık durumları olumsuz yönde etkilenmektedir. Annelerin eğitim düzeyi arttıkça çocuk bakımında gelenek ve göreneklerin yerini sağlık hizmetlerinden yararlanma, gebelik döneminde muayene olma, bilinçli çocuk bakımı hastalıklarda erken tanı için doktora gitme oranı artmıştır. Bu amaçla annelerin yenidoğan döneminde ortaya çıkan ve en çok karşılaşılan sorunlardan biri olan yenidoğan sarılığını bilme önem taşımaktadır (Demir, 1995).

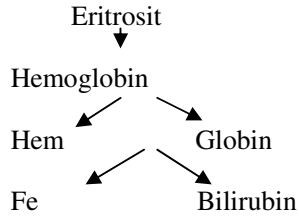
Hiperbilirubinemi, ölümler ve ciddi sekillere neden olabilir. Erken tanı ve tedavi edildiği zaman ise bu sonuçlar engellenebilir. Bundan dolayı sarılık, uzun yıllar olduğu gibi günümüzde de önemini korumaktadır (Maisels, 1994; Berhrman ve ark., 2000).

Yapılan araştırmalar sonucunda anne ve babaların genel olarak yenidoğan sarılığı konusunda eğitim gereksinimi olduğu; yenidoğan sarılığı geçiren bebeklerinin bakımında daha fazla güçlük yaşadığı belirlenmiştir. Bu amaçlarla yenidoğan sarılığı ve aile eğitimi konusunda bilgilendirici derleme yazılmaya karar verilmiştir.

YENİDOĞAN SARILIĞI

Bilirubinün vücudun epidermal dokularında birikerek deri sklera ve mukozanın sarıya boyanmasıdır (Gahlen ve ark., 2002).

Bilirubin yenidoğan sarılığının oluşmasında ki en önemli etkidir. Bebeklerde dolaşımında ki bilirubinün normal değeri 100 ml kanda 0.2-1.4 mg' dır. Eritrositlerin hızla yıkıldığı bazı durumlarda indirekt bilirubin 100 ml kanda 7 mg'ın üzerinde çıkabilir (Hiperbilirubinemi). Bilirubinün damar dışına çıkarak subkutan dokuda (deri altında) birikmesi ile deri sarı renkte görülür (Çavuşoğlu, 2009).



Şekil 1: Eritrositin Yapısı.

Yenidoğan bebeklerin büyük çoğunluğunda çeşitli nedenlere bağlı olarak belli risk oranlarında sarılık görülebiliyor.

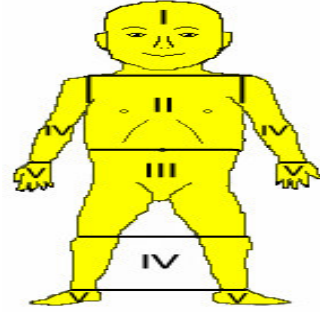
Yenidoğan sarılığının fiziksel nedenleri:

- Yeni doğmuş bebeklerdeki alyuvarların aşırı hızlı bir şekilde ve aşırı miktarda parçalanması,
- Bebeğin karaciğerinin, kanındaki aşırı miktardaki bilirubin oluşumunu işleyecek kapasiteye sahip olmamasıdır (Soni, 2003).

Diğer nedenler:

1. Bilirubinün vücutta salınımı ve atılımını engelleyen doğumsal hastalıklar,
2. Enzim defektleri (glikoz 6 fosfat dehidrogenaz enzim eksikliği gibi),

3. Kalıtsal hastalıklar (crigler najjar ve gilbert sendromu gibi),
4. Bazı ilaçların yüksek doz uygulanması (k vitamini sulfanamid diazem gibi),
5. Anne karnında bebeğin geçirdiği hastalıklar (TORCH gibi),
6. Hepatit,
7. Safra yollarını tıkayan hastalıklar,
8. Diyabetik anne çocuğu,
9. Anne sütüne bağlı sarılık,
10. Annedeki diyabet hastalığı,
11. Bebeğin doğumdan sonra çok kilo kaybetmesi (Eisenberg ve ark., 2005; Tutak, 2008).



Şekil 2: Yenidoğan sarılığının belirtileri.

- I- Bilirubin oranı 5 ile 8 mg/dl arasında ise baş ve boyun bölgesi sararır,
- II- Bilirubin miktarı 8 ile 10 mg/ arasında ise gövdenin üst bölümü sararır,
- III- Bilirubin miktarı 10 ile 13 mg/dl arasında ise gövdenin alt kısmı sararır,
- IV- Bilirubin miktarı 13 ile 16 mg/dl arasında ise kol ve bacaklar sararır,
- V- Bilirubin miktarı 20 mg/dl civarında ise eller ve ayaklar sararır (Misra ve ark., 1998).

Yenidoğan Sarılıklarının Sınıflandırılması:

Yenidoğan sarılıkları biriken bilirubin cinsine göre ikiye ayrılır:

- 1. İndirekt bilirubin artışı:** Yenidoğanda en sık görülen sarılık şeklidir. Fizyolojik ya da patolojik olabilir.
- 2. Direkt bilirubin artışı:** Yenidoğan döneminde nadirdir, her zaman patolojiktir. Safra yollarında tıkanıklığa veya karaciğer fonksiyonlarında ciddi bozukluğa işaret eder (Pıçak, 2008).

FİZYOLOJİK SARILIK

Fizyolojik sarılık, yenidoğan karaciğerinin bilirubini tutma, transport etme ve konjugasyonundaki olgunlaşma eksikliğinden kaynaklanır. Bu durum yaşamın ilk haftasında serum indirekt bilirubin düzeylerinde artışa yol açar. Ortaya çıkan bu geçici hiperbilirubinemi fizyolojik sarılık olarak adlandırılır (Blarchette ve ark., 1994; Maisels ve ark., 1994; Dağoğlu ve Ovalı, 2000).

Term yenidoğanın, kordon kanı bilirubin düzeyi 1.1-2.1 mg/dl'dir. Doğumdan sonra bilirubin düzeyi yükselerek 3-5. günlerde ortalama 6-7 mg/dl'lik pik düzeylere ulaşır ve daha sonra düşerek normal seviyelere iner. Fizyolojik sarılık iki evrede incelenir. Genellikle birinci evre ilk üç günde pik değerine ulaşan, beşinci güne kadar bilirubin azaldığı dönemi kapsar. Bu dönemden sonra bilirubin iki hafta kadar 2 mg/dl civarında sabit kaldığı dönem evre iki olarak adlandırılır. Yenidoğanda bilirubin yapım hızı artmıştır. Enterohepatik dolaşımın artmış olması, mekonyum içindeki bilirubin miktarının önemli düzeylere ulaşması ve bağırsak bakterilerinin yokluğu da sarılığa zemin hazırlar. Ancak son çalışmalar bu değerlerin normal total bilirubin değerlerini yansıtmadığını gösterdi. Gerçekten de artık klinikte daha fazla sarılıklı bebeklerle karşılaşmakta ve normal popülasyondaki total serum bilirubin değerleri eskisine göre belirgin olarak daha yüksek saptanmaktadır (Osborn ve ark., 1994)

Bhutani ve arkadaşları 2840 bebeğin total serum bilirubin düzeyini değerlendirmiş ve 95. persentil değerini 17.5 mg/dl olarak bulmuşlardır. Bu bebeklerin %41'i siyah, %43'u beyaz ve Asyalı olup, %59'u anne sütü

alıyordu. Başka bir çalışmada ise 95. persantil değeri 17.4 olarak saptanmıştır (Maisels ve ark., 1994).

Bu bilgiler ışığında değişik popülasyonlarda total serum bilirubin için normalin üst sınırı 17-18 mg/dl olarak kabul edilebilir. 15-16 mg/dl'lik değerler bebeğin ileri tetkikini gerektirmez, bu olgularda izlemin yeterli olabileceği düşünülmektedir (Maisels ve ark., 1998). Sonuç olarak Amerikan Pediatri Akademisi (American Academy of Pediatrics, 1994), tedavinin zarardan çok yarar getireceğinin düşünüldüğü bilirubin düzeylerinde müdahaleyi önermekte, bu değerlendirmeyi yaparken bebeğin yaşı ve klinik durumunu da göz önüne almaktadır.

Polistemi (kordonun geç klempe edilmesi, materno-fetal transfüzyon, ikizler arası transfüzyon), damar dışına kanama (sefal hematoma, iç organlara kanama), mekonyum pasajında gecikme, yutulmuş kan, düşük kalorili beslenme, dehidratasyon, anne sütü ile beslenme, preterm olması yenidoğanda fizyolojik sarılığın şiddetini artıran nedenlerdir. Amerika Birleşik Devletleri'nde son birkaç yılda yenidoğan sarılığı insidansında artış saptanmıştır. Bu artışın nedeni kesin olarak bilinmemekle beraber, anne ve bebeklerin eskiye göre hastaneden daha erken taburcu edilmesi, hastanede iken 6-8 kere beslenen bebeklerin evde aynı sıklıkta beslenememesi artan sarılığın nedeni olarak ileri sürülmüştür (Neyzi ve Ertuğrul, 2002).

Anne sütü ile beslenme oranında artış sarılık sıklığını artıran ikinci bir neden olarak belirtilmektedir. Amerikan Pediatri Akademisi, 48 saatten erken taburcu edilen yenidoğanların sarılık yönünden yakın takibini önermektedir (Kavlu, 2006).

PATOLOJİK SARILIK

Maisels'in 1981 yılında ilk tariflendiği şekliyle patolojik sarılık tanımında; sarılığın ilk 24 saatte ortaya çıkması, bilirubin artış hızının günde 5 mg/dl'yi geçmesi, serum direkt bilirubin düzeyinin 1,5-2 mg/dl'nin üstünde olması ve sarılığın term bebeklerde bir, preterm bebeklerde ise iki haftadan daha uzun sürmesi kuralları yer almaktaydı (Maisels ve ark.,1994). Ancak daha sonra bu tanımlara uyan tüm durumların patolojik sarılık olmayabileceği görüldü. Anne

sütü sarılığı nedeniyle term bebeklerde indirekt bilirubin düzeyinin ve sarılık suresinin bu sınırları aşması bunun en güzel örneği olmuş ve daha sonraki yıllarda anne sütü ile beslenenlerde patolojik serum bilirubin düzeyi 15 mg/dl'ye yükseltilmiştir. Ancak anne sütü ile beslenen pek çok sağlıklı bebekte bu sınır da aşıldığından günümüzde term bebeklerde serum bilirubin konsantrasyonlarının 17 mg/dl'den daha yüksek olduğu durumlarda fizyolojik olmadığını düşünülmesi ve sarılık süresinin iki haftadan daha uzun sürdüğü durumlarda uzamış olarak kabul edilmesi giderek kabul görmüştür (Kavlu, 2006). Hatta sağlıklı, term ve anne sütü alan bebeklerde bu sınırlar daha da yükseltilebilmektedir (Newman ve Maisels,1992; Misra ve ark., 1998).

Yenidoğan bebeklerdeki patolojik sarılıkların büyük çoğunluğundan bilirubinun metabolizma basamaklarında normal fizyolojinin dışında gelişen patolojik süreçler (artmış bilirubin üretimi, hepatik alım eksikliği, yetersiz bilirubin konjugasyonu ve artmış bilirubin enterohepatik dolaşımı) sorumludur (Kavlu, 2006). Artmış bilirubin üretimi; ABO uyumsuzluğu, eritrosit enzim defektleri veya eritrosit yapısal defektlerinde olabildiği gibi ırksal farklılıklarda da görülebilmektedir (Slusher ve ark., 1995; Fischer ve ark., 1998).

YENİDOĞAN SARILIKLARINDA TANI

Sarılık yenidoğanda sık görülmesine rağmen hangi bebeklerin sekel açısından riskli olduğunu ve hangilerinin tedavi edilmesi gerektiğine karar vermek büyük önem taşır (Jahrig ve ark., 1999)

Sarılıklı bir yenidoğanda öykü büyük önem taşır. Antenatal ve perinatal bakım ile doğum anamnezi, beslenme şekli ve miktarı mutlaka incelenmelidir. Ailede sarılık öyküsünün varlığı ve annenin gebeliğinde geçirdiği hastalıklar özellikle sorulmalıdır. Muayenede sarılık düzeyi inspeksiyonla ve parmakla bastırılınca artaya çıkan renge bakılarak tahmin edilmeye çalışılır. Transkutanöz bilirubinometreler de aynı amaçla kullanılabilir. Ancak fototerapi veya kan değişimi kararı vermek için, serumda bilirubin tayini yapılmalıdır. Bilirubin üretimiyle CO üretimi arasında birebir ilişki bulunduğu için, total bilirubin üretiminin incelenmesine, COHb, akciğerden CO atılımı ve CO düzeyi ile bakılabilir. Son yıllarda yapılan bir çalışmada bilirubin üretimi indeksli olarak CO ölçümünün hemoliz olup olmadığı ve ciddi

hiperbilirubinemi gelişip gelişmeyeceğini tahminde yüksek değere sahip olduğu bildirilmiştir (Akaba ve ark., 1998).

Bunun dışında tanıda, serum direkt ve indirekt bilirubin düzeyi, anne ve bebek kan grubu, hemoglobin, direkt coombs testi, retikülosit tayini ve periferik yayma incelenmesi yapılmalıdır. Bu tetkiklerle tanıya varılamayan, atipik klinik gidişli veya uzamış sarılıklarda ileri laboratuvar incelemeler yapılmalıdır (Pıçak, 2008).

YENİDOĞAN SARILIKLARINDA TEDAVİ

Yenidoğan döneminde sarılık sık rastlanılan bir bulgu olup, erken tanı ve tedavi ile istenmeyen sonuçların önüne geçilebilir. Tedavisi geciken olgularda kernikterus gibi mortalite ve uzun dönem sekel oranı yüksek olan durumlarla karşılaşılabilir (Berk ve ark., 1999).

Yenidoğan sarılıklarının tedavisinde amaç temelde santral sinir sisteminde bilirubin toksisitesine bağlı oluşabilecek kalıcı bozuklukları önlemektir. Ancak hangi bilirubin düzeylerinde hangi tedavilerin uygulaması gerektiği netleşmemiştir (Slusher ve ark,1995).

Son yıllarda bilirubin antioksidan özelliğinin saptanması, bu özelliğın antioksidan sistemleri yeterince gelişmemiş yenidoğanlardaki öneminin anlaşılması ve bilirubinın, virulan pnömokoklar üzerine toksik etkisinin gösterilmesiyle yenidoğan sarılıklarında uygulanan tedavi rejimleri tekrar gözden geçirilmeye başlanmıştır. Yenidoğan bebeklerin plazmalarındaki bilirubini ne kadar azaltmalıyız? Acaba fototerapi ve kan değişimini gereğinden fazla mı uyguluyoruz? Hekimlerin vigintofobisi (yirmi korkusu, bilirubin düzeyi 20 mg/dl'yi aşınca kan değişimi yapılmalıdır inancı) doğrumudur? gibi sorular hastaların tedavisinde sınırlarımızı bilmemiz gerektiğinin altını çizmektedir (Jahrig ve ark., 1999).

Sarılığın tedavisinde uygulanan üç yöntem vardır.

- 1)Fototerapi
- 2)Kan değişimi
- 3)Farmakolojik ajanlar

1. Fototerapi (ışık tedavisi)

1958 yılında, kanlarındaki bilirubin düzeyleri yüksek olan sarılıklı bebeklerin bahçede gezdirilirken renklerinin güneş ışığının direkt teması neticesinde açıldığının farkedilmesiyle tesadüfen keşfedilmiştir.

- Düşük düzeyde devam eden fizyolojik sarılıklarda belli bir tedavi uygulamaya gerek yoktur ancak bebeğin yaşı (gün olarak) ve ağırlığı göz önüne alınarak 15 mg/dl'nin üzerindeki oranlarda en sık uygulanan tedavi yöntemi fototerapidir. Deride biriken bilirubin, uygulanan ışığın etkisiyle, suda eriyecek duruma dönüşür ve böbrekler vasıtasıyla idrar olarak vücuttan atılır.
- Tedavi sırasında, bebek üzerinde sadece alt değiştirme bezi kalacak şekilde soyulur ve gözlere koruma amaçlı bir maske takılır. Bu şekilde ışığın altına yatırılır. Işık tedavisi esnasında çok sıvı kaybı olacağından bebeğin en az iki saatte bir ya annesi tarafından emzirilmesi sağlanır ya da yine aynı sıklıkta bebeğe mama verilir. Işık tedavisi esnasında, bebeğin sindirim sistemi hızlı çalışacağından dışkılama sayısında ve miktarında da bir artış gözlenir (Kavlu, 2006).

2. Kan değişimi (transfüzyon)

Kandaki bilirubin düzeyi aşırı miktarda arttığına ya da artma eğilimi gösterdiğinde bebeğin kanının tamamen değiştirilmesi şeklinde uygulanır. Bebeğin kanının değiştirilmesine karar verilirken, bebeğin doğum haftası, doğum ağırlığı, kaçınıcı günde (yaş) olduğu göz önüne alınır ve bilirubin miktarı 20-25 mg/dl'nin üzerinde olursa bu işlem doktor onayı ile uygulanır (Katar ve ark., 2006).

Bebek ölümlerinin en önemli sosyal nedenleri:

1. Ailelerin ilgisizliği,
2. Yanlış inanışlar,
3. Annelerin bilgisizliği,
4. Bebeği hastaneye götürmeme ya da geç götürme,
5. Ulaşım güçlüğüdür (Çavuşoğlu, 2009).

3. Farmakolojik tedavi

Hiperbilirubinemi tedavisinde kullanılan farmakolojik ajanlar, bilirubi atılımını hızlandırıcı (enterohepatik dolaşımı azaltıcı) veya bilirubin oluşmasını engelleyici etki gösterebilirler (Pıçak, 2008).

Hiperbilirubinemi tedavisinde kullanılan farmakolojik ajanlar:

A- Bilirubin atılımının hızlandırılması

- 1.Fenobarbital
- 2.Etanol
- 3.Klorokin
- 4.Antihistaminikler
- 5.Klofibrat
- 6.Antipirin

B- Bilirubin oluşumunun engellenmesi

- 1.Kalay protoporfirin ve mezoporfirin
- 2.ginko protoporfirin ve mezoporfirin

C- Enterohepatik dolaşımın engellenmesi

- 1.Agar
- 2.Aktif kömür
- 3.Kolestramin
- 4.Polivinil pironidil
- 5.Bilirubin oksidaz

D- Diğer

- 1.İntravenöz immunglobulin
- 2.Sık beslenme (Kavlu, 2006).

Tin(Sn)-protoporfirin (veya tin mezoporfirin) bilirubin seviyelerini düşürmek amacıyla kullanılır. Bu hem oksijenaz aktivitesini durdurarak biliverdinin bilirubine dönüşmesini engeller. Hayatın ilk gününde uygulanan tek doz intramuskuler tedavi fototerapi ihtiyacını düşürebilir. Böyle bir tedavi sarılık beklendiğinde (G6PD eksikliği) veya kan ürünlerinden vazgeçildiğinde (jenovah eksikliği) yararlı olabilir (Blarichette ve ark, 1994).

YENİDOĞAN SARILIĞININ KOMPLİKASYONLARI

Birçok bebek için fizyolojik sarılık tedavi gerektirmeden geçebilecek bir durum olsa da bu dönemin düzenli olarak doktor hemşire gözetiminde geçirilmesi önemlidir. Aksi takdirde sarılığın seviyesi yükseldiğinde ve tedavisinde geç kalındığında kernikterus ismi verilen bir hastalık bebekte görülebilir. Kanda aşırı derecede artan miktardaki bilirubin beyinde birikir ve beyin bazal ganglion bölgesini etkileyerek beyinde hasar oluşmasına neden olur. Bebekte yavaş hareketler, güçsüz ağlamalar, zayıf ve isteksiz emmeler, yavaş refleksler, kusma ve ateş gibi belirtiler gözlenir. Bu şekilde hastalanan bebeklerde ölüm de hastalığın getirdiği bir sonuçtur (Groenendaal, 2004).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Sarılık, yenidoğan servisinde en sık karşılaşılan sorunlardan birisidir. Genellikle geçici bir durum olmakla birlikte, yenidoğan sarılığı, doğum sonrası ilk hafta içinde hastaneye yatışların en sık nedenidir.

Yenidoğan sarılığı sık olarak görülmesine ve birçok bebekte de kendiliğinden geçmesine rağmen bu durum her bebek için geçerli değildir. Hangi yenidoğanda bilirubin düzeyinin tehlikeli seviyeye ulaşacağı her zaman tahmin edilemeyeceği için bebeğin ilk üç-beş gün içerisinde yenidoğan doktorları ve hemşireleri tarafından izlenmesi çok önemlidir. Böylece, tedavi edilmediğinde kalıcı problemlere neden olabilecek bir hastalık kolaylıkla önlenmiş olur.

Yenidoğan hemşireleri özellikle ailelerin kültürel inanç ve uygulamalarının sağlığa yansımaları boyutunda dikkatli olmalıdır. Bu yaklaşım; yararlı uygulamaları destekleyerek bireyleri bakımlarına katmak ve zararlı uygulamaların sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini engellemek açısından da önemlidir. Diğer taraftan doğum sonu dönemlerde bireylerin geleneksel inanç ve uygulamalarının bilinmesi bu dönemlerde ailelere sunulacak sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesi için de yol gösterici olacaktır.

Bu amaçlarla çocuk hemşirelerine aile eğitimi konusunda büyük görevler düşmektedir. Çocuk hemşirelerinin ebeveynler için yapmaları gereken öneriler şunları içermelidir;

- Sarılık artışını önlemek için sık emziriniz (Saat başı, 1-2 saatte bir. Bebeği 4 saatten fazla uyutmamalı, takviye gerekiyorsa şekerli su kullanılmamalı, doktorun uygun gördüğü bir mama verilmelidir),
- Bebeğinizin sık sık kilo alımını kontrol etmelisiniz,
- Bebeğinizin hangi sıklıklarda idrar yaptığını kontrol ediniz,
- Sütünüzün azalmasını engellemek için göğsünüzü sağınız,
- Anne ve babalar bebeklerinin cildinde ve göz aklarındaki renk değişikliğine dikkat ediniz,
- Bebeğinizin ateşini belirli aralıklarla kontrol ediniz,
- Bebeğinizin emmesini, ağlamasını ve hareketlerini kontrol ediniz,
- Bebeğin enfeksiyona yatkınlığı açısından odasına ilk birkaç ay ziyaretçi almamaya gayret ediniz,
- Bebeğe dokunmadan, eller mutlaka yıkayınız ya da dezenfekte ediniz,
- Bebeğin oda ısısı 26 derece olmasına dikkat ediniz,
- Bebek için mutlaka bir not defteri ya da ajanda tutarak beslenme saatlerini idrarını, kakasını, aldığı vitaminleri günlük not ediniz,

- Bebek ışığa ve sese daha duyarlı olacağından çok gürültü ve parlak ışıktan kaçınınız,
- Kan grubunuzu öğreniniz,
- Yenidoğan sarılığı konusunda eğitim alınız (Yurtçu, 2007).

Yenidoğan hemşirelik eğitimi/danışmanlığında ebeveynlere en yakın sağlık kuruluşuna başvurulması önerilen konular aşağıda sıralanmıştır:

- ✓ Bebeğin rengi koyu sarı veya portakal rengine dönüşürse,
- ✓ İlk haftalarda günde 1-2 kere dışkı yaparsa,
- ✓ Günde sadece 3-4 kere idrar yaparsa,
- ✓ Size göre sütünüz azsa, bebek aç, emzirme sonrası ağlıyorsa,
- ✓ İlk ayın sonunda hala sarı ise (Yurtçu, 2007).

Yenidoğan sarılığında aile eğitiminde çocuk hemşiresinin rolü ve danışmanlığı büyük önem taşımaktadır. Bu sebeple çocuk hemşireleri yenidoğan sarılığı ile ilgili gerekli bilgileri anne ve babalarla paylaşmalıdır.

KAYNAKLAR

American Academy of Pediatrics. (1994). Provisional Committee for Quality Improvement and Subcommittee on Hyperbilirubinemia. **Practice parameter: management of hyperbilirubinemia in the healthy term newborn**, 94:558-562.

Akaba, K., Kimura, T., Sasaki, A, et al. (1998). Neonatal hyperbilirubinemia and mutation of the bilirubin uridine diphosphate-glucuronosyltransferase gene: A common missense mutation among Japanese, Koreans and Chinese. **Biochem Mol Biol Int.**,46:21-26

- Baybek,H.Turasay,N.Tekbaş,M. (2004). “Yeni doğum yapan annelerin Yenidoğan Sarılıkları Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi”. **Hemşirelik Dergisi**, 5: 17-22.
- Berhrman, R.E, Kliegman, R.M., Nelson, W. E. (2000). **Neonatal hyperbilirubinemia. Textbook of Pediatrics**. Saunders Company, 513-519
- Berk MA, Mimouni F, Miodovnik M. (1999). Macrosomia in infants of insulindependent diabetic mothers. **Pediatrics**: 83:1029-1034.
- Blarichette, V., Doyle, J., Schmidt, B., Zipursky, A., Avery, GB., Fletcher, MA., Macdonald, MG. (Eds). (1994). Pathophysiology and Management of the Newborn, **Neonatology**, Philadelphia : JB Lippincott Co: 952-98.
- Çavuşoğlu, H. (2009). Yenidoğan Bakımı. **Çocuk Sağlığı Hemşireliği**, Sistem Ofset Yayın Evi, Ankara.
- Dağoğlu, T., Ovalı, F. (2000). İndirekt Hiperbilirubinemi. **Neonatoloji**, İstanbul, Nobel Tıp, 443-460.
- Demir, L. (1995). **Yenidoğan. Çocuk Sağlığı Hastalıkları ve Hemşireliği**, Matsa Basımevi, Ankara.
- Eisenberg, A. Heidi E. Murkoff, Sandee E, Hathaway (2005). **Bebeğinizin İlk Yılında Sizi Neler Bekler**, Epsilon Yayıncılık, 9:68-69.
- Fischer AF, Nakamura H, Uetani Y, Vreman HJ, Stevenson DK. (1998). Comparision of bilirubin production in japanese and Caucasian infants. **J Pediatr Gastroenterol Nutr**;7:27-29.
- Gahlen, Eugene, D. Mc. Wilson, Willan, G. (2002). Sarılık, **Pediatric Hatırlatmalar Kitabı**, Nobel Tıp Kitap Evi, Nobel Matbaacılık, 2:76-80, İstanbul.
- Groenendaal, F., Van Der Grond, J de Vries L.S. (2004). **Pediatrics**, 114: 291-294.
- Ip S, Chung M, Kulig J, et al (2004). Subcommittee on Hyperbilirubinemia. An evidence-based review of important issues concerning neonatal hyperbilirubinemia, **Pediatrics**,168-69.
- Jahrig, D., Jahrig, K., Süçte, S. (1999). Neonatal jaundice in infants of diabetic mothers, **Acta Peadiatr Scand**, 360:101-107.

Katar, S., Deveciođlu, C., Özel, A.K., Sucaklı, İ. (2006). “Kan Değişimi Yapılan Yenidoğan Bebeklerde Hiperbilirubinemi Etyoloisinin Deđerlendirilmesi”, **Dicle Üniversitesi Tıp Dergisi**, 33(3):174-177.

Kavru A. (2006). “Kliniđimiz Yenidoğan Ünitesine Yatırılan İndirekt Hiperbilirubinemi Olguların Deđerlendirilmesi”, **Aile Hekimliđi (Uzmanlık Tezi)**, İstanbul.

Madam, A., MacMahon, JR., Stevenson, DK. (2005). Neonatal Hyperbilirubinemia. In: HW Taeusch, Ballard RA, Gleason CA (eds). **Avery’s Diseases of Newborn**. 8th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 1226- 9.

Maisels, MJ., Kring, EA. (1998). Length of stay, jaundice and hospital readmission, **Pediatrics**, 101: 995- 9.

Maisels, JM., Jaundice, İn., Avery, GB., Fletcher, MA., Mac Donald Mg.(eds) (1994). Patophysiology and management of the newborn, **Neonatology**, Philadelphia, JB. Lippincott Company, 4:630-725.

Misra, P.K., Kapoor, R.K., Dixit, S., Seth, T.D. (1998),”Trace metals in neonatal hyperbilirubinemia”, **Indian J Pediatr**, 25:761-4.

Newman TB, Maisels MJ. Evaluation and treatment of jaundice in the term infant: a kinder, gentler approach. **Pediatrics** 1992; 8(9): 809-818.

Neyzi O, Ertuğrul T, (2002). **Pediatrici**, Nobel Tıp Kitabevi,1:402-420.

Osborn L.M., Reiff M.L., Bolus R. (1994). Jaundice in the full- Term Neonate, **Pediatrics**, 73:520-525.

Pıçak, A. (2008). “Kliniđimiz Yenidoğan Ünitesine Yatırılan İndirekt Hiperbilirubinemi Olgularının Deđerlendirilmesi”, **Aile Hekimliđi (Uzmanlık Tezi)**,İstanbul.

Slusher TM, Vreman HJ, McLaren DW, Lewison LJ, Brown AK, Stevenson DK. (1995). Glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency and carboxyhemoglobin concentrations associated with bilirubin-related morbidity and death in Nigerian infants. **J Pediatr**;126:102-108.

Soni, A. (2003). “Causes of Neonatal Jaundice”, **Neonatal**, 3:20-25.

Tan, H., Karakelleođlu, C., Akçay, F. (1997). “İdiyopatik ve hemolitik ikterli yenidoğanlarda serum, çinko, manganez, magnezyum ve bakır düzeyleri”, **XII. Pediatri Kongresi Özet Kitabı**: 15, Önder Ofset, Van.

Tutak, E. (2008). “Yenidoğan Sarılığı”, **Hürriyet Gazetesi Sağlık Bölümü**.

Yurtçu, Ö. (2007). “Yenidoğan Bakımı”, **Sağlık Dergisi**, 41:6-9, İstanbul.