

HASTA EĞİTİMİ VE İZLENMESİ DERS NOTU

II.DÖNEM TAMAMI

(2012-2013)

ÖZGÜN FOTOKOPİ

TEL : (0216) 450 13 58

Hasta Eğitimi ve İzlenmesi
Ders-1

Hasta Eğitimi= Hastanın ilaç bilgisini, tedavi uyuncunu ve terapötik başarı sonucunu artırmaya yönelik düzenlenen eczacılık hizmetidir.

Neden Hasta Eğitimi Yapıyoruz?

- * Hastalıkları hakkında bilincelendirme
- * İlaçlarını doğru şekilde kullanma
- * Uyuncularını artırma

* Uyumsuzluk en çok kimlerde görülür?

- * Yaşlılar
- * Uzun süre tedavi gerektiren hastalıklar → diyabet, depresyon, ht, hiperlipidemi
- * Kronik hastalığı olanlarda

Hasta Eğitimi Teknikleri

- | | |
|-------------------------|-----------------------------|
| 1- Sözlü Anlatım | 4- Görsel İşitsel Teknikler |
| 2- Yazılı Anlatım | 5- Brosürler |
| 3- Sözlü-Yazılı Anlatım | 6- Grup tartışmaları |

1- Sözlü Anlatım MetoduAvantajları

- * Basit bir dil
- * GİZLİLİK
- * Kişisel bilgi
- * Sosyal ve psikolojik faktörler
- * Daha rahat iletişim

Dezavantajları

- * Zaman kaybı
- * Bilgilerin unutulması
- * Eğitimde standartın kaybolma riski
- * Eczacının o anki durumu

2- Yazılı Eğitim Yöntemleri

- Etiketler
- Çıkartmalar
- İşaretleme formları
- Fk bilgi formları

Avantajları

- * Bilgiye her zaman ulaşılabilir
- * Zaman tasarrufu
- * İlaçla ilgili standart bilgi aktarımı
- * Hastaya başka biri aracılığıyla ulaşma
- * Sağgınlık

Dezavantajları

- * Bilgilerin anlaşıl maması
- * Fazla bilgi nedeniyle tedbirlilik
- * Formların kaybedilmesi

3- Sözlü- Yazılı Anlatım

- * Hastalar tarafından en çok tercih edilen yöntemdir.
- * En etkili eğitim şeklidir.
- * Özellikle yeni gelen reçeteler için önemlidir.

4- Görsel ve işitsel teknikler

Video, slayt, tv, pc programları kullanılarak gerçekleştirilen eğitim yöntemleridir.

5- Brosürler

- * Eczacının eğitimi
- * Eczacının verdiği hizmetlerin tanıtılması
- * Kendi kendine tedavi
- * İlaçın doğru kullanılması ve saklanması
- * Hastalıklara karşı koruma

6- Grup Partisimleri

- * Diyabet
- * Astım
- * Lipit hastalıkları
- * Kanseri
- * Hİ
- * Böbrek hastalıkları

*** NOT = Hasta eğitimi için en ideal süre 6-10 dk'dır.

Hasta Eğitimi ve İzlenmesiDers-2Gebelik ve Laktasyonda İlaç KullanımıGebelik:

- * 38-42 haftalık bir süredir.
- * Doğum 40 ± 2 haftada gerçekleşir.
- * Gebelik son adet döneminin ilk gününden itibaren hesaplanır.
- * Döllenme ilk adetten 2 hafta sonra olur.
- * Embriyo oluşumu 8. haftanın sonuna denk gelir.

Yumurta + sperm $\rightarrow$ blastokist $\rightarrow$ Zigot $\xrightarrow{\text{iyice olgunlaşma}}$ Embriyo $\rightarrow$ Fetus

Embriyo döneminde kullanılan ilaçlar bebeğe zarar verir.

Gebelik Belirtileri:

- * Adet gecikmesi
- * Akşamcı yorgunluk, hafif yorgunluk
- * İyge
- * Bel ağrısı

- * 6 haftadan sonra - bulantı kusma
- * β -HcG artması

NOT = Gebelik için idrarda β -HcG aranır.
Kesin tanı için β -HcG ile konur.

- * Dış gebelik = blastokistin uterusu gelmeden fallop tüplerinde gelişmesi durumu.
 $\rightarrow$ Anne veya bebeğe yada her ikisine zarar verir.

NOT = Hamileliği 3 aydan az gebelerde yüksek ateş varsa ilaç vermeden hemen hekime götürülür.

Gebelerin %15'inde gestasyonel HT gerçekleşir. Pansiyonu yüksek olan gebelerde erken doğum gerçekleşebilir.

Gebe bir anne gebelik boyunca 8-12 kg kilo alır. Kilo alımı arttıkça gestasyonel HT ve DM oluşum riski artar. $\rightarrow$ Bebek 4kg üstündeyse gestasyonel diyabet...

(4)

- * Kan uyumsuzluğu durumunda bebek doğmaz önce Anti DRh verilir.
- * Gebelerde anemi tespiti için tam kan sayımı gereklidir.
- * Toxoplasma, rubella, CMV enfeksiyonu durumunda gebelik sınırlanır.

Gebelikte Rutin Testler

1- Tansiyon ve kilo takibi

2- Gebelik testi (pregnancy test)

- Kanda β -HCG (Human chorionic gonadotropin)
- Kan gruplarının belirlenmesi
- Tam kan sayımı
- HbA1c
- PTP (Tam idrar tahlili)
- İdrar kültürü
- Enfeksiyon tarama testleri
 - Toxoplasma, CMV, rubella, IgG ve IgM antikorları
 - Hepatit B ve C (Anti-HBs ve Anti-HCV)

3- İkili test

- 11-14. haftalar arasında bebeğin ense kalınlığıyla birlikte Down sendromu (Prizmi 21) riskini belirlemek için yapılır.
- Kanda β -HCG ve PAPP-A (hamileliğe bağlı plazma protein-A) düzeylerine bakılır.

* İkili test ne zaman yapılır?

- * Geç yasta gebelik
- * DM, HT, obezite eşlik ediyorsa
- * Akraba evliliği varsa

4- İlk trimester detaylı USG incelenmesi

malformasyonları %25 görme şansı vardır

5- Üçlü test

- * İkinci trimester Down sendromu tarama testidir.
- * 16-18. haftalar arasında anne kanındaki 3 madde ölçülerek yapılır.
 - β -HCG
 - α -fetoprotein
 - uE3 (konjuge olmayan estriol)
- * Bu testle trizomi 21, trizomi 18 ve normal tüp defekti olduğu saptanır.
- * Olasılık yaşa göre yükselirse, amniyosentez önerilir.

6- Dörtlü test

- * Üçlü test yerine yapılabilen bir testtir.
- * 16-24. haftalarda önerilir.
- * Yumurtalıktan salgılanan ve FÖT düzeyini etkileyen DIA maddesine bakılır.
- * Üç soruna ek olarak seka genital (2A) olasılığını saptamaya şeliktir.
- * Güvenirliliği daha yüksek.

7- İkinci trimester Doppler USG

- * 20-24. haftalar arası fetusun kalp anomalişi açısından değerlendirildiği testtir.
- * Anomalilerin %75'i saptanabilir.

8- PPG ve OGTT testleri

- * Üçüncü trimesterde yapılan diyabet tarama testleridir. → 50g PPG veya 100g OGTT

Ders-3

11.03.13.

Gebelikte Rutin İlaçlar

1- Folik Asit

- * Gebelik planlanıyorsa 3 ay öncesinden başlanır ve 12-13. haftaya kadar devam edilir.
- * 400 mcg önerilir.

2- Demir

- * 12. haftadan gebelik sonuna kadar devam edilir.
- * Laktoşyorda da önerilir.
- * Günlük 30mg elementel demir.

4- Multivitamin Tedavisi

* Genellikle 3. trimesterde başlanır. → Avit. toksisitesine dikkat ! Teratojen !

5- mineral Tedavisi

* Gerekli görüldüğünde Ca, Mg, Fbr verilebilir.

Gebelik ve Laktasyonda ilaç Kullanımı

NOT = Antiepileptikler
ko-trimoksazol
metotreksat } folik asit eksikliği yapar.

* Antiepileptikler K vit. seviyesini düşürürler. Sonuç kanama !

* A vit. Günde 10.000'nin üstünde ise teratojendir.

Öğüt

- Eczaneye gelen 34 yaşındaki Ayşe Hanım 16 haftalık hamile olduğunu ve yeni hipertiroidi tanısı konulduğunu söylüyor.
- Hastanın reçetesinde günde 1 tablet Propyl[®] 50 mg yazıyor.
- Ayşe hanım, bebeğine zarar vermesinden korktuğu için hamileliğinden sonra bu ilacı almaya başlamak istiyor.
- Bu konuda hastayı bilgilendirin.

Çözüm

- * Propyltiourasil D kategorisinde dir ve plasentaya geçerek fetusta guatr ve hipotiroid gelişebilir.
- * İyontların tiroid fonksiyonları peşiyodik olarak izlenmelidir.
- * Antitiroid ilaç tedavisinde; (ATD) methimazole (Tapazole) veya propyltiourasil (PTU) hipertiroidizm için kullanılır. Her iki ilaçta plasentayı geçerler ve bebeğin tiroid fonksiyonlarını etkileyebilirler.
- * Yapılan son çalışmalarda her iki ilaçta gebelikte güvenlidir.
- * Bebeğe olan etkilerini azaltmak için antitiroidler mümkün olan en küçük dozda kullanılmalıdır.
- * İlaçlardan hiçbirisi doğumsal defekt riskini artırmaz.
- Gebeler için önerilecek dozlar?
- * Metamisol 15-100 mg/gün, günde 3 defa bölünerek verilir.
- * PTU 300-1200 mg/gün, " " " " "
- * Serum tiroid düzeyleri normale döndüğünde, metamisol 5-20 mg/gün'e PTU 50-300 mg/gün'e düşürülmelidir.

→

- * PPU dozu > 300 mg/gün veya metamizol dozu > 20 mg/gün şeklinde uzun süreli kullanılır sa, fetal guatr ve hipotiroidizm görülebilir.
- * TSH düzeyleri her 3-4 haftada bir ölçülmeli.
- * PPU, metamizolden daha az geçer placentaya.

Ölge 2

Bir doktor doktorasına hamilelik sırasında oluşan depresyon için uygun bir antidepresan tedavisi önermesini istiyor.

Çözüm

- * Hamilelerde antidepresan ilaçların total malformasyon oranları %1-3'ü geçmez.
- * Yeni antidepresanları kullanan kadınlarda major malformasyon riski artmamıştır.
- * Yeni ilaçlardan mirtazapin ile ilgili veriler yeterli olmasa da, diğer antidepresanları kullananlarla malformasyon oranları farklı değildir.
- * Antidepresan kullananlarda düşük oranı %12,4'tür.
- * Gestasyon döneminde kullanılan TSSA veya fluoksetin ile çocuğun dil gelişimi ve IQ arasında bir ilişki yoktur.
- * Tedavi edilme ve post natal devam eden depresyonda bu parametreler negatif etkilenir.
- * Gebeliğin son evrelerinde kullanılan SSRI ile ketipastnatal adaptasyon arasında %30 ilişki bulunmuştur.
 → taşikardi, hipotermi, kusma, hipoglisemi, aşırı hassasiyet, ağlama, yeme ve uyuma güçlüğü, konvülsiyon, solunum sıkıntısı

Ölge 3

- * 25 yaşındaki Nilüfer Hanım 2 yaşındaki oğlunun doğumundan sonra postpartum depresyon tedavisi için 6 ay boyunca Prozac® kullandığını söylüyor.
- * Şimdi ikinci çocuğuna hamile olduğunu ve tekrar postpartum depresyon yaşamamak için doktor tarafından Prozac önerildiğini söylüyor.
- * Bu konuda hastayı bilgilendirir misiniz?



Çözüm

* Gebelikte tedavi edilmeyen depresyon annede;

- intihar eğilimini ↑
- Düşük riskini ↑
- HT ve preeklamsi ↑
- Düşük doğum tartısı
- Postpartum depresyon riski ↑
- Postpartum depresyonların %25'i gebelikte başlar.

* Fluoksetin diğer SSRI'lara oranla daha güvenlidir.

* Yanılama ömrü çok uzun olduğundan doğumdan 10-14 gün önce doz %30-50 oranında azaltılmalıdır.

- Yenidoğanlarda ajitasyon, ishal ve kötü beslenme en sık görülen sorunlardır.
- Çoğunda bu sorunlar bir kaç günde geçer, hiçbirinde 2 haftadan fazla sürmez.
- Bu durumda kısa yanılama ömürlü SSRI'lar seçilebilir.

* Venlafaksin'in doğumsal bir anomali ile ilişkisi bulunmamıştır.

* Mirtazepin, miltobemid, nefazodon ve reboksetin ile ilgili yeterli çalışma yoktur.

* Lityum hala önerilmemektedir.

* NSA'lar çoğu olası etkiler bakımından en güvenli tercihler olarak kabul edilmektedir.

↳ Bazı araştırmacılara göre nortriptilin ilk tercih NSA'dır, çünkü antikoagülan etkileri ve ortostatik hipotansiyon etkileri daha azdır.

Ölgu 4

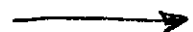
* Yeni evli bir çift ezanenize geliyor. Olan bir zamanda bebek sahibi olmak istediklerini belirtiyorlar.

* Fakat anne RA hastası olup Arava, Emtexate, Advil kullandığını söylüyor.

* Hamilelik sırasında bu ilaçları kullanıp kullanamayacağını ~~çok~~ soruyor?

Çözüm

* NSAID'lar, hamilelik planlanıyorsa menstrual siklusun başlangıcında bırakılmalıdır.



* NSAID'ların anne üzerine etkileri;

- Uzun gestasyon ve doğum sancuları
- Artmış peripartum kan kaybı
- Artmış anemi

* NSAID'ların fetus üzerine etkileri;

- 'ductus arteriosus'un prematüre kapanması → Sonuç; pulmoner HT
- Oligohidramniosla baskın fetal renal fonksiyon
- Artmış katarakt ve intrakraniyal kanama
→ kapağı

* Fetal advers etkilerin önlenmesi için doğumdan 6-8 hafta önce NSAID'lar kesilmel

* Kısa etkili NSAID'lar tercih edilmeli. → ibuprofen, indometazin, diklofenak

* Metotreksat teratogen olduğundan hamilelikte kontrendikedir.

* Teratogenik etkileri;

- | | |
|------------------------------|--|
| - Kraniofasial anormallikler | - Hidrosefali |
| - Kol veya bacak defektleri | - İlk trimesterde maruziyete bağlı menin |
| - Ansefali | gömiyelopati gibi santral sinir sistemi defekt |

* Metotreksatın aktif metabolitleri uzun yarılanma ömrüne sahip olduklarından gebe kalmadan 3 g önce kesilmelidir.

* Bu dönem ve hamilelik boyunca folik asit tedavisi devam edilir. → MTX folik asit eksikliği yapar

* Lefunomid teratogenidir ve gebelikte kesinlikle kontrendikedir.

* Yarılanma ömrü 4-15 gündür fakat aktif metaboliti enterohepatik siklüse girilince plazmadan uzaklaşması 2'yi bulur. Bu nedenle ilacın kesilmesi gebe kalmaya yeterli değildir.

* İlacın eliminasyonu için 8 g kolestiramin günde 3 defa 11 gün boyunca verilmesi gerekir.

* Plazma düzeyleri 0,02 mg/L'den daha az olmalıdır.

* Förs düzeyleri yeterince düşük değilse ekotrikolestiramin verilebilir.

* Kortikosteroidler düşük dozda (20mg) hamilelikte güvenlidir.

→ Fakat maternal HT, ödem, gestasyonel diyabet, osteoporoz, membranların prematüre rüptür riski artabilir.

* İlk trimesterde kullanıldığında bebekte yarık damak riski 3,5 kat artar.

* Hidrokortizon ve kortizon plasentaya geçer fakat plasenta enzimi olan 11-β-dehidrogenaz hidrokortizonu biyolojik olarak inaktif olan kortizona dönüştürür. Sonuçta fetus, maternal doku sadece %10'una maruz kalır.

* Bu nedenle hidrokortizon, kortizon veya prednizon tercih edilmelidir.

* Deksa metazon ve beta metazon plasentaya aynı konsantrasyona geçer. Bu nedenle 'fetal respiratuar distress' için tedavi seçeneğidir.

* Hamilelikte en düşük uygun steroid doz kullanılmalıdır.

Oral Ca ve vit D'nin rutin kullanımı önerilmez.

Anne gebeliği boyunca 2-3 haftadan fazla steroid kullanmışsa doğumdan önce de düşük doz steroid kullanılmalıdır. ve yenidoğan adrenal yetmezlik ve infeksiyon açısından izlenmeli.

* Parasetamol ilk tercihtir ve yeterli olmazsa diğer NSAİİ'ler veya aspirin fetusun gebelik yaşına bağlı olarak değerlendirilebilir. → NSAİİ'lara 3. trimester de dikkat !

* Bu ağrıya jileşme olmazsa k.teroidler 2. seçenektir.

* Sülfasalazin, D penisillamin gebelikte güvenlidir

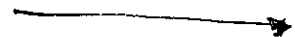
* Antimabiyotikler (klarokin) kontrendikedir. → fetusta choled ve retina iltihabı yapar

* Altın kan baskınlığına, döküntülere ve nefropatiye neden olduğundan fetus için riskli..

→ mTX
NNT = Metotreksat operm'dede baskınlık yapar ve çocuk sahibi olma planlanıyorsa

3-6 ay önce bırakılmalı:

mTX folikosit eksikliği yapar. → mTX immünosupresan



Ölge-5

- * Aslı hanım 27 yaşında, 19 yaşındayken Juvenil Miyoklonik Epilepsi tanısı konulmuştur.
- * Tegretol, Convulex ve son 3 yıldır da Lamictal kullandığını belirtiyor.

↓
karbamazepin → Kmt
↓
sodyum valproat
↓
Lamotrigin

- * Her gün lamictal aldığını ve nöbetlerinin geçtiğini belirtiyor.
- * Hamile kalmak istediğini; ancak şu anda veya hamileliği sırasında Lamictal dozunu azaltmaması gerektiğini söylüyor.
- * Şu anda 500 mg polik asit almaya başladığını söylüyor.
- * Hastanın soruları:
 - Epilepsi olan biri için tavsiye edebileceğiniz hamilelik öncesi veya sırasında başka alınması gereken herhangi bir beslenme desteği veya yiyecek var mı?
 - Dikkatli olmam gereken bir durum var mı?

Çözüm

- * Bu ilaçları kullanan gebelerde risk 2-3 kat artar.
- * Teratogenite riski en fazla Na-valproatta olup bunda günde 1000 mg'den fazla alınmazlarda görülür.
- * Şuanki verilere göre gebeliğin erken dönemlerinde tek başına alınan Lamotrigin'in riski olmadığını gösterir. → Lamotrigin klerensi %50 arttıktan sonra artırılabilir.
- * Majör malformasyon oranları;
 - Kmt %1
 - Fenitoin %10
 - Valproik asit %2-10,7
 - Lamotrigin %2,9
 - Lamotrigin + valproik asit %12,5
- * Gebelikten en az 3 ay önce 4 mg/gün polik asit'e ilk trimester süresince devam edilmesi nöral tüp defektini önler. → Bu hastada doz biraz daha artırılmalı çünkü günlük epilepsi ilaçları polik asit düzeyini düşürür.
- * Annedeki serum α -fetoprotein düzeyleri kontrol edilmeli.
- * Doğuma 6-7 hafta kala Kvit. tedavisi uygulanmalı. → Çünkü bu ilaçlar vit. sentezini baskılar ve anne ve/veya bebekte kan yapımını azaltır. → Yeni doğana doğurduktan sonra Kvit. yapılmalı.

* Valproik asit teratogen ve önerilmez. → Depakin[®], Convulex[®]

↳ Eğer verilmesi çok gerekirse doz gün içinde bölünerek verilmeli. Hepatotoksik olduğundan KC enzimleri izlenmeli.

* Km2 → hepatotoks. riski var KC enzimleri izlenmeli.

* Felbamet, Gabapentin, Lamotrigin ve Topiramet gibi yeni grupta ait bilgiler kısıtlıdır ve muhtemelen C kategorisindeki.

NOT = Hastaya gebe kalmadan önce en az 2 yıl hiç nöbet geçirmemiş olmalı ve ilaçlar bırakılmalı. → en az 2 yıl beklenmeli ve hiç nöbet yoksa gebe kalabilir.

- ilaç bırakılırsa hastanın %25 nüks etme olasılığı vardır.

Ölge-6

26 yaşındaki Sema Hanım 5-6 yıldan beri sık sık migren atakları yaşamaktadır. Hamile olduğunu; ancak hamilelikte hangi ilaçlarda tedavi olacağını bilmiyor. Ayrıca emzirme döneminde de ilacın uygun olup olmadığını merak ediyor yaklaşımınız?

Çözüm

* Ergotamin ve triptanlardan kaçınılmalı ve NSAİİ'ler önerilmez.

* Akut tedavide asetaminofen iyi tercihtir fakat şiddetli ağularda yeterli değil.

Gebelikte

* Parenteral morfin güvenli ancak şiddetli ataklar için saklanmalı.

* Tekrarlanan meperidin uygulaması, toksik metabolit birikimine neden olur.

* Profilaksi için propranolol ve metoprolol kullanılsa da tam güvenli değildir. → Kesin değil.

* Laktasyonda migren;

- Akut tedavide; parasetamol, ibuprofen, naproksen tercih edilebilir.

- Aspirinden kaçınılmalı.

- Analjeziklerle kontrol edilemeyen ağularda sumatriptan kullanılabilir fakat diğer triptanların güvenirliliği için yeterli çalışmayk.

- Profilaksi için propranolol, metoprolol, Na-valproat ve verapamil güvenli.

Ölgu-7

24 yaşındaki Macide Hanım gebeliğinin 4. ayında akne problemi artmış. Kullanabileceği uygun ilaç olup olmadığını soruyor.

Cözüm

- * Bayanlar gebelikte akneye daha duyarlıdır.
- * Gebelikte topikal akne ted. önerilir.
 - Topikal Eritromisin (B kat.)
 - Klindamisin (B kat.)
 - Benzil peroksit (C kat.)
 } verilebilir.
- * Topikal retinoidler bile kullanılmaz. → Anomali (tretionin)
- * Topikal metronidazol (B kat.) ve topikal azelaik asit (B kat.) çok az emildiklerinde güvenlidir.
- * Tetrasiklinler (Kat. D) özellikle ilk trimesterde tehlikeli.
- * Oral eritromisin yapılan çalışmalarda kardiyovasküler anomali (malformasyon) riskini artırdığı görülmüştür. → verme.

Ölgu 8

29 yaşındaki Mücella Hanım 5 aylık gebe ve ayak parmaklarındaki mantar için pomad kullanmasının zararlı olup olmadığını soruyor.

Cözüm

- * Perfüzyon absorpsiyonları önemli olduğundan topikal antifungaliler önerilir.
- * Oral terbinafin (Kat. B) → hayvanlarda anomali yok, insanda bilinmiyor.
- * Oral flukonazol (Kat. C) → ilk trimesterde 400 mg/gün'den fazla alınrsa teratogen
 - Daha düşük dozda vaginal kandidiyazis için kullanıldığında risk çok düşük tür veya yoktur.
- * Itrakonazol (Kat. C) → insanda major risk yok.

Olay 9

2 hafta önce doğum yapan 23 yaşındaki Atipe Hanım postnatal depresyon nedeniyle doktor tavsiyesiyle bir antidepresan ilaç kullanmak istiyor. Belgeide emzirerek istiyor. Ne önerirsiniz. Yaklaşımınız nedir?

Çözüm

- Doğumdan 4 yaşına kadar olan çocuk
- * SSRI'ların infant plazma konsantrasyonları çok düşük olur. → Emzirmeyle.
 - Fluoksetin uzun etkili nedeniyle bunun dışındadır. → Yada ölkülemes.
 - Sertralin, Citalopram, fluvoxamin ve paroksetin kullanılabilir.
 - Moklobemid süte çok az geçer ve güvenli kabul edilir.
 - TCA'lar süte az geçer ve güvenlidir. Fakat anneye yon etkisi fazla.

Reçete * → Hasta eğitimi yap.

- * Fosamax → Osteoporoz ilacı kemik erimesi için verilmiş. Haftada bir, bir tablet kullanacaksınız ve kullandıktan yarım saat kadar ayakta veya yürüyün. Sakın uyanmayın. Bol suyla alın.
- * Hirdoid jel → kas-eklem ağrılarınız için verilmiş.
- * Cabal dize → kas gevşetici
- * Dobrex dize
- * Fluorix aşısı → Yumurtalı alerjisi var mı yok mu diye sorulub. Viral veya ateşli hastalık geçirirse verme.

Ca takviyesi önerAntibiyotik Kullanımında Hasta ~~XXXXXXXXXX~~ Eğitimi ve İzlemiUygun Olmayan Antibiyotik Kullanımları

- * Viral enfeksiyonlar için antibiyotik kullanımı
- * Antibiyotik gereğinden fazla kullanma veya erken bırakma
- * Geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı
- * Benzer spektrumlu antibiyotiklerin bir arada kullanılması
- * Direnç gelişmemesi için birlikte kullanılması gerektiği halde tek başına kullanılması

İlaç Bilgi Formu Neler İçermeli?

- * ilacın adı ve içeriği
- * ilacın neden verildiği
- * ilacın kullanım zamanları
- * ilacın nasıl kullanıldığı
- * Doktorla haber verilmesi gereken noktalar
- * Kendi kendine kontrol altına alabileceği noktalar

- * Bir doz almayı unuttuğunda yapılması gerekenler.
- * Ciddi ilaç etkileşimleri
- * Diğer özel durumlar
- * İlaç saklama koşulları
- * Reçete tekansı

Amoksisilin / Klavulanik asit Hasta Eğitimi Örneği

- * Bu ilacı neden kullanmanız gerekir?

- İlacınız üst solunum yolu enfeksiyonunuzu tedavi etmek için doktorunuz tarafından yazılmıştır.
- Bakterilerin büyümesini durdurarak iyileşmenizi sağlayacaktır.

- * İlacı nasıl kullanacaksınız?

- İlacı bir bardak su ile için
- Yemek ile birlikte alabilirsiniz.
- Böylece ishal, bulantı ve kusma olasılığı azalır.
- Çok yağlı yiyecekler ile almanız ilaç daha iyi emilir.
- 12 saat arayla almayı dzen gösterin. En iyi etkiyi ancak bu şekilde görürsünüz.
- Tableti çiğnmeden yutun.
- Doktorun önerdiği süreden önce ilacı bırakmayın.

- * Eczacı neler sormalı?

- Penisilin, sefalosporin, β -laktamaz inh.'leri veya herhangi bir maddeye karşı alerjiniz var mı?
- Şiddetli böbrek yet. veya d.c. hastalığınız var mı, varsa doktora söylediniz mi?
- Diyabet hast. var mı? Bu ilaç, bazı idrar testlerinde test sonucunun yanlış çıkması neden olabilir.
- İlaç kullanımı sırasında şiddetli ishal görülebilir. Doktora başvurmadan hiçbir ishal ilacını kullanmayın. Aksi halde durumunuz daha da kötüleşebilir.
- Hamilelik var mı?
- Çocuk emziriyor musunuz?

Yan Etkiler

** Doktoru haber vermesi gerektiren yan etkiler!

- | | |
|----------------------------------|--|
| - Hızlı veya düzensiz nefes alma | - Kasıntı |
| - Ateş | - Ürtiker |
| - Eklem ağrısı | - İdrar renginde koyulaşma |
| - Sessizlik | - Ciltte sararma |
| - Yüz çevresinde şişkinlik | - İnatçı - bulantı - kusma |
| - Baş ağrısı | - Oral veya vaginal mantar enfeksiyonu |

Bir doz almayı unutursanız ne yapmalısınız.

- * Eğer bir doz unutulursa hatırlanmadığı an ilaç hemen alınmalıdır.
- * Eğer bir sonraki dozun zamanı gelmişse tek bir doz alınır.
- * Asla çift doz almayın

İlacınızı nasıl saklamalısınız?

- * İlaç çocukların ulaşamayacağı yerlerde, ambalajında, sıcağın ve ısıktan uzak tutunuz.
- * Kapsül veya tabletleri banyo, mutfak gibi nemli ortamlarda saklamayın.
- * Ağız yoluyla kullanılan sıvı formlarını buzdolabında saklayın ama dondurmayın.

İzlem

- Tedavinin başarısının değerlendirilmesi
 - Klinik bulgular
 - Laboratuvar değerleri
- İlaç yan etkilerinin izlenmesi
 - Alerji ve anafilaksi
 - Terapötik ilaç düzeyi takibi

Alerji ve Anafilaksi

- * Antibiyotiklerden en fazla alerji ve anafilaksi riski penisilinlerde görülür.
 - Genellikle dergi tutan ve hafif tehlikesi olmayan reaksiyonlardır.

Anafilaksi nasıl anlaşılr?

* Hafif reax.

- Karıncalanma, ötok basması, boğazda dolgunluk hissi ilk belirtilerdir.
- Nazal kongesyon, peritibial ödem, gözlerde şişkinlik
- İlk 2 saat içinde görülür ve 1-2 gün sürebilir.

* Orta şiddetle reax.

- İlk olarak bronkospazm, "üs" de ödeme bağlı sorunlar
- Yaygın ürtiker, angioödem ve anksiyete

* Ağır reax.

- Ani başlar, hipotansiyon, sok ve aritmiler siktir.

Alerji Testleri

- * Penisilin alerjisi şüphesi varsa deri testi yapılmalı. → Penisilin'in majör ve minör determinantlarına karşı ayrı ayrı yapılmalı.
 - Minör determinanta karşı poz. yanıt anafilaksi riskini gösterir.
 - Her iki " " alınan neg. yanıt reax. risk. %1'den düşük olduğunu gösterir.
- * Testler ilacı ilgili alerji düzeldikten en az 6 hafta sonra yapılmalı.

Anafilaksi Tedavisi

- * Adrenalin 1g/ml s.c. → erişkin: 0,15-0,3 mg.
→ çocuklarda: 0,01 mg/kg.
- * Antihistaminik i.m veya i.v yavaşça verilir.
- * i.v sıvı takviyesi
- * Gerekiirse dopamin verilir.
- * Uzun süreli anafilaksi ve tekrarların önlenmesi için 5mg/kg hidrokortizon verilebilir.
- * Düzelmeye olmazsa CPR önerilir.

Duyarsızlaştırma

- * Alerjisi olduğu bilinenlerde penisilin kullanımının zorunlu olduğu hallerde uygulanır.
- * İlk küçük dozlarla, belli zaman aralıklarında gittikçe artan bir şekilde hastaya verilmektedir.
- * Hastalar belirli bir zaman sonra yine alerjik reax. gösterebilirler.

Vize buraya kadar.

Dişabet Tedavisinde Kullanılan İlaçlar ve Klinik EczacılıkİnsülinSoru 1

Aşğıdaki insülinlerden hangisi uzun etkilidir?

- A- Humulin R
- B- İnsulin glisin
- C- İnsulin detemir
- D- İnsulin aspart
- E- İnsulin lispro

Cvp = C

* İnsülin vücutta iki şekilde yükselir.

- Bolus insülin → yemeğe bağlı salınan insülin
- Basal insülin → sürekli belirli şekilde salınan insülin.

Dişabetlilere verilen insülinler hem basal hemde bolus insülini taklit etmelidir. İnsülin detemir ve glisin basal insülin olarak geirmektedir. Etkinin oluşması için yarım saat önce verilir.

* Kristalize insülin → yemeklerden yarım saat önce

* NPH insülin → basal insülin fakat tam karşılayamaz. Bu nedenle kinektü devam ettirmek için akşam saatlerinde tekrarlanır.

* Hastanede acil durumlarda ve hamilelerde regüler insülin uygulanır ve bunlar bolus insülin etkisine benzer.

* Bolus amacıyla kısa etkili süreli insülinler verilir. → Regüler, Aspart, glisin, lispro

→ Apidra®

Soru 2

Aşğıdakilerden hangisi insülinin endikasyonu değildir.

- A- Tip 2 DM
- B- Tip 1 DM
- C- Ketosidoz
- D- Hiperkalemi
- E- Zollinger-Ellison

Cvp E

(2)

- * Regüler insülin hepsiyle karışabilir.
- * İnsülin glulisin → Apidra → Yemekten 20 dk sonra bile uygulandığında etkilidir. ^{Anıteş}!
- * Aspart, lispro, glulisin → hızlı ve kısa etki süreli insülinlerdir; fakat regüler insülin sadece kısa etkilidir.
- * İnsülin glajin kanser riskini artırır.

Kısa Etkili İnsülinler

- 1- Regüler insülin → Humulin R, Actrapid
- 2- İnsülin aspart → Novorapid, Novomix
→ İnsülin aspart + insülin aspart protamin
- 3- İnsülin Lispro → Humalog
- 4- İnsülin Glulisin → Apidra

Orta ve Uzun Etkili İnsülinler

- 1- İzofan insülin
 - Orta etki süreli NPH insülin → Humulin N
 - NPH + Regüler ins. → Humulin M
- 2- İnsülin glajin → Lantus
- 3- İnsülin detemir → Levemir

Regüler ve NPH insülin

Regüler

- * Gestasyonel diyabette ilk tercih.
- * Hastanede yatan diyabetlilerde acil müdahalede ilk tercih.
- * I.V verilebilen tek insülin. → Regüler kristalize ins.

NPH insülin

- * Orta etkilidir.
- * Genellikle sc verilir, iv verilmez.

İnsülin Analoglarının farkları

- 1- İnsülin aspart ve lisproun etkisi regülere göre daha hızlı biter.
 - * Hipoglisemi seyrek
 - * Tokluk hiperglisemisini daha iyi önlerler.
 - * Hasta yunca daha iyi.

2- İnsülin glarjin uzun etki süreli basal insülinidir.

- * Kısıtlı absorpsiyon kinetiği olduğundan 24 saat boyunca devamlı etki sağlar.
- * NPH'ya göre NPH hastalarında nocturnal hipoglisemi riski ve lab artışı daha az görülür.

* i.v verilmez ve diyabetik ketoasidozda iyi bir seçenek değildir.

3- İnsülin detemir uzun etki süreli basal insülinidir.

- * NPH ile aynı derecede etkili fakat hipoglisemi ve lab artışı riski daha az.
- * Bir çalışmaya göre; glarjinden daha az etkili fakat nocturnal hipoglisemi riski daha az bulunmuştur.

4- İnsülin glulisin hızlı etkili insülin analogu.

- * Etkiliği ve hipoglisemi yapma potansiyeli regüler ve lispro ile aynıdır.

NOT: * AKŞ → Son yemekten en az 8 saat sonra açlık durumunda ölçülmeli

* PKŞ → Yemekten 2 saat sonra ölçülmeli.

PKŞ < 140 mg/dl → Yüksek PKŞ kalp krizine yol açar

AKŞ < 105 mg/dl

- * Tokluk hipoglisemisi olan hastalara → nateglinid, repaglinid ve akarbos verilir.
- * Uzun etki süreli insülinler günde 1 defa uygulanır.
- * Lipodistrofi: enjeksiyon bölgesinde yağ kabarcıkları, ciltte brülömler oluşur.
- * İnsülinin en tehlikeli yan etkisi → hipoglisemi → Oral antidiyabetiklerde pek rastlanmaz.

Sorus

İnsülin oda sıcaklığında ne kadar süre saklanabilir?

Cvp = 1 ay

Enjeksiyon

* Regüler, glarjin ve glulisin berrak görünümündedir.

* s.c verilirler.

- En hızlı abs. karın bölgesinde olur.

- Lipodistrofiye karşı enjeksiyon yeri değiştirilmeli.

* i.m ve i.v uygulama → diyabetik ketoasidoz ve diyabetik koma durumunda

* Regüler ins. i.v verilebilir → %0,9 NaCl veya 7,5-10 dekoltaz veya 40 mEq KCl q8d. içinde 0,05-1 U/ml'deunda

Dozlar

- * Genelde 0.5-1 U/kg
- * İnsülin aspart mix → Monoterapide başlangıçta 0.4-0.6 U/kg, idame doz 3-4 günde OAD ile kombine doz 0.2-0.3 U/kg. 2-3 ünite artırılır.

Uygulama Zamanı

- * İns Aspart → yemekten 5-10 dk önce
- * İns Aspart mix → yemekten 15 dk önce
- * İns Lispro ve mix → yemekten 15 dk önce
- * İns. glulisin → yemekten 15 dk önce veya yemeğe başladıktan sonraki 2 dk içinde.
- * Regüler ins. → yemekten 30-60 dk önce
- * İns. glargin → günde 1 defa yatmadan önce veya günün herhangi bir saatinde
- * İns detemir → sabah ve yatmadan önce

İnsülin Karışımları

- * Enjektöre önce beset olan regüler insülin çekilir.
- * Karışımlar oda ısısında 1 ay, buzlukta 3 ay saklanabilir.

İnsülin Direnci

- * Nadiren görülen ve günlük insülin ihtiyacı artmıştır.
 - İlg 6 sayısında ↑
 - Obezite
 - Ketoasidoz
 - İnfeksiyonlar
 - İnsülin res. defektleri
 } gibi durumlarda daha sık görülür.
- * Tedavide insülin değiştirilir.
 - Sonuç alınmazsa 60-100 mg/gün prednizon verilir.
 - Kortikosteroidler İlg 6 üretimini yani insülinin antikorlara bağlanmasını azaltır.

Advers Etkiler

- * Enjektörün yeri ağrısı, hipoglisemi
- * İnsülin aspart'la ALP ↑, regüler ins. oranla daha fazla insülin antikor oluşumu.

NOT = Tabii fayda...

Inhaler İnsülinler

Avantajı

- * Buzdolabında saklanmasına gerek yok.
- * Abs. iyi
- * Postprandial glukoz yükselmesini çabuk düşürür.

Dezavantajları

- * Astım, KOAH, sigara içenlerde kullanılmaz.
- * Hipoglisemi riski var.
- * Kalem göre büyük cihaz.
- * 3 ünite ekatları şeklinde doz verilir.
- * Sadece bolus insülinidir ve gün öncesi verilir.
Bu nedenle diğer bazı ins. hab. ihtiyacı vardır.
- * Antikol. oluştuğu bilinmiyor.
- * Akciğere uzun dönem etkisi bilinmiyor, paha

Soru-4

Aşağıdaki hastalıklardan hangisinde ^{insülin} denatürasyonu gerekli değildir?

- A- Böbrek yet.
- B- Kc yet.
- C- Kalp yet.
- D- Hipertiroid
- E- Hipotiroid

Cvp = C

Soru-5-

Aşağıdakilerin hangisi insülin direnci gelişmesinde etken değildir?

- A- Ig G antikol. artışı
- B- Obezite
- C- İnsülinin uzun süreli kullanımı
- D- Ketosidaz
- E- Enfeksiyonlar

Cvp = C

Soru-6

Aşağıdakilerden hangisi insülinin advers etkilerinden değildir?

- A- Hipoglisemi
- B- Hiperkalemi
- C- Lipodistropi
- D- Na titulumu ve ödem
- E- Enf. yerl. reax.

Cvp = B

Oral Antidiyabetik İlaçlar

A - Sülfonilüreler

- * Pankreasın insülin salgılanmasını uyarak kan glukozunu düşürürler.
- * Glukoz kontrolünde etkinlikleri benzerdir.
- * HbA_{1c}'de %1,5 düşme yaparlar. (%2'ye yakındır. Ancak bu grup ilaçlar düşürür.)
- * Etkileri hızlı başlar (ort 1-3 saat) ve etki süreleri yaklaşık 12-24 saatlidir. (Klorpropamid 24-60 saat)

1. Kusak

- Asetoheksamid
- Klorpropamid
- Tolazamid
- Tolbutamid

2. Kusak

- Glipizid
- Gliburid (Glibenklamid)
- Glimepirid
- Glizklizid
- Glibornurid

- * Yetersiz kabri alımında veya egün atlandığında hipoglisemi yapabilirler.
- * En yaygın yan etkileri kiloarttırıcıdır. → Glimepirid daha az yapar.
- * Yaşlı hastalar daha duyarlı olduklarından başlangıç dozları düşük olmalıdır.
- * Klorpropamid ve glibenklamid daha uzun etkili olduklarından hipoglisemi riski yüksektir ve yaşlılarda pek tercih edilmezler.
- * Kardiyovasküler hastalık riskini artırır ve geberik kal. C'dir.

→ Glibenklamid dışındakiler hayvanlarda teratogendir.

Soru-7

Aşağıdakilerden hangisi insülin salgılatıcıdır.

- A- Metformin
- B- Sitagliptin
- C- Akarboz
- D- Nateglinid
- E- Pioglitazon

Cvp= D

1- Klorpropamid

- * Başlangıç dozu 250 mg/gün ve aynı dozda idame ettirilir
- * Kontrolsüz diyabette 500 mg/gün
- * Kahvaltıyla birlikte alınmalı.
- * Yaygın görülen yan etkileri;

✓ Krampili karın ağrısı

✓ Sessizlik

✓ Hipoglisemi

✓ İştahsızlık

✓ Baş ağrısı

✓ Bulantı-kusma

✓ Kilo artışı

✓ İshal ve kabızlık

✓ Reflü

✓ Pektisi

✓ RKY → daha sık görülen yan et.

✓ karaciğer, hepatit
kronik hastalık

→ nadir görülen
yan et.

2- Glipizid

- * Genellikle kahvaltıda yarım saat önce ★ → diğerleri yemekle buferli

- * Renal ve hepatik yetmezlikte doz azaltılmalıdır

- * Hipoglisemi

✓ Dermatolojik yan etkiler

✓ Kilo artışı

✓ Sistolik yan etkiler

✓ Gİ yan etkiler

} yan etkileri

3- Glimepirid

- * Ana öğünle birlikte alınır

- * Max. 8 mg dozunda alındığında HbA_{1c}'de %2'lik düşüş yapar.

- * Kreatin klirensi < 22 ml/dk olanlarda 4 mg doz yeterli.

✓ Hipoglisemi

✓ Bulantı, baş dönmesi

✓ Gİ yan etkiler → ka. fonk. test. bütünlük gibi

} yan etkileri

4- Gliburid (Glibenklamid)

- * İlk öğünle beraber ve daha sonra iki bölünmüş doz olarak alınabilir

- * Renal ve hepatik yetmezliği olanlarda başlangıç dozu 1,25 mg/gün

- * Hipoglisemi

✓ Dermatolojik yan etkiler

✓ Kilo artışı

✓ Nadiren hepatit ve hematolojik yan etkiler

✓ Gİ yan etkiler

*NOT = Diüretik etkisine de sahip olduğundan kalp hastalarında tercih edilir

5- Glibornurid

* Yemekle birlikte alınır.

6- Gliklazid

* Pek doz olarak kahvaltıyla birlikte alınır fakat 160 mg üstünde kullanılacaksa doz bölünmelidir.

Soru-8

Aşağıdakilerden hangisinin hipoglisemi riski en yüksektir?

Cvp = Sülfonilüreler

NOT = * İnsülin salgılatıcı 2 ilaç yan yana kullanılmaz. Grupları farklı olmalı.

✓ Glipizid yemeklerden 30-40 dk önce alınır diğerleri yemekle beraber.
→ diğer sülfonilüreler.

✓ Glimepirid'de daha az kilo artışı

✓ Metforminin gebelikte kullanımı daha yaygındır

✓ Gliklazid en az hipoglisemi yapan sülfonilüre'dir. Yaşlılarda tercih edilir.

B- Meglitinidler

* Pankreatik insülin sekresyonunu uyarır.

→ Sülfonilüre benzeri

* Sülfonil ürelere göre daha hızlı etki başlar fakat daha kısa sürer.

* Postprandial serum glukozunun kontrolünde etkilidir. → PKS'ye etkililer.

* Pek bazılarında yada metformin veya tiazolidindionlarla kombine olarak kullanılabilirler.

→ Starlix®

* Nateglinid 6 saatte %75 böbrek %10 feçesle itrah edilir.

* Repaglinid 36 saatte %30 feçes %8 idrarla " "

→ Novanorm®

1- Nateglinid

* Yemeklerden 1-30 dk önce alınır.

* Sulu bir yemekten 10 dk önce alındığında plazma pik düzeyi azalmaktadır.

* Daha önce OAD kullananlarda etkiyi hiç tedavi almamışlara göre daha azdır.

2- Repaglinid

* Yemeklerden 30 dk önce alınır.

* Öğün atlayan veya öğün eklemelemlerin her öğün için bir doz atlanması veya eklemesi gerekir.

Uyarılar ve Advers Etkiler

Nateglinid

- * hafif-siddetli renal yetmezlik ve hafif kc yetmezliğinde doz ayarı gerekmez.
- * Orta ve siddetli kc yetmezliğinde dikkatli kullanılmalı.
- * Advers etkiler; * C kat.
 - ✓ ÜSYE (En sık)
 - ✓ GI yan etkiler Metformin'den az
 - ✓ Hipoglisemi riski çok yaygın değil
 - ✓ Periferik ateroskleroz gibi sık değil.
 - ✓ Hafif ürik asid ↑

Repaglinid

- * Siddetli renal yetmezlikte 0,5 mg verilebilir
- * Kc yetmezliğinde dikkatli kullanılmalı.
- * C. kat.
- * Advers etkileri;
 - ✓ Hipoglisemi (en sık)
 - ✓ ÜSYE
 - ✓ Baş ağrısı
 - ✓ Artralji ve bel ağrısı

C - Metformin → Biguanid türevi

- * Tip 2 Dm'de
 - ✓ Glukoz toleransını düzeltir.
 - ✓ Kc'de glukoz yapımını azaltır.
 - ✓ Bağırsaktan glukoz emilimini ↓
 - ✓ Periferik glukoz alımını ↑
 - ✓ İnsülin duyarlılığını ↑

Soru-9

Laktik asidoz hangi ilacın yan etkisidir
Cvp= Metformin

- * Genellikle günde 2 kez sabah ve akşam yemekleriyle birlikte alınır
- * Uzun etkili formu akşam yemeğiyle birlikte alınır
- * Tam etki için 2 hafta gecmeli.

Uyarılar;

- ✓ Böbrek yetmezliği olanlarda;
erkeklerde $> 1,5 \text{ mg/dl}$
kadınlarda $> 1,4 \text{ mg/dl}$ $\rightarrow$ serum kreatinin düzeyi
- ✓ KKY'li ve özellikle diyaliz veya furosemid kullananlar
- ✓ m2, şok gibi ciddi durumu olanlar.
- ✓ Alkol kullananlar
- ✓ Cerrahi operasyon geçirecekler
- ✓ Radyocontrast madde ile tetkik yapacaklar $\rightarrow$ 48 saat ara verilmesi.
- ✓ 80 yaş üstü olup böbrek fonk testi yaptırmayanlar
- ✓ K.c. hast. olanlar
- ✓ Ağır dehidrate olanlar
- Gebelikte 3 kat.

bu kişilerde kontrendike

Laktik Asidoz

- * Nadir görülür, ölümcüldür.

kan pH'si düşer

Serum laktat düzeyi artar ($> 5 \text{ mmol/L}$)

Elektrolit bozukluğu

Hipotansiyon, hipotermi, bradikardi

Miyalji, halsizlik ve solunum sıkıntısı

- * Metformin düzeyi $> 5 \text{ mg/dl}$ olduğunda oshu çıkar

- * Diyabetik nefropati ve KKY'si olanlar laktik asidoz için risk altındadırlar

Yan Etkileri

- * En yaygın etkileri GI şikayetlerdir $\rightarrow$ ishal, bulantı, mide rahatsızlıkları
ağızda metalik tat
- * Nadiren $\rightarrow$ hipoglisemi, laktik asidoz ve megoblastik anemi

NOT: Metformin B12-B6 vit. eksikliğine neden olabilir

PPS'ler B12 vit. eksikliği yapar.

D- Piagolidindionlar

- * Periferik insülin direncini ↓
- * İnsülin varlığında etki gösterirler.
- * Kcs ve yağ dokusunda insülin duyarlılığını ↑ ve hepatik glukoneogenezini inhibe eder
- * Yemeklerden bağımsız alınabilirler
- * Ana gündeki doz atlanırsa sonraki günde alınabilir. Doz 2 gün unutulduğunda 2. gün çift doz alınmaz.
- * Etki görmek için 2 hafta, tam etki için ise 2-3 ay beklenmelidir.
- * Uyarılar;
 - Kilo artışı ve ödem sık görülür.
 - Ödem insülinle kombine tedavide daha siktir.
 - Sıvı retansiyonuna neden olduklarından kalp yetmezliğini alevlendirebilirler
 - MI ve ağrıya riskini ↑
 - Kc hasarı konulanmamış fakat Kc enzimleri periyodik olarak izlenmelidir.
 - Enzimler normalin 3 katı olduğunda veya oranlık gelişimde ilaç kesilmelidir.
 - İlk üç ayda Hb ve Htc'de düşme yapabilirler → Anlamı kabul edilmez.

1- Rosiglitazon

- * Günde 1 veya iki bölünmüş dozda
- * Kc enzimleri normalin 2.5-3 katı olanlarda tedavi başlanmaz.
- * Renal yetmezlikte doz ayarlamaya gerek yok, fakat metforminle kombinasyonunda dikkat edilmelidir.

2- Pioglitazon

- * Rosiglitazonun aksine KV olaylara karşı koruyucu etkisi olduğu bildirilmiştir.
- * Kalp yetmezliğini alevlendirebilir ancak mortaliteyi artırmas.
- * MI riskini artırdığına dair bilgi yok.
- * Renal yetmezlikte doz ayarlamaya gerek yok, fakat Metformin kombinasyonunda dikkat edilmelidir.

Not = Pioglitazonun lipid profili üzerine olumlu etkisi var

Soru

Rosiglitazonun özellikle dikkatli kullanılması gereken hastalar kimlerdir.

- A- KKY
- B- Astım ve KOAH
- C- Böbrek hast.
- D- Kc hastası

Cvp = A ve D

E-) α -Glukozidaz İnhibitörleri

- Akarbaz
- Miglitol
- * Besinlerle alınan karbohidatların sindirimini geciktirerek yemek sonrası hiperglisemini daha düşük düzeyde kalmasını sağlar.
- * Glukoz absorpsiyonu engellemez. → Pankreatik α -amilaz ile yprimalı inhibitör
- * İnsülin salınımını artırmazlar.

✓ Siroz

✓ İnflamatuvar bağır. hast.

✓ Kolon ülserleri

✓ Kısmi bağırsak obstrüksiyonu

✓ Emilim ve sindirim problemi olan kronik bağır. hast.

* B. kart.

kontrendike

1- Akarbaz

- * Günde 3 kez her günün ilk tokmasıyla verilir.
- * Renal yetmezlikte önerilmez. (Serum Cr > 2 mg/dl'ye kullanılmaz.)
- * Açlık durumunda bile verirse hiperglisemi yapmaz. + metformin kombinasyonunda da yapmaz.
- * En sık gaz, ishal, karın ağrısı gibi GI yan etkiler görülür.

F- Diğer Antidiyabetikler

• Exenatide

• Pramlintin

• Sitagliptin

SOLU-11

Aşağıdakilerden hangisi bağırsak hastalıklarında kullanılmaz.

A- Sülfonilüreler

B- Metformin

C- Nateglinid

D- Pioglitazon

E- Akarbaz

Cup = E

1- Exenatide

- * Metformin / sülfonilüre kullanan Tip 2 hastalarında peşence olarak kullanılır.
- * SC uygulanır.
- * İncretin mimetiktir.
 - Pankreatik β -hücrelerinden glukoz bağımlı insülin salınımını ↑
 - Antagonist glukagonu baskılar
 - Gastrik boşalmayı yavaşlatır

- * Tip 2 Dm'de kullanılmaz.
- * Ciddi BY ve son dönem BY'de önerilmez.
- * Hepatik yetmezlikte doz ayarı gerekmez.
- * GI rahatsızlıklarında kullanılmaz.
- * C kat.
- * Buz dolabında saklanmalı.

- ✓ Hipoglisemi
 - ✓ Bulantı
 - ✓ Kusma
 - ✓ Diyare
 - ✓ Dispepsi
 - ✓ Baş ağrısı
- } Yan etkileri

- * Günde 2 kez 5 mg
- * Yemekten önceki 60 dk içinde verilmeli.
- * Yemek sonrası verilmez.
- * SC olarak kol, bacak, karın bölgesine uygulanır.

2- Pramlintin

- * İnsülinin yeterli olmadığı Tip 2 ve Tip II Dm'lerde yardımcı tedavidir.
- * Amilinomimetiktir.
 - mide boşalmasını geciktirerek glukozun kana geçiş hızını azaltır
 - Glukagon sekresyonunu baskılar
 - Tokluk hissi yapar ve gıda alımını ↓
- * İnsülinle birlikte hipoglisemi riski ↑
- * BY'de kreatin klerensi >20 ml/dk ise doz ayarı gerekmez.
- * Kc yet. ile veriyok
- * C kat.
- * Buzdolabında saklanır.
- * İnsülinle karıştırılmamalı.

Tip 2 → her ana öğünden önce 15 mg.
 Tip II → " " " " 60 mg

3- Sitagliptin

- * Dipeptidil-peptidaz-4 inhibitörüdür.
- * Tip II Dm'de monoterapide diyet ve egzersizle yardımcı olarak veya metformin ve tiazolidinonlarla kombine olarak kull.
- * Günde 1 kez yemeklerden bağımsız olarak kullanılır.

Viral Hepatit

Soru-1

Hepatit A ile ilgili hangii ifade yanlıştır.

- A- Yaygın bulaşma yolu fekal-oral yoldur.
- B- Viral partiküllerin çoğu dışkıda 1-2 hafta bulunur.
- C- Pasıyıcılık söz konusudur.
- D- Cinsel yolla bulaşma nadirdir.

Cvp=C

Hepatit A

- * Enfeksiyon zamanından hepatit belirtileri çıkana kadar 2-7 hafta (ort. 4 hafta) geçer.
- * Bulaşıcılık, belirtilerden 1-2 hafta önce başlar ve 10-15 günde biter.
- * Fekal-oral temas veya besinlerin ve suyun fekal kontaminasyonuyla bulaşır.
- * Pasıyıcılık görülmez. $\rightarrow$ Sindirim yoluyla bulaşma
- * Kan transfüzyonuyla bulaşma nadirdir.
- * Hepatit A akut atlatılan kronikleşmeyen Hepatit türlerinin en selimidir.

NOT = Sarılık; Hepatit A, B, C, siroz ve alkol kaynaklı hepatitin geç bulgusudur.

- * Bilirubin sarı rengi sağlar.
- * Yenidogan sarığı viral değil, bulaşıcı değil. $\rightarrow$ Yeni doğanlar bilirubini metabolize edemezler. Bilirubin 16-17 mg/dl'yi geçerse beyinde hasar oluşur.

Soru-2

Aşağıdaki hepatitlerden hangisi yada hangileri kronikleşir.

- A- HAV
- B- HBV
- C- HCV
- D- HDV
- E- HEV

Cvp= B, C ve D

NOT = HEV → Gebelerde görüldüğünde tehlikelidir. Kronikleşmez.

HDV → Tek başına vücuda giremez oluşması için HBV gereklidir.

Hepatit B

* Enfeksiyondan belirtilerin başlamasına kadar ort. 4 hafta (1-1.5 ay) geçer.

* Kan ve cinsel yolla bulaşır.

* Taşıyıcılık var.

→ Hepatit B antijeni
→ Taşıyıcı = Kalıcı olarak HBsAg(+) olan kişidir.
→ Ancak HBeAg(+)’in bulaştırıcılığı en yüksektir.

Her taşıyıcı aktif hasta değildir.

Kronik Hepatit B

AntiHBs = Hepatit B antikor

* Genelde hepatit B ile enfekte olan genç hastalarda görülür.

* Kronik Hepatit B olanlarda siroza kadar gidebilen kronik aktif hepatit gelişir. → 1/4’ünde

* Bu hastalar aynı zamanda kık kanseri açısından risklidir. (12-300 kat)

NOT = HBV dışarda 7 hafta kadar aktif kalabilir.

→ Süt çocuklarında %30
→ 5 yaş altı çocuklarda %25-30
→ Yetişkinlerde 6-10%

Soru-3

HAV’dan sonra en çok görülen hepatit hangisidir.

A- HBV

B- HCV

C- HDV

D- HEV

Cvp = B

Soru-4

HBV ve HCV kronik hastaların ne kadarında siroz gelişir.

A- Tümünde

B- Yarısından fazlasında

C- Dörtte birinde

D- %5’inde

Cvp = C

Anne hepatitliyse bebeğe doğar doğmaz immünglobülinli Hepatit B aşı yapılır.

Soru-5

En fazla kronikleşen hepatit hangisidir?

- A- HAV
- B- HBV
- C- HCV
- D- HDV
- E- HEV

Cvp = C ve D

Hepatit C

* Öncelikli olarak kan yoluyla bulaşır.

* $\left\{ \begin{array}{l} \text{Perinatal yolla anneden bebeğe} \\ \text{Cinsel yolla} \end{array} \right.$

NOT = Hepatit C'nin aşısı yoktur.

bulaşma olasılığı vardır.

* %85'inden fazlasında kronik enfeksiyon gelişir.

* Kronik Hepatit C olanlarda hepatoselüler karsinom riski vardır.

Hepatit D

* Sadece HBV enfeksiyonu olanlarda görülür $\rightarrow$ Süper enfeksiyon

* HBV ile aynı yoldan bulaşır.

* Tek başına olan HBV enfeksiyonuna göre daha ciddidir ve kronik hepatit / siroz riski daha yüksektir.

* Tedavisinde interferon inhibitörleri kullanılır.

* HBV'si olanların %5'inde pozitifdir.

Soru-6

Gebelerde en tehlikeli hepatit hangisidir?

- A- HAV
- B- HBV
- C- HCV
- D- HDV
- E- HEV

Cvp E

İlaç Kaynaklı Hepatit

* İlaç kullanımına bağlı hepatitlere gerçekleşir.

Sarılık

non-viral kronik hepatit

Fulminan ke yetmezliğine

neden olur.

Hepatit E

* Hepatit A'ya benzer aynı yolla bulaşır.

* Kronikten çok akut enfeksiyona yol açar.

* Gebelerde yüksek mortaliteye neden olur.

- * Türkiye'de Hepatit B bulaşmasında en çok horizontal yol görülür.
↳ Aile içi, kapalı topluluklar içi ve okul içi yakın temaslar temel bulaşma yoludur.

Vertikal geçiş daha azdır. → Anneden bebeğe
Babadan bebeğe

Patofizyoloji

Hepatit A

- * Hastaların → 1/3 asemptomatik
1/3 hafif non-spesifik bulgular
1/3 daha şiddetli belirtiler
- * Belirtiler enfeksiyondan 1 ay sonra akut olarak başlar ve yaklaşık 4 hafta sürer.
- * Diğer hepatitlere göre en seilimi.
- * Daha şiddetli olgularda AST, ALT, bilirubin artar ve 6 ayda normale döner.

Hepatit B

- * Hastaların → 2/3 asemptomatik
1/3 akut hepatit
%1'inden azında fulminan hepatite döner.
- * Enfekte olan yetişkinlerin %5-10'unda kronikleşir.
→ Bir kısmı asemptomatik
→ diğer bir kısmında hepatik siroz veya karinom gelişebilir
- * Kronik hepatit B'si olanların %30'unda siroz gelişebilir.
- * Belirtiler sonik görülmeden 1 hafta önce başlar.
- AST ve ALT çok yüksek (100 kat)
- Bilirubin 20 kat
- Kronik HBV'de hastaların çoğu asemptomatiktir.
- Bazı siroz kadar bırı kagulamaz.
- En yaygın belirtileri halsizlik, yorgunluk
- AST ve ALT 20 kat ↑

Hepatit C

- * Hastaların 2/3'ü asemptomatik
- * %85'inden fazlasında kronik enfeksiyon gelişir ve %70'inde kronik ke hastalığı gelişir
- * Belirtileri kronik HBV'ye benzer. → Fakat Hepatit B'deki kadar artmaz.
- * Kalıcı ke yetmezliği ✓ Asit birikimi ✓ Varis kanamaları ✓ Ensefalopati
görülebilir

Bulgu ve Belirtiler

Siroz = Yorgunluk, iştahsızlık, kilo kaybı daha şiddetlidir.

Assit

Hepatik ensefalopati

Sarılık

Özofagus varisleri

Kas güçsüzlüğü

gösterir.

* Sirozun son evresinde portal HT ^{gösterir.} → β -bloker olan propranol (Dideral[®]) verilir.

* Albumin sentezi azalır, damar yapısı bozulur.

* Spironolaktone verilir.

* Hepatik ensefalopatide NH₃'ü yok etmek için laktüloz (Duphalac[®]) verilir.

İlaç Kaynaklı Hepatit

* Geçirir transaminaz ↑ ve/veya fulminan ke yetmezliği gelişebilir.

* Dantrolen, izoniazid, MAO inh. ve tetrasiklinde ölüm oranı daha yüksektir.

Hepatit A

* Hastaların yarısında başlangıç belirtileri;

✓ Ateş

✓ Karın ağrısı

✓ Bulantı

✓ Koyu renkli idrar

✓ İştahsızlık

✓ Sarılık

✓ Halsizlik

Hastalık şiddeti yaşa göre değişir.
 → çocuklar asemptomatik
 → yetişkinler semptomatik ve sarılık var.

Akut Hepatit B ve C

✓ Halsizlik

✓ Kusma

✓ İştahsızlık

✓ Sağ üst kadranda

✓ Bulantı

✓ Karın ağrısı

} Belirtiler sarılık görülmeden 2 hafta önce başlar.

* Koyu renkli idrar, sarılık ve bilirubin artışından sonra belirtiler birkaç hafta sürer.

* Çok az olguda fulminan viral hepatit gelişir.

Kronik Hepatit B ve C

* Hastaların çoğu asemptomatik

* Bazen sıradan kadar tanı konulamaz.

* Seyyihin yorgunluk, halsizlik görülür.

Tanı

* Biyokimyasal

* Histopatolojik

* Serolojik

* Virolojik

testlerle tanı konulur.

Hepatit A → Hep. A aşısı 18. aydan sonra 2 doz.

- * Serumda önce Anti-HAV IgM antikorları ölçülür ve 3-6 ay sonra kaybolur.
- * Serumda daha sonra görülen Anti-HAV IgG antikorları re-enfeksiyona karşı koruma sağlar. Uzun süre serumda kalır ve geçirilmiş enfeksiyonu gösterir.

Hepatit B

- * HBsAg → enfeksiyona maruziyetten. 30-60 gün sonra ve klinik belirtilerden 2-8 hafta önce serumda ölçülür. → Serumda ilk görülen marker.
- * Anti-HBs antikorları → enfeksiyona cevap olarak gelişir ve uzun vadeli bağışıklık sağlar.
- * Anti-HBc (Hepatit B kor. antijeni) → Hastalığın geçirildiğini gösterir.
 - Ig M antikorları → Akut Hep. B'ye cevap olarak gelişir. ve 6 ay kalır. → enjeksiyon gösterge
 - Ig G antikorları → Geçirilmiş HBV enfeksiyonunu gösterir.
- * HBeAg → Viral replikasyonu ve bulaştırıcılığı gösterir.
- * Anti-HBe → Virüs replikasyonu ve virüs bulaştırıcılığının azaldığını gösterir.

HBsAg	Anti-HBs	Anti-HBc	HBeAg	Anti-HBe	Yorum
+	-	Ig M	+	-	Akut HBV enf.
+	-	Ig G	+	-	Kronik HBV enf. (Yüksek Bulaştırıcılık)
+	-	Ig G	+	+	Kronik HBV enf. (Düşük Bulaştırıcılık)
+	-	-	+	+/-	HBsAg Taşıyıcı
-	+	Ig G	-	+/-	Doğal Bağışıklık
-	+	-	-	-	Aşı bağışıklığı

Hepatit C

- * Serumda hepatit C virüsüne karşı gelişen antikorlar (Anti-HCV) veya Hepatit C viral RNA'sı (HCV RNA) ölçülerek tanı konulur.
 - enfeksiyonun 2. haftasında ölçülebilir.
 - enfeksiyondan 6-8 hafta sonra ölçülebilir.
- * Hepatit C antikorları pozitif olan hastaların %15'inde HCV RNA negatif görülür. Bu hastalar iyileşmiş olabilir.

Hepatitte Biyokimyasal Değişimler

- * Akut Hepatit B'de
 - ALT, AST (100 kat) ↑
 - Bilirubin 20 kat ↑
 - Çok yaygın sarılık
- * Hepatit C'de B'deki kadar artış olmaz.
- * Kronik hepatitte
 - ALT ve AST'da hafif ↑ (20)
 - ALP ve GGT normal
 - Trombosit ve lökosit sayısı şiddetli ke hastalığı gelişene kadar normal

Hepatit türü	A	B	C	D	E
Genom	RNA	DNA	RNA	RNA	RNA
Serolojik tanı	Anti-HAV IgM	Anti HBc IgM	HCV RNA	Anti HDV	Anti HEV
Kronikleşme	0	%10	%85	%100	0

Hepatitin Psikososyal Boyutu

- * Depresyon - Tanıdan sonra yararlı ilerler - Yaşam tarzı nadir olarak edilmeli
- * Yılgınlık - Uzun süre yasasın - Ke naki mümkün
- * Bulama - Klinik ted. var.

Hepatit Tedavisi ve Profilaksisi

Soru 7

Hepatitlerin genel tedavisiyle ilgili hangisi yanlıştır.

- A- Bu hastalara analjezi için parasetamol verilmemeli.
- B- Sağlıklı diyet ve dinlenme önerilir.
- C- Sıvı takviyesi önemlidir.
- D- Alkol ve diğer hepatotoksik ilaçlardan kaçınılmalı.
- E- Uzun süreli kusması olanlarda veya fulminan hepatit gelişenlerde hastaneye yatış gerekir.

Cvp = A

Günde 2g'ını geçmeyecek şekilde kullanılabilir.

Hepatitlerde Genel Tedavi

- * Sağlıklı diyet
- * Dinlenme
- * Sıvı takviyesi
- * Hepatotoksik ilaçlar ve alkolden sakınma
- * Uzun süreli kusma varsa ve fulminan hepatit gelişmişse hastaneye yatış.

Soru-8

* Hepatit A aşısı aşağıdakilerden hangisi gruba gerekli değil?

- A. Homoseksüel erkekler
- B. Madde bağımlıları
- C. Yeni doğanlar
- D. Çocuklar
- E. Kronik Hepatit B ve C hastaları

Cvp C = Yeni doğanlar

→ Polipeptit aşılar 2 yaş altı çocukta etkili değil, ger annesi geçir - misse sürtle bebeğe geçer konur.

Hepatit AMarıziyet öncesi (Popülasyonu)

* Hepatit A aşısı yapılması gerekenleri;

- Riskli bölgelerde yaşamak ya da ziyarette bulunacak olanlar.

✓ 2 yaş üstü çocuklar.

✓ Engeller, yetişkinler

- 2 yaş altı veletlere 1.m immüno globulin verilir.

* deltoid kasa uygulanır.

Koruyucu immün yanıt için 4 hafta beklenmeli, etki en az 20 yıl sürer.

Yan etkileri hafif ve 2 günde geçen

✓ Engeliğin yerinde ağrı

✓ Baş ağrısı

✓ Yorgunluk

✓ İştahsızlık

Aşı = 2 yaş üstüne yapılır ve 0. ve 6-12. aylarda tekrarlanır.

Örnek Vaka

Semt sakinlerinden 29 yaşındaki Ahmet Bey, çalıştığı şirketi temsil etmek üzere 2 yıl süreyle uzak doğu ülkelerinde görev alacağını ve birdektör yakınının Hepatit A aşısı yaptırmadığını önerdiğini söylüyor. Size kafasına takılan soruları yöneltiliyor.

Soru 1

* Burada yaptıracağım ilk doz 6 ay sonra tekrarlamak gerekiyor mu, aynı firma ninkini bulamazsam olur mu?

Cevap 1

Hayır sorun olmaz. Bu konuyla ilgili çalışma bulunmasa da, sorunobrazıyla ilgili bir neden görülüyor.

Soru 2

Eğer 2. (son) dozı geciktirirsem ne yapmalıyım.

Cvp 2

(?)

Soru 3

Eğer gerekli olursa diğer aşılarla aynı zamanda yaptırılabilir mi?

Cvp 3

Evet, hepatit B, difteri, çocuk felci tetanus, kolera, kuduz, sarı humma veya immünglobülinle birlikte verilebilir. Fakat enjeksiyon yerleri farklı olmalıdır.

Soru 4

Vize işlemlerim biterse yaklaşık 2 ay sonra gidiyorum. Bu aşığı yaptırdıktan etkisi hemen görülür mü?

Cvp 4

Etkisi hemen görülmez fakat ilk dozdan 4 hafta sonra koruyucu etki başlar ve yaklaşık 20 yıl sürer.

Maruziyet Sonrası

* Immünglobülin profilaksisi uygulanmalıdır.

- Hepatit A'li kişiyle aynı evi paylaşanlara + cinsel partnerine
- Bakımcılarında birinde varsa, diğerlerine
- Maruziyetten sonraki 2. hafta içinde hastalara

* 1.m immünglobülin maruziyetten sonra erken verilirse enfeksiyonu %80-90 önler.

* 2 haftadan fazla verilmez

Hepatit B

Soru

Hepatit B aşısı uygulamasıyla ilgili ifadelerden hangisi yanlıştır.

- A- Hepatit B aşısı yenidoğanlara rutin olarak uygulanır.
- B- Hepatit B aşısında rapel aşı gereksinimi yoktur.
- C- Aşı serisi tamamlandıktan sonra mutlaka antikor titresine bakılmalıdır.
- D- Hemodiyaliz hastalarına 4'ü aşıma önerilir.
- E- Riskli grupta olup Anti-HBs negatif olan herkese yapılabilir.

→ Sağlıklı insanlara 3 doz

Cvp=C

→ Hemodiyaliz ve diğer riskli hastalara 4 doz

→ Aşılarını yaptıran hastalarda %99 aşı tutar. bu nedenle antikor bakmaya gerek yoktur.

Maruziyet Öncesi

* Hepatit B aşısı yapılması gerekenler

- Daha önce hepatit B aşıları serisini tamamlamamış olup;

- ✓ Riskli bageççidenler
- ✓ Salgın bölgelerinde 6 aydan fazla kalmak
- ✓ Damar-ici madde bağımlıları
- ✓ Birden fazla partneri olan heteroseksüeller
- ✓ Homoseksüel erkekler
- ✓ Enfekte kişinin ev halkı, cinsel partneri
- ✓ Sağlık çalışanları
- ✓ Hemodiyaliz hastaları

* Maruziyet Sonrası

* Et etkili profilaksi Hepatit B immüoglobülinidir. (HBIG)

* HBs Ag'ye karşı yüksek titrede antikor verir.

* Hepatit B enfeksiyonuna karşı pasif immünite sağlar.

* HBIG; akut hepatit B'nin cinsel yolla bulaşmasını %75 önler.

* Kısa süreli koruma sağladığından, Hepatit B aşı serileri yapılmalıdır.

* HBIG deltoidten yapılır.

* Maruziyetten 7 gün sonra uygulanırsa etkinliği tam değildir.

* En yaygın yan etkileri;

- | | |
|--|-----------------|
| ✓ Enjeksiyon bölgesinde ağrı ve enjeksiyon | ✓ Kas krampları |
| ✓ Allerjik reax. | ✓ Halsizlik |
| ✓ Eklem ağrısı | ✓ Ateş |

* Aşılanmamış yada aşıya yeterli yanıt vermemiş olup HBsAg (+) olanlarla temasta olanlara uygulanması önerilmektedir.

- ✓ Şırınga yoluyla
- ✓ İdrarla
- ✓ Cinsel yolla

Doküdan muköz membran temasıyla

Doğumla

HBsAg (+) annesi olan 12 aydan küçük çocuklara

Hepatit B aşısı

* Aşılanma takvimi 0, 1 ve 6-aydır.

* Aşılanma sonrası yeterli antikor cevabı alınır.

* Deltoidten uygulanır.

* 4 dozlu aşılanma immünsistemi baskılanmış hastalara ve hemodiyaliz hastalarına uygulanır.

* Yan etkileri hafiftir.

- ✓ Ateş
- ✓ Halsizlik ve yorgunluk
- ✓ Baş ağrısı

Örnek Olgu

27 yaşındaki Elif Hanım hepatit B taşıyıcısı olduğunu ve 2 aylık hamile olduğunu söylüyor. Bundan sonra nasıl bir yol izlemesi gerektiği konusunda tedirgin. Bu konuda hastanaya neler öğlersiniz?

Perinatal Maruziyet

* Bütün hamile kadınlar gebeliğin ilk günlerinde HBV testi yaptırmalı.

* Anne HBsAg (+), HBeAg (-) ise çocuk %10-30

her ikisinde pozitifse çocuk %80-90 taşıyıcı olur.

* Perinatal maruziyeti olan süt çocuklarında HBIG ile aşı yapılır. (taşıyıcılığı %85-90 düşer.)

* Doğumdan sonraki ilk 12 saat içinde, 1-2. ve 6. ayda aşı yapılmalıdır.

Örnek Olgu

Evli ve 3 çocuk sahibi kağınaş Yaşar Bey, evlerinde kalan babasının hastanede yapılan tetkikleri sonucu Hepatit B taşıyıcısı olduğunu ve doktorun tüm aile fertlerine test yaptırdıktan sonra Hepatit B aşısı önerdiğini söyleyerek, konuyla ilgili bazı soruları için görüşlerinize başvuruyor.

Soru 1

Bildiğim kadarıyla HBV konjeksi ve cinsel yolla bulaşır, oğaccede yaptırmalımıyız?

Cvp 1

Evet öyle ama HBV vücut dışında da 7 gün kadar yaşayabiliyor ve enfeksiyon bulaştırma riski devam eder. Her ihtimale karşı aşılanın.

Soru 2

Bu aşıları yaptırdıktan sonra koruyucu etkisi ne kadar sürer.

Cvp 2

Uzun süreli çalışmalara göre serumdaki antikor düzeyi ölçülebilir düzeyin altına düşmüş olsa bile 15 yıl koruyucudur.

Soru 3

Eğer aşı serisinde bir kesinti olursa aşılanmaya tekrar başlamamız gerekir mi?

Cvp 3

Hayır gerek yok, seride sonraki dozdan devam edebilirsiniz.

Engerix[®]

Genhevac B[®]

Rekombivax HB[®]

Pwinrix[®] (Hepatit A ve B)

Pediarix[®] (Hepatit B ve diğleri, tetanoz, boğmaca, çocuk felci)

Soru

Kronik hepatit B tedavisinde aşağıdakilerden hangisi kullanılmaz.

A- Lamivudin

B- Adefovir

C- Entekavir

D- Ribavirin

E- Tenopovir

Cvp = D

→ Tenopovir Hepatit C'de kullanılır. Diğerleri Hepatit B'de kullanılabilir.

→ Hepatit B'de Lamivudin ilk tercih. Alternatif Tenopovir'dir.

Kronik Hepatit B Tedavisi

Amaç; HBV replikasyonunun uzun süre baskılanması.

HBsAg ve HBeAg'nin kaybolması

- ✓ Serum HBV DNA miktarının azalması
- ✓ Hastalığın remisyonu → ALT'nin normale dönmesi
- ✓ Kc hastalığının düzelmesi
- ✓ Akut alevlenmenin, sirozin ve hepatoselüler karsinomun azaltılması

Soru

Kronik Hepatit B tedavisiyle ilgili ifadelerden hangisi yanlıştır.

- A- Interferon monoterapisi etkilidir.
- B- Lamivudin birinci tercih antiviraldir.
- C- Kombine tedavi monoterapiden daha etkindir.
- D- İlaç direnci en çok lamivudinde görülür.
- E- İkinci tercih genellikle adefovirdir.

Cvp = A

* Kronik Hepatit B'de

Interferon- α → intron A

Lamivudin → Zeffix (100 mg), Epivir (150 mg)

Adefovir → Hepsera (10 mg)

Zeffix ve epivir aynı firmanın ürünü olup aynı etken maddeyi içerirler sadece dozları ve kullanım alanları farklı;

Zeffix → HBV

Epivir → HIV

Soru

Kronik hepatit tedavisi olan hastalarda depresyon hangi ilaçla daha çok görülür.

- A- Lamivudin
- B- Adefovir
- C- Entekavir
- D- Interferon
- E- Dabavirin

Cvp D

Interferon

- * Antiviral + immün sistemi uyandırıcı etkisi
- * INF α -2B haftada 3 kez olmak üzere 16 hafta kullanılır
- * Dış gece yatmadan önce alınmalı.
- * Grip benzeri belirtilere yol açar.
✓ Ateş ve baş ağrısı için parasetamol verilir. 2g'ni geçmemeli.

Genel yan etkiler yaygındır

- * Anemi, lökopeni ve trombositopeni daza bağlıdır.
- * Ciddi depresyon ve intihar eğilimi riski
- * Farklı otoimmün hastalıkları tetikleyebilir.
- * Kısa asiri duyarlılık

Lamivudin

- * HBV replikasyonunu inhibe eder.
- * DNA virüslerine etkili değil.
- * 12-18 haftalık tedavile HBeAg negatifleşebilir.
- * Çok sık direnç gelişir.

Yaygın Yan Etkiler

- ✓ Baş ağrısı
- ✓ Halsizlik / yorgunluk
- ✓ Bulantı - kusma
- ✓ İshal
- ✓ Nöropati
- ✓ Öksürük
- ✓ Kas-iskelet ağrısı

Daha az görülen ancak ciddi olan etkiler

- ✓ Nötropeni
- ✓ Anemi
- ✓ Trombosit
- ✓ Pankreatit
- ✓ Ke pank. bo

Adefovir

- * 10mg/gün 48 hafta kullanılır.
- * Lamivudine dirençli olgularda tercih edilir.
- * Interferon ve lamivudine cevap alınamayan olgularda 3. seçenektir.
- * Serum kreatin düzeyini ↑ ve laktik asidoz görülebilir.

Entecavir

- * 1 yıl kullanılmalı (en az) → HBeAg (-) olana kadar devam.
- * Baş ağrısı / dönmesi, bulantı, yorgunluk, laktik asidoz ve hepatomegali yapabilir.
- * Yüksek oranda Lamivudine göre daha güçlüdür.
- * Lamivudine dirençli olgularda 2. tercih, adefovire dirençli olgularda 3. tercihtir.
- * Viral direnç geliştirmiyor.

Pelbuvudin

- * Lamivudine göre daha güçlü bir etkinlik var.
- * Yüksek oranda direnç gelişir.
- * Çocukta kullanılmaz.

ASGE, yorgunluk, halsizlik, baş ağrısı, bulantı - kusma, ishal, nöropati.

Teropavir

- * Adenopirle üstündür.
- * Direnç gelişimi düşük
- * Genel zayıflık Bilantı - kusma ve ishal
- * Lipodistropi Deride dolanıklı
- * Gebelerde olasılıkla güvenli kabul edilir.
- * Çocuklarda kullanımı yok.

NOT = Piroid zekemi gerektiren

ilaçlar: serratalin
Lithium
Amikabason
PISA
Interferon

Soru

Kronik hepatit C ted. ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır.

- A- Ribavirin - interferon kombinasyonu önerilir.
- B- PEG interferon haftada bir kullanılır.
- C- Gebelik mutlaka engellenmelidir.
- D- Genotip-2 olanlarda tedaviye yanıt daha yüksektir.
- E- Kan tablosu düzenli izlenmelidir.

Cvp = D

→ Genotip 2 ve 3'lerde tedaviye yanıtı daha yüksektir.
Ribavirin X kat.
Hepatit C'de kombine ted. yapılır

Hepatit C

Amaç;

- HCV enfekte hastaların %15-30'u tam olarak iyileşirken %70-85'i kronikleşir.
- Amaç; tüm tedavinin bitmesinden 6 ay sonra HCV RNA kalıntılarının tam olarak elimine edilmesi ve normal ALT düzeylerinin sağlanmasıdır.
- Tedavi süresi 12-48 aydır.

* Interferon α

* PEG'lenmiş interferon α

* Ribavirin

} HCV'deki ilaçlar.

Ribavirin

- * Biyokimyasal parametrelere etkisi var fakat HCV-RNA'yı etkilemez.
- * En yaygın hemolitik anemi görülür kalp hastaları izlenmeli.
- * SSS etkileri de yaygındır.
 - ✓ Uykusuzluk
 - ✓ Depresyon
 - ✓ İrritabilite
- * Pefa tojen olup X. kat.
- * Allerjik reax. görülür.

PEG'lenmiş interferon

- * INF'nin farmakokinetiği iyileştirilmiş ve PEG ile combine şekilde olması haftada bir kez verilmesine olanak sağlamıştır.
- * INF'den daha etkili + yaşam kalitesini ↑
- * HCV genotipine göre etkinlikleri değişir.
 - Genotip 1 olanlarda etkinlik %40-46
 - Genotip 2 olanlarda %75-85 virolojik cvp.
- Yan etkileri aynıdır. (Daa bağlı nötropeni dışındakiler)

Son Gelişmeler

* Telaprevir - Bocaprevir

- * Proteaz inhibitörleridir ve tedaviye 3-yanan olarak eklenmeleriyle klasik tedaviye göre başarıyı %30 artırmış.
- * Bocaprevir → anemi ve tat değişikliği
- Telaprevir → doküntü
- * Direk etkili antirvallerdir.

Örnek Olgu

32 yaşında Muberra, 2 aylık hamile ve yaptığı hepatit testlerinde Hepatit C poz. olduğunu öğrenir. HCV'yi 3 yıl önce ginekolojik operasyon geçirdiği sırada aldığı kan transfüzyonuyla aldığını tahmin ediyor. Bundan sonrası için çok tedirgin ve üzgünle paylaşıyor.

Soru 1

HCV'de HBV gibi anneden çocuğa geçiyor mu? Eğer öyleyse önlenemez mi?

Cvp 1

HCV enfekte annelerden doğan her 10 bebekten 5'i enfekte olur. Bu doğum esnasında olur ve bunu önleyecek bir tedavi mevcut değil.

Soru 2

Çocuğunda hepatit C olup olmadığı nasıl test edilecek?

Cvp 2

18 günü dolmadan Anti-HCV testi yapılmalıdır. Eğer bundan önce tanı konulacaksa 1-2 aylıkten HCV RNA testi yapılmalı ve tekarlanmalı.

Soru 3

Çocukta hepatit C olursa ne olur?

Cvp 3

Çocukluk dönemini çoğunlukla aslımsız atlatır. Daha ileriki yıllarda ALT seviyesinde artış olursa test ve tedavi için doktora gidilmeli.

Soru 4

Hepatit C enfeksiyonu için çocuklara uygun bir tedavi var mı?

Cvp 4

INF + Ribavirin kombinasyonu FDA tarafından 3-17 yaş arası çocuklarda onaylanmıştır.

Kombine Tedavi

- ✓ HBV'de kombine tedavinin daha etkili olduğunu gösteren çalışmalar olduğu gibi oral antivirallerin monoterapide aynı etkiyi sağladığını gösteren çalışmalar mevcuttur.
- ✓ HCV'de kombine tedavi monoterapiye göre daha etkilidir.
- ✓ 24 haftalık kombine tedavi HCV genotip 2 ve 3 olanlarda 48 haftalık tedaviyle aynı etkinlikte bulunurken; genotip 1 olanlarda 48 haftalık tedavi daha etkili bulunmuştur.

Hasta Eğitimi

- * Hepatit A'nın bulaşma yolu ve korunma
 - Kirlili sular, yiyecekler
- * Reçete edilmiş ilaçlar, yan etkileri ve tedavideki klinik önemi
- * Güvenceli bir cinsel yaşam
- * Ribavirinin teratogen olması
 - Tedavi kesildikten sonraki 6 ay boyunca devam eder.
- * Uygun
 - Özellikle Hepatit B aşı serisi yapılacaklarda
 - Uzun süreli kronik HBV ve HCV tedavileri

Gut ve Hiperürisemi

* 30 yaş üstü erkeklerde sıklıkla görülen kronik metabolik bir hastalıktır. Ürikasidir gutta neden olduğu bilinmektedir.

* Ürik asit protein katabolizmasının son ürünüdür. İnsanda purinlerin yıkılımı sonucu oluşur. DNA ve RNA'daki adenin ve guanin ksantin oksidaz tarafından ksantine dönüşür sonuç olarak ksantin ürik aside dönüşür.

* Kadınlarda ürik asit düzeyi erkekler göre daha azdır. Çünkü östrojenin olumlu etkisi var. → Ürat klerensi ↑ fakat menapoz sonrası ortadan kalkar.

* Ürikasidin %70'i böbrekle atılır, kalanı barsaktaki mo' lar tarafından NH_3 ve CO_2 'ye parçalanır.

* Hiperürisemi: üratın erkekte $480 \mu mol/L$ ($8 mg/dL$) kadında $420 \mu mol/L$ ($7 mg/dL$)'nin üstünde olmasıdır.

* Böbrek yetmezliğinde ürik asit birikimi olur. Ürikasid düzeyi $12 mg/dL$ üstünde ise ilaç tedavisi başlanır. $18-12 mg/dL$ arasındaysa yaşam şekli değişikliği yapılmalıdır. → Bol su içmeli

Proteinlerden kaçınılmalı

* Serum ürat kons. 2 yolla ölçülür

1- Kobrimetrik metod → Spesifik, hassas değil, ucuz

2- Ürikaz metod → daha spesifik

Epidemiyoloji

* İlaç kaynaklı hiperürisemi; sekonder hiperüriseminin en sık görülenidir.

* En sık diüretiklerle görülür.

* Spironolakton hiperürisemiye neden olmayan tek diüretiktir.

* 2g/gün'den az alınan aspirin serum ürikasit kons. ↑

* 2g/gün'den fazla alınan aspirinin ürikasidik etkisi vardır.

* Piazinamid ürat sekresyonunu inhibe eder. (atılımını)

* Etambutol ürikasitin azalmış renal kleransıyla ilişkilidir.

- * Hücre faaliyetini artıran kanser gibi hastalıklara bağlı hiperürisemi görülebilir
- * Nefropatiye neden olan kronik kusurun alımı gut ve hiperürisemiye neden olur
- * Yemekle beraber alınan alkol ürik asit atılımını ↓
Hiperürisemi; artmış ketonidaz ve laktik asidin diğer nedenlerinden ileri gelebilir
ö egzersiz
kontrol edilemeyen diyabet
- * Gut ırklara, cinsiyete, diyet ve diğer sosyoekonomik faktörlere bağlıdır.

Patofizyoloji

- * Gutlu hastada urat kristali oluşumundan bir çok faktör sorumludur.
 - ✓ Hiperüriseminin derecesi
 - ✓ Eklem lokalizasyonu
 - ✓ Serum ürik asit seviyesindeki ani düşüş ve yükselişler
 - ✓ Eklem fiziksel durumu
 - ✓ Eklem epifizyonlarının çabıılması
 - ✓ Protein polikarboxitlerinin bulunması
 - ✓ Eklem ısı
- * MTF eklemindaki gut podagra olarak adlandırılır ve gütün ilk atığı 0.50 bu eklemde oluşur.
- * Normal yürüyüş esnasında ayak baş parmağı aşırı kırıvrte maruz kalır. Degeneratif değişiklik olan veya yeni travma geçiren eklem, sinovyal epizyona uğrar
- * Sinovyal sıvıdaki veya etrafındaki dokularda bulunan urat kristalleri ve bu kristallerle reaksiyona giren vücut savunma mekanizması, gut ataklarının nedenidir.
- * Kristal çıkması genellikle alt ekstremiteden öte doğru çıkar.
- * Belirtiler ve Bulgular
- * Akut gut atakları; alt ekstremitelerin bir eklemünde ani başlayan dayanılmaz ağrıya karakterizedir. Hastalarda ikinci atak 6 ay-2 yıl içinde görülür.
- * Genellikle; ayak üst kısmı, ayak bileği, topuk, diz, el bileği ve dirsek eklemleri etkilenir.
- * Ataklar genellikle kişi uyurken meydana gelir. Bazı hastalar ilk belirtiyi sabah kalktıktan sonra ayak semire dokunulduğunda hissetmektedirler.
- * Ataktan 3-4 saat sonra etkilenen eklem derisi kırmızı, sıcak, şişmiş, hassas ve biraz şişkin olur.

* Atığın sistemik bulguları; ateş, lökosit ve eritrosit sedimentasyon hızının (ESR) yükselmesidir.

* Ateş 39.4'e kadar artabilir.

* Tedavi edilmeden ataklar saatlerce veya haftalarca sürebilir ve etkilenen eklemin derisi eşgünlükla pul pul dökülür.

* Gut'un modern tedavisi Allopurinol ve ürikasitlerle yapılır.

* Topüs= katı, hareketli, üzeri ince kırmızı derye kaplı.

* Gut renal bölgeye de etki edebilir. → Uzun dsremde ürikasit 11 mg/dL'yi geçmedikçe renal hasarla oluşmaz.

- ✓ Ürat nefropatisi
- ✓ Ürikasit nefropatisi

Tanı

Akut gut tanısı, sinoviyal sıvının bapat hücrelerinde monosodyumüat kristallerinin veya topüs tespitiyle yapılır.

Tedavinin Amaçları ve Terapötik Plan

* Akut atığı bitirmek ve ağrı gidermek → Terapötik Planın 1. basamğı

* Serum ürikasit konsantrasyonunu kademeli azaltmak → 2. basamğı

* Tekrarlayan gut ataklarını önlemek

* Antiinflatamatuvar ajanlar akut atakta kullanılır.

↳ Kolsisin ve NSAİI'lar

İlaç	Açıklama
Probenesid	Bol su için.. Salisilatlardan kaçının.. Peptik ülser ve renal bozuklukta dikkatle kullanın.. Yemeklerle birlikte alın..
Sülfipirazon	Bol su için.. Salisilatlardan kaçının.. Peptik ülser ve renal bozuklukta dikkatle kullanın.. Yemeklerle birlikte alın..
Allopurinol	Bol su için.. Renal bozuklukta doz ayarlanmalı.. Döküntüleri bildirin.. Yemekle birlikte alın..
Kolsisin	GI, renal ve hepatik bozukluklarda dikkatle kullanın.. Uzun süreli kullanımda kemik iliğı depresyonu oluşur..

Akut Gut Artriti

- * Akut gutun tedavisi ağrı hızla azaltmak ve eklemler mobilitatesini düzeltmek olmalıdır.
- * Şiddetli olgularda antiinflamatuarların yanında analjezik kullanımı yararlıdır.

Kolsisin

- * Kolsisin akut atakları hafifletmede ve gelecek atakları önlemede etkilidir.
- * Kolsisin aynı zamanda gutun tanısını koymada kullanılır.
- * Kolsisine %75-90 oranında yanıt görülür.
- * Yanıt oranı ilk ataktan sonra tedaviye başlama hızı ile ilişkilidir.
- * Kolsisin, atığın ilk 12-36 saati içinde verildiğinde en etkilidir.
- * İnflamasyon belirtilerini 12-24 saatte azaltır.
- * Kolsisinin antiinflamatuar etkisi var, analjezik etkisi yok.!
- * Ağrı azaltmak için öncelikle indometasin yada başka bir NSAID kullanılmalı.
- * Ürik asidin idrarla atılan serum düzeyine hiçbir etkisi yoktur.!
- * Etki mekanizması tam bilinmiyor. Olası mekanizma; PMN'lerin (bir lökosit çeşidi) kemotaksisini, metabolizmasını ve lizozomal enzimlerini azaltmasıdır.
- * Kolsisin PMN'lerce laktik asit üretiminin azalmasıyla sodyum uratın çıkmasını etkiler.
- * Enterohepatik otklusa girmeğinden akut Gİ toksite görülebilir.
- * Kolsisin ve metabolitleri primer olarak feçeste ve az miktarda da idrarla atılır.
- * Terapötik indexi çok dardır.
- * Akut gut ataklarında 0,5-1,2 mg oral başlanır ve her bir saat veya iki saatte bir 1-1,2 mg'lık doz artışıyla devam edilir → Hasta iyileşene kadar veya Gİ yan etkiler görülene kadar Max doz 8-10 mg
- * Etkin dozu 4-8 mg → 7 mg ile ölüm olabilir.
- * Hastaların %80'inde Gİ yan etkiler görülür.
 - ✓ Bulantı-kusma
 - ✓ Abdominal ağrı
 - ✓ Diyare
- * Crohn's hastalığı, divertikült pü hastalığı ve Gİ kanama eğilimi olanlara oral kolsisin verilmez gerekirse i.v. verilmelidir.
- * Kolsisin deri ve dokuda şiddetli lokal irritasyona neden olur bu nedenle i.m ve s.c verilmez.

- * Yüksek doz alınlarda veya renal / hepatik fonksiyonu düşük olanlarda;
 - ✓ agranülositöz
 - ✓ aplastik anemi
 - ✓ trombositopeni
 - ✓ kemik iliği depresyonu
 - ✓ lökopeni
- * Uzun süre kullanıldığında şeker olabir;
 - ✓ Vücut klları ve saç kaybı
 - ✓ miyopati
 - ✓ hematurî
 - ✓ deride kırmızılık
 - ✓ vesiküler dermatit
 - ✓ renal hasar
 - ✓ periferik nöropati
 - ✓ anüri
- * Aspirin ve NSAİD'lara karşı hipersensitivitesi olanlara kolşisin verilebilir.
- * Varfarin kullananlara NSAİD yerine kolşisin
- * Kolşisini tolere edemeyen hastalara ^{daha} güvenilir renal profili olan sulindak verilebilir.
- * Alkolik sıcazlı gutlulara kolşisin verilebilir.
- * Gut ataklarının sıklığını azaltmak için verilebilir. (prophileti için)

Asemptomatik Hiperürisemi

- * Serum urat kons. çözünabilir sınırları geçtiğinde hiperürisemi oluşur. → 7-8 mg/dL'yi geçerse
- * Hiperürisemi tanısı konulduğunda tedavi hastanın durumuna göre değerlendirilir ve yaşam boyu sürebilir
- * Hiperürisemi nedenleri;
 - Üretimde artış
 - Atımda sorun

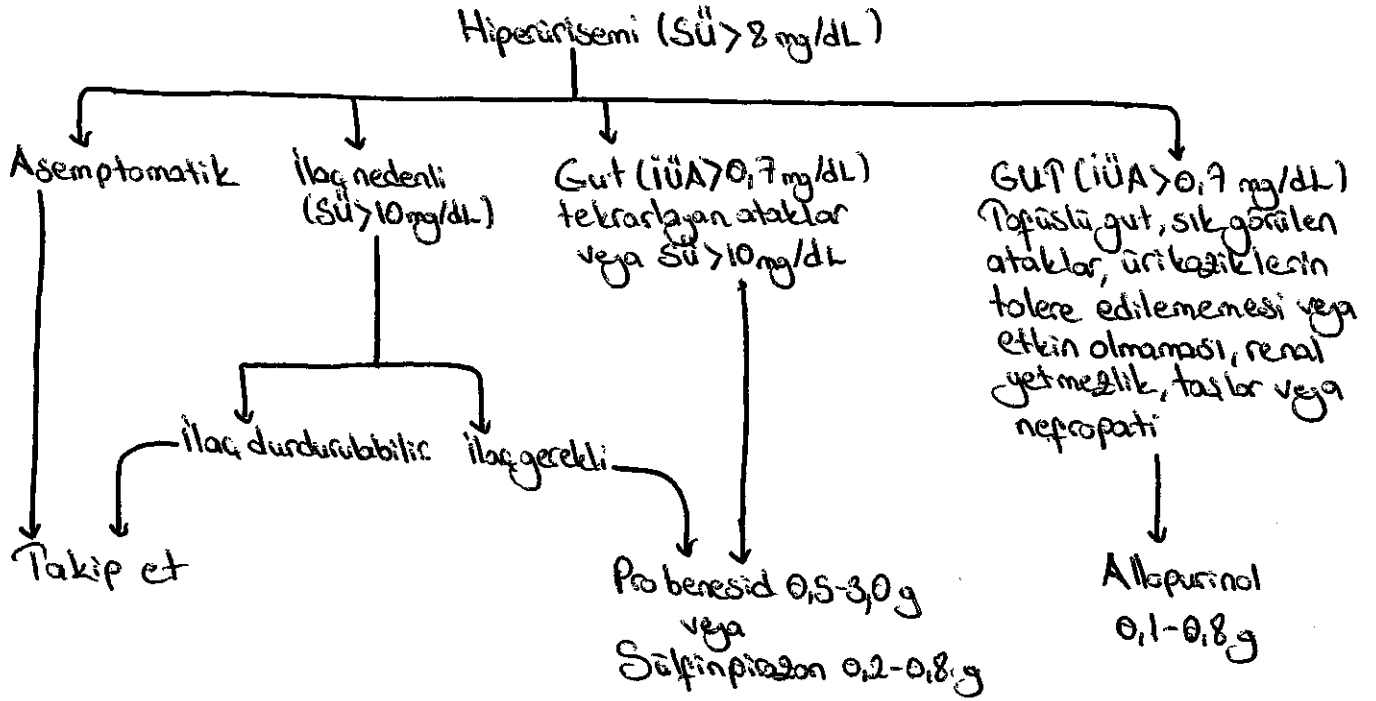
Kolşisinde Hasta Eğitimi → ilacın Kullanımı

- * Gut ataklarını önlemek ve tedavi etmek için kullanılır. Gut semptomları genellikle aniden gelir ve sadece bir veya daha az sayıda eklemi tutar.
- * Ayakbaşı parmağı, diz veya ayak bileği eklemleri etkilenir.
- * Gut'a kanda ürik asitin çok fazla artması neden olur. Artan ürik asit eklemlerinizde sert kristaller oluşturur.
- * Kolşisin, etkilenen eklemlerde ağrıya neden olan şişliği azaltır ve ürik asit kristallerinin birikimini azaltır.

Asemptomatik Hiperürisemi (Deram)

- * Hiperürisemik ajanlar gutun nüks ettiği hastalarda kullanılmamalıdır.
- * Böbrek veya gutun diğer komplikasyonları gelişen hastalar, urat düşürücü ilaçlarla tedavi edilmelidir.

- * Tedaviye karar verildiğinde 2 seçenek var:
 - XO inhibitörleri
 - Ürikasürükler



$Sü$ = Serum ürat

$İÜA$ = İdrar ürikasit atılımı

- * Ürikasürük ajanlardan probenesid ve sülfipirazon ürikasitin renal eliminasyonunu artırmak için kullanılır.
- * Allopurinol XO inhibitörüdür.
- * Ürikasit atılımı az olanlarda ürikasürükler tercih edilmeli, fakat azın üreticilerde allopurinolle tedaviye başlanmalıdır.

Allopurinol

- * Kronik gut'un uzun dönem kontrolünde kullanılır.
- * XO'yu inhibe eder böylece ksantinin ürikaside ve hipoksantin'in ksantine dönüşümü inhibe olur.
- * Allopurinolün metaboliti olan oksipurinilde XO'yu inhibe eder. Böylece serum ve idrar ürikasit konsantrasyonu ↓
- * Oksipurinolin yarım ömrünün uzun olması (18-30 sa) kronik tedavide dozların günde bir defa olmasını sağlar.

* Allopurinol esas olarak ürik asiti fazla üretenler içindir fakat az itrah edenler içinde etkilidir.

** Allopurinolün önerildiği yerler;

- ✓ Topaklı gut
- ✓ Ürik asiti fazla üretenlerde
- ✓ Prognozistik kalsiyum cevap vermeyen sık gut ataklarında
- ✓ Ürik asitlere intolerans gelişmesinde yada etkin olmadığında
- ✓ Tekrarlayan ürik asit taşı
- ✓ Renal yetersizlikte
- ✓ Tekrarlayan kalsiyum oksalat
- ✓ Hiperürisemi ile ilişkili böbrek taşı

** Asemptomatik ürisemide, komplike olmayan gutta ve akut gut ataklarında allopurinol kullanımı uygun değildir.

* Renal yetmezlik varlığında advers etkileri artar.

* Sık görülen advers etkisi → kasıntılı makülopapüler döküntüdür.

↳ kasıntı, cilt üzerinde kırmızı leke veya kabartı
lik

Allopurinol Hasta Eğitimi

İlacın Kullanımı

* Allopurinol gut ve bazı böbrek taşı tedavisinde kullanılır.

* Aynı zamanda kanser kemoterapisi alanlarda ürik asit seviyesinin yükselmesini önlemeye kullanılır.
↳ ölen kanser hücresi → ürik asit salınımı ve düzeyi ↑

* İlacı ağız yoluyla kullanacaksınız.

* Günde 2 defa doktorunuzun tarif ettiği şekilde.

* Mide sıkıştırmalarını azaltmak için yemeklerden sonra alın.

* Her öğün 1 bardak suyla alın ve günde en az 8 bardak sıvı alın.

* İdrarın asitliğini azaltmak için vit. C gibi asitli maddelerden uzak durun.

* İlacı tam yavaş çablamak için düzenli ve her gün aynı zamanda almaya özen gösterin.

* İlacın gutta etkili olabilmesi için birkaç hafta geçmelidir. İlaç ürik asiti azaltırken birkaç ay daha gut ataklarınız olabilir.

* Allopurinol ağız kesici değildir.

Yan Etkiler

- * Mide ağrısı, bulantı, sersemlik oluşabilir.
- * Bu ilacın sizin için faydası zamanla çoktur ve bu yan etkiler her zaman çıkmayabilir.
- * Nadir olarak
 - ✓ kol ve bacakta hissiyetlik / karıncalanma
 - ✓ kilo kaybı
 - ✓ kolay kanama
 - ✓ gaz / kanlı iseme, kusma
 - ✓ görme değişiklikleri
 - ✓ deri ve ağızda ödem

görülebilir ve görüldükçe doktorunuza söyleyin.

Uyarılar

- * İlaça karşı alerji durumunda doktorunuza yada eczacınıza bilgilendirin
- * İlacı kullanmadan önce kalp ve böbrek problemi, DM ve HT varsa doktor ve eczacınıza söyleyin.
- * Gebelikte gerçekten ilaca ihtiyaç varsa kullanılmalı.
- * Anne sütüne geçer.

İlaç Etkileşimleri

- * Didanazinle allopurinol çok ciddi bir şekilde etkileşirler.
- * Bu ilacı kullanmadan önce kullandığınız tüm ilaçları, bitkisel takviyeleri doktor / eczacınıza söyleyin.

Düz Aşımı

- * Düz aşımından şüpheleniliyorsa zehir kontrol merkezi yada acil servise başvurun.

Özel Notlar

- * İlacı kimseye paylaşmayın.
- * Laboratuvar testlerinizi periyodik olarak yapın.
- * Allopurinolü böbrek taşılarını tedavi etmek için kullanırsanız, özel bir diyetten fayda görebilirsiniz.

Düz Unutulması

- * Düzü unuttuğunuzda hatırladığınız zaman alın. Eğer bir sonraki düzün zamanına yakınsa unutulmuş düz atlayın ve olan düz cetveline devam edin. Çift düz almayın.

Saklama

- * Oda sıcaklığında (15-25°C)'de saklayın. Isı, ısk ve nemden uzak tutun. Buz ve mutfakta saklamayın.
- * Çocukların ulaşamayacakları yerde saklayın.
- * İlacı tablete yada kapsülizasyona atmayın.
- * Son kullanma tarihi geçen yada artık kullanmayacağınız ilaçları sentetik yıkayın.

Probenesid Hasta Eğitimi Formu

* İlacın Kullanımı

- * Gut ve gut artriti önlemek için kullanılır.
- * Ani ve şiddetli gut ataklarında kullanılmaz durumu kestirebiliriz.
- * Probenesid ürikasürük bir ilaçtır.
- * Vücudunuzda fazla olan ürikosidin böbreklerden atılımını hızlandırır ve ürikosit seviyesini düşürür.
- * Ürikosit yüksek olduğunda eklemlerde kristal şeklinde birikir ve guta neden olur.
- * Probenesid, antibiyotiklerin kan düzeylerini artırmak için kullanılabilir → ^{dişlerle} penisitlerle Bu artış bazı enfeksiyonlarda antibiyotiklerin daha etkili olmasını sağlar.
- * 2 yaş altı çocukta kullanılmaz.

* Gutu önlemek için ağız yolundan günde 2 defa yemeklerle beraber ya da mide boşken almak için antasitlerle beraber alın.

* 1 bardak su ile alın ve obas böbrek taşı riskini önlemek için gün içinde en az 8 bardak su alın.

- * İdrar asiditesini artıran vit.C gibi maddelerden uzak durun.
- * Semptomlarınız birkaç ay içinde geçince doktorunuza bunu söyletceksiniz.
- * Probeneside ani ve şiddetli atakla başlamaz. İlaça başlamak için mevcut atakın geçmesini bekleyin. İlaça başladıktan birkaç ay içerisinde, vücudunuz fazla ürik asidi atarken gut ataklarınızın sayısı artabilir.

* Probenesid kullanırken otak olursanız, gut ağrısı için kullandığınız ilaçlarla birlikte Probenesidi almaya devam edin.

* Probenesid ağrı kesici olmadığından guta bağlı ağrı için kullandığınız diğer ilaçlarınız (kalsisin, ibuprofen, indometazin) almaya devam edin.

* Bu ilaç antibiyotikliği yükseltmek için alırsanız ne zaman antibiyotik ve ne zaman probenesidi alacağınız konusunda doktorunuza danışın.

* İlaç tam tam yavaş yavaş için her gün aynı saatte düzenli olarak için.

* Yan Etkiler

* Vücudunuz ilaca yumuşak gösterene kadar; bulantı, iştah kaybı, baş dönmesi, kusma, baş ağrısı, ağrılı yutkunma ve sık idrara çıkma görülebilir. Bu etkiler zamanla geçmezse ve daha da kötüleşirse doktorunuza başvurun.

* Bu ilacın faydası açısından çoktur ve bu yan etkiler her zaman çıkamaz.

* Çok nadir olan aşağıdaki ciddi yan etkiler görülürse hemen doktora bildirin.

- ✓ Aşağı sırt ağrısı
- ✓ Göz/kıvrılı idrar yapma
- ✓ İdrar rengi ve miktarında değişime

NB = Diğer nadir etkiler Allupurin-
nolünkile aynı.

Uyarılar

* Ciddi alerji belirtisi olan;

- ✓ Döküntü
- ✓ Kaşıntı/sişlik (yüz, dil, boğaz)
- ✓ Şiddetli baş dönmesi
- ✓ Nefes almada zorluk

görülürse hemen acil servise başvurun.

* İlaç başlamadan önce; kan şekeri değerleriniz düşükse, böbrek taşıınız varsa doktor ve eczacınıza danışın. → *Kanser tedavisi

* G6PD eksikliği

* Böbrek problemleri

* PU

durumundada doktora

* Uyuşukluk yaparğından araba kullanımında dikkat! ⚠️ söylenmeli.

* Gebelikte gerçekten ilaç ihtiyacı varsa kullanılmalı.

* Site geçip geçmediği bilinmemiştir.

İlaç Etkileşimleri

* Kanser kemoterapötikleri ve ketorolakla ciddi etkileşir.

* Bu ilaç kullanmadan önce kullandığınız tüm ilaçları ve bitkisel takviyeleri doktor/eczacınıza söyleyin.

* Alkol probenesidin etkinliğini azaltabilir. Öğünden alkolü kısıtlayın.

NB = Diş aşımı, özel notlar, diş unutulması, saklama koşulları tüm ilaçların aynı....

İndometazin Hasta Kullanımı

İlaç Kullanımı

* İndometazin artrit, gut nedeni ağrı, şişkinlik ve eklemlerin sertliğinin hafifletilmesi için kullanılır. Bu semptomların azalması, normal günlük aktivitelerinizi yapmanızı kolaylaştırır. Bu ilaç "steroid olmayan antiinflamatuar ilaçtır."

* Bu ilaç bir bardak suyla öğünlerden önce ve en az 10 dk uzanıp yatmadan.

* Mide ağrısını önlemek için yemeklerle veya antiasitlerle beraber alabilirsiniz.

* Mide kanaması ve diğer yan etki riskini azaltmak için en düşük etkili dozda ve mümkün olan en kısa süre kullanın.

- * Artmış gibi durumlarda tam prosedürün için 4 hafta kullanılmalı.
- * Eğer bu ilacı düzenli kullanmıyor, gerektiğinde kullanıyorsanız, ilacın tam etki görebilmesi için ağrının ilk belirtileri çıktığında ilacı kullanmayı unutmayın. Ağrının daha ilerlemesini beklerseniz ilacı etkiletebilir.

Yan Etkiler

- | | | |
|-----------------|---------------|--|
| * Mide ağrısı | ✓ Halsizlik | } yan etkiler geçmezse yada dahada kötüleşirse doktor veya eczacınıza başvurun |
| ✓ Mide ekşimesi | ✓ Yorgunluk | |
| ✓ Baş ağrısı | ✓ Baş dönmesi | |

- * İlacın faydası zararından çoktur ve bu yan etkiler her zaman çıkmayabilir.
- * Allerji ile ilgili olan kısım Probenesid ile aynı...!

Uyarı

- * Bu ilaç çok nadiren ciddi mide veya barsak kanamalarına neden olabilir. Yaşlılar risk grubundadır.

- * Ağrıdaki durumlar geliştiğinde indometazin almayı durdurun ve acile gidin.

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| ✓ Diskinaziyolması | ✓ Nefes darlığı |
| ✓ İrretal mide / kann ağrısı | ✓ Vücutta bir tarafında güçsüzlük |
| ✓ Kahve portakalı şeklinde kusma | ✓ Ani görme değişiklikleri |
| ✓ Göğüs ağrısı | ✓ Konuşma bozukluğu |

- * Aspirine karşı astımda, indometazin kullanılmamalıdır.

- * Indometazin ışığa karşı hassasiyet yaptığından güneş ışığından korunmak için gözlüklerinizi uygun seçin veya güneş koruyucu kullanın.

İlaç Etkileşimleri

- * Sildenafil
- * Diğer NSAİİ (diklifenal, ket)
- * Yüksek doz aspirin ve salisilatlar
- * Diüretikler (triamteren)

ciddi etkileşim.

* NOT = Gutataklarında önce kolşisinle ağrı atakları azaltılır sonra ürik asit düşürücüler verilir

- * NOT = Doz aşımı, doz unutulması, saklama; diğer ilaçlarla aynı.

Bitti.
41 kere masallak. 😊...
Herkes başarılır.

