



BÖLÜM 103

Kalp Kapak Hastalıkları Taburculuk Sonrası İzlem

Zehra KURŞUNLU¹

Hakan AKAY²

GİRİŞ

Hastalar diğer erişkin kardiyak cerrahi prosedürlerinde olduğu gibi kalp kapak ameliyatlarından sonra da çoğunlukla 5-7 gün içinde eve taburcu olmaktadır. Ancak yine de iyileşmenin tamamlanması hala birçok fiziksel ve psikolojik etkenle yakın ilişki halindedir. Hasta ve ailesinin bakım becerisini arttırmak taburculuk sonrası bakımda kritik noktayı oluşturmaktadır. Taburculuk sonrası kontroller kalp damar cerrahisi ve kardiyoloji poliklinikleri tarafından yürütülür.

Taburculuk sonrası kontrollerde karşılaşılan şikayet, semptom ve bulgular çoğunlukla ağrı, uykusuzluk, konstipasyon, iştahsızlık, halsizlik, ödem gibi nispeten daha az önemliden, ateş yüksekliği, enfeksiyon, yara yerinde açılma, kızarıklık, ısı artışı, pansuman ihtiyacı, aritmi, solunum sıkıntısı, şiddetli öksürük, sternumda ayrışma, tamponad, plevral efüzyon ve tromboembolik olaylar gibi daha ciddi problemlere kadar değişebilmektedir. Hasta ve bakım verecek hasta yakınları taburculuk sırasında ve sonrasında kontrollerde sternum koruma yöntemleri (göğüs korsesi, yastık), egzersiz, diyet, ilaçlar özellikle de mekanik

kapak uygulanan veya atrial fibrilasyon nedeniyle daima oral antikoagülan kullanması gerekenler ilaç konusunda eğitilmelidir. Taburculuk sonrası ilk poliklinik kontrolünün klasik anlamda mutlaka 6 hafta içinde gerçekleştirilmesi önerilir¹. İlk kontrolde fizik muayene, ekg, akciğer filmi, rutin biyokimya, hemogram, protrombin zamanı, INR gibi kan testleri, ekokardiyografik inceleme yapılır. EKG ile yeni oluşan aritminin tespiti ve gerekli tedavi seçeneklerinin belirlenmesini sağlar. Akciğer filmi sonraki takipler için referans nokta oluşturur, solunum sıkıntısı ile gelen hastada pnömotoraks, plevral efüzyon, atelektazi, pnömoni ve sternumun değerlendirilmesine olanak sağlar. Rutin biyokimya tetkiki ile karaciğer, böbrek fonksiyonları, kolesterol değerleri, hemoglobin, CRP, lökosit düzeyleri görülüp antibiyotik, antihiperlipidemik ilaç ihtiyacı belirlenir.

Ekokardiyografiyle perikardial efüzyon, ventriküllerin fonksiyonu, mediastinal yapı ve kalp boşlukları protez kapak fonksiyonu, kapak tamirinin yeterliliği ve diğer kapak bölgelerindeki patolojiler değerlendirilir. Ancak rutin takip sırasında ekokardiyografinin sıklığı, önceki ekokardiyografi sonuçları, semptomatik durum, ameliyatın türü ve

¹ Uzm. Dr. Zehra KURŞUNLU, S.B. S.B.Ü. Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahi Bölümü zkursunlu2605@gmail.com

² Op. Dr. Hakan AKAY, S.B. S.B.Ü. Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahi Bölümü akkaya.hakan@gmail.com



toleransının aort kapak replasmanlarından düşük olduğu gibi durumlar göz önüne alınmalı ve hastaya özel egzersiz programları önerilmelidir¹¹. Oral antikoagülan kullanan hastalar iyileşme dönemi sonrasında yüksek kanama riski nedeniyle travmaya maruz kalabilecek sporlardan uzak durmalıdır.

Diyet programında sodyum ve yağ kısıtlaması önerilmeli yeşil yapraklı sebzelerin aşırı tüketimi yüksek K vitamini nedeniyle INR'i düşürürken, greyfurt ve aşırı alkol alımının yükselttiği unutulmamalıdır. Bu nedenle varfarin diyet listelerine uyulmalıdır. Yeni başlanan antibiyotik, ilaç ve büyük diyet değişikliklerinde INR düzeylerinde değişkenlik olabilmektedir. Sternal kemik stabilizasyonunu bozacak şekilde aşırı sağa sola yatışlar engellenmeli ve 6-8 hafta sırtüstü yatması önerilmelidir. İlk haftalar yataktan kalkarken ve yatar-ken yardım alınmalıdır. Fiziksel güce dayalı bir iş yapılıyorsa 3 ay sonra, yapılmıyorsa 1 ay sonra çalışmaya başlanabilir. Araba kullanmaya 8-10 hafta sonra sternum kemik stabilizasyonundan emin olunduktan sonra başlanabilir. Uzun yolculuklara ve uçak yolculuğuna ilk kontrollerden sonra sorun yoksa çıkılabilir.

KAYNAKLAR

1. Butchart EG, Gohlke-Bärwolf C, Antunes MJ : Recommendations for the management of patients after heart valve surgery, European Heart Journal, Volume 26, Issue 22, November 2005, Pages 2463–2471
2. Laplace G, Lafitte S, Labe`que JN, Clinical significance of early thrombosis after prosthetic mitral valve replacement. J Am Coll Cardiol 2004;43:1283–1290.
3. ACC-AHA Guidelines for the clinical application of echocardiography. Circulation 1997;95:1686– 1744.
4. Salem DN, Stein PD, Al-Ahmad A : Antithrombotic therapy in valvular heart disease—Doğale and prosthetic. Chest 2004;126(Suppl.):457S–482S
5. 2017 AHA/ACC Focused Update of the 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines
6. Makris M, Watson HG. The management of coumarin-induced over- anticoagulation. Br J Haematol 2001;114:271– 280.
7. Wahl MJ. Dental surgery in anticoagulated patients. Arch Intern Med 1998;158:1610– 1616.
8. Horstkotte D, Follath F, Gutschik E : Guidelines on prevention, diagnosis and treatment of infective endocarditis. Executive Summary. The Task Force on Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2004;25:267–276.
9. Calderwood SB, Swinski LA, Waternaux CM : Risk factors for the development of prosthetic valve endocarditis. Circulation 1985;72:31–37.
10. Amidon TM, Chou TM, Rankin JS : Mitral and aortic paravalvular leaks with haemolytic anaemia. Am Heart J 1993;125:266–268.
11. Gohlke-Ba rwolfC, Gohlke H, Samek L : Exercise tolerance and working capacity after valve replacement. J Heart Valve Dis 1992;1:189–195.