

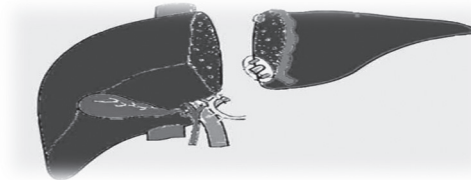
KARACİĞER TRANSPLANTASYONU VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Hatice ERDOĞAN¹
Tansu KARAMAN²

GİRİŞ

Dünyada ilk olarak Thomas Starzl'ın 1963 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) gerçekleştirilmiştir. Asıl gelişimi 1980'li yıllardan sonraya rastlanmaktadır. 1990'larda birçok ülkede çok sayıda karaciğer nakil merkezleri açılmış ve ameliyatların sayısı hızla artmıştır. 1980'den önce karaciğer naklinden sonraki bir yıllık süreçte sağ kalım %50'den aşağıda seyrederken, günümüzde %80-90'lara ulaşmıştır (1). Geçmiş dönemlerde karaciğer nakli, son çare görülüyorken, günümüzde karaciğer yetmezliği olan hastaların yaşam kalitesinin yükseltilmesi için erken evrede uygulanmakta olan tedavi yöntemi haline gelmiştir.

Karaciğer transplantasyonu hastalıklı olan karaciğerin tamamen çıkarılarak aynı anatomik bölgeye sağlıklı olan karaciğerin yerleştirilmesi işlemi olarak yapılmaktadır.



Şekil 1

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Maltepe Üniversitesi, haticeerdogan@maltepe.edu.tr, ORCID iD: 0000-0001-6376-0267

² Hemşire, İstanbul Ümraniye EAH., tansukrnm@gmail.com, ORCID iD: 0000-0002-5872-4314

konjektif yetmezliği ve pulmoner ödemin oluşmasına neden olabileceği için hastalar takip altında olmalıdır.

- ▶ Karaciğer nakil cerrahisi kanama riski çok yüksek olan bir ameliyattır. Bu noktada dikkat edilmelidir.
- ▶ Rejeksiyon belirti ve bulguları yakından izlenmelidir. İmmünoşüpresanların miktarının her hastada farklı olabileceği unutulmamalıdır.
- ▶ Yara drenajının tıkanıklığı, kan ve asit birikimi karın içi basıncının artmasına sebep olabilir. Safra akımına engel oluşması durumunda karaciğer ve safra sistemi zarar görebilir.
- ▶ Hasta eğitiminin önemli kısmı acil nakil gerekmedikçe cerrahi işlem öncesi yapılmalıdır(10-16).

Hasta ve Aile Eğitimi

- ▶ **Tedavini Sürdürülmesi:** Hastaya ve ailesine her ilacın ne için kullanıldığı, kullanırken dikkat etmesi gereken konular, ne zaman kullanması gerektiği, kullanmadığı durumda neler olabileceği ve ne yapması gerektiği ve ilacın yan etkileri hakkında bilgi verilmelidir.
- ▶ **Diyet:** Bu hastalar yara iyileşmesine yardımcı, besleyici diyetle ihtiyaç duyarlar.
- ▶ **Enfeksiyon Belirtileri:** Ateş, kusma, baş ağrısı, bulantı, öksürük, keyifsizlik veya e diğer semptomların varlığında ne yapmaları gerektiği açıklanır.
- ▶ **Rejeksiyon Belirtileri:** Hasta ve ailesi karaciğer fonksiyonlarının herhangi bir değişikliğinde örneğin sarılık gibi hemen doktorunu bilgilendirmelidir.
- ▶ **Egzersiz ve Aktivite:** Hasta aktivitelerine yavaşça geri dönmelidir ve normal fiziksel aktivitelerde kısıtlamalar vardır ve güç gerektiren aktiviteler için doktor izni gerekmektedir (8-10).

KAYNAKLAR

1. Morris PJ. Transplantation--a medical miracle of the 20 th century. N Engl J Med 2004;351:2678-80.
2. Ostapowicz G, Fontana RJ, Schiødt FV, Larson A, Davern TJ, Han SH, et al. Results of a prospective study of acute liver failure at 17 tertiary care centers in the United States. Ann Intern Med 2002;137:947-54.
3. Martin P, DiMartini A, Feng S, Brown R Jr, Fallo M. Evaluation for liver transplantation in adults: 2013 practice guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases and the American Society of Transplantation. Hepatology 2014;59:1144-65.

4. Eghtesad B, Aucejo F. Liver transplantation formalinancies. *J Gastrointest Cancer* 2014;45:353-62.
5. Zoghbi GJ, Patel AD, Ershadi RE, Heo J, BynonJS, Iskandrian AE. Usefulness of preoperative stressperfusion imaging in predicting prognosis after livertransplantation. *Am J Cardiol* 2003;92:1066-71.
6. Colle IO, Moreau R, Godinho E, Belghiti J, Ettori F,Cohen-Solal A, et al. Diagnosis of portopulmonaryhypertension in candidates for liver transplantation: a prospective study. *Hepatology* 2003;37:401-9.
7. Guckelberger O, Mutzke F, Glanemann M,Neumann UP, Jonas S, Neuhaus R, et al. Validation of cardiovascular risk scores in a liver transplant population. *Liver Transpl* 2006;12:394-401.
8. McCashland TM. Posttransplantation care: role of the primary care physician versus transplant center. *Liver Transpl* 2001;7:2-12.
9. Neuberger J, Adams DH. What is the significance of acute liver allograft rejection? *J Hepatol* 1998;29:143- 50. 10. Dousset B, Conti F, Cherruau B, Louvel A, Soubrane O, Houssin D, et al. Is acute rejection deleterious to long-term liver allograft function? *J Hepatol* 1998;29:660-8.
11. Samonakis DN, Germani G, Burroughs AK. Immunosuppression and HCV recurrence after liver transplantation. *J Hepatol* 2012;56:973-83.
12. Adams DH, Neuberger JM. Patterns of graft rejection following liver transplantation. *J Hepatol* 1990;10:113- 9.
13. Mor E, Gonwa TA, Husberg BS, Goldstein RM, Klintmalm GB. Late-onset acute rejection in orthotopic liver transplantation--associated risk factors and outcome. *Transplantation* 1992;54:821-4.
14. Anand AC, Hubscher SG, Gunson BK, McMaster P, Neuberger JM. Timing, significance, and prognosis of late acute liver allograft rejection. *Transplantation* 1995;60:1098-103.
15. Wiesner RH, Demetris AJ, Belle SH, Seaberg EC,Lake JR, Zetterman RK, et al. Acute hepatic allograftrejection: incidence, risk factors, and impact on outcome. *Hepatology* 1998;28:638-45.
16. Adams DH, Wang L, Hubscher SG, Elias E, Neuberger JM. Soluble interleukin-2 receptors in serum and bile of liver transplant recipients. *Lancet* 1989;1:469-71.