

8. BÖLÜM

MİKST ASİT-BAZ BOZUKLUKLARI

M. Zübeyir ASLAN¹
Hilmi Erdem SÜMBÜL²

Giriş

Mikst asit-baz bozukluğu, aynı hastada iki veya üç primer bozukluğun bir arada bulunması olarak tanımlanmaktadır. Bu bozukluklar aynı anda veya farklı zamanlarda ortaya çıkabilir. Özellikle iki grup hasta mikst asit-baz bozuklukları açısından risk altındadır bunlar: yoğun bakım hastaları ve yaşlı kritik hastalardır⁽¹⁻²⁾. Ayrıca, diyabetik veya alkolik hastalar da karşımıza ikili veya üçlü asit baz bozukluğu ile karşımıza çıkabilirler. Genel olarak, kritik hastalar, mikst bir asit-baz bozukluğuna neden olabilecek çok sayıda tıbbi duruma sahiptir. Örneğin, bir sepsis veya karaciğer yetmezliği hastasında başlangıçta bir respiratuar alkaloz görülebilir ve daha sonra hipotansiyon nedeniyle yüksek anyon gapli(AG) metabolik asidoz geliştirebilir. Yaşlı, kronik obstrüktif akciğer hastalığına bağlı (KOA) solunum asidozlu hastalarda, daha sonra kor pulmonale tedavisi için kullanılan bir tiyazid veya loop diüretik nedeniyle metabolik alkaloz gelişebilir.

¹ Araştırma Görevlisi Dr. Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları AD. Email: drzubeyiraslan@gmail.com.

² Doç. Dr. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Tıp Fakültesi, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları ABD. Email: erdemsumbul@gmail.com.

şük tidal hacimli ve düşük solunum hızı ile ventilatörde bulunan laktik asidozlu bir hasta nazogastrik drenaja alındığında, tipik olarak yüksek AG metabolik asidozu, metabolik alkaloz ve solunum asidozu geliştirir⁽¹²⁾.

Tedavi

Mikst bir asit-baz bozukluğunun tedavisi, basit bir asit-baz bozukluğuyla karşılaştırıldığında zordur. Baskın bir asit-baz bozukluğunun ve nedeninin tanımlanması ve tedavide baskınlığın dikkate alınması son derece önemlidir. Ayrıca tedavi, kan pH'sına dikkat edilerek yönlendirilir, çünkü mikst asit-baz bozukluğunun bir yönünün terapisi, birlikte var olan diğer rahatsızlığı etkilemeyebilir.

KAYNAKLAR

1. Anderson LE, Henrich WL. Alkalemia-associated morbidity and mortality in medical and surgical patients. *South Med J*. 1987;80:729-33.
2. Narins RG, Emmett M. Simple and mixed acid-base disorders: a practical approach. *Medicine*. 1980;59:161-87.
3. Schwartz WB, Brackett NC, Cohen JJ. Defense of the hydrogen ion concentration during acute and chronic hypercapnia: the response to progressive elevation of carbon dioxide tension. *Trans Assoc Am Physicians*. 1964;77:182-7.
4. Reddi AS, Fluid, Electrolyte and Acid-Base Disorders Clinical Evaluation and Management, Springer International Publishing. Newark 2018. p.450.
5. Kraut JA, Kurtz I. Mixed acid-base disorders. In: Mount DB, Sayegh MH, Singh AJ, editors. *Core concepts in the disorders of fluid, electrolytes and acid-base balance*. New York: Springer; 2013. p. 175-178.
6. Elisaf M, Theodrou J, Pappas H, Siamopoulos KC. Acid-base and electrolyte abnormalities in febrile patients with bacteremia. *Eur J Med*. 1993;2:404-7.

7. Weil MH, Rackow EC, Trevino R, et al. Difference in acid-base state between venous and arterial blood during cardiopulmonary resuscitation 195. *N Engl J Med.* 1986;315:153–6.
8. Oster JR, Perez GO. Acid-base disturbances in liver disease. *J Hepatol.* 1986;2:299–306.
9. Hodgkin JE, Soeprono FF, Chan DM. Incidence of metabolic alkalemia in hospitalized patients. *Crit Care Med.* 1980;8:725–8.
10. Brimiouille S, Berre J, Dufaye P, Vincent JLDJP, Kahn RJ. Hydrochloric acid infusion for the treatment of metabolic alkalosis with respiratory acidosis. *Crit Care Med.* 1989;17:232–6.
11. Bear R, Goldstein M, Phillipson E, Ho M, Hammeke M, Feldman R, Handelsman S, Halperin M. Effect of metabolic alkalosis on respiratory function in patients with chronic obstructive lung disease. *Can Med Assoc J.* 1977;117:900–3.
12. Reddi AS, *Fluid, Electrolyte and Acid-Base Disorders Clinical Evaluation and Management*, Springer International Publishing. Newark 2018. p.455.