

Yöresel Halk İnanışı Olan Bele İp Dikilmesi Olgusunda Anestezi Yönetimi

Anesthetic Management of Lumbar Suturing As Regional Folk Beliefs

Yakup Aksoy^{1*}, Ömer Fatih Şahin¹, Ayhan Kaydu², Cem Kıvılcım Kaçar³

¹Diyarbakır Bismil Devlet Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Diyarbakır

²Diyarbakır Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Diyarbakır

³Diyarbakır Gazî Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Diyarbakır

ÖZET

Bel ağrısı tedavisinde halk tarafından ağrıyı geçirdiğine inanılan geleneksel ve yanlış bir tedavi yöntemi olan bele ip dikilmesi olgusunda anestezi yönetimini sunmak istedik. 57 yaşındaki erkek hastaya nefrolithiazis tanısıyla ureterorenoskopik taş tedavisi (URS) yapılması planlandı. Hastanın lomber bölgesinde yaklaşık 5 cm yarıçaplı etrafı ekimotik, skuamli, ciltte fluktuasyon veren ve giriş delikleri enfekte olan düğüm atılmış ip tespit edilmesi üzerine spinal anestezi yerine genel anestezi yapıldı.

Anahtar Kelimeler: Bel ağrısı, ip bağlama, yanlış inanış, anestezi

ABSTRACT

We aim to represent anesthetic management of lumbar suturing as false traditional and regional folk beliefs used for treatment of low back pain. A male patient, 57 years of age, diagnosed with nephrolithiasis, referred for ureterorenoscopic stone treatment (URS). Balanced general anesthesia was chosen instead of spinal anesthesia because of a rope which was about 5 cm radius around ecchymosed, scaly and fluctuating skin with infected inlet on patient's lumbar spine.

Key Words: Low back pain, rope binding, myth, anesthesia

Giriş

Bel ağrısı özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir ağrı nedeni olup ciddi fiziksel, psikolojik ve ekonomik kayıplara yol açmaktadır (1). Çok sık görülmesinin yanında halen tedavisinde bir standardizasyon sağlanamamıştır. Bundan ötürü tedavide problemler olabilmektedir (2,3). Bu durum hastaların zaman zaman geleneksel ve yöresel inanışlara başvurmasına sebep olmaktadır. Nadir olmakla birlikte ülkemizde de bu tip olgulara rastlanılmaktadır (4). Zeytinyağı ile masaj yapılması, keçi veya koyun derisi ile beli sarma, çiğ balık bağlama, bardak çekme, bele sülük salma, bel çektirme veya bel çignetme gibi yaklaşımlar bunlardan bazılarıdır (5). Bu tür durumlar hastaya tıbbi yaklaşımı da değiştirebilmektedir. Olgumuzda anestezi şekli olarak rejyonel (spinal) anestezi düşünülürken lomber bölgede lokal enfeksiyona sebebiyet veren düğüm atılmış ip olması nedeniyle genel anestezi planlanmıştır. Bu durum hastaya uygulanabilecek anestezi yöntemlerini sınırlandırmakla birlikte genel anestezi uygulanması hastanın hastanede

kalış süresini ve verilen ilaç sayısını arttırarak hastane maliyetlerinin artmasına sebep olmaktadır.

Olgu Sunumu

Oniki paket/yıl sigara içimi dışında bilinen kronik bir hastalığı olmayan, 57 yaşında erkek hasta, üroloji polikliniğine yan ağrısı, idrar yaparken yanma yakınmalarıyla başvurdu. Yapılan muayene ve tetkiklerinde nefrolithiazis saptandı ve hastaya ureterorenoskopik taş tedavisi (URS) yapılması planlandı. Hasta preoperatif değerlendirme için anestezi polikliniğine yönlendirildi. İlk muayenesinde herhangi bir patoloji tespit edilmeyen hastanın laboratuvar tetkiklerinde Lökosit (WBC): 8.8 K/mm³, Hemoglobin (Hb): 16.9 g/dl, Hematokrit (Hct): %47.1, Trombosit (PLT): 157.000 ml³ (referans değer: 100-400 10³/ml), Glukoz: 100 mg/dl (referans değer: 70-110 mg/dl), Protombin Zamanı (PT): 11,7 s (referans değer: 11-16 s) INR: 0.91 (referans değer: 0,80-1,20 ratio) olarak ölçüldü. Akciğer grafisi ve Elektrokardiyogramda anormal bir durum tespit edilmedi. Hasta ASA-II olarak değerlendirildi ve rejyonel (spinal) anestezi yapılması planlandı.

*Sorumlu Yazar: Dr. Yakup Aksoy

Diyarbakır Bismil Devlet Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Bismil/Diyarbakır, Türkiye

Telefon: +90 (533) 488 67 66, E-mail: dr.yaksoy@hotmail.com

Geliş Tarihi: 06.10.2016, Kabul Tarihi: 23.11.2016

Ameliyat günü hasta ameliyat masasına alındı ve EKG, non invaziv kan basıncı, periferik oksijen saturasyonu monitörizasyonu yapıldı. Damar yolu açıklığı kontrol edilerek %0,9 izotonik sıvı infüzyonuna devam edildi. Ameliyat öncesi tekrar değerlendirilen ve spinal anestezi planlanan hastanın lomber bölge muayenesinde; beline daha önce çuvaldızla diktirmiş olduğu öğrenilen yaklaşık 5 cm yarıçaplı etrafı ekimotik, skuamlı, ciltte fluktuasyon veren ve giriş delikleri enfekte olan düğüm atılmış pamuk ip tespit edildi (Resim 1).



Resim 1. Hastanın beline bağladığı ip ve yara yeri.

Yaklaşık 5 ay önce bel ağrısı için komşusunun önerisiyle bu uygulamayı yaptığını belirten hastaya ipin çıkarılması, yara yerinin pansuman edilmesi gerektiği aksi takdirde yara yeri enfeksiyonuyla ilgili komplikasyonlarla karşılaşabileceği konusunda bilgi verildiyse de hasta buna izin vermedi. Bunun üzerine hastanın beline diktirmiş olduğu pamuk ip çıkarılmadı, üzeri karegaz ve flaster ile örtülerek hastaya spinal anestezi yapılmasından vazgeçildi. Genel anestezi planlanan hasta ameliyat masasında monitorize halde supin pozisyonda yatırıldı. Hastanın havayolu açıklığı

kontrol edilerek maske ile preoksijenizasyon uygulandı. Anestezi induksiyonunu 3 mg/kg propofol, 2 mcg/kg fentanil ve 0.6 mg/kg rokuronyum ile yapıldı. İndüksiyonu takiben maske ventilasyonunda sorun yaşanmayan hasta 7,5 nolu porteks tüp ile tek denemede başarılı olarak entübe edildi. Entübasyon sonrası end-tidal karbondioksit monitorizasyonu da yapılan hastanın vital bulguları gözlemlenerek operasyon başlatıldı. Anestezi idamesi %50 O₂ / %50 N₂O ve %2-3 sevofluran ile sağlandı. Yaklaşık 50 dakika süren operasyon boyunca vital bulgular stabil seyretti. Operasyon sonrası aktif kas hareketleriyle komutlara uyan hasta ekstübe edildi ve derlenme odasına alındı. Bir müddet derlenme odasında bekletilen ve komplikasyon gözlenmeyen hasta önerilerle cerrahi servise yönlendirildi.

Tartışma

Kronik bel ağrısı önemli bir sağlık problemidir ve yaşam boyu prevalansı endüstrileşmiş toplumlarda % 70'in üzerindedir (6). Bel ağrılarının büyük bir çoğunluğu akut şekilde başlamakta ve 6 hafta içerisinde düzelme göstermektedir (7). Toplumda sık karşılaşılan bu sağlık problemi için hastalar farklı tedavi yöntemleri uygulayabilmektedir. Uzak Doğu'da özellikle kullanılan manuel terapi, akupunktur, spinal manuplasyonlar, yoga geleneksel ağrı kontrolü yöntemleri olarak kullanılmış ve geniş serilerle yapılan yayınlarda ağrı kontrolünde etkinlikleri kanıtlanmıştır (8-10). Bununla birlikte özellikle bölgemizde yöresel-geleneksel inanışlara bağlı uygulamalar da azımsanmayacak kadar çoktur. Bilimsellikten uzak bu yöresel, geleneksel uygulamalar daha çok tavsiye üzerine çoğunlukla eğitim almamış kişilerce para karşılığı yaptırılmaktadır. Uygulamaya başvuran hastaların çoğunluğu eğitim görmemiş kişilerden oluşmaktadır. Fakat üniversite eğitimi almış hatta kendisi de sağlık çalışanı olan kişilerin de bu uygulamaları yaptırdığı bilinmektedir (5).

Ak ve ark. (5) 2013 yılında yaptığı 12 olguluk çalışmada hastaların yaş ortalaması 46 bulunmuş, bunlardan üçünün üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda hastaların hepsinin bir sağlık merkezine başvurduğu, manyetik rezonans görüntüleme ile tanı aldıkları da görülmüştür. Bu durum sağlık ve eğitim sistemimizde bazı aksaklıkların olduğunu gözler önüne sermektedir. Uzun poliklinik kuyruklarında hastaların beklemek istememesi, yoğunluktan dolayı hastalara bazen yeterince zaman ayrılamaması, sağlık eğitimi konusunda halkın yeterince bilinçlenmemiş olmasının bu tür uygulamalara pratikte sıkça karşılaşılmalarının nedenleri olarak düşünmekteyiz.

Bu olgumuza anestezi yöntemi olarak spinal anestezi planladık. Ancak “enjeksiyon yerinde enfeksiyon” olması spinal anestezide mutlak kontrendikasyon teşkil etmektedir (11). Hastamızda diğer parametreler normal olsa da işlem yapılan bölgede apse formasyonu mevcut olduğundan hastaya spinal anestezi yapılmasından vazgeçildi. Bu olguda görüldüğü gibi hastaların kendilerine yapmış olduğu bazı uygulamalar bazen anestezi şekli için kontrendikasyon teşkil edebilmektedir.

Sonuç olarak yanlış geleneksel-yöresel inanışlar bazen uygulanabilecek anestezi yöntemlerini değiştirmekte ve sınırlandırmaktadır. Böylece anestezisti hastanede kalış süresini arttıran ve maliyeti daha yüksek olan yöntemleri tercih etmeye yönlendirmektedir. Bu tür yanlış uygulamalarla karşılaşmamak için sağlık eğitimi üzerine halkın daha sık aralıklarla ve sağlık konusunda uzmanlaşmış eğitimcilerle bilinçlendirilmesi gerektiği kanaatindeyiz.

Kaynaklar

1. Bonica-Loeser JD. Low back pain. In: Loeser JD, editors. Bonica's management of pain. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001: 1508-1564.
2. Savigny P, Kuntze S, Watson P, Underwood M, Ritchie G, Cotterell M, et al. Low Back Pain: early management of persistent non-specific low back pain, London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners, Full Guideline 2009, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg88/evidence/full-guideline-243685549> (ET: 20.10.2016).
3. Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. N Engl J Med 2001; 344(5): 363-370.
4. Elçi M, Zileli M. Low back pain treatment by a chiropractor with a peculiar technique and complications. Journal of Neurological Sciences 2002; 19: 2.
5. Ak H, Gülşen İ, Atalay T, Balbaloğlu Ö, Evcili G. Bel Ağrısının Tedavisinde Çuvaldızla Bel Dikilmesi: Yanlış Bir Tıp Dışı Uygulama. Journal of Neurological Sciences 2013; 30: 677-681.
6. Loney PL, Stratford PW. The prevalence of low back pain in adults: a methodological review of the literature. Phys Ther 1999; 79(4): 384-396.
7. Leijten AOJ. Reasons for patients discontinuing chiropractic care and subsequent recurrences of low back pain, <http://www.chiropractieoosterhout.nl/images/upload/Project.pdf> (ET: 20.12.2012).
8. Holtzman S, Beggs RT. Yoga for chronic low back pain: a meta-analysis of randomized controlled trials. Pain Res Manag 2013; 18(5): 267-272.
9. Kong LJ, Fang M, Zhan HS, Yuan WA, Tao JM, Qi GW, et al. Chinese massage combined with herbal ointment for athletes with nonspecific low back pain: a randomized controlled trial. Evid Based Complement Alternat Med 2012; 2012: 695-726.
10. Lauche R, Wübbeling K, Lütke R, Cramer H, Choi KE, Rampp T, et al. Randomized controlled pilot study: pain intensity and pressure pain thresholds in patients with neck and low back pain before and after traditional East Asian "gua sha" therapy. Am J Chin Med 2012; 40(5): 905-917.
11. Morgan GE, Mikhail MS, Murray MJ, Larson CP. Regional Anesthesia&Pain Management In: Morgan GE, editors. Clinical Anesthesiology. 3rd ed. Los Angeles: The McGraw-Hill Companies; 2002; 253-344.