

# Pnömoni Tanı ve Tedavisinde Pratik Bilgiler

**Dr. R. Selma BAYRI**

H.Ü. Toplum Hekimliği Bilim Dalı  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı

Çocuklarda, özellikle süt çocukluğu döneminde pnömoni, erişkinlerde sıklıkla gözlediğimiz «lober pnömoni» biçiminde olmayıp, çoğu kez hava yollarının da etkilenmesi sonucu «Bronşial Pnömoni» biçimindedir.

Hastalığın birkaç kez yinelediği durumlarda, tedavinin etkin olmadığı immünolojik yetmezlik, kistik fibrozis, yabancı cisim aspirasyonu olabileceği düşünülerek araştırılmalıdır. Antibiyotik tedavisine cevap alınmadığında Tbc düşünülmelidir.

## **BAKTERİEL PNÖMONİLER :**

Sıklıkla etken pnömokoktur. Hemofilus enfluenza da aynı klinik tabloyu yapar, tek penisilin tedavisine cevap vermeyebilir. Streptokokkal pnömoni çoğu kez viral enfeksiyonların komplikasyonudur, trakeal ülserasyon ve ampiyem gelişme oranı yüksektir. Stafilokoksik pnömoni, sıklıkla immünolojik yetmezliği olanlarda veya hastane enfeksiyonu olarak gözlenir. Diğer mikroorganizmalardan daha sıklıkla apse oluşur. Hastalık hızlı başlar veya Ü.S.Y. enfeksiyonunu izleyebilir. Ateş en önemli belirtilerdedir, 39-40°C arasında olabilir. Öksürük, karın ağrısı, solunum sıkıntısı, hızlı solunum, büyük çocuklarda yan ağrısı tarif edilir. Takipne, solunum seslerinin azalması, inspratuvar rallerin duyulması tanımlamada yardımcıdır. Abdominal distansiyon ve menengial irritasyon sonucu ense sertliği olabilir.

B.K.: 18.000-40.000/mm<sup>3</sup> olabilir.

Röntgen: Havalanma fazlalığı, infiltrasyon.

Ayırıcı tanıda menengitis, akut karın send. önemlidir. Benzer klinik tablo yapabilir. Stafilokoksik pnömoni, spesifik toksin etkisi ile oluşan İLEUS tablosu ile gelebilir. Septisemi, apse, ampiyem, bronşeötazi, solunum - kalp yetmezliği gibi komplikasyonlara neden olabilir.

**TEDAVİ:** Hafif vakalarda oral antibiyotikler verilebilir.

Ampicillin: 150 mg/kg/gün 4 dozda.

Erythromycin: 50-60 mg/kg/gün 4 dozda.

(Ts) Bactrim : 6 mg/kg/gün 2 dozda.

Ağır vakalarda ise :

— Yeni doğan (0-30 gün): Bu dönemde penicillin procain I. M. yapıldığında aseptik nekroz yaptığı için kullanılmaz.

Penicillin kristalize: 50.000-10.000 Ü/kg/gün I.M. iki dozda.

Kanamycin: 7-12 mg/kg/gün I.M. iki dozda.

— 1 ay - 1 yaş arası: Uygulama olanağı varsa penicillin procain 400.000 Ü/gün I.M. tedavi tercih edilmelidir. Çok ağır seyreden vakalarda  $2 \times 400.000$  Ü yapılabilir. Kırsal bölgenin sınırlı olanakları 7-1 günlük enjeksiyon yapılmasını engelliyor ise, 2 aydan büyük bebeklere PENADUR 6.3.3. (yarısı) I.M. uygulanır. 5-7 gün sonraki kontrolde, gerekirse aynı doz tekrarlanır.

— 1 yaş - 4 yaş arası :

Pen. procain 800.000 Ü/gün. I.M. 7-10 gün.

Ağır vakalarda  $2 \times 800.000$  Ü/gün I.M. yapılabilir.

Malnütrüsyonlu bebeklere 400.000Ü/gün veya  $2 \times 400.000$  Ü verilebilir.

PENADUR : 6.3.3. (tam doz) I.M. 5-7 gün sonra tekrarlanır.

— 5 yaş - 10 yaş :

Pen. procain: 800.000 Ü/gün I.M. veya

$2 \times 800.000$  Ü/gün I.M. ağır vakalarda kullanılır.

Penadur LA. 1, 2 IU I.M. tek doz. Gerekirse 7 gün sonra tekrarlanır.

— 10 yaş ve üzerinde :

PENADUR LA. 2,4 IU I.M. 7 gün sonra kontrol, gerekirse tekrarlanır.

Enfeksiyonun çok şiddetli olduğu durumlarda hastaneye yatırılarak pen. kristalize 50.000-500.000 Ü/kg/gün 8 dozda I.V. uygulanmalıdır. Bu doz 1 aylıktan büyükler içindir. Adölesan çağında ise 20-60 milyon Ü/gün'e kadar çıkılabilir.

- Malnütrüsyonlu
- Öyküsü 48 saati geçen
- Genel durumu iyi olmayan
- Daha önce tedavi edilip, yararlanmadığı öyküsü veren
- Yaygın krepitasyonu olan hastalarda

Penicillinin yanına :

- Streptomycin 20-40 mg/kg/gün I.M. verilebilir. Tbc. da yanıtıcı olabileceğinden chlora tercih edilmelidir.,
- Chloramphenicol 50-60 mg/kg/gün 4 dozda eklenmelidir.

Buhar uygulamasının pnömoni tedavisinde etkin bir yeri vardır. Hastanın odasının bol buharlı olması için geniş bir kap içinde su kaynatılması, odanın sık sık havalandırılması önerilmelidir.

Ateşi kontrol altına almak için hastanın giysilerinin ince olması gerekir, ayrıca aspirin 40-60 mg/kg/gün 4-6 dozda verilir; çok yüksek ateş olduğu zaman ılık su banyosu faydalıdır.

Bol sulu beslenme önerilir, bilindiği gibi en iyi expektoran vermeye gerek yoktur. 1 yaşın altında kontrendikedir, bebek sekresyonu dışarı atamayacağı için hastalığın seyri kötüleşir.

### **VİRAL PNÖMONİ :**

Belirti ve bulguları aynen bakteriel pnömonide olduğu gibidir. Hastanın öyküsünden ailede Ü.S.Y.E. (üst solunum yolu enfeksiyonu) olduğu öğrenilirse pnömoni etiolojisinin viral olabileceği düşünülmelidir. Kesin olarak virüs izolasyonu ve serolojik testler ile tanımlanabilir.

TEDAVİ: Semptomatiktir, antibiotiklerin bir yararı yoktur.

Protozoal (pneumocystis carinei), mycoplasmal (mycoplasma pneumonia), fungal (actinomyces), de benzer klinik tablo yapar, etkene yönelik tedavi uygulamak gerekir.

### **BRONŞİOLİT :**

Etkeni, sıklıkla «respiratory syncytial virüs» tür. Parainfluenza ve influenza virüsleri, adenovirüs ve mycoplasma pneumonia da benzer klinik tablo yapar. Yineleyen bronşiolit, çoğu kez «asthma» nın öncüsüdür.

Klinik Belirti ve Bulgular : Burun akıntısı vardır. Ailenin diğer fertlerinde de benzeri durum tarif edilebilir. Orta derecede ateş gözlenir. Taşikardi, takipne, dispne, (hızlı ve yüzeysel solunum) olur.

Göğüs ön-arka genişliği artmıştır. Başlangıçta solukluk vardır, giderek intermittan siyanoz gelişir. İrritabilite-öksürük tarif edilir. Yaygın krepan ral ve wheezing duyulur. Daha ağır durumlarda kalp yetmezliği bulguları gözlenir.

Laboratuvar Bulguları : BK sıklıkla normaldir. Bu da pnömoni ve boğmacadan ayırımını sağlar.

Röntgen : Havalanma fazlalığı, diafragmanın düzleşmesi görülür.

Ayırıcı Tanı : Erken süt çocukluğu döneminde bronşiolit-bronkopnömoni ayırımını yapmak güçtür. Bronkopnömonide yüksek ateş ve BK artışı ayırıcı tanıda önemlidir. Boğmacada BK: 15000/mm<sup>3</sup> gibi oldukça yüksek olmasına karşın bronşiolitte bu gözlenmez. Asthma'dan ayırımında aile hikâyesi, veya allerji öyküsü olması, yineleyen ataklar olması, nazal ve periferik eozinofili olması yardımcıdır.

En önemli komplikasyonu ikincil bakteriel enfeksiyondur. Pnömotorax, mediastinel amfizem gelişebilir.

### TEDAVİ :

Takipne, insensibl su kaybını artıracığından hidrasyon uygun düzeye getirilmeli, solunum sıkıntısı fazla ise oral beslenmemelidir, kusma ve aspirasyona neden olabilir. İ.V. sıvı ile beslenmelidir.

Siyanoz fazla ise O<sub>2</sub> verilmelidir. Kortisosteroid, respiratuvar stimulanlar, sedatifler yararsızdır. İkincil bakteriel enfeksiyon **yok ise** antibiyotik verilmez.

Prognoz iyidir, 7 gün kadar sürebilir. %1 ölüm ile sonlanabilir. Bu da apne, solunum yetmezliği, dehidratasyon v.s. ile olur. Kalp hastalığı veya kistik fibrozis ile birlikte olursa fatal seyrederek.