

# Guillain Barré Sendromu ve Bakım Yönetimi

## Guillain-Barré Syndrome and Care Management: Review

Kadriye SAYIN KASAR,<sup>a</sup>  
Ayfer KARADAKOVAN<sup>a</sup>

<sup>a</sup>İç Hastalıkları Hemşireliği AD,  
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi,  
İzmir

Geliş Tarihi/Received: 11.02.2016  
Kabul Tarihi/Accepted: 16.03.2016

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Kadriye SAYIN KASAR  
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi,  
İç Hastalıkları Hemşireliği AD, İzmir,  
TÜRKİYE/TURKEY  
kadriye\_syn\_321@hotmail.com

**ÖZET** Guillain Barré sendromu prognozu oldukça iyi olmakla birlikte; nörolojik sekel ve mortaliteye neden olabilen akut immün aracılı bir nöropatidir. Sendrom, alt ekstremitelerde en uçtan başlayıp yukarı doğru ilerleyen, karıncalanma şeklinde parestezi ve uyuşmalarla başlar, daha sonra hızla ilerleme göstererek simetrik motor güçsüzlük, yürüme güçlüğü, merdiven çıkma ve yürümede zorlanma, reflekslerde azalma, duyu kaybı, fasiyal güçsüzlük ile yutma ve solunum güçlükleri gelişebilir. Bunun yanında en sık görülen akut flask paralizi ve yoğun bakım ünitelerine yönlendirilen nörolojik hastalıklar arasında yer almaktadır. Guillain Barre sendromunun ciddiyeti zarar görmüş nöronların sayısına bağlı olarak hastadan hastaya değişmektedir. Bu nedenle hastalarda hemşirelik bakımı her bireye uygun olmalıdır. Temel tedavi ile birlikte iyi bir hemşirelik bakımı prognozu etkileyen en önemli etkenlerdendir. Hastalık yönetimi sürecinde tedavi yöntemlerinin etkili bir şekilde uygulanması kadar bakım sürecinin de etkin olması gerekmektedir. Hemşireler hastaların fiziksel bakımlarını sağlayarak, olası komplikasyonları tahmin ederek, riskli durumları önleyerek, yeni duruma fiziksel ve psikososyal yönden uyumun sağlanmasına yardım ederek, hasta ve aileyi bilgilendirerek, hastalığın akut ve iyileşme dönemlerinde fark yaratabilirler. Bakım yönetimi sürecinde amaçlar genel olarak; solunum ve kardiyak işlevlerin izlenmesi, ağrı ve yorgunluğun kontrol edilmesi, yeterli beslenme ve boşaltımın sağlanması, komplikasyonların önlenmesi ve birey/aile eğitimi gibi konuları içermektedir. Bu çalışmanın amacı; Guillain Barré sendromu'lu hastaların gereksinim duyduğu hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak ve değerlendirmek için gerekli güncel bilgileri sunmaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Guillain-Barré sendromu; hemşirelik bakımı; tedavi

**ABSTRACT** Guillain-Barre syndrome, although the prognosis is quite good; acute immune-mediated neurologic sequelae and mortality that can cause a neuropathy. Syndrome lower extremities in the form of moving towards tingling up starting from the end starts with paresthesia and numbness showing then rapidly progress symmetrical motor weakness, difficulty walking, climbing stairs and difficulty in walking, decreased reflexes, loss of sensation, develop swallowing and breathing difficulties, facial weakness. Besides, it is among the most common neurological diseases, acute flask paralysis and referred to the intensive care unit. The severity of Guillain-Barré syndrome, depending on the number of damaged neurons varies from patient to patient. Therefore nursing patients must be suitable for each individual. Basic treatment with good nursing care are the most important factor affecting the prognosis. Disease management process until the implementation of an effective treatment the maintenance process must also be enabled. Nurses will provide the physical care of individuals, by anticipating potential complications, avoiding risky situations, helping to harmonize the physical and psychosocial aspects of the new situation, patients and their families by informing the disease can make a difference in acute and recovery period. Caring management purposes in the process in general; monitoring of respiratory and cardiac procedures, controlling pain and fatigue, and ensuring adequate nutrition for the discharge, prevention of complications, and individual/family includes issues such as education. The purpose of this article; necessitate updated informations is provide in order to plan, implement and evaluate of care needed of Guillain-Barré syndrome population.

**Keywords:** Guillain-Barré syndrome; nursing care; therapy

İlk olarak Fransız Doktor Landry'nin 1859 yılında tanımladığı Guillain Barre sendromu (GBS) hızlı progresyon gösteren, simetrik ve aşağıdan yukarıya doğru ilerleyen güçsüzlük ve arefleksi ile belirgin olan akut, demiyelinizan, inflamatuvar bir polinöropatidir.<sup>1-3</sup> Daha sonra ise Guillain, ve Strohl 1916 yılında hastalığın önemli tanısıl aracı olan beyin omur imilik sıvısı (BOS)'ında yüksek protein ve normal ya da çok az yükselmiş hücre sayımını ortaya koymuşlardır.<sup>4,5</sup> İnsidansı 100.000'de 0,6-4, erkek/kadın oranı 1,7 olmakla birlikte, çocukluk çağından ileri yaşlara kadar her dönemde görülebilmektedir.<sup>1,5</sup>

GBS prognozu oldukça iyi olmasına karşın; nörolojik sekel ve mortaliteye neden olabilmektedir. Bunun yanında akut flask paralizilerin en sık nedenidir ve yoğun bakım ünitelerine yönlendirilen nörolojik hastalıklar arasında ilk sıralarda yer almaktadır.<sup>5</sup>

GBS'nin T-hücre aktivasyonu sonucu periferik sinirlerin antijenik proteinlerine karşı antikorların üretimi ile sonuçlanan otoimmün bir hastalık olduğu düşünülmektedir. Ebstein-Barr virüs, sitomegalovirüs Mycoplasma pneumoniae ve Campylobacter jejuni gibi enfeksiyöz ajanlar, aşılama, cerrahi girişimler veya doğum antikorların yapımını tetiklemektedir.<sup>1,4,6</sup> Antikorlar miyelin proteinlerini hedef almakla birlikte, bazı vakalarda aksonal yapılar immün aracılı hasarın primer hedefi olmaktadır.<sup>6</sup> Bu nedenle, GBS akut inflamatuvar demiyelinizan polinöropati olarak bilinmekle birlikte, varyantlarında primer patolojik süreç aksonal hasardır. Bu nedenle GBS'nin bazen klinik yönleriyle bazen laboratuvar özellikleri ile ayrılan akut inflamatuvar demiyelinizan poliradikülönöropati (AİDP), akut motor aksonal nöropati (AMAN), akut motor-duyusal aksonal nöropati (AMSAN) ve Miller-Fisher sendromu (MFS) gibi farklı alt grupları vardır.<sup>1,7</sup>

Genellikle hastaların %66'sına solunum, gastro-intestinal sistem (GİS), deri enfeksiyonları, aşılama, gebelik ve cerrahi girişimlerin tetikleyici faktör olduğu bildirilmektedir.<sup>8</sup> *Campylobacter jejuni* GBS'nin aksonal formu ile en sık ilişkili enfeksiyon ajanı iken, sitomegalovirüs enfeksiyonu duyuşal semptomlar ve kranial sinir tutulumu ile ilişkili GBS formudur.<sup>1,7</sup>

GBS alt ekstremitelerde en uçtan başlayıp yukarı doğru ilerleyen karıncalanma şeklinde parestezi ve uyuşmalarla başlamaktadır. Hastalık hızla ilerleme göstererek simetrik motor güçsüzlük, yürüme güçlüğü, merdiven çıkma ve yürümede zorlanma, reflekslerde azalma, duyu kaybı, fasiyal güçsüzlük ile yutma ve solunum güçlükleri gelişebilmektedir. Başlangıçta ağrı yoktur. Zamanla baş ağrısı, sırt ve ekstremitelerde ağrı gelişmekte, yutkunma ve nefes alma sorunları, hipertansiyon, kardiyak aritmiler, motor bozukluklar, göz hareketleri ve otonom sinir sistemi işlevlerinde etkilenme olabilmektedir. Komplikasyon olarak derin ven trombozu, kontraktür, bası yarası, pnömoni, depresyon ve solunum kaslarında güçsüzlük görülebilmektedir.<sup>1,2,8</sup>

GBS tanısında, hastanın yakın zamanda geçirdiği enfeksiyon öyküsü, simetrik motor güçsüzlük, reflekslerde azalma gibi bulgular yardımcıdır. Vital kapasitede azalma, solunum güçlüğü tanıyı destekleyici bulgudur. Ek olarak albuminositolojik disosiyasyon (BOS'de pleositoz olmaksızın BOS protein seviyesinde artış), elektronöromiyografi (EMG) ve evoked potansiyel (EP) ile tanı doğrulanır.<sup>2,8</sup>

Hastalık yönetiminin temelini; kardiyak ve pulmoner işlevlerin monitörizasyonu [elektrokardiyografi (EKG)], nabız oksimetre, vital kapasite, yutkunma refleksi vb.), pulmoner embolinin önlenmesi, immünoterapi intravenöz imünglobulin (IVIG) veya plazma exchange), fizyoterapi, destek ve danışmanlık ile enfeksiyona karşı mücadele, bası yaralarının oluşumunun önlenmesi, hastanın beslenmesi, sıvı elektrolit dengesinin yakından izlemi ve gerektiğinde sık aspirasyonun yapıldığı iyi bir hemşirelik bakımı prognozu etkileyen en önemli etkenlerdir.<sup>1-3,8</sup> Özellikle pulmoner tutulum, otonomik disfonksiyon, hipokalemi, sepsis, kanama ve beslenme komplikasyonları gibi değiştirilebilir risk faktörlerinin erken tanımlanması GBS ile ilişkili mortalite ve morbidite riskini azaltmaktadır.<sup>9</sup>

GBS'nin ortaya çıkardığı sorunlar göz önüne alındığında, hastalık yönetiminin tedaviden sonraki en önemli basamağını bakım yönetimi oluşturmaktadır. Hemşireler hastaların fiziksel bakımlarını sağlayarak, olası komplikasyonları tahmin ederek, riskli durumları önleyerek, yeni du-

ruma fiziksel ve psikososyal yönden uyumun sağlanmasına yardım ederek, hasta ve aileyi bilgilendirerek, hastalığın akut ve iyileşme dönemlerinde fark yaratabilir.<sup>10</sup>

Bu derleme; GBS'nin bakım yönetimi sürecinde bilinmesi gerekenleri incelemek amacı ile hazırlanmıştır.

## BAKIM YÖNETİMİ

GBS ciddiyeti zarar görmüş nöronların sayısına bağlı olarak hastadan hastaya değişmektedir. Bu nedenle hastalarda hemşirelik bakımı her bireye uygun olmalıdır.<sup>10</sup>

Bakım yönetimi sürecinde amaçlar genel olarak; solunum ve kardiyak işlevlerin izlenmesi, ağrı ve yorgunluğun kontrol edilmesi, yeterli beslenme ve boşaltımın sağlanması, komplikasyonların önlenmesi ve birey/aile eğitimi gibi konuları içermektedir. Bu süreçte yaşananlar ve bakım yönetimi aşığıdaki başlıklar altında ele alınabilir.

### SOLUNUM İZLEMİ

GBS olan hastalığın çoğunluğunda frenik sinir etkilenmektedir. GBS olan hastaların üçte birinde solunum işlevi bozukluğu çeşitli derecelerde gelişmekte ve etkilenen hastaların %20-30'unda mekanik ventilasyon gerektirmektedir.<sup>4,11,12</sup> Pnömoni, atelektazi ve aspirasyon gibi pulmoner komplikasyonlar GBS mortalite için başlıca risk faktörlerini oluşturmaktadır.<sup>13</sup> Ayrıca mekanik ventilasyon ihtiyacı iki haftadan daha uzun süre olan hastayla ve özellikle uzun süreli solunum yetmezliği olan bir hastada trakeotomi gerekli olabilmektedir.<sup>14</sup>

Sık izlem, hastanın vital kapasite ile pulmoner işlevini yeniden değerlendirme, solunum hızını izleme, aksesuar solunum kasları kullanımı ve SpO<sub>2</sub>'deki hızlı bozulma hastaların solunum işlev bozukluğu yönetiminde yaşamsal önem taşımaktadır.<sup>15</sup> Hasta nefes alması mümkün olmayana kadar arteriyel kan gazı ve SpO<sub>2</sub> genelde normal kaldığı için, vital kapasite arteriyel kan gazı veya oksijen doygunluğu ile karşılaştırıldığında hastaların solunum durumunun izlenmesinde etkili bir araçtır.<sup>11</sup> İzlemin yanı sıra spirometre kullanımını sağlama, derin nefes alıp verme ile öksürük egzersizleri, per-

küsyon, titreşim ve aspirasyon gibi göğüs fizyoterapisi akciğer komplikasyonlarını önlemek ve oksijenasyonu iyileştirmek için gerekli olabilir.<sup>8,12</sup> Bu kapsamda olası hemşirelik tanıları;<sup>8,16</sup>

- Kas güçsüzlüğünün hızla ilerlemesi ve solunum yetersizliğine bağlı **gaz alışverişinde değişim/etkin olmayan solunum**,

- Öksürme yeteneğinin bozulmasına ya da yetersizliğine bağlı **havayolunu temizlemede etkisizlik**

### KARDİYAK İZLEM

GBS olan hastaalrın yaklaşık %20'sinde aritmi, aşırı hipertansiyon veya hipotansiyonu içeren hatta ölümcül olabilen ciddi otonom fonksiyon meydana gelebilir. Bradikardiler, "pacemaker" gerektirebilecek kadar şiddette olabilir.<sup>17</sup>

Kalp hızı, kan basıncı ve kardiyak aritminin yakından izlenmesi yaşamı tehdit eden durumların erken belirlenmesini sağlamaktadır. Kritik hastalar için yoğun bakım ortamı ve yakın tıbbi gözetim gerekmektedir.<sup>1,4,12</sup> Antihipertansifler ve vazoaaktif ilaçlar otonomik instabilite olan hastalarda dikkatle kullanılmalıdır. Otonom işlev bozukluğu ile ilişkili hemodinamik değişiklikler genellikle geçicidir ve hastaların nadiren tansiyon veya kalp sorunlarını tedavi etmek için uzun vadeli ilaçlar gerektirmektedir.<sup>14</sup>

### OTONOM İŞLEV BOZUKLUĞU

GBS olan hastalarda otonom sinirler etkilenir ise hastalarda kan basıncı dalgalanmaları (hipertansiyon ve hipotansiyon) ve kardiyak aritmiler gibi hemodinamik instabilite gelişebilir.<sup>4,17,18</sup> Hastaların kardiyak ritim ve ortostatik hipotansiyon riski açısından yakından izlenmesi önemlidir.<sup>3</sup>

Diğer otonom işlev bozuklukları; idrar retansiyonu, ileus, papiller disfonksiyon ve terleme bozukluklarını içermektedir.<sup>4,12,19</sup> Barsak ve mesane rutini yönetimine erken başlamak ise komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir.<sup>4</sup> Bu kapsamda olası hemşirelik tanısı; <sup>8,16</sup>

- Libidonun kaybına bağlı **cinsellik örüntülerinde etkisizlik** (kadınlarda daha sık)

## AĞRI YÖNETİMİ

Ağrı, GBS olan hastalar tarafından en sık belirtilen semptomlardan biri olup, retrospektif gözlemsel analizlerin %33-71'inde erken belirtilerden biri olarak bulunmuştur.<sup>4,17,20</sup> GBS'de ağrı oluşumu karmaşık bir süreç olduğu için asetaminofen veya non steroid anti inflamatuvar ilaçlar [nonsteroidal anti-inflamatory drugs (NSAID)] ile kontrol etmek zordur.<sup>4,18</sup> Hastaların %75'ine oral veya parenteral opioid gerekli olmakta ve %30'u da IV morfin infüzyonu ile tedavi edilmektedir (1-7 mg/saat). Ancak, opioid analjezikler otonom barsak dismotilite ve mesane distansiyonunu şiddetlendirebilir.<sup>17</sup> Antikonvülsanlar, antidepresanlar NSAID ve opioidlere ilave olarak ağrı kontrolü için kullanılmaktadır. Karbamazepin (tgetol) ve gabapentin GBS hastalarında ağrı yönetiminde etkili olmaktadır.<sup>4,20</sup>

Sıcak uygulama, soğuk uygulama, deriye mentol uygulama, vibrasyon, transkütan elektriksel sinir stimülasyonu [transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS)], masaj ve dokunma gibi periferik teknikler ile gevşeme, dikkati başka yöne çekme, düşünme, kendi kendine telkinde bulunma ve müzik gibi kognitif (bilişsel) davranışsal teknikler ağrıyı azaltmada kullanılabilir. farmakolojik olmayan yöntemlerdir.<sup>21</sup>

Ayrıca, ağrıya hafif masaj içeren fizik tedavi, eklem açıklığı egzersizleri (EAE) ve sık pozisyon değişiklikleri de rahatlama sağlayabilir.<sup>20</sup>

## BESLENME YÖNETİMİ

GBS olan hastalarda yetersiz kalori alımı kas katabolizmasını artıracığı için beslenmeye dikkat edilmelidir.<sup>2</sup> Disfajisi şiddetli olan hastalarda ventilatör desteği olmasa bile beslenme desteği gerekebilir. Disfajiye karşı alınabilecek önlemler, riskli hastalarda aspirasyonu ve daha sonra oluşabilecek olası pnömoniye önlemek için önemlidir.<sup>14</sup>

Metabolik gereksinim yüksek olduğunda, yeterli kalori gereksiniminin karşılanmasını sağlamak için mekanik ventilasyondaki hastalarda enteral ya da parenteral (PA) beslenme gereklidir. Hastalarda sürekli enteral beslenme bolus beslenmeden daha iyi tolere edilebilmektedir.<sup>7</sup>

Ayrıca yeterli beslenmenin sağlanması için; hastanın parolitik ileus gelişme olasılığı yönünden barsak seslerinin dinlenmesi, önerilen IV ve PA sıvıların verilmesi, oral beslenme öncesi öğürme refleksinin kontrol edilmesi gerekmektedir.<sup>8</sup> Bu kapsamda olası hemşirelik tanıları;<sup>8,16</sup>

- Serebral lezyonlara bağlı **yutmada bozulma**
- Çiğneme gücü ve disfajiye bağlı **beslenmede dengesizlik, gereksinimden az beslenme.**

## BOŞALTIM YÖNETİMİ

Barsak ve mesane işlev bozukluğu genellikle geçici olmakla birlikte, bu işlevlerin yönetimi diğer komplikasyonların önlenmesi için gereklidir.<sup>14 17</sup>

Başlangıçta yönetim, güvenli boşaltımın sağlanması ve distansiyonun önlenmesine yönelik olmalıdır.<sup>14</sup> Barsak seslerinin izlenmesi için günlük batın dinlenmesi gerekmektedir. Rektal tüpe ilave olarak eritromisin yada neostigmin de adinamik ileus iyileştirilmesinde etkili olabilir. Ancak motiliteyi artırıcı ajanlar otonom işlev bozukluğu olan hastalarda kontrendikedir. Mesane kateterizasyonu genellikle ciddi etkilenen hastalarda yoğun bakım parçası olarak gereklidir.<sup>17</sup> Üriner inkontinans oluşumunda ise pelvik taban kas egzersizleri, "biofeedback", mesane eğitimi, tuvalete gitme programı oluşturma, yaşam tarzı değişikliği gibi farmakolojik olmayan davranışsal tedavi yöntemleri kullanılabilir.<sup>22</sup> Bu kapsamda olası hemşirelik tanıları;<sup>8,16</sup>

- Sfinkter kontrolünün zayıflığına bağlı **inkontinans,**
- Duyusal ve motor bozukluklarına bağlı **taşma inkontinansı.**

## DERİN VEN TROMBOZU (DVT) PROFİLAKSİ

GBS olan hastalarda kas güçsüzlüğü veya paraliziler nedeni ile derin ven trombozu (DVT) profilaksisi gereklidir.<sup>23</sup> Guillain Barre Sendromu başlangıcı sonrasındaki dört-67 günler arasında DVT veya pulmoner emboli gelişebilmektedir.<sup>17</sup> Tromboemboliyi önlemek için önerilen antikoagülanların ve elastik bandajların uygulanması gerekmektedir.<sup>8</sup> DVT profilaksisi için düşük molekül ağırlıklı heparin, kompresyon cihazlarına göre daha fazla önerilmektedir. Kompresyon cihazları demiyelinize

sinir liflerine gereğinden fazla basınç uygulayarak istenmeyen paralizilere yol açabilmektedir.<sup>23</sup> Eğer DVT gelişmiş ise egzersiz programı durdurulur, yatak istirahati ve elevasyon uygulanır.<sup>3</sup>

Bunların yanında fiziksel hareketliliğin sağlanması, bası yarası ve kontraktür önlenmesi için dikkatli pozisyonlama, sık sık ve uygun pozisyon değişikliği ve günde en az iki kez EAE önerilmektedir.<sup>8</sup>

## YORGUNLUK YÖNETİMİ

Yorgunluk, nöromusküler bozukluğu olan hastalarda sık yaşanan bir sorundur. Özellikle GBS'li hastaların %38-86'sında görülmektedir. Öncesinde geçirilmiş enfeksiyon durumu, otonom işlev bozukluğu ve hastalığın psikososyal sonuçları yorgunluğun nedenleri olabilmektedir.<sup>24</sup>

Yorgunluğun yönetimine altta yatan hastalığın semptomatik tedavisi ile başlanmalı, daha sonra rehabilitasyon ve bilişsel davranışçı terapi gibi farmakolojik olmayan girişimler uygulanmalıdır.<sup>24</sup> Literatürde düzenli egzersiz yapılmasının yorgunluk düzeyini azaltmadaki etkisini araştıran pek çok çalışma bulunmaktadır. Düzenli egzersiz, hastalarda enerji kaybını azaltır, işlevsel kapasiteyi artırır ve dolaşım sistemini hızlandırarak yorgunluğa neden olan sitokinlerin ve diğer maddelerin dolaşımından atılmasını sağlar.<sup>25</sup> Ayrıca, sağlıklı ve dengeli beslenme, yeterli dinlenme, kafein, alkol alımını sınırlama ve günün önemli aktivitelerini enerjilerinin yüksek olduğu zaman dilimlerinde planlama da yorgunluğun etkin yönetiminde önemlidir.<sup>22,25</sup> Bu kapsamda olası hemşirelik tanıları;<sup>8,16</sup>

- Travma korkusu ve stresörlere bağlı yorgunluk,

- Günlük yaşam aktiviteleri (GYA) yerine getirmede güçlüğü ve yorgunluğa bağlı aktivite intoleransı.

## REHABİLİTASYON

GBS ile hastaneye yatırılan hastaların yaklaşık % 40'ına hastanede rehabilitasyon gerekmektedir. Tedavinin amaçları; işlevsel sorunları azaltmak ve GBS kaynaklı engelleri tamamen ortadan kaldırmak ya da en aza indirmektir.<sup>4</sup>

GBS'nin akut başlangıç döneminde, hastaların tamamen aktif bir tedavi programına katılması mümkün olmayabilir. Bu aşamada, hastalara günlük EAE egzersizleri yaptırma, kas kısalması ve eklem kontraktürlerini önlemek için uygun pozisyon verme önerilmektedir. Daha sonra yavaş yavaş izometrik, izotonik, izokinetik veya progresif hareketleri içeren aktif kas güçlendirme egzersizleri ile devam edilebilir.<sup>26</sup> Tüm bunlara ek olarak hastalarda iletişimin sağlanması için; resimli kartlar, şekiller, yazılı materyaller kullanarak iletişimin sağlanması, konuşma terapisti ile iletişime geçilmesi gerekmektedir.<sup>8</sup>

Hastalar özellikle rehabilitasyon programının başlangıcından itibaren, hemodinamik instabilite ve kardiyak aritmiler açısından takip edilmelidir.<sup>26</sup> Bu kapsamda olası hemşirelik tanıları;<sup>8,16</sup>

- Kas gerginliği, paralizi, tremorlar ve harekette yavaşlamaya bağlı **fiziksel hareketlerde bozulma**,

- Duyusal kayıplara ve kontrolsüz hareketlere bağlı **travma riski**,

- Konuşma bozukluğuna bağlı **sözel iletişimde bozulma**.

## MENTAL DURUM VE EMOSYONEL DESTEK

GBS olan hastalarda belirtilerin ani başlaması ve hastalığın belirsiz sonucu nedeni ile yaygın anksiyete, depresyon ve korku yaşanmaktadır.<sup>10</sup> Hastalık ve iyileşme evreleri hakkında konuşma, hasta ve aileyi bilgilendirme ve güven verme psikolojik stresi azaltmaya yardımcı olabilir.<sup>8,15</sup>

Özellikle hastanede yatan hastalarda halüsinasyonlar, sanrılar, rüyalar ve uyku sorunları gibi mental durum değişiklikleri görülebilmektedir.<sup>3,27</sup> Bu durumların otonom işlev bozukluğunun eşlik ettiği ve şiddetli semptomları olan hastalarda daha sık olduğu düşünülmektedir. Bu sorunları yönetmek için eğitim, danışmanlık ve ilaçlardan yararlanılmalıdır.<sup>14</sup> Bu kapsamda olası hemşirelik tanıları;<sup>8,16</sup>

- Kötüleşen durumun yaşam şeklini etkilemesine bağlı **benlik kavramında rahatsızlık riski**

- Hastalığın doğasına ve prognozun belirsizliğine bağlı **kronik keder**,

■ Hareket etme güçlüklerine ve utanç duymaya bağlı **yalnızlık riski**,

■ Geleceğin belirsizliğine bağlı **aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma**

■ Hastalık durumuna, tedavilere, enfeksiyonlardan korunmaya, komplikasyonların belirti ve bulgularına yönelik bilgi eksikliğine bağlı kendi sağlığını etkisiz yönetme riski olarak sayılabilir.

## SONUÇ

Özetle sonuç olarak;

■ GBS nadir görülen, ancak yaşamı tehdit eden ve yaşam kalitesinde bozulmaya neden olan önemli akut immün aracılı bir nöropatidir,

■ GBS'nin birbirlerinden bazen klinik yönleriyle bazen de laboratuvar özellikleri ile ayrılan birkaç klinik varyantı vardır,

■ GBS'de kranial sinirler ile birlikte periferik sinirler de tutulur. Otoantikorlara bağlı sinir harabiyeti söz konusudur.

■ *C. jejuni* en sık olarak ilişki kurulmuş bakteri olmakla birlikte; Epstein-Barr virüs, sitomegalovi-

rüs, *M. pneumoniae* gibi enfeksiyöz ajanlarla, aşılanma, cerrahi girişimler ve doğum yapma anti-korların yapımını tetikler,

■ Plazma değişimi ve IVİg etkili iki tedavi seçeneğidir. Antikoagülasyon ile DVT ve (pulmoner tromboemboli) profilaksisi yapılmalıdır,

■ Destekleyici tedavinin en önemli basamağı pulmoner ve kardiyak monitörizasyondur.

■ Hemşirelerin, hastaların fiziksel bakımlarını sağlama, olası komplikasyonları tahmin etme, riskli durumları önleme, yeni duruma fiziksel ve psikososyal yönden uyumun sağlanmasına yardım etme, hasta ve aileyi bilgilendirme ve emosyonel destek gibi önemli sorumlulukları bulunmaktadır.

## Çıkar Çatışması

*Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması veya finansal destek bildirmemiştir.*

## Yazar Katkıları

*Makalenin kaynak taraması ve derlenmesinde her iki yazar da ortak katkı sağlamıştır.*

## KAYNAKLAR

1. Dimachkie MM, Barohn RJ. Guillain-Barré syndrome and variants. *Neurol Clin* 2013; 31(2):491-510.
2. Özdemir Ö, Okan MS. [Guillain-Barré syndrome]. *Güncel Pediatri* 2005;4:131-5.
3. Demir SÖ, Aydın G. [Guillain-Barre syndrome rehabilitation]. *Romatizma* 2001;16(2):107-13.
4. Burns TM. Guillain-Barré syndrome. *Semin Neurol* 2008;28(2):152-67.
5. McGrogan A, Madle GC, Seaman HE, de Vries CS. The epidemiology of Guillain-Barré syndrome worldwide. *Neuroepidemiology* 2009;32(2):150-63.
6. Yuki N, Ang CW, Koga M, Jacobs BC, van Doorn PA, Hirata K, et al. Clinical features and response to treatment in Guillain-Barré syndrome associated with antibodies to GM1b ganglioside. *Ann Neurol* 2000; 47(3):314-21.
7. Meena AK, Khadilkar SV, Murthy JM. Treatment guidelines for Guillain-Barré syndrome. *Ann Indian Acad Neurol* 2011;14(Suppl 1):73-81.
8. Karadakovan A, Eti Aslan F. [Guillain-Barré syndrome]. *Dâhili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. 3. Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2014. p.1164-66.
9. Netto AB, Taly AB, Kulkarni GB, Uma Maheshwara Rao GS, Rao S. Prognosis of patients with Guillain-Barré syndrome requiring mechanical ventilation. *Neurol India* 2011;59(5):707-11.
10. Haldeman D, Zulkosky K. Treatment and nursing care for a patient with Guillain-Barré syndrome. *Dimens Crit Care Nurs* 2005;24(6): 267-72.
11. Winer JB. Guillain-Barré syndrome. *BMJ* 2008; 337(7663):227-31.
12. Atkinson SB, Carr RL, Maybee P, Haynes D. The challenge of managing and treating Guillain-Barré syndrome during acute phase. *Dimension Crit Care Nurs* 2006;25(6):256-63.
13. Alsheklee A, Hussain Z, Sultan B, Katiş B. Guillain-Barré syndrome: incidence and mortality rates in US hospitals. *Neurology* 2008;70(18):1608-13.
14. Andary MT, Robert HM. Guillain-Barré syndrome treatment & management. *Medscape* 2014;2:1-10.
15. Newswanger DL, Warren CR. Guillain-Barré syndrome. *Am Fam Physician* 2004;69(10): 2405-10.
16. Carpenito-Moyet LJ. [Diagnostic clusters, Neurological disorders]. In: Carpenito-Moyet LJ, eds. *Erdemir F, çeviri editörü. Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. 13. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012. p.667-9.
17. Hughes RA, Wijicks EF, Benson E, Cornblath DR, Hahn AF, Meythaler JM, et al. Supportive care for patients with Guillain-Barré syndrome. *Arch Neurol* 2005;62(8):1194-8.
18. Seneviratne U. Guillain-Barré syndrome. *Postgrad Med J* 2000;76(902):774-82.
19. Hughes RA, Cornblath DR. Guillain-Barré syndrome. *Lancet* 2005;366(9497):1653-66.
20. Linenberger ML, Price TH. Use of cellular and plasma apheresis in the critically ill patient: part 1: technical and physiological consideration. *J Intensive Care Med* 2005;20(1):18-27.
21. Özveren H. [Non-pharmacological methods at pain management]. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal* 2011;18(1):83-92.
22. Akkuş Y, Kapucu S. [Multiple sclerosis and patient education]. *Journal of Hacettepe University School of Nursing* 2006;13(2):57-63.
23. Hickey JV. *The Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p.186-93.
24. de Vries JM, Hagemans ML, Bussmann JB, van der Ploeg AT, van Doorn PA. Fatigue in neuromuscular disorders: focus on Guillain-Barré syndrome and Pompe disease. *Cell Mol Life Sci* 2010;67(5):701-13.
25. Mock V. Evidence-based treatment for cancer-related fatigue. *J Natl Cancer Inst Mon ogr* 2004;(32):112-8.
26. Gupta A, Taly AB, Srivastava A, Murali T. Guillain-Barré syndrome-rehabilitation outcome, residual deficits and requirement of lower limb orthosis for locomotion at 1 year follow-up. *Disabil Rehabil* 2010;32(23):1897-902.
27. Cochen V, Arnulf I, Demeret S, Neulat ML, Gourlet V, Drouot X, et al. Vivid dreams, hallucinations, psychosis and REM sleep in Guillain-Barré syndrome. *Brain* 2005;128(11): 2535-45.