

14. ULUSAL ACIL TIP KONGRESİ

5TH

19-22 Nisan 2018 Kaya Palazzo Golf Resort Otel

INTERCONTINENTAL EMERGENCY MEDICINE CONGRESS

INTERNATIONAL CRITICAL CARE AND EMERGENCY MEDICINE CONGRESS

 **ATUDER**
Acil Tıp Uzmanları Derneği

 **EPAT**
Emergency Physicians
Association of Turkey

KONUŞMA ÖZETLERİ

www.acil2018.com

BİLİMSEL SEKRETARYA
 **ATUDER**
Acil Tıp Uzmanları Derneği

ACIL TIP UZMANLARI DERNEĞİ
Yukarı Ayrancı Güleriyüz Sk. No: 26/19 Çankaya / Ankara
T: +90 312 426 12 14 F: +90 312 426 12 44
info@atuder.org.tr / www.atuder.org.tr

GENX
KONGRE

KONGRE VE ORGANİZASYON
İcadiye Cad. No: 3 Kuzguncuk 34674 İstanbul T: +90 216 310 11 00
F: +90 216 310 06 00 info@genx.com.tr / www.genx.com.tr
facebook.com/GENXKONGRE twitter.com/GENX_KONGRE

KONUŞMA ÖZETLERİ

ABDOMİNAL AĞRIDA USG,BT,MR YA DA...

Uzm.Dr.Ertan ARARAT

TC.SBÜ. UŞAK ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

AĞRI ;

- Somatik
- Visseral
- Yansıyan

USG ;

- Kolay ulaşılabilir
- Kolay uygulanabilir
- Ucuz
- İyonizan radyasyon riski bulunmayan
- Ancak kullanıcıya bağımlı

1.CASE : A 19- year-old- female with abdominal pain for three days and rebound in right lower quadrant. Perforated appendicitis on US. Dual gray scale compression US image (right plot before compression; left plot during compression) showing an uncompressible distended appendix (cursors) surrounded by a fluid collection (arrows).

- Acilde ultrasonografik tanısı oldukça başarılı
- Sonografik Murphy Bulgusu
 - SK fundusuna prob ile basınç uygulandığında ağrı oluşması
- SK duvar kalınlığında artış (<4mm)
- Perikolesistik sıvı
- Kolelitiazis
- SK duvarında inflamasyon
- USG duyarlılığı %94, özgüllüğü %84
- Power Doppler ile kese duvarındaki inflamasyonun bulgu imajı
- Ana biliyer kanal duvarının içten içe ölçülür.
- 60 yaş altında 7 mm'nin altı normal
- Kolesistektomili hasada 10 mm'e kadar normal

CONTRAST-ENHANCED ULTRASOUND (CEUS) :

- Etrafı hidrofobik zar ile kaplı sülfür heksaflorud (SF6) gazı içeren microbubbles
- 2.Yeni nesil kontrast ajan
- Diğer molekuller ile etkileşime girmeyen son derece kararlı ve inert bir molekül
- SF6 microbubblelardan ayrılınca solunum yolu ile vücuttan uzaklaşır.
- 2016 yılında FDA onayı almıştır.

BT :

- Ayrıntılı
- Radyasyon
- Kontrast madde ihtiyacı
- Maliyet

2.Case : A 49-year-old female with a history of malignancy and acute right-sided abdominal pain, nausea, and vomiting. Contrast-enhanced CT scan of the abdomen demonstrates right renal artery thrombus (arrow) and infarction of right kidney

3.Case : Axial CT image showing whirl sign and no-contrast enhancement within splenic parenchyma. Intra-operative laparoscopic image showing splenic torsion.

4.Case : Computed tomography scan - axial view demonstrating fat stranding around the greater omentum . Intraoperative picture demonstrating an infarcted omentum adherent to the abdominal wall.

MRG :

- Hidrojen atomları
- Sadece anatomik detaylar verilmekle kalmaz aynı zamanda fonksiyonel görüntülemeler (MR-Spektroskopi, Difüzyon-Perfüzyon görüntüleme, kortikal aktivasyon gibi) yapılabilir

SİNTİGRAFI :

- Hazırlanması zaman alıcı (3-4 saat)
- Görüntüleme, enjeksiyon sonrası 1. , 4. ve 24. saatlerde
- Lökosit sayısının > 10.000 hücre/ml olması daha iyi sonuç verir
- Kronik infeksiyonda başarısı düşük

AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY :

Acute nonlocalized abdominal pain and fever.

KAYNAKLAR:

- Clinical Emergency Radiology 2nd Edition Editor: J. Christian Fox University of California, Irvine
- Tintinalli's Emergency Medicine 8th edition
- Pubmed (recent studies)
- Uptodate (recent studies)
- ACR (American College of Radiology)

ACIL SERVİSTE GERİATRİ HASTALARDA İLAÇ KULLANIMI

Dr M. NUMAN ERDEM
NKU ACIL TIP ADB

Yaşlı hastalar ilaçla ilgili istenmeyen olaylar için yüksek risk altındadır.

YAŞLANAN NÜFUS:

- daha fazla ilaç alma
- daha fazla yandaş hastalığa sahip olma
- ilaçlara farklı tepkilere sahip olma eğilimindedir.

65 YAŞINDAN BÜYÜK HASTALARIN:

- % 40'ının günlük 5-9 ilaç aldığı
- % 18'inin 10'dan fazla ilaç aldığı göstermiştir.

Kullanılan ilaç sayısı 5 çeşitken ilaç-ilaç etkileşimi olasılığının% 50-60'

10 çeşit ilaçta ise ilaç-ilaç etkileşimi olasılığının% 90'

Geriatridir popülasyonun değerlendirilmesi ve bakımı konusunda ilaç yükü önemli görünmektedir

YÜKSEK RİSKLİ İLAÇLAR:

- Anti-platelet ve anti-trombosit
- Anti-hiperglisemikler
- Kardiyak ilaçlar (Digoksin, Amiodaron, B-blokerler, Ca kanal blokerleri, Diüretikler v.b.)
- Narkotikler
- Anti-psikotikler ve diğer psikişik ilaçlar

SPEŞİFİK SEMPTOMLAR:

- döküntü,
- kanama,
- aritmiler
- hipoglisemi

SPEŞİFİK OLMAYAN ŞİKAYETLER:

- "durumunda genel bozulma",
- "enerji kaybı",
- "zayıflık" veya
- "evde bakım imkânsızlığı" gibi terimler kullanılarak açıklanmıştır

DÜŞME RİSKİNİN,

- özellikle benzodiazepinler
- hipnotikler ve antiepileptikler
- psikotropik ilaçlarla önemli ölçüde ilişkili olduğu bilinmektedir

Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) Klafikasyon Sistemdeki Problemler

GERİATRİ HASTALARINDA POTANSİYEL UYGUNSUZ İLAÇLAR

- ASPİRİN
- DABİGATRAN(PARADAXA)
- PRASUGREL (EFFIENT)

GERİATRİK HASTADA ÖNLENMESİ GEREKEN İLAÇ ETKİLEŞİMLERİ

- ANTİPSYCHOTİCS
- BENZODİAZEPİNES
- OPIOİD
- WARFARİN

GERİATRİK HASTALARDA BÖBREK YETMEZLİĞİNDE DOZU AZALTILMASI VEYA KESİLMESİ GEREKEN İLAÇLAR

- Apixaban
- Dabigatran
- Edoxaban
- Enoxaparin

GERİATRİK HASTALARDA UYGUN OLMAYAN İLAÇ KULLANIMI

- Anticholinergics
- Antispasmodics
- Nitrofurantoin

GERİATRİK HASTALARDA HASTALIĞI VEYA SENDROMU ŞİDDETLENDİREBİLECEK İLAÇ ETKİLEŞİMLERİ

- KALP YETMEZLİĞİ
- EPİLEPSİ
- PARKİNSON

KONUŞMA ÖZETLERİ

TİCAGRELOR

- 1073 Hasta Ticagrelor Kullanımı
- 24 Saatten Sonra Başlayan Dispne
- %4,84 Dispne Gelişti
- 70 Yaş Ve Kadınlar Sık
- İlaç Kesilince Dispne Geri Dönüş

AĞRI

- Subdissociative-dose ketamine (0.1–0.4 mg/kg)
- 15 dk infüzyon
- nöropiskiyatrik yan etki (emergence phenomena), minimum ve kısa süreli
- analjezik etkinlikte azalma yok
- Sinir Blokları
- Lidokain

KALÇA KIRIĞI

- Acetaminophen ve Fascia İliaca Compartment Block
- Hasta opioid gereksinimlerinin azalması

ANTERİOR EPİSTAKSİS

- Tranexamic asid 500 mg enjekte solüsyona batırılmış 15 cm pamuklu spanç
- Geleneksel yöntem (epinefrin ve lidokain)
- %46.7 kanama durdu
- 10 dk sürede kanama durması gözlemlendi
- 24 sat ve 7 gün içinde tekrarlama daha az tespit edildi
- Hastanede kalış süresinde fark yok

YAPILMASI GEREKENLER:

- Hastanın kullandığı ilaç listesi hastane sistemlerinden gözlenmeli
- Sadece geriatrik hastalara ait veri tabanının olması
- Yüksek riskli ilaç kullanımını belirtmeli uyarı vermeli
- Uygunsuz ilaç etkileşimlerini uyarmalı (akılcı ilaç rehberleri)
- Polifarması olan hastaları eczacı/farmakolojistin olduğu takıma refere edilmeli
- Acilden taburcu edilen hastalar primer doktoruna yönlendirilmeli

ACIL SERVİSTE OMUZ ÇIKIĞI YÖNETİMİ

Dr. İker AKBAŞ

Bingöl Devlet Hastanesi Acil Servisi

Omuz eklemi (glenohumeral eklem) vücutta çıkığı en sık görüldüğü bölgedir. ABD verilerine göre tüm acil servis başvurularının %1,7'sini oluşturmaktadır. Bu kadar sık karşılaşılmamasının bir yansıması olarak da glenohumeral dislokasyon biz acilcilerin sıklıkla yönetmek ve müdahale etmek durumunda kaldığı klinik antitelerden biri olmaktadır.

Omuz çıkığının acil serviste yönetiminde bir takım altın noktalar vardır. Bunlar:

1. Zaman geçtikçe nörovasküler komplikasyonların insidansının artması nedeniyle omuz çıkığı yönetiminde hızlı olunmalıdır.
2. Mutlaka tedavi önce ve sonrası direkt grafi istenmelidir.
3. Uygun redüksiyon yöntemi seçilmelidir. Hangi tekniğin seçileceği, hasta güvenliği, ağrının kontrolü ve sedasyon ihtiyacı, hekimin tecrübesi ve diğer personelin durumuna göre belirlenir.
4. Ağrı kontrolü sağlanmalıdır.
5. İşlem öncesi ve sonrası mutlaka nörovasküler muayene yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır
6. Tedavi sonrası kol gövde bandajıyla veya kol askısı ile immobilizasyon sağlanmalı ve taburculukta yeterli analjezik destek verilmelidir.

Omuz çıkıklarına hikâye, fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri ile tanı konulabilir. Çoğunlukla hikâye ve fizik muayene tanı için yeterli olsa da mutlaka tedavi öncesi, hem tanıyı kesinleştirmek hem de eşlik eden kırıkları görmek için radyografi istenmelidir. Grafi anterior-posterior ve lateral olmak üzere iki planda çekilmelidir. Tomografi ve ultrasonografi tanı için diğer yardımcı yöntemlerdir.

Omuz eklem çıkıkları humerus başının glenoid kaviteye göre olan pozisyonuna göre anterior (>%95), posterior (%5), inferior (%0,5) olmak üzere sınıflandırılır

Anterior omuz çıkığı genellikle zorlu bir abduksiyon ve eksternal rotasyona bağlı oluşur. Hastalar genellikle kol hafif abduksiyonda ve eksternal rotasyonda olacak şekilde acil servise başvururlar. Çok küçük hareket ile bile oluşan ciddi ağrı nedeniyle çıkık olan kol sağlam ekstremite ile desteklenir. Fizik muayene ile omuzun yuvarlak şeklinin kaybolduğu ve daha karemsi bir hal aldığı görülebilir. Akromiyon lateral kenarı belirginleşmiştir. Humerus başı anteriora palpe edilebilir.

Posterior omuz çıkıkları glenoid fossanın posterior dislokasyona karşı koruyucu yapısından dolayı daha az görülmektedir. Genellikle kolu iç rotasyona ve addüksiyona zorlayan bir kuvvet veya omuzun anterioruna alınan direkt bir travma sonrasında oluşur. Düşme, elektrik çarpması, konvülsif nöbet gibi şiddetli kas spazmlarına bağlı olarak da oluşabilir.

Nadiren görülen inferior çıkıklar ise superiordan gelecek bir kuvvetle humerus başının, glenoid fossanın inferior kenarının altına gitmeye zorlanmasıyla veya abduksiyondaki bir kola aksiyal uygulanan kuvvet sonrası inferior kapsülün ve inferior glenohumeral ligamanın yırtılmasıyla oluşur. Hastalar humerus tam abduksiyonda, dirsek fleksiyonda, el hastanın başının üzerinde veya arkasında olacak şekilde gelirler.

Omuz dislokasyonu redüksiyonu için pek çok yöntem bulunmaktadır. İdeal yöntem basit, hızlı ve etkili olmalı, az yardım gerektirmeli ve omuzda ek yaralanmaya yol açmamalıdır. Hiçbir yöntem tek başına %100 başarılı olmadığından, hekimin birden çok yöntemi bilmesi önemlidir.

KAYNAKLAR:

1. Walls, Ron; Hockberger, Robert; Gausche-Hill, Marianne. Rosen's Emergency Medicine-Concepts and Clinical Practice E-Book. Elsevier Health Sciences, 2017.
2. Tintinalli, Judith, et al. Tintinalli's emergency medicine: a comprehensive study guide. McGraw-Hill Education, 2016.
3. Fernandez, William G. Trauma: A Comprehensive Emergency Medicine Approach. Academic Emergency Medicine, 2012, 19.6.
4. Khiami F, Gérometta A, Loriaut P: Management of recent first-time anterior shoulder dislocations. Orthop Traumatol Surg Res 101:S51, 2015
5. Anterior glenohumeral joint dislocations. Orthop Clin North Am. 2008 Oct. 39(4):507-18, vii.

KONUŞMA ÖZETLERİ

ACIL SERVİSTE PACEMAKER KULLANIMI

1950 li yıllarda bradikardi ve asistoli hastalarında transcutanöz pace etkinliği gösterilmiş

1982 de bu yöntem geliştirilerek FDA onayı alınmıştır.kalp pili miyokardiyal depolarizasyonu sürdürmek veya düzeltmek için kullanılır ve böylece yeterli debi sağlanmış olunur

Acil serviste devam etmekte olan ritim bozukluğunu tedavisi ve ritim problemlerinin profilaksisi için kullanılır. Geçici ve Kalıcı olmak üzere iki çeşit pacemaker kullanılır. Acil serviste geçici pacemaker uygulamaları yapılır. Bunlarda kendi içinde transcutanöz , transvenöz, epicardiyal ve transözofagial olara dört yöntemle yapılır.bu uygulamadaki amacımız kalbin hızlı veya yavaş atımından kaynaklı bozulmuş hemodinamik ve dolaşım sal bütünlüğü yeniden kurtarmaktır

Endikasyonları: AMI , elektrolit bozukluğu , ilaç nedenli bradikardi , kardiyak cerrahi sonrası sinüs nodu ,av node veya his-purkinje sistem yaralanmaları,lyme hastalığı, travma hastalarında atropine yanıt sız bradikardide.AHA özellikle bradikardinin eşlik ettiği AMI de yüksek dereceli av blok yeni gelişen dal bloğında ve bifasiküler blokta pacemaker kullanımını öneriyor

Tcp:

Acil serviste transvenöz uygulamadan daha kolay ve hızlı uygulanır. Genelde transvenöz pacemaker takılana kadar hastayı stabilize etmekte kullanılır.trambolitik tedavi alacak hastalarda ve prostetik kapağı olanlarda tranzvenöze tercih edilir.

Kontrendike olduğu durumlar; ventriküler fibrilasyon, ciddi hipotermi,pacemaker yerleşim yerinde deri bütünlüğünün bozulduğu durumlar, uyanık ve hemodinaik olarak stabil hastalar

Kalp pili bileşenleri;nabız jeneratörü, algı ve uyarı için elektronik devreler ve nabız jeneratötünü elektrotlara birleştiren kablo sistemi

Sağ lım personeli için çok az elektriksek hasar riski olan bu uygulamayı zaman varsa hastaya açıklayınız.

Yeni nesil cihazlarda aynı ped pacemaker defibrilasyon ve kardiyoversiyon için kullanılır

Pace vuruları en az düzeyden başlanarak artırılmalı

Pacevurusunun yakalandığı başlangıç gücünün 1.25 katı olacak şekilde güç ayarlanmalıdır

Yetişkinlerde 60-70 vuru /dk yeterlidir

Senkron ve asenkron olabilir.senkronda intrinsik elektriksel aktivite öncedeb ayarlanmış bir aralık içinde hissedilmediğinde uyarı yapar

Bilkinci açım hastada sedasyon ve ağrı kesici uygulanıp hasta konforu artırılabilir

İşlem yapıldıktan sonra hemodinamik parametreleri kontrol ediniz.uzun süreli pace ihtiyacı devam eden hastada tranzvönöz pacemaker düşününüzve hastayı ilgili bölüme bir an önce transfer ediniz

KONUŞMA ÖZETLERİ

ACİLDE ALTERNATİF TIP

Doç. Dr. Muhammet Gökhan Turtay

TANIM

Alternatif Tıp (AT), konvansiyonel bakım yerine kullanılan tedavileri ifade etmektedir. Bu ifadenin yaygın bir kullanımı olmasına rağmen yine de anlam olarak kullanılması uygun değildir. Modern tıbbın alternatifi olmaz. Bunu yerine daha çok Tamamlayıcı Tıp kavramı daha çok kullanılmaktadır. Tamamlayıcı Tıp, hastayı ve aileyi destekleyen ve ana tıbbi tedavilerle birlikte kullanılan tedavileri ifade etmektedir. Bütünleyici Tıp kavramı ise ilişki temelli bakım olarak, temel tıbbi uygulamaya entegre edilen etkinlik kanıtı olan alternatif ve tamamlayıcı tedavileri ifade eder. Geleneksel Tıp, aile veya kültürel geleneğin bir parçası olarak aile ya da grup üyeleri tarafından sağlanan tedavileri ifade eder. Holistik Tıp; değer, inanç, kültür ve toplum bağlamında hastanın tüm bakımını sağlayan tedavileri ifade etmektedir.

AT'DE PRENSİPLER

Kanıtlara göre uygulanmalıdır. Kişiyi odaklanılmış, ilişki temelli bir bakım olarak uygulanmalıdır. Sağlık ve iyileşmeyi teşvik etmek için tüm uygun tedavi yaklaşımları kullanılmalıdır. Bazı uygulamalarda, klinisyen bir danışman olarak çalışmalıdır. Zamanla bazı Tamamlayıcı Tıp uygulamaları, ana tıbbin bir parçası haline gelebileceği unutulmamalıdır.

EPİDEMİYOLOJİ

AT uygulamalarının kullanımı oldukça yaygın olup aynı zamanda bu uygulamalara yapılan harcamalarda oldukça yüksektir. Türkiye'de çalışmalar sınırlı olup kesitsel çalışmalarda AT uygulamalarının kullanım sıklığı %42-70 olduğu ayrıca Türkiye'deki pazar büyüklüğünün 100 milyon dolar olduğu belirtilmiştir (1). Acil servis hastalarında da AT yöntemlerinin kullanım sıklığı yüksek olduğu çalışmalarda saptanmıştır (2).

AT UYGULAMALARI

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı, "Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı"ni kurmuş ve AT uygulamalarında kontrolü sağlayıp merdiven altı uygulamalar yerine hekimler tarafından bu uygulamaların yapılmasını amaçlamaktadır. Sağlık Bakanlığı, 15 AT uygulamasını desteklemektedir. Ancak Dünya'da kullanılan yaygın olarak bilinen ve bilinmeyen birçok uygulama vardır. Bu uygulamaların kullanılabilirliği için çalışmalar yapılmalı bunların sonucu olarak kanıt dayalı bu uygulamalar yapılmalıdır. Bunun yanında klinisyenler, AT uygulamaları hakkında bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Hastalara tedaviler konusunda bilgi vermek, AT uygulayıcılarına tavsiyede bulunmak ve hastaların kullandığı AT uygulamaları hakkında aldıkları bilgiyi yorumlayabilmek (Toksosite, etkileşim, yanlış tanı, komplikasyonlar, ...) için oldukça önemlidir. Bu uygulamaların; genel tıbbi bakımın bir alternatifi olmaktan ziyade, yardımcı olarak kullanılabileceğini de unutmamak gerekir.

SONUÇ

AT yöntemlerinin şu an Acil Tıp açısından durumuna bakıldığında, uygunsuz kullanımları nedeniyle acil servis çalışanlarının akademik ilerlemelerine katkıda bulunduğunu söyleyebiliriz. Gün geçtikçe popülaritelerinin arttığı gerçeğini unutmadan ilerleyen dönemlerde; AT uygulamalarına klinisyenler hakim olmaya başladıkça, klinisyenler tarafından AT uygulama merkezlerine hastalar yönlendirilmesi olabilir. Belki de Acil Tıp çalışanları tarafından acil servislere etkinlik kanıtı olan AT yöntemleri uygulanabilir.

KAYNAKLAR

1. Tıbbın Alternatifi Olmaz! Geleneksel Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Kasım 2017.
2. Jatau AI, et al. Use and toxicity of complementary and alternative medicines among patients visiting emergency department: Systematic review. J Intercult Ethnopharmacol 2016;5:191-7.

KONUŞMA ÖZETLERİ

ACİLDE DİSPNELİ HASTAYA ACİL YAKLAŞIM

Doç. Dr. Funda Coşkun

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

Dispne'nin birçok tanımı olmakla birlikte solunumun farkında olmak, zorlanarak solunum yapmak ve/veya hava açlığı tanımı en açıklayıcı olanlardandır. Dispnenin nedeni fizyolojik, patolojik veya psikojenik olabilir. Dispne, acil servise başvuru anında en sık görülen solunum semptomudur. Acil servislerde %2-7 oranında dispne semptomu ile karşılaşılır. Ambulans çağrılarında bakıldığında ise bu oran %30'a kadar yükselmektedir. Sağlıklı erişkinde de dispne ile karşılaşılır. Yaşlılık, yüksek irtifa, ağır egzersiz, soluk tutma ve kondüsyonsuzluk sağlıklı erişkindeki dispne nedenleri arasında sayılabilir. 65 yaş öncesi %15-18 oranında sağlıklı erişkinde dispne saptanırken; 65 yaş sonrasında bu oran %30'lara kadar yükselmektedir. Dispne algısının ağrıya benzer psikolojik bir boyutu vardır. Emosyonel durum, kişilik, deneyim ve bilinç fonksiyonu dispne durumu ve açıklamasını etkiler. Ani ve beklenmedik durumda ortaya çıktığında ve hasta tarafından tehlikeli algılandığında daha kötüleşir. Eğitimle hastaların hastalıklarını anlamaları ve dispneyi kontrol etme duyguları geliştirilebilir. Hiperventilasyon sendromunda ve panik ataklı hastalarda ön beyindeki kognitif prosesler solunumu uyarabilir ve limbik yapıların aktivasyonu sonucunda dispne algısı gelişebilir. Dispne değerlendirilmesinde öncelikle hastanın öyküsü önemlidir. Öyküye bakıldığında dispnenin görüldüğü en sık hastalık grubu %67 ile kardiyak hastalıklardır. Solunum hastalıkları için % 47 ve tüm tanılar için % 56 oranında dispne görülmektedir. Sadece fizik muayene ile dispnenin ayırıcı tanısının yapılabilmesi tanı keskinliği oranı %60 olarak verilmektedir. Dispneyi değerlendirirken ne zaman başladığı, süresinin ne kadar olduğu, tetikleyen herhangi bir etmenin olup olmadığı, eşlik eden yakınmalar, önceden olup olmadığı, herhangi bir travma öyküsünün varlığı, ek hastalıklar, kullandığı ilaçlar ve ilaçlara cevabı ve yakın zamanda cerrahi işlem ya da immobilizasyon durumları mutlaka sorgulanmalıdır. Akut Dispne: Dakikalar, saatler ya da günler içinde hızlı gelişen solunum sıkıntısı akut dispne olarak tanımlanmaktadır. Acil servis başvurularının önemli bir kısmından sorumludur bu nedenle hızlı tanı yaklaşımı ve tedavi gerektirir. Genellikle dispneye eşlik eden diğer şikayet ve bulgular tanıya ulaşmayı kolaylaştırır. Kronik Dispne: Genellikle dört haftadan uzun süren dispne kronik olarak değerlendirilir. Kronik dispne sıklıkla ilerleyici karakterdedir ve başlangıçta eforla ortaya çıkan nefes darlığı bir süre sonra kendini istirahatte de hissettirmeye başlar. Kronik dispnenin en sık nedenleri akciğer ve kalp hastalıkları olmakla beraber bu iki durumu birbirinden ayırt etmek kolay değildir ve aynı hastada birlikte bulunabileceği de gözden kaçırılmamalıdır. Özellikle yaşlı ve komorbiditeleri olan hastalarda tanı daha fazla güçlük yaşanmaktadır ve bu durum tedavide gecikmelere yol açmaktadır.

ACİLDE PNÖMONİ TANI VE TEDAVİSİ

Prof. Dr. Ayşegül Bayır

Selçuk Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

Akciğer parankiminin enfeksiyonu pnömoni olarak adlandırılır. Pnömoni farklı şekillerde sınıflanmakla birlikte, pratikte en sık etkenin alındığı kaynağa göre yapılan sınıflama kullanılır. Buna göre:

1. Toplum kökenli pnömoni: Son 14 günlük süre içinde hastanede yatış hikayesi olmayan veya evde sağlık bakım hizmeti almayanlarda görülen pnömoni.
2. Hastane kökenli pnömoni: Hastaneye kabulden 48 saat sonra ortaya çıkan pnömoniler.
3. Ventilator kökenli pnömoni: Entübasyondan 48 saat sonra ortaya çıkan pnömoniler.
4. Sağlık bakım kökenli pnömoni: Evde hemşirelik hizmeti veya uzun süreli bakım hizmeti alan hastalarda görülen pnömoniler.

Her yıl 5.6 milyon yeni vaka bildiriliyor. Hastaların %25'inin hastaneye yatışı gerekiyor. Mortalite oranı ayakta tedavi edilenlerde %1-5, hastaneye yatırılanlarda %12, yoğun bakıma yatırılanlarda %40. Ülkemizde ölüm nedenleri arasında 5. sırada, enfeksiyon kökenli ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır.

Toplum kökenli pnömonilerde en sık etkenler streptococcus pnömoniadır. Hastane kökenli pnömonilerde ise en sık etken yine streptococcus pnömonia, ayrıca gram negatif anaerob bakteriler (pseudomonas, enterobacter, acinetobacter) ve staphylococcus aureusdur. Öksürük, pürülan-pas rengi-kanlı balgam, dispne, plöretik göğüs ağrısı, halsizlik, ateş, iştahsızlık, kusma, karın ağrısı, baş ağrısı, konfüzyon, taşikardi, hipotansiyon ve siyanoz başlıca klinik bulgularıdır. Lökosit sayısının 15.000/mm³ üzerinde olması, yüksek CRP ve prokalsitonin düzeyleri tanıyı destekleyici laboratuvar testleridir. Radyolojik tanı yöntemlerinden direkt grafi, toraks USG ve toraks BT kullanılabilir. Tanıda altın standart Toraks BT'dir.

Pnömoni tanısı alan hastaların hastaneye ve yoğun bakıma yatış kararı CURB-65 ve PSI (Pneumonia Severity Index) skoruna göre verilir. CUR-65 puanı 0-1 ve PSI Klas I-II olan düşük riskli hastalar ayakta tedavi edilirler. CURB-65 puanı 2 ve PSI III-IV olan orta riskli hastalar serviste tedavi edilmesi gereken hastalardır. CURB-65 >3 ve PSI IV-V olan hastalar yoğun bakım biriminde tedavi edilirler. Toplum kökenli pnömonilerde ampirik tedavide makrolidler veya respiratuar florokinolonlar kullanılırlar. Pseudomonas enfeksiyonunda antipseudomonal (piperacillin-tazobactam, imipenem, meropenem) ajanlar kullanılır. MRSA düşünülen hastalarda ise tedaviye vancomycine eklenir. Hastane kökenli pnömonilerde hasta ve takip edildiği klinik MRSA için riskli grupta değilse piperacillin-tazobactam veya cefepime veya levofloxacin tedavisi başlanır. MRSA riskli olan hastalarda ve kliniklerde ise bu tedavi vancomycine ve amikacin, gentamicin, levofloxacin grubundan seçilecek ilaçlarla kombine edilir. Şoktaki hastalarda sepsis tedavisi uygulanmalı ve solunum desteği yapılmalıdır.

Pnömoni tedavisi 3 gün antibiyotik tedavisi sonrası klinik olarak stabil olan hastalarda 5 güne tamamlanmalıdır. Pnömonokok pnömonisinde 7-10 gün, legionella, klebsiella ve mycoplasma pnömonisinde ortalama 14 gün sürdürülür. PSI skoru yüksek olan yüksek riskli hastalarda ise 3 haftaya kadar uzatılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Pnömoni, Pneumonia Severity Index, CURB-65, acil

KONUŞMA ÖZETLERİ

AĞIR SEFALJİNİN TEŞHİS STRATEJİLERİ

Dr. Serhat Karaman

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Travma öyküsü olmayan baş ağrısı olan hastalar, acil servis başvurularının %2'sini oluştururken, bazı çalışmalarda bu oranın % 4 olduğu görülmüştür. Hayati tehlike arz eden baş ağrısı olan hastaların benign primer baş ağrılarından (migren, gerilim veya küme) ayrılması acillerde önemli bir sorundur. Ciddi bir baş ağrısının fark edilmemesi, kalıcı nörolojik defisitler, görme kaybı veya ölüm gibi ciddi sonuçlara yol açabilir.

Dikkatli bir öykü ve fizik muayene, baş ağrılı hastanın değerlendirmesinin en önemli parçası olmaya devam etmektedir. İyi bir fizik muayene ve öykü hastanın önemli bir risk altında olup olmadığını ve ek çalışmanın gerekli olup olmadığını belirlemede yardımcı olur.

Öykü ya da fizik muayenede bir ya da daha fazla yüksek riskli özellik bulgusu olan hastaların, acil tanı gerektiren yaşamı tehdit eden bir durumu olduğu düşünülmektedir. Bu tür hastalarda baş ağrıları sıklıkla primer olarak adlandırılan benign intrinsik nedenlerden (migren, küme ve gerilim) ayırt etmek için sekonder olarak adlandırılır.

Öyküde ani başlangıçlı baş ağrısı, geçmişte benzer baş ağrıları olmaması, eşzamanlı enfeksiyon, mental durum değişikliği ya da nöbet geçirmiş olması, egzersizle başlayan baş ağrısı, 50 yaşın üzerinde olması, immün baskılama, görme bozuklukları gibi durumlar sekonder baş ağrıları için risk teşkil eden öykü özellikleridir. Ağrının yeri özellikle primer ve sekonder baş ağrısı ayırımında kullanışlı değildir. Birden fazla aile üyesinde veya iş arkadaşlarında eşzamanlı baş ağrıları karbon monoksit zehirlenmesini ve diğer toksik durumları düşündürmelidir. İlaç kullanımı, özellikle antikoagülanlar, glukokortikoidler, oral kontraseptifler ve analjezikler hakkında bilgi alınmalıdır.

Fizik muayenede vital bulgular dahil nörolojik anormallikler, azalmış bilinç seviyesi, meningismus bulguları, toksik görünüm, papilödem bulguları dikkatlice değerlendirilmelidir. Bu bulguların varlığı baş ağrısının yaşamı tehdit eden bir durumun nedeni olabileceğini düşündürmektedir. Ateş SSS enfeksiyonu veya inflamasyona bağlı olabilir ve birkaç günlük SAH'ye bağlı olabilir. Nadiren de olsa, şiddetli hipertansiyon (diyastolik kan basıncı ≥ 120 mmHg) baş ağrısı olarak kendini gösterebilir. Azalmış bilinç seviyesi ve kafa karışıklığı iyi huylu bir baş ağrısına özgü değildir ve menenjit, ensefalit, SAH veya bir yer kaplayan lezyonun olasılığını artırır. Herhangi bir yeni fokal veya nonfokal nörolojik anormalliği olan hastada yaşamı tehdit eden bir durum olabileceği düşünülerek değerlendirilmelidir.

Primer ve sekonder baş ağrıları, analjezik tedavi cevabına göre güvenilir bir şekilde ayırt edilemez. İkincil baş ağrısının yaşamı tehdit eden çok sayıda nedeni, subaraknoid hemoraji ve servikal arter diseksiyonu dâhil olmak üzere basit analjeziklere cevap verdiği bildirilmektedir. Kalıcı nörolojik defisitler, görme kaybı veya ölüm gibi ciddi sonuçlara yol açabilme potansiyeline sahip olan baş ağrısı şikayeti ile acil servislere başvuran hastalar değerlendirilirken riskli öykü ve fizik muayene bulguları açısından dikkatlice gözden geçirilmelidir.

KONUŞMA ÖZETLERİ

AKUT APANDİSİT GÜNCEL YAKLAŞIM

Dr. Öğr. Üyesi Abdullah Osman KOÇAK

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı-ERZURUM

Akut apandisit durumu apandisit her hangi bir sebebe bağlı olarak enflamasyondur. Dünyada sezeryan operasyonu sonrası görülen en sık abdominal cerrahi nedenidir. Cinsiyetlere göre farklılık göstergese de yaşam boyu karşılaşma oranı Erkeklerde %8,6, Kadınlarda % 6,9'dur. Lamina propriya mukozasında ve submukozada B ve T lenfoid hücrelerinin varlığı, apandiks histolojik olarak çekumdan ayrılmasını sağlar. Bu hücreler, IgA gibi lenfoid ürünleri artırarak ve bağırsak ilişkili lenfoid doku sisteminin bir parçası olarak çalışarak immünolojik fonksiyona yardımcı olmaktadır. İlk semptom olarak karın ağrısı görülür. Karın ağrısı en sık görülen semptomdur ve hemen hemen tüm apandisit vakalarında bildirilmiştir. Akut apandisit klinik görünümü, aşağıdaki klasik semptomlar olarak tanımlanmıştır: Klasik olarak hastada Sağ alt kadranda (sağ anterior iliak fossa) karın ağrısı, İştahsızlık, Mide bulantısı ve kusma görülürken ağrı karakteri genellikle göbek etrafında başlayıp enflamasyon ilerledikçe sağ alt kadrana ağrı yerleşir. Ama bu migratuar ağrı %50 sinde görülür. Birçok hastada, başlangıç özellikleri atipik veya nonspesifiktir ve şunları içerebilir: Hazımsızlık, Bağırsak düzensizliği, İshal, Genel halsizlik. Normal yerleşimli veya pelvik apandisitte bu klasik ağrı görülebilir ancak retroçekal yerleşimli apandisitte bu bulgu görülmeyebilir. Pelvik bölgedeki apandisit üriner sistem semptomları veya ishal ile kendini gösterebilir. Tanısında laboratuvar bize nonspesifik veriler vermektedir. WBC yüksekliği beklenir ama normal olması dışlatmaz. Perfore ve gangrönöz olmasında daha yüksek WBC tespit edilmiştir. Akut apandisit hastalarında altı çizilmesi gereken bir nokta da antibiyotik kullanımıdır. Akut apandisit hastalığının tedavisinde Tek başlarına kullanılması ile ilgili net bir görüş birliği yoktur. Ancak birçok bilim insanı komplikasyonsuz apandisit de kullanılabileceği görüşündedir. Non operatif tedavi uygulanması tartışmalıdır. Eldeki verilerin az oluşu hangi hastaya uygulanacağı belirsizdir. Non operatif yöntemle ilgili çelişkiler komplikasyon varlığını BT %100 belirleyememektedir. Bir çalışmada komplikasyonsuz olarak değerlendirilip operasyon sırasında %20 komplikasyon tespit edilmiştir. Non operatif yaklaşım da yaşlı, immun yetmezlikli, komorbid hastalar hastalığının şiddetini artırması için bir risk olabilir. özellikle ileri yaşlı hastalarda apandiksinsin karsinoid tümörleri atlanabilir. Cerrahi komplikasyon öyküsü olan ve apandektomi ameliyatını kabul etmeyen hastalar için non operatif yöntem uygulanabilir. Komplikasyonsuz apandisit operasyonu 12-24 saat kadar bekleyebilir ancak 48 saatten daha fazla bekletmek doğru olmayacaktır. Laparoskopik cerrahide Daha az yara enfeksiyonu oranı, Postoperatif 1. günde daha az ağrı ve Daha kısa hastanede yatış süresi olduğu tespit edilmiştir. Açık cerrahinin üstün olduğu noktalar ise Daha düşük intraabdominal abse oranı ve Daha kısa ameliyat süresidir. Bir başka çalışmada ise laparoskopik cerrahi sonrası bağırsak obstrüksiyonu daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. Operasyonun çeşidini hastanın, hastanenin ve cerrahin durumuna göre belirlemek en doğru yaklaşım olacaktır.

KONUŞMA ÖZETLERİ

AKUT BATINDA ANALJEZİ

Dr. Mustafa Çalık
GOP Taksim EAH

“Karın bölgesinde bölgesel olarak hissedilen ağrıların tamamına “karın ağrısı” diyoruz. Bu ağrı; bazen karın içindeki bazen karın dışındaki organlardan, bazen de sistemik hastalıklardan kaynaklanabilir. Bazen çok önemli hastalıkların tek bulgusu karın ağrısı olabilirken; bazen çok önemsiz bir sağlık sorunu nedeniyle karın ağrısı hissedilebilir. Hastalar genellikle ağrının şiddeti nedeniyle acil servislere başvururlar. Çok kısa sürede ve şiddetli başlayan karın ağrıların altında apandisit, safra kesesi iltihabı, mide delinmesi, pankreas iltihabı gibi önemli hastalıklar yatabilir. “akut karın ağrısı” son bir hafta içinde başlayan karın ağrısı olarak tanımlanmaktadır.1

Akut batın, şiddetli karın ağrısı ile karakterize klinik bir durumdur. Cerrahların ivedilikle bir karar vermesini gerektirir. Acil cerrahi gerekli mi? yoksa medikal tedavi yeterli mi? sorularına cevap vermelidir. Bu yüzden akut karında amaç erken teşhistir. Teşhis konurken sadece muayene bulguları ile değil bunun yanısıra laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri de kullanılmaktadır.

Karın ağrısı ile Acil servislere başvuran hastaların ağrısını kesmeli miyiz? Ağrıyı kesmek gerekiyorsa hangi tip analjezikler tercih etmemiz gerekmektedir? Ülkemiz de Cerrahlar her ne kadar karın ağrısı ile Acil servislere başvuran hastalara yapılacak analjeziklerin hepsi için muayene bulgularını baskıladığını savunsa da uluslararası yayın yapan acil ve genel tıp dergilerinde yayınlanan birçok çalışma da hastanın boş yere ağrı çekmesinin engellenmesi ve hasta konforunun artırılması açısından ilk muayenenin ardından (birkaç dakika içerisinde Cerrahi konsültasyonu da gerçekleştirilmeli) analjezik kullanımının yaygınlaştırılması önerilmektedir. Biz hangi analjezikleri kullanmalıyız? Genel erişkin popülasyonda sık görülen etiyolojiler ve akut karın ağrısının yönetimi ve acil serviste görülen özel hasta popülasyonlarının gözden geçirilmesi, parasetamol intravenöz uygulanmasının şu anda bu klinik ortamda tercih edilen analjezikler olduğunu ortaya koymaktadır. Opioid ve opioidlerin kombinasyonları, orta, şiddetli veya aşırı ağrıları olan hastalarda uygulanmalı, genel ağrı yönetimini iyileştiren tekrarlayan ağrı değerlendirilmesi temelinde tedavi ayarlanmalıdır. 2007’de yayınlanan bir Cochrane derlemesi 2011’de güncellendi ve akut karın ağrısı ile acil servise başvuran hastalarda analjezik uygulanmasının uygun olduğunu gösterdi. Karın ağrısının etiyolojisine bakılmaksızın Cochrane derlemesinin yazarları, opioid analjeziklerin kullanımının yanlış tanı riskini artırmadığını ve yanlış tedavi kararlarının alınma riskini artırmadığını ayrıca, ağrı tedavisinin aslında akut karınlı hastalarda klinik muayeneyi kolaylaştırabileceğini belirtmiştir.2

Bu sonuçlara dayanarak, akut karın ağrısının değerlendirilmesinde ve tedavisinde analjezikleri erkenden önermekteyiz.

Anahtar Kelimeler: akut batın, opioid, analjezik

KAYNAKLAR;

- 1-Gallagher E. John. Acute abdominal pain. Tintinalli JE. Kelen GD. Stapczynski JS. Emergency Medicine A comprehensive study guide. McGraw-Hill basımevi. 5. baskı2000; 497
- 2- Analgesia in patients with acute abdominal pain,Manterola C. and frends. Cochrane Database of Systematic Reviews, 19 January 2011,

KONUŞMA ÖZETLERİ

AKUT KALP YETMEZLİĞİ TEDAVİSİNDE NELER DEĞİŞTİ ?

Kalp yetmezliği (KY), acil serviste sık karşılaştığımız, hayatı tehdit edebilecek ve acil müdahale gerektiren klinik durumlardan biridir. Hastalar, kronik kalp yetmezliğinin akut dekompanzasyonu ile gelebileceği gibi yeni başlangıçlı akut tabloyla da karşımıza çıkabilir. Bu hastaların yönetiminde European Society of Cardiology (ESC) tarafından 20 Mayıs 2016'da yayınlanan 'Kronik ve Akut Kalp Yetmezliğinde (AKY) Tanı ve Tedavi klavuzunda en güncel yaklaşımlar ve tedavi önerilerine değinilmektedir. ESC 2016 klavuzunu temel alarak akut kalp yetmezliği tedavisinde yeniliklere değineceğim.

ESC klavuzundaki önemli yenilikler AKY tanı ve tedavi algoritması üzerine yapılan değişikliklerdir. Akut miyokard enfarktüsünde algoritmaların ve tedavinin geciktirilmeden hızla uygulanması her yerde standardize olmasına rağmen en az onun kadar ölümcül bir durum olan kalp yetmezliğinde bunun hala oturtulmadığı bununla ilgili çalışmaların yapılması gerektiğine özellikle vurgu yapılmış. Akut KY sınıflamasında vurgulanan hipoperfüzyonun her zaman hipotansiyon anlamına gelmediği, ancak sıklıkla eşlik ettiği de belirtilirken, hipoperfüzyon ve konjesyonun farklı belirteçleri olduğuna değinilmiştir. Bu sayede klinisyenler kolaylıkla akut KY hastalarını 4 alt gruba ayırabilecektir. Sıcak-yaş(iyi perfüze ve konjesyone), Sıcak-kuru(iyi perfüze-konjesyone değil), Soğuk-yaş(en sık başvuru- kötü perfüzyon -konjesyone), Soğuk-kuru(kötü perfüzyon- konjesyone değil) Akut KY hastasına yaklaşım algoritması da oldukça önemli bir yenilik Akut KY'ye acil yaklaşım algoritmasında ilk yapılması gereken kardiyojenik şok olup olmadığının tespiti, çünkü kardiyojenik şok varlığında tedavi yolağı olduğu gibi değişiyor. Ardından solunum yetersizliğinin tespiti önem arz ediyor. Bu ikisinin de yokluğunda CHAMP akronimi ile tarif edilen acil ayırıcı tanının (akut koroner sendrom, hipertansif acil, aritmi, akut mekanik problem ve pulmoner emboli) yapılması öneriliyor. Tanısal testler içerisinde, yenilik olarak dikkat çeken bir durumda BNP ler ile ilgili olan vurgu1; Sınır değerler; B-tip natriüretik peptid (BNP)< 35 pg/MI, N-terminal pro-BNP (NT-proBNP)< 125 pg/mL normal değerler iken akut başlangıçta daha yüksek değerler kullanılması öneriliyor: BNP < 100 pg/mL, NT-proBNP <300 pg/ mL ve mid-regional pro A-tipi natriüretik peptid (MR-proANP) <120 pmol/L.

Tedavi için çok farklı ilaçlar yenilikler arasında yer almamaklar kullanılan ilaçların dozları ve verilme zamanlamalarına önemli vurgular yapılmış. Non hipoksemik hastalarda vazokonstriksiyon ve kardiyak output ta azalma yaptığı için oksijenin rutin olarak kullanılması önerilmemiş, daha önce diüretik kullanmayanlar için başlangıç parenteral furosemide dozu 20-40 mg olarak önerilirken, daha önce kullananlarda parenteral dozun oral doza en azından eşit olması gerektiği vurgulanıyor. Öte yandan, vazodilatör tedavi için eşik sistolik KB değerinin 90 mmHg'ya değiştirildiği (2012 klavuzunda 110 mmHg) dikkatlerden kaçmıyor. ESC klavuzundan sonra yayınlanan birkaç yayında ise AKY tedavisinin köşe taşı olan dirüretigin verilme zamanına dikkat çekilmiş.

KONUŞMA ÖZETLERİ

ANİ KARDİYAK ÖLÜMLE PREZENTE OLAN DURUMLAR

Ani kardiyak arrest ve ani kardiyak ölüm; tipik olarak sustained VT/VF'ye bağlı olarak hemodinamik kollapla birlikte ani olarak kardiyak aktivitenin durmasıdır. Düzeltici önlemler olan CPR ve/veya defibrilasyon, kardiyoversiyon ya da kardiyak pacing gibi önlemler alınmazsa bu durum ani kardiyak ölüme ilerler. Ani kardiyak arrest: dolaşımın defibrilasyon girişimi ya da spontan olarak geri döndüğü durumu ifade eder; ölüm gerçekleşirse ani kardiyak ölüm olarak isimlendirilir. Hem AMI hem de ani kardiyak ölüm için sirkadiyen bir ritim vardır. Her ikisi de çoğunlukla sempatik stümulasyonun arttığı uykudan uyardıktan sonraki birkaç saat içinde görülür. Koroner arter hastalığı (sıklıkla önceden tanı almamış) erişkinlerde ani ölümün major nedenidir ve vakaların %80'ini oluşturur. Ani kardiyak ölümün diğer nedenleri: Kardiyomyopati (%10-15), herediter kanalopati, valvuler hastalık, konjenital anomalilerdir. Ani kardiyak arrest riski klinik olarak tanımlanmış kalp hastalığı olanda 6-10 kat yüksek ve koroner kalp hastalığı risk faktörleri varlığında 2-4 kat şeklindedir. Erkekler ani kardiyak arrest açısından kadınlara göre 2-3 kat daha fazla risk altındadır. Ani kardiyak arreste sonucu belirleyen şey altta yatan hastalık ve resüsitasyonun hızı gibi faktörlerdir. Ani kardiyak arrest olan çoğu kişi serebral kan akımının yetersiz kalması sonucu saniyeler, dakikalar içinde bilinçsiz hale gelir. Genellikle uyarıcı semptomlar yoktur; ancak uyarıcı semptomlar olursa göğüste rahatsızlık, çarpıntı, nefes darlığı ve halsizlik şeklinde non spesifik olur. Koroner kalp hastalığı için olan risk faktörleri aynı zamanda ani kardiyak arrest için de risk faktörüdür. Koroner Arter Hastalığı, Ciddi Sol Ventrikül, Disfonksiyonu, Kardiyomyopati, Konjenital Kalp Hastalıkları, Valvuler Kalp Hastalığı, Kardiyak Pacemaker ve İletim Sistemi Hastalığı, Herediter Kanalopatiler patofizyolojide yer alan durumlardır. Herediter kanalopatiler arasında ani aritmik ölüm sendromu, iyon kanal hastalığı, Brugada sendromu, erken repolarizasyon sendromu, uzun QT sendromu, kısa QT sendromu, katekolaminerjik Polimorfik Ventriküler Taşikardi gibi patolojiler yer almaktadır. Bu patolojiler arasında yer alan Brugada sendromu; yapısal olarak kalbi normal olan hastalarda artmış ani kardiyak ölüm insidansı ile ilişkili bir EKG anomalliyedir, ilk olarak 1992'de Brugada kardeşler tanımlamıştır ve tanı karakteristik EKG bulgusu ve klinik kriterlere dayanır. Hastaların yönetiminde akut reversible nedenlerin tanınması ve tedavi edilmesi, yapısal kalp hastalıkları açısından değerlendirme, belirgin aritmik tetikleyici ya da yapısal kalp anomallikleri olmayan hastalarda primer elektriksel hastalık değerlendirmesi, nörolojik ve psikiyatrik değerlendirme ve şüpheli ya da teyit edilmiş sendromlu seçilmiş hastalarda aile bireylerinin değerlendirilmesi gibi yollar izlenir. Ani kardiyak arrestin yönetiminde arrestin akut tedavisi standart CPR protokolleri ile uygulanır. Ani kardiyak arrest sonrası sağ kalanlarda ICD uygulaması en uygun yöntemdir.

KONUŞMA ÖZETLERİ

ARDS NEW GUIDELINES

Harun Güneş, MD

Acute respiratory syndrome (ARDS) is an acute, diffuse, inflammatory lung injury that leads to increased pulmonary vascular permeability, bilateral alveolar infiltrates, increased lung weight, loss of aerated tissue, hypoxemia and respiratory failure. Globally, more than 3 million patients are affected by this deadly syndrome annually. It still has 26 to 58% mortality rate despite recent advances in the diagnosis and management. The diagnosis of ARDS is established if the patient has respiratory symptoms beginning within one week of a known clinical insult or new or worsening symptoms during the past week. Bilateral opacities consistent with pulmonary edema, not fully explained by pleural effusions, lobar/lung collapse, or pulmonary nodules, must be present on a chest radiograph or computed tomography scan. The patient's respiratory failure must not be fully explained by cardiac failure or fluid overload. An objective assessment to exclude hydrostatic pulmonary edema is required if no risk factors for ARDS are present. A moderate to severe impairment of oxygenation must be present, as defined by the ratio of arterial oxygen tension to fraction of inspired oxygen (PaO₂/FiO₂). ARDS is divided into 3 sub-categories according to the severity of hypoxemia: If PaO₂/FiO₂ ratio is between 201 mmHg and 300 mmHg on ventilator settings with PEEP or CPAP ≥5 cm H₂O, it means the patient has mild ARDS. If the ratio is between 101 mmHg and 200 mmHg on ventilators setting with PEEP ≥5 cm H₂O, it means moderate ARDS, and a ratio ≤100 mmHg, on ventilators setting with PEEP ≥5 cm H₂O, means severe ARDS. Recent American Thoracic Society, European Society of Intensive Care Medicine, and Society of Critical Care Medicine clinical practice guideline on mechanical ventilation in adult patients with ARDS provides strong recommendations for the use of volume-limited and pressure-limited ventilation in all adult patients and prone positioning for more than 12 h/d in patients with severe ARDS, and against the routine use of high frequency oscillatory ventilation in patients with moderate or severe ARDS. Besides, the guideline provides conditional recommendations, in patients with moderate or severe ARDS, for the use of lung recruitment maneuvers and high PEEP strategies. Finally, no recommendations are provided for or against venovenous extracorporeal membrane oxygenation in patients with severe ARDS due to insufficient data to make a recommendation.

KONUŞMA ÖZETLERİ

DEMANS

Deliryum, yaşlı acil servis hastalarının %7-10'unu etkileyen bir halk sağlığı problemidir.

Bu organ yetmezliği durumu, yaşlı hastalar için yıkıcı sonuçlar doğurmakta ve yaşam kaliteleri için belirgin bir tehdit oluşturmaktadır.

Daha yüksek ölümler oranları, hızlanmış fonksiyonel ve bilişsel düşüş ve daha uzun süreli hastanede kalış süresi ile ilişkilendirilmiştir. Olumsuz sonuçlarına rağmen, deliryum acil hekimler tarafından sık sık gözden kaçırılır.

Acil servise başvuru esnasında geriatrik hastaların %25'i, hastaneye yatırılan hastaların ise %50 sinde görülmektedir.

En sık cerrahi ve yoğun bakım hastalarında gözlenir. Ortopedik cerrahi: %35 – 60; Yoğun bakım hastalarında %80. Deliryum hastane içi mortaliteyi 22 kat artırır. Terminal dönem kanser hastası veya AIDS de bu oran %25-85'tir.

Deliryum;

Alta yatan fizyolojik durumun sebep olduğu **kognitif disfonksiyonun** akut yada subakut evresi

RİSK FAKTÖRLERİ;

ˆ Biliş, hafıza, biliş, algıda bozulma

ˆ Kısa sürede gelişme (saatler-günler)

ˆ Dikkatini sağlayamama ve odaklanamama

ˆ Semptomların ve dikkat eksikliğinin dalgalı seyri *Deliryumda ayırıcı özellik

ˆ Bilişteki kusurlar, disoryantasyon ya da hafızada eksiklik olarak kendini gösterebilir.

ˆ Algısal bozukluklar halüsinasyon ve delüzyonları içerir.

ˆ Hasta somnolansta ya da ajitasyonda olabilir.

Acil serviste hiperkinetik hastanın tedavisinde ; haloperidol kullanılır.

DEPRESYON

DEMANS DSM IV TR Tanı Kriterleri

Alzheimer Tipi Demans:

A) Aşağıdakilerden her ikisinin bulunması ile belirli çoğul kognitif de sitin gelişmesi:

B) Hafıza bozukluğu (yeni bilgiler öğrenme veya daha önceden öğrenilmiş olan bilgilerin hatırlanmasında sorun yaşanır)

C) Aşağıdaki kognitif ânzalardan birinin veya daha fazlasının bozulması: Afazi-lisan bozukluğu,

Apraksi-motor faaliyetleri yerine getirememe,

Agnozi-nesneleri tanıyamama veya tanımlayamama,

Tasarlama, organize etme, sıraya koyma, soyutlama gibi yönetsel işlevlerde bozukluk ortaya çıkması.

Söz konusu olan bu kognitif bozuklukların her birisi toplumsal veya meslekî işlevsellikte belirgin bir bozulmaya sebep olur veya önceki işlevsellik düzeyinde belirgin bir düşme olur.

Aşama aşama başlar ve sürekli kognitif bir düşme görülür.

Kognitif bozukluklar MSS'yi ilgilendiren diğer bir tıbbî duruma, sistemik bir patolojiye veya madde kullanımına bağlı değildir.

Bu bozukluklar sâdece deliryumun seyri sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Vasküler Demans (Multi-Enfarkt Demans):

Bu tabloda, Alzheimer tipi demanstan farklı olarak, etiyolojik olarak ilişkili olduğu yargısına varılan fokal nörolojik belirti ve bulgular vardır.

Serebrovasküler hastalığı düşündürür.

Deliryumla, hezeyanlarla, depresif duygudurumla giden ve komplikasyonsuz seyreden alt tipleri vardır.

Genel Tıbbî Durumlara Bağlı Demans:

HIV enfeksiyonu, kafa travması, Parkinson hastalığı, Huntington hastalığı, Pick hastalığı, Creutzfeldt-Jakob hastalığı, multipl skleroz vs durumlarda ortaya çıkabilir.

A) Madde Kullanımının Yol Açtığı Kalıcı Demans.

B) Çoğul Etiyolojiye Bağlı Demans.

Genel olarak 3 temel yaklaşım vardır:

1. Demansın seyri yavaşlatan veya geri döndürülebilir sebepleri düzelten yaklaşımlar;

2. Kognitif belirtilerin tedavisi;

3. Ajitasyon gibi, demans tablosunu kötüleştirebilecek semptom ve davranışların tedavisi.

KONUŞMA ÖZETLERİ

DEMİR İÇEREN İLAÇLARLA ZEHİRLENME

UZM.DR. SEVGİ YUMRUTEPE
MALATYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

GİRİŞ

- Demir ilaçları anemi tedavisinde (özellikle gebelerde ve çocuklarda)
- En sık 6 yaş altı çocuklarda görülür
- Genellikle +2 değerlikli ferröz demirle olur
- Zehirlenme durumunda elementer demir seviyesi hesaplanmalıdır
- Demir fumarat %33, demir sülfat %20, demir glukonat %12 elementer demir içerir

FİZYOLOJİ

- Duedenum ve jejunumdan emilir
- Eritrosit, hemoglobin, miyoglobin, sitokrom ve bazı enzim yapısında
- Vucüttaki demirin üçteikisi hemoglobinde yer alır
- Proteinlere bağlanma, gastrointestinal emilimin düzenlenmesi, intestinal hücrelerde depolanma
- Ferritin olarak depo
- Transferrine bağlı
- Serum demir düzeyi normalde 50-170 mikrogram)
- Ölçümlerde transferin miktarını ölçer ve normal serum demirinden 2-3 kat fazladır

FİZYOPATOLOJİ

- Gastrointestinal sistemde direkt irritasyon
- Mukozal ülserasyon ve kanama
- Doku hipoperfüzyonu
- Toksik serbest radikaller üretimi
- Membran lipid peroksidasyonu
- Serum proteaz inhibisyonu
- Miyokardiyal disfonksiyon (demirin miyokarda birikmesi)
- Elektron taşıma zinciri bozulması

Demir Alımının Tahmin Edilen Toksikitesi

elementer demir miktarına göre	serum demir konsantrasyonuna göre(alındıktan 4-5 saat sonra)	zehirlenme derecesi
10-20 mg/kg	<300 mikrogram/dl	hafif
20-60 mg/kg	300-500 mikrogram/dl	orta
60 mg/kg ve üzeri	>500	Orta,ciddi
-	>1000	Ciddi toksisite

KLİNİK

- Akut dönemde nekrotizan gastroenterit
- Her hastada görülmesi gerekmeyen 5 evrede

Evre 1 (ilk 6 saat)	Evre 2 (latent)(6-24 saat)	Evre 3	Evre 4 (hepatik) (2-5 gün sonra)	Evre 5 (4-6. haftalarda)
GİS belirtileri; -bulantı, kusma -diyare -karın ağrısı -intestinal ülserasyon,ödem -transmural inflamasyon -hematemez -melena -hematokezya	Klinik semptom yok -letarji -taşikardi -metabolik asidoz	Sistemik toksisite -şok -laktik asidoz -koagülopati -kanama -hipovolemi -karaciğer disfonksiyonu -renal yetmezlik -kardiomyopati -letarji -hiperventilasyon -nöbet -koma	Karaciğer yetmezliği	Gastrik çıkışta obstrüksiyon

KONUŞMA ÖZETLERİ

TANI

- Öykü, anamnez çok önemli
- Radyolojik görüntüleme
- Laboratuvar testleri
 - eloktrolitler
 - kan üre azotu
 - glukoz
 - koagülasyon
 - tam kan
 - karaciğer enzimleri
 - serum demir düzeyi

AYIRICI TANI

- Akut gastroenterit
- Akut batın
- Diğer zehirlenmeler
 - asetaminofen
 - salisilat
 - mantar
 - arsenik
 - kostik
 - civa

TEDAVİ-1

- Saati uygunsa mide lavajı
- Aktif kömür etkili değil
- İpeka şurubu ile kusturulmamalı
- İlk 6 saat asemptomatik genellikle taburcu
- Latent evre unutulmamalı
- Diyaliz etkili değil
- Semptomatik tedavi
 - antiemetik, sıvı
 - taze donmuş plazma
 - parenteral K vitamini(5-25 mg)

TEDAVİ-2

- Deferoxamin şelasyon tedavisi
- Endoskopi
- Kan değişimi (Serum demir düzeyi 1000mikrog/dl üzerinde ise) etkin değil
- Deferipon oral demi şelatörü (akut alınımda kullanılır, aşırı demir alımında faydası görülmemiş)
- Polietilen glükol solüsyonu(Golytely, barsak temizleme tozu)
 - Çocuklarda 250-500 ml/saat, erişkinde 2 l/saat

DEFEROKSAMİN

- Streptomiçes pilosus'dan
- Serbest demiri ve ferritine, hemosiderin, proteine bağlı olayan demiri
- Deferoxamin demir ile birlecek ferrioksamin olarak idrarla
- Gebe ve çocuklarda güvenli
- Hipotansiyonu ve hipovolemisi olmayan hastalarda oral, varsa intravenöz(iv)
- 90mg/kg oral, 5mg/kg iv başlama 15mg/kg devam
- Çocuklarda 1 grama kadar, erişkinde 2 grama kadar
- Gereklilik halinde 4-5 saatte bir tekrar
- Günlük doz 5-6 gramı geçmemeli
- İdrarda vin rose görünümü

DEFEROKSAMİN ENDİKASYONLARI

- Ciddi klinik bulguları olan hastalar
- Yineyelen hafif belirtileri olan hastalar
- Serum demir düzeyi 350-500 mikrog/dl ve üzerindeki tüm hastalar
- Mide yıkanmasına rağmen radyografide karında radyopak demir parçaları olan hastalar

DEFEROKSAMİN YAN ETKİLERİ

- ARDS(akut solunum yetmezliği sendromu)
- Hipotansiyon, döküntü, yüzde kızarıklık, anafaksi
- Mukormikoz enfeksiyonu
- Yersinya enterokolitika sepsisi
- Renal yetmezlik

TABURCULUK

- Toksik düzeyde demir almamış, asemptomatik 6 satlık dönemde belirtisi olmayan hastalar
- Deferoxamin tedavisi gerekli hastalar yoğun bakıma
- Psikiyatri görüşü
- Zehir danışma (114)

KAYNAKLAR

- 1-Acil Tıp , Tintinalli
- 2-Acilde Klinik Toksikoloji ,Salim Satar

KONUŞMA ÖZETLERİ

DIŞ MACUNU ZEHİRLENMESİ

Uzm. Dr. Özlem Uzun
S.B.Ü Bağırcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil tıp Kliniği

DIŞ MACUNU İÇERİĞİ

Aşındırıcılar: bikalsiyum fosfat, sodyum metafosfat, kalsiyum karbonat, silika, kalsiyum pirofosfat
Temizleyici maddeler: sodyum loril sülfat, sodyum n-loril sarkosinat
Bağlayıcı maddeler: sodyum karboksimetil selüloz
Nemlendiriciler: gliserol, soritol, propilen glikol
Aroma veren, tatlandırıcı ve renklendirici maddeler
Koruyucu maddeler: alkol benzoat, formaldehit
Tedavi edici maddeler: florür, triclosan, nanohidroksiapatit, arjinin

FLORÜR ZEHİRLENMESİ

Amerika birleşik devletlerinde diş macunlarında her bir gramında 1 miligram florür mevcuttur
Akut florür zehirlenmesi: 0.1-0.3 mg/kg
Muhtemel toksik dozu :5 mg/kg
Florun letal dozu 32-64 mg/kg

KLİNİK

Dental florozis
Perioral dermatit
Akut ve Kronik zehirlenme

DENTAL FLOROZİS

yaş , florür alınmasına bağlı olarak diş minesinde meydana gelen bozukluk

PERİORAL DERMATİT

Ağız etrafında rozasea benzeri döküntüler ,20-50 yaş,kadın ,stomatit
Tedavi: florürsüz bir diş macununa geçilmeli

AKUT ZEHİRLENME

Sodyum floroasetat ve sodyum florür,anaerobik glikolizis enzimleri, kolinesteraz, lipaz, fosfataz enzim inhibisyonu,metabolik bozukluklar, ölüm
Florun kalsiyuma olan ilgisi, hipokalsemi ,konvülsiyonlar

SEMPTOMLAR

Bulantı, kusma,konvülsiyonlar ,tremor,diyare ,dispne, salivasyon ,miyokardiyal infarktüs, ağızda tuz veya sabun tadı,bradikardi ,şok,karın ağrısı

TEDAVİ

zehir danışma ,monitorizasyon ,havayolu kontrolü ,iv damar yolu,nazogastrik lavaj, aktif kömür,Kardiyak dısrılmelerde IV kalsiyum, hiperkalemi, hipokalsemi ve hipomagnezemi tedavisi, hemodiyaliz
Spesifik antıdot yoktur

TRICLOSAN

Anti-bakteriyal,sabun, deodorant, kozmetik, deterjan, losyon, anti-bakteriyel krem ve deterjan kullanılır,sudaki klor ile tepkimeye girerek zehirli kloroform gazı oluşur
kas,karaciğer,tiroit ve üreme fonksiyon bozuklukları,merkezi sinir sistemi bozuklukları,aynı zamanda kanserojen
2016 yılından beri FDA sabunlarda kullanımını yasakladı!!!!

KONUŞMA ÖZETLERİ

ACIL SERVİSTE GASTROENTERİTLİ HASTAYA YAKLAŞIM

Akut gastroenterit (GE) dünyada en sık konulan klinik tanılardan, (2-4 milyon/yıl) olup, gelişmekte olan ülkelerde çocuk ölümlerinin %18' ini oluşturmaktadır. Ülkemizde GE'nin en sık viral orijinli olup, bunu bakteriyel ve protozoalar izlemektedir. Viral etkenler içinde en sık nörovirüsler görülmektedir. Bakteriyel nedenler içinde ise en sık görülenleri Salmonella, Campylobacter, Shigella dir. Patogenezden sorumlu mekanizmalar; artan intestinal sekresyon, azalmış intestinal absorpsiyon, artmış osmotik yük, anormal intestinal motilitedir. Akut GE tanısı, öykü, fizik muayene ve uygun klinik durumlarda laboratuvar çalışmaları ile konulur. Öyküde yaş, dışkılamanın sıklığı, özelliği, kanlı olup olmaması, kusma, ateş varlığı, karın ağrısı varlığı, yeri, yakın zamanda gıda alımı, seyahat öyküsü, içme suyu kaynağı, hastalığın ortaya çıktığı yer, meslek, ev hayvanı besleme, komorbid hastalıklar ve kullandığı ilaçlar sorgulanmalıdır. Muayenede nonspesik batin muayene bulgularının yanı sıra, orta-ciddi hipovolemisi olan hastalarda dehidrasyona ait muayene bulguları görülebilmektedir. Dışkı çalışmaları viral GE li hastalarda rutin olarak gerekli değildir ve tipik olarak negatiftir. Fekal lökositlerin, gizli kanın, laktoferrin veya pozitif dışkı kültürünün varlığı, enflamatuvar, nonviral GE' i işaret eder. İnatçı ateş, dehidrasyon, dışkıda kan veya mukus veya diğer alarm semptomları ve bulguları ile başvuran erişkinlerde dışkı çalışmaları yapılmalıdır. Volüm kaybı belirtilerinin yokluğunda, serum elektrolitlerini ölçmek gerekli değildir. Tam kan sayımı viral ve bakteriyel GE arasında güvenilir bir ayırım yapmaz. Dışkı kültürü yapılması gereken durumlar; yaşlılarda (>65 yaş), turist ishali, antibiyotiğe bağlı ishal, hemorojik kolit, salgın şeklindeki ishal, immün yetmezlikli hastada ishal, bakımevinde görülen ishal, nosokomial ishal, septisemi eğilimli akut ishaldir. Tedavi, sıvı elektrolit dengesini ve beslenmeyi sürdürmek, antibiyotiklerin kısıtlı kullanımı, antimotilit ve antiemetik ilaçların gerekli durumlarda kullanılmasını içermektedir. Volüm depresyonu belirtisi olmayan erişkinler için, sporcu içecekleri ile yeterli hacim korunabilir. Hafif ve orta derecede hipovolemiyle başvuran erişkinler için oral rehidrasyon çözeltileri, elektrolit dengesini sürdürmede sporcu içeceklerinden daha üstündür. Şiddetli dehidrasyonu olan hastalarda intravenöz sıvılar kullanılır. Antibiyotikler, ateş ve kanlı ishale birlikte seyreden durumlarda, turist ishali (orta-şiddetli) ve nosokomial diyarede kullanılır. Bağırsak ilişkili bağırsıklık sistemi ile etkileşim yoluyla veya diğer mikroorganizmalar üzerinde doğrudan etki yoluyla bağırsıklık yanıtını düzenleyen probiyotikler popüler olmakla birlikte değeri iyi belirlenmemiştir. Çok sayıda sistematik derleme, enfeksiyöz diyare süresinde azalma gösterdiğini ortaya koymaktadır. Akut viral GE li bireylerin çoğu poliklinik ortamında tedavi edilebilir. Yatış için olası endikasyonlar arasında, alarm semptomlarının veya işaretlerinin varlığı veya komplikasyon riski olan bireyler bulunur. Uygun klinik düzelmesi olan, oral alabilen, bulantı kusması kontrol altında olan, vital bulgular normal olan, normal abdominal muayeneye sahip olan, herhangi bir komplikasyonu bulunmayan hastalar acilden taburcu edilebilir.

KONUŞMA ÖZETLERİ

DVT'Lİ HASTA NE YAPAYIM

Dr. Öğr. Üy. Serhat koyuncu

GOP Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp A. D.

Venöz tromboemboli vücudtaki tüm venlerde trombozun veya embolinin neden olduğu morbidite veya mortaliteye sebep olan klinik bir durumdur. En sık görülen formu ise alt ekstremitelerde derin venlerinde görülen Derin ven trombozudur (DVT). Daha nadir olarak pulmoner tromboemboli, sinüs ven trombozu gibi klinik durumlar izlenebilir. İnsidansı 40 yaş altında 1/10000 sıklığında iken, 60 yaş üstünde 1/100 sıklığında görülmektedir. Amerika'da her yıl yaklaşık 1 milyon vaka DVT nedeni ile hastanelere başvurmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklar arasında miyokard infarktüsü ve inmeden sonra en sık görülen hastalıktır. Önlem alınmadığı takdirde morbidite ve mortalitenin önemli sebeplerinden birisi de venöz tromboembolilerdir. VTE oluşumu birçok faktöre bağlıdır. Risk faktörü ne kadar fazla ise tromboemboli gelişme riski aynı derecede artmaktadır. VTE gelişimini kolaylaştıran üç temel patolojik mekanizma 19. yüzyılın başlarında ünlü patolojist Rudolf Virchow tarafından tanımlanmıştır. Virchow triadı olarak da bilinen bu üç temel mekanizma venöz staz, damar endotel hasarı ve hiperkoagülabilitedir.

Tanıda klinik bulguların yanı sıra D-dimer ve radyolojik görüntüleme yöntemleri yol göstericidir. Hastalarda ağrı, eritem, ısı artışı, ödem, homans belirtisi gibi bulgular yol gösterici olmasına rağmen hastaların %50'sinden daha azında bu bulgular izlenmektedir. Birçok skorlama sistemi ile tanıyı güçlendirmek amaçlanmıştır. Günümüzde en sık kullanılan skorlama wells skorlamasıdır. Bu skorlama sisteminde hastalar DVT açısından düşük, orta, yüksek riskli olarak sınıflandırılmaktadır. D-dimer yüksekliği özellikle düşük riskli grupta yol gösterici olmaktadır. Negatif olması tanıdan uzaklaştırırken, pozitifliğinin birçok klinik tabloda görülebileceği unutulmamalıdır.

Tedavide primer amacımız tanıdan sonra pıhtının yayılmasını ve akciğer embolizasyonunu önlemek, sekonder amaç ise yeni atakların gelişmesini önlemektir. Günümüzde standart tedavi seçenekleri parenteral ve oral antikoagülan ajanlar ve katater ilişkili tedavilerdir. Trombozun anatomik yerleşimi hem hastalığın ciddiyetini hem de uygulanacak tedavinin değişmesine neden olmaktadır. Baldır venlerinde yerleşmiş olan bir trombozda komplikasyon riski düşük ve sadece antikoagülan tedavi yeterli iken, ileofemoral venlerde yerleşmiş bir trombozda tedavi komplikasyon riski yüksek ve komplike tedavilere ihtiyaç duyulmaktadır.

DVT tedavisinde güncel olarak ilaç faz çalışmaları sürmektedir. Özellikle yeni nesil oral antikoagülan ajanların kullanımı için yapılan RE-COVER, EINSTEIN, AMPLIFY, HOKUSAI-VTE gibi büyük çalışmalar dabigatran, rivoraksoban, apixsimab, edoksaban gibi ilaçların DVT tedavisinde kullanılabileceğini öne sürülmektedir. K vitamin antagonistlerine göre birçok avantajı olan bu ilaçların DVT tedavisinde daha sık kullanılacağı düşünülmektedir.

Sonuç olarak DVT her zaman akılda tutulması gereken ve tanı konulur konulmaz tedaviye başlanması gereken ciddi bir klinik tablodur. Hangi hastada hangi tedavi yöntemlerinin kullanılacağına karar verilmesi morbidite ve nüks açısından önemli bir karardır. Yeni tedaviler ile DVT'da daha başarılı sonuçlar beklenilmektedir.

KONUŞMA ÖZETLERİ

GEBELİKTE MORTAL ACİLLER

Gebeliğin ilk yarısında abortuslar mortal olmasada molar gebelik ve ektopik gebelik mortal seyredebilen tanısının konması zaman zaman zorlaşan durumlar olabilir

Gebeliğin ikinci yarısında gelişen şiddetli kanama hem annenin hemde fetüsün hayatını tehdit edebilir. Gebeliğin ikinci yarısında vajinal kanama şikayeti ile gelen hastalara dijital muayene yapılmamalıdır.

DEKOLMAN PLASENTA :

Normal şekilde implante olmuş bir plasentanın erken dönemde uterus iç tabakasından ayrılmasıdır. Gebeliğin %1 de görülür. En çok ilişkilendirilen risk faktörü hipertansiyondur. Klinik özellikler arasında ağrılı vajinal kanama, şiddetli uterus ağrısı veya hassasiyet, uterusta tonus artışı ve hipotansiyon sayılabilir. USG tanı konulması açısından oldukça spesifiktir. İleri derecede dekolman ve yoğun kanaması olan hastalarda fetüsün obstetrik cerrah tarafından acilen çıkarılması gerekmektedir.

PLASENTA PREVİA

Plasentanın internal servikla deliğin yakınına, kısmen üstüne ve ötesine kadar uzanması olarak tanımlanmaktadır. Plasentanın pozisyonu usg ile belirlenebilir. Marjinal, kısmi ve tam plaseenta previa olarak alt tipleri vardır.

VASA PREVİA

Gebeliğin geç dönemlerinde ortaya çıkan kanamaların nadir nedenlerindedir. Umbilikal kord plasentaçerisine girmeden önce fetal membranların içerisinden geçmektedir. Vasa previa ile ilişkili kanam spontan membran rüptürü sırasında meydana gelmektedir.

POSTPARTUM KANAMA

Dünya üzerinde maternal mortalitenin en sık görülen nedenidir. Postpartum kanama doğumdan sonra ilk 24 saat içinde çıkmakta olup primer postpartum kanama olarak adlandırılır. İlk 24 saatten sonra 6 haftaya kadar olan kanamalara sekonder postpartum kanamalar denir.

HİPERTANSİYON

En az 6 saatlik aralarla iki kez ölçülen sistolik kan basıncının 140 mmHg dan veya diyastolik kan basıncının 90 mmHg dan büyük olması olarak tanımlanmaktadır. Kronik hipertansiyon türü, gebelikten önce varolan hipertansiyon türüdür. Gebeliğin 20. Haftasından önce tanı konur ve doğumdan sonra 6 haftadan daha uzun süre devam eder.. Tedavi; antihipertansif ilaçların tamamı plasentadan geçmektedir. Gestasyonel hipertansiyon tanısı alanlarda tercih edilen ilaçlar labetalol ve metil dopadır. Uzun etkili nifedipin eklenebilir.

PREEKLAMPSİ

Klinik tanısı 20. haftadan sonra denilmesine rağmen vakaların yalnızca %10 nu 34. haftadan önce görülmüştür. Tek kesin tedavisi fetüsün çıkarılmasıdır.

TANI KRİTERLERİ

1. Tansiyon 140/90 mmHg üzerinde olması
2. 24 saatlik idrarda proteinüri 0,3 gr dan fazla olması
3. 20 haftalık gebelik

EKLAMPSİ

Gebeliğin 20. Haftasında veya postpartum 4. Haftada olup epileptik nöbet geçirmesidir. Eklampsili gebenin bakımında maternal hipoksi ve travmadan koruma, hipertansiyon tedavisi, nöbetlerin tekrarlarının önlenmesi ve acil doğum için hastanın hazırlanması gerekmektedir.

HELLP SENDROMU

Hemoliz, yüksek karaciğer enzimleri, düşük trombositleri kapsar. Preeklampsinin bir varyantıdır. Gebeliğin 20. Haftasından sonra karın ağrısı ile acil servise gelen hastalarda hellp dışlanmalıdır. Hellp sendromunun başlangıç tedavisi magnezyum sülfat uygulanması, kan basıncı kontrolü ve annenin stabilizasyonu gerektirir. Kesin tedavi gebeliğin 34. Haftasına gelmişse fetüsün alınmasıdır.

KONUŞMA ÖZETLERİ

GERİATRİK TRAVMALI HASTAYA ACİL YAKLAŞIM

Dr.Öğr. Üy. Murat DAŞ

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Son yıllarda yaşlı nüfusu tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de artmıştır. Artan yaşam süresi, kronik hastalıkların tedavisindeki ilerlemeler aktif yaşayan yaşlı kişi sayısını ve sonucunda acil servislere travma başvurusunu artırmıştır.

Yaşlı tanımı ile ilgili yaş sınırı hakkındaki tartışmalar halen devam etmekle beraber, çoğu çalışma ve travma kılavuzlarında 65 yaş ve üstü yaşlı olarak kabul edilmiştir.

Yaşlandıkça ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler, mevcut kronik hastalıklar ve kullanılan ilaçlar yaşlılarda mortaliteyi artıran sebeplerdir. Yaşlılarda solunum sistemi ve kardiyovasküler sistem rezervleri azalır. Beyin kütlesi azalır ve atrofi oluşur. Yaşlılıkta sistemlerin bu değişikliği travmaya bağlı toleransı azaltarak basit travmalarda bile ciddi sonuçlar ortaya çıkabilir.

Yaşlılarda en sık travma mekanizması düşmeler ve motorlu araç kazalarıdır. Düşme en sık ayakta durur pozisyonda kayma veya sendelemeye bağlı oluşur ve pelvis ve alt ekstremiteler sıklıkla yaralanır. Motorlu araç kazaları düşmelerden sonraki en sık travma mekanizmasıdır ve mortalite oranları en yüksek mekanizmadır.

Travmalı yaşlı hastaların hastane öncesi triajında bazı yetersizlikler mevcuttur. Yaşlılardaki fizyolojik değişimler, kronik hastalıkları ve kullandıkları ilaçlar yaşlı travma hastalarında basit bir travma mekanizması ile de olsa ciddi sonuçlar ortaya çıkarabilir. Bu nedenle yaşlı hastalar mümkün olduğunca ileri düzey travma merkezlerinde değerlendirilmelidir.

Travmalı hastaların ilk bakışında ABCDE yaklaşımının uygulanması yaşlılar için uygundur. Hava yolu sağlanırken yaşlılarda temporomandibular eklem artriti ağız açıklığını daraltarak zor entübasyona neden olur. Diş protezleri kırılıp hava yolunu tıkayabilir.

Yaşlı hastaların solunum rezervleri az olduğu için yüksek basınçlı oksijen uygulanmalıdır. Özellikle 10/dk ve altında bir solunum sayısı varsa erken entübasyon düşünülmelidir. Göğüs travması mevcut olan yaşlılarda da erken entübasyon klinik durum kötüleşmeden düşünülebilir.

Şokun erken tespiti yaşlılarda zordur. Hipoperfüzyon varlığında bile yaşlılar taşikardi ve hipotansiyon bulgusunu vermeyebilir. Bilinç değişikliği, ılımlı taşipne, kapiller geri dolun zamanında uzama ve idrar çıkışında azalma şokun erken tanınmasında daha doğru sonuç verebilir. Seri tansiyon ölçümlerinde 30mmHg'lık sistolik kan basıncı düşüşü şoka gidişi düşündürülebilir.

İkincil bakı da kafa travması yaşlılarda sıklıkla tespit edilen yaralanmalardandır. Glaskow Koma Skala puanı yaşlılarda güvenilmezdir. Beyin atrofi olanlarda subdural kanama gibi durumlarda GKS puanı aynı şekilde yaralanmış gençlere göre daha yüksek bulunabilir. Bu nedenle bilgisayarlı beyin tomografisi yaşlılarda daha geniş endikasyonlarda çekilmelidir.

Göğüs travması mevcut olan hastalarda girişimler için erken davranılmalıdır. Ağrı kontrolü solunum kalitesinin artırılması için önemlidir. Karın travmalarında muayene bulguları güvenilmezdir. Bu nedenle yaşlı travma hastalarında batın BT'nin endikasyonları geniş tutulmalıdır.

Pelvis ve kalça kırıkları yaşlılarda hastaneye travma nedeni ile yatışın en sık tanısıdır. Hipovolemi açısından dikkatli olunmalıdır.

Yaşlılarda ağrı kontrolü ve hızlı seri entübasyon sırasında kullanılacak ilaçlar %30 – 50 oranında azaltılarak verilmelidir.

KONUŞMA ÖZETLERİ

NON SPESİFİK KARIN AĞRISI

Yrd.Doç.Dr Hacı Mehmet ÇALIŞKAN

Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Kırşehir

Karın ağrısı acil servis başvurularının önemli bir bölümünü oluşturur ve bu hastaların yaklaşık üçte birine tanı konulamaz, bu tanısını koyamadığımız hasta gurubu Non spesifik Karın Ağrısı (NSKA) olarak tanımlanır.

Non spesifik karın ağrısı Belirli bir hastalığa özgü olmayan ve kesin tanısını koyamadığımız 6 saatten fazla süren ve 7 günden az süren karın ağrılarıdır. Ateş, lökositoz ve periton bulguları yoktur. Fizik muayene, laboratuvar, görüntüleme bulguları çoğu zaman işe yaramaz. Tüm karın ağrıların %31-37 gibi önemli bir bölümünü oluşturur

Akut karın ağrısının en sık nedenleri Nonspesifik karın ağrısı...%34, Apandisit %17-28 , Safra yolu hast %10 , İntestinal obs...% 4 , Jinekolojik hastalıklar % 4 , Pankreatit % 3, Renal kolikler % 3, Peptik ülser perforasyonu % 3, Malignite % 2, Divertiküler hast % 2, Diğer % 6 şeklindedir(1).

Hastaların NSKA grubuna dahil olup olmadığına karar vermek oldukça önemli bir problemdir. Öncelikli olarak akut batın tablosu dışlanmalıdır. Bunun için fizik muayeneye ek olarak pek çok laboratuvar tetkiki ve radyolojik inceleme gereklidir. Karın ağrısının altında yatan patolojiyi ortaya koymak bazen uzun süreli takip gerektirir ve yine de altta yatan bir hastalığın atlanma olasılığı mevcuttur(2).

Non spesifik karın ağrısı tanısı koymadan önce karın ağrısının bazı gizli kalmış hastalıklarını hatırlatmak doğru olur; bunlardan birincisi akut intermitan porfiria bu hastalık hem metabolizmasında bir enzim defekti ile oluşup erişkin yaşta abdominal kramplar, distansiyon, bulantı, kusma, kabızlık, taşikardi, hipertansiyon, mental değişiklikler, baş, boyun, göğüs, ekstremitelerde ağrıları, periferik nöropati, kas kuvvetinde azalma, duyu kaybı, dizüri, idrar retansiyonu gibi çok farklı belirtiler ile acil servise başvurabilirler. Bunun dışında çölyak hastalığı gluten enteropatisidir ve ileri yaşlarda da aniden başlayabilir. Bayanlarda pelvik konjesyon sendromu da akla nadiren gelen tanılardandır alt batında kolik tarzı şiddetli ağrılara neden olur. Bunların yanı sıra 50 yaş üzerinde non spesifik karın ağrılı hastalarda kolonoskopi ile % 7 oranında malign ve premalign lezyon tanıları konulmuştur. Bu gibi gizli hastalıklar nedeni ile non spesifik demeden önce ciddi bir araştırma yapmalıyız.

Anahtar kelimeler: non spesifik karın ağrısı, acil servis, kolonoskopi

KAYNAKLAR:

1. Fagerström A, Paajanen P, Saarelainen H, Ahonen-Siirtola M, Ukkonen M, Miettinen P, Paajanen H., Non-specific abdominal pain remains as the most common reason for acute abdomen: 26-year retrospective audit in one emergency unit. Scand J Gastroenterol. 2017 Oct;52(10):1072-1077. doi: 10.1080/00365521.2017.1342140. Epub 2017 Jun 28.
2. Manuk N. Manukyan, Uğur Devci, Abut Kebudi, Sertan M. Kapaklı, Rahmi Çubuk, Mehmet M. Atasoy, Non-spesifik karın ağrısı bulunan hastalarda kolonoskopik incelemenin yeri, Ulusal Cerrahi Dergisi 2010; 26(4): 196-198

KONUŞMA ÖZETLERİ

HOW TO REGAIN THE SLEEP CYCLE AND BIORHYTHM AFTER NIGHT SHIFTS?

WHAT IS SLEEP CYCLE?

The synchronization of circadian rhythms to the 24-h cycle is largely maintained by external and environmental cues. The natural light/dark cycle is the strongest of these circadian regulators. When light enters the eyes (or transmits through closed eyelids), photic stimuli are transmitted via retinohypothalamic and retino-geniculo-hypothalamic pathways to the suprachiasmatic nucleus. This action results in suppression of melatonin from the pineal gland. Melatonin levels are low during the day, then rise in the evening to suppress CNS arousal and set the stage for sleep onset. In shift workers, these two opponent processes become uncoupled, negatively affecting both sleep and wakefulness; that is, external "day" is no longer synchronized with high alerting and low melatonin secretion.

TREATMENT

As with all circadian rhythm sleep disorders, the cornerstone of SWD assessment is the clinical interview, including careful review of the general and psychiatric medical history and medication profile. A careful sleep history is essential to the evaluation of the shift work patient. Shift work is and will remain a vital component of the modern workplace. Thus, although there is no cure for SWD, a number of treatment efforts have targeted the core features of shift work: circadian misalignment, sleepiness, and sleep disturbances. Circadian Adaptation: The core feature of SWD is misalignment between the endogenous and exogenous circadian schedules. Hence, a central objective of SWD treatments is to reduce this misalignment to enhance adaptation to the shift work schedule. The most powerful external time cue (ie, zeitgeber) of circadian rhythmicity is light, and multiple studies have examined bright light exposure as an approach to "shift" the endogenous clock.

Shift work is particularly amenable to occupational health approaches, and the integration of shift scheduling software, activity monitoring, mobile health, and telemedicine will likely be fruitful for forward-thinking organizations.

Nonpharmacologic interventions to treat shiftwork disorder include bright light exposure in the nighttime work environment and avoiding light on the morning commute home, strategic napping, as well as use of caffeine and other stimulants. Although few of those studies have focused on older shift workers exclusively, a recent study found that a combined intervention of enhanced lighting and scheduled evening sleep was effective in improving night-shift alertness and performance in older individuals. Additional studies testing interventions in older shift workers are needed.

KONUŞMA ÖZETLERİ

IRUKANDJİ SENDROMU;

Çağımızda yaşanan küresel ısınma ve etkileri sonucu doğal yaşam ciddi boyutlarda etkilenmekte ve dolaylı ya da direkt olarak insan hayatına olumsuz etkileri yansımaktadır. Yağmurlar, mevsim ve iklim değişiklikleri, sel su baskınları, toprak kaymaları bunlara örnektir. Bununla birlikte ısı artışı veya azalması, nem oranlarındaki değişikliklere bağlı olarak çeşitli hastalık yapan patojenler ve hatta canlıların yaşam ortamları değişmekte. Kimilerinin nesilleri tükenirken, kimileri insanların yaşantısını tehdit eder boyutlara gelmektedir.

Ülkemiz iklim şartlarında görmeye alışık olmadığımız canlılar ve bunların yaşantımıza etkilerini yaşamaktayız. Maalesef bunlardan olumsuz etkileri olanlar çoğunlukta. Denizlerimizde görmeye alışık olmadığımız tehlikeli deniz anası türleri de tehdit oluşturmaktadır. Deniz anası maruziyetinin sağlığımız üzerine etkileri ve tedavi ilkelerine yer verilecektir.

Türk karasularında bulunan bazı denizanası türleri ve Türkçe isimleri;

Aurelia aurita (Ay denizanası)

Rhizostoma pulmo (Deniz ciğeri denizanası)

Pelagia noctiluca (Mor sokar denizanası)

Cotylorhiza tuberculata (Maviş denizanası)

Chrysaora hysoscella (Pusula Denizanası)

Cassiopea andromeda (Ters-Düz deniz anası)

Rhopilema nomadica (Göçmen Denizanası)

Phyllorhiza punctata (Beyaz noktalı denizanası)

Bunlar içinde en tehlikelisi göçmen deniz anasıdır

Belirti ve bulgular;

Ağrı, eritem, ürtiker, vezikül, hipo/hiper pigmentasyon ve maruziyet alanında yüzeysel nekroz deniz anası maruziyetlerinde karşımıza sıkça çıkabilen klinik bulgulardır. Bazen, ortaya çıkan ağrı bir kaç hafta devam edebilirken; skar ve cilt rengi değişiklikleriyle beraber gecikmiş hipersensitivite reaksiyonu içinde de kendini gösterebilir. Yine bazı maruziyetlerde, Irukandji sendromu da görülebilir.

Irukandji sendromu; Özellikle Carukia barnesi adı verilen deniz analarına maruziyet durumunda ortaya çıkabilen sendroma; cubozoa ya da kutu deniz anaları familyasının herhangi bir üyesi neden olabilir. Bu sendromda kardiyak etkiler de görülebilmektedir. Ağrı ve kızarıklık, karın, sırt ya da göğüs ağrılarıyla beraber olan taşikardi, hipertansiyon, terleme, ajitasyon takip eder. Nadir de olsa, bazen pulmoner ödemin eşlik ettiği/etmediği miyokard depresyonu gibi kardiyak komplikasyonlara rastlanabilir.

- Hiperestezi
- Hiperemi
- Gastrointestinal etkiler
- Terleme
- Ajitasyon

Kardiyak etkiler:

- Göğüs ağrısı
- Taşikardi
- Pulmoner ödeme yol açabilen kardiyak disfonksiyon

ACİL YAKLAŞIM VE TEDAVİ

Deniz anası maruziyetindeki 3 temel amaç vardır;

1. Venoma (toksine) bağlı lokal etkileri dindirmek (ağrı ve doku yaralanması)
2. Nematositlerin salınımı önlemek
3. Şok vb. sistemik reaksiyonları kontrol etmek.

Tedavide ana amaç etkenden uzaklaştırmaktır. Nematositlerin patlamadan uzaklaştırılması esastır. Semptomatik tedavinin yanı sıra sistemik yan etkiler için de uygulamalar mevcut.

konsensus sağlanmış yöntemler;

- Oral/topikal analjezikler
- Isıtılmış deniz suyu
- Karbonat uygulaması (deniz suyu ile karıştırılıp cilde sürülebilir)
- Buz aküleri
- Sirke (Cubozoa ve avustralya dışı Physalia' lar için)

Henüz üzerinde konsensus sağlanmamış ve tartışılan bazı yöntemler ise;

1. Yüksek doz IV Askorbat (uygulamadan 10 dk sonra ağrıyı azaltığı bildirilmekte)
2. Topikal inhibitör kremler (Safe Sea®)
3. MgCl₂ solusyonu
4. Topikal lidokain
5. BaCl₂ solusyonu
6. Baskı bandaj (kullanılmaması daha ön planda)
7. IV magnezyum sülfat
8. Sodyum bikarbonat
9. Alüminyum sülfat
10. Alkol
11. Aseton

KONUŞMA ÖZETLERİ

İNTRAOSSEÖZ GİRİŞİM (ÖZET)Doç. Dr. Neslihan Yücel¹¹Inönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Malatya

Dolaşım için erişim sağlanması resüsitasyonun en kritik bileşenidir. Resüsitasyonda tercih edilen yol resüsitasyonun kesilmesini gerektirmeyen en büyük ve erişilebilir damardır. İlk tercih periferik venöz yoldur. Ancak sağlanamıyor ya da gecikmeye neden olacaksa intraosseöz yoldur. İntraosseöz, ilk defa 1922 yılında tanımlanmış ve 1940 yılında yaygın olarak çocuklarda ilaç vermek için kullanılmıştır (1-4). 1950'ler ve 1960'larda tek kullanımlık intravenöz kateterlerin geliştirilmesiyle popülerliğini yitirmiştir. 1980'li yıllarda çocuklarda yapılan klinik çalışmalarda ve hayvan modellerinde etkili kullanımı ile ilgili sayısız makalelerden sonra intraosseöz uygulaması tekrardan yaygınlaşmıştır (5-7). Yetişkinlerde ise özellikle hastane öncesi dönemde kullanılmaktadır (8,9). Günümüzde standart venöz giriş sağlanamadığı kardiyopulmoner arrest ve ciddi şok gibi hayatı tehdit eden akut durumlarda intraosseöz girişim önerilmektedir.

Uzun kemiklerdeki kemik iliğinde bulunan meduller sinüsleri drene eden venler sayesinde intraosseöz infüzyon mümkün olmaktadır (10). Bu venler kemik matriksin desteklemesi ile şok ya da hipovolemide kollaps olmazlar. Proksimal tibia popliteal vene, femur femoral venin dallarına, distal tibia (medial malleol) büyük safen vene, proksimal gumerus aksiler vene ve manibrium sterni internal mamaryial ven ve azigos vene drene olur. İntraosseöz damar yolu bu kemiklerden herhangi biri tercih edilerek açılır.

İntraosseöz kullanim endikasyonu, kardiyopulmoner arrest ya da ciddi şoktaki erişkinler, çocuklar ve infantlarda periferik damar yolu 90 sn içinde açılmadı ise santral venöz kateter ya da venöz cutdown yerine intraosseöz damar yolu açılması önerilmektedir. Ek olarak, acil müdahale gereken geniş yanık, şok, sepsis, status epileptikus, travma, KOAH, sınırlı vasküler girişim imkanı bulunan (fistül, greft, shunt, mastektomi veya çoklu kateter yerleşimi, morbid obezite) ve tıbbi olarak damar yolu açılması gereken ancak damar yolu açılmayan hastalarda da kullanımı önerilmektedir (11).

Teknik öncelikle hayatı tehdit eden acil durumlarda kullanıldığından çok az sayıda mutlak kontrendikasyon vardır. Kırık ya da daha önceden delinmiş olan kemik ve travma ya da cutdown nedeniyle vasküler yaralanması olan ekstremité intraosseöz girişim için uygun değildir. İntraosseöz girişim yapılacak ekstremitéde selülit, yanık ya da osteomyelit, osteoporoz ya da osteogenez imperfekta ve sağdan sola şanti (Fallot tetralojisi, pulmoner atrezi) olan hastalarda mümkünse intraosseöz yol kullanılmamalıdır (12-15).

İntraosseöz girişimin komplikasyon oranı %1'den azdır (4, 16). *Potansiyel komplikasyonları girişim yapılan kemikte kırık, kompartman sendromu, deri nekrozu, osteomyelit ve subkütan absedir. Uzun dönemde gelişebilecek komplikasyonu ise kemik iliğinde hasar, kemik gelişinde bozulma ve yağ ya da kemik iliği embolisidir.* İntravenöz yol ile kullanılan ya da rutin resüsitasyonda kullanılan ilaçlar güvenle intraosseöz yoldan verilebilir.

Amerikan Kalp Derneği ve Uluslararası Resüsitasyon Komitesi, intraosseöz girişimi kritik çocuk ve yetişkin hastalarda güvenli ve etkili bir vasküler erişim aracı olarak kullanılmasını onaylamıştır (17-18).

REFERANSLAR

1. Drinker CK, Drinker KR, Lund CC. The circulation in the mammalian bone marrow. *Am J Physiol* 1922;62:1.
2. Foex BA. Discovery of the intraosseous route for fluid administration. *J Accid Emerg Med* 2000;17:136-137.
3. Tocantins LM. Rapid absorption of substances injected into the bone marrow. *Proc Soc Exp Biol Med* 1940;45(1):292-296.
4. Tocantins LM, O'Neill JF, Jones HW. Infusion of blood and other fluids via the bone marrow: Application in pediatrics. *JAMA* 1941;117:1229-1234.
5. Valdes M. M. (1977) *Intraosseous fluid administration in emergencies. Lancet* 1977;1:1235-6. Berg RA: *Emergency infusion of catecholamines into bone marrow* . *AJDC* 1984;138:810-811.
6. Spivey WH, Lathers CM, Malone DR, et al. Comparison of intraosseous, central and peripheral routes of sodium bicarbonate administration during CPR in pigs. *Ann Emerg Med* 1985;14:1135-1140.
7. Fiser DH. *Intraosseous infusion. N Engl J Med.* 1990;322:1579-81.
8. Reades R, Studnek JR, Garrett JS, et al (2011) *Comparison of first-attempt success between tibial and humeral intraosseous insertions during out-of-hospital cardiac arrest. Pre-hosp Emerg Care* 2011;15:278-281.
9. Ong ME, Chan YH, Oh JJ, Ngo AS. An observational, prospective study comparing tibial and humeral intraosseous access using the EZ-IO. *Am J Emerg Med.* 2009 Jan; 27(1):8-15.
10. Tobias JD, Ross AK. *Intraosseous infusions: a review for the anesthesiologist with a focus on pediatric use. Anesth Analg* 2010; 110: 391-401.
11. Luck RP, Haines C, Mull CC. Intraosseous Access. *J Emerg Med* 2010;39:468-475.
12. Orłowski JP: *Emergency alternatives to intravenous Access. Intraosseous, intratracheal, sublingual, and other-site drug administration. Pediatr Clin North Am* 1994;41:1183-1199.
13. Hodge, D.: *Intraosseous infusion: a review. Pediat. Emerg. Care* 1985;1:215-218.
14. Orłowski JP, Julius CJ, Petras RE, Porembka DT, Gallagher JM. *The safety of intraosseous infusions: risks of fat and bone marrow emboli to the lungs* . *Ann Emerg Med* . 1989;18:1062-1067.
15. Fiallos M, Kisson N, Abdelmoneim T, et al. *Fat embolism with the use of intraosseous infusion during cardiopulmonary resuscitation. Am J. Med Sci* 1997;314:73-9.
16. La Fleche FR, Slepín MJ, Vargas J, Milzman DP. *Iatrogenic bilateral tibial fractures after intraosseous infusion attempts in a 3-month-old infant. Ann Emerg Med* 1989; 18:1099-101.
17. Kleinman ME, Chameides L, Schexnayder SM, Samson RA, Hazinski MF, Atkins DL, et al. Part 14: pediatric advanced life support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* 2010;122(18 Suppl 3):S876-908.
18. Neumar RW, Otto CW, Link MS, Kronick SL, Shuster M, Callaway CW, et al. Part 8: adult advanced cardiovascular life support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* 2010; 122(18 Suppl 3):S876-908.

KONUŞMA ÖZETLERİ

ÇOCUKLARDA Kafa TRAVMASI VE GÜNCEL YÖNETİMİ

Dr. Öğretim Üyesi İsmail TAYFUR

SBÜ Haydarpaşa Numune SUAM Acil Tıp Anabilim Dalı

Çocuk travmaları acil servis başvurularının önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Çocukların bedenlerinin maruz kaldığı kuvvetin birim vücut alanına oranlara fazla oluşu, kan volümlerinin erişkinlere göre daha az olması, oksijen satürasyonlarının hızlı düşmesi, ciltaltı yağ dokularının azlığı nedeniyle künt travmaya hassas olmaları ve ince derileri nedeniyle ısı değişimlerinden daha fazla etkilenmeleri çocukları erişkinlere oranla travmaya daha hassas ve özel olarak ele alınması gereken bir grup haline getirmektedir. En sık travma nedenleri; düşme, kafaya direkt darbe, ve motorlu araç kazalarıdır. Travmatik beyin hasarlı pediatrik hastaya erken tanı konması ve hastanın yönetimi olabilecek en iyi sonuçları sağlamak için çok önemlidir. GCS düzeyi ve hiperglisemi, hastanın maruz kaldığı travmatik beyin hasarı hakkında fikir verir. Bu hastalarda acil hekimi; havayolu yönetimi sağlayarak, baş yukarı ve orta hat pozisyonunda normal O2 ve CO2 değerlerinde tutmaya çalışarak, makul sıvı resüsitasyonu ile hipotansiyonu önleyerek, olası cerrahi gerektiren lezyonlara hızla tanı koymak için hızlı görüntüleme yaparak, hastanın normal vücut sıcaklığında tutulmasını sağlayacak bakım ve yeterli sedasyonla hastanın mortalite ve morbiditesini azaltmaya katkıda bulunabilir.

Travmatik beyin hasarı kafa travmalı çocuklarda ölüm ve sakat kalma ile sonuçlanabilen ciddi bir durumdur. Bu nedenle pediatrik hastada kafa travmasının hızlı değerlendirilmesi ve tanı konulması gereklidir. Bu nedenle tanı amaçlı farklı tanı algoritmaları geliştirilmiştir. Bu algoritmalar en güncel olanları; PECARN, CATCH, CHALICE algoritmalarıdır. Bu algoritmalarla, farklı parametreler kullanılarak pediatrik hastalarda travmatik beyin hasarının ihtimalinin öngörülmesi ve gerek görülen hastalarda Bilgisayarlı Tomografi çekilerek olası komplikasyonlara önceden müdahale edilmesi hedeflenmiştir. Her ne kadar Travmatik Beyin Hasarını saptamada standart tanı yöntemi Bilgisayarlı Tomografi olsa da, minör kafa travmalı her çocuk hastada Bilgisayarlı Tomografi çekilmeyebilir. Hatta gereksiz Bilgisayarlı Tomografi çekimi hastada gereksiz radyasyon maruziyetine neden olabilir. Minör kafa travmalı, bilinç kaybı olmayan, davranış değişikliği, bulantı-kusma, uykuya meyilli olmayan, ajitasyon ve nöbeti olmayan hastalarda Kranial Ultrasonografi zararsız, tekrar edilebilir, yol gösterici bir yöntem olarak kullanılabilir. Bu yöntemle, çocuğun kafatasındaki fontaneler akustik pencere oluşturmak için kullanılır. Cohrs G. ve arkadaşları hafif travmatik beyin hasarlı hastalarda MR çekilmesini "abartılı" bulmuşlardır.

Son yıllarda yapılan çalışmalarda, bazı biyobelirteçlerin de Travmatik Beyin Hasarını belirlemedeki yetkinlikleri araştırılmaktadır. Giden R. ve arkadaşları, pediatrik kafa travmalı hastalarda serum thiol seviyelerinin araştırılmasının faydalı olabileceğini savunmuşlardır. Langness S. ve arkadaşları ise düşük plazma D-Dimer seviyelerinin pediatrik hastada travmatik beyin hasarının yokluğuna işaret edeceğini savunmuşlardır.

KONUŞMA ÖZETLERİ

KARDİYOTOKSİK AJANLARLA ZEHİRLENME

Prof. Dr. Seçgin SÖYÜNCÜ

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı ANTALYA

Kardiyotoksik ilaç denilince aklımıza ilk gelen ilaç grupları Kalsiyum kanal blokörleri (KKB) ve beta-blokörler (BB)'dir. KKB ve BB özellikle hipertansiyon, anjina ve ritim bozukluklarında olmak üzere çok yaygın olarak kullanılan kardiyovasküler ilaç gruplarıdır. 2016 yılı verilerine göre yaklaşık görülme oranı %6 civarındadır ve 4. en sık zehirlenme nedenidir (American Association of Poison Control Centers' National Poison Data System). Neden oldukları zehirlenmeler klinik olarak birbirine çok benzediği için (ana semptom hipotansiyon ve bradikardi) tanı ve tedavi uygulamaları da benzerlik göstermektedir. KKB ve BB zehirlenmelerinde destek tedavi dışında pek çok uygulanabilecek tedavi alternatifi de mevcuttur. Dolayısıyla hekimin elindeki seçenekler de çoktur. Ancak bu tedavi seçeneklerin hiçbirisi tam olarak antidot gibi işlev görmez. Hastanın kliniğini oluşturan hipotansiyon ve bradikardiyi düzeltmek için destek görevi görürler. Bu seçeneklere bakacak olursak; yüksek doz insülin tedavisi, vazopressör ve inotropolar, kalsiyum, glukagon, lipid emülsiyon tedavisi, fosfodiesteraz inhibitörleri, metilen mavisi gibi farmakoterapi seçenekleri yanında ve ekstrakorporeal membran oksijenizasyonu (ECMO), aortik balon pompası ve kardiyak pace uygulaması gibi ek hemodinamik destek seçenekleri de vardır. Hastanın kliniğinin derecesine bağlı olarak bu tedavi seçeneklerini uygun hastalarda kullanırız.

KONUŞMA ÖZETLERİ

KIRMIZI GÖZ

Acil servis hekimleri akut gelişen kırmızı gözü değerlendirmek için gerekli bilgi ve beceriye sahip olmalıdır. Kırmızı göz nedenleri basit nedenlerden görme ve hayati tehlikeye neden olabilecek geniş bir spektrumda yer alır. Blefarit, hordeolum, şalazyon, konjonktivit, kuru göz, korneal abrazyon ve subkonjonktival kanama görmeyi tehdit etmeyen kırmızı göz nedenleri iken orbital selülit, sklerit, uveit, travma, hifema, akut glokom, korneal enfeksiyonlar görmeyi tehdit eder. Acil serviste ayrıntılı öykü ve fizik muayene yapılarak ayırıcı tanı yapılmalıdır. Kırmızı göz ile başvuran hastada orta veya şiddetli ağrı, fotofobi, artmış intraoküler basınç, anterior kamarada inflamasyon, korneal epitelyal defekt, pupiller anizokori ve azalmış görme aktivitesi olduğunda acil oftalmoloji konsültasyonu istenmelidir.

KONUŞMA ÖZETLERİ

KİMYASAL GÖZ YANIKLARI

UZM. DR. MURAT ÇARUS

SBÜ İSTANBUL BAĞCILAR EAH ACIL TIP KLİNİĞİ

Sklera, konjonktiva, kornea ve kapakların dahil olduğu göz yanıkları, görme bütünlüğü ve kozmetiğe zarar verebilir.

Yanıklar kimyasal, termal veya radyasyon maruziyetine bağlı olabilir.

Gözün kimyasal yanıkları gerçek bir göz acilidir.

KOMPLİKASYONLARI

- Kalıcı görme kayıplı kornea skarı
- Kornea perforasyonuna bağlı göz kaybıdır.

Görme testi dahil herhangi bir muayeneden önce ve hemen 1-2 L SF ile göz irrigasyonu yapılmalıdır.

YARALANMALAR;

- Alkali
- Asidik

Alkali yaralanmalar daha sık (ev temizlik ürünleri, yapı malzemeleri)

Tek taraflı tutulum iki taraflı tutulumdan daha sıktır.

En ciddi alkali yaralanmalar, amonyak ve kostik soda ile ilişkilidir.

Asidik bileşiklere maruz kalınması, protein denatürasyonu ve bunu takip eden koagülatif nekroz oluşturabilir. Bu yara kabuğu, asidin penetre edebileceği derinliği kısıtlar.

Alkali yapıdaki ajanlar sabunlaşmaya ve reaktif likefaktif nekroza yol açarlar. Penetrasyonu kısıtlayan bir yara kabuğu olmadığından, alkali yanıklar dokularda daha derine penetrasyon eğilimindedir ve bu da önemli derecede bir doku hasarı ile sonuçlanır.

Oküler yanıkların tanımlanması için geliştirilmiş birçok derecelendirme sistemi bulunmaktadır. Tarihsel olarak, yanıkları dört derecede sınıflandıran Roper-Hill sınıflandırması kullanılmıştır. Cerrahi tedavideki değişiklikler ve iyileştirilmiş sonuçlarla birlikte Roper-Hill sınıflandırmasına ait eksikliklerin üstesinden gelmek üzere farklı bir sınıflandırma düzeni olan Dua sınıflandırılması geliştirilmiş ve üstün prognostik özellikler sağladığı gösterilmiştir.

AYIRICI TANILAR

Göz kızarıklığı veya görme kaybında ayırıcı tanı geniş olup, anamnez yol göstericidir. Anamnez alınmadığı durumlarda; travma oluşumu durumunda ayırıcı tanı subkonjunktival hemoraji, perforasyon, yabancı cisim ve kornea abrazyonlarını içerir. Travma yokluğunda ise ayırıcı tanı bening etyolojiler (subkonjunktival hemoraji veya konjunktivit gibi) ile daha endişe uyandırıcı etyolojileri (iritis, üveit, episklerit, glokom, optik nöropati, santral retinal arter oklüzyonu veya santral retinal ven oklüzyonu gibi) içerir.

ACİL TEDAVİ

- İrrigasyon
- Topikal anestezi damla (proparakain, Alcaine®)
- İrrigasyon (en az 30 dakika)
- pH kontrolü (inferior konjunktival forniks)

İrrigasyon; steril SF veya diğer izotonik solüsyonlarla, el, irrigasyon solüsyon şişeleri veya Morgan Lens® ile yapılabilir.

Olay yerinde, mağduru gözlerini akan musluk suyuna daldırması ve gözlerini sürekli açıp kapatması önerilir. Bu sırada, etkilenmemiş gözde herhangi bir kontaminasyonu en aza indirmek için, etkilenmiş göz etkilenmemiş gözden daha aşağıda olacak şekilde hasta başını uygun pozisyona çevirmelidir.

İrrigasyon için Morgan lens® kullanılabilir; ancak bu durumda kimyasalın konjunktiva ile Morgan lens® arasında tutulumu gibi teorik bir risk vardır ve bu da yanığı şiddetlendirir. Eğer Morgan lens® kullanılıyorsa, salin uygulamaları arasında lensin değiştirilmesini önerilmektedir.

MUAYENE

İrrigasyon sonrası ve göz pH > 7.4 üstünde sağlanmışsa muayeneye başlanılır.

- Yüz derisi ve göz kapakları (pamuk aplikatör)
- Konjunktival kızarıklık, kemozis
- İskemi ve damar yaralanması → skleral beyazlaşma
- Görme keskinliği ve göz içi basıncı (trabeküler ağ hasarı)
- Biyomikroskop (kornea ve ön kamara)

Maddeyi tanımlamak; pH (Zehir danışma merkezi veya Poisindex'ten)

Alkali maddeler pH<12 veya asidik maddeler pH>2 ciddi yaralanmaya neden olmadığı düşünülür ama maruziyet süresi ?

Minör yaralanmalar hariç tümü için göz hastalıkları bölümü konsültasyonu gerekir; Kornea bulanıklığı veya göz irrigasyonundan sonra bir epitalyal defektli olan her hasta hızlıca konsültasyona yönlendirilmelidir.

TEDAVİ

- Herhangi bir kornea veya ön kamara bulgusu olmayan kemozisli hastalar, irrigasyon sonrası 4*1 eritromisin merhem ile tedavi edilip, 24-48 saat içinde göz muayenesine yönlendirilmelidir (kimyasal konjunktivit).
- Epitalyal bir defekt varlığında, ağrıyı azaltmak için 3*1 bir topikal sikloplejik ajan kullanılmalıdır (fenilefrinden kaçının).
- Tetanoz aşısı profilaksisi
- Topikal kortikosteroid

KONUŞMA ÖZETLERİ

SPEŞİİK TOKSİNLER

SİYANOAKRİLAT (SÜPER/ÇILGIN YAPIŞTIRICI)

ÇOCUKLARDA SIK

Göz içine veya eklerine kazayla dökülmesi, kapakların yapışmasına ve kornea üzerindeki yapının yapışkanla kaplanmasına neden olabilir.

Tıbbi kullanımdakiler toksik değildir ve perforasyonda kullanılır.

Maddeyi uzaklaştırmak için gözün üzerine ve göz kapaklarını nemlendirmek, kayganlaştırmak ve antibiyotik kapama yapmak için göz kapakları üzerine bol miktarda eritromisin merhem sürülür.

Sadece kolaylıkla çıkan parçalar çıkarılır ve birkaç gün içinde süreç tamamlanır.

HİDROFLORİK ASİT

Florin elementinden yapılmış bir asidik sulu çözeltilidir. Yüksek oktanlı benzin imalatı için petrol endüstrisinde kullanılmaktadır. Aynı zamanda mikroelektroniklerin üretiminde ve cam şekillenmesinde (oymacılığında), pas giderilmesinde, çimento ve tuğlaların temizlenmesinde de kullanılır.

Hidroflorik asit, asit olmasına rağmen, alkalilerdekine benzer bir likefaktif nekroz oluşturma özelliğine sahiptir.

Diğer göz yaralanmalarda olduğu gibi, gözün acilen bol suyla irrigasyonunu gerektirir, sonra Heksafüörin kullanımı düşünülebilir.

KONUŞMA ÖZETLERİ

KOAH ALEVLENMESİNDE ACİL TEDAVİ

Dr. Burcu Yormaz

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

KOAH alevlenmesi, ek tedavi gerektirecek şiddette semptomlarda akut kötüleşmenin olmasıdır. Alevlenmelerin en sık nedeni bakteriyel ve viral havayolları enfeksiyonlarıdır. Alevlenmeler hastalığın progresyonunu hızlandırmakta ve mortalite riskini artırmaktadır. Bu nedenlerle KOAH tedavisinin amaçları içinde alevlenmeleri önlemek en önemli hedeflerden birisidir.

Yılda iki ve daha fazla alevlenme olması "sık alevlenmeli fenotip" olarak tanımlanır. Alevlenme riskini artırır; risk faktörlerinden uzaklaşmamak, şiddetli amfizem, kronik bronşit fenotipi ve bronşial duvar kalınlaşmasıdır. Alevlenmelerde mortalite riskini artırır; ileri yaş, düşük VKİ, komorbiditeler, sık hospitalizasyon, USOT kullanımı, şiddetli semptomlar ve kötü yaşam kalitesi ile akciğer fonksiyonlarında önemli kayıptır. Ayırıcı tanıda akut koroner sendrom, konjestif kalp yetmezliği, pulmoner emboli ve pnömoni akla gelmelidir.

Alevlenmeler şiddet olarak; hafif (sadece kısa etkili bronkodilatör ile tedavi edilebilir), orta (kısa etkili bronkodilatörlere ek olarak antibiyotik ve /veya kortikosteroidler ile tedavi edilebilir) ve şiddetli (acilde veya hospitalize edilerek tedavi edilebilir) şeklinde üç gruba ayrılır. Alevlenme semptomları genellikle 7-10 gün sürer. Bazı hastalarda daha uzun sürer ve hastaların yaklaşık olarak %20'sinde 8 haftada dahi tam iyileşme olmayabilir.

KOAH alevlenmeli bir hastanın acile gelişinde ilk yapılması gereken alevlenmenin şiddetini değerlendirmektir. Bunun için; alevlenme hayatı tehdit ediyor mu, solunum iş yükü artmış mı ve gaz değişimi bozulmuş mu sorularının yanıtları araştırılır. Alevlenme çok şiddetli değilse ve solunum yetmezliği yok ise acil tedavi gözetim altında tamamlanır ve ayakta tedavi düzenlenerek hasta taburcu edilir. Ağır alevlenmelerde ise ya göğüs hastalıkları servisine yatırılır veya yoğun bakıma alınır. Acil tedaviye yanıtız dispne ve kötüleşen hipoksemi, mental durumda bozulma ve hemodinamik instabilite başlıca yoğun bakım endikasyonlarıdır.

Şiddetli fakat hayatı tehdit etmeyen alevlenmelerin acilde tedavisinde yapılacaklar;

1. Semptomlar, AKG ve akciğer filmi değerlendirilir
2. SaO₂ %88 – 92 arasında tutulacak şekilde oksijen tedavisi uygulanır.
3. Kısa etkili beta2-agonist ve gerekirse kısa etkili antikolinerjik nebulizasyonu başlanır. Gerektiğinde ilk saat içinde 20 dakika ara ile uygulanır. Daha sonra tedavi 2-4 saatte bir tekrarlanabilir.
4. 0.5 – 1 mg/kg dozunda sistemik kortikosteroid intravenöz olarak uygulanır.
5. Endikasyon oluştuğunda NİMV başlanır.
6. Emboli profilaksisi uygulanır.
7. CRP ve prokalsitonin değerine göre antibiyotik tedavisine karar verilir. NİMV başlanan hastaya profilaksi amaçlı antibiyotik belirteçlere bakılmaksızın başlanır.
8. Eşlik eden hastalıkların tedavisi düzenlenir.

Solunumsal asidozis (PaCO₂ ≥ 45 mmHg ve arteriyel pH ≤ 7,35) ve solunum kaslarda yorgunluk bulgularının olduğu hastalarda NİMV başlanmalıdır. İMV'nintolere edilemediği veya yetersiz kaldığı durumlarda, şuur kaybı, arrest, şiddetli ajitasyonlar, şiddetli hemodinamik instabilite ve şiddetli ventriküler veya supraventriküler aritmilerde İMV'e geçilmelidir.

KONUŞMA ÖZETLERİ

GEBELİKTE GÖRÜNTÜLEME

Gebe kalma potansiyeline sahip tüm kadınlara, teşhis prosedüründen önce gebelik testi yapılmalıdır.

Gebelik sırasında ultrason ve manyetik rezonans (MR) görüntüleme iyonize radyasyonu içeren görüntüleme yöntemlerine genellikle tercih edilir. USG ve MRI yetersizse, iyonize radyasyonun olası etkileri hakkındaki endişelerimiz, klinik durum için tıbben belirtilmiş en iyi tanı yöntemlerini kullanmayı engellememelidir.

ULTRASONOGRAFİ

Ultrasonografi öncelikle yüzeysel olan hava kemik gibi yapılar tarafından örtülmeyen tüm yumuşak dokularda kullanılabilen önemli bir görüntüleme yöntemidir. Pratikdir (Hasta başında uygulanabilir). Nispeten ucuzdur. Deneyimli ellerde güvenilirdir. Bilinen yan etkisi olmayan bir yöntemdir. Radyasyon riski yoktur. Kontrast gerektirmez.

Başlıca dezavantajları: Retroperiton iyi görüntülenemez. Asit ya da periton içi kanama ayırt edilemeyebilir. Serbest periton içi sıvı etyolojisinin tespit edilememesidir. USG, yumuşak doku detaylarını MRG veya BT gibi gösteremez.

MANYETİK REZONANS GÖRÜNTÜLEME (MRI)

MRI, özellikle yumuşak doku incelemelerinde çok değerli bir yere sahiptir. Bilinen ve belgelenmiş bir teratojenik etkisi yoktur. Gadoliniumsuz beyin MR'ı bütün trimesterlerde güvenilirdir. İyonize radyasyon yoktur.

İmplant metal içerikli cihazlar, hastanın stabil olmaması ve klastrofobi gibi durumlar MRI kullanımını kısıtlamaktadır.

Kontrast maddeler genellikle neoplaziler ve enfeksiyon gibi patolojilerin tanısında kullanılırlar. En sık kullanılan gadolinyum plasantayı geçer ve gebelik süresince göreceli kontrendikedir. Ayrıca anafaksi ve nefropati gibi yan etkileri vardır. Tanı için şart değilse ve hasta sonucunu iyileştirmediği sürece gebe hastada genellikle kaçınılmalıdır.

BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ (BT)

Teşhis görüntüleme prosedürleri tipik olarak fetüsü 5 rad ve daha düşük bir seviyeye maruz bırakır. Bu dozlarda fetal anomaliler, zihinsel özrürlük, büyüme kısıtlaması veya iyonize radyasyondan kaynaklanan gebelik kaybı riskinde artma olduğuna dair herhangi bir kanıt yoktur.

Kanıtlar, 5-10 rad arasındaki riskin daha az olduğunu, 10 rad üzerindeki dozlarda malformasyon riskinin arttığını, ortaya koymaktadır. Abdominal veya pelvik BT gibi tanı görüntüleme prosedürlerinde bile fetüs bu radyasyon seviyesine maruz kalmaz.

Gebelik sonrasındaki ilk 14 gün boyunca iyonize radyasyonun ölümcül etkilerine en duyarlı davranır. Bu süre zarfında, radyasyona maruz bırakılan "embriyo" hasar görmeden hayatta kalır veya rezorbe olur. İnsan maruziyeti için, bu aşamadaki ölüm eşiğinin tahmini 10 rad ve daha fazla dozdur.

Organogenez döneminde (döllenme sonrası yaklaşık 2 ila 8 hafta) embriyoda radyasyona bağlı mortalite nadirdir. Bu aşamadaki radyasyon hasarının başlıca sekeli, fetal büyüme kısıtlaması ve özellikle merkezi sinir sisteminin konjenital malformasyonlarıdır. Yaklaşık 20-25 gebelik haftasından sonra, fetüs iyonize radyasyonun teratojenik etkilerine nispeten dirençlidir.

İyotlu kontrast maddeler, gebelikte endike ise kullanılabilir.

SİNTİGRAFI

Sintigrafi zararları açısından oldukça makul değerlerdedir. Kullanılan radyo aktif maddenin radyasyon açısından önemli bir yan etkisi bulunmamaktadır. Acil serviste, "Pulmoner Emboli," tanısında kullanılır.

KONUŞMA ÖZETLERİ

THE FUNDAMENTALS OF ED PALLIATIVE CARE: SHOULD WE NEED

Nursah Basol, MD

Assoc. Prof, Dept. of Emergency Medicine Gaziosmanpasa University, Faculty of Medicine Tokat, Turkey

Palliative care (PC) is identified by World Health Organization as "an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual." PC is a new and developing area. It aims to provide best possible quality of life for patients with life-limiting disease. It does not include life span therapies; however it tries to help patients to spend the rest of life in the best way.

PC patients often are admitted emergency departments (ED) in the course of a disease. There are many reasons such as uncontrolled, serious symptoms, needing interventions, emotional distress, somatic indications and reaching multidisciplinary teams.

The integration of PC into the emergency medicine will help better meet the needs of PC patients. There are many benefits of this integration such as increased patient and family satisfaction, decreased length of stay in ED, reduction on costs and improving care. There may be some difficulties while providing PC in ED. These are cultural, logistical and training barriers. However, all the problems can be solved with the aim of presenting better care for PC patients.

PC is a human right, so it is not the time for asking or arguing about necessity of PC in ED. We should make movements to catch with it. First step is to understand main features of PC and then to create of clinical awareness on PC.

KONUŞMA ÖZETLERİ

ACIL SERVİSDE DERİ DÖKÜNTÜLÜ HASTA

Deri döküntüleri, enfeksiyon ya da enfeksiyon dışı bir çok nedenlerle derinin yapısal olarak değişiklikleridir. Bu hastalar minör bir deri bulgusu bazen de altta yatan sistemik bir hastalığın, yaşamı tehdit eden derideki yansıması olarak karşımıza çıkabilirler. Tanısal süreç de oldukça benzerlik gösterdikleri için ayırıcı tanı zordur. Acil servislerde morfolojik ve anatomik durum göz önünde bulundurularak bu işlem kısmen yapılmaya çalışılır. Öykü, fizik muayene, laboratuvar testleri ve gerekirse histopatolojik inceleme ile tanı aşaması tamamlanır. Akut döküntülü hastalıklarda lezyonun niteliği makulopapüler, peteşiyal, papüler ya da veziküler olabilir. Döküntülerin sık nedenleri arasında ilaçlar, immünsistem hastalıkları, bakteriler, virüsler, mantarlar ve paraziter enfeksiyonlar bulunabilir. Sistemik hastalıkların ise akut veya kronik belirtileri ile birlikte olan cilt döküntüleri yapan hastalıklar önemlidir. Bu hastalıklar; Stevens-Johnson sendromu, toksik epidermal nekroliz, stafilokoksik haşlanmış deri sendromu, varicella zoster virüs enfeksiyonu, yaygın herpes zoster, aygın herpes simpleks, sweet sendromu, büllöz sistemik lupus eritematoz, paraneoplastik pemfigus'dur. *Stevens-Johnson sendromu, toksik epidermal nekrolize bağlı döküntüler ilaçlara karşı gelişen, akut seyirli ve şiddetli döküntüdür.* Mortalite, morbidite oldukça yüksektir. İlk lezyonları koyu purpurik merkezli makül olup sonrasında veziküller ve büller hızla gelişir. Bunlar kolayca yırtılır. Stafilokoksik haşlanmış deri sendromu ise Eksfoliyatif toksinler aracılığıyla oluşan eritem ve sonrası epidermin yüzeyel katmanlarının yaygın ayrılmasıdır. Eksfoliyatif A ve B ekzotoksinleri lokalize (büllöz impetigo) ya da jeneralize (haşlanmış deri sendromu) deri belirtilerine yol açar. *Varicella zoster - Herpes zoster Varicella zoster virüs (VZV), immün sistemi baskılanmış kişilerde mortalite ve morbidite nedenlerinden birisidir.* Ateş halsizlik prodromundan sonra intraepidermal veya subepidermal veziküller gelişir. Sonrasında püstül ve kabuklar oluşur. Zona latent VZV enfeksiyonunun bir reaktivasyonudur. Yaygın herpes simpleks virüsü, İmmün sistem baskılanmış hastalar derinin koruyucu bariyer görevi tehlikeye düşmüş olan hastalar (Atopik dermatit, Darier hastalığı), yaygın büller, püstüller ve kabuklar şeklinde gelişirebilir. Egzema herpeticum terimi, atopik dermatitli hastalarda herpes simpleksin oluşturduğu deri enfeksiyonu tanımlamak için kullanılır. *Sweet sendromu* da, psödovesiküler özellikte ödemli, eritematöz plaklar karakteristiktir, bu plaklar bazen vezikül veya büllöz formasyon sergiler. Daha çok plaklar vücudun üst kısmında ateş ve lökositozla birlikte tipikdir. Malignite, enfeksiyon, ilaç maruziyet, otoimmün hastalık veya inflamatuvar bağışsık hastalığında ortaya çıkabilir. *Büllöz sistemik lupus eritematoz*, yaygın olduğunda epidermal büller vardır. Lezyonlar büllöz pemfigoid veya dermatitis herpetiformise benzeyebilir. *Paraneoplastik pemfigus*, hastalık klasik pemfigustan farklı olarak polimorf (büllöz, targetoid, likenoid, ekzematize) lezyonlarla ve dirençli stomatitin eşlik ettiği şiddetli mukozal tutulum ile seyreder. Lenfoproliferatif hastalıklarda daha fazla sekonder gelişen bir dermatozdur. Bu hastalar acil serviste erken tanı ve tedavi açısından mutlaka öncelikleri olan hasta grupları arasındadır.

KONUŞMA ÖZETLERİ

KRİTİK BAKIMDA OLGULARLA SEDATİF PARALİZAN İLAÇ SEÇİMLERİ

dr. Dilber ÜÇÖZ KOCAŞABAN

Acil serviste sıklıkla karşılaştığımız kritik hasta grubunun yönetimin sedatizan ve paralizan ilaçlar önemli rol almaktadır. Bu ilaç grubu yüksek mortalite riskine sahiptir ve uygun dozlarda, uygun hastalarda ve uygun zamanda kullanımı şarttır.

Sunu içerisinde belirlenmiş sık karşılaşılan kritik hastalarda seçilmesi ve seçilmemesi gereken sedatizan paralizan ilaçlardan bahsedilecektir.

Status epileptikus ile başvuran hasta grubunda öncelikle tercih edilecek ilaç midazolam, propofol ve tiyopental olmalıdır. Ketamin oldukça tartışmalı, teorik olarak önerilen bir ilaç olmakla beraber, etomidat myoklonus ve serebral uyarılmaya sebep olduğu için kullanılmamalıdır.

Septik şok ile gelen hipotansif hastada öncelikle tercihimiz etomidat ve ketamindir. Her iki ilaç da hemodinami üzerine minimal yan etkilerinden dolayı şok tablosunda ilk tercihtir. Ancak etomidat septik hastalarda tek dozda dahi adrenal supresyona sebep olduğu için tartışmalıdır. Mevcut yayınlar göstermiştir ki etomidat adrenal supresyona sebep olsa dahi mortalite üzerine belirgin bir kötüleşmeye sebep olmamaktadır.

Kafa travmalı hastalarda intrakranial basınç (İKB) artışı sebebiyle seçilecek ilaç konusunda dikkatli olunmalıdır. Bu hasta grubunda da ilk tercih etomidat ve ketamin olacaktır. Uzun süre ketaminin İKB üzerine olumsuz etkilerinden söz edilmiş olsa da, son yayınlarda bunun aksi bir durum ortaya çıkmıştır. Ketaminde bu hasta grubunda artık güvenle kullanılabilir. Kafa travmalı hastalarda paralizan ilaç tercihi ise kısa etkili olanlardan yana kullanılmalıdır. İlk tercih süksinilkolindir.

KOAH akut alevlenme ile gelen entübasyon gerektiren hastalarda bronkodilatasyon etkisi sebebi ile ketamin ve propofol ilk tercihtir. Bu iki ilaca alternatif olarak midazolam ve etomidat kullanılabilir. Adı geçen ilaçlar histamin deşarjına sebep olmaz.

Crush yaralanmada özellikle kritik hastalar arasındadır. Bu hastalarda kas yıkımına bağlı hiperpotasemi görülmektedir. Paralizan ilaç kullanımı gerekirse bu hasta grubunda süksinilkolin kontrendikedir. Süksinilkolin malign hipertermi, rabdomyoliz, hiperpotasemi, yanık gibi olgularda tercih edilmemesi gereken ajandır. Alternatifi rokuronyumdur.

Nöroleptik malign sendromda sık olmasına da karşımıza çıkan mortalitesi oldukça yüksek bir sendromdur. Bu hasta grubunun kas rijiditesi sebebi ile paralizan ilaçlara sıklıkla ihtiyacı olacaktır. Bu hastalara malign hipertermi gelişme riski taşıdıkları için süksinilkolin verilmesi kontrendikedir. Non depolarizan kas gevşeticiler tercih edilmelidir.

Multiple travma ile gelen hastalarda şok indeksi, hipotansiyonu, komorbiditesi göz önüne alınarak ilaç seçimi yapılmalıdır. Ketamin hipotansif travmalı hastada seçilecek ilk ilaç olmalıdır. Etomidat alternatif olarak akıldta tutulmalıdır. Bu indüksiyon ilaçları kullanılırken şok indeksi 1 ve üzerinde olan hastalarda doz azaltılması önerilmektedir. Kas gevşeticiler içinse normal doz uygulanabilir.

KONUŞMA ÖZETLERİ

BAŞ AĞRISINDA ANALJEZİ

YRD. DR. MERAL TANDOĞAN

Baş ağrısında kullanılan ilaçlar; NSAİİ'lar ajanlar, asetaminofen (parasetamol), asetilsalisilik asit (aspirin), triptanlar, antiemetikler/dopamine reseptör blokerleri, dihidroergotaminler Akatizi ve distonik reaksiyonların önlenmesi için yanında difenhidramin (12,5-25 mg). Erken baş ağrısı rekürrensini önlemek için tek doz deksametazon (10 -25 mg). Opioidler kullanılmamalıdır. İlaç aşırısı kullanımının önlenmelidir. Profilaksi için: β-blokerler (Atenolol, metoprolol, propanolol) Ca kanal blokerleri, TAD Eurolight projesi, bir Avrupa nüfusunda yaşam boyu %91,3'lük bir baş ağrısı ve belirli bir yılda herhangi bir tür baş ağrısı için tahmini %78,6'lık bir yaygınlık. CAM zaman içinde gelişmiştir, ancak genellikle geleneksel tıbbın bir parçası olarak kabul edilmeyen tedavileri içerir. CIM genellikle beslenme, hareket uygulamaları, manuel terapi, geleneksel Çin tıbbı ve zihin-vücut stratejilerinin kullanımını içerir. Mevcut kanıtlar akupunktur, masaj, yoga, bio-feedback ve meditasyon gibi geleneksel Çin tıbbının migren ve gerilim baş ağrıları üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Spinal manipülasyon, bazı takviyeler, diyet değişikliği ve hidroterapi, baş ağrısında da yararlı olabilir. Ancak, kısmen Ulusal Tamamlayıcı ve Bütünleştirici Sağlık Merkezi (NCCIH) gibi kuruluşların araştırma desteğinin bir sonucu olarak, giderek artan bir literatür, birçok CAM terapisinin etkili olduğunu göstermiştir.

Akupunktur, 2500 yıldır geleneksel Çin tıbbının (TCM) temel bir bileşeni, merkezi sinir sisteminde (CNS) "ağrı kapılarını" kapatan delta liflerini uyarır, böylece ağrı uyarısı talamusa iletilmez. Akupunktur opioidlerjik sistemin aktivitesini arttırdığını, serotonin, dopamin, nörotrofinleri ve nitrik oksidi serbest bıraktığını; bunun da kronik ağrı ve migren gibi rahatsızlıkların tedavisinde etkili olabileceğini göstermektedir.

Manuel terapi, eğitilmiş ve sertifikalı profesyonellerin ağrı, sertlik ve diğer kas iskelet sistemi koşullarını iyileştirmek için fiziksel teknikler sağladıkları tedavilerden oluşur. Chiropraktörler, masaj terapistleri ve manipülasyon sağlayan osteopatik doktorlar bu kategoride yer almakta ve CIM'in bir parçası olarak kabul edilmektedir. Fizyoterapi tipik olarak bir CIM tedavisi olarak kabul edilmeyen manuel bir tedavidir.

Yoga, postür, nefes egzersizleri, gevşeme ve meditasyon içeren bir zihin-vücut müdahalesi, yıllardır ağrı yönetiminde kullanılmıştır. Tai Chi, denge yinelemeleri, meditasyon ve nefes çalışmalarıyla akan üst vücut hareketleri dizisi yoluyla enerjiyi dengeleyen Çin, özellikle yin ve yang felsefesine dayanan eski, yumuşak bir hareket uygulamasıdır.

Periferik sinir bloklajı ilaç tedavileriyle geçmeyen baş ağrısı hastalarında uzun yıllardır. Ağrılı durumlarda PSB düşük konsantrasyonlu lokal anestetiklerin beyne ağrı hissini götüren sinirleri fonksiyon göremez hale getirmesine dayanır.

Baş ağrısı tedavisinde farmakolojik tedavilerin yanında son zamanlarda tamamlayıcı ve destekleyici tedaviler hastalar tarafından sıklıkla kullanılmaktadır. Bu alanda yapılan çalışmalar artmaktadır.

KONUŞMA ÖZETLERİ

ASİSTAN EĞİTİMİNDE YENİ HEDEFLER

Doç. Dr. Önder TOMRUK

Asistan 2547 sayılı kanuna göre, "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından düzenlenen esaslara göre yürütülen ve tıp doktorlarına belirli alanlarda özel yetenek ve yetki sağlamayı amaçlayan bir yükseköğretimde" eğitim alan kişidir (1). Acil Tıp asistanı ise Acil Tıp Anabilim Dalında eğitim, araştırma ve uygulama çalışmalarına katılan, acil servise gelen hastaların muayene, teşhis ve tedavisinin acildeki kısmının yapılmasını sağlayan kişidir.

Dünyada Acil Tıp Uzmanlığı 1970'li yıllarda başlamıştır. Ülkemizde ise Acil Tıp Uzmanlığının başlangıcı 30 Nisan 1993 tarih ve 21567 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan "İlk ve Acil Yardım" uzmanlığı şeklinde başlamış ve 19 Haziran 2002 tarih ve 24790 sayılı Resmi Gazetede "Acil Tıp" uzmanlığı ismini almıştır.

Ülkemizde asistan eğitiminin standardizasyonu için Sağlık Bakanlığı tarafından Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) oluşturulmuş ve yapılan toplantılarla eğitimi düzenlemeye başlamıştır. TUK Eğitim Standartlarında Acil Tıp Eğitimi için eğitim veren kurumda en az bir eğitici olmasını (01.01.2020 tarihinden itibaren en az iki eğitici) ve eğitim verilen mekan ve donanım standardının seviye 3 acil servis olmasını önermektedir.

Ülkemizde acil tıp eğitimi veren 61 Üniversite, 34 Eğitim Araştırma (Sağlık Bilimleri Ün.) hastanesinde 953 asistan eğitim almaktadır (2). Yükseköğretim Kurulu (YÖK) Başkanlığı 16 Mayıs 2017'de "Tıp Dallarında Asistan Eğitim Çalıştayı" düzenlemiş ve bu çalıştayda rotasyon eğitimleri, eğitim programı ve eğitsel aktivitelerin etkinliği, tezlerin etkinliği, bilimsel faaliyetlere ayrılan zaman ve ulaşma imkanı, eğitimcilerin eğitimdeki katkıları, alana özgü yetkinliklerin kazanılması, sosyal hayat ve iletişim problemleri, mezuniyet sonrası eğitimde idari problemler gibi konularda sorunları belirleyip çözüm önerileri sunmuştur.

Dünyada acil tıp eğitime ise dernekler ve kurumlar öneriler sunmaktadır. Avrupa Acil Tıp Derneği (EuSEM), ilk olarak 2002'de yayınladığı "Acil Tıp için Avrupa Çekirdek Müfredatını" Nisan 2017'de tekrar düzenlemiş ve Avrupa Acil Hekiminin temel yetkinlikleri konusunda önerilerde bulunmuştur (3). Amerikan Acil Tıp Kurulu (ABEM) ise asistan eğitiminde; acil tıbbi bakımın kalitesini iyileştirmek için çeşitli konularda önerilerini 2016-17 eğitim raporuyla yayınlamıştır (4).

Ayrıca son yıllarda gelecekte tıp eğitiminin nasıl uygulanması gerektiğiyle ilgili ücretsiz açık erişim tıp eğitimi (FOAM) önerilmektedir. Özellikle bu konunun önemini vurgulamak için ders kitaplarının 5 yıl önceyi, dergilerin 2 yıl önceyi, konferansların şimdiki uygulamaları, FOAM (Ücretsiz Açık Erişim Tıp eğitimi)'ların ise gelecekteki uygulamaların bilmede faydalı olduğu bildirilmektedir (5).

KAYNAKLAR;

1. 2547 Sayılı YÖK Kanunu
2. Yanturalı S. Sayılarla Bugünkü Akademik Acil Tıp. Türkiye Klinikleri Özel Sayısı, 2016; 2 (3):65
3. European Core Curriculum For Emergency Medicine. April 2017.
4. American Board of Emergency Medicine Report on Residency and Fellowship Training Information (2016-2017). Ann Emerg Med. 2017;69:640-652.
5. Lex J. International EM education efforts & e-learning

KONUŞMA ÖZETLERİ

ÖNEMLİ BİR KARAR: WEANING

Weaning, mekanik ventilasyon desteğinin aşamalı olarak azaltılması ve sonlandırılması işlemidir. Ne zaman ayırmalıyız? Mekanik ventilasyon gerektiren, akut solunum yetersizliğine yol açan neden/nedenler ortadan kalktığına klinik ve objektif parametreler her gün gözden geçirilmelidir. Erken ayırma, hipoksemi ve hiperkapniye yol açan gaz değişiminin bozulmasına ve artmış nozokomiyal pnömoni ve mortalite riskini oluşturan reentübasyona neden olur. Gecikmiş ayırma ise mekanik ventilasyona bağlı komplikasyon riskinde (VIP, barotravma, yoğun bakım yatış süresinde uzama, yüksek maliyet ve mortalite) artışı yol açar.

Weaning için önkoşullar: Solunum yetersizliğine yol açan olay gerilemiş veya düzelmiş olmalı, yeterli gaz değişimi olmalı, yani arteriyel kan gazında hiperkarbi ve hipoksemi olmamalı, enfeksiyon, ateş, sepsis gibi durumlar olmamalı, solunum pompasının kapasitesi yeterli olmalı, yeterli Hb düzeyi olmalı, kardiyovasküler stabilite, elektrolit dengesi ve metabolik denge sağlanmalı, hastanın şuuru açık, koopere, oryante olmalı ve hava yollarını koruyabilmeli, aspirasyon riski olmamalıdır.

En sık kullanılan weaning göstergeleri:

Solunumun takibi: Solunum tipi, sayısı, göğüs ve karın hareketleri gözlenerek değerlendirilir. Özellikle solunum sayısı, hastanın spontan ventilasyonu tolere etme durumunu göstermede kolay ve güvenilir göstergelerden biridir.

Spontan dakika hacminin takibi: Hastanın spontan solunumu ile elde edilen dakika hacminin, 10 L/dk'dan az olması, hastayı ventilatörden ayırma başarısını artırdığı bilinmektedir.

Hızlı yüzeysel solunum indeksi (RSBI, f/Vt): MV'den ayırma başarısının tahmininde sıklıkla kullanılan ve belirleyici özelliği yüksek olan bir indekstir. Bu oran normal olarak 60-90/L arasındadır, ancak spontan solunumu tolere edemeyen hastalarda sıklıkla 100-105/L'nin üzerindedir. Bulunan değerin 100-105 frekans/L'nin altında olması ayırmanın %80 başarılı olacağını gösterir.

Gaz Difüzyon Bozukluğunun Kontrolü: PaO₂/FiO₂ (Pierson formülü) oranının 200'den büyük olması difüzyon fonksiyonunun yeterli olduğunu gösterir.

Vital Kapasitenin Değerlendirilmesi: VC, maksimum bir inspirasyondan sonra yavaş ve zorlanmadan yapılan maksimum ekspirasyonla dışarı verilen hava miktarıdır. Vital kapasitenin 10 ml/kg olması beklenir.

Kan gazı analizi: Kan gazı değerleri normal sınırlarda olmalıdır.

(P0.1) Oklüzyon basıncı (Solunum Dürtüsünün Ölçülmesi): Bu basınç, diyaframın kas gücüne bağlıdır ve ölçümleme işlemi hastanın solunum merkezinin (beyin sapında medulla oblongata) çalışması ve solunum dürtüsü hakkında bilgi verir. P0.1 değerinin 6 cm H₂O nun üzerinde olması (örnek KOAH'lı hastalar) solunum kaslarındaki yorgunluğu ve zayıflığı gösterir. Normal değerleri 2 - 4 cm H₂O arasındadır.

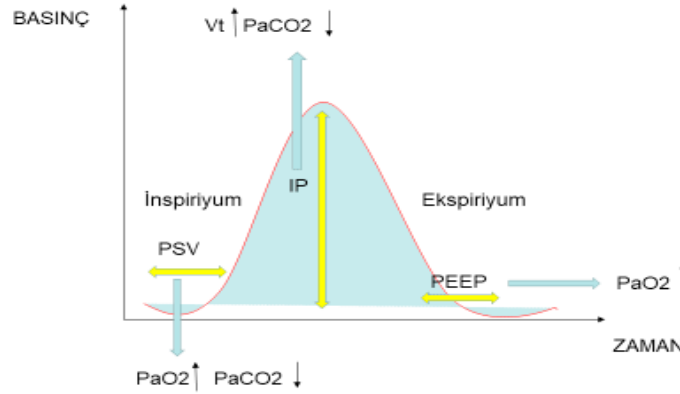
[MIP (Maksimum inspiratory Pressure), Pimax, NIF (Negatif İspiratuar Force)]: Hastanın solunum kaslarının değerlendirilmesinde ve en önemlisi öksürme refleksi için hastanın mekanik yeterliliğinin değerlendirilmesinde önemli bir göstergedir. Normal değerler 50-100 cmH₂O olup weaning için 20 cm H₂O dan büyük olması beklenir. 0-20 cmH₂O arasındaki değerler öksürme refleksi için gerekli tidal volumü oluşturmadığını gösterir.

MV'den ayırmada kullanılan yöntemler: Çok çeşitli olup spontan solunum denemeleri, SIMV, PSV, SIMV+PSV, NIV modları veya kullandığınız cihaza göre otomatik weaning modları seçilebilir.

KONUŞMA ÖZETLERİ

ÖZEL DURUMLARDA MEKANİK VENTİLASYON

Mekanik ventilasyon (MV) solunum işlevinin yapay olarak mekanik ventilatör adı verilen bir cihaz yardımı ile sağlanması işlemidir. Bu işlem invaziv (IMV) ve non-invaziv (NIMV) şekilde yapılabilir. Mekanik ventilasyonun basınç, hacim, akım, kompliyans gibi temel kavramları vardır. Bunlar arasında özellikle basınç kavramı en önemli kavramdır. Çünkü MV akciğerlere bir tüp yardımı ile pozitif basınç uygulaması esasına dayanır. Bu basınçlar IP (inspiratuar basınç), PEEP (ekspirium sonu pozitif basınç), PS (pressure support) isimleri ile anılır. Bunlardan IP basıncı tüm inspirium boyunca etkili olan Vt (tidal volüm)'ün oluşmasını sağlayan asıl basınçtır. PEEP ise sadece ekspirium sonunda etkili olan alveollerin kollabe olmasını engelleyerek açık kalmasını sağlayan basınçtır. PS ise inspiriumun başında hastanın spontan solunumuna destek amaçlı kullanılan basınçtır. (Şekilde ayrıntılı bir şekilde basınçlar görülmektedir)



Mekanik ventilasyonun 2 temel modu basınç kontrollü ve volüm kontrollü modlarıdır. Bu 2 temel mod altında zorunlu, asiste, destekli ve spontan modlar kullanılır. Bu modlar hastanın altta yatan patolojisine göre tercih edilir. Bu modlar kullanılırken bahsettiğimiz basınç kavramlarına ilave olarak frekans, tidal volüm, Inspirium / Ekspirium oranı, FIO2 (verilen oksijenin yüzdesi), trigger (spontan solunumun tetiklenmesi) gibi diğer parametreler ayarlanır.

Mekanik ventilasyon pratiğinde bazı sık karşılaştığımız hastalıklarda özel ayarlamalar gerekir. Bunları kısaca özetler isek:

KOAH ALENLENME: İlk tercih NIMV olmalıdır. NIMV KOAH hastalarında birinci basamak tedavidir. IMV yapılacak ise Vt 6-8 ml/kg, f değeri 14-16, İ/E 1/3-1, PEEP - 6-8 cmH2O, Trigger -1 ile -2 lt/dk, FIO2 SaO2 88-92 arasında olacak şekilde ayarlanır

ASTİM ATAĞI: NIMV genellikle başansızdır. İlk başta denenebilir. IMV ayarları Vt 6-8 ml/kg, permissive hypercapnia, f değeri 10-12, İ/E 1/3-1, PEEP ortalama 5 cmH2O - otoPEEP'in %80'i kadar artırılabilir, trigger -2 lt/dk, FIO2 SaO2 88-92 arasında olacak şekilde ayarlanır.

ARDS: NIMV sadece hafif olgularda tercih edilir. Genellikle IMV ihtiyacı oluşur. IMV uygulanan hastalarda Akciğer Koruyucu Strateji tercih edilir. Bu düşük tidal volüm, yüksek PEEP ve ters orantılı İ/E oranı ile karakterize bir stratejidir.

PNÖMONİ: Pnömoniye sekonder gelişen ASY hastalarında NIMV aşırı sekresyon nedeni ile genelde etkisiz kalır. Bu nedenle pek çok hastada IMV tercih edilmelidir.

KİBAS: Herniasyon bulguları ya da akut nörolojik kötüleşme varsa hiperventilasyon akut dönemde kısa süreli uygulanabilir. Bunun için f 14-18/dk, Vt 8-10 ml/kg ayarlanır. Yalnız kafa içi basıncın daha çok artmasına, hipotansiyona ve serebral perfüzyonun bozulmasına dikkat edilmelidir.

ŞOK: Yüksek PEEP, IP ya da Vt toraks içi basıncı artırarak kalbe olan venöz dönüşü azaltır. Bu nedenle şok hastalarında bu durum hipotansiyonu daha da derinleştirir.

KONUŞMA ÖZETLERİ

RABDOMİYOLİZ KOMPLİKASYONLARI VE YÖNETİMİ

Uzm.Dr. Ceren Şen Tanrıku
Konya EAH Acil Tıp Kliniği

Rabdomiyoliz çizgili kas liflerinin akut nekrozu ve toksik potansiyeli olan hücresel elemanların (myoglobin, CK, LDH, ürik asit, potasyum, fosfat) dolaşıma karışmasıyla giden sendromdur. ETYOLOJİYİ 3 ana başlık altında incelemek mümkün;

- 1) Travma ve kompresyona bağlı rabdomiyoliz (multiple travma, yanık)
- 2) Nontravmatik egzersiz ilişkili rabdomiyoliz (kondisyonsuzluk, aşırı sıcak)
- 3) Nontravmatik egzersiz dışı nedenlere bağlı nedenler (ilaçlar, toksinler)

KLİNİK; Karakteristik üçlü; Kas ağrısı, Güçsüzlük, Koyu renkli idrardır.

TANI; En belirgin özelliği CK ve diğer kas enzimlerinin yükselmesi ve diğer myoglobininin kırmızımsı-kahverengi idrardır.

Kreatin Kinaz (CK): %100 sensitif tek belirteçdir. Normalin 5 katı değerler tanıyı düşündürür.

ERKEN KOMPLİKASYONLARI; Kompartman sendromu, Hipovolemi, Elektrolit bozuklukları, asidoz ile Hepatik disfonksiyonken

GEÇ KOMPLİKASYONLARI; Akut böbrek yetmezliği ve Dissemine intravasküler koagülasyondur.

Kompartman Sendromu; Miyozit hasarı ve sıvı resusitasyonu sonrasında ekstrasellüler alana sıvı geçişi olur ve kas içi ödem ve basınç artışı meydana gelir. Artan basınçta kasların ve sinirlerin canlılığını tehlikeye sokar.

Hipovolemi; İntravasküler alandan hasarlı kas dokusuna sıvı geçişi sonucu meydana gelir. Akut böbrek yetmezliği riskini artırır.

Asidoz; Metabolik asidoz sık görülür. Akut böbrek hasarına bağlı asit atılımında azalma ve organik asit salınımında artma sonucu ortaya çıkar.

Elektrolit bozuklukları; Hiperkalemi, Hiperfosfatemi, Hipokalsemi, Hiperkalsemidir.

Akut Böbrek Yetmezliği; Rabdomiyolizli hastaların %15-50'sinde görülebilir. Hipovolemi ve dehidratasyon renal iskemiyeye neden olur. Myoglobin (HEM) renal tübüllerde çökerek tübüler obstrüksiyona neden olur. HEM proteinleri renal tübüler hücreler için toksiktir.

DIC; Şiddetli rabdomiyoliz olan hastalarda hasar gören kas dokusundan salınan tromboplastin ve diğer protrombotik maddelere bağlı olarak yaygın intravasküler pıhtılaşma gelişimi olabilir. **TEDAVİ:**

Sıvı ve Elektrolit Bozuklukları İle Aby'nin Tedavisi; Hidrasyona böbrek fonksiyon bozukluğuna bakılmaksızın hemen başlanmalıdır. 2.5 ml/kg/h SF IV hidrasyonu (Hedef idrar çıkışı 2 ml/kg/h olacak şekilde) sağlanmalıdır.

İdrar Alkalizasyonu; İdrar Ph'sı 6,5 ve üzeri olacak şekilde 44 mEq sodyum bikarbonat 500cc SF içinde 100cc /h den ya da %5 dextroz içine 88-132 mEq konularak 100cc/h de IV infüzyon şeklinde verilir.

Mannitol; hiperozmotik olduğundan intertisyel sıvıyı çeker, renal kan akımını ve gfr'ni artırır, hipovolemiyi dengeler. %20'lik solüsyondan 1gr/kg 30 dk.da iv veya 25mg iv bolus sonrası 5gr/h iv infüzyon yapılır.

Hiperürisemi gelişen hastalar allopurinol ile tedavi edilmelidir (Ürik asit seviyeleri >8 mg/dL ise veya başlangıçtan yüzde 25 artarsa 300 mg oral)

Diyaliz; Böbrek hasarının gelişimini önlemek için yararı gösterilememiştir.

Kompartman Sendromunun Tedavisi; Kompartmandaki tüm dış basıncı hafifletilmelidir. Fasiyotomi, Amputasyon, Hiperbarik oksijen tedavileri uygulanır.

DIC Tedavisi; En önemli basamak devam eden pıhtılaşma ve tromboz uyarısını ortadan kaldırmak için alta yatan nedenin tedavisidir. Destekleyici önlemler ve Koagülasyon mekanizmasının düzeltilmesi sağlanmalıdır.

KONUŞMA ÖZETLERİ

MANAGING HOSPITAL VIOLENCE

Dr. Mustafa Çiçek

The types of violence and harassment that exposed health care workers in emergency services are verbal violence, physical violence, violence applied by body language and glances etc.

The possible causes of patients and their relatives contributing to the occurrence of violence and harassment are; Sudden difficulty in catching people is unprepared and this leads to helplessness, loss of control, anger feelings, frustration with those with chronic illnesses, stress, uncertainty about how to perform the care of the patient, lack of adequate facilities and anxiety. Since the time per patient is very small, it is not feasible to feel sufficiently careless, to think that your problems are not fully solved.

The reasons for healthcare workers contributing to the emergence of violence and harassment are; Communication skills, anger management, lack of training in coping with aggressive patients, despite the fact that the information is not known, there is insufficient information for various reasons, a language that people can understand during the informing, can not empathize with the patient and relatives etc.

The causes of social and health policies that contribute to the emergence of violence and harassment are; In all parts of the society, violence is accepted as a form of problem solving and the normal acceptance (even parochial expressions, verbal physical attacks, domestic violence, peer violence, mobbing, terrorism etc.), the difficulty in accessing health care, the difficulty in getting qualified quality health care services, the inability to find a solution despite the frequent visits to health problems and seeing the health worker as a result, the attitude towards health in the media etc.

The reasons for institutional and spatial reasons that contribute to the emergence of violence and harassment are; Failure of emergency room architecture, Not big enough, not comfortable, civilization and no waiting room where people can hang out, failure to comply with patient privacy, the absence of a sense of authority that will resonate when the emergency work environment is open to the public, failure to plan physical spaces from scratch for emergencies, later functional tailor made emergency services.

The solution recommendations are; wherever comes the struggle of violence with really zero tolerance, public awareness, raising social consciousness and sympathy, applying policies to reduce violence in society, More effective use of NGOs, informing public about the emergency service function (about emergency service and about the triage system) (public spot etc.)

KONUŞMA ÖZETLERİ

PELVİS TRAVMALARI: ACIL TIP UZMANI NE BİLMELİ?

Uzm. Dr. SULTAN TUNA AKGÖL GÜR

SBÜ. Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi

SUNUM PLANI: Anatomi, epidemiyoloji, klinik özellikler, pelvik kırıklar, tedavi, komplikasyonlar, algoritmadır.

Pelvisin 3 görevi vardır. Anatomisi karmaşıktır. İnnominate kemikler (iliüm, iskium, pubis) ile sakrum ligamentlar tarafından **Pelvik Halkayı (PH) oluşturur. Kararlı tek kırıklarda PH da ayrılma olmazken kararlı olmayan çift kırıklar PH ayrılma olur.**

Pelvis kırık epidemiyolojinde en sık neden trafik kazalarıdır. Hastanın klinik seyri için iyi bir hikaye alınmalıdır. Fizik muayenede İnspeksiyonda; Grey Turner sign, Destot sign, Earle sign gibi bulgular olabilir. Palpasyon nazik ve dikkatli yapılmalıdır. Pelvik kırık şüphesi edilen hasta aksi ispatlanana kadar intraabdominal, retroperitoneal, jinekolojik ve ürolojik yaralanma olduğu kabul edilmeli, kanama ve kırık oluşturacak hareketlerden kaçınılmalıdır. Yer değişmiş prostat ve rektal yaralanmanın tesbiti için rektal muayene yapılmalıdır.

Görüntüleme yöntemlerinden bahsedecek olursak; radyografiler, BT, FAST, USG, MR, Üretrogram, sistogram, arteriogramdır. İyi bir DG 'de; pelvis tam görülmeli, femur proksimalı, L4-5 omurlar, simfizis pubis orta hatta olmalı rotasyon olmamalıdır. Standart AP, inlet, outlet, Oblik/Judge grafipleri mevcuttur. Altın standart BT dir.

PELVİK KIRIKLARI:

- 1-Pelvik halka (PH) kırığı
- 2-Avulsion ve tek kemik kırıkları
- 3-Asetabular kırıklardır.
- 4-Sacral kırık
- 5-Koksiks kırıkları olarak sınıflandırılabilir.

Pelvik Halka (Ring) Kırıklarının Tile Sınıflandırması;

Young ve Burgess Sınıflandırması vardır. Tile sınıflandırması; Posterior sakroiliak kompleks bütünlüğüne dayanır. Stabil, parsiyel stabil, rotasyonel ve vertikal instabil olarak değerlendirir. Young ve Burgess sınıflandırması travma mekanizması ve neden olan kuvvetin yönüne göre sınıflandırır. Lateral kompresyon, AP kompresyon (open book), vertikal shear ve kombinasyon kırıkları olarak ayrılır.

Avulsion ve tek kemik kırıkları; İliak kanat, superior ve inferior ramus pubik kırıkları, transvers sakral kırık, koksiks kırığı, SİAS. kırığı, SİAİ kırığı ve iskial tüberosit avulsion kırığı olarak sayabiliriz.

Asetabular kırık diz, femur travmaları, kalça kırıklı-çıkıklı ile birliktedir. **Teardrop bulgusunda bozulma acetabulum hasarına işaret eder. Letournel ve Judet Sınıflaması vardır.**

Sacral kırıklar Zone I Zone II, Zone IIIA, Zone IIIB olarak Denis Sınıflandırmasına göre sınıflandırılır.

Koksiks kırığı en sık kalça üzeri düşmelerde görülür.

Stabil kırıkları konservatif (kristaloid sıvı, kan ve kan ürünleri, resüstasyon) olarak tedavi edilir. Avulsiyon kırıklarında analjezik verilir ve yatak istirahati önerilir. Anstabil ve yüksek enerjili kırıkların tedavisi komplikedir. En kısa zamanda ortopedi konsültasyonu istenir.

Acil serviste tedavide en hızlıca çarşafı pelvisi sıkıca sarmalınız. Böylelikle open-book dönüşümü ve pelvis içindeki kan kaybına neden olabilecek volümü azaltmış oluruz.

KOMPLİKASYONLAR;

- Ürogenital yaralanmalar,
- Rektal yaralanma,
- Sinir kökü yaralanması,
- **Uzun dönem komplikasyonu:** kalıcı kronik ağrı, cinsel işlev bozukluğu, fonksiyonel sakatlıklardır.

KONUŞMA ÖZETLERİ

SUBARAKNOİD HEMORAJİ: LP'YE KİMLERİN İHTİYACI VAR?

Dr Sertaç GÜLER

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Özellikle beyin tomografisi (BT) ve magnetik rezonans görüntüleme (MRG) tekniklerindeki gelişme, yenilik ve cihaz kalitelerindeki ilerlemeler, acil servislerde (AS) lomber ponksiyon (LP), endikasyonlarını azaltmış olsalar da halen, BT'si negatif olan hastada devam eden subaraknoid kanama (SAK) şüphesinde, 2008 ACEP ve 2012 AHA/ASA kılavuzları ekartasyon için LP'yi önermektedir. Diğer yandan işlemin, invazif olması, AS'de zaman kaybına neden olan özelliği, sonuçlarının çoğunlukla ihtilafı olması, hasta onamı ve komplikasyonları ile ilişkili sorunlar da bilinen gerçeklerdir. Bu nedenle özellikle son dönem literatürde, BT negatif baş ağrısında SAK şüphesinin yönetimi ile ilgili gittikçe artan ve LP'siz bir seçeneğin olasılığına vurgu yapan yayınlar mevcuttur. Özellikle BT'nin ilk saatlerde sensitivitesinin yüksek olduğu ve zaman geçtikçe kanamayı yakalama performansının azaldığı bilindiğinden, baş ağrısının başlama zamanının net bilindiği hastalarda, BT'nin ilk semptom başlangıcından itibaren 6 saat içinde çekilebildiği hastalarda, atipik prezentasyonlu olmayan başvurularda, nörolojik muayenenin baş ağrısı dışında normal olduğu hastalarda, BT cihazı da eğer yeni nesil bir cihaz ise (<5 mm kesitlere izin veren) ve hareket artefaktları minimal ise ve görüntüler bir radyolog tarafından veya santral sinir sistemi görüntülemesi konusunda deneyimli olan bir hekim tarafından yorumlandıysa, son dönem literatürde negatif BT sonrası LP yapılmasına gerek olmadığı yönünde bir eğilim mevcuttur. Ancak atipik başvurularda (izole boyun ağrısı, nöbet, senkop gibi) veya daha minör kanamalarda BT'nin SAK tanısını atlayabileceği de unutulmamalıdır. Bu kriterler tamamen sağlanmış değilse, birçok yazar da hala BT negatif SAK ekartasyonunda LP'yi önermektedir. Kabaca ilk 6 saatte çekildiğinde 1000 SAK şüphesi hastasının 1'inde BT, SAK'ı atlayacaktır. Lomber ponksiyon işleminin de düşük tanısız değer, çoğu zaman yetersiz ve üzerinde uzlaşılabilen "pozitiflik" sorunu, komplikasyonlar ve AS'lerde hastaların kalış sürelerinde uzamaya neden olması gibi dezavantajları mevcut olduğundan, seçili hastalarda, normal BT sonrası, klinik karar verme kuralları üzerinde düşünmek ve bunları geliştirmek, LP'den daha faydalı olabilecektir.

KONUŞMA ÖZETLERİ

EPİLEPTİK DURUM, ED YÖNETİMİNDE GÜNCELLEME

Şerife Özdiñ

Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Afyonkarahisar

Epilepsi; kortikal nöronlardaki aşırı, anormal elektriksel deşarj sonucu ortaya çıkan, akut, tekrarlayıcı, bir etken tarafından tetiklenmemiş epilepsi nöbetleri ile karakterizedir. Metabolik, toksik, yapısal, enfeksiyöz yada inflamatuvar nedenlerin santral sinir sistemini etkilemesiyle de nöbetler ortaya çıkabilir, bu tarz nöbetler genellikle geçicidir. Epilepsi hemen her yaşta görülebilir, uzun süreli tedavi, takip gerektirir ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkiler. Ortaya çıkan klinik tablonun epilepsi nöbeti olup olmadığına karar verilmesinin ardından bazı tetkikler ile tanı desteklenerek tedavide düzenlenir. Status epileptikus ise yaygın görülen, akut gelişen ve hayati tehlike oluşturan, uzun süren epileptik krizdir. Epilepsinin ilk klinik yansıması olabilir. Altta yatan, beyin hasarına sebep olan bir etiyolojik faktör olabilir. Altta yatan nedene bağlı olarak prognoz değişmektedir. Nöbetlerin en sık sebebi ilaç değişikliğidir. Nöbetlerin çoğu kendiliğinden sonlanır, ancak status epileptikusa müdahale etmek gerekir. Hastanın nöbeti benzodiazepin grubundan ilaçlar ile durdurularak gerekli resüsitatif işlemler hızlıca uygulanmalıdır. Hipoglisemi, ilaç zehirlenmeleri gibi uygun tedaviler yapılarak hızlıca düzelebilecek tablolar göz önünde bulundurulmalıdır. Benzodiazepinler ve fenitoine cevap vermeyen nöbetlerde genel anestezi uygulanması ve sürekli EEG monitorizasyonu önerilir.

KONUŞMA ÖZETLERİ

HİPOTERMİ , LİPİT TEDAVİSİ, TROMBOLİTİK TEDAVİ : GÜNCEL LİTERATÜR

Doç. Dr. N. Belgin Akıllı

Terapötik hipotermi 2002'de yayınlanan HACA ve Bernard çalışmalarından sonra postkardiyak arrest hasta bakım kılavuzlarına girmiş ve 32-34 derecelik soğutulma önerilmiştir. 2013 yılında yayınlanan 33-36 derecenin karşılaştırıldığı çok merkezli randomize kontrollü çalışmada mortalite ve iyi norolojik sonuçlar açısından fark tespit edilmedi. Bu sonuç kafa karışıklığına neden oldu. Sonraki yıllarda yayınlanan ILCOR güncellemesi ve 2015 AHA resüsitasyon kılavuzu hedeflenmiş sıcaklık yönetimi şeklinde önerilerini güncellemişler ve sıcaklığın 32-36 derece arasında tutulması gerektiğini bildirmişlerdir. 2016 yılında yayınlanan Kanada Hipotermi Kılavuzu ise Nielsen çalışmasının yeterince güçlü kanıt sağlayamadığını savunarak sıcaklığın 32-34 arasında tutulması gerektiğini savunmaktadır. Sıcaklık hedefi dışında, endikasyonlar, kontrendikasyonlar, hipoterminin ne zaman başlaması gerektiği, ne kadar süre uygulanacağı, soğutma yöntemi, ısıtma yöntemi, komplikasyonları gibi pek çok nokta belirsizliğini korumaktadır.

Lipit tedavisi tedavisi 1967 yılında ilk defa antidot olarak kullanılmıştır. 1997 yılında bupivakaine ait bir toksisite vaka raporunda yayınlanmıştır. Daha sonra lokal anestezi toksisitesi ve diğer lipofilik ilaç toksisitelerinde kradyovasküler ve nörolojik yan etkilerin geri çevrilmesi için kullanıma girmiştir. Lipit lavabo, Ca akışının düzenlenmesi, direkt inotropik etki ve miyokardın enerji ihtiyacını karşılaması gibi muhtemel etki mekanizmaları mevcuttur. %20 lik uzun zincirli trigliserit emülsiyonu 1.5 ml/kg yağsız vücut kilosuna göre bolus; aynı doz, üç dozda olmak üzere her üç ila beş dakikada bir kardiyak arrest durumunda tekrarlanabilir. Sonrasında 0.25-0.5 ml/kg/dk 30-60 dk'da verilmelidir. Lokal anestezi toksisitesine bağlı, özellikle bupivakain toksisitesine bağlı kardiyak arrest vakalarında resüsitatif bakıma ilaveten ILE uygulanabilir. (SınıfIIb-KD C-EO) Diğer ilaç toksisitelerine bağlı kardiyak arreste ILE uygulaması makuldür. (SınıfIIb-KD C-EO)

Trombolitik tedavinin arreste neden olan akut koroner sendrom, stroke ve pulmoner embolide uygulaması akla gelmektedir. Akut koroner sendromda TROICA çalışması erken sonlandırıldığından ve mortaliteye etki etmediği tespit edildiğinden uygulamada önerilmemektedir. Stroke ve kardiyak arrest birliğinde trombolitik kullanımına dair herhangi bir bildirim veya çalışma tespit edilmemiştir. Pulmoner embolide ise kılavuz doğrulanmış ve şüphelenilmiş pulmoner emboli başlıkları altında önerilerde bulunmaktadır. Randomize kontrollü çalışmaların yokluğunun yanında özellikle hangi hastalardan şüphelenilmesi gerektiği ve bu noktada ultrasonografinin kullanımı önümüzdeki zamanlarda üzerinde çalışılması gereken en önemli noktalardan biri olacaktır.

KONUŞMA ÖZETLERİ

THE IMPACT OF PREHOSPITAL TRIAGE IN TRAUMA PATIENTS

Trauma is the the most common causes of mortality throughout the world. Traffic accidents, disaster moments, CBRN events, terrorist attacks and fires are can be turned into chaos if not managed properly. In 2015, the number of patients who died at the scene of traffic accidents only was 3831 while the number of patients who died within 30 days was 3699. For 2016, these numbers are 3493-3907 respectively. According to a study by Nathens and colleagues, there is a 9% difference in traffic accident death rates among states with and without a trauma system.

Triage arising from the need to define the urgent care priority of the wounded soldiers in the battlefield. It was applied with the idea of providing emergency care at the beginning of the 1800's and began to practice in emergency department in big cities in the early 1900's.

No matter how high or intense the number or demand is in urgent health services, there is no need for triage in capacity and sufficiency where available facilities can respond. In the absence of adequate medical personnel and limited available resources, triage is necessary. The purpose of triage is protect the life of the injured patient, prevent possible loss of life or severe injuries, provide efficient use of limited resources at hand (personnel, materials, equipment, etc.), provide the immediate first intervention early and effective and ensure the transfer of the injured patient to the appropriate hospital.

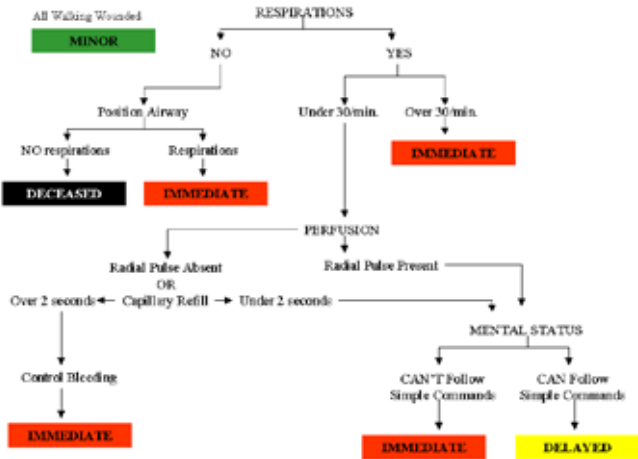
Triage have some rules as following. Should be less than 1 minute for each wounded. Maximum 1 minute for on walk injured patients, maximum 3 minutes for lying injured patients . There is no interest with the number of sick or wounded. The system is concerned with the instantaneous response capacity. The given code can not be replaced with better one. Achieved re-done in each stage (incident place, transport, emergency service) .

Before making contact with the patient, the prehospital care provider can evaluate the scene; obtaining a general impression of the situation for scene safety, looking at the cause and results of the incident, observing family members and bystanders. During the triage, should be informed about the infrastructure and possibilities of the region. The primary consideration when approaching any scene is the safety of the medical and rescue personnel. When medical personnel become victims, they will no longer be able to assist other injured people. Patient care needs to wait until the scene is secured. Threatening conditions to patient or rescuer safety include fire, downed electrical lines, explosives, hazardous materials (including blood or body fluid, traffic, floodwater, and weapons such as guns, knives), and environmental conditions. Patients in a hazardous situation should be moved to a safe area before assessment and treatment begin. Ensure safety of work area with obstacles and positions so that emergency vehicles do not interrupt traffic flow (Right and Left Blocking). Shadowing, securing the workspace. Routing, collapsing the path to the portion with less flow.

Illumination of all markings at night. These are the preventive movements for the road safety. We should not forget Dead heroes can not save lives.

There is commander on the scene and named with triage officer. He/she is not concerned with emergency care of patients or wounded. He/She is responsible for the general definition of the scene, the identification of all the additional capacity needed and the need for any kind of personnel at the scene.

The most current disaster triage model used today in the world is the triage system START (Simple Triage and Rapid Treatment).



The red code identification depends on breathing, circulation and mental status. Consciousness control, which precedes the ABC of the first aid in normal circumstances, is the last evaluation criterion in the START Triage model. That is why the possibility that even a survivor capable of giving reasonable answers to questions and completing simple commands can be coded as RED in a disaster triage can easily escape from the eye under those circumstances.

Central to an ideal trauma system is the proper number and location of large, resource-rich trauma centers.

KONUŞMA ÖZETLERİ

TRAUMA LEVELS

Hospitals achieve different trauma levels by meeting standards set by the American College of Surgeons.

- LEVEL I**
 - Provides total care for every aspect of injury
 - 24-hour in-house general surgeons
 - Prompt availability of care in all Level II specialties as well as internal medicine, plastic surgery, pediatrics
 - Operates organized teaching, research effort
- LEVEL II**
 - Can initiate definitive care for injured patients
 - 24-hour immediate care by general surgeons
 - Specialties in orthopedic surgery, neurosurgery, anesthesiology, emergency medicine, radiology, critical care
 - Continuing education programs for staff
- LEVEL III**
 - Prompt assessment, resuscitation, surgery, intensive care and stabilization
 - 24-hour immediate care by emergency physicians
 - Provides prompt availability of general surgeons and anesthesiologists

SOURCE: AMERICAN TRAUMA SOCIETY; COMMUNITY IMPACT NEWS PAPER

These are the studies that reflect the importance of pre-hospital triage.

Voskens FJ and friends studied on the Accuracy of Prehospital Triage in Selecting Severely Injured Trauma Patients. A total of 4950 trauma patients were evaluated of which 436 (8.8%) patients were severely injured. They say as a conclusion: More than 20% of the patients with severe injuries were not transported to a level I trauma center. These patients are at risk for preventable morbidity and mortality. This finding indicates the need for improvement of the prehospital triage protocol.

Van Rein EAJ and colleagues worked on 'Effectiveness of prehospital trauma triage systems in selecting severely injured patients: Is comparative analysis possible?' Because In an optimal trauma system, prehospital trauma triage ensures transport of the right patient to the right hospital. Incorrect triage results in undertriage and overtriage. Older age and increased geographical distance were associated with undertriage. Mortality was lower for severely injured patientstransferred to a higher-level trauma center. In the conclusion it is showed that: In most of the evaluated trauma systems, a substantial part of the severely injured patients is not transported to the appropriate level trauma center.

Linder F and friends wondering about the money side finally like us. To evaluate trauma triage criteria in terms of compliance, undertriage, and overtriage and identify risk factors for mistriage. A total of 1424 trauma patients were included in the study. Seventy-three (5.1%) patients activated a full trauma team, 732 (51.4%) a limited trauma team, and 619 (43.5%) did not activate any trauma team. Undertriage was 2.7% [95% confidence interval (CI): 1.9-3.8%] and overtriage was 34.2% (95% CI: 23.5-46.3%) in the complete cohort. They say The overtriage and undertriage in this study is in line with the recommendations of the American College of Surgeons Committee on Trauma. However, better compliance with trauma alert criteria would result in fewer trauma team activations without affecting patient safety as a conclusion.

A group of researchers who think that we can do this triage in another way also see what they have done: Pre-Hospital Triage of Trauma Patients Using the Random Forest Computer Algorithm. Because Over triage not only wastes resources but displaces the patient from their community and causes delay of treatment for the more seriously injured. While under-triage can have devastating consequences, over-triage can be equally problematic by forcing patients out of their community unnecessarily, wasting resources, and delays in treatment for those critically injured. We need more studies about this issues.

As a result we have a nice map that will allow us to reach the treasure island right when we use it properly and healthy. Let's use triage. Let's save more people's lives. Let's do it as soon as possible. And do it by making sure that the most appropriate hospital is used most effectively.

KONUŞMA ÖZETLERİ

TOKSİKOLOJİDE KANITA DAYALI TIPLA NEREYE KADAR?

Doç. Dr. Şeref Kerem ÇORBACIOĞLU

Kanıt dayalı tıp (KDT) özellikle 1990'ların başında başlayan ve 2000'li yıllarda oldukça ivme kazanan mevcut tıp bilgilerimizin sistematik bir yaklaşımla gözden geçirildiği bir akım. Tıp tarihinin uzun deneyimi ve birikiminin bize bıraktığı miras oldukça geniş. Çoğu bilgiyi çoğu zaman sorgulamadan yapıyoruz. Ancak son yıllarda popüler hale gelen KDT yaklaşımı ile baktığımızda pek çok bilginin KDT filtresinden geçemediğini görüyoruz. Bugün bir ilacın çıkması ve onun günlük kullanıma girmesi için ciddi kanıt düzeylerine sahip olması bunun içinde standardize edilmiş yüksek kaliteli çalışmalarla desteklenmiş olması gerekiyor. Ancak bu yüksek kaliteli çalışmaları yapılması bazı zaman ve bazı konularda gerek etik gerek mevcut konunun doğası nedeni ile zor hatta imkansız olabiliyor.

Bu alanlardan birisi ise klinik toksikoloji gibi durmaktadır. En iyi bildiğimizi düşündüğümüz pek çok toksikoloji uygulamalarının bile en iyisi ile kontrol grubu tarihsel kohortlardan çekilmiş retrospektif vaka kontrol çalışmalarına dayandığı ve bazı uygulamaların sadece bir kaç vaka raporuna dayandığı görülmektedir. KDT yaklaşımının özel uygulama alanı olarak klinik toksikoloji başlığı ele alındığında karşımıza tartışılması gereken büyük bir sorun çıkıyor. Sert bir şekilde sadece kanıt düzeyleri hareket edersek toksikoloji alanında uygulayabileceğimiz bir tedavi kalmayabilir.

Peki gerçekten KDT yaklaşımı ile toksikoloji alanına nasıl yaklaşılmalı? Son yıllarda kanıt piramidinin tekrar gözden geçirilmesi ile KDT yaklaşımı ve mevcut tarihsel bilgilerimizi etkin kullanılması mümkün gibi gözükmemektedir. Toksikoloji alanındaki vaka serilerinin önemi büyüktür. Ancak bu konudaki yayın biası en önemli sorunlardan birisidir. Klinisyenler ellerindeki özellikle verinin az olduğu vaka örnekleri ile karşılaştıklarında standart yaklaşımı uygulamalı ve bunları mutlaka belirli aralıklarla negatif vakalarda dahil sunmalıdırlar.

KONUŞMA ÖZETLERİ

TRANEKSAMİK ASİT

Yrd. Doç. Dr. Mustafa Ahmet AFACAN

SAGLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ Haydarpaşa Numune SUAM

Traneksamik asit lizin amino asidinin sentetik analogu olup. Plazminojen veya plazmine, lizin reseptörleri üzerinden bağlanır ve antifibrinolitik etki gösterir. Bu etkisiyle plazminin fibrine bağlanmasını engeller ve kan pıhtılarının bozulmasını geciktirir.

Fibrinolitik aktivite veya tromboliz, damar içinde oluşan pıhtıların çözülmesi olup vasküler hemostazın tamamlayıcısı olarak bilinir. Bu sistem en küçük vasküler hasarda kontrolsüz pıhtı oluşmasını engellemek için vardır. Ancak travmada kalması istenilen tıkaçında yok edicisidir ve tam bu noktada biz traneksamik asiti oluşan tıkaçı korumak için kullanıyoruz.

Traneksamik asit etkisini, plazminojen aktivasyonunu inhibe ederek ve fibrinolizin patolojik olarak arttığı durumlarda fibrin koruyucu etkinlik sağlayarak gösterir. Eş değeri olan D aminokap-roik asit ve aprotinin; sentetik lizin analoglarıdır .

Sıvı-kan resusitasyonu ve oluşan pıhtının korunması; altta yatan neden düzeltilene kadar hayatta kalmayı sağlamak ve morbiditeyi sınırlamak için aslında bir köprüdür. **Kontrollü hipotansiyon ve antifibrinolitik ajanlar kan transfüzyon ihtiyacını azaltmak için uygulanmaktadır.** Antifibrinolitik ajanlar elektif cerrahide ameliyat süresince olan kanamayı azaltmak için yaygın olarak kullanılmaktadır (1).

Her yıl dünyada, travmatik beyin hasarı yüzünden 10 milyondan fazla insan ölmekte ya da hastaneye yatırılmaktadır. Crash-3 çalışmasında; böyle basit ve yaygın olarak uygulanabilir bir tedavinin kafa travmalı hastalarda sonuçları iyileştirdiği gösterilebilirse, binlerce hayat kurtarır ve engellilik yükü azaltılır düşüncesindedir (2).

Traneksamik asit (TXA) genellikle cerrahi hastalara kanama ve kan nakli ihtiyacını azaltmak için verilir. Kan transfüzyonu alan hastaların sayısını üçte bir oranında azalttığı veya kan transfüze edilen hastalarda yaklaşık bir ünite transfüzyon ihtiyacını azalttığı ve elektif cerrahi hastalarında kanamayı kontrol etmek için daha uzun ameliyat ihtiyacını yarıya indirdiği gösterilmiştir. 10.000'den fazla hastanın ameliyata bağlı kanamasının incelendiği bu derlemede, Traneksamik asit uygulamasının transfüzyon ihtiyacını% 38 oranında azalttığını ortaya koymaktadır (3).

Travma sonrası major kanama ve koagülopatinin yönetimi Avrupa kılavuzu 4. baskı tedavi önerileri çok değerlidir. **Traneksamik asit, kanaması saptanan** veya belirgin hemorajik riski olan hastalara yaralanmayı takip eden ilk 3 saat içinde; 10 dakikada 1 gr olarak yüklenmeli ve 1 gr infüzyon dozu 8 saatte verilmelidir (4). Bu tedavi esnasında farklılıklar izlenmekle birlikte, ilk 8 saatte başvuran hastalarda trombovasküler olay sıklığında artış izlenmemiştir.

KONUŞMA ÖZETLERİ

TÜP TORAKOSTOMİ VE PERİKARDİYOSENTEZ

TÜP TORAKOSTOMİ

Plevral alandan anormal hava veya sıvının boşaltılması işlemidir. Plevral boşluğa toraks drenlerinin yerleştirilerek ,kapalı su altı drenajına bağlanması ile drenaj sağlanır. Endikasyonları; Travma (Pnömotoraks,Tansiyon Pnömotoraks, Hemopnömotoraks, Açık pnömotoraks), Spontan Pnömotoraks, Ampiyem,Şilotorakstır. Göğüs ağrısı ve dispne ensik semptomlardır. Fizik muayene, AC grafisi ve Toraks BT tanıda kullanılır. Tedavisi tüp torakostomidir. Tüp torakostomi ön ve arka aksiller hatlar arasında, 2. İnterkostal aralıktan 6. interkostal aralığa kadar uzanan bölgeden uygulanabilir. Komplikasyonlar; organ yaralanması, mekanik problemler, kanama ve enfeksiyonlardır.

PERİKARDİYOSENTEZ

Perikardiyal alanda biriken kan veya sıvının boşaltılması işlemidir. Kardiyak tamponad hayati tehdit edici bir durumdur. Tamponadın ortaya çıkma hızı sıvının toplanma hızına göre değişebilir. Etiyolojide; malignite,üremi,MI,kollojen doku hastalıkları,travma,hipotiroidi, enfeksiyonlar yer alır. Tanıda Beck Triadı ve ECHO kullanılır. Uygulama ensik subksifoidal veya sternokostal alandan yapılır. Uygun pozisyon ve ekipmanla spinal iğne ile perikardiyodente işlemi tamamlanır. Komplikasyonlar; disritmi,koronar arter ve internal mammarian arter ponksiyonu/anevrizması, pnömotoraks, hemotoraks, karaciğer yaralanmasıdır.

KONUŞMA ÖZETLERİ

BAROTRAVMALAR

Uzm. Dr. Fatma Tortum

Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis

Barotravmalar, ani basınç değişimleri sonrasında gelişen travmalar olarak tanımlanabilir. Genellikle kurallara uyulmayan dalışlar sonrasında gelişirler. Ülkemizde son yıllarda sportif faaliyet olarak dalış sporlarının yapılmaya başlanması ile birlikte görülme sıklıkları artmıştır. Çoğu zaman dalış işlemi gerçekleştirecek kişiler uygun eğitimlere tabii tutulmaktadır. Ancak dalış için uygun eğitim almış dalgıçlarda, sportif faaliyet olarak dalış yapanlarda da görülmeye devam etmektedir.

Barotravmaların oluşumunu anlayabilmek için gazlarla ilgili bazı fizik kurallarının bilinmesi gerekir. Boyle kanununa göre, bir gazın basıncı ile hacmi ters orantılıdır. Henry kanunu ise gaz basıncının artması ile gazın çözünürlüğünün arttığını anlatmaktadır. Dalton kanunu ise karışım bir gazın basıncının, karışımı oluşturan gazların her birinin basınçlarının toplamına eşit olduğunu söyler. Bu kuralları anlamak dalış veya çıkış esnasında hava içeren organlarda oluşacak değişikliklerin anlaşılması için önemlidir.

Barotravmalar uygunsuz dalış- çıkış sonrasında gerçekleşir. Dalış esnasında giderek artan basınç sonucu akciğerler, kulak, sinüsler, gastrointestinal sistem gibi hava içeren organlardaki hava sıkışır. Bunun sonucunda da kulak barotravması, sinüs sıkışmaları, pulmoner barotravma oluşur. Kulak sıkışmaları dış kulak yolu sıkışması, orta kulak sıkışması ve iç kulak sıkışmaları olarak sınıflanır. Kulak barotravmalarını engellemek için dalgıçlar tarafından eşitleme manevraları yapılmalıdır. Orta kulak barotravması barotit olarak da adlandırılabilir. En sık görülen barotravma şeklidir. Pulmoner ödem, dispne, pulmoner hemoraji de iniş esnasında meydana gelebilir.

Çıkış esnasında azalan basınç, gazlarda hacmin genişlemesi ile sonuçlanır. Bu durumda genişleyen hava alveol rüptürü, pnömomediastinum, pnömotoraks, cilt altı amfizemlere neden olabilir. Rüptüre olan alveollerdeki hava pulmoner vasküler yatağa geçebilir. Bu durum mortal seyredabilen arteryel gaz embolisi ile sonuçlanabilir. Dalış esnasında ortam basıncına uygun yüksek basınçla hava veren tüpler kullanılmaktadır. Bu yüksek basınçlı tüplerde genellikle atmosfer havasına uygun gaz karışımları (%78 nitrojen, %21 oksijen ve %1 diğer gazlar) kullanılmaktadır. Dalış esnasında solunan bu gazlar ani yükselme sırasında çözünürlüklerinin azalması ile intraselüler, ekstraselüler, intravasküler, ekstraselüler alana hava kabarcıkları olarak geçer. Oluşan selüler hasar ve intravasküler hava kabarcıkları inflamatuvar ve pıhtılaşma süreçlerini aktifler. Hastada hipoksik, iskemik bir hadiseler topluluğu oluşturur. Bu durum dekompresyon hastalığı olarak adlandırılır. Dekompresyon hastalığı halk arasında vurgun olarak bilinmektedir. Dekompresyon hastalığı da arteryel gaz embolisi gibi mortal seyreden bir durumdur.

Azot narkozu ve oksijen toksisitesi ise dalgıçlar dalış mesafesindeyken meydana gelir. Azot narkozu etanol sarhoşluğuna benzer bir durum ortaya çıkarır. Oksijen toksisitesinden ise en fazla solunum sistemi etkilenir.

Barotravmalardan kulak ve sinüs barotravmalarında analjezik ve dekonjestan kullanımı yeterli tedavi olabirse de dekompresyon hastalığı, arteriyel gaz embolisi rekompresyon tedavisi gerektirmektedir. Rekompresyon tedavisi basınç odasında uygulanacak hiperbarik oksijen tedavisidir.

Anahtar kelimeler; arteryel gaz embolisi, barotravma, dekompresyon hastalığı

KONUŞMA ÖZETLERİ

YÜKSEK ENERJİLİ TRAVMALAR

Travma, tüm dünya nüfusunun %10'nun ölümüne neden olan ve herhangi bir fiziksel etkenle meydana gelen yaralanmalar olarak tanımlanır. Acil olarak tanı ve tedavinin sağlanabilmesi için oluş mekanizması ve etkilerinin tanımlanması gerekmektedir. Bu nedenle travma etkisiyle ortaya çıkan kinetik enerjinin vücutta dağılımı önemlidir. Gelişen teknolojiyle birlikte yüksek enerjili travma gündeme gelmiş ve insan vücudundaki etkisi değişim göstermiştir. Uluslararası Travma Cerrahisi ve Yoğun Bakım Birliği ile Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan esansiyel travma bakımı projesi ile yaralı hastalara en iyi bakım amacıyla sunulacak hizmeti insani ve fiziksel kaynakları detaylandıran temel travma bakımı için bir dizi kaynak tablosu ve alınması gereken önlemleri geliştirmiştir. Yapılan gözlemler sonrasında elde edilen verilere göre; 6 metre yüksekten düşme ya da boyunun 3katı ve üzeri yükseklikten düşme, > 65 km/h hıza sahip motor kazaları, araçta >45 cm den fazla deformitenin oluşması, aracın yolcu bölümünde >30 cm den fazla yer değişikliği olması, aracın yuvarlanması, yolcunun araçtan dışarı fırlaması, aynı araçta yer alan yolculardan birinin ölümü, arabanın yaya ya da bisiklete >32 km/h den fazla hızla çarpması, av tüfeği ya da askeri amaçlı kullanımı olan ateşli silah yaralanmaları, patlamalar ve >1000 v ve üzeri elektrik çarpması yüksek enerjili travmalar olarak belirlenmiştir. Travma mekanizmasının yüksek enerjili travma olarak sınıflandırılması bakım basamakları sırasında triaj kategorisi, bakım hizmetinin sunulacağı travma merkezinin belirlenmesi, hasta yönetimi ve sonlanım açısından da önemlidir. Bu hastaların yönetimi sırasında birincil değerlendirmede solunum yetmezliğinin tanınması, etkin ventilasyonun sağlanması ve şok yönetimi birincil öneme sahiptir. Özellikle hasta grubu olarak nitelendirilen pediatrik, geriatrik ve gebe hastalar motorlu araç kazası, yükseten düşme ve penetran yaralanmalar bakımından diğer hasta gruplarına göre farklı kategoride değerlendirilmelidir. Bu hasta gruplarının kendilerine ait fizyolojik ve anatomik farklılıkları göz önünde tutularak travma bakımı sağlanmalıdır. Travma sonrasında ortaya çıkan şokun erken tanınmasında hem pediatrik hem de geriatrik hasta gruplarında yaşa bağlı şok indexinin kullanımı mortaliteyi öngörebilme açısından önemlidir. Aynı zamanda geriatrik hasta gruplarında travmaya spesifik kırılmalı indexinin değerlendirilmesi de kısa dönem sonuçlar açısından doğru ve pratik bir değerlendirme aracı olarak görülmektedir.

KONUŞMA ÖZETLERİ

MAJOR TORAKS TRAVMASINDA ACİLCİ İÇİN İPUÇLARI

Dr. İshak Şan

GİRİŞ

Tüm yaralanma kaynaklı ölümlerin %25inde direkt nedendir. %90'ını künt travma oluşturur. Yaralanma mekanizmaları penetran ve künt olmak üzere ikiye ayrılır.

Birincil bakıda hayatı tehdit eden nedenlerin hızla tanı ve tedavisi yapılmalıdır. Resüsitasyon ve tedavi eş zamanlı devam etmelidir.

İkincil bakıda potansiyel olarak ölümcül yaralanmalar tespiti için birincil bakıdan sonra hızlı ve ayrıntılı muayane yapılmalıdır.

Birincil bakıda tespit edilmesi gereken yaralanmalar : (1) Havayolu obstrüksiyonu (2) Trakeobronşial rüptür (3) Tansiyon pnömotoraks (4) Masif hemotoraks (5) Açık pnömotoraks (6) Yelken göğüs (7) Perikardiyal tamponad

HAVA YOLU OBSTRÜKSİYONU

Hasta soluma çabası gösteriyor fakat tam inspirasyon yapamıyorsa; düşünülmalıdır. En sık neden dilin farenkse prolabe olmasıdır.

TRAKEOBRONŞİAL RÜPTÜR

Dispne, hemoptizi, subkutan mediastinel amfizem, hipoksi ile bulgu verir. Tüp torakosotomide sürekli masif hava kaçağı vardır.

TANSİYON PNÖMOTORAKS

Tanı klinik olarak konulur. Takipne, hipotansiyon-taşikardi, solunum seslerinin azalması erken dönemde görülür. Hastalara PAAC çekilmeden tanı koyulmalıdır. 2. İnterkostal aralık midklavikular hattan anjiokateeter ile dekompresyon yapılır. Ardından tüp torakostomi zorunludur.

MASİF HEMOTORAKS

Bir tarafta pleural boşlukta 1500 ml kan veya göğüs boşluğunda hastanın kan hacminin 1/3ünden fazla kanın bulunmasıdır. Tedavi tüp torakostomi ve cerrahidir.

AÇIK PNÖMOTORAKS

Penetran yaralanmalarda check valf mekanizması sonucu hava hapsi oluşur. Tedavisinde 3 taraflı kapalı gazlı bezle hava hapsi önlenir.

YELKEN GÖĞÜS

İki veya ikiden fazla komşu kostanın 2 veya daha fazla bölgeden kırılmasıyla oluşan bir göğüs yaralanmasıdır. Tedavide oksijen, fazla sıvıdan kaçınma (önemli), analjezi yapılmalıdır.

PERİKARDİYAL TAMPONAD

İğne perikardiyosentezi düşünülebilir. (Ventrikül duvarları ve koroner arterleri yaralanma riski vardır) Ultrason eşliğinde yapılabilir. Kesin tedavi torakotomidir.

SIK YAPILAN HATALAR

Yatarak çekilen filmlerde pnömotoraks gözden kaçabilir(bt çek). Küçük pnömotraksın büyüyebileceğini unutulmamalıdır. Pnömotoraks küçük dahi olsa basınçlı ventilasyona gidecek hastaya tüp takılması düşünülmelidir.

SONUÇLAR

Hayati tehdit eden durumlar erken tanınmalı ve erken girişim düşünülmelidir. Vital bulguların ve kliniğin sık takibi yapılmalıdır. Genel travma ilkeleri unutulmamalıdır.