

ACIL TIP

EL KİTABI



Editör:
Doç. Dr. Yavuz FURUNCUOĞLU

- ▶ Sağlık Profesyonelleri için CPR
- ▶ Acil Tıbbın Eksiksiz Tüm Konuları
- ▶ Erişkin ve Çocuk Acil Bir Arada
- ▶ Branşın Uzmanınca Yazılmıştır
- ▶ Güncel Tanı, Tedavi Kılavuzları
- ▶ Bilgiye Kolay Ulaştıran Tablolar
- ▶ Tamamı Renkli, Fotoğraflı İçerik
- ▶ Her An Erişilebilir Boyutta
- ▶ Yeni Konular Afet Tıbbı, Bioterrorizm
- ▶ Acil Laboratuvar Bulguları

KAPSAMLI
GÜNCEL
PRATİK



GÜNEŞ TIP
KİTABEVLERİ

ACİL TIP EL KİTABI

Editör

Doç. Dr. Yavuz Furuncuoğlu

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakóltesi
Göztepe Medical Park Hastanesi - İç Hastalıkları AD



**GÜNEŞ TIP
KİTABEVLERİ**

ACIL TIP EL KİTABI

Copyright © 2020

Bu Kitabın her türlü yayın hakkı **Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.**'ne aittir. Yazılı olarak izin alınmadan ve kaynak gösterilmeden kısmen veya tamamen kopya edilemez; fotokopi, teksir, baskı ve diğer yollarla çoğaltılamaz.

ISBN: 978-975-277-719-4

Yayıncı ve Genel Yayın Yönetmeni: Murat Yılmaz

Genel Yayın Yönetmeni Yardımcısı: Polat Yılmaz

Yayın Danışmanı ve Tıbbi Koordinatör: Dr. Ufuk Akçıl

Yayına Hazırlama: Güneş Dizgi-Grafik Tasarım Birimi

Baskı: Ayrıntı Basım Yayın ve Matbaacılık Hiz. San. Tic. Ltd. Şti.
İvedik Organize Sanayi Bölgesi 28. Cad. 770 Sok. No: 105-A
Ostim/ANKARA
Telefon: (0312) 394 55 90 - 91 - 92 • Faks: (0312) 394 55 94
Sertifika No: 13987

UYARI

Medikal bilgiler sürekli değişmekte ve yenilenmektedir. Standart güvenlik uygulamaları dikkate alınmalı, yeni araştırmalar ve klinik tecrübeler ışığında tedavilerde ve ilaç uygulamalarındaki değişikliklerin gerekli olabileceği bilinmelidir. Okuyuculara ilaçlar hakkında üretici firma tarafından sağlanan ilaca ait en son ürün bilgilerini, dozaj ve uygulama şekillerini ve kontrendikasyonları kontrol etmeleri tavsiye edilir. Her hasta için en iyi tedavi şeklini ve en doğru ilaçları ve dozlarını belirlemek uygulamayı yapan hekimin sorumluluğundadır. Yayıncı ve editörler bu yayından dolayı meydana gelebilecek has-taya ve ekipmanlara ait herhangi bir zarar veya hasardan sorumlu değildir.

GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnan Sokak No: 3
06410 Sıhhiye / Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7 / 2 Esentepe / İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43
Faks: (0212) 356 87 44

KADIKÖY

Rasimpaşa Mah. İskele Sokak
No: 4 / A Kadıköy / İstanbul
Tel: (0216) 546 03 47

www.guneskitabevi.com
info@guneskitabevi.com



ÖNSÖZ

Acil kavramı aslında birçok bilim dalını ilgilendirmektedir. Her bilim dalı kendi Acil Kitabını çıkarmaya çalışmaktadır. Halbuki; Acile "karın ağrısı" ile gelen hasta öncelikle "Cerrahi" ve/veya "Dahiliye"nin hastası gibi görünse de diğer branşları ilgilendiren hastalıklar da çıkabilmektedir. Bu nedenle daha geniş katılımlı bir "Acil Kitabı" yazma fikrinden yola çıktık. Bu arada ülkemizin coğrafik durumu nedeniyle diğer acil kitaplarında pek sık görmeye alışık olmadığımız "Afet Tıbbı", "Bioterorizm" ve "Acil laboratuvar" gibi kısımları da ilave ettik.

Birçok bilim dalını ilgilendiren böyle kitabın çıkması koordineli bir çalışmayı ve ciddi zaman ayırmayı gerektirmektedir. Hem de yeni bilgiler gözden geçirilmeli ve yazılmalıdır. Böyle kitabın ortaya çıkmasında yazarların özverili çalışmaları ve gayretleri için kendilerine teşekkür ediyorum.

Tüm gayretimize ve birçok kez elden geçirmemize rağmen; Mutlaka eksik bıraktığımız, tam anlamıyla pratik olarak veremediğimiz konular olabilir. Şayet bize bildirilirse bunu diğer baskılarda telafi etmek isteriz.

Kitabın ortaya çıkmasında bize destek olup fikir üreten ve gerek basımında ve gerekse de her aşamasında yardımcı olan Güneş kitabevlerine; başta Murat Yılmaz ve Dr. Ufuk Akçıl olmak üzere tüm çalışanlarına teşekkür ederim.

Umarım okuyanlara faydası olur...

Saygılarımla, 20. 12. 2019

Doç. Dr. Yavuz FURUNCUOĞLU

YAZARLAR

İç Hastalıkları

Doç. Dr. Yavuz Furuncuoğlu

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakóltesi

Dr. Öğr. Üyesi Deniz Sema Maktav Çelikmen

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakóltesi

Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Genco Erdem

Beykent Üniversitesi Tıp Fakóltesi

Dr. Öğr. Üyesi Özgün İyigün

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakóltesi

Uzm. Dr. Aysun Semerci

BAU Medical Park Göztepe Hastanesi

Uzm. Dr. Ferhat Çetin

NB Kadıköy Diyabet hastanesi

Tıbbi Onkoloji

Prof. Dr. Bala Başak Öven

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakóltesi

Romatoloji

Prof. Dr. Fulya Coşan

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakóltesi

Doç. Dr. Seval Pehlevan

Medicana Kadıköy Hastanesi

Nefroloji

Doç. Dr. Elif Arı Bakır

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakóltesi

Endokrinoloji

Uzm. Dr. Safiye Arık

Çamlıca Medicaana Hastanesi

Hematoloji

Dr. Öğr. Üyesi Osman Kara

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakóltesi

Gastroenteroloji

Doç. Dr. Züleyha Akkan Çetinkaya

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakóltesi

İnfeksiyon Hastalıkları

Uzm. Dr. Demet Yalçın

BAU Medical Park Göztepe Hastanesi

Kardiyoloji

Dr. Öğr. Üyesi Tayfun Gürol

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakóltesi

Göğüs Hastalıkları

Prof. Dr. Çağlar Çuhadaroğlu

Acıbadem Mehmet Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakóltesi

Uzm. Dr. Ayfer Utkusavaş

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp Ve Damar Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Genel Cerrahi

Dr. Öğr. Üyesi Volkan Turunç

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakóltesi

Op. Dr. Önder Karabay

Yedikule Surp Pırgıç Ermeni Hastanesi

Üroloji

Prof. Dr. Ali Erol

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakóltesi

Dr. Öğr. Üyesi Sarp Korcan Keskin

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakóltesi Ortopedi ve Travmatoloji

Prof. Dr. İbrahim Tuncay

Bezmi Alem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakóltesi

Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Can Erdem

Bezmi Alem Vakıf Üniversitesi
Tıp Fakültesi

Kadın Doğum

Doç. Dr. Aynur Erşahin

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi

Op. Dr. Nur Dokuzevlül Güngör

BAU Göztepe Medical Park Hastanesi

Uzm. Dr. Tuğba Gürbüz

Medical Park Göztepe Hastanesi

Nöroloji

Prof. Dr. Gülay Kenangil

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Figen Yavlal

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi

Uzm. Dr. Onat Nuri Demirci

Vehbi Koç Amerikan Hastanesi

Dermatoloji

Dr. Öğr. Üyesi Ezgi Aktaş Karabay

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Neslihan Fişek İzci

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi

Acil Tıp

Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Afacan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye
Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Dr. Öğr. Üyesi Ertuğrul Altınbilek

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye
Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Koşargelir

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp
Fakültesi Haydarpaşa Numune SUAM

Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Çalık

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Gaziosmanpaşa Taksim SUAM

Uzm. Dr. Derya Öztürk

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye
Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Kulak Burun Boğaz

Doç. Dr. Özmen Öztürk

Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Ziya Bozkurt

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi

Göz

Dr. Öğr. Üyesi Özge Yabaş Kızıloğlu

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi

Pediyatri

Prof. Dr. İpek Akman

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi

Doç. Dr. Servet Özkiraz

Medical Park Gaziantep Hastanesi

Dr. Öğr. Üyesi Selçuk Gürel

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Serap Ata

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Yeşim Coşkun

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi

Uzm. Dr. Çiğdem Sağ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Haydarpaşa Numune Eğitim ve
Araştırma Hastanesi

Uzm. Dr. Narin Akıcı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Haydarpaşa Numune Eğitim ve
Araştırma Hastanesi

Pediyatrik Kardiyoloji

Prof. Dr. Gülendamar Koçak

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi

Pediatric Nefroloji

**Doç. Dr. Duygu Övünç
Hacıhamdioğlu**

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi

Nöroşirurji

Prof. Dr. Deniz Konya

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi

Doç. Dr. Akın Akakın

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi

Doç. Dr. Baran Yılmaz

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi

Doç. Dr. Zafer Orkun Toktaş

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göztepe

Dr. Öğr. Üyesi Teyyub Hasanov

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi

Uzm. Dr. Ramiz Ahmedov

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi
Rhoton Anatomi Laboratuvar

Psikiyatri

Doç. Dr. Selma Bozkurt

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi

Biokimya

Dr. Öğr. Üyesi Erdem Yılmaz

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Özlem Unay Demirel

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi

Tıbbi Biyoloji

Dr. Öğr. Üyesi Seyda İğnak

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi

İÇİNDEKİLER

CPR

SAĞLIK PROFESYONELLERİ İÇİN CPR..... 1
Dr. Erdem Yılmaz

KARDİYOLOJİK ACİLLER 15
Dr. Tayfun Gürol

DAHİLİYE

ALLERJİK ACİLLER; ÜRTİKER, ANJİOÖDEM VE ANAFLAKSİ 33
Dr. Ferhat Çetin

SIVI-ELEKTROLİT BOZUKLUKLARI 39
Dr. Özgün İyigün

AKUT KARIN AĞRILARI 49
Dr. M. Genco Erdem

EKLEM AĞRISI..... 121
Dr. Fulya Coşan

BEL AĞRISI..... 129
Dr. Fulya Coşan

BACAK AĞRISI VE ŞİŞLİK..... 141
Dr. Fulya Coşan

AKUT GUT ARTRİTİ 149
Dr. Seval Pehlevan

HEMOTOLOJİ

**ANTİTROMBOTİK / ANTİKOAGÜLAN / TROMBOLİTİK TEDAVİDE
AŞIRI DOZ-KANAMA 151**
Dr. Osman Kara

VON WILLEBRAND HASTALIĞI (VWH) 159
Dr. Osman Kara

HEMOFİLİLER..... 163
Dr. Osman Kara

HİPERVİSKOZİTE 167
Dr. Osman Kara

HİPERLÖKOSİTOZİS (LÖKOSTAZ)..... 169
Dr. Osman Kara

MİKROANJİYOPATİK HEMOLİTİK ANEMİLER 171
Dr. Osman Kara

ORAK HÜCRELİ ANEMİ (OHA) 177
Dr. Osman Kara

TEDAVİ İLİŞKİLİ HEMATOLOJİK ACİLLER..... 183
Dr. Osman Kara

TROMBOSİTOPENİK HASTAYA ACİL YAKLAŞIM 193
Dr. Osman Kara

NEFROLOJİ

BÖBREK HASTALIKLARINDA BELİRTİ VE BULGULAR..... 199*Dr. Elif Arı Bakır***AKUT BÖBREK HASARI 205***Dr. Elif Arı Bakır***ELEKTROLİT BOZUKLUKLARI 211***Dr. Özgür Gürsu, Dr. Elif Arı Bakır***DİYALİZ HASTALARINDA ACİLLER 225***Dr. Elif Arı Bakır, Dr. Özgür Gürsu***ASİT BAZ BOZUKLUKLARI 229***Dr. Volkan Turunç, Dr. Elif Arı Bakır*

ENDOKRİN

TİROİD KRİZİ..... 235*Dr. Deniz Sema Maktav elikmen***HİPERGLİSEMİK ACİLLER 243***Dr. Aysun Semerci*

ENDOKRİN

ADRENAL YETMEZLİK VE ADRENAL KRİZ 253*Dr. Safiye Arık*

ACİL BÖLÜMÜ

AFET BİLGİSİ..... 257*Dr. Ferhat etin***YILDIRIM YARALANMALARI 279***Dr. Ertuğrul Altınbilek***KARBONMONOKSİT ZEHİRLENMESİ 287***Dr. Ertuğrul Altınbilek, Dr. Ahmet Afacan***İLAÇ SUİSTİMALİ 295***Dr. Mustafa alık***ELEKTRİK YARALANMALARI..... 299***Dr. Derya Öztürk***BOĞULMALAR 309***Dr. Derya Öztürk***ANTİKOLİNERJİK İLAÇ KULLANIMI 315***Dr. Mehmet Koşargelir*

GÖĞÜS HASTALIKLARI

| | |
|----------------------------------------------------|------------|
| ÖKSÜRÜK | 319 |
| <i>Dr. Çağlar Çuhadaroğlu, Dr. Ayfer Utkusavaş</i> | |
| HEMOPTİZİ | 323 |
| <i>Dr. Çağlar Çuhadaroğlu</i> | |
| DİSPNE | 327 |
| <i>Dr. Çağlar Çuhadaroğlu</i> | |
| PULMONER EMBOLİ VE DERİN VEN TROMBOZU | 331 |
| <i>Dr. Çağlar Çuhadaroğlu, Dr. Ayfer Utkusavaş</i> | |

ENFEKSİYON

| | |
|-----------------------------|------------|
| PNÖMONİ | 339 |
| <i>Dr. Demet Yalçın</i> | |
| SEPSİS SENDROMU..... | 345 |
| <i>Dr. Demet Yalçın</i> | |

ONKOLOJİ

| | |
|-------------------------------|------------|
| ONKOLOJİK ACİLLER..... | 363 |
| <i>Dr. Bala Başak Öven</i> | |

ÇOCUK ACİL

| | |
|------------------------------------------------------------------------|------------|
| ÇOCUKLARDA KARDİYOPULMONER RESÜSİTASYON..... | 371 |
| <i>Dr. Selçuk Gürel</i> | |
| ATEŞLİ ÇOCUĞA YAKLAŞIM | 379 |
| <i>Dr. Yeşim Coşkun</i> | |
| KUSMA | 391 |
| <i>Dr. Serap Ata</i> | |
| KARIN AĞRISI | 397 |
| <i>Dr. Serap Ata</i> | |
| ÇOCUKLARDA SİYANOZ..... | 403 |
| <i>Dr. Gülendam Koçak</i> | |
| ÇOCUKLARDA KALP YETMEZLİĞİ | 409 |
| <i>Dr. Gülendam Koçak</i> | |
| ÇOCUKLARDA SENKOP..... | 415 |
| <i>Dr. Gülendam Koçak</i> | |
| ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE GÖRÜLEN DÖKÜNTÜLÜ HASTALIKLARA YAKLAŞIM..... | 421 |
| <i>Uzm. Dr. Narin Akıcı</i> | |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------|
| SIVI VE ELEKTROLİT BOZUKLUKLARI | 435 |
| <i>Dr. Duygu Övünç Hacıhamdioğlu</i> | |
| ASİT-BAZ BOZUKLUKLARI | 457 |
| <i>Dr. Duygu Övünç Hacıhamdioğlu</i> | |
| YENİDOĐANDA SOLUNUM SIKINTISI | 463 |
| <i>Dr. İpek Akman, Dr. Selçuk Gürel</i> | |
| YENİDOĞAN SEPSİSİ VE MENENJİTİ | 471 |
| <i>Dr. İpek Akman, Dr. Selçuk Gürel</i> | |
| YENİDOĞAN DÖNEMİ SONRASINDA SARILIKLA BAŞVURAN ÇOCUĞA YAKLAŞIM | 479 |
| <i>Dr. Çiğdem Sağ</i> | |
| ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONU | 491 |
| <i>Dr. Duygu Övünç Hacıhamdioğlu</i> | |
| KADIN DOĞUM | |
| GEBELİK BULANTISI | 501 |
| <i>Dr. Nur Dokuzeylül Güngör</i> | |
| GEBELİKTE İLAÇ KULLANIMI | 517 |
| <i>Dr. Tuğba Gürbüz</i> | |
| KADINDA PELVİK AĞRI | 521 |
| <i>Dr. Tuğba Gürbüz</i> | |
| VAJİNAL KANAMA | 525 |
| <i>Dr. Tuğba Gürbüz</i> | |
| VAJİNAL AKINTI (CİNSEL YOLLA BULAŞAN HASTALIK) | 529 |
| <i>Dr. Aynur Erşahin</i> | |
| KBB | |
| CERRAHİ AÇIDAN HAVAYOLU YÖNETİMİ | 535 |
| <i>Dr. Özmen Öztürk, Dr. Ziya Bozkurt</i> | |
| BOĞAZ AĞRISI | 543 |
| <i>Dr. Ziya Bozkurt, Dr. Özmen Öztürk</i> | |
| EPİSTAKSİS | 549 |
| <i>Dr. Ziya Bozkurt, Dr. Özmen Öztürk</i> | |
| İŞİTME KAYIPLARI | 553 |
| <i>Dr. Özmen Öztürk, Dr. Ziya Bozkurt</i> | |
| OTALJİ | 567 |
| <i>Dr. Özmen Öztürk, Dr. Ziya Bozkurt</i> | |

PERİFERİK VERTİGOYA YAKLAŞIM 587*Dr. Özmen Öztürk, Dr. Ziya Bozkurt***SİNÜZİT 593***Dr. Ziya Bozkurt, Dr. Özmen Öztürk***MAKSİLLOFASİYAL TRAVMA..... 595***Dr. Ziya Bozkurt, Dr. Özmen Öztürk***DALIŞ İLE İLGİLİ KULAK-BURUN-BOĞAZ ACİLLERİNE YAKLAŞIM 601***Dr. Özmen Öztürk***NÖROLOJİ****ACİL SERVİSTE BAŞ AĞRISI 613***Dr. Figen Yavlal***ACİL SERVİSTE EPİLEPSİ 619***Dr. Figen Yavlal***VERTİGO 625***Dr. Gülay Kenangil***YÜZ FELÇLİ HASTAYA ACİL YAKLAŞIM 631***Dr. N. Onat Demirci***MENTAL DURUM DEĞİŞİKLİĞİ VE KOMA 635***Dr. Gülay Kenangil***AKUT İNME 643***Dr. N. Onat Demirci***ÜROLOJİ****ACİL ÜROLOJİK HASTALIKLAR..... 655***Dr. Sarp Korcan Keskin, Dr. Ali Erol***NÖROŞİRÜRJİ****ACİL KAFA TRAVMALARI 671***Dr. Ramiz Ahmedov, Dr. Akın Akakin , Dr. Baran Yılmaz***SPİNAL TRAVMALAR 687***Dr. Teyyub Hasanov, Dr. Zafer Orkun Toktaş, Dr. Deniz Konya***PSİKİYATRİ****ACİL PSİKİYATRİK DURUMLAR..... 693***Dr. Selma Bozkurt*

*ORTOPEDİ***ORTOPEDİK ACİLLER 709***Dr. Ahmet Can Erdem, Dr. İbrahim Tuncay**GÖZ***GÖZ HASTALIKLARI ACİLLERİ 719***Dr. Özge Yabaş Kızıloğlu**DERMATOLOJİ***DERMATOLOJİK ACİLLER 741***Dr. Ezgi Aktaş Karabay, Dr. Neslihan Müge Fişek İzci**BİOTERÖRİZM***BİYOLOJİK SAVAŞ ETKENLERİ 787***Dr. Seyda İğnak**ACİL LABORATUVAR***ACİL LABORATUVAR TESTLERİ VE BİLDİRİMİ 801***Dr. Özlem Unay Demirel***İNDEKS 815**

SAĞLIK PROFESYONELLERİ İÇİN CPR

Dr. Erdem Yılmaz

- CPR (Cardiopulmonary Resuscitation) ile ilgili bilinen ilk kayıt, 1740 yılında Paris Bilimler Akademisi'nin boğulan kişilere, ağızdan ağıza suni solunumu önermesiyle oluşmuştur. 1891 yılında Dr. Freidrich Maass insanda ilk defa göğüs kompresyonlarını yaptığını bildirmiş, 1902 yılında ise Dr. George Crile başarılı ilk göğüs kompresyonlarını insanda uyguladığını rapor etmiştir. 1956 yılında Peter Safar ve James Elam'ın ağızdan ağıza solunumu keşfetmesiyle göğüs kompresyonları ve ağızdan ağıza solunum kombinasyonu oluşmuştur.
- CPR her yaş grubu için uygulanabilmektedir ancak kullanılan tekniklerde önemli farklılıklar mevcuttur.

ERİŞKİN HASTADA CPR

- Erişkinlik dönemi, bizim için puberteden, yani erkek çocuklarında koltuk altı ve/veya göğüs kıllarının ilk görülmesi, kız çocuklarında herhangi bir meme gelişmesinden sonraki dönemi kapsamaktadır. Bu tanım ortalama olarak 8 yaş ve üstünü ifade eder. Ancak emin değilseniz, erişkin gibi davranmanız önerilmektedir.
- Erişkin Hayat kurtarma zinciri, günümüzde hastane içi ve hastane dışı olarak 2 ayrı şekilde değerlendirilmektedir.



Hastane İçi Hayat Kurtarma Zinciri

- 1- Hastanın takip edilmesi, Monitorize edilmesi ve arrest öncesi koşulların tedavi edilmesi
- 2- Kardiyak arrestin hemen fark edilip hastane acil müdahale ekibinin (Mavi Kod Ekibi) çağırılması
- 3- Özellikle göğüs kompresyonlarına önem verir şekilde erken CPR'a başlanması
- 4- Hızlı defibrilasyon yapılması
- 5- Multidisipliner Post Kardiyak Arrest bakımın sağlanması

KARDİYOLOJİK ACİLLER

Dr. Tayfun Gürol

GÖĞÜS AGRISI

- Acil polikliniğe başvuran travma dışı göğüs ağrılarının ayırıcı tanısını yapmak, akut koroner sendrom ya da başka bir nedenden olduğunu saptamak çok önemlidir.

Kardiyak kaynaklı göğüs ağrılarının özellikleri

- Baskı tarzında geniş, noktasal olmayan ağrılardır.
- Dispne, terleme, huzursuzluk, mide bulantısına (özellikle inferior Miyokard infarktüsü) eşlik edebilirler.
- Sol kolun ulnar yüzüne (Nadir de olsa sağ kola da yayılabilir), Alt çeneye, interscapular bölgeye, epigastriuma (özellikle inferior MI) yayılabilirler.

15

AYIRICI TANI

Fizik Muayenede

- İncelemede akut koroner sendromlarda hasta terli, soğuk, soluk (sem-patik deşarja bağlı kül renginde) bir görünümde olabilir. Ağrıya sekonder taşikardi saptanabilir. İnferior MI da bradikardi gözlenebilir.
- Oskültasyonda, iskemik kalp hastalığında S4, Anterior MI gibi geniş miyokard hasarı durumlarında S3 akciğer seslerinde raller duyulabilir. İskemik mitral yetmezliği geliştirse mitral odakta pan sistolik üfürüm duyulabilir. Miyokard infarktüsünün komplikasyonlarından ventriküler septal defekt geliştirse mezokardiyak odakta pansistolik üfürüm duyulabilir. Hasta perikardit nedeniyle göğüs ağrısı varsa perikardiyal frotman duyulabilir. Göğüs ağrısının nedeni asendan aort diseksiyonu ise aort odağında diyastolik üfürüm duyulabilir (akut aort yetmezliğine bağlı)

EKG

- EKG başlangıçta tamamen normal çıkabilir ancak hasta göğüs ağrısı ile müşadeye alınınca 10 dakikada bir EKG çekerek değişiklik olup olmayacağı takip edilmelidir. EKG de en az komşu iki derivasyonda 1 mm

ALLERJİK ACİLLER; ÜRTİKER, ANJİÖDEM VE ANAFLAKSİ

Dr. Ferhat Çetin

- Klinik pratikte allerjik durumlar, basit lokalize ürtikerden, solunum yolu obstrüksiyonu ve dolaşım kollapsına yol açan ağır tablolara kadar çeşitli boyutlarda ve oldukça sık rastlanan acil durumlardır. Çalışmalarda tüm popülasyonda yaşam boyu anafilaksi prevelansı %1-2 olarak ön görülmüştür.⁽¹⁾
- Özellikle ağır vakalarda, tanı için spesifik bir tetkik olmadığı gibi, tetkik yapacak vakit de olmayabilir. Bu nedenle tanı, bir yandan hastayı stabilize ederken, diğer yandan olası ayırıcı tanılarını ekarte ederek, klinik olarak netleştirilir.
- Ani gelişen, multisistemik semptomlarla acile başvuran hastalarda allerjik reaksiyonlar mutlaka akla gelmelidir. Ayırıcı tanıda, akut myokard enfarktüsü ve benzeri kardiyovasküler tablolar, gastroenterit ve kutanöz enfeksiyonlar, astm ve diğer solunum yolu hastalıkları, solunum yolunun yabancı cisimlerle obstrüksiyonu, karsinoid sendrom, epiglottit, sepsis, vazovagal reaksiyonlar, vaskülitler ve romatizmal hastalıklar gibi bir çok tablo, hikaye ve fizik muayene ile değerlendirilmelidir. Allerjen maruziyeti hikayesi yol gösterici olabileceği gibi, belirgin bir alerjen maruziyeti hikayesi olmaması, allerjik reaksiyonları dışlayıcı değildir.
- Hasta genelde huzursuz ve anksiyöz görünümündedir. Tutulumu göre, dil ve dudaklarda anjioödem, takipne, stridor, wheezing, hava açlığı, ses kısıklığı ve kabalaşması, taşikardi, hipotansiyon, şok tablosu izlenebilir. Deride ürtiker plakları ve anjioödem olabileceği gibi, yaygın flushing benzeri eritem de izlenebilir.
- Ağır anafilaksi vakalarının bir kısmında hiç cilt lezyonu olmayabileceği de akılda tutulmalıdır. Gastrointestinal sisteme ait, bulantı, şişkinlik hissi, karın ağrısı ve ishal gibi şikayetler de görülebilir.

EKLEM AĞRISI

Dr. Fulya Coşan

■ Eklem ağrısı, yaygın bir şikayet olmakla birlikte, sıklıkla nonspesifik ağrılar ya da kronik hastalıklara ait ağrılar ile hastalar acile başvururlar. Eklem ağrısı ile ilişkilendirilecek acil durumlar nadir görülür. Acil hekimi, artralji ve artriti ayırabilmeli, acil durumları tanıyabilmeli ve tedavisini yapabilmeli, nonspesifik ağrıları ve kronik ağrıları ise analjeziyi sağladıktan sonra elektif koşullarda ilgili polikliniklere yönlendirebilmelidir. Bu bölümde eklem ağrılarında acil yaklaşım ele alınacak, kronik hastalıklar ayrıntılandırılmayacaktır.

EKLEM AĞRILI HASTAYA YAKLAŞIM

121

■ Eklem ağrısı ile başvuran hastada anamnezde ve fizik muayenede dikkat edilmesi gereken özellikler¹ Tablo-1'de sunulmuştur.

Tablo-1 Anamnez ve fizik muayenede dikkat edilmesi gereken özellikler

| | |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anamnez | |
| Ağrının başlangıç zamanı | Akut (0-2 hafta) Subakut(2-6 hafta) Kronik (> 6 hafta) |
| Ağrının yeri | 1-Kemik, kas, eklem ağrısı ayrımı yapılır 2-Eklem ağrısı varsa: artiküler-periartiküler ayrımı yapılır 3-Artiküler ağrı ise: Mono, oligo, poliartrit ayrımı yapılır |
| Ağrının şiddeti | Çok şiddetli ağrılarda -Fraktur -Akut gut artriti -Septik artriti dışlanmalıdır |
| Ağrının eski öyküsü | Tekrarlayıcı? İlk defa? |
| Ağrıya eşlik eden bulgular | Ateş, halsizlik: Septik artit dışlanmalı? |
| Kronik hastalık öyküsü | Hipertansiyon, Diabetes Mellitus, Kronik böbrek yetersizliği, bakteriyemi öyküsü, diğer kronik hastalıklar |
| Alışkanlıkları | Alkol kullanımı, kullandığı ilaçlar, iv madde kullanımı, yüksek proteinli diyet öyküsü |

ANTİTROMBOTİK / ANTİKOAGÜLAN / TROMBOLİTİK TEDAVİDE AŞIRI DOZ-KANAMA

Dr. Osman Kara

- Antitrombotik tedavi sırasında major kanamalar nadir görülmekle birlikte, özellikle yeni nesil oral antikoagülan ilaçlara spesifik antidotlar olmaması nedeniyle bu ilaçlara bağlı ortaya çıkan kanamanın tedavisi sorun olabilir.

ANFRAKSİYONE HEPARİN (AFH)

- Antikoagülan etkisi esas olarak *trombin ve Faktör Xa'nın inhibisyonuna* bağlıdır. Terapotik intravenöz dozlarda yarı ömrü 45-90 dakikadır ve antikoagülan etkisi ilacın kesilmesinden 3-4 saat sonra tamamen ortadan kalkar. Ancak subkutan yüksek doz heparinin etkisi daha uzun sürer.
- Kısa yarılanma ömrü nedeniyle hafif kanamalarda ilacın kesilmesi yeterli olabilir. Daha hızlı nötralizasyon gerekirse antidot olarak **intra-venöz protamin sülfat** kullanılabilir. Protamin'in 1 mg'ı yaklaşık 100 Ü heparini nötralize eder. Doz hesabı yaparken son 2 saatteki IV infüzyon dozu veya IV bolus dozu dikkate alınmalıdır. Protamin 5 mg/dk'dan daha yavaş bir hızda verilmeli ve maksimum 50 mg'ı aşmamalıdır.

Düşük Molekül Ağırlıklı Heparin (DMAH)

- Konvansiyonel heparinin kimyasal ve enzimatik depolarizasyonu ile elde edilir. Esas olarak Faktör Xa'yı inhibe eder ve trombinin inaktive etme yeteneği sınırlıdır. Antikoagülan aktivitesinin yarı ömrü 4 saattir. İlaç kesildikten sonra antikoagülan etkinin ortadan kalkması 12-24 saat sürer.
- **Protamin sülfat** DMAH'in sadece antitrombin etkisini nötralize eder, anti Faktör Xa aktivitesi üzerine etkisi yoktur. Son 8 saatte verilen DMAH'nin 100 antifaktör Xa ünitesi için 1 mg protamin verilir. Eğer kanama devam ederse ikinci doz protamin (100 anti Xa ünitesi için 0.5 mg) verilebilir.

BÖBREK HASTALIKLARINDA BELİRTİ VE BULGULAR

Dr. Elif Arı Bakır

■ Böbrek hastalıklarının başlangıcında ve seyrinde hasta yan ağrısı, dizüri, oligüri, poliüri, sık idrara çıkma, hematüri, idrarda köpüklenme, bacaklarda ödem gibi yakınmalarla hekime başvurabilir. Aşağıda böbrek hastalığı düşündürecek temel belirti ve bulguların tanımı ve ayırıcı tanısına yaklaşım özetlenecektir.

YAN AĞRISI

- Yan ağrısı, böbrekten veya böbrek dışı nedenlerden kaynaklanabilir. Yan ağrısı nedeni billiyer kolik, appendisit, divertikülit, irritable barsak sendromu, kas iskelet sistemi ağrıları, testiküler-skrotal hastalıklar veya akut intermittan porfiriya veya ailevi akdeniz ateşi (FMF) gibi sistemik hastalıklar olabilir. Öykü ve fizik muayene ile ayırt etmeye çalışılmalı, düşünülen tanıya yönelik görüntüleme yöntemleri planlanmalıdır.
- Üriner nedenler arasında böbrek ve üreter taşları, idrar yolu enfeksiyonu, piyelonefrit (=üst üriner sistem enfeksiyonu), üriner sistem obstrüksiyonu, akut glomerülonefritler (nadiren ağrı yapar), renal infarkt, renal ven trombozu, perinefritik abse, renal hücreli kanser sayılabilir.
- En sık üriner neden idrar yolu enfeksiyonu ve taş hastalığıdır. Yan ağrısı ayırıcı tanısı aşağıdaki tabloda özetlenmiştir

YAN AĞRISI AYIRICI TANI

| Patofizyoloji | Ayırıcı Tanı |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Renal | Nefrolitiazis, ürolitiazis, retroperitoneal hematoma, rüptüre renal kist, üreteral striktür |
| Enfeksiyöz | Piyelonefrit, perinefrik apseler, psoas abseleri, pnömoni, diskit, vertebral osteomyelit, epidural abseler |
| Vasküler | Renal enfarktüs, renal ven trombozu, PTE |
| GI | Biliyer hastalık |
| Diğer | Polikistik böbrek hastalığı (rüptüre kist), renal malignansi, varisella-zoster |
| Travma | Lumbar spazm, radikülopati |

TİROİD KRİZİ

Dr. Deniz Sema Maktav Çelikmen

TANIM

- Tirotoksikoz, herhangi bir nedene bağlı olarak dolaşımda aşırı tiroid hormonu saptanması durumunda kullanılan genel bir terimdir. Hipertiroidizm ise, tiroid bezinin hiperaktivitesine bağlı olarak oluşan tiroid hormon fazlalığını ifade eder. Tiroid krizi, hipertiroidi bulgularının daha belirgin olduğu ve tedaviye rağmen mortalitesi yüksek bir akut tirotoksikoz durumudur.

PATOFİZYOLOJİ

- Tiroid fırtınasının nedeni tam olarak bilinmemekle beraber depolanmış olan T_4 ve T_3 hormonlarının ani olarak dolaşıma salınmasının neden olduğu düşünülmektedir. Sıklıkla henüz tanı almamış veya tedavi edilmemiş hipertiroidizmden (Graves hastalığı, toksik multinodüler guatr, toksik adenom) kaynaklanmaktadır. Tirotoksikozun tiroid fırtınasına dönüşmesinde, altta yatan hipertiroidizmin yanında genellikle bazı kolaylaştırıcı faktörler de rol oynamaktadır. Bu faktörlerin arasında enfeksiyonlar (en sık nedendir), cerrahi (tiroid veya tiroid dışı cerrahi), travma, yanıklar, myokard enfarktüsü, diyabetik ketoasidoz, hipoglisemi, pulmoner embolizm, ilaçlar (amiadoron, radyoaktif iyot, tiroksin), doğum ve emosyonel stres sayılmaktadır. Antitiroid ilaçların düzensiz kullanılması veya bırakılması da tetikleyici nedenler arasında bildirilmiştir.

KLİNİK ÖZELLİKLER

- Tiroid fırtınasında tipik olarak ciddi hipertiroidi semptomları ortaya çıkar. Çarpıntı, kilo kaybı, terleme, ısı intoleransı, halsizlik, sinirlilik, huzursuzluk, titreme, çift görme, diyare, adet düzensizliği, iştah artışı görülebilir.
- Fizik muayenede hipermetabolik semptomların yanında sempatik sinir sistemi aktivasyonuna bağlı bulgular ortaya çıkabilir. Bu bulgulara örnek olarak hipertermi, terli cilt, oftalmopleji, ekzoftalmus (Graves hastalığı varlığında), tiroid glandında büyüme (guatr), kardiyovasküler anormallikler (taşikardi, prematür ventriküler erken atımlar, atriyal fibrilasyon,

AFET BİLGİSİ

Dr. Ferhat Çetin

- Sağlık koruma ve geliştirme amacına yönelik hizmetler hep tartışma konusu olmuş, çeşitli siyasi ve ekonomik politikalar ve güncel tıbbi bilginin gelişimine paralel olarak, zaman içinde daha organize ve kapsamlı sağlık sistemleri kurulmuştur. Afet dönemlerinde, tıbbi organizasyonun uygulanabilirliği az ya da çok sekteye uğradığı ve bu süreçte gerek sağlık sunucularının operasyonel şartları gerekse talep edilen hizmet sunumu alışılmışın dışına çıktığı için, afet hazırlık ve eylem planlamaları önem kazanmaktadır.
- Nispeten yeni bir bilim dalı olarak afet tıbbi, hem dünya genelinde hem de ülkemiz özelinde, üzerinde halen süren tartışmaları ve geliştirilen metodolojileri ile önemli bir alandır. 1999 depreminden sonra gelinen süreçte Türkiye’de de afet hazırlık ve müdahale süreçleri, daha sistematik ve bilimsel yöntemlerle yenilenmiş olsa da, maalesef alanda uygulayıcı olacak hekimlere yönelik örgün eğitim programlarında, bu bilim dalı halen hak ettiği yeri bulamamıştır.
- Kitabın bu bölümünde, afet terminolojisi, afet anında temel iletişim mekanizmaları, hastane dışı triaj sistemleri ve saha organizasyonu gibi tıp fakültelerinde işlenmeyen bazı başlıklara değinilecek ve ülkemiz afet yapılanma şeması hakkında temel bilgiler verilecek olup, okuyucuda genel afet farkındalığı sağlanması amaçlanmıştır.
- Afet tıbbi ile ilgili bilgiler burada anlatılanlarla sınırlı olmayıp, teorik ve pratik eğitimlerle her sağlık çalışanının kendi mesleki alanında bilgi ve becerisini geliştirmesi gerekmektedir. Afet tıbbi ile ilgili bilginin tamamı, bir veya birkaç kursta kazanılamaz. Afet tıbbi eğitimi, alan çalışması ile ilgili tüm kurslara dahil edilmeli; temel tıbbi bakım, anesteziyoloji ve resüsitasyon, cerrahi ve travmatoloji, iç hastalıkları, toksikoloji, enfeksiyon hastalıkları, pediatri, adli tıp, nükleer tıp, psikiyatri gibi bilim dalları ile koordinasyon sağlanmalı; bunlara ilave olarak, organizasyon, haberleşme, yaralanma ve hastalıkların triaj sistemleri için özel kurslar planlanmalıdır. Bu eğitim sürecinde pratik eğitimlere, tatbikat ve afet simülasyonlarına önem verilmelidir. Bu özel kurslar ve eğitimlerin kapsamı, tıp eğitimi müfredatında mutlaka yer almalıdır.⁽¹⁾

ÖKSÜRÜK

Dr. Çağlar Çuhadaroğlu, Dr. Ayfer Utkusavaş

- Öksürük yaşamın her evresinde görülebilen bir belirtidir. Yabancı maddelere ve artan sekresyonları uzaklaştırmada bedenın bir savunma mekanizması olsa da, özellikle kuru olduğunda olguda rahatsızlığa ve ciddi yan etkilere yol açmaktadır.
- Öksürük bir refleks olarak tanımlanır ve 5 parçalı bir öksürük yolağı vardır: 1. Reseptör, 2. Merkeze uyarı götüren sinirler, 3. Beyin Sapı Öksürük Merkezi, 4. Perifere uyarıyı ileten sinirler, 5. Öksürüğü oluşturan organlar (üst solunum yolu, toraks ve diyafragma kasları). İnfeksiyonlar, iritanlar (gazlar, tozlar, yabancı cisimler), ilaçlar, inflamatuvar süreçler... hep öksürük reseptörlerini duyarlılaştırarak ve uyararak süreci başlatırlar.
- 8 hafta dan fazla süren öksürük kronik olarak sınıflanırken daha kısa süreli olan akut öksürük olarak anılır. Sub akut öksürük (3-8 hafta süren) tanımı bazı yazarlarca kullanılmaktadır. Ancak son yıllardaki algoritmalarda 8 hafta dan kısa yada uzun olarak sınıflamak yaygındır.
- Öksürük, her yaş grubunda birinci basamak polikliniklerine başvurularının önde gelen nedenlerindedir. Özellikle sonbahar ve kış aylarda ilk sıradadır. Tüm yıl boyunca akut öksürük başvuran hastaların % 10 iken bu aylarda iki katına hatta 3 katına çıktığını sunan çalışmalar vardır.

319

Tablo 1 • Akut Öksürük Nedenleri

Üst solunum yolu infeksiyonları (Viral)

Akut bronşit

Alerjik hastalıklar

Astım

Aspirasyon (1-3 yaşta sık)

Duman ve toksik madde soluma

Postinfeksiyöz öksürük

Pnömoni

Plörezi

Pulmoner emboli

Akut sol kalp yetersizliği

PNÖMONİ

Dr. Demet Yalçın

- Pnömoni akciğer parankiminin infeksiyon etkenleri (bakteri, virüs, parazit, mantar gibi) ile oluşan inflamatuvar hastalıdır. Tüm dünyada belirli risk faktörleri olan kişilerde daha fazla olmak üzere, çocuk ve erişkin yaş grubunda sık görülen, mortalitesi ve morbiditesi yüksek bir hastalık grubudur. Akut olarak başlayan öksürüğe ek olarak akciğer grafisinde fokal akciğer bulgularının eşlik ettiği, dört günden fazla süren yüksek ateş, dispne ve/veya takipnenin bulunduğu, başka nedenlerle açıklanamayan hastalıktır.

RİSK FAKTÖRLERİ

- KOAH ve bilinen diğer risk faktörleri yanı sıra obezite, bazı ilaçlar (proton pompa inhibitörleri, inhale steroid, antipsikotik ilaçlar vb.) pnömoni riskini artırmaktadır. En sık risk faktörleri, ileri yaş, sigara kullanımı, malnütrisyon, mesleki faktörler, başta akciğer hastalıkları olmak üzere ek hastalıklar, solunum yolları mukosilyer fonksiyon bozuklukları, bronş obstrüksiyonu (tümör, yabancı cisim), üst solunum yollarının kronik süpüratif patolojileri, splenektomi, alkolizm, bakımevinde yaşama, çeşitli nedenlerle kortikosteroid kullanımı, immünsüpresif tedaviler, toksik madde inhalasyonları, disfaji, geçirilmiş viral infeksiyonlar ve kronik olarak kullanılan ilaçlardır.

339

Klinik

- Pnömoni olgularında öksürük, ateş, üşüme, titreme, balgam, göğüs ağrısı (plöretik tipte) yakınmaları, daha az sıklıkta dispne ve hemoptizi olabilir. Bunun yanı sıra nonspesifik semptomlar (baş ağrısı, bulantı, kusma, boğaz ağrısı, miyalji, artralji, karın ağrısı ve diyare görülebilir.
- **Pnömoniye, tipik (*Streptococcus pneumoniae* gibi) ve atipik bakteriler (*Chlamydophila pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae* ve *Legionella pneumophila*) neden olabilir.**
- Bu nedenle toplum kökenli pnömoniler klinik olarak iki gruba ayrılırlar:

ONKOLOJİK ACİLLER

Dr. Bala Başak ÖVEN

■ Onkolojik acil; acil tedavi gerektiren kansere ya da verilen tedaviye bağlı olarak gelişebilen, metabolik, nörolojik, kardiyovasküler, hematolojik veya enfeksiyöz kaynaklı klinik tabloyu kapsamaktadır. Onkolojik aciller kanser tanısı konduktan itibaren her aşamada ortaya çıkabileceği gibi, tanı konulmamış malignitenin ilk semptomu olarak da karşımıza çıkabilirler. En sık karşılaşılan onkolojik aciller:

I. KARDİYOVASKÜLER ACİLLER

- Vena kava superior sendromu
- Kalp tamponadı

363

II. METABOLİK ACİLLER

- Hiperkalsemi
- Akut tümör lizis sendromu
- Uygunsuz ADH sendromu

III. NÖROLOJİK ACİLLER

- Omurilik basısı
- Kafa içi basınç artışı

IV. ENFEKSİYÖZ ACİLLER

- Febril nötropeni

I. SÜPERİOR VENA KAVA SENDROMU (SVKS)

■ Tümörün büyürken süperior vena kavaya bası yapması ile süperior vena kavada kan akımının yavaşlaması sonucu baş, boyun, üst ekstremitelerde venöz basıncın artması ile meydana gelir.



Neden %75 bronş kanseri ve lenfomalardır.

ÇOCUKLARDA KARDİYOPULMONER RESÜSİTASYON

Dr. Selçuk Gürel

GİRİŞ

- Kardiyopulmoner arrest yetişkinlerle kıyaslandığında çocuklarda nadir görülür ve daha az olasılıkla brincil sebebi kardiyak bir neden olabilir. Etkili, yüksek kaliteli KPR (kardiyopulmoner resüsitasyon) ve erken başlangıç sağkalımı artırabilir. Amerikan Kalp Derneği, pediatrik, temel yaşam desteği ve pediatrik, ileri yaşam desteği konusunda güncellemeleri düzenli olarak yayınlamaktadır.
- Pediatrik resüsitasyonda, tek bir sağlık personeli için kalp masajı/nefes oranı 30:2 ve iki sağlık personeli için 15:2'dir. Asistoli ve nabızsız elektriksel aktivitesi olan hastaların sonraki tedavisi, gerektiğinde her üç ila beş dakikada bir epinefrin uygulamasını içerir. Epinefrin dozu, 1:10,000 çözeltinin 0.01 mg/kg'dır. Epinefrini, intravenöz, intraosseöz veya endotrakeal yol gibi birçok yolla uygulayabilirsiniz. Endotrakeal doz 0.1 mg/kg'da on kat daha yüksektir.
- Nabızsız elektriksel aktivite genellikle altta yatan bir nedenden dolayı ikincildir. Uzayan resüsitasyonda H'ler ve T'ler dediğimiz komplikasyonlar oluşabilir; Hipoksi, Hipovolemi, Hidrojen iyonu (asidoz), Hipo/Hiperkalemi, Hipotermi ve Hipoglisemi'dir. Pediatrik hastalarda en sık görülen nedenler hipoksi ve hipovolemidir. Toksinler, Tamponad (kalp) Tansiyon pnömotoraks, Tromboembolik olay ve Travmayı içerir. H ve T'ler sıklıkla nabızsız elektriksel aktivite ile ilişkili olsa da, özellikle mevcut tedavinizle spontan dolaşımın geri dönüşünü başaramazsanız, kalp durması nedenlerini göz önünde bulundurmak akıllıcadır.
- Ventriküler fibrilasyon ve nabızsız ventriküler taşikardi benzer başlangıç prensiplerini, örneğin erken CPR başlangıcı ve ritmin erken tanınması ventriküler fibrilasyon ve nabızsız ventriküler taşikardi de önemlidir. Manuel defibrilatör veya Otomatik Eksternal Defibrilatöre (AED) hızlı erişim sağ kalım oranını arttırabilir. Pediatrik defibrilasyon için önerilen enerji 2 J/kg'dır. İki fazlı defibrilatörlerin piyasaya sürülmesiyle, üç aşamalı elektriksel şok uygulanması mevcut önerilerden kaldırılmıştır.

GEBELİK BULANTISI

Dr. Nur Dokuzeylül Güngör

TANIM

- Hiperemesis Gravidarum(HG), 16. haftadan önce başlayan, gebelik öncesi kilonun %5'inin kaybı ile sonuçlanan inatçı bulantı kusmalara verilen genel isimdir. %0.3-2.3 sıklıkla görülür.⁽³⁾

ÖYKÜ

- Israrcı kusma? Azalmış idrar çıkışı? Kilo kaybı?

FİZİK MUAYENE

- Gebede
 - Kilo
 - Kan basıncı.....ortostotik hipotansiyon
 - Kalp hızı ölçülür.....taşikardi

LABORATUVAR

- Serum elektrolitleri
- İdrarda keton cisimleri
- Tam kan sayımı
- BUN, kreatinin
- Kc fonk testleri
- Böbrek fonk testleri
- Tiroid fonk testleri (gerekirse)

AYIRICI TANI

- İkiz gebelik
- Mol hidatiform
- Preeklampsi
- Hiperparatiroidi

CERRAHİ AÇIDAN HAVAYOLU YÖNETİMİ

Dr. Özmen Öztürk, Dr. Ziya Bozkurt

TANIMLAR

Trakeotomi

- Ventilasyon amaçlı bir havayolunu trakeanın anteriorunda oluşturulan bir açıklık ile sağlayan cerrahi işlem olarak tanımlanır. Çoğunlukla, bu işlem geçicidir ve solunum sıkıntısına yol açan patoloji düzeldiğinde açıklık kapatılabilir.

Trakeostomi/ trakeo-stoma

- Trakeada sağlanan havayolu açıklığı kalıcıdır ve hastanın tüm ventilasyonunu sürekli olarak bu stomadan karşılaması olasıdır.

535

Krikotirotomi

- Çok hızlı gelişen havayolu obstrüksiyonlarında ve trakeotomi için gerekli cerrahi donanım ve koşulların bulunmadığı durumlarda krikotiroid membran üzerinden yapılan insizyon ile havayolu açıklığının cerrahi olarak sağlanmasıdır.

ANAMNEZ

- Hayatı tehdit eden bir durum olması nedeni ile hızlı bir anamnez ile etiyoloji aydınlatılmalıdır. İlk yaklaşımların başarısız olması durumunda krikotirotomi veya trakeotomi ile hava yolu açılması için hazırlık ve değerlendirmeler tamamlanmalıdır.
- Cerrahi olarak havayolunun açılması fikri acil serviste çalışan bir hekimin algoritmasında bulunma ve her hekim mecburi bir durumda krikotirotomi uygulamaktan çekinmemelidir.

ACİL SERVİSTE BAŞ AĞRISI

Dr. Figen Yavral

■ Nöroloji polikliniğine başvuran hastalarda baş ağrısı oranı %33 olup, acil servise başvuranlarda bu oran %37-40'dır. Acil servise başvuran baş ağrılarının sıklığını primer baş ağrıları oluşturmaktadır. Acilde ana hedef subaraknoid kanama, menenjit, epidural veya subdural hematoma, serebral venöz tromboz, psödotümör serebri, dev hücreli arterit ve intrakranial kitle lezyonu gibi ciddi bir sebebe bağlı olan ve tanıda gecikildiğinde önemli hayati sonuçlar doğurabilecek baş ağrılarını dışlayabilmektir. Anamnez ve nörolojik muayene, bu hastalıkların tanısında çok önemli ipuçları sağlar. Baş ağrılarının ikincil nedenleri ekarte edildikten sonra, primer baş ağrıları olan migren, gerilim tipi baş ağrıları ve trigeminal otonomik sefaljiler (küme baş ağrıları ve trigeminal nevralsi) tanısı ile acilde ayaktan tedavi edilebilir.

613

Acil Serviste Baş Ağrısı Olan Hastaya Yaklaşım

1. İlk olarak hastanın bilinç durumu değerlendirilmelidir. Hastaların büyük çoğunluğu primer baş ağrısı ile başvurduğu için hastaların çoğunun bilinci açıktır. Ancak sekonder baş ağrılarında hastanın bilinci etkilenebilir.
2. Ayrıntılı anamnez alınmalıdır.
3. Fizik ve nörolojik muayene yapılmalıdır.
4. Laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri ile tanıya gidilmelidir.
5. Baş ağrısı nedenine göre tedaviye başlanmalıdır.

Acil Serviste Anamnez

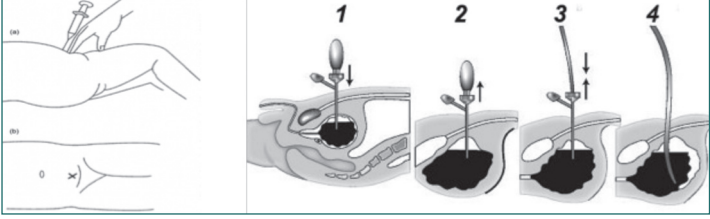
- Ağrı çok ani başlayıp, saniyeler içinde en yüksek seviyeye ulaşabilir: Subaraknoid kanama, intraserebral kanama ve iskemik inme, karotis-vertebral arter diseksiyonu, venöz tromboz, pitüiter apopleksi, tümör içi kanama, subdural ve epidural kanama
- Ağrı yavaş başlayıp tedricen artmış, saatler-günler ya da günler-haftalar içinde yerleşmiş olabilir: Temporal arterit, kafa içi basıncında değişik-

ACİL ÜROLOJİK HASTALIKLAR

Dr. Sarp Korcan Keskin, Dr. Ali Erol

YAN AĞRISI VE RENAL KOLİK

- Yan ağrısı olan hastalarda temelde iki ağrı tipinden bahsedilebilir:
 - a) Lokal ağrı:** Sebep olan organın hemen yakınında olan direkt ilişkili bir ağrıdır.
 - b) Yansıyan ağrı:** Sebep olan organ ile uzak ama ilişkili bir ağrıdır. Bu yapıların ortak sinir innervasyonuna sahip olması ile açıklanır. (Örneğin bir üreter taşında ipsilateral testiste ağrı hissedilmesi)
- Yan ağrısına neden olabilen pek çok hastalık vardır. Başlıcaları abdominal aort anevrizması, pnömoni, miyokard infarktüsü, over patolojileri, akut apandisit, testiküler torsiyon, inflamatuvar barsak hast. (crohn's, ülseratif kolit), divertikülit, ektojik gebelik, peptik ülser'dir.
- Yan ağrısı eğer böbrek veya üreter kökenli ise renal kolik olarak adlandırılır. Renal kolikte ağrı genellikle istirahat ve ani başlar. Tüm kolik ağrıları gibi kreşendo ve dekreşendo şeklinde seyrederek. Hasta peritoneal irritasyondakinin aksine, ağrıyı azaltma çabası ile devamlı hareket halindedir. Tipik böbrek ağrısı, sıkıcı ve sürekli bir ağrı olarak hissedilir. Sakrospinal kas ile kostovertebral açı ve 12. kaburganın hemen altında lokalize olur. Bu acı üreter kökenli ise genellikle umbilikusa doğru subkostal bölge boyunca yayılır ve devamında testise kadar hissedilebilir¹ (Şekil 1).
- Renal kolik yan ağrısı olan hastaların %50'sinde görülür ve sıklıkla böbrek veya üreter taşı ile birliktedir. Ağrı böbrek kapsülünün ani distansiyonuna bağlı gelişir. Taşların yanı sıra akut piyelonefrit (ani böbrek ödemi), renal ve üreteral tümörler, ve akut üreteral tıkanıklık (böbrek içi basınç artışı) da bu tipik acıya neden olur.
- Renal kolige sıklıkla bulantı, kusma ve hematüri (genellikle mikroskopik) eşlik eder. Bu semptomlarda başvuran hastalarda yapılması gereken tetkikler Tablo-1'de özetlenmiştir.²
- Fizik muayenede böbrek palpasyonu ve kostovertebral açı hassasiyeti önemlidir. Böbrek palpasyonu için sol el göğüs kafesi ile iliak krest arasında hastanın arkasına konur ve sağ el sağ kostal marjın altına yerleştirilir. Eller sıkıca bastırılırken, hastadan derin bir nefes alması istenir.



Şekil 4a • Suprapubik Aspirasyon için iğne giriş açısı ve yeri

Şekil 4b • Perkütan Sistostomi Yerleştirilmesi Prosedürü

■ Kronik retansiyonda ise özellikle zayıf hastalarda mesanenin umbilikal bölgeye kadar uzanabilen bir şişlik oluşturduğu gözle görülebilir. Bu durum ağrısızdır. Hastalarda taşma inkontinansı mevcuttur ve bilateral hidroüreteronefroz ile renal fonksiyonlarda bozulma saptanabilir. Üriner enfeksiyon sık görülür. Bu tür hastalar her ne kadar ağrısız da olsa renal fonksiyonlar açısından süratle müdahale gerektiren hastalardır. Kateterizasyon ilk olarak yapılması gereken işlemdir. Mesaneyi aralıklı ve yavaş boşaltmak gerekir.

660 Skrotal Ağrı

■ Skrotal ağrı ayırıcı tanısında yer alan başlıca hastalıklar şunlardır:

- Spermatik Kord Torsiyonu
- Appendiks Testis ve Epididim Torsiyonu
- Epididimit, Epididimoorşit
- İnguinal Herni
- Hidrozel, Epididim Kisti
- Travma
- Testis Tümörü
- Varikosel

■ Skrotal ağrı ile başvuran hastalarda fizik muayene ardından ilk aşamada yapılması gereken tetkikler şunlardır:

- Skrotal Doppler Ultrasonografi
- Tam Kan Sayımı ve CRP
- Testis Tümör Belirteçleri

■ Bu noktada testis veya eklerinin torsiyonundan şüphe ediliyor ise, diğer tetkik sonuçlarını beklemeden hastayı eksploratif cerrahiye almak gerekir. Aksi takdirde geri dönüşsüz hasar ve hatta testisin kaybına kadar giden bir süreç gelişebilir.⁶

ACİL PSİKİYATRİK DURUMLAR

Dr. Selma Bozkurt

PSİKİYATRİK ACİL OLGULARA GENEL YAKLAŞIM

- Ruh sağlığı ve hastalıkları uygulamaları çoğu zaman hastane dışında gerçekleşmesine rağmen psikiyatrik nedenlerle acil servise başvuru oranı artmaktadır. Birçok yaygın tıbbi hastalık davranış patolojisiyle birlikte görülür ve düşüncede, duygu durumunda değişikliklere neden olabilir. Ülkemiz nüfusunun giderek yaşlanmasıyla birlikte demans ve tıbbi hastalık sıklığı da yükselmektedir, bu da psikiyatrik acil servislere yönelik talebi daha fazla artırabilir. Ayrıca, sadece tıbbi nedenlerle acil servise gelen hastalarda, tıbbi bakımı karmaşıklarıştırabilen kişilik özellikleri ve olumsuz başa çıkma becerileri de görülebilmektedir.
- Tüm bu durumlarda ruh sağlığı klinisyeninin konsültan, liyezon, eğitici ve tarayıcı olarak üstlendiği rol uygun bakımın verilmesi için belirleyici önem taşıyabilir. Acil servis ortamında görev yapan ruh sağlığı klinisyeni hastane sistemiyle ilgili sorunların üstesinden gelme konusunda yetkin, tıbbi hastalıklar ve psikiyatrik dışavurumları konusunda bilgili, çatışmaları çözmede becerikli, hastaların güvenliğiyle ilgili sorumluluklar konusunda etik ve hukuki bilgi sahibi ve bir kriz halinde kadroyu yönlendirebilecek bir ekip lideri olarak davranabilme yeteneğine sahip olmalıdır. Hekim serinkanlı, ilgili, dürüst ve tehdit edici olmayan bir tutum içinde olmalı; hasta ve yakınlarına güven vermelidir.
- Acil psikiyatri kavramı kontrolden tamamen çıkmış hastaları akla getirirse de psikiyatrik hastaların çoğunluğu başkalarına yönelik şiddet sergilemezler ve denetlenen bir ortamda kendi kendilerine zarar vermeleri nadirdir. Ancak, hastanın, doktorun, sağlık personelinin ve çevredeki diğer hastaların güvenliğini sağlamak için önlem alınması yine de gereklidir. İdeal olarak görüşmeden önce tüm hastalarda arama yapmaktır. Hasta triajdan geçtikten sonra mümkünse hastane elbiseleri giydirilmeli ve izlem odasına alınmalıdır.
- Acil psikiyatrik değerlendirmede yapılabilecek önemli bir potansiyel hata, psikiyatrik belirtilerin altında yatabilecek fiziksel hastalıkları atla-

adli olarak sorumluluk sadece hekimdedir ve hekim sorumluluğunu ancak uygun şartları sağlamak koşuluyla başka bir ekime devredebilir. Öyle bir yazı alarak hastanın eve gönderilmesinden sonra hastanın intihar etmesi durumunda hekim yasal olarak sorumlu olacaktır. Hekim, gerekli gördüğü durumda, hastanın kendisi ya da yakınları istemese de zorla yatış yapış işlemi en kısa zamanda savcılığa bildirmekle yükümlüdür.



Önemli noktalar: Hızlı bir psikiyatrik değerlendirme, güvenliğin sağlanması ve belgeleme çok önemlidir.

Tablo1. Acil Servis ortamında ajitasyonun sık rastlanılan nedenleri ve tedavi yaklaşımı

| Neden | Tedavi yaklaşımı |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Akut kokain/uyarıcı zehirlenmesi | Sedasyon için benzodiazepin kullanın, betablokörlerden kaçının |
| Benzodiazepin/barbitürat yoksunluğu | Benzodiazepin kullanımını azaltarak kesin |
| Deliryum | Hastanın güvenliğini sağlayın, altta yatan nedeni tedavi edin, tıbbi tedavinin sürdürülebilmesi için hastayı sakinleştirmek amacıyla düşük dozlu nöroleptikler kullanın |
| Deliryum tremens | Hastanın hava yolu etkilenmemişse parenteral benzodiazepinlerle agresif olarak mümkünse uyuma noktasına kadar sedasyon sağlayın. Gerekirse yoğun bakım ünitesinde izlem yapın. |
| Hipoglisemi | Havayolu sağlıklıysa ağızdan glukoz verin, aksi halde %50 i.v dextroz uygulayın |
| Postiktal durumlar | Hastanın güvenliğini sağlayın, başka nöbet aktivitesinin olup olmadığını gözlemleyin. Ajitasyon için tedavi gerekirse nöroleptikler yerine benzodiazepinler kullanın, nöroleptikler nöbet eşliğini düşürebilir, nöbet nedenini belirleyin. |
| Psikoz/mani/ birincil psikiyatrik bzk. | Güvenliği sağlayın, oral ya da I.M antipsikotik ve/veya benzodiazepin verin, gerekirse kısıtlama uygulamayı düşünün. |
| Yapısal beyin anormalliği | Hava yolunun açık olmasını sağlayın; acil BT taraması veya MR yapın. |
| Zehirlenmeler | Toksini belirlemeye çalışın, zehir kontrol merkeziyle bağlantı kurun. |

ORTOPEDİK ACİLLER

Dr. Ahmet Can Erdem, Dr. İbrahim Tuncay

1- Açık Kırıklar

2- Septik Artrit

Kırıklar

- Kemik; iskelet sisteminin bir parçası olup Tip I bağ dokusundan oluşmaktadır. Kemikler vücuda şekil ve destek sağlar. Ek olarak yaşamsal organları çevreler ve korur, kasların ekstremitelere bağlanmasını ve hareketin oluşmasını sağlar.
- Dıştan veya içten gelen zorlanmalarla kemik dokusunda olan ayrılmaya, yani kemiğin bütünlüğünün bozulmasına “**KIRIK**” denir. Kemikteki bozukluk ufak bir çatlaktan bir veya birçok kemiğin parçalanmasına kadar olabilir. Kırığı meydana getiren kuvvet veya zorlama kemiği kırıncaya kadar çevredeki cilt, kas, tendon, ligaman, damar, sinir veya organları da hasara uğratar. Bazen bu hasarlara kırılan kemiklerin uçları neden olur. Kemiğin kırılması esnasında hücreler, kemik matriksi, periost da travmanın şiddeti ile doğru orantılı olarak hasar görür.^(1,2)

709

Açık Kırıklar

- Açık kırıklar tüm kas-iskelet sistemi yaralanmaları arasında önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir.⁽³⁾ Çoğu vakada açık kırık tanısı kolaydır. Yaralanmış bir hastada kırık üzerinde ya da çevresinde kanayan yaralanma mevcuttur buda kırığı dış ortam ile bağlantısı olduğu gösterir. Ağır yumuşak doku kaybı olan açık kırıklarda kemik ortaya çıkmıştır.⁽⁴⁾ Ancak tüm açık kırıklar bu kadar belirgin değildir ve zamanında doğru tanı ve tedavi, hastanın dikkatli muayenesi, ayrıntılı anamnez alınması, radyografilerin dikkatlice incelenmesi ve iyi klinik değerlendirme ile mümkündür.
- Tüm açık kırıkların %70 erkeklerde görülür ve ortalama yaş 40,8'dir. Kadınlarda ölümle yaş ortalama 56'dır. Yine kadınlardaki açık kırıkların % 43'ünün 65 yaş ve üstü hasta grubunda olduğu belirtilmiştir. Yaş ilerledikçe erkeklerde açık kırık görülme oranları azalırken, kadınlarda

GÖZ HASTALIKLARI ACİLLERİ

Dr. Özge Yabaş Kızıloğlu

GÖZDE ENFEKSİYON VE ENFLAMASYON

Arpacık ve şalazyon

- Arpacık (eksternal hordeolum) kirpik folikülü ile ilişkili Zeiss bezlerinin akut stafilokoksik enfeksiyonudur. Meibom bezlerinde oluşursa internal hordeolum olarak adlandırılır. Göz kapağında ağrılı ve kızarıklık şişlik olarak karşımıza çıkar. Şalazyon ise meibom bezlerinde oluşan kronik steril granulomdur. Göz kapağında ağrısız şişlik olarak görülür. Arpacık tedavisinde ılık kompres ve antibiyotik damla 7-10 gün (basitrasin + neomisin sülfat 4*1 / tobramisin 4*1 / fusidik asit 2*1) kullanılır. Persistan veya rekürren olgular göz hastalıkları uzmanı tarafından değerlendirilmelidir.

719

Akut allerjik ödem

- Polen veya böcek ısırılmaları sonrasında ani başlangıçlı, bilateral torba şeklinde perioküler ödem olarak görülür. Çoğunlukla beraberinde konjunktival ödem olur. Tedavide sistemik antihistaminikler kullanılabilir.

Akut kontakt dermatit

- Göz kapağı cildinde, göz damlası, göz merhemi veya kozmetik ürünlere karşı oluşan enflamatuar bir reaksiyondur. Kapak cildinde şiddetli kaşıntı, yanma ve kızarıklık şikayetleri vardır. Ciltte hiperemi, kabuklanma ve gerginlik görülür; konjunktiva hiperemisi ve allerjik konjunktivit eşlik edebilir. Tedavide başta etkenin ortadan kaldırılması gerekir; ayrıca soğuk kompres, topikal steroidler (hidrokortizon %1) ve gerekirse oral antihistaminikler kullanılabilir.

Preseptal sellülit ve orbital sellülit

- Preseptal sellülit, orbita septumunun önündeki periorbital subkutan dokuların enfeksiyonudur. Orbita sellüliti ise orbital septumun arkasındaki orbita içi yumuşak dokuların enfeksiyonudur. Her iki durum da çoğunlukla 10 yaş altındaki çocuklarda görülür. Preseptal sellülit, arpacık veya dakriosistit gibi enfeksiyonların yayılması ile veya böcek

DERMATOLOJİK ACİLLER

Dr. Ezgi Aktaş Karabay, Dr. Neslihan Müge Fişek İzci

ÜRTİKER, ANJİYOÖDEM

Tanım

- Ürtiker eritemli, deriden kabarık, kaşıntılı papül/plaklarla karakterizedir.
 - Plaklar tipik olarak 24 saat içinde, iz bırakmadan yok olup tekrar çıkma eğilimindedirler.
 - Oral mukoza respiratuvar yollar, gastrointestinal sistem etkilenebilir.
 - Altı haftadan kısa süren klinik tablolar “akut ürtiker”, altı hafta ya da daha uzun süren klinik tablolar ise “kronik ürtiker” olarak adlandırılır.
- Anjiyoödem ise deri ve/veya mukozaların gecici, gode bırakmayan ödemi ile karakterizedir.
 - Anjiyoödemde görülen ödem sıklıkla deri rengindedir, nadiren eritem görülebilir.
 - Ödem sınırları ürtikerdeki gibi keskin değildir ve genellikle 72 saat içinde kaybolur.
 - Kaşıntı bulunmaz, ağrı görülebilir.
 - Ürtiker ve anjiyoödem kapillerler ve küçük venüllerde lokal vazodilatasyon ve artmış damar geçirgenliğine bağlı olarak gelişirler.
 - Ürtikerde gelişen ödem üst-orta dermiste görülürken, anjiyoödemde ödem derin dermis ve subkutan dokuyu tutar.
 - Prostaglandinler, lökotrienler, kemotaktik faktörler dahil olmak üzere pek çok inflamatuvar mediyatör hastalık gelişiminde rol olsa da mast hücrelerinden salınan histamin esas sorumlu moleküldür.
 - Mast hücre aktivasyonu immünolojik ve immünolojik olmayan mekanizmalarla gerçekleşebilir.
 - Hastaların %40’ında ürtiker ve anjiyoödem birlikte görülürken %40’ında sadece ürtiker, %11-20’sinde anjiyoödem tek başına görülmektedir.

ERİZEPEL VE SELÜLİT

Dr. Ezgi Aktaş Karabay, Dr. Neslihan Müge Fişek İzci

Tanım

- Derinin bakteriyel enfeksiyonu
- Erizipel akut, yüzeysel bir enfeksiyondur, dermis ve yüzeysel subkutan doku etkilenir.
- Selülit derin subkutan dokuyu da tutar.

Etyoloji

- Streptococcus pyogenes, Staphylococcus aureus

753



Risk faktörleri: İmmünespresyon, yaralar, bacak ülseri, parmak arası mantar enfeksiyonu, minör deri travmaları, abrazyonlar.

Bulgular

- Sıklıkla alt ekstremitelerde
- **İnflamasyon bulguları: şişlik (tumor), eritem (rubor), ısı artışı (calor), ağrı (dolor); lenfanjitis ile ilişkili olabilir.**
- Ateş, halsizlik gibi sistemik bulgular bulunabilir.
- Erizipelde inflamasyonun sınırları selülitte oranla daha belirgindir.

Tedavi

- Antibiyotikler (örn: flucloxacillin, benzylpenicillin)
- Destek tedavisi; bacak elevasyonu, steril yara örtüleri, analjezikler

Komplikasyonlar

- Lokal nekroz, abse, septisemi

BİYOLOJİK SAVAŞ ETKENLERİ

Dr. Seyda İğnak

- Biyolojik savaş, hastalıklara veya ölüme neden olan virüslerin, bakterilerin veya diğer ajanların kasıtlı salınımı ile insanlar, canlılar ve çevre üzerinde tahribat yaratmak olarak tanımlanmaktadır. Biyoterörizm, ideolojik ya da politik inançlardan esinlenerek biyolojik etkenlerin hastalık oluşturmak veya hastalık oluşturma korkusu yaratmak, normal yaşamı durdurmak ve panik yaratmak, ekonomik kayıp vermek amacıyla kullanılmasıdır. Biyoterörizmin amacı sadece mortalite ve morbiditeyi artırmak değil aynı zamanda sosyal ve politik yıkıma neden olmaktadır.^(1,2)
- Biyolojik savaş araçları, bakteri, protozoa, virüs ve mantar gibi mikroorganizmaları içerdiği gibi bitkiler ve hayvanlar tarafından üretilen toksinleri de kapsar. Bakteriyolojik (Biyolojik) ve Toksin Yapısındaki Silahların Üretimi, Geliştirilmesi ve Depolanmasını Yasaklayan ve İmhasına Gerekli Kılan Biyolojik Silahlar Konvansiyonu Birleşmiş Milletler genel kurulunda kabul edilmiş, 1972'de imzaya açılmıştır. 26 Mart 1975 tarihinde yürürlüğe giren anlaşmayı imzalayan ülke sayısı 180'dir. Uluslararası sözleşmelere rağmen tartışmalı kaynaklara göre bazı ülkelerin gerekli imha protokollerini uygulamadığı ve bu tür silahların üretimini devam ettirdiği düşünülmektedir.^(2, 3)
- Doktorlar, hemşireler gibi acil sağlık hizmeti sağlayıcılarına verilecek eğitimlerin biyolojik tehditlere karşı alınabilecek en önemli savunma önlemi olduğu bilinmektedir. Olası tehditlerde hastaneler, acil servisler, laboratuvarlar ve halk sağlığı departmanları arasında hızlı bir surveyans sisteminin bulunması gereklidir. İlk sağlık hizmeti sağlayıcıları olan acil servislerin eğitilmiş personel, etkin veri sistemleri ve yeterli laboratuvar donanımlarıyla tehditlere verecekleri yanıt oldukça önemlidir.⁽¹⁾
- Dünyada hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerdeki acil servis doktorları, meslek hayatlarında yeni ortaya çıkacak bir bulaşıcı hastalık olasılığı ile karşı karşıyadırlar. Bu doktorların bazıları potansiyel olarak biyolojik silahlara maruz kalmış bir hastayla da karşı karşıya kalabilirler ve salgını tanımak ve kontrol altına almak konusunda anahtar rol oynarlar. Biyolojik savaş etkenlerine maruziyet sonrası ortaya çıkan enfeksi-

ACİL LABORATUVAR TESTLERİ VE BİLDİRİMİ

Dr. Özlem Unay Demirel

■ Acil laboratuvar testleri tıbbi olarak acil durumlarda istenen ve hızlı bir şekilde raporlanması gereken testlerdir. Tüm laboratuvar testleri acil kapsamında değerlendirilemez. Acil laboratuvar testinin raporlanma süresi hastanın acil servise başvurması, hekimin muayene edip test istemini yapması ve istenen örneğin alınması sonrası başlar. Bu süre laboratuvar hekiminin sonucu onaylaması ile son bulur. Acil laboratuvar testleri merkez laboratuvarında çalışılacaksa acil laboratuvardan gelen örneklere yüksek öncelik verilir. Bu örnekler genelde farklı renkteki barkodlarla laboratuvara gönderilir. Hasta örneklerinin üzerindeki barkodlarda hem o hastaya hem de örneğe ait özel bir numara mevcuttur ve aynı zamanda hastanın kimlik belirleyicisidir. Ayrıca acil testlerde toplam çalışma süresi testler arasında farklılık göstermekle birlikte ortalama olarak 1-1,5 saattir. Gerekli görüldüğü takdirde bazı testler hasta başı test cihazları (HBTC) ile de çalışılabilir.

■ Kritik laboratuvar testleri hastanın tedavisinde hayati öneme sahip testlerdir. Bu testlerin süratla raporlanması gerekir. Kritik laboratuvar testleri kritik değer veya kritik sonuç kavramlarından farklıdır. Kritik değer veya kritik sonuç referans aralık sınırlarını yaşamı tehdit edecek derecede aşması demektir. Laboratuvarda kritik değer veya kritik sonuç çıkması halinde hastanın primer hekimine telefon ile geri okuma teyidi olarak raporlanmalıdır. Telefon ile raporlanmasının dışında sonuç hekimin cep telefonuna mesaj olarak ve/veya e-postasına da bildirilebilir. Sonucun hekimine raporlandığına dair doküman toplam kalite yönetimi açısından laboratuvarda saklanmalıdır.

801

TANIMLANMIŞ ACİL LABORATUVAR TESTLERİ

1. Asetaminofen düzeyi (taylenol)
2. Akut inme paneli
3. Albumin
4. Amonyak
5. Kan grubu tayini ve antikor tanımlama
6. Arteriyel kan gazı
7. Beyin natriüretik peptid, Brain natriuretic peptide (BNP) **

TANIMLANMIŞ LABORATUVAR TESTLERİNİN KRİTİK DEĞERLERİ

- Aşağıdaki tabloda kritik değerleri belirlenen testleri göstermektedir. Laboratuvarında çalışılan testin sonucu kritik bir değerde çıkarsa hızlı bir şekilde hastanın hekimine veya hemşiresine ulaşarak raporlanmalıdır.

| Parametre | Konvansiyonel Birim | | SI Birimi | |
|-------------------------------------------|---------------------|--------|-----------|--------|
| | | | | |
| Asetaminofen | > 50 | mg/L | > 331 | µmol/L |
| Bilirubin, Total veya Direkt, 0-30 günlük | > 19.9 | mg/dL | > 340 | mmol/L |
| Kan gazları, Arter | | | | |
| pH | < 7.20 veya > 7.55 | | | |
| PCO ₂ | < 25 veya > 65 | mm Hg | | |
| PO ₂ | < 40 | mm Hg | | |
| 0 -30 günlük | < 40 veya > 100 | mm Hg | | |
| Kan gazları, Arter ve Kapiller,Infant | | | | |
| pH | < 7.20 veya > 7.55 | | | |
| PCO ₂ | < 25 veya > 65 | mm Hg | | |
| Baz eksikliği, 0-30 günlük | > 10 | mmol/L | | |
| Kan gazları, Arter ve Venöz, Kordon Kanı | | | | |
| pH | < 7.0 | | | |
| Baz eksikliği | > 10 | mmol/L | | |

ACİL TIP

EL KİTABI

ARADIĞINIZ TÜM TIP KİTAPLARI BU ADRESTE



www.guneskitabevi.com

GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnan Sokak No: 3
06410 Sıhhiye / Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7 / 2 Esentepe / İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43
Faks: (0212) 356 87 44

KADIKÖY

Rasimpaşa Mah. İskele Sokak
No: 4 / A Kadıköy / İstanbul
Tel&Faks: (0216) 546 03 47



Türkiye'nin her yerinden...
0505 734 13 13

