



MEZUNİYET SONRASI ve **MECBURİ HİZMET**

HEKİM EL KİTABI

Yrd. Doç. Dr. Yavuz Furuncuoğlu

- ✓ *Güncel Reçete Rehberi*
- ✓ *Tüm Branşlarda Reçete Örnekleri*
- ✓ *Acil Tanı ve Tedavi Kılavuzları*
- ✓ *Sık Karşılaşılan Tüm Acil Durumlar*
- ✓ *Laboratuvar Değerleri*

**İLK ve TEK
3'ü 1 arada**



GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

MEZUNİYET SONRASI ve MECBURİ HİZMET HEKİM EL KİTABI

Editör

Yrd. Doç. Dr. Yavuz Furuncuoğlu



GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

MEZUNİYET SONRASI MECBURİ HİZMET ve HEKİM EL KİTABI

Copyright © 2016

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: 978-975-277-600-5

Yayıncı ve Genel Yayın Yönetmeni: Murat Yılmaz

Genel Yayın Yönetmeni Yardımcısı: Polat Yılmaz

Yayın Danışmanı ve Tıbbi Koordinatör: Dr. Ufuk Akçıl

Dizgi - Düzenleme: İhsan Ağın

Kapak Tasarımı: İhsan Ağın

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 hastaya ve ekipmanlara ait herhangi bir zarar veya hasardan sorumlu değildir. Yazarlar kendi yazdığı bölümlerin etik ve kanuni sorumluluğunu taşımaktadır.

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

KARTAL ŞUBE

Cevizli Mahallesi Denizler Cad.
No: 19/C Kartal/İstanbul
Tel&Faks: (0216) 546 03 47

www.guneskitabevi.com
info@guneskitabevi.com



ÖNSÖZ

Tıp fakültesinin çok fedakarlık isteyen bir okul olduğunu okuyanlar bilir. Bir de ebeveynleri farkeder. Öğrencilikte hasta sorumluluğu olmadığından son sınıfta olayın farkına varılır. Okul bittikten sonra ise asıl sıkıntı başlar. Çünkü yanımızda danışabileceğimiz bir hocamız artık yoktur. Bir hastayı muayene ettiğimizde bazen içimizden “bir doktor çağırın” diye bağırarak geliyordu derdi eski hocalarımız.

Bu zorlukları bildiğimizden mezun olan doktor arkadaşlarımızın yalnız kalmaması ve her an ellerinin altında danışabilecekleri bir kaynaklarının olması arzusuyla “Akıl Notları” serisine başlamıştık.

Elinizdeki bu kitapla seriye devam ederken tüm konuları birleştirmek ve tek bir kitap haline getirmek istedik. Böylelikle mecburi hizmete giden bir Hekim veya Aile Hekimi veya Asistan Hekim arkadaşımız veya Acil servis rotasyonuna başlayan doktor arkadaşlarımızın elinin altında olup hemen başvurabilecekleri bir kaynak oluşturmaya çalıştık.

İçerisinde Acil bölümü ve Reçete bölümü ile laboratuvar sonuçlarının görülebileceği bir bölüm yerleştirdik.

Her bölümü konusunda uzman hocalarımız yazdılar. Hepsine tek tek teşekkürü bir borç bilirim. Ayrıca kitabın hazırlanmasında çok istifade ettiğimiz tüm kaynaklarını bize karşılıksız sunan Güneş Tıp Kitabevlerinin sahibi Sn. Murat Yılmaz Bey’e, danışmanımız Sn. Dr. Ufuk Akçıl Bey’e ve tüm Güneş Tıp Kitabevleri çalışanlarına teşekkürü bir borç bilirim.

Bu kitabı; fedakarca çalışıp, bizim yetişmemizi sağlayan tüm hocalarımıza atfetmek istiyorum.

Saygılarımla

Dr. Yavuz Furuncuoğlu

İÇİNDEKİLER

KISIM I ACİL TIP REHBERİ

1. ENFEKSİYON HASTALIKLARI ACİLLER 3

Dr. Recep Öztürk

2. ÇOCUKLARDA ATEŞ VE CİDDİ BAKTERİYEL İNFEKSİYONLAR ACİLLER 23

Dr. Fahri Ovalı

3. KARDİYOLOJİ ACİLLER 75

Dr. Ayşegül Sünbül

4. DAHİLİYE ACİLLER 99

Dr. Melih Başar, Dr. Yavuz Furuncuoğlu

5. GASTROENTEROLOJİ ACİLLER 121

Dr. Mustafa Güçlü, Dr. Ahmet Faruk Ağan

6. HEMATOLOJİ ACİLLER 141

Dr. Cafer Adıgüzel

7. GÖĞÜS HASTALIKLARI ACİLLER 165

Dr. Orhan Dalkılıç

8. NEFROLOJİ ACİLLER 185

Dr. Bahtışen Güven

9. NÖROLOJİK ACİLLER 195

Dr. Hülya Aydın Güngör

10. PSİKİYATRİ ACİLLER 217

Dr. Hülya Soylu

11. CERRAHİ ACİLLER 223

Dr. Alaattin Öztürk, Dr. Talha Atalay

12. KULAK BURUN BOĞAZ ACİLLER 245*Dr. Ahmet Kutluhan***13. ÜROLOJİ ACİLLER 259***Dr. Serhat Dönmezer, Dr. Erem Kaan Başok***14. ORTOPEDİ ACİLLER 267***Dr. Alper Gökçe***15. JİNEKOLOJİ ACİLLER 301***Dr. Sedat Kadanalı***16. DERMATOLOJİK ACİLLER 325***Dr. Deniz Koral***17. DIŞ ACİLLER..... 333***Dr. Dt. Ayşegül Sipahi ve Dt. Gamze Olus***18. ANESTEZİ VE YOĞUN BAKIM ACİLLER..... 339***Dr. Dilek Sözmen Savaşkan***18. NÖROŞİRURJİ ACİLLER 351***Dr. Kamran Urgan, Dr. Zafer Orkun Toktaş***20. ZEHİRLENMELER VE TEDAVİLERİ ACİLLER 365***Dr. Uğur Erol, Dr. Mehmet Akif Yaşar***KISIM II
REÇETE REHBERİ****1. DAHİLİYE REÇETE 465***Dr. Yavuz Furuncuoğlu, Dr. Melih Başar***2. KARDİYOLOJİ REÇETE..... 495***Dr. İsmet Dindar, Dr. Kuvılcım Özden, Dr. Ayşegül Sünbül***3. İNFEKSİYON HASTALIKLARI REÇETE..... 529***Dr. Ramazan Gözükküçük, Dr. Şaban Esen***4. PEDIATRİ REÇETE..... 561***Dr. Fahri Ovalı*

5. GÖĞÜS HASTALIKLARI REÇETE..... 601*Dr. Çağlar Çuhadaroğlu***6. DERMATOLOJİ REÇETE 609***Dr. Vefa Gönenç***7. NÖROLOJİ REÇETE 637***Dr. Nazire Afşar***8. PSİKİYATRİ REÇETE 665***Dr. Gülşah Yüksek Kırımlı***9. ORTOPEDİ REÇETE 675***Dr. Mehmet Demirok, Dr. Alper Gökçe***10. ÜROLOJİ REÇETE 699***Dr. Ali Erol, Dr. Serhat Dönmezer***11. GENEL CERRAHİ REÇETE 707***Dr. Bülent Çitgöz, Dr. Adnan İşgör***12. KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM REÇETE... 717***Dr. Fuat Demirci, Dr. Simender Mesci***13. GÖZ HASTALIKLARI REÇETE 741***Dr. İ. Arif Koytak***14. KULAK-BURUN-BOĞAZ
HASTALIKLARI REÇETE 761***Dr. Ünal Bayız***15. DİYET 767***Dyt. Gizem Keservuran***16. ADLİ TIP..... 785***Dr. Nezih Varol***KISIM III
LABORATUVAR DEĞERLERİ..... 813***Dr. Nurgül Özcan*

KATKIDA BULUNANLAR

Doç. Dr. Cafer Adıgüzel

Medical Park Göztepe Hastanesi
Hematoloji Bölümü

Prof. Dr. Nazire Afşar

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi
Medical Park Göztepe Hastanesi
Nöroloji Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Ahmet Faruk Ağan

Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi
Gastroenteroloji Bölümü

Uzm. Dr. Talha Atalay

Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi
Hastanesi Acil Bölümü

Uzm. Dr. Melih Başar

Medical Park Göztepe Hastanesi
Dahiliye Bölümü

Doç. Dr. Erem Kaan Başok

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi
Medical Park Göztepe Hastanesi
Üroloji Bölümü

Prof. Dr. Ünal Bayiz

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi
Medical Park Göztepe Hastanesi
Kulak Burun Boğaz Bölümü

Op. Dr. Bülent Çitgöz

Genel Cerrahi Uzmanı-Serbest Hekim

Prof. Dr. Çağlar Çuhadaroğlu

Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Hastalıkları Bölümü

Uzm. Dr. Orhan Dalkılıç

Medical Park Göztepe Hastanesi
Göğüs Hastalıkları Bölümü

Prof. Dr. Fuat Demirci

Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı-
Serbest Hekim

Dr. Mehmet Demirok

Ortopedi Asistanı

Prof. Dr. İsmet Dindar

Kardiyooloji Uzmanı-Serbest Hekim

Yrd. Doç. Dr. Serhat Dönmezer

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi
Medical Park Göztepe Hastanesi
Üroloji Bölümü

Prof. Dr. Ali Erol

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi
Medical Park Göztepe Hastanesi
Üroloji Bölümü

Yard. Doç. Dr. Uğur Erol

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi
Medical Park Göztepe Hastanesi
Anesteziyoloji ve Yoğun Bakım
Bölümü

Prof. Dr. Şaban Esen

Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları
Ana Bilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Yavuz Furuncuoğlu

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi
Medical Park Hastanesi İç Hastalıkları
Bölümü

Prof. Dr. Alper Gökçe

Ortopedi Uzmanı-Serbest Hekim

Uzm. Dr. Vefa Gönenc

Dermatoloji Uzmanı- Serbest Hekim

Uzm. Dr. Ramazan Gözüküçük

Hisar İntercontinental Hospital
Enfeksiyon Hastalıkları Bölümü

Doç. Dr. Mustafa Güçlü

Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi
Gastroenteroloji Bölümü

Prof. Dr. Hülya Aydın Güngör

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi
Medical Park Göztepe Hastanesi
Nöroloji Bölümü

Uzm. Dr. Bahtışen Güven

Medical Park Göztepe Hastanesi
Nefroloji Bölümü

Prof. Dr. Adnan İşgör

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi
Medical Park Göztepe Hastanesi
Genel Cerrahi Bölümü

Prof. Dr. Sedat Kadanalı

Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı-
Serbest Hekim

Dyt. Gizem Keservuran

Medical Park Göztepe Hastanesi
Diyetetik ve Beslenme Bölümü

Uzm. Dr. Gülşah Yüksek Kırımlı

Psikiyatri Uzmanı-Serbest Hekim

Uzm. Dr. Deniz Koral

Medical Park Göztepe Hastanesi
Dermatoloji Bölümü

Yrd. Doç. Dr. İ. Arif Koytak

Bezmi Alem Üniversitesi
Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Bölümü

Prof. Dr. Ahmet Kutluhan

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz
Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Simender Mesci

Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı-
Serbest Hekim

Dt. Gamze Olus

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Diş Hekimliği Bölümü

Prof. Dr. Fahri Ovalı

Zeynep Kamil Hastanesi Çocuk
Hastalıkları Bölümü

Uzm. Dr. Nurgül Özcan

Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Biyokimya Kliniği

Uzm. Dr. Kivılcım Özden

Siyami Ersek Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Kardiyoloji Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Alaattin Öztürk

Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi
Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü

Prof. Dr. Recep Öztürk

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa
Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları
Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Dilek Sözmen Savaşkan

Siyami Ersek Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Anesteziyoloji Bölümü

Dr. Dt. Ayşegül Sipahi

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Diş Hekimliği Fakültesi

Uzm. Dr. Hülya Soylu

Medical Park Göztepe Hastanesi
Psikiyatri Bölümü

Uzm. Dr. Ayşegül Sünbül

Üsküdar Devlet Hastanesi Kardiyoloji
Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Zafer Orkun Toktaş

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi
Medical Park Göztepe Hastanesi
Nöroşirurji Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Kamran Urgan

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi
Medical Park Göztepe Hastanesi
Nöroşirurji Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Nezir Varol

Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Adli Tıp Anabilim Dalı

Prof. Dr. Mehmet Akif Yaşar

Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi
Medical Park Göztepe Hastanesi
Anesteziyoloji ve Yoğun Bakım
Bölümü

Kortikosteroidler

- Sıvı replasmanı ve vazopresör tedavilerle hemodinamik dengenin sağlanamadığı olgularda 200 mg/gün hidrokortizon (sürekli infüzyon) uygulanabilir.

Eritrosit Süspansiyonu

- Miyokardiyal iskemi, ciddi hipoksemi, akut hemoraji, iskemik koroner arter hastalığı durumlarında Hb <7 g/dL saptanması halinde eritrosit süspansiyonu replasmanı uygundur. Hedef Hb düzeyinin 7-9 g/dL düzeyine çıkarılmasıdır.

Trombosit İnfüzyonu

- Kanama yok, trombosit sayısı <10.000 /mm³ veya kanama riski yüksek (ateşli, yakın zamanda kanama öyküsü, trombosit değerinde hızlı düşüş, diğer pıhtılaşma bozuklukları varlığı, trombosit <20000 /mm³) uygulanır.
- Cerrahi, invaziv işlemler için: trombosit >50000/mm³ olması beklenir.

Glukoz Kontrolü

- Ağır sepsis nedeni ile YBÜ'nde izlenen hastalarda iki ardışık kan glukoz seviyeleri >180 mg/dL ise insülin uygulanmalıdır. Glukoz <180 mg/dL olması hedeflenmelidir.
- Kan şekeri, glukoz ve insülin infüzyonu dengeli hale gelene kadar her 1-2 saatte bir ölçülmelidir.
- Sepsisli hastalarda derin ven trombozu profilaksisi, stres ülseri profilaksisi, uygun beslenmenin devam ettirilmesi de tedavide önemli noktalar.

Enfeksiyon Kontrolü

- Sepsisli hasta için özel önem verilmesi gereken konulardan biridir. Oral klorheksidin glukonat orofarengeal dekontaminasyonu sağlar, YBÜ hastalarında ventilatör ilişkili pnömonilerin insidansında azalmaya neden olduğu gösterilmiştir.
- El yıkama, kateter bakımı, standart önlemler ile izolasyon önlemleri, yoğun bakımda yatak başının kaldırılması, hemşirelik bakımının yeterliliği ve enfeksiyon önleme ve kontrol konularına gerekli özen gösterilmelidir.
- Kısaca, sepsisin çok farklı klinik tabloları taklit edebileceği hatırla tutulmalı; sepsisten belirli risk durumları ve klinik tabloların varlığı durumunda mutlaka kuşkulananarak, tanı ve acil tedavi için gerekenler yapılmalıdır.

Merkez Sinir Sisteminin Acil Enfeksiyonları

- Bu kapsamda akut menenjit ve herpes ensefaliti önemlidir. Tüberküloz menenjit kuşkusunda da tedaviye acilen başlanmalıdır.

Akut Pürülan Menenjit

- Akut pürülan menenjit, meninkslerin değişik bakterilerle oluşan inflamasyondur. Akut, menenjit, klinik tablonun bir gün-bir hafta içinde geliştiği acil durumdur. Toplumda gelişen menenjitlerde erişkinlerde en sık etkenler,

Tablo 5. Tetanoz riski açısından yaralar

Klinik özelliklik	Tetanoz eğilimi olan yara	Tetanoz eğilimi olmayan yara
Yara yaşı	> 6 saat	≤6 saat
Biçim	Yıldız şeklinde, yırtılmış/ kopmuş yaralar	çizgisel
Derinlik	> 1cm	≤1 cm
Hasar mekanizması	Mermi yarası, ezilme, yanık, donma	Cam, bıçak gibi keskin yüzey
Bulaşma durumu	Toprak, toz, kir, tükürük vd	Yok
Ölü Doku	Var	Yok

- Tetanoz açısından risk oluşturan bir yaralanma durumunda aşılı tam olan ve son aşıdan sonra 5 yıl geçmemişlerde sadece yara bakımı yapılır.
- Daha önce aşı yok veya eksik veya üzerinden 5 yıldan fazla zaman geçmişse temiz küçük yarada aşı tekrarlanır, TIG veya antiserum gereksizdir; ezik ve riskli bir yara durumunda aşı ve TIG birlikte uygulanır (Tablo 5).
- TIG, profilakside 250 U İM (serum antitetanik, SAT: 3000-6000 U) uygulanır. TIG'in yarısı yara etrafına diğer yarısı gluteal bölgeden İM uygulanır. SAT, TİG yoksa kullanılır. İmmünglobulinlerin koruma süresi 4-6 haftadır.

Kuduz Profilaksisi

- Değişik hayvan ısırıkları, tırmalama vd yaralamalarında yaranın öncelikle su ve sabunla iyice yıkanması gerekir. Bu yıkama işlemi kuduz gelişme riskini %90 azaltır. Risk durumuna göre takip edilecek yol tabloda gösterilmiştir. Isırık yaralarında ek olarak 3-5 gün süreyle profilaktik antimikrobik (Penisilin G veya V, amoksisilin; penisilin allerjisinde: sefuroksim, sefiksime; penisilin + sefalosporin allerjisinde: fluorokinolon, tetrasiklin, eritromisin) verilmesi yararlıdır.
- Kuduzda uygulanacak profilaksi Tablo 6'da gösterilmiştir.
- Kuduz şüpheli hayvan tarafından ısırılma: normal sağlıklı bir şahıs daha önce aşılanmamışsa 0, 3, 7, 14, günlerde 4 doz aşı IM yapılır; şahıs bağışıklık yetmezliği olan biriyse 28.günde olmak üzere 5. aşı uygulanır.
- Bütün kuduz şüpheli temas sonrası durumlarda aşı + kuduz hiper immünglobulini (RBIG) 20 İU/kg (antiserum dozu: 40 U/kg) uygulanır (mümkünse hepsi yara etrafına ve yara içi kenarlarına)

Tablo 6. Tetanoz yönünden yara bakımı

Tetanoz toksoidi öyküsü	Temiz, yara	Küçük	Diğer bütün yaralanmalar	
	Td*	TIG	Td	TIG
Bilinmiyor veya <3 doz	Evet	Hayır	Evet	Evet
≥3 doz	Hayır ¹	Hayır	Hayır ²	Hayır

*Td yoksa tetanoz toksoidi tek başına uygulanır

¹Son aşıdan sonra 10 yıldan fazla zaman geçmişse aşı tekrarlanır

²Son aşıdan sonra 5 yıldan fazla zaman geçmişse aşı tekrarlanır

- Nekrotizan enterokolit kanlı ishal ve diğer sepsis ile başvurur. Abdominal radyografiler intestinal pnömotosis ve serbest havayı gösterebilir. Dehidrate yenidoğanlar hastaneye yatırılmalıdır.

Abdominal Distansiyon

- Yenidoğan döneminde abdominal distansiyon normal bir bulgu olup abdominal kasların gevşekliği, intraabdominal organların büyüklüğü ve hava yutulmasına bağlı oluşabilir. Genellikle, çocuk rahat ve karnı yumuşak ise endişelenmeye gerek yoktur.

Kabızlık

- Anne sütü ile beslenen çocuklar 1 hafta dışkı çıkışı olmadan normal vasıflı dışkı çıkarabilirler. Yaşamın ilk 2 gününde dışkı çıkarmayan çocuklarda anatomik bozukluk (intestinal stenoz, atrezi), kistik fibrozis, Hirschprung hastalığı, mekonyum ileusu veya tıkaç düşünülür. Yaşamın ilk ayında olan kabızlık Hirschprung hastalığı, hipotiroidizm, anal stenoz veya anterior anüs gibi patolojileri düşündürür. Neonatal dönemde laksatifler ve lavmanlar kontrendikedir.

KARDİYORESPIRATUVAR SEMPTOMLAR

Hırıltılı Solunum ve Stridor

- Neonatal dönemde hırıltılı solunum nedenleri genellikle selimdir. Neonatal dönemdeki stridor genellikle laringomalazi gibi konjenital anormalliklerde görülür. Diğer nedenler arasında vebler, kistler, atreziler, stenozlar, kleftler ve havayolundaki hemanjiyomlar vardır.
- Hafif bir üst solunum yolu enfeksiyonunun oluşturduğu burun tıkanıklığı neonatal dönemde ciddi solunum sıkıntısına yol açar çünkü bu dönemde zorunlu olarak burun solunumu yapılır. Tedavide tuzlu su damlaları ve nazal aspirasyon genel olarak etkilidir.

Apne ve Periyodik Solunum

- Periyodik solunum neonatal dönemde normal olabilir. Apne, 10 ile 20 saniye uzun süren solunum durması olarak tanımlanır. Apne ile bradikardi ve siyanoz birliktelik gösterebilir. Genellikle apne; enfeksiyon, SSS hasarı, metabolik hastalıklar ile birliktelik gösterir. Hastanın acilen hastaneye kabul edilip araştırılması ve tedavisinin başlanması gerekir.

Siyanoz ve Blue Spells

- Birçok hastalık siyanozla başvurmakla birlikte bunların ayırıcı tanısı oldukça zordur. Ancak semptomların tipleri ile ayırıcı tanı yapılabilir ve doğru tanı ile doğru tedavi düzenlenebilir. Hızlı solunum ve siyanoz sağdan sola şanlı kalp hastalıklarını düşündürür. Düzensiz ve sık solunum siyanozla birlikte

Tanı ve Ayırıcı Tanı

- Akut gastroenterit klinik bir tanı olup 24 saat içinde 3 veya daha fazla sulu dışkılama ile tanı konulur. Gastroenterit bağlı dehidratasyon genellikle izotonik olduğundan şiddetli dehidrasyon bulguları mevcut olmadıkça serum elektrolitleri rutin olarak yararlı değildir. Hastaya intravenöz rehidrasyon sıvıları uygulanmalıdır. İstisnai olarak <6 ay bebeklerde önemli sodyum anormallikleri gelişebilir. İnfant ve yürüme çağındaki çocuklarda uzun süreli kusma ve ishal hızlıca hipoglisemi oluşturabileceği için bilinç durumunda bozukluk olan hastalara yatak başında kan şekeri kontrolü yapılmalıdır. Gayta kültürü yüksek riskli bir ülkeye seyahat etmiş, yüksek ve inatçı ateşi olan, 24 saat içinde >10 kez dışkılayan ve kanlı ishali olan çocuklarda alınmalıdır. Fekal lökosit ve guaiac asit ile gizli kan testlerinin sensitivitesi düşük olup kullanımı sınırlıdır.
- Kusma bir çok hastalığın ortak ve nonspesifik bulgusu olup otitis media, idrar yolu infeksiyonu, sepsis, malrotasyon, invajinasyon, kafa içi basınç artışı, metabolik asidoz ve ilaç ya da toksin yutma gibi durumlarda da görülebilir. Sıralı veya kanlı kusma, hematokozya ya da karın ağrısı gibi spesifik klinik bulgular, basit viral gastroenteritten başka bir hastalık hakkında endişe edilmesi gerekir.

Acil Serviste Yaklaşım

Dehidratasyon (Bulantı velveya İshal)

- Birçoğu kendi kendine sınırlandırılabilirdi için oral rehidrasyon yeterlidir. Kusma oral rehidrasyon için kontraendikasyon sebebi değildir. Bu durumda anahtar nokta hastaya düşük volümlerle hidrasyonun yapılmasıdır. Ticari olarak temin edilen 45-60 mmol/L sodyum ihtiva eden oral rehidrasyon çözeltisi (ORS) kullanılması tavsiye edilir. Geleneksel olarak kusma ve ishali olan çocuklar için önerilen çay, meyve suyu veya spor içecekleri gibi içecekler; sodyum eksikliğine ve artmış sıvı kayıpları ile sonuçlanan şeker yüksekliliğine sebep olabilirler. 50-100 ml ORS/kg sıvı tedavisi üzerine devam eden sıvı kayıplarını telafi etmek için ORS eklenir.
- Ciddi dehidratasyon, hemodinamik bozukluk veya bilinç durum bozukluğuna bağlı oral alım güvenliği yoksa intravenöz veya intraosseöz kristaloid sıvı replasmanı yapılır. Perfüzyonun düzeldiği görülene ve idrar çıkışı yeterli düzeyde olana kadar 20 dakikada bir olmak üzere 20 mL/kg serum fizyolojik tedavisi başlanır.
- Hipoglisemi tedavisinde çocuklarda %10 dekstroz (5 ml/kg), çocuklarda ise %25 dekstroz (2 ml/kg) kullanılır,

Kusma

- Dehidratasyon, elektrolit bozuklukları ve hipoglisemiye yukarıda anlatıldığı gibi yaklaşılır.

- Hastalığın yönetiminde ilk olarak akut resüsitasyon ihtiyacı olup olmadığı değerlendirilir ve alt GİS veya üst GİS kanama ayırımı yapılır. Gastrik ve gayta-da gizli kan testleri kanı taklit eden diğer olguların ayırımında yararlı olabilir. Ekstragastrointestinal sebeplerin de (örn. Epistaksis hematemeze sebep olabilir) değerlendirilmesi önemlidir. Üst ve alt GİS kanamalarının yaşlara göre ayırıcı tanıları Tabloda gösterilmiştir. Genel olarak çocuklarda portal hipertansiyona bağlı oluşmayan üst GİS kanamaları hayatı tehdit edici boyutta değildir. Melenanın varlığında hasta üst abdominal kanama ve HSP açısından değerlendirilmelidir. Rektumda parlak kırmızı renkli kan varlığında hasta anal fissür ve hemoroid açısından değerlendirilmelidir. Ağrısız hematokezya varlığında meckel di-vetikülü veya arteriyovenöz malformasyonlar düşünülmelidir. Ağrı ile seyreden hematokezya varlığında ayırıcı tanıları arasında HSP, hemolitik üremik sendrom, infeksiyöz gastroenterit, inflamatuvar barsak hastalığı, süt protein alerjisi, intüpsiyon ve nekrotizan enterokolit bulunur.
- Laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri birliktelik gösteren diğer belirti ve bulgulara göre yapılır. Hafif kanamalar ayaktan yönetilebilir. Orta ve ciddi derece kanamalarda izotonik kristaloidler ve kan ürünleri ile akut resüsitasyon gerekir. Akut şok derhal tedavi edilmesi gerekirken, özellikle varis kanaması veya daha ciddi kronik sebepler için intra-vasküler hacmin aşırı artma-

Yaş Gruplarına Göre Karın Ağrısı Sınıflandırılması

Yaş Grubu	Acil Durumlar	Acil Olmayan Durumlar
0-3 ay	Nekrotizan enterokolit	Kolik
	Volvulus	Akut gastroenterit
	Testiküler torsiyon	Konstipasyon
	İnkarere herni	
	Travma	
	Toksik megakolon	
	Tümör	
3 ay-3 yaş	İntüpsiyon	Akut gastroenterit
	Testiküler torsiyon	Konstipasyon
	Travma	İdrar yolu infeksiyonları
	Volvulus	Henoch-Schonlein purpurası (HSP)
	Apandisit	
	Toksik megakolon	
	Vazo-oklüziv kriz	Konstipasyon
3 yaş-adölesan	Apandisit	Akut gastroenterit
	Diyabetik ketoasidoz	Nonspesifik viral sendromlar
	Vazo-oklüziv kriz	Streptokokal farenjit
	Toksik madde yutulması	İdrar yolu infeksiyonları
	Testiküler torsiyon	Pnömoni
	Over torsiyonu	Pankreatit
	Ektopik gebelik	Kolesistit
	Travma	Böbrek taşları
	Toksik megakolon	HSP
	Tümör	İnflamatuvar barsak hastalığı
		Gastrik ülser/gastrit
		Over kisti
		Gebelik
		Pelvik inflamatuvar hastalık

Senkopun Ciddi Nedenleri için Risk Faktörleri

Olay öncesinde efor
Hastada kardiyak hastalık hikayesi
Ailede ani ölüm, sağırılık veya kardiyak hastalık hikayesi
Tekrarlayan olaylar
Dinlenme esnasında olması
Bilincin uzun süre kaybı
Göğüs ağrısı veya çarpıntı birlikteliği
Kardiyak iletiyi değiştirebilecek tedaviler kullanımı

Senkopla Kolayca Karıştırılan Olaylar

Durum	Ayırt Edici Özellikler
Baziller migren	Baş ağrısı, nadiren bilinç kaybı, diğer nörolojik bulgular
Nöbet	Motor hadiseye eşlik eden bilinç kaybı ve uzamış postiktal dönem
Vertigo	Dönme hissi, bilinç kaybı yok
Hiperventilasyon	Başlatan olay, parestezi veya karpopedal spazm, takipne
Histeri	Bilinç kaybı yok, olaydan farksız
Hipoglisemi	Bilinç kaybına ilerleyen konfüzyon, sonlandırmak için glikoz verilmesi gerekir
Nefes tutma atağı	Öncesinde ağlama, 6-18 ay arası çocuklarda

ylene ileri inceleme gerektirmez. Çarpıntı veya eforla senkop olması olası aritmiler açısından EKG incelemesi gerektirir. Ani yığılma, egzersiz sırasında ise ve muayenede üfürüm de eşlik ediyorsa yapısal anomalileri düşündürür. EKG, akciğer grafisi ve ekokardiyografi bu durumda düşünülmesi gereken testlerdir. Göğüs ağrısının eşlik ettiği senkop iskemik kalp hastalıklarını (ör, anormal sol koroner arter) dışlamak için kardiyak troponinlerin ölçülmesini gerektirir. Uygun klinik durumlarda elektrolit ölçümü, tiroid fonksiyon testleri, idrarda hamilelik testi veya ilaç paneli düşünülmelidir.

Acil Serviste Yaklaşım

- Vazovagal senkopu kesin olan hastalar haricinde EKG çektilir.
- Bilinen veya şüphelenilen kardiyak hastalığı olanlarda ekokardiyogramı düşün.
- Kesin bir sebep bulunamamışsa hasta ileri inceleme üzere taburcu edilebilir
- Normal bir EKG'ye rağmen kardiyak disritmiyi düşündüren hikayesi olan hastalar ayaktan kardiyak incelemeyi gerektirir.
- Disritmisi gösterilen çocuklar yatırılmalıdır.

me gibi özgül olmayan bulgularla başvurur. Muayenede kızlarda kliteromegali ve erkeklerde küçük penis veya hipospadias tespit edilebilir. Meme ucunda ve koltuk altında hiperpigmentasyon görülebilir.

Ayırıcı Tanı

- En önemli laboratuvar değerleri yatak başı glikoz ve elektrolitlerdir çünkü hi-ponatremi ve hiperkalemi çoğunlukla mevcuttur ve tanıyı yönlendirir. Kesin tanı kan hormon düzeylerinin ölçümüne dayanır. Eğer mümkünse, eksojen steroid tedavisi başlamadan önce kan örneği alınmalıdır; durumu ciddi olan yenidoğanlarda tedavi geciktirilmemelidir. Ayırıcı tanı sepsis, konjenital kalp hastalıkları ve diğer doğumsal metabolik hastalıkları içerir.

Acil Serviste Yaklaşım

- 20 ml/kg %0.9 SF bolusları IV/IO ver.
- Hipoglisemiye yukarıdaki gibi tedavi et.
- Hidrokortizon IV/IO/IM uygula: yenidoğanlar için 25 mg, oyun çocukları için 50 mg ve daha büyükler için 100 mg.
- Kalsiyum glukonat 100 mg/kg IV ve bikarbonat 1 mEq/kg IV ile hiperkalemiye tedavi et. İnsülin derin hipoglisemiye neden olacağı için kullanılmamalıdır.
- Adrenal hiperplaziye bağlı adrenal krizi olan yenidoğanlar hastaneye yatırılmalıdır. Bilinen adrenal hiperplazi tanısı olup vital bulguları stabil olan ve oral alımı tolere eden hastalar yukarıdaki şekilde hidrokortizon uygulandıktan sonra ve ateş, kusma ve ishal düzeline kadar rutin tedavi dozları üç katına çıkarılarak, günlük kontrole gelmek üzere taburcu edilebilirler.
- Tip 1 diyabet, insülin üretiminin ani ve sıkça tam düşüşü ile karakterizedir. Tip 2 diyabet ise artan insülin direncine bağlıdır ve kuvvetli genetik eğilimi olan yüksek kilolu adolesanlarda görülür. 24 yaşın altındaki hastalarda diyabete bağlı ölümlerin en sık nedeni diyabetik ketoasidozudur (DKA) ve DKA'da mortalite-tenin önde gelen sebebi serebral ödemdir.

Klinik Özellikler

- Poliüri, polidipsi ve polifaji tip 1 diyabete yönlendiren klasik triadı oluşturur. Diğer sık görülen bulgular kilo kaybı, ikincil enürezis, anoreksi, müphem

Bebeklerde ve Çocuklarda Hipoglisemi ile İlişkili Durumlar

Perinatal Dönem	Bebeklik ve Çocukluk
Perinatal Dönem	Bebeklik ve Çocukluk
Diyabetik anne bebeği	İdiyopatik ketotik hipoglisemi/açlık
Konjenital kalp hastalığı	Diyabetes mellitus/endokrin hastalıklar
infeksiyon/sepsis	infeksiyon/sepsis
Adrenal kanama	Doğumsal metabolik hastalıklar
Hipotermi	Hipotermi
Annenin kullandığı ilaçlara bağlı hipoglisemi	ilaca bağlı (salisilatlar, vb) Hiperinsülinizm
Maternal eklampsi	idiyopatik
Fetal alkol sendromu	
Hipopitüiterizm	

ÇOCUKLARDA ORAK HÜCRELİ ANEMİ

- Orak hücreli anemi (OHA) acilde vazookluzif kriz, hematoljik kriz ve enfeksiyonları ile başvurur. Orak hücreli anemisi olan ve ateş, ağrı, solunum sıkıntısı veya nörolojik fonksiyonlarda değişikliklerle başvuran tüm çocuklar acil serviste hızlı ve tam bir incelemeye gereksinim duyar.

Vazookluzif Krizler

- Vazookluzif dönemler damar içinde oraklaşmaya bağlı tıkanıklığın doku iskemisi ve infarktına yol açması sonucu oluşur. Kemikler, yumuşak doku, iç organlar ve santral sinir sistemi (SSS) etkilenebilir. Ağrı tek bulgu olabilir.

Ağrı Krizleri

Klinik Özellikler

- Ağrı krizleri uzun kemikleri ve sırtı etkiler. Stresle, aşırı soğukla, dehidrasyonla, hipoksiyle veya enfeksiyonla tetiklenebilir fakat sıklıkla özel bir sebebi yoktur. Tipik olarak fizik muayene bulgusu olmamasına rağmen ağrı, bölgesel hassasiyet, şişkinlik ve ısı artışı olabilir. Ateş nadirdir.

Ayırıcı Tanı

- Ağrı krizi ve enfeksiyon ayırımını yapmak zor olabilir. Ateş, eklem hareket açıklığında kısıtlılık ve daha önceki krizlere göre farklı bir bölgede ve şekilde ağrı enfeksiyon şüphelerini arttırmalıdır. Ağrı krizlerinde löksositoz görülebilir. OHA hastalarında sedimentasyon hızı anemi nedeniyle güvenilir değildir. Kemik infarktı olan hastalar yağ embolisi riski taşırlar.
- Vazookluzif krize bağlı karın ağrıları sıktır, ani başlar ve güçlükle lokalize edilir. Fizik muayenede hassasiyet ve defans görülebilir fakat rebound ve gerginlik yoktur. Krizin tipik ağrısı yoksa eğer OHA dışındaki nedenler (ör, apandisit) ve OHA ilişkili kolelitiazis/kolesistit, intrahepatik kolestaz, dalakta veya karaciğerde göllenme (anemi ve hepatomegali) araştırılmalıdır.

Acil Serviste Yaklaşım

- Ağrı yönetimi kişiseldir ve daha önce başarılı olan rejimler kullanılmalıdır.
 - Hafif ağrı
 - Oral hidrasyon
 - Oral NSAİİ (10 mg/kg ibuprofen)
 - Oral narkotikler (0.2 mg/kg hidroksidon)
 - Orta -ciddi ağrı
 - IV hidrasyon (yaşa göre normal idamenin 1,5 katı D51/2 NS)
 - Oral veya IV NSAİİ (0,5 mg/kg ketorolak)
 - IV narkotikler (0,1-0,15 mg/kg morfin veya 0.015 mg/kg hidromorfin) ağrı kontrolü sağlanana kadar her 15-30 dakikada
 - Hemoglobindeki belirgin düşüşler veya Hb<5 gr/dl için eritrosit süspanسیونları
 - Ağrı kontrolünde güçlük veya yetersiz oral alım varsa hastaneye yatırılmalıdır. Aynı ağrı krizi ile tekrar tekrar başvuran çocukların da yatışı düşünülmelidir.

Bebeklerde ve Çocuklarda Böbrek Yetmezliği Sebepleri

Prerenal veya Yetersiz Renal Perfüzyon	Renal veya Böbrek Hastalığı ya da Hasarı	Postrenal veya Tıkanıklık
Gılkayıplarabağlıdehidrasyon	Tübüler hastalıklar (tübüler nekroz; kontrast ajan, kemoterapi etkisi)	Tek böbrek
Travma nedeniyle kan kaybı	Miyoglobinüri, hemoglobinüri, tümör lizis sendromu	Üretral tıkanıklık (posterior üretral valv, üreteropelvik birleşim tıkanıklığı)
Yanıkta, sepsiste ve üçüncü boşluğa kayıpta kapiller kaçak	Glomerüler hastalıklar (Henoch-Schönlein pur-purasi glomerulonefrit, nefrotik sendrom)	Pelvik kitle (lenfoma, rabdomiyosarkom)
Konjenital kalp hastalığı, miyokardit, kardiyojenik şokta azalmış kardiyak debi	İlaçlara bağlı interstisiyel lezyonlar (antibiyotikler, antifungaller, NSAİİ)	Nefrolitiazis

Schönlein purpura, orak hücreli anemi ve ilaç veya toksin maruziyetini (ör. ağır metaller) içerir.

Klinik Özellikler

- Hastalar tipik olarak yüzü, karnı, skrotum veya labiyumları veya ekstremiteleri içine alan ödemle başvururlar. Hasta veya ebeveyn bulanık idrar (proteinüri) veya koyu idrarı (hematüri) farkedebilir. Aşırı hipoproteinüri plevral efüzyona bağlı olarak nefes darlığı ve ortopneye yol açabilirken karında asite bağlı olarak ağrı, bulantı, kusma veya iştahsızlık görülebilir.

Ayırıcı Tanı

- İlk tanı kriterleri arasında ödem, ağır proteinüri (genellikle $3+ [300\text{mg/dl}]$ veya $4+ [2000\text{ mg/dl}]$) ve hipoproteinemi (serum albumini $<3.0\text{ gram/dl}$) yer alır. Nefrotik sendromda klasik olarak hiperkolesterolemi ($>200\text{ mg/dl}$) de görülür.

Acil Serviste Yaklaşım

- Nefrotik sendromlu hastanın sıvı dengesini sağlamak zor olabilir. Bazı hastaların damar içi hacmi tükenmiş olmasına rağmen belirgin ödemle birlikte sıvı fazlası belirtileri gösterebilir. Nefrotik sendromun hafif formlarında sıvı resusitasyonuna ihtiyaç yoktur.
 - Ciddi ödem olsa bile hipovolemik şoku 20 ml/kg normal salin ile tedavi et.
 - Hafif orta dehidrasyonu, küçük ama sık miktarlarda sodyumu düşük oral sıvılarla tedavi et.
 - Sıvı fazlasını ve ödemi furosemid $0.5\text{--}1\text{ mg/kg/doz}$ ile tedavi et. Serum al-bumin düzeyi aşırı düşükse albumin ($0.5\text{--}1\text{ gram/kg}$) 4 saatte ver ve arkasından furosemid $1\text{--}2\text{ mg/kg IV}$ ver (bu durumda daha yüksek dozda furosemid gerekebilir).
 - Nefrotik sendromun kesin tedavisi oral steroidlerle yapılır fakat bu tedavi pediatrik nefrolog konsültasyonu ile başlanmalıdır.

ler düğüm yeniden giriş taşikardisinde olduğu gibidir. Wolf Parkinson White sendromunda, aksesuar yoldaki iletiyi yavaşlattıklarından dolayı sınıf I ve sınıf III anti-aritmikler tercih edilir. Atriyoventriküler iletiyi bloke eden ilaçlardan (digoksin, beta blokerler, verapamil ve diltiazem gibi) kaçınılmalıdır.

Akut Atakta

- Atığın tedavisinde hastaya valsava manevrası yaptırılabilir. Karotis sinüs masajı yapılabilir. Bu manevralar başarısız olurda adenosin, verapamil seçilen ilaçlardır.

Önleme

- Taşikardinin tekrarlayan paroksizmal özelliğinden dolayı, önleme atağın tedavisinden daha fazla öneme sahiptir. Kahve ve tütün gibi tetikleyici faktörlerden kaçınılmalıdır. İlaç tedavisi gerektiğinde betabloker, verapamil verilebilir.
- Bir diğer yaklaşım radyofrekans ablasyondur.

Atrial Flutter

- Bu aritmide, atrium 250-300/dk genellikle düzenli olarak atmaktadır. Atrial flutter atriyum içinde küçük bir alandan kaynaklanan bir ritimdir. AV blok derecesi değişkendir. Çoğu durumda Atrial flutter'ın EKG özellikleri "testere dişi" şeklinde flutter dalgaları yukarı yönlüdür ve II, III ve aV_F derivasyonlarında çoğunlukla görünür. Atrial flutter belirlenebilen kardiyak anormalliği olmayan hastalarda ara sıra görülebilmemesine rağmen, sıklıkla altta yatan organik kalp hastalığının komplikasyonu olarak oluşmaktadır. En sık görülen organik kalp hastalığı romatizmal kalp hastalığı, iskemik kalp hastalığı, miyokardit, hipertiroidizmdir.
- Persistan ya da genellikle saatler ya da günler içerisinde kendini sınırlayan paroksizmler şeklinde olabilir fakat atrial fibrilasyona ilerleyebilir. Atrial taşikardiye benzer çarpıntı, baş dönmesi, senkop gibi semptomlar bulunmaktadır. Nabız genellikle 140-160 dk hızında ve düzenlidir. Karotis sinüs masajı veya valsava manevrası AV blok derecesini artırarak ventriküler cevabı yavaşlatmak için yararlı tekniktir, kesin olmayan vakalarda flutter dalgalarını deşifre edebilir. Atriyal flutter sinüs ritmi ve atriyal fibrilasyon arasında bir geçiş aritmisi olabilir. Belirsiz bir başlangıç zamanı olan veya süresi 48 saatten daha uzun olan hastalarda artmış atriyal trombüs ve embolizm riski nedeniyle sinüs ritmine dönüşüm öncesinde antikoagülasyon düşünülmelidir.



Tedavi

- Medikal tedavi atrial fibrilasyon tedavisine benzerdir.
 - Ventriküler hızın kontrolü betabloker (metoprolol 5 mg i.v, kalsiyum kanal blokleri verapamil 5-10 mg i.v veya digoksin ile sağlanır.

Hipernatremi ([Na+] >150 mEq/L)

- Klinik bulgular genellikle ozmolaritenin 350 mosm/lit veya sodyumun >150 mEq/L üzerinde olması ile belirginleşir. Başlangıç belirtileri irritabilite, titreme ve ataksidir. Daha yüksek durumlarda letarji, koma ve nöbetler görülebilir.
- Hipernatremi sıklıkla, su alımındaki azalmaya ya da sıvı kaybındaki artışa bağlı olarak, vücudun toplam suyunun azalmasıyla ortaya çıkar. Kayıplar en sık sindirim sisteminden, yüksek ateş ve aşırı terlemeden olur. Hipernatreminin önemli bir nedeni de diyabetes insipidus'tur (Dİ). Hipotonik idrar kaybına yol açar. Merkezi Dİ daha çok sinir sistemi hastalıkları, cerrahisi ya da travması kaynaklıdır. Nefrojenik Dİ konjenital hastalık, ilaçlar, hiperkalsemi, hipokalemi ve renal hastalıklar sonucu görülür.
- Tedavide ilk olarak normal salin (NS) ya da ringer laktat (RL) kullanılmalıdır. Serbest su eksikliği fazla ise $1/2$ NS kullanılabilir.
- [Na+]’un 10 mEq/L/günden daha hızlı düşürülmesinden kaçınılmalıdır.
- Serbest su açığını hesaplamak için şu formül kullanılır:
- Su açığı (L) = (ölçülen [Na+]/hedeflenen [Na+]) - 1.
- İdrar çıkışı yeteri kadar olmaz ise furosemid iv olarak kullanılabilir. Santral diyabetes insipidus dezmopressin kullanılarak tedavi edilir.

Hipokalemi ([K+] <3.5 mEq/L)

- Hipokalemi belirtileri genellikle 2.5 mEq/L’nin altındaki seviyelerde oluşur. Merkezi sinir sistemi (güçsüzlük, kramplar, hiporefleksi, parestezi), gastrointestinal sistem (ileus), kardi-yovasküler sistem (disritmiler, digoksin toksisitesinin kötüleşmesi, hipotansiyon, hipertansiyon, U dalgası, ST segment depresyonu ve uzamış QT intervali), renal sistem (metabolik alkalozis, artmış amonyak üretimi) bulguları ve glukoz intoleransı gelişebilir.

Tablo 2. Hipokalemi Nedenleri

Hücre içine kaçma
Alkalozis ve sodyum bikarbonat
Beta adrenerjikler
İnsülin ve glukoz uygulaması
Hipokalemi periyodik paralizi
Azalmış alım
Artmış kayıp
Renal kayıp
Primer & sekonder hiperaldosteronizm, Bartter sendromu
Diüretik, ozmotik diürezis, postobstrüktif diürezis
Renal tubuler asidozis
Renal arter stenozu
Diğer
Meyan kökü kullanımı
Tütün çiğneme
Hiperkalsemi
Liddle sendromu
Magnezyum eksikliği
Akut lösemi
İlaçlar ve toksinler (Penisilin, lityum, L-dopa, teofilin) Gastrointestinal sistemden kayıplar (kusma, diyare, fistül),
Malabsorbsiyon

- Belirtileri zayıflık, dehidrasyon, hipotansiyon, anoreksi, bulantı, kusma, kilo kaybı ve abdominal ağrıyı içerir. ACTH ile birlikte MSH sekresyonunun inhibe edilmemesinin bir sonucu olarak, derinin ve muköz membranların hiperpigmentasyonu görülür.
- Sekonder adrenal yetmezlik, ACTH'nin yetersiz sekresyonundan kaynaklanır ki bu durumda kortizol eksikliğine neden olur. Renin-anjiyotensin sistemi üzerinden regülasyon nedeniyle, aldosteron düzeyleri önemli derecede etkilenmez. Bu nedenle hiperpigmentasyon ve hiperkalemi görülmez.
- Adrenal kriz, adrenal yetmezliğin akut, yaşamı tehdit eden bir formudur. Klinik özellikleri, yukarıda açıklandığı gibidir ancak aşırı derecede olup, şok ve mental durum değişikliği eşlik eder. Klinik özellikler spesifik olmadığından, adrenal yetmezlik tanısı güç olabilir.
- Primer adrenal yetmezlik ve CAH tanısı klinik özellikler ve hiponatremi, hiperkalemi, hipoglisemi, anemi, metabolik asidoz ve prenatal azoteminin görüldüğü laboratuvar bulgularına dayalı olarak konulur. Adrenal yetmezlik hastalarının tümünde plazma kortizol düzeyleri düşüktür.
- Sekonder adrenal yetmezliğinde aldosteron eksikliği bulunmadığından, hiperkalemi bulguları mevcut olmayacaktır.
- Akut adrenal yetmezliğin en yaygın nedeni, uzamış steroid kullanımı nedeniyle adrenal süpresyon ve steroidlerin ani bırakılması veya yaralanma, hastalık veya ameliyat gibi stres artışıdır. Steroid tedavisi ile uzamış süpresyonu takiben hipotalamik-hipofiz-adrenal aksın düzelmesi 1 yıl kadar zaman alabilir. Tablo 4 ve Tablo 5'de sırasıyla primer ve sekonder adrenal yetmezliğinin nedenleri sıralanmaktadır.

Tablo 4. Primer Adrenal Yetmezliğin Nedenleri

Primer Adrenal Yetmezlik (adrenal bez rahatsızlıkları)	
Otoimmün	Örnekler İzole ya da poliglandüler yetmezliklerle ilişkili adrenal yetmezlik (poliglandüler otoimmün sendrom tip I veya tip II)
Adrenal kanama veya tromboz	Meningokokkal sepsisten kaynaklanan nekroz Koagülasyon bozuklukları Baskın sepsis (Waterhouse-Friderichsen sendromu)
İlaçlar	Adrenolitik ajanlar Metirapon Aminoglutetimid Mitotan Ketokonazol
Adrenal bezleri tutan enfeksiyonlar	Tüberküloz Fungal, bakteriyel sepsis Adrenal bezleri tutan edinilmiş immün yetmezlik sendromu
Adrenal bezleri tutan infiltratif bozukluklar	Sarkoidoz Hemokromatozis Amiloidoz Lenfoma Metastatik kanser
Ameliyat	Bilateral adrenalectomi
Kalıtsal	Adrenal hipoplazi Konjenital adrenal hiperplazi Adrenolökodistrofi Ailesel glukokortikoid eksikliği
İdiyopatik	—

klasik semptomlarındandır. Kusma ve öğürme sonrası ortaya çıkan hematemez, Mallory-Weiss yırtığını düşündürmektedir. İlaç ve alkol kullanımı öyküsü sorgulanmalıdır. Spider anjiom, palmar eritem, sarılık ve jinekomasti altta yatan bir karaciğer hastalığını düşündürür. Demir ya da bizmut alımı, pancar gibi bazı besinler hematokezyayı taklit edebilir bununla birlikte gayetada kan testi negatif çıkar.

Tanı ve Ayırıcı Tanı

- Hematemez, hematokezya veya melena ile tanı çok açık olabilir. Dikkatli bir kulak, burun boğaz muayenesi yutulmuş bir kanın olup olmadığını dışlayabilir. Nazogastrik tüp takılması ve aspirasyonu gizli bir üst GİS kanamasını yakalayabilirse de, negatif olan bir nazogastrik aspirat üst GİS kanamasını kesinle dışlamaz. Nazogastrik aspiratın gizli kan testi yanlış negatif ve yanlış pozitif sonuçlara yol açabilir. En çok güvenileni ise gizli kan testinin sonucundan ziyade aspiratın kanlı, kestane renkli veya kahve telvesi gibi görünümde olup olmadığının görülmesidir. Rektal muayene, kan varlığı, görünümü (parlak kırmızı, bordo ya da melanotik) ve kitle varlığının tespiti açısından zorunludur. Ciddi GİS kanamalı tüm hastalarda kan grubunun belirlenmesi ve cross-match için tetkik edilmelidir. Diğer önemli tetkikler ise tam kan sayımı, elektrolitler, kan üre azotu, kreatinin, glukoz, koagülasyon testleri ve karaciğer fonksiyon testleridir. Başlangıç hematokrit değeri gerçek kan kaybı miktarını yansıtmayabilir. Üst GİS kanamaları kan üre azotunu artırabilir. Rutin abdominal grafilerin sonuçları sınırlıdır. Tartışmalar her ne kadar devam etse de anjiyografi, sintigrafi, kolonoskopi ve multidedektörlü BT, alt GİS kanamaların değerlendirilmesinde ilk sırada yer alan tanı yöntemlerindendir.

Acil Serviste Yaklaşım

- Öncelikle acil stabilizasyon (havayolu, solunum ve dolaşım) sağlanır. Oksijen desteği, geniş çaplı intravenöz kateter ve monitörize edilir.
- Hızlıca izotonik kristaloidlerle (normal saline veya ringer laktat) volüm kaybı yerine konur. Kan transfüzyon kararı, ölçülen hematokrit değerinden çok klinik faktörlere göre (devam eden aktif kanama, 2 L Kristaloid sonrasında perfüzyonda düzelme sağlanamıyorsa) verilir. *Kan transfüzyonu için eşik değer yaşlılarda daha düşük olmalıdır.*
- Gerekirse, koagülasyon faktörlerini yerine koy.
- Kanamanın yeri neresi olursa olsun, ciddi GİS kanamalı çoğu hastada nazogastrik tüp önerilir. Eğer parlak kırmızı kan veya pıhtı bulunur ise nazikçe mide lavajı uygulanır.
- Ciddi üst GİS kanamalarda erken dönemde endoskopi düşünülmelidir. Fleksible sigmoidoskopi ve kolonoskopi tanıyı koymada ve bazı alt GİS kanamalarının tedavisinde yardımcıdır. Alt GİS kanamalarının %80'nin kendiliğinden durduğu tahmin edilmektedir.
- Proton pompa inhibitörleri (ör: Pantoprazol 80 mg bolusu takiben 8mg/saat infüzyon) yeniden kanamayı, kanayan peptik ülserin cerrahi ihtiyacını azaltır ve endoskopik tedaviye ek olarak önerilir.

hemolitik-üremik sendromu (HUS) içerirler. TTP'nın klasik beşlisi mikro-anjiyopatik hemolitik anemi ve trombositopeniye eşlik eden ateş, SSS (Santal Sinir Sistemi) anormallikleri ve böbrek hastalığıdır. HUS; akut nefropati veya böbrek yetmezliği, mikroanjiyopatik hemolitik anemi ve trombositopeniden oluşur.

Tanı ve Ayırıcı Tanı

- Anemi, hemoglobin ve hematokritin normal sınırların altında olmasıdır. Yeni tanı konmuş aneminin başlangıç değerlendirilmesinde; tam kan sayımı, eritrosit indekslerinin gözden geçirilmesi, retikülosit sayımı, gaytada gizli kan bakılması, ve periferik kan yaymasının değerlendirilmesini içerir. Ortalama eritrosit hacmi (MCV) ve retikülosit sayımı; aneminin sınıflandırılmasında ve ayırıcı tanısında yönlendiricidir.
- Kanama bozukluklarının tanısı için kullanılan laboratuvar çalışmaları koagülasyonun safhalarına göre:
 - Trombositlerin başlangıçtaki tıkaç oluşumunu test edenler (birincil hemostaz);
 - Çapraz-bağlı fibrinin oluşumunu değerlendirenler (ikincil hemostaz); ve
 - Düşmüş olan fibrin pıhtılarının büyüklüğünü sınırlandırmadan sorumlu olan fibrinolitik sistemi test edenler.
- Kanama bozukluğundan şüphelenilen hastalarda trombosit sayısını içeren bir tam kan sayımı, protrombin zamanı (PT), parsiyel tromboplastin zamanı (PTT) ve kanama zamanı gerekli olan başlangıç testleridir. Eğer hemolitik anemi için bir şüphe varsa daha ileri çalışmalar yapılmalıdır.

Acil Serviste Yaklaşım

- Anemisi ve kan kaybı devam eden hastalarda kan grubu ve cross-match bakılmalıdır.
- Hemodinamik yönden stabil olmayan ve doku hipoksisi belirtilerine sahip semptomatik hastalarda acil eritrosit transfüzyonu düşünülmeli.
- Anemisi ve kan kaybı devam eden hastaları, ileri tetkik ve tedavi için takibe alın. Hemodinamik olarak stabil olmayan, hipoksik, asidotik veya kardiyak iske mi belirtileri mevcut olan, kronik anemili veya etyolojisi açıklanmamış yeni tanı konmuş anemi hastaları acile kabul edilmeli.
- Etiyolojisi belli olmayan anemi, trombosit ve lökosit sayılarında anormallikler veya şüpheli kanama bozuklukları olan hastaların değerlendirilmesi için hematoloji konsültasyonu düşünün.

Anemilerin MCV'ye Göre Sınıflandırılması

Mikrositik anemiler
Makrositik anemiler
Normositik anemiler

- Bazal anemi düzeyinin akut olarak kötüleşmesi, retikülosit sayısında artış ile birlikte ise dalak sekestrasyonunu; retikülosit sayısında azalma ile birlikte ise de kemik iliği yetmezliğini düşündürülebilir. Lökositöz veya nötrofillerde sola kayma hastada enfeksiyonu düşündürmektedir. Kadınlarda gebelik testi yapılmalıdır. Elektrolitlerin değerlendirilmesi, dehidratasyon ve böbrek fonksiyonlarının değerlendirilmesini sağlar. Karaciğer fonksiyon testleri ve lipaz karın ağrısını değerlendirmede yardımcı olabilir. Lokalize semptomu olmayan ateşli OHH olanlarda kan kültürü, idrar tahlili ve akciğer grafisi tetkikleri yapılmalıdır.
- Akut göğüs sendromu belirtileri ile başvuran hastaların (göğüs ağrısı, öksürük, ateş, nefes darlığı) hemen değerlendirilmesi gerekir. Oksijenizasyon sağlanmalı; olası kan değişimi için kan grubu tayini ve çapraz reaksiyon için tetkikler yapılmalıdır.

Akut Göğüs Sendromunda Değerlendirme ve Tedavi

Öykü	Ciddi semptom varlığı; dispne, ateş, öksürük Eşlik eden göğüs, kosta, kemik veya eklem ağrısı Ağrının derecesi veya şiddetinin değerlendirilmesi Yakın zamanda veya önceden geçirilmiş sepsis, enfeksiyon, pnömoni veya hastaneye yatış Özellikle entübasyon ve ventilasyon desteği gerekli olmuş Akut göğüs sendromu hikayesi Potansiyel enfeksiyöz temas Kullandığı ilaçlar İmmünizasyon hikayesi, özellikle pneumokokkal ve Haemophilus influenzae tip B Bazal Hb düzeyi ve arteriyel oksijen saturasyonu
Fizik muayene	Genel; solunum sıkıntısı, solukluk, hidrasyon, sarılık, döküntü Vital bulgular; özellikle ateş, pulse oksimetri Solunum; göğüs duvarı, akciğer sesleri Kalp; kronik anemide kardiyomegali ve sistolik murmur Abdomen; hassasiyet, organomegali
Yardımcı testler	Tam kan sayımı, lökosit ayırımı, retikülosit sayısı, TIT Cross-match örneği; Arteriyel Kan Gazı; orta-ciddi düzeyde solunum sıkıntısı ve/veya pulse oksimetride hipoksemi varsa Akciğer grafisi Kan kültürleri Ek kan testleri; klinik endikasyon varsa
Tedavi	Oksijen; pulse oksimetriye göre uygulama Oral hidrasyon; tercih edilmeli IV hidrasyon; hipotonik sıvı kullanılmalı; normalin 1.5 katı dozu ve oranında (aşırı IV sıvı verilmesi akut göğüs sendromunu kötüleştirebilir) Analjezikler; eğer gerekirse genel olarak potent parenteral opioidler verilir, solunum depresyonu semptomları için monitörize edilmeli Antibiyotikler; toplu kaynaklı pnömöni için ampirik antibiyotik önerilir Bronkodilatatörler; nebulize alfa-adrenerjik agonistler Göğüs fizyoterapisi Transfüzyon: ciddi anemi durumunda
Kan transfüzyon	Şu durumlarda düşünülmeli; Ciddi akut göğüs sendromu ile başvurma ve öyküsünde solunum desteği ihtiyacının olması; entübasyonu önlemede faydalıdır Yukarıda anlatılan hastalığın yönetimine rağmen; yoğun bakım ihtiyacını önlemede faydalı Entübe edilmiş ve ventilatör desteği alanlarda; ventilatör ihtiyacı olan süreyi kısaltmada faydalı Şüpheli veya tanımlanmış yağ veya kemik iliği embolisi

Tanı ve Ayırıcı Tanı

- Pulmoner hipertansiyon, astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, plevral effüzyon, pnömoni ve pnömotoraks dahil olmak üzere birçok solunum bozuklukları PE ayırıcı tanısında ekarte edilmelidir. Tüm kalp hastalıkları ve belirtileri PE'yi taklit edebilir. Kas ağrısı ve kostokondrit de PE'nin göğüs ağrısını taklit edebilir.
- Klinisyen hastasının PE için düşük riskli olduğunu düşünüyorsa ve Pulmoner Emboli Dışlama Kriterleri (PED Kuralı) (Tablo 1) negatif ise 45 günlük PE riski %1'dir. Bu gibi durumlarda, PE için başka bir test gerekli değildir.

Tanı

- Düşük veya orta riskli test öncesi olasılığı olan hastalar için D-dimer testi önerilen ilk testtir. Duyarlılığı yüksek özgüllüğü düşüktür. D-dimer testlerinin tanısal sensitivitesi %94-%98 arasında değişir ve PE ve DVT sensitivitesi için %50-%60 arasındadır.
- İleri yaş, aktif malignite, gebelik, yeni ameliyat ve romatolojik hastalıklar ve orak hücre hastalığı VTE yokluğunda da D-dimer düzeylerini yükseltebilir.
- VTE için yüksek test öncesi olasılık olan hastalar, pozitif D-dimer olanlar, ya da D-dimer testi pozitif olması çok muhtemel olan hastalar için görüntüleme endikedir.
- Doppler ultrasonografi alt ekstremitte DVT için yüksek sensitivitesi (%95) ve spesifisitesi (%95) olan bir testtir.
- Alt ekstremitte ultrasonu muhtemel PE değerlendirmek için maliyet-etkin bir ilk test olabilir. PE belirtileri veya semptomları olan hastalarda venöz ultrasonda DVT gösterilmişse PE olduğu varsayılabilir. Bu strateji, hamile, böbrek yetmezliği olan veya intravenöz kontrast alerjisi olan hastalar gibi, BT pulmoner anjiyografisinin göreceli veya mutlak kontrendike olduğu durumlarda yararlı olabilir.
- Bir çok hastada, alt ekstremitte venografisi olmadan kontrastlı göğüs bilgisayarlı tomografisi (BT), PE'yi ekarte etmek için tercih edilen testtir. Kontrastlı göğüs BT anjiyografisinde pulmoner arterde dolma defekti pıhtıyı gösterir. PE için teknik olarak yeterli bir BT'nin sensitivitesi %83-%90 ve spesifisitesi %95'tir. Negatif olasılık oranı D-dimer ile benzer şekilde 0.11 ve 0.18 arasındadır. Bu yüzden BT pulmoner anjiyografi, D-dimer testinde olduğu gibi, test öncesi olasılık kapsamında yorumlanmalıdır. Diğer görüntüleme yöntemleri ile karşılaştırıldığında BT, olası PE hastalarının yaklaşık %15'inde önemli alternatif tanıları gösterebilme avantajına sahiptir.

Tablo 1. Pulmoner Emboli Dışlama Kriterleri (PED Kuralı)

Yaş <50 yıl
Nabız oksimetre >%94 (solunum oda havası)
Kalp hızı <100 atım/dk
Yakın zamanda venöz tromboembolizm yok
Yakın zamanda ameliyat veya travma (hastaneye yatışı gerektiren, entübasyon veya epidural önceki 4 hafta içinde anestezi) yok
Hemoptizi yok
Östrojen kullanımı yok
Bacakta tek taraflı şişme yok

- Eğer prerenal azotemiye kalp yetmezliği neden olmuşsa kardiyak atım böbrek kanlanmasını artıracak en uygun şekilde tutulmalı, intravasküler sıvının azaltılması(örneğin diüretiklerle) uygun olabilir.

RENAL YETMEZLİK (İNTRİNSİK)

- İlk önce yeterli dolaşım hacmi sağlanmalıdır; hipovolemi renal yetmezliğin tüm çeşitlerinde durumu kötüleştirir. İskemi ya da nefrotoksik ajanlar intrinsik böbrek yetmezliğinin en sık sebepleridir. Öykü, fizik muayene ve temel laboratuvar testleri, tanı için ipucu sağlar. Nefrotoksik ajanlardan (ilaçlar ve kontrast maddeler) sakınılmalıdır.
 - Düşük doz dopamin (1-5 mcg/kg/dk) böbrek kan akımı ve idrar çıkışını artırabilir ancak mortalite oranını azaltmaz ya da iyileşmeyi sağlamaz.
 - Böbrekten atılan ilaçlar (digoksin, magnezyum, sedatifler ve narkotikler) dikkatli kullanılmalıdır, çünkü tedavi dozları aşırı birikim sonucu ciddi yan etkilere sebep olabilir. Sıvı kısıtlaması gerekebilir. Asetilsistein, fenoldopam ve kristaloid içeren karışımlar kontrast nefropatisini önlemede faydalıdır.

POSTRENAL YETMEZLİK

- Uygun idrar drenaj yöntemi tespit edilmelidir; tam olarak yapılacak işlem tıkanıklığın seviyesine bağlıdır.
 - Prostatik hipertrofinin sebep olduğu tıkanıklığı rahatlatmak için foley sonda takılmalıdır. Hipotansiyon ve hematüriyi önlemek için aralıklı kateeterizasyonun yeri yoktur, idrar tamamen ve hızlı şekilde boşaltılmalıdır.
 - Üreter tıkanıklığında cerrahi işlem yapılana kadar perkütan nefrostomi gerekebilir.
 - Akut anürisi olan hastada ilk akla gelecek olan şey tıkanıklıktır. Eğer mesaneye takılan sondayla idrar elde edilemezse acil üroloji konsültasyonu düşünülmelidir.
 - Kronik idrar retansiyonunda tıkanıklık açıldıktan sonra ozmotik diüreze ya da tübüler disfonksiyona bağlı olarak poliüri gerçekleşebilir. Hastalar aniden hipovolemik ya da hipotansif olabilirler. İdrar çıkışı yakın takip edilmeli ve uygun sıvıyla yerine konmalıdır.

DIYALİZ

- Eğer alta yatan nedenin tedavi edilmesi böbrek fonksiyonlarını düzeltmezse hemodiyaliz ya da periton diyalizi düşünülmelidir.
 - Diyaliz kararını nefroloji konsültanları verir. Diyalize sıklıkla kan üre azotu 100 mg/dL'nin ya da serum kreatinini 10 mg/dL'nin üzerinde olursa başlanır.
 - Akut böbrek yetmezliği komplikasyonları olan kardiyak instabilite (metabolik asidoz ve hiperkalemiye bağlı), kontrol edilemeyen sıvı yüklenmesi,

mutasyonlar veya polistemi) hastalarda baş ağrısı, kusma ve nöbetle karşımıza çıkabilir. Papil ödemi oluşabilir.

- Temporal arterit genelde tek taraflı ve frontotemporal yerleşimli olan, şiddetli ve zonklayıcı tarzda baş ağrısıyla (%60-90) karakterizedir. Çenede klidikiyasyon, polimiyaljiya romatika, görme bozuklukları eşlik edebilir. Etkilenen temporal arter hassas, atımı olmayan veya bozulmuş nabızla karakterize olabilir veya normal olabilir
- Oftalmik bozukluklar, örneğin akut glokom şiddetli baş ağrısı ile karakterize olabilir ve bulantı -kusma eşlik edebilir. Bu durumun tanısı doğru göz muayenesi ve intraoküler basınç ölçümü ile konulabilir

Tanı ve Ayırıcı Tanı

- İyi bir öykü alınması—sıklık, ani başlangıç, hissedilen en şiddetli ağrı, gittikçe artması
 - Başlangıcı
 - Karakteri
 - Lokalizasyonu
 - Eşlik eden bulgular—bilinç değişikliği, kusma, ateş, boyun ağrısı, görme yakınması vs
 - İlaç-madde kullanımı; nitrit, nitrat, MAO inhibitörleri, alkol çekilme sendromu
 - Toksik madde maruziyeti—karbonmonoksit
 - Aile öyküsü- Migren, SAK
 - Eşlik eden hastalıkların varlığı; Hipertansiyon, malignite, koagülopati, HIV vs

Fizik Bakı

- **Sistemik muayene:** Vital bulgular, HEENT muayenesi- temporal arter, slit lamp, sinüs, fundoskopik muayene
- **Nörolojik Muayene:** Meningial irritasyon bulgusu, Mental durum, kranial sinir, motor, duyu, serebellar muayene, yürüyüş
- Acil serviste önerilen görüntüleme yöntemi: Kontrastsız Bilgisayarlı Beyin Tomografisidir.

Öneriler

- 2008'de Amerikan Acil Doktorları Cemiyeti (ACEP) aşağıdaki önerileri
 - AŞe baş ağrısı yakınması ile başvuran ve nörolojik muayenede patoloji saptanan (fokal nörolojik defisit, bilinç değişikliği) hastalarda acil kontrastlı beyin BT yapılmalıdır (Seviye B önerisi)
 - Yeni akut başlangıçlı şiddetli, baş ağrısında beyin BT yapılmalıdır (Seviye B önerisi)
 - HIV pozitif olan yeni tipte baş ağrısı olan hastalar için acil nöro-görüntüleme istenmelidir (Seviye B önerisi)
 - Elli yaş üstü yeni başlayan baş ağrılarında normal nörolojik muayenede olsa acil nöro görüntüleme düşünülmelidir (Seviye C önerisi)

Subaraknoid Kanamada Ayırıcı Tanı

- Diğer intrakraniyal kanamalar
- İlaç toksisitesi
- İskemik inme
- Menenjit
- Ensefalit
- İntrakraniyal tümör intrakraniyal hipotansiyon
- Metabolik bozukluklar
- Venöz tromboz
- Primer baş ağrısı sendromu (migren, kluster baş ağrısı vs)

Koma-Mental durum değişikliği

- Mental durum kişinin emasyonel ve entelektüel fonksiyonlarının klinik yansımasıdır. AS'de değişken mental durum deliriyum, demans ve koma şeklinde karşımıza çıkabilir.

DELİRİYUM

Klinik Özellikler

- Deliriyum, dikkatte, algıda, hafızada ve bilişsel fonksiyonlarda geçici bozuklukla karakterizedir. Uyku-uyanıklık siklusu bozulmuştur; gün boyu uykulu haldeyken, gece ajitasyon vardır ("gün batımı").
- Uyanıklık azalmıştır.
- Aktivite düzeyleri hızlıca değişebilir.
- Değişik bakım veren kişiler aynı zaman diliminde değişik davranışlara tanık olabilirler.
- Titreme, asteriks, taşikardi, terleme, hipertansiyon, emasyonel patlamalar ve halüsinasyonlar olabilir.

Tanı ve Ayırıcı Tanı

- Akut başlangıçlı dikkat bozuklukları ve bilişsel anormalliklerde gün boyu değişkenlik olması ve gece kötüleşmesi tanı koydurucudur.
- Detaylı bir ilaç hikayesi alınmalıdır.
- AS değerlendirmesi daha çok infeksiyon gibi altta yatan nedene yöneliktir.
- Yardımcı testler içinde bazal metabolik panel, karaciğer testleri, idrar analizi, tam kan sayımı ve akciğer grafisi vardır.
- Beyin BT, kitle lezyonundan şüpheleniliyorsa yapılabilir takiben de eğer subaraknoid kanama veya menejit düşünülüyorsa lomber ponksiyon yapılabilir.

Acil Serviste Yaklaşım

- Direk altta yatan nedeni tedavi et. Testler devam ederken hastayı koru. gerekirse hastayı kısıtla. Yeterli ışık gibi çevresel manüplasyonlar ve emosyonel destek hasta için daha kolaylaştırıcı olur.

Periferik Sinir Sistemi Bozukluklarını Santralinden Ayırma

	Santral	Periferik
Öykü	Kognitif değişiklikler	Bir ekstremitede güçsüzlük
	Ani güçsüzlük	Ağrının eşlik ettiği güçsüzlük
	Bulantı, kusma	Pozisyon veya harekete bağlı ağrı
	Baş ağrısı	Uzun süre bir pozisyonda kaldıktan sonra ağrı
Fizik muayene		
Refleksler	Brisk refleks (hiperrefleksi)	Hipoaktif refleksler
	Babinski bulgusu	Arefleksi
	Hoffman bulgusu	
Motor	Aynı taraf alt ve üst ekstremitede asimetrik güçsüzlük	Simetrik proksimal güçsüzlük
	Fasiyal sarkma	
	Bozulmuş konuşma	
Duyusal	Aynı taraf alt ve üst ekstremitede asimetrik duyu kaybı	Hareketle oluşan semptomlar (basi nöropatileri)
		Bütün duyu modaliteleri içerir
Koordinasyon	Güçsüzlük olmadan diskoordinasyon	Derin duyu kaybı

FASİYAL PARALİZİ

- Bell paralizi, 7.kranyal sinirin disfonksiyonundan kaynaklanır ve hastalar fasiyal güçsüzlükten, konuşma problemlerinden, göz kapatmada güçlükten ve yiyeceği ağızda bir taraftan diğer tarafa geçirmede güçlükten yakınır.
- Fizik muayenede yüzün yarısında güçsüzlük, tat duysusu bozukluğu olabilir
- Ayırıcı tanıda inme, Lyme hastalığı, GBS, parotis tümörü, orta kulak lezyonları, serebellopontin köşe tümörleri, sekizinci kraniyal sinir lezyonları, HIV ve vasküler hastalıklar vardır. Kulak, kraniyal herpes zoster aktivasyonundan kaynaklanan ülserasyonlar (Ramsey-Hunt sendromu) açısından incelenmelidir ve oral asiklovir ile tedavi edilmelidir.
- Bir nörolog veya KBB doktoru tarafından yakın takip edilmelidir.

Pleksopatiler

- Brakiyal pleksopati, kol ve omuz kuşağında güçsüzlükle başlar ve bunu ağrı ve parestezi takip eder. Hastada brakiyal pleksusun çeşitli dağılım yerlerinde güçsüzlük vardır. AS değerlendirmesinde akut geri döndürülebilir nedenleri (ör: direk travma, omuz redüksiyonu) belirlemek ve diğer nedenler (ör: neoplazm, radyasyon) için de yönlendirmek vardır. Lumbosakral pleksopati, radyasyon veya diyabetik amyotrofi veya aort anevrizması basısı, retroperitonel kanama veya arteriyovenöz malformasyondan kaynaklanır ve pleksusun etkilediği bölgelerde güçsüzlük, azalmış duyu ve reflekslerde azalma ile kendini gösterir. Etiyolojiyi belirlemede düz grafiler, MR veya abdominal BT kullanılabılır. Tedavi direk altta yatan nedene yöneliktir
- Kronik Nörolojik Bozukluklar

Anksiyete Bozuklukları

- Panik bozukluk, akut stres bozukluğu, uyum bozukluğu, post travmatik stres bozukluğu, fobiler, madde ve tıbbi duruma bağlı gelişen anksiyete bozuklukları acil servise başvuru sebebi olan başlıca hastalıklardır.
- Panik atak ve panik bozukluğunda, bir kez ya da tekrarlayan, aniden ortaya çıkan yoğun anksiyete ile birlikte psikofizyolojik belirtiler mevcuttur. Panik atak sırasında kişi en sık; çıldırma, kalp krizi geçirme, nefessiz kalma, kontrolü kaybetme ve ölüm korkusu yaşar. Bu semptomlara ek olarak çarpıntı, terleme, titreme, nefes darlığı, göğüs ağrısı, bulantı, karın ağrısı, baş dönmesi, sersemlik hissi, bayılacakmış gibi olma, uyuşma, üşüme, ateş basması, yabancılaşma gibi belirtiler eşlik edebilir. Böyle bir hastayla karşılaşıldığında öncelikle altta yatan tıbbi bir hastalık araştırılmalı ve dışlanmalıdır. Akut stres reaksiyonları major bir stresörle karşılaşıldığında ortaya çıkan yoğun anksiyete ile birliktedir. Kişi olay anını tekrar tekrar hatırlar, gözünde canlandırır hatta yeniden yaşar, kabuslar görür, zihni sürekli travmayla meşguldür ve fobik kaçınma davranışları sergiler. Posttravmatik stres bozukluğu tipik olarak hayatı tehdit edici olaylar gibi ciddi ve fizyolojik bir durum sonrası gelişir. Fobik bozukluklar ise korku verici bir uyarı ile karşılaştıktan sonra gelişir. Bu durumlara maruz kalma veya olasılığının olması aşırı anksiyete ve kaçınma durumuna sebep olur..

Acil Serviste Tedavi

- Hayatı tehdit eden hastalıkları dışladıktan sonra, hastaya panik bozukluğunun bir hastalık olduğunu ve başarılı şekilde tedavi edilebileceği hakkında eğitim verilmeli ve rahatlatılmalıdır. Alprazolam veya lorazepam gibi benzo-diyazepinler akut semptomların kontrolünde çok etkilidir. Selektif serotonin geri alım inhibitörleri, serotonin/norepinefrin geri alım inhibitörleri gibi antidepresanlar tedavinin devamı için tercih edilebilir. Hasta ayakta, ilaç tedavisi ve bilişsel davranış terapisi için bir psikiyatriste yönlendirilmelidir.

Somatoform Bozukluklar

- Acil servislerde psikososyal sıkıntıyı bedenselleştiren hastalara sık rastlanır. Hastaların yaklaşık %25'i farklı derecelerde bedensel yakınmalarla başvururlar. Medikal ya da cerrahi ortamlardaki hastaların %10'unda rahatsızlıklarını açıklayacak bir bulgu saptanamaz. Bu yakınmalarla hastalar çok fazla sayıda hastanelere giderler ancak şikayetlerine neden olan bir hastalığının olmadığı söylenerek taburcu edilirler. Psikolojik kökenli semptomları ya acil hekimleri tarafından gözden kaçırılabilir ya da doktorlar tarafından söylenirse de hasta tarafından kabul edilmez. Somatoform bozukluklar 5 ana grup altında toplanabilir.
 - Somatizasyon bozukluğu: Bir çok organ sistemini etkileyen birçok fiziksel şikayetle karakterizedir
 - Konversiyon bozukluğu: 1 veya 2 nörolojik semptomla karakterizedir.
 - Hipokondriyazis: Kişinin vücut fonksiyon ve belirtilerini yanlış yorumlamasından dolayı kendisinde önemli bir hastalık olduğuna dair inançları ile karakterizedir.

olmayan hastaların değerlendirilmesinde katkı sağlayabilir. Kontrastlı BT stabil hastalar için değerli bir tanısal testtir. BT taraması için kontrast madde yüklenmeden önce yeterli hidrasyonun sağlanması ve temel böbrek fonksiyonlarının değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Diüretik gibi bazı ilaçları kullanan hastalarda volüm açığı olabilir.

ABDOMİNAL YARALANMALAR

- Abdominal travmanın değerlendirilmesinde birinci amaç acil cerrahi inceleme gerektiren durumların hızlıca tespit edilmesidir. Yapılabilecek en kritik hata gerekli durumlarda cerrahi müdahalenin gecikmesidir.

Klinik Özellikler

Solid Organ Yaralanmaları

- Solid organ yaralanmasının morbidite ve mortaliteye sebep olmasının birinci nedeni akut kan kaybıdır. Künt abdominal travmada en sık yaralanan organ dalaktır. Karaciğer de künt ve penetran travmalarda sıklıkla yaralanabilir. Taşikardi, hipotansiyon ve batin hassasiyeti fizik muayene bulgularıdır. Kehr bulgusu yansıyan sol omuz ağrısı anlamına gelir ve dalak rüptüründe klasik bir bulgudur. Sol alt kaburga kırıkları dalak yaralanması şüphesini artırır. Tek bir fizik muayene abdominal yaralanmaları teşhis etmek için duyarlı değildir. İntraabdominal yaralanmaları tanımlayabilmek için, uyak, kendinde olan ve güvenilir hastalara seri fizik muayene yapılması çok önemlidir.

İçi Boş Organ Yaralanmaları

- Bu tür yaralanmalarda hastalar kan kaybı ve peritoneal kontaminasyonunun oluşturduğu bulgularla gelir. Mide, ince bağırsak ya da kolon perforasyonunda eş zamanlı mezenter yaralanmasına bağlı kan kaybı eşlik edebilir.
- İnce bağırsak ve kolon yaralanmaları en sık penetran travmalara bağlı olarak gelişir.İltihaplı peritonit ince bağırsak ya da kolon yaralanmalarından kaynaklanabilir. İnflamasyonun gelişmesi 6 ila 8 saat sürebilir.

Retroperitoneal Yaralanmalar

- Retroperitoneal yaralanmaların teşhisi zor olabilir. Başlangıç döneminde bulgu ve belirtiler hafif olabilir ya da hiç olmayabilir. Duodenal yaralanmalar genellikle yüksek hızlı vertikal ya da horizontal deselerasyon travması ile ilişkilidir. Duodenum rüptürü genellikle retroperitonyum içinde kalır. Duodenum yaralanmasının klinik bulguları genellikle yavaş gelişir. Hastalar, karın ağrısı, ateş, bulantı, kusma ile prezente olur; ancak bu semptomların klinik olarak görünür hale gelmesi zaman alabilir.
- Pankreas yaralanması genellikle hızlı deselerasyon yaralanması ya da şiddetli çarpışma yaralanması eşliğinde olur. Pankreastaki enzimlerin sızıntısı sonucu batına boşalması ile retroperitoneal abse oluşabilir.

analjezik tedavi ile hasta düzelir. Akut kolesistitte bulgular daha şiddetlidir. Lökositoz görülebilir. Hastaların %10 kadarında koledokta tıkanma olmaksızın ALP ve bilirubin değerlerinde yükselme görülebilir. US'de safra kesesinde taş, duvar kalınlığında artma, safra kesesinin distandü olması, kese etrafında sıvı birikimi görülebilir.

- Kolanjit, sıklıkla safra taşlarının sebep olduğu safra yolu iltihabıdır. Hastada toksik bir tabloya sebep olur. Karın ağrısı, ateş, kusma, sarılık, titreme, üşüme, halsizlik hatta şok görülebilir. Safra taşının sebep olduğu akut pankreatit durumunda da karın ağrısı, bulantı, kusma görülür. Hastada epigastrik hassasiyet vardır. Amilaz ve lipaz değerlerinde yükselme görülür. Hastalığın şiddetine göre, BT'de pankreasta ödemden nekroz ve abseye kadar farklı enflamasyon dereceleri görülebilir.
- Ayırıcı tanıda gastrit, ülser alevlenmesi, renal patolojiler, akciğer hastalıkları düşünülmelidir.

Acil Serviste Yaklaşım

- Sadece biliyer kolik acil serviste analjeziklerle tedavi edilebilir. Diğer klinik durumlarda hastanın yatırılması gerekir.
- Öncelikle hastaların oral gıda alımını durdurulur. Semptomatik tedavi için analjezik ve antiemetik verilir. Hastanın kusması antiemetiklere rağmen devam ediyorsa nazogastrik sonda takılabilir. Akut kolesistit ve kolanjit durumunda hastalığın şiddetine göre 1. veya 3. kuşak sefalosprin başlanır.
- Bir engeli yoksa akut kolesistitli hastalara erken dönemde kolesistektomi yapılması uygundur. Kolanjit ve safra taşına bağlı pankreatitlerde erken dönemde ERCP yapılması klinik tabloyu hızla düzeltebilir.
- Diyabetik hastalarda akut kolesistitin ve kolanjitin şiddeti daha fazla olduğundan ilaç tedavisinin başarısız kalma ihtimali yüksektir. Bu yüzden hastaya erken dönemde kolesistektomi veya ERCP yapılmalıdır.

AKUT APANDİSİT

- Apandisit en yaygın cerrahi acillerden biridir. Laboratuvar testleri ve görüntülemeyle gelişmelere rağmen, apandisitinin doğru tanısı hala ciddi bir problemdir.

Klinik Özellikler

- Apandisitinin en güvenilir bulgusu karın ağrısıdır. Ağrı genellikle periumbilikal veya epigastrik bölgede başlar. Peritoneal irritasyon oluştuğunda sıklıkla sağ alt kadrana lokalize olur. İştahsızlık, bulantı, kusma görülebilir. Ağrının en şiddetli olduğu nokta, göbekten sağ spina iliaka anterior superiora doğru çizilen çizginin orta noktasının biraz daha aşağısıdır (*McBurney* noktası). Hasta sol alt kadrana palpe edildiğinde sağ alt kadranda bir ağrı duyabilir (*Rovsing* işareti).

gerekir. Kültür alınmadan antibiotik başlanmamalıdır. Akut tablolarda hastaya yatırılmalıdır.

Akut Otitis Media

- Otitis Media (OM) orta kulağın mukoperistial enfeksiyon ve inflamasyonudur. İnsidansı ve prevelansı okul öncesi yıllarda pik yapar ve ilerleyen yaşlarda azalır. Akut OM'de en sık bakteriyel patojenler *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* ve *Moraxella catarrhalis*'tir.
- Otitis media yaşa ve kendi içindeki evrelere bağlı olarak semptom ve bulguları değişir. 2 yaş altı çocuklarda ateş, ishal karın ağrısı şeklinde acil servise gelebilir. Evre 1: kulak zarı hiperemik hafif ağrı, evre 2: şiddetli ağrı, ateş, kulak zarı eksudalı şiş bombe, evre 3: kanlı iltihaplı kulak akıntısı, kulak zarı perfore, evre 4: iyileşme, evre 5: semptomların tekrar başlaması ve mastoidit.
- OM'nin tedavisinde ilk tercih edilecek antibiotikler amoksisilin alternatif olarak azitromisin olabilir tedavi süresi 10 gün olmalıdır. Tedaviye cevap vermeyen veya tekrarlayan otitis medialarda sefuroksim veya amoksisilin/klavulanat kullanılabilir.
- Ağrı ve ateş varsa giderilmesi için analjezik antipiretikler kullanılır. Genellikle parasetamol veya ibuprofen grupları tercih edilir.
- Tedavide yardımcı preperat olarak sistemik dekonjestan ve antihistaminiklerden de yararlanılır. Özellikle viral üst solunum yolu enfeksiyonu da söz konusu ise.
- Altı ay içinde 3 veya daha fazla akut otitis media geçirilmesine Rekürrent otitis media denir ve bu çocuklar KBB konsültasyonu adaydırlar.
- OM'nin komplikasyonları arasında TM perforasyonu, iletim tipi sağırılık, akut seröz labirintit, fasyal sinir felci, akut mastoidit, lateral sinus trombozu, kolesteatoma ve intrakraniyal komplikasyonlar vardır. TM perforasyonu ve iletim tipi sağırılık sıklıkla kendi kendini sınırlar fakat takipleri açısından ve diğer komplikasyonların hızlı tedavileri açısından KBB konsültasyonu ister.

Akut Mastoidit

- Akut mastoidit enfeksiyonun orta kulaktan mastoid hava hücrelerine yayılması ile oluşur. Hasta otalji, ateş ve postauriküler eritem, şişlik ve hassasiyet gösterir. Postauriküler sulkusun ortadan kalkmasıyla kulak kepçesi öne ve laterale kayar. Kulak arkasında önünde veya altında ağrılı şişlik genellikle olur. BT tanı ve tedavinin yönlendirilmesinde önemlidir. Acil KBB konsültasyonu; acil cerrahi girişim (drenaj veya mastoidektomi) açısından önemlidir.

Lateral Sinus Trombozu

- Bacaklı ateş, laterji ve baş ağrısı ile müracat eden lateral sinüs tromboflebiti kulak enfeksiyonunun lateral sinüse, sigmoid sinüse ulaşması ile gelişen bir komplikasyondur. Dolayısıyla kulak enfeksiyonu otitis media hikayesi olan hastada bu tablo varsa düşünülecek bir tanıdır. Klinik tabloya papil ödemi, 6. Sinir felci ve vertigo eşlik edebilir. Manyetik rezonans görüntüleme ya da anjiyografi gerekli olsa da teşhis BT ile konulur. Tedavi acil KBB konsültasyonu

dır. İskelet hasarı yoksa entübasyon yapılır. Solunum sıkıntısı olmayan veya hafif olan hastalarda dik oturur pozisyonunda nazofaringolarinoskopi ile değerlendirme yapılabilir. Sırt üst yatıyorsa BT ile değerlendirme yapılabilir. Hastanın kontrolü ve yönetimi KBB hekimine verilmelidir. KBB hekimi olmadığı durumlarda İV kortizon mutlaka yapılmalıdır. Cilt kesisi ile birlikte yaralanmalarda hava yolu direk yara içinden yapılabileceği unutulmamalıdır. Hava yolunu sağlanması gerekirse krikotirotomi ile de sağlanabilir.

Maksillofasiyal Yaralanmalar

- Yüz bölgesine gelen alt çene ve üst çeneyi ilgilendiren yaralanmalara maksillofasiyal travmalar (MFT) denir. Çok hafif sıyrık olabileceği gibi çok parçalanmış bir yüz şeklinde de görülebilir. Unutmamak gerekir ki, ağır yüz yaralanmaları beyin, orbita, servikal omurgalar ve akciğer yaralanmaları ile birlikte olması kaçınılmazdır. MFT ölümcül olmadığı; ölümcül olanın hava yolu tıkanıklığı, kanama veya kranial bir hematoma olabileceği unutulmamalıdır. MFT'ye acil müdahale yapılması şart değildir. MFT müdahalesi 1 hafta sonra yapılabilir. Hayatı tehdit edici yaralanmalar kontrol edildikten sonra MFT değerlendirilmesi yapılır. Hastanın enseksiyonunda ekimotik alanlar, laserasyonlar, asimetrik ve eksoftalmus ve enoftalmiler değerlendirilir. Yüz cildinde kesi varsa boyutu ve derinliği kırıklarla olan ilişkisi not edilir. Ödem muayene için engeldir. Palpasyonla burun, orbita kenarları zigomatik çıkıntılar, maksilla ve mandibula taranır krepitasyon ve seviye farkı (basamak belirtisi) olan yerler kayıt edilir. Tanıda radyoloji çok faydalıdır. Direk grafiler Water's orbita için, Town kondil için, Caldwell frontal sinüs için, nazal grafiler, lateral ve ön-arka kafa grafileri, ve mandibula grafileri kullanılır. Ancak burun içi, kafa kaidesi, orbita içi ve sinüs duvarlarının tam değerlendirilmesinde BT en iyisidir.
- MFT tedavisinin ana prensipleri: 1. yüzdeki estetiğin korunması eski fotoğraflara bakılması, 2. Mandibular eklem fonksiyonunun sağlanması çene açma ve kapama ve diş sıkma normal olabilmeli. 3. Nazal ve orafarengeal hava ve yutma yollarının fonksiyonu sağlanmalıdır.
- Acil serviste yumuşak doku travmaları, derin olmayan kesiler ve ayrılmamış fraktürler burun, orbita ve maksilla için problem oluşturmaz. Kesiler usulüne uygun suture edilirler. Ödem ve ağrı için analjezikler ve buz tatbiki yeterlidir. Bunlardan daha ağır travmalarda MFT ile ilgili uzman konsültasyonu gerekir. Ülkemiz şartlarında bu uzman KBB uzmanı veya Plastik cerrahi uzmanı olabilir.
- Frontal sinüs kırıkları nadirdir fakat travmatik beyin hasarı, başka bir kırık ve servikal omur hasarı ile beraber olabileceği gözden kaçmamalıdır. İzole çökme kırığı hastanın duruma göre lokal anestezi altında kaldırılabilir. Dura frontal sinüsün arka duvarına yapışık olduğu için, arka duvar kırıklarında pneumosephali ve BOS sızıntısı sıklıkla görülür bunlar varsa hemen antibiyotik başlanır. İzole basit kırıklar hariç frontal sinüs kırıkları hospitalize edilir. Gerekirse açık tamir yapılır.
- Maksiller sinüs ön duvar çökmeleri veya Blow-out orbita içeriğinin maksilla üst duvarından sinüs içine sarkması gibi durumlarda Caldwell Luc ameliyatı gibi girilerek düzeltmeler yapılır. Blow-out kırığında enoftalmi, göz hareket

skrotum, pubik alan şiş ve morarmış olabilir. Peniste biçimsel bozukluk görüldüğünde retrograd üretrografi çekilmelidir. Üroloji konsültasyonu gerekir.

- **Priapizm**, 4-6 saatten fazla uzamış, ağrılı ereksiyondur. Enfeksiyon ve impotans diğer komplikasyonlarıdır. Eğer hastalar erken (4 saat içinde) başvurursa oral psödoefedrin (60 ila 120 mg) etkili olabilir. Priapizmle gelen orak hücreli hastalar basit transfüzyon ya da kan değişimi ile tedavi edilir. Korporal aspirasyon ve serum fizyolojik ya da bir alfa-adrenerjik antagonistle irrigasyon sonraki adımdır ve üroloji konsültasyonu mümkün olmadığında acil hekimi tarafından yapılması gerekebilir. Acil hekimi tarafından stabilizasyon sağlansa bile tüm vakalarda üroloji konsültasyonu endikedir.

Üretra

- İdrar yapamayan bir hastaya 14-16 F *Foley-Tiemann/Coude* (kıvrık uçlu) sonda takılamazsa ayırıcı tanıda; üretral darlık, istemli eksternal sfinkter spazmı, mesane boyun kontraktürü ya da benign prostat hipertrofisi düşünülmelidir. Lokal anesteziye kayganlaştırıcı jel ile üretraya 12F *Coude* sondayla başarısız üç nazik girişim sonrası, üroloji konsültasyonu istenmelidir. Acil durumda suprapubik sistostomi açılabilir. Povidon-iyot ile suprapubik bölge arıtımı yapıldıktan sonra, 25-27 kalibre spinal iğne ile mesanenin yeri belirlenir (Ultrason bu işlemi kolaylaştırabilir) ardından *Seldinger* yöntemiyle sistostomi yerleştirilir. 48 saat içinde üroloji kontrolü olmalıdır. Üretral yabancı cisimler kanlı idrar, yavaş, zorlanarak ya da ağrılı idrara çıkmayla ilişkilidir. Pelvis grafisi ya da üretrosistografi yabancı cismi görüntülenmesini sağlayabilir. Yavaş ve zorlayıcı olmadan yapılacak bir sağma hareketiyle yabancı cismin çıkarılması başarılabilir. Başarılılamazsa, üroloji konsültasyonu gerekir.

ÜROLOJİK TAŞ HASTALIKLARI

- Renal kolik, en şiddetli ağrılardan birisidir. Ani olarak başlar. Üreterin herhangi bir nedenle (taş, pıhtı vb.) ani tıkanması sonucu, idrarın böbrekteki toplayıcı sistemi dilate etmesine bağlı olarak gelişir

Klinik Özellikler

- Hastalar genellikle bulantı, kusma ve terlemeyle ilişkili olabilen, lomber bölgeden başlayan şiddetli ağrı ile gelirler. Hastalar sıklıkla endişeli, yerinde duramaz ya da kıvrınır ve hareketsiz duramaz ya da konuşamaz. Kolik tipindeki ağrı tipik olarak taşın olduğu taraftan köken alıp aşağıya, karın bölgesinden kasığa doğru yayılır. Taş üst üreterde olduğunda, hasta ağrıyla genital bölgeye vuran ağrı olarak tanımlayabilir. Taş distal üretere geçtiğinde ağrı karın ön kısmında ya da suprapubik bölgede olabilir. Mesane taşları aralıklı dizüri ya da terminal hematüriyle gelebilir. Çocuklarda benzer şekilde gelebilir ancak %30 kadar kısmı sadece ağrısız hematüriyle gelebilir. Vital bulgu-

- Humerus başı glenoid önünden kaldırılarak redüksiyonu sağlamak temel amaçtır. Kırık oluşma riskinin yüksek olmasından ötürü bazı otörler tarafından önerilmez.
- Hipokrat tekniği:
- Eğer redüksiyonu tek kişi yapıyorsa kullanılır.
- Bir ayak aksilla yanında göğüs duvarına doğru basarken, üst extremiteye traksşyon yapılır ve nazikçe iç ve dış rotasyona getirilir.
- Stimson tekniği:
- Analjez,k ve/veya sedatif verildikten sonra, hasta prone pozisyonda, çıkık taraf sedyenin kenarından serbestçe sarkacak şekilde yatırılır. Nazik traksiyon veya el bileğine 2,5 kg kadar ağırlık asılarak 15-20 dkda redüksiyon sağlanır.
- Milch tekniği:
- Hasta supin pozisyonda ve üst extremité abduksiyon ve dış rotasyondayken, hekim baş parmağıyla, humerus başına bastırarak yerine iter.
- Redüksiyon sonrası anterio omuz çıkıklarında 40 yaş altı hastalarda nötral veya external rotasyonda 3-4 hafta immobilizasyon gerekir. 40 yaş üzeri hastalarad el, el bileği, dirsek ve omuz sertliği göz önünde bulundurularak tespit daha kısa süreli tutulur.Genç hastalarda tekrarlayan çıkık öyküsü varsa, yeterli tedavi için daha uzun süreli tespit gerekebilir.
- Redükte posterior çıkıkta nötral pozisyonda 4 hafta immobilizasyon uygunken, redükte superior veya inferir çıkıkta nötral rotasyonda 3-6 hafta immobilizasyon uygundur. İmmobilizasyon süresi boyunca, dirsek ve el bileği ROM hareketleri yapılmalıdır.

Cerrahi Tedavi Endikasyonları

- Redükte olmayan veya açık akut omuz çıkıkları acil açık redüksiyon gerektirir.
- Araya giren yumuşak doku sıkışması, 5mm'den fazla deplasman olan tuberculum majus kırıkları, 1cm'den fazla tuberculum minus kırıkları, humerus başının %20'den fazlasını içeren impakte humerus kırıkları, 5mm'nin üzerinde glenoid rim kırıklarını içerir.
- Açık redüksiyonu takiben; Cerrahi seçenekler arasında, anterior labrum onarımı, kapsül kaydırma, kapsül dikişi kas/tendon transferler ve kemik transferleri vardır.

Prognoz

- Omuz çıkığı sonrası en çok görülen komplikasyon tekrarlayan çıkılardır.
- Rekürrens riski, ilk çıkık sonrası 20 yaşında %80-92
- 30 yaşında %60 ve
- 40 yaşında %10-15 sıklıktadır.
- Tekrarlayan çıkık riski erkeklerde daha fazla olmak üzere, genellikle ilk iki yıl içerisinde olur.
- Hastanın ilk çıkık sırasındaki yaşı, prognozu etkileyen en önemli faktördür.
- Görülme sıklığı, tespit tipi ve süresine bağlı değildir.
- Birlikte yaralanma yoksa veya rekürrent instabilite atakları olmaz ise, hastaların çoğunda sonuçlar iyi ile mükemmel arasındadır.

Komplikasyonlar

- Artrofibrozis (diz katılığı): En sık karşılaşılan komplikasyondur. Nedbe dokusu oluşumuna ve kapsüler gerginliğe bağlıdır. Kısıtlılık çok fazla ise yapışıklıkların gevşetilmesi gerekir.
- Ekstremité kaybı
- Sinirde traksiyon hasarı
- Vasküler yetersizlik
- Nörolojik hasar
- Diz instabilitesi: Redislokasyon nadirdir. Özellikle ligamantöz rekonstrüksiyon ve yeterli immobilizasyon sağlandığında az görülür.
- Posttravmatik artrit

Tarsometatarsal Eklem Kırıklı Çıkıkları (Lisfranc kırıklı-çıkığı)

Epidemiyoloji

- Lisfranc yaralanmaları orta ayak yaralanmalarının yaklaşık 1/3'ünü oluşturur.^{40,42}
- Genellikle çok nadir olduğu düşünülür.
- Yaklaşık %20 Lisfranc yaralanması erken dönemde atlanmaktadır^{40,41}.
- Araba kazaları ve motorsiklet kazaları ile sıklıkla ilişkilidir⁴³.
- **Etyoloji**^{43,44}: en sık görülen üç yaralanma mekanizması
- Burkulma: Forefoot'un Tarsus üzerinde kuvvetli abduksiyonu sonrası 2.metatarsın tabanının kırılması ile kuboidin makaslama (shear) veya ezilme kırığı.
- Sabit ayağın aksiyel yüklenmesi
- Ezilme mekanizmaları: Sıklıkla sagittal plan deplasmanı, yumuşak doku zedelenmesi ve kompartman sendromu ile birlikte en sık Lisfranc ekeleminde endüstriyel tip yaralanmalarda görülür.

İlişkili Durumlar

- Kuneiform veya metatars bazisinde parçalı kırıklar
- Ciddi yumuşak doku yaralanması
- Kompartman sendromu
- Açık kırıklar

Klinik Değerlendirme

- Ağrı, şişlik, deformite, ekimoz, ayağa yük vermekte zorluk, orata ayak üzerinde hassasiyet belirti ve bulgulardan bazılarıdır.
- Fizik muayyenede ön ayakta rotasyonel stres Lisfranc ekleminde ağrıya yol açar; 2. Metatars bazisine palpasyonla ağrı oluşabilir.

Görüntüleme

- Düz radyografi genellikle tanısaldır. AP/Lateral ve oblik projeksiyonlar zorunludur.

- **Bucks traksiyonu** bacak ve ayak yumuşak dokusuna uygulanan ağırlığın yatak kenarından sarkıtılması ile yapılır. Daha çok kalça kırıklarında kullanılmaktadır. Maksimum 4,5 kg aşılmalıdır.
- **İskelet traksiyonu:** Daha güçlü olarak uygulanabilir, kemik fragmanları daha rahatlıkla kontrol altına alınabilir. Alt ekstremité için vücudun %20'si kadar ağırlıkla traksiyon uygulanabilir.
- Hasta uyanık ise çivi uygulaması sırasında lokal anestezi gerekir. Kirschner teli veya Steinmann teli ile uygulanabilir. Kirschner telini el matkabı ile uygulamak güçtür ve gergin bir traksiyon cihazına gereksinim vardır. Steinmann teli yivli veya yivsiz olabilir. Yivsiz tel daha kuvvetlidir ancak ciltten kayabilir. Genelde mümkün olan en kalın tel seçilmelidir, bu durum özellikle daha zayıf olan yivli tellerde önemlidir.
- Tibiadan iskelet traksiyonu: Tuberositas tibianın 1cm distali ve 2 cm posteriorundan uygulanır. Peroneal sinirin geçiş trasesi göz önüne alınarak koruma amaçlı lateralden mediale doğru uygulanır.
- Femurdan iskelet traksiyonu: Asetabulum ve proksimal femur kırıklarında tercih edilir. Nörovasküler dokuların korunması için çivi medialden laterale adduktor tuberkül seviyesinde, femur kondillerinin hafif posteriorundan geçilmelidir.
- Kalkaneus iskelet traksiyonu: Çivi medialden laterale doğru uygulanır. Medial malleolün 2cm posterior, 2cm inferiorunda kalınır.
- Olecranon traksiyonu: Günümüzde çok nadir kullanılmaktadır. Olecranon proksimalinde medialden laterale doğru küçük veya orta boy çivi ile geçilir. Dirsek 90° fleksiyonda iken ön kol ve el bileği traksiyonu ile desteklenir.

Kaynaklar

1. Brashear HR, Jr, Raney, RB sr. Infections of bones and joints. In: Handbook of Orthopaedic Surgery, 10th Ed. St.Louis: CV Mosby, 1986: 110-139.
2. Thierry JA. Arthroscopic drainage in septic arthritides of the knee: A multicenter study. Arthroscopy 1989;5:65-69.
3. Ivery M, Clark R. Arthroscopic Debridement of the knee for septic arthritis. Clin Orthop Relat Res 1985;199:201-206.
4. Goergens ED, McEvoy A, Watson M, et al. Acute osteomyelitis and septic arthritis in children. J Pediatr Child Health 2005;41:59-62.
5. Kocher MS, Mandiga R, Murphy JM, et al. A clinical practice guideline for treatment of septic arthritis in children. Efficacy in improving process of care and effect on outcome of septic arthritis of the hip. J Bone Joint Surg 2003;85A:994-999.
6. McCarthy JJ, Dormans JP, Kozin SH, et al. Musculoskeletal infections in children: Basic treatment principles and recent advancements. Instr Course Lecture 2005;54:515-528.
7. Warner WC, Jr. Infectious Arthritis. In: Crenshaw AH, ed. Campbell's Operative Orthopaedics, 8th ed. St.Louis: Mosby-Year Book, 1992:151-157.
8. Gustilo RB, Anderson JT. Prevention of infection in the treatment of one thousand and twenty-five open fractures of long bones: retrospective and prospective analysis. J Bone Joint Surg 1976;58A:453-458.
9. American Collage of Surgeons Committee on Trauma. Advanced Trauma Life Support Program for Doctors, 6th ed. Chicago: American Collage of Surgeons, 1997.
10. Zalavras CG, Patzakis MJ. Open fractures: evaluation and management. J Am Acad Orthop Surg 2003;11:212-219.
11. Weitz-Marshall AD, Bosse MJ. Timing of closure of open fractures. J Am Acad Orthop Surg 2002;10:379-384.

(önlenemez düşük). *Tam olmayan düşük*, parsiyel gebelik materyelinin geldiği ve daha çok 6. ve 14. haftalar arasındaki gebeliklerdeki durum olarak tanımlanır. Hasta grimsi beyaz gebelik ürünlerinin vajinal yoldan atıldığını bildirebilir, veya gebe ürünleri jinekolojik muayenede görülebilir. *Tam düşük*, tüm fetal dokunun 20 haftalık gebelikten önce atılmasıdır. Alınan tüm gebelik ürünleri patolojik incelemeye gönderilmelidir. *Fark edilmemiş düşük*, fetal ölümden 4 hafta sonrasına kadar herhangi bir fetal doku geçişi olmadan, 20 haftadan kısa sürede fetal ölüm olmasıdır. *Septik düşük*, düşüğün herhangi bir aşamasında infeksiyon işaretlerinin olmasını ifade eder, pelvik ağrı, ateş, servikal hareketlerde veya uterusu hassasiyet veya pürülan veya kötü kokulu akıntı bulgu ve semptomları ile birlikte.

Tanı ve Ayırıcı Tanı

- Pelvik muayene yapılır ve tam kan sayımı, kan grubu (unstable hastalar için cross-match) ve rhesus (Rh) faktör belirlenir, idrar gebelik testi, kantitatif β -hCG ve idrar analizi yapılır. Ayırıcı tanıda ektopik gebelik, implantasyon kanaması ve gestasyonel trofoblastik hastalık vardır. Genellikle az miktarda ve ağrısız olan implantasyon kanaması dışlanan bir tanıdır. Gestasyonel trofoblastik hastalık trofoblastların proliferatif bir hastalığıdır, komplet mol hidatiform, parsiyel mol, trofoblastik tümör ve koryokarsinomu içerir. Gestasyonel trofoblastik hastalıkta başvuru esnasında kanama, menstrüel yaş ile uyumsuz genişlemiş bir uterus ve ciddi derecede yükselmiş β -hCG seviyeleri vardır. Hiperemesis gravidarum veya 24. gebelik haftasından önce gebelik başlayan hipertansiyonu olan hastalarda molar gebelik olasılığı düşünülür.

Acil Serviste Yaklaşım

- Düşük ve düşük tehdidinden şüphelenilen hastaların tedavisi hastanın vital bulgularına, fizik bulgularına ve semptomlarına dayanır. Obstetri ve jinekoloji konsültanı ile yakın iletişim kurulması gereklidir.
- Semptomatik olan veya hemodinamik instabilite bulguları gösteren hastalara oksijen desteği, kardiyak monitorizasyon ve 2 geniş intravenöz yol sağlanmalıdır. İnstabil hasta için jinekoloğa acil konsültasyon yapılmalıdır.
- Hipovolemiyi düzeltmek için agresif IV kristaloid ve/veya eritrosit süspansiyonu infüzyonu başlatılır.
- Düşük ve düşük tehdidi olan Rh negatif kadınlara anti-Rho (D) immunoglobulin verilmelidir. Doz ayarında tam bir kesinlik yoktur. Bu hastalarda doz önerileri 50 ug'ı 300 u.g'a kadardır.
- Hasta stabil olduğunda US görüntüleme yapılmalıdır.
- Tamamlanmamış düşük veya gestasyonel trofoblastik hastalıkta dilatasyon ve küretaj yapılır. Septik düşüğe jinekoloji konsültasyonu ve ampicilin/sulbaktam 3 gram IV veya klindamisin 600 mg ve gentamisin 1-2 mg/kg IV gibi geniş spektrumlu antibiyotikler gerekir.
- Düşük tehdidi veya tam olmayan düşük olan hastalar yakın takip planlanarak taburcu edilebilirler. Taburcu önlemlerinde pelvik istirahat (ilişki veya tampon yok) ve ağır kanama/ateş veya ağrı durumunda dönmesi tarif edilir.

- Tüm vakalar için acil obstetrik konsültasyona başvurulur, tam kan sayımı, kan grubu ve kan uyumsuzluğuna ek olarak, temel pıhtılaşma ve elektrolit düzeyleri istenmelidir.
- Abrupsiyo plasentea şüphesi görülen vakalarda DIC (Yaygın Damariçi Pıhtılaşma) takip edilmelidir.
- Rh negatif hastalara Rh (D) immün globulin 300 µg IM verilmelidir.
- Abrupsiyo plasenta ya da plasenta previa tespit edilen hastalara acil sezeryan uygulanması gerekebilir.
- Ayrılma şüphesi görülen hastalarda tokolitik kullanılmamalıdır.

Erken Mebran Ruptürü (EMR)

- Zarların zamanından önce açılması olarak tanımlanan EMR, amniyon kesesi veya koryonun doğumun başlamasından önce açılmasıdır. Klinik bulguları vajinadan bir anda çok miktarda sıvı boşalması veya devamlı bir akıntı görülmesidir. Tanı, posterior fornikte, nitrazine kağıdında koyu maviyle gösterilen ve pH değeri 7.0'ın üzerinde olan bir sıvı birikintisi bulunmasıyla ve smear testinde eğrelti otuna benzer bir yapı görülmesiyle kesinleşir. Steril spekulum uygulanabilirse de, infeksiyon riskini artırdığı için dijital pelvik muayeneden kaçınılmalıdır. Klamidya, gonore, vajinada bakteriyel infeksiyon ve B grubu streptokok testleri uygulanmalıdır. PROM uygulanıp uygulanmayacağına karar verilirken gebelik süresi, fetüsün içinde bulunduğu evre ve durum, infeksiyon riski ve sorun yaratabilecek diğer etkenler göz önünde bulundurulmalıdır. Hastanın hastaneye yatırılıp yatırılmayacağı ve ne tür bir tedavi uygulanacağı konularında obstetrik konsültasyon yapılmalıdır.

Erken Doğum

Klinik Özellikler ve Tanı

- Erken doğum hamileliğin 37. haftasından önce meydana gelen doğum olarak tanımlanır. Klinik özellikleri uterusu düzenli kasılmalar ve serviksin incelmeleridir. Tanı, fetüsün izlenmesi ve steril spekulum uygulamasının ardından konulur. EMR ihtimaline karşılık olarak, servikal sıvı tahlil edilmelidir. Dijital muayene, ancak EMR ve plasenta previa ihtimallerinin kesin olarak elendikten sonra uygulanmalıdır. Steril eldiven kullanılmalıdır. Klamidya, Gonore, vajinada bakteriyel infeksiyon ve B grubu Streptokok testleri uygulanmalıdır. Bebeğin kaç aylık olduğunun, ağırlığının, anatomisinin ve amniyon sıvısının miktarının belirlenmesi için ultrason kullanılır. Obstetrik konsültasyon almak için sonuçların gelmesi beklenmemelidir.

Acil Serviste Yaklaşım

- Anne ve bebek müşahade altında tutulur.
- Hastanın yatışı ve tokolitik kullanılıp kullanılmayacağı konularından obstetrik konsültasyon alınır.
- Tokolitik uygulanmasına karar verirse, bebeğin akciğer gelişimini hızlandırmak için anneye glukokortikoid verilir. Dekametazon veya betametazon 34. Gebelik haftasından önce yaygın şekilde kullanılmaktadır.
- Abrupsiyo plasenta şüphesi mevcutsa tokolitik kullanılmaz.

Kandida Vajiniti

- *Candida albicans* vajinitinin yaygın sebeplerinden biridir. *Kandida* Vajinitini tetikleyen unsurlar arasında sistemik antibiyotikler, diyabet, hamilelik ve doğum kontrol ilaçları yer alır. Menopoz sonrası kadınlarda görülme sıklığının azaldığı bilinmektedir. Kandidiazis cinsel yoldan bulaşabilirse de cinsel yolla bulaşan bir hastalık olarak görülmez.

Klinik Özellikler

- *Kandida* vajinitinin en belirgin semptomu kaşıntıdır. Diğer belirtiler arasında vajinal akıntı, eksternal dizüri ve dispareni olabilir. Vulva ve vajinada ödem, kızarıklık ve koyu kıvamlı (“köy peyniri”) akıntı işaretleri de olabilir.

Tanı ve Ayırıcı Tanı

- Vajinal salgıları bir kaç damla tuzlu çözletide içinde inceleyin ya da bir KOH preparatı hazırlayın. Yüzde onluk KOH vajinal epitel hücreleri çözüp, mayalanma belirtilerini ve *psödohif* daha kolay görülür hale getirecektir. KOH tekniğinin duyarlılığı yüzde 80, kesinliği ise neredeyse yüzde 100’dür.

Acil Serviste Yaklaşım

- Topikal olarak kullanılan azollerin neredeyse tamamı aynı oranda tesirlidir. Tedavi seçenekleri arasında Klotrimazol 100 mg intravajinal tablet (3 gün boyunca günde iki defa), Butokonazol %2 krem vajinal aplikatör (3 gün), Mikonazol 200 mg vajinal suppozituar (3 gün) bulunur. Hamile kadınlar vajinal ajanlarla 7 günlük tedaviye tabi tutulur. Flukonazol 150 mg PO kullanımıyla tek dozda uygulanan tedavi de diğer topikal tedaviler kadar etkili olsa da Flukonazol hamilelikte kullanılamaz. Kandidiyazis tespit edilen hamile olmayan hastalarda Flukonazol 150 mg PO birinci ve üçüncü günlerde kullanılır.

Trikomanas Vajiniti

- Trichomoniyazis, tek hücreli *T vaginalis* tarafından yol açılan ve cinsel yolla bulaşan yaygın bir hastalıktır.

Klinik Özellikler

- Başlangıç belirtileri kötü kokulu ve köpüklü bir vajinal akıntı, vajinada kızarıklık ve vulvada tahriştir. Bünyesinde bu organizmayı taşıyan kadınların neredeyse yarısı asemptomatiktir.

Tanı ve Ayırıcı Tanı

- Tuzlu ıslak preparatta hareketli, armut şekilli kamçılı *trichomonaslar* görülür. Mikroskopik inceleme örneğin alınmasından sonraki yirmi dakika içinde gerçekleşmediği takdirde *trichomonaslar* hareketliliğini yitirecektir. Mikroskopik incelemenin duyarlılığı yüzde 60 ila 70 düzeyindedir. Kültür duyarlılığı yüzde 95 düzeyinde olsa da acil servislerde yapılamamaktadır.

Acil Serviste Yaklaşım

- Trichomoniasis için tedavi seçenekleri Metronidazol 2 gram tek oral doz ya da Ornidazol 2 gram tek oral doz olabilir. Tek doz tedaviye cevap vermeyen

Dentoalveolar enfeksiyonlarda karşılaşılabilecek en ciddi tablolardan biri olan Ludwig anjininde bilateral submandibular, sublingual lojlarla birlikte submental lojun enfeksiyonu gerçekleşir. Ateş, titreme, ağız tabanında yükselme, yutkunma güçlüğü, hava yolu obstrüksiyonu ve dehidratasyon gözlenir. Çok hızlı ilerleme göstererek koma ve ölüme neden olabilecek bir tablo olması nedeniyle hızlı müdahale gerektirir. Öncelikle hava yolu açıklığı sağlanarak, iv hidrasyon ve kombine antibiyotik uygulamasıyla beraber direnç sağlanır. Karşılaşılabilecek diğer bir ciddi tablo da kavernoöz sinüs trombozudur. Maksillada infratemporal loj ve fossa kaninada oluşan enfeksiyonun retrograd olarak iki ven yolu üzerinden kavernoöz sinüse yayılması söz konusudur. Göz hareketlerinde etkilenme, periorbital ödem, yüksek ateş, baş ağrısı, baş dönmesi, kusma, bilinç bulanıklığı semptomlarıyla dikkat çeker. Sepsis ve koma ile sonuçlanabilir.

ORAL KAVİTENİN YUMUŞAK DOKU LEZYONLARI

- **Oral Kandidiyazis:** Kandidalar vücutta saprofit olarak yaşar ve uygun koşullar bulduğunda enfeksiyona neden olur. Uzun süreli antibiyotik tedavisi gören, vitamin eksikliği bulunan, immunsupresif ilaç kullanan, diyabet gibi immün direnç düşüklüğüne neden olan hastalığa sahip bireylerde kandida enfeksiyonlarına yatkınlık bulunur. Genel olarak ağız içerisinde eitemli alanlar üzerinde pseudomembranla kaplı alanlar şeklinde görülebildiği gibi, eritemli atrofik alanlar şeklinde de gözlenebilir. Bu lezyonlarda yanma şikayeti söz konusudur. Tedavisinde lokal ve ya sistemik antifungaller (nistatin reçete edilir ve lokal olarak %1'lik metilen mavisi uygulanabilir. Ancak asıl olarak genel ve ya lokal direnç düşüklüğüne yol açan neden tespit edilmelidir.

Herpes Simpleks

- **Aftöz Stomatit:** Herpes Simpleks Tip 1 virüsünün yol açtığı ve genellikle çocuklarda görülen bir tablodur. Yüksek ateş, lenfadenopati ve halsizlik dikkat çekicidir. Bu tabloya kusma, diyare de eşlik edebilir. Ağız içi aftlar dikkat çekicidir. Aynı zamanda perioral bölgede kaşıntılı lezyonlar ve tırnak diplexik herpetik dolama gözlenebilir. Tedavisinde antipiretik ve analjezik ilaçlar reçete edilir. Ağız içi ağrılı ülserasyonlar nedeniyle topikal anestetikler verilir. Yatak istirahati önerilir. Hidrasyon önemlidir.
- **Herpes labiales:** Bu tabloda dudaklarda ağrılı ve kaşıntılı lezyonlar görülür. Yaygın olan durumlarda lenfadenopati de gözlenebilir. Tedavisinde lokal virostatik pomadlar kullanılır. Aynı durum ağız içerisinde de görülebilir. Bu durumda ağız içerisinde ağrılı ülsere alanlar gözlenir ve tedavisinde topikal anestetikler rahatlatıcı olarak kullanılır.
- **Koksakivirüs İnfeksiyonu:** Koksaki stomatitisi, genellikle ateşli boğaz enfeksiyonu ile ortaya çıkar. Ağız içerisinde damak, uvula, tonsillerde eritemli alanlar gözlenir. Tedavisinde antipiretik ve analjezikler reçete edilir. Herpanjina tablosu genelde çocuklarda görülmekle birlikte ateş, lenfadenopati, halsizlik görülür. Yumuşak damak ve farenkste enanem ve ülsere alanlar nedeniyle yutkunmada güçlük gözlenir. Tedavisinde antipiretik ve analjezikler reçete edilir. Ülsere alanlar için topikal anestetikler uygulanır. İstirahat önerilir. Ağız, el, ayak hastalığı da yine koksaki virüsü nedeniyle oluşan bir

- Membranı tekrar palpe edin ve krikoid membrana doğru 1-2 cm horizontal bir insizyon yapın.
 - Krikoid aralık içine trakeal hook takarak ve hiyoid kartilajın kenarını inferiora retrakte ederek trakeayı stabilize edin.
 - Açıklığı genişletmek için bir dilatatörü içerisine sokun.
 - 4 nolu kaflı bir trakeostomi tüpünü takın (veya uygun olacak daha büyük tüp). Alternatif olarak küçük, kaflı bir endotrakeal tüp kullanın (6 nolu veya uygun olacak daha büyük tüp). Kafi şişirin.
 - Bilateral akciğer seslerini kontrol edin. Tüp yerinin konfirmasyonundan sonra hooku çıkartın. Tüpü sabitleyin. Subkutanöz hava varlığında trakea dışına yerleşimi düşünün. End-tidal CO₂ dedektörü ve radyografi ile yerleşim kontrol edilmelidir.
- Seldinger tekniği kullanılan ticari krikotirotomi kitleri de kullanılabilir. Formal trakeostomi artmış teknik zorluğu ve uzun zaman gereksinimi nedeniyle bir acil cerrahi havayolu tekniği olarak önerilmemektedir.

Noninvazif Pozitif Basıncılı Ventilasyon

- Noninvazif pozitif basınçlı ventilasyon (NPBV), yüz veya nazal maske yolu ile belirli bir volüm veya basınçta havayolu desteği sağlamak için kullanılır. NPBV, KOAH ve kardiyojenik pulmoner ödem nedeniyle solunum yetmezliği olan hastalarda entübasyona bir alternatif olarak kullanılmaktadır. Hastanın koopere olması ve kardiyak iskemi, hipotansiyon veya disritminin olmaması gereklidir.
- Sürekli pozitif havayolu basıncı (CPAP) solunum döngüsü boyunca sürekli pozitif basınç sağlar. CPAP basınçları genellikle 5 ile 15 cm H₂O arasındadır ve hastanın tedaviye cevabına göre ayarlanır. İki seviyeli pozitif hava yolu basıncı (BiPAP), inspirasyon ve ekspirasyon sırasında basınç farklı düzeylerde kullanır. Başlangıçta inspirasyon sırasında 8 ila 10 cm H₂O ve ekspirasyon sırasında 3 ila 4 cm H₂O olarak ayarlanabilir ve klinik cevaba bakarak titre edilir.

ÇOCUK KARDİYOPULMONER RESÜSİTASYONU

- Çocuklarda kardiyak arrest, genellikle solunum arresti veya şok sendromundan kaynaklanan hipoksiye sekonder olarak gelişir. Çocuklar arasındaki yaş ve boyut farklılıklarından dolayı ilaç dozları, kompresyon ve solunum oranları ve aletlerin büyüklükleri de değişkendir (bakınız Tablo).

Havayolu Güvenliği

- Bebek ve çocuklarda havayolu daha küçüktür, büyüklüğü değişkendir ve erişkinlere göre daha öndedir. Çocuk yatar pozisyonunda iken oksiputun daha önde olması, göreceli olarak dilin ve epiglotun daha büyük olması tıkanıklığa yol açabilir.
- Baş, koklama pozisyonunda iken hava yolu açıklığı sağlanır. Baş yukarı veya çene kaldırma manevraları dilden kaynaklanan tıkanıklığın açılmasını sağ-

Tablo 3. Hafif TBH'lı Erişkinlerde BT Görüntülemesi için Endikasyonlar

Bilinç kaybı olmasa bile aşağıdakilerden en az birinin olması:

- GKS <15
- Fokal nörolojik bulgular
- İkiden fazla kusma
- Orta-ağır şiddette baş ağrısı
- Yaş >65
- Kafa tabanı kırığına ait olabilecek fizik muayane bulgusu
- Koagulopati
- Yaralanma şeklinin tehlikeli olması (>120 cm düşüş)

Bilinç kaybı veya amnezi öyküsü varsa aşağıdakilerden en az birinin olması:

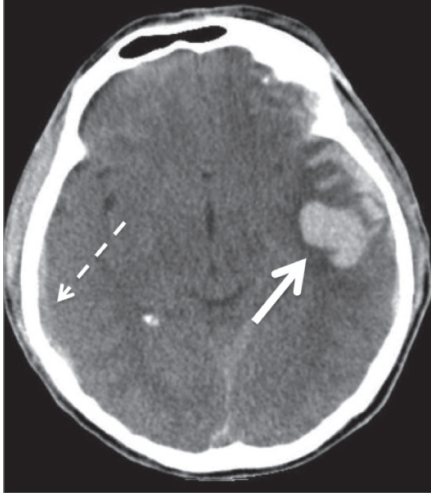
- İlaç veya alkol intoksikasyonu
- Klavikula(lar) üzerinde travmaya ait fiziksel bulgu
- Devam eden amnezi
- Post-travmatik nöbet

ağır TBH olan bütün olgularda servikal omurga da BT'de görüntülenmelidir.

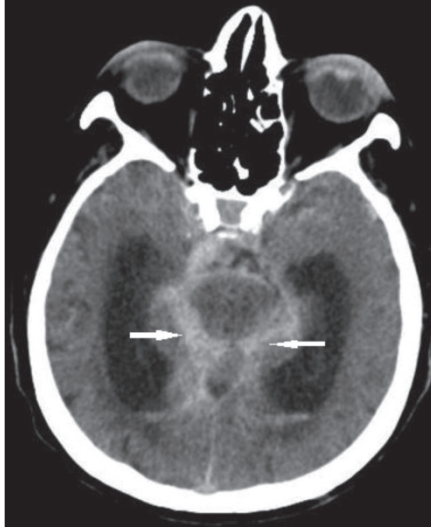
- Tablo 2 ve 3 kafa travması sonrası BT incelemesi için gerekli olan kanıta dayalı endikasyonları göstermektedir.
- Orta ve ağır şiddetli pediatric TBH'lı olguların tanısız yaklaşımında herhangibir belirsizlik bulunmamaktadır. Bu tip olgular için orta ve ağır şiddetteki erişkin kafa travmalı olguların tanısız yaklaşımı kullanılabilir. Ancak hafif (minör) şiddetli pediatrik TBH olgularının tanısız yaklaşımında kranial BT kullanımının yeri bu yaş grubunun radyasyon maruziyetinden daha fazla etkilenmesinden ötürü halen tartışmalıdır. Hali hazırda hafif TBH'lı pediatric olgularda kranial BT kullanımı için üç algoritma mevcuttur: PECARN (Pediatric Emergency Care Applied Research Network), CATCH (Canadian Assessment of Tomography for Childhood Head Injury) ve CHALICE (Children's Head Injury Algorithm for the Prediction of Important Clinical Events). Ancak bu tip (hafif TBH'lı) olgulara tanısız yaklaşımda bilinmesi gerekenler son derece basittir.
- Sadece kusmanın varlığı BT çekmek için yeterli değildir. Ancak kusma yanında diğer septom ve/veya bulgular (örneğin, bilinç kaybı ve/veya amnezi öyküsü, GKS <15 olması, uykuya meyil veya ajitasyon hali, scalp hematomu varlığı, baş ağrısı öyküsü, nörolojik deficit varlığı, kalvaryal veya kaide kırığı bulguları) mevcut ise BT çekilmelidir.
- Kafa kırığı bulguları mevcut ise (kaide veya kalvaryal) BT çekilmelidir.
- GKS <15 olması durumunda BT çekilmelidir.
- Scalp hematomu frontal bölge haricindeki bir lokalizasyonda ise (özellikle temporal), 1 cm'den büyük ise üç aylıktan küçük bir infansta mevcut ise, şiddetli bir travma mekanizması nedeniyle gelişmiş bir BT çekilmelidir.
- Laboratuvar çalışmaları kan grubu ve çapraz uygunluk (cross-match), tam kan, temel metabolik panel, arteriyel kan gazı, toksikoloji çalışmaları ve koagülasyon testlerinden oluşmaktadır.

Acil Serviste Temel Prensipler

- Sadece kafa travmasına odaklanmayınız. Diğer organ yaralanmalarının da klinik tabloya eşlik etmiş olabileceği asla akıldan çıkarılmamalıdır.



Şekil 5. Travmatik intrakranial kontüzyon (coup) (düz beyaz ok) ve karşı hemisferde akut subdural (contrecoup) (kesik beyaz ok) hematoma olgusuna ait BT görüntüsü.



Şekil 6. Travmatik intrakranial subaraknoid kanama (SAK) olgusuna ait BT görüntüsü.

şurubu ve mide lavajı ile mide içeriğinin %30-40 boşalır. Etkinlikleri ilacın alınmasından sonra geçen süre (en iyi sonuç birinci saatte), içilen miktar, maddenin toksik gücüne ve emilim hızına bağlıdır. Ayrıca emilimi geciktiren ilaç alınımında (salisilat, glutetimid, trisiklik anti-depresanlar, antikolinerjik ilaçlar), barsak sesleri yokluğunda, ilaç alını takiben geç başvurda mide lavajı etkilidir. Bilinci açık, asemptomatik veya hafif semptomlar gösteren hastalara mide lavajı yapılmadan aktif kömür verilebilir. Mide lavajı ile uzaklaştırılan toksik madde miktarının değişken olması, etkisinin zamanla azalması, klinik gidişi düzeldiğine dair veriler olmaması nedeni ile rutin olarak uygulanmamaktadır. Madde bir saatten daha kısa süre içinde içilmiş ise, zehirlenme gücü yüksek ise, alınan miktar toksik düzeyde ise ve aktif kömür maddeye bağlamıyor ise mide lavajı uygulanır.

- Endikasyonlar: Sıvı ve katı ilaç alınımında. Aktif kömür ve katartikler kullanılmadığında. Yetersiz absorbe olan madde alınımında (lityum, demir, metanol, kurşun). İpeka kullanılmayan veya ipekanın neden olduğu uzamış kusma nedeniyle aktif kömür verilemediğinde. Koroziv maddelerin dilue edilmesi ve endoskopiye hazırlık amacı ile. Benzen, toluen, halojen içeren hidrokarbon, ağır metal zehirlenmelerinde kullanılır.
- Kontrendikasyonlar: Kusturmada olduğu gibidir. Yavaş salınlı veya enterik kaplı tablet alınmasında. Koroziv madde alınımında. Ancak bazı gastroenterologlar erken dönemde koroziv maddelerin dışarı çıkartılmasını önermektedir. Hidrokarbon alımı (aspirasyon riski)
- Az miktarda ve toksik olmayan madde alınmasında. Yeni ameliyat olmuş, GI perforasyon veya hemoraji riski olan hastalarda kullanılmaz.
- Yan etkiler: Özefagus veya mide perforasyonu. Yanlışlıkla trakeaya girilmesi. NGS'nin takılmasına bağlı burun kanaması. Hava yolu güvenceye alınmadan yapılan uygulamada kusma ve pulmoner aspirasyon. Aritmi, geçici ST yükselmesi. Pnömotoraks.

Yaşamsal Bulguların Değerlendirilmesi

A. Hava yolu (Airway-A)

- Travma kuşkusu varsa boyunluk takılır,
- Hava yolu açılır (travma kuşkusu varsa baş geriye itilmez),
 - a. Baş geriye, çene yukarıya itilir,
 - b. Çene öne yukarı kaldırılır ve ağız açılır,
 - c. Hava yolundaki yabancı cisimler temizlenir (parmakla veya pens ile çıkartılır, aspire edilir),
 - d. Burun veya ağızdan hava yolu yerleştirilir,
 - e. Endotrakeal entübasyon uygulanır,

B. Solunum (Breathing-B)

- a. Oksijen verilir (≥ 6 L/dk),
- b. Solunum yetmezliği, hipoksi ve bronkospazm varsa tedavi edilir,

C. Dolaşım (Circulation-C)

- a. Kan basıncı, nabız ve ritm değerlendirilir,
- b. Monitörizasyon uygulanır,
- c. Damar yolu açılır, sıvı verilir (hastanın durumuna göre izotonik, ringer laktat, vb),
- d. Kan örneği alınır

Sık Suistimal Edilen Halusinojenler, Klinik Özellikleri ve Tedaviler

İlaç	Tipik Doz	Etki Süresi	Klinik Özellikleri	Komplikasyonları	Spesifik Tedavi
Lysergic acid diethylamide (LSD)	20-80 ng	8-12 saat	Midriyazis, taşikardi, anksiyete kaslarda gerginlik	Koma, hipotermi, oagulopati, dirençli psikoz halusinojene bağlı algı bozukluğu	Destekleyici Benzodiyazepinler Haloperidol
Psilocybin	5-100 mantarda 4-6mg psilosibin	4-6 saat	Midriyazis, taşikardi kaslarda gerginlik, bulantı kusma	Nöbet (nadir, hipotermi (nadir))	Destekleyici Benzodiyazepinler
Meskalin	3-12 "buton" 200-500 mg meskalin	6-12 saat	Midriyazis, karın ağrısı bulantı, kusma, baş dönmesi nistagmus, ataksi	Nadir	Destekleyici Benzodiyazepinler
Metilendioksimetamfetamin (MDMA, "ekstazi")	50-200mg	4-6 saat	Midriyazis, dış gıcırdatma çenede gerginlik, ataksi ağız kuruluğu, bulantı	Hiponatremi, hipertansiyon, nöbet Hipotermi, aritmi, rabdomiyoliz	Benzodiyazepinler Hidrasyon Soğutma Serotonin antagonistleri
Fensiklidin (PCP, "melek tozu")	1-9 mg	4-6 saat	Myozis, nistagmus, kas rijiditesinde artma, salyada artış, ajitasyon, katatonik	Koma, nöbet, hipotermi, rabdomiyoliz Hipertansiyon, hipoglisemi	Benzodiyazepinler Hidrasyon Soğutma
Marihuana (cannabis) Tetrahidrokannabinol	5-15 mg	2-4 saat	Taşikardi, konjonktivada batma	Akut psikoz (nadir), panik reaksiyonu (nadir)	Destekleyici Benzodiyazepinler

Kalsiyum Kanal Blokörleri

- Hipertansiyon, vazospazm ve supraventriküler taşikardide (hız kontrolü) kullanılır. Phenylalkylamin (verapamil), benzothiazepin (diltiazem) ve dihydropyridin (nifedipin) en sık kullanılanlarıdır.

Klinik Özellikler

- Toksikite tabletlerin alınmasından sonra 6 saat içinde, sürekli salınımlı preparat alınmasında ise 12-24 saat içinde görülür. Sinüs bradikardisi, atriyo-ventriküler blok, miyokardiyal kontraktilite azalma, vazodilatasyon ve hipotansiyon ile karakterize kardiyovasküler sistemi etkileri ön plandadır. Verapamil ve diltiazem miyokard üzerine dihydropyridinlerden daha etkilidir. Dihydropyridinin yüksek dozu refleks taşikardiye neden olur. Hiperglisemi, laktik asidoz ve nonkardiyogenik pulmoner ödem görülebilir. MSS etkileri hipoperfüzyona bağlıdır, eğer kan basıncı normal ise diğer etiyolojik nedenler sorgulanır.

Tanı

- Tanı kliniğe göre konur. Labaratuvar tetkikleri komplikasyonların tespitinde yararlıdır. En sık hiperglisemi ile karşılaşılır. Kalsiyum kanal blokeri toksisitesini β -bloker toksisitesinden ayırt ettiren bir özelliktir

Tedavi ve Taburculuk

- Tedavi destekleyicidir. Amaç kardiyak outputu ve sistemik vasküler direnci arttırmaktır.
 - GD, bradikardi, hipotansiyon, HIE tedavileri ve taburcu olma şartları β -bloker toksisitesinde olduğu gibidir.
 - Glukagonun etkisi farklıdır. 3-5 mg (0.05 mg/kg) IV bolus takiben 1-10 mg/st inf. verilir.
 - Ağır toksisitede % 20'lik yağ solüsyonların IV kullanımları umut vericidir. Önce 1.5 mL/kg IV bolus takiben 0.25 mL/kg/dk inf. verilir.
 - Bradikardi, hipotansiyon, ileti bozukluğu olan hastalar yoğun bakım ünitesinde takip edilir. Sürekli salınımlı preparatlar veya sotalol maruziyetinde geçmiş toksisite açısından monitörizasyon gereklidir. Hızlı salınımlı ajanlarda maruziyetten sonraki altı st asemptomatik olan hastalar taburcu edilebilir.

Şiddetli Kalsiyum Kanal Bloker Overdozunda Hiperinsülinemi Glisemi Tedavi Protokolü

- 50 mL %50 dekstroz (0.5 gram/mL) IV verilir. Regüler insülin 1 ünite/kg IV bolus uygulanır,
- Regüler insülin infüzyon 0.5-1.0 ünite/kg/saat başlanır. Dekstroz %10 (0.1 gram/mL) 200 mL/saat (erişkin) ya da 5 mL/kg/saat (pediyatrik) eklenir,
- Her 20 dakikada bir serum glukoz düzeyi ölçülür. Dekstroz infüzyon hızı serum glukoz düzeyi 150-300 mg/dL olacak şekilde ayarlanır,
- Infüzyon hızı 60 dakika boyunca stabil olan hastalarda glukoz takibi saatlik olarak değiştirilebilir,
- Serum potasyum düzeyini takip edilir. Serum potasyum düzeyi <3.5 mEq/L olduğunda IV potasyum verilir,

larda hastaneye yatırılır. 6-8 saat gözlem sonrası asemptomatik olan, akciğer PA grafisi normal olan hastalara gereken öneriler iyice anlatıldıktan sonra taburcu edilir.

Hidrokarbon Maruziyetinin Yönetimi	
Havayolu ve Solunum	Havayolu güvenliğini sağlar. Antidotlar: Karboksihemoglobin için oksijen ve methemoglobini için metilen mavisi uygulanır. Oksijen desteği verilir Bronkodilatör uygulanır Ventilatör desteği: Gerekirim duyulan yeterli oksijenasyonu elde etmek için PEEP veya CPAP uygulanır.
Kardiyovasküler	Dolaşım: Hipotansif hastaların ilk sıvı resüstasyonu için IV kristalloid verilir. Halojenli hidrokarbon maruziyeti olgularında katekolamin kullanılmaz Halojenli hidrokarbon maruziyeti ile indüklenen ventriküler disritmiler için propanolol, esmolol veya lidokain verilir. Gerekli olduğunda zehir danışma merkezi, toksikolog veya diğer uygun uzmanlıklardan konsültasyon istenir.
Dekontaminasyon	Dermal: Hidrokarbon bulaşmış giysileri uzaklaştırın, su ve sabunla deriyi dekontamine edilir. Serumla irrigasyon yaparak gözleri dekontamine edilir. GI: Halojeniz hidrokarbon alımında endike değildir. Başvurudan önceki bir saat içinde toksik halojenli veya aromatik hidrokarbon alımı söz konusu ve havayolu korunuyor ise, nazogastrik aspirasyon veya aktif kömür uygulamayı düşünülür.
Diğer	Laboratuvar testleri: Tam kan sayımı, temel metabolik panel, karaciğer fonksiyon testleri (serum transaminazları, bilirübin, albümin düzeyleri), protrombin zamanı, parsiyel tromboplastin zamanı, karboksihemoglobin düzeyi, methemoglobin düzeyi ve/veya radyolojik testler. Elektrolit bozukluklarını düzeltilir. Katranın uzaklaştırılması: Polioksietilen sorbitan monolaurat (polisorbat) veya vazelin içeren ticari çözücüler ve kremler katranın deriden uzaklaştırılmasında işe yarayabilir. Gerekli olduğundan kan ürünleri verilir.

Kostikler

- Kostikler temas ile histopatolojik ve fonksiyonel hasara yol açan maddelerdir. Alkalileri (pH>7) ve asitleri (pH<7) içerir. En sık maruziyet yaygın olarak kullanılan çamaşır suyu (sodyum hipoklorid) ile olur. Kasıtlı alımlar hariç toksisitesi genelde benignedir. En sık asit maruziyeti sülfirik asit (lavabo açıcılar) ve hidroklorik asit (aküler ve duvar temizliği) ile olur.

Klinik Özellikler

- Oral kostik madde alınmasının ortak özellikleri gastrointestinal kanal hasarı ile birlikte disfaji, odinofaji, epigastrik ağrı ve kusmadır. Laringotrakeal hasarda disfoni, stridor ve solunum sıkıntısı görülür. Özofagus hasarı direk görüntüleme ile üç dereceye ayrılır: 1° ödem ve hiperemi, 2° ülserasyon, kabarıklık ve eksüda (2a çevresel olmayan, 2b çevresel), 3° derin ülserasyon ve nekroz.

Kolinesteraz İnhibisyonunun Muskarinik Etkilerini Gösteren Anımsatıcılar SLUDGE, DUMBELS ve Killer B'ler.

S	Salivasyon
L	Lakrimasyon
U	Üriner İnkontinans
D	Defekasyon
G	GI ağrı
E	Emezis
D	Defekasyon
U	Ürinasyon
M	Miyozis, Kas Güçsüzlüğü
B	Bradikardi, Bronkore, Bronkospazm
E	Emezis
L	Lakrimasyon
S	Salivasyon
Katıl B'ler	Bradikardi, Bronkore, Bronkospazm

Organofosfat Zehirlenmesinde Tedavi

Dekontaminasyon	Sağlık çalışanlarının sekonder zehirlenmesini önlemek için koruyucu giysiler giyilmelidir. Tüm giysileri tehlikeli atık olarak ele alın ve yok edin. Hastayı su ve sabunla yıkayın. Atık suyu tehlikeli atık olarak ele alın ve öyle yok edin.
Monitorizasyon	Kalp monitörü, puls oksimetre, %100 oksijen
Gastrik lavaj	Kanıtlanmış yararı yok
Aktif kömür	Kanıtlanmış yararı yok
İdrarın alkalizasyonu	Kanıtlanmış yararı yok
Atropin	Erişkinlerde 1 mg veya daha fazla ve çocuklarda 0,01 ila 0,04 mg/kg (asla <0,1 mg değil) iv yoldan uygulayın. Trakeobronşiyal salgılar azalana dek 5 dakikada bir tekrar edin.
Pralidoksim	Erişkinler için 1-2 gram ve çocuklar için 20-40 mg (en fazla 1 gr), normal serumla karıştırın ve 5-10 dakikada iv yoldan verin. Sıklıkla sürekli infüzyon gereklidir.
Nöbetler	Benzodiazepinler

Organofosfatlar Haricindeki Böcek İlaçları ile Zehirlenme

Ajan	Örnek	Klinik Özellik	Tanı	Tedavi
Karbamatlar	Karbaril, pirimikarb, propoksu, trimetakarb	Organofosfatlara benzer	Baskılanmış kolinesteraz düzeyleri	Atropin
Organik klorlar	Klordan, heptaklor, dieldrin, aldrin	Nörolojik eksitabilite, nöbetler	Öykü, özel test	Benzodiyazepin, soğutma
Piretiroidler	Piretrinler	Alerjik aşırı duyarlılık	Öykü	Bronkodilatörler ve antihistaminler
Neonikotinoidler	İmidakloprid	Bulantı, baş ağrısı, sedasyon	Öykü	Destekleyici
Dietil-3-metilbenzamid	DEET	Nöbetler	Öykü	Benzodiyazepinler

Akut Siyanür Toksisitesinin Belirti ve Bulguları

	Toksik Düzey
Kardiyovasküler:	
Taşikardi	Hafif
Hipertansiyon	
Bradikardi	
Hipotansiyon	
Kardiyovasküler kollaps	
Asistoli	Şiddetli
Santral sinir sistemi:	
Baş ağrısı	Hafif
Baş dönmesi	
Nöbet	
Koma	Şiddetli
Pulmoner:	
Dispne	Hafif
Takipne	Şiddetli
Apne	

Erişkinlerde Siyanür Zehirlenmesinin Tedavisi

	Yol	Tedavi
Hastane öncesi	Inhale	Amil nitrik ampülü kırılır ve 30 saniye inhale ettirilir
Geleneksel	IV	1) %3 Sodyum nitrit çözeltisi: 5 dakikadan daha uzun sürede IV 10 ml (300 mg) verilir 2) %25 Sodyum tiyosülfat çözeltisi: 50 ml IV (12.5 gram), bir kez yarım dozda (25 ml) tekrarlanabilir
Alternatif	IV	15 dakika sürede 5 gram hidroksikobalamin (sodyum tiyosülfat ile kombine edilebilir) verilir

Çocuklarda Siyanür Zehirlenmesinin Tedavisi

%100 oksijen verilir	
%3 Sodyum nitrit çözeltisi: hemoglobin düzeyine göre ayarlanır, 5 dakikadan uzun sürede IV olarak verilir	
Hemoglobin (gr/100 ml)	% 3 Sodyum Tiyosülfat Çözeltisi (ml/kg)
70.19	
80.22	
90.25	
100.27	
110.30	
120.33	
130.36	
140.39	
%25 Sodyum tiyosülfat çözeltisi: 165 ml/kg IV	
Semptomlar devam ederse, sodyum tiyosülfat yarı dozda (0.825 ml/kg) tekrar edilir	
Methemoglobin izlenir ve düzey %30'un altında tutulur	

- Ciddi zehirlenmede hiperbarik oksijen (HBO) tedavisi kullanılır. Pediatrik ve erişkin HBO endikasyonu benzerdir. Hamilelerde fetüse yönelik endişeler nedeniyle COHb'nin HBO başlatma eşik değeri daha düşüktür.
- Ortamda CO olmadığından emin olunmalıdır.

Akut Karbonmonoksit Zehirlenmesinin Semptom ve Bulguları

Baş ağrısı
Görme bozuklukları
Kusma
Konfüzyon ve ataksi
Dispne ve takipne
Nöbet
Fokal nörolojik defisit
EKG değişiklikleri ve disritmiler
Senkop
Retina kanaması
Göğüs ağrısı
Büllöz cilt lezyonları

Hiperbarik Oksijen (HBO) Tedavisinin Endikasyonları

Senkop,
Konfüzyon ve mental durum değişikliği,
Nöbet,
Koma,
Fokal nörolojik defisit,
Karboksi hemoglobin düzeyi $> \%15$ olan gebelikler,
Karboksi hemoglobin düzeyi $> \%25$,
Akut miyokard iskemisi,

Taburculuk Kriterleri

Semptomların ciddiyeti	Taburculuk ve sevk	Yorumlar
Minimal semptom veya semptom olmaması	Ev	Güvenli koşullar belirlenir
Baş ağrısı, kusma, artmış CO düzeyi	Semptomlar geriledikt sonra taburcu	Oksijen uygulanır, 4 saat izlenir, güvenlik sınırı değerlendirilir
Ataksi, nöbet, senkop, göğüs ağrısı, fokal nörolojik defisit, dispne, EKG değişiklikler	Hastaneye yatırılır, HBO tedavisi için uzmana danışılır	Oksijen uygulanır, HBO tedavisi düşünülüyorsa CO düzeyi, yaş ve gebeliği de kapsayan co-morbid durumlar ve hastanın stabil olup olmaması göz önünde bulundurulur

num yolu hasar görür. Termal hasar genellikle üst hava yolları ile sınırlıdır. Akut hava yolu tıkanıklığı ile sonuçlanır. Partiküller terminal bronşiolere ulaşabilir ve bronkospazm ile ödeme neden olur. Klinik olarak yüz yanıkları burun kıllarında yanma, üst solunum yolunda kurum ve is saptanması, ses kısıklığı, kömür rengi balgam ve wheezing ile saptanır. İnhalasyon yaralanması olan tüm hastalarda karbonmonoksit zehirlenmesinden şüphelenilmelidir. Yün, ipek, poliüretan ve vinil gibi nitrojen içeren polimer ürünlerin yanmasında hidrojen siyanid zehirlenmesi oluşur.

Yanık Derinliğine Göre Yanık Derecesinin Sınıflandırılması			
Yanık Derinliği	Histoloji ve Anatomi	Örnek	İyileşme
Birinci derece	Epidermis, bül yok, ağrılı	Güneş yanığı	7 gün
Yüzeyel ikinci derece veya yüzeyel parsiyel kalınlık	Epidermis ve yüzeyel dermis, bül oluşumu, çok ağrılı	Sıcak su dökülmesi	14-21 gün, skar oluşmaz
Derin ikinci derece veya derin parsiyel kalınlık	Epidermis ve dermis, ter bezleri ve kıl folikülleri, bül oluşumu, ağrılı	Sıcak sıvı, buhar, yağ, alev	3-8 hafta, kalıcı skar oluşumu
Üçüncü derece	Tüm epidermis ve dermis kömürleşmiş, soluk, kösele gibi, ağrısız Tüm epidermis ve dermis, ek olarak kemik, yağ ve/veya kas	Alev	Aylar, ciddi skar oluşumu, cilt grefti gerekir, çoğunlukla çok sayıda cerrahi girişim

Amerikan Yanık Birliğinin Yanık Sınıflaması		
Yanık Sınıflaması	Yanık Özellikleri	Sevk/Taburcu Yanık Merkezine Transfer
Majör yanık	Parsiyel kalınlık >%25 VYA, yaş 10-50 yıl Parsiyel kalınlık >%20 VYA, yaş <10 veya >50 yıl Tam kat kalınlık >%10 VYA Yüz, eller, ayaklar veya perineyi içeren yanıklar Büyük eklemleri içeren yanıklar Ekstremitelerde dairesel yanıklar İnhalasyon yaralanması ile birlikte olan yanıklar Elektirik yanıkları Fraktür veya diğer travma ile birlikte olan yanıklar Yüksek risk grubundaki yanıklar	
Orta derece	Parsiyel kalınlık %15-25 VYA, yaş 10-50 yıl Parsiyel kalınlık %10-20 VYA, yaş <10 veya >50 yıl Tam kat yanıklar %10 Major yanık bulguları yok	Hastaneye yatır
Minor yanık	Parsiyel kalınlık <%15 VYA, yaş 10-50 yıl Parsiyel kalınlık <%10 VYA, yaş <10 veya >50 yıl Tam kat kalınlık <%2 Major yanık bulguları yok	Ayaktan tedavi
VYA: Vücut Yüzey Alanı		

PEPTİK ÜLSER HASTALIĞI

- Üç ana sebebi vardır; NSAİİ kullanımı, kronik *Helikobakter pylori* enfeksiyonu, Zollinger-Ellison gibi aşırı asit salgılanması durumları.
- Genellikle epigastrik bölgede, yemek, antiasit, süt ve sodayla geçen, fakat iki-üç saat sonra tekrarlayan ağrı şikayeti vardır. Fakat ülser kanaması geçiren hastaların %20'sinde hiçbir belirti olmadığı belirlenmiştir. Tanı endoskopi ile konur.
- *Helikobakter pylori* pozitif ülserlerin tedavisinde, iki hafta süren günde iki-şer kez PPI, klaritromisin 500 mg ve amoksisilin 1gr (penisilin alerjisi olanlarda metronidazol 500 mg) verilir. Satışta olan hazır tedavi paketleri reçete edilebilir. Daha sonra dört-sekiz hafta günde tek doz PPI ile tedaviye devam edilir.

Rp

- Pantoprazole 40 mg (Pantpas, Panto, Pandev) tablet 1x1 (sabah yemekten 20-30 dk önce aç)
- Amoksisilin 1 gr (Largopen, Amoksina, Alfoksil) tablet 2x1 (alerji durumunda Metronidazol 500 mg (Flagyl, Nidazol) tablet 3x1) tok
- Klaritromisin 500 mg (Klacid, Claricide, Deklarit) tablet 2x1 tok

veya

Rp

- Helipak (veya Trio) 14 günlük tedavi paketi 2x3 (kullanım tarif edilmelidir)

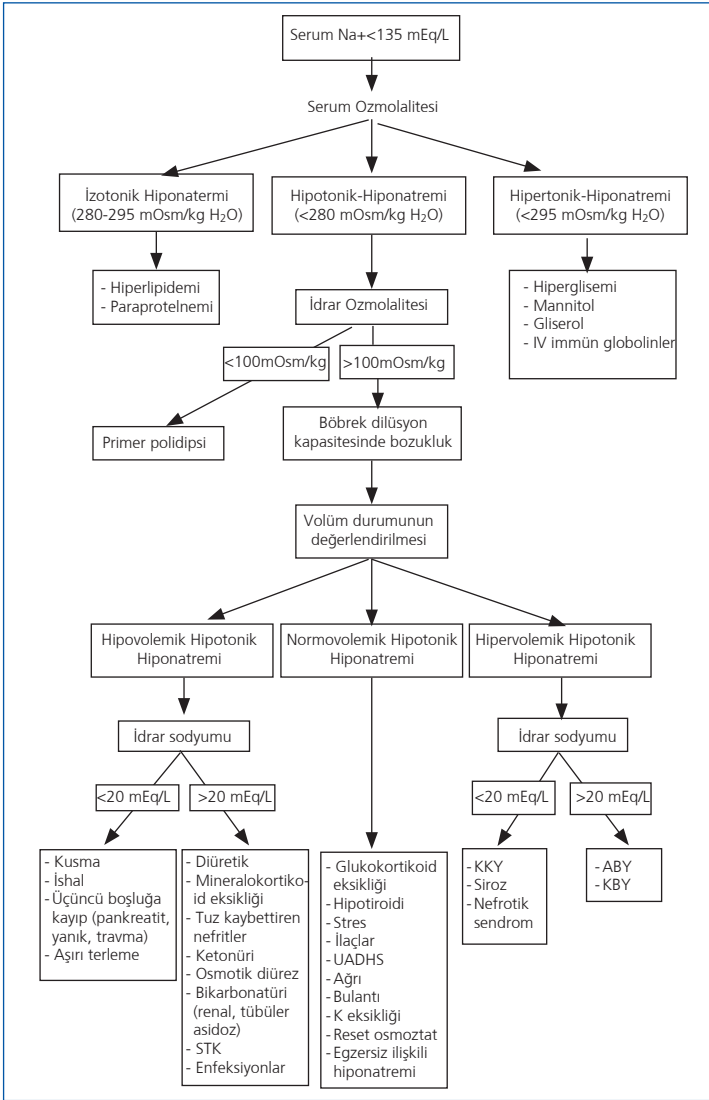
- Dirençli *Helikobakter* vakalarında veya tespit edilen nükslerde alternatif eradikasyon tedavisi seçilebilir. Günde iki kez PPI, dört kez bizmut subsalisilat, dört kez tetrasiklin 500 mg, üç kez metronidazol 500 mg verilir. Dört-sekiz hafta günde tek doz PPI ile tedaviye devam edilir.

Rp

- Bismut (Den-ol) tablet 4x1
- Pantoprazole 40 mg (Pantpas, Panto, Pandev) tablet 2x1
- Tetrasiklin 500 mg (Tetralet, Tetra) kapsül 4x1
- Metronidazol 500 mg (Flagyl, Nidazol) tablet 3x1

İRRİTABL BARSAK SENDROMU

- Karın ağrısı ve barsak alışkanlıklarında bozulma ile karakterize, kronik fonksiyonel bir durumdur. Septomlara sebep olabilecek organik bozuklukları dışlamak gerekir. Genellikle şikayetler yirmili yaşlarda başlar. Tanı koymak için belirtilerin en az 3 ay olması gerekir.
- Tedavide ilk ve en önemli adım, hastaya hastalığını iyi açıklamaktır. Belirtilerin gıdalar, ilaçlar, hormonlar ve stres gibi çevresel, sosyal ve psikolojik faktörlerden etkilenebileceğini hasta bilmelidir. Tedavi için tekrar tekrar çok geniş araştırmalara girmemesi gerektiğini, bunun yerine bu kronik durumu



sıvı ve gerekir ise elektrolit replasmanı ile yapılır. Sıvı olarak %5 dekstroz veya %0.45 NaCl gibi hipotonik sıvılar seçilmelidir.

- Hipovolemik hiponatremide volüm açığını ve hiperosmolaliteyi tedavi etmek için izotonik başlanabilir. %0.45 NaCl ile devam edilir.

HİPOPOTASEMİ

- Hipopotasemi, potasyumun hücre içine girmesi veya böbrekten artmış kaybı ile gelişir. Alım azlığı, alkaloz, travma, baryum zehirlenmesi, hiperaldostero-

199 mg/dl olması veya HbA1c değerinin %5.7-6.4 olması prediyabet tanısı koydurur.

- Tedavisinde yaşam tarzı değişiklikleri ve metformin kullanılır.

Tip 1 Diyabet Tedavi Örneği

Rp

- İnsülin Aspart (Novorapid flexpen) 3x12 ünite öğünlerden önce
- İnsülin Detemir (Levemir flexpen) 1x20 ünite yatmadan önce
- Kalem iğnesi (Novofine, B-D microfine) 8 mm iğne ucu 4x1

Prediyabet Saptanan Hastada Tedavi Örneği

Rp

- Metformin 1000 mg (Glucophage, Glukofen, Matofin)tablet 2x1/2 (ilk 10 gün), 2x1 sürekli tok

Yeni Tanı Obez, Genç, HbA1c Değeri %8 olan Tip 2 Diyabet Hastada Tedavi Örneği

Rp

- Metformin 1000 mg (Glucophage, Glukofen, Matofin)tablet 2x1/2 (ilk 10 gün), 2x1 sürekli tok
- Pioglitazon 30 mg (Glifix, Piogtan, Piondia) tablet 1x1 sabah veya (Sitagliptin 100 mg (Januvia) tablet 1x1-rapor gerektirir)

Eski tip 2 diyabetik, kontrolsüz ve zayıflamaya başlamış, kan şekeri 300 mg/dl, HbA1c değeri %10 olan hastada tedavi örneği

Rp

- Metformin 1000 mg (Glucophage, Glukofen, Matofin)tablet 2x1/2 (ilk 10 gün), 2x1 sürekli tok
- Gliklazid 30 mg (Diamicron MR, Betanorm MR, Efikas MR) tablet 1x2 sabah aç
- Sitagliptin 100 mg (Januvia) tablet 1x1-rapor gerektirir

Kontrolü Kötü Tip 2 Bir Hastada Oral Antidiyabetik ve İnsülin Kombinasyonu

Rp

- Metformin 1000 mg (Glucophage, Glukofen, Matofin) tablet 2x1/2 (ilk 10 gün), 2x1 sürekli tok
- Nateglinid 120 mg (Starlix, Incuria) tablet 3x1 yemekten 20-30 dakika önce
- İnsülin Glarjin (Lantus solostar) 1x20 ünite
- Kalem iğnesi (Novofine, B-D microfine) 8mm iğne ucu 1x1

■ *Diğer testler:*

- Altta yatan sebep bulunamayan seçilmiş bazı vakalarda pulmoner kapiller wedge basınç ölçülebilir PCWP >25 mmHg ise kardiyak bir neden, PCWP normal veya < 25 mmHg ise nonkardiyak ödem düşünülür.
- Ekokardiografi: Eğer varsa kapak lezyonunu ve kardiyomiyopatiyi gösterir.

Tedavi

- Akut akciğer ödeminde olan hastalarda postür dik duruma getirilerek venöz dönüş azaltılır ve akciğerlerdeki ventilasyon-perfüzyon sahası artırılır.
- Oksijen tedavisi ile $PO_2 > 60$ mmHg'nın üzerine çıkarılmalıdır. Gerekğinde grişimsel olmayan basınç destekli ventilasyon kullanılmalıdır.
- İntravenöz morfin başlangıçta 4-8 mg intravenöz verilir, daha sonra 2-4 saat arayla tekrarlanabilir. Morfin tedavisi ön yükü azaltır, venöz kapasiteyi artırır, anksiyeteyi giderir. İntravenöz furosemid, 40-80 mg
- Vazodilatatörler: bozulmuş diastolik fonksiyon ve artmış kan basıncı akut akciğer ödeminde sebep olur.
- Hasta monitorize edilmelidir.
- Nitrogliserin : Hızlı etki için dilaltı da verilebilir (0.4-0.8 mg, 3-5 dakikada bir)(İsordil tb).
- İ.v infüzyon yoluyla da verilebilir. Subakut durumda başlangıç doz 0.2-0.4 mcg/kg/dk dozunda olmalıdır. Dozu semptomlara ve ortalama arter basıncı düzeyine göre artırılabilir. Doz 300-400 mcg/kg/dk'a kadar çıkılabilir. (PERLİNGANİT ampul)
- Sodyum nitroprusid (NİPRUS): güçlü vazodilatatördür. Dikkatli hemodinamik monitorizasyon gerektirir. (genelde arter basınç hattı gerektirir) Başlangıç dozu 0.1-0.2 mcg/kg/dk olup her beş dakikada titre edilerek tansiyon ve klinik cevabı sağlayana kadar titre edilebilir. Tiyosiyonat toksisitesi gelişebilir. Ciddi renal disfonksiyonda dikkatli kullanılmalıdır.
- Diüretik : Furosemid, (LASİX, DESAL): Akut akciğer ödeminde diüretiklerin intravasküler volümü azaltıcı etkileri yanında hızlı vazodilatatör etkilerinden de yararlanır. Hastalar daha önce diüretik kullanmıyorsa 20-40 mg i.v furosemide hızlı yanıt verir. Eğer kullanıyorsa oral dozla aynı veya sürekli infüzyonla (5mg/saat-40 mg/saat) verilmelidir. İ.v diüretik kullanıldığında hastanın kuru ağırlığı da hesap edilmelidir. Hipotansiyon, hipokalemi, hipomagnezemi, hipokalsemi ve renal azotemi açısından da hasta takip edilmelidir.
- İnotrop destek: vazodilatatör ve diüretik tedaviye rağmen dekompanse kalp yetmezliğinde semptom ve bulgular düzelmiyorsa hemodinamik monitorizasyonla beraber inotrop destek düşünülmelidir. İnotrop destek geçici hemodinamik destek sağlar ve sağkalımı iyileştirdiği görülmüştür.
- Dobutamin: 2.5-5 mcg/kg/dk hızında başlatılır. Hemodinamik cevaba göre 30 dakikada bir 1-2 mcg/kg/dk hızında doz artırılır. Maximum doz 15-20 mcg/kg/dk'dır.
- Pozitif basınçlı ventilasyon: hipoksik akut akciğer ödeminde önerilir. Entübasyonu önlemek için düşünülebilir.
- Ultrafiltrasyon: belirgin kardiyorenal kötüleşmede farmakolojik diüreze alternatif olarak kullanılmaktadır.

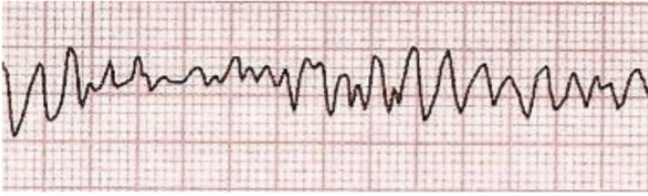
- Başlangıç dozu 1 mg/kg
- 0.5 mg/kg takiben her 5-10 dakikada
- Maksimum total doz 3 mg/kg
- Not: lidokain (Aritmal amp. %2'lik 5cc: 100 mg aritmal içerir.)
- Cordorone ampul 150 mg içerir.
- Elektriksel kardiyoversiyon
 - Monomorfik ventriküler taşikardi ise 100 j senkron kardiyoversiyon (monofazik defibrilatörde)

Uzun Dönem Tedavisi

- Ventriküler taşikardi çok tehlikeli bir aritmidir ve çoğu durumda alta yatan kalp hastalığının bir göstergesidir. Antiaritmik ilaçlar rekürrens önlenmesinde etkili olabilesine rağmen, klinik çalışmalarda prognozu iyileştirdiği gösterilememiştir. Bu hastaların çoğu ani ölüm riskine sahiptir. Sustained ventriküler taşikardi ile başvuran tüm hastalarda aritmiyi sonlandıracak implante edilen defibrilatörler düşünülmelidir.

Ventriküler Fibrilasyon/Nabızsız Ventriküler Taşikardi

- VF ve nabızsız VT ilk dakikalarında en önemli girişim çevredekilerin erken kardiyopulmoner resüsitasyon ve erken defibrilasyon yapmasıdır.
- Ventriküler fibrilasyon



- Ventriküler fibrilasyon, EKG'de dakikada 150'nin üzerinde, değişik büyüklük ve şekillerde (kaba veya ince fibrilasyon), düzensiz dalga ve elektrikselsel aktivite olarak görülür. Bu ritimde nabız alınamaz. İki arrest ritminin arasındaki tek fark defibrilasyon işlemidir. VF/nzVT(nabızsız VT)'nin tedavisi defibrilasyondur. Algoritmada görülen diğer tedbirler genel olarak aynıdır. KPR'de prognozu etkileyen tek faktörün defibrilasyon olduğu ileri sürülmektedir. Ventriküler fibrilasyonun başlaması ile defibrilasyon uygulanması arasındaki zaman ne kadar kısa ise hastanın yaşama dönme şansı o kadar yüksektir. Ventriküler fibrilasyonlu bir hastanın, defibrilasyon yapılmadan geçen her dakikada, yeniden yaşama dönebilme şansının, yaklaşık olarak %7-10 azaldığı gösterilmiştir. Defibrilasyon beş dakika geciktiğinde, sağ kalım şansı %50 azalır. Bu nedenle defibrilasyon, VF / nz VT fark edilir fark edilmez yapılmalıdır.
- Defibrilasyon (DC – direct current şok tedavisi) :
 - Vulnerabl peryoddan kaçınılacak şekilde DC şokun zamanlaması gerekmektedir. Ventriküler fibrilasyon durumunda asenkronize şok verilmelidir. Çünkü defibrilatörler R dalgasının pikinden 0.02 saniye sonra uyarı çıkaracak şekilde düzenlenmiştir. Elektrod jeli sürülmüş bir elektrod sağ parasternal

HİPERLİPİDEMI

- Hiperlipidemi, kanda dolaşan yağ (lipid) miktarı artışının bilimsel olarak tanımlanmasıdır. Hiperlipidemi, genetik faktörlere, şişmanlığa, hareketsiz ve stresli bir yaşama, aşırı tütün kullanımına bağlı olarak ortaya çıkabilir. Bazı hastalıklar da hiperlipidemiye zemin hazırlayabilirler (hipotiroidi, diyabet, hamilelik, böbrek hastalıklarının bir kısmı gibi).
- Dislipidemi tedavisinde LDL-K tedavinin ilk hedefidir. Yüksek LDL-K düzeyleri Koroner arter hastalığı (KAH) riskini artırırken, düşük HDL-K düzeyleri KAH için bağımsız prediktör olarak kabul edilmektedir.
- Tedavide kolesterolden fakir beslenme (örneğin soya fasulyesi ve soya yemekler güçlü antioksidan içerirler ve LDL'yi düşürürler, soğuk deniz balıkları (somon, sardalya, uskumru) omega-3 yağ asitleri içerirler ve trigliseritleri azaltabilmektedirler), kilo verilmesi, düzenli egzersiz yapılması ve sigaranın kesilmesi gibi tedavi edici yaşam tarzı değişiklikleri bütün hastalara önerilmekte, ancak KAH için kısa ve/veya uzun süreli risk taşıyan kişilerde, istenen LDL-K düzeyine ulaşmak için çoğunlukla statinler kullanılmaktadır.
- Bir bireyin KAH riskini ve tedaviye ihtiyacını belirlemede ilk yapılması gereken serum kolesterol düzeylerinin değerlendirilmesi ve sınıflandırılmasıdır. National Cholesterol Education Program (NCEP) ATP III kılavuzu, dislipidemiye yaklaşımda kişinin KAH riskini göz önüne almaktadır. Buna göre hastalar güncellenmiş ATP III'e göre yüksek, orta ve düşük riskli olmak üzere 3 gruba ayrılmakta ve bu risk gruplarına göre tedavi önerilmektedir.

Yüksek Risk Grubu

- Koroner arter hastalığı veya periferik arter hastalığı,
- Abdominal aort anevrizması,
- Karotis arter hastalığı gibi KAH eşdeğeri başka bir aterosklerotik damar hastalığı,
- Diyabet ya da iki veya daha fazla major risk faktörü olan hastalar,
- Yüksek risk grubunu oluşturmaktadır.
- Bu hastalarda LDL-K 100 mg/dL'nin altında olmalıdır. LDL-K değeri ≥ 100 mg/dL ise LDL-K düşürücü tedavi yaşam tarzı değişiklikleri ile birlikte başlanabilir, LDL-K düşürücü tedavi artırılabilir; statin dozu yükseltilebilir veya ikinci bir ilaç eklenebilir.
- Hastada TG yüksekliği veya HDL-K düşüklüğü varsa buna yönelik tedavi yapılabilir. Bazal LDL-K düzeyi <100 mg/dL ise, LDL-K değeri <70 mg/dL olacak şekilde LDL-K'ü düşürücü ilaç tedavisinin verilmesinin, tedavi edici bir yaklaşım olacağı vurgulanmıştır. Statinler bu durumda kullanılacak ilk seçenek ilaçlardır.
- Güncellenmiş ATP III'e göre LDL-K'ü 70 mg/dL'nin altına düşürmenin faydalı olabileceği hastalar çok yüksek riskli hastalardır. Bunlar;
 - Kanıtlanmış aterosklerotik kardiyovasküler hastalıkla birlikte
 - Çoklu risk faktörleri (özellikle DM) veya
 - Ciddi ve kontrol edilemeyen veya güçlükle kontrol edilen risk faktörleri (sigara) veya

- Clopidogrel (Plavix, Planor, Karum, Pingel, Diloxol) 300-600mg yüklemeyi takiben 75 mg/gün
- Nitrat (IV, sublingual veya dermal). Kontrendikasyon yoksa İV nitrat verilir, Kan basıncı 90 mmHg altına inerse, nabız 110/dak. üzerine çıkarsa veya 50/dak. altına inerse hemen, yoksa 24-48 saat sonra doz azaltarak kesilir.
- Nitrata rağmen ağrı devam ediyorsa IV Morfin, 2-5mg (5-30 dk'da bir tekrar edilebilir)
- Heparin (unfraksiyone ya da düşük molekül ağırlıklı)
- Hipotansiyon (SKB <90 mmHg) ve bradikardi (KH <60/dk) yok ise IV beta-bloker (metoprolol succinate (Beloc amp), 10'ar dk ara ile bir amp (5mg) yavaş puşe, maksimum 3 amp (15mg)
- Ağrı refrakter ise veya beta-bloker kullanımı kontraendike ise non-dihidropiridin grubu kalsiyum kanal blokerleri (Diltiazem, Verapamil) kullanılabilir
- Yüksek riskli hastalarda, özellikle de perkütan revaskülarizasyon planlanıyorsa glikoprotein IIb/IIIa reseptör blokerleri (Aggrastat flakon) verilmelidir.

■ Revaskülarizasyon

- Yüksek riskli hastalarda erken dönemde perkütan koroner girişim uygulanır
- Anjiyoplasti ile başarı sağlanamayan ya da anjiyoplasti yapılamayacak olan hastalara koroner arter baypas greft operasyonu uygulanmalıdır
- Hemodinamik olarak stabil olmayan hastalara intraaortik balon eşliğinde revaskülarizasyon uygulanmalıdır.

Yüksek Risk Belirtileri

■ (Bir risk belirtisi varlığı invaziv strateji endikasyonu için yeterlidir).

- Medikal tedaviye rağmen uzamış istirahat ağrısı
- Medikal tedaviye rağmen tekrarlayan angina
- Aktif EKG değişiklikleri (Prekordiyal veya standart derivasyonlarda yan yana en az 2 derivasyonda 1 mm veya 1 mm'i aşan ST depresyonları veya dinamik T dalga değişiklikleri), Yeni veya muhtemelen yeni ST segment depresyonu
- Hemodinamik açıdan stabil olmayan hastalar (Hipotansiyon, S3, yeni staz ralleri, yeni mitral yetersizliği)
- Tekrarlayan angina /iskemi ile birlikte kalp yetersizliği semptomları
- Troponin T veya I'nın yükselmesi
- Ekokardiyografide sol ventrikül sistolik fonksiyon bozukluğu (EF<%40)
- Non invaziv stress testinde yüksek risk bulguları
- Sustained VT
- 6 ay içinde perkütan koroner girişim geçirmek
- Daha önceden Bypass geçirmek

■ Glycoprotein IIb-IIIa reseptör antagonisti başlanan hastalara kontrendikasyon yoksa acil koroner angio planlanır. Antiagregan ve Gp IIb-IIIa reseptör antagonisti kesilmeden, PTCA yapacak merkezle iletişim kurularak angio ve PTCA yapılabilir. Gp IIb-IIIa reseptör antagonisti başlanmamış hastalara invaziv girişim sırasında da ilaç başlanabilir.

sürülerek, dil ve ağız mukozasına değdirilmeden alınmasına dikkat edilmelidir. Özellikle antibiyotik olarak gelen hastalarda boğaz kültüründen olumlu sonuç alınamaz. Bu durumda hasta serumunda ASO araştırılır. Erken dönemde ASO'nun yüksek bulunamayabileceği unutulmamalıdır.

- **Tedavi:** Streptokok boğaz enfeksiyonlarında antibiyotik tedavisi gereklidir. Tedavi ile hem klinik belirtiler kısa sürede gerilemekte hem de post streptokoksik (özellikle akut eklem romatizması) komplikasyonların görülme sıklığı azalmaktadır. Bu enfeksiyonların tedavisinde seçilecek ilk ilaç penisilindir, penisiline allerjisi olanlarda eritromisindir.

Rp

- Benzatin penisilin G (Penadur), erişkinde 1.200.000 Ü, 30 kg'ın altındaki çocuklarda 600.000 Ü, i.m (tek doz) uygulanmalıdır. Ağır olgular ve süpüratif komplikasyonlarda ilk 3-5 gün, günde iki kez 800.000 Ü penisilin (Pronepen, Devapen) sonra benzatin penisilin G (tek doz) yapılır. Oral penisilinler (Pen-Os), birinci kuşak sefalosporinler (sefalekssin, sefradin, sefazolin) de tedavide kullanılabilir. Tedaviler 10 gün uygulanmalıdır.
- Penisiline allerjisi olanlarda eritromisin (Eritrocin) 20-40 mg/kg/gün, azitromisin birinci gün 1x500 mg, sonraki günler 1x250 mg olacak şekilde toplam 3-5 gün kullanılır.
- Antiinflamuar tedavi Diklofenak (Dolorex tb) 2X1,

SITMA

- Sıtma, Anofel cinsi sivrisineklerin insanlardan kan emerken plasmodium türü parazitleri bulaştırması ile meydana getirilen enfeksiyöz bir hastalıktır. Hastalığın en önemli özelliği, bulaştırılan plasmodium türüne göre değişen titremeli nöbetler şeklinde gelen ateş, anemi ve splenomegali gibi belirtilere sebep olmasıdır. Önemli komplikasyonlara neden olur ve tedavisiz olgular kronikleşmeye meyillidir. Günümüzde korunma ve tedavi olanakları olmakla beraber, plasmodiumların sıtma ilaçlarına direnç kazanması önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Sıtmanın endemik olduğu yerlere turistik seyahatlerin epidemiyolojik önemi vardır.
- **Klinik:** İnkübasyon süresi Plasmodium türüne göre değişmekle birlikte ortalama 14 gündür. Bulgu ve semptomlar değişken olmakla beraber, çoğu kez hastada başka nedenlerle açıklanamayan baş ağrısı, sırt ağrısı, miyalji, bulantı, kusma gibi non-spesifik semptomlara ek olarak, nöbet tarzında ve sıtmaya yol açan türler arasında farklıklar gösteren, genelde tekrarlayan, üşüme titreme ile yükselen ve yoğun bir terleme ile düşen ateş tipiktir. Ateş 39-40°C olabilir. En ciddi komplikasyonu fatal seyreden dalak rüptürüdür. Tedavi edilmemiş veya yetersiz tedavi edilmiş olgularda uzun süre sessiz dönemlerden sonra relapslar gelişebilir.
- Tanı koymak için kan yayması ile kalın damla preparatlarının incelenmesi gerekir. Malaria tanısı ancak Plasmodium'lerin görülmesi ile konulur. Kalın ve ince yaymada plasmodium görülmemesi tanıyı dışlamaz. Sıtma şüphesi

haftanın sonunda ateş 39°C'ye ulaşır. İkinci hafta boyunca ateş yüksek seyreder, hasta dalgındır ve şuuru bulanıktır. Nabız sayısı ateşe paralel olarak artmaz (relatif bradikardi). Karında gaz ve şişkinlik olup, yüz soluk, dudaklar kuru ve çatlak, dil paslıdır. Hastaların yarıya yakınında ishal, yarıdan fazlasında ise kabızlık vardır. Üçüncü haftanın sonunda düşmeye başlayan ateş, dördüncü haftanın sonunda normale iner.

- Tifoda, paratifoda daha sık olmak üzere bazı komplikasyonlar görülür. Bunlar; bağırsak perforasyonu, safra yolları enfeksiyonu, perikardit, miyokardit, osteomyelit, orşit, karaciğer ve dalak apseleri, yumuşak doku enfeksiyonları vb. tablolardır. Tifoya bağlı ölüm oranı %1-2 civarındadır. Taşıyıcılığın bir yıldan daha uzun süre devam etmesi durumunda kronik taşıyıcılıktan söz edilir.
- Salmonella enfeksiyonlarından korunma, kişisel hijyen kurallarının eksiksiz uygulanmasına, tüketilen su ve gıdaların temiz olmasına, sağlıklı bir atık giderim sisteminin kurulmasına, kronik taşıyıcıların tespit edilip tedavi edilmesine bağlıdır. Taşıyıcıların gıda ve su ile ilişkili işlerde çalışmaları engellenmelidir. Tifodan korunmak için üretilen çeşitli aşılar bulunmasına rağmen, bunların koruyuculuğu yeterli değildir. Aşı geliştirmekte olan ülkelere giderek kontamine su ve gıdalarla karşılaşacak olan kişilere, laboratuarda *S.typhi* ile çalışanlara ve kronik taşıyıcıların aile bireylerine uygulanabilir. Antibiyotik tedavisi tifo ve paratifoda 14 gün, lokal organ enfeksiyonlarında ve kronik taşıyıcılığın giderilmesinde 4-6 hafta sürdürülür. Tedavide seçilecek ilaçlar seftriakson ve siprofloksasindir.

Rp

- Seftriaksoin 1 g flk (Rocephin, Novosef, İceef vb) 1X2 iv/im 14 gün kullanılır.
- Siprofloksasin 500 mg tb(Ciproxin, Cipro vb), 2X1 oral 14 gün kullanılır.

TOKSOPLAZMOZ

- Toksoplazmoz, bir protozoon olan *Toxoplasma gondii*'nin neden olduğu, dünyanın her yerinde sorun olmaya devam eden yaygın bir paraziter enfeksiyondur. İmmün sistemi sağlıklı olan kişilerde latent seyreden toksoplazmoz, gebelik ve immün yetmezliği olan hastalarda yaşamı tehdit eden bir hastalık konumundadır. Ülkemizde ve dünyada prevalansın oldukça yüksek olduğu belirlenmiştir. Özellikle potansiyel tehlike olarak dokularda, bradizoit formda bekleyen *T. Gondii* immün yetmezlik durumlarında reaktif olarak yaygın enfeksiyona yol açması yüksek bir olasılıktır. Bugüne kadar önerilen sağaltım şekillerinde kullanılan tüm kemoterapötikler yalnızca takizoit formlara etkili olup doku kistleri ilaçlara dirençlidir.
- Toksoplazmoz insan ve hayvanlara, genel olarak parazitlerle enfekte hayvanlardan, bazen hamile iken enfekte olan anneden fetusa bulaşmaktadır. Kedi dışkıyla atılan ookistlerle kontamine yiyeceklerin alınması, içme sularının içilmesi veya kirli ellerle oral yoldan bulaş olasıdır. Çiğ köfte, sucuk, salam, pastırma gibi besinleri yeme alışkanlığı toksoplazmozisin yayılımında etkindir.

etmenlere oldukça dirençli, oyuncak gibi cansız objelerde günlerce yaşayabilen ve bu nedenle kış aylarında, özellikle kreşlerde salgınlar yapabilen, alındıktan sonra mide asidinden etkilenmeden incebarsaklara geçen bir etkidir. Yüksek ateş, bulantı-kusma, karın ağrısı ve ishal vardır. Dehidratasyon diğer çocuk ishali etkenlerinin yol açtığından daha şiddetli, klinik seyir daha ağırdır. Ancak dışkıda lökosit artışı görülmez.

- **Diğerleri:** İnsana özgü bir protozoon olan *Giardia intestinalis*'in kistleri klorlama ve mide asidine dayanıklıdır. Kist ile kontamine suyun içilmesi/sebzelerin pişirilmeden yenmesi, infekte ellerle besine temas gibi fekal-oral yollarla bulaşır. *Cryptosporidium parvum*, özellikle AIDS gibi hücrel immünite defekti olan hastalarda fulminant ishal tablolarına yol açar. Pseudomembranöz kolit; genelde *C.difficile* tarafından gelişen bir tablodur. Bu tablo, genellikle klindamisin, linkomisin, ampisilin gibi antibiyotiklerin kullanımına bağlı olarak gelişir.

- Gastroenteritlerin tanısında en önemli aşama, hasta ve hastalık hakkında ayrıntılı bir anamnez almaktır. Hastanın mesleği, dışkılama özellikleri, aldığı ilaçlar (antibiyotik ve laksatif), beslenme alışkanlığı, konağın sistemik hastalıkları ve immünitesi, toplu yaşama (kreş, kışla), seyahat, dışkının özellikleri (kan-mukus içeriği, dışkılama sayısı, miktarı) sorgulanmalıdır. Ayrıca hasta da dehidratasyon varlığı (idrar miktarında ve terde azalma, susuzluk hissi, ağız kuruluğu) de değerlendirilmelidir.
- Hastalara eksiksiz bir fizik muayene yapılmalıdır. Genel durum bozukluğu, aşırı halsizlik, baygınlık hissi, dalgınlık, oryantasyon bozukluğu gibi belirtiler çok önemlidir. Özellikle hastalığın şiddetine göre ağır dehidratasyonu gösteren idrar, ter, gözyaşı kaybı, normal vücut ağırlığının %10'undan fazlasının kısa süre içinde kaybedilmesi gibi belirtiler saptandığında en kısa sürede tedaviye başlanmalıdır. Cilt turgoru ve dil kuruluğu da kabaca bilgi verebilir. Hastada karın muayenesinin özel bir değeri vardır. Peritonite özgün bulgular ya da özel ağırlı noktalar dikkatle araştırılarak akut batin ekarte edilmelidir. Hastanın klinik tablosu belirlendikten ve gerekli acil girişimlerde bulunulduktan sonra laboratuvar tanıya geçilmelidir. Öncelikle hemogram yapılarak hemokonsantrasyon olup olmadığı, invaziv ishaller açısından lökositozun belirlenmesi oldukça önemlidir. Tanı çoğunlukla, dışkının incelenmesi ile konulabilmektedir. Makroskopide dışkı sulu ise, mukus ve kan yok ise büyük olasılıkla kolit değildir. Yağlı dışkılama ile karakterize olan giardiyazda tipik dönme hareketleri ile *G.intestinalis* kolayca tanınabilir. Hastalığın hızla geliştiği tipik kolera tablosunda ise genelde dışkı çok suludur ve karanlık alan mikroskopisinde ya da kısık ışıkta uçurcasına hareket eden vibriyonların görülmesi ile tanıdan kuşkulunılır. Tabi ki tanıda altın standart, etkenin kültürde üretilmesidir. Makroskopide dışkı kanlı ve mukuslu ise; öncelikle invazyon yapan bakteriyel etkenler düşünülmelidir. Dışkıda genellikle bol miktarda lökosit ve eritrosit gözlenir. Ayrırcı tanıda, anamnezde *C.difficile* kolitinden kuşkulandıracak bir özellik var ise, dışkıda *C.difficile* toksin A/B arayarak veya gereğinde sigmoidoskopi yapılarak tanıya gidilir. Genç hastalarda hiçbir bakteriyel etiyoloji desteklenemiyorsa; karın ağrısı, kilo kaybı, artralji, anemi ve yüksek ateş ile seyreden kanlı-mukuslu ishal olgularında kronik inflamatuvar barsak hastalıkları akla gelmelidir. Radyasyon alma öyküsü, benzer dışkı özelliğindeki ishallerde

ROSEOLA İNFANTUM (6. HASTALIK)

Şikayet

- Yüksek ateş. Bazı olgularda hafif faringeal inflamasyon ve burun akıntısı.

Tanı

- Yüksek ateş üç-dört gün sürer. Daha sonra ateşin düşmesi ile birlikte yaygın eritematöz döküntüler ortaya çıkar. Ateş 41 C'ye kadar yükselebilir. Ateşle birlikte ilk 24 saatte lökositoz ve nötrofil artışı gözlenebilir. Döküntü ortaya çıktıktan 24 saat sonra solar.

Tedavi

- Spesifik tedavisi yoktur. Ateş için antipiretikler kullanılabilir. Febril konvülsiyon yönünden dikkatli olunmalıdır.

Rp

10 kg çocuk

- Calpol susp 4x1 ölçek

KIZAMIK

Şikayet

- Prodrom döneminde ateş, burun akıntısı, konjonktivit, öksürük bulunur. Ağız içindeki Koplik lekeleri de bu dönemde ortaya çıkar ve döküntünün üçüncü gününde tamamen kaybolur. Burun akıntısı zamanla pürülan hale dönebilir. Konjonktivit ile birlikte fotofobi de bulunabilir. Döküntü saç, alın ve enseden başlar, yüz ve boyuna, üst ekstremitelere ve gövdeye yayılır. Avuç içi ve ayak tabanında da döküntü görülebilir.
- Prodrom dönemindeki Koplik lekeleri patognomoniktir. Döküntü yüz ve boyunda konfluans özelliği gösterir. Döküntü üçüncü günden sonra hafif kahverengi bir leke bırakarak kaybolur. Bu esnada hafif bir pullanma görülebilir. Döküntü ile birlikte iştahsızlık, düşkünlük ve lenfadenopati bulunabilir. Döküntünün üçüncü gününde hala ateş varsa, komplikasyon düşünülmelidir.

Tanı

- Kızamıklı bir vaka ile temas öyküsü, prodrom dönemi, döküntülerin niteliği ve Koplik lekelerinin varlığı tanı için yol göstericidir. Nazofaringeal sekresyonlar, konjonktivalar ve idrardan yapılan hücre kültürlerinde virüs gösterilebilir. Döküntü başladıktan hemen sonra serum antikor düzeyi bakılabilir ve 2-4 hafta sonra bakılan antikorlar ile karşılaştırılır. IgM antikorları 30-60 günde kaybolur.

Komplikasyonlar

- Süpüratif artrit ve osteomyelit görülebilir. Meningoensefalit, intrakraniyal kanama, endokardit, pnömoni, plevral efüzyon, difüz interstisyel nefrit görülebilir.

Tedavi

- Sekiz yaşın üzerinde Doksisiklin 200 mg/gün (po), 6 hafta; streptomisin 1 g/gün im 1-2 hafta veya gentamisin 3-5 mg/kg/gün im 1-2 hafta,
- 8 yaşın altında, trimetoprim-sulfametaksazol 10 mg/kg/gün, rifampin 15-20 mg/kg/gün, 45 gün verilir.

Korunma

- Sütler kaynatılarak kullanılmalı ve hayvan hastalıklarına karşı önlem alınmalıdır.

Tedavi

- Sekiz yaşın üzerinde Doksisiklin 200 mg/gün (po), 6 hafta; streptomisin 1 g/gün im 1-2 hafta veya gentamisin 3-5 mg/kg/gün im 1-2 hafta,
- 8 yaşın altında, trimetoprim-sulfametaksazol 10 mg/kg/gün, rifampin 15-20 mg/kg/gün, 45 gün verilir.

Rp

8 yaşın altında

- Bactrim tb 2x1 ¼ tb (45 gün)
- Rifampin 15-20mg/kg/g (45 gün)
- 8 yaşın üzerinde:
- Monodoks cap 100 mg 2x1 (6 hafta)
- Streptomisin 1 g fl 1x1 (1-2 hafta)

SEPTİK ARTRİT

Şikayet

- Tutulan eklemde şişlik, eritem, sıcaklık, hassasiyet ve buna bağlı olarak hareket kısıtlılığı gözlenir. Ateş ve titreme ile akut başlayabilir veya hareket azalması şeklinde sinsi başlayabilir.

Tanı

- Klinik bulgulara ilaveten lökositoz, sedimentasyon yüksekliği bulunur. Kesin tanı artrosentez ile alınan eklem sıvısında püy görülmesi ve kültürde üreme olması ile konur. H influenza'ya bağlı artritte hemokültür %85 pozitif bulunur.

Tanı

- Destekleyici bulguların varlığında, Jones kriterlerinden iki major veya bir major ve iki minör bulgunun bir arada bulunması ile tanı konur.
- Major bulgular: Kardit, artrit, kore, eritema marginatum, subkutan nodüller.
- Minor bulgular: Artralji, ateş, CRP ve sedimantasyon yüksekliği, uzamış P-R intervali.
- Destekleyici bulgular: Boğaz kültüründe streptokok üremesi, hızlı streptokok antijen testlerinde pozitiflik, yüksek streptokok antikor titres.

Tedavi

- Antibiyotik tedavisi: Boğaz kültüründe üreme durumuna bakılmaksızın 1 200 000 ünite benzatin penisilin im yapılır. Penisilin alerjisi varsa eritromisin 40 mg/kg/gün 10 gün verilir.
- Antienflamatuar tedavi: Artrit varsa aspirin 90–100 mg/kg/gün iki-üç hafta po verilir. Daha sonra doz 60–70 mg/kg/gün düşölerek iki-üç hafta daha devam edilir. Kardit varsa, prednizolon 2 mg/kg/gün iki-üç hafta po verilir, daha sonra yavaş yavaş azaltılarak iki-üç hafta daha devam edilir. Son hafta aspirin 90–100 mg/kg/gün eklenir ve iki-üç hafta aspirin kullanılarak tedavi kesilir. Steroid kullanımı sırasında iştah artması, akne, tüylerde artış, yağ birikimi gözlenebilir ve ilacın kesilmesi ile eski haline döner.
- Aktivite sınırlaması: Poliartrit varsa bir-iki hafta kesin yatak istirahati uygulanır. Dört-altı hafta sonra okula başlayabilir. Kardit varsa dört-altı hafta kesin yatak istirahati uygulanır. İki-üç ay sonra okula başlayabilir.
- Kore varsa haloperidol 0.5–2.5 mg/doz po uygulanır.
- Korunma: Streptokok infeksiyonlarının önlenmesi için sekonder koruma uygulanır. Yalnızca poliartriti olanlarda 21 yaşına kadar, karditi olanlarda yaşam boyu profilaksi uygulanır. Bu amaçla üç haftada bir 1.200.000 ünite benzatin penisilin im uygulanır. 50 kg üzeri çocuklarda doz 2.400.000 ünedir. Penisilin alerjisi olanlarda eritromisin 250 mg/doz, günde iki kez po verilir.

Rp

10 kg çocuk

- Deposilin 1 200 000 U im
- Aspirin tb 0,5 g 2x1
- Prednol tb 16 mg 1 + ½ tb
- Norodol tb 10 mg 2x1

FEBRİL KONVÜLZYON

Şikayet

- Altı ay – altı yaş arasında görülür. MSS infeksiyonu dışındaki ateşli bir hastalık sırasında konvülsiyon geçirilir. En sık üst solunum yolu infeksiyonları, otitis media, herpes virüs tip 6 infeksiyonları sırasında görülür. Ateş genellikle 38,4 C üzerindedir.

Rp

10 kg çocuk

- Flagyl süsp 2x1 ölçek veya
- Andazol süsp 1x ½ ölçek
- Polivit sir 1x1 ölç

ASKARIYAZIS**Şikayet**

- Birçok hastada herhangi bir belirti yoktur. En sık rastlanan belirti ishaldir. Genellikle kan bulunmaz. Bulantı, iştahsızlık ve karında şişkinlik bulunabilir. Nadiren artralji, miyalji, ürtiker görülebilir.

Tanı

- Taze dışkıda yumurta veya erişkin parazitler görülebilir. Baryumlu grafilerde barsakta opak gölgeler görülebilir. Periferik yaymada eosinofili vardır.

Tedavi

- Albendazol tek doz 10 mg/kg/doz po
- Mebendazol 100 mg tb 2x1 3 gün po
- Pyrantel pamoat 11 mg/kg/gün tek doz.

Rp

10 kg çocuk

- Andazol süsp 1x ½ ölçek veya
- Vermazol tb 2x1 veya
- Kontil süsp ½ ölçek

KIL KURDU (OKSİYUR)**Şikayet**

- Birçok hastada herhangi bir belirti yoktur. En sık rastlanan belirti ishaldir. Genellikle kan bulunmaz. Bulantı, iştahsızlık ve karında şişkinlik bulunabilir. Nadiren artralji, miyalji, ürtiker görülebilir.

Tanı

- Anüs etrafında dişi helmint veya yumurtaları bulunabilir. Bu amaçla selofan-bant yöntemiyle örnek alınır. Normal dışkı tahlilinde görülmesi zordur.

Tanı

- Klinik bulguların yanı sıra, serum albumin, insülin ve IGF-1 düzeylerinde azalma, hipopotasemi, hipokalsemi, hipomagnezemi, anemi görülebilir. Lökopeni ve trombositopeni nadirdir. Tüberküloz enfeksiyonu sık olduğu için PPD yapılması yerinde olur.

Tedavi

- Hafif vakalarda ishal ve enfeksiyonlar sık görüldüğü için, bu enfeksiyonların tedavisi yapılır. Genellikle hastaneye yatırılmalarına gerek kalmaz. Çocuğun uygun şekilde beslenmesi gerekir. 2-3 g/kg/gün protein ve 100 –150 kcal/kg/gün kalori almasına gayret edilir. Günde en az beş öğün beslenmeli ve yöresine uygun dengeli besinler verilmelidir. Enerjiyi artırmak için yemeklere zeytinyağı veya tereyağı eklenebilir.
- Ağır vakaların hastanede tedavi edilmesi uygundur. Dehidratasyon, elektrolit bozuklukları ve anemi düzeltilmelidir. Ödemli çocuklarda sıvı tedavisi dikkatli yapılmalıdır. Enfeksiyon varsa uygun antibiyotik tedavisi verilir. Açık yaralar varsa, yara kültürleri alındıktan sonra uygun antibiyotikler başlanır. Herpes enfeksiyonu varsa, asiklovir kullanılır. Oral moniliyazis varsa, oral mikostatin kullanılır. Tüberküloz şüphesi varsa, PPD negatif olsa bile antitüberküloz tedavi başlanır. Yüksek proteinli ve kalorili diyet verilir, gerekirse nazogastrik besleme yapılır. Anne sütü alan bebeklerde anne sütüne devam edilir. Mama veriliyorsa laktozdan fakir bir diyet verilmesi yerinde olur. Yeniden beslenme sendromuna yol açmamak için enerji ve protein birdenbire aşırı miktarlarda verilmemelidir. Yağ emilimi bozuk olduğu için aşırı yağ vermekten de kaçınılmalıdır. Tüm vakalarda besinlere ek olarak multivitamin ve demir preparatları verilir. İshal geçirmiş çocuklarda diyetle magnezyum ve çinko da eklenmelidir. Aileye, olayın nedenleri ve korunma yöntemleri hakkında bilgi verilmelidir.

Rp

- Zovirax pom 2x1
- Mikostatin sol. 4x1ml po
- Polivit sir 1x1 ölç
- Ferrosanol B damla 2x 15 gtt

ERİZİPEL

Şikayet

- Üst solunum yolu enfeksiyonu, deride sıyrık veya erozyonlar veya mantar enfeksiyonundan iki-üç gün sonra deride küçük, parlak, eritemli bir plak başlar. Yüksek ateş, titreme, bulantı, kusma, eklem ağrıları, lökositöz bulunabilir. Daha sonra deride lokal ısı artışı ile birlikte ödemli, parlak eritemli, kenarları deriden kabarık, keskin sınırlı endürasyon şekline döner. Şiddetli olanlarda vezikül, bül, ekimoz gelişebilir. Yenidoğanda göbük çevresinde, daha büyüklerde yüz, burun veya yanaklarda görülebilir. Etken genellikle grup A hemo-

KOAH

- Sigara başta olmak üzere zararlı gaz ve dumanların neden olduğu hava yollarının tam dönüşümlü olmayan obstrüksiyonudur. İnflamasyon astımdan farklı da olsa KOAH'da da vardır.
- Eforla başlayan sonraki yıllarda günün tüm aktivitelerinde görülen nefes darlığı en sık yakınmadır. Daha geç yaşta başlaması, uzun süren tam düzelmeyen nefes darlığı, sigara içilmesi ve öksürük ile astımdan ayrılır. Tanıda solunum fonksiyon testleri önemlidir.
- Postbronkodilatör FEV₁/FVC < %70 ise KOAH tanısı konulur.
- Temel tedavi bronkodilatasyondur. Yetersiz kaldığında ve hastada atak sıklıkta anti inflamatuvar tedavi önerilir.
- KOAH tedavisinde tabloda ki şiddet sınıflaması esastır.
- KOAH tanısı almış evre 2 olguya verilecek reçete:

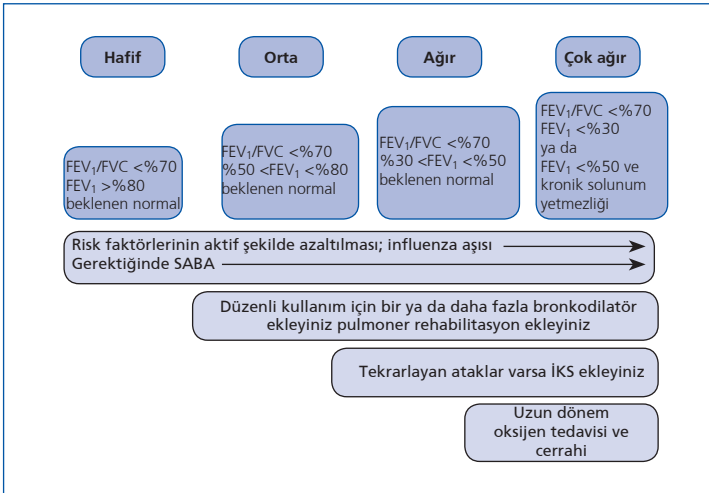
Örnek:

Rp

- 1. Tiotropium 18 mcg (spiriva) sabah kalkınca 1 inhale kapsül
- Sık atakları olan evre 3 KOAH'lı hastada reçete:

Rp

- 1. Tiotropium 18 mcg (spiriva) sabah kalkınca 1 inhale caps' e iki öneriden biri eklenir.
- 2. Fomoterol /budesonide 320 (symbicort fort) günde iki kez
Ya da
- Salmeterol/flutikazon 500 mcg (Seretide)



Rp

- 1-Tetradoks kp. DIB
S:1x1, tok
- 2-Aksil 5 Krem DIB
S:u.e. 1 kez/akşam
- 3-Differin Jel DIB
S:u.e. 1 kez/akşam

ALOPESİ AREATA

- Alopesi areata, saç folikülünün T lenfosit aracılığıyla gelişen bir otoimmün hastalığıdır. Saçlı deride, sakalda, kaş veya kirpiklerde yama şeklinde, bölgesel olarak kılların dökülmesiyle seyreder. Haftalar veya aylarca devam edebilir.
- Fizik muayenede genelde yuvarlak veya oval bir alanda tam saç kaybı görülür. Alanlar değişik çaplarda olabilir. Kısa ve kırık saçlar bölgenin periferinde tespit edilebilir; bu bölgedeki saçların çekilmesiyle kolayca geldikleri görülür. Tırnaklarda çukurlaşma belirtisi olabilir. Total formunda tüm saçlar kaybedilir, Üniversal formunda ise tüm vücut kılları ve saçların kaybı gelişir. Ağrı, kaşınma, yanma yoktur; skatris gelişmez; skalp tümüyle normaldir.

Tedavi

- İntralezyonel steroid tedavisi birinci seçenektir. Bunun için triamsinolon asetonid tercih edilir. Genelde 2,5-10 mg/ml konsantrasyonda, serum fizyolojik içinde sulandırılarak hazırlanır. İntradermal yöntemle, aylık aralıklarla, her defasında 5 mg/mL konsantrasyonluk karışımdan maksimum 3 ml olmak üzere enjeksiyon yapılır. Her enjeksiyon bölgesine yaklaşık 0,05-0,1 ml dozlarda ilaç verilir.
- Topikal kortikosteroid içeren krem ve losyonlar da tedavide yer alırlar.
- Topikal immunoterapi skalpte kontakt alerji indüksiyonu esasına dayanır. Kontakt duyarlandırıcı olarak difensipron (DPCP=diphenylcyclopropenone) tercih edilir. Ayrıca artık kullanımları daha kısıtlı olan Dinitrochlorobenzene (DNCB) ve Squaric acid dibutyl ester (SADBE) de bu gruba girer.
- Alopesi areata tedavisinde kullanılan topikal minoksidil, antralin, retinoik asit gibi ilaçların etkilerinin zayıf olduğu düşünülür.
- Sistemik kortikosteroid, sistemik veya topikal siklosporin, topikal takrolimus da tercih edilen tedavilerdendir.

Rp

- 1-Sinecort 40 mg amp DIB
S:İntralezyonel uygulama
- 2-Psivate Losyon DIB
S:u.e. 2 kez/gün
- 3-Minoxil Sol. %5'lik DIB
S:u.e 2 kez/gün

- Tanı fizik muayene ve anamnezle konur.
- Ayırıcı tanıda öncelikle kontakt dermatitler, palmoplantar püstülozlar, dermatofid reaksiyonu, bullöz tinea pedis, uyuz düşünülmelidir.
- Tedavide ilk seçenek orta ve yüksek potent kortizonlu kremlerdir (Dermapop, Elocon, M-Furo, Advantan, Dermovate, Psovate vb). Günde iki kez, iki-üç hafta kadar devam edilir. %0,1'lik topikal takrolimuslu kremler (Protopic Krem) kortizonlu krem tedavisine yardımcı olarak uzun süre kullanılabilirler.
- Şiddetli olgularda sistemik steroid kullanılabilir (prednisone; 0,5-1 mg/kg/gün, 1-2 hafta). Ayrıca sedasyon sağlamak için oral antihistaminikler verilebilir (Ataraks, Avil vb).

Rp

- 1-Elocon Krem DIB
S:u.e 2 kez/gün; 2 hafta
- 2-Sinecort 40 mg amp DIB
S: 1x1, IM, tek doz

EKTİMA

- Genelde alt ekstremitelerde; pretibial bölgede ve ayak dorsumunda ortaya çıkan; önce bir vezikülle başlayıp, daha sonra büyük bir vezikülopüstüler yapıya dönüşen, günler içinde iyice büyüüp ülserleşen, üzeri sarı krutlu kabukla kaplanan yaralardır. Hastaların çoğunlukla bir travma hikayesi vardır; immünsüpre hastalarda sıktır. Çocuk ve yaşlılarda da görülebilir.
- Tanı klinik muayene ile konur.
- Deri bakteri kültüründe A grubu Streptokoklar, Safilokokkus aereus görülür.
- Ayırıcı tanıda psödomonas aeroginosa bakteriyemisinde ortaya çıkan psödomonal ektima ekarte edilir.
- Tedavide semisentetik penisilinler veya eritromisin, oral olarak 7-10 gün kullanılırlar. Günde iki kez antibakteriyel yara bakımı, topikal antibiyotikli kremler (Bactroban, Fucidin vb) uygulanabilir.

Rp

- 1- Amoklavin 625 BID DIB
S: 2x1, 7 gün
- 2- Bactroban pm DIB
S: u.e. 2 kez/gün

FOLLİKÜLİT

- Sık olarak sakal bölgesi, boyun arkası, göğüs, karın, sırt ve üst baldır bölgesi gibi derinin kıl içeren bölgelerinde ortaya çıkan; eritematöz bir halo ile çevri-

- Tedavide öncelikle hastaya durum iyice anlatılmalı, elini uzak tutması gerektiği belirtilmelidir.
- Topikal kortizonlu pomadlar birinci seçenektir. Yüksek potent olanlar tercih edilirler (Psovate, Dermovate vb). Oklüzyonla uygulamalar daha iyi etki gösterirler.
- İntralezyonel steroid uygulaması da yine oldukça olumlu sonuçlar verir.
- Sedasyon yapan antihistaminikler kaşıntıyı kontrol etmede yardımcı olabilirler.
- Bazı durumlarda psikiyatri konsultasyonu gerekebilir veya tedaviye antidepresan ve anksiyolitikler eklenebilir.

Rp

- 1 Dermovate Pomad DIB
S: u.e 2 kez/gün

PEDİKÜLOZİS (BİTLENME)

- Sıklıkla saçlı deriye, gövde ve pubik bölge tüylerine yerleşir. En çok okul çocuklarında görülür. Şiddetli kaşıntı yapabilir. Bitlerin görülmesi zordur fakat saç ve tüylere yapışık duran sirkeleri kolaylıkla ayırt etmek mümkündür.
- Yerleştikleri bölgede zaman zaman lokal enfeksiyona ve lenfadenopatiye neden olabilirler.
- Saçlı deride gelişen diğer kepeklenmelerden ayırt edebilmek için şüpheli kepeği saçtan uzaklaştırmaya çalışmak yeterlidir. Çünkü sirkeler oldukça iyi yapışmışlardır, çekmeyle saça yapıştıkları yerden ayrılmazlar.
- Tedavide; %1'lik permetrin saç kremi (Zalvor, Kwellada) kullanılır. Uygulamadan sonra 10 dakika beklenmeli ondan sonra su ile temizlenmelidir. İnce aralıkla taraklar ile tedavi sonrası saçlar taranmalı, sirkeler toplanmalıdır.
- %3'lük Pyretrin şampuan; ıslak saça uygulanır. On dakika beklendikten sonra su ile temizlenir.
- Kaş ve kirpiğe yerleşimde saf vazelin günde iki kez, bir hafta kadar uygulanır, daha sonra mekanik olarak bit ve sirkeler uzaklaştırılır
- Genelde bütün uygulamalardan bir hafta sonra tekrar bir uygulama önerilir.
- Hasta yakınları, aile bireyleri de tedaviye alınır. Kişisel malzemeler, giysiler, yatak örtüleri, havlular, şapkalı vb mutlaka temizlenmelidir.
- Şüpheli eşyalar %2'lik lysol solusyonu içinde bir saat kadar bekletilebilir.

Rp

- 1. Zalvor Krem DIB
S: tarifen

- Sık ayak yıkama, abdest alma gibi nedenlerle tetiklenebilir. Sürekli kapalı ayakkabıyla kalma da önemli bir faktördür.
- Ayırıcı tanıda kandidiazis, psoriasis, alerjik kontakt dermatit, dishidrosis yer alır.
- Tedavi aynıdır.
- Ayakların ve ayakkabıların kuru ve temiz tutulması gerekir. Yıkama sonrasında bazen saç kurutma makinelerinden bile yararlanılır. Yine kuruluğu sağlamak için antifungal pudralardan yararlanılabilir.

Rp

- 1. Travacort Krem DIB
S: u.e 2 kez/gün
- 2. Exoderil Krem DIB
S: u.e 2 kez/gün ; 4-6 hafta

TİNEA VERSİKOLOR

- Gövdenin göğüs, sırt, karın, ense, kollar gibi kısımlarında ortaya çıkan, renkleri beyazdan, kırmızı-kahverengiye kadar değişebilen, oval veya yuvarlak maküler plak tarzı lezyonlarla seyrederek Etkin Malassezia furfurudur. Normal florada yer alır. Sebum üretiminin fazla olduğu bölgelere yerleşir. Yaz aylarında sık karşılaşılır. Diğer bölgeler bronzlaşırken bu bölgeler hipopigmente kalırlar.
- Tanı skuamlardan kazınarak hazırlanan KOH preparatında hifa veya sporların görülmesiyle konur. Wood ışığı incelemesinde lezyonlar sarı florasans verirler.
- Ayırıcı tanıda; nummuler ekzema, pityriasis rosea, sekonder sifiliz, seboroik dermatit, vitiligo bulunur.
- Tedavide selenyum sülfidli şampuanlar ve losyonlar (Selsun) kullanılabilir. İki hafta boyunca günde bir kez devam edilir. Daha sonra haftada bir kez olarak uygulamalar sürdürülebilir. Şampuanlar uygulandıktan sonra 10 dakika beklenir, daha sonra durulanır.
- Ketokonazollü Şampuanlar ve sprey losyonlar da (Ketoral, Fungoral, Nizoral Şampuan, Tinactin, Lotrimin sprey vb) aynı şekilde kullanılır.
- İtrakonazol (İtraspor, Funit vb) 400 mg peros iki gün, Ketokonazol 400 mg peros tek doz kullanılması iyileşmeyi hızlandırır.
- Profilaksi amacıyla bazen bu dozlara ayda bir kez olmak üzere 4-6 ay devam edilebilir.

Rp

- 1. Konazol Şampuan DIB
S: 1 kez/gün
- 2. Lotrimin sprey DIB
S: 1 kez/gün

Ağrı kesiciler ile antiemetik – motilite arttırıcı tedavilerin birlikte verilmesi uygundur.

Antiemetikler:

- Emedur ampül 1x1, im; motilium tablet 3x1 oral, çok ciddi ataklarda ve olası ekstrapiramidal yan etkileri unutulmamak koşulu ile metpamid amp, İM veya İV oral tablet aspirin veya parasetamole eklenebilir.

Triptanlar: Sumatriptan: İmigran 50 mg, 20 mg tab, nazal sprey, 6 mg parenteral sc
Zolmitriptan: Zomig 2.5 mg tb, Zomig rapimelt 2.5 mg
Eletriptan: Relpax 40 mg oral
Rizatriptan: Maxalt RPD 10 mg oral
Frovatriptan: Migrex 2.5 mg oral

- Dihidroergotamin veya ergo preparatları (Avamigran veya Cafergot): Türkiye'de saf preparatlar bulunmadığından ve kullanımlarında ciddi bağımlılık oluşabildiğinden önerilmemektedir.

Opioidler: Dolantin amp 1x1 im
Contramal (tramdol, santral etkili analjezik): 50 veya 100mg oral

Rp

- Parol tb 3x1 gereğinde
- Relpax 40mg ağrı geleceğini hissedince 1 tb po
- Emedur tb/amp gereğinde 1-3x1

Koruyucu Tedaviler

- Migren krizi genellikle hastaya has özellikler taşır. Hastanın krizini tetikleyen faktörler dikkatli bir araştırma ile bulunabilir. Tetikleyici unsurlara karşı hastalar bilgilendirilmelidir.
- rofilaksi hastanın yaşam tarzı (erken kalkan, vardiyalı çalışan vb) ve eşlik eden hastalıkları varsa göz önüne alınarak kararlaştırılır.
 - Beta blokerler: Astım öyküsüne dikkat!!
Propranolol: Dideral 40-160 mg (hasta günde 2 veya 3 kere ilaç almayı kabul ederse ilk tercihtir)
Metoprolol: beloc zok 25 – 100 mg
Atenolol: Tensinor 50-100mg
 - Selektif kalsiyum kanal blokeri:
Flunarizin: Sibelium 5 mg kaps 1x2 – kilo alımı ciddi olabilir, 6 aydan fazla kullanımda tremor vb ekstrapiramidal yan etkilere dikkat

Antidepresanlar

- Trisiklik: Amitriptilin: Laroxyl drj 10-25 mg: yavaş arttırılarak 75mg'a çıkılabilir. En büyük sorun sedasyondur – Hasta bu konuda uyarılır ve bu etkilere tolerans geliştiği konusunda bilgilendirilir ise ilaç uyumu daha iyi olur.
- SSRI / SNRI: saf migrende etkinlikleri daha düşüktür – ancak eşlik eden uyku sorunu, depresif duygu durum veya anksiyete varlığında ön planda kullanılabilir:
- Venlafaksin: efexor, venegis 37.5mg ile başlanır, 75 veya 150mg

len kinetik bir tremordur. Frekansı 4-12 hz dalgalı bir amplitüdü vardır. Ailevi özellikler neredeyse her zaman karakteristiktir. Her iki ekstremitede de görülür. Yıllar içerisinde bulgular giderek barizleşerek hastayı rahatsız etmeye başlar. Bazı vakalar tremorun etkisi ile günlük aktivitelerinde kalitenin bozulmasından dolayı izole olmayı ve yalnızlaşmayı yeğler.

Tedavi:

Beta blokerler:

- Dideral 3x1
- Primidon Mysoline 50-250 mg gün (çok düşük başlanmalı, özellikle yaşlılarda ciddi konfüzyon yapabilir)
 - Gabapentin 100-600 mg gün

Antikolinerjikler

- Sormodren 3x1 (kullanımı sınırlı)

Benzodiazepinler

- Xanax

Rp

Reçete-1

- 1. Dideral tb 2x1/2 tb,
- 15 gün sonra 2x1, gerekirse 3x1

Rp

Reçete-2

- 1. Mysolin 250 mg tb
- S: 1/8 tab, yavaş titrasyon ile 2x1 tablete çıkılabilir.

Rp

Reçete-3

- 1. Beloc zok 25 mg 1-3x1

PARKİNSON HASTALIĞI

- İstirahat tremoru, rijidite, bradikinezi, postural refleks kaybı ve fleksiyon posturu ile karakterize, beyinde striato nigral bölgenin dejeneratif hereditör bir hastalığıdır. Bazal gangliada dopaminin azlığı ana sebeptir. Vakaların yaklaşık %70'inde dominant / aktif elde tremor ilk bulgudur. Maske yüz, ellerde para sayma tarzında tremor, hareket etmede zorlanma, donma, alçak sesle konuşma sık gözlenir. Orta ileri yaşlarda (40-70 yaş) başlar ve yavaş ilerleyerek yıllar içerisinde kişiyi yatağa bağımlı hale getirebilir. Teşhis için muayene bulguları yeterli olmakla birlikte sekonder parkinsonizmi ekarte

Floksetin (Fulsac, prozac) 1-2x1
 Paroksetin (Paksera) 1-2x1
 Citalopram (Cipram, citol) 1-2x1
 Essitalopram (Cipraleks, citoles) 1-2x1

Venlafaksin

Veniba, Efexor 37.5-75-150 mg 1-2x1

Antikonvülzanlar:

Gabapentin (Gabtın, Gabateva) 100-600 mg 1-3x1
 Pregabalin (Lyrica, Alyze) 75 – 150 – 300 mg 2x1
 Karbamazepin (Tegretol, teril) 200-400 mg 1-3x1

Narkotik analjezikler

Tramadol Hidroklorür Contramal damla tb amp 100-200 mg –gün
 Ultrameks damla amp
 Tramadolol damla caps

Topikal ajanlar

Lidokain krem, sprej haricen
 Kapsaisin krem
 İzosorbid dinitrat sprej

Rp

Reçete-1

- Laroxyl 25mg 1x1, 1x2
- Nevitan drj 2x1

Rp

Reçete-2

- Neurontin 600 mg 1-3x1
- Beneksol tb 1-3x1

Rp

Reçete-3

- Lyrica 75-150 mg 2x1

MULTİPL SKLEROZ (MS)

- Santral sinir sisteminde miyelin kılıfı harabiyetinden ileri gelen otoimmün bir hastalıktır. Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte genetik yatkınlık, çevresel faktörlerin rolü vardır. Genç yaşlarda başlar. Periventriküler ak madde, beyin sapı, medulla spinalis ve optik sinirler demiyelinizasyon plaklarının en sık yerleştiği bölge ve yapılarıdır. Hemiparezi, paraparazi, monoparazi şeklinde piramidal bulgular sık görülür. Serebellar yolların tutulmasına bağlı

kısa görüşmeler planlanmalıdır. Hasta tarafından getirilen her yeni belirti ele alınıp değerlendirilmelidir. Somatik yakınmalar fiziksel bir yakınma olarak değil bir duygunun ifadesi olarak dinlenmelidir. Somatizasyon bozukluğunu tedavi eden birinci basamak hekiminin stratejisi hasta düzenli olarak psikiyatriste gitmeye ikna olana dek semptomların oluşumunda psikolojik etkenlerin rolü olabileceği hakkında hastada farkındalık yaratmaya çalışmaktır.

KONVERSİYON BOZUKLUĞU

- En sık görülen somatoform bozukluk türüdür. Bilinen bir nörolojik ya da tıbbi bir hastalık ile açıklanamayan bir ya da daha fazla nörolojik semptomun bir arada olması ile karakterizedir. Semptomların başlangıcı ya da alevlenmesi hemen her zaman psikolojik stresler ile ilişkilidir.

Klinik Özellikler

- Konversiyon bozukluğunun en sık karşılaşılan semptomları felçler, körlük ve mutizmdir. Özellikle ekstremitelere ait anestezi ve paresteziler sıktır. Belirtilerin dağılımı sıklıkla merkezi ya da periferik nörolojik hastalıklarla uyuzmaz. Nörolojik incelemeler duyuusal yolların sağlam olduğunu ortaya çıkarır.
- Motor semptomlar; anormal hareketler, yürüyüş bozuklukları, güçsüzlük ve paraliziyi içerir. Büyük ritmik tremorlar, koreiform hareketler, tikler ve sıçramalar görülebilir. Paralizide etkilenen kasların dağılımı nöral yollarla uyumlu değildir. Refleksler normaldir, seğirmeler veya kas atrofisi yoktur. EMG incelemesinde patoloji yoktur.
- Yalancı nöbetler konversiyon bozukluğunda sıktır. Ancak yalancı nöbeti olan hastaların üçte birinde beraberinde epileptik bozukluk ta vardır. Yalancı nöbetlerde dil ısırması, idrar tutamama, düşme sonrası yaralanma genellikle görülmez. Yalancı bayılma sonrasında pupilla ve öğürme refleksi korunmuştur.

Tedavi

- Semptomlar genellikle kendiliğinden gerilese de içgörü geliştirmeye yönelik destekleyici ve davranışçı tedavi uygulanmalıdır. Anksiyolitikler bazı olgularda etkilidir. Uzun süreli ilaç (Antidepressan, anksiyolitik) kullanımından kaçınılmalıdır.

Rp

- Alprazolam 0.5 mg tb S:2x1 (Xanax) (Kısa süreli uygulama için reçete edilebilir)

YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU (YAB)

- Kişinin işlevselliğinde önemli bozulmaya yol açan ya da belirgin bir strese neden olan, çok sayıda somatik belirtinin eşlik ettiği aşırı ve yaygın endişe

distalindedir. Bu durum daha çok orta yaşlı veya yaşlı kilolu bayanlarda ve çoğunlukla dizin osteoartriti ile birlikte görülür

Rp

Bursit Reçetesi

- İsklet kası gevşeticileri (Tiykolşikoid (Thiospa, Dynaxon, Tyoflex) 4 mg tablet) DIB(bir)
S:2x1
- NSAİİ'lar (İbuprofen (Artril, Biophen, Upren) 400 mg tablet) DIB (bir)
S:2x1
- buz uygulaması
S: 2 saat arayla 15 dk günde 4 defa S1x1

- Rp/ bakınız 'bursit reçetesi'

Prepatellar Bursit

- Bursit patellanın anteriorunda akut travma sonucu oluşan şişlik ve hassasiyet ile kendini gösterir. Kronik prepatellar bursit, akut vakalardan daha siktir ve tekrarlayan mikro travmalar sonucunda oluşmaktadır. Prepatellar bursiti olan hastayı değerlendirirken; hekim, altta yatan bir enfeksiyonu, patella kırığını veya intraartiküler diz yaralanmasını aklında bulundurmalıdır. Bursit ile ilişkili prepatellar şişlik intraartriküler efüzyondan ayırt edilmelidir. İnflame bir bursanın aspirasyonu, bursit sonucu oluşan rahatsızlığın giderilmesi amacıyla uygulanabilir. Prepatellar bursitin sempomları tekrarlıyorsa konservatif tedaviler denenmişse, kortikosteroid enjeksiyonu uygulanabilir.
- Rp/ bakınız 'bursit reçetesi'

İliotibial Bant Sendromu

- İliotibial bant sendromu ağırlı bir sendromdur. Lateral femoral kondilin üzerine iliotibial bandın sürtmesi ile oluşan dejeneratif değışikler sonucunda oluşur. Dizin devamlı ekstansiyon ve fleksiyonunun (koşma) olduğu durumlarda oluşur. Teşhis, Gerdy tuberkülünde veya lateral femoral kondilde ağrının oluşması ve ober testi ile konur. Ober testinde hasta sağlam tarafı üzerine yatırılır. Ağırlı tarafta kalça yerçekimine karşı abdukte edilir ve diz 90 derece fleksiyona getirilir bacak testi yapan tarafından desteklenir. Sonra diz gevşetilir. Kontrakte iliotibial bant olduğunda diz yerçekiminin etkisiyle düşmez. İliotibial bant sendromunda önce iliotibial bant germe egzersizleri kalça abduktörleri güçlendirme egzersizleri uygulanmalıdır.
- Rp/ bakınız 'bursit reçetesi'

Karpal Tünel Sendromu

- Karpal Tünel Sendromu median sinirin, el bileğinde karpal kanaldan geçerken kompresyonu sonucu ortaya çıkmaktadır.El bileğinde, elde, başparmak ve yüzük parmağının radial kısmına yayılan ağrı, uyuşukluk, paraestezi vardır. Bu sempptomlar tuzaklanmanın proksimaline, ön kola yayılabilir. Fizik Muayenede; el bileğinde median sinir üzerine hafifçe vurulması ile ağrı oluşmasıdır.(Pozitif tinel isareti). Pozitif Falan testi ise; hasta el bileğini 30 saniye bo-

en çok kullanılan tedavi seçeneği ilaç tedavisidir. İlaç olarak geniş bir seçim yelpazesi mevcuttur. İlk adım olarak ağrı kesici olarak parasetamol, aspirin ve metamizol sodyum kullanılabilir. Tedavi; ağrı olduğunda alınımı veya düzenli kullanım şeklinde olabilir. Gonartroz tedavisinde kullanılan NSAİİ'lerin birçok değişik alt grubu mevcuttur. Topikal kremler değişik etkili maddeler içermektedir. NSAİİ'lar ve kapsain içerirler. Kondroprotektif ilaçlar (kondrotin sülfat ve glikozamin sülfat) son yıllarda osteoartrit tedavisinde kullanılmaya başlamıştır. Cerrahi yöntemler; Serbest cisimlerin çıkarılması, menisküs yırtıklarının temizlenmesi ve eklem lavajı (artroskopi), eklemlerin stabilizasyonu (artrodez), dizilimin düzeltilmesi (osteotomi) ve total eklem artroplastisidir.

Rp

- NSAİİ'ler (Diklofenak sodyum (Cataflam, Diclofam, Miyadren) 50 mg tablet) DIB(bir)
S:2x1
- İsklet kası gevşeticileri (tiykolşikoid (Thiospa, Dynaxon, Tyoflex) 4 mg tablet) DIB(bir)
S:2x1
- Sinovyal sıvı replasmanı için kullanılan ilaçlar (Sodyum hiyalüronat (Ostenil, Adant, Hyalgan) kullanıma hazır enjektör) DIB(bir)
- S: 3 Hafta boyunca haftada bir kez eklem içine uygulama (SGK ödemiyor)

Koksartroz

- Kalça artrozunun ilk belirtisi kalça ekleminde bir rahatsızlık ve tutukluk olmasıdır. Bu rahatsızlık başlangıçta sabahları uyanma ve yataktan kalkma ile ortaya çıkar. Ağrı hareket ve eklem üzerine yük bindirilmesi ile artar, istirahatle biraz rahatlar. Başlangıçta kalça hareketleri kısıtlanır, ağrı ve topallama ortaya çıkar. Dize yayılan ağrı, koksartrozda sık görülen bir yansıyan ağrıdır. Diz ağrısı ile gelen hastalar mutlaka kalça eklemi yönünden de değerlendirilmelidir. Hastalık ilerledikçe kalça ekleminde bozulma başlar. Kısıklık gelişir ve hareketler ileri derecede kısıtlanır. Kalçanın bozulması diğer kalçayı, omurgayı ve dizleride etkileyebilir. Kalça artrozunun tanısı direkt röntgen filmleri ile kolaylıkla konulur. Erken dönemde MR ile tanı konulabilir. Koksartrozda da gonartrozdaki gibi fizik tedavi, NSAİİ'lar ve kilo verme hastaya cerrahi tedavi için zaman kazandırır. İlerlemiş vakalarda, hastanın yaşı uygunsa tıbbi olarak bir sakınca yoksa en iyi tedavi total kalça protezidir.

Rp

- NSAİİ'ler (Diklofenak sodyum (Cataflam, Diclofam, Miyadren) 50 mg tablet) DIB(bir)
S:2x1
- İsklet kası gevşeticileri (tiykolşikoid (Thiospa, Dynaxon, Tyoflex) 4 mg tablet) DIB(bir)
S:2x1
- Kalça egzersizleri günde 4 defa 15'er dakika

Rp

- Sefazolin (İespor, Cefozin, Sefazol) 100-150 mg/kg flakon S:3x1 (anti-biogram sonucu çıkana kadar verilebilir)
- Sefuroksim(cefatin, cefaks, zinnat) süspansiyon S:3x1
- NSAİİ'ler (Diklofenak sodyum (voltaren, Dikloron, Miyadren) 75 mg ampül) S:3x1/2
- Ranitidin(Ulcuran, Zantac, Ranitab) ampül S:2x1 (Mide koruyucu olarak Proton pompa inhibitörleride verilebilir)

Erişkinlerde Osteomyelit ve Septik Artrit

Osteomyelit

- Erişkinlerde oluşan osteomyelitin etiolojisi ve tedavisi çocuklardan çok farklıdır. Erişkinlerde hematogen yolla bulaşma yerine en önemli sebep travmadır (Açık kırıklar ve ağır yumuşak doku zedelenmesi). Vasküler yetmezlik, şeker hastalığı ve enfekte cerrahi yaralar başlıca diğer sebeplerdir. Bulgular ve semptomlar, enfeksiyona neden olan olaydan 10 gün içinde ortaya çıkıyorsa akut, daha sonra aylar veya yıllara yayılarak geliyorsa kronik osteomyelit olarak tanımlanır.
- Kemik nekrozu ve vaskülarizasyon bozukluğu oluşmamış akut osteomyelit vakalarında organizma izole edildikten sonra 4-6 haftalık parenteral antibiyotik uygulaması tedavi de yeterli olabilir. Kronik, akıntılı osteomyelitler tedaviye oldukça inatçıdır ve zor yanıt verirler. Enfeksiyon odaklarının cerrahi olarak temizlenmesi ve parenteral antibiyotik uygulanması, beslenme bozukluğu ve immün sistem yetersizliği olan hastalarda başarılı olamayabilir ve tedavi o ekstremitenin amputasyonuna kadar gidebilir. Akıntılı sinus ağzlarından %1.7 oranında squamoz hücreli kanser gelişebilmektedir

Rp

- Klindamisin (Cleocin, Clin, Klindan) 300 mg ampül DXB (on) (Antibiogram sonucu çıkana kadar ki tedavi) S:2x1 (ilk 5 gün intravenöz antibiyotik tedavisi önerilir daha sonra klinik duruma göre oral tedaviye geçilebilir)
- Klindamisin (Cleocin, Clin, Klindan) 150 mg tablet DIB (bir) S:2x1
- NSAİİ'ler (Diklofenak sodyum (Voltaren, Diclomec, Myadren) 75 mg ampül) DIB(bir) S:2x1

Septik Artrit

- Erişkin septik artriti, immün sistemin zayıfladığı; intra-venöz uyuşturucu alışkanlığı, hemoglobinopati, organ transplantasyonu ve romatoid artrit hastalığı gibi alta yatan sebeplerle oluşur. Hematojen yayılımla veya direkt inokülasyon yollarıyla organizma ekleme ulaşır. Hematojen yolla bulaşan N. Gonorrhoeae en sık septik artrit sebebidir. Gonokokal enfeksiyon geçiren hastaların %1-3 septik artrit oluşur. S. Aureus ikinci en önemli patojendir.

ARADIĞINIZ TÜM TIP KİTAPLARI BU ADRESTE



www.guneskitabevi.com

GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnönü 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

KARTAL ŞUBE

Cevizli Mahallesi Denizler Cad.

No: 19 / C. Kartal / İstanbul

Tel&Faks: (0216) 546 03 47



Türkiye'nin her yerinden...

0505 734 13 13



ISBN 978-975-277-600-5



9 789752 77600 5