

ACİL TIP
CEP KİTABI

ACİL TIP

ÖZET BİLGİLER VE GÜNCEL NOTLAR

ÜÇÜNCÜ BASKI

RICHARD D. ZANE
JOSHUA M. KOSOWSKY

Çeviri Editörleri

NALAN METİN AKSU
M. MAHİR ÖZMEN



GÜNEŞ TIP
KİTABEVLERİ



Wolters Kluwer
Health

Lippincott
Williams & Wilkins

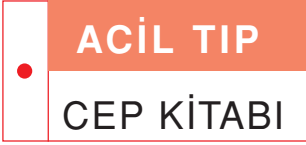
ACİL TIP

CEP KİTABI

ACİL TIP
ÖZET BİLGİLER VE
GÜNCEL NOTLAR



GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ



ACİL TIP

ÖZET BİLGİLER VE

GÜNCEL NOTLAR

Üçüncü Baskı

JOHN D. ANDERSON, MD

NIR HARISH, MD, MBA

Denver Health Residency in Emergency Medicine

NICHOLAS G. MALDONADO, MD

ALEXANDER Y. SHENG, MD

The Harvard Affiliated Emergency Medicine Residency Program

Editörler

RICHARD D. ZANE, MD, FAAEM

Professor and Chair

Department of Emergency Medicine

University of Colorado Scholl of Medicine

Aurora, Colorado

JOSHUA M. KOSOWSKY, MD

Assistant Professor, Harvard Medical School

Vice Chair for Clinical Affairs, Department of Emergency Medicine

Brigham and Women's Hospital

Boston, Massachusetts

Çeviri Editörleri

Doç. Dr. NALAN METİN AKSU

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Acil Tıp Anabilim Dalı

Prof. Dr. M. MAHİR ÖZMEN

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Genel Cerrahi Anabilim Dalı



GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ACİL TIP CEP KİTABI

Türkçe Telif Hakları 2016

ISBN: 978-975-277-602-9

Orijinal Adı: Pocket Emergency Medicine (2015)

Yayınevi: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins

Yazarlar: Richard D. Zane, Joshua M. Kosowsky

Çeviri Editörleri: Doç. Dr. Nalan Metin Aksu, Prof. Dr. M. Mahir Özmen

Orijinal ISBN: 978-1-4511-9065-6

Kitabın 5846 ve 2936 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Yasası Hükümleri gereğince (kitabın bir bölümünden alıntı yapılamaz, fotokopi yöntemiyle çoğaltılamaz, resim, şekil, şema, grafik v.b.'ler kopya edilemez) tüm hakları Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.'ne aittir.

Yayıncı ve Genel Yayın Yönetmeni: Murat Yılmaz

Genel Yayın Yönetmeni Yardımcısı: Polat Yılmaz

Yayın Danışmanı ve Tıbbi Koordinatör: Dr. Ufuk Akçıl

Dizgi-Düzenleme: Ümit Saçı

Kapak Uyarlama: İhsan Ağın

Baskı: Ayrıntı Basım ve Yayın 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.

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

John D. Anderson, MD

Denver Health Residency in Emergency Medicine
Denver Health Medical Center
Department of Emergency Medicine
University of Colorado School of Medicine
Denver, Colorado

Nir Harish, MD. MBA

Denver Health Residency in Emergency Medicine
Denver Health Medical Center
Department of Emergency Medicine
University of Colorado School of Medicine
Denver, Colorado

Nicholas G. Maldonado, MD

The Harvard Affiliated Emergency Medicine Residency Program
Department of Emergency Medicine
Brigham and Women's Hospital
Massachusetts General Hospital
Boston, Massachusetts

Alexander Y. Sheng, MD

The Harvard Affiliated Emergency Medicine Residency
Department of Emergency Medicine
Brigham and Women's Hospital
Boston, Massachusetts

ÇEVİRİ EDITÖRLERİ

Doç. Dr. NALAN METİN AKSU

Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı

Prof. Dr. M. MAHİR ÖZMEN

Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı

ÇEVİRİYE KATKIDA BULUNANLAR

Zehra Akçora

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı

Dr. Mahmut Sami Akıllı

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı

Doç. Dr. Meltem Akkaş

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı

Doç. Dr. Nalan Metin Aksu

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı

Dr. Gül Nihal Arık

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı

Dr. Volkan Arslan

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Mehmet Ali Aslaner

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı

Dr. Ali Batur

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı

Dr. Mustafa Boz

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı

Dr. Eda Çakır

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı

Dr. Mehmet Cihat Demir

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı

Doç. Dr. Bülent Erbil

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Sercan Eroğlu

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı

Dr. Filiz Frohari

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı

Dr. Canan Hajiyev

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı

Dr. Zaur İbrahimov

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı

Dr. Buğra İlhan

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı

Doç. Dr. Mehmet Ali Karaca

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı

Dr. Nil Deniz Kartal

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı

Dr. Mehmet Mahir Kunt

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı

Prof. Dr. M. Mahir Özmen

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Dr. Elif Öztürk

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı

Dr. Muhammed Sarier

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı

Dr. Ziba Songur

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı

Dr. Damlanur Şahin

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı

Doç. Dr. Tefik Tolga Şahin

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Huleyde Şenlikci

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Acil Tıp Anabilim Dalı

Sir William Osler 'kitaplar olmadan tıp öğrenen kişi bilinmeyen denizlerde yolculuk yapar, fakat hastası olmadan tıp öğrenen kişi denize dahi gitmemiş gibidir' demiştir. Acil tıp, normalin üstünde yetenek, -hastalıklar ve yaralanma tipleri, tanı ve tedavi yaklaşımları alanında- giderek çoğalan bir bilgi dağarcığı gerektiren ve hasta başında tüm bunların parmakların ucunda olduğu bir bilim dalıdır. Bu bakış açısıyla, *Pocket Emergency Medicine* doktorlar, asistanlar, yardımcı sağlık personeli ve öğrenciler için hayat kurtarıcıdır.

Birçok geleneksel *textbook*'tan farklı olarak, bölümler hastalıklardan ziyade başvuru yakınmaları üzerine oturtulmuştur. Bu yolla hastanın acil servise başvurusunu yansıtır ve okuyucunun bu yakınma çerçevesinde tanıya gitmesi için yapması gereken işlemlere ve tedavi yaklaşımlarına rehberlik eder. Her bölüm genel yaklaşımla başlar, önemli tanı kategorilerinin tartışılması, anamnez, fizik muayene, laboratuvar ve bu tanıya yönelik tedavinin önemli noktalarının değerlendirilmesi ile devam eder. Bölümler 'Önemli Noktalar' başlığı altında önemli klinik bulguların ele alındığı ya da yaygın klinik hataların vurgulandığı kısımla son bulur.

Bu kitap Harvard ailiye Acil Tıp Uzmanlık programındaki bir grup yetenekli acil tıp asistanınca yazılmıştır. Asistanlar kendi konuları ile ilgili araştırmaları yapmış ve kalabalık bir acilde acil hizmeti sunanların ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde metinler hazırlamışlardır. Bölümler Brigham's and Women Hospital ve Harvard Tıp Fakültesinden uzman acil tıp öğretim üyelerince edit edilmiştir. Editörler 25 yıldan uzun süreli deneyimlerini kullanarak metinlerin doğruluğu ve bütünlüğünü sağlamayı amaçlamışlardır. Sonuç, sizin de katılacağınızı düşündüğümüz bir biçimde acil tıp uygulayıcıları için son derece kullanışlı bir kaynak olmuştur.

RICHARD D. ZANE, MD
JOSHUA M. KOSOWSKY, MD

Acil Tıp asistanlarınca yazılan bu kitap, Harvard Üniversitesi Tıp Fakültesinde alanında uzman acil tıp öğretim üyelerince değerlendirilerek yayınlanmıştır. Asistanlar ve öğretim üyeleri arasındaki işbirliği sonucu ortaya çıkan eserin üçüncü baskısının tercümesi olan elinizdeki eser, yine Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalında birlikte çalışmaktan onur duyduğum uzman ve asistanlar tarafından hazırlandı.

Bu kitapta editörlüğü benimle birlikte Doç. Dr. Nalan METİN AKSU üstlendi. Acil Tıp alanında yazılmış önemli kitapları dilimize kazandırma hedefimize bir yenisini daha eklemenin mutluluğunu yaşıyoruz. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanı'da olan Sn Dr. AKSU'nun şahsında tüm ekibi kutluyor, şükranlarımı sunuyorum. İndeksin hazırlanması işini de üstlenen Dr. Volkan ARSLAN'a ayrıca teşekkür ediyorum.

En büyük teşekkür bizi kırmayıp kitapların telif haklarını alan Güneş Tıp Kitabevleri yöneticileri Sayın Murat YILMAZ ve Polat YILMAZ'a.

Kitabın hazırlanması, dizgi ve baskı işini yürüten başta İhsan AĞIN olmak üzere tüm teknik ekibe de ayrıca teşekkür ediyorum.

Okurlarına yararlı olması ve yeni ufuklar açması dileğiyle...

Prof. Dr. M. Mahir ÖZMEN

KISIM I: KARDİYOVASKÜLER ACİLLER

Çeviri: Dr. Damlanur Şahin, Dr. Huleyde Şenlikci, Dr. Canan Hajiyev,
Dr. Volkan Arslan, Dr. Zaur İbrahimov

Elektrokardiyografi	1-1
Göğüs Ağrısı	1-4
Akut Koroner Sendrom	1-5
STYMi	1-8
Kararsız Anjina/STYOMİ	1-10
Prinzmetal (Varyant) Anjina	1-12
Kokainle İndüklenen Anjina	1-13
Stres Testleri	1-14
Kardiyak Kateterizasyon	1-15
Pkg Sonrası Komplikasyonlar	1-15
Mi Sonrası Komplikasyonlar	1-16
Pulmoner Emboli ve Derin Ven Trombozu	1-16
KKY/Akut Pulmoner Ödem	1-21
Aort Diseksiyonu	1-24
Torasik Aort Anevrizması	1-26
Perikardit ve Perikardiyal Efüzyon	1-27
Kardiyak Tamponad	1-29
Miyokardit	1-30
Senkop	1-30
Hipertansiyon ve Hipertansif Aciller	1-35
Hipotansiyon ve Şok	1-37
Hipovolemik Şok	1-38
Kardiyojenik Şok	1-39
Septik Şok	1-39
Nörojenik Şok	1-41
Disritmi	1-41
Bradikardi	1-42
Av Nod Blok	1-43
Taşikardi/ Çarpıntı	1-44
Kalp Pilleri	1-51

KISIM II: PULMONER ACİLLER

Çeviri: Dr. Meltem Akkaş

Öksürük	2-1
Dispne (Nefes Darlığı)	2-3
Hemoptizi	2-6

KISIM III: GASTROİNTESTİNAL ACİLLER

Çeviri: Dr. M. Mahir Özmen, Dr. Tevfik Tolga Şahin

Karın Ağrısı	3-1
Bulantı Ve Kusma	3- 8
Gastrointestinal Kanama	3- 9
Yutmada Güçlük	3-12
Diyare	3-13
Konstipasyon	3-15
Sarılık	3-16
Rektal Ağrı	3-18

KISIM IV: İNFEKSİYON HASTALIKLARI

Çeviri: Dr. Mehmet Cihat Demir, Dr. Zaur İbrahimov

Ateş	4-1
Apse	4-2
Yumuşak Doku Enfeksiyonları	4-5
Viral Enfeksiyonlar	4-10
Kuduz	4-12
Tetanoz	4-14
Parazitik Enfeksiyonlar	4-15
Vektör Kaynaklı Enfeksiyonlar	4-16
Biyoterorizm	4-20

KISIM V: NÖROLOJİ

Çeviri: Dr. Ziba Songur, Dr. Zehra Akçora

Değişmiş Mental Durum	5-1
Vertigo	5-2
Yüzde Sarkma	5-3
Baş ağrısı	5-4
Felç	5-9
İnme	5-11
Güçsüzlük	5-15

KISIM VI: RENAL/GENİTOÜRİNER ACİLLER

Çeviri: Dr. Buğra İlhan

Dizüri	6-1
İdrar Yolu Enfeksiyonu	6-1
Yan Ağrısı	6-8
Hematüri	6-10
Akut Böbrek Yetmezliği	6-11
Testis Torsiyonu/Testis Eklerinin Torsiyonu	6-14
Fimozis ve Parafimozis	6-14
Priapizm	6-15
Diyaliz Hastalarında Aciller	6-16

KISIM VII: OBSTETRİK ACİLLER

Çeviri: Dr. Mahmut Sami Akıllı

Vajinal Kanama	7-1
Preeklampsi ve Eklampsi	7-3
Gebelik Bulantısı	7-3
Acil Doğum	7-4
Kadında Pelvik Ağrı	7-4
Vajinal Akıntı (Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık)	7-5
Pelvik İnflamatuvar Hastalık ve Tubo-Ovaryen Abse	7-6

KISIM VIII: DERMATOLOJİ

Çeviri: Dr. Mehmet Mahir Kunt

Döküntü	8-1
Viral Egzantermler	8-2
Bakteriyal Egzantermler	8-7
Fungal Egzantermler	8-9
Allerjik/İnflamatuvar Egzantermler	8-10
Neoplastik/Diğer Egzantermler	8-15
Dermatolojik Aciller	8-17

KISIM IX: ENDOKRİN/METABOLİK ACİLLER

Çeviri: Dr. Mustafa Boz

Asid-Baz Bozuklukları	9-1
Elektrolit Bozuklukları	9-3
Hiperglisemik Aciller	9-11
Tiroid Problemleri	9-13
Adrenal Yetmezlik	9-16

KISIM X: ÇEVRESEL ACİLLER

Çeviri: Dr. Eda Çakır, Dr. Nil Deniz Kartal

Dehidratasyon	10-1
Isırmalar ve Sokmalar	10-2
Mesleki Maruziyet	10-6
Yanıklar	10-7
Karbonmonoksit Zehirlenmesi	10-8
Disbarizm (Vurgun)	10-9
Elektrik Yaralanmaları	10-11
Yüksek İrtifa Hastalıkları	10-12
Hipotermi	10-13
Hipertermi	10-14
Yıldırım Yaralanmaları	10-18
Boğulma	10-19
Botulizm	10-19

KISIM XI: HEMATOLOJİ/ ONKOLOJİ

Çeviri: Dr. Elif Öztürk

Allerjik Reaksiyonlar, Anafaksi ve Anjiyoödem	11-1
Onkolojik Aciller	11-2
Orak Hücre Anemisi	11-3
Anormal Kanama: Trombosit Bozuklukları ve Koagülopati	11-4
Tranfüzyon	11-8
Transplant Hastasına Yaklaşım	11-10

KISIM XII: İSKELET /ROMATOLOJİK

Çeviri: Dr. Mehmet Ali Karaca

Bacak Ağrısı ve Şişlik	12-1
Bel Ağrısı	12-2
Eklem Ağrısı	12-5

KISIM XIII: KBB/DİŞ/GÖZ

Çeviri: Dr. Filiz Frohari

Kulak Ağrısı	13-1
İşitme Kaybı	13-2
Boğaz Ağrısı	13-3
Sinüzit	13-4
Epistaksis	13-5
Göz Ağrısı/Kızarıklığı	13-6
Görmede Değişiklik Ve Kayıp	13-8
Diş Ağrısı	13-10

KISIM XIV: PEDIYATRİK ACİLLER

Çeviri: Dr. Gül Nihal Arık, Dr. Mehmet Ali Aslaner

Resusitasyon	14-1
Karın Ağrısı	14-1
Siyanoz	14-4
Çocukta Ateş	14-4
Sarılık	14-6
Yürüme Bozukluğu (Topallama)	14-8
Pediyatrik Nöbetleri	14-11
Bulantı Ve Kusma	14-14
Pediyatrik Menenjit (Bakınız 5D)	14-17
Yenidoğan Şikayetleri	14-17
Konjenital Kalp Hastalıkları	14-19
Respiratuvar Yakınmalar	14-21
Diabetik Ketoasidoz	14-25
Hipoglisemi	14-26
Sıvı ve Elektrolit Bozuklukları	14-26
Pediyatrik Ekzantem (Döküntüler)	14-28
Üriner Sistem Enfeksiyonu	14-30

KISIM XV: PSİKİYATRİK ACİLLER

Çeviri: Dr. Nalan Metin Aksu

Psikiyatrik Hasta	15-1
-------------------	------

KISIM XVI: TOKSİKOLOJİ

Çeviri: Dr. Sercan Eroğlu, Dr. Muhammed Sarier

Zehirlenen Hastaya Genel Yaklaşım	16-1
Antikolinerjik İlaç Alımı	16-2
Psikofarmakolojik İlaç Alımı	16-3
Alkol Alımları	16-6
İlaç Suistimali	16-8
Analjezik Aşırı Dozu	16-10
Kardiyak İlaçların Yüksekdozları	16-12
Kostik Alımları	16-14
Selüler Asfiksi Yapıcılar	16-15

KISIM XVII: HAVAYOLU YÖNETİMİ

Çeviri: Dr. Bülent Erbil

Havayolu Yönetimi	17-1
HAE	17-1
Krikotirotomi	17-2

KISIM XVIII: TRAVMA

Çeviri: Dr. Volkan Arslan, Dr. Ali Batur

Primer Bakı	18-1
Kafa Travması	18-2
Maksillofasial Travma	18-6
Göz Travması	18-8
Boyun Travması	18-10

Servikal Vertebra Travması	18-12
Torasik/Lomber/Sakral Vertebra Yaralanması	18-14
Toraks Travması	18-16
Abdominal Travma	18-20
Genitoüriner Travma	18-24
Hip/Pelvik Travma	18-28
Ekstremitte Yaralanmaları	18-30
Yara Bakımı	18-33
İstismar	18-35

KISIM XIX: KISALTMALAR

Çeviri: Dr. Nalan Metin Aksu

Kısaltmalar	19-1
Çocuk İleri Yaşam Desteği (Çilyad)	19-2
Mekanik Ventilasyon	19-3
Analjezi & Bilinçli Sedasyon	19-4
Yoğun Bakım İlaçları	19-5
Denklemler	19-6
Prosedürler	19-7

İNDEKS

i-i

Tedavi

- O₂ monitorizasyon, KB/ritim, ↓ KB için IV sıvı (preload derinliği)
- **Antikoagülasyon** (PTE veya DVT) : heparin (80 U/kg, 18 U/kg/sa IV) enoksaparin (1 mg/kg sc). DMAH, DVT de heparinden daha üstündür. PTE'de ↓ D /major kanama da DMAH heparinden üstün olabilir (*Chest* 2004;126(suppl):4015; *Ann Intern Med* 2007;146:369). DMAH → BÖBREK YETMEZLİĞİ, OBEZİTE (öngörülemeden emilim)
- Trombolitik: tPA (100 mg -2 saatte), yüksek PTE/DVT şüphesi ve hemodinamisi kararsız hastalarda. Sağ ventrikül disfonksiyonunda (EKO) mortaliteye katkısı yok (*NEJM* 2002;347:1143), dolayısıyla kullanımı tartışmalı.
 - Eğer faydaları, hayatı tehdit edici kanama riskinden fazla ise hemodinamisi kararsız olan hastalarda PTE olduğu biliniyorsa uygula
 - Eğer cerrahi veya mekanik trombektomi tecrübesi olan merkezlerde ise girişimsel yöntemler alternatif olabilir.
- Cerrahi veya Kateter Trombektomi (PTE): Masif PTE veya hemodinamisi kararsız hastalarda: 1-Trombolizis kontrendike ise 2-tPA ile beraber başarısız lizis veya 3-tecrübeli merkez ve sağ ventrikül disfonksiyonu. Kardiyovasküler cerrahi ile konsülte edin.
- **VKI Filtresi**: medikal tedavi başarısız veya kontraendike ise. Uzun dönem mortaliteye katkısı gösterilememiştir (*NEJM* 1998;338:409).

Plan

- Eğer PTE negatifse → diğer nedenleri araştır.
- Eğer (+) DVT ve PTE şüphesi yoksa → gözlem sonrası enoksaparin uygulaması öğretilerek enoksaparinle taburculuk planlanır.
- Çoğu PTE'si olan hastalar hastanede yatırılabilir. Eğer hemodinamisi kararsız veya trombolitik verilmişse yoğun bakım yatışı gerekir.

Önemli Noktalar

- Atıpkı bulgularla başvuru yaygındır.
 - Açıklanamayan PEA arrestlerde masif PTE'yi göz önünde bulundurun.
 - Eğer BTA gereken hastalarda ↓ K_rKl düşünülüyorsa, renal tedaviye başlayın.
 - Hastanenin D-dimer aralığını kontrol edin → aralıklar değişkendir ve değişik Sp-Se vardır.
- Guideline: Fesmire FM, Brown MD, Espinosa JA, Critical issues in evaluation and management of adult patients presenting to the emergency department with suspected pulmonary embolism. *Ann Emerg Med*. 2011;57(6):628-652.

KKY/AKUT PULMONER ÖDEM

Tanım

- KKY: Kalbin pompalama yeteneğini, metabolik ihtiyaçları karşılayabilecek kadar yerine getirememesidir; sağ kalp veya sol kalp ve sistolik veya diastolik (normal EF ile yetmezlik) olabilir.
- Akut pulmoner ödem: sol kalp yetmezliğine sekonder akciğer intersitisyumunda ve alveollerde sıvı birikimidir.

Yaklaşım

- Altta yatan nedeni belirle ve tedavi et
- Solunum yetmezliği açısından erken entübe et, ancak CPAP/BiPAP varsa tedavide düşün.

Akut Kalp Yetmezliğinin Nedenleri	
Tedavi değişikliği/nonkompliyans	Böbrek yetmezliği
↑ Na	Hipertansif kriz
Miyokard iskemi/infarkt	İlaçlar (BB, KKB), toksinler (EtOH)
Taşikardi	Miyokardit, endokardit
KOAH /PTE	Sepsis
Kardiyomiyopati	Kalp kapak hastalığı
Konstriktif perikardit	

Öykü

- ND, egzersizle dispne, GA, öksürük, ortopne, PND; eğer şiddetli ise, pembe beyaz balgamla beraber olabilen ağır solunum yetmezliği veya değişken bilinç durumu görülebilir.

- Yaşlılarda %5-8 tekrarlayıcı AF

Guidelines: Gillis AM, Skanes AC, CCS Atrial Fibrillation Guidelines Committee. Canadian Cardiovascular Society atrial fibrillation guidelines 2010: Implementing GRADE and achieving consensus. *Can J Cardiol.* 2011;27(1);27-30.

Stein I, Macle L, CCS Atrial Fibrillation Guidelines Committee. Canadian Cardiovascular Society atrial fibrillation guidelines 2010: Management of recent-onset atrial fibrillation and flutter in the emergency department. *Can J Cardiol.* 2011;27(1);38-46.

Gillis AM, Verma A, Talajic M, et al. Canadian Cardiovascular Society atrial fibrillation guidelines 2010: Rate and rhythm management. *Can J Cardiol.* 2011;27(1);47-59.

Carins JA, Connolly S, McMurty S, et al. Canadian Cardiovascular Society atrial fibrillation guidelines 2010: Prevention of stroke and systemic thromboembolism in atrial fibrillation and flutter. *Can J Cardiol.* 2011;27;74-90.

Fuster V, Ryden LE, Cannom DS, et al. 2011 ACCF/AHA/HRS focused updates incorporated into ACC/AHA ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation: A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation.* 2011;123(10):e269-e367.

Pre-Eksitasyon

Tanım

- **Aksesuar yolak:** Atriumlar arasında impuls iletimini sağlayan bir geçiş
- **Wolf-Parkinson-White:** İstirahat EKG'sinde aksesuar ileti yolağı
- **Ortodromik AVRT:** Uyarı AV noda doğru gider (hızlı), orada geri iletim olur, aksesuar yoldan geri çıkar (yavaş) → Bu nedenle dar kompleks QRS
- **Antidromik AVRT:** Uyarı aksesuar yoldan ilerler (yavaş), sonra geri iletim olur, AV nod'a doğru çıkar (hızlı) → Bu nedenle geniş kompleks QRS

Değerlendirme

- EKG ve ritim
- Ortodromik AVRT: dar kompleks taşikardi
- Antidromik AVRT: geniş kompleks taşikardi

Tedavi

- AVRT: vagal manevralar, βB, KKB
- AF/AFL preeksitasyonlu → kardiyoloji konsültasyonu, DC (DA) kardiyoversiyon veya prokainamid kullan; βB ve KKB efektif değildir ve VF'yi başlatabilir

Ventriküler Taşikardi

Yaklaşım

- Hastanın stabil olup olmadığına karar ver → Stabil olmayan VT'li hastada İKYD ACLS protokollerini kullan
- VT'yi sürekli olmayan VT'den ve VKT'nin diğer sebeplerinden ayır (yukarı bak)
- Monoformik, polimorfik VT ayrımını yap

Tanım

- NSVT: VT < 30 sn
- Aberran iletili SVT: VT'ye benzer, anormal iletim nedeniyle → Geniş kompleks taşikardi. Sabit dal bloğu, hız ile ilişkili dal bloğu ya da aksesuar yolak nedenlerdir.
- Torsades de pointes: Polimorfik VT + Uzamış QT

Nedenler

- **Monomorfik, yapısal olarak anormal kalp:** geçirilmiş MI, KMP, aritmojenik RV displazisi
- **Monomorfik, yapısal olarak normal kalp:** İdiyopatik VT
- **Polimorfik:** İskemi, KMP, torsades de pointes, Brugada sendromu (aşağıda)

Öykü

- Çarpıntı, baş dönmesi, GA, ND, bulantı, senkop, cevapsızlık; GMH: KAH, KMP, Çok sayıda KAH risk faktörü ve AH'de ani ölüm VT riski ↑

Değerlendirme

- EKG, ritim, elektrolitler, Ca, Mg, PO4, kardiyak enzimler; Pag, uygunsa dig düzeyi

Tedavi

- **Stabil olmayan VT:** İKYD ACLS protokolleri

Tedavi

- Altta yatan sebebin tedavisi: Antiemetikler (örn; ondansetron, prometazin), oral alım bozuksa intravenöz sıvı tedavisi

Bulantı Kusma Ayırıcı Tanısı			
İntraabdominal/GÜH	Toksikolojik	Nörolojik	Metabolik/Diğer
Obstrüksiyon	Alkol intoksikasyonu veya geri çekilmesi	Vertigo (Serebellar, vestibüler, vertebrobaziller, vestibüler)	Sistemik enfeksiyonlar
İnfeksiyonlar (apandisit, kolesistit, piyelonefrit)	Diğer bağımlılığa neden olan ilaçlar	Menenjit	Dehidratasyon
Gastroenterit, besin zehirlenmeleri	Bilinçli ilaç aşırı doz alımı	Artmış kafa içi basıncı	Hipoglisemi/hiperglisemi
Gastrit/ülser	Kemoterapiye ve diğer ilaçlara bağlı	Kafa içi kanama	Hiponatremi
İskemi, perforasyon	Yakıcı hasar-hasar verici madde alımı	Migren	Asidoz (Diyabetik ketoasidoz, AKA)
Torsiyon (testiküler veya over)		Tümörler	Kardiyak iskemi
Böbrek Taşları			Gebelik

Gastroenterit

Tanım: Gastrointestinal sistemin genellikle enfeksiyon (virüsler, bakteriler, bakteri toksinleri, parazitler) veya ilaç ve diyetle bağlı iritasyonu sonucu bulantı ve kusmanın olduğu klinik durumdur
Öykü: Kusma, diyare, ± ateş

Fizik Muayene: Fizik muayene normal olabilir veya karında hafif fakat yaygın hassasiyet, taşikardi, dehidratasyon

Değerlendirme: Temel metabolik panel eğer klinik olarak ciddi elektrolit dengesizliğinden şüpheleniliyorsa istenebilir

Tedavi: Oral yolla sıvı alımı tolere edilemiyorsa ise intravenöz sıvılar, antiemetikler verilir. Hasta oral alımı tolere ettiği zaman eve gönderilir

Plan: Oral alımı tolere ettiği anda eve gönderilebilir

Önemli Noktalar: Viral ve bakteriyel toksinler (besin zehirlenmesi) en sık görülen gastroenterit tipidir ve tedavi edilmeden 48 saat içinde kendiliğinden geçer.

Hiperemesis Gravidarum

Tanım: Gebelikte kilo kaybına veya kilo alamamaya neden olan bulantı ve kusma

Öykü: Gebelik (1. Trimester; genellikle 8-12 haftalık), bulantı, kusma, oral alımın bozulması

Fizik Muayene: Taşikardi, dehidratasyon

Değerlendirme: Laboratuvar bulguları: Elektrolitler, tam idrar tetkiki, ketoasidoz ve elektrolit bozuklukları genellikle mevcuttur

Tedavi: İntravenöz sıvılar (Dekstrozu), antiemetikler (ondansetron ve metoklopramid), vitamin B6

Plan: Hasta oral alımı tolere edebildiği zaman eve gönderilebilir

GASTROİNTESTİNAL KANAMA

Tanım

- Gastrointestinal sistemden olan kanamalardır

Yaklaşım

- Hemodinamik olarak stabil olmayan hastalarda 2 geniş çaplı intravenöz damar yolu açılmalı (14-18 gauge), erken dönemde hastalara eritrosit transfüzyonu planlanmalı ve koagülasyon bozukluğu olan hastalarda taze donmuş plazma transfüzyonu yapılmalı ve vitamin K verilmelidir
- SD, Öykü, daha önce geçirilmiş gastrointestinal sistem kanaması atakları, alkol kullanımı, karaciğer hastalığı
- Laboratuvar bulguları: Tam kan sayımı, temel metabolik panel, idrar tetkiki, karaciğer fonksiyon testleri, lipaz, koagülasyon parametreleri, kan grubu tespiti ve çapraz uyum sıptanması

Gastrointestinal Sistem Kanaması Ayırıcı Tanısı	
Yerleşim	Ayrıcı tanı
Üst gastrointestinal sistem kanamaları (Trietzt ligamanın proksimalinden olan kanamalar)	Peptik ülser hastalığı, gastrit, varis kanamaları (özefagus ve gastrik), Mallory-Weiss yırtıkları, mide kanseri
Alt gastrointestinal sistem kanamaları (Trietzt ligamanı distalinden olan kanamalar)	Divertikülozis, kolon kanseri, iskemik bağırsak hastalığı, inflamatuvar bağırsak hastalığı, enfeksiyöz diyare, yabancı cisim, anjiyodisplazi, Meckel divertikülü, anal fissür, hemoroidler

Bartolin Bezi Kisti/Apsesi

Öykü

- Bartolin kanalı tıkanıklığı sebebiyle labiada ciddi lokalize ağrı
- Ağrıya ikincil yürüme ve oturmada güçlük
- Ateş & sistemik toksisite bulguları nadir

Bulgular

- Ağrılı, hassas, vajinal girişin alt yan köşesinde kistik kitle, genelde sinüs ağzından pürülan drenaj, palpe edilemez
- Tipik olarak Staf, Strep, *E. Coli* türleri

Değerlendirme

- Sistemik hastalık olmadıkça hiçbir

Tedavi

- I & D mukozal yüzey boyunca, Word kateteri koy x 48 saat
- İlk 2-3 gün günde 3 kez drenaja yardımcı olmak için suda oturma banyosu
- Rekürrensi önlemek için jinekoloji takibiyle marsupializasyon değerlendirmesi

Plan

- Yara bakım önerileriyle taburcu, 2 gün dikkatli yara bakım takibi

Önemli Noktalar

- Rekürrens oranı < 20 %, jinekolojik malignite düşün

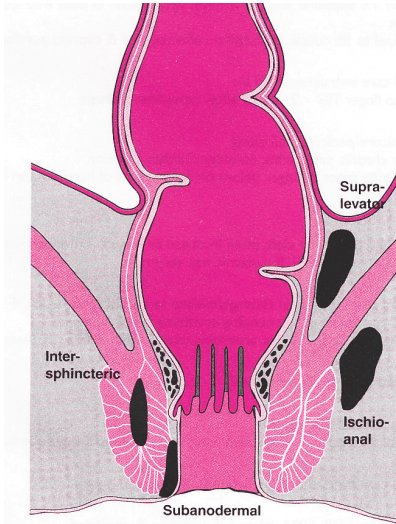
PERİREKTAL APSELER (Int J Colorectal Dis 2012;27:831)

Öykü

- Genelde otururken veya yürürken & defekasyonla rektal bölgede ağrı ve şişme
- Yüksek ateş & sistemik toksisite bulguları nadir
- Chron hastalığı, obezite, DM veya PID öyküsü

Bulgular

- Rektal muayene, apsenin anal sfinkter dışında olduğundan emin olmak & apsenin derecesini belirlemek için gereklidir
- Tipik olarak *E. Coli* türleri, *Enterokoklar*, bakteriodes türleri



Şekil 4.1.

- SSS bulguları prodromdan 2-7 gün sonra başlar
- %80 hiperaktivite (ajitasyon, saldırganlık, bulbar & miyoklonus), %20 "aptal kuduz" (ilerleyici, asendan, duyunun korunduğu flask paralizi)
- İlerleyen otonomik dengesizlik : yüksek ateş, midriyazis, artmış salya ve göz yaşı
- Geç bulgular: hipotansiyon, koma, DİK, kardiyak aritmiler ve arrest
- Hızlı ilerleyen ensefalopati
- Hasta profilaksi almadığı sürece ölümcül sonlanan paralizi ve apne

Değerlendirme

- Serumda Kuduz-nötralizan antikor titresi >1:5 olması -daha önce aşılanmamışta- tanı koydurucudur (aşılanmış hastada titrelerde 4 katta fazla artış tanı koydurucudur).
- BOS: artmış protein, hafif yükselmiş kırmızı ve beyaz küre sayısı, antikor titresi aşılanmaya bakılmaksızın tanı koydurucudur
- Beyin BT, BOS Gram boyama & kültür, ensefalopati açısından araştır

Tedavi

- Yara bakımı, ölü dokunun uzaklaştırılması, sekonder iyileşme
- Solunum yetmezliği veya mental durumda değişikliği olan hastada entübasyon
- Evcil hayvansa, sahibinden aşı durumunu sorgula
- Kuduz riski ve human rabies immune globulin (HRIG) & human diploid cell vaccine (HDCV) ihtiyacı açısından değerlendir
- HRIG: 20 Ü/kg; ½ doz yara çevresine, ½ doz im deltoid kasına
- HDCV: 1 mL im deltoid kasına Acil Serviste, idame doz: 3, 7, 14 & 28. günlerde
- Aşılamaya devam et, aşıya orta düzeyde reaksiyon olsa da.
- Riskli bireylerde temas olmadan profilaksi önerilir
- Yüksek riskli hayvanlarla (ör.: yarasa) temas olanlarda profilaksi düşün

Plan

- Aşılama takvimi verilerek taburcu edilebilir
- Nörolojik veya solunumsal semptomları olan hastalar konsulte edilerek YBÜ'ne yatırılmalıdır
- Hayvan Kontrol Merkezi ve Halk Sağlığı Birimi'ne bilgi verilmelidir
- Başka riskleri tespit ederek gerekli profilaksiyi sağla

Önemli Noktalar

- Dünya genelinde en çok enfekte olan hayvan köpektir, fakat ABD ve Kanada'da nadirdir
- Nörolojik olarak sağlam hayatta kalmış olarak bildirilen 3 kuduz vakasının hepsi semptom başlangıcından önce aşılanmış
- İnsandan insana geçiş vakalarından 6-sı kornea transplantı ve biri insan ısırgı
- Aktif kuduzun ilk olarak AS'e başvurması nadirdir, nonspesifiktir ve neredeyse her zaman kaçınılır. Bundan dolayı, açıklanamayan ensefalopati ile gelen hastada dikkatli davranılmalıdır
- Gelişmekte olan ülkelerde (Güney-Doğu Asya, Afrika, Latin Amerika) yılda 35.000'den fazla ölüm görüldüğünden yutdışı seyahat sonrasında nörolojik semptomlarla başvuran hastada düşün
- Semptomlar geliştikten sonra %100 ölümcül seyeder

KUDUZ MARUZİYETİ SONRASI PROFİLAKSİ

Öykü

- Kedi, köpek veya diğer kemirgen olmayanların (rakun, kocarca, tilki, yarasa) ısırması veya tırmalaması veya kudurmuş görünümlü hayvan (ajite, salyası akan, atağı provoke edilme-meş olan) bildirilmesi

Bulgular

- Isırık yarası veya tırmalam izi, herhangi bir travma izinin olmaması

Değerlendirme

- Kuduz maruziyeti şüphesi nedeniyle yerel sağlık otoriteleriyle temasa geç.

Tedavi

- Yara bakımı (sabun, su, povidin iyotla irrigasyon), ölü dokunun debritleme, sekonder kapama, tetanoz aşısını sorgula.
- Eğer evcil kedi veya köpek ısırdıysa sahibinden aşı durumunu tespit et.
- Kuduz riskini ve HRIG ve HDCV gerekliliğini düşün (tablo aşağıda)
- HRIG: 20 Ü/kg; ½ dozunu maruziyet alanına, ½ dozunu deltoidden im
- HDCV: AS'de 1 ml deltoide im. Takip eden dozları 3,7,14.günlerde verilir.
- Aşı dozuna karşı gelişen hafif reaksiyonda kuduz immünizasyonunu durdurma.
- Riskli kişilere maruziyet öncesi profilaksi
- Isırık olmayan maruziyetlerden olan kuduz > bilinen ısırık maruziyetleri:Yüksek riskli hayvanlarla (ör: yarasa) temastan sonra profilaksiyi düşün.

Plan

- Aşı planı uyması yönergesiyle taburcu.

- BT anjiyo: kanama için %98 sensitiviteye ulaşır, fakat geliştirir ve daha büyük rol oynar
- konvansiyonel anjiyografi LP+ se gerçek anevrizmayı ayırt etmek için altın standarttır.

Yönetim

- Eğer LP+se, nöroşirurji/IR ye konsülte et ve aşağıdaki hemorajik inme bölümünü gör

Plan

- Yatır

Hipertansif Baş ağrısı

Öykü

- Tedavi edilmemiş hipertansiyon veya diğer predispozanlar (gebelik, ilaç kullanımı, serotonin sendromu)

Bulgular

- Kan basıncı genelde >240/140 (w /dk b<120 olmayan)
- Papilödem, ensefalopati, +/- fokal nörolojik anormallikler veya inme

Değerlendirme

- Kraniyal BT; ödem veya intrakraniyal kanamayı değerlendirmek için; kan basıncının sıklığı ve kesinliğiyle ilgili bir hat belirlenmelidir
- End organ hasarına bak (hipertansif acil): EKG MI için, aort diseksiyon bulguları, pulmoner ödem, renal yetmezlik

Tedavi

- Amaç MAP'ı 1 saatin üstünde %25 azaltmaktır (kan basıncını hızlı düşürmek iskekiye neden olabilir)
- Nitroprussid kullanılabilir (gebelik hariç) 0.5 mg/kg/dk veya labetolol 1-2 mg/dk

Sinüs ven Trombozu

Öykü

- Hiperkoagülabilité durumu (örn: %73'ü gebe/postpartum dönem)
- Baş ağrısının kademeli başlangıcı (ortalama zaman 7 gün), görme değişiklikleri, bulantı, kusma

Bulgular

- Papilödem, bacakta güçsüzlük, fokal nörolojik defisit
 - Kavernöz sinüs: CN 3,4 ve 6 bozukluğu
 - Lateral sinüs trombozu: orta kulak infeksiyon semptomları

Değerlendirme

- Sıklıkla w/CTH/CTV ile başlanır, fakat MR venografi en duyarlı

Tedavi

- Antikoagülan (heparin), ± direk trombolitik infüzyonu

Önemli Noktalar

- Venöz sinüs oklüzyonuyla sonuçlanır, konjesyona, bölgesel iskekiye ve enfarkta sebep olur.

SANTRAL SINIR SİSTEMİ İNFEKSİYONLARI

Menenjit

Öykü

- Baş ağrısı, ateş, boyun sertliği, letarji, değişmiş mental durum; yakın zamanda geçirilmiş hastalıkları, seyahat öyküsünü, immünsüpresif tedavileri, kafa travması, veya cerrahiye sor
- Bakteriyel: tipik olarak akut (<1 gün), yüksek derecede ateş, baş ağrısı, ense sertliği, hasta görünümü
- Viral: tipik olarak subakut (1-7 gün), ayrıca w/ baş ağrısı, ateş, fotofobi
- Fungal/Tbc: subakut (<1 hafta), baş ağrısı, düşük dereceli ateş, kilo kaybı, gece terlemesi

Bulgular

- Ateş (çok duyarlı), baş ağrısı, ense sertliği (%50'sinde), genelde fotofobi, değişmiş mental durum
- Brudzinski bulgusu (boynun hafif fleksiyonuyla kalçada fleksiyon olması) ve Kernig bulgusu (kalça 90 derece fleksiyondayken dizin ekstansiyonunda zorlanma ve yapamaması) yalnızca %5 sensitif
- Peteşiyal döküntüler meningokokku düşündürür
- Yaşlı veya immünsüpre hastalarda daha zor bir görüntü oluşur, sadece değişmiş mental durum olabilir

Değerlendirme

- Bakteriyel etiyolojiden şüpheleniliyorsa LP öncesinde hızlıca antibiyotik verilmelidir
- Kan kültürleri, tam enfeksiyöz araştırma (CBC, CXR, TIT), düşük platelet meningokokku düşündürür
- Aşağıdaki tabloda LP öncesi BT çekilmesini gerektiren endikasyonlar görülür
- Tüp 1 ve 4: kan sayımı ve diferansiyel
- Tüp 2: glukoz ve protein
- Tüp 3: gram boyama ve kültür, mikrobiyoloji, şüpheleniliyorsa HSV PCR

- Ciddi hastalığı olmayan KI-İYE da 5 günlük levofloksasin rejimi düşünülebilir
- KI-İYE olan hastalarda semptomların çözülmesini hızlandırmak için 7 günlük rejim öneriliyor
- Gecikmiş cevabı olanlarda 10-14 günlük rejim öneriliyor

Korunma

- Kateter yerleştirmek için endikasyonunu iyi düşün, kateter değişimini sınırla, yerleştirmede aseptik teknik, bunlardan biri

Plan

- Vakaların büyük çoğunluğu eve
- Yatış: > 65 yaş, toksik görünümü, sepsisten şüphelenilen, immünkompromize (DM, orak hücreli, kemoterapi alan kanser, organ transplant alıcısı, immünsüpresifler), yetersiz takip, zayıf sosyal durum (evsiz)

Guideline: Hooton TM, Bradley SF, Cardena DD, et al. Diagnosis, prevention and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults: 2009 international clinical practice guidelines from the Infectious Disease Society of America. *Clin Infect Dis*. 2010;50:625-663

Rekürren İdrar Yolu Enfeksiyonu

Tanım

- Yapısal/fonksiyonel anomali olmadan son 12 ay içinde kültürle dökümente en az 3 unkmpli-ke idrar yolu enfeksiyonu atağı
- **Relaps:** (%5-10 kadınlar) 2 haftalık tamamlanmış tedavi ve aynı üropatojenin persistansı ile olur, antibiyotik direncini telkin eder
- **Reinfeksiyon** tamamlanmış antimikrobiyal tedaviden 2 hafta sonra ve başka bir organizma veya türe sekonder olur.

Öykü

(*umkomplike sistit ve pyelonefrite bakınız*)

Tetkikler

- TKS/Biyokimya nadiren endike
- İdrar hCG, TIT (+ lökosit esteraz ve + nitrit en iyi tanısalar yarar, +LE veya + nitrit yüksek ihtimal)
- İdrar kültürü antimikrobiyal direnç için elde edilmeli
- Eğer tam olmayan boşalmadan şüpheleniliyorsa postvoidal rezidü
- Görüntüleme: Renal USG, iv pyelografi, abdomen/pelvis BT gerekçesi varsa ancak acil dayanak olarak rutin ihtiyaç duyulmaz
- Daha eski çalışmalar voiding sistoüretrografi, sistoskopi, ürodinamik testleri içerir ancak rutin olarak AS de uygulanmaz.

Tedavi

(*antimikrobiyaller için unkomplike idrar yolu enfeksiyonuna bakınız*)

- 6 ay boyunca profilaktik, düşük doz devamlı antibiyotik başlamayı düşünün
 - Nitrofurantoin 50-100 mg po 1x1
 - Fosfomisin 3 gr saşe po **q10d**
 - Siprofloksasin 125 mg po 1x1
 - Sefalekssin 125-250 mg po 1x1, sefaklor 250 mg po 1x1
 - Trimetoprim-sulfametoksazol 40/200 mg 1x1 veya haftada 3 kez
- Alternatif olarak cinsel ilişki sonrası 2 saat içinde tek doz antimikrobiyal profilaksi düşün:
 - Nitrofurantoin 50-100 mg
 - Trimetoprim-sulfametoksazol 40/200 mg veya 80/400 mg
 - Sefalekssin 250 mg
- Bir diğer seçenek kendi kendine antibiyotik başlama (eğer semptomlar gerilemezse hastalara 48 saat içinde bir sağlık vericisi ile irtibata geçme talimatı verilmeli)

Plan

- Anatomi/fonksiyonel etiyolojiyi belirlemek için üroloji takibi ile eve

Guideline: Dason S, Dason JT, Kapoor A. Guidelines for the diagnosis and management of recurrent urinary tract infection in women. *Can Urol Assoc J*. 2011;5:316-322

Üretrit

Tanım

- Enfeksiyöz ve nonenfeksiyöz etiyolojilerin sonucu olarak üretral inflamasyonla karakterize ürogenital inflamasyon durumu

- Saçlı deri lezyonları: %2,5 Selenyum Sülfid (Selsun) şampuan 4 hafta boyunca haftada 2 kez, %1 çinko prition şampuan (Head&Shoulders) önce günde birkez, sonrasında gerektiğinde haftada 2 kez veya %2 ketakonozol şampuan 4 hafta boyunca haftada 2 kez. Hastalar şampuanlandıktan sonra 5-10 dakika durulanmadan beklemeleri konusunda bilgilendirilmelidir. Selenyum ve çinko şampuanları günlük kullanımda kullanılabilir
- Yüz ve vücut lezyonları: Hidrokortizon, %1; krem 4 hafta boyunca günde 1 kez, Ketakonozol, %2 krem, gündü 2-4 kez, bir ay boyunca uygulama faydalı olabilir, Bu tedaviler yukarıda anlatılan şampuanlarla beraber kullanılmalıdır

Plan

- Eve

Dishidrotik egzama (Pomfoliks)

Tanım

- Palmoplanter deriyi tutan vezikülobüllöz hastalık
- Egzemanın kalın ehpidermis ve avuç içi ve ayak tabanının kalınlaşmış boynuzsu tabamasında ödematöz sıvı birikimiyle karakterize alt tipidir
- Veziküler ve büllöz olmak üzere 2 klinik tipi vardır
- Akut, rekürren veya kronik olabilir
- Yanışıklıkla dishidrozis ismini almıştır, ter bezleri bu hastalıkta etkilenmez

Öykü

- Hastalar avuç içleri veya ayak tabanlarında veziküler veya büllöz ve kaşıntı ile gelirler
- Atopik dermatit, kontakt dermatit (özellikli (nikel k ve kobalt), aters ilaç reaksiyonları, duygusal stress veya tinea pedisli hastalarda id reaksiyonu ile beraber olabilir

Fizik Muayene Bulguları

- Avuç içi ve ayak tabanı ve parmakların lateral kısımlarında özeelikle yerleşmiş palmoplanter, noneritematöz veziküller ve büller

Tedavi

- Ağır vakalarda yüksek potensli kortikosteroidler, sistemik kortikosteroidler
- Topikal kalsinörin inhibitörleri (takrolimus, pimekrilimus)

Plan

- Eve taburcu

Topikal Steroid Preparatlarının Potenslerine göre Stoughton Cornell Sınıflaması		
Kortikosteroid	Ticari ismi	Taşıyıcı
Grup (süper potent)		
Betametazon dipropionat Klobetazol propionat Halobetazol propionat	Diprolen % 0,05 Dermovate % 0,05 Ultravate %0,05	Merhem, optimize taşıyıcı Krem, Merhem, optimize taşıyıcı Krem, Merhem
2.Grup (Çok yüksek potens)		
Betametazon dipropionat Betametazon dipropionat Fluosinonit Halsinonid Mometazon furoat Triamsinolon asetonid	Diprolen % 0,05 Dermabel % 0,05 Lidex % 0,05 Betacorton %0,1 Elocon %0,1 Kenalog %0,5	Krem Merhem Krem, Merhem, Jel Krem Merhem Krem, Merhem
3.Grup (Yüksek potens)		
Betametazon benzoat Betametazon dipropionat Betametazon valerat Flutikazon propionat Halsinonid Triamsinolon asetat Triamsinolon asetat	Benisone; Uticort 0,025 Dermabel % 0,05 Betnovate %0,1 Cutivate %0,005 Betacorton %0,1 Aristocort A %0,1 Aristocort HP %0,5	Jel Krem Merhem Merhem Merhem Merhem Krem
4.Grup (Az yüksek potens)		
Betametazon benzoat Betametazon valerat Fluosinolon asetonid Fluosinolon asetonid Flurandrenolid Halsinonid Hidrokortizon valerat Mometazon furoat Triamsinolon asetonid	Benisone; Uticort 0,025 Betnovate %0,1 Synalar-HP %0,2 Synalar %0,025 Cordran %0,05 Halog %0,25 Westcort %0,2 Elocon %0,1 Kenacort A %0,1	Merhem Losyon Krem Merhem Merhem Krem Merhem Krem Merhem

Öykü

- Poliüri, polidipsi, dehidratasyon, bulantı, kusma, depresyon, konfüzyon, koma; karın ağrısı, anoreksi, kabızlık, ilaçlar (yukarda tabloda)
- Pankreatit, nefrolitiazis, patolojik kırıklara neden olur

Fizik muayene

- Genel halsizlik, epigastrik hassasiyet, azalmış derin tendon refleksleri, koma

Tanı

- Laboratuvar: Biyokimya Ca/Mg/Fosfor testleri, iyonize Ca, lipaz (pankreatit düşünüüyorsa), idrar elektrolitleri, albümin, PTH (sentez ve salınımı Mg gerektirir)
- EKG: QT intervalı kısalması, PR uzaması, QRS genişlemesi; nadiren BBB, sinüs bradikardisi veya yüksek dereceli AV blok

Tedavi

- Altta yatan nedenin tedavisi edilmesi.

Hiperkalsemi Akut Tedavi			
Müdahale	Doz	Süre	Etki
Normal SF	4-6 lt/gün	Saatler	Kalsiyum atılımını düzenler
Furosemid	20-60 mg iv 6 saatte bir	Saatler	Kalsiyum atılımını düzenler; damar içi volüm azsa vazgeçilmeli
Bifosfonatlar (pamidronat, zolendronik asit, alendronat)	Değişken	Günler	Osteoklastları inhibe eder (özellikle malignenside yararlı), böbrek yetmezlikli hastada dikkat edilmeli
Hiperkalsemik Antidot (Kalsitonin, plikamisin)	Kalsitonin: 4 IU/kg-12 saatte bir, Plikamisin: 25 mcg/kg iv 4 saatte	Saatler, günlere uzayabilir	Direk RNA inhibisyonu, taşiflaksi geliştirebilir
Hidrokortizon	200-300 mg iv /gün	Günler	D vit toksik hastalarda, multiple myeloma, sarkoid ve lenfoma hastalarında faydalı
Hemodiyaliz			Böbrek yetmezlikli hastalarda faydalı

Yaklaşım

- Evde bakım: ılımlı stabil hiperkalsemi
- Hastanede bakım: çoğu vaka düzeline kadar hastane yatışı gerektirir

Önemli Noktalar

- Hiperkalsemi = taş, kemik, karın guruldama, psikiyatrik belirtiler

Hipomagnezemi**Tanım**

- $Mg < 0,7 \text{ mmol/L}$

Hipomagnezemi Nedenleri	
Patofizyoloji	Nedenler
Kardiyak	KKY
Gastrointestinal	Diyare/kusma, NG tüp aspirasyonu, malabsorbsiyon
Renal	Kronik böbrek yetmezliği (tersiyer hipoparatiroidiz yaparak)
Endokrin	Hiperaldosteronizm, vit D eksikliği
Diğer/ilaçlar	Alkol, gebelik, tiazid ve loop diüretik, aminoglikozid, amfoterisin, gentamisin, pentamidin, tobramisin

Öykü

- Halsizlik, AMS, kas krampları, ilaçlar (yukarda tabloda)

Fizik Muayene

- Tetani, Chvostek/Trousseau bulguları, papilödem, hiperrefleksi

Tanı

- Laboratuvar: Biyokimya Ca/Mg/Fosfor testleri, iyonize Ca, albümin, yatan hastalarda PTH planlanmalı

YÜKSEK İRTİFA HASTALIKLARI

Giriş

- Düşük kısmi oksijen basıncına akut maruziyetten dolayı meydana gelir; genellikle 8K ft üzeridir
- Yüksek irtifa akciğer ödemi (HAPE) ya da yüksek irtifa serebral ödeme (HACE) dönüşebilir
- Aklimatizasyon vücudun hipoksi etkilerini minimize etmesini sağlar; $\uparrow$ solunum hızı ($\downarrow$ PaCO₂), $\uparrow$ kalp debisi, $\uparrow$ hematopoez ve 2, 3 DPG üretimi (dokulara O₂ salınımını kolaylaştırır)
- Tam etki göstermesi 5-7 gün alır, kalıtsal aklimatizasyon kabiliyeti bireye göre değişiklik gösterir

Yaklaşım

- Oksijen, iniş, semptomların giderilmesi, tedavi edilmemesi durumunda HAPE (yüksek irtifa akciğer ödemi) ölümcül olabilir

Öykü

- İrtifa > 8K ft'ye hızlı düşüş
- Grip benzeri semptomları, "mahmurluk", baş ağrısı, yorgunluk, efor dispnesi, uyku bozukluğu, bulantı/kusma, sersemlik, parestezi
- Semptomlar inişten sonra 6-10 saat içinde görülür, 1-2 gün içerisinde azalır ya da HAPE (yüksek irtifa akciğer ödemi, HACE'ye dönüşür)
- HAPE (yüksek irtifa akciğer ödemi): kuru öksürük, ateş, dinlenme halinde nefes darlığı ya da HACE (yüksek irtifa beyin ödemi): ataksi, emez, bilinç kaybı)

Bulgular

- İrtifa hastalığının şiddetine bağlıdır
- HAPE: taşikardi, taşipne, raller/hırıltı, ateş, ortopne, pembe/köpüklü balgam
- HACE: Mental durum değişikliği, ataksi, nöbet, bozulmuş konuşma, stupor, koma, beyin hernisinden ölüm

Değerlendirme

- Klinik tanı
- HAPE (Yüksek irtifa akciğer ödemi): Göğüs filmi (yama şeklinde infiltratlar), Ultrason (kuyruklu yıldız kuyruğu), pulse oksitometri (relatif hipoksi)
- HACE (Yüksek irtifa beyin ödemi): Kraniyal BT negatif, MRI ($\uparrow$ gösteren beyaz madde değişiklikleri)

Tedavi

- İnin! Eğer mümkün değilse: Oksijen, semptomların giderilmesi, yatak istirahati
- İlaçlar: belirgin olmayan fayda ancak düşük risk:
- Nifepidin (akciğer vazodilasyonu): 10 mg PO q6h, SR 30 mg PO q8h -12 sa (<90-120 mg/d)
- Asetazolamid: 250 mg PO q12 sa; inişten 1 gün önce profilaksi başlangıcı için
- Deksametazon: 8 mg PO X 1, daha sonra 4 mg PO q6h
- Teneffüs edilen β -agonist (Salmeterol; alveolar sıvıyı temizlemektedir): teneffüs etme q12 s
- Hiperbarik oksijen odası: inişe kadar uygun zaman ölçütü olarak kullanılır

Plan

- Hipoksik, dinlenme halinde dispne varsa, yaşayanlar için prognozun mükemmel olduğunu kabul edin

Önemli Noktalar

- Ani inişlerden kaçının, orta yükseklikte 1-2 gece uyuyun
- Altta yatan medikal durumlar (Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, koroner arter hastalığı, hipertansiyon, SSD, gebelik) daha fazla etkilemiştir
- Semptomların diğer sebepleri üzerinde düşününüz: pnömoni, pulmoner embolizm, subdural hematoma, inme

Yüksek İrtifa Hastalıklarının Özeti

Hastalık	Bulgular ve Semptomlar	İrtifa & Seyir	Tedavi
Akut İrtifa Hastalığı	Viral hastalık, baş ağrısı gastrointestinal sistem rahatsızlıkları, insomni, yorgunluk, sersemlik, bayılma hissi	8-10K ft; başlangıç >6 sa, zirve 1-2 gün, süre 3-5 gün	Asetazolamid
Yüksek İrtifa Akciğer Ödemi	Dinlenme halinde nefes darlığı, yorgunluk, baş ağrısı, anoreksia, siyanoz, raller, taşipne, taşikardi	>14, 500 ft; başlangıç 2-4 gün, inişten 1-2 gün sonra	Oksijen, iniş, dinlenme, nifedipin, eğer ciddiye hiperbarik
Yüksek İrtifa Serebral Ödemi	HA, ataksi, geveleyerek konuşma, mental durum bozuklukları (halüsinasyonlar), insomnia, stupor, koma	>12K ft; başlangıç 1-3 gün, zirve 5-9 gün, inişten 3-7 gün sonra ortadan kalkar	Oksijen, iniş, dinlenme, deksametazon; eğer ciddiye hiperbarik
Yüksek İrtifa Retinal Kanama	Genellikle asemptomattır, bazen merkezi skotom	> 17, 500 ft; başlangıç/ zirve? 1-3 hafta içerisinde ortada kalkar	Acil tedavi yoktur

BACAK AĞRISI VE ŞİŞLİK

Yaklaşım

- Dikkatli öykü: COLDER [Character (Karakteri), Onset (Başlangıç), Location (Yeri), Duration (Süre), Exacerbating factors (Alevlendiren faktörler), Radiation (Yayılımı)], anatomik dağılım, unilateral vs bilateral, akut vs. kronik, eritem veya dermatolojik bulgular ile birlikteliği; travma öyküsü
- Parestezi, hiperestezi veya nöropati için değerlendir
- Tam nörolojik ve vasküler muayane, motor güçsüzlük için değerlendir

Ayrıntı Tanı	
Patofizyoloji	Ayrıntı Tanı
Kardiyovasküler	KKY (1b)
Vasküler	DVT (1b), Periferik vasküler hastalık (PVH), tromboflebit
İnfeksiyon	Osteomyelit, sellülit (4e), abses (4d)
Travma	Fraktür (19k), incinme (19k), dislokasyon (19k), kas yırtılması, hematoma, kompartman sendromu
Sıvı, elektrolit, beslenme, Genitoüriner	Elektrolit anormallikleri, glomerülo nefrit, nefritik sendrom
Obstetrik/Jinekolojik	Gebelik, gebelikteki HELLP sendromu (7a)
Nörolojik	Guillan Barre Sendromu (GBS)(19g), periferik nöropati
Çevresel	Sıcaklık ödemi
Neoplazm	Sarkoma, Süperior vena kava (SVC) sendromu

PERİFERİK VASKÜLER HASTALIKLAR

Klodikasyon (Topallama)

Öykü

- İskemik kas ağrısı eforla artar ve dinlenmeyle azalır
- Hasta ayak ağrısını rahatlatmak için sıklıkla ayağı için destekleyici kullanır
- %1-2 de kronik kritik bacak iskemisi var: istirahatatta ağrı iyileşme ülseler kuru gagren

Bulgular

- Perik nabızlarda azalmanın eşlik ettiği ya da etmediği istirahatatta normal bulgular

Değerlendirme

- ABI <0.9 tanı koydurucu
- Kritik iskemik bulgularına bak (istirahat ağrısı, iyileşmeyen ülseler)
- Ayak bileği-brakiyal indeksler (ABI), pulsatil akımın periferik vasküler izlenmesi (PVI)

Tedavi

- Muayene anormal ise vasküler cerrahi konsültasyonu

Plan

- Hastaneye başvuru önerileri ile vasküler cerraha başvurmak üzere eve gönderilir

Ekstremitede Arteriyel Tıkanıklık

Öykü

- Bilinen periferik vasküler hastalık +/- veya risk faktörleri (HT, sigara, bilinen KAH)
- Distal parestezi ile birlikte ani gelişen ağrı
- Geç klasik (bulgulara ilişkin) 5 P: Ağrı (pain), solukluk (pallor), parestezi, nabızsızlık (pulseless), paraliz

Bulgular

- Soğuk, benekli ekstremiteler, nabız azalmış, motor güçsüzlük, +/- yayılım
- Muayenede palpasyon ile orantısız artmış hassasiyet veya duyu azalması

Değerlendirme

- Normal ekstremiteleri de içeren tüm nabızlar için Yatak Başı Doppler; Ayak bileği-brakiyal indeksler (ABI), Pulsatil akımın periferik vasküler izlenmesi (PVR), Allen testi
- U/S tıkanıklık düzeyini gösterir
- CTA veya anjiyografi
- Aritmi için EKG, EKO (eğer embolik pıhtıdan şüpheleniliyorsa, sol ventrikülün incelenmesi), preop laboratuvar tetkikler

Tedavi

- Erken Vasküler cerrahi konsültasyonu, embolektomi düşün
- Antikoagülasyon (vasküler cerrahi ile konsültasyon): Heparin 18 U/kg/saat IV, bolus uygulanmaz

Plan

- Eğer mümkün değilse vasküler cerrahinin yapılabildiği merkeze transfer

- Ciddi ağrı ile birlikte pasif ROM tanı koydurur
- Tüm eklemler risk altındadır fakat en sık etkilenen eklemler diz > kalça > el bileği
- Yüksek risk grupları İV ilaç kullananlar ve immun yetmezliği olanlar

Bulgular

- Genelde tek eklem tutulur; yaygın gonokokal hastalıkta çok eklem tutulur
- Sıcaklık, ağrı ve kızarıklık ve minimal pasif ROM veya aksiyel yük

Değerlendirme

- Efüzyon, yabancı cisim, fraktür ve osteomyeliti saptaman için grafi (X-Ray)
- Eğer septik eklem şüphesi varsa, artrosentez yap, gram boyama ve kültür gönder, hücre sayısı, protein ve glukoz, kristal analizi yap, WBC, >5000 ve PMN baskın ise pozitif
- Sedimentasyon, CRP, organizmayı izole etmek için kültür gönder; enfeksiyon taraması için idrar tetkiki ve akciğer grafisi iste)

Tedavi

- Artrosentez (kalçadan, ortopedist veya enfeksiyon Hast. Doktoru), Ortopedi konsültasyonu, fizyolojik pozisyonda atel
- Destek tedavisi: hidrasyon, antipiretik, ağrı kesici
- Kan kültürü alındıktan ve artrosentez yapıldıktan sonra antibiyotik; *S. Aureus* en sık
- Yaşlılar, immun yetmezliği olan, protez varlığı; vankomisin ve antipsödomonal (piperasika tazobaktom veya siproflaksin)
- Çocuklar < 14 yaş
- 3. jenerasyon Sefalosporin (Sefotaksim 50 mg/kg 6 saatte bir), β-laktamaz rezistan penisilin (nafsilin veya oksasilin 37 mg/kg 6 saatte bir)
- Erişkinler
- 3.jenerasyon sefalosporin YADA siprofloksasin

Plan

- Antibiyotik ve ortopedik izlem için yatış, genellikle eklem yıkama gerekir

Önemli Noktalar

- Septik kalça klasik bulgularla saptanamaz; bulgular gizli olabilir
- Eklem sıvısında kristallerin bulunması septik eklemi dışlamaz
- Eklem üzerinde sellülit olması artrosentez için kontrendikasyondur ve sellülitli alandan işlem yapılmamalı
- Septik artritte ağrıyı azaltmak için eklem içine steroid enjeksiyonu kontrendikedir

Gonokokkal Septik Artrit

Öykü

- Tek ağrılı, şiş, sıcak ve hassas eklem yakınması olan genç, cinsel olarak aktif hasta
- Çoklu eklemlerde veya gezici olabilir; daha küçük eklemler (dirsek, el bileği, ayak bileği) sıklıkla etkilenir
- Gonokok enfeksiyona bağlı üretral veya vajinal akıntı olabilir

Bulgular

- *Neisseria* gonokok enfeksiyonuna bağlı herhangi bir klinik durum
- Şiş, hassas, sıcak ve aşırı ağrılı küçük eklemler, genellikle istirahatle hafif fleksiyonda, ROM esnasında aşırı ağrılı; tenosinovit
- Kadınlarda servisit, kötü kokulu, pürülan, sarı-yeşil vajinal akıntı veya erkeklerde dizürri ve penil akıntı
- Merkezinde nekrotik/püstüller olan ağrısız makulopapüler döküntü olabilir
- Sağ üst kadranda karın ağrısı Fitz-Hugh-Curtis sendromunu düşündürür

Değerlendirme

- Gonokokkal olmayan septik artritle aynı + servikal (kadın) ve üretral (erkek) kültürler, kesin tanı için rektal ve farenks kültürleri alınır

Tedavi

- Artrosentez, ortopedi konsültasyonu, eklemi rahat ettirmek için fizyolojik pozisyonda eklem ateli
- 3. jenerasyon sefalosporin (seftriakson 1 gr/gün İV) veya kinolon (siprofloksasin 400 mg İV her 12 saatte bir) klamidya için doksisisiklin ekle
- Destek tedavisi: hidrasyon, antipiretik, ağrı kesici

Plan

- Antibiyotik tedavisi ve ortopedik takip için hastaneye yatış, cerrahi olarak eklem yıkama

Önemli Noktalar

- Gonokok septik artriti cerrahi olarak eklem yıkamanın gerek olmadığı tek septik artrittir; fakat sıvının uzaklaştırılması için çok sayıda artrosentez gerekir
- Gonokokkal septik artritte gram boyama ve kültür sonuçları gonokokkal olmayan septik artritlere göre daha çok oranda negatif saptanır
- Septik artritte ağrı kontrolü için eklem içi steroid enjeksiyonu kontrendikedir.

GASTROÖZOFAGEAL REFLÜ HASTALIĞI

Tanım

- Gevşek özofageal sfinkter → besinin yemek borusuna retrograd geçişi

Öykü

- <2 y/o, Yemek esnasında ya da yemekten sonra safralı olmayan kusma/ tükürme

Fiziksel Bulgular

- Sandifer sendromu: yemekten sonra sırtüstü pozisyonda iken çekilme/ silkinme hareketleri

Değerlendirme

- 24 saat pH probu (en hassas şekilde), nükleer süt taraması, baryum yutulması, hem + dışkı (özofajit varsa)

Tedavi

- Geçirme aralıkları ile küçük miktarda besin alımı, yemekten sonra 30-40 dk yarı dik pozisyonda durmak, ağır beslenme
- Asit azaltıcı maddeler: ranitidine, günde 8 saat tebir 4-5 mg/kg, q6-12 saat tebir 0.1-0.2 mg/kg metoklopramid

Plan

- Evde
- Önemli Noktalar
- Komplikasyonlar: yutma güçlüğü, apne, laringospazm, pnömoni
- Genellikle 1 y'e kadar giderilir

GASTROENTERİK

Tanım

- Kusma ve diyare bulaşıcı kaynaktan ileri gelir

Öykü

- Kusma, diyare, hastayla kontakt, ab kullanımı yolculuk

Fiziksel Bulgular

- Uyuşukluk, dehidratasyon (deri turgor, doku testi, muköz membranlar, vs)

Değerlendirme

- BMP (ciddi dehidratasyon varsa), disk kültürü (parazit ara)

Tedavi

- Elektrolit düzeltme, hidrasyon (IV/PO), çoğunlukla kendiliğinden çözülür, antimotilite maddelerden kaçınılmalıdır (artan ağrı/ kramp/ uzun süren semptomlar)
- Ondansetron; çinko supplementi (10-20 mg/g x 10-14 <5y çocukda şiddet, süre ve sıklığı azalır (WHO: Treatment of diarrhea: A manuel for Physicians and Other Healthcare Providers. 4th rev ed. 2005)

Plan

- Evde ya da hastanede (ciddi dehidratasyon, <16 mEq/L bikarbonat, PO tolerasyonunun olmaması durumunda)

Gastroenterik Etiyolojiye Spesifik Semptomları ve Tedavisi			
Etkenler	Klasik Geçmiş ve Bulgular	AS Müdahale	Önemli Noktalar
Viral			
Rotavirüs	Sulu diyare, sonbahar (Güneybatı)/ kış (Kuzeydoğu) aylarında; kreş ya da okul öncesi çocuklarda yaygın	Hidrasyon	2 yaş altındaki dehidratasyon diyare ile gelen çocukların yaklaşık %70'i rotavirüsten etkilenmiştir; oldukça bulaşıcıdır
Adenovirüs	Genellikle ilkbahar ve yaz aylarının başında tekrar eden solunum yolu hastalıklarının eşlik ettiği sulu diyare	Hidrasyon	
Norwalk virüsü	Ateş, BA ve kas ağrılarının eşlik ettiği sulu diyare	Hidrasyon	Diyare salgının başlıca nedeni

(devam ediyor)

Genel Toksikoloji Tedavileri (Devamı)	
Tedavileri	Toksik Ajan
Kalsiyum	KKB, hiperkalemi, hipermagnezemi, hipokalsemi, hidroflorik asit
Kasium disodyum edetat	Cıva
Siyanür kiti(amil nitrit sodyum nitrat, tiyosülfat)	Siyanür
Deferoksamin	Demir
Digoksin antikorları	Digoksin
Dimerkaprol	Arsenik, kurşun, cıva
Etanol	Etilen glikol, metanol
Flumazenil	Benzodiazepin
Fomepizol	Etilen glikol, metanol
Glukagon	Beta bloker, KKB
İnsulin (hiperinsülinemi)	Beta bloker, KKB
n-asetilsistein	Asetaminofen
Naloksan	Opiyat
Oktreotid	Sulfanilüreter
Fizostigmin	Antikolinerjikler
Pralidoksim	Organofosfat
Protamin	Heparin
Sodyum bikarbonat	TCA
Succimer	Arsenik, kurşun, cıva
Vitamin K	Varfarin

Plan

- Tüm ciddi zehirlenmelerde yatış/ileri merkeze sevk düşünülmelidir.

Önemli Noktalar

- Her hastanenin zehir taraması farklıdır. Kendi hastanede yapılanları öğren

ANTİKOLİNERJİK İLAÇ ALIMI

Tanım

- Muskarinik kolinerjik reseptör antagonisti → parasempatik sistem inhibisyonu

Önemli Noktalar

- Her hastanenin zehirlenmelere yaklaşımı farklı olabilir → kendi hastanenin yaklaşımını öğren!

Önemli Antikolinerjik Aktivite Gösteren İlaçlar	
Sınıf	İlaç
Belladon alkaloidleri	Atropin, skopolamin, ipratropium
Antiparkinson ajanlar	Benzotropin
Antihistaminikler	Difenhidramin (Benadryl), meklizin, prometazin (Phenergan), hidroksizin (Ataraks), dimenhidrinat (Dramamine)
Sıklik yapıda olanlar	Siklobenzaprin (Flexeril)
Psikofarmakolojik ilaçlar	TSA, fenotiazinler

Öykü

- Bulanık görme, ağız kuruluğu, ateş, bilinç değişikliği, yüzde kızıklık “yarasa gibi kör, kemik gibi kuru, tavşan gibi sıcak, pancar gibi kırmızı”

Ayıcı Tanı

- Sempatometikler, alkol/benzodiazepin çekilmesi, tiroid fırtınası, sepsis/menenjit

Bulgular

- Taşikardi, ateş, dilate pupiller, kuru mukoza ve cilt, hipoaktif barsak sesleri, üriner retansiyon, konfüzyon/deliryum, nöbet

Değerlendirme

- EKG (QTc de uzama → TSA, nöroleptikler), elektrolitler, Total CK (rabdomiyozis), Diğer toksik madde alımlarıyla ayırıcı tanı, pulse oksimetre, tele

- II. GI rahatsızlık, bulantı kusma, karın ağrısı (24-72 saat)
- III. Sarılık, fulminan KC yetmezliği, ensefalopati (3-5. gün)
- IV. Faz 3 te yaşarsa ve multiorgan yetmezliği olmazsa düzelmeye (1 hafta sonra)

Değerlendirme

- APAP seviyesi alımdan 4 saat sonra, başka alımlar için kan testleri, bazal KCFT ve pıhtılaşma zamanları, anyon açığı hesaplamak için biyokimya, transplantasyon gerekecekse pre-op laboratuvar parametreleri, EKG

Tedavi

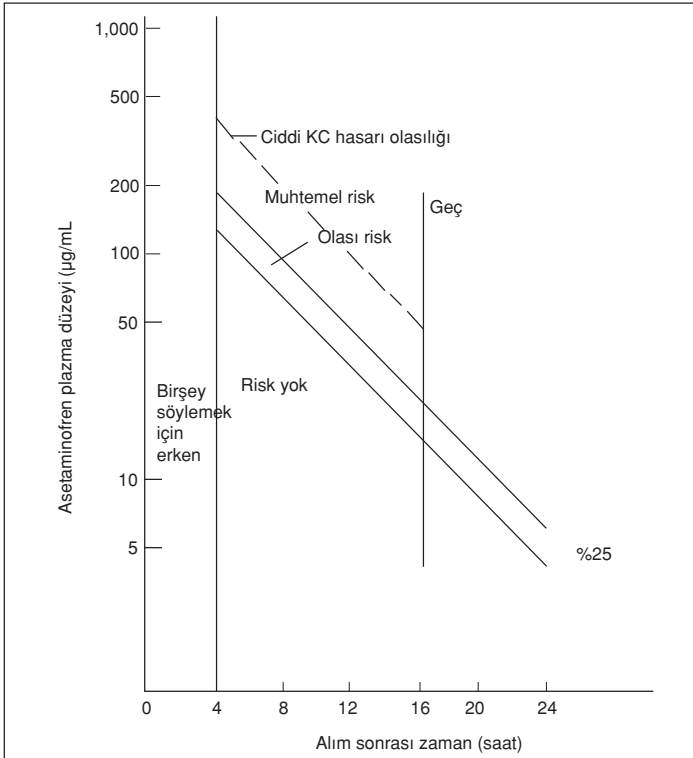
- N-asetilsistein (NAC) glutatyon yerine antidot olarak kullanılır
- Kardiyak monitorizasyon, 2 büyük damar yolu, NAC tedavisi için NG sonda (PO NAC zararlı)
- Eğer 4. Saat APAP düzeyi > 140 µg/dL ise NAC tedavisine başla
- 4 saatte bir 140 mg/kg NAC NG'den, sonra 70 mg/kg 4 saatte 1, 17 kez, NG'den veya IV 150 mg/kg x 1
- PO intolerans varsa aynı dozda IV verilebilir (FDA onaylı değil)
- Birkez IV başlandıysa full 17 doz PO yerine IV verilmeli
- Aktip kömür; Diyaliz (APAP > 1000 mg/l + koma/hipotansiyon) ardından 50 mg/kg 5 do, ilk 20 saatte geçerse tedaviyi serum düzeyine göre uzat

Plan

- Hastaneye yatırılmalı, klinik duruma göre yoğun bakım veya transfer merkezine sevk.

Önemli Noktalar

- Güvenli APAP dozu günlük 15 mg/kg 4 defa, maksimum 4 grama kadar
- APAP metabolizmasıyla NAPQI (toksik metabolit) üretilir → direk hepatosit hasarı
- Glutatyon katlandığı zaman NAPQI birikir ve idrardan atılır. APAP'ın toksik sonuçları glutatyon birikimine bağlıdır.
- Çoğu kasıtsız yüksek doz alımı pedyatrik ve infantlarda bilinçsiz APAP preparatlarının kullanımına bağlıdır.
- İnfantlarda: 80 mg/0.8 mL = 100 mg/mL, çocuklarda: 160 mg/ 5 ml (5 ml = 1 tatlı kaşığı) = 32 mg/mL



Şekil 1. Plazma APAP düzeyi ile hepatoksisite ilişkisi zamana göre düzeltilmiş. (Helms RA, Quan DJ. Textbook of Therapeutics: Drug and Disease Management. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2006)

Plan

- Hastaneye yatır

Brown-Sequard Sendromu (Lateral Kord Sendromu)**Tanım**

- Penetran travma nedeniyle kordun yarı kesisi

Öykü

- Penetran travma

Bulgular

- İpsilateral motor/propriyosepsiyon/titreşim kaybı, kontralateral ağrı/ısı duyusu kaybı, kayıp yaralanmanın iki seviye altından başlar

Tetkik

- MRG

Tedavi

- Cerrahi konsültasyonu

Plan

- Hastaneye yatır

Deficit by Level of Spinal Injury			
Duyu Kaybı İşareti		Motor Kayıp İşareti	
C2	Oksiput	C5	Dirsek fleksiyonu
C4	Klaviküler bölge	C7	Dirsek ekstansiyonu
C6	Baş parmak	C8	Parmak fleksiyonu
C8	Küçük parmak	T1	Parmak abdüksiyonu
T4	Meme başı	L2	Kalça fleksiyonu
T10	Umblikus	L3	Diz ekstansiyonu
L1	İnguinal bölge	L4	Ayak bileği dorsifleksiyonu
L3	Diz	S1	Ayak bileği plantar fleksiyonu
S1	Topuk		
S5	Perineal bölge		

Spinal Şok**Tanım**

- Kord travması nedeniyle oluşan 24-48 saat süren vasküler tonus kaybı

Öykü

- Spinal kord travması

Bulgular

- Hipotansiyon, bradikardi, flask paralizi, hiporefleksi

Tedavi

- KB desteği için fenilefrin (Neo-sinefrin-periferik alfa agonist)

Plan

- Hastaneye yatır

Önemli Noktalar

- Spinal travmada steroid kullanımının destekleyen kanıt yok
- SCIWORA (radyolojik anormallik olmaksızın spinal kord hasarı [spinal kord injury without radiological abnormality]): pediatrik hastalarda, bölgesel hassasiyet/nörolojik defisitGörüntüye rağmen kord hasarı gibi tedavi et

TORAKS TRAVMASI**Tanım**

- Toraks ve yapılarına penetran (mediastene ulaşan veya ulaşmayan yaralar) veya künt travma (travmaya bağlı ölümlerin %25'i; ani:kalp/büyük damar hasarı, erken: havayolu tıkanıklığı/tamponad/tansiyon pnömotoraks, geç: Pnömoni/PTE

Yaklaşım

- 3 ana kategoriyi incele: vasküler, faringoözofageal, laringotrakeal (özofageal/larigeal yaralanma şüphesi varsa NG yerleştirme)

Vasküler Pelvik Yaralanmalar

Tanım

- Pelvik fraktürle birliktelik gösteren pelvik vasküler yapıların yaralanması (sıklıkla AP travma ve vertikal kayma)

Öykü

- Künt travma, lateral/AP kompresyon, vertikal kayma (düşme)

Fizik Muayene

- Anstabil pelvis, resüsitasyona cevapsız hipotansiyon

Değerlendirme

- AP pelvis, BT (stabil ise), pelvik anjiyografi

Yaklaşım

- Pelvis stabilizasyonu, ortopedi konsültasyonu (kanama kontrolü amaçlı eksternal fiksasyon), devamlı hipotansiyon durumunda girişimsel radyoloji (venöz kanamada düşük etkili bol kol-lateral varlığı)

Plan

- Yatış

Asetabular Kırıklar

Tanım

- Asetabulum kırığı (motorlu taşıt yaralanmaları dizin ön panele çarpması veya lateral darbe, yaşlı hastalarda düşmeler)

Öykü

- Künt travma, kalça hareketleri ile ağrı

Fizik muayene

- Kalça hareketi/ayak tabanı veya major trokanter kompresyonu ile ağrı varlığı

Değerlendirme

- AP pelvis, lateral kalça grafisi, BT (grafilerle net tanı koyulamazsa)

Yaklaşım

- Cerrahi onarım amaçlı ortopedi konsültasyonu

Plan

- Yatış

Kalça Kırıkları

Tanım

- Kalça fraktürü (femur baş/boyun/trokanter)

Öykü

- Yaşlılar düşme, genç çeşitli travma mekanizmaları (motorlu taşıt travması)

Fizik Muayene

- Eksternal rotasyon, bacadaki kısalık

Değerlendirme

- AP pelvis, lateral kalça grafisi, MR (ağırliğin taşınmasında yetersizlik + direk grafi negatifliği)

Yaklaşım

- Cerrahi onarım amaçlı ortopedi konsültasyonu (femur boyun fraktürü femur başının artmış avasküler nekroz riski, cerrahi işlem <6 saat içinde yapılmalıdır)

Plan

- Yatış

Önemli Noktalar

- Yaşlı hastada kalça kırığı 1 yıl içinde %25 mortalite

Kalça Kırıkları	
Tip	
Intrakapsüler	Femur başı: İzole olarak nadir görülür, posterior dislokasyon ile birlikte Femur boynu: Artmış femur başı avasküler nekrozu riski, genelde yaşlı kadınlarda
Ekstrakapsüler	İntertrokanterik: Eksternal rotasyon pozisyonunda/kısa, yaşlılarda düşme sonrası Subtrokanterik: Kanama riski artmış, yaşlılarda düşme/motorlu taşıt travmaları

Çocuk İstismarı

Öykü

- Yaralanma/çocuğun gelişim yaşı ile tutarsız öykü, çocuğun yakınlarının anlatılan tutarsız Öyküler

Fizik muayene

- Çocuk ihmali: Oksipital bölgede düzleşme/kellik (uzun süre supin pozisyonunda kalmak), azalmış subkutan doku/belirgin kaburga/kalça üzerinde gevşek cilt (gelişme geriliği)
- Çocuk istismarı: Farklı bölgelerde morluk/kırık, travma oluşamayacak bölgelerde morluklar (bel, kalça, uyluk, yanaklar, kulak kepçesi), geometrik şekilli morluklar (kemer, kordon), sıçrama işareti olmaksızın haşlanma yanıkları, çok sayıda derin temas yanıkları, açıklanamayan ekstremitelerde şişlikleri (uzun kemik spiral kırıkları, metafizel kırıklar, <3 yaş femur kırıkları), posterior kaburga kırıkları, bilinç değişiklikleri (sallanan bebek sendromu), şüpheli oral/fasiyal travma (dental travmalar %50 oranında istismar ile birliktelik gösterir)
- Çocukta cinsel taciz: Penil/vajinal ağrı (cinsel yolla bulaşan hastalıklar), İYE, genital/rektal travma (uyukta morluk, rektal yırtık, rektal tonus kaybı)

Değerlendirme

- Kemik serisi (<5 y çocuk),beyin BT (intrakraniyal yaralanma şüphesi varsa), dilate göz muayenesi (retinal ayrılma/yırtık sallanan bebek sendromu), CBC, koagülasyon testleri, KCFT, toksikoloji paneli, büyüme ölçümleri, vajinal/rektal/oral sürüntü

Tedavi

- Sosyal birimler/çocuk koruyucu servisler, yaralanmalara uygun tedavi

Plan

- Her çocuk koruyucu servislere yönlendirilir.

Önemli Noktalar

- Çocukların %2-3'ü (fiziksel suiistimal düşük sosyoekonomik düzeyle ilişkilidir)
- Mental/fiziksel yetersizlik/kronik medikal problem varlığında risk artar.
- Yaygın/negatif eski tetkik varlığında Munchausen by Proxy Sendromu düşünülmelidir.
- Öncelikle istismardan şüphe edilip, istismar varlığını ortaya çıkarabilecek uzmana yönlendirilmelidir.

Cinsel Saldırı

Tanım

- Zamanı, günü, saldırganların sayısı/dış görünümü, yapılan tehditler, kullanılan silahlar, saldırının tipi, kullanılan ilaçlar, bilinç kaybı, saldırı sonrası aktiviteler (elbise değiştirme, idrar yapma, banyo yapma, tampon kullanma), son gönüllü ilişki zamanı

Fizik Muayene

- Dökümanlar: elbiselerin durumu, sıyrıklar, berelenmeler, laserasyonlar (vajinal laserasyonları görmek için toluidine kullan), ağrı

Tedavi

- Gerekli görüntülemeler yapılır, hasta avukata yönlendirilir, gebelik testi, cinsel yolla bulaşan hastalıkların araştırılması, >72 saat tüm cinsel saldırı kiti bakılır (uygun şekilde düzenlenebilir), asitfosfotaz/glikoprotein p30 için vajinal/rektal sekresyon, toksikolojik inceleme

Yaklaşım

- Gebelik profilaksisi (levonorgesterol 0,75 q 12 saat x 2 doz), cinsel yolla bulaşan hastalık profilaksisi (gonore: seftriakson 125 mg im tek doz, klamidyaya: azitromisin 1 gr PO x1, hepatit B: 2 aşının ilki, HIV), antiemetik

Plan

- Danışmanlık önerisi ile taburcu.

Önemli Noktalar

- Kadınların 1/5'i hayatları boyunca bir kez cinsel tacize maruz kalmasına rağmen bunların sadece %7'si raporlanıyor.

Partner Şiddeti

Tanım

- Yaralanma ile çelişkili öykü, sık acil servis başvurusu, anlaşılmaz başvurular, kronik ağrı (>abdominal ağrı), baskıcı/kontrolcü partner, gebelik döneminde yaralanmalar

Fizik muayene

- Yüz, boyun, kafa, elbiselerle örtülmüş vücut bölgelerinde yaralanmalar

ARADIĞINIZ TÜM TIP KİTAPLARI BU ADRESTE



www.guneskitabevi.com

GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

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

İSTANBUL

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

KARTAL ŞUBE

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



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



ISBN 978-975-277-602-9



9 789752 776029