

Tarascon Çocuk Acil Cep Kitabı

Yedinci Baskı



Prashant, Mahajan, MD

Çeviri Editörü: Prof. Dr. Murat Duman

Doç. Dr. Emel Ulusoy


JONES &
BARTLETT
LEARNING



GÜNEŞ TIP
KİTABEVLERİ

Tarascon

Çocuk Acil Cep Kitabı

Yedinci Baskı

Tarascon Pocket Pharmacopoeia'nın yayıncılarından



Prashant Mahajan, MD, MPH, MBA
Professor of Emergency Medicine and Pediatrics
Vine-Chair, Department of Emergency Medicine
Section Chief, Pediatric Emergency Medicine
University of Michigan
C.S. Mott Children's Hospital of Michigan

Çeviri Editörleri
Prof. Dr. Murat Duman
Doç. Dr. Emel Ulusoy



GÜNEŞ TIP
KITABEVLERİ

Tarascon Çocuk Acil Cep Kitabı

Türkçe 1. Baskı

Türkçe Telif Hakları 2021

ISBN: 978-975-277-861-0

Orijinal Adı: Tarascon Pediatric Emergency Pocketbook

Yayınevi: Jones Bartlett Learning

Yazarlar: Prashant Mahajan, MD, MPH, MBA

Çeviri Editörleri: Prof. Dr. Murat Duman, Doç. Dr. Emel Ulusoy

Orijinal ISBN: 978-1-284-19396-1

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.

Genel Yayın Yönetmeni: Murat Yılmaz

Genel Yayın Yönetmeni Yardımcısı: Polat Yılmaz

Yayın Danışmanı ve Tıbbi Koordinatör: Dr. Ufuk Akçıl

Yayına Hazırlama: Güneş Dizgi-Grafik Tasarım Birimi

Baskı: Ayrıntı Basım Yayın ve Matbaacılık Hizmetleri Sanayi Ticaret Anonim Şirketi

Saray Mahallesi 126. Cadde No: 20 Kazan / Ankara

Telefon: (0312) 394 55 90 - 91 - 92 • Faks: (0312) 394 55 94

Sertifika No: 49599

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. Bölümlerin içerik ve bilimsel sorumluluğu yazarlarına aittir.

GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

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

İSTANBUL

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

KADIKÖY

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

www.guneskitabevi.com
info@guneskitabevi.com



EDİTÖR

Prashant Mahajan, MD, MPH, MBA, Professor, Department of Emergency Medicine, Division of Pediatric Emergency Medicine, University of Michigan, Ann Arbor, MI

YARDIMCI EDİTÖRLER

Michele Carney, MD, Associate Professor, Department of Emergency Medicine, Division of Pediatric Emergency Medicine, University of Michigan, Ann Arbor, MI

Jayashree Rao, MD, Assistant Professor, Department of Pediatrics, Division of Pediatric Emergency Medicine, Children's Hospital of Michigan, Detroit, MI

Usha Sethuraman, MD, Professor, Department of Pediatrics, Division of Pediatric Emergency Medicine, Children's Hospital of Michigan, Detroit, MI

ATANAN EDİTÖRLER

Rajan Arora, MD, Associate Director - Quality Improvement, Department of Pediatrics, Division of Pediatric Emergency Medicine, Children's Hospital of Michigan, Detroit, MI

Stuart Bradin, DO, Associate Professor, Department of Emergency Medicine, Division of Pediatric Emergency Medicine, University of Michigan, Ann Arbor, MI

Allison Cator, MD, PhD, Assistant Professor, Department of Emergency Medicine, Division of Pediatric Emergency Medicine, University of Michigan, Ann Arbor, MI

Yiling Katharine Chang, MD, Clinical Instructor, Department of Pediatrics, Division of Pediatric Hospital Medicine, University of Michigan, Ann Arbor, MI

Roxanne Cheung, MD, Fellow, Department of Pediatrics, Division of Pediatric Emergency Medicine, Children's Hospital of Michigan, Detroit, MI

Amy F. Cortis, MD, Assistant Professor, Department of Pediatrics, Division of Pediatric Emergency Medicine, Children's Hospital of Michigan, Detroit, MI

Nicholas P. Cozzi, MD, MBA, Resident, Department of Emergency Medicine, Spectrum Health, Michigan State University, Grand Rapids, MI

Stephanie T. Do, DO, Associate Physician, Department of Pediatrics, Division of Pediatric Emergency Medicine, University of California San Diego, San Diego, CA

Elizabeth K. Holzworth, MD, Clinical Assistant Professor, Department of Pediatrics, Division of Pediatric Emergency Medicine, Children's Hospital of Michigan, Detroit, MI

Talchi Itoh, MD, Fellow, Department of Emergency Medicine, Division of Pediatric Emergency Medicine, University of Michigan, Ann Arbor, MI

Ryan C. Kwong, MD, MPH, Assistant Professor, Department of Pediatrics, Division of Pediatric Emergency Medicine, University of Arkansas for Medical Sciences, Little Rock, AR

Karoline Maksimowski, MD, Fellow, Department of Pediatrics, Division of Pediatric Emergency Medicine, Children's Hospital of Michigan, Detroit, MI

- Jason Miller, MD**, Fellow, Department of Pediatrics, Division of Pediatric Emergency Medicine, Children's Hospital of Michigan, Detroit, MI
- Aditi Mitra, MD**, Fellow, Department of Emergency Medicine, Division of Pediatric Emergency Medicine, University of Michigan, Ann Arbor, MI
- Jennifer Noble, MD**, Assistant Professor, Department of Pediatrics, Division of Pediatric Emergency Medicine, Children's Hospital of Michigan, Detroit, MI
- Nehal Patel, MD**, Fellow, Department of Pediatrics, Division of Pediatric Emergency Medicine, Children's Hospital of Michigan, Detroit, MI
- Yagnaram Ravichandran, MD**, Attending Physician, Pediatric Emergency Medicine, Dayton Children's Hospital, Dayton, OH
- Natalie Schellpfeffer, MD**, Assistant Professor, Department of Emergency Medicine, Division of Pediatric Emergency Medicine, University of Michigan, Ann Arbor, MI
- Melissa Skaugset, MD**, Director of Quality & Safety, Department of Emergency Medicine, Mary Bridge Children's Hospital, Tacoma, WA
- Emily Supenia, PharmD, BCPS**, Clinical Pharmacist-Emergency Medicine, Department of Pharmacy, University of Michigan, Ann Arbor, MI
- Karen Szczepanski, MD**, Clinical Staff Physician, Department of Pediatrics, Division of Pediatric Emergency Medicine, Cincinnati Children's Hospital Medical Center, Cincinnati, OH
- Sarah Tomlinson, MD**, Assistant Professor, Department of Emergency Medicine, Division of Pediatric Emergency Medicine, University of Michigan, Ann Arbor, MI
- Elizabeth VanWert, PharmD, BCPS**, Clinical Pharmacist-Emergency Medicine, Department of Pharmacy, University of Michigan, Ann Arbor, MI
- Margaret Wolff, MD, MHPE**, Associate Professor, Department of Emergency Medicine, Division of Pediatric Emergency Medicine University of Michigan, Ann Arbor, MI
- Angela Zamarripa, MD**, Assistant Professor, Department of Emergency Medicine, Spectrum Health, Michigan State University, Grand Rapids, MI



Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği'nin katkılarıyla

ÇEVİRİ EDITÖRLERİ ÖNSÖZÜ

Çocuk hastalar özellikle acil durumlarda kendilerine özgü yapıları ve hastalıkları nedeni ile ayrı bir yaklaşım gerektirmekte ve uygulanacak sağlık hizmetinde de kendine has özellikler taşımaktadırlar. Sağlık hizmeti sunan tüm hekimlerin bu ayrıcalıklı yaş grubunun özelliklerini bilmeleri yanısıra karşılaşacakları acil tablolara da hazırlıklı olmaları gerekmektedir. Bu akut aşamada hızla ulaşacakları özet bir kitabın ellerinin altında olması hekimlerin kendilerini daha güvende hissetmelerini sağlayacak, hastalarına tıbbi yaklaşımlarını kolaylaştıracaktır.

Michigan Üniversitesi tarafından hazırlanan, çocukluk yaş grubu acillerinin tanı ve tedavisini özetleyen bu cep kitabının son baskısının Türkçe'ye çevrilmesinin çocuk hasta ile ilgilenen tüm hekimlerin yararına olacağını düşünmekteyiz. Kitap her biri alanında uzman Çocuk Acil hekimlerinin gönüllü olarak sunulan katkılarıyla Türkçe'ye çevrilmiştir. Güneş Tıp Kitabevleri'ne bu olanağın sağlanması ve kitabın hazırlanmasındaki katkılarından dolayı teşekkür ederiz.

Özet bilgi içeren bu cep klavuzu, gerek acil servislerde çalışan gerekse polikliniklerinde çocuk hasta ile ilgilenen tüm hekimlere hızlı ve doğru bir yol gösterici rehber olacaktır. Emeği geçen herkese teşekkürlerimizi iletirken, kitabın yararlı olmasını dileriz.

Prof. Dr. Murat DUMAN

Doç. Dr. Emel ULUSOY

ÇEVİRİYE KATKIDA BULUNANLAR (Soyadına Göre Alfabetik)

Doç. Dr. Halise Akça

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Şehir Hastanesi Çocuk Acil Kliniği

Uzm. Dr. Fatma Akgül

SBÜ İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Hastanesi
Çocuk Acil Servisi

Prof. Dr. Murat Anıl

İzmir Demokrasi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı
Çocuk Acil Bilim Dalı

Uzm. Dr. Emel Ekşi Alp

SBÜ İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Çocuk Acil Uzmanı

Doç. Dr. Mehmet Aslan

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları,
Çocuk Acil Bili Dalı

Doç. Dr. Hürşit Apa

İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servis Eğitim Sorumlusu

Doç. Dr. Alkan Bal

T.C. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.B.D, Çocuk Acil Bilim Dalı

Uzm. Dr. Ömerhan Başpınar

T.C. SB Marmara Üniversitesi
Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi
Çocuk Acil Uzmanı

Doç. Dr. Emel Berksoy

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Çocuk Acil Kliniği

Öğr. Gör. Dr. Gülser Esen Besli

İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD

Uzm. Dr. Sevcan Bilen

Adana Şehir Hastanesi
Çocuk Acil Bölümü

Uzm. Dr. Ahmet Ziya Birbilen

Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi
Çocuk Acil Bölümü

Uzm. Dr. İlknur Bodur

SBÜ Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Doç. Dr. Gülçin Bozlu

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,
Mersin

Uzm. Dr. Sinem Oral Cebeci

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa;
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Çocuk Acil BD

Doç. Dr. Aykut Çağlar

Adnan Menderes University,
Faculty of Medicine
Department of Pediatric Emergency Care

Uzm. Dr. Ayla Akca Çağlar

Ankara Şehir Hastanesi,
Çocuk Acil Kliniği,
Çocuk Acil Uzmanı

Yan Dal Arş. Gör. Dr. Utku Çağlayan

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Çocuk Acil

Dr. Hale Çitlenbik

İzmir Bakırçay Üniversitesi
Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Uzm. Dr. Özlem Çolak

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,
Çocuk Acil Bilim Dalı, Ankara

Uzm. Dr. Şule Demir

Aydın Kadın Doğum ve
Çocuk Hastalıkları Hastanesi

Uzm. Dr. Murat Doğan

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Çocuk Acil Bilim Dalı

Prof. Dr. Murat Duman

Dokuz Eylül Üniversitesi
Çocuk Acil Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Anıl Er

S.B.Ü. İzmir Dr.Behçet Uz Çocuk Hastalıkları
ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Çocuk Acil Kliniği

Prof. Dr. Nilgün Erkek

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Acil Bilim Dalı, Antalya

Uzm. Dr. Feyza Hüsrevoğlu Esen

Çocuk Acil Yandal Uzmanı
Kayseri Şehir Hastanesi, Çocuk Acil Birimi

Uzm. Dr. Sinem Sarı Gökay

Adana Şehir Eğitim ve
Araştırma Hastanesi

Uzm.Dr. Aytaç Göktuğ

Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Çocuk Acil Kliniği

Uzm. Dr. Gamze Gökulu

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,
Çocuk Acil Bilim Dalı

Prof. Dr. Okşan Derinöz Güleriyüz

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,
Çocuk Acil Bilim Dalı, Ankara

Uzm. Dr. Songül Tomar Güneysu

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,
Çocuk Acil Bilim Dalı, Ankara

Uzm. Dr. Ali Güngör

Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi
Çocuk Acil Yan Dal Asistanı

Uzm. Dr. Ramazan Gürlü

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Acil Bilim Dalı, Antalya

Doç. Dr. Ayşe Gültekinil

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD
Çocuk Acil Bölümü

Prof. Dr. Can Demir Karacan

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Doç. Dr. Funda Kurt

Ankara Şehir Hastanesi,
Çocuk Acil Kliniği, Ankara

Uzm. Dr. Betül Öztürk

Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı
ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Çocuk Acil Kliniği

Doç. Dr. Ahmet Kağan Özkaya

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Acil Bilim Dalı

Uzm. Dr. Ali Öztürk

S.B.Ü. Van Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Van

Prof. Dr. Eylem Ulaş Saz

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD
Çocuk Acil BD, İzmir

Dr. Öğr. Üyesi Yılmaz Seçilmiş

Department of Pediatrics, Division of
Pediatric Emergency,

Uzm. Dr. Yakup Söğütlü

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Çocuk Acil Uzmanı

Prof. Dr. Sabiha Şahin

ESOGÜTF, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD
Çocuk Acil Bilim Dalı Başkanı

Uzm. Dr. Nihan Şık

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Çocuk Acil Bilim Dalı

Prof. Dr. Deniz Tekin

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Acil

Uzm. Dr. Aysun Tekeli

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Ankara Şehir Hastanesi
Çocuk Acil Kliniği

Prof. Dr. Özlem Tekşam

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İhsan
Doğramacı Çocuk Hastanesi
Çocuk Acil Bilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Nilden Tuynun

Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı
ve Hastalıkları Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Çocuk Acil Kliniği

Doç. Dr. Esra Türe

Bursa Şehir Hastanesi
Çocuk Acil Kliniği

Doç. Dr. Metin Uysalol

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD,
Çocuk Acil Bilim Dalı

Doç. Dr. Emel Ulusoy

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Çocuk Acil Bilim Dalı

Uzm. Dr. Bahri Ünal

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi
Çocuk Acil Yan Dal Araştırma Görevlisi

Öğr. Gör. Dr. Göksele Vatansever

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Acil

Uzm. Dr. Raziye Merve Yaradılmış

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara
Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve
Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Uzm. Dr. Leman Akcan Yıldız

Ankara Şehir Hastanesi
Çocuk Hastanesi
Çocuk Acil Kliniği

Prof. Dr. Durgül Yılmaz

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Çocuk Acil Bilim Dalı

Prof. Dr. Hayri Levent Yılmaz

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Çocuk Acil Bilim Dalı

KISALTMALAR

bid	günde iki kez	IV	intravenöz
KB	kan basıncı	J	joules
cm	santimetre	kg	kilogram
SSS	santral sinir sistemi	m2	metrekare
BOS	beyin omurilik sıvısı	mcg	mikrogram
dl	desilitre	mEq	milliequivalan
D5W	5% dextrozse (D10W, 10% dextroz; D25W, 25% dextroz; D50W, 50% dextroz)	ml	mililitre
ET	Endotrakeal	mm	milimetre
F	French	ms	milliseconds
g	gram	SF	serum fizyolojik
Hb	hemoglobin	O₂	oxygen
KH	kalp hızı	PO	ağız yoluyla
IKB	Intrakranial basınç	PMN	nötrofil
Ig	immunglobulin	PR	rektal yolla
IM	intramuskuler	prn	ihtiyaç halinde
		SS	solunum sayısı
		SC	subkutan

Tablo 2-5 Yenidoğan Canlandırması--- Başlamamak veya sonlandırmak

<i>Canlandırma yapma</i>	- Kiloya göre ölüm riski yüksekse (<400 gr), 22 hafta altı, yaşama bağdaşmayan konjenital anomali (ör: anensefali, trizomi 13 veya 18) - Prognozu kesin olmayan durumlarda (22-24 hafta), yaşam şansının sınırdaki olduğu, yüksek morbiditeyle sonuçlanacak, çocuk için beklenen yükün fazla olduğu durumlarda ailenin isteği takip edilmeli - Yüksek yaşam şansı varsa ve kabul edilebilir düzeyde morbidite varsa (ör: ≥24 hafta ve çoğu konjenital malformasyon) canlandırma DAİMA endikedir.
<i>Canlandırmayı sonlandır</i>	10 dakika etkin ve devamlı canlandırmaya rağmen yaşam işareti yoksa (kalp atışı veya solunum olmaması)

Amerikan Kalp Cemiyeti önerilerinden uyarlanmıştır. En son 2018 önerileri için <https://eccguidelines.heart.org/circulation/cpr-ecc-guidelines/> ziyaret edin.

Tablo 2-6 Yenidoğanlar için Endotrakeal Tüp/Laringoskop Bıçağı Boyutu

Gebelik haftası	Doğum ağırlığı (gr)	ET tüp boyutu ^{1,2}	Bıçak boyutu ³
<28 hafta	<1000	2,5	0 numara düz
28-34 hafta	1000-2000	2,5-3,0	0 numara düz
34-38 hafta	2000-3000	3,0-3,5	0 numara düz
>38 hafta	Miad (>3000)	3,5	0-1 numara düz

¹milimetre cinsinden iç çap. ²Ağız kenarından derinlik=Bebeğin burun-tragus arası uzunluğu (BTM) + 1 cm.

³Geniş/düz bıçak (ör: Wis-Hipple, Flagg) yenidoğan ve süt çocuklarında geniş dili yönlendirmede ince (Miller) bıçağa üstün olabilir.

Tablo 2-7 Farklı Doğum Ağırlıkları İçin Normal Kan Basıncı Değerleri

Ağırlık	<1 kg	1-2 kg	2-3 kg	>3 kg
Sistolik KB	40-60	50-60	50-70	50-80
Diastolik KB	15-35	20-40	25-45	30-50

Tablo 2-8 Apgar Skorlaması¹

Bulgu	0	1	2
Kalp hızı	Yok	<100	>100
Solunum eforu	Yok	Zayıf/düzensiz	İyi, ağılama
Kas tonusu	Gevşek	Ekstremiteler fleksiyonda	Aktif hareket
Refleks yanıt	Cevap yok	Yüz buruşturma	Güçlü ağılama
Renk	Sadece soluk	Siyanotik	Tamamen pembe

¹Apgar doğum sonrası 1 ve 5. dakika bakılır. 0-3 skor yoğun canlandırma, 4-7 bazı müdahaleler gerektirir, ve 7-10 normaldir.

4 ■ ANAFLAKSİ

Çeviri: Uzm. Dr. Gamze Gökulu - Prof. Dr. Hayri Levent Yılmaz

Tablo 4-1 Anafilaksi Yönetimi

<i>Hava yolu</i>	Hava yolunu değerlendir ve destekle. %100 oksijen uygula. Hava yolu ödemi şüphesi varsa erken entübasyon düşün.		
<i>Kardiyak</i>	Nabız oksimetre ve kardiyak monitör uygula, yaşamsal bulguları sık aralıklarla değerlendir. Kalp durması gerçekleşirse göğüs basısına başla.		
<i>Cilt</i>	Mümkünse alerjini uzaklaştır. Isırık, sokma yerlerine buz uygula.		
<i>İlaçlar</i>	Doz	Uygulama Şekli	Endikasyonlar ve Ayrıntılar
Adrenalin	0,01 mg/kg (en çok 0,5 mg) (Kons. 1:1000) Hemen uygula ve sonra gerekirse her 5-15 dakikada bir tekrarla	İM	Birinci basamak tedavi. Anterolateral uyluğa İM uygula. Cilt altı uygulanmaz.
	0,1-1 mcg/kg/dakika (en çok 10 mcg/dakikaya kadar)	İV*	İM adrenalin ve sıvı resüsitasyonuna dirençli şok varsa İV adrenalin infüzyonu, Bakınız, Tablo A-2
Diğer vazopressörler	İV sıvılar ve adrenalinin infüzyonu hipotansiyonu düzeltmez ise noradrenalin veya vazopressin düşün.		
Normal salin (Serum Fizyolojik)	20 ml/kg Olabilirdiğince hızlı ver	İV İV yol hemen sağlanamıyorsa kemik içiyol sağla	Hipotansiyon (ihtiyaç var ise tekrarla)
Metilprednizolon (Solumedrol) veya Dekametazon	1-2 mg/kg (en çok 120 mg) 0,6 mg/kg (en çok 10 mg)	İV İV/PO	İkinci basamak tedavi**
Difenhidramin (Benadryl) veya Setirizin	1 mg/kg (en çok 50 mg) 2,5-10 mg	PO/İV/İM PO	İkinci basamak tedavi** Kutanöz semptomları hafiflet Setirizinin etki başlangıcı difenhidraminden daha hızlıdır

(Devam ediyor)

7 ■ YANIKLAR

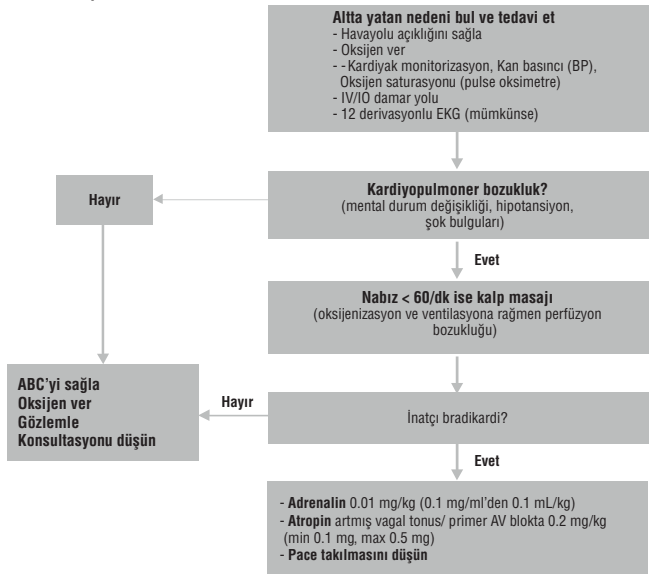
Çeviri: Uzm. Dr. Leman Akcan Yıldız

Tablo 7-1 Yanık Hastalarında Sıvı Resüsitasyonu

• Toplam yanık VYA $\geq$ %10 ise damar içi sıvı resüsitasyonu gereklidir. • Toplam VYA'nın hesaplanması için kısmi ve tam kalınlık (eritem hariç) kullanılır.	
Pediyatrik yanık sıvı resüsitasyonu formülü	
Parkland Formülü	• LR* , 4ml/kg/yanık %VYA** ilk 24 saatte (yanık zamanından itibaren) + idame sıvı. 1/2'si ilk 8 saatte ve 1/2'si sonraki 16 saatte
Cinninnati (küçük çocuklar)	• LR, 4 ml/kg/yanık %TVYA*** + 1500 ml/m² toplam VYA. 1/2'si ilk 8 saatte ve 1/2'si sonraki 16 saatte • İlk 8 saatte 50 mEq/l sodyum bikarbonat ekle. İkinci 8 saatte sadece LR. Sadece ilk 24 saatin üçüncü 8 saatinde 12,5 g %25 albumin/l kristaloid ekle. • Gerekirse %5 dekstroz
Cincinnati (daha büyük çocuklar)	• LR, 4 ml/kg/yanık %TVYA + 1500 ml/m² toplam VYA. 1/2'si ilk 8 saatte ve 1/2'si sonraki 16 saatte; albümin yok. • Gerekirse %5 dekstroz
Galveston	• LR, 5000 ml/m² VYA yanık + 2000 ml/m² toplam VYA. 12,5 g %25 albumin/l kristaloid ekle. • Gerekirse %5 dekstroz • 1/2'si ilk 8 saatte ve 1/2'si sonraki 16 saatte.
<30 kg çocuklarda idame sıvılarının içinde %5 dekstroz kullanın. (idame hız için Tablo 13.18'e bakınız)	
Erişkin (ergen) yanık sıvı resüsitasyonu formülü	
Parkland Formülü	• LR, 4 ml/kg/yanık %TVYA. 1/2'si ilk 8 saatte ve 1/2'si sonraki 16 saatte. • Kolloid veya glukoz yok
Modifiye Brooke	• LR, 3 ml/kg/yanık %TVYA. 1/2'si ilk 8 saatte ve 1/2'si sonraki 16 saatte • Kolloid veya glukoz yok

*LR-Laktatlı Ringer çözeltisi. **VYA-vücut yüzey alanı. ***%TVYA-toplam vücut yüzey alanı yüzdesi.

ARİTMİLER

Şekil 8-1 Semptomatik Bradikardi¹

¹Şok - Olası nedenleri bul ve tedavi et: Hipovolemi, hipoksi, hidrojen iyonu (asidoz), hipo/hiperkalemi, hipoglisemi, hipotermi, toksinler, kardiyak tamponand, tansiyon pnömotoraks, tromboz (kalp/akciğer), travma (kan kaybı veya artmış intrakraniyal basınç veya tamponand/pnömotoraks)

Tablo 8-5 Sinüs Taşikardisinin Supraventriküler Taşikardiden Ayrımı

	Sinüs Taşikardisi	Supraventriküler Taşikardi
Öykü	Sıvı kaybı (dehidratasyon, kanama), ilaçlar, diğer stress etkenleri	Genellikle belirsiz ve tarif edilemeyen, uzarsa – Konjestif kalp yetmezliği (KKY) veya şok
Kalp hızı <1 yaş	< 220	≥ 220
Kalp hızı > 1 yaş	< 180-200	> 180-200
QRS genişliği	Yaşa göre dar	%90 dar
P dalgaları	I ve aVF'te yukarı yönlü	Nadir, II,III,aVF'te negatif
Kalp Hızı ve R-R değişkenliği	Atımdan atıma (R-R değişiklikleri), uyarıya cevap var	Değişkenlik yok, uyarıya cevap yok
Kalp hızı değişiklikleri	Yavaş yavaş artma veya azalma	Ani başlangıç ve bitiş

KUTANÖZ MANTAR ENFEKSİYONLARI

Döküntü		Özellikler	Tedavi
Tinea versikolor (<i>Malassezia globosa</i>)		Kırmızı kahverengiden hipopigmenteye ince pullarla kaplı maküller, büyüyerek birleşir ve yama haline gelirler Kaşıntı yoktur, güneşe maruz kaldığında bronzlaşma olmaz	Antifungal şampuanlar, topikal antifungaller, eğer yaygınsa oral antifungaller
	Tinea capitis	“Siyah noktalı saçkıran”, foliküle yakın saç kırıkları ile giden yuvarlak şekilde alopesi alanları veya çok az saç kaybı ile beraber yaygın kepeklenme	Oral griseofulvin, terbinafin, itraconazol ve antifungal şampuan
	Kerion	Ciddi inflamatuvar cevap ile oluşan yumuşak granülatöz ve üzerinde küçük püstüller	Yukarıdaki gibi
	Tinea corporis	Merkezden çevreye genişleyen ve ortası düz olarak halka şeklinde lezyonlar oluşturan üzeri pullu deriden kabarık plak	Topikal antifungaller
	Tinea unguium	Tırnak yüzeyinde çok sayıda beyaz yama veya tırnak yatağından ayrılabilen kalın, gevşek, sarı tırnak	Oral antifungaller
Candida	Keskin kenarlı ve parlak kırmızı, kırmızı papül ve püstül şeklinde uydu lezyonlar	Kıvrım yerlerinde ve derinin devamlı nemli ve tıkalı olduğu yerlerde	Topikal antifungaller

lar) birincil tedavi yöntemleridir. İnsülin bolusları önerilmez. Yalnızca sıvı uygulamasıyla KŞ saatte <3 mmol/l (yaklaşık 50 mg/dl) oranında düşmediğinde kullanılır.

Kaynaklar: Carchman et al.⁵ and Glaser.⁶

HİPOGLİSEMİ

Hipoglisemi, KŞ <40-55 mg/dl (yenidoğanda <30-45 mg/dl) olarak tanımlanır. Özellikle diyabet hastalarında 55-70 mg/dl arasındaki değerler hafif hipoglisemiye işaret edebilir. En sık yetersiz beslenme veya insülin/hipoglisemik ilaçların yüksek doz kullanımı veya toksinlere (bkz. Tablo 31-3) bağlı olarak gelişir.

Tablo 11-2 Hipoglisemi Etyolojisi

Neonatal	Prematüre, SGA, diyabetik anne bebeği, asfiksi	
Azalmış alım	Kusma, yetersiz beslenme	
Azalmış emilim	İshal, emilim bozukluğu	
Azalmış glukoz üretimi	Prematüre, SGA, yetersiz beslenme	
	Ketotik hipoglisemi	Ketonemi ve ketonüri, artmış BOHB, normal plazma laktat
Doğumsal metabolik hastalık	Glukojen depo hastalığı	Yüksek plazma laktat ve artmış BOHB
	Yağ asidi oksidasyon bozukluğu	Düşük BOHB, ancak artmış (FFA)
Hiperinsülinemi	Endojen (yüksek C-peptid seviyesi) / eksojen (düşük C-peptid seviyesi)	Düşük BOHB ve FFA. Artan insülin ile birlikte IGFBP-1 seviyesi azalır veya stabil kalır
Endokrin bozukluklar	Panhipopituitarizm, GH eksikliği, kortizol eksikliği	Özgün hormon seviyelerini değerlendirin
İlaç/toksin/alkol alımı	Etanol, salisilatlar, propranolol	Yüksek ilaç seviyesi

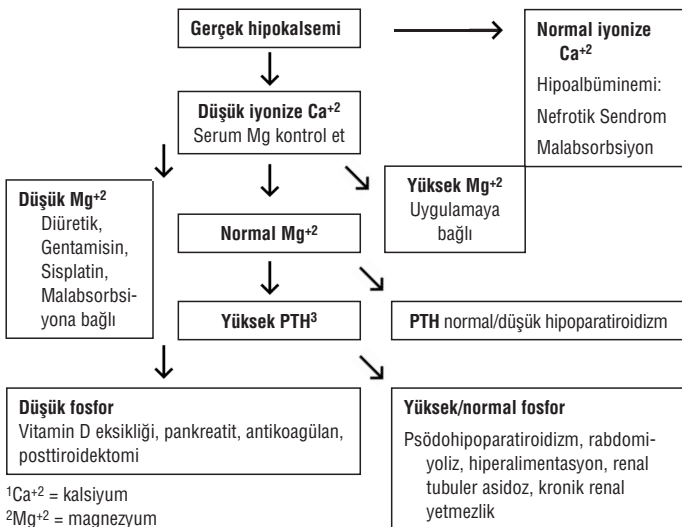
FFA - serbest yağ asidi; BOHB - beta-hidroksibutirat; GH - büyüme hormonu, IGFBP-1 - insülin benzeri büyüme faktörü bağlayıcı protein; SGA- gebelik yaşına göre küçük.

"Kajal, Gandhi. Approach to hypoglycemia in infants and children. Translational Pediatrics. 2017;6(4): 408-420." adlı kaynaktan uyarlanmıştır.

Belirtiler: Terleme, ağzı kuruluğu, bulantı, titreme, kızarma, açlık hissi, kaygı, odaklanmada azalma, yorgunluk, kafa karışıklığı, uyuşukluk, halsizlik ve koordinasyon eksikliği.

Laboratuvar: Kan şekeri, insülin ve C-peptid, laktat, BOHB, FFA, IGFBP, GH ve kortizol seviyesi. İdrar organik asitler. Fokal ve diffüz tümörlerin değerlendirilmesi için dihidroksifenilalanin (DOPA) ile PET taraması veya hipofiz veya hipotalamik anormallik için MRI gerekebilir.

Tedavi: Hastada hipoglisemi belirtisi varsa veya semptomu olmayan hastalarda KŞ <45 mg/dl ise tedavi edin.

Tablo 13-5 Hipokalsemi Etiyoloji^{1,2}

Tablo 13-6 Hipokalsemiye Neden Olan İlaçlar

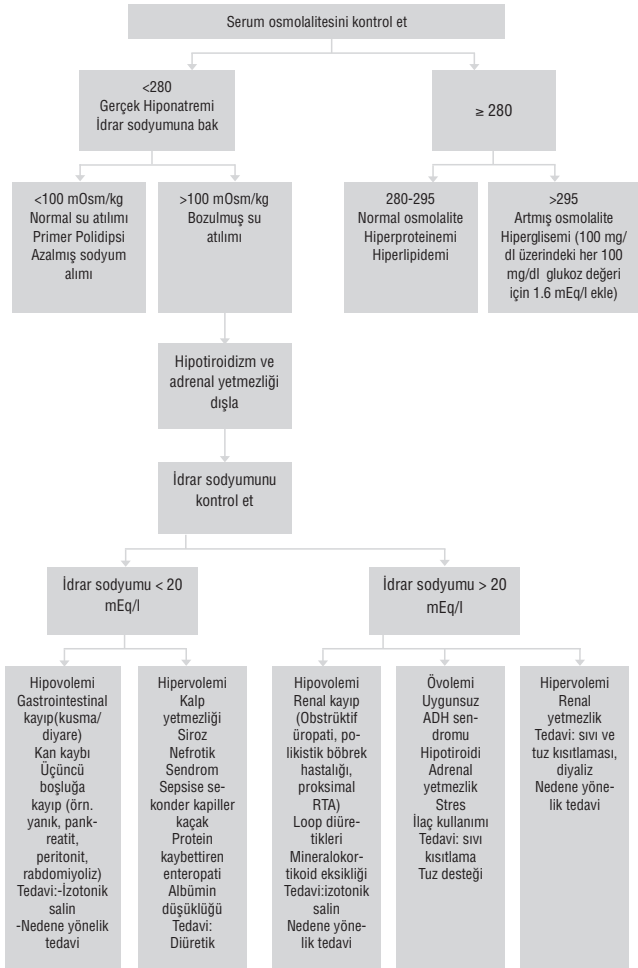
• Simetidin • Sisplatin • Sitrat (transfüzyon) • Dilantin, fenobarbital • Gentamisin, tobramisin	• Glukagon • Glukokortikoid • Heparin • Loop diüretikleri (Lasix) • Magnezyum Sülfat	• Fosfatlar • Protamin • Norepinefrin • Na⁺ nitroprusid • Teofilin
--	--	---

Tablo 13-7 Hipokalsemi Tedavisi

Serum elektrolit, BUN, kreatinin, albümin, magnezyum, arteriyel pH kontrol et				
İlaç	Müstahzar	Elemental	Veriliş yolu	İlaç dozu (Maksimum dozu) ³
Ca glukonat	%10 solüsyon-100mg/ml	9,8 mg/ml	İm, iv ^{1,2}	0,5-1 ml/kg (5-10 ml)
Ca klorid	%10 solüsyon-100mg/ml	27 mg/ml	İv ^{1,2}	0,2-0,3 ml/kg (5-10ml)
Ca glukonat	500, 650, 975, 1000mg		oral	Günde dört kez 100 mg/kg (500mg/kg)

(Devam ediyor)

Tablo 13-14 Hiponatremiye yaklaşım algoritması



Tablo 14-1 Sık Kullanılan Gastrointestinal Terapötik İlaçlar (Devamı)

İlaç	Mevcut Formları	Doz
Metoklopramid (Reglan)	Enjeksiyonluk: 5 mg/ 1 ml Şurup: 5 mg/5 ml Tablet: 5, 10 mg	<6 yaş: 0,1 mg/kg 6-14 yaş: 2,5-5 mg bir kez >14 yaş: 10 mg bir kez Maksimum doz: 10 mg
Omeprazol (Prilosec)	Kapsül: 10, 20, 40 mg	5-10 kg: 5 mg günlük 10-20 kg: 10 mg günlük ≥20 kg: 20 mg günlük
Ondansetron (Zofran)	Enjeksiyonluk: 2 mg/ml Oral solüsyon: 4 mg/5 ml Tablet/Ağızda Dağılan Tablet: 4, 8 mg	İntravenöz: < 6 ay: güvenilirliği bilinmiyor ≥ 6 ay: 0,10-0,15 mg/kg/ IV (maksimum 4 mg) Oral: 8-15 kg: 2 mg PO 15-30 kg: 4 mg PO >30 kg: 8 mg PO
Polietilen glikol (PEG) 3350 (Miralax)	PEG 14 oz (414 ml) ya da 26 oz (768 ml) (1 kapsül= 17 g)	Sertleşmiş dışkı: 1,0-1,5 g/kg/gün 3-6 gün, maksimum 100 g/gün. İdame dozu 0,4 g/kg günlük 2 ay süreyle devam edilir Kabızlık: 0,2-0,8 g/kg/gün (BID), maksimum 17 g/gün (4-8 oz sıvı ile karıştır) (114-236 ml sıvı ile karıştır)
Ranitidin (Zantac)	Şurup: 15 mg/1 ml Tablet: 75, 150, 300 mg Kapsül: 150, 300 mg Enjeksiyon: 25 mg/ml ya da 150 mg/6 ml	Gİ kanama için IV profilaksi Süt çocuğu: 2-4 mg/kg/gün her 8 saatte bir Çocuklar/Adölesanlar: 3-6 mg/kg/gün her 6 saatte bir, maksimum 300 mg/gün GÖRH: Oral ≤16 yaş: 5-10 mg/kg/gün, bölünmüş iki dozda, maksimum 300 mg/gün >16 yaş: 150 mg günde iki kez
Simetikon (Mylicon, GasX)	Damla: 40 mg/0,6 ml Tablet: 80, 125, 180 mg	<2 yaş: 20 mg 4x/gün (maksimum 240 mg/gün) 2-12 yaş: 40 mg 4x/gün (maksimum 480 mg/gün) >12 yaş: 40-160 mg 4x/gün (maksimum 480 mg/gün)
Sodyum fosfat (Fleet Enema)	Solüsyon: 66 ml, 133 ml	Kabızlık, rektal: 1-18 yaş: 2,5 ml/kg, maksimum 133 ml/doz
Sükralfat (Carafate)	Süspansiyon: 1 g/ 10 ml Tablet: 1 g	Peptik ülser: 40-80 mg/kg/gün her 6 saatte bir, maksimum 1 g/doz Özofajit: <6 yaş: 500 mg/doz 4x/gün ≥6 yaş: 1 g4x/gün

Tablo 14-10 ≥ 35 Hafta Doğan Yenidoğanlarda Belirgin Hiperbilirubinemiye^{1,2} En Düşük³, Düşük ve Yüksek Risk için Transkutan Bilirubin (TcB) Sınırları

Doğum sonrası geçen süre (saat)	Yüksek risk düzeyi (mg/dl)	Düşük risk düzeyi (mg/dl)	En düşük risk düzeyi (mg/dl)
12	6,5	4,5	4,2
18	7,7	5	4,8
24	8	5,8	5,3
36	9,3	8	7,8
48	11	9,5	8,8
60	12,5	11	10
72	13,5	13	12,5

¹Belirgin = Fototerapi sınırını aşan herhangi bir serum bilirubin yüksekliği. ²Birçok çalışma TcB'nin TSB'yi (özellikle yüksek düzeylerde) daha düşük tahmin edebileceğini göstermiştir. Bu nedenle (1) TcB fototerapi için önerilen düzeyin %70'inde ise, (2) terapötik müdahale düşünülüyorsa, (3) TcB, TcB nomogramının 95. persentilinin üzerinde ya da TSB nomogramının 75. persentilinde ise, (4) taburcu olduktan sonra takipte TcB > 13 mg/dl ise her zaman TSB düzeyi ölçülmelidir. ³Yüksek riskli bilirubin düzeyi [likelihood ratio (LR) > 10 olduğunda serum bilirubini yüksektir], düşük risk (LR < 0,1), minimal risk (LR = 0).

Varvarigou A, Fouzas S, Skylogianni E, Mantagou L, Bougioukou D, Mantagos S. Transcutaneous bilirubin nomogram for prediction of significant neonatal bilirubinemia. *Pediatrics*. 2009; 124(4): 1052-1059'den uyarlanmıştır.

Tablo 14-11 ≥ 35 Hafta Doğan Sarılığı olan Yenidoğanlarda Tedaviye Başlamak için Bilirubin Sınırları (mg/dl)

Yaş	24 saat	48 saat	72 saat	96 saat	5-7 gün
Fototerapi başlama sınırı ^{1,2}	Total serum bilirubin düzeyi mg/dl				
Düşük risk (≥ 38 hafta ve sağlıklı)	12	15	17,5-18	20	21
Orta risk (≥ 38 hafta + risk, 35-37 6/7 hafta + sağlıklı)	10	13	15,5	17	18
Yüksek risk (35-37 6/7 hafta + riskli)	6,5-7	11	13,5	14,5	15
Kan değişimi sınırı ^{1,3}	Total serum bilirubin düzeyi mg/dl				
Düşük risk	19	22	24	25	25
Orta risk	16,5	19	21	22	22
Yüksek risk	15	17	18,5	19	19

¹İzoinmün hemolitik hastalık, G6PD eksikliği, asfiksi, letarji, sıcaklık instabilitesi, sepsis, asidoz ve albümin <3 g/dl durumundaki risk faktörlerini içerir. ²Sınır değerlerinin 2-3 mg/dl altındaki düzeyler için evde fototerapi sağlama seçeneğidir, ancak risk faktörleri olan herhangi bir yenidoğan için evde tedavi önermeyin. ³Ensefalopati bulguları varsa ya da TSB düzeyi sınır değerinden 5 mg/dl ve daha fazla yüksekse ya da total bilirubin ($\mu\text{mol/l}$)/albümin ($\mu\text{mol/l}$) oranı düşük riskli yenidoğan için $\geq 0,94$, orta riskli yenidoğan için $\geq 0,84$, yüksek riskli yenidoğan için $\geq 0,80$ ise hemen kan değişimi için konsültasyon isteyin.

Petrova A, Mehta R, Birchwood G, Ostfeld B, Hegyi T. Management of neonatal hyperbilirubinemia: pediatricians' practices and educational needs. *BMC Pediatr*. 2006; 6:6; Varvarigou A, Fouzas S, Skylogianni E, Mantagou L, Bougioukou D, Mantagos S. Transcutaneous bilirubin nomogram for prediction of significant neonatal hyperbilirubinemia. *Pediatrics*. 2009; 124(4): 1052-1059'dan uyarlanmıştır

Kaynak Picard C, Burtsey S, Bornet C, Curti C, Montana M, Vanelle P. Pathophysiology and treatment of typical and atypical hemolytic uremic syndrome. *Pathol Biol.* 2015;63(3):136-143'den uyarlanmıştır.

HÜS'ün Klinik Özellikleri	
<i>Prodrom</i>	Üst solunum yolu enfeksiyonu veya gastroenterit
<i>Kan basıncı</i>	%50'ye kadar hipertansiyon
<i>Gastrointestinal</i>	%75 ağrı var
<i>Üriner</i>	İdrar çıkımında azalma, nadiren gross hematüri
<i>Cilt</i>	Solgunluk, peteşi, purpura
<i>Santral Sinir Sistemi</i>	Nöbet, koma, ensefalopati
HÜS'ün Laboratuvar Özellikleri	
<i>İdrar</i>	Hematüri, proteinüri, silendir
Hematoloji	
Düşük hemoglobin, düşük trombosit, düşük WBC sayısı, periferik yayma bozuklukları (şistositler, helmet (miğfer) hücreleri)	
<i>Biyokimya</i>	Hiponatremi, asidoz, hiperkalemi, BUN/kreatinin oranında artış
<i>PT/PTT</i>	Genellikle normal

HENOCH-SCHÖNLEİN PURPURASI (HSP)

GENEL BAKIŞ

Henoch-Schönlein purpurası deri, eklem, gastrointestinal veya böbrek tutulumu olan sistemik bir vaskülitir. Skrotal, SSS, kalp ve akciğer tutulumu daha az görülür. Her yaşta görülmekle birlikte, HSP 4-5 yaş arasında zirve yapmaktadır. Kışın ve ilkbaharın başlarında daha sık görülür. *Tetikleyiciler:* streptokoklar, mikoplazma, hepatit B, salisilatlar, antibiyotikler ve gıda alerjenleridir. HSP patofizyolojik olarak lökositlerin kılcal damar, arteriyol ve venül duvarından sızması ve nekroz yapmasıyla oluşan küçük damar vaskülitidir. *Değerlendirme:* Tam kan sayımı, kreatinin/BUN/elektrolitler. Meningokoksemi/sepsis/DİK'i dışlayın. *Tedavi:* Karın ağrısı ve böbrek tutulumu için destekleyici tedavi ve steroidler kullanılır, ancak yararları net olarak belirlenmemiştir.

KLİNİK ÖZELLİKLER

- Cilt*-Çoğu hastada tutulur. Peteşiler birleşerek büyük ekimozlar oluşur. Purpura yerçekimine bağlı olarak kalça ve bacaklarda oluşur.
- Ağrısız ödem*-%25-35 arasında (genellikle el ve ayak sırtında).Yüzde ve kafa derisinde ağrılı ödem görülür.

Tablo 16-1 Evre I ve Evre II Hipertansiyon Limitleri (*Devam ediyor*)

Yaş (yıl)	KB persantili	SKB	DKB	SKB	DKB
8	95.	114	74	13	74
	95. + 12 mmHg	126	86	125	86
11	95.	118	78	113	74
	95. + 12 mmHg	130	90	130	89
14	95.	130	81	125	80
	95. + 12 mmHg	142	93	137	92
17	95.	135	85	127	81
	95. + 12 mmHg	147	97	139	93

Veri kaynağı; Flynn JT, Kaelber DC, Baker-Smith CM, Blowey D, Carroll AE, Daniels SR & Gidding SS(2017). Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents. Pediatrics 140(3).e20171904.

PEDİATRİK HİPERTANSİYONUN ETİYOLOJİSİ

ORAK HÜCRELİ ANEMİ HASTALARININ TANI VE DEĞERLENDİRİLMESİ

- *Birincil(primer) HTN*: Amerika Birleşik Devletleri'nde çocuklardaki HTN'un baskın formudur. 6 yaş altındaki çocuklarda sıklıkla risk faktörleri mevcuttur (aile üyelerinde HTN varlığı, obez/kilolu).
- *Renal hastalık*: Çocuklardaki HTN'un en yaygın ikincil nedenidir. Akut poststreptokoksik glomerulonefritte (APSGN) ilk başvuru HTN ve ensefalopati (veya konvulziyon) ile olabilir. Azalmış glomerüler filtrasyon hızı, sodyum/sıvı yüklenmesi, HTN, hematüri, periorbital ödem ve eritosit atılımına neden olur.
- *Santral sinir sistemi hastalığı*: Tümör, travma, enfeksiyon veya kanamaya bağlı intrakraniyal basınç artışı(KİBAS), cushing tiradındaki bradikardi, bradipne ve HTN ile ortaya çıkabilir.
- *Nöroblastom*: Feokromositoma ve nörofibromatozise benzer şekilde katekolamin salınımına bağlı HTN gelişebilir. HTN, belli aralıklarla kızarıklık (flushing), terleme, çarpıntı, gerginlik ve göğüs ağrısı ile ortaya çıkabilir.
- *İlaç toksisitesi*: HTN bazen de kortikosteroidler, oral kontraseptifler, fenilefrin, psödoefedrin, albuterol, siklosporin ve madde kullanımına bağlı olarak da gelişebilir. Kronik kurşun toksisitesi HTN oluşturabilir, meyan kökünün mineralokortikoid etkileri nedeni ile HTN yapabileceği belirtilmiştir. Steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar da bazı antihipertansif ilaçlar ile etkileşime girer (özellikle ACE inhibitörleri); HTN olmayan kişilerde KB üzerine bu şekilde etkisi yoktur.
- *Aort koarktasyonu(KoA)*: Hayatın ilk 1 yılı içinde HTN'un en sık nedenidir. Sağ üst kol-daki KB değerinin alt ekstremitede ölçülen değerden ≥ 20 mmHg'dan daha fazla olması ile ilişkilidir. KoA aynı zamanda çocuk ve adolesanlardaki sekonder HTN'un %2'sinin nedenidir.
- *Diğer*: Yanıklı hastalarda sempatik deşarja bağlı sıklıkla HTN gelişebilir. Bronkopulmoner displazili bebeklerin %3'de HTN geliştiği bildirilmiştir.

HİPERTANSİF ENSEFALOPATİ

KB otoregülasyonu kaybı ve vazodilatasyon serebral ödeme neden olur. HTN ve intrakraniyal basıncı yüksek olan çocuklarda vazodilatörler zararlı olabilir.

Tablo 18-1 Ampirik Antimikrobiyal Tedavi (*Devamı*)

<i>Ascaris lumbricoides</i>	İlk basamak: mebendazol (Vermox) 100 mg PO günde 2 kez, 3 gün ya da hasta 13 kg ve altındaysa albendazol 200 mg PO –tek doz, 13 kg üzerindeyse 400 mg PO tek doz
Kuş gribi	<i>Bkz. influenza</i>
Balanit	<i>Hafif</i>: topikal ab (mupirosin %2 merhem günde 2 kez) ve/veya antifungal (klotrimazol %1 krem ya da mikonazol 2 krem günde 4 kez). %1 hidrokortizon eklenmesi yararlı olabilir. <i>Orta-ağır</i>: klindamisin ya da Augmentin + Bactrim (doz için bkz. tablo 18-2)
Bell paralizi (kulak ya da mastoid ile ilgili hastalıklar göz önünde bulundurulmalıdır)	- Hastaların çoğunda <i>herpes</i> etkindir: prednizon 1-2 mg/kg/gün) maksimum 60 mg), 7-10 gün boyunca ve asiklovir 10 mg/kg/ doz günde 4 kez ya da hasta 50 kg ve üzerindeyse, valasiklovir (Valtrex) 1 g PO günde 3 kez, 7-10 gün boyunca - Antivirallerin etkinliği konusu hala tartışmalıdır¹.
Hayvan ısırıkları Oral ilaç dozları için bkz. Tablo 18-2 <i>Tetanoz ve kuduz profilaksisine ihtiyaç vardır.</i>	<i>Köpek ya da kedi</i>: PO: Augmentin 22,5 mg/kg PO günde 2 kez ya da klindamisin + levofloksasin. IV: ampicilin sulbaktam ya da klindamisin + levofloksasin <i>Siçan-profilaksi</i>: penisilin V ya da doksisisiklin (hasta >8 yaş ise); klinik olarak enfeksiyon şüphesi durumunda: IV penisilin, sefuroksim, sefotaksim ya da doksisisiklin <i>Sürüngenler</i>-ilk basamak: Augmentin. Alternatif ajan: sefpodoksim + metronidazol ya da levofloksasin + klindamisin
İnsan ısırıkları MDSA'yı kapsayacak tedavi göz önünde bulundurulmalıdır (sayfa 154) Eklem uzanımı şüphesi varsa ortopedi ya da el cerrahisine konsülte edilmelidir.	<i>PO</i>: Augmentin 22,5 mg/kg PO günde 2 kez ya da klindamisin + (siprofloksasin ya da TMP-SMX'ten biri) <i>IV</i>: Ampicilin-sulbaktam, sefoksitin ya da piperasilin-tazobaktam. Penisilin alerjisi varsa: klindamisin + (siprofloksasin ya da TMP-SMX'ten biri)
<i>Bordetella pertussis</i>	Azitromisin (1-5 ay: 10 mg/kg/gün, 5 gün boyunca. 6 ay ve üstü: 10 mg/kg/gün PO ilk gün, sonrasında 5 mg/kg/gün) ya da klaritromisin ya da TMP-SMX. İlaç dozları için bkz. Tablo 18-2. Sadece nezle semptomlarının olduğu dönemde verildiğinde hastalığı azaltır. Antibiyotik tedavisi rekürrens ve bulaşı azaltabilir.
Botulizm	<i>Bkz. Clostridium botulinum</i>
Barsak perforasyonu	<i>Bkz. apandisit rejimi</i>
Beyin apsesi	Seftriakson+vankomisin +metronidazol (menejit dozunda). Penisilin alerjisi durumunda seftriakson yerine aztreonam verilebilir.

Tablo 18-1 Ampirik Antimikrobiyal Tedavi (Devamı)

	• <i>Herpes genitalis-rekürrens</i>- Asiklovir 12 yaş altı: 20 mg/kg/doz (maksimum 400 mg/doz) günde 3 kez. 12 yaş ve üzeri: 200 mg günde 5 kez, ya da 400 mg günde 3 kez, ya da 800 mg günde 2 kez, 5 gün boyunca ya da 800 mg günde 3 kez 2 gün boyunca. • Henüz onay almamış tedavi seçenekleri- (1a) famsiklovir (adolesan) 1 g PO günde 2 kez, 5 gün boyunca ya da 500 mg ilk gün, 250 mg 2 gün ya da 125 mg günde 2 kez, 5 gün boyunca ya da (2) valasiklovir-50 kg altı: 20 mg/kg/doz (maksimum 1000 mg/doz) günde 2 kez, 5 gün boyunca; 50 kg ve üzeri 1000 mg günde 1 kez, 5 gün boyunca. • <i>Herpes genitalis-süpresif</i> tedavi- tedavi 1 yıl boyunca devam etmelidir. Asiklovir 20 mg/kg/doz (maksimum 400 mg/doz) günde 2 kez, ya da Henüz onay almamış tedavi seçenekleri (1) famsiklovir (sadece adolesanlarda) 250 mg PO günde 2 kez ya da (2) valasiklovir 20 mg/kg/doz (maksimum 1000 mg) günde 1 kez • <i>Herpes gingivostomatiti</i> ya da <i>herpes labialis</i> - Asiklovir 20 mg/kg/doz günde 4 kez, 5-7 gün boyunca (maksimum 1.2 g/gün); herpes labialis-asiklovir %5 krem ya da merhem, günde 5 kez topikal, 4 gün boyunca ya da pensiklovir %1 krem 2 saatte bir, 4 gün boyunca ya da docosanol %10 günde 5 kez iyileşene kadar ya da famsiklovir 1,5 g PO tek doz (sadece adolesanlarda) • <i>Keratif</i>^{3,4,5}-[gansiklovir %0,15 jel 1 damla, günde 5 kez, korneal ülser iyileşene kadar, sonrasında 1 damla, günde 3 kez, 7 gün boyunca (2 yaş ve üzeri için onay almıştır) ya da trifluridin %1 damla 2 saatte bir, uyanıklık süresince (maksimum 9 damla/gün) re-epitelizasyon oluşana kadar, sonrasında 4 saatte 1 damla, 7 gün boyunca]. Çoğu uzman tarafından tedaviye oral ajan eklenmesi de önerilmektedir (örn. Asiklovir 80 mg/kg/gün (maksimum doz 400 mg) günde 5 kez, 7-14 gün boyunca). Topikal tedavi kornea toksisiteye neden olabilir-göz hastalıkları hekimi tarafından yakın takip önerilmektedir. Topikal steroidler rölatif kontrendikasyon olarak belirtilmektedir; bazen stromal (epitelyal değil) evrede skar oluşumunu azaltmak için kullanılabilir.
Herpes simplex	• <i>Neonatal hastalık</i>^{3,4}- Asiklovir 20 mg/kg IV 8 saatte bir, dissemine hastalık için 14 gün, santral sinir sistemi tutulumu, nörolojik tutulum halinde 21 gün boyunca. Prematürelde-20 mg/kg IV 8-12 saatte bir verilmeli, göz tutulumu mevcutsa topikal antiviral eklenmelidir (trifluridin, keratit bölümünde önerilen dozunda)

(Devam ediyor)

Tablo 18-1 Ampirik Antimikrobiyal Tedavi (Devamı)

Veba (Yersinia pestis)^{3,19} <u>Yan etkileri vb.</u> İlaç seçiminden önce Yan etkileri vb.hastalık riski dikkate alınmalıdır. Streptomisin yaygın olarak bulunamamaktadır	- Hastalık detayları-bkz sayfa 145. - Temas-(6 gün içerisinde bilinen ya da şüphelenilen veba kaynağıyla temas olduysa)-Doksisisiklin ya da siprofloksasin 7 gün -Doz Tablo 18-2. - Tedavi-(1)Streptomisin 15 mg/kg/doz IM günde 2 kez ya da (2) gentamisin 2,5 mg/kg/doz her 8 saatte bir. Alternatif ajanları düşün: Siprofloksasin,levofloksasin, moksifloksasin, tetrasiklin, doksisisiklin ve kloramfenikol.
Pnemocystis jiroveci^{4,10,20} (carini) -Tedavi Çoğu bebek / çocuk ölüm oranları nedeniyle yatış gerektirir	- İlk tercih- Sulfametaksazol/trimetoprim (15-20 mg TMP/kg/gün PO ya da IV 6-8 saat arayla 14-21 gün) - Alternatif-Pentamidin 4 mg/kg/gün IV 14-21 gün ya da aşağıdakilerden biri(özel dozajlama/uyanlar): (trimetoprim + dapson) ya da atovaquone (meptron) ya da (primaquine + klindamisin) - Eğer $pO_2 < 70$ mmHg ise solumedrol 1 mg/kg IV her 12 saatte ya da prednizolon ya da prednison PO 1 mg/kg/gün 2 kez
Pnomoni^{4,21} Aspirasyon	Ampisilin/sulbaktam (Unasyn) 150-200 mg/kg/gün ampisilin/ kg/gün 6 saat arayla (maksimum 2000 mg ampisilin/doz) ya da klindamisin 30-40 mg/kg/gün IV her 6-8 saat arayla (maks doz 2,7 gr/gün)
Pnomoni 0-3 ay^{4,10} eğer ciddiye, MDSA kapsamlı,sayfa 154	0-4 hafta -Ampisilin 100-300 mg/kg/gün IV 8-12 saat araylave (gentamisin- bkz menenjit dozu ya da ≤ 1 hafta sefotaksim 50 mg/kg/doz ise eğer 12 saatte bir ya da >1 hafta ise 8 saatte bir 4 hafta – 3 ay- Ampisilin 100-200 mg/kg/gün 6 saat arayla ve sefotaksim 50 mg/kg IV her 6 saatte bir (maksimum 12 g/gün) - Eğer chlamidya nedense, eritromisin 12,5 mg/kg/doz PO/IV günde 4 kez 14 gün kullan. Eritromisin ile pylor stenozu riskine dikkat et.
Pnomoni²² Toplumsal kaynaklı >3 ay Vankomisin ile karşılaştırıldığında linezolidin alveolar penetrasyonunun daha iyi olması önerisiyle ilgili kanıtlar kısıtlı	Yatan hasta > 3 ay- Sefotaksim 100-200 mg/kg/gün 6-8 saat arayla (maksimum 12 g/gün) ya da seftriakson 50 mg/kg/gün her 24 saatte (Maksimum 2 g/gün) ve azitromisin (Zithromax) ya da klaritromisin (Biaxin) ya da eritromisin; bkz dozlara Tablo 18-2, ve orta ciddi hastalık ise, efüzyon , kaviter lezyon ya da MDSA risk bulguları varsa, linezolid (Zyvox) 10 mg/kg IV her 8 saatte bir (Eğer miad, > 1 hafta) ya da vankomisin 15 mg/kg IV her 6 saatte bir (maksimum 1 g/doz)

(Devam ediyor)

Tablo 18-1 Ampirik Antimikrobiyal Tedavi (Devamı)

febrile infants and children 2 to 24 months. *Pediatrics*. 2011;128:595. <https://pediatrics.aappublications.org/content/128/3/595>.

³⁸Tunkel A, Hasbun R, Bhimraj A, et al. 2017 Infectious Diseases Society of America's clinical practice guidelines for healthcare-associated ventriculitis and meningitis. *Clin Infect Dis*. 2017;64(6):e34-e65. <https://www.idsociety.org/practice-guideline/healthcare-associated-ventriculitis-and-meningitis/>.

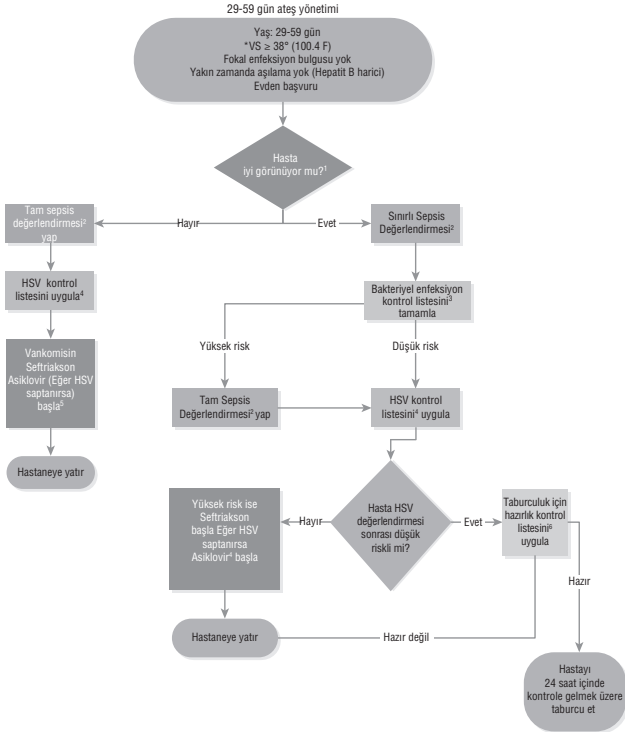
³⁹Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/vibrio/treatment.html>.

Tablo 18-2 Sık Kullanılan Oral Antimikrobiyal Dozları ve Karışımları

Antimikrobiyal ilaçlar	Formülasyonlar	Dozlar (sıklık) ¹
Asiklovir	200, 400, 800, 200 mg/5 ml	Bkz. Herpes sayfa 149-151, Varisella sayfa 167-168
Albendazol (Albenza)	200 mg	Bakınız, enfeksiyon (maksimum 400 mg/gün)
Amoksisilin (Amoksil)	Süspansiyon: 125, 200, 250 ve 400 mg/5 ml Kapsül: 250, 500 mg Tablet: 500, 875 mg	30-50 mg/kg/gün (günde 2-3 dozda) 80-90 mg/kg/gün IDSP ²
Amoksisilin/klavunat (Augmentin)	Süspansiyon*: 125, 200, 250 ve 600 mg/5 ml Tablet: 250, 500, 875 mg Çiğnenebilir tablet*: 200 mg	45 mg/kg/gün (günde 2 dozda) 80-90 mg/kg/gün eğer DRSP ² (* doz amoksisilin mg'ına göre)
Ampisilin (Prinsipen)	Süspansiyon: 125 ve 250 mg/5 ml Kapsül: 250, 500 mg	50-100 mg/kg/gün (günde 4 dozda)
Azitromisin ³ (Zitromaks)	Süspansiyon: 100 ve 200 mg/5 ml Tablet: 250, 500 mg	Pnömoni/otitis media 10 mg/kg x 1 ilk gün, ardından 5 mg/kg günlük x 4 Farenjit 12 mg/kg/gün x 5 gün 20 mg/kg/gün x 3 gün Maksimum doz 500 mg
Sefaklor (Seklor) İkinci kuşak	Süspansiyon: 125, 250 ve 375 mg/5 ml Kapsül: 250, 500 mg	20-40 mg/kg/gün (günde 3 dozda) Maksimum 500 mg/doz
Sefadoksil (Durisef) Birinci kuşak	Süspansiyon: 250 ve 500 mg/5 ml Kapsül: 500 mg Tablet: 1000 mg	30 mg/kg/gün (günde 2 dozda) Maksimum 1000 mg/doz
Sefdinir (Omnisef) Üçüncü kuşak	Süspansiyon: 125 ve 250 mg/5 ml Kapsül: 300 mg	14 mg/kg/gün (12-24 saat arayla) Maksimum 600 mg/gün

(Devam ediyor)

Tablo 18-4 Ateşli yenidoğan ve infant yönetimi (Devamı)

¹İyi görünme tanımı

- Kalp hızı < 160
- Solunum hızı < 60
- Oksijen ihtiyacının olmaması
- Güvenilir fizik muayene
- Oral alımın yeterli olması
- Ateşli dönemde ılımlı yüksek kalp hızı/solunum hızı sürekli olmadığı durumda tolere edilebilir.
- Isıtıcı kullanımı ihtiyacı olmayan

İyi görünme durumunu belirlerken klinik karar kullanılmalıdır

Tablo 18-22 Üriner Sistem Enfeksiyonu Tespitinde İdrar Analizinin Öngörü Değeri (Devamı)

Yatış Kriteri	Sensitivitesi	Negatif tahmin değeri
Lökosit esteraz, nitrat veya ≥ 5 BK/hpf	% 75-98	% 85-99
Gram boyamada bakteri pozitif	% 94-99	% 99

¹Torba ile alınan idrar kültürlerinin %93'ü yanlış pozitifdir; bu nedenle bezli bebeklerde kateter ile idrar alımı önerilir. İdrar analizi İYE için duyarlı değildir; bu nedenle 3 yaşın altındaki tüm çocuklarda kültür alınmalıdır. Nitrat pozitif organizmalar = *E. Coli*, *Proteus*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Salmonella* (*S. sphygicus*, *Pseudomonas* veya *Enterococcus* hariç).

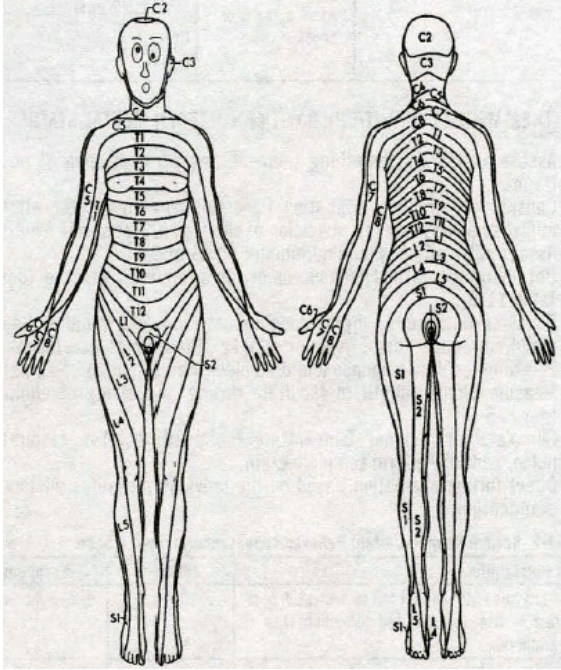
Tablo 18-23 İdrar Yolu Enfeksiyonunda Yönetim Özellikleri

Yatış	$\leq 2-3$ ay, obstrüksiyon, yüksek dereceli reflü, dehidratasyon, kusma, toksik görünüm, nefrolitiazis veya immünyetmezlik
IV antibiyotik	- Seftriakson 50-75 mg/kg/doz IV (28 günden fazla kullanılmaz) YA DA - Sefotaksim (yenidoğanlar) 50 mg/kg/doz IV her 8 saatte bir – her 12 saatte - Gentamisin 2-2.5 mg/kg/doz IV her 8 saatte bir + ampicilin 50 mg/kg/doz IV her 6 saatte bir (özellikle gram pozitif bakteriler için) YA DA piperasilin-tazobaktam IV240-300 mg/kg/gün (piperasilin bileşeni) bölünmüş her 6-8 saatte bir (maks 16 g/gün)
Oral antibiyotikler	Sefalekssin 50-100 mg/kg/gün PO bölünmüş her 6-8 saatte bir (maks 4 g/gün), YA DA sefiksime 8 mg/kg/gün PO bölünmüş her 12-24 saatte bir (maks 400 mg/gün), YA DA sulfometoksizol-trimetoprim 6-12 mg/kg/gün (trimetoprim bileşeni) PO bölünmüş her 12 saatte bir (maks 160 mg TMP/doz), YA DA amoksisilin-klavulanat 20-40 mg/kg/gün PO bölünmüş her 8 saatte bir, YA DA nitrofurantoin (Furadantin, Macroclantin) 5-7 mg/kg/gün PO bölünmüş her 6 saatte bir, nitrofurantoin (Macrobid-adölesanlarda) 100 mgPO her 12 saatte bir. Eğer ateşli ve toksik ise 14 gün boyunca tedavi et, ateşi veya toksik durumu yoksa 7-14 gün tedavi et; tablo 18-2' ye bkz .
İdrar yolu değerlendirmesi	- İlk 48 saatte klinik cevap yoksa: idrar yolu ultrason/BT (abse ve obstrüksiyonu dışlamak için) + işeme sistüroterogramı (ISUG) ya da radyonüklid sistografi erken dönemde. Posteriror valv için üretrayı değerlendirmede, erkeklerde, ISUG' ı tercih edilir. - Daha önceden bahsedilen çalışmalar beklenirken antibiyotiklere devam edilir. Radyonüklid renal tarama/DMSA ve BT piyelonefriti renal skardan ayırt edebilir. İdrar yolu enfeksiyonu olan bir çocuğun yönetimine yardımcı olmadaki kesin rolü hala belirsizdir.

22 ■ NÖROLOJİ

Çeviri: Uzm. Dr. Raziye Merve Yaradılmış, Prof. Dr. Can Demir Karacan

Şekil 22-1 Nöroloji



Motor düzey	Motor fonksiyon
C4	Spontan soluma
C5	Omuz silkme
C6	Dirsek fleksiyonu
C7	Dirsek ekstensiyonu
C8/T1	Parmak fleksiyonu
T1-T12	İnterkostal ve karın kasları

Motor düzey	Motor fonksiyon
L1/L2	Kalça fleksiyonu
L3	Kalça addüksiyonu
L4	Kalça abdüksiyonu
L5	Ayak başparmağı dorsifleksiyonu
S1/S2	Ayak plantar fleksiyonu
S2-S4	Rektal tonus

ŞANTLAR (SEREBROSPİNAL ŞANT ENFEKSİYONU VE DİSFONKSİYONU)

Tablo 22-8 Şant Yetmezliği / Şant Tıkanıklığı—Öngörü Puanı^{1,2}

Erken başvuru (cerrahiden sonra 5 ay içinde)		Geç başvuru (cerrahiden >9 ay—2 yıl sonra)	
Klinik özellik	Puan	Klinik özellik	Puan
Şant etrafında sıvı toplanması	1	Bulantı ve kusma	1
Baş ağrısı	1	Gelişim basamaklarının kaybı	1
İritabilite	1		
Ateş	1	↑ Baş çevresi	1
Fontanel bombeliği	2	Şant etrafında sıvı toplanması	1
Ameliyat yerinde eritem	3	↓ Bilinç düzeyi	3
↓ Bilinç düzeyi	3		
Erken şant skoru (yukarıdaki toplam puan)	Şant arıza olasılığı	Geç şant skoru (yukarıdaki toplam puan)	Şant arıza olasılığı
0 puan	%4	0 puan	%8
1 puan	%50	1 puan	%38
2 puan	%75	≥ 2 puan	%100
≥ 3 puan	%100		

¹Şant yetmezliğinin *bağımsız* prediktörleri olarak bulunmayan özellikler arasında BOS rezervuarını bastramama veya yeniden dolduramama, papilödem, kraniyal sinir felci, karın ağrısı / kitlesi, menengismus ve peritonit yer almıştır. ²Daha yakın tarihlî bir prospektif çalışma, başarısız şant tıkanan 2 aylıktan büyük bebek / çocukların %88'inde iritabilite, kusma veya baş ağrısı olduğunu göstermiştir. Bu bulgular yoksa şant yetmezliği olasılığı < %7'dir.

Garton HJ, Kestle JR, Drake JM. Predicting shunt failure on the basis of clinical symptoms and signs in children. *J Neurosurg.* 2001;94(2):202-210; Piatt JH Jr, Garton HJ. Clinical diagnosis of ventriculoperitoneal shunt failure among children with hydrocephalus. *Pediatr Emerg Care.* 2008;24(4):201-210; Boyle TP, Kimia AA, Nigrovic LE. Validating a clinical prediction rule for ventricular shunt malfunction. *Pediatr Emerg Care.* 2018;34(11):751-756. Modifiye edilmiştir.

Tablo 22-9 BOS Şant Enfeksiyonları—Çocuklarda Geliş Özellikleri¹

Özellik	V-P şant ²	V-A şant ²	En sık organizmalar	
Ateş	%95	%100	<i>Staphylococcus epidermidis</i> (SE)	%32-57
Şant disfonksiyonu	%57	%14	<i>Staphylococcus aureus</i> (SA)	%4-38
Karın ağrısı	%48	0	SA + <i>Streptococcus viridans</i>	%4-15
Menengismus	%29	0	Gram negatifler ± SE	%15 (%3)
Baş ağrısı	%14	%14	SE + <i>Enterococcus</i>	%7
İritabilite	%19	%43	SE + <i>Streptococcus pyogenes</i>	%4
Nefrit	0	%14	<i>Enterococcus/Candida</i>	%4

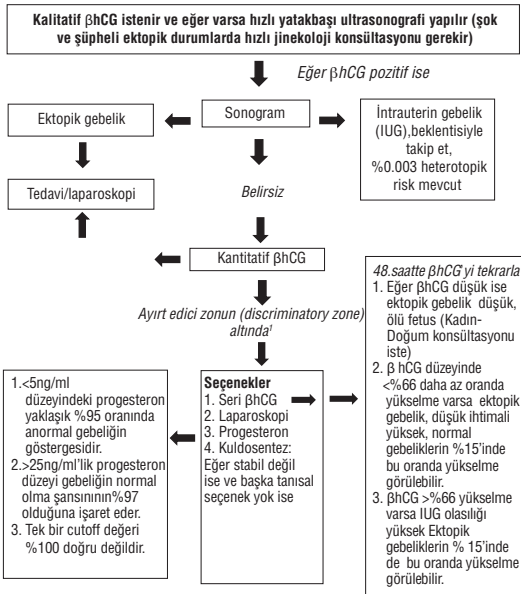
¹Şant enfeksiyonlarının %95'i ameliyattan <6 ay sonra ortaya çıkar. ²V-A—ventriküloatriyal; V-P—ventriküloperitoneal.

Kontny U, Höfling B, Gutjahr P, Voth D, Schwarz M, Schmitt HJ. CSF shunt infections in children. *Infection.* 1993;21(2):89-92; Davis SE, Levy ML, McComb JG, Masri-Lavine L. Does age or other factors influence the incidence of ventriculoperitoneal shunt infections? *Pediatr Neurosurg.* 1999;30:253-257; Piatt JH Jr, Garton HJ. Clinical diagnosis of ventriculoperitoneal shunt failure among children with hydrocephalus. *Pediatr Emerg Care.* 2008;24(4):201-210. Modifiye edilmiştir.

24 ■ KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM

Çeviri: Prof. Dr. Sabiha Şahin

Tablo 24-1 Klinik Olarak Stabil Hastalarda Ektopik Gebelik Tanısı



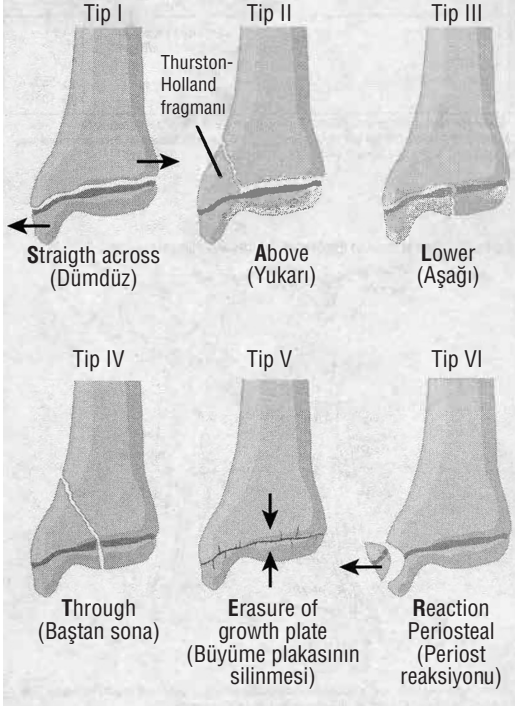
¹[Eş zamanlı IUG+ektopik]. 2.transvajinal ultrason (US) için DZ 1,000-1,500 mIU/ml, transabdominal US için DZ 6,500 mIU/ml'dir.

Tablo 24-2 İntrauterin gebelikte (IUG) Ultrasonografi (USG) Bulguları¹ ve Kantitatif β hCG^{2,3}

Intrauterin gebelik (IUG)	Süre	mIU/ml
(1)Residual reaksiyon	>1 hafta	>5-50
(2)hCG>1,000-1,400 olduğunda transvajinal USG ile,>6,500 olduğunda transabdominal USG ile 4,5. haftada gebelik kesesi görülür	1-2 hafta	40-300
	2-3 hafta	100-1000
(3)5,5. haftadaYolk kesesi görünür (hCG>7,200)	3-4 hafta	500-6,000
(4)5,5 ila 7. haftadafetal kutup (pol)/kalp atımları görülür (β hCG>10,800-17,200)	1-2 ay	5,000-200,000
	2-3 ay	10,000-100,000
	2. trimester	3,000-50,000
	3. trimester	1,000-50,000

(Devam ediyor)

Şekil 26-2 Salter-Harris/Ogden-Harris Fizyal Kırık Sınıflaması



Tablo 26-13 Asetabulum / Femur

Asetabulum	• <i>Tip I</i>—Ufak parçalar ± kalça çıkığı; (II)—Linear kırık deplase olmamış ± pelvik fraktür; (III)—Linear kırık, kalça stabil değil; (IV)—Santral fraktür dislokasyonu. • Nondeplase /minimal deplase/stabil (≤ 1 mm): Yatak istirahati, Ağırılıktan koruma. Stabil değil veya >1 mm deplase ise traksiyon veya cerrahi.
Kalça Kırığı <i>Delbet Sınıflaması</i>	• <i>Tip I</i>—Transepifizyel ± asetabular dislokasyon. <i>Tip II</i>—Transservikal (femur boynu). <i>Tip III</i>—Servikotrochanterik (femur boynu altı). <i>Tip IV</i>—Intertrochanterik. Tedavide gerekli görülürse redüksiyon ve hastanın yaşına ve yaralanmanın özelliğine göre alçı veya cerrahi uygulanır.
Femur shaftı	• Sınıflama lokasyon (proksimal, orta, distal), konfigürasyon (spiral, oblik, transvers), açı, temasın derecesi, kısalma (>3 cm kabul edilmez), açık veya kapalı olma durumuna göre yapılır. • Yaş ve yaralanmaya bağlı olarak Pavlik bandajı, traksiyon veya cerrahi.
Distal femur	• Peroneal sinir ve nadir popliteal arter yaralanması. %23-38 oranında ligament yaralanması (genellikle anterior cruciate). Sınıflama (1) Salter-Harris (%60 tip II), (2) deplasman [med, lat, ant, post ($\uparrow$ popliteal arter yaralanması)] ve (3) yaş [infant ve çocuk (büyüme bozukluğu riskinde $\uparrow$), adolesan]. • Eğer deplase değilse, uzun bacak alçısı 15-200 diz açısıyla, yaralanma mekanizmasının ters yönünde. • Eğer distal femoral metafizyel/ fizyel fraktür varsa, <10 yaş nadiren >10 yaşta sagittal planda kapalı redüksiyon (genel anestezi). Varus/valgus hizalaması rotasyon olmadan $<5^\circ$ olmalıdır. Redükte edilemeyen tip II ve büyük oranda deplase tip III, IV ve V kırıkları açık redüksiyon ile tedavi edilmelidir.

Tablo 26-14 Diz

Patella ve patellanın sleeve kırığı	• <i>Patella</i>—Eğer nondeplase ise, retinaculum intaktısa, immobilizasyon • Cerrahi >4 mm deplasman, >3 mm artiküler deplasman, eklemden >3mm basamaklanma veya eklemden parçalanma varsa önerilir. • <i>Sleeve kırığı</i>—Patellanın distal polunun sleeve veya artiküler kartilaj, periost ve retinaculum (özellikle 8-12 yaş) avülsiyonu. Genellikle radyografide görülmez. Tanı için MRG gereklidir. Tedavi cerrahidir. • <i>Atele alma</i>—Dizi içine alan geniş uzun bacak ateli
Tuberositas tibia Ogden Sınıflaması	• <i>Tip I</i>—Proksimal tibia'nın kemikleşme yerinin ve tuberositin distali. <i>Tip II</i>—Proksimal tibia'nın kemikleşme yerinin ve tuberosit. <i>Tip III</i>—Deplase ant fragment ile ekleme yayılmış + eklem yüzeyinde devam etmiyor. • Minimal deplase tip I kırıklar hariç tümünde cerrahi tedavi endikedir.

TOPLUM KÖKENLİ PNOMONİ

Bu bölümde çocuklardaki hastane kaynaklı pnomonilerin dışındaki toplum kökenli akciğer enfeksiyonlarına değinilecektir.

Tablo 27-12 Antibiyotik Tedavisi > 3 Aylık

Başvuru şekli	Pnomoni tipi	Patojen	Antibiyotik
Ayaktan Aşılı	Komplikasyonsuz Pnomoni	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Amoksisilin Penisilin alerjisi varsa: Klindamisin
Ayaktan Aşısız	Komplikasyonsuz Pnomoni	<i>S. pneumoniae</i> + <i>Haemophilus influenzae</i> tip B	Augmentin 30mg/kg/doz günde 2 kez 7 gün Penisilin alerjisi varsa: Levofloksasin 6 ay - 5 yıl: 10 mg / kg günde 2 kez (maks. 375 mg / doz) > 5 yıl: 10 mg / kg gün (maks. 750 mg)
	Atipik Pnomoni 5 yaş üstü	<i>Mycoplasma Chlamydophila pneumoniae</i>	Azitromisin 10 mg / kg 1. Gün, 5 mg / kg 2-5 gün Levofloksasin atipikleri kapsaması için
Yatan hasta Aşılı	Komplikasyonsuz	<i>S. pneumoniae</i>	Ampisilin IV Penisilin alerjisi varsa: Klindamisin IV
Yatan hasta Aşısız	Komplikasyonsuz	<i>S. pneumoniae</i> + <i>H. influenzae</i> tip B	Seftriakson Penisilin ve Cef alerjisi varsa: Levofloksasin
Yatan hasta	Komplike veya ağır (geniş efüzyon, apse, ampiyem veya YBU)	Strep ve Staph Apse ise anaeroblar	Seftriakson + Vankomisin Penisilin ve Cef alerjisi varsa: Levofloksasin + Vankomisin

Taburcu kriterleri

- Oral alımı iyi olması
- Oda oksijen saturasyonu > %90
- Mental aktivitenin normal olması
- Vital bulgularda iyileşme
- Ailenin sosyal durumunun ağızdan tedavi vermeye ve bebeği yakın takip etmeye uygun olması

Bradley JS, Byington CL, Shah SS, et al. The management of community-acquired pneumonia in infants and children older than 3 months of age: clinical practice guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America'dan geliştirilmiştir. *Clin Infect Dis*. 2011;53(7):e25.

Tablo 31-2 Konvülsiyona neden olan ilaç ve Toksinler¹

Amfetaminler Antikolinergikler Antidepresanlar Beta blokörler Bupropion	Karbon monoksit, Siyanid Kokain, Kafur Difenhidramin GHB, İzoniazid Kurşun, Lidokain	Lindan, Lityum Nikotin Organofosfat PCP, Propoksifen Kinin, SSRI	Yoksunluk (etanol sedatif) Teofili Tramadol Venlafaksin
---	---	--	---

¹ ↓ KB (kan basıncı), ateş, hipoglisemiye sebep olan ve SSS depresyonuna neden olan tüm ajanlar konvülsiyonlara neden olabilir.

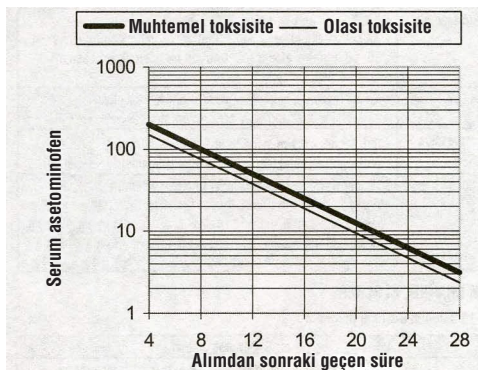
Tablo 31-3 Hipoglisemiye sebep olan ilaç ve Toksinler

6-Merkaptopurin Ake meyvesi (Olgunlaşmamış Jamaica meyvesi) Alkoller (etanol, metanol, izopropanol, etilen glikol) ACE İnhibitörleri Beta Blokörler Bishidroksikumarin (fare zehiri) Acı kavun su kabağı Klorpromazin Tırmanan fildişi kabağı Klofibrat Didanozin Fluoksetin Fenfluramin Çemen otu Ginseng bitkisi (Amerikan, Asya, Sibiry) Haloperideol Hipoglisemik Ajanlar (sulfanilüreler, biguanidler α glukozidaz inhibitörleri, tiazolidindion, benzoik asit deriveleri)	İnsektisitler (Karbamatlar/Organofosfatlar) İnsülin (eksojen) İzoniazid Lityum Mamejava bitkisi Metotreksat Monoaminooksidaz (MAO) inh. Non-steroid antienflamatuvar ajanlar P-aminobenzoik asit Pentamidin Fenilbutazon Fenitoin Nar ağacı Probenesid Kinin Ritodrin Salisilatlar Sertralin Steroidler (anabolik-stanozolol) Sulfonamidler Tiyoglikolat Tiroid hormonu Tremetol Trisiklik antidepresanlar (TSA) Trimetoprim
---	--

TOKSİKOLOJİ

- Tehlikeli kimyasal ajan/kimyasal kaza ve yönetimi: CDC/Toksik maddeler ve hastalık sicil daire: (770) 488-7100
- Kimyasal Üretici Derneği (CHEMTREC): (800) 429-9300

Tablo 31-14 Asetaminofen Nomogramı



Winshall JS, Lederman RJ. Tarascon Internal Medicine & Critical Care Pocketbook, 4th ed. Jones and Bartlett Publishers, Inc; 2007.

β BLOKÖRLER

β1 stimülasyonu – ↑ kontraksiyon gücü + hız, AV (atriyoventriküler) nod iletimi ve renin salınımı.

β2 stimülasyonu – kan damarı, bronş, gastrointestinal ve genitoüriner düz kas relaksasyonu. Propranolol nonselektiftir ve β1 ve β2 reseptörlerini bloke eder. Diğer nonselektif blokörler: nadolol, timolol, pindolol. Selektif β blokörler: metoprolol, atenolol, esmolol, asebutilol. Pindolol+asebutolol aynı β agonist özelliklere sahiptirler.

Tablo 31-15 β Blokörler

Sistem	Klinik Bulgular
SSS	Letarji, anlamsız konuşma, konfüzyon, nöbet, ↓ solunum
Kardiyak	↓ kalp hızı, ↓ kan basıncı, AV blok (1.2.3.), sinüs arresti, asistol
GIS	Bulanti, kusma, ileus, obstrüksiyon, barsak iskemisi/infarktüsü
Metabolik	Hiperglisemi (özellikle Verapamil), laktik asidoz
β blokör toksisite tedavisi	
Seçenek	Öneriler
Gastrointestinal Dekontaminasyon	- İpekadan kaçının. Aspirasyon ve asistol rapor edilmiştir. - Aktif Kömür–tekrarlayan dozlar (sayfa 295'e bakınız)
Glukagon	Endikasyonları: ↓ kalp hızı ve kan basıncı. Doz: 50-150 mcg/kg + 50 mcg/kg/saat IV

(Devam ediyor)

Tablo 31-25 Flunitrazepam-Ropynol 'Bayıltıcılar'

Başlangıç/Süre	Maksimum absorpsiyon 0,5-1,5 saattir ve yarılanma ömrü yaklaşık 12 saattir.
Major klinik etkiler	- SSS-Sedasyon, inkoordinasyon, halüsinasyonlar. Paradoksik heyecanlanma özellikle alkolle birlikte alımlarda. ↓ DTR, orta veya küçük pupiller. - KVS-Pulmoner-Solunum depresyonu, hipotansiyon, aspirasyon
Yönetim	- İdrarda benzodiazepin analizi ile rutin olarak tespit EDİLEMEZ - Alımdan <1 saat ise aktif kömür - Havayolunu koru ve kardiyak monitörizasyon ve pulse oksimetre uygula - Flumazenil (bkz doz, sayfa 23) SSS etkilerini geri döndürebilir 2-4 saat izlem sonrasında hasta letarjik ve instabil ise hastaneye yatır.

GAMA HİDROKSİBÜTİRİK ASİT (GHB)

Gama hidroksibütirik asit (GHB) steroid alternatifi olarak, kilo kontrol edici bir ilaç olarak ve narkolepsi tedavisinde kullanılmaktadır.

Tablo 31-26 Gama Hidroksibütirik Asit

Belirtiler	Detaylar
Başlangıç/Süre	Semptomların başlaması ~ 15 dakika ve spontan düzelme (alınan doz ve birlikte alınanlara bağlı olarak) 2 ile > 48 saat
Major klinik etkiler	- SSS: Etanolle etkileşerek SSS/solunum depresyonuna neden olur. ↑ seviyelerde hastalar ağırlı uyaranlara cevapsız ve faringeal reflekslerini kaybederler. Nöbetler klonik kol/bacak/yüz hareketleri, kusma, amnezi, ↓ DTR, vertigo, nistagmus ve ataksi olabilir. - KVS/Pulmoner: ↓ KH, düzensiz veya ↓ solunum, ↓ KB.
Yönetim	- Havayolunu koru ve kardiyak monitörizasyon ve pulse oksimetre uygula - Semptomatik tedavi uygula (örn: sürekli ↓ KH için atropin) - Beraber oral alınabilecekleri ve diğer tanıları (örn: SSS travması) ekarte et 6 saatlik izlemden sonra semptomlarda düzelme yoksa hastaneye yatır

DEMİR

Demir vücutta doğal olarak bulunan kimyasal bir elementtir. Çeşitli metabolizma süreçlerinde aktif rol oynar ve esas olarak hemoglobin ve miyoglobinde bulunur. Bu iki protein, hematopoetik sistem yoluyla oksijen taşınmasına ve depolanmasına izin verir. Diyet takviyesi olarak alınabilecek birkaç demir formülasyonu vardır ve bunların aşırı doz alımı ölümcül olabilir.

Tablo 31-27 Demir

Demir Formülleri	Elemental Demir (%)	Demir Zehirlenmesinin Mekanizması
Ferröz glukonat	%12	Direk mukozal hasar ile hemorajik gastrit, kanama
Ferröz sülfat	%20	Hepatik nekroz
Ferröz fumarat	%33	Mitokondriyal hasar
Ferröz fosfat	%37	Venodilatasyon ve hipotansiyon
Ferröz veya ferrik pirofosfat	%12	3. Boşluklarda sıvı birikmesi
Ferrokolinat	%12	Trombin inhibisyonu-koagülopati

TRAVMA SKORLAMASI ve DEĞERLENDİRME

Tablo 32-2 Pediatrik Travma Skoru¹

		Hasta Özellikleri					
		Ağırlık (kg)	Hava yolu	Sistolik KB (mmHg)	Bilinç durumu	Açık yara	Ekstremitte kırığı
Skor	-1	< 10	Sürdürülemez	< 50	Komatöz	Majör	Açık veya çoklu
	+1	10 – 20	Sürdürülebilir	50-90	Obtundasyon	Minör	Kapalı
	>2	> 20	Normal	> 90	Uyanık	Yok	Yok

¹Toplam puanın ≤ 8 olması olası ciddi travmayı, < 1 puan > %98 mortalite, 4 puan = %50 mortalite, > 8 puan < %1 mortalite oranını düşündürür.

Kaynak: Ramenofsky, M. L., Ramenofsky, M. B., Jurkovich, G.J., Threadgill, D., Dierking, B. H., & Powell, R. W. The Predictive Validity of the Pediatric Trauma Score. The Journal of Trauma: Injury, Infection and Critical Care; 1998;28(7),1038-1042. doi: 10.1097/00005373-198807000-00021.

Tablo 32-3 Pediatrik Glasgow Koma Skoru¹

Göz açma	En iyi motor yanıt	En iyi sözel yanıt
0 – 1 yaş 4 Spontan 3 Yüksek sesle 2 Ağrıyla 1 Yanıt yok	0 – 1 yaş 6 Spontan hareketler 5 Ağrıyı lokalize eder 4 Fleksiyon ile çekme 3 Fleksiyon / Dekortike 2 Ekstansiyon / Deserebre 1 Yanıt yok	0 – 2 yaş 5 Normal ağlama, gülme 4 Ağlama 3 Uygunsuz ağlama, bağırma 2 İnleme 1 Yanıt yok
> 1 yaş 4 Spontan 3 Sesli uyararla 2 Ağrıyla 1 Yanıt yok	> 1 yaş 6 Emirlerle uyar 5 Ağrıyı lokalize eder 4 Fleksiyon ile çekme 3 Fleksiyon / Dekortike 2 Ekstansiyon / Deserebre 1 Yanıt yok	2 – 5 yaş 5 Uygun kelimeler 4 Uygunsuz kelimeler 3 Ağlama veya bağırma 2 İnleme 1 Yanıt yok
		> 5 yaş 5 Oryante 4 Disoryante fakat tepki verir 3 Uygunsuz kelimeler 2 Anlaşılmaz 1 Yanıt yok

¹Total skorun 13 - 15 olması yaralanmanın hafif olduğunu, 9 - 12 olması orta ve ≤ 8 olması ciddi olduğunu gösterir.

Tablo 32-13 Çocukluk Çağı Künt Travmada Servikal Omurga Görüntüleme için NEXUS Kriterleri¹

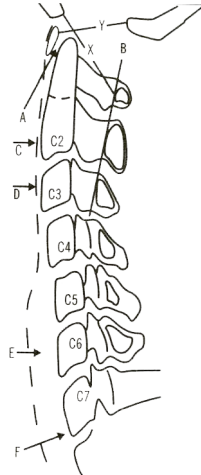
NEXUS Kriterleri	Operatör özellikleri (% 95 güven aralığı)	
Orta hatta hassasiyet	Duyarlılık ¹	%100 (%89-%100)
Bilinç kaybı, kötü öykü	Özgüllük	%20 (%19-%21)
Nörolojik kusur	Negatif prediktif değer	%100 (%99-%100)
Aşırı ağırlı/ağrılı yaralanma	Pozitif prediktif değer	%1 (%1-%2)
Zehirlenme		

¹Yüksek riskli ise BT tercih edilir, NEXUS boyun omurga (ileriye dönük) çalışması 18 yaşından küçük 3.065 çocuğu içeriyordu (88 olgu $\leq$ 2 yaş, 817 olgu = 2-8 yaş, 160 olgu = 8-17 yaş). Diğer geriye dönük çalışmalarda NEXUS kriterlerinin önemli çocukluk çağı spinal omurga yaralanmalarını tespit etmede sadece % 43-94 duyarlı bulmakla birlikte 8 yaşın üzerindeki olgularda duyarlılık %100 bulunmuştur. NEXUS kriterleri, olgular $\leq$ 2-8 yaş ise veya altta yatan doğuştan/edinilmiş omurga dengesizliği varsa geçerli olmayabilir.

Kaynak: Viccio P, Simon H, Pressman BD, Shah MN, Mower WR, Hoffman JR; NEXUS Group. A prospective multicenter study of cervical spine injury in children. *Pediatrics*. 2001 Aug;108(2):E20. doi: 10.1542/peds.108.2.e20; Garton HJ, Hammer MR. Detection of pediatric cervical spine injury. *Neurosurgery*. 2008 Mar;62(3):700-8; discussion 700-8. doi: 10.1227/01.NEU.0000311348.43207.B7; Ehrlich PF, Wee C, Drongowski R, Rana AR. Canadian C-spine Rule and the National Emergency X-Radiography Utilization Low-Risk Criteria for C-spine radiography in young trauma patients. *J Pediatr Surg*. 2009 May;44(5):987-91. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2009.01.044.

Şekil 32-1 Normal Boyun Omurga Boşlukları

- A** — Atlantodental aralık — (Predental aralık) <8 yaş ise <5 mm, > 8 yaş ise <3 mm.
- B** — Arka servikal çizgi, C2'nin spino-laminar çizgisi, çizginin 2 mm önünde veya arkasında olmalıdır.
- C** — Prevertebral boşluk C2'nin ön tarafında ve <7 mm olmalı veya C2 omurga gövdesinin <1/3 genişliğinde.
- D** - Omurga gövdelerinin birbirinin üzerine binme sınırı 2,5 mm.
- E** — Retrotrakeal boşluk C6'nın önünde <14 mm veya C5'in önünde C5 genişliğinin <5/4 oranında olmalıdır (# kesin değildir)
- F** - Prevertebral yağ doku — dışarı çıkıntı yapmamalıdır .
- X + Y = Güç oranı
Normal değer 0.7-1.0'dır.
Değer <0.7, atlantookspital (AA) eklem anterior subluksasyonunu gösterir.
- Ayrıca, foramen magnumun ön kenarından odontoidin ucuna kadar olan hat <10-12 mm olmalıdır. Daha büyükse, atlantookspital çıkık mevcut olabilir.
- Wackenheimer çizgisi - arka klivus boyunca çizilmiş bir çizgi genellikle odontoidi teğetsel geçerek ucuyla kesişir . Eğer çizgi yer değiştirmişse, atlantookspital eklem gevşekliğinden şüphelenin. Küçük çocuklarda güvenilir olmayabilir.



Tablo A-2 Kritik İlaç Dozları ve IV İnfüzyonlar¹

Adenozin	• 0,1 mg/kg IV hızlı püse (maksimum doz 6 mg), ikinci doz 0,2 mg/kg IV hızlı püse (maksimum doz 12 mg).
Amiodaron	• Nabızsız VT/VF'de 5 mg/kg IV bolus (maksimum 300 mg). Perfüzyon yeterli ise 20-60 dakikalık infüzyonla verilir. Günlük 15 mg/kg'a kadar doz tekrarlanabilir.
Atropin	• 0,02 mg/kg IV (maksimum doz 0,5 mg) ² .
Diazepam	• 0,1-0,3 mg/kg IV (maksimum doz 10 mg). 0,5 mg/kg rektal (2-5 yaş); 0,3 mg/kg rektal (6-11 yaş); 0,2 mg/kg (12 yaş ve üzeri). Maksimum rektal doz 20 mg.
Dobutamin	• 0,5-2 mcg/kg/dakika IV infüzyon. İstenen etkiye göre titre edilmelidir.
Dopamin	• 2-20 mcg/kg/dakika IV infüzyon. İstenen etkiye göre titre edilmelidir.
Enalaprilat	• 0,005-0,01 mg/kg IV (maksimum doz 1,25 mg).
Epinefrin	• Nabızsız arrest: 0,01 mg/kg her 3-5 dakikada bir (tek seferde verilecek maksimum doz 1 mg). • İnfüzyon: 0,1-1 mcg/kg/dakika • Anafilaksi: 0,01 mg/kg IM her 15 dakikada bir (tek seferde verilecek maksimum doz 0,3 mg).
Esmolol	• 100-500 mcg/kg IV bolus (opsiyonel), sonrasında 25-50 mcg/kg/dakika infüzyon. 25-50 mcg/kg/dakikalık infüzyon. 500 mcg/kg/dakikaya ulaşınca kadar her 5-10 dakikada bir titre edilmelidir.
Fosfenitoin ³	• 15-20 mg FE/kg IV (tercihen) ya da IM. Yükleme için maksimum doz: 150 mg PE/dakika.
İsoproterenol	• 0,05-1 mcg/kg/dakika IV infüzyon. İstenen etkiye göre titre edilmelidir.
Labetolol	• 0,2-1 mg/kg iv bolus (maksimum 40 mg). İnfüzyon: 0,25-3 mg/kg/saat. Düşük doz aralığı vardır; infüzyon başlanıp yavaşça titre edilmelidir.
Levatisetam	• 20-60 mg/kg IV bolus (maksimum 3000-4500 mg/doz).
Lidokain	• 1 mg/kg IV, infüzyon: 20-50 mcg/kg/dakika.
Lorazepam	• 0,05-0,1 mg/kg IV (tek seferde verilecek maksimum doz 4 mg).
Midazolam	• 0,05-0,2 mg/kg IV/IM (maksimum 10 mg); 0,2 mg/kg intranasal (maksimum 10 mg). İnfüzyon: 0,03-0,12 mg/kg/saat. İstenen etkiye göre titre edilmelidir.
Milrinon	• 50 mcg/kg IV 10-60 dakika (opsiyonel) 0,25-0,75 mcg/kg/dakika IV infüzyon.
Nikardipin	• 0,5-5 mcg/kg/dakika IV infüzyon.
Nitroprussid	• 0,3-10 mcg/kg/dakika IV infüzyon.
Norepinefrin	• 0,05-2 mcg/kg/dakika IV infüzyon.

Acil Tıp

Tarascon Çocuk Acil Cep Kitabı, Yedinci Baskı

Dr. Prashant Mahajan

Çok değerli hızlı bir klinik referans

Tarascon Çocuk Acil Cep Kitabının yedinci baskısı, hasta veya yaralı çocukların yönetimi için uygun ve titizlikle hazırlanmış bir kılavuzdur. Bu kısa ve düzenli kılavuz, hatırlanması zor ancak hayati öneme sahip klinik bilgilerin anında hatırlatılmasını sağlayan temel listeler, şekiller ve tablolarla doludur.

Yedinci baskı, infant ve çocuklarda meydana gelen neredeyse tüm acil durumlar için bu alandaki güncel tartışmalara ilişkin genişletilmiş yorumlarla, hasta başında teşhis ve tedavi yönetimini ana hatlarıyla özetlemeye devam etmektedir. **Tarascon Çocuk Acil Cep Kitabının yedinci baskısı**, acil servis veya aile hekimleri için ideal bir arkadaştır.

Tüm Tarascon ürünleri hakkında bilgi için:

ARADIĞINIZ TÜM TIP KİTAPLARI BU ADRESİNE



www.guneskitabevi.com

GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTAPEVLERİ

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

KADIKÖY

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



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



ISBN: 978-975-277-861-0



9 789752 778610