Türkiye Acil Tıp Vakfı

1. TÜRKİYE ACİL TIP SEMPOZYUMU

24 - 27 MART 2022

Büyük Abant Oteli - Bolu

Bildiri Kitabı

www.tuatsem.org

1. Türkiye Acil Tıp Sempozyumu - Bildiri Kitabı

Türkiye Acil Tıp Vakfı

Yayın No: 1

Editörler:

Prof. Dr. Özgür Söğüt

Doç.Dr. Mehmet Özgür Erdoğan

Doç. Dr. Halil Doğan

Doç. Dr. Abuzer Coşkun

Doç. Dr. Ertuğrul Altınbilek

Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Çalık

Dr. Öğr. Üyesi Burcu Genç Yavuz

Mizanpaj: Berk Yümer

1. Türkiye Acil Tıp Sempozyumu - Bildiri Kitabı © Türkiye Acil Tıp Vakfı

Türkiye Acil Tıp Vakfı
Altunizade Mah. Mahir İz Cad. Oftom İş Merkezi, No:13 A-Blok, Kat:3,
Üsküdar-İstanbul

www.tuat.org

© Tüm hakları saklıdır. Yazılı izin olmadan basılamaz, çoğaltılamaz. Kaynak gösterilerek kısa alıntılar yapılabilir.

ÖNSÖZ

Saygıdeğer Meslektaşlarımız,

Türkiye Acil Tıp Vakfı (TÜAT) çatısı altında 1. Türkiye Acil Tıp Sempozyumunu 24-27 Mart tarihleri arasında Bolu Büyük Abant Otel'de gerçekleştireceğiz. Sempozyumumuzun amacı; meslektaşlarımızı bir araya getirerek son gelişmeleri gözden geçirmek, konularında uzman bilim insanlarıyla birlikte bilimsel ve sosyal ortam yaratabilmektir.

Sempozyumumuz Acil Tıp asistanlarına ve acil serviste çalışan tüm hekimlere yönelik olacaktır. Bilimsel açıdan doyurucu ve mesleki çalışmalarımıza katkı sağlayabilecek sempozyum kapsamında; acil servislerde sık karşılaşılan klinik durumların güncel yönetimini içeren konular paylaşılacaktır. Bilimsel program titizlikle ve güncel ihtiyaçları karşılayacak şekilde komitemiz tarafından hazırlanmıştır. Gerçekleştirmiş olduğumuz 1. SBÜ Acil Tıp kongresinde düzenlenen kurslarımıza gösterilen yoğun ilgiden güç ve cesaret alarak sempozyumun bilimsel programının yanı sıra hekimlik pratiğinize ve güncel uygulamalarınıza yardımcı olacağını düşündüğümüz kurslar da düzenlenecektir. Sınırlı sayıdaki katılımcının yer alabileceği bu kurslarda kursiyerlere interaktif bir eğitim imkanı oluşturulacaktır. Klinik uygulamalar sırasında karşılaştığınız ilginç, öğretici vakaların sempozyumun bilimsel içeriğine katkısı büyük olacaktır.

Bildirilerinizi heyecanla beklemekteyiz. Sempozyumumuzda sizleri aramızda görmekten büyük mutluluk duyacağız.

Saygılarımla,

Sempozyum Organizasyon Komitesi adına;

Prof. Dr. Şahin ÇOLAK
TÜAT Vakfı Yönetim Kurulu Başkanı

ORGANİZASYON KOMİTESİ

Sempozyum Başkanı
Prof. Dr. Şahin ÇOLAK

Sempozyum Yürütme Kurulu
Prof. Dr. Özgür SÖĞÜT
Doç. Dr. Abuzer COŞKUN
Doç. Dr. Ertuğrul ALTINBİLEK
Doç. Dr. Halil DOĞAN
Dr. Öğr. Üyesi Burcu GENÇ YAVUZ

Düzenleme Kurulu
Prof. Dr. Fatih Esad TOPAL
Prof. Dr. Özgür SÖĞÜT
Prof. Dr. Şahin ÇOLAK
Doç. Dr. Abuzer COŞKUN
Doç. Dr. Asım KALKAN
Doç. Dr. Erdem ÇEVİK
Doç. Dr. Ertuğrul ALTINBİLEK
Doç. Dr. Ethem ACAR
Doç. Dr. Gülşah ÇIKRIKÇI IŞIK
Doç. Dr. Gülşen AKÇAY ÇIĞŞAR
Doç. Dr. Hüseyin Cahit HALHALLI
Doç. Dr. İsmail TAYFUR
Doç. Dr. Mustafa Ahmet AFACAN
Doç. Dr. Ramazan KÖYLÜ
Doç. Dr. Serhat KOYUNCU
Doç. Dr. Serkan DOĞAN
Doç. Dr. Umut OCAK
Dr. Öğr. Üyesi Adnan YAMANOĞLU
Dr. Öğr. Üyesi Burcu GENÇ YAVUZ
Dr. Öğr. Üyesi Erdal YILMAZ
Dr. Öğr. Üyesi Fatih SELVİ
Dr. Öğr. Üyesi Meral YILDIRIM
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa ÇALIK
Dr. Öğr. Üyesi Semih KORKUT
Dr. Öğr. Üyesi Şenol ARDIÇ
Uzm. Dr. Adem AZ
Uzm. Dr. Bahadır KARACA
Uzm. Dr. Bora KAYA
Uzm. Dr. Burak ÇELİK
Uzm. Dr. Davut TEKYOL
Uzm. Dr. Derya ÖZTÜRK
Uzm. Dr. Mehmet TATLI
Uzm. Dr. Nihat Müjdat HÖKENEK
Uzm. Dr. Tarık AKDEMİR

Bilimsel Danışma Kurulu
Prof. Dr. Cemil KAVALCI
Prof. Dr. Emine EMEKTAR
Prof. Dr. Halil KAYA
Prof. Dr. Mehmet Tahir GÖKDEMİR
Prof. Dr. Mehtap BULUT
Prof. Dr. Özgür SÖĞÜT
Prof. Dr. Şahin ÇOLAK
Prof. Dr. Yavuz KATIRCI
Prof. Dr. Yunsur ÇEVİK
Doç. Dr. Akkan AVCI
Doç. Dr. Avni Uygar SEYHAN
Doç. Dr. Eren USUL
Doç. Dr. Halil DOĞAN
Doç. Dr. Kenan Ahmet TÜRKDOĞAN
Doç. Dr. Mehmet Özgür ERDOĞAN
Doç. Dr. Mücahit KAPÇI
Doç. Dr. Murat YÜCEL
Doç. Dr. Özgür DİKME
Doç. Dr. Özlem DİKME
Doç. Dr. Ramazan GÜVEN
Doç. Dr. Ramazan KÖYLÜ
Doç. Dr. Songül ARAÇ
Doç. Dr. Serhat KOYUNCU
Doç. Dr. Tuba Cimilli ÖZGÜRTÜRK
Doç. Dr. Yücel YÜZBAŞIOĞLU
Dr. Öğr. Üyesi Adnan YAMANOĞLU
Dr. Öğr. Üyesi Dilay SATILMIŞ
Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ERGENÇ
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa ÇALIK
Dr. Öğr. Üyesi Oğuzhan BOL
Dr. Öğr. Üyesi Orhan DELİCE
Uzm. Dr. Erdem KURT
Uzm. Dr. Fatih DOĞANAY
Uzm. Dr. Gökhan EYÜPOĞLU

Sempozyum Sekreteryası
kaftan organizasyon

KAFTAN ORGANİZASYON
sekreterya@tuatsem.org
Göktürk Merkez Mah. Tan Sk.
Mesa Kemerburgaz Sitesi B11 Blok
No: 2B11 İç Kapı No: 2
Eyüpsultan / İstanbul

SPONSORLARIMIZ

Abbott

ABDİİBRAHİM

ATABAY

Basel

bilim İLAÇ

BI Biofarma

Celtis

centurion

DEVA

Exeltis
Rethinking healthcare

GE Healthcare

genveon

HELBA

INTRALINE

İLKO
İLAÇ SANAYİ ve TİCARET A.Ş.

Medtronic

NOBEL

Pharmactive

RECORDATI

ÖZEL

SANOFI

Sanovel

Katkılarından dolayı teşekkür ederiz

KURSLAR

TEMEL EKOKARDİYOGRAFİ KURSU

Kurs Koordinatörü
Adnan Yamanoğlu

Eğitmenler:
Adnan Yamanoğlu
Serkan Doğan
Serkan Bilgin

Teorik:

- Ekokardiyografide temel akslar ve ölçümler
  - Parasternal Uzun-Kısa Akslar
  - Apikal 4-5 boşluk
  - Subkostal pencere
  - Suprasternal pencere
- Sol ventrikül Sistolik Fonksiyon Değerlendirme
  - EF ölçme (Simpson Metodu)
  - Teichholz Metodu
  - Görsel Değerlendirme
- Akut Koroner Sendromlarda Ekokardiyografisi
  - Koroner Sulama Alanları
  - Duvar Hareket Kusurlarının Tanımlanması
  - (Hipokinezi, Akinezi, Diskinezi)

Pratik:

- Aksların bulunması, tanımlanması
- Duvarların ve boşlukların tanımlanması
- Duvar hareket kusurlarının tanımlanması
- Simpson metodu, Teichholz metodu
- Görsel EF değerlendirme

GİRİŞİMSEL İŞLEMLER KURSU

Kurs Koordinatörü
Akkan Avci

Eğitmenler:
Ahmet Sebe
Akkan Avci

Teorik:

A. Havayolu yönetimi
1. Endotrakeal entübasyon prosedürleri
2. Koniotomi prosedürleri

B. USG eşliğinde santral kateterizasyon prosedürleri

C. Tüp torakostomi prosedürleri

Pratik:

- Endotrakeal entübasyon
- Koniotomi
- USG eşliğinde santral kateterizasyon
- Tüp torakostomi uygulaması

TEMEL BİYOİSTATİSTİK KURSU VE PAKET PROGRAM UYGULAMALARI

Kurs Koordinatörü
Ramazan Güven

Eğitmenler:
Ramazan Güven
Mustafa Agah Tekindal

Konular
1. Araştırma kavramları, biyoistatistik genel tanıtım (Parametrik test varsayımları, Ölçüm türleri)
2. SPSS paket programına giriş: Tanımlayıcı istatistikler
3. Test varsayımlarının değerlendirilmesi (Normal dağılım, varyansların homojenliği)
4. BAĞIMSIZ ÖRNEKLEM T-TESTİ: Paket program uygulamaları, MANN-WHITNEY U TESTİ: Paket program uygulamaları
5. EŞLEŞTİRİLMİŞ ÖRNEKLEM T-TESTİ: Paket program uygulamaları ve WILCOXON TESTİ: Paket program uygulamaları ve Makale örnekleri
6. TEK YÖNLÜ VARYANS ANALİZİ: Paket program uygulamaları ve KRUSKAL-WALLIS TESTİ: Paket program uygulamaları

Kurs Programının Amacı:
Acil Tıp Asistanlarına ve Acil Tıp Uzmanlarına uygulamalı temel biyoistatistik ile ilgili bilgi ve beceri kazandırmaktır.

Kurs Programının Hedefleri:
SPSS giriş kavramlarını bilmek,
Tanımlayıcı çalışmalar uygulamak ve öğrenmek,
Hipotez testlerini uygulamak ve öğrenmek.

MEKANİK VENTİLASYON VE KAN GAZI ANALİZİ KURSU

Kurs Koordinatörü
Ramazan Köylü

Eğitmenler:
Ramazan Köylü
Öznur Köylü

Teorik:
- İnvaziv mekanik ventilasyon
- Non-invaziv mekanik ventilasyon
- Weaning (Ventilatörden ayırma)
- Kan gazı yorumlama
- Oksijen transport mekanizması

Pratik:
- Mekanik ventilatörün çalışma ilkeleri
- İnvaziv-noninvaziv mekanik ventilasyon kararı
- Solunum yetmezliği tipine göre Mod seçimi
- Takipte kan gazı parametrelerine göre ventilatör ayarlarında yapılacak değişiklikler
- Weaning aşamasına geçen hastada izlenmesi gereken ventilatör parametreleri
- Örnekler eşliğinde kan gazı analizi

RESÜSİTASYON VE ETKİN CPR KURSU

Kurs Koordinatörü Umut Ocak **Eğitmenler:** Can Aktaş Ethem Acar Halil Doğan Umut Ocak Utku Murat Kalafat	• Açılış konuşması ve kurs tanıtımı • Yüksek Kaliteli Temel Yaşam Desteği • Hava yolu-solunum yönetimi • Defibrilatör, kapnografi tanıtımı ve USG kullanımı • Bradikardi algoritması • Geribildirim (debriefing) • Taşikardi algoritması • Geribildirim (debriefing) • Kardiyak arrest algoritması • Geribildirim (debriefing) • Post-kardiyak arrest bakımı • CPR uygulamaları • Kurs Sonu Değerlendirme ve Kapanış

EKG VE RİTM ANALİZİ KURSU

Kurs Koordinatörü Serhat Koyuncu **Eğitmenler:** Oğuzhan Bol Taner Şahin Mehmet Gün	**Teorik:** • Kardiyak Anatomi Ve Temel Elektrofizyoloji • Temel EKG'nin Değerlendirilmesi • Aritmiler • Atrioventriküler ve İntraventriküler Bloklar • Akut Koroner Sendromda EKG • EKG'de Zor Tanılar **Pratik:** • Örnekler İle EKG Yorumlanması • Bu EKG Acil mi?

BİLİMSEL PROGRAM

24 MART 2022 - PERŞEMBE	
08:00-18:00	KAYIT
13:00-18:00	Temel Ekokardiyografi Kursu Girişimsel İşlemler Kursu Temel Biyoistatistik Kursu ve Paket Program Uygulamaları Mekanik Ventilasyon ve Kan Gazı Analizi Kursu Resüsitasyon ve Etkin CPR Kursu EKG ve Ritm Analizi Kursu

25 MART 2022 - CUMA	
07:30-09:00	KAYIT
PANEL 1	Resüsitasyon *Oturum Başkanları: Halil Kaya, Can Aktaş, Yavuz Katırcı*
09:00-09:15	İKYD Güncellemeleri *Eren Usul*
09:15-09:30	Özel Grup Resusitasyonlar *Mehmet Özgür Erdoğan*
09:30-09:45	Acil Tıpda Sedasyon Analjezi *İsmet Parlak*
09:45-10:00	İleri Havayolu Teknikleri ve Alternatif Havayolu *Mücahit Kapçı*
10:00-10:15	İnvaziv ve Noninvaziv Mekanik Ventilasyon *Ramazan Köylü*
10:15-10:30	Tartışma
10:30-11:00	Kahve Molası
PANEL 2	Kardiyovasküler Hastalıklar *Oturum Başkanları: Abdullah Sadık Girişkin, Cemil Kavalcı, Ömer Salt*
11:00-11:15	MI Klavuz Güncellemeleri *Mehtap Bulut*
11:15-11:30	Pulmoner Tromboemboli'de Güncellemeler *Nihat Hökenek*
11:30-11:45	Geniş QRS'li Taşikardilerde Acil Yaklaşım *Halil Doğan*
11:45-12:00	Akut Kalp Yetmezliğinde Neler Değişti? *Erdem Çevik*
12:00-12:15	Tartışma

12:15-14:00	Öğle Yemeği
PANEL 3	Toksikoloji *Oturum Başkanları: Ahmet Sebe, Özgür Dikme, Polat Durukan*
14:00-14:15	Toksik Alkol Zehirlenmeleri Sinan Karacabey
14:15-14:30	Parasetamol Zehirlenmeleri Dilay Satılmış
14:30-14:45	TCA Zehirlenmeleri Aynur Şahin
14:45-15:00	Mantar Zehirlenmeleri Mehmet Tatlı
15:15-15:30	Salisilat Zehirlenmeleri Zeynep Karakaya
15:30-16:00	Kahve Molası
16:00-17:25	Serbest Bildiri Oturumu: Cerrahi Aciller, Dahili Aciller, Enfeksiyon Acilleri ve Nörolojik Aciller *Oturum Başkanları: Mustafa Çalık, Abuzer Coşkun, Ertuğrul Altınbilek, Halil Doğan*
16:00-16:05	İzole Künt Toraks Travması Hastalarımızın Geriye Dönük Analizi *Sinem Doğruyol*
16:05-16:10	Travmalı Hastalarda Çekilen Batın BT'lerde Saptanan Rastlantısal Bulgular: Üç Yıllık İnceleme *Tarık Akdemir*
16:10-16:15	Acil Servise Başvuran Hemodiyaliz Hastalarının Demografik ve Klinik Özelliklerinin Retrospektif Olarak İncelenmesi *Oğuzhan Bol*
16:15-16:20	Kimyasal Saldırı Ajanına Maaruziyet Sonrası Acil Başvurularının Değerlendirilmesi: Kuzeybatı Suriye'de Bir Hardal Kalıntısı *Burak Çelik*
16:20-16:25	Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Beyaz Kod Verilerinin Değerlendirilmesi *Cesareddin Dikmetaş*
16:25-16:30	İstanbul'da Obez Ambulanslarının Vaka Analizi *Davut Tekyol*
16:30-16:35	Etanole Benzer Renksiz İntoksikasyon *Merve Nur Uğurlu Kaya*
16:35-16:40	Acil Servis Çalışanlarında COVID-19 Enfeksiyonu *Türkay Akbaş*
16:40-16:45	COVID-19 Hastalarının Hafif ve Ağır Klinik Göstergesi Olarak Serum Endokan Düzeylerinin Değerlendirilmesi *Ertuğrul Altınbilek*
16:45-16:50	Çevresel Etkenlerin COVID-19 Yayılımına Olan Etkisi *Adem Az*

16:50-16:55	Olası/Kesin COVID-19 Olgularında Tat ve Koku Bozukluklarının Klinik Önemi *Sümeyye Çakmak*
16:55-17:00	Sepsis Hastalarında Albümin, Kalsiyum ve Fosfor Değerlerinin Önemi: Retrospektif Bir Çalışma *Gül Şahika Gökdemir*
17:00-17:05	COVID-19 Pnömonisinde Üre/Lenfosit ve LDH/Lenfosit Oranlarının Hastalık Prognozunu ve Mortaliteyi Öngörmedeki Etkinliği *Dilay Satılmış*
17:05-17:10	Acil Serviste Trombolitik ve /veya Trombektomi Uygulanan Akut İnme Hastalarında Serum Laktat Düzeyi ve Monosit / HDL Oranlarıyla Tedavinin Başarısı Arasındaki Korelasyonun Değerlendirilmesi *Ertuğrul Altınbilek*
17:10-17:15	Acil Serviste Akut İskemik İnme Tanısı Alan Hastaların Servis veya Yoğun Bakım Yatışlarında Hemogram Parametrelerinin Önemi *Barış Carıllı*
17:15-17:20	Acil Serviste Korpus Kallosum İnfarktı: Olgu Serisi *Salih Fettahoğlu*
17:20-17:25	Kronik Non-Travmatik Pnömosefali ve BOS Rinoresi! *Ayşe Ceren Kocabıyık*

26 MART 2022 - CUMARTESİ	
PANEL 4	Nörolojik Aciller *Oturum Başkanları: Yunsur Çevik, Yücel Yüzbaşıoğlu*
09:00-09:15	Akut İnme *Abdullah Algın*
09:15-09:30	Baş Ağrısında Kırmızı Bayraklar *Özlem Tataroğlu*
09:30-09:45	Vertigo; Periferik mi - Santral mi? *Fatih Ahmet Kahraman*
09:45-10:00	Bilinç Bozukluğu; Metabolik mi - Santral mi? *Özlem Dikme*
10:00-10:15	Tartışma
10:15-10:45	Kahve Molası
PANEL 5	Travma Oturum Başkanları: Yusuf Yürümez, Gülşen Akçay Çığşar
10:45-11:00	Travmada Resüsitatif Yaklaşım *Kaan Çelik*
11:00-11:15	Kafa ve Spinal Travmalı Hastaların Yönetiminde İpuçları *Afşin Emre Kayıpmaz*
11:15-11:30	Özel Gruplarda Travma Püf Noktaları *Bahadır Karaca*
11:30-11:45	Ekstremite Travmalı Hangi Hasta Yatmalı *Merve Nur Uğurlukaya*
11:45-12:00	ŞOK Nedir? Nasıl Yönetilir? *Oğuzhan Bol*

12:00-13:30	Öğle Yemeği
PANEL 6	Sıvı Elektrolit Bozuklukları - Endokrin Oturum Başkanları: Hakan Oğuztürk, Mehmet Tahir Gökdemir
13:30-13:45	Asit-Baz Bozukluğu - AKG *Tuba Cimilli Öztürk*
13:45-14:00	Elektrolit Bozuklukları (Hipo-Hipernatremi) *Özgür Söğüt*
14:00-14:15	Elektrolit Bozuklukları (Hipo-Hiperkalemi) *Umut Ocak*
14:15-14:30	Elektrolit Bozuklukları (Hipo-Hiperkalsemi) *Mustafa Çalık*
14:30-15:00	Kahve Molası
15:00-15:30	Uydu Sempozyumu: GE Healthcare **Konuşmacılar:** **Doç. Dr. Ertuğrul Altınbilek**- SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi **Doç.Dr. Abuzer Coşkun** - SBÜ Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi **Konu:** EKG' de Yeni Dönem
15:30-16:30	Asistan Oturumu *Oturum Başkanları: Şahin Çolak, Ayni Uygar Seyhan, Semih Korkut, Eray Çınar, Güven Bektemür, Fatih Esat Topal*
16:30-18:05	Serbest Bildiri Oturumu: Kardiyovasküler Aciller, Solunum Sistemi Acilleri ve Travma *Oturum Başkanları: Özgür Söğüt, Mehmet Tahir Gökdemir, Burcu Genç Yavuz, Mehmet Özgür Erdoğan*
16:30-16:35	Acil Serviste Akut Koroner Sendrom Tanısı Alan Hastalarda Risk Faktörleri ile Monosit/HDL Oranının ve Troponin-T Düzeylerinin Mortalite Açısından Değerlendirilmesi *Ertuğrul Altınbilek*
16:35-16:40	Kardiyopulmoner Resüsitasyon Uygulamasında Pratisyen Hekimlerin Bilgi ve Beceri Düzeylerinin Belirlenmesi ve Eğitimin Önemi *Beril Balak*
16:40-16:45	Paramedik Öğrencilerine Verilen Transkutan Pacemaker Eğitim Etkinliğinin Değerlendirilmesi *Saniye Göknil Çalık*
16:45-16:50	Elektrokardiyogramda Erken Repolarizasyon Morfolojisinin Anjiyografi Sonuçları Eşliğinde Prognoz ve Mortalite İlişkisi *Burak Demirci*
16:50-16:55	Rivaroxaban ve Warfarin Karşılaştırmalı Tekrarlama ve Kanama Riski Üzerine Popülasyona Dayalı Kohort Çalışması *Mustafa Enes Demirel*
16:55-17:00	112 Ekibi Tarafından Kardiyopulmoner Arrestlere Yapılan Müdahalaelerin Acil Servisi Mortalitesine Etkisi *Müslüm Mönür*

17:00-17:05	Miyokard Enfarktüsü Vakalarında V1 Derivasyonundaki Bifazik P Dalgalasının Üç Damar Hastalığı, By-pass ve Mortalite İlişkisi *Burak Demirci*
17:05-17:10	COVID-19 Hastalarında Farklı Bir Antite: Mutlu Hipoksinin Tanımı ve Literatürün Gözden Geçirilmesi *Mazlum Kılıç*
17:10-17:15	Acil Servise Başvuran Olgularda Kan Gazının Pulmoner Tromboembolide Tanısal Değeri *Özgür Şahan*
17:15-17:20	Elektrikli Scooter'a Bağlı Travmaların Analizi *Ertuğrul Altınbilek*
17:20-17:25	Nadir Görülen Bir Tanı: Parmak Kompartman Sendromu *Atakan Aydoğan*
17:25-17:30	Acil Servise Başvuran Multitravma Hastalarında, Travma Skorları ve Laktat Düzeyi Arasındaki İlişki *Ahmet Çolakoğlu*
17:30-17:35	İş Kazası Nedeniyle Acil Servise Yapılan Başvuruların Değerlendirilmesi *Sinem Doğruyol*
18:35-17:40	Kafa Travmalı Hastalarda Bilgisayarlı Tomografi'de Saptanan Rastlantısal Bulguların Geriye Dönük İncelenmesi *Onur Kaplan*
17:40-17:45	Pediyatrik Hastada Nadir Görülen Travmatik Bir Tetraparezi Olgusu-SCIWORA *Umut Ocak*
17:45-17:50	Okulların Açılması Çocuk Travma Başvurularını Nasıl Etkiledi? *Eren Sert*
17:50-17:55	Acil Servise Kafa Travması ile Gelen Çocuk Hastaların Travma Mekanizmasına Göre Sınıflaması *Cihat Yel*
17:55-18:00	Kar Yağışı Acil Başvurularını Nasıl Etkiledi? *Eren Sert*
18:00-18:05	Isparta İli Sütlüce İlçesinde Meydana Gelen Yangında Sahra Hastanesinde Takip Edilen Afetzedelerin Değerlendirilmesi *Şükrü Yorulmaz*

27 MART 2022 - PAZAR	
PANEL 7	Acil Servislerde Yaşanan Mediko-Legal Problemler *Oturum Başkanları: İshak Şan, Kenan Ahmet Türkdoğan, Bedia Gülen*
09:00-09:15	Acil Servislerde Yaşanan Mediko-Legal Problemler *Fatih Selvi*
09:15-09:30	Malpraktis *Asım Kalkan*
09:30-09:45	Aydınlatılmış Onam *Suphi Bahadırlı*
09:45-10:00	İletişim Becerileri *Tuba Betül Ümit*
10:00-10:15	Dünyada ve Türkiye'de Acil Tıp *Adem Az*
10:15-10:30	Tartışma
10:30-11:00	Kahve Molası
PANEL 8	Endokrin Aciller *Oturum Başkanları: Ahmet Afacan, Akkan Avci*
11:00-11:15	Diyabetik (Hiperglisemik) Aciller *Murat Yeşilaras*
11:15-11:30	Miksödem Koması / Tiroid Fırtınası *Songül Araç*
11:30-11:45	Hipoglisemi *Hüseyin Cahit Halhallı*
11:45-12:00	Kapanış

Turkish EMERGENCY MEDICINE Foundation

GLOBAL EMERGENCY AND CRITICAL CARE

OFFICIAL JOURNAL OF THE TURKISH EMERGENCY MEDICINE FOUNDATION

Volume: 1 | Issue: 1 | March '22

www.globemcc.com

galenos yayinevi

İçindekiler

Konuşma Özetleri

Acil Tıpda Sedasyon Analjezi 2
İsmet Parlak

MI Klavuz Güncellemeleri 4
Mehtap Bulut

Geniş QRS'li Taşikardilerde Acil Yaklaşım 6
Halil Doğan

Kalp Yetmezliğinde Neler Değişti 11
Erdem Çevik

Parasetamol Zehirlenmeleri 12
Dilay Satılmış

Akut İnme 14
Serkan Doğan

Vertigo; Periferik mi - Santral mi? 16
Fatih Ahmet Kahraman

Bilinç Bozukluğu; Metabolik mi - Santral mi? 18
Özgür Dikme

Özel Gruplarda Travma Püf Noktaları 20
Bahadır Karaca

Ekstremite Travmalı Hangi Hasta Yatmalı 25
Merve Nur Uğurlu Kaya

Asit-Baz Bozukluğu - AKG 27
Tuba Cimilli Öztürk

Elektrolit Bozuklukları (Hipo-Hiperkalsemi) 30
Mustafa Çalık

Acil Servis İşleyiş ve Yönetimi 32
Fatih Selvi

Aydınlatılmış Onam 34
Suphi Bahadırlı

İletişim Becerileri 36
Tuba Betül Ümit

Dünyada ve Türkiye'de Acil Tıp 37
Adem Az

Diyabetik (Hiperglisemik) Aciller 39
Murat Yeşilaras

Hipoglisemi 41
Hüseyin Cahit Halhallı

Sözlü Bildiriler 44

Poster Bildiriler 115

Yazar Dizini 179

Konuşma Özetleri

Acil Tıpda Sedasyon Analjezi

İsmet Parlak

Aksaray Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Aksaray

Sedasyon Analjezi, Prosedurel Sedasyon Analjezinin (PSA)'nin ve anestezinin geçmişinde Azot Protoksit (N_2O) (nitröz oksit) ile yaptığı çalışmalarıyla diş hekimlerinin bu konuda öncü olduğu hem anesteziyolojistler hem de acil hekimleri tarafından kabul edilmiştir. Azot Protoksit (N_2O) 1844'te ilk cerrahi diş çekiminde kullanıldı. 1806 yıllarında Afyon bitkisinden Morfin keşfedlidi. 1846 hipnoz keşfedildi. Sonra sırasıyla; Kloral Hidratı enjeksiyon şeklinde kullanıldı. Heksobarbital ilk olarak 1932'de anestezik olarak kullanımı rapor edildi. Bunu 1943'te Sodyum Tiyopental'in keşfi izledi. 1945'te V Jorgensen; intravenöz, Pentobarbutali, skopolamin ve meperidinle kombine kullandı. Sonuçta V Jorgensen PSA'nin babası olarak kabul gördü.

Sedasyon seviyesi girişim etyolojisine bağlı olarak farklı düzeylerde yapılır. Burda temel mantık hava yolu koruyucu reflekslerini, solum ve kardiak fonksiyonları korumaktır. Sedasyon altındaki hastalar farklı sedasyon düzeylerine anlık geçebilmektedirler. Bu nedenle çok yakın bilinç takibi ve Vital fonksiyonları, SpO_2, End-tidal CO_2 olmak üzere tam bir monitörizasyon gereklidir. Mutlaka entübasyon için temel hava yolu ileri hava yolu malzemeleri hazır olmalıdır. Hastaya olası komplikasyon gelişiminde en az 2 kişi gerekir. Bu kişilerin İleri Kardiyak Yaşam Desdeği konusunda tecrübeli olması önerilmektedir. Sedasyon ve ağrı düzeyini değerlendiren farklı skalalar vardır.

Kısaca Sedasyon düzeylerini tanımlamak gerekirse; Bilinçli sedasyon (Hafif sedasyon), Orta derecede sedasyon, Derin Sedasyon, Anestezi

-Bilinçli Sedasyon

Dikkat ve çevresel algıda azalmanın oluşturulduğu(yüzeyel uyku hali), sesli uyaranlara anlamlı cevap verir, vital bulguların stabil, hava yolunun açıklığının sağlandığı, spontan solunumun ve hava yolu koruyucu reflekslerinin(yutma, öğürme, öksürme) idame ettirildiği durumdur.

-Orta Sedasyon

Yüksek sesli uyaranlara ve basik fiziksel stimuluslara bilinçli olarak cevap yada uykulu cevap verebilir yada veremeyebilir, kontrollü bilinç durumudur, hava yolu koruyucu refleksleri çoğunlukla korunur ve kardiyo respiratuar sistem yan etkisi genellikle gözlenmez.

-Derin Sedasyon

Hava yolu koruyucu refleksleri kısmen veya tamama yakın kaybolabilir, verbal ve fiziksel stimulusa bilinçli olarak cevap verilemeyebilir, kontrollü bilinç durumu veya bilinçsizlikdir, hava yolu açıklığını desteksiz sürdüremeyebilir ve hastalar kolaylıkla uyandırılamazlar.

-Genel Anestezi

Ağrılı uyaranla uyandırılamazlar, hava yolu korunamaz, sonuma genellikle desdek gerekir ve Kardiyo respiratuar sistem genel olarak etkilenir. Genellikle solunum desdeği gerekir.

Analjezi

En basit şekli ile bilinç kaybı olmaksızın ağrı duyumsamasının olmaması olarak tariflenir

Prosedural Sedasyon Analjezi

Hastanın dolaşım ve solunum fonksiyonunu sürdürürken bazı tıbbi prosedürleri tolere etmesine izin veren bir durumu indüklemek için analjeziklerle birlikte veya analjezikler olmadan sedatiflerin veya dissosiyatif (ketamin) ajanların uygulanması tekniği olarak tanımlanır.

Sedasyon analjezi bir çok farklı nedenle tüm dünyada yeterince kullanılmamaktadır. En sık bazı nedenlerine örnek vermek gerekirse; tecrübe ve eğitim eksikliği, ilaç yan etkilerinden korkma, hastanın ağrısını önemsememe, kalabalık acil servislerde hastanın acil kalış süresinin uzaması, hastanın istememesi ve hastanın gelişinde bilinç

bozukluğu olmasını sayabiliriz.

Son yıllarda Sedasyon analjeziklerle ilgili olarak düşük dozla başlanıp istenen etki elde edilene kadar titre ederek arttırmak şeklinde olması önerilmektedir. Özellikli grubu oluşturan; ileri yaş, böbrek yetmezliği, KKY,HT gibi komorbitesi olan hastlar, vital unstabil hastalar, şoktaki hastalarda bu durum daha da önem kazanmıştır. Seçeceğimiz ilaç ve dozlar işlemin tanısal işlemler gibi daha ağrısız işlemlerde(BT, Ponksiyonlar vs..) analjeziksiz yada düşük doz analjeziklerde veya uygun doz kısa etkili sedatif ajanlar tercih edilir. Kırık çıkık redüksiyonu yada abse drenajı gibi işlemlerde özellikle sedatiflerle birlikte güçlü etkili narkotik analjezikler veya ketamin tercih edilir. Sedasyon analjezi için açlıkla ilgili kontraendike bir yoktur. Ancak sadece kafa travmalı hastalar ile çocuk hastalarda dikkatli olmamız konusunda uyarıda bulunulmuştur.

Günümüzde en sık kullanılan sedatifler; Propofol, Etomidat, Ketamin(Disossiatif Anestik), Midazolam, Tiyopental/Metohexital, Deksmedetomidin, N2O(Nitrous oxide). Sedatiflerin ortak özelliği; amnezi, sedasyon, ankziyolitik oluşturmasıdır. Sadece Deksmedetomidinin analjezik özelliği vardır fakat genellikle analjezi amaçlı kulanılmaz. Propofol hızlı etki başlangıçlı ve kısa etkili olduğu için sık tercih edilen bir ajandır. Yüksek dozlarda hipotansiyona neden olabilir. Ayrıca Antiemetik ve antiepileptik özelliği vardır. Soya ürünleri ve yumurta allerjisi olanlarda da güvenle kullanılabileceği bildirilmektedir. Etomidat kardiyo respiratuar stabilizasyonu çok iyi bir ajandır. Myoklonus ve sürrenal süpresyon en sık yan etkilerindendir. Epileptik hastalarda tercih edilmemelidir. Midazolam ankziyolitik etkisi ön planda olan sık tercih edilen güvenli bir sedatifdir. Ayrıca antiepileptik etkisi vardır. Yaşlı hastalarda dozu düşük tutulmalıdır. Solunumu doza bağlı baskılar ve uyanma süresi diğer sedatiflere göre daha uzundur. Antidotun olması önemli bir avantajdır. Ketamin özellikle çocuklarda intramuskuler kullanılması ve hızlı etki başlangıcı tercih nedenlerindendir. Dysphoric emergence phenomena (doza ve veriliş hızına bağlı %10-30); ajita, kontol edilemeyen deliryum benzeri bulgular, kötü rüya görme ve katatonik postür gibi yan etkisi vardır. Bunu azaltmak için propofol ve midazolamla birlikte kullanımı önerilmektedir. Düşük dozlarda(sub disossiatif dozlarda).sadece anajezik amaçlı kullanılabilir. Pentotal; Serebral vazokonstrüksiyona neden olur, serebral kan akımını azaltarak ICP düşürür ve antiepileptik, Myokardial depresyon vazodilatasyon, trismus ve doza bağlı hipotansiyon yapar. Metoheksital; Diğer barbitüratların aksine nöbetleri tetikleyebilir veya şiddetini artırabilir bu nedenle nöbet öyküsü olan hastalarda bu ilaçtan kaçınılmalıdır. Nitröz Oksit(N2O); Hızlı etki başlangıçlı ve Ultra kısa etkilidir%30 oksijen ile karıştırılır + %50 N2O Analgesia, anxiyoliz, and sedasyon etkisi vardır. Şiddetli ağrılı durumlarda tercih edilmez. Deksmedetomid; Potent ve yüksek selektif alfa-2 adrenoreseptör agonisti, Sedatif Amnestik, Analjezik(zayıf etki), Sempatolik, Minimal respiratuar depresyon, Hipoksik ve iskemik durumlarda organ spesifik etkileri vardır(kardiyoprotection, nöroprotection ve renoprotection), Antitusif ve antiemetik özellikleri vardır.

Günümüzde en sık kullanılan Analjezikler; Fentanil, Alfentanil, Remifentanildir. Ancak Ketaminde güçlü anajezik grunda kabul edilir. Ketamin hem derin analjezi hem de derin sedasyon(disosiasyon) sağlar. Morfin ve meperidin artık kullanılmamaktadır. En sık tercih edilen narkotik analjezik Fentanildir. Farklı uygulama yolları yolları vardır. Oldukça güvenli bir ajandır. Bazen yüksek dozlarda ve hızlı infüzyonlarda toraks rijiditesi gelişe bilmektedir. Antagonisti olan Naloksan uygulanarak ve solunum desdeği sağlanana bu yan etkinin çoğunlukla baş edilebildiği nadirende paralizan kullanılarak hastanın entübasyona gidebileceğinden bahsedilmektedir. Çok kısa etkili olan Alfentanil ve Remifentanil acil servisde çok tercih edilmez remifentanil daha çok yoğun bakımda entübe hastalarda tercih edilir.

Myokard İnfarktüsü Kılavuz Güncellemeleri

Mehtap Bulut

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Şehir Hastanesi, Acil Tip Kliniği, Bursa

Tanım

Akut miyokardiyal infarktüs (AMI) terimi miyokardiyal iskemi ile uyumlu klinik bir durumda nekroz ile birlikte miyokardiyal hasar kanıtı olduğunda kullanılır.

Hastaların reperfüzyon terapileri gibi hızlı tedavilere erişebilmesi adına devam eden göğüs ağrısı veya iskemi göstergesi olabilecek semptomları olan ve en az iki ardışık derivasyonda ST segment elevasyonu olan hastaların ST segment eleve MI (STEMI), ST segment elevasyonu olmayan hastaların ise ST elevasyonu olmayan MI (NSTEMI) olarak adlandırılması genel kabul görmüştür.

Ayrıca patolojik, klinik ve prognostik farklılıklar temel alınarak 2018 yılında güncellenen 4. Evrensel MI Tanımında ise AMI 5 farklı tipe ayrılmaktadır;

Akut miyokardiyal infarktüs Tip 1, 2 ve 3: Kardiyak troponinlerde, en az bir değer üst referans sınırının (ÜRS) 99. persantilini aşacak şekilde **yükselme ve/veya düşüş ile birlikte** aşağıdakilerden en az birinin bulunması;

1. Miyokardiyal iskemi semptomları
2. Yeni iskemik EKG değişiklikleri
3. Patolojik Q dalga oluşumları
4. Yeni oluşan miyokard kaybını veya bölgesel duvar hareket kusurunu görüntülemek
5. Anjiyo veya otopside intrakoroner trombüsü görüntülemek

Tip 1 MI: Aterotrombotik koroner arter hastalığı zemininde ve genellikle aterosklerotik plak rüptürü ile presipite olan miyokardiyal infarktüs sınıfıdır. Uygun tedavinin güncel kılavuz eşliğinde verilebilmesi için tip 1 MI'ın EKG bulguları göz önüne alınarak STEMI/NSTEMI ayrımı yapılması önemlidir

Tip 2 MI: Miyokardiyal oksijenin talep ve sunumu arasındaki dengesizlik söz konusudur. Kadınlarda daha sıktır. Tip 2 MI hastalarında ST segment elevasyonunun sıklığının %3 ile %24 arasında değiştiği gösterilmiştir

Tip 4: Perkütan koroner girişim (PKG) ile ilişkili MI: Tip 4a MI; İlk PKG sonrası ≤ 48 saat içinde gelişen MI, Tip 4b MI; PKG ile ilişkili stent trombozu, Tip 4c MI; PKG ile ilişkili restenoz

Tip 5: Bypass (KABG) ile ilişkili MI

STEMI GÜNCEL YÖNETİMİ (2017 ESC STEMI Kılavuzuna göre)

Tanı ve tedaviyi içeren AMI yönetimi, sıklıkla hastane dışı bir ortamda hastanın hastane öncesi dönemde bir paramedik ya da hekim veya başka bir tıbbi personel tarafından değerlendirildiği ya da hastanın hastane acil servisine ulaştığı nokta olarak tanımlanan ilk tıbbi temas (İTT) esnasında başlar

Acil Bakım-İlk Tanı: Göğüs ağrısı öyküsü önemlidir. Tipik ağrı, sıkıştırıcı/baskı yapıcı ağrı, karakteristik yayılım gösterir. Kılavuz önerileri;

- 12 derivasyonlu EKG, İTT noktasında mümkün olan en kısa sürede (≤10 dk) çekilmeli ve yorumlanmalıdır (Sınıf-1, KD B)
- Posterior MI şüpheli hastalarda posterior göğüs duvarı derivasyonları (V7-9) çekilmelidir (Sınıf-2a, KD B)
- İnferior MI hastalarda RV infarktının tespit edilebilmesi için ek sağ prekordiyal derivasyonların (V3R-V4R) çekilmesi düşünülmelidir (Sınıf-2a, KD B)
- Hipoksemisi (sO2 <%90) olan hastalarda oksijen tedavisi (Sınıf-1, KD C)
- Ağrı için titre edilmiş dozda IV opiyatlar (Sınıf-2a, KD C)
- Çok kaygılı hastalarda sakinleştiriciler (Sınıf-2a, KD C)

Acil Bakım-Hastane Öncesi Bakım Lojistiği: En son kılavuzda yeni öneri olarak, STEMI tanısı hastane öncesi dönemde konduğunda, acil servise (AS) girmeden hastanın doğrudan kateterizasyon laboratuvarına götürülmesi önerilmektedir. AS'in bu şekilde bypass edilmesi İTT-kateterizasyon arasında 20 dk bir zaman kazanımı olacaktır.

- STEMI tanısı ile peruktan koroner girişim (PKG) arasında beklenen maksimum gecikme ≤ 120 dk
- Primer PKG hastanesine başvuran hastalarda STEMI tanısı ile kateterizasyon arasındaki maksimum süre ≤ 60 dk
- Primer PKG olanağı olmayan hastanede STEMI tanısı ile fibrinoliz uygulanması arasındaki maksimum süre ≤ 10 dk (Önemli değişiklik)

Reperfüzyon tedavisi: 12 saatten kısa süreli belirtileri ve ısrarcı ST-segment yükselmesi olan tüm hastalarda endikedir. Primer PKG tercih edilen reperfüzyon stratejisidir, eğer bu uygulanamıyorsa fibrinoliz yapılmalıdır (Sınıf 1, KD-A)

Acil Servis-Antiplatelet tedavi: Birincil PKG yapılacak hastalara, anjiyografiden önce mümkün olan en erken zamanda aspirin ve adenozin difosfat (ADP) blokeri kombinasyonundan oluşan ikili antiplatelet tedavi başlanmalıdır. Öncelikle prasugrel veya tikagrelor, yoksa klopidogrel verimelidir (Sınıf 1, KD-A).

Acil Servis- Antikoagülan tedavi: Primer PKG sırasında antiplatelet tedaviye ek olarak tüm hastalar için antikoagülasyon önerilir (Sınıf 1, KD C). UFH (70-100 IU/kg iv bolus), enoksaparin (0,5mg/kg iv bolus), bivaluridin kullanılabilir.

NSTE-AKS GÜNCEL YÖNETİMİ (2020 ESC NSTE-AKS Kılavuzuna göre)

Tanım: Akut göğüs rahatsızlığı olan ancak kalıcı ST segment yükselmesi olmayan hastalarda;

Kalıcı veya geçici ST segment depresyonu, T dalga inversiyonu, düz T dalgası, T dalgasının psödonormalizasyonu veya normal EKG bulguları varlığında ST segment yükselmesi olmayan akut koroner sendrom (NSTE-AKS) tanısı konur.

İlk Değerlendirme: Hikaye ve Fizik Muayene özellikleri STEMI ile aynıdır. Tanısal test olarak; EKG, akciğer grafisi ve kardiyak biyobelirteçler istenir.

Tanı-Kardiyak Biyobelirteç: Yüksek duyarlılıklı kardiyak troponinler (hs-cTn) tercih edilmeli ve gerekli durumlarda seri troponin takibi önerilmektedir (0-1 saat, 0-2 saat veya 0-3 saat algoritması).

Risk Değerlendirmesi: AKS şüphesi olan hastalarda, klinik karar kuralları kullanılarak düşük-orta-yüksek riskli sınıflandırılma yapılmalıdır (Sınıf-1, KD B-NR). GRACE, HEART veya TIMI skorları önerilmektedir.

Medikal Tedavi:

- **Oksijen** (sO2 <%90 olan hastalarda) verilir.
- **Anti-iskemik tedavi;** Nitrat: 5 dk ara ile 3 kez (0.3 mg - 0.4 mg) SL, sonrasında ıv (Sınıf 1, KD-C). Beta bloker ilk 24 saat içinde oral olarak başlanmalıdır.
- **Analjezik tedavisi**: Morfin iv olarak verilebilir.
- **Antiplatelet tedavi**: Aspirin 150-300 mg oral ve diğer ADP blokerleri başlanır (Sınıf 1, KD-A).
    - Prasugrel, 60 mg YD, idame doz 10 mg/gün (Sınıf 1, KD-B)
    - Tikagrelor, planlanan tedavi stratejisinden bağımsız olarak (invaziv veya konservatif), 180 mg YD (Sınıf 1, KD-B)
    - Klopidogrel, prasugrel veya tikagrelor yoksa veya kontrendike ise (300-600 mg YD) önerilir (Sınıf 1, KD-C)
- **Antikoagülan tedavi**: Hastalara antiplatelet tedaviye ek olarak tanı anında ve özellikle revaskülarizasyon işlemleri sırasında parenteral antikoagülasyon önerilir (Sınıf 1, KD-A).
    - UFH (70-100 IU/kg ıv bolus), PKG yapılacak hastalara önerilir (Sınıf 1, KD-A)
    - Enoksaparin (ıv), sc enoksaparin ile tedavi edilen hastalarda düşünülmelidir (Sınıf 2a, KD-B)
    - Bivaluridin UFH'e alternatif olarak düşünülebilir (Sınıf 2a, KD-A)

NSTE-AKS Hastalarında İnvazif Strateji: Risk kategorisine göre 3 farklı zamanda yapılır.

1. **Hemen invaziv strateji (<2 saat)**: Refrakter anjina, hemodinamik anstabilite, kardiyojenik şok, NSTE-AKS ilişkili akut kalp yetmezliği, yaşamı tehdit eden aritmiler, MI mekanik komplikasyonları varlığında (Çok yüksek riskli hasta).
2. **Erken invaziv strateji (<24 saat)**: NSTEMI tanısı, dinamik ya da muhtemel yeni ortaya çıkan ST/T değişikliği, GRACE risk skoru > 140 varlığında (Yüksek riskli hasta)
3. **Selektif invazif strateji**: Düşük riskli hastalar yani diğer 2 risk kriterleri yokluğunda uygulanır.

Geniş QRS Taşikardiler

Halil Doğan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Tanım

- Ventriküllerden köken alan geniş kompleks taşikardi.
- VT'nin birçok farklı tipi mevcuttur – en yaygın olanı monomorfik VT'dir.

Klinik Önemi

- Ventriküler taşikardi eş zamanlı hipotansiyon, kollaps ve akut kalp yetmezliği ile birlikte, kardiyak outputu bozabilir. Bu durum aşırı kalp hızına ve koordine atriyal kontraksiyon yokluğuna bağlıdır ('atriyal tekme' kaybı [atrial kick]).
- Önceden var olan zayıf ventriküler fonksiyon varlığı kardiyovasküler bozulma ile güçlü bir birliktelik göstermektedir.
- Azalmış kardiyak output azalmış miyokard perfüzyonu ile sonuçlanarak VF'ye ilerleyebilmektedir.
- VT'lerin tüm tiplerinde hızlıca tanınma ve tedavinin başlanması (ör. Elektriksel kardiyoversiyon) gerekmektedir.

Ventriküler ekstra atım(VES)

- Normal insanda'da görülebilir.
- Genelde istrahatte olur ve eforla azalır .
- Aşırı kafeinli gıdalar ,stres uykusuzluk .
- MI,KKY, kapak hastalıkları, myopatiler ve digital toksitesinin en sık aritmisidir.

Hangi VES ten korkalım?

- Senkop öyküsü varsa (serebral perfizyon bozulması ve süreksiz VT)
- Sık erken atım (% 20 üstü)
- Ventrikül fonksiyonunda bozulma
- Hızlı sustained (sürekli) RVOT VT (200 dk/vuru)
- Sağ ventrikül çıkım yolundan çıkan VT
- Kısa eşleşme intervali (elektro fizyolojik) ile Torsad DP.
- Birden fazla morfoloji varlığıTorsad DP

VES Yönetimi:

- Yaşam tarzı değişikliği
- altta yatan hastalık tedavisi ,
- çok sık günlük atımlar %20 sinden ‹fazla ise KMP riski var yıllık EKO takibi
- B- blokerler ile semptomatik tedavi yapılabilir.
- Klas lc : Flekainid,propafenon (yapısal kalp hastalığı yoksa)
- Klas 3 ler Amiodoron , Sotolol
- Dirençli hastalarda ablasyon++++

Ventriküler Taşikardi Etyoloji

- İskemi-en sık
- Elektrolit bozuklukları
- İdiopatik çıkım yolu VT'leri
- KKY
- Kapak hastalıkları
- Kardiyomyopatiler
- Ailesel ani ölüm sendromları (KanalopatilerNa-K defectleri)

Ventriküler Taşikardi Sınıflandırması

Ventriküler taşikardi aşağıdakilere dayanarak sınıflandırılabilmektedir:

1. Morfoloji

- Monomorfik
- Polimorfik VT
- Tordades de Pointes (QT uzaması ile birlikte polimorfik)
- Sağ ventriküler çıkış yolu taşikardisi
- Fasiküler taşikardi
- Çift yönlü VT
- Ventriküler flutter
- Ventriküler fibrilasyon

2. Süre

- Sürekli = süre > 30 saniye veya hemodinamik bozulmaya bağlı müdahaleye ihtiyaç duyan.
- Sürekli olmayan = < 30 saniye içerisinde kendiliğinden sonlanan üç veya daha fazla birbirini takip eden ventriküler kompleks.

3. Klinik Prezentasyon

- Hemodinamik olarak stabil.
- Hemodinamik olarak anstabil – ör. Hipotansiyon, göğüs ağrısı, kardiyak yetmezlik, bilinç düzeyinde azalma.

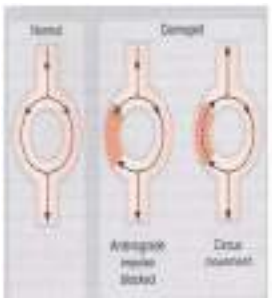
Ventriküler Taşikardi Mekanizmaları

Ventriküler taşikardi başlangıç ve yayılımı için üç mekanizma bulunmaktadır:

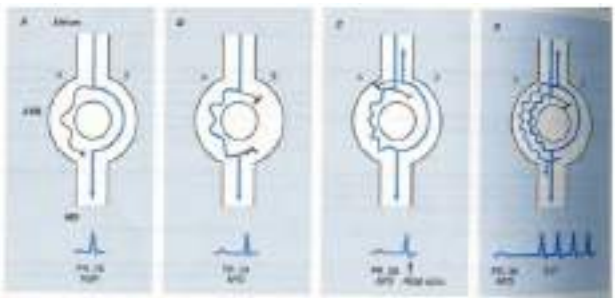
1. Reentry

- En yaygın mekanizma.
- Tekinde ileti bloğu, diğerinde yavaş ileti bölgesi ile birlikte iki ayrı ileti yolağı gerekmektedir.
- Genellikle öncesindeki iskemi veya infarkta bağlı anormal miyokardiyal skara bağlı gelişir.

Reentry



Reentry sonucu VT oluşumu



2. Tetiklenmiş Aktivite

- Erken veya geç after-depolarizasyona bağlı meydana gelir.
- Örnekler arasında Torsades ve dijital toksisitesi bulunmaktadır.

3. Anormal Otomatisite

- Ventriküler hücre bölgesinden giderek artan anormal impuls üretimi.

Ventriküler Taşikardinin Elektrokardiyografik Özellikleri

Ventriküler taşikardiyi diğer geniş kompleks taşikardilerden ayırt etmek güç olabilmektedir. Aşağıdaki karakteristik özellikler VT'nin tanınmasına yardımcı olmaktadır.

Tüm geniş kompleks taşikardiler için ortak olan özellikler

- Yüksek kalp hızı (>100 vuru/dakika)
- Geniş QRS kompleksleri (>120 ms)

VT'yi düşündüren özellikler

- Çok geniş kompleksler (> 160 ms).
- Tipik sağ dal bloğu veya sol dal bloğu görünümü olmaması.
- Aşırı aks sapması ("kuzeybatı aksı") – QRS aVR'de pozitif ve I + aVF'de negatif.
- AV disosiasyon (farklı hızlarda P ve QRS kompleksleri).
- Yakalama vuruları – AV disosiasyonun ortasında, normal süreli bir QRS kompleksi üretmek için, sinoatriyal düğüm geçici olarak ventrikülleri 'yakaladığı' zaman ortaya çıkar.
- Füzyon vuruları – sinüs ve ventriküler vuru ara morfolojide hibrid bir kompleks oluşturacak şekilde bir araya geldiğinde ortaya çıkar.
- Göğüs derivasyonları boyunca pozitif veya negatif konkordans; görünen RS kompleksi olmaksızın, V1-6 derivasyonlarının tamamında pozitif (R) veya negatif (QS) kompleksler.
- Brugada işareti – QRS kompleks başlangıcından S dalga en alt noktası arası mesafe > 100 ms.
- Josephson işareti – S dalga en alt noktasına yakın çentiklenme.
- Solda daha uzun "tavşan kulağı" ile birlikte RSR' kompleksleri. Bu VT lehine olan en spesifik bulgudur. Tavşanın sağ kulağının daha uzun olduğu sağ dal bloğunun tersidir.

VT için ek morfolojik kriterler burada mevcut.

Monomorfik VT

- Düzenli ritim.
- Ventriküller içerisinde tek bir odaktan köken alır.
- Her bir derivasyonda tüm QRS'lerin birbirinin aynısı olduğu, tek tip QRS kompleksi meydana getirir (füzyon / yakalama vuruları hariç).

Monomorfik VT Nedenleri

- İskemik kalp hastalığı
- Dilate kardiyomiyopati
- Hipertrofik kardiyomiyopati
- Chaga's hastalığı

Monomorfik VT:

- Tek tip QRS kompleksi ile birlikte klasik monomorfik VT.
- Tanımlanamayan aks.
- Çok geniş QRS (~200 ms).
- III. derivasyonda S dalga en alt noktası yakınında çentiklenme = Josephson's işareti.

Monomorfik VT:

- Tek tip morfoloji ile birlikte çok geniş QRS kompleksleri (≈200 ms).
- Ritim çizgisinde füzyon ve yakalama vuruları.
- Brugada işareti mevcut: QRS kompleksi başlangıcı ile S dalga en alt noktası arası süre > 100 ms (en iyi V6'da görülmekte).

Monomorfik VT:

- Çok geniş kompleksler (V5-6'da ≈ 200 ms).
- Kuzeybatı aksı (-120 derece).
- Brugada işareti – QRS kompleksi başlangıcı ile S dalga en alt noktası arası mesafe > 100 ms.
- Josephson işareti – II, III, aVF derivasyonlarında görülen S dalga en alt noktası yakınında çentiklenme.
- aVF'de muhtemel birkaç üstüste gelmiş P dalgası.

Monomorfik VT ventriküler bigemine ile değişkenlik göstermekte. Ventriküler kompleksler aşağıdaki özelliklere sahiptir:

- Çok geniş QRS süresi (>160 ms).
- Prekordiyal derivasyonlarda pozitif konkordans (V1-6'da dominant R dalgaları).
- Brugada işareti – QRS başlangıcından S dalga en alt ucuna kadar süre > 100 ms; en iyi aVR ve aVL derivasyonlarında görülmektedir.

Monomorfik VT:

- Aşırı aks sapması / kuzeybatı aksı mevcut (-150 derece; QRS aVR'de pozitif, I + aVF'de).
- V1'de solu daha uzun tavşan kulağı ile birlikte sağ dal bloğu benzeri pattern mevcuttur – bu VT için çok spesifiktir.

Monomorfik VT:

- Kuzeybatı aksı.
- V6'da rS kompleksi (küçük R dalgası, büyük S dalgası) ile birlikte V1'de uzun monofazik R dalgası – bu pattern de VT için oldukça spesifiktir.

Bu EKG VT için Brugada Morfoloji Kriterlerini karşılamaktadır.

V1'de dominant R dalgası varlığında ("sağ dal bloğu morfolojisi"), VT şu durumlarda tanı alır:

- Solda daha uzun tavşan kulağı ile birlikte RSR' kompleksi var ise
- Uzun monofazik R dalgası var ise
- V6'da rS kompleksi var ise (R/S oranı < 1)

Geniş Kompleks Taşikardide Ayırıcı Tanı

Şunlar dahil çeşitli aritmiler geniş kompleks taşikardi olarak görülebilir:

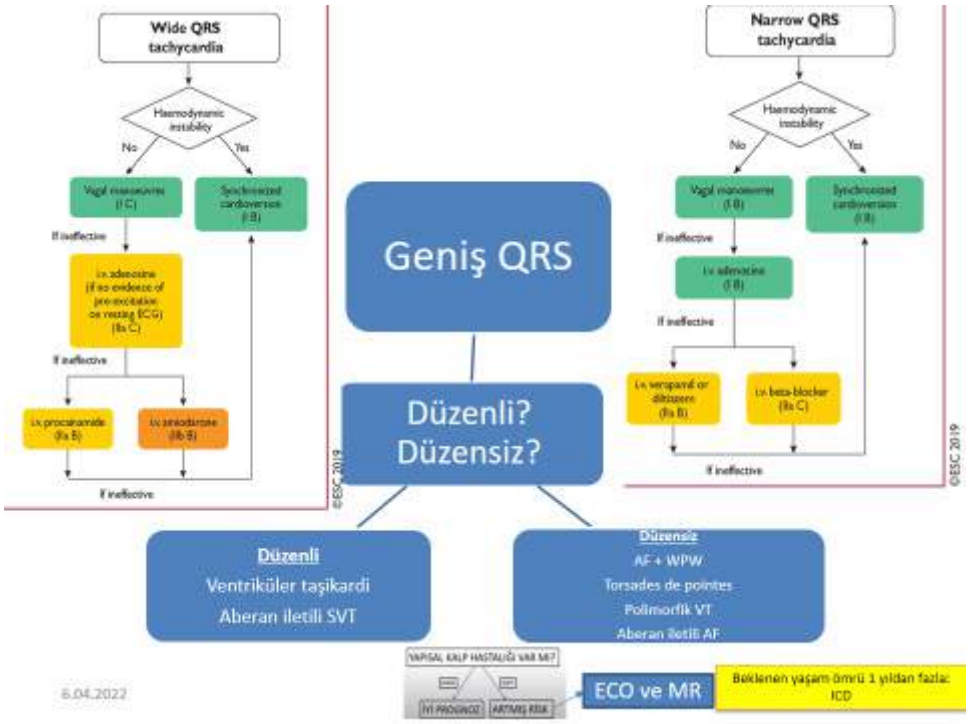
- Ventriküler taşikardi
- Dal bloğuna bağlı aberran iletili SVT
- Wolff-Parkinson-White sendromuna bağlı aberran iletili SVT
- Pacemaker aracılı taşikardi
- Metabolik bozukluklar ör. hiperkalemi.
- Sodyum kanal blokörü ilaçlar ile zehirlenme

VT'yi Düşündüren Klinik Özellikler

- Yaş > 35 (pozitif prediktif değer %85)
- Yapısal kalp hastalığı
- İskemik kalp hastalığı
- Geçirilmiş MI
- Konjestif kalp hastalığı
- Kardiyomiyopati
- Ailede ani kalp ölümü öyküsü (VT atakları ile ilişkili olan HOKMP, konjenital uzun QT sendromu, Brugada sendromu veya aritmojenik sağ ventriküler displazi gibi durumları akla getirir).

Tanısal Algoritmler

- VT tanısına yardımcı olmak amacıyla birkaç tanısal algoritm bulunmaktadır.
- Hiçbir algoritim VT'yi %100 doğrulukla göstermez.
- Algoritimler kompleks olabilir ve hesaplanması için spesifik ve aşina olmadığımız ölçümler gerekebilir.
- Yaygın kullanılan dört algoritmin (ACC, Brugada, çok basit Brugada, Vereckei)



Geniş QRS Taşikardi

ESC -2019 Guidelines on SVT

Acute management of wide QRS tachycardias	2013-	2019
Procainamide	I	IIa
Adenosine	IIb	IIa
Amiodarone	I	IIb
Sotalol and lidocaine are not mentioned in the 2019 Guidelines		
i.v. amiodarone is not recommended for pre-excited AF.		III

Kalp Yetmezliğinde Neler Değişti

Erdem Çevik

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Kalp yetmezlği (KY) kalbin pompa fonksiyonlarını yerine getirememesi olarak tanımlanmaktadır. Dekompanze Kalp Yetmezliği (DKY) ise KY'nin AS başvurusu veya hastaneye yatış gerektirecek şekilde belirti ve bulguların kötüleşmesidir. Acil servise başvuran DKY hastalarının %70'i bilinen KY hastalarının kötüleşmesi, %15-20'si ilk tanı ve %5 hasta ise terminal dönem KY hastasıdır. Acil servise sık başvuru şikayetleri içerisinde yer alan nefes darlığı olup Walter ve arkadaşlarının yaptığı sistematik derlemeye göre acil servise başvuran nefes darlığı hastalarının %25 – 59'unda kalp yetmezliği bulunmaktadır. Nefes darlığı yanında nocturnal dispne, ayak bileğinde şişlik ve egzersiz kapasitesinde azalma kalp yetmezliğine bağlı belirtiler olup, juguler venöz dolgunluk, S3 gallo ve hepatojuguler reflü bulgular içerisinde yer almaktadır. Kalp yetmezliğinin sebepleri arasında kardiyovasküler hastalıklar (AKS, AMI komplikasyonları, aritmiler, hipertansif kriz ve miyokardit, Pulmoner emboli, diseksiyon), akut enfeksiyonlar, astım, KOAH, renal yetezlik, hipertiroidi, anemiz, ağır egzersiz gibi nonkardiyak sebepler ve aşırı su ve tuz alımı, tedavi uyumsuzluğu gibi hastaya bağlı sebepler olarak sıralanabilir. Kalp yetmezliğini klinik olarak sınıflayacak olursak;

-Orta veya ciddi dekompanze kalp yetmezliği: Progresif artan nefes darlığı, periferik konjesyon, Volüm fazlası

-Hipertansif ADKKY: SKB> 140 mmHg, sıklıkla >180 mmHg Korunmuş LV fonksiyonu

-ADKKY ile ciddi pulmoner ödem : İnspiryum ve ekspiryumla gurgling, akciğer gürültülü, terli ve soğuk, siyanotik

-Kardiyojenik şok: En organ perfüzyon bozukluğu, TA < 90 mmHg, bilinç değişikliği, periferik siyanoz

-Yüksek outputlu KY: Sıcak ekstremite, pulmoner konjesyon, taşikardi, nabız basıncında artma (anemi, tirotoksikoz, sepsis)

-Sağ kalp yetmezliği: Triküspit regürjitasyon, Sağ kalp yüklenme, KOAH, Pulmner HT.

Hastalar bu klinik bulgular içerisinde altta yatan fizyopatlojiye göre bize farklı semptomlar ile gelebilmekte ve hasta yönetimleri de altta yatan nedene göre değişmektedir.

Semptom ve risk faktörleri ile kalp yetmezliği şüphelenilen hastada NT- proBNP değerinin <125 pg/ml olması kalp yetmezliği tanısından uzaklaştırır (Class 1-B). Bu nedenle hasta yönetiminde mutlaka NT- proBNP veya BNP ölçümünün tanısal süreçte akılda tutulması gerekir. Ayrıca hastaların yönetiminde skorlama sistemlerinden OTTOWA kalp yetmezliği risk ölçeği ve EHMRG skorunun mortalite tahmini için kullanılması ve riski yüksek olan hastaların acil servisten taburcu edilmemesi önerilmektedir. Ayrıca tanısal süreçte yatak başı EKO kardiyografi, yatak başı toraks USG kullanımı da tanıyı desteklemede kullanılabilir. Hasta yönetiminde bunların kullanılması ve hipoksik hastanın oksijenizasyonunun sağlanması kanıt düzeyi 1-C olarak önerilmektedir. Volüm fazlası olan hastalarda diuretic kullanımı kanıt düzeyi 1 –C olarak önerilmekte olup furasemid dozunun rutin kullanan hastada kullandığı günlük dozun 2 jatı kullanmayanlarda 20-40 mg olacak şekilde IV uygulanması önerilmektedir. IV puşe veya infüzyon ve düşük veya yüksek doz kullanımları konusunda kanıt düzeyi düşük olup üstünlükleri bulunmamaktadır. Hastalarda diuretic dozu idrar volümünde saatlik 100-150 ml çıkış veya spot idrarda sodium 50-70 mEq olması önerilmektedir. Furasemid yerine Torasemid de tedavide kullanılabilmektedir. Vazodilatatör kullanımı için SKB 110 mmHg üzeri olan hastalarda hasta kliniğine göre nitropurusid veya nitrogliserin önerilmektedir. (Class II-b) Tromboemboli profilaksis için düşük molekül ağırlıklı heparin önerilmektedir (Class I-A) Ayrıca kalp yetmezliği olan hastalarda Hb < 7 mg/dl olan hastalarda erisrosit süspansiyonu ile değeri 7'nin üzerine çıkarmak önerilmektedir.

Parasetamol Zehirlenmeleri

Dilay Satılmış

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Parasetamol (asetaminofen) oral alımda, yüksek oranda gastrointestinal sistemden (GİS) emilen ve yarılanma ömrü 2,5 saat olan bir farmakolojik ajandır. Kolay temin edilebilirliği, güvenilir olduğuna ilişkin algı sebebiyle haftalık asetaminofen tüketiminin 60 milyondan fazla olduğu ve asetaminofen toksisitesinin dünyada karaciğer yetmezliğinin 2. en sık nedeni olduğu çalışmalarda gösterilmiştir (1). Asetaminofen metabolizması KC'de glukuronidasyon ve sulfasyon yolu ile olur. Aşırı doz alımlarda normal yolak doygunluğa ulaşır ve CYP450 enzimleri ile metaboliti olan NAPQI'ya (N-asetil-p-benzokinonemin) okside olur (2).NAPQI ise hepatik glutatyon tarafından suda çözünür, böbrekten elimine edilebilen non-toksik metabolite detoksifiye olur.Hepatik glutatyon depoları normalin %30'unun altına düşünce NAPQI diğer hepatik makromoleküllere bağlanır ve sentrilobüler hepatik nekroza sebep olur.

TANI VE TOKSİK DOZ

Tek seferde 10 gram üstü alımlar, ardışık en az iki günde 6 gram üstü alımlar veya çocuklarda 150 mg/kg üstü asetaminofen için toksik doz kabul edilir.Tanıda toksiz doz alım öyküsü ve kandaki asetaminofen düzeyinin ölçülmesi, tedavimizi belirleyeceği için bizim için önemlidir.

Rumack-Matthew Nomogramı: Oral asetaminofen toksisitesi durumundaki kan konsantrasyon ve zaman çizelge eğrisidir. Bu nomogram, sadece tek seferde alım sonrasındaki asetaminofen düzeyine veya ilacın alımından itibaren 4-24 saatlik serum asetaminofen düzeylerinde uygulanmaktadır. İV alımlar için bu nomogramın kullanılabilirliği ise doğrulanmamıştır. Bu nomogram; kronik ya da tekrarlayan maruziyette ölçülen asetaminofen düzeylerinde hasta sonlanımını öngörmede uygulanmamaktadır (3). Antidot tedavisi kullanılmadan önce yapılan çalışmalarda 4.saat asetaminofen düzeyi 200mikrogram/mL üzerinde olan hastaların hepatotoksisite riskinin % 60, olduğu ve hastalarda, serum asetaminofen düzeyinin 150mikgram/mL'nin altında olmasının iyi prognozu öngördüğü doğrulanmıştır (%1).

TEDAVİ PROTOKOLLERİMİZ

1) Gastrointestinal Dekontaminasyon: Oral veya nazogastrik tüpten aktif kömür verilmesini içermektedir.Mide yıkama ya da tüm barsak irrigasyonu gereksizdir,bunun da nedenleri arasında asetaminofenin GİS'ten hızla emilmesi ve toksisite durumunda asetilsistein tedavisinin başarı oranının yüksek olması gösterilmektedir.

2) Asetilsistein Tedavisi: Asetaminofen toksisitesini önlemenin ya da tedavi etmenin ana bileşeni asetilsisteindir. Asetilsistein glutatyon ve sülfat öncülü olarak işlev görür.Erken asetaminofen zehirlenmesinde (<8 saat): NAPQI'nın hepatik makromoleküllere bağlanmasını engelleyerek toksisiteyi önler. Alımdan sonra 24 saatten fazla vakit geçtiği durumlarda da; antioksidan olarak etki eder, nötrofil infiltrasyonunu azaltır ve bu yolla mikro-dolaşımdaki kan akımını arttırarak, hepatik nekrozu azaltır. Bu sebeple özellikle ilk 8 saat içindeki alımlarda hepatotoksisiteyi %100 oranında engellerken,ilk 24 saat içindeki alımlarda da hepatotoksisite riskini azaltmaktaki etkinliğinin devam ettiği belirtilmiştir.

Acil Servis (AS) Başvuru Zamanına Göre Tedavi Planlaması Nasıl Olmalıdır?

Tedavi kılavuzu, ilacın alımını takiben AS'e geliş zamanına dayanmaktadır.Tedavi için optimal karar zaman penceresi 4 saatlik asetaminofen düzeyi ölçümü ve 8 saatlik asetilsistein başlanmasıdır (3,4). İlk 4 saat içindeki alımlarda ilk olarak GİS dekontaminasyonu (aktif kömür ile) yapılır ve 4. saat serum parasetamol düzey ölçümü beklenir. Eğer laboratuvar ilk 8 saat içinde parasetamol düzeyini belirleyebilecek ise serum düzeyi beklenir ve sonucu nomograma yerleştirerek tedavi şekli belirlenir, gerekli ise asetilsistein tedavisine başlanır. Eğer asetaminofen düzeyi alımdan sonraki 8. saatte belirlenemeyecekse, sonuç beklenmeden ampirik olarak asetilsistein tedavisi başlanır ve asetaminofen düzeyi ölçülünce, nomogram kullanılarak asetilsistein tedavi gerekliliği belirlenebilir.

4-24 saat içindeki alımlarda serum parasetamol düzeyi hızlıca ölçülmelidir. İlk 8 saat içinde serum parasetamol düzeyi belirlenebilecek ise yine ölçüm beklenmelidir. Şayet belirlenemeyecek ise ampirik asetilsistein tedavisine başlanmalıdır.

Alımı takiben >24 saatlik başvurular ya da alım zamanı bilinmeyen başvurularda; asetaminofen düzeyi, transaminazlar, bilirubin, koagülasyon düzeyleri gönderilir ve ilk doz asetilsistein başlanır. Bu durumlarda tespit edilen serum parasetamol düzeyi düşük ise tedavi durdurulur.

Takip ve Taburculuk: 21 saatlik asetilsistein tedavisinin tamamlanmasından sonra asetilsistein infüzyonuna devam edilir (6,25 mg/kg/saat). Asetaminofen ve transaminaz düzeyleri kontrol edilir. Asetaminofen düzeyi <66 mikromol/L ise ve transaminazlar normal ise tedavi sonlandırılır. Serum asetaminofen ya da KCFT düzeylerinden en az biri yüksek ise, asetaminofen seviyesi düzelene kadar ve transaminazlar düşme eğilimine girinceye kadar infüzyona devam edilir.

Masif dozda Asetaminofen Toksisitesi Mevcudiyetinde Standart Protokol Yeterli mi? Alternatif Yaklaşımlarımız Nelerdir?

Masif doz 900 mg/mL'nin üstüdür, erken dönemde asetilsistein başlansa da hepatotoksisite açısından yüksek riskli gruptur. Günümüzde alternatif tedavi rejiminin üstünlüğü konusunda veriler yeterli olmamak ile birlikte çeşitli seçenekler mevcuttur.Bunlar sırasıyla Standart IV protokole PO asetilsistein tedavisinin eklenmesi veya 16 saatte 100 mg/kg IV olan infüzyon dozunun, 200 mg/kg olacak şekilde arttırılması, ya da 21 saatlik tedavi protokolünde serum düzeyi belirgin olarak yüksek ise std asetilsistein tedavisinin tekrarlanmasıdır. Bir diğer unutulmaması gereken tedavi de hemodiyaliz tedavisidir (5).

Gebe hastalarda parasetamol toksisitesinde, asetilsistein tedavisinin fetal malformasyon ile ilişkisi gösterilmemiştir ve özellikle 1.trimesterdeki gebelerde asetaminofen alımı sonrası asetilsistein tedavisinin gecikmesi sonucu fetal ölüm ve malformasyonlar tanımlanmıştır.Yapılan çalışmalar göstermektedir ki; asetilsistein tedavisi, gebelikte hem güvenli hem de etkilidir ve asetilsistein tedavi yaklaşımı, gebe olmayan yetişkinlerle aynıdır. (6).

Hasta takibinde istemli alımlarda psikiyatrik değerlendirme de unutulmamalıdır.

KC Transplantasyon Kararını Hangi Kriterlere Göre Verelim?

Asetaminofen kaynaklı akut KC yetmezliğinde, KC transplantasyonu için sevk kararı vermede iki kriter vardır : Bu kriterler arteriyel pH 7.30'un altında olması veya koagülopati ve serum kreatinin konsantrasyonunun 3.4 mg/dL'den yüksek olmasıdır. Evre III veya IV ensefalopatisi olan hastalar transplantasyon açısından değerlendirilmelidir (King's College Kriterleri) (7).

REFERANSLAR

1. 1. James LP, Mayeux PR, Hinson JA. Acetaminophen-induced hepatotoxicity. Drug Metab Dispos. 2003 Dec;31(12):1499-506. doi: 10.1124/dmd.31.12.1499. PMID: 14625346.
2. 2. Hendrickson RG, McKeown NJ. Acetaminophen. In: Nelson LS, Howland M, Lewin NA, Smith SW, Goldfrank LR, Hoffman RS. eds. Goldfrank's Toxicologic Emergencies, 11e. McGraw Hill; 2019. Accessed April 08, 2022.
3. 3.Burns, Michael J., Scott L. Friedman, and A. M. Larson. Acetaminophen (paracetamol) poisoning in adults: pathophysiology, presentation, and evaluation." UpToDateWaltham, MA: UpToDate (2020).
4. 4.Heard, Kennon, and Richard Dart. "Acetaminophen (paracetamol) poisoning in adults: Treatment." Waltham, MA: UpToDate.
5. 5. S. Gosselin, D. N. Juurlink, J. T. Kielstein, M. Ghannoum, V. Lavergne, T. D. Nolin, R. S. Hoffman & on behalf of the extrip workgroup (2014) Extracorporeal treatment for acetaminophen poisoning: Recommendations from the EXTRIP workgroup, Clinical Toxicology, 52:8, 856-867.
6. 6.McElhatton PR, Sullivan FM, Volans GN, Fitzpatrick R. Paracetamol poisoning in pregnancy: an analysis of the outcomes of cases referred to the Teratology Information Service of the National Poisons Information Service. Hum Exp Toxicol. 1990 May;9(3):147-53. doi: 10.1177/096032719000900305. PMID: 2198067.
7. 7.Craig DG, Ford AC, Hayes PC, Simpson KJ. Systematic review: prognostic tests of paracetamol-induced acute liver failure. Aliment Pharmacol Ther. 2010 May;31(10):1064-76. doi: 10.1111/j.1365-2036.2010.04279.x. Epub 2010 Feb 24. PMID: 20180786.

Akut İnme

Serkan Doğan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Genellikle bir kan damarının yırtılması ya da pıhtı ile tıkanması sonucunda beyine kan akımının kesilmesi yada azalmasıdır(DSÖ). Hemorajik(%13) ve iskemik(%87) olmak üzere ikiye ayrılır. İnme acil bir durumdur. Kalp krizi = Beyin krizidir. Beyinin belirli bir bölgesine kan akımının gidememesi sonucunda ortaya çıkar. Beyinde kan akımının kesilmesi ile dakikalar içerisinde nöronların oksijen ve glikoz kaynakları tükenir. Beyin dokusu ölmeye başlar ve kalıcı fonksiyon kaybı oluşur. Amaç beyindeki hasarı en aza indirmek ve hastanın normal nörolojik fonksiyonlara dönüşünü artırmaktır. İnme risk faktörlerinin tespiti ve engellenmesi, Riskli hasta gruplarının ve toplumun eğitimi ve Uygun İnme bakımı ile inme önlenebilir. Değiştirilemez risk faktörleri; Yaş (>55 yaş her 10 yıl iki kat artar), Cinsiyet (Erkek > kadın), Irk(siyah ırk > beyaz ırk) ve Genetiktir. Değiştirilebilir risk faktörleri ise Hipertansiyon, Tip 2 diyabet, Hiperlipidemi, Atriyal fibrilasyon, Sigara ve Alkoldür. Yine İnme eğitimi sadece hastalara değil, ailelerine ve yakınlarına, ortaokul, lise...vb verilmelidir. İnmenin uyarıcı bulguları : 5 ''Suddens'' öğretilmelidir. Uygun İnme bakımı-8D hastane öncesi ve hastane olarak Detection-Hızlı tanıma, Dispatch-Acil sisteminin erken aktivasyonu, Delivery-Hızlı transport, Door-Uygun merkeze geliş ve triaj, Data-Nörolojik değerlendirme, BT, tedavi, Decision-İnme uzmanı ile tedavi seçimi, Drugs-Fibrinolitik, intraarteriyel yaklaşımlar ve Disposition-Hızla inme/YB ünitesine yatış şeklindedir. Kılavuz önerileri ise Tedavi edilen, kaliteli bakım yapılan hasta sayısını artırmak için doktorlar, hastane personeli ve 112 personeli eğitilmeli (Sınıf I; KD B), Hastalar veya halkın 112'yi araması önerilir (Sınıf I; KD B), 112 inmeli hastalara öncelik vermeli, Hastane öncesi uygulayıcılar Prehospital Stroke Scale kullanmalı (Sınıf I; KD B), 112 personeli inme bakımını alanda başlatmalı (Sınıf I; KD B), Hastalar en yakın inme bakımı yapacak birincil veya kapsamlı inme merkezine götürülmeli (Sınıf I; KD A), 112 yoldayken hastaneye haber vermelidir(Sınıf I; KD B). Acil serviste hedeflerimiz kapı doktor 10 dk, kapı inme ekibi 15 dk, kapı tomografi istemi 20 dk, kapı tomografi raporu 45 dk, kapı ilaç 60 dk ve kapı yatış 3 saat altında olmalıdır. Hasta ilk değerlendirmesinde nörolojik bakı skalaları kullanılmalıdır. En yaygın olarak kullanılan skalalar; ulusal sağlık enstitüsü inme skalası (NIHSS) ve modifiye rankin skalası (mRS)'dır. Bu skalaların uygulanma amacı hastalığın ciddiyeti ve prognozu hakkında bir öngörü edinmek ve günümüzde modern terapilerin (örn.Trombolitik ve/veya Trombektomi) uygulanmasında hasta seçim ve takibine katkı sağlamaktır. İnme hastalarında kullanılan nöro görüntüleme yöntemleri ise kontrastsız beyin tomografisi, nöro BT angio, diffüzyon MRG, perfüzyon MRG dır. AHA İnme Kılavuzu 2019 en son güncelleme ile Avrupa İnme Örgütü Kılavuzu 2021 son güncellemelerine göre inme yönetimi planlanmalıdır. Standart ABC değerlendirme Hipoksiyi(O2sat<%94) düzelt(Sınıf Ic), Hiperglisemiyi düzelt(Sınıf IIa), Hipertermi varsa düzelt(Sınıf Ib), Ateş odağı açısından tarama yapılmalıdır(Sınıf IIa), Kan basıncı kontrolü sağlanmalı; Trombektomi ve trombolitik uygulanmayan hastalar Kan basıncı 220/120 mmHg'den düşük ise düşürülmesinin faydası yok (Sınıf III). Kan basıncı 220/120 mmHg veya daha yüksek ise, kan basıncını düşürmenin faydası bilinmiyor ancak ilk 48 ila 72 saatte %15 düşürmek uygun olabilir (Sınıf IIb). Reperfüzyon tedavisi alacak ise kan basıncı tedavi öncesi 185/110 altına tedavi sırasında ve sonrasında 180/105 mmHg ve altında tutulmalıdır(Sınıf IIa). Hipotansiyon ve hipovolemi düzeltilmeli(Sınıf Ic), EKG ve kardiyak monitörizasyon önerilir(Sınıf Ib), Troponin düzeyi görülmesi önerilir(Sınıf Ib), Rutin PAAC görülmesinin faydası kanıtlanmamış(Sınıf IIb). Ancak unutulmamalıdır ki Yatak başı kan şekeri bakılması dışında hiçbir testin sonucunu beklemeye gerek yoktur. IV Trombolitik Tedavi için Yaş >18 olmalıdır, Mutlaka kesin bir nörolojik defisitin saptandığı klinik tanı, Semptomların başlangıcı ile trombolitik tedaviye başlama zamanı arasındaki süre 4,5(9) saat, BT'de kesinlikle kanama olmamalı ve Kontrendikasyon kriterleri olmamalıdır. rtPA dozu ise 0,9 mg/kg ve %10 nu 1 dk da bolus kalanı 1 saatte infüzyon şeklindedir. Kontrendikasyonları ise Son 3 ayda inme ya da ciddi kafa travması, İntraserebral hematom öyküsü, AV malformasyon ve anevrizma/SAK öyküsü, Tedaviye rağmen SKB >185 mmHg veya DKB >110 mmHg, Hızlı düzelen nörolojik defisit, minör defisit (NIHSS<4 (afazi ve hemianopsi hariç) izole/hafif defisit: tek ataksi, tek duysal, tek dizartri, hafif güçsüzlük), koma NIHSS>25*, Son 3 ayda geçirilmiş MI(STEMI), SAK düşündüren bulgular, Son 14 günde majör cerrahi, Son 21 günde GİS / GÜS kanaması, İnme başlangıcında nöbet, Son 7 günde erişilemez yerde arteriyel girişim, aPTT yüksekliği (x1.5 N), PT >15 sn, INR >1.7, Trombosit <100.000/mm3, KŞ > 400* mg/dl veya < 50 mg/dl, BT'de MCA alanının 1/3'ünü aşan infarkt bulguları (erken indirekt infarkt bulguları, erken hipodensite, kitle etkisi), >80 yaş olmasıdır. Eğer zaman bilinmiyor ise saatten bağımsız olarak trombolitik kararını vermede görüntülemelerden yararlanılır. DWI-Flair uyumsuzluğuna bakılır ve bu <4,5 saat ile

ilişkilidir. Mekanik trombektomi tedavisi ise inme başlangıcından itibaren 6 saat içerisinde aşağıdaki kriterleri karşılayan hastalar için düşünülmelidir(Sınıf 1,KD A). İnme öncesi modifiye Rankin Skalası (mRS) skoru 0 ila 1, Neden olan tıkanıklığın internal karotid arter veya orta serebral arter segment 1'de (M1) olması, Yaşın 18'den büyük olması, NIHSS skorunun 6 veya daha yüksek olması ve Alberta İnme Programı Erken BT Skorunun 6 veya daha yüksek olması endikasyonları oluşturur. Ek olarak ICA yada proksimal MCA tıkanıklığı, Klinik ile infarkt volümünün uyumsuz olması (DAWN trial kriter 6-24 saat), Perfüzyon/difüzyon uyumsuzluğu >1.8 (DEFUSE 3 trial kriter 6-16 saat) olan hastalara 24 saate kadar trombektomi önerilir(Sınıf I,KD A). ASA 160-325 mg PO(Sınıf Ia) verilir. Akut inmede yeri yok.(24 saat)(Sınıf III), DVT profilaksisinde faydası kanıtlanmamış.(Sınıf IIb), DVT profilaksisinde pnömotik kompresyon + ASA (Sınıf Ib) verilir. Hastaların en hızlı şekilde uzmanlaşmış inme ünitelerine yatırılması önerilir(Sınıf Ia). İnme rehabilitasyonunda multidisipliner yaklaşım önerilir(Sınıf Ib). Özetle Time is BRAIN, İnme hastalarını hızlı tanı, Kan şekerini unutma, 20 dk da BBT, Nörolojik bakı skalalarını kabaca bil, Nörokod ile SVO timleri yapılabilir. Ve hastalar servise yada yoğun bakıma yatana kadar bizim hastamızdır.

REFERANSLAR

1. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. December 2019. doi:10.1161/str.0000000000000211
2. Thomalla G, Simonsen CZ, Boutitie F, et al. MRI-Guided Thrombolysis for Stroke with Unknown Time of Onset. N Engl J Med. August 2018:611-622. doi:10.1056/nejmoa1804355
3. Raul G Nogueira 1, Ashutosh P Jadhav 1, Diogo C Haussen 1, Alain Bonafe 1, Ronald F Budzik 1Thrombectomy 6 to 24 Hours after Stroke with a Mismatch between Deficit and Infarct N Engl J Med. 2018 Jan 4;378(1):11-21. doi: 10.1056/NEJMoa1706442. Epub 2017 Nov 11.
4. A multicenter randomized controlled trial of endovascular therapy following imaging evaluation for ischemic stroke (DEFUSE 3) Int J Stroke. 2017 Oct;12(8):896-905. doi: 10.1177/1747493017701147. Epub 2017 Mar 24.
5. Ma H, Campbell BCV, Parsons MW, et al. Thrombolysis Guided by Perfusion Imaging up to 9 Hours after Onset of Stroke. N Engl J Med. May 2019:1795-1803. doi:10.1056/nejmoa1813046
6. Eivind Berge1*, William Whiteley2*, Heinrich Audebert3, GM De Marchis4, Ana Catarina Fonseca5, Chiara Padiglioni6, Natalia Pérez de la Ossa7, Daniel Strbian8, Georgios Tsivgoulis9, 10, Guillaume Turc11, 12, 13. European Stroke Organisation Guidelines Volume: 6 issue: 1, page(s): I-LXII Article first published online: February 19, 2021; Issue published: March 1, 2021

Vertigo
Periferik-Santral

Fatih Ahmet Kahraman

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp, Ankara

Gerçek hareket olmaksızın hareket hissi,Dizziness ;(non-spesifik; tanımlamada zorluk) Kafada hafiflik, dengesizlik, sallanma, sersemlik, pre-senkop, bulantı-kusma (Ortostatik hipotansiyon, yeni başlanan ilaçlar)

Vertigo

Yaşam boyu %40; acil başvuruların %4'ü; nöroloji konsültasyonlarının %20'si, Çoğunlukla iç kulağın benign hastalıkları, Önemli bir kısmı santral sinir sistemi kaynaklı.

Vestibüler (Periferik)	Nörojenik (santral)
Bening paroksismal vertigo	Vertebrobaziler yetmezlik
Vestibüler nörit/labirentit	Serebellar infrakt/kanama
Meniere	Serebellopontin tümörleri
Travmatik vertigo	Multiple Skleroz
Otoskleroz	Vestibüler migren
	Epilepsi

Özellik	Periferik	Santral
Başlangıç	Hızlı (hatta saatler içinde)	Yavaş
Şiddet	Şiddetli	Az şiddetli
Hareketle	Artar	Artar/değişmez
Patern	Sıklıkla paroksismal (VN için sürekli)	Sürekli
Bulantı-kusma	Sıklıkla	Nadiren
Nistagmus	Horizontal, rotatuar	Vertikal, her tipte olabilir

Etiyoloji

BPPV

En sık, İdiopatik, travma, enfeksiyon sonucu oluşabilir

Pozisyonel baş dönmesi; <2 dakika, Bulantı/kusma uzun sürebilir

Dix-Hallpike testi yapılır. Rotasyonel özellikli vertikal (yukarı tarafa) nistagmus görülür

Ayakta durma becerisi bozulmaz

Vestibüler nörit

Periferal nedenlerde en sık ikinci nedendir. Saatler, günler (düzelme haftaları bulabilir) sürebilir.

Baş dönmesi pozisyon değişikliği ile artabilir. Periferal veya santral Vertigo pozisyon değişikliği ile artabilir *****

Stroke (serebellar, beyin sapı)

Nörolojik semptomlar;Yüz ve/veya ekstremitelerde motor/duysal defisit Disimetri, dizartri, disfaji,

Baş dönmesi vestibüler nörit ile benzer

İzole vertigoda stroke olasılığı düşük (% 0,7)

Nistagmus; Spontan (primer bakışta, karşıya) nistagmus, Santral Vertigo için belirteç (ancak sık değil) Ayakta durma becerisi yetersiz olabilir, Baş ağrısı, boyun ağrısı genellikle eşlik eder

Yönetim

ABC, Vital bulgular (stabilite); Kan şekeri

Pre-senkop ayırdedilmeli; Taşikardi, hipotansiyon (ortostatik veya kalıcı), hipoksi, hipoglisemi

Santral vertigo riskini arttıran faktörler

Nörolojik semptomlar,Ayakta durma bozukluğu, Baş ağrısı, boyun ağrısı, Spontan vertikal nistagmus

İşitsel bozukluk

<2 dakika

Devamlı baş dönmesi YOK

Spontan veya bakış ile provoke olan nistagmus YOK

↓

Dix-Hallpike testi

Tek yönlü nistagmus	İki yönlü nistagmus
Vertikal «skew» YOK	Vertikal «skew» VAR
Head Impulse testi ANORMAL	Head Impulse testi NORMAL
Yeni işitme kaybı YOK	Yeni işitme kaybı VAR
.....tamamı sağlanıyor ise;	.....herhangi biri mevcut ise;
Vestibüler nörit	**Stroke**

TIA

Nörolojik semptomlar;Yüz ve/veya ekstremitelerde motor/duysal defisit ,HINTS testi devam etmeyen semptomlarda uygun değil, İzole vertigo olarak başvuran hastalarda TIA olasılığı düşük İzole vertigo kliniği stroke için negatif prediktör

Vestibüler migren

En sık santral vertigo nedeni, BPPV sonrası en sık ikinci vertigo nedeni,Sıklıkla gözden kaçan tanı Migren tanılı hastalarda rekürren ataklar; 5dk – 72 saat,İzole vertigo kliniği de görülür, Klasik migren özellikleri ile başvurabilir; Aura, fotofobi, fonofobi, migren baş ağrısı,Migren atağı gibi tedavi

Radyoloji

BPPV; Görüntüleme YOK

Stroke; Girişim olacak ise BT anjiografi

Olmayacak ise veya HINTS plus santral vertigoya işaret ediyor ve 48 saatten fazla süredir vertigo söz konusu; acil MRG

Olmayacak ise; HINTS plus santral vertigoya işaret ediyor ve 48 saatten daha kısa süre vertigo; yatış ve gecikmiş (2-3 gün içinde) MRG

Şüpheli serebellar kanama (önemli derecede devam eden baş ağrısı veya azalmış bilinç düzeyi)Kraniyal BT.

Bilinç Bozukluğu; Metabolik mi? Santral mi?

Özgür Dikme

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Ruhsal durumunda değişiklik olan bir hastaya teşhis koymak Acil Serviste göz korkutucu bir zorluk olabilir. Nöbet sonrası postiktal durumda olan veya hipoglisemik diyabetik bir hastayı tanımak kolay olabilir ancak çoğu zaman klinik tablo daha belirsizdir ve kolayca tanımlanamaz. Muhtemel feci patolojinin davranışsal belirtecini tespit etmek için birden fazla kaynaktan geçmiş verileri listelemek ve yüksek bir şüphe endeksini sürdürmek gereklidir. Değişen zihinsel durum bir hastalık değil, bir sonuçtur. Nedenler kolayca tersine çevrilebilirden (hipoglisemi), kalıcıya (kafa içi kanama) ve nispeten iyi huyludan (alkol intoksikasyonu), yaşamı tehdit edene (menenjit veya ensefalit) kadar değişmektedir. Ayırıcı tanı yelpazesi oldukça geniştir. Bu vakalara yönelik yapılandırılmış ve sistematik bir yaklaşım geliştirmek, bilinç bozukluğu hastalarının teşhis çalışmalarını ve yönetimini geliştirmeye ve kolaylaştırmaya yardımcı olacaktır. Değişken bilinç durumunun üç yaygın sınıflandırması, deliryum, demans ve psikozu içerir. Hastalar değerlendirilirken bunları akılda tutmak önemlidir çünkü çok farklı nedenleri, tedavileri ve prognozları mevcuttur. Öykü ve fizik muayene, hastanızı kategorilerden birine sınıflandırmak için neredeyse her zaman yeterlidir. Bilinç bozukluğu hastalarında tanım gereği, kapsamlı ve ayrıntılı bir öykü almak oldukça zordur. Aile, arkadaşlar, bakıcılar, bakımevi personeli ve/veya tanıkların tümü paha biçilmez bilgi kaynaklarıdır. Deliryum için birçok tarama yöntemi mevcuttur. En basitlerinden biri konfüzyon değerlendirme yöntemidir (CAM). Psikiyatrist olmayanların da rahatlıkla kullanabileceği bir yöntem olduğu için yaygın tercih edilmektedir. Hastanın akut veya dalgalı bir seyri varsa, dikkatsizlik kanıtı varsa veya dezorganize düşünce ya da değişmiş bir bilinç seviyesi varsa (artmış veya azalmış), deliryum olma olasılığı çok yüksektir.

Tüm acil servis hastaları acil tehditler için havayolu, solunum, dolaşım, nörolojik durum ve maruziyeti içeren bir ilk değerlendirmeye ihtiyaç duyar. İlk tanısal girişimler öncelikle öykü ve fizik muayene bulguları ile belirlenir. Bu ipuçları, neden olan ana kategorilere dayalı olarak çalışan bir ayırıcı tanı oluşturulmasına yardımcı olacaktır. Genellikle bu noktada olası tedavi başlatılır. Ayırıcı tanıyı daraltmak veya doğrulamak için tanısal görüntüleme ve laboratuvar testleri istenir. Unutulmamalıdır ki acil tıpta teşhis ve tedavi dinamik bir süreçtir. Tedavi başlatılırken, hastayı sık sık yeniden değerlendirmek önemlidir. Hastaların müdahalelere verdikleri tepki, teşhisi kolaylaştıran veya farklı bir yöne bakılmasını hatırlatan şeydir. "ABCDEF yaklaşımı", bilinç bozukluğunun hızla geri döndürülebilir nedenlerini kontrol etmek için iyi bir fırsat sağlar. İdeal olarak, hasta bir monitöre bağlanırken ve damaryolu açılırken gerçekleştirimelidir. Parmak ucu kan şekeri (F): Hipoglisemi, değişen tüm hastalarda değerlendirilmesi gereken, zihinsel durum değişikliğinin yaygın, ölümcül ve geri döndürülebilir bir nedenidir. Bilinç bozukluğu hastalarında klasik bir başvuru kliniği yoktur. "Değişmiş zihinsel durum" ve "değişmiş bilinç düzeyi" terimleri yaygın olarak kullanılan kısaltmalardır, ancak belirsiz ve tanımlanamaz terimlerdir. Aynı şey uyuşukluk veya şaşkınlık gibi terimler için de söylenebilir. Her ikisi de bir miktar bilinç azalmasını temsil eder, ancak gerçek objektif bulgulardan daha çok subjektif tanımlayıcılardır.

Ayrıntılı tepeden tırnağa fizik muayene, genellikle nedene ilişkin ipuçları verecektir. Hasta tamamen soyulmalı ve muayene edilmelidir. İncelenmemiş en ufak bir alan bırakılmamalıdır. Fizik muayene, bir hastanın değişen zihinsel durumuna neyin neden olduğunu keşfetmeye çalışırken oldukça yardımcı olabilir. Glasgow Koma Ölçeği (GKS), bir hastanın zihinsel durumunu diğer sağlayıcılara iletmeye yardımcı olmak için oldukça yardımcı olabilir. GKS skoru, kafa travması sonrası prognozu tahmin etmek için tasarlanmıştır. Kimin agresif tedaviye ihtiyacı olduğuna karar vermek için sıklıkla kullanılsa da, bu amaç için hiçbir zaman kesin olarak valide edilememiştir. Ayrıca, bireysel değerlendiriciler arasında genellikle 1-2 puanlık bir farklılık olabilmektedir. Bununla birlikte, genel uyarılma düzeyini iletmenin hızlı ve kullanışlı bir yöntemidir. Bilinç bozukluğunun nedeni aranırken dikkatli olunmalıdır. Gündelik pratikte hekimler sıklıkla karşılarındaki kliniği ortaya çıkaran tek bir birleştirici neden bulmak ister ve çoğu zaman en basit cevap doğru olandır. Bununla birlikte, bilinç durum değişiklikleri genellikle çok faktörlüdür. Anormallikler fark edilene, ele alınana ve hasta temel zihinsel durumuna yakın olana kadar tanı asla garanti edilemez. Bazen bu hızlı ve nettir (hipoglisemiyi tersine çeviren dekstroz veya opioid doz aşımını tersine çeviren nalokson), ancak önemli bir iyileşme görmek çoğu zaman saatler veya günler alır. Hatta bazı durumlarda acil serviste olası nedene yönelik kesin tanı konulamamaktadır. Demans, uygulama alanımızın ötesinde nöropsikiyatrik testler gerektirir. Psikiyatrik

bozukluklar tek bir acil servis başvurusunda yeterince teşhis ve tedavi edilemez. Bu tanılar konulurken, bilinç ve davranış değişikliklerinin diğer organik nedenlerini ekarte etmek oldukça önemlidir. Bu nedenle organik sebepler için gerekli araştırma yapılmadan bir hastada psikiyatrik sebepleri ön planda düşünmek konusunda çok dikkatli olunmalıdır. Anormal yaşamsal belirtiler, fiziksel bulgular veya tanı testleri kırmızı bayraklar olarak görülmelidir.

Davranıştaki ince değişiklikleri önemli olarak kabul etmede başarısızlık, özellikle deliryumu ciddi tıbbi bir hastalığın belirtisi olarak tanıyamama, hızlı ve kolaylıkla tedavi edilebilir nedenlerin aranıp tedavi edilememesi, bir hastanın ailesiyle konuşmadan ve hastanın tıbbi karar verme kapasitesine sahip olduğunu açıkça belgelemeden tedaviyi reddetme kararını uygulamak sıklıkla yapılan yanlışlar olarak göze çarpmaktadır.

Özel Gruplarda Travma Püf Noktaları

Bahadır Karaca

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Çocuk Travma Hastasına Yaklaşım

Vücut kütlesinin daha küçük olması ve aynı sayıda organın daha küçük hacimde yer alması travma esnasında maruz kalınan enerjinin daha fazla hasara yol açmasına ve çoklu organ yaralanmalarının meydana gelmesine neden olur (1,2,3,4). Kemiklerin esnek yapıda olması ciddi kemik yaralanması veya kırığı olmaksızın iç organ hasarı oluşabilmesini açıklar. Çocuklarda kemik kırıkları çoğunlukla yeşil ağaç kırığı şeklinde görülür. Karaciğer, dalak gibi organlar görece büyük ve korumasızdır. Böbrekler etrafındaki yağ dokusu azdır (5,6). Mesane dolu iken göbek hizasına kadar çıkabilir. Tüm bunlar karın içi organların yetişkinlere göre daha fazla yaralanabilmelerine yol açmaktadır. Küçük çocuklarda mediastinal yapıların mobil olması tansiyon pnömotoraks gibi durumlarda kolaylıkla yer değiştirmelerine ve bunun sonucunda büyük damarlarda angülasyon meydana gelerek kalbe venöz dönüşün bozulmasına yol açabilmektedir. Dolaşım desteği için gereken damar yolunun açılması cilt altı yağ dokusu fazla olan küçük çocuklarda oldukça güç olabilir. Ağız yapısı ufak, dili görece büyük, hava yolları civarındaki lenfoid dokuları büyük olan özellikle okul öncesi ve ilkokul çağı çocuklarda hava yolu sağlanmasında bazı zorluklar yaşanabilir. Çocuklarda larinks daha ön ve üst yerleşimli olduğundan endotrakeal entübasyon güç olabilmektedir. Yere paralel yerleşimli kaburga yapısı nedeniyle çocukların inspiryumda göğüs ön-arka çapı yeterince genişleyemez. Çocuklarda solunum diyafragma hareketleriyle sağlanır. Bu nedenle gastrik dilatasyon, karın içinde kan birikmesi gibi diyafragma hareketlerini kısıtlayan durumlar çocuklarda kolaylıkla solunum sıkıntısı meydana getirirler. Çocuk yaş grubunda solunum yollarında düz kas dokusunun daha fazla miktarda olması bronkospazm eğilimini artırır. Çocuklarda Yüzey/Ağırlık oranının yüksek olması, cilt altı yağ dokusunun azlığı ve ısı regülasyonundaki yetersizlikler hipotermiye eğilimi artırmaktadır. Bu nedenle bebek ve çocukların muayene ve müdahaleleri sırasında ortam ısısına dikkat edilmesi ve damar içine verilen sıvıların ılık olması sağlanmalıdır. Kalp-damar sistemi de çocuklarda erişkinden farklı yanıtlar verir. Örneğin, hipovolemi durumunda gerekli olan kalp debisini artırmak için erişkin kalbi stroke volümü artırırken çocuklar dakikadaki kalp atım sayısını artırırlar. Taşikardi ve periferik vazokonstrüksiyon ile hipovolemi kompanse edilerek periferik perfüzyon sürdürülmeye çalışılır. Çocuklarda hipotansiyon erişkine göre daha geç gelişir. Toplam kan volümünün %20'si kaybedilinceye kadar sistolik tansiyon stabil kalabilir. Çocuklar metabolik asidoza meyillidir. Oksijen tüketimi erişkinin 2 katı kadardır. Erişkinlerin aksine çocuklarda solunum durması kalp durmasından daha erken ortaya çıkar. Altı yaş altında travmaya renal cevap yetersizdir. Özellikle 2 yaş altında hipovolemi ve sıvı yüklenme riski vardır. Çocuklarda travma sonrası gastric dilatasyon ve ileus erişkinlerden daha sık görülür. Travma ve ağrının yarattığı taşipne sonucu gelişen gastrik dilatasyon ciddi boyutlara ulaşabilmektedir (7). Oral hava yolu tüpleri çocuklarda kusmayı kolaylıkla uyararak aspirasyona neden olabildiğinden ve ayrıca mukozal hasar ve kanamalara yol açabildiğinden önerilmez. Travmalı çocukta midenin aşırı distansiyonu sonucu solunum zorluğu gelişmemesi için maske ile ventilasyon uzun süre yapılmamalıdır. Erişkinden farklı olarak çocuklarda krikoid kıkırdak seviyesi üst hava yolunun en dar seviyesidir. Bu nedenle 8 yaş altı çocuklarda balonsuz endotrakeal tüplerin kullanılması tercih edilir. Çocuk travma ve ağrıya hiperventilasyonla cevap verir. Hiperventilasyona bağlı aşırı hava yutulması mide distansiyonuna neden olur. Oluşan mide distansiyonuna; kusma, diyafram hareketlerini sınırlama ve hatta vena kava basısı ile venöz dönüş bozukluğuna neden olabilir. Bu nedenlerle politravmatize çocuklarda nazogastrik sonda takılarak midenin boşaltılması unutulmamalıdır (8).

Geriatrik Travma Hastasına Yaklaşım

Geleneksel kabul 65 yaş ve üzeri hastalardır. Travmalarda daha fazla komorbidite, yüksek riskli sakatlık ve ölümlerde artışa (daha küçük mekanizmalarla telafisi zor durumlar) neden olmaktadır. Yapılan çalışmalar, yaralanma riski belirlenirken kırılgan yaşlı travma hastalarının sağlıklı yaşdaşlarına göre önceden varolan komorbiditelerinin yaştan daha önemli olabileceğini göstermiştir. Fizyolojik rezervlerde azalma (FEV1), nöroendokrin, immünolojik ve nütrisyonel defektler, kronik hastalıklar (HT, DM, KKY, KOAH ve Geçirilmiş İnme), kas güçsüzlüğü ve fonksiyonel bozukluklar; kırılganlığa etki eden faktörlerdir.

Kırılganlık hastanede kalış süresi için bağımsız bir değişkendir ve mortaliteyi arttırır. Bu durumda hasta hakkında fikir sahibi olabilmek için Kırılganlık Skalası kullanılabilir. Tüm yaşlı yetişkin araç kazalarının dörtte birinde kot fraktürü görülmektedir (emniyet kemerine bağlı) Tüm künt travmalarda görülen kırıklar (özellikle yüksek seviyeli servikal, kosta, kalça ve ekstremite kırıkları) yaşlı hastalarda genç erişkinlere nazaran daha fazla görülmektedir. (FEV 1) azalmasına bağlı; hipoksi, hiperkarbi ve asidoz yanıtları yaşlı erişkinlerde körelmiştir (normal solunum hızı). Katekolaminlere verilen yanıt azalmıştır. Bu da kanama, ağrı ya da kaygıya bağlı oluşacak taşikardi yanıtını maskeleyebilir. Geriatrik künt travma hastalarında dakikada 90 üzeri kalp atışı ve 110 mmHg'den az sistolik kan basıncı artmış mortalite ile ilişkili bulunmuştur. Kafa travmalarında epidural kanama riski azalırken, subdural kanama riski artış gösterir. Yaşlı erişkinlerde beyin boyutlarında yaklaşık %30 'luk bir azalma sebebiyle beyin atrofisi, kafa içinde kanın birikebileceği alanda artışa sebep olur. Bu da olası bir subdural kanamada oluşacak semptom ve belirtilerin ortaya çıkmasını geciktirebilir Travma için sorun oluşturacak ilaç gurupları: Antikoagülanlar, Antiplatelet Ajanlar, Beta- Bloker, Kalsiyum kanal Blokeri ve Glukokortikoidler' dir. KOAH hastalarındaki glukokortikoid kullanımı mortaliteyi arttırır. Yaralanma öncesi beta blokajı, şok durumunda verilen fizyolojik tepkilerin maskelenmesiyle ölüm oranlarını arttırdığı gösterilmiştir. Yaşlanma ile birlikte total vücut yağındaki artış ve yağsız vücut kitlesindeki azalma birçok ilacın dağılım hacmini ve etki sürelerini uzatabilir. Karaciğer ve böbrek fonksiyonlarındaki azalma, birçok ilacın metabolizmasını ve yok edilmesini değiştirir. Yaşlı hastalara reçete edilen: Benzodiazepin, antidepresn ve sedatifhipnotik ilaçların bu hastaların düşmesi ile güçlü ilişkisi olduğu anlaşılmıştır.

Değerlendirme ve İlk Müdahale Sorgulanması gerekenler;

- Travmadan hemen önce ne oldu?
- Hasta hangi ilaçları alıyor?
- Hastanın altta yatan hastalıkları neler?
- Travmatik olaydan önce hastanın temel motor seviyesi ve bilişsel işlevi nasıldı?
- Hastaya bakan biri mevcut mu?

Havayolu ve Solunum: Ağız açıklığı (temporomandibular artrit) ve protezler kontrol edilmelidir. Takma dişlerin çıkarılması BVM ile solutmada zorluk çıkarabilir. Geriatrik travma hastalarında dakikada 10 nefesin altında solunum sayısı yüksek mortalite ile ilişkili bulunmuştur. İnvaziv olmayan girişimler (NIPPV) travma hastalarında yaşamsal bulguları düzeltmiştir.

Dolaşım: Normal vital bulgular klinisyende yanlış bir konfora sebep olabilir. SKB <110 mmHg ve KTA>90 olması mortal seyretmektedir. Normotansif hastalarda şok belirtileri aramak gerekiyor. Kan gazı incelemesinde bakılacak laktat düzeyleri hipoperfüzyon ve şok tanımlaması için önemlidir. Agresif resüsitasyon hipotansiyon ve hipoperfüzyon bulguları olan yaşlı travma hastaları için başlangıç tedavisi için uygundur. Hızlı 500 cc SF bolus infüzyonu ve hastanın tepkisini değerlendirmek, gerekirse tekrarlamak (ek hastalıklara dikkat!) Ek hastalık durumunda (KKY) kan ürünlerini erken tranfüzyonu gereklidir. Aşırı kanamaya sekonder miyokard iskemisi unutulmamalıdır.

Analjezi: Ağrı kontrolü yaşlı travması için çok önemlidir Opioidler analjezi için iyi bir tercihtir. Fentanil yaşlı travma hastaları için iyi bir seçimdir Standart dozlar yaşlı bireylerde %30 ile 50 arasında düşürülmelidir. Yaşlı travma hastaları için 25-100 mcg Fentanil dozları uygundur.

Görüntüleme: Yaşlı travma hastalarında görüntüleme eşiğini düşük tutmak gerekiyor. Kontrastlı BT çekilecekse, kontrast nefropatisi açısından tüm önlemler alınmalıdır. Geriatrik tüm kafa travmalarında BT çekilmesi gerekmektedir. Nexus, Kanada ve New Orleans Kriterleri yaşlılar için kullanılmamalıdır. Kapalı kafa travması olan warfarin kullanan yaşlı hastalarda ilk BT 'de kanama yoksa, iki saatte bir nörolojik değerlendirme şartıyla 12 saat izlem önerilmektedir.

Servikal Omurga Yaralanmaları: Yüksek servikal kırıklar daha yaygındır. (C1, C2 ve Tip 2 Odontoid) Yaşlı hastalarda daha sık görülen servikal stenoz, dejeneratif romatoid ve osteoartrit gibi durumlar omurgayı kırılgan hale getirir. Pelvis, kalça ve ekstremitelerin kas-iskelet sistemi yaralanmaları: 55 yaşın üzerindeki hastalarda pelvik kırık varsa mortalite 4 kat artmaktadır. Kalça ve pelvis kırıklarına ek olarak yaygın yaralanma bölgeleri distal radius, ulna ve proksimal humerustur. Bu kırıklar da mortalitede artışa sebep olur (9).

Gebelikte Travmaya Yaklaşım

Temel prensipler:

- Travma ile gelen bütün kadınların gebe olabileceği akılda tutulmalıdır
- Annenin resüsitasyonu öncelikli gelir.
- Anne ne kadar iyi ise bebeğe ulaşan kan miktarı da o kadar artacaktır.

- Küçük bir maternal travma dahi düşük, plasenta dekolmanı ve uterus rüptürü oranını artırır
- İlk yaklaşımda gebelik haftasının tahmini, ileri dönemde yapılacak müdahaleler için önemlidir.
- Pratik olarak uterus eğer umblikus üzerinde ise fetus 20 hafta ve üzeri, eğer umblikus altında ise 20 hafta altında olduğu tahmin edilebilir.
- Annenin maternal resüsitasyonu için sezaryen gerekip gerekmeyeceğine karar vermek önemlidir. Eğer uterus umblikus üzerinde ise vena kavaya baskı yapacağı için resüsitasyonu zorlaştıracaktır ve acil sezaryen operasyonu gerekebilir. Ayrıca fetal viabilite 22 hafta olmasından dolayı, fetal endikasyonlar için sezaryen kararı verirken bu haftanın altında bir fetus için ek operasyon yapmaya gerek yoktur.
- Bilinmelidir ki fetus için en iyi resüsitasyon annenin iyi resüsitasyonudur.
- Başlangıçtaki hedef, travmalı bir hastaya yaklaşım olan annenin havayolunu açmak, solunumunu sağlamak, dolaşım ve kardiyopulmoner stabiliteyi sağlamaktır (10).

Hava yolu: Hem entübasyon hem de maske ile ventilasyon gebeliğin ilerleyen zamanlarında zor olabilir, ayrıca eleve olan diyafram ventilasyona karşı direnç oluşturabilir. Gebe bir kadında fizyolojik olarak, fonksiyonel rezidüel kapasitedeki azalma, oksijen tüketiminin artması ve intrapulmoner şantın artışı nedeniyle daha hızlı hipoksemi gelişir (11,12). Maternal oksijen saturasyonu (SaO2) %95'in üzerinde tutulmalıdır, eğer bunun altına inerse plasentaya gidecek olan oksijenin de azaldığı bilinmelidir. Göğüs tüpü yerleştirmek gerekiyorsa diyaframın gebelikte yükseldiğini unutmamak gerekir. Normalde 5. interkostal aralığa yerleştirilirken gebelerde bir veya iki üst interterkostal aralık tercih edilmelidir (13,14).

Göğüs kompresyonu: 2015 yılında Amerikan Kalp Vakfı (AHA), gebe olan bir hasta ile olmayan hasta arasında göğüs kompresyonu uygulama şekli arasında farklılık olmadığını belirtmiştir (15).

CPR sırasında ilaç kullanımı: Gebe olmayan bir kadında kullanılan bütün ilaçlar, dozları da aynı olmak üzere gebe bir kadında CPR sırasında kullanılabilir (16,17).

Uterusun sola itilmesi: Supin hipotansif sendromu önlemek amaçlı ve etkili ressüsitasyon yapabilmek için uterus sola deviye edilmelidir. El yardımı ile uterus fundusu orta hattan yaklaşık 3,5 cm sola deviye edilebilir.

Multiple travmalı hastada elle müdahelede sorun varsa, yattığı masa sola doğru eğilebilir veya hastanın sırtına yerleştirilen yastık veya yuvarlanmış bir battaniye de hastanın sola doğru yatmasını sağlayacak ve böylece aortokaval kompresyon önlenerek, venöz dönüş minimal olarak etkilenecektir (18).

Fetal monitorizasyon ve doğum zamanlaması: Genel olarak ilk öncelik annenin stabilizasyonudur.Annenin kardiyopulmoner resüsitasyonu sırasında fetal monitorizasyon önerilmemektedir. Eğer CPR başarılı oldu ve anne hemodinamisi stabil hale getirildi ise gestasyonel hafta hesaplaması yapılarak, fetal monitörizasyona geçilebilir. Amerikan Kalp Vakfı'nın önerisine göre eğer fetus viable ise maternal resüsitasyona yanıt vermeyen hastalarda 4 dk. içinde sezaryen operasyonuna girilmeli ve bebek 5 dk. içinde doğurtulmalıdır (1,20,21).

Görüntüleme Yöntemleri: Ultrasonografinin yeterli olmadığı durumlarda MR veya CT yapılabilir. MR' da iyonizan radyasyon olmadığı için ileri görüntüleme yöntemleri arasında daha çok yeğlenmektedir. Ancak bilinmelidir ki gerekli olduğu durumlarda iyonize radyasyon içeren direk görüntüleme yöntemlerinden kaçınılmaması gerekir. Bu durumda hem fetusa etki edecek radyasyon miktarı çok azdır hem de major bir travmada annenin genel durumu fetustan daha önce gelmektedir (22).

Ablasyo Plasenta: Travma sonrası ablasyo plasenta normal obstetrik popülasyona göre daha sık izlenir. Ablasyo belirtileri, vajinal kanama, karın ağrısı ve uterin kontraksiyonlardır. Ultrasonografik inceleme ve laboratuvar bulguları şüphelenilen durumlarda yardımcı olur (23,24,25).

Doğuma Karar Vermek: Acil sezaryen kararı vermek için iki amaç önemlidir;

1. Anne ölümü gerçekleştiğinde fetusun hayatını kurtarmak amaçlı olabilir. Fetal endikasyonlarla sezaryen gerçekleştirilecekse önceden gebelik haftası saptanmalıdır.

2. Eğer kardiyopulmoner resüsitasyon efektif olarak yapılamıyorsa anne yaşamını kurtarmak (26,27).

Taktik Alanda Travma Hastasına Yaklaşım

Düşük ekonomik gelirli çoğu ülkede barış-zamanı sürdürülen sağlık hizmetleri standart olarak zaten sınırlıdır veya yoktur. Buna bir de silah yaralanmalarının getirdiği yük eklendiğinde sistem çabucak alt üst olur. Oturmamış bir sağlık sistemi silahlı çatışmanın ilk kurbanlarından biridir. Sistemin tedarik kanalları kesilir. Binalar harap olur. Tıbbi personelin hastaneye geliş gidişi barış-zamanına göre oldukça zorlaşır. Yeterli kaynakların yokluğu sadece tanı ve tedavi teknolojilerinin yokluğu ile sınırlı değildir. Bunların ötesinde, insan kaynağı yoksunluğu mevcuttur

(28,29). Multidisipliner ekiplerin parçası olarak yetişen cerrahlar ve acil hekimleri, savaş veya çatışma durumlarında kendilerini tüm tıbbi müdahaleler için iş yükünü omuzlamak üzere tek başına bulurlar. Normal koşullarda sadece göz aşinası oldukları işleri bu koşullarda üstlenmek durumunda kalırlar. Oysa yaklaşık 50 yıl önce çok yaygın olan bu duruma yani "her şeyi yapmak" zorunda olan multidisipliner cerrahi ve tıbbi bakım felsefelerine geri dönmek çok kolay bir iş değildir (28). Savaşın cereyan ettiği çevre umutsuz ve acılarla doludur. Cerrahi işlemlerin sınırı, çoğunlukla bulunulan çevredeki lojistik zorluklarla belirlenir. Yetersiz bakım onarım faliyetlerinin olması bunlardan birkaçıdır. Nadiren altyapı fonksiyonlarının kontrolü için yeterli teknik destek personeli bulunur (29). İstenmeyen şartlar hastayı ve sağlık personelini risk altına sokabilir ve bu yüzden daha düşük düzeyde optimal çalışma şartları oluşturabilir. Tehlikeli tahliye yolları, transport ve sonuç almada gecikmeye sebep olabilir. Hastaneler ve ilk yardım merkezlerinin doğru seçiminin yapılmasıyla hasta ve sağlık çalışanlarının güvenliği sağlanmalıdır. Sağlık tesisleri ve ambulanslar, uluslararası insancıl hukukun öngördüğü şekilde Kızılay, Kızılhaç ya da Kızılkristal gibi işaretlerle açıkça belirlenmelidir (28). Yirminci yüzyılın büyük savaşlarının katliamları ve bir savaşta ortaya çıkan binlerce yaralının tedavisinde triyajın önemi hakkında çok şeyler yazıldı. Bu dersler halen günümüz çatışmalarındakilerle ilişkilidir. Mantık şu olmalıdır: "herkes için herşeyi yapmak" değil "en çok kişi için en iyisini yapmak" (28,30). Triyaj kararları, tüm tıp pratiğindeki en zor kararlardandır, çoğunlukla etik ikilemler oluşturur. Tıbbi kriterler ve askeri gereklilik arasında bir çatışma oluşturur ve uzlaşma gerektirir. Triyaj yapan personel, mesleki tıbbi doğrularını gözden geçirirken, bu uzlaşmanın gerekliliğine hazır olmalıdır (29). Olumsuz şartlarda, farklı merkezlerde, farklı cerrahlar tarafından tedavi edilen çok sayıda hastanın bakımı basit müdahale, güvenlik ve hızlı cerrahi müdahaleyi gerektirir. Yetersiz sayıda çalışanın bulunduğu kitlesel yaralanmalarda ihtiyaç olan şey hızdır ve çalışanlar karmaşa ve bozukluğa yol açmamalıdırlar. Basamaklı yara bakımı belirli standartları ve sistemik yaklaşımı gerektirir; en iyi sonuç için en az miktarda cerrahi işlem uygulanması, yaşamı ve uzuvları korumak ve sonrasında hastayı yaralı bakım zincirindeki bir sonraki basamağa göndermek gibi. Sahadaki sorumlu cerrah tarafından cerrahi prosedürlerin takip edilmesi imkansız olmasa da zor bir iştir ve kişisel yöntem ve yaklaşımları önler. Standart protokoller daha önce de bahsedildiği gibi gereklidir (28,29,30).

Savaş yaralarının temel tedavi prensipleri aşağıdaki basamakları içermektedir:

1. Erken ve tam yara eksizyon ve irrigasyonu.
2. Yeterli yara drenajı
3. Gereksiz pansuman değişimlerinden kaçınmak.
4. Gecikmiş primer kapatma.
5. Destekleyici olarak antibiyotik
6. Gerekliyse immünglobülin ve tetanoz aşısı.
7. İnternal kemik fiksasyonundan kaçınmak
8. Erken fizyoterapi (28).

REFERANSLAR

1. Cooper A, Barlow B, DiScala C, String D. Mortality and truncal injury: the pediatric perspective. J Pediatr Surg 1994; 29(1):33-38.
2. Nance ML, Sing RF, Reilly PM, Templeton JM Jr, Schwab CW. Thoracic gunshot wounds in children under 17 years of age. J Pediatr Surg 1996; 31(7):931-935.
3. Tepas III JJ, Dokler ML. Critical care of the injured child. Semin Ped Surg 1995;4(2):120- 127.
4. Maksoud JG, Moront ML, Eichelberger MR. Resuscitation of the injured child. Semin Ped Surg 1995; 4(2):93-99.
5. Snyder CI. Abdominal and genitourinary trauma, In Ashcraft KW, Murphy JP, Sharp RJ, Sigalet DL, Snyder CI (eds): Pediatric Surgery, 3rd edition, WB saunders, Philedelphia. 2000, p:204.
6. Ceylan H, Gunsar C, Etensel B, Sencan A, Karaca I, Mir E. Blunt renal injuries in Turkish children: a reviews of 205 cases. Pediatr Surg Int 2003; 19(11):710-714.
7. Söylet Y, Emir H, Karnak İ, Çelik A. Pediatrik Travma. In: Taviloğlu K, Ertekin C, Güloğlu R, editors. Tavma ve Resüsitasyon Kursu. İstanbul, Logos Yayıncılık, 2006:171-187.
8. Söylet Y, Emir H, Karnak İ, Çelik A. Pediatrik Travma. In: Taviloğlu K, Ertekin C, Güloğlu R, editors. Tavma ve Resüsitasyon Kursu. İstanbul, Logos Yayıncılık, 2006:171-187.
9. Tintinalli, J. (2015). Tintinallis emergency medicine A comprehensive study guide. McGraw-Hill Education.
10. 1. Committee on Trauma of the American College of Surgeons. Advanced Trauma Life Support: Course for Physicians, 5th ed, American College of Surgeons, Chicago, 1993, p. 17.
11. 2. Pernoll ML, Metcalfe J, Schlenker TL, et al. Oxygen consumption at rest and during exercise in pregnancy. Respir Physiol 1975; 25:285-93.
12. 3. Baldwin GR, Moorthi DS, Whelton JA, MacDonnell KF. New lung functions and pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1977; 127:235-39. https: // doi.org /10.1016/0002-9378(77)90460-4
13. 4. Mendez-Figueroa H, Dahlke JD, Vrees RA, Rouse DJ. Trauma in pregnancy: an updated systematic review. Am J Obstet Gynecol 2013; 209:1-10. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.01.021

14. 5. Brown HL. Trauma in pregnancy. Obstet Gynecol 2009; 114:147-60. https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181ab6014
15. 6. 19. Jeejeebhoy FM, Zelop CM, Lipman S, et al. Cardiac Arrest in Pregnancy: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation 2015; 132: 1747-73. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000300
16. 7. Doan-Wiggins L. Resuscitation of the pregnant patient suffering death. In: Cardiac Arrest: the science and practice of resuscitation medicine, Turrentine MA, Braems G, Ramirez MM (Eds), Williams and Wilkins, Philadelphia 1997. p.812.
17. 8. Soltesz EG, vanPelt F, Byrne JG. Emergent cardiopulmonary bypass for bupivacaine cardiotoxicity. J Cardiothorac Vasc Anesth 2003; 17:357-8.
18. 9. Kundra P, Khanna S, Habeebullah S, Ravishankar M. Manual displacement of the uterus during Caesarean section. Anaesthesia 2007 ;62:460-5. https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2007.05025.x
19. 10. Jeejeebhoy FM, Zelop CM, Lipman S, et al. CardiacArrest in Pregnancy: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation 2015;132:1747-73. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000300
20. 11. Soar J, Perkins GD, Abbas G, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 8. Cardiacarrest in special circumstances: Electrolyte abnormalities, poisoning, drowning, accidental hypothermia, hyperthermia, asthma, anaphylaxis, cardiacsurgery, trauma, pregnancy, electrocution. Resuscitation 2010; 81:1400-33. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2010.08.015
21. 12. 25. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Maternal Collapse in Pregnancy and the Puerperium. Green-top Guideline No. 56. January 2011. http://www. rcog.org.uk/files/rcog-corp/GTG56.pdf (Accessed on February 12, 2014).
22. 13. Mann FA, Nathens A, Langer SG, et al. Communicating with the family: the risks of medical radiation to conceptuses in victims of major blunt-force torsot-rauma. J Trauma 2000; 48:354. https://doi.org/10.1097/00005373-200002000-00033
23. 14. Connolly AM, Katz VL, Bash KL, et al. Trauma and pregnancy. Am J Perinatol 1997; 14:331-6. https://doi.org/10.1055/s-2007-994155
24. 15. Dahmus MA, Sibai BM. Blunt abdominal trauma: are there any predictive factors for abruptio placente or maternal-fetal distress? Am J Obstet Gynecol 1993; 169:1054-9. https://doi.org/10.1016/0002-9378(93)90053-L
25. 16. 38. Mihmanlı V, Karahisar G. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 2012;46(4):225-31.
26. 17. Pearlman MD, Tintinallli JE, Lorenz RP. A prospective controlled study of outcome after trauma during pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1990; 162:1502-7
27. 18. Yorgancı K, Yorgancı A. Gebelikte Travma, Travma ve Resüsitasyon Kursu (TRK) 2006;15:195-202.
28. Giannou, C., Baldan &. M Comité international de la Croix-Rouge (2010). La chirurgie de guerre: travailler avec des ressources limitées dans les conflits armés et autres situations de violence. CICR.
29. Lynn, M., Lieberman, H., Lynn, L., Pust, G. D., Stahl, K., Yeh, D. D., & Zakrison, T. (Eds.). (2018). Disasters and mass casualty incidents: The nuts and bolts of preparedness and response to protracted and sudden onset emergencies. Springer.
30. Spinella, P. C. (Ed.). (2019). Damage Control Resuscitation: Identification and Treatment of Life-Threatening Hemorrhage. Springer.

Ekstremite Travmalı Hangi Hasta Yatmalı?

Merve Nur Uğurlu Kaya

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Travma olguları acil serviste sık karşılaşılan hasta gruplarındandır. Acil servise başvuran travma hastalarında temel amaç; Hayati tehlikeleri öngörebilmek, diğer ek yaralanmalarla birlikte öncelikli yönetimi sağlayabilmek, yaralanmanın cerrahi tedavi gerektirip gerektirmediğini belirleyebilmektir. Acil servise travma ile başvuran hastalara yaklaşımda hasta bir bütün olarak görülmelidir. Birincil bakıda havayolu, solunum ve dolaşım değerlendirilmelidir. İkincil bakı olarak her 4 ekstremite ayrı ayrı değerlendirilmeli. Her bir ekstremitenin nörovasküler durumu ve eşlik eden yumuşak doku travmaları değerlendirilmelidir. Görüntüleme kararı sistematik palpasyon ile önemli nokta hassasiyet gözlemi ve yaralanma mekanizmasına dayandırılmalıdır. Radyografik değerlendirmede **kırığın üst ve altındaki eklemler** mutlaka değerlendirilmelidir. Şüphelenilen her kemiğin **en az** ön arka ve yandan olmak üzere **2 pozisyonda** röntgeni çekilmelidir. Kırıklar; yumuşak dokunun durumuna göre, anatomik yerleşimlerine göre, eklem ile ilgisine, kırık çizisinin yönüne göre, kırığın derecesine göre sınıflandırılabilir. Acil servis yönetiminde cerrahi bir girişim uygulanıp uygulanılmayacağından emin oluncaya kadar oral alım kesilmelidir. Ekstremitenin şekil bozukluğu kademeli, sabit, doğrusal ve nazik bir traksiyon ile düzeltilip atellenmelidir.

Ortopedik aciler; kompartman sendromu, redükte edilemeyen çıkıklar, nörovasküler yaralanmanın eşlik ettiği durumlar, açık kırıklar, cerrahi girişim gerektiren yaralanmalardır . **Hayati tehlike içeren durumlar**; major damarlardan aktif kanama, ciddi crush yaralanmalar, proksimal seviye ampütasyonlar, multiple proksimal ekstremite kırıkları hayatı tehdit eden potansiyel ekstremite yaralanmalarıdır. **Ekstremiteyi tehdit eden durumlar**; kompartman sendromu, açık kırık, redükte olmayan çıkıklardır.

Açık kırık durumunda yaranın bol su ile irrigasyonu tetanoz profilaksisi ve antibiyoterapi uygulanmalıdır. Yara 10 cm'den küçükse 1. Kuşak sefalosporinler, 10 cm'den büyükse 1. Kuşak sefalosporinler ve aminoglikozidler, toprakla ciddi bir kirlenme mevcutsa penisilin tedaviye eklenmelidir. Penisilin alerjisinde metronidazol kullanılabilir. Ağrı kontrolü için ekstremite eleve edilmeli ve soğuk uygulama yapılmalıdır. Kapiller dolumu uzamış, nörovasküler dolaşımı şüpheli hastalarda ise soğuk uygulama önerilmez. Kompartman sendromu şüphesi olan durumlarda kliniği baskılama açısından analjezik tedavi sırasında dikkatli olunmalıdır.

Kompartman sendromu; Sınırlandırılmış vücut boşluklarındaki basınç atışının boşluklar içindeki dokuların fonksiyon ve dolaşımını bozması sonrasında gelişir Kompartman sendromunun en sık nedenleri tibia kırıkları, ön kol kırıkları, vasküler zedelenmeler, intrarteriyel ilaç enjeksiyonu, ciddi crush yaralanmalar ve yanıklardır. En önemli klinik bulgu ciddi şişlik ve narkotik dahil analjezik tedaviye yanıt vermeyen ağrıdır. Ciddi klinik şüphe varlığına acil fasyotomi gereklidir.

Üst ekstremite yaralanmaları; Doku iskemisi, redükte edilemeyen çıkıklar, ciddi crush travmalar, açık kırıklar, kompartman sendromu ve amputasyonlar el cerrahisi için acil konsültasyon endikasyonlarıdır. En sık görülen metakarp fraktürleri boksör kırığı olarak da bilinen 4. ve 5. metakarp kırıklarıdır. El bileği kırıkları erişkinlerde en sık görülen kırıklardandır. En sık görülen el bileği kırığı distal radiusun ekstraartiküler transvers kırığı olan Colles kırığıdır. Barton, Smith kırıkları el bileğinde görülen eklem içi kırıklardır. Skafoid kırıklarında uygun tedavi edilmemesi durumlarında avasküler nekroz riski mevcuttur. Lunatum çıkığı, perilunat kırıklı çıkık ve skafolunat ayrışma en önemli karpal bölge yaralanmalarındandır. Önkolda en sık görülen patolojiler izole ulna kırıkları (sopa kırığı), ön kol çift kırıkları ve kırığa eşlik eden çıkıkların olduğu Monteggia ve Galeazzi kırıklarıdır. Dirsek bölgesinde sık görülen patolojiler; Humeroulnar dislokasyon (dirsek çıkığı), Humerus distal kırığı, Terrible triad, Radius başı kırıkları, Kapitellum kırıkları, Olecranon kırıklarıdır. Pediatrik hastalarda dirsek patolojilerinden en önemlileri suprakondiler humerus kırıkları, radius boyun kırıkları, lateral kondil kırıkları, medial epikondil kırıkları ve izole dirsek çıkıklarıdır. **Temel reis bulgusu** olan ve **dirsek fleksiyon gücü azalmış hastalarda distal biceps tendon rüptürü** düşünülmelidir. Humerus distal şaft kırıkları radial sinirle yakın komşuluğu nedeniyle önemlidir. **Omuz çıkıklarında sık görülen anterior çıkıklar**dır. Elektrik çarpması, epilepsi nöbeti gibi durumlarda posterior omuz çıktıklarından şüphelenilmelidir. **İnferior omuz çıkığı (luksasyoerekta);** hastanın dirseği fleksiyona ve el hastanın başı üzerinde gelir. **Nörovasküler zedelenmeye yol açabileceği için muayene detaylı yapılmalıdır.** Skapula kırıkları sık görülmez

genellikle yüksek enerjili travmalar sonucunda ortaya çıkar. Eşlik edebilecek akciğer, toraks boşluğu, omuz kuşağı yaralanmaları ve kot fraktürleri için dikkatli olunmalıdır. **Klavikula kırıkları** omuz üzerine direk düşme veya açık el üzerine düşme ile meydana gelir.

Alt ekstremite yaralanmaları; Pelvik bölge yaralanmaları eşlik edebilecek jinekolojik, ürolojik, intraabdominal, retroperitoneal yaralanmalar olabileceği için multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Skrotal hematom açısından (destot) bulgusu kontrol edilir. Rektal değerlendirme ile prostatın yukarı veya arkaya yer değişikliği değerlendirilir. Anal sfinkter tonusundaki azalma nörolojik yaralanmayı düşündürürken üretral meadaki kan ürolojik yaralanmayı akla getirir. Stabil olmayan pelvis kırıkları şoka neden olabilir. **Pelvis çarşaf ile bağlanarak geçici stabilizasyon sağlanır.** Pelvik kırığı olan ve hemodinamisi unstabil hastalarda diğer kanama odakları dışlandıktan sonra anjiografi düşünülmelidir. Anjiografik embolizasyon arteriyel damar kanamalarında etkili iken pelvisin dışardan sabitlenmesi ise venöz kanama kontrolünde daha etkilidir. **Pelvik kırıklar** pelvik halka kırıkları ve asetabular kırıklar olarak 2 grupta sınıflandırılır. Pelvik halka kırıklarında lateral kompresyon, AP kompresyon ve vertikal makaslanma olarak 3 tip kırık vardır. **Posterior kırıklı çıkık durumunda redüksiyon için acil ortopedi konsultasyonu önerilir.** Redüksiyon süresinin uzaması Femur başı avasküler nekroz için risk oluşturur. Kalçada en sık femur boyun, intertorakanterik ve suptorakanterik kırıklar görülür. Kalça kırıklarında kısalmış abduksiyon ve dış rotasyonda ekstremite görülür. **Femur şaft kırıkları** genellikle genç hastalarda yüksek enerjili travmalar sonucu ortaya çıkar. Diz yaralanmalarında patella kırıkları, tibia plato kırıkları, bağ zedelenmeleri gibi patolojiler meydana gelebilir. **Diz çıkıklarında anterior çıkıklar en sık** rastlanan çıkıklardır. Ciddi bağ yaralanmaları nedeniyle diz çıktıklarının **% 50'si kendiliğinden yerine oturmaktadır.** Bu hastalarda **%50 ihtimalle popliteal arter ve peroneal sinir zedelenmesi görülür. Tibia şaft** kırıkları ince bir deri örtüsü nedeniyle açık kırıkların en sık görüldüğü kırıklardandır. Distal tibia eklem içi kırıkları (pilon), malleol kırıkları ve ayak bileği kırıklı çıkıkları ayak bileğinde en sık görülen kırıklardır. Epifizleri açık olan **pediatrik hastalarda** ayak bileği travması sonucunda **distal tibia epifizyoliz kırıkları** meydana gelebilir. Bunlardan en sık bilineni **3 planda kırığın olduğu triplan** kırıklardır. Aşil tendon rüptürü genellikle spor esnasında ortaya çıkar. Sıklıkla kalkaneus yapışma yerinin 2 - 6 cm yukarısındaki bölgeden kopma meydana gelir. Kalkaneus kırıkları sıklıkla yüksekten düşme sonucu meydana gelir. Aksiyel yüklenme ile meydana gelen kırık olduğu için eşlik edebilecek tibia plato, asetabulum ve omurga kırıkları için grafiler de alınmalıdır. Subtalar eklemde çökme olan kırıklarda cerrahi tedavi gereklidir. **Aşilin çekmesi ile oluşan kalkaneus dil kırıkları ciltte bası ve nekroz oluşturabileceği için acil ortopedik cerrahi gerekir. Talus boyun kırıkları** talus kırıkları arasında önemli bir yere sahiptir. Vasküler beslenmesi zayıf olduğu için deplasman olan kırıklarda erken dönemde cerrahi fiksasyon önerilir. **Lisfrank zedelenmeleri** plantar fleksiyondaki ayak üzerine düşülmesi sonucu aksiyel yüklenme ile sıklıkla ortaya çıkar. Ön, arka, yan ve oblik grafiler dışında **basarak stres grafileri de alınarak** eklem stabilitesi değerlendirilmelidir. Ayak yaralanmalarında 5. Metatars kırıkları (jones) kırıkları sık görülen metatars kırıklarındandır.

Asit-Baz Bozuklukları Arter Kan Gazı

Tuba Cimilli Öztürk

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Kan gazı değerlendirmek için kullanılan iki yöntem vardır:

1. 'Henderson-Hasselbalch Metodu': Teorik olarak basit ve işe yarar görünmekle birlikte gerçek hastada hataya açıktır. Nedene yönelik tanımlamalarda eksiklikleri vardır. Serbest su miktarındaki değişikliklerinin veya elektrolit bozukluklarının ve albümin düşüklüğünün asit-baz dengesine etkisini göstermez.
2. 'Stewart Metodu': Daha fizyolojik ve fizikokimyasal temeller üzerine kurulu bir analiz yöntemidir. Sunumda bu yöntem anlatılacaktır.

Asidemi – Alkalemi kavramları

Asidoz ve alkaloz süreçleri ifade ederken, asidemi ve alkalemia sonuçta görülen serum ph'sını tanımalar. Örneğin asidemik bir hastanın en az 1 aisdozu ve aynı zamanda birden fazla alkolozu bir arada olabilir.

Vücut, hemostazın bir gereği olarak, ne olursa olsun elektriksel olarak nötr kalmak zorundadır. Bu sebeple 'kan' gibi vücut sıvıları sürekli olarak bu dengeyi sağlamaya çalışır. Bu dengeyi koruyan bağımlı- bağımsız değişkenler mevcuttur.

Bağımlı değişkenler:

H^+: Bilinenin aksine vücutta asit-baz dengesini belirleyen esas etmen H+ miktarı değildir. H+ gerektiğinde ihtiyaç halinde üretilir.

HCO^3: Vücutta sınırsız HCO3 kaynağı mevcuttur, dengesi ise böbrekler tarafından sağlanır.

Bağımsız değişkenler:

Asit baz dengesini belirleyen esas etmenler bu "bağımsız" değişkenlerdir.

CO2 arttığında asidemiye, azaldığında alkalemiye katkı sağlar **(PaCO2)**

Zayıf asitler **(albümin**, sülfat ve fosfat)**

Güçlü iyonlar **(Na / Cl)**

Güçlü iyon farkı-SID: Güçlü anyon ve katyonlar arasındaki farkın sabit tutulması asit-baz dengesine ulaşmanın en temel yoludur. Normal asit baz dengesi için olması gereken fark '38'dir.

SID = güçlü katyonlar – güçlü anyonlar

SID = [(Na)+(K)+(Ca)+(Mg)] – [(Cl)+ (diğer güçlü anyonlar)]

SID azalırsa metabolic asidoz artarsa metabolic alkaloz lehinedir.

Güçlü iyon açığı-SIG:

SIG = Baz defisit – (SID + albümin + laktat)

SIG = Baz defisiti - [(SID – 38) + 2.5 (4.2 - Albumin (g/dL))+Laktat]

SIG >2 ise; mevcut hesaplayabildiklerimizden fazla asit var demektir. Üremi, DKA, AKA, ASA, etilen glikol, metanol, propilen, demir, INH, Paraldehid, Kısa barsak sendromu, D laktik asidoz....

SIG negatif ise; Hiperkalsemia, Hipermagnezemi, Hiperkalemi, immunoglobulin, Bromür, Nitrat, Lityum Overdozu akla gelmeli.

Basamaklı Kan Gazı Analizi:

1. Kan gazı (venöz olması yeterli), elektrolitler, albümin, laktat için kan alalım
2. pH ya bakalım

> 7.45 ise hastanın sorunu 'alkalemi'

<7.35 ise hastanın sorunu 'asidemi'

3. PaCO2'ye bakalım

> 45 ise respiratuvar asidoz

<35 ise respiratuvar alkaloz

4. SID hesaplayalım

>38 ise metabolik alkaloz; Nazogastrik dekompresyon, Volüm kaybı, Hiperaldosteronizm, Diüretik

<38 ise metabolik asidoz

SID <24 olan bir sıvı veriliyor olabilir (ör: NS, ½ NS, %5 Dex), Renal tubuler asidoz, İshal

5. Laktat

> 2 ise hiperlaktatemi

> 4 enfeksiyon aranmalı

6. SIG hesaplayalım

SIG = (Baz defisiti) + (SID – 38) + 2.5 (4.2 - Albumin (g/dL)) – Laktat

SIG >2 ise mevcut hesaplayabildiklerimizden fazla asit var demektir

Anyon GAP bakalım; NAGMA veya HAGMA olabilir. (Üremi, DKA, AKA, ASA, etilen glikol, metanol, propilen, demir, INH, Paraldehid, Kısa barsak sendromu, D laktik asidoz)

SIG negatif ise (Hiperkalsemia, Hipermagnezemi, Hiperkalemi, immunoglobulin, Bromür, Nitrat, Lityum Overdozu)

7. Kompanzasyon var mı?

8. Osmolar gap bakalım

Eğer SIG de ki artış bir nedene bağlanamıyorsa toksik alkol varlığı için ozmolar açık hesaplanır.

Ozm Gap = Ölçülen Ozmalite – (2 Na + Gluc/18 + BUN/2.8 + ETOH/3.7)

Ozm Gap >10 ise Metanol, Ethylene glikol, mannitol, isopropanol (isopropyl alkol), propilene glycol, lithium

Ozm Gap > 50 ise toksik alkol nerdeyse kesin diyebiliriz

Örnek Vaka-1

Laktat + [(Na-Cl)-38] + [2.5*(4.2-Alb)] = BE

- pH= 7.05
- $PaCO_2$ = 14mmHg
- Pa O_2 = 96 mmHg
- HCO_3 = 5
- BE= -18
- Na= 122 mEq/l
- K= 5.3 mEq/l
- Cl= 88 mEq/l
- Albumin= 5.2 g/dl
- Laktat = 0.5 mEq/l

pH=7.05 ....asidemi

PaCO2= 14----respiratuar alkaloz

Beklenen pCO2 : (1,5 x HCO3) +8 = 15.5

SID = 122-88 = 34 olması gereken SID 38 idi -4'lük bir SID asidozumuz var
Laktat = 0.5 normal
Albumin= 2.5 * (4.2 – 5.2) = -2.5 'lik bir asidoza katkı sağlar

SID= -4
Albumin= -2.5
Laktat= -0,5

Toplam BE= -7

SIG = (Base Defisiti) + (SID – 38) + 2.5 (4.2 - Albumin) – Laktat
SIG= 18-(-4-2.5-0.5)= -11 (Hala -11'lik açıklamamız gereken bir asidozumuz var)

Anyon açığı (122-88-5= 29) artmış -------- CAT MUD PILES, diyabetik-alkolik-açlık ketoz olabilir

Örnek Vaka-2

Laktat + [(Na-Cl)-38] + [2.5*(4.2-Alb)] = BE

- pH= 7.30
- $PaCO_2$ =30 mmHg
- Pa O_2 = 68 mmHg
- HCO_3 = 14
- BE= -10
- Na= 140 mEq/l
- K= 3.9 mEq/l
- Cl= 115 mEq/l
- Albumin= 1.5 g/dl
- Laktat = 1.3 mEq/l

pH= 7.30 ----Asidemi

PCO2= 30 ---- Respiratuar alkaloz

Beklenen CO2= (1.5*HCO3) +8 = 29 tam kompanzasyon

SID = 140-115= 25 olması gereken SID 38 idi 25-38= -13 SID asidozu lehine

Laktat = 1.3 (<2, laktik asidoz yok)
Albumin= 2.5 * (4.2 – 1.5) = + 6.75 'lik bir alkaloza katkı sağlar

SID= -13
Albumin= +6.75
Laktat= -1,3

Toplam BE= -7.55

Hala açıklamamız gereken (-10)-(-7.55)= -2.45'lik bir yerlerde asit var

Anyon Açığı= Na-Cl+HCO3= 140-115+14 = 11---- N (NAGMA)

İdrar anyon gap '–' ise GIS kayıpları
(NA+K)-Cl '+' ise RTA

Elektrolit Bozuklukları (Hipokalsemi-Hiperkalsemi)

Mustafa Çalık

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Kalsiyum Metabolizması

İnsan vücûdundaki kalsiyumun % 99'u kemiklerde ve dişte bulunur. Büyük çoğunluğu hücrelerde iken, çok az kısmı hücre dışı sıvıdadır. Günlük bir insan 1-3 gr ortalama kalsiyum alır. Bunun emilimden geriye kalan %90' ı gayta ile %10' u ise böbrekler yoluyla vücuttan atılır. Plazmada total kalsiyum konsantrasyonu yaklaşık 8.5-10.5 mg/dL (2.1-2.6 mmol/L) dir.[1] Fizyolojik olarak total kalsiyumun en önemli bileşeni serbest iyonize kalsiyumdur ve plazmadaki miktarın yaklaşık % 50 'sini oluşturur. Plazma kalsiyumunun %40'ıda serum albümin ve serum proteinlerine bağlı olarak bulunur. Albümin konsantrasyonunda oluşabilecek değişikliklerden dolayı özellikle kritik hasta bakımında iyonize kalsiyum ölçümü önemlidir. Kalsiyum metabolizması paratroid hormon, Kalsitriol(1,25-Dihidroksivitamin D) ve Kalsitonin tarafından düzenlenmektedir.[2]

HİPOKALSEMİ

Serum Ca düzeyi 8 mg/dL' nin (iyonize Ca' un 4 mg/dL' nin) altında olmasıdır. Bağırsak ve kemik tarafından yerine konabilecek miktardan daha fazla kayıp olunca ortaya çıkar. Serum iyonize Ca konsantrasyonu 2 mg/dL' nin altına indiğinde yaşamı tehdit edici komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. İyonize Ca değeri anlamlı olduğundan Serum albümin düzeyi bakılarak düzeltilmiş Ca hesaplanmalıdır.[3]

Düzeltilmiş Ca (mg/dL)= Ölçülen total Ca (mg/dL)+0.8x(4.0- Serum albümin [g/dL])

Hipokalsemi nedenleri; Hipoparatroidi(en sık), böbrek yetmezlikleri, D vitamin eksiklikleri, alkolizm,otoimmün, iatrojenik nedenler, sitrat ve Ca içermeyen albümin infüzyonu, sepsis, hiperfosfatemi ve kardiyopulmoner bypass vs...dir.

Klinik olarak ağız çevresinde ve distal ekstremitelerde parestezi, Chovstek's (fasial sinir üzerine hafifçe vurarak oluşan kasılma) ve Trousseau's (Tansiyon manşonu ile sistolik basınç üzerinde ulnar ve radial iskemi oluşturarak karpal spazm oluşturma) belirtileri, kas krampları, tetani,konvüzyon, letarji, demans, post op laringospazm, anksiyete, psikoz bulguları ile karşımıza çıkabilir. EKG de QT ve ST aralığında uzama ve T dalga inversiyonu görülebilir.

Hipokalsemi tedavisi iyonize Ca konsantrasyonu < 4 mg/dL olanlar genellikle asemptomatik iken, iyonize Ca < 2 mg/dL olması yaşamı tehdit edici komplikasyonlarla ilişkili olup iv Ca tedavisi gerektiren acil bir durumdur. Erişkinlerde başlangıç tedavisinde beraberinde bulunan solunumsal alkolozun düzeltilerek bolus elementer Ca verilmesi ve takiben 1-2 mg/kg/saat elementer Ca idame edilmesidir. Bu idame tedavi ile 6-12 saat içinde normalleşme beklenir. Elementer Ca olarak Ca glukonat (%10' luk 10 ml içinde 9.3 mg) ciddi durumlarda 10-15 dakika süreyle 10-30 ml iv yoldan verilmesi önerilirken, lokal irritasyon ve aritmi gibi yan etkileri nedeniyle Ca klorür (%10' luk 10 ml içinde 27.2 mg) tercih edilmemelidir. Eğer hipomagnezemi ve hiperfosfatemi kaynaklı hipokalsemi ise magnezyum replasmanı yapılmalı ve fosfat uzaklaştırılmalıdır. Hipkalemi hipokalsemik tetaniye karşı koruma sağlamaktadır. Bu yüzden hipokalsemiyi düzeltmeden hipokalemiyi düzeltmek tetaniyi teşvik edebilir. Tedaviye D vitamini metabolitleri enterik Ca emilimini artırmak ve kemikten Ca rezorbsiyonunu artırmak için eklenebilir.Kesin tedavi altta yatan nedenin tedavi edilmesidir.[4]

HİPERKALSEMİ

Serum Ca miktarının 10.5mg/dL üzerinde olması durumudur. Serum Ca'u 10.5-12.0 mg/dLarasında hiçbir semptom görülmezken. Serum Ca' u 14 mg/dL' nin üzerine çıktığında kardiyak aritmi ve nörolojik semptomlar görülebilir. Serum Ca 16 mg/dL' nin üzerinde ise hiperkalsemik kriz olarak ifade edilir ve acil müdahale gerektirir.[3]

Hiperkalsemi nedenleri; Primer Hiperparatroidizm (en yaygın), Malignite (ikinci sık nedeni), ailesel hiperkalsürik hiperkalsemi, hipertroidi, adrenal yetmezlik, feokromastroma, sarkoidoz, tüberküloz, immobilizasyon vs.. dir.

Klinik olarak genellikle non spesifik olup, apatiten laterjiye, konvüzyondan komaya kadar değişen mental fonksiyonlar, baş ağrısı, erken yorulma, miyalci, DTR de azalma, kabızlık, kusma, dehidratasyon, ileus, nefrit, ürolithiazis gibi bulgularla karşımıza çıkabilir.5 EKG' de kısa QT ve uzamış PR aralığı eşlik edebilir.

Hiperkalsemi tedavisinde amaç Santral sinir sistemi, kardiyovasküler sistem ve renal fonksiyonlar üzerindeki etkiyi en aza indirmek ve altta yatan patolojiyi saptamak en önemli amacıdır. Serum Ca'u 12 mg/dL'nin altında isealtta yatan neden tedavi edilir ve Ca alımı kısıtlanır. >14 mg/dL'nin üzerinde ise acil müdehale gerektirir.Kritik düzey 16-20 mg/dL dir.Acil tedavi yapılmazsa ölüm kaçınılmazdır. Acil olarak ekstraselüler sıvı açığı düzeltilmelidir. Amaç 24 saatlik idrar çıkışını 3-5 L'ye ulaştırmak ve bunun içinde bu zaman diliminde 4-6 L sıvı verilmelidir. Şiddetli semptomatiklerde 2 saatte bir 100 mg furasemid ile diürez yapılmalıdır.[4] Rehidratasyon öbcesi erken diüretikler hiperkalsemi tablosunu ağırlaştırabilirler. Ca' u daha fazla düşürmek için Bifosfonatlar(alendronat, risendronat, zoleik asit) ve kalsitonin ek olarak gerekli olabilir. İnorganik fosfat kullanımı böbrek yetmezliği ve hiperfosfatemili hastalarda kontrendikedir.Kalsitonin renal yetmezlikte güvenle kullanılabilir ancak hastaların %25'i tedaviye yanıt verrmeyebilir. Glukokortikoidler, gallium nitrat, pamidronat, etidronat, mitramisin ve plikamisin gibi moleküllerde etyolojiye yönelik olarak tedavide kullanılabilir.

REFERANSLAR

1. Siyam, Fadi F.; Klachko, David M. (2013). "What Is Hypercalcemia? The Importance of Fasting,Samples". Cardiorenal Medicine. 3 (4): 232-238. doi:10.1159/000355526. ISSN 1664-3828. PMC 3901605. PMID 24474951
2. Baran DT, Aronin N. Disorders of mineral metabolism. In: Irwin RS, Rippe JM, eds. Irwin and Rippe's Intensive Care Medicine. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2008:1287-93.
3. Denker C. Sıvı ve elektrolid dengesizlikleri olan hastalara yaklaşım. In: Morgan GE, Mikail MS, Murray MJ (Eds), Tulunay M, Cuhruk H (Çev Eds.). Lange Klinik Anesteziyoloji. Güneş Tıp Kitabevleri. Ankara, 2008:662– 89.
4. Döşemeci L, Çelikbilek G, Akın FP. Asit-baz, sıvılar ve elektrolitler. In: Barash GP, Cullen BF, Stoelting RK, Cahalan MK, Stock MC (Eds), Gunaydin B, Demirkıran O (Çev. Eds.), Klinik Anestezi. Nobel Tıp Kitapevi. 5. Baskı İstanbul, 2012:175-209
5. Kayhan Z. Asit-baz ve sıvı-elektrolid dengesi. Kayhan Z (Editör). Klinik Anestezi. 3. Baskı. Logos Yayıncılık. 2004:452-79.

Acil Servis İşleyiş ve Yönetimi

Fatih Selvi

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Antalya

Acil Tıp ; Temel görevi, beklenmeyen bir sağlık probleminde veya yaralanma durumunda hastayı değerlendirmek, tanımak, tedavi vermek ve daha ileri sakatlık veya ölümden korumak olan bir uzmanlık dalıdır.

Türkiye'de Acil Sağlık Hizmetleri ; Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğe uygun olarak yapılmaktadır.

Triyaj ;

Etkin hizmet sunumu için hastalık şiddetine göre belirlenen 3 renk koduna uygun olarak (Kırmızı-Sarı- ve Yeşi Alan) triaj uygulaması yapılmaktadır. Triaj uygulaması bu konuda eğitim almış : ACİL Tıp Teknisyeni, sağlık memuru, hemşire veya lüzumu halinde (3.seviye acilde) hekim tarafından yapılmaktadır.

Nöbet;

Kadrosunda beş ve daha fazla acil tıp uzmanı bulunan sağlık tesislerinde 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı acil servis sorumlu tabip nöbeti tutulur.Acil servisin bulunduğu sağlık tesisinde aynı uzmanlık dalından 6 ve üzeri sayıda uzman tabibin görev yaptığı branşlarda 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak her bir uzmanlık dalı için müstakil acil branş nöbeti düzenlenir.Acil branş nöbeti tutan tabiplere elektif iş planlarında veya idari başka birimlerde, ilgili nöbet günü için ek bir görev verilemez.Kurumda acil hasta varlığı durumlarında sıralı listedeki tüm görevliler elektif vakalarına ara vererek, acil hastaların kabulüne sırasıyla dahil olurlar.Branş nöbetlerinin acil servis bünyesinde tutulması esastır. Bu amaçla acil servis bünyesinde branş nöbeti ile yükümlendirilen her bir uzman tabip için ilgili branşın gerektirdiği şartları haiz uygun bir acil muayene odası ayrılır. Uzman tabip sayısının yetersiz olması ve her bir branş için müstakil acil branş nöbeti düzenlenememesi hâlinde, sağlık tesisi bünyesindeki mevcut klinisyen uzman tabipler arasında dahili branş acil havuz nöbeti ve cerrahi branş acil havuz nöbeti düzenlenir.

Acil tıp uzmanlık eğitimi veren üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde acil servis nöbetleri, acil tıp uzmanlık asistanları ve bu birime rotasyona gelen asistan tabipler tarafından, acil tıp uzmanlık dalı öğretim üyeleri veya acil tıp klinik şefleri gözetiminde bir bütün olarak planlanır ve yürütülür.

Konsültasyon;

Acil servis hizmetlerinin aksamadan yürütülmesi esastır. Bu nedenle ihtiyaç durumunda tüm klinik tabipleri acil serviste aktif olarak çalışmak üzere görevlendirilebilir. Konsültasyonların çabuklaştırılması için tüm konsültasyonlar hastane bilgi sistemi üzerinden tabiplere kayıtlı mesaj sistemi ile yapılır ve süreleri takip edilir.

Konsültasyon süreleri aciliyetine göre en fazla 30 dakikadır. Kırmızı alan konsültasyonları "mavi kod" kapsamında olup yakından takip edilir. Yazılı istemde hastanın özellikleri, konsültasyon isteğinin nedenleri açık ve anlaşılır biçimde belirtilir. Konsültasyon sürecinde konsültan hekim de, hastanın sürekli hekimi gibi hastadan sorumludur.

Konsültasyon istenen hekim davete uymak zorundadır. Konsültan tabibin hastayı tekrar görme isteği ve hasta için istenen yeni talepler hastanın tanı ve yatış sürecini geciktirmemelidir. Acil tabibi ihtiyaç halinde sonuçlar çıkmadan da konsültasyon talep edebilir. İlk yapılan konsültasyonda konsültan tabip eksik gördüğü tetkikleri ve müdahaleleri talep edebilir; mutlak yapılması gereken diğer branş konsültasyonlarını da talep edebilir.

Yatış kararı verilmiş, fakat diğer kliniklerin mutlak müdahale etmesi gereken elzem durumlar dışında görüşlerini almak isteyeceği konsültasyonlar hastanın kliniğe yatışı yapıldıktan sonra yapılır.

Yatış;

Acil servisten kliniklere yatış için bekleyen acil hastalara yatış önceliği verilir. Acil servise akut bir rahatsızlık veya bir başka sağlık tesisinden acil olarak veya yatış amaçlı araçla sevk yoluyla gelmeyen hastaların yatış ve takibi kesinlikle yapılmaz.

Acil cerrahi operasyon endikasyonu bulunan hastalar için ameliyat sonrası (post op) yoğun bakım yatağının bulunmaması hastanın ameliyatını geciktirmemelidir.

Sorunların Kaynağı ;

Başvuru sayılarının çok yüksek olması. Gelen hastaların işlemlerinin hızlıca sonlanmaması.

Konsültasyon işlemlerinin hızlıca tamamlanmaması. Yataklı birimlerin kapasite olarak yetersiz kalışı

Yoğun bakım yataklarının yetersiz kaldığı dönemlerin olması. 112 aracılığı ile hastaların sevk zincirinin hızlı olmaması . Acil serviste büyüyen kaos ve kalabalığa neden olmaktadır. Adli muayene ve mahkum hasta muayeneleri için acil servislerin kullanılması. Hasta kaosu içinde ek kalabalık. Güvenlik güçlerinin önlem alması. Kalabalık ve kaos ortamında doldurulan adli raporların sorumluluğu. Multidisipliner yaklaşımın zorluğu. Bir çok branşla uyum içinde çalışılmasının gerekliliği.

Acil servis hizmetlerinin kaliteli olması için bir çok faktöre ihtiyaç var. Verilecek sağlık hizmeti ; Hekimlerin ve Sağlık çalışanlarının hakettiği değeri almasından önde değildir.

Aydınlatılmış Onam

Suphi Bahadırlı

İstanbul Medipol Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

Aydınlatılmış onam; hastanın kendisine uygulanacak herhangi bir tıbbi işleme onay verebilmesi ya da reddedebilmesi için yeterince bilgilendirilmesi, aldığı bilgi üzerine düşünmesi, özgür seçimine dayalı kararını vermesi sürecidir.

Bu noktada hastanın bilgilendirilmesi esnasında hasta-hekim ilişkisinden söz etmek gerekir. "Hasta-hekim ilişkisi her zaman eşit şartlarda mıdır?" sorusu ile başlayabiliriz. Sağlık ilişkisinde sağlık çalışanı üstün eğitim ve bilgiye sahiptir. Dolayısıyla paternalist ilişkide en iyiyi belirleyebilecek otorite konumdadır. Yani hekim, hastaya yapılacak işlemler konusunda yönlendirici ve bilgilendirici, ve dolayısıyla karar sürecine etki gücü en yüksek kişidir.

Burada hekimin hastasına karşı babacıl bir tutum takınması ve baba gibi davranması paternalizme örnektir. Anne/baba çocuğuna yararlı olacak şekilde hareket eder ve çocuğun kendi kararını vermesine izin vermeyerek, çocuğuyla ilgili tüm kararları en azından bazı kararları onun iyiliği için onun adına verir. Oldukça iyi gözükmesine karşın bu eylemler bir tarafta zorlama, aldatma, adına karar verme, bilgiyi isteğe göre yönlendirme ya da bilgi vermeme şeklinde de görülebileceğinden hekim-hasta ilişkisine verebileceği olası zararlar nedeniyle dikkatli olunmalıdır.

Güvene dayalı hekim-hasta ilişkisinde hekim, üstün eğitim ve bilgisine dayanarak en yararlıyı belirleme otoritesine sahip; hasta ise, kendi değer/inanç, beklentilerine dayanarak kendi hakkında karar verme hakkına sahiptir. Hekim, hastanın karar sürecine katılmasını kolaylaştırmalıdır.

Hukuki açıdan; hastaya yapılan her tür tıbbi müdahale vücut bütünlüğüne karşı yapılan bir ihlal olarak değerlendirilmektedir. Ancak, tıbbi müdahaleyi gerektirecek bir endikasyonun varlığı, müdahaleyi yapan hekimin yetkin olması, müdahalenin kanunun öngördüğü bir amaca yönelmiş olması, tıp biliminin kabul ettiği ilke ve kurallara uygun hareket edilmesi koşulları ile yapılan bu müdahaleler hukuka uygun duruma gelir. Müdahalenin hukuka uygunluk şartlarından sonuncusu ve en temeli ise hastanın kendisine yapılan tıbbi müdahaleye önceden rıza göstermiş olmasıdır.

Aydınlatılmış onamın olmazsa olmazları şöyle özetlenebilir:

1. Bilginin anlaşılır şekilde açıklanması: Hasta bireyin kendisi hakkında karar vermesini sağlayacak şekilde bilgilendirilmesi, aydınlatılmasıdır.
2. Yeterlik/Kapasite: Hasta birey önerilen işlemin yarar ve risklerini, ve reddettiğinde karşılaşacağı sonuçlarını anlayabilmelidir.
3. Gönüllülük: Hasta zorlama ve baskıya maruz kalmamalıdır.
4. Onam / ret

Bilginin anlaşılır şekilde açıklanması Hastanın mevcut durumunu anlattıktakullanılabilecek tedavi yöndtemlerini, bu yöntemlerin olası komplikasyonlarını, önerilen işlemin ve varsa alternatif işlemlerin risk ve yararlarını ve işlemi reddetmenin sonuçlarını içermelidir. Hastanın tıbbi durumu ve önerilen yöntemler anlaşılır ve basit bir dille verilmelidir. Hastanın, önerilen tedavisinin olası, yada reddettiğinde doğabilecek sonuçları makul bir şekilde anlama ve değerlendirme yeteneği kastedilmektedir.

Her hastanın kendisine aktarılanları anlayabilecek kapasitede olması beklenmemelidir. Çocuk, bunamış ya da bilinci bulanık hastanın yeterliğinin "sınırlı" olduğu söylenebilir. Yeterliliğin çeşitleri; yasal yeterlilik, klinik yeterlilik ve etik komitelerce değerlendirilen yeterlilik olarak değerlendirilmektedir. Karar verici hastanın kendisi olmalıdır. Hastanın karar verme kapasitesi yoksa, hekim uygun vekil karar vericiye ulaşmalıdır. Karar verici bulunamadığında (acil ve geri dönüşsüz durumlar dışında) hekim yasal karar verici aramalıdır. Bu durum Hasta Hakları Yönetmeliği 24. Madde'de şöyle açıklanmaktadır: "Hastanın veli ya da vasisinden onam alınır. Hastanın velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunmadığı ve hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, onam şartı aranmaz."

Gönüllülük; hastanın kendisi için uygun gördüğü kararın uygulanmasına izin vermesi demektir. Hastalar aşırı müdahale, baskı, zorlama vs. olmaksızın karar verebilmelidir. Makul sınırlarda, gerçekçi iddialarla hasta ikna edilmeye çalışılabilir.

Onam çeşitleri üçe ayrılır. Zımni (ima edilmiş) onam, sözlü onam -ima edilmiş onamdan daha geçerlidir- ve yazılı onam. Yazılı onam acil personelinin acil durum değerlendirmeleri sırasında almasının zorunlu olmadığı onam tipidir. Acil durumlar dışında ise yazılı onam şarttır. Hekimin hastayı aydınlatması sözlü olmalı ancak daha sonra ispat gücü açısından yazılı belgeye dökülmelidir. Günümüzde aydınlatılmış onamın bu denli ön planda olmasının altında hastaya kendi geleceğini belirleme hakkı sunmanın dışında, sağlık çalışanlarının (haklı olarak) ileride çıkabilecek muhtemel sorunlardan kendilerini koruma isteği yatmaktadır.

Acil haller, aydınlatılmış onamın tek istisnasıdır. Altta yatan neden makul bir insanın böyle bir durumda tedaviye onam vereceği ve onam arayışında geçecek sürenin hastaya geri dönüşsüz zarar verecek olmasıdır. Acil müdahalelerde veya acil tıpta aydınlatılmış onam konusu hastanın özellikle kendi adına karar verebilme yeteneğinden yoksun olması nedeniyle büyük önem arz etmektedir. Diğer taraftan hastanın rızası hekimin yaptığı tıbbi müdahalenin tek hukuka uygunluk dayanağı değildir. Tıbbi müdahaleyi hukuka uygun hale getiren ilk koşul bir endikasyonun varlığıdır. Aydınlatılmış onam ise ek şarttır ve endikasyonun yerine geçemez.

Unutulmamalıdır ki, hekimin öncelikli olarak en temel görevi hastayı tedavi etmek ve gereğinde hayatını kurtarmaktır. Hekim her daim hastanın menfaatine üstünlük tanınmalı ve kendi vicdanına dayanarak hareket etmelidir.

REFERANSLAR

1. Törenli Çakıroğlu Maral (2018). Acil Tıbbi müdahalelerde aydınlatılmış onam. Uluslararası Sağlık hukuku Kongresi, 115-134.
2. Aydınlatılmış Onam - Öğr. Gör. Dr. Aslıhan Akpınar
3. Mediko-legal riskli acil olgular - Doç. Dr. Atakan YILMAZ
4. Ü. Kocasakal, A'dan Z'ye Sağlık Hukuku Sempozyum Notları, İstanbul Barosu Yayınları,2007, s. 210.
5. N. Çobanoğlu, Tıp etiğinden tıp hukukuna hasta hakkı olarak aydınlatılmış onam, Sağlık Hukuku Dijestası, 1/1, Ankara Barosu yayınları, 2009, s. 78.
6. K. Bayraktar Hekimin tedavi nedeniyle cezai sorumluluğu, İstanbul, 1972, s. 128

İletişim Becerileri

Tuba Betül Ümit

Tokat Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Tokat

Hekimlik insan odaklı bir uğraşıdır ve hekimler, mesleklerini icra ederken hasta ve hasta yakınlarıyla, meslektaşlarıyla, birlikte hizmet ürettikleri sağlık çalışanlarıyla ve diğer taraflarla sürekli bir ilişki içerisindedirler.

Tanı, tedavi ve tıbbi bakım sürecinin en temel ögesi hastayla hekim arasında ideal bir ilişkinin kurulmasıdır. İlişkinin doğru kurgulanmasında (profesyonel taraf olması sebebiyle) hekime daha fazla bir sorumluluk düşmektedir.

Hekim, mesleki pratiğini sürdürmek için mesleki bilgi ve becerisi yanında, iletişim konusunda da yeterli bilgi, beceri ve doğru tutum sahibi olmalıdır. Unutulmamalıdır ki iletişim tedavi edici bir ilişkinin temel taşıdır.

Hekimle hasta arasındaki ilişki, hastanın ihtiyacıyla kurulur ve bu ilişkinin temel amacı, hastanın ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanmasıdır.

Hastayla hekim, aynı amacı gerçekleştirmeye çalışan bir ekibin doğal iki tarafıdır. Bu ilişkiden amaçlanan faydanın elde edilebilmesi için taraflar arasında uyumlu bir işbirliği şarttır.

Hasta hekime gelirken semptomlar ve bunların doğurduğu kaygılardan kurtulmayı amaçlarken hekim hastalığın adını koymaya ve tedavisine odaklandığında hastanın talep ve beklentileriyle, hekimin hedef ve öncelikleri örtüşmediğinden ilişkide sorun yaşanabilmektedir.

Hekim-hasta ilişkisinde tıp etiğinin dürüstlük, zarar vermeme, yarar sağlama, özerklik ilkeleri esastır. Aynı zamanda yüz yüze iletişimin dörtte üçünün sözsüz gerçekleştiği unutulmamalıdır. Hekim ses tonu görünüşü ve hareketleri ile hastasında güven ve saygı uyandırmalıdır. Hastasıyla konuşurken tıbbi terimleri kullanmamalı, hastasının sosyo-kültürel düzeyine göre onun anlayabileceği bir dil ile ona hitap etmelidir. Hekim hastasına yeterli zaman ayırmalıdır ve hastayla görüşmesi esnasında başka şeylerle meşgul olmaktan kaçınmalıdır.

REFERANSLAR

1. Tanrıverdi, H. , Akova, O. , Çevik, B. "TIP ETİĞİ AÇISINDAN HEKİM HAKLARI". Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 3 (2014): 21-30
2. Hasta Hekim İlişkisinde Etik İlkeler Yönergesi https://toraks.org.tr/site/community/downloads/d368 (erişim tarihi 1 Mart 2022)
3. Oğuz, Y. (1995). Klinik Uygulamada Hekim-Hasta İlişkisi. Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi, 2 (3), 59-65.
4. Atıcı, E. (2007). Hasta-Hekim İlişkisi Kavramı. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 33 (1), 45-50.

Dünyada ve Türkiye'de Acil Tıp

Adem Az

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

Acil Tıbbın Tanımı ve Kapsamı

Acil kelimesi, hemen yapılması gereken ivedi durum anlamına gelmektedir. Tıbbi anlamda acil ise, ivedi şekilde müdahale edilmesi gereken hastalıkları ve yaralanmaları ifade etmektedir. Uluslararası Acil Tıp Federasyonu'nun (International Federation for Emergency Medicine) tanımıyla acil tıp; "tüm yaş gruplarındaki hastaları etkileyen ayrıştırılmamış tüm fiziksel ve ruhsal bozuklukların oluşturduğu hastalık ya da yaralanmaların akut ve ivedi şekillerinin önlenmesi, tanısı, tedavisi ve yönetimi için gereken bilgi ve beceriler bütününü kapsayan tıp pratiğidir." Acil tıbbın temel hedefi hayatı tehdit eden ve ani gelişen hastalık ve yaralanma durumlarında, klinik durumunun daha kötüye gitmesini engellemek ve hayatı kurtarmaya yönelik "altın vuruş" niteliğindeki müdahalelerin yapılmasıdır.

Dünya'da Acil Tıp

Yeryüzündeki ilk acil çağrısı insanlık tarihine denktir. Prehistorik dönemde insan; dövüşmek, avlanmak, göçmek gibi yaralanmalara açık bir yaşam sürmekteydi. Haliyle yara bakımı, çıkıkların redükte edilmesi, ekstremite kırıklarının tespit edilmesi gibi; yaralanmalar ve yaşamı tehdit eden durumlarla mücadele etmeyi öğrenmek durumundaydı. İhtisas alanı olarak acil tıp olmasa da acil tıbbi müdahalelerin izini bu şekilde insanlık tarihi boyunca sürebiliriz. Orta çağ dönemine ait kaynaklarda; yaranın sıcak yağ ile dağlanması ve yara temizliği ile ilgili bilgiler bulunmaktadır. On birinci yüzyılda Haçlı seferleri sırasında St. John Şövalyeleri yaralılarını kurtarmak için ilkyardım müdahalelerini uygulamışlardır. Napolyon'un ordusunda görevli bir Fransız askeri hekimi olan Dominique Jean Larrey; savaşta yaralı askerlerin cepheden, ileri tıbbi bakım alabilecekleri bir merkeze naklini sağlamak için ilk organize ambulans ekibini tasarlamıştır. Ek olarak hangi yaralılara ilk olarak müdahale edileceğini belirlemek için ilk triyaj uygulamasını gerçekleştirmiştir. Bu nedenlerle yabancı kaynaklar Dominique Jean Larrey'i acil tıbbın babası olarak tanımlamaktadır.

Acil durumları değerlendirme ve müdahale etme konusundaki özellikli bilgi tarih öncesi dönemlere dayanırken; ayrı bir uzmanlık dalı olarak acil tıp henüz ellili yaşlardadır. İhtisas alanı olarak acil tıbbın gelişmesinde Vietnam, Kore ve II. Dünya savaşlarında askeri hekimlerin erken ve başarılı mudahaleleri önemli rol oynamıştır. Bu şekilde acil tıpta uzmanlaşmanın önemi ve yolu açılmıştır. İlk acil tıp ihtisas programı 1970 yılında Amerika'da Cincinnati Üniversitesi'nde kurulmuştur. Acil tıbbın ilk asistanı ise aynı yıl Dr. Bruce Janiak olmuştur. 1979 yılında ise Acil Tıbbın sertifika onayı verilmiş ve Amerika Uzmanlar Kurulu tarafından resmi olarak tanınmıştır. Avrupa'da acil tıbbın gelişimi ise Avrupa Acil Tıp Derneği (European Society For Emergency Medicine-EUSEM)'nin 1994 yılında Londra'da kurulması ile başlamaktadır.

Dünyada acil sağlık hizmetlerinin sunumunda iki farklı model uygulanmaktadır. Bunlardan ilki ülkemizde de uygulanan Anglo-Amerikan modelidir. Bu modelde hastalar hastane acil servislerinde acil tıp uzmanları tarafınca karşılanır ve tedavilerine acil serviste başlanır. Franko-German modelde ise acil tıp ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul görmez. Acil sağlık hizmetleri hastanede görevli pratisyen hekimler tarafınca verilir ve hastaların sahadan direkt olarak servise çekilmesi öncelikli amaçtır.

Türkiye'de Acil Tıp

Doksanlı yıllardan önce Türkiye'de organize bir acil sağlık sisteminden bahsetmek mümkün değildir. 1986 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir Büyükşehir Belediyeleri'nin ve Sağlık Bakanlığı'nın ortak hareketiyle "077" numaralı Hızır Acil Servis kurulmuş ve böylece Türkiye'de acil sağlık hizmetlerinin tohumları ekilmiştir. Aynı yıllarda hastane acil servisleri pratisyen hekimlerin ve diğer branş hekimlerinin nöbet usulünce mesai dışı sağlık hizmeti verdiği alanlar durumundadır. Fakat takip eden yıllarda Avrupa ve Amerika'da olduğu gibi organize, ulaşılabilir, kaliteli bir acil servis hizmetinin ve eğitimli acil sağlık personelinin ihtiyacı ortaya çıkmıştır.

Türkiye'de ihtisas alanı olarak Acil Tıp, ilk defa Prof. Dr. Namık Çevik'in çabaları ile İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi'nde başlatılmıştır. Acil Tıp Uzmanlık Programı, Sağlık Bakanı Dr. Yıldırım Aktuna döneminde Başbakan Süleyman Demirel başkanlığında toplanan Bakanlar Kurulu'nun 12 Nisan 1993 tarihli kararı ile kurulmuştur. Aynı yıl Dokuz Eylül Üniversitesi ile Fırat Üniversitesi ve müteakip yılda Dicle Üniversitesi ilk acil tıp asistanlarını almıştır. İlk kurulan Acil Tıp Anabilim Dallarında cerrahi hocaları şeflik görevini yerine getirmiştir. Türkiye'nin ilk acil tıp uzmanı 30 Nisan 1998'de Dr. Oktay Eray olmuştur. 2000 yılı başlarına kadar tamamı üniversite bünyesinde toplamda 14 farklı Acil Tıp Anabilim Dalı kurulmuştur. İlk defa Eğitim ve Araştırma Hastanelerin'de acil tıp asistanı alımına 2006'da başlanmıştır.

Uzmanlık eğitiminin başlamasını takiben 1995 yılında İzmir'de Türkiye'nin ilk acil tıp uzmanları derneği Türkiye Acil Tıp Derneği (TATD); 1998 yılında ise Acil Tıp Uzmanları Derneği (ATUDER) kurularak çalışmalarına başlamıştır. Türk acil tıp uzmanları kısa sürede akademik çalışmaları ile dünya acil tıp camiasının dikkatini çekmiş ve 2012'de Avrupa Acil Tıp Kongresi'ne 2017'de ise Asya Acil Tıp Kongresi'ne ev sahipliği yapmıştır. 2021 yılında ise Türkiye'nin ilk acil tıp uzmanları vakfı "Türkiye Acil Tıp Vakfı" ismi ile resmi olarak kurulmuştur. Gücünü, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı öğretim üyeleri ve Türkiye'nin farklı şehirlerindeki Üniversite ve Eğitim Araştırma Hastaneleri'nin Acil Tıp Kliniklerinden alan Türkiye Acil Tıp Vakfı, faaliyetlerine aynı yıl başlamıştır.

2015 yılı itibariyle ülkemizde toplamda 86 acil tıp kliniği kurulmuştur. Bu süreç içerisinde 1000'den fazla acil tıp uzmanı ve daha fazla sayıda acil tıp asistanı acil servislerde ve acil tıp kliniklerinde hizmet vermektedir. Özellikle son on yılda artan acil servis başvuruları ile acil tıp klinikleri ve acil servisler tüm Türkiye'de hastane başvurularının yaklaşık %35'ini tek başına karşılamaktadır.

REFERANSLAR

1. Az A & Söğüt Ö. Acil Tıbbın Tarihsel Gelişimi. İçinde: Tıp Dallarındaki Gelişmelerin Tarihi, eds. Ertin H, Salduz A, Yüksel Salduz Zİ. 2022:219-25
2. Brewer LA 3rd. Baron Dominique Jean Larrey (1766-1842). Father of modern military surgery, innovater, humanist. J Thorac Cardiovasc Surg. 1986;92(6):1096-8.
3. International Federation for Emergency Medicine. About us–IFEM definition of emergency medicine. Erişim adresi: https://www.ifem.cc/about-us/ erişim tarihi: 21.07.2020.
4. Kaba H & Elçioğlu Ö. Acil sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi sürecinde ilk ve acil yardım teknikerliği ve acil tıp teknisyenliği mesleklerinin ortaya çıkışı ve gelişimi. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku Tarihi Dergisi. 2013;21(3):127-35.
5. Numanoğlu SC, Elçioğlu Ö, Özden H & Ünlüoğlu İ. Development of emergency medicine services in Turkey and the world in 20th century. Sendrom. 2000;12(7):69-73.
6. Pozner CN, Zane R, Nelson SJ & Levine M. International EMS systems: the United States: past, present, and future. Resuscitation. 2004;60(3):239-44.
7. Zink BJ. A brief history of emergency medicine residency training. EMRA. 2005. Erişim adresi: https://www.emra.org/about-emra/history/history-of-em-residency-training/ erişim tarihi: 15.07.2020.

Diyabetik (Hiperglisemik) Aciller

Murat Yeşilaras

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Hiperglisemi ve bunun ilişkili "Diyabetik Ketoasidoz (DKA)" ve "Hiperozmolar Hiperglisemik Durum (HHD)" acilde sıkça karşılaştığımız diyabet komplikasyonlarıdır. Daha önceden diyabet tanısı ile takip edilen hastaların yanında diyabet tanısı olmayan bireylerde de bu komplikasyonlar ile diyabet tanısı konulması nadir değildir.

Acil serviste diyabetin hiperglisemik komplikasyonlarını en kolay tanıma yöntemi parmak ucu kan şekeri ölçümüdür. Özellikle hasta yoğunluğunun fazla olduğu hastanelerde, yeşil alanlarda hiperglisemi ile ilişkili herhangi bir semptomu olan hastada parmak ucu kan şekeri ölçümü ihmal edilmemelidir. Hiperglisemik aciller çok çeşitli belirtiler ile karşımız gelebilir. Bu belirtiler halsizlik, nefes darlığı, bilinç bozukluğu, baş dönmesi veya kan şekeri yüksekliği gibi hiperglisemi ile direkt olarak ilişkilendirilebilenlerin yanında göğüs ağrısı (miyokard infarktüsü), taraf güçsüzlüğü (inme), burun akıntısı (üst solunum yolu enfeksiyonu) gibi predispozan faktörlere ait de olabilir.

DKA insülin etkisinin tam kaybı olduğunda meydana gelir. Serbest yağ asitlerinin metabolizması sonucu keton üretimi; hiperketonemi ve asidemiye neden olur. HHD'da ise yetersiz de olsa insülinin kısmı etkisi nedeniyle asidoz meydana gelmez. Glikojenoliz ve glikoneogenez nedenleriyle hiperglisemi ve ozmotik diürez ön plandadır. Acilde DKA ve HHD kolaylıkla birbirlerinden ayrılırlar. DKA'da; derin ketoasidoz ile birlikte plazma ozmolalitesi 325 mosm'ün altındadır. HHD'de ise ketoasidoz yoktur ve plazma ozmolalitesi 325 mosm 'ün üzerindedir. HHD'un mortalitesi %10-20 civarındayken DKA'da mortalie %1'in altındadır.

Bu iki diyabetik acilde sıklıkla en az bir predispozan faktörler sonrası meydana gelir. En sık predispozan faktörler; Enfeksiyonlar (Üriner sistem, Pnömoni, Covid-19 enfeksiyonu vs), İskemik durumlar (Miyokard infarktüsü, inme vs), diyet uyumsuzluğu, tedavi uyumsuzluğu, gebelik sayılabilir.

DKA ve HHD; patofizyolojileri, klinik seyir, beklenen komplikasyonlar ve mortaliteleri açısından farklılık gösterse de temel tedavileri benzerdir.

Her iki durum için de 5 temel tedaviden bahsedilebilir.

- Volüm: Her iki durum içinde başlangıçta izotonik sodyum tercih edilebilir. Ancak kısa sürede hastanın düzeltilmiş sodyum değerine göre hipotonik mayilere geçilmelidir. Ringer laktat ve %0,45 NaCl- %5 Dektroz en sık kullanılan hipotaonik solüsyonlardır. Sıvı açığı hafif orta DKA'da 4-6 L iken HHD'da 9-12 L'ye kadar çıkabilir.

- Potasyum: Her iki klinik durum da total vücut potasyumu azalmıştır. Ancak hiperglisemi ile seyrettikleri için insülin tedavisi uygulanacaktı ve insülin potasyumun hücre içine geçişine ve hipopotasemiye neden olma potansiyeline sahiptir. Bu sebeple insülin tedavisi başlanmadan önce potasyum seviyesi görülmelidir. Potasyum seviyesi 3,3 mEq/L'nin altında ise insülin tedavisinden önce, 3,3-5,3 mEq/L arasında insülin tedavisi ile potasyum replasmanı uygulanmalıdır. Potasyum seviyesi 5,3 mEq/L'nin üzerinde ise insülin tedavisine potasyum replasmanı yapılmaksızın başlanabilir.

- İnsülin: insülin tedavisi katabolik süreci kıran temel tedavidir. Tedaviye potasyum seviyesi görüldükten sonra 0,1 Ü/kg/saat olarak başlanır. Hedeflenen kan şeker düşüşü saatte 50-70 mg/dL'dir. Yeterli kan şekeri düşüşü sağlanamıyorsa insülin infüzyonu iki katına çıkarılabilir. İnsülin infüzyonu DKA'da asidoz düzelene, HHD'da hastanın bilinci ve genel durumu eski haline dönene kadar verilmelidir. Hedef kan şekeri seviyesi; DKA için 150-200 mg/dL iken HHD'da 200-300 mg/dL'dir. Kan şekeri bu seviyelere yaklaştığında tedaviye dekstoz eklenmesi veya oral alım sağlanmalıdır.

-Bikarbonat: sadece derin asidoz durumunda kullanılması fayda sağlayabilir. HHD'nda ph'nın 7,31'in altında olması beklenmez. Bu sebeple bikarbonat tedavisi DKA'da kullanım yeri bulabilir. pH 6,9'un altında olduğunda kar zarar hesabı yapılarak pH 7.0'ın üzerinde çıkarılana kadar bikarbonat infüzyonu uygulanabilir. Bu tedavi 10 amp bikarbonat, 20 mEq KCl, 400 mL izotonik sodyum ile karıştırılarak 2 saatte bitecek şekilde uygulanır.

- Altta yatan nedenin tedavisi: Diyabetik acillerde kan şekeri regülasyonu ve metabolik denge sıklıkla bir predispozan faktörün tetiklemesi sonrasında bozulur. Altta yatan nedenin tedavisinin erken başlanması mortalite ve morbiditeyi azaltabilir.

Hipoglisemi

Hüseyin Cahit Halhallı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kocaeli

Tanım

Hipoglisemi genellikle DM tedavisinin bir komplikasyonudur. American Diabetes Association (ADA) çalışma grupları diyabetli hastalarda hipoglisemiyi, bireyi zarara maruz bırakan anormal derecede düşük plazma glukoz konsantrasyonlarının (semptomlu veya semptomsuz) tüm epizodları olarak tanımlamıştır. Semptomları indükleyen glisemik eşikler bireye göre ve bireyler arasında farklılık gösterdiğinden, hipoglisemiyi tanımlayan spesifik bir glikoz seviyesi belirlenmemiştir. Çalışma Grupları, bunun yerine ≤70 mg/dL (3,9 mmol/L) değerinde bir uyarı glikoz seviyesi belirledi.

Bu glukoz konsantrasyonu, diyabetik olmayan fizyolojik açlık aralığının alt sınırına, glukoz kontraregülatuvar hormon salgılanması için normal glisemik eşik değerine ve sonraki hipoglisemiye sempatoadrenal yanıtları azalttığı bildirilen en yüksek glukoz düzeyine göre öngörülmektedir.

Eski insülin rejimleri (once- or twice-daily injections of NPH, Lente insulin, or premixed combinations (70/30, 75/25, or 50/50)), modern fizyolojik insülin rejimlerine (once-daily long-acting insulin with short-acting doses immediately before meals) göre daha sık hipoglisemiye sebep olabiliyordu.

Hipoglisemi, tip 1 DM'li hastaların glisemik yönetiminde sınırlayıcı faktördür. Daha seyrek olarak, genellikle sülfonilüre, meglitinid veya insülin ile tedavi edilenlerde olmak üzere tip 2 DM'li hastaları etkiler. DM tedavisi görmeyen hastalarda nadir görülen bir klinik problemdir. Açlık veya tokluk durumda ortaya çıkabilir.

Düşük kan şekerine verilen fizyolojik yanıt, insülin sekresyonunun baskılanmasını ve kontra regulatuvar hormonların (örn., glukagon ve epinefrin) salınmasını içerir. Bu tepkiler artan yaşla birlikte değişmektedir. İnsülinin renal klirensi yaşla birlikte azalır ve bu yaşlılarda hipoglisemi riskini artırabilir.

Whipple's triadı şunları içerir:

- Hipoglisemi ile uyumlu semptomlar
- Semptomlar mevcut olduğunda kesin bir yöntemle (evde glikoz monitörü değil) ölçülen düşük plazma glikoz konsantrasyonu
- Plazma glikoz seviyesi yükseldikten sonra bu semptomların gerilemesi

Risk Faktörleri

1. Hipoglisemi ile ilişkili otonomik yetersizlik (hipoglisemi farkındalığının bozulması ve kusurlu glukoz kontrregülasyonu sendromları dahil)
2. Daha uzun diyabet süresi
3. Yaşlılık
4. İlaçlar
5. Egzersiz yapmak
6. Yakın zamanda şiddetli hipoglisemi öyküsü
7. Alkol alımı
8. Kronik böbrek hastalığı
9. Glikojen tükenmesi ile yetersiz beslenme
10. Atlanan öğünler ve öğünlerin düşük karbonhidrat içeriği de dahil olmak üzere öğünlerin düzensizliği
11. Ciddi hastalık (KC yetmezliği, sepsis)

Klinik

Mental durumunda akut değişiklik veya koma olan herhangi bir hasta, olası bir neden olarak **hızlı kan şekeri** değerlendirmesine tabi tutulmalıdır. Hipoglisemi, nörojenik (otonom) ve nöroglikopenik semptomlara neden olur. Nörojenik semptomlar arasında titreme, çarpıntı ve anksiyete/uyarılma (katekolamin aracılı, adrenerjik) ve terleme, açlık ve parestezi (asetilkolin aracılı, kolinerjik) bulunur. Yaşlı yetişkinler ve uzun süreli diyabetli hastalar, hipoglisseminin nörojenik belirtilerinden daha fazla nöroglikopenik olabilir.

β-bloker ilaçlar hipogliseminin tipik adrenerjik semptomlarını maskeleyebilir.

Sağlıklı bireyler, uzun süreli açlıktan sonra semptomsuz olarak düşük glikoz konsantrasyonlarına sahip olabilir. Sempatoadrenal ve nöroglikopenik semptomlar hipoglisemiyi yüksek oranda düşündürebilir, ancak aynı anda glukoz konsantrasyonu düşük olmadıkça, güvenle hipoglisemiye atfedilemezler.

Tanı

Hipoglisemi hastane öncesi ve hastane içi mental durum değişikliklerinde her zaman göz önünde bulundurulmalıdır. Mümkün olan en kısa sürede **kan şekeri konsantrasyonunu ölçün:**

Diyabeti olduğu bilinen ve düşük glikoz değeri <70 mg/dL [3.89 mmol/L] olan semptomatik hasta için tedavi uygulayın. Glikoz testi yapılamıyorsa geciktirmeyin. Hipoglisemi doğrulanmış gibi davranın. Glikoz düşükse (<55 mg/dL) ve hasta şeker hastası değilse glikoz, insülin, C-peptid, proinsülin, betahidroksibütirat (BHOB) ve oral hipoglisemik ajan (sülfanilüre ve meglitinid) taraması için kan alın ve ardından tedavi edin: İnsülin, C-peptid ve proinsülin numuneleri yalnızca plazma glukozunun <60 mg/dL (3,3 mmol/L) olduğu numunelerde analiz edilmelidir.

Whipple triadı gösteriliyorsa, sülfonilüreler, meglitinidler ve insüline karşı antikorlar da ölçülmelidir.

Artifical (yapay) hipoglisemi; Özellikle çok sayıda lökositin glikoz tükettiği lösemili hastalar ve şiddetli hemolitik çekirdekli kırmızı kan hücrelerinin veya eritrositlerin glikoz tükettiği hastalık veya eritrositoz durumunda. Serumda glikoz ölçülürse ve kan örneği hemen işlenmezse bu sorun daha büyük olma eğilimindedir. Factitial (olgusal) hipoglisemi; İnsülin ya da insülin sekretagoglarının (sülfonilüreler, meglitinidler) gizlice kullanımına sekonder olarak ortaya çıkar. Ölçülen tek bir kan şekeri değeri düşük olan ancak hipoglisemi semptomu olmayan bir hasta muhtemelen daha fazla değerlendirmeye ihtiyaç duymaz; Öte yandan tekrarlayan düşük değerlere sahip bir hastada değerlendirme endikedir. Paranteral glukoz uygulamasına cevaptaki yetersizlik diğer hipoglisemi sebeplerini akla getirmelidir; sepsis, toksinler, insülinoma, KC yetmezliği veya adrenal yetmezlik.

Tedavi

Hastanın bilinci açıksa ve güvenli bir şekilde içebiliyor ve yutabiliyorsa (yani bunu yapacak kadar uyanık ve öğürme refleksi bozulmamışsa), hızlı emilen bir karbonhidrat (örn. 3 ila 4 glikoz tableti veya 15 gramlık bir jel tüpü) uygulayın. 4 ila 6 oz. meyve suyu veya bir çay kaşığı bal veya sofra şekeri). Saf fruktoz kan-beyin bariyerini geçmez ve kan şekeri düzeylerini önemli ölçüde iyileştirmez. Çoğu tatlı yiyecek veya içecek hem glikoz hem de früktoz içerir

Hastanın mental durumu değişti ise, yutamıyorsa veya 15 dakika içinde oral glukoz uygulamasına yanıt vermiyorsa, IV bolus olarak 12.5 ila 25 g glukoz (25 ila 50 mL yüzde 50 dekstroz) verin. IV bolustan 10 ila 15 dakika sonra kan şekerini ölçün. Kan şekerini 80 mg/dL'nin üzerinde tutmak için gerektiğinde 12,5 ila 25 gram glikozu yeniden uygulayın. Glikoz parenteral veya oral yolla verilemiyorsa, glukagon 1 mg IM veya subkutan verin. Yanıt geçici olabilir ve bunu dikkatli bir glukoz izlemesi ve oral veya intravenöz glukoz uygulaması takip etmelidir.

İlk IV bolustan 10 ila 15 dakika sonra kan şekerini ölçün ve daha sonra stabil olana kadar (en az dört saat) her 30 ila 60 dakikada bir izleyin. Ölçüm yöntemi, tercihen bakım noktasında hızlı geri dönüş sağlamalıdır. Uzun etkili hipoglisemik ajan alan, gözlem sırasında tekrarlayan hipoglisemisi olan ve yemek yiyemeyen hastalarda yatış gereklidir. Bir alfa-glukozidaz inhibitörü (akarboz , miglitol , voglibose) ile kombinasyon halinde insülin veya bir insülin sekretagogu alan hastalarda, semptomatik hipoglisemiyi tedavi etmek için sadece saf glukoz (örn., glukoz tabletleri) kullanılmalıdır. Alfa-glukozidaz inhibitörleri disakkaritlerin sindirimini yavaşlattığı için sofra şekeri (sakaroz) gibi diğer karbonhidrat formları kan şekerini yükseltmede daha az etkili olacaktır. Hipoglisemi teşhisi konan bir hastada, semptomlar sırasında plazma glukoz konsantrasyonlarını ölçmek ve ardından glukoz değerlerinin ve öykünün ek değerlendirmeyi gerektirecek kadar düşündürücü olup olmadığına karar vermek gerekir. Sülfonilüreler, glukoz ile uyarılan insülin sekresyonuna neden olduğundan, glukoz uygulaması bu vakalarda potansiyel olarak hipoglisemiyi şiddetlendirebilir. Octreotide, sülfoniüre kaynaklı hipoglisemide kullanılabilir; 50 ila 100 mikrogram SC enjeksiyonundan, seri SC enjeksiyonlarına (her 6 ila 8 saatte bir 50 ila 100 mikrogram) veya ikinci bir hipoglisemik epizoddan sonra sürekli IV infüzyona (125 mikrogram/saat). Pankreatik beta hücrelerinden insülin sekresyonu inhibitörü olan Diazoksit, refrakter sülfonilüre kaynaklı hipoglisemide kullanılabilir; yavaş IV infüzyon yoluyla (her 4 saatte bir 30 dakikadan daha uzun sürede 300 mg).

Sözlü Bildiriler

S-01

İzole Künt Toraks Travması Hastalarımızın Geriye Dönük Analizi

CERRAHİ ACİLLER

Talha Doğruyol [1], Sinem Doğruyol [2]

[1] İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, İstanbul
[2] SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Künt toraks travmasına bağlı yaralanma, çoklu travma hastalarında kafa ve extremite travmalarından sonra gelişen en sık üçüncü yaralanma tipidir (1). Yüksek enerjili künt travmalarda izole toraks yaralanması olan hastalarla karşılaşma oranı oldukça düşüktür. İzole toraks yaralanmaları sıklıkla aynı seviyede düşme ya da torasik bölgeye direkt darbe almaya bağlı gerçekleşir. Bu hastalar genellikle başvuru anında durumu stabil olan hastalardır. Biz bu çalışmamızda acil servise izole künt toraks travması ile başvuran hastalarda görülen travma ilişkili yaralanmaları incelemeyi hedefledik.

YÖNTEM:

Bu çalışma retrospektif olarak dizayn edilmiş olup, aynı il içinde biri ikinci diğeri üçüncü basamak olmak üzere iki devlet hastanesinde Nisan 2019- Nisan 2020 tarihleri arasında düzenlendi. Çalışmada belirlenen sürede acil servislere başvurmuş olan izole künt toraks travmalı hastalara ait hastane veri giriş sisteminde mevcut olan kayıtlar incelendi. Bu hastalar arasından 18 yaşından küçük olanlar, travmasının üzerinden 72 saatten uzun zaman geçmiş olanlar ve verileri eksik olanlar çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya dahil edilen hastalara ait demografik veriler, travma mekanizması ve lokalizasyonuna ait bilgiler, vital bulgular, görüntüleme sonuçları, travmaya bağlı gelişmiş yaralanmalar ve hospitalizasyon verileri kayıt altına alındı. Ayrıca travma sonrası 1 aylık süredeki hasta mortalitesine dair veriler incelendi.

BULGULAR:

Çalışmaya 203 hasta dahil edilmiş olup kadın/erkek oranı 135/68 şeklindeydi. Hastaların yaş ortalaması 47.2±18.2 idi. Travma mekanizmaları; düşme (%51.7), çarpma (%26.1) ve düşük enerjili trafik kazası (%22.2) şeklinde sıralanmaktaydı. En az bir komorbit hastalığa sahip olan hasta sayısı 59 (%29.1) olup, en sık görülen komorbit hastalık %17.7 oranıyla hipertansiyon idi. Hastaların %22.7'sinde travmaya bağlı en az bir yaralanma olduğu görüldü. En sık saptanan yaralanmalar; kot fraktürü (%20.2) ve pnömotoraks (%6.4) idi. Hastaların 42'sinin (%20.7) acil servis dışı başka bir servise yatışı sağlanmıştı. Ortalama yatış süresi 4.0±2.0 gün şeklindeydi. Hastane izlemi sırasında mortalite ile sonuçlanan olgu saptanmadı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:

İzole künt toraks travmasına bağlı başvurular, günlük pratiğimizde oldukça sık gördüğümüz travmaya bağlı hastane başvurularından biridir. İzole künt toraks travmalı hastalar genellikle vital bulguları stabil şekilde başvursalar da nadir de olsa hayatı tehdit eden kardiyak ve büyük damar yaralanmasının mevcut duruma eşlik edebileceği akılda bulundurulmalıdır (2). Bu konuda en önemli yol gösterici basamak hastadan olayla ilgili ayrıntılı anamnez almak ve görüntüleme yöntemlerini gerektiği yerde, gerektiği şekilde kullanmaktır. Çünkü literatürde yüksek enerjili olmayan toraks travmalarında görüntüleme ve tetkik süreci konusunda net bir algoritma bulunmamaktadır.

Çalışmamızda en sık görülen yaralanma tipi kot fraktürü idi. Literatürde Rodriguez ve ark.nın minör ve major toraks travmalarında görüntüleme yöntemlerini değerlendirdikleri çalışmalarında, bizim çalışmamıza benzer şekilde, klinik olarak minör yaralanmalar arasında en sık görülenin çoklu kot fraktürü olduğu ifade edilmiştir (3).

Çalışmamızdaki en sık yaralanma mekanizması düşmeler idi. Literatürdeki çalışmamıza benzer çalışmalarda en sık travma mekanizmasının trafik kazaları olduğu belirtilmiştir. Ancak literatürdeki çalışmaların bizim çalışmamızdan temel farklılığı multiple travma hastalarının toraks görüntüleme bulgularının incelenmesi şeklinde olup, mekanizmalar konusundaki farklılığın temel nedeninin bu durum olduğu düşüncesindeyiz (4,5).

Çalışmamızdaki hastalar arasında mortalite ile sonlanan hasta bulunmamaktadır. Bu durumun nedenin toraksa izole künt travması olan hastaları incelememizden kaynaklandığı düşüncesindeyiz. Multiple travma hastalarını ça-

lışma dışında bıraktığımızdan dolayı yüksek enerjili ve major travma gibi riskli yaralanmalara neden olacak durumları da dışlamış bulunuyoruz. Bu nedenle kötü sonlanımlı hastalara ait verileri değerlendirmeye almadığımızdan mortalite ile sonlanan hastamız bulunmamaktadır.

Çalışmamızda izole künt toraks yaralanması nedeniyle acil servise başvurmuş olan hastalara ait verileri inceledik. Bu hastalar arasında ölümcül yaralanması olan ve/veya mortalite ile sonlanan hasta tespit etmedik. Ancak toraks ilişkili künt yaralanmalarda ayrıntılı öykü ve travma mekanizmasının bilinmesinin tetkik sürecinde önemli rol oynadığını düşünmekteyiz. Çalışmamızda major bir yaralanma saptanmamış olup bu durum düşme mekanizması ile ilişkilendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Torasik travma, künt travma, minor yaralanma

REFERANSLAR

1. Oikonomou, A., Prassopoulos, P. (2011). CT imaging of blunt chest trauma. Insights into imaging, 2(3), 281-295. https://doi.org/10.1007/s13244-011-0072-9
2. Eghbalzadeh, K., Sabashnikov, A., Zeriouh, M., Choi, Y. H., Bunck, A. C., Mader, N., & Wahlers, T. (2018). Blunt chest trauma: a clinical chameleon. Heart, 104(9), 719-724 http://dx.doi.org/10.1136/heartjnl-2017-312111.
3. Rodriguez, R. M., Langdorf, M. I., Nishijima, D., Baumann, B. M., Hendey, G. W., Medak, A. J., ... & Mower, W. R. (2015). Derivation and validation of two decision instruments for selective chest CT in blunt trauma: a multicenter prospective observational study (NEXUS Chest CT). PLoS medicine, 12(10), e1001883
4. Moussavi, N., Ghani, H., Davoodabadi, A., Atoof, F., Moravveji, A., Saidfar, S., & Talari, H. (2018). Routine versus selective chest and abdominopelvic CT-scan in conscious blunt trauma patients: a randomized controlled study. European Journal of Trauma and Emergency Surgery, 44(1), 9-14.
5. Rodriguez, R. M., Anglin, D., Langdorf, M. I., Baumann, B. M., Hendey, G. W., Bradley, R. N., ... & Mower, W. R. (2013). NEXUS chest: validation of a decision instrument for selective chest imaging in blunt trauma. JAMA surgery, 148(10), 940-946.

S-02

DAHİLİ ACİLLER

Travmalı Hastalarda Çekilen Batın BT'lerde Saptanan Rastlantısal Bulgular: Üç Yıllık İnceleme

Murat Kaya [1], Tarık Akdemir [1], İlhami Demirel [1]

[1] SBÜ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Günümüzde teknolojik gelişmelere paralel olarak; bilgisayarlı tomografi (BT), travma hastaların değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu görüntüleme yöntemi ile asıl amaç başka endikasyonları saptamak iken, tesadüfen beklenmeyen olası bulgular tespit edilebilir.

Bu çalışmanın amacı, travma nedeni ile acil servise başvuran hastalardaki abdomen BT taramalarında tespit edilen insidental (rastlantısal) bulguların prevelansını belirlemek ve klinik önemini değerlendirmektir.

YÖNTEM:

Retrospektif, kesitsel, gözlemsel ve tek merkezli olarak planlanan çalışmada hastanemiz Acil Tıp Kliniği'ne 01 Haziran 2018 ve 31 Mayıs 20210 tarihleri arasında üç yıllık bir dönemde, acil servise travma nedeniyle başvuran ve kontrastlı ya da kontrastsız abdomen BT çekilen pediatrik (<18 yaş) ve yetişkin (≥18 yaş) hastalar dahil edildi. BT görüntülemelerinde insidental bulgu saptanan hastalar: grup I, benign; grup II, olası benign ve grup III, olası benign-malign ayırımı yapılamayan lezyonlar olarak sınıflandırıldı. İnsidental bulgu saptanan hastalar ile insidental bulgu saptanmayan hastalar yaş, cinsiyet ve yaş dağılımı açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR:

Çalışmaya 235 erkek (%69,9) ve 101 (%30,1) kadın olmak üzere toplam 336 hasta dahil edildi. Çalışmamıza dahil edilen hastaların %61,6'sında (n=207) çekilen Batın BT'de rastlantısal bulgu saptandı.

İnsidental bulgu saptanmayan hasta grubu ile karşılaştırıldığında, insidental bulgu saptanan hasta grubunda ortalama yaş anlamlı yüksek saptandı (p<0,001). Ancak, gruplar arasında cinsiyet bakımından anlamlı bir fark bulunmadı (p=0,097).

İnsidental bulgu saptanan hastaların %86,5'lik (n=179) bölümü Grup I'de, %27,5'lik (n=57) bölümü Grup II'de ve %6,7'lik bölümü Grup III (n= 14)'de yer almakta idi.

Batın BT'de en sık rastlanan insidental bulgu olarak aterosklerotik değişiklikler %24,1'lik (n=50) saptandı. Klinik olarak önemli insidental bulgu olarak en sık böbrek kisti %17,4 lük (n=36) ve sürrenal hiperplazisi %6,3 lük (n=13) oran ile tespit edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Abdomen BT çekilen hastaların büyük bir kısmında insidental bulguya rastlandı. Bununla birlikte, yaş arttıkça, özellikle 50 yaş ve üzeri hasta grubunda insidental bulguların sıklığında artış gözlemlendi. İnsidental bulgusu bulunan hastaların yarısından fazlasında ise klinik olarak önemsiz benign bulgulara rastlandı.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, travma, abdomen BT, insidental bulgu, ateroklerotik değişiklikler, böbrek kisti

S-03

DAHİLİ ACİLLER

Acil Servise Başvuran Hemodiyaliz Hastalarının Demografik ve Klinik Özelliklerinin Retrospektif Olarak İncelenmesi

Sümeyra Koyuncu [1], Oğuzhan Bol [2]

[1] Kayseri Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Kayseri
[2] SBÜ Kayseri Tıp Fakültesi, Acil Tıp Kliniği ABD, Kayseri

GİRİŞ VE AMAÇ:

Kronik böbrek yetmezliği toplumda özellikle ileri yaşlarda ortaya çıkan mortaliteye ve ciddi morbiditeye sebep olan bir hastalıktır. Bazı durumlarda ise primer böbrek kaynaklı, metabolik nedenlerle veya travmaya sekonder olarak erken yaşlarda da ortaya çıkabilmektedir. Son dönem böbrek yetmezliği gelişen hastalarda tedavi seçenekleri hemodiyaliz veya periton diyalizidir. Transplantasyon en önemli tedavi seçeneğidir. Kronik böbrek yetmezliği ile hemodiyalize giren hastalar primer hastalığına bağlı olarak veya farklı sebeplerle sıklıkla acil servislere başvurmaktadırlar.

Bu çalışmamızda Kayseri Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniğine başvuran hemodiyaliz programında olan kronik böbrek yetmezlikli hastaların demografik ve klinik bilgiler ile beraber en sık konulan tanılarla tedavi edildikleri kliniklerin belirlenmesi amaçlandı.

YÖNTEM:

30.01.2021-01.12.2021 tarihleri arasında Kayseri şehir hastanesi Acil Servise başvuran ve hemodiyalize giren 128 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik bilgileri, özgeçmiş bilgileri, acil servise başvuru şikayetleri, başvuru anındaki laboratuvar bulguları, ön tanıları, tanıları, takip edildikleri servisler ve klinik sonuç ile ilgili bilgiler analiz edildi.

BULGULAR:

HD grubunda en sık başvuru şikâyeti nefes darlığı idi. Hastaların kronik hastaları değerlendirildi. En sık görülen hastalık diyabetes mellitus idi. Acil gözlemde kalış süresi 6 saat ile 24 saat arasında değişmekte idi. Hastaların 41'i aynı gün acil servisten taburcu edildi. 14'ü yoğun bakımda, 40'ı pandemi servisinde ve 36'sı ise Nefroloji kliniğinde takip edildi. 9 hasta enfektif nedenlerle, 3 hasta kardiyak nedenlerle, 2 hasta serebrovasküler hastalık nedeniyle exitus oldu. En sık konulan tanılar enfeksiyon (katater ve covid-19 sıklıkla), hipervolemi, hipertansiyon ve koroner arter hastalığı idi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Kronik böbrek yetmezliği olan hastalar normal insanlara göre daha sık olarak acil servislere başvurmaktadır. Primer sebep mevcut hastalığa bağlı olabilse de sekonder sebeplerle de başvurabilmektedir. Altta yatan hastalığa bağlı olarak sekonder gelişen problemler daha ağır seyredebilmektedir. KBY hatalarında Acil servis takip ve tedavisinde klinisyenlerin diğer hastalara göre daha dikkatli olması, gerekli durumlarda nefroloji kliniği ise veya ilgili branş ile iletişime geçmesi önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, böbrek yetmezliği, acil diyaliz

S-04

DAHİLİ ACİLLER

Kimyasal Saldırı Ajanına Maaruziyet Sonrası Acil Başvurularının Değerlendirilmesi: Kuzeybatı Suriye'de Bir Hardal Kalıntısı

Burak Çelik [1], Bahadır Karaca [2]

[1] Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis, Kırşehir
[2] Sancaktepe Şehit Profesör Dr. İlhan Varank Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Arkeolojik kazılarda tespit edilmiş ilk kimyasal saldırının Suriye'de olduğu gösterilmiş ve günümüzdeki son kimyasal saldırılar ile gündeme gelen yerlerden biri de yine Suriye olmuştur. Çalışmamızda Suriye'nin kuzeybatısında acil servise kimyasal gazdan etkilenerek başvuran hastaların değerlendirilmesi amaçlandı.

YÖNTEM:

Acil servise 2020 yılı sonunda akşam saat 18:00 sularında soğan ve sarımsak kokusuna benzer koku hisseden ve rahatsızlanan 43 hasta başvurusu olmuştur. Yerel güvenlik güçlerinin kamp yerine yakın bir arazide vadiye inen bir güvenlik elemanı tanımlayamadığı eski bir metal kutunun kapağını açtıktan sonra soğan ve sarımsak kokusu hissetmiş, ardından olay yerinde bayılmış.Kokunun giderek yayılması sonrası kamp yerindeki diğer güvenlik elemanlarında da baygınlık hissi ve ajitasyonlar görülmüş. Hastalar 112 aracılığı ve kamp taşıtları ile acil servise getirildiler.

Acil başvuruları sonrası durum AFAD ve kolluk kuvvetlerine bildirildi. AFAD görevlileri olay yerine vardığında koku duymadıklarını ve ölçüm yaptıklarında eser miktarda Sülfür Mustard (Hardal Gazı) olduğu bilgisini verdi.Acile başvuran hastaların hızlı dekontaminasyonları yapıldı ve semptomatik tedavi verildi. Toplamda 3 hasta yoğun bakıma 17 hasta servise yatırıldı.

BULGULAR:

Tamamı erkek olan hastaların yaş ortalaması 24.86±8.81 yıldır. Başvuru vitalleri; ortalama arteriel basınç 97.23±5.61, ateş 37.2±0.57, nabız 99.28±9.89, Saturasyon 96.43±1.53 olarak saptandı. İkinci kez başvuran hastaların saturasyonları bir kez başvuran hastalara göre daha düşüktü (p=0.048) ve hastalar daha taşikardikti (p=0.00). toplamda 3 hasta nöbet geçirdi, 20 hastanınn ajitasyon ve kasılma hissi vardı, 12 hastada gözlerde kızarıklık ve 42 hastada nefes darlılğı şikayetleri mevcuttu. Bir hastanın fizik muayene bulgusunda akciğer seslerinde sağ bazalde ral vardı. Cilt lezyonları saptanmayan hastaların birinde faringeal hiperemi mevcut iken 3 hastanın sklerasonda hiperemi mevcuttu.

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Kimyasal silah ajanın yanlışlıkla tetiklenmesi sonucu hastaların etkilendiği düşünülmektedir. Kimyasal ajanın çevresel etkenlere açık olması ve açık havada tetiklenmesi mağdurların toksik doza düşük oranda maruz kalmasını sağlamış olabilir ve hızlı dekontaminasyon ile de etkinin minimumda kaldığı düşünülebilir. KBRN olaylarında maruziyet dozu ve hızlı dekontaminasyonun belirgin etki unsurlarından olduğu bu çalışmamızda gösterilmektedir.

Anahtar Kelimeler: kimyasal saldırı

S-05

Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Beyaz Kod Verilerini Dağerlendirilmesi

DAHİLİ ACİLLER

Ayla Köksal [1], Utku Murat Kalafat [1], Cesareddin Dikmetaş [1], Vildan Avcu [1], Serkan Doğan [1]

[1] SBÜ İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi amacıyla üçüncü basamak hastanenin beyaz kod verilerini analiz yapmak, bu konuda çözüm önerilerini geliştirmeyi amaçlanmıştır.

YÖNTEM:

SBÜ İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2019-2020 yılları arasında meydana gelen,Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimine başvurusu yapılan toplam 217 Beyaz Kod bildirim formlarının geriye dönük incelemesi yapılmıştır.Bu verilerde; şiddete maruz kalan hastane çalışanlarının,yaş,cinsiyet,meslek,şiddet tipi,şiddet olayının yaşandığı yer,olayın yaşandığı saat dilimi ve günü yer almaktadır.Tanımlayıcı veriler, sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma olarak gösterildi.Verilerin normal dağılıma uyup uymadığının analizi için skewness ve kurtosis değerleri incelendi.Skewness ve kurtosis değeleri +1,5 ve -1,5 aralığında olan veriler normal dağılım olarak kabul edildi.Normal dağılıma uyan iki grubun karşılaştırmasında bağımsız örneklem T testi, kategorik verilerin analizinde ise Pearson ki kare testi kullanıldı.$p<0,05$ anlamlı kabul edildi.

BULGULAR:

Yıllara göre şiddet olayı bildirimlerinin 2020 yılında 2019 yılına göre belirgin daha düşük olduğunu tespit ettik (n=77, 140, sırasıyla). Cinsiyetlere göre dağılım incelendiğinde anlamlı bir ilişki saptamadık. Yıllara göre dağılımlar incelendiğinde yaş ortalamaları açısından yine anlamlı farklılık saptamadık. Meslek gruplarına göre yıllık beyaz kod vaka bildirimleri karşılaştırıldığında; anlamlı bir ilişki saptanmazken, her iki yılda da doktorların maruz kaldığı beyaz kod olayının daha fazla olduğu belirgindir.2019 yılında doktorlara karşı şiddet olaylarında 2020 yılında azalma olurken, hemşirelere karşı olan şiddet olaylarında artış olduğunu tespit ettik. Şiddet tipinin yıllara göre karşılaştırmasında ise; sözlü şiddet olaylarının 2020 yılında belirgin arttığı, fiziksel şiddet olaylarının ise belirgin azaldığı görülmektedirp<0.01).Şiddet olayının yaşandığı yere göre inceleme yapıldığında; acil servis, poliklinik ve hastanenin diğer servislerinde yıllara göre karşılaştırdığımızda anlamlı farklılık bulmadık. Fakat 2020 yılında hafta içi şiddet olayı oranında azalma görülürken, hafta sonu olaylarında artış olduğu göze çarpmaktadır.

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Son yılda sağlık kurumlarında şiddet olayları artmaktadır.özellikle doktorlar başta olmak üzere sağlık çalışanlarına yönlelik bu şiddet olayalarına yönelik gerekli yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: beyaz kod, şiddet, sağlıkda şiddet

S-06

DAHİLİ ACİLLER

İstanbul'da Obez Ambulanslarının Vaka Analizi

Davut Tekyol [1]

[1] SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Ülkemizde ihtiyacı olan hastaların evden hastaneye, hastaneden eve veya hastaneler arası nakilleri sağlık bakanlığına ait kara, deniz ve hava ambulanslarıyla ücretsiz yapılmaktadır. Yeni doğan bebekler, acil vakalar, afetzedeler, hastaneler arası nakiller, obez hastalar gibi çok sayıda farklı ve özel hasta grupları ambulanslarla taşınmaktadır. Obez hastaların nakli, özel obez ambulansları ile yapılmaktadır. Amacımız İstanbul ilinde obez ambulanslarının vakalarını analiz etmektir.

YÖNTEM:

Çalışma İstanbul ilinde retrospektif olarak planlandı. Veriler, İstanbul Sağlık Müdürlüğü, İl Ambulans Servisi Başhekimliği istatistik biriminin kayıtlarından elde edildi. Avrupa ve Anadolu yakasında Ocak 2021, Ağustos 2021 döneminde kaydedilen tüm obez ambulans vakaları incelendi. Toplam vaka sayısı, aylara göre vaka sayısı, her ekibin yaptığı vaka sayısı ve vakaların ayrıntıları Avrupa ve Anadolu olarak dökümante edildi.

BULGULAR:

İstanbul'da Avrupa ve Anadolu yakasında birer adet olmak üzere 24 saat aktif çalışan 2 adet obez ambulans istasyonu mevcuttur. İncelenen dönemde Avrupa yakasında 774, Anadolu yakasında 539 vakaya çıkılmıştır. İstasyon başına Avrupa yakasında günde ortalama 3,2 Anadolu yakasında ise ortalama 2,3 vaka olmaktadır. Vakalar Tablo 1 de özetlenmiştir.

SONUÇ:

Obez ambulans ekiplerinin İstanbul'da bir günde yaptıkları ortalama vaka sayısı, iş yükü açısından tolere edilebilir düzeyde görünmektedir. Acil sağlık hizmetleri planlanırken böylesi özel bir grup için İstanbul dışındaki şehirlerde planlanacak bir obez ambulans istasyonu yeterli olabilir. Hastaneler arası nakillerin fazla olduğu görülmektedir. Bu nakillerin azaltılması için belirlenmiş bazı hastanelerde stroke merkezi, yanık ünitesi, mahkum koğuşu gibi obez hasta merkezleri dizayn edilebilir. Obez hastalara evde bakım ve mobil hizmetler rutin hale getirilebilir.

Anahtar Kelimeler: obez ambulansı, obezite, transport

Tablo 1. 2021 Ocak-Ağustos dönemi İstanbul ili obez ambulans vakalarının dağılımı

Vakaların analizi	Avrupa yakası	Anadolu yakası
Exitus	5	1
Başka araçla nakil	30	52
Görev iptali	56	42
Eve nakil	87	115
Hastaneye nakil	308	164
Hastaneler arası nakil	265	153
Diğer	23	19
Toplam vaka	774	546

S-07

Etanole Benzer Renksiz İntoksikasyon

DAHİLİ ACİLLER

Merve Nur Uğurlu Kaya [1], Ertuğrul Altınbilek [1], Ayşe Uysal Çaldır [1], Halil Doğan [2]

[1] SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul
[2] SBÜ Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Metanol, etanole benzer bir koku ve tada sahip berrak, renksiz, zehirli bir sıvıdır. Ticari olarak temin edilebilen çok sayıda çözücünün bileşeni olarak kullanılır. Metanol intoksikasyonu, endüstriyel solventlerin veya antifriz sıvılarının kazara veya intihar amaçlı ağızdan alınmasından sonra veya bazen alkollü içeceklere hileli olarak karıştırılmasından sonra ortaya çıkar. Yutulması ciddi metabolik asidoza ve körlük, kalıcı nörolojik işlev bozukluğu ve ölüm gibi klinik rahatsızlıklara neden olabilir.

Metanol zehirlenmesine duyarlılık büyük ölçüde farklılık gösterir. Akut metabolik zehirlenme, ciddi metabolik asidoz ve ciddi nörolojik sekellere neden olur. Çoğu hastada optik sinir nekrozu veya demiyelinizasyona bağlı görme bozuklukları ilk semptomlardan biri olarak görülür. Merkezi sinir sistemi semptomları yaygındır. Büyük miktarlarda metanol alınması nöbet, stupor, koma ve bazen ölümle sonuçlanabilir. Gastrointestinal semptomlar yaygındır (1,2).

Metanol intoksikasyonu nadir görülen ancak ciddi bir zehirlenmedir. Olumsuz etkileri, başlıca metaboliti olan formik asidin ve hücresel hipoksiden kaynaklanan laktik asidin etkisinden kaynaklanmaktadır. Bulantı ve görme kaybı gibi semptomlar, toksik yan ürünlerin birikmesi için gereken süreyi yansıtan maruziyetten birkaç saat ile birkaç gün sonra ortaya çıkabilir. Maruz kalma öyküsüne ek olarak, serum ozmolal ve anyon gapdeki artışlar varlığına dair ipuçları olabilir. Bununla birlikte, toksik alkolün doğasına, maruz kalma süresine ve etanolün birlikte tüketilmesine bağlı olarak her iki parametrede de artış olmayabilir. Kesin tanı, pahalı prosedür olan gaz veya sıvı kromatografisi ile ölçüm yapılmasını gerektirir. Metanol veya metabolit formatını tespit etmek için çalışılan testler, bu zehirlenmenin teşhisini kolaylaştırabilir. Tedavi etanol veya fomepizol verilmesini içerebilir, her ikisi de metabolitlerinin oluşumunu önlemek için alkol dehidrojenaz enziminin inhibitörleridir. Metanol ve metabolitleri uzaklaştırmak için hemodiyaliz yapılabilir(3).

Bu çalışma metanol intoksikasyonu olan hastaların klinik özelliklerini, spektrumunu ve sonuçlarını incelemiş ve metanol intoksikasyonu sonrası mortalitenin öngörülebilirliğini değerlendirmiştir. 1-31 Aralık 2021 tarihinde Şişli Hamidiye Etfal Hastanesi'nde metanol intoksikasyonu sebebiyle takip edilen toplam 9 hasta mevcuttur. Analiz için demografik, klinik, laboratuvar ve mortalite verileri elde edildi. Metanol intoksikasyonlu hasta takibinde hastaların mortalite ve morbiditesini erken dönemde ön görebilmek amaçlanmıştır.

YÖNTEM:

Çalışmamız, eğitim ve araştırma hastanesine 01.12.2021 – 31.12.2021 tarihlerinde bulantı, kusma, görme bozukluğu, bilinç bozukluğu şikayetleriyle başvuran kan gazı tetkikinde artmış anyon gap, osmolalite ve asidoz saptanan, alkol alım öyküsü doğrulanan hastalarda yürütülmüş retrospektif gözlemsel çalışmadır.

Popülasyonumuz acil servise metanol intoksikasyonu şüphesi sebebiyle başvuran hastalardan oluştu. Dışlanan hastalar alkol alım öyküsü olmayan, kan gazında artmış anyon gap asidoz saptanmayan hastalardan oluşmaktadır.

Araştırmanın primer sonlanımı acil servise başvuran metanol intoksikasyonu şüpheli hasta takibinde semptom, laboratuvar bulguları, etanol tedavisi, diyaliz tedavisinin mortalite üzerine etkisinin belirlenmesidir. Hastaların sosyodemografik verileri, laboratuvar verileri, mortaliteleri, yapılan etanol tedavisi, diyaliz tedavisi kaydedildi.

Sürekli değişkenler, normal veya normal olmayan dağılımlara göre ortalama ± standart sapma veya medyan (minimum-maksimum) olarak ifade edildi. Kategorik değişkenler mutlak değerler ve yüzdeler şeklinde sunuldu. Dağılımların değerlendirilmesi için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri kullanıldı. Korelasyon analizlerinde parametrik veriler için Pearson ve parametrik olmayan veriler için Spearman's rho testi kullanıldı. Gruplar arasındaki ilişki sürekli değişkenler için Mann-Whitney U ve Wilcoxon W testi kullanıldı. Kategorik değişkenler için Pearson $\chi 2$ testi ve Fisher's Exact test kullanıldı. İstatiksel alfa anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak kabul edildi. Verilerin istatiksel analizi IBM SPSS sürüm 22 programı ile yapıldı.

BULGULAR:

Çalışmaya alınan vakaların 9'u (%100) erkek idi. Hastaların yaş ortancası 50 (27-61) olarak bulundu. Hastaların 4'ü (%44,4) bulantı kusma, 4'ü (%44,4) bilinç kaybı, 6'sı (%66,6) görme bozukluğu şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastaların 7'si yoğun bakım takibine alındı, 5 hastaya etanol tedavisi başlandı. 9 metanol intoksikasyon hastamızdan 5'inde akut böbrek yetmezliği tablosu saptanmıştır. Hastaların 8'i diyalize alındı. Hastaların 6'sı (%66,6) taburcu olurken, 3 (%33,3) hastanın ex olduğu saptandı (Tablo 1).

Tablo 1. Metanol İntoksikasyon hastalarında demografik özellikler laboratuvar bulguları ve tedavi

Demografik özellikler ve Laboratuvar bulguları	**Metanol İntoksikasyon Hastaları (n=9)**
	Ortalama±ss
Yaş (yıl) ortanca(min-max)	50 (27-61)*
Erkek n (%)	9 (100)
Başvuru şikayeti	**n**
Bulantı kusma	4
Bilinç kaybı	4
Nefes darlığı	1
Görme bozukluğu	6
Laboratuvar bulguları	**Ortalama±ss**
PH ortanca(min-max)	6,82 (6,55- 7,18)*
PCO2	49,90 ± 9,46
HCO3 ortanca(min-max)	7,30 (2,90- 17,70)*
BE	-25,94 ± 2,53
Laktat	7,24 ± 1,72
WBC	16,29 ± 1,88
HB	15,28 ± 0,94
PLT	284,0 ± 27,85
BUN	23,88 ± 3,1
Kreatinin ortanca(min-max)	1,46 (0,87- 2,25)*
AST ortanca(min-max)	36,0 (23,0- 391)*
ALT ortanca(min-max)	23,0 (9,0- 105,0)*
NA	138 ± 0,92
K	4,89 ± 0,27
Glukoz	145,22 ± 22,36
CL ortanca(min-max)	104 (96-110)*
CRP	2,77 ± 0,46
TROPONİN ortanca(min-max)	35,50 (5,78- 808,6)*
INR ortanca(min-max)	1,24 (1,0- 2,27)*
APTT ortanca(min-max)	34,10 (27,10- 728,8)*
PT ortanca(min-max)	16,30 (13,50- 29,90)*
Tedavi ve Mortalite	**n (%)**
Diyaliz	8
Yoğun Bakım	7
Etanol Tedavisi	5
Mortalite	3

*Ortanca (min-max), SS: Standart sapma

Mortal seyreden hasta grubu ile yaşayan hasta grubu arasında başvuru şikayetleri incelendiğinde bilinç durumunda istatistiksel anlamlı farklılık saptandı (p 0,025). Mortal seyreden hasta grubu ile yaşayan hasta grubu arasında labaratuvar değerleri incelendiğinde PCO2 , laktat ve kreatinin değerlerinde istatistiksel anlamlı farklılık saptandı (p 0,039, p 0,020, p 0,039) (Tablo 2).

Mortaliteyle olan ilişkiyi saptamada kullanılan korelasyon analizi sonuçlarına göre bilinç durumu, kreatinin, laktat ve PCO2'nin mortalite ile korele olduğu saptandı (p 0,011, p 0,025, p 0,013, p 0,015).

Tablo 2. Çalışmaya alınan hastaların mortalitelerine göre laboratuvar değerleri

Laboratuvar değerleri	Yaşayan hasta n:6 **Ortanca (min-max)**	Ex hasta n:3 **Ortanca (min-max)**	**p**	**z**
PCO2	35,26 (20,0- 67,40)	79,16 (57,20-97,60)	0,039	-2,066
Laktat (mmol/l)	4,54(0,60-10,55)	12,66 (11,33-15,29)	**0,020**	-2,324
Kreatinin	1,25 (0,87- 1,95)	2,06 (1,70-2,25)	**0,039**	-2,066

*SS: Standart Sapma. *Ortanca (min-max)

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Metanol, etanole benzer bir koku ve tada sahip berrak, renksiz, zehirli bir sıvıdır .15 mL kadar küçük dozlarda metanol toksisitesi gözlenmiştir ve hemen tedavi edilmezse körlüğe ve ölüme neden olabilir. Metanol, etanolden daha az lipofilik olduğundan, etanolün tipik sarhoş edici özellikleri olmaksızın toksisite ortaya çıkabilir. Anyon açıklı metabolik asidoz, büyük miktarlarda alımlarda yaygın olarak gözlenir, ancak serum ozmolar boşluk gibi, toksik alkol zehirlenmesini ekarte etmez (3).

Akut böbrek yetmezliği (ABY), alkollü hastalarda yüksek ölüm oranları ile ilişkili hayatı tehdit eden bir komplikasyondur. ABY'nin ana etiyolojileri iskemi, hipoksi veya nefrotoksisitedir (4). Metanol intoksikasyonu vakalarında literatürde farklı oranlarda ABY geliştiği bildirilmiştir, ancak bu renal sonucu incelemek için sınırlı sayıda çalışma yapılmıştır. Salek ve arkadaşları 13 metanol intoksikasyon hastasından sadece 2'sinde (%15,4) ABY geliştiğini saptamıştır (5). Verhelst ve arkadaşları ise metanol intoksikasyonu olan 25 hastanın 15'inde (%60,0) ABY geliştiğini bulmuşlardır (6). Bizim çalışmamızdaki 9 metanol intoksikasyon hastamızdan 5'inde (%55,5) akut böbrek yetmezliği tablosu saptanmıştır. Metanol intoksikasyonu ile acil servise başvuran hastalarda ABY gelişimi olabileceği ve acil diyaliz ihtiyacının olabileceği her zaman göz önünde bulundurulmalıdır.

Shahangian ark ile Smith arkadaşlarının yaptığı her iki çalışmada da metanol intoksikasyonunda metabolik asidoz gelişiminde öncelikle formik asit ikincil olarak da laktik asitin artışının sorumlu olduğunu göstermişlerdir (7,8). Jacobsen ve arkadaşları ise çalışmalarında klinik semptom ağırlığının serum metanol konsantrasyonlarından ziyade metabolik asidoz ile korele olduğunu göstermişlerdir (9). Biz de yaptığımız çalışmamızda mortal grup ile mortal olmayan grubu karşılaştırdığımızda yüksek laktat seviyesinin artmış mortaliteye yol açtığını saptadık.

Covid 19 pandemisi ile birlikte dezenfeksiyon amacı ile çeşitli ülkelerde alkol satışı %14-30 oranında artmıştır. (10). Ayrıca Covid 19'un önlenmesinde kullanılan dezenfektanların içerdiği alkol türlerinin farklı olması, toksik alkolün tehlikeleri ve nasıl kullanılacağı konusunda kamuoyunun farkındalığının olmaması ve virus tarafından enfekte olma korkusu alkol kullanımının yaygınlaşmasına neden oldu (11). Ayrıca tüketilen alkollü içeceklerin evde veya izinsiz çalışma alanlarında yapılması ve ünlü markaların şişelerinde yeniden paketlenmesi ve el dezenfektanlarının üretiminde büyük endüstriyel etanol kullanımı nedeniyle piyasadaki etanol miktarının azalması bunun yerine metanol kullanımının geçmesine neden oldu (12). Görünüşe gore Covid 19 salgını sırasında methanol zehirlenmesinin nedenleri iç içe geçmiş durumda ve bunların bir çoğu önlenebilir sebeplerdir. Güven oluşturma, eğitimin yanı sıra kontrol ve izleme methanol intoksikasyonunu azaltmaya yönelik yapılabilecekler arasında yer almaktadır.

Yaptığımız çalışmada akut böbrek yetmezliğinin methanol intoksikasyonunda yaygın olduğunu saptadık. Akut böbrek yetmezliğinin, laktat yüksekliğinin hastane içi mortaliteyi öngördüğünü saptadık.

Çalışmanın retrospektif olması, küçük örneklem büyüklüğü ve başvuru öncesi serum kreatinin ve idrar çıkışı ölçümlerinin olmaması vardığımız sonuçların kesinliğini sınırlandırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Metanol, intoksikasyon, acil,

REFERANSLAR

1. Chang, ST., Wang, YT., Hou, YC. et al. Acute kidney injury and the risk of mortality in patients with methanol intoxication. BMC Nephrol 20, 205 (2019). https://doi.org/10.1186/s12882-019-1404-0
2. J. Md Noor, R. Hawari, M.F. Mokhtar, S.J. Yussof, N. Chew, N.A. Norzan, et al.Methanol outbreak: a Malaysian tertiary hospital experience Int J Emerg Med, 13 (1) (2020), p. 6 Epub 2020/02/08 [PubMed PMID: 32028888; PubMed Central PMCID: PMCPMC7006424]
3. Zakharov S., Pelclova D., Urban P. Use of out-of-hospital ethanol administration to improve outcome in mass methanol outbreaks. Ann Emerg Med. 2016;68:52–61.
4. Basile DP, Anderson MD, Sutton TA. Pathophysiology of acute kidney injury. Compr Physiol. 2012;2(2):1303–53.
5. Salek T, Humpolicek P, Ponizil P. Metabolic disorders due to methanol poisoning. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub. 2014;158(4):635–9.
6. Verhelst D, Moulin P, Haufroid V, Wittebole X, Jadoul M, Hantson P. Acute renal injury following methanol poisoning: analysis of a case series. Int J Toxicol. 2004;23(4):267–73.
7. S Shahangian, K O Ash, Formic and lactic acidosis in a fatal case of methanol intoxication., Clinical Chemistry, Volume 32, Issue 2, 1 February 1986, Pages 395–397, https://doi.org/10.1093/clinchem/32.2.395
8. Smith, S. Rolf, ShelaghJ M. Smith, and BrendanM Buckley. "Combined formate and lactate acidosis in methanol poisoning." The Lancet 318.8258 (1981): 1295-1296.)
9. Jacobsen, D.; Bredesen, J.E.; Eide, I.; Ostborg, J. Anion and Osmolal Gaps in the Diagnosis of Methanol and Ethylene Glycol Poisoning. Acta Med. Scand. 1982, 212, 17–20.
10. M. Neufeld, D.W. Lachenmeier, C. Ferreira-Borges, J. Rehm Is alcohol an "Essential Good" during COVID-19? Yes, but only as a disinfectant! Alcohol Clin Exp Res, 44 (9) (2020), pp. 1906-1909 Epub 2020/08/01 PubMed PMID: 32735694; PubMed Central PMCID: PMCPMC7436501
11. H. Aghababaeian, L. Hamdanieh, A. Ostadtaghizadeh Alcohol intake in an attempt to fight COVID-19: a medical myth in Iran Alcohol, 88 (2020), pp. 29-32 [PubMed PMID: 32693023; PubMed Central PMCID: PMCPMC7368655]
12. L. Yip, D. Bixler, D.E. Brooks, K.R. Clarke, S.D. Datta, S. Dudley Jr., et al. Serious adverse health events, including death, associated with ingesting alcohol-based hand sanitizers containing methanol - Arizona and New Mexico, may-June 2020 MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 69 (32) (2020), pp. 1070-1073, [PubMed PMID: 32790662]

5-08 Acil Servis Çalışanlarında COVID-19 Enfeksiyonu

ENFEKSİYON ACİLLERİ

Harun Güneş [1], Türkay Akbaş [2]

[1] Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Balıkesir
[2] Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Düzce

GİRİŞ VE AMAÇ:

Pandemiye neden olan yeni tip koronavirüs (COVID-19) salgını, aşılama programlarına rağmen, henüz belirgin bir yavaşlama belirtisi göstermemiştir. Acil servis (AS) çalışanları, hastalarla yoğun temasları nedeniyle en yüksek risk gruplarından birisini oluşturmaktadır. Salgın nedeniyle artan iş yükü yanında sağlık çalışanlarının da hastalığa yakalanmasından kaynaklanan işgücü kaybı, pandeminin yönetimini daha da zorlaştırmaktadır. Bu çalışmada bir üniversite hastanesinin AS'inde görev yapan sağlık çalışanlarında COVID-19 görülme sıklığı ve sonuçlarının değerlendirilmesi; böylece ileride atılacak adımlara yön verebilecek öneriler geliştirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM:

Bir üniversite hastanesinin AS'inde çalışan toplam 71 personelden COVID-19 enfeksiyonu geçirenlerle birebir görüşülerek yaş, cinsiyet, özgeçmiş, aşılanma durumu, hastalığa kaç kez yakalandığı, hastanede veya yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) yatış ihtiyacı, komplikasyonlar, hastalığı yakın çevresine bulaştırıp bulaştırmadığı, hastalığı hastane dışı bir kaynaktan alıp almadığı ve akıbetine ilişkin bilgiler toplanmış ve IBM SPSS 25.0 programı ile analiz edilmiştir.

BULGULAR:

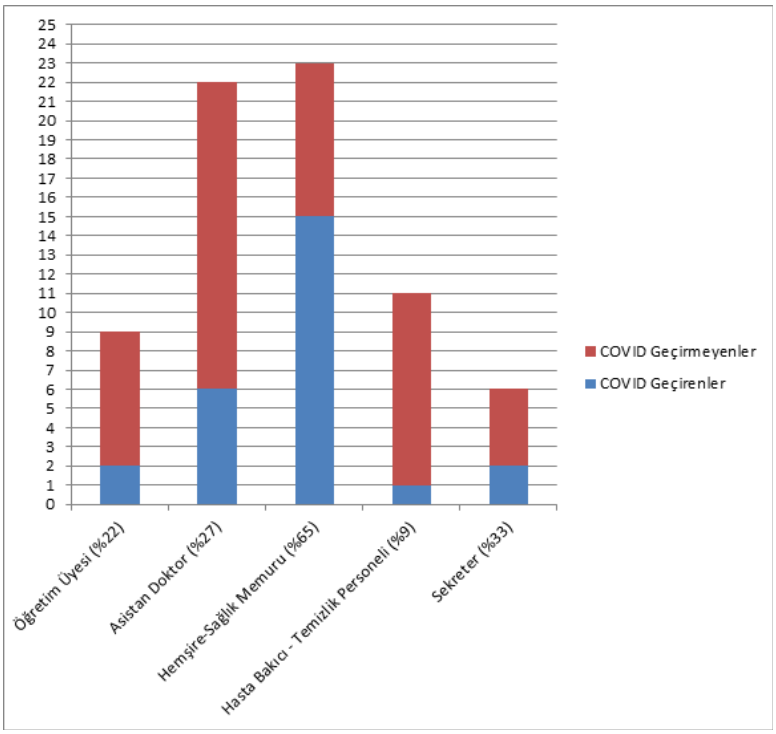
Ülkemizde ilk vakanın görüldüğü 2020 Mart ayından itibaren 2 yıllık süreçte 71 AS çalışanından 26'sı (%37) en az 1 kez COVID geçirmişti. Hastaların görev gruplarına göre dağılımı Şekil 1'de verilmiştir. Hastaların 10'u (%39) erkek, 16'sı (%61) kadındı. Yaşları 19 ile 39 yıl arasında değişen hastaların ortalama yaşı 27,2±6,0 yıldı. Yedi (%27) hasta, COVID-19'a yakalandığı sırada hiç aşılanmamıştı. Hastaların aşılanma durumları Tablo 1'de verilmiştir. Sekiz (%31) hasta, hastalığı aile fertlerine de bulaştırmıştı. Beş (%19) hasta, hastalığı aile fertlerinden kapmıştı. Yalnızca 2 (%8) hasta, hastanede yatarak tedavi almış, hiçbir hasta YBÜ'ne yatırılmamış ve tüm hastalar iyileşmişti.

SONUÇ:

Aşılama çalışmaları ve koruyucu önlemlere rağmen AS çalışanlarının önemli bir kısmında COVID-19 enfeksiyonu görülmektedir. Tekrarlanan eğitimlerle çalışanların farkındalığının arttırılması; aşılanma durumlarının takibi ve rapel zamanı gelenlere yeniden aşı olmaları gerektiğinin hatırlatılması ile AS çalışanlarının COVID-19 enfeksiyonundan daha etkili bir şekilde korunabileceğini düşünüyoruz. Bu çalışmaya benzer çalışmalar belli aralıklarla tekrarlanarak verilerin güncellenmesinin ve güncel verilerin bilimsel çevrelerin yanı sıra politika yapıcılarla da paylaşılmasının salgınla mücadele çalışmalarına katkıda bulunacağı kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, aşılama, Comirnaty, COVID-19, pandemi, Sinovac

Şekil 1. Görev gruplarına göre COVID-19'a yakalanma oranlarının bulunduğu bu grafikte grupların isimlerinin devamında görülen yüzde (%) değerleri, o grupta COVID-19 enfeksiyonu görülme sıklığını ifade etmektedir. Grafiğin 3. sütununda da görüldüğü gibi enfeksiyonun en sık görüldüğü grup %65'lik oran ile hemşire ve sağlık memurlarının oluşturduğu grup iken en az görüldüğü grup da %9'luk oranla hasta bakıcı ve temizlik personellerinin oluşturduğu gruptur.



Tablo 1. Hastaların aşılanma durumları

	Sinovac [n (%)]	Comirnaty [n (%)]	Toplam [n (%)]
Aşısız	8 (%31)	11 (%42)	7 (%27)*
1 Kez aşılanmış	-	6 (%23)	-
2 Kez aşılanmış	17 (%65)	9 (%35)	4 (%15)
3 Kez aşılanmış	1 (%4)	-	7 (%27)
4 Kez aşılanmış	-	-	8 (%31)

* Sinovac ile aşılanmayan 8 hastadan 1 tanesi Comirnaty ile aşılandığı için toplamda hiç aşılanmayan hasta sayısı 7 kişidir.

S-09

ENFEKSİYON ACİLLERİ

COVID-19 Hastalarının Hafif ve Ağır Klinik Göstergesi Olarak Serum Endokan Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Derya Öztürk [1], Adem Melekoğlu [1], Ertuğrul Altınbilek [1]

[1] SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Çalışmanın birincil amacı, COVID-19 hastalarında acil servise başvuru esnasında alınan serum endokan seviyeleri ile klinik durum arasındaki ilişkiyi araştırmak ve serum endokan seviyeleri ile diğer inflamatuar parametreler arasındaki ilişkileri değerlendirmektir.

YÖNTEM:

Bu çalışmaya 44'ü stabil, 36'sı kritik durumda, PCR test sonucu pozitif, 18 yaşından büyük toplam 80 COVID-19 hastası dahil edildi. .Hastaların özellikleri ve klinik sonuçları, hematolojik ve biyokimyasal parametreleri, toraks bilgisayarlı tomografisi (BT), vital bulguları kayıt edildi ve ELİSA yöntemi ile serum endokan seviyeleri, ölçüldü.

BULGULAR:

Kritik hastaların ortalama yaşı stabil hastalardan anlamlı derecede yüksekti (71.00 ± 13.27'ye karşı 53.36 ± 17.80; p=0.000). Kritik hastalarda kan ve serum parametreleri (CRP, ferritin, PCT, laktat, NLR, d-Dimer, yüksek duyarlılıklı Troponin T, üre, kreatinin, WBC ve INR) anlamlı olarak yüksekti (p<0,005). Serum endokan seviyeleri kritik hastalarda stabil hastalara göre anlamlı derecede daha yüksekti (518.9 ± 513.31 ng/mL'ye karşı 340.71 ± 433.32 ng/mL; p=0.000). Endokan, yaş, laktat ve yüksek hassasiyetli Troponin T'nin çok değişkenli modelde kritik hastaları stabil hastalardan ayırt etmede önemli ölçüde etkili olduğu bulundu. kritik hastalar için endokan seviyesinin 244.9 ng/mL %88.9 duyarlılığa ve %63.6 özgüllüğe sahip olduğu gösterildi.

SONUÇ:

Serum endokan seviyeleri, başvurudaki klinik durumu tahmin etmek için yararlı bir biyobelirteçtir ve COVID-19 hastalarının prognozunu ve sonuçlarını tahmin edebilir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Endocan, Klinik sonuç, Hastalık şiddeti

S-10

ENFEKSİYON ACİLLERİ

Çevresel Etkenlerin COVID-19 Yayılımına Olan Etkisi

Muhammed Salih Topaloğlu [1], Adem Az [1], Özgür Söğüt [1]

[1] SBÜ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Bu çalışmada, hastanemiz Acil Tıp Kliniği'ne başvuran ve moleküler yöntemler ile doğrulanmış COVID-19 hastalarında iklim göstergeleri (hava sıcaklığı, nem oranı, rüzgâr hızı, yağış miktarı ve hava kalitesi) ile COVID-19 vaka sayısı ve hastalığın şiddeti arasında bir ilişki olup olmadığının araştırılması amaçlandı.

YÖNTEM:

Tek merkezli, retrospektif, tanımlayıcı, kesitsel ve klinik gözlemsel olarak planlanan bu çalışmaya Haziran 2020 ve Şubat 2021 tarihleri arasında hastanemiz acil servisine başvuran ve COVID-19 tanısı alan ardışık 169,058 hasta dahil edildi.

Çalışmada İstanbul Meteoroloji 1. Bölge Müdürlüğü'nden alınan günlük hava durumu verileri (ortalama sıcaklık, minimum sıcaklık, maksimum sıcaklık, ortalama nispi nem ve rüzgâr hızı) kullanıldı. İklim göstergeleri ile COVID-19 vaka sayısı ve hastalığın klinik sonlanımı arasındaki korelasyon analiz edildi.

BULGULAR:

Çalışmaya 89091'i (%52,70) erkek ve 79967'si (%47,30) kadın toplam 169,058 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 39,74±11,60 idi. Yapılan korelasyon analizinde toplam hasta sayısı ile iklim göstergelerinden ortalama sıcaklık (rho=-0,734, p<0,001), maksimum sıcaklık (rho=-0,696, p<0,001) ve minimum sıcaklık (rho=-0,748, p<0,001) değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ilişki tespit edildi. Ek olarak, toplam hasta sayısı ile ortalama nispi nem değeri arasında anlamlı ve pozitif yönde ilişki saptandı (rho=0.399, p=0.012). Ancak, toplam hasta sayısı ile rüzgâr hızı değeri arasında anlamlı bir korelasyon bulunmadı (rho=0.214 ve p=0.190). Benzer şekilde, ölüm hızı ile iklim göstergelerinden ortalama sıcaklık (rho=-0,375, p=0,019), maksimum sıcaklık (rho=-0,429, p=0,006) ve minimum sıcaklık (rho=-0,352, p=0,028) değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ilişki tespit edildi. Ancak, ölüm hızı ile ortalama nispi nem (rho= 0,158, p=0.337) ve rüzgâr hızı (rho=0,003, p=0.988) değerleri arasında anlamlı bir korelasyon bulunmadı.

SONUÇ:

Çalışmada elde edilen bulgular ışığında ortalama sıcaklık, maksimum sıcaklık ile minimum sıcaklık değerlerinin düşük seyrettiği ve ortalama nispi nem değerinin yüksek seyrettiği dönemde COVID-19 vaka sayısında artış olduğu söylenebilir. Buna paralel olarak ortalama sıcaklık, maksimum sıcaklık ve minimum sıcaklık değerlerinin düşük olduğu dönemde COVID-19 ölüm hızında artış izlenmiştir.

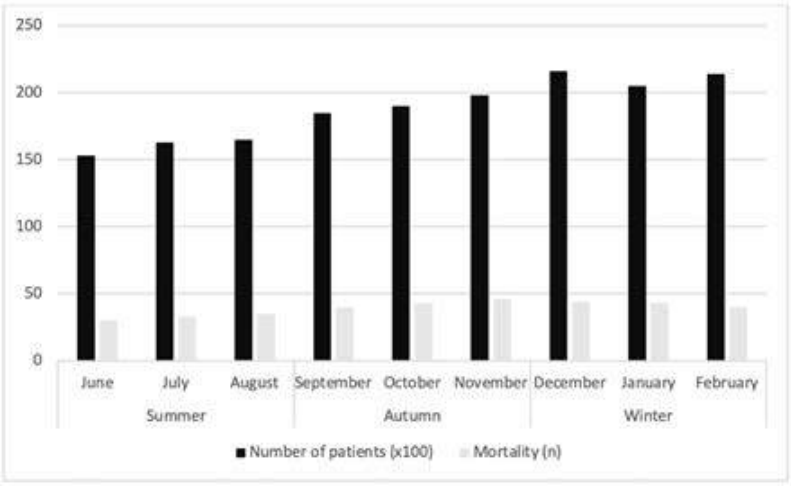
Anahtar Kelimeler: COVID-19, iklim göstergeleri, ortalama sıcaklık, nispi nem, rüzgâr hızı

Tablo 1. İklimsel parametreler ile hasta sayıları, vefat sayısı ve ölüm hızı arasındaki ilişkiyi inceleyen korelasyon analizi tablosu

		Hasta sayısı	Vefat	39 haftalık Ölüm Hızı
Ortalama Sıcaklık	rho	-0,734	-0,654	-0,375
	p	<0,001	<0,001	0,019
Maksimum Sıcaklık	rho	-0,696	-0,675	-0,429
	p	<0,001	<0,001	0,006
Minimum Sıcaklık	rho	-0,748	-0,646	-0,352
	p	<0,001	<0,001	0,028
Ortalama nispi nem	rho	0,399	0,239	0,158
	p	0,012	0,142	0,337
Rüzgâr hızı	rho	0,214	0,031	0,003
		0,190	0,850	0,988

Bağımsız gruplarda sayısal değişkenler normal dağılım koşulunu sağladığından Pearson's korelasyon testi ile değişkenler arasındaki (örn; ortalama sıcaklık, minimum sıcaklık, maksimum sıcaklık, ortalama nispi nem, rüzgâr hızı) ilişkiyi incelendi. rho, korelasyon katsayısı

Şekil 1: Toplam hasta ve vefat eden hasta sayısının aylara ve mevsimlere göre dağılımı



S-11

ENFEKSİYON ACİLLERİ

COVID-19 Pnömonisinde Üre/ Lenfosit ve LDH/Lenfosit Oranlarının Hastalık Prognozunu ve Mortaliteyi Öngörmedeki Etkinliği

Dilay Satılmış [1]

[1] SBÜ Sultan 2 Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

COVID-19 hastalarında lenfosit sayısındaki azalma derecesinin hastalık şiddeti ile ilişkili olduğu yapılan çalışmalarda öne sürülmüştür, fakat lenfopeninin ve serum inflamatuar biyobelirteçlerinin kötü klinik sonuçlarla ne ölçüde ilişkili olduğu belirsizliğini korumaktadır. Bu Çalışmada COVID-19 hastalarında kötü sonuçlarla ilişkili olduğu bilinen Üre ve laktat dehidrogenaz (LDH) değişiklikleri ile lenfopeninin prognostik kapasitesinin güçlendirilip güçlendirilmediğinin araştırılması amaçlandı.

YÖNTEM:

1.Mart 2020- 1.Ocak 2021 tarihleri arasında acil servisimizde COVID-19 boğaz sürüntü sonucu pozitif gelen, yani onaylanmış COVID 19 hastalarının verileri geriye dönük olarak incelendi. Üre/Lenfosit ve LDH/Lenfosit oranlarının 30 günlük mortaliteyi tahmin etmedeki ayırım gücünü değerlendirmek için eğrinin altındaki alan (AUC) kullanıldı.

BULGULAR:

Çalışmaya 795 COVID-19 pozitif hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortancası 51 olup %56,2 (n:447)'si erkek, %43,8 (n:348)'si kadın idi. Hastalar sağ (%97,1 n:772) ve ölen (%2,9 n:23) olmak üzere 2 gruba ayrıldı. Demografik, klinik ve rutin kan parametreleri analiz edildi. Hastaların 425'inin (%53,5) başvuru sırasında lenfopenisi mevcuttu ve lenfopenisi olmayanlarla karşılaştırıldığında yoğun bakıma yatış oranının daha fazla olduğu görüldü (%8,2; %4,8; p =0,08). Hastane içi mortalite yüzdesi de yine lenfopenisi olan grupta daha fazla idi (%4,7; %0,9; p<0.01). Hayatta kalan ve ölen hastaların Üre/Lenfosit oranlarının ortanca değeri sırasıyla 19,51 ve 71,21 idi (p<0,001). Hayatta kalan ve ölen hastaların LDH/Lenfosit oranlarının ortanca değeri sırasıyla 297,42 ve 754,09 idi (p<0,001).30 günlük mortaliteyi ve sağkalımı tahmin etme oranı hesaplandı. 30 günlük mortalite için AUC Üre/Lenfosit ve LDH/Lenfosit oranı için sırasıyla 0,864 ve 0,840 idi.

SONUÇ:

Sonuç olarak, Üre/Lenfosit ve LDH/Lenfosit oranları, COVID-19 hastalık şiddeti ve sağkalım tahmininde yüksek riskli vakaların belirlenmesine yardımcı olabilecek bağımsız öngörücüler olarak kullanılabilecek yararlı ölçümlerdir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, üre lenfosit oranı, laktat dehidrogenaz lenfosit oranı, mortalite

S-12

NÖROLOJİK ACİLLER

Acil Serviste Trombolitik Ve /Veya Trombektomi Uygulanan Akut İnme Hastalarında Serum Laktat Düzeyi Ve Monosit / Hdl Oranlarıyla Tedavinin Başarısı Arasındaki Korelasyonun Değerlendirilmesi

Dilara Keskinbalta [1], Derya Öztürk [2], Ertuğrul Altınbilek [2]

[1] Bayrampaşa Devlet Hastanesi, Acil Servis, İstanbul
[2] SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Acil servise akut iskemik inme tanısı alan ve endikasyonu dahilinde trombolitik ve trombolitik + trombektomi uygulanan hastalarda serum laktat düzeyi ve monosit/ HDL oranının tedavi sonlanımındaki başarıyı öngörmede bir belirteç olabileceğini göstermek amaçlandı.

YÖNTEM:

Çalışmamız inme merkezi olan hastanemizde 01.01.2019 – 31.12.2019 tarihleri arasında akut serebrovasküler olay tanısı alan nöroloji servisi ve yoğun bakımına yatışı yapılan hastaların dahil edildiği retrospektif bir çalışmadır. Hastaların demografik özellikleri , radyolojik görüntüleme sonuçları ,laboratuvar verileri, uygulanan tedavi yöntemleri, NIHS skoru ve hastaların klinik sonlanımlarına hastane bilgi yönetim sistemi (HBYS) aracılığıyla erişildi.

BULGULAR:

Çalışmamıza 189 hasta dahil edildi. Bu hastaların 109'u erkek,80'i kadın hasta idi. Hastaların yaş ortalamaları 70idi. Bu hastaların tamamına trombolitik yapıldı. 22 kadın hasta ve 167 erkek hastanın ek hastalıkları mevcuttu.

Tablo 1.

		Min-Mak	Medyan	Ort.±s.s./n-%
Yaş		30.0 - 96.0	70.0	69.5 ± 12.9
Cinsiyet	Kadın			80 42.3%
	Erkek			109 57.7%
Ek Hastalık	(-)			22 11.6%
	(+)			167 88.4%
Monosit		0.03 - 7.80	0.61	0.67 ± 0.59
HDL		22.0 - 67.0	42.0	42.0 ± 9.1
Monosit/IDL		0.00 - 0.16	0.01	0.02 ± 0.01
Laktat		2.09 - 26.22	1.40	1.75 ± 1.18
Nötrofil		0.55 - 7.39	5.51	6.24 ± 3.18
Lenfosit		0.55 - 7.39	2.07	2.26 ± 1.07
N/L		0.60 - 23.00	2.53	3.54 ± 3.05
Kolesterol		101.0 - 352.0	200.0	202.7 ± 48.8
Non HDL Kolesterol		45.0 - 303.0	159.0	160.7 ± 46.4
Total Kolesterol/HDL		1.80 - 9.07	4.82	4.95 ± 1.23
Trigliserit		38.0 - 510.0	112.5	133.4 ± 72.2
LDL		52.0 - 800.0	133.0	138.0 ± 62.2
NIHSS Geliş		1.0 - 22.0	11.0	11.4 ± 5.3
NIHSS Sonuç		0.00 - 22.00	7.00	7.52 ± 5.03
NIHSS Değişim		-18.0 - 12.0	-3.0	-3.9 ± 4.5

Hastaların acil servise başvuru anındaki NIHSS değerleri ile tedavi sonrası NIHSS değerleri karşılaştırıldığında geliş ve taburculuk değerlerinde anlamlı düşüş gösterilmiştir.

NIHSS Geliş	1.0 - 22.0	11.0	11.4 ± 5.3
NIHSS Sonuç	0.00 - 22.00	7.00	7.52 ± 5.03
NIHSS Değişim	-18.0 - 12.0	-3.0	-3.9 ± 4.5

MCA, ACA ve PCA grupları arasında hastaların yaşları, cinsiyet dağılımları anlamlı ($p<0.05$) farklılık göstermemiştir.

MCA, ACA ve PCA grupları arasında ek hastalık oranı anlamlı ($p< 0.05$) farklılık göstermemiştir.

MCA, ACA ve PCA grupları arasında monosit değeri, HDL değeri, Monosit/HDL değeri,Laktat değeri, nötrofil değeri, lenfosit değeri, NLR değeri, kolesterol değeri, Non HDL kolesterol değeri, trigliserit değeri, LDL değeri anlamlı ($p< 0.05$)farklılık göstermemiştir.

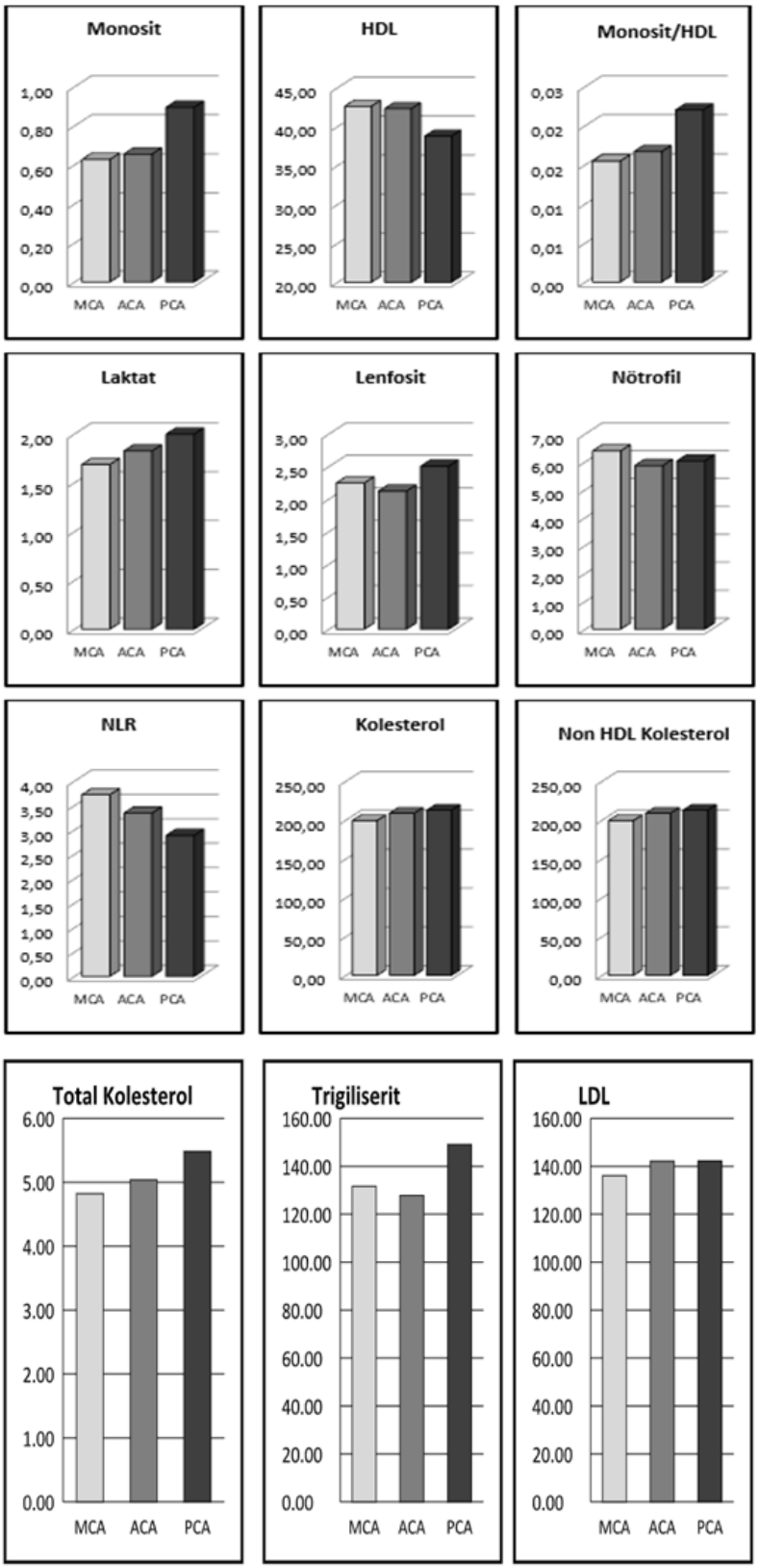
PCA grubunda total kolesterol /HDL oranı MCA grubundan anlamlı ($p< 0.05$) olarak daha yüksekti.

ACA grubunda total kolesterol /HDL oranı MCA ve PCA grubundan anlamlı olarak farklılık göstermemiştir. ($p<0.05$)

Tablo 2.

			MCA	ACA	PCA	p
Yaş		Ort.±ss	70.7 ± 12.5	68.3 ± 12.2	65.3 ± 15.1	0.128 [A]
		Medyan	70.5	68.0	70.0	
Cinsiyet	Kadın	n-%	60 46.2%	11 33.3%	9 34.6%	0.286 [χ²]
	Erkek	n-%	70 53.8%	22 66.7%	17 65.4%	
Ek Hastalık	(-)	n-%	13 10.0%	3 9.1%	6 23.1%	0.146 [χ²]
	(+)	n-%	117 90.0%	30 90.9%	20 76.9%	
Monosit		Ort.±ss	0.63 ± 0.27	0.65 ± 0.35	0.89 ± 1.43	0.990 [K]
		Medyan	0.62	0.61	0.62	
HDL		Ort.±ss	42.6 ± 9.3	42.3 ± 9.8	38.8 ± 6.8	0.126 [K]
		Medyan	42.0	43.0	37.5	
Monosit/HDL		Ort.±ss	0.0 ± 0.0	0.0 ± 0.0	0.0 ± 0.0	0.466 [K]
		Medyan	0.0	0.0	0.0	
Laktat		Ort.±ss	1.7 ± 1.0	1.8 ± 0.8	2.0 ± 2.2	0.318 [K]
		Medyan	1.4	1.6	1.4	
Nötrofil		Ort.±ss	6.4 ± 3.5	5.9 ± 2.3	6.0 ± 2.5	0.962 [K]
		Medyan	5.5	5.4	5.5	
Lenfosit		Ort.±ss	2.2 ± 1.1	2.1 ± 0.9	2.5 ± 1.2	0.475 [K]
		Medyan	2.0	2.1	2.3	
N/L		Ort.±ss	3.7 ± 3.3	3.3 ± 2.6	2.9 ± 1.8	0.082 [K]
		Medyan	2.5	2.7	2.1	
Kolesterol		Ort.±ss	199.2 ± 48.4	208.7 ± 47.7	212.5 ± 51.8	0.217 [A]
		Medyan	195.2	212.0	225.5	
Non HDL Kolesterol		Ort.±ss	156.6 ± 46.6	166.4 ± 43.3	173.7 ± 47.7	0.125 [A]
		Medyan	152.5	165.0	180.0	
Total Kolesterol/HDL		Ort.±ss	4.8 ± 1.3	5.0 ± 1.0	5.5 ± 1.0	*0.039* [A]
		Medyan	4.7	4.9	5.4	
Trigliserit		Ort.±ss	131.6 ± 75.2	127.8 ± 56.8	149.1 ± 74.0	0.239 [K]
		Medyan	109.5	116.5	124.6	
LDL		Ort.±ss	136.1 ± 70.6	142.1 ± 37.3	142.2 ± 38.7	0.143 [K]
		Medyan	128.5	144.0	146.0	

[A] ANOVA / [K] Kruskal-wallis (Mann-whitney u test) / [χ²] Ki-kare test

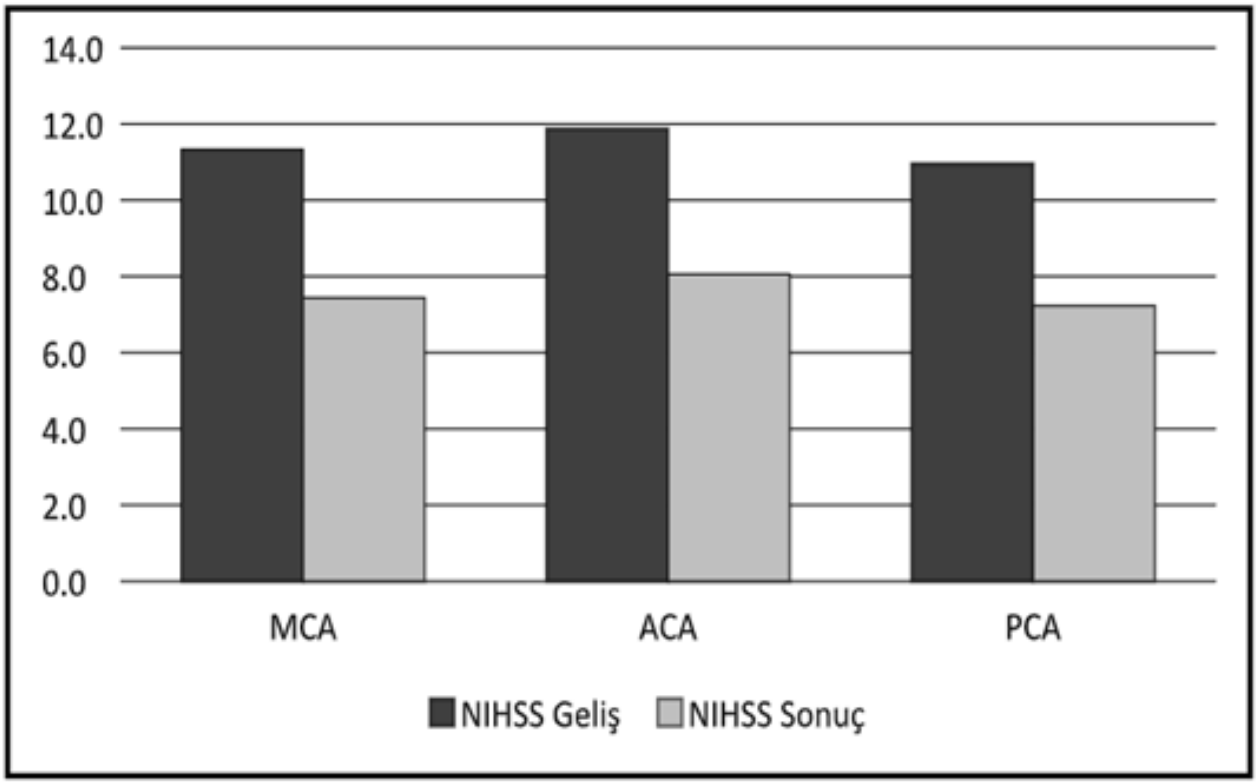


MCA, ACA ve PCA grupları arasında geliş NIHSS değeri, sonuç NIHSS değeri anlamlı ($p<0.05$) farklılık göstermemiştir.
MCA grubunda sonuç NIHSS değeri gelişe göre anlamlı ($p< 0.05$) düşüş göstermiştir.
ACA grubunda sonuç NIHSS değeri gelişe göre anlamlı ($p< 0.05$) düşüş göstermiştir.
PCA grubunda sonuç NIHSS değeri gelişe göre anlamlı ($p< 0.05$) düşüş göstermiştir.
MCA, ACA ve PCA grupları arasında geliş sonuç NIHSS düşüş miktarı anlamlı ($p< 0.05$)farklılık göstermemiştir.

Tablo 3.

		MCA	ACA	PCA	p
NIHSS Geliş	Ort.±ss	11.3 ± 5.3	11.9 ± 6.0	11.0 ± 4.9	0.854 [K]
	Medyan	10.0	11.0	10.5	
NIHSS Sonuç	Ort.±ss	7.4 ± 5.0	8.1 ± 5.0	7.2 ± 5.5	0.574 [K]
	Medyan	7.0	7.0	5.0	
NIHSS Değişim	Ort.±ss	-3.9 ± 4.6	-3.8 ± 4.5	-3.7 ± 3.7	0.898 [K]
	Medyan	-3.0	-3.0	-3.5	
Grup İçi Değişim p		***0.000*** [W]	***0.000*** [W]	***0.000*** [W]	

[K] Kruskal-wallis / [W] Wilcoxon test



NIHSS geliş değeri ile monosit değeri, HDL değeri, Monosit/HDL değeri, Laktat değeri, nötrofil değeri,lenfosit değeri, NLR değeri, kolesterol değeri, Non HDL kolesterol değeri, total kolesterol/ HDL değeri, trigliserit değeri, LDL değeri arasında anlamlı (p <0.05) anlamlı korelasyon gözlenmemiştir.(Tablo 3)

NIHSS sonuç değeri ile monosit değeri, HDL değeri, Monosit/HDL değeri, Laktat değeri, nötrofil değeri, lenfosit değeri, NLR değeri, kolesterol değeri, Non HDL kolesterol değeri, total kolesterol/HDL değeri, trigliserit değeri, LDL değeri arasında anlamlı (p< 0.05) anlamlı korelasyon gözlenmemiştir. (Tablo 3)

NIHSS düşüş miktarı ile monosit değeri, HDL değeri, Monosit/HDL değeri, Laktat değeri, nötrofil değeri, lenfosit değeri, NLR değeri, kolesterol değeri, Non HDL kolesterol değeri, total kolesterol/HDL değeri, trigiliserit değeri, LDL değeri arasında anlamlı (p< 0.05) anlamlı korelasyon gözlenmemiştir. (Tablo 3)

Tablo-3

	NIHSS Geliş		NIHSS Sonuç		NIHSS Değişim	
	r	p	r	p	r	p
Monosit	0.038	0.607	0.067	0.358	-0.011	0.880
HDL	-0.034	0.637	0.019	0.791	0.056	0.445
Monosit/HDL	0.009	0.903	0.042	0.565	0.007	0.922
Laktat	0.091	0.214	0.124	0.089	-0.020	0.780
Nötrofil	0.009	0.903	-0.026	0.722	-0.058	0.430
Lenfosit	-0.050	0.491	-0.047	0.522	-0.006	0.929
N/L	0.037	0.613	0.014	0.853	-0.033	0.650
Kolesterol	-0.037	0.610	-0.053	0.469	-0.014	0.850
Non HDL Kolesterol	-0.042	0.566	-0.056	0.447	-0.013	0.856
Total Kolesterol/HDL	-0.053	0.466	-0.054	0.461	-0.004	0.961
Trigliserit	0.053	0.473	0.027	0.712	-0.005	0.944
LDL	-0.063	0.386	-0.019	0.794	0.012	0.872

Spearman Korelasyon

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımıyla inme, damarsal neden dışında görünürde başka bir nedene bağlı olmaksızın , fokal veya global serebral disfonksiyondur. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre her yıl 15 milyon kişi inme geçirmektedir. Bunların içinden 5 milyon kişi ölmekte ve 5 milyon kişi kalıcı olarak sakat kalmaktadır ve bu da inmeyi ikinci en yaygın ölüm nedeni ve sakatlığın önemli bir nedeni haline getirmektedir. Türkiye'de de en sık görülen Akut nörolojik hastalık olan inme, ülkemizde de ölüm nedenleri arasında ikinci sırada bulunmaktadır. (137)

Ulusal İnme Derneği verileri, inme geçiren kişilerin %10'unun tamamen iyileştiğini, %25'inin sadece hafif komplikasyonları olduğunu bildirilmektedir. (137) Burada '' Zaman Beyindir '' düşüncesiyle , kaybedilen her dakika milyonlarca beyin hücresinin ölümüne ve bunun da kişinin ölümü hatta kalıcı sakatlığına sebep olabileceği için mümkün olduğunca hızlı tanı ve tedavi gerektiğini unutmamak gerekir.

Etyopatogenezinde yer alan bir çok değiştirilebilir ve değiştirilemez faktörlerin arasında bulunan yaş ; çalışmamızda da yer verdiğimiz önemli bir faktördür. Yıllık inme insidansı 55-64 yaşlarında 1.3-3.6 / 1.000, 65-74 yaşlarında 4.9-8.9 / 1.000, 75 yaş üzerinde 13.5-17.9 /1.000'dir. İnme geçirenlerin yaklaşık %70'inin 65 yaş üzerinde olduğu bildirilmiştir. (138).Boğdaycıoğlu ve ark. yaptığı çalışmada hastaların yaş ortalamasını 71,5±12(139) , Bolayir ve ark. çalışması ise (77,1±6,7) olarak bulmuştur(140). Chien Hsund Li ve ark. yaptığı bir prognoz calışmasında, iskemik SVO vakalarında mortalitenin ortalama yaşını 73.2, sağ kalımın ortanca yaşını 62 olarak hesaplamış ve bu farklılığın anlamlı olduğunu belirtilmiştir. L.Kalra ve ark. 75 yaşın üzerindeki (142) ; Hisayama ve ark. ise 65yaş üzerindeki SVO vakalarını kötü prognozla ilişkili olarak değerlendirmişlerdir.(143) . Bizim çalışmamızda hastaların ortalama yaşı 69.5±12.9 olarak bulunmuş ve diğer çalışmalar ile uyumludur.

Boğdaycıoğlu ve ark. yaptığı çalışmada ek hastalık sahibi hasta sayısı 88 (%76.3) olmayanlar 12 (%23.7) olarak bulunmuştur.(139) Sallah- Eddine Megherbi'nin 2003 yılında yaptığı çalışmasında 4537 akut inmeli hastanın 937'si diyabetik olduğu görülmüş ve 3 ay sonraki modifiye Rankin skalası ve Barthel indeksine göre engellilik ve özürlülük oranı diyabetik hastalarda daha yüksek bulunmuştur(144). İnme risk faktörleri olarak atriyal fibrilasyon, kan basıncı, kan şekeri değeri ve aterosklerozun prognostik öneminin incelendiği bir çalışmada her bir parametrenin

iskemik SVO için genel olarak kötü prognoz göstergesi olduğu kanaatine varılmıştır.(145) Bizim çalışmamızda ise ek hastalığı olanlar 167 (%88.4) olmayanlar 22 (%11.6) şeklindedir.

Çalışmamızda %57.7 erkek %42.3 kadın hasta mevcuttur. Yavuz ve arkadaşlarının tez çalışmasında %41 kadın, %59 erkek (146); Şimşek ve arkadaşlarınn tez çalışmasında %44 kadın, %56 erkek bulunmuştur(147). 2606 hasta ile yapılan bir çalışmada ,kadınların daha ileri yaşta ve daha ağır klinikle SVH geçirdiği görülmüş ; NIHSS ortalaması kadınlarda 5 , erkeklerde ortalama 4 olarak saptanmış ve istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur.(123)

Çalışmamızda monosit/HDL (MHO) oranı 0.67 ± 0.59 iken Aydemir ve ark. çalışmasında bu oran 19,7±10,6 (148), Bolayir ve ark. çalışmasında bu değer 17,5±8,2'dir.(140) Bizim çalışmamızdaki değerler ile diğer iki çalışma sonuçları arasında benzerlik olmasa da orandaki benzerlik; her ne kadar kan HDL kolesterol değerleri erkek ve kadında farklılık gösterse de bir belirteç olarak kullanımı açısından önemli olabileceğini göstermektedir.

Sakal ve ark. yapmış olduğu bir çalışmada iskemik inmeli hastalardaki laktat oranı 2.1 ± 0.8 olarak bulunmuş (149) ; Dohmen ve ark. MCA enfarktlı hastalar üzerinde yapmış oldukları çalışmada, laktatın penumbrada ödemi ve buna sekonder iskemiye neden olduğuna kanaat getirdikleri görülmüştür (150). Karaman ve ark. Çalışması iskemik svo geçiren hastalarda geliş ve üçüncü gün modifiye rankin skalasına göre laktat düzeyleri karşılaştırılmış kötü sonlanım üzerine anlamlı fark bulunmamıştır (151) ancak Sion Jo ve ark. 292 iskemik inme hastasının , geliş laktat düzeyi ve inme sonlanımlarının incelendiği, retrospektif çalışmasında . Laktat değerinin 2 mmol/L'den yüksek olması hiperlaktatemi olarak kabul edilmiş . İnme sonrası 3. ayda 183 hasta kötü sonlanım göstermiş hiperlaktateminin 3. ay kötü sonlanım için bağımsız bir risk faktörü olduğu ve 3. ay mortaliteye eğilim yarattığı tespit edilmiştir. (152) Bizim çalışmamızda laktat oranı 1.75 ± 1.18 olarak hesaplanmış ve bu hasta grubunda pozitif yönde anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Boğdaycıoğlu ve ark. 52 akut dönemdeki svo hastası ve 48 sağlıklı kişi üzerinde yapılan çalışmada total kolesterol/HDL oranı 5.22±1.59 bulunmuştur ve bu çalışmada belirtildiğine göre yalnızca kadınlarda total kolesterol/HDL-K oranının iskemik inme ile ilişkili olduğu değerlendirilmiştir. (139) Zhang ve ark .yapmış olduğu 2012 yılında yapılan 3085 iskemik kaynaklı inme hastasının incelendiği 20 yıl süren bir çalışmada düşük HDL ve yüksek total kolesterol/HDL oranı kadın ve erkek cinsiyet farketmeksizin iskemik inme riski ile ilişkili bulunmuştur. İskemiye sebep olan artere göre baktığımız çalışmamızda PCA grubunda total kolesterol /HDL oranı MCA grubundan anlamlı ancak ACA grubunda total kolesterol /HDL oranı MCA ve PCA grubundan anlamlı olarak farklılık göstermemiştir. (153)

Ülker ve ark. yapmış olduğu bir çalışmada başlangıç NIH skorlarının erken dönem prognozu belirlemede oldukça önemli bir belirteç olduğunu göstermektedir.(154) Kasner ve ark. çalışmasında hastaların akut dönem geliş NIH skoru tayini, erken dönem prognozunda belirlemede üstün bir belirteçtir. (156) Bilge ve ark. yaptığı çalışmada yer alan hastaların üçüncü ay MRS skorları ile NIHSS puanları ve enfarkt volümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. (155) Bizim yaptığımız çalışmada ise hastaların acil servise başvuru anındaki NIHSS değerleri ile tedavi sonrası NIHSS değerleri karşılaştırıldığında geliş ve taburculuk değerlerinde anlamlı düşüş gösterilmiştir.

Monosit/ HDL oranı ve laktat düzeyleri ;iskemik inme hastalarının trobolitik ve girişimsel tedavi başarısı ve prognozunda bizim çalışmamızda anlamlı bir farklılık ortaya koymasa da yapılacak prospektif veya retrospektif çalışmalarla daha iyi aydınlatacağını düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Monosit / HDL oranı, laktat, iskemik inme

REFERANSLAR

1. Cerebrovascular Disorders. A clinical and research classification. WHO Ofset Publ. No:43 Ceneva, 1978.
2. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Adams RJ, Berry JD, Brown TM, et al.Heart disease and stroke statistics-2011 update: A report from the AmericanHeart Association. Circulation. 2011;
3. Ross R. Atherosclerosis—an inflammatory disease. N Engl J Med.1999;340:115–126.
4. Nicoli F, Lefur Y, Denis B, Ranjeva JP, Confort-Gouny S, Cozzone PJ. Metabolic counterpart of decreased apparent diffusion coefficient during hyperacute ischemic stroke: a brain proton magnetic resonance spectroscopic imaging study. Stroke. 2003
5. Graham GD, Hwang JH, Rothman DL, Prichard JW. Spectroscopic assessment of alterations in macromolecule and small-molecule metabolites in human brain after stroke. Stroke. 2001
6. Schneweis S, Grond M, Staub F, Brinker G, Neveling M, Dohmen C, et al.Predictive Value of Neurochemical Monitoring in Large Middle Cerebral Artery Infarction. Stroke.
7. Demirkaya Ş, Vural O. Serebral kan akımı ve serebral metabolizma. EdtBalkan S. Serebrovasküler Hastalıklar. Ankara Güneş Tıp Kitabevi 2009; 9-16
8. Camarata PJ, Heros RC, Latchaw RE. "Brain Attack": The Rationale for Treating Stroke as a Medical Emergency. Neurosurgery. 2004
9. Vahedi K, Vicaut E, Mateo J, Kurtz A, Orabi M, Guichard JP, et al. Sequential- design, multicenter, randomized, controlled trial of early decompressive craniec-

tomy in malignant middle cerebral artery infarction (DECIMAL Trial).Stroke. 2007

10. Katzman R, Clasen R, Klatzo I, Meyer JS, Pappius HM, Waltz AG. Report ofJoint Committee for Stroke Resources. IV. Brain edema in stroke. Stroke. 1977
11. Adams HP Jr, Bendixen BH, Kappelle LJ, the TOAST investigators. Classification of subtypes of acute ischemic stroke: definitions for use in a multicenter clinical trial. Stroke 1993; 24:35-41
12. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. 2018Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association.Stroke 2018; 49(3):e46-e99.
13. Adams Jr HP, Bendixen BH, Kapelle J, Biller J, Love BB, Gordon DL, Marsh EE, The TOAST investigators. Classification of subtypes of acute ischemic stroke. Definition for use in multicenter clinical trial. Stroke.1993;24:35-41.
14. Adams HP Jr, B.B., Kappelle LJ, Biller J, Love BB, Gordon DL, Marsh EE, Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment. Stroke, 1993. 24 (1): p. 35-41.
15. Goldstein, L.B., et al., Improving the reliability of stroke subgroup classification using the Trial of ORG 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST) criteria. Stroke, 2001. 32(5): p.109-8
16. Goldstein LB, B.C., Adams RJ, et al, Guidelines for the Primary Prevention of Stroke. Stroke,2011. 42: p. 517-584.
17. Bradley, W. (2008). Neurology in Clinical Practice (5 ed.)
18. Brown RD, Whisnant JP, Sicks JD, et al. Stroke incidence, prevalence, and survival: secular trends in Rochester, Minnesota, through 1989. Stroke. 1996; 27: 373–380
19. Wolf PA, D'Agostino RB, O'Neal MA, et al. Secular trends in stroke incidence and mortality: the Framingham Study. Stroke.1992; 23: 1551–1555
20. Kittner SJ, Stern BJ, Feeser BR, et al. Pregnancy and the risk of stroke. N Engl J Med. 1996; 335: 768–774
21. Qureshi AI, Giles WH, Croft JB, Stern BJ. Number of pregnancies and risk for stroke and stroke subtypes. Arch Neurol. 1997; 54: 203–206
22. Broderick J, Brott T, Kothari R,et al. The Greater Cincinnati/Northern Kentucky Stroke Study: preliminary first-ever and total incidence rates of stroke among blacks. Stroke. 1998; 29: 415–421
23. Gorelick PB. Cerebrovascular disease in African Americans. Stroke. 1998; 29: 2656–2664
24. Howard G, Anderson R, Sorlie P, et al. Ethnic differences in stroke mortality between non-Hispanic whites, Hispanic whites, and blacks: the National Longitudinal Mortality Study. Stroke. 1994; 25: 2120–2125
25. Sheinart KF, Tuhrim S, Horowitz DR, et al. Stroke recurrence is more frequent in Blacks and Hispanics. Neuroepidemiology. 1998; 17: 188–198
26. Rosamond WD, Folsom AR, Chambless LE, et al. Stroke incidence and survival among middle-aged adults: 9-year follow-up of the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) cohort. Stroke. 1999; 30(4): 736-743.
27. Gillum RF. Risk factors for stroke in blacks: a critical review. Am J Epidemiol. 1999; 150: 1266–1274
28. He J, Klag MJ, Wu Z, Whelton PK. Stroke in the People's Republic of China: I. Geographic variations in incidence and risk factors. Stroke. 1995; 26: 2222–2227
29. Kiely DK, Wolf PA, Cupples LA, et al. Familial aggregation of stroke: the Framingham Study. Stroke. 1993;24: 1366–1371
30. Brass LM, Isaacsohn JL, Merikangas KR, Robinette CD. A study of twins and stroke. Stroke. 1992; 23: 221–223
31. Ortel TL. Genetics of coagulation disorders. In: Alberts MJ, ed. Genetics of Cerebrovascular Disease. Armonk, NY: Futura Publishing;1999: 129–156
32. De Lucia D, Renis V, Belli A, et al. Familial coagulation-inhibiting and fibrinolytic protein deficiencies in juvenile transient ischaemic attacks. J Neurosurg Sci. 1996; 40: 25–35
33. Hillier CE, Collins PW, Bowen DJ, et al. Inherited prothrombotic risk factors and cerebral venous thrombosis. QJM. 1998; 91: 677–680
34. Easton JD, Saver JL, Albers GW, et all. Definition and evaluation of transient ischemic attack: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association /American Stroke Association Stroke Council; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; Council on Cardiovascular Nursing; and the Interdisciplinary Council on Peripheral Vascular Disease. Stroke, 2009; 40: 2276, 2009
35. Johnston SC, Gress DR, Browner WS, Sidney S. Short-term Prognosis After Emergency Department Diagnosis of TIA. JAMA, 2000;284(22):2901-2906
36. Wolf PA. Cerebrovascular risk. In: Izzo JLJ, Black HR, eds. Hypertension
37. Primer: The Essentials of High Blood Pressure. Baltimore, Md: Lippincott, Williams & Wilkins; 1999:239.
38. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. National Heart, Lung, and Blood Institute Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report [published correction appears in JAMA.] 2003;290:197]. JAMA. 2003; 289: 2560–2572
39. Staessen JA, Fagard R, Thijs L, et al. Randomised double-blind comparison of placebo and active treatment for older patients with isolated systolic hypertension: the Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) Trial Investigators. Lancet 1997; 350: 757–764
40. SHEP Cooperative Research Group. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension: final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). JAMA. 1991; 265: 3255–3264
41. Rodriguez BL, D'Agostino R, Abbott RD, et al. Risk of hospitalized stroke in men enrolled in the Honolulu Heart Program and the Framingham Study: a comparison of incidence and risk factor effects. Stroke. 2002; 33: 230–236
42. Goldstein LB, Adams R, Alberts MJ, et al. Primary Prevention of Ischemic Stroke: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council: Cosponsored by the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease Interdisciplinary Working Group; Cardiovascular Nursing Council; Clinical Cardiology Council; Nutrition, Physical Activity, and Metabolism Council; and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline. Stroke 2006; 37: 1583-1633
43. Burns DM. Epidemiology of smoking-induced cardiovascular disease. Prog Cardiovasc Dis. 2003;
44. Silvestrini M, Troisi E, Matteis M, et al. Effect of smoking on cerebrovascular reactivity. J Cereb Blood Flow Metab. 1996; 16: 746 –749.
45. Implementation of treatment protocols in the Diabetes Control and Complications Trial. Diabetes Care. 1995; 18: 361–376
46. Effects of tissue plasminogen activator and a comparison of early invasive and conservative strategies in unstable angina and non-Q-wave myocardial infarction. Results of the TIMI IIIB Trial. Thrombolysis in Myocardial Ischemia. Circulation. 1994; 89: 1545–1556.
47. Loh E, Sutton MS, Wun CC, et al. Ventricular dysfunction and the risk of stroke after myocardial infarction. N Engl J Med. 1997; 336: 251–257.
48. O'Leary DH, Polak JF, Kronmal RA, et al. Distribution and correlates of sonographically detected carotid artery disease in the Cardiovascular Health Study. The CHS Collaborative Research Group. Stroke. 1992; 23: 1752–1760
49. Corti R, Fuster V, Fayad ZA, et al. Lipid lowering by simvastatin induces regression of human atherosclerotic lesions: two years' follow-up by high-resolution noninvasive magnetic resonance imaging. Circulation. 2002; 106: 2884–2887
50. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. Stroke. 1991; 22: 983–988
51. Hart RG, Halperin JL, Pearce LA, et al. Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Investigators. Lessons from the Stroke Prevention in Atrial Fibrillation trials. Ann

Intern Med. 2003; 138: 831–838

52. Bonow RO, Carabello B, de Leon AC Jr, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Management of Patients With Valvular Heart Disease). J Am Coll Cardiol. 1998; 32(5): 1486–1588
53. Hart RG, Benavente O, McBride R, Pearce LA. Antithrombotic therapy to prevent stroke in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis. Ann Intern Med. 1999; 131: 492–501
54. Adams R. Neurological complications. In: Embury S, ed. Sickle Cell Disease: Basic Principles and Clinical Practice. New York, NY: Raven Press;1994 599–621
55. Adams RJ, McKie VC, Carl EM, et al. Long-term stroke risk in children with sickle cell disease screened with transcranial Doppler. Ann Neurol. 1997; 42: 699–704.
56. Cholesterol, diastolic blood pressure, and stroke: 13,000 strokes in 450,000 people in 45 prospective cohorts: prospective studies collaboration. Lancet. 1995; 346: 1647–1653.
57. Iso H, Jacobs DR Jr, Wentworth D, et al. Serum cholesterol levels and six-year mortality from stroke in 350,977 men screened for the multiple risk factor intervention trial. N Engl J Med. 1989;320:904 –910
58. Leppala JM, Virtamo J, Fogelholm R, et al. Different risk factors for different stroke subtypes: association of blood pressure, cholesterol, and antioxidants. Stroke. 1999; 30: 2535–2540
59. Shahar E, Chambless LE, Rosamond WD, et al. Atherosclerosis Risk in Communities Study. Plasma lipid profile and incident ischemic stroke: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. Stroke. 2003; 34: 623–631
60. Bots ML, Elwood PC, Nikitin Y, et al. Total and HDL cholesterol and risk of stroke. EUROSTROKE: a collaborative study among research centres in Europe. J Epidemiol Community Health. 2002; 56(suppl 1): i19–i24.
61. Soyama Y, Miura K, Morikawa Y, et al. Oyabe Study. High-density lipoprotein cholesterol and risk of stroke in Japanese men and women: the Oyabe Study. Stroke. 2003; 34: 863–868.
62. Horenstein RB, Smith DE, Mosca L. Cholesterol predicts stroke mortality in the Women's Pooling Project. Stroke. 2002; 33: 1863–1868.
63. Lindenstrom E, Boysen G, Nyboe J. Influence of total cholesterol, high density lipoprotein cholesterol, and triglycerides on risk of cerebrovascular disease: the Copenhagen City Heart Study [published correction appears in BMJ. 1994;309:1619]. BMJ. 1994; 309: 11–15
64. Novak K. NIH increase efforts to tackle obesity. Nat Med. 1998; 4: 752–753.
65. Johnsen SP, Overvad K, Stripp C, et al. Intake of fruit and vegetables and the risk of ischemic stroke in a cohort of Danish men and women. Am J Clin Nutr. 2003; 78: 57–64.
66. Pate RR, Pratt M, Blair SN, et al. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. JAMA. 1995; 273: 402–407
67. Viscoli CM, Brass LM, Kernan WN, et al. A clinical trial of estrogen-replacement therapy after ischemic stroke. N Engl J Med. 2001; 345: 1243–1249
68. Anderson GL, Limacher M, Assaf AR, et al. Women's Health Initiative Steering Committee. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA. 2004; 291(14): 1701–1712
69. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA. 2001; 285: 2486 –2497
70. Torres Duarte AP, Dong QS, Young J, et al. Inhibition of platelet aggregation in whole blood by alcohol. Thromb Res. 1995; 78: 107–115.
71. Hillbom M, Numminen H, Juvela S. Recent heavy drinking of alcohol and embolic stroke. Stroke. 1999; 30: 2307–2312.
72. Homocysteine Studies Collaboration. Homocysteine and risk of ischemic heart disease and stroke: a meta-analysis. JAMA. 2002; 288: 2015–2022
73. Wald DS, Bishop L, Wald NJ, et al. Randomized trial of folic acid supplementation and serum homocysteine levels. Arch Intern Med. 2001; 161: 695–700
74. Rifai N, Ma J, Sacks FM, et al. Apolipoprotein(a) size and lipoprotein(a) concentration and future risk of angina pectoris with evidence of severe coronary atherosclerosis in men: the Physicians' Health Study. Clin Chem. 2004; 50: 1364–1371
75. Brust JCM. Neurological Aspects of Substance Abuse. 2nd ed. Philadelphia, Pa: Butterworth-Heinemann; 2004
76. Neiman J, Haapaniemi HM, Hillbom M. Neurological complications of drug abuse: pathophysiological mechanisms. Eur J Neurol. 2000; 7: 595–606
77. Hankey GJ, Eikelboom JW, van Bockxmeer FM, et al. Inherited thrombophilia in ischemic stroke and its pathogenic subtypes. Stroke. 2001; 32: 1793–1799.
78. Schwartz SM, Siscovick DS, Longstreth WT Jr, et al. Use of lowdose oral contraceptives and stroke in young women. Ann Intern Med. 1997; 127(8 pt 1): 596–603
79. Chan WS, Ray J, Wai EK, et al. Risk of stroke in women exposed to low-dose oral contraceptives: a critical evaluation of the evidence [published correction appears in Arch Intern Med. 2005;165:2040]. Arch Intern Med. 2004; 164: 741–747
80. Martinelli I, Sacchi E, Landi G, et al. High risk of cerebral-vein thrombosis in carriers of a prothrombin-gene mutation and in users of oral contraceptives. N Engl J Med. 1998; 338: 1793–1797
81. Bousser MG, Conard J, Kittner S, et al. Recommendations on the risk of ischaemic stroke associated with use of combined oral contraceptives and hormone replacement therapy in women with migraine. The International Headache Society Task Force on Combined Oral Contraceptives & Hormone Replacement Therapy. Cephalalgia. 2000;20: 155–156
82. Ridker PM, Rifai N, Rose L, et al. Comparison of C-reactive protein and low-density lipoprotein cholesterol levels in the prediction of first cardiovascular events. N Engl J Med. 2002; 347:1557–1565.
83. DeGraba TJ, Siren AL, Penix L, et al. Increased endothelial expression of intercellular adhesion molecule-1 in symptomatic versus asymptomatic human carotid atherosclerotic plaque. Stroke. 1998; 29: 1405–1410.
84. Bova IY, Bornstein NM, Korczyn AD. Acute infection as a risk factor for ischemic stroke. Stroke. 1996; 27: 2204–2206
85. Tzourio C, Iglesias S, Hubert JB, et al. Migraine and risk of ischaemic stroke: a case-control study. BMJ. 1993; 307: 289–292
86. Carolei A, Marini C, De Matteis G. History of migraine and risk of cerebral ischaemia in young adults. The Italian National Research Council Study Group on Stroke in the Young. Lancet. 1996; 347: 1503–1506
87. Bushnell CD. Migraine and risk of ischemic stroke: an evidence-based medicine review. J Clin Outcomes Manage. 2001; 8: 33–39
88. Kruit MC, van Buchem MA, Hofman PA, et al. Migraine as a risk factor for subclinical brain lesions. JAMA. 2004; 291: 427–434.
89. Bednarczyk EM, Remler B, Weikart C, et al. Global cerebral blood flow, blood volume, and oxygen metabolism in patients with migraine headache. Neurology. 1998; 50: 1736–1740
90. Lechat P, Mas JL, Lascault G, et al. Prevalence of patent foramen ovale in patients with stroke. N Engl J Med. 1988; 318: 1148–1152
91. Morrisett JD. The role of lipoprotein[a] in atherosclerosis. Curr Atheroscler Rep. 2000; 2: 243–250
92. Arenillas JF, Molina CA, Chacon P, et al. High lipoprotein(a), diabetes, and the extent of symptomatic intracranial atherosclerosis [published correction appears in Neurology. 2004;63:944]. Neurology.2004; 63: 27–32.

93. Koenig W, Khuseyinova N, Lowel H, et al. Lipoprotein-associated phospholipase A2 adds to risk prediction of incident coronary events by C-reactive protein in apparently healthy middle-aged men from the general population: results from the 14-year followup of a large cohort from southern Germany. Circulation. 2004; 110: 1903–1908.

94. Oei HH, van der Meer IM, Hofman A, et al. Lipoprotein-associated phospholipase A2 activity is associated with risk of coronary heart disease and ischemic stroke: THA Rotterdam Study. Circulation. 2005; 111: 570–575

95. Palomaki H, Partinen M, Erkinjuntti T, Kaste M. Snoring, sleep apnea syndrome, and stroke. Neurology. 1992; 42(7 suppl 6): 75–81; discussion 82

96. Culebras A. Cerebrovascular disease and sleep. Curr Neurol Neurosci Rep. 2004; 4: 164–169.

97. Yaggi H, Mohsenin V. Sleep-disordered breathing and stroke. Clin Chest Med. 2003; 4: 23–237

98. r: Arsava E. M, Öztürk V, Kutluk K, Uzuner N. İskemik İnme Tanısı: Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu - 2015. Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi 2015; 21(2): 80-84 doi: 10.5505/tbdhd.2015.77486.

99. http://file.atuder.org.tr/_atuder.org/fileUpload/TpBeEQYE4SHT.pdf

100. Go S, Worman DJ. İnme, Geçici İskemik Atak ve Servikal Arter Diseksiyonu. İçinden: Tintinalli JE, Stapczynski JS, Ma OJ, Cline DM, Cydulka RK, Meckler GD. Tintinalli Acil Tıp Kapsamlı Bir Çalışma Kılavuzu. 7.baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. 2013;1122.

101. Türk Nöroloji Derneği [online]. http://www.noroloji.org.tr/html/file/TND%20 kilavuz%2002-2007.pdf [16.01.2014

102. Kumral E. (2011). Serebrovasküler hastalıkların değerlendirilmesinde bilgisayarlı tomografi. Edt Kumral E. Santral Sinir Sisteminin Damarsal Hastalıkları. (s. 51-62). Ankara; Güneş Tıp Kitabevi.

103. Pexman JHW, Barber PA, Hill MD, Sevick RJ, Demchuk AM, Hudon ME, Hu WY, Buchan AM. Use of alberta stroke program early CT score (ASPECTS) for assessing CT scans in patients with acute stroke. Am J Neuroradiol. 2001; 22: 1534-1542.

104. Saatçi I. (2009). İnmede görüntüleme yöntemleri. Edt Balkan S. Serebrovasküler Hastalıklar. (s. 207-223). Ankara; Güneş Tıp Kitabevi.

105. Kumral E. (2011). Serebrovasküler hastalıkların değerlendirilmesinde MRG. Edt Kumral E. Santral Sinir Sisteminin Damarasal Hastalıkları. (s. 67-85). Ankara; Güneş Tıp Kitabevi.

106. Crocco TJ, Goldstein JN. Stroke. In: Marx J, Hockberger R, Walls R (Edt) Rosen's Emergency Medicine - Concepts and Clinical Practice. 8th Edition. Elsevier Health Sciences, Philadelphia. 2013;1363-74.

107. Jauch EC, Saver JL, Adams HP Jr, Bruno A, Connors JJ, Demaerschalk BM, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2013;44(3):870-974.

108. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. American Heart Association Stroke Council. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2018;49(3):e46-e110.

109. Sarıbaş O,Topçuoğlu MA, Arsava EM. Akut İskemik İnmelerde Tedavi Yaklaşımları. İçinden: Balkan S (Editör) Serebrovasküler Hastalıklar. Güneş Kitabevi, Antalya. 2005;289-311.

110. Kutluk K. İçinden: İskemik inme. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. 2004;1-49.

111. Emre M. Serebrovasküler Hastalıklar. İçinden: Emre M (Editör) Nöroloji Temel Kitabı. Güneş Tıp Kitabevi, Antalya: 2013; 669-796.

112. Adams HP Jr, del Zoppo G, Alberts MJ, Bhatt DL, Brass L, Furlan A, et al. American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council; American Heart Association/American Stroke Association Clinical Cardiology Council; American Heart Association/American Stroke Association Cardiovascular Radiology and Intervention Council; Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease Working Group; Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Group. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline as an educational tool for neurologists. Circulation. 2007;115(20):e478-534.

113. Demaerschalk BM, Kleindorfer DO, Adeoye OM, Demchuk AM, Fugate JE, Grotta JC, et al.Scientific Rationale for the Inclusion and Exclusion Criteria for Intravenous Alteplase in Acute Ischemic Stroke A Statement for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2016.

114. Adams HP, Adams RJ, Brott T, del Zoppo GJ, Furlan A, Goldstein LB, et al. Guidelines for the early management of patients with ischemic stroke. A scientific statement from the stroke council of the American stroke association. Stroke. 2003;34:1056

115. Coull BM, Williams LS, Goldstein LB, Meschia JF, Heitzman D, Chaturvedi S, et al. Anticoagulants and antiplatelet agents in acute ischemic stroke: report of the Joint Stroke Guideline Development Committee of the American Academy of Neurology and the American Stroke Association (a division of the American Heart Association). Stroke. 2002;33(7):1934-42.

116. Wyss MT, Jolivet R, Buck A, Magistretti PJ, Weber B. In Vivo Evidence for Lactate as aNeuronal Energy Source. J Neurosci. 2011;

117. Adams Jr HP, Bendixen BH, Kapelle J, Biller J, Love BB, Gordon DL, Marsh EE, TheTOAST investigators. Classification of subtypes of acute ischemic stroke. Definition for use in multicenter clinical trial. Stroke.1993;24:35-41.

118. Arnold B. Mitnitski .Trends in Survival and Recovery From Stroke a Compression of Morbidity. (Stroke. 2010;41:415-416

119. John M. Reid, Dingwei Dai.Gender Differences in Stroke Examined in a 10-Year Cohort of Patients Admitted to a Canadian Teaching Hospital. 2008;39;1090-1095 Stroke

120. Michinari Fukuda, Tadashi Kanda. Gender Differences in Long-term Functional Outcome after First-ever Ischemic Stroke. Inter Med 48: 967-973, 2009).

121. Janice E. Williams, Marc I. Chimowitz. Intracranial Arterial Stenosis Gender Differences in Outcomes Among Patients With Symptomatic. 2007;38;2055-2062 Stroke.

122. L. Christine Turtzo and Louise D. McCullough. Sex Differences in Stroke. Cerebrovasc Dis. 2008 ; 26(5): 462–474.

123. Jasmin Arrich, Marcus Müllner. Influence of Socioeconomic Status and Gender on Stroke Treatment and Diagnostics. 2008;39;2066-2072; Stroke

124. Kaori Honjo, Hiroyasu Iso, Ai Ikeda. Education level and physical functional limitations among Japanese community residents-gender difference in prognosis from stroke. BMC Public Health 2009, 9:131

125. Nicolas U. Weir, Alison Gunkel. Study of the Relationship Between Social Deprivation and Outcome after Stroke. Stroke 2005;36;815-819.

126. Dimitrije Jakovljevic, Cinzia Sarti, Juhani Sivenius. "Socioeconomic Status and Ischemic Stroke : The FINMONICA Stroke Register" Stroke 2001;32;1492-1498.

127. Katarina Jood, Claes Ladenvall, Annika Rosengren. Family History in Ischemic Stroke Before 70 Years of Age: The Sahlgrenska Academy Study on Ischemic Stroke. Stroke.2005;36;1383-1387.

128. Rosa María Vivanco Hidalgo, Ana Rodríguez Campello. Cardiac Monitoring in Stroke Units: Importance of Diagnosing Atrial Fibrillation in Acute Ischemic Stroke. Rev. Esp. Cardiol. 2009;62(5):564-7.

129. Andrew A. Wong, Stephen J. Read. Early changes in physiological variables after stroke. Ann Indian Acad Neurol 2008;11:207-20.

130. Blanca Fuentes, José Castillo. Levels in Acute Stroke: The Glycemia in Acute Stroke (GLIAS) Study The Prognostic Value of Capillary Glucose. Stroke 2009;40;562-568.

131. Ka Sing Wong. Long-Term Mortality and Recurrent Stroke Risk Among Chinese Stroke Patients With Predominant Intracranial Atherosclerosis. Stroke. 2003;34:2361-2366.
132. Koto Ishida, B.L.C. Blood biomarkers for stroke. 2017 [cited 2017.
133. Garrat KMJ. Cardiology Fundamentals and Practice. Second Edi. 1991. 1150–1158 p.
134. Hung, O.L.; Nelson L. Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide. In: Tintinalli J, editor. Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide. 8th Editio. 2004. p. 64.
135. Thomassen A, Nielsen TT, Bagger JP, Henningsen P. Cardiac metabolic effects of heparin differentiate between patients with normal and stenotic coronary arteries. Int J Cardiol. 1990
136. Robertson CS, Grossman RG, Goodman JC, Narayan RK. The predictive value of cerebral anaerobic metabolism with cerebral infarction after head injury. J Neurosurg [Internet]. 1987 Sep [cited 2019 Jul 26];67(3):361–8. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3612268
137. https://www.noroloji.org.tr/haber/396/10-mayis-dunya-inme-onleme-gunu
138. Neurological disorders; a public health approach. In Neurological disorders A Public Health Challenge. WHO 2006, WHO Press Switzerland, chap. 3, pp 151- 163.
139. Boğdaycıoğlu N. Akut iskemik inmeli hastalarda non-HDL, totalkolesterol, HDL kolesterol ve LDL-kolesterol düzeyleri Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2013;47(4):187-192.
140. Bolayir, A., Gokce, S. F., Cigdem, B., Bolayir, H. A., Yildiz, O. K., Bolayir, E., & Topaktas, S. A. (2018). Monocyte/high-density lipoprotein ratio predicts the mortality in ischemic stroke patients. Neurologia i neurochirurgia polska, 52(2), 150-155.
141. Chien-Hsun Li, Gim-Thean Khor, Chun-Hung Chen, Poyin Huang, and Ruey-Tay Lin. Potential risk and protective factors in hospital mortality in hyperacute ischemic stroke patients. (Kaohsiung J Med Sci 2008;24:190–6).
142. L. Kalra, D.H. Smith and P. Crome. Stroke in patients aged over 75 years: outcome and predictors. Postgrad Med J (1993) 69,33 – 36.
143. Yutaka Kiyohara, MD, PhD; Michiaki Kubo, MD, PhD; IsaoKato, MD; Yimihiro Tanizaki.Ten-Year Prognosis of Stroke andRisk Factors for Death in a Japanese Community, The Hisayama Study. (Stroke. 2003;34:2343- 2348).
144. Salah-Eddine Megherbi. Association Between Diabetes andStroke Subtype on Survival and Functional Outcome 3 Months After Stroke, Data From the European BIOMED Stroke Project. Stroke. 2003;34:688-694.
145. Duman T. İnmeye Ait Prognostik Faktörler: Hastaya Ait Faktörlerin Gözden Geçirilmesi Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi 2010 16:1; 7-16
146. Yavuz S. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisinde Akut İskemikİnme Tanısı Alıp Trombolitik Verilen Hastaların Analizi. Sağlık Bakanlığı S.B.Ü Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi; 2018.
147. Şimşek C. Acil Serviste İskemik İnme Hastalarının Yönetimine İnme Ünitesinin Etkisi: 5 Yıllık Geriye Dönük Tarama. Dokuz Eylül Üniversitesi; 2011.
148. Aydemir O. Acil Servise Başvuran Atriyal Fibrilasyon Nedenli Akut İskemik İnme Hastalarında Monosit/HDL Kolesterol Oranının 30 Günlük Mortaliteye Etkisi T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği 2019.
149. Sakal C. Acil Serviste Serebrovasküler Hastalık Tanısı Konmuş Hastaların Başvuru Anındaki Kan Laktat Düzeylerinin Kısa ve Uzun Dönem Mortalite Üzerine Etkisinin Araştırılması T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği
150. Dohmen C, Bosche B, Graf R, Reithmeier T, Ernestus RI, Brinker G, et al. Identification and clinical impact of impaired cerebrovascular autoregulation in patients with malignant middle cerebral artery infarction. Stroke. 2007
151. Karaman Z. İskemik Serebrovasküler Olay Geçirmiş Hastalarda Geliş Modifiye Rankin Skala Skoru ve Hemoglobin A1c, Laktat, Prokalsitonin Seviyelerinin Üçüncü Gün Modifiye Rankin Skala Skoru ve Mortalite İle Korelasyonu ve Prediktif Değerlilikleri T.C. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı
152. Jo, S., et al., Initial hyperlactatemia in the ED is associated with poor outcome in patients with ischemic stroke. The American journal of emergency medicine, 2012. 30(3): p. 449-455.
153. Zhang Y, Tuomilehto J, Jousilahti P et al. Total and high-density lipoprotein cholesterol and stroke risk. Stroke 2012; 43(7): 1768-74.
154. Ülker M, Dayan C, Hoşver Y, Dirican A, Günaydın S, Arpacı B. İskemik inmede başlangıç National Institute of Health (NIH) Skorunun erken dönem prognozu belirlemedeki değeri: Geniş hasta gruplu retrospektif bir çalışma. Düşünen Adam 17: 154-157, 2004.
155. Bilge V.G. Akut İskemik İnmeli Hastalarda Kan Sayımı Parametreleri, Enfarkt Volümü, NIHSS ve Thrıve Skorunun Prognostik Değeri Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı 2019
156. Kasner SE, Chalela JA, Luciano JM: Reliability and validity of estimating the NIH stroke scales core from medical rescords. Stroke 30:1534-1537, 1999.

S-13

NÖROLOJİK ACİLLER

Acil Serviste Akut İskemik İnme Tanısı Alan Hastaların Servis veya Yoğun Bakım Yatışlarında Hemogram Parametrelerinin Önemi

Barış Carıllı [1], Serkan Doğan [1], Utku Murat Kalafat [1], Vildan Avcu [1], Ümran Arasan [1]

[1] Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

İskemik inme acilde en sık karşılaştığımız hastalıklar arasındadır. Hem müdahale edilebilirlik açısından hem de müdahaleye geç kalınan hastalarda sekel kalma ihtimali yüksek olduğundan önemli bir hastalıktır. Sekel kalan hastaların bazılarının kendi günlük rutin aktivitelerini yapamaması büyük oranda hasta olmak üzere tüm ailesini etkilemektedir. Bu yönden iskemik inmeyi erken tanımak ve tanıdıktan sonra tedavinin agresifliğini hızlı belirleyebilmek önemlidir. Hemogram ise acil serviste çoğu hastada bakılan ve çoğu hastalığın tanısında ve prognoz takibinde bize yardımcı olan acil servisin ana testlerinden biridir. Bu çalışmamızda acil servise iskemik inme tanısı ile gelen hastaların servis veya yoğun bakım ünitesine yatışları arasında hemogram parametrelerinin etkisini araştırdık.

YÖNTEM:

Çalışmaya iki aylık periyotta acil servisten serebrovasküler hastalık ve serebral enfarktüs tanıları olan 241 hastadan servis ya da yoğun bakım ünitesine (YBÜ) yatırılan, acil servis başvurusundaki kan parametrelerine ulaşılan 91 hasta dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, yatırıldıkları hastane bölümü (yoğun bakım ve servis) ve tam kan sayımı parametreleri kayıt edildi.

Tanımlayıcı veriler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca ve çeyreklikler olarak verilmiştir. Kategorik verilerin analizinde ki-kare testi kullanılmıştır. Normal dağılım analizi için Kolmogorv-Smirnov testi yapıldı. Normal dağılıma uyan sürekli değişkenlerin iki grup karşılaştırmasında bağımsız örneklem t testi, normal dağılıma uymayan değişkenlerin ikili grup karşılaştırmasında Mann Whitney U testi yapıldı. Tüm istatistiksel analizler %95 güven aralığında yapılmıştır ve p değeri için 0,05'ten küçük değerler anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR:

Çalışmaya 39'u (%42,9) kadın olmak üzere toplam 91 hasta dahil edildi. Hastaların 37'si (%40,7) YBÜ'ne, 54'ü (%59,3) servise yatırıldı. Klinik sonlanım ile cinsiyet arasında bir ilişki tespit etmedik (p=0,622). (Tablo 1)

Tablo 1. Cinsiyet ve Klinik Sonlanım Analizi

		Kadın n(%)	Erkek n(%)	Total n(%)	*p* değeri
Klinik Sonlanım	YBÜ	17 (45,9)	20 (54,1)	37 (40,7)	0,622
	Servis	22 (40,7)	32 (59,3)	54 (59,3)	
Total		39 (42,9)	52 (57,1)	91 (100)	
Ki-kare testi					

Hastaların klinik sonlanım ve cinsiyete göre gruplandırılmasında kan parametrelerinin analizi tablo 2'de gösterilmiştir. Klinik sonlanımları YBÜ'ne ve servise yatış olarak gruplandırdığımızda; hastaların kan parametrelerinde anlamlı istatistiksel farklılık tespit etmedik. Ancak YBÜ'ne yatan hastaların nötrofil sayısının servise yatırılan hastalardan belirgin yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 2. Kan Parametrelerinin Klinik Sonlanım ve Cinsiyet ile İlişkisinin Değerlendirilmesi

	Klinik Sonlanım	n	Ortalama	Standart Sapma	*p* değeri	Cinsiyet	n	Ortalama	Standart Sapma	*p* değeri
Platelet	YBÜ	37	242,19	79,44	0,536[a]	Kadın	39	232,49	88,58	0,705[a]
	Servis	54	231,87	76,65		Erkek	52	238,75	68,87	
Monosit	YBÜ	37	,63	,26	0,254[a]	Kadın	39	,56	,24	0,187[a]
	Servis	54	,57	,23		Erkek	52	,63	,25	
			Ortanca	IQR				Ortanca	IQR	
Nötrofil	YBÜ	37	6,42	3	0,072[b]	Kadın	39	5,95	2	0,127[b]
	Servis	54	5,73	2		Erkek	52	5,87	3	
Lenfosit	YBÜ	37	1,60	1	0,236[b]	Kadın	39	1,70	2	0,569[b]
	Servis	54	1,80	1			52	1,80	1	

[a]: Bağımsız örneklem t testi, [b]: Mann Whitney U testi

TARTIŞMA VE SONUÇ:

İskemik inmeye periferik immun sistemin yanıtı daha önceki çalışmalarda ortaya konmuştur. Li ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre prognozu kötü olan hastaların daha yüksek nötrofil sayısına sahip olduğu gösterilmiştir (1). Kim ve arkadaşlarının 799 hasta ile yaptığı çalışmada da yüksek nötrofil sayısı kötü prognoz ile ilişkilendirilmiştir (2). Bizim çalışmamızda yüksek nötrofil sayısı kötü prognozuna anlamlı bir etkisi ile ilişkilendirilmemiştir. Fakat nötrofili yüksek olan hastaların YBÜ'ne daha yatkın olabileceği saptanmıştır. Yang ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre düşük platelet düzeyleri kötü prognoz ile ilişkilendirilmiştir (3). Bizim çalışmamızda ise platelet ile kötü prognoz ilişkilendirilmemiştir. Bu açıdan çalışmamız literatür ile benzerlik göstermemektedir. Ren ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre akut iskemik inme hastalarında lenfosit monosit oranı çalışılmış. Lenfosit monosit oranı düşük olanlarda prognozun daha kötü olduğu sonucuna ulaşılmış (4). Bizim çalışmamızda ise lenfosit ve monosit oranı araştırılmamıştır. Fakat lenfosit ve monosit ayrı değerlendirilmesinde prognoza bir etkisi olmadığı saptanmıştır.

Çalışmamızda; acil servise akut iskemik inme ile başvuran hastalardan alınan ilk kan testlerine göre YBÜ yatışlarında nötrofil düzeylerinin servis yatışlarına göre daha yüksek olduğunu saptadık. Monosit, platelet ve lenfosit düzeylerinde ise anlamlı bir fark saptamadık.

Anahtar Kelimeler: Akut İskemik İnme, Hemogram

REFERANSLAR

1. Li, Tingting, et al. "Neutrophil Count, Intracranial Atherosclerotic Stenosis, and Prognosis of Ischemic Stroke After Endovascular Treatment: A Mediation Analysis." Frontiers in Neurology 11 (2020): 1593.
2. Kim, Jinkwon, et al. "Different prognostic value of white blood cell subtypes in patients with acute cerebral infarction." Atherosclerosis 222.2 (2012): 464-467.
3. Yang, Ming, et al. "Platelet count predicts adverse clinical outcomes after ischemic stroke or TIA: subgroup analysis of CNSR II." Frontiers in Neurology 10 (2019): 370.
4. Ren, Hao, et al. "Lymphocyte-to-monocyte ratio: a novel predictor of the prognosis of acute ischemic stroke." Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases 26.11 (2017): 2595-2602.

S-14

Acil Serviste Korpus Kallosum İnfarktı: Olgu Serisi

NÖROLOJİK ACİLLER

Salih Fettahoğlu [1], Süreyya Tuba Fettahoğlu [1], Vildan Avcu [1], Ümran Arasan [1], Ayla Köksal [1], Serkan Doğan [1]

[1] Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Korpus kallozum, serebral korteks loblarını sol ve sağ hemisferlere ayıran kalın bir sinir lifi grubudur. Beynin sol ve sağ taraflarını bağlayan, her iki yarımküre arasındaki iletişimi sağlayan bölümdür . Korpus kallozum, beyin yarım küreleri arasında motor, duyusal ve bilişsel bilgileri aktarır. Korpus kallozum, yaklaşık 200 milyon akson içeren beyindeki en büyük lif demetidir. Komissural lifler olarak bilinen beyaz cevher lif yollarından oluşur. Beyin yarım küreleri arasındaki iletişim, Göz hareketi ve görme, Uyarılma ve dikkat dengesini korumak ve dokunsal yerelleştirme işlevlerinde yer alır. Korpus kallozum, görüntüleri her yarım kürede ayrı ayrı işleyen görme alanımızın aynı yarısını birleştirerek görmede önemli bir rol oynar. Ayrıca görsel korteksi beynin dil merkezlerine bağlayarak gördüğümüz nesneleri tanımlamamızı sağlar. Ek olarak, korpus kallozum, dokunmayı bulmamızı sağlamak için beyin yarıküreleri arasında dokunsal bilgileri (paryetal loblarda işlenen) aktarır . Biz bu olgu serisinde acil servise çeşitli semptomlarla tarafımıza başvurmuş hastalarda detaylı anamnez ve ileri tetkiklerle korpuz kallozum enfarkt tanısını nasıl koyduğumuzu anlatmaya çalıştık.

OLGULAR:

Olgu 1

55 yaşında erkek, bilinen hastalık öyküsü olmayan hasta 4 gündür baş ağrısı,bulantı kusma ara ara öksürük ve yüksek ateş işe acil servise getirildi. Hastanın bilinç değişikliği olmamış. Bilinç açık ense sertliği yok. Oryante koopere kerning ve brudenski negatif. Akciğer dinlemekle sol bazallerde ral mevcut. Toraks bt de bazallerde inflitrasyonu mevcut. Diff mr da corpus callosumzum spleniumda nodüler diff kısıtlanması izlendi.(resim1) Hastayı nöroloji ve enfeksiyon değerlendirdi. Hastanın kontarstlı beyin MR ında patoloji saptanmadı. Lp yapıldı hücre sayımı değerlerde. Sars cov-2 PCR negatif. Hastayı pnömoni ve corpus callosum splenium enfarktı tanısı ile enfeksiyon hastalıkları kliniği olan bir merkeze nakli sağlandı.

Olgu 2

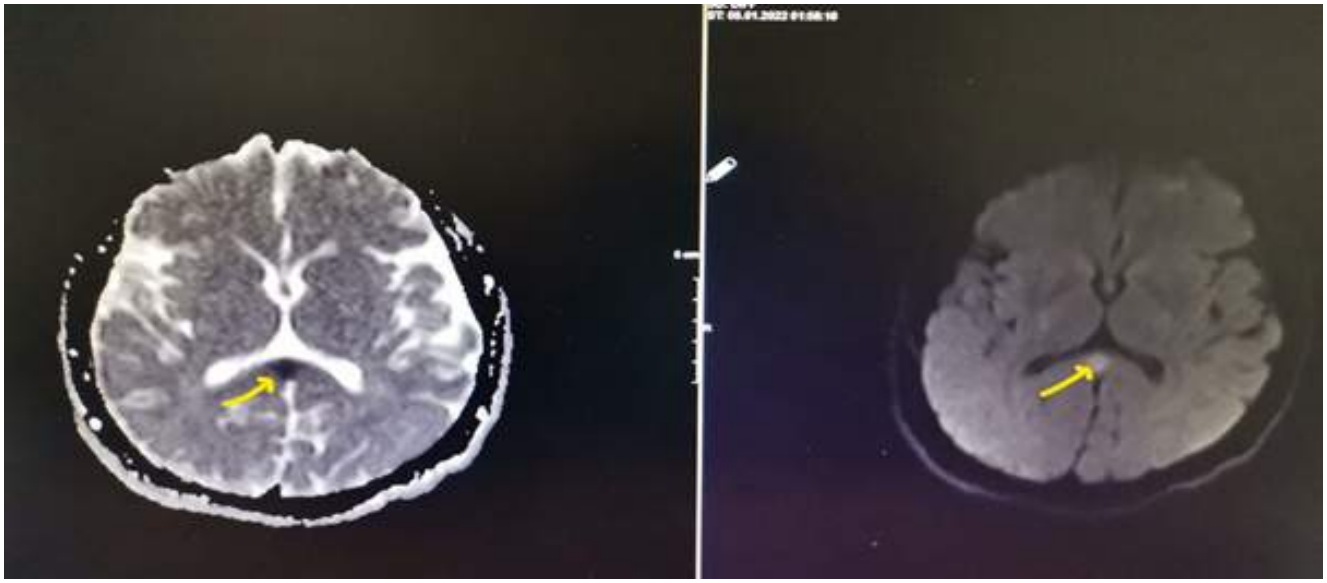
22 yaşında kadın ,bilinen hastalık öyküsü olmayan hasta 3 gündür olan boğaz ağrısı,burun akıntısı şikayetlerine ek olarak son bir gün içinde görme ve işitme bozukluğu olmuş . Dış merkezden tarafımıza corpus callosum splenıum enfarktı olması (resim 2) sebebiyle nöroloji kliniği için yönlendirildi. Hastanın solunum sesleri doğal. Ense sertliği yok. Orofarenks hiperemik. Hastaya yapılan kontrastlı beyin MR da patoloji saptanmadı. LP de hücre sayımı normal değerlerde. Sars cov-2 PCR testi negatif olan hasta corpus callosum enfarkt tanısı ile nöroloji servisine interne edildi.

Olgu 3

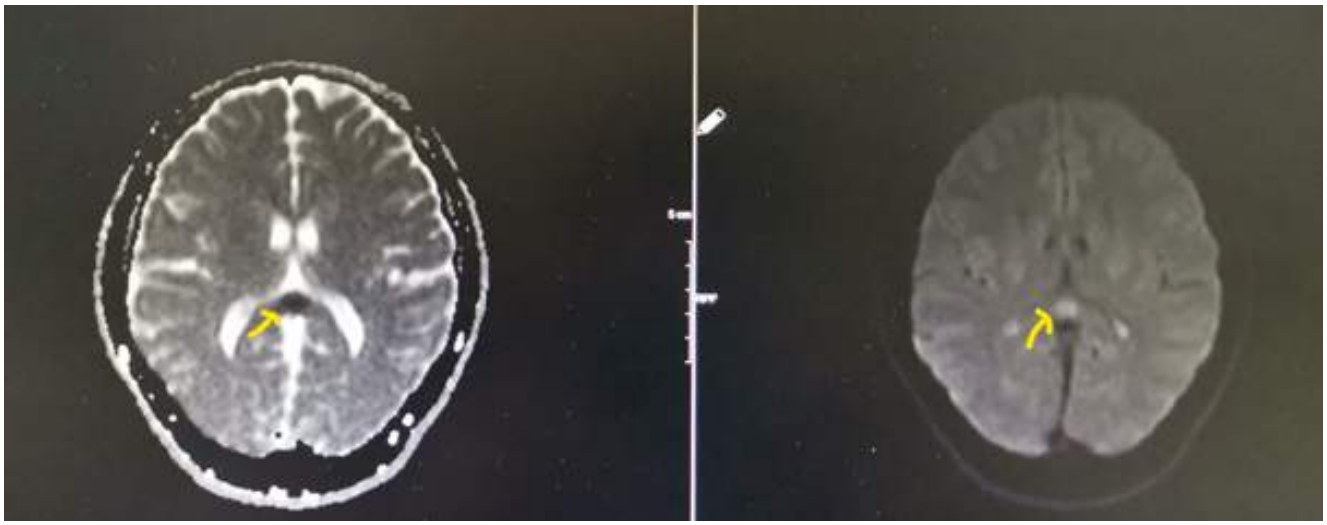
20 yaşında erkek , bilinen hastalık öyküsü ve ilaç kullanımı yok. Senkop şikayeti acil servisimize başvurdu. Senkop etiyolojisi için kardiyak , nörolojik ve GİS kanama gibi hadiseler araştırıldı. Kardiyak markerlar olağan. EKG de patoloji izlenmedi. Rektal dijital muayenesinde normal gaita bulaşı saptandı. GİS kanama düşündürecek başka bulgu saptanmadı. Nöroradyolojik görüntülemede corpus callosum splenium enfarktı (resim3) saptandı.

Hastaya yapılan kontrastlı beyin MR da patoloji saptanmadı. LP de hücre sayımı normal değerlerde. Sars cov-2 PCR testi negatif olan hasta corpus callosum enfarkt tanısı ile nöroloji servisine interne edildi.

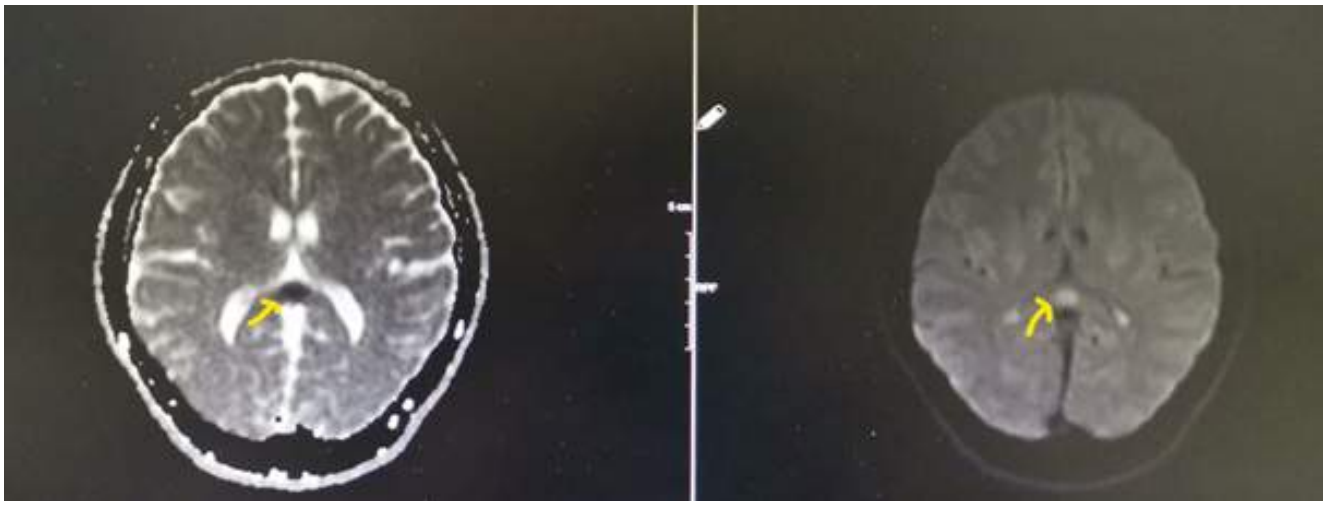
Resim 1.



Resim 2.



Resim 3.



SONUÇ:

Korpus kallozumun spleniumu (KKS), birçok etiyolojik neden ile nadir de olsa etkilenebilmektedir. Bu tutulumun bir kısmı kalıcı ve az bir kısmı da geçicidir. Patofizyolojisinde hiponatremi ile ilişkili intramiyelinik aksonal ödem ve lokal inflamatuar hücrelerin infilitrasyonu vardır.

Acil servisler, kişilerin çeşitli nedenlerle başvurduğu, toplumun büyük bir kısmının tedavi edildiği, gerekli noktalarda ikinci ve üçüncü basamağa sevk edildiği yerdir. Bu olgulardaki semptomlarla başvuran hastalardaki bulantı ve kusma, santral sinir sistemi, vestibüler sistem, gastrointestinal sistemle ilgili hastalıklara veya psikolojik rahatsızlıklara eşlik edebilir. Acil serviste tanısını koyduğumuz bu üç olguda farklı semptom ve şikayetler mevcut. Bu olgu serisinde dikkat çekmek istediğimiz nokta korpus kallosum enfarktının acil servisteki önemi ve ayırıcı tanıda pek çok sisteme ait olabilecek hastalıkların göz önünde bulundurulması gerektiğidir.

Anahtar Kelimeler: korpus kallozum, splenium; İnfarkt; manyetik rezonans görüntüleme

REFERANSLAR

1. Tyszka, JM, vd. "Korpus Kallozum Yokluğunda Bozulmamış İki Taraflı Dinlenme Durumu Ağları." Journal of Neuroscience , cilt. 31, hayır. 42, s. 15154–15162., 19 Ekim 2011, doi: 10.1523 / jneurosci.1453-11.2011
2. Fettah Eren1, Gözde Öngün2, Şerefnur Öztürk2,
[1] Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Konya, Türkiye,
[2] Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Ana Bilim Dalı, Konya, Türkiye

S-15

Kronik Non-Travmatik Pnömosefali ve BOS Rinoresi!

NÖROLOJİK ACİLLER

Ayşe Ceren Kocabıyık [1], Umut Ocak [1], Hatice Olgun [1], Aksel Özdemir [1], Halil Kaya [1], Melih Yüksel [1], Mehmet Oğuzhan Ay [1]

[1] SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, Bursa

GİRİŞ VE AMAÇ:

Baş ağrısı acil servise en sık başvuru nedenlerinden biridir ve öyküde hemen daima travma varlığı-yokluğu sorgulanır. Baş ağrısının olası nedenleri arasındaki kraniyal patolojilerin ekartasyonu ya da konfirmasyonu için kraniyal görüntüleme istenebilir. Ancak, özellikle non-travmatik durumlarda nörolojik defisiti olmayan hastalar için hikâye derinleştirilmeden veya daha ayrıntılı muayene yapılmadan görüntüleme ihtiyacı olup-olmadığı kararını vermek zordur. Bazen basit bir üst solunum yolu enfeksiyonuna bağlanabilen burun akıntısının; ayrıntılı olarak yeniden değerlendirilen hastada, beyin omurilik sıvısı (BOS) rinoresi olarak adlandırılması ve bunun da BOS kaçağı olarak değerlendirilmesi olasıdır. Klinisyen bu değerlendirme sayesinde tanı konulabilmesi için rahatlıkla kraniyal görüntüleme isteyebilir ve bu sayede hastalığın tespit ve tedavisini sağlayabilir.

VAKA:

Olgu 1

44 yaşında kadın hasta dört gündür şiddeti giderek artan baş ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu. Daha önce bu şiddette baş ağrısı olmadığı öğrenildi. Travma öyküsü olmayan hasta; genel durumu iyi, bilinci açık, oryante, koopere, Glasgow Koma Skalası (GKS) 15 ve vitalleri stabil olarak değerlendirildi. Nörolojik muayenesinde motor-duyu defisiti olmayan hastanın detaylandırılan hikayesinde bir yıldır günde yaklaşık bir çay bardağı burun akıntısı olduğu öğrenildi. Hastanın bu şikayetinden ötürü kulak burun boğaz polikliniğinde muayene olup sinüzit tedavisi aldığı ancak, şikayetinin aynı şekilde devam ettiği öğrenildi. Tam kan sayımı ve rutin biyokimya analizlerinde belirgin bir patoloji izlenmeyen hastanın baş ağrısı kliniğinden yola çıkarak çekilen beyin bilgisayarlı tomografisinde suprasellar bölgede karotik alanda, sağ temporal bölgede sinüs sagittalis süperiorda, bazal sisternalar gölgesinde, sol temporal bölgede, her iki parietofrontal bölgede, sağ oksipital bölgede yaygın pnömosefalisi olduğu görüldü. Sfenoid sinüs sol yarısında posterior duvar defekti olduğu ve beyin parankimine açılım gösterdiği izlendi. BOS rinoresi mevcut hasta; dura hasarı, pnömosefali ve serebrospinal sıvı kaçağı tanılarıyla nöroşirurji kliniği ile konsülte edilerek opere edilmesi için acilen nöroşirurji servisine yatırıldı.

SONUÇ:

Baş ağrısı ve burun akıntısı şikâyetinin BOS kaçağına bağlı olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Pnömosefali, acil servis, rinore, serebrospinal sıvı kaçağı

S-16

KARDİYOVASKÜLER ACİLLER

Acil Serviste Akut Koroner Sendrom Tanısı Alan Hastalarda Risk Faktörleri ile Monosit/HDL Oranının ve Troponin-T Düzeylerinin Mortalite Açısından Değerlendirilmesi

Şule Sürücü [1], Derya Öztürk [1], Adem Melekoğlu [1], Ertuğrul Altınbilek [1]

[1] SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Baş ağrısı acil servise en sık başvuru nedenlerinden biridir ve öyküde hemen daima travma varlığı-yokluğu sorgulanır. Baş ağrısının olası nedenleri arasındaki kraniyal patolojilerin ekartasyonu ya da konfirmasyonu için kraniyal görüntüleme istenebilir. Ancak, özellikle non-travmatik durumlarda nörolojik defisiti olmayan hastalar için hikâye derinleştirilmeden veya daha ayrıntılı muayene yapılmadan görüntüleme ihtiyacı olup-olmadığı kararını vermek zordur. Bazen basit bir üst solunum yolu enfeksiyonuna bağlanabilen burun akıntısının; ayrıntılı olarak yeniden değerlendirilen hastada, beyin omurilik sıvısı (BOS) rinoresi olarak adlandırılması ve bunun da BOS kaçağı olarak değerlendirilmesi olasıdır. Klinisyen bu değerlendirme sayesinde tanı konulabilmesi için rahatlıkla kraniyal görüntüleme isteyebilir ve bu sayede hastalığın tespit ve tedavisini sağlayabilir.

YÖNTEM:

Çalışmamız 01.01.2018- 01.01.2019 tarihleri arasında Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis'inde akut koroner sendrom tanısı alan hastalar ile gerçekleştirildi.

BULGULAR:

Çalışmaya 249 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 58.6±12.6 olarak saptandı (min-mak:30.0-92.0 med:58.0). Cinsiyet dağılımında 198 hasta (%79.5) erkekti. Labaratuvar bulgularından monosit ortalaması 0.7±0.3 (min-mak:0.1-2.2 med:0.6), HDL ortalaması 41.7±9.7, monosit/HDL 0.016±0.008, monosit/non HDL oranı 0.005±0.003 olarak saptandı (tablo 1).

Ek hastalıklarına baktığımız zaman en sık görülen kronik hastalık %69.1 ile hipertansiyon olarak saptandı. DM, KAH ve HL diğer sık görülen kronik hastalıklar olarak kaydedildi. Hastaların 141'inde (%56.6) STEMİ, 108 hastada NSTEMİ saptandı. STEMİ'nin 59 (%41.8)'inde anterior STEMİ izlendi. Sadece 2 hastada posterior Mİ izlendi. 1 aylık mortalite açısından baktığımızda 42 (%16.9)'unda ölüm görüldü (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların Demografik Özellikleri ve Laboratuvar Bulguları Dağılımı

		Min-Mak	Medyan	Ort.±ss/n-%
Yaş		30.0 - 92.0	58.0	58.6 ± 12.6
Cinsiyet	Erkek			198 79.5%
	Kadın			51 20.5%
Monosit		0.1 - 2.2	0.6	0.7 ± 0.3
HDL		15.0 - 77.0	40.0	41.7 ± 9.7
Monosit/HDL		0.001 - 0.053	0.015	0.016 ± 0.008
Monosit/Non HDL		0.000 - 0.024	0.004	0.005 ± 0.003
Kolesterol		97.0 - 328.0	194.0	197.9 ± 46.8
LDL		35.0 - 259.0	120.0	124.9 ± 41.4
TG		37.0 - 1690.0	124.0	165.6 ± 158.3
Troponin		2.0 - 111912.0	104.3	2472.0 ± 9799.6
Laktat		0.6 - 8.9	2.3	2.6 ± 1.1
Ek Hastalık	(-)			113 45.4%
	(+)			136 54.6%
	HT			94 69.1%
	DM			59 43.4%
	KAH			41 30.1%
	HL			18 13.2%
	Diğer			16 11.8%
Tanı	Stemi			141 56.6%
	Nstemi			108 43.4%
Stemi	Anteriostemi			59 41.8%
	İnfefior			74 52.5%
	Lateral			6 4.3%
	Posterior			2 1.4%
Bir Aylık Mortalite	(-)			207 83.1%
	(+)			42 16.9%

STEMİ grubunda hastaların yaşı NSTEMİ grubundan anlamlı (p<0,05) olarak daha düşüktü. STEMİ ve NSTEMİ grubunda hastaların cinsiyet dağılımı anlamlı (p>0.05) farklılık göstermemiştir. STEMİ grubunda monosit değeri nsitemi grubundan anlamlı (p<0,05) olarak daha yüksekti. STEMİ ve NSTEMİ grubunda Hdl değeri anlamlı (p>0.05) farklılık göstermemiştir. STEMİ grubunda monosit/HDL, monosit/non HDL oranları NSTEMİ grubundan anlamlı (p<0,05) olarak daha yüksekti. (Tablo 2)

STEMİ ve NSTEMİ grubunda kolesterol değeri anlamlı (p>0.05) farklılık göstermemiştir. STEMİ grubunda LDL değeri NSTEMİ grubundan anlamlı (p<0,05) olarak daha yüksekti. STEMİ ve NSTEMİ grubunda TG değeri, troponin değeri anlamlı (p>0.05) farklılık göstermemiştir. STEMİ grubunda laktat değeri NSTEMİ grubundan anlamlı (p<0,05) olarak daha yüksekti. (Tablo 2)

STEMİ ve NSTEMİ grubunda ek hastalık oranı anlamlı (p>0.05) farklılık göstermemiştir. STEMİ grubunda bir aylık mortalite oranı NSTEMİ grubundan anlamlı (p<0.05) olarak daha düşüktü. (Tablo 2)

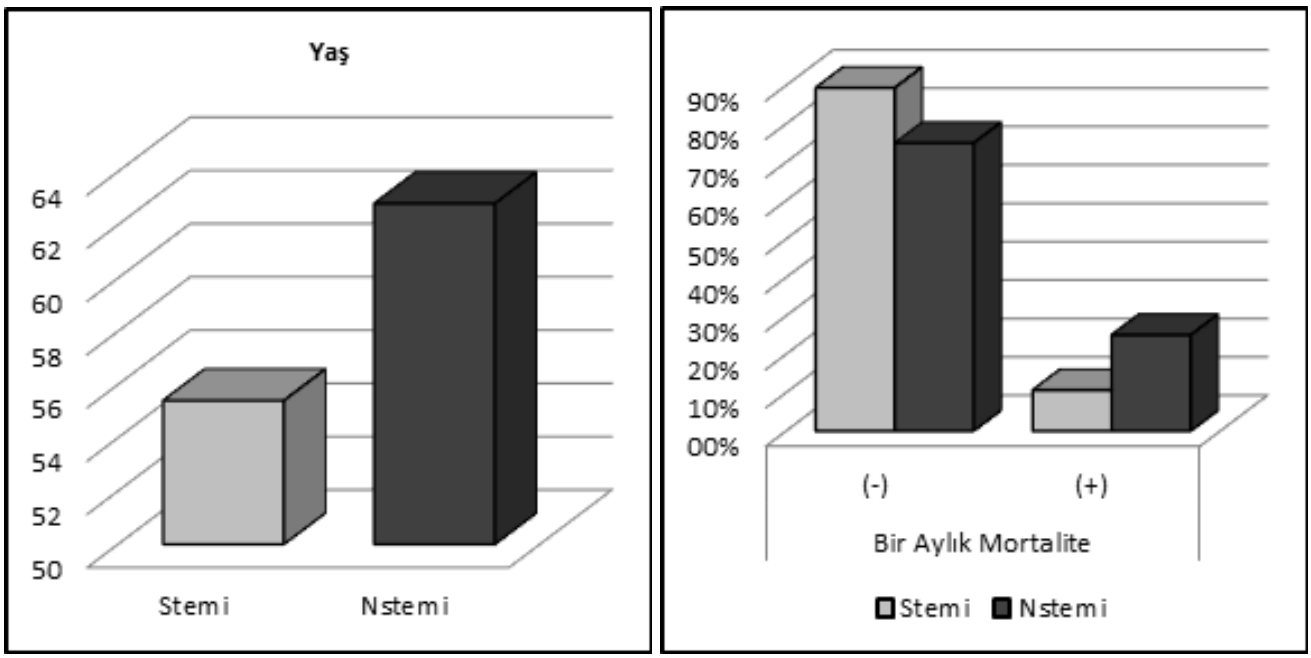
Tablo 2: Sosyodemografik Verilerin Stemi ve Nstemi Grupları Arasında Analizi

		Stemi			Nstemi			P
		Ort.±ss/n-%		Medyan	Ort.±ss/n-%		Medyan	
Yaş		55.4 ± 11.6		55.0	62.8 ± 12.7		61.0	*0.000* [m]
Cinsiyet	Erkek	115	81.6%		83	76.9%		
	Kadın	26	18.4%		25	23.1%		
Monosit		0.7 ± 0.3		0.7	0.6 ± 0.3		0.6	*0.000* [m]
HDL		42.2 ± 8.4		41.0	41.1 ± 11.2		38.0	*0.073* [m]
Monosit/HDL		0.02 ± 0.01		0.02	0.01 ± 0.01		0.01	*0.006* [m]
Monosit/ Non HDL		0.005 ± 0.003		0.004	0.004 ± 0.003		0.004	*0.041* [m]
Kolesterol		202.5 ± 45.8		203.0	191.8 ± 47.7		187.0	*0.075* [t]
LDL		131.3 ± 40.8		131.0	116.5 ± 40.7		112.5	*0.005* [t]
TG		165.6 ± 175.1		121.0	165.6 ± 134.2		125.0	*0.256* [m]
Troponin		3062.1 ± 12582.0		70.0	1701.7 ± 3794.0		150.5	*0.051* [m]
Laktat		2.9 ± 1.2		2.6	2.2 ± 0.9		2.1	*0.000* [m]
Ek Hastalık	(-)	62	44.0%		51	47.2%		*0.610* [X2]
	(+)	79	56.0%		57	52.8%		
Bir Aylık Mortalite	(-)	126	89.4%		81	75.0%		*0.003* [X2]
	(+)	15	10.6%		27	25.0%		

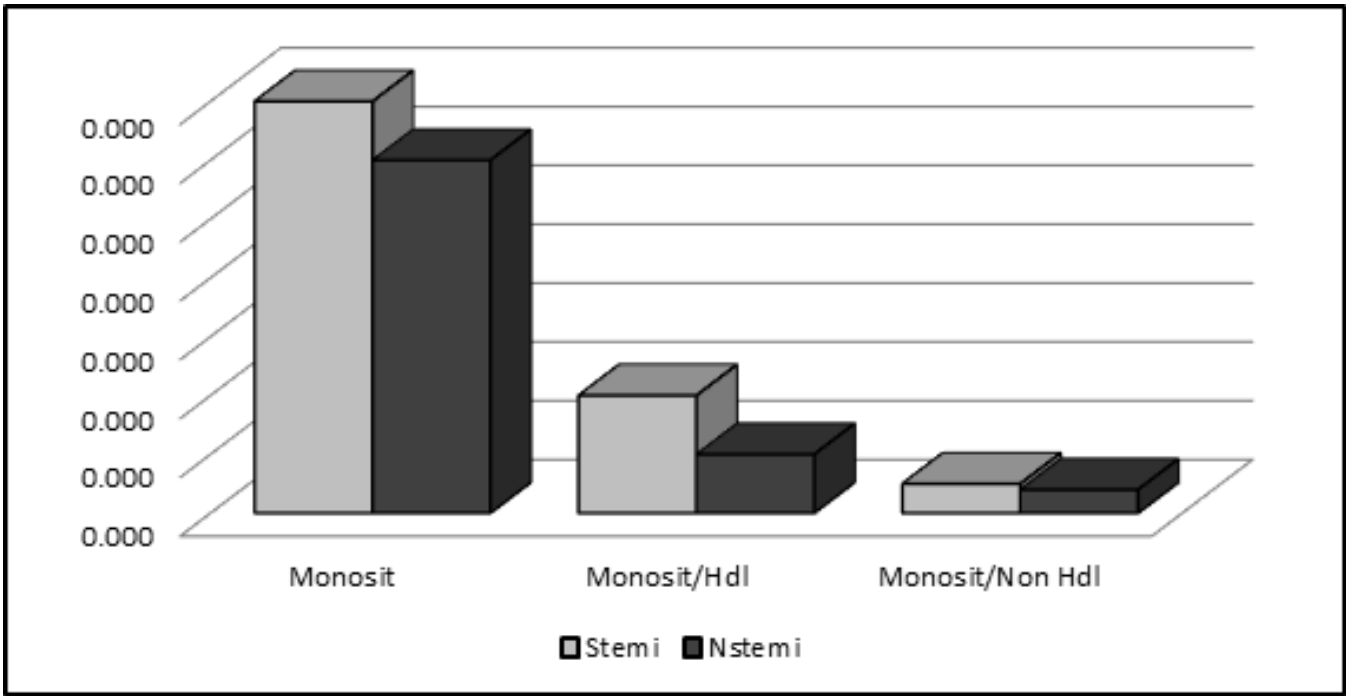
[t] Bağımsız örneklem t test / [m] Mann-whitney u test / [X2] Ki-kare test

Sütun Grafikleri

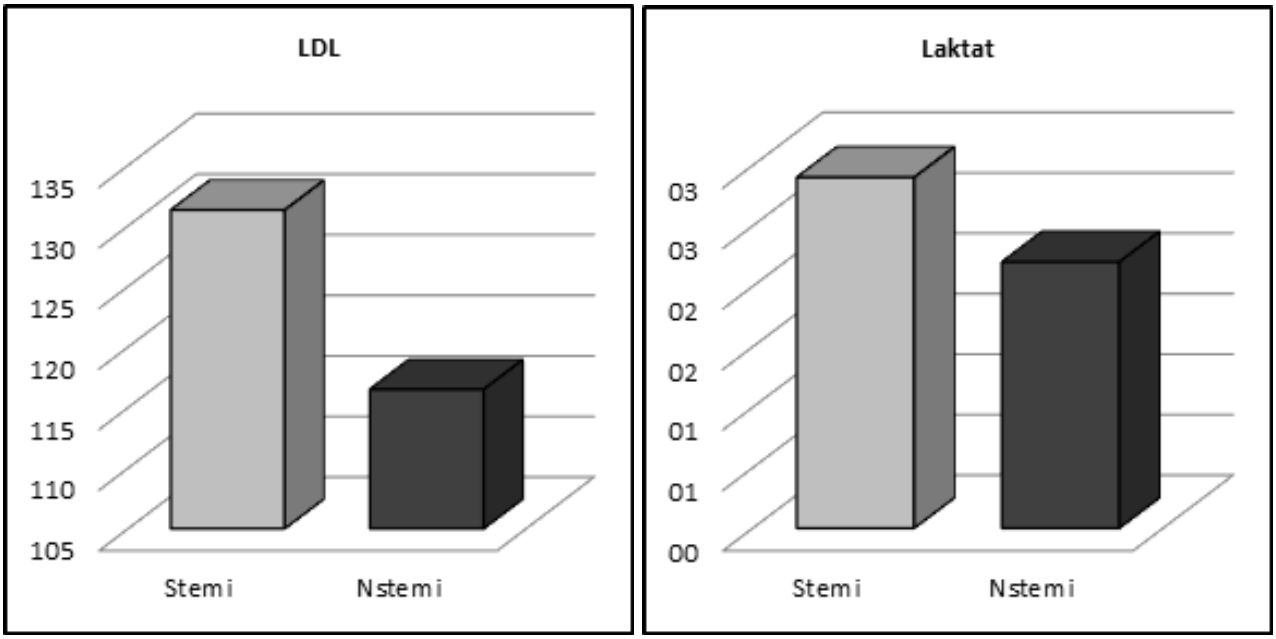
Şekil 1: STEMİ ve NSTEMİ demografik bulgular ve mortalite



Şekil 2: STEMİ ve NSTEMİ monosit, monosit/HDL ve monosit/Non HDL oranı



Şekil 3: STEMİ ve NSTEMİ LDL ve laktat oranı



Tek değişkenli modelde STEMİ ve NSTEMİ hastaları ayırmada yaş, monosit, LDL, laktat ve KAH'ın anlamlı ($p<0.05$) etkinliği gözlenmiştir. (Tablo 3)

Çok değişkenli modelde STEMİ ve NSTEMİ hastaları ayırmada monosit, laktat ve KAH'ın anlamlı-bağımsız ($p<0.05$) etkinliği gözlenmiştir. (Tablo 3)

Tablo 3: STEMİ Ve NSTEMİ'de Bağımsız Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi

	Tek Değişkenli Model			Çok Değişkenli Model		
	OR	%95 GA	p	OR	%95 GA	p
Yaş	0.952	0.931 - 0.973	***0.000***			
Monosit	5.012	1.828 - 13.741	***0.002***	5.514	1.053 - 28.880	0.043
LDL	1.009	1.003 - 1.016	***0.006***			
Laktat	1.881	1.399 - 2.529	***0.000***	1.951	1.240 - 3.070	***0.004***
KAH	0.279	0.130 - 0.602	***0.001***	0.202	0.084 - 0.485	***0.000***

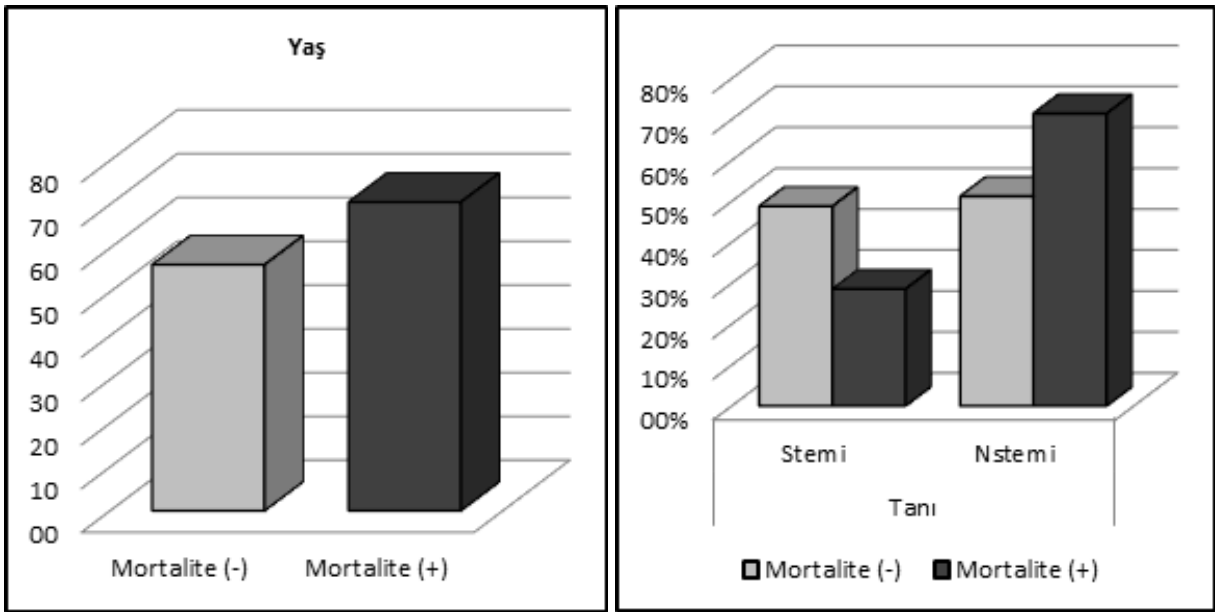
Lojistik regresyon (Forward LR)

Mortalite olan grupta hastaların yaşı mortalite olmayan gruptan anlamlı (p<0,05) olarak daha yüksekti. Mortalite olan ve olmayan grupta hastaların cinsiyet dağılımı anlamlı (p > 0.05) farklılık göstermemiştir. (Tablo 4)

Mortalite olan ve olmayan grupta monosit değeri, HDL değeri anlamlı (p > 0.05) farklılık göstermemiştir. Mortalite olan ve olmayan grupta monosit / HDL, monosit/non HDL oranı anlamlı (p > 0.05) farklılık göstermemiştir. Mortalite olan ve olmayan grupta kolesterol, LDL değeri anlamlı (p > 0.05) farklılık göstermemiştir. Mortalite olan grupta TG değeri mortalite olmayan gruptan anlmalı (p<0.05) olarak daha düşüktü. Mortalite olan grupta troponin değeri mortalite olmayan gruptan anlamlı (p<0.05) olarak daha yüksekti. Mortalite olan ve olmayan grupta laktat değeri anlamlı (p > 0.05) farklılık göstermemiştir. (Tablo 4)

Mortalite olan grupta ek hastalık varlığı mortalite olmayan gruptan anlamlı (p<0.05) olarak daha yüksekti. Mortalite olan grupta STEMİ hastalarının oranı mortalite olmayan gruptan anlamlı (p<0.05) olarak daha düşüktü. (Tablo 4)

Şekil 4: Yaş ve akut koroner sendrom tipi ile mortalite

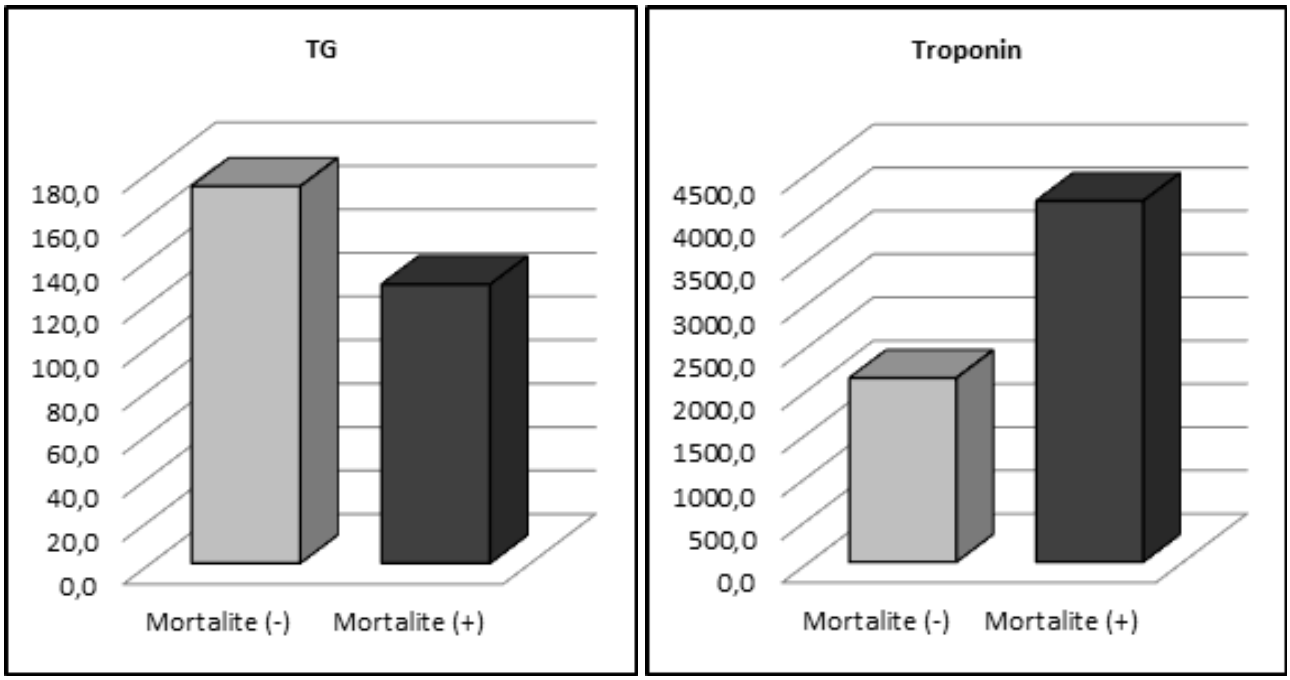


Tablo 4: Mortalite Açısından Sosyodemografik Verilerin Ve Labaratuvar Bulguların Analizi

		Bir Aylık Mortalite				P
		Yok		Var		
		Ort.±ss/n-%	Medyan	Ort.±ss/n-%	Medyan	
Yaş		56.2 ± 11.4	55.0	70.5 ± 11.6	71.0	*0.000* [m]
Cinsiyet	Erkek	165 79.7%		33 78.6%		*0.868* [X2]
	Kadın	42 20.3%		9 21.4%		
Monosit		0.7 ± 0.3	0.6	0.6 ± 0.3	0.6	*0.304* [m]
HDL		41.9 ± 9.8	41.0	40.9 ± 9.4	38.5	*0.498* [m]
Monosit/HDL		0.02 ± 0.01	0.02	0.02 ± 0.01	0.01	*0.323* [m]
Monosit/ Non HDL		0.004 ± 0.003	0.004	0.005 ± 0.003	0.004	*0.998* [m]
Kolesterol		200.4 ± 45.8	195.0	185.3 ± 50.2	186.5	*0.057* [t]
LDL		126.4 ± 40.6	124.0	117.7 ± 44.7	113.5	*0.215* [t]
TG		173.2 ± 167.5	129.0	128.1 ± 94.1	106.5	*0.021* [m]
Troponin		2126.9 ± 9991.7	86.1	4173.1 ± 8701.1	420.8	*0.002* [m]
Laktat		2.6 ± 1.1	2.3	2.7 ± 1.3	2.5	*0.524* [m]
Ek Hastalık	(-)	101 48.8%		12 28.6%		*0.016* [X2]
	(+)	106 51.2%		30 71.4%		
Tanı	Stemi	126 60.9%		15 35.7%		*0.003* [X2]
	Nstemi	81 39.1%		27 64.3%		

[t] Bağımsız örneklem t test / [m] Mann-whitney u test / [X2] Ki-kare test

Şekil 5: Trigliserid ve troponin değerleri ile mortalitenin değerlendirilmesi



Tek değişkenli modelde mortalite olan hastaları öngörmede yaş, ek hastalık ve tanının anlamlı ($p<0.05$) etkinliği gözlenmiştir. (Tablo 5)

Çok değişkenli indirgenmiş modelde mortalite olan hastaları öngörmede yaşın anlamlı-bağımsız ($p<0.05$) etkinliği gözlenmiştir. (Tablo 5)

Tablo 5: Mortalite Açısından Bağımsız Değişkenlerin Tek Değişkenli Ve Çok Değişkenli Modele Göre Değerlendirilmesi

	Tek Değişkenli Model			Çok Değişkenli Model		
	OR	%95 GA	p	OR	%95 GA	p
Yaş	1.102	1.067 - 1.138	***0.000***	1.102	1.067 - 1.138	***0.000***
TG	0.996	0.992 - 1.000	0.077			
Troponin	1.000	1.000 - 1.000	0.250			
Ek Hastalık	2.382	1.156 - 4.908	***0.019***			
Tanı	0.357	0.179 - 0.712	***0.003***			

Lojistik regresyon (Forward LR)

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Çalışmamıza hastanemiz acil servisine başvuran STEMİ ve NSTEMİ tanısı konulan, koroner anjiografi yapılan ve takibi hastanemizde yapılan 249 hasta dahil edilmiştir. Hastalarımızda en sık görülen kronik hastalık HT olup 141 hastada STEMİ, bunların 74'ünde inferior Mİ görülmüştür.

Bu çalışmada primer amaç; Akut Koroner Sendromda kardiyak belirteçleri ve inflamatuar belirteçleri kıyaslayarak morbidite-mortalite açısından değerlendirmek. Sekonder amaç; Akut Koroner Sendromu hastalarının risk faktörlerinin acil servisimizde AKS tanısı konulan popülasyona benzerlik veya farklılıklarını değerlendirmektir.

Jorge Romeo ve arkadaşlarının yaptığı akut miyokard enfarktüsünden sonra miyokardiyal hasarın değerlendirilmesi için ileriye dönük araştırmaların bir meta-analizi çalışmasında toplam miyokard infarktüsü geçiren 634 hastanın yaş ortalaması 59 olarak bulunmuş ve hastaların %85 i erkek olarak saptanmıştır (233). Einar logi snorrason ve arkadaşlarının yaptığı akut miyokard infarktüsü tanısı konulmuş hastalarda yapılan çalışma sonucuna göre NSTEMI hastalarının ortalama yaşı 73.0 yıldı, STEMI hastalarının ortalama yaşı 65.3 olarak saptanmış. (234). Yapılan çalışmalara değerlendirildiğin de hasta gruplarında erkek cinsiyet baskınlığı görülmekle birlikte ileri yaş hastalarında NSTEMI sıklığı göze çarpmaktadır. Koroner arter hastalığına genetik ve çevresel faktörler sebebiyet vermektedir ve yaşla birlikte hastalığın insidansı artmaktadır (235,236). Mahmoud Barbarawi ve arkadaşlarının yaptığı bir metaanaliz çalışmasında ele alınan NSTEMİ hastalarının ortalama yaşı 63.8±12.8 olarak saptanmıştır ve %78 i erkektir (237). Ply Chichareon ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada değerlendirmeye alınan STEMI hastalarının ortalama yaşı 60.7 olarak saptanmıştır. Bu hastaların %77.3'ü erkektir (238).

Bizim çalışmamızda çalışmalarla uyumlu olarak yaş, erkek cinsiyet ve ileri yaş NSTEMİ açısından literatür ile uyumlu idi. NSTEMİ ve STEMİ grubunda cinsiyetler açısından anlamlı fark saptamadık.

Uğur Arslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada NSTEMI grubuna kıyasla STEMI grubunda CD14++CD16-monositlerinin tepe seviyeleri daha yüksek saptanmış (243). STEMİ hastalarında NSTEMİ hastalarına göre inflamasyon süreçleri daha erken evrede saptanmaktadır. Bu da monosit düzeylerinin NSTEMİ grubunda daha yüksek olmasını açıklamaktadır. Biz de yapmış olduğumuz çalışmada STEMİ grubunda monosit düzeyini NSTEMİ'ye göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı saptadık.

Bin Xu ve arkadaşlarının 265 miyokard infarktüsü hastasını içeren çalışmada HDL değerinin NSTEMİ hastalarında STEMİ hastalarından daha yüksek olduğu gösterilmiştir (244). Michal Kidawa ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada STEMI, NSTEMI ve UA hastaları arasında LDL veya HDL alt fraksiyonlarında herhangi bir fark gözlenmemiştir (245). Bizim çalışmamızda da literatür ile benzer şekilde STEMİ ve NSTEMİ grubunda HDL değeri anlamlı farklılık göstermemiştir($p > 0.05$). Hasta gruplarında HDL düzeyi normal cut-off aralığında saptanmıştır. HDL düzeyi kullanılan antilipid ilaçlara, kişinin bmi'ne , düzenli spor yapıp yapmadığına ve beslenmesine göre değişebilmektedir. Yapılan

çalışmalarda da bu hasta gruplarında HDL düzeyleri farklılık gösterdiği izlenmiştir.

Muhammed Oylumlu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada Monosit/HDL oranları yüksek orta ve düşük olmak üzere üç gruba ayrılmış ve STEMİ grubunda yüksek düzey monosit/HDL oranı olan hastaların sayı ve yüzdesini NSTEMİ hasta sayısından daha fazla olarak bulunmuştur (246). Bizim yapmış olduğumuz çalışmada monosit/HDL ve monosit/nonHDL düzeylerini STEMİ grubunda NSTEMİ'ye göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı saptadık ($p<0,05$). Akut koroner sendromlarda erken evrelerde inflamatuar belirteç düzeyleri artmaktadır. HDL düzeyinin normal ve düşmesi nedeniyle AKS hastalarında bu oranlar yüksek saptanabilir. STEMI'da monosit düzeyleri NSTEMİ'ye göre yüksek olduğu için çalışmamızda bu oranları gruplar arasında STEMİ lehine yüksek saptamamızın gerekçesi olarak açıklayabiliriz.

Ching Hui Sia ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bizim çalışmamızla benzer olarak LDL kolesterol düzeyi STEMİ hastalarında NSTEMİ hastalarına göre daha yüksek, ancak TG seviyeleri daha düşük saptanmış ve HDL kolesterol seviyelerinde iki grup arasında anlamlı fark saptanmamış. Aynı zamanda total kolesterol seviyeleri yüksek olan hasta grubunda STEMİ hasta oranı NSTEMİ hasta oranından daha yüksek olarak saptanmış (247). Yaptığımız çalışmada kolesterol, LDL, TG parametreleri içinde LDL düzeyi STEMİ grubunda NSTEMİ'ye göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıydı. Hastaların lipid profili beslenme, BMİ, fiziksel aktivite kullandığı ilaçlara bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir, bu nedenle çalışmalarda gruplar arasında bu parametrelerin düzeyleri farklı olmakla birlikte hala akut koroner sendromda risk faktörleri içerisinde yer almaktadır.

Troponin düzeyi her grupta yüksek olmakla birlikte gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi. Troponin miyokard hasar belirteci olup anjina başladıktan saatler sonra yükselebilmektedir. STEMİ'larda bazen troponin düzeyleri erken başvurularda negatif saptanabilmektedir. Bizim çalışmamızda da anjina nedeni ile acile erken başvuran STEMİ grubunda troponin değeri negatifti ancak geç başvurulardaki STEMİ hastalarının troponin değerleri aşırı yüksek olarak saptandı. Nathan Henrie ve arkadaşlarını yaptığı bir çalışmada ise parametrik test analizinde STEMİ ve NSTEMİ grupları arasında troponin değerlerinde fark saptanmamış ancak çok değişkenli regresyon analizinde troponin değeri STEMİ hastalarında daha yüksek ve anlamlı olarak saptanmış (248). Zohair Al Aseri ve arkadaşlarının yaptığı bir diğer çalışmada da her iki grup arasında troponin değerlerinde anlamlı fark saptanmamıştır (249). Bizim çalışmamızda STEMİ grubunun ortalama troponin değeri yüksek ve NSTEMİ grubu ortalamasına yakındı

Kritik hastada laktat yüksekliğinin kötü prognozla ilişkili olduğu bilinmektedir (250,251). Laktat doku perfüzyon bozukluğunda ortaya çıkan ve ayrıca inflamatuar süreçlerde yükselen bir parametre olup kardiyak output azaldığında kan düzeyi yükselmektedir. Vermeulen RP. ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada laktat yüksek saptanan STEMİ hastalarda 30 günlük mortalitede , enfarkt alan genişliğinde ve intraaortik pompa kullanımında artış olduğu ve laktat artışının kötü prognozla ilişkili olduğu saptanmıştır (252). Bizim yapmış olduğumuz çalışmada STEMİ grubunda NSTEMİ grubuna göre laktat düzeyi yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Bunun nedeni olarak da STEMİ grubunda enfarkt alan genişliğinin daha büyük olması ve hastalarımızda fazla sayıda inferior STEMİ'ye bağlı düşük preload ve kardiyak output olması gösterilebilir.

Yasuaki Takeji ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 5 yıllık kümülatif kardiyovasküler ölüm insidansı STEMİ ve NSTEMİ grupları arasında anlamlı fark saptamamış. Aynı çalışmada AMI'den sonraki 6 ay içinde kümülatif kardiyovasküler ölüm insidansı, NSTEMI grubunda STEMI grubuna göre önemli ölçüde daha düşük saptanmış (253). Einar Logi Snorrason ve arkadaşlarının yaptığı bir diğer çalışmada ise NSTEMI hastalarının uzun süreli sağkalımı, yaş farkı için düzeltme yapıldıktan sonra bile STEMI hastalarından daha kötü saptanmış (234). Bizim çalışmamızda ise bir aylık mortalite açısından STEMİ ve NSTEMİ grupları arasında mortalite oranı NSTEMİ grubunda daha fazla ve istatistiksel olarak anlamlıydı. Çalışmamızda bu gruplar arasında ek hastalık açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptamadık ancak NSTEMİ grubunda ortalama yaşı ileri olması ve STEMİ grubundaki hastalara hızlı bir şekilde perkütan koroner girişimle reperfüzyon sağlanması NSTEMİ grubundaki mortalite artışını açıklamaktadır.

STEMI ve NSTEMİ grupları arasında hastaları ayırmada tek değişkenli modelde anlamlı bağımsız etkinlik gösteren yaş, monosit, LDL, laktat ve KAH'ı içinde çok değişkenli modelde sadece laktat ve KAH öyküsü anlamlı bağımsız etkinliği saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda da gruplar arasında risk faktörleri sosyodemografik, çevresel, genetik nedenlere göre farklılık göstermektedir.

Xiao Fang Tang ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada STEMİ grubunda tek değişkenli modelde 2 yıllık mortalite kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek saptanmış ancak çok değişkenli modelde iki cinsiyet arasında anlamlı fark saptanmamış. NSTEMİ grupta ise hem tek değişkenli hem çok değişkenli modelde cinsiyetler arasında mortalite açısından anlamlı fark saptanmamış (254). 2000 yılında Corbalan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada AKS için risk skorları yüksek olan hastaların çoğunun 65 yaş ve üzerinde olduğu tespit edilmiştir (255). Suzanne V Arnold ve arkadaşlarının yaptığı bir diğer çalışmada ise yaşın mortalite ile güçlü bir ilişkisi olduğu ancak kardiyak fonksiyon düşüşü ile ilişkli olmadığı sonucuna varılmış (256). Çalışmamızda tüm hastaları bir aylık mortalite görülen ve görülmeyen olarak iki gruba ayırıp incelediğimizde mortalite görülen grupta yaş ortalaması daha ileri ve istatistiksel olarak anlamlıydı. Ancak cinsiyetler arasında istatistiksel olarak fark saptamadık.

Gökhan Çiçek ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmanın sonuçları başarılı bir perkutan koroner girişim geçiren STEMI hastalarında kabul monosit HDL oranının bağımsız ve anlamlı bir şekilde kısa ve uzun vadeli mortalite ile ilişkili olduğunu göstermiştir (257). Benzer şekilde Da Peng Zang ve arkadaşlarının yaptığı bir diğer çalışmada monosit/HHDL oranları 3 seviyede gruba ayrılmış. En yüksek seviyede yani 3. Grupta olan hastaların mortalite insidansının diğer gruplardan yüksek olduğu saptanmış. Bu çalışma sonucunda PCI uygulanan KAH hastalarında artan monosit/HDL oranının uzun vadede mortalite üzerine bağımsız risk faktörü olduğu gösterilmiştir (258). Hematolojik parametrelerden monosit, monosit/HDL, monosit/nonHDL ortalaması mortalite görülen ve görülmeyen grupta yüksek olmakla birlikte gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir.

Sun YJ ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada HDL kolesterolün majör kardiyovasküler olay gelişimi üzerine etkisi araştırılmıştır. Düşük HDL düzeyinin 6 ve 12. aylarda myokard infarktüsü, ölüm artışı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (259). Eliano P Navarese ve arkadaşlarının yaptığı bir metaanaliz çalışmasında yüksek LDL kolesterol düzeyine sahip hastalarda LDL kolesterolün tedavi ile serum düzeylerinin masif olarak düşürülmesinin mortalite riskinde anlamlı düşüşe neden olduğu gösterilmiştir (260). Jun Liu ve arkadaşlarının yaptığı bir metaanaliz çalışmasında ise TG düzeyi (90 mg/dL-149 mg/dL) olan bireylerle karşılaştırıldığında, TG düzeyi 90 mg/dL'nin altında olanların tüm nedenlere bağlı ölüm açısından anlamlı bir riski yoktu ve KVH ölüm riski daha azdı. Sınırda olanlar (150 mg/dl-199 mg/dl) ve hipertrigliseridemi (≥ 200 mg/dL) olanlar daha yüksek KVH ve tüm nedenlere bağlı ölüm riskine sahipti (261). Bizim çalışmamızda ise HDL, kolesterol, LDL, trigliserid düzeyleri mortalite görülen ve görülmeyen grupta normal aralıkta saptanmıştır. Trigliserid dışında bu düzeyler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir. Bunun nedenini hastaların beslenme alışkanlıkları, kullandıkları lipid düşürücü ilaçlar ve günlük fiziksel egzersiz değişiklikleri olarak gösterebiliriz.

Burcu T.D. ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada troponin I değeri yüksek olan hastaların 28 günlük mortalite insidansının 1,5 kat daha fazla olduğu saptanmış (262). Buna benzer olarak Fundaro C. ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada acil servisten taburcu edilen troponin T yüksekliği olan hastaların troponin T yüksekliği olmayanlara göre mortalitesinin anlamlı olarak artmış olduğunu saptamışlardır (263). Bizim çalışmamızda miyokard hasar belirteci olan troponin düzeyi mortalite görülen grupta daha yüksek olup mortalite görülmeyen gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir.

Johansson S ve arkadaşlarının yaptığı bir metaanaliz çalışmasında miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların 1 yıldan sonra mortalite ve morbidite eğilimlerine bakılmış. MI sonrası mortalite ve morbiditeyi arttıran risk faktörleri arasında komorbid diyabet, hipertansiyon ve periferik arter hastalığı, ileri yaş, azalmış böbrek fonksiyonu ve inme öyküsü bulunduğu saptanmış (264). Bizim çalışmamızda da ek hastalık açısından grupları incelediğimizde mortalite görülen grupta ek hastalığı olan hasta sayısı daha fazla olup istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır.

Mortalite açısından tek değişkenli modelde anlamlı çıkan yaş, trigliserid ve troponin düzeyi, ek hastalık, STEMİ ve NSTEMİ parametrelerinden sadece yaş bağımsız değişkeni çok değişkenli modelde anlamlı etkinlik göstermiştir. Birçok hastalıkta mortaliteteyi etkileyen bağımsız risk faktörleri ileri yaş ve kronik hastalıktır.

Dünyada ve ülkemizde ölümlerin en sık nedeni akut koroner sendromlardır. Yapmış olduğumuz çalışmada akut koroner sendrom alt tipleri olan STEMİ ve NSTEMİ hasta gruplarında genetik ve çevresel risk faktörlerinin (monosit/HDL, monosit/non HDL) düzeylerini araştırdık. Literatürle uyumlu olarak proinflamatuar mediatör salınımından sorumlu olan monosit hücrelerinin STEMİ grubunda yüksek olduğunu saptadık. Buna bağlı olarak bu hasta grubunda monosit/HDL oranı da yüksek saptanmıştır. Hala akut koroner sendromlarda risk faktörü olan hematolojik parametreler yapılan çalışmalarda bu hasta gruplarında farklı sonuçların elde edildiği bir çalışmada anlamlı çıkan risk faktörünün başka bir çalışmada istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Bizim çalışmamızda da bu hematolojik parametrelerin bazıları literatürle uyumlu olarak sonuçlanmakla birlikte bazı parametreler farklılık göstermiştir. Mortalite açısından baktığımızda hematolojik parametrelerle birlikte genetik faktörler içinde ileri yaşta olmanın mortalite açısından literatürle uyumlu olarak anlamlı olduğunu belirledik. STEMİ grubunda erken evrede artan inflamatuar parametreler bu hasta grubunda anlamlı olup mortalite açısıdan ileri yaştaki hastaların önemli risk grubunda olduğunu görmekteyiz. Bu risk faktörlerinin AKS açısından farklılıklar göstermekle birlikte çoğunlukla önemli olduğunu gözlemledik. Tezimizle uyumlu olarak STEMİ grubunda monosit, monosit/HDL oranını yapmış olduğumuz çalışmada NSTEMİ grubuna göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı saptadık. Ancak bu parametrelerin mortalite açısından anlamlı olmadığını bulduk.

Yapmış olduğumuz çalışmada hasta kayıtlarından şikayetleri başladıktan sonraki acil servise başvuruları arasında geçen süreyi saptayamadık. Çalışmamızda hasta sayısı sınırlıydı. Ayrıca hastaların başvuru öncesi kullandığı ilaçlara ve BMİ'ye hasta kayıtlarından ulaşamadık. Bunlar çalışmamızdaki kısıtlılıklardı.

Anahtar Kelimeler: Monosit/HDL, STEMI, NSTEMİ, Mortalite

S-17

KARDİYOVASKÜLER ACİLLER

Kardiyopulmoner Resüsitasyon Uygulamasında Pratisyen Hekimlerin Bilgi ve Beceri Düzeylerinin Belirlenmesi ve Eğitimin Önemi

Beril Balak [1], Erdem Çevik [1], Ahmet Emre Gürsoy [1], Rabia Sarıyıldız [1]

[1] SBÜ Sultan 2 Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Koroner arter hastalarında (KAH) mortalitelerin %50'si kardiyorespiratuvar arreste sekonder gerçekleşmektedir. Kardiyak arrest ise erken müdahale edilirse geri döndürülebilen tıbbı bir acil durumdur. Bu sebeple kardiyopulmoner resüsitasyon(KPR) uygulaması her hekimin eksiksiz bilmesi gereken bir uygulamadır. Etkin bir KPR ile hastanın önceki yaşam kalitesi ve fonksiyonel sağlık durumuna geri döndürülmesi amaçlanmaktadır. Bu çalışmamızın amacı yeni mezun pratisyen hekimlerin KPR uygulamasındaki bilgilerini değerlendirmek ve verilen eğitim ile bu bilgi seviyesindeki değişikliği ortaya koymaktır.

YÖNTEM:

Çalışmaya hastanemize 100. devlet hizmet yükümlülüğü ile atanan ve acil serviste (AS) görevlendirilen hekimler dahil edilmiştir. Katılımcılar, eğitim öncesinde bilgi ve beceri düzeylerini ölçmek amaçlı maket üzerinde KPR uygulaması konusunda pratik bir teste tabii tutulmuş, önceden hazırlanmış değerlendirme formu ile puanlanmıştır. Pratik sonrasında katılımcılara doğru ve etkin KPR uygulaması konusunda eğitim verilmiş ve sonrasında katılımcılara aynı pratik test tekrar uygulanmıştır. Eğitim öncesi ve sonrası hekimlerin puanları karşılaştırılarak hem hekimlerin KPR uygulaması konusunda bilgi ve beceri düzeyleri ölçülmüş, hem de bu konuda verilen eğitimin uygulamanın kalitesini arttırmadaki önemi ölçülmüştür.

BULGULAR:

Çalışmaya AS'e görevlendirilen 13 yeni mezun pratisyen hekim dâhil edilmiştir. Çalışmaya dâhil edilen hekimlerin KPR uygulamasında en kötü performans gösterdiği bölümler havayolu açıklığı sağlanması, ileri havayolu uygulaması ve medikal tedaviler olmuştur. Eğitim öncesinde, bu uygulamaları katılan hekimlerin yalnızca %7'si doğru ve eksiksiz uygulamıştır. AS'te maket üzerinde eğitim sonrasında bu oran yaklaşık %87'ye yükselmiştir. Verilen eğitim sonrası maket üzerinde KPR yönetimi, vasküler erişim sağlanması, medikal tedavi ve reversibl nedenlerin değerlendirilmesi 100% başarı oranı ile tamamlanmıştır. KPR eğitimi ile çalışmaya katılan hekimlerin KPR uygulamasındaki başarılarında 86 % oranında artış olduğu gözlemlenmiştir.

SONUÇ:

Günümüz eğitim koşullarında yeni mezun hekimlerin KPR bilgi ve becerisi eksik ve yetersiz kalmaktadır. Kardiyak arrest vakalarında etkin sağkalım oranını arttırmak için hekimlerin görevlerine başladıkları dönemde verilen oryantasyon eğitimlerine maket üzerinde aktif uygulamalı olarak KPR eğitimi eklenmeli ve tüm hastanelerde bu etkin uygulama amaçlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Acil sağlık uygulamaları, eğitim, kardiyopulmoner resüsitasyon

REFERANSLAR

1. Taş, D., & Akyol, A. (2017). Kardiyopulmoner Resüsitasyon Eğitiminde Yeni Eğilim: Yüksek-Güvenirlikli Simulasyon. Journal of Cardiovascular Nursing, 8(17), 100–108.
2. Seraj, M. A., & Naguib, M. (2004). Cardiopulmonary resuscitation skills of medical professionals. Resuscitation, 20(1), 31–39.
3. Moser, D. K., & Coleman, S. (1992). Recommendations for improving cardiopulmonary resuscitation skills retention. Heart & Lung : the Journal of Critical Care, 21(4), 372–380.

S-18

KARDİYOVASKÜLER ACİLLER

Elektrokardiyogramda Erken Repolarizasyon Morfolojisinin Anjiyografi Sonuçları Eşliğinde Prognoz Ve Mortalite İlişkisi

Burak Demirci [1], Çilem Bakar [1], Abuzer Coşkun [1]

[1] SBÜ İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Erken repolarizasyon (ER) toplumda sık karşılaşılan bir bulgudur. Benign ya da malign karakterde olabilir. Erken repolarizasyon morfolojisinin ve elektrokardiyogram (EKG) bulgularının klinik, prognoz ve mortalite etkilerinin anjiyografi bulgularıyla değerlendirilmesi amaçlandı.

YÖNTEM:

Bu retrospektif çalışmaya Ocak 2010 ile Aralık 2015 tarihleri arasında acil servise başvuran ve EKG'de ER saptanan 442 hasta dahil edildi. Hastalar ER morfolojisinin horizontal ve ascending oluşuna göre iki gruba ayrıldı. Erken repolarizasyon inferior, inferolateral, anterior ve yaygın olmak üzere dört grup oluşturuldu, Anjiyografi bulgularına göre de LAD, Cx, RCA ve normal damar yapısı olmak üzere dört gruba belirlendi.

BULGULAR:

Çalışmada hastaların yaş ortalaması 52.16±9.07 yıl ve 260'ı (%58.8) erkekti. Hastaların 123ü (%28) horizontal, 319'unda (%72) ascending morfoloji izlendi. Horizontal grubun 9'unda (%7.3, ascending grubunun 6'sında (%1.9) mortalite saptandı (p=0.008). Mortalite izlenen grupta hastanın anjiyografi sonucu, 8'inde (%53.3) Cx, 4'ünde (%26.7) RCA ve 3'ünde (%20) LAD tıkanıklığı mevcuttu. Yaşayan 318 (%74.5) hastanın anjiyografi sonucu normaldi (p=0.001). Mortalite; aile öyküsü, Brugada Sendromu, aVR'deki ST segment formasyonu ve senkop varlığı arasında güçlü pozitif, cinsiyet, notch varlığı, V1-2'deki QRS morfolojisi ve anjiyografi sonuçları arasında orta seviyede pozitif korelasyon vardı.

SONUÇ:

Erken repolarizasyon morfolojisi hastaların prognoz ve mortalitesi, ayrıca girişimsel anjiyografi kararları içinde yardımcı bir bulgu olabilir.

Anahtar Kelimeler: Acil Servis, Erken Repolarizasyon, Anjiyografi, Mortalite

S-19

KARDİYOVASKÜLER ACİLLER

Rivaroxaban ve Warfarin Karşılaştırmalı Tekrarlama ve Kanama Riski Üzerine Popülasyona Dayalı Kohort Çalışması

Mustafa Enes Demirel [1], Ufuk Turan Kürşat Korkmaz [2]

[1] Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Bolu
[2] Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp Damar Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Bolu

GİRİŞ VE AMAÇ:

Vasküler acillerden olan venöz tromboembolizm yılda 1000 kişide 1 ila 2 yetişkini ilgilendirmektedir ve vasküler ölümün inme ve miyokard enfarktüsünden sonra üçüncü en yaygın nedenidir. Standart tedavi, vitamin K antagonisti (VKA) veya yeni nesil oral antikoagülanlar (YOAK)dır. VKA ile tedavi, uluslararası normalleştirilmiş oranın (INR) sık izlenmesini gerektirir. YOAK'lar, VKA' ya alternatif olarak geliştirilmişlerdir. Yeni nesil oral antikoagulan olan Rivaroxaban, ilaç düzeylerini periyodik olarak ölçmek veya doz yönetimi için pıhtılaşma testleri yapmak zorunda kalmadan, sabit doz yönetimiyle öngörülebilir antikoagülasyon sağlamak için geliştirilmiştir. Ayrıca yüksek biyoyararlanımı, düşük gıda ve ilaç etkileşimleri takip, tedavide tercih edilir yapmıştır. Çalışmadaki amacımız warfarin ile YOAK' lardan olan rivaroxaban kullanımı sonrası tekrarlama oranı ve kanama sıklığını göstermeyi amaçladık.

YÖNTEM:

Çalışmaya 72 warfarin ve 31 rivaroxaban kullanan hasta aldık. Bu retrospektif kohort çalışmasına toplam 103 yetişkin dahil edildi. Çalışmamızın örneklemini 01.12.2015-31.03.2018 tarihleri arasında VTE tanısı ile başvuran Coumadin, ve Rivaroxaban türevi ilaçlardan herhangi birini kullanan tüm hastalar (n=103) oluşturmuştur. Tedavilerinde ve çalışmalarında güvenlik ve etkinlik açısından geriye dönük olarak izlendi. Veriler hastanenin hasta dosyalarından ve arşivlerinden elde edilmiştir.

BULGULAR:

Toplam 103 hastanın 53'ü (51.4%) erkekti. Tedavi sürecinde 7(6.9%) hastada hastalık tekrarladı. Tekrarlama olan hastalar ile olmayan hastalar yaş ve cinsiyet açısından benzer özellikteydi (Sırasıyla, Z=-0.740, p=0.459; -2=1.609, p=0.205). Warfarin grubunda tekrarlama 1 kişide Rivaroxaban grubunda 6 kişide görüldü. Majör kanama ise warfarin kullanan hastalarının yüzde 11,1'inde görülürken rivaroxaban grubunda %29 ile anlamlı oranda yüksekti (RR, OR (95% CI) sırasıyla:13,94, 17,04, (1,95-148,57) p<0.05, ve 2,61, 3,27 (1,12-9,53) p<0.05). Burun kanaması warfarin grubunda %2,8 ve rivaroxaban grubunda %16,1 görülmüştür. Anemi görülme ise warfarin grubunda %11,1 iken rivaroxaban' da %29 idi. (Tablo 1)

SONUÇ:

Bizim çalışmamızda literatürün aksine rivaroxaban kullanan hasta grubunda warfarin kullananlara göre daha fazla oranda tekrarlama ve majör kanama oranı görülmüştür. Rivaroxaban kullanan hastalarda majör kanama ve tekrarlama riski akıldan çıkarılmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Warfarin, Rivaroxaban, kanama, YOAK, tekrarlama

Tablo 1: Warfarin ve Rivaroxaban tekrarlama ve yan etki oranları

	Varfarin n=72	Rivoroxaban n=31
Tekrarlama, n (%)	1 (1.4)	6 (19.4)
RR, OR (95% CI)	-	13.94, 17.04, (1.95-148.57)*
Overall yan etkiler, n (%)	20 (27.8)	13 (41.9)
RR, OR (95% CI)	-	1.51, 1.88, (0.78-4.53)
GIS kanaması, n (%)	2 (2.8)	2 (6.5)
RR, OR (95% CI)	-	2.32, 2.41 (0.32-17.96)
Anemi, n (%)	8 (11.1)	9 (29)
RR, OR (95% CI)	-	2.61, 3.27 (1.12-9.53)*
Gözde kanama, n (%)	1 (1.4)	0 (0)
RR, OR (95% CI)		-
İdrarda kanama, n (%)	3 (4.2)	4 (12.9)
RR, OR (95% CI)	-	3.10, 3.41 (0.71-16.24)
Ciltte kaşıntı, n (%)	4 (5.6)	1 (3.2)
RR, OR (95% CI)	-	0.58, 0.57 (0.06-5.29)
Kolda ekimoz, n (%)	5 (6.9)	1 (3.2)
RR, OR (95% CI)	-	0.46, 0.45 (0.05-3.99)
Burun kanaması, n (%)	2 (2.8)	5 (16.1)
RR, OR (95% CI)	-	5.81, 6.73 (1.23-36.86)*
Genitoüriner kanama, n (%)	6 (8.3)	4 (12.9)
RR, OR (95% CI)	-	1.55, 1.63 (0.43-6.24)
Majör kanama, n (%)	8 (11.1)	9 (29)
RR, OR (95% CI)	-	2.61, 3.27 (1.12-9.53)*
Adet kanamasında artışa, n (%)	2/32 (6.3)	1/18 (5.6)
RR, OR (95% CI)	-	0.89, 0.88, (0.07-10.46)

RR, OR: Varfarin (Ref.)'e göre, Rivoroxsaban' ın karşılaştırmasına ilişkin relative risk ve odds oranı.
*: p<0.05, **: p<0.001, Fisher Exact test.
[a]: Sadece kadın hastalar üzerinden analiz gerçekleştirildi.

S-20

KARDİYOVASKÜLER ACİLLER

112 Ekibi Tarafından Kardiyopulmoner Arrestlere Yapılan Müdahalaelerin Acil Servisi Mortalitesine Etkisi

Müslüm Mönür [1]

[1] Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, Hatay

GİRİŞ VE AMAÇ:

Kardiyopulmoner arrest tespit edildikten sonra hızlı bir şekilde müdahalesi gereken klinik durumlardır. Arrest gelişiminden itibaren müdahale süresinin gecikmesi mortalite oranının yükselmesi ile sonuçlanmaktadır. Çalışmamızda Acil Servis'imize (AS) 112 birimi tarafından kardiyopulmoner arrest (KPA) olarak getirilen olgularda 112 tarafından yapılan uygulamaların mortaliteye etkisini inceledik.

YÖNTEM:

Çalışmamız Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi 01.01.2021-31.12.2021 tarihleri arasında acil servisimiz 112 tarafından KPA olarak getirilen 105 olgu ile retrospektif olarak yapıldı. Olguların yaş, cinsiyet, başvuru saati, travma varlığı, nakil esnasındaki ve AS'deki ritim ve müdahalelerin (entübasyon, KPR, defibrilasyon ve medikal tedavi) AS mortalitesine olan etkilerini araştırdık. Hasta verileri 112 dosyaları, hasta kartları ve hastane otomasyon sisteminden derlenmiştir.

Veriler SPSS22.'da analiz edildi. Verilerin analizinde; dağılım genişliğinin incelenmesinde Kolmogrov Smirnov testi, kategorik değişkenlerin analizinde Kikare testi ve nonparametrik verilerin kategorik değişkenler ile olan karşılaştırmasında Mann Whitney U testi kullanıldı. P<0,005 anlamlı kabul edildi.

BULGULAR:

Çalışmamızdaki 105 olgunun yaş ortancası 67 yıl (IQR:26 yıl) olup, %65,7'si erkekti. Olguların %31,4'ü yapılan kardiyopulmoner (KPR)'a yanıt verdi. Yaş, cinsiyet, getirilme saati ve travma varlığının ölüm oranını değiştirmediği saptandı (p>0.05). 112 ekibi tarafından saptanan ilk ritim, entübasyon, defibrilasyon, adrenalin ve atropin oranının mortalite oranını değiştirmediği saptandı (p>0,05). Acil servise kabul esnasındaki ritim, defibrilasyon, adrenalin, atropin, amiodoran, antipotasyum ve kalsiyum klorür uygulamalarının mortalite oranını değiştirmediği saptandı (p>0.05). Yaşayan hastalarda dopamin, HCO3 ve diğer tedavi uygulamalarının yüksek olduğu saptandı (p<0,05).

SONUÇ:

112 ekibi tarafından yapılan uygulamalar sonucu acilde serviste yaşatılabilen vaka sayısı (%31,4) yüksek olup, bu hastalara acil serviste ve 112 ekibi tarafından yapılan girişim ve müdahalelerin acil servis mortalite oranı üzerinde etkili olmadığı saptandı.

Anahtar Kelimeler: Mortalite, kardiyopulmoner resüsitasyon, 112

Tablo 1: KPR olgularının demografik özellikleri, müdahale ve tedavilerinin mortalite oranına etkisi

			Eksitus (n:72)	Yaşıyan (n:33)	p
Yaş, Ortanca (IQR)		67 (26)	67 (20)	67 (28)	0,590
Cinsiyet, n(%)	Erkek	69 (65,7)	49 (68,1)	20 (60,6)	0,455
	Kadın	46 (34,3)	23 (31,9)	13 (39,4)	
Başvuru saati, n(%)	00-06	21 (20)	13 (18,1)	8 (24,2)	0,559
	06-12	21 (20)	17 (23,6)	4 (12,1)	
	12-18	28 (26,7)	19 (26,4)	9 (27,3)	
	18-24	35 (33,3)	23 (31,9)	12 (36,4)	
Travma , n(%)	Var	21 (20)	16 (22,2)	5 (15,2)	0,400
112 başlangıç ritmi, n(%)	Asistoli	69 (65,7)	48 (66,7)	21 (63,6)	0,696
	NEA	9 (8,6)	7 (9,7)	2 (6,1)	
	VF	26 (24,8)	16 (22,2)	10 (30,3)	
	Nabızsız VT	1 (1)	1 (1,4)	0 (0)	
Entübasyon, n(%)		103 (98,1)	71 (98,6)	32 (97)	0,568
Defibrilasyon, n(%)		68 (64,8)	47 (65,3)	21 (63,6)	0,870
Adrenalin, n(%)		97 (92,4)	67 (93,1)	30 (90,9)	0,700
Atropin, n(%)		3 (2,9)	2 (2,8)	1 (3)	0,943
Acildeki ritim	Asistoli	50 (47,6)	31 (43,1)	19 (57,6)	0,696
	NEA	36 (50)	9 (27,3)	45 (42,9)	
	Nabızsız VT	10 (9,5)	5 (6,9)	5 (15,2)	
Defibrilasyon, n(%)		17 (16,2)	10 (13,9)	7 (21,2)	0,344
Adrenalin, n(%)		104 (99)	72 (100)	32 (97)	0,138
Atropin, n(%)		11 (10,5)	6 (8,3)	5 (15,2)	0,290
Amiodaran, n(%)		11 (10,5)	6 (8,3)	5 (15,2)	0,290
Dopamin, n(%)		23 (21,9)	5 (6,9)	18 (54,5)	<0,001
Anti potasyum, n(%)		3 (2,9)	1 (1,4)	2 (6,1)	0,182
Kalsiyum klorür, n(%)		2 (1,9)	1 (1,4)	1 (3)	0,568
HCO3		5 (4,8)	1 (1,4)	4 (12,1)	0,017
Diğer(Antipiretik, antibiyotik, vb.)		33 (31,4)	5 (6,9)	28 (84,8)	<0,001

VF: Ventiküler fibrilasyon, VT: Ventirüler taşikardi, HCO3:Bikarbonat

S-21

KARDİYOVASKÜLER ACİLLER

Miyokard Enfarktüsü Vakalarında V1 Derivasyonundaki Bifazik P Dalgalasının Üç Damar Hastalığı, By-pass ve Mortalite İlişkisi

Burak Demirci [1], Abuzer Coşkun [1], Çilem Bakar [1]

[1] SBÜ İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Akut koroner sendromlar acil servislere en sık başvuru nedenidir. V1 derivasyonundaki bifazik P (V1bP) dalgasının akut koroner sendrom hastalarında, üç damar hastalığı (TVD), by-pass ve mortalite açısından değerlendirilmesi amaçlandı.

YÖNTEM:

Bu çalışmaya, Ocak 2018- Aralık 2019 tarihleri arasında acil servise akut korner sendrom nedeniyle başvuran ve kliniğine yatırılan 497 hasta dahil edildi. Hastalar V1bP dalgasının yönüne göre sağ atrium ve sol atrium olarak gruplandırıldı. Bu gruplara göre, gensini skoru (GS), sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (LVEF), TVD, by-pass ve mortalite oranları karşılaştırıldı.

BULGULAR:

Hastaların atriyal tutulumuna göre yaş ortalaması 65,57±11,49 yıl, 220 (%44.3) kişi kadındı. V1bP dalgasındaki sol atriyal grupta en sık 128 (%41.8) hastada anterior myokard infarktüsü, 17'sinde (%5.6) mortalite, 69'unda (%22.5) TVD, 13'ünde (%4.2) by-pass uygulandığı görüldü. Sağ atriyal grupta ise 127'sinde (%66.5) inferior myokard infarktüsü, 34'ünde (%17.8) mortalite, 66'sında (%34.6) TVD ve 19'unda (%9.9) by-pass uygulandığı saptandı. Sol atriyal tutulumda daha fazla olmak üzere, her iki grupta en sık iskemik kalp yetmezliği gözlendi (p=0.001). TVD; GS 96.71±28.26 puan ve LVEF 45.67±11.48% idi. Ayrıca mortalite (p=0.0019), by-pass (p=0.014) ve komplikasyonlarla (p=0.043) anlamlı ilişki tespit edildi. Değişkenlerin akut koroner sendrom, mortalite, LVEF, GS farklılık göstermekle beraber zayıf ve/veya orta düzeyde korelasyonu saptandı.

SONUÇ:

Akut koroner sendromlarda V1bP dalgası, TVD, by-pass ve mortalite açısından belirleyici bir parametre olabilir.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, V1 derivasyonundaki bifazik P, üç damar hastalığı, by-pass, mortalite

S-22

SOLUNUM SİSTEMİ ACİLLERİ

COVID-19 Hastalarında Farklı Bir Antite: Mutlu Hipoksinin Tanımı ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

Mazlum Kılıç [1]

[1] SBÜ Fatih Sultan Mehmet Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

'Mutlu veya sessiz (happyorsilent) hipoksi' kavramı dispne olmadan ciddi hipoksemi görülen COVID-19 hastalarını tanımlamak için kullanılan bir antitedir. Bu çalışmada mutlu hipoksi kavramının patofizyolojisi literatür bilgileri ışığında tartışılacaktır.

YÖNTEM:

Pubmed ve Web of Science'tan mutlu hipoksemi terimi taranarak çıkan makaleler gözden geçirilmiştir.

BULGULAR:

COVID-19'un erken dönemlerinde akciğeri tutan bu hastalığın epidemiyolojik verileri yayınlanmıştır. Hastaların sadece %20'sinde dispne olduğunu bildiren çalışmalar vardı. Dikkat çekici bir diğer durumda şiddetli hipoksemiye rağmen nefes darlığı olmayan hastaların varlığıydı. Bunun bir "paradoks" olduğu ve COVID-19'a özgü olduğu kabul edildi.Bu durumu açıklayabilecek patofizyolojik mekanizmalar mevcuttur. Örneğin çözünmüş oksijenin düşük kısmi gaz basıncı (PaO2), dispneye neden olan hiperkapninin aksine, kardiyopulmoner hastalığı olan hastaların yaşadığı nefes darlığında oldukça sınırlı bir rol oynar. PaCO2'deki değişiklik, hem periferik hem de merkezi kemoreseptörlerdepH seviyelerinde kaymaları tetikleyerek dispneye katkıda bulunan en önemli bileşendir. Şiddetli hipoksi, yalnızca arka plan PaCO2 39 mmHg'yi aştığında ventilasyonda etkili bir artışa neden olur.

Başka bir patofizyolojik açıklama oksihemoglobindisosiasyon eğrisine dayanır. Oksijen satürasyonunu (SpO2) ölçen nabız oksimetresi genellikle hipoksemiyi saptamak için kullanılır. Yine de SpO2, COVID-19 bağlamında dikkatle yorumlanmalıdır. Sigmoid şekilli oksihemoglobindisosiasyon eğrisi, hipoksemiye bağlı takipne ve hiperpneye bağlı indüklenen respiratuaralkaloz (PaCO2'de düşüş) nedeniyle sola kayar. Hipokapnik dönemlerde, hemoglobinin oksijene ve dolayısıyla SpO2'ye afinitesi, belirli bir PaO2 derecesi için yükselir, bu da son derece düşük PaO2 karşısında SpO2'nin neden iyi korunabildiğini açıklar. Bu nedenle, hekimler yalnızca hastaların kendilerinin sıkıntı bildirmelerine güvenmekle kalmamalı, aynı zamanda solunum hızlarını, hiperventilasyon belirtilerini, oksijen satürasyonunu yakından izlemeli ve gerekirse düzenli aralıklarla hipoksemi/hipokapi için invaziv ölçümler yapmalıdır.

Son olarak nöral hipoteze göre COVID-19'un hipoksemiye algılayan affarent nöronlardaki oluşturduğu mitokondriyal hasarın bu antiteye neden olabilir.

SONUÇ:

Akut komplikasyonları ve ölüm riskini azaltmak için hekimlerin COVID-19'daki sessiz hipoksemiye karşı uyanık olması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dispne, COVİD-19, Happyorsilent Hipoksi

S-23

SOLUNUM SİSTEMİ ACİLLERİ

Acil Servise Başvuran Olgularda Kan Gazının Pulmoner Tromboembolide Tanısal Değeri

Özgür Şahan [1]

[1] Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, Hatay

GİRİŞ VE AMAÇ:

Pulmoner tromboemboli (PTE) acil serviste nadir karşılaşılan olgular olmakla birlikte, yüksek mortaliteye sahip olgulardır. Çalışmamızda hastanemiz acil servisinde PTE ön tanısı değerlendirmeye alınan hastaların kan gazı parametrelerinin tanısallığını değerlendirmek amaçlanmıştır.

YÖNTEM:

Çalışmamız Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisine 01.01.2021 ve 31.12.2021 tarihleri arasında başvuran ve PTE ön tanısı ile takip edilen hastaların başvuru anındaki kangazı parametrelerini retrospektif olarak incelenmiştir.

Çalışmamızda PTE ön tanısı ile takibe alınan hastalar; pulmoner angiografi sonucuna göre PTE ve PTE olmayan hastalar olarak sınıflandı ve bu iki grubun yaş, cinsiyet, semptom, kan gazı (pH, pCO2, pO2, HCO3 ve laktat), wells skoru ve d-dimer düzeyleri incelendi.

Veriler SPSS22.'da analiz edildi. Verilerin analizinde; dağılım genişliğinin incelenmesinde Kolmogrov Smirnov testi, kategorik değişkenlerin analizinde Ki kare testi ve non parametrik verilerin kategorik değişkenler ile olan karşılaştırmasında Mann Whitney U testi kullanıldı. P<0,05 anlamlı kabul edildi.

BULGULAR:

Çalışmamızda hastaların yaş ortancası 70 (IQR:23) ve hastaların %45,9'u erkekti. Gruplar arasında yaş, cinsiyet, temel başvuru semptomu ve genel durum açısından farklılık saptanmadı (p>0,05). PTE'li grupta Wells skoru ve D-dimer düzeyi anlamlı olarak yüksek saptandı (p<0,05). Gruplar arasında pH ve HCO3 düzeyi açısından farklılık saptanmadı (p>0,05). PTE'li grupta pO2 ve pCO2 düzeyleri anlamlı olarak düşük saptanırken; laktat düzeyi anlamlı olarak yüksek saptandı (p<0,05).

SONUÇ:

PTE tablosunda kan gazında pO2, pCO2 ve laktat düzeyinde önemli değişimler gözlenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner tromboemboli, pCO2, pO2 ve laktat

Tablo 1: Grupların yaş, cinsiyet, semptom, kan gazı (pH, pCO2, pO2, HCO3 ve laktat), wells skoru ve d-dimer düzeylerinin karşılaştırması

		Pulmoner Angiografi		p
		PTE (+)	PTE (-)	
Yaş, Ortanca (IQR)		72,5 (26,5)	68,5 (17,5)	0,244
Cinsiyet	Erkek	24 (%38,7)	32 (%53,3)	0,105
Semptom	Nefes darlığı	36 (%58,1)	31 (%51,7)	0,082
	Göğüs ağrısı	20 (%32,3)	26 (%43,3)	
	Hemoptizi	0	2 (%3,3)	
		6 (%9,7)	1 (%1,7)	
Genel durum	İyi	21 (%33,9)	15 (%25)	0,238
	Orta	36 (%58,1)	43 (%71,7)	
	Kötü	5 (%8,1)	2 (%3,3)	
Wells skoru	<2	5 (%8,1)	27 (%45)	<0,001
	2-6	43 (%69,4)	33 (%55)	
	>6	14 (%22,6)	0	
D-dimer, (ug/ml) Ortanca (IQR)		1,9 (2,1)	0,8 (1,1)	<0,001
pH, Ortanca (IQR)		7,42 (0,13)	7,39 (0,07)	0,535
pCO2, (mmHg), Ortanca (IQR)		28,8 (6,1)	35,9 (12,5)	0,001
pO2, (mmHg), Ortanca (IQR)		66,1 (14,0)	68,8 (5,6)	0,015
HCO3, (mmol/L), Ortanca (IQR)		21,2 (5)	22,1 (3,7)	0,156
Laktat, (mmol/L), Ortanca (IQR)		2,5 (1,3)	1,3 (0,9)	<0,001

S-24

Elektrikli Scooter Bağlı Travmaların Analizi

TRAVMA

Aşkın Arslan [1], Ertuğrul Şen [1], Ertuğrul Altınbilek [1], Derya Öztürk [1]

[1] SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Elektrikli scooter kullanımı kısa sürede popüler hale geldi. Özellikle trafik yoğunluğu olan metropoller de kullanım oranı her geçen gün artmaktadır. Kişisel koruyucu ekipman kullanılmayan bu araçlarla meydana gelen kazalarda sıklıkla minör, nadiren de majör travmalar izlenmektedir. İstanbul ilinde bulunan acil servisimize başvuran scooter kazalarına bağlı yaralanmaları analiz etmeyi amaçladık.

YÖNTEM:

Vakaların demografik verileri ve klinik sonlanımları retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR:

Çalışmamıza 17 hasta analiz edildi. Vakaların 10'u (%59) erkek, 7'si(%41) kadın yaş ortalaması 28,47 idi. Başvuru saatleri 08-16 arası 9 (%53), 16-24 arası 4 (%23,5) ve 24-08 arası 4 (%23,5) idi. 9 (%52,9) hasta minör dermal abrazyon, 1 (%5,8) vertebra fraktürü, 2 (%11,6) radius fraktürü, 1 (%5,8) humerus fraktürü, 1 (%5,8) klavikula fraktürü , 1 (%5,8) ayak bileği fraktürü, 1 (%5,8) femur fraktürü ve 1 (%5,8) tibia fraktürü idi. Hastaların 3'ü (%17,6) ortopedi servisine yatırıldı. 14'ü (%82,4) acil servisten taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Trivedi ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada elektrikli scooter kazalarında %1,1'indeintrakranial kanama rapor edilmiştir. Bressler ve arkadaşlarının çalışmasında scooter kazalarına bağlı maksillofasiyal kırık oranı %5,2 idi. Genç Yavuz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada scooter kazalarının analiz edildiği çalışmada en sık görülen patoloji %18,5 ile ortopedik iken majör kas iskelet yaralanması %36 tespit edildi. Mayhew ve arkadaşlarının scooter kazalarını değerlendiren çalışmalarında ortopedik yaralanmaları %20,6 olarak bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda da literatüre uyumlu olarak en sık ortopedik yaralanma %53 görüldü. Trivedi ve arkadaşlarının çalışmasında hastaneye yatış oranı %6, Genç Yavuz çalışmasında bu oran %5,7 idi. Bizim çalışmamızda vakaların %17,6'sı hastaneye yatırıldı.

Scooterların kullanımlarına ilişkin yasal düzenlemeler yapılarak ciddi yaralanmaların önlenebileceğini düşünüyoruz. Koruyucu ekipman, hız sınırı ve özel rotaların belirlenmesi ile daha güvenli bir ulaşım aracı haline getirilmesi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Elektrikli Scooter, Acil Servis, Travma

S-25

Nadir Görülen Bir Tanı: Parmak Kompartman Sendromu

TRAVMA

Atakan Aydoğan [1], Umut Ocak [1], Halil Kaya [1], Mehmet Oğuzhan Ay [1], Melih Yüksel [1]

[1] SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, Bursa

GİRİŞ VE AMAÇ:

Kompartman sendromu kapalı bir osteofasiyal alanda hidrostatik basınç artışı ile ortaya çıkan kas ve sinir dokusu hipoperfüzyonudur ve nadiren de olsa parmaklarda görülebilir.

Etiyolojisinde kırıklar, crush yaralanmalar, yanıklar, arter yaralanmaları gibi perfüzyonu bozabilen birçok neden bulunmaktadır. Perfüzyon bozukluğu sonrası kas hücre geçirgenliği artmakta, sonrasında hücre şişmesi ve hücre ölümü görülmektedir. Venöz dönüşte azalma ve venöz basınçta artma kompartman basıncını artırmaktadır. Normal kompartman basıncı kas dinlenim halinde 0-4 mmHg, kas kasılı halde iken 8-10 mmHg' dır. Kompartman basıncı 30 mmHg ve üzerinde ise kompartman sendromu düşünülmelidir. İlk 6 saat kas hasarı için geri dönüşümlü iken ilk 8 saat sinir hasarı için geri dönüşümlü altın saatlerdir. Kompartman sendromunun ilk ve en etkili tedavisi acil fasiyotomidir.

VAKA:

Yirmi yaşında erkek hasta sağ el 3. parmakta şişlik, ağrı, kızarıklık ve morarma şikâyeti ile acil servisimize başvurdu. Başvurudan 15 gün önce tırnaklarını derince kesmiş olduğunu ve tırnak kesiminden 2 gün sonra parmağında kızarıklık, şişlik ve hassasiyet geliştiğini ifade eden hasta inşaatta çalışıyor olduğunu ve el hijyenine yeterince dikkat edemediğini belirtti. Ayrıca parmağına birkaç kez çivi batmış olduğunu ve buna istinaden 1 hafta önce aile hekimine başvurduğunda aile hekiminin kendisine medikal tedavi başladığını söyledi. Aile hekiminin siprofloksasin ve seftriakson başladığı bilgisi edinildi.

Hastanın fizik muayenesinde özellikle sağ el 3. Parmağının proksimal interfalangeal ekleminden distale kadar siyanotik, şişkin ve hassas olduğu görüldü. Kapiller dolum zamanında uzama ve parmak hareketlerinde aşırı hassasiyet tespit edildi.

Vitalleri stabil hastada kompartman sendromu düşünülerek ortopedi kliniği ile konsülte edildi. Lökositozu mevcut hasta için acil fasiyotomi yapılması kararı verildi. Ortopedi servisine acil yatışı verildi.

SONUÇ:

Kompartman sendromu her daim akılda tutulması gereken ve acil müdahaleyi gerektiren bir klinik durumdur. Şikâyetin olduğu bölgede her ne kadar ağrı, solukluk, uyuşukluk, nabızsızlık, parestezi gibi bulgular beklense de hastalığın klinik seyrinde aynı anda tüm bulguların görülmesi beklenmemeli, acil fasiyotomi ihtiyacı göz önünde bulundurularak hareket edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: parmak kompartman sendromu, acil servis, fasiyotomi

S-26

TRAVMA

Acil Servise Başvuran Multitravma Hastalarında, Travma Skorları ve Laktat Düzeyi Arasındaki İlişki

Ahmet Çolakoğlu [1]

[1] Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, Hatay

GİRİŞ VE AMAÇ:

Travma özellikle genç yaş morbidite ve mortalitelerinde önemli bir yer tutar. Yapılan birçok çalışmada laktat ve hasta kliniği arasındaki ilişkisi gösterilmiştir. Çalışmamızda multitravma hastalarında travma skorları ve laktat arasındaki ilişkinin gösterilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM:

Çalışmamız 3. basamak bir hastanenin acil servisine 01.01.2021 ve 31.12.2021 tarihleri arasında başvuran/getirilen yetişkin 183 multitravma hastasının travma skorları ve laktat düzeyleri incelenmiştir. Hastaların yaş, cinsiyet, travma nedenleri travma skorları [Abbreviated İnjury Skala (AIS), İnjury Severty Skor (ISS), Glaskow Koma Skalası (GKS) ve Revize Travma Skoru (RTS)], vital prametreleri (nabız, ortalama arteryel basınç ve solunum sayıları) ve laktat düzeyleri değerlendirildi. Veriler hastaların dijital ve fiziki kayıtlarından derlendi. Laktat düzeyinin, travma skorları ve vital parametreler ile olan ilişkisi incelendi.

Veriler SPSS22'da analiz edildi. Niceliksel verilerin gösteriminde ortanca ve interqauntile range, niteliksel verilerin gösteriminde olgu sayısı (n) ve yüzdelik dilim (%) kullanıldı. Verilerin analizinde; dağılım genişliğinin incelenmesinde Kolmogrov Smirnov testi, nonparametrik olarak saptanan verilerin karşılaştırılmasında Spearman korelasyon analizi kullanıldı. P<0,05 anlamlı kabul edildi.

BULGULAR:

Çalışmamızda hastaların yaş ortancası 40 (IQR:30) yıl olup, olguların 149'u (%81,4) erkekti. En sık yaralanma şekilleri trafik kazası (%62,8) ve yüksekten düşme (%16,9) idi. Laktat düzeyi ortancasının 3,2 (IQR:2,2) mmol/L olduğu saptandı. Laktat düzeyin GKS ve RTS ile negatif yönlü, AIS ve ISS ile pozitif yönlü korelasyon gösterdiği saptandı (p<0,05). Ayrıca laktat düzeyinin nabız ile pozitif yönlü ortalama arteryel basınç ile negatif yönlü korelasyon gösterirken (p<0,05); solunum sayısı ile korelasyon göstermediği saptandı (p>0,05). Çalışmamızda mortalite oranı %15,3 olarak saptandı.

SONUÇ:

Acil servislerde hızlı çalışılan kan gazı parametrelerinden biri olan laktat düzeyinin multitravma hastalarında, travma şiddeti ile yakından ilişkili olduğu ve travma şiddetinin değerlendirilmesinde kullanılabilecek bir parametre olduğu kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Multitravma, skorlar, laktat

Tablo 1: Laktat düzeyinin travma skorları ve vital parametreler ile ilişkisi karşılaştırması

	Ortanca (IQR)	r	p
GKS	15 (0)	-0,202	0,006
AIS	8 (4)	0,297	0,000
ISS	22 (16)	0,236	0,001
RTS	7,84 (0)	-0,247	0,001
Nabız	90 (20)	0,272	<0,001
Ortalama arteryel basınç:	86,7 (20)	-0,214	0,004
Solunum sayısı	17 (3)	0,055	0,456

AIS: Abbreviated injury skala, GKS: Glaskow koma skalası, IQR: İnterquantile range, ISS: Injury severty skor, RTS: Revize travma skoru

S-27

İş Kazası Nedeniyle Acil Servise Yapılan Başvuruların Değerlendirilmesi

TRAVMA

İlker Akbaş [1], Sinem Doğruyol [2]

[1] Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp, Kahramanmaraş
[2] SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

İş kazaları acil serviste sık karşılaşılan travma nedenlerinden biridir. Önemli mortalite ve morbiditeye sebep olmasının yanı sıra yarattığı sakatlıklar ve ölümler sonucunda büyük bir ekonomik yük de meydana getirir. İş kazaları sonrası kazazedelere ilk tedavi çoğunlukla acil servislerde yapılmaktadır. Bu kazalara müdahale sırasında klinisyenin sağlık hizmeti sunmasının yanında bir takım medikolegal durumlar ile de uğraşması gerekir. Bu durum acil servis iş yükünü arttırır. Her ne kadar literatürde iş kazaları ile ilgili çok sayıda yayın bulunsa da doğası gereği iş kazalarının demografik özellikleri bulunduğu bölgeye özgüdür. Bu çalışmanın amacı acil servisimize başvuran iş kazalarının demografik özelliklerini, prognoz ve sosyal özelliklerini tespit etmektir. Bu bilgiler sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve riskli durumların belirlenerek koruyucu önlemlerin alınmasında bize yol gösterici olacaktır.

YÖNTEM:

Bu çalışmaya 01.01.2017-01.07.2019 tarihleri arasında iş kazası nedeniyle acil servise başvuran hastalar dahil edildi. Bu hastalara ait hastane veri kayıt sistemindeki dosyalar geriye dönük olarak incelendi. Hastaların cinsiyet, yaş, çalıştığı meslek grubu, başvuru sebebi, iş kazasının olduğu saat ve gün, yaralanma tipi, yaralanma bölgesi, acil servis sonlanım bilgileri kayıt edildi. 18 yaşından küçük hastalar ve dosyalarda yukarıdaki bilgilerden herhangi birinin olmadığı hastalar çalışmadan dışlandı.

BULGULAR:

Çalışma döneminde acil servise iş kazası nedeniyle toplam başvuran hasta sayısı 684'dü. Bu hastalar içerisinden dahil edilme kriterlerini karşılayan 572'si çalışmada değerlendirildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların %89,1'i (510 hasta) erkekti. Hastaların ortalama yaşı 34,8±10,2 idi. En sık yaralanma bölgesi ekstremiteler iken (%65,2 n=373), bunu baş bölgesi (%16,2, n=93), diğer vücut bölgesi yaralanmaları (%8,5, n=49), toraks yaralanmaları (%7, n=40) ve göz yaralanmaları takip etmekteydi (%2,9, n=17). Yaralanmaların %39,2'si derin/yüzeyel kesi ve doku kaybı şeklindeki yaralanmalardı. Diğer yaralanma çeşitlerinin dağılımı ise şu şekildeydi: %28,1'si kontüzyon/abrazyon, %14,6'i incinme burkulma, %9,6'sı dislokasyon, fraktür, %3,4'ü yanık, %3,2'si ampütasyon, %1,1'i inhalasyon, %0,8'i diğer tip yaralanma. Olguların %89,7'si (n=513) acil servisten taburcu edilirken, %0,34'ünün (n=2) hayatını kaybettiği, %9,9'unun (n=57) ise çeşitli kliniklere devredildiği görüldü. Kazaların saatlere göre dağılımı Tablo-1'de görülmektedir. Kazaların sektörlere göre dağılımı Tablo-2'de görülmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ:

İş kazalarını tamamen ortadan kaldırabilmek mümkün değildir. Fakat alınacak tedbirler ile kazalar azaltılabilir. Alınacak tedbirlerin belirlenebilmesi, kaza sayılarını en aza indirilmesi, meydana gelen kazalarda oluşan etkilerin azaltılabilmesi, riskli grupların, saatlerin, travma çeşitlerinin belirlenebilmesi ve acil servislerde buna yönelik yapılanmanın sağlanabilmesi için kazalar dikkatlice incelenmelidir. Bu nedenle çalışmamız hem literatüre hem de günlük hayata katkı sağlayacaktır.

Çalışmamızda hastaların ortalama yaşları literatürde yer alan önceki çalışmalar benzerdir. Genel olarak, genç erişkin yaş grubunda çalışan kişi sayısının daha fazla olması, dikkat gerektiren ve vardiyalı işlerde çalışanların çoğunun genç erişkin nüfustan oluşması, erkek bireylerin daha ağır işlerde çalışması ve genç tecrübesiz kişilerin kazalara daha fazla maruz kalması nedeniyle iş kazaları genç erkeklerde daha sık görülmektedir. Fakat bizim

çalışmamamızda erkek hasta sayısının kadın hasta sayısına oranı önceki çalışmalara göre daha yüksektir. Bu durum çalışmanın yapıldığı bölgenin sosyo-demografik yapısı gereği kadın istihdamının daha az olması ile açıklanabilir. Çalışmanın yapıldığı bölgede tarım ve hayvancılığın ana iş kolu olması nedeniyle bu durumla ilişkili yaralanmaların sayısı literatürdeki daha önceki çalışmalara oranla yüksekti. Yaralanma bölgesi açısından bakıldığında en fazla yaralanma yeri ekstremitelerdi. Bu durum geçmiş çalışmalara benzemekteydi. Başta eller, olmak üzere kollar, bacaklar ve ayakların ezilmelere, kopmalara ve batmalara vücudun diğer bölgelerine göre daha açık olması bu durumun başlıca sebebidir. Ayrıca sağlık çalışanlarının iş kazaları da genellikle ekstremitelere bir şeylerin batması şeklindedir. Tek merkezde ve sınırlı sürede yapılması çalışmamızın kısıtlılığıdır.

Çalışmamızda iş kazalarının sıklıkla genç-erişkin erkeklerde karşılaşılan bir durum olduğunu ve kazazedelerin en çok ekstremite yaralanmaları ile başvurduklarını tespit ettik. Kazalar en çok sanayi-endüstri-imalat sektöründe ve özellikle sabah erken saatlerde gelişmişti. Riskli saatlerde tedbirlerin arttırılması, ana iş kollarında çalışan güvenliğine ve bu konudaki eğitimlere daha çok dikkat edilmesinin iş kazalarını azaltacağı düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Elektrikli Scooter, Acil Servis, Travma

Tablo 1: İş kazalarının saatlere göre dağılımı

Yaralanma saati	Yaralanma sıklığı (hasta sayısı)
00:00-01:59	%1,04 (6)
02:00-03:59	%1,74 (10)
04:00-05:59	%0,52 (3)
06:00-07:59	%5,06 (9)
08:00-09:59	%21,6 (124)
10:00-11:59	%14,68 (84)
12:00-13:59	%12,76 (73)
14:00-15:59	%17,48 (100)
16:00-17:59	%13,64 (78)
18:00-19:59	%7,34 (42)
20:00-21:59	%4,19 (24)
22:00-23:59	%3,33 (19)

Tablo 2: İş kazalarının sektörel dağılımı

Çalışılan sektör	Yaralanma sıklığı
Sanayi-Endüstri-İmalat	%39,3
Tarım-Hayvancılık	%20,2
Yapı-İnşaat	%12,4
Hizmet	%9,8
Ulaşım	%4,5
Sağlık	%1,2
Diğer	%12,6

S-28

Kafa Travmalı Hastalarda Bilgisayarlı Tomografi'de Saptanan Rastlantısal Bulguların Geriye Dönük İncelenmesi

TRAVMA

Halil Altınmaden [1], Onur Kaplan [2], Özgür Söğüt [2], Özgür Deniz Sadioğlu [2]

[1] Tekirdağ Çorlu Devlet Hastanesi, Acil Servis, Tekirdağ/Çorlu
[2] Sultangazi Haseki Egitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Bu çalışma ile, kafa travması nedeni ile acil servise başvuran hastalardaki beyin BT taramalarında tespit edilen rastlantısal bulguların klinik öneminin değerlendirilmesi, yaş ve cinsiyet ilişkisinin ortaya konması amaçlandı.

YÖNTEM:

Ocak 2017 – Aralık 2019 tarihleri arasındaki dönemde Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Acil Tıp Kliniği'ne başvuran, beyin tomografisi çekilen pediatrik ve yetişkin tüm hastalar çalışmaya dahil edilmiş olup, bu hastalar içinde travma dışı olanlar çalışma dışında bırakıldı. Çalışmanın doğru bir şekilde ele alınması adına yanlış ICD kodu kullanılan, yabancı uyruklu, uygunsuz çekim ve/veya raporu bulunan ve kimlik bilgisi yetersiz hasta grupları da değerlendirme dışında bırakılarak, çalışma sonuçlarının doğruluk payının arttırılması hedeflendi. Çalışmaya dahil edilen hasta grubu içinde bilgisayarlı beyin tomografilerinde insidental bulgu saptananlar Grup 1 (klinik olarak anlamlı) ve Grup 2 (klinik olarak anlamlı değil) olarak sınıflandırıldı.

BULGULAR:

Çalışmaya 8771'si erkek (%66,2) ve 3834'ü kadın (%33,8) olmak üzere toplam 12605 hasta dahil edildi. Değerlendirilen hastaların yaş ortalaması 34,3±22,6 (yaş aralığı; 0-104) idi. Çalışmaya dahil edilen hastaların %86'sında (10864) insidental bulgu saptanmadı. Kalan 1741 hastada ise en az 1 tane olmak üzere insidental bulguya rastlandı. İnsidental bulgusu olan hasta grubunun yaş ortalaması (60,3±24,3), bulgusu olmayan hasta grubuna (30,2±19,3) göre anlamlı yüksekti (p<0,001).

İnsidental bulgular incelendiğinde ise, %37,9'luk (1028) pay ile en fazla rastlanan bulgunun atrofi olduğu gözlemlendi. İkinci sırada ise %27,5'lik (745) pay ile iskemi yer alırken, kalsifikasyon %12,3'lük (334) pay ile üçüncü sırada yer aldı. İnsidental bulgular içinde en az rastlanan bulgu ise %0,5'lik (14) oran ile lipom oldu.

SONUÇ:

Kafa travması nedeniyle acile başvuran ve beyin tomografisi çekilen hastaların büyük bir kısmında insidental bulguya rastlanmadı. Diğer yandan yaş arttıkça insidental bulgunun saptanma olasılığının arttığı gözlemlendi. İnsidental bulgusu bulunan hastaların ise çoğunluğunda klinik önemi olmayan bulgulara rastlandı. En sık gözlemlenen ve klinik önemi olmayan bulgu atrofidir. Klinik olarak anlamlı ve takibin gerekli olduğu en sık sık rastlanılan bulgu ise kronik iskemidir.

Anahtar Kelimeler: Kafa travması, bilgisayarlı beyin tomografisi, insidental bulgu

S-29

Pediyatrik Hastada Nadir Görülen Travmatik Bir Tetraparezi Olgusu- SCIWORA

TRAVMA

Ayşe Kılıç [1], Umut Ocak [1], Aksel Özdemir [1], Halil Kaya [1], Mehmet Oğuzhan Ay [1], Melih Yüksel [1]

[1] SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, Bursa

GİRİŞ VE AMAÇ:

Radyolojik bulgu olmaksızın spinal kord yaralanması (SCIWORA) travma sonrası nadir gelişen ve miyelopatiye neden olan tanısı zor bir tablodur. Travma sonrası motor ve/veya duyu kaybı ve görüntüleme bulgularında belirgin bir patoloji saptanamaması ile karakterize SCIWORA, yüksek morbidite ile sonuçlanabilen ve bu açıdan ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmesi gereken klinik bir durumdur.

OLGU:

Yedi yaşında kız çocuğu 2 gün önce düşme öyküsüyle acil tıp kliniğimize getirildi. Çekilen direk grafide sağ fibulada fraktür olması üzere ortopedi ile konsülte edilerek sağ ekstremitesi uzun bacak atele alındı ve ortopedi poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi. 2 gün sonra hasta üst ve alt ekstremitesini hareket ettirememe, yatar pozisyondan doğrulamaması şikayetleriyle tekrar getirildi. Anamnez derinleştirildiğinde hastanın 2 gün önce aynı seviyeden kayarak sırt üstü düşme ve daha sonrasında öne doğru tekrar düşme öyküsü alındı. Muayenesinde bilinci açık, oryante ve koopere olan hastanın vitalleri stabil idi. Kafa travması tariflemeyen hastada fizik muayenede herhangi bir cilt abrazyonu, hematomu saptanmadı. Her iki üst ekstremite kas gücü 3/5 ve sol alt ekstremite kas gücü 2/5 idi, sağ bacak atelli olduğundan net değerlendirilemedi. Işık refleksi bilateral mevcut olan hastada yapılan spinal muayenede hassasiyet ya da travmayı gösteren cilt lezyonları mevcut değildi.

Spinal kordda travmaya sekonder yaralanma açısından radyolojik görüntülemeler yapıldı ve travmaya sekonder patoloji saptanmadı. Spinal ve kraniyal görüntülemelerde patoloji izlenmeyen hasta için mevcut fizik muayene neticesinde SCIWORA ön tanısı ile beyin cerrahisi konsültasyonu istendi. İlgili branş tarafından tüm spinal MR istenmesi sonucu çekilen spinal MR'da spinal kord yaralanmasına ait herhangi bir bulguya rastlanılmadı ve SCIWORA ön tanısı ile beyin cerrahisi servisine yatırıldı. Servis takibinde i.v. metilprednizolon tedavisi başlanan hastanın tam iyileşme ile taburcu edildiği öğrenildi.

SONUÇ:

Travma ile başvuran ve konvansiyonel incelemelerinde patoloji izlenmeyen ama nörolojik defisiti mevcut olan her hastada SCIWORA düşünülmeli ve manyetik rezonans görüntüleme yapılmalıdır. Yaralanmanın erken döneminde i.v. steroid tedavisi başlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: SCIWORA, pediyatrik travma, acil servis

S-30

Okulların Açılması Çocuk Travma Başvurularını Nasıl Etkiledi?

TRAVMA

Eren Sert [1], İsmail Enver Obuz [1], Utku Murat Kalafat [1], İsmail Yeşiltaş [1]

[1] Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Travma, çocuklukta en yaygın ölüm ve sakatlık nedenirir. Yaralanmaların morbiditesi ve mortalitesi, çocuklarda tüm önemli hastalıkları geride bırakarak travmayı bu popülasyondaki en ciddi halk sağlığı ve sağlık bakımı sorunu haline getirmiştir. Çocukların yaşları ile orantılı olarak anatomik yapıları, bulundukları ortamlar ve çevreye ilgileri değiştikçe kazaların mekanizmaları ve tipleri de değişir. Çocuk, hastaneye ulaştırılıncaya kadar, uygulanabilir ve hayat kurtarıcı bir algoritma oluşturmak ve gereksinimleri belirlemek için bölgedeki travmaların epidemiyolojisi iyi bilinmelidir (1).

Çocukların ev ve ailesinin koruyucu balonundan çıkıp başka ortamlarda ve başka kişilerle birlikte yakın bir ilişki içinde yaşadığı ilk ortam, okuldur. Ülkemizde çocukların okulda %55,4; %41,2 gibi oranlarda kaza geçirdiğini gösteren bazı çalışmalar mevcuttur (2,3). Yine uluslararası arenada çocukların okulda yaşadığı kazaların demografisini, oluş şekillerini ve riskleri belirlemek ve kazaları önlemeye yönelik önlemler almak için yönlendirici çalışmalar mevcuttur (4-6). Oysa literatür incelendiğinde primer olarak tatilin son ve okulun ilk dönemlerini inceleyen ve karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda bu soruya yanıt aradık.

YÖNTEM:

Araştırmamız ara tatilin son haftası olan 31 Ocak-6 Şubat 2022 ile okulların açıldığı ilk hafta olan 7-13 Şubat 2022 tarihleri arasında İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği'ne travmaya bağlı semptomlar ile başvuran 6-17 yaş arası okul çocuklarını kapsayacak şekilde tasarlanmış retrospektif tanımlayıcı bir araştırmadır. Veriler hastane bilgi yönetim sistemi olan Panates üzerinden taranmış ve SPSS programı ver. 22 ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR:

Çalışmamızda 31 Ocak - 13 Şubat 2022 tarihleri arasında acil servisimize başvuran 6-17 yaş arası toplam 1023 hastanın 388'i (%37,9) kız, 635'i (%62,1) erkek idi; 933'ü (%91,2) Türkiye, 60'ı (%5,9) Suriye uyruğuna tabii iken 30 (%2,9) hasta diğer ülkelerin vatandaşı idi.

Ara tatilin son haftası olan 31 Ocak-6 Şubat 2022 tarihleri arasında başvuran 387 hastanın (Toplamın %37,8'i) 183'ü (%47,2) kız, 204'ü (%52,7) erkek idi. Okulların açıldığı ilk hafta olan 7-13 Şubat 2022 tarihlerinde başvuran hasta sayısı 636 (Toplamın %62,2'si) olup bunların 205'i (%32,2) kız ve 431'i erkek (%67,8) idi.

Yine ara tatilde başvuran 387 hastanın 358'i (%92,5) Türkiye, 25'i (%6,5) Suriye uyruğuna tabii iken okulların ilk haftası başvuran 636 hastanın 575'i (%90,4) Türkiye ve 35'i (%5,5) Suriye uyruğuna tabii idi.

Yaş dağılımlarına baktığımızda ara tatilde başvuran hastaların yaş ortalamasının 12,23 (±3,45) olduğu buna karşın okulların ilk haftası yaş ortalamasının 12,40 (±3,24) olduğu görülmüştür.

Hastaların günlere göre dağılımı ise Tablo 1'de gösterilmiştir:

Tablo 1. Çocukların travmaya bağlı acil başvurularının günlere göre dağılımı

	Okul Öncesi	Okul Sonrası	Toplam
Pazartesi	78	51	129
	7,6%	5,0%	12,6%
Salı	70	49	119
	6,8%	4,8%	11,6%
Çarşamba	94	57	151
	9,2%	5,6%	14,8%
Perşembe	104	40	144
	10,2%	3,9%	14,1%
Cuma	109	48	157
	10,7%	4,7%	15,3%
Cumartesi	95	70	165
	9,3%	6,8%	16,1%
Pazar	86	72	158
	8,4%	7,0%	15,4%
Toplam	636	387	1023
	62,2%	37,8%	100,0%

TARTIŞMA VE SONUÇ:

7-19 yaş grubunun yaşadığı kazaların %30'u okulda gerçekleşir (7) ve her yıl okul çocuklarının %5'i beden eğitimi derslerinde ciddi şekilde yaralanır (8). Biz de çalışmamızı okul dönemi kabul ettiğimiz 6-17 yaş grubunu dahil ettik ki ara tatilin son haftası ve okulun ilk haftası pediatrik travma başvuruları arasında nasıl bir fark olduğunu görelim.

Çalışmamıza dahil edilen 6-17 yaş arası 1023 hastanın 388'i (%37,9) kız, 635'i (%62,1) erkek idi. Bu istatistiksel olarak anlamlı bir farktır. Çalışmamızın sonrası grubunda bu oran korunmuştur. Daha önce 7-14 yaş grubunu inceleyen bir çalışmada kız ve erkek oranları sırasıyla %49,2 ve %50,8 olarak saptanmıştır (9), benzer şekilde 5-19 yaş okul yaralanmalarını inceleyen bir çalışmada kız ve erkek oranları farklı gruplarda sırasıyla kızlar için %35 ve 40 ve erkekler için %65 ve 60 olarak saptanmış (10).

Yine bu çalışmada katılımcılar yaşlarına göre 5-9 yaş, 10-14 yaş ve 15-19 yaş olarak gruplandırılmış ve farklı gruplarda, olguların yarıdan fazlasının 10-14 yaş grubunda olduğu izlenmiş (10). Maitra ve Sweeney yaptıkları çalışmada okulda ve kamu alanlarında olan kazaları karşılaştırmış ve 3-16 yaş arası 567 okul kazası için ortalama yaş 11,2 olarak saptamışlar (11). Biz de benzer şekilde çalışmamızda ara tatilin son ve okulun ilk haftasında yaş ortalamalarını sırasıyla 12,23 (±3,45) ve 12,40 (±3,24) bulduk anlamlı bir farklılık saptamadık.

Ancak çalışmamızda cinsiyetleri yaşa göre karşılaştırdığımızda 1023 hasta için yaş ortalamalarını 388 kız için 12,07 (±3,42) ve 635 erkek için 12,50 (±3,25) saptadık, p değerinin <0,05 ile anlamlı bir farka işaret ettiğini gördük. Bunun kız ve erkek sayılarındaki farktan kaynaklandığını düşünüyoruz.

Başvurular cinsiyetlere göre incelendiğinde; hem kızlarda hem de erkeklerde ara tatilin son haftasına kıyasla okulların ilk haftasında p<0,001 ile anlamlı bir artış izlenmekle beraber erkeklerdeki başvuru artışı oranı çok daha fazlaydı (Tablo 2). Bizim aksimize Maitra ve Sweeney'in çalışması 3-16 yaş grubunda 6 aylık bir süreçte 567 okul ve 1197 kamusal alan kazası raporlamışlar ve okul kazalarının başvuru sayısını yarı yarıya az bulmuşlardır.

Tablo 2. Cinsiyetlere göre travmatik acil başvuruları

			Okul Öncesi	Okul Sonrası	Toplam
Cinsiyet	kız		183	205	388
			47,3%	32,2%	37,9%
		Expected Count	146,8	241,2	388,0
	erkek		204	431	635
			52,7%	67,8%	62,1%
		Expected Count	240,2	394,8	635,0
Toplam			387	636	1023
		100,0%	100,0%	100,0%	
Expected Count		387,0	636,0	1023,0	

Çalışmamız okul döneminde travmaya bağlı acil başvurularının anlamlı bir artış gösterdiğini, bu artışın erkeklerde daha fazla olduğunu gösterdi.

Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı retrospektif olarak tasarlanması sebebiyle başvurulara sebep olan olayların zamanının ve yerinin öğrenilememesidir. Bir diğer kısıtlılık çalışmanın ara tatilden önceki ve sonraki 2 haftalık periyodları ve 2 haftalık ara tatil dönemini kapsamamasıdır. Gelecek çalışmalar bu bilgiler ışığında araştırma evreninin genişletilmesi ile daha anlamlı sonuçlara işaret edebilir.

Anahtar Kelimeler: Travma, Çocuk travma, Okul kazaları

REFERANSLAR

1. Brook U, Boaz M. Children hospitalized for accidental injuries: Israeli experiences. Patient Education and Counseling 2003; 51: 177-82
2. Akçay D. , Yıldırımlar A. Çocukların Okul Ortamında Kaza Geçirme ve Güvenlik Tedbirlerine Yönelik Ebeveyn Davranışlarının İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2018; 11(1): 48-55
3. Eraslan R. , Aycan S. Bir İlköğretim Okulu İkinci Kademe Öğrencilerinde Okul Kazası Görülme Sıklığının İncelenmesi. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi. 2008; 2(1): 8-18
4. Gore GC, Magdalinos H, Pless IB. School injuries and preventive policies and programs. Can J Public Health. 2004;95(6):424-428. doi:10.1007/BF03403986
5. Orton E, Whitehead J, Mhizha-Murira J, Clarkson M, Watson MC, Mulvaney CA, Staniforth JU, Bhuchar M, Kendrick D. School-based education programmes for the prevention of unintentional injuries in children and young people. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Dec 27;12(12):CD010246. doi: 10.1002/14651858.CD010246.pub2. PMID: 28026877; PMCID: PMC6473192
6. Salminen S, Kurenniemi M, Råback M, Markkula J, Lounamaa A. School environment and school injuries. Front Public Health. 2014;1:76. Published 2014 Jan 13. doi:10.3389/fpubh.2013.00076
7. Bo Jacobsson, Hanne Bek-Jensen & Bjarne Jansson (1986) One Year's Incidence of School Accidents and Their Severity in a Swedish Municipality, Scandinavian Journal of Primary Health Care, 4:4, 213-217, DOI: 10.3109/02813438609014834
8. Kelm, J. M.D.*‡; Ahlhelm, F. M.D.*; Pape, D. M.D.*; Pitsch, W. Ph.D.†; Engel, C. M.D.‡ School Sports Accidents: Analysis of Causes, Modes, and Frequencies, Journal of Pediatric Orthopaedics: March 2001 - Volume 21 - Issue 2 - p 165-168
9. Çalışkan C. Türkiye'de 7-14 Yaş Grubu Çocuklarda Yaralanmalara İlişkin Bir Değerlendirme. Türkiye Çocuk Hast Derg. 2018; 12(4): 236-242
10. Gore GC, Magdalinos H, Pless IB. School injuries and preventive policies and programs. Can J Public Health. 2004;95(6):424-428. doi:10.1007/BF03403986
11. Maitra AK, Sweeney G. Are schools safer for children than public places? J Accid Emerg Med. 1996;13(3):196-197. doi:10.1136/emj.13.3.196

S-31

TRAVMA

Acil Servise Kafa Travması ile Gelen Çocuk Hastaların Travma Mekanizmasına Göre Sınıflaması

Cihat Yel [1]

[1] Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, Hatay

GİRİŞ VE AMAÇ:

Kafa travması çocukluk yaş grubunda önemli mortalite ve morbidite nedenidir. Çocukluk yaş grubunda travma mekanizmasının öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

YÖNTEM:

Çalışmamız 3. Basamak bir hastane olan, hastanemiz acil servisine 01.01.2021 ve 31.12.2021 tarihleri arasında izole kafa travması sebebiyle başvuran çocuk (0-18 yaş arası) hastalar ile retrospektif olarak yapıldı. PEPCARN sınıflamasına göre bilgisayarlı tomografi (BT) endikasyonu olan 226 çocuk çalışmaya dahil edildi. Veriler hastaların dijital ve fiziki kayıtlarından derlendi. Diğer sistemlere ait görüntüleme istenen, verisine ulaşılamayan ve dosyasında PEPCARN sınıflamasına göre BT endikasyonu belirtilmemiş hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların yaş, cinsiyet, semptom/fiziki lezyon, travma mekanizması, glaskow koma skalası (GKS), BT lezyonu, yatış ve mortalite durumu incelendi.

Veriler SPSS22.'da analiz edildi. Verilerin analizinde; dağılım genişliğinin incelenmesinde Kolmogrov Smirnov testi, kategorik değişkenlerin analizinde Kikare testi ve nonparametrik verilerin kategorik değişkenler ile olan karşılaştırmasında Kruskal Wallis testi kullanıldı. P<0,05 anlamlı kabul edildi.

BULGULAR:

hastaların yaş ortancası 7 (IQR:8) olup, %76,5'i erkekti. Trafik kazası (TK) ve kafayı çapma veya kafaya cisim çarpması (KÇ/KCÇ) sebebiyle başvuran olguların yaş ortancası yüksek saptandı (p<0,05). Gruplar arasında cinsiyet, semptom ve GKS açısından farklılık saptanmadı (p>0,05). TK ve yüksekten düşme ile başvuran olgularda BT lezyon sıklığı ve yatış oranları anlamlı olarak yüksek saptandı (p<0,05). Lezyon tipi ve mortalite arasında ilişki saptanmadı (p<0,05).

SONUÇ:

Kafa travması ile başvuran çocuk hastaların değerlendirilmesinde travma mekanizması göz önünde bulundurulması gereken bir parametredir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, kafa travması, travma mekanizması

Tablo 1: Çocuk travmalı olgularda; travma mekanizmasının demografik ve klinik özellikler ile ilişkisi

		Toplam (n:288)	Travma mekanizması				p
			Yüksekten düşme (n:41)	Basit düşme (n:105)	Trafik Kazası (n:55)	KÇ/KCÇ (n:25)	
Yaş, Ortanca (IQR)							0,001
Cinsiyet	Erkek	7 (8)	5 (9)	5 (6)	8 (8)	9 (8)	0,260
Semptomlar, n(%)	Baş ağrısı	173 (76,5)	30 (73,2)	81 (77,1)	46 (83,6)	16 (64)	0,274
	Kusma	122 (54)	23 (56,1)	50 (47,6)	35 (63,6)	14 (56)	0,069
	Bilinç kaybı	63 (27,9)	18 (43,9)	28 (26,7)	12 (21,8)	5 (20)	0,286
	Skalpte Kesi	50 (22,1)	11 (26,8)	23 (21,9)	14 (25,5)	2 (8)	0,744
	Baş dönmesi	24 (10,6)	4 (9,8)	10 (9,5)	8 (14,5)	2 (8)	0,250
	Amnezi	17 (7,5)	1 (2,4)	8 (7,6)	7 (12,7)	1 (4)	0,154
	Konfüzyon	17 (7,5)	2 (4,9)	6 (5,7)	8 (14,5)	1 (4)	0,099
	Epileptik nöbet	15 (6,6)	6 (14,6)	6 (5,7)	3 (5,5)	0	0,520
	Konuşma bozukluğu	4 (1,8)	1 (2,4)	3 (2,9)	0	0	0,816
GKS, n(%)	14-15	3 (1,3)	1 (2,4)	1 (1)	1 (1,8)	0	0,178
	13-8	15 (6,6)	6 (14,6)	4 (3,8)	4 (7,3)	1 (4)	
	3-8	2 (0,9)	1 (2,4)	0	1 (1,8)	0	
	Lezyon var	47 (20,8)	20 (48,8)	9 (8,6)	14 (25,5)	4 (16)	<0,001
	Lineer fraktür	31 (13,7)	14 (34,1)	6 (5,7)	7 (12,7)	4 (16)	<0,001
	Subgaleal hematom	18 (8)	8 (19,5)	1 (1)	7 (12,7)	2 (8)	0,001
	Kontüzyon	12 (5,3)	6 (14,6)	1 (1)	3 (5,5)	2 (8)	0,010
	Subdural kanama	8 (3,5)	3 (7,3)	0	5 (9,1)	0	0,010
	Epidural kanama	7 (3,1)	4 (9,8)	1 (1)	2 (3,6)	0	0,036
	Depreşe kırık	5 (2,2)	2 (4,9)	0	3 (5,5)	0	0,240
	Subaraknoid kanama	2 (0,9)	2 (4,9)	0	0	0	0,028
Yatış, n(%)		52 (23)	21 (51,2)	11 (10,5)	16 (29,1)	4 (16)	<0,001
Mortalite, n(%)		1 (0,4)	1 (2,4)	0	0	0	0,209

BT: bilgisayarlı tomografi, GKS: Glaskow koma skalası, IQR: İnterqauntile range, KÇ/KCÇ: Kafayı çarpma veya kafaya cisim çarpması

S-32

Kar Yağışı Acil Başvurularını Nasıl Etkiledi?

TRAVMA

Eren Sert [1], Utku Murat Kalafat [1], Semih Parlak [1], İsmail Yeşiltaş [1]

[1] Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

İstanbul'da hayatı felç etti. Etkileri azalarak da olsa yaklaşık bir hafta sürdü. Hayatın her alanda sekteye uğraması ile insanlar evlerine, işlerine, alışverişe ve en önemlisi hastanelere gidemez oldu.

Mevsimlerin, çevresel faktörlerin, hava koşullarının acil servis başvurularını etkilediği; örneğin toz fırtınalarının kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalık sıklıklarını, hava sıcaklığındaki sıcak ve soğuk uç değerlerin myokart infarktüsü gelişme oranlarını arttırdığı, hava sıcaklığındaki düşüşlerin, yağmurun travma başvurularını arttırdığı, kayak yapılan bölgelerde daha sık ortopedik acil başvuruları olduğu bilinen bir gerçektir (1-4).

Biz de bu kar fırtınasının acilimize yapılan başvuruları nasıl etkilediğini değerlendirmek istedik.

YÖNTEM:

Araştırmamız İstanbul'daki kar fırtınasının başladığı 24 Ocak 2022 tarihinden tam 1 hafta önce, yani 17 Ocak 2022'de başlayıp fırtınanın 7. günü olan 30 Ocak 2022 tarihinde sonlanmıştır. Bu 2 haftalık süreçte İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği'ne başvuran hastalar hastane bilgi yönetim sistemi olan Panates üzerinden retrospektif olarak taranmış ve SPSS programı ver. 22 ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR:

Çalışmamızda 17-30 Ocak 2022 tarihleri arasında acil servisimize başvuran 47296 hastanın 23609'u (%49,9) kadın, 23687'si (%50,1) erkek; 1170'i (%2,5) 18 yaşından küçük, 43362'si (%91,7) 18-64 yaş arası, 2764'ü (%5,8) 65 yaş üstü; 45771'i (%96,8) Türkiye, 1084'ü (%2,3) Suriye uyruğuna tabi olarak bulundu.

Fırtınadan önceki hafta başvuran 27822 hastanın (Toplamın %58,8'i) 13846'sı (%49,8) kadın, 13976'sı (%50,2) erkek; fırtına haftası başvuran 19474 hastanın (Toplamın %41,2'si) 9763'ü (%50,1) kadın, 9711'i (%49,8) erkekti.

Fırtınadan önceki hafta başvuranların 660'ı (%2,4) 18 yaşından küçük, 25639'u (%92,2) 18-64 yaş arası, 1523'ü (%5,5) 65 yaş üstü; fırtına haftası başvuranların 510'u (%2,6) 18 yaşından küçük, 17723'ü (%91) 18-64 yaş arası, 1241'i (%6,4) 65 yaş üstü idi.

Yine fırtınadan önceki hafta başvuranların 26944'ü (%96,8) Türkiye, 599'u (%2,2) Suriye uyruklu ve fırtına haftası başvuranların 18827'si (%96,7) Türkiye, 485'i (%2,5) Suriye uyruklu olarak saptandı.

Hastaların oranları arasında haftalara göre cinsiyet, yaş, uyruk bakımından anlamlı fark saptanmadı.

Hastalarımız triyaj kodlarına göre sınıflandırıldığında; fırtınadan önceki hafta başvuran 27822 hastanın 19387'si (%69,7) Covid, 5046'sı (%18,1) Yeşil, 2855'i (%10,3) Sarı, 534'ü (%1,9) Kırmızı iken fırtına haftası başvuran 19474 hastanın 12232'si (%62,8) Covid, 3901'i (%20,0) Yeşil, 2938'i (%15,1) Sarı, 403'ü (%2,1) Kırmızı olarak gruplandırılmıştı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Çalışmamıza dahil edilen 47296 hastanın 27822'sinin (%58,8) fırtına öncesi ve 19474'ünün (%41,2) fırtına haftası başvurduğu gözlenmiştir. 8348 kişilik fark anlamlı olarak saptanmıştır. 1999 yılında Kuzey Karolina'yı etkisi altına alan Floyd Kasırgası sonrası yapılan uzun soluklu bir çalışma, özellikle erken dönemde sağlık başvurularında ciddi bir artış saptanmadığından bahsetmiş ve bu gözlemi kasırga bölgesinden kaçış ile ilişkilendirmiş (5). İngiltere'de 2009 yılında yağan şiddetli karın bir ortopedi kliniğine 2 haftalık periyodda yapılan başvuruları bir sonraki yıla kıyasla nasıl arttırdığını göstermiştir (6). 1978 yılında, kendilerini bizimkine benzer bir kar fırtınasının içinde bulan Rhode Island sakinlerinin acil başvurularında, bir önceki haftaya göre özellikle fırtınanın ilk günü %35 bir azalma gözlemlenmiş (7).

Benzer şekilde Covid triyaj kodlu acil başvuruları %61,3'ten %38,7 oranına; Yeşil triyaj kodlu acil başvuruları %56,4'ten %43,6'ya; Kırmızı triyaj kodlu acil başvuruları %57,0'den %43,0'e gerilemiş ve anlamlı olarak yorumlanmıştır. Sarı triyaj kodlu acil başvuruları %49,3'ten %50,7'ye yükselmiştir.

Uyruklara göre yaş ortalamaları ANOVA testi ile değerlendirildiğinde Türk uyruklu hastaların yaş ortalaması anlamlı yüksek iken, diğer uyruklu hastaların yaş ortalaması anlamlı daha düşük olarak tespit edildi (Tablo 1).

Tablo 1: Uyruk ve Yaş değerlerinin karşılaştırması

	N	Ortalama	Standart Sapma	P değeri	95% CI		Min	Max
					Lower Bound	Upper Bound		
Türkiye				<0.01	37,29	37,57	0	100
Suriye	1084	31,01	13,895		30,18	31,84	0	90
Diğer	441	34,23	13,040		33,01	35,45	1	93
Total	47296	37,25	15,116		37,12	37,39	0	100

Çalışmamızda; yaşanılan kar fırtınasında acil başvurularında ve sarı triyaj kodu hariç tüm triyaj kodlarında anlamlı bir azalma olduğunu gözlemledik. Bununla beraber sekonder olarak bu 2 haftalık süreçte başvuran hastalar arasında Türkiye uyruklu kişilerin yaş ortalamalarının diğer uyruklara kıyasla anlamlı bir şekilde yüksek olduğunu da gördük.

Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı hastaların başvuru sebeplerini incelemeye dahil edememezdi. Hastaların başvuru sebepleri ile kar fırtınası arasındaki ilişki gelecek çalışmaların konusu olabilir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, kafa travması, travma mekanizması

REFERANSLAR

1. Ghada, W., Estrella, N., Pfoerringer, D., Kanz, K.G., Bogner-Flatz, V., Ankerst, D.P., & Menzel, A. (2020). Effects of weather, air pollution and Oktoberfest on ambulance-transported emergency department admissions in Munich, Germany. The Science of the total environment, 143772
2. Koizia LJ, Dani M, Brown H, Lee M, Reilly P, Fertleman MB. Does the Weather Contribute to Admissions of Neck of Femur Fractures?. Geriatr Orthop Surg Rehabil. 2021;12:2151459320987702. Published 2021 Mar 15. doi:10.1177/2151459320987702
3. Tam WW, Wong TW, Wong AH. Effect of dust storm events on daily emergency admissions for cardiovascular diseases. Circ J. 2012;76(3):655-660. doi:10.1253/circj.cj-11-0894
4. Matter-Walstra K, Widmer M, Busato A. Seasonal variation in orthopedic health services utilization in Switzerland: the impact of winter sport tourism. BMC Health Serv Res. 2006;6:25. Published 2006 Mar 3. doi:10.1186/1472-6963-6-25
5. Domino ME, Fried B, Moon Y, Olinick J, Yoon J. Disasters and the public health safety net: Hurricane Floyd hits the North Carolina Medicaid program. Am J Public Health. 2003;93(7):1122-1127. doi:10.2105/ajph.93.7.1122
6. Kosuge, D., et al. (2011). "The Effects of a Heavy Snowfall on Emergency Services in a District General Hospital: What we can Learn." The Bulletin of the Royal College of Surgeons of England 93(4): 136-139.
7. Faich G, Rose R. Blizzard morbidity and mortality: Rhode Island, 1978. Am J Public Health. 1979;69(10):1050-1052. doi:10.2105/ajph.69.10.1050

S-33

TRAVMA

Isparta İli Sütlüce İlçesinde Meydana Gelen Yangında Sahra Hastanesinde Takip Edilen Afetzedelerin Değerlendirilmesi

Şükrü Yorulmaz [1]

[1] Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ:

21. yüzyılda da yangınlar ve sel felaketleri gibi çok sayıda doğal afette büyük artışlar gerçekleşti. Bu tür doğa felaketlerinin artışındaki en önemli faktör insanlığın endüstri devriminden sonraki faaliyetlerinin çevreye etkisi sonucu ortaya çıkan küresel ısınma. Küresel ısınma ve dünyada gerçekleşen iklim değişikliklerine bağlı olarak yangın sıklığı giderek artış göstermektedir. Yangının maddi hasar dışında ölüm dahil sağlıkla ilgili çeşitli ciddi sonuçlara yol açmaktadır. Bu nedenle yangına erken ve doğru müdahale etmek gerekmektedir. Ülkemizde 2003 yılında kurulan ulusal medikal kurtarma ekipleri, afetlerde sağlık hizmeti sunmak için kurulmuş dünya sağlık örgütü verifikasyonuna sahip sayılı kurtarma ekiplerinden biridir. Afet bölgelerinde ihtiyaç duyulan sahra hastaneleri ve acil müdahale üniteleri ile gerekli sağlık hizmetlerini sunmaktadır Bu çalışmamızda; Isparta ilinde çıkan bir orman yangında ulusal medikal kurtarma ekipleri tarafından sunulan sağlık hizmeti ve afet yönetimi değerlendirilmiştir.

YÖNTEM:

Isparta'nın Sütçüler İlçesi'nde 02.08.2021 tarihinde çıkan orman yangınından etkilenen afetzedelerden Sahra Hastanesi'ne başvuran hastalar tarandı. Kayıt verilerine ulaşılan hastalar retrospektif ve kesitsel olarak SPSS 20 programı ile değerlendirildi.

BULGULAR:

Çalışmaya 144 hasta dahil edildi. Hastaların %86,9'u (n=125) erkekti. Hastaların karakteristik özellikleri Tablo-1'de özetlenmiştir. En sık başvuru nedeni solunum sıkıntısı (%25) olmakla birlikte diğer nedenler azalan sıklık sırasına göre; baş ağrısı, göz irritasyonu, travma, böcek sokması, kardiyovasküler nedenler (hipertansif ivedi ve senkop), boğaz irritasyonu ve anksiyete idi. Hastaların başvuru anındanki ortalama sO2 değeri %92,6±3,4 olarak tespit edildi. Oksijen tedavisine hastaların %25'inde ihtiyaç duyulmuş olup NSAID ve göz damlası diğer en sık kullanılan tedaviler olarak saptandı (Tablo-1). Hastaların çoğunluğu ayaktan tedavi edilmiş olup 15 (% 10,4) hastada hastane sevki yapılmıştır. Yangın başlangıcından yangın bölgesine ilk ambulansın ulaşmasına kadar geçen süre 29 dakika olarak ölçülmüştür. Yangında toplam 16 adet ambulans (12'si Isparta ilinden, 4'ü il dışından- Burdur'dan 2, Bolu'dan 1, Kütahya'dan 1) ve 4 adet UMKE aracı (2'si Isparta ilinden, 2'si Burdur'dan) ile toplam 85 sağlık personeli görevlendirilmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Yangın gibi afetlerde hızlı ve doğru süreç yönetimi sağlık hizmetinin etkin sunumunda hayati önem taşır. Yangın sonrası baş ağrısı, solunum sıkıntısı, travma ve göz irritasyon bulgularının daha sıklıkla şikayet nedeni olduğu tespit edilmiştir. Bu kapsamada orman yangını nedeni ile kurulan sahra hastanesi ve acil müdahale ünitelerinde ayaktan hasta tedavisinde mevcut şikayetler çerçevesinde gerekli tıbbi desteğin bulundurulması elzem olmuştur. Yangında sahra hastanesi kurularak, afetzedelere olay yerinde müdahale edilmesi; sonuçlarımızda belirttiğimiz gibi hiç mortalite olmamasına ve düşük sevk oranları ile başvuruların çoğunluğunun ayaktan tedavi edilebilmesine olanak sağlamıştır.

Tablo 1: Bazal karakteristikler (n=144)

Cinsiyet, Kadın	19 (%13,1)
Başvuru nedeni; - Baş ağrısı - Solunum sıkıntısı - Travma - Göz irritasyonu - Boğaz irritasyonu - Yanık - Böcek sokması - Kardiyovasküler neden - Anksiyete	 33 (% 22,9) 36 (% 25) 21 (% 14,5) 27 (% 18,7) 11 (% 7,6) 4 (% 2,7) 5 (% 3,4) 5 (% 3,4) 2 (% 1,3)
Vital Bulgular; - Vücut ısısı - Sistolik kan basıncı - Diyastolik kan basıncı - sO2	 36,5 ± 1,4 132 ± 10,1 84 ± 8,9 92,6 ± 3,4
Tedaviler ; - NSAID - Oksijen tedavisi - Antihistaminik - Pastil - Göz damlası - Yara bakımı - Atel	 64 (%44,4) 36 (% 25) 6 (% 4,1) 14 (% 9,7) 56 (% 38,8) 12 (% 8,3) 9 (% 6,2)
Hastaneye sevk	15 (% 10,4)
Kısaltmalar: sO2: Arteryel oksijen saturasyonu	

Anahtar Kelimeler: orman yangınları, ısparta ili sütlüce orman yangını

S-34

ENFEKSİYON ACİLLERİ

Olası/Kesin COVID-19 Olgularında Tat ve Koku Bozukluklarının Klinik Önemi

Özgür Söğüt [1], Rana Selen Temur [1], Sümeyye Çakmak [2], Hüseyin Ergenç [1]

[1] SBÜ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul
[2] SBÜ Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Tat ve koku kaybı gibi bazı semptomlar diğer viral hastalıklara göre Koronavirüs Hastalığı 2019 (COVID-19) 'nda daha ön plana çıkmaktadır. Ancak bunun hastalığa özgü patognomonik bir semptom olup olmadığı belirsizdir. Bu çalışmada, olası/kesin COVID-19 olgularında tat ve koku kaybı gibi erken sinonazal belirtilerin klinik özelliklerinin ve prevalansının belirlenmesi amaçlandı.

YÖNTEM:

Çalışmaya, hastanemiz Acil Tıp Kliniği'ne 11.03.2020 ile 31.05.2020 tarihleri arasında, Sağlık Bakanlığının yayınladığı tanı kriterlerine göre olası COVID-19 bulguları ile başvuran hastalar ile tanısı moleküler yöntemlerle doğrulanan 18 yaş üstü erişkin hastalar dahil edildi. Hastalar koku ve tat değişiklikleri olan (grup I) ve olmayan olası/kesin COVID-19 olguları (grup II) şeklinde iki gruba ayrıldı. Gruplar arasında demografik veriler, komorbidite, sürüntü testi sonuçları, göğüs bilgisayarlı tomografi (BT) ve laboratuvar bulguları, hastalığın şiddeti, klinik sonlanım açısından karşılaştırma yapıldı.

BULGULAR:

Grup I' de hafif hastalık kliniğinde olan hasta sayısı 130 (%86,7), şiddetli hastalık kliniğinde olan hasta sayısı 20 (%13,3) olarak saptandı ve kritik hastalık kliniğinde olan hasta yoktu. Grup II'de ise hafif hastalık kliniğindeki hasta sayısı 59 (%39,3), şiddetli hastalık kliniğindeki hasta sayısı 80 (%53,3) ve kritik hastalık kliniğinde olan hasta sayısı 11 (%7,3) olarak saptandı. Grupların hastalık şiddeti karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,001$). Grup I'de hafif şiddette hasta oranı yüksekti. Gruplar arasındaki mortalite oranları incelendiğinde Grup I'de exitus ile sonuçlanan klinik sonlanım yoktu, Grup II'de ise 7 (%4,7) hastanın kliniğinin exitus ile sonlandığı saptandı. Grup II'de mortalite oranı Grup I'e göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti ($p=0,015$).

SONUÇ:

Olası/kesin COVID-19 vakalarında tat ve koku bozukluğu olan ve olmayan hasta grupları arasında cinsiyet açısından anlamlı fark bulunmazken, tat ve koku kaybının genç yaş grubunda daha çok görüldüğü söylenebilir. Ek olarak hastalığın şiddetinin tat ve koku kaybı olmayan hastalarda daha ağır ve klinik sonlanımın daha kötü olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, tat ve koku kaybı, klinik sonlanım, prognostik faktörler

S-35

ENFEKSİYON ACİLLERİ

Sepsis Hastalarında Albümin, Kalsiyum ve Fosfor Değerlerinin Önemi: Retrospektif Bir Çalışma

Gül Şahika Gökdemir [1], Mehmet Tahir Gökdemir [2]

[1] Diyarbakır Çocuk Hastanesi, Fizyoterapi, Diyarbakır
[2] Mardin Artuklu Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Mardin

GİRİŞ VE AMAÇ:

Bu çalışmanın amacı hastanemiz acil servisimize başvuran ve hastaneye yatırılan veya taburcu edilen sepsis ve bakteriyemili hastalarda kalsiyum, albümin ve fosfor konsantrasyonlarını ölçmek ve mortalite ile ilişkilerini belirlemekti. Sepsisli hastaların serum fosforu, serum Ca ve albümin düzeylerinde azalma olacağına dair varsayımlarda bulunduk. Bu düzeyler, hastanede sepsis hastalarının yönetimi için önemli bir öngörü değeri olabilir.

YÖNTEM:

60 sepsis (%30) hastası (grup 1) ve 140 bakteriyemi (%70) tanısı alan hasta (grup 2) olmak üzere toplam 200 hasta çalışmaya dahil edildi.

BULGULAR:

Bakteriyemi olan hastalarda albümin değerleri ortalaması 5.28 ± 7.56 iken sepsisli hastalarda 3.23 ± 0.99 ve fark anlamlı bulundu (p = 0.002). Bakteriyemi olan hastalarda ortalama kalsiyum değerleri 9.18 ± 0.95 iken sepsisli hastalarda 8.80 ± 0.79 idi. Sepsis hastalarında kalsiyum değerleri bakteriyemili hastalara göre daha düşük ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p = 0.007). Sepsis hastalarında fosfor değerlerinin bakteriyemi olanlardan (2.90 ± 0.83'e karşılık 3.47 ± 1.96) daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (p = 0.033).

SONUÇ:

Sepsis hastalarında ortalama albümin ve kalsiyum değerleri bakteriyemi hastalarından anlamlı olarak düşüktü. Aksine, sepsis hastalarının fosfor değerleri bakteriyemi hastalarına göre anlamlı olarak yüksekti.

Anahtar Kelimeler: Albümin, Kalsiyum, Fosfor, Sepsis

Poster Bildiriler

P-01

Evde Tek Başınıza Denemeyin; Amuda Kalkmaya Bağlı Spontan Pnömomediastinum

CERRAHİ ACİLLER

Emrah Yürek [1], İbrahim Altundağ [1], Bedran Aslan [1], Sinem Doğruyol [1], Davut Tekyol [1], Şahin Çolak [1]

[1] SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Spontan pnömomediastinum, cerrahi veya travmatik bir etiyoloji olmaksızın mediastende hava birikmesi durumudur. Spontan pnömomediastinumun oluşmasını tetikleyen temel mekanizmanın, güçlü bir Valsalva manevrası sonrasında gelişen basınç farkı olduğu düşünülmektedir.

VAKA:

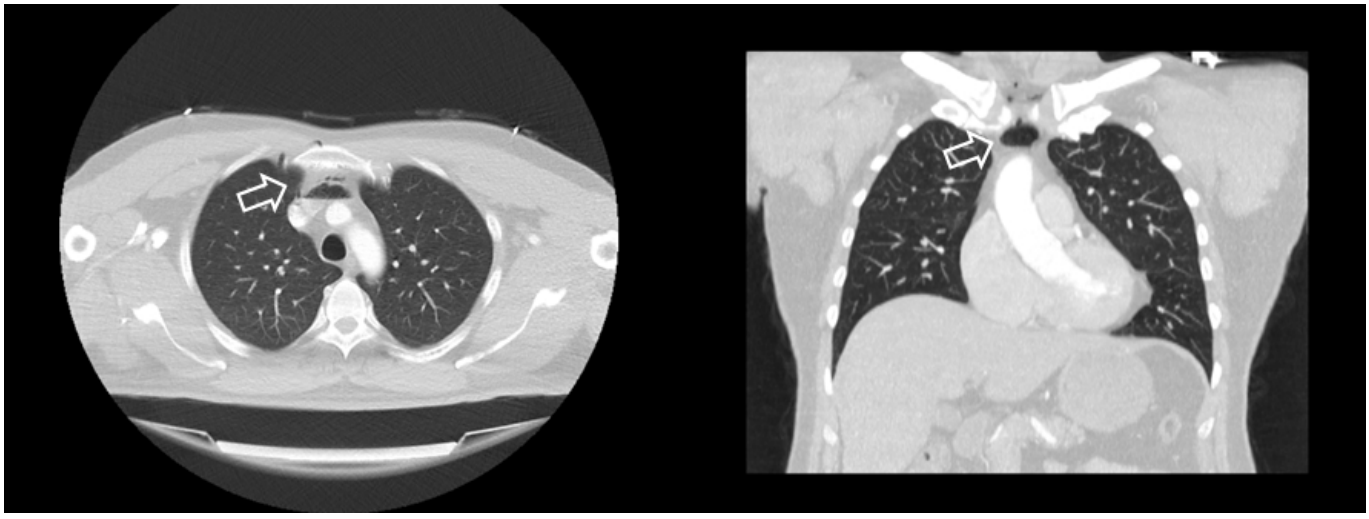
Olgumuz, evde amuda kalkma sonrası gelişen ani başlangıçlı göğüs ve epigastrik bölge ağrısına bağlı olarak acil servise başvuran 50 yaşında bir erkek hasta idi. Hastanın acil servise başvurduğu anda elektrokardiyografik incelemesinde 285/dakika hızında, hızlı ventrikül yanıtlı atriyal fibrilasyonu mevcuttu. Kardiyak hız kontrolü medikal tedavi ile sağlandı. Göğüs ve epigastrik ağrının etyolojisi için tetkik sürecinde hastanın intravenöz kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografi anjiyografisi planlandı. Hastanın görüntüleme bulguları mediastende serbest hava varlığı ile uyumlu idi (Şekil 1). İlk tedavi başlandıktan sonra göğüs cerrahisi servisine sevki sağlandı.

SONUÇ:

Spontan pnömomediastinum, göğüs ağrısı ve nefes darlığı ile acil servise başvuran hastalarda düşünülmesi gereken nadir tanılardan biridir. Bu durumlarda hasta anamnezini iyi sorgulamak, evde yapılan sportif hareketler arasında Valsalva manevrası ile nelerin ilişkilendirilebileceğini doğru değerlendirmek ve spontan pnömomediastinumun farklı yaş gruplarında da ortaya çıkabileceğini akılda tutmak bizi doğru tanıya götürecek en önemli aşamalardır.

Anahtar Kelimeler: Spontan pnömomediastinum, Valsalva manevrası

Şekil 1.



P-02

Travma Hastasında Pankek Böbrek

CERRAHİ ACİLLER

İlker Akbaş [1], Sinem Doğruyol [2]

[1] Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp, Kahramanmaraş
[2] SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Pankek böbrek, her iki böbreğin yoğun medial füzyonu ile oluşur ve pankeke benzeyen bir pelvik renal kitlenin varlığı ile karakterize olmuş, tam bir renal füzyon anomalisidir. Renal füzyon anomalileri arasında oldukça nadir görülmekle birlikte, tüm füzyon anomalilerinin %10'undan azını oluşturmaktadır. Bazı hastalarda çeşitli üriner sistem semptomlarına neden olsa da, genellikle uzun yıllar boyunca farkedilmez. Semptomsuz hastalarda anomalili böbrek, genellikle ultrason ve bilgisayarlı tomografi (BT) gibi radyolojik tetkik sonuçları değerlendirilirken rastlantısal olarak saptanır.

VAKA:

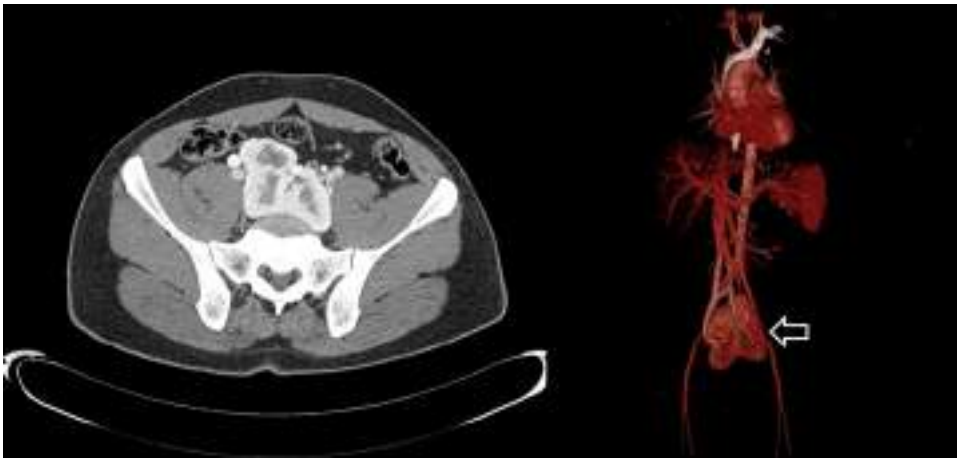
25 yaşında erkek hasta, acil servisimize araç dışı trafik kazası nedeniyle ambulans ile getirildi. Hastanın motorsiklet sürücüsü olduğu, kaskı mevcut olmadığı öğrenildi. Kafa, extremite ve künt batın travması mevcut olan hastanın tansiyon 110/60 mmHg, nabız 100/dk, satürasyon %98, şeklinde ve kooperasyonu kısıtlı idi. Fizik muayenesinde travma alanlarında yüzeyel abrazyonlar ve batında hassasiyet mevcut idi. Bilinç bozukluğu olmayan hastanın yatakbaşı ultrason bakısında batın içinde serbest sıvı izlenmedi. Ancak görüntülemede hepatorenal aralık ile splenorenal aralıklar net olarak incelenemediğinden bu tetkik 'yetersiz' olarak değerlendirildi. Hastanın kafa ve genel vücut travmasına yönelik BT görüntülemeleri planlandı. Görüntülemelerinde her iki böbreğin atipik yerleşimli ve füzyon anomalisine sahip olduğu tespit edildi (Şekil 1). Hastanın bilinç bozukluğu ve kafa travması (subdural kanama) nedenli yoğun bakıma devri sağlandı.

SONUÇ:

Pankek böbrek anomalisi, embriyonik gelişimin erken bir aşamasında metanefrik blastemanın tam medial füzyonundan kaynaklanır ve pelvik kavite içinde veya aortik bifurkasyon seviyesinde medial bir pozisyonda tek, böbreğe benzemeyen bir kitle ile karakterizedir. Bu anomaliye sahip hastalarda renal malignite gelişme insidansı yüksek olacağından, rastlantısal olarak saptandığında riskin bilinmesi ve durumu stabil olan hastaların bu konuda uygun şekilde yönlendirilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, böbrek yetmezliği, acil diyaliz

Şekil 1.



P-03

Antikoagülan Kullanımı ile İlişkili Spontan Tentorial Subdural Kanama

CERRAHİ ACİLLER

Metin Öner [1], Bircan Özçelik [1], Gizem Çaltepe [1], Sinem Doğruyol [1], Davut Tekyol [1], Şahin Çolak [1]

[1] SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Çeşitli endikasyonlarla antikoagülan tedaviye ihtiyaç duyan hastaların toplumdaki oranı her geçen gün artmaktadır. İntrakranial hemorajiler antikoagülan kullanan hastalarda sık görülen komplikasyonlardan biridir. Bu kanamalara neden olan en sık durum travma olsa da, antikoagülan tedavi altındaki hastalarda spontan intrakranial hemorajilere yatkınlık oldukça yüksektir. Biz, antikoagülan kullanımı ile ilişkili posterior fossada lokalize subdural kanaması olan bir olgumuzu sunmayı hedefledik.

VAKA:

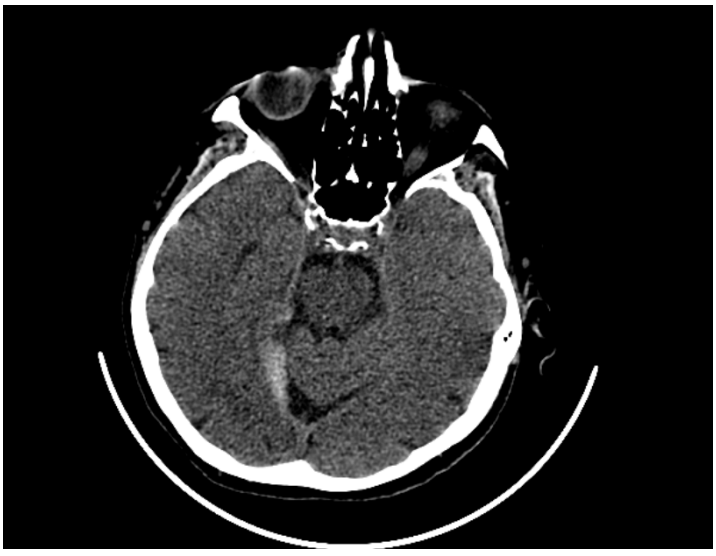
64 yaş kadın hasta acil servise boyun ağrısı nedeniyle başvurdu. Hastanın öyküsünde hipertansiyon, kalp yetmezliği, atriyal fibrilasyon ve mitral kapak replasmanı olduğu öğrenildi. Hastanın düzenli varfarin sodyum kullanımı mevcut idi. Bilinç bozukluğu olmayan hastanın nörolojik muayenesinde anlamlı bir patolojik bulgu saptanmadı. Vital bulgularında anormallik olmayan hastanın laboratuvar incelemesinde INR değerinin 8 (referans aralık: 0.8-1.1) olduğu tespit edildi. Yapılan kranial bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde tek taraflı tentorial subdural hematom saptandı (Şekil 1). Hastaya intravenöz Protrombin kompleksi konsantresi tedavisi başlandıktan sonra ilgili kliniğe devri sağlandı.

SONUÇ:

Posterior fossa özellikle de tentorial bölge, spontan akut subdural kanamaların görüldüğü anatomik bölgeler düşünüldüğünde oldukça nadir bir lokalizasyondur. Ancak antikoagülan tedavi altındaki hastalarda özellikle de INR düzeyinin kontrolsüz yüksek saptandığı durumlarda atipik lokalizasyonlarda bile olsa tüm kanamalar için yatkınlık artmış olacaktır. Bu hastalarda nörolojik muayene normal bile olsa kranial inceleme konusunda daha kuşkucu davranmak olası tanıları atlamamıza engel olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Subdural kanama, Tentorial kanama, Varfarin sodyum

Şekil 1.



P-04

COVID-19 Polikliniğinde İnsidental Yabancı Cisim Aspirasyonu

CERRAHİ ACİLLER

Deniz Aydın [1], Nafize Yılmaz Uyanık [1], Davut Tekyol [1], Sinem Doğruyol [1], Şahin Çolak [1]

[1] SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Yabancı cisim aspirasyonu, ciddi ve hayatı tehdit edecek klinik tablo oluşturabilen bir durumdur. Akut dönemde acil müdahalesi önemli olsa da, semptomsuz seyrettiği durumlarda tanıdaki gecikmeler morbiditede artışa neden olabilir.

VAKA:

70 yaşında erkek hasta, halsizlik, ateş yüksekliği nedeniyle Covid-19 polikliniğine başvurdu. Hipertansiyon dışında bilinen komorbit hastalığı olmayan hastanın, başvuru anındaki vital bulguları stabil idi. Rutin tetkikleri ve görüntülemesi planlandı. Hastanın kontrastsız toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sağ ana bronşta radyoopak yabancı cisim olduğu görüldü. Hastanın anamnezi ayrıntılandırıldı ancak aspirasyon ile ilgili bir öykü tespit edilmedi. Yabancı cisim aspirasyonu ile ilgili atelektazi, enfeksiyon benzeri bir komplikasyon olmadığı görüldü. Ancak hasta gecikmeden, bronkoskopi amaçlı göğüs cerrahisi kliniğine yönlendirildi.

SONUÇ:

Yabancı cisim aspirasyonu sıklıkla çocukluk döneminde görülse de, her yaştan hastada karşılaşılabilecek geniş spektrumlu bir klinik durumdur. Yabancı cisimlerde hasta hikayesi, fizik muayene bulguları ve radyolojik görüntüleme yöntemleri tanıdaki temel basamaklardır. Tomografiler, özellikle tanı konulamayan veya bronkoskopi sonrası kalan yabancı cisimlerde yararlı bir seçenektir. Pandemi sürecinde hastalardan istenen toraks BT sayısının artışı ile semptom vermeyen bu tip klinik durumların tespiti kolaylaşmıştır. Bizim olgumuzda da komplikasyon gelişmeden tanıya gidilmiş ve erken müdahale şansı artmıştır.

Anahtar Kelimeler: Aspirasyon, COVID-19, Bilgisayarlı Tomografi

Şekil 1.

P-05

İleus Bulguları ile Seyreden Nadir Bir Patoloji; Dev Over Kisti

CERRAHİ ACİLLER

Deniz Aydın [1], Nafize Yılmaz Uyanık [1], Selen Özdemir [1], Sinem Doğruyol [1], Davut Tekyol [1], Şahin Çolak [1]

[1] SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Over kistleri kadın hastalarda sık görülen benign oluşumlardır. Ancak over kistleri nadir de olsa büyük boyutlara ulaşabilmekte ve çevre organlara baskı yaparak akut batın tablolarına yol açabilmektedirler. Bir over kistinin en geniş çapı 15 cm'i geçtiğinde, dev over kisti olarak adlandırılmaktadır. Bu çalışmamızda, intestinal obstruksiyon bulguları ile acil servise başvuran bir olgumuzda saptadığımız dev over kistine dair olgu sunumunu paylaşmayı amaçladık.

VAKA:

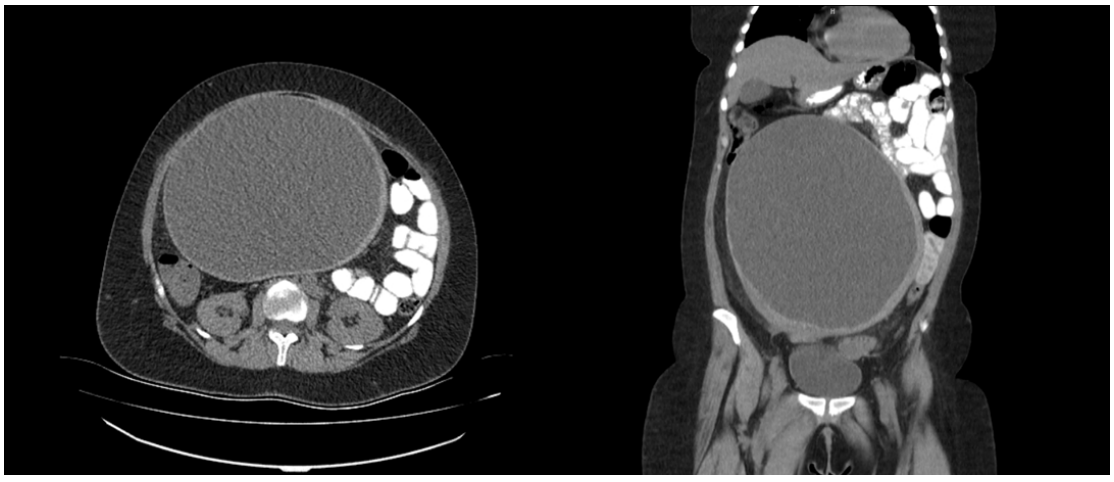
28 yaşında kadın hasta acil servisimize 3 gündür olan karın ağrısı, kabızlık, gaz çıkışında azalma şikayetleri ile başvurdu. Hastanın vital bulguları stabil idi, fizik muayenesinde batında hassasiyet yoktu ancak batın orta hatta ele gelen sert bir kitle mevcut. Rutin tetkiklerinde patoloji izlenmedi ve Beta HCG test sonucu negatif olarak saptandı. Hastanın batın ultrasonografisi planlandı. Batında 22x14 cm boyutlu, septasyonlar içeren kistik lezyon izlendi. Lezyonun orijini net değerlendirilmediğinden hasta için kontrastlı batın bilgisayarlı tomografisi isteği yapıldı. Görüntülemede sağ overden kaynaklandığı düşünülen, kalın duvarlı 21,5 cm kalibrasyona ulaşan kistik yapı izlendi. Kistik yapının etrafındaki bağırsak ansları arasında ödem ve serbest sıvı görülmekte idi. Hastanın pre-operatif rutin tetkikleri istendikten sonra kadın hastalıkları ve doğum kliniğine yatışı yapıldı. Hastanın post-operatif tetkiklerinde patoloji sonucunun benign over kisti olarak raporlandığı görüldü.

SONUÇ:

Benign over kistleri çoğunlukla spesifik olmayan semptomlarla seyretmekle birlikte, sıklıkla karın ağrısı, karında şişlik ve alt karında basınç hissine neden olan patolojilerdir. Dev over kistleri nadir görülse de; intestinal ve üriner sistem obstriksiyonu, kanama veya rüptür sonucunda akut batın gelişmesine neden olabilmektedirler. Bizim olgumuz, batın içi komplikasyona neden olmak üzereyken tespit edilip müdahale edilmiş bir dev over kisti olgusu idi. Batın ilişkili intestinal patoloji düşündürebilecek bulgular ile gelen hastalarda fizik muayene ve laboratuar tetkikleri neticesinde, ayırdedici tanılar arasında akılda bulundurulması gerekenlerden biri de dev over kisti olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akut batın, Dev over kisti

Şekil 1.



P-06

Uzun Süreli Gastrik Sonda Kullanımına Bağlı Komplikasyonlar

CERRAHİ ACİLLER

Davut Tekyol [1], Emrah Yürek [1], Sinem Doğruyol [1], İbrahim Altundağ [1], Oğuzhan Daltekin [1], Metin Öner 1, Burcu Genç Yavuz [1], Şahin Çolak [1]

[1] SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Nutrisyon desteği, hastanın durumuna ve tolerasyonuna göre enteral ve parenteral olmak üzere iki şekilde sağlanmaktadır. Enteral beslenme, fizyolojik temele daha yakın olduğu ve hastanın var olan fonksiyonlarının korunmasına yardımcı olduğu için ilk tercih edilen yöntemdir. Enteral yoldan beslenme, ağızdan başlayıp jejenuma kadar ilerleyen gastrointestinal sistemin farklı noktalarından yapılabilmektedir. Hastanın beslenmeyi tolere edebileceği fizyolojik olarak en üst bölge, enteral beslenmede seçilecek ilk yer olmaktadır. Bu doğrultuda, enteral yoldan beslenmede ilk tercih edilecek yer, oral yoldur. Ağızdan beslenemeyen hastalarda ise, gastrik yoldan beslenme tercih edilmektedir. Kısa süreli enteral beslenme için gastrik sonda tercih edilmeli iken beslenme süresi 4 haftadan daha fazla olan hastalarda Perkütan Endoskopik Gastrostomi (PEG) katateri kullanımı tavsiye edilmektedir. Bu olguda amacımız uzun süreli enteral beslenme için PEG katateri kullanımın gastrik sonda kullanımından daha yararlı olduğunu göstermektir.

VAKA:

85 yaşında kadın hasta acil servise sık tekrarlayan kusma, hırıltılı solunum ve öksürük şikayetiyle getirildi. Yakınlarından öğrenildiği kadarıyla hastanın diyabet, iskemik serebrovasküler hadise, demans ve koroner arter hastalığı mevcuttu. Hastanın oral alımı olmadığı için 1 buçuk yıldır beslenme sondasıyla beslendiği öğrenildi. Aile PEG katateri takılmasını hep reddetmiş. Hastanın muayenesinde takipne ve bilateral alt loblarda raller saptandı. Laboratuarında ise lökositoz ve CRP yüksekliği dışında diğer değerleri normaldi. Toraks BT'sinde sağ alt lobda aspirasyon pnömosi ile uyumlu görünüm mevcuttu. Aspirasyon pnömonisi tanısıyla servise yatırılan hastanın yakınlarıyla görüşülerek uzun vadeli beslenme için beslenme sondasının uygun olmadığı ve PEG kataterinin takılmasının daha uygun olacağı anlatıldı. Hastanın taburculuk sonrası yapılan takibinde PEG takıldığı ve sonrasında tekrarlayan kusma ve aspirasyon gibi şikayetlerinin tekrarlamadığı öğrenildi.

SONUÇ:

PEG kullanımı, cerrahi bir yola gerek duyulmaması, hafif sedasyon uygulanmasının yeterli olması ve maliyetin düşük olması gibi avantajlara sahiptir. Ayrıca, PEG ile daha yüksek oranlarda enerji ve nutriyenler verilebilmekte, daha yüksek beslenme düzeylerine ulaşılabilmektedir.Hastanın tekrarlayan kusma atakları ve aspirasyonları uzun süreli gastrik sonda kullanımına bağlı olduğu düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: Aspirasyon, Gastrik sonda, Perkütan Endoskopik Gastrostomi

P-07

Elektrolit İmbalansına Sekonder Gelişen Paralitik İleus: Vaka Sunumu

CERRAHİ ACİLLER

Hasan Kürşad Korkmaz [1], Abdullah İlhan [1], Dilay Satılmış [1], Erdem Çevik [1]

[1] SBÜ Sultan 2 Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

İleus, barsak lümenini tıkayıcı veya barsak peristaltizmini bozacak çeşitli sebeplere bağlı görülen, gaz ve gaita çıkışının olmaması, yaygın karın ağrısı, bulantı kusma gibi semptomlarla karşımıza çıkan, özellikle ileri yaş, geçirilmiş abdominal cerrahiye bağlı gelişebilen, mortal seyirli gastrointestinal acillerden biridir.

VAKA:

83 yaşında kadın hasta, acil servisimize 5 gündür devam eden karın ağrısı ve şişlik sebebi ile başvurdu. Bir gün önce evinde lavman uygulandıktan sonra az miktarda gaz ve gaita çıkışı olduğunu tariflemekte idi. Fizik muayenesinde batında yaygın distansiyon mevcut olup defans ve rebound bulgusuna rastlanmadı. Rektal tuşede ampulla boş görülmüş, sfinkter tonusunda artış görüldü. Hastanın ayakta direkt batın grafisinde (ADBG) barsak anslarında masif dilatasyon mevcuttu (Şekil 1a). Acil serviste Lavman tedavisi ve rektal tüp uygulaması sonrası gaz gaita deşarjı görüldü. Kontrol için çekilen ADBG 'sinde barsak ans dilatasyonunda azalma görüntülendi (Şekil 1b). Hastamızda mevcut kliniğine sebep olabilecek mekanik obstruksiyonu araştırmak adına oral-IV kontrastlı batın bilgisayarlı tomografisi (BT) planlandı. Laboratuvar tetkiklerinde; WBC: 6,89 10^3/mm^3, HGB: 13 g/dL, Amilaz: 113 U/L, Sodyum (Na): 134 mmol/L, Potasyum(K): 1,9 mmol/L, Klor (Cl): 81,2 mmol/L, Kalsiyum (Ca): 8,61 mg/dL, CRP: 58,46 mg/L mevcuttu. Hipopotasemik saptadığımız hastamıza durumu sebebi ile hastaya 30 mEq intravenöz potasyum replasmanı başlandı. Replasman sonrası alınan kontrol laboratuvar değerleri; Na: 134 mmol/L, K: 2,3 mmol/L, Cl: 85 mmol/L ve Ca: 7,56 mg/dL idi. Oral-IV kontrastlı batın BT'sinde ; barsak anslarında dilatasyon, kontrast maddenin kolona geçişi saptandı, mekanik obstrüksiyona sebep olabilecek bir patoloji ise saptanmadı (Şekil 1c-1d). Bizim hastamızda mevcut klinik tablo ve laboratuvar değerlendirmeleri hipopotasemiye sekonder paralitik ileus ile uyumlu idi ve acil serviste primer tedavisi başlandıktan sonra, paralitik ileus ön tanısı ile ileri tetkik ve tedavi için dahiliye servisine yatışı yapıldı.

SONUÇ:

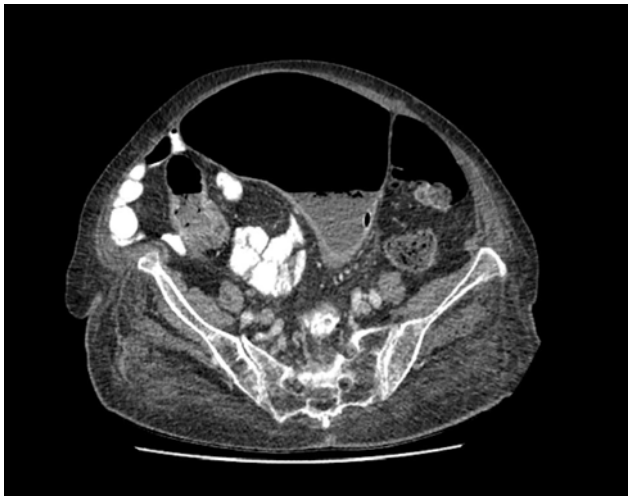
İleus, acil serviste sıkça karşımıza çıkan gastrointestinal patolojilerden biri olup, gerekli tedavisinin geciktirilmesi veya yapılmaması durumunda mortal seyreden bir durumdur(3). Acil servislerde Mekanik veya paralitik ileus şüpheli vakalarda, görüntüleme yöntemleri ile eş zamanlı olarak laboratuvar elektrolit düzeylerinin de değerlendirilmesinin, tanının zamanında konması ve etkin tedavinin zamanında başlanması açısından önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Paralitik İleus

Şekil 1. Ayakta Direkt Batın Grafisi (ADBG)

Şekil 2. Kontrol ADBG; Lavman, dilatasyon ve Rektal tüp uygulaması sonrası kontrol ADBG

Şekil 3. Oral-IV kontrastlı Bilgisayarlı Batın Tomografi



Şekil 4. Oral-IV Kontrastlı Bilgisayarlı Batın Tomografisi

REFERANSLAR

1. Vilz TO, Stoffels B, Strassburg C, Schild HH, Kalff JC. Ileus in Adults. Dtsch Arztebl Int. 2017 Jul 24;114(29-30):508-518. doi: 10.3238/arztebl.2017.0508. PMID: 28818187; PMCID: PMC5569564.
2. Boobés K, Rosa RM, Batlle D. Hypokalemia associated with acute colonic pseudo-obstruction in an ESRD patient. Clin Nephrol. 2017 Mar;87 (2017)(3):152-156. doi: 10.5414/CN109002. PMID: 28025959.
3. Rami Reddy SR, Cappell MS. A Systematic Review of the Clinical Presentation, Diagnosis, and Treatment of Small Bowel Obstruction. Curr Gastroenterol Rep. 2017 Jun;19(6):28. doi: 10.1007/s11894-017-0566-9. PMID: 28439845.

P-08

HIV Pozitif Hastalarda Maligniteye Bağlı Kanama

CERRAHİ ACİLLER

Yeşim Aylin Kalafat [1]

[1] Kartal Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

52 yaş erkek bilinen hıv pozitif (2 yıldır)hasta ağızdan kan gelmesi şikayeti ile acil servise başvurdu.Hastanın vitalleri stabildi. Fizik muayenesi olağandı. Glaskow koma skoru 15.Hastanın kanama durumunu sorguladığımızda öksürükle ya da kusarken olmayıp spontan geliştiğini belirttiler.Rektal tuşesi normal gaita bulaşı olan hastanın takiplerinde spontan masif kanama (yaklaşık 3500 cc) olması ve genel durumda kötüleşme hemodinamide instabilleşme olması üzerine solunum yollarının güvende tutulması amacıyla entübe edildi. Ardından çift damaryolu açılıp hidrasyona başlandı ve eritrosit süspansiyon istemi yapıldı. Hastaya toplamda 4 ünite eritrosit süspansiyonu verildi.Hastanın ailesinden alınan bilgiye göre 6 ay önce sık peritonsiller abse nedeniyle tonsillektomi önerildiği ve hastanın operasyon sırasında vejetan doku?saptanması üzerine biyopsi alınmış olduğu ve sonucunun skuamoz hücreli karsinom olarak raporlandığı öğrenildi.Hastaya kemoradyoterapi planlanmış fakat henüz başlanmamış. Hasta yakınlarının yanındaki pet raporlarında sol parafarengeal alana ve sol boyun servikal zincirlerine yayılan hipermetabolik tutulum mevcuttu. Kan tetkik sonuçlarında patolojik bir değer yoktu. Hastaya boyun bt-anjiyo çekildi.İlgili branşlara konsulte edildi.Kanamanın sebebi kitleye bağlı internal karotis dallarına invaze olması olarak değerlendirildi. Bu vaka ile ağızdan kan gelmesinin hematemez ya da hemoptizi olarak değil de farklı bir durumdan olabileceğini her zaman aklımızda bulundurmalıyız.

YÖNTEM:

Kan sonuçları, boyun bt-anjiyografi

SONUÇ:

Hasta girişimsel radyoloji olan merkeze yönlendirilmiştir.Aktif kanaması olmaması üzerine acil girişim düşünülmemiştir. Kanama hastalarının hemodinamisi her an bozulabileceğinden acil serviste yakın takip altında bulunması gereken hasta gruplarından olmalıdır. Tonsillektominin komplikasyonlarından biri de kanamadır. Fakat hasta 6 ay önce tonsillektomi olduğu için komplikasyonlarından olan kanama olasılığını da ekarte etmiş bulunmaktayız.Baş ve boyun skuamoz hücreli kanser, dünya çapında altıncı en yaygın malignite ve kanser ölümlerinin sekizinci önde gelen nedenidir. HIVenfeksiyonu olan hastalarda en sık görülen üçüncü malignite baş ve boyun skuamoz hücreli kanserdir.Hastanın malıgnite ve sık enfeksiyonlara açık olma sebebi hıv pozitifliği olmasından kaynaklı olabilir ve hastada maligniteye bağlı kanama olması hastalığın dramatik bir şekilde ilerlediğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: HIV malignite kanama

P-09

CERRAHİ ACİLLER

İntraabdominal Yabancı Cisim; Nadir Bir Olgu PEG' in Yer Değiştirmesi

Ali Sarıdaş [1], Burak Uğur [1]

[1] Prof. Dr.Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

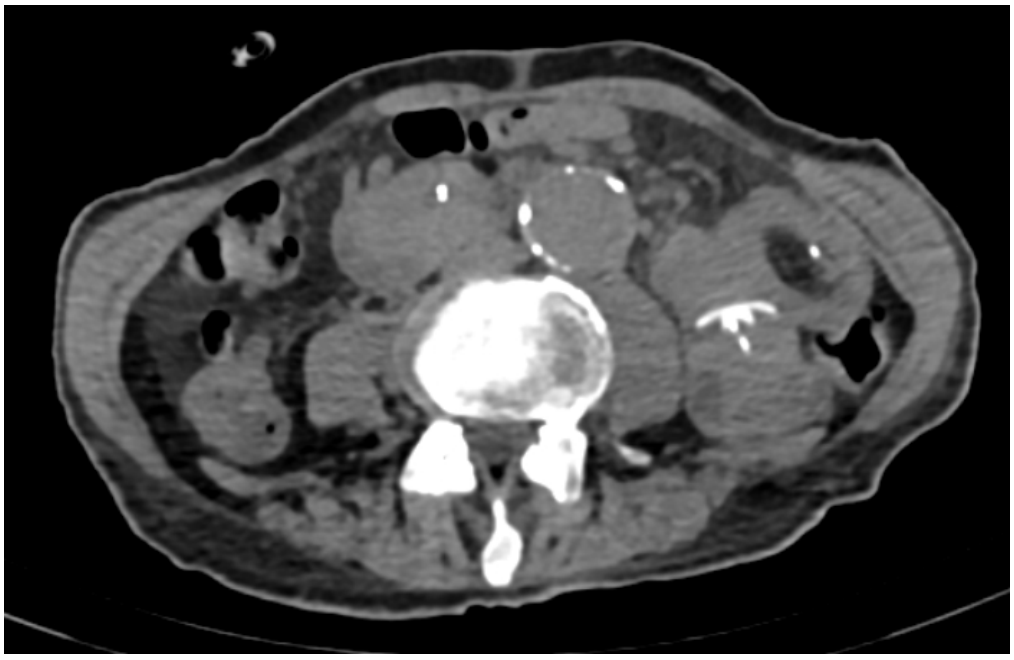
Cerrahi drenlerin kullanımı çok tartışılan bir konudur ancak yaygın olarak kullanılmaya devam edilmektedirler. Ameliyattan sonra istenen pozisyondan dren farklı pozisyonlara lokalizasyonunu değiştirebilmektedir. Bu çalışmanın amacı, abdominal gastrointestinal cerrahi geçiren bir hastada cerrahi drenin yerini değişterebileceğini göstermektir.

Drenlerin sindirim cerrahisinin çeşitli alanlarında rutin kullanımı, özellikle erken rehabilitasyon programları bağlamında son yılların literatüründe şiddetle tartışılmaktadır. Elektif cerrahide dren yerleştirilmesinin amacı karın içi enfeksiyonları (ister drene edilmemiş bir koleksiyonun süper enfeksiyonu veya olası bir anastomoz fistülün kutanöz kanalizasyonu olsun) önlemek iken, drenajın tam tersine insidansı artırabileceği öne sürülmüştür. intraabdominal enfeksiyonlar, postoperatif ağrı ve hastanede kalış süresinin yanı sıra solunum fonksiyonunu değiştirir. Potansiyel olarak ortaya çıkan komplikasyonlar arasında apseler, fistüller ve bağırsak tıkanıklığı yer alır [1].

VAKA:

73 yaşında bir erkek hasta; Mart 2022 ' de Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Acil Servisine dren yerinde akıntı, yara yeri çevresinde kızarıklık, ödem şikayetiyle acil servisimize getirildi. Bilinen Parkinson hastalığı mevcut. Lab bulguları: CRP:169, WBC:11 Hgb:12.5 idi diğer testlerinde anormal bulgu yoktu. PEG 8 yıl öncesi takıldığı öğrenildi. Çekilen Batın Tomografisinde; Midede PEG izlenmiştir. PEG hemen komşuluğundan başlayarak duodenum 2. ve 3. kıta jejunal anslar boyunca devam ederek jejunal ve ileal anslar boyunca devam eden ileoçekal alana dek devam eden lineer metalik dansite izlenmiştir.

Şekil 1. Parkinson nedeniyle 8 sene takılan PEG başlığı



Şekil 2. PEG Gövdesi

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Çeşitli karın ameliyatlarında dren kullanmanın gerçek değeri şu anda ciddi şekilde sorgulansa da, bu cihazların işlem sırasında cerrahın yerleştirdiği yerde kalmama olasılığını henüz araştıran bir çalışma yok. Bu olgumuzda; abdominal drenlerin hastaların %28 kadarında ve tüm drenlerin %19,8'inde sıklıkla yer değiştirdiğini göstermektedir. Bildiğimiz kadarıyla, bugüne kadar bu konuda sadece birkaç izole gözlem yayınlanmıştır. [2] . Ne dren türü, sayısı, konumu, yörüngesi, yolu, hastaların morfolojisi ne de müdahale türü göç ile ilişkili spesifik bir risk faktörü değildir. Mekanik bir bakış açısından, drenajın yer değiştirmesi, kullanılan cihazların esnekliği, karın içi viseral peristaltizm veya hastanın pozisyonundaki değişiklikler gibi faktörlerle ilişkili olabilir. Drenler yıllar sonra erken komplikasyonlara veya çeşitli semptomlara neden olabilir. Bazen tamamen asemptomatik kalırlar. Klinik tezahür, hiç semptom olmamasından ağrı, sepsis, apse, iyileşmeyen yaralar, fistüller ve bağırsak tıkanıklığına kadar değişir [3]. Batın içi yabancı cisimden şüphelenildiğinde ileri teşhis için altın standart bir CT'dir. PEG ve Dren durumunda, BT taraması, genellikle olası bir apse oluşumu ile kalsifiye olan, kalın bir periferik çerçeve geliştirmesi ile iyi tanımlanmış bir karışık yoğunluk kütlesi gösterebilir. Tedavi seçenekleri arasında minimal invaziv teknikler (endoskopi veya laparoskopi) veya açık cerrahi yer alır. Kalın ve ince bağırsak gibi içi boş organlara zaten göç etmişse, PEG in çıkarılması için endoskopi kullanılabilir.

Sindirim sistemi karın ameliyatı geçiren hastalarda cerrahi drenlerin yer değiştirmesi sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Olgu raporumuza göre, bu fenomenin herhangi bir klinik anlamı yok gibi görünüyor. Cerrahi dren kullanımından fayda beklendiği durumlarda intraperitoneal fiksasyon gerekli görünmektedir. Bu vaka, abdominal drenlerin sindirim ameliyatından sonra hareket ettiğini veya göç ettiğini göstermektedir. Bu yer değiştirme, bu nedenle, yapılan cerrahinin türü ve drenajın konumu ne olursa olsun, bazı post operatif vakalarda meydana gelebilecek bir olgudur. Çalışmamızda bu migrasyon postoperatif sonucu kötüleştirmedi ama cerrahi dren kullanımından bir fayda beklendiğinde, dren migrasyonunu önlemek için intraperitoneal fiksasyon yapılması gerektiğini vurguluyoruz.

Anahtar Kelimeler: PEG, Yabancı cisim, Karın Ağrısı

REFERANSLAR

1. Düx M, Ganten M, Lubienski A, Grenacher L. Oniki parmak bağırsağına migrasyon ve kalıcı on iki parmak bağırsağı fistülü olan alıkonmuş cerrahi sünger . Eur Radyol 2002; 12 :74–7. [PubMed] [Google Akademik]
2. Nomura T., Shirai Y., Okamoto H., Hatakeyama K.: Silikon drenlerin neden olduğu barsak perforasyonu: iki olgu sunumu. Surg Bugün 1998; 28: s. 940-942.
3. Zhang H.-Y., Zhao C.-L., Xie J., et. al.: Kolorektal anastomozda drenaj yapmak veya boşaltmamak: bir meta-analiz. Int J Kolorektal Dis 2016; 31: s. 951-960.

P-10

DAHİLİ ACİLLER

Sigaraya ve Hayata Son!

Sinem Doğruyol [1], İlker Akbaş [2], Davut Tekyol [1]

[1] SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul
[2] Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp, Kahramanmaraş

GİRİŞ VE AMAÇ:

Bupropion nikotin bağımlılığını azaltmada potansiyel etkisinin olduğu rastlantısal olarak bulunmuş yeni kuşak bir monosiklik antidepresandır. Bupropion, yapısal olarak amfetamin gibi stimülanlara benzer. Dopamin ve noradrenalin geri alımını selektif olarak inhibe eder. Olgumuz, bilinen epilepsi öyküsü olmayan ancak nöbet nedenli acil serviste tetkik edildiği sırada bupropion yüksek doz alımı olduğu saptanan bir vakadır.

VAKA:

23 yaşında kadın hasta acil servisimize sabah uyandığında başlayan bulantı nedeniyle yakını tarafından getirildi. Yakınından alınan anamnezde ek hastalığı ve ilaç kullanımı olmadığı, gece alkol alımı olduğu öğrenildi. Hastanın vital bulgularında tansiyonu 100/70 mmHg, nabzı 120/dk olup elektrokardiyografisinde sinüs taşikardisi dışında anormallik saptanmadı. Nörolojik muayenesi doğal, kooperasyonu tam, yer zaman oryantasyonu mevcuttu. Tetkiklerinde venöz kan gazında metabolik asidoz saptandı. Yakınından alınan öykü derinleştirildiğinde yakında zamanda sigara bırakma ilacı kullanmaya başladığı öğrenildi. Hastanın semptomatik tedavisine başlandı, diğer asidoz etyolojisi araştırıldığı sırada iki defa jeneralize tonik klonik nöbeti gözlendi. Bilinen nöbet geçirme öyküsü olmayan hastanın 30 tablet Bupropion 300 mg almış olduğu öğrenildi. İkinci nöbet sonrasında bilinç bozukluğu gelişen hasta orotrakeal entübasyon yapılarak yoğun bakım ünitesine sevk edildi.

SONUÇ:

Bupropion yüksek doz alımından sonra klinik etkiler öncelikle nörolojik, kardiyovasküler ve gastrointestinal sistem üzerinedir. Bilinç bozukluğu ile başvuran yada takipte bilinç bozukluğu gelişen olgularda mutlaka toksik doz ilaç alımı sorgulanmalıdır. Sigara bırakma tedavisi için günümüzde sık kullanılan ve kolaylıkla reçete edilen Bupropion içerikli ilaçlar toksik alım riski açısından özellikle akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bupropion, İntoksikasyon

P-11

Geleneksel Tıp Bilmecesi

DAHİLİ ACİLLER

Davut Tekyol [1], Emrah Yürek [1], İbrahim Altundağ [1], Oğuzhan Daltekin [1], Metin Öner [1], Sinem Doğruyol [1], Burcu Genç Yavuz [1], Şahin Çolak [1]

[1] SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Eski çağlardan beri sülükler çeşitli nedenlerle tedavi maksatlı kullanılmıştır. Sülüklerin kan emerken doku içerisine birçok biyoaktif maddeyi saldığına dair teoriler mevcuttur. Bu maddelerin analjezik, antikoagulan, anti- inflamatuar, miyorelaksan, immun modülatör gibi etkilerinin modern tıbbi yöntemlerle kombine ederek kullanılması amaçlanmaktadır. Gelenksel ve tamamlayıcı tıp amacıyla yapılan sülük uygulaması ülkemizde sertifikalı tıp doktorları tarafından da yapılmaktadır. Bu olguda medial epikondilit tanısı olan bir hastada sülük ve akupunktur kombine tedavisi sonrası gelişen komplikasyon anlatılmıştır.

VAKA:

Acil servise her iki dirsek altından eline kadar olan ağrı kızarıklık ve hassasiyet şikayetiyle 46 yaşında bir kadın hasta başvurdu. Böcek allerjisi dışında kronik bir hastalık ve ilaç kullanımı yokmuş. Şikayetleri 2 gün önce dirsek ağrısı için yaptığı sülük ve akupunktur tedavisinden sonra başlamış. Bilateral önkollarda ağrı, kızarıklık, lokal ısı artışı ve hassasiyet vardı. Diğer muayene bulguları ve vital bulguları doğaldı. Uvula ödemi ve bronkospazmı yoktu. Hasta 2 gündür ağrı ve kaşıntıdan uyuyamadığını belirtti. Rutin kan tahlilleri ve ekg'si normal gelen hastaya i.v NSAID, antihistaminik ve prednol yapıldı. Şikayetleri gerileyen hastaya oral antihistaiminik ve analjezik reçete edilerek fizik tedavi ve dermatoloji poliklinik kontrolü önerildi.

SONUÇ:

Hastanın her iki kolundaki lokal bulguların sebebinin böcek allerjisi veya sülük uygulamasına mı bağlı olduğunu ortaya koyamadık. Bu durum uygulama yapılırken asepsi kurallarının ihmal edilmiş olabileceğini de düşündürmektedir. Deri, kas ve kemik dokusunda oluşabilecek bir enfeksiyon veya lokal travma diyabet ve kronik böbrek yetmezliği gibi komorbid hastalığı olanlarda kompartman sendromundan amputasyona kadar gidebilecek sonuçlar doğurabilir. Sülük uygulamasında salındığı ifade edilelen biyoaktif maddelerin neler olduğu, bu uygulamanın hangi hastalıklarda ne sıklıkta yapılması gerektiğine dair daha fazla bilimsel çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Geleneksel tıp, Kontakt dermatit, Sülük

Şekil 1.

P-12

Acil Serviste Nadir Görülen Bir Endokrin Acil – Adrenal Kriz

DAHİLİ ACİLLER

Abdullah İlhan [1], Melih Arınç [1], Ahmet Emre Gürsoy [1]

[1] SBÜ Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Adrenal bez vücudumuzdaki hormonal dengenin sürdürülmesinde görevli en önemli organlardan biridir. Bezin korteks bölümünde mineralokortikoid, glukokortikoid ve androjenler; medulla kısmında ise katekolaminler üretilir. Kortizol adrenal bezden salınan en önemli glukokortikoidlerden biri olup, salınımındaki bir bozukluk adrenal yetmezliğe yol açar. Primer adrenal yetmezlik doğrudan adrenal bezin etkilenmesi sonucu oluşup; nedenleri arasında Addison hastalığı, travma, enfeksiyonlar, ilaçlar, infiltratif hastalıklar bulunur. Sekonder adrenal yetmezlik ise hipofiz kaynaklı nedenlere bağlı oluşur. Uzun süreli glukokortikoid tedavisinin aniden bırakılması, beyin tümörü, ilaçlar, nekroz ve kanama, enfeksiyonlar en sık görülen nedenleridir.

VAKA:

59 yaşında kadın hasta halsizlik, baş dönmesi, bulantı ve şiddetli olmayan karın ağrısı yakınmaları ile acil servisimize başvurdu. 5 gündür günde 7-8 kez olan sulu ishal tarifliyordu. Özgeçmişinde hipertansiyon dışında ek hastalığı yoktu. Genel durumu orta, bilinci açık hastanın tansiyonu 78/42 mmHg, nabzı 119 atım/dk, ateşi 36,1 C, parmak ucu glisemisi 44 mg/dL saptandı. Yapılan muayenesinde batında yaygın hassasiyet saptansa da defans ve rebound yoktu. Diğer sistem muayeneleri olağandı. Kan tetkiklerinde glukoz:40 mg/dL, üre:38 mg/dL, kreatinin:2 mg/dL, CRP:72 mg/L, sodyum:128 mEq/L, pH:7,23, HCO3:11, pCO2:27 saptandı. İntravenöz (IV) dekstroz ve izotonik sıvıların replasmanına rağmen hipotansiyonu devam eden ve idrar çıkışı gözlenmeyen hastada viral gastroenterite sekonder sepsis düşünüldü. Hastaya inotrop tedavi de başlanmasına rağmen hipotansiyonda iyileşme görülmedi. Bu durum üzerine hasta dahiliye konsültan hekimine adrenal kriz ön tanısıyla danışıldı. Bu sırada hastaya hidrokortizon 100 mg IV yapıldı. Dahiliye hekimi tarafından değerlendirilen hasta ileri tetkik ve tedavi amaçlı kliniğe yatırıldı. Yatışında alınan tetkiklerinde kortizol:14 µg/dL (34 µg/dL üzerinde adrenal kriz dışlanır), ACTH:1745 (7,2-63,3 normal aralık) saptandı. Adrenal kriz tanısı doğrulanan ve tedavisi sürdürülen hasta servise yatışının 1. gününde kardiyak arrest sonrası ex oldu.

SONUÇ:

Acil servise belli belirsiz yakınmalarla başvuran, özellikle sıvı ve inotrop tedaviye dirençli hipotansif hastalarda adrenal kriz tanısı akılda tutulmalıdır. Altta yatabilecek nedenlerin sorgulaması iyi yapılmalıdır. Acil serviste kesin tanısı için spesifik bir test bulunmamakla birlikte eğer hastada bu tanı düşünülüyorsa tedavisine hızla başlanmalıdır. Hastalığın seyri konusunda dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Adrenal kriz, hipotansiyon, kortizol

P-13

Şüpheli Metil Alkol Alımı Akut Karaciğer Yetmezliğine Neden Olabilir

DAHİLİ ACİLLER

Fulya Koç [1], Egemen Yıldız [1], Dilay Satılmış [1], Erdem Çevik [1]

[1] SBÜ Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Akut karaciğer yetmezliği, sirozu veya önceden karaciğer hastalığı olmayan bir hastada karaciğer hücre yıkımı sonucu ensefalopati ve koagülopati ile birlikte seyreden klinik durumu tanımlar.

İlaç reaksiyonları , viral hepatit ,alkolik hepatit (bu durumda kronik karaciğer yetmezliği akut olarak kabul edilir), otoimmün hepatit , iskemik hepatit , akut karaciğer yağlanması ,gebelik , malign infiltrasyon , toksin maruziyeti, mantar zehirlenmesi ve sepsis akut karaciğer yetmezliği sebeplerindendir.. Akut karaciğer yetmezliğinde sarılık, hepatomegali , sağ üst kadranda hassasiyet, yorgunluk, halsizlik, letarji, mide bulantısı , kusma ,sağ üst kadran ağrısı, kaşıntı, sarılık ve assit kaynaklı karın şişliği gibi semptomlar görülebilir.Uzun protrombin süresi ,INR- International Normalized Ratio ≥1.5, yüksek aminotransferaz , bilirubin seviyesi ve düşük trombosit sayısı (≤150.000/mm3) akut karaciğer yetmezliği olan hastalarda tipik olarak görülen laboratuvar testi anormalliklerindendir.

Şüpheli metil alkolün küçük miktarlarda alınması bile önemli toksisiteye neden olabilir.

VAKA:

Diyabetes Mellitus (DM) ve hipertansiyon (HT) öyküsü olan 49 yaşında kadın hasta, 2 gün önce şüpheli metil alkol alımı sonrası karın ağrısı ve mide bulantısı şikayetleri ile acil servise başvurdu. Viral hepatit serolojileri normaldi. Hasta alkol ve sigara kullanmıyordu. Kullandığı ilaç tedavisinde insülin mevcuttu. Vital bulgularından ateş 36,5°C derece, oda havasında oksijen satürasyonu %95, kan basıncı 148/79 mmHg ve nabız 55/dakika idi. Fizik muayenede sağ üst kadranda belirgin hassasiyet saptandı. Akciğer, kalp ve nörolojik muayenesi normaldi.Laboratuvar tetkiklerinde anormal değerler olarak AST - 316,5 U/L(<32), ALT - 949,9 U/L(<33) , LDH - 649 U/L(135-214), Kreatinin - 0,58 mg/dL (0,6-1,2) , Albümin - 30 g/L(35-52), INR (International Normalized Ratio) 1,29(0,8-1,25), PTT (Partial tromboplastin time)%68(70-130), PT(protrombin time) - 17,5 sn (11-16,8), Sedimantasyon - 67 mm/saat (0-20), hs-troponin T (high-sensitivity troponin-T) 946 ng/L (<14) mevcuttu.Diğer laboratuvar sonuçları normaldi. .) elektrokardiyografi (EKG) düzenli sinüs ritminde idi. Hasta kardiyoloji bölümüne konsülte edildi ve kardiyolog tarafından akut koroner sendrom düşünülmedi. Hastanın dahiliye ve anestezi bölümü konsültasyonları sonrasında yoğun bakım takibi uygun bulundu.

SONUÇ:

Şüpheli metil alkol sonrasındaki organ hasarını engellemede hızlı tanıma ve erken tedavi çok önemlidir. İlk değerlendirmede etiyoloji belirlenemezse ileri araştırma ve karaciğer biyopsisi gerekebilir.

Anahtar Kelimeler: Akut karaciğer yetmezliği Metil alkol, Toksikoloji

P-14

Hipokalemik Periyodik Paralizi

DAHİLİ ACİLLER

Raziye Rabia Özdemir [1], Gözde Makinecioğlu [1], Hamza Pekmezci [1], Suna Eraybar [1], Mehtap Bulut [1]

[1] SBÜ Bursa Şehir Hastanesi, SUAM, Acil Tıp Kliniği, Bursa

GİRİŞ VE AMAÇ:

Hipokalemik periyodik paralizi, tekrarlayan kas güçsüzlüğü yada paralizi atakları ile giden nadir bir hastalıktır. Sporadik olarak ortaya çıkabilir. Ataklar genelde yoğun egzersiz, aşırı karbonhidrat tüketimi, stres, enfeksiyon, cerrahi ile tetiklenebilir. Ataklar arasında ise hem serum potasyum düzeyi hem de hastanın nörolojik muayenesi tamamen normaldir. Acil servisimize bilateral alt ektremitelerde güçsüzlük şikayeti ile başvuran hipokalemik periyodik paralizi olgusunu literatür eşlinde sunmayı amaçladık.

VAKA:

53 yaşında erkek hasta düşme şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın son günlerde yürüme sırasında sık sık düşme atakları yaşadığını ve bu nedenle mobilitesinde gerileme olduğu öğrenildi. Hasta kolon malign neoplazmı nedeniyle takipli aktif tedavi almamakta. Acik servise geliş vital bulguları kan basıncı 100/60, nabız: 80, ateş:36,6 derece0/dk, SpO2 : %98, kan şekeri 103 olarak ölçüldü. EKG normal sinüs ritmi olarak değerlendirildi. Hastanın nörolojik muayenesinde her iki alt ektremitelerde hassasiyet ve bilateral 4/5 kas gücünde paraparezi saptandı. Alt ekstremite dolaşım muayenesi doğaldı, nabız defisiti saptanmadı.Serebrovasküler hastalık düşünülerek beyin BT ve difüzyon MR görüntülemeleri yapıldı ve özellik saptanmadı.Rutin biyokimyasal tetkiklerinde serum potasyum düzeyi 2.2 mmol/L saptandı ve ek bir patolojik değer görülmedi. Hastaya potasyum replasmanı başlandı ve nörolojik muayene bulguları geriledi. Hasta takip ve etyoloji araştırılması için dahiliye kliniğine interne edildi.

SONUÇ:

Hipokalemik peryodik paralizi iskelet kasının T-tübüllerindeki dihidropiridin - duyarlı L- tipi kalsiyum kanallarının -1 subuniti (CACNA1S) kodlayan gendeki mutasyona bağlı otozomal dominant kalıtımla geçen bir iyon kanal hastalığıdır. Hipokalemiden dolayı eksite kas liflerinde membran depolarizasyonu ortaya çıkmakta, sodyum kanallarının kapatılmasıyla Ca2+ salınımının azaltıldığı ve voltaj kontrollerine direkt etki yaptığı bilinmektedir. Olguların %18-20'si sporadiktir. Acil servise kas güçsüzlüğü ile başvuran hastalarda aile öyküsü sorgulanmalı ve laboratuvar istemlerinde potasyum değeri görülmelidir. Ani gelişen kas güçsüzlüğü ile acil servise başvuran hastalarda nadir de olsa hipokalemik periodik paralizi hastalığının akılda bulundurulması olası ölümcül durumları önler.

Anahtar Kelimeler: Hipokalemi, akut paralizi, elektrolit bozuklukları, acil servis

P-15

Kütanöz Lökositoklastik Vaskülit

DAHİLİ ACİLLER

Konuralp Sağlam [1], Burcu Bayramoğlu [1], Burak Şahin [1], İsmail Tayfur [1]

[1] SBÜ Sancaktepe Şehit Profesör Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Kutanöz lökositoklastik vaskülit, romatoloji kliniklerinde en sık görülen vaskülittir. Hastaların yaklaşık yarısında alt ekstremitelerde basmakla solmayan palpabl purpura vardır. Etyolojisinde ilaç ve enfeksiyon öyküsü ön planda olup, genellikle kısa süreli ve tek atak şeklinde ortaya çıkar.

VAKA:

64 yaşında kadın hasta, 2 gün önce başlayan antibiyotik (augmentin, cipro) kullanımını takiben bacaklarda bilateral yaygın kızarıklık şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Bilinen hipertansiyon ve diyabet tanılı, sol ayak 3. parmak oto-ampute hastanın fizik muayenesinde sağ ayakta diyabetik yara ve sağ ayak dorsumuna kadar uzanan üçüncü parmak nekrozu mevcut. Bilateral alt ekstremitelerde basmakla solmayan kızarıklıklar mevcut. Sıvı ve antibiyotik tedavisi başlanarak takibe alınan hasta ile ilgili branşlara konsülte edildi. İlaç veya enfeksiyona bağlı kutanöz lökositoklastik vaskülit tanısı konulan hastanın hastaneye yatışı planlandı. Meropenem, vankomisin ve prednol tedavisi başlanan hastanın takibi ve tedavisi devam etmektedir.

SONUÇ:

Genel klinik prezentasyonu alt ekstremitelerde basmakla solmayan, palpabl purpurik papül ve plaklar şeklindedir. Sık görülen vaskülit tiplerindendir. En sık nedeni ilaç kullanımı ve geçirilmiş enfeksiyonlar olup kendini sınırlama eğilimindedir. Bu nedenle iyi seyirli kabul edilmekte ve tedavisinde sistemik steroidler kullanılabilmektedir. Lökositoklastik vaskulit hastaları acil servislere ön planda döküntü nedeniyle başvurduğundan genellikle acil olarak değerlendirilmeyip yanlış ön tanı konulmakta ve yanlış tedavi başlanabilmektedir. Acil servise döküntü ile başvuran hastalarda mevcut lezyonların vaskülit belirtisi olma ihtimalini de göz önünde bulundurarak romatoloji, iç hastalıkları, dermatoloji poliklinik kontrolleri önerilmelidir. Aksi halde hastalar tekrar eden acil servis başvuruları ile erken tedavi imkanınını kaçırmakta ayrıca sağlık sistemine ek maddi yük olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Vaskülit, Purpura, İlaç reaksiyonu

Resim 1. Sağ ayakta diyabetik yara ve üçüncü parmak nekrozu

P-16

DAHİLİ ACİLLER

Uykuda Gelen Tehlike: Respiratuar Asidoz

Hande Asan [1],Melih Arınç [1], Erdem Çevik [1]

[1] SBÜ Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Bir çözeltinin asitlik veya bazlık derecesi pH ölçümü ile gösterilir.Sağlıklı bir insan için ideal pH değerleri 7.35-7.45 arasıdır.pH değeri 7.35 in altına düşerse asidemi, 7.45 in üstüne çıkarsa alakalemi gelişir.pH kontrolleri kan gazı tetkiki ile yapılmaktadır.İdeal kan gazı değerlendirmesi için kan gazı tetkikinde pH, pCO2, mOSM, laktat, HCO3 değerleri, albumin ve elektrolit parametrelerine bakılmalıdır.

VAKA:

Yeme içmede azalma,halsizlik, bulantı ve kusma şikayetleri ile acil servise başvuran 78 yaşında kadın hasta, bilinen diabetes mellitus, hipertansiyon ve KBY tanıları mevcut. Son 2 aydır hemodiyaliz tedavisi (haftada 3 kez) almakta. 2 haftadır kendi hemodiyalize gitmemiş. Fizik Muayenede, GKS:15, koopere oryante TA:156/63 Nabız:95 Ateş:37.5 SPO2:91 Her iki hemitoraks solunum eşit katılıyor, bilateral kaba raller mevcut. Laboratuvar tetkiklerinde üre:220 kreatinin:8.2 K:5 pH:7.31 HCO3:13 PCO2:27 laktat:0.8 Toraks tomografi ile görüntülendi. Her iki akciğerde özellikle subplevral alanlarda yaygın buzlu cam alanları mevcut. Viral pnömoni/COVID-19 açısından şüpheli bulgular, olarak değerlendirildi. Dahiliye ile konsülte edilen hastaya acil hemodiyaliz endikasyonu konulmadı. COVID-19 açısından izole yatış önerilen hastanın takibinde gece 03.20'de alınan kontrol kan gazında pH:6.85 HCO3:9.6 PCO2:57 laktat:1.34 K:4.7 Servis yatağının hazırlanmasını acil serviste bekleyen hastanın 07.00'de tetkikleri tekrarlanmış olup pH:7.4 HCO3:13.6 PCO2:22 laktat:1.34 K:5.7 olarak görüldü. Nefroloji ile tekrar değerlendirilen hasta hemodiyalize alındı.

SONUÇ:

Uyku sırasında solunum kaslarının baskılanması ve solunum sayısının azalmasına bağlı olarak kanda karbondioksit miktarı artar. İlk tetkiklerine göre kompanse metabolik asidozda olan vakamız, uyku sırasında solunumsal kompansasyon mekanizmalarının devre dışı kalması nedeniyle metabolik asidoz üzerine solunumsal asidoz da eklenerek derin asidemiye girmiştir. Uyanıklık sonrasında ise yeniden kompansasyon sağlamıştır. Derin asidemi bulantı, kusma gibi hafif şikayetlerden letarji, stupor ve komaya uzanan mortal seyredebilen kliniklere neden olabilmektedir. Özellikle KBY hastaları acil diyaliz endikasyonu açısından değerlendirilirken bu ihtimal göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Respiratuar asidoz

P-17

Analjezi (Dikloron) Sonrası Nöbet ve Anaflaktik Şok

DAHİLİ ACİLLER

Muhammed Ceviz [1], İsmail Tayfur [1], İsmail Kaftancı [1]

[1] SBÜ Sancaktepe Şehit Profesör Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Acil de sıkça kullanılan ilaçlar anaflaktik şoka sebep olabilir sıkça görülmesede intramusculer ilaç uygulanımı sonrası nöbet ve anaflaktikşok görülebilir.

VAKA:

53 yaş erkek hasta bilinen lomber disk hernisi olan ve acile sık sık bel ağrısı şikayetiyle başvurup analjezik yaptıran hasta tekrar bel ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu.Hasta muayenesinde lomber bölgede ağrısı olduğunu ve sol bacağına yayıldığını ağrının ara ara şiddetlendiğini tarif etti.Hastanın yapılan muayenesinde lomber bölgesinde hassasiyet olup düz bacak kaldırma testinin pozitif olduğu görüldü. Hastanın idrar ve gaita kaçırma şikayeti olmadığı sözel olarak doğrulandı ve hastanın topuk yürüme testinde ağrısının şiddetlendiğini belirtti, düşük ayak vs. başka bir patoloji görülmeyen hastaya dikloron intramuculer enjeksiyon yapıldıktan yarım saat sonra hasta iki taraflı olarak kasılma ya başladı.Hastanın bilinen bir epilepsi öyküsü olmadığı ve daha önce böyle bir durumla karşılaşmadığı yakınları tarafından doğrulandı.Hasta nöbet sonrasında bakılan vitallerin de tansiyonu 80/50 nabız 90 ateş 36.3 ve solunum sayısı 16 olarak kaydedildi.Hastanın ağız içinde uvula ödemi vs başka bir şey görülmedi

SONUÇ:

Hasta nöbet sonrasında çekilen tomografisinde akut bir patoloji izlenmedi.Hasta nöroloji bölümüne Kons edildi, ilaca bağlı nöbet geliştiği söylendi.Hastaya ilaca bağlı nöbet ve anaflaktik şok tanısı konuldu.Hastaya hipotansiyon pozisyonu verilip 1000 ml sf başlandı 0.5 mg adrenalin İM yapıldı. Hasta adrenaline dramatik bir yanıt verdi. Takiplerinde vitallerinde düzelme ve saatlik yapılan nörolojik muayenesinde herhangi bir patoloji izlenmedi. Hasta sekiz saat acil serviste nöbet ve anaflaksi gözlemi yapıldıktan sonra vitallerinin stabil olduğu görüldü. Hastaya analjezik ilacın nöbeti tetiklediği ve buna bağlı anaflaktik şoka girdiği anlatıldı.

Anahtar Kelimeler: Anaflaktik şok, Nöbet, Dikloron sonrası nöbet ve anaflaktik şok

P-18

Akut Dönemde Hemodiyaliz Anjiyoödemin Konvertazı Olabilir Mi?

DAHİLİ ACİLLER

Hazel Deniz Erdoğan [1], Sarper Yılmaz [1]

[1] Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Anjiyoödem (AÖ) çoğunlukla derinin dermis tabakasında belirginleşen, ayrıca solunum ve gastrointestinal sistemin submukozal tabakasında geçici, lokalize ödem ile karakterize bir durumdur. Allerji nedenli AÖ kliniği ile acil servise (AS) başvuran hastaların ilk değerlendirmesi sonrası, hastaya başlanılan tedaviler arasında hemodiyaliz (HD) henüz yoktur.

VAKA:

81 yaşında erkek hasta acil servise 4 saat önce tek doz Non-steroidal antiinflamatuar ilaç kullanımı sonrası; yüzde ve dilde şişme nedenli başvurdu. Hastanın alınan anamnezinde; bilinen hipertansiyon ve kronik böbrek yetmezliği (hemodiyaliz almıyor) komorbidleri mevcut. Ölçülen vital parametreler stabil olarak değerlendirildi. Fizik muayenesinde; dil, dil kökü epiglota kadar ve uvula aşırı ödemli, bilateral vokal kordlar hareketli olarak değerlendirildi. Alt solunum, batın ve nörolojik muayenesi doğaldı. Hastadan hemogram, biyokimya, International Normalized Ratio (INR), troponin, kan gazı tetkikleri alındı. Steroid (1-2mg/kg) ve adrenalin (0,5-0,5-1 mg) intravenöz tedavi ve oksijen 5 L/dk uygulanan hastanın uvula ödemi gerilemedi. Takiplerinde solunum sıkıntısı gelişen hastaya acil trakeostomi açıldı. Takiplerinde kan tetkikleri sonuçlandı; kreatinin:7,33 mg/dL (bazal kreatinin:3,5 mg/dL) üre:155, K:6,20 mEq/L, pH:7,24, HCO3:14,6 mmol/L, pCO_2:34,8 mmHg. Hastaya intravenöz hiperkalemi, antiasidoz ve sıvı tedavisi başlandı. Hastaya dirençli metabolik asidozunun devam etmesi nedeniyle hemodiyaliz önerildi. Yoğun bakım ünitesi takiplerinde steroid tedavisine rağmen anjiyoödemi gerilemeyen hastanın renal replasman sonrası anjiyoödemi geriledi, yüzde- dilde ödemi azaldı. Kontrol tetkikleri kreatinin: 3,75 mg/dL, idrar çıkışı +500 ml, 1-2 lt/dl O_2 desteği ile hemodinamisi stabil olan hasta servis takibine alındı.

SONUÇ:

AS'de acil HD endikasyonları dendiğinde; akut böbrek yetmezliği, kronik böbrek yetmezliğinde üremik semptomlar gelişmesi, hiperpotasemi, metabolik asidoz, hiperkalsemi, hipervolemi, hiperürisemi, hiperfosfatemi, metabolik alkaloz, hiponatremi, yüksek doz ilaç alımı ve zehirlenmeleri gelmektedir. Ek olarak ilk defa HD alan hastalarda HD'nin C5a'yı aktive ederek özellikle "first-use syndrome-ilk kullanım sendromu'' ile alerjik reaksiyonlara ve AÖ'ye neden olabileceği bilinmektedir. Peki akut dönemde steroid ve adrenalin tedavisinden fayda görmeyen ve trakeostomiye kadar ilerleyen nedeni belli olmayan AÖ kliniklerinde HD tedavisi faydalı olabilir mi?

Anahtar Kelimeler: Anjiyoödem, Diyaliz, Acil servis, Konvertaz

P-19

Acil Serviste Unutulan Bir Tanı: Erişkin Still Hastalığı

DAHİLİ ACİLLER

Salih Fettahoğlu [1], Süreyya Tuba Fettahoğlu [1], Vildan Avcu [1], Ümran Arasan [1], Ertuğrul Ak [1], Yavuzselim Koca [1], Serkan Doğan [1]

[1] Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

33 yaşında ateş, halsizlik ile başvuran kadın hastada ateşin aralıklarla seyretmesi beraberinde vücütta döküntülerin olması bize erişkin still hastalığı tanısını düşündürdü. Olabilecek enfeksiyöz nedenlerin dışlanması ile bu tanımız güçlendi. Erişkin still hastalğının nadir görülmesi ve tanısının acil serviste konulmuş olması bu olguyu bir çok yönden ilginç kılmaktadır. Erişkin Still Hastalığı (ESH), ateş, döküntü ve eklem bulguları ile karakterize, etiyolojisi tam olarak bilinmeyen sistemik bir bağ dokusu hastalığıdır. Hastalık tipik deri döküntüleri ve eklem bulguları olmaksızın tek başına yüksek ateşle karşımıza çıkabilmektedir.Biz burada ateş ve ciltte döküntü şikayeti ile gelen tanısal anlamda acil serviste nadir bir hastalık olan erişkin still hastalığı olgumuzdan bahsetmek istedik.

VAKA:

Acil servisimize 33 yaşında kadın son 5 gün içerisinde aralıklarla olan ateş, halsizlik ve son 2 gündür olan boyun altından başlayan döküntü şikayeti ile başvurdu. Bilinen hastalık öyküsü ve ilaç kullanımı yoktu. Bir ay öncesinde C/S ile doğum öyküsü vardı. Son 5 günlük sürede acil servise mükerrer başvurusu olup, viral ÜSYE ve ürtiker tanısı ile tedavisi düzenlenerek taburculuğu mevcut. Hastanın döküntüleri ateş ile artıp ateş düşünce azalıyormuş. Son 2 gündür yaygın eklem ağrısı ve hareket güçlüğü olmuş.Hastanın ateş ile birlikte artan döküntüsünün olması ve buna boğaz ağrısının eşlik etmesi nedeniyle erişkin still hastalığı ön tanısı ile ileri tetkik tedavi amacıyla dahiliye servisine interne edildi.

SONUÇ:

ESH oldukça nadir görülen, sistemik inflamatuar bir hastalıktır. Hastalığın patogonomik bir bulgusu olmaması, sistemik bulgularla ortaya çıkması ve diğer birçok sistemik hastalıkla karışması nedeniyle tanısı zor bir hastalıktır. Dolayısıyla tanı gecikmesi bu olgularda sıkça yaşanmakta, hatta bazı olguların 4-5 ayda ancak tanı aldığı bildirilmektedir. Bu olgumuz erişkin still hastalığı tanısını acil servisimizde almış olup sonrasında ilgili kliniğe internasyonu sağlanmıştır. Bu olguyla birlilte acil servise ateş ile mükerrer başvurusu olup tetkiklerinde belirgin enfeksiyöz bir patoloji saptanmayan ve belirli bir tanı almamış hastalarda ESH olabileceğinin unutulmaması gerektiğini hatırlatmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Erişkin still hastalığı, aralıklı ateş, döküntü, acil servis

P-20

ENFEKSİYON ACİLLERİ

Psoas Absesine Bağlı Menenjit Olgusu

Hazel Deniz Erdoğan [1], Sarper Yılmaz [1]

[1] Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Psoas absesi (PA) nadir görülen, genellikle tanısı zor ve geç konulan bir hastalıktır (1,2). PA çocuklarda ve gençlerde daha sık, yaşlılarda daha seyrek görülmektedir ve genelde abdominal, retroperitoneal lenf nodlarının enfeksiyonu ile ilişkili olarak ortaya çıkar (3). PA primer ve sekonder olarak sınıflandırılır. Primer PA'de etyoloji belli değildir nonspesifik sinsi başlangıç ve kliniğinin farklılığı yanlış teşhis veya tanının gecikmesine neden olur (4).

Menenjit, BOS enflamasyonu olarak tanımlanır, antimikrobiyal ve destek tedavi yöntemlerinde elde edilen gelişmeye rağmen ciddi mortalite ve morbidite nedenidir (5) Özellikle etkili tedavi başlanmasının geciktiği hastalarda, erken tanı koymak önemlidir.

VAKA:

64 yaş erkek, bilinen hipertansiyon, diyabeti olan hasta 10 gün önce başlayan halsizlik, ateş, sırt ağrısı şikayetleriyle immobil halde acil servise getirildi. Güçsüzlük şikayetinin sağ alt ekstremitede başladığı daha sonra tüm vücuda ilerlediği ve 2 gün önce covid karantinasının bitttiği öğrenildi.

Fizik muayenesinde: TA:130/75mmHg, Nabız:76atım/dk, Ateş:37,9, Solunum Sayısı:13 soluk/dk,

Nörolojik Muayenesi: Koopere-oryante, GKS 15, Kas gücü altta bilateral 3 / 5 üstte bilateral 4 / 5, distalde duyu kaybı mevcut. Meninks iritasyon bulguları mevcut

Kas-Eklem Muayenesi: Eklem hareket açıklıkları tam, sağ alt ekstremitede bacak kaldırma testinde ağrı tarifliyor Hastanın diğer sistem muayeneleri doğaldı.

Laboratuvarda, Hgb:11.5g/dL,WBC:23K/uL,CRP:121,8mg/L

Santral görüntülemesinde;MR'ında periventriküler laküner enfarktı mevcuttu. Hastaya muayenesi ve şikayetleri doğrultusunda SSS enfeksiyonu ön tanısıyla LP yapıldı. Gelen örnek pürülandı ve miktarı kısıtlıydı. Acil şartlarda çalışılan LP sonucu bol lökosit olarak yorumlandı. Hastanın iv hidrasyon, antibiyoterapi(2.kuşak sefalosporin), antipiretik ve analjezik tedavi başlandı. LP'den gelenin pürülan olması nedeniyle Paraspinal apse düşünülen hastaya iv kontrastlı abdomen BT tetkiki çekildi. BTsinde sağda psoasta 3*4 cm boyutunda abse ile uyumlu görünüm, spondilodiskit şüphesi mevcuttu. (Şekil 1)

Resim 1: Sağda psoasta 3*4 cm boyutunda abse ile uyumlu görünüm

Hasta drenaj işlemi için girişimsel radyolojiye gönderildi ancak pozisyon verilemediği için işlem gerçekleştirilemedi. Hastaya acil serviste tanısal amaçlı çekilen torakolomber MR sonucunda vertebral uzanım gösteren sağ psoas apsesi, spondilodiskit, apseden yayılıma bağlı L4-5 düzeyinde bilateral foraminal enfekte kolleksiyonlar, torakolomber menenjit(Resim 2) ve anterior epidural flegmon (Resim 3) ile uyumlu bulgular izlendi.

Resim 2: Vertebral uzanım gösteren sağ psoas apsesi, spondilodiskit, apseden yayılıma bağlı L4-5 düzeyinde bilateral foraminal enfekte kolleksiyonlar, torakolomber menenjit

Resim 3: Anterior epidural flegmon

Hasta daha sonra ileri tetkik ve tedavi amacıyla Enfeksiyon hastalıklarına psoas apsesi yayılımına bağlı menenjit tanısıyla devredildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Santral sinir sistemi enfeksiyonu ön tanısıyla LP yapılan ve LP'si pürülan gelen vakalarda spinal apse ön planda düşünülmekle birlikte özellikle psoas apsesi yönünden riskli gruplarda psoas apsesinin de menenjitin bir nedeni olarak akılda tutulması gerekir.

Anahtar Kelimeler: Psoas absesi, Menenjit, Spondilodiskit, Anterior flegmon

REFERANSLAR

1. Gruenwald I, Abrahamson J, Cohen O. Psoas abscess: case report and review of the literature. J Urol 1992;147:1624-26.
2. Mynter H. Acute psoitis. Buffalo Med Surg J 1881;21:202-10.
3. Gruenwald I, Abrahamson J, Cohen O. Psoas abscess: case report and review of the literature. J Urol 1992; 147: 1624-1626.
4. Goldberg B, Hedges JR, Stewart DW. Psoas abscees. J Emerg Med 1984;1: 533-537.
5. de Gans J, van de Beek D; European Dexamethasone in Adulthood Bacterial Meningitis Study Investigators Dexamethasone in adults with bacterial meningitis. NEngl J Med 2002; 347: 1549-1556.

P-21

ENFEKSİYON ACİLLERİ

Seronegatif Ankilozan Spondilit Tanılı Hastada Gelişen Menenjit Olgusu

Alperen Şahin [1], İbrahim Altundağ [1], Mustafa Oğuz Alp Çelik [1], Oğuzhan Daltekin [1]

[1] SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Menejit her yaştan hasta grubunda belli predispozan faktörlere göre sıklığı artan acil tanı tedavi gerektiren bir santral sinir sistemi enfeksiyonudur. N.meningitidis ve S.pneumoniae erişkin grupta en sık etkenlerdir. Acil servise baş ağrısı, ateş, bilinç bulanıklığı ile başvuran her hastada ekartasyon gerektirir. İmmün süprese tedavi alan bireylerde menenjit sıklığı artar. Acil serviste menenjite yönelik tetkikler ve fizik muayeneler uygulanırken, ampirik antibiyoterapi de başlanmış olur. Kesin tanıya lomber ponksiyon, kan kültürü, BOS kültürü gibi yöntemler ulaştırır. Kültür alımı akabinde başlanan antibiyoterapi acil hekiminin primer görevi olmakla beraber yürütülecek tedavi programının başarısına doğrudan etki eder.

VAKA:

20 yaşında erkek hasta ateş, titreme, boğaz ağrısı, lokalize döküntülü lezyonlar ile başvurdu. Bilinen ankilozan spondilit tanısı mevcut ve bununla ilgili metotreksat ve ara ara steroid alıyor. Geliş vital bulguları ; ateş 37.2 santigrat derece, oksijen satürasyonu 98, nabız 77, tansiyon 110/70 mmHG olarak ölçüldü. Fizik muayenede orofaringeal hiperemi harici patoloji görülmedi. Semptomatik tedavi ve ampirik antibiyotik ile gözlem altında tutulan hastada takip esnasında baş ağrısı gelişti. Bunun üzerine kan tetkikleri ve kraniyal bt, difüzyon mr planlandı. Tetkiklerde enfektif parametrelerde yükseklik saptandı. (CRP 11, beyaz küre sayısı 13.000, prokalsitonin 7) Baş ağrısında gerileme olmayan hastaya menenjit, ensefalit ayırıcı tanıları açısından lomber ponksiyon yapıldı. BOS'ta 2000 hücre ve % 99 PNL tespit edilen hasta akut pürülan menenjit ön tanısı ile enfeksiyon hastalıkları kliniğine interne edildi. Kültür sonucu meningokok menenjiti ile uyumlu geldi. 10 günlük seftriakson ve destek tedavi sonucu hasta önerilerle taburcu edildi.

SONUÇ:

İmmün sistemi baskılayıcı her medikal durum menenjit gibi nadir görülen nöroenfeksiyonlar için risk faktörüdür. Acil servis hekimleri basit gibi görünen bir boğaz ağrısı semptomuyla başvuruda bile hastanın medikal özgeçmişini ilaçlarla beraber sorgulamalıdır. Özellikle ateş ve baş ağrısı birlikteliği ve immün bozukluklarda menenjit tanısı ilk akla gelen tanılardan biri olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, menenjit, meningokok

P-22

Acil Servise Pitozisle Başvuran Hastada Kara Mantar (Mukormikoz) Hastalığı

ENFEKSİYON ACİLLERİ

Mustafa Çıtak [1], Umut Ocak [1], Melih Yüksel [1], Mehmet Oğuzhan Ay [1], Halil Kaya [1]

[1] SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, Bursa

GİRİŞ VE AMAÇ:

Bu sunumunun amacı acil servise başvuran pitozis kliniğine sahip steroid kullanım öyküsü olan hastalarda, etiyolojide ciddi, mortal, fırsatçı enfeksiyonların rol alabileceğini vurgulamaktır.

VAKA:

Halk arasında kara mantar hastalığı olarak bilinen mukormikoz primer olarak mukorales grubu fungusların neden olduğu invaziv fungal bir hastalıktır. Hematolojik maligniteler, kontrolsüz diyabet, immünsupresif ajanların kullanımı gibi riskli hasta populasyonundaki artış ile orantılı olarak mukormikoz insidansında zamanla önemli oranda artış bildirilmektedir. Tıptaki tüm gelişmelere rağmen mukormikoz enfeksiyonları halen yüksek mortalite oranlarıyla seyretmektedir. Sağkalımı arttırmak için hastalığın hızlıca tanınması ve erken tedavisi çok önemlidir. Tanı için duyarlı hasta gruplarında klinik olarak mukormikozu ayırıcı tanıda düşünmek çok önemlidir. Mukormikozun kesin tanısı kültür ve histopatoloji ile konulmaktadır. Hastalık lokalizasyonunu ve yayılımını tespit etmek için en kısa sürede uygun görüntüleme yapılmalıdır. Mukormikozda başarılı tedavi erken tanı, altta yatan risk faktörlerinin düzeltilmesi, antifungal tedavinin derhal başlanması ve mümkün ise tüm nekrotik dokuların cerrahi olarak ortadan kaldırılmasıyla mümkündür. Amfoterisin B Lipid formulasyonları halen ilk tercih olarak önerilen antifungal ajanlardır. Mukormikoz, rinoserebral, pulmoner, merkezi sinir sistemi, gastrointestinal, subkutanöz ve nadiren de dissemine form olmak üzere altı değişik formda görülebilir. Bu formlar içinde rinoserebral mukormikoz en sık görülenidir ve rinomaksiller, rinoorbital, rinoorbitoserebral olmak üzere üç alt guruba ayrılır. Rinoserebral mukormikozdaki bulgu ve belirtiler genelde baş ağrısı, rinore, intranazal veya intraoral siyah nekrotik alanlar ve epistaksistir. Hastalığın ilerlemesiyle orbital sellülit, orbital apeks sendromu, kavernöz sinüs sendromu ve merkezi sinir sistemi tutulumu olabilir.

SONUÇ:

Son zamanlarda özellikle COVID-19'a sekonder kullanımında artış gözlenen steroid grubu ilaçlar fırsatçı enfeksiyon riskini artırabilir. Biz de kliniğimize 12 saat önce başlayan sol göz kapağında düşüklük ve sol gözde dışa bakış kısıtlılığı şikâyetleri ile başvuran sol pitozisi mevcut, orbital alan kontrastlı MR görüntülemede kontrast tutulumu olan ve mukor enfeksiyonu olarak değerlendirip acil medikal tedavisini başladığımız ve enfeksiyon hastalıkları servisine yatırdığımız hasta üzerinden ilgili hastalıkları tartışmayı planlamaktayız.

Anahtar Kelimeler: mukormikoz, acil servis, pitozis, steroid, Covid-19

P-23

ENFEKSİYON ACİLLERİ

Fasyal Paralizinin Acil Cerrahi Gerektiren Önemli Bir Sebebi: Otomastoidit, Bir Olgu Sunumu

Alperen Şahin [1], İbrahim Altundağ [1], Mustafa Oğuz Alp Çelik [1], Oğuzhan Daltekin [1]

[1] SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Periferik fasiyal paralizi(PFP) travma, enfeksiyon, malignite ve otitis media gibi sebebin saptanabildiği bazı durumlar haricinde çoğunlukla idiopatik olup Bell's Paralizi olarak adlandırılmaktadır. Etiyolojinin çoğunlukla idiopatik olması, PFP tanısında fizik muayenenin ihmal edilmesine, direkt kranial görüntülemeye başvurulmasına neden olabilmektedir. Bu da PFP sebebinin tespit edilememesi, tedavide gecikme ve ciddi komplikasyonlarla sonuçlanmaktadır. Bu yazıda, acil servise PFP ile başvuran kranial BT incelemesi ile saptanan mastoidit vakasını sunuyoruz. Amacımız PFP ayırıcı tanısında fizik muayenenin önemine ve kranial BT'de beyin parankiminin yanısıra hava ile dolu yapıların da mutlaka incelenmesi gerektiğine vurgu yapmaktır.

VAKA:

35 yaş kadın hasta acil servise yüzde asimetri ile başvurdu. Uzun süredir yüzün ön kısmında ağrısı olan hastanın üç gündür şiddetli baş ağrısı ve sol kulakta ağrısı varmış. Ayrıca iki gündür yüzde asimetri gelişmiş, aralıklarla ateş yüksekliği olmuş. Nazal polip ve kronik otitis media nedeniyle KBB tarafından takip ediliyormuş. GKS:15, vitalleri stabil. Fizik muayenede sol grade-III PFP saptandı. Tragus ve mastoid hassasiyeti vardı. Ayrıca sol dış kulak yolunda ödem, hiperemi ve pürülan akıntı izlendi. Yoğun akıntı nedeniyle timpanik membran net değerlendirilemedi. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar incelemelerinde WBC:11.950/uL, NEU:10.920/uL ve CRP:44mg/dL saptandı. Kranial BT'de pansinüzit ve sol mastoid boşlukta havalanma kaybı izlendi.(Resim-1). Otitis media'ya sekonder mastoidit ve mastoidite bağlı grade-III PFP tanısı konuldu. Seftriakson 2x1gr IV tedavi başlandı. KBB konsülte edilen hasta takip ve tedavi amacıyla yatırıldı, mastoidektomi uygulandı.

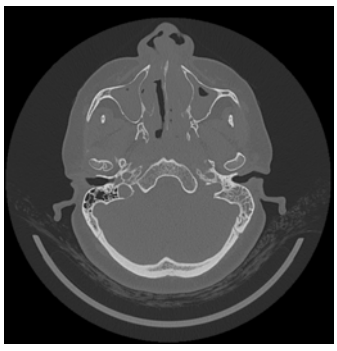
TARTIŞMA VE SONUÇ:

Hava ile dolu yapılar BT'de homojen, simsiyah renkte görülür. Non-travmatik vakalarda mastoid boşlukta havalanma kaybı mastoidit düşündürür. Fasiyal sinirin ekstrakranial bölgede basıya uğraması PFP ile sonuçlanır. Fasiyal sinirin seyri sırasında orta kulak ve mastoid boşluktan geçmesi, otitis media ve mastoiditin PFP geliştirme mekanizmasını açıklamaktadır. Nitekim olgumuzda mastoidite sekonder PFP gelişmiştir. Mastoidit vakalarında PFP gelişmesi acil dekompresyon endikasyonudur. Antibiyoterapi+mastoidektomi gerçekleştirilmektedir.

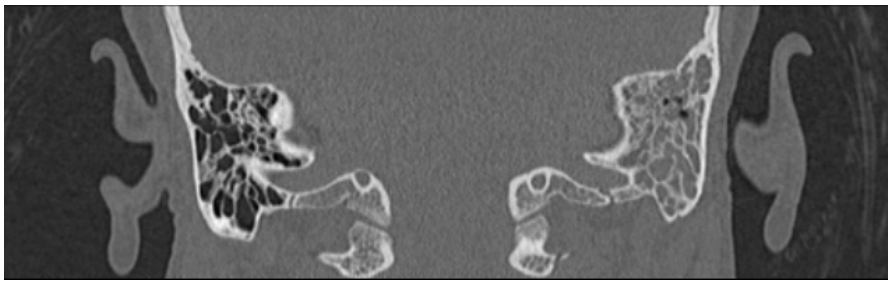
Gerek travmatik gerekse de non-travmatik, baş ağrısı veya PFP ile başvuran hastalarda kranial BT'de beyin parankiminin yanısıra mastoid boşluklar ve sinüslerin mutlaka değerlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, menenjit, meningokok

Resim 1. Aksiyal planda sol otomastoidit görünümü



Resim 2: Koronal planda sol otomastoidit görünümü



P-24

Resüsitasyon Sonrası Bakım

KARDİYOVASKÜLER ACİLLER

Davut Tekyol [1], İbrahim Altundağ [1], Emrah Yürek [1], Metin Öner [1], Oğuzhan Daltekin [1], Sinem Doğruyol [1], Burcu Genç Yavuz [1], Şahin Çolak [1]

[1] SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Kardiyo pulmoner resüsitasyon(CPR) sonrası spontan dolaşımı sağlanan hastalarda resüsitasyon sonrası bakım, sağ kalımda önemli rol oynar. Oksijenizasyon ve ventilasyonun kontrolü, hemodinamik hedefler, koroner reperfüzyon, vücut sıcaklığı, nöbetlerin kontrolü, rehabilitasyon ve uzun vadeli planlar resüsitasyon sonrası bakımda genel hedeflerdir.

Nörolojik veya solunumla ilgili bir nedeni düşündüren belirti veya semptomların yokluğunda veya miyokardiyal iskeminin klinik veya EKG kanıtı varsa, önce koroner anjiyografi yapılmalıdır. Bunu, koroner anjiyografinin, kardiyak bir neden tanımlamada başarısız olması durumunda beyin, akciğer veya diğer sistem tomografi görüntüleri takip etmelidir. Bu olguda amacımız, resüsitasyon sonrası bakımda kardiyak incelemeye dikkat çekmektir.

VAKA:

Acil servisimize mavi kod ile ambulans eşliğinde, 59 yaşında bir kadın hasta getirildi. Astım hastalığı için nefes açıcı ilaçlar alıyormuş. 112, evde nefesi daralan hastayı kardiyak arrest olarak değerlendirmiş ve acil servise gelene kadar 15 dakika CPR, bir defa de defibrilasyon yapmış. Acil serviste etkin CPR'a devam edildi ve 10 dakika sonra spontan dolaşım sağlandı. Muayenede pupiller dilate ve ışık yanıtı vardı, solunum seslerinde bilateral ronküs mevcuttu. Tansiyon:60/40 mmHg, Nabız:80 atım/dakika, parmak ucu O2 saturasyonu %90, ateş:36.8 oC EKG'de V1-V2'de ST elevasyonu ve T negatifliği, eko kardiyografide anterior, apeks ve apikal septum hipokinetik görüldü. Troponin normalin 5 katı artmıştı. Kardiyak nedenli arrest düşünüldü. Nazogastrik sondadan 300 mg aspirin, 600 mg plavix verildi. Kardiyoloji ile görüşülerek invaziv girişim için nakledildi.

SONUÇ:

Spontan dolaşım sağlandıktan sonra, % 94-98'lik bir oksijen satürasyonu veya 75-100 mmHg'lik oksijen basıncı (PaO2) elde edene kadar %100 oksijen verilmelidir.

Resüsitasyon sonrası bakımda Acil kardiyak kateterizasyon laboratuvarı değerlendirmesi ve gerekirse acil peruktan koroner invaziv girişim, EKG'de ST yükselmesi olan yetişkin hastalarda zaman kaybetmeden yapılmalıdır. Hastane dışı kardiyak arrest sonrasında EKG'de ST yükselmesi olmayan ancak yüksek ihtimal ile akut koroner tıkanma düşünülüyorsa acil kardiyak kateterizasyon laboratuvarı değerlendirmesi yine de düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kardiyak arrest, Resüsitasyon

P-25

KARDİYOVASKÜLER ACİLLER

Acil Servise Kalp Tamponadı ile Başvuran Ölümcül Tanı: Aort Diseksiyonu Vakası

Mehmet Gün [1], Merve Akpancar [1]

[1] Turhal Devlet Hastanesi, Acil Servis, Tokat

GİRİŞ VE AMAÇ:

Aort diseksiyonu, aortun media ve intima tabakasının birbirinden ayrıldığı erken tanı ve tedavi gerektiren, 48 saat içinde mortalitesi yaklaşık %50 olan klinik durumdur.Hipertansiyon ve ateroskleroz en önemli risk faktörüdür.Anatomik olarak asendan aortayı (sol subklavian arter öncesi) içeren diseksiyonlar Stanford Tip A olarak sınıflandırılırken,asendan aorta dışındaki tüm diseksiyonlar Tip B olarak sınıflandırılmaktadır.Tip A akut diseksiyonunda cerrahi tedavi ile mortalite azalmaktadır ve acil cerrahi tedavi gerekmektedir.Stanford Tip B akut diseksiyonunda ise erken dönemde konservatif tedavi önerilir. Cerrahi ya da endovasküler girişimler sadece komplike vakalarda tercih edilmektedir.

VAKA:

ŞİKAYET: 72 yaş kadın hasta bilinen ht, dm hiperkolesterolemi hastası.Bulantı, karın ağrısı,baş dönemsi ile başvurudu.

HİKAYE: hasta bir gün önce bulantı için tekrar gelmiş mide koruyucu yazılıp taburcu edilmiş.Rennie aldıktan sonra fenalaşma şikayetiyle tekrardan başvurdu.

Vitaller: TA:90/50, Kş:150, spo2:97, nbz:98 fizik muayene: hastanın genel durum orta ajite. ağrısının fazlalaştığını ifade ediyor. batında hassasiyet mevcut.Akciğerlerde bazallerde minimal ral mevcut. Ekg:st elevasyonu depresyonu yok. voltaj hafif düşük.

Lab: wbc:13000 crp:4 üre/kre:45/0.85 trop:3.7(n) ınr:0.9

Klinik: hastanın takiplerinde tansiyon 60-40 düşmesi üzerine hidrasyon ,inotrop desteği ve kontrastlı toraks+batın bt planlandı.

BT:Çıkan aorta, arkus aorda ve inen aorta boyunca uzanan diseksiyon görünümü mevcuttur.(tip-A).Çıkan aorta 53 mm olup anevrizmatik dilatasyon mevcuttur. Kardiyotorasik oran kalp lehine artmıştır.Perikardial alanlarda en geniş yerinde 19 mm olan perikardial effüzyon izlenmiştir.Tüm abdominal aorta iliak bifurkasyona kadar disseksiyon mevcut.

SONUÇ:

Hasta hızlıca KVC için sevkedildi. Yolda arrest ve exitus oldu.

Aort diseksiyonu hastalarının büyük kısmı hızlı tanı ve tedavi imkanlarına ulaşamadan yaşamını yitimektedir. disseksiyonu için tanı ile cerrahi tedavi arasında geçen süre ne kadar uzarsa prognoz o kadar kötüdür. Bu nedenle özellikle acil servise başvuran hastalarda riski olan hastalarda erken görüntüleme yapılması oldukça önemlidir. Ayrıcaa senkop,karın ağrısı, hemipleji, anksiyete, bulantı,baş dönmesi gibi atipik semptomların aort disseksiyonu bulgusu olabileceği göz önüne alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kardiyak arrest, Resüsitasyon

Resim 1.

Resim 2.

P-26

Şiddetli Extremite Ağrısı ile Gelen Hastada Akut Arter Tıkanıklığı

KARDİYOVASKÜLER ACİLLER

Fulya Koç [1], Melih Arınç [1], Aylin Özbey [1], Dilay Satılmış [1], Erdem Çevik

[1] SBÜ Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Trombüs/emboli nedenli olan akut arter tıkanıklığı gerçek bir acil durumdur. Akut arter tıkanıklığı ekstremitenin ve kişinin hayatını tehdit eder. Tromboemboli kaynağı sıklıkla kalp hastalıklarıdır. Femoral arter bifurkasyonu (%43) , İliak arter (%18) ,Aorta (%15) ve Popliteal arter (%15) sık görüldüğü yerlerdendir. Uzun süreli sigara içimi, Diyabetes mellitus (DM) , hiperlipidemi , hipertansiyon (HT) ve hiperhomosisteinemi risk faktörlerindendir. Ağrı, parestezi ,paralizi ve nabız defisiti bulguları görülebilir.Tanıda laboratuar tetkiklerinde hemogram ,biyokimyasal testler (böbrek fonksiyon testleri , elektrolitler ve lipid profili gibi) ,koagulasyon testleri incelenmelidir. Elektrokardiyografide (EKG)d disritmi veya miyokard iskemisi araştırılmalıdır.Görüntüleme yöntemlerinde doppler ultrasonografi ,manyetik rezonans görüntüleme ve bilgisayarlı tomografi anjiografi kullanılabilir. Tedavide aspirin ,heparin uygulaması, endovasküler girişimlerden intra-arterial tromboliz ve perkutan trombektomi , cerrahi yöntemlerden açık trombektomi , bypass , otolog ven , greft kullanımı , amputasyon tedavisi düşünülmelidir.

VAKA:

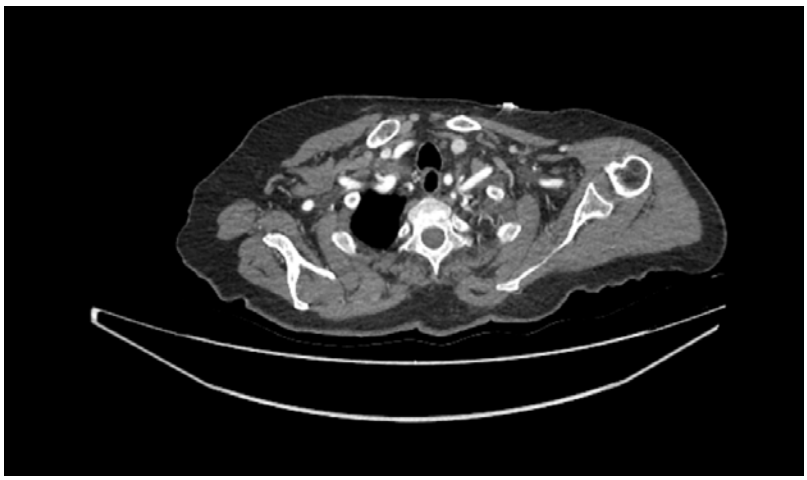
83 yaş kadın hasta acil servise 1 saat önce aniden başlayan sağ kolda ağrı ve sağ elde uyuşma şikayeti ile acil servise başvurdu. HT hastalığı mevcuttu. Düzenli İlaç kullanımı yoktu.Vitalleri 142/100,nabzı 80 atım/dk , ateş 36 derece, oda havasında oksijen saturasyonu %94 idi. Labaratuvar tetkiklerinde anlamlı olarak anormal sonuç olmadığı görüldü. Bilgisayarlı tomografi üst extremite anjiografide sağ axiller arterde trombüs olduğu görüldü (Şekil 1). Kalp ve damar cerrahiye konsulte edildi. Hastaya antikoagülan uygulandı. Kardiyoloji bölümüne mural trombüs için konsulte edildi. Kardiyak ekokardiyografide muayenesi doğal olduğu görüldü. Trombektomi uygulanması için kalp ve damar cerrahisine trombektomi işlemi yapılması için yatışı yapıldı.

SONUÇ:

Ani ekstremite ağrısı veya nörolojik defisitinde akut arter tıkanıklığı ayırıcı tanımızda yer almalıdır. Acil serviste gerekli antikoagülan ve antiagregan tedavi ivedilikle uygulanmalı. Kalp ve damar cerrahisi gibi ilgili branşlarla konsültasyonu yapılmalıdır. Ekstremite ve Kan akımını hızlıca düzeltmek çok önemlidir. Altta yatan etiyoloji araştırılarak tekrarlayan tromboz ve emboliyi önlemek de hedeflenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, Axiller arter trombüsü, Ağrı

Şekil 1: Üst Extremite Bilgisayarlı tomografi Anjiografisi :Sağ axiller artede oklüzyon gelişimi mevcuttur.



P-27 Üreter Basısına Neden Olan Dev Anevrizma

KARDİYOVASKÜLER ACİLLER

Merve Deniz Aydın [1], Sinem Doğruyol [1], Selen Özdemir [1], Oğuzhan Daltekin [1], Mustafa Oğuz Alp Çelik [1], Davut Tekyol [1], Burcu Genç Yavuz [1], Şahin Çolak [1]

[1] SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Inflamatuar abdominal aort anevrizması (İAAA), aort anevrizmaları arasında %3-%10 sıklıkla görülür. Aortanın bu anevrizmatik dilatasyonu, perianevrizmatik yapılarda basıya neden olarak nörolojik, gastrointestinal ve üriner sistem ilişkili çeşitli şikayetlere yol açabilir. Hastalar genellikle şiddetli olmayan, atipik şikayetlerle pek çok branşa başvurmaktadır. Bu nedenle tanı almaları zorlaşmaktadır. Amacımız üreter basısına neden olan iliak arter anevrizması olgusunu sunmaktır.

VAKA:

73 yaşında erkek hasta, acil servise 2 gündür idrar çıkışı olmadığı için ayaktan başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon, diyabet ve koroner arter by-pass cerrahisi mevcuttu. Vital bulguları doğal olup, muayenesinde batın alt kadranlarda palpasyonla hassasiyet izlendi. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar için kan alındı. Mesane sondası ile 50 cc idrar çıkışı gözlendi. Prerenal/postrenal akut böbrek yetmezliği ön tanısı ile üriner sistem ultrasonografisi(USG) istendi. USG'de sağ böbrekte grade 1 hidronefroz izlendiği ancak sağ üreterin net değerlendirilemediği raporlandı. intravenöz kontrastlı batın bilgisayarlı tomografisinde hem abdominal aort düzeyinde hem de her iki ana iliak arter düzeyinde dilatasyon saptandı. Bunlardan özellikle sağ ana iliak arter düzeyindeki anevrizmatik dilatasyonun lümen çapı 56x53 mm ölçüldü. Sağ ana iliak arter düzeyindeki bu anevrizmanın üreter komşuluğunda enflamasyona bulguları izlendi. Hasta İAAA ön tanısıyla, kalp damar cerrahisi kliniğine sevk edildi. İlgili klinikte opere edilen hasta şifa ile taburcu oldu.

SONUÇ:

Üreterde dış basıya neden olabilecek patolojiler retroperitoneal fibrozis, lenf nodu basısı, retroperitoneal bölgedeki tümörler ve abdominal aort anevrizması olarak çeşitlendirilebilirler. Olgumuzda tespit ettiğimiz ve üreterdeki basının nedeni olan İAAA, genellikle abdominal aort anevrizması ile birliktelik gösteren ve sistemik vaskülit ile ilişkili olabileceği düşünülen bir patolojidir. Literatürde İAAA'nın büyük çaplara ulaşmadan tespiti ve erken tedavisi ile çevre dokulardaki inflamatuvar sürecin yok olduğu görülmüştür. Ayrıca üreter obstrüksiyonunun kısmi ya da tam olarak ortadan kalkması da sağlanabilmektedir. Bu nedenle İAAA, üriner sistem obstrüksiyonu olan hastalarda etyolojide akılda bulundurulması gereken bir patoloji olarak acil tıp pratiğimizde yer almalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kardiyak arrest, Resüsitasyon

Resim 1. Sağ üreter etrafında iliak arter anevrizması

P-28

Her Yerde Trombüs Var! LAD, Renal Arter, MCA!

KARDİYOVASKÜLER ACİLLER

Emre İslam [1], Umut Ocak [1], Aksel Özdemir [1], Serhat Çakır [1], Melih Yüksel [1], Mehmet Oğuzhan Ay [1], Halil Kaya [1]

[1] SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, Bursa

GİRİŞ VE AMAÇ:

Akut koroner sendromlar (AKS) ve serebrovasküler hastalıklar (SVH) halen en sık morbidite ve mortalite sebeplerindendir ve genç hastalarda nadiren görülürler. Predispozan faktör olarak yaşlı hastalarda ateroskleroz ön planda iken gençlerde hiperkoagülabilite (trombofili) daha ön plandadır. Kandaki tromboza eğilimin artması ile karakterize olan trombofili, normal fizyolojik süreçte koagülasyon mekanizmalarının aktif olması veya kanama gibi bir durumda koagülasyon mekanizmalarının aşırı aktif olması iledir.

Trombofili kalıtsal veya edinseldir. Kalıtsal trombofili nedenleri antitrombin 3 eksikliği, protein C ve S eksikliği, hiperhomosisteinemi vs. gibi sıralanabilir. Kalıtsal trombofili ilişkili trombozların %95'i venöz sistemde çok azı arteriyel sistemde görülür. Arteriyel tromboza zemin hazırlayan trombofilinin nedenleri arasında hiperhomosisteinemi oldukça nadir görülür ve SVH, AKS, periferik arter hastalığı vb. için bağımsız risk faktörü olarak bilinir.

Biz de acil servisimize üç farklı zamanda üç farklı yakınma ile başvurmuş olan ve sırası ile AKS, akut renal arter oklüzyonu, SVH ve hiperhomosisteinemi tanıları konulan hastamızı sunmayı planladık.

VAKA:

Acil servisimize tipik göğüs ağrısı yakınması ile başvuran 38 yaşındaki erkek hastaya STEMI tanısı konuldu. Acil primer koroner anjiyografiye alındı; sol ana koroner arter (LAD)'de trombüs tespit edildi ve LAD'ye stent takılarak tıkanıklık açıldı. Hasta, taburculuğunun yaklaşık altıncı ayında sol yan ağrısıyla acil servisimize yeniden başvurdu. Yapılan fizik muayene, tahlil ve tetkikler neticesinde hastaya bu defa akut renal arter oklüzyonu tanısı konuldu, trombolitik tedavi verildi. Trombolitik tedaviden fayda görmeyen ve renal kan dolaşımı sağlanamayan hastaya sol nefrektomi uygulandı. Aynı hasta taburculuğunun yaklaşık 6. ayında acil servisimize sağ tarafta tutmama, konuşma bozukluğu ile başvurdu. Akut SVH tanısı konulan hastanın sol ana serebral arterinde (MCA) trombüs tespit edildi. Girişimsel radyoloji tarafından acil trombektomi yapılan hastanın inme ünitesine yatışı yapıldı. Hastada genetik mutasyon araştırması yapıldığı ve hiperhomosisteinemi tanısı konulduğu öğrenildi.

SONUÇ:

Tekrarlayan tromboz atakları sonucu acil servise getirilen hastalarda hiperhomosisteinemi gibi sebepler akla getirilmeli ve arteriyel tromboz durumlarına ilişkin terapötik yaklaşımın invaziv olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İskemik inme, STEMI, Renal arter oklüzyonu, Acil servis, Trombofili

P-29

KARDİYOVASKÜLER ACİLLER

Göğüs Ağrısı ile gelen, Aort Diseksiyonu ve Pulmoner Tromboemboli Birlikteliği

Oğuzhan Yılmaz [1], Egemen Yıldız [1], Aylin Özbey [1], Dilay Satılmış [1], Erdem Çevik [1]

[1] SBÜ Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Aort diseksiyonu (AD) aortun iç tabakasının yırtılarak kanın orta katmana geçmesi ve yüksek basıncın etkisi ile damar içersinde ikinci bir yol oluşturarak ilerlemesi sonucu ortaya çıkan tablodur. En önemli semptomu ani başlayan göğüsten sırta yayılan yırtılma tarzında şiddetli göğüs ağrısıdır. Ağrıyı takiben senkop, nefes darlığı görülebilir. Kol ve bacaklarda nabız kaybı, basınç farkı görülebilir. Debakey sınıflamasına göre AD 3 farklı tipe ayrılır. Tip 1 ve 2 AD'da cerrahi endikasyonu var iken, Tip 3 AD'nda medikal, endovasküler veya cerrahi tedavi yapılabilmektedir(1). Pulmoner tromboemboli (PTE) ise akciğer atardamarının ani tıkanmasıdır ve en sık alt ekstremitede derin ven trombozundan kaynaklanmaktadır(2). PTE hastasında dispne ve göğüs ağrısı en sık bulgulardır. Masif, submasif ve non-masif olmak üzere 3 klinik tipe ayrılır. Biz de bu vakamızda göğüs ve sırt ağrısı ile gelen AD ve PTE'si birlikte olan hastamızın acil serviste (AS) yönetiminden bahsedeceğiz.

Resim 1.

Resim 2.

Anahtar Kelimeler: Göğüs Ağrısı, Aort Diseksiyonu, Pulmoner Tromboemboli

P-30

Abdominal Aort Anevrizmasında Atipik Şikayet

KARDİYOVASKÜLER ACİLLER

Selen Özdemir [1], Deniz Aydın [1], Gizem Aydın [1], Berna Atlı [1], Sinem Doğruyol [1], Burcu Genç Yavuz [1], Şahin Çolak [1]

[1] SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Anevrizmatik arteryel dilastasyon, arterin çapının 1,5 kat genişlemesi durumu olarak tanımlanır. Abdominal aort anevrizması (AAA) tanısı, abdominal aort çapının 3 cm'den büyük olması ile konulur. Bu tablonun sık görüldüğü popülasyon genellikle 60 yaş üstü, erkek, sigara kullanan ve ateroskleroz riski yüksek olan bireylerdir. Abdominal aort anevrizması en sık karın ve sırt ağrısı, hipotansiyon ve batında pulsatil kitle varlığı ile prezente olur. Hastalar bazen senkop, gastrointestinal kanama, bulantı, kusma, flank ağrısı, kasık ağrısı ya da karnın herhangi bir kadranında ağrı şikayeti ile başvurabilir.

VAKA:

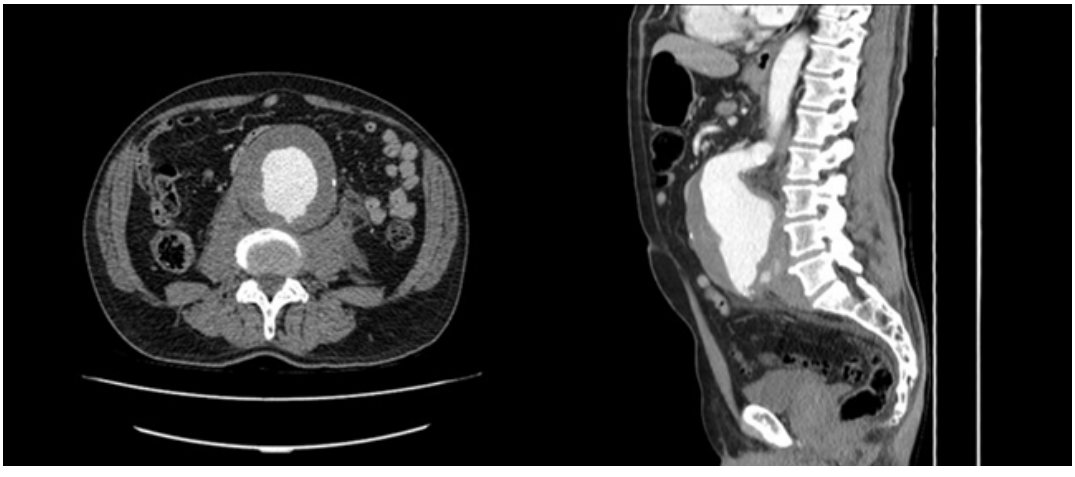
70 yaş erkek hasta, ani başlayan skrotal ağrı nedeniyle acil servisimize başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon, apendektomi öyküsü bulunuyordu. Vital bulguları normal sınırlarda olup, hastanın ilk muayenesinde skrotumda hassasiyet, abdominal alt kadranlarda hassasiyet saptandı. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Hastanın dış merkezde yapılmış ultrasonografi raporunda sağ epididimde 27 mm hidrosel imajı, sol epididimde 25 mm hidrosel imajı varlığı raporlanmıştı. Hastanın kliniğimizde tetkik sürecinde ağrısında ani şiddetlenme, ağrı karakterinde değişme gelişti. Orta kadranlarda, umblikus çevresinde ve belinde ağrı tarifi mevcuttu. Fizik muayenede yeni gelişen defans, rebound saptanmadı ayrıca batında pulsatil kitle hissedilmedi. Hastanın rektal tuşesinde normal gaita bulaşı mevcuttu, periferik nabızları açıktı, ancak sağ alt extremitede dorsalis pedis nabzı palpe edildiğinde azalmış olduğu farkedildi. Laboratuvar parametrelerinde anlamlı patoloji saptanmadı. Hastanın büyük damar yapılarını ve batınını değerlendirmek için yapılan abdomen bilgisayarlı tomografi anjiografi sonucunda: infrerenal düzeyde anevrizmal dilatasyon (92mm) olduğu görüldü. Aort lümeninde tromboz ve diseksiyon ile uyumlu görünüm izlenmiş olup, gerçek lümen çapı 30 mm ölçüldü. Hasta cerrahi girişim için sevk edildi.

SONUÇ:

Abdominal aort anevrizması; rüptüre olması durumunda hızla tanı konulup acil cerrahi onarım gerektiren bir klinik tablodur. Tanı ve tedavideki gecikmeler zaten yüksek olan morbitide ve mortalite riskini daha da arttırır. Bu hastaların bazen atipik semptomlarla başvurabileceği, ayrıntılı bir fizik muayenenin her hasta için akılda bulundurulması gereken bu tanıda en önemli basamaklardan biri olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: abdominal aort anevrizması, rüptür, sktrotal ağrı

Resim 1.



P-31

Aritmide Yakın Monitörizasyonun Önemi

KARDİYOVASKÜLER ACİLLER

Merve Deniz Aydın [1], İbrahim Altundağ [1], Ramis Gökçe [1], Selen Özdemir [1], Davut Tekyol [1], Sinem Doğruyol [1], Burcu Genç Yavuz [1], Mustafa Ahmet Afacan [1], Şahin Çolak [1]

[1] SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Ventriküler taşikardi (VT), his demetinin distalinden çıkan, art arda üç veya daha fazla düzensiz vuruşla, 100-120 vuru/dakikadan daha hızlı herhangi bir kalp ritmini ifade eder. Ritim, çalışan ventriküler miyokarddan, distal iletim sisteminden veya her ikisinden kaynaklanabilir. Non-sustained VT tanımı spontan olarak düzelen kısa epizodları (<30 sn) tanımlarken, sustained VT ise daha uzun süreli epizodları tanımlar. Artmış otomatisite ve tetiklenmiş aktivite mekanizmaları da bulunmasına rağmen re-entry, VT'nin en sık sebebidir. Ventriküler taşikardi hastalarının büyük bir kısmı 50 yaş üstü hastalardır ve çoğunun altta yatan bir kalp hastalığı vardır; miyokard enfarktüsü (MI)/anjio/by-pass hikayesi, konjestif kalp hastalığı gibi... Bu vakamızda genç yaş ve kardiyak hastalık öyküsü bulunmayan hastalarda da çarpıntının gözardı edilmemesi gerektiğine ve yakın monitözasyonun önemine değinmek istedik

VAKA:

22 yaşında erkek hasta, acile önceki akşam alkol alımı sonrası sabah başlayan çarpıntı şikayetiyle başvurdu. Öyküsünde Gilbert Sendromu tanısı, aile hikayesinde ise dedesinde 35 yaş ani kardiyak ölüm öyküsü mevcuttu. Hastanın vitalleri stabildi, tüm sistem fizik muayenesi doğaldı. Hastanın geliş elektrokardiyografisinde (EKG) düzenli iki farklı qrs-t morfolojisi saptandı. Ancak Bigemine Ventriküler Ekstrasistol(VES)? Multipl Odaklı Aritmi? ayrımı yapılamadı. Ciddi semptomatik olan ve aile öyküsü olan hasta monitörize edildi. Hastanın semptomu başladığı esnada monitörde VES atakları görüldü. Hasta non-sustained VT kabul edilerek, kardiyoloji servisine interne edildi. Yapılan ekokardiyografisinde patoloji saptanmadığı, hastaya sol venrtikül çıkış yolu kaynaklı VES ablasyonu yapıldığı dosyalarında görüldü. Takiplerinde çarpıntısı ve/veya tespit edilen bir VT atağı olmayan hastanın bir hafta sonra taburcu edildiği görüldü.

SONUÇ:

Ventriküler Taşikardi, en sık miyokardiyal skar alanının çevresinde oluşan re-entry (örneğin; MI) sonucu sıklıkla ortaya çıkar. Yapısal bir kalp hastalığı olmayan bir hastada VT idiyopatik olabilir ve en sık görülen tipi sağ ventrikül çıkış yolu taşikardisidir. Tedavisiyse kateter ablasyonudur. Kardiyak öyküsü olmayan, genç yaş hastalarda da VT görülebilir. Hastaların yakın monitörize takip edilmesi hem tanı hem de hastanın iyilik hali açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Aritmi, Monitörizasyon, Non-sustained Ventirüküler Taşikardi,

Resim 1.

P-32

İnguinal Ağrı ile Gelen Hastanın Şaşırtıcı Tanısı: İliak Arter Diseksiyonu

KARDİYOVASKÜLER ACİLLER

Ayşın Çatıkkaş [1], Gizem Aydın [1], Selen Özdemir [1], Burcu Genç Yavuz [1], Mustafa Ahmet Afacan [1], Şahin Çolak [1]

[1] SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Pelvik ve inguinal ağrı, arteriyel hastalıkların nadir görülen semptomlarıdır (1). Aortu içermeyen spontan iliak arter diseksiyonu, spesifik semptomunun genellikle olmaması nedeniyle atlanabilmektedir. Ayırıcı tanıya giderken iliak fossada ani başlangıçlı ağrı klinisyeni mutlaka şüphede bırakmalıdır.

VAKA:

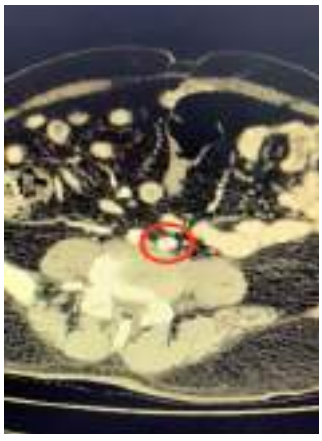
68 yaşında erkek hasta acil servise iki gündür olan kolik tarzda sol yan ağrısı şikayeti ile geldi. Geliş vitallerinde ateş 36.3, tansiyon 137/89, nabız 94 ve satürasyonu %98 idi. Bilenen nefrolitiazis öyküsü yoktu. Bulantı, kusma, dizüri, idrar renginde değişiklik ya da idrar çıkışında azalması yoktu. Bilinen esansiyel hipertansiyon ve diyabet tanısı mevcut olan hastanın geçirilmiş cerrahi öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde sol taraflı kostovertebral açı hassasiyeti vardı. Batın muayenesi rahat, defans ve rebound yoktu. Hastanın istenen kan tetkiklerinde patoloji saptanmadı, idrar tetkitinde ise eritrosit 246 mm3 bulundu. Hastanın kontrastsız batın bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol böbrek alt polde 15 mm çapında kortikal kist gözlendi, nefrolitiazis ya da ürolitiazis saptanmadı. Bilgisayarlı batın tomografi anjiyografisi (BTA)'nde ise sol ana iliak arter proksimalinde kısa segment diseksiyon flebi görüldü (Fotoğraf 1). Hasta kalp damar cerrahisinin olduğu bir merkeze sevk edildi.

SONUÇ:

İliak arter diseksiyonu için bağ doku hastalığı, fibromusküler displazi, ateroskleroz ve yüksek enerjili travmalar bilinen risk faktörleridir (1,2). Genel hastane içi mortalitesi % 5 olan iliak arter diseksiyonunun tek semptomu ani başlayan pelvik ya da inguinal bölge ağrısı olabilir (3). Hastalar alt ekstremite iskemisi ya da klaudikasyon ile de başvurabilirler. Tedavisinde cerrahi, endovasküler onarım ya da medikal takip yapılır. Yapılan çalışmalarda medikal takip önerilen hastalarda uzun dönem mortalite daha yüksek saptanmıştır (3).

Anahtar Kelimeler: arteriyel diseksiyon, iliak arter

Resim 1.



REFERANSLAR

1. Fiorucci B, Tsilimparis N, Rohlffs F, Wipper S, Debus ES, Kölbel T. Isolated Spontaneous Dissection of the Iliac Arteries: False Lumen Embolization as an Adjunct to Percutaneous Stent Grafting. Ann Vasc Surg. 2017;42:300.e1-300.e5. doi:10.1016/j.avsg.2017.02.003
2. Kwak HS, Han YM, Chung GH, Yu HC, Jeong YJ. Isolated spontaneous dissection of the common iliac artery: percutaneous stent placement in two patients. Cardiovasc Intervent Radiol. 2006;29(5):883-885. doi:10.1007/s00270-005-0087-z
3. Zink JN, Maness MM, Bogey WM, Stoner MC. Spontaneous isolated abdominal aortic dissection involving the celiac, superior mesenteric, inferior mesenteric, right renal, left iliac, and right superficial femoral arteries. J Vasc Surg. 2015;61(6):1605. doi:10.1016/j.jvs.2014.04.009

P-33

SOLUNUM SİSTEMİ ACİLLERİ

Üç Farklı Olgu ile Pnömomediastinum

Özgür Tan Aladağ [1], Ceren Çolak [1], Elif Günhan [1], Suna Eraybar [1], Mehtap Bulut [1]

[1] SBÜ Bursa Şehir Hastanesi SUAM, Acil Tıp, Bursa

GİRİŞ VE AMAÇ:

Pnömomediastinum solunum sistemi veya sindirim sisteminde oluşan bir perforasyon sonucu havanın mediastende birikmesi durumudur. Etyolojisinde enfeksiyonlar,travma ve iyatrojenik sebepler rol oynar. Daha nadir olarak da spontan oluşabilir. Bu olgu sunumunda ani başlangıçlı göğüs ağrısı ile acile başvuran ve spontan pnömomediastinum tanısı konulan hastanın tanı, takip ve tedavi süreci sunulmuştur.

VAKA:

OLGU-1 :22 yaş erkek hasta acil servise bir saat önce aniden başlayan göğüs ağrısı sebebiyle başvurdu. Boyun muayenesinde özellikle sağ tarafta alt boyun bölgesinde cilt altı amfizem mevcuttu. Kardiyovasküler ve solunum muayenelerinde belirgin patoloji saptanmadı. Çekilen Bilgisayarlı toraks tomografisinde yaygın pnömomediastinum görüldü Takip ve tedavi amaçlı göğüs cerrahisi servisine yatırıldı.

OLGU-2: Acil servisimize 21 yaşında bir erkek hasta akşam saatlerinde ani başlayan retnosternal ağrı , konuşma yutkunma ne nefes alırken olan batma hissi şikayetleriyle başvurdu. Hastanın Cilt altı krepitasyon saptanmadı .Kontrastsız toraks tomografisinde pnömomediastinum ile uyumlu mediastende serbest hava görünümleri görüldü. Gözlem ve takip amaçlı göğüs cerrahisi yatışı önerildi.

OLGU-3: 64 yaş kadın hasta nefes darlığı, ateş ve solunum sıkıntısı ile değerlendirildi. Ani bıçak saplanır tarzda ağrı ve 3 gündür artan nefes darlığı mevcuttu. Fizik muayenesinde toraksta ve boyun orta hatta cilt altı amfizem ve krapitasyon saptandı. Bilgisayarlı Toraks Tomografisinde yaygın pnömomediastinum pnömoperikardium ve Covid-Pnömonisi düşündürür infiltrasyonları mevcuttu. Hasta takip ve tedavi amaçlı yoğun bakım ünitesine yatırıldı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Pnömomediastinum potansiyel olarak öldürücü bir durum olması nedeniyle hızlı tanı alması ve atlanılmaması önemlidir. Tanıda PA grafisi öncelikli olmakla birlikte Toraks BT en duyarlı tanı yöntemidir. Özellikle genç ve başka hastalığı olmayan ani başlangıçlı göğüs ağrısı ile başvuran hastalarda pnömomediastinumda aklımızın bir köşesinde yer almalı, fizik muayenemizde ve PA akciğer grafisi değerlendirmemizde mutlaka akla getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Pnömomediastinum

P-34

Doğalgazlı Evde Karbonmonoksit Zehirlenmesi

SOLUNUM SİSTEMİ ACİLLERİ

Burak Şahin [1], Merter Gümüşel [1], Konuralp Sağlam [1], İsmail Tayfur [1]

[1] SBÜ Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank SUAM, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Kokusuz, tatsız, renksiz ve irritasyona yol açmayan bir gaz olan karbonmonoksit; karbon içeren materyallerin, tam olmayan yanması sırasında açığa çıkar. Zehirlenmeye neden olması için yanma işleminin gerçekleşmesi gerekmektedir ve bu yönüyle diğer hidrokarbon zehirlenmelerinden ayrılır. Tipik olarak soba ile ısıtılan eve ya da kapalı garajda çalıştırılan otomobilden çıkan egzoz gazına maruziyet ile görülür.

VAKA:

74 yaşında erkek hasta evde konuşamaz ve kusmuş halde bulunması üzerine ambulans yoluyla acil servisimize getirilmiş. Oğlundan alınan anamneze göre; en son 6 saat önce kendinden haber alınan hastaya daha sonra yakınları tarafından ulaşılamaması üzerine hastanın evine gitmişler. Hastayı konuşamaz fakat nefes alır halde bulmuşlar. Komşuları dün akşam hasta ile birlikte tavuk yediklerini belirtiyor. Yemekten sonra kendilerinde herhangi bir şikayet oluşmamış. Ev içinde açılmış ilaç ambalajları görülmemiş, ev doğalgaz ile ısıtılıyormuş, evde gaz ve duman dedektörü mevcutmuş. Eve uğrayanlar evde herhangi bir gaz kokusu almadıklarını ifade ediyorlar. Geliş muayenede GKS:12, vitalleri normal aralıkta, SpO2:95 ve parmak ucu kan şekeri 190 olan hastada sağ üst ekstremitede kas gücü 2/5'ti. İvedilikle çekilen kraniyal BT'de kanama bulgusu saptanmadı. Kan gazı analizinde pH:7.33, pCO2:55, laktat:8.4, karboksihemoglobin:34 olan hastaya rezervuarlı maske ile yüksek volüm O2 başlandı. 20 dakika sonra GKS:15 ve nörolojik bulguları normale dönen hastada çekilen difüzyon MR'da akut difüzyon kısıtlılığı görülmedi. Takibinin ikinci saatinde evindeki kombiden doğalgaz kaçağı tespit edildiği öğrenildi. Hasta, hiperbarik O2 tedavisi amaçlı dış merkeze sevk edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Vakamızda olduğu gibi doğalgaz ile ısınan evlerde yaşayanlarda da karbonmonoksit zehirlenmesi görülebileceğini akılda tutarak hızlı tedaviyi sağlayarak sekel riskini en aza indirebiliriz. Doğalgaz sistemlerinin rutin bakımlarının sağlanması bu gibi durumların yaşanma riskini azaltabilir.

Anahtar Kelimeler: Karbonmonoksit, doğalgaz, zehirlenme

P-35

Dispne ile Başvuran Hastada Postentübasyon Trakeal Stenoz

SOLUNUM SİSTEMİ ACİLLERİ

Vedat Yıldırım [1], Hande Akbal Kahraman [1], Bestami Köse [1], İsmail Tayfur [1]

[1] SBÜ Şehit Prof. Dr. İlhan Varank SUAM, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Postentübasyon trakeal stenoz(PETS) entübasyonun iyatrojenik komplikasyonlarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır ve trakeal stenozların benign nedenleri arasında gösterilmektedir. Entübasyonda düşük kaf basınçlı tüplerin kullanım sıklığının artması ile beraber görülme sıklığı oldukça düşmüş, dolayısı ile acil servise dispne ile başvuran hastalarda etyoloji açıklamasında karşılaşılabilecek nadir nedenler arasına girmiştir.

VAKA:

19 yaşında erkek hasta acil servise iki haftadır devam eden ve giderek artış gösteren dispne şikayeti ile başvurdu. Öyküsünde iki ay önce geçirdiği elektrik çarpması sonrası status epileptikus gelişmesi nedeniyle entübe edildiği ve yaklaşık bir buçuk ay yoğun bakımda takip edildiği öğrenildi. Gelişinde Spo2:91, nabız:120 olarak izlendi. EKG'de sinüs taşikardisi dışında ek bulgu izlenmedi. Fizik muayenesinde solunum seslerinde bilateral azalma ve ekspiryumda uzama izlenen hastanın ek olarak ses kısıklığı da dikkati çekmekteydi.

Kan tetkiklerinde arter kan gazında hipoksi(po2:63), hiperkarbi(pco2:53), respiratuar asidoz(pH:7,29) dışında anomali saptanmadı.

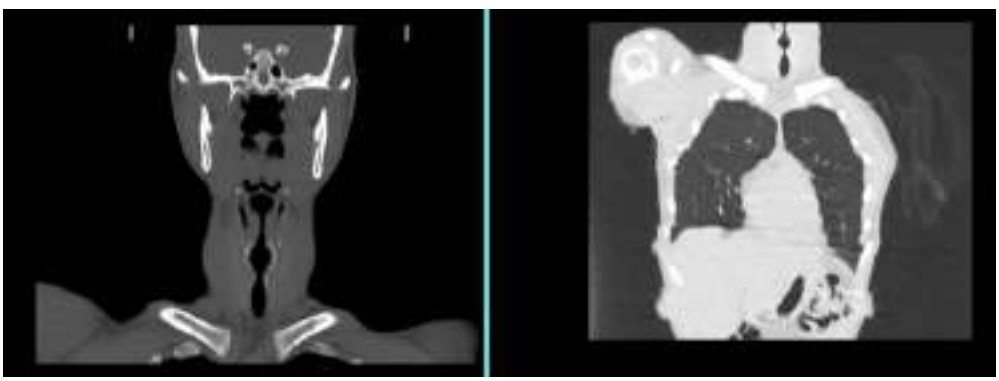
Çekilen Toraks BT'de mevcut durumu açıklayacak parankim patolojisi izlenmeyen hastanın toraks kesitlerinde izlenebildiği kadarıyla trakeasında daralmadan şüphelenildi ve Boyun BT'si çekildi. Boyun BT'de krikoid kıkırdak seviyesinde stenozu ispatlanan hasta rijit bronkoskopi yapılan merkeze sevk edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Trakeal stenozların benign ve tedavi edilebilir nedenleri arasında gösterilen PETS acil servise dispne, ses kısıklığı, horlama ile başvuran; mevcut durumunu açıklayacak akciğer patolojisi izlenmeyen ve öyküsünde özellikle yakın zamanlı entübasyon/trakeostomi öyküsü olan hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Steroid kullanımı, tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonları, hava yolu çapı ile uyumsuz tüp seçimi ve uzamış pozitif basınçlı mekanik ventilasyon uygulaması PETS gelişimi açısından riski arttırmaktadır. PETS, asemptomatik seyredebileceği gibi acil cerrahi girişim gerektirebilecek kadar solunum sıkıntısı ile de prezente olabilmektedir. Tanısında altın standart rijit bronkospopi olup tedavisinde trakeal rezeksiyon ile uç uca anostomoz ilk tercih olarak kullanılmaktadır bazı seçili vakalarda sadece bronkoskopik girişim ile sonuç alınabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Postentübasyon trakeal stenoz(PETS), dispne, bronkoskopi

Resim 1. Boyun BT krikoid kıkırdak seviyesinde trakeal stenoz izlenmekte
Resim 2. Toraks BT kesitlere girdiği kadarıyla trakeal stenoz izlenmekte



P-36

Lokal Anestezik Kullanımına Bağlı Erişkin Hastada Methemoglobinemi Olgusu

SOLUNUM SİSTEMİ ACİLLERİ

Yurdagül Çetin Şeker [1], Ayşe Uysal [1], Hasan Ferhat Kurs [1], Ertuğrul Altınbilek [1]

[1] Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Methemoglobin (MetHb),hemoglobin molekülünde bulunan Fe+2'nin(ferröz),okside olup Fe+3'e(ferrik) geçmesiyle oluşan formdur.Sonuç olarak hemoglobin O2 bağlayamaz,dokulara oksijen iletilemez ve hipoksi gelişir. Methemoglobinemi konjenital veya edinsel olabilir. Kimyasal ajanlara ve ilaçlara maruziyet en sık nedenleridir. Methemoglabin düzeyi normal şartlarda %1'in altındadır, %10-15'in üzerine çıktığında klinik semptomatik hale gelmektedir.Bu olgu sunumunda; perianal abse nedeniyle lokal anestezi altında abse drenajı sonrası acil serviste methemoglobinemi tanısı konulan olgu sunulmuştur.

VAKA:

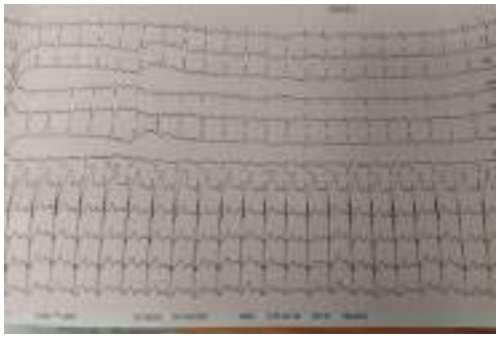
47 yaşında erkek hasta perianal bölgede şişlik ve ağrı yakınması ile özel bir genel cerrahi kliniğine lokal anestezik eşliğinde abse drenajı amacı ile başvurmuş. Hastaya özel bir klinikte uygulanan drenaj sonrasında yaklaşık 40 dk sonrasında nefes darlığı ve baş ağrısı semptomlarının başlaması ve parmak ucu ölçülen spO2:81 olması üzerine hastanesimiz acil servisine 112 ile getirildi. Hastanın geliş muayenesinde solunum sayısı 28, spo2:81 nabız:137 dudaklar hafif siyanotik. Hastaya yapılan muayenede akciğer sesleri bilateral eşit alınıyor, bacaklar arasında çap farkı yok, bilateral nabızlar palpable olup hastanın 1 ay evvel covid-19 geçirdiği ve anamnezin derinleştirilince hastanın yurtdışından uçak ile yolculuk sonrasında operasyona girdiği öğrenildi.Hastaya rezervuarlı oksijen maskesi ile dkda 15 lt oksijen verildi. EKG sinüs taşikardisi,Akciğer seslerinde ek ses duyulmayan hastanın ayırıcı tanıda pulmoner emboli düşünülürken; çalışılan arteryel kan gazında pH:7.61 pCO2:20 mmol/L, pO2:189 mmol/L,SpO2:% 88 ve metHb:%23MetHb değeri yüksek saptanan hastaya lokal anestezik madde kullanımına bağlı methemoglobinemi tanısı konuldu, işlem yapılan klinik ile iletişime geçilip yapılan lokal anesteziklerin miktarı öğrenildiğinde, lidokain (2ml ampül, cc de 20 mg lık) 8 cc, prilokain 17 cc(% 2 lik, yaklaşık 380 mg, 20 cc lik ampule yakın) yapıldığı bilgisine ulaşıldı. Methemoglobinemi ön tanısı ile, hasta yakın takip ve tedavi amacıyla yoğun bakım ünitesine alındı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:

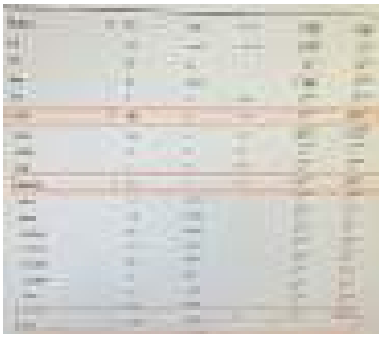
Lokal anestezi ile cerrahi müdahaleler siyanoz gelişen hastalarda olası nedenler arasında methemoglobinemi akılda bulundurulmalıdır. Acil serviste girişim sonrası siyanoze hastalarda dikkatli bir anamnez alınmalı ve lokal anestezik kullanımı sorgulanmalıdır.Hastalar lokal anestezi sonrası belli bir süre gözlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Karbonmonoksit, doğalgaz, zehirlenme

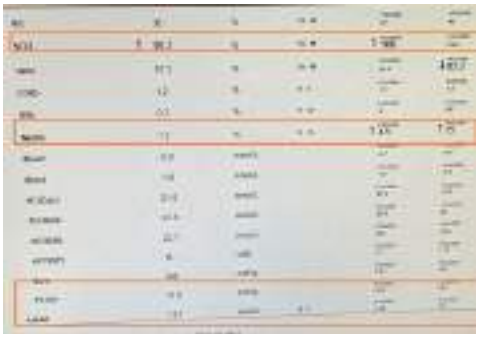
Resim 1.



Resim 2.



Resim 3.



P-37 Endotrakeal Entübasyona Sekonder Trakeal Rüptür ve Boyun Absesi

SOLUNUM SİSTEMİ ACİLLERİ

Metin Öner [1], Oğuzhan Güven [1], Alperen Şahin [1], Cenk Erpala [1], İbrahim Altundağ [1], Şahin Çolak [1], Mustafa Ahmet Afacan [1], Onur İncealtın [2]

[1] SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul
[2] Göztepe Prof Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Trakeal laserasyon; travma ya da iyatrojenik nedenlerle oluşabilmektedir. Cilt altı amfizem hemen tüm olgularda gözlenmekte olup, kesin tanı bronkopik inceleme ile laserasyon ya da rüptürün tespit edilmesiyle konulur. Trakeal laserasyonda temel tedavi seçeneği cerrahi olmakla birlikte seçilmiş olgularda konservatif yaklaşımlar uygulanabilmektedir. Özellikle zor entübasyon sonrası nefes darlığı, boyun ağrısı, göğüs ağrısı gibi semptomlarla başvuran hastalarda akla gelen tanılardan biri trakeal laserasyon olmalıdır.

VAKA:

68 yaş erkek hasta acil servise nefes dalığı ve boyun ağrısı şikayeti ile başvurdu. 1 gün önce genel anestezi altında retinal operasyon geçirdiği ve orotrakeal entübe olduğu öğrenildi. Bilinen hipertansiyon öyküsü mevcut olan hastanın geliş vital bulguları ateş:36,3 ºC, Tansiyon:120/65 mmHg, Nabız: 105/dk, Sat O2: %97, Solunum sayısı:25/dakika idi. Stridoru olan hastanın sol hemitoraksta solunum sesleri azalmış, sol submandibuler alanda krepitasyon ve kızarıklık tespit edildi. Laboratuvar değerlerinde; lökosit 29.000 10*3/uL, nötrofil sayısı 27.800 10*3/uL, CRP 300 mg/l tespit edildi. Çekilen boyun tomografisinde, boyun sol bölümde parafarengeal bölgeden başlayarak solda anterior mediasten ve supraklavikuler bölgelere kadar yumuşak dokular ve boyun fasiaları içinde yayılım gösteren hava dansiteleri ve bu bölgelerde yaygın ödem ile uyumlu değişimler görüldü. Hastada entübasyona sekonder trakeal rüptür düşünüldü ve mevcut kliniğinden ötürü yoğun bakım ünitesine internasyonu yapıldı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Trakeal rüptür; künt travma, penetran yaralanma, ateşli silah yaralanması ve iyatrojenik nedenlerle oluşabilmektedir. En sık görülen iyatrojenik neden entübasyondur. Tek ya da çift lümenli tüp yerleştirilmesi esnasında gelişebilir. Konservatif tedavi, 2 cm'den kısa, komplike olmayan, stabil hastalarda uygulanabilir (1). Acil hekimlerinin, entübayon sonrası post-op erken dönemde dispne, ses kısıklığı, boyun ağrısı gibi semptomlarla başvurularında laringeal ve trakeal yaralanmalar konusunda bilgi sahibi olması, ileri havayolu uygulama yöntemlerini bilmeli ve vakayı ivedilikle yönetebilmesi gerekir.

Anahtar Kelimeler: Boyun Absesi

REFERANSLAR

1. Ozgulder A. Trakeobronşiyal Yaralanmalar. TTD Toraks Cerrahisi Bülteni 2010; 1: 1.

P-38

Acil Serviste Bipolar Duygu Durum Bozukluğu Tanısı Konulabilir Mi?

NÖROLOJİK ACİLLER

Sümeyye Gül Yılmaz [1], Ömer Faruk Karakoyun [1], Ahmet Demir [1], Ethem Acar [1]

[1] Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Acil Tıp, Muğla

GİRİŞ VE AMAÇ:

Bipolar bozukluk (BB) klasik tanımıyla, depresif ve manik ya da hipomanik dönemlerin olduğu, dönemler arası tamamen normal olan ya da minimal belirti düzeyleriyle beraber olduğu düşünülen, yüksek mortalite, morbidite ve hemen her alanda işlev kaybına yol açtığı bilinen ciddi bir ruhsal bozukluktur. Tanı konulmuş BB hastaları tedavi altındayken herhangi bir şikayetleri olmadan yaşamlarını sürdürebilirler. Fakat tedavisini düzensiz kullanan hastalar ya da henüz tanı almamış BB hastaları ciddi psikotik ataklarla ve bu atakların sonuçlarıyla acil servise başvurabilirler. Bu vakamızda ilk tanısı acil serviste konulan BB hastasını sizinle paylaşacağız.

VAKA:

46 yaşında kadın hasta 3 gündür olan anlamsız konuşma, halüsinasyon görme şikayetleri ile eşi ve çocukları tarafından acil servise getirildi. Hastanın kronik hastalığının ve düzenli ilaç kullanımının olmadığı, madde bağımlılığı olmadığı öğrenildi. Hastanın genel durumu iyi, vital bulguları normal sınırlarda iken; GKS: 12 (e5v3m4), dezoryante ve kooperasyonu bozuktu. Nörolojik muayenesi olağan, ense sertliği olmayan hastanın göz altlarında bilateral ekizmoz izlendi.Diğer sistem muayeneleri olağandı. Hasta için ön tanılarımızı SVO, SSS enfeksiyonu, Travma, Darp/istismar, Akut psikoz olarak belirledik. Hastadan rutin kan tetkikleri beyin BT ve diffüzyon MR görüntüleme tetkikleri istendi. Tetkiklerinde enfektif parametreleri normal izlendi. Beyin BT ve MR tetkiklerinde akut patoloji izlenmedi.

Anamnez derinleştirildiğinde 3 gündür uykusuz kalacak kadar meditasyon yaptığı, kendi travmalarından arınmak için çalışmalar yaptığı, yakınlarına çok nadir cevap verdiği öğrenildi. Hastanın ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan bireylerin olduğu öğrenildi. Organik patolojiler dışlanıldıktan sonra hasta psikiyatri bölümüne konsülte edildi. Hastanın düşünce içeriğinde grandiyöz hezeyanlar olması, çağrışımların hızlanmış ve dağılma eğiliminde olması, duygu durumun eleve ve duygulanımın uygunsuz olması, yargılama ve gerçeği değerlendirme yetisinin bozulmuş olması üzerine hastaya "manik epizot döneminde bipolar duygu durum bozukluğu" tanısı konuldu. Medikal tedavisi başlandı.

SONUÇ:

Vakada geçen kavramlar:

- Grandiyöz hezeyan: Kişinin özel bir takım güçleri ya da yetenekleri olduğuna inanması.
- Çağrışım: Davranışlar, düşünceler ve kavramlar arasında yer ve zaman birliğinin etkisiyle kurulan bağlantılar sonucu, bilinç alanına bunlardan biri girince ötekini de bilince çekmesi olayı.
- Duygudurum: İnsanların içinde bulunduğu içsel-dışsal etmenlere göre dalgalanma gösteren ruhsal süreçlerdir. Bu süreçlerin uzun süreli ve olağan dışı şiddette yaşanıyor olmasına ''duygudurum bozukluğu'' denir.

Acil servis hekimleri olarak uzak kaldığımız bu kavramlar psikiyatrik muayenenin içinde olan, tanısal süreçte etkili semptomlardır. Acil serviste karşılaştığımız hastalar hastalıklarının doğası gereği çoğu zaman huzursuz ve gergin olabilirler. Bu durum hasta karşılama ve yönetimi süresince zorluklar yaşamamıza neden olabilir. Psikiyatrik muayene konusunda yetersiz bilgi ve tecrübeye sabit olmamız da bu hastaları yönetmekte acil hekimlerini zor duruma sokabilir. Hastaların organik patolojilerinin değerlendirilmesinin ardından herhangi bir sonuca ulaşılmaması durumunda bu hastalar ile ilgili psikiyatrik tanıların değerlendirilmesi ve psikiyatrik açıdan konsültasyon istenilmesi gerekir.

Anahtar Kelimeler: Bipolar bozukluk

Tablo 1. Bipolar bozukluk tanı kriterleri (Mani Dönemi)

A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az bir hafta süreyle (ya da hastaneye yatırılmayı gerektirmişse herhangi bir süre), neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması.	Bipolar I bozukuğu tanısını almak için en az bir kez mani dönemi tanısı alması gerekir.
B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir: 1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri. 2. Uyku gereksiniminde azalma (örn. yalnızca üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar). 3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma. 4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı. 5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir. 6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda) ya da psikodevinsel kışkırma (ajitasyon) (bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik). 7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn. aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).	
C. Duygudurum bozukluğu, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağırdır ya da psikoz özellikleri vardır.	
D. Bu dönem, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.	
A-D tanı ölçütleri bir mani dönemini oluşturur. İkiuçlu I bozukluğu tanısı konabilmesi için yaşam boyu en az bir kez mani dönemi geçirilmiş olması gerekir.	

REFERANSLAR

1. Angst, J. Bipolar disorders in DSM-5: strengths, problems and perspectives. Int J Bipolar Disord 1, 12 (2013). https://doi.org/10.1186/2194-7511-1-12

P-39

Acil Serviste Akut Solunum Yetmezliğinde Nadir Bir Tanı: Myastenik Kriz

NÖROLOJİK ACİLLER

Hamza Pekmezci [1], Mehmet Aybar [1], Suna Eraybar [1], Mehtap Bulut [1]

[1] SBÜ Bursa Şehir Hastanesi SUAM, Acil Tıp, Bursa

GİRİŞ VE AMAÇ:

Miyastenia gravis (MG), kas sinir kavşağındaki postsinaptik nikotinik asetilkolin reseptörlerine karşı gelişen antikorların neden olduğu periferik sinirlerin otoimmün bir hastalığıdır. Asetilkolin reseptörlerinin sayısındaki azalma, kasların kullanımı ile ortaya çıkan ve dinlenme ile düzelebilen kas gücü azalmasından sorumludur. Kas güçsüzlüğü en sık oküler kaslarda meydana gelir, ciddi olgularda proksimal kas grubu ve solunum kasları da etkilenebilir.

VAKA:

74 yaş erkek hasta, yutma güçlüğü ve nefes darlığı ve güçsüzlük yakınması ile başvurdu. Bilinen Myestania Gravis tanısı mevcut. Mestinon(Pridositigmin) tedavisi başlanmış. Genel durum iyi, şuur açık, oryante koopere. Vital bulguları tansiyon 130790, nabız 79k/dk, SpO2 %90, ateş 36.4. İnspeksiyonda ağız içi sekresyon mevcut. Oskültasyonda Akciğer sesleri azalmakta birlikte alt zonlarda belirgin ral mevcut. Nörolojik muayene doğal, motor, duyu lateralizasyonu ve pitozis yok. Hastanın hecelemesi için sayı sayma testi uygulandığında kelimeler anlaşılmamakta ve 5 e kadar yorulup sayamama mevcut. Hasta monitörize edilerek oksijen desteğine başlandı. Steroid tedavisi uygulandı. Yapılan akciğer görüntülemesi ve rutin biyokimyasal tetkiklerinde özellik saptanmadı. Hastanın hipersalivasyonu ve yutkunma güçlüğü gelişti. Myastenik kriz ön tanısı ile hasta nöroloji uzmanına konsülte edildi. Hastaya pridostigmin tablet verilerek yoğun bakım yatışı yapıldı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Miyastenik hastalarda akut oluşan, şiddetli kuvvet kaybı ve solunum yetmezliği ile karakterize durum miyastenik kriz olarak tanımlanmaktadır. Bu hastalarda mortalitenin en sık nedeni myastenik krizlerdir. Myastenik kas güçsüzlüğü değerlendirmesinde nörolojik muayene kas yorgunluğunu ortaya koyabilecek hece sayma ya da yukarı bakış yorma testi uygulanmalıdır. Pitozis varlığında buz testi uygulanması da tanıda yol göstericidir. Myastenik kriz sonucu gelişen solunum yetersizliği sıklıkla entübasyon ihtiyacı oluşturur ve bu hastaların yoğun bakım koşullarında izlenmesi gerekmektedir. Tedavinin erken dönemde başlanması bu hastalarda yoğun bakım ve solunum desteği ihtiyacını azaltacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Myastenia Gravis, akut solunum yetmezliği, Acil servis

P-40

Rinoplasti Sonrası Körlük

NÖROLOJİK ACİLLER

Burak Şahin [1], İsmail Tayfur [1]

[1] SBÜ Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank SUAM, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Rinoplasti günümüzde sık gerçekleştirilen operasyonlardan biri olup 30 gün içinde acil servis başvurusu, yeniden yatış ya da revizyon cerrahi gerektiren majör komplikasyon sıklığı %0.7 olarak görülmüştür.(1) Literatürde, rinoplasti sırasında hyaluronik asit enjeksiyonu sonrası oftalmik arter obstrüksiyonu nedeniyle görme bozukluğu gelişen vakalar bildirilmiş olsa da posterior sirkülasyon bozukluğuna bağlı görme bozukluğu bildirilmemiştir.

VAKA:

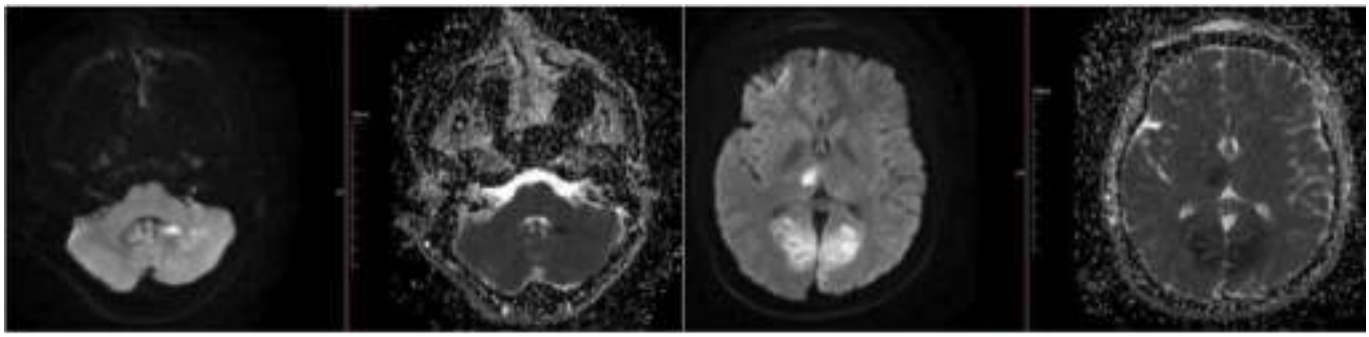
Hipotiroidi nedenli levotiroksin sodyum dışında düzenli ilaç kullanım öyküsü olmayan, saat 21:00'da dış merkezde kozmetik amaçlı rinoplasti operasyonu geçiren 26 yaşında kadın hasta, saat 02:30'da ani gelişen "tam körlük" şikayeti ile acil servisimize ambulans aracılığıyla getirildi. Fizik muayenede bilinci açık, oryante ve koopere olan hastada ışık refleksi doğal olup spontan göz hareketleri mevcuttu. Fasiyal asimetri ve lateralizan bulgu mevcut değildi. Semptomların gelişmesinin 4.saatinde tarafımıza başvuran ve opere olduğu merkezde halihazırda Kraniyal BT ve Difüzyon MR çekilmiş olan hastanın BT görüntülemesinde kanama görülmedi. Difüzyon MR incelemesinde sağda talamus anteriorunda, bilateral hipokampusta ve bilateral oksipital lob medial kesimlerinde, supraventriküler düzeyde solda sentrum semiovale içerisinde ve sol serebellar hemisferde difüzyon ağırlıklı görüntülerde hiperintens, ADC haritada hipointens sinyal değişikliği izlendi. (Görsel.1) Pre-op koagülasyon markerları ve platelet düzeyi normal düzeyde olan hastada acil IV trombolitik tedavi amacıyla inme timi aktive edildi. IV trombolitik tedavi sonrası nörolojik muayene bulgularında değişiklik olmayan ve çekilen kontrol kraniyal BT'de kanama görülmeyen ve BT anjiyografide bazillar arter distalde bifurkasyon öncesinde akım görülmeyen hasta, mekanik trombektomi amacıyla dış merkeze sevk edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Rinoplasti sonrası nörolojik komplikasyonlar klinik pratikte oldukça nadiren karşılaşılması nedeniyle göz ardı edilmeye eğilimlidir. Hastaların risk faktörleri açısından pre-op değerlendirilmesi ve hasta bazlı risk düşürücü yaklaşımların sağlanması komplikasyon olasılığını düşürmede önemli rol oynayabilir. Hastaların post-op takiplerinde ise sık nörolojik muayene ve gerekliliğinde hastanın hızla inme merkezine nakli sekel gelişme olasılığını düşürebilir.

Anahtar Kelimeler: Rinoplasti, İnme, Nörolojik komplikasyon

Resim 1. Hastanın eşkesitlerde solda difüzyon ağırlıklı, sağda ADC görüntüleri (sol iliki serebrellar, sağ ikili talamik seviyede)



REFERANSLAR

1. Layliev J et al. Incidence and preoperative risk factors for major complications in aesthetic rhinoplasty: analysis of 4978 patients. Aesthet Surg J 2017;37(7):757–67.

P-41

Tüberküloz'un Nadir Bir Tutulum Yeri ; Beyin Absesi

NÖROLOJİK ACİLLER

Ali Sarıdaş [1], Murat Duyan [2], Nedim Uzun [3]

[1] Prof. Dr.Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul
[2] Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, Antalya
[3] Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Acil Servise bilinç bulanıklığı ve ateş ile gelen hastalarda tanı ve tedavide doğru yol izlemek morbidite ve mortaliteyi azaltacığından çok önemlidir. Ön tanıda Metabolik veya sistemik bozuklukların yanı sıra yapısal lezyonlar akla getirilmelidir.Ayırıcı tanıda İntrakranial yapısal patoloji ekartasyonu için kranial görünteleme yapılması gerekebilmektedir. Santral sinir sistemi tüberkülozu, tüberkülozun en kötü seyirli formudur ve genellikle tüberküloz menenjit veya tüberküloma şeklinde görülür. Bazı ülkelerde, tüberküloz intrakranyal kitlelerin %10-30'unu oluşturur(1). Ekstrapulmoner tüberküloz, akciğer dışı organların tüberkülozudur. Teşhisi, bir kültür pozitif örnek, histopatolojik olarak veya uyumlu klinik bulguların bulunması ile konur(2).

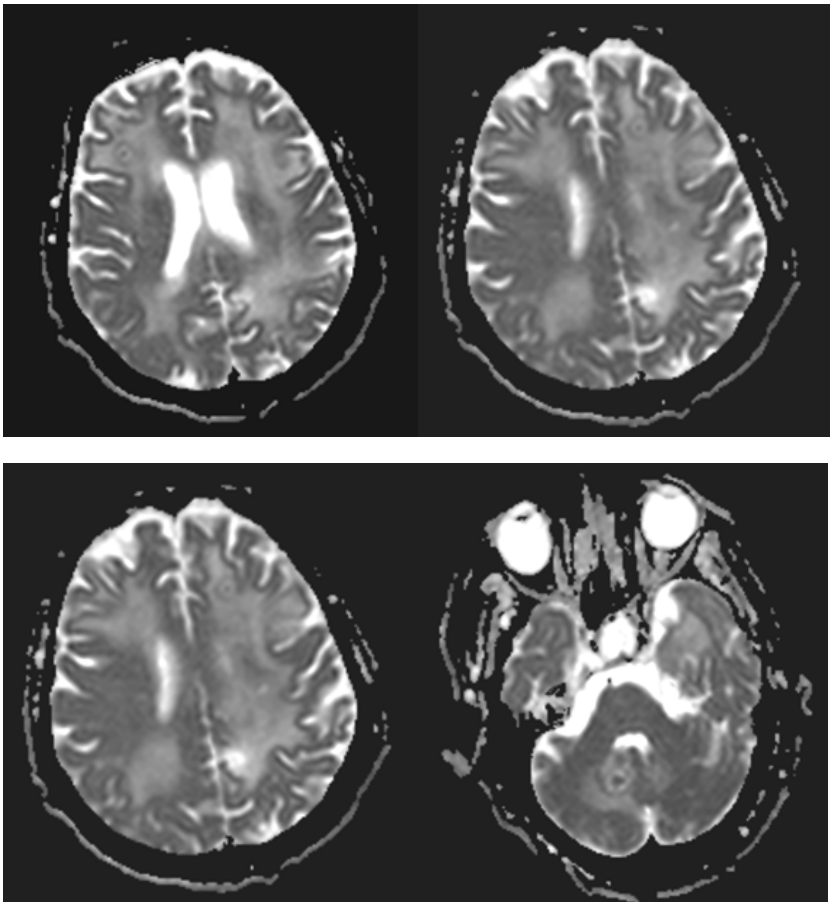
Merkezi sinir sistemi tüberkülozu; tüberküloz menenjit, intrakranial tüberkülomlar, spinal tüberküloz araknoiditistir. İlk kez Adams tarafından 1896'da tanımlanan tüberküloz beyin apsesi, sıklıkla tüberkülomun kazeifiye merkezinin erimesi ile tüberküloz basillerinin üremesi sonrasında gözlenir(3). Tüberküloz apsesinin santralinde aside dirençli basil bulunan pürülan materyal ve duvarında epiteloid granüloma içermeyen vasküler granülasyon dokusu bulunur. Bu lezyonların tedavisinde uzun süreli antitüberküloz tedavinin yanısıra cerrahi eksizyon ve stereotaktik aspirasyon yöntemi uygulanmaktadır (4). Bu olgu önceden tüberküloz tanısı olan hastalarda tüberkülozun beyin tutulumunu ön tanı olarak düşünmek amacıyla sunulmuştur. Bu olgu sunumunda acil servise ani gelişen bilinç bulanıklığı ile getirilen ve tüberkülozun nadir bir komplikasyonu olan beyin absesi tanısıyla servise yatırılan bir olgu sunulmuştur.

VAKA:

1954 dogumlu kadın hasta son 2 gündür progresif gelişen bulanık görme, bilinç bulanıklığı, baş ağrısı ve senkop şikayetleriyle acil servise başvurdu. Son 2 gundur aralıklı ateş yükseklikleri de yaşadığı öğrenildi. Hastanın arteriyel tansiyonu 90/40,kalp tepe atımı 110,solunum sayısı dakikada 21,vücut ısısı 39.3, kan şekeri 80, oksijen saturasyonu 95,GKS'si 13(M5V4G4)'tü. Dinlemekle solunum sesleri doğal idi. Laboratuar tahlillerinde wbc:3 CRP:117 Prokalsitonin:1.01 enfektif parametreler dışında anlamlı sonuç saptanmadı. 10 sene önce tüberküloz öyküsü mevcuttu. Şu an herhangi bir profilaksi almadığı öğrenildi. Bilinen tüberküloz dışında Hipertansiyon ve kronik böbrek yetmezliği ek hastalıkları mevcuttu. Tedavisinde IV antibiyoterapi ve parasetamol flakon uygulandı.

Beyin tomografisinde şüpheli bulgular saptanan hastanın Çekilen kranial MRG'de; ventriküler sistemde şiddetli hidrosefali, lateral ventriküller çevresinde subepandimal BOS rezorpsiyonu, beyin parankiminde supratentoryal alanda ödeme sekonder sulkuslarda silinme, intravenöz kontrast madde uygulama sonrası özellikle bazal sisternlerde ve bulbus çevresinde leptomeninkste yaygın kontrastlanmalar izlendi (Resim 1, 2,3,4).

Resim 1,2,3,4: Diffüzyon kranyal MRG; sağ frontobazal silvian fissür komşuluğunda 2,5x3x3 cm ve sağ cerebelllum komşuluğunda 1,5x1,5x1 cm. boyutlarında, yuvarlak, çevresel hipodens lezyonlar



TARTIŞMA VE SONUÇ:

Bilinç bulanıklığı ve ateş acil servise sık başvuru nedenlerinden biridir. Öncelik hasta vital kontrollerini yapmak sonra da stabilizasyonu sağlamaktır. Bilinç bulanıklığı etiyolojisinde metabolik ve sistemik hastalıklar %85, yapısal lezyonlar (travma, serebral hastalıklar, tümör, enfeksiyon vs.) %15 rol almaktadır (5). Radyolojik görüntüleme; tanıda ve izlenmede kullanılmaktadır. Beyin tomografisinde; tipik olarak baziller araknoidit, meninkslerde kalınlaşma, ventriküllerde dilatasyon, hidrosefali, supratentorial beyin parenkimi ve sapında infarctüs en önemli bulgularıdır. Bizim hastamıza çekilen beyin tomografisinde; Bilateral periventriküler ak maddede hipodansiteler izlendi (kronik yaygın küçük damar iskemisine sekonder). Hastaya çekilen diffüzyon kranial MRG; Serebellumda ve supratentorial nöral parankimde büyüğü yaklaşık 1cm ölçülen çoğunlukla kortikomedüller bileşke yerleşimli hafif halkasal tarzda cidarsal diffüzyon kısıtlılığı gösteren çok sayıda parankimal lezyon izlenmektedir(tuberkulom?). Perilezyonel ödem mevcuttur. MR bulguların daha duyarlı olduğu bildirilmiştir. Leptomeningeal hastalığının derecesi, tüberkülomlar, abseler ve infarkt gibi anomalilerin saptanmasında, hidrosefalinin gösterilmesinde tomografiye göre daha üstündür(6,7) . Uzun süreli olgularda eksuda yoğunlaşır ve kitle benzeri etki gösterebilir, özellikle optik sinir, kiazmaya ve 2., 3., 4. ve 6. kraniyal sinirlere bası etkisi yapar (8). Kraniyal nöropatilerden 3., 4., 6. kraniyal sinir paralizileri diplopiye neden olabilirler (9). Küçük ve büyük damarlarda obliteratif vaskülit oluşumu ve supraklinoid internal karotid arterde daralma beyin parankiminde infarkta neden olur. İnfarkt sıklıkla bazal ganglionlardadır ve hemipareziden hareket bozukluğuna kadar farklı tablolar sergiler (10). Hastamızda başvuru anında 3., 4. ve 6. kraniyal sinir nöropatilerine bağlı diplopi mevcuttu ve tedavi ile düzelme sağlandı. Ancak sonradan gelişen parapleji, büyük olasılıkla enfarkta sekonderdi.

Sonuç olarak extrapulmoner tüberkülozun en ciddi klinik formu olan tüberküloz beyin absesinde ; gecikilmiş teşhis ve tedavi, mortalite ve şiddetli morbidite ile ilişkili olduğundan erken tanı ve tedavi temel ilkedir. Özgeçmişinde tüberküloz öyküsü olan ateş ve bilinç bulanıklığı ile acil servise gelen hastalarda tüberküloz menenjit dışında tüberküloza sekonder beyin absesi de düşünülmelidir. Sonuç olarak anamnezin dikkatlice alınması ve doğru intrakranial görüntülemelerin yapılması hayat kurtarıcı olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Myastenia Gravis, akut solunum yetmezliği, Acil servis

REFERANSLAR

1. Whitener DR: Tuberculosis brain abscess. Arch Neurol 35 (3): 148-155, 1978
2. TB/HIV A clinical manual; WHO/HTM/TB/2004;.329: 104
3. Chandramukhi A, Vassudeva Rao T, Subba Rao AN: Tuberculosis brain abscess. Neurol India 29: 38-42, 1981) (Gonzalez PRM, Herrero CV, Joachim GF, Ocana CR, Sevilla GC, Loyzaga PG: Tuberculosis brain abscess : J Neurosurg 52: 419-422, 1980
4. Whitener DR: Tuberculosis brain abscess. Arch Neurol 35 (3): 148-155, 1978
5. Cooke JL, Barsan WG. Altered Mental Status and Coma. In: Barton ED, Collings JL, DeBlieux PM, Gisondi MA, Nadel ES, Editors. James G. Adams. Emergency Medicine. Canada: Saunders Elsevier: 2008: p. 101-5
6. Bernaterts A, Vanhoenacker F.M., Parizel P.M. et all:Tuberculosis of the central nervous system overview of neuroradiological findings. Eur Radiol 2003 13:1876-1890
7. Corr D Peter, Tuberculosis CNS emedicine. http://www.emedicine.com/RADIO/topic720.htm
8. 21. Yüzyılda Tüberküloz Sempozyumu ve II. Tüberküloz Laboratuvar Tanı Yöntemleri Kursu, Samsun Tüberküloz Menenjit-Doç. Dr. Mustafa SünbülOndokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Samsun
9. Göktaş P, Ceran N, Coşkun D, Hitit G, Karagül E, Özyürek S. Otuz Sekiz Erişkin Tüberküloz Menenjit Olgusunun Değerlendirilmesi. Klimik Dergisi. 1998; 11(1): 15-8
10. Göktaş P ve ark. Santral Sinir Sistemi Tutulumu ile Ortaya Çıkan Bir Dissemine Tüberküloz Olgusu 37. Ulusal Nöroloji Kongresi. 31 Ekim-4 Kasım 2001, Kemer/Antalya

P-42

Genç Bir Hastada Wernicke Korsakoff Sendromu

NÖROLOJİK ACİLLER

Berna Atlı [1], Gizem Aydın [1], İbrahim Altundağ [1], Selen Özdemir [1], Burak Özçelik [1], Filiz Hasasu Oktay [1], Burcu Genç Yavuz [1], Şahin Çolak [1]

[1] SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Wernicke-Korsakoff Sendromu(WKS), tiamin(B1-vitamini) eksikliğine bağlı gelişen, nöropsikiyatrik bulgularla karakterize bir patolojidir. WKS iki komponente sahiptir. İlki akut nörolojik bulgularla karakterize, acil tedavi gerektiren, müdahalesiz olgularda nörolojik sekel ve ölümün görüldüğü, Wernicke ensefalopatisi; ikincisi apati, hallüsinasyon, konfobülasyon, ajitasyon gibi psikiyatrik bulgularla karakterize Korsakoff psikozudur. Korsakoff psikozu, çoğunlukla Wernicke ensefalopatisinin bir sonucudur. WKS kronik alkolizm başta olmak üzere açlık grevi, kronik malnutrisyon, hiperemezis gravidarum, kanser nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Risk faktörlerinin yanısıra semptom ve fizik muayene bulguları da tanıda önem arz etmektedir.

VAKA:

Bilinen hastalık/ilaç kullanımı olmayan 23 yaş erkek hasta acil servise bacaklarda güçsüzlük, hallüsinasyon, anlamsız konuşma ve şaşılık nedeniyle başvurdu. Anemnez derinleştirildiğinde kronik alkolizm ve aralıklı madde kullanım öyküsü olduğu öğrenildi. GKS:14. Bilinci açık, konfüzeydi. Hasta yaklaşık 10 gündür alkol/madde kullanmadığını belirtti. FM'de bilateral nistagmus, binoküler diplopi, sağ gözde tropya, bilateral dismetri ve ataksi saptandı. Laboratuvar sonuçlarında Na:128, Cl:89, ALT:132, AST:136, kan gazında ph:7.38, HCO3:17, laktat:8.9 saptandı. Kan etanol düzeyi ve idrarda madde taraması negatifti. Beyin BT'de patoloji saptanmadı. Beyin MR flair sekansında diensefalon ve mezensefalonda hiperintens lezyonlar saptandı. Anamnez, FM ve flair bulgularıyla birlikte WKS tanısı konulan hasta nöroloji servisine interne edildi. Tiamin 600mg/gün IV tedavi verildi. Yatışının 10. gününde nörolojik semptomları gerileyen, bilinci düzelen hasta önerilerle, AMATEM'e başvurmak üzere taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Wernicke ensefalopatisinin klasik triadı olan ensefalopati, oftalmopleji ve ataksi çoğunlukla(%83) birlikte görülmez, hatta kimi olgularda(%11) hiçbir klasik semptoma rastlanmaz. Semptomlar arasında en sık konfüzyon ve diğer bilinç bozuklukları(%82), ardından nistagmus ve lateral rektus paralizisi gibi okülomotor bulgular(%29), ataksi(%23) ve polinöropati(%11) görülür. Bilinç durumu hastanın tiamin rezervine bağlı değişmekle birlikte, tanıda 10 gün ve üzerinde gecikme yaşanması genellikle derin komayla sonuçlanmaktadır. Klasik semptomlar varlığında erken tanı ve tedavi ile mortalite-morbidite azaltılabilirken, atipik semptomlarla prezente olan vakalarda tanıda gecikme ve mortalite görülebilmektedir. Bu sebeple WKS sadece yaşlı, alkol bağımlısı bireylerde görülen, nadir bir hastalık olarak düşünülmemelidir.

Anahtar Kelimeler: Wenicke ensefalopatisi, korsakoff psikozu, wernicke korsakof sendromu, wks, tiamin, alkol, kronik alkolizm

P-43

Alkol Alımı ve Kafa Travması

NÖROLOJİK ACİLLER

Selen Özdemir [1], Deniz Aydın [1], Berna Atlı [1], Gizem Aydın [1], Sinem Doğruyol [1], Burcu Genç Yavuz [1], Şahin Çolak [1]

[1] SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Alkol alımının eşlik ettiği travma nedeniyle acil servise başvuran hastalarda, anamnez ve fizik muayenenin değerlendirilmesi zor olabilir. Alkol alımına bağlı bilinç değişiklikleri ile travmatik beyin yaralanmaları bulguları arasında benzerlik görülebilir. Epidural hematom, subdural hematom, travmatik subaraknoid kanama, diffüz aksonal hasar, kortikal kontuzyon, intraserebral hematom, diffüz beyin ödemi kafa travmasına bağlı gelişebilecek başlıca travma komplikasyonlarıdır. Bilgisayarlı tomografi (BT) ile beyin görüntülemesi beyin hasarını göstermede spesifitesi ve sensitivitesi yüksek bir tanısal araçtır. Biz bu olgu sunumunda alkol alımının eşlik ettiği bir travma vakasında saptadığımız intrakranial hemoraji olgusunu sunmayı hedefledik.

VAKA:

66 yaşında kadın hasta, alkol alımı sonrası aynı seviyede düşme nedeniyle ambulans ile acil servise getirildi. Özgeçmişinde koroner arter hastalığı, asetil salisilik asit ve klopidogrel kullanımı mevcuttu. Gelişinde vital bulguları stabildi. Alkol alımı nedeniyle hastanın muayeneye uyumu zayıf olup kooperasyonu kısıtlıydı, kafatasında oksipital alanda hassasiyet, sağ pariyetal alanda ödem tespit edildi. Diğer sistem muayenelerinde özellik saptanmadı. Travma bulgularına yönelik X-ray ve BT görüntülemeleri istendi ve alkol toksisitesi açısından laboratuvar tetkikleri yapıldı. Etanol düzeyi 190mg/dl ölçülmüş olup diğer laboratuvar testlerinde dikkat çekici bir özellik saptanmadı. Beyin BT sonucunda; sağ frontal lob infero-posteriorunda parankimal hemoraji alanı, tentorium serebelli sol tarafta subaraknoid kanama izlenmesi üzerine hasta beyin ve sinir cerrahisi servisine devredildi.

SONUÇ:

Acil servise alkol alımı ile başvuran hastalarda; hasta ile iletişim, anamnezin ayrıntılı alınabilmesi ve fizik muayenenin değerlendirilmesi kimi zaman zor olabilir. Olgumuzun etanol düzeyi ayakta durma, yürüme ve konuşmada güçlük çekme, denge ve koordinasyonun bozulmasına yol açabilecek düzeydeydi. Ayrıca belirgin olarak sarhoşluk hali mevcuttu ve reaksiyon zamanı uzamıştı. Klinik değerlendirmenin zorlaştığı bu gibi durumlarda kranial BT hastaların tanı sürecinde mutlaka akılda bulundurulması gereken bir tetkiktir. Alkol alımına bağlı bilinç değişiklikleri altta yatan intrakraniyal patolojiyi saklayıp tanısının geç konmasına neden olabilir.

Anahtar Kelimeler: Kafa Travması

P-44

Aripiprazol Kullanımı Sonrası Akut Distonik Reaksiyon

NÖROLOJİK ACİLLER

Ayşın Çatıkkaş [1], İbrahim Altundağ [1], Burcu Genç Yavuz [1], Mustafa Ahmet Afacan [1], Şahin Çolak [1]

[1] SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Akut distonik reaksiyonlar, dopaminerjik ve kolinerjik sistem arasındaki dengenin kolinerjik sistem lehine bozulması nedeniyle ortaya çıkan, istemsiz kas kasılmaları ile karakterize hareket bozukluklarıdır (1). Genellikle dopaminerjik reseptörleri bloke eden ajan kullanımından kısa bir süre sonra gelişir (3). Özellikle antipsikotik ve antiemektik kullanımından sonra sıkça görülür. Bilinen bütün antipsikotiklerin distonik reaksiyon meydana getirme riski mevcuttur (3). Distoninin bukkolingual kasılma, okulojirik kasılma, tortikollis, tortipelvik kasılma ve laringeal distoni gibi farklı prezentasyonları vardır (2) . Antikolinerjikler ve benzodiazepinler distonik yan etkileri geri çevirmede acil servislerde sıklıkla tercih edilen ajanlardır (2).

VAKA:

20 yaşında erkek hasta, yüzünün sağ tarafı ve her iki omuzda kasılma şikayetleri ile acil servise başvurdu. GKS'u 15 olan hastanın vital değerlerinde tansiyonu 138/73, nabız 113, ateş 36.8 ve satürasyonu %99'du. Hasta kendisine madde bağımlılığı tedavisi için aripiprazol içerikli yeni bir ilaç verildiğini ve bu ilacı kullandıktan dört saat sonra kasılmalarının başladığını belirtti. Muayene sırasında istemsiz kasılmalarından dolayı oldukça ajite olan hastada, yüzün sağ tarafında kasılmaya bağlı fasiyal asimetrisi mevcuttu. Dilinde ve sağ omuzunda kasılmaları vardı (Resim 1). Acil serviste IV hidrasyon ve 5 mg IV Biperiden uygulaması sonrası hastanın istemsiz kas kasılmaları sonlandı (Resim 2. Hastanın kas hareketleri kontrol edilebilir duruma geldi. Hasta acil servisten psikiyatri poliklinik kontrolü önerisiyle taburcu edildi.

SONUÇ:

Akut distoni sıklıkla, yeni başlanan antiemetik ve antipsikotik ilaç tedavisi ya da mevcut tedavide doz artırımı sonucunda gelişmektedir. Klinik prezentasyonu etkilenen kas grubuna bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir. Distoni semptomatik tedavisinde benzodiazepinler ve antikolinerjik ajanlar kullanılmaktadır. Biperiden, acil serviste ekstrapiramidal yan etkilere bağlı kasılmaları durdurmak için sıklıklıkla kullanılan bir ilaçtır (2). Distoni gibi ekstrapiramidal sistem(EPS) ile ilişkili istemsiz hareket bozuklukları gelişiminin engellenmesi için, özellikle antipsikotik kullanımı sırasında mutlaka uygun doz ayarı gerekmektedir (2). Ayrıca santral yolla uygulanacak antipsikotiklerin, EPS yan etki gelişiminin engellenmesi amacıyla, biperiden gibi anti-kolinerjik ilaçlarla kombine şekilde kullanılması gerektiği akılda tutulmalıdır.

Resim 1.

Resim 2.

*Hastadan fotoğraf çekimi için onam alınmıştır

Anahtar Kelimeler: Distonik reaksiyon, antipsikotikler

REFERANSLAR

1. Alexander Morris Kaplan, William Bradly Pitts , Iqbal Ahmed,;An Unexpected Circumstance: Acute Dystonic Reaction in the Setting of Clozapine Administration. Journal of Pharmacy Practice 2017, doi:10.1177/0897190017737696
2. Panagiota Zikidou, Rozeta Meziridou, Sonia Alexiadou, Elpis Mantadakis; Acute Dystonic Reaction in a 14-Year-Old Boy after Accidental Overuse of Nasal Metoclopramide. Case Rep Acute Med 2021;4:1–6 DOI: 10.1159/000512655
3. Nadina Abdullayeva, Raul Poulsen; Acute Dystonic Reaction to Aripiprazole in an Adolescent Boy Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology Volume 30, Number 7, 2020 DOI: 10.1089/cap.2020.29188.bjc

P-45

Dirençli Baş Ağrısı Nedeni: Sinüs Ven Trombozu

NÖROLOJİK ACİLLER

Serkan Kaygusuz [1], Gizem Aydın [1], Berna Atlı [1], Nafize Yılmaz [1], Sinem Doğruyol [1], Şahin Çolak [1], Burcu Genç Yavuz [1], Mustafa Ahmet Afacan [1]

[1] SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Serebral sinüs ven trombozu (SSVT) dural sinüslerin veya venlerin trombozu ile seyreden bir durumdur. Gebelik, puerperium ve oral kontraseptif kullanımı nedeni ile genç kadınlarda daha sık görülmektedir. Hastalar genellikle baş ağrısı veya fokal nörolojik defisit nedeni ile başvurur. Tanı için manyetik rezonans görüntüleme (MRG), bilgisayarlı tomografiye (BT) göre trombozun tüm dönemlerinde daha duyarlıdır. Tedavi için ilk tercih edilecek ilaç grubu antikoagülanlardır. Biz burada yaş itibariyle SSVT için risk grubunda olması beklenmeyen bir olguyu sunmayı hedefledik.

VAKA:

77 yaşında kadın hasta 4 gündür devam eden baş ağrısı sebebiyle tarafımıza başvurdu. Bilinen hipertansiyon, diyabetes mellitus ve migren tanıları mevcuttu. Baş ağrısının önceki migren ataklarındakinden farklı olduğunu ve ağrı kesicilerle azalma göstermediğini ifade etti. Hastanın geliş vitalleri; ateş 36.8, tansiyon 130/80 mmHg, kalp hızı 75/dk idi. Nörolojik muayenesinde şuur açık, koopere, oryante, bilateral direkt ve indirekt ışık refleksi +/+, glob hareketleri serbest, fasiyal asimetri yok, lateralizan motor defisit ve duyu defisit yok, ense sertliği yok, kerning negatif idi. Çekilen beyin BT'sinde patoloji izlenmedi. Difüzyon MR'ında iskemi görülmedi. Hastanın baş ağrısında gerileme olmaması üzerine kafa içi basınç artışı düşünülerek göz dibi değerlendirilmesi yönünden göz hastalıkları konsültasyonu istendi. Göz dibi muayenesinde optik disk sınırları silik ve kabarık gözlendi. Hastanın ileri tetkiki amacıyla nöroloji servisine yatışı yapıldı. Yatışı sırasında çekilen kontrastlı MRG venografi sonucunda sağ transvers sinüste kalibrasyon azalması gözlendi.

SONUÇ:

Sinüs ven trombozu klinik semptom ve bulguların çeşitliliği nedeniyle tanı konulması zor ve tanısı geç kalındığında dramatik seyreden bir hastalıktır. Nadir görülen bir hastalık olsa da şiddetli baş ağrısıyla prezente olan hastaları intrakraniyel kitle, intrakraniyel kanama ve merkezi sinir sistemi enfeksiyonları açısından tetik ederken SSVT açısından da değerlendirmeyi unutmamalıyız.

Anahtar Kelimeler: Baş ağrısı, Manyetik rezonans görüntüleme, Sinus ven trombozu

P-46

Binoküler Diplopi Sebebi Olarak Medial Longitudinal Fasicul Hasarı: Olgu Sunumu

NÖROLOJİK ACİLLER

Burak Alper Mollaoğlu [1]

[1] Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Acil Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Acile başvuru sebepleri içerisinde olan çift görme (diplopi) sorununun etiyolojisinde birçok farklı sebep bulunur. Bu yazımızla bu sebeplerden biri olan SSS Tümörlerinin kranial sinir hasarı sonrası oluşturduğu çift görme şikayetine örnek bir vaka gösterimi gerçekleştirmeyi amaçlıyoruz.

VAKA:

2 saat önce başlayan aşağı ve yana bakma ile provoke olan çift görme şikayeti ile gelen 34 yaşındaki erkek hasta Acil servis sarı alanda değerlendirildi. Çekilen kontrastlı kranial MR da sağda pontoserebellar düzeyde yaklaşık olarak 24x9 mm boyutunda homojen yoğun opaklaşma gösteren ekstaaksiyal yerleşimli kitlesel lezyon saptandı

Fizik muayene bulgularıyla birlikte değerlendirildiğinde hastada kitle etkisine bağlı 3.CN ve medial longutidunal fasicul (MLF) lezyonu nedeniyle oluşan internucleer oftalmopleji (İNO) düşünüldü.

SONUÇ:

Bilindiği üzere gözün konjuge hareketleri MLF VE PPRF merkezleri tarafından düzenlenmektedir. Göz kürelerinin konjuge hareketini sağlayan bağlantılardan MLF lezyonunda oküler motor sinirlerin çekirdekleri arasındaki ilişki bozulduğundan gözlerin konjüge bakışı bozulur.

Diplopi etiyolojisi araştırıldığında iskemik inme, vertebral arter diseksiyonu, intrakranial kanama vb. birçok neden olabileceği gibi MLF lezyonu oluşturabilecek bir kitle de ön tanılar arasında düşünülmeli ve etkeni tespit etmeye yönelik görüntüleme yöntemleri hızlıca planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Diplopi, binoküler diplopi, internucleer oftalmopleji

P-47 İş Kazası: "Ayağım Kayıverdi."

TRAVMA

Nafize Yılmaz Uyanık [1], Selen Özdemir [1], Ramis Gökçe [1], Burcu Genç Yavuz [1], Şahin Çolak [1]

[1] SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Travma, tüm yaş gruplarında kardiyovasküler hastalıklar ve onkolojik hastalıklardan sonra 3., 1-44 yaş grubu arasında ise 1. sırada ölüm sebebidir (1). Travma nedeniyle başvuruların tamamına yakını acil servislerde görülmekte; 15-24 yaş grubundaki genç erkekler ilk sırada yer almaktadır (1). Acil serviste karışılaşılan travmalar içinde, bir seviyeden diğerine düşme vakaları, yüksek bir orana sahiptir. Ciddi sakatlıklar ve ölümlere neden olabileceklerinden etyolojileri ve sonuçları ile kapsamlı bir değerlendirme yapılmalıdır.

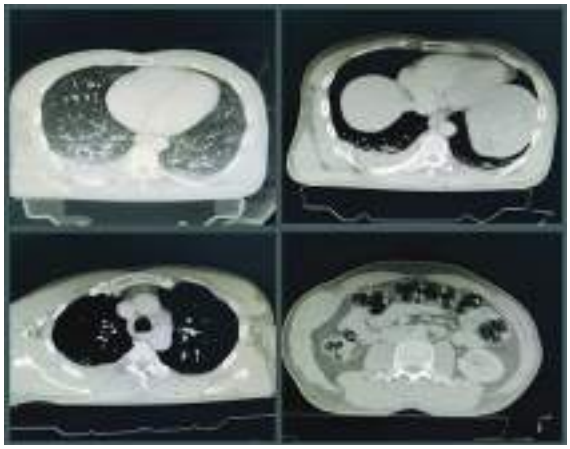
VAKA:

37 yaşında bilinen bir rahatsızlığı olmayan erkek hasta, inşaatta çalışırken 1.5 metre yükseklikten dengesini kaybedip sırt üstü düştüğü için sağlık ekipleri tarafından getirildi. Gelişinde bilinç açık, koopere oryante, vital bulguları stabildi. Muayenesinde oksipital alanda abrazyon, sağda ön ve arka kostal alanda, sağ lomber alanda ve kostavertebral bölgede hassasiyeti mevcuttu. Hastanın tetkikleri ve bilgisayarlı tomografi görüntülemeleri planlandı. Hastanın toraks görüntülemesinde, sağ 7-8-9. kostalarda ve sağ skapulada fraktür, sağda plevral efüzyon, sağ ve solda pulmoner kontüzyon mevcuttu. Lomber görüntülemesinde sağ L2-L3 transvers proçeste fraktürü saptandı. Sağ 7-8-9. kosta fraktürleri, plevral effüzyon ve kontuzyonları dolayısıyla hasta yoğun bakıma sevk edildi.

SONUÇ:

Yüksekten düşme nedeniyle ülkemizde her yıl ciddi miktarda kayıp verilmektedir. Ülkemizde yüksekten düşmelere bağlı ölüm ve yaralanmalara ait sağlıklı bir veri elde edilememesine rağmen iş kazaları yüksekten düşme mekanizması içinde önemli bir yer tutmaktadır. Bu nedenle iş alanlarında gereken güvenlik önlemlerinin alınması ve güvenlik çemberinin oluşturulması iş kazalarının önlenmesinde dolayısıyla mortalite ve morbitidenin azaltılmasında önemli bir rol oynamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Travma, Düşme, İş Kazası



REFERANSLAR

1. Avcı S. , Arslan E. D. & Büyükcam F. , "Acil Serviste Travmatik Ölümlerin Retrospektif Değerlendirilmesi", Sakarya Tıp Dergisi, 7(1), 2017, 15-19

P-48 "Akacak Kan Damarda Durmaz"

TRAVMA

Nafize Yılmaz Uyanık [1], İbrahim Üçrak [1], Ramis Gökçe [1], Burcu Genç Yavuz [1], Şahin Çolak [1]

[1] SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Kesici delici alet yaralanmaları; sivri uçlu ya da keskin bir yüzü veya ucu bulunan cisim ile vücudun herhangi bir bölümünde doku bütünlüğünün bozulmasıdır.

VAKA:

35 yaşında bilinen rahatsızlığı olmayan erkek hasta, kasap olarak çalıştığı iş yerinde elindeki bıçağın kayıp, sağ bacak inguinal ligament altında femoral arter trasesi ile uyumlu alana batması şikayeti ile acil servise getirildi. Hastanın gelişinde GKS 15, koopere, oryante kan basıncı 95/50 mm Hg, nabzı 76/dk, saturasyonu %99'du. İnguinal ligamentin 3 cm kadar altında, orta hattın medialinde küçük bir giriş deliğinden pulsatil kanaması mevcuttu. Hasta monitorize edilerek baskılı sıkı tampon yapıldı. Tetanoz ve profilaktik antibiyoterapisi yapıldı. Hastanın alt ekstremite anjio bilgisayarlı tomografisinde; her iki ana femoral arter, derin ve yüzeyel dalları, popliteal arterler, tibialis posterior, anterior, dorsalis pedislerde kontrast dolumu potent saptandı, anevrizma ve disseksiyon lehine bulgu saptanmadı. Hastanın bilateral femur, cruris, ayak, abdomen görüntülemelerinde patoloji saptanmadı. Ancak, yaralanmanın damar sinir paketine yakın olması nedeniyle hasta takip amaçlı kalp damar cerrahisi kliniğine devredildi. Pulsatil kanaması devam eden hasta operasyona alındı. Operasyonda, sağ femoral arteri intakttı fakat sağ femoral vende ve a. profunda femoriste kesi saptandı. Ven kesisi primer onarıldı, arter kesisi için v. saphena ile interpozisyon yapıldı. Hastanın kontrol doppler ultrasonografisi olağandı; iskemi, derin ven trambozu ya da kompartman sendromu gelişmeyen hasta post-op 4. günde antiagregan ve antibiyoterapi ile taburcu edildi.

SONUÇ:

Penetran delici kesici alet yaralanmalarında tahribat kesinin açısına, anatomik lokalizasyonuna ve derinliğine bağlıdır. Bu tür uyluk yaralanmalarında, deride laserasyon, transeksiyon, damar-sinir yaralanmaları ya da profunda femoris arterinde kesi görülebilir (1). Bazı penetran yaralanmalarda bulgular yavaş ilerleyebilir. Bu nedenle hastalar takip edilmeli, arter kanamasından şüphelenilen olgularda veya artan kas içi hematom tespit edilen olgularda acil cerrahi girişim uygulanmalıdır (1).

Anahtar Kelimeler: Kesici delici alet yaralanmaları

REFERANSLAR

1. Sclafani SJ, Shaftan GW. Transcatheter treatment of injuries to the profunda femoris artery. AJR Am J Roentgenol. 1982;138(3):463-466. doi:10.2214/ajr.138.3.463

P-49

Nöbet Sonrası Anterior ve Posterior Omuz Dislokasyonu

TRAVMA

Semanur Bilen [1], İsmail Tayfur [1], Muhammed Fatih Cırıl [1], Bilge Kağan Sektioğlu [1]

[1] SBÜ Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank SUAM, Acil Tıp, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Omuz eklemi çıkıkları acil servis başvurularında oldukça sık görülmesine rağmen bilateral çıkıklar oldukça nadirdir. Bilateral omuz çıkıklarında ise anterior çıkıklar posterior çıkıklara oranla daha az görülür.Bilateral omuz çıkıklarının anterior olanlarına travmatik nedenler ,posterior olanlarına sıklıkla nörolojik nedenler sebep olmaktadır.1 Hastamızda uygunsuz antipsikotik kullanımı nedeniyle gelişen nöbet sonrası anterior ve posterior omuz çıkığının beraber görülmesi ayrıca fraktür eşlik etmesi sık karşılaşılmayan bir durum olduğundan vaka olarak sunulması uygun görülmüştür.

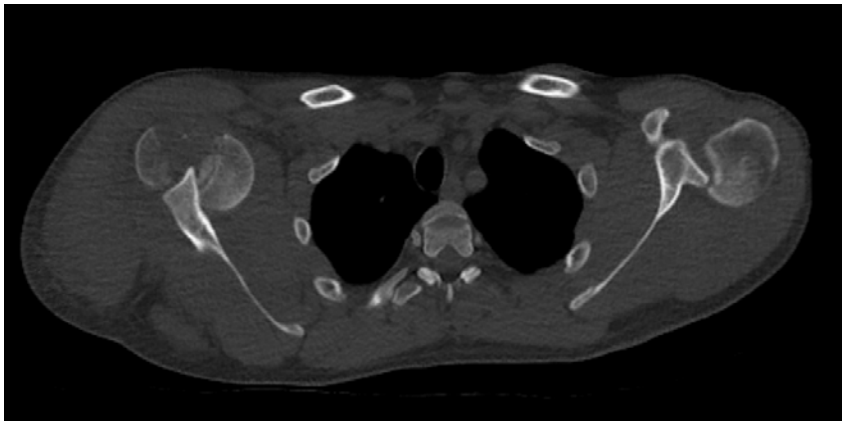
VAKA:

24 yaş erkek hasta evde epileptik nöbet sonrası sağ omuzda ağrı şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın acil servis başvurusu esnasında bilinci açık ve vitalleri olağandı sağ omuz ağrısı dışında ek şikayeti yoktu.Fizik muayenesinde ;sağ omuzda palpasyonla ağrısı,ekimotik alanı ve eklem hareket alanı kısıtlılığı,sol omuzda palpasyonla hassasiyeti ve eklem hareketlerinde ağrı dışında anormal bulgu saptanmadı.Her iki üst ekstremitede de nörovasküler defisit saptanmadı. Yapılan görüntülemelerde;sol omuzda posterior dislokasyon ve humerus başında ters Hill-Sachs lezyonu,sağ omuzda anterior dislokasyon ve humerus baş boyun bileşkesinde deplase fraktür izlendi(Resim 1-2). Yapılan tetkikler sonrası ek patoloji saptanmayan hasta ortopedi ve travmatolojiye konsülte edildi. Sedoaneljezi altında bilateral omuz redüksiyonu denendi sol omuz redükte edildi. Sağ omuzda deplase fraktür olması sebebiyle ileri tetkik tedavi ve operasyon amacıyla ortopedi ve travmatoloji servisine yatışı yapıldı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Nöbet anında travma öyküsü sorgulanamayabileceğinden tek taraflı ekstremite ağrılarında bilateral yaralanma akılda tutulmalıdır. Hastanın şikayetlerine ek anamnez ve fizik muayene ile bütüncül yaklaşmanın doğru tanı için önemi bu vakada gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Bilateral omuz çıkığı,nöbet,ters Hill-Sachs



P-50

Yüksek Enerjili Travma Hastasında Radyolojik Görüntüleme – Kırıkların Atlanması

TRAVMA

Melih Arınç [1], Abdullah İlhan [1], Kemal Yıldırım [1], Erdem Çevik [1], Dilay Satılmış [1]

[1] SBÜ Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Yüksek etkili travma, vücudun maruz kaldığı yüksek seviyeli enerji sonrası gelişen çoklu organ yaralanması anlamına gelmektedir. Çok değişik mekanizmalarla gelişip acil servislerde karşımıza çıkarlar. Genel olarak; 6 metre yüksekten düşme ya da boyunun 3 katı ve üzeri yükseklikten düşme, 65 km/h'den fazla hıza sahip motor kazaları, araçta 45 cm'den fazla deformitenin oluşması, aracın yolcu bölümünde 30 cm'den fazla yer değişikliği olması, aracın yuvarlanması, yolcunun araçtan dışarı fırlaması, aynı araçta yer alan yolculardan birinin ölümü, motorlu aracın, yaya ya da bisiklete 32 km/h'den fazla hızla çarpması, av tüfeği ya da askeri amaçlı kullanımı olan ateşli silah yaralanmaları, patlamalar, 1000 v ve üzeri elektrik çarpması yüksek enerjili travmalar olarak değerlendirilir.

VAKA:

40 yaşında kadın hasta acil servisimize araç içi trafik kazası sonrası ambulansla travma stabilizasyonu yapılmış biçimde getirildi. Genel durumu iyi, bilinci açık, Glasgow Koma Skoru 15, hafif ajite hasta, travma tahtası ile acil servis sedyesine aktarıldı. Hastadan alınan anamneze göre yaklaşık 70km/h ile giden araçta, arkadan başka aracın çarpması sonucu ön koltuklara kadar savrulmuş. Arka koltukta emniyet kemeri olmadan oturmaktaymış. Yapılan fizik muayenesinde sağ kalça üzerinde hassasiyet saptandı. Sağ kalça eklemi hareketleri sınırlıydı ve hareketleri ağrılıydı. Bunun dışında hastada tüm kemikler tek tek palpe edilmişse de hasta ağrı tariflemiyor, bununla birlikte sağ kalça ağrısından dolayı sağ bacak ve ayak hareketlerini yapmaktan kaçınıyordu. Hastanın ağrı yakınması olmamasına rağmen pelvis ve sağ kalça grafisine ek olarak motor muayenesi net yapılamayan sağ femur diz ve bacak grafileri de çekildi. Çekilen grafilerde sağ femur başında intertorakanterik fraktür saptandı. Ek olarak hastanın ağrı tariflemediği kısımda ise tibia plato fraktürü saptandı. Ortopedi hekimi ile konsülte edilen hasta cerrahi operasyon amacıyla kliniğe yatırıldı. Yatışının 7. gününde opere edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Multitravma hastalarında eksik anamnez alınması veya fizik muayene yapılması, hastaların şuur bozuklukları, alkol veya madde etkisinde olma durumları veya büyük kemiklerdeki fraktürlerin daha şiddetli ağrısının vücudun diğer kısımlarını ihmal edilmesine neden olmasıyla bazı kırıklar atlanabilir. Böyle hastalarda muayene tekrar tekrar yapılmalı; şüpheli muayene bulguları dahi radyolojik yöntemlerle değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Fraktür, Yüksek Enerjili Travma, Asemptomatik Fraktür, Tibia Plato Fraktürü

P-51

Travma Sonrası Pnömomediastinum

TRAVMA

Mustafa Kaan Gökçe [1], Dijan Tav Şimşek [1], İsmail Tayfur [1]

[1] SBÜ Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank SUAM, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Pnömomediastinum, diğer adıyla mediastinal amfizem, özofagus ya da solunum yollarından merkezi göğüs boşluğu olan mediastene hava kaçışı olarak tanımlanır. Serbest kalan hava daha sonra komşu servikal deri altı dokulara, epidural boşluğa, perikardiyuma veya periton boşluğuna diseksiyonla ilerleyebilir. Pnömomediastinum, spontan ya da sekonder olarak ortaya çıkabilir.

VAKA:

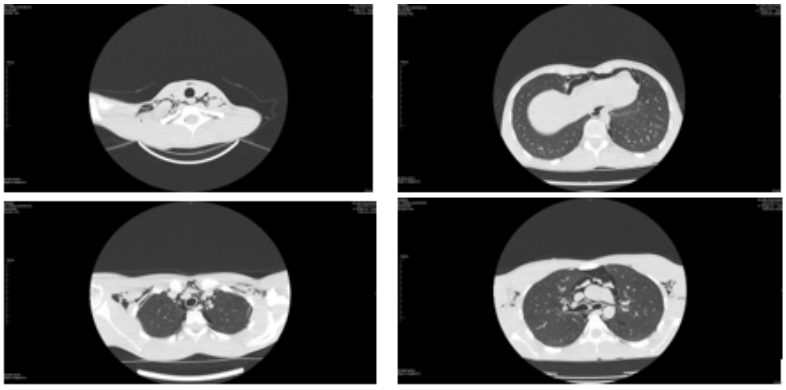
Bilinen hastalık ve ilaç kullanım öyküsü bulunmayan 19 yaşında erkek hasta darp edilme sonrası göğüs travması ile acil servisimize başvurmuştur. Geliş vitalleri olağan olan hastada fizik muayenede boyundan başlayıp toraks ön duvar orta hatta kadar bilateral palpabl cilt altı amfizem mevcuttu. Her iki hemitoraksın solunuma katılımı eşitti. Solunum sesleri kalp yakınında azalmıştı. Hastanın görüntülemesinde akciğerler bilateral ekspanse görünümdeydi. Bilateral belirgin mayi yoktu. Boyunda bilateral amfizem, göğüs duvarında bilateral amfizem mevcuttu. Pnömomediastinum görülen hasta göğüs cerrahi branşına konsülte edildi. 3 saat sonrası için kontrol akciğer grafisi istendi. Kontrol akciğer grafisinde de acil cerrahi girişim gerektiren durum saptanmayan hastanın göğüs cerrahi servisine yatışı yapıldı. Servis yatış takiplerinde orali kesilmiş, nazal kanül ile 4lt/dk oksijen tedavisi almış olup günlük BT görüntüleri ile takip edilmiş. 3. gün sonunda orali açılmış, 5. gün sonunda da pnömomediastinumun tamamen ortadan kalkması üzerine poliklinik takip önerileri ile servisten taburcu olmuştur.

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Pnömomediastinum, spontan ya da sekonder olarak ortaya çıkabilir. Fizik muayene ile çoğunlukla teşhis konulabilir olmasına rağmen ileri radyolojik tetkik gereksinimi vardır. Özellikle sekonder gelişen pnömomediastinumda ilk dönemlerde özefagus rüptürünü maskelemesi nedeniyle oral alımın kesilmesi önemlidir. Çoğu vakada hayatı tehlike oluşturmaz fakat servis yatışı ve takibi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Pnömomediastinum, amfizem

Resim 1. Pnömomediastinum vakasından çekilen toraks BT görüntüsünden kesitler.



P-52 Aynı Seviyeden Düşmeye Bağlı Bilateral Humerus Fraktürü

TRAVMA

Gizem Aydın [1], Sinem Doğruyol [1], Berna Atlı [1], Kadir Çiftçi [1], Selen Özdemir [1], Ayşin Çatıkkaş [1], Merve Deniz Aydın [1], Şahin Çolak [1], Burcu Genç Yavuz [1], Mustafa Ahmet Afacan [1]

[1] SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Humerus kırıkları direkt darbeler, dirsek yönünde aksiyel yüklenmeler ve rotasyonel zorlanmalar sonucunda gerçekleşebilir. Osteoporoz, Paget hastalığı, kemik tümörleri, metastazlar ve enfeksiyon gibi kemiği zayıflatıcı nedenler varlığında humerus kırığı minimal bir travma ile oluşabilir. Tanı standart X-ray grafiler ile kolaylıkla konulabilir. Sıklıkla alçı, atel ya da breys gibi tespit yöntemleri ile tedavi edilirken; kırığın yerine, eklem uzanımına, damar-sinir yaralanması durumuna göre cerrahi müdahale de gerekebilir. Biz burada aynı seviyede düşmeye bağlı gelişen bilateral humerus fraktürü mevcut olan bir olguyu sunmayı amaçladık.

VAKA:

85 yaş erkek hasta tarafımıza ayağı takılıp aynı seviyeden yüz üstü düşme ile başvurdu. Öyküsünde hipertansiyon dışında bir özellik saptanmadı. Sağ omuzda palpasyonda hassasiyet ve şişlik görüldü. Hareket açıklığı kısıtlı idi. Sol üst kolda da şekil bozukluğu mevcuttu. Bilateral üst ekstremite periferik nabızları palpabl idi. Her iki kolda duyu-sinir muayenesi normaldi. Çekilen 2 yönlü extremite X-ray grafilerinde sağ humerus proksimal kırığı ve sol humerus şaft kırığı görüldü. Her iki üst extremite stabil hale getirildi ve ortopedi konsültasyonu istendi. Acil operasyon planlanan hastanın ilgili kliniğe devri sağlandı.

SONUÇ:

Humerus kırıkları genç erişkinlerde çoğunlukla ateşli silah yaralanmaları, trafik kazaları, yüksekten düşme gibi yüksek enerjili travmalarla gerçekleşirken yaşlı popülasyonda aynı seviyeden düşme, izole üst extremite travması, rotasyonel zorlanmalar gibi düşük enerjili travmalarla da gerçekleşebilir. Yaşlı popülasyon basit bir travmayla dahi tarafımıza başvurduğunda cerrahi müdahale gerektirecek bir kırığının olabileceğini unutmamalıyız.

Anahtar Kelimeler: Fraktür, Humerus, Travma, Yaşlı

P-53

Epigastrik Ağrı ve Pnömomediastinum

TRAVMA

Çilem Kızılelma [1], Nefise Büşra Çelik [1]

[1] Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Acil Tıp, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Toraks travması ile gelen hastalarda hemotoraks, pnömotoraks, trakeobronşial yaralanma, kontüzyon, arteryel venöz yaralanmalar, özefagial rüptür, kosta, sternum fraktürleri gibi birçok patoloji görülmektedir. Duruma bağlı olarak penetran ve künt göğüs travmalarında mortalite ve morbidite yüksek olabilmektedir. Nadir görülen durumlardan biri olan pnömomediastinuma; hemotoraks, pnömotoraks, özefagial rüptür, damar yaralanmaları gibi patolojiler da eşlik edebilmektedir. Biz bu olguda toraks travması sonrası görülebilen genellikle trakeobronşial yaralanmaya bağlı olarak görülen pnömomediastinumdan bahsedeceğiz.

VAKA:

14 yaş erkek hasta acil servise göğsüne top çarpma sonrası, epigastrik bölgeden başlayan sternum üzerinde ağrı ve disfaji şikâyeti ile ayaktan başvurdu. Gelişinde GKS: 15. Bilinç açık, koopere-oryante, vitalleri stabildi. Fizik muayenesinde bilateral akciğer sesleri normal olan hasta sternumda ağrı tarifliyordu. Hastanın çekilen toraks BT'sinde mediastende pnömomediastinum ile uyumlu hava dansiteleri gözlendi. Profilaktik antibiyoterapi verilidi. Hemogram, biyokimya, koagülasyon,kan gazı ve troponin istendi. Tetkikleri normal olan, pnömotoraks ve hemotoraksı olmayan hastanın takip amaçlı göğüs cerrahisi servisine yatışı yapıldı. Hastaya yatışında elektif şartlarda özefago-gastro-duodenoskopi yapıldı. Herhangi bir patoloji saptanmadı.

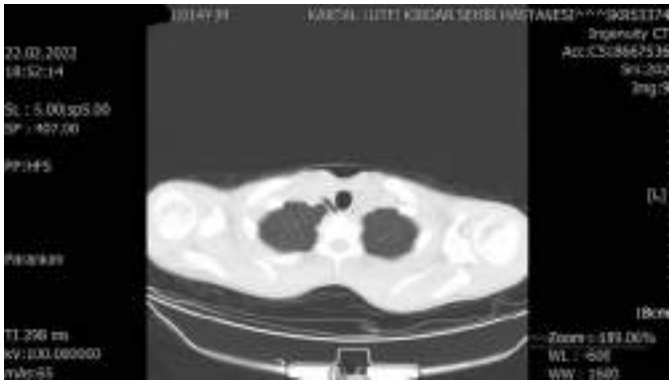
SONUÇ:

Göğüs travması ile gelen hastalarda nadir görülen bir durum olan izole pnömomediastinum minimalse gözden kaçabilmektedir. Künt göğüs travmalarında trakobronşial yaralanmalara veya alveollerdeki rüptüre bağlı olarak mediastene hava kaçışı görülebilmektedir. İzole pnömomediastinum görülebileceği gibi buna eşlik edebilecek diğer yaralanmalar akılda tutulmalı, oluşabilecek mediastinit, hemorajik şok, pnömotoraks gibi komplikasyonlar açısından alert olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Künt toraks travması, travmatik pnömomediastinum

REFERANSLAR

1. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30446160/
2. https://www.uptodate.com/contents/initial-evaluation-and-management-of-blunt-thoracic-trauma-in-adults?search=blunt%20trauma%20pneumomediastinum&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2



P-54 Elektrik Çarpması Sonrası Omuz Dislokasyonu ve Humerus Fraktürü

TRAVMA

Ramazan Ayaz [1], İsmail Tayfur [1], Muhammet Fatih Cırıl [1], Selma Atay İslam [1]

[1] SBÜ Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank SUAM, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:

Elektrik akımı acil kardiyak aritmilere, solunum durmasına ve nöbetlere neden olabilir. Ortopedik kırıklar; akıma maruziyet sonrası travmalarla, düşmelerle ve tetanik kas kasılmalarıyla ilişkili olabilir. Kırıkların yüksek voltajlı yaralanmalarda kaynaklanma olasılığı daha yüksek olsa da; ekstremite kırıklarının, ilişkili travma olmaksızın ev tipi elektrik yaralanmalarından kaynaklandığı da bildirilmiştir. Omuz dislokasyonları da elektrik yaralanmaları ile birlikte görülebilir.

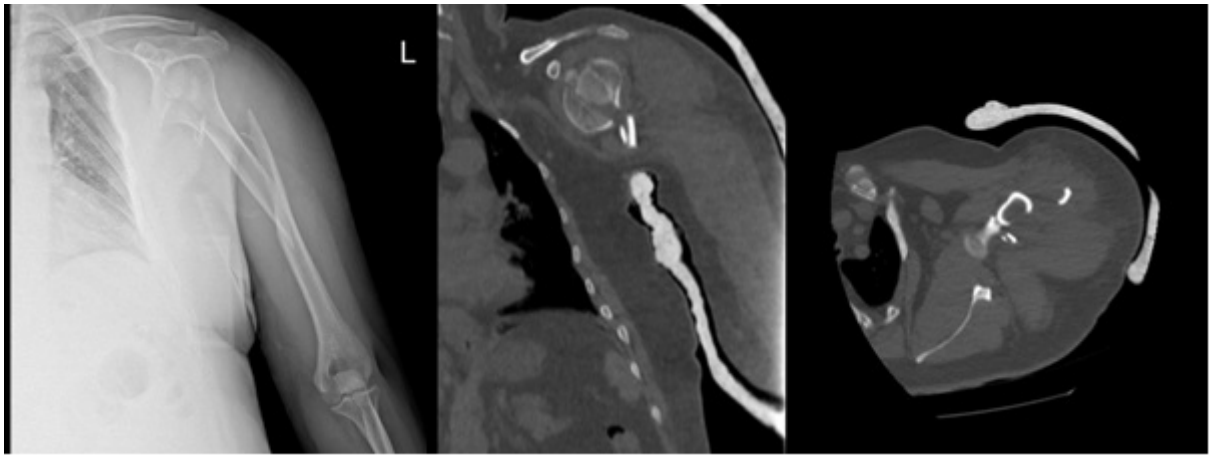
VAKA:

Bilinen tıbbi öyküsü olmayan, 57 yaş erkek hasta, evde 5 saat önce gerçekleşen elektrik çarpması sonrası sol kolunda ağrı, uyuşma şikâyetleri ile ayaktan acil servise başvurdu. Elektrik çarpması esnasında ve sonrasında bilinci açık ve hatırladığı travması olmayan hastanın geliş vitalleri olağandı. Fizik muayenesinde sol omuz eklem hareket açıklığı kısıtlılığı, sol humerusta hassasiyet ve deformite dışında anormal bulguya rastlanmadı. EKG normal sinüs ritmiydi. Sol üst ekstremite nörovasküler muayenesi doğaldı. Yapılan görüntülemelerde sol omuzun anteriora dislokasyonu ve sol humerus başında deplase fraktür, yanı sıra superior glenoid labrum anterior ve posteriorda da nondeplase fraktürler izlendi. Ayrıca sol humerusta deplase şaft fraktürü izlendi. Kapsamlı değerlendirmeden sonra ek patoloji saptanmayan hastanın, sugar tong atel ve velpau bandaj sonrası ileri tetkik, tedavi ve operasyon amacıyla ortopedi ve travmatoloji servisine yatışı yapıldı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Elektrik yaralanmalarında hasta travmanın etkisi ile şikâyetlerini net ifade edemeyebilir. Bu sebeple tam sistemik muayene yapılmalıdır. Elektrik yaralanmalarında genellikle posterior omuz dislokasyonları görülür. Bu vakada omuz anterior dislokasyonu ile beraber humerus başında ve humerus gövdesinde fraktürü görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: elektrik yaralanmaları, omuz dislokasyonu, humerus fraktürü



Yazar Dizini

YAZAR DİZİNİ

Acar, E. 151
Afacan, M. A. 144, 145, 150, 161, 163, 170
Akbaş, İ. 94, 111, 121
Akbaş, T. 50
Akdemir, T. 41
Ak, E. 130
Akpancar, M. 137
Aladağ, Ö. T. 146
Altınbilek, E. 46, 52, 56, 72, 91, 149
Altınmaden, H. 96
Altundağ, İ. 110, 115, 122, 133, 135, 136, 144, 150, 159, 161
Arasan, Ü. 66, 68, 130
Arınç, M. 123, 127, 139, 168
Arslan, A. 91
Asan, H. 127
Aslan, B. 110
Atay İslam, S. 172
Atlı, B. 143, 159, 160, 163, 170
Avcu, V. 44, 66, 68, 130
Ayaz, R. 172
Aybar, M. 153
Aydın, D. 113, 114, 160
Aydın, G. 143, 145, 159, 160, 163, 170
Aydın, M. D. 140, 143, 144, 170
Aydoğan, A. 92
Ay, M. O. 71, 92, 97, 134, 141
Az, A. 32, 53
Bahadırlı, S. 29
Bakar, Ç. 82, 87
Balak, B. 81
Bayramoğlu, B. 126
Bilen, S. 167
Bol, O. 42
Bulut, M. 4, 125, 146, 153
Carıllı, B. 66
Ceviz, M. 128
Cırıl, M. F. 167, 172
Cimilli Öztürk, T. 22
Coşkun, A. 82, 87
Çakır, S. 141
Çakmak, S. 107
Çalık, M. 25
Çaltepe, G. 112
Çatıkkaş, A. 145, 161, 170
Çelik, B. 43
Çelik, M. O. A. 133, 135, 140
Çelik, N. B. 171
Çetin Şeker, Y. 149
Çevik, E. 11, 81, 116, 124, 127, 139, 142, 168
Çıtak, M. 134
Çiftçi, K. 170
Çolak, C. 146
Çolakoğlu, A. 93
Çolak, Ş. 110, 112, 113, 114, 115, 122, 136, 140, 143, 144, 145, 150, 159, 160, 161, 163, 165, 166, 170
Daltekin, O. 115, 122, 133, 135, 136, 140
Demir, A. 151
Demirci, B. 82, 87
Demirel, İ. 41
Demirel, M. E. 83
Dikme, Ö. 18
Dikmetaş, C. 44
Doğan, H. 6, 46
Doğan, S. 14, 44, 66, 68, 130
Doğruyol, S. 39, 94, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 121, 122, 136, 140, 143, 144, 160, 163, 170
Doğruyol, T. 39
Duyan, M. 156
Eraybar, S. 125, 146, 153
Erdoğan, H. D. 129, 131
Ergenç, H. 107
Erpala, C. 150
Fettahoğlu, S. 68, 130
Fettahoğlu, S. T. 68, 130
Genç Yavuz, B. 115, 122, 136, 140, 143, 144, 145, 159, 160, 161, 163, 165, 166, 170
Gökçe, M. K. 169
Gökçe, R. 144, 165, 166
Gökdemir, G. Ş. 108
Gökdemir, M. T. 108
Gümüşel, M. 147
Güneş, H. 50
Günhan, E. 146
Gün, M. 137
Gürsoy, A. E. 81, 123
Güven, O. 150
Halhallı, H. C. 36
Hasasu Oktay, F. 159
İlhan, A. 116, 123, 168
İncealtın, O. 150
İslam, E. 141
Kaftancı, İ. 128
Kahraman, F. A. 16
Kahraman, H. A. 148
Kalafat, U. M. 44, 66, 98, 103
Kalafat, Y. A. 118
Kaplan, O. 96
Karaca, B. 20,43
Karakoyun, Ö. F. 151
Kaya, H. 71, 92, 97, 134, 141
Kaya, M. 41
Kaygusuz, S. 163

YAZAR DİZİNİ

Keskinbalta, D. 56
Kılıç, A. 97
Kılıç, M. 88
Kızılelma, Ç. 171
Kocabıyık, A. C. 71, 81
Koca, Y. 130
Koç, F. 124, 139
Korkmaz, H. K. 116
Korkmaz, U. T. K. 83
Koyuncu, S. 42
Köksal, A. 44, 68
Köse, B. 148
Kurs, H. F. 149
Makinecioğlu, G. 125
Melekoğlu, A. 52, 72
Mollaoğlu, B. A. 164
Mönür, M. 85
Obuz, İ. E. 98
Ocak, U. 71, 92, 97, 134, 141
Olgun, H. 71
Öner, M. 112, 115, 122, 136, 150
Özbey, A. 139, 142
Özçelik, B. 112, 159
Özdemir, A. 71, 97, 141
Özdemir, R. R. 125
Özdemir, S. 114, 140, 143, 144, 145, 159, 160, 165, 170
Öztürk, D. 52, 56, 72, 91
Parlak, İ. 2
Parlak, S. 103
Pekmezci, H. 125, 153
Sadioğlu, Ö. D. 96
Sağlam, K. 126, 147
Sarıdaş, A. 119, 156
Sarıyıldız, R. 81
Satılmış, D. 12, 55, 116, 124, 139, 142, 168
Sektioğlu, B. K. 167
Selvi, F. 27
Sert, E. 98, 103
Söğüt, Ö. 53, 96, 107
Sürücü, Ş. 72
Şahin, B. 154
Şahan, Ö. 89
Şahin, A. 133, 135, 150
Şahin, B. 126, 147
Şen, E. 91
Şimşek, D. T. 169
Tayfur, İ. 126, 128, 147, 148, 154, 167, 169, 172
Tekyol, D. 45, 110, 112, 113, 114, 115, 121, 122, 136, 140, 144
Temur, R. S. 107
Topaloğlu, M. S. 53
Uğur, B. 119
Uğurlu Kaya, M. N. 20, 46
Uysal, A. 149
Uysal Çaldır, A. 46
Uzun, N. 156
Üçrak, İ. 166
Ümit, T. B. 31
Yel, C. 101
Yeşilaras, M. 34
Yeşiltaş, İ. 98, 103
Yıldırım, K. 168
Yıldırım, V. 148
Yıldız, E. 124, 142
Yılmaz, N. 163
Yılmaz, O. 142
Yılmaz, S. 129, 131
Yılmaz, S. G. 151
Yılmaz Uyanık, N. 113, 114, 165, 166
Yorulmaz, Ş. 105, 107
Yüksel, M. 71, 92, 97, 134, 141
Yürek, E. 110, 115, 122, 136

NOTLAR

NOTLAR

Türkiye Acil Tıp Vakfı

www.tuatsem.org