



ALGORİTMA BAŞLIKLAR LİSTESİ

1. ALT VE ÜST EKSTREMİRE TRAVMASI
2. ÇOCUK FEBRİL NÖBET
3. ÇOCUK UZAMIŞ EPİLEPTİK NÖBET
4. İNME
5. KAFA TRAVMASI
6. KOMAYA YAKLAŞIM
7. KOROZİV MADDE YANIKLARI
8. MAKSİLLOFASİYAL TRAVMA
9. MI
10. PNÖMOTORAKS
11. EPİLEPSİ
12. YANIK



ALT VE ÜST EKSTREMİTE TRAVMALARI

Hastanın ilk değerlendirmesi yapılır, öncelikle aktif bir kanamanın varlığı, dolaşım bozukluğu, nabız varlığı ya da öncelikli başka yaralanmanın olup olmadığına bakılır. Eklem rotasyonu, his / motor kayıp olup olmadığına bakılır.

Damar yolu açılıp, doktor önerisiyle ağrı kesici yapılmış mı? Kayıt tut!

Damar yolu açılır, ezilme tarzı yaralanmalarda sıvı replasmanı başlanır, laboratuvar tetkikleri istenir

Ameliyathane şartlarında değerlendirilmiş mi? Kayıt tut!

Hemodinamiyi bozan ekstremitte travması varlığında hasta ameliyathane şartlarında değerlendirilir

Direkt grafileri çekilmiş mi? Kayıt tut!

İki Yönlü direkt grafileri çekilir

Konsültasyona geliş süreleri Kayıtlı tut!

Ortopedi ve /veya plastik cerrahi konsültasyonu istenir.

Konsültasyon istenen doktorun istemi üzerine ileri görüntüleme tetkikleri örn. BT, MR istenir ve ağrı kesici yapılabilir.

Şartlar uygun olup 6 saati geçmeyen durumlarda replantasyon yapılmış mı? Sevk yapılmış mı? Kayıt tut! İlgili merkeze istenen koşullarda kopan uzuv ulaştırılmış mı? Kayıt tut!

İskemi süresi 6 saati geçmediği durumlarda: gerekli altyapı ve uzmanın bulunması durumunda , kopan uzuvun replantasyonu yapılır.

Gerekli donanım ve uzman yoksa ampute uzuv soğuk zincire uygun olarak (ringer yada NaCl ile nemlendirilmiş gazlı beze sarılarak bir plastik torbaya konulur ve ağzı sıkıca kapatılarak, su ve buz karışımı olan başka bir torbanın içine konularak) mikro cerrahi ve el cerrahisi merkezine transfer edilir



FEBRİL KONVÜLZYONDA AKUT TEDAVİ (ÇOCUKTA)

Vital bulgular değerlendirilir

Hava yolu açılır ve %100 O₂ verilir

Ateş düşürülür (ılık soğutma ve antipiretiklerle), sık aralarla vücut ısısı kontrol edilir

IV diazepam veya
midazolam yapılmış mı?
Kayıt tutulur

Damar yolu açılır, kan alınır ve IV diazepam 0.3mg/kg (en fazla 10 mg) veya midazolam 0.15mg/kg yavaş infüze edilir. Damar yolu açılmıyorsa intranazal midazolam 0.3mg/kg veya 2-5 yaş için 0.5mg/kg, >6yaş 0.3mg/kg rektal diazepam uygulanır

Hastanın gözlemlenmesi
süresi kaydı tutulur

Hasta bilinci açılana kadar acil serviste takip edilir (en az 6 saat), ateş etyolojisine yönelik tetkik edilir ve etyolojiye yönelik tedavisi başlatılır

İlk kez febril konvülsiyon geçiren bir çocukta postiktal dönem dışında letarjisi devam ediyorsa, klinik durumu stabil değilse, yaşı 18 ayın altındaysa, komplike febril nöbetse, ev koşulları uygun değil veya takibinde belirsizlik varsa hastaneye yatırılarak takip edilir (24-48 saat).

12 aydan küçük febril konvülsiyonda veya ilk febril nöbetle menenjit düşündürülen bulgular varsa; meningeal bulguların varlığında, komplike febril nöbet ve letarjisi devam ediyorsa lomber ponksiyon yapılarak menenjit ekarte edilmeli.

Rektal diazepam hastaneye gelmeden ambulansla veya anne baba tarafından (bu konuda eğitilmişlerse) uygulanabilir



ÇOCUKLARDA UZAMIŞ EPİLEPTİK NÖBET

Vital bulgular değerlendirilir

Hava yolu açılır ve %100 O₂ verilir

Tam kan, biyokimya,
toksikoloji, antiepileptik ilaç
düzeyleri için kan istemi
yapılmış mı? Kayıt tutulmalı

Damar yolu açılır, tam kan, biyokimya, toksikoloji, antiepileptik ilaç düzeyleri için kan alınır ve dolaşım için yaşına uygun sıvı takılır. Hipoglisemi için parmak ucundan kan şekeri bakılır, kan şekeri düşükse %10 glukozdan 4 cc IV verilir.

Damar yolu açılmayan 2
yaş ve üstü çocuklara rektal
diazepam yapılıp/
yapılmadığının kaydı
tutulmalı

Damar yolu açılabilmişse IV diazepam 0.3mg/kg (en fazla 10 mg) veya midazolam 0.15mg/kg yavaş infüze edilir. Damar yolu açılmıyorsa intranasal midazolam 0.3mg/kg veya 2-5 yaş için 0.5mg/kg, >6yaş 0.3mg/kg rektal diazepam uygulanır ve damar yolu açılır.

10 dakika sonra halen nöbeti devam ediyorsa IV 0.3 mg/kg diazepam tekrarlanır

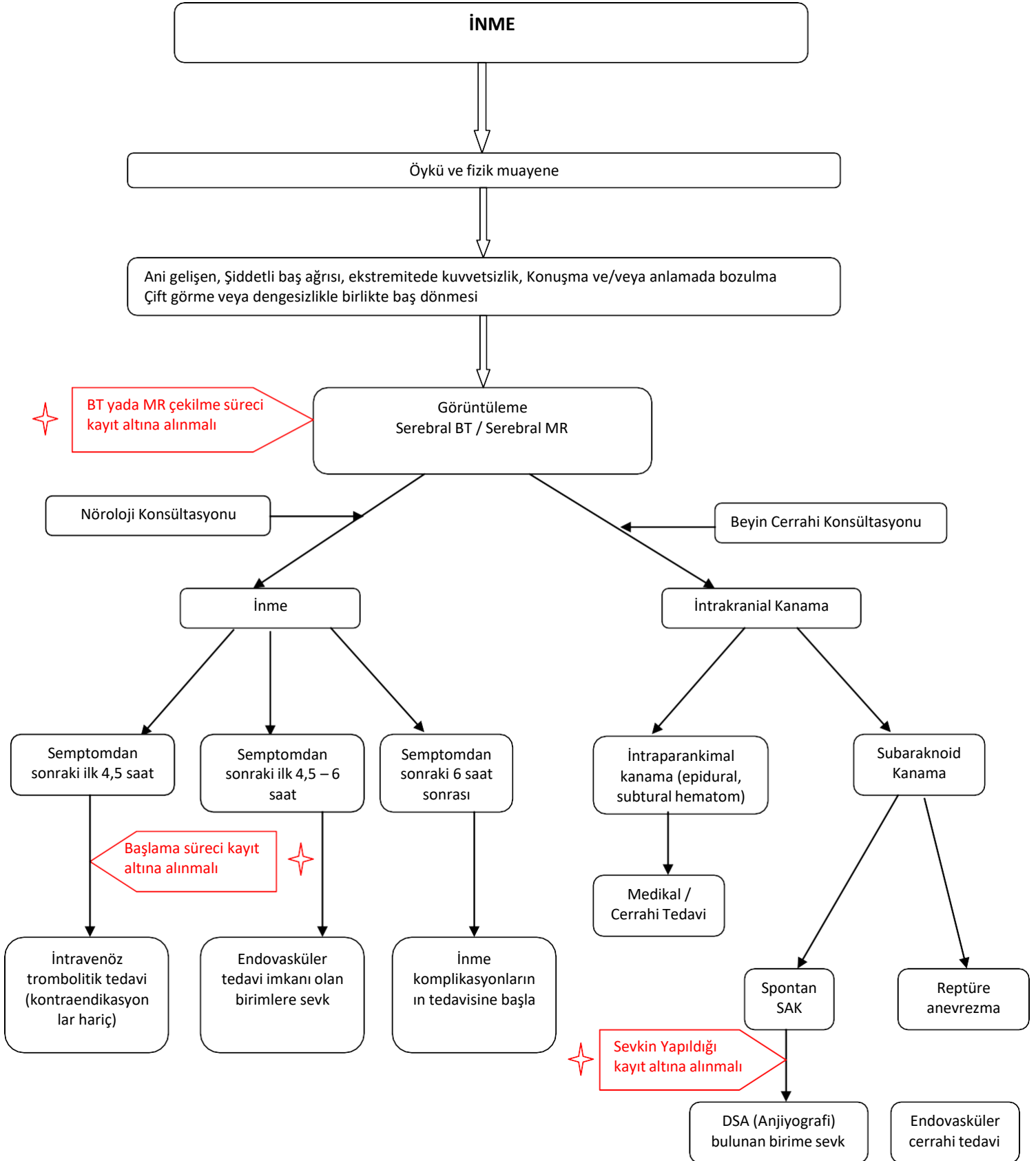
Halen nöbeti devam ediyorsa (30 dakika)status epileptikus kabul edilerek hasta yatırılır. IV fenitoin 15-20mg/kg infüzyon şeklinde (serum fizyolojik içinde 1mg/kg/dakikayı geçmeyecek hızda verilir)

20 dakika sonra nöbeti durmamışsa fenitoin 10mg/kg 1mg/kg/dakika hızında IV infüzyon tekrarlanır. 3 yaş altı çocuklarda pridoksin 100mg IV/IM denir.

Nöbetin başlangıcından itibaren, ilk basamak ilaca rağmen nöbeti 60 dakika sonra devam ediyorsa dirençli status epileptikus kabul edilip hasta yoğun bakıma alınır.

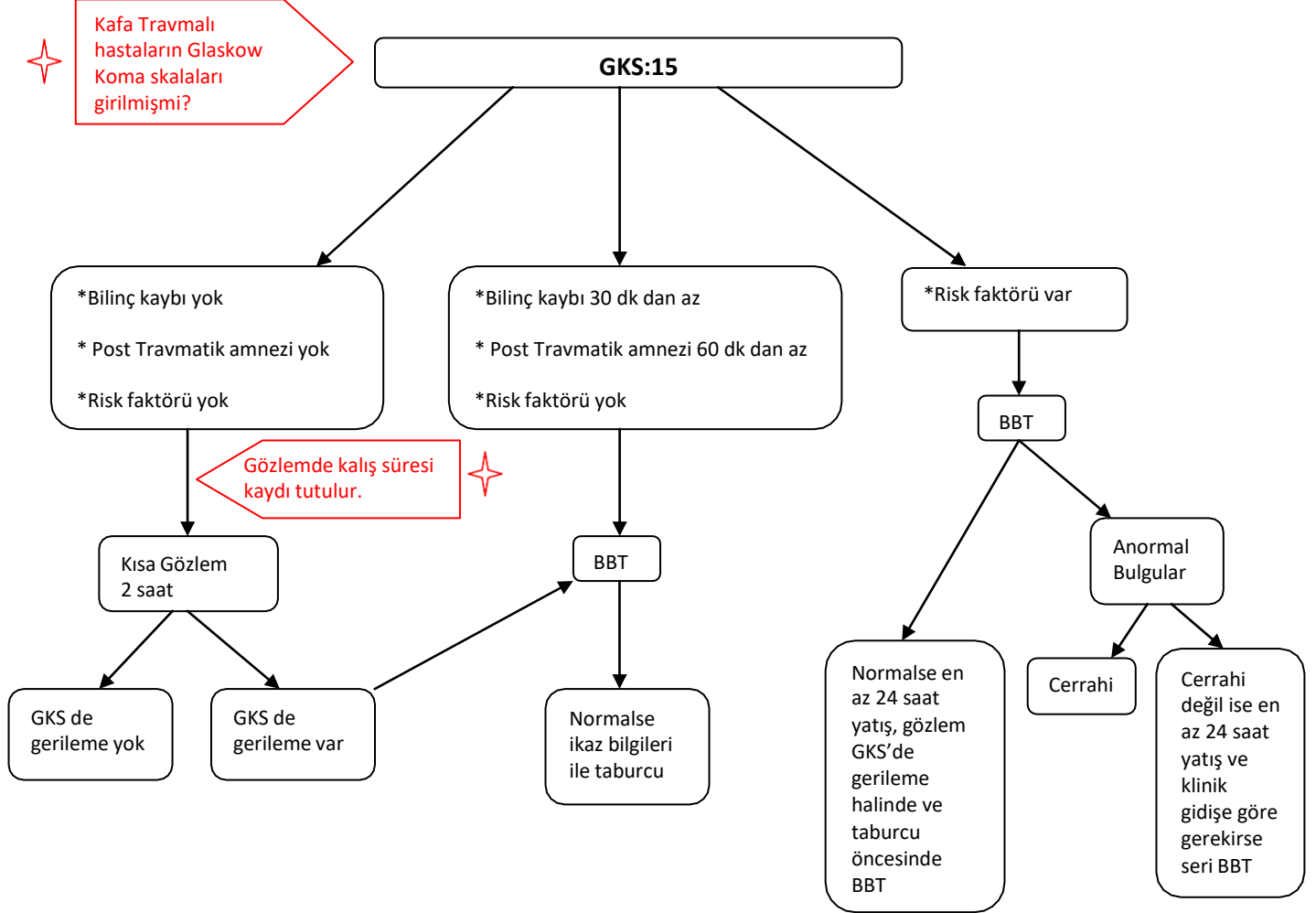
* Midazolam 0.2 mg/kg IV yükleme sonrası, 1µg/kg/dakikadan IV infüzyona başlanır. (10µg/kg/dak maksimum doz) EEG de nöbet aktivitesi durana kadar her 15 dakikada bir doz artırılır.

* Nöbet devam ediyorsa hasta entübe edilerek thiopental 3-5mg/kg IV yükleme sonrası, 3-5mg/kg/saat infüzyon devam edilir.





Kafa Travmalarında Hasta Yönetimi



ERİŞKİN GKS		PEDIATRİK GKS	
GÖZ AÇMA	PUAN	GÖZ AÇMA	PUAN
Spontan	4	Spontan	4
Sözlü Uyararla	3	Sözlü Uyararla	3
Ağrılı Uyararla	2	Ağrılı Uyararla	2
Yanıt Yok	1	Yanıt Yok	1
VERBAL YANIT	PUAN	VERBAL YANIT	PUAN
Oryante	5	Oryante	5
Konfüze	4	Konfüze	4
Uygunsuz Yanıt	3	Uygunsuz Yanıt	3
Anlaşılmaz Sesler	2	Anlaşılmaz Sesler	2
Yanıt Yok	1	Yanıt Yok	1
MOTOR YANIT	PUAN	MOTOR YANIT	PUAN
Emirlere uyar	6	Emirlere uyar	6
Ağrıyı lokalize eder	5	Ağrıyı lokalize eder	5
Ağrıya çeker	4	Ağrıya çeker	4
Ağrıya fleksör yanıt	3	Ağrıya fleksör yanıt	3
Ağrıya ekstansör yanıt	2	Ağrıya ekstansör yanıt	2
Yanıt Yok	1	Yanıt Yok	1



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

ÇOCUK ACİL SERVİS KRİTİK VAKALAR TANI VE TEDAVİ
ALGORİTMALARI PLANI

DOKÜMAN KODU

AS.PL.03

YAYIN TARİHİ

01.06.2021

REVİZYON NO

00

REVİZYON TARİHİ

--

SAYFA NO

7 / 26

RİSK FAKTÖRLERİ VE KAFA İÇİ BASINÇ ARTIŞI İKAZ BULGULARI

Belirsiz-şüpheli kaza öyküsü	Devam eden posttravmatik amnezi
30 dakikadan uzun süren retrograt amnezi	Kafa tabanı fraktür bulguları veya çökme kırığı
Şiddetli baş ağrısı	Kusma
Pupil asimetrisi(1mm'den fazla çap farkı)	Fiks pupil(1 mm'den az aşığa yanıt)
Fokal nörolojik defisit	Nöbet
<2 yaş	>60 yaş
Koagülasyon bozuklukları	Yüksek enerjili kazalar
Alkol-ilaç intoksikasyonları	

BBT ANORMAL BULGULAR

Kranial fraktür(lineer,çökme,kafa tabanı)	Epidural-Subdural hematom
Konvüzyon	İntrakranial hemoraji
Beyin ödemi(lokal-diffüz)	Subaraknoid kanama
Pnömocefali	

**Kafa travmalı hastaya ya da yakınına
gözlem sonrası verilmesi gereken yazılı ikaz bulguları**

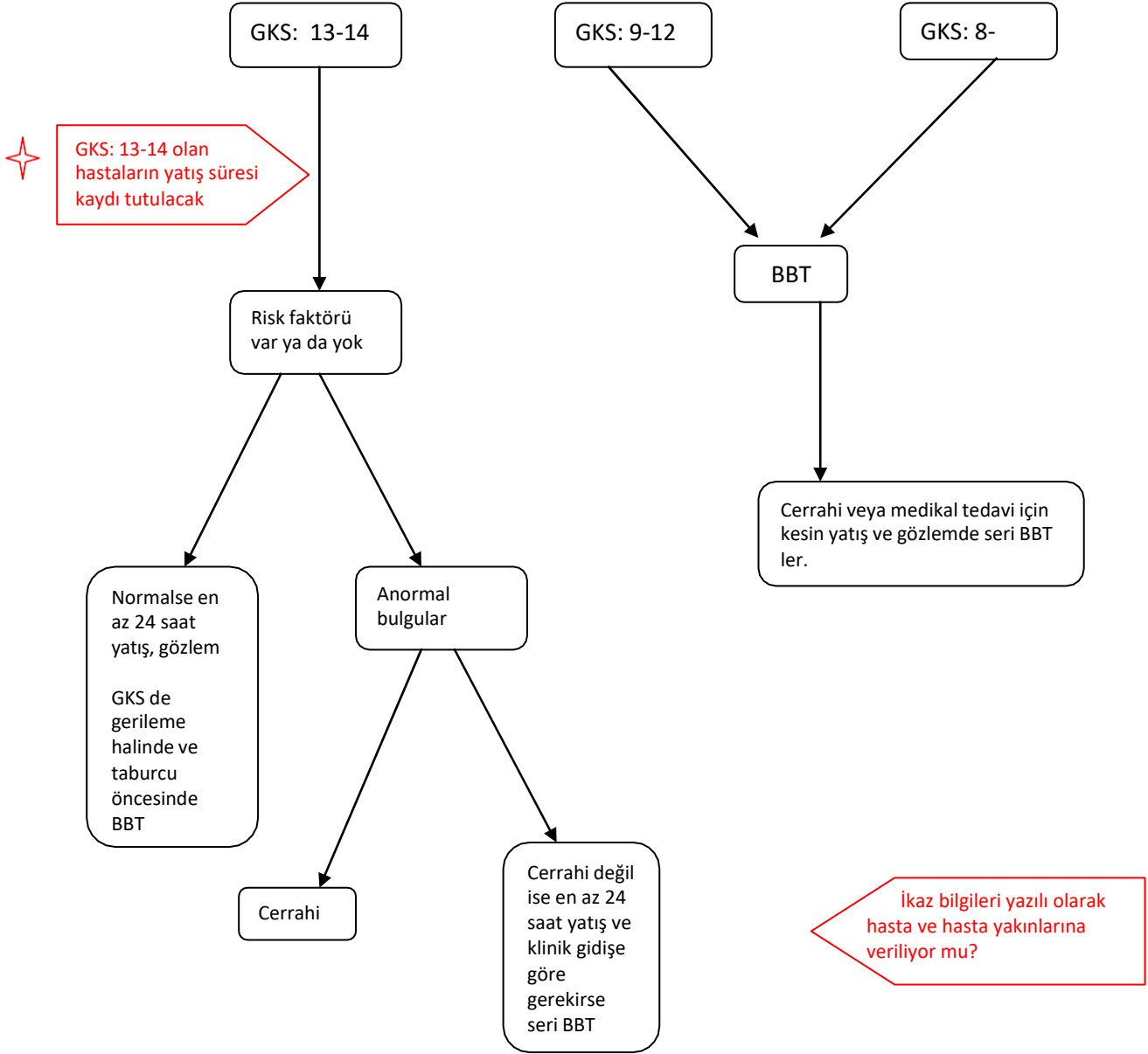
Şiddetli baş ağrısı
Fıskırır tarzda kusma
Anlaşılmayan mantıksız konuşmalar
Kol veya bacaklarda ani gelişen kuvvetsizlik
Çevresindeki insanları tanımama
30 dakikadan uzun süren hafıza kaybı

Bu bulgular görüldüğünde en yakın merkeze başvurulmalıdır.



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
ÇOCUK ACİL SERVİS KRİTİK VAKALAR TANI VE TEDAVİ
ALGORİTMALARI PLANI

DOKÜMAN KODU	AS.PL.03
YAYIN TARİHİ	01.06.2021
REVİZYON NO	00
REVİZYON TARİHİ	--
SAYFA NO	8 / 26





MENTAL DURUM DEĞİŞİKLİĞİ VE KOMAYA YAKLAŞIM

Anamnez alınır ve fizik muayene yapılır

Glukoz, arteriyel kan gazı, hemogram, biyokimya, toksikoloji
değerlendirmesi için kan alınır.

Yapıldığına
dair kayıt
istenir

Varsa elektrolit düzensizliği tedavi edilir.

Şuur seviyesi değerlendirilir.

Uyandırılması güç

*Beyin BT/MR

*Lomber Ponksiyon

*EEG, Amonyak, Laktat

Beyin BT
çekilme
süresi kaydı
tutulmalı

Aşırı uyanık, ajite

*Toksikoloji incelemesi

*Beyin BT

*Lomber Ponksiyon

*EEG

MAKSİLLOFASİYAL TRAVMA

Hava yolu açıklığının, servikal yaralanmanın olup olmadığı ve aktif kanamanın olup olmadığı kontrol edilmelidir

Servikal yaralanma, hava yolu açıklığında yetersizlik, ısrarlı kanama ve/veya hemodinamik instabilite, bilinç bulanıklığı/kaybı

HAYIR

EVET

Konsültasyona
geliş süresi
kaydı istenir

Maksillofasiyal bölgenin
değerlendirmesi için
oftalmolojik, nörolojik,
nöroşirürjik
konsültasyonlar istenir

Direkt grafiler çekilir, BT,
MR, 3-D BT
Doktor isteği
doğrultusunda istenir

TANI

AMELİYATHANE

CERRAHİ TEDAVİ

Servikal boyunluk
takılmalı, hava yolu
açıklığı sağlanmalı, acil
eksplorasyon yapılmalı

Acil entübasyon kriteri var
mı?

HAYIR

EVET

Spontan solunum
takibi, yakın izlem,
kalıcı tedavi için
planlama

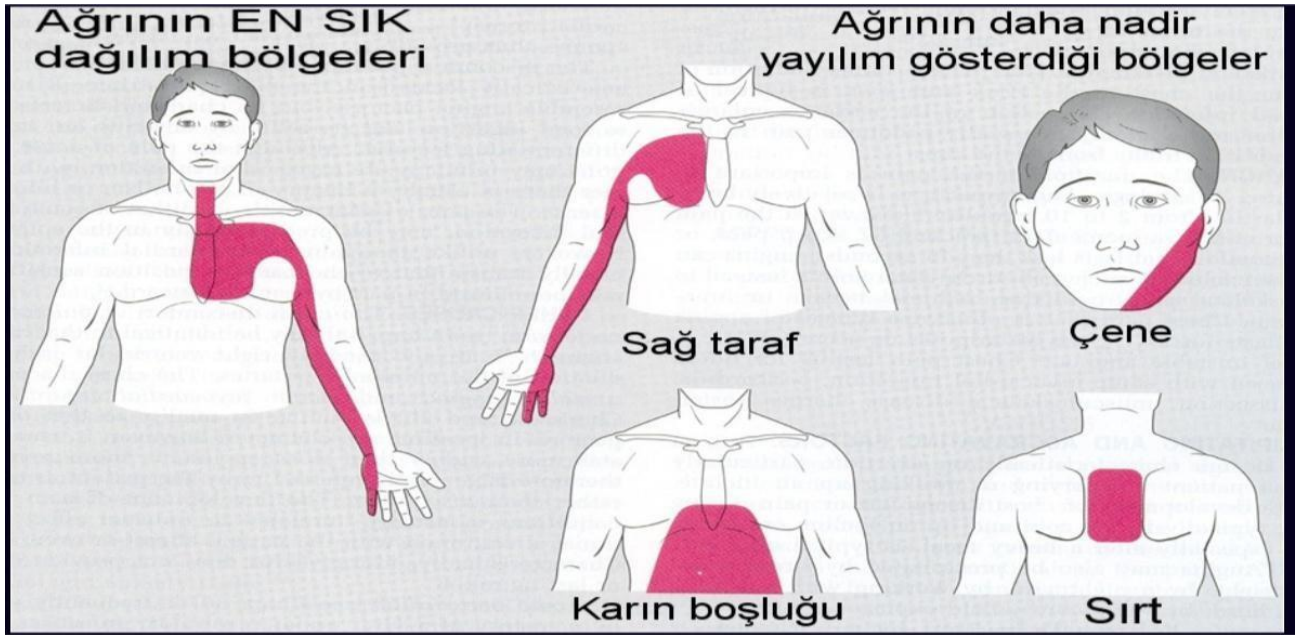
Entübasyon/
trakeostomi açılması,
solunum desteği
sağlanması. Kanama
kontrolü; baskı, tampon
yerleştirilmesi

Hastanın bulgularının
stabil duruma gelmesi
halinde kalıcı tedavi
planlanır

MI TANI VE TEDAV

SEMPTOMLAR

- GÖĞÜS AĞRISI (EN SIK GÖRÜLEN SEMPTOM)
- BASICI, SIKIŞTIRICI TARZDA; KOLA VE BOYUNA YAYILABİLİR
- HAZIMSIZLIK, YANMA HİSSİ, PLÖRETİK AĞRI
- 1 SAATTEN UZUN SÜREBİLİR
- BULANTI VE TERLEME SIKTIR
- HASTADA AĞRI YAKINMASI OLMAYABİLİR
- ÖZELLİKLE YAŞLILARDA DİSPNE, SENKOP, FENALIK HİSSİ



HASTANE ÖNCESİ GÖĞÜS AĞRISININ **15 DAKİKAYI** GEÇMESİ VE **NİTROGLİSERİNE** CEVAP VERMEMESİ TANI KOYDURUCUDUR.

EN KISA ZAMANDA EKG ÇEKİLMELİ;
ERKEN EVREDE NORMAL ÇIKABİLİR
EKG ÇEKİMLERİ TEKRARLANMALI VE İLK ÇEKİLEN İLE MUKAYESE EDİLMELİ
CİDDİ ARİTMİLERİN TESPİTİ İÇİN MÜMKÜNSE EKG MONİTORİZASYONU

Göğüs ağrısı ile gelen
hastanın Ekg çekiliş süresi
kayıt altına alınmalı



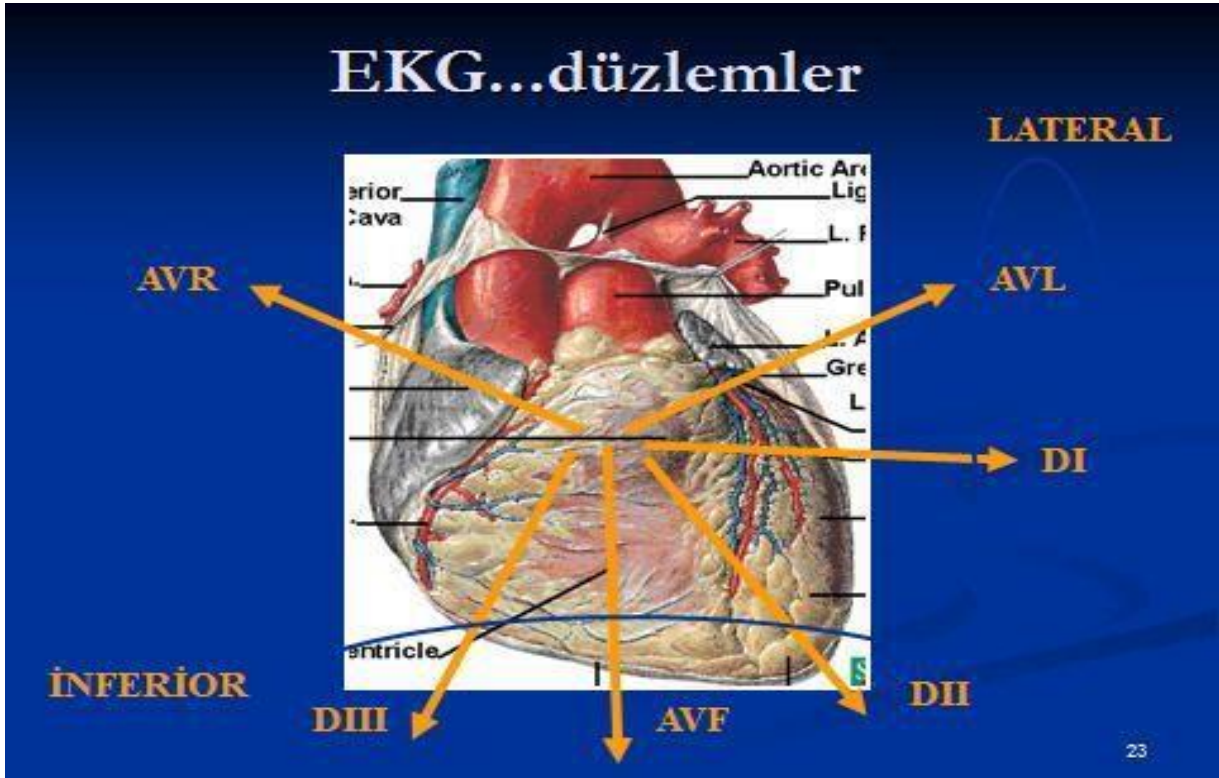
GÖĞÜS AĞRISI İLE BİRLİKTE İLK ÇEKİLEN EKG'Sİ NORMAL BULUNAN HASTALARIN **%1-17** 'SİNDE AMİ GELİŞEBİLECEĞİ UNUTULMAMALIDIR.

MI HASTANE ÖNCESİ TEDAVİ

- SUBLİNGUAL **NİTROGLİSERİN** (ÖRN. NİTROLİNGUAL PUMP SPREY) VEYA İSOSORBİD DİNİTRAT (ÖRN. İSORDİL) VE ÇİĞNENEREK **ASİRİN** VERİLMESİ
- ACİL YARDIM ÇAĞRILMASI
- HASTANEYE TRANSPORTUN SAĞLANMASI

HASTAYA EVDE, MÜRACAAT ETTİĞİ DOKTORDA VEYA TRANSPORT ESNASINDA

- **OKSİJEN** VERİLMELİ
- **ANALJEZİKLER:** OPİUM DERİVELERİ (morfin veya meperidine) YAVAŞ IV YOLLA VERİLMELİ YAŞLILARDA VE KOAH'I OLAN HASTALARDA MORFİN YARIDOZ VERİLMELİDİR
- **ANTIEMETİKLER:** METOCLOPRAMİD 10-20 mg IV UYGULANABİLİR
- **NİTRATLAR:** ORAL GLYCERİLTRİNİTRATE (NTG) SPREY veya DİLALTI TABLETLER (**SİSTOLİK KAN BASINCI 100 mmHg 'NIN ALTINDA, BRADİKARDİK <50 /dk, TAŞİKARDİK > 100/dk OLAN HASTALAR HARIÇ**) TÜM HASTALARA ACİLEN KULLANILIR
- **ASİRİN** AMİ ŞÜPHEŞİ OLAN TÜM HASTALAR 300 mg ÇİĞNETİLMELİDİR
- **ANTIARİTMİK TEDAVİ**
 - ATROPİN** { **CİDDİ BRADİKARDİ <40**
HAFİF BRADİKARDİ İLE BİRLİKTE HİPOTANSİYON
KALP YETERSİZLİĞİ
VENTRİKÜLER ERKEN ATIMLARDA
 - LİDOKAİN** { **VENTRİKÜLER TAŞİKARDİ (VT)**
VENTRİKÜLER VİBRİLLASYON (VF)
 - ADRENALİN** { **ASİSTOLİ**
KARDİYAK ARREST



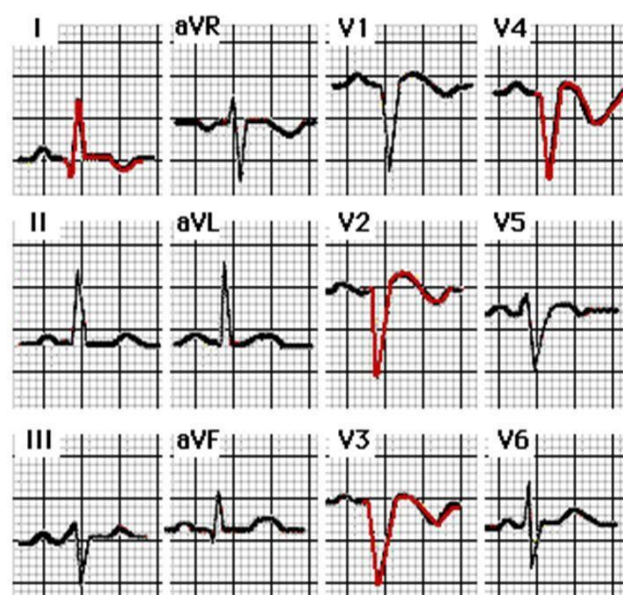
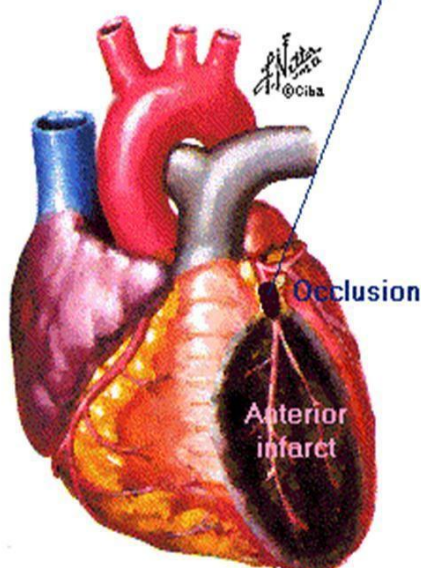
M.I SINIFLANDIRILMASI (Lezyonun yerine göre)

LOKALİZASYON	DERİVASYON
Anteroseptal	V ₁ , V ₂ , V ₃
Anteriyor	V ₂ , V ₃ , V ₄
Anteroapikal	I, aVL, V ₃ , V ₄
Anterolateral	I, aVL, V ₅ , V ₆
Yaygın Anteriyor	I, aVL, V ₁ , V ₂ , V ₃ , V ₄ , V ₅ , V ₆
İnferiyor	II, III, aVF
Posteriyor	V ₁ , V ₂ , V ₃ (UzunR, ve ST depresyonu, Pozitif T)

24

Localization of Myocardial Infarcts Acute Anterior Infarct

Occlusion of proximal left anterior descending coronary artery



Significant Q waves and T wave inversions in leads I, V2, V3, and V4

25

Localization of Myocardial Infarcts

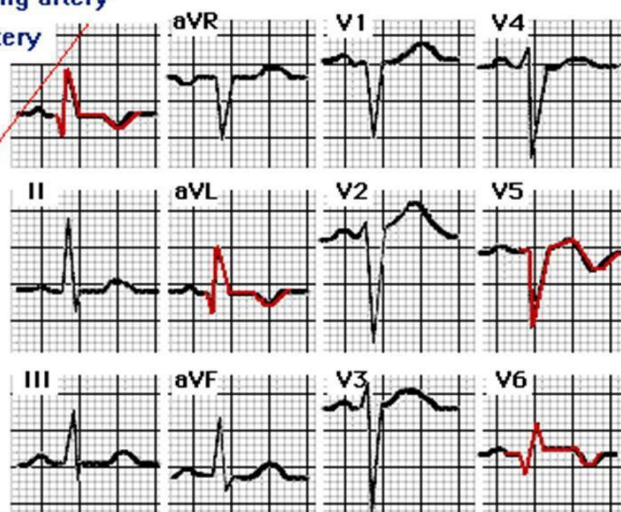
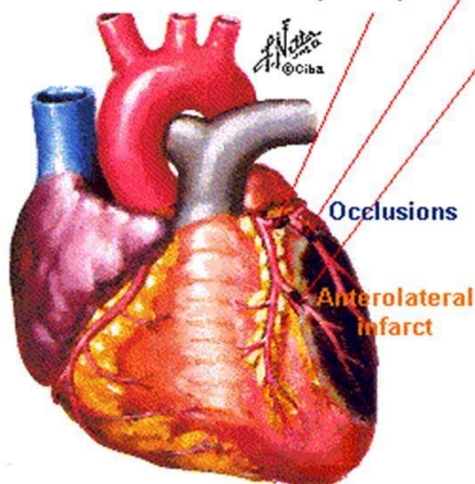
Anterolateral Infarct

OCCLUSION OF

Diagonal branch of left anterior descending artery

OR, marginal branch of left circumflex artery

OR, left circumflex coronary artery

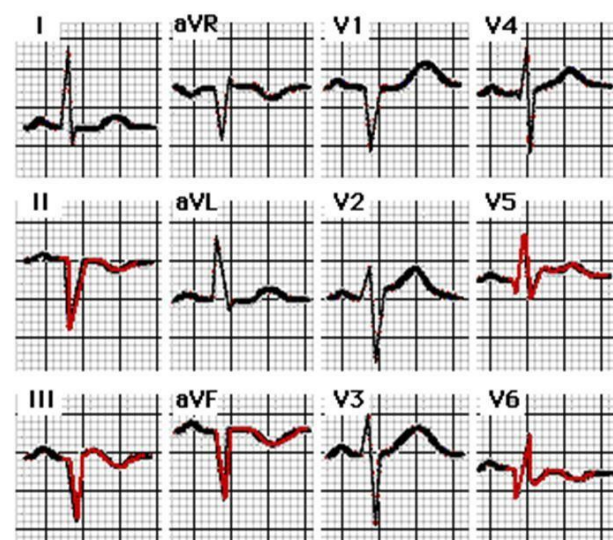
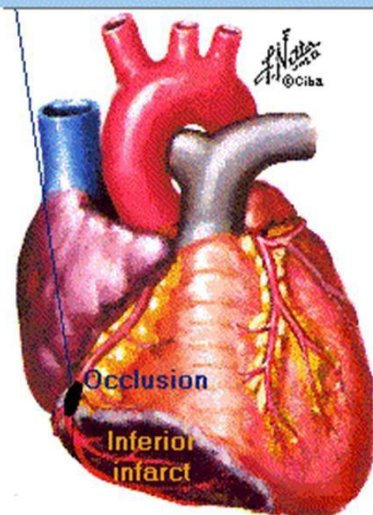


Significant Q waves and T wave inversions in leads I, aVL, V5, and V6

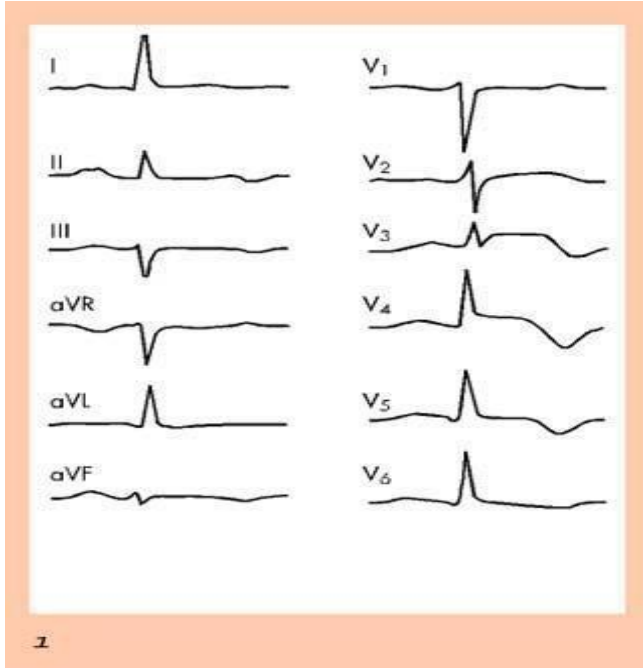
Localization of Myocardial Infarcts

Diaphragmatic or Inferior Infarct

OCCLUSION OF right coronary artery



Significant Q waves and T wave inversions in leads II, III, and aVF. With lateral damage, changes also may be seen in leads V5 and V6.



Yeni bir enfarktüs; ST yükselmesi V3-V5 den başlar, Q dalgası henüz oluşmamış, trombolitic tedavi önerilir.

EKG

- Transmural infarktüste, ST segment elevasyonu, T dalga negatifliği ve Q dalgaları hasarlı bölge üstünde belirlenir iken, ST segment depresyonu ve T dalga negatifliği non transmural infarktüste oluşur.
- MI'de sıklıkla ilk EKG bulgusu, infarkt alanı üzerindeki derivasyonlarda ST segment elevasyonudur.

TANI-I

- AMİ ŞÜPHEİ OLAN HASTALARDA, KALP KASI YIKIMININ **BİYOKİMYASAL BELİRTEÇLERİNİN** TİPİK ARTIŞI İLE BERABER EN AZ BİRİ:
- İSKEMİK SEMPTOMLAR
- EKG'DE **PATOLOJİK Q** DALGALARININ ORTAYA ÇIKMASI
- EKG'DE İSKEMİ DÜŞÜNDÜREN **ST SEGMENT YÜKSELME VEYA ÇÖKMELERİ**
- **GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMLERİ** İLE MİYOKARDİAL DOKU VEYA DUVAR HAREKET KAYBININ GÖSTERİLMESİ

TANI-II

- HASTALARIN YALNIZCA %50'İNDE İLK EKG TANISALDIR
- ARDIŞIK İKİ DERİVASYONDA **1 mm** ÜSTÜNDE **ST SEGMENT** YÜKSEKLİĞİ
- YENİ SOL DAL BLOĞU veya SOL VENTRİKÜL YÜKLENME BULGULARI
- **Q DALGASI** VARLIĞI (DIII HARİÇ)
- **T NEGATİFLİĞİ** (DIII ve V1 HARİÇ)
- İKİDEN FAZLA DERİVASYONDA **SİVRİ T DALGALARI**

TANI – BİYOKİMYASAL BELİRTEÇLER

➤ **TROPONİNLER**

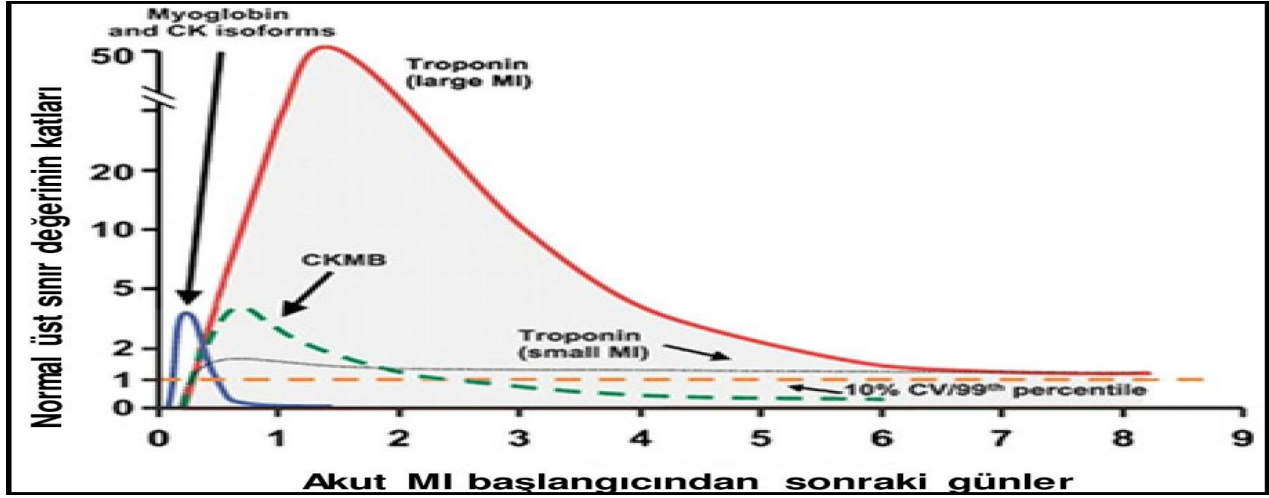
- **TROPONİN I** ve **T** DOKU SPESİFİKTİR
- **3-6 SAATTE** YÜKSELİR, 24 SAATTE PİK YAPAR, 5-14 GÜN YÜKSEK KALIR
- NORMAL LİMİTLERİ ÇALIŞILAN KİT'E GÖRE DEĞİŞİR

➤ **KREATİN KİNAZ (CK)**

- CK, CK-MB ve KÜTLE CK-MB
- KARDİAK, İSKELET VE KALP KASINDA

➤ **MİYOGLOBİLİN**

- İSKELET VE KALP KASINDA BULUNUR
- YETERİNCE ÖZGÜN DEĞİLDİR
- ANCAK EN ERKEN YÜKSELEN BELİRTEÇTİR
- SEMPTOMLARDAN **1-2 SAAT** SONRA YÜKSELİR, 4-6 SAATTE PİK YAPAR, 1-2 GÜN İÇİNDE KAYBOLUR
- RE-ENFARKT GÖSTERGESİ OLARAK YARARLIDIR



AMI YÖNTEMİ

- BİLİNÇ, ABC
- DAMARYOLU
- YAŞAMSAL BULGULAR, MONİTÖRİZASYON
- 12 DERİVASYONLU EKG (10 dakika içinde çekilmeli ve AMI tanınmalı)
- KAN ÖRNEĞİ ALINMALI
- FİZİK MUAYENE YAPILMALI
- İLK DEĞERLENDİRMEDE; HİPOPERFÜZYON, ŞOK, YETMEZLİK, HİPOKSİ, VENTRİKÜL ARİTMİ BULGULARI TANINMALI
- GEREĞİNDE UYGUN RESÜSİTASYON ALGORİTMALARI UYGULANMALIDIR

TEDAVİ PRENSİPLERİ

- OKSİJEN 2-4 lt /dk
- SPO₂ <90 olan TÜM HASTALARA

- NİTRATLAR
- 3X0.5 mg SL veya AERESOL, AĞRI GEÇMEZSE IV NİTROGLİSERİN
- KONTRENDİKASYONLARI
- HİPOTANSİYON
- BRADİKARDİ (< 50 /dk) yada KALP YETMEZLİĞİ YOKKEN TAŞİKARDİ (>100/dk)
- SAĞ VENTRİKÜL MI
- SON 24 SAAT İÇİNDE FOSFODİESTERAZ KULLANIMINDA

- ANALJEJİ
- 2-4 mg MORFİN SÜLFAT, GEREĞİNDE 5-15 dk BİR 2-8 mg EK DOZLAR
- NSAİ İLAÇLARIN KULLANIMI KONTRENDİKE

- SALİSİLAT
- 300 mg PO ÇİĞNETİLMELİDİR
- KONTRENDİKASYONU ASA ALLERJİSİ
- KLOPİDOGREL
- 75 YAŞ ALTI HASTALARA 300 mg YÜKLEME

❓ BETA BLOKER

- MİYOKARDİAL O₂ İHTİYACINI; KALP HIZINI, SİSTEMİK ARTERİYEL BASINCI VE KONTRAKTİLİTEYİ AZALTARAK DÜŞÜRÜR
- 5 mg METOPROLOL, 5 dk ARA İLE 3 KEZ UYGULANIR
- **KONTRENDİKASYONLARI**
- BRADİKARDİ (<60/dk), SİSTOLİK HİPOTANSİYON (< 100 mmHg) , ORTA –AĞIR KALP YETMEZLİĞİ, ŞOK, AV BLOK, ASTİM VE DİĞER HAVAYOLU HASTALIĞI
- **IV UYGULAMA SADECE KONTRENDİKASYONU OLMAYAN HİPERTANSİF VE TAŞİKARDİK**

➤ REPERFÜZYON

- MEDİKAL (FİBRİNOLİZİS)
- GİRİŞİMSEL (PERKÜTANÖZ KORONER GİRİŞİM-PKG)
- CERRAHİ (KORONER ARTER By-PASS GREFT-KABG)

➤ STREPTOKİNASE

- 1,5 milyon ünite (>60 dk i.v infüzyon)

❓ RETEPLASE

- 30 dk ARAYLA İKİ KEZ 10 mg. Bolus verilir.
- BERABERİNDE <75 yaş ise ENAXİPARİNE 30 mg BOLUS HEMEN SONRA 1 mg / kg SUBKUTAN (12 SAATTE BİR DEVAM)
- >75 YAŞ ise 0.75 mg/kg 12 SAATTE BİR YA DA
- **FONDAPARİNÜX** 2.5 mg IV VE 2.5 mg SC GÜNDE BİR KEZ

Trombolizis

❖ Endikasyon (Sınıf I)

- ❖ 75 yaşın altında ve şikâyetlerin başlangıcı ile tedavi arasındaki süre 12 saatten az olan hastalarda;
 - ❖ EKG' de ardışık en az 2 derivasyonda en az 1 mm ST-segment yüksekliği olan
 - ❖ EKG' de yeni ya da olasılıkla yeni sol dal bloğu olan hastalar



75 yaşın altında şikâyetlerin başlangıcı ile tedavi arasındaki süre 12 saatten az olan ve EKG de ardışık en az 2 derivasyonda en az 1mm ST segment yüksekliği olan veya EKG de yeni sol dal bloğu olan hastalara trombolitik tedaviye başlama süresi? Kayıt altına alınmalıdır.

Trombolizis

❖ Endikasyon (Sınıf IIa)

- ❖ Sınıf I ölçütlerine uyan 75 yaş üstü hastalar

❖ Endikasyon (Sınıf IIb)

- ❖ Sınıf I ölçütlerinden herhangi birine uyan ama şikayetlerinin başlangıcı ile fibrinolitik tedavi arasındaki süre 12–24 saat olan olgular
- ❖ Sınıf I ölçütlerinden herhangi birine uyan ama sistolik kan basıncı >180 mmHg ya da diastolik kan basıncı >110 mmHg olan olgular

Trombolizis (kontrendikasyonlar)

MUTLAK

- ❖ Aktif kanama yada kanama diatezi (adet kanaması hariç)
- ❖ Son 3 ayda önemli kapalı kafa yada fasiyal travma
- ❖ Aort diseksiyonu şüphesi
- ❖ Malign intrakraniyal lezyon (primer yada metastatik)
- ❖ Serebral vasküler lezyon (AVM vs.)
- ❖ Hemorajik SVO (herhangibir zamanda)
- ❖ İskemik SVO (son 3 ayda) son 3 saat hariç

GÖRECELİ

- ❖ Uzun sürmüş (>10 dak) veya travmatik CPR
- ❖ Gebelik
- ❖ Başvuruda ciddi kontrolsüz HT (>180/110 mmHg)
- ❖ Antikoagülan kullanımı (INR yüksek, kanama riski)
- ❖ Son 2-4 haftada aktif iç kanama
- ❖ <3 hafta major cerrahi
- ❖ Kronik, ciddi, kontrolsüz hipertansiyon öyküsü
- ❖ Aktif peptik ülser
- ❖ Streptokinase/anistreplase için; >5günde maruziyet yada allerji
- ❖ Kompresse edilemeyecek vasküler girişim
- ❖ 3 aydan eski iskemik stroke, demans yada kontrendikasyonlar arasında olmayan serebral patoloji

PNÖMOTORAKS

Hastanın anamnezi alınır
Ani başlayan ağrı, dispne ve travma hikayesi sorgulanır.

Hastanın fizik muayenesi yapılır.

- İnspeksiyonda Px'li taraf solunuma katılmaz
- Palpasyonda Px'li tarafta taktıl fremitus azalmıştır
- Perküsyonda hiperrezonans vardır
- Oskültasyonda solunum sesleri azalmıştır

Şu sıraya göre görüntüleme yöntemlerine başvurulmalıdır:

- PA AC grafisi
- Lateral grafi
- Ekspiryum filmi
- Dekubitis filmi (ayağa kalkamıyorsa)
- USG (yatan hastada)

Göğüs cerrahisi konsültasyonu istenir.

Tanı amaçlı ilk olarak PA akciğer filmi çekilmiş mi? Kaydı tutulmalı

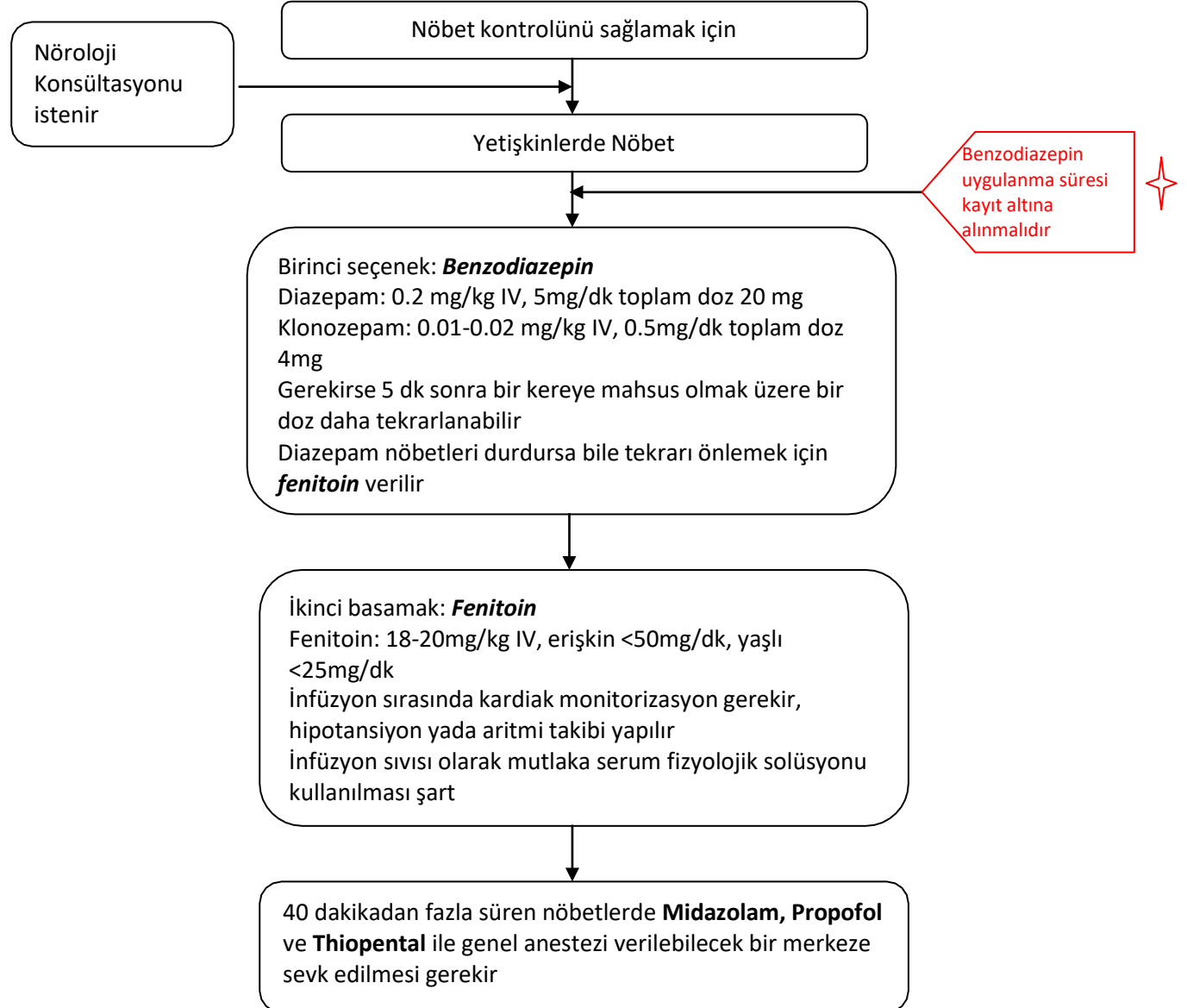
NÖBET YÖNETİMİ

Hava yolu, solunum, dolaşım gibi yaşamsal fonksiyonları korumak için girişimlerde bulunulur

Oral/nazal maske ile oksijen verirken, entübasyon ya da mekanik ventilasyon ihtiyacı değerlendirilir

Damar yolu açılırken kan testleri için kan örneği alınır (glukoz, üre, elektrolitler, transaminazlar, kan gazları, anti epileptik ilaç düzeyleri, toksisite taraması)

Hasta hipoglisemikse, diabet hastası olduğu biliniyorsa, Status Epileptikus nedeni henüz bilinmiyorsa yetişinde : 50 ml %50 lik glukoz+ IV Thiamin verilir.



YANIK ALGORİTMASI

I. DERECE YANIKLAR

KÜÇÜK YANIKLAR VE ORTA YANIKLAR

- Birinci derece yanıklar genellikle açık bırakılır, kapalı pansuman yapılmaz
- Nemlendirici kremler veya merhemler yeterlidir
- Hastaya analjezik verilebilir
- Antibiyotik verilmez.

BÜYÜK YANIKLAR

Ağrı ve hidrasyon yönetimi için hasta gereğinde yatırılarak tedavi edilir.

II. DERECE YANIKLAR

YÜZEYSEL YANIKLAR

- Kozmetik olarak görünür alanlarda poliüretan film tabaka kullanılabilir
- Veya parafin veya yağlı merhem emdirilmiş (örn.% 0.2 nitrofurazon pomad) gazlı bezlerle pansuman uygundur

DERİN YANIKLAR

Antibiyotikli kremler doğrudan (örn. Gümüş sülfadiazin, mupirosin, Nitrofurazon) veya parafin emdirilmiş tüllerin altına uygulanabilir

Yara iyileşmesinin gecikmesi ve üç haftayı aşması durumunda diskolorasyon, hipertrofik skarlaşma, keloid oluşumu ve/veya kontraktür gelişebileceğinden, hastaların yanık/merkezlerine geciktirilmeden, nakli uygundur.

III. VE IV. DERECE YANIKLAR

Bu grup hastalarda cerrahi uygulamalar gerektiği için yatarak tedavi edilmek üzere yanık ünite/merkezlerine yönlendirilir

CİDDİ YANIKLAR

- ✓ Hastanın kabulünde havayolu, solunum ve dolaşımı tekrar gözden geçirilmelidir. Hastayı izleyen hekim eğer şüpheye kaldı ise kalıcı hava yolu açılmalıdır.
- ✓ Nazal O₂ verilmeli, hasta ventilatörde ise ventilatör ayarları yapılmalıdır
- ✓ Dolaşım, nabız ve kalp atım hızı ile öncelikle değerlendirilir
- ✓ İlk 24 saatte sıvı resüsitasyonu yapılır. Erişkinlerde **Parkland** veya **modifiye Brooke** formüllerine, çocuk hastalarda **Galveston** formülüne göre hesaplanır. Hastanın klinik gidişine göre sıvı resüsitasyonu yönetilir.
- ✓ Hastanın idrar çıkışı takibe alınır (erişkinlerde saatte **30 mL/saat**, çocuklarda **1mL/kg/saat** olması dolaşımın ve sıvı tedavisinin yeterli olduğunu gösterir)
- ✓ Elektrik ve inhalasyon yanıklarında önerilenin **iki katına** kadar idrar çıkışı sağlayacak şekilde sıvı verilmelidir.
- ✓ Majör elektrik yanıklarında olabildiğince erken dönemde erişkinlere **50 gram mannitol ve 2 ampul bikarbonat intravenöz puşe** yapılmalıdır
- ✓ Hastanın hipotermisi varsa düzeltilmelidir
- ✓ Vücut yüzeyinin % 30'undan fazlası yanan hastalara **nazogastrik sonda** takılır
- ✓ Erişkin ağır yanıklarda gastrointestinal sistemde ülser profilaksisi için **H₂-reseptör blokörü** verilmeli
- ✓ Ağızdan beslenmesi mümkün olan çocuklarda ülser profilaksisine gerek yoktur
- ✓ Erişkinlerde ağır yanıklarda derin ven trombozu profilaksisi **heparin veya düşük moleküler ağırlıklı heparinle** yapılabilir
- ✓ Ağrı tedavisi için **narkotik analjezik** tercih edilir
- ✓ Erken dönemde profilaktik antibiyotik tedavisine gerek yoktur. Ancak hasta tedavisinin her aşamasında enfeksiyon kontrolü titizlikle yapılmalıdır.

ELEKTRİK YANIKLARI



Elektrik
yanıklarında
EKG
çekilmişmi?

- CK-MB,
Troponin-I
bakılmış mı?

-Sıvı
replasmanı ve
idrar takibi
yapılmış mı?

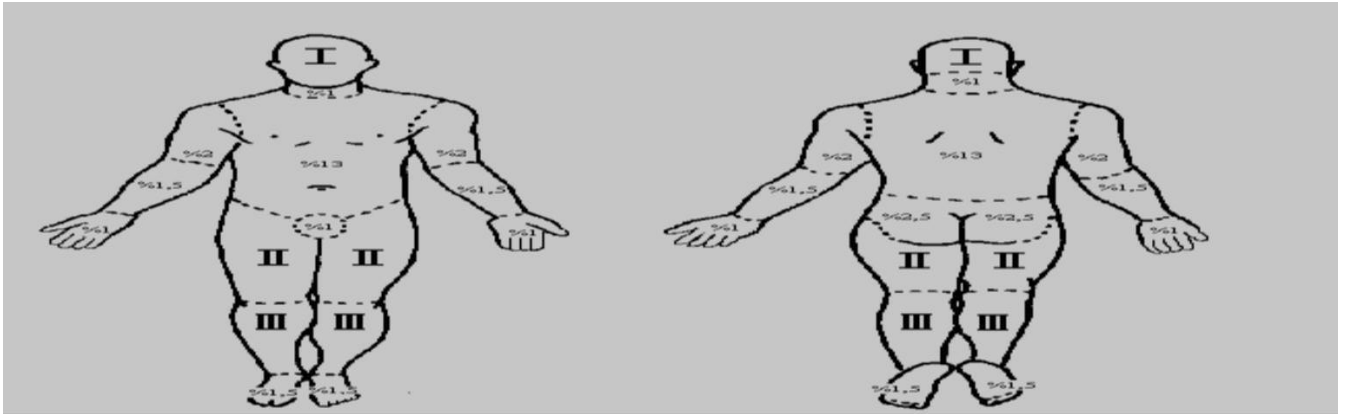
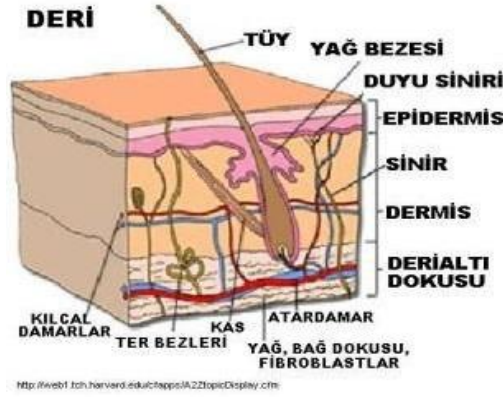
Kayıt
tutulmalı

- ✓ Hava yolunun kontrolünden sonra kardiovasküler sistemin değerlendirilmesi önceliklidir
- ✓ Düşük voltaj elektrik yanıklarında (< 250 volt) atrial fibrilasyon en sık ritm bozukluğu ve ölüm sebebi olduğundan mutlaka EKG çekilmelidir. CPK-MB bakılmalıdır
- ✓ Yüksek voltaj elektrik yanıklarında Troponin-I (kardiyak kas nekrozu olabileceğinden) düzeyi istenmeli ve 24 saat kardiyak monitörizasyon yapılmalı
- ✓ Ekstremitelerde kompartman sendromuna bağlı dolaşım bozukluğu görülürse fasyotomi yapılmalı
- ✓ Hemoglobinüri / myoglobinüri ve akut böbrek yetmezliğini önlemek için sıvı replasmanı ve idrar takibi yapılmalı
- ✓ İdrarı alkalileştirmek için erişkinlerde 2 ampul, 10 kg üzerindeki çocuklara 1 ampul, 10 kg altındaki çocuklara 1 ml/kg NaHCO₃ IV püze edilmeli
- ✓ Akut dönemde diüretiklerin kullanımı kontrendikedir, sıvı arttırılmalıdır
- ✓ Ozmotik diürezi sağlamak için yapılan çabalar sonuçsuz kalırsa mannitol verilebilir (erişkinlerde 50gr, çocuklarda 0,5 gr/kg IV)

KİMYASAL YANIKLAR

- ✓ Giysiler kısa sürede çıkarılır
- ✓ Etkenle bulaşan bölgeler ağrı azalana/yok olana kadar bol su ile yıkanmalıdır
- ✓ Nötralizasyon ajanları kullanılmamalıdır
- ✓ Kimyasal tozlardan kaynaklanan yanıklarda önce fırça/ kuru bezle bölge temizlenmeli daha sonra su ile yıkanmalıdır
- ✓ Kuru kireç yanıklarında önce fırçalamayla etken uzaklaştırılır, cıvabileşikleri oluşan yanıklarda biller eksize edilmeli, katran yanıklarında önce buz kalıpları ile katran dondurulup sonra katran temizlenmeli, hidroflorik asit yanıklarında (cam, çelik, kuru temizleme...) kalsiyum glukonat içeren jellerin topikal uygulaması (yanık %10'dan fazla ise) yeterli olmazsa intraarteriyel kalsiyum glukonat infüzyonu yapılmalıdır.

1.DERECE YANIK	Epidermis sağlamdır, eritem vardır, örn. güneş yanıkları
2.DERECE YANIK	Epidermis bütünlüğü bozulmuş, dermisin üst tabakalarına sınırlı ise <i>yüzeysel</i> ikinci derece, dermisin alt (retiküler) tabakaları tutulmuş ise <i>derin</i> ikinci derece yanık oluşmuştur. Yüzeysel çok ağrılı iken derin ikinci derecede daha az ağrı ve künt bası hissi hakimdir.
3.DERECE YANIK	Dermisin tüm katları tutulur. Deri sert, basık, soluk, ağrısızdır, tromboze damarlar izlenir, klasik yanık eskarı vardır.
4.DERECE YANIK	Cildin tüm katları, cilt altı yağ ve derin yapılar (kas, tendon, vb) tutulur, kömürleşmiş görünüm vardır.



LUND BROWDER ŞEMASI						
YAŞ	0	1	5	10	15	ERİŞKİN
ÖN VE ARKA YARI	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
BAŞ I	9½	8½	6½	5½	4½	3½
UYLUK II	2¾	3¾	4	4¼	4½	4¾
BACAK III	2½	2½	2¾	3	3¼	3½



Toplam Yanık Genişliği
-çocuklarda > %10
-erişkinde > %20 olan
hastalara IV sıvı verilmiş
mi? Kayıt tutulmalı

Toplam yanık genişliği (TYG);
-Çocuklarda > % 10 TYG
- Erişkinde > %20 TYG
İse intravenöz sıvı verilmelidir.

ERİŞKİN İLK 24 SAAT

Parkland formülü : 4 mL / kg / % TYG,
Laktatlı Ringer Solüsyonu.
Modifiye Brook formülü: 2 mL / kg / %TYG
Hesaplanan miktarın yarısı ilk 8 saatte, kalan
yarısı 16 saatte verilir

ÇOCUK İLK 24 SAAT

Galveston formülü: 2000 mL / m² vücut
yüzeyi + 5000 mL / m² TYG, Laktatlı Ringer
solüsyonu.
Hesaplanan miktarın yarısı ilk 8 saatte, kalan
yarısı 16 saatte verilir.

YATARAK TEDAVİ EDİLMESİ GEREKEN YANIKLAR



Yatarak tedavi
edilmesi gereken
ciddi yanıklarda ilk
24 saatte sıvı
resüsitasyonu
yapılmış mı? Kayıt
tutulmalı

- Her yaşta TYG > %20, 2. ve 3. derece yanıklar,
- Her yaşta TYG ≥ %5-10, 3. derece yanıklar,
- 10 yaş altı ve 50 yaş üstü hastalarda yanıklı TYG ≥ %10, 2. Ve 3. derece yanıklar,
- Yüz, kulak, el ve ayak yanıkları,
- Büyük eklemleri içine alan yanıklar
- Genital bölge, perine yanıkları,
- Kimyasal yanıklar,
- Elektrik yanıkları,
- Yıldırım çarpmaları,
- İnhalasyon yanıkları
- Yanığa eşlik eden çoklu travma olması



Yatış yapılması
gereken hastalara
yatış verilmiş mi?
Kayıt tutulmalı