

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
AS.RH.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 26

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. KORUZİV MADDE YANIKLARI
8. MAKSİLLOFASİYAL TRAVMA
9. MI
10. PNÖMOTORAKS
11. EPİLEPSİ
12. YANIK

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
AS.RH.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 26

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 Kaydı tut!

Ortopedi ve /veya plastik cerrahi konsültasyonu istenir.

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

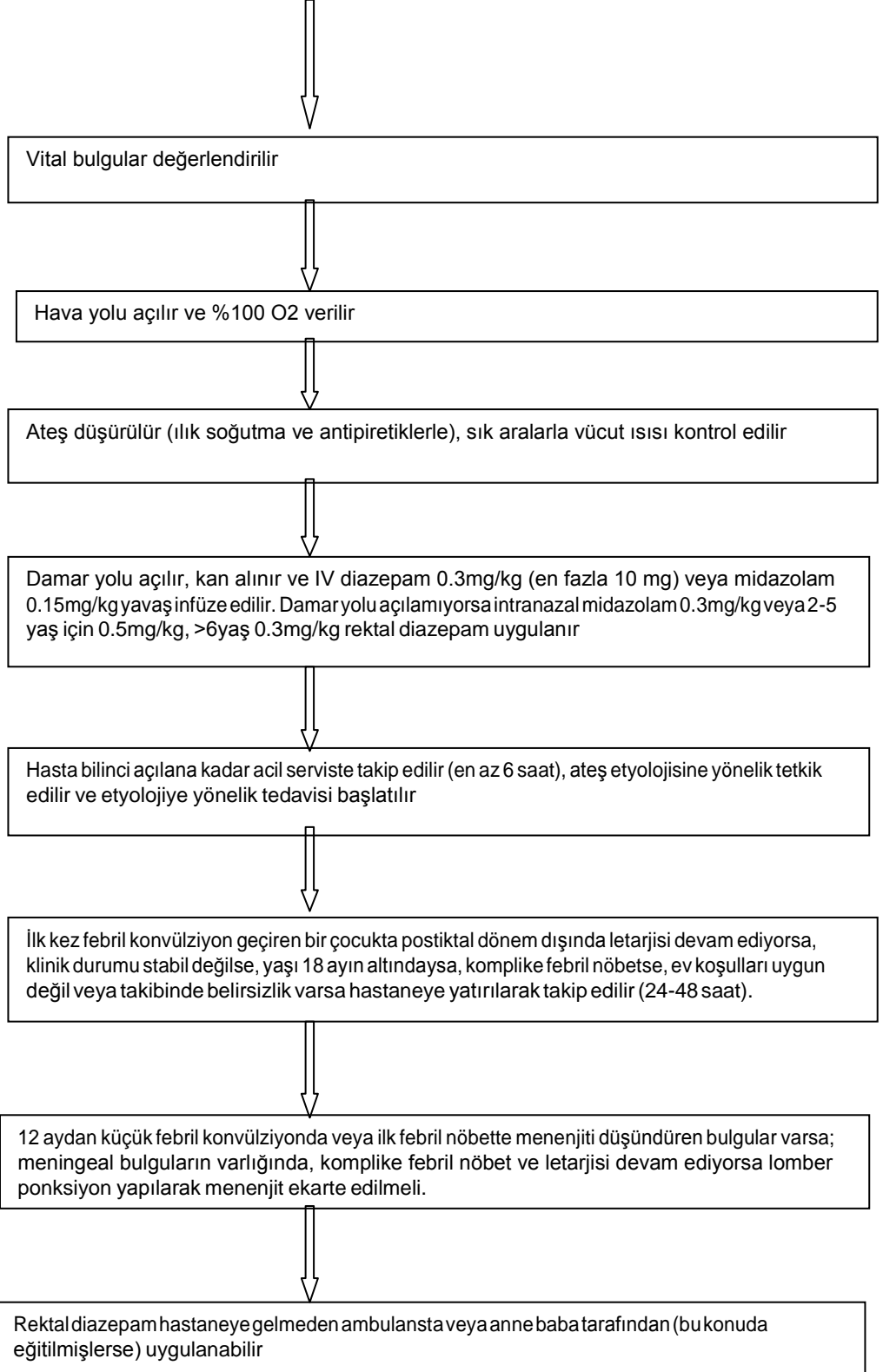
Şartlar uygun olup 6 saat geçmeyen durumlarda replantasyon yapılmış mı? Sevki yapılmış mı? Kayıt tut! İlgili merkeze istenen koşullarda kopan uzuv ulaştırılmış mı? Kayıttut!

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 konular ve ağzı sıkıca kapatılarak, su ve buz karışımı olan başka bir torbanın içine konularak) mikro cerrahi ve el cerrahisi merkezine transfer edilir

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
AS.RH.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 26

FEBRİL KONVÜLZYONDA AKUT TEDAVİ (ÇOCUKTA)



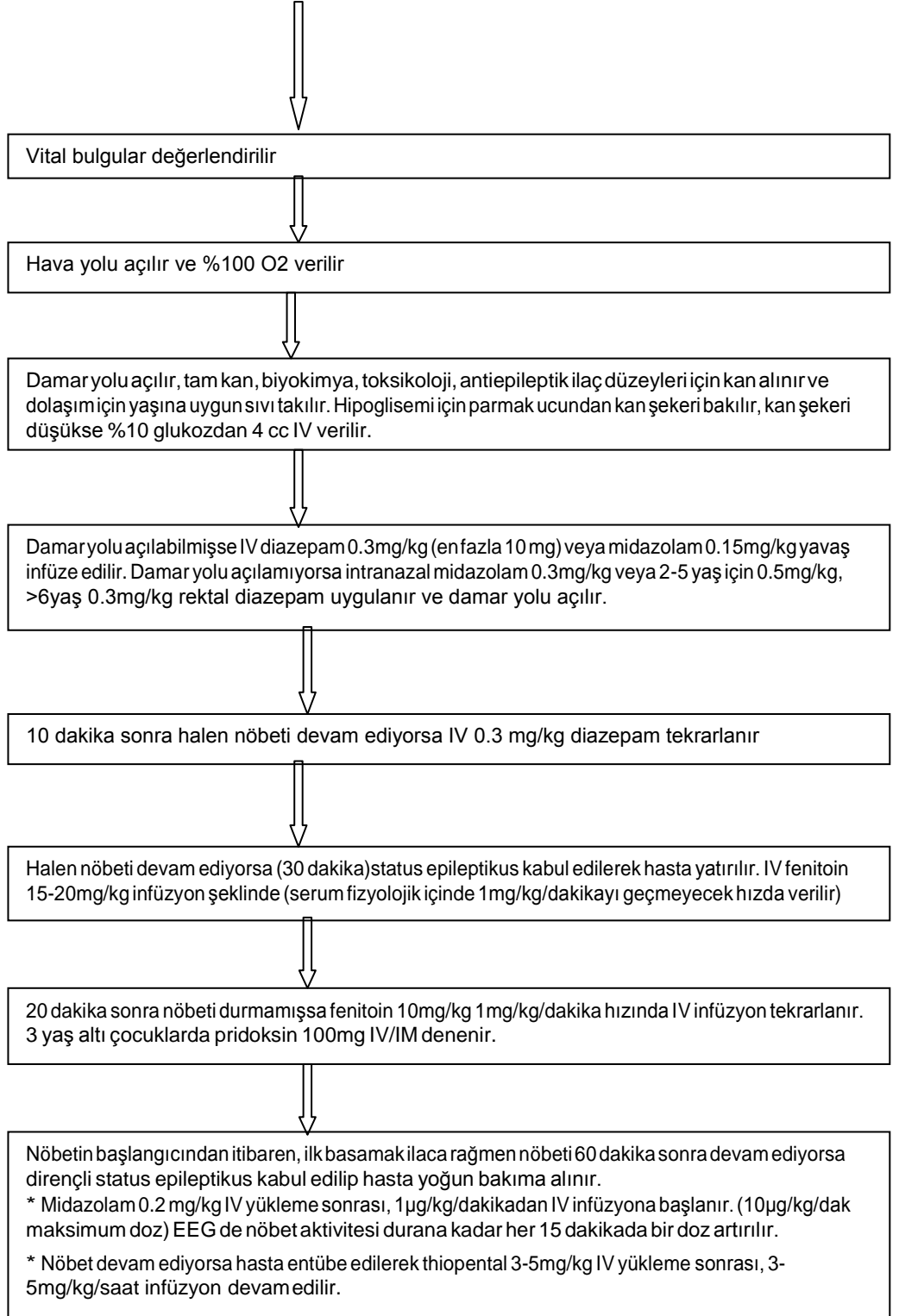
IV diazepam veya midazolam yapılmış mı? Kayıt tutulur



Hastanın gözlemlenme süresi kaydı tutulur

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
AS.RH.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 26

ÇOCUKLARDA UZAMIŞ EPİLEPTİK NÖBET



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

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

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
AS.RH.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 26

İNME

Öykü ve fizik muayene

Ani gelişen, Şiddetli baş ağrısı, ekstremitelerde kuvvetsizlik, Konuşma ve/veya anlamada bozulma
Çift görme veya dengesizlikle birlikte baş dönmesi

BT yada MR çekilme süreci
kayıt altına alınmalı

Görüntüleme
Serebral BT/Serebral MR

Nöroloji Konsültasyonu

Beyin Cerrahi Konsültasyonu

İNME

Intrakranial Kanama

Semptomdan
sonraki ilk 4,5 saat

Semptomdan
sonraki ilk 4,5-6
saat

Semptomdan
sonraki 6 saat
sonrası

İntraparankimal
kanama (epidural,
subtural hematom)

Subaraknoid
Kanama

Başlama süreci kayıt
altına alınmalı

İntravenöz
trombolitik tedavi
(kontraendikasyon
lar hariç)

Endovasküler
tedavi imkanı olan
birimlere sevk

İNME
komplikasyonların
in tedavisine başla

Medikal /
Cerrahi Tedavi

Spontan
SAK

Reptüre
anevrezma

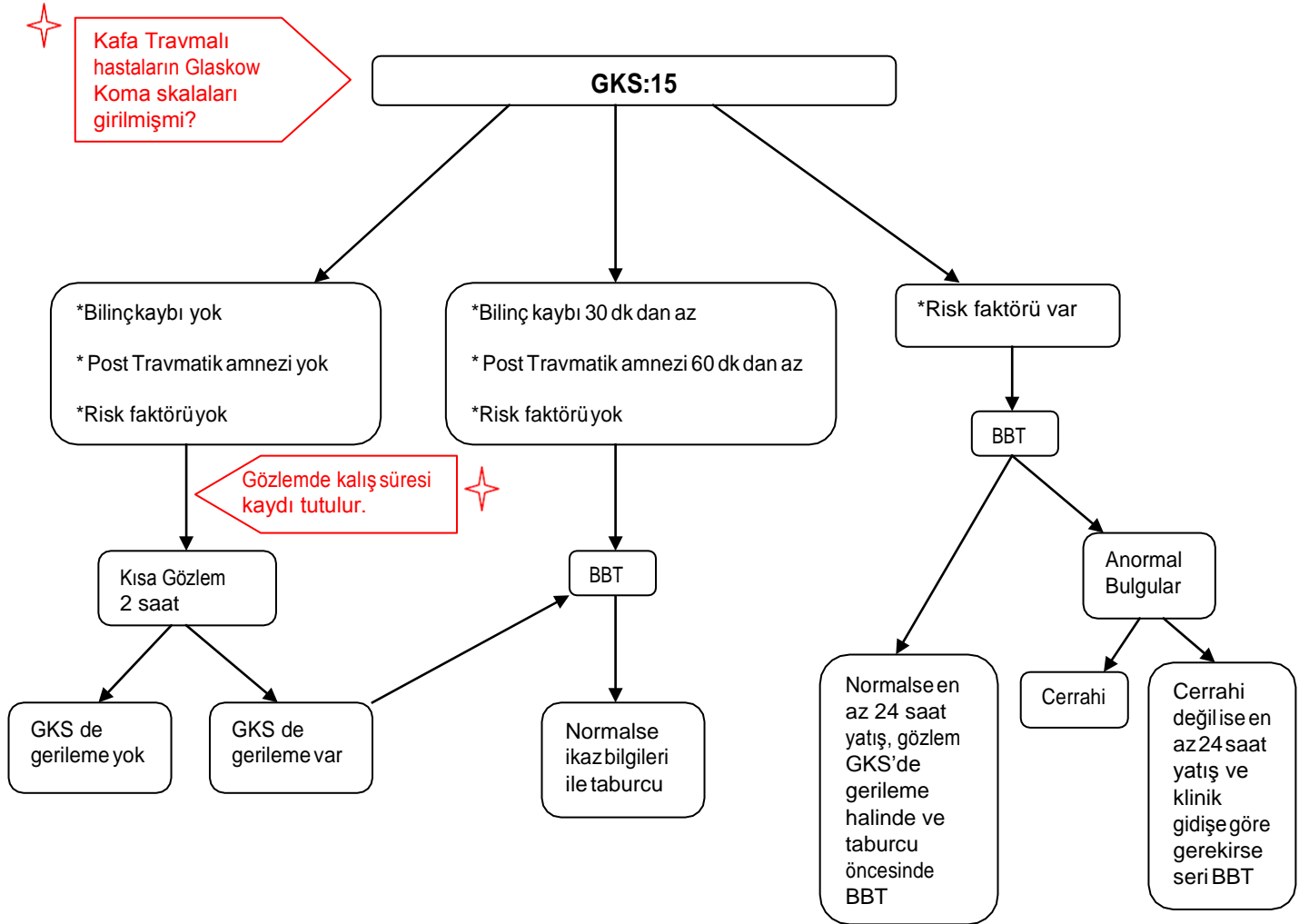
Sevkin Yapıldığı
kayıt altına alınmalı

DSA (Anjiyografi)
bulunan birime sevk

Endovasküler
cerrahi tedavi

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
AS.RH.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 26

KAFA TRAVMALARINDA HASTA YÖNETİMİ



ERİŞKİN GKS		PEDİATRİK 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
Ağrıyla çeker	4	Ağrıyla çeker	4
Ağrıya fleksör yanıt	3	Ağrıya fleksör yanıt	3
Ağrıya ekstansör yanıt	2	Ağrıya ekstansör yanıt	2
Yanıt Yok	1	Yanıt Yok	1

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
AS.RH.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 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

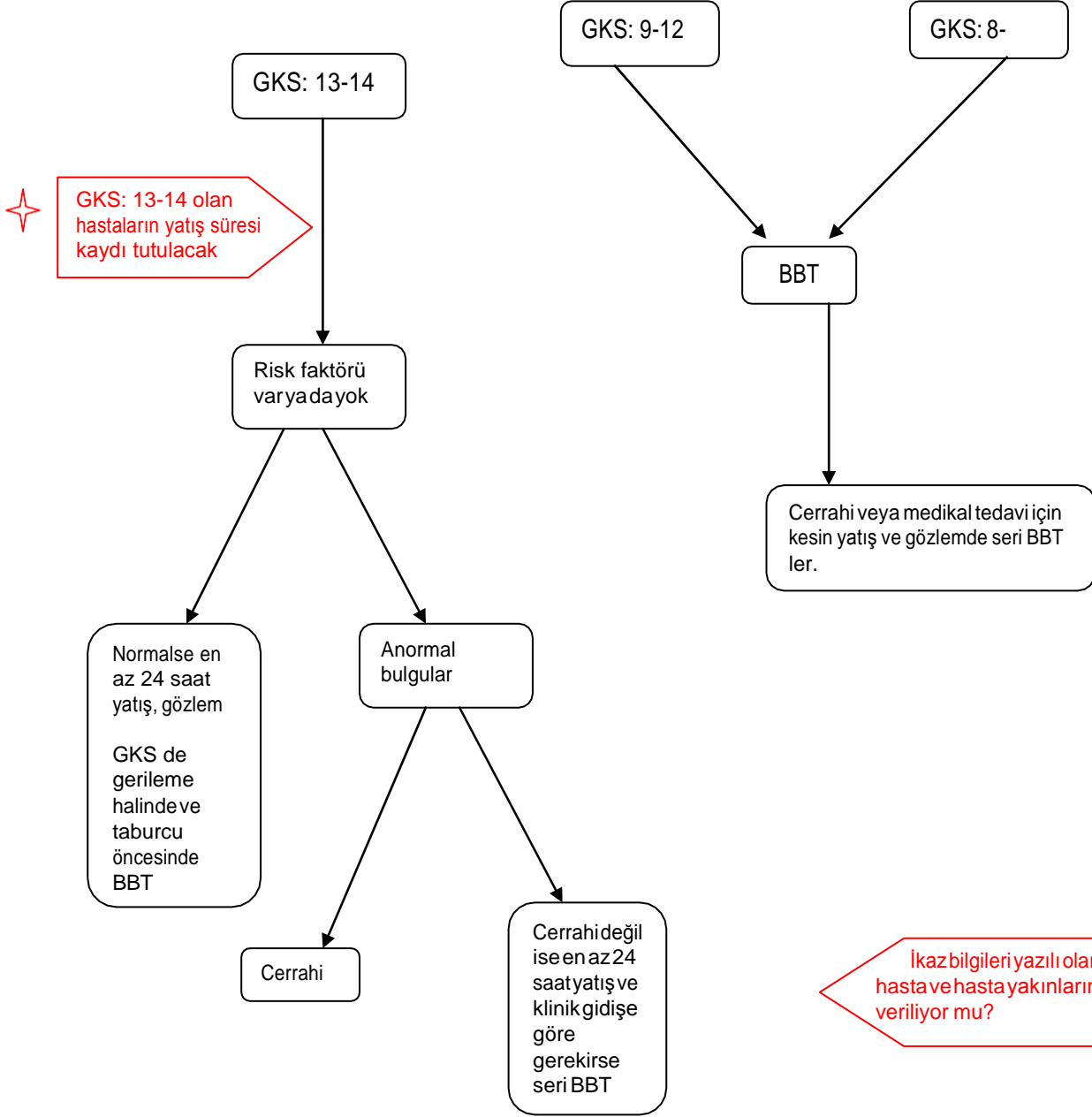
Kranial fraktür(lineer,çökme,kafa tabanı)	Epidural-Subdural hematom
Konvüzyon	İntrakranial hemoraji
Beyin ödemi(lokal-diffüz)	Subaraknoid kanama
Pnömocefali	

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

Şiddetli baş ağrısı
Fışkırır 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.

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
AS.RH.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 26



DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
AS.RH.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 26

MENTAL DURUM DEĞİŞİKLİĞİ VE KOMAYA YAKLAŞIM

Anamnez alınır ve fizik muayene yapılır

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

Yapıldığına dair kayıt istenir

Varsa elektrolit düzensizliği tedavi edilir.

Şuur seviyesi değerlendirilir.

Uyandırılması güç

Aşırı uyanık, ajite

*Beyin BT/MR
*Lomber Ponksiyon
*EEG, Amonyak, Laktat

Beyin BT çekilme süresi kaydı tutulmalı

*Toksikoloji incelemesi
*Beyin BT
*Lomber Ponksiyon
*EEG

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
AS.RH.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 26

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-DBT 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

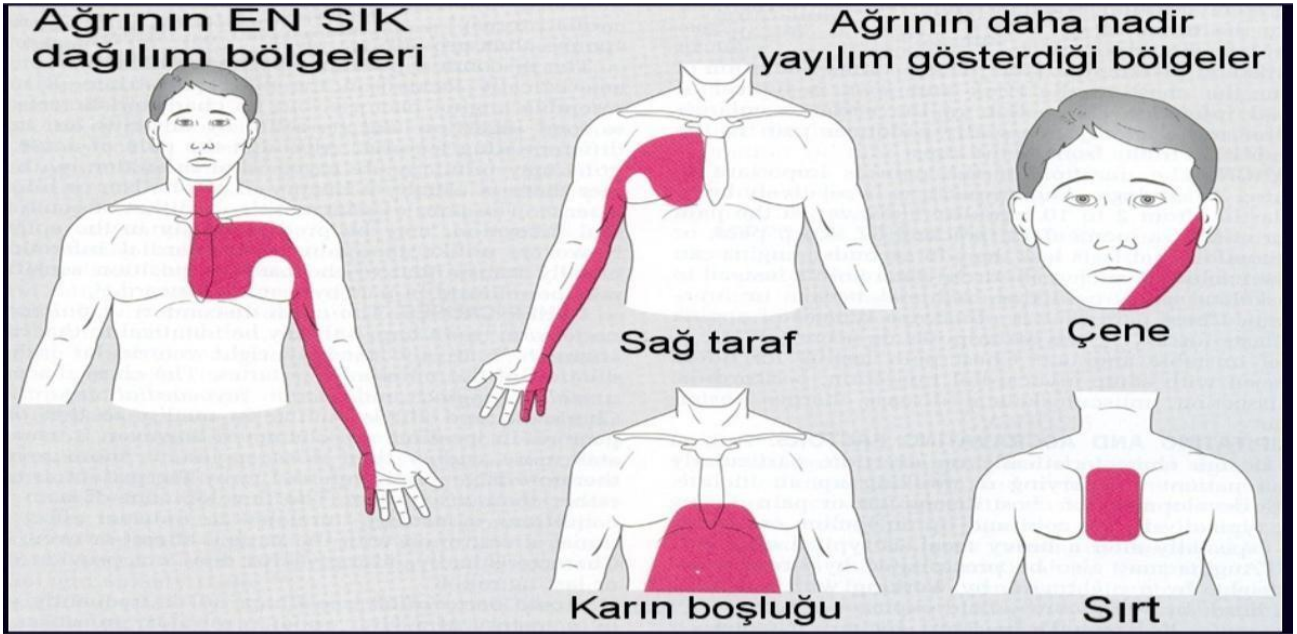
Hastanın bulgularının stabil duruma gelmesi halinde kalıcı tedavi planlanır

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
AS.RH.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 26

MI TANI VE TEDAVİ

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.

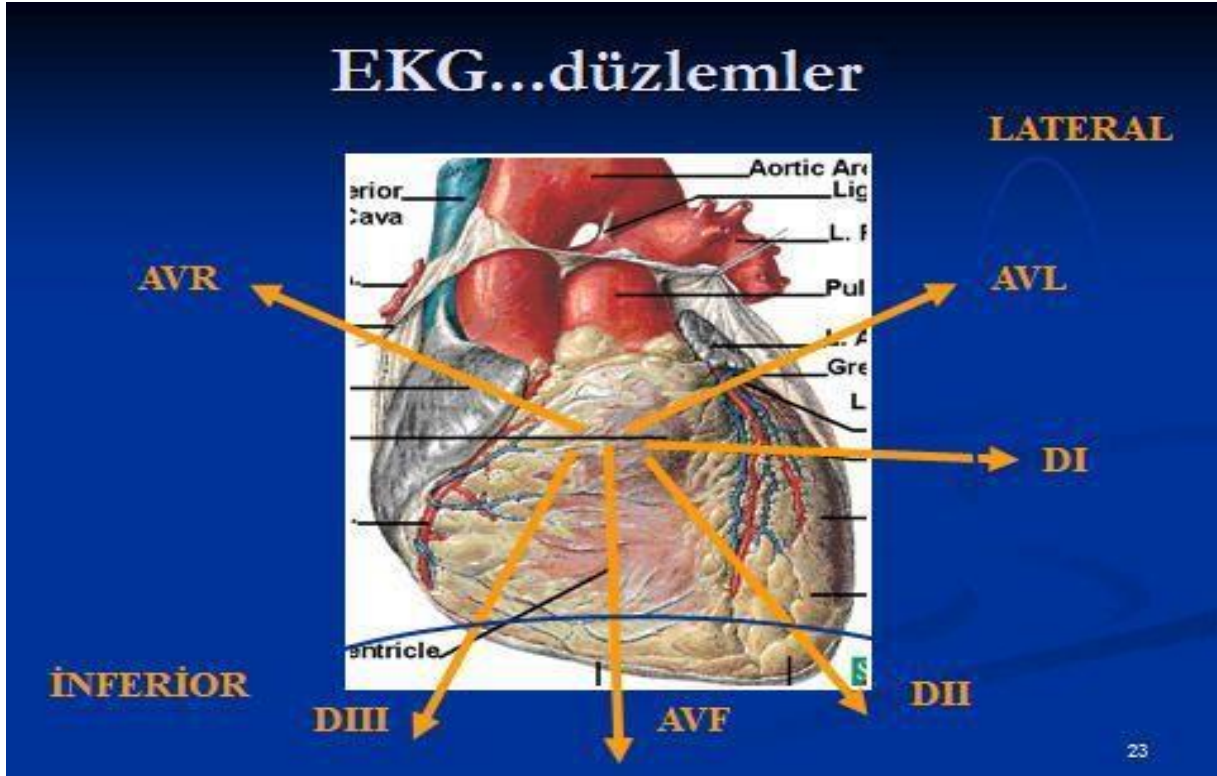
MI HASTANE ÖNCESİ TEDAVİ

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

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
AS.RH.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 26

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 GLYCERİL TRİNİTRATE (NTG) SPREY veya DİLALTI TABLETLER (**SİSTOLİK KAN BASINCI 100 mmHg 'NİN ALTINDA, BRADİKARDİK <50 /dk, TAŞİKARDİK > 100/dk OLAN HASTALAR HARİÇ**) TÜM HASTALARA ACİLEN KULLANILIR
- **ASİRİN** AMİ ŞÜPHESİ OLAN TÜM HASTALAR 300 mg ÇIĞNETİLMELİDİR
- **ANTIARİTMİK TEDAVİ**
 - ATROPİN** { **CİDDİ BRADİKARDİ <40**
HAFİF BRADİKARDİ İLE BİRLİKTE HİPOTANSİYON
KALP YETERSİZLİĞİ
VENTRİKÜLER ERKEN ATIMLARDA
 - LIDOKAIN** { **VENTRİKÜLER TAŞİKARDİ (VT)**
VENTRİKÜLER VİBRİLLASYON (VF)
 - ADRENALİN** { **ASİSTOLİ**
KARDİYAK ARREST



DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
AS.RH.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 26

M.I SINIFLANDIRILMASI (Lezyonun yerine göre)

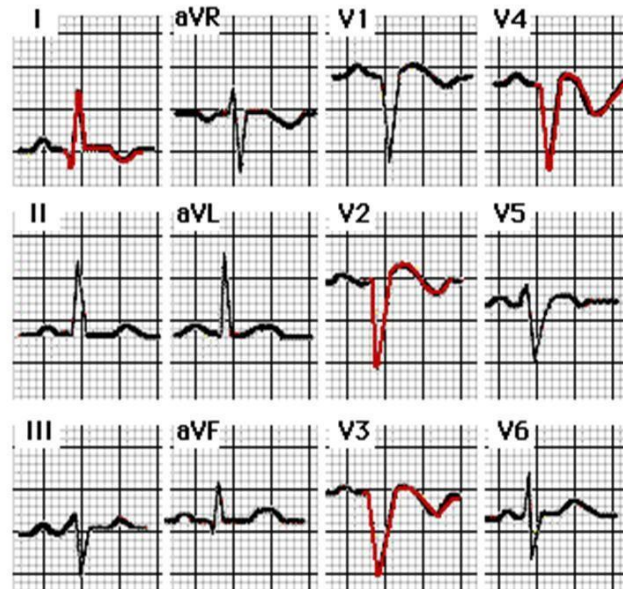
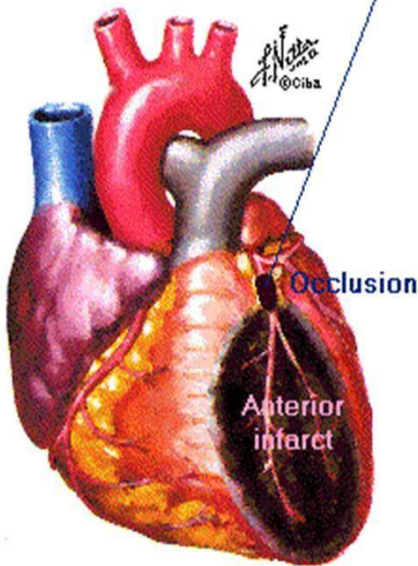
LOKALİZASYON	DERİVASYON
Anteroseptal	V ₁ , V ₂ , V ₃
Anteriyor	V ₂ , V ₃ , V ₄
Anteroapikal	I, aVL, V ₃ , V ₄
Anterolateral	I, aVL, V ₅ , V ₆
Yaygın Anteriyor	I, aVL, V ₁ , V ₂ , V ₃ , V ₄ , V ₅ , V ₆
İnferiyor	II, III, aVF
Posteriyor	V ₁ , V ₂ , V ₃ (UzunR, ve ST depresyonu, Pozitif T)

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

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
AS.RH.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 26

Localization of Myocardial Infarcts

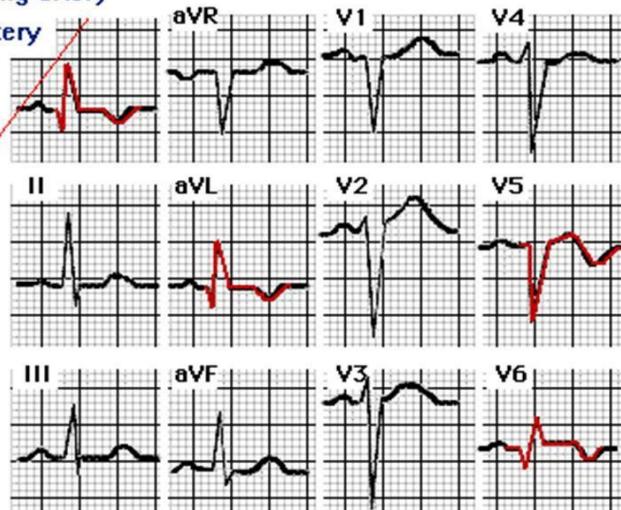
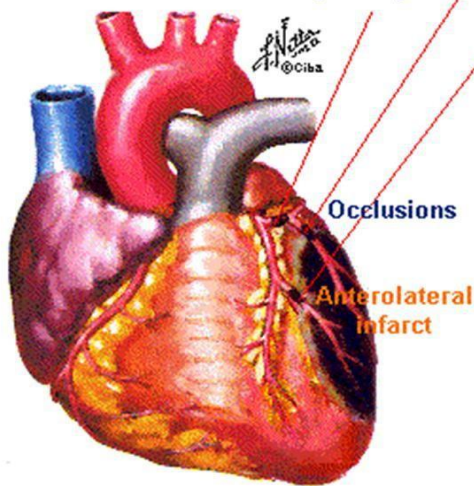
Anterolateral Infarct

OCCLUSION OF

Diagonal branch of left anterior descending artery

OR, marginal branch of left circumflex artery

OR, left circumflex coronary artery

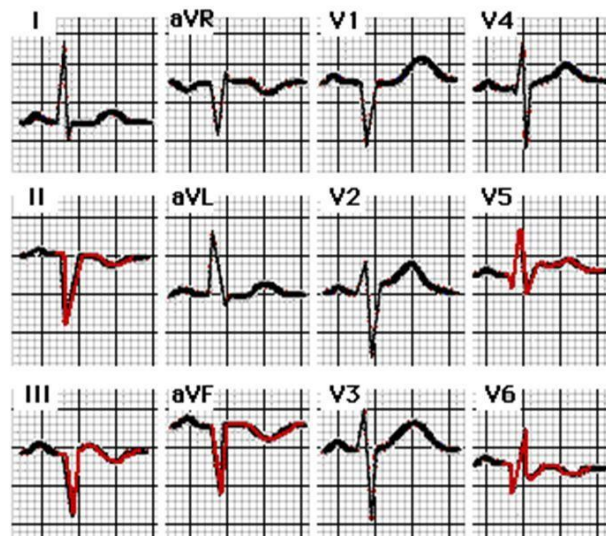
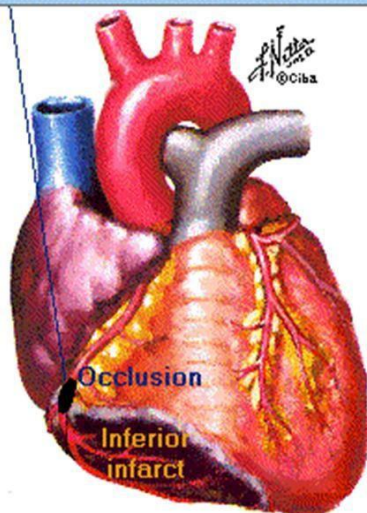


Significant Q waves and T wave inversions in leads I, aVL, V5, and V6

Localization of Myocardial Infarcts

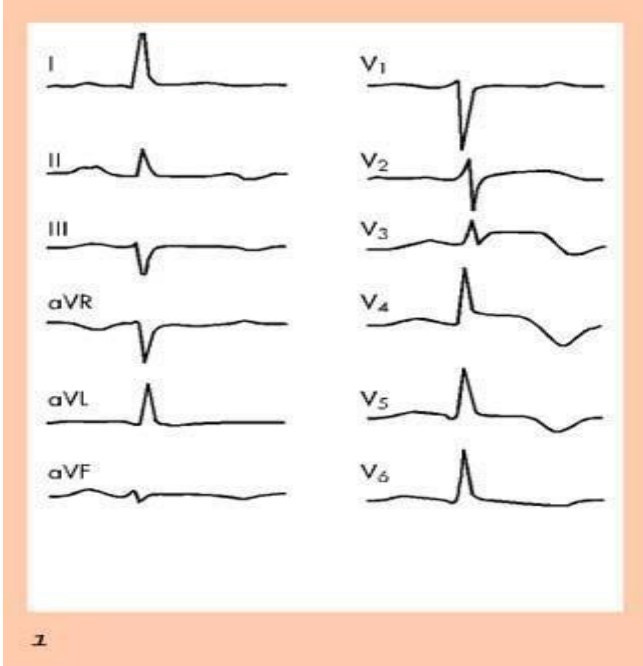
Diaphragmatic or Inferior Infarct

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.

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
AS.RH.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 26



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.

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
AS.RH.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 26

TANI-I

- AMİ ŞÜPHESİ OLAN HASTALARDA, KALP KASI YIKIMININ **BIYOKİMYASAL 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

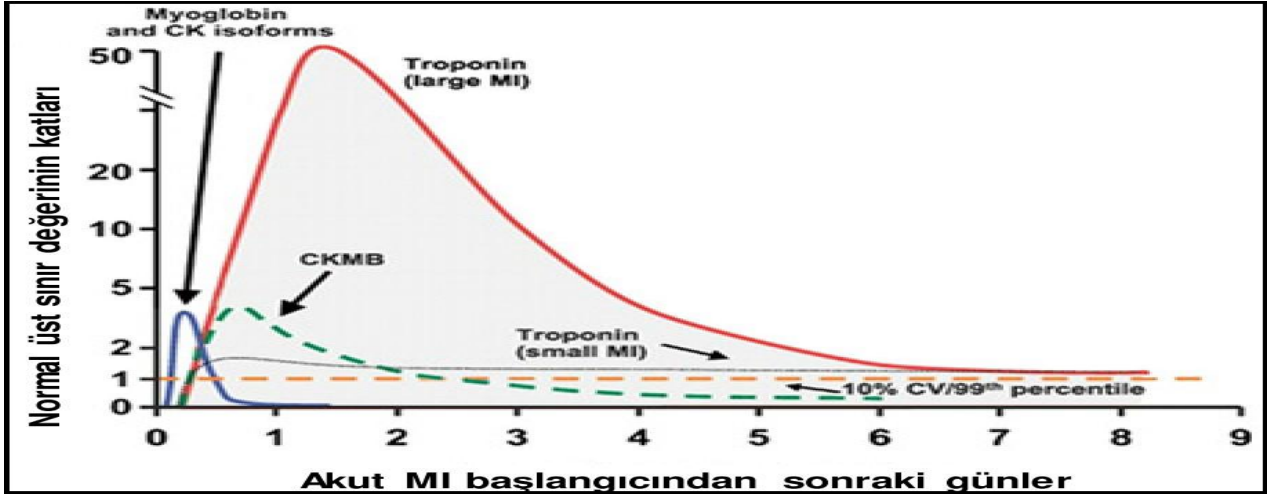
- HASTALARIN YALNIZCA %50'İNDE İLK EKG TANISALDIR
- ARDIŞIK İKİ DERİVASYONDA **1 mm** ÜSTÜNDE **ST SEGMENT** YÜKSEKLİĞİ
- YENİ SOL DAL BLOĞU veya SOL VENTRİKÜL YÜKLENME BULGULARI
- **Q DALGASI** VARLIĞI (DIII HARIÇ)
- **T NEGATİFLİĞİ** (DIII ve V1 HARIÇ)
- İKİDEN FAZLA DERİVASYONDA **SİVRİ T DALGALARI**

TANI – BIYOKİMYASAL 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

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
AS.RH.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 26



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 İV 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 EKDOZLAR
- NSAI İLAÇLARIN KULLANIMI KONTRENDİKE

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

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
AS.RH.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 26

BETA BLOKER

- MİYOKARDİAL O₂ İHTİYACINI; KALP HIZINI, SİSTEMİK ARTERİYEL BASINCI VE KONTRAKTİLİTEYİ AZALTARAK DÜŞÜRÜR
- 5mg METOPROLOL, 5dk ARA İLE 3KEZ 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 HİPERTANSİYON VE TAŞİKARDİK**

REPERFÜZYON

- MEDİKAL (FİBRİNOLİZİS)
- GİRİŞİMSEL (PERKÜTANÖZ KORONER GİRİŞİM-PKG)
- CERRAHİ (CORONER 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 1 mm ST segment yüksekliği olan veya EKG de yeni sol dal bloğu olan hastalara trombolitik tedaviye başlama süresi? Kayıt altına alınmalıdır.

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
AS.RH.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 26

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 (herhangi bir 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

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
AS.RH.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 26

PNOMOTORAKS

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 taktil fremitus azalmıştır
- Perküsyonda hiperrezonans vardır
- Oskültasyonda solunum sesleri azalmıştır

Şu sıraya göre görüntüleme yöntemlerine başvurulmalıdır:

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

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

Göğüs cerrahisi konsültasyonu istenir.

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
AS.RH.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 26

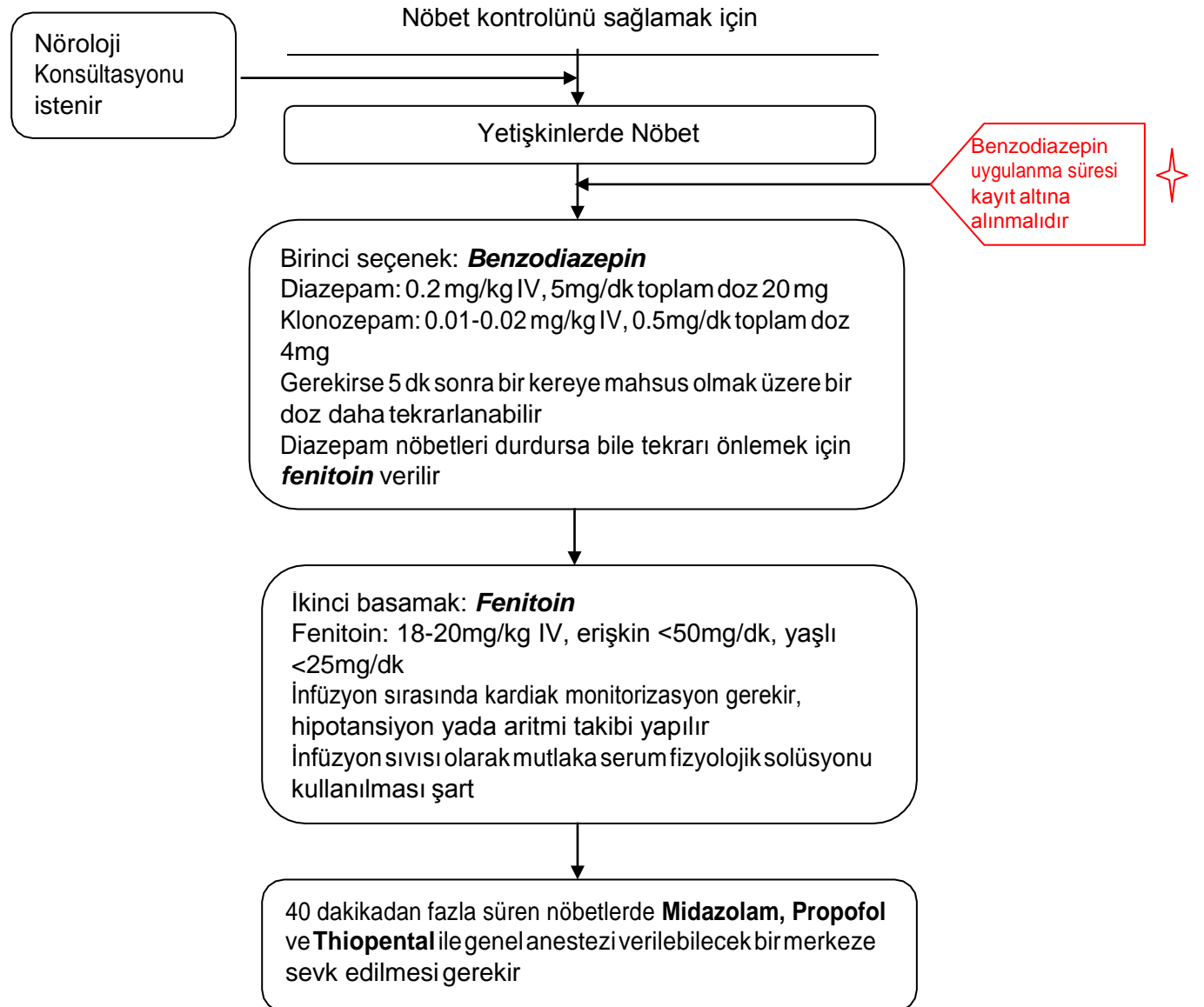
NÖBET YÖNETİMİ

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



DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
AS.RH.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 26

YANIK ALGORİTMASI

I. DERECE YANIKLAR

KÜÇÜK YANIKLAR VE ORTA YANIKLAR

- Birincidereceyanıklar 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

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

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
AS.RH.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 26

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 şüphede 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.

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
AS.RH.01	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 26

ELEKTRİK YANIKLARI



Elektrik
yanıklarında
EKG
çekilmiş mi?

- CK-MB,
Troponin-I
bakılmış mı?

-Sıvı
replasmanı ve
idrar takibi
yapılmış mı?

Kayıt
tutulmalı

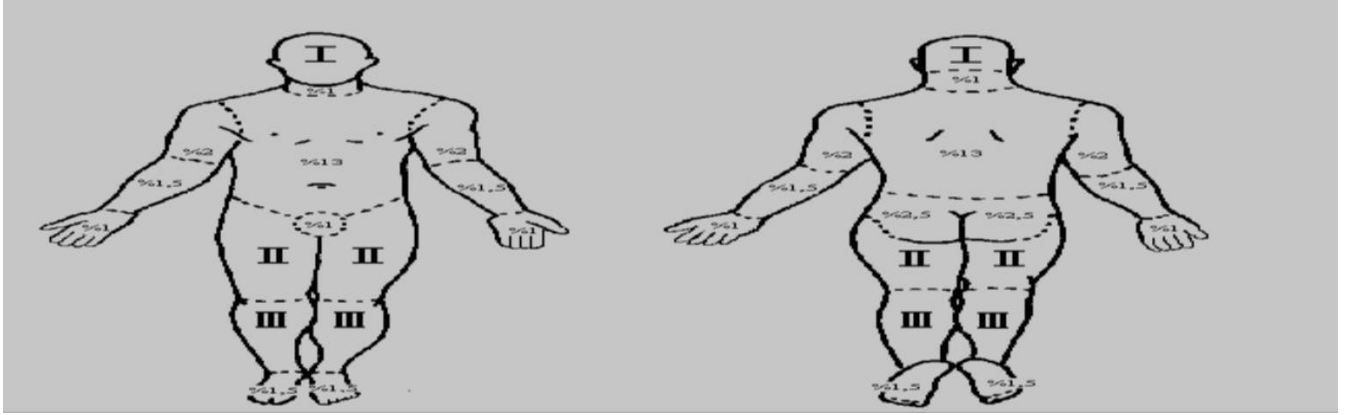
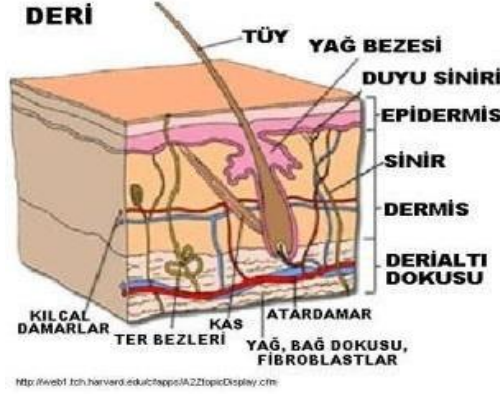
- ✓ Hava yolunun kontrolünden sonra kardiovasküler sistemin değerlendirilmesi önceliklidir
- ✓ Düşük voltaj elektrik yanıklarında (< 250 volt) atrial fibrilasyon en sık ritm bozukluğu ve ölüm sebebi olduğundan mutlaka EKG çekilmelidir. CPK-MB bakılmalıdır
- ✓ Yüksek voltaj elektrik yanıklarında Troponin-I (kardiak kas nekrozu olabileceğinden) düzeyi istenmeli ve 24 saat kardiak monitörizasyon yapılmalı
- ✓ Ekstremitelerde kompartman sendromuna bağlı dolaşım bozukluğu görülürse fasyotomi yapılmalı
- ✓ Hemoglobüri / myoglobüri 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

- ✓ Gıysiler 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.

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
SAS.YD.10	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 26

1.DERECE YANIK	Epidermis sağlamdır, eritem vardır, örn. güneş yanıkları
2.DERECE YANIK	Epidermis bütünlüğü bozulmuş, dermin üsttabakalarına sınırlı ise <i>yüzeysel</i> ikinci derece, dermin alt (retiküler) tabakaları tutulmuş ise <i>derin</i> ikinci derece yanık oluşmuştur. Yüzeysel çok ağırlı iken derin ikinci derecede daha az ağırlı ve künt bası hissi hakimdir.
3.DERECE YANIK	Dermin 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	3¼	4	4¼	4½	4¾
BACAK III	2½	2½	2¾	3	3¼	3½

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
SAS.YD.10	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 26



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

Parklandformülü :4mL/kg/%TYG,
Laktatlı RingerSolüsyonu.
Modifiye Brookformülü: 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