



KRİTİK HASTA GRUPLARI LİSTESİ

1- ALT ve ÜST EKSTREMİTE TRAVMASI VAKALARI ALGORİTMASI

2 - ÇOCUK FEBRİL NÖBET VAKALARI ALGORİTMASI

3 - ÇOCUK UZAMIŞ EPİLEPTİK NÖBET VAKALARI ALGORİTMASI

4 – İNME VAKALARI ALGORİTMASI

5 - KAFA TRAVMASI VAKALARI ALGORİTMASI

6 - KOMAYA YAKLAŞIM ALGORİTMASI

7 - KORUZİV MADDE YANIKLARI VAKALARI ALGORİTMASI

8- MAKSİLLOFASİYAL TRAVMA VAKALARI ALGORİTMASI

9- PNÖMOTORAKS VAKALARI ALGORİTMASI

10- YETİŞKİN NÖBET (EPİLEPSİ) VAKALARI ALGORİTMASI

11- YANIK VAKALARI ALGORİTMASI

12- MI VAKALARI ALGORİTMASI

13- KARDİYAK ARREST VAKALARI ALGORİTMASI

14- ONKOLOJİK ACİLLER ALGORİTMASI

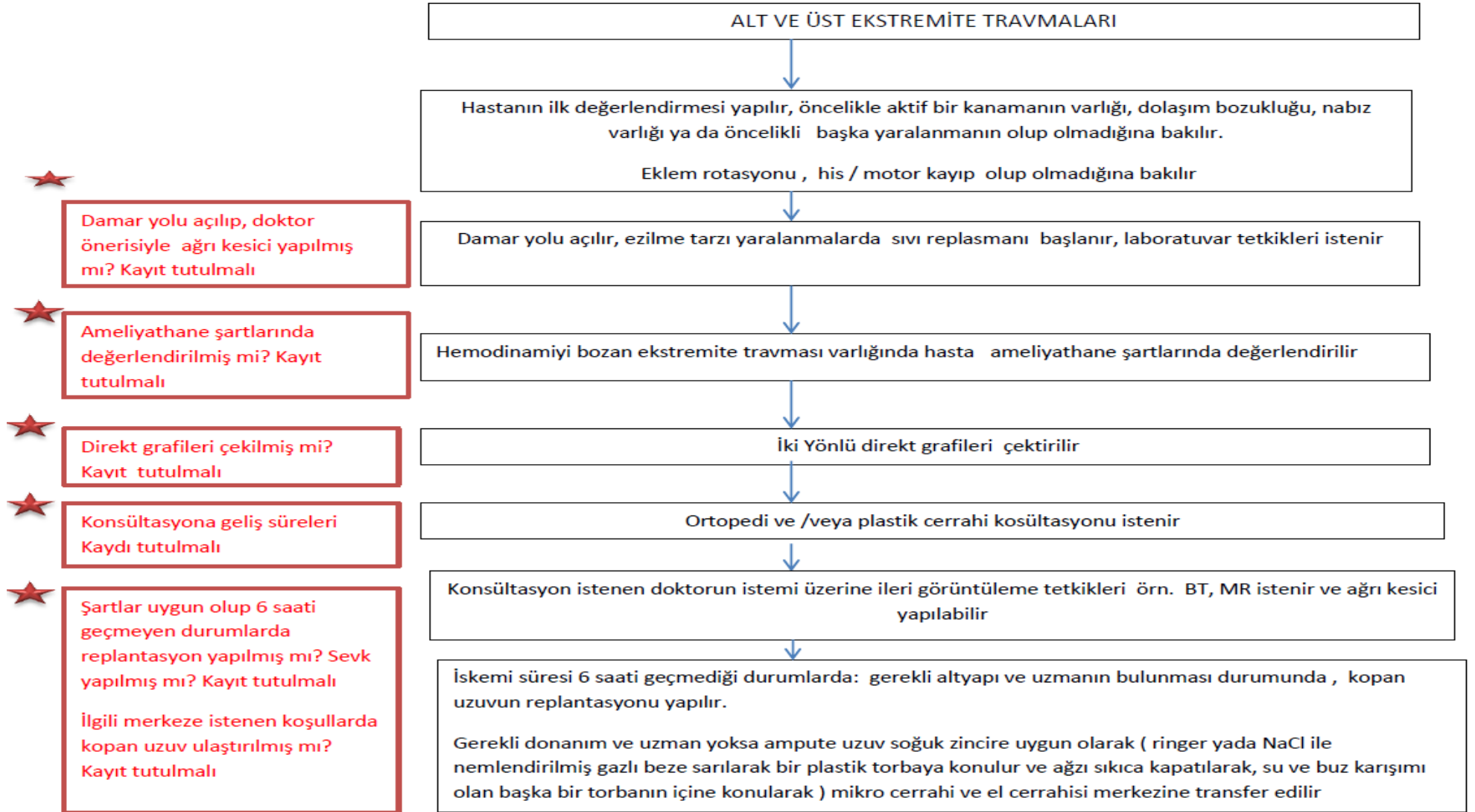
15- PSİKİYATRİK ACİLLER ALGORİTMASI

16- ZEHİRLENME VAKALARI ALGORİTMASI

(AS.LS.01 Kritik Hasta Grupları Listesi)

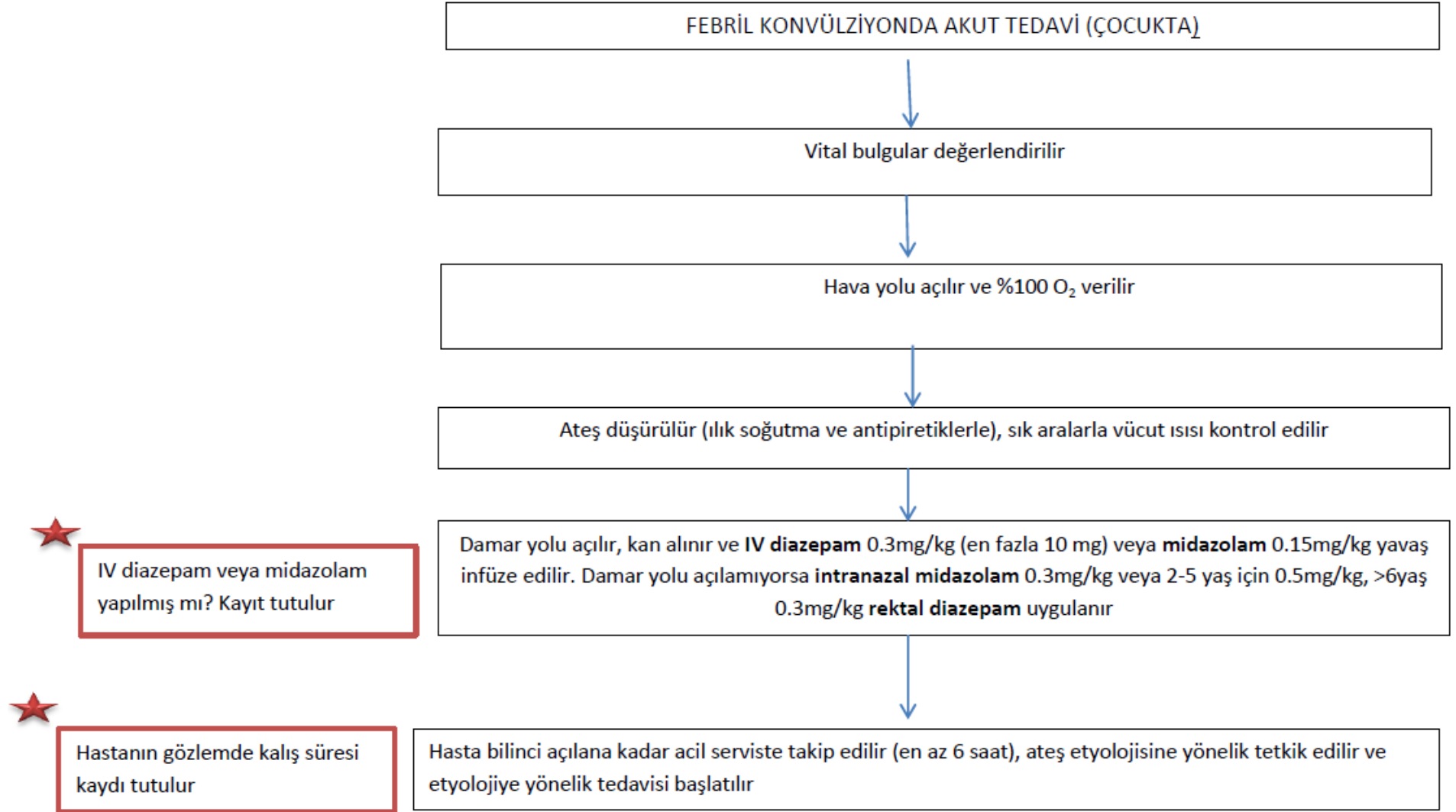


01. ALT ve ÜST EKSTREMİTE TRAVMALARI ALGORİTMASI :



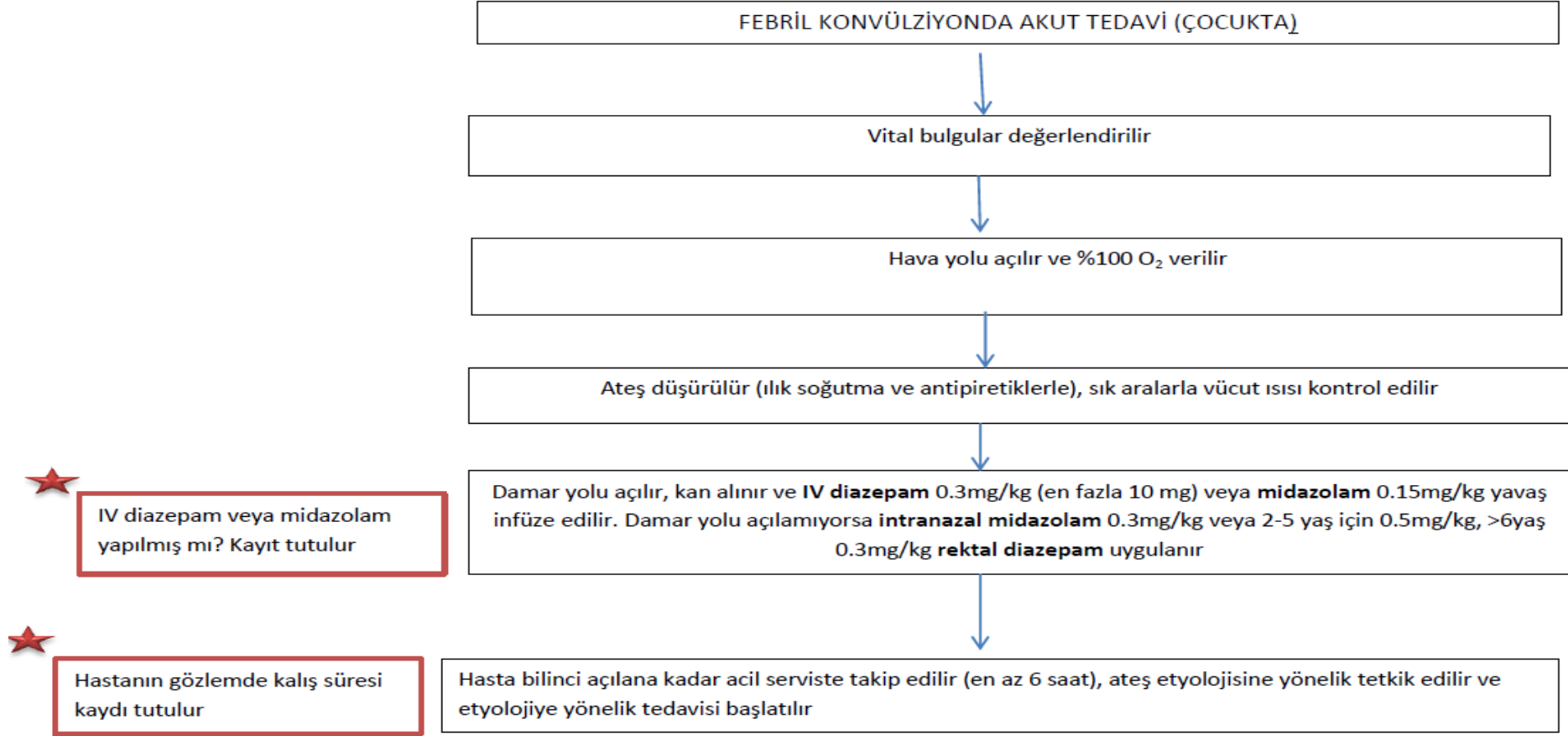


02. ÇOCUK FEBRİL NÖBET ALGORİTMASI :



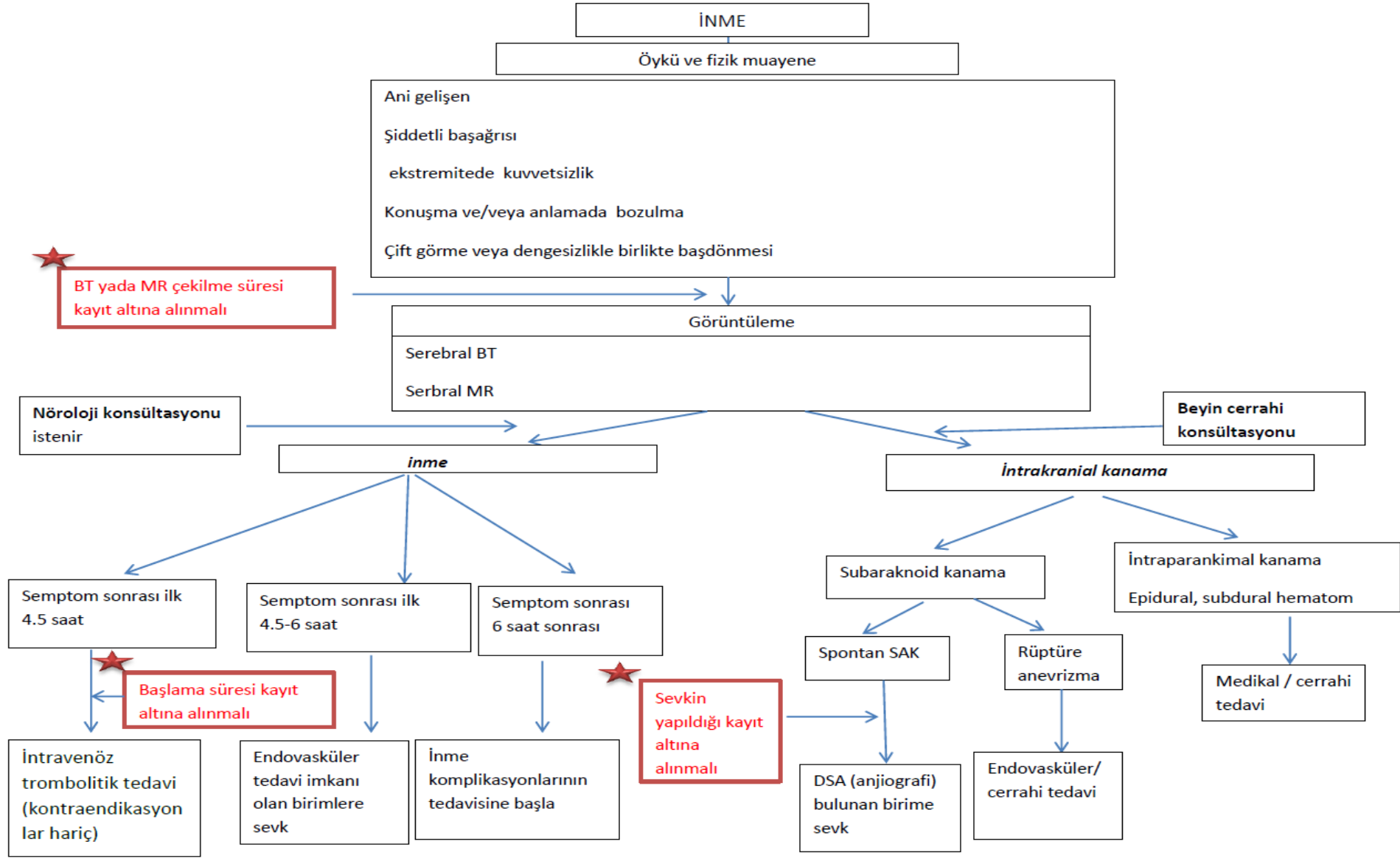


03. ÇOCUK UZAMIŞ EPİLEPTİK NÖBET VAKALARI ALGORİTMASI



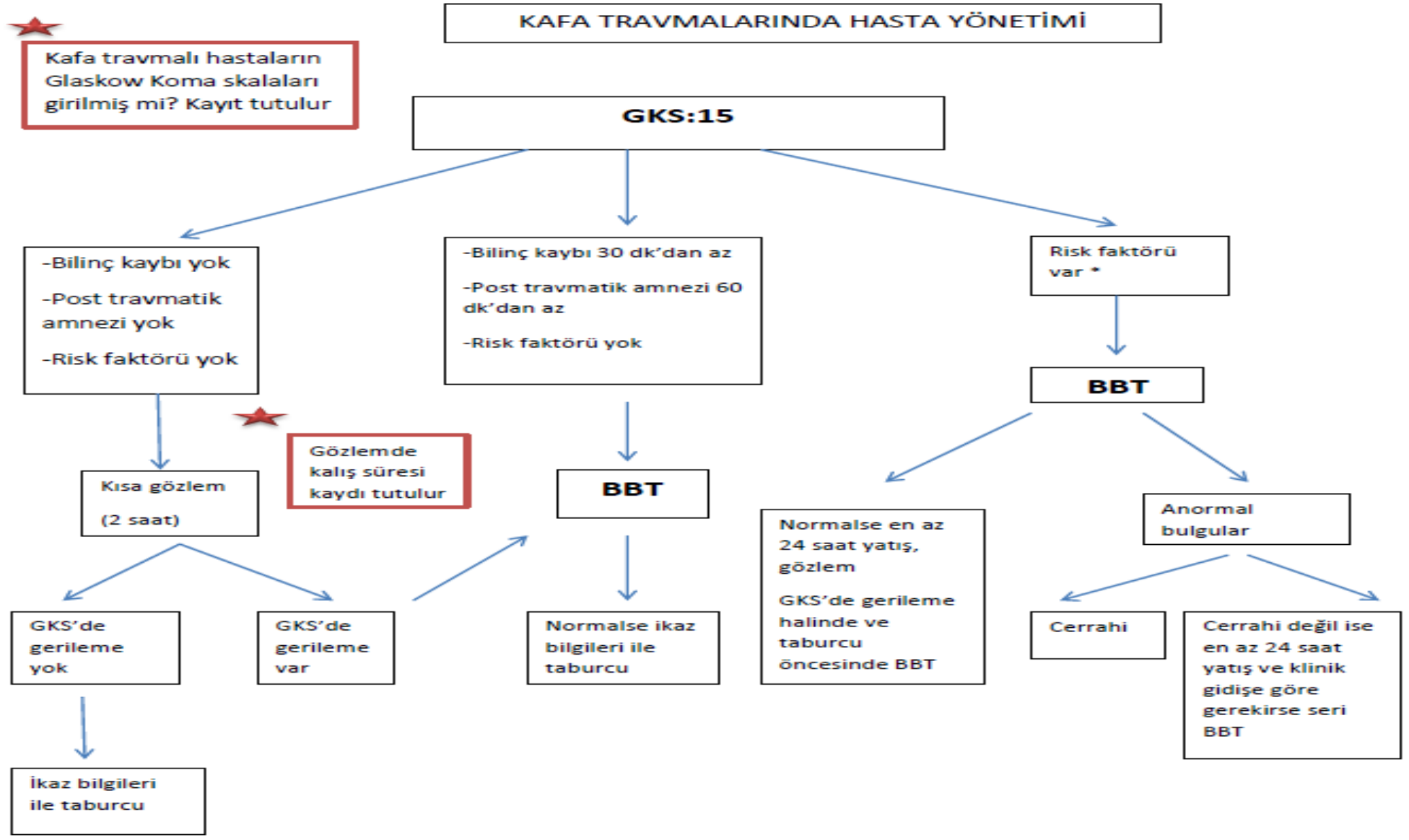


04. İNME VAKALARI ALGORİTMASI :





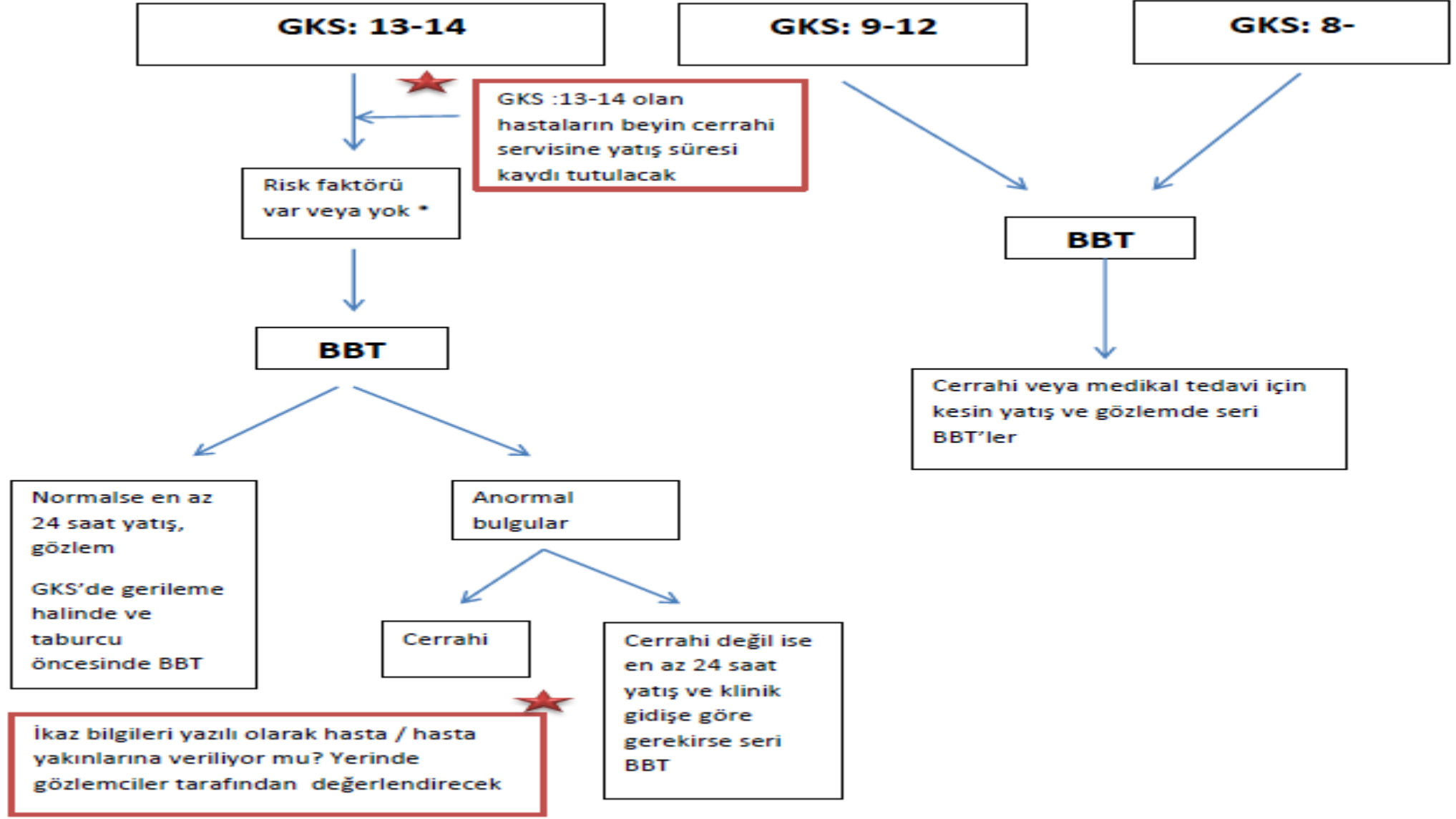
05. KAFA TRAVMASI VAKALARI ALGORİTMALARI :





Özel EKOL HASTANESİ

KRİTİK VAKALARA YÖNELİK TANI ve TEDAVİ ALGORİTMALARI REHBERİ





Özel EKOL HASTANESİ

KRİTİK VAKALARA YÖNELİK TANI ve TEDAVİ ALGORİTMALARI REHBERİ



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	Ağrılı uyararla	1
VERBAL YANIT		VERBAL YANIT	
Oryante	5	Manasız sözler	5
Konfüze	4	Huzursuz ağlama	4
Uygunsuz yanıt	3	Ağrıyla ağlama	3
Anlaşılmaz sesler	2	Ağrıyla inleme	2
Yanıt yok	1	Yanıt yok	1
MOTOR YANIT		MOTOR YANIT	
Emirlere uyar	6	Normal spontan yanıt	6
Ağrıyı lokalize eder	5	Dokunma ile çeker	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

Kaynak:European Journal of Neurology 2002,9:207-219

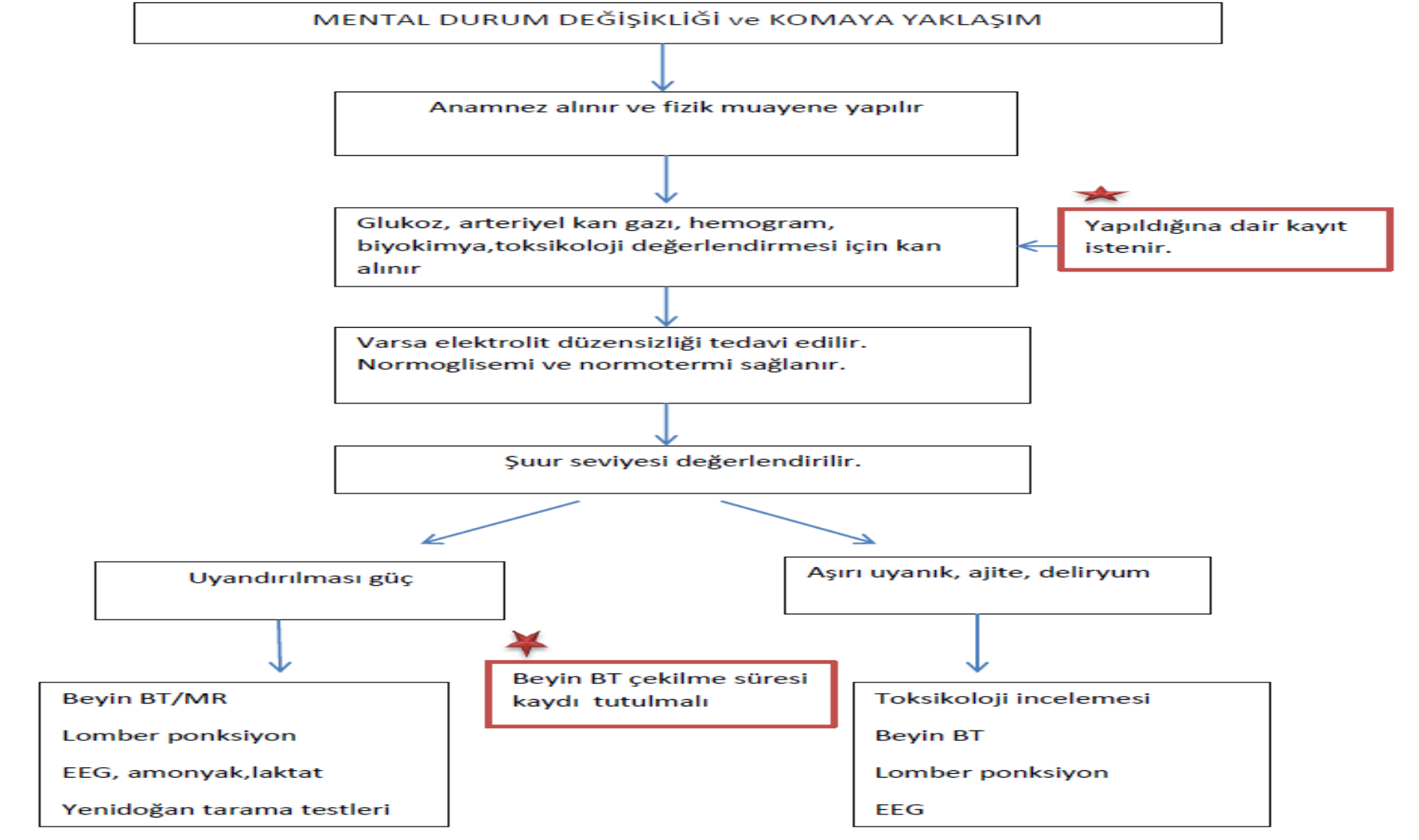
RİSK FAKTÖRLERİ VE KAFA İÇİ BASINÇ ARTIŞI İKAZ BULGULARI
Belirsiz-şüpheli kaza öyküsü
Devam eden posttravmatik amnezi
30 dakikadan uzun süren retrograt amnezi
Kafa tabanı fraktür bulguları veya çökme kırığı
Şiddetli baş ağrısı
Kusma
Pupil asimetrisi(1mm'den fazla çap farkı)
Fiks pupil(1 mm'den az aşığa 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 hematoma
Kontüzyon
İntrakranial hemoraji
Beyin ödemi(lokal-diffüz)
Subaraknoid kanama
Pnömoşefali

<i>Kafa travmalı hastaya yada yakınına gözlem sonrası verilmesi gereken yazılı ikaz bulguları</i>
Şiddetli baş ağrısı
Fışkırır tarzda kusma
Anlaşılmayan mantıksız konuşmalar
Kol veya bacaklarda ani gelişen kuvvetsizlik
Çevresindeki insanları tanımama
30 dakikadan uzun süren hafıza kaybı

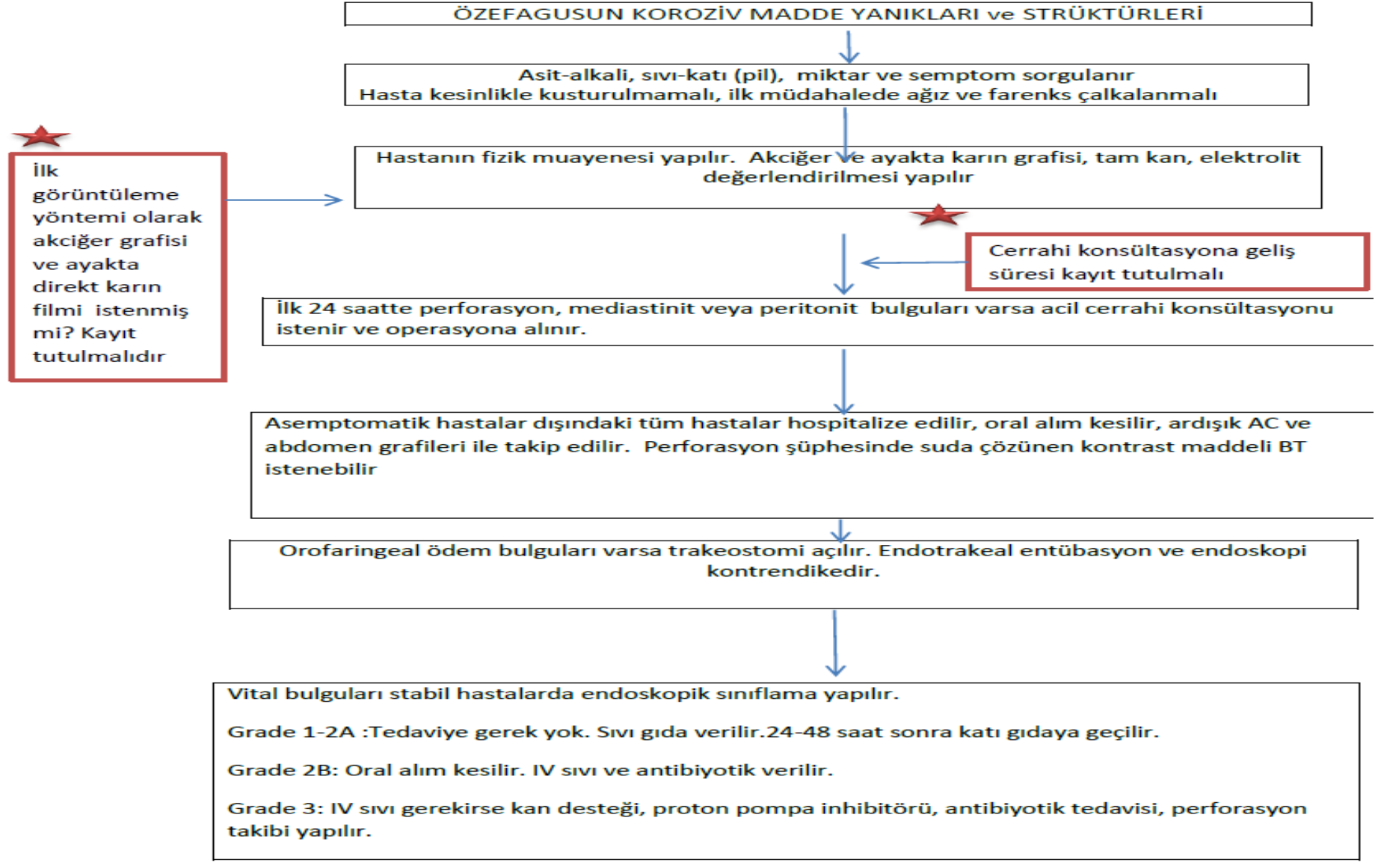


06. KOMAYA YAKLAŞIM ALGORİTMASI:



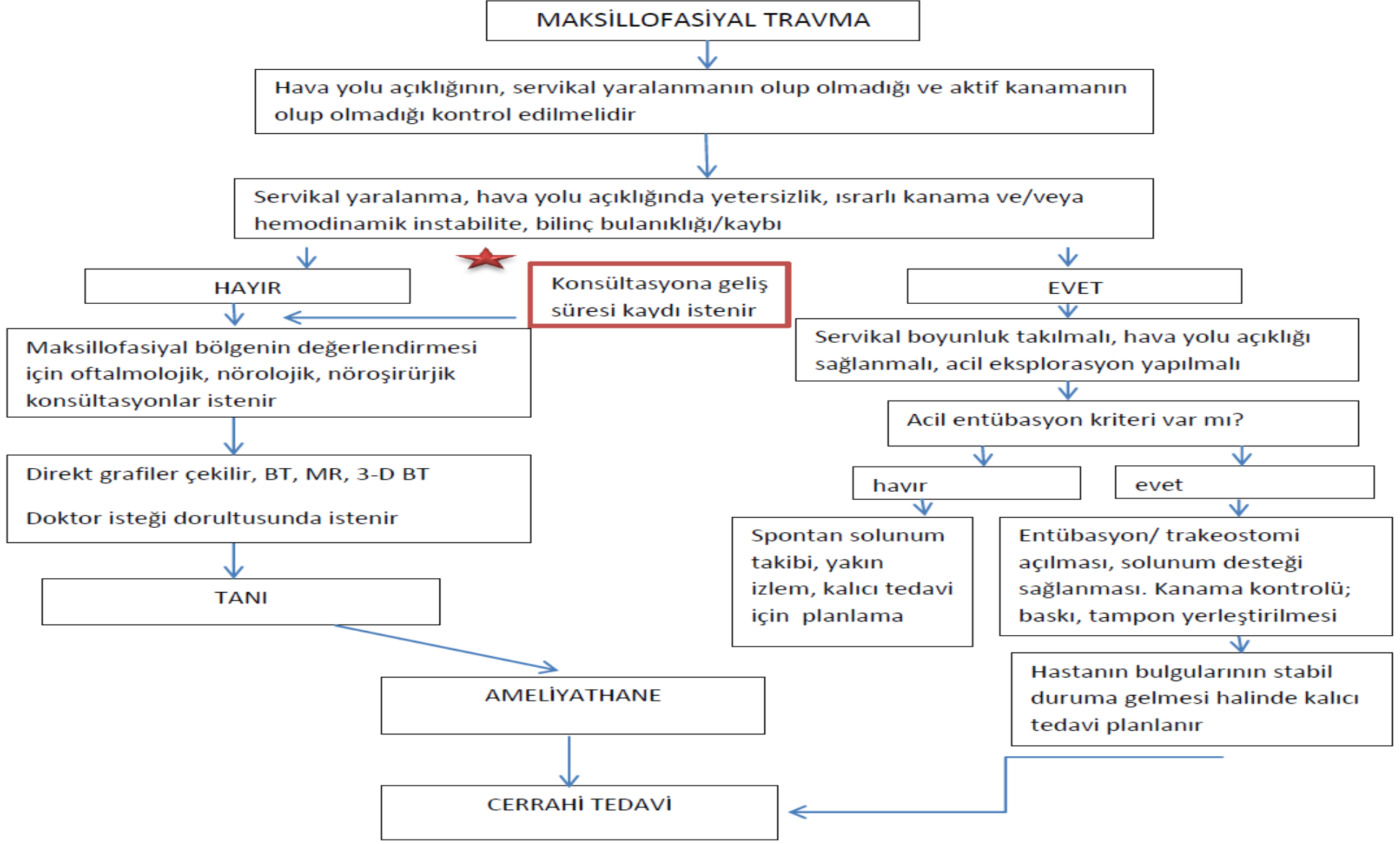


07. KOROZİV MADDE YANIKLARI ALGORİTMASI:



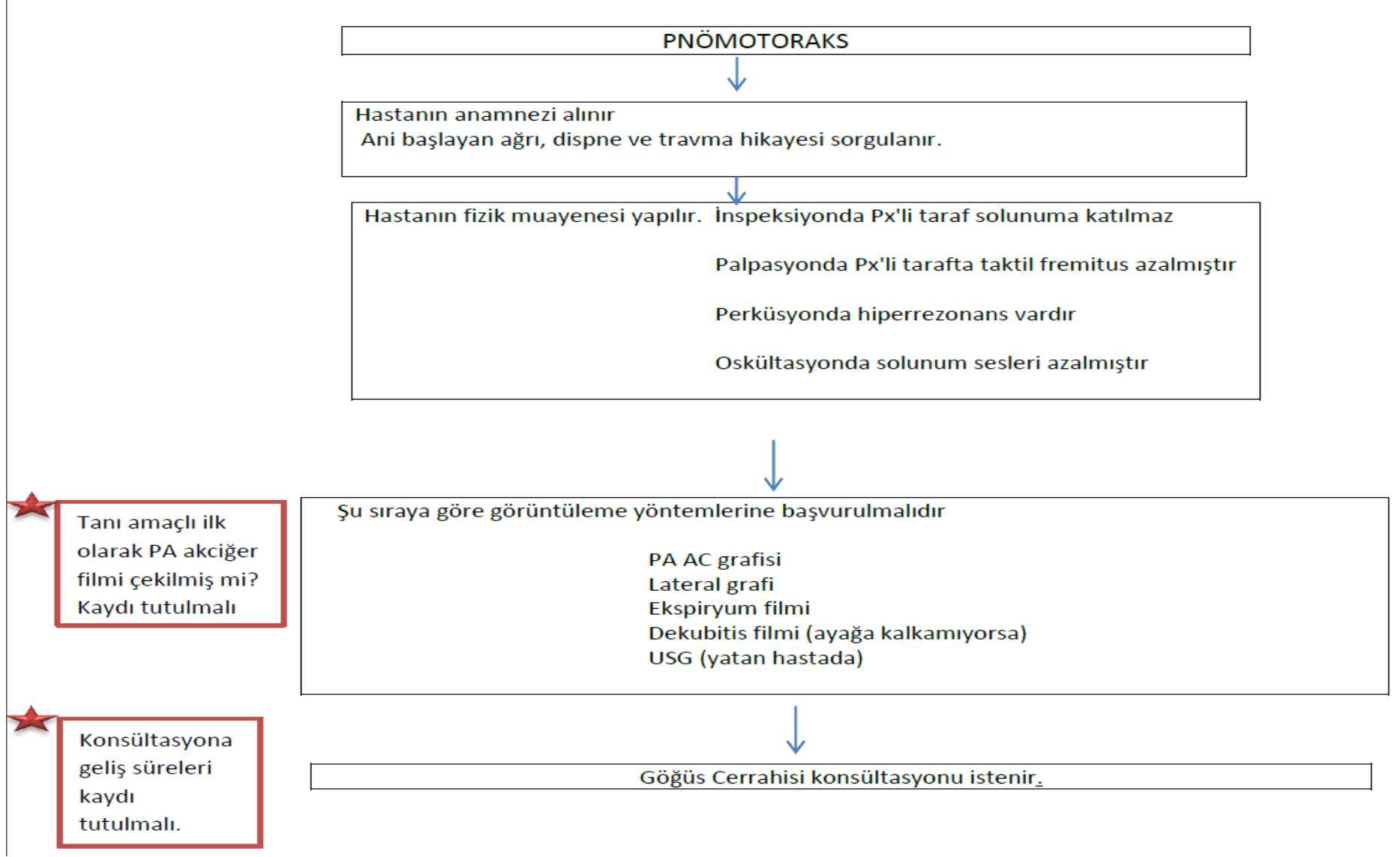


08. MAKSİLLOFASİYAL TRAVMA ALGORİTMASI:



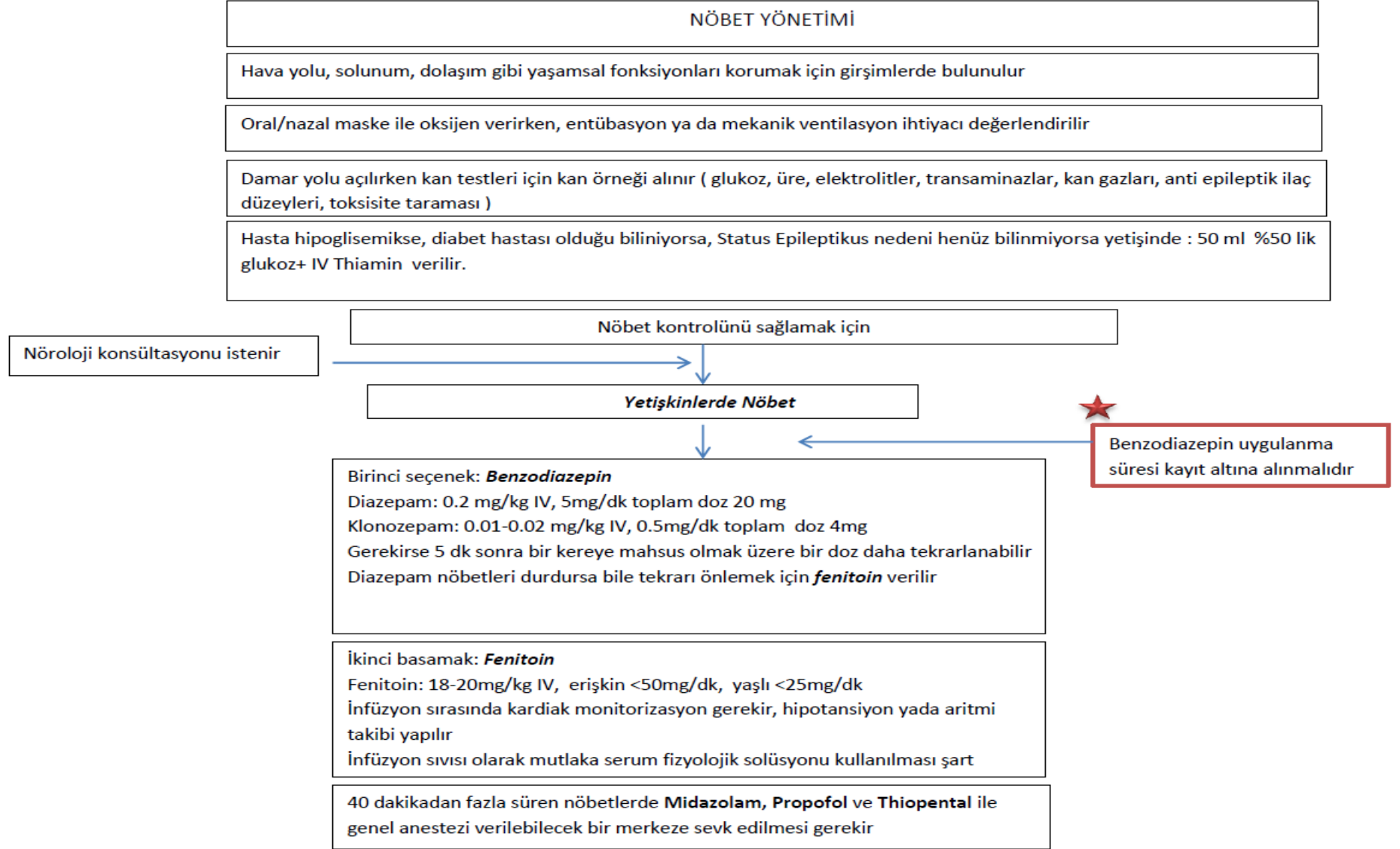


09. PNÖMOTORAKS VAKALARI ALGORİTMASI:





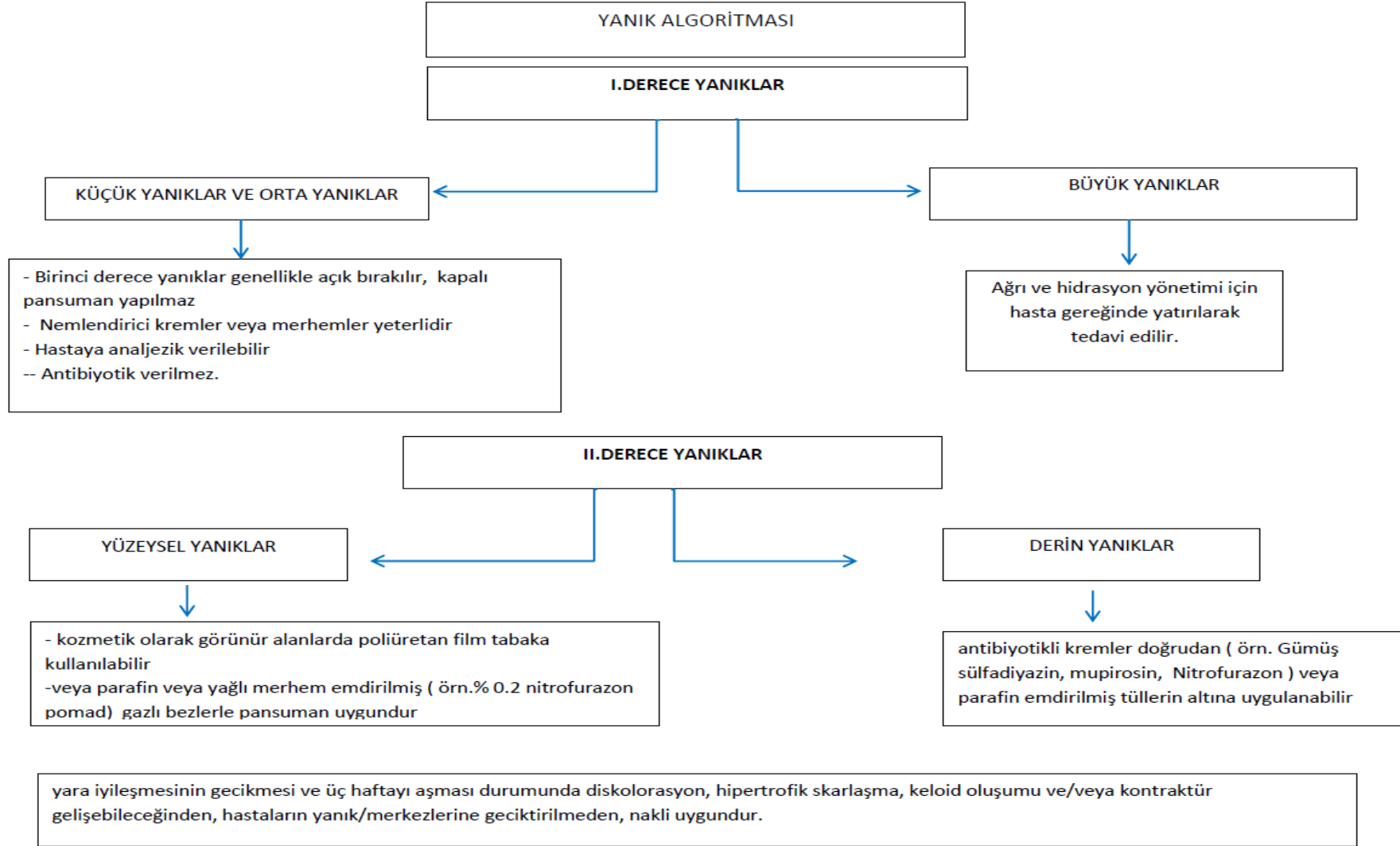
10. YETİŞKİN NÖBET (EPİLEPSİ) VAKALARI ALGORİTMASI :



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
AS.RH.01	11.04.2016	01	13.06.2022	13/ 28



11. YANIK VAKALARI ALGORİTMASI





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.



ELEKTRİK YANIKLARI

Elektrik yanıklarında EKG çekilmiş,
- CK-MB, Troponin-I bakılmış
-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
- ✓ idrarı 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 diürezisi 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.



Özel EKOL HASTANESİ

KRİTİK VAKALARA YÖNELİK TANI ve TEDAVİ ALGORİTMALARI REHBERİ



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.

<http://www1.sch.norviro.edu/clip06A23pic01p1y.cfm>



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	4¼
BACAĞ III	2½	2½	2¾	3	3¼	3½



YATARAK TEDAVİ EDİLMESİ GEREKEN YANIKLAR



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



Yatış yapılması gereken hastalara yatış verilmiş mi? Kayıt tutulmalı

- Her yaşta TYG > %20, 2. ve 3. derece yanıklar,
- Her yaşta TYG \geq %5-10, 3. derece yanıklar,
- 10 yaş altı ve 50 yaş üstü hastalarda yanıklı TYG \geq %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



Özel EKOL HASTANESİ

KRİTİK VAKALARA YÖNELİK TANI ve TEDAVİ ALGORİTMALARI REHBERİ

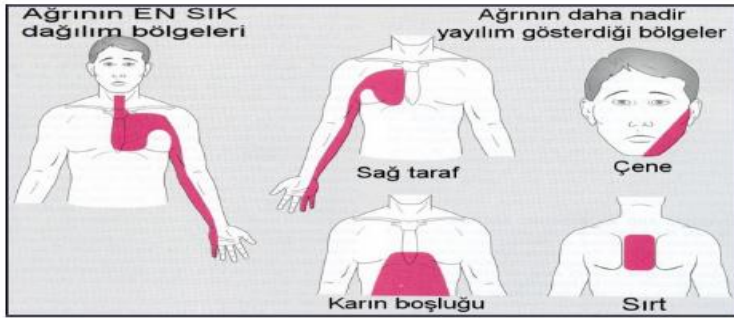


12. MI VAKALARI ALGORİTMASI:

MI TANI & TEDAVİ ALGORİTMASI

SEMPATOMLAR

- 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 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

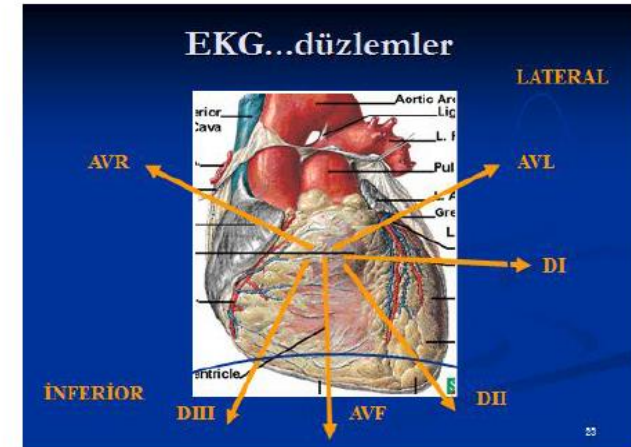


Göğüs ağrısı ile gelen hastaya EKG çekiliş süresi kayıt altına alınmalı

HASTAYA EVDE, MÜRACAAT ETTİĞİ DOKTORDA VEYA TRANSPORT SIRASINDA

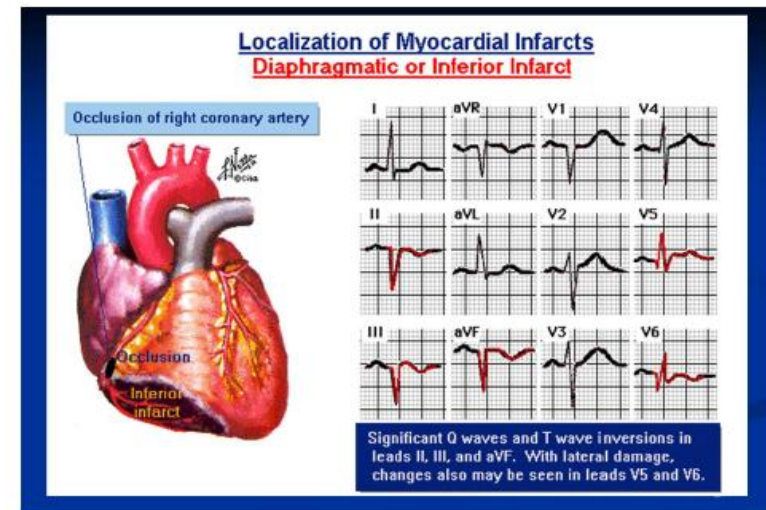
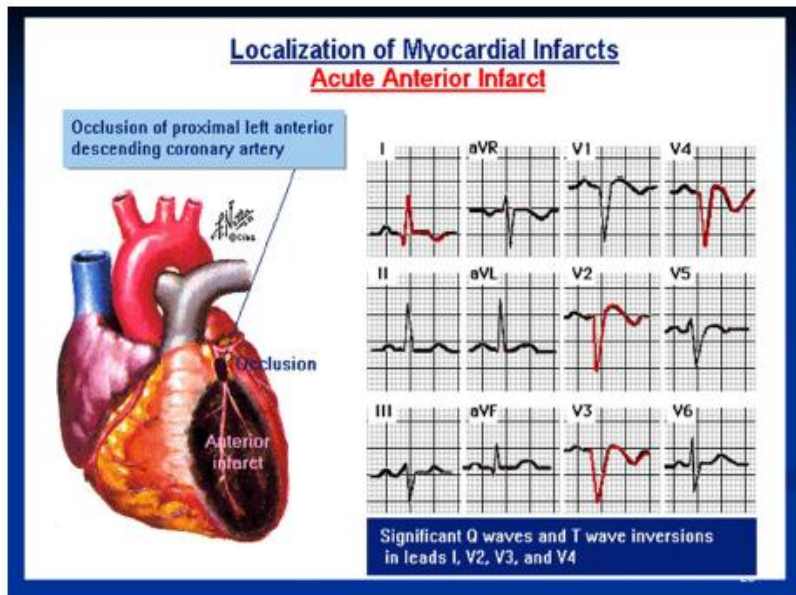
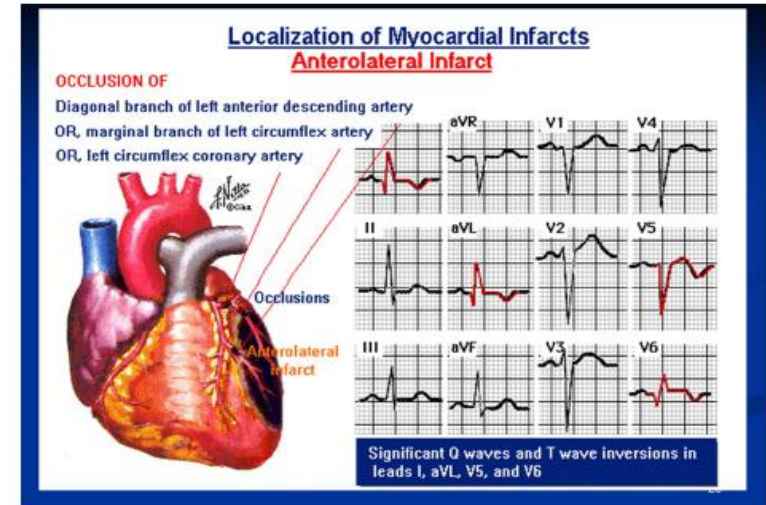
- OKSİJEN VERİLMELİ
- ANALJEZİKLER: OPİUM DERİVELERİ (morfin veya meperidine) YAVAŞ IV YOLLA VERİLMELİ YAŞLILARDA VE KOAH'LI OLAN HASTALARDA MORFIN YARIDDOZ VERİLMELİDİR
- ANTIEMETİKLER: METOCLOPRAMİD 10-20 mg IV UYGULANABİLİR
- NİTRATLAR: ORAL GLYCEİRİLTRİNİTRATE (NTG) SPREY veya DİALTI TABLETLER (SİSTOLİK KAN BASINCI 100 mmHg 'NİN ALTINDA, BRADİKARDİK <50 /dk, TAŞİKARDİK > 100/dk OLAN HASTALAR HARIÇ) TÜM HASTALARA ACİLEN KULLANILIR
- ASİRİN AMİ ŞÜPHESİ OLAN TÜM HASTALAR 300 mg ÇİĞNETİLMELİDİR

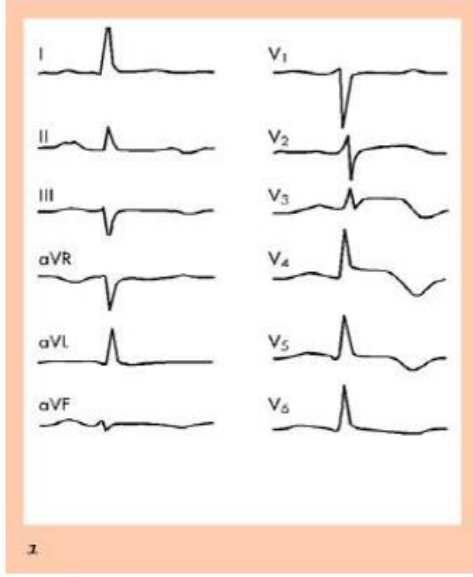
- ANTIARİTMİK TEDAVİ :
 - ATROPİN { CİDDİ BRADİKARDİ <40 DK
HAFİF BRADİKARDİ İLE BİRLİKTE HİPOTANSİYON
KALP YETERSİZLİĞİ
VENTRİKÜLER ERKEN ATIMLARDA
 - LİDOKAİN { VETRİKÜLER TAŞİKARDİ (VT)
VENTRİLÜLER FİBRİLLASYON (VF)
 - ADRENALİN { ASİSTOLİ
KARDİAK ARREST



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
Posteriör	V ₁ , V ₂ , V ₃ (UzunR, ve ST depresyonu, Pozitif T)





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

TANI-I

- AMI 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 MİYOKARDIAL 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 SIVRİ T DALGALARI

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.

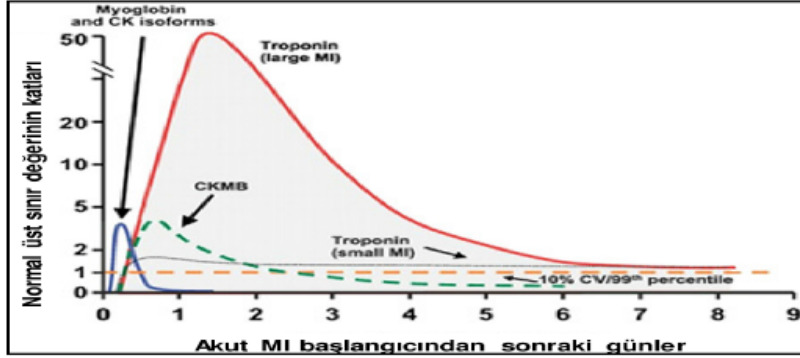
TANI- BİYOKİMYASAL BELİRTEÇLER

- 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
 - KARDİYAK İSKEMİ 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



Özel EKOL HASTANESİ

KRİTİK VAKALARA YÖNELİK TANI ve TEDAVİ ALGORİTMALARI REHBERİ



AMI YÖNETİMİ

- BİLİNÇ, ABC
- DAMARYOLU
- YAŞAMSAL BULGULAR, MONİTÖRİZASYON
- 12 DERİVASYONLU EKG (10 dakika içinde çekilmeli ve AMI tanınmalı)
- KAN ÖRNEĞİ ALINMALI
- FİZİK MUAYENE YAPILMALI
- İLK DEĞERLENDİRMEDE ; HIPOPERFÜZYON, ŞOK, YETMEZLİK, HIPOKSİ, 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
- HIPOTANSİYON
- 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
- NSAI İLAÇLARIN KULLANIMI KONTRENDİKE

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

- BETA BLOKER
- MİYOKARDIAL 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 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 olanve 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 (kontrendikasyonlar)

MUTLAK

- ❖ Aktif kanama ya da kanama diatezi (adet kanaması hariç)
- ❖ Son 3 ayda önemli kapalı kafa ya da fasiyal travma
- ❖ Aort diseksiyonu şüphesi
- ❖ Malign intrakraniyal lezyon (primer ya da 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
- ❖ Başyuruda ciddi kontrolsüz HT (>180/110 mmHg)
- ❖ Antikoagülan kullanımı (INR yüksek, kanama riski)
- ❖ Son 2-4 hafta da aktif iç kanama
- ❖ <3 hafta major cerrahi
- ❖ Kronik, ciddi, kontrolsüz hipertansiyon öyküsü
- ❖ Aktif peptik ülser
- ❖ Streptokinase/ani streptolise içir; >5günde maruziyet ya da alerji
- ❖ Kompresse edilemeyecek vasküler girişim
- ❖ 3 aydan eski iskemik stroke, demans ya da kontrendikasyonlar arasında olmayan serebral patoloji

Trombolizis

❖ Endikasyon (Sınıf IIa)

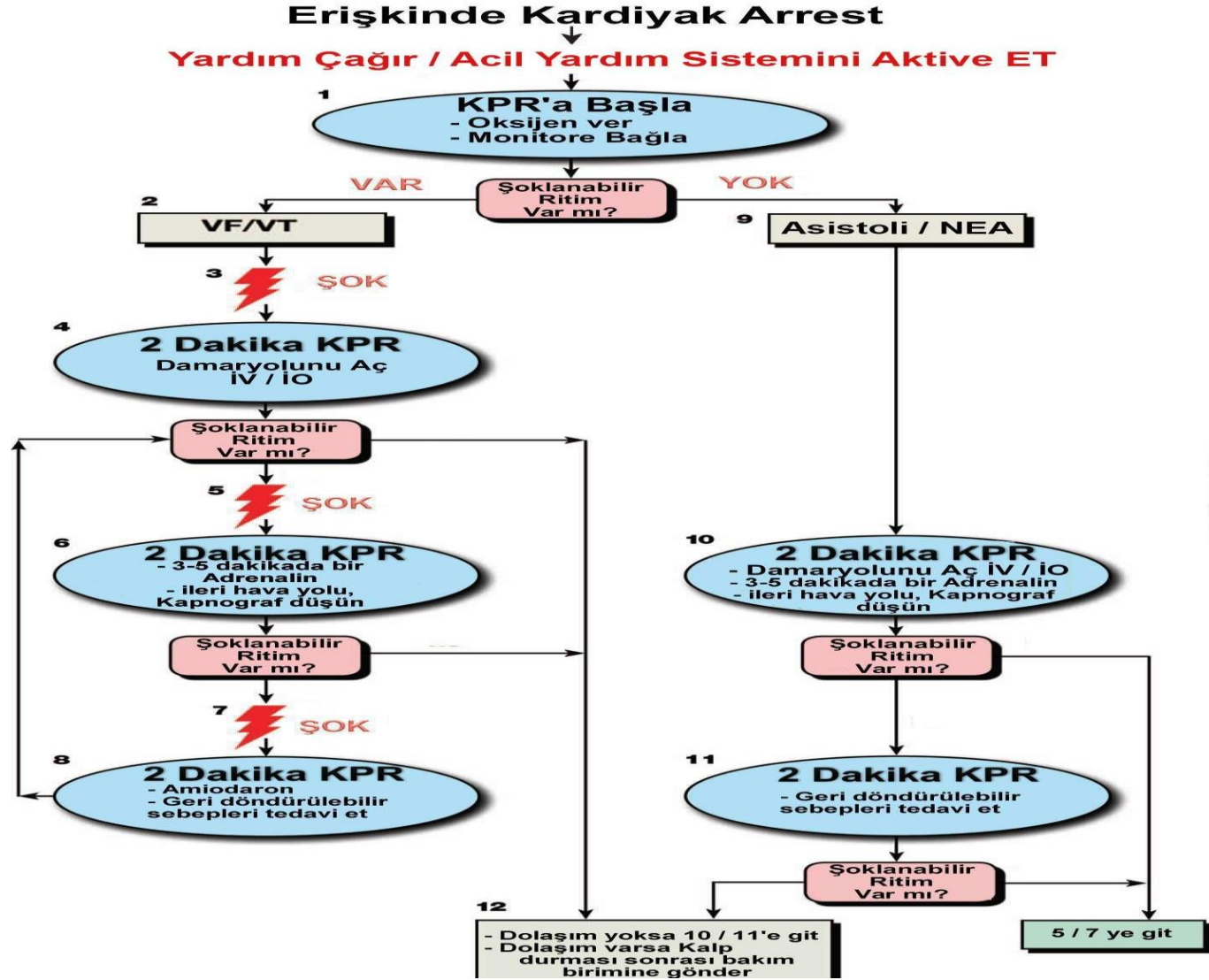
- ❖ Sınıf I ölçütlerine uyan 75 yaş üstü hastalar

❖ Endikasyon (Sınıf IIb)

- ❖ Sınıf I ölçütlerinden herhangi birine uyan ama şikâyetlerinin 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



13. KARDİYAK ARREST VAKALARI ALGORİTMASI



Etkin KPR

- Güçlü (>5cm) ve hızlı (>100/dak.) kopresyon uygula ve göğüs kafesinin geri çekilmesine izin ver
- Göğüs kafesi kopresyonu esnasında duraklamayı azalt.
- Fazla ventilasyondan kaçın
- Kompresyon yapanı 2 dakikada bir değiştir.
- Entübe değilse 30:2 kopresyon:ventilasyon oranında uygula
- Kapnografik ölçümde PETCO₂<10mmHg ise KPR kalitesini gözden geçir
- Intra arteriyel basınç ölçümünde diyastolik basınç<20mmHg ise KPR kalitesini gözden geçir.

Spontan Dolaşım olması

- Kan basıncı ve nabızların alınması
- PETCO₂'de ani yükselme (>40mm/hg) görülmesi
- Intra-arteriyel monitörizasyon da arteriyel basınç dalgasının görülmesi

Şok Enerjisi

Bifazik:

- Üretici tavsiyesi (120-200 joule)
- Bilinmiyorsa en üst değer kullanılabilir.
- İkinci ve sonraki dozlar da buna eşit veya daha yüksek doz düşünülebilir.

Monofazik:

360 joule

İlaç Tedavisi

Adrenalin IV/IO Dozu:

- 1mg; 3-5 dakika arayla

Vazopressin IV/IO Dozu:

- 40 Ünite; ilk doz veya adrenalinin 2. dozu yerine

Amiodaron IV/IO Dozu:

- 300mg bolus ilk doz
- ikinci doz: 150mg

İleri Havayolu

- Subraglottik havayolu veya Endotrakeal Entübasyon
- ET tüp yerleşimini Kapnograf Dalgası ile doğrula ve monitorize et
- Göğüs Kopresyonu ile birlikte 8-10/dak.solunum verecek şekilde devam et

Geri Döndürülebilir Sebepler

- Hipovolemi
- Hipoksi
- Hidrojen İyonu(Asidoz)
- Hipo/Hiperkalemi
- Hipotermi
- Tansiyon pnomotoraks
- Tamponat Kardiyak
- Trombozis Kardiyak



DOZLAR

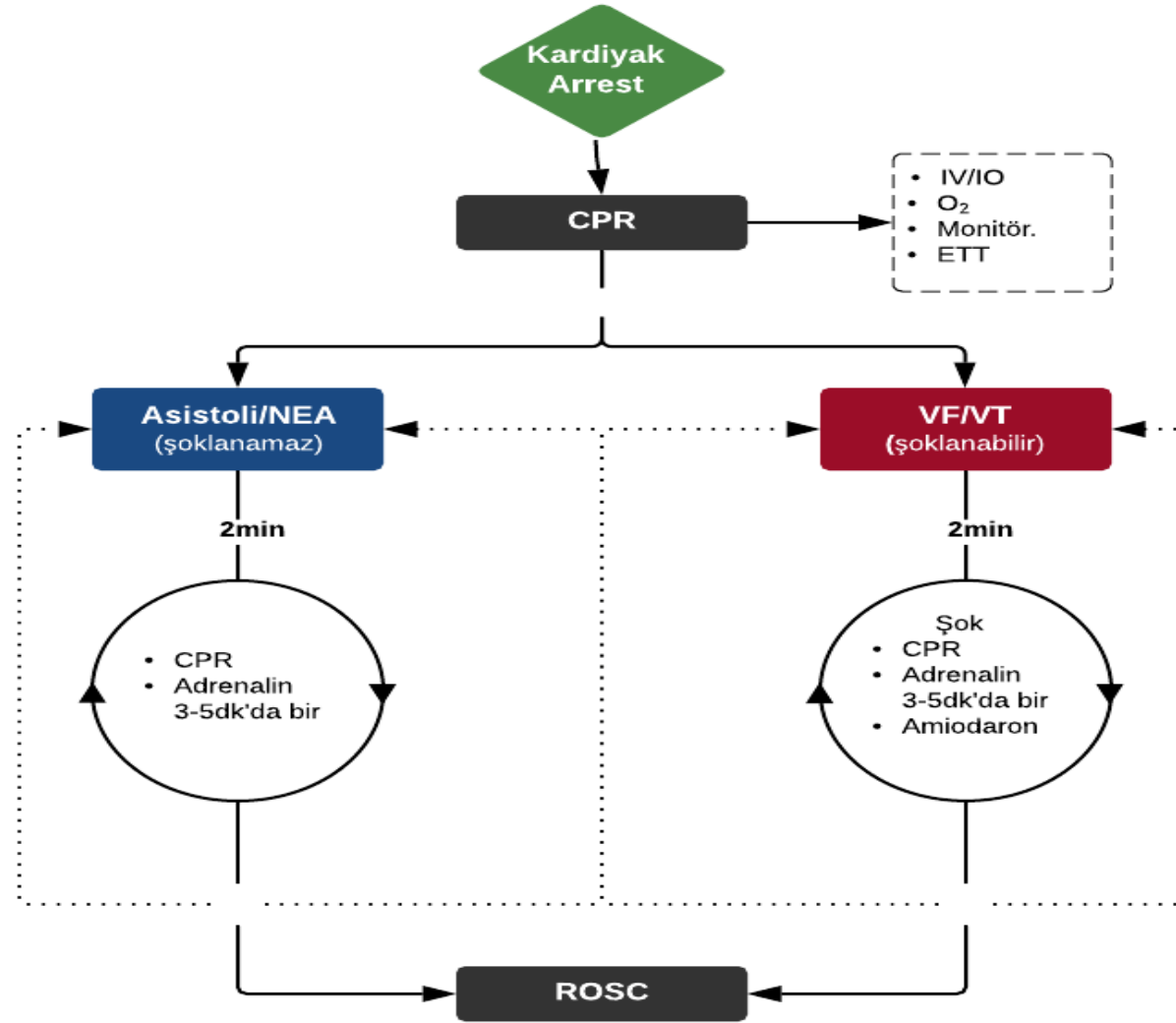
- Defibrilasyon: 200J
- Adrenalin: 1mg
- Vazopressin: 40 ünite

H'ler & T'ler

- Hipovolemi
- Hipokesi
- Hipo/hiperkalemi
- Hidrojen (asidoz)
- Hipotermi
- Tromboz (koroner)
- Tromboz (pulmoner)
- Tansiyon pnömotoraks
- Tamponad
- Toksinler

ROSC YÖNETİMİ

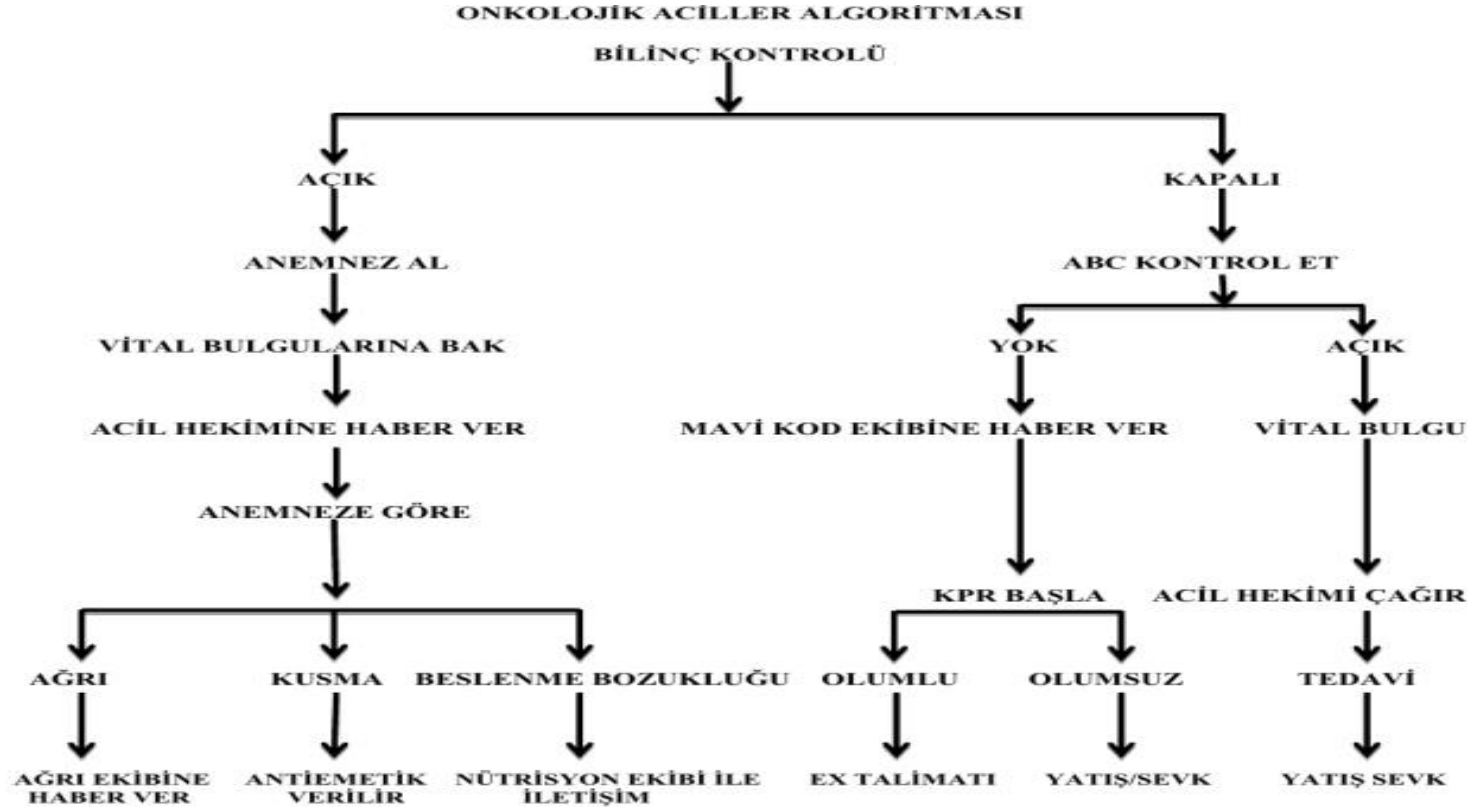
- STEMI ise reperfüzyon
- Yanıtsızsa terapötik hipotermi
- Oksijenasyonun sağlanması, SpO₂ > 94% (ETT)
- Perfüzyonun sağlanması, SKB >90mmHg (IV sıvı, pressor)
- YBÜ yatışı



ROSC: Spontan Dolaşımın Geri Dönüşü



14. ONKOLOJİK ACİLLER ALGORİTMASI



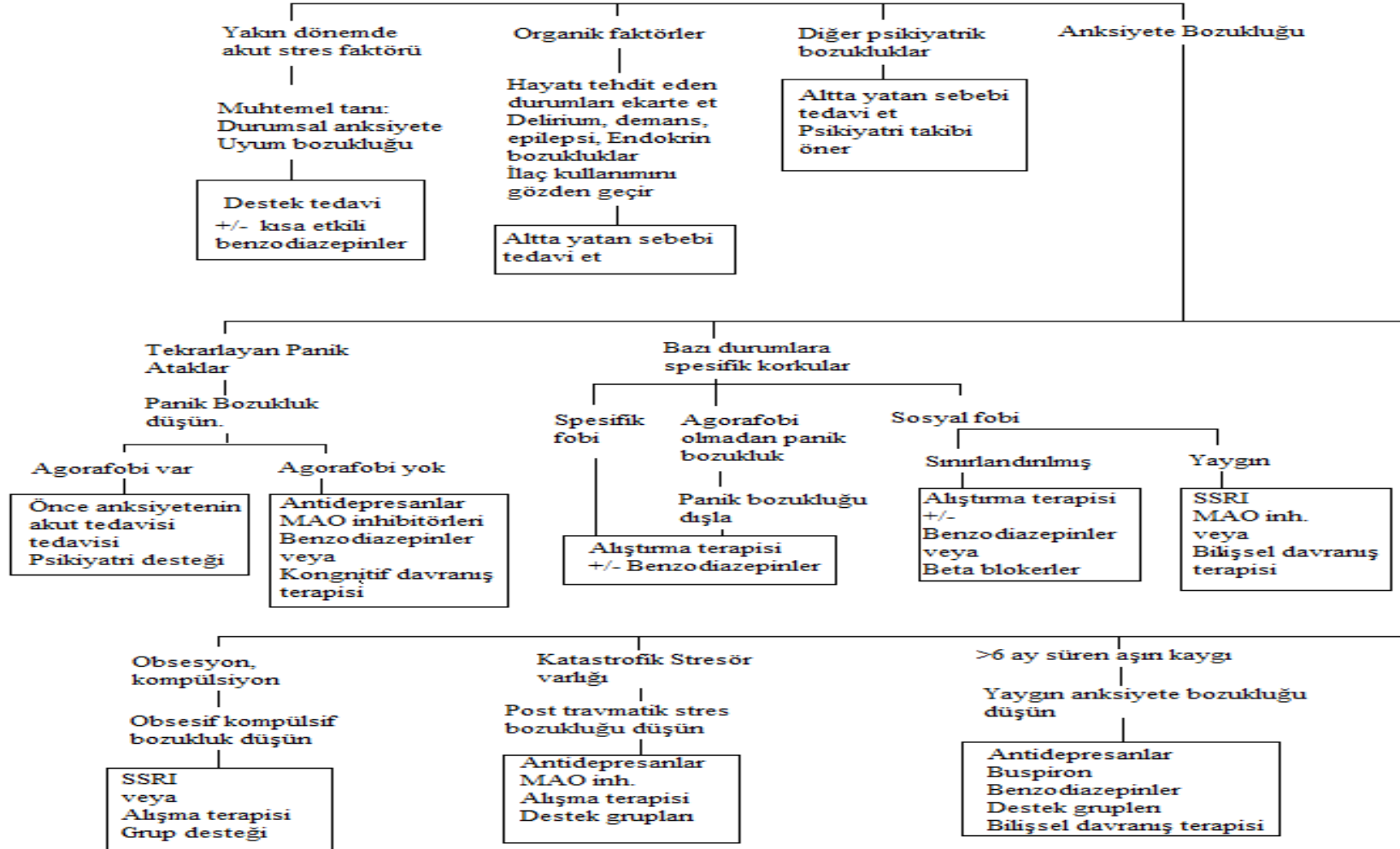
NOT: Bu hastalarda amaç yaşamı uzatmak değildir. Yaşamına kalite katmaktır.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
AS.RH.01	11.04.2016	01	13.06.2022	26/ 28



15. PSİKİYATRİK ACİLLER ALGORİTMASI

Anksiyete ile başvuran hasta





16. ZEHİRLENME VAKALARI ALGORİTMASI

