

14-17 EKİM 2021

TITANIC DELUXE GOLF BELEK, ANTALYA

17. ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ

8th INTERCONTINENTAL EMERGENCY MEDICINE CONGRESS
8th INTERNATIONAL CRITICAL CARE AND EMERGENCY MEDICINE CONGRESS

ATUDER İLE BERABER 53 DERNEK - 53 ASSOCIATIONS WITH EPAT

KONUŞMA ÖZETLERİ KİTABI

BİLİMSEL SEKRETERYA

ACİL TIP UZMANLARI DERNEĞİ

ORGANİZASYON SEKRETERYA

OCEAN M.I.C.E



ACİL TIP UZMANLARI DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

BAŞKAN

Başar CANDER

BAŞKAN YARDIMCISI

Zeynep ÇAKIR

GENEL SEKRETER

Behçet AL

SAYMAN

Mehmet OKUMUŞ

ÜYELER

E. Erol ÜNLÜER

Yunusur ÇEVİK

Hakan OĞUZTÜRK

M. Nuri BOZDEMİR

Mehmet KOŞARGELİR

Semih KORKUT

Ahmet Kenan TÜRKDOĞAN

GENEL MÜDÜR

Mehmet GÜL

GENEL MÜDÜR YARDIMCISI

Burak KATİPOĞLU

**8TH INTERCONTINENTAL EMERGENCY MEDICINE CONGRESS****PRESIDENT**

Başar CANDER

PRESIDENT COUNCIL

Pedro BRUGADA-Spain

Paul KIVELA – USA

Wang ZHONG-China

Sergey BAGNENKO - Russia

Roger DICKERSON - South Africa

Jesus Daniel Lopez TAPIA - Mexico

Jill MCEWEN – Canada

Luis Garcia-Castrillo RIESGO – Spain

Anton VOLOSOVETS-Ukraine

Abdulkhakim KHADJIEV– Uzbekistan

Hassan Al THANI-Qatar

Juliusz JAKUBASZKO – Poland

Srinath Kumar-India

VICE PRESIDENT

Zeynep G. ÇAKIR

GENERAL MANAGER

Mehmet GÜL

GENERAL SECRETARY

Eric REVUE - France

ORGANIZING AND SCIENTIFIC COMMITTEE

Abdelouahab BELLOU - France

Anwar AL-AWADHI - Malaysia

Behçet AL

Bruno MEGARBANE - France

Burak KATİPOĞLU

Christoph DODT - Germany

Colin GRAHAM - Hong Kong

Daniyer ALİMOV - Uzbekistan

Ertuğrul OKUYAN

Francisco MOYA - Spain

Hjalmar R. BOUMA - Holland

Hussain ALRAHMA - Qatar

İlker AKBAŞ

James DUCHARME - Canada

Lisa KURLAND - Sweden

Lukasz SZARPAK - Poland

Mehmet OKUMUŞ

Oleh SHEKERA-Ukraine

Roberto PETRINO - Italy

Sagar GALWANKAR - Usa

Salvatore Di SOMMA - Italy

Sasa IGNJATJEVIC - Serbia

Tatjana RAJKOVIC - Serbia

Togay EVRİN

Volkan ÜLKER

Wilhelm BEHRINGER - Germany

Yunsur ÇEVİK

**8TH INTERNATIONAL CRITICAL CARE CONGRESS****PRESIDENT**

Başar CANDER

PRESIDENT COUNCIL

Jean-Louis VINCENT-Belgium

Josep BRUGADA – Spain

William JAQUIS - USA

Carlos Garcia ROSAS-Mexico

Jim Ducharme-Canada

Abdelouahab BELLOU - France

Salvatore Di SOMMA - Italy

Richard BODY - England

Sagar GALWANKAR - USA

Khikmat ANVAROV - Uzbekistan

K.Kay MOODY - USA

Fatima LATEEF - Singapore

Colin GRAHAM - Hong Kong

SECRETARY

Francisco Moya - Spain

ORGANIZING AND SCIENTIFIC COMMITTEE

Ahmad ALDHOUN - Jordan

Mustafa KEŞAPLI

Antoine Chami-Beirut

Nataliya MISHYNA - Ukraine

Barbara HOGAN - Germany

Özlem BİLİR

Bedia GÜLEN

Paul PAGEAU - Canada

Eric REVUE-France

Richard BODY - England

Hakan OĞUZTÜRK

Saravana KUMAR-India

Hussein SABRI - Egypt

Sevilay VURAL

Karim TAZAROURTE - France

Si Ju ABRAHAM - India

M. Nuri BOZDEMİR

Viktoriya BADTIEVA - Russia

Mehdi METHAMEM - Tunisia

Wei Jie - China

Mohamed ALWI - Malaysia

Yosuke MATSUMURA - Japan

Mohammed AZZAN - Egypt

Zeki ATEŞLİ - England

Monira MOLLAZEHI - Qatar

**17. ULUSAL ACİL TIP KONGRESİ ORGANİZASYON KOMİTESİ****BAŞKAN**

Başar CANDER

2. BAŞKAN

Zeynep ÇAKIR

GENEL KOORDİNATÖR

Mehmet GÜL

GENEL SEKRETER

Hakan OĞUZTÜRK

Bora ÇEKMEN

Ömerul Faruk AYDIN

Sevilay VURAL

ORGANİZASYON VE BİLİMSEL KOMİTE

Abdullah Osman KOÇAK

Muhammed EKMEKYAPAR

Abuzer ÇOŞKUN

Muhammed Gökhan TURTAY

Atakan SAVRUN

Murat SEYİT

Ayça ÇALBAY

Murteza ÇAKIR

Ayhan SARITAŞ

Mustafa SABAK

Çağrı GÖKTEKİN

Nazmine GÜLER

Dilek ATİK

Özlem BİLİR

Emine KADIOĞLU

Sedat ÖZBAY

Erdal YILMAZ

Sema AYTEN

Erdoğan ACAR

Serhat KARAMAN

Gülezer AKPINAR

Serhat ÖRÜN

Gülşen Akçay ÇIĞSAR

Sultan Tuna AKGÜL GÜR

Havva Şahin KAVAKLI

Şerife ÖZDİNÇ

İkbal ŞAŞMAZ

Şükrü GÜRBÜZ

İlhan KORKMAZ

Tamer ÇOLAK

İlker AKBAŞ

Taner ŞAHİN

Keziban UÇAR KARABULUT

Yunsur ÇEVİK



ÖZLÜK HAKLARINDA BEKLENTİLER

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Ertekin

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Yasal düzenlemeler ile hasta hakları konusunda olumlu gelişmeler gerçekleşmiştir. Aynı yöndeki gelişmeler, sağlık çalışanı hakları bakımından da gerçekleşmesi beklenmektedir. Hak, hukuk düzeninin kişilere tanıdığı ve koruma altına aldığı yetkililerdir (1). Her acil çalışanının özlük hakları kurumlara ve çalışanlara göre farklı olabilmektedir. Resmi kurumlarda çalışan acil çalışanlarının özlük hakları 657 sayılı devlet memurları yasasıyla belirlenmiştir (2).

Özlük hakları yedi başlık altında toplanacak olursa (1):

1. Ücret isteme ve yeterli gelir elde etme hakkı: Sağlık çalışanların mesleklerinin taşıdığı riskler, harcadıkları emek, sürekli olarak bilimsel gelişmeleri takip için yapacakları masraf, maddi ve manevi zorlukların karşılığında yeterli ve tatmin edici gelir kazanmayı hak etmektedirler (1). Sağlık kurumlarında uygulanan performans sistemi çalışanlar arası iş bantını bozmaya, emekliliğe yansımayan düzensiz gelire ve etik sıkıntılara neden olması ile sağlık personelinin istemediği bir uygulamadır. Performans, hekimi piyasa koşullarına sürükleyebilmektedir. Devlet hastanelerinde ve özel hastanelerde görev yapan hekimlerin emekli maaşı ve emekli ikramiyesinde büyük oranda farklılıkların mevcut olması, hekimlerin kamudan uzaklaşmasına yol açmaktadır. Bu durumda, ek göstergede iyileştirme, yıpranma payı, yıpranmaya bağlı erken emeklilik, emekli ücretlerinde iyileştirme ve tazminatların artışı sağlık personelinin beklentisi olmaktadır.

2. Çalışma süreleri, nöbet, fazla çalışma, dinlenme ve izne ilişkin hakları: Sağlık çalışanlarının çalışma koşulları söyleminde ilk akla nöbetler ve fazla çalışma gelmektedir. Kamu görevlisi sağlık çalışanlarının günlük çalışma sürelerine yönelik bir üst sınırını belirleyen bir düzenleme mevcut değildir. Yasal düzenlemedeki bu boşluk, sağlık çalışanları aleyhine suistimal edilebilmekte ve dinlenme hakkını fiilen ortadan kaldırmaktadır (3). İş Kanunu 165 md. 63'e göre, genel bakımdan çalışma süresi haftada en çok 45 saattir (4). Kadrosunda beş ve daha fazla acil tıp uzmanı bulunan sağlık tesislerinde 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı acil servis sorumlu tabip nöbeti tutulur (5). Acil serviste çalışanların çalışma saatlerinin uzunluğu, çalışma ortamının yetersizlikleri, çalışan kişi sayısının azlığı gibi stres oluşmasına etki eden faktörleri ortadan kaldırmak, çalışanların iyiliğini ve daha verimli bir şekilde uzun yıllar çalışmasını sağlayacaktır. Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliği, "Nöbet Esasları" başlıklı, md.41/e uyarınca, gece nöbeti tutanlara ertesi günü görev verilmez (6). İdari izinli sayılan günlerde görev yapan personele nöbet ücreti ödenmesi motivasyonları olumlu yönde etkileyecektir. Bununla birlikte nöbet ücretleri ve icap nöbet ücretlerinin genel bütçeden karşılanması döner sermaye bütçe yükünü biraz da olsa azaltacaktır. Sağlık çalışanlarının tuttukları nöbet karşılığında izin yerine önce ücret verilmesi tercih olabilmektedir. Kadro azlığından dolayı asistan hekimlerin iş yükü artmaktadır. Bu durumda, her yıl açılan kadro sayısının artması beklenmektedir. Ayrıca sağlık çalışanlarının dinlenme ve izin haklarını düzenli şekilde kullanması hem sağlık çalışanlarını mesleğinden soğutmayacak hem de kaliteli bir sağlık hizmetinin sunulması sağlayacaktır (1). Raporlu durumda olan sağlık personelinin, çalışmadıkları süre boyunca ek ödemelerinde kesinti olmaması da beklentiler içinde sayılabilir.

3. Mesleki bilgi ve becerisini geliştirme hakkı: Mezuniyet sonrası sağlık çalışanlarının eğitimlere katılabilmesi, mesleki bilgi ve becerilerini yenileme amacıyla eğitime gereken zamanı ayırabilmesi, mesleki yayın yayınlanması için teşvik ve ekonomik desteğin sağlanması haklıdır (1,7).

4. Danışmanlık (konsültasyon) hizmeti alma hakkı (1,8): 2018 Resmi gazetede yayınlanan tebliğe göre; Acil servislerde hasta takibinin 24 saati geçmemesi esastır. Bu süre içerisinde kesin tanısı konulamamış veya yatış endikasyonu belirlenememiş hastalar ile yatış endikasyonu bulunan ve birden fazla kliniği ilgilendiren hastalar acil servis sorumlu tabibi veya nöbetçi uzman tabibince değerlendirilir ve tıbbi durumunun gerektirdiği en uygun uzmanlık dalına ait kliniğe yatışı yapılarak ilgili klinik şefi veya sorumlu uzman tabibine bilgi verilir (5).

5. Cezai infazlarda bulunmayı reddetme hakkı (1)

6. Tanıklıktan çekilme hakkı (1)

7. Hukuki yardım isteme hakkı: Sağlık Bakanlığı Çalışan Güvenliği Genelgesine göre, öncelikle beyaz kod uygulaması getirilmiş olup beyaz kod verildiğinde, görevli müdahale ekiplerinin olay yerine en kısa zamanda ulaşması sağlanacaktır. Bu Genelge kapsamında vatandaşa, şiddete maruz kalan sağlık çalışanının sağlık hizmeti sunmaktan imtina etme hakkı olduğu ve dolayısıyla böyle bir ihtimalde sağlık hizmetinin aksayabileceği açıklanacaktır (9). Özel veya devlet hastanelerinin kendi bünyelerinde yaşadıkları problemler, hekimlerin bakmaları gereken hasta sayısının çok fazla olması, personel eksikliği, hastanelerin fiziki şartlarının yetersizliği gibi sorunların hepsi bir sistem problemidir. Bu kapsamda yeni düzenlemeler beklenmektedir.

Kaynaklar

1. Acar Z. Sağlık Çalışanlarının Hakları ve Hak Arama Yolları. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, Ocak, 2018.

2. 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu

3. Ekici T, Özçelik Z. Hekimlerin Çalışma Süresi, Nöbet, Fazla Çalışma Ücreti, Dinlenme ve İzin Hakları. Birinci Baskı, Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ocak, 2011.

4. 10 Haziran 2003 Resmi Gazete Sayı: 25134 İŞ KANUNU

5. 20 Şubat 2018 SALI Resmi Gazete Sayı: 30338 Sağlık Bakanlığından: Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ.

6. 13.1.1983 Resmi Gazete Sayı: 2889 Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği.

7. Özkan H, Öner Akyıldız S. Hasta-Hekim Hakları ve Davaları. Ankara, Seçkin Yayınları, 2008.

8. Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, Karar sa: 4/12578, 1960.

9. "Çalışan Güvenliğinin Sağlanması" konulu, Sağlık Bakanlığı Genelgesi: 2012.



ACİLDE İSTİSMARA UĞRAYAN HASTA YÖNETİMİ

Dr. Öğr. Üyesi Hacı Mehmet ÇALIŞKAN

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

GİRİŞ:

İstismar, bir bireyin başka bir birey üzerinde kontrol ve güç sağlamasına yarayan davranışlar dizisidir. İstismar aynı zamanda bu davranışların tek seferlik değil, tekrarlayan bir biçimde meydana getirilmesi olayıdır.

MATERYAL METOD:

Bu bildiride istismarın çeşitleri ile yaş ve cinsiyet gruplarına göre etkileri incelendi. İstismar çeşitleri: Fiziksel istismar, cinsel istismar, sözel istismar, ekonomik istismar. Yaş ve cinsiyete göre istismar çeşitleri: 1. Çocuk istismarı 2. Kadın istismarı 3. Yaşlı ve engelli istismarı 4. Erkek istismarı (nadiren).

BULGULAR:

A. Çocuk istismarı

A.B.D de yılda 1 milyondan fazla çocuk istismarı vakası olduğu ve her yıl 1200-1400 A.B.D'li çocuğun istismar nedeni ile öldüğü kaydedilmektedir¹. Bunların %80'inin 5 yaş altında olduğu %40'ının ise 1 yaş altında olduğu belirtilmektedir. Çocuk istismarı fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, bakıcı ihmal ve yakınları tarafından Münchausen sendromuna maruz kalma şeklinde olabilmektedir. Beş yaş altı çocukların travmalarında özellikle de tanısız ise şüphe duyulmalıdır ve yine çocuk ifadesinde kişilerden bahsediyorsa şüphe duyulmalıdır². Kötü muamele gören çocuklar sıklıkla uysal ve itaatkardırlar, medikal muayene yapan kişiye genellikle direnmezler ve kan alma gibi ağrılı işlemlere kolayca teslim olurlar. Sağlık personeline karşı oldukça sevecendirler sıklıkla hemşireleri ve doktorları aileye tercih ederler. Kendi ihtiyaçlarını karşılamaya çalışırlar ve yaralanmanın gerçek hikayesini gizlemek için bazen yalan söylerler.

Bu sendromda deri altı yağ dokusunun azalması, kaburgaların görülmesi, düşük boy ve kilo, araya giren enfeksiyonlar gözlenir. İleri derecede ihmal edilen çocuklar hastaneye yatırılarak ek gıdalar ile tedavi edilmektedir. Hastanede kilo artışının olması gelişme geriliğinin göstergesidir. Genital bölge ile ilgili olan veya daha önceden cinsel istismar öyküsü olan genç çocuk ekimozları, ısırıklar, yanıkları ya da kemik kırıkları olan bebekler alışılmadık dağılımları olan yanıklar, Uzun kemik kırıkları, kafa travmalı küçük çocuk, karın travmalı genç çocuk. Münchausen sendromu: ebeveynlerin, sağlık personelleri ile kendisi arasında uzun süreli temas sağlamak için çocuğunda bilerek bir hastalığa neden olması ya da oluşturmaları olarak tanımlanmaktadır³. Bu çocuklar kanama, nöbetler, bozulmuş bilinç düzeyi, apne, ishal, kusma ve ateş gibi nedenlerle acil servise başvuruabilirler. Bu vakalar genellikle kafa karıştırıcıdır ve aileler sıklıkla tanı arayışı içinde görünerek hastaneden hastaneye koşuturlar Çocuğun herhangi bir testi pozitif çıkınca mutlu olurlar Çocuklar maalesef bu nedenle birçok gereksiz testlere maruz kalır. Ebeveynler %98 oranında çocukların biyolojik annesidir.

Çocuklarda cinsel istismar

Ana şikayet anogenital semptomlarıdır:

1. Anal veya genital kanama
 2. Vaginal akıntı varlığı
 3. Cinsel istismar öyküsü
 4. Kızlık zarında Saat 0,6 konumunda yırtıklar ve konkavite
 5. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon.
 6. Anüste çatlak, yırtık, hematoma ve genişleme gözlemlenir
 7. Aşırı mastürbasyon, cinsel bölgeyi okşama veya cinsel yönelimli tahrik edici davranışlar gibi davranış bozuklukları ile başvuruabilir.
 8. Ya da altına dışkı kaçırma, içe kapanma, kabus görme gibi ilgisiz birçok şikayetler ile acil servislere başvuruabilirler
- Ancak fizik muayenede hiçbir bulgunun olmaması cinsel saldırının dışlayıcısı olamaz.

B. Kadına yönelik istismar

Dünyada en yaygın istismar çeşidi olup kadınlar fiziksel, cinsel, sözel, ekonomik, duygusal birçok istismar çeşidine maruz kalmaktadır.

a. Cinsel istismar

- A.B.D de tecavüz vakalarının çoğunda saldırgan tek kişidir ve çoğunlukla saldırgan mağdurun tanıdığı bir kişidir.
- Saldırganların %26'sı mevcut veya eski eş, %38'i arkadaş veya tanıdık, %26'sı ise yabancı bir kişidir.
- Çoğu saldırıda fiziksel güç veya zorlama olmakta %11'inde ise silah kullanılmaktadır.
- Cinsel saldırıya uğramış vakaların yaklaşık olarak yarısında genital yaralanma olmakta, üçte ikisinde ise başka bir bölgesinde incinme bulguları olmaktadır.
- Ancak yaralanma olmaması cinsel saldırının olmadığını göstermez.
- Cinsel saldırıda delil muayenesi
- Adli kanıt toplanması saldırının ilk 72 saatin içinde uygulanmalıdır.
- Eğer 72 saatten daha fazla zaman geçmişse veya hasta delil muayenesi istemiyorsa: hekim yine de bütün öyküyü almalı ve fizik muayene yapmalı, her türlü yaralanmayı yazmalı ve gebelik ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesini sağlamalıdır.
- Eğer hasta delil muayenesi yaptırmayı kabul ediyorsa: öncesinde aydınlatılmış onam alınmalıdır.
- Adli deliller hastanın dava açıp açmamasına bakılmaksızın toplanabilir ve saklanabilir.
- Deliller toplandıktan sonra tecavüz seti gözetim altına alınmalı imza karşılığı kolluk kuvvetleri takibine girmelidir.
- Saldırı sırasında giyilen kıyafetler toplanmalı çünkü kanıt izi barındırabilir ve detayları destekleyebilir (yırtılmış yaka, çimen lekeleri gibi)
- Wood lambası ile hastanın vücudunun diğer bölgelerine bakılarak meni lekeleri görülebilir. Bu lekelerden nemlendirilmiş pamuk uçlu aplikatör kullanılarak alınan sürüntü delil olarak muhafaza edilebilir.
- Genital yaralanmaları raporlamak için ise genital bölge toluidin mavisi ile boyanır.

Tedavi

1. Fiziksel yaralar tedavi edilir.
2. Psikolojik destek gerekiyorsa psikolog desteği sağlanır.
3. Acil kontrasepsiyon sağlanır.
4. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından profilaksi sağlanır.
5. Saldırganda HIV + liği ya da riski varsa araştır, hastayı izleme al, riski yüksek ise antiretroviral tedaviyi düşün.

**b. Eş şiddetli istismarı****Risk faktörleri:**

Kadın cinsiyet, 20-24 yaş arası, ev halkının düşük gelir düzeyi, boşanmış veya ayrı ilişki durumu, kira da oturma, çocuklukta veya ergenlikte cinsel ve/veya fiziksel istismar hikayesi gelecekteki mağduriyet riskinin artışı gösterir. Evde silahların bulunması ve ölüm tehditleri cinayet için artmış risk ile ilişkilidir.

Tedavi

- En önemli amaç istismara uğramış birey ve çocuğun güvenliğini sağlamaktır.
- Öncelikle kadının tedavi ihtiyaçlarını karşılamak, gerekiyorsa hastaneye yatırmak.
- Gerekiyorsa: Hastayı kadın koruma evine yerleştirmek ve saldırgan kişinin tutuklanmasını sağlamaktır.

C. Yaşlı ve engelli istismarı

- A.B.D de yılda yaklaşık 1-2 milyon yaşlı bağımlı oldukları biri tarafından kötü muamele görmektedir. Bunların: %55'i ihmal, %14.6'sı fiziksel kötü muamele, %12.3'ü maddi sömürü, %7.7'si duygusal kötü muamele, %0.3'ü cinsel istismar, %6.1'i tüm diğer türler, %4 bilinmeyen şekillerde istismara uğramaktadırlar.
- İstismar %90 olguda eşler ve diğer aile bireyleri tarafından gerçekleştirilmekte.
- Yaşlı istismarının çeşitleri: Fiziksel istismar, bakıcı ihmali, cinsel istismar, mali ve maddi sömürü, duygusal ya da psikolojik istismar, terk etme, kendini ihmal etme şeklindedir⁵.
- İyi bir iletişim kurularak ayrı bir odada güven sağlanarak öykü alınmalı
- Daha sonra onun bakıcıları ile de öyküler alınıp yorumlanmalıdır.
- Avuç içindeki, ayak tabanında ki, ve kaba etteki yaralar yaşlı istismarı kuşkusunu artırır.
- Çeşitli iyileşme aşamasında vücudun farklı bölgelerinde gözlenen yaralar.
- Çeşitli iyileşme aşamasında olan olağan dışı çok sayıda yanık gözlenmesi
- El ve ayak bileğinde ipe bağlama izleri
- Kafada omurgada ve kosta kırıkları, uzun kemiklerde meydana gelen sarmal kırıklar şüphe uyandırmalıdır.
- İstismara uğramış yaşlı ve engellinin takipleri daha sıkı yapılmalı gerekirse kamera kayıtları incelenmelidir.

TARTIŞMA:

Bugün acil servislere adli vakalar konusunda yapılanlar.

- Acil servislere istismar vakaları çoğunlukla kolluk kuvvetleri tarafından getirilip adli rapor verilmesi şeklinde ilerliyor. Ya da hasta direkt olarak acil servise başvurursa acil polisine de haber verilerek adli raporu tutuluyor. Hastalara acil serviste kısa bir fizik muayene yapılarak lezyonlar belirtiliyor ve adli rapor polise teslim ediliyor.
- Cinsel istismar vakası bayan ise kadın doğum uzmanına ve gerekiyorsa Genel cerraha yönlendiriliyor. Diğer vücut bölgeleri için ise acil servisten adli raporları tutuluyor.
- Erkek cinsel istismarı vakası ise Genel cerraha yönlendiriliyor ve Diğer vücut bölgeleri için ise acil servisten adli raporları tutuluyor.
- Saç kıl, kan tükürük, idrar vb numune alımı içinse savcılığın talimatına göre kolluk kuvvetlerinin getirdikleri kapların içine numuneler alınarak kolluk kuvvetlerine teslim ediliyor.

SONUÇ:

Acil tıp hekimleri Trafik kazaları, delici kesici alet yaralanmaları ve ateşli silah yaralanması gibi hayati tehlike oluşturan vakalar ile ilgilenip tabi ki onların adli raporlarını vermeli. Ancak ayaktan başvuran ya da kolluk kuvvetlerinin getirdiği adli rapor istenen ya da cinsel saldırı vakaları acil birimi içerisinde adli tıp doktorları ya da onların hizmet içi eğitimle yetiştireceği pratisyen tabiplerce verilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Tintinall's Emergency Medicine, Judith Tintinalli, A. Comprehensive Guide 2020.
2. Özgentürk, İ. (2014). Çocuk istismarı ve ihmal. International Journal of Human Sciences, 11(2), 265-278.
3. Kara B, Biçer Ü, Gökalep A.S. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2004; 47: 140-151.
4. Canpolat Ö, Demir M. Acil servise kadına yönelik aile içi şiddet nedeniyle başvuran vakaların değerlendirilmesi. 2020, Cilt 5, Sayı 1, 1 – 9.
5. Bulut S, Karaman H.B. Engelli Bireylerin Cinsel, Fiziksel ve Duygusal İstismarı. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi Yıl: 2018, Cilt: 19, Sayı: 2, Sayfa No: 277-301.



İNME VE REPERFÜZYON TEDAVİSİNDE YENİLİKLER

ÖĞR. ÜY. DR MERAL YILDIRIM

Akut iskemik inmenin başarılı reperfüzyon tedavisinde en önemli faktör erken tedavidir. Amaç iskemik ancak henüz kurtarılabılır (penumbra) bölgede kan akışını yeniden sağlamak; sakatlık ve mortaliteyi azaltmaktır. Etkili iki tedavi yöntemi trombolitik ve trombektomidir. Hastalarda; trombolitik için kondrendikasyonlara dikkat edilmelidir. Kanama açısından BT çekilebilir. <4.5 saat inme bulgularıyla gelen hastalarda serebral mikro kanamanın miktarı düşüğe trombolitik tedavi (düşük kanıt) öneriliyor. Alteplaz 90 mg'a kadar bir doz 0,9 mg / kg, gerçek vücut ağırlığı hesaplanır. Tenekteplaz daha uzun etki süresine sahiptir inme tedavisinde (0,25 mg/kg, maksimum 25 mg, tek bolusta verilir) kullanılabilir. Tenekteplaz 0,25 mg/kg, alteplaz 0,9 mg/kg yerine kullanılabilir, tercihen alteplaz kullanılması önerilir. Tenekteplaz, trombektomiden önce alteplaz yerine tercih edilebilir, ancak tüm hastaları tedavi etmede yeri belirsizdir. Çalışmasında düşük doz alteplaz (0,6 mg/kg), standart doz alteplazla (0,9 mg/kg) karşılaştırıldığında ölüm ve sakatlıkta anlamlı fark saptanmamıştır ama klavuz standart doz alteplaz öneriyor. Çalışmalarda 4.5-9 saatlik tedavi sonrası intraserebral kanama riski artmış (ciddi kanama oranında artış yok), sakatlıkta azalmıştır.

Klavuz 4.5–9 saat (bilinen başlangıç zamanı) inme; BT veya MRG kor/perfüzyon uyumsuzluğu olan ve trombektominin endike olmadığı hastalarda, alteplaz öneriyor. BT veya MRI kor/perfüzyon uyumsuzluğu ile 4,5-9 saat süreli (başlangıçlı bilinen) iskemik inme ile doğrudan bir trombektomi merkezine başvuran ve mekanik tedavi için uygun olan hastalar için trombektomi öncesi IV alteplaz kullanılıp kullanılmaması konusunda fikir birliğine yoktur. BT veya MRI kor/perfüzyon uyumsuzluğuyla 4,5-9 saat içinde trombektomi olmayan bir merkeze başvuran ve trombektomi için uygun olan hastalar için trombektomiden önce IV alteplaz önerilir. Uykudan inme ile uyanan, uykunun orta noktasından itibaren 9 saat içinde başvuran BT veya MRG kor/perfüzyon uyumsuzluğu olan ve trombektominin endike olmadığı veya planlanmadığı hastalarda IV alteplaz önerilir. Uykudan uyandığında akut iskemik inme ile doğrudan trombektomi merkezine başvuran ve hem IVT hem de trombektomi için uygun olan hastalarda trombektomiden önce IV alteplaz önerilir. Trombektomi olmayan merkeze başvuran ve hem IV alteplaz hem de trombektomi için uygun olan hastalarda trombektomiden önce IV alteplaz önermektedir. IV alteplaz tedavisi için, büyük damar oklüzyonu olan hastalarda sonuçlar distal oklüzyonlar kadar yüz güldürücü değildir. Proksimal damar oklüzyonlarında endovasküler yöntemler trombolitik tedavilere göre daha iyi rekanalizasyonla sonuçlandığı gösterilmiştir. DAWN çalışması; proksimal damar oklüzyonu olan ilk 6-24 saat içinde; "klinik-görüntüleme uyumsuzluğu" bulunan hastalarda, trombektomi ile medikal karşılaştırmasında trombektomi etkili bulunmuştur. DEFUSE 3 çalışmasında proksimal damar oklüzyonu ilk 6-16 saat içinde; perfüzyon-infarkt kor uyumsuzluğu kullanılmıştır. Yalnızca trombektomi ile kombine (trombektomi ve IV alteplaz) tedaviyi karşılaştıran çalışmalar devam ediyor.

KAYNAKLAR

1. Berge E, Whiteley W, Audebert H, et al. European Stroke Organisation (ESO) guidelines on intravenous thrombolysis for acute ischaemic stroke. Date received: 30 October 2020; accepted: 27 December 2020.
2. Jamary Oliveira-Filho, MD, MS, PhD Owen B Samuels, MD. Approach to reperfusion therapy for acute ischemic stroke. Literature review current through: Oct 2021. | This topic last updated: Oct 07, 2021.
3. 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.



SOSYAL MEDYA, HEKİM PROFİLİ OLUŞTURMAK

Uzm. Dr. Muhammed EKMEKYAPAR

Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

MEDYA

İnsanlara haber alma veya haber aktarma avantajı sunan iletişim araçlarının hepsi medya olarak tanımlanır. İnternet, gazete, dergi, radyo, televizyon, uydu sistemleri, ajans, posta, faks bilinen medya araçlarıdır.

SOSYAL MEDYA

Sosyal medya tanımı geniş ve sürekli gelişen bir kavramdır. Sosyal medya; kullanıcıların bilgileri, fikirleri, kişisel mesajları ve diğer içerikler ile birlikte çevrimiçi topluluklar oluşturmayı amaçlayan elektronik bir iletişim biçimidir. Tek yönlü bilgi paylaşımından, çift taraflı ve eş zamanlı bilgi paylaşımına ulaşılmasını sağlayan medya sistemidir. Kişilerin internet üzerinde birbirleriyle yaptığı diyaloglar ve paylaşımların bütünüdür. Whatsapp, instagram, twitter, youtube, messenger, facebook en çok kullandığımız sosyal medya araçlarıdır.

SOSYAL MEDYANIN TIPTA VE SAĞLIKTA KULLANIMI

Pek çok sosyal medya aracı sağlık profesyonelleri tarafından sıkça kullanılmaktadır. Bunlar sosyal paylaşım siteleri, bloglar, mikrobloglar, wiki, medya paylaşım siteleri, sanal gerçeklik ve oyun ortamlarıdır. Bu araçlar, profesyonel iletişim ve eğitim, kurumsal gelişim, hasta bakımı, hasta eğitimi, halk sağlığı programlarını geliştirmek amacıyla kullanılmaktadır. Bununla birlikte, tıpta sosyal medya kullanımı, iş-özel yaşam ayrımı, hasta-hekim ilişkileri, mesleki imaj, bilginin kalitesi, etik gibi konularda endişe verici olabilmektedir.

Sosyal medya, çizilmiş bir sistem içinde genel ya da yarı-genel profil oluşturmaya izin veren bir sistemdir. Diğer kullanıcılar ile bir bağlantı paylaşanların listesini açıkça gösterir. Sistem içinde başkalarının yaptıklarını ve bağlantılarını, kendi listesinde görür ve karşılıklı hareket eder.

Sosyal medya; tıpta yoğun bir şekilde kullanılmaktadır. Hastalar sosyal medyayı çoğunlukla sağlık bilgisi edinmek amaçlı, tıbbi bir durum teşhisi için ve başkalarının tıbbi deneyimleri öğrenmek için kullanılmaktadır.

Hastalık deneyimleri ve tedavi seçenekleri hasta topluluklarına ait çok sayıda sitede paylaşılabilmektedir. Sosyal medya aracılığıyla hastalar, hekimlerle iletişim kurup hastalıkları ile ilgili detaylı bilgi edinme olanağına sahip olabilmektedir. Hastalar ciddi rahatsızlıklarında çevrimiçi kaynak olarak en başta sağlık profesyonellerini tercih etmektedir. Ayrıca hekim ve hastane seçmek için de sosyal medya kullanılmaktadır.

Diğer taraftan hekimler de hem kendi kişisel yaşamlarında hem de profesyonel olarak sosyal medyayı kullanmaktadır. Hekimler sosyal medyayı, tıbbi bilgileri taramak veya keşfetmek, meslektaşları arasında bilgi alışverişi, mesleki sorunlar ve klinik deneyimlerin paylaşmak, bazen de günlük olarak yeni bilgilerle sosyal medyaya katkıda bulunmaktadır. Hekimler, profesyonel sosyal medya kullanımının hastalarının bakımında faydalı olduğunu düşünmektedirler. Ayrıca hastalarının sosyal medya ortamında bulundukları için kendilerinin de bu ortamda bulunmalarının kaçınılmaz olduğunu sıkça ifade etmektedirler.

Sosyal medya kullanımının, hekimler arasında %13-47, tıp öğrencileri arasında %64-96 olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Türkiye’de yapılan çalışmalarda hekimlerin %92,1’inin sosyal medya kullandığı, %65,4’inin de sosyal medyayı profesyonel olarak kullandığı görülmüştür. Tıp öğrencilerinin de %93,4’ünün sosyal medya kullandığı, %89,3’ünün de sosyal medyayı profesyonel olarak kullandığı bulunmuştur.

HEKİM PROFİLİ OLUŞTURMAK

Birçok sosyal medya platformu gibi hekimler (akademisyenler) için oluşturulmuş özel platformlar da mevcuttur (Google Scholar, ResearchGate, ScienceGate, Authorea, Europe PMC, Der-giPark...).

HEKİM PROFİLİ NEDİR? NE İŞE YARAR?

Hekim profili, hekim hakkında ki tüm bilgileri içeren sosyal medya araçlarından bir tanesidir (uzmanlık alanı, çalıştığı kurumlar, akademik çalışmaları...). Sağlık alanında internet üzerinde yapılan araştırmalarda hekimin kendisi ve çalışmaları hakkında diğer sağlık çalışanlarına ve hastalara detaylı bilgiler sunar.

HEKİMİN SOSYAL MEDYADA BULANACAĞI KONUM

Sosyal medya kullanıcıların %44’ü bir ziyaret planlamadan önce doktorlar veya diğer sağlık uzmanları hakkında bilgi arıyor. Bu sayede sosyal medya daha uyumlu doktor-hasta ilişkileri geliştirmeye yardımcı olabilmektedir. Sosyal medya, hastalar ve hekimler arasında iletişim kurmak ve sağlık hizmetlerinde kurumsal markalaşmayı desteklemek için kullanılır. Bu nedenle hastalar için önemli bir referans kaynağı olarak kabul edilmesi mümkündür.

Sosyal medyanın sağlık iletişiminde kullanımının faydaları

- Sosyal medya ile sağlık ile ilgili bilgiler daha hızlı yayılabilir
- Hedef kitle ile iletişim daha güçlü hale gelir
- Bilgi paylaşımı kolaylaşabilir
- Bilgilerin ulaştığı kişi sayısı artabilir
- İrtibat kurarak karşılıklı iletişimi artırır
- Daha güvenli ve sağlıklı karar alınmasına katkıda bulunur
- Sağlık bilgisine daha kolay ulaşılmasına imkan verir

Sosyal medya sağlık konusunda insanların karar verme süreçlerini doğrudan etkileyen hayati öneme sahip bir araçtır. Bu araç kontrolsüz ve bilinçsiz bir şekilde kullanıldığında birçok tehlikeyi de beraberinde getirmekte, sağlık için önemli sorunlar oluşturabilmektedir.

SOSYAL MEDYADA HEKİM

Sosyal medyanızı kendiniz yönetebilirsiniz. En önemli soru burada “hedefiniz ne?” sorusuna vereceğiniz cevaptır. Hesabınız olmaz ise adınıza açılacak sahte hesapların tehdidi altındasınız demektir. Kariyer planlaması ve içerik yönetimi açısından profesyonel destek alabilirsiniz. Sosyal medyanın sınırları olmayan, kuralları değişken ve rüzgarına kapılanları savuran, ideal kullanımda ise her zaman katkı sağlayan mecraları olduğunu unutmamak lazım.

KAYNAKLAR

- 1- Avcı K, Gerek Çelikden S, Eren S, Aydenizöz D. Assessment of medical students’ attitudes on social media use in medicine: a crosssectional study. BMC Medical Education 2015;15:18.
- 2- Ventola CL. Social Media and Health Care Professionals: Benefits, Risks, and Best Practices. Pharm Ther 2014;39(7): 491-520.
- 3- Kadriye Avcı. Hekimlerin sosyal medya kullanımı ve etik. Turk J Public Health 2018;16(1): 48 – 57.
- 4- Avcı K, Avcı Z. Sağlık iletişimi ve Yeni Medya. İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi 2014;39: 181-90.
- 5- Mansfield SJ, Morrison SG, Stephens HO, Bonning MA, Wang SH, Withers AH, et al. Social media and the medical profession. Med J Aust 2011;194(12):642-4.
- 6- Avcı K. Hekimlerin Tıpta Sosyal Medya Kullanımına Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi. 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 05-09 Ekim 2015 Konya, Kongre Kitabı, s: 802.

ACİL TIPTA ETİK VE ONAM KONULARI

Dr Öğretim Üyesi Oya AKPINAR ORUÇ

Afyon Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD AFYONKARAHİSAR

ETİK: Tıp uygulamasında hekimin kendi hakları ve hasta hakları ile birlikte doğru mesleki yaklaşımın kurulmasına ilişkin temel prensiplerdir. Tıptaki teknolojik devrim, hastaların bilinçlenmesi, insan haklarının daha ön plana çıkması ve tıbbi bakımın maliyetinin artması, hekimlerin mesleki ve ahlaki sorumluluklarının önemini daha da artırmıştır. Acil tıp hekimleri, acil uygulamaların dan kaynaklanan, daha özellikle etik sorunlarla da karşı karşıyadır (1).

Tıp Etiği İlkeleri temel olarak kararlılık, zarar vermeme, hasta özerkliğine saygı ve adalet ilkelerinden oluşmaktadır. Bunların dışında, kötü davranmama, aydınlatılmış onam, mahremiyete saygı, sadakat, özgürlük, doğruluk, sözünde durma, gerçeği söyleme, sır saklama ve eşitlik gibi ilkeleri mevcuttur (2).

Etik Problemlerin Acile Özgü Nedenleri

Acil hekimini bazen taniya yönelik yeterli öykü, laboratuvar, röntgen tetkiki ve konsültasyonlar olmadan hastasına derhal tedaviye başlamak zorunluluğunda kalabilmektedir. Acil hastalar bazen hastalıkları ile ilgili yeterli bilgi veremez ve bazen de tedavileri ile ilgili kararlarda bilinç durumları nedeniyle söz sahibi olamaz. Hastalar acil servise habersiz, randevusuz, hatta bazen kendi iradeleri dışında gelebilirler. Toplum acil servis hekimine, kendini acil bir hasta olarak gören herkese bakmak zorunda olduğu gibi bir sosyal sorumluluk yüklenmiştir (3).

Acil Hekimlikte Etik Karar Vermek İçin Kullanılması Gereken Algoritma

Her etik soruna beş aşamada yaklaşılabilir:

1. Değerlendirme süreci
2. Sorunu adlandırma
3. Alternatif hareket şekilleri
4. Tamamlama süreci
5. Değerlendirme (sonuçları, yapılanları değerlendirme)

Etkili İletişim

Klinisyenler resusitasyon dahil hasta ile ilgili yapılan tüm müdahalelerde hasta ve hasta yakını ile sürekli iletişim halinde olmalıdır. Sağlık sistemleri, klinisyenlere iletişim eğitimi sağlayarak, klinisyenlerin kötü haber verme ve tedavi hedeflerini belirlemede hastaları destekleme becerilerini iyileştirmelidir.

Hastanın şu anki durumu ve prognozu hakkındaki bilgiler açık ve dürüst şekilde paylaşılmalıdır. Hastanın hedefleri, değerleri ve tedavi seçimleri anlaşılmalı, hasta/hasta yakını ileri tedavi planları konusundaki kararlara dahil edilmelidir. Empati belirlen ifadeler kullanarak, terk edilme durumunun olmadığını, semptom kontrolü olacağını temin ederek karar sürecine destek olunmalı veruhsal/dini destek önerilmelidir. Uygun olduğunda, semptom kontrolü ve hasta/hasta yakını için psikolojik destek sağlanarak tedavinin sonlandırılması için protokolleştirilmiş hasta odaklı basamaklar açıklanmalı ve uygulanmalıdır. Aile ile görüşmelerin kayıt altına alınması önemlidir (4,5).

Sistem, klinisyenler ve halk KPR'yi belirli koşullarda uygulanacak bir tedavi olarak düşünmemelidir. Hastane içi (HİKA) ve hastane dışı kardiyak arrestler (HDKA) için KPR yapmama ve KPR sonlandırmada yasal, organizasyonel ve kültürel bağlamda kriterler belirlenmelidir.

KPR uygulayıcısının güvenliğini sağlamadığı durumlar, belirgin ölümcül yaralanma varlığı ve geri dönüşsüz ölüm ile geçerli ve ilgili direkt emir KPR yapılmasına karşı çıkması durumu KPR yapmama ya da sonlandırmak için **mutlak kriterlerdir**.

Karar verme sürecinde etkili ek kriterler: Geri döndürülebilir bir sebep yokluğunda 20 dk boyunca yapılan İYD'ye rağmen asistoli, ilk anda şoklanamayan ritm tespit edilen, tanısız kardiyak arrestlerde KPR'nin faydadan çok zarar getirme riski olan durumlarda (örneğin, spontan dönüşün sağlanmadığı durumlar, ciddi kronik komorbiditeler, kardiyak arrest öncesi düşük yaşam kalitesi gibi) ve KPR'nin hastanın değerleri ve tercihleri ile örtüşmediğinin ciddi kanıtı olarak sayılabilir.

Karar vermede tek başına etkili olmayan kriterler: Pupil boyutu, KPR süresi, end-tidal karbondioksit değeri, komorbiditeler, başvuru laktat değeri ve intihar girişimidir (5).

Hastanın Tercihleri ve Tedavi Kararları

Klinisyen kritik hastalarda, ileri tedavi planlarını ve kardiyak arrest gelişmesi durumunda kötü sonlanım olasılığını hastalarla paylaşmalı ve tedavi planı konusundaki kararları hasta ile ortak olarak almalıdır. Hastanın isteği durumunda, kötü sonlanım olasılığı yüksek olsa da, ileri tedaviler uygulanmalıdır. Tüm tedavi basamakları (invaziv mekanik ventilasyon gibi) resusitasyon planı ile entegre edilmeli, tedavi planı ile ilgili kararlar kayıt altına alınmalıdır. Resusitasyonun faydasız olacağı durumlarda KPR önerilmemelidir (5).

Acil Tıpta Onam

Aydınlatılmış bir hastanın ya da bireyin dışarıdan herhangi bir zorlama olmaksızın kendi özgür seçimine dayanarak belirli bir müdahalenin kendisine yapılmasını kabul (veya ret) etmesidir. Aydınlatılmış onam etik açıdan, yasal açıdan ve meslek rehberleri açısından önemlidir. Aydınlatılmış Onam başarılı hekim-hasta ilişkisinin önemli parçasıdır. Zor ve acılı işlemlerde ağrı ve stresi azaltır. Hasta memnuniyetini ve tedaviye uyumunu artırır. Dava riskini azaltır (komplikasyon ve tıbbi hatayı ayırt etmeyi sağlar). **Aydınlatılmış onamın tek istisnası gerçek acillerdir.** Alta yatan neden makul bir insanın böyle bir durumda tedaviye onam vereceği ve onam arayışında geçecek sürenin hastaya geri dönüşsüz zarar verecek olmasıdır. Her bireyin kendi bedenine ne yapılacağını bilme ve belirleme hakkı temel insan haklarından biridir ve ülkelerin yasal düzenlemeleriyle garanti altına alınmıştır. Hastanın şikâyetlerinin nedeni, önerilecek her türlü tıbbi girişimin yapısı, olası yararları, tehlikeleri, başarı şansı, varsa diğer tedavi yöntemleri, bunların yararları, zararları ve tedaviyi reddettiğinde ortaya çıkabilecek sonuçları hakkında bilgi anlaşılır bir şekilde verilmelidir.

1. Bilinci yerinde olan hasta için aydınlatılmış onam,
2. Bilinci yerinde olmayan hasta için aydınlatılmış onam,
3. Küçük/çocuk hasta için aydınlatılmış onamdır (6)

1. Bilinci Yerinde Olan Hasta Rutin sağlık hizmetlerinin sunumunda olduğu gibi acil hekimini de acil tıp hizmetlerinden yararlanacak olan ve karar verme kapasitesine sahip her hastadan aydınlatılmış onam elde etmelidir (7)

Aydınlatılmış Onam Öğeleri: Genel anlamda "kendisinden ve çevresinden haberdar olan, hayatı ve günlük yaşamıyla ilgili kararları kendisi veren hasta yeterlidir. Bilginin açıklanması, kavranması, hastanın gönüllülüğü ve bilinci açık olan hastanın tedaviyi reddetmesi aydınlatılmış onamın öğelerindendir (8).

Geçerli onam, genel örtülü onam, sözsüz hal ile ima edilen onam, varsayılan onam ve vekil onam aydınlatılmış onam çeşitleridir (8,9).

2. Bilinci Yerinde Olmayan Hasta.

Aydınlatılmış onamın evrensel istisnası hastanın bilincinin yerinde olmadığı (hastanın akli melekelerinin bulunmaması ya da kullanmayı engelleyen bir hastalığının bulunması ya da anestezi veya bir madde etkisi altında olması gibi) ve tedavisinin yaşam kurtarıcı olduğu durumdur. Karar bildirebilecek durumda olmayan hastayı tedavisiz bırakmanın daha büyük zarar vereceği durumda onamsız tedavi etik ve yasal açıdan savunulabilir. Hastanın karar verme kapasitesi yoksa hekim uygun vekil karar vericiye ulaşmalıdır Karar verici bulunmadığında acil ve geri dönüşsüz durumlar dışında hekim yasal karar verici aramalıdır (8)

Psikiyatrik Hasta

Psikiyatrik acil hastasının aydınlatılmış onam vermek için tıbben yetersiz olması durumunda hastanın ihtiyacı olan acil tedavi yaşamsal önem taşıyorsa hekim yine imtiyaz hakkını kullanarak hasta için en iyi yararı gözeterek tedaviye alabilmektedir. Eğer acil girişim ihtiyacı yaşamsal öneme sahip değilse mutlak vekil aranmalı ve acil hekimini sorumluluk paylaşımını tercih etmelidir (10)

Vekil Onam

Bilinci yerinde olmayan hastanın yakınının da karar verme kapasitesine sahip olması gerekmektedir. Vekilin hastanın değerlerini, inançlarını, isteklerini, göreceği yarar ile katlanmak durumunda kalabileceği sıkıntıları göz önünde bulundurarak kararmesi, hastanın en iyi yararına olacak şekilde davranması, haklarını koruması ve klinik açıdan hasta için uygun olmayan bir tedaviyi kabul etmemesi gerekmektedir (6).



3. Çocuk ve Genç Erişkin Hasta için Aydınlatılmış Onam

Çocuk Hakları Sözleşmesi, Hastanede Yatan Çocuğun Hakları Bildirgesi gibi uluslararası bildirimlerde de bildirildiği gibi tüm çocukların acil tedavi hizmetlerinden sınırsız yararlanma hakkı bulunmaktadır. Etik ve yasal açıdan çocuğun tedavisi için ailenin onamının alınması zorunludur 18 yaş üzerindeki bireylerde makul karar verme yetisi de varsa erişkinlerdeki kurallar geçerlidir. 18 yaş altındaki bireylerde yasal koruyucu (ebeveyn), yasal temsilci ya da çocuk ve ebeveyn izni beraber aranır (11).

Çocuklarda aile onamı istenmeyen durumlar;

1. Çok acil durumlar (ebeveynleri çocuğun yanında bulunsa da),
2. Acil hasta çocuğun evli, hamile veya çocuk sahibi olması ile kendi geçimi için parasını kazanan, üniversite öğrencisi olan veya sokakta yaşayan küçük olması (Bağımsız Adölesanlar) durumunda
3. Acil hasta çocuğun psikiyatrik hastalık, gebelik doğum, HIV taşıyıcısı, iletişim sorunu, ilaç, alkol ve madde bağımlılığı ile suçlu çocuk olmasıdır. (12)

Aydınlatılmış Onam Gerekmeyen Durumlar

1. Yaşam kurtarıcı müdahalenin derhal yapılmaması halinde yaşamsal tehlikenin başlayacağı öngörüldüğünde,
2. Hastanın bilinçsiz olduğu, dileğini bildiremediği, ancak acil girişimin sağlığını ya da yaşamını koruyacağı durumda,
3. Yasal zorunluluğun bulunduğu durumda, ancak hastayla iletişim kurulmalı ve açıklama yapılmalıdır.
4. Hastanın mental bozukluğu nedeniyle onam verme kapasitesine sahip olmadığı durumda,
5. Hasta yakınının vekil onam ya da ebeveyn onamı verebilecek kapasiteye sahip olmadığı durumunda,
6. Çocuğun üstün yararının korunduğu durumda, acil hekimi onamsız tıbbi girişimde bulunabilmektedir (12).

KAYNAKLAR

1. Aydın, ŞA. Acil tıpta etik. Erişim adresi: http://file.atuder.org.tr/_atuder.org/fileUpload/YKwaD9xOARbv.pdf
2. Ankara Etik Günleri. 2006. (Erişim tarihi: 6 Şubat 2009, http://www.medicine.ankara.edu.tr/basic_medical/deontology/Etkinlikler/Y%200guz/).
3. R. Tokyay, E. Armağan, Ş. Akköse, Acil Tıpta Etik. Klinik Etik editör Prof. Dr. Ayşegül Erdemir Demirhan s:570-6, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul 2001
4. Beauchamp & Childress. Principles of Biomedical Ethics, 2009
5. Resüsitasyon, Ölüm Kararı Verme ve Etik – ERC Resuscitation 2021 Kılavuzu
6. National Association of Emergency Medical Services Physicians Ethics Committee. Ethical challenges in emergency medical services. Prehospital and Disaster Medicine April-June 1993. (Accessed January 23, 2009, at <http://www.naemsp.org/documents/EthicalChallengesinEmergencyMedicalServices.pdf>).
7. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 6th ed. New York: Oxford University Press Inc; 2009. p.99-148.
8. Ersoy N. Aydınlatılmış onam. In: Erdemir AD, Öncel Ö, Aksoy Ş, editors. Çağdaş tıp etiği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2003. p. 204-40.
9. Erdemir A. Acil tedavi ve bakımda tıp etiği sorunları. 1st ed. İstanbul: Nobel Tıp itabevleri; 2006. p. 31-4/75-80.
10. Grisso T, Appelbaum, PS. Assessing competence to consent to treatment. A guide for physicians and other health professionals. New York: Oxford University Press; 1998. p. 31-60.
11. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine, 2006
12. Ersoy N, Şenses MÖ, Er RA Acil tıp'ta aydınlatılmış onam Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2010;16 (1):1-8

HİPOKSİK COVID HASTALARINDA UYGUN VENTİLASYON KARARI

Dr. Şerife ÖZDİNÇ

AFSÜ Tıp Fakültesi Acil Tıp AD AFYONKARAHİSAR

Akut hipoksemik solunum yetmezliğinin temel tedavisi oksijen tedavisidir. Korona-virüs hastalığı 2019 (COVID-19)'da hipoksi; ağır pnömoni, akut solunum sıkıntısı sendromu (ARDS), sepsis, septik şok, çoklu organ yetmezliği, miyokardit, aritmi, kardiyojenik şok, akut böbrek hasarı ve eşlik eden kronik obstrüktif akciğer hastalığının akut alevlenmesi gibi nedenlerle olabilir. COVID-19'da görülen solunum yetmezliği tipi genellikle hipoksemik solunum yetmezliğidir. İleri yaş, eşlik eden hipertansiyon, diabetes mellitus gibi kronik hastalıklar ağır solunum yetmezliği açısından risk faktörüdür. COVID-19 yönetimi ile ilgili kılavuzlar dünya çapında yayımlandığı gibi ülkeler kendilerine ait COVID-19 yönetim kılavuzları da hazırlamışlardır (1, 2). Hipoksik COVID-19'da uygun oksijen ve ventilasyon önerileri şu şekilde sıralanabilir (1- 3):

Ağır solunum yolu enfeksiyonu, ARDS, hipoksemi veya şok tablosu olan hastalara periferik oksijen saturasyonu (SpO₂) %90'ın altında ise 5L/dk nazal veya standart yüz maskesi ile oksijen tedavisi başlanır (*Güçlü öneri, orta kanıt düzeyi*). Hedef oksijen saturasyonu > %90-92 (gebelerde % 92-95) olacak şekilde titre edilir. COVID-19'lu ve akut hipoksemik solunum yetmezliği olan yetişkinlerde, SpO₂'nin %96'dan daha yüksek olmaması önerilir (*Güçlü öneri, orta kanıt düzeyi*).

Geleneksel O₂ tedavi yöntemleri ile elde edilebilecek FiO₂ düzeyleri tablo 1'de verilmiştir. Geleneksel yöntemler ile %100 FiO₂ vermek çoğu zaman zordur.

Tablo 1: Geleneksel O₂ tedavi yöntemleri ile elde edilebilecek FiO₂ düzeyleri

Akım hızı (L/dk)	Fi O ₂		
	Nazal kanül (%)	Maske (%)	Rezervuarlı maske (%)
1	24		
2	28		
3	32		
4	36		
5	40		
6	44	40	60
7		50	70
8		60	>80
9			>80
10			>80

COVID-19'lu, akut hipoksemik solunum yetmezliği olan ve geleneksel oksijen tedavisine yanıt vermeyen hastalarda yüksek akım nazal oksijen tedavisi (YANOT) önerilir (*Zayıf öneri, düşük kanıt düzeyi*). COVID-19'lu ve akut hipoksemik solunum yetmezliği olan hastalarda, invaziv olmayan pozitif basınçlı ventilasyon (NIPPV) yerine YANOT kullanılması önerilir (*Zayıf öneri, düşük kanıt düzeyi*).

YANOT'un özellikleri ısıtılmış (28, 31, 34, 37°C), nemlendirilmiş, yüksek akımlı (60L/dk'a kadar) O₂'i %100 oranında nazal kanül ile verebilmesidir. Nemli ve ılık oksijen mukozal irritasyonu engeller, siliyer aktivite devam eder. Mekanik ventilatöre gerek kalmadan %100 O₂ tedavisi sağlanabilir. Nazofarengeal anatomik ölü alan azalır. Akış hızına göre hava yolunda 5-6 cm H₂O civarında PEEP benzeri pozitif basınç oluşur. Böylelikle ventilasyon-perfüzyon uyumu sağlanır, hava yolu direnci ve dolayısıyla solunum yükü azalır. CO₂ klirensi artar. Atektaziler önenebilir. Maske kullanımına bağlı uyumsuzluk olmaz, nazal kanül ile tedavi alan hasta iletişimini ve beslenmesini devam ettirebilir. Diğer avantajı ise supin, pron ve yan pozisyonlarda kolayca kullanılabilir. İnvaziv mekanik ventilasyon ve re-entübasyon ihtiyacı oranlarını azaltabilir. Gürün ve arkadaşları prone pozisyonda uygulanan geleneksel O₂ tedavisi, YANOT veya NIPPV'nun oksijenizasyonu düzelttiğini ve entübasyon ihtiyacını azalttığını tespit etmişlerdir(4). Pron pozisyonu tolere edemeyen hastaların sağ ve sol yan pozisyonunda yatmaları sağlanmalıdır. Bu esnada takipne ve solunum distressi varlığı yakın takip edilmelidir.

Geleneksel O₂ tedavi yöntemlerine göre pahalı olması, başarısız olması durumunda entübasyonda gecikmeye ve kötü klinik sonlanıma sebep olabileceği (5), ağız açık olan hastalarda hava yolunda 5-6 cm H₂O civarındaki pozitif basıncın düşmesi, bu basıncın değişken olması ve ölçülememesi, sekresyonlarla tıkanan kanül ile tedavinin kesintiye uğraması YANOT'un dezavantajları olarak sayılabilir. Bazı çalışmalarda hipoksemik solunum yetmezliği olan hastalarda, standart kanüle göre entübasyon ihtiyacı gelişiminde fark olmadığı tespit edilmiştir (6) Aerosol salınımı riski ile ilgili tartışmalar devam etmekte olup yarar zarar dengesi sağlanarak kullanılmasını öneren çalışmalar bulunmaktadır (7). YANOT'nin, standart oksijen maskelerine benzer bir risk gösterdiğini, eklenen cerrahi maske ile ek risk oluşturmayacağını (8) ve tam korumalı ekipmanla çalışılması koşuluyla hastalar için tedavi edici olabileceğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (9). Mümkünse bu tedavinin negatif basınçlı odada, en azından tek kişilik odada uygulanması gerektiği ve nazal kanül üzerine cerrahi maske takılması önerilmektedir.

YANOT endiasyonları (10)

1. Hipoksemik Solunum Yetmezliği: Pnömoni, akut astım, kardiyojenik pulmoner ödem, pulmoner emboli, interstisyel akciğer hastalıkları
2. Hiperkapnik solunum yetmezliği: KOAH
3. Yüksek FiO₂ gereken durumlar: Entübasyon öncesi , ekstübasyon sonrası respiratuar distress, CO zehirlenmesi, invaziv prosedürler sırasında oksijen desteği
4. Do not resuscitate hastalar, palyatif üniteler
5. Baş ağrısı: Migren, küme tipi baş ağrısı

YANOT kontrendiasyonları:

1. Nazal sorunlar: Epistaksis, kırık, kitle, geçirilmiş cerrahi, aşırı sekresyon
2. Diğer hava yolu ve yüz anomalileri, geçirilmiş cerrahi
3. Kafa tabanı kırıkları

YANOT komplikasyonları: Aspirasyon, abdominal distasyon, pnömotoraks

COVID-19'lu ve akut hipoksemik solunum yetmezliği olan hastalarda, YANOT mevcut değilse ve endotrakeal entübasyon için acil bir endikasyon yoksa NIPPV, solunum yetmezliği açısından yakın izlem ve kısa aralıklarla değerlendirme ile denenebilir (*Zayıf öneri, düşük kanıt düzeyi*).

NIPPV uygularken mümkünse helmet (miğfer) veya tam yüz maskesi, bunlar mümkün değil ise oro-nazal maske kullanılması önerilir. Devrelerin inspirasyon ve ekspirasyon çıkışlarına viral/ bakteriyel filtre eklenmelidir. NIPPV aerosol oluşturma riski nedeni ile mümkünse negatif basınçlı odalarda, yok ise tek kişilik odalarda maksimum kişisel koruyucu ekipman ile uygulanması gerekmektedir. Hipoksemik hastalarda, hastanın bilinci açık ise NIPPV prone pozisyonda uygulama denenebilir.

NIPPV uygulanan hastalar yakın takip edilmeli, ilk bir-iki saatte olumlu yanıt alınamamışsa invaziv mekanik ventilasyon açısından değerlendirilmelidir.

Endotrakeal entübasyon eğitimli ve tecrübeli kişilerce, mümkünse video laringoskop kullanılarak hızlı ardışık entübasyon protokolü ile uygulanmalıdır. Zor havayolu olduğu düşünülen hastalara fleksible bronkoskopi eşliğinde entübasyon uygulanabilir. Endotrakeal tüpün balonu şişirilmeden, pozitif basınçlı ventilasyona başlanmamalı, mümkünse preoksijenizasyon esnasında balon-maske kullanımından kaçınılmalı, balon maske uygulamasında da filtre kullanılmalıdır. Entübasyon aerosol oluşturma riski nedeni ile mümkünse negatif basınçlı odalarda, yok ise tek kişilik odalarda maksimum kişisel koruyucu ekipman ile uygulanmalıdır. Gerekli olmadıkça mekanik ventilatör devresinde bağlantı kesilmemeli ve mümkün ise kapalı sistem aspirasyon yöntemi kullanılmalıdır

Akciğer koruyucu ventilasyona rağmen refrakter hipoksemisi olan hastalarda ekstrakorporeal yaşam desteği (ECMO) düşünülebilir, uygun hastaların deneyimli merkezlere sevkı sağlanmalıdır.

**KAYNAKLAR:**

1. Waleed Alhazzani. Surviving Sepsis Campaign: guidelines on the management of critically ill adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Intensive Care Med* (2020) 46:854–887 <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06022-5>
2. Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması. COVID-19 (Sars-Cov-2 Enfeksiyonu) Ağır Pnömoni, ARDS, Sepsis Ve Septik Şok Yönetimi. TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. 27 Mayıs 2021, ANKARA
3. Türk Dahili Ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Derneği Covid-19 Hastalığı Takip Önerileri. www.dcyogunbakim.org.tr – dcyb@dcyogunbakim.org.tr
4. Gürün A et al. Prone positioning in non-intubated patients with COVID-19. *Tüberk Toraks* 2020;68(3):331-336 doi • 10.5578/tt.70164
5. Kang B et al. Failure of high-flow nasal cannula therapy may delay intubation and increase mortality. *Intensive Care Med*. 2015; 41(4):623-32. doi: 10.1007/s00134-015-3Frat 693-5. Epub 2015 Feb 18.
6. Frat et al. High-Flow Oxygen through Nasal Cannula in Acute Hypoxemic Respiratory Failure. *N Engl J Med* 2015; 372:2185-2196 DOI: 10.1056/NEJMoa1503326
7. Agarwal A, et al. High-flow nasal cannula for acute hypoxemic respiratory failure in patients with COVID-19: systematic reviews of effectiveness and its risks of aerosolization, dispersion, and infection transmission. *Can J Anaesth*. 2020 Sep;67(9):1217-1248. doi: 10.1007/s12630-020-01740-2. Epub 2020 Jun 15. PMID: 32542464; PMCID: PMC7294988.
8. Li G et al. Coronavirus infections and immune responses. *Journal of Medical Virology*. Volume 92, Issue 4 p. 424-432. <https://doi.org/10.1002/jmv.25685>
9. Elshof et al. High-flow nasal cannula for COVID-19 patients: risk of bio-aerosol dispersion. *European Respiratory Journal* 2020 56: 2003004; DOI: 10.1183/13993003.03004-
10. Ceyda Özhan Çaparlar, Bahar Sakızcı Uyar. *JARSS* 2021;29(4):211-8 doi: 10.5222/jarss.2021.75547



ACİLDE KRİTİK HASTA BAKIMINDA YENİLİKLER

Uzm. Dr. Tuba Şafak SBÜ Ankara Keçiören EAH Acil Tıp Kliniği

Kritik hasta bakımı acil servisin belki de en önemli alanlarından birisidir.

Şoklanamayan ritimlerde kılavuz en erken dönemde 1 mg adrenalin intravenöz önerisine devam ediyor. Yüksek doz adrenalin uygulaması ile ilgili henüz kılavuza girmiş bir bilgi yok. Şoklanabilir ritimlerde 2020 AHA'da ve 2021 ERC'de adrenalin başlangıç defibrilasyon girişimi olan ilk üç şoktan sonra olacak şekilde güncellendi.

Resusitasyon için ultrason kullanımı 2021'de artmış rolün farkındalığı olarak güncellendi. Ekstrakorporeal yaşam destek teknikleri 2021'de spesifik girişimlere koroner anjiyografi gibi yardımcı olmak konusunda kurtarıcı tedavi olarak artmış kanıtlar olduğuna dair yönlendirme yapılmaktadır.

Entübasyonda video laringoskopi kullanımı 2021 yılında direk ya da video laringoskopi kullanılmadığı şeklinde kılavuza girmiştir.

Bir metaanalizde istatistiksel olarak anlamlı olmasa da Covid-19'da steroid kullanımının mortaliteyi azalttığı, alt grup analizlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde survivale yararlı olduğu, mekanik ventilasyon ihtiyacını azalttığı görülmüştür.

Hipoksik solunum yetmezliği, entübasyon öncesi, ekstübasyon sonrası ve postoperatif HFNC kullanımı ile ilgili yapılan literatür taramasında hipoksik solunum yetmezliğinde güçlü olarak önerilen HFNC ekstübasyon sonrası ve postoperatif dönemde duruma göre önerilirken entübasyon öncesinde önerilmediği verisine ulaşıldı.

İtalya'da uyanık ve spontan solunumu olan 56 Covid 19 hastasında yapılan bir çalışmada prone pozisyonun güvenli ve uygulanabilir olduğu, oksijenasyonu iyileştirdiği ancak bu etkinin pozisyonun sonlandırılması ile geri döndüğü, erken prone pozisyona almanın inflamatuvar yanıtı aktive ettiği gözlenmiştir.

Surviving Sepsis Campaign 2021 güncellemesinde hastanelerde q-sofa gibi sepsisi tanımlama dahil sepsis geliştirme programlarının kullanımı tanımlama için kanıt düzeyi orta derecede yükseldi. Hipoperfüzyonu olan hastalarda sıvı tedavisinin başlanması ilk 3 saat içinde yapılması uygundura değiştirildi. Antimikrobiyal tedavi başlama süresi hemen, ideal olarak da ilk bir saat içinde şeklinde güncellendi. Şokta olmayan yüksek olasılıklı hastalar içinse 3 saat, düşük olasılıklı hastalar içinse antimikrobiyal tedavinin başlanması sonraya bırakılması uygundur olarak güncellendi. MRSA şüphesi olan yüksek riskli hastalarda MRSA'ya karşı etkili antimikrobiyallerin kullanılması önerilir, şüphesi düşük hastalarda ise kullanılması uygun değildir olarak güncellendi. Yüksek olasılıklı fungal enfeksiyon riski taşıyan hastalarda ampirik antifungal tedavi verilmesi uygundur olarak güncellendi. Hemodinamik durum yönetiminde dengeli kristaloidler veya salin kullanımı orta kanıt düzeyi ile önerilir olarak güncellendi. HFNC ile oksijen tedavisi sepsiste kullanımı uygundur olarak güncellendi. ARDS'si olan hastalarda venö-venöz ECMO'nun uygulanması uygundur olarak güncellendi. Steroid kullanımı güncellemede vasopressör tedavi devam ederken IV kortikosteroid kullanımı uygundur olarak orta derece kanıt düzeyiyle değiştirildi.

ANAHTAR KELİMELEER: resusitasyon, covid 19, sepsis, hi-flow nazal kanül

KAYNAKLAR

1. Soar J, Böttiger BW, Carli P, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. *Resuscitation*. Published online April 2021:115-151. doi:10.1016/j.resuscitation.2021.02.010
2. Cui Y, Sun Y, Sun J, Liang H, Ding X, Sun X, Wang D, Sun T. Efficacy and Safety of Corticosteroid Use in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Systematic Review and Meta-Analysis. *Infect Dis Ther*. 2021 Aug 13:1-17. doi: 10.1007/s40121-021-00518-3. Epub ahead of print. PMID: 34389970; PMCID: PMC8363240.
3. Rochweg B, Einav S, Chaudhuri D, Mancebo J, Mauri T, Helviz Y, Goligher EC, Jaber S, Ricard JD, Rittayamai N, Roca O, Antonelli M, Maggiore SM, Demoule A, Hodgson CL, Mercat A, Wilcox ME, Granton D, Wang D, Azoulay E, Ouannes-Besbes L, Cinnella G, Rauseo M, Carvalho C, Dessap-Mekontso A, Fraser J, Frat JP, Gomersall C, Grasselli G, Hernandez G, Jog S, Pesenti A, Riviello ED, Slutsky AS, Stapleton RD, Talmor D, Thille AW, Brochard L, Burns KEA. The role for high flow nasal cannula as a respiratory support strategy in adults: a clinical practice guideline. *Intensive Care Med*. 2020 Dec;46(12):2226-2237. doi: 10.1007/s00134-020-06312-y. Epub 2020 Nov 17. PMID: 33201321; PMCID: PMC7670292.
4. Rochweg B, Granton D, Wang DX, Helviz Y, Einav S, Frat JP, Mekontso-Dessap A, Schreiber A, Azoulay E, Mercat A, Demoule A, Lemiale V, Pesenti A, Riviello ED, Mauri T, Mancebo J, Brochard L, Burns K. High flow nasal cannula compared with conventional oxygen therapy for acute hypoxemic respiratory failure: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med*. 2019 May;45(5):563-572. doi: 10.1007/s00134-019-05590-5. Epub 2019 Mar 19. PMID: 30888444.
5. Coppo A, Bellani G, Winterton D, Di Pierro M, Soria A, Faverio P, Cairo M, Mori S, Messinesi G, Contro E, Bonfanti P, Benini A, Valsecchi MG, Antolini L, Foti G. Feasibility and physiological effects of prone positioning in non-intubated patients with acute respiratory failure due to COVID-19 (PRON-COVID): a prospective cohort study. *Lancet Respir Med*. 2020 Aug;8(8):765-774. doi: 10.1016/S2213-2600(20)30268-X. Epub 2020 Jun 19. PMID: 32569585; PMCID: PMC7304954.
6. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Springer*. Published October 2, 2021. Accessed October



ACİLDE GİRİŞİMSSEL RADYOLOJİ

Doç.Dr.Vahide Aslıhan DURAK

Girişimsel radyoloji; radyolojik görüntüleme yöntemleri eşliğinde, damar içine girilerek veya vücutta milimetrik kesiler oluşturarak yapılan tanı ve tedavi işlemleri olarak tanımlanmaktadır. Daha az invaziv ve hasta uyumu açısından avantajlı (daha az ağrı, düşük risk ve kısa iyileşme zamanı) olarak görülmektedir. İlk kez Charles Theodore Dotter1964 yılında ilk kez perkütan transluminal anjioplasti yapmış ve periferik arteriyel hastalıkta oklüde arter açılmıştır.

Sınıflamasına bakıldığında vasküler ve non-vasküler olarak ayrılmaktadır.

Acil serviste kullanım alanlarına olgular üzerinden baktığımızda;

- Genel vücut travması ile başvuran hastalarda tercih edilebilecek yöntemlerden biri embolizasyondur. Vasküler yol veya perkütan yol ile sağlanır.Geçici veya kalıcı olarak yapılabilir.Embolizan maddeler: N-BCA (glue), Onyx, PHIL, gelfoam, polivinil alkol veya coil gibi mekanik cihazlardır.Buna ek olarak AVM ve uterin myom tedavisinde de kullanılmaktadır.
- Masif pulmoner embolide ve ekstremitelerde iskemi durumunda kateter yönlendirmeli tromboliz kullanılabilmektedir. Sistemik trombolitik verilmesinden daha üstündür.Hızlı verilme imkanı vardır.Anjiyografi ile monitorize edilirken pulmoner arter basıncı ve kardiyak output ölçümüne imkan sağlar.
- Endovasküler trombektomi; büyük damar oklüzyonlarının tedavisinde kullanılabilmektedir.
- Endovasküler anjiyografi; gastrointestinal sistem kanamalarının tedavisinde kullanılmaktadır. Hemodinamik açıdan stabil hastalarda tercih edilmelidir.Tanı ve tedavide kullanılmaktadır. Özellikle alt gastrointestinal sistem kanamalarında tercih edilmektedir

Diğer girişimsel radyolojik işlemler ise peruktan tromboaspirasyon tedavisi, inferior vena kava filtresi yerleştirilmesi, perkütan apse drenajı, perkütan nefrostomi ve perkütan bilier drenaj olarak sınıflandırılmaktadır.

Acil serviste; hastalar değerlendirilirken anamnez ve fizik muayene dikkatli yapılmalı, hastanın kullandığı ilaçlar sorgulanmalı ve mutlaka onam formu alınmalıdır.İşlem sonrasında oluşabilecek; kontrast nefropatisi, kanama ve kontrast alerjisine dikkat edilmelidir.



OPENING- DEVELOPMENT OF EMERGENCY MEDICINE AND ITS INTRODUCTION TO THE WORLD IN TURKEY

Prof. Dr. Başar Cander

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

As an editor of tens of books and chair of various national and international events during my academic life, I may frankly state that my overarching goal is universal unity. For many years, I have been the president of the executive board of the Emergency Medicine Physicians Association of Turkey (the EPAT), exporting science and know-how. The EPAT hosts more than 2000 participants including more than 300 international speakers from 50 countries, every year. In my view, it is crucial to generate venues for countries to exchange vast experiences. Furthermore, it is valuable to employ technology in the maximum level. Within this framework, I facilitate bringing different perspectives from all continents together under single roof via web-based live international conferences with global audience. I would like to make the necessary steps for more and more colleagues so that they can make the most out of this exchange of know-how and experiences.

As challenging times proved it often, the emergency medicine specialists take stance in the front line and the global window. We should always be in the front window of the world. What is needed for this end is more and more people, more and more countries and more power.

Departing from the principle of "you first, us leading" .I always would like to bring young colleagues that are our future together with exemplary and leading faculty members .They should be encouraged to express themselves in scientific platforms and venues where they can debate with their colleagues the challenges they encounter in clinical practice.

No single emergency medicine community member should feel alone and should not walk alone. We should all have main goals, for example: organize special training courses, organize scientific events different countries, to provide educational scholarships to students, to provide young doctors to study abroad.

Emergency medicine is working on the thin line between life and death. It requires a specialized intervention since training and service delivery is challenging. Emergency Medicine specialists are always in the forefront of a healthcare system. As clearly seen during pandemic and natural disasters, emergency medicine is so crucial. This branch must become a primary specialization area in all countries. For development and adoption of emergency medicine as a branch and elevation of its dignity, governments must generate a policy.I would like to be a pioneer in guiding the steps to be made for emergency medicine to stay in the window.



DISASTER MEDICINE WITH THE DIMENSION OF EMERGENCY MEDICINE

Doç. Dr. Kurtuluş Açıkıran

OBJECTIVES:

- Define emergency medicine and disaster medicine and their interrelationship in disaster situations.
- Understand the basic concepts and general principles of "emergency medicine" with respect to "mass casualty incidents" (MCI) and "disasters".

CHARACTERISTICS OF EMERGENCY MEDICINE

- The referring doctor, determine, what constitutes an "emergency"
- Manages the unanticipated and unscheduled unpredictable volume of patients with injuries and conditions of undetermined and varying severity and complexity
- Initial recognition of life-, organ- or limb-threatening conditions requires rapid establishment
- Stabilization of the patient requires the critical care
- The assessment of physical and behavioral systems as they relate to complications or associated underlying conditions.
- Provides definitive care or facilitates orderly transfer for the continuing management of the patient.

EMERGENCY MEDICINE: To do the best for everyone

CHARACTERISTICS OF DISASTER MEDICINE (OR DISASTER MANAGEMENT)

- **Providing health care to disaster survivors and providing medically related** disaster preparation, disaster planning, disaster response and disaster recovery leadership throughout the disaster life cycle.
- Provide insight, guidance and expertise on the principles and practice of medicine both in the disaster impact area and healthcare evacuation receiving facilities to emergency management professionals, hospitals, healthcare facilities, communities and governments.
- The liaison between and partner to the medical contingency planner, the emergency management professional, the incident command system, government and policy makers.
- Requires management and as such is complementary but not identical to Emergency Medicine.

DISASTER MEDICINE: To do the best for the most



ESC 2021 NSTEMI KILAVUZUNDAKİ DEĞİŞİKLİKLER

Prof. Dr. Başar Cander

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Ön yükleme (pretreatment) nedir?

NSTE-AKS'de koroner anjiyografi yapılmadan önce P2Y12 başlanmasıdır.

-Ambulansta

-Acil serviste

-Kateter laboratuvarı olmayan hastanede

STEMI'de önyükleme tartışması yoktur. Tanı konar konmaz yükleme yapılmalıdır.

Kılavuzda net bir öneri olmamasına rağmen ön yükleme standart tedavi olarak uygulanıyordu.

Potansiyel Fayda:

-Girişime kadar sorumlu damar açıklığı ↑

-İşleme bağlı MI ↓

-Erken stent trombozu ↓

-Sorumlu damarda tekrar tıkanma ↓

Potansiyel Zarar:

-Periprosedürel kanama

-Bypassa bağlı kanama

-NSTE-AKS çıkmayan hastalarda gereksiz tedaviye bağlı kanama

-Bypassa gecikme

2020 NSTE-AKS kılavuzu neden değişti?

-ST yükselmeli veya ST yükselmez akut koroner sendromla başvuran ve invaziv girişim planlanan akut koroner sendrom hastalarında prasugrel tikagrelora göre daha etkin, majör kanama benzerdir.

-Çalışma tikagrelorun prasugrelle üstün olacağı hipotezi üzerine planlanmıştır. Ancak tam tersine prasugrel tikagrelora belirgin üstünlük sağlamıştır.

Günümüzde NSTE-AKS'de koroner anjiyografi süresi kısa olduğu için NSTE-AKS'de ön yükleme işe yaramamaktadır.

Sonuç olarak özetlemek gerekirse; NSTEMI-AKS'de P2Y12 başlamak için acele edilmemeli 24 saat içinde KAG yapılacak hastalarda anjiyografi sonrasında kateter odasında yüklenmeli, acil serviste değil. Acil serviste medikal izlenecek veya 24 saatten sonra KAG yapılabilecek hastalarda P2Y12 vermeliyiz.



BÖLÜM YAZARLIĞI VE KİTAP BÖLÜMÜ YAZMAK

Prof. Dr. Muhammet Gökhan Turtay
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD

Tarihçesine bakıldığında tıbbi kitap yazımını; ilk olarak Mısırlılar ve Antik Yunan/Roma dönemlerine görülmektedir. Türk İslam dünyasında da ilk olarak İbn-i Sina (Avicenna) ve Ebu'l Kasım El-Zahravi ait eserler bulunmaktadır. Türkçe tıp eserleri de XIV. yy itibaren yazılmaya başlanmış olup Şerefeddin Sabuncuoğlu tarafından yazılan Cerrahiyyet'ül Haniyye en bilinenlerindendir. Günümüzde bilgiye ulaşmada iletişim araçları artmış olmasına rağmen kitap okuma alışkanlığı devam etmekte ve teknolojik gelişmelere karşın tıbbi kitapların basımını artmaktadır. Kitap bölümü yazarken rehber olacak kaynak sayısı oldukça azdır. Tıbbi kitaplar içeriklerine göre ders kitabı, başvuru kitapları, gelişim kitapları, yalnızca editörlük yapılan kitaplar, otör kitabı ve çeviri kitapları bulunmaktadır. Kitabın özelliğine, amacı ve ulaşacağı kitleye göre bölüm sayısı, yazar sayısı, kapsamı ve büyüklüğü değişmektedir.

Yazarlık teklifi alan yazar için bu durum onur vericidir çünkü belli bir akademik birikimi olanlara genelde yazarlık teklifinde bulunulur. Katkıda bulunacak yazarların belirlenmesinde; kitabın editörü tarafından ön araştırma yapılır, belli bir bilgi birikimine ulaşmış ve ilgili alanda tıbbi literatüre katkıda bulunmuş kişiler tercih edilir. Yazarın akademik gelişimine katkı sağlaması ve kıdemli yazarın deneyiminden yararlanması açısından kıdemsiz yazarlar yardımcı olarak görevlendirilmelidir. Bölüm yazarlığının Genelde maddi kazancı olmayıp prestij sağlaması, tanınır olmak, özgeçmişe yazı eklemek, deneyim kazanmak ve doçentlik kriteri karşılamak açısından faydaları vardır.

Yazım öncesinde bazı bilinmesi gereken konular vardır. Hedef kitle, yazım süresi, hangi yayınevinin basacağı, planlanan basım tarihi, diğer bölümlerin neler olduğu ve kimler tarafından yazılacağı, editörün ön talimatları, örnek bir bölüm var mı, multimedya içeriği isteniyor mu gibi durumlar aydınlatılmalıdır. Süre, başlığın netleştirilmesi, alt başlıkların oluşturulması, içeriğin belirlenmesi, tablo ve şekillerin tasarlanması konularında planlama yapılmalıdır. Yazım aşamasında editörün istediği yazı karakteri, sayfa aralığı ve sayfa numaraları kullanılmalıdır. Etik uygulamalara dikkat edilmelidir. İlk olarak kapak sayfası oluşturulmalıdır. Kapak sayfası; konu başlığı, kısa başlık, anahtar sözcükler, yazar adı ve ünvanı, çalıştığı kurum ve sorumlu yazarın adresi gibi bilgiler içermelidir. Konuya başlarken giriş bölümünde; konunun önemi, bölümün amacı, hangi aşamalarda olunduğu, bu konuda neden yeni bir kaynağa ihtiyaç var olduğu ve bu konu hangi sorunu çözüğü gibi sorulara yanıtların olduğu şekilde oluşturulmalıdır. Ayrıca okuyucu için en değerli olacak üç temel özellik yazılmalıdır. Alt başlıklara göre yazının konusu olan durumla ilgili ayrıntılı değerlendirme, eksiklikler ve fazlalıklar, deneyimler (Literatür bilgileri, varsa kendi deneyimleri), gelecekteki olası konular (Öngörüler) daha sonra yazılmalıdır. Tablo ve şekillerin oluşturulmalıdır. Sonuçlar, yönlendirmeler ve kaynaklar belirtilerek yazı sonlandırılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Buchsel PC, et al. A Pathway to Publishing an Oncology Nursing Book. Semin Oncol Nurs 2018;34:372-380
2. Kendirci M. How to write a medical book chapter? Turkish Journal of Urology; 39(Özel Sayı 1): 37-40
3. Lewerich B, Götze D. What to do when you are asked write a chapter. Troidl H (eds), Surgical Research pp 127-129.



ACİL ASİSTANLIĞI VE SONRASINA HAZIRLIK

Prof. Dr. Yavuz KATIRCI

Acil tıp uzmanlığı öncesi dönemde tüm branş hekimleri acil serviste dönüşümlü nöbet tutarak acil servis hizmeti veriliyordu. 1966'da Amerikan Ulusal Bilimler Akademisi'nin yayınladığı: "Kazalarda Ölüm ve Sakatlıklar: Modern Toplumun İhmal Edilmiş Hastalığı" adlı makale sonrasında acil tıp hizmetlerine bakış açısı değişti. Acil Tıp Uzmanlık alanı ile ilgili çalışmalar başladı. İlk kez Cincinnati Üniversitesinde 1970'te Acil Tıp AD kurulmasının ardından bunu diğer üniversiteler ve ülkeler takip etti. Türkiye'de acil tıp uzmanlık dalı 1993'de kabul edildi. Şu an itibarıyla ülkemizde 3000'e yakın acil tıp uzmanı ve 1500 civarında acil tıp asistanı mevcut.

Acil tıp asistanlık eğitimi teorik ve pratik eğitimlerin yanında diğer klinik rotasyonlarının oluşturduğu bir yapıyla ilerlemektedir. Eğitimin amaçları arasında; acil servise başvuran hastaların triajı, ayırıcı tanıları, resüsitasyon işlemleri, hastayı stabil hale getirme, tanı ve tıbbi bakım işlemleri, hastaların takipleri, hastane öncesi sistemler ile entegrasyon ve bilimsel klinik çalışma becerilerini kazandırmak yer almaktadır. Ülkemizde tüm uzmanlık eğitimleri TUKMOS tarafından koordine edilmekte ve standardizasyon sağlanmaktadır. Buna göre acil tıp uzmanlık eğitimi 4 yıldır. Eğitim süreci güncel Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği hükümlerine göre yürütülür. Haftalık en az 4 saat kuramsal, 4 saat uygulamalı (hasta başı viziti, simülasyon laboratuvar gibi) eğitim verilmelidir. Eğitici tarafından ayda en az 2 saat eğitim verilmelidir. Ayrıca vaka ve makale saatleri ile birlikte mortalite toplantıları da yapılmalıdır. Kurs, Panel, Sempozyum, Kongre katılımları Uzmanlık eğitimi sürecinde yıllara göre düzenlenir. Eğitimini tamamladığında en az 1 sempozyum ve 1 Ulusal Kongreye katılmış olmalıdır. Tıpta uzmanlık öğrencisi, uzmanlık eğitimi sürecinde en az 1 orijinal makale yayınında yer almalıdır.

Acil Tıp Asistanı uzmanlık eğitimi süresince belirlenmiş klinik ve girişimsel yetkinlikleri kazanmalıdır. Bu yetkinlikler aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

Klinik Yetkinlikler	Girişimsel Yetkinlikler
Kardiyak ve pulmoner aciller, travma, renal aciller	Temel ve ileri hava yolu yönetimi, resüsitasyon
Endokrin ve enfeksiyon acilleri, göz acilleri	Mekanik Ventilasyon, Weaning, Travma işlemleri
Nörolojik aciller, sıvı-elektrolit bozuklukları	Acil doğum, yara bakımı-sütürasyon, tüp torakostomi
Jinekolojik ve Obstetrik aciller, hematolojik aciller	Alçı-atel uygulama, LP açılması, Santral katater
Toksikoloji, kritik hasta bakımı, KBB acilleri	Bilimsel makale hazırlama, hastane öncesi transport

Acil tıp uzmanlık eğitimi sırasında yapılması gereken rotasyonlar aşağıdaki tabloda özetlenmiştir. Acil tıba rotasyona gelen branşlar: Ağız Diş Çene Cerrahisi, Aile Hekimliği, Askeri Sağlık Hizmetleri, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, Ortopedi ve Spor Hekimliğidir.

Rotasyon Süresi	Rotasyon Dalı
1 ay	Aneztezi ve Reanimasyon
1 ay	Genel Cerrahi
1 ay	İç Hastalıkları
1 ay	Kardiyoloji
2 ay	*Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
1 ay	Kadın Hastalıkları ve Doğum
1 ay	**Nöroloji, Göğüs Hastalıkları
1 ay	**Ortopedi ve Travmatoloji, Radyoloji
	*1 ay çocuk acilde yapılması önerilir. **Akademik kurul ve eğitim kurumunun kararına göre seçmeli olarak yapılır.

Acil tıp eğitimi sırasında asistanlar belirli dönemlerde daha önceden bilgilendirilmiş sınavlara tabi tutulurlar. Bu şekilde alınan eğitimlerin sonuçları değerlendirilir. Tıpta uzmanlık eğitiminde, eğitimin her bir yılı tamamlandığında formatif sınavlar (iş başı değerlendirmeleri), son yıl tamamlandığında summatif sınav yapılır. Portfolyo kullanımı da önerilmektedir. Son dönemde eğitim ile ilgili bir takım yenilikler hayatımıza girmeye başlamıştır. Pandemi ile birlikte sıklığı giderek artan e-öğrenim materyalleri devreye girdi. Online eğitim, Zoom programı, E-Kongre bunlardan bazıları. Bunun yanında Simülasyon Temelli Tıp Eğitimi (STTE) ön planda yer almaya başladı. Her 6 ayda bir öğrenilecek konulardan gelen sorulara verdiği cevapların tamamı doğru olana kadar sınava devam edilmesi şeklinde bir formata sahip "Sınavla Öğrenme" yöntemi uygulanmaya başlandı.

Acil tıp uzmanlık eğitimi bittikten sonraki dönemde de eğitimi hayatımızın bir parçası halinde tutmaya devam etmemiz gereklidir. Board sınavları, dijital sınavlar, güncel literatür takibi, mezu-niyet sonrası eğitim programları, sempozyum ve kongrelere katılım, STTE bunlara örnek verilebilir.

**INTERNATIONAL EMERGENCY MEDICINE EDUCATION / EVOLUTION OF EMERGENCY MEDICINE IN TURKEY.**

Prof. Başar Cander

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ED is a specialty delivering healthcare service to patients requiring immediate care due to undiagnosed acute diseases or injuries.

ED is a specialty dedicated to diagnosis and treatment of unpredicted diseases and injuries

The first emergency specialist have raised nearly 100 emergency physicians until 1968.

The first EM Specialty was established in 1993 in Izmir Dokuz Eylül University

The second department was introduced in Fırat University at the same year.

DURING FIRST TWO YEARS**THE RESIDENTS ARE EDUCATED ON**

- How to provide basic life support
- How to provide advanced life support
- How to provide trauma life support
- How to process triage
- How to make medical proceedings
- How to make first evaluation and stabilize unstable life threatening cases
- How to care special diseases in acute settings
- How to manage critical patients
- Bedside decision making
- How to perform invasive procedures
- How to manage emergency service and prehospital settings
- How to use emergency radiology
- Making medical research
- Ethical and legal issues
- Time and crisis management

THE RESIDENTS SHOULD IMPROVE THEIR ABILITY ON

- Concentrating On Taking History
- Decision Making
- Making Secondary Evaluation
- Fast Clinical Management

MAIN SECTIONS IN A TYPICAL ED IN TURKEY**Triage**

- Yellow Zone

Fast Tract

- Green Zone

Non-traumatic presentations

- Red Zone

Resuscitation room**Traumatic and non-traumatic cases****MAIN SECTIONS IN A TYPICAL ED IN TURKEY**

- Trauma Room

Other than unstable and multi-trauma cases

- Chest Pain Unit

- Observation Unit

- Critical Care Unit

Final**Emergency Medicine:**

Emergency medicine is showcase of hospitals.

Emergency medicine is the uniting power

Emergency medicine is the front-line in war

- Unlimited emergency medicine specialization

- Global personal rights

- Global salary politics

- World unity for emergency physicians.

The fine line between life and death is emergency medicine.



RESILIENCE AND DISASTER MEDICINE

Hüseyin KOÇAK

University of Çanakkale Onsekiz Mart, Faculty of Health Sciences, Emergency Aid and Disaster Management

INTRODUCTION: Disaster resilience is the ability of individuals, communities, organisations and states to adapt to recover from hazards, shocks or stresses without compromising long-term prospects for development. According to the Hyogo Framework for Action (UNISDR, 2005), disaster resilience is determined by the degree to which individuals, communities and public and private organisations are capable of organising themselves to learn from past disasters and reduce their risks to future ones, at international, regional, national and local levels.

Risk, as it relates to the health care system during and following a disaster, has several meanings that health care emergency managers, hospital administrators, and physician leaders should consider when performing comprehensive risk management as part of disaster planning at a health care facility. The different definitions of risk that are appropriate for hospital emergency planners to consider include the following:

MATERIAL METHOD: The study was created by scanning the international DRR literature. It is an epidemiologically descriptive study. International basic studies on disasters are handled chronologically. The findings are evaluated by focusing on the concept of disaster medicine.

RESULTS & DISCUSSION:

CONCLUSION: Risk of damage to the physical structure or infrastructure of the health care facility

- Risk to patients, visitors, and staff from the hazard of concern
- Risk of loss of revenue from cancellation of elective procedures or patients choosing other facilities for services in the future because the facility was not well protected and was damaged or contaminated
- Risk of liability and monetary damage from insurance claims or litigation related to the actions or inactions of the hospital or its staff during or following an event

The field of health is the most needed study area during and after disasters. However, in the face of disasters, it is seen that the health infrastructure and works are primarily affected.

Disaster risk reduction strategies and the health sector have a deep relationship³⁵. Humans are at the heart of the healthcare industry. Likewise, the most important factor in disasters is the people. Almost all of the disaster risk reduction studies are thus carried out to protect human health.

The Sendai Framework for Disaster Risk Reduction considers the health sector as a key component to strengthen disaster risk reduction actions. Populations and states need to improve their capacities and capabilities to cope with health risks associated with all types of hazards, emergencies, and disasters.

These strengthening efforts cover providing

This is the first time that studies on health have been so strongly emphasized in Sendai.

It will be the focal point of all the studies on disasters towards 2030.

The aim of this document is to provide ministries of health and other stakeholders with a summary of policy considerations to reduce the risks and consequences of emergencies and disasters, and build the resilience of health systems, communities and countries. The Health EDRM Framework provides an overview of risk management concepts, guiding principles, the components and functions of effective Health EDRM, and guidance on implementing the Framework. This document does not replace existing regional or global frameworks or strategies, including the IHR (2005).

Health EDRM is founded on the following set of core principles and approaches that guide policy and practice:

- risk-based approach;
- comprehensive emergency management (across prevention, preparedness, readiness, response and recovery);
- all-hazards approach; inclusive, people- and community-centred approach;
- multisectoral and multidisciplinary
- collaboration;
- whole-of-health system-based;
- ethical considerations.

Components And Functions Of Health EDRM

- Policies, Strategies And Legislation
- Planning And Coordination
- Human Resources
- Financial Resources
- Information And Knowledge Management
- Risk Communications
- Health Infrastructure And Logistics
- Health And Related Services
- Community Capacities For Health Edrm
- Monitoring And Evaluation

For the resilient health system, it shows the cycle of the 6 main parameters of the health system in disaster management. The primary, secondary and tertiary health services should be made resilient as a whole. This should be supported by parameters such as social resilience, strong coordination platforms, and social development levels

Finally, I am completing the damage caused by the flood disaster in the Black Sea in the past months with the photo of Sinop Ayancık State Hospital. As can be seen, it is seen that the hospital became unusable after the flood. This shows how important risk reduction studies are compared to intervention studies.

References

1. Koçak H. Chapter 25 - The Role of Disaster Medicine in Disaster Management and Preparedness. İçinde: Integrated Disaster Science and Management [Internet]. Oxford/Amsterdam, Cambridge: Elsevier; 2018. s. 423-31. Erişim adresi: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-812056-9.00025-7>
2. Resilient Health System As Conceptual Framework for Strengthening Public Health Disaster Risk Management: An African Viewpoint O. Olu. Frontiers in Public Health 2017 Vol. 5 Issue 263 DOI:10.3389/fpubh.2017.0026 <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2017.00263>
3. KOÇAK H., KINIK K., ÇALIŞKAN C., AÇIKSARI K. The Science of Disaster Medicine: From Response to Risk Reduction. Medeniyet Medical Journal. (Preprint)
4. WHO. Health emergency and disaster risk management framework. [Internet]. 2019 [a.yer 09 Aralık 2020]. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326106>
5. Dar O, Buckley EJ, Rokadiya S, Huda Q, Abrahams J. Integrating Health Into Disaster Risk Reduction Strategies: Key Considerations for Success. Am J Public Health. Ekim 2014;104(10):1811-6.

SUİCİDAL GİRİŞİM HASTASININ TIBBİ BAKIM SÜRECİNDE PSİKİYATRİK TAKİBİ VE TABURCULUĞU

Dr. Öğr. Üyesi Taner ŞAHİN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Tıp Fakültesi Acil Tıp

GİRİŞ

İntihar ve intihar girişimi özellikle psikiyatrik bozukluklarda ciddi bir morbidite ve mortalite nedenidir. İntihar ve intihar girişimi olgularının ilk müracaat ettiği yerler genellikle acil servislerdir(AS). Literatür taramalarında intihar oranları %0.003-0.045 arasında değişmektedir(1,2). Son yıllarda ülkemizde intihar oranının arttığı ve intihar oranlarının %0.003-0.0043 arasında değiştiği belirtilmektedir.

ACİL SERVİSLERİN ÖNEMİ

AS'ler yoğun hasta yükü yanında suicidal girişimlerin en çok müracaat ettiği yerlerdir. Bu yoğun hasta girişiminin yanında aynı zamanda psiko-sosyal sorunları olan kişilerin uğrak yeri olduğundan toplumsal sorunların teşhisi, tahribatı, giderilmesi ve risk altındaki grupların belirlenmesi için önemli yerlerdir.

ACİL SERVİSLERDE SUİCİDAL GİRİŞİMLE KARŞILAŞMA

AS'de suicidal girişimde bulunan kişiyle insanca ilişkiye girmek, bu kişinin bedensel sorunlarının yanı sıra duygusal sorunlarına ilgi göstermek ve onları açıklamasına yardımcı olmak çok önemlidir(3).

İntihar girişiminde bulunan kişilerle iletişimde bir takım zorluklar olabilmektedir. Bu nedenle girişimde bulunan kişilerin intihar riski, nedeni ve önceki intihar girişimleri hakkında kesin bilgi edinmek oldukça önemlidir(4).

ACİL PSİKO-SOSYAL MÜDAHALEDE GENEL İLKELER

Bu kişilere etkili bir müdahale için;

1. Tıbbi müdahalenin sağlanması,
2. İlk görüşme için gereken özen/önemin gösterilmesi,
3. Tedaviye yönelik uygun psikiyatrik yaklaşımın belirlenmesi,
4. Ölümcül araçlara ulaşılabilirliğin azaltılması(izolasyon),
5. İntihar riskinin değerlendirilmesi(Modifiye SAD PERSONS Skalası),
6. Problem çözümü,
7. İlaç tedavisi gerekli olan aşamalıdır.

ACİL SERVİSTE İNTİHAR GİRİŞİMLERİNE PSİKOSOSYAL DESTEK VE KRİZE MÜDAHALE EKİBİ

2004 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı, "ASTE İntihar Girişimlerinde Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı" yayımlamıştır. Bun göre; AS'de intihar girişimlerine psikososyal destek ve krize müdahale ekibi; AS'de eğitim almış hemşire, sağlık memuru veya görevlendirilecek bir idari personel gibi belirlenen personellerden oluşur(3). Bu odada;

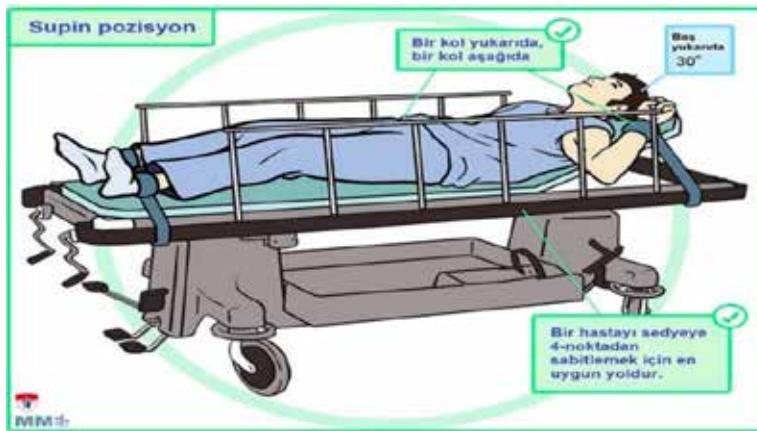
1. Kriz odası
2. Psikiyatrist
3. Kriz odası birim sorumlusu bulunmalıdır.

ACİL SERVİSTE SUİCİDAL GİRİŞİMİ OLAN HASTAYA YAKLAŞIM

AS'de suicidal girişimi olan hastaya yaklaşımın genel basamakları şunlardan oluşur:

1. Medikal stabilizasyon
2. İzolasyon/güvenlik önlemleri
3. Psikiyatrik değerlendirme ve suid riskinin belirlenmesi
4. Psikiyatri konsültasyonu ve detaylı risk değerlendirilmesi
5. AS'de ilaç uygulanması
6. Taburculuk kararı

Hasta ajite ve kendine zarar veriyorsa 4 noktadan sabitleme yöntemi uygulanabilir(Resim 1):



Resim1. Dört noktadan sabitleme yöntemi(5)

SUCİDİAL GİRİŞİM HASTANIN ACİL SERVİSTE İZOLASYONU VE GÜVENLİK ÖNLEMLERİ

Suicidal girişimde bulunan her hasta medikal stabilizasyonun ardından AS'de özel bir odaya alınmalı, kendisine veya çevresine zarar verebileceği eşyalara ve kesici delici aletlere erişimi olmamalıdır. Hasta yalnız bırakılmamalı, hastane personeli, güvenlik veya kişiyi ajite etmeyen aile personellerinden biri yanında bulunmalıdır. Hasta ile konuşurken anlaşıldığı hissettirilmeli ve problemin ne olduğu anlaşılmaya çalışılmalıdır. Ajite olan hastaya fiziksel ve/veya kimyasal kısıtlama yapılabilir.

PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME VE SUİCİD RİSKİNİN BELİRLENMESİ

Hastanın ilk değerlendirilmesinin ardından kısa bir psikiyatrik değerlendirme ve suid risk değerlendirmesi ile uygun tedavinin başlanması, psikiyatri konsültasyonu gereksinimi ve hospitalizasyon ihtiyacı veya taburculuk durumu belirlenmeye çalışılır.



Hastaların psikiyatrik değerlendirmenin temelleri;

1. Suicidal eğilimin belirlenmesi,
2. Psikiyatrik hastalık geçmişi,
3. Tıbbi ögeçmiş,
4. Psikososyal konum,
5. Bireysel yeterlilik ve hassasiyetlerin tespiti
6. Suicid riskinin öngörölmesi aşamalarından oluşur.

SUICİD RİSKİ İÇİN ALERT DURUMLAR

- Kendine zarar verme veya kendini öldürme hakkında konuşmak veya tehdit etmek
- Madde kullanımı
- Amaçsızlık, Pervasızlık
- Endişe, umutsuzluk, korku, ajitasyon, öfke veya uyku düzenindeki değişiklikler
- Kapana kısılmış, çıkış yolu yokmuş gibi hissetmek
- Arkadaşlardan, aileden ve toplumdan uzaklaşma
- Ruh hali değişiklikleri gibi bulgular varlığında hekim hastasının suicid riski için alert olmalı ve gerekli önlemleri almalıdır(6).

PSIKİYATRİ KONSÜLTASYONU NE ZAMAN İSTENMELİDİR?

Suicid girişimi sonrasında AS'e başvuran hastalardan rutin olarak psikiyatri konsültasyonu istenmesinin uygun olduğu, hastaların özellikle AS'lerde kendi isteği ile taburcu olmalarını engelleyici önlemlerin alınması gerektiği ve taburculuk sonrasında psikiyatri poliklinik kontrolüne gitme durumlarının takibinin yapılmasının sağlayacak program geliştirilmesinin uygun olacaktır(7). Psikiyatrik hastalıkların intihar girişiminin etiyolojisinde yer alması nedeniyle, intihar girişiminde bulunan olguların psikiyatrik değerlendirme ve takibe alınmalarının sağlanması hayati önem taşımaktadır(8).

SUICİDAL GİRİŞİM SONRASINDA HASTANEYE YATMASI GEREKEN KİŞİLER

- Tıbbi olarak hayati tehlikesi olanlar
- Tekrarlayan suicid girişimi olanlar
- Ölçeklere göre depresyon puanı ve tekrardan suicid riski yüksek olanlar
- Psikotik bozukluğu olanlar
- Yanlız yaşayanlar
- Suicid girişimiyle birlikte madde bağımlılığı olanlar

SUICİDAL GİRİŞİMİ OLAN HASTANIN TABURCULUĞU

- İlaçla suicid girişiminde bulunan kişilerin, ilaçların vücuttan eliminasyon süresinin tamamlanmasından sonra,
- Suicidal ve depresyon riski düşük olanlar,
- Hayati tehlikesi olmayanlar,
- Suicid ve depresyon riski düşük puanda olanlar,
- Eğitilmiş aile desteği olanlar,
- Madde bağımlılığı olmayanlar,
- Yalnız yaşamayanlar,
- psikiyatri konsültasyonunun ardından psikiyatri poliklinik randevusu alınarak AS'lerden taburcu edilebilir.

SONUÇ

Suicid girişiminde bulunan hastalar en çok AS'lere başvurumaktadırlar. AS'e suicid girişimi nedeniyle başvuran hastalarda ölüm daha yüksek orandadır. Ölüm riski yüksek olan hastaların AS'de belirlenerek, psikiyatri konsültasyonu sonrasında hastaneye yatırılması esastır. Ölüm riski ve girişimi tekrarlama riski düşük olarak belirlenen ve hayati tehlikesi ortadan kalkan hastalara taburculuk öncesi psikiyatri konsültasyonunun ardından, psikiyatri poliklinik randevusu alınarak AS'den taburculuğu yapılabilir.

KAYNAKLAR

1. Sengül, C. B., Serinken, M., Sengül, C., BOZKURT, S., & Korkmaz, A. (2008). Acil Servise intihar girişimi nedeniyle başvurusu ardından psikiyatri polikliniğinde değerlendirilen olguların sosyodemografik verileri. Turkish Journal of Emergency Medicine, 8(3), 127-131.
2. Güloğlu, C., Gökhan, Ş., Üstündağ, M., & Orak, M. (2009). Acil servise başvuran özyıym olgularının kullandığı yöntemler ve demografik verilerinin mortalite ile ilişkisi. Türkiye Acil Tıp Dergisi, 9(3), 109-114.
3. Acil Serviste Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü(Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı)Genel Müdürlüğü. Son Erişim Tarihi:11 Ekim 2021. <https://www.yumpu.com/tr/document/read/13842941/acil-serviste-intihar-girisimlerine-psikososyal-destek>
4. Can, S. S. & Sayıl, İ. (2004). YİNELEYİCİ İNTİHAR GİRİŞİMLERİ . Kriz Dergisi , 12 (3) , 53-62 . DOI: 10.1501/Kriz_0000000215
5. Görsel alıntı: <https://www.medikalakademi.com.tr/ajite-ve-saldirgan-hasta-yonetimi/>
6. Rudd, M. D., Berman, A. L., Joiner Jr, T. E., Nock, M. K., Silverman, M. M., Mandrusiak, M., ... & Witte, T. (2006). Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical applications. Suicide and Life-Threatening Behavior, 36(3), 255-262.
7. Karakayalı, O., Çelik, G. K., İçme, F., Kavaklı, H. Ş., Vural, S., & Şener, A. (2015). Hospitalizasyon durumu ve psikiyatri konsültasyonunun tekrarlayan suicid girişimi üzerinde etkisi. Kocaeli Tıp Dergisi, 4(3), 14-20.
8. Polat, S., Tasar, A., Ozkan, S., Yeltekin, S., Cakir, B. C., Akbaba, S., ... & Beyazova, U. (2010). Perceptions and attitudes of mothers about child neglect in Turkey. Infants & Young Children, 23(2), 122-131.



TRANSPLANTASYON ACİLLERİ

Doç. Dr. Yücel Yüzbaşıoğlu

SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp ABD -Ankara

Son otuz yılda güçlü immünosupresif ilaçların kullanıma girmesi nedeniyle akut rejeksiyon insidansında çarpıcı bir azalma olmuştur. Bununla birlikte, hem allogreft reddini önlemek, ilaç toksisitesini azaltmak, yeni başlangıçlı diyabeti, dislipidemi, enfeksiyonu ve maligniteyi en aza indirmek için immünosupresyonu optimize etmek önemlidir. Akut renal allogreft reddi, greftteki spesifik patolojik değişikliklerle ilişkili allogreft fonksiyonundaki akut bozulma olarak tanımlanır. **Akut T hücre aracılı (hücresele) rejeksiyon ve aktif (akut) antikor aracılı rejeksiyon olarak tanımlanır.** Ret reaksiyonu tanımanın altın kuralı doku biyopsisi ve kültürdür.

Hastanın olağan başlangıç seviyesinin üzerinde artmış bir kreatinin ile başvuran tüm böbrek transplant alıcılarında akut renal allogreft reddinden şüphelenilmelidir ve renal allogreft biyopsisi ile doğrulanır. 2013 ile 2018 arasında gerçekleştirilen böbrek nakilleri arasında alıcılarının yüzde 1,1'i yalnızca 2018'de diyaliz tedavisine geri döndü. Başarısız bir böbrek allogrefti olan hastayı yönetmenin en önemli yönlerinden biri, idame immünosupresif tedavinin ne zaman ve nasıl güvenli bir şekilde durdurulacağına karar vermektir. Böbrek nakli başarısız olan diyaliz hastalarında immünosupresif ilaçları bırakmanın en zorlayıcı nedeni, artan enfeksiyon, malignite ve uzun süreli immünosupresyon kullanımına bağlı komplikasyonlardır. Standart immünosupresif ajanların birçoğu, ciddi böbrek fonksiyon bozukluğu olan hastalarda özel hususlara sahiptir. Nakil nadiren altta yatan hastalığı tedavi eder; nakil sonrası tekrarlayan karaciğer hastalığı, nakil yapılan hastalığa bağlı olarak hastalarda görülebilir. Transplant hastalarının çoğu yaşam boyu immünosupresyona ihtiyaç duyar.

Nakil hastalarında akut ilaç yaşamı tehdit eden hastalıklar gelişebilir. Nakille ilgili enfeksiyonlar, ilaç yan etkileri, red reaksiyonları, graft-versus-host hastalığı ve postoperatif komplikasyonlar veya değişen fizyolojik problemler görülebilir. Acil servis ziyaretlerini gerektiren en yaygın akut bozukluklar enfeksiyondur (%39), ardından enfeksiyöz olmayan GI/GU patolojisi (%15), dehidrasyon (%15), elektrolit bozuklukları (%10), kardiyopulmoner patoloji (%10) veya yaralanma (%8) ve red reaksiyonları görülebilir. Transplant hastaları tipik olarak, immünosupresyon dahil olmak üzere kapsamlı ilaç rejimleri alır. Dolayısıyla bireysel ilaç değerlendirmesinin yapılması önemlidir.

BÖBREK NAKLİ

Böbrek nakli, son dönem böbrek hastalığı (GFR<30) için tercih edilen tedavidir. Ölen veya yaşayan donörlerden alınan böbrekler en yaygın olarak alıcının pelvisine yerleştirilir ve üreterler mesaneye anastomoz edilir. Proteinüri, rejeksiyon, ilaç toksisitesi, glomerüler hastalık veya diğer greft nefropatisine işaret edebilir Kreatin değeri prognostik bir faktör olarak kabul edilir. Ancak kalan doğal böbrekten gelen proteinüri de düşünülmelidir. Bu ilaçları kullanan tüm hastalar için siklosporin veya takrolimus kan seviyelerine bakılması önemlidir. İlaç düzeyleri red reaksiyonu değerlendirilmesi için önemlidir. Ultrasonografi üriner obstrüksiyonu saptamak için en iyi testtir. Renal greft US ayrıca piyelonefrit, vasküler anormallikler (stenoz, tromboz, psödoanevrizma, hematoma ve arteriovenöz fistül), perinefrik apse, idrar kaçağı, yara yeri enfeksiyonu veya bir rejeksiyon epizodu olduğu şüphelenilen hastalarda da yararlı olabilir.

KARACİĞER NAKLİ

Acil servis ziyaretlerinin en yaygın nedenleri ateş ve karın ağrısıdır. Hepatosplenomegali, asit ve halsizlik, özellikle ret reaksiyonunda ortaya çıkabilir. Akut rejeksiyona bakteriyel enfeksiyon eşlik edebilir. Akut fulminan hepatitte karaciğer transplantasyonu doğrulanabilir. Sebepleri arasında enfeksiyonlar, ilaçlar, toksinler sayılabilir. Hastaların bir an önce nakil yapılan bir merkeze sevkı önemlidir.

KARDİYAK NAKLİ

Kalp nakli, yeni doğanlardan 60'lı yaşların sonlarına kadar her yaşta hastaya başarıyla uygulanmaktadır. Kalp nakli, standart tıbbi veya cerrahi tedavi ile düzeltilemeyen son dönem kalp yetmezliği olan hastalarda endikedir. İkinci gruptakilerin çoğu, daha önce koroner arter baypas veya kapak cerrahisi geçirmiş veya mekanik destek cihazları ile destek alan hastalardır. 60 ila 69 yaş arasındaki önde gelen ölüm nedenleri enfeksiyondur veya greft yetmezliğidir Sinirsel uyarısı olmadığı için nakledilen kalbin hızı 90-100/dk dir. Endojen ketokalmine yanıtı mevcuttur.

AKCİĞER NAKLİ

Ateş, öksürük ve artan dispne sık görülen nedenlerdir. Akciğer nakli hastalarında acil servis ziyaretleri dikkat edilmesi gereken önemli klinik özellikler içerir. Bunlar solunum hızı, nabız oksimetresi ölçümü ve siyanoz, terleme, yardımcı kasların kullanımı, konjestif kalp yetmezliği belirtileri ve periferik perfüzyonun yeterliliğinin fiziksel bulgularıdır.

Acil serviste organ nakli olan ve herhangi bir şikâyet sebebiyle başvuran hastalarda hastaların nakil edilen organ fonksiyonlarının değerlendirilmesi önem arz eder. Enfeksiyon ve ret reaksiyonlarının iç içe geçebileceği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Judith E. Tintinalli, Edit Tintinalli's EM 9e Section 26, Special Situations syf 1984-1994
2. AuBuchon JP, Birmeyer JD, Busch MP. Safety of the blood supply in the United States: opportunities and controversies. Ann Intern Med 1997; 127:904.
3. FDA Guidance for Industry: Implementation of Acceptable Full-Length and Abbreviated Donor History Questionnaires and Accompanying Materials for Use in Screening Donors of Blood and Blood Components Guidance for Industry, May 2016 <http://www.fda.gov/downloads/BiologicsBloodVaccines/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/Guidances/Blood/UCM273685.pdf> (Accessed on July 27, 2016).



THE SCIENTIFIC ADVENTURE OF DISASTER MEDICINE IN THE WORLD

Kerem KINIK

University of Health Sciences, Institute of Hamidiye Health Sciences, Department of Disaster Medicine

University of Health Sciences, Faculty of Hamidiye Health Sciences, Department of Emergency Aid and Disaster Management

INTRODUCTION: The concept of disaster medicine, like the concept of disaster management, has its roots in military institutions. However, in this paper, only civilian studies in a historical context are discussed. Today, disaster medicine has developed as an essential part of human medicine. In the 20th century, different investigations were conducted to respond to big explosions in mines, railway tunnels and factories. Although the need for the application of scientific standards in the field of disaster medicine was defined by the forerunners of the field nearly 50 years ago, the science of disaster health and medicine continues to develop slowly today.

Among the most significant reasons for this situation are the inability to control the variable quantities in the field due to the nature of disasters, the high risk of studies, and the shortage of specialized staff in the field of disaster medicine. It was established as a discipline in the early 1980s

Disaster ?

- Sudden Event that includes 4 factors
- Injury to human beings
- Destruction of property
- Overwhelming local resources
- Disruption of organised community mechanisms
- Mass Casualty
- Variable definition
- Places extreme demands on
- Medical services
- >5 patients

MATERIAL-METHOD: The research is presented by compiling the literature findings.

RESULTS & DISCUSSION:

In the literature, it is still debated whether the concepts of disaster medicine and disaster health need a scientific basis. The concepts of disaster medicine and disaster health are often used interchangeably. Discussions regarding which of these two concepts should be preferred are still being held. The concept of disaster medicine is used in this paper instead of the concept of disaster health.

In 2018, a PhD program in "Global Health, Humanitarian Aid and Disaster Medicine" was started by Vrije University (Belgium/Brussels) through the Emergency and Disaster Medicine Research Group and by Università del Piemonte Orientale (Italy) through the Emergency and Disaster Medicine Research Center. The need for disaster medicine to develop as a formal discipline has been discussed around the world for a long time. It is seen that scientific studies around the concept of disaster medicine are increasing day by day by scientists and organizations working in this field. One of the scientifically important resources on disaster medicine is the dictionary named "Dictionary of Disaster Medicine and Humanitarian Relief" published by Gunn. WADDEM (World Association of Disaster and Emergency Medicine), which has made important scientific studies, was founded about 50 years ago. One of the most important developments in disaster medicine is the concept of Sendai Disaster Risk Reduction. It can be said that there has been a faster increase in scientific studies after 2015. Master and doctorate programs related to disaster medicine in Turkey started scientific studies in 2015 and later. Disaster medicine is among the priority doctorate fields by the Higher Education Institution. In addition, students were sent to postgraduate education abroad within the scope of the YLYS program.

CONCLUSION: As a result, disaster medicine continues its scientific journey, especially after the Sendai DRR published in 2015. It is expected to develop as a strong discipline in the 2030s and 2040s.

REFERENCES

1. Hogan D, Burstein J. General Concept: Basic Perspective on Disasters. İçinde: Disaster Medicine. Second. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. s. 2.
2. Gunn SWA. Dictionary of Disaster Medicine and Humanitarian Relief [Internet]. New York, NY: Springer New York; 2013 [a.yer 09 Mayıs 2020]. Erişim adresi: <http://link.springer.com/10.1007/978-1-4614-4445-9>
3. Wang Z-G, Zhang L, Zhao W-J. Emergency medicine for disaster rescue. Chinese Journal of Traumatology. Aralık 2015;18(6):311-3.
4. Manni C, Magalini S. Disaster Medicine: A New Discipline or a New Approach? Prehosp Disaster med. Aralık 1989;4(2):167-70.
5. Eryılmaz M. Afet Tanımı. İçinde: Afet Tıbbı. 2. bs Ankara: Ünsal Yayınları; 2007. s. 7-21.
6. Ragazzoni L, Ingrassia PL, Ripoll A, Hubloue I, Debacker M, Della Corte F. European Master in Disaster Medicine: Impact Analysis on Students' Professional Career. The Journal of Emergency Medicine. Şubat 2014;46(2):285-6.
7. Hubloue I, Debacker M. Education and research in disaster medicine and management: inextricably bound up with each other: European Journal of Emergency Medicine. Haziran 2010;17(3):129-30.
8. Koçak H. Chapter 25 - The Role of Disaster Medicine in Disaster Management and Preparedness. İçinde: Integrated Disaster Science and Management [Internet]. Oxford/Amsterdam, Cambridge: Elsevier; 2018. s. 423-31. Erişim adresi: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-812056-9.00025-7>
9. Suner S. History of Disaster Medicine. Turk J Emerg Med. 2015;15(Suppl.1):1-4.
10. Strehenberger CS, Goltermann S. Disaster medicine: Genealogy of a concept. Social Science & Medicine. Kasım 2014;120:317-24.



EKG – GÜNCEL LİTERATÜR

Doç. Dr. Y. Kemal GÜNAYDIN

KONU BAŞLIKLARI:

EKG teknolojileri

Akut koroner sendrom

aVR – aVL

Aritmiler

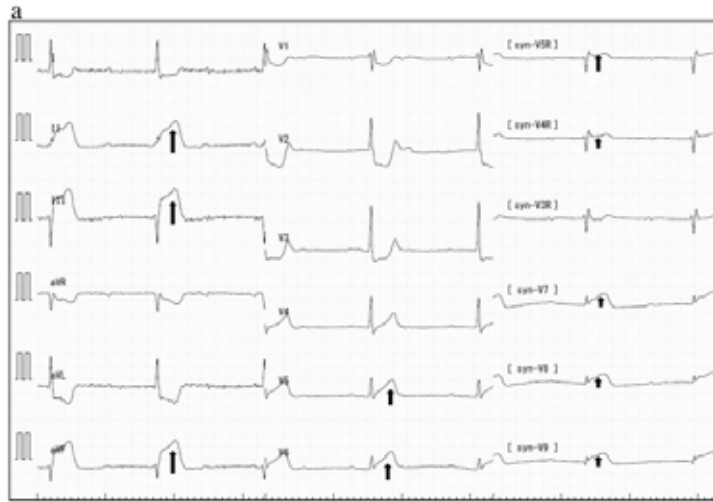
Akut pulmoneremboli

Toksikoloji

Covid – 19

Sentezlenmiş ekg, ekg teknolojileri ile ilgili son zamanlarda yaşanan önemli gelişmelerden bir tanesidir. Hastaya 12 lead ekg kablosu bağladığımız halde ekg cihazının özelliği sayesinde otomatik vektör analizi yapılarak 15 ya da 18 derivasyonlu ekg görüntüsü elde edilmiş olunur. Bu ekstra 6 derivasyon sağ ve posterior kalp derivasyonlarıdır. Bu konuda yapılmış önemli bir çalışmada, 12 derivasyon ekg ile atlanacak olan %54,5 hastanın STEMI tanısı sentezlenmiş ekg sayesinde atlanmadan tespit edilmiştir.

Şekil – 1: Sentezlenmiş EKG örneği



Bir diğer gelişme ekg analiz programları ile ilgilidir. Bu analiz programlarından birisi de MUSE ekg analiz programıdır. Bu program sayesinde binlerce farklı ekg tanısı cihaz tarafından doğru analiz edilerek hastalara hızlı tanı konulabilmektedir. Ayrıca program üzerinden pek çok hastanın ekg analizi aynı anda yapılabilmekte ve bu sayede bilimsel çalışmalara olanak sağlanmaktadır. Bunun yanında program üzerinde her türlü çizim ve ölçüm analizleri yapabilmek mümkündür.

Şekil – 2: MUSE EKG analiz programı



Akut koroner sendrom ile ilgili güncel literatürde eskisinden farklı olarak terminal QRS distorsiyonundan bahsedebiliriz. Anterior MI açısından LAD oklüzyonu ile ilgili sensitivitesi %20, spesivitesi %100 şeklinde ifade edilmektedir.

Şekil – 3: Terminal QRS Distorsiyonu

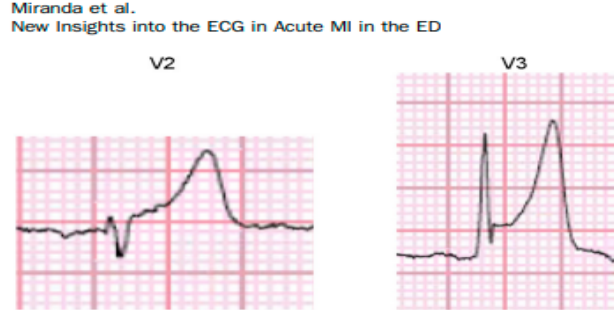


Figure 3. Anterior myocardial infarction with terminal QRS distortion. Terminal QRS distortion due to left anterior descending artery occlusion in a 29-year-old man. Terminal QRS distortion = absence of an S wave as well as a J wave in either of V_2 or V_3 (see lead V_3). Reprinted from Dr Stephen W. Smith's blog, courtesy of Dr Stephen W. Smith.

Pulmoner emboli ile ilgili yeni bir skorlama sistemi oluşturulmuş. Bu skorlama sistemi sadece ekg bulgularına göre yapılmış. Buna Novel EKG PE skoru adı verilmiş. nEKG skoru ≥ 4 ise akut PE tanısı koydurur. < 4 ise akut PE'i dışlar.

Şekil – 4: Pulmoner Emboli Novel EKG Skoru

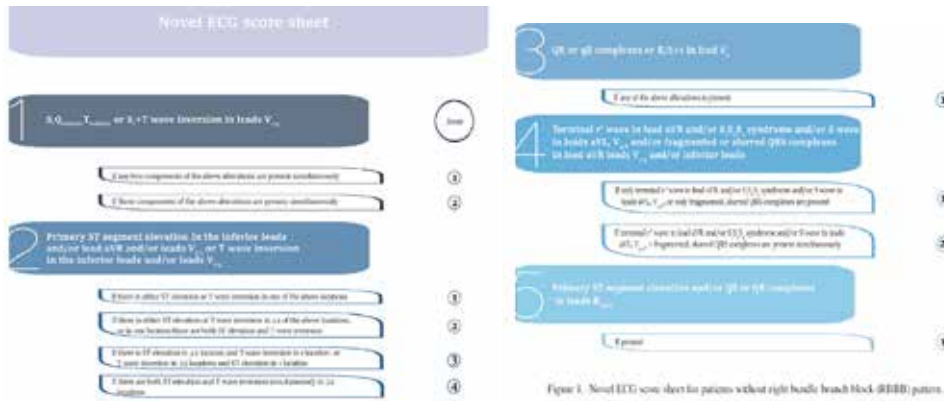
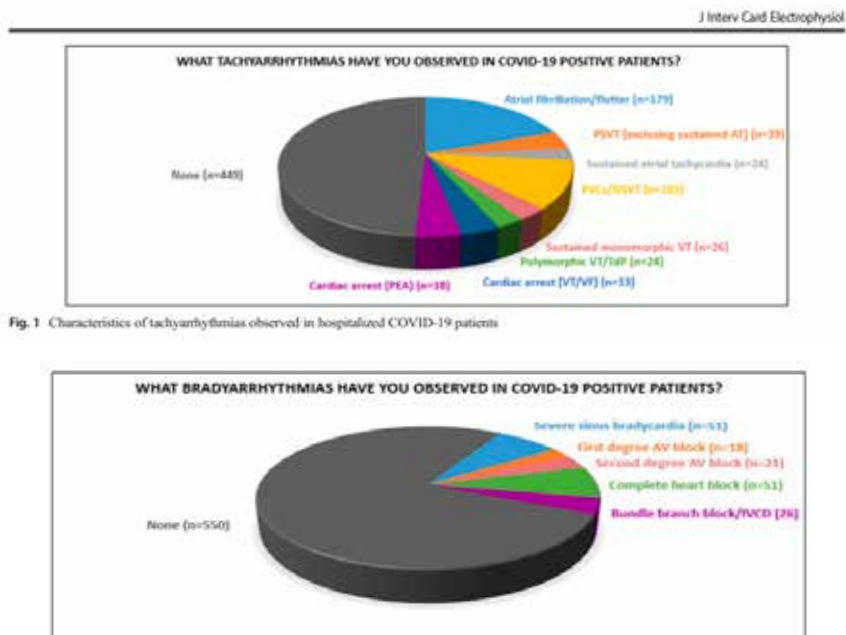


Figure 1. Novel ECG score sheet for patients without right bundle branch block (RBBB) pattern.

Covid-19'lu hastaların EKG analizleri ile ilgili çalışmalar var. Bu çalışmalardan analiz edilmiş EKG dağılımı şekil – 5'de gösterilmiştir.

Şekil – 4: Covid-19 hastalarının EKG ve aritmi analizleri





HAREKETSİZLİK-STRES VE KAS AĞRISI

Prof. Başar Cander

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Bütün dünya koronavirüs hastalığı [coronavirus disease-2019 (COVID-19)] salgını nedeni ile, normalleri değiştiren olağandışı bir süreç yaşıyor. Değişen alışkanlıklar, "sosyal mesafe", "evde kal" artık günlük hayatımızın bir parçası olmuş durumda. COVID-19 salgınının ne zaman biteceğini ve toplumların normal işlevlerine geri döneceğini tahmin etmek zordur ve muhtemelen bunun gerçekleşmesi zaman alacaktır. Covid-19 öncesi, dünyada 15 yaş ve üzerindeki bireylerin %31'inin fiziksel olarak inaktif olduğu ve yılda yaklaşık 3.2 milyon insanın fiziksel inaktivite nedeniyle olduğu tahmin edilmektedir. Fiziksel inaktivitenin sağlığı olumsuz yönde etkilediği fark edildiği için DSO tarafından pandemi olarak tanımlanmışken, birde Covid-19 nedeniyle uygulanan self-izolasyon, yerinde barınma ve evden çalışma fiziksel olarak inaktif birey sayısını artırmıştır. Tüm veriler, COVID-19 salgınından kurtulsak bile, fiziksel hareketsizliğin uzun süre devam edeceğini göstermektedir. Sonu olmayan fiziksel hareketsizlik pandemisinin, sağlık ve ekonomi üzerine olan etkileri, şiddetli bir şekilde uzun yıllar devam edecektir. COVID-19 pandemisi insanlarda negatif psikolojik etkilere neden olmaktadır ve stres belirtilerini artırmaktadır. Hem stres hem de stresörler kas ağrısı semptomları için risk faktörleri olabilir. Fiziksel ve zihinsel stres özellikle omuz ve boyun ağrısı gelişimi için bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir.

Uzun süreli ev izolasyonlarının en sık görülen yan etkileri;

- Psikolojik rahatsızlıklar (örn. uyku yoksunluğu, kendine zarar verme),
- Nörolojik komplikasyonları (örn. göz yorgunluğu, baş ağrısı),
- Kas-iskelet sistemi bozuklukları (örn. boyun, sırt, bel ağrısı, karpal tünel sendromu)
- İmmobilite ile ilişkili venöz, tromboz görülme riskleri

Artan her 1 saatlik oturma süresi veya sedanter davranışının erişkinlerde yıllık 126 \$ sağlık maliyetinde artışa neden olduğu tahmin edilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) (2018) Fiziksel Aktivite Kılavuzu, oturma süresini azaltan fiziksel aktivite önerilerini; daha az oturma ve daha fazla hareket etmeyi destekleyen önerileri açıklamaktadır.

Kas iskelet sistemi hastalıklarının gelişmesinde;

- Uygun olmayan pozisyonda okuma ve yazma işlemleri yürütmek
- İş ile ilgili uygun olmayan ergonomik düzenlemeler,
- Uygun olmayan aydınlatma,
- Uygun olmayan duruş,
- Uzun süre hareketsiz kalma,
- Yetersiz dinlenme süreleri etiyolojik olarak sıralanabilir.

Tedavi Yöntemleri

Risk altındaki hastalara, kısmi karantina sırasında maruz kaldıkları hareketsizliğin en azından zararlı etkilerini hafifletmek için "daha fazla hareket et ve gün boyunca daha az otur" gibi sloganlar devreye sokulmalı, uzun süreli hareketsizliği onleyen stratejiler önerilmelidir.

Mesleki üst ekstremite kas-iskelet hastalıkları son yıllarda dramatik olarak artmıştır. İş postürü, bilgisayar kullanım süresi, veri girme, mouse tıklama sıklığı ve psikososyal risk etkenleri ile ilişkilidir.

Medikal Tedavi

Kas iskelet sistemi spazmı ve ağrılarında tedavide analjezik ve miyorelaksan etkili ilaçlar tercih edilir.

ANALJEZİK İLAÇLAR:

- Narkotikler (Opioidler)
 - Adjuvan analjezikler
 - Narkotik olmayan analjezikler (Nonopioid analjezikler);
1. Parasetamol ve Aspirin
 2. NSAID'ler

NARKOTİK ANALJEZİKLER (OPIOİDLER):

- İlaç bağımlılığı yapma potansiyeli mevcut
- Antipiretik ve ya antiinflamatuvar etkileri yok
- Santral sinir sistemi üzerinden analjezik etki yapar, periferik etkileri yok

FENİRAMİDOL:

- Feniramidol ile yapılan prospektif bir çalışmada ağrı şiddeti, kas spazmı derecesi ve fonksiyonel durum tedavi öncesi ve sonrası değerlerine bakılmıştır.
- Her uç parametrede de tedavi sonrası istatistiksel olarak anlamlı düzelme gösterilmiştir.
- Bildirilen yan etki insidansı plasebo ile benzer bulunmuştur.
- 100 hasta ile yapılan çalışmada %93 güvenli bulunmuştur.

TOKSİK DÜZEY ÇALIŞMASI:

- Terapötik dozun 40 misli verilip kan değerleri incelendiğinde organ ve doku bulgularında herhangi bir değişim olmamıştır.
- Hepatotoksik ve nefrotoksik yan etkileri yoktur.

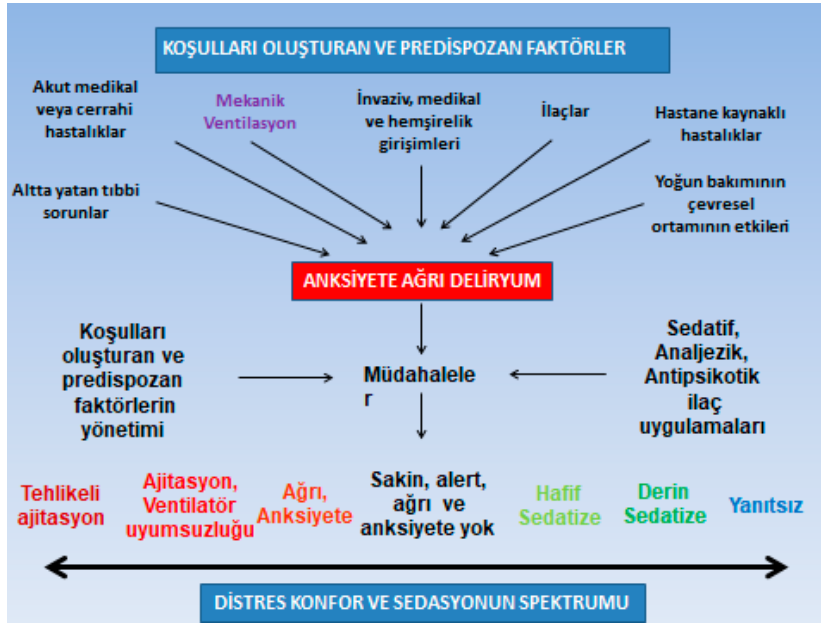
KRİTİK BAKIM HASTALARINDA SEDASYON

Doç.Dr. Y. Kemal GÜNAYDIN

Hastanelerde yoğun bakım (YB) klinikleri hasta ve hasta yakınları için oldukça ürkütücü ünitelerdir. Sedasyon, hastaların uygulanacak girişimsel işlemler, çevresel faktörlere farkındalığını ve dışarıdan gelecek uyarılara cevabını azaltır. Hastalara uygulanan cerrahi girişimler, invaziv tanı ve izlem yöntemleri, mekanik ventilasyon (MV), fizyoterapi, trakeal aspirasyon, günlük pansumanlar, pozisyon değişiklikleri, hasta transportu, farkındalığın yarattığı sıkıntı ve stresin giderilmesi, hastanın rahat hissetmesini sağlanması oldukça önemlidir. MV kullanımı ile birlikte hastaların çoğunda anksiyete, uyku bozuklukları ortaya çıkar. Trakeal tüp ve ventilatöre toleransı artırmak için de sedasyon gerekebilmektedir. MV kullanılan hastalarda belli bir düzeyde ağrı olduğu bilinmelidir. Bu nedenle sedasyon ile birlikte ağrı kontrolü de mutlaka yapılmalıdır.

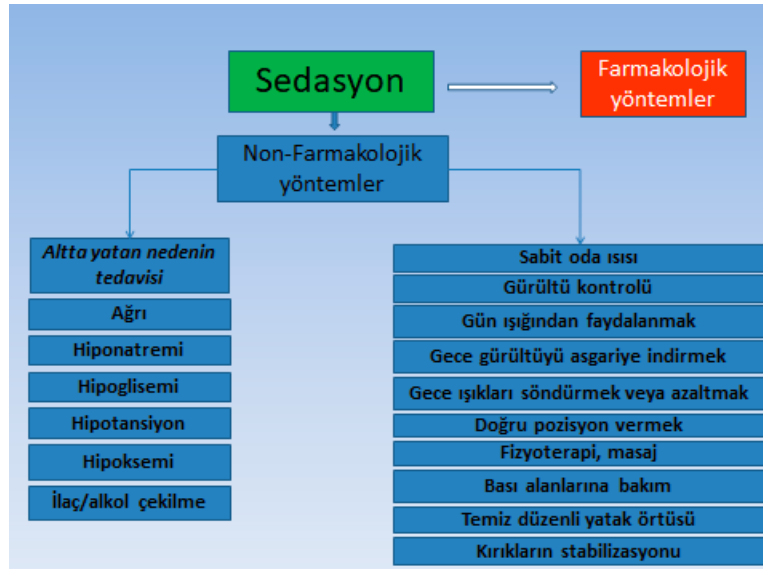
YB'lerde koşullar oluştuğunda ve predispozan faktörlerin varlığında: Ağrı, anksiyete ve deliryum görülebilir (şekil 1). MV endikasyonu olan hastalarda çoğu zaman dolaşım ve gaz değişimi bozuklukları bulunmaktadır. Bu nedenle oksijen (O2) tüketim artışı ve karbondioksit (CO2) aşırı üretimi görülebilmektedir. Sedasyon ve analjezi O2 tüketimini azaltmaktadır. MV'ye bağlanmış hastalara uygulanacak girişimsel işlemler hastanın ağrı duymasına neden olabilir. Derdini sözel anlatamayan hastada endojen katekolamin salınım artışı ortaya çıkar. Hastalarda yine uyku bozukluğu, anksiyete ve deliryum gelişebilir.

Şekil 1: Anksiyete ağrı, deliryum ile distres, konfor ve sedasyonun spektrum



Ağrı ve sedasyon tedavisi ilaçlarla yapılabilir gibi, immobilizasyon (örn. kırık redüksiyonu, atele alma), pozisyon verme, ortam ısısı ayarı, ışıkların diüurnal ritme uygun hale getirilmesi, gürültünün azaltılması gibi non-farmakolojik yöntemlerle de ağrı düzeyi azaltılabilir (şekil 2). Kullanılan ilacın amnezik, hipnotik ve anksiyolitik özelliği olmalıdır. Derin sedasyon Endotrakeal tüpün (ETT) tolere edilmesi ve ventilatör senkronizasyonu için gerekli olabilir. Yeni nesil MV'lerin kullanımı ve trakeostomi açılması senkronizasyon sorununu büyük bir oranda çözmüştür. İlaçların infüzyon şeklinde kullanılabilir. İlaçların titre edilerek kullanılması: Sabit sedasyon seviyesi sağlar, hasta konforunu ve emniyetini artırır, MV'de ve YB'de kalış süresini kısaltır, organ yetmezliğini ve reentübyasyon oranını azaltır. Sedasyonun hangi derinlikte ve ne kadar sürede yapılacağı önemlidir. Derin sedasyon YB'de kalış süresini uzatır. Sedasyon düzeyi, hemodinamik yanıtların değerlendirilmesinin yanı sıra objektif ve subjektif yöntemlerle de ayarlanabilir. En ideal yöntem beyin aktivitelerini değerlendiren elektroensefalografi (EEG) yöntemidir. Bu amaçla bispektral indeks (BIS) kullanılabilir. BIS Sedatif ilaçların beyin üzerine etkisini ölçen rakamsal bir EEG'dir. Subjektif yöntemler günlük pratikte daha çok kullanılmaktadır. Subjektif değerlendirmede gözlerini aç, gözlerini beni takip et, ellerimi sık gibi basit emirlerle değerlendirme yapılır. Subjektif değerlendirme için birçok skala geliştirilmiştir. En çok kullanılan skalalar: Ramsey Sedasyon Skalası (RSS)(Ek 2), Sedasyon Ajitasyon Skalası (SAS), Richmond Ajitasyon Sedasyon Skalası (RASS).

Şekil 2: Ajitasyon ve Ağrı ile mücadele yöntemleri





YB'de sedatif ilaç seçimini; hastanın mental durumu, anksiyete derecesi, dil problemi, yaş, şişmanlık, havayolu obstrüksiyonu, kas güçsüzlüğü, postür nedeniyle oluşan ventilasyon desteği ihtiyacı, ağır toraks deformitesi, hipoventilasyon gibi faktörler belirler. İstenilen sedasyon için gerekli dozu etkileyen en önemli faktör yaştır. Yaşlı hastalarda ilaç kinetiği değişir, yan etkiler artar. Sedasyon ve analjezide kullanılan ilaçların gruplara göre etki alanları Şekil 3'de gösterilmiştir.

Son zamanlarda yayınlanan makaleleri incelediğimizde bazı yenilikler göze çarpmaktadır. Bunlar:

1. ARDS hastaları için ideal sedasyon ajanları Dexmedetomidin + Propofol kombinasyonu olarak önerilmektedir.
2. Magnezyum verilmesi ile sedasyon ihtiyacının azalacağı iddaa edilmektedir.
3. Ketamin için kesin yargı halen oluşmamaktadır. İdeal bir sedasyon ajanı olduğu ile ilgili tartışmalar sürmektedir.
4. Postkardiyak arrest bakım sırasında sedasyon amaçlı verilen benzodiazepinlerin hastanın uyanma süresini uzattığı ifade edilmektedir.
5. Covid-19 hastalarında daha fazla miktarda sedasyona ihtiyaç vardır.

Şekil 3: Farmakolojik Sedasyon Ajanları

İlaçlar	SEDASYON			ANALJEZİ
	Amnezi	Hipnoz	Anksiyoliz	
Benzodiazepinler	+	+	+	
Propofol		+	+	
Opioidler			+	+
α -2-agonistler	+	+	+	+
Ketamin	+	+		+
Etomidat		+	+	
Tiyopental		+	+	



TRANSFER TO DEFINITIVE CARE

Dr. Öğretim Üyesi İker Akbaş.

The primary goal of a trauma care physician when a trauma patient arrives is to resuscitate the trauma patient for definitive care, stabilize life-threatening condition, and refer the patient to definitive treatment if needed. Definitive treatment includes operations to be performed in the operating room, monitoring in the intensive care unit in a monitored manner or in a non-monitored area for supportive treatment and monitoring. If the hospital where the first care is given has sufficient capacity in these respects, the patient should be consulted to the relevant department quickly and the necessary treatments should be provided. However, if the hospital providing the first care cannot provide these facilities for this definitive treatment, the patient should be transferred to the nearest and most suitable health facility where the definitive treatment suitable for his injuries can be provided, making it suitable for transport. The primary responsible for all these needs is the physician providing trauma care. This topic will discuss how we can provide transfer for definitive care.

The decision to transfer a patient to another facility for definitive care is influenced by identified and suspected injuries, the expected progression of those injuries, and their ability to quickly diagnose and treat them, particularly potentially life-threatening injuries. Diagnosis and treatment options vary according to the clinician's and hospital's facilities and limitations. Because of all these factors, the clinician should be aware of his own abilities and limitations, the capacity and limitations of his hospital, and identify and refer patients who need transplantation in the early period. Because when patients who need transplantation receive treatment in a suitable center and on time, their mortality and morbidity changes.

A number of factors must be considered when determining the need to transfer a patient. First of all, the factors related to the patient must be evaluated. Patients whose physiological condition is poor, who show signs of shock, whose vital signs worsen despite treatment, whose neurological status gradually deteriorates, should be followed closely and transferred in the early period if necessary. Patients who are stable but whose clinical condition may deteriorate, eg patients with liver and spleen injuries requiring non-operative follow-up, should be transferred if a surgeon to follow up or an operating room is not available when surgery is required. Secondly, injuries should be evaluated in terms of transfer. Patient transfer should be considered in the early period, especially if there is a complex injury to the head, resulting from a high-energy trauma, or a specific injury that requires specific surgery. However, elderly patients should be referred early for definitive treatment, as they have limited physiological limits and may pose potential additional chronic problems. . Obese patients should be referred depending on conditions such as CT scan or the need for a special device for surgery. Finally, the mechanism of injury and the history also change the referral decision.

Life-threatening injuries should be identified and treated as far as possible at the referring facility before the patient is transferred. The patient should never be sent without stabilization. However, procedures and tests that are not necessary to stabilize the patient should never be performed as they will delay the referral. If an imaging modality will not change the treatment plan, it should not be requested. Even if imaging is absolutely necessary to correct the patient's life-threatening condition, imaging should not delay transfer.

Transfer can be provided by land ambulance, air ambulance or sea ambulance. Many factors such as geographical conditions, weather conditions, accessibility and cost change the choice of transfer. If the patient's clinical condition requires minimizing the time spent outside the hospital, if the patient needs a time-dependent diagnosis and treatment in the hospital he goes to, if he is in a place that cannot be reached by road, air travel may be preferred. In addition, factors such as weather and geographical conditions, the need for a helipad or airport next to the referring hospital, conditions such as the aircraft can only take off within certain weight limits, and the risk of the field being without an ambulance for a long time when the land ambulance leaves that area should be considered when choosing the transport method. However, the insurance situation should not play a role in determining the mode of transportation.

The referring physician must convey certain information when calling the physician in the hospital to be referred. When this information is provided in accordance with the ABC-SBAR abbreviation, incomplete information is prevented from being transmitted.

- A (airway): The problems identified with the airway and the response to them should be communicated.
- B (breathing): Identified respiratory problems and interventions should be communicated.
- C (circulation): Identified problems with circulation and interventions to them should be communicated.
- S (situation): The patient's age, gender, referring institution, referring physician, reporting nurse, reason for referral, IV route and location, fluid treatments given, and other interventions should be transferred to the other doctor.
- B (background): History of the event, AMPLE evaluation: (Allergy, drugs, past medical history, recently consumed substances, emergencies that caused the situation,) blood products, drugs, imaging, splints should be conveyed.
- A (assessment): Vital signs, associated physical examination findings, patient's response to treatment should be stated.
- R (recommendation): Transfer method, transfer degree, medications to be given during transport, necessary evaluations and interventions should be discussed.

REFERENCES:

1. American College of Surgeons Committee on Trauma. Advanced Trauma Life Support (ATLS) Student Course Manual, 10th ed, American College of Surgeons, Chicago, IL 2018
2. Porter, Austin, et al. Impact of a statewide trauma system on the triage, transfer, and inpatient mortality of injured patients. Journal of trauma and acute care surgery, 2018, 84.5: 771-779.
3. Duke, Marquinn, et al. When Minutes Fly by: What Is the True "Golden Hour" for Air Care?. The American Surgeon, 2018, 84.6: 862-867.
4. Galanis, Daniel J., et al. Rural Level III centers in an inclusive trauma system reduce the need for interfacility transfer. Journal of Trauma and Acute Care Surgery, 2018, 85.4: 747-751.



2-ATİCYTO KOMPLEKS DESTEĞİNİN COVID-19 HASTALARINDA SEMPTOMATİK VE LABORATUVAR PARAMETRELERİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Doç. Dr. Abdullah Osman KOÇAK

2-Aticyto Kompleks Nedir?

Kuşburnu Ekstraktı(*rosa canina L.*)

Gülğiller familyasından yüksek düzeyde C vitamini(askorbik asit), B ve E vitaminleri içerir. Ek olarak doğal şekerler, organik asitler, çoklu doymamış yağ asitleri, fenolikler ve uçucu yağ vardır. Kuşburnu esansiyel yağı esas olarak alkoller, monoterpenler ve seskiterpenlerden oluşur.

Karabamya Çiçeği Ekstraktı (*Hibiscus sabdariffa*)

Ülkemizde yetişmiyor Batı Afrika'ya özgüdür(Ülkemizdeki nar çiçeğinden farklı). Doğal gıda renklendiricisi olarak kullanılmaktadır. Ülkemizde ise bamya çiçeği olarak bilinir. Bitki çaylarına demlendiğinde kırmızımsı renk vermek için ilave ediliyor. (ilave edilen bu bitkinin sebze olarak bildiğimiz, tükettiğimiz bamya değil; yani verilen bu isim yanlış). Bu bitki, polifenoller, özellikle antosiyaninler, polisakkaritler ve organik asitler gibi fitokimyasallar açısından zengin olduğu için geleneksel tıpta sıklıkla kullanılmaktadır. Bu nedenle modern terapötik kullanımlarda ciddi potansiyele sahiptir. Hipertansiyon, hiperlipidemi, obezite, kanser, kronik karaciğer ve böbrek hastalıkları, dejeneratif ve enflamatuvar hastalıklar Anti bakteriyel ve antiviral etkinlikleri vardır.

Sater Ekstraktı(*thymra spicata L*)

Su buharı ile damıtılmasıyla elde edilen kısım kekik yağı, damıtma işlemi sonrası kalan sıvı ise kekik suyu olarak adlandırılır.

Kekik yağının içeriği

-karvakrol

-γ-terpinen

-p-simen

-timol

Kudama Ekstraktı(*Helichrysum sp*)

Mucize molekül diyabet, tansiyon, kanser, antioksidan, antiviral, analjezik etkinliği vardır. İçeriğindeki karvakrol ile etkinliği oluşturur.

Sonuç olarak 2-Aticyto kompleks içeriği aşağıdaki gibidir.

Birleşen Adı	2 ölçek(30 cc) gr/ml
Kuşburnu Ekstraktı(<i>rosa canina L.</i>)	3,42
Karabamya Çiçeği Ekstraktı (<i>Hibiscus sabdariffa</i>)	3,14
Sater Ekstraktı(<i>thymra spicata L</i>)	1,43
Kudama Ekstraktı(<i>Helichrysum sp</i>)	1,14

2aticyto kompleks Patentli bir üründür. Takviye edici gıda(onay no:009526) olarak onayı vardır.

Can 2-aticyto complex be an effective agent for recovery of the symptoms and enhancing laboratory parameters in COVID-19 patients? isimli makaleden bahsetmek istiyorum.

Amaç

Çalışmamızda 2-aticyto kompleks şurubun Covid-19 nedeniyle takip edilen hastalarda klinik, laboratuvar seyir ve PCR negatiflik süresi üzerinde etkinliğini tespit etmeyi amaçladık.

Tek merkezli prospektif randomize kontrollü çalışmada Covid-19 pozitif tedavi düzenlenmesi amacıyla başvuran sağlık personeli hastalar dahil edilmiştir. Etik kurul onayı alındı(B.30.2.ATA.0.01.00/129)

Materyal Metot

Eylül 2020 – Aralık 2020 tarihleri arasında Enfeksiyon Hastalıkları polikliniğine başvuran nazofaringeal sürüntüsünden real-time PCR yöntemiyle covid-19 tespit edilmiş 150 hasta çalışmamıza dahil edildi

Hastalar randomize edildikten sonra 75 hastaya ulusal rehberler doğrultusunda tedavi planlanırken 75 hastaya ise ek olarak 2-aticyto kompleks içeren tedavi 27000 mcg/gün uygulandı.

Hastaların laboratuvar parametreleri, klinik seyir ve PCR negatifleştiği ilk günler karşılaştırıldı.

Çalışmamıza daha önceden bilinen bir komorbiditesi olan, oda havasında alınan arter kan gazında PaO₂/FiO₂ düzeyi 300 ve altında olan hastalar ve 2 aticyto kompleks şurup içeriğinde bulunan maddeler karşı alerjik reaksiyon geçirme öyküsü olan hastalar dahil edilmediler.

SONUÇLAR

- 2-aticyto kompleks kullanan grupta yaş ortalaması 30,2 ± 14,6,
- Kontrol grubunda ise 29,8 ± 15,7 idi.
- 2-aticyto kompleks grubunda hastaların 40'ı (%53,3) erkek, 35'i kadın (%46,7), kontrol grubunda ise 43 erkek (%57,3), 32'si (%42,7) ise kadın idi.
- Grupların yaş ortalamaları ve cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi.



BİLİMSEL BAKIŞLAR ACİL TIP VE SOSYAL MEDYA KULLANIMI

Uzm. Dr. Sema AYTEN

İstanbul Göztepe Medeniyet Üniversitesi Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Acil Tıp A.B.D.

GELENEKSEL MEDYA

Gazete, dergi, radyo, televizyon gibi ağırlıklı tek yönlü iletişime hizmet veren kitle iletişim araçları "Geleneksel Medya"yı oluşturur.

Geleneksel medya üretimi uzmanlaşmış yetenekler ve eğitim gerektirmektedir.

Geleneksel medya için üretim yapmak genellikle özel şirketlerin ve hükümetlerin sahipliğindedir.

Geleneksel medya iletişimlerinde meydana gelen zaman farkı (günler, haftalar, hatta aylar) uzun olabilmektedir.

SOSYAL MEDYA

Sosyal medya; internet ortamında iletişim kurmayı, bilgi paylaşmayı, fikir ve içerik üretmeyi sağlayan bir platformdur.

Sanal olarak birbirine bağlı kişiler arasında etkileşim kurulmasını sağlar.

Zaman ve mekan kavramları ortadan kalkmıştır.

İstenilen her şey diğer insanlarla anında paylaşılabilir.

İnsanlar fikirlerini açıkça ifade edebilir. Baskı yoktur, özgürdür??

Özel bir yeteneğe ve eğitime gerek yoktur. Herkes tarafından sıfır maliyetle kullanılabilir.

İNTERNET

Dünya üzerinde 2.5 milyar insan internet kullanıyor. Bu kullanıcıların 1.8 milyarının sosyal medya ağlarında hesabı var.

Türkiye'de nüfusun %45'i aktif olarak internet kullanmaktadır.

Türkiye'de 35 milyonun üzerinde internet kullanıcısı, internet kullanıcılarının %97'sinin herhangi bir sosyal medya hesabı, %93'ünün de bir Facebook hesabı vardır. Türkiye'de 36 milyon aktif Facebook hesabı var (Sahte hesaplar dahil).

SOSYAL MEDYANIN GÜCÜ

12-17 yaşları arasındaki kuşağın %93'ü online meca ile ilişkidir.

%63'ü her gün online olmaktadır.

Sosyal medya ne denli bir gücü elinde bulundurmaktadır ??

SOSYAL MEDYA VE TIP

Sosyal medya tıpta da yoğun bir şekilde kullanılıyor.

Sosyal medya kullanımı, hekimler arasında %13-47, tıp öğrencileri arasında %64-96.

Türkiye'de yapılan çalışmalarda hekimlerin %92,1'inin sosyal medya kullandığı, %65,4'inin de sosyal medyayı profesyonel olarak kullandığı, tıp öğrencilerinin de %93,4'ünün sosyal medya kullandığı, %89,3'ünün de sosyal medyayı profesyonel olarak kullandığı bulunmuştur.

Günümüzde sosyal medya, bireylerin çok hassas oldukları sağlık konusunda bile öncelikli başvuru kaynağı olmuştur.

- Profesyonel iletişim
- Hasta eğitimi
- Halk sağlığı
- Hasta-hekim ilişkisi?? Etik?? Güven??
- Mesleki ve kişisel sınırların ihlali??

Hekimlerin sosyal medyayı kullanma amaçları;

- Tıbbi bilgileri taramak veya keşfetmek,
- Meslektaşları arasında bilgi alışverişi,
- Mesleki sorunlar ve klinik deneyimlerin paylaşımı,
- Günlük olarak yeni bilgilerle sosyal medyaya katkıda bulunmak,
- Hastalarının sosyal medya ortamında bulunması ??

Hastaların sosyal medyayı kullanım amaçları:

- Çoğunlukla sağlık bilgisi edinmek
- Tıbbi bir durumun teşhisi
- Başkalarının tıbbi deneyimlerini öğrenmek
- Kendi bilgi ve deneyimleri ile buralardaki içeriğe katkıda bulunmak
- Hekim ve hastane seçmek için kullanırlar.

ACİL TIP VE SOSYAL MEDYA

Son raporlar, acil tıp doktorları arasında sosyal medya kullanımının güçlü olduğunu gösteriyor.

USG Podcast'inden Mike Mallin tarafından yürütülen bir ankette tıp asistanları podcast'leri ders kitaplarına (%54,3) ve dergilere (%36,5) kıyasla en faydalı (%70,3) olarak belirledi (Mallin, M et al. A survey of the current utilization of asynchronous education among emergency medicine residents in the United States. Acad Med. 2014 Apr;89(4):598-601).

Bu sebeple bu araçlarda en iyi nasıl gezinileceğini ve kullanılacağını öğrenmek, acil tıp eğitimi ve uygulamasında güncel kalmanın anahtarıdır.

Hekimler sağlık bilgilerini yayınlatabilir. Doğru bilgi paylaşılmalı !

Tıbbi tavsiye verirken hastaların beklentilerine karşı dikkatli olun !!

Yayınlanan her içerik kalıcı ve herkese açıktır. Silinmiş olsa bile, gönderi arşivlerde, veritabanlarında veya indirilebilir biçimlerde bulunabilir.

Gizlilik ve mahremiyet !!

Gizlilik kişi odaklı, mahremiyet ise karşılıklı güven ilişkisi.. Hekim odaklı !!

Sosyal medyada bireye saygı !!

Hastayı eleştirmek, aşağılamak !!

Hastaların sosyal medyada arkadaşlık isteği ?



Whatsapp ?? Konsultasyonlarda işleyişi??

Acilde çalışan klinisyenlerin en çok faydalandığı sayfalar??

- **FOAM VE #FOAMED:** Tıpta yaşam boyu öğrenmenin yanı sıra topluluk için dinamik bir kaynak ve araç koleksiyonudur. #FOAMed, Twitter'da FOAM fikirlerini ve kaynaklarını paylaşmak için kullanılan etikettir. Kaliteli FOAM kaynakları kim olduklarını tanımlar, iddiaları için referanslar sağlar ve sunulan bilgilerin uygulamaya nasıl dahil edileceğini önerir.
- **TWITTER:** Kullanımı oldukça kolaydır, kısa süreli acil tıp kullanıcıları için elverişlidir, güvenilir takipçilerden önemli makalelere ve FOAM kaynaklarına hızlı bağlantılar sağlar.

Acil Tıpta sosyal medya nasıl kullanılmalı?

- Sosyal medya kullanım rehberleri oluşturulmalı. Sosyal medyanın olumlu-olumsuz sonuçları..
- Kurumsal yetkililer her Acil Servis programı için bir sosyal medya politikası geliştirmeli..
- Potansiyel olarak öngörülemeyen riskleri ve sorumluluk konularını ele almak için politikalar oluşturulmalıdır.
- Arama sınırlamaları, potansiyel olarak zarar verici içerik ve önyargılar gibi faktörler dikkate alınmalıdır.
- Guidelineler, bir güç veya otorite konumundaki kişilerin, astlarıyla kişisel çevrimiçi ilişkiler başlatmaktan ve hastaları ve/veya belirli vakaları sosyal medya sitelerinde tartışmaktan kaçınmaları gerektiğini söyler.
- Sosyal medya bir güçtür. Önemli olan bu gücü yönetebilmektir.

SOSYAL MEDYA VE KARIYER

Sosyal medya, erişiminizi artırarak, hedef kitlenizi oluşturarak ve hitabetinizi geliştirerek sizin araştırma etkinizi ve akademik kariyer gelişiminizi güçlü bir şekilde artırabilir.

SOSYAL MEDYANIN AFET GİBİ ACİL DURUMLARDA ÖNEMİ

Sosyal medya, afet anında çift taraflı ve eş zamanlı bilgi paylaşımı sağlar.

Yetkililer ile afetten etkilenenlerin doğrudan iletişim kurmalarına olanak sağlar.

Sorumluluk sadece siyasi ve idari sorumlularda değildir.

Yurttaşlar da bu sorumluluğu paylaşmalıdır.

SOSYAL MEDYANIN AFET GİBİ ACİL DURUMLARDA ÖNEMİ

Halk arasında bilgilendirilebilir.

Facebook Güvenlik Durumu Kontrolü uygulaması: "Güvendeyim!"

Bilgi kirliliğinin önüne geçilmeli. Yanıltıcı mesajlar paylaşılmamalı.

Afet durumunda elektrik kesintisi ve bağlantı sorunları ??

KAYNAKLAR

1. Çetin, M., & Bel, A. (2014). GELENEKSEL MEDYA GÜNDEMİNİN BELİRLENMESİNDE SOSYAL MEDYANIN ROLÜ. İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi, (38).
2. Avcı, K. (2018). Hekimlerin sosyal medya kullanımı ve etik. Turkish Journal of Public Health, 16(1), 48.
3. KALAMAN, S., ORHAN, H., & KOCABAY, İ. (2019). Sosyal Medya Kullanımı ve Aleksitimi: Acil Serviste Çalışan Hemşireler Üzerine Bir Araştırma. *AJIT-e: Bilişim Teknolojileri Online Dergisi*, 10(37), 45-56.
4. VARDARLIER, P., & ÖZTÜRK, C. (2020). SAĞLIK İLETİŞİMİNDE SOSYAL MEDYA KULLANIMININ ROLÜ. *Sosyolojik Düşün*, 5(1), 1-18.
5. Tarık SEMİZ, Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi, Yönetim Bilişim Sistemleri Bölümü
6. Buket BORA, Sinop Üniversitesi, İşletme Bölümü. Sosyal Medya
7. DARA, A. Y. (2011). Kamu yönetiminde halkla ilişkiler ve sosyal medya. *Selçuk İletişim*, 7(1), 5-15.
8. T.C. Cumhurbaşkanlığı İletişim Başkanlığı. Sosyal Medya Kullanım Kılavuzu
9. Pillow MT, Hopson L, Bond M, et al. Social media guidelines and best practices: recommendations from the Council of Residency Directors Social Media Task Force. *West J Emerg Med*. 2013 Sept 25
10. Guidance for Social Media Use in Emergency Medicine By Malford T. Pillow, MD, MEd Sep 5, 2014
11. Kietzmann, J et al. Social media? Get serious! Understanding the functional building blocks of social media. *Business Horizons*. Volume 54, Issue 3, May-June 2011, 241-251.
12. Social Media and Emergency Medicine Learning-Dr.Anton Helman Assistant Professor at the University of Toronto. Emergency Physician at North York General in Toronto.



	Başvuru (n=75) (2-Aticyto Kompleks)	5. gün (n=75) (2-Aticyto Kompleks)	Başvuru (n=75) (Kontrol Grup)	5. gün (n=75) (Kontrol grup)	p
WBC (/µL)	9053,7 ± 2274,7	8955 ± 1486,3	8463,1 ± 2254,2	8915,5 ± 1196,7	0.17 / 0.34
Lymphocytes (/µL)	815,1 ± 324,8	1238,8 ± 210,2	785,8 ± 279,6	938,2 ± 147,4	0.14 / 0.001
Neutrophils (/µL)	7604,1 ± 3321,6	7241,1 ± 1510,8	7436,3 ± 2890,9	7196,6 ± 1704,2	0.45 / 0.55
NLR	2,3 ± 3,1	2,1 ± 1,6	2,8 ± 2,6	2,4 ± 2	0.4 / 0.6
AST (U/L)	52,1 ± 19,7	33,5 ± 26,4	48,4 ± 29,1	35,6 ± 10,8	0.05 / 0.64
ALT (U/L)	36,6 ± 28,8	34,4 ± 14,5	39,2 ± 32,5	34,9 ± 10,6	0.27 / 0.66
LDH (U/L)	351,4 ± 164,4	157,8 ± 106,2	340,1 ± 188,5	212 ± 85,1	0.55 / 0.02
GGT (U/L)	37,1 ± 28,4	22,3 ± 14,9	39,3 ± 23,2	30,6 ± 28,1	0.44 / 0.03
ALP (U/L)	79,6 ± 35,2	67,2 ± 30,4	78,1 ± 38,5	69 ± 25,2	0.56 / 0.52
Sodium (mmol/L)	137,5 ± 6,1	145,2 ± 2,8	139,1 ± 3,1	142,6 ± 2,4	0.3 / 0.4
Potassium (mmol/L)	4,2 ± 0,6	4,5 ± 0,7	4,2 ± 0,4	4,4 ± 0,5	0.8 / 0.49
Creatine (mg/dL)	1,1 ± 0,8	1,1 ± 0,7	1,1 ± 0,4	1,2 ± 0,8	0.84 / 0.45
Prothrombin time (s)	18,3 ± 10,4	16,6 ± 4,1	17,8 ± 7,1	16,4 ± 2,8	0.09 / 0.33
CRP (mg/dL)	38,7 ± 15,8	10,2 ± 9,8	37,5 ± 16,8	14,2 ± 15,1	0.37 / 0.001
Troponin-I (ng/dL)	16,1 ± 10,3	14 ± 7,9	17,9 ± 15,3	13,2 ± 9,2	0.61 / 0.24
D-Dimer (ng/mL)	995,9 ± 810,7	217,2 ± 314,5	966,6 ± 855,2	376,7 ± 416,2	0.54 / 0.01
Ferritin (ng/mL)	794,5 ± 379,2	280,4 ± 86,6	796,7 ± 294,1	314,6 ± 79,4	0.23 / 0.02

	2-Aticyto Kompleks (n=75)	Kontrol grup (n=75)	p
Ateş (n / gün)	64 / 3,2 ± 2,1	69 / 7,4 ± 3,8	0,001
Baş Ağrısı (n / gün)	50 / 2,4 ± 2,2	49 / 3,2 ± 2,2	0,05
Halsizlik (n / gün)	72 / 2,2 ± 2,1	70 / 4,6 ± 4,1	0,001
Tat koku kaybı (n / gün)	34 / 6,1 ± 4,1	33 / 9,1 ± 5,9	0,001
Kas Eklem Ağrısı (n / gün)	65 / 2,8 ± 2,7	68 / 4,1 ± 3,1	0,001
Bulantı, Kusma, İshal (n / gün)	29 / 5,6 ± 4,3	18 / 4,8 ± 3,7	0,06
PCR pozitiflik süresi (gün)	7,1 ± 3,8	9,1 ± 5,2	0,001

KAYNAKLAR

- Ahmad, Naveed; Anwar, Farooq; Gilani, Anwar-ul-Hassan (2016). "Chapter 76 - Rose Hip (Rosa canina L.) Oils". Essential Oils in Food Preservation, Flavor and Safety. Academic Press. ss. 667-675.
- Riaz G, Chopra R. A review on phytochemistry and therapeutic uses of Hibiscus sabdariffa L. Biomed Pharmacother. 2018 Jun;102:575-586. doi: 10.1016/j.biopha.2018.03.023. Epub 2018 Apr 5. PMID: 29597091.
- Da-Costa-Rocha I, Bonnlaender B, Sievers H, Pischel I, Heinrich M. Hibiscus sabdariffa L. - a phytochemical and pharmacological review. Food Chem. 2014 Dec 15;165:424-43. doi: 10.1016/j.foodchem.2014.05.002. Epub 2014 May 27. PMID: 25038696.
- Kerget, F., Kerget, B., Aksakal, A., & Koçak, A. O. (2021). Can 2-Aticyto Complex be an Effective Agent for Recovery of The Symptoms and Enhancing Laboratory Parameters in COVID-19 Patients? 2-Aticyto Complex and COVID-19. European Journal of Medical and Health Sciences, 3(2), 35-39.



YENİ NESİL ANTİKOAGULAN/PLATELET TEDAVİLERİN TAKİBİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Doç. Dr. Abdullah Osman KOÇAK

Günümüzde ölüm nedenlerin başında trombotik hastalıklar gelmektedir. Tromboz, ateroskleroz ve farklı medikal ya da cerrahi durumlarda oluşan önemli bir komplikasyondur. Patolojik kan pıhtısı oluşumunu engelleyici veya oluşmuş pıhtı ve pıhtının yol açtığı klinik sonuçları azaltmaya yönelik etkili birçok farmakolojik ajan kullanılmaktadır. Bu amaçla kullanılan ilaçlar antikoagulanlar, antitrombositler ilaçlar ve trombolitik ilaçlar olmak üzere üç grupta toplanmaktadır.

Oral Antikoagulan-Kullanım Alanları

Atriyal fibrilasyonu olan hastalarda (inmeden koruma), DVT'den koruma ve önleme, Pulmoner emboli tedavisi, Kardiyovasküler olaylardan sekonder koruma

Oral Antikoagulan

Faktör Xa ve Trombine dolaylı yollardan etki eden ve yaklaşık 50 yıldır kullanılan Standart Heparin, DMAH ve Vitamin K Antagonistleri (Warfarin) hastalarda iskemik olayları önlemede etkinliği kanıtlanmış olmasına rağmen, Birtakım HANDIKAPLARI nedeniyle yeni nesil antikoagulanlar geliştirme ihtiyacı doğmuştur

Oral Antikoagulan Handikapları

Warfarin'in tromboza karşı efektif bir koruyuculuk sağladığı ancak;

Dar terapötik penceresi, Geniş doz yanıt varyasyonu, Çeşitli ilaç, besin ve hastalık etkileşimlerinin olması, Rutin INR ölçümünün gerekliliği

Oral Antikoagulan-Yeni Nesil Avantajları

Antikoagulan etkinliği değerlendirmek için ölçüm gerektirmemesi, Sabit dozla etkinlik sağlayabilmesi, Düşük yan etki insidansı

Yeni Nesil Oral Antikoagulan Avantajları

Hızlı etki başlangıcı, Oral alınmaları, Besin, ilaç ve hastalık etkileşimleri minimum olması, Laboratuvar takibi gerektirmemesi, Etkinlikleri yüksek, İntrakranial kanama açısından daha güvenli

Yeni Nesil Oral Antikoagulan Dezavantajı

Doz atlandığında etkinlik kaybı, BFT bozukluğunda kullanım kısıtlılığı, Komorbid durumlarda doz ayarlama algoritmalarının yokluğu, İzlem metotlarının olmaması

Yeni Nesil Oral Antikoagulan

Dabigatran: Direkt Trombin (Faktör IIa) inhibitörü 'Pradaxa®'

Rivaroxaban: Direkt Faktör Xa inhibitörü 'Xarelto®'

Apixaban: Direkt Faktör Xa inhibitörü 'Eliquis®'

Edoxaban: Direkt Faktör Xa inhibitörü 'Savaysa®'

Kanama Ciddiyetinin Değerlendirilmesi

Fizik muayene, Hikaye, Vital bulgular, Laboratuvar, Komorbiditeler, Eş zamanlı tedaviler, Son doz antikoagulanın ne zaman alındığı, Kasıtlı bir aşırı alım olup olmadığı

Laboratuvar

PT, aPTT, INR, Dabigatran için dilüe trombin zamanı, ekarin pıhtılaşma zamanı ve kromojenik ekarin testi, Acil servislerde bu testler yaygın kullanım alanlarına sahip değildir. Yokluklarında TT (trombin zamanı) ve aPTT kalitatif değerlendirme için kullanılabilir. TT çok düşük ilaç konsantrasyonlarında bile dabigatrana mükemmel şekilde duyarlıdır. Bu yüzden normal bir TT klinik olarak risk oluşturan dabigatran seviyelerinin mevcudiyetini ekrte edebilmektedir. Ancak uzamış bir TT önemli/önemsiz ilaç seviyesi ayırımı yapamamaktadır. Apiksaban, edoksaban ve rivaroksabanın antikoagulan aktivite ölçümünü değerlendirmek için tercih edilen test kromojenik anti -Xa testidir. Anti Xa testi imkanı yok ise edoksaban ve rivaroksabanın kalitatif değerlendirilmesi için PT kullanışlı olabilir. PT ve aPTT apiksabana duysızdır. Uzamış PT klinik olarak önemli apiksaban seviyelerini öngörebilir.

Majör Kanama Tanımı

Hemodinamik instabilite ile ilişkilidir. Anatomik olarak kritik bir bölgede meydana gelen 2 ünite veya daha fazla eritrosit süspansiyonu transfüzyonu gerektiren Hemoglobin seviyelerinde 2 g/dl veya daha fazla düşüşe neden olur(bazal değer biliniyor ise).

Hemodinamik İnstabilite

Nabiz>100 atım/dk, Sistolik kan basıncının <90 mmHg olması, Takiplerinde Sistolik kan basıncında >40 mmHg düşüş olması, Ortostatik kan basıncı değişiklikleri (ayağa kalkıldığında sistolik kan basıncındaki düşüşün 20 mmHg veya daha fazla veya diyastolik kan basıncındaki düşüşün 10 mm Hg veya daha fazla olması), Ortalama arteriyel basıncın < 65 mmHg olması

Kritik Bölgede Kanama

Organ fonksiyonunu riske atan kanamalıdır. Bu kanamalar cerrahi müdahale gerektirebilir.

Majör Kanama Yönetimi

Antikoagulan ve antiplatelet ajanlar kesilmeli, Havalı kontrolü, Geniş hacimli intravenöz damar yolu (Kolloidlerin kristaloitlere üstünlüğü bulunmamaktadır), Hipotermi ve asidoz düzeltilmelidir(Koagülopatiyi kötüleştirebileceklerinden ve kanamaya neden olabileceklerinden), Erken Cerrahi aktivasyon(konsültasyon), Antidot tedavisi

Semptomatik anemisi veya aktif kanaması olan hastalar hemoglobin seviyesi 7 g/dL ve üzeri olacak şekilde eritrosit transfüzyonu(koroner arter hastalığı varsa hgb> 8 g/dl) Platelet sayısı 50 X109/Lve üzeri olacak şekilde platelet transfüzyonu, Fibrinojen >100 mg/dL olacak şekilde kriyopresipitat transfüzyonu

Majör Olmayan Kanamaların Yönetimi

Antikoagülasyon terapötik seviyenin üzerinde mi? Antikoagülasyon terapötik mi? (hedef terapötik hedefler biliniyor ve test edilebiliyorsa) Yakında gerek duyulan bir invazif prosedür var mı? Hastanın altta yatan kanama riski değişti mi?(ör; yeni ilaçlar, renal veya hepatik fonksiyonda akut bozulma) Hasta 1 U ve daha fazla eritrosit süspansiyonu transfüzyonu gerektirecek altta yatan ciddi bir anemiye sahip mi? Hasta tedavi veya gözlem gerektiren medikal komorbiditelere düşkünlük veya diğer aktif medikal sorunlara sahip mi? Tekrar görüntüleme gerektirecek kritik bir yerde yavaş bir kanama için endişe var mı ?(ilk erken taraması negatif olan subdural hematoma endişesinin taşındığı kafa travması

Majör Kanama Kritik Bölgede Veya Hayatı Tehdit Ediyor İse

Oral Antikoagulan Tedaviyi kes
Warfarin alıyor ise 5-10 mg IV vit K uygula
Destek Tedavi
Bölgesel tedavi/Manuel kompresyon uygula
Antiplatelet ajanları kes
Ek hastalıkları belirle ve tedavi et (trombositopeni, üremi gibi)
Erken cerrahi
Geri dönüş sağlayan ajan uygulamayı gözden geçir



Majör Olmayan Kanama, Yatış, Cerrahi/Prosedürel Girişim Veya Transfüzyon Gerekliyse:

Oral Antikoagulan Tedaviyi kes
Warfarin alıyor ise 5-10 mg IV vit K uygula
Warfarin almıyorsa geri dönüşü sağlayan ajan uygula
Destek Tedavi
Bölgesel tedavi/Manuel kompresyon uygula
Antiplatelet ajanları kes
Ek hastalıkları belirle ve tedavi et (trombositopeni, üremi gibi)
Erken cerrahi
Hasta stabilize olduğunda antikoagülasyona başla

Majör Olmayan Kanama Yatış, Cerrahi/Prosedürel Girişim Veya Transfüzyon Gerektilmiyorsa:

Oral Antikoagulan Tedaviyi devam etmeyi planla (uygun endikasyon varlığında aksi halde kesilmelidir)
Bölgesel tedavi/Manuel kompresyon uygula
Destek Tedavi
Ek hastalıkları belirle ve tedavi et (trombositopeni, üremi gibi)
Antiplatelet ajanları kesilmesini kar zarar göre değerlendir
Oral antikoagülasyon ilaç dozunun uygunluğunu değerlendir

Warfarin-Vitamin K Antagonistleri

Warfarine bağlı kanamalarda Vit K antagonistler kullanılabilir. Vit K 25-50 ml salin içinde 15-30 dakikada yavaş iv uygulama INR'de 4-6 saatte hızlı bir düşüş sağlamaktadır. Oral alımda bu süre 18-24 saatir. K vitamininin uygulanması koagülopatide ani bir düzelme sağlayamayacağı için major kanamalı hastalarda replasman tedavileri uygulanmalıdır. Replasman tedavilerinde PCC (protein kompleks konsantreleri) veya plazma kullanılabilir

PCC (protein kompleks konsantreleri)

Aktive olmayan 3 faktörlü PCC' ler F2,9,10, ihmal edilebilir düzeyde F7, protein C ve S içerirken, aktive olmayan 4F-PCC'ler F2,7,9,10, protein C ve S içerirler. Sadece 4F-PCC' ler K vitamini antagonistlerinin etkilerinin hızlı geri çevrilmesi için lisans sahibidirler. PCC kan grubu uyumu gerektirmez

Plazma

Bir ünite plazma sadece vitamin K' ya bağlı pıhtılaşma faktörlerini değil, diğer koagulan faktörleri ve proteinleri de içerdiğinden spesifik olmayan bir geri dönüş sağlayan ajan olarak değerlendirilir. Plazma transfüzyonu ABO kan grubu eşleşmesi gerektirir. Bu nedenle ilk ünite plazmanın order edilmesinden uygulanmasına kadar geçen süre 90 dakikayı bulabilir. K vitamini antagonistlerinin etkilerinin hızlı bir şekilde geri döndürülmesi için gerekli olan plazma 15- 30 ml/kg iken bu dozajlama pratik olmadığından günümüzde dozaj 10-15 ml/kg olarak kullanılmaktadır

Dabigatran

Devam eden ciddi kanaması veya hayatı tehdit eden hemorajisi olan veya acil prosedür gereksinimi durumunda kesilmesi gerekir. Fab fragmanı olan ve dabigatranın trombine olan afinitesinin 350 katında dabigatrana karşı afinitesi olan idarucizumab kullanılabilir. İdarucizumab elinizde yok ise PCC veya aPCC (aktive protein kompleks konsantresi) 50 U/kg (maksimum doz 4000 u) olacak şekilde kullanılabilir. Dabigatran serumdaki proteinlere çoğunlukla bağlanmadığından (>%85) özellikle bozulmuş renal fonksiyonu olan hastalarda ilaç seviyesi çok yüksek ise hemodiyaliz önerilmektedir. Eğer ilaç son 2-4 saat içinde alındı ise aktif kömür (50 g) kullanılabilir.

Apiksaban, Edoksaban ve Rivaroksaban

Antikoagulan etkisini geri döndürebilecek klinik olarak mümkün spesifik bir antidot günümüzde bulunmamaktadır. PCC ve aPCC'lerin hiçbirinin kanamalı veya acil cerrahi gereksinimi olan F Xa inhibitörleri ile tedavi edilen hastalar için etkinlik ve güvenilirliği gösterilmemiştir. 4F-PCC (50U/kg) oral direktör Xa inhibitörleri ile antikoagülasyonu sağlanan ciddi veya hayatı tehdit eden kanaması olan hastalarda makul bir seçenek Eğer ilaç son 2-4 saat içinde alındı ise aktif kömür (50 g) kullanılabilir.

Apiksaban, Edoksaban ve Rivaroksaban

Gelecekte Kullanacağımız ilaçlar : Andexanet alfa (andexanet): FXa inhibitörleri için klinik gelişim sürecinde olan spesifik bir geri dönüşü sağlayan ajandır. Ciraparantag (PER977) : Suda çözünen, küçük ve sentetik bir molekül olarak FXa ve trombinin direkt ve indirekt inhibitörlerini bağlar.

ANTİTROMBOSİTER İLAÇLAR (ANTİAGREGAN,ANTİPLATELET)

İntrakoronar trombüs oluşumunda trombositlerin etkinleşmesi ve agregasyonu önemli rol oynamaktadır. Aterosklerotik plak yırtıldığında açığa çıkan endotel altı kollajen ve von Willebrand faktör dolaşımdaki kan hücreleri ile etkileşime girer. Dolaşımdaki trombositler, glikoprotein Ia/Ia ve Ib/V/IX reseptörleri ile endotel altı kollojen ve von Willebrand faktöre bağlanırlar ve böylece trombosit adhezyonu gerçekleşir. Bu adhezyon sonucunda trombositler etkinleşirler ve tıkaç oluşumuna katılır.

Antitrombotik amaçla en sık kullanılan ajan olan aspirin, etkisini trombosit siklooksijenazı geri dönüşümsüz olarak inhibe ederek gösterir.

ANTİTROMBOSİTER İLAÇLAR (ANTİAGREGAN,ANTİPLATELET)

Klopidogrel(plavix®)

Prasugrel(efient®)

Tikagrelor(brilanta®)

Tienopiridin(Klopidogrel)

Trombositlerin ADP aracılığı ile uyarılmasını inhibe eder. Trombosit yüzeyinde üç adet purinerjik reseptör vardır (P2X1, Y1 ve Y12). P2Y12 tienopiridinler için hedef molekül olup, bu reseptörü geri dönüşümsüz olarak inhibe eder. Araşidonik asit metabolizması ile ilişkisi olmayıp, aspirinin etki mekanizmasından bağımsızdır. Farklı yollarla etkilediklerinden birlikte kullanımlarının etki mekanizması açısından bir sakıncası yoktur. Koroner stent uygulaması gibi durumlarda, bir yıl süre ile aspirin ile birlikte kullanımı standart tedavi olarak kabul edilmektedir

Klopidogrelin kısıtlamaları

Klopidogrel direnci(direncin değişken bağırsak emilimi, metabolizma, ilaç etkileşimleri ve çeşitli düzeylerdeki genetik polimorfizmlerden kaynaklandığı düşünülmektedir) Etki başlangıcının uzun oluşu(Uygun doz ve uygun zaman). İlaç etkileşimleri -Klopidogrel sitokrom P450 enzim sistemi ile aktif metabolitine dönüşen bir ön ilaçtır ve klinik kullanımdaki ilaçların yaklaşık %50'sinin aynı sistem aracılığı ile metabolize olduğu düşünüldüğünde ilaç etkileşimi göz ardı edilemez. - Sitokrom P450 enzim sistemini kullanan PPI????

Klopidogrelin kısıtlamaları

Genetik etkiler

Kanamalar



Yeni ilaçların potansiyel üstünlükleri

Daha az direnç (prasugrel), Etkinin kısa sürede başlaması (cangrelor, ticagrelor), Daha az ilaç etkileşimi (prasugrel), Daha az kanama (ticagrelor), Doğrudan etki (cangrelor, ticagrelor), Geri dönüşebilme (cangrelor, ticagrelor)

Prasugrel

Tiyenopiridin grubundan olan prasugrel, ön ilaç olup karaciğerde metabolize olduktan sonra aktif hale dönüşmektedir. P2Y12 reseptörüne geri dönüşümsüz olarak bağlanır. Klopidoğrel ile karşılaştırıldığında daha yüksek oranda trombosit inhibisyonu sağlamakta ve daha hızlı etki göstermektedir

Ticagrelor

P2Y12 reseptörünün geri dönüşümlü antagonisti, Oral aktif olan sentetik bir preparattır. Yükleme dozu yapılmadan iki saat içerisinde etkinin başlaması, daha fazla trombosit inhibe etmesi, ilacın kesilmesinden sonra kısa sürede etkisinin kaybolması diğer antitrombosit ilaçlara göre üstünlükleri arasındadır.

Cangrelor(Kengrexal®)

P2Y12 reseptör antagonisti olan cangrelor, intravenöz kullanılan ve yarıömrü (3 ila 5 dakika) çok kısa olan bir preparattır. Cangrelor, sabit düzeye hızlı ulaşmaktadır, ilacın yarıömrü 2.6 dakikadır. Cangrelor genel olarak iyi tolere edilmekle birlikte, peteşi oranında artış yapar. Ülkemizde yok.

Trombin reseptör antagonisti

Proteazla-aktive olan reseptör (PAR), trombin reseptörü olup trombosit üzerinde, endotelde, damar düz kas hücrelerinde ve makrofajlarda bulunur. Oral olarak aktif olan bir preparattır. İlaç hızlı emilmekte ve yavaş atılmaktadır (yarıömrü >72 sa)

Picotamid (Tromboksan reseptör antagonisti).

Hayvan modellerinde, S18886'nın, trombosit agregasyonunu inhibe ettiği, endotel fonksiyonunu geliştirdiği ve ateroskleroz gelişimini azalttığı görülmüştür. Klinik çalışmalar olmamasına rağmen, hayvan modellerinden stent trombozunda çok etkili bir antitrombotik olduğu gözlenmiştir

Reseptör antikorları

Trombosit üzerinde bulunan kolajen reseptör GPVI ve von Willebrand faktör reseptör GPIb'ye karşı geliştirilen antikör veya aptamerler, yeni antitrombosit stratejilerini oluşturmaktadır. Bu hedeflerin, trombosit patofizyolojisinde önemli rolleri olduğu için günümüzde kullanılan antitrombosit ajanlara seçenek olabileceği düşünülmüştür. Hayvan deneylerinde, bu antikörlerin hem antitrombosit hem de antiaterosklerotik etkisi olduğu, ayrıca kanama riskinin de düşük olduğu gözlenmiştir.

Glikoprotein IIb/IIIa reseptör antagonistleri

Trombositler aktive olduğunda yüzeyinde bulunan GP IIb/IIIa reseptörlerinin hem sayısı artar ve hem de reseptörde yapısal değişimler meydana gelir. Fibrinojen bu reseptörler arasında köprü görevi görerek trombositlerin agregasyonuna neden olur. GP IIb/IIIa reseptörü, yeni antiagregan ajanlar için iyi bir hedef moleküldür. Bu reseptörün yaklaşık %80'inin inhibe olması, yeterli antiagregan etki meydana getirir. Özellikle akut koroner sendromda ve girişimsel kardiyojide ortaya çıkacak tromboembolik olayların engellenmesinde kullanılmaktadır



AİLESEL AKDENİZ ATEŞİ, İNFLAMATUAR BARSAK HASTALIĞI, MULTİDRUG İLAÇ KULLANIMI, HER GELİŞİNDE TETKİK EDİLENLER

Doç. Dr. Evrim Gül

AİLESEL AKDENİZ ATEŞİ (FMF)

FMF ateş ve serozal inflamasyon atakları ile karakterize kalıtsal bir hastalıktır. Sefardik Yahudiler, Ermeni, Türk, Yunan, İtalyan ve Arap kökenli bireylerde yaygındır. Ülkemizde sıklığı 1/1000, taşıyıcılık 1/5'dir.

KLİNİK BELİRTİLER

Ateş, Karın ağrısı %95, Eklem bulguları %75, Göğüs ağrısı %40, Ateş yüksekliği %25, Erizipel benzeri döküntü %12-40, Kas ağrısı <%1 görülür.

Hastaların % 90 ı ilk ataklarını 20 yaşından önce geçirirler. Hastalık, tipik olarak ataklarla seyrederek ve ataklar arası hastalar rahattır. Genellikle atağı presipite eden bir faktör yoktur

Karın ağrısı klinikte çoğunlukla akut karın tablosu ile karışabilir (apendektomi %40)

LABORATUVAR

- Akut ataklarda, birçok sistemik inflamasyon belirtecinin yükseldiği görülür.
- Beta-2 mikroglobulin
- C-reaktif protein (CRP),
- SAA (serum amiloid proteini),
- Fibrinojen,
- Eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) ve diğer akut faz reaktanları yükselir.
- Nötrofil baskınlığı ile giden lökositoz görülür.
- Ataklar arasında açıklanamayan proteinüri varlığı hastalığın uzun dönem komplikasyonu olan böbrek amiloidozunu işaret eder.

TEŞHİS

Ana kriterler: FMF'nin klinik teşhisi için ana kriterler, aşağıdakilerden bir veya daha fazlasını içeren tipik bir ataktan oluşur: Peritonit (genelleştirilmiş),Pleuritis (tek taraflı) veya perikardit,Monoartrit (kalça, diz, ayak bileği),Yalnız ateş.

Minör kriterler: FMF'nin klinik teşhisi için minör kriterler, aşağıdakilerden bir veya daha fazlasını içeren tamamlanmamış bir ataktan oluşur: Karın, Göğüs, Monoartrit, Egzersiz bacak ağrısı

Destekleyici kriterler: FMF için destekleyici kriterler aşağıdakileri içerir: Aile öyküsü,Uygun etnik kökenine olumlu yanıt,Hastalığın başlangıcında <20 yaş,Yatak istirahati gerektiren şiddetli atak ,Saldırının spontan gerilemesi, Ataklar arasında semptomsuz aralık,Beyaz kan hücresi sayımı, eritrosit sedimentasyon hızı, serum amiloid A ve/veya fibrinojen için bir veya daha fazla anormal laboratuvar sonucuyla birlikte geçici inflamatuvar yanıtla ilişkili saldırılar, Epizodik proteinüri/hematüri, Negatif laparotomi veya normal apendiksini çıkarılması, Ebeveynlerin akrabalığı. Tipik atakları olan ve aşağıdaki kriter kombinasyonu olan hastalarda FMF tanısı koyarız. ≥1 ana kriter, ≥2 küçük kriter,1 küçük artı 5 destekleyici kriter,1 minör kriter artı ilk 5 destekleyici kriterin ≥4'ü. Tipik ataklar, aşağıdaki özelliklerin tümünün varlığı ile tanımlanır: serozite bağlı ağrı, atakların tekrarlaması (aynı tipten ≥3'ü), ateş varlığı (rektal sıcaklık 38°C veya daha yüksek) ve kısa süreli (sürekli) 12 saatten 3 güne kadar). Tek başına ateş atakları, tekrarlayan ve kısa süreli görünüyorsa ve saptanabilir başka bir nedeni yoksa tipik olarak kabul edilir.

Tedavi: Kolşisin hem atak şiddetini hem de atak sıklığını azaltır. Amiloidozu önler ve var olan tabloyu da geriletir.FMF'in prognozunu belirleyen en temel özellik amiloidozun varlığıdır.

İNFLAMATUAR BARSAK HASTALIĞI

ÜLSERATİF KOLİT:

- Ülseratif kolit (ÜK) kolonun mukozasına sınırlı bölümlerinin tekrarlayan inflamasyonu ile karakterizedir. En sık rektumda görülür, kolonun diğer bölümlerine süreklilik arz ederek yayılır. Ülseratif kolitte genellikle sık tekrarlayan kanlı ishal şikâyetleri mevcuttur. Semptomları kolik tarzda karın ağrısı, sıkışma ve tenesmus içerir. Hastalarda ateş, halsizlik ve kilo kaybı olabilir.
- Tanıda kolonoskopide mukozal ödem, fragilité ve konfluen ülserasyon ile karakterize görünüm anahtar noktadır.
- Ülseratif kolit alevlenmesi ile başvuran hastada enterik enfeksiyonun ekarte edilmesi için dışkı kültürleri, Clostridium difficile için toksin ve immünomodülatör tedavisi alan hastalarda muhtemel citomegalovirus enfeksiyonunu ekarte etmek için rektal biopsi almak gerekir.
- Tedavinin temelini 5-aminosalisilik asit türevleri, kortikosteroidler, immünsüpresif tedaviler ve biyolojik tedavileri içerir.
- Ülseratif kolitli hastada yüksek ateş ve karın ağrısı varsa perforasyon veya megakolon komplikasyonları açısından değerlendirilmelidir.
- ÜK ve pankolitte 8 yıldan fazla süren sol-taraflı kolit kolorektal kanser riskinde artış ile ilişkilidir, hastalara bu yüzden en az 2 yılda bir displazi için kolonoskopi taraması yapılması gerekir.

CROHN HASTALIĞI

- Crohn hastalığı (CH) sindirim sisteminin fokal, asimetrik, transmural tutulumla seyreden ağızdan anüse kadar her yerde olabilen inflamatuvar hastalıktır.
- CH'ında patognomonik klinik, histolojik, endoskopik bulgu yoktur. Endoskopik ve radyolojik olarak ya da biyopsi/ cerrahi materyalde granülomla birlikte olan (ancak şart değil) devamlılık göstermeyen bağırsak inflamasyonu CH'nın başlıca bulgusudur.
- CH'da terminal ileum ve çekum en sık etkilenir. Perianal tutulum hastalığın bir özelliği olmasına rağmen, rektum kolona nispeten korunmuştur.
- CH remisyon ve alevlenmeler ile giden kronik, tekrarlayan bir hastalıktır.
- Komplikasyonlar fistül, apse, perianal hastalığı ve darlık şeklinde görülür.
- CH seyrinde sigara içimi özellikle kadınlarda uzun dönemde mortalite riskini artırır.
- CH tedavisinde 5-aminosalisilik asit türevleri, antibiyotikler, kortikosteroidler ve diğer immünsüpresif tedaviler kullanılmaktadır.



	Ülseratif kolit	Crohn
Patoloji-Makroskopi	Devamlı tutulma Sıklıkla proktit vardır Yaygın yüzeysel ülserasyon pseudopolipler	Segmental tutulma Yoktur Aftöz ülserler+lineer fissürler Barsak duvarında kalınlaşma
mikroskopik	İnflamasyon mukoza ve submukozada sınırlı	Barsak tüm katlarında
Diare Makroskopik kanama Perianal lezyonlar Perforasyon	Kalın barsak tipi Karakteristik Nadir Tüm batına yayılan	İnce barsak tipi Nadir Sıklıkla lokal
Radyolojik bulgular	Haustrasyon kaybı Kurşun boru	Aftöz ülserler İp işareti
Hastalığın seyri	Atak ve iyileşmelerle seyreden atakların birisi öldürücü olabilir	Nüks edebilir
Tedavi medikal	%85 iyi cevap	Değerlendirmek güçtür
cerrahi	Nüks yok	Nüks sık

ÇOKLU İLAÇ KULLANIMI

Genel kullanımıyla POLİFARMASI terimi: Günde 4-5 adet ve üzeri ilaç kullanımı, klinik endikasyondan fazla ilaç kullanımı, en az bir gereksiz ilaç kullanımı şeklinde ifade edilebilir.

HER GELİŞİNDE TETKİK EDİLENLER

Özellikle geriatrik grupta kardiyovasküler, pulmoner ve gastrointestinal sistem açısından hayatı tehdit edici durumları içerebilmektedir. Bu açıdan, acil servislere çalışan hekimlerin yaşlı hastalarda bu şikâyetin tekrar başvurularda ölümcül olabileceğini akıllarında tutmaları uygun olacaktır.

ACİL SERVİSTE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ

Doç.Dr. Mehmet Çağrı Göktekin
Fırat Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Çalışan Güvenliği Sağlık hizmeti sunumunda sağlık çalışanlarının zarar görmesine yol açabilecek tüm işlem ve süreçleri ifade eder. Risk, insan sağlığına karşı tehditlere maruz kalma ve belirli bir zaman içinde olumsuz ya da istenmedik bir durum gelişme olasılığıdır. Acil serviste başlıca riskler; Fiziki mekan riskleri, Fiziki ve sözlü şiddet riskleri, Kimyasal riskler, Biyolojik riskler, Mimariden kaynaklanan riskler ve Psikososyal risklerdir. Başlıca Nedenleri Uzun ve yoğun nöbet saatleri, artan iş yükü (resmi tatiller), anksiyete bozuklukları, provakatif hasta yakını, grup psikolojisi, yetersiz güvenlik önlemleri. Fiziksel tehlike ve riskler; Islak/kaygan zemin, havalandırmanın yetersizliği, gürültü, kimyasal tehlike ve riskler; dezenfektanlar, ilaçlar, kimyasal atıklar, Biyolojik tehlike ve riskler; enfeksiyon ajanları, Psiko-sosyal tehlike ve riskler; stres, işi istememe, işi isteyerek tercih etmeme olmak üzere örneklendirilebilir. Fiziki mekan riskleri; Gün ışığı (Çalışılan ortamın azami derecede gün ışığı alması hasta ve yakınları üzerinde olumlu etki), Gürültü (Gürültünün ruhsal ve bedensel sağlığı olumsuz etkileri), Klima ve Havalandırma sistemleri (Klima ve Havalandırma sistemleri daha verimli çalışma ve solunum yolu ile bulaşan hastalıklar açısından önemlidir). Radyasyon maruziyeti (belirli bir zaman içinde olumsuz ya da istenmedik bir durum gelişme olasılığını artırması). Fiziki ve Sözel Şiddet diğer bir acil servisteki çalışan güvenliğini tehdit eden risklerdendir. Şiddet, gücün ya da fiziksel kuvvetin; tehdit yoluyla ya da gerçekte; fiziksel zarar, ölüm, psikolojik zarar, gelişme engeli ya da yoksunluğa neden olacak şekilde; kendine, bir başkasına ya da bir grup veya bir topluma karşı niyetli biçimde kullanılması olarak dünya sağlık örgütü tarafından tanımlanmıştır. Acil serviste en sık şiddet türleri sözlü taciz, psikolojik şiddet, tehdit, kaba dayak, kesici delici alet yaralanması, silahlı saldırı ve linç sayılabilir. Acil Serviste Şiddet Nedenleri ise ölüm, travma hastası ve yakınları, uzun bekleme süreleri, tartışma, anlaşmazlık, psikolojik sorunlar, bakımda ki gecikmeler, sorumsuz açıklamalar, alkol etkisi, anstabil kişilik bozukluğu, sağlık personelinin kaynaklanan nedenler, gazete, televizyon yayınları, ilaç bağımlılığı, yoksunluğu, fiziki mekan, kanunların yetersiz uygulanmasıdır. Şiddet ile mücadelede genel öneriler risk değerlendirmesinin yapılması, korunma stratejilerinin geliştirilmesi, güvenlik sistemlerinin sağlanması, personel eğitiminin sağlanmasıdır. Kimyasal Riskler dezenfektanlar, antiseptikler, anestezi maddeleri, eldivenlerin ana maddesi olan lateks, sıvı sterilizasyon maddeleri, sıvı veya jel el dezenfektanları, temizlikte kullanılan kimyasal maddelerdir. Kimyasal Riskler ensik Cilt hastalıkları olarak karşımıza çıkar bunlar Allerji, Ürtiker, Kimyasal yanıklar ve Dermatit (mekanik uygulamalar, endüstriyel maddeler). Biyolojik Riskler Kan ve kan ürünleri Vücut sıvıları Hava ve diğer nedenlerle çalışanları etkiler Biyolojik riskler içinde enfeksiyon hastalıklarının önemli bir yeri vardır. Enfeksiyonların en sık bulaşma yolları Kullanılmış iğnelerinin ele batmasıyla, Hasta kanının bulaştığı kesici aletlerle Yaralanmayla veya enfekte kan veya diğer vücut sıvılarının mukozalara teması ile bulaşır. Biyolojik risklerden bir diğeri solunum yolu ile bulaşır. En sık karşılaşılan hastalıklardan bazıları; Grip (influenza), Corona, Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Suçiçeği, Herpes gibi virüslerle ile Tüberküloz, Boğmaca, Streptokok gibi bakterilerdir. Bu enfeksiyonlar yaşam kalitesini bozarak iş gücü kayıplarına yol açar. Kan ile Bulaş Hepatit B, Hepatit C, HIV, Havayolu ile Corona, İnfluenza, TBC, Kızamık, Kızamıkçık, Boğmaca, Fekal-Oral yol Hepatit A, Helicobacter, Polio, Salmonella, Şigella, Deri yolu ile Herpes, Tinea pedis, Biyolojik Riskler Ölemler Koruyucu ekipmanlar, Aşılar, İmmünglobülinler, Bulaş sonrası profilaktik antibiyotikler. Mimariden Kaynaklanan Riskler Acil servislerin çalışma mekanlarının iyileştirilmesi çalışanların iş kazasına uğrama risklerini de o oranda azaltacaktır.. Mimariden Kaynaklanan Riskler Acil servis çalışanları hastaları kaldırmak, döndürmek, sıkışık mekânlarda vücutlarını zorlayarak çalışmak zorunda kalabilmektedir. Sağlık çalışanlarının bu zorlu koşullarda çalışması çeşitli kas iskelet sorunlarına yol açabilmektedir. Kaygan zeminler Alçak tavanlar Küçük mekanlar, bozuk zemin döşemeleri, hastane kazalarının önemli nedenlerindendir. Sağlık kuruluşlarındaki tüm zemin döşemeleri; Düz Kaygan olmayan Yürümeye zorluk yaratmayan, Gürültüyü engelleyici önlemlerle donatılmış yapıda olmalıdır. Riskleri Engelleme Tedbirleri Acil servise girişlerin denetlenmesi, girişlerde metal dedektörler ile kontrol Korumalı pencereler güvenlik personelinin yeterli sayıda ve 24 saat kesintisiz çalışması. Otomatik açılır kapanır kapılar Acil servisin her alanını görebilen sürekli kayıta olan kameralar Acil servis sağlık çalışanları ve güvenlik görevlilerine etkili ve devamlı eğitimlerinin verilmesi Acil serviste şiddet durumlarında yazılı acil servis protokollerinin oluşturulması. Özet Tüm sağlık çalışanları biyolojik, kimyasal, fiziksel, çevresel, psikososyal ve biyomekanik risklerle karşı karşıyadır. Acil servis çalışanları bu riskleri daha fazla ve yoğun yaşamaktadırlar. Çalışma ortamının sağlık koşullarına uygun hale getirilmesi, Tehlike olasılıklarının ortadan kaldırılması, Çalışma saatlerinin düzenlenmesi, Fizyolojik özelliklere uygun çalışma düzeni, Kullanılan araç ve gerecin işe ve kullanan kişiye uyumunun sağlanması temel amaç olmalıdır. Sağlık işletmesine girişin kısıtlanması ya da personele bir tehdit olması durumunda güvenlik personelinin haberdar eden bir sistemin geliştirilmesi de işyerinde şiddet olaylarını azaltacaktır.

REFERANSLAR:

- Ö. Özkan-O. N. Emiroğlu, "Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Hizmetleri", CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, C. 10, S. 3, Sivas 2006, s. 44
- S. Hatipoğlu, "Acil Servis Dünyası", 7. Türkiye Acil Tıp Sempozyumu & 3. Acil Hemşireliği ve Paramedik Sempozyumu Bildirileri, Gaziantep, 2004
- G. Akkaya, Avrupa Birliği ve Türk Mevzuatı Açısından Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı, İş Güvenliği, Meslek Hastalıkları ve Bir Araştırma, İÜ,SBE, YDT, İstanbul, 2007, s. 45-46
- Özata M, Bozoğlu H, Akkoca Y, 2017. Acil Servis Çalışanlarının İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kapsamında Yaşadıkları Sorunlarının Belirlenmesi: Konya Örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 8, 19, 1-13.
- Aldem M, Arslan F, Kurt A, 2013. Sağlık profesyonellerinde çalışan güvenliği. Tıp Araştırmaları Dergisi, 11, 2, 60-7.
- Behçet A, Cuma Yıldırım, İsmail Togun, Suat Zengin, Selim Bozkurt, Ataman Köse, Rabia Sohbet. Acil Serviste Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. Akademik Acil Tıp Dergisi. 2009, (8)1:39-44.
- Allison EJ Jr. Violence in America: a shameful epidemic. ACEP News Mart: 4-5, 1992.
- Reid WH. Clinical evaluation of the violent patient. Psychiatr Clin North Am 1988;11 (4) :527-37.
- Hamza BOZOĞLAN (2015) ACİL SERVİSTE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ Yüksek Lisans Tezi.



ACİL SERVİSTE ÖZEL HASTA GRUPLARI (MAHKUMLAR/SUÇLULAR)

Dr. Öğr. Üyesi Tufan Alatlı

Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Balıkesir

Mahkum; yapmış olduğu bir suç veya şüphesi neticesinde cezaevi veya emniyet güçleri gözetiminde tutulan kişidir. Türkiye nüfusa oranla en çok mahkum bulunan Avrupa ülkesidir (357,2/100.000)¹ %96'sı erkektir ve % 0,1'i 50 yaş üstüdür. Her ne kadar yıllar içerisinde mahkumların sağlık hizmetleri kalitesi düzelmişse de hala topluma göre daha düşüktür. BM (1990)'de; mahkumlarla diğer vatandaşlara eşit sağlık hizmeti verilmesi gerektiği deklare edilmiştir. Bir ülkenin gelişmişlik seviyesi mahkumlarına verdiği sağlık hizmetiyle doğru orantılıdır. 5275 Sayılı Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun'u ülkemizde sağlığa erişim ile ilgili hükümleri düzenler;

2009 yılından itibaren mahkumların sağlık hizmeti kurum hekimlerinden aile hekimlerine devredilmiştir. 1000 mahkumdan fazla mahkum olan cezaevlerinde haftada 5 tam gün, 500-1000 arası mahkum bulunan cezaevlerinde haftada 5 yarım gün, 500'den az mahkum olan cezaevlerinde haftada 2 yarım gün hizmet vermektedir. Aile hekimleri muayene sonrası gerekli görür ise; ileri tetkik ve tedavi için hastanelere sevk sağlanmaktadır. Aile hekimleri çalışma saatleri dışında kurum amiri onayıyla çağırılan 112 Acil Yardım Ekipleri tarafından değerlendirilir ve gerekli ise sevk sağlanır. Sevk işlemi 112 ambulansı veya Cezaevi Nakil Aracı ile yapılabilir. Ceza ve güvenlik tedbirlerinin infazı hakkında kanun'un 57. Maddesine ² göre; Hastaneye sevk zorunlu görülen hükümlü, bulunduğu yere en yakın tam teşekküllü Devlet veya Üniversite hastanesinin hükümlü koşuşuna yatırılır. Bu hastanelerden tıbbi gereklilik nedeniyle başka bir hastaneye sevk gerekirse;

- Biri hastalığın uzmanı olmak üzere iki uzman hekim tarafından verilen
- Başhekim tarafından onaylanan
- Hastalığın sebebi, tedavinin hangi sebeple bulunduğu hastanede gerçekleştirilemediği
- Hastaya nerede ve ne tür bir tedavi gerektiğini açıkça belirten bir raporla mümkündür

Hükümlü, acil haller dışında özel sağlık kuruluşlarında tedavi edilemez, acil hallerin varlığı halinde Adalet Bakanlığına bilgi verilir. Öncelikle risk faktörleri değerlendirilmeli, sonrasında ise güvenlik önlemleri alınmalı, tanınal değerlendirme, uygun klinik yaklaşım, uygun farmakolojik tedavi, uygun şekilde taburculuk hizmeti verilmelidir.

Ceza infaz kurumlarının yönetim, dış koruma, hükümlü ve tutukluların sevk ve nakilleri ile sağlık hizmetlerinin yürütülmesine göre; "Hasta mahpusların hastaneye sevk edilmeleri halinde muayene ve tedavileri, muhafazalı muayene odaları ve hükümlü koşuşlarında yapılacaktır" ibaresine rağmen birçok hastanemizde uygun oda bulunmamaktadır. Güvenlik kaygılarının giderilmesi için mümkünse *korumalı muayene odasına* alınmalıdır. Muayene öncesi mahkum yanında gelen güvenlik görevlisi veya kolluk kuvvetten bilgi alınmalıdır. Sonrasında mahkumla görüşülüp şikayetleri dinlenmeli. Eğer uyumlu ise tek başına muayene yapılabilir. Özel oda yoksa güvenlik görevlileri belli bir uzakta tutulmalıdır. Eğer diğer hastaların triajı uygunsa mahkum hastaya öncelik verilebilir. Medikal tedavi, laboratuvar ve radyolojik tetkikler, yatış veya taburcu işlemleri hızlıca yapılmalıdır.

Diğer tüm hastalarla aynı sağlık hizmeti alma hakları olduğu unutulmamalıdır. İşlediği suçların ön yargı oluşturmamasına izin verilmemelidir. Öykü alma, muayene işlemleri sırasında mahremiyete dikkat edilmelidir. Hastalığıyla ilgili durumlar eşlik eden güvenlik personeli yerine kurum sağlık görevlileri ile paylaşılmalıdır. Şüpheli durumlar varsa ilgili makamlara bildirilmelidir. Adli durumlar kayıt altına alınmalıdır. Mahkumun veya eşlik eden personelin uygun olmayan talepleri karşısında işlem yapılırsa mutlak tutanak altına alınıp hastane idaresi ve savcılığa bildirilmelidir. Fiziksel ve psikolojik sorunları hafife alınabilir. Bu durum da hastanın daha agresifleşmesine, olumsuz davranışlar sergilemesine yol açabilir. Hastanede kalış sürelerini uzatabilir. Öncelikle mahkumlar kelepçeli ve güvenlik görevlileri eşliğinde getirilir. Bu durumun psikolojik etkileri; ön yargılar, suçunun hizmet kalitesini düşürmesine inanması, iyi sağlık hizmeti alamayacağını düşündürmesidir.

Kelepçe hem hasta hem doktor açısından zorluk oluşturur. Eğer çıkarılması gerekirse güvenlik görevlileri gerekli tedbirleri aldıktan sonra çıkarılmalıdır. Kaçma girişimi, şiddet eğilimi vb engellemek için kullanılır. Eğer güvenlik güçleri çıkarılmasını uygun bulmazsa çıkarılmamalıdır. Sadece kaçma ihtimali olmayan durumlarda çıkarılabilir (CPR, Doğum vb). Ön yargılı bir yaklaşım hissettirilmemelidir. Hastanın şikayetlerini ciddiye almalıyız. En büyük çekinceleri şikayetlerinin ciddiye alınmamasını düşünmektedir. Tüm işlemler mahremiyetine dikkat edecek şekilde yapılmalıdır.

Literatüre göre cezaevinden AS'e yapılan başvurular en sık gece ve hafta sonları olmaktadır³. En sık AS Başvuru Sebepleri⁴; travma (%16), göğüs ağrısı (%15), psikiyatrik bozukluklar (%11), madde kullanımı, karın ağrısı, bel ağrısıdır.

Travma; sevklerde ve acil çağrı nedenleri arasında travma ve kesiler ciddi şekilde yüksektir⁵

- Çoğunluğun erkek olması
- Psikolojik problemlerin görülme sıklığının yüksek olması
- Kapalı alanda yaşıyor olmaları
- Travma mekanizmasına ve boyutuna göre sağlık hizmeti verilmelidir
- En sık; kafa travmaları, YDT ve kesici alet yaralanmaları görülür
- Adli kayıtların işlenmesi unutulmamalıdır

Psikiyatrik Bozukluklar; tanıli veya yeni tanı olarak psikiyatrik hastalıklar sık görülmektedir. Aynı yaş grubu popülasyonla karşılaştırıldığında; psikotik bozukluk ve majör depresyon riski dört kat fazladır. Anti sosyal kişilik bozukluğunun da 10 kat arttığı bildirilmektedir⁶.

Madde Bağımlılığı; Suç ve suça eğilimi artırmaktadır. Mahkumlar arasında madde bağımlılığı sık görülmektedir⁷. Şiddet olasılığını artırır.

- AS'e yoksunluk veya ajitasyonla gelen hastalar için;
 - Kısa etkili BDZ kullanılabilir
- Bilinç kapalı hastalar için;
 - Hızla monitörize edilmeli
 - Semptomatik tedavi başlanmalıdır

KAYNAKLAR

1. Avrupa Konseyi 2020 Ceza İstatistik Raporu
2. Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun, 29.12.2004 tarihli 25685 sayılı Resmi Gazete
3. Ceza İnfaz Kurumlarında Hükümlü ve Tutuklulara Sunulan Sağlık Hizmetleri Hakkında İnceleme Raporu. TBMM İnsan Hakları İnceleme Komisyonu 2015
4. Chan T C, Vilke G M, Smith S, Sparrow W, Dunford JV. Impact of an After-hours on Call Emergency Physician on Ambulance Transports from a Country Jail. Prehospital Emergency Care 2009;7(3): 327-331
5. Öncü E, Köksoy S, Sungur MA. Tutuklu ve Hükümlülerde Hastane ve Acil Ambulans Hizmetleri Kullanımı. Journal of Clinical and Analytical Medicine. 2015;6(6): 694-8
6. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. The Lancet 2002;359(9306):545-50
7. Unver Y, Yuce M, Bayram N, Bilgel N. Prevalence of depression, anxiety, stress, and anger in Turkish prisoners. J Forensic Sci 2013; DOI: 10.1111/1556- 4029.12142

BİR FELAKETTE HAYATTA KALMAK İÇİN İPUÇLARI

Doç. Dr. Mehtap Gürger
Fırat Üniversitesi Acil Tıp AD

Afetler; fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıpları oluşturan, normal hayatı durduran veya kesintiye uğratan, oluşum anını engelleyebilmek noktasında insan yeteneklerini aşan, etkilenen toplumun baş etme kapasitesini aşan, doğa veya insan kaynaklı olaylardır. Tarih boyunca insanlık depremler, sel, çığ, salgın hastalıklar, savaşlar, çatışmalar, açlık ve yoksulluk, göçler, iklim krizi, buzulların hızla erimesi, uzun süre durdurulamayan yangınlar gibi birçok felakete maruz kalmıştır. Afetlerin Epidemiyolojisi Araştırma Merkezinin acil durumlar veri tabanına (EM-DAT) göre 2000-2019 dünya çapında 7348 doğal afet bildirilmiş, yaklaşık 1.23 milyon (yıllık ortalama 60.000) can kaybı yaşanmış, 4 milyardan fazla insan bu afetlerden etkilenmiştir. Afetlerde önceki yirmi yıla göre keskin bir artış olmuştur. Birleşmiş milletler raporuna göre farkın çoğu, aşırı hava olayları da dahil olmak üzere iklimle ilgili afetlerdeki artıştan kaynaklanmaktadır. Dünya genelinde afetlerin neden olduğu can kayıplarına bakıldığında depremler ölüme neden olan en önemli afet türü olup ölümlerin %58'inden sorumludur. Bunu fırtına (%16), ekstrem sıcaklık (%13) ve seller (%9) izlemiştir. Artan yoksulluk ve göç nedeni ile de insani krizler her geçen gün artmaktadır. Bunların yanında 2019 yılı aralık ayında ortaya çıkan koronavirüs salgını birkaç ay içerisinde tüm dünyaya yayılmış, mevcut verilere göre 200 milyondan fazla insanı etkilemiş, beş milyona yakın insan hayatını kaybetmiştir.

Türkiye'nin coğrafik konumu, siyasi gelişmeler, küresel ısınma gibi nedenler ile deprem, sel, göç, maden faciaları, terör saldırıları gibi birçok felaket yaşanmaktadır. Ülkemizde afete bağlı ölümlerin ~ % 60'ı depremlerden kaynaklanmaktadır. Bunun yanında çarpık kentleşme, dere yataklarının doldurulması, nehir yataklarının değiştirilmesi, ani ve kuvvetli yağışlar sonucu her yıl büyük mal ve hatta can kayıplarına neden olan sel ve su baskınları yaşanmaktadır. Artan kuraklık, orman yangınları da önemli

Afet yönetimi: Afetler dünyanın her yerinde meydana gelir ve önemli zararlar verir. Nedeni ne olursa olsun, çoğu afet için afete hazırlık ve planlama önemlidir.

Afet Yönetimi:

- Afet risklerini tanı
- Riskleri azalt
- Afetlere hazırlıklı ol

Deprem, sel, heyelan ve toprak kayması gibi felaketlerin önlenmesinde uygun yerleşim yerlerinin seçilmesi, yapıların inşaat yönetmeliğine uygun olması ve mevcut binaların dayanıklılığının artırılması oldukça önemlidir. Ev ve çalışan iş yerlerinde deprem anında eşyaların düşmesini engellemek için sabitlenmeli, binalarda yangın söndürme cihazları bulundurulmalı, acil çıkış kapıları kilitli olmamalıdır. Afet durumları için acil durum çantası hazırlanmalı, içerisinde yüksek kalorili yiyecek, su, önemli belgelerin fotokopileri, giyecek, ilk yardım malzemeleri, uyku tulumu, çakı, düdük, fener bulunmalıdır. Deprem anında soğukkanlı olmalı, güvenli bir yer olarak ÇÖK-KAPAN- TUTUN yöntemi ile hayat üçgeni oluşturulmalıdır. Deprem anında merdivenlere, balkonlara çıkılmamalı, pencere ve balkonlardan aşağı atılmamalı, asansör kullanılmamalıdır. Deprem sonrası elektrik, gaz ve su vanaları kapatılmalı, soba ve ısıtıcılar söndürülmeli, acil durum çantası alınarak mahalle buluşma noktasına gidilmelidir. Enkaz altında kalmış ve hareketiniz kısıtlanmışsa riskli hareketlerden kaçınılmalı, enerji tasarruflu bir şekilde kullanılmalı, su, kalorifer tesisatı veya zemine vurarak varlığınızı duyurmaya çalışmalısınız.

Sel öncesi meteoroloji erken uyarı sistemleri tarafından bildirimlerle dikkat edilmelidir. Sel sırasında; su yatağı ve çukur bölgeler hemen terk edilmeli, yüksek ve güvenli bölgelere gitmeli, elektrik kaynaklarından uzak durulmalı ve asla selden kaçmak için sel sularına girilmemelidir.

Heyelan durumunda kapalı alanda iseniz ve binadan çıkamak için yeterli vaktiniz yok ise depremde olduğu gibi sağlam eşyaların altında ve ya yanında hayat üçgeni oluşturarak ÇÖK-KAPAN-TUTUN hareketi uygulanmalıdır. Açık alanda heyelana yakalanırsa ve kaçacak zaman olmazsa sağlam yapı bulunmaya çalışılmalı, bulunamazsa ÇÖK-KAPAN-TUTUN hareketi ile baş ve boyun korunmaya çalışılmalıdır.

Çığ sırasında çığın büyüklüğüne, hızına bakarak en kısa sürede riskli alan terk edilmeli ve çığın daha yavaş, yüksekliğinin az olduğu kenar kısımlarına ulaşmaya çalışılmalıdır. Çığa maruz kalınırsa yerden destek alarak ve geniş yüzme hareketleri yaparak akan karın üstünde ve mümkünse kenarında kalmaya çalışılmalıdır. Akışa kapılırsanız bacaklarınızı ve kollarınızı birbirine yapııştırarak oturma pozisyonu alın ve mümkünse çığ durmadan kısa süre önce kalkmaya çalışın ve mümkünse çığ durmadan önce bir elinizi ağızınızı ve burnunuzu kapatacak şekilde yüzünüzün önünde, diğer elinizi de başınızın üzerinde tutun. Kar altında kaldığınız zaman boyunca başınızı sağa sola çevirerek nefes boşluğunu genişletin.

Hortum sırasında sığınacak bir yer aranmalı ve uçuşabilecek parçalara karşı baş korunmalıdır. Köprü, üstgeçitler ile enerji nakil hatlarından uzak durulmalıdır. Bina içindeyseniz elektrik şalterini, su ve doğalgaz vanalarını kapatılmalı, sığınak var ise hemen sığınağa gidilmelidir. Sığınak yoksa penceresiz odalara (banyo, koridor gibi) sığınılmalı, kapı ve pencereler kapalı tutulmalıdır. Sağlam bir nesnenin yanında veya altında çök-kapan-tutun yaparak, hortum bitinceye kadar beklenmelidir.

Yangına maruz kalma durumunda telaşa kapılmadan çevrede yangın ihbar düğmesi varsa basılmalı ve itfaiye aranmalıdır. İtfaiye gelinceye kadar mümkünse yangını söndürülmeye çalışılmalıdır. Yangın kapalı alandaysa yayılmasını önlemek için kapı ve pencereler kapatılmalıdır. Eğer alevler çoğalmışsa ve binadan çıkış olanaksızsa, yatak altlarına dolaplara saklanılmamalı, pencereden dışarıdakilerle iletişim kurulmaya çalışılmalıdır. Dumandan boğulmamak için yardım gelene kadar eğilerek ve sürünerek hareket edilmeli, ağız ve burun ıslak bez ya da mendille kapatılarak nefes alınmalıdır. Kıyafetiniz alev almışsa; koşmadan durup yere yatarak yuvarlanılmalı, battaniye türü örtüler alınarak alevler söndürülmeye çalışılmalıdır. Eğer vücudumuzda yanık varsa, hemen soğuk suya tutulmalıdır.

Sonuç olarak yanlış şehirleşme, yetersiz altyapı, dere yatakları ve heyelan bölgelerinin yerleşime açılması, dere yataklarının doldurulması, doğanın tahrip edilmesi, ağaçların korunmaması ve mühendislik standartlarının göz ardı edilmesi gibi nedenler ile afetlerin zararlarını artırmaktadır. Afetlerin yönetiminde devletin büyük sorumluluğu vardır ancak tek başına yürütemeyeceği bir süreçtir. Toplumun olası afetlere karşı eğitim, kurs ve tatbikatlar yapılarak bilinçlendirilmesi oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR:

1. T.C. içişleri bakanlığı afet ve acil durum yönetimi başkanlığı, afet yönetimi kapsamında 2019 yılına bakış ve doğa kaynaklı olay istatistikleri
2. AFAD Türkiye'de afet yönetimi ve doğa kaynaklı afet istatistikleri
3. T.C. tarım ve orman bakanlığı meteoroloji genel müdürlüğü 2020 yılı meteorolojik afetler değerlendirilmesi
4. Centre for research on the epidemiology of disasters CRED.
5. <https://media.ifrc.org/ifrc/World-disaster-report-2020>



SOKAKLARDAKİ ZEHİRLER (YENİ NESİL UYUŞTURUCU MADDELER)

Doç. Dr. Atakan YILMAZ

PAUTF Acil Tıp AD

GİRİŞ

Uyuşturucu, kişisel zevk veya tıbbi amaçlı kullanılan psikoaktif maddelere verilen ortak isim. Esrar, eroin, amfetamin, metamfetamin, kokain, kubar, haşhaş, afyon, bonzai gibi isimlerle tanınırlar ve genellikle bitkisel kaynaklı maddelerden elde edilir. Ancak günümüzde alışlagelen geleneksel uyuşturucuların ötesinde kimyasal yöntemler kullanılarak üretilen, bağımlılık potansiyelleri çok daha yüksek sentetik uyuşturucular ile yeni psikoaktif maddeler (NPS) bu sorunu çok daha karmaşık bir noktaya taşımıştır. NPS, piyasada “yasal kafa yapıcılar”, “banyo tuzları” veya “araştırma kimyasalları” gibi terimlerle bilinmektedir. Bu ilaçlar geçmişte sentezlenmiş olsa da piyasaya kullanım amacıyla sürüleli çok olmamıştır. Genel olarak, NPS'nin yan etkileri nöbetlerden ajitasyona, saldırganlığa, akut psikoza ve ayrıca potansiyel bağımlılık gelişimine kadar uzanır. NPS kullanıcıları sıklıkla ciddi zehirlenmelerle hastaneye kaldırılırlar. Birçok NPS'nin toksisitesi ve kanserojen potansiyeline ilişkin güvenlik verileri mevcut değildir veya çok sınırlıdır ve uzun vadeli olumsuz etkiler veya riskler hakkındaki bilgiler hala büyük ölçüde bilinmemektedir.

Aralık 2020'ye kadar, hükümetler, laboratuvarlar ve ortak kuruluşlar tarafından NPS hakkında BM Uyuşturucu ve Suç İle Mücadele (UNODC) Erken Uyarı Danışmanlığına (EWA) 1.047 madde rapor edilmiştir. Piyasada bulunan NPS'ler; esrar, kokain, eroin, LSD, ekstazi veya metamfetamin gibi uluslararası kontrol altındaki maddelerle benzer etkilere sahiptir. Sentetik uyuşturucu kullanımına bağlı ölümlerde Avrupa ülkelerinde Türkiye 1. sırada. En sık kullanılan sentetik uyuşturucu ise Bonzai'dir.

YENİ NESİL PSIKOAKTİF MADDELER

Kolay sentezlenir. Bilinen psikoaktif maddelerin yapısında değişiklik var. Genellikle başka maddeler ile karıştırılır. Yasal kafa yapıcı (legal highs), bitkisel kafa yapıcı (herbal highs), club drugs olarak bilinirler. Rutin tetkikler ile tespit edilemez. Yasal takibi zor. NPS'ler birçok kimyasal içerik içerebilirler. İçeriğine bağlı olarak depresan, stimulan ve halüsinogen özellikli olabilirler. Herhangi bir zararlı kimyasaldan herhangi bir dozda içerebilirler; bununla ilgili belirli bir standardizasyon yoktur. İçerikleri belirgin olmadığı için insanlar kullanırken ne kullandıklarını tam olarak bilmezler. Bu durum nedeniyle tanı koyma, acil müdahalede gecikme gibi durumlarda sorun yaşanabilmektedir.

Etki özelliklerine göre; Depresanlar, Halüsinojenler, Stimulanlar olarak gruplandırılabilir.

2013 Yılında Dünya Uyuşturucu Raporunda Tanımlanan Yeni Nesil Psikoaktif Maddeler

Sentetik Kannabinoidler, Sentetik katinonlar, Feniletilaminler, Ketamin, Piperazin, Bitki Bazlı Maddeler (Khat, Kratom, Salvia divinorum), Diğerleri (Aminoinandanlar, Fensiklidin tipi maddeler, Triptaminler)

1- Sentetik Kannabinoidler

NPS'lerin mevcut küresel boyuttaki durumu ülkemizle kıyaslandığında “bonzai” sokak adıyla bilinen sentetik kannabinoid yakalamaları ve kullanımının diğer NPS'lere göre öne çıktığı görülmektedir. Sentetik kannabinoidler, sedatif ve halüsinogen etkileri olan, tamamen sentetik narkotik bir maddedir. 300'e yakın kimyasal çeşidi bilinmektedir. İçine haşere ve tarım ilacı gibi zehir katkılar eklenmektedir. Çoğu kullanıcı bu katkıların neden olduğu zehirlenme etkisini, narkotik madde etkisi sanmaktadır.

Sokak isimleri: Bonzai, K-2, Jamaika, Spice, Black Mamba, Bliss Fake Weed, Fire, Genie, Moon Rocks, Solar Flare, Skunk, Smacked, Yucatan, Zohai

2- Sentetik Katinonlar

Khat bitkisinde doğal olarak bulunan bir uyarıcı olan katinon ile ilgili bir veya daha fazla sentetik kimyasal içeren bir ilaç ailesidir. Bu tür kimyasallara örnek olarak **mefedron**, **metilön** ve **3,4-metilendioksipirovaleron (MDPV)** dahildir.

Sokak isimleri: **Flakka**, **Bath Blow**, Bloom, Blue Silk, Bubbles, Cloud Nine, Cosmic Blast, Ivory Wave, Lunar Wave, Salting, Scarface, Vanilla Sky, White Lightning, Wicked X.

2- Sentetik Katinonlar

Son dönemde kullanımı artan ve kullanıcılar arasında “zombi yapan madde” olarak bilinen **Flakka** ‘alpha-PDP’ içeren kimyasal bir uyarıcı. “Flakka, sentetik uyuşturucular içerisinde en güçlüleri arasında sayılmaktadır. Yıpalal olarak banyo tuzuna (bath salts) benzerlik göstermektedir. Birçok kullanım yöntemi vardır.

3- Feniletilaminler

Halüsinojenlerin 3 alt grubundan birisidir; Feniletilaminler, Triptaminler, Lizergaminler. Çoğu feniletilaminler; stimulan veya halüsinojenler (seratonerjik etki) olarak işlev görür. “FLY” (tetrahidrobenzodifuranil) ve ‘Dragonfly’ (benzodifuranil aminoalkanlar) olarak bilinen türler güçlü halüsinogen özellik taşımaktadır.

Sokak isimleri: Europe, 4-FMP, RDJ, 4-MMA, Metil-MA,

4- Ketamin

Anestezik olarak kullanılan dissosiyatif bir ilaçtır. Dissosiyatif ilaçlar, kullanıcının gerçeklikten kopuk hissetmesine neden olan halüsinojenlerdir. Anestezik, halüsinogen ve dissosiyatif özelliğinden dolayı birçok kez tecavüz vakalarında (date rape) kötü amaçlı olarak kullanıldığı tespit edilmiştir.

Sokak isimleri: Cat Valium, K, Lady K, Special K, Vitamin K

5- Piperazin

Piperazinler plastik, reçine, böcek ilacı, fren hidroliği ve diğer endüstriyel malzemelerin imalatında da kullanılmaktadır.

Özellikle benzilpiperazin ve triflorometilfenilpiperazin gece kulüplerinde ekstaziye alternatif olarak satılmaktadır.

Piperazine bağlı ölümler nadirdir. Akut psikoza, böbrek toksisitesi ve nöbetler görülebilir.

6- Bitki Bazlı Maddeler (Khat, Kratom, Salvia divinorum)

a. Khat (Yemen otu): Doğu Afrika ve Güney Arabistan'da bulunan bir çalı (Catha edulis); psikoaktif kimyasallar katinon ve katin içerir. Afrika ve Arap bölgelerinden (dünya çapında tahminen 20 milyona kadar) insanlar, kültürel geleneğin bir parçası olarak ve uyarıcı benzeri etkileri için yüzyıllardır khat'ı kullanırlar.

Sokak isimleri: Catha, Chat, Kat, Oat

b. Kratom: Güneydoğu Asya'ya özgü tropikal bir yaprak döken ağaç (Mitragyna speciosa), psikotropik (zihin değiştiren) bir opioid olan mitragynine de dahil olmak üzere birçok bileşik içeren yapraklara sahiptir. Kratom, ruh halini düzeltici etkiler ve ağır kesici olarak ve afrodizyak olarak tüketilir.

Sokak isimler: Herbal Speedball, Biak-biak, Ketum, Kahuam, Thang, Thom

c. Salvia divinorum: Güney Meksika'ya özgü nane ailesinden bir bitki olan dissosiyatif bir ilaç

(Salvia divinorum). Halüsinogen özelliklidir.

Sokak isimleri: Chia seeds, Diviner's Sage, Magic Mint, Sally-D, Ska Pastora

7- Diğerleri (Aminoinandanlar, Fensiklidin tipi maddeler, Triptaminler)

Aminoinandanlar: Aminoinandanların bronkodilatör, analjezik ve serotonin salınımı ve geri alımı üzerinde potent etkilerinin olduğu gösterildi. MDMA gibi serotonin salınımını artıran ilaçlara benzer etki göstererek empatjenik ve entaktjenik etki üretmesiyle NPS olarak kullanılmaya başlandı. Sıklık yapısı amfetamine benzer. Piyasadaki ilk derivelerden birisi olan 5,6 metilendioksi-2-aminoindan (MDAI), MDMA'nın non-nörotoksik bir türevidir. Tuz ve kristal formları mevcuttur. Burundan çekerek veya yutularak alınabilir.

Sokak ismi: MDAI Gold, Pink champagnes

b. Fensiklidin tipi maddeler: Fensiklidin (kimyasal ismi **1-(1-phenylcyclohexyl)piperidine**), genellikle **PCP** olarak kısaltılır ve halk arasında **melek tozu** olarak bilinir. İlk sentez 1950'lerde. Önceleri genel anestezik olarak kullanılırken (1963) sonraları halüsinojenik ve **nörotoksik** etkileri nedeniyle kullanımından vazgeçilmiştir. Beyaz kristal toz şeklinde olup, tabletler, kapsüller ve renkli toz şeklinde formları vardır. Ağız yoluyla, damardan ya da sigara ile içi çekilerek kullanılabilir. En sık kullanım şekli sigara ile içilmesidir. Etkisi 2-6 saat arasında sürebilir. Toksikasyon



psikozlara, akut zihinsel sendromlara veya komaya yol açabilir. Sıkıntı, korku, zihin bulanıklığı, ajitasyona sebep olur. Hipertansiyon, ataksi, yüz ve boyun bölgesinde adale rijiditesi, hipertermi, hipersalivasyona neden olmaktadır.

c. Triptaminler: Triptamin grubunun prototipi olan triptamin, birincil bir amin alkaloididir. Bazı triptaminler doğal nörotransmitter iken çoğunluğu bitkilerde, mantarlarda ve hayvanlarda bulunan psikoaktif halüsinojenlerdir. Doğal triptaminler arasında serotonin, melatonin, bufotenin, 5-Metoksi-N,N-dimetiltriptamin (5-MeO-DMT) ve dimetiltriptamin (DMT) bulunur. Diğer triptaminler, tıbbi durumlarla mücadele etmek için farmasötik amaçlarla sentezlenmiştir (örneğin, migreni tedavi etmek için sumatriptan ve zolmitriptan), ancak bunlar aynı zamanda NPS olarak da kullanılmıştır.

Sokak isimleri: Foxy-methoxy, alpha-O, alpha ve O-DMS, 5-MEO

Tanı

Madde kullanımlarının her birine spesifik ayrı tanı yöntemi bulunmamakta ancak aşağıdaki durumlardan bir veya birkaçı söz konusu olduğunda madde kullanımından da şüphelenmek gerekir; nedeni belli olmayan koma, ani başlangıçlı psikotik davranış, kişilik özelliklerinde değişme, kötü öz bakım, genç hastada hipertansiyon, akut koroner sendrom bulguları, travma olmaksızın yeni başlayan nöbet, hareket bozukluğu, nedeni belli olmayan ateş

Madde Kullanımına Bağlı Ortaya Çıkan Bozukluklar

İntoksikasyon, kesilme, intoksikasyon deliryumu, kesilme deliryumu, demans, kalıcı amnestik bozukluk, psikotik bozukluk, anksiyete bozukluğu, cinsel işlev bozukluğu, uyku bozukluğu

Tanı

Öykü: Bilinci kapalı hastada yakınlarından alınmalıdır. Kişi ile iletişim kurulabiliyorsa mutlaka kendisinden bilgi alınmaya çalışılmalıdır

Fizik Bulgular: Toksidrom bulguları

Laboratuvar testleri

Rutin madde taraması: Travma hastaları, çocuk istismarı veya ihmali kanıtlamak ve tutuklamak için kanıt gibi adli amaçlar için yapılır.

Tedavi yönlendirme: Kokain (+) ise beta bloker ve fenitoinen kaçınılmalıdır. Akut psikoz ayırıcı tanısı, organ nakli için donörden

“**Maddeyi değil hastayı tedavi et**” yaklaşımı esastır.

Maddenin yapabileceği etkilerin yanında hastanın nasıl olduğuna odaklanmak gerekir.

Tedavi

1. Destek Tedavi: Hava yolunun Sağlanması, Solunumun Sağlanması, Dolaşımın Sağlanması

2. Absorbsiyonun Azaltılması: zehirin uzaklaştırılması, kusturma, gastrik lavaj, aktif kömür, katartikler, tüm barsak irrigasyonu

3. Atılımın Sağlanması: Diürez, hemodiyaliz, hemoperfüzyon, plazmaferez, hemofiltrasyon, exchange transfüzyon

4. İv Lipit Emülsiyon Tedavisi

5. Spesifik Antidot ile Tedavi

Tedavi

Özellikle opioid alımını düşündüren klinik bulgular varsa (antekubital enjeksiyon izi, miyozis, bradikardi, solunum depresyonu) **naloksan;**

- Erişkinde ilk doz **0,4-0,5 mg iv**, yüksek tek doz **2 mg iv**, max doz **10 mg**
- Çocuklarda **0,01 mg/kg**
- Tercihen iv verilir (im., sc. veya intratekal de verilebilir).

Meperidin gibi bazı semisentetik opioidler daha yüksek doz gerektirebilirler. Total olarak 6-10 mg'lık dozlara çıkmak gerekebilir. (**Naloksan 0,4mg/ml; 1 ml ticari formu**)

Eğer hasta bolus dozuna yanıt verir ve tekrar letarjik-komatöz hal alırsa naloksan infüzyonu başlatılabilir.

- Bolus dozunun 2/3'ü 1 saatte verilebilir veya 0.4 mg/saat hızında verilir.

Tedavi

Naloksan'ın etkin olduğu ajanlar kodein, meperidin, oksimorfon, fentanil, metadon, pentazosin, eroin, morfin, hidromorfin, nalorfin'dir.

Benzodiazepinler----- Flumazenil

Flumazenil: 0.01 mg/kg ve total doz 1 mg'ı geçmeyecek şekilde uygulanır. Bağımlılarda yoksunluk sendromu yaptığı ve konvülsiyon eşliğini düşürdüğü bilinmektedir. Anexate® 0,5 veya 1 mg'lık ampul formları mevcut.

Yatış Gerekliliği

Maddenin niteliğine ve hastanın durumuna göre yatış kararı verilmelidir. Bilinç bulanıklığı, instabil hemodinami, laboratuvar anormallliği, EKG değişikliği, gecikmiş ya da uzamış etkiye yol açabilecek ilaçlara bağlı overdozlar yatarak izlenmelidir. Yoğun bakım şartlarında izlem gerektiren hastalar belirlenmelidir. Gerekli sosyal desteği olmayan hastalar taburcu edilmesi risklidir.

Taburculuk

İlk başvurudaki semptomlar, tedaviye verilen cevap, maddenin cinsi, etki süresi taburculuğu belirlemede önemlidir. Fokal şikayet ve end-organ hasarı yoksa 4-6 saat gözlem sonrası taburculuk önerilir.

1. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>

2. <https://www.slideshare.net/Workingwithsubstanceabuse/new-psychoactive-substances-nps>

3. <https://www.drugabuse.gov/drug-topics/commonly-used-drugs-charts#DEA>

4. Shafi A, Berry AJ, Sumnall H, Wood DM, Tracy DK. New psychoactive substances: a review and updates. Ther Adv Psychopharmacol. 2020 Dec 17;10:2045125320967197. doi: 10.1177/2045125320967197. PMID: 33414905; PMCID: PMC7750892.

5. <https://www.unodc.org/LSS/Page/NPS>

6. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256_TR_02.pdf

7. <http://narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/TUBİM/2021-Türkiye-Uyusturucu-Raporu.pdf>



YAŞLI HASTALARDA AKUT KONFÜZYON

Doç.Dr.Hasan Büyükaşlan
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp

GİRİŞ: Bireyin uyanık, kendisi ve çevresinden haberdar olduğu ve uyarılara doğru yanıtlar verdiği duruma bilinç diyoruz. Uyanıklık asendan retiküler sistem (ARAS) tarafından sağlanır. Far- kında olma serebral korteks ve subkortikal bağlantılar tarafından sağlanmaktadır. Konfüzyon, hafıza, dikkat veya farkındalık gibi daha yüksek serebral fonksiyonlarda akut bir değişikliktir. 65 yaş ve üstü olan yaşlı hastalar acil servislere sıklıkla konfüzyon nedeniyle başvururlar. Semptomlar belirsiz veya atipik olabilir. "Akut konfüzyonel durum", deliryum ile eş anlamlı olarak kulla- nılır. Konfüzyon bir semptomdur, teşhis değil. Yaşlı hastalarda altta yatan bir tıbbi durum veya tetikleyici olması muhtemeldir. American College of Emergency Physicians (ACEP) ve Coalition on Psychiatric Emergencies, 2017 yılında bir program (ADEPT) geliştirdi. ADEPT yaşlı yetişkinlerde 5 temel ilkeyi temsil eder: değerlendir, teşhis koy, tekrar değerlendir, önle ve tedavi et.

EPİDEMİYOLOJİ: Acil servislere başvuran hastaların %9,6'sı ve hastanede yatanların % 50'sini konfüzyon hastaları oluşturur.

PATOFİZYOLOJİ: Bilinç, uyanıklık, uyarlama ve bilincin içeriğini oluşturan elementlerden oluşur. Konfüzyon büyük ölçüde bilincin içerik kısmının bir problemidir.

ETYOLOJİ: Konfüzyon ve deliryum multifaktöriyeldir.

KLİNİK PREZANTASYON: Yaşlı hastalarda, sessiz/hipoaktif duyu durumu vardır. Başboş eğilimler, orada olmayan kişilerle konuşma görülür. Yorgunluk, uyku bozukluğu, depresyon, anksi- yete, huzursuzluk, sinirlilik ve ışığa veya sese karşı aşırı duyarlılık şikâyetlerini içerir. Algısal bozukluklar ve bilişsel bozulma vardır. Bu belirtiler değişkenlik gösterebilir.

AYIRICI TANI: Kritik ve acil teşhisler, hızlı tanıma gerektirir (hipoksi, hipoglisemi ve STMI gibi.) Enfeksiyonlar, nörolojik hastalıklar ve metabolik veya elektrolit bozukluğu en sık görülen ilk 3 nedendir.

TANI TESTLERİ: Acil serviste konfüzyon/deliryumu teşhis için testler vardır. Mini Zihinsel Durum Muayenesi (MMSE) konfüzyonlu hastalarda düşük performans gösterecektir, çünkü dikkat gereklidir. Acil servis hastalarında geliştirilen ve test edilen Hızlı Karışıklık Ölçeği (QCS) bilinç değerlendirdir. 2 ila 3 dakika içinde objektif olarak ölçer ve MMSE ile iyi ilişkilidir. Deliryum triyaj ekranı gözlem yoluyla bilinç düzeyini değerlendirir ve dikkati basit bir soruyla değerlendirir (beş harfli kelimenin geriye doğru yazılışı). Triage ekranı pozitif ise daha spesifik bir değerlendirme yapılması önerilir. İkinci bir test olarak kısa konfüzyon değerlendirme yöntemi (bCAM-kKDY) önermektedir. Bu dört özelliği değerlendirir: öykü veya muayene yoluyla zihinsel durum daha ileri dikkat değerlendirmeleri, bilinç düzeyi ve düzenli düşünme.

LABORATUVAR TESTLERİ: Hemogram, Biyokimya değerleri, Glukoz, Elektrolitler, Kan amonyak düzeyi, Toksikolojik tarama, Kan gazı, Laktat düzeyi, Tiroit fonksiyon testleri, Tam idrar tetkiki, BOS analizi, Kan, idrar ve gaita kültür.

GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMLERİ: BT (kontrastlı, kontrastsız), MRG, BT anjiyografi, AC ve servikal grafi, EKG, EEG, LP.

TEDAVİ: Öncelikle ABC kontrol edilerek hızlı stabilizasyonun sağlanması, geniş IV yolların açılması, hipotansif hastada sıvı tedavisi, GKS<8 hastalara entübasyon uygulanması, travma hastası- nın stabilizasyonu gereklidir. Daha sonra aktif nöbetin durdurulması, intoksikasyon hastasında spesifik antidot biliniyorsa uygulanması, hipoglisemik hastada dekstroz uygulaması, sedasyon ihtiyacı olan hastaya sedasyon uygulaması gerekmektedir.

Non Farmakolojik Tedavi: Sözel gerilimi azaltma, oyalama ve güvence verme gibi müdahaleler bakıcılar, aile veya personelden yardım alınarak yapılabilir. Aile üyelerinin video kaydı mesajı da ajite yaşlı hastaları sakinleştirmeye ve gerilimi azaltmaya yardımcı olabilir. İşitme aleti veya gözlüğünü kullanmasına izin verilebilir. Nabız oksimetre, tansiyon ve monitörizasyon kabloları ölçüm dışında hastadan ayrılmalıdır. Sıvılar infüzyondan ziyade, aralıklarla verilmelidir.

KAYNAKLAR

- 1.Huff JS. Confusion. In: Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice, Marx JA, Hockberger RS, Walls RM (Eds), Elsevier Health Sciences, Philadelphia 2018. p.132-137
- 2.http://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-delirium-and-confusional-states?source=search_result&search=delirium&selectedTitle=1~150
3. http://www.uptodate.com/contents/delirium-and-acute-confusional-states-prevention-treatment-and-prognosis?source=search_result&search=delirium&selectedTitle=2~150
- 4.Shenvi C, Kennedy M, Austin C, Wilson M, Gerardi M, Schneider S. Managing Delirium and Agitation in the Older Emergency Department Patient: The ADEPT Tool. Ann Emerg Med. September 2019.
- 5.Wilber ST, Ondrejka JE. Altered Mental Status and Delirium. Emerg Med Clin North Am. 2016;34(3):649-65.



YÜKSEK RİSKLİ BİYOLOJİK TEHDİTLERDE HAVAYOLU

Prof. Dr. İbrahim TÜRKÇÜER
PAUTF Acil Tıp AD Denizli

Biyolojik tehdit ve tehlike nedir?

Biyolojik ajanlar insanları, hayvanları ve bitkileri öldüren ya da hastalanmalarına sebep olan organizmalar ya da bu organizmaların ürettiği zehirli maddeler –toksinler- dir.

Biyolojik tehditler; biyolojik ajanların ve emniyetsiz laboratuvar prosedürleri gibi koşulların oluşturduğu tehditlerin tümüdür.

Doğal oluşumlu biyolojik hastalıkları (bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan), çevrede bulunan ya da hayvanlarda teşhis edilmiş, insanlara da bulaşma olasılığı olan biyolojik ajanları, biyolojik ajan içeren ya da yayan silahları (**biyolojik silahlar**), biyolojik ajanlarla yapılan terör saldırılarını (**biyoterörizm**) kapsamaktadır.

Biyolojik tehdit potansiyeline sahip bakteriler

Bacillus anthracis (Şarbon), *Yersinia pestis* (Veba), *Vibrio cholerae* (Kolera), *Francisella tularensis* (Tularemi), *Coxiella burnetti* (Q ateşi), *Brucella spp.* (Bruselloz), *Burkholderia mallei/pseudomallei* (Ruam/Melioidoz), *Rickettsia prowazekii* (Tifüs), *Chlamydia psittaci* (Psittakoz), *Salmonella spp.* (Salmonellosis (Bağırsak Enfeksiyonu)), *Shigella dysenteriae* (Dizanteri)

Biyolojik tehdit potansiyeline sahip toksinler

Clostridium botulinum toksini, Risin, *Clostridium perfringens* toksini, Stafilokokal enterotoksinler, Saksitoksin, Trichothecene mycotoxin, Aflatoksin

Biyolojik tehdit potansiyeline sahip viral hastalıklar

Çiçek hastalığı, Ebola, Venezuela doğu ve batı at ensefalomyeliti, Lassa, Kırım-Kongo kanamalı ateşi, Sarıhumma, **Covid-19**

Biyolojik tehditler

Biyolojik saldırılarda kullanılabilecek biyolojik ajanlar yayılma kolaylıklarına ve sebep oldukları hastalığın şiddetine göre üç kategoride sınıflandırmıştır.

Kategori A, B, C

A Kategorisinde yer alan ajanlar en yüksek riski teşkil eden ajanlar,

C kategorisinde yer alan ajanlar ise gelecekte biyolojik silah olarak kullanılabilecek yeni tehditler olarak değerlendirilmektedir.

KBRN / CBRN / NBC-R / **Turuncu Kod**

Biyolojik tehditlerde belirti-bulgular geç ortaya çıkar,

Kuluçka süresi vardır. Şarbon da 1-6 gün

Benzer şikayet, klinik duruma sahip başvurular, şarbon; ateş, yorgunluk, öksürük, solunum sıkıntısı. Covid-19'da benzer şikayetler mevcuttur.

Hastane öncesi ve hastane aşamaları aşağıdaki gibidir.

Triaj, Hastane Öncesi; Biyolojik tehditin tanınması, İzolasyon önlemleri, Kişisel koruyucu donanım (KKD), Tekrar Triaj, İlk yardım ve sevk yapılmalıdır.

Hastane aşamasında; Hasta ve temaslıları (kontamine olanlar) aynı anda başvurulur. Temastan sonraki 6 saat önemlidir. Kişisel koruyucu donanım (KKD), Biyolojik tehditin tanınması, Triaj ABC ve **havayolu yönetimi**, Dekontaminasyon-Arındırma, Acil servisin ikincil kontaminasyonu

Kişisel Koruyucu Donanım (KKD) kullanımı çok önemlidir.

Havayolu Yönetimi; Havayolu tıkanıklığı, Solunum sıkıntısı, Hava yolu ve solunumu tehdit eden kanamalar, Ek yaralanmalar araştırılmalıdır. Hızlı karar verilmeli, Hastanın genel durumu? Semptom- klinik bulgular neler? Oksijenizasyon – ventilasyon yeterli mi? Hasta havayolu açıklığını sağlama ve korumada başarısız mı? Beklenenden hızlı bir klinik bozulma var mı?

Non-invaziv yöntemler; Manevra, airway, bag-valv maske

İnvaziv yöntemler; Hızlı seri entübasyon, Entübasyon (direk, fiberoptik, video laringoskopi vb)

Biyolojik tehditlerde hava yolu; Tüm sağlık çalışanları için yüksek riskli bir prosedür.

Anlaşılabilir derecede personel kaygısına yol açar. COVID-19'lu hastaları entübe etmek için hava yolu yönetimi sağlayanların eğitilmesine yardımcı olmak için simülasyon kullanımı, riskli hastalar için hava yolu yönetiminin optimizasyonunda acil servis ekiplerini desteklemeye yardımcı olmak için sürekli mesleki gelişim modeli önerilmektedir.

Hava yolu yönetimi Kanada örneği ; Sağlık çalışanlarının, bulaş riskini azaltmak için uygun KKD kullanımı ve diğer tüm enfeksiyon kontrol önlemlerine uyması gerekli, Güncel algoritmalara kurumsal uyarılama yapılmalıdır.

Aerosol oluşturan prosedürler; endotrakeal entübasyon en yüksek bulaşma riskini taşır, Nebulizasyon, Hava yollarının açık aspirasyonu, İnvaziv olmayan mekanik ventilasyon, Trakesotomi ve bronkoskopi gibi diğer prosedürler. Entübasyonda bulaş oranı %10 daha fazladır. O nedenle Rigit fiberoptik videolaringoskop kullanımı önerilmektedir.

Kaynaklar

1.Wong HY, Johnstone C, Gunjeet D.Developing a simulation programme to train airway management during the COVID-19 pandemic in a tertiary-level hospital. *BMJ Simul Technol Enhanc Learn* 2021 Jul;7(6):631-634.

2. Harris, A., Beatty, L., Sowers, N. *et al.* Emergency medicine airway leads: a rapid response distributed educational model for emergency department COVID-19 airway management. *Can J Emerg Med* 23, 245–248 (2021).

3. Kovacs G, Sowers N, Campbell S, French J, Atkinson P. Just the Facts: Airway management during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *CJEM*. 2020 Jul;22(4):440-444.



ACİL HASTADA PSİKOSOSYAL RİSK DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Murat SEYİT

Pamukkale Üniversitesi Acil Tıp AD

TANIM: Psikososyal riskler uygun olmayan iş tasarımı, organizasyonu ve yönetiminden kaynaklanan, çalışanlarda fiziksel ve mental hastalıklara ve/veya üretim düşüklüğü, işe devamsızlık gibi yönetsel sorunlara yol açabilen faktörler olarak tanımlanır.

Çalışanlarda iş yükleri artmakta ve çalışma yaşamlarını kontrol etme olanakları kısıtlanmaktadır. Klasik olarak adlandırılabilir bu psikososyal risklerin yanı sıra ev-iş sorumluluklarının çatışması, iş/görev tanımı ve rollerin belirsizleşmesi, liderlik ve iletişim sorunları, dijital çalışma gibi yeni tehlikeler de tanımlanmaktadır. Bu gelişmelerin sonucu olarak iş sağlığı alanında psikososyal risk etmenleri öncelikli sorunlar arasında değerlendirilmektedir. Psikososyal risklerin çoğunluğunda, işyerinde karşılaşılan fiziksel, kimyasal, biyolojik risklerden farklı olarak doğrudan ölçümleri yapılamaz. Bu nedenle son 30 yıldır çok sayıda standart ölçekler geliştirilmiş ve gerek araştırmalarda gerekse işyerlerinde risk değerlendirmesi amacıyla kullanılmıştır.

Kopenhag psikososyal risk değerlendirme anketi (KOPSOR) psikososyal tehlike olarak tanımlanmış çok sayıda kavramı kapsayan ve çalışma yaşamının güncel değişimlerine de uyumlu, açık erişimli bir ölçektir. KOPSOR ölçeği (1); iş yükü-kontrol-destek (Demand-control-support) ve çaba-ödül dengesizliği (effort reward imbalance) gibi modele dayalı ölçeklerde kullanılan değişkenleri de kapsadığından geniş bir kullanıcı kitlesi tarafından uygulanmıştır.

Psikososyal Risk Değerlendirmesinin Aşamaları

Ön çalışma: Psikososyal risk önleme politikası oluşturulması

Psikososyal risk değerlendirme ekibinin oluşturulması

Psikososyal risk değerlendirme programı hazırlanması ve tarafların onayı

1.Aşama; İş analizi: Benzer görev ve çalışma alanlarının tanımlanması

2.Aşama; Psikososyal etmenlerin uygun araçlarla ölçülmesi

3.Aşama; Psikososyal etmenlerin değerlendirilmesi

4.Aşama; Önlemlerin geliştirilmesi ve uygulanması

5.Aşama; Önlemlerin etkinliğinin değerlendirilmesi

6.Aşama; Yeniden değerlendirme

Psikososyal faktörlerin hastanın sağlığı üzerinde zararlı etki yaratma ihtimali

Bu risk hastaların psikososyal faktörleri algılamasına ve deneyimlemesine bağlı olarak ortaya çıkar (2). Sağlıktaki bozulmanın ciddiyeti, bu faktörlere maruz kalma düzeyine bağlı olarak değişir. Bireyler, kişilik özellikleri ile birlikte, hastalık nedeniyle depresyon, anksiyete, stres, hastalığa yönelik bilgi gereksinimi, hastalığı kontrol altında tutabilme ve sosyal destek ihtiyacı gibi faktörlerden etkilenmektedir. Stres sonucu sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı artmakta bunun sonucunda psikososyal risk faktörleri hastanın sadece hasta hayatını etkileyen bir unsur olmaktan çıkarak hastanın aile ve sosyal hayatını da olumsuz olarak etkilemektedir.

Hastaya yaklaşım

- Terapötik iletişim (terapiyi veren ile hasta arasındaki iletişim)
- Hastayı bilgilendirme
- Hastanın kendini ifade etmesi için fırsat yaratma

Psikososyal öykü alma

Hastalıkla ilgili özellikler: Tanısı, Hastalığın tedavi gerektirip gerektirmediği, Nasıl tedavi edileceği yada edildiği, Hastalığı ortaya çıkaran nedenler, Hastalığın akut ya da kronik olması, Genetik geçişli olup olmadığı, Bulaşıcı olup olmadığı, Ölümcül nitelik taşıyıp taşımadığı önemlidir.

Acil servisteki stresörler: Acil servise getirilen hastaların karşı karşıya kaldıkları ve stres yaşamalarına neden olan faktörler genel olarak 4 grupta toplanabilir (3). Bunlar çevresel faktörler; fiziksel faktörler; psikolojik faktörler; sosyal faktörler

Çevresel faktörler: Acil servisin görünümü, gürültü, ses, acil servisteki araç-gereçler, etraftaki kötü görünen diğer hastalar, sağlık personelinin yaptıkları işlerdir.

Fiziksel faktörler: İnvazif olan ve olmayan girişimler; ağrı, acı ve sıkıntı çekme; fiziksel hareket kısıtlılığı, yeme içmede yetersizlik gibi faktörler, hastalığına yönelik fiziksel sıkıntı (solunum sıkıntısı vb)dir.

Hastalığın Akut ve Kronik ayrımı yapıldığında

Kronik olarak: Kronik hastalıklarda, beklenen yaşam süresinin artması, yaşam süresinde yaşanan stresler nedeniyle daha da önemli hale gelmiş, bütün ülkelerde bireyi etkileyen önemli sağlık sorunu olmuştur. Fiziksel hastalıklara eşlik eden ruhsal ve davranışsal sorunların düzeyi hastanın: Uyumunu, Bakımını, Tedavi süresi ve masraflarını etkileyeceği gibi, Hastalığın mortalitesini ve morbiditesini de olumsuz etkilemektedir.

Akut olarak

İlk 1-2 günde anksiyete ön planda iken 2. günde inkar ve tedaviyi reddetme, 3. ve sonraki günlerde ise depresyon sık görülmektedir. Yatışı takiben anksiyete ve ölüm korkusu en üst noktadır. Anksiyeteli hastada otonom sinir sistemi aktivitesi bozulmuştur. Öfke; hafif sinirlilik halinden tam bir hiddetlenmeye kadar gidebilen hissi bir deneyimdir. Düşmanlık ise kişilere zarar verme ya da eşyaları tahrip etme şeklinde saldırgan davranış teşvik eden tavrı şekli olarak tanımlanır. Öfke/düşmanlık; sempatik sinir sisteminin aşırı uyarılması ile ilişkili olup artmış sempatik aktivite; arteriyel vazokonstriksiyon, artmış kalp hızı ve artmış kan basıncına sebep olur.

Acil Hastada Psikososyal olarak neler yapılabilir?

Hastalığının risk faktörleri konusunda danışmanlık hizmeti sunulması, fizyolojik ve psikolojik iyilik durumunun sürdürülmesinde gereksinimlere yönelik rehberlik edilmesi, uyum kapasitesi ve öz bakım yeteneğinin sürdürülmesinde emosyonel destek verilmesi, hastalığa ilişkin sağlık problemlerinin önlenmesi ya da baş etmesi için hastaya gerekli bilgilerin verilmesi, hastaların zorluklarla başa çıkmada sosyal ve kaynak destekleri geliştirmesi, yaşadıkları zorluklarla uğraşmada başa çıkma becerileri geliştirmesi, duygusal destek geliştirmesi, hastaların hastalıkla ilgili olumsuz tutumlarını ve inançlarını değiştirmesi, hastalık hakkındaki hislerini araştırma ve ortaya çıkarması, sorun çözme becerileri geliştirmesi, gösterdikleri tepkileri fark etmelerine; tanımlarına ve tanımlanmasına, hastalığa uyum sağlaması, psikiyatrik belirtilerin erken tanınarak erken yardım alabilmesi, yaşadıkları sorunları ifade edebilmelerini desteklemektedir.

Acil Hastada Psikososyal zorluklar ve çözüm önerileri

Acil serviste ruhsal sıkıntısı olan hastaları değerlendirme ve bakım verme konusunda yaşanan güçlüklerin genellikle fiziki koşulların yetersizliğine bağlıdır. Fiziki şartlar düzenlenebilir. Acil servis çalışanlarının olumsuz duygu, düşünce, tutum ve davranışları hastayı olumsuz etkilemektedir. Acil servis çalışanlarının acil psikiyatrik yaklaşım konusundaki bilgi ve beceri eksikliği hasta tarafından olumsuz olarak algılanmaktadır. Çalışanlara bu konuda eğitim verilebilir. Acil servis işleyişinin olumsuzlukları ve triyaj uygulanmasının yetersizliğinin giderilmesi gerekmektedir. Yönetimin bu konuda desteği alınabilir.

SONUÇ OLARAK Acil Hastada Psikososyal Risk değerlendirilmesi yapılamadığında; Sağlık çalışanları için şiddete maruz kalınması olasıdır. Bunun sebepleri: Hasta ve yakınlarıyla aralarındaki iletişim eksiklikleri, Yönetimden kaynaklı aksaklıklar ile hasta ve yakınlarıyla etkileşim kaynaklı faktörler, Hasta ve yakınlarının ise hasta öncelikleri ve hasta hakları konusundaki bilgi eksiklikleri, Medyada yer alan sağlıktaki şiddet içerikli haber ve programlardan etkilenme, Bireysel çıkarları için kurallara uygun olmayan istekler, İletişim eksikliği veya yanlış anlamlandırmalar ortaya çıkabilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Kristensen TS. A questionnaire is more than a questionnaire. Scand J Public Healt. 2010;38:149-55.
2. Leka, S., Cox, T., & Zwetsloot, G. (2008). The European Framework for Psychosocial Risk Management (PRIMA-EF)(pp. 1-16.). In: S. Leka & T. Cox (Eds.), The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF, Nottingham: I-WHO Publications.
3. Yıldız, A.N., Kaya, M. Ve Bilir, N.(2011) İşyerinde Şiddet. Türk-İş, Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu Yayını, Ankara.



BIOLOGICAL AND PHYSICAL CHANGES WITH AGING

MD-PhD TUĞBA TURGUT

Antalya Research and Training Hospital, Geriatrics Department Antalya TURKEY

VISION: Presbyopia occurs. The ability to adapt to light changes decreases. Near vision and accommodation are reduced. Tear production is reduced.

THE AUDITORY SYSTEM: Presbycusis: Hearing acuity decreases. Vertigo and tinnitus are more common due to vestibular dysfunction.

GASTROINTESTINAL SYSTEM: The frequency of atrophic gastritis increases, gastric blood supply decreases. Stomach acidity is reduced. Prostaglandin synthesis is reduced. Increased sensitivity of gastric epithelium.

NEUROLOGY: There is loss of neurons, atrophy of the gyri, enlargement of the sulci and ventricles. Basal ganglia neuron loss – dopamine and muscular rigidity may occur as a result of atrophy.

CARDIOVASCULAR SYSTEM: Calcification, fat and fibrous tissue increase in the sinus node and conduction pathways, and the number of pacemaker cells decreases. Left ventricular wall thickness increases slightly, Left atrium diameter increases (frequency of atrial fibrillation increases).

PULMONARY SYSTEM: The number and activity of bronchial cilia decreases, the number of glandular cells decreases. The number of nerve endings in the larynx decreases, the cough reflex weakens. Secretory IgA in the mouth and lungs decreases, the defense against viruses weakens. There is a tendency to hypoxia due to alveolar changes and capillary thickening (ventilation-perfusion mismatch).

NEPHROLOGY: Renal blood flow and GFR decrease. Urine dilution and concentration ability is reduced. The excretion of drugs (with renal excretion) from the body slows down.

HEMATOLOGY: Bone marrow mass decreases, fat ratio increases. Compensatory responses are delayed. However, there is no significant change in cell numbers and parameters in peripheral blood. There is a slight increase in procoagulant factors.

IMMUNITY: The loss of function of the immune system in old age is called 'immunosenescence'. The thymus gland, where T cell activation takes place, becomes atrophy with aging. The total lymphocyte count is reduced. The cytotoxic functions of NK cells are reduced. The phagocytic activities of neutrophils, which are involved in defense against bacterial and fungal microorganisms, are reduced. Immunoglobulin levels are normal. The amount of specific antibodies developed as a result of infection or vaccination decreases with age.

REFERENCES:

- Halter JB, Ouslander JG: Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. In: Hall KE, ed. Aging of the gastrointestinal system, 7th ed. New York: Mc Graw Hill; 2017:917-930.
- Özkayar N, Aroğul S. Yaşlanma ile meydana gelen fizyolojik değişiklikler. İç Hastalıkları Dergisi 2007; 14(1): 18-26.
- Abrams WB, Bears M. The Merc Manual of Geriatrics. 2nd ed. Published By Merck Research Laboratories, 1995.
- Safar M. Aging and its effects on the cardiovascular system. Drugs 1990; 39 (Suppl 1): 1-8.
- Tails CR, Fillit MH. Geriatric Medicine and Gerontology. 6th ed. By Churchill Livingstone, 2003.



FRAGILE ELDERLY CONCEPT AND HOW TO MANAGE

MD-PhD Deniz Kılıç¹

¹*Antalya Research and Training Hospital Emergency Department Antalya, TURKEY*

According to the silver book 2 of British Geriatrics Society, frailty is a condition characterized by loss of biological reserves, failure of physiological mechanisms and consequent increased risk of experiencing a range of adverse outcomes, including hospitalization, longer length of inpatient stay, and delirium. By finding these vulnerable persons we can manage their illnesses without causing serious outcomes like; losing independence, becoming disable and death. Only treating the acute illness is not enough to save them from these unwanted events. As frailty is a dynamic process, we can improve our patients from frailty state to robust state. If we don't care about this concept, patient may become frail from a robust state after an acute illness. This makes the frailty concept so important to know. In this lecture, we will be talking about concepts and definitions of frailty, which patients to be screened at emergency department, which tools can be used, how to manage these patients according to 4Ms Model (what Matters most, Medications, Mentation and Mobility), what will limit our approach and what can be done on this matter?

REFERENCES

1. Silver book 2, British Geriatrics Society
2. 2014 ACEP Geriatric Emergency Department Guidelines
3. Trends in Geriatric Emergency Medicine Emerg Med Clin N Am 39 (2021) 243–255 <https://doi.org/10.1016/j.emc.2020.12.004>
4. Frailty: an emerging concept for general practice Jan De Lepeleire, Steve Iliffe, Eva Mann and Jean Marie Degryse British Journal of General Practice 2009; 59 (562): e177-e182. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp09X420653>
5. Frailty consensus: a call to action. AU Morley JE, Vellas B, van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, Cesari M, Chumlea WC, Doehner W, Evans J, Fried LP, Guralnik JM, Katz PR, Malmstrom TK, McCarter RJ, Gutierrez Robledo LM, Rockwood K, von Haehling S, Vandewoude MF, Walston J SO J Am Med Dir Assoc. 2013 Jun;14(6):392-7.
6. Uptodate
7. Age-Friendly Health Systems: Guide to Using the 4Ms in the Care of Older Adult. JULY 2020



GERIATRIC EMERGENCY SERVICE CONCEPT AND MODELS

MD-PhD Mehmet Akcimen¹

¹.Antalya Training and Research Hospital Emergency Department Antalya, TURKEY

The older population is increasing all over the world day by day. With increasing age, there is an increased risk of disease, and both are associated with increasing Emergency Department (ED) attendances. Special programs have been designed to overcome these difficulties, and suitable environments for better care have begun to be created. With the intervention of trained emergency service personnel on patients over the age of 65, positive feedback has started to occur in patients, family members, caregivers and even the society.

The Geriatric Emergency Department (GED) recommendations for optimal geriatric emergency care were adopted by the national geriatrics and emergency departments in 2014.

ACEP has gathered the geriatric emergency structure under 4 main headings.

- Geriatric emergency unit
- Geriatric practitioner model
- Supportive geriatric model
- Geriatrics focused observation unit

These models that mentioned above are successful examples of how the geriatric emergency can be incorporated into the emergency room.

Successful geriatric emergencies can be created by using the available resources, providing geriatric training, and directing local opportunities and resources correctly.

REFERENCES:

1. Society, American Geriatrics, et al. "Geriatric emergency department guidelines." *Annals of emergency medicine* 63.5 (2014): e7-e25.
2. Southerland, Lauren T., et al. "Concepts in practice: geriatric emergency departments." *Annals of emergency medicine* 75.2 (2020): 162-170.
3. Mooijaart, Simon P., et al. "Geriatric emergency medicine: time for a new approach on a European level." *European Journal of Emergency Medicine* 26.2 (2019): 75-76.
4. Bellou, Abdelouhab, Simon P. Conroy, and Colin A. Graham. "The European curriculum for geriatric emergency medicine." (2016).
5. Hwang, Ula, et al. "Geriatric emergency department innovations: transitional care nurses and hospital use." *Journal of the American Geriatrics Society* 66.3 (2018): 459-466.



EVALUATION AND STABILIZATION OF LIFE-THREATENING CONDITIONS IN THE ELDERLY

MD Adeviye Karaca¹

Health Sciences University, Antalya Training and Research Hospital Emergency Department, Antalya, TURKEY

Older adults make more than 20 million and 15% of all emergency department (ED) visits annually. Older ones typically have more medical problems, are taking more medications, are more likely to have baseline impairments in function and cognition, malnutrition, and abuse or neglect and are less likely to fully recover from illness or injury than younger adults.

To provide optimal emergency care to older adults, there are two of the central challenges: to provide efficient care without missing a serious medical condition, and to honor, when possible, the patient's desire for discharge despite the risk of adverse outcomes.

In recognition of these and other challenges, guidelines to improve ED care for older adults have been established. In this presentation, we will discuss the approach to the care of the elderly ED patient according to literature, the differences between older and younger adults and evaluation and stabilization of life-threatening conditions, with implications for physician practice and ED processes of care.

REFERENCES

1. Rossille, Delphine, et al. "Managing an emergency department by analysing HIS medical data: a focus on elderly patient clinical pathways." *Health Care Management Science* 11.2 (2008): 139-146.
2. Cooke, Matthew, and David Oliver. *Quality care for older people with urgent and emergency care needs: the silver book*. Department of Health, 2013.
3. Moe, Jessica, et al. "Effectiveness of interventions to decrease emergency department visits by adult frequent users: a systematic review." *Academic Emergency Medicine* 24.1 (2017): 40-52.
4. Nickel, Christian, Abdelouahab Bellou, and Simon Conroy, eds. *Geriatric emergency medicine*. Springer International Publishing, 2018.
5. Metin, Hüseyin, and Acil Tıp ABD. "Geriatik Travmalara Yaklaşım." (2019).
6. Shenvi, Christina L., and Timothy F. Platts-Mills. "Managing the elderly emergency department patient." *Annals of emergency medicine* 73.3 (2019): 302-307.
7. Rosen, Tony, Timothy F. Platts-Mills, and Terry Fulmer. "Screening for elder mistreatment in emergency departments: current progress and recommendations for next steps." *Journal of Elder Abuse & Neglect* 32.3 (2020): 295-315.
8. KUNT, Mehmet Mahir. "YAŞLILIK DÖNEMİNDE ACİL SORUNLAR." *BİRİNCİ BASAMAK İÇİN*: 66.
9. Işık, Ahmet Turan, Pınar Soysal, and Saadet Koç Okudur. "Geriatik Aciller." (2020).
10. Logoglu, Aysegul, et al. "Analysis of non-traumatic elderly patient presentations to the emergency department/Acil servise basvuran travma disi geriatik olgularin demografik ozelliklerinin incelenmesi." *Turkish Journal of Emergency Medicine*, vol. 13, no. 4, Dec. 2013, pp. 171+. *Gale Academic OneFile*, link.gale.com/apps/doc/A364958940/AONE?u=anon~804cf222&sid=googleScholar&xid=e9ada00e. Accessed 13 Oct. 2021.
11. UpToDate.com



ACİLDE ŞİDDET YAKLAŞIMI

Dr. Caner Sağlam

İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

TANIM:

Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre **şiddet**; fiziksel saldırı, cinayet, sözel saldırı, duygusal, cinsel veya ırksal taciz olarak tanımlanmaktadır. **İş yerinde şiddet** “*çalışanın işiyle ilgili durumlar sırasında bir kişi veya kişiler tarafından istismar edildiği veya saldırıya uğradığı olaylar*” olarak tanımlanmaktadır.

WHO tanımına göre **sağlıkta şiddet**, “*hasta, hasta yakınları veya diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, ekonomik istismar, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum*” olarak tanımlanmıştır. Raporlarda tüm *mesleki şiddet* vakalarının %25'inin sağlık çalışanlarına yönelik olduğu bildirilmiştir

ŞİDDET ÇEŞİTLERİ:

- Sözel şiddet
- Tehdit
- Fiziksel şiddet

ŞİDDETİN SIKLIĞI:

- Sağlık çalışanları dünyanın her yerinde şiddet riski altındadır ve son yıllarda bu risk artış göstermektedir.
- Sağlık çalışanlarının %8 ila %38'i fiziksel şiddete maruz kalmaktadır (1).

TÜRKİYE'DE DURUM:

- 2013 yılında yayınlanan ve 1300 sağlık çalışanı ile yapılan görüşmenin değerlendirildiği bir çalışmada sağlık çalışanlarının % 86,8'nin, meslek hayatları boyunca en az 1 kez şiddete uğradığını belirtmişler.
- 2020 yılında 8001 sağlık çalışanıyla yapılan başka bir araştırmada; araştırmaya katılanların yüzde 67'si görevi esnasında en az bir kez şiddetin bir türüne uğramış.
- *Sözel şiddet* ilk sırada gelirken, bunu *psikolojik şiddet*, *fiziksel şiddet* ve *cinsel şiddet* izliyor.

ACİLDE ŞİDDET:

- Yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin büyük çoğunluğunun hastane *acil servisi* ve *psikiyatri kliniklerinde* yaşandığı ifade edilmektedir (2).
- Uzun bekleme süreleri, tetkik ve konsültasyonlar nedeniyle tedavinin uzaması; geç müdahale ve önemsememe olarak algılanabilir..
- Hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının çalışma koşulları, mesai saatleri, çalışan sayısı çalışanların da gerilimini artırır ve tükenmişlik sendromuna yol açar.

ETKİLEYEN FAKTÖRLER:

- Kişilik bozukluğu veya psikiyatrik hastalık öyküsü
- Uzun bekleme süreleri
- Fiziksel şartlar
- Çalışanlarda motivasyon eksikliği
- Güvenlik önlemlerinin yetersizliği
- Yasal düzenlemelerin yetersizliği
- İletişim sorunları
- Personel sayısının az olması
- Kalabalık

ÖNERİLER:

1. Güvenlik görevlilerinin sayı ve eğitim standartlarının iyileştirilmesi
2. Yardımcı sağlık personeli sayısının iyileştirilmesi
3. Performans sistemi uygulamasının gözden geçirilmesi
4. Birinci basamaktan sevk zinciri uygulamasının hayata geçirilmesi
5. Acil olmayan hastalardan, acil servis hizmet bedeli alınması
6. İletişim eğitimi

KAYNAKLAR:

1. *Violence against health workers, World Health Organisation (WHO)* http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en/, Erişim tarihi: 11 Mart, 2019
2. Güllalp ve ark., 2009; Annagür, 2010; Ayrancı ve ark.,2002



NOTIFIABLE SITUATIONS AND OFFICIAL PROCEDURES IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

Dr. Öğr. Üyesi Bahadır Taşlıdere
Bezmialem Vakıf University, Department of Emergency Medicine

Physicians, while carrying out their profession, bear responsibilities not only to the patients and their relatives, but also to the administrative and judicial units. Article 4 of the Turkish Penal Code states that "Ignorance of penal laws is not an excuse". Physicians, who are always expected to make the right decision, should be knowledgeable about legal and ethical regulations as well as their professional obligations. In the Emergency Services Regulation, it is stated that "Emergency services should provide 24-hour uninterrupted health care". Article 14 of the Regulation and Article 18 of the Turkish Code of Deontology are as follows: It is both official and humanitarian duty of physicians to provide medical aid to patients applying for emergency health care and to make the necessary notification. In situations requiring emergency intervention, physicians should fulfill the requirements of medical science and intervene appropriately, regardless of the views or effects of the patient or their relatives. This responsibility includes the transportation of the patient and results in his transfer to another physician. Article 15 of the Patient Rights Regulation mentions the medical procedure and intervention methods to be applied to patients, and informing them about the results of the disease. The main purpose is to give information to the patient and make him understand this information, rather than getting his signature. Patients should be informed according to their own culture and education level. Turkish Penal Code article 280, judicial case Public Health Law article 57, and infectious disease Criminal Procedure Law article 159 are about informing about death. TCK Article 280 is as follows: A healthcare worker who does not report this situation to the competent authorities despite encountering a symptom of a crime during his duty, or delays in reporting, is sentenced to up to one year in prison. The physician who encounters an indication that a crime has been committed legally has an obligation to report a forensic case. Where should forensic cases be reported? In emergency services where there is no security officer, this notification can be made to the responsible police chief, gendarmerie station or public prosecutor's office. Prepared forensic reports must be submitted against signature. Reports made over the phone should be recorded. What is secrecy? Article 4 of the Medical Deontology Regulation and Article 198 of the TCK are related to the responsibility of keeping secrets. "Keeping secrets" is one of the basic professional ethics of medicine. Disclosure of information to third parties may lead to a claim for pecuniary and non-pecuniary damages. TCK 235-236 is as follows; In the face of forensic events, the physician is obliged to notify the relevant authorities when he learns about a crime. Even if the victim does not want it, reporting is a legal obligation. The Regulation on Infectious Diseases Surveillance and Control Principles mentions the obligation to notify cases of infectious diseases and food poisoning that threaten public health. For the prevention and control of communicable diseases; It includes determining the list of infectious diseases, defining the event and case, establishing a communication network structure, and a notification and notification system. Notifiable infectious diseases (groups A, B, C, D) are also considered in this group. Covid-19 was also added to the List of Infectious Diseases by Subject Headings. Those who do not notify although they are responsible and do not comply with the provisions of this directive receive a warning letter (Article 14). For those who do not fulfill their obligations, pursuant to the relevant articles of the legislation, a criminal complaint is filed by the Provincial Health Directorates to the Public Prosecutor's Offices due to behaviors that "endanger public health". Those who make a false report and benefit from the document can be accused of forgery in the official document (article 210/2). Frequent and notifiable situations in the emergency department: Traffic accidents, assault, gunshot wounds, sharps and stab wounds, poisoning (medicine, food, substance), falling from a height, work accidents, electrical and lightning strikes, sexual assault, child abuse, elder abuse, burns, explosive substance injuries, allegations of torture and ill-treatment, suicide attempts, accident, suicide and all cases considered suspicious by the physician. At the beginning of the points to be considered, the anatomical localization, size and characteristics of the traumatic lesions should be specified, ecchymosis color, location, size information should be given, it should be stated whether there is a muscle laceration and whether there is a tendon or nerve cut. Entry-exit description should be made for firearm injuries. Specify whether the fracture is open, linear, or granular. The degree of the burn and the area it covers should be calculated. Medical evidence of injuries thought to be involved in the abdomen or thorax should be stated. In cases of poisoning, clinical findings, laboratory results, and treatments should be specified, and circulatory system examination findings and cardiac involvement should be stated in electrical shocks. Protection of evidence Traces of crime are important both for the elimination of victimization and for the safety of the physician. It is important to protect the insane so that they can reach authorities such as forensic doctors, police officers and prosecutors. Any material on the patient should be preserved as evidence. The holes on the clothing can give information about the gunpowder, lead entry-exit and angle. It can be cut as far as possible from the focus of trauma at the stage of removing the clothing. While removing the clothes, gloves should be used and these clothes should be kept by folding as little as possible, without coming into contact with the environment. Information should be carefully recorded. Recording is both a legal obligation and the greatest evidence against claims of medical malpractice that may arise in the future. A missing detail can lead to serious consequences. Prepared forms should be sent to the relevant authorities periodically. It is a legal obligation to send the records kept at the request of the judicial authorities within 10 days. An important part of the applications to the emergency services are cases that are dead or result in death after a short intervention. A detailed anamnesis is essential for the cause and forensic nature of death. The most common problem in issuing a death certificate is the indication of the terminal period finding before death as the cause of death. It is insufficient to say "cardiopulmonary arrest" as the "cause of death" for someone who died due to myocardial infarction. Since the cause of death will also be used by banks, insurance companies, etc., not specifying the "real cause of death" may lead to the inability to exercise some rights. In the document prepared, information such as the identity of the deceased person, demographic information, address, mode of death, whether it was caused by injury, whether there was a maternal death, and the place of injury should be stated. It should be known that in most cases where medical malpractice is given, the main problem is "missing records". Everything that is not recorded and cannot be proven can be ignored. Considering the legal and penal responsibilities imposed on the physician, we should be well aware of the limits of our legal responsibilities. Patients should be examined in detail and records should be kept completely. The decision should be made after laboratory examinations and necessary consultations. It is the right approach to notice the situations to be reported and not be delayed.

**NSTEMİ YÖNETİMİNDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR 2020 (2020/2021 KLAVUZ GÜNCELLEMELERİ)**

Uzm. Dr. Birdal GÜLLÜPINAR
İzmir Bozyaka EAH Acil Tıp Kliniği

TANIM

- Akut miyokard enfarktüsü (AMI), akut miyokard iskemisi sonucu kardiyomiyosit nekrozu
- AMI tanısı için bir kardiyak biyobelirteç, tercihen yüksek duyarlılıklı kardiyak troponin (hs-cTn) T veya I ve aşağıdakilerden en az biri:
 - Miyokard iskemisi belirtileri
 - Yeni iskemik EKG değişiklikleri
 - EKG'de patolojik Q dalgalarının gelişimi
 - İskemik bir etiyoloji ile uyumlu bir paternde canlı miyokard kaybının veya yeni bölgesel duvar hareket anormalliğinin görüntülenmesi
 - Anjiyografi veya otopside intrakoronar trombüs

YENİ ÖNERİLER**TEŞHİS/TANI**

- 0 h / 1 h algoritmasına alternatif olarak, yüksek duyarlılıklı Troponin (hs-cTn) testi mevcutsa, 0 h / 2 h algoritması kullanılması önerilir
- Teşhis amaçlı olarak, CK, CK-MB, h-FABP veya copeptin gibi ek biyobelirteçlerin rutin olarak ölçülmesi önerilmez

RİSK DERECELENDİRMESİ

- Prognoz açısından BNP veya NT-proBNP plazma konsantrasyonlarının ölçülmesi düşünülmeli

ANTİTROMBOTİK TEDAVİ

- PKG'e giden NSTEMI hastalarında, Tikagrelor yerine Prasugrel düşünülmeli
- Koroner anatomisi bilinmeyen ve erken invaziv tedavi planlanan hastalara bir P2Y12 reseptör inhibitörü ile rutin ön tedavi uygulanması tavsiye edilmez
- AF'si olan hastalarda (erkeklerde CHA2DS2-VASc skoru ≥ 1 ve kadınlarda ≥ 2), kısa süreli üçlü antitrombotik tedaviden sonra ikili antiplatelet tedavisi, inmeyi önlemek için önerilmektedir
- Oral Antikoagülanlarla (OAK) tedavi edilen hastalarda antitrombosit tedavinin 12 ay sonra kesilmesi önerilir
- OAK ve tikagrelor veya prasugrel içeren ikili antitrombotik tedavi kullanılan stent türünden bağımsız olarak orta veya yüksek stent trombozu riski olan hastalarda OAK, aspirin ve klopidoğrel'in olduğu üçlü antitrombotik tedaviye alternatif olarak düşünülebilir

İNVAZİV TEDAVİ

- Aşağıdakilerden herhangi birine sahip hastalarda 24 saat içinde erken bir invaziv strateji önerilir.
 - NSTEMI
 - Devam eden iskemiyi düşündüren dinamik veya muhtemelen yeni ST / T segment değişiklikleri
 - Geçici ST segment yükselmesi
 - GRACE risk skoru > 140
- Düşük riskli olduğu düşünülen hastalarda koroner arterde tıkanıklık saptanması durumunda uygun iskemi testinden sonra elektif invaziv strateji veya koroner bilgisayarlı anjiyografi yapılması önerilir
- Hastane dışı kardiyak arrest sonrası başarılı bir şekilde resüsite edilen, ST segment yükselmesi olmayan, hemodinamik olarak stabil hastalarda acil durumdan farklı olarak gecikmiş anjiyografi düşünülmelidir

KILAVUZA YENİ DAHİL EDİLEN BÖLÜMLER

- -MINOCA (Non-oklüziv koroner arter MI)
- -SCAD (Spontan koroner arter diseksiyonu)

HIZLI DAHİL ETME VE DIŞLAMA ALGORİTMALARI

- Hem acil serviste kalış süresini azaltmak hem de tanıdaki gecikmeyi önlemek amacıyla hs-cTn testlerinin kullanımı
- 0 h / 1 h algoritmasının (en iyi seçenek, 0.saat ve 1.saat kan alımı) veya 0 h / 2 h algoritmasının (ikinci en iyi seçenek, 0.saat ve 2.saat kan alımı) kullanılması önerilir
- 0 h / 1 h ve 0 h / 2 h algoritmaları iki görüşe dayanır:
 - Hs-cTn sürekli bir değişkendir ve MI olasılığı artan hs-cTn değerleri ile artar,
 - 1saat ve 2 saat içindeki troponin seviyelerin erken mutlak değişiklikleri, 3 saat ve 6 saat üzerindeki mutlak değişimlerin yerine kullanılabilir.
- Hastanın 0. saat alınan hs-cTn konsantrasyonu çok düşük ise NSTEMI göz ardı edilebilir.
- Hs-cTn konsantrasyonun düşük başlangıçlı olması veya ilk 1 saat içinde anlamlı bir artışın olmaması halinde NSTEMI göz ardı edilebilir.
- Başvuru sırasındaki hs-cTn konsantrasyonu orta derece yüksekse veya hs-cTn konsantrasyonları ilk saat içinde anlamlı artış gösteriyorsa, hastaların NSTEMI olasılığı yüksektir.

KAYNAKLAR

1. Roffi M, Patrono C, Collet JP, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F, Bax JJ, Borger MA, Brotons C, Chew DP, Gencer B, Hasenfuss G, Kjeldsen K, Lancellotti P, Landmesser U, Mehilli J, Mukherjee D, Storey RF, Windecker S; ESC Scientific Document Group. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2016 14;37(3):267-315
2. Collet JP, Thiele H, Barbato E, Barthélémy O, Bauersachs J, Bhatt DL, Dendale P, Dorobantu M, Edvardsen T, Folliguet T, Gale CP, Gilard M, Jobs A, Jüni P, Lambrinou E, Lewis BS, Mehilli J, Meliga E, Merkely B, Mueller C, Roffi M, Rutten FH, Sibbing D, Siontis GCM; ESC Scientific Document Group. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Eur Heart J. 2021 Apr 7;42(14):1289-1367. doi: 10.1093/eurheartj/ehaa575. Erratum in: Eur Heart J. 2021 May 14;42(19):1908. Erratum in: Eur Heart J. 2021 May 14;42(19):1925. Erratum in: Eur Heart J. 2021 May 13; PMID: 32860058.