

Dün Baktığın Hasta Var Ya

Dr. Neşe ÇOLAK ORAY

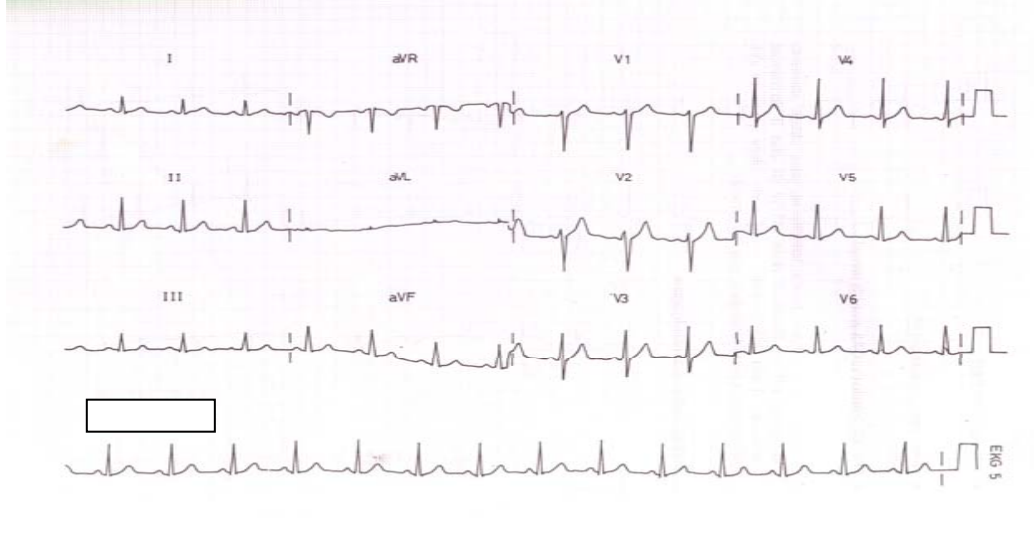
Olgu-1

- 76 yaş, bayan hasta
- Gelininin cenaze töreninde baygınlık atağı
- Düşüp düşmediğinden emin değil???? Skalp kesisi var
- Bugün hiçbirşey yememiş
 - Ateş Ø, bulantı/kusma Ø, göğüs ağrısı Ø, karın ağrısı Ø, melena Ø
 - Alışkanlıklar: sigara Ø, alkol Ø, madde kullanımı Ø
 - Özgeçmiş – Soygeçmiş: özellik Ø
 - Kullandığı ilaçlar:Ø
- 112 ile acil servise getirildi
 - Servikal collar - travma tahtası mevcut
 - SKŞ: 76mg/dl

Olgu-1

Saat	TA	Nb	SS	A	Pulse O2
12:00	152/96 mmHg	96/dk	20/dk	35,8C	%99
	FİZİK MUAYENE				
Genel Görünüm	Genel durumu iyi, üzüntülü , oryante, koopere				
Baş-boyun	Skalp arka kısımda 3 cm laserasyon				
Solunum	HİHTSEK, Ral Ø, Ronküs Ø				
KVS	S1 +, S2+, ritmik, eksses yok, palpasyonla göğüs duvarı hassasiyeti Ø				
Batın	Hassasiyet Ø, distansiyon Ø, organomegali Ø barsak sesleri normoaktif, palpabl kitle Ø, üfürüm Ø				
Nörolojik	GKS 15, IR+/, göz hareketleri ve fundoskopi normal				
Kas iskelet	4 extremitte hareketleri normal, distal nabızlar açık, Servikal ve diğer spinöz proçes hassasiyeti Ø				

Olgu -1



HEMOGRAM	SONUC
WBC	7.0
HGB	12.9
PLT	276

BİYOKİMYA	SONUC
GLU-AC	80
BUN	20
KRE	1.0
NA	141
K	4.0
CL	103
CK-MB	0.5
TROPONİN	<0.20

Olgu-1

Saat	TA	Nb	SS	A	Pulse O2
14:00	124/78mmHg	76dk	18/dk	36,5C	%99
	Beyin BT : Normal				

- Skalp suture edildi
- Td profilaksi
- 15:00
- Tanı: senkop? + skalp laserasyonu + yas reaksiyonu
- Sonuç: Taburcu

Olgu-1

- 19:55, 2. başvuru, 5 saat sonra
- Eve dönünce uyumuş ve yakınları tarafından zor uyandırılınca 112 çağırılmış.
- TA: 70/40 mmHg → 600cc İzotonik → 121/72 mmHg
- Şuanda kendini daha iyi hissediyor, oryante koopere
- Israrla yorgun olduğunu söylüyor
- Genel güçsüzlük +
- Sol arka kaburga altında sızı şeklinde ağrı hariç başka ağrısı-yakınması yok

Olgu -1

Saat	TA	Nb	SS	A	Pulse O2
19:57	119/78 mmHg	67/dk	16/dk	36,0C	%97
	FİZİK MUAYENE				
Genel Görünüm	Terli ve solgun, uyku eğilimi +, kolay uyandırılabilir ve emirlere uyuyor				
Solunum	HİHTSEK, Ral Ø, Ronküs Ø				
KVS	S1 +, S2+, ritmik, eksses yok,				
Batın	Karın yumuşak, Hassasiyet Ø, distansiyon Ø, rebound Ø				
Nörolojik	GKS 14, IR+/, göz hareketleri normal, babinsky -/-, Lateralize motor defisit Ø, ense defansı Ø				
Kas iskelet	Soğuk ve solgun extremiteler 4 ekstremite distal nabızlar zayıf,				

Olgu -1

Saat	TA	Nb	SS	Pulse O2
20:05	110/68mmHg	68dk	16/dk	%97
	SKŞ: 494 mg/dl, EKG : sinüs ritmi Biyokimya, hemogram, PA AC grafisi, Beyin ve batin BT planlandı			
20:28	88/42mmHg	80dk	18/dk	%90
	Hasta BT'den döndü. 500 cc normal salin İV			
20:35	65/-mmHg	120dk	agonal	
	Hasta agonal soluyor. Entübe edildi. Dopamin infüzyonu başlandı, 2Ü krossuz kan istemi yapıldı			
20:50	42/-mmHg	124dk	entübe	
	Hasta yakınları bilgilendirildi. Acil kaos halinde Hb sonucu geldi: 7.1			

Olgu -1

BİYOKİMYA	SONUC
GLU-AC	356
BUN	25
KRE	1.9
NA	139
K	3.9
CL	107
CK-MB	1.2
TROPONİN	0.25

HEMOGRAM	SONUC
WBC	14.0
HGB	7.1
PLT	129

KAN GAZI	SONUC
pH	7.308
pO2	249
pCO2	24.5

EKG	Sinüs taşikardisi
PA AC grafisi	Kardiyopulmoner patolojik görüntü yok

Olgu -1

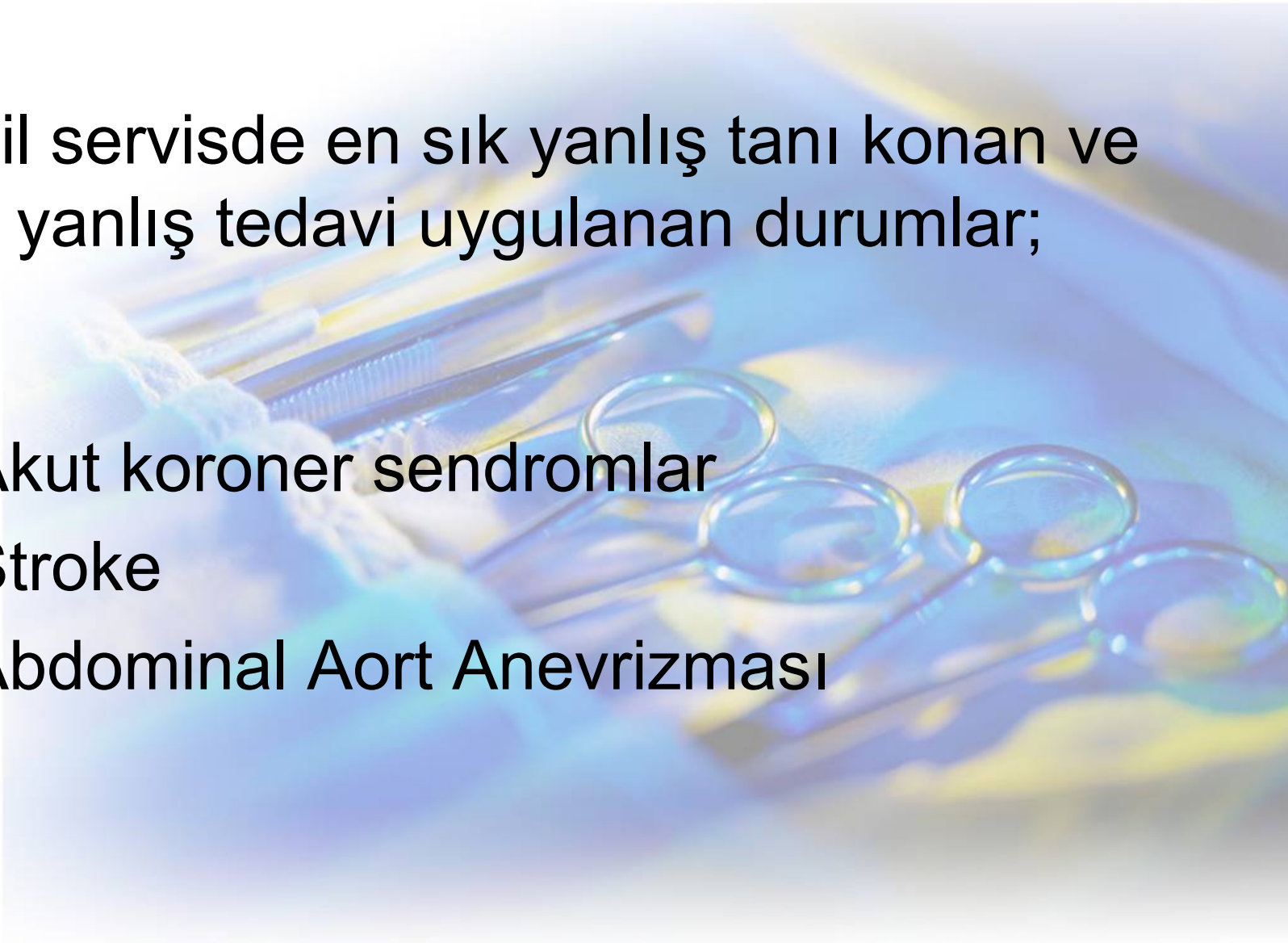
Saat	TA	Nb	SS
20:55	40/-mmHg	47dk	entübe
	Hasta bradikardik. Atropin yapıldı BT sonuçları geldi.		
21:15	56/-mmHg	125dk	entübe
	Kalp damar cerrahisi konsültasyonu Acil operasyon planlanıyor 2 Ü krossuz kan gidiyor. 6 Ü daha kan istemi yapıldı.		

Beyin BT:	Akut patoloji yok
Kontraslı Batın BT:	Abdominal aort anevrizması ~6 cm Solda retroperitoneal geniş hematom

Olgu -1

- Tanı: Ruptüre Abdominal Aort Anevrizması
- Sonuç:
 - Hasta acil operasyona alındı
 - Ertesi sabah exitus





Acil serviste en sık yanlış tanı konan ve yanlış tedavi uygulanan durumlar;

- Akut koroner sendromlar
- Stroke
- Abdominal Aort Anevrizması

AAA ve Diseksiyon semptomları

- Göğüs ve sırt ağrısı %88-90
- Aort yetmezliği $\pm$ KKY %50
- Nabız defisiti %50
- Nörolojik defisit %20
- Hipotansiyon %20
- **Senkop %5**
- **Ağrı yok!!! % 5-10**

Senkop

- AS başvurularının %3'ü, hastane yatışlarının %1-6'sı
- Bilinç ve postural tonusda geçici kayıp
- Ani başlangıç ve kendiliğinden tam düzelme periyodu
- Ayırıcı tanı:
 - Nöbet
 - Pseudonöbet
 - Aritmi ve diğer kardiyak nedenler
 - Vazovagal nedenler
 - Hipoglisemi
 - Hipovolemi
 -

Senkop

- Tüm tanı yöntemlerine rağmen çoğunun nedeni bulunamıyor
- Bütün senkop hastalarına agresif tanı yöntemi uygulamalı mı?
- Tüm senkoplar yatar mı?

Senkop yatış kriterleri

Kesin endikasyonlar

- Göğüs ağrısı + senkop
- Bilinen KKY veya aritmi hikayesi
- KKY veya valvüler hastalık FM bulguları
- Nörolojik hastalığın yeni FM bulguları
- Anormal EKG (iskemik değişiklikler, aritmiler, uzun QT, dal bloğu)

Senkop yatış kriterleri

Olası endikasyonlar

- 60 yaş üstü
- Bilinen KAH veya konjenital kalp hastalığı hikayesi
- Ailede beklenmedik ani ölüm öyküsü
- Senkop etiolojisi için belli bening bir tanının olmadığı genç hastalar

Nerde hata yaptık?

- Senkop ile gelen bir hasta var
- Hasta 60 yaş üstünde
- İlk EKG ve kardiyak enzimler normal
 - AMI dışlar mı?
 - Aritmiyi dışlar mı?
- İlk Hb normal
 - GİS kanamayı dışlar mı? Rektal Tuşe?
- Nörolojik muayene normal
 - Epileptik nöbeti dışlar mı?

Olgu -2

- 28 yaş, bayan hasta
- 5 saat önce başlayan baş ağrısı
 - Ağrı yeni bir ağrı değil ve öncekilerle aynı karakterde
- Fotofobi +, fonofobi +, kusma +
- Parasetamol ile rahatlamamış
- Daha önceki nörolojik incelemeler normal
- Stresli dönemlerde baş ağrısı +
- Kullandığı ilaçlar: Ø
- Alışkanlıklar: sigara +, alkol ±, madde kullanımı Ø
- Özgeçmiş: 1 yıldır benzer baş ağrısı atakları
- Soygeçmiş: özellik Ø

Olgu -2

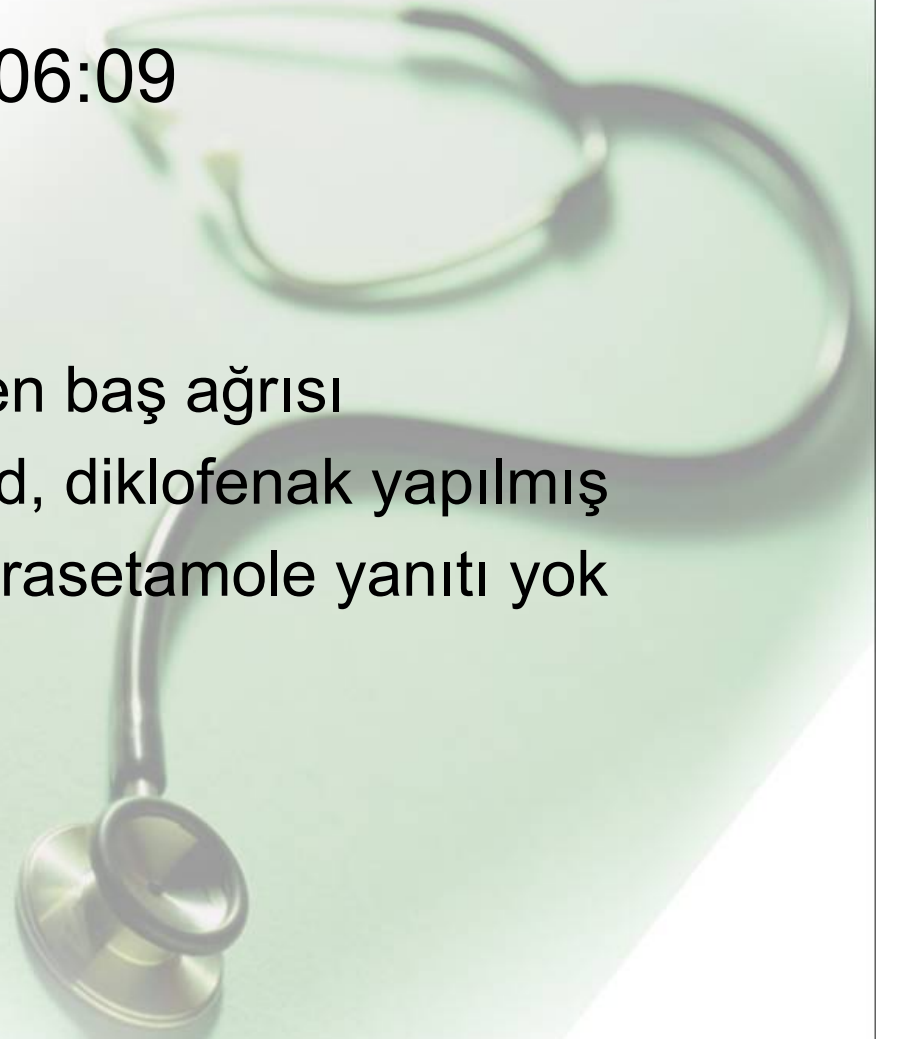
	FİZİK MUAYENE
Genel Görünüm	Genel durumu iyi, oryante, koopere
Baş-boyun	Trakea orta hatta, JVD Ø, LAP Ø, KBB bakısı olağan
Solunum	HİHTSEK, Ral Ø, Ronküs Ø
KVS	S1 +, S2+, ritmik, ek ses Ø
Batın	Hassasiyet Ø, Rebound Ø, Defans Ø, barsak sesleri normoaktif
Nörolojik	GKS 15, IR+/, göz hareketleri ve fundoskopi normal, ense sertliği Ø, DTR normal
Extremite	Periferik nabızları eşit-açık, motor-duyu defisit Ø,

Olgu -2

Saat	TA	Nb	SS	A	Ağrı skoru
17:11	122/82 mmHg	104/dk	18/dk	36,5C	10/10
	Metoklorpropamid +100cc isotonik İV infüzyon Diklofenak İM				
17:59					1/10
	Eve gitmeye hazır. Walk-talk-drink Tanı: Migren Öneri: Nöroloji poliklinik kontrolü				

Olgu -2

- 2. başvuru, 1 gün sonra, 06:09
- Geliş şikayeti: migren
- 2-3 haftadır aralıklı devam eden baş ağrısı
- Önceki gece metoklorpropamid, diklofenak yapılmış
- Ağrısı yeniden başlamış ve parasetamole yanıtı yok
- Öncekilerle aynı karakterde



Olgu -2

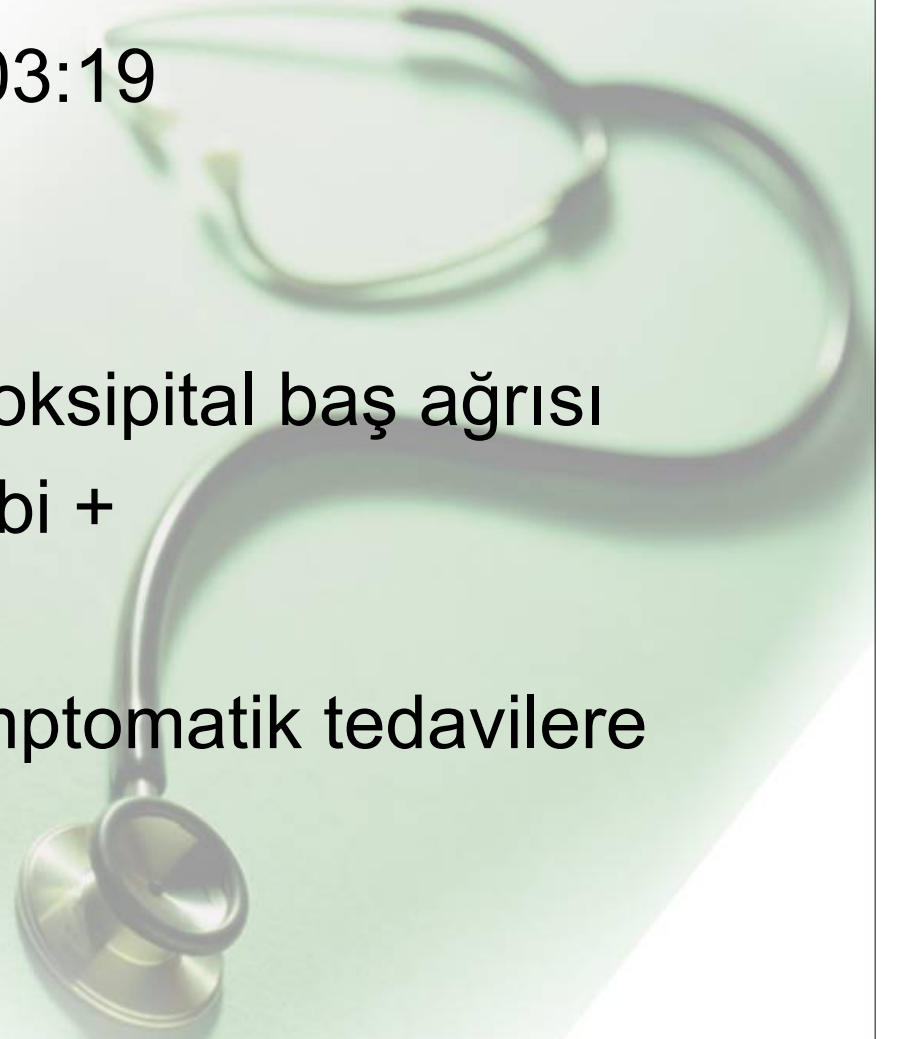
	FİZİK MUAYENE
Genel Görünüm	Genel durumu iyi, oryante, koopere, ağrı nedeniyle stresli, alnına buz koymuş
Baş-boyun	KBB bakısı olağan, frontal-maxiller sinüs hassasiyeti Ø
Solunum	HİHTSEK, Ral Ø, Ronküs Ø
KVS	S1 +, S2+, ritmik, ek ses Ø
Batın	Hassasiyet Ø, Rebound Ø, Defans Ø
Nörolojik	GKS 15, IR+/, ense sertliği Ø, DTR normal
Extremite	Periferik nabızları eşit-açık, motor-duyu defisit Ø, paraservikal kas spazmı ve hassasiyet +

Olgu -2

Saat	TA	Nb	SS	A	Ağrı skoru
06:40	130/76 mmHg	110dk	16/dk	36,4C	5/10
	Metoklorpropamid +100cc isotonik İV infüzyon Diklofenak İM				
08:05	130/80 mmHg	80/dk	18/dk		5/10
	Meperidin 50 mg iv				
08:22					2/10
	Hasta kendini iyi hissediyor, eve gitmeye hazır😊 Tanı: Migren Öneri: Rp analjezik, Nöroloji poliklinik kontrolü				

Olgu -2

- 3. başvuru, 2 gün sonra, 03:19
- Geliş şikayeti: migren
- Bugün spontan başlayan oksipital baş ağrısı
- Bulantı +, kusma +, fotofobi +
- Ek yakınma Ø
- Önceki ağrıya yönelik semptomatik tedavilere yanıt Ø



Olgu -2

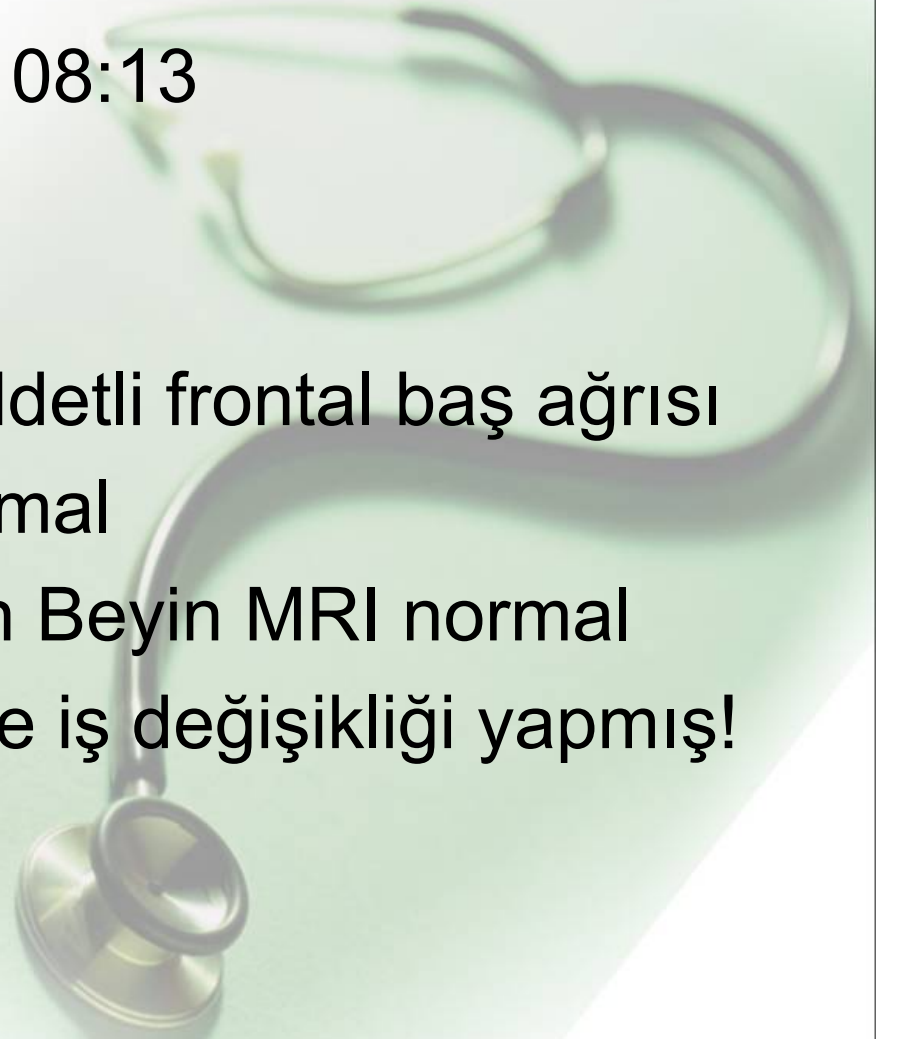
	FİZİK MUAYENE
Genel Görünüm	Genel durumu iyi, oryante, koopere,
Baş-boyun	KBB bakısı olağan, frontal-maxiller sinüs hassasiyeti Ø
Solunum	HİHTSEK, Ral Ø, Ronküs Ø
KVS	S1 +, S2+, ritmik, ek ses Ø
Batın	Hassasiyet Ø, Rebound Ø, Defans Ø
Nörolojik	GKS 15, IR+/, ense sertliği Ø, DTR normal
Extremite	Periferik nabızları eşit-açık, motor-duyu defisit Ø

Olgu -2

Saat	TA	Nb	SS	A	Ağrı skoru
03:48	112/66mmHg	112dk	16/dk	37.1C	10/10
	Beyin BT: akut intrakranial patoloji yok Diklofenak İM				
05:05	100/60 mmHg	90/dk	16/dk	36,5C	10/10
	Meperidin 50 mg İV				
05:39	104/60 mmHg	90/dk	16/dk		4/10
	Tramadol 100mg İM				
06:01					
	Tanı: Sefalji Öneri: nöroloji ve psikiyatri poliklinik kontrolü				

Olgu -2

- 4. başvuru, 12 gün sonra, 08:13
- Geliş şikayeti: migren
- 12 saat önce başlayan şiddetli frontal baş ağrısı
- Önceki başvuruda BT normal
- Nöroloji tarafından istenen Beyin MRI normal
- Annesi 4 ay önce ölmüş ve iş değişikliği yapmış!



Olgu -2

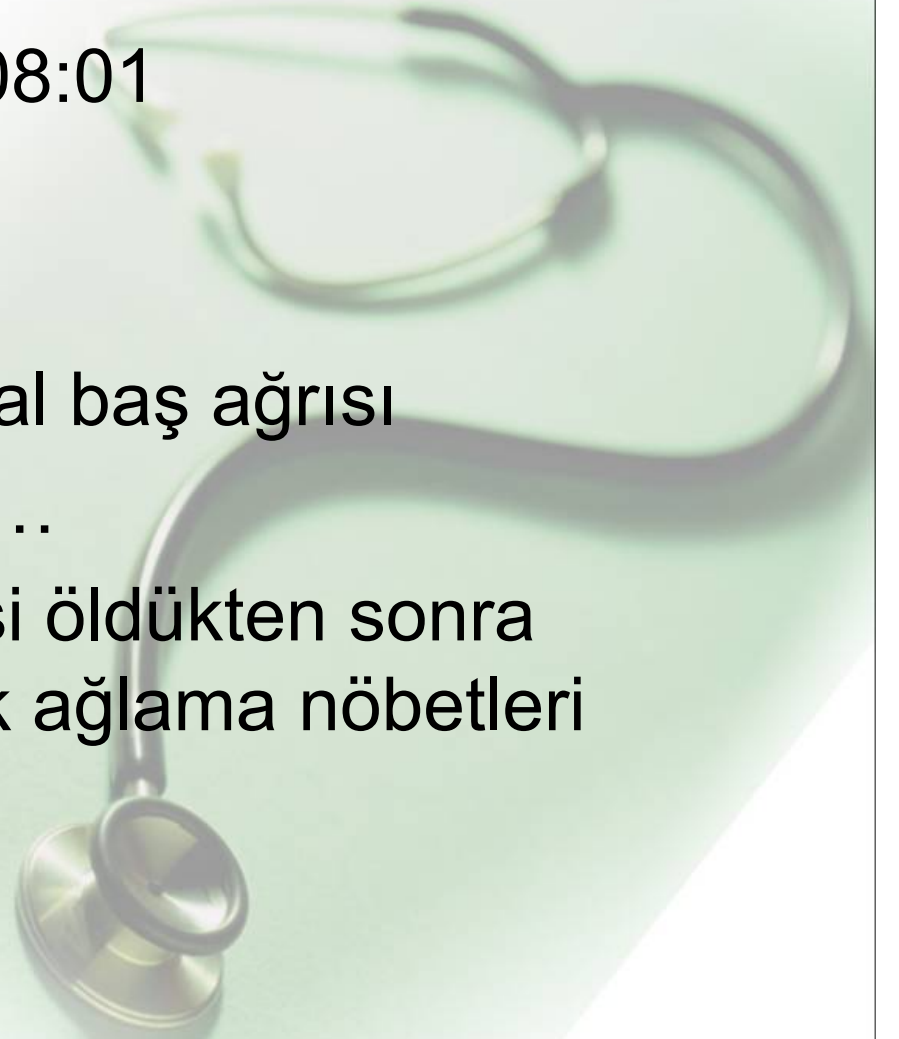
	FİZİK MUAYENE
Genel Görünüm	Genel durumu iyi, kendine bakımı azalmış
Baş-boyun	KBB bakısı olağan, frontal-maxiller sinüs hassasiyeti Ø
Solunum	HİHTSEK, Ral Ø, Ronküs Ø
KVS	S1 +, S2+, ritmik, ek ses Ø
Batın	Hassasiyet Ø, Rebound Ø, Defans Ø
Nörolojik	GKS 15, IR+/, ense sertliği Ø, DTR normal
Extremite	Periferik nabızları eşit-açık, motor-duyu defisit Ø

Olgu -2

Saat	TA	Nb	SS	A	Ağrı skoru
08:36	120/70mmHg	104dk	18/dk	36,8C	10/10
	Diklofenak İM				
10:15	108/70 mmHg	72/dk	20/dk		7/10
	Ağrısı geçmemiş. Daha önce damardan ilaç yapılıncaya geçiyormuş Meperidin 60mg İV Midazolam 2mg İV				
10:55					
	Ağrısı azalmış. İşe gitmek için hastaneden ayrılmak istiyor Tanı: Kronik baş ağrısı + M.Depresyon Öneri: Psikiyatri poliklinik kontrolü				

Olgu -2

- 5. başvuru, 8 gün sonra, 08:01
- Geliş şikayeti: migren
- Geçen haftadan beri frontal baş ağrısı
- Her yere başvurmuş ama...
- Yanındaki arkadaşı annesi öldükten sonra duygulanım değişikliği, sık ağlama nöbetleri tarifliyor
- Suicidal düşünce?



Olgu -2

	FİZİK MUAYENE
Genel Görünüm	Genel durumu iyi, anxietik görünümde ve cevapları ayrıntılı ve gergin konuşuyor, ruhsal durumu değişken
Baş-boyun	KBB bakısı olağan, frontal-maxiller sinüs hassasiyeti Ø
Solunum	HİHTSEK, Ral Ø, Ronküs Ø
KVS	S1 +, S2+, ritmik, ek ses Ø
Batın	Hassasiyet Ø, Rebound Ø, Defans Ø
Nörolojik	GKS 15, IR+/, ense sertliği Ø, DTR normal
Extremite	Periferik nabızları eşit-açık, motor-duyu defisit Ø

Olgu -2

Saat	TA	Nb	SS	A	Ağrı skoru
08:33	128/78mmHg	78dk	16/dk	36.1C	8/10
	Diklofenak İM Psikiyatri kons: nörotik depresyon, poliklinik kontrolü önerildi				
10:27	100/60 mmHg	90/dk	16/dk		6/10
	Meperidin 50 mg İM				
11:13					
	Tanı: Nörotik Depresyon, kronik baş ağrısı, İlaç abuse??? Öneri: psikiyatri poliklinik kontrolü				

Olgu -2

- 6. başvuru, 8 gün sonra, 06:17
- Geliş şikayeti: migren
- 7 saat önce istirahatte başlayan ciddi baş ağrısı
- Eşarp tarzında
- Bulantı +, fotofobi +
- Psikiyatrik tedavi almakta
- “Benim ağrım dolantin ile geçiyor”
 - “Bu hasta bir yerden tanıdık geliyor”
 - Eski dosya istemi
 - İlaç abuse ???

İlk muayene eden Dr.

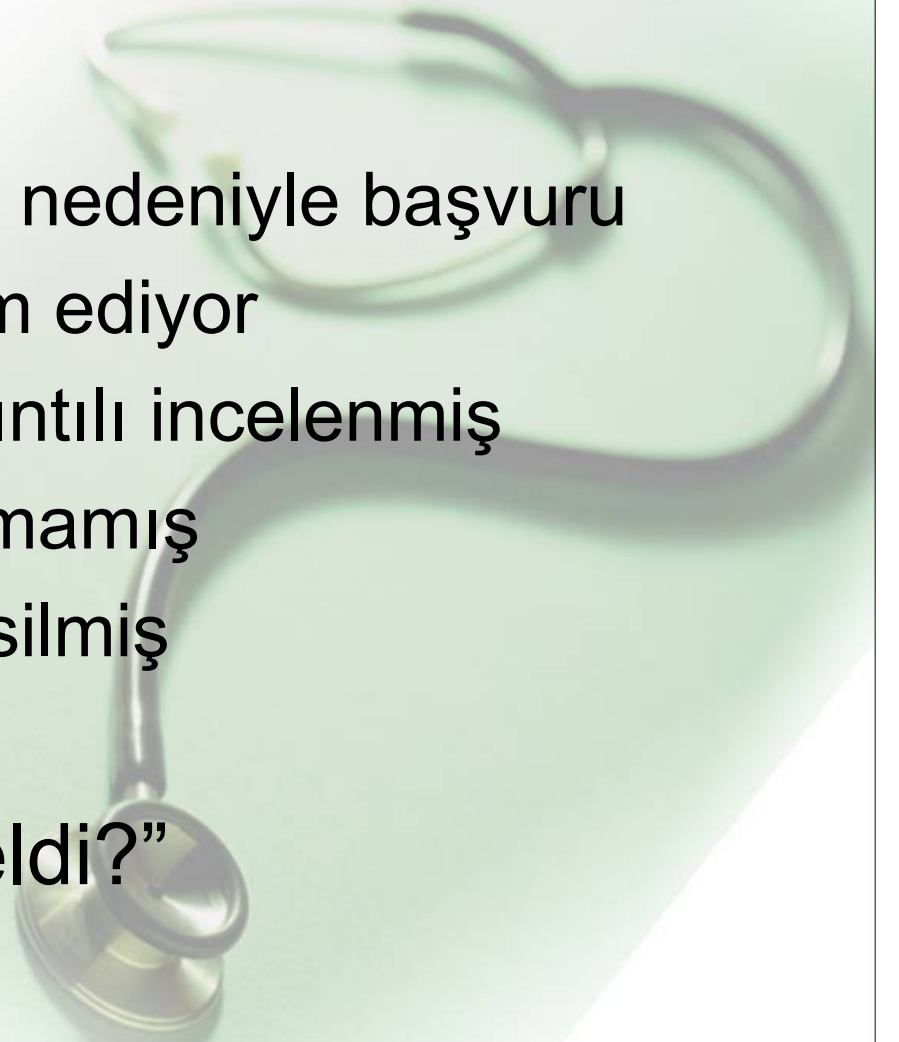
Olgu -2

Saat	TA	Nb	SS	A	Ağrı skoru
06:57	108/62 mmHg	80/dk	18/dk	36,5C	9/10
	Diklofenak İM				
	Eski dosyada sık narkotik kullanımı İdrar toksikoloji → narkotik +				
	Diğer hastane başvuruları sorgulandı				
08:22	Tanı: migren + ilaç abuse / madde bağımlılığı				

Kronik baş ağrısı hastaları ZORDUR!!!

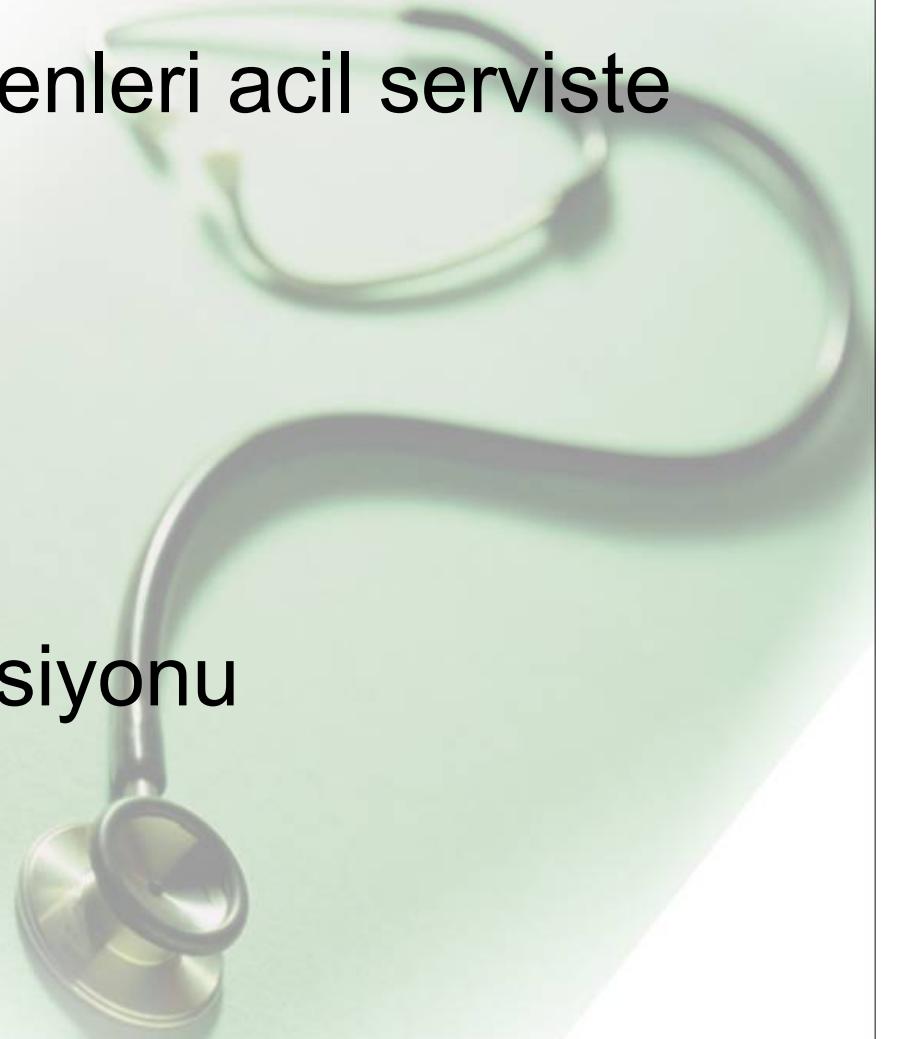
- Hastamız

- 1 ayda 6 kez baş ağrısı nedeniyle başvuru
- Hala yakınmaları devam ediyor
- Her seferinde daha ayrıntılı incelenmiş
- Ciddi bir neden bulunamamış
- Her seferinde ağrısı kesilmiş
- “Yine mi bu hasta geldi?”



Baş ağrısı olan hasta

- Hayati tehdit eden nedenleri acil serviste dışlamalı
 - SAK
 - SVO
 - Temporal arterit
 - Vertebral arter diseksiyonu

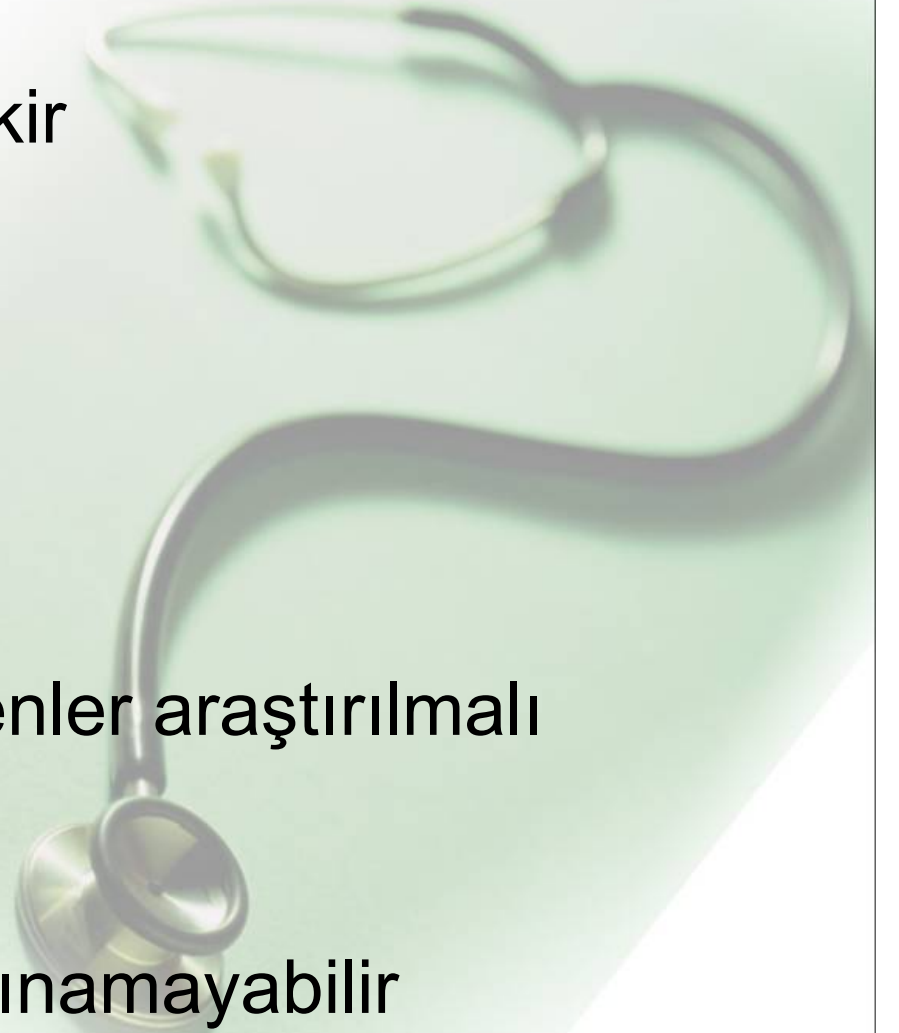


İlaç bağımlılığı

- İlaç bağımlısının davranışlarını tanımak zordur
- Sıklıkla altta yatan komorbid bir hastalık vardır
- Çiftli tanı
 - Major depresyon + madde bağımlılığı
 - Anksiyete + madde bağımlılığı
 - Psikoz + madde bağımlılığı
- İki yönlü tanı ve tedavi uygulanmalı
 - Antidepresan, antikonvülzan, anksiyolitik, kas gevşeticiler...

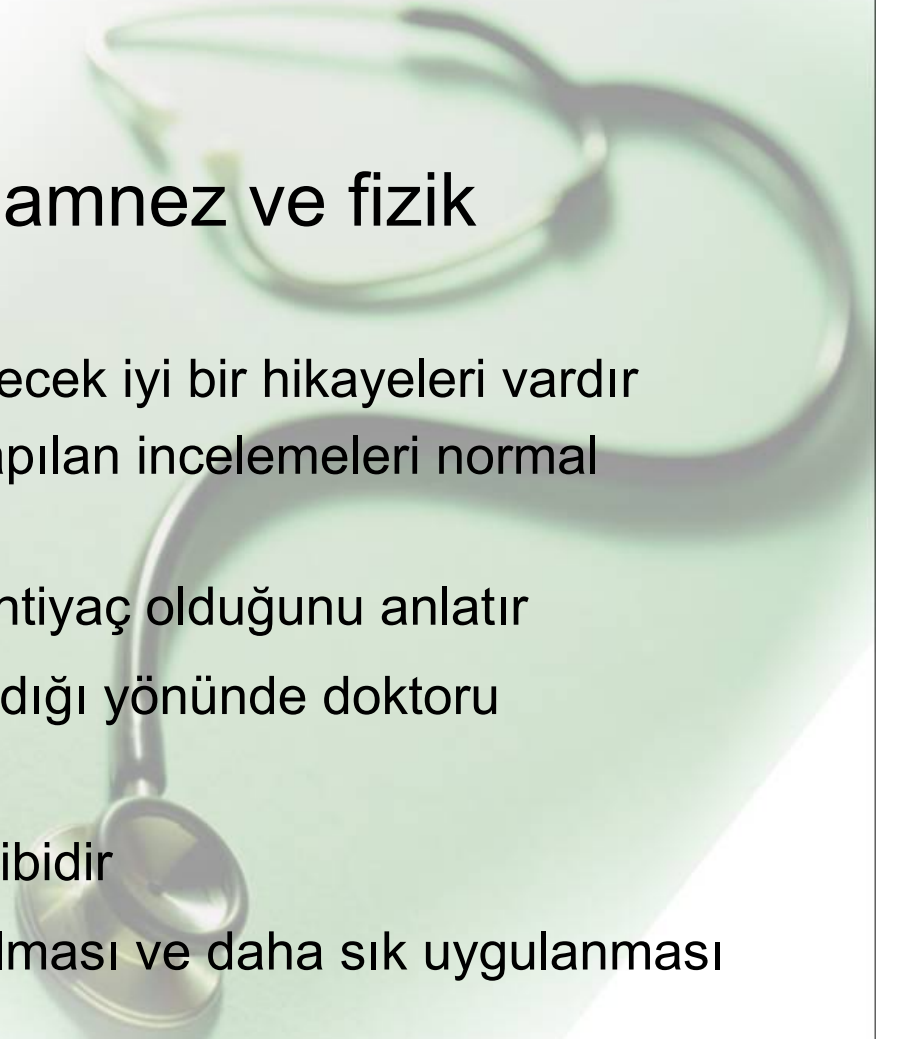
İlaç Bağımlılığı

- Multidisipliner tedavi gerekir
 - Psikiyatri uzmanı
 - Algoloji uzmanı
 - Nöroloji uzmanı
 - Aile hekimi
- Altta yatan tetikleyici nedenler araştırılmalı (anxiete, depresyon)
- Herşeye rağmen sonuç alınamayabilir



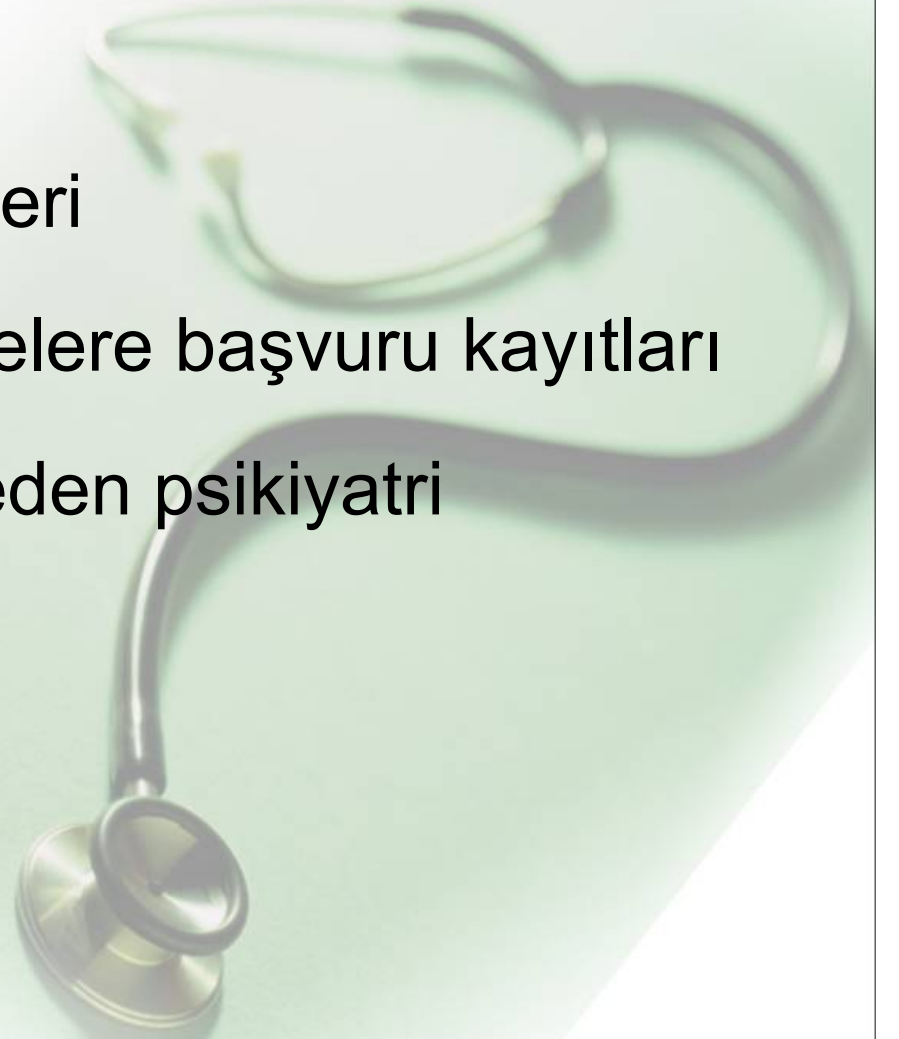
Hasta ilaç bağımlısı mı?

- Nasıl anlayacağız?
- Her başvuruda ayrıntılı anamnez ve fizik muayene
 - Daima şikayetlerine neden olabilecek iyi bir hikayeleri vardır
 - Yakın zamanda aynı şikayetle yapılan incelemeleri normal bulunmuştur
 - İlk başvuruda ağrı için acil ilaca ihtiyaç olduğunu anlatır
 - Ağrısının en iyi narkotikle rahatladığı yönünde doktoru yönlendirir
 - İlaçlar hakkında ayrıntılı bilgi sahibidir
 - Zamanla narkotik dozunun arttırılması ve daha sık uygulanması gerekir



Hasta ilaç bağımlısı mı?

- Önceki başvuru hikayeleri
- Yakındaki diğer hastanelere başvuru kayıtları
- Aile hekimi veya takip eden psikiyatri uzmanından bilgilenme

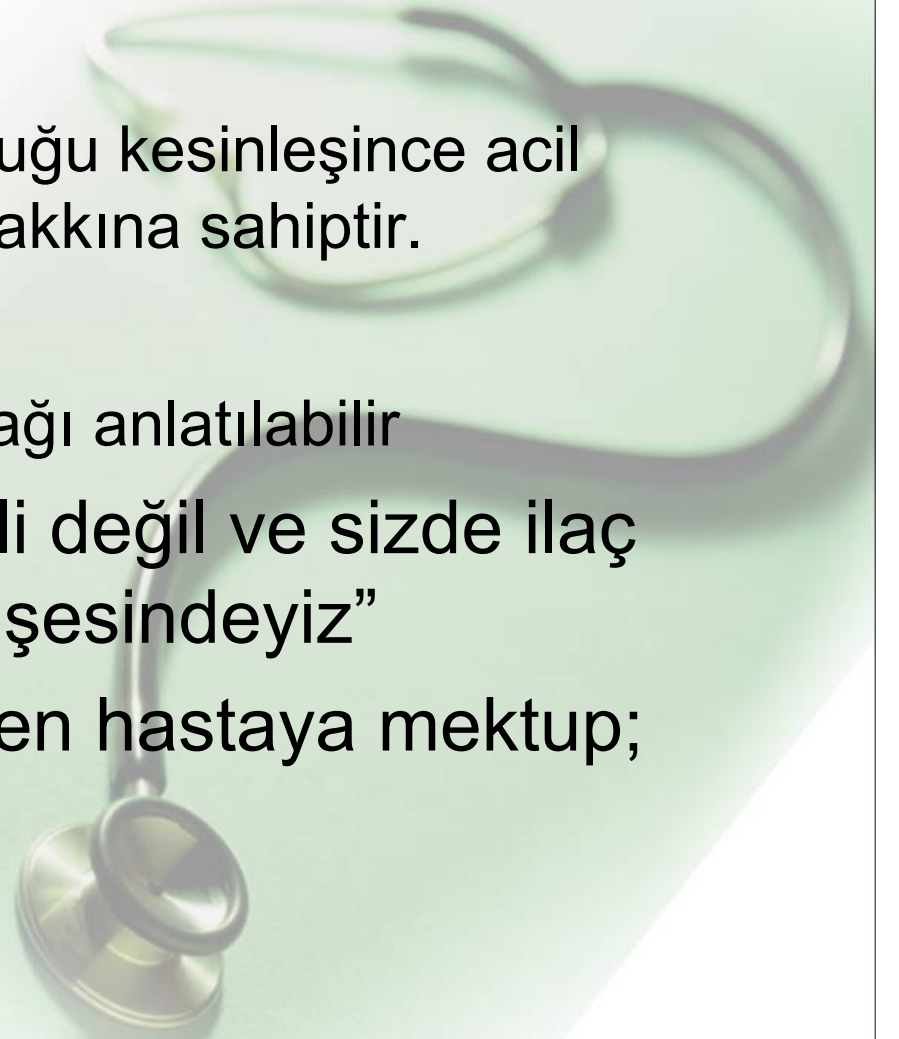


Acil Servis Doktoruna Öneriler

- Acil doktorları böyle hastaları iyi anlar
- Acil servis tekrarlayan ağrı hastalarının takip edileceği birim değildir.
- Aslında hastalar da şikayetlerinin medikal bir durum olmadığını ve madde bağımlılıkları olduğunu bilirler
- Tanıdan ilk şüphelenildiğinde o an için sorunu çözüp algoloji uzmanı ve psikiyatri uzmanına yönlendirmelidir

Acil Servis Doktoruna Öneriler

- Hastanın madde bağımlısı olduğu kesinleşince acil servis doktoru ilaç vermeme hakkına sahiptir.
- Hastaya analjezik yapılmayacağı anlatılabilir
 - “Ağrınız medikal nedenli değil ve sizde ilaç bağımlılığı geliştiği endişesindeyiz”
 - İlaç bağımlılığı düşünülen hastaya mektup;



Sayın.....

Acil servisimize geçtiğimiz birkaç ayda birçok kez kronik ağrı şikayetiyle başvurduğunuz ve size bazı narkotik ağrı kesicilerin uygulandığı tespit edildi. Bu kadar sık ziyaretiniz bizi endişelendirdi. Tıpta kronik ağrı tedavisi ayrı bir uzmanlık dalıdır. Acil servis bu tedaviyi sağlayamaz. Tekrarlayan başvurularda acilde narkotik ağrı kesici kullanılması uzun dönem tedavide etkili değildir, probleminizi çözmez. Bu nedenle size ısrarla bir psikiyatrist veya algoloji uzmanı ile görüşmenizi tavsiye ederiz.

Acil servisimize yeni bir acil şikayetiniz olduğunda yeniden başvurabilirsiniz. Ancak hiçbir şekilde kronik baş ağrınıza yönelik narkotik ağrı kesici yapılmayacaktır.

Önerilerimizi uygularsanız iyileşeceğinizi göreceksiniz. Bu bizim size tıbbi tavsiyemizdir.

Acil servis sorumlusu Dr.....

Olgu -3

- 16:30
- 55 yaş, bayan hasta
- Karın ağrısı
- 2 gündür ilk defa olan keskin ve kıvrandırıcı sol yan ağrısı
- Evde NSAİ kullanımına yanıt Ø
- Özgeçmiş:
 - HT, Kronik AF, KOAH, 11 yıl önce MVR operasyonu
- Kullandığı ilaçlar:
 - ASA, Digoxin, Monopril, Coumadine, Fluticasone ve Salmeterol inhaler
- Soygeçmiş: özellik Ø
- Alışkanlıklar: sigara Ø, alkol Ø, madde kullanımı Ø

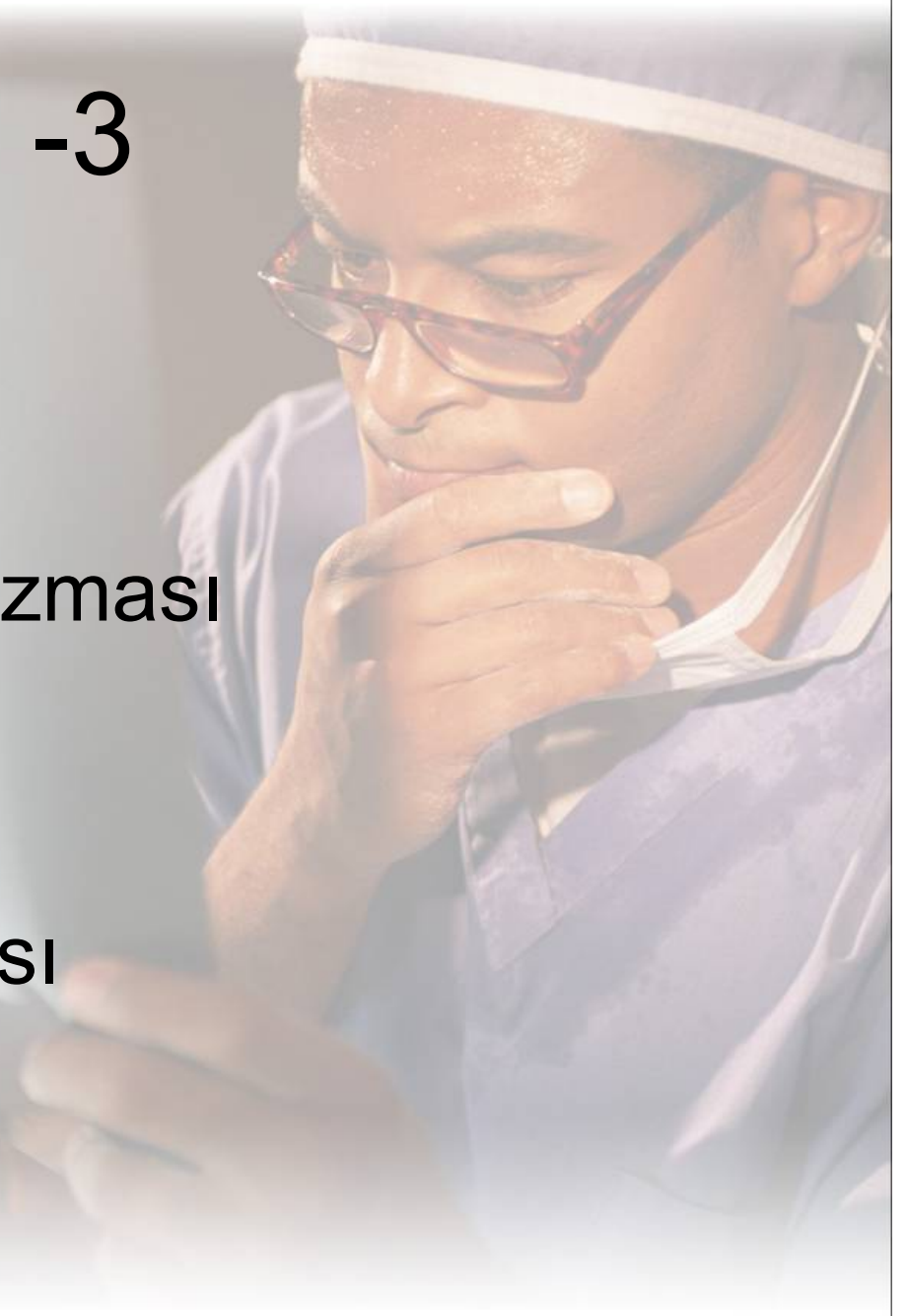
Olgu -3

TA	Nb	SS	A	Pulse O2
120/70 mmHg	88/dk	20/dk	37,8C	%99
	FİZİK MUAYENE			
Baş-boyun	Trakea orta hatta, JVD Ø, karotis üfürümü Ø, KBB bakısı olağan			
Solunum	HİHTSEK, sol akciğer alt zonda raller+,			
KVS	S1-S2 +, Aritmik, metalik ses+			
Batın	Hassasiyet solda +,Rebound Ø, Defans Ø, Solda KVAH+ Mikroperküsyon Ø, barsak sesleri normoaktif,			
Nörolojik	GKS 15, motor duyu defisit yok, serebellar bakı olağan			
Extremite	Çap farkı yok, nabızlar eşit - açık			
EKG	Normal ventrikül yanıtı AF. V2-6 ST çökmesi mevcut			

Olgu -3

Ön tanılar:

- Renal kolik
- Abdominal aort anevrizması
- Bilier kolik
- Mesenter iskemi
- Nonspesifik karın ağrısı
- Diğer...



Olgu -3

BİYOKİMYA	SONUC
GLU-AC	195
BUN	24
KRE	0.67
NA	134
K	3.3
CL	103
CA	8.6
AST	38
ALT	17
CK	141
CK-MB	2.97
MYOGLOBİN	26.4
TROPONİN	<0.20

HEMOGRAM	SONUC
WBC	7.1
NE%	77.5
HGB	12.4
HCT	35.9
MCV	82.3
PLT	256

KANAMA PROFİLİ	SONUC
APTT	32.36 sn
PT	15.14 sn
INR	1.29

Olgu -3

TAM İDRAR TETKİKİ	
DANSİTE	1.015
PH	7.0
LÖKOSİT	75
NİTRİT	Negatif
PROTEİN	0.3
GLUKOZ	Normal
KETON	Negatif
BİLİRUBİN	Negatif
HEMOGLOBİN	Negatif
MİKROSKOPİ	10-15 lökosit, silme eritrosit

Batın USG:

Acil sonopatoloji yok

Batın içi serbest sıvı yok

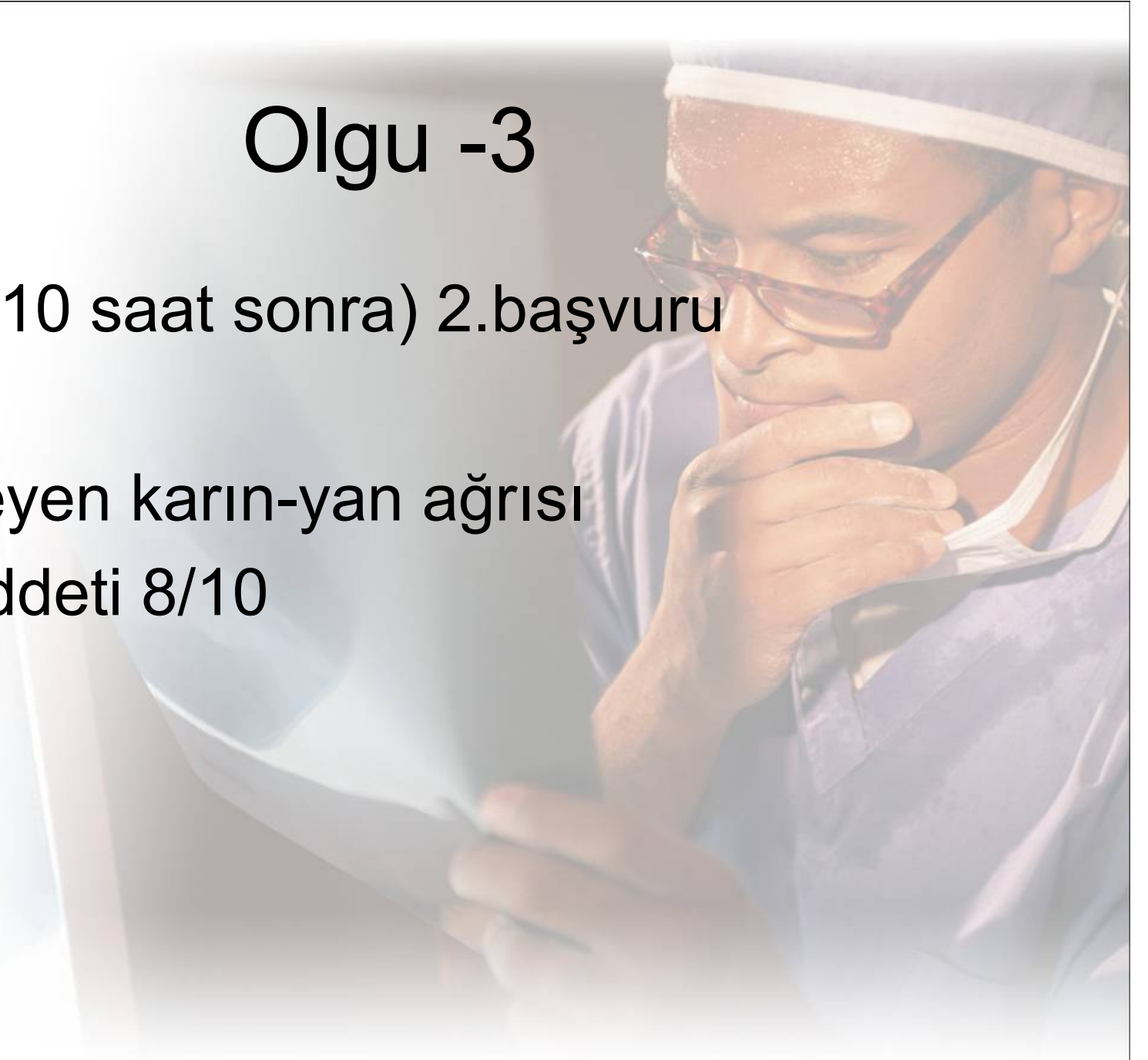
Olgu -3

- 20:00
- Tanı: RENAL KOLİK + İYE
- Tedavi:
 - İntramuskuler analjezik
- Öneri:
 - Rp: Analjezik, Siprofloksasin
 - Akut batın uyarıları anlatıldı.
 - Üroloji poliklinik kontrolü önerildi.



Olgu -3

- 06:00 (10 saat sonra) 2.başvuru
- Geçmeyen karın-yan ağrısı
- Ağrı şiddeti 8/10



Olgu -3

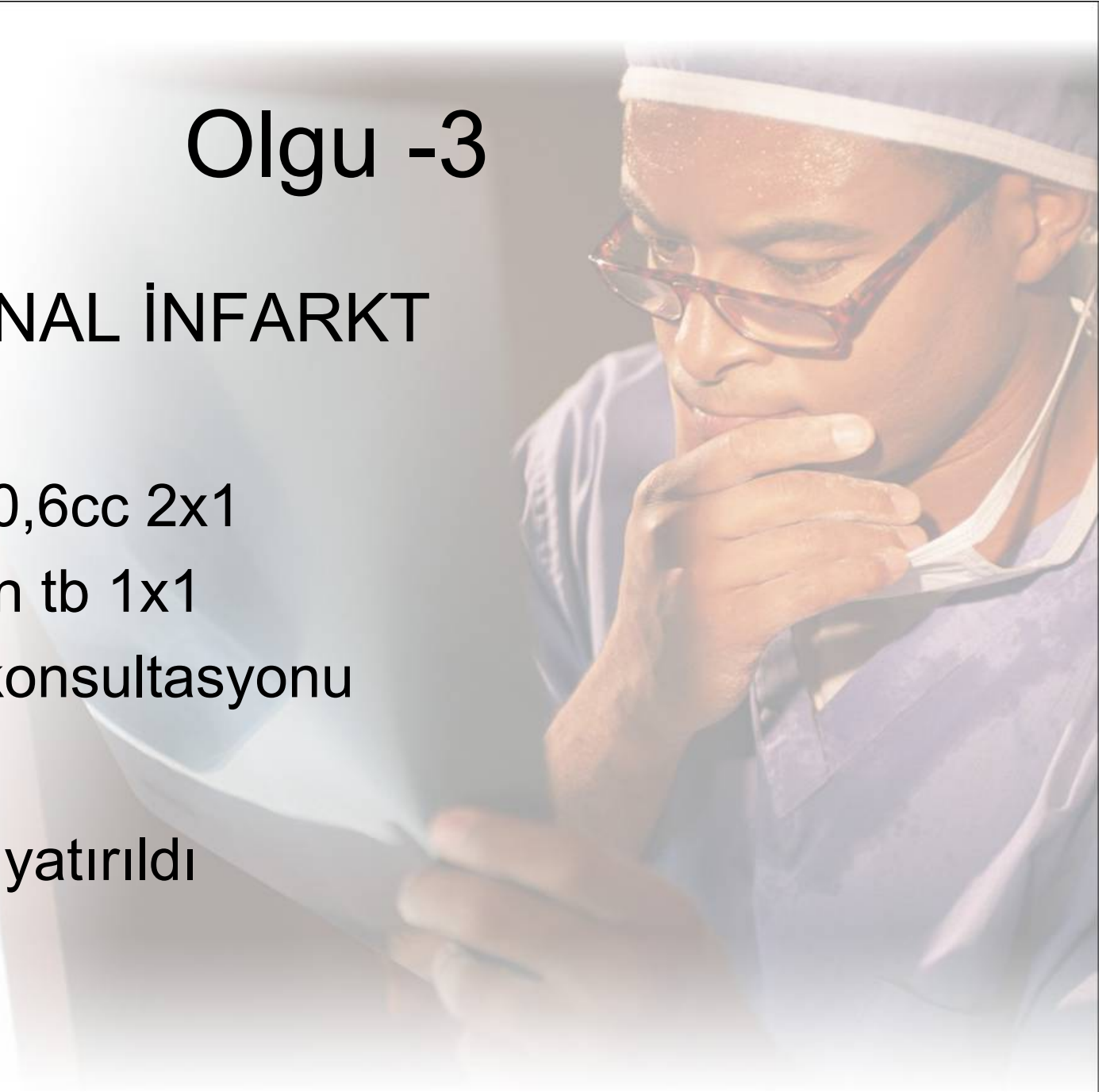
TA	Nb	SS	A	Pulse O2
125/75 mmHg	76/dk	18/dk	36,8C	%100
	FİZİK MUAYENE			
Baş-boyun	Trakea orta hatta, JVD Ø, karotis üfürümü Ø, KBB bakısı olağan			
Solunum	HİHTSEK, sol akciğer alt zonda raller+,			
KVS	S1-S2 +, Aritmik, metalik ses+			
Batın	Hassasiyet solda +,Rebound Ø, Defans Ø, Solda KVAH+ Mikroperküsyon Ø, barsak sesleri normoaktif,			
Nörolojik	GKS 15, motor duyu defisit yok, serebellar bakı olağan			
Extremite	Çap farkı yok, nabızlar eşit - açık			

Olgu -3

- Ne yapalım?
- Kontraslı Batın BT:
 - Sol böbrek alt pol kortekste kama şeklinde dansite azalması → **RENAL İNFARKT**
 - Böbrek boyutları, yerleşimi, parankim kalınlığı, dansitesi ve toplayıcı yapılar normal.
 - **Paraaortik lenf nodları**

Olgu -3

- Tanı: RENAL İNFARKT
- Tedavi:
 - LMWH 0,6cc 2x1
 - Kumadin tb 1x1
 - Üroloji konsultasyonu
- Sonuç:
 - Servise yatırıldı

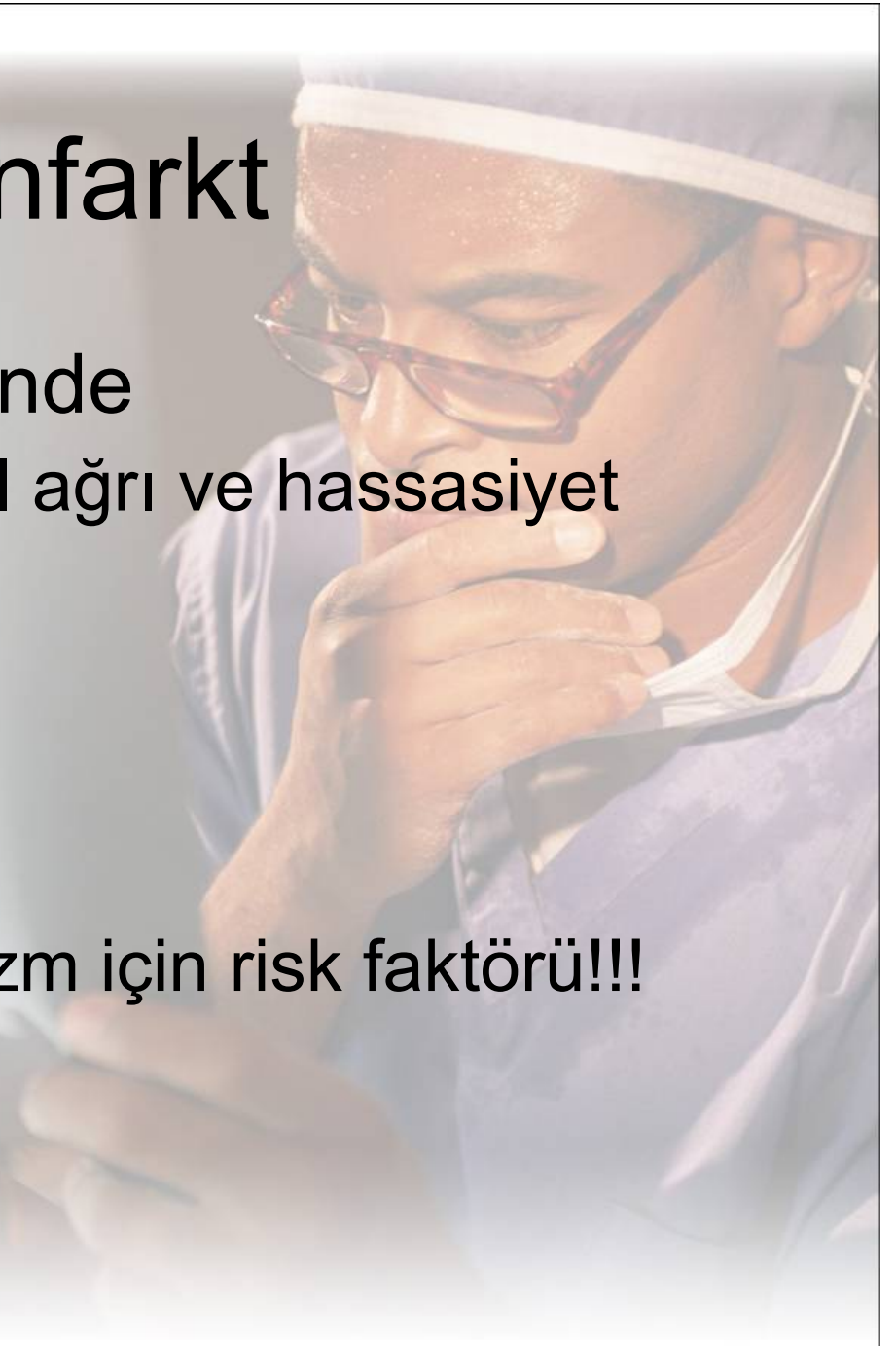


Renal İnfarkt

- Hastaların yalnızca %50'si acil serviste tanı almakta
- Tanı konma süresi 24 saat - 6 gün arasında
- Semptomlar: karın-yan ağrısı, bulantı, kusma, ateş
- Lab: LDH↑, lökositoz, hematüri, proteinüri
- Radyoloji:
 - USG çoğunlukla normal
 - Batın BT
 - Anjiyografi

Renal İnfarkt

- Triad hastaların %80'inde
 - Dirençli yan/abdominal ağrı ve hassasiyet
 - Serum LDH artışı
 - Proteinüri
- Özgeçmiş:
 - Kardiak tromboembolizm için risk faktörü!!!
 - Hiperkoagulabilite
 - İdiopatik



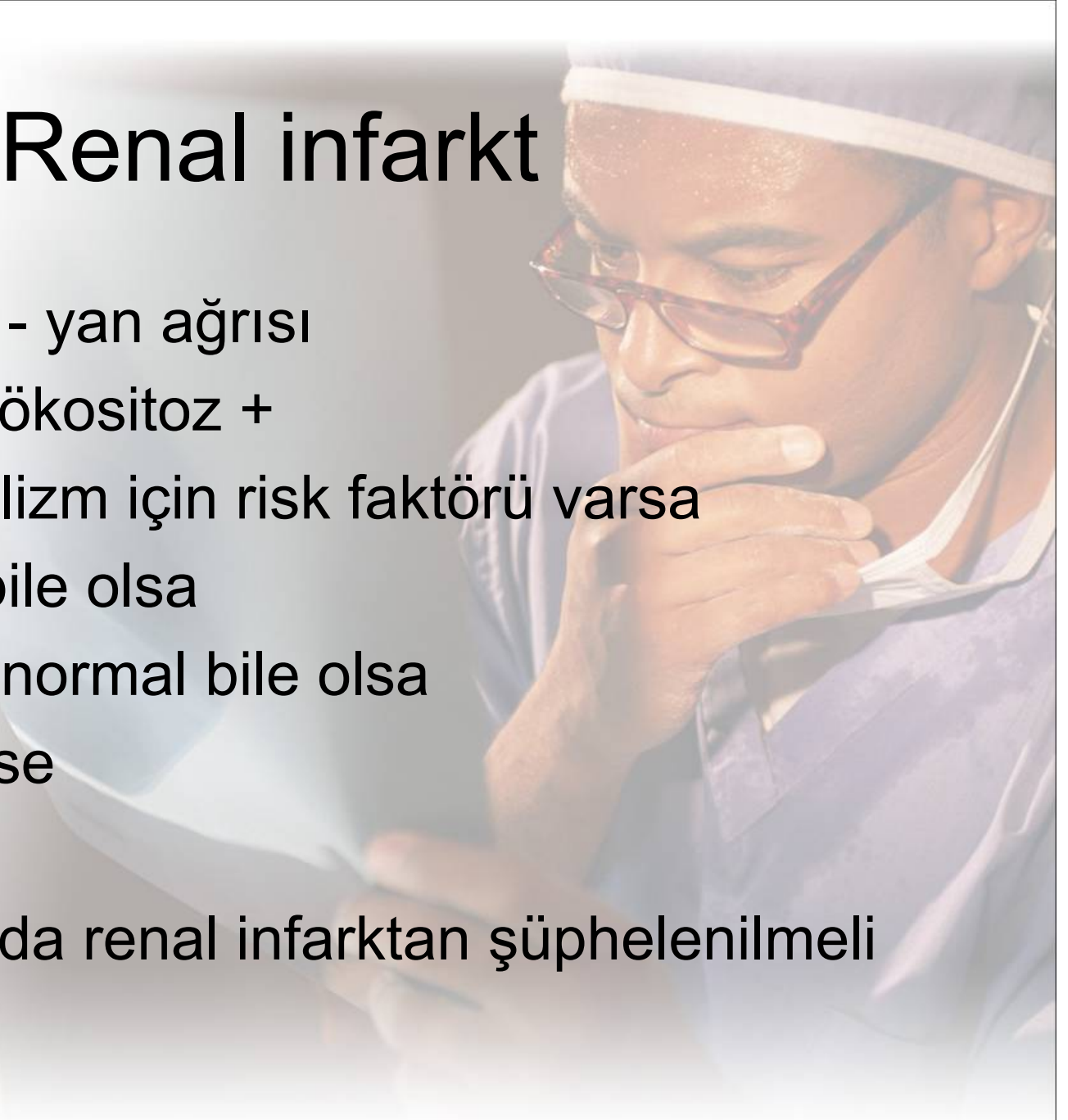
Renal İnfarkt

- En sık konulan tanılar:
 - Renal kolik
 - Nefrolitiazis
 - Akut batın



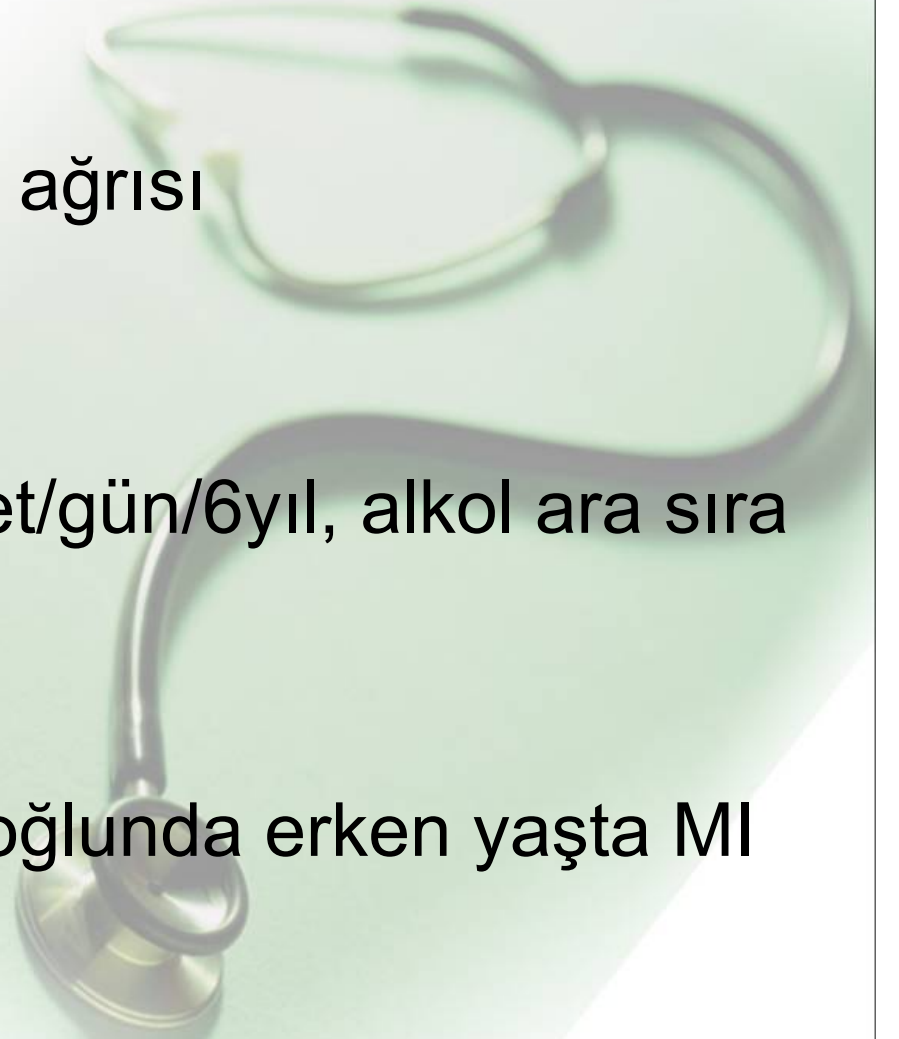
Renal infarkt

- Şiddetli karın - yan ağrısı
- Hematüri ve lökositoz +
- Tromboembolizm için risk faktörü varsa
- Kumadinize bile olsa
- USG sonucu normal bile olsa
- Ağrı dirençli ise
 - Ayırıcı tanıda renal infarktan şüphelenilmeli



Olgu -4

- 24 yaş, erkek hasta
- Yarım saattir süren göğüs ağrısı
- Nefesinde tıkanıklık
- Alışkanlıklar: sigara1 paket/gün/6yıl, alkol ara sıra
- Kullandığı ilaçlar: Ø
- Özgeçmiş : özellik Ø
- Soygeçmiş: amcasının 2 oğlunda erken yaşta MI



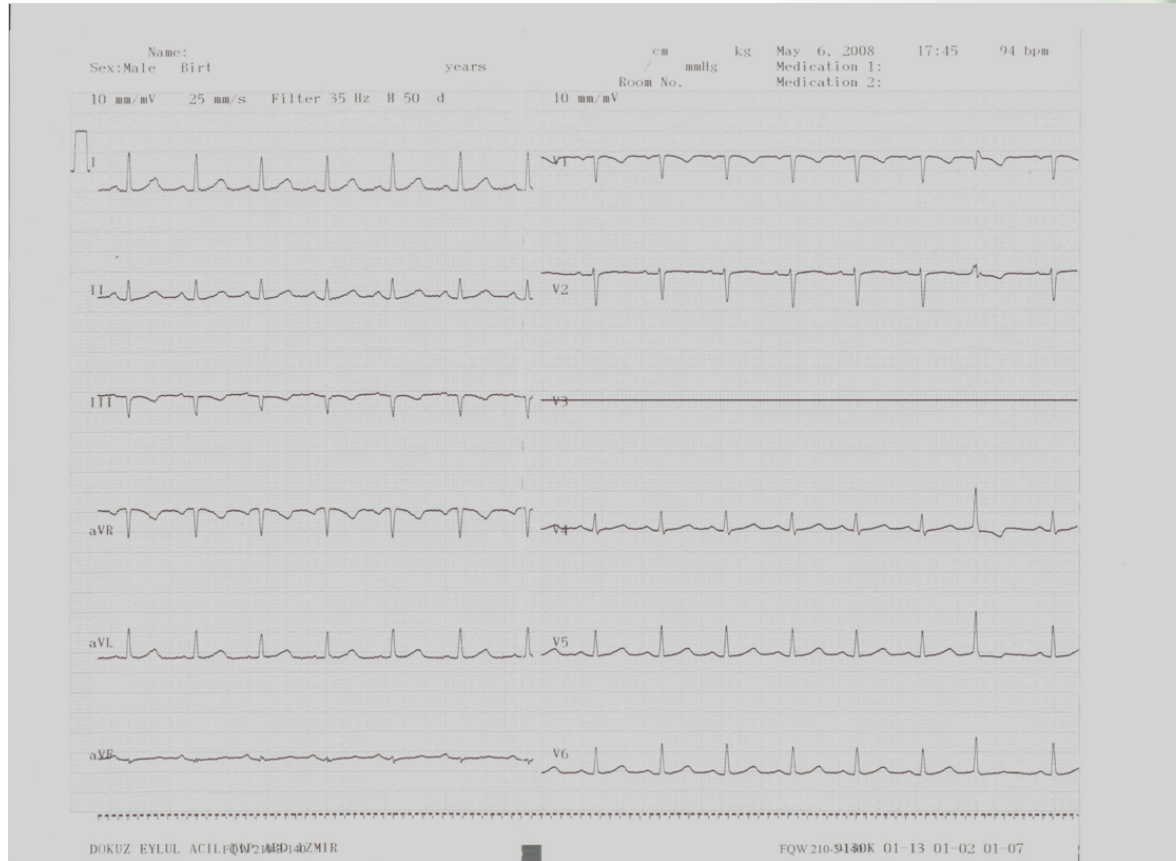
Olgu -4

Saat	TA	Nb	SS	A	Pulse O2
01:00	124/74 mmHg	70/dk	18/dk	36,5C	%100
	FİZİK MUAYENE				
Genel Görünüm	Genel durumu iyi				
Baş-boyun	Trakea orta hatta, JVD Ø, KBB bakısı olağan				
Solunum	HİHTSEK, Ral Ø, Ronküs Ø				
KVS	S1 +, S2+, ritmik				
Batın	Hassasiyet Ø, Rebound Ø, Defans Ø, barsak sesleri normoaktif				
Nörolojik	GKS , IR+/, göz hareketleri ve fundoskopi normal, ense sertliği Ø				

Olgu -4

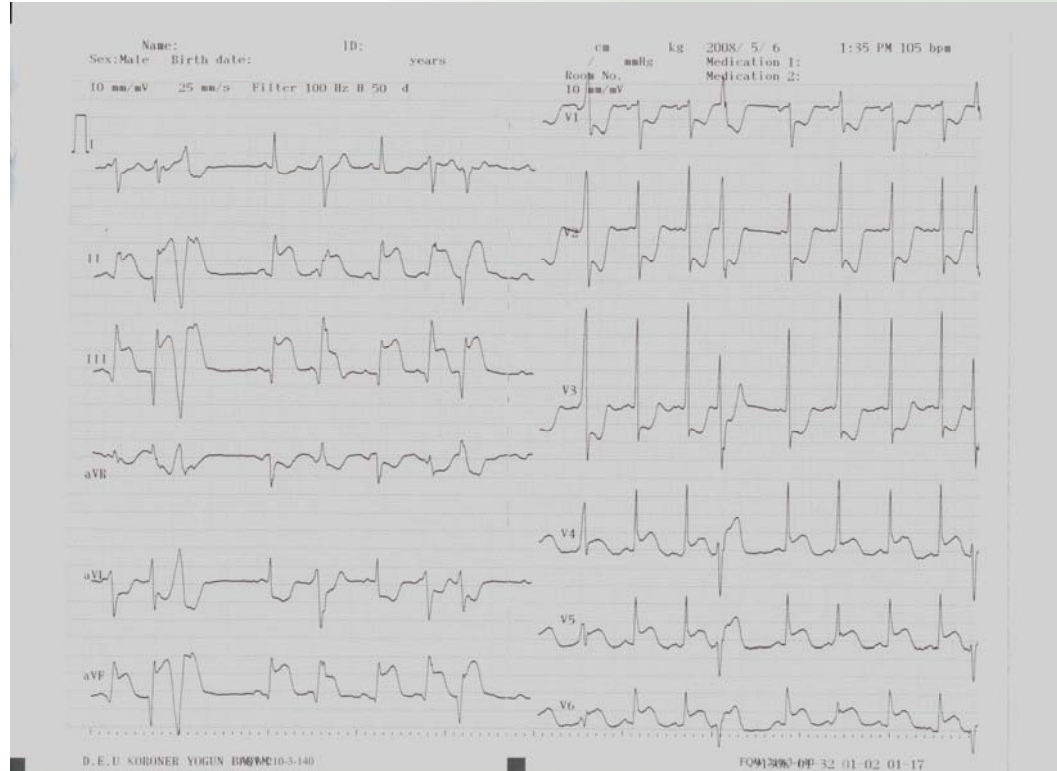
EKG:

Normal sinüs ritmi



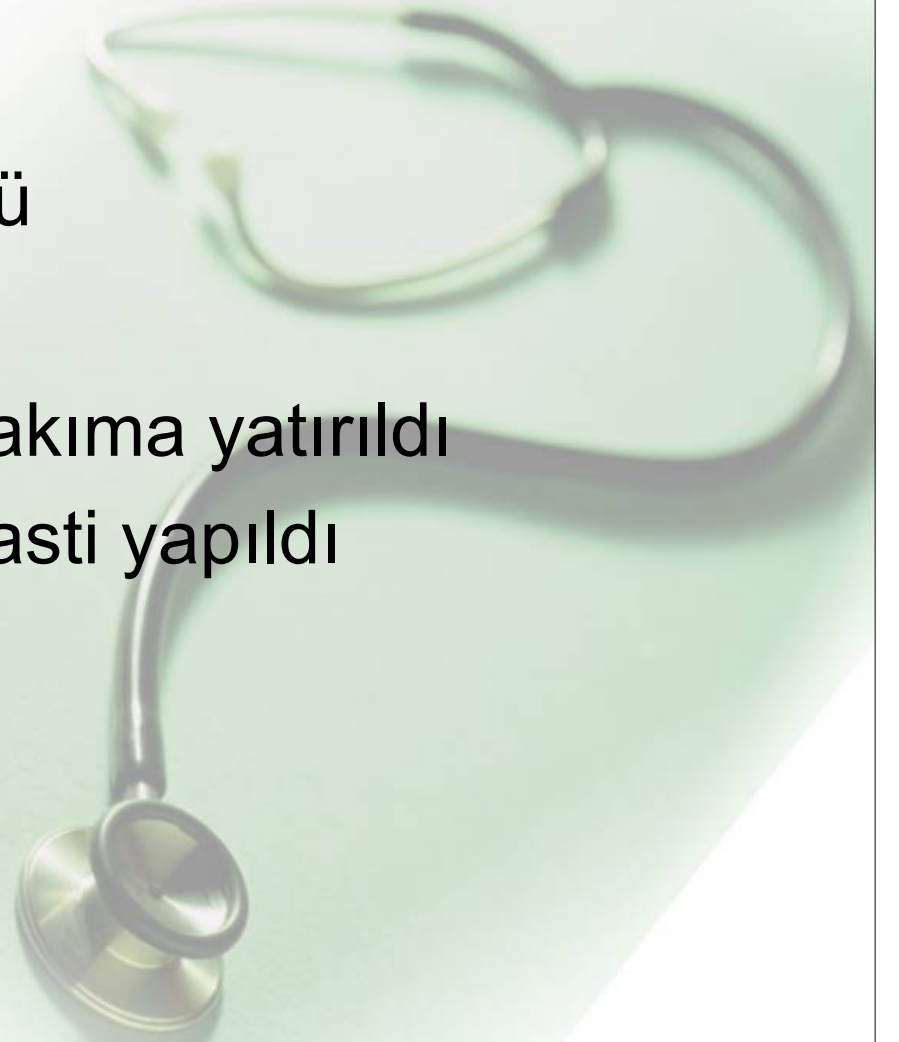
Olgu -4

Saat	TA	Nb	SS	A	Pulse O2
01:07	125/82mmHg	82dk	18/dk	36,5C	%100
Kardiak enzimler, hemogram, PA AC grafisi planlandı Ağrısı şiddetle devam ediyor					



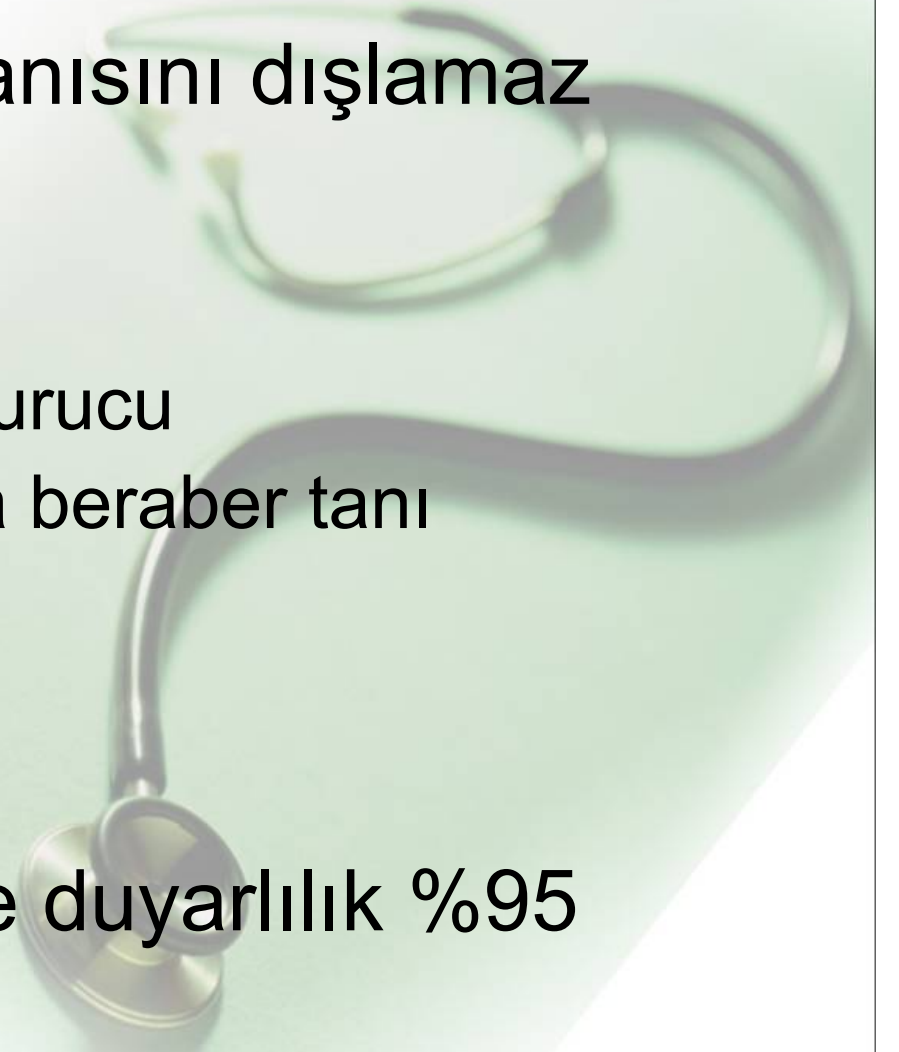
Olgu -4

- Tanı:
 - Akut Myokard İnfarktüsü
- Sonuç:
 - Hasta koroner yoğun bakıma yatırıldı
 - Primer koroner angioplasti yapıldı



Hasta genç bile olsa

- Normal EKG → AKS tanısını dışlamaz
- İlk EKG
 - %50 hastada tanı koydurucu
 - %40 normal olmamakla beraber tanı koydurucu değil
 - %10 normal
- Seri EKG'ler sayesinde duyarlılık %95



Olgu -4

- Ertesi gün 11:00
- Dün baktığın hasta var ya



Dün baktığınız tüm hastaların
size çiçeklerle geri dönmesi
dileğimle

